

ZUM THEMA: DEPRESSIONEN HEUTE

V. Faust:

DEPRESSIONEN: ERKENNEN UND VERSTEHEN

S. Hirzel Verlag, Stuttgart 2013. Hörbuch (Audio-CD). € 24,90.

ISBN: 978-3-7776-2276-7

Depressionen quälen ihre Opfer so gnadenlos, wie kaum eine andere Krankheit, ob seelisch, körperlich oder schließlich beides. Dabei sind sie so alt wie die Menschheit. Und doch wurden Depressionen erst in der zweiten Hälfte des vergangenen, also 20. Jahrhunderts zum wachsenden Thema der Medizin: wissenschaftlich und sogar im Alltag von Klinik und Praxis. Das hört sich sonderbar an, es ist aber so; ältere Betroffene und auch ihre Ärzte können dies bestätigen.

Das änderte sich - wie gesagt - vor rund 40 bis 50 Jahren. Zuerst zaghaft und aus medizinischer Sicht durchaus nicht optimistisch. Dann aber erzwangen mehrere Faktoren ein Umdenken:

– Zum einen die so genannte *Prävalenz psychischer Erkrankungen*, also schlichtweg: die Häufigkeit. Seelische Störungen nahmen (plötzlich?) zu bzw. wurden (nach und nach!) auch gezielter untersucht, schneller und besser erkannt. Aber leider noch lange nicht erfolgreicher behandelt. Der letzte Bundesgesundheits-Survey aus dem Jahre 1998 mit der speziellen Fragestellung „psychische Störungen“ dokumentierte schon damals, dass fast die Hälfte aller Menschen in Deutschland (nämlich 42,6%) im Laufe ihres Lebens einmal eine psychische Erkrankung erleidet. Frauen häufiger als Männer (48,9% : 36,8%). Damit reihen sich psychische Krankheiten in die bedrohliche Phalanx der häufigsten körperlichen Krankheiten wie Bluthochdruck u. a. ein.

An erster Stelle stehen die so genannten somatoformen Störungen (früher als psychosomatisch bezeichnet) und die Phobien (also die Zwangs-Befürchtungen). Angststörun-

gen sind in der Tat führend, wenn man alles zusammenzählt, nämlich Phobien, Panikattacken und die so genannte Generalisierte Angststörung (früher „Angstneurose“).

Vergleichsweise häufig sind die erwähnten depressiven Störungen, zu denen man auch die Dysthymien (früher neurotische Depression genannt) und die bipolaren Störungen im Speziellen (manisch-depressive Erkrankungen) hinzurechnen muss. Und die werden uns in Zukunft auch am meisten beschäftigen, das jedenfalls geht aus der Hochrechnung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die Industrieländer hervor. Oder wirtschaftlich gesprochen: Zu den 10 finanziell belastendsten Krankheiten unserer Zeit und Gesellschaft gehören demnächst auch 5 psychische, und hier vor allem die Depressionen. Soweit die Realität - und die medizinischen sowie gesellschaftlichen Konsequenzen, d. h. sowohl psychosozial als auch wirtschaftlich bzw. gesundheits-ökonomisch (z. B. Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung, Todesursachen, Suizid u. a.).

– Zum anderen - und damit zurück zur Ausgangslage - wurde das (rechtzeitige) Erkennen, Verstehen und damit Behandeln erst möglich durch eine Reihe glücklicher Umstände, die zu ihrer Zeit nicht so selbstverständlich waren. Dazu gehörte beispielsweise die Warnung des ehemaligen Direktors der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel, Professor Dr. P. Kielholz, der nicht nur eine Rauschdrogen-Flut, sondern auch eine bedrohlich wachsende Zahl behandlungsbedürftiger Depressionen voraussagte, was ihm nicht nur Zustimmung einbrachte, auch und vor allem in Kollegenkreisen. Kielholz gründete deshalb in den späten 1960er Jahren die erste Depressions-Spezialstation Europas. Der dafür zuständige Experte, nämlich Professor Dr. G. Hole, gründete seinerzeit als späterer Chef der Weissenau, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm in Ravensburg, die erste deutsche Spezial-Abteilung für depressiv Erkrankte. Er und seine spezialisierten Mitarbeiter (z. B. Prof. Dr. Dr. M. Wolfersdorf, jetzt Bayreuth) brachten dann ihre Erkenntnisse einer gezielten Diagnose und Behandlung schließlich in den gesamten deutschsprachigen Bereich ein.

Heute bietet praktisch jede modern eingestellte psychiatrische Klinik eine solche Spezialstation. Und das ist auch bitter nötig, denn Depressionen nehmen zu, noch immer. Und sie bekommen an ihren nosologischen Rändern der Klassifikation noch mehr Zuwachs, man denke nur an die zumindest verwandten Bereiche Burnout, Innere Kündigung usf. Und was noch wichtiger, leider immer noch zu wenig beachtet bleibt: Viele organische Leiden (z. B. Hirnschlag, Herzinfarkt, Parkinson u. a.) entwickeln auf psychi-

scher Ebene die so genannten somatogenen (körperlich begründbaren) Depressionen, die aber bisher weitgehend unbeachtet bleiben, obgleich sie den Krankheitsverlauf entscheidend mitbestimmen, negativ - oder positiv, wenn adäquat behandelt.

Letzteres ist übrigens ein Punkt, der noch reichlich Forschungs-, vor allem Handlungsbedarf signalisiert. Oder kurz: Der Kenntnisstand über depressive Krankheitsbilder ist nach wie vor erstaunlich gering. Und das betrifft - leider - nicht nur die Allgemeinheit, der man es am ehesten nachsehen muss, es betrifft auch die nicht-psychiatrische Ärzteschaft, die sicherlich „andere Sorgen hat“, aber gerade bei der fach-spezifischen Kenntnis der Depressionen im eigenen diagnostischen und therapeutischen Bereich durch entsprechende Kenntnisse mehr Fortschritte erzielen könnte (unerkannte Depressionen behindern oft den gewünschten Behandlungs-Erfolg - s. u.).

So hat bereits die Basler Klinik und später auch die Weissenau ihre Ärzte und Psychologen nicht nur zur ärztlichen Weiter- und Fortbildung für die entsprechenden Kollegenkreise angeregt, sie wurden auch bei Eignung (nicht jeder bringt es allgemeinverständlich rüber) für öffentliche Aufklärung eingesetzt. Das wurde dankbar aufgenommen und dürfte in vielen Fällen die notwendigen Erkenntnisse und damit eine positive Wendung in der jeweiligen leidvollen Entwicklung ermöglicht haben. Dies bleibt auch unverändert eine wichtige Aufgabe der Experten, obgleich man bisweilen den Eindruck hat, hier würden sich die dafür zuständigen Ärzte und Psychologen wieder etwas zurückziehen - leider.

Natürlich bringen solche populär-medizinischen Beiträge in Wort und Schrift keinen wissenschaftlichen Ruhm, im Gegenteil. Sie umgibt mitunter ein Hauch von zwar notwendigem, aber letztlich „zweit-rangigem“ Bemühen. (So wie im Übrigen auch im gesamten Wissenschafts-Betrieb, nicht nur in der Medizin, wo sich die Lehre weit hinter der Forschung einreihen muss, was folgenschwere Konsequenzen hat, aber kaum die notwendigen Korrekturen.)

Dafür drängen sich dann andere Bereiche in diese Lücke, teils fundiert und durchaus verständlich, mitunter aber auch ohne die notwendige Aus- und Weiterbildung und damit ggf. riskant. Es wäre also von unbestreitbarem Vorteil, würde sich die Ärzteschaft wieder verstärkt allgemein-verständlich einsetzen, und zwar speziell im Bereich der so genannten affektiven Störungen und hier insbesondere der Depressionen, eine der

neueren Volkskrankheiten mit wirtschaftlichen Folgen (und im Übrigen auch durchaus gefährlich: Suizid).

Die erwähnte Weissenau (s. o.) war es dann auch, die nicht nur wissenschaftliche Publikationen und Bücher, sondern auch allgemein-verständliche Beiträge in Wort und Schrift lieferte, vor allem das alte, aber offenbar wachsende Phänomen der Schwermut betreffend. Dazu gehört beispielsweise Professor Dr. Volker Faust, der sein umfangreiches Informations-Angebot inzwischen auch um das Internet erweitert hat (www.psychosoziale-gesundheit.net: rund 37.000 Zugriffe - pro Tag).

Eine neue Form (die er aber auch schon früher praktiziert hat, z. B. die Kassettenserie *Der Weg aus der Depression* in vier Folgen, 1987) sind seine Hörbücher. Sein jüngstes Werk lautet:

Depressionen: erkennen und verstehen

Interessanterweise beschränkt er sich dabei auf das Erkennen und Verstehen, während andere sich auch die Therapie zutrauen. Doch der erfahrene Arzt weiß um das Risiko, ohne Kenntnis des speziellen Falles, persönlicher Untersuchung und vor allem Weiterbetreuung konkrete therapeutische Empfehlungen zu geben, die nicht durch eine reale fachärztliche Therapie gestützt sind. Er bleibt also beim Erkennen und Verstehen - und das ist gut so. Denn es sind erfahrungsgemäß nicht nur die Patienten (die sogar eher weniger), sondern vor allem das nähere und sogar weitere Umfeld, das irgendwann einmal mahnt: „So kann es nicht weitergehen, hier muss endlich einmal der Arzt aufgesucht werden, und wenn notwendig, dann halt auch der Nervenarzt oder Psychiater!“.

Das also ist die Strategie dieses Hörbuchs:

- Was an verwirrenden, beeinträchtigenden, scham-besetzten, vielleicht sogar zweiflungsvollen und lebens-riskanten Veränderungen in der letzten Zeit musste registriert werden?
- Was ist nicht normal, nicht nur Stress, Übermüdung, Überforderung, Frustration u. ä., wie gerne entschuldigend angeführt, sondern krank?

- Was könnte ggf. eine Depression sein, muss also auf jeden Fall dem Arzt vorgestellt werden - und zwar mit konkreten Krankheitszeichen, die es den Therapeuten dann auch erleichtern, die richtige Diagnose zu stellen und angemessene Therapie einzuleiten.

Einzelheiten siehe das Hörbuch und deshalb auch nachfolgend einige Auszüge dazu:

Beispielsweise eine „alltags-relevante“ Symptom-Tabelle. Das findet sich allerdings auch in anderen Fach- und fundierten Sach-Büchern. Seltener sind dagegen so genannte differential-diagnostische Hinweise (also was könnte es sonst noch sein?), wie sie heute zwar überall diskutiert werden, allerdings nur selten mit konkreten Unterscheidungs-Merkmalen. Beispiele: Trauer oder Depression, Burnout oder Depression, Innere Kündigung oder Depression u. a. Oder auch die speziellen Kapitel: männliche Depression, Depression im Kindes- und Jugendalter, Depression im höheren Lebensalter u. a. Und was ganz besonders wichtig ist: Belastungen und Folgen im Umfeld, sprich Partner, Familie, sonstige Angehörige, aber auch Freunde, Nachbarn, Kollegen usw.

Nachfolgend also einige Auszüge aus diesen Kapiteln, um sich besser mit dem Anliegen dieses Hörbuchs vertraut zu machen:

Fragen, die helfen können, eine Depression zu erkennen

- Können Sie sich noch freuen? Oder sind Sie völlig freudlos geworden, können nicht einmal mehr auf ein erfreuliches Ereignis gemütsmäßig positiv reagieren?
- Fühlen Sie sich seit einiger Zeit elend, wie zerschlagen oder schwer erkrankt, jedoch ohne entsprechenden Grund?
- Fällt es Ihnen neuerdings(!) schwer, Entscheidungen zu treffen, sogar alltägliche?
- Haben Sie plötzlich das Interesse an Dingen verloren, die Ihnen zuvor viel bedeuteten?
- Neigen Sie in letzter Zeit vermehrt zum Problem-Grübeln, selbst bei völlig belanglosen Dingen?
- Fühlen Sie sich fast durchgehend niedergeschlagen, resigniert, hoffnungslos, von einer Schwermut herabgedrückt, die man nicht nur als seelisch, sondern auch als „körperlich herabgestimmt“ bezeichnen kann?

- Fühlen Sie sich derzeit müde, ohne Antrieb und ohne Initiative, ja schwunglos, kraftlos - und zwar ohne vorangegangene Anstrengung?
- Sind Sie inzwischen völlig verunsichert, ohne jegliches Selbstbewusstsein, voller Minderwertigkeitsgefühle?
- Machen Sie sich deshalb übertriebene oder gänzlich haltlose Selbstvorwürfe, fühlen sich wertlos, schuldig?
- Denken, sprechen oder bewegen Sie sich seit einiger Zeit langsamer, träger, sind unschlüssig, wankelmütig, ängstlich abwägend geworden und können damit nicht einmal mehr ihre täglichen Routineaufgaben abschließen?
- Können Sie sich auch nicht mehr konzentrieren, vergessen alles, sind bestürzt über Ihre „Leere im Kopf“, fürchten vielleicht sogar eine beginnende Geistesschwäche? (Stichwort: „Alzheimer“), aber warum schon in so frühem Alter?
- Können Sie nicht mehr schlafen: erschwertes Einschlafen, zerhackter Schlaf, quälendes Früherwachen mit Angst vor dem neuen Tag?
- Schmeckt nicht mehr alles so wie früher? Haben Sie Ihren Appetit und damit an Gewicht verloren?
- Haben Sie seit einiger Zeit Probleme in sexueller Hinsicht?
- Spüren Sie immer wieder anhaltende, schwer zu beschreibende Druckgefühle, Missempfindungen, ja Schmerzen, besonders im Kopf, in der Brust, im Rücken usw.?
- Haben Sie immer öfter das Gefühl, Ihr Leben sei sinnlos geworden?
- Denken Sie häufiger über den Tod nach, sind „des Lebens müde geworden“, kommen vielleicht gar nicht mehr von dem Gedanken los, sich etwas anzutun?

In diesem Zusammenhang scheinen einige Aspekte besonders charakteristisch zu sein. Dazu gehören:

- Energielosigkeit: Alles ist unendlich anstrengend und erschöpfend
- Hoffnungslosigkeit, insbesondere Zukunftsängste
- Gefühl der Wertlosigkeit
- Interesselosigkeit
- Freudlosigkeit
- Neigung zu Rückzug und damit Gefahr der Vereinsamung

- erschwertes Denken
- verlangsamte Bewegung
- Schwermut: Alles ist grau und trostlos

Leicht zu verwechseln: Trauer

Trauerreaktionen werden öfter mit einer Depression verwechselt. Doch **Traurigkeit** ist ein Gefühl. Die **Trauer** eine normale Reaktion auf einen subjektiv schwerwiegenden Verlust oder Schicksalsschlag. Die Wertung durch das Umfeld wird zwar gerne zur Beurteilung herangezogen, sollte aber nur eine untergeordnete Rolle spielen. Entscheidend ist der subjektiv empfundene Leidensdruck.

Deshalb kann auch bei der „einfachen Trauer“ ein ausgeprägtes depressives Beschwerdebild mit Niedergeschlagenheit, Schlafstörung, Appetitlosigkeit und sogar Gewichtsabnahme belasten. Selbst Schuldgefühle sind möglich, doch kreisen sie dann in der Regel um nachvollziehbare Skrupel, z. B. frühere Auseinandersetzungen, Streit, Spannungen, Pflege. Und treten Todesgedanken auf, beschränken sie sich gewöhnlich auf die Überlegung, dass es vielleicht besser wäre, ebenfalls tot zu sein. Solche düsteren Gedanken pflegen jedoch nicht das Ausmaß diffuser oder gar konkreter Selbsttötungsphantasien anzunehmen. Auf jeden Fall hält der Betroffene seine Gefühle noch für „normal“, selbst wenn er z. B. wegen Schlafstörungen medikamentöse Hilfe sucht.

Der **Übergang von Trauer zur Depression** kann allerdings auch fließend verlaufen. Die größten Unterscheidungsschwierigkeiten findet man in der Regel im höheren Lebensalter. Doch gibt es einige Unterscheidungshilfen, deren Wert man zwar nicht unkritisch überdehnen, die man aber dennoch kennen und ggf. nutzen sollte. So spricht man nicht mehr von Trauer, sondern von einer **krankhaften depressiven Störung**:

- Wenn die Verstimmungen im Sinne einer seelischen und sogar körperlichen „Herabgestimmtheit“ ununterbrochen länger als einige Wochen oder gar Monate bestehen (was mitunter aber auch bei ausgeprägten Trauerreaktionen möglich ist, vor allem im höheren Lebensalter),
- wenn die Verstimmungen vom Betroffenen als nicht nur quälend, sondern zumindest teilweise als fremd und nicht abschüttelbar erlebt werden,

- und wenn sie mit bedrängenden, ja beherrschenden Gefühlen von Schuld und Unfähigkeit (nicht Können trotz Wollen), mit gleichgültiger Selbstvernachlässigung, mit ernsteren Todeswünschen oder gar konkreten Selbsttötungsideen einhergehen.
- Und wenn sie von außen, d. h. durch zwischenmenschliche Kontakte nicht mehr in der üblichen Weise zu lindern sind, vor allem wenn der Gesamtzustand so unerträglich wird, dass der Betroffene ärztliche Hilfe suchen muss.

Insbesondere die letzte Erkenntnis ist ein guter Unterscheidungsfaktor: Wer nur traurig ist, geht kaum zum Arzt.

In allen Medien: Burnout

Noch schwieriger wird mitunter die Differenzierung zwischen **Burnout** und Depression, was sogar die Experten, also die Psychiater und Nervenärzte zu kontroversen Erörterungen zwingen kann.

Die Frage lautet: Ist Burnout nur eine Mode-Diagnose, die derzeit ihren medialen Höhepunkt erreicht? Oder ist es in der Tat ein Kahlschlag der Reserven und ein Schwelbrand unserer Zeit und Gesellschaft, der uns noch teuer zu stehen kommen wird? Die Lösung dieses Problems scheint wissenschaftlich noch weit entfernt, was den Betroffenen allerdings kein Trost sein kann.

Entscheidend sind beim Burnout offenbar überwiegend so genannte Stressoren am Arbeitsplatz, was sich bei der Depression in dieser Intensität kaum findet. Dazu gehören ständiger Zeitdruck, Überforderung, aber auch Unterforderung, insbesondere aber mangelnde Anerkennung und so genannte Gratifikations-Krisen, d. h. wenig oder überhaupt keine Dankbarkeit. Außerdem zu geringer Handlungsspielraum und Konflikte mit Vorgesetzten oder Kollegen.

Kurz: Beim Burnout-Syndrom spielt der Stress eine große Rolle, vor allem Hetze, Termindruck, ständige Erreichbarkeit usw. Und die erwähnten Enttäuschungen, Kränkungen, mangelnde Wertschätzung, Desinteresse der Führungs-Etagen, wenig Kommunikation, aber auch fehlende Arbeitsziele, unklare Aufgabenverteilung, häufiger Füh-

rungswechsel und damit - auf emotionaler Ebene - Resignation, Vertrauensverlust, Frustration, Wut und Aggression.

Auf jeden Fall nimmt das Arbeitsumfeld im Leben vieler Burnout-Betroffener nicht nur einen hohen, sondern fast schon einen dominanten bis ausschließlichen Stellenwert ein. Mit anderen Worten: eine ausgewogene Balance zwischen Arbeit und Freizeit, Familie und Hobbys war schon immer schwierig, wurde immer schwieriger, zuletzt gar nicht mehr möglich bzw. ins Auge gefasst. Drohen daneben noch andere Überlastungen, beispielsweise partnerschaftlich, familiär, nachbarschaftlich usw., brennt der Betroffene wie eine Kerze an beiden Enden ab.

Burnout beginnt also - und hier finden sich viele Abgrenzungs-Möglichkeiten gegenüber einer Depression jeglichen Verlaufs -, in der Anfangsphase mit überhöhtem Energieeinsatz und nicht realisierter Erschöpfung-Gefahr. Schließlich reduziertes Engagement, danach seelische Konsequenzen, vor allem Niedergeschlagenheit und ungewohnte Reizbarkeit, gefolgt von einem Rückgang der geistigen Leistungsfähigkeit, der Motivation, der Kreativität und des differenzierten Denkens. Und schließlich eine Art Verflachung des emotionalen Lebens bis hin zur inneren Leere. Dafür die fast schon verzweifelte und vor allem riskante Neigung zu Ironie, Sarkasmus und Zynismus, was früher nicht auffiel.

Auf körperlichem Gebiet finden sich allerdings auch hier Herz-Kreislauf- sowie Magen-Darm-Beschwerden, unklare Schmerzbilder, vor allem aber Muskelverspannungen und ein geschwächtes Immunsystem mit erhöhter Neigung zu chronischen Infektionserkrankungen. Dazu kommt eine schwer behandelbare Anfälligkeit für andere Stress-Bilder, z. B. Tinnitus, Angststörungen, Schlafstörungen, psychosomatische Beeinträchtigungen ohne organischen Grund, chronische Tagesmüdigkeit und Ess-Störungen. Gefährlich sind Selbstbehandlungsversuche mit Kaffee, sprich Coffeinismus, Nikotin, insbesondere aber Alkohol und in letzter Zeit vermehrt mit entsprechenden Putschmitteln als Gehirn-Doping.

Das sind die entscheidenden Unterschiede, die zwischen den geschilderten Depressions-Ursachen und -Symptomen und einem Burnout differenzieren lassen. Leider gibt es viele Überschneidungen - und noch mehr Verwechslungen. Und immer häufiger offensichtlich etwas, das bei körperlichen Krankheiten schon lange bekannt ist, bei seeli-

schen aber erst jetzt richtig diskutiert wird: Gemeint ist die Co-Morbidität, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt. So kann es selbstverständlich Depressionen verknüpft mit Burnout und seinen Folgen geben, sprich: Zwei Erkrankungen, die gemeinsam zermürben, was noch schwerer zu ertragen und schwieriger erfolgreich zu behandeln ist.

Innere Kündigung: die heimliche Entscheidung

Neuerdings wird auch öfter von **innerer Kündigung** gesprochen. Dabei finden sich ebenfalls Verwechslungsmöglichkeiten mit Depressionen. Betroffen sind Mitarbeiter jeglicher Schicht- und Kompetenzstufe. Die innere Kündigung ist ebenfalls oft an eine entsprechende Persönlichkeitsstruktur geknüpft. Der Verlauf ist typisch: Demotivation, gefolgt von Frustration, dann Resignation, schließlich deprimierte Reaktion (was noch keine krankhafte Depression ist). Und zuletzt die innere Abkehr von Aufgabe, Betrieb und Arbeitgeber. Der Mitarbeiter scheut zwar die offizielle Kündigung, kann sich das zumeist auch nicht leisten, geht aber in die „innere Emigration“.

Die Ursachen sind von individueller Wertigkeit; es trifft schließlich nicht jeden; die Konsequenzen sind erst einmal nicht auffällig, im Laufe der Zeit aber folgens schwer, zuletzt auch für den Betroffenen selber. Das betrifft vor allem das schleichend zermürbende Beschwerdebild:

Am häufigsten sind auch hier Merk- und Konzentrationsstörungen, ja Vergesslichkeit, dazu Abgespanntheit, Müdigkeit, rasche Erschöpfbarkeit, ferner Magen- und hier insbesondere Verdauungsprobleme, dazu Schlafstörungen und die Folgen eines verhängnisvollen Frust-Essens mit Gewichtszunahme.

Auf emotionaler Ebene sind es vor allem eine dauerhafte Niedergeschlagenheit, Missstimmung, Reizbarkeit, ggf. Neigung zur Aggressivität sowie eine nachlassende Kommunikations-Fähigkeit mit Rückzugsgefahr.

Auch hier kann der Missbrauch von Nikotin, Alkohol und Medikamenten drohen - und damit ein Teufelskreis. Doch daraus dem scheint der Betroffene aus eigener Initiative leichter herauskommen als beim Burnout. Dies vor allem dann, wenn sich

- die ursächlichen Belastungen schließlich als erträglicher gestalten
- oder wenn sich die persönliche Einstellung den als misslich empfundenen Bedingungen anzupassen beginnt
- oder wenn der Betreffende zwar am Arbeitsplatz mit „Dienst nach Vorschrift“ ausharrt, seine Interessen und Energien aber einem anderen Ziel oder Umfeld widmet, das ihn dann auch ersatzweise ausfüllt und erfüllt (z. B. ein Ehrenamt, was nicht nur Pflege und Betreuung, sondern auch Sport, Kultur, Politik usw. bedeuten kann).

Deshalb auch die wichtige Unterscheidung zwischen den häufig vermischten Leidensbildern Burnout und innere Kündigung: Der Burnout-Betroffene würde noch gerne, aber er kann nicht mehr. Der innerlich Kündigende könnte noch, aber er will nicht mehr.

Schlussfolgerung

Das sind einige Unterscheidungs-Kriterien, wie sie derzeit vermehrt diskutiert werden - vor allem in Fachkreisen, mehr und mehr auch in der Allgemeinheit. Die zwei Audio-CDs bieten hier einen Diskussions-Ansatz, der über die üblichen Depressions-Hinweise hinausgeht. Einer der Vorteile dieses Informations-Angebots, das von der praktischen Alltags-Erfahrung lebt (ES).