



neuro aktuell



LA-MED  **Informationsdienst für Neurologen und Psychiater**

Inhalt

Editorial
Zurück zur Drehtürpsychiatrie? 3

Kommentare
Muss Stress eigentlich immer Aggressionen hervorrufen? 8
Arzt-Bewertungsportale – wie zufrieden sind Praxisinhaber? 8
Stressforschung: „Gleiche Augenhöhe“ 10

Multiple Sklerose
Neurodegeneration bei Multipler Sklerose 10

Neuro-Quiz
Was passieren kann, wenn ein Praxisinhaber die Urlaubswünsche seiner Belegschaft nicht berücksichtigt 12

FSME
Was der Neurologe über Frühsommer-Meningo-Enzephalitis wissen sollte 14

Borreliose
Borreliose und assoziierte psychische Erkrankungen 15

Kurz berichtet
Kein eindeutiger Beweis für „chronischen Botulismus“ beim Menschen 19

Parkinson
Demenz bei Morbus Parkinson 20

Bipolare Störungen
Schwerpunkt Manie – Probleme und Prophylaxe 25

Neuro-Forschung
Schlaganfalltherapie mit modernen Kathetern senkt Sterberate deutlich 26
Fortschreiten der Alzheimer-Erkrankung an einzelnen Neuronen ersichtlich 29
Spastische Spinalparalyse: Neue Erkenntnisse zur Pathogenese 30
Interessante Perspektiven für die Wiederherstellung der Handmotorik nach Schlaganfällen 31
Wird Panikstörung ausgelöst durch Hyperaktivierung des linken inferioren frontalen Kortex? 32
Neurostimulation, eine neue Therapieoption bei chronischer Migräne? 33

Ausschreibung / News 34

Angst
Transkulturelle Aspekte von Angststörungen bei Migranten 42

Forum 45

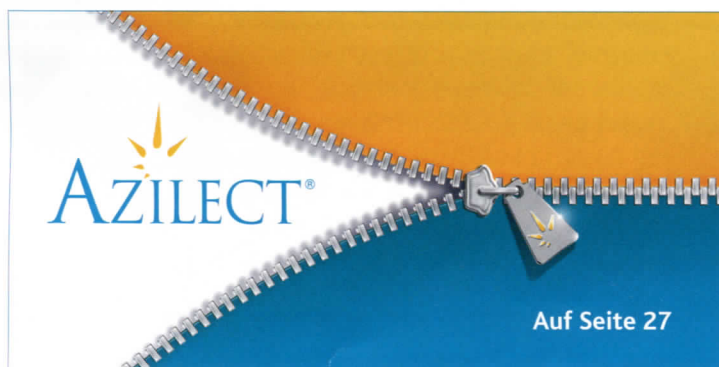
Altruismus
Ist Altruismus anatomisch bedingt? 47

Impressum 47

Der Burnout des optimierten Menschen

Burnout ist das Ergebnis eines länger dauernden, nicht bewältigbaren Stressprozesses. Nicht jeder Stressor wirkt sich bei unterschiedlichen Personen gleich stark aus. Jeder wird entsprechend seiner Persönlichkeit, Erziehung und Ausbildung, seinem individuellen Lebensstil und seinen Persönlichkeitseigenschaften, Resilienzfaktoren usw. ein individuelles Bewältigungsmuster (coping) aufweisen. Als Stressoren sind auch Umweltfaktoren wie allgemeine gesellschaftliche, sozioökonomische, kulturelle Umweltbedingungen, Lebens- und Arbeitsbedingungen, Gemeinde und engeres soziales Umfeld von größerer Bedeutung (Dahlgren und Whitehead 2006, Zaudig et al. 2012, Berberich et al. 2012). Veränderte Umweltbedingungen führen zu erhöhter Anpassungsleistung und zu forcierter Optimierung z. B. durch Leistungssteigerung unter Zuhilfenahme von Medikamenten usw. In Deutschland gilt mehr als ein Drittel der Werkstätigen als Burnout-gefährdet; alle aktuellen Gesundheitsberichte (2011/2012) der Krankenkassen (s. u.) belegen, dass psychische Krankheiten in den letzten 20 Jahren dramatisch zugenommen haben, vor allem Depressionen und Anpassungsstörungen.

Fortsetzung auf Seite 3



Borreliose und psychische Erkrankungen
von Prof. Dr. med. Karl Bechter
Seite 15 bis 19

Ausgabe 3
April 2013

Zurück zur Drehtürpsychiatrie?

**Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,**

im Sommer letzten Jahres verabschiedete der Bundestag das Psychiatrie-Entgeltgesetz, welches den Rahmen für eine neue Finanzierung der Krankenhausbehandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen setzen soll und ab Januar diesen Jahres in Kraft ist. Man gewinnt den Eindruck, dass hier mittels eines neuen „Entgeltkatalogs“, quasi im Rahmen eines Feldversuchs, die stationären Behandlungskosten für Menschen, die vor allem unter schweren psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Schizophrenien und auch Demenzen leiden, gesenkt werden sollen. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) protestierte im Oktober letzten Jahres zusammen mit zahlreichen weiteren Fach- und Betroffenen-Verbänden: Mit diesem überstürzt und auf einer völlig unzulänglichen Datenbasis entwickelten „Entgeltkatalog“ würden nur Fehlanreize gesetzt. Belohnt werde derjenige, der Patienten ohne ausreichende Gesundung vorschnell wieder aus dem Krankenhaus entlässt. Häufige Rückfälle und Wiederaufnahmen seien so vorprogrammiert. Die „Drehtürpsychiatrie“ werde finanziell belohnt, die Krankenhäuser würden ermuntert, vorzugsweise solche Patienten zu behandeln, die weniger schwer krank sind. Persönliches Leid der Betroffenen, Chronifizierung der Erkrankung, extreme Belastung der Familien und Angehörigen seien die Folge.

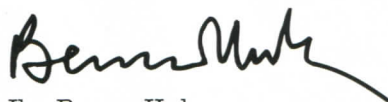
Dabei gab es in den letzten Jahren genug warnende Hinweise von Patienten-, Angehörigen- und Fachverbänden, von den Verbänden der Krankenhausträger und von den Bundesländern, die alle vom Bundesgesundheitsministerium ignoriert wurden. Vor allem wurde gefordert, sich bei der Entwicklung eines neuen Finanzierungssystems mehr Zeit zu lassen, da es anders als bei Einführung des DRG-Systems in der somatischen Medizin vor zehn Jahren keinerlei Vergleichsmodell – auch nicht international – gibt, an dem man sich orientieren könnte.

In welchem Ausmaß stationär-psychiatrische Behandlungen in den letzten Jahren zunahmen und was evtl. noch auf uns zukommt, wird auch aus den Zahlen des Krankenhausreports 2011 der Barmer GEK – an dem sich das Bundesgesundheitsministerium möglicherweise orientierte – deutlich: Die Zahl der speziell wegen psychischer Störungen im Krankenhaus Aufgenommenen stieg in den letzten 20 Jahren um 129 Prozent. Laut Gesundheitssurvey 2012 des Robert-Koch-Instituts (Bundesgesundheitsblatt) leidet mindestens jeder vierte Mann und jede dritte Frau im Laufe des Lebens

unter einer ernsthaften psychischen Störung. Dabei wurde die stationäre Behandlungsdauer inzwischen schon von 45 auf 31 Tage gesenkt. Circa ein Drittel der Patienten wird innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung, etwa die Hälfte in den ersten drei Monaten erneut stationär behandelt.

Wir sollten uns also darauf einstellen, dass eine solche Änderung der Vergütung für die stationär psychiatrische Behandlung, insbesondere der schwer psychisch Erkrankten, zu einer erheblichen Verschlechterung ihrer medizinischen Betreuung führen wird, und dass die beschränkten vertragsärztlichen Möglichkeiten diese Entwicklung kaum auffangen werden können.

Mit freundlichem kollegialem Gruß



Ihr Benno Huhn

Fortsetzung von Titelseite

Der Burnout des optimierten Menschen

Michael Zaudig, Windach

Die depressive Episode ist die dritthäufigste Erkrankung, gefolgt von Anpassungsstörung als vierthäufigste. Laut Barmer/GEK-Report 2011 ergab sich in den letzten 20 Jahren eine Zunahme psychischer Erkrankungen von 57%. Die wesentlichen Einflussfaktoren auf den Krankenstand waren Arbeitslosigkeit, hohe Arbeitsbelastung und schlechtes Betriebsklima. Nahezu alle Krankenkassenstudien zu Burnout sehen als Ursache eine extreme Verdichtung des Arbeitsprozesses, der immense, kaum zu bewältigende Informationsfluss, hohe Anforderung an Flexibilität und Mobilität, Verschärfung der Spielregeln in der Arbeit mit vermehrten Konflikten, mangelnde Anerkennung und immer weniger Handlungsspielräume (Melchior et al. 2007, DAK-Report 2012, Zaudig et al. 2012). Man könnte von einer Burnout-Epidemie sprechen – andererseits stellt sich auch die Frage, ob es sich nicht um eine Burnout-Hysterie handelt (Kratzer 2012).

Entwicklung des Burnout-Konzepts

Erstmalig beschrieb der New Yorker Psychoanalytiker Herbert J. Freudenberger 1974 „Burnout“ als einen „...Energieverschleiß, eine Erschöpfung aufgrund von Überforderungen, die von innen oder außen – durch Familie, Arbeit, Freunde, Liebhaber, Wertsysteme oder die Gesellschaft – kommen kann und einer Person Energie, Bewältigungsmechanismen und innere Kraft raubt. Burnout ist ein Gefühlszustand, der begleitet ist von übermächtigem Stress und der schließlich persönliche Motivationen, Einstellungen und Verhalten beeinträchtigt“. Obwohl inzwischen unendlich viel dazu geschrieben wurde, ist diese Definition bis heute als

gültig anzusehen. Galt Burnout früher als ein spezifisches Problem von in Sozialberufen tätigen Menschen (Freudenberger 1974), dürfte es heute nahezu keine Berufsgruppe mehr geben, die von Burnout unbelastet ist. Christine Maslach und Susan Jackson, zwei amerikanische Gesundheitspsychologinnen, entwickelten 1984 im Kontrast zu Freudenbergers psychosozialen Ansatz den eher organisationsorientierten Ansatz, der die Ursachen von Burnout stärker auf Seite der Arbeitsorganisation und der damit einhergehenden Interaktion sieht. Inzwischen haben auch sie sich der Ansicht angenähert, dass sowohl organisatorische als auch individuelle psychische Voraussetzungen an der Entstehung von Burnout beteiligt sind (Maslach und Jackson 1996). Sie entwickelten das bis heute am häufigsten verwendete Inventar zur Messung von Burnout: *Maslach Burnout Inventory* – MBI. Das MBI definiert Burnout durch drei Skalen: (1) Emotionale Erschöpfung (Emotional exhaustion) – ausgeleugert, ausgebrannt; (2) Depersonalisation – Zynismus, abgestumpft, negativ, und (3) Leistungs(un)-zufriedenheit (Personal accomplishment) – insuffizientes Arbeiten, gefühlte Inkompetenz.

Burnout-Symptomatik /- Syndrom

Burnout kann als singuläres Symptom im Sinne von Ausgebranntsein verstanden werden, als Syndrom wird es zwar in der Literatur häufig beschrieben, aber mit höchst unterschiedlicher Symptomatik, z. B. führt Burisch (2010) mehr als 130 verschiedene Symptome an. In der Regel handelt es sich um stressbezogene Symptome, die sich körperlich, behavioral oder kognitiv-emotional zeigen können (siehe Tabelle).

Chronischer Stress hat nicht nur schädliche Einflüsse auf die körperliche Gesundheit zur Folge (wie z. B. Gastritis, Hypertonie, Kopf- und Rückenschmerzen, Diabetes), sondern bewirkt auch Störungen des psychischen und sozialen Wohlbefindens und führt zu geschwächter Immunkompetenz (Müller und Schwarz 2012) und gesundheitlichem Risikoverhalten (siehe Tabelle). Die Burnout-Symptomatik stellt ein psychovegetatives Erschöpfungssyndrom in Folge multipler, zum Teil chronischer Stressbelastungen dar.

Diagnostik

Inzwischen ist hinlänglich bekannt und publiziert, dass Burnout keine Krankheit nach ICD-10 oder DSM-

IV-TR darstellt (ausführlich Zaudig et al. 2012, Korczak et al. 2010, Kaschka et al. 2011). In ICD-10 wird Burnout als „Ausgebranntsein“ und „Zustand der totalen Erschöpfung“ mit dem Zusatzdiagnoseschlüssel Z73.0 erfasst, d. h. als ein Faktor, der den Gesundheitszustand beeinflusst und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führt. Ein chronischer Stressprozess führt in unterschiedlichen Phasen der Entwicklung auch zu unterschiedlichen Symptomen, von leichteren Befindlichkeitsstörungen, vegetativen Störungen (mit leichtem Krankheitswert) über schon ausgeprägtere und klar definierbare Anpassungsstörungen bis hin zu typischen Achse I-Störungen wie depressive Episode oder Angststörungen. In eigenen Untersuchungen (Zaudig et al. 2012) konnte gezeigt werden, dass sich (bei klinischen Fällen) unter dem Label Burnout zu 98% mittelgradige bis schwere depressive Episoden verbergen. Bezüglich des Burnout-Prozesses ergeben sich höchst individuelle Verlaufsaspekte der Symptomatik, kein allgemeines Syndrom wie von vielen Autoren behauptet wird. Leider gibt es keine einzige prospektive Langzeitstudie dazu.

Ursachen des Burnout

Der Begriff Burnout wird immer in Zusammenhang mit chronischem Stress und Formen der Stressbewältigung gebracht; Burnout ist das Resultat eines chronischen Stressprozesses, der sich nach Cherniss (1980) aus Umweltstressoren, Stress und psychologischer Anpassung zusammensetzt. Stress ist die psychophysische Antwort des Organismus auf eine Belastung.

Stress

Es können drei große Gruppen von Definitionen für den Stressbegriff unterschieden werden:

- ▶ Stress als psychophysische Antwort des Organismus auf alles, was ihn aktiviert und eine emotionale Reaktion hervorruft (Selye 1936, 1976). Bereits 1936 publizierte Selye die erste Version des Allgemeinen Adaptionssyndroms (AAS), das aus drei Phasen besteht: Alarmreaktion, Widerstandsphase und Erschöpfung. Chronischer Stress führt zu einer Schwächung des Immunsystems (Müller und Schwarz 2012) und zu einem ständig erhöhten Cortisonspiegel mit entsprechenden kognitiven Symptomen wie z. B. Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. ▶

Burnout-Symptome

emotionale Symptome	motivationale Symptome	Verhaltensänderungen	körperliche Symptome	kognitive Symptome
<ul style="list-style-type: none"> • Reizbarkeit • Aggressivität • Angst • Unruhe • Schuldgefühle • Hilflosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlust der Motivation • Resignation • Zynismus • Demoralisierung • Lustlosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • vermehrtes Risikoverhalten • sozialer Rückzug • Leistungsminderung • vermehrter Konsum von Nikotin, Alkohol, Beruhigungstabletten • keinerlei Freizeitaktivitäten 	<ul style="list-style-type: none"> • Neigung zu Infektanfälligkeit • massive Schlafstörungen • körperliche Erschöpfung • Müdigkeit • Apathie • Magen-Darm-Beschwerden • diffuse Schmerzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstzweifel • Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen

Tabelle: Burnout-Symptome (modifiziert nach Zaudig et al. 2012)

- ▶ Stress als Auslöser = Stressor: In der Life-event-Forschung spielen Stressoren die wichtigste Rolle. Ob ein Stressor als positiv oder negativ bewertet wird, ist weniger wichtig als die Tatsache, dass sich etwas im Leben verändert und Anpassung erfordert (Holmes und Rahe 1967), und
- ▶ Stress im Sinne eines interaktiven Prozesses: Nach dem transaktionalen Ansatz der Stressforschung (Lazarus und Folkman 1984) entsteht Stress im Zusammenspiel zwischen situativen Anforderungen und individuellen Beurteilungen, Einschätzungen der eigenen Ressourcen und Fähigkeiten. Entscheidend ist die jeweils subjektive Bewertung der Anforderung, nicht allein die objektive Stärke eines Stressors. Kognitive Bewertung (appraisal), Stress und Bewältigung (coping) sind nach Lazarus untrennbar miteinander verbunden. Demnach kann jedes relevante Ereignis oder jeder Reiz einen Stressor darstellen oder auch nicht, je nachdem, ob er von einer Person als solcher bewertet wird oder eben auch nicht. Individuelle Faktoren dürften bei der Burnout-Entwicklung ähnlich wichtig sein wie äußere Stressoren.

Vulnerabilität und Resilienz

Die Passung zwischen Person und Umwelt wird als entscheidend für die Resistenz gegen die Entwicklung eines Burnout-Syndroms angesehen (Swider und Zimmermann 2010, Berberich et al. 2012). Wie Menschen auf einen Stressor reagieren, hängt ganz wesentlich von seinen Sensibilitäten (Vulnerabilität) oder Stärken (Resilienz) ab. Welche Art der Vulnerabilität oder Resilienz bei einem Individuum vorliegen, wird wiederum durch genetische Prädisposition, Persönlichkeitseigenschaften, prä-, peri- und postnatale Stresserfahrungen, frühkindliche Schädigung, Erziehung, Ausbildung, individuellen Lebensstil oder durch die sozioökonomische Situation massiv beeinflusst. Die wichtigsten Risikofaktoren für das Auftreten verschiedener psychischer Störungen im Erwachsenenalter sind frühe Stresserfahrungen wie Vernachlässigung, sexueller und körperlicher Missbrauch, Misshandlungen, chronische familiäre Disharmonie, auffällige psychische Störungen der Eltern usw. (Egle und Hart 2005, Egle und Zentgraf 2012). Gesichert ist der Zusammenhang zwischen frühen Stresserfahrungen und einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Störungen, insbesondere für Depression und Angststörungen. Frühe Stresserfahrungen prädisponieren auch für die Entwicklung verschiedener körperlicher Erkrankungen wie z. B. kardiovaskuläre, metabolische und immunologische Störungen sowie chronische Schmerzsyndrome und gastrointestinale Beschwerden (Heim 2005, Felitti et al. 2002). Multiple körperliche Beschwerden können durch chronischen Stress im Erwachsenenalter ausgelöst oder verschlimmert werden.

Welche Rolle spielen Persönlichkeitseigenschaften für die Entwicklung des Burnout?

Viele Publikationen nennen häufig und übereinstimmend folgende Burnout förderlichen Persönlichkeitsei-

genschaften: emotionale Labilität, besondere Sensibilität, Helfersyndrom, perfektionistische Kontrollattributionen, Narzissmus, Arbeitssucht, Ängstlichkeit, Selbstunsicherheit, mangelnde Resilienz, mangelnde Stressbewältigungskompetenz usw. (Zaudig et al. 2012). Zahlreiche Studien belegen inzwischen einen Zusammenhang von bestimmten Persönlichkeitseigenschaften (traits) und erhöhten Burnout-Maßen, gemessen mit dem MBI (Maslach und Jackson 1996). Am häufigsten wurde dieser Zusammenhang überprüft für die „Big Five“, das Fünf-Faktoren-Modell mit den Subskalen „Neurotizismus“, „Extraversion“, „Offenheit“, „Verträglichkeit“ und „Gewissenhaftigkeit“ (Costa und McCrae 1992; Übersicht: Berberich et al. 2012, Zaudig et al. 2012). Unter allen Studien zeigt die Big-Five-Dimension „Neurotizismus“ die stabilste und stärkste Korrelation zum Gesamtwert des MBI (Swider und Zimmermann 2010).



Ebenfalls sehr starke Zusammenhänge finden sich zwischen den MBI-Maßen und dem Hardiness-Konzept (Kobasa 1979, Kobasa et al. 1982), insbesondere mit den Faktoren Engagement und Kontrolle. Das Hardiness-Konzept beinhaltet im Wesentlichen drei protektive Persönlichkeitseigenschaften: Engagement und Selbstverpflichtung (commitment) – dies bedeutet, neugierig auf das Leben zu sein und sich mit dem, was man tut, innerlich zu verbinden und sein Bestes zu geben –, den Faktor Kontrolle – den Lauf der Dinge selbst bestimmen zu können – und als dritten Faktor die Herausforderung (challenge) – dies bedeutet, dass Veränderungen nicht als bedrohlich wahrgenommen werden, sondern als positive Chance.

Ein weiteres Resilienz-Konstrukt stellt das Konzept der Selbstwirksamkeit nach Bandura (1997) dar, auch hier gibt es positive Zusammenhänge zwischen Burnout und der Fähigkeit zur Selbstwirksamkeit.

Erstaunlicherweise gibt es jedoch kaum Studien, die sich explizit mit dem Zusammenhang von Persönlichkeitsstörungen (nach ICD-10/DSM-IV-TR) mit dem MBI befassen, Ausnahme ist die Untersuchung von Berberich et al. (2012). Die Autoren fanden, dass Burnout keineswegs nur von äußeren, berufsbeding-

ten Stressoren abhängig ist, sondern beeinflusst wird von zahlreichen Persönlichkeitsfaktoren. Es fanden sich deutliche Hinweise auf das gehäufte Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen (dependent, paranoid, vermeidend-unsicher) und akzentuierten Persönlichkeitsstilen (zusätzlich schizoid und Borderline) bei Patienten mit hohen Burnout-Maßen. Diese Studie lieferte erste Hinweise auf einen Zusammenhang von Burnout mit Persönlichkeitsstörungen und Akzentuierung nach DSM-IV-TR.

Soziale und arbeitsbezogene Faktoren

Neben Persönlichkeits- und Umweltfaktoren spielen die Arbeitsbedingungen ebenfalls eine sehr wichtige Rolle bei der Entstehung eines Burnout-Prozesses. Das „Job-Demand-Control“-Modell nach Karasek (1979) formuliert zwei wesentliche Dimensionen der Arbeitssituation als potenzielle Auslöser eines Burnout-Syndroms: einerseits die konkrete Arbeitsbelastung (job-demand) und andererseits die Kontrolle und Einflussmöglichkeit auf den Arbeitsprozess (job-control). Die Entstehung von Krankheit wird auf die Diskrepanz zwischen hohen Anforderungen (z. B. Arbeitsmenge) und geringer Kontrolle (z. B. Entscheidungsspielraum) sowie geringer sozialer Unterstützung (z. B. durch Vorgesetzte, Kollegen) zurückgeführt (Glaser und Herbig 2012). Für diese Konstellation in der Arbeit zeigten

mehrere Metaanalysen ein mehrfach erhöhtes Risiko für das Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depression und Mortalität, selbst dann wenn soziodemografische Merkmale und individuelle Risikofaktoren kontrolliert wurden (Stansfeld und Candy 2006, Glaser und Herbig 2012). Das Karasek-Modell wurde zum „demand resources modell“ generalisiert (Demerouti et al. 2001). Hiermit wurden weitere (z. B. emotionale oder kognitive) Anforderungen und Ressourcen unterschieden und in Zusammenhang zu Burnout und Engagement systematischer untersucht.

Siegrist (1996) entwickelte das Modell der Gratifikationskrisen. Diese entstehen aus einer Diskrepanz zwischen hoher Anstrengung und geringer Belohnung. Auch hier gibt es prospektive Studien, die zeigen, dass bei dieser Konstellation das Risiko der Neuentstehung von körperlichen und psychischen Erkrankungen wie Herzinfarkt und Depression, aber auch von Burnout mehrfach erhöht ist (Kivimäki 2007, Borritz et al. 2010).

Fortsetzung im nächsten Heft

Literatur beim Verlag

Professor Dr. med. Michael Zaudig
Psychosomatische Klinik Windach
Schützenstraße 100 · 86949 Windach
Tel.: 08193 72 802 · Fax: 08193 72 809,
E-Mail: zaudig@klinik-windach.de
www.klinik-windach.de

ANZEIGE

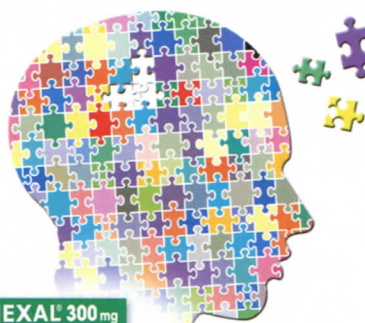
Quetiapin HEXAL® 200/- 300/- 400 mg Retardtabletten:

Wirkstoff: Quetiapin. **Zusammensetz.:** 1 Retardtbl. enth. 200/- 300/- 400 mg Quetiapin (als Quetiapinhemifumarat), Lactose-Monohydrat, Povidon K 30, Mg-Stearat (Ph. Eur.), Titaniumdioxid (E 171), Hypromellose, Natriumchlorid, Talkum, Macrogol. **Zusätzl. f. 200/- 300 mg Retardtbl.:** Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172). **Anwendungsgeb.:** Behandl. d. Schizophrenie, inkl.: Prä- gg. einen Rückfall b. stabilen Schizophreniepat., d. bereits auf Quetiapin HEXAL Retardtbl. eingestellt sind. Behandl. v. bipolaren Stör.: Behandl. v. mäßigen bis schweren manischen Episoden b. bipolaren Stör.; Behandl. v. schweren depress. Episoden b. bipolaren Stör.; Rezidivprophylaxe b. Pat. m. bipolaren Stör., deren manische od. depressive Episode auf d. Behandl. m. Quetiapin angespr. hat.; Behandl. depress. Erkrank. (Episoden einer Major Depression) als Zusatztherap. b. Pat., d. unzureichend auf d. Monotherap. m. einem Antidepress. angespr. haben. **Gegenanz.:** Überempf. gg. Inhaltsst., gleichz. Gabe v. CYP3A4-Inhib. w. HIV-Proteasehemmer, Antimykotika v. Azoltyp, Erythromycin, Clarithromycin u. Nefazodon.

Nebenwirk.: ernied. Hämoglobinwerte; Leukop.; Verring. d. neutrophilen Granulozyten; Eosinophilie; Thrombozytop.; Anämie; Verring. d. Blutplättchenzahl; Agranulozytose; Neutrop.; Überempf. (einschl. allerg. Hautreakt.); anaphylakt. Reakt.; Hyperprolaktinämie; Abnahme d. Gesamt-T4, freien T4 u. Gesamt-T3; Zunahme d. TSH; Abnahme d. freien T3; Hypothyreose; inadäqu. Sekret. d. antidiuret. Hormons; Erhöhd. d. Serumtriglyceridspieg. u. d. Gesamtcholesterins (überw. LDL); Abnahme d. HDL-Cholesterins; Gewichtszunahme; gesteig. Appetit; Erhöhd. d. Blutzuckerspieg. auf hyperglykämische Werte; Hyponatriämie; Diabetes mell.; metabol. Syndr.; anormale Träume u. Alpträume; Suizidgedanken u. suizidales Verh.; Somnambulismus u. verwand. Reakt. wie Reden im Schlaf u. Schlaf bezogene Essstör.; Benommenh.; Somnolenz; Kopfschm.; Synkope; extrapyramidalmotor. Sympt.; Dysarthrie; Krampfanf.; Restless-Legs-Synd. (RLS); Spätdyskinesie; Tachykardie; Palpitationen; QT-Verläng.; Bradykardie; verschwomm. Sehen; orthost. Hypotonie; venöse Thromboemb.; Rhinitis; Dyspnoe; Mundtrockenh.; Obstipation; Dyspepsie; Erbrechen; Dysphagie; Pankreatitis; Erhöhd. d. Serum Transaminasen (ALT, AST) u. d. Gamma-GT Spiegels; Ikterus; Hepatitis; Angioödem; Stevens-Johnson-Synd.; toxische epidermale Nekrolyse; Erythema multiforme; Rhabdomyolyse; AM-Entzugssynd. d. Neugeb.; sexuelle Dysfunkt.; Priapismus; Galaktorrhö; Anschwellen d. Brust; Menstruationsstör.; Absetzsympt.; leichte Asthenie; periph. Ödem; Reizbarh.; Pyrexie; malignes neurolept. Synd.; Hypothermie; Erhöhd. d. Kreatinphosphokinase im Blut. **Klasseneffekte:** ventrikulären Arrhythmien, plötzliche Todesf. ungeklärt. Ursache, Herzstillst., Torsade de pointes. b. Kdr. u. Jgd. **zusätzl. bzw. in einer höheren Häufigkeitsstufe:** gesteig. Appetit, extrapyramidalmotor. Sympt., Reizbarh., erhöht. Prolaktin, erhöht. Blutdruck. **Hinw.:** Enth. Lactose. **Weit. Einzelh. u. Hinw. s. Fach- u. Gebrauchsinfo.** Verschreibungspflichtig **Mat.-Nr.:** 3/51004731 **Stand:** September 2012 HEXAL AG, 83607 Holzkirchen, www.hexal.de

Quetiapin HEXAL®

Erstanbieter: Seroquel Prolong®



...schließt die Dosislücken!



Retardtabletten

400 mg

300 mg

200 mg

Filmtabletten

400 mg

300 mg

200 mg

100 mg

50 mg

25 mg

12,5 mg



www.hexal-zns.de

Arzneimittel Ihres Vertrauens



Demenzen in der Normalbevölkerung. Im klinischen als auch neuropathologischen Bild ähnelt sie sehr der AD und tritt bei fast allen Betroffenen mit Trisomie 21 im höheren Lebensalter auf (Zigman & Lott 2007). Obwohl Menschen mit Trisomie 21 ein generell erhöhtes Risiko haben, im Laufe ihres Lebens an einer Epilepsie zu erkranken, finden sich auch in dieser Population Epilepsien, die sich erst im späteren Lebensalter und in zeitlichem Zusammenhang mit einer Demenzerkrankung manifestieren. Resümiert man verschiedene Studien, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Epilepsien und Demenz bei Trisomie 21 befassen, liegt die prozentuale Häufigkeit von epileptischen Anfällen bei Patienten, die Demenzsymptome entwickelten, bei 72,2 % (Martin 2012). Es wird eine schlechte Prognose bzgl. der Lebenserwartung nach Epilepsiebeginn bei Menschen mit Trisomie 21 und zusätzlicher Demenz beschrieben (Prasher 1995; De Simone et al. 2010). Tritt im Rahmen einer demenziellen Erkrankung eine Epilepsie auf, beträgt die Lebenserwartung im Durchschnitt weniger als zwei, maximal fünf Jahre. Anders als die i. d. R. fokalen Anfälle bei der klassischen AD werden bei Trisomie 21 und Demenz vorwiegend Absenzen, generalisiert tonisch/klonische Anfälle und/oder Myoklonien beschrieben (De Simone et al. 2010; Vignoli et al. 2011). Für einen ausführlichen Überblick zum Thema Epilepsie und Demenz bei Trisomie 21 sei auf den aktuellen Übersichtsartikel von Martin (2012) verwiesen.

Literatur beim Verlag

Dipl.-Psych. Dr. Katja Brückner
Abt. Neurologie und Epileptologie · Epilepsiezentrum Hamburg
Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf gGmbH
Bodelschwinghstraße 24 · 22337 Hamburg
E-Mail: k.brueckner@eka.alsterdorf.de

depression

Fortsetzung aus neuro aktuell 3/2013

Der Burnout des optimierten Menschen

Michael Zaudig, Windach

Der philosophische und soziologische Standpunkt zu Burnout

Die Flexibilisierung des Menschen in der neuen Arbeitswelt, so R. Sennett (2006), hat zu Zwangsneurosen und lähmender Stimmung geführt. Priddat (2012) schreibt: „Die zunehmenden Chancen und Möglichkeiten, denen sich Menschen im Spätkapitalismus ausgesetzt sehen, das permanente Aktivein und Chancen-Ergreifen-Müssen, machen sie müde und erschöpft: Innere Leere, gefühlte Minderwertigkeit, Antriebschwäche und das Überhandnehmen von psychischen Krankheiten wie Depression sind die Indikatoren.“ Für diesen Autor signalisieren die o. g. Symptome eine

„hypermoderne Gestimmtheit. [...] die Kreativitätsvermutung, individuell immer erfolgreich zu sein in geschärfter Flexibilität, als Homo mobilis sich jeweils neu zu positionieren in der sozialen Matrix und das damit einhergehende wahrscheinliche Nichtgelingen bzw. das Nicht-immer-gelingen, vergrößert die Distanz zu sich selber“.

Der „Horror potentialitatis“, die Angst vor der Überfülle der Möglichkeiten (Ortmann 2009), die allein schon deshalb, weil sie so viele sind, nicht alle ergriffen werden können und die Angst, das nicht zu können, aber zu sollen, schafft ein Vakuum, unvollständig zu sein angesichts der gefühlten Anforderungen, die nicht nur offerieren, dass alles möglich sei, sondern das auch zu realisieren fordern. Nicht an den Möglichkeiten scheitern die Menschen, sondern am daran gekoppelten Erfolgsdruck (Priddat 2012). Nach Priddat (2012) befördert die Fülle der Möglichkeiten den Leerlauf der „Müdigkeitsgesellschaft“ (Han 2010): „Nicht nur im ‚Informational overflow‘ der Wissensgesellschaft in den Internetwelten, sondern auch im ‚Possibility overflow‘, der so vieles ergreifen will, aber nur manches realisieren kann, mit der mitlaufenden Einsicht, möglicherweise nicht das Richtige oder Angemessene erlangt zu haben (...). Je mehr wir wissen und uns als möglich erscheint, desto größer wird die Ambivalenz, was angemessen zu wählen oder zu entscheiden sei – Decidophobia.“

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Welt dramatisch verändert, ein deutlicher Wertewandel ist zu beobachten. Die bis Ende des 20. Jahrhunderts geltende „Disziplinargesellschaft“, in der die Stechuhr regierte, wurde von der Leistungs-/Positiv-/Risikogesellschaft abgelöst, in der jeder sich konditioniert, als sei er sein eigener Unternehmer (Byung-Chul Han 2010). Die Leistungsgesellschaft ist geprägt durch Globalisierung, Multitasking, Flexibilität und Mobilität. Es gibt keine Zeit mehr, Dinge konsequent und gründlich und lang dauernd zu bearbeiten. Laut Han (2010) könnte man die Leistungsgesellschaft auch als „Müdigkeitsgesellschaft“ bezeichnen. Der Mensch in der „Müdigkeitsgesellschaft“ leide nicht mehr an der Negativität von Verboten, sondern seine Krankheit resultiere gerade umgekehrt aus einem Übermaß an Positivität: Er kann, bis er nicht mehr können kann! Han schreibt: „Der depressive Mensch ist jenes ‚animal laborans‘, das sich selbst ausbeutet und zwar freiwillig und ohne jede Fremdzwänge“. Nicht ohne Druck werden Menschen zu selbstzerstörerischen Produktivitätsmaschinen: Die Leistungsgesellschaft zeichnet sich aus durch permanent drohende Arbeitslosigkeit oder kurzfristige Verträge (Prekariat), unaufhörlich wachsende Leistungsanforderung, denen sich die Menschen inzwischen nicht nur aus Not heraus mit Hilfe von Medikamenten anpassen, vielmehr wird im Rahmen des Leistungsdrucks immer mehr versucht, die Leistung zu optimieren.

Zusammen mit dem Essay von Priddat (2012): „Die Leere der Fülle“, Hartmut Rosas Schrift „Beschleunigung – Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Mo-

derne“ (2005) sowie Alain Ehrenbergs Schriften „Das erschöpfte Selbst: Depression und Gesellschaft in der Gegenwart“ (2008), „Das Unbehagen in der Gesellschaft“ (2012) zählt Byung-Chul Han „Müdigkeitsgesellschaft“ (2010) zu den zentralen Schriften, die dem diffusen Gefühl einer stetig wachsenden Anzahl von Menschen, immer weniger über ihre Zeit verfügen zu können und an der Gesellschaft zu leiden, eine passende Umschreibung liefern.

Hartmut Rosa arbeitet in seiner Darstellung das Phänomen der „Beschleunigung“ als grundlegendes Strukturmerkmal unserer Gegenwart heraus.

Alain Ehrenberg zeigt in seinen Untersuchungen, dass die seit einigen Jahrzehnten zu beobachtende Zunahme der Depression mit tiefgreifenden gesellschaftlichen Veränderungen und entsprechenden neuartigen Anforderungen an das Individuum zusammenhängt.

Han differenziert zwischen der heute dominierenden Leistungsgesellschaft und der Disziplinargesellschaft alter Tage. „Die Disziplinargesellschaft ist noch vom Nein und der Stechuhr beherrscht, ihre Negativität erzeugt Verrückte und Verbrecher. Die Leistungsgesellschaft bringt dagegen Depressive und Versager hervor (Han 2010)“. Die Negativität des Sollens hat sich zu einem viel effizienteren „Positiv des Könnens“ entwickelt.

Das „Yes we can!“ von Obama ist eine der Konsequenzen und führt zu weiteren Anpassungsleistungen und entsprechender Optimierung. Der optimierte Homo sapiens wird in der Zukunft bald eine Kombination von Spitzentechnologien wie Stammzellen, Roboter-technik und Psychopharmaka nutzen, um die natürlichen Grenzen seiner physischen und psychischen Leistungsfähigkeit zu sprengen. Stress und Leistungsstreben gibt es überall, pharmakologische Kognitionsverstärker haben daher höchste Konjunktur, typische Begriffe sind: Kosmetische Neurologie, Smart drugs, Neuroenhancer, Hirndoping oder „Viagra für das Hirn“.

Die Ära der künstlichen Hirnoptimierung als Folge von Dauerstress ist schon angebrochen. Daten der Krankenkassen weisen darauf hin, dass z. B. Studenten ohne besondere Not und Krankheit immer mehr Psychopharmaka einnehmen. Es gehört inzwischen schon zum guten Ton bei Schülern und Studenten, Tabletten des rezeptpflichtigen Medikaments Ritalin zu schlucken, um die ganze Nacht büffeln zu können. Gleiches gilt für das Mittel Modafinil, ein bei Schichtarbeitern gern genommener Muntermacher. Die Nachfrage nach Kognitionsverstärkern ist sehr groß: 2007 nutzten bereits 1,6 Millionen US-Bürger Medikamente nur als „Neuroenhancer“. Dazu gehören Methylphenidat und Modafinil. Eine Online-Befragung der Zeitschrift *Nature* (2008) ergab, dass jeder fünfte von 1.427 Wissenschaftlern aus 60 Ländern Methylphenidat, Modafinil oder Beta-blocker eingenommen hatte (letzteres gegen Lampenfieber). In der Regel wurde die Notwendigkeit genannt, die Konzentration zu steigern, das Leistungsvermögen zu optimieren und dem Stress ein Schnippchen zu schlagen.

Nach Wilkinson und Pikett (2009), britischen Epidemiologen, sind sozialökonomische Unterschiede innerhalb einer Gesellschaft das wesentliche Kriterium zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit in entwickelten Ländern. Je größer die Diskrepanz zwischen reichster und ärmster Schicht, um so schlechter sei es um den allgemeinen Gesundheitsstatus in der Gesellschaft bestellt. Die Autoren konnten aufgrund einer riesigen Datenmenge nachweisen, dass nicht die reichsten Länder die höchste Lebenserwartung und die besten Daten für Gesundheitszustand aufweisen, sondern die Länder, in denen der Unterschied zwischen der oberen und unteren Einkommensklasse am geringsten ist. Gesellschaften mit geringen sozioökonomischen Unterschieden verfügen über einen größeren sozialen Zusammenhalt, es bestehen mehr soziale Netzwerke und auch weniger Neid und Abgrenzung. Ein derartiges positives Klima vermittelt ein Gefühl von Sicherheit, schafft Vertrauen in die staatlichen Institutionen und lässt die Menschen mit Zuversicht in die Zukunft blicken. Ungleichheit vermehrt Stressreaktionen und führt zu einer erhöhten gesellschaftlich etablierten Stresssensibilität. Dies steht auch in Einklang mit den Daten zum „Happy Planet Index – HPI“. In diesem Index der Vereinten Nationen (2009) taucht z. B. Costa Rica als das „glücklichste“ Volk der Erde auf. Es zeigt sich, dass man glücklich und bescheiden zugleich sein kann. Umgekehrt wird daraus geschlossen, dass Konsumüberfluss der reichsten Länder, der „better comfort“ der kapitalistischen Welt, mit Unzufriedenheit einhergeht. Der HPI ist ein Produkt des britischen „Eco-Thinktanks“ und der „New Economics Foundation“. Die Autoren versuchen damit, im Prinzip an der Idee des „Weltmodells und des dynamischen Gleichgewichts“ von Denis Meadows („Grenzen des Wachstums“) anzuknüpfen, messbare und vergleichbare Kriterien für gutes, erfülltes und nicht zuletzt langes Leben zu finden, das außerdem der Bedingung der Nachhaltigkeit entspricht, d. h. es soll den Planeten nichts kosten. Alles, was für den eigenen Bedarf gebraucht wird, auf natürlichem Weg erneuerbar ist, hohe Lebenserwartung, persönliche Zufriedenheit und ein maßvoller „ökologischer Fußabdruck“ sind in diesem ökopolitischen Konzept für die glückliche Weltgesellschaft die entscheidenden Kriterien einer optimalen Balance.

Der Happy Planet Index wird anhand von Daten, die im Auftrag der Vereinten Nationen in 143 Ländern erhoben werden und 99% der Weltbevölkerung repräsentieren, ausgewertet.

2009 stellte der zweite veröffentlichte Bericht die klassische Wertvorstellung vom Vorrang des ökonomischen Wachstums komplett auf den Kopf: Auf Platz 1 der HPI-Liste (quasi als glücklichstes Land der Welt, mit zufriedenen Volk, hoher Lebenserwartung und relativ geringem „ökologischem Fußabdruck“) rangiert – wie schon gesagt – mit 76,1 von hundert möglichen

Punkten Costa Rica. Im Mittelfeld landete Deutschland auf Platz 51, die USA wegen ihrer verheerenden Ökobilanz auf Platz 114. Schlusslicht sind zehn schwarzafrikanische Staaten mit Simbabwe an letzter Stelle.

Stress und Umwelt

Weltweit nimmt die Verstädterung zu, und es mehrten sich wissenschaftliche Hinweise darauf, dass das Leben in Ballungszentren die Psyche belastet. Heute lebt bereits mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung in Städten, bis 2050 werden es zwei Drittel sein.

Ist das urbane Leben auch gesund? Städter leiden auch in Deutschland zu etwa 40% häufiger an Depressionen als die Landbevölkerung und die Quote der Angststörung ist mit 20% im Vergleich deutlich erhöht; noch dramatischer steigt das Risiko, an Schizophrenie zu erkranken (Meyer-Lindenberg und Tost 2012, Haddad und Meyer-Lindenberg 2012, Lederbogen et al. 2011). Eine städtische/urbane Umwelt zum Zeitpunkt der Erstmanifestation scheint keine Rolle für die Manifestation einer psychischen Störung zu spielen (Marcelis, Takei und van Os 1999, Pedersen und Mortensen 2001). Stadtleben allerdings verdoppelt während der kritischen ersten 15 Lebensjahre das Erkrankungsrisiko für psychische Störungen im Vergleich zum ländlichen Aufwachsen. Verkehrslärm, Luftverschmutzung, aber auch sozialer Stress stellen eine besondere Belastungsquelle für Städter dar. Menschen in Ballungszentren leiden deutlich häufiger an psychischen Erkrankungen wie Depression oder Schizophrenie als Landbewohner. Sozialer Stress führt vor allem bei Großstädtern zu einer erhöhten Aktivität der Amygdala und des anterioren Cingulums. Diese Hirnareale spielen für unseren Gefühlshaushalt eine wichtige Rolle.

Lederbogen und Mitarbeiter (2011) verglichen drei Gruppen: Probanden, die aus Metropolen mit mehr als 100.000 Einwohnern stammten, eine zweite Gruppe aus Kleinstädten ab 10.000 Bürgern und die dritte Gruppe lebte auf dem Land. Dabei stellten sie fest, dass die Aktivität der Amygdala von gestressten Probanden jeweils mit der Größe der Stadtumgebung stufenweise ansteigt: Bei Dorfbewohnern schien das Gefühlszentrum nahezu unbeeindruckt zu sein, bei Kleinstädtern regte sich die Amygdala schon etwas mehr, bei Bewohnern von Großstädten war die Aktivität am größten. Auch fanden sie, dass das bei Kernspintografie gemessene Volumen der Amygdala mit der Größe des Freundes- und Bekanntenkreises ansteigt. Das bedeutet, ein gut ausgebautes soziales Netz kann wiederum vor seelischen Störungen bewahren und gerade dieser Schutz ist in anonymen Großstädten eher seltener gegeben.

Was für Ursachen stecken nun hinter der besonderen Stressverarbeitung bei Städtern? Soziale Stressfaktoren in der Stadt können die eigentliche Ursache für die vermehrte Aktivierung der Amygdala sein. Unklar ist aber, welche Umweltfaktoren, mit denen Stadtmenschen konfrontiert sind (mangelnde Grünflächen, Lärm, Vereinsamung, Hektik usw.), besonders relevant sind (Lederbogen et al. 2011).

Inzwischen liegen viele Studien vor, die zeigen, dass psychosoziale Stressoren wie Diskriminierung (Williams et al. 2003), Isolation (Cacioppo 2009), Armut, Arbeitslosigkeit oder Minderheitenstatus zu einer erhöhten Prävalenz von koronarer Herzerkrankungen (Lederbogen und Ströhle 2012), affektiven, Angst- und Abhängigkeitsstörungen sowie zu deutlich reduzierter Lebenserwartung führen (Wilkinson und Marmot 2003). Bei alledem sollte beachtet werden, dass ungünstige psychosoziale Bedingungen in utero und in der frühen Kindheit in der Lage sind, das Niveau der Stresssystemaktivität längerfristig, wahrscheinlich dauerhaft, zu bestimmen, d. h. diese Entwicklungen in der frühen Kindheit führen später zu einer erhöhten Vulnerabilität für Stress (Egle und Zentgraf 2012, Zaudig et al. 2012, Neigh et al. 2009, Szyf 2012, Lederbogen und Ströhle 2012).

Zusammenfassung

Abschließend ist zu bemerken, dass Burnout einen Stressprozess mit internen und externen Stressoren darstellt mit der Folge unterschiedlicher psychischer, aber auch körperlicher Erkrankungen. Ausgehend von genetischen, prä-, peri- und postnatalen Entwicklungen, dem Einfluss der Umwelt (z. B. Familie), der Epigenetik, der Entwicklung der interpersonellen Kommunikation und der psychischen Regulation werden Schemata, Persönlichkeitsstile oder auch schon Ansätze zur Persönlichkeitsstörung entwickelt (Zaudig und Berberich 2012). Entsprechend ihrer Entwicklung zeigen Menschen mehr oder weniger ausgeprägte Resilienz und/oder Vulnerabilität, die während einer besonders stressigen Phase im Leben einen Burnout-Prozess in Gang bringen können. Neben der persönlichen Entwicklung stellen natürlich auch psychosoziale Faktoren wie Diskriminierung, Isolation, Arbeitslosigkeit, Armut, Minderheitenstatus, gesellschaftliche Position den Stress erhöhende Einflussvariablen dar. Menschen, die unter schwierigen Bedingungen aufwuchsen (z. B. Ablehnung durch die Eltern oder frühe Gewalterfahrung), in der Kindheit und Schule diskriminiert wurden, keine sichere Bindung an Eltern oder Großeltern hatten oder in einer Großstadt sozialisiert wurden, können im Sinne einer erhöhten Stressvulnerabilität sehr wohl als Risiko-behaftet für künftigen Stress gelten. Auf dem Boden einer derartigen Vulnerabilität nimmt es dann nicht Wunder, wenn spätere übliche Stressoren nicht mehr bewältigt werden können. Die Konsequenz ist der Versuch nochmaliger Leistungssteigerung und häufig eine „Optimierung“ mit Drogen, Medikamenten, Alkohol mit der konsekutiven Entwicklung eines Burnout-Prozesses und entsprechenden psychischen oder körperlichen Störungen.

Literatur beim Verlag

Prof. Dr. med. Michael Zaudig
Psychosomatische Klinik Windach
Schützenstraße 100 · 86949 Windach
Tel.: 08193 72 802 · Fax: 08193 72 809,
E-Mail: zaudig@klinik-windach.de
www.klinik-windach.de