

## Stressbedingte Erkrankung im Licht zweier Epochen

# Burnout und Neurasthenie – Zeitdiagnosen der Jahrhunderte?

Sarie Ann Haisch<sup>a</sup>, Tobias Ballweg<sup>a</sup>, Christian Seeher<sup>a</sup>, Ariane Orosz<sup>b</sup>, Yamina Schibli<sup>b</sup>, Katja Cattapan<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Sanatorium Kilchberg, Schweiz

<sup>b</sup> Zentrum für Translationale Forschung, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bern, Schweiz

## Zusammenfassung

Das Burnout-Syndrom hat sich nach seiner Erstbenennung 1974 durch den amerikanischen Psychologen Herbert Freudenberger zu einer wahren Modediagnose unserer Zeit entwickelt und scheint eines der wenigen gesellschaftlich akzeptierten psychischen Krankheitsbilder zu sein. Jedoch lässt sich im Verlauf der Psychiatriegeschichte bereits im 19. Jahrhundert ein Krankheitsbild mit äusserst ähnlicher Erscheinungsform, nämlich dem Leitsymptom der «reizbaren Schwäche», unter dem Namen «Neurasthenie» auffinden.

Im vorliegenden Artikel soll überprüft werden, ob es sich bei Burnout-Syndrom und Neurasthenie um gänzlich unterschiedliche Phänomene handelt, oder ob es nicht vielmehr um epochenspezifische Modediagnosen geht, welche im Laufe der Jahrhunderte jeweils in verschiedenen Begriffen abgebildet werden, obwohl sich dahinter dieselbe Symptomatik und Ätiologie verbirgt.

Keywords: Burnout; Neurasthenie; Zeitdiagnosen; Psychiatriegeschichte



## Einleitung

Auch wenn die grösste «Burnout-Welle» der letzten Jahre aktuell bereits wieder abgeklungen zu sein scheint, ist das Burnout-Syndrom nach wie vor ein fester Bestandteil der Medien. Es gibt kaum eine Zeitschrift oder ein Lifestyle Magazin, welches sich der Themen Stress und Burnout nicht annehmen würde. Die auf Burnout spezialisierten Kliniken und Therapieangebote im deutschsprachigen Raum erfreuen sich nach wie vor grosser Nachfrage, die Wartezeiten auf einen Therapieplatz sind teilweise beträchtlich lange. Die Krankenkassen überbieten sich seit Jahren mit Berichten über die krankheitsbedingten Ausfallzahlen am Arbeitsplatz.

Man kann behaupten, dass sich das Burnout-Syndrom, seit dem es 1974 erstmalig durch den amerikanischen Psychologen Herbert Freudenberger als körperlicher und geistiger Erschöpfungszustand postuliert wurde, im

Laufe der Jahre zu einer wahren «Zeitdiagnose» unseres Jahrhunderts entwickelt hat, und das, obwohl es nach wie vor keinen Einzug in das Klassifikationssystem des ICD-10 gefunden hat, und man sich hier mit der Behelfszusatzdiagnose Z73.0 (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung) zufrieden geben muss. Im angloamerikanischen Klassifikationssystem des DSM V findet das Burnout-Syndrom ebenfalls, wie bereits in den vorhergehenden Versionen, keine eigene Diagnosekategorie.

Wenn wir jedoch den historischen Verlauf der Psychiatriegeschichte etwas genauer betrachten, stellt sich die Frage, ob sich hinter dem Begriff des «Burnout» wirklich eine gänzlich neue Symptomatik verbirgt. Oder lässt sich ein Krankheitsbild mit dem Leitsymptom der Erschöpfung aufgrund von chronischer Stressbelastung bereits im 19. Jahrhundert unter dem Begriff der «Neurasthenie» finden? Haben wir es hierbei eher mit *einer* Diagnose zu tun, die im Laufe der Jahrhunderte lediglich unterschiedlich bezeichnet wurde?

Durch einen Vergleich über die Entwicklungsgeschichte, Symptomatik und Therapie der beiden Krankheitsbilder soll diese Frage beantwortet werden.

## Neurasthenie – das «Burnout des 19. Jahrhunderts»?

Die Neurasthenie (griechisch: Nervenschwäche) zeichnete sich vor allem aus durch «reizbare Schwäche», schnelle Erschöpfung, gesteigerte Erregbarkeit und Reizbarkeit, konstante Müdigkeit und Leistungsmangel, Launenhaftigkeit, Ärger, Angst, Schlafprobleme sowie diverse somatische Symptome wie Palpitationen, Schwitzen, Schwindel, Kopfschmerzen, Tinnitus sowie sexuelle Funktionsstörungen [1, 2].

Der Neurologe George Miller Beard fasste 1869 die oben beschriebene Symptomatik erstmalig unter dem Begriff der «Neurasthenie» zusammen [1]. Die Ursache wurde damals in einem eher somatischen Krankheitsverständnis als eine «Verarmung der Nervenkraft» durch Entphosphorylierung der chemischen Strukturen des Nervs gesehen. Es wurde aber dennoch bereits zu Beginn der Diagnosestellung auch ein Zusammenhang zu den belastenden Umgebungs- und Arbeitsbedingungen der Zeit angenommen. Die Krankheitsfälle mit der Diagnose Neurasthenie verbreiteten sich rapide, und schliesslich wurde in den 1880er-Jahren das «Zeitalter der Neurasthenie» ausgerufen. Verbunden hiermit war ein Klagen über das «krankmachende Hetzen und Jagen» der Moderne. Wie kam es aber zu dieser rasanten Entwicklung und Verbreitung der Diagnose?

## Die Ursachen – Gesellschaft und Individuum

Wenn wir uns die Gesellschaft des 19. Jahrhunderts vor Augen führen, sehen wir dort eine allgemeine Wandlung weg vom Ackerbau und der Landwirtschaft, die geprägt war durch eine «eilige Erntezeit» sowie anschliessende ruhigere Wintermonate zur Regeneration. Durch die zunehmende Industrialisierung und Urbanisierung entstand eine allgemeine Beschleunigung des Alltags, mehr Konkurrenzwirtschaft, Kapitalismus sowie ein andauerndes Gefühl des «Nicht fertig-Werdens», was laut Aussage des Neurologen Windscheid 1909 als «hauptsächliche Quelle der Berufsnervosität» anzusehen war [1, 2].

Die Angst, die alltäglichen Aufgaben nicht rechtzeitig erledigen zu können oder hierbei etwas falsch zu machen, führte zu neuen psychischen Belastungen, die der Gesellschaft in diesem Ausmass zuvor nicht bekannt waren. Der stetige «Kampf ums Dasein» mit gleichzeitigem Verlust des Sicherheitsgefühls durch drohenden Arbeitsplatzverlust ging mit einer ewigen Unruhe und zunehmender Unzufriedenheit einher. Auf der einen Seite eröffneten sich durch die beginnende Globalisierung zahlreiche Chancen und Möglichkeiten, doch führte es auch häufig zu einem «Hinterherjagen» mit der Maxime «höher, schneller, weiter», einer Reizüberflutung und einer «Zeit ist Geld»-Mentalität, in der Ruhe- und Regenerationsphasen nicht mehr erwünscht schienen. Zeitgleich zur zunehmenden Industrialisierung nahm der Schutz des Einzelnen durch die Grossfamilie immer mehr ab. Der Mensch wurde vermehrt zum Einzelkämpfer ohne stützendes soziales Netzwerk, was einen weiteren Risikofaktor für Überlastungsreaktionen darstellte. Von einigen Ärzten wurde bereits damals das auch heute noch gängige Modell der «leergelaufenen Batterien» entwickelt, das den Körper als «Kraftreservoir» sah, welches im Fall der Neurasthenie mehr «Abfluss» als «Zufluss» erfahren hatte und wonach es zu einem «Schwund des Nervenbrennstoffes» gekommen sein musste [1].

Lange Zeit wurde bei der Neurasthenie auch ein enger Zusammenhang zur männlichen Sexualität gesehen, «übersteigerte Nervenreize» im Rahmen der «Turbulenzen der freien Liebe» wurden als mögliche Auslöser der Erkrankung gesehen. Der Psychiater Krafft-Ebing sah 1900 den Zusammenhang wie folgt: «Das Bett ist der eigentliche Kampfplatz des Neurasthenikers» [1]. Dieser Theorie schloss sich später auch Sigmund Freud an, welcher den Ursprung der nervösen Störungen vor allem in der Unterdrückung von sexuellen Impulsen sah [3].

Die Neurasthenie galt bei vielen damaligen Klinikern auch als die «männliche Form der Hysterie», welche aber deutlich «gesellschaftsfähiger» und weniger negativ belastet war als die sonstigen psychischen Erkrankungsbilder der Zeit. Der Psychiater C. Rieger titulierte 1896 die Neurasthenie als «diagnostisches Faulheitspolster», da es aus einem wenig präzisen Symptomkomplex bestehe und für den jeweils behandelnden Arzt sowie den Patienten lediglich eine «Erleichterung» darstelle, wenn es nun endlich einen medizinischen Begriff für die unspezifischen Leiden gebe und diese nicht der Diagnose der – gesellschaftlich sehr negativ behafteten – Hysterie unterstellt wurden [4].

Eine 1905 veröffentlichte Studie, durchgeführt am Sanatorium Beelitz (Berlin) sah – vor al-

lem in Bezug auf die Akkordarbeiter jener Zeit – folgende Faktoren ursächlich für die Entwicklung einer Erschöpfungssymptomatik: Lärm, wenig Beeinflussbarkeit der Arbeitsabläufe, stupide und gleichförmige Arbeit [1]. Wie wir im Verlauf sehen werden, decken sich diese Einschätzungen mit den heutigen gängigen Stressmodellen [5].

### Nervenschwäche als neue Diagnose – Segen oder Fluch?

Die Diagnose eröffnete den Nervenärzten von damals jedoch auch einen bisher nicht vorhandenen Zugang zu einer lukrativen Klientel, welche zuvor den psychiatrischen Sprechstunden eher ferngeblieben war. Es kam somit zu einer Ausweitung der psychischen Diagnosen auch auf die gehobenen Gesellschaftsschichten, die sich mit der gesellschaftlich angesehenen Diagnose der Neurasthenie nicht mehr zu verstecken brauchten. Zudem kam es durch die Unschärfe der Symptome zu einer Ausweitung des Spektrums von Fällen, welche bisher nicht vom medizinischen Versorgungsnetz erfasst wurden, so dass sich aus der neuen Diagnose sowohl persönliche Vorteile im Sinne einer Legitimation für eine «Auszeit», aber auch ökonomische und gesellschaftspolitische Vorteile ergaben. Jedoch legte die Neurasthenie auch den Grundstein für den Zugang zu den psychosomatischen Erkrankungen und bezweckte eine allgemeine Öffnung der Gesellschaft, welche gegebenenfalls ohne die Diagnose erst viel später realisierbar gewesen wäre, da die «Geisteskrankheiten» bis dato mit einem sehr negativen Image behaftet waren [4].

### Die Neurasthenie im Wandel der Zeit

Was die Verbreitung in den unterschiedlichen Berufsklassen angeht, wandelte sich das Bild um die Jahrhundertwende, während zuvor vor allem die «Kopfarbeiter» betroffen schienen, weitete sich die Erkrankung im Laufe der Zeit auch mehr und mehr auf die Arbeiterklasse aus. Löwenfeld sah 1894 eine Gemeinsamkeit in den am meisten betroffenen Berufsgruppen: Seiner Meinung nach handele es sich hierbei meist um Berufe, «auf die Lästiges abgeschoben wird und die unter der Kontrolle eines Chefs stehen» [2].

Die Diagnose der Neurasthenie war demnach im Laufe der Zeit einem Wandel unterlegen, zum einen was die Häufigkeit der Diagnose in der jeweiligen sozialen Schicht, aber auch was die Meinung über Ätiologie und Klassifizierung anbelangte. Hier wurde die Neurasthenie lange Zeit dem Begriff der «Organneurose» zugeordnet, dem ein somatisches Krankheitsmodell zugrundelag. Später

dann, vor allem unter dem Einfluss der Freud'schen Theorien, wandelte sich das Zugehörigkeitsbild eher in die Richtung der psychisch bedingten «Aktualneurosen», unter die auch die Angstneurose sowie die Hypochondrie fielen. Als Ursache wurden nun vermehrt neben den gesellschaftlichen Bedingungen auch innerpsychische Konflikte angesehen.

### Die Therapieansätze

Bezüglich der *Therapieoptionen* verfolgte man im Laufe der Jahre unterschiedliche Ansätze.

Basierend auf dem Krankheitskonzept des schottischen Arztes John Brown (1780) wurde Gesundheit lange Zeit als ein Zustand «mittlerer Erregung» definiert. Krankheit war demzufolge Ausdruck einer übermässigen Erregbarkeit (Sthenie) oder aber einer mangelnden Erregbarkeit (Asthenie) [6]. Dementsprechend erschien es bei der erhöhten nervösen Erregbarkeit der Neurasthenie zunächst wichtig, den Betroffenen von seiner krankmachenden Umgebung zu isolieren und von äusseren Reizen fernzuhalten, sowie ihm viel Schlaf, Ruhezeiten sowie regelmässige Mahlzeiten zukommen zu lassen. Des weiteren wurde Bewegung an der frischen Luft sowie die Ausübung eines Hobbys empfohlen. Bereits damals fand aber auch der Aspekt «Gesprächeführen» einen festen Platz im Therapieplan der Sanatorien, um mit den Betroffenen zu erarbeiten, wie sie sich zukünftig gesund erhalten können. Ein weiterer Behandlungsansatz lag in den physikalischen Verfahren: Es wurden sowohl Massagen aber auch elektrische Behandlungsverfahren (Reizstrombehandlung) durchgeführt, einerseits zur Verhinderung von Muskelatrophien durch die körperliche Inaktivität, aber auch zur erneuten «Energiegewinnung». Erst im Laufe der veränderten Ätiologiekonzeptes durch Freud wurde vermehrt Wert auf die psychotherapeutische Arbeit gelegt, um tieferliegende, innerpsychische Konflikte zu bearbeiten, die gemäss seiner Theorie als Auslöser der Symptomatik galten.

### Die Neurasthenie im heutigen Klassifikationssystem

Bei der Neurasthenie, die im Gegensatz zum Burnout eine eigene ICD-10-Diagnose darstellt (F48.0), werden heutzutage zwei Hauptformen unterschieden. Einmal ist das Hauptcharakteristikum die Klage über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig verbunden mit abnehmender Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigungstäglicher Aufgaben. Die geistige Ermüdbarkeit wird typischerweise als unangenehmes Eindringen ablenkender Assoziationen oder Er-

innerungen beschrieben, als Konzentrationschwäche und allgemein ineffektives Denken. Bei der anderen Form liegt der Schwerpunkt auf Gefühlen körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären und anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen. Es finden sich zusätzlich eine Reihe von anderen körperlichen Empfindungen wie Schwindelgefühl, Spannungskopfschmerz und allgemeine Unsicherheit. Die Sorge über das abnehmende geistige und körperliche Wohlbefinden, Reizbarkeit, Freudlosigkeit, Depression und Angst sind ebenfalls häufig [7].

Im DSM IV hingegen wird die Neurasthenie aufgrund mangelnder Abgrenzbarkeit gegenüber den somatoformen Störungen, den Angststörungen sowie den depressiven Störungen nicht als eigenständige Krankheitskategorie aufgeführt, sondern als Subtyp der «undifferenzierten somatoformen Störung» aufgelistet.

### Das Ende der Neurasthenie-Epoche – hin zum modernen «Burnout»

Ab 1930 wurde die Diagnose der Neurasthenie in Deutschland und im englischsprachigen Raum deutlich weniger gestellt, die «Epoche der Nervosität» schien langsam abzuklingen, da andere gesellschaftspolitische Problemfelder in den Vordergrund rückten und den Alltag der Menschen vorrangig prägten. Zeitgleich kam es jedoch in den asiatischen Ländern zu einer Ausbreitung der Erkrankung. Auch heute noch hat die Diagnose dort einen hohen Stellenwert und wird sogar am häufigsten von allen psychiatrischen Erkrankungen diagnostiziert, während sie heutzutage in Deutschland kaum noch Verwendung findet, bzw. von anderen Diagnosen abgelöst wurde – allen voran von dem Begriff des «Burnout-Syndroms».

### Die Symptome des Burnout – «alte Bekannte»?

1974 wurde der Begriff des Burnout durch den Psychologen Freudenberger erstmalig verwendet als Diagnose für eine Erschöpfungssymptomatik bei Personen mit helfenden Berufen, es folgte jedoch schnell die Ausweitung auf jegliche andere Berufsklassen und den privaten Bereich (z.B. Pflege kranker Angehöriger als Auslöser). Der Begriff wurde für einen Symptomkomplex körperlicher und psychischer Erschöpfung verwendet, welche aufgrund einer chronischen Stressbelastung im Leistungskontext entstanden war. Ballweg et al. fassten die Symptomatik in folgender Definition zusammen: «Burnout ist ein Prozess zunehmender Erschöpfung mit

reduzierter geistiger und körperlicher Leistungsfähigkeit, verursacht durch chronische Stressfaktoren im Leistungskontext, die im wachsenden Masse als nicht mehr bewältigbar erlebt werden“ [8]. Auch hier wird als Ursache für die rasante Zunahme der Burnout-bedingten Krankheitsfälle seit der Erstbenennung einerseits die heutigen Veränderungen der Arbeitswelt durch eine zunehmende Globalisierung, Intensivierung und Beschleunigung der Arbeitsabläufe mit immer höherem Leistungsdruck auf den Einzelnen gesehen, andererseits aber auch die begünstigenden Persönlichkeitsfaktoren (z.B. Perfektionismus, fehlende Fähigkeit zur Abgrenzung, hohes Kontrollbedürfnis) mit in Betracht gezogen.

Betrachtet man die einzelnen Symptome genauer, werden die Überschneidungen zu den Symptomen der Neurasthenie auf den ersten Blick deutlich. Diese finden sich beim Burnout-Symptom sowohl auf der körperlichen, kognitiven als auch auf der emotionalen Ebene: Energiemangel, chronische Müdigkeit, Schwächegefühl, Schlafstörungen, Grübelneigung, geschwächte Abwehrkräfte, häufige Infekte, psychosomatische Symptome (Kopf- und Rückenschmerzen, Magen-Darm-Beschwerden, Herz-Kreislauf-Störungen, sexuelle Störungen), emotionale Erschöpfung («alles ist zu viel», Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Gefühl innerer Leere), Reizbarkeit, Aggressivität, Interessenverlust, sozialer Rückzug, Verlust der Empathie, Abbau kognitiver Leistungsfähigkeit, Konzentrationsmangel, Vergesslichkeit, Verlust der Kreativität, negative Grundeinstellung zur eigenen Person, zur Arbeit und zum Leben im Allgemeinen.

### Die Therapieansätze – Altbewährtes und neue Zugänge

Auch bezüglich der Therapieansätze verfolgt man bei der Behandlung des Burnout ähnliche Ansatzpunkte wie bei der Neurasthenie im 19. Jahrhundert. So sucht man Therapieansätze zum einen im Bereich der realen äusseren Arbeitsbedingungen (Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsaufgabe, Pausenkultur, gesunder Führungsstil des Vorgesetzten), der Regenerationsbereiche (Ausgleichsmassnahmen zum Stressabbau, soziale Kontakte, Entspannungsverfahren, Förderung von Ressourcen) aber auch – und besonders – im mentalen Bereich der Bewertungen (Umgang mit Stressoren, Bewertung von Leistungsanforderungen, innere Stressverstärker). Teilweise wird eine medikamentöse, meist antidepressive Mitbehandlung vorübergehend notwendig, welche im 19. Jahrhundert noch nicht in der heutigen Vielfalt vorhanden war. Von den elektrophysiologischen

Verfahren der Neurastheniebehandlung ist man heutzutage jedoch vollständig abgekommen, da bekannt ist, dass hierdurch die «verbrauchte Nervenkraft» nicht wieder herzustellen ist.

### Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden medizinischen Diagnosen

Fokussiert man nun auf die Gemeinsamkeiten der beiden Krankheitsbilder wird deutlich, dass beide auf endogenen und exogenen auslösenden Faktoren und Bedingungen basieren. Zum einen wird der gesellschaftliche Zusammenhang des Arbeitskontextes deutlich, der aus einer ständigen Beschleunigung, Intensivierung, Arbeitsverdichtung und Ruhelosigkeit besteht. Zum anderen wird in beiden Epochen ein zunehmender Leistungsdruck, Konkurrenzkampf sowie aufgrund der neuen Kommunikationstechniken ein erhöhter Anspruch an Verfügbarkeit und Flexibilität deutlich, parallel zu einem ständigen Rückgang bzw. einer Umgestaltung der sozialen Strukturen. Die Berufsbilder erfordern einen immer höheren Grad an Verantwortung und Arbeitseinsatz, oft aber ohne dementsprechend höheren Ertrag oder höhere Anerkennung für die geleistete Arbeit. Die Erwartungen steigen stetig, parallel sinken die wirklich arbeitsfreien Regenerationszeiten.

Beide Erkrankungen werden in der Literatur häufig als stressassoziiert benannt. Dies wirft zunächst die Frage auf, welche Definition dem Begriff «Stress» eigentlich unterliegt. Ursprünglich wurde dieser Ausdruck in den 1930er Jahren durch Hans Selye geprägt, der Stress als «physiologische Reaktion des Organismus auf äussere schädliche Reize» definierte, die in drei Phasen abläuft (Alarmreaktion, Anpassungsreaktion und Erschöpfungsreaktion) [11, 12]. 1953 diskutierte Paul Martini Stress erstmals unter dem Überbegriff der «Zivilisationskrankheiten» und zog Zusammenhänge zu einer beruflichen Überlastungssituation. Stressbedingte Folgeerkrankungen wurden auch als «Managerkrankheit» definiert und die psychosozialen Stressoren mehr und mehr in den Vordergrund der ätiologischen Betrachtung gestellt [11].

Ebenfalls lassen sich bereits in den frühen Beschreibungen der Neurasthenie die heutzutage gängigen Stressmodelle als Ursachen für die Erkrankung wieder finden. So besagt zum einen Karasek in seinem *Anforderungs-Kontroll-Modell* 1979, dass krankhafte Folgen von Stress vor allem dann entstehen können, wenn die Anforderungen hoch und zugleich der Entscheidungsspielraum klein ist, also die einzelne Person wenig Kontrolle und Einflussmöglichkeiten im Arbeitsalltag hat [10].

Siegrist postulierte 1996 im *Modell der beruflichen Gratifikationskrise*, dass eine fehlende Belohnung bei gleichzeitig hohem Arbeitsinsatz auf Dauer krankmachend ist, wobei mit Belohnung nicht nur das monetäre Gehalt gemeint ist sondern vielmehr die Anerkennung und Wertschätzung der geleisteten Arbeitsaufgabe [5].

Beide stressassoziierten Erkrankungen, Burnout und Neurasthenie, waren zudem «Importe» aus den USA und galten lange Zeit als Metapher für besonders hohen Arbeitswillen und Einsatz. Somit waren sie gesellschaftlich akzeptiert und angesehen, ganz im Gegensatz zu den sonstigen psychischen Erkrankungen.

Als endogene Risikofaktoren kann man bei beiden Krankheitsbildern gewisse Persönlichkeitsprofile feststellen. Hierzu zählen beim Burnout besonders engagierte, leistungsorientierte und perfektionistische Persönlichkeitstypen, denen Abgrenzung schwer fällt und die ihren Selbstwert hauptsächlich über Arbeit und Anerkennung von aussen stabilisieren. Bei der Neurasthenie galten insbesondere ein hohes Mass an Kreativität und Sensibilität als Risikofaktoren.

Protektive Persönlichkeitsfaktoren in Bezug auf die Entwicklung eines Burnout hingegen betitelt Kobasa 1979 in seinem «Hardiness Konzept», welches den Ergebnissen der heutigen Resilienzforschung entspricht als: «Commitment» (Neugierde, Offenheit, starke innere Verbindung zu dem was man tut), «sense of control» (Einflussgefühl, Eigenverantwortungsgefühl) sowie «Challenge» (Bewertung von Veränderungen als Herausforderung und nicht als Bedrohung) [9].

Die Unterschiede zwischen den Symptomen der Neurasthenie und dem Burnout-Syndrom sind dagegen sehr gering ausgeprägt, so findet man in den historischen Beschreibungen lediglich Hinweise, dass sich die Neurasthenie noch mehr und vordergründiger durch somatische Symptome ausdrückte und eher auf einer generell «schwachen psychischen Grundkonstitution» beruhte sowie häufiger weniger gute Therapiechancen mit chronisch rezidivierenden Verläufen zeigte als das Burnout-Syndrom. Dem Burnout sind hingegen eher die Symptome der Depersonalisierung sowie des Zynismus zugeordnet, welche bei der Neurasthenie selten beschrieben werden. Betreffend der Ätiologie geht dem Burnout häufig ein langer Prozess voraus, welcher mit einer Phase des besonders hohen Leistungseinsatzes und einer hohen Verausgabungsbereitschaft beginnt, welches für die Neurasthenie wiederum nicht zwingend vorhanden sein muss. Ebenso sind die internen Risikofaktoren der Selbstwertproblematik und der

Suche nach Selbsterhöhung durch Anerkennung von aussen Faktoren, welche eher typisch sind für das Burnout-Syndrom, weniger aber für die Neurasthenie.

So sehen wir, dass sich trotz der grundlegend sehr ähnlichen Symptomatik doch vereinzelte Unterschiede in den Ursachen und den Verlaufsformen finden lassen.

## Ausblick

Es zeigen sich bei einem Rückblick in die Psychiatriegeschichte wie vorangehend beschrieben demnach deutliche Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Symptomatik sowie auch der Ätiologie zwischen den beiden stressbedingten Krankheitsbildern Burnout und Neurasthenie.

Stressbedingte Krankheiten scheinen eine Art «Verständigungsplattform» für gesellschaftliche Missstände und Überforderung zu bilden und geben eine Erklärung für Leistungseinbussen und die Notwendigkeit einer «Auszeit». Sie können als Hilferuf des einzelnen gesehen werden, wenn die Verbalisierung der Belastung nicht erfolgreich verlaufen konnte und helfen den Betroffenen häufig, das «Kind beim Namen zu nennen». Sicher führt die Titulierung als Krankheit zu einer vermehrten Akzeptanz in der Gesellschaft, die allgemein durch Leistung und Produktivität geprägt ist und in der es nicht mehr ausreicht zu sagen, dass es «zu viel» geworden ist.

Es erscheint daher sinnvoll, die überdauernden Muster an endogenen und exogenen Auslösefaktoren für stressbedingte Erkrankungen noch stärker in die aktuelle Präventionsarbeit sowie die gesundheitspolitischen Diskussionen mit einzubeziehen, z.B. hinsichtlich der Arbeitsbedingungen und der Unternehmens- und Kommunikationskultur, um eine dritte Welle der Erschöpfungskrankheiten zu vermeiden.

So schlussfolgert auch Edward Shorter in seinem Buch «Moderne Leiden» [4], dass es jeweils ein Zusammenspiel aus Natur, Kultur und Genetik sein müsse – verbunden mit dem jeweiligen Zeitgeist der Epoche – damit sogenannte «Modediagnosen der Zeit» entstehen können. Gleichzeitig könnte das Wissen darum auch Ansatzpunkte zur Verhinderung derselben sein.

Andererseits sollte in der Diskussion um stressassoziierte Erkrankungen auch wieder mehr der positive Aspekt des Stressbegriffs mit einbezogen und nicht nur die möglichen negativen Folgen in den Vordergrund gestellt werden.

Stress kann in richtig dosierter Form die «Würze des Lebens» darstellen und führt

zu Aktivierung und Leistungssteigerung. Die Stressreaktion ist somit eine sinnvolle und überlebensnotwendige Reaktion, die wir uns neben aller Gefahren auch wieder mehr zu Nutze machen sollten.

## Funding / potential competing interests

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

## References

- 1 Radkau J. Das Zeitalter der Nervosität. München/Wien: Hanser Verlag; 1998.
- 2 Beard G. Die Nervenschwäche (Neurasthenie), ihre Symptome, Natur, Folgezustände und Behandlung. Leipzig: Vogel; 1883.
- 3 Freud S. Die kulturelle Sexualmoral und die moderne Nervosität. In: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Frankfurt: Fischer Verlage; 1961.
- 4 Shorter E. Moderne Leiden. Hamburg: Rowolth Verlag; 1994.
- 5 Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions at work. Journal of occupational health psychology 1996;1:27–41.
- 6 Brown J. Elementa medicinae, Edinburgh: C. Elliot; 1780.
- 7 ICD 10 GM Version 2015, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision. Bern: Huber Verlag; 2015.
- 8 Ballweg T, Seher C, Tschitsaz A, Bridler R, Cattapan K. SymBalance: Ein theoriebasiertes, integratives Therapiekonzept zur Behandlung von Burnout. Swiss Archives of neurology and psychiatry. 2013;164(5):170–8.
- 9 Krafft-Ebing R von. Über gesunde und kranke Nerven. Tübingen: H. Laupp'schen; 1885.
- 10 Karasek et al. Healthy work: Stress, productivity and restriction of working life. New York: Basic Books; 1990.
- 11 Hofer H-G. Labor, Klinik und Gesellschaft. Stress und die westdeutsche Universitätsmedizin (1950–1980). Zeithistorische Studien 2014;3:382–405.
- 12 Seyle H. Stress and the general adaptation syndrome. British Medical Journal. 1950; 1: 1383–1392.

## Hintergrundliteratur

- Freudenberger H. Ausgebrannt. Die Krise der Erfolgreichen. Gefahren erkennen und vermeiden. München: Kindler; 1981.
- Kaluza G. Stressbewältigung – Trainingsmaterial zur psychologischen Gesundheitsförderung. Heidelberg: Springer Verlag; 2011.
- Kobasa S. C. Stressful life events, personality, and health – Inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology. 1979;37(1):1–11.
- Krafft-Ebing R von. Nervosität und neurasthenische Zustände. Wien: Hölder; 1895.
- Schibli Y. Burnout- eine moderne Variante der Neurasthenie [Masterarbeit]. Zürich; 2014.

## Correspondence:

Sarie Ann Haisch, MD

Klinik für Psychosomatische Medizin

und Psychotherapie

Albert-Einstein-Allee 3

DE-89070 Ulm

sarie.haisch[at]uniklinik-ulm.de