

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

ERSCHÖPFUNGSDEPRESSION

Erschöpft war schon jeder, deshalb ist auch eine Erschöpfungs-Reaktion etwas durchaus Normales. Anders bei einer Depression und damit Erschöpfungsdepression. Handelt es sich hier um eine Krankheit und wenn ja: wie belastend, riskant oder gar gefährlich? Darüber diskutiert die (psychiatrische) Wissenschaft seit Jahrzehnten - und lehnt nicht nur den Fachbegriff, sondern auch das dahinter stehende ätiopathogenetische Konzept (Ursache und Verlauf) ab. Den folgenreichen Zustand kann man allerdings nicht einfach infrage stellen, weshalb er immer wieder und unter anderen Begriffen (z. B. Burnout) die Gemüter bewegt. Vor allem die Betroffenen. Was also muss man wissen und was kann man tun?

Erwähnte Fachbegriffe:

Erschöpfungsdepression – Erschöpfungs-Zustand – Erschöpfungs-Reaktion – raktive Depression – depressive Reaktion – neurotische Depression – depressive Entwicklung – endogene Depression – somatogene Depression – symptomatische Depression – organische Depression – Belastungsreaktion – Überforderungsreaktion – Geschlecht und Erschöpfungsdepression – Alter und Erschöpfungsdepression – Persönlichkeitsstruktur und Erschöpfungsdepression – Ursachen und Erschöpfungsdepression – Krankheitsverlauf und Erschöpfungsdepression – Burnout oder Erschöpfungsdepression – Männer-Depression – Berufsprobleme und Depression – Therapie der Erschöpfungsdepression – Prävention der Erschöpfungsdepression – u.a.m.

Depressionen sind so alt wie die Menschheit. Wahrscheinlich sind sie nicht nur seit jeher die häufigste, sondern auch folgenreichste seelische Krankheit (höchste Selbsttötungsgefahr unter allen psychischen Störungen). Was das kranke Gemüt anbelangt, so wurde es schon in der Antike recht präzise beschrieben (z. B. Hippokrates im 4. Jahrhundert v. Chr.), und zwar als eine zweigeteilte Krankheit: entweder tiefe Schwermut im Rahmen einer Melancholie oder offenkundig überzogene „gute Stimmung“ oder gar unbedacht übertriebene Aktivität im Rahmen

einer Manie. Weiterführende Erkenntnisse und damit diagnostische und therapeutische Empfehlungen von Bedeutung fanden sich aber im Verlauf der folgenden Jahrhunderte nicht mehr.

Erst Mitte des 19. Jahrhunderts wurde konkret beschrieben, dass diese depressiven und krankhaft gehobenen Stimmungslagen abwechseln können, nicht bei allen Betroffenen, aber wenn, dann doch alle in Erstaunen versetzend. So etwas nannte man deshalb eine „Zyklothymie“ (vom Griech.: *kyklos* = Kreis, also Kreislauf, Ring, Rad, mit der Bedeutung zirkulierend, d. h. periodisch wiederkehrend). Oder später besser verständlich ein „manisch-depressives Irresein“, im folgenden wissenschaftlich manisch-depressive Psychose genannt (und damit zusammen mit der schizophrenen Psychose zur Gruppe der „endogenen Psychosen“ zusammengefasst, d. h. auf körperlichen und konstitutionellen Ursachen beruhend, nicht zuletzt erblich belastet).

Nun fiel aber schon früher auf, dass es nicht nur ausschließlich depressive Zustände ohne manische Hochstimmung gab, sondern auch leichtere Formen - und vor allem mit unterschiedlichen, durchaus konkret abgrenzbaren Ursachen.

Das führte in den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts zu einer interessanten, auf ersten Blick durchaus stichhaltigen Aufteilung. Man hatte nämlich den nicht völlig unbegründeten Eindruck, dass es depressive Zustände mit unterschiedlichem Hintergrund geben müsse, die man schließlich als psychogene (rein seelisch bedingt), endogene (seelisch-körperliche und vor allem erbliche Faktoren und phasischem Verlauf) und somatogene Depressionen (hirnorganische oder sonstige körperliche Ursachen) einteilte. Und - das sei nebenbei erwähnt - flankiert von einer Vielzahl von Sonderformen der Depression, die allerdings nicht diese Bedeutung im Alltag von Klinik und Praxis erreichten. Einzelheiten dazu siehe der Kasten und entsprechende Hinweise in dieser Serie.

EINTEILUNG DER DEPRESSIONEN *FRÜHER*

- **Psychogene Depressionen**

Die *psychogenen (also rein seelisch bedingten) Depressionen* wurden früher eingeteilt in reaktive (erlebnisreaktive, psychoreaktive) und neurotische Depressionen sowie einfache depressive Entwicklungen (z. B. Erschöpfungsdepression, Entwurzelungsdepression). Beispiele:

- Die *reaktive Depression (depressive Reaktion)* wurde früher definiert als ein trauriger und häufig auch ängstlicher Verstimmungszustand, ausgelöst durch ein äußerliches schmerzliches Ereignis, vom Inhalt her stets um dieses Erlebnis zentriert. Von der normalen Trauer unterscheidet sich die reaktive Depres-

sion durch Intensität und/oder Dauer des depressiven Leidensbildes. Darüber hinaus ist sie von der spezifischen Situation abhängig. Meist ist es nicht nur ein einzelner Beweggrund, sondern ein ganzes Bündel vielfältiger Motive. Häufig trifft der letzte Anlass auf eine besondere Empfindsamkeit und ein geschwächtes seelisches Reaktionsvermögen. Dann kann es bei einer reaktiven Depression ggf. auch zu einer Suizidhandlung kommen. Laut früheren Erkenntnissen finden sich darüber hinaus relativ charakteristische Hinweise auf Alters- und Geschlechtsverteilung, Dauer, Ursachen, Krankheitsverlauf, Leidensbild und spezifische Aspekte.

- Die *neurotische Depression* galt als eine Störung der psychischen Erlebnisverarbeitung, ausgelöst durch ganz oder teilweise verdrängte Konflikte. Entscheidend sei das Zusammenspiel einer neurotischen Persönlichkeitsstruktur und entsprechender Umwelt- bzw. Auslöse-Faktoren. Auch hier fanden die früheren Studien zu diesem Thema ein charakteristisches Verteilungsmuster zu Alter und Geschlecht, Dauer, Ursachen und Krankheitsverlauf sowie Symptomatik und therapeutische Empfehlungen.
- Die *Erschöpfungsdepression* galt als eine so genannte depressive Entwicklung. Bahnend wirken nach alter Lesart eine neurotische Persönlichkeitsstruktur sowie bestimmte auslösende Umwelt-Reize, z. B. affektive Dauerbelastung. Je stärker ausgeprägt der neurotische Grundcharakter, desto geringer müssen die Belastungen ausfallen, um eine solche depressive Entwicklung einzuleiten, hieß es. Auch hier spezifische Hinweise auf Alter, Geschlecht, Dauer, Ursachen, Verlauf, Beschwerdebild und Therapieempfehlungen.

- **Endogene Depressionen**

Die *endogene Depression* galt als der klassische Typ der Depressionen („Melancholie“). Bei genauer Exploration stellten die Experten früher häufig eine erbliche Belastung und charakteristische Merkmale fest, bis hin zu psychosenahen Symptomen und einer hohen Suizidgefahr. Nicht selten rein seelische oder organische Auslösung (nicht alleine Ursache wie bei den körperlich begründbaren Depressionen), charakteristische Hinweise nach Alter, Geschlecht, Ursachen, Verlauf, Beschwerdebild und Therapie-Empfehlungen.

- **Somatogene Depressionen**

Die *somatogenen (körperlich begründbaren) Depressionen* wurden schon früher als weitaus häufiger eingeschätzt als schließlich diagnostiziert (denn zu meist in nicht-psychiatrischer Behandlung, z. B. internistisch, neurologisch, orthopädisch, chirurgisch, gynäkologisch u. a.) und damit ohne ausreichend auf die seelischen und psychosozialen Zusatzfaktoren, vor allem aber Konsequenzen achten zu können. In diesem Rahmen geht es auch um mögliche Arzneimittel-Neben- bzw. -Wechselwirkungen (pharmakogene Depression).

Unterschieden wurde früher gelegentlich auch in

- *symptomatische Depression*: Begleitdepression bei körperlichen Erkrankungen bzw. Folge eines körperlichen Leidens. Beispiele: postinfektiös, postoperativ, hämodynamisch, toxisch, endokrin usw.
- *organische Depression* durch strukturelle Veränderungen des Gehirns. Beispiele: Schädel-Hirn-Trauma, Demenz, Hirntumoren, Epilepsie, Meningitis/Enzephalitis u. a.

In den USA, die durch die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) zunehmend Einfluss auf die psychiatrische Wissenschaft nahm, und zwar weltweit und ständig wachsend, vor allem im erweiterten anglo-amerikanischen Sprachraum, setzte sich eine eigene Terminologie (Fachsprache) und Nosologie (Krankheitslehre) durch. Früher mehr tiefenpsychologisch orientiert, kam es in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu einer Umschwung der Denk-, Diagnose- und Klassifikationsweise, die sich vor allem an Symptomatik (Beschwerdebild), Schweregrad (leicht-mittel-schwer), Krankheitsdauer und Rückfallrisiko orientierte und ein eigenes Klassifikationssystem entwickelte: das so genannte Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen - DSM-5[®]. Und dies - um es mit einem einzigen Wort zu erläutern - rein deskriptiv, also beschreibend und die früheren Überlegungen zumindest erst einmal (alles ist auch dort im Fluss) gegenüber dem zurückzustellen, was sich greifbar an Erkenntnissen (s. u.) nutzen lässt. Das hat zwar auch seine Nachteile, scheint aber langsam ein international akzeptierter Kompromiss zu werden, dem auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der 11. Auflage ihrer demnächst wohl veröffentlichten Internationalen Klassifikation psychischer Störungen - ICD folgen wird.

Hinter allem steht insbesondere eine Erkenntnis: Wir wissen selbst bei den ältesten seelischen Krankheiten, früher Gemütskrankheiten, heute affektive Störungen genannt, noch immer nicht, was hier eine reale organische und/oder psychosoziale Ursache hat (in der Fachsprache: begrenztes Wissen um die Ätiopathogenese). Eines ist allerdings nicht zu übersehen und im Alltag von Forschung, Klinik und Praxis auch recht hinderlich: Eine gewisse Verunsicherung, je nachdem ob die APA mit ihrem DSM-5[®] oder die WHO mit ihrer derzeitigen ICD-10 als Grundlage von Fachbegriffen und damit diagnostischen Überlegungen herangezogen wird.

Depressionen durch Erschöpfung

So kann es nicht verwundern, dass - je nach aktuellen Untersuchungsbefunden (s. u.) - immer wieder neue, aber auch alte Krankheitsbegriffe in den Medien auftauchen und erstaunte Aufmerksamkeit, wenn nicht gar Unruhe (vor allem bei den Betroffenen und ihrem Umfeld) auslösen. Und so erneut. Denn wieder durch-

zieht ein „neuer“ Begriff die Medien und sorgt für entsprechende Diskussionen in der Allgemeinheit, vor allem was die Psycho-Reports und Statistiken der Krankenkassen anbelangt: Depressionen durch Erschöpfung.

Allerdings ist weder der sich damit aufdrängende Begriff der „Erschöpfungsdepression“ neu (in der Psychiatrie seit etwa einem halben Jahrhundert geläufig - siehe Kasten), noch natürlich das Leidenbild eines offenbar so ausgeprägten Erschöpfungszustandes, dass nicht nur körperliche und psychosoziale Folgen drohen, sondern auch eine ernsthafte seelische Störung: die Depression.

Tatsächlich wurde 2014 jeder 20. deutsche Arbeitnehmer wegen eines psychischen Leidens krankgeschrieben (DAK-Psycho-report). Damit hat sich die Zahl der Fehltage wegen derartiger Diagnosen seit 1997 verdreifacht. Die meisten fehlten wegen Depressionen, so jedenfalls die Diagnose der Haus- und Fachärzte in ihren Krankschreibungen.

Nach Einschätzung der Experten gibt es jedoch eine Entwarnung: Seelische Leiden nehmen nicht zu, sondern werden nur endlich besser erkannt. Andererseits nahm die Zahl der Ausfalltage mit psychiatrischen Diagnosen zu, während andere Krankheiten seltener wurden. Wie auch immer: Psychische Störungen werden inzwischen gezielter diagnostiziert und vor allem weniger stigmatisiert. Das ist ein unbestreitbarer Fortschritt zugunsten jener Menschen, die früher nicht nur erkrankten, sondern sich deshalb auch noch verstecken mussten.

Allerdings geben einige epidemiologische Erkenntnisse zu denken: Zwar sind private Gründe und körperliche Erkrankungen nicht ohne Einfluss, doch die Arbeitsbelastung steht inzwischen an erster Stelle, sprich berufsbedingte Ursachen. So betreffen entsprechende Fehltage am Arbeitsplatz wegen psychischer Erkrankungen vor allem das Gesundheitswesen, die öffentliche Verwaltung, Verkehr, Lager- und Kurierdienste, Handel und erst danach Maschinen-, Anlagen- und Fahrzeugbau, Unternehmens-Dienstleistungen, Baugewerbe u. a. (laut DAK-Psycho-report im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports 2015).

Und weiter, und durchaus diskussionswürdig: Ältere Menschen im Allgemeinen und das weibliche Geschlecht im Speziellen sind häufiger betroffen. Für das Alter braucht es keine Erklärung, für das Geschlecht jedoch schon (deshalb weitere Einzelheiten siehe später). Unter den sonstigen Belastungsfaktoren findet sich im Übrigen auch noch das Wohn-Umfeld: In kleinstädtischen Regionen drohen offenbar weniger depressive Folgen.

Nun kann es nicht ausbleiben, dass bei einem so folgenreichen Beschwerdebild und der offenbar ständig wachsenden Zahl der Betroffenen diese und ihr besorgtes Umfeld nach fachlichen Erkenntnissen suchen, die früher einmal wissenschaftlich und im Alltag von Klinik und Praxis diskutiert wurden (was nebenbei auch vermehrt für die konsultierten Ärzte gilt). So völlig abwegig - so die immer wieder zu hörenden Kommentare - kann es ja wohl nicht sein, was früher festge-

stellt, diskutiert, diagnostiziert und behandelt werden musste. Und weil in letzter Zeit vor allem ältere wissenschaftliche Publikationen von den Medizinjournalisten auch „allgemeinverständlich übersetzt“ wurden, machen sich immer mehr Patienten und Angehörigen ein eigenes Bild. Denn gerade die Depression, aus welchem Grund auch immer und insbesondere durch einen nicht mehr abwendbaren Erschöpfungszustand gebahnt, sorgt für wachsende Unruhe. Kein seelisches Krankheitsbild, vielleicht überhaupt keine gesundheitliche Störung generell, hat ein so breites, schwer durchschaubares, in alle persönlichen, beruflichen, ja gesellschaftlichen Bereiche eindringendes Leidensbild wie die „alte Melancholie“. Doch wenn man sich früher mangels weiterführender Erkenntnisse resigniert fügen musste, besteht heute angesichts vielfältiger diagnostischer und therapeutischer, nicht zuletzt auch präventiver Möglichkeiten kein Grund mehr, alles mutlos, resigniert und damit folgeschwer über sich ergehen zu lassen. Nur: Man muss eben wissen, um was es sich handelt, woher es vermutlich kommt, was an therapeutischen Möglichkeiten zur Verfügung steht und wie man dem trostlosen Los in Zukunft besser begegnen kann.

Aus diesem Grunde ist es nicht falsch, die alten Erkenntnisse noch einmal zumindest phänomenologisch, d. h. nach dem äußeren Erscheinungsbild zu diskutieren und wenigstens präventiv alle vorbeugenden Möglichkeiten ins Auge zu fassen. Ob sich das dann im Einzelfall und Alltag realisieren lässt, ist eine andere Frage. Aber „Wissen ist Macht - vor allem Macht zu helfen“, insbesondere sich selber, wozu gerade diese Form der depressiven Erschöpfung ein gutes Beispiel abgibt.

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zu dem, was man in Fachkreisen früher mit einer so genannten Erschöpfungsdepression verband, nicht zuletzt was Ursachen, Verlauf, ja Persönlichkeitsstruktur und weitere Umfeld-Aspekte (einschließlich Geschlecht) anbelangt. Und dies ergänzt durch einige spezifische Überlegungen, die gerade mit diesem Leidensbild immer wieder verknüpft werden. Konkret: Burnout, Männer-Depression, kognitive (Erschöpfungs-) Beeinträchtigungen, typische berufliche Probleme usw.

Erschöpfungsdepression - was ist das?

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

- So überwiegen bei *Männern* berufliche Konflikte: z. B. Übergangwerden bei Beförderungen, Angst vor Versagen, Zeitnot, ständige Stress-Situationen, folgeschwere 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, die ihr Opfer schließlich von allen Seiten erdrücken („Kerze, die an beiden Seiten abbrennt“, wie beim Burnout - siehe später).

- 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). Schließlich Vereinsamung und Entwurzelung (die es auch einmal bei gesellschaftlich, beruflich und familiär voll integrierten und durchaus erfolgreichen Menschen geben kann - 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.

Gibt es eine spezifische Persönlichkeitsstruktur?

Die *Persönlichkeitsstruktur* der Patienten mit einer Erschöpfungsdepression weist gewisse Wesensmerkmale und Charakterzüge auf, die sich auch bei anderen Stress- und Überforderungsreaktionen finden lassen:

So sind diese Menschen oft ehrgeizig, übergewissenhaft (manchmal sogar ein wenig zwanghaft), häufig aber zugleich von einer folgenreichen Entäußerungsschwäche geschlagen, die sie daran hindert, sich nötigenfalls konsequent zu wehren, zumindest aber darüber entlastend zu sprechen. Sie schlucken alles und haben doch nur gering ausgeprägte Fähigkeiten, Enttäuschungen, Frustrationen (vom Lateinischen: frustra = vergebens), Kümmernisse, 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 kann sich das nun geschlechtsspezifisch äußern?

- **Männer** scheinen eher selbstsicher und ich-bezogen, aufstrebend und perfektionistisch. Oft handelt es sich um leitende Persönlichkeiten (zumeist der

zweiten Ebene, der so genannten „Sandwich-Position“, die von oben und unten Druck bekommt), die ständig hohe Verantwortung tragen und wichtige Entscheidungen treffen sollen. Und dies, obgleich sie nicht immer bei der Konzeption gefragt werden, d. h. manches zu vertreten haben, was sie auf Grund ihrer fundierteren Kenntnisse durchaus anders geplant hätten, später aber weitgehend alleine „ausbaden“ müssen.

Manche 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.

- **Frauen** mit einer Erschöpfungsdepression sind offenbar eher von überempfindlichem, schwernehmendem, gelegentlich etwas kindlich wirkendem Charakter, mitunter schüchtern und gehemmt, jedenfalls ebenfalls entäußerungsschwach („tragen ihr Herz nicht auf der Zunge“).

Oft fehlt ihnen damit auch die Grund-Fähigkeit, sich erfolgreich zur Wehr zu setzen. Sie lassen sich alles aufbürden, fühlen sich häufig 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, Unsicherheit, Resignation und mitunter auch ein Misstrauen, das zwar einerseits auf reale Enttäuschungen, Frustrationen und vielleicht sogar noch Unaufrichtigkeiten in ihrem näheren Umfeld zurückgeht, andererseits natürlich einen unseligen 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. Denn hier geht es um ein entscheidendes Phänomen, nämlich:

Eine Erschöpfungsdepression geht nicht selten auf eine Belastung zurück, und zwar ohne Aussicht auf Entlastung.

Auch wenn es dann doch einmal zu einer Milderung der Belastung kommen sollte, so zieht sich derlei oft über viele Monate, wenn nicht gar mehrere Jahre oder Jahrzehnte hin. Und das äußert sich in verschiedenen Krankheitsphasen. Im Einzelnen:

1. Die erste Phase ist die der **Überempfindlichkeit und reizbaren Schwäche**: Sie erstreckt sich über Monate bis Jahre und ist gekennzeichnet durch (häufig auch noch wetterabhängige) 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“. Dies wird zuerst in Partnerschaft und Familie, schließlich auch in Freundeskreis und Nachbarschaft, zuletzt am Arbeitsplatz deutlich.

2. 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.

Meist entwickeln sich vielfältige, nicht selten auch noch rasch wechselnde vegetative und funktionelle Beschwerden, also körperliche Beeinträchtigungen ohne organische Ursache. Besonders irritierend dabei der Umstand, dass sie sich auch noch häufig auf schon vorbestehende körperliche Schwachpunkte aufpfropfen können, d. h. Herz, Kreislauf, Wirbelsäule und Gelenke, Magen und Darm u. a.

Die Folgen sind bekannt: 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). Dazu vielleicht noch 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 irgendeines **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 usf. Damit wird vor allem eines deutlich: Was „innerer Stress“ ist, entscheidet selten das Umfeld („sei doch glücklich und zufrieden“) und nicht einmal der eigene Verstand, sondern ein mehrschichtiges seelisch-geistig-psychosomatisches Gefüge, was sich nicht so leicht (rational und zumindest strategisch) manipulieren lässt.

3. Jedenfalls droht 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, die „nur“ einige Monate, selten länger anzuhalten pflegen).

Die depressive Phase der Erschöpfungsdepression ist eine hartnäckige und leidvolle Zeit. Denn sie trifft 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 (Merk- und Konzentrationseinbußen, ja sogar „lähmende Vergesslichkeit“) u.a.m. Zermürbend sind auch Versagens- und Unfähigkeitsgefühle (beruflich natürlich eine Katastrophe), Schlafstörungen (schleichendes Schlafdefizit mit fortschreitender Schwächung), vermehrte Schmerz- und Lärmempfindlichkeit sowie schließlich vielfältige Krankheitsbefürchtungen („wenn niemand was findet, muss es besonders bedrohlich sein...“).

Spezifische Aspekte

Nun ist ja - wie eingangs erwähnt - das Beschwerdebild, vor allem aber Ursachen und Verlauf der Erschöpfungsdepression ein so vielschichtiges Phänomen, dass die ton-angebenden medizinischen Institutionen wie die ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das DSM-5[®] der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) darauf verzichtet haben, sie in ihre modernen Klassifikationen zu übernehmen. Die Gründe wurden schon angedeutet. Umfangreiche internationale Studien zu diesem Thema ergaben nämlich mehr Überschneidungen und Gemeinsamkeiten als Differenzen zwischen den früher angenommenen

unterschiedlichen Depressionsformen. Dies betrifft vor allem die neurotische und reaktive Depression, die - wie es in den modernen Lehrbüchern heißt - in „Genetik, Symptomatologie, Epidemiologie, Verlauf und Ansprechen auf unterschiedliche Therapieverfahren keine entscheidenden Unterschiede zu den so genannten endogenen oder früher auch als autonom bezeichneten Depressionen erkennen lassen“. Das ist zwar aus verschiedenen wissenschaftlichen (nicht zuletzt aber auch gesundheits-politischen) Überlegungen nachvollziehbar, für die Betroffenen aber wenig tröstlich oder gar zielführend.

Nun hängt dies nicht zuletzt mit Faktoren zusammen, die in der Tat nur unbefriedigend objektivierbar und insbesondere mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Strukturen verflochten sind. Einzelheiten dazu würden hier zu weit führen. Die nachfolgende Auswahl „moderner“ Belastungsformen gibt aber einen Einblick in das Gesamt-Phänomen, ob jetzt als konkrete Krankheit akzeptiert oder einfach als aktueller Belastungsfaktor interpretiert. Im Einzelnen:

- **Burnout**

Tatsächlich ähneln Leidensbild, Ursachen und Folgen einer Erschöpfungsdepression dem, was man seit etwa vier Jahrzehnten ein Burnout-Syndrom nennt: erschöpft - verbittert - ausgebrannt. Doch was ist ähnlich und wo liegt der Unterschied?

Die Diagnose eines Burnout-Syndroms („amtlich“ bzw. klassifikatorisch ohnehin nie anerkannt, schon gar nicht in den USA, seinem Ursprungsland) erinnert in der Tat an manches bei der Erschöpfungsdepression (die ja als konkrete Diagnose ebenfalls nicht offiziell akzeptiert ist).

Doch von Burnout, früher einer der am meisten diskutierten Gesundheitsprobleme, hört man inzwischen immer weniger. Einzelheiten siehe der entsprechende Beitrag in dieser Serie. Als Zusatz-, in Wirklichkeit oft nur „Verlegenheits-Diagnose“ war sie in medizinischer Hinsicht schon immer ein Problem, in alltags-psychologischer Hinsicht aber wenigstens eine „Verständnis-Pforte“ zu der Erkenntnis: Psychisch krank kann jeder werden. Doch hier handelt es sich nicht um eine wie auch immer anlage-bedingte(?) Krankheit, sondern eine Überforderung und damit schließlich Überlastung in mehrschichtiger, meist beruflicher Hinsicht.

Nicht wenige in der vor allem älteren Ärzteschaft, die die frühere Diagnose einer Erschöpfungsdepression kannten, hielten ohnehin beide Leidensbilder für weitgehend übereinstimmend. Ob das der Fall ist, sei dahingestellt und vor allem nur individuell zu klären. Und ob Burnout eine „Mode-Diagnose“ war oder ist, wird ebenfalls heftig diskutiert. Wirtschafts-psychologisch gilt diese Überforderungs-Entwicklung jedenfalls als „Schwelbrand“, und zwar nicht nur ökonomisch, sondern auch gesellschaftlich generell. Als Kompromiss aus offizieller („gesundheits-politischer“) Sicht empfiehlt man die ja alte Erkenntnis, dass ein Burnout so manche andere seelische Störung bahnen kann, am häufigsten wohl eine Depression.

- **Männer-Depression**

Depression ist nicht gleich Depression, das ist inzwischen eine allgemeine Erkenntnis. Schließlich gibt es viele Ursachen, Hintergründe und Auslöser; und damit auch Krankheits-Verläufe und letztlich Depressions-Typen. Auch das Alter hat einen Einfluss und das Geschlecht (s. o.). Dass Frauen anders leiden als Männer, kann man sich zwar gut vorstellen. Aber dass es eine spezifische „Männer-Depression“ geben soll, hinterlässt erst einmal Ratlosigkeit.

Inzwischen weiß man mehr und hätte das schon früher erkennen können, ja müssen. Es gibt tatsächlich ein mehr oder weniger männer-typisches Leidensbild, was dann auch eine spezielle Männer-Depression nahelegen kann. Dies vor allem was die anfangs schwer durchschaubare Symptomatik und weniger die schwer erklärbaren Ursachen anbelangt.

Dabei scheinen sich die so genannten Kern-Symptome wie depressive Herabgestimmtheit, Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit u. a. weniger zu unterscheiden (Einzelheiten siehe der entsprechende Beitrag in dieser Serie). Allerdings sind Männer in der Schilderung ihres Leidensbildes oft deutlich reservierter, zumal dann, wenn sie nicht gezielt nach depressions-typischen Krankheitszeichen abgefragt werden. Dafür scheinen andere, nicht unbedingt depressions-typische Hinweise eher charakteristisch.

Beispiele: verstärkter Alkoholkonsum zur verzweifelten Selbstbehandlung, eine ausgeprägte Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit und innere Gespanntheit; ferner eine eher verschleierte depressive Herabgestimmtheit, zugleich aber erhöhte Reizbarkeit, ja aggressive Gestimmtheit bis zur Feindseligkeit. Auf jeden Fall öfter Überreaktionen bei selbst kleinsten Anlässen bis hin zu Groll, Wut und Zornes-Ausbrüchen. Und grundsätzliches Abstreiten von Kummer, Traurigkeit oder gar („weibischer“) Schwermut.

Und deshalb nicht selten vermehrter sozialer Rückzug (obgleich nach außen verneint) und ungehaltene, ja gereizt-aggressive Forderungen nach „in Ruhe gelassen zu werden“, bis hin zur Unfähigkeit, Hilfe von anderen anzunehmen.

Kurz: Isolationsgefahr, Aufbau einer Fassade („mit sich alleine abmachen“) und dadurch verstärkte Hilflosigkeit, ja Hoffnungslosigkeit und zuletzt suizid-riskante Vereinsamung. Tatsächlich leiden Frauen nach offiziellen Statistiken 3-mal häufiger an Depressionen. Es hätte aber schon früher auffallen müssen, dass Männer 3- bis 5-mal häufiger in suizidaler Hinsicht Hand an sich legen. Warum?

Auch die so genannte Männer-Depression wird in den erwähnten Klassifikationen von WHO und APA (s. o.) nicht berücksichtigt. Auch hier sind die Gründe vielfältig und nicht immer deckungsgleich mit dem psychiatrischen Alltag und seinen spezifischen, insbesondere gesellschaftlichen Zusatz-Belastungen. Die

Zukunft wird zeigen, was sich daraus klassifikatorisch bzw. bürokratisch ableiten lässt.

- **Kognitive Beeinträchtigungen**

Natürlich stehen beim depressiven Leidensbild vor allem die affektiven, also Gemüts-Symptome im Vordergrund wie freudlos, niedergeschlagen, resigniert, hoffnungslos, Minderwertigkeitsgefühle, ja haltlose Selbstvorwürfe wie wertlos, schuldig usf.

Besonders (heimlich) beeinträchtigend und schließlich offiziell folgenschwer aber sind kognitive Beeinträchtigungen, sprich: Merk- und Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, mangelnde Aufmerksamkeit, verlangsamte (geistige) Reaktionen u. a.

Das spezielle Problem: Selbst wenn die allseits bekannten Depressions-Symptome weitgehend zurückgegangen sind, d. h. wieder Freude am Leben, Aktivität, keine Schlafstörungen mehr usw., können noch immer Aufmerksamkeits- und Gedächtnis-Defizite fortbestehen.

Diese Sonder-Belastung kann natürlich erheblich beunruhigen, zumal sie sich mitunter recht lange hinzieht. Bisweilen wird sie aber auch nicht realistisch eingestuft oder gar registriert, allerdings nur vom Betroffenen selber, nicht von seinem beunruhigten Umfeld, was die Gesamt-Situation dann auch mal über eine „offiziell abgeklungene Erschöpfungsdepression“ hinaus durchaus riskant machen kann.

- **Berufliche Probleme**

Arbeitszufriedenheit und Motivation haben einen erheblichen Einfluss auf die individuelle seelisch-körperliche Gesundheitslage. Doch Unzufriedenheit, Frustration und Demotivation wachsen ständig: beim männlichen Geschlecht offenbar stärker als bei Frauen, bei älteren Arbeitnehmern ohnehin, bei jüngeren zunehmend, auch in akademischen Kreisen inzwischen verstärkt. So die alarmierenden Erkenntnisse der Wirtschafts-Psychologen.

Die finanzielle Vergütung, „das Geld“, ist nicht der Grund für die wachsende Unzufriedenheit. Was offensichtlich fehlt sind sinnvollere Tätigkeiten, gezielte berufliche Förderung, reale Aufstiegschancen und vor allem aufrichtige(!) Anerkennung und Unterstützung, kurz: echte Kommunikation, konkrete Zielsetzung, fachkompetente Führung, wirkliches Teamwork, Vertrauen, Offenheit - und ein guter Ruf des Unternehmens. Was nicht gewünscht und rasch durchschaut wird: Meetings und Vollversammlungen als PR-Veranstaltung, letztlich nichts als Werbung und Selbstbespiegelung.

Viele Arbeitnehmer würden sich weit über das geforderte Arbeitspensum hinaus einsetzen, aber es muss ein sinnvoller Rahmen erkennbar sein. Und es muss sich irgendwie mit dem Privatleben vereinbaren lassen. Erwerbs-Arbeit ist nicht mehr alleiniger Dreh- und Angelpunkt des Lebens. „Zeit ist Geld“ disqualifiziert sich selber. Gefragt sind Vertrauen, Qualität, Sinn und Zweck und die Möglichkeiten der echten Selbstverwirklichung und Teilhabe an der gemeinsamen(!) Unternehmens-Philosophie und vor allem gelebten -Strategie.

So die wirtschafts-psychologischen Erkenntnisse, die ohnehin jedem einsichtig und wünschenswert waren, sind und sein werden, soll sich das Phänomen der Erschöpfungsdepression nicht zunehmend bemerkbar machen: individuell, familiär, beruflich und damit schließlich gesamt-wirtschaftlich.

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 die entsprechenden Kapitel in dieser Serie).

Wenn sich aber eine Behandlung als notwendig erweist, und das sollte man schon möglichst früh erkennen, dann kommt man in der Regel 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. Und natürlich auch hier nur unter ärztlicher Kontrolle. Eine Selbstbehandlung ist gerade bei Erschöpfungsdepressionen, auch mit Pflanzenheilmitteln, durchaus problematisch. Und sollte auch noch die unruhig-gespannte, nervöse bis getriebene Seite des Krankheitsbildes aufgefangen werden, dann - wenn Pflanzenheilmittel sein sollen - zusätzlich Baldrian-Präparate (ggf. Baldrian-Hopfen-Melisse-Passionsblume-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 Behandlungs-Säulen 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 gesprächs-psychotherapeutisch 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 müssen (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 (!) Gesundmarsch (modern als Walking bezeichnet, d. h. mit einer Geschwindigkeit von 6 bis 9 km/Stunde oder rund 100 Schritte pro Minute); aber auch Fahrradfahren, Schwimmen, Wandern („Wenn ich gehe, geht's). 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 roborierenden (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 der Fachbegriff „Erschöpfungsdepression“ nur vor rund vier bis fünf 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. Das gilt es zu erkennen - rechtzeitig. Dazu diese Ausführungen.

LITERATUR

Kein seelisches Krankheitsbild hat eine solche Fülle von Fachbüchern und allgemeinverständlichen Sachbüchern anzubieten wie die Depressionen. Aus diesem Grunde ist eine auch nur halbwegs umfassende Aufzählung nicht möglich.

Nachfolgend deshalb nur eine Auswahl älterer Sach- und Fachbücher, in der die Erschöpfungsdepressionen direkt angesprochen werden.

Faust, V.: **Depressionsfibel.** Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1997

Faust, V.: **Seelische Störungen heute.** C.H. Beck-Verlag, München 2000

Faust, V.: **Schwermut. Depressionen erkennen und verstehen, betreuen und behandeln und verhindern.** S. Hirzel-Verlag, Stuttgart-Leipzig 1999

Faust, V.: **Pflanzenheilmittel und seelische Störungen.** Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 2000

Faust, V.: **Depressionen. Kurzgefasste Diagnose und Therapie.** Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1989

Faust, V., G. Hole (Hrsg.): **Depressionen.** Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1983

Faust, V. (Hrsg.): **Psychiatrie – Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung.** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1995

Kielholz, P.: **Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker.** Lehmanns-Verlag, München 1971

Kielholz, P. (Hrsg.): **Depressive Zustände.** Verlag Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1971