

Erschöpfungssyndrome neu verstehen: Komplexe Herausforderungen an eine Anthroposophie-basierte psychosomatische Behandlung im Rahmen einer stationären Rehabilitation

MONIKA SPAHL

Erschöpfungssyndrome neu verstehen: Komplexe Herausforderungen an eine Anthroposophie-basierte psychosomatische Behandlung im Rahmen einer stationären Rehabilitation

■ Zusammenfassung

Immer mehr stark erschöpfte Menschen kommen hilfesuchend in unsere Klinik. Aus salutogenetischer Sicht versuchen wir, gemeinsam mit ihnen ihre Überforderungserlebnisse und Versagensängste zu verstehen und die zugrunde liegenden dysfunktionalen Denk- und Verhaltensmuster durch Biografiearbeit bis in die frühe Kindheit zurückzuverfolgen. Wir erleben mit jedem einzelnen Menschen neu, was Krieg, traumatisierende Kindheitserlebnisse und individuelle Überlebensstrategien generationsübergreifend in Körper und Seele anrichten können. Insbesondere hochsensible, begabte und kreative Menschen verausgaben sich weit über ihre körperlichen und seelischen Grenzen hinaus.

In der Anthroposophie-basierten psychosomatischen Behandlung gelingt es, die Selbstheilungskräfte der Betroffenen auf den Ebenen des physischen, des ätherisch-prozessualen, des astralen Leibes und der Ich-Organisation zu unterstützen. Unser Ziel ist es, in der wertschätzenden therapeutischen Begegnung die Menschen zurückzuführen zu einer als selbstwirksam erlebten Identität und einer sinnstiftenden Weltanschauung – als Basis einer gesunden, kohärenten Lebensführung.

■ Schlüsselwörter

Erschöpfung
Salutogenese
Hochsensibilität
Traumafolgestörungen
Liebe

A new understanding of fatigue syndromes: Complex challenges to anthroposophy-based psychosomatic treatment in the context of inpatient rehabilitation

■ Abstract

More and more severely exhausted people are seeking help in our clinic. From a salutogenetic perspective, we work with them to try to understand their experiences of being overwhelmed and their fear of failure and to trace the underlying dysfunctional patterns of thought and behaviour back to early childhood through biographical work. With each individual, we learn anew what war, traumatising childhood experiences and individual survival strategies can do to the body and soul across generations. Highly sensitive, gifted and creative people in particular push themselves far beyond their physical and mental limits.

Anthroposophy-based psychosomatic treatment succeeds in supporting the self-healing powers of the clients on the levels of the physical, the etheric-processual, the astral body and the I-organisation. Our aim is to use the appreciative therapeutic encounter to return people to an identity that they experience as self-effective and a meaningful world view – as the basis for a healthy, coherent lifestyle.

■ Keywords

Exhaustion
Salutogenesis
High sensitivity
Trauma-related disorder
Love

1. Einleitung

In diesem Beitrag lassen wir Sie teilhaben an den Erfahrungen mit erschöpften Menschen im Haus am Stalten, einer Anthroposophischen Fachklinik und Psychosomatischen Rehabilitationsklinik im Südschwarzwald. An diesem Ort widmete man sich schon vor über 100 Jahren erschöpften Menschen. Die damalige Besitzerin Anna Maria Oßwald aus Endenburg schrieb folgende Zeilen: „Oberhalb des Wiesentals auf weitschauender Bergeshöhe steht das einfache, aber schmucke Kurhaus ‚Stalten‘. Infolge seiner ruhigen, im Norden geschützten Lage, direkt am Walde, ist es für Erholungsbedürftige ein besonders geeigneter Aufenthaltsort. Die köstliche Waldes- und Bergesluft im Verein mit der guten Verpflegung erquickt und stärkt Leib und Seele in hohem Maße, so dass alle, die sich hier einige Zeit zur Ruhe hingaben, mit neuer gestärkter Kraft in ihren Wirkungskreis zurückkehren konnten.“ Dieser geschützte, heilsame Ort ist auch heute eine wichtige Basis, um erschöpften, reizüberfluteten Menschen wirksam helfen zu können.

2. Historie und Klassifizierung

Bereits vor 100 Jahren suchten vermehrt erschöpfte und insbesondere hochsensible, begabte und kreative Menschen, Künstler und Gelehrte Kurhäuser und Sanatorien in naturnaher Umgebung auf, in denen ihnen alternative Heilungsansätze mit einem ganzheitlichen Programm angeboten wurden. Die konventionelle Medizin hatte schon damals nur wenig Antworten und Behandlungskonzepte für erschöpfte Menschen zu bieten. Das berühmte Sanatorium Dr. von Hartungen in Riva am Gardasee suchten u. a. Franz Kafka und Max Brod, Heinrich und Thomas Mann, Christian Morgenstern, Max Oppenheimer und auch Rudolf Steiner auf (1, S. 21). Damals wurde der Aufenthalt zunächst als Angelegenheit vitalisierender, rein äußerlicher Anwendungen und Therapieverfahren verstanden und noch nicht unter dem Aspekt einer persönlichen, inneren Veränderung betrachtet (2). Dabei ging es schon zur damaligen Zeit um viel mehr. Es ging um die „Grundangelegenheiten des Lebens“, darum, neu anzufangen und umzulernen: „[D]iese kleinen Dinge Ernährung, Ort, Klima, Erholung“, so schrieb Nietzsche, „sind über alle Begriffe hinaus wichtiger als alles, was man bisher wichtig nahm. Hier gerade muss man anfangen, *umzulernen* [...]“ (3, S. 295).

1880 beschrieb der New Yorker Arzt George Miller Beard mit dem Begriff der Neurasthenie ein neues Krankheitsbild, eine chronische Erschöpfung, die durch die Beschleunigung des Lebens im Gefolge neuer Techniken, durch Reizüberflutung, Überforderungsgefühle, Versagensängste und die Angst des „Nicht-fertig-Werdens“ ausgelöst wurde (4). In einer Leistungsgesellschaft mit den Parolen „Höher, schneller, weiter!“ und „Zeit ist Geld“ seien Ruhe- und Regenerationsphasen nicht mehr erwünscht. Parallel zur zunehmenden Industrialisierung nahm das Schutz- und Sicherheitsgefühl des Einzelnen durch die Großfamilie immer mehr ab. Der Mensch wurde vermehrt zum Einzelkämpfer ohne stützendes sozia-

les Netzwerk. Schon damals wurde das auch heute noch gängige Modell der „leergelaufenen Batterien“ benutzt (5, S. 5457). Nach zwei Weltkriegen, einer Zeit, in der sich die Menschen in ihrem Kampf ums nackte Überleben erschöpften, nach 30 Jahren des Wiederaufbaus, des „Wirtschaftswunders“, wurde mit dem 1974 von Herbert Freudenberger beschriebenen Burnout-Syndrom eine neue gesellschaftliche „Zeitdiagnose“ in Deutschland populär: Erschöpfung durch zu viel Arbeitsstress (6) mit den noch heute gängigen Stressmodellen (7). Der Begriff Stress wurde schon in den 30er Jahren durch Hans Selye geprägt und als „physiologische Reaktion des Organismus auf äußere schädliche Reize“ definiert, die in drei Phasen abläuft: Alarmreaktion, Anpassungsreaktion und Erschöpfungsreaktion (8). Als Ursache für die rasanten Zunahme der Burnout-bedingten Krankheitsfälle wurden Veränderungen der Arbeitswelt durch Globalisierung, Intensivierung und Beschleunigung der Arbeitsabläufe mit immer höherem Leistungsdruck auf den Einzelnen gesehen. Heute, 50 Jahre später, sind am häufigsten Beschäftigte in Führungspositionen und im Gesundheitssystem betroffen (9), in unserer Klinik besonders viele Lehrer:innen und Kindergärtner:innen.

Freudenberger hatte damals schon erkannt, dass es sich beim Burnout-Syndrom um einen Erschöpfungsprozess mit unterschiedlichen Stadien handelt:

- 1 Zwang, sich beweisen zu müssen
- 2 Verstärkter Einsatz
- 3 Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse
- 4 Verdrängung von Konflikten und Fehlern
- 5 Umdeutung von Werten
- 6 Verleugnung der Probleme
- 7 Rückzug
- 8 Verhaltensänderung
- 9 Depersonalisation
- 10 Innere Leere
- 11 Depression
- 12 Völlige Erschöpfung

In seinem Buch „Wendepunkt Burnout“ beschreibt Fritz Helmut Hemmerich die 12 Phasen mit plastischen Begriffen, die auch unsere Patient:innen häufig benutzen: 1 Mühe – 2 Strapaze – 3 Bürde – 4 Last – 5 Joch – 6 Plage – 7 Tretmühle – 8 Straucheln – 9 Hinfallen – 10 Vermeiden – 11 Verweigern – 12 Zusammenbrechen und Aufgeben (10, S. 95111). Die letzten sechs Phasen würden nach heutigen Diagnosekriterien einer leichten, mittelschweren oder schweren Depression entsprechen. Bis heute ist das Zusammenspiel von Depression und Erschöpfung nicht hinreichend geklärt.

Differenziert werden in der ICD-10 die Neurasthenie F48.0, die häufig auch als Erschöpfungsdepression bezeichnet wird, das Burnout-Syndrom Z73 und das Chronische Fatigue-Syndrom (CFS) G93.3, ein Begriff der 1988 erstmals von Straus et al. für die Beschreibung einer chronischen Müdigkeit eingeführt wurde, die nach einem Cluster-Ausbruch in Amerika beobachtet wurde (11, S. 791795). Dadurch, dass sich die Prävalenz des CFS nach Infektion mit dem COVID-19-Virus von 0,3 auf 0,6 %

verdoppelt hat (12), wurde das CFS durch die Medien breiteren Bevölkerungsschichten bekannt. In der ICD-11 wird das CFS als Postvirales Fatigue-Syndrom 8E49 klassifiziert und von Fatigue MG22 und Burnout QD85 abgegrenzt. Definitorische und diagnostische Unschärfen bestehen auch weiterhin. Insgesamt leiden heute 29,7 % in Deutschland unter einem der Erschöpfungssyndrome (13). Differenzialdiagnostisch ist bei einer Erschöpfung immer auch an Autoimmunerkrankungen wie z. B. die Multiple Sklerose G35 zu denken und an schwere zugrundeliegende, bislang unerkannte chronische Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen C00C97 (14), bei denen eine schwere Erschöpfung zu Beginn ganz im Vordergrund stehen kann.

Im klinischen Alltag orientieren sich unsere Therapieansätze nicht an der ICD-10, sondern individuell an der Lebenssituation und den Bedürfnissen des einzelnen Menschen. Die ICD-10-Diagnose ist jedoch unumgänglich für die Dokumentation und für die Abrechnungsmöglichkeiten, und es ist wichtig, ihre Bedeutung für den einzelnen Menschen zu verstehen und mit ihm darüber zu sprechen. Die Diagnose CFS kann für einen Menschen entlastend wirken: Man hat nicht in einer Leistungsgesellschaft versagt, sondern leidet an einer Krankheit. Die Diagnose kann auch insofern entlasten, weil man sich zuvor trotz eindringlicher Symptome nicht gesehen und erstgenommen gefühlt, nicht selten eine lange Odyssee bei unterschiedlichen Fachärzten hinter sich hat und ohne Befund oft einfach als „übersensibel“ abgestempelt wurde. Für andere Menschen kann die Diagnose auch schockierend sein, wenn sie im Internet dazu lesen, dass dieses Erschöpfungssyndrom noch unzureichend erforscht ist, kurative Behandlungsmöglichkeiten fehlen und für Erwachsene mit CFS derzeit kaum Aussicht auf Besserung und Wiedereingliederung ins Berufsleben besteht (15).

3. Symptome

„Wie es mir geht, das ist leichter geseufzt als beschrieben.“

Mascha Kaleko

Bei den Erschöpfungssyndromen weist der Zusatz „Syndrom“ bereits auf das Vorliegen einer Vielzahl von Symptomen hin und signalisiert, dass die Ursachen und die Zusammenhänge der Symptome nicht hinreichend geklärt sind. Bei den Patient:innen in unserer Klinik fanden sich zusätzlich zur Erschöpfung häufig folgende Symptome (in unterschiedlicher Ausprägung und Kombination):

- Schlafstörungen
- Ängste
- Innere Anspannung und Erregung
- Depressive Stimmung, Freudlosigkeit
- Grübelneigung
- Antriebsschwäche, Interessenverlust
- Gefühl der Traurigkeit, häufiges Weinen
- Eingeschränkte Belastbarkeit, schnelle Ermüdbarkeit
- Reizbarkeit und schlechte Laune

- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen
- Unfähigkeit, den Alltag zu bewältigen
- Entscheidungsschwäche
- Sozialer Rückzug
- Höhere Sensibilität gegenüber Stress, Geräuschen und Licht
- Verstärkung der Schmerzempfindlichkeit
- Diffuse Schmerzwahrnehmung
- Schwindelgefühle
- Spannungskopfschmerz und Migräne
- Magen- und Darmbeschwerden
- Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, Schmerzen in verspannten Muskeln
- Sexuelle Störungen
- Geschwächte Abwehrkräfte, häufige Infekte
- Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden
- Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit
- Allgemeine Unsicherheit, allgemeines Unbehagen
- Negative Grundeinstellung zur eigenen Person, zur Arbeit und zum Leben im Allgemeinen

Ohne ein tiefergehendes Verständnis der Hintergründe der Erschöpfung verzetteln sich Therapieansätze leicht in der „Bekämpfung“ von Einzelsymptomen. Die erschöpften Patientinnen und Patienten fühlen sich durch die Vielzahl von Medikamenten, Behandlungsangeboten und Ratschlägen dann schnell überfordert. Für sie ist es wichtiger, erst einmal in ihrer überforderten Lebenssituation gesehen und verstanden zu werden. Viele Symptome werden durch eine Überreizung und Dysbalance des vegetativen Nervensystems ausgelöst. Sie gehen zurück, wenn die Anspannung nachlässt und die Menschen in eine innere Ruhe kommen.

4. Erschöpfung: Ein Lebensweg der Überforderung

Warum fühlt sich der heutige Mensch überfordert? Warum überfordert er sich selbst? Bestseller von Psycholog:innen, Soziolog:innen, Philosoph:innen und Literaturwissenschaftler:innen zu dem Thema sind schon längst zu einem gesellschaftlichen Gemeinplatz geworden: Titel wie „Das Zeitalter der Erschöpften“ oder „Müdigkeitsgesellschaft“ zeigen auf, wie das Leben im 21. Jahrhundert die Menschen durch Leistungsdruck, Reizüberflutung und zunehmende Digitalisierung überfordert und von sich selbst entfremdet. „Die Qualen des Narzissmus“ wurden analysiert und als narzisstische Selbstversklavung des modernen Menschen, die schon Nietzsche erkannt hatte, immer wieder bestätigt: „Der Exzess der Arbeit und Leistung verschärft sich zu einer Selbstausbeutung. Die psychischen Erkrankungen der Leistungsgesellschaft sind gerade die pathologischen Manifestationen dieser paradoxen Freiheit.“ (16, S. 63) Doch die abschließenden Worte der „Expertinnen und Experten“ bieten erschöpften Menschen keine Hilfe: „Die Ideologie des Narzissmus ist eine Sackgasse.“ (17, S. 211) „Das Zeitalter der Erschöpfung ist im Kern nichts anderes als das Zeitalter einer zunehmenden Weltlosigkeit. Die aber ist kein Fall für Mediziner und Therapeuten.“ (18, S. 350) Am Endpunkt tiefster Erschöpfung, nach

langem Sträuben, alte, vertraute, konditionierte Verhaltensmuster loszulassen, steht der Mensch am Abgrund, an einem Wendepunkt, wie ihn Goethe so treffend und gleichzeitig poetisch erfasst hat:

Lange hab' ich mich gesträubt,
Endlich gab ich nach;
Wenn der alte Mensch zerstäubt,
Wird der neue wach.
Und solange Du dies nicht hast,
Dieses „Stirb und Werde“,
Bist Du nur ein trüber Gast
Auf der dunklen Erde.

Goethe, „West-östlicher Diwan“

Auch Hannah Arendt setzt dem „Verlust einer gemeinsamen Welt“ ein machtvolleres Wort des Werdens entgegen, die „Natalität“, das immer wieder neu geboren Werden (19, S. 18, 243). Die Phasen der Erschöpfung können als Erkenntnisweg angesehen werden. Am Ende einer Zeit des „Wahn-Sinns“ wird der Mensch angerufen, sich ganz bewusst dem Sinn seines Lebens zuwenden: das Initiationsprinzip der Bewusstseinsseelenzeit, die heute meist erst nach dem 35. Lebensjahr beginnt. Jeder Therapeut muss sich heute an dieser Stelle selbst und zusammen mit Patientin oder Patient den existenziellen Fragen des Lebens stellen. Als einen „Verlust der Dimension der Tiefe“ bezeichnete Paul Tillich die Krise des heutigen Menschen, „der die Antwort auf die Frage nach dem Sinn seines Lebens verloren hat, die Frage danach, woher er kommt, wohin er geht, was er tun und was er aus sich machen soll in der kurzen Spanne zwischen Geburt und Tod“ (20, S. 8). Unser salutogenetischer Therapieansatz beinhaltet, sich Fragen nach dem Sinn zu stellen und die ganz persönliche, individuelle Erschöpfungsspirale verstehen zu wollen. Der tief erschöpfte Mensch ist am Ende, zum Zeitpunkt des Aufgebens, wenn er sich in eine Klinik begibt, bereit für eine Wende, für ein Neugeborenwerden. Er ist offen für neues Selbstwirksamkeitserleben. Aaron Antonovsky, Begründer des heutigen Salutogenese-Verständnisses, spricht von der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit des Lebens (21, S. 18). Laura Perls, die Mitbegründerin der Gestalttherapie, schrieb: „Ich spreche für mich selbst – die einzige Art und Weise, wie ein Gestalttherapeut überhaupt etwas sagen kann: Ich bin zutiefst davon überzeugt, dass das grundlegende Problem des *Lebens*, nicht nur der *Therapie* ist: *Wie* kann man ein Leben für ein Wesen, dessen hauptsächlichste Charakteristikum die Bewusstheit seiner selbst als einzigartiges Individuum einerseits und seiner Sterblichkeit andererseits ist, lebenswert gestalten.“ (22, S. 20) Eine therapeutische und lebensphilosophische Antwort wäre: „Liebend!“

5. Erschöpfung: Heilung durch liebende Begegnung

„Wir lieben immer zu wenig, und ständig zu spät.“

Jan Twardowski

„Es ward ihm [dem Patienten] [...] von heut auf morgen zum Wendepunkt, zum Anfang des Weges in die Welt echter mitmenschlicher Gemeinsamkeit, zum An-

fang also jenes wirklichen menschlichen Weges, den er erst noch zu gehen und im Gehen zu entdecken hat.“ (23, S. 73) Mit diesen Worten charakterisiert Hans Trüb als Arzt und Therapeut die „Heilung aus der Begegnung“ in seinem gleichnamigen Buch. „Es genügt nicht, dass es in ihm, dem Patienten allein zur Evidenz kommt – der Raum zwischen den zwei sich Begegnenden ist nötig. Von da aus gesehen gewinnt dann diese Begegnung eine transzendente Bedeutung.“ „Für die Psychotherapie ist ernsthaft festzuhalten, dass wir, du und ich, beide ein Drittes behandeln, nämlich die menschliche Erfahrung, voll Widerspruch mit sich selbst und der Welt. [...] Das Konkrete kommt nur zustande dadurch, dass wir das Gemeinsame behandeln.“ (23, S. 85) Dieses dialogische Prinzip, das am Du zum Ich werden (24) steht bei Martin Buber ganz im Vordergrund, „wenn der Therapeut in einer echt personenhaften Begegnung zwischen dem Hilfebedürftigen und dem Helfer sich in den Abgrund des Menschseins begeben hat“ (25, S. 9). Diese schicksalhafte Beziehung zwischen dem Heilenden und dem zu Heilenden beschreibt Rudolf Steiner den Jungmediziner:innen 1924, „eine Beziehung, in der jemand auf uns zukommt, mit dem uns ein Wesensverhältnis verbindet“ (26, S. 436). Die Begegnung war für Hans Trüb und auch für Laura Perls „sowohl der Weg als auch dessen Voraussetzung und dessen Ziel“ (23, S. 221). Sie formuliert es für sich so: „Für mich ist es dabei wichtig, keine therapeutische Rolle zu spielen, sondern dem Klienten so zu begegnen, wie ich im Augenblick bin: mich mit meinem Hintergrund, mit allem, was mir an Erfahrung, Wissen und Geschick zur Verfügung steht, in der gegebenen Situation in den Dienst des Dialogs, der Begegnung zu stellen.“ (27, S. 221)

Heilsam werden unsere therapeutischen Begegnungen, wenn wir dem anderen Menschen liebend begegnen, denn „erst auf diese Weise fangen wir an, uns vom Leben führen zu lassen“ (28, S. 5), schreibt Peter Osten in seinem Artikel „Die Liebe in der Psychotherapie“. Die Liebe stelle „von der Geburt bis zum Tod die ursprünglichste aller Motivationen beim Menschen dar. Schon in der Weltwahrnehmung des Kindes steht ein immanentes Verlangen: ‚Werde ich geliebt – von anderswo her?‘ Und während dieses durch den gesamten Lebenszyklus seine Bedeutung behält, kommt im frühen Erwachsenenalter ein zweites, noch wichtigeres hinzu ‚Kann ich als Erster lieben – vor dem Anderen?‘ Diese beiden Fragen des französischen Philosophen Jean Luc Marion begleiten uns dabei, wesentliche Skizzen in der Entstehung der Liebensfähigkeit nachzuzeichnen. Dabei wird deutlich, dass die Kernkompetenz der Liebe in der Psychotherapie darin besteht, den Anderen in einer universellen Weise ‚als Erster lieben zu können‘.“ (28, S. 1) „Liebende Psychotherapie richtet Räume ein [...], in denen sich Therapeut und Patient auf einer Ebene des Herzens einander zu erkennen geben.“ ((28, S. 14), vgl. auch (29)) „Die meisten Menschen denken, alles je Entbehrte sei unwiederbringlich und für immer verloren. Wer aber das zu Entbehrende in der Psychotherapie wieder gesehen und am eigenen Leib gespürt hat, kann ihm zustimmen und es als

schmerzhaftes Sehnen in liebenden Herzen wachhalten. So wird die Vermeidung in eine neue Orientierung umgewandelt, und so wird schließlich der ‚Verlust zum unendlichen Besitz‘.“ (28, S. 15)

6. Erschöpfung: Eine Traumafolgestörung

„Alles je Entbehrte“ ein ganzes Leben lang zu suchen, zu ersehnen, zu erwarten, nie genug zu bekommen, ist erschöpfend. Und es tut sehr weh, sich dem, was aus gutem Grund in der Kindheit verdrängt wurde, heute zuzuwenden. Sich einzugestehen, wie schlimm es damals wirklich war, heißt, sich schmerzvollen Erinnerungen zu stellen, sich einzugestehen, nicht die liebevolle Zuwendung bekommen zu haben, auf die wir als Kind existenziell angewiesen waren. Plötzlich fühlt man sich der eigenen Familie gegenüber illoyal, und bislang unbewusste Schuldgefühle tauchen auf.

Diesen „unbewussten Schuldgefühlen“ widmen sich Engel und Ferguson in ihrem gleichnamigen Buch, in dem sie beschreiben, wie seit der Kindheit bestehende unbewusste Schuldgefühle zu einem außer Kontrolle geratenen Altruismus führen können (30, S. 27). Heute geht man davon aus, dass Altruismus grundsätzlich eine angeborene Eigenschaft ist (31), das Gemeinschaftsleben stabilisiert und insbesondere bei hochsensiblen Kindern sehr ausgeprägt ist. Zusätzlich entwickeln traumatisierte Kinder bereits in frühen Lebensjahren im Rahmen ihrer Anpassungsleistungen an eine belastende familiäre Umgebung unbewusste Überzeugungen, die dazu führen, Verantwortung für Probleme zu übernehmen, die gar nicht ihre Probleme sind. Kinder missverstehen, was sie sehen und hören, sie verinnerlichen wiederholte Aussagen ihrer frustrierten Eltern als Wahrheit „du hast mein Leben ruiniert“, „wenn du nicht da wärest ...“ insbesondere, wenn die Eltern, meist unbewusst, bei den Kindern Schuldgefühle auslösen, um sie zu manipulieren. Kinder nehmen „unbewusst“ die Schuld auf sich, statt sich der beunruhigenden und beschämenden Tatsache zu stellen, von lieblosen, inkompetenten, ablehnenden Eltern abhängig zu sein. „Schwere Schuldgefühle treten am häufigsten bei Menschen auf, die unglückliche, erfolglose, übermäßig beschützende, kontrollierende, vernachlässigende oder misshandelnde Eltern hatten.“ (30, S. 62) Es gilt, in aufdeckender Biografiearbeit und in der therapeutischen Begegnung ein Bild davon zu gewinnen, wie sich die Eltern damals verhielten, denn in ihrer tiefen Erschöpfung und unter Anspannung verhalten sich Menschen wie ihre Eltern damals. So kann es im Klinikalltag immer wieder auch eine Herausforderung sein, sich in der Begegnung mit übermäßig fordernden Patient:innen nicht reaktiv zu verhalten, sondern liebevoll und verständnisvoll immer wieder ruhig und klar auch Grenzen zu ziehen.

Erst durch Einsicht in Kindheitserlebnisse ist es möglich, eingebildete „Verbrechen“ zu erkennen und zu versuchen, sich von ihnen freizusprechen (30, S. 63). „Ich habe ein übertriebenes Verantwortungsgefühl“, „ich gebe mir große Mühe, andere Menschen nicht zu enttäuschen“, „ich habe Schwierigkeiten, um das zu bitten,

was ich möchte, und meine Bedürfnisse durchzusetzen“, sind die Erkenntnisse tief erschöpfter Menschen, die sich den Wurzeln ihrer Erschöpfung in der Psychotherapie genähert haben. Es ist wichtig zu verstehen, dass sich die Kinder seinerzeit, um Kritik zu vermeiden, viel Mühe gaben, in bestimmten Bereichen perfekt zu sein, um niemandem einen Anlass zu geben, sie zu kritisieren. Kinder aus gestörten, dysfunktionalen Familien entwickeln perfektionistische Neigungen, die dazu führen können, dass sie sich ein Leben lang weit über ihre eigenen Grenzen hinaus überfordern. „Mary, die Älteste, war der Familienheld, das perfekte Kind, das so erfolgreich wurde, damit die ganze Familie stolz auf sie war.“ (30, S. 180) Traumatische Erfahrungen der Kindheit lassen starke, irrationale Überzeugungen entstehen, z. B. auch um jeden Preis andere Menschen „retten“ zu müssen, ohne auf sich selbst Rücksicht zu nehmen. Das gilt für die vom Burnout bedrohten Mitarbeiter:innen im Gesundheitssystem wie auch für Menschen, die sich im privaten Umfeld für andere Menschen „opfern“. Altruismus ist tief in unserer Gesellschaft, Kultur und Religion verankert und wird durch unbewusste und bewusste Schuldgefühle massiv verstärkt.

Dabei wird gesellschaftlich häufig die Tatsache verdrängt, dass Kinder für ihre Eltern (die für ihre Kinder die guten Eltern sein wollen, die sie selbst nicht hatten) eine hohe Belastung und häufig auch Überlastung bedeuten können. Insbesondere hochbegabte und hochsensible Kinder sind häufig zu aktiv, zu clever, zu eigensinnig, zu verschieden von den elterlichen Erwartungen. Und doch ist es nicht die Schuld des Kindes (30, S. 31). Insbesondere für alleinstehende Mütter bedeutet die Erziehung von mehreren lebhaften Kindern einfach mehr, als sie bewältigen können. Kinder können chronisch krank sein. Mütter fühlen sich verpflichtet, ihren Beruf oder Lebensträume aufzugeben. Elternsein kann schwer sein und viele unserer Patientinnen und Patienten, insbesondere hochsensible und hochbegabte Menschen, sind damit schlichtweg überfordert.

Überdies tauchen die Folgen der Traumatisierung von Kriegskindern und Kriegsenkeln sowohl im heutigen gesellschaftlichen Diskurs als auch in den Therapiekonzepten der Erschöpfungssyndrome viel zu wenig auf. „Wenn Angehörige, Berater und die Gesellschaft insgesamt die Existenz oder Schwere dieser traumatischen Erfahrungen verleugnen oder herunterspielen, wird es sogar noch schwieriger, die Überzeugungen zu ändern, die aus ihnen erwachsen.“ (30, S. 171)

„Und das macht mich verrückt in dieser Familie, Dad. Mir ist egal, dass du uns geschlagen hast. Wirklich. Es ist vorbei und keiner von uns kann daran etwas ändern. Aber ich kann es nicht ertragen, wenn ich eine einfache Bemerkung über die Vergangenheit dieser Familie mache, und du oder Mam sagen mir, es sei gar nicht passiert.“

*So spricht der Erzähler in Pat Conroys Roman
„Die Herren der Insel“.*

Denn es ist nur schwer zumutbar, „was die vertuschte und verleugnete Weitergabe von Täterenergie in Famili-

en anrichten kann“, schreibt Erika Lützner-Lay in ihrem Buch „Trauma und Resilienz in der Beratung und Therapie“ (32, S. 21). Sie zitiert Hartmut Radebold, der in einem Fernsehinterview 2014 sinngemäß sagte: „Wir haben unseren Kindern ein eigenes Zimmer gegeben, ein eigenes Bett, Taschengeld, Sicherheit und Bildung. Sie hatten alles, was wir nicht hatten, aber wir konnten sie nicht trösten, uns nicht einfühlen in ihre Nöte und Konflikte und Sorgen. Sie hatten es doch so viel besser als wir!“ (32, S. 22) „Die Wunde der Ungeliebten in mir war nicht tot. Sie wird nicht sterben, solange ich lebe“, schrieb Peter Schellenbaum als Selbsterkenntnis in seinem gleichnamigen Bestseller (33, S. 11).

7. Stationäre Rehabilitation

Wir haben von unseren Patient:innen gelernt, dass es ohne tiefgreifendes Selbstverstehen und breiteres Weltverstehen, ohne die heilsame liebevolle Begegnung von Mensch zu Mensch nur schwer möglich ist, aus dem Teufelskreis der Selbstüberforderung auszusteigen. Wenn in der Psychotherapie, häufig auch in den Körpertherapien, manchmal bei einem einsamen Waldspaziergang plötzlich Bilder aus der Kindheit von traumatisierenden Erlebnissen auftauchen, sind in der Klinik Tag und Nacht Menschen vor Ort, die zuhören (was damals niemand getan hat), die sich liebevoll um den verängstigten Menschen kümmern. Endlich dürfen Tränen fließen in einem geschützten Raum.

In der familiären Atmosphäre unserer kleinen Klinik mit nur 26 Betten fühlen sich die Menschen geborgen und nicht nur von den Pflegenden, den Ärzt:innen und Therapeut:innen liebevoll und kompetent umsorgt. So wie die Mitarbeitenden in der Küche liebevoll auf persönliche Bedürfnisse eingehen, gehen auch alle anderen Mitarbeitenden bei Fragen und Problemen sehr persönlich auf Patientinnen und Patienten zu.

Wenn die zwischenmenschliche Liebe in unsere anthroposophischen Behandlungen einfließt, können diese ihre volle Wirksamkeit entfalten um ganzheitlich die Selbstheilungskräfte des Menschen auf allen Leibesebenen unterstützen. Wegen ihrer Komplexität und der im Verlauf ganz individuellen Zusammenstellung möchte ich auf die medikamentösen Therapien an dieser Stelle nicht eingehen. Einen hohen Stellenwert haben für uns die äußeren Anwendungen, Massagen, Wickel und Auflagen, Organ- und Teileinreibungen. Bei dem oft langjährigen, in Phasen abgelaufenen Erschöpfungsprozess, der dem Zusammenbruch meist vorangegangen ist, ist es wichtig zu verstehen, dass auch der Kräftigungs- und Heilungsprozess in Phasen verläuft, die es bei der Strukturierung eines stationären Aufenthalts zu berücksichtigen gilt. Die ersten drei Phasen finden in der Regel während des stationären Aufenthalts statt. Die weiteren Phasen bedürfen einer ambulanten Weiterbegleitung.

1. Phase:

In dieser ersten Phase laden wir die Menschen ein, am Ort und bei sich selbst anzukommen und ihren eigenen Bedürfnissen bewusst nachzugehen: sich hinzulegen, sich auszuruhen, im Heilkräutergarten und im

nahen Wald in der Wahrnehmung der umgebenden Natur sich wieder selbst wahrzunehmen. Einzeltherapien stehen ganz im Vordergrund, da Gruppentherapien die Patientinnen und Patienten schnell überfordern. Körpertherapeutisch beginnen wir mit Rhythmischen Ganzkörperreibungen und Rhythmischen Massagen nach Wegman/Hauschka, Öldispersionsbädern nach Junge, Cranio-Sacral-Therapie, Massagen nach Dr. Pressel oder Heublumenaufgaben und Ingwerwickeln. Die Menschen erleben sich liebevoll versorgt und genährt, auch durch die frisch und liebevoll zubereiteten vegetarischen Mahlzeiten aus biologisch-dynamisch angebautem Gemüse. Der Aufbau tragender therapeutischer Beziehungen steht ganz im Vordergrund. Sehr vorsichtig wird mit einer aufdeckenden biografischen Arbeit begonnen.

3. Phase:

In der mittleren Phase liegt der Fokus im Hier und Jetzt, Selbstreflexion und Selbstentwicklung stehen im Vordergrund. Heileurhythmie und kreative Therapieangebote wie Musik- und Kunsttherapie kommen hinzu. Die Menschen werden angeregt, ihre auftauchenden Empfindungen und Bedürfnisse in dem geschützten Raum therapeutischer Begegnung zu leben, sich kreativ auszudrücken, zu experimentieren. Gruppentherapien mit achtsamen Bewegungsübungen, Eurythmie und Cantienica® helfen, den eigenen Körper in Bewegung neu zu erleben und zu erkunden. Meditationen und Achtsamkeitspraktiken werden angeleitet, um den Patient:innen zu helfen, in eine innere Stille hineinzufinden und sich zu entspannen. Ein persönliches Tagebuch wird angelegt, um die neue Bewusstheit zu vertiefen, Gedanken und Gefühle und deren Einflüsse auf das eigene Leben zu beschreiben, hilfreiche Anregungen aufzugreifen. Bei hochsensiblen und hochbegabten Menschen wird die hohe Sensibilität thematisiert und als Vulnerabilität und Ressource angeschaut. Erste experimentelle Übungen werden angeleitet, sodass sich die Patient:innen wieder als selbstwirksam erleben können. Die bewusste Kontaktaufnahme und Kontaktgestaltung mit Mitpatienten werden reflektiert. Auftauchende traumatische Kindheitserinnerungen werden psychotherapeutisch begleitet.

3. Phase:

In der letzten Phase ist es wichtig, keine neuen Themen mehr aufzugreifen, sondern Themenkreise abzurunden, den Blick in die Zukunft zu richten und darauf zu schauen, wie das neu Erlernte in der häuslichen Umgebung angewendet und ein neuer ausbalancierter Lebensstil entwickelt werden kann, bei dem sich die Patient:innen nicht mehr über ihre körperlichen und seelischen Grenzen hinaus erschöpfen.

Nach dem stationären Aufenthalt ist es sehr wichtig, für die nachfolgenden Phasen eine kompetente ambulante Weiterbegleitung, Psychotherapie, Körper- und Kreativtherapien zu organisieren. Im Alltag gilt es, weiter Schritt für Schritt selbstschädigende Verhaltensmuster und Lebensvorstellungen zu reflektieren und loszulassen.

sen. Ich möchte mit den Worten einer Frau schließen, die sie uns nach ihrer Rückkehr nach Hause schrieb: „Ich bin überwältigt von dem, was ich in den 4 Wochen hier erfahren, erleben und erkennen durfte. In der letzten Woche konnte ich mit Staunen spüren, wie die verschiedenen Therapien wie Zahnräder ineinandergriffen und eine Integration der verschiedenen ‚Baustellen‘, mit denen ich angereist kam, vollzogen wurde. Die Menschlichkeit und Herzlichkeit von allen MitarbeiterInnen hat dazu beigetragen, dass ich mich bestens aufgehoben und vor allem verstanden gefühlt habe. So konnte ich mich wieder sammeln, bei mir ankommen und meine innere Kraft wiederfinden. Gestärkt und innerlich ausgerichtet bin ich wieder in meinen Alltag zurückgekehrt und stehe im wahrsten Sinne des Wortes wieder fest auf beiden Füßen.“

Dr. med. Monika Spahl

Internistin, Zusatz Psychotherapie

Gestalt- und Traumatherapeutin

Anthroposophie-basierte Psychotherapie

Leitende Ärztin Klinik Haus am Stalten

m.spahl@stalten.de

Privatpraxis Badenweiler

m.spahl@psychosomatik-badenweiler.de

Literatur

- 1 Jasper W. Zauberberg Riva. Das Sanatorium der Dichter und Denker. Frankfurt am Main: S. Fischer; 2025.
- 2 Proust A. The Treatment of Neurasthenia. New York: E. R. Pelton; 1903.
- 3 Nietzsche F. Ecce homo. Warum ich so klug bin. 10. Abschnitt. In: Friedrich Nietzsche. Sämtliche Werke. Kritische Studienausgabe. Band 6. Berlin, New York: De Gruyter; 1999.
- 4 Beard GM. Die Nervenschwäche (Neurasthenia), ihre Symptome, Natur, Folgezustände und Behandlung. Leipzig: Vogel; 1883.
- 5 Haischa SA, Ballweg T, Seeher C, et al. Burnout und Neurasthenie – Zeitdiagnosen der Jahrhundert? Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy 2018;169(2):54–57.
- 6 Freudenberg H. Staff burnout. Journal of Social Issues 1974;30:159–165.
- 7 Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions at work. Journal of occupational health psychology 1996;1(1):27–41. DOI: <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>.
- 8 Selye H. Stress and the general adaptation syndrome. British Medical Journal 1950;1(4667):1383–1392. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.1.4667.1383>.
- 9 Verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/239672/umfrage/berufsgruppen-mit-den-meisten-fehltagen-durch-burn-out-erkrankungen> (23.04.2025).
- 10 Hemmerich FH. Wendepunkt Burnout. Anleitung für die Praxis. Das Salutogenese-Konzept. Augsburg: Maro Verlag; 2012.
- 11 Straus SE, Dale JK, Wright R, et al. Allergy and the chronic fatigue syndrome. The Journal of Allergy and Clinical Immunology 1988;81(5):791–795. DOI: [https://doi.org/10.1016/0091-6749\(88\)90933-5](https://doi.org/10.1016/0091-6749(88)90933-5).
- 12 Verfügbar unter www.mecfs.de/daten-fakten (23.04.2025).
- 13 Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2023). Verfügbar unter <https://www.rki.de> (23.04.2025).
- 14 Heim ME, Weis J. Fatigue bei Krebserkrankungen: Erkennen – Behandeln – Vorbeugen. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2015.
- 15 Scheibenbogen C, Behrends U. Chronisches Fatigue Syndrom (ME/CFS, G93.3): Stellungnahme vom 19.04.2023. Verfügbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/943054/d6c654c3cabe15eb6f3f194a7fdd12d6/20_14_0095-7-_ESVe-Carmen-Scheibenbogen-und-Uta-Behrends_ME-CFS_nicht-barrierefrei.pdf (23.04.2025).
- 16 Han BC. Müdigkeitsgesellschaft. 14. Aufl. Berlin: Matthes & Seitz; 2024.
- 17 Charim I. Die Qualen des Narzissmus. Über freiwillige Unterwerfung. Wien: Paul Zsolnay Verlag; 2022.
- 18 Martynkewicz W. Das Zeitalter der Erschöpfung. Die Überforderung des Menschen durch die Moderne. Berlin: Aufbau Verlag; 2013.
- 19 Arendt H. Vita activa oder Vom tätigen Leben. München, Zürich: Piper Verlag; 1981.
- 20 Tillich P. Die verlorene Dimension. Not und Hoffnung unserer Zeit. Hamburg: Furche Verlag; 1962.
- 21 Antonovsky A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag; 1997.
- 22 Amendt-Lyon N (Hg). Zeitlose Erfahrung. Laura Perls' unveröffentlichte Notizbücher und literarische Texte 1946–1985. Gießen: Psychosozialverlag; 2017.
- 23 Trüb H. Heilung aus der Begegnung. Überlegung zu einer dialogischen Psychotherapie. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie; 2015.
- 24 Buber M. Ich und Du. Stuttgart: Reclam Verlag; 2021.
- 25 Buber M. Vorwort. In: Trüb H. Heilung aus der Begegnung Überlegung zu einer dialogischen Psychotherapie. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie; 2015: 8–9.
- 26 Soldner G. Der Heilungsimpuls im Lukasevangelium. Der Merkurstab 2023;76(6):429–437. DOI: <https://doi.org/10.14271/DMS-21709-DE>.
- 27 Perls L. Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalttherapie. 3. Aufl. Bergisch Gladbach: EHP Verlag; 2005.
- 28 Osten P. Die Liebe in der Psychotherapie. Internationale Zeitschrift für Philosophie und Psychosomatik 2017;1:1–19. Verfügbar unter https://izpp.de/fileadmin/user_upload/Ausgabe-1-2017/009Osten1_2017.pdf (23.04.2025).
- 29 Bauer K. Einander zu erkennen geben. Das Selbst zwischen Erkenntnis und Gabe. Freiburg i. Br.: Alber Verlag; 2012.
- 30 Engel L, Ferguson T. Unbewusste Schuldgefühle. Zürich: Kreuz Verlag; 1992.
- 31 Hoffman ML. Is altruism part of human nature? in Journal of Personality and Social Psychology 1981;40(1):121–137. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.40.1.121>.
- 32 Lützner-Lay E. Trauma und Resilienz in der Beratung und Therapie. Wie die Schatten unserer Geschichte uns begleiten und die Lebenskraft uns trägt. Wiesbaden: Springer Verlag; 2016.
- 33 Schellenbaum P. Die Wunde der Ungeliebten. Blockierung und Verlebendigung der Liebe. 5. Aufl. München: Kösel Verlag; 1989.