

## 1. Burnout

Der Begriff Burnout löst grosse Resonanz aus, obwohl er weder ein Syndrom im medizinischen Sinn noch eine Krankheit ist. Er scheint das subjektive Erleben von vielen Menschen zu treffen. Jedermann meint intuitiv genau zu wissen, was ein Burnout sei. Gerade die Tatsache, dass diejenigen Personen an Grenzen geraten, welche die Forderungen des spätmodernen Zeitgeistes nach Leistungsbereitschaft, Flexibilität und Kommunikation erfüllen, mag so irritierend sein, dass ein neuer Begriff „Notwendig“ wurde.

Der Begriff wurde von Freudberger (1974) und zeitgleich von Ginsburg (1974) für die Schilderung von Erschöpfungsprozessen bei sozialer Arbeit aufgenommen. Im Unterschied zu anderen, im gleichen Zeitraum entstandenen Begriffen, welche eine gefährliche Verwicklung einer Person mit ihrer Arbeit beschreiben – Helfersyndrom 1977 (Schmidbauer 2002) und Workaholism 1971 (Schaufeli, Taris & van Rhenen 2008; Spence & Robbins 1992) – verliess Freudberger dabei die traditionelle analytische, innerpsychische Erklärungsweise.

Zunächst standen die betrieblichen Bedingungen mehr im Zentrum der Untersuchungen. Erst die Einsicht, dass individuelle Muster entscheidend sind für die Reaktion auf äussere (Arbeits-)Anforderungen, machte es möglich, Burnout nicht als Zustand, sondern als pathogenetische Entwicklung zu verstehen. Während in Laienkreisen weiterhin eine polemisch geführte Diskussion im Gange ist, ob es Burnout überhaupt gebe, hat die Fachwelt den Konsens erlangt, dass Burnout keine Krankheit sei, sondern ein Risikofaktor für psychische oder somatische Krankheiten (Berger, Linden, Schramm, Hillert, Voderholzer & Maier 2012).

Trotz enormer Forschungsanstrengungen zum Thema bleibt Burnout ein „[...] aus medizinischer Sicht [...] unfertiges Konzept“ (Kaschka, Korczak & Broisch 2011, 781). In mehreren Synopsen wurden die zum jeweiligen Zeitpunkt verfügbaren Resultate zusammengetragen (Burisch 2006; Rösing 2011; Schaufeli & Enzmann 1998).

Angesichts der grossen Überlappungen mit anderen (Aetio-)Pathologien mag es erstaunen, dass der Begriff „Burnout“ aufrechterhalten wurde. Fachleute sind sich einig, dass der pragmatische Gewinn der Bezeichnung darin liegt, dass er Betroffenen ermöglicht, notwendige Hilfe aufzusuchen (Brühlmann 2014; Egle & Zentgraf 2012; Rössler, Hengartner, Adjadacic-Gross & Angst 2013; Zaudig, Berberich & Konermann 2012). Der Begriff dient als „[...] die erlebte Beeinträchtigung plausibel erklärendes und zudem als das Selbstwertgefühl stabilisierendes Krankheitsmodell“ (Hillert & Marwitz 2008). Hell (vgl. 2012, 11) sieht in der Verbreitung des Begriffs Burnout eine Reaktion auf die Pathologisierung depressiven Erlebens.

Der Entpathologisierung abträglich ist jedoch, dass Burnout in unserer leistungsorientierten Gesellschaft manchmal gar als Verdienstorden betrachtet wird (Zaudig et al. 2012) – wie einst der Herzinfarkt. Meckel, die selber ein Burnout durchlitten hat, meint mit ironischem Unterton: „Dieser Satz vermittelte für mich immer eine Stress-als-Lifestyle-Anmutung [...]. Burnout gehört zum erfolgreichen Leben wie das Eigenheim zur Vorbildfamilie“ (Meckel 2010, 36). Diese Sichtweise birgt die Gefahr, dass die Not der Burnout-

Betroffenen nicht ernst genommen oder dass ihnen gar mit missgünstiger Schadenfreude begegnet wird.

Im Folgenden wird Burnout aus diversen Blickwinkeln beleuchtet und so diejenigen Kenntnisse zusammengetragen, die unerlässlich sind, um evidenz-geleitet mit Burnout-Betroffenen zu arbeiten. Die Perspektiven schliessen sich nicht gegenseitig aus, sondern betonen jeweils andere Aspekte. Es wird soweit möglich empirisches Material berücksichtigt.

## **1.1 Begriffsklärung**

Es existiert eine Vielzahl von Burnout-Definitionen. Als einzige Gemeinsamkeit verbindet sie, dass die Betroffenen ihr Beschwerdebild als Folge ihrer Arbeitsbelastung sehen (Berger et al. 2012).

### **1.1.1 Burnout-Definition**

Die meistverwendete Definition (Maslach, Schaufeli & Leitner 2001) beinhaltet die Trias von

- Erschöpfung
- Zynismus/Depersonalisation
- Ineffektivität

Die Erschöpfung beschreibt das Gefühl, emotional und körperlich ausgelaugt zu sein. Zynismus meint eine ungewohnt gleichgültige Einstellung zu Arbeit, Kunden und Mitarbeitern. Der Ausdruck wurde gewählt, da Betroffene sich zynisch äussern oder verhalten können; dies ist jedoch nicht immer der Fall. Relevant ist, dass die Betroffenen eine Diskrepanz feststellen zu ihrer habituellen Einstellung. Die aus dem englischen Sprachgebrauch übernommene Bezeichnung Depersonalisation beschreibt diese veränderte Wahrnehmung des eigenen Wesens besser. Problematisch ist jedoch die Verwechselbarkeit mit dem psychopathologischen Befund der Depersonalisation (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie 1981), der eine dissoziative Störung der Identität bezeichnet. Ineffektivität bezeichnet das Gefühl subjektiv reduzierter Leistungsfähigkeit, welches Insuffizienzgefühle, Versagensängste, reduziertes Selbstvertrauen und oft auch Scham verursacht.

Problematisch an der Definition nach Maslach ist, dass die darin eingeschlossene emotionale Distanz zu Drittpersonen und auch die Reduktion der Arbeitsleistung bereits als Bewältigungsmechanismen in Überforderungssituationen aufgefasst werden können (Schulze 2009). Der Maslach'schen Definition fehlt ausserdem die Bedingung, dass vor der Erschöpfung eine hohe Arbeitslast bewältigt wurde. Entfällt dieses Kriterium, so könnte fast jede menschliche Krise oder psychische Dekompensation als Burnout aufgefasst werden. Wenn jemand bereits mit Überforderungserleben und Versagensängsten ins Berufsleben eingetreten ist, kann man nicht von Burnout sprechen. Burnout-Betroffene haben sich typischerweise in eine Lebenssituation hineinmanövriert, in der tatsächlich hohe Leistungsanforderungen bestehen (Brühlmann 2014). Die objektiven Überforderungsfaktoren werden durch subjektive Wahrnehmungsakzentuierung dieser Stressoren mit Zunahme der Erschöp-

fung überbetont (Ballweg, Seeher, Tschitsaz, Bridler & Cattapan 2013). Der Maslach'schen Definition fehlt zudem eine zeitliche Komponente. Im Unterschied zu vorübergehender Arbeitsüberlastung, welche fast alle Werktätigen erleben und welche ebenfalls von vegetativen Stress-Symptomen und Schlafstörungen begleitet sein kann, reichen bei anhaltender Überlastung Freizeit und Wochenenden nicht mehr zur Erholung aus (Schramm & Berger 2013).

Für die Praxis geeigneter als die Maslach'sche Definition sind die von Brühlmann (2014) beschriebenen drei Kriterien zu Burnout-Diagnose:

- *Klinik*: Progredienter Erschöpfungsprozess mit Leistungsabbau und fakultativ Stress-Symptomen
- *Umweltfaktor*: Überfordernde Stressoren im Zusammenhang mit gesellschaftlichem Leistungs- und Erfolgsdruck
- *Individualfaktor*: Vulnerabilität aufgrund überfordernder Selbstansprüche

### 1.1.2 Messinstrumente

In mehr als 90 % der veröffentlichten Studien wird als Messinstrument das Maslach Burnout Inventory (MBI) eingesetzt (vgl. Burisch 2006, 34ff; Rösing 2011, 69). Es bezieht sich auf die von Maslach etablierte Burnout-Definition und untersucht das Ausmass der subjektiven Beeinträchtigung in den oben genannten drei Dimensionen Erschöpfung, Depersonalisation und subjektiven Leistungseinbussen. Der Fragebogen existiert in drei Versionen mit leicht differenzierten Fragen, angepasst an unterschiedliche Berufsfelder (vgl. Rösing 2011, 71). Der unter dem Aspekt der quantitativen Forschung entscheidende Nachteil ist, dass das MBI keinen Cut-off-Wert hat. Demzufolge ist es als Diagnoseinstrument nicht nützlich. Zudem ist das MBI nicht befriedigend differenzialdiagnostisch validiert. Die diskriminante Validität gegenüber Depression, Ängstlichkeit und Selbstunsicherheit fehlt auch den anderen in der Burnout-Forschung verwendeten Messinstrumenten, z.B. der Überdruss-Skala (vgl. Pines, Aaronson & Kafry 1985, 235ff), dem Oldenburger Burnout-Inventar (OBI; vgl. Ebbinghaus 1986 in Burisch 2006, 36) sowie dem Hamburger Burnout-Inventar (HBI; vgl. Burisch 2006, 37). Oftmals werden in Studien selbstverfasste Fragenkataloge verwendet. Diese Vielfalt an Messinstrumenten schränkt die Vergleichbarkeit von Studienresultaten stark ein.

Es gibt eine Reihe von Messverfahren, die bei Burnout eingesetzt werden, um somatische Stressvariablen zu messen, z.B. Herzratenvariabilität, Pulswellenfortbewegung oder Cortisol-Spiegel. Da sie keine therapeutische Konsequenz nach sich ziehen, sind sie hauptsächlich von akademischem Interesse. Denkt man kosteneffizient, so lassen sie sich nicht begründen. Manchmal bewirken diese Messungen jedoch, dass Betroffene ihre Situation ernster nehmen, und steigern deren Veränderungsmotivation. Zu bedenken ist jedoch, dass Messungen mehr die Aussensicht betonen als das eigene Empfinden – eine für die post-moderne Gesellschaft typische Sichtweise, von der Burnout-Betroffene jedoch eigentlich wegkommen sollten.

### 1.1.3 Position im Gesundheitswesen

Im aktuellen Klassifikationssystem ICD-10<sup>1</sup> ist Burnout unter den Z-Faktoren zu finden (Dilling & Freyberger 2011). Daher ist es – zumindest im schweizerischen Gesundheitswesen – nicht möglich, eine Arbeitsunfähigkeit wegen Burnout zu attestieren oder gar eine Berentung zu erlangen. Allerdings ist der Übergang von Burnout in eine definierte Folgekrankheit fließend.

Abhängig von Disposition der Betroffenen und Modalität der Selbstwahrnehmung wird als Folgekrankheit eine affektive Störung, Schlafstörung oder psychosomatische Erkrankung festgestellt. Auch sekundäre Suchterkrankungen können durch Burnout ausgelöst werden. Wie Burisch (vgl. 2006, 205) ausführt, ermöglicht der Substanzabusus Entspannung, hilft auf passive Weise zu Euphorie zu gelangen oder zumindest einen Teil des Schmerzes und der Angst zu beseitigen, die mit einem apathischen, dysphorischen Lebensstil einhergeht.

### 1.1.4 Verwandte Konzepte

In der Geschichte des Depressionsbegriffes, wie sie von Ehrenberg (2013) aufgezeigt wird, stellt sich immer wieder die Frage, wie alltägliches Unglück und alltägliche Frustrationen von krankhaftem Leiden unterschieden werden können (vgl. ebda, 17) und ob es sich bei Depression um eine endogene Geisteskrankheit handelt oder eine Reaktion auf exogene Belastungen, wie bei Traumata. „Durch die Verbindung [...] entsteht der moderne Begriff der Neurose: eine Geisteskrankheit ohne physiologischen Unterbau, aber nicht ohne Ursache“ (ebda, 57). In diesem Kontext schildert Bräutigam (vgl. 1994, 99ff) eine Erschöpfungsreaktion und Kielholz (vgl. 1965, 77ff) die Erschöpfungsdepression, welche weitgehend mit dem heutigen Burnout-Begriff überlappt, ohne allerdings mit Arbeitslast zu argumentieren. Ein weiteres mit Burnout verwandtes Konzept ist die Neurasthenie. Neurasthenie wurde Ende des 19. Jahrhunderts von Beard (vgl. in Ehrenberg 2013, 52) eingeführt und verdankt seine grosse Rezeption der damaligen Thematisierung von nervöser Erschöpfung, welche nach Beard „[...] aus einem zu starken und wiederholten Druck auf das Nervensystem, aber auch auf den zerebrospinalen Bogen“ resultiere (ebda). Als exogener Belastungsfaktor fungiert bei Neurasthenie demnach die physiologische Beanspruchung des Nervensystems, während bei Burnout die Arbeitslast als exogener Faktor gesehen wird. Wie eingangs erwähnt, ist ein Hauptmerkmal von Burnout, dass sich Betroffene ihr Befinden mit Arbeitsanforderung erklären. Die Symptomatik von Neurasthenie ist ebenso unspezifisch wie diejenige von Burnout. Laut Berger (2013) sind beide Phänomene im Zusammenhang mit sich massiv verändernden Lebensbedingungen und Beanspruchungen zu sehen. Bei beiden Begriffen ist der Übergang von „noch nicht krank“ zu „krank“ unscharf (ebda). Obwohl in der ICD-10-Klassifikation Neurasthenie als Diagnose noch aufgeführt ist, wurde sie weitgehend durch Burnout abgelöst (vgl. Hell in Jaggi 2007, 12).

---

<sup>1</sup> Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) ist die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung im deutschen Sprachraum.

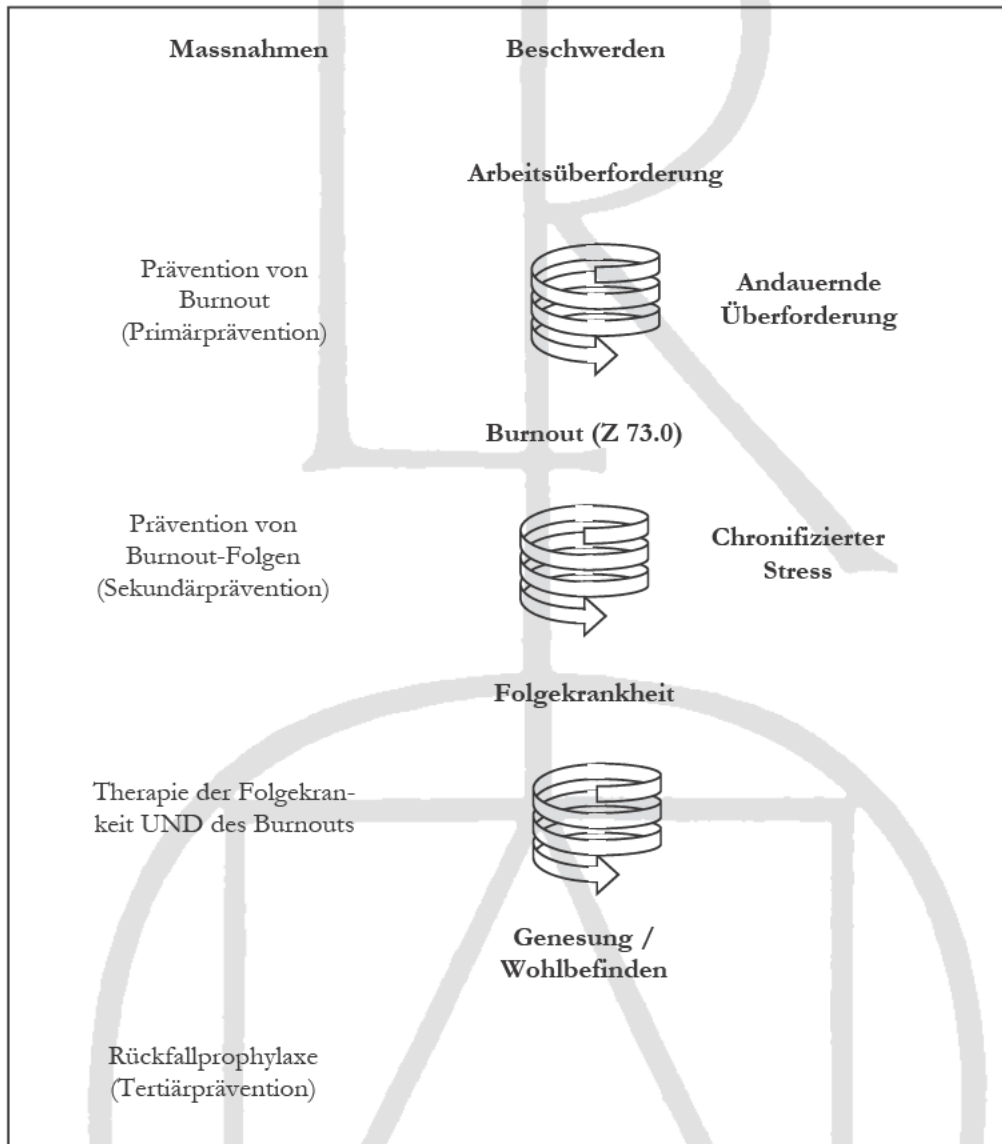


Abb. 1 Koordination therapeutischer Massnahmen und Burnout-Prozess (Sigrüst 2012)

## 1.2 Burnout als Erschöpfungssyndrom

Burisch (vgl. 2006, 25f) nennt in seiner Synopsis 131 Symptome, die bei Burnout beschrieben wurden. Die Symptome sind derart unspezifisch, dass sie zur Diagnosestellung wenig dienen. Im Gegensatz zu einem Syndrom im medizinischen Sinne wird bei Burnout der Syndrombegriff im „weichen“ Sinn gebraucht, wonach „[...] das Vorhandensein eines

Symptoms die Wahrscheinlichkeit erhöht, mit dem die anderen ebenfalls auftreten bzw. auftreten werden“ (Burisch 2006, 27).

### 1.2.1 Symptomatologie

Das Leitsymptom von Burnout ist Erschöpfung. Diese kann sich auf körperlicher, geistig-mentalener, emotionaler oder sozialer Ebene manifestieren, wie in nachfolgender Abbildung dargestellt. Aus dieser Aufzählung abzuleiten ist, dass nicht alle Symptome von der betroffenen Person selbst realisiert werden. Häufig sind es nahestehende Personen, welche auf die Veränderung aufmerksam machen. Und ebenso häufig kommt es vor, dass die Betroffenen diese Fremdbeurteilungen in den Wind schlagen, nicht ernst nehmen, bagatellisieren.

<p><b>Körperliche Erschöpfung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Energiemangel, chronische Müdigkeit</li> <li>– Schwäche- und Schweregefühl</li> <li>– Schlafstörungen, innere Unruhe</li> <li>– Infektanfälligkeit</li> <li>– Psychosomatische Symptome (z.B. Kopfschmerzen, Verspannungen, Verdauungsbeschwerden)</li> </ul>	<p><b>Geistig-mentale Erschöpfung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Konzentrationsstörungen,</li> <li>– Aufmerksamkeitsstörungen</li> <li>– Gedächtnisstörungen</li> <li>– Entscheidungsschwierigkeiten</li> <li>– Abnahme von Kreativität</li> <li>– Negative Einstellung zur eigenen Person, zur Arbeit, zu Klienten, zum Leben</li> <li>– Sinnlosigkeitsgefühle, existenzielle Verzweiflung</li> </ul>
<p><b>Emotionale Erschöpfung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Niedergeschlagenheit</li> <li>– Emotionale Labilität</li> <li>– Ängste, Verunsicherung</li> <li>– Hoffnungslosigkeit</li> <li>– Reizbarkeit, Aggressivität</li> <li>– Innere Leere</li> </ul>	<p><b>Soziale Erschöpfung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Verlust von Empathie, Zynismus</li> <li>– Sozialer Rückzug, Abschottung</li> <li>– Vermehrte Konflikte (auch Reizbarkeit)</li> <li>– Erhöhte oder verminderte Aktivität</li> </ul>

Abb. 2 Symptome von Burnout (Sigris 2012)

Wenn Betroffene in psychiatrisch-psychotherapeutische Abklärung kommen, liegt fast immer bereits eine Folgekrankheit des Burnout-Prozesses vor (Brühlmann 2014). Die wichtigsten weiteren psychiatrischen oder somatischen Folgekrankheiten sind in Abbildung 3 zusammengestellt.



### 1.2.2 Verlauf

Der Erschöpfungszustand selbst und auch die Folgekrankheit als isolierte phänomenologische Querschnittsdiagnose ermöglicht noch nicht, ein „Burnout“ festzustellen. Zusätzlich muss im Längsschnitt der Burnout-Prozess nachvollziehbar sein. Auch therapeutisch ist es wichtig, den individuellen Verlauf zu rekonstruieren und mit äusseren Entwicklungen in Beziehung zu setzen. Meist stellt sich heraus, dass erste Anzeichen bereits Jahre vor der Dekompensation aufgetreten waren. Diese Analyse begünstigt Krankheitseinsicht und Veränderungs motivation und gibt Hinweise auf Frühsymptome. Diese sind für eine Rückfallprophylaxe als Warnsymptome relevant.

Psychiatrische Folgekrankheiten	Somatische Folgekrankheiten
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Affektive Störungen</li> <li>– Schlafstörungen</li> <li>– Angsterkrankungen</li> <li>– Somatoforme (Schmerz-)Störungen</li> <li>– Sekundäre Abhängigkeiten (Alkohol, Tranquilizer, Stimulanzen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kardio- und cerebrovaskuläre Erkrankungen wie Hypertonie und Herzrhythmusstörungen</li> <li>– Stoffwechselstörungen wie Diabetes mellitus Typ II</li> <li>– Infektanfälligkeit infolge verminderter Immunabwehr</li> <li>– Tinnitus</li> </ul>

Abb. 3 Folgekrankheiten von Burnout (mod. nach Brühlmann 2014)

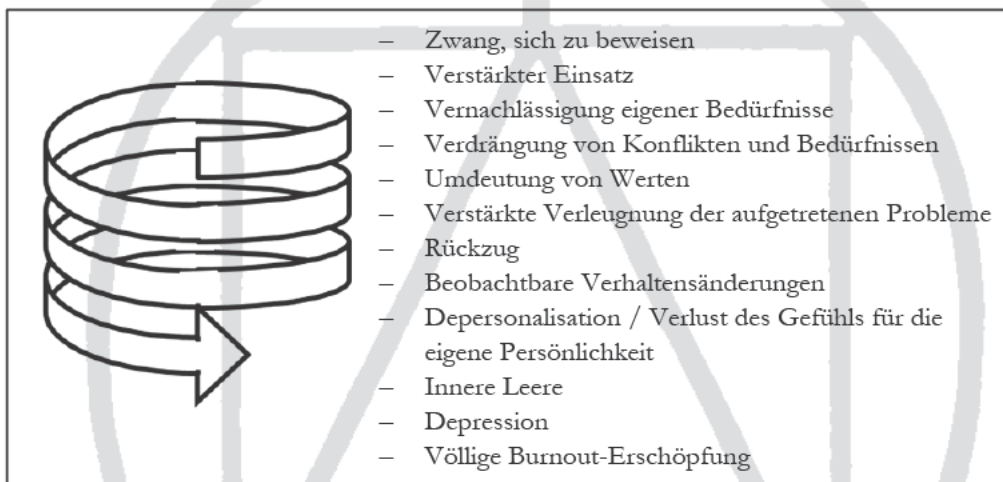


Abb. 4 Burnout-Phasenmodell (Freudenberger & North 1998)

Verschiedene Modelle zum Verlauf eines Burnout-Prozesses wurden erarbeitet. Am bekanntesten ist das 12-stufige Phasenmodell von Freudenberger (vgl. Freudenberger & North

1998, 123; Abbildung 4). Die Modelle schildern eine Abfolge von Enthusiasmus – Überforderung – Frustration – Apathie – Verzweiflung – Erschöpfung, doch gemäss Zaudig et al. (2012, 77) ist „[...] ein prototypischer Burnout-Verlauf [...] bisher nicht wissenschaftlich belegt“. Die Verlaufsmodelle sind dennoch dienlich als Orientierung und zur Analyse der individuellen Burnout-Entwicklung.

#### *Differenzialdiagnosen somatisch, psychisch*

Bei Vorliegen des Leitsymptomes Erschöpfung gilt es, differenzialdiagnostisch eine Reihe anderer psychischer oder somatischer Krankheiten auszuschliessen, die andere Behandlungsstrategien zu Folge hätten. Da dies nicht zum Auftrag des Musiktherapeuten gehört, werden hier lediglich die wichtigsten Differenzialdiagnosen aufgeführt:

Somatisch	Psychiatrisch
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anämie, Eisenmangel</li> <li>– Hypothyreose, Diabetes, Nebenniereninsuffizienz</li> <li>– Herzinsuffizienz, COPD</li> <li>– Niereninsuffizienz</li> <li>– Borreliose, HIV, Tuberkulose</li> <li>– Malignome, Lymphome, Leukämie</li> <li>– Entzündliche Systemerkrankungen</li> <li>– Degenerative Erkrankung des ZNS</li> <li>– Obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom, Restless-leg-Syndrom</li> <li>– Medikamentennebenwirkungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Chronic-fatigue-Syndrom</li> <li>– Dysomnie / Insomnie</li> <li>– Sickness Behavior</li> <li>– Somatisierungsstörungen</li> <li>– Depressive Störungen anderer Genese</li> <li>– Generalisierte Angsterkrankung</li> <li>– Posttraumatische Belastungsstörung</li> <li>– Essstörungen</li> <li>– Primärer Substanzmissbrauch</li> </ul>

**Abb. 5** Differenzialdiagnosen von Erschöpfung (mod. nach von Känel 2008)

### **1.2.3 Korrelation von Burnout und Depression**

Wie erwähnt gilt das Burnout-Syndrom als Risikozustand und Depression als eine mögliche Folgekrankheit. Burnout und Depression können folglich komorbid auftreten. Liegt bei einem Patienten eine Folgekrankheit vor, so ist es weniger relevant, ab wann die imaginäre Grenze zwischen Burnout und Depression überschritten wurde, sondern mehr, ob ein Burnout-Prozess bei der Krankheitsentwicklung eine Rolle spielte oder nicht. Burnout und Depression sind nicht scharf voneinander abgegrenzt, sondern gehen ineinander über. Je weiter der Burnout-Prozess fortschreitet, desto bestimmender ist die Eigendynamik der Depression.

Gemäss Ahola, Honkonen, Isometsä, Kalimo, Nykyri, Aromaa & Lönnqvist (2005) sind klinisch relevante Depressionen zu finden bei 53 % der Patienten mit schwerem Burnout, bei 20 % mit mildem Burnout und bei 7 % ohne Burnout. Umgekehrt korreliert Depression



nur in 5.3 % der Fälle mit Burnout, folglich sind 94.7 % der Depressionen anders bedingt (von Känel & Schwarzkopf 2013). Dies wiederum zeigt auf, wie gefährlich es ist, Depressionen trivialisierend als Burnout-Syndrom zu bezeichnen.

### 1.3 Burnout als Stresserkrankung

Das Burnout-Syndrom gilt als Stressfolgeerkrankung, da seine neurophysiologische Erklärung in der biologischen Stressreaktion gesehen wird.

Als Seyle (vgl. 1981, 163ff) ab 1936 den Begriff Stress aus der Materialforschung, wo er für mechanische Beanspruchung durch Biegung und Zug benutzt wurde, auf lebende Organismen und Menschen übertrug, meinte er damit die unspezifische Reaktion des Körpers auf Anforderungen. Mit psychosozialen Stress (vgl. Levi 1981, 188ff) wurde hauptsächlich die Angst vor einer geforderten Leistung bzw. vor dem Versagen und dem damit verbundenen Verlust an Sicherheit bezeichnet. Dass aber auch erwünschte Lebensereignisse wie Beförderung, persönliche Erfolge oder Heirat als psychosoziale Stressoren fungieren, belegt die Life-Event-Forschung (vgl. Holmes & Rahe 1967 in Steiger & Lippmann 1999, 147).

Die psychosozialen Anforderungen beeinflussen durch eine Kaskade neuroendokriner Vorgänge Stoffwechsel und Immunaktivität (Bamberger 2009; Schiepek 2003; Schubert 2014). Insbesondere lang anhaltende Belastungen führen auf diesem Weg zu somatischen wie psychischen Pathologien.

Der Begriff Stress fand schnell inflationäre Benutzung – wie heute der Begriff Burnout: Mit Stress wird seelische Belastung, Druck, Anstrengung, Mühe oder auch Sorge bezeichnet. Die Bezeichnung ist insofern irreführend, als damit sowohl Auslöser (Stressor), Reaktion (Stressreaktion) oder aber individuelles Empfinden (Stressempfinden) gemeint sein kann.

Die für den Burnout-Prozess wichtigen Stressoren werden unten als anforderungsbezogene Risikofaktoren geschildert. Personenbezogene Risikofaktoren haben auf das Stresserleben einen moderierenden Einfluss.

#### 1.3.1 Neurohumorale Stressreaktion

Der menschliche Organismus ist darauf eingestellt, bei Gefahr schnell Reserven zu mobilisieren, um Handlungsbereitschaft sicherzustellen. Diese Stressreaktion ist ein phylogenetischer, neurobiologischer Reflex, um auf Gefahren mit Angriffs- oder Fluchtverhalten reagieren zu können. Sie ermöglicht blitzschnelle Entscheidungen, wenn keine Zeit zum Nachdenken bleibt. Während für die menschliche Spezies in der Vergangenheit diese Fight-or-Flight-Reaktion lebensnotwendig war, können in der Gegenwart die wenigsten Gefahren mit Kampf oder Flucht bewältigt werden. Die neurobiologische Reaktion ist jedoch dieselbe geblieben.

- *Orientierungsphase*: Der Reiz wird ans Gehirn geleitet, welches in einem mehrstufigen Bewertungsprozess entscheidet, ob dieser Reiz als bedrohlich empfunden wird.
- *Aktivierungsphase*: Die neurobiologische Stressreaktion läuft ab.
- *Anpassungsphase*: Bleibt der Stressor bestehen, so bleibt auch der Körper in Alarmbereitschaft. Der Organismus ist bereit zu reagieren.