

Persönliche PDF-Datei für Deister A.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

Fatigue und der Neurastheniebegriff – ein medizinhistorisch angereicherter Blick

PiD - Psychotherapie im Dialog

2023

23–27

10.1055/a-1935-6469

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

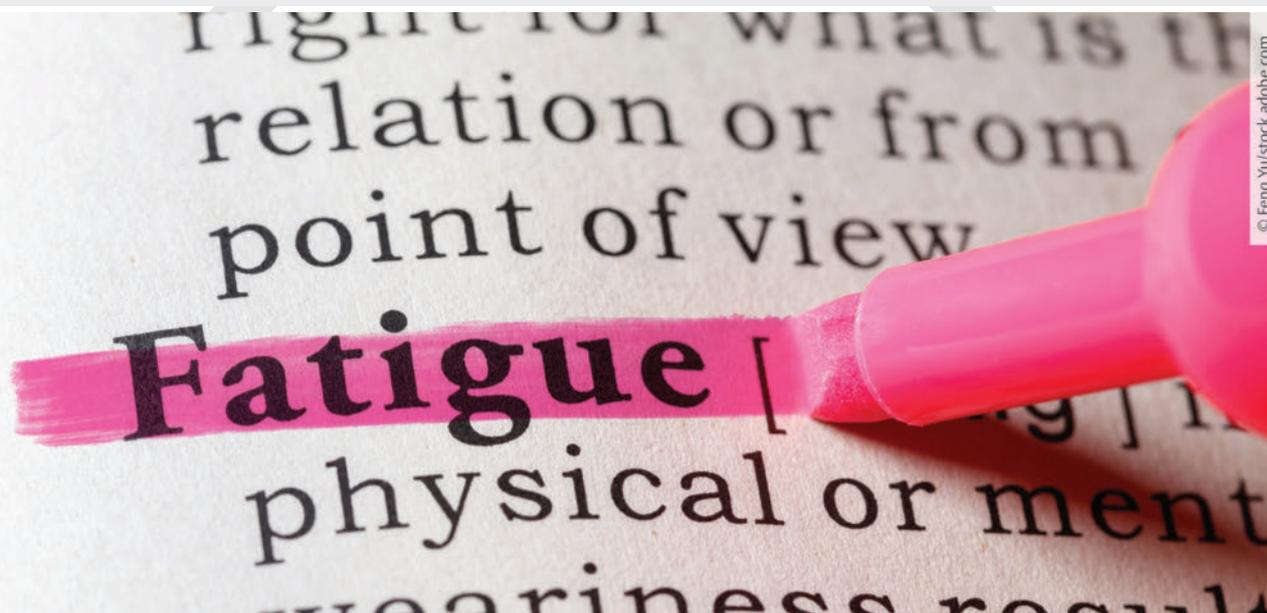
Copyright & Ownership

© 2023. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *PiD - Psychotherapie im Dialog* ist Eigentum von Thieme.
Georg Thieme Verlag KG,
Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 1438-7026

Fatigue und der Neurastheniebegriff – ein medizinhistorisch angereicherter Blick

Arno Deister



© Feng Yu/stock.adobe.com

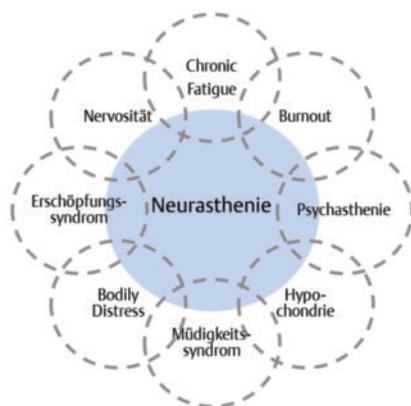
Das Syndrom der „reizbaren Schwäche“ – die Neurasthenie – wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts oft diagnostiziert und zeitweise zur „Modekrankheit“. Kennzeichen sind Müdigkeit, Unfähigkeit zu entspannen, Schlafstörungen und Schmerzen. Aktuell stehen Konzepte wie das Chronische Müdigkeitssyndrom oder Burnout mehr im Interesse. Bei aller unterschiedlicher Ätiologie zeigt sich auch ein soziokultureller Zusammenhang des diagnostischen Umgangs mit diesen Krankheiten.

Die „reizbare Schwäche“ oder „Neurasthenie“ – kann das noch ein Konzept für das 21. Jahrhundert sein? Kann ein solches Konzept noch abbilden, womit wir uns heute beschäftigen, wenn wir Syndrome bezeichnen, die in ganz unterschiedlichem Kontext auftreten: Bei Infektionskrankheiten wie COVID-19, bei Tumorerkrankungen, in der Folge von Traumata oder bei gravierenden psychosozialen Belastungssituationen. Das neurasthenische Syndrom war über lange Zeit eine gängige und weit verbreitete diagnostische Kategorie. Es stellt sich die Frage, ob die heutigen Konzepte, z. B. das Chronische Müdigkeitssyndrom, den aktuellen psychosozialen Anforderungen entsprechen können.

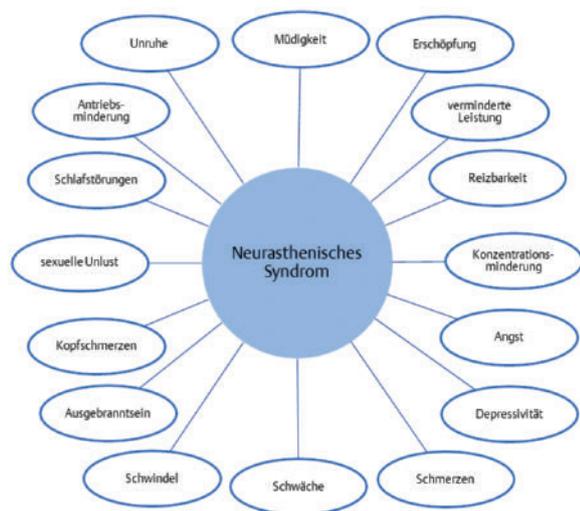
Der Begriff

Die „Neurasthenie“ – oder besser das „neurasthenische Syndrom“ – hat eine tatsächlich bewegte Geschichte [1].

Obwohl die neurasthenische Symptomatik bereits 1780 durch den schottischen Arzt J. Brown beschrieben wurde, gilt der New Yorker Neurologe George Miller Beard als der erste, der dieses Beschwerdebild 1869 umfassend beschrieben hat. Er zählte zu diesem Krankheitsbild zahlreiche „medizinisch ungeklärte körperliche und psychische Symptome“ [2]. Bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts erfreute sich dieser Begriff einer außergewöhnlichen, aber nicht immer ungeteilten Beliebtheit in Europa und besonders auch in den USA. War doch die Schwäche, die „Asthenie“ des Nervensystems, ein so anschaulicher wie gleichzeitig unbestimmter Begriff. Hunderte von Artikeln in Fachzeitschriften genauso wie in Publikationen für Laien zeugen davon. Nicht zuletzt ließen sich sowohl mit der Krankheit, die bevorzugt in der wirtschaftlich erfolgreichen Mittelschicht diagnostiziert wurde, als auch mit deren Behandlung viel Geld verdienen. Bumke schrieb,



► **Abb. 1** Begriffs-Überlappungen



► **Abb. 2** Die wesentlichen Symptome des neurasthenischen Syndroms

dass es in der Medizingeschichte keine Erkrankung mit vergleichbaren Auswirkungen gegeben hat [3], ja diese diagnostische Bezeichnung wurde zu einer regelrechten „Modekrankheit“, es wurde sogar von der „american nervousness“ gesprochen. Bereits hier zeigte sich, dass dieses Krankheitsbild in Beziehung gesetzt wurde zu dem damals als tiefgreifend und verunsichernd empfundenen gesellschaftlichen Wandel. Es wurde sogar von einem „Zeitalter der Nervosität“ gesprochen [4].

Seit Anfang des 20. Jahrhunderts ist es jedoch immer stiller geworden um diesen Begriff. In den aktuellen diagnostischen Manualen spielt er praktisch keine Rolle mehr; im DSM-IV wurde er sogar als „überflüssige Kategorie“ bezeichnet. In den letzten Jahren scheint sich jedoch eine ungeahnte Renaissance von Konzepten anzudeuten, die teilweise große Überschneidungen mit diesem Begriff

aufweisen: Burnout, Chronic Fatigue, Erschöpfungssyndrom u. v. m. Insbesondere mit dem Fatigue-Begriff ergeben sich große konzeptuelle und diagnostische Überlappungen (► **Abb. 1**).

Die Krankheit Neurasthenie

Symptomatik

Es gibt zahlreiche unterschiedliche Beschreibungen des neurasthenischen Syndroms in der Psychiatriegeschichte, auch wird es in verschiedene Unterformen aufgeteilt. Eines ist aber allen Beschreibungen gemeinsam: Die „reizbare Schwäche“. Beschrieben wird sie als ein subjektives Gefühl von Müdigkeit und Schwäche nach nur geringer körperlicher oder geistiger Anstrengung, meist verbunden mit verschiedenen affektiven und kognitiven Symptomen wie Verminderung der Konzentrationsfähigkeit, Irritierbarkeit, Unfähigkeit zu entspannen, Angst oder depressiver Symptomatik. Die wesentlichen Symptome sind in ► **Abb. 2** dargestellt. In den frühen Beschreibungen wurde betont, dass die Patienten eine deutlich erhöhte Anstrengung bei allen körperlichen und geistigen Arbeiten des täglichen Lebens verspüren, was sich in Schmerzen bei der Bewegung der Muskeln und einer schmerzhaften kognitiven Verarbeitung widerspiegelt. Dabei sei die gesteigerte Anstrengung weder das Ergebnis erhöhter neuromuskulärer oder stoffwechselbedingter Anforderungen, noch führe sie zu irgendeinem substanzialen Verlust der eigentlichen muskulären oder kognitiven Leistungsfähigkeit.

Auch wenn die Neurasthenie vor mehr als 100 Jahren gerade in den USA eine bedeutsame Rolle gespielt hat, wird sie im DSM-5 [5] nicht mehr als eigenständiges Krankheitsbild beschrieben. Im ICD-10 [6] hat die Neurasthenie dagegen mit F48.0 als „neurotische Störung“ eine eigene Ziffer und diagnostische Kriterien erhalten (vgl. Diagnostische Kriterien Neurasthenie). Explizit wird die Neurasthenie dabei von anderen Erkrankungsbildern abgegrenzt, die ebenfalls dort codiert werden können: Asthenie ohne nähere Angaben (R53), Burn-out-Syndrom (Z73), Chronisches Fatigue-Syndrom [Chronic fatigue syndrome] (G93.3), Myalgische Enzephalomyelitis (G93.3), Psychasthenie (F48.8) sowie Unwohlsein und Ermüdung (R53). Im ICD-11 gibt es diese Kategorie nicht mehr; es gibt lediglich noch lockere Überschneidungen mit dem Beschwerdebild der „Bodily distress disorder“ (Code: 6C20).

Zur Prävalenz neurasthenischer Syndrome gibt es naturgemäß ebenfalls keine konsentierten Angaben. Epidemiologische Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung zeigen, dass 20–40 % der befragten Personen grundsätzlich über Müdigkeit und Erschöpfung klagen, als chronisch erschöpft wurden 6,1 % eingeschätzt. In internationalen Studien ergab sich ein Spektrum der Erkrankungshäufigkeit von 0,5–3,7 % der untersuchten Population. In deutschen Allgemeinarztpraxen rangierte das neurasthenische Syndrom mit 7,5 % hinter Depression und genera-

lisierter Angsterkrankung unter den psychischen Problemen an dritter Stelle. Eine Komorbidität mit Depression und Angst wiesen etwa 80 % der betroffenen Patientinnen und Patienten auf [7][8].

INFOBOX 1

Hauptformen der Neurasthenie

Im Erscheinungsbild zeigen sich beträchtliche kulturelle Unterschiede. Zwei Hauptformen überschneiden sich deutlich:

- Bei einer Form ist das Hauptcharakteristikum die Klage über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig verbunden mit abnehmender Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. Die geistige Ermüdbarkeit wird als unangenehmes Eindringen ablenkender Assoziationen oder Erinnerungen beschrieben, als Konzentrationsschwäche und ineffektives Denken.
- Bei der anderen Form liegt der Fokus auf Gefühlen körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach geringer Anstrengung, begleitet von u. a. muskulären Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen.

Bei beiden Formen finden sich körperliche Missempfindungen wie Schwindelgefühl, Spannungskopfschmerz und allgemeine Unsicherheit. Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden, Reizbarkeit, Freudlosigkeit, Depression und Angst sind häufig. Der Schlaf ist oft in der ersten und mittleren Phase gestört, es kann aber auch Hypersomnie im Vordergrund stehen.

INFOBOX 2

Diagnostische Kriterien der Neurasthenie

Eine Neurasthenie wird nach ICD-10 F48.0 bei Vorliegen der folgenden Kriterien diagnostiziert:

- anhaltende und quälende Klagen über gesteigerte Ermüdbarkeit nach geistiger Anstrengung oder über körperliche Schwäche und Erschöpfung nach geringsten Anstrengungen
- mindestens eines der folgenden Symptome:
 - akute oder chronische Muskelschmerzen
 - Benommenheit
 - Spannungskopfschmerzen
 - Schlafstörungen
 - Unfähigkeit zu entspannen
 - Reizbarkeit
- die Betroffenen sind nicht in der Lage, sich innerhalb eines normalen Zeitraums von Ruhe, Entspannung oder Ablenkung zu erholen.
- Dauer der Symptomatik mind. 3 Monate

Vermutete Ursachen

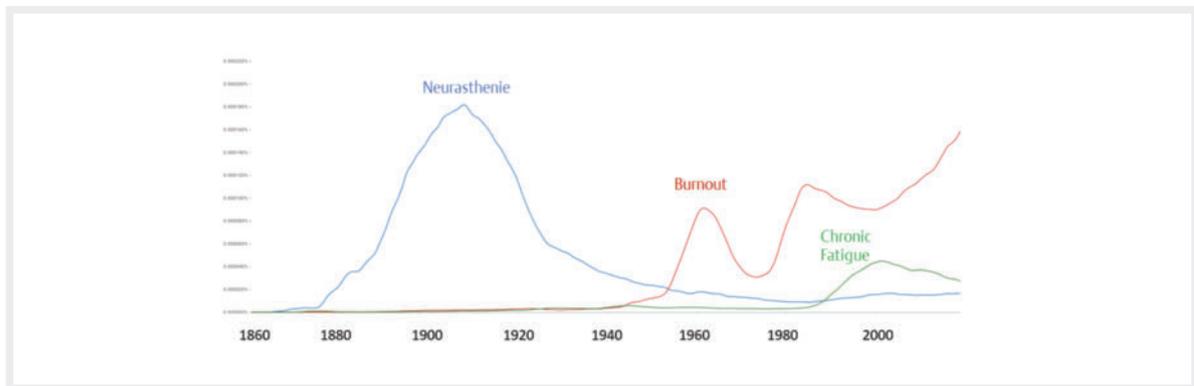
So uneinheitlich und so vielfältig wie die Begriffsverwendung erscheint auch die Diskussion über die vermuteten Ursachen der Erkrankung. In der frühen Literatur wurden primär organische Faktoren in den Vordergrund gestellt und ein Zusammenhang mit abgelaufenen Infektionen unterschiedlicher Art, verschiedenartigen Intoxikationen oder anderen belastenden körperlichen Faktoren postuliert. Noch im Jahr 2000 stellte jedoch Wessely fest, seit den Zeiten von Emil Kraepelin seien bzgl. der Ursachen der Neurasthenie eigentlich keine wesentlichen Fortschritte gemacht worden [1]. Zu dieser Einschätzung trägt wesentlich bei, dass das Syndrom einer chronischen Müdigkeit sowohl nach körperlichen Erkrankungen, z. B. viralen Infekten, aber auch im Kontext unterschiedlicher psychischer Störungen auftreten kann. Grundsätzlich ergeben sich organische ätiopathogenetische Ansätze insbesondere im Bereich der Immunologie, der Neuroendokrinologie und der Schlafphysiologie. Primär psychopathologische Konzepte stammen aus dem Bereich der Kognitions- und Verhaltenspsychologie, der Psychotraumatologie und der Persönlichkeitsforschung. Darüber hinaus werden zahlreiche psychosoziale Einflussfaktoren in der Genese vermutet. Es besteht eine gute empirische Evidenz, dass psychologische und behaviorale Faktoren zumindest in der Aufrechterhaltung eines neurasthenischen Syndroms eine Rolle spielen können.

Behandlung

Einen frühen Behandlungsansatz bei Neurasthenie stellte die sog. „Rastkur“ dar. Dabei wurden den Patienten Diät, Massage, Ruhe und strikte Trennung von Arbeit und Familie verordnet. Zwischen 1880 und 1900 entstanden zahlreiche meist private Kliniken und Pflegeheime, die sich dieser oder ähnlicher Therapieformen bedienten. Dabei zeigten sich jedoch sehr wechselnde Ergebnisse. Nicht selten entwickelten sich in diesem Zusammenhang chronische Zustände, die den Verlauf zusätzlich negativ beeinflussten [9]. Abgelöst wurde die Rastkur zunehmend u. a. durch primär analytisch orientierte Therapieansätze. In den letzten Jahrzehnten sind kognitiv-behavioral geprägte Psychotherapieansätze wichtiger geworden. Therapieversuche mit Antidepressiva oder anderen Psychopharmaka brachten dagegen bisher keine überzeugenden Ergebnisse. In neuerer Zeit wurden (weitgehend parallel zu Therapieansätzen bei Chronischem Müdigkeitssyndrom) auch verschiedene internistische Ansätze verfolgt, wie antivirale und immun-suppressive Therapie, Gaben von Vitaminen, Mineralstoffen und essenziellen Fettsäuren. Auch hier blieben Therapieerfolge meist auf Einzelfälle beschränkt [7].

Neurasthenie, Fatigue ... oder was?

Das Beschwerdebild der Neurasthenie und der (chronischen) Fatigue erscheinen auf den ersten Blick symptomatologisch weitgehend identisch. Die große Mehrzahl derjenigen Menschen, die die Kriterien eines chronischen



► **Abb. 3** Die Häufigkeit der Begriffsverwendung in der Literatur (1860–2019) [11]

Müdigkeitssyndroms erfüllen, könnten nach den ICD-10-Kriterien auch als Neurasthenie-Patienten diagnostiziert werden. Gleichzeitig gibt es kaum eine psychische Störung, bei der nicht das Symptom der „Schwäche“ oder auch der Müdigkeit eine subjektive Rolle spielt. Es konnte bisher nicht gelingen, eindeutige Unterscheidungsmerkmale zwischen diesen Störungen zu belegen; genauso wenig wie dies gegenüber anderen Erschöpfungssyndromen oder depressiven Zuständen gelingt. Eindimensionale ätiopathogenetische Erklärungen, die entweder rein organische Ursachen oder rein psychische Ursachen annehmen, sollten inzwischen der Vergangenheit angehören. Neurasthenische Syndrome können heute einen der Kernbereiche integrativer bio-psycho-sozialer Konzepte in der Genese von psychischen (und psychosomatischen) Erkrankungen bilden.

Was Neurasthenie und Fatigue allerdings relevant unterscheidet, ist der jeweilige soziokulturelle Hintergrund und die gesellschaftliche Bedeutung, die den jeweiligen Erkrankungen zugeschrieben wird. Die Unterschiede zwischen den Begriffen sind mehr dem soziokulturellen Hintergrund der jeweiligen Epoche geschuldet als inhaltlichen psychopathologischen Fragen. Wohl kaum ein anderes Beschwerdebild, das die Psychiatrie je beschrieben hat, wurde in einem so engen Zusammenhang mit unterschiedlichen Epochen, gesellschaftlichen Faktoren und psychosozialen Aspekten gesehen wie die Neurasthenie. So wurde die Neurasthenie jüngst als Burnout des frühen 20. Jahrhunderts bezeichnet oder plakativ als Burnout des Fin de Siècle (z. dt. Ende des Jahrhunderts) [10]. Beispielhaft zeigt ► **Abb. 3** die Verwendung der Begriffe in der Literatur über die Zeit. Für die Neurasthenie zeigt sich ein eindeutiger Gipfel der Begriffsverwendung zu Beginn des 20. Jahrhunderts, für das Burnout in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, und der Fatigue-Begriff zeigt ein Maximum seit dem Jahrtausendwechsel.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts stand – vergleichbar mit heute – für viele Menschen eine oft umwälzende gesellschaftliche Veränderung an, die alle Aspekte des täglichen Lebens umfasste. Die heutigen Krisensituationen – Coro-

na-Pandemie, Krieg in Europa, Wirtschaftliche Krise, Klimawandel –, die sich regelrecht aufeinander auftürmen, stehen für tiefe Verunsicherung, Angst und v. a. für Erschöpfung. Die umfassenden Anforderungen des Alltags, das Diktat der subjektiv immer zu schnell verlaufenden Zeit und idealisierte Erwartungen an die Leistungsfähigkeit prägen unser Lebensgefühl. Das kann krank machen. Dabei soll nicht impliziert werden, dass Chronic Fatigue, Burnout oder ähnliche Erkrankungen als reine psychische Erkrankungen anzusehen sind. Die Befunde der Immunologie und anderer somatischer Fachgebiete sprechen für sich. Das aber war auch bei der Neurasthenie so. Unabhängig aber von den manchmal diskreten psychopathologischen Unterschieden zwischen den Krankheitsbildern gilt, dass eine Ausgestaltung – und v. a. eine Förderung der Chronifizierung – durch den psychosozialen Kontext nicht von der Hand zu weisen ist. Weder vor hundert Jahren noch heute. Diesen Aspekt gilt es in alle therapeutischen Überlegungen mit einfließen zu lassen.

FAZIT

Die Diagnose der Neurasthenie kann auch heute noch erwogen werden. Sie ist weiterhin im ICD-10 kodiert, wird jedoch im ICD-11 wegfallen. Am häufigsten wird ein Zusammenhang mit abgelaufenen Infekten als Ursache angesehen. Modernere diagnostische Konzepte sind jedoch in vielen Fällen passender für die aktuelle psychosoziale Situation der Patientinnen und Patienten.

Interessenskonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Arno Deister

Prof. Dr. med., geb. 1957, ist Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Nach universitärer Tätigkeit in Aachen, Köln und Bonn war er von 1996 – 2021 Chefarzt des Zentrums für Psychosoziale Medizin des Klinikums Itzehoe. Er ist außerplanmäßiger Professor der Christian-Albrechts-Universität in Kiel und Vorsitzender des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit in Berlin.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Arno Deister

Winkelkamp 3
25524 Itzehoe
E-Mail: arno.deister@t-online.de

Literatur

- [1] Wessely S. Neurasthenie. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H et al., Hrsg. Psychiatrie der Gegenwart, 4. Aufl., Bd. 6. Berlin: Springer; 2000
- [2] Beard G. Neurasthenia or nervous exhaustion. Boston Med Surg J 1869; 3: 217–221
- [3] Bumke O. Die Revision der Neurosenfrage. Munch Med Wschr 1925; 72: 1815–1819
- [4] Probst M, Stass C. Volk unter Strom (16.12.2016). Im Internet: <https://www.zeit.de/2016/52/globalisierung-angst-deutsche-krise-kaiserreich-vergleich-joachim-radkau>; Stand: 02.04.2023

- [5] American Psychiatric Association/Falkai P, Wittchen HU (Deutsche Ausgabe), Hrsg. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5. Bern: Hogrefe; 2014
- [6] World Health Organization/Dilling H, Mombour W, Schmidt MH et al. (Deutsche Ausgabe), Hrsg. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Aufl. Bern: Hogrefe; 2015
- [7] Kapfhammer H. Somatoforme Störungen – somatoforme Belastungsstörung und verwandte Störungen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP, Hrsg. Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Berlin: Springer; 2017: 2105–2253
- [8] Üstün TB, Sartorius N. Mental illness in general health care: an international study. Chichester: WHO/Wiley; 1995
- [9] Ziemssen H. Neurasthenia and its Treatment. In: Clinical lectures on subjects connected with medicine and surgery. London: New Sydenham Society; 1894
- [10] Hank R. Es sind die Nerven! (26.04.2014). Im Internet: <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/menschen-wirtschaft/der-burnout-des-fin-de-siecle-hiess-neurasthenie-12902952.html>; Stand: 10.03.2023
- [11] Google. Books Ngram Viewer. Im Internet: https://books.google.com/ngrams/graph?content=neurasthenia%2Cburnout%2Cchronic+fatigue&year_start=1860&year_end=2019&corpus=en-2019&smoothing=3; Stand: 10.03.2023

Bibliografie

PiD - Psychotherapie im Dialog 2023; 24: 23–27
DOI 10.1055/a-1935-6469
ISSN 1438-7026
© 2023. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany