

PSYCHOHYGIENE

Zur Psychologie des Alltags

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

Belastungs-Störungen im Wandel der Zeit?

Dem aufmerksamen Beobachter entgeht es nicht: Es gibt Schwerpunkte in der Häufigkeit bestimmter Ereignisse. Beispiele: kulturell, sportlich, politisch, wirtschaftlich, ja sogar medizinisch. Es häufen sich zu bestimmten Zeiten auch bestimmte Befindlichkeiten, Störungen, ja Krankheiten. Und zwar unabhängig von den zeit-gebundenen Seuchen wie die Epidemien und Pandemien der letzten Epochen.

Das ist auf der einen Seite tragische Realität mit vielen Opfern, meist schicksalhaft und wissenschaftlich exakt objektivierbar. Auf der anderen aber mitunter schwer durchschaubar, was sich sogar in der Frage äußert: Gibt es sogar „Mode-Krankheiten“, zumindest aber schwerpunktmäßig Befindlichkeits-Störungen? Was dann in dieser medial geprägten, wenn nicht digital gebahnten Zeit besonders intensiv, ja nicht nur zeit-, sondern auch gesellschafts- und damit individuell prägend bis belastend ausfallen kann.

Dazu eine kurze Übersicht, die mit dem eher vorwurfsvoll-abwertenden Begriff „Mode-Krankheiten“ beginnt.

Erwähnte Fachbegriffe:

„Mode-Krankheiten“ – Mode – Klage-Schwerpunkte – Krankheits-Häufungen – Leidens-Schwerpunkte – Krankheits-Gewinn – Hypochondrie – Hysterie – Unfall-Folgen – Hautkrankheiten – Geschlechtskrankheiten – Depressionen – Angststörungen – Suchtkrankheiten – Psychosen – Krankheit und Kultur – Krankheit und Zivilisation – Krankheit und Gesellschaft – Herzinfarkt – Migräne – Magengeschwür – Ulcus – Wirbelsäulen-Leiden – Gelenk-Leiden – Rückenschmerzen – prämenstruelles Syndrom – Restless-legs-Syndrom – chroni-

sches Müdigkeits-Syndrom – hypokinetische Störung – ADHS – Tinnitus – posttraumatische Belastungsstörung – „Öko-Syndrom“ – Messies – Vermüdlungs-Syndrom – Asthma – Allergien – RSI-Symptome – Handy-Daumen – „Mousepad-Finger“ – „Handy-Manie“ – „Witwenbuckel“ – „Handy-Nacken“ – Schizophrenie – Katatonie – katatoner Stupor – katatoner Raptus – Phobien – Zwangsbefürchtungen – Burnout – Bildschirm-Verspannungen – zeit-typische Krankheiten – Befindlichkeits-Störungen – Befindens-Schwankungen – Video-konferenz-Erschöpfung – Zoom-Fatigue – Anti-Aging-Welle – „Jungbrunnen“ – „Zoom-Gesicht“ – u. a. m.

Wenn man von „Mode“ spricht, denkt man erst einmal nicht an das lateinische *modus* = Maß, Art, Gemessenes, Erfasstes, sondern – dem später französisch orientierten *mode* entsprechend – vor allem an Kleidung, ggf. noch Frisur und ähnliche Äußerlichkeiten. Also letztlich kurzfristige Begriffe des Zeitgeistes, wie schon die sinnverwandten Charakterisierungen nahelegen: z. B. flott, mondän, chic, elegant, fesch, ja nach Schwerpunkt auch cool, trendig, up to date, und etwas gediegener ausgedrückt zeitgemäß, angesagt, extravagant, fortschrittlich, progressiv u. ä.

Alles also eher „leichtere“ Themen bzw. Bereiche. Der Begriff Mode enthält aber auch weitere und vor allem neue(ere) Verhaltens-, Denk- und Gestaltmuster bzw. gesellschaftliche Dimensionen, die nicht nur die flüchtige Oberfläche umschreiben. Letztlich also Phänomene der gesamten menschlichen Umwelt im Sinne von Sitte, Brauch, Gewohnheit etc. Und angesichts eines ständigen Wandlungsprozesses, was im gesellschaftlichen Kontext üblich, vorherrschend oder dem Zeitgeschmack entsprechend interpretiert werden kann.

Und weil der Begriff Mode dabei so gängig, einprägsam und offenbar leicht und sogar übergeordnet „allseits“ nutzbar ist, hat er sich selbst in Bereiche eingeschlichen, wo er „nicht hingehört“. Dazu zählen auch die so genannten „*Mode-Krankheiten*“. Wie immer man darüber denken mag, das Doppel-Wort fällt nicht so selten, vor allem in eher abschätziger, zumindest aber (vorwurfsvoll) fragender Bedeutung. Deshalb auch als Erstes die Frage:

Gibt es „*Mode-Krankheiten*“? Im ironischen oder gar (heimlich) vorwurfsvollen Sinne sicher, im realen nicht. Denn so gut wie immer handelt es sich auch hier um eine gesundheitliche Belastung – ob gelegentliche Beeinträchtigung, leichtere Störung oder ernstere Krankheit, ob körperlich, seelisch, geistig oder psychosozial bzw. gar mehrschichtig. Und was nicht nur den leidgeprüften Opfern, sondern häufig auch dem näheren Umfeld erhebliche Probleme bereitet, die man niemand wünschen würde. Kurz: Man muss es differenzierter sehen. Denn auch das gilt: Von nichts kommt nichts.

So gibt es auch einen immer wieder irritierenden Wechsel mit mehr oder weniger zeit-abhängigen Leidens-, zumindest aber „Klage-Schwerpunkten“. Das

bestätigen nicht nur konkrete Befragungen und gelegentlich sogar die Ärzte entsprechender Fachrichtungen, das fällt auch im Alltag auf. Wenn es also auch keine „Mode-Leiden“ im eigentlichen Sinne geben mag, dann doch die erwähnten „Leidens-, zumindest aber Beschwerde- bzw. Klage-Schwerpunkte“. Ob die nun auch bestimmten zeit- und damit(?) gesellschafts-abhängigen Rhythmen unterliegen, bleibt häufig unklar. Manche Ursachen sind leichter durchschaubar, andere schwerer statistisch exakt beweisbar. Und was die Statistik betrifft, so gilt: je einfacher statistisch und je perfektionierter epidemiologisch (von der telefonischen Umfrage bis zur repräsentativen Erhebung) erhebbar, desto häufiger kommen natürlich entsprechende Daten in Umlauf (auch hier vor allem zunehmend medial und vor allem digital). Was gilt es also zu bedenken?

Nachfolgend deshalb einige Überlegungen zum Thema ohne moralischen Beigeschmack, wenn auch im Einzelfall einer differenzierteren und damit kritischen Beurteilung durchaus zugänglich:

Krankheits-Gewinn?

Dass Krankheiten nicht nur Leid und Schmerz, sondern mitunter auch Vorteile, ja sogar einen Prestige-Gewinn bringen können, ist seit alters her bekannt. Beispiele: Krankheits-Gewinn nicht nur durch Zuwendung, Mitleid, konkrete Unterstützung, sondern auch Aufmerksamkeit, ja reale Vorteile wie zeitweise regenerations-fördernde Entlastung (Krankschreibung, Rehabilitations-Maßnahmen), leichtere Arbeitsbedingungen, wenn nicht gar vorzeitige Berentung usw. Das muss dann bei weitem nicht mit den zwiespältigen Laien-Diagnosen „Hypochondrie“ oder gar „Hysterie“ zusammenhängen, die ohnehin in der Fachwelt exakter definiert (und mitunter sogar in Frage gestellt) werden, was in der Allgemeinheit nicht konkreter bekannt sein dürfte.

Dass aber auch bestimmte Krankheiten oder sonstige gesundheitliche Beeinträchtigungen in der Tat mehr Ansehen vermitteln als andere, ist ebenfalls nichts Neues. So ist es beispielsweise nicht unerheblich, ob man einen Sport- oder Arbeits-Unfall „vorzeigen“ kann oder eine entstellende Haut- oder Geschlechtskrankheit verbergen muss.

Ganz besonders deutlich wird dies in der „Rangfolge gesellschaftlicher Akzeptanz“ bei psychischen Störungen, wie nicht nur Psychiater und Psychologen, sondern auch psychosomatisch interessierte Ärzte aller Fachrichtungen feststellen müssen. Hier konnten sich beispielsweise die Depressionen leidlich etablieren („Volkskrankheit Depression“). Und dies nicht zuletzt wegen ihrer zunehmenden Häufigkeit, auch durch eine verständlichere populär-medizinische Darstellung der Fachleute und damit der Medien. Das ist zwar für die Betroffenen nicht grundsätzlich und in allen Fällen von Vorteil, für die generelle Akzeptanz und sogar gesundheitliche Situation jedoch langfristig sinnvoller.

Denn jede erfolgreiche Therapie setzt natürlich erst einmal eine nicht nur fachlich zutreffende, sondern auch persönlich akzeptierte Diagnose voraus.

Auch eine wachsende Zahl eher psychosomatisch interpretierbarer Leiden einschließlich „neurotischer“ Entwicklungen sowie die vor allem in letzter Zeit immer häufiger um sich greifenden Angststörungen (insbesondere mit Panikattacken) werden zunehmend öfter beklagt, beforscht und medial diskutiert. Schwieriger dagegen ist die Position der Suchtkrankheiten (Alkoholismus, Rauschdrogenkonsum, Medikamentenabhängigkeit, ja sogar Nikotin-Abusus) und der schizophrenen Psychosen, die nach wie vor ambivalent beurteilt werden und damit im allgemeinen Meinungsbild eher zwiespältig abschneiden.

Es gibt aber auch organische Krankheiten, die die Betroffenen zwar schon immer belästigt, belastet oder gar gequält haben, plötzlich aber zunehmen. Dabei stellte sich jedoch auch hier die Frage: In Wirklichkeit nur öfter im Gespräch bzw. – wie die Kritiker meinen – „im Trend“ oder etwas verkürzt formuliert: „momentan in Mode“? Gibt es das wirklich?

Nun ist es tatsächlich eine alte medizinische Erkenntnis, dass Krankheiten nicht nur von unseren Genen (Erbanlagen) sowie von äußeren Einflüssen wie infektiösen Erregern, klimatischen und Umwelt-Ursachen abhängen, sondern auch von seelischen und vor allem psychosozialen und damit ggf. gesellschaftlichen Faktoren.

So weiß man aus der Arbeitsmedizin schon längst, dass vorzugsweise manuell Tätige unter anderen Erkrankungen leiden als intellektuell Geforderte, dass nicht nur erwartungsgemäß Alter und Geschlecht eine Rolle spielen, sondern auch Zivilstand, soziale Schicht und sogar die Wohngegend (Stadt/Land-Unterschiede) ihren Einfluss zu haben scheinen. Und neuerdings sogar klimatisch. Es gilt also auch folgende Aspekte zu berücksichtigen:

Krankheit – Kultur – Zivilisation – Gesellschaft

Krankheiten sind nicht nur ein Teil unserer jeweiligen Kultur, Zivilisation, gesellschaftlichen Struktur u. a., sie haben auch eine eigene, mitunter sogar übergeordnete Bedeutung, was nicht nur mit der Jahrtausende alten leidvollen Geschichte der Seuchen zu tun hat (s. später). Denn wer über seine Krankheiten spricht, schildert oder beklagt ja nicht nur sein Leiden, sondern ggf. auch sein Leben. Sprich: seine Nöte, Kümernisse, Sorgen, seine (psycho-)soziale Situation und damit Nachteile (Vorteile werden eher als selbstverständlich hingenommen); sowie sein Selbstwertgefühl, seine zwischenmenschlichen, partnerschaftlichen, familiären, beruflichen Belastungen usf.

Da also oft nicht nur Wissen und sogar der erforderliche Wortschatz zur detaillierten Darstellung, sondern auch die notwendige selbst-kritische und damit objektive Distanz fehlen (was nebenbei ganz natürlich ist, kein Vorwurf), springt

hier ggf. die Krankheit ein bzw. das, was die Allgemeinheit in der jeweiligen Epoche aus dem ursprünglich immer gleichen Leiden macht. Oder kurz: Ein Herzinfarkt bleibt ein Herzinfarkt, aber welche Bedeutung hatte er früher, hat er heute – wird er in Zukunft haben? D. h., es gibt nicht nur eine gesellschaftliche Rang-, sondern auch eine inhaltliche Werte-Skala und zwar notgedrungen sehr subjektiv. Manche Kritiker meinen deshalb sogar zeitweise eine „Beliebt-heitsskala“ bestimmter Krankheiten feststellen zu können. Und damit nicht zuletzt fast „modisch“ im erweiterten Sinne, zumindest aber zeit-typisch und gesellschaftlich geprägt.

Dazu einige Beispiele. z. B. aus dem schon älteren Buch von Werner Bartens: *Was hab ich bloß? Die besten Krankheiten der Welt* (Droemer-Verlag, München 2003), ergänzt durch weitere wissenschaftliche Erkenntnisse:

In diesem Zusammenhang (früher?) wohl am häufigsten diskutiert und leidvoll von Millionen Betroffenen durchlitten: die *Migräne*. Ein hartnäckiges neurologisches Leiden, das seine (oft weiblichen) Opfer nicht nur körperlich, sondern auch seelisch zermürbt (Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie). Doch – so die Kritiker – ihre „große Zeit“ sei vorbei. Sie wecke gerade noch Erinnerungen an den Geschlechterkampf der 1970er Jahre. Ansonsten rufe sie kaum mehr Mitgefühl hervor. Im Gegenteil: Migräniker müssten sich immer häufiger anhören, dass sie sich ihr Leiden doch wohl hauptsächlich einbildeten. Oder dass es sich um offenbar weniger durchsetzungsfähige und belastbare Patienten handle (was übrigens gerade bei der Persönlichkeitsstruktur der Migräne-Disponierten am wenigsten zutrifft).

Selbst der erwähnte *Herzinfarkt* – früher Symbol einer respektablen „Manager-Krankheit“ und damit eine durchaus „angesehene Diagnose“ – gilt heute eher als Synonym für mangelnde Fitness und falsche Ernährung. Der Herzinfarkt soll mit am meisten an „Gesellschaftsfähigkeit“ verloren haben.

Auch das *Magengeschwür* („sich ein Ulcus anärgern“) hat nicht mehr den ursprünglichen Prestige-Wert, seit für (einen Teil) seines Entstehens eine bakterielle Ursache gesichert ist.

Dagegen dominieren in letzter Zeit vom „gesellschaftlichen Prestige“ her gesehen vor allem Schmerzen und Funktionseinschränkungen im Bereich von *Wirbelsäule* und *Gelenken*. Gelenke sind eher eine altersbedingte Verschleißerscheinung und damit weniger „vorzeigbar“. Die Wirbelsäule hingegen (vor allem Hals-, insbesondere aber Lenden-Wirbelsäule, Fachbegriff: L5/S1-Syndrom) belastet immer häufiger sogar die mittleren Jahrgänge. Will heißen, dass dieses zuerst lästige, schließlich peinigende Krankheitsbild langsam aber stetig die Altersstufen hinabschreitet. Deshalb auch entsprechende Vorwürfe: Degeneration, mangelnde körperliche Aktivität, psychosomatisch?

Tatsächlich: Psychosomatische Funktionsstörungen (heute somatoform genannt, also unverarbeitete seelische Probleme, die sich körperlich äußern)

machen auch nicht an scheinbar „leblosen“ Knochen-Strukturen Halt. Das macht dann selbst den immer häufigeren Betroffenen klar, dass Nervenendigungen im ganzen Körper verbreitet sein müssen, deshalb auch an Knochen und nicht zuletzt Gelenken mit Muskeln, Sehnen, Faszien usf.

Doch die Rückenschmerzen haben einen Nachteil, sie werden durch ihre Häufigkeit „entzaubert“, zumal bald 40 % aller Erwachsenen davon berichten können. Immerhin sind sie wenigstens der Motivationsschub für mehr körperliche Aktivität (Schwimmen, Nordic Walking, Gymnastik u. a.).

Was derzeit ebenfalls häufiger zu belasten scheint (despektierlicher Kritiker-Ausdruck: „günstig im augenblicklichen Trend-Barometer“) sind das *prämenstruelle Syndrom* (die Beschwerden vor der Monatsblutung, früher ein absolutes Tabu-Thema), das *Restless-legs-Syndrom* (die quälende nächtliche Unruhe der Beine), das *chronische Müdigkeits-Syndrom*, ja sogar die *hyperkinetische Störung* (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung – ADHS, vom „Zappelphilipp“ bis zum erwachsenen Chaoten). Auch der *Tinnitus* (die lästigen bis zermürenden Ohrgeräusche) sowie die seelischen, psychosozialen und körperlichen Reaktionen auf zwischenmenschliche (Posttraumatische Belastungs-Reaktion oder gar -Störung) sowie Umweltbelastungen (etwas ironisch auch als „Öko-Syndrom“ bezeichnet) sind nicht mehr zu übersehen (was nach Einzelberichten sogar für die *Messies* bis hin zum „Vermüllungs-Syndrom“ gelten soll). Auch hier: Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

Nach der Wende hieß es auch, dass in den neuen Bundesländern vor allem *Asthma* und *Allergien* boomen würden, zumal dort die Umweltbelastung zu DDR-Zeiten erheblich höher war. Und zunehmend weltweit (selbst in ärmeren Regionen) nicht nur der Handy-Daumen, sondern auch der „Mousepad-Finger“ (siehe später). Zum einen mehr als freizeitleiche „Handy-Manie“, zum anderen vor allem als Über-Aktivität am PC-Arbeitsplatz.

Inzwischen gibt es sogar ein komplexes Schmerzbild durch pausenlosen PC-Einsatz unter dem englischsprachigen Fachbegriff RSI: repetitiv strain injury – Verletzung durch wiederholte Belastung mit Sehnenscheiden-Entzündungen, Schwellungen, Kraftverlust, Muskelkrämpfen, Missempfindungen, Sensibilitätsstörungen, Bewegungs-Einschränkungen etc.

Und neuerdings ein fast grotesk erscheinendes Phänomen, das früher einen despektierlichen Namen trug, der ohnehin unglücklich Betroffenen schon rein äußerlich diskriminierte. Gemeint ist der so genannte „Witwenbuckel“. Diese altersbedingte Wirbelsäulen-Degeneration traf natürlich nicht nur das weibliche Geschlecht, fiel aber dort besonders auf, weil Frauen vor allem früher deutlich älter wurden und damit nicht nur entsprechende soziale, sondern auch auffällige anatomische Veränderungen hinnehmen mussten.

Interessant nun, dass dieses einst alters-physiologische Phänomen heute neue Opfer findet. Und zwar – groteskerweise – vor allem Jüngere. Und jetzt heißt es – auch nicht schmeichelhafter – beispielsweise „Handy-Nacken“. Warum? Wieder neuro-anatomisch, diesmal jedoch funktionell und frühzeitig bedingt: Wer nämlich den „halben Tag“ auf sein Handy blickt, neigt zwangsläufig den Kopf nach vorne. Der aber wiegt nicht nur mehr, als gemeinhin bekannt, nämlich beim Erwachsenen rund 4 Kilogramm, er wird auch um das 4- bis 5-fache schwerer durch die zwar mögliche, doch nicht auf Dauer-Belastung ausgerichtete Vorwärts-Neigung. Und das hat natürlich orthopädische Folgen, sprich Wirbel, Zwischenwirbelscheiben, Bänder, Muskeln und Faszien, die sich melden – verspannungs-schmerzhaft.

Man sieht: Die jüngeren und mittleren Altersstufen holen auf, wenn nicht alters-, so doch (über-)funktionsbedingt. Welche Folgen dann im höheren Alter noch zusätzlich drohen könnten, muss die Zukunft zeigen. Auf jeden Fall ein interessantes Beispiel an doch offenbar zeit- und sogar generations-abhängigen Störungen. Und dies nicht nur in orthopädischer, sondern auch kognitiver Hinsicht (z. B. haltungs-bedingte Durchblutungs- und damit letztlich Konzentrations-Störungen, denn der erforderliche „Nachschub“ muss ja nicht nur durch die Hals-, sondern auch verengungs-riskantere Wirbelsäulen-Passage). Das müssen jedoch weitere Untersuchungen klären.

Saisonale Erkrankungs-Schwerpunkte

Einen interessante Aspekt, auch wenn er nicht direkt zum Thema gehört, bieten die medizin-meteorologischen Forschungen mit der Frage: Jahreszeit und Krankheit. Einzelheiten würden hier zu weit führen, vor allem was die möglichen Ursachen betrifft. Eindrucksvoll sind sie trotz allem, die z. T. umfangreichen Studien über längere Zeiträume hinweg, wenn auch mit kontinentalen, ja sogar regionalen Unterschieden und früher vielfach ausgeprägter als heute.

Bei diesen saisonalen Erkrankungs-Schwerpunkten bieten vor allem die jahreszeitlichen Verteilungen interessanten Diskussionsstoff was die möglichen Ursachen betrifft. Beispiele (nach V. Faust: Biometeorologie. Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1978):

- *Frühjahr* (meteorologisch März, April, Mai): Juckflechte, Gefäßkopfschmerz, Überfunktion der Schilddrüse, Ischialgie, Lungenentzündung, Schuppenflechte sowie die Folgen von Arbeits-, Haushalts- und Verkehrsunfällen.
- *Sommer* (Juni, Juli, August): Durchfall, Wundstarrkrampf, Zecken-Enzephalitis etc.
- *Herbst* (September, Oktober, November): Bronchialasthma, Koronarthrombose, Gefäßkopfscherz, Ischialgie, Keuchhusten, Rheumatismus sowie die oben erwähnten Unfälle.

- *Winter* (Dezember, Januar, Februar): Angina, Bronchitis, Lungenentzündung, Koronarthrombose, Hirnschlag, Grippe, Herz- und Kreislaufstörungen, Überfunktion der Schilddrüse, Rheumatismus, Schenkelhalsfrakturen (Unfallfolgen), Zunahme der Sterblichkeitsziffer generell durch eine Reihe drohender Erkrankungen in der kalten Jahreszeit etc.

Die Gründe hier sind natürlich noch vielschichtiger als bei den meisten anderen Beispielen. Und – wie erwähnt – früher häufiger als heute registrierbar. Die Medizin, besonders die Präventions-Möglichkeiten machen Fortschritte.

Was mit dieser Aufzählung jedoch bezweckt werden soll, ist vor allem die Erkenntnis um die Vielschichtigkeit möglicher Einflussfaktoren von organisch über psychosozial bis zu medizin-meteorologisch, wie in dieser kurzen Übersicht.

Erkrankungs-Schwerpunkte bei seelischen Störungen?

An scheinbar, offenbar oder beweisbar zeit-gebundenen seelischen Störungen mangelt es also nicht, wie schon angedeutet – mit dann kontroversen Ansichten in Allgemeinheit und sogar Wissenschaft. So ist beispielsweise bekannt, dass innerhalb eines Krankheitsbildes, und sei es noch so „historisch“ (z. B. im Alten Testament beschrieben), bestimmte Symptom-Schwerpunkte auftreten und wieder zurückgehen – in einem bisher ungeklärten epochalen Rhythmus. Das heißt, oft kann man sich das nicht und manchmal nur halbwegs nachvollziehbar erklären. Das betrifft nicht zuletzt seelische Störungen mit ihren psychosozialen Folgen.

So finden sich beispielsweise bei der schizophrenen Psychose heute kaum mehr jene dramatischen Bilder eines katatonen Stupors (seelisch-körperliche Erstarrung) oder Raptus (Erregungszustand), mit denen früher Notfall-Sanitäter, Ärzte- und Pfleger-Generationen zu ringen hatten. Die Ursache dafür geht zumindest teilweise auf die heute überaus wirkungsvollen antipsychotischen Medikamente (insbesondere hochpotente Neuroleptika) zurück, die so etwas bereits im Ansatz verhindern können, sofern sie rechtzeitig zum Einsatz kommen. Es gibt aber auch ungeklärte Aspekte.

Schon schwieriger zu erklären ist beispielsweise der so genannte Syndrom-Wandel (engl.: syndrome shift) einer respektablen Reihe von durchaus bekannten psychischen Störungen. Beispielsweise nach Beschwerde-Schwerpunkt (nicht nur Häufigkeit) bei den Depressionen. Ähnlich bei den früher so genannten „neurotischen“ Entwicklungen. Und insbesondere bei den Angststörungen, von den generellen und spezifischen Angsterkrankungen bis zu den Phobien (Zwangsbefürchtungen). So waren Panikattacken aus dieser Erkrankungs-Gruppe früher überaus selten und nehmen derzeit ungewöhnlich zu (z. B. durch Pandemie-Befürchtungen und Lockdown-Folgen?).

Dagegen dürfte der aktuelle Konsum-Schwerpunkt in der Rauschdrogen-Szene eher eine Mischung aus Angebot und Nachfrage sein, von international bis regional. D. h. was kommt einerseits auf den Markt, auch an „Neuem“ aus den unkalkulierbaren „Chemie-Küchen“ dunkler Hersteller- und später Dealer-Kreise. Und was entwickelt sich andererseits als „Mode-Trend“ in der Szene, teils durch eigene Mixturen, teils durch regionale Bedarfs-Erweckung und -Deckung der jeweiligen Rauschgift-Lieferanten.

Ein (scheinbar) klassisches zeit-abhängiges Leidensbild ist dagegen das *Burnout-Syndrom*, oder kurz: erschöpft → verbittert → ausgebrannt. Natürlich ist auch das nicht neu, wer zweifelt daran. Es wurde aber vor etwa einem halben Jahrhundert in dieser Form erstmals beschrieben – und zwar in den USA und Kanada, um dann in aller Welt und in entsprechenden Kreisen ein lebhaftes Echo auszulösen. Dies nicht ohne Grund – ob nun real oder eingebildet bzw. gar „Mode-Leiden“ sei dahingestellt. Neu war es schon deshalb nicht, weil bereits früher der „verwandte“ Fachbegriff Erschöpfungsdepression häufiger diagnostiziert wurde, gleichsam eine affektiv (gemütsmäßig) verstärkte Erschöpfungs-Entwicklung durch „Umfeld-Stress“ (meist beruflich bedingt).

Natürlich löste auch das Burnout-Syndrom in Fachkreisen kontroverse Diskussionen aus, schaffte es jedoch bis heute nicht in die offiziellen Klassifikationen von Weltgesundheitsorganisation (WHO mit ICD) und Amerikanischer Psychiatrischer Vereinigung (APA mit DSM); d. h. in bestenfalls dezenter klassifikatorischer Andeutung (Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie).

Eines hat das Burnout-Syndrom allerdings erreicht bzw. war maßgeblich daran beteiligt: Gemeint ist die wachsende Akzeptanz depressiver Zustände bei bisher dissimulierenden (ihr Krankheitsbild verheimlichenden) und dabei vor allem männlichen Betroffenen. Will heißen: Gleichsam gleichgesetzt mit Depressionen, aber nicht mehr so scham-behaftet bis diskriminierend. Deshalb hört man inzwischen immer öfter auch von „männlichen Depressionen“, während Burnout als medien- und gesellschafts-aktiver, wissenschaftlich aber umstrittener Fachbegriff etwas zu verblasen scheint.

Hier sei nun ein weiterer Einschub erlaubt, der mit dem gegebenen Thema scheinbar weniger zu tun hat, in Wirklichkeit aber seine vielschichtige Komplexität beleuchtet. Gemeint ist die im nachfolgenden Kasten kurz umrissene Fragestellung:

Nehmen seelische Störungen tatsächlich zu?

Die wissenschaftliche Antwort, trotz aller allseits offensichtlichen Klagen, und zwar schon seit Jahrzehnten, nicht erst in letzter Zeit: Nein.

Auch wenn vor allem psychische und Verhaltensstörungen gerne als „Epidemie des 21. Jahrhunderts“ bezeichnet werden, und zwar schon unabhängig von pandemischen Ängsten und Lockdown-Folgen, eines wird immer wieder wissenschaftlich belegt:

Sie sind zwar ausgesprochen häufig und wirtschaftlich kostenträchtig, werden auch in ihrer Bedeutung medial und allgemein zunehmend wahrgenommen und als Belastung anerkannt, doch eine nachweisbare Erhöhung der allgemeinen Prävalenz ist längerfristig(!) nicht objektivierbar, auch wenn sich vor allem im Kinder- und Jugendbereich derzeit warnende Stimmen häufen (Lockdown-Folgen).

Und dies obgleich in jeder Zeit lokal, regional, aber auch international, ja globalisiert beunruhigende Ursachen diskutiert werden mussten. Beispiele: Arbeitsmarkt, Finanzkrisen, Terrorismus, bereits frühere Pandemien (wenngleich ohne das aktuellen Aufsehen: Ist die derzeitige Pandemie auch eine „Infodemie“?). Und zuvor – wenn auch vergessen – zwei Weltkriege, so genannter „Kalter Ost-West-Krieg“, Aufrüstung, Atomwaffen, von Notstand und Aufbauarbeit in der Nachkriegszeit ganz zu schweigen.

Will heißen: Jede Zeit hatte und wird haben ihre vulnerablen (leicht verwundbaren bis traumatisierten) Opfer, die auf entsprechende Stressoren mit vor allem seelischen und psychosomatisch interpretierbaren Störungen reagieren, und zwar erkannt oder unerkannt, akzeptiert oder relativiert, wenn nicht gar lächerlich gemacht.

Allerdings wird man es immer wieder mit zeit-abhängigen Zyklen zu tun haben, bei denen auch bestimmte Betroffenheits-Gruppen zu denken geben. Beispiele: Zunahme der Lebenserwartung und damit das Demenz-Risiko, Sucht und Missbrauch (vor allem in stress-intensiven Zeiten, nicht nur was drogen-gefährdete Konsumenten betrifft), ggf. Migranten (ein wachsendes psychosoziales Problem, besonders von psychiatrischer und psychologischer Seite mit Sorge betrachtet) u. a.

Was sich allerdings in den letzten Jahrzehnten gewandelt hat, glücklicherweise, ist die öffentliche Wahrnehmung psychischer Belastungen, wenngleich „normale“ Befindlichkeits-Schwankungen mitunter überschätzt werden. Und ein weiterer Faktor, der wenigstens in den westlichen Nationen als unbestrittener Fortschritt gewürdigt werden muss: Gemeint ist neben der größeren Entstigmatisierung einzelner psychischer Störungsbilder (bestes Beispiel: Depressionen) auch die größere Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen und – wichtig – auch bei Bedarf vorzufinden.

Fazit: Schon vor Jahrzehnten und nach wie vor sprechen die bisher verfügbaren weltweiten Studien zu diesem Thema von einer zwar erhöhten Behandlungs-Prävalenz, aber nicht unbedingt Krankheits-Prävalenz. Oder kurz: Immer mehr Menschen mit seelischen und vor allem psychosozialen Problemen

werden wenigstens rechtzeitig(?) entsprechend diagnostiziert und finden (hoffentlich) zur Behandlung eine hilfreiche Institution vor, was allen vorangegangenen Generationen so nicht vergönnt war. Und werden damit auch statistisch erfasst und als scheinbar bedrohlich wachsendes gesellschaftliches Problem empfunden.

Was allerdings die aktuellen Pandemie- und Lockdown-Folgen betrifft, muss wohl noch abgewartet werden.

Anhang: Komplexe seelische, psychosoziale und körperliche PC-Arbeitsfolgen

Wie vielschichtig offenbar zeit-abhängige Belastungs-Störungen sind, zeigen nicht zuletzt die erwähnten RSI-Beschwerden, oder kurz PC-abhängige Arbeitsfolgen in Händen und Unterarmen. Denn nach neueren Studien klagen fast zwei Drittel der Bildschirm-Arbeitskräfte über Schulter- und Nackenverspannungen (s. o.), jeden Vierten quälen Muskelschmerzen im Arm und ein Drittel berichtet über mehr als eine Gesundheitsstörung (in den USA scheint dies noch dramatischere Zustände anzunehmen, bis hin zur berufsbedingten Arbeitsunfähigkeit).

Doch die Schwere gerade der RSI-Symptome soll nicht nur von der körperlichen Belastung abhängen, auch seelische und psychosoziale Faktoren hätten einen Einfluss (auch wenn so mancher Arbeitgeber und Personalchef abschätzig von „unterschwelliger Lustlosigkeit bis Arbeitsverweigerung“ spricht oder gar mit einem Pseudo-Fachbegriff wie „Arbeitsneurose“ u. a. kontert).

Doch gerade koordinierte Fingerbewegungen beanspruchen eine hohe Verarbeitungs-Kapazität im Gehirn. Deshalb sind sie zusätzlich auch ein Trainings-Optimum für geistige Aktivität und sogar „lange geistige Frische“, wie man aus den Karrieren berühmter und sogar aus dem Bekanntenkreis „üblicher“ Klavierspieler weiß, sofern bei Letzteren wenigstens ein dauerhaftes Mindestmaß an Übungsfleiß zu registrieren ist. Werden die PC-Arbeitskräfte jedoch durch mehrfache(!) Belastungen abgelenkt, obgleich sie sich eigentlich auf ihre geistigen und manuellen Aufgaben konzentrieren sollten, kommt es vermehrt und verstärkt zu Muskelverspannungen und später kleinsten Muskelfaserrissen im Gewebe, die auch in der Freizeit nur unzureichend regenerieren. Die Folgen sind Schmerzen (zuerst in Ruhe-Zeiten, dann auch am Arbeitsplatz wahrgenommen) und schließlich Beeinträchtigungen weit über die berufliche Tätigkeit hinaus.

Der psychosoziale Zusammenhang ergibt sich meist erst rückblickend. Dabei hilft ein gutes Arbeitsklima die Schmerzschwelle bzw. -toleranz zu erhöhen und damit schlechte Einfluss-Bedingungen zu mildern. Zeitdruck, Überstunden, geringe Aufstiegsmöglichkeiten, Unter-, vor allem aber Überforderung und

mangelnde zwischenmenschliche Kontakte bzw. Unterstützung führen jedoch zu Demotivation, Miss-Stimmung, Frustrationen, Resignation und schließlich Leistungseinbußen mit einem unseligen Teufelskreis. Besonders gefährdet sind auch hier – ähnlich wie beim Burnout-Syndrom: erschöpft-verbittert-ausgebrannt – vor allem ehrgeizige und stark leistungsorientierte Menschen, deren „freier Fall“ dann auch umso folgenschwerer ausfällt, wenn zuletzt „nichts mehr geht“.

Die letzten, die neuesten Belastungen-Störungen (aber wie lange die neuesten?) fungieren unter den Sichtworten: *digitaler Stress mit digitaler Erschöpfung* (sogar mit den Auswüchsen „*digitale Depression*“, wenn nicht gar „*digitale Demenz*“), zumindest aber *Zoom-Fatigue*.

Dieser Doppelbegriff, den man im Allgemeinen nur vom digitalen Heranzoomen kennt, hat aber eine entlarvende Wortbedeutung: Denn *to zoom* heißt umgangssprachlich sausen, rasen, etwas umgehend erledigen, ist also schon ursprünglich stress-verdächtig bis -riskant. Und dann muss man sich nicht wundern, wenn sich daraus die *Fatigatio* entwickelt (aus dem Lateinischen: Ermüdung, Erschöpfung). Oder kurz: die aktuell grassierende Zoom-Fatigue. Und wenn man bedenkt, dass *Zoom* inzwischen auch eine der führenden digitalen Kommunikations-Plattformen, insbesondere für Video-Konferenzen ist (s. später), ahnt man vor allem eines: Zoom-Fatigue hat Zukunft...

Gemeint ist also damit vor allem die beruflich bedingte Müdigkeit nach zahlreichen virtuellen Meetings als neuer gesundheitlicher Risikofaktor. Wobei aus psychosozialer Sicht offenbar eher introvertiert-orientierte und jüngere Menschen im Allgemeinen sowie das weibliche Geschlecht im Speziellen betroffen sein soll – bisher.

Das kann man zwar als vorübergehende Entwicklung bezeichnen, aber risikolos ist es trotzdem nicht. Dafür sind inzwischen zu viele betroffen, und zwar auch viele an den entscheidenden Schaltstellen von Wirtschaft, Kultur, ja Politik etc. Und das mit sehr unerfreulichen bis folgenreichen Belastungs-Folgen. Beispiele: konzentrationsgestört, fahrig, ungeduldig bis reizbar, unleidig, unwirsch, genervt, wenn nicht gar mit Kopf-, Rücken- und Gliederschmerzen, Magen-Darm- sowie Schlafstörungen, ja Probleme mit dem Sehen u. a. m.

Und warum? Weil vor allem bei den immer häufiger werdenden Video-Konferenzen im Vergleich zu Meetings vor Ort unerwartet störende Belastungen irritieren, teils technisch, teils zwischenmenschlich, teils gesundheitlich.

Beispiele: schwankende Ton- und Bild-Qualität (trotz endloser Testung davor), Störgeräusche durch an- und abgestellte Mikrophone u. a. m. Vor allem aber psychologische Faktoren, die wohl erst auffallen, wenn sie fehlen oder überhand nehmen. Wiederum Beispiele: schnelle Fragen und Antworten nicht möglich (da Störungen der Übertragungs-Qualität drohen); Sprechende schauen

häufig nicht in die Kamera; manche haben ihr Mikrofon auch ausgeschaltet, tippen aber intensiv auf ihrer Tastatur herum oder führen gar Telefongespräche „daneben“ etc.

Und dann natürlich das, was ohnehin erst mal ertragen sein will: die Unmöglichkeit von zwischenmenschlich erholsamem oder gar stabilisierendem Smalltalk, keine natürlichen Pausen und Raumwechsel, keine Möglichkeit, die Reaktion des anderen mimisch ausreichend zu erkennen bzw. zu beurteilen, ganz abgesehen von vielen kleinen Bildchen mit unterschiedlichem (meist unnötig ablenkendem) Hintergrund und ggf. störenden individuellen Verhaltensmustern.

Als besonders stressig empfunden werden auch der intensive Augenkontakt (insbesondere wenn man sich in der Gruppe angestarrt fühlt) sowie die ständige Selbstbetrachtung durch das Selbstbild in der Mitte. Und nicht zuletzt die eingeschränkte Gestik, was die ansonsten natur-gegebene Gebärden-Sprache im Alltag betrifft.

Kurz: das Gehirn ist überfordert, die Reserven schwinden, die Stimmung sinkt, die Ermüdbarkeit steigt, Reizbarkeit und Erschöpfung drohen und die früher durch normale zwischenmenschlichen Kontakte halbwegs befriedigenden Erleichterungen sind entweder teuer erkaufte, unzureichend oder bleiben völlig aus. Mit anderen Worten bzw. neuen „Fach-Begriffen“: Videokonferenz-Erschöpfung, nicht nur Zoom-Fatigue, zunehmend auch Zoom-Frust (vom Lateinischen: frustra = vergeblich) usf.

Als begrenzte Hilfe wird deshalb empfohlen das Video-Fenster auf dem Bildschirm zu verkleinern, eventuell eine extra Tastatur zu nutzen, um nicht zu nah vor dem Bildschirm zu sitzen, wenn möglich das Selbstbild abzuschalten sowie ggf. eine externe statt der Bildschirm-Kamera zu nutzen, um sie ab und zu ausschalten und sich vom Bildschirm abwenden zu können. Kurz: Notfall-Pause durch digitale Auszeit.

Man sieht: Neue Zeiten, neue Belastungen, neue Störungen mit neuen psychosozialen Folgen. Oder konkreter, nach all dem was bisher diskutiert wurde: Nicht „neue“ Störungen oder gar Krankheiten, sondern neue Ursachen mit dann leider auch sattem bekannten seelischen, geistigen, psychosozialen und sogar körperlichen Folgen. Und wahrscheinlich, ja sicher nicht die letzten Belastungs-Schritte wenn nicht gesundheitlichen Beeinträchtigungen dieser Zeit und Gesellschaft.

Deshalb ist es in den entsprechenden Studien auch so wichtig, dass nicht nur die Spezialisten der organischen Medizin-Disziplinen, sondern auch Psychiater und Psychologen beteiligt sind. Anders lässt sich nämlich der psychosoziale Anteil kaum objektivieren, von den vorbeugenden und schließlich gezielten Behandlungs-Empfehlungen ganz zu schweigen.

Das leitet zum letzten Kapitel über, nämlich der Diskussion um

Ursachen und Hintergründe

Über die Ursachen und Hintergründe solcher Entwicklungen wird also lebhaft diskutiert, meist spekulativ. Was sicher eine Rolle spielt, ist die in der Tat bedenkliche Entwicklung unserer Zeit und Gesellschaft, jede noch so geringe Abweichung vom ohnehin ständig wechselnden „Normalzustand“ (Stichwort: alltägliche Befindensschwankungen) zu einer Krankheit hoch zu stilisieren. Das ist natürlich nicht hilfreich. So sind dem Terrain „neuer Leiden“ nur Tür und Tor geöffnet. Das hilft auch dort nicht weiter, wo reale Ursachen drohen.

Dazu kommt eine weitere Erkenntnis, die eigentlich von Vorteil sein müsste, sich aber zunehmend ins Gegenteil verkehrt: unser wachsender Wissensstand, auch für den Laien zugänglich. Beispiele: Fernsehen, (Frauen-)Zeitschriften, Magazine, vor allem aber Internet. Damit werden – so manche Zyniker – aus den früher eingebildeten Kranken zunehmend ausgebildete Kranke, „professionelle Patienten“, die ihrem Arzt wenn nötig ein Bündel Internet-Ausdrucke auf den Schreibtisch legen und ihn damit förmlich zu einer (treffender: zu ihrer) Diagnose zwingen. Auch hier also wieder eine eher zwiespältige Entwicklung, nämlich die vom erwünschten informierten zum autonom (und leider mitunter sogar autoritär, d. h. selbstherrlich) auftretenden Patienten, so die Klage mancher Ärzte.

Nun sind diejenigen, die sich hier zunehmend bedrängt fühlen, an dieser Entwicklung nicht völlig unbeteiligt. Vor allem das Gesundheitswesen selber, repräsentiert von Ärzten, Apothekern, Psychologen, Krankenhäusern, Labors, Pharmaunternehmen, ja sogar Fachzeitschriften (mit immer mehr populärmedizinischen Zusatzseiten oder Extra-Ausgaben), denen manche Kritiker vorwerfen, dass sie von der wachsenden Zahl der „trendmäßig“ zunehmenden Krankheiten und damit Patienten keinen geringen Nutzen ziehen würden. Und dass sie dieses Krankheits-Anspruchs-Karussell unbeeindruckt in Gang hielten und ggf. mit immer „neuen“ Krankheits-Theorien zu bestücken trachten.

Ein entlarvendes Beispiel dazu sei die alters- und typ-bedingte Orangenhaut (gewesen), die zur bedrohlichen Cellulitis gemacht wurde, weil man daran nicht schlecht zu verdienen glaubte. Ein mehrschichtiges Beispiel sei auch die zumindest noch unterschwellig wirkungsvolle „Anti-Aging-Welle“ (der früher „verordnete Jungbrunnen“), die sich von seriösen Fachleuten der Altersforschung (Gerontologen, Gerontopsychiater, Geriater) vorhalten lassen muss, dass sie immer öfter die vertretbaren Grenzen des bisher medizinisch leistbaren überschritten habe – aus überaus durchsichtigen Gründen.

Das sind natürlich erst einmal generelle Vorwürfe, sie bedürfen der Einzelfall-Prüfung mit entsprechend wissenschaftlich fundiertem Pro und Contra. Die

medizinische Seite hat auf jeden Fall kein Interesse, die stressigen Alltags-Anforderungen noch dadurch zu intensivieren, dass man das Anspruchs-Verhalten künstlich anheizt. Die Corona-Virus- sowie Lockdown-Folgen einschließlich Vorbeuge-Maßnahmen haben die Belastungsgrenze der zuständigen Institutionen und Praxen ohnehin überfordert. Da gibt es keine Zweifel, da gibt es nur bedrohlich erschöpfte Beispiele.

Das schließt aber nicht aus, dass es immer neue Überraschungs-Aspekte gibt. Ein „originelles Beispiel“ sind die optischen und vor allem subjektiv grenzwertig bis korrektur-bedürftigen Folgen, die die aktuellen Video-Kontakte bzw. -Konferenzen provozieren. Hier sind nämlich nicht nur technische, sondern auch ästhetische Probleme, ja „individuelle Abgründe“ (Zitat) zu bewältigen. Warum?

Zum einen geht es um die technische oder atmosphärische Bild-Optimierung. Konkret: Nicht nur Bild-Ausschnitt und -Position, auch Licht- und akustische Verhältnisse bis hin zum „Video-Make-up“ (kein Witz!). Da tritt der öfter diskutierte Bild-Hintergrund bereits selber in den Hintergrund, denn das stört ggf. nur die Video-Partner. Viel origineller, vielleicht aber auch vielsagender ist die Erkenntnis der kosmetisch (plastisch oder rekonstruktiv) tätigen Chirurgen, die vermehrt entsprechende gesichts-operative Wünsche befriedigen sollen, weil ihre Patienten bzw. jetzt eher Kunden mit ihrem „Zoom-Gesicht“ nicht mehr zufrieden sind. Dabei ist die Verbreiterung des Gesichts (vor allem von Augen-Abstand, Mund- und Nasen-Breite) nicht so sehr das Problem, zumal von den digitalen Experten erklärbar und medizinisch nicht korrektur-bedürftig. Schon eher die bekannten Lider- und Lippen-Korrekturen und das „digital entlarvte Doppelkinn“ sowie die „Hamsterbacken“...

Schlussfolgerung

Gibt es also einen Leidens-Wechsel, der sogar zeit- und/oder gesellschafts-abhängig scheint? Es mag ihn in Einzelfällen geben, wobei jedoch in der Mehrzahl die Frage nach der Ursache, also auch Epoche oder gesellschaftliche Struktur individuell erklärungsbedürftig ist. Deshalb eine interessante Forschungs-Aufgabe, besonders im Interesse der Betroffenen. Denn wenn bei diesen Diskussionen selbst immer wieder etwas Ironie oder gar Sarkasmus mitschwingt, bleibt doch eine Erkenntnis unbestritten:

Zwar mag es immer wieder Menschen geben, die aus ihrer Krankheit oder zumindest Klage Gewinn zu schlagen versuchen. Doch für die weit überwiegende Mehrzahl gilt: Wer ist schon gerne freiwillig krank. Es muss sich also hier etwas abspielen, das tiefere Beweggründe hat. Und die zu erforschen ist Aufgabe der neutralen, gewinn-freien und unabhängigen Wissenschaft einschließlich der fundiert informierenden Medien, auch wenn es sich um scheinbare „Mode-Krankheiten“ handelt.

Dabei ist auch die Schul-Medizin gefragt, nicht zuletzt Psychiater und Psychologen. Denn wenn sich diese hier nicht rechtzeitig einschalten, d. h. aufklären, konkrete diagnostische Maßnahmen und therapeutische Hilfe anbieten, dann wird dieses ggf. wachsende Feld möglicher zeit-bedingter Einbußen und Belastungen dubiosen Außenseiter-Methoden zufallen, weil die Betroffenen in ihrer Verzweiflung dann nach jedem Strohalm greifen. Und das wäre verhängnisvoll.

Deshalb gilt auch hier die alte Erkenntnis: ernst nehmen → abklären → aufklären → zuerst einmal die Selbstheilungskräfte unterstützen → notfalls fachärztlich weiterhelfen → und damit einer unseliger Entwicklung entgegentreten, die zwar auch zeit- und gesellschafts-typisch sein mag, aber trotzdem bewältigt werden muss. Und bewältigt werden kann; professionelle Unterstützung vorausgesetzt.