

Ulrich Schairer

**Erschöpfungssyndrom, Burnout,
chronische Müdigkeit:
Behandlung in der psychosomatischen Rehabilitation**

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	Seite 5
2. Begriffsbestimmungen und Entstehungsmodelle	Seite 6
a) Ermüdung und Erschöpfung als multikonditionale Prozesse	Seite 6
b) Ermüdung und Krankheit	Seite 7
c) Ermüdung aus psychischen Gründen	Seite 7
d) Überforderung und Erschöpfung	Seite 8
3. Die Therapie des Erschöpfungssyndroms, des Burnout-Syndroms, der chronischen Müdigkeit	Seite 10
4. Literatur	Seite 12

Erschöpfungssyndrom, Burnout, Chronische Müdigkeit: Behandlung in der psychosomatischen Rehabilitation

1. Einleitung

Ermüdung des menschlichen Organismus ist ein natürliches Phänomen, Folge seiner Belastungsgrenzen.

Überlastung und Erschöpfung können ebenfalls als zum menschlichen Leben gehörige Phänomene bei Extrembelastungen, z. B. in Form von Wettkämpfen, sportlichen oder anderen körperlichen Höchstleistungen, Bewältigungsversuchen von Natur- oder durch Menschen erzeugten Katastrophen o.ä. gesehen werden.

Seit der industriellen Revolution sind jedoch Erschöpfungszustände als Folgen veränderter Arbeitsformen und veränderter Arbeitsbedingungen von zunehmender medizinischer Bedeutung. Dies hat sich auch durch die zweite industrielle Revolution mit Rückgang der Anteile schwerer körperlicher Arbeit nicht geändert. Im Gegenteil, Symptome der Überlastung und Erschöpfungssyndrome sind als Folge neuer Formen psychischer Belastung entstanden, z. B. infolge vermehrter Anforderung an Konzentrationsfähigkeit, Anpassungsfähigkeit und Geschicklichkeit.

Bis heute haben jedoch diese Folgen psychischer Belastung, sowohl die natürliche Ermüdung wie auch die abnorme Erschöpfung trotz ihrer Bedeutung außer in der Arbeitsmedizin wenig Beachtung in der medizinischen Praxis gefunden. „Nervöse Erschöpfung“, „psychovegetative Dystonie“ tauchen zwar als Differentialdiagnose bei einer Reihe von psychiatrischen oder psychogenen Erkrankungen auf, jedoch eher im Sinne einer Restkategorie. Modelle, wie aus einer

Überlastung ein Erschöpfungssyndrom wird oder wie es zu einem chronischen Erschöpfungszustand kommen kann, sind bisher wenig entwickelt. Deshalb reicht die Spannbreite der (hypothetischen) Erklärungsversuche von endogenen Faktoren (Neurasthenie) bis zu anhaltenden/zunehmenden Umweltbelastungen (Chronic-Fatigue-Syndrom, sick-building-syndrome u.ä.).

2. Begriffsbestimmungen und Entstehungsmodelle

a) Ermüdung und Erschöpfung als multikonditionale Prozesse

Neben einer Anstrengung oder Leistung, die die Belastungsgrenzen des Organismus erreicht, gibt es eine Fülle von zusätzlichen Faktoren, die Ermüdung und Erschöpfung begünstigen. Diese sind Arbeiten mit hoher Intensität, hohen Anforderungen an Konzentration, Geschicklichkeit und geistige Regsamkeit, Arbeiten die gleichförmig sind, die von ungünstigen Umgebungsbedingungen begleitet werden (Temperatur, Feuchtigkeit, Lärm, Beleuchtung), die mit hoher Verantwortung, mit Sorgen, Unlustgefühlen und Konflikten belastet sind, oder die unter krankhaften oder schmerzhaften Zuständen, schlechten Ernährungsbedingungen, Schlafentzug bzw. Schlafmangel geleistet werden müssen.

Vorzeitige Ermüdung und Erschöpfung bzw. eine Überlastung kann dementsprechend je nach der Stärke einzelner Faktoren oder bei schwacher oder unterschwelliger Ausprägung durch die Addition solcher Faktoren bedingt werden. Hinzu kommen die unterschiedlichen Formen des subjektiven Stresserlebens und Einflüsse des Tages- oder Arbeitsrhythmus.

All diese Faktoren können wieder von psychischen Faktoren, die sich leistungsfördernd oder leistungshemmend auswirken, überlagert wer-

den. Beispiele für leistungsfördernde psychische Faktoren sind spezifische Motivationen, Leistungsbestrebungen, unspezifischer Ehrgeiz, Geltungsstreben, Taten- und Erfüllungsdrang, Unternehmungsgeist, Pflichtgefühl.

Leistungshemmende psychische Faktoren sind Frustrationserlebnisse, Sorgen und Beeinträchtigungsgefühle, Bequemlichkeit und Passivität. Sowohl ungesteuerte/ungebremste leistungsfördernde wie leistungshemmende psychische Faktoren können zu einer vorzeitigen Ermüdung und/oder Erschöpfung führen.

b) Ermüdung und Krankheit

Müdigkeit ist neben der natürlichen Folge einer Anstrengung ein allgemeines unspezifisches Symptom, das bei allen Krankheiten auftreten kann. So kann Müdigkeit auch ohne äußere Belastung als ein wichtiges Symptom verschiedener körperlicher Erkrankungen gelten. Beispiele sind chronische Herz- oder Koronarinsuffizienz, Lungenerkrankungen mit einer Ventilationsstörung (Asthma bronchiale, Lungenfibrose), zentralnervöse Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen wie Unterfunktion der Schilddrüse, Diabetes mellitus, Muskelerkrankungen (Myasthenie), chronische entzündliche Erkrankungen (chronisch-rheumatoide Arthritis), protrahierte Infektionskrankheiten (Tuberkulose). Aber auch bei vielen psychischen Erkrankungen (Depression, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch) stellt Müdigkeit ein Kernsymptom dar.

c) Ermüdung aus psychischen Gründen

Trotz der beschriebenen engen Wechselwirkung zwischen körperlichen und psychischen Faktoren gibt es Zustände auffälliger oder vorzeitiger Ermüdung, bei denen die Folgen von Leistung und Beanspruchung im Hintergrund stehen, ursächlich dagegen psychische Faktoren ausschlaggebend sind. Für diese Zustände wurde bereits früher die Bezeichnung „Asthenie“ oder das „asthenische Syndrom“ benutzt. Hier

spielen psychogene Unlusterlebnisse, dysfunktionale Grundüberzeugungen und ungünstige Verhaltensweisen (unangemessene Schonung und unangemessene Durchhaltestrategien) eine Rolle. Daher sind diese psychischen Ursachenfaktoren nicht etwa die Ausnahme, sondern bei rezidivierenden oder chronischen Ermüdungssyndromen eher die Regel. Subjektiv erlebte Müdigkeit steht auch im engen Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen. Erwachsene, die unter Depressionen, Angstzuständen oder emotionalem Stress leiden, berichten deutlich häufiger über Ermüdung als psychisch stabile Personen. Andererseits hat auch die chronische Ermüdung bzw. Übermüdung eine Zunahme von psychischen Symptomen zur Folge.

d) Überforderung und Erschöpfung

Aus dem vorher Gesagten ist bereits erkennbar, dass die Abgrenzung von chronischer Ermüdung und einem Erschöpfungssyndrom schwer fällt. Einerseits kennen wir als populären Begriff das chronische Müdigkeitssyndrom (CFS), bei welchem Überlastungen und Überforderungen eine geringe Rolle spielen, und das einer modernen Definition des alten Begriffs „Neurasthenie“ nach ICD 10 sehr genau entspricht, andererseits werden ebenso häufig Erschöpfungssyndrome (Burnout) als Folge anhaltender Belastung, Überlastung und Überforderung geklagt und beschrieben.

Überforderung tritt ein, wenn einzelne körperliche und psychische Funktionen stärker beansprucht werden, als sie zu leisten in der Lage sind. Hier können einmalige (traumatisierende) Überlastungen ebenso wie eine zermürende Dauerbelastung in körperlicher, seelischer und geistiger Hinsicht eine Rolle spielen, welches vor allem bei dem sogenannten „Burnout-Syndrom“ der Fall ist. Die erwähnten anderen Faktoren, wie Klima, Temperatur, Belastung durch physikalische Faktoren, Schlafmangel können über Ermüdung hinaus für Überlastungs- und Erschöpfungszustände begünstigend wirken.

Die Konsequenzen solcher Überforderungs- und daraus resultierender Erschöpfungsprozesse sind affektiver Art (Gereiztheit, Aggressivität, Resignation, Pessimismus) und physischer Art mit der Entwicklung von somatoformen und von organischen Störungen, die in einer angemessenen Ruhezeit nicht mehr ausgeglichen werden können. Chronifizieren solche Zustände, entsteht die vielgestaltige Symptomatologie eines Erschöpfungssyndroms. Betroffen ist der psychische Bereich (siehe oben unter affektiven Symptomen) und der kognitive Bereich (Resignation, Hilflosigkeits- und Versagensempfinden, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen). Körperliche Symptome entstehen wie vegetativ vermittelte Körperbeschwerden oder Schmerzzustände, aber auch Störungen des Appetits, des Schlafs und des sexuellen Interesses, des Antriebs. So gesehen kann das Krankheitsbild des Erschöpfungssyndroms als ein Beispiel für eine komplexe psychosomatische Störung betrachtet werden. Es scheinen geschlechtsspezifische Unterschiede zu bestehen: Männer klagen häufiger über Mattigkeit, Antriebsstörungen, Leistungsunfähigkeit; Frauen hingegen eher über hohe psychophysische Anspannung, Schlafstörungen, Unruhe, Rastlosigkeit und Nervosität.

Wegen der allgemeinen Symptome, den vegetativen und affektiven Beschwerden einschließlich hypochondrischer Ängste wird dieses Erschöpfungssyndrom bei entsprechender Symptomatik Erschöpfungs-Depression genannt. Es ist möglich, es auch als dysthyme oder phasenhaft verlaufende Depression zu verkennen. Erst die genaue Anamnese und die Abfolge der Symptomentwicklung lässt dann die zugrundeliegenden auslösenden Bedingungen erkennen. Fast immer wird auch eine Disposition im Sinne einer leistungsstrebigen oder anpassungsbereiten Persönlichkeit festgestellt, der wiederum dependente, selbstunsichere oder anankastische Strukturen zugrunde liegen können. So gesehen ist das Erschöpfungssyndrom, insbesondere die moderne Variante des Burnout-Syndroms, ein charakteristisches

Krankheitsbild unserer Industriegesellschaft und wird insbesondere in Zeiten sozialen Wandels beobachtet, in denen Leistung wichtige Funktionen der Kompensation, der Absicherung bzw. der Selbstwertstabilisierung erfüllt. Der Versuch im Rahmen dieser Strategien den Erschöpfungszustand zu bewältigen, begünstigt eine neue Überlastung, so dass ein Circulus vitiosus entsteht.

Bei der Behandlung eines Erschöpfungssyndroms gilt es solche Teufelskreise zu durchbrechen.

3. Die Therapie des Erschöpfungssyndroms, des Burnout-Syndroms, der chronischen Müdigkeit

Da es sich bei diesen Syndromen um ernst zu nehmende, massiv einschränkende Zustände handelt, die nicht selten lange Krankheitsverläufe bis hin zur Invalidität nach sich ziehen, muss über reine Entlastung oder Erholung hinaus eine spezifische Therapie, die sowohl die somatischen wie die psychischen Teile des Circulus vitiosus durchbricht, angewandt werden.

Im Vordergrund steht zunächst eine Symptombehandlung, die kognitiv-behaviorale, physiotherapeutische und medikamentöse Interventionen beinhaltet. Ziel ist eine Distanzierung von bzw. Entaktualisierung der belastenden Lebensumstände. Spielen depressive Symptome eine deutliche Rolle, sind Antidepressiva angezeigt, die je nach Stimmung und Antrieb sedierend bzw. antriebsverbessernd gewählt werden. Eher selten sind zusätzlich Beta-Blocker sinnvoll, wenn vegetativ vermittelte Beschwerden ganz im Vordergrund stehen.

Unter den physiotherapeutischen Maßnahmen im weitesten Sinne sind alle entspannenden Interventionen passiver Art aus der balneophysikalischen Therapie (Bäder, Sauna, Wärmeanwendungen), aber

auch aktiver Art (z. B. Atemtherapie, Krankengymnastik mit Mobilisierung und Aktivitätsaufbau), indiziert.

Einen hohen Stellenwert hat die Sporttherapie mit Aktivierung, Ausdauertraining aber auch Förderung von Sozialkontakten, Wiederentdecken von Freude an Bewegung, positiver Körperwahrnehmung, Genussaktivitäten. Letzteres kann auch durch ergotherapeutische und kunsttherapeutische Interventionen gefördert werden.

Im Übergang zur Psychotherapie sind insbesondere alle aktiven entspannenden Maßnahmen wie Yoga, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, autogenes Training ein wesentlicher Teil der multimodalen Therapie.

Beim Vorliegen eines typischen chronischen Müdigkeitssyndroms (CFS) hat sich ein so genanntes „Pacing“ bewährt, mit welchem der/dem Betroffenen wieder das richtige Maß an Aktivität – unter Vermeidung von unangemessener Schonung einerseits und Überforderung im Rahmen inadäquater Durchhaltestrategien andererseits – vermittelt wird.

All diese Maßnahmen können zwar auch im Rahmen einer ambulanten Therapie durchgeführt werden, die skizzierte multimodale Therapie lässt sich jedoch in der Praxis meistens nur durch eine Rehabilitationsbehandlung oder stationäre Behandlung in einer entsprechenden Fachklinik realisieren.

Über die Symptombehandlung hinaus ist bei der Psychotherapie im engeren Sinne die Identifikation überfordernder oder hemmender Grundüberzeugungen im Sinne einer disponierenden Persönlichkeitsstruktur und deren Modifikation wesentlich.

Psychoedukation (Information über das Störungsbild, über psycho-

physiologische Zusammenhänge, über geeignete und ungeeignete Selbsthilfemöglichkeiten etc.) hat sich sowohl bei der Symptombehandlung wie bei der Identifikation und Modifikation zugrundeliegender dysfunktionaler kognitiver Schemata bewährt.

Gelingt es, im Rahmen einer solchen Therapie dem/der Betroffenen ein Verständnis für die komplexen Zusammenhänge zwischen internen und externen Belastungsfaktoren, Ermüdung, inadäquaten Bewältigungsversuchen, schließlich Überlastung und Erschöpfung zu vermitteln, können die meisten Betroffenen genügend Selbsthilfemöglichkeiten entwickeln, um die Belastungsfaktoren zu beeinflussen oder die nötigen Veränderungen einzuleiten, die einen weniger belastenden Arbeits- und Lebensstil erlauben.

4. Literatur

BÜHLER, K. E. (1989). Das Erschöpfungssyndrom. *Medwelt*, 40, 384.

STRAUS, S. E. (2002). Caring for patients with chronic fatigue syndrome (editorial). *British Medical Journal*, 324, 124–125.