

Seelisch Kranke unter uns

Allgemeine Informationen – Reports – Kommentare

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

ERSCHÖPFUNGSDEPRESSION

Kommt die frühere Diagnose einer Erschöpfungsdepression in Gestalt des Burnout-Syndroms zurück?

Das „Burnout-Syndrom: erschöpft – verbittert – ausgebrannt“ hatte einen Vorgänger: die Erschöpfungsdepression. Natürlich nicht völlig identisch, aber in vielem vergleichbar, was Beschwerdebild, Ursachen und Folgen anbelangt. Gemeint ist die Reaktion auf psychosozialen Stress oder konkreter: Belastung ohne Aussicht auf Entlastung, wie sie vor einigen Jahrzehnten Menschen in solchen Situationen prägte. Kann man daraus lernen? Oder kommt sie gar zurück, die Erschöpfungsdepression?

Man kann es in Frage stellen, verneinen, lächerlich machen, doch es nimmt ständig zu: das Burnout-Syndrom mit seiner Sequenz: erschöpft → verbittert → ausgebrannt. Es steht (noch) in keinem gängigen Lehrbuch, wird in den modernen Klassifikationen bestenfalls verschämt als Fußnote angedeutet, ist diagnostisch schwer zu fassen und therapeutisch noch schwerer zu behandeln, vor allem auf Dauer erfolgreich. Aber es ist da – und droht auch noch die Besten, die Engagiertesten, die ursprünglich Leistungsfähigsten zu ruinieren.

Ist es neu, das „Stress-Syndrom der helfenden Berufe“, heute aber praktisch in allen Sparten anzutreffen, vom **Anwalt** bis zum **Zahnarzt**? Gab es das noch nie, auch nicht in modifizierter Form und unter anderen Fachbegriffen?

Erschöpfungsdepression: Burnout vor drei Jahrzehnten?

Das Burnout-Syndrom gab es schon immer, es wird sogar im Alten Testament erwähnt (die sogenannte „Elias-Müdigkeit“). Und auch später hat es viele Großen des Geistes heimgesucht (natürlich auch den jungen Minister Goethe, dem durch seine Verwaltungsarbeit nach und nach das Dichten „auszutrocknen“ drohte).

Und es durchgeistert die Literatur, von der Belletristik (Thomas Mann) bis zu den Fachbüchern („Helfersyndrom“, „Betriebsneurose“ u. a.).

Und es hat einen Vorläufer, der natürlich nicht völlig identisch ist, wie alle anderen parallel laufenden Leidensformen auch – und doch vieles Gemeinsame aufweist. Vielleicht ist sie sogar wieder im kommen, die **Erschöpfungsdepression**. Um was handelt es sich hier?

Ein langer Weg

Krankheiten bzw. die jeweiligen zeit-typischen Modifikationen eines Leidens (in der Seelenheilkunde dürfte es außer medikamentösen Nebenwirkungen keine völlig neuen Krankheitsbilder geben) entstehen nicht am Schreibtisch, nicht im Hörsaal, nicht in den Experten-Gremien, sondern im Alltag. Und als erstes erreichen sie die Sprechstunde des Allgemeinarztes, des Internisten, des Orthopäden, Gynäkologen und anderer medizinischer Disziplinen, und nur selten den Psychiater, selbst wenn er der dafür zuständige Facharzt ist. Und dann wird er erst mit einer meist nicht unerheblichen zeitlichen Phasenverschiebung mit dem neuen Phänomen konfrontiert. Das kann Jahre dauern, eine lange Zeit, die nicht unbedingt zum Vorteil der Betroffenen ausfällt. Und es wird noch einmal seine Zeit dauern, bis dann die entscheidenden „Meinungsbildner“ (Opinionleader), zumeist über ihre ambulante Sprechstunde, einbezogen werden. Damit festigt sich dann endlich die wissenschaftliche Basis (was, wann, wo, wie, warum?). Und die über die entsprechenden Publikationen und Vorträge in den Kliniken und Ärztekreisvereinen notwendigen Kenntnisse zu Diagnose und Therapie in allen anderen damit konfrontierten Fachbereichen.

Das ist ein langer und oftmals schwieriger Weg. Und wenn er heute auch etwas schneller geht (z. B. bei dem „neuen“ bzw. „modernen“ Leiden Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperkinetisches Syndrom im Kindes- und Erwachsenenalter), so kommt es doch auf eine unnötige Belastung für jene Betroffenen hinaus, die in diese Phase der Unsicherheit fallen.

So auch bei der Depression im Allgemeinen und der Erschöpfungsdepression im Speziellen. Letztere geht vor allem auf die Erfahrungen der Psychiatrie-Professoren Paul Kielholz (Psychiatrische Universitätsklinik Basel) und Günter Hole (früher Basel, später Universität Ulm/Ravensburg-Weissenau) zurück. Um was handelt es sich hier?

Die Erschöpfungsdepression – ein altes Leiden?

Nichts ist also völlig neu, auch nicht in der Seelenheilkunde. Deshalb wurden schon im 19. Jahrhundert zur Entstehung depressiver Erschöpfungs Zustände so modern anmutende Ursachen diskutiert wie fehlende Erholung, schwierige Geschäftslage, aufreibende Pflege kranker Angehöriger oder „sonstige Kümmeris-

se“, unter die man alles andere zusammenfasste. Besonders Mitte des 20. Jahrhunderts konnte die Erschöpfungsdepression hinsichtlich Ursachen, Beschwerdebild und Verlauf sowie entsprechender Persönlichkeitsstruktur genauer erforscht werden. Daran knüpften sich dann nicht nur rasche Diagnose und gezielte Therapie, sondern auch wirksame Vorbeugungsmaßnahmen.

Vor allem wurde bald deutlich, dass es sich hier um eine jahrelange seelisch-körperliche und psychosoziale Dauerbelastung handelt, wobei der psychischen Komponente die größere Bedeutung zukommt.

Vielfältige Ursachen – geschlechtsspezifisch

Die **Ursachen** und Hintergründe sind vielfältig, weisen aber interessante Unterschiede auf, vor allem je nach Geschlecht:

– So überwiegen bei **Männern** berufliche Konflikte: z. B. Übergangenwerden bei Beförderungen, Angst vor Versagen, Zeitnot, ständige Stress-Situationen, folgenschwere Entscheidungen, ferner lärmendes, gehetztes Arbeitsmilieu, Existenz- und Konkurrenzkämpfe u. a. Auf der anderen Seite aber auch eine Beförderung, die entsprechende Überforderungen nach sich ziehen kann. Bisweilen auch Partner- und Familienprobleme sowie weitere Schwierigkeiten. Hier am ehesten aber als Folge entsprechender psychosozialer Schwierigkeiten, die ihr Opfer dann allerdings auch von allen Seiten erdrückt („Kerze, die an zwei Seiten abbrennt“, wie beim Burnout).

– Beim **weiblichen Geschlecht** sind es in erster Linie zwischenmenschliche Nöte, insbesondere Familienprobleme und sexuelle Konflikte. Hier resultiert die Überforderung meist aus der Doppelbelastung durch Haushalt und Halb- oder Ganztagsarbeit, vor allem wenn sie als unbefriedigend oder erzwungen empfunden wird. Auch finanzielle Sorgen können eine Rolle spielen. Noch mehr aber mangelnde Aussprachemöglichkeit (heute redet nur noch jeder von sich selber, keiner hört dem anderen mehr zu), Vereinsamung und Entwurzelung (die es auch bei scheinbar voll integrierten und erfolgreichen Menschen gibt – innerlich).

Wie an der Art der Ursachen schon erkennbar, sind vor allem **die mittleren Lebensjahrzehnte** betroffen. Frauen scheinen häufiger als Männer zu erkranken, doch das war schon immer fraglich. Denn das weibliche Geschlecht ist offener und vor allem therapiewilliger, was sich natürlich in der Statistik niederschlägt und ein wahrscheinlich falsches Bild vermittelt.

Charakteristische Persönlichkeitsstruktur

Die **Persönlichkeitsstruktur** der Erschöpfungsdepressiven weist gewisse Züge auf, die sich immer wieder registrieren lassen (nebenbei auch beim Burnout-Syndrom). Diese Menschen sind oft übergewissenhaft und ehrgeizig, aber häufig

zugleich von einer folgenreichen Entäußerungsschwäche, die sie daran hindert, sich nötigenfalls zu wehren, zumindest aber darüber zu sprechen. Sie schlucken alles und haben doch nur gering ausgeprägte Fähigkeiten, Enttäuschungen, Frustrationen, Kümernisse, Sorgen, Kränkungen und Demütigungen zu ertragen. Je stärker dieser Grundcharakter von „neurotischen“ Zügen geprägt ist, desto geringer müssen die seelischen und vor allem psychosozialen Belastungen ausfallen, um eine depressive Entwicklung im Sinne einer Erschöpfungsdepression in Gang zu bringen.

Wie bei den Ursachen und Hintergründen, so lassen sich auch in der Persönlichkeitsstruktur mehr oder weniger ausgeprägte geschlechtsspezifische Schwerpunkte feststellen:

– **Männer** scheinen eher selbstsicher und ich-bezogen, aufstrebend und perfektionistisch, hieß es schon damals in den wissenschaftlichen Abhandlungen. Oft handelt es sich um leitende Persönlichkeiten (zumeist der zweiten Ebene, der sogenannten „Sandwich-Position“, die von oben und unten Druck bekommt), die ständig hohe Verantwortung tragen und wichtige Entscheidungen treffen müssen (obgleich sie nicht immer bei der Konzeption gefragt werden, d. h. manches zu vertreten haben, was sie durchaus anders geplant hätten). Diese Opfer schaffen sich dann auch noch zusätzlich Probleme, indem sie die anfallenden Aufgaben nur ungern an andere delegieren („was man nicht selber macht ...“).

Dahinter steht aber nicht nur eine überdurchschnittliche Leistungsbereitschaft, sondern auch der unbewusste oder doch uneingestandene Zwang, sich dauernd zu betätigen und damit zu bestätigen. Daraus erwächst die Gefahr, sich leistungsmäßig zu übernehmen, charakterisiert durch die klassischen Überforderungssymptome Nervosität, Getriebenheit, innere Unruhe, Klagen über seelisch-körperlichen und schließlich psychosozialen Verschleiß und letztlich Leistungsabfall trotz verstärkter Anstrengungen (Einzelheiten siehe das Burnout-Syndrom mit wiederum erstaunlichen Parallelen).

– **Frauen** mit einer Erschöpfungsdepression sind meist von überempfindlichem, schwernehmendem, gelegentlich etwas kindlich wirkendem Charakter, mitunter schüchtern und gehemmt, jedenfalls ebenfalls entäußerungsschwach. Oft fehlt ihnen damit auch die Grund-Fähigkeit, sich zur Wehr zu setzen, im Alltag, hier und jetzt. Sie lassen sich alles aufbürden, fühlen sich oft unverstanden und geraten trotz ihrer offenen Wesensart nicht selten in eine innere und zuletzt auch äußere Isolation. Ihr Leidensbild ist vor allem geprägt durch Angst, innere Unsicherheit, Resignation und mitunter auch Misstrauen, was natürlich einen Teufelskreis in Gang bringen kann.

Charakteristischer Krankheitsverlauf

Erschöpfungsdepressionen wurden schon früher gerne mit Erschöpfungszuständen oder Erschöpfungsreaktionen verwechselt. Das ist ein großer Fehler. Denn

erschöpft war schon jeder, aber eine Erschöpfungs*depression* ist etwas anderes, wie gleich deutlich wird. Denn hier geht es um einen längeren Zeitraum, d. h. über mehrere Jahre hinweg, und vor allem um verschiedene Krankheitsphasen. Was heißt das konkret?

- **Überempfindlichkeit und reizbare Schwäche**

Die **erste Phase ist die der Überempfindlichkeit und reizbaren Schwäche**: Sie erstreckt sich über Monate bis Jahre und ist gekennzeichnet durch innere Unruhe, Anspannung, Nervosität, Fahrigkeit, Miss-Stimmung, Einschlafstörungen (= Abschaltstörungen) und unruhigen Schlaf mit oft belastenden Träumen. Ferner durch Merk- und Konzentrationsschwäche, ja gelegentlich peinliche Vergesslichkeit, schnelle Ermüdbarkeit, eigenartige Mattigkeit, schließlich Leistungsrückgang.

Nicht selten ist eine ungewöhnliche, früher offensichtlich nicht (so) störende und jetzt alle irritierende „Impulsivität“ oder „Unbeherrschtheit“, je nach dem, wie man diesen „neuen Wesenszug“ zu umschreiben versucht. Oder kurz: Die erwähnte „reizbare Schwäche“ durch unbeherrschte Gefühlsausbrüche, leichte Erregbarkeit, häufige Verstimmungen, ja Reizbarkeit und Aggressivität.

Dies wird zuerst in Partnerschaft und Familie, schließlich auch in Freundeskreis und Nachbarschaft, zuletzt am Arbeitsplatz deutlich. Dort beginnt es in der Regel bei Untergebenen, später auch bei gleichgestellten Kollegen und erfasst vielleicht sogar Vorgesetzte, was die zu erwartenden unangenehmen Konsequenzen zu haben pflegt.

- **Psychosomatische Phase**

Doch es geht weiter (wenn man nicht rechtzeitig etwas dagegen unternimmt): In der **zweiten, der psychosomatischen Phase** greift die gefühlsmäßige Spannung auf den körperlichen Bereich über, gemäß der Definition von: „psychosomatisch = Unverarbeitete seelische und psychosoziale Konflikte äußern sich im körperlichen Bereich.“ Und auch das geht viele Monate bis mehrere Jahre.

Da entwickeln sich vielfältige, oft rasch wechselnde vegetative und funktionelle Beschwerden, meist unbestimmt-allgemeiner Art, die sich aber häufig auch auf schon vorbestehende organische Schwachpunkte aufpfropfen: Kopf (Kopfdruck), Herz (Herzrasen, Herzstolpern, Herzschlag bis zum Hals), Atmung („Berg auf der Brust“, „Reifen um den Brustkorb“, Atemenge), Magen und Darm (vielfältige Beeinträchtigungen, vom Völlegefühl bis zu Durchfall oder Verstopfung), Kreislauf (Blutdruck), Stoffwechsel, Hormonhaushalt, ja Wirbelsäule und Gelenke (degenerative Verschleißerscheinungen hat fast jeder, aber zusätzliche seelische Störungen können daraus ein ernstes Schmerz-Problem werden lassen, das charakteristischerweise auf Schmerzmittel kaum anspricht).

Die Reaktion der Betroffenen kann zwar individuell unterschiedlich ausfallen, bleibt aber in der Regel nicht aus: Manche schlagen sich tapfer durch, bis sie „einfach nicht mehr können“. Bei anderen kommt es schon früh zu hypochondrischen Befürchtungen mit einer wachsenden Krankheitsangst, denn kein Spezialist findet etwas (bestenfalls so genannte „Mini-Befunde“, die zwar zu keiner Diagnose berechtigen, dafür den kostspieligen Spezialisten-Kreislauf in Gang bringen). Die Folgen sind bekannt, bis hin zum „doctor-hopping“ oder gar „doctor-shopping“. Aber auch verhängnisvolle Selbstbehandlungsversuche mit Alkohol oder medikamentöser Betäubung (aus eigenen alten oder fremden Arzneimittel-Beständen). Und schließlich hilflose Resignation oder gar Verzweiflung.

Jetzt ist der Punkt erreicht, wo es nur noch irgend eines Auslösers bedarf, um die eigentliche „Erschöpfungsdepression im Wartestand“ zum Ausbruch zu bringen.

Solche **Auslöser** sind vor allem seelische, psychosoziale, aber auch körperliche Belastungen, die unter normalen Umständen eigentlich problemlos überstanden worden wären – nur nicht jetzt, wo der Betroffene ohnehin schon auf „dünnem Eis“ steht. Beispiele: Infektionen, leichtere Unfälle (besonders Schädel-Hirn-Traumata), Geburten, Operationen, Schwangerschaften (oder -abbrüche) u. a. Ja, das auslösende Ereignis kann sogar positiver Natur sein, z. B. Urlaub, bestandenes Examen, Beförderung, glücklicher Ausgang eines langwierigen Gerichtsverfahrens u. a.

- **Depressive Phase**

Jedenfalls droht dem Betroffenen jetzt die letzte, die schwerste, die **depressive Phase**: Je nach Schwere des Zustandsbildes kann sie von sehr unterschiedlicher Dauer sein, meist jedoch ausgesprochen langwierig (z.B. länger als die „biologischen“ oder früher „endogen“ genannten klassischen Depressionen (Melancholia), die „nur“ einige Monate, selten länger anzuhalten pflegen).

Die Erschöpfungsdepression in ihrer depressiven Phase ist ein hartnäckiges Leiden. Schließlich trifft sie auf einen bereits langfristig vorbelasteten Patienten (wenngleich unerkant), weshalb der Betroffene in der Regel kaum mehr irgendwelche Reserven zu mobilisieren vermag („der Topf ist leer“). Deshalb entwickelt sie auch ein besonders unheilvolles Beschwerdebild mit vielen, scheinbar nicht zusammenpassenden Symptomen, was alle Beteiligten verwirrt und die rechtzeitige Diagnose noch mehr verzögert.

Am deutlichsten werden dabei ängstlich-depressive Züge, verbunden mit innerer Unruhe, Entschlusslosigkeit, kognitiven (geistigen) Störungen u. a. Zermürbend sind Versagens- und Unfähigkeitsgefühle (beruflich natürlich eine Katastrophe), Schlafstörungen (schleichendes Schlafdefizit mit fortschreitender Schwächung), vermehrte Schmerz- und Lärmempfindlichkeit sowie schließlich vielfältige Krank-

heitsbefürchtungen („wenn niemand was findet, muss es besonders bedrohlich sein...“). Weitere Einzelheiten siehe das Kapitel über *Depressionen*.

Die tiefgehende Beeinträchtigung von Wohlbefinden und Vitalität kann schließlich so ausgeprägt sein, dass eine Erschöpfungsdepression im letzten Stadium tatsächlich wie eine schwere „endogene“ Depression wirkt – nur länger. Und die sich offensichtlich auch nicht von selber aufzuhellen scheint, wie das bei selbst schweren endogenen Depressionen nach einigen Monaten erhofft werden darf.

Was kann man tun?

Die beste Therapie ist auch bei der Erschöpfungsdepression die rechtzeitige Vorbeugung. Gerade hier gelten im wesentlichen die gleichen Bedingungen und damit prophylaktischen Empfehlungen wie beim Burnout-Syndrom (Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel).

Wenn sich aber eine Behandlung als notwendig erweist, und das sollte man schon möglichst früh erkennen, dann kommt man um Medikamente nicht herum. Manchmal reicht bei leichteren Fällen der Einsatz von psychotropen Pflanzenheilmitteln. Das ist bei der Erschöpfungsdepression das einzige, wirklich antidepressiv wirkende Phytopharmakon, nämlich das Johanniskraut, und zwar in ausreichend hoher Dosierung (nicht unter 3 x 300 mg) und mehrere Monate lang (Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel über *Johanniskraut*). Und natürlich nur unter ärztlicher Kontrolle. Eine Selbstbehandlung ist gerade bei Erschöpfungsdepressionen und zudem noch mit Pflanzenheilmitteln überaus problematisch bis riskant. Und sollte auch noch die unruhiggespannte, nervöse bis getriebene Seite des Krankheitsbildes aufgefangen werden, dann – wenn Pflanzenheilmittel sein sollen – zusätzlich Baldrian-Präparate (ggf. Baldrian-Hopfen-Melisse-Kombinationen). Aber auch hier ausreichend hoch dosiert und lange genug eingenommen.

Aber schon bei mittelschweren oder gar schweren Krankheitsverläufen kommt man auch (oder vor allem!) bei einer Erschöpfungsdepression nicht ohne synthetische (d. h. rein chemische) Psychopharmaka aus. Das sind auch hier Antidepressiva, ggf. unterstützt durch niederpotente, d. h. beruhigende Neuroleptika oder – zeitlich begrenzt – Beruhigungsmittel in niedrigster Dosierung (Tropfenform). Dass in diesem Fall der Arzt doppelt unverzichtbar ist, muss nicht eigens betont werden.

Daneben gilt es aber noch weitere Behandlungssäulen zu berücksichtigen, die alle zusammen als Gesamt-Behandlungsplan den Erfolg überhaupt erst möglich machen:

Das ist zum einen die *Psychotherapie*, die Behandlung mit psychologischen Mitteln. Im Falle einer Erschöpfungsdepression am ehesten gesprächspsychothera-

peutisch oder verhaltenstherapeutisch orientiert, bei schwierigerem neurotischem Hintergrund (siehe Persönlichkeitsstruktur) aber auch tiefenpsychologisch-analytisch.

Und es sind soziotherapeutische Unterstützungsmaßnahmen oder Korrekturen, die am jeweiligen Schwerpunkt bzw. konkreter: Schwachpunkt ansetzen (meist Beruf oder Partnerschaft/Familie).

Und nicht zu vergessen: Physiotherapeutische Maßnahmen zur allgemeinen Stärkung. An erster Stelle die körperliche Aktivität in jeglicher Form, am besten als täglicher(!) Gesundheitsmarsch (modern als Walking bezeichnet, d. h. mit einer Geschwindigkeit von 6 bis 9 km/Stunde), aber auch Fahrradfahren, Schwimmen, Wandern, oder im Rahmen einer kontinuierlichen (und bekanntermaßen seelisch besonders ausgleichenden) Gartenarbeit. Wichtig: vor allem in den dunklen Wintermonaten am günstigsten bei Tageslicht (wirkt zusätzlich antidepressiv und angstlösend, wie die zunehmende Winter- oder Lichtmangel-Depression lehrt).

Und es sind die so genannten robrierenden (stärkenden) Maßnahmen wie Bürstenmassagen, Wechselduschen, ggf. Sauna u. a.

Zusätzlich hilfreich sind die bekannten Empfehlungen bezüglich Nahrungsverhalten, Genussmittel (Alkohol, Nikotin, Kaffee) und – sobald sich Seele und Körper wieder erholt haben –, das Erlernen von Entspannungstechniken wie Autogenes Training, Yoga oder Progressive Muskelrelaxation. Während einer Depression wird es zwar schwer fallen, aber danach sollte man sich diese Selbstbehandlungsmöglichkeiten konsequent aneignen und fortlaufend trainieren, damit man sie rechtzeitig zur Verfügung hat, sollten sich wieder die ersten Stress- bzw. Rückfall-Hinweise ankündigen.

Ob Erschöpfungsdepression oder nicht ...

Ob der Fachbegriff „Erschöpfungsdepression“ nur vor zwei bis drei Jahrzehnten Bedeutung hatte, damals vielleicht auch ein wenig „Mode“ war oder nicht, ob es heute das Burnout-Syndrom oder andere Störungen (und ihre Fachbegriffe) sind, eines bleibt bestehen: das Leiden der Betroffenen.

Und dass gerade die Erschöpfung, ob seelisch, psychosozial oder körperlich ausgelöst bzw. ausgedrückt, das Krankheitsbild der Zukunft sein wird, kann wohl jeder bestätigen, der sich in der Stress-Spirale unserer Zeit ein wenig auskennt – meist aus eigener, bitterer Erfahrung.

Deshalb geht es nicht um Fachbezeichnungen, es geht um die Menschen, die Opfer solcher Entwicklungen. Oder besser: Um das rasche Erkennen, vor allem aber auch Akzeptieren solcher Störungen. Und den Versuch, möglichst früh das

Steuer herumzureißen bzw. – wenn es denn sein muss – auch die notwendigen therapeutischen Maßnahmen einzuleiten und durchzuhalten.

Dann haben auch ständig wechselnde Fachbegriffe ihren Sinn, wenn sie die Betroffenen nur zum Nachdenken bringen – rechtzeitig.

Weitere Informationen zu diesem Themenbereich siehe auch das ausführliche Kapitel in der Sparte *Psychiatrie heute* in dieser Internet-Serie

<http://www.volker-faust.de/psychiatrie>