

Pro- und Contra-Debatte am EPA-Kongress

Burnout-Syndrom: Realität oder Mythos?

NIZZA – In seinen einführenden Worten bezeichnete Professor Dr. Peter Falkai, München, die PRO-CON-Debatten als «Salz in der Suppe» eines Kongresses. Dass er nicht zu viel versprach, bewiesen die engagierten Statements der beiden Referenten, Professor Dr. Wulf Rössler, Zürich (PRO) und Professor Dr. Cyril Höschl, Prag (CON), am Jahreskongress der EPA.

Wendet man sich bei der Recherche zum Burnout-Syndrom an PubMed, bekommt man mehr als 8000 Treffer. Diese Zahl allein sagt zwar noch nicht viel aus, doch scheint es sich beim Burnout um mehr als eine Massenhysterie von Psychiatern und Psychotherapeuten zu handeln. In namhaften Printmedien schaffte es dieses Thema auf die Titelseite – weshalb? Weil in der Allgemeinbevölkerung ein beträchtliches Interesse an Problemen mit der psychischen Gesundheit besteht.

Und weil der Burnout-Begriff mit der öffentlichen Wahrnehmung der Entwicklung psychischer Störungen – mit Berücksichtigung der Rolle von Umfeldfaktoren – übereinstimmt, sagte Prof. Rössler.

In den vergangenen Dekaden gab es zahllose Kampagnen, die eine Enttabuisierung psychischer Erkrankungen zum Ziel hatten. Betroffene mit Schizophrenie oder auch schwerer Depression leiden jedoch bis heute unter dem mit diesen Diagnosen verbundenen Stigma. Die Depression ist negativ besetzt, als chronische und rezidivierende Erkrankung, und sie hat, wenn auch zu Unrecht, ein «Loser-Image». Betroffene sehen sich als Versager, mit allen belastenden Konsequenzen. Das Burnout-Syndrom hingegen ist positiv besetzt, denn es trifft (auch) die Erfolgreichen, die Macher, die Engagierten und Hochmotivierten. Und es besteht eine gute Chance auf eine Remission, so Prof. Rössler. Daher ist nichts gewonnen, wenn

man den Burnout-Begriff mit seiner breiten Akzeptanz durch die Diagnose «Erschöpfungsdepression» ersetzt, wie dies Prof. Höschl vorschlug.

Ökonomie fordert ihren Tribut

Prof. Rössler verwies auf interessante Zahlen aus der Schweiz: Im Jahr 2001 bestand bei etwa einem Drittel der Frühberenteten eine psychiatrische Diagnose – eine Rate, die sich bis 2010 auf über 40 % erhöht hat. Und eine der grössten Belastungen für die europäischen Rentenkassen resultiert aus Invaliditätsleistungen wegen psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit. Solche Zahlen müssen zu denken geben.

Die Ursachenforschung bei den Betroffenen spricht eine deutliche Sprache: 70 % der Männer und 40 % der Frauen gaben an, dass sie keine Chance haben, eigene Entscheidungen zu treffen



oder keine Anerkennung für ihre Arbeit erhalten. Typisch ist das aus dem Gleichgewicht geratene «Effort-Reward»-System: Hohe berufliche Anforderungen und Verpflichtungen, verbunden mit enormem Engagement, werden nicht angemessen honoriert, sei es durch ein adäquates Gehalt, durch Anerkennung der Leistung oder eine Beförderung.

Burnout ist keine Depression

Dieser Beschreibung der Entwicklung eines Burnout stimmte Prof. Höschl zwar zu, doch lehnte er den Syndromcharakter ab – mit folgender Begründung:

- die Symptome sind instabil und inkonsistent und variieren bei den einzelnen Betroffenen,
- alle Symptome sind unspezifisch,
- bei vielen Symptom-Clustern handelt es sich um bereits existente psychiatrische Syndrome (Depression, Angst, Persönlichkeitsstörungen, Schlaf- oder Essstörungen).

Daher ist die Einführung einer neuen Diagnose nach Auffassung von Prof. Höschl weder notwendig noch gerechtfertigt. Für ihn war

auch die Popularität des Burnout-Syndroms ein Anlass zur Kritik, denn im DSM-IV sucht man vergeblich danach. Für ihn haben Betroffene ein Problem, das Leben zu meistern, verbunden mit unzureichenden Coping-Strategien im Alltag. «Die Psychiatrie kann nicht als Werkzeug dienen, um unerwünschte soziale Phänomene und Praktiken zu korrigieren». Zum klinischen Bild gehören in erster Linie Depressionen, Angststörungen, Stressstörungen und Neurasthenie, so Prof. Höschl.

Dies konnte Prof. Rössler nicht unwidersprochen lassen: «Burnout ist weder ein anderes Wort noch eine Umschreibung der Depression, weil Burnout einen Bezug zur beruflichen Situation hat, während die Depression alle Situationen und Bereiche des Lebens betrifft. Die Depression kann sich jedoch als Folge eines Burnout im Endstadium manifestieren. Drei entscheidende Burnout-Komponenten (Entfremdung, Zynismus und vermindertes Leistungsniveau) scheinen spezifisch für das Burnout-Syndrom zu sein – und korrelieren nicht mit einer Depression». RW

So entwickelt sich ein Burnout

- Erste Warnzeichen: erhöhtes Engagement, gesteigerte Leistungsbereitschaft, Erschöpfung oder vegetative Überreaktion
- Vermindertes Engagement: reduzierte soziale Interaktion, negative Einstellung gegenüber der Arbeit, Konzentration auf eigennützige Ziele
- Emotionale Reaktionen: Gefühl, den Anforderungen nicht zu genügen

oder nicht gewachsen zu sein, Pessimismus, Leere, Hoffnungslosigkeit, Energieverlust verbunden mit Schuldzuweisung: andere oder das System sind verantwortlich für die Misere

- «Abbauprozesse»: Nachlassen der kognitiven Fähigkeiten, der Motivation, der Kreativität und Differenzierungsfähigkeit

(nach Rössler, 2013)

- Verflachung auf emotionaler und sozialer Ebene, mit nachlassendem geistigem Interesse
- Psychosomatische Reaktionen: Anspannung, Schmerz, Schlafstörungen, veränderte Essgewohnheiten, Substanzmissbrauch
- Depression und Verzweiflung: Gefühl der Bedeutungslosigkeit, negative Einstellung gegenüber dem Leben.

Ginkgo bessert neuropsychiatrische Symptome und Kognition

«Wehret den Anfängen» – das gilt auch beim MCI

NIZZA – Studien lieferten die Evidenz für den Benefit einer Therapie mit EGb 761 bei Patienten mit klinisch manifester Demenz und begleitenden neuropsychiatrischen Symptomen. Jetzt konnte das Team um Professor Dr. Ulrich Preuss erstmals zeigen, dass auch Patienten mit milder kognitiver Beeinträchtigung und neuropsychiatrischer Begleitsymptomatik von dem Ginkgo-Präparat profitieren. Nach 24 Wochen kam es zu signifikanten Verbesserungen von Kognition und Verhaltensauffälligkeiten im Vergleich zu Placebo.

Oft belasten neuropsychiatrische Auffälligkeiten wie Agitiertheit, Aggressivität, Reizbarkeit, Angst, Depression oder Apathie und Gleichgültigkeit die betreuenden Angehörigen oder Pflegepersonen mehr als der langsame kognitive Abbau. Diese psychischen- und Verhaltenssymptome lassen sich mit Hilfe des Neuropsychiatrischen Inventars (NPI) erfassen. Bisher wurden solche Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Veränderungen vor allem bei Demenzpatienten beschrieben. In Studien zeigten bis zu 59 % der Patienten mit MCI (mild cognitive impairment) mindestens ein neuropsychiatrisches

Symptom (NPS), erklärte Prof. Preuss am Jahreskongress der European Psychiatric Association.

NPS nicht erst im Stadium der Demenz

Da NPS bereits im Vorstadium der Demenz eine hohe Prävalenz aufweisen, wurde bei einem Kollektiv von 160 ambulanten Patienten mit MCI (gemäss internationalem Konsensus) und klinisch relevanten begleitenden NPS die Wirksamkeit einer Therapie mit EGb 761 geprüft.¹ Die MCI-Patienten mussten unter anderem folgende Einschlusskriterien erfüllen:

- kognitive Beeinträchtigung, bestätigt durch eine Bezugsperson,
- kombinierter Memory-Score ≤ 20 bei < 80 Jahre und ≤ 18 bei ≥ 80 Jahre,
- Abnahme des früheren funktionellen Niveaus, bei erhaltener Basisaktivität im Alltag,
- MMSE ≥ 24 ,
- die Demenz-Kriterien gemäss DSM-IV durften nicht erfüllt sein. Die geforderten klinisch relevanten NPS waren definiert als NPI-Score ≥ 6 , und Vorliegen von mindestens einem der folgenden NPS mit Score ≥ 4 : Angst, Depression/Dysphorie, Agitation, Apathie/Gleichgültigkeit oder Reizbarkeit/Labilität.

Im Rahmen der randomisierten, multizentrischen, placebokontrollierten Studie wurden die Patienten entweder mit einmal täglich 240 mg EGb 761 oder einem Placebo behandelt. Für das Outcome nach 24 Wochen wurden folgende Kriterien herangezogen:

- Veränderung des NPI-Gesamtscore,
- Angst-Score,
- geriatrischer Depressions-Score (Trend),
- Trail-Making-Test,
- klinischer Gesamteindruck (CGI), beurteilt durch den Patienten und eine Bezugsperson.

Im kombinierten NPI-Score schnitten die Patienten der Verumgruppe signifikant besser ab als jene im Placebokollektiv ($p < 0,01$). Bei den einzelnen NPS-Komponenten war die Besserung der Angst am deutlichsten ausgeprägt ($p < 0,05$). In der geriatrischen Depressions-Skala kam

es ebenfalls zu einer Verbesserung, die jedoch nicht statistisch signifikant war. Die kognitiven Fähigkeiten hingegen waren nach 24 Wochen unter EGb 761 signifikant besser als bei Studienbeginn ($p < 0,05$), das ergab der Trail-Making-Test. Darüber hinaus bestätigte das Gesamturteil der Bezugspersonen die positiven Effekte von EGb 761 vs. Placebo: signifikant mehr den Patienten nahestehende Personen beobachteten eine deutliche oder sehr deutliche Besserung ($p < 0,05$). RW

1. Preuss U et al., European Congress of Psychiatry 2013, Free Communications, Abstract 1689.

Take-Home Message von Prof. Preuss

- Der Ginkgo biloba-Extrakt EGb 761 bessert sowohl die NPS als auch die kognitiven Fähigkeiten bei Patienten mit MCI.
- Die Effekte sind so deutlich ausgeprägt, dass sie auch von Personen wahrgenommen werden, die in regelmässigem engem Kontakt mit dem Patienten stehen.
- Die Therapie mit EGb 761 ist sicher und gut verträglich.