

Jens Gaab · Ulrike Ehlert

# Chronische Erschöpfung und Chronisches Erschöpfungs- syndrom

HOGREFE



Chronische Erschöpfung  
und Chronisches Erschöpfungssyndrom

## **Fortschritte der Psychotherapie**

Band 26

Chronische Erschöpfung und  
Chronisches Erschöpfungssyndrom

von Dr. Jens Gaab und Prof. Dr. Ulrike Ehlert

---

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Klaus Grawe,  
Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Dieter Vaitl

# Chronische Erschöpfung und Chronisches Erschöpfungs- syndrom

von Jens Gaab  
und Ulrike Ehlert

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN  
TORONTO · SEATTLE · OXFORD · PRAG

*Dr. Jens Gaab*, geb. 1970. 1992-1997 Studium der Psychologie in Trier. 2001 Promotion. Ausbildung in Kognitiver Verhaltenstherapie. Seit 1999 Assistent, Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Oberassistent am Lehrstuhl für Klinische Psychologie an der Universität Zürich.

*Prof. Dr. Ulrike Ehlert*, geb. 1960. 1979-1984 Studium der Psychologie und Soziologie in Trier. 1988 Promotion. 1997 Habilitation. Seit 1999 Ordinaria für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Zürich. Seit 2000 Leiterin der Arbeitsgruppe „Verhaltensneurobiologie“ am Zentrum für Neurowissenschaften der ETH und Universität Zürich. Leiterin des Postgradualen Masterstudiengangs in Kognitiver Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin an der Universität Zürich.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

#### **Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© 2005 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Göttingen · Bern · Wien · Toronto · Seattle · Oxford · Prag  
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

**<http://www.hogrefe.de>**

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

---

Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar  
Druck: Schlütersche Druck GmbH & Co. KG, Langenhagen  
Printed in Germany  
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 3-8017-1608-2

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	1
<b>1 Beschreibung der Störung .....</b>	<b>2</b>
1.1 Aktuelle Kontroversen und historische Entwicklungen ...	2
1.2 Symptomatik .....	4
1.3 Definitionsansätze .....	6
1.4 Diagnostische Einordnung in DSM und ICD .....	8
1.5 Epidemiologie .....	11
1.5.1 Chronische Erschöpfungszustände und Geschlechts- zugehörigkeit .....	11
1.5.2 Chronische Erschöpfungszustände und Alter .....	12
1.5.3 Chronische Erschöpfungszustände und soziale Schicht ...	12
1.6 Verlauf und Prognose .....	12
1.7 Differenzialdiagnostik .....	14
1.7.1 Affektive Störungen .....	15
1.7.2 Angststörungen .....	15
1.7.3 Schlafstörungen .....	16
1.7.4 Medizinische Erkrankungen .....	17
1.8 Komorbidität .....	17
1.8.1 Achse I-Störungen .....	19
1.8.1.1 Chronisches Erschöpfungssyndrom und Affektive Störungen .....	19
1.8.1.2 Chronisches Erschöpfungssyndrom und Angststörungen .....	20
1.8.1.3 Chronisches Erschöpfungssyndrom und Somatoforme Störungen .....	20
1.8.1.4 Chronisches Erschöpfungssyndrom und Schlaf- störungen .....	21
1.8.2 Achse II-Störungen: Chronisches Erschöpfungssyndrom und Persönlichkeitsstörungen .....	21
1.8.3 Achse III-Störungen: Medizinische Erkrankungen .....	23

<b>2</b>	<b>Störungstheorien und -modelle</b>	24
2.1	Kognitiv-behaviorales Ätiologiemodell	28
2.1.1	Anlage	28
2.1.1.1	Persönlichkeit	28
2.1.1.2	Psychische Störungen	29
2.1.1.3	Traumatisierung und Missbrauch	30
2.1.2	Auslösung	31
2.1.3	Aufrechterhaltung	32
2.1.3.1	Subjektive Krankheitsmodelle und Bewältigungsverhalten	32
2.1.3.2	Psychische Störungen und Belastungen	33
2.1.3.3	Soziale Faktoren	33
2.1.4	Fazit: Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Modell	35
2.2	Ein psychobiologisches Störungsmodell: Dysregulationen der Hypothalamus-Hypophysen- Nebennierenrinden-Achse	36
2.3	Zusammenfassung Ätiologie	39
<b>3</b>	<b>Diagnostik, Qualitätssicherung und Indikation</b>	40
3.1	Diagnostik	40
3.1.1	Medizinische Ausschlussdiagnostik	41
3.1.2	Psychologische Diagnostik	43
3.1.3	Diagnosestellung „Chronisches Erschöpfungssyndrom“: Pro und Kontra	45
3.2	Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen	46
3.2.1	Interviews	46
3.2.2	Verlaufsmessung	46
3.2.3	Fragebogen	47
3.2.3.1	Erschöpfungsskala (Fatigue Scale, FS)	47
3.2.3.2	Multidimensional Fatigue Inventory (MFI)	47
3.2.3.3	Profile of Fatigue Related Symptoms (PFRS)	48
3.2.3.4	Illness Management Questionnaire (IMQ)	48
3.2.3.5	Illness Perception Questionnaire – revidierte Version (IPQ-R)	48
3.3	Qualitätssicherung	49
3.4	Indikation	49
<b>4</b>	<b>Behandlung</b>	50
4.1	Evidenz-basierte Behandlungsmaßnahmen	50
4.2	Generelles Therapiemodell	51

4.2.1	Annahmen zum funktionalen Zusammenhang zwischen störungsun-/individuumsspezifischen und störungsspezifischen Prozessen .....	52
4.2.2	Therapeutische Implikationen .....	53
4.3	Vorbereitungs- und Diagnostikphase .....	54
4.3.1	Aufbau einer therapeutischen Beziehung .....	54
4.3.1.1	Komplementäre Beziehungsgestaltung .....	56
4.3.2	Aufbau und Sicherstellung von Psychotherapiemotivation .....	59
4.3.2.1	Ressourcenaktivierung .....	62
4.3.3	Gewinnung von verständnis- und therapierelevanten Informationen .....	63
4.3.3.1	Deskriptiver Teil: Allgemeine Informationen .....	64
4.3.3.2	Deskriptiver Teil: Problemstrukturierung .....	64
4.3.3.3	Interpretativer Teil: Bedingungsanalyse .....	66
4.3.4	Therapieplanung .....	67
4.3.5	Entwicklung eines individuellen Ätiologiemodells .....	69
4.3.5.1	Fehlendes/unspezifisches Ätiologiemodell als Ausgangspunkt nutzen .....	70
4.3.5.2	Subjektives Krankheitsmodell nutzen .....	70
4.3.5.3	Gebrauch des Erschöpfungstagebuchs .....	71
4.3.5.4	Explizite Nichtveränderung .....	71
4.3.5.5	Vom Störungs- zum Individuumsspezifischem .....	72
4.3.5.6	Psychobiologische Wechselwirkungen verdeutlichen .....	72
4.3.5.7	Strukturierungshilfen anbieten .....	73
4.3.5.8	Bedeutung aufrechterhaltender Prozesse verdeutlichen .....	73
4.4	Interventionsphase .....	75
4.4.1	Veränderungsmodell erstellen .....	76
4.4.2	Veränderungen einleiten .....	76
4.4.2.1	Bewältigungsorientierte Interventionen .....	77
4.4.2.2	Klärungsorientiertes Vorgehen .....	80
4.5	Stabilisierungsphase .....	87
4.5.1	Veränderungen stabilisieren .....	87
4.5.1.1	Situationsübergreifende Muster erkennen und verändern .....	87
4.5.1.2	Transfer und Generalisierung .....	88
4.5.1.3	Identifikation und Operationalisierung von Risikoverhalten .....	89
4.5.1.4	Berücksichtigung und Veränderung der Lebensumstände und des sozialen Umfelds .....	89



4.5.2	Rückfallprophylaxe .....	90
4.5.2.1	Veränderungen herausarbeiten und überprüfen: Umgang mit Krisen .....	90
4.5.2.2	Rückfälle „verschreiben“ .....	91
4.5.2.3	Booster-Termine .....	91
4.6	Ausmaß und Verlauf psychotherapeutischer Veränderungen .....	91
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>94</b>
<b>6</b>	<b>Weiterführende Literatur</b> .....	<b>95</b>
<b>7</b>	<b>Literatur</b> .....	<b>95</b>
<b>8</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>100</b>
	Bezugsadresse für Fragebogen und Material .....	100
	CFS-Interview .....	101
	Verlaufsmessung (Anleitung, Erschöpfungstagebuch, Symptomverlauf, Beeinträchtigungseinschätzung) .....	106

Karte:  
 Diagnostik und Indikation  
 Therapieablauf

## Vorwort

*Erschöpfung ist das Zentralafrika der Medizin, ein unerforschtes Gebiet, welches nur von wenigen betreten wird und die wenigen, die es überleben und es schaffen Informationen herauszubringen, werden entweder nicht verstanden oder nicht geschätzt.*

Georg Beard, 1869

Erschöpfung ist eine der häufigsten Beschwerden in der Allgemeinbevölkerung. Auf Grund der großen Vielfalt an möglichen Ursachen, zeitlichen Verläufen, berichteter Beschwerdeintensität und subjektiven Konsequenzen ist die Formulierung eines allgemeinen diagnostischen und therapeutischen Vorgehens wichtig, wenn auch nicht unproblematisch. Glücklicherweise hat sich die oben erwähnte Sachlage innerhalb der letzten 130 Jahre grundlegend geändert, so dass heute eine solide wissenschaftliche Evidenz vorliegt. Es ist unser Anliegen, diese wissenschaftlichen Informationen so aufzubereiten und zu vermitteln, dass diese verstanden (hoffentlich auch geschätzt) und vor allem diagnostisch und therapeutisch angewendet werden können.

Die dabei gewählte Perspektive ist ausdrücklich integrativ. Dies soll sich dabei nicht nur auf die zu Grunde liegenden ätiologischen Modelle und das diagnostische Prozedere, sondern auch auf das therapeutische Vorgehen beziehen.

Eine Vielzahl von Personen waren direkt oder indirekt bzw. theoretisch oder praktisch an der Entwicklung der vielen Ideen für dieses Manual beteiligt: Susanne Baumann, Saskia Latanzio-Bunschoten, Trudie Chalder, Anthony Cleare, Veronika Engert, Rolf Hasler, Vera Heitz, Gitta Glöcklhofer, Alessandra Kappeler, Rona Moss-Morris, Eva Roos, Tanja Schad, Annelis Wegmann, Simon Wessely und Peter White. Ihnen allen unseren Dank.

Zürich, Januar 2005

Jens Gaab und Ulrike Ehlert

# 1 Beschreibung der Störung

## 1.1 Aktuelle Kontroversen und historische Entwicklungen



Abbildung 1:  
Bild chronischer Erschöpfungszustände in den Medien

Die in Abbildung 1 dargestellte grundlegende Unsicherheit in der Beurteilung chronischer Erschöpfungszustände ist darauf zurückzuführen, dass Betroffene<sup>1</sup> sich zwar körperlich krank fühlen, aber kein eindeutiger und objektiver Nachweis einer körperlichen Ursache der wahrgenommenen Beschwerden möglich ist. Dieses Problem und die damit verbundene nosologische, ätiologische, diagnostische und therapeutische Unsicherheit ist nicht neu, sie besteht seit der ersten Beschreibung chronischer Erschöpfungszustände vor über 130 Jahren. Im historischen Rückblick lassen sich starke Fluktuationen der Akzeptanz bzw. Diagnosehäufigkeit der jeweilig aktuellen Bezeichnungen chronischer Erschöpfungszustände erkennen, welche vor allem durch Veränderungen der wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Wahrnehmung erklärbar sind.

**Erste  
Beschreibungen  
vor 130 Jahren**

Schon 1869 beschrieb der amerikanische Neurologe Georg Beard die *Neurasthenie*, welche durch chronische Erschöpfung, Muskel-, Gelenk- und Kopfschmerzen sowie Konzentrations- und Gedächtnisprobleme gekennzeichnet war. Nachweisbare objektive Krankheitsursachen fehlten, so dass als Ursache des Störungsbildes ein Energiemangel des Nervensystems angenommen wurde, welcher auf Überarbeitung und den ungesunden „modernen Lebenswandel“ des späten 19. Jahrhunderts zurückgeführt wurde. In diesem Verständnis waren vor allem erfolgreiche, geistig arbeitende Personen betroffen, da diese auf Grund ihrer ständigen geistigen Aktivität am ehesten in Gefahr liefen, entsprechende Nervenzellen zu überlasten. Es ist daher auch kaum verwunderlich, dass die Neurasthenie sehr schnell sehr verbreitet war und zu Beginn des 20. Jahrhunderts als *fashionable disease* galt. Die Prominenz der Neurasthenie war jedoch nur von kurzer Dauer; vor allem die Zuordnung der Neurasthenie zum entstehenden Fachbereich der Psychiatrie sowie das Fehlen empirischer Beweise der Beard'schen Ätiologieannahmen führten zu einer raschen Abnahme der Beliebtheit dieser Diagnose. Entsprechend war der weitere Verlauf chronischer Erschöpfungssyndrome durch spektakuläre (und meist auch spekulative) neue Erkenntnisse und Behandlungsvorschläge charakterisiert.

**Auf- und Ab-  
stieg der  
Neurasthenie**

Auch im Hinblick auf die neuere Geschichte chronischer Erschöpfungszustände ist erkennbar, dass die Akzeptanz, Verwendung und Wahrnehmung des aktuellen Labels „Chronisches Erschöpfungssyndrom“ (englisch: *chronic fatigue syndrome*, CFS) von den vorherrschenden Annahmen zu den Ursachen stark beeinflusst werden. Mitte der 80er Jahre erschienen Artikel in medizinischen Fachzeitschriften, welche immunologische Befunde als Hinweis einer persistierenden Virus-Infektion bei chronisch erschöpften Patienten betrachteten. Auch wenn diese Annahmen nicht bestätigt werden konnten, entstand das Bild einer „neuen“ Krankheit, der „Krankheit der mo-

**Beginn der  
CFS-Forschung  
Mitte der 80er  
Jahre**

---

<sup>1</sup> Zur Vereinfachung der Lesbarkeit wird die männliche Form verwendet, Frauen sind selbstverständlich mitgemeint.