

Vorwort

Wer kennt sie nicht, die bange Selbstvergewisserung, dass bald sicher alles besser werden dürfte. Bald, also wenn der nächste Umzug geschafft, der nächste Junggesellenabschied geplant und vollzogen, die nächste Hochzeit besucht und der nächste Geburtstag von Freunden oder Verwandten in einer Stadt am anderen Ende Deutschlands gefeiert ist. Wenn der nächste Vortrag oder Auftrag erledigt, das neue große Projekt gestemmt und eine wieder viel zu kurze Frist eingehalten worden ist. Dann werden wir drei Kreuze machen, ja dann, dann ist das Leben wieder genießbar, dann geht es wieder richtig los. Dann dürfen die Beine hochgelegt, Bücher gelesen, Freunde angerufen und getroffen, Feste gefeiert und Hobbys wiederbelebt werden.

Bedauerlicherweise kommen wir nur leider niemals an diesen Punkt, weil uns der unersättliche Arbeitsmodus längst in Fleisch und Blut übergegangen ist, bis nicht einmal mehr die schönsten Dinge des Lebens Wohlgefühl und Ruhe verheißen, weil sie entweder – wie alles andere – generalstabsmäßig durchgeplant und durchexerziert werden oder weil wir gar nicht erst dazu kommen. Gelebt wird später, erst einmal haben wir zu funktionieren.

Wir haben den Eindruck, dass es vielen Menschen geht wie uns selbst manches Mal: nicht unbedingt so richtig schlecht, aber auch nicht wirklich richtig gut. Es dominiert allzu oft das Gefühl, dass so vieles auf der Strecke bleibt, wenn professionelle und private To-do-Listen in die nächste, die übernächste und immer weiter entfernt liegende Wochen verschoben werden. Das Schlimme dabei ist, dass die Prokrastination, diese vertrackte »Verschieberitis«, nicht nur die für die meisten Zeitgenossen unangenehmen Dinge betrifft wie zum Beispiel die Steuererklärung, die regelmäßige Ablage des persönlichen Briefverkehrs, die Erneuerung des Personal-

ausweises oder die Rücksendung eines Paketes, sondern im Gegenteil ganz besonders die Dinge, die für viele Menschen zu den Freuden des Alltags gehören oder zumindest gehören könnten. Gerade noch geschafft wird die Pflichterfüllung, wenn andernfalls zeitnah negative Konsequenzen zu erwarten wären. Ansonsten gehen wir gewissenhaft jeden Morgen zur Arbeit beziehungsweise an den Rechner im Homeoffice, halten vor allem berufsbezogene Pflichten ein, leben ein »funktionierendes« Leben. Wir mögen unter der Oberfläche seelisch und körperlich tief erschöpft sein, aber wir beißen die Zähne zusammen und setzen für unsere Umwelt ein Lächeln auf.

Was uns und unseren Arbeitsplatz angeht, haben wir allerdings wirklich allen Grund zur Freude. Unsere tägliche Arbeit verrichten wir, Timo Schiele und Bert te Wildt, gemeinsam mit einem großen Team in einem ehemaligen Kloster, das auf besonders schöne Art und Weise zu »unserer« Psychosomatischen Klinik Kloster Dießen umfunktioniert wurde. Seit drei Jahren sind wir im Team damit beschäftigt, diese Klinik für Menschen aufzubauen, von denen die meisten auf die eine oder andere Art und Weise erschöpft sind, beruflich und/oder privat. Bei dieser Herkulesaufgabe verausgaben wir uns mitsamt unseren Kolleg*innen oft. Tatsächlich empfinden wir unsere Arbeit dennoch als eine absolut wunderbare Aufgabe. Wir denken gerne daran, wie glücklich und dankbar wir uns schätzen dürfen. Unsere Angehörigen machen all das tapfer mit, wozu nebenbei mal die Wohnraumsuche, Umzüge und eine Familiengründung gehören. Das wird irgendwie gehen. – Aber manchmal stellt sich die bange Frage, wie lange unsere Körper und Seelen das wohl so mitmachen werden. Wie werden wir mittel- und langfristig mit der Dauerbelastung umgehen? Und würden wir es überhaupt bemerken, wenn sich schleichend eine chronische Erschöpfung einstellte?

Wie wir bei vielen unserer Patient*innen sehen können, bricht die krankhafte Erschöpfung nicht notwendigerweise mit dem Knall eines Burn Out durch. Nicht immer kommt es zu einem dra-

matischen Zusammenbruch. Um die »Funktionsfähigkeit« nicht zu riskieren, kultivieren viele Menschen, Sie wie wir, die Arbeitsleistung permanent am Limit, der sich alles andere zu unterwerfen hat, doch wir bleiben gerne bei der Stange. Denn alles hat sich dem Mantra der Geschäftigkeit unterzuordnen. Dazu gehören Freizeit und Urlaub; sie werden generalstabsmäßig durchgeplant. »Mein Hauptziel für die Behandlung ist, dass ich zurück zu alter Leistungsfähigkeit finde und wieder voll funktionsfähig in die Arbeit einsteigen kann.« So oder so ähnlich beschreiben viele Betroffene ihr Behandlungsanliegen. Die eigene Qualität beziehungsweise den eigenen Erfolg bemessen viele vor allem daran, ob sie fit sind für den Job, für den sie ach so sehr brennen.

Sollten wir also aufhören, dauerhaft zu brennen, um das nicht zu vergessen? Nur wer wirklich in der Lage ist, für etwas zu brennen, kann auch einen Burn Out erleiden, heißt es so euphemistisch schön. Ein Burn Out ist immer ein Weckruf, der zumindest nicht zu überhören ist. Und das wünscht man niemandem. Den schleichenden Burn On aber dürften wir mindestens genauso wenig mögen. Wer möchte schon über Jahre oder gar Jahrzehnte hinweg unbemerkt verglühen? In unserer Klinik erleben und behandeln wir nicht selten Patient*innen, die über einen langen Zeitraum eine Dauererschöpfung samt larvierter Depression und körperlicher Begleiterscheinungen kultiviert haben, bis sie irgendwann, manchmal sogar erst im Rentenalter, bemerken, dass sie am Leben vorbeigelebt – oder besser gesagt: beigearbeitet – haben.

Es erscheint uns beiden allerdings nicht als eine Übertreibung zu sagen, dass wir selbst unsere Arbeit lieben. Jedoch müssen nicht zuletzt auch wir besonders aufpassen, dabei nicht unter die Räder zu kommen. Dass wir in der Aufbauphase der Klinik mit vielen Überstunden in unserer Freizeit noch ein solches Buch schreiben, ist natürlich absurd. Bereits die Entwicklungsphase des Buchprojektes, noch bevor die ersten Zeilen geschrieben waren, war tatsächlich von gemischten Gefühlen geprägt. Einerseits begleiteten uns Vorfreude und die Überzeugung, dass wir ein relevantes Phä-

nomen beschreiben würden. Andererseits gab es auch deutliche Zweifel an der Machbarkeit dieses Unterfangens und die bange Frage, ob wir damit nicht selbst genau das tun, wovor wir im Buch warnen würden. Vielleicht sind dieses Spannungsfeld und die damit verbundene Ambivalenz ja sogar hilfreich gewesen. Spannend ist unser Buch hoffentlich auch deshalb, weil wir zwei unterschiedliche Perspektiven einbringen: zwei Generationen, ein Psychologe und ein Arzt, ein Verhaltenstherapeut und ein Tiefenpsychologe. Das hat uns erst einmal viel Gesprächsstoff geliefert, um das Thema des Buches in uns reifen zu lassen.

Unterm Strich hat sich bei uns allerdings das Empfinden durchgesetzt, dass uns besonders die eigenen Grenzgänge zwischen Schöpferkraft und Erschöpfung einen lebendigen Zugang zu unserem Thema ermöglicht haben. Ehrlich gesagt, hatten wir sogar gehofft, dass uns die Beschäftigung mit dem Thema Burn On selbst dabei helfen werde, bei all dem Stress gesund zu bleiben. Es ist schon paradox: Allein das gewählte Thema mag als Rechtfertigung dafür herhalten, dass wir in dieser anstrengenden Situation des Klinikaufbaus überhaupt ein Buch schreiben. Ansonsten dürfte man uns – und das tun vielleicht einige Angehörige, Freund*innen und Kolleg*innen auch – getrost für verrückt erklären (... um uns dann bei uns »einliefern« zu lassen).

Als Psychotherapeuten sind wir tagtäglich damit beschäftigt, unseren Patient*innen zu widersprechen, wenn sie sagen: Ich will endlich wieder funktionieren! Drückt doch meine Resettaste! Stellt mich wieder her! Wir alle sind aber keine Maschinen und sollten auch nicht versuchen, uns mit ihnen zu messen und gleichzustellen. So wie wir Ärzt*innen und Therapeut*innen zuallererst und letztendlich menschliche Wesen sind, sind es unsere Patient*innen eben auch. Das Leben vor allem dem Diktat der Funktionalität, der Disziplin und der Arbeit zu unterwerfen ist unmenschlich und macht krank. Das kann weder für die Gesundheit von Patient*innen noch für die von Psychotherapeut*innen dienlich sein.

Wenn wir Kolleg*innen, Freund*innen und Verwandten unsere wirklich besonders schöne Klinik zeigen, kommt immer wieder die gleiche Reaktion. Spaßhaft heißt es dann so oder so ähnlich: Ich leide auch an Dauer-Burn-Out! Was muss ich tun, um hier reinzukommen? – Um ganz ehrlich zu sein, wir ertappen uns selbst manchmal bei ähnlich gelagerten Fantasien. Vermutlich steckt in diesem vermeintlichen Spaß jedoch viel mehr Ernst, als ihnen und uns bewusst ist. Dass es in unserer Umgebung viele Menschen mit den Anzeichen chronischer und bisweilen auch krankhafter Erschöpfung gibt, steht für uns außer Frage. Seit wir uns damit beschäftigen, begegnet uns der Burn On allerorten.

Wir widmen uns daher diesem Thema, weil wir überzeugt davon sind, dass der Burn On ein real existierendes Krankheitsphänomen ist, das wegen der Folgen für jeden Einzelnen, aber auch für unsere Gesellschaft der Anerkennung bedarf. Während wir mit seiner Erforschung in der Psychosomatischen Klinik Kloster Dießen begonnen haben, möchten wir unsere Beobachtungen und Einschätzungen mit Ihnen teilen. Denn wir sehen einen dringenden Handlungsbedarf. Wir hoffen daher, dass dieses Buch vielen Leser*innen (und auch uns selbst) dabei helfen möge, Anzeichen eines Burn On bei sich zu erkennen, sich vor einer entsprechenden krankhaften Entwicklung zu schützen und sich selbst zu helfen oder – falls es dafür schon zu spät sein sollte – Hilfe zu bekommen. Damit möchten wir auch einen Beitrag für eine Gesellschaft leisten, in der gegenüber der Überbetonung von Arbeit und Leistung andere Wertvorstellungen wieder mehr in den Vordergrund rücken.

*Timo Schiele & Bert te Wildt
Psychosomatische Klinik Kloster Dießen*

Teil I:
**Was ein Burn On ist und
wie er entsteht**

»Depression ist die Krankheit einer Gesellschaft,
die nicht mehr auf Disziplin gründet,
sondern auf Verantwortung und Initiative.«

Alain Ehrenberg (2015)

Einleitung: Die Geschichte krankhafter Erschöpfung

*Depression – Neurasthenie – Psychosomatische Störungen –
Medizingeschichte – Burn Out – Negativer Stress – Bore Out –
Erschöpfungsdepression – Workaholism – Hikikomori – Arbeitssucht*

Burn On ist ein neuartiges und bislang unerforschtes Krankheitsbild¹. Wenn wir es hier beschreiben, tun wir das im Bewusstsein und unter der Berücksichtigung anderer psychosomatischer Erkrankungen. Von diesen gilt es das Burn-On-Syndrom natürlich abzugrenzen. Daher beschreiben wir Ihnen hier im Kapitel einige verwandte Krankheitsbilder, die wir auch in der Klinik oft erleben. Und dann klären wir natürlich, was genau dieses neue Syndrom eigentlich ist: Wie entsteht es? Und wie gehen wir bestenfalls damit um? Fragen wie diese und vieles mehr werden wir Ihnen in diesem Buch beantworten – und wir wollen Ihnen Wege aufzeigen, wie Sie sich vor einem Burn On schützen können.

Zwei Stränge der Medizingeschichte sind für die Entdeckung des Burn On von besonderer Bedeutung: die der arbeitsbezogenen Störungen und die der psychosomatischen Erkrankungen überhaupt. Beide, Burn Out wie Burn On, sind ja Syndrome, zu denen eine tiefe Überlastung und Erschöpfung gehören, bei denen die Unterschiede aber deutlich zu erkennen sind. Zusätzlich geht es uns in diesem ersten Kapitel um psychische Erkrankungen allgemein, die als Vorläufer des Burn On zu verstehen sind und bei denen ähnliche Symptome auftreten können.

Will man den Burn On von anderen Krankheitsbildern abgrenzen, ist es sinnvoll, sich die Diagnostikgeschichte einmal genauer anzusehen: Wie wurden solche Krankheiten und Symptome bis-

her eingeordnet? Wir kommen damit nämlich einer etwas längeren Geschichte auf die Spur, die nicht erst mit der Entdeckung des Burn Out beginnt. Der Burn On dürfte sich schon früher in anderen psychosomatischen Krankheitsbildern verborgen haben. Wir denken dabei auch an Erkrankungen, bei denen sich die Betroffenen als tiefgreifend erschöpft erleben, ohne dass sich dies offensichtlich durch eine berufliche oder anderweitige Überlastung erklären ließe. Die Neurasthenie zum Beispiel, diese »reizbare Schwäche«, wie sich das übersetzen ließe, kann als eine erste Vorläuferin von Burn Out und Burn On verstanden werden.

Die Mutter der Erschöpfungssyndrome: die Neurasthenie

Es war ein US-amerikanischer Arzt namens George Miller Beard, der vor gut 150 Jahren die Neurasthenie erstmalig als Zivilisationskrankheit beschrieb². Die Vielfalt der körperlichen und seelischen Symptome macht die Neurasthenie zu einer Vorläuferin psychosomatischer Erkrankungen im Allgemeinen und der Erschöpfungssyndrome im engeren Sinne. Damals bezeichnete man das als Nervenerkrankung, zumal die psychischen Erkrankungen als solche noch gar nicht entdeckt und erkannt worden waren. Neben genetischen Faktoren wurden von Beard die Arbeits- und Lebensbedingungen im Zuge der industriellen Revolution für das Entstehen einer Neurasthenie verantwortlich gemacht. Die Industrialisierung erfuhr seinerzeit gerade in den USA eine besondere Dynamik, sodass sogar von der »American Nervousness« die Rede war³. Vielleicht markiert die Beschreibung der Neurasthenie durch Beard sogar die eigentliche Geburtsstunde von Psychiatrie und Psychosomatik, die wir Europäer gerne mit einem anderen Namen verbinden – Sigmund Freud.

Freud übernahm zunächst Begriff und Konzept der Neurasthe-

nie, auch wenn er schon recht früh Kritik an einer fehlenden diagnostischen Differenzierung übte⁴. Allerdings entwickelte sich mit Freuds Interesse an dem Phänomen die Neurasthenie in Wien und anderen europäischen Großstädten zu einer umstrittenen Modediagnose der gehobenen und gebildeten Gesellschaftsschicht, heute vielleicht vergleichbar mit der sogenannten »Hochsensibilität«⁵. Freud interessierte sich in diesem Zusammenhang allerdings weniger für Formen der Überlastung durch veränderte technologische und gesellschaftliche Lebensbedingungen als vielmehr für innere Konflikte, die zu einer Überempfindlichkeit gegenüber äußeren Reizen führen können.

Auch wenn die Existenz des Krankheitsbildes der Neurasthenie heute umstrittener denn je ist, finden sich in den Krankheitsklassifikationssystemen zwei unterschiedliche Varianten. Zum einen gibt es demnach eine Form, die besonders durch vermehrte Müdigkeit nach kognitiver Belastung oder Anstrengung charakterisiert ist. Das heißt also eine Belastung, die mit den Funktionen des Menschen wie Wahrnehmung, Lernen, Erinnern, Denken und Wissen in Zusammenhang steht. Das kann unter anderem bedeuten, dass die Konzentration der Betroffenen gestört ist und die Patienten sich als sehr leicht ablenkbar erleben. Bei der anderen Form der Neurasthenie finden sich eher körperliche Symptome. Zu diesen psychosomatischen Beschwerden zählen im Wesentlichen körperliche Schwäche und Erschöpfung nach geringer Anstrengung sowie Muskelschmerzen, Schwindelgefühle und die Unfähigkeit, sich zu entspannen. Beide Formen werden oft von der Angst vor einer weiteren Verschlechterung des Zustandes begleitet, der dann im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung auch zumeist eintritt. Die entsprechende seelische und körperliche Anspannung verschlimmert die psychosomatischen Beschwerden, ein Teufelskreis entsteht. Beide Varianten, die psychische wie die psychosomatische Form, werden – wie fast alle Definitionen psychischer Leiden der WHO – rein symptomatisch gefasst, wir erkennen sie an Krankheitsbildern und der Beschreibung des Lei-

dens der Patient*innen, während die Ursachen, also die ätiologischen Entstehungsbedingungen⁶, wie wir das nennen, wenn wir Ursachenforschung betreiben, unberücksichtigt bleiben.

Problematisch an der Neurasthenie war und ist also nicht nur, dass das Phänomen so diffus, vielgestaltig und schwer zu greifen ist, sondern dass vollkommen offen ist, ob es nun primär um eine angeborene, also aus der Veranlagung des Betroffenen entwickelte Überempfindlichkeit geht, die schon bei kleineren Belastungen zu Symptomen führt. Oder ob es sich vielmehr um eine sekundär erworbene Überlastungsreaktion auf äußere Einflüsse handelt. Diese Schwierigkeit findet in Debatten Widerhall, wenn immer noch die Frage diskutiert wird, ob das Burn-Out-Syndrom als eigenständige Erkrankung anerkannt werden soll oder nicht.

In diesem Zusammenhang erscheint es uns als besonders bemerkenswert, dass die Neurasthenie nicht nur als Vorläuferin des Burn Out gesehen wird, sondern auch als die des sogenannten Bore Outs⁷, eines erst in letzter Zeit beschriebenen Phänomens, bei dem die Betroffenen von ihrer Arbeit krankhaft unterfordert und gelangweilt sind (dazu später mehr). Folgt man diesen Überlegungen, dann wäre Überlastung bei einer Neurasthenie gleichsam ein Burn Out – oder eben auch unser Burn On –, während man ein Bore Out eher bei Überempfindlichkeit bei gleichzeitiger Unterforderung diagnostizieren müsste. Mit der Entdeckung der Neurasthenie tauchte jedenfalls erstmals die überraschende Erkenntnis auf, dass es nicht nur ein Zuviel, sondern auch ein Zuwenig an Anregung und Spannung im menschlichen Wirken und Walten gibt.

Im asiatischen Raum, wo eine ausgesprochen hohe Arbeitsmoral herrscht, wird die Neurasthenie auch heute noch erstaunlich oft diagnostiziert. Das liegt vor allem daran, dass die Diagnose dort weniger mit einem Stigma belegt zu sein scheint, als dies bei klassischen psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Ähnlichem der Fall ist. Dort scheint sich der Gedanke durchgesetzt zu haben, dass eine genetische Veranlagung das vor allem als

körperliches Leiden empfundene Krankheitsbild verursacht. In unseren Breiten wie auch im Rest der sogenannten westlichen Welt werden Arbeit und Leistung ebenfalls ziemlich hochgehalten. Aber hier ist zunehmend ein Bewusstsein dafür entstanden, dass Arbeit krank machen kann. Während die Diagnose Neurasthenie kaum noch gestellt wird, hat sich der Burn Out in unserem Krankheitsverständnis längst etabliert. So findet sich die Neurasthenie im ICD-11⁸, nach dem sich gängige Diagnosen richten, nur noch unter »ferner liefern« aufgeführt und dürfte bald Geschichte sein. Das Burn-Out-Syndrom jedoch ist heute weithin anerkannt und erschreckenderweise weiter auf dem Vormarsch⁹.

Noch mehr Erschöpfung: das chronische Erschöpfungssyndrom

Ähnlich wie die Neurasthenie wird das chronische Erschöpfungssyndrom, auch Chronic Fatigue Syndrome (CFS) genannt¹⁰, als eine chronische Erkrankung verstanden, die, wie die Bezeichnung bereits vermuten lässt, durch eine sehr starke physische, also körperliche, und psychische Erschöpfung charakterisiert ist.

Immer wieder gab es auch die Vermutung, dass das chronische Erschöpfungssyndrom durch eine Entzündung des Gehirns (Enzephalomyelitis) ausgelöst sein könnte. Belegt werden konnte das hingegen nie. Frauen sind deutlich häufiger davon betroffen als Männer. Bei vielen scheinen die Beschwerden durch eine Infektionserkrankung, wie zum Beispiel eine Erkrankung mit dem Epstein-Barr-Virus, ausgelöst zu werden und dann, teilweise erst einige Zeit später, wie aus dem Nichts zu beginnen. Zur extremen Erschöpfung gesellen sich oftmals Symptome wie Muskel- oder Gliederschmerzen und in der Folge Schlaf- oder Konzentrationsstörungen. Erholung scheint dabei nicht zu einer wesentlichen Verbesserung des Zustandes zu führen. Manche Betroffene leiden

derart stark, dass sie nahezu vollständig ans Bett gefesselt sind und ihnen auch alltägliche Tätigkeiten wie beispielsweise das Zubereiten einer Mahlzeit kaum ohne Unterstützung möglich sind. Das ist dann natürlich kein Burn Out, sondern etwas ganz anderes.

Trotz des erheblichen Leidensdrucks und inzwischen vermehrter Forschungsaktivität sind die Ursachen des chronischen Erschöpfungssyndroms bis heute nicht ausreichend geklärt¹¹. Jenseits der Infektionshypothese werden Defekte im Bereich des Immunsystems, des Hormonsystems, des Nervensystems sowie psychische Faktoren beschrieben, die für die Entstehung relevant sein könnten. Eine Forschungsarbeit von Heim und Kollegen aus dem Jahre 2009¹² legt einen Zusammenhang mit traumatischen Kindheitserfahrungen nahe. Die meisten Betroffenen erleben ihre Erkrankung jedoch eindeutig als körperliches und nicht als psychisches Problem. Sie erfahren – im Gegensatz zu den meisten Menschen, die unter einer Depression leiden – keine Antriebslosigkeit. Stattdessen scheint der Körper das Aktivwerden zu be- und verhindern. Nichtsdestotrotz hält sich aus psychosomatischer Sicht hartnäckig die Hypothese, dass wir es beim chronischen Erschöpfungssyndrom mit einer Art von Erschöpfungsdepression zu tun haben, die nicht von offensichtlichen äußeren Überlastungsfaktoren durch Tätigkeiten herrührt, sondern vielmehr von der unbewussten, aber anstrengenden Reaktion auf gravierende innere Konflikte, die letztlich auch auf traumatische Erfahrungen zurückgehen können.

Wir tendieren in unserer Klinik dazu, diese Form von Erschöpfung als eine typische psychosomatische Erkrankung anzusehen, die sowohl körperliche als auch psychische Dimensionen und Faktoren hat. Da ihre Ursachen nach wie vor weitgehend ungeklärt sind, gibt es bedauerlicherweise auch keine wissenschaftlich fundierte Therapie. So laufen Behandlungsversuche nicht selten ins Leere. Im Wesentlichen versucht man, den Betroffenen ein Leben mit den Symptomen zu ermöglichen und ihre Beschwerden etwas zu lindern.

Die Entdeckung von negativem und positivem Stress

Bis heute ist noch vieles im Dunkeln geblieben, was die Rolle psychischer und sozialer Faktoren bei der Entstehung von Krankheitsbildern wie Neurasthenie und chronischem Erschöpfungssyndrom betrifft – und Sie können sich vorstellen, dass ein Burn Out oder Burn On sich davon wiederum unterscheidet. Allerdings stammen beide Diagnosen, Erschöpfungssyndrom wie Neurasthenie, aus einer Zeit, als man den Einfluss der Psyche auf das körperliche Wohlbefinden und die körperliche Gesundheit noch massiv unterschätzte – Freud hin oder her.

Als einer der ersten moderneren Wissenschaftler beschäftigte sich der als Vater der Stressforschung geltende Mediziner Hans Selye intensiv und systematisch mit der Frage, wie sich äußere Stressreize – jenseits von eindeutig traumatischen Erlebnissen – körperlich wie seelisch auswirken. Sein Standardwerk aus dem Jahre 1956 »The Stress of Life«¹³ gilt noch heute als Grundlagenwerk. Selye selbst soll gesagt haben, dass eine seiner größten beruflichen Errungenschaften gewesen sei, der Welt und ihren Sprachen ein neues Wort geschenkt zu haben: Stress¹⁴. Das Besondere an Selyes sogenanntem Modell des Allgemeinen Anpassungssyndroms ist die Berücksichtigung sowohl kurz- als auch langfristiger Reaktionen des menschlichen Organismus auf ganz unterschiedliche Belastungen.

Selyes Modell unterscheidet drei Stadien von Reaktionen: die Alarmreaktion, das Widerstandsstadium sowie das Erschöpfungsstadium. Man kann es sich gut vorstellen, dass der Körper zunächst auf akute äußere und innere Stresszustände alarmiert reagiert, was übrigens unwillkürlich und automatisiert abläuft, hervorgerufen durch Stresshormone. Die Alarmreaktion soll unseren Körper in die Lage versetzen, kurzfristig Energie und Kraft zu verspüren, und ist mit Blick auf unsere animalische Natur ursprünglich als eine Vorbereitung auf Kampf oder Flucht gedacht.

Auf die zeitlich begrenzte Alarmreaktion folgt das sogenannte Widerstandsstadium, das den Körper wieder in den Normalzustand versetzen soll. Stresshormone werden in dieser Phase abgebaut, weil der Körper versucht, sich dem Stress zu entziehen, sei es, dass er den Umweltauslöser meidet (Flucht) oder zu verändern sucht (Kampf), um dann im Anschluss zunächst eine Ruhephase einzulegen. Die beiden Anfangsphasen können laut Selye nämlich vom Körper nur für einen begrenzten Zeitraum aufrechterhalten werden.

Das dritte von Selye beschriebene Stadium beschreibt eine Erschöpfung, die ganz automatisch eintritt, wenn kein Gleichgewicht aus Alarm und Widerstand hergestellt werden kann. Dann drohen negative Langzeitfolgen und eine erhebliche Beeinträchtigung des gesundheitlichen Wohlbefindens auf körperlicher wie auch auf seelischer Ebene.

Selye hat sich in seinen Arbeiten insbesondere auf hormonelle Veränderungen durch Stress konzentriert und eingehend die negativen Konsequenzen für den menschlichen Körper beschrieben, wie zum Beispiel die Entstehung von Bluthochdruck, Magengeschwüren oder Arteriosklerose. Diese gelten heute mehr denn je als Volkskrankheiten und sind vor allem als Folge von Dauerstress zu verstehen, was für unser Thema von besonderer Bedeutung ist. Das lässt aber auch ermessen, wie relevant Selyes Pionierarbeiten noch heute für uns sind. Gleichzeitig hat Selye mit seiner Forschung grundsätzlich den Weg für das Verständnis arbeitsbezogener Störungen geebnet, allen voran der bestbekannte Burn Out, auf den wir uns als mittlerweile gut beforschtes Krankheitsphänomen natürlich immer wieder beziehen werden.