

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

CHRONISCHES ERSCHÖPFUNGS-SYNDROM

Diagnose und Therapie aus wissenschaftlicher Sicht

Energieelos, kraftlos, schnell ermüdbar, rasch erschöpfbar, wer kennt sie nicht, diese Klagen, die immer häufiger werden. Das chronische Erschöpfungs-Syndrom hat „Konjunktur“. Es sieht auch nicht so aus, als ob es weniger würde. Die Zahl körperlicher, vor allem aber seelischer und insbesondere psychosozial verursachter Leidenszustände, bei denen eine chronische Erschöpfung droht, nimmt kontinuierlich zu.

Wie sieht das die Wissenschaft, d. h. die ton-angebenden Institutionen wie Weltgesundheitsorganisation (WHO), Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) bzw. jene spezialisierten Fach-Gesellschaften, die sich vor allem mit diesem (modernen) Phänomen beschäftigen? Dazu eine kurz gefasste Übersicht zur Ergänzung von mehr als zwei Dutzend Krankheitsbildern, die alleine in dieser Internet-Serie als „Kern-Problem chronischer Müdigkeit“ beschrieben werden. Und einige fachliche Hinweise, was die Wissenschaft dagegen empfiehlt, sprich kognitive Verhaltenstherapie, Entspannungsverfahren, supportive Beratung, graduierte Aktivierung, Gesprächs-Psychotherapie u. a.

Erwähnte Fachbegriffe:

Erschöpfung – chronische Erschöpfung – chronisches Erschöpfungs-Syndrom – Ursachen einer chronischen Erschöpfung – chronische Müdigkeit – Dauer-Mattigkeit – chronisches Erschöpfungs-Syndrom und Alter – Diagnose des chronischen Erschöpfungs-Syndroms – Verlauf des chronischen Erschöpfungs-Syndroms – Häufigkeit des chronischen Erschöpfungs-Syndroms – Definition des chronischen Erschöpfungs-Syndroms – CDC-Kriterien – Oxford-Kriterien – ICD-Kriterien der WHO – DSM-IV-Kriterien der APA – Häufigkeit chronischer Erschöpfungs-Syndrome – Heilungsaussichten des chronischen Erschöpfungs-Syndroms – Rückfallgefahr bei chronischem Erschöpfungs-Syndrom – günstiger Verlauf chronischer Erschöpfung – ungünstiger Verlauf

chronischer Erschöpfung – Behandlungs-Vorschläge bei chronischer Erschöpfung: kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Entspannungsverfahren, supportive (stützende) Beratung, Gesprächs-Psychotherapie, graduierte Aktivierung, Anpassung des Aktivitäts-Niveaus an Energie-Reserven, Non-direktive supportive Maßnahmen usw. – konkrete Empfehlung zur Vermeidung eines chronischen Erschöpfungs-Syndroms – u.a.m.

Erschöpft, wer war nicht schon einmal erschöpft. Vielfältig sind die Begriffe, die sich allein in der Alltagssprache damit verbinden. Beispiele: energielos, schwach, kraftlos, leicht und schnell ermüdbar bis erschöpfbar, ohne Aktivität, Initiative, Schwung, Antrieb, Spannkraft, Ausdauer, Elan, schließlich wie willenlos, welk, matt, ja im Extremfall apathisch bis stuporös („versteinert“).

Manchmal gibt es sogar noch eine - dann doch extrem verunsichernde - Kombination aus erschöpft und innerlich unruhig, nervös, fahrig, gespannt, „wie unter Strom“ vibrierend. Rund um die Erschöpfung breitet sich ein schier endloses Terrain negativer psycho-physischer, psychosomatischer und damit psychosozialer Symptome und Konsequenzen und deshalb meist auch eindrucksvoller Begriffe aus. Jeder kennt sie, jeder könnte noch etwas hinzufügen.

Und auch die Literatur ist voll davon, ergänzt durch Berichte aus den Medien, d. h. Zeitungen, Zeitschriften, Magazine (Gesundheit – eines der modernen Top-Themen unserer Zeit), Funk, Fernsehen, Video, inzwischen auch das Internet mit überwältigendem Angebot, nicht zuletzt der Betroffenen selber.

Und auch diese Internet-Serie, bezeichnend www.psychosoziale-gesundheit.net genannt, wartet mit diesem letztlich in der Tat leidvollen Thema mit mehreren Beiträgen auf: Erschöpfungsdepression, Anpassungsstörungen, chronische Müdigkeit, posttraumatische Belastungsstörung, Schlafstörung, chronische Schmerzen mit entsprechenden Folgen, Somatisierungsstörungen, somatoforme Störungen, Tranquilizer-Folgen, Winterdepression, Burnout (erschöpft → verbittert → ausgebrannt), Kopfunfall, Wetter, Klima und seelische Krankheit, Wechseljahre, Epilepsie, Alzheimer, Hirnschädigung, Gehirn-Doping, Hochbetagte, innere Kündigung, Medikamenten-Abhängigkeit, Neuroleptika, Parkinson, bestimmte Persönlichkeitsstörungen, Phobien und Angststörungen, Blindheit, Multiple Sklerose, chronische Psychosen, ja vorgetäuschte Gesundheitsstörungen u.a.m.: Müdigkeit bis zur Erschöpfung – auch ein unerschöpfliches Thema.

Kurz: Es gibt kaum eine Belastung (woher auch immer bzw. wem angeschuldigt) und damit Begriff, der so allgegenwärtig belastend, beklagt und in der Tat verunsichernd bis lähmend ist wie der der dauerhaften Erschöpfung. Wenn es sich nicht um ein zeitlich begrenztes Leistungs- und Befindens-Defizit handelt, sondern eine chronische Erschöpfung, ja ein mehrschichtiges Krankheitsbild

im Sinne eines chronischen Erschöpfungs-Syndroms, dann horcht jeder auf. Schließlich ist auch (fast) jeder ein potentieller Erschöpfungs-Kandidat. Die Älteren wissen, wovon die Rede ist. Im mittleren Lebensalter registriert man zunehmend mit wachsender Nervosität warnende Vorzeichen. Und die Jüngeren sind zwar der Meinung, es betrifft sie (noch lange) nicht, aber das ist bekanntlich nur eine Frage der Zeit.

Nachfolgend deshalb als Ergänzung der erwähnten Beiträge eine kurz gefasste Übersicht zum Thema:

CHRONISCHES ERSCHÖPFUNGS-SYNDROM – DIAGNOSE, KLASSIFIKATION UND PSYCHOTHERAPIE

In ihrem Beitrag in der Fachzeitschrift *Psychotherapie* 3/2011 erläutern Frau Professor Dr. Alexandra Martin, Psychotherapieforschung am Universitäts-Klinikum Erlangen und ihr Kollege: Privatdozent Dr. J. Gaab vom Psychologischen Institut der Universität Zürich unter dem Titel *Chronisches Erschöpfungssyndrom – evidenzbasierte Psychotherapie bei chronisch organischer unklarer Erschöpfung*, was hier alles diagnostisch, differentialdiagnostisch (was könnte es sonst noch sein) und psychotherapeutisch zu bedenken ist. Im Einzelnen:

Als erstes gilt es zu akzeptieren: Erschöpfung ist ein unspezifisches Symptom, d. h. ein Krankheitszeichen, das nicht exakt auf eine bestimmte Ursache hin ertragen werden muss. In der Tat wird es in der Regel bei zahlreichen psychischen und körperlichen Krankheiten beobachtet (siehe auch obige Hinweise über das Angebot in dieser Internet-Serie). Es ist aber auch als so genanntes primäres Symptom ohne bekannte medizinische Erklärung möglich – und dann ein besonderes Problem.

Viel Konkretes konnte die Wissenschaft bisher nicht liefern. Das ist jedoch kein unverzeihliches Defizit bei diesem vielschichtigen Phänomen, sondern Hinweis, ja Gebot, weitere Forschungs-Anstrengungen folgen zu lassen – weltweit, denn es handelt sich ja nicht nur um eine westliche Belastung, wenngleich offensichtlich gerade hier besonders oft und gerne beklagt.

Ein wissenschaftlicher Oberbegriff steht jedenfalls schon seit langem zur Verfügung: chronic fatigue syndrome – CFS, also das erwähnte chronische Erschöpfungs-Syndrom (vom lat.: fatigatio = Ermüdung).

Damit werden Zustände zusammengefasst, bei denen eine anhaltende und beeinträchtigende Erschöpfung vorliegt, die nicht durch eine bekannte medizinische Ursache oder eine spezifische psychische Störung erklärt werden kann. So die Definition.

Eine solche Erschöpfung kann sich primär körperlich in schneller Erschöpfbarkeit bei bereits minimalen körperlichen Anstrengungen und/oder primär mental schneller Erschöpfbarkeit bei geistigen Aktivitäten äußern. Und wichtig: Schlaf und Ruhe bzw. Schonung führen in der Regel *nicht* zu hinreichender Erholung.

Das CFS (s. o.) ist also nach der Definition des U.S. Centers for Disease Control (CDC) das Leitsymptom in der medizinisch unklaren Erschöpfungs-Somatik, die mindestens ein halbes Jahr fort dauert, nicht Folge aktueller Belastung ist und von mindestens vier der folgenden Symptome begleitet wird:

- nicht-erholsamer Schlaf
- unproportional starke Erschöpfung nach Anstrengung
- Störung der Konzentration oder des Kurzzeitgedächtnisses
- Halsschmerzen
- empfindliche/schmerzhaftes Lymphknoten
- Gelenkschmerzen
- Muskel- und Kopfschmerzen u. a.

Neben diesen so genannten CDC-Kriterien gibt es aber noch alternative Definitionen, z. B. die in Großbritannien vorgeschlagenen so genannten *Oxford-Kriterien*. Sie beschränken sich auf sowohl mentale als auch physische Fatigue (also die erwähnte krankhafte Müdigkeit, Mattigkeit u. a.), fordern aber keine weiteren körperlichen Symptome wie oben dargestellt. Ähnliches gilt für die australischen Kriterien der Royal Australasian College of Physicians.

Wie steht es nun mit den offiziellen diagnostischen Manualen, die von den großen ton-angebenden Institutionen dieser Erde herausgegeben werden, nämlich Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA). Dort werden chronische Erschöpfungs-Syndrome unterschiedlich definiert, und leider nicht nur diese. Möglicherweise kommt man bei weiteren wissenschaftlichen Erkenntnissen eines Tages dann doch zu einer einheitlichen Definition. Bis dahin aber gilt folgende unterschiedliche Anschauung:

- Während im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – (DSM-IV) eine explizite Erschöpfungs-Diagnose fehlt, ist das bei der WHO anders.
- In der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-10 gibt es sogar verschiedene Klassifikations-Möglichkeiten. Beispiele: Neurasthenie, Psychasthenie, post-virales Ermüdungs-Syndrom/benigne myalgische Enzephalomyelitis, die sich einerseits gegenseitig ausschließen und deren empirische (wissenschaftliche Erfahrungs-)Grundlage auch angezweifelt wird.

Nun darf man das alles nicht nur unzufrieden oder gar ironisch sehen. Es ist nachvollziehbar schwierig, hier zu einer allseits befriedigenden Lösung zu finden: Zum einen bestimmte Syndrome (bestehend aus mehr oder weniger zusammengehörigen Symptomen = Krankheitszeichen), die oft nicht stabil diagnostizierbar sind oder ggf. auch noch wechseln, je nach sonstigen Faktoren, Zeit, ja Ort u. a. Und zum anderen dies noch weltweit für alle Ecken dieser Erde zutreffend. Von den differentialdiagnostischen Zwängen (was könnte es sonst noch sein) und therapeutischen Möglichkeiten und Grenzen ganz zu schweigen.

Deshalb lassen sich auch die großen Institutionen hin und wieder ein Türchen offen, das es ihnen später ermöglicht, unter neuen Erkenntnissen (z. B. funktionelle Bildgebung) schließlich eine befriedigendere Einordnung nachzuholen. So beim DSM-IV in dem Unterkapitel *Besondere kulturelle, Alters- und Geschlechtsmerkmale* bei der undifferenzierten somatoformen Störung mit dem an sich umstrittenen Krankheits- bzw. treffender Leidensbild „Neurasthenie“, ein Syndrom, das in vielen Teilen der Welt beschrieben wird und durch Müdigkeit und Schwäche charakterisiert ist (im DSM-IV-TR als „undifferenzierte somatoforme Störung“ klassifiziert).

Auch in der kommenden, allseits mit Spannung erwarteten überarbeiteten Auflage des DSM-IV-TR, sprich DSM-V, wird wohl in diesen Punkten weiterhin eine spezifische Klassifikation fehlen. Man ist und bleibt also vorsichtig, was auch kein Nachteil sein muss - obgleich die dauerhafte Müdigkeit bis hin zur chronischen Erschöpfung wohl einer der bekanntesten Belastungs-Faktoren auf der ganzen (westlichen) Welt ist ...

Wie häufig sind ernstere Erschöpfungs-Zustände?

Wenn etwas nur schwer konkret umreißbar ist, von exakten Definitionen im Rahmen allseits anerkannter Klassifikationen ganz zu schweigen, dann darf man auch keine konkreten Häufigkeits-Angaben erwarten. Und so ist es auch bei den Erschöpfungs-Zuständen, selbst wenn es sich um ein chronisches Erschöpfungs-Syndrom handeln sollte.

Als erstes variieren also solche Angaben in Abhängigkeit von den jeweiligen Kriterien (kennzeichnenden Merkmalen) und zweitens der jeweils untersuchten Population (s. u.).

- In der deutschen Allgemein-Bevölkerung sind gemäß Selbst-Einschätzung 6,1% von chronischer Erschöpfung betroffen.
- Deutlich seltener finden sich dagegen die CFS-Kriterien der CDC (s. o.), bei denen ja auch mehr Belastungs-Faktoren zusammenkommen müssen. Hier variieren die so genannten Prävalenz-Raten zwischen 0,2 und 0,5% in

der Allgemein-Bevölkerung. Etwas mehr in der medizinischen Primär-Versorgung, nämlich zwischen 0,5 und 2,8% (z.B. Hausarzt). Am meisten natürlich in entsprechenden Spezial-Kliniken, d. h. zwischen 10 und 15% (Einzelheiten beispielsweise bei J. Gaab und U. Ehlert, 2005 – siehe Literaturverzeichnis).

Wie sind die Heilungsaussichten?

Die Prognose unbehandelter Erschöpfungs-Syndrome ist natürlich von vielerlei abhängig, z. B. Ausmaß und betroffener Bereich. Allerdings gilt auch die unerfreuliche Erkenntnis: Ohne Behandlung ist eine vollständige Genesung eher selten. Fasst man die wichtigsten Studien zu diesem Thema zusammen, so liegt die Spannbreite zwischen fast jedem Dritten als günstigste Folge und praktisch keinem Betroffenen. Zieht man den Durchschnitt heran, so sind es auch nur rund fünf Prozent, also jeder Zwanzigste mit einem chronischen Erschöpfungs-Syndrom.

Das hört sich nicht erfreulich an, geht aber auch von einer fast schon unkritisch optimalen Voraussetzung aus, nämlich der erwähnten „vollständigen Genesung“.

Sollte man aber von einer so genannten Symptom-Reduktion, also einer Besserung dieser oder jener Symptome, vor allem der potentiellen Erschöpfungs-Grundlage selber ausgehen, dann stellt sich das Ganze schon etwas günstiger dar: Hier liegt die Spannbreite zwischen acht und 63%; und im Mittel bei vier von zehn Betroffenen.

Dass es sich um massive Erschöpfungs-Zustände handelt, geht schon aus der Frage hervor: Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit möglich oder nicht? Auch hier streuen die positiven Ergebnisse zwischen acht und 30%, was dann aber letztlich gesehen auch eher bedenklich wenig ist.

Dies alles muss allerdings – wie erwähnt – unter verschiedenen Bedingungen geprüft, berechnet und interpretiert werden. Beispielsweise beim Faktor „Alter“. Und so gibt es auch chronisch erschöpfte Kinder, was nun nicht am Berufs-Stress liegen kann (wenn man der Schule eine solche belastende Wertigkeit nicht zugestehen mag). Da zeigt sich dann, dass eben auch andere Aspekte eine Rolle spielen können, die nicht nur äußerlich (z. B. Stress), sondern auch innerlich, d. h. seelischer oder biologischer Natur zu sein pflegen, wenigstens überwiegend und zumindest als Grundlage für einen nachfolgenden Teufelskreis.

Um zum Thema zurückzukommen: Günstig erscheint der Verlauf bei chronisch erschöpften Kindern zu sein. Hier variiert die Genesungs-Rate in einer älteren Übersichtsarbeit, die vorhandene Untersuchungen zusammenfasst,

zwischen 54 und 94% (1997 rückwirkend, wie das unter heutigen Bedingungen ausfallen würde, bleibt also offen).

Aber auch das ist eigentlich keine „Entwarnung“, wenn man im negativen Sinne dann jedes zweite Kind dauerhaft betroffen sieht. Und in der Tat besteht bei dieser Gruppe noch nach mehreren Jahren ein erhebliches Risiko für so genannte Residual-Symptome, also restliche, verbliebene Krankheitszeichen, selbst wenn das Vollbild beispielsweise eines fatigue syndrome-CFS nicht mehr gegeben war.

Was spricht für einen günstigen bzw. ungünstigen Verlauf?

Was spricht nun für einen günstigen, im negativen Fall ungünstigen Verlauf? Das zeigen uns die jeweils herausgerechneten so genannten Prädiktoren, also Vorhersage-Kriterien:

- Für einen *günstigen Verlauf* bei Erwachsenen sprechen eine initial (anfangs) geringere Intensität der Beschwerden, ein größeres Ausmaß an Kontrolle über das Beschwerdebild und ein nicht-somatisches (also nicht-körperliches) Krankheitsbild.
- *Eher negativ*, wenn die durch das Beschwerdebild ausgelösten Beeinträchtigungen massiver ausfallen, man kann es sich denken. Folgenreich auch eine längerfristige Arbeitslosigkeit und die Entwicklung einer sozialen Marginalisierung, wie das die Experten nennen („an den Rand der Gesellschaft gedrängt“).

Ein wichtiges Bindeglied zwischen Beschwerdebild und psychosozialer Beeinträchtigung nebst ungünstigen Folge-Aussichten ist übrigens das Ausmaß einer zusätzlich behindernden Depression.

Chronisches Erschöpfungs-Syndrom – was kann man tun?

Eines war schon zuvor jedem klar und wurde durch diese Ausführungen noch deutlicher: Ein Erschöpfungs-Syndrom, noch dazu ein chronisches, ist nicht nur mehr-schichtig, sondern viel-schichtig, was seelische, geistige, körperliche, psychosoziale u. ä. Ursachen anbelangt. So gesehen braucht es nicht nur eine sehr genaue diagnostische Analyse (wer - was - wo - wie - warum - usw.), sondern eben auch Therapie. Und später eine effektive Prävention für die naturgemäß hier besonders leicht und oft drohenden Rückfälle.

Wenn man nun die potentiellen organischen Ursachen beiseite lässt und sich auf die seelischen und psychosozialen konzentriert, dann ergibt sich nach den Experten A. Martin und J. Gaab in ihrem Beitrag über *Chronisches Erschöpfungs-Syndrom – evidenz-basierte Psychotherapie bei chronischer or-*

ganisch unklarer Erschöpfung folgendes Angebots-Spektrum bislang empirisch (erfahrungsgemäß) untersuchter psychotherapeutischer und bewegungstherapeutischer Behandlungs-Ansätze, die hier stichwortartig wiedergegeben werden:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Ziel ist es, die lästigen bis behindernden Symptome als vorübergehend und rückbildungsfähig aufzufassen und nicht als Zeichen eines unveränderbaren krankhaften Zustandes. So lauten auch die entsprechenden Stichworte: Selbst-Wirksamkeit und Selbst-Kontrolle über die eigene Lebensführung und damit die Wiederherstellung des alten Funktionsniveaus. Außerdem gilt es entsprechende Bewältigungsstrategien für jene Problembereiche zu erarbeiten, die für das Leiden verantwortlich waren oder noch sein könnten. Beispielsweise körperliche, gemütsmäßige, soziale oder finanzielle Bedingungen.

Zu Beginn einer KVT geht es also um ein verändertes Problem-Verständnis, konkret: Was spielt sich hier ab, was wirkt sich wie und auf wen aus und vor allem: Was sind die Folgen? Dann geht es daran, solche ungünstigen Einstellungen (Fachbegriff: dysfunktionale Kognitionen) zu erkennen, zu überprüfen und vor allem die entsprechenden Befürchtungen zu neutralisieren. Z. B. dass diese oder jene Aktivität zur Verschlimmerung und damit unwiderruflichen Schädigung führen könnte. Danach eine mit dem Patienten individuell zusammengestellte und abgestimmte Wiederaufnahme der früheren Aktivitäten, und zwar sowohl körperlich als auch mental oder sozial. Das hört sich einfach an, muss aber mit der aktuellen Erschöpfungslage abgestimmt werden, die es ja erst nach und nach zu überwinden gilt.

Daneben geht es in der KVT auch um weitere Interventionen, z. B. die Regulation des Schlaf-Wach-Rhythmus, um Problemlöse-Techniken und Stress-Bewältigungs-Strategien.

- **Entspannungsverfahren** sind zwar sinnvoll, kommen aber bei CFS als ausschließliche Behandlungen nur selten zum Einsatz. Am ehesten bei Schlafstörungen, die ja bei Erschöpfungss-Symptomen sehr häufig mitverantwortlich sind.

- In der **supportiven (stützenden) Beratung** und im Rahmen einer **Gesprächs-Psychotherapie** geht es vor allem um die Entäußerung entsprechender Beschwerden, Sorgen und Probleme und damit ein besseres Verständnis für den drohenden Teufelskreis. Das hat sich nicht zuletzt in der Gruppe bewährt (Stichworte: Förderung des Umgangs mit den Beschwerden, Akzeptanz der neuen Lebenssituation, Setzen realistischer Ziele u. a.).

- Die so genannte **graduierte Aktivierung** beruht auf den Theorien der De-Konditionierung der chronischen Erschöpfung. Da körperliche Aktivität mit er-

höher Anstrengung einhergeht und auch so wahrgenommen wird, kann sich bei entsprechender psycho-physischer Ausgangslage das Aktivitäts-Niveau zunehmend reduzieren. Das wäre der erwähnte Teufelskreis. Ziel ist daher die Wiederherstellung eines „angemessenen“ Aktivitäts-Niveaus, um die Erschöpfung und damit Funktions-Beeinträchtigungen abzubauen. Grundlage dieses Verfahrens ist also eine systematisch aufgebaute Steigerung der körperlichen Aktivität über spezifische Bewegungen/sportliche Maßnahmen, ggf. auch physiologisch unterstützt (z. B. Herz-Kreislauf-Kontrolle).

Interessant und wegweisend: In der bislang größten kontrollierten Studie zu dieser Behandlungsmaßnahme wurde das „Gehen“ am häufigsten als körperliche Aktivität gewählt - und offensichtlich auch erfolgreich genutzt (siehe auch der immer wiederkehrende Begriff des „Gesundmarsches“ in dieser Internet-Serie www.psychosoziale-gesundheit.net).

- In der Therapie-Strategie **Anpassung des Aktivitäts-Niveaus an Energie-Reserven** geht man als Ursache des CFS von einem unbekanntem patho-physiologischen Krankheitsprozess aus, der sich in einer begrenzt verfügbaren Energiemenge ausdrückt und (deshalb?) durch Aktivitäts-Steigerung nicht modifizierbar ist. Darum lautet das Ziel: optimale Anpassung an die Krankheit.

Deshalb werden die Betroffenen unterstützt, ihre Aktivitäten einzuteilen und Prioritäten festzulegen, um die Erschöpfungs-Symptome zu reduzieren oder gar zu vermeiden. Konkret geht es um einen gemeinsam festgelegten Wechsel von Erholungs- und Entspannungsphasen mit bestimmten Aktivitäten, um die subjektiven Energiereserven zu schonen und nicht maximal auszuschöpfen. Ermutigt wird eine Aktivitätssteigerung nur, wenn sich der Betreffende dazu in der Lage sieht und wenn sich damit sein Beschwerdebild nicht verschlechtert. Damit will man den „natürlichen Erholungsprozess“ begünstigen.

- **Gesprächs-Psychotherapie und Non-direktive supportive Maßnahmen** werden häufig genutzt, und zwar nicht nur als Einzel- und Gruppentherapie, auch im Rahmen von Hausbesuchen und Telefongesprächen, beispielsweise durch entsprechend ausgebildete Krankenschwestern, Sozialarbeiter u. a. Solche Behandlungs-Strategien sind nützlich, durchaus erfolgreich (s. u.), aber bezüglich ihres messbaren Behandlungs-Fortschrittes schwieriger zu objektivieren. Gleichwohl – so die Experten – sollte man sie nicht einfach als *Bona-fide-Psychotherapie* abtun (sprich: Behandlungserfolg aus „gutem Glauben heraus“, letztlich ohne wissenschaftlich-methodische Absicherung).

Zumindest kurzfristig findet sich dabei auch eine stärkere Milderung der Erschöpfungs-Symptomatik, was nicht zuletzt auf die „emotionale Betreuung“ zurückgehen dürfte, sprich Anerkennung und Akzeptanz emotionaler Belastungen als wichtiger Prädiktor für den späteren Behandlungserfolg.

Schlussfolgerung

Seriöse Wissenschaft stellt sich nur selten markt-schreierisch aufs Podest und lässt sich feiern. Man weiß um seine (mühsam erarbeiteten) Möglichkeiten, vor allem aber um die ständig drohenden und damit frustrierenden Grenzen solider Forschungs-Bemühungen. Das bezieht sich auf alle Bereiche, besonders aber die Gesundheit bzw. die „verlorene Gesundheit“ mit ihren vielfältigen psychosozialen Konsequenzen. Hier vor allem in sozio-ökonomischer Hinsicht, sprich Produktions-Verluste durch Arbeitsunfähigkeit und vorzeitige Berentung.

Dies gilt nicht zuletzt für psychotherapeutische Behandlungen, was bisher nicht jeder einsieht. Hier insbesondere für das chronische Erschöpfungs-Syndrom. Oder konkret, wie es Frau Prof. Dr. Alexandra Martin und Privatdozent Dr. Jens Gaab in ihrem Beitrag abschließend feststellen: Psychotherapeutische Behandlungen für Patienten mit CFS sind nicht nur effektiver, sondern möglicherweise auch im Hinblick auf die Einsparung von anderen direkten Behandlungskosten oder indirekten Kosten (z. B. Produktivitätsausfall) kosteneffiziente Behandlungs-Optionen. Dabei sollte die Forschung auch ein weiteres Potential zur Verbesserung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses erarbeiten, z. B. im Rahmen einer gestuften Versorgung, in dem zunächst Selbsthilfe-Ansätze genutzt werden (z. B. Bibliothherapie, ggf. mit therapeutischen Telefon- bzw. E-mail-Kontakten). Doch nur bei fortbestehender Indikation eine weiterführende Psychotherapie im obigen Sinne.

Und hier käme man zum Fazit für die Praxis, das die Experten wie folgt zusammenfassen:

- Psychotherapie stellt neben graduierter Aktivierung (sprich: angepasster Dosierung) eine wirksame Behandlungsform des chronischen Erschöpfungs-Syndroms dar.
- Akzeptable Befunde zur Verbesserung des Erschöpfungs-Erlebens und des Funktionsniveaus liegen bislang primär für die kognitive Verhaltenstherapie – KVT vor.

Es gibt auch interessante Einzel-Befunde für die Gesprächspsychotherapie und Psychoedukation.

- Die übliche, rein medizinische Versorgung scheint zur Verbesserung des chronischen Erschöpfungs-Syndroms nicht ausreichend zu sein.
- Anhaltende Schonung bzw. Vermeidung von Aktivitäten in dem durch Erschöpfung dominierten Befinden sind beim chronischen Erschöpfungs-Syndrom nicht zu empfehlen.

- Ein wichtiges Ziel von CFS-Betroffenen besteht darin, möglichst wenige Einschränkungen in ihrer Lebensführung hinnehmen zu müssen. Zugleich bedarf die Wiederaufnahme von körperlichen, beruflichen und sozialen Aktivitäten in vielen Fällen therapeutischer Unterstützung.
- Es besteht auch nach erfolgreicher Therapie ein substanzielles Risiko für Residual-(Rest-)Symptome und damit das Wiederauftreten des Beschwerdebildes. Deshalb sollte die Rückfall-Vorbeugung (z. B. Identifikation und Umstellung der individuell bahrenden Belastungsfaktoren) in der Therapie stärker berücksichtigt werden, so die psychologischen Experten A. Martin und J. Gaab von den Universitäten Erlangen und Zürich in ihrem interessanten Beitrag zum chronischen Erschöpfungs-Syndrom.

LITERATUR

Gesellschaftlich bedeutsames, auch die Zukunft generell und wissenschaftlich auf mehreren Ebenen zu berücksichtigendes Thema, deshalb zunehmend in der Fachliteratur behandelt, insbesondere englisch-sprachig. Verstärkt auch populär-medizinisch dargestellt. Wobei allerdings mitunter einseitig „neue“ Vermeidungs- und Behandlungs-Verfahren favorisiert werden, kaum die - natürlich eher frustrierenden, weil selbstkritisch begrenzenden - wissenschaftlichen Bemühungen um allseits objektivierbare bzw. nachprüfbare Erkenntnisse.

Einzelheiten siehe die Original-Beiträge zum Thema in der Fachzeitschrift *Psychotherapeut* 3 (2011) 231 sowie in dem Fachbuch

Gaab, J., U. Ehlert: Chronische Erschöpfung und chronisches Erschöpfungs-Syndrom. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2005 (dort auch weitere Fachliteratur)