

## Time-out, Bore-out, Burn-out, Drink-out\*

---

Hanspeter FLURY\*\*

### Zusammenfassung

*Psychische Krankheiten und Belastungen waren lange tabuisiert, weil sie individuelles Versagen oder Schuld implizierten. Derartige Tabus verhindern, dass Behandlungen früh und effizient einsetzen, was prognostisch entscheidend ist. Antistigmatisierende Vorgehensweisen sind daher für frühe und effektive Behandlungen psychischer Krankheiten entscheidend. Es wird gezeigt, dass das Burn-out-Konzept als ein derartiges antistigmatisierendes Modell verstanden werden kann. Es hilft Betroffenen, psychosoziale Schwierigkeiten weniger spät zu thematisieren, und ermöglicht damit frühere und effektivere Interventionen von Seiten Betroffener, ihrer Angehörigen, des Arbeitsplatzes und der Behandelnden. Es wird angeregt, sich vom Burn-out-Konzept für antistigmatisierende Vorgehensweisen im Suchtbereich anregen zu lassen.*

Thomas Meyer hat mir bei seiner Anfrage für ein Referat ein spannendes Thema aufgegeben. Der Titel besticht durch seine Süffigkeit? Doch worum geht es? Vielleicht um Antworten auf die Frage: Was lässt sich aus der Burn-out-Bewegung für die Sucht-Bewegung gewinnen?

### **Burn-out, Bore-out, Time-out – ein Blick auf die Arbeit aus therapeutischer Sicht**

Arbeitsassoziierte Krankheitsbilder greifen um sich: Burn-out – die Folgen beruflicher Überlastung – grassiert; Bore-out – Arbeitstätige vergehen vor Langeweile an der Arbeit und sind aktiv desengagiert – breitet sich aus;

\* Beitrag zur 4. Fachtagung der Alkoholismus Therapieforschung Schweiz (atf schweiz), Zürich, 20 November 2009

\*\* Dr. med. Chefarzt und ärztlicher Klinikleiter, Klinik Schützen

Arbeitssucht – die Überbewertung der Arbeit – läuft oft so lange verdeckt, bis sie Beziehungen und Individuen zerstört; Jugendliche leiden an Arbeitsstörungen und Schwierigkeiten, den Weg in die Arbeitswelt zu finden, oft auf dem Hintergrund von sozialen Phobien. Doch auch wer nicht arbeiten kann, leidet: Arbeitslosigkeit macht körperlich und seelisch krank und hat schwerwiegende soziale Folgen – für viele Kranke eine schmerzliche Realität; und ohne aktives Konzept für Arbeitsintegration lassen sich viele schwere Krankheiten nicht genügend behandeln.

### **Burn-out**

Gerade zum Burn-out gibt es kritische Fragen: Ist Burn-out, Sich-Gestresst-Fühlen eine Krankheit, eine Störung oder nur eine Befindlichkeit, ein Lebensgefühl? Ist Burn-out gar nur ein Zeitphänomen, eine Modeerscheinung? Der heutige Mensch würde sich dann zwar gestresst, am Rande seiner Kräfte, ausgebrannt fühlen – aber im Rahmen eines kulturellen Paradigmas, das eine Zeitepoche prägt, ähnlich wie sich am Ende des 19. Jahrhunderts die Menschen gelangweilt, dem „Ennui“ ausgeliefert fühlten.

Auch wenn Burn-out den Stresskrankheiten zugeordnet werden kann – medizinisch ist Burn-out tatsächlich keine eigenständige Krankheit. Wir Medizinerinnen und Psychiater diagnostizieren bei Burn-out Anpassungsstörungen, das heisst Symptomatiken als Folge von (meist lang anhaltenden) grossen psychophysischen Belastungen, seien dies Erschöpfungsdepressionen, Angstkrankheiten oder somatische Symptombildungen. Doch, um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: medizinisch gesehen gibt es keinen Zweifel, dass psychische Belastungen in der Arbeitswelt zu Krankheiten führen können. Tatsächlich wurde das Burn-out-Konzept primär in der Arbeitswelt entwickelt.

Die Symptomatik von Burn-out ist uneinheitlich. Es gibt aber interessante Versuche, die Vielzahl der Symptome anhand der zugrunde liegenden Dynamik zu klassifizieren. Beispielsweise charakterisiert Burisch (2006), ein führender Burn-out-Experte, Burn-out als Prozess, der sich unter hoher äusserer Belastung phasenhaft fortschreitend entwickelt.

#### ***Anfangsphase: Warnsymptome***

- a) Vermehrtes Engagement für Ziele (gesteigerte Aktivität, freiwillige unbezahlte Mehrarbeit, subjektiver Eindruck der Unentbehrlichkeit und/oder nie Zeit zu haben, Verleugnung eigener Bedürfnisse, Verdrängung von Misserfolgen und Enttäuschungen, Beschränkung sozialer Kontakte auf Klienten)
- b) Erschöpfung (chronische Müdigkeit, Energiemangel, Unausgeschlafenheit, erhöhte Unfallgefahr).

### ***Zweite Phase: Reduziertes Engagement***

Das gesunkene Engagement erfasst viele Lebensbereiche:

- a) Klientinnen, Patienten und Kolleginnen und Kollegen (Desillusionierung, Verlust positiver Gefühle gegenüber Klientinnen, grössere Distanz zu Klienten und/oder Kolleginnen, Verschiebung des Arbeitsschwergewichts von Hilfe auf Beaufsichtigung, höhere Akzeptanz von Kontrollmitteln, Schuldzuweisung für Probleme an Klienten und Klientinnen, Stereotypisierung von Klienten und Klientinnen, Kunden, Schülern etc., Betonung des Fachjargons, Dehumanisierung)
- b) Menschen im allgemeinen (Unfähigkeit zu geben, Kälte, Verlust von Empathie, Verständnislosigkeit, Schwierigkeiten anderen zuzuhören, Zynismus)
- c) Arbeit (Desillusionierung, negative Einstellung zur Arbeit, Widerwillen, Überdross, ständiges Auf-die-Uhr-Sehen, Überziehen von Pausen, verspäteter Arbeitsbeginn, vorverlegter Arbeitsschluss, Fluchtphantasien, Verlagerung des Interesses auf die Freizeit, höheres Gewicht materieller Bedingungen für Arbeitszufriedenheit)
- d) Erhöhte Ansprüche (Verlust von Idealismus, Konzentration auf eigene Ansprüche, Gefühl von mangelnder Anerkennung und von Ausgebeutet-Werden)

### ***Dritte Phase: emotionale Reaktionen, Schuldzuweisungen***

- a) Depression (Neigung zum Weinen, Ruhelosigkeit, Gefühl des Festgefahreenseins, Hilflosigkeits-, Ohnmachtsgefühle, Pessimismus, Fatalismus, Apathie, Selbstmordgedanken)
- b) Aggression (Schuldzuweisung an andere oder „das System“, Vorwürfe an andere, Verleugnung der Eigenbeteiligung, Ungeduld, Launenhaftigkeit, Reizbarkeit, Ärger, Ressentiments, Intoleranz, Kompromissunfähigkeit, Nörgeleien, Negativismus, defensive/paranoide Einstellungen, Misstrauen, häufige Konflikte mit anderen)

### ***Vierte Phase: Abbau***

- a) Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit (Konzentrations- und Gedächtnisschwäche, Unfähigkeit zu komplexen Aufgaben, Ungenauigkeit, Desorganisation, Entscheidungsunfähigkeit, Unfähigkeit zu klaren Anweisungen)
- b) Abbau der Motivation (verringerte Initiative, verringerte Produktivität, Dienst nach Vorschrift)

c) Abbau der Kreativität (verringerte Phantasie, verringerte Flexibilität)

d) Abbau der Differenzierung (rigides Schwarzweissdenken, Widerstand gegen Veränderungen aller Art)

### ***Fünfte Phase: Verflachung***

a) Verflachung des emotionalen Lebens (Verflachung gefühlsmässiger Reaktionen, Gleichgültigkeit)

b) Verflachung des sozialen Lebens (weniger persönliche Anteilnahme an anderen oder exzessive Bindung an einzelne, Meidung informeller Kontakte, Suche nach interessanteren Kontakten, Meidung von Gesprächen über die eigene Arbeit, Eigenbröteleien, Mit-sich-selbst-beschäftigt-Sein, Einsamkeit)

c) Verflachung des geistigen Lebens (Aufgeben von Hobbies, Desinteresse, Langeweile)

### ***Sechste Phase: psychosomatische Symptombildungen***

### ***Schlussphase: Verzweiflung, schwere Depression***

Auch wenn die Symptomatik von Burn-out uneinheitlich geschildert wird, Stress ist immer Teil davon. Die medizinische Relevanz von Stress lässt sich deutlich aufzeigen, beispielsweise an einer Umfrage des SECO im Jahr 2000 bei Arbeitnehmern: 18% der befragten Arbeitnehmenden bezeichneten sich als „nicht gestresst“, 70% als „gestresst, aber kompensiert“, und 12% als „gestresst, nicht kompensiert“. Sind diese Zahlen ein Hinweis darauf, wie verbreitet – und damit womöglich irrelevant – das Gefühl des Gestresstseins ist? Das könnte man meinen, doch bei genauerem Hinsehen zeigt sich, dass die Gruppe „gestresst, nicht kompensiert“ sechs Mal mehr medizinische Leistungen als die Gruppe der „nicht Gestressten“ beansprucht – ein starker Hinweis auf die grosse medizinische Bedeutung des Themas. Eine nähere Betrachtung von Erkenntnissen aus der Stressforschung lohnt sich.

Welche Konstellationen welches Individuum stressen, ist individuell verschieden. Es besteht keine Korrelation zwischen einer „objektiven“ Schwere von Belastung und dem individuellen Stressempfinden. Stressempfinden und -toleranz variieren von Mensch zu Mensch stark. Es gilt, die eigenen

Belastungen und Entlastungsmöglichkeiten zu klären. Die entscheidende Frage in der Stressforschung ist: Welche Persönlichkeit erlebt welche Situationen als Belastung, wann gerät sie in einen Burn-out-Prozess, und was ist ihr Hintergrund, was sind ihre Erfahrungen an Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten in solchen Stressphasen?

Die Stressforschung zeigt also: Es gibt keine „Stress-Persönlichkeit“. Allerdings gibt es individuelle Bewältigungsstile, die in vielen Fällen dysfunktional sind und eher zu Stress disponieren, beispielsweise Perfektionismus und Abgrenzungsschwierigkeiten.

So individuell es also ist, was als Stressor erlebt wird – die physiologischen Folgen von Stress für die betroffenen Individuen sind weniger unterschiedlich. Dasselbe gilt auch für viele der psychischen, somatischen und sozialen Spätfolgen. Auch beim Erkennen von Stresssymptomen gibt es Gemeinsamkeiten. Manchmal täuscht die subjektive Selbsteinschätzung. Eigene Stresssymptome werden teilweise übergangen. Mehr noch: fehlende Wahrnehmung eigener Stresszeichen ist ein Risikofaktor für die Entwicklung von eigentlichen Stresskrankheiten, so auch Burn-out.

Aus organisationspsychologischer Sicht zeigen sich Konstellationen in der Arbeitswelt, die häufig als belastend erlebt werden, z.B. Teamarbeit ohne Möglichkeiten für Kontakt, Rückmeldung und offene Aussprache; ineffizient, unklar oder direktiv geführte Teamprozesse; fehlende Supervision (auch von Teamdynamiken); Bürokratisierung und Reglementierung, Knappheit; Überschuss oder übermässiger Wechsel von Personal, zu grosse Teamgrösse, nachteilige Teamzusammensetzung bzw. konzeptuelle Unverträglichkeiten. Demgegenüber wird Teamarbeit als Chance und Bereicherung erlebt, wenn Anerkennung und Unterstützung, Vielfalt und Ergänzung vorherrschen, wenn arbeitsrelevante Teamdynamiken bearbeitet werden, wenn das Team eine gute Arbeitsökonomie erreicht und gegenüber Dritten stärker auftreten kann.

Die Behandlung von Burn-out richtet sich nach dem Schweregrad der Symptomatologie. Je schwerer sie ist, desto mehr stehen am Anfang der Behandlung Erholung und Regeneration im Zentrum. Es gilt Belastungen zu reduzieren (in schweren Fällen auch mit Krankschreibung und stationärer Behandlung), Symptome abzubauen und die Regeneration zu fördern. Mit einsetzender Besserung bzw. bei leichteren Formen schon von Anfang an, gilt es, sich neu zu orientieren. Ziel ist eine langfristige Lebensgestaltung ohne Burn-out, mit einem besseren gesundheitlichen Gleichgewicht: Schwierigkeiten und Belastungen werden geklärt, Ressourcen aktiviert. Beim betroffenen Individuum selber, in seinem Umfeld und an seiner Arbeit werden passende Veränderungen gesucht und eingeleitet. Schliesslich geht es um die nachhaltige Umsetzung dieser Veränderungen, wiederum auf verschiedenen Ebenen: im persönlichen Verhalten und im Umfeld, am Arbeitsplatz und in der Lebens- und Freizeitgestaltung. Nötigenfalls wird dieser Prozess durch Coaching unterstützt, und die persönliche Entwicklung wird oft mit einer Psychotherapie gefördert.

Im Umfeld von Burn-out hat sich eine breite Palette von Behandlungs-, Beratungs- und Präventions-Angeboten etabliert, die die Betroffenen unterstützt und auch in den Medien grosse Beachtung findet.

## **Bore-out und Time-out**

Mittlerweile geraten auch andere Phänomene des Arbeitslebens, die aus psychischer Sicht interessant und ökonomisch relevant sind, in den Fokus des öffentlichen Interesses. Beispielsweise Bore-out. Gemäss einer Gallup-Umfrage im Jahr 2009 in Deutschland bezeichnen sich 13 % der Arbeitnehmenden als engagiert, 60% erklären, Dienst nach Vorschrift zu machen, und 27% sind aktiv desengagiert, haben also innerlich gekündigt. Die Folgen dieses häufigen Verhaltens verursachen bei weitem mehr Kosten als die Krankheitsabsenzen!

Sind mehr Time-outs die Lösung? Sicher ist ein ausgewogeneres Verhältnis zwischen Arbeit und Freizeit nötig. Aber Achtung bei länger dauernden Pausen von über drei Monaten: Handelt es sich dabei wirklich um eine kreative Auszeit, die für neue Interessen und neue Impulse reserviert ist, oder ist es vielmehr eine verkappte Krankheitszeit? Jedenfalls gilt auch bei Time-outs – wie bei allen Arbeitsabsenzen – die Regel: Je länger die Abwesenheit dauert, desto schwieriger ist es, erfolgreich in den Arbeitsprozess zurückzukehren und sich darin zu reintegrieren.

Noch eine andere Facette des Arbeitslebens ist wichtig: Psychisch kranken Patientinnen und Patienten erscheint die Realität der Arbeitswelt oft als überwältigend; sie erleben sich bei der Arbeit ohnmächtig und ausgeliefert. Therapie birgt die Chance, diese einseitige Sicht zu erweitern, indem sie den Blick auf individuelle Faktoren, Ressourcen und Spielräume eröffnet und neue Perspektiven auch in Beziehungen und in die Arbeitswelt bringt. Allerdings besteht die Gefahr, dass Therapeuten und Therapeutinnen diese Chance verspielen, indem sie soziale Realitäten wie die Klientel entweder ebenfalls überbewerten und damit die Ohnmacht des Individuums sogar erhöhen, oder indem sie diese ausblendend nur die innere Perspektive erforschen, was Beteiligte als unverständlich, kränkend und weltfremd erleben. Eine echt multiperspektivische Betrachtung ist erforderlich, die das Individuum im Wechselspiel zwischen innerer und äusserer Realität gegenüber äusseren und inneren Zwängen und Einengungen unterstützt, befreit und ermächtigt.

## **Exkurs: Warum ist die Burn-out-Bewegung so erfolgreich?**

Auch wenn sich das Burn-out-Konzept in vielem kritisieren lässt – in einem Punkt ist es sehr erfolgreich: Es bietet Menschen mit psychischen Schwierigkeiten und Belastungen eine legitime Möglichkeit, diese zu thematisieren. Und das ist sehr viel wert. Denn eines der Hauptprobleme ist, dass psychische Krankheiten von den Betroffenen und ihrer Umgebung zu spät erkannt werden, und dass anschliessend noch Zeit vergeht, bis Hilfe gesucht und Behandlungen und andere unterstützende Massnahmen eingeleitet werden. Dann verstärken sich das Leiden und die sekundären sozialen Folgeprobleme (in finanzieller Hinsicht, in den Beziehungen, am Arbeitsplatz). Und dies wiederum steigert die Kosten von psychischen Krankheiten – gesamtgesellschaftlich gesehen fallen die Kosten für Arbeitsausfälle und Berentungen bei psychischen Störungen stärker ins Gewicht als die Kosten verpasster Behandlungen.

Warum aber kann Burn-out besser thematisiert werden als beispielsweise Depression?

Burn-out ist weniger behaftet mit dem Makel des – geradezu individuellen – Versagens. Wer an Burn-out leidet – so ist im Begriff impliziert – hat intensiv gearbeitet, ist also quasi ein Held oder eine Heldin im hehren Kampf des Arbeitslebens; traurig-erschöpft zwar, aber doch heldenhaft in einer an sich guten und wichtigen, gesamtgesellschaftlich hoch bewerteten Sache. Im Depressionskonzept ist das völlig anders. Indem es Depression als gefährliche und behandlungsbedürftige Krankheit ins Zentrum rückt, wird zwar auch versucht, Betroffene zu entlasten. Weil das Kranksein aber deutlicher im Vordergrund steht, bleibt Depression mehr mit Makel und individueller Schwäche behaftet als Burn-out.

Die zunehmende Implementierung des Burn-out-Konzepts könnte so auch als eine erfolgreiche Antistigmatisierungs-Kampagne gesehen werden – die übrigens nicht nur für die Thematisierung von Burn-out Früchte zu tragen scheint, sondern für die Wahrnehmung von psychischen Problemen und Prozessen überhaupt. Aber es ist mehr als eine Neu-Lancierung des Bisherigen unter einem neuen Label, mehr als „alter Wein in neuen Schläuchen“. Das Burn-out-Konzept beinhaltet folgende neuen Aspekte.

- Ein einfaches, trotzdem aber multiperspektivisches Modell. Es erweitert die einseitig individualisierende Sicht auf die Betroffenen, und bezieht neben dem Individuum auch die Umgebung und die Interaktionen Mensch-Umwelt-Problem mit ein.
- Ein prozesshaftes Modell: Es betont die phasenhafte Fehlentwicklung in einem nicht zwingend krank machenden, sondern potentiell auch fruchtbaren Prozess. Für etwas brennen, ohne auszubrennen – das wäre nicht schlecht!
- Es ist nichtstigmatisierend bzw. wenig stigmatisierend. Es verhindert eine Dämonisierung des Problems, Scham- und Schuldzuweisung ans Individuum, Pathologisierung. Gegenüber Betroffenen ist es tolerant, empathisch, interessiert zugewandt, ressourcenorientiert.
- Ein entwicklungsgerichtetes Modell mit positiven Behandlungszielen. Das Ziel ist nicht einfach von der Krankheit „loszukommen“. Vielmehr geht es um Regeneration, Selbstfindung (wieder mehr ich selber sein), ein neues Gleichgewicht. Es beinhaltet noch weitere positive und attraktive Behandlungsziele: Energie, Achtsamkeit, Sinn, Genuss....
- Es impliziert neue Behandlungs-Paradigmen und -Strategien, vorwiegend in Form von Unterstützung in der Dosierungsfrage. Es geht nicht um einfache Strategien wie z.B. Medikamente, Therapie oder „konsequent etwas Gefährliches vermeiden“, wie wir Mediziner oft – aber nur mit wenig Erfolg – predigen: Nahrungsfette oder Salz reduzieren, ein Suchtmittel weglassen. Polarisierungen (gut-böse) sind in unserer postmodernen Zeit erst recht fehl am Platz. Was es heute braucht, ist nicht das Predigen von Askese oder Total-Abstinenz (die bei Vielen nicht funktioniert, beispielsweise beim Essen oder bei der Arbeit). Arbeitsfrei, das kann kein realistisch-Ziel sein – das ganze Leiden von „Arbeitslos“-Sein schwingt darin mit. Heute ist das Ziel vielmehr, sich in einer komplexen, interdependenten, vernetzten Welt zu orientieren; das heisst Unsicherheit, Ambivalenz, Unklarheit aushalten und sich dennoch für klare Interventions- und Hand-

lungsstrategien entscheiden und diese umsetzen – das ist eine Herausforderung, die der heutige Mensch lernen muss und in der er Unterstützung erhalten möchte.

Damit ist das Burn-out-Konzept weniger eine Anbiederung mit dem Zeitgeist, als ein Berücksichtigen von Fortschritten, ein Eingehen auf die Bedürfnisse heutiger Menschen, die damit den Zugang zu neuen erfolgversprechenden Behandlungsmöglichkeiten besser und früher finden.

Dass es die Aufgabe von uns Ärzten und Psychotherapeutinnen ist, nicht beim Begriff Burn-out stehen zu bleiben, wenn die Leute die Hürde zu uns genommen haben, sondern die nötige Diagnostik vorzunehmen, versteht sich von selbst.

### **Drink-out: Konsequenzen für die Konzeptualisierung von Abhängigkeit**

Das Wortspiel von Thomas Meyer im Titel weckt verschiedene Assoziationen:

- Meint „Drink-out“ das Runterspülen, Schlucken von Aggressionen, Angst etc. als individuelle Möglichkeit zur Konfliktbewältigung?
- Meint „Drink-out“ Alkoholismus als Konfliktvermeidungsstrategie mit einer Eigendynamik (sich aus konflikthafter Beziehungen und Umweltinteraktionen raus-trinken)?
- Meint „Drink-out“ das Sich-aus-der-Gesellschaft-raus-Trinken, den sozialen Abstieg des Alkoholikers?

Oder gar:

- Ist „Drink-out“ in erster Linie eine sprachliche Spielerei, eine Neuschöpfung und ein Versuch eines Neu-Labelings, in gewollter Nähe zum Burn-out-Begriff?

Ein derartiges Neu-Labeling könnte durchaus sinnvoll sein. Suchtmittelabhängige Menschen neigen selber zu Externalisierungen, einseitigen Schuldzuweisungen und -übernahmen, Entwertungen und Schamabwehr und damit zu verzerrten Betrachtungsweisen. Suchtmittel und Süchtige sind aber auch Ziele einseitiger unreifer gesamtgesellschaftlicher Projektionen und Einstellungen. Zudem zeigt die Geschichte der Suchtbehandlung, dass auch professionelle Therapiekonzepte immer wieder zu Simplifizierung und Verkürzung neigen. Es droht also immer wieder eine unheilige Allianz für einseitige Betrachtungsweisen zwischen Süchtigen, gesellschaftlicher Sicht von Sucht und traditionellen Behandlungsansätzen – gegen die multiperspektivische Ansätze dann einen schweren Stand haben. Das wäre schade, denn wie oben aufgezeigt, sind gerade sie für erfolgreiche Behandlungen entscheidend!

Ein Neu-Labeling könnte ein radikaler Ansatz und ein klares Bekenntnis zu einer neuen Vision auf Sucht ohne Stigmatisierung sein. Eine solche Wortneuschöpfung könnte diese neue Sicht dokumentieren:

- Vielleicht um die Suchtbehandlung – oder eben Drink-out-Behandlung – noch konsequenter von alten Paradigmen zu befreien, in denen sie lange gefangen war. In einem absolut verstandenen Abstinenzparadigma bei-



spielsweise, das historisch Verdienste hatte, bei gleicher Gewichtung heute aber Wichtiges ausschliessen und damit zu einer Dilettantisierung der Behandlung führen würde. Gerade aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht ist es zu begrüßen, dass die Schweizer Alkoholismusbehandlung sich – beispielsweise im Vergleich mit Deutschland – schon länger von einem einseitigen Abstinenzparadigma, das zwangsläufig ohnehin zu einem Abstinenzmythos mutierte, verabschiedet hat und auf der Basis einer breiteren Sichtweise auch andere Behandlungsziele gewichtet.

- Vielleicht um die Erfahrungen aus den Drogen-Substitutionsbehandlungen genügend zu berücksichtigen. Dieser Ansatz rückt die soziale Integration der Betroffenen ins Zentrum. Analog würde es gelten, Interventionen im sozialen Bereich konsequenter anzuwenden und näher auf den realen Lebensraum der Betroffenen auszurichten.
- Vielleicht um bei Suchtmittelkonsumentinnen und -konsumenten die zugrunde liegende Psychopathologie konsequent zu erfassen und die dafür geeigneten Therapieansätze gebührend in ihre Behandlung einzubauen, also beispielsweise bei Ängsten, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Traumata.
- Vielleicht um neue Erkenntnisse zu Anti-Craving-Substanzen und zur Neurobiologie der Sucht mehr zu gewichten.
- Vielleicht um Betroffene nicht länger in Institutionen fernab des alltäglichen Lebens zu halten als nötig.
- Vielleicht um die Illusion einer suchtfreien Gesellschaft nicht weiter zu kolportieren, die sich bis heute als nicht zutreffend und nicht zielführend erwiesen hat.
- Vielleicht um die Betroffenen und die Mitbetroffenen in ihrer Umgebung stärker und „frischer“ anzusprechen – denn auch hier gilt: Je früher die Behandlung einsetzt, umso erfolgreicher ist sie.
- Vielleicht um in der Prävention und Früherfassung neue erfolgsversprechendere Wege beschreiten zu können.

Ein derartiges Neu-Labeling würde zu Thomas Meyer passen: Während seiner ganzen beruflichen Karriere hat er konsequent nach seinen Ideen und Leitsätzen gelebt, diese aber in der Auseinandersetzung mit neuen Erkenntnissen und mit Anderen immer auch wieder hinterfragt. Er hat sie weiter entwickelt, neu konzeptualisiert und wieder neu implementiert, auch wenn er dabei lieb Gewordenes in Frage stellen musste. Manchmal ist er aber auch gegen den Strom, den Main-Stream geschwommen, hat an Bewährtem festgehalten und dafür gekämpft. Sein Engagement und seine unideologische Konsequenz im Dienste der suchtkranken Menschen und ihrer Behandlung hat Thomas Meyer in seinem beruflichen Wirken ebenso ausgezeichnet wie sein menschliches, freundliches, offenes und integratives Wesen.

Auf die Idee, dass Thomas Meyer mit dem Begriff „Drink-out“ einen Vorschlag zu einem Neu-Labeling von Sucht gemeint haben könnte, bin ich wegen seinem Humor, seinem Augenzwinkern, seiner Freude an Antithesen, seiner Lust am Perspektivenwechsel, seiner Debattierfreude gekommen. Sie werden uns fehlen, wenn er sich jetzt aus dem Arbeitsleben zurückzieht – aber sie werden ihm auf seinem weiteren Lebensweg unschätzbare Begleiter sein.

Lieber Thomas, ich danke dir herzlich für die vielseitig förderndfordernde Zusammenarbeit und wünsche dir für die Zukunft alles alles Gute.

## **Literatur**

---

Burisch Matthias, 2006: Das Burn-out-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. 3. Aufl., Springer.

## **Korrespondenzadresse**

---

Hanspeter Flury, Klinik Schützen, Klinik für Psychosomatik und Medizinische Psychotherapie, Bahnhofstrasse 19, CH-4310 Rheinfelden, E-Mail: hanspeter.flury@klinikschoetzen.ch

## **Résumé**

---

Les maladies et tares psychiques ont longtemps été des tabous parce qu'elles impliquaient un échec individuel ou une culpabilité. Ces tabous empêchent d'instaurer des traitements rapidement et efficacement, ce qui est décisif pour le pronostic. Des démarches qui ne stigmatisent pas les patients sont essentielles pour un traitement précoce et efficace des maladies psychiques. Il est démontré que le concept de burn-out peut être compris comme un de ces modèles non stigmatisants. Il aide les personnes concernées à aborder moins tardivement le thème des problèmes psychosociaux, permettant ainsi des interventions plus précoces et plus efficaces de la part des personnes concernées, de leurs familles, des collègues de travail et des prestataires de soins. Il est proposé de s'inspirer du concept de burn-out pour les démarches non stigmatisantes dans le domaine des dépendances.

## **Summary**

---

Emotional disorders and stresses were long taboo because they implied individual failure or fault. Such taboos prevent early and efficient therapy, which is essential for the prognosis. Therefore, nonstigmatising approaches are decisive for early and effective treatment of emotional disorders. The paper shows that the burn-out concept can be seen as just such a nonstigmatising model. It helps those affected to talk about their psychosocial problems earlier, and thus enables earlier and more effective intervention on the part of those affected, their relatives, the workplace, and those treating them. The author encourages therapists to seek inspiration in the burn-out concept for nonstigmatising approaches in the field of dependence.