

## Der Depressive fühlt sich zerschlagen, nicht schläfrig

# Müdigkeit und Depression

Daniel Hell

Privatklinik Hoheneegg, Meilen

### Summary

#### *Fatigue and depression*

Fatigue is characterised in an overview of the literature as a specific phenomenon of depression. Its differential diagnosis is discussed. Distinctions and correspondences to burnout are elaborated. Fatigue is not an obligatory symptom of depressive episodes, although it can contribute to depressive developments. The importance of fatigue in depressive episodes and its therapy is shown with the help of a circular model of depression.

*Key words: depression; fatigue*

### Zusammenfassung

Müdigkeit bei Depressionen wird phänomenologisch genauer charakterisiert und differentialdiagnostisch von anderen Störungen abgegrenzt. Dabei werden Unterschiede und Übereinstimmungen vor allem zu Burnout herausgearbeitet. Müdigkeit bzw. Erschöpfung ist kein obligates Symptom von depressiven Episoden, trägt aber oft zu depressiven Entwicklungen bei. Mit Hilfe eines zirkulären Depressionsmodells wird der Stellenwert von Müdigkeit und deren Behandlung bei depressiven Episoden dargelegt.

### Einfache Müdigkeit oder depressive Müdigkeit?

Anhaltende Müdigkeit kann ein Symptom der Depression sein. Fehlende Müdigkeit kann umgekehrt auf eine Manie verweisen. Müdigkeit ist also beides: Zeichen für Gesundheit wie Symptom einer Krankheit. Ob das eine oder andere zutrifft, entscheidet der Kontext. Wer grundlos müde ist, ohne sich angestrengt, eine weite Reise gemacht oder lange gewacht zu haben, krankt nach dem Common Sense an Müdigkeit. Wer aber tage- und nächtelang aktiv ist, ohne müde zu werden, erscheint ebenfalls auffällig und abnorm.

Müdigkeit – wie umgekehrt fehlende Müdigkeit – bekommt insbesondere dann Krankheitswert, wenn wir sie als übermässig und situativ inadäquat beurteilen. Das ist im Falle der Depression nicht anders. So zählt die ICD-10 (WHO 1991) nur abnorme Ermüdbarkeit zu den Symptomen einer depressiven Episode [1]. Die ICD-10-Diagnostik verbindet Müdigkeit als Symptom einer depressiven Episode mit gleichzeitig bestehendem Antriebsmangel und verweist damit implizit darauf, dass depressive Müdigkeit mit einem Energiedefizit zusammenhängt. Nur so – als Ausdruck eines Antriebsverlusts – ist zu verstehen, dass abnorme Ermüdbarkeit (neben Niedergeschlagenheit und Interesse- bzw. Freudlosigkeit) zu den Leitsymptomen der depressiven Episode zählt (Tabelle 1).

Das amerikanische Diagnosemanual DSM-5 [2] rechnet «Fatigue» zwar auch zu den Symptomen einer depressiven Episode, hält es aber für weniger wichtig wie Niedergeschlagenheit und Interesse- bzw. Freudlosigkeit, die im Gegensatz zu Müdigkeit obligat für eine DSM-5-Diagnose einer depressiven Episode sind. Das DSM-5 legt darüber hinaus zu Recht fest, dass eine Mehrheit der in Tabelle 1 aufgelisteten Symptome nicht nur anhaltend (mindestens zwei Wochen) vorhanden sein müssen, sondern auch mit einer Einschränkung der Lebensführung oder Lebensqualität einhergehen muss. Darüber hinaus macht es explizit auf die schwierige Abgrenzung depressiver Episoden von belastenden Trauerfällen aufmerksam und räumt damit dem psychosozialen Kontext eine unüblich grosse Bedeutung zu (angesichts der sonst starken Symptomorientiertheit dieses Diagnosemanuals).

Ich betone diese diagnostischen Feinheiten, weil sonst die Gefahr besteht, Müdigkeit für die Diagnose depressiver Störungen überzubewerten. So ist Müdigkeit nur im Rahmen weiterer Symptome, die dem Erleben eine depressive Qualität geben, für die Diagnose einer Depression zu verwerfen [1, 2]. Depressive Müdigkeit hat eine bedrückende Qualität (s. unten). Sie ist Ausdruck einer depressiven Antriebsstörung. Der Depressive fühlt sich zerschlagen, nicht schläfrig. Damit gehört Müdigkeit infolge grosser Anstrengungen nicht zu den typischen Depressionssymptomen. Erst wenn Er-

**Tabelle 1:** Diagnostische Kriterien der depressiven Episode nach WHO (ICD-10) und APA (DSM-5).

ICD-10-Diagnosekriterien	DSM-5-Diagnosekriterien
<b>Hauptsymptome</b> 1. Gedrückte Stimmung 2. Interesseverlust, Freudlosigkeit 3. Verminderter Antrieb, erhöhte Ermüdbarkeit  <b>Zusatzsymptome</b> 1. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit  2. Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen 3. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit 4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven 5. Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung, Suizidhandlungen 6. Schlafstörungen 7. Verminderter Appetit	1. Gedrückte Stimmung } davon ein 2. Interesseverlust, Freudlosigkeit } Symptom obligat  3. Müdigkeit (Fatigue) oder Energieverlust  4. Verminderte Fähigkeit, zu denken, sich zu konzentrieren oder sich zu entscheiden 5. Gefühle von Wertlosigkeit oder unangemessene Schuldgefühle  6. Gedanken an Tod oder Suizid, Suizidversuch oder Suizidplanung 7. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf 8. Deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme, Appetitverlust oder -zunahme 9. Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung
Mindestens zwei Haupt- und zwei Zusatzsymptome während mindestens zwei Wochen vorhanden	Mindestens fünf der aufgeführten Symptome (inkl. ein obligates) während mindestens zweier Wochen vorhanden

schöpfung dazu führt, dass der Antrieb anhaltend vermindert ist, bzw. wenn sich jemand vom Erschöpftsein über mindestens zwei Wochen nicht erholen kann und anhaltend stark ermüdbar bleibt, ist Müdigkeit (Fatigue) ein Depressionssymptom.

Differentialdiagnostisch sind bei Müdigkeit viele andere Störungen in Erwägung zu ziehen. Eine Zusammenstellung findet sich in [Tabelle 2](#). Hervorzuheben sind vor allem Schlafstörungen, körperliche Erkrankungen und Medikamente, die zu Müdigkeit führen. Erwähnenswert – wenn auch keiner Krankheitsdiagnose nach ICD-10 oder DSM-5 entsprechend – sind das chronische Müdigkeitssyndrom und Burnout. Auch physiologische Müdigkeit kann von leistungsorientierten Menschen als Störung empfunden werden. Bei Migranten aus dem asiatischen Bereich ist daran zu denken, dass Neurasthenie eine in Asien beliebte und von der WHO anerkannte Diagnose ist [1]. Sie entspricht weitgehend einem chronischen Müdigkeitssyndrom sowie den Frühstadien eines Burnout-Prozesses.

Für die Diagnose einer depressiven Episode sind neben fakultativer Müdigkeit weitere (oben angeführte) Symptome nötig. Das Gleiche gilt, wenn auch in verminderter Masse, für eine depressive Anpassungsstörung. Die Abgrenzung dieser Störungen untereinander sowie ihre Abgrenzung von gesunder Depressivität sind aber unscharf. Übergänge stellen die Regel und nicht die Ausnahme dar.

So haben epidemiologische Studien nachgewiesen, dass sich gesunde und depressive Personen in der Bevölkerung nicht bimodal verteilen. Vielmehr lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg einzelner depressiver Symptome finden, bis ein Teil der Bevölkerung eine Symptomzahl erreicht, die nach den geltenden Diagnosesystemen Krankheitswert hat [3, 4].

Damit erklärt sich auch, dass Burnout oder Erschöpfungsprozesse nahtlos in manifeste Depressionen übergehen können. Während bei leichten Burnout-Fällen in ca. 20% die Kriterien einer Diagnose erfüllt sind, sind es bei schweren über 50% [5]. Weil die meisten psychischen Probleme in der Bevölkerung einer dimensional Verteilung (von fehlend über leicht und mässig bis stark ausgeprägt) folgen, stösst die in der Medizin gewohnte kategoriale Kästchendiagnostik an ihre Grenzen. Analoge Abgrenzungsschwierigkeiten finden sich zwischen somatischen und psychiatrischen Erkrankungen.

So kann eine aussehende Karzinomerkrankung mit Müdigkeit einhergehen, die Müdigkeit aber gleichzeitig auch als depressives Symptom eingeschätzt werden. Bisherige Differenzierungsversuche in der Psychonkologie zwischen somatisch und depressiv bedingter Müdigkeit – auch mit Hilfe neuer Untersuchungsmethoden [6] – haben dieses Problem nur teilweise lösen können.

Hinsichtlich des Zusammenhangs von Müdigkeit und Depression stellen sich für die Praxis vor allem drei Fragen:

- Unterscheidet sich die depressive Müdigkeit von anderen Müdigkeitsformen?
- Kommt der Müdigkeit im depressiven Krankheitsverlauf ein besonderer Stellenwert zu?
- Ist die depressive Müdigkeit besonders zu behandeln?

### Depressive und nicht-depressive Müdigkeit

In der allgemeinen Psychopathologie – und explizit in den diagnostischen Manualen von DSM-5 und ICD-10 – wird nicht zwischen verschiedenen Formen von Müdigkeit unterschieden. Nur der Grad der Müdigkeit

**Tabelle 2:** Differentialdiagnostik für depressiv bedingte Müdigkeit; Zustände und Erkrankungen, die mit Müdigkeit einhergehen.

1. Burnout und physiologische Müdigkeit (Überbeanspruchung)
2. Chronic-fatigue-Syndrom und Neurasthenie
3. Andere psychische Störung (z.B. Substanzabusus, Angststörung)
4. Schlafstörungen inkl. Hypersomnien (Schlaf-Apnoe-Syndrom, Narkolepsie)
5. Medikamentöse Effekte (z.B. Nebenwirkungen von Antihypertensiva, Antihistaminika, Psychopharmaka usw.)
6. Chronische Infektionen (z.B. Mononukleose, Hepatitis B und C, HIV)
7. Endokrine Störungen (z.B. Hypothyreose, Morbus Addison, Morbus Cushing)
8. Metabolische Störungen (z.B. Diabetes mellitus, Hyperkalzämie, Eisenmangel)
9. Organerkrankungen (z.B. Malignome, Anämie, COPD, Hypotonie, M. Crohn)
10. Neurologische Störungen (z.B. Multiple Sklerose, Morbus Parkinson)

kann von leicht bis schwer variieren. Aber wird Müdigkeit immer gleich empfunden? Schon der psychiatrische Alltag lässt zwischen angenehmem und unangenehmem Müdesein, zwischen beruhigender Müdigkeit bzw. Schläfrigkeit einerseits und belastender Müdigkeit bzw. «Zerschlagenheit» andererseits unterscheiden. Viel ausgeprägtere Differenzierungen finden sich in der belletristischen Literatur.

Besonders aufschlussreich ist der Essay von Peter Handke mit dem Titel «Versuch über die Müdigkeit» [7]. Darin unterscheidet Handke zwischen verschiedenen Formen von Müdigkeit. Neben einer befreienden, weiten Müdigkeit, die Gemeinschaft stiftet, beschreibt er eine isolierende Müdigkeit, die Menschen von der Umwelt abpuffert. Erstere versteht er als «das Mehr des weniger Ich». Diese positive Müdigkeit vermittele nicht, «was getan werden muss, sondern was gelassen werden kann». Sie schenke Ruhe und verbinde. Davon grenzt Handke die zweite negative Müdigkeitsform ab. Sie wirke quälend und schaffe weder Ruhe noch Gemeinschaft. Diese frustrierende Müdigkeit hat etwas Drängendes. Sie kommt vom Leistenwollen nicht los. Sie wird von der Frage umgetrieben, was noch zu tun sei. Dazu kann auch gehören, im Schlaf Erholung zu finden. Doch hindert gerade das Drängende und Funktionale einen Menschen daran, sich in den Schlaf fallen zu lassen. Der Müdigkeit wird ein Ziel aufgezwungen, das sie belastet. Nach dem Philosophen Byung-Chul Han [8] passt diese ruhelose Müdigkeit zu unserer Leistungsgesellschaft, in der Pausen, die keinen Zweck erfüllen, unerwünscht sind.

Was nun die Müdigkeit depressiver Menschen betrifft, so hat sie Qualitäten der zweiten Art. Es ist eine Müdigkeit, die keine Ruhe findet. Aber dabei bleibt es nicht. Depressive Müdigkeit vermischt sich mit der düsteren Stimmung der Betroffenen. Sie ist bleiern und zieht herab. Sie muss zwar das Einschlafen nicht hindern, bringt aber selten Erholung und geht oft mit

zerhacktem, unruhigem Schlaf und meist mit frühem Erwachen einher.

Depressive Müdigkeit wurde im Mittelalter als «Akedid» bezeichnet, nämlich als eine Art Trägheit, die mit Überdruß einhergeht. Damit ist angesprochen, dass depressive Müdigkeit nicht nur einer Befindlichkeit entspricht, sondern auch mit einer bestimmten Einstellung zu sich und der Welt einhergeht: Der depressive Mensch ist einer Sache oder sogar des Lebens müde. Es ist eine Müdigkeit, die negativiert und entwertet. Sie hat manchmal sogar Selbstkel zur Folge. Man ist sich dann selber müde. Diese Art von müdem Überdruß macht es schwer, etwas anzupacken oder sich über etwas – und sei es eine eigene Leistung – zu freuen.

Was hier idealtypisch als «depressive Müdigkeit» beschrieben wurde, findet sich am häufigsten bei schweren Depressionsformen und am ausgeprägtesten beim melancholischen Typus, während es bei leichteren Depressionsformen nur angedeutet ist oder auch fehlen kann. Es vertieft phänomenologisch die einfache Symptomatik «erhöhte Ermüdbarkeit» von ICD-10 oder «Fatigue» von DSM-5 und ist somit mit ihr nicht völlig identisch. Diese idealtypische Beschreibung wird allerdings durch aktuelle Studien mit neu entwickelten Untersuchungsinstrumenten gestützt [9, 10]. Die genaue Charakterisierung von depressiver Müdigkeit ermöglicht auch, auf die heute besonders dringliche Frage, wie sich Burnout und Depression unterscheiden, differenzierter einzugehen.

### Müdigkeit bei Burnout, Chronic-fatigue-Syndrom und Depression

Generell ist in der Burnout-Literatur mehr von psychischer und physischer Erschöpfung als von Müdigkeit die Rede. Erschöpft zu sein setzt sprachlich eine Anstrengung voraus, während der Müdigkeit diese positive Konnotation abgeht. Tatsächlich ist der Burnout-Betroffene zunächst seiner Arbeit nicht müde. Er wird

vielmehr erschöpft, weil es ihm schwer fällt, Aufgaben liegen zu lassen. Sein Erschöpftsein ist also eine Folge seines Einsatzes, den er in der Regel hoch bewertet. Allerdings negativiert sich im Verlaufe des Burnout-Prozesses diese anfänglich positive Einstellung zur Arbeit und zu den Lebensumständen und ist schliesslich nicht mehr von depressiver Müdigkeit zu unterscheiden. Der Burnout-Betroffene wird auch seiner Arbeit müde. Es kommt zu einer «inneren Kündigung» und zur Distanzierung von seinen Arbeitskollegen (was man als «Depersonalisierung» bezeichnet). Dann treten auch weitere depressive Symptome wie Bedrücktheit, Konzentrationsschwäche und Selbstvorwürfe auf, so dass der Burnout-Prozess eine depressive Entwicklung nimmt und schliesslich die Kriterien einer «depressiven Episode» erfüllt.

Eine analoge Progression tritt seltener auch bei Menschen auf, die an einem chronischen Müdigkeitssyndrom leiden. Das Chronic-Fatigue-Syndrom weist jedoch eine geringe Dynamik auf. Es geht häufiger mit vegetativen Symptomen einher und steht somatischen oder somatoformen Störungen näher.

Zusammenfassend unterscheidet sich depressive Müdigkeit von anderen Müdigkeitsformen vor allem dadurch, dass sie nicht isoliert auftritt, sondern in eine umfassende Veränderung des leib-seelischen Erlebens eingebettet ist. Sie ist Teil einer Gesamtveränderung des Organismus, die affektiv durch eine düstere Gemüthsstimmung, kognitiv durch Denkhemmung bzw. Konzentrationsverminderung und psychomotorisch durch eine Verminderung von Mimik und Gestik charakterisiert ist.

## Die Bedeutung von Müdigkeit in der depressiven Entwicklung

Wie schon der Übergang von Burnout in Depression andeutet, hängen Distress und Depression zusammen. Depressionen sind häufig Stresserkrankungen. Dabei werden Müdigkeit und Erschöpfung in westlichen Ländern (im Vergleich zu Asien und Afrika) nach transkulturellen Studien [11] häufiger als Stressoren beurteilt und stärker mit Depressionen in Verbindung gebracht. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass in einer Leistungs- und Erfolgsgesellschaft Müdigkeit negativer gewertet wird, weil sie zu einer Leistungsminderung beiträgt. Diese Abwertung dürfte wiederum dazu beitragen, dass Müdigkeit in Europa und Nordamerika besonders medizinisiert und medikalisiert wird [12]. Wenn aber Müdigkeit tendentiell als Belastungsfaktor und damit als starker Stressor eingeschätzt wird, gilt es, diesen Faktor in einem Depressionsmodell auch zu berücksichtigen. Dazu soll das in [Abbildung 1](#) dargestellte pragmatische und praxisorientierte Depressionsmodell herangezogen werden. Es fasst die wichtigsten empirisch gewonnenen Erkenntnisse zur Depressionsentwicklung in einem Circulus vitiosus zusammen [13].

Ein depressiver Teufelskreis kann auf unterschiedlichen Ebenen einsetzen, sei es infolge einer psychosozialen Belastung, einer körperlichen Erkrankung oder einer psychologisch belastenden Verarbeitung (ungünstiges Coping). Am häufigsten wird er durch Verlust- und Konfliktsituationen ausgelöst, die eine Kaskade von körperlichen und psychologischen Reaktionen zur Folge haben. Ein heute nicht zu unterschätzender Aus-

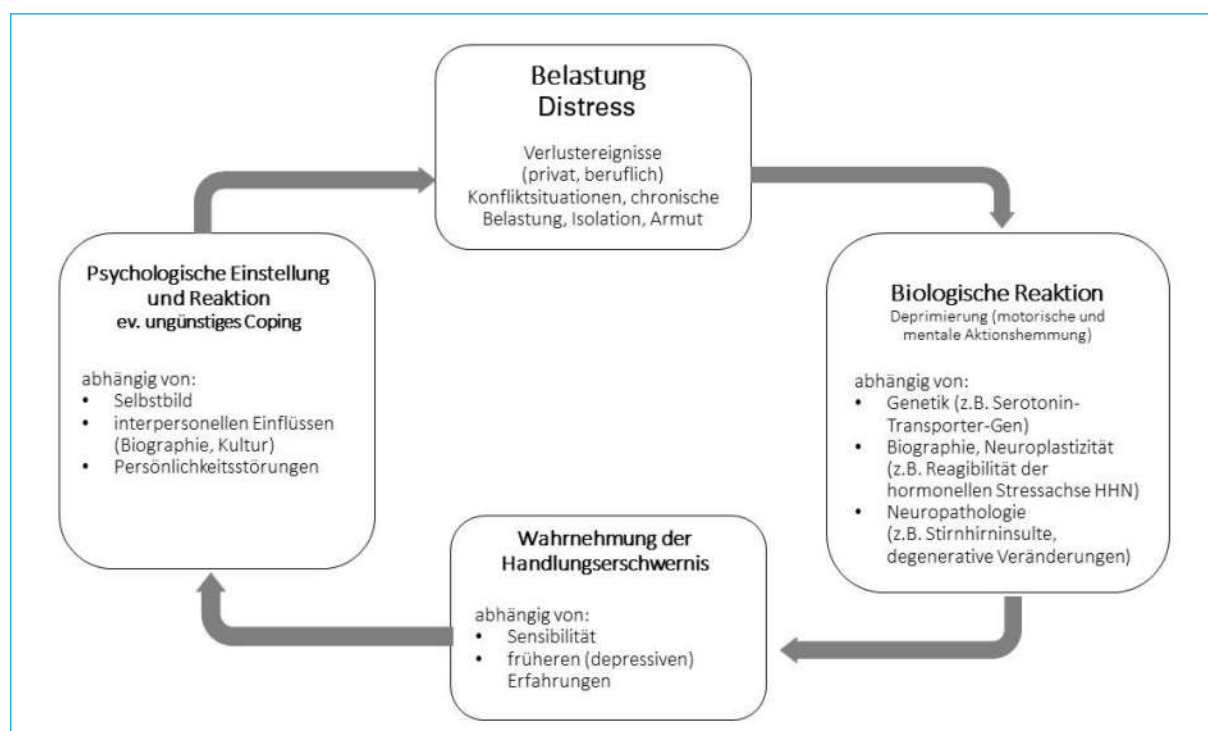


Abbildung 1: Schematische Darstellung des Depressionsmodells (nach [13]).

löser ist – wie dargestellt – Erschöpfung. Die damit einhergehende Leistungseinbusse, etwa im Rahmen eines Burnout-Prozesses, wird als starker Distress erfahren, was besonders bei vulnerablen Menschen zu einer biologisch verankerten Reaktion (sog. Bewahrungsreaktion mit Deprimierung bzw. psychomotorischer und mentaler Aktionshemmung) führt. Dieses unwillkürliche Reaktionsmuster, das einen Menschen sowohl psychisch wie somatisch ausbremst, tritt vor allem bei Gefahren und in Belastungssituationen auf, die weder durch Flucht vermieden noch durch Konfrontation oder Angriff gelöst werden können. Eine solche Konstellation ist typisch für Erschöpfungszustände bei beruflicher Abhängigkeit.

Nach der Untersuchung von Ahola und Hakanen [14] erhöht Burnout das Risiko depressiver Symptome um den Faktor 2,6. 23% von 2555 untersuchten Zahnärzten in Finnland, die bei Studienbeginn ein Burnout ohne depressive Symptome hatten, wiesen nach drei Jahren eine mindestens leichtgradige Depression auf. Burnout stellt somit einen Mediator zwischen Arbeitsstress und Depression dar. Umgekehrt können Depressionen auch zu Burnout beitragen. Es gilt also zu berücksichtigen, dass Müdigkeit nicht nur ein möglicher Depressionsauslöser ist, sondern die durch die Depression hervorgerufene Müdigkeit das Burnout-Erleben verstärken und den depressiven Teufelskreis ankurbeln kann (vgl. [Abbildung 1](#)).

Das abgebildete zirkuläre Modell hat den Vorteil, weder Müdigkeit noch kurzfristige Deprimiertheit grundsätzlich zu pathologisieren, sondern das depressive Geschehen als dysfunktionelle Komplikation einer physiologischen bzw. normalen Reaktionsweise zu verstehen [13]. Ähnlich wie sich das überlebenswichtige Angstgefühl unter ungünstigen Bedingungen zu einem krankhaften Geschehen steigern kann, kann auch Erschöpfung und Deprimierung bei Überlastung dysfunktionell entgleisen und depressiven Krankheitswert bekommen. Dabei ist vor allem ein Coping ungünstig, das sich gegen aufgetretene Erschöpfung und Deprimierung aufbäumt und wegen fehlenden Erfolgs zusätzlich Frustration bzw. Distress auslöst.

### Spezifische Behandlung depressiver Müdigkeit?

Depressive Müdigkeit ist ein Symptom der Depression. Sie erfordert demgemäss eine Depressionstherapie. Im Vordergrund stehen psychotherapeutische und biologische Behandlungsmethoden, die von den nationalen Leitlinien der Depressionsbehandlung empfohlen werden [13]. Im Falle leicht- und mittelgradiger depressiver Episoden haben Psychotherapiemethoden (kognitive, interpersonelle und psychoanalytisch orientierte Psychotherapie) gegenüber alleiniger medikamentöser Therapie mit Antidepressiva eine besonders nachhaltige Wirkung. Bei schwereren depressiven Epi-

soden wird generell die Anwendung von antidepressiven Medikamenten in adäquater Dosierung empfohlen. Hier ist eine (über Plazebo hinausgehende) antidepressive Wirkung belegt. Besonders wirksam ist eine Kombinationstherapie von Antidepressiva und spezifischer Psychotherapie.

Generell wird davon ausgegangen, dass bei depressiver Müdigkeit eher anregende Antidepressiva vom Typus SSRI und SNRI einzusetzen sind. Allerdings wird auch bei diesen Antidepressiva eine substantielle Rate an medikamentenbedingter Müdigkeit gefunden [15]. Als mögliche Alternative werden Bupropion (100 bis 300 mg pro Tag) und Reboxetin (2 bis 4 mg pro Tag) empfohlen [15, 16]. Bei Therapieresistenz können als Ergänzung zur antidepressiven Therapie Psychostimulantien (z.B. Methylphenidat 20 bis 60 mg pro Tag oder Modafinil 100 bis 400 mg pro Tag) eingesetzt werden. Ein (längerer) Einsatz dieser stimulierenden Substanzen kann allerdings zu Missbrauch und Abhängigkeit führen, insbesondere wenn Müdigkeit als Residualsymptom einer behandelten Depression zurückbleibt und nach weiterer Stimulation ruft. Eine aktuelle Literaturübersicht [9] weist nach, dass Müdigkeit (Fatigue) ein häufiges Residualsymptom einer Depression darstellt und mit ungünstiger Depressionsprognose assoziiert ist. Es sollte deshalb nicht bloss überdeckt werden, sondern weiter somatisch und psychiatrisch abgeklärt und je nach Befundlage behandelt werden.

### Das Wichtigste für die Praxis

- > Müdigkeit ist eines von mehreren Symptomen depressiver Episoden. Sie geht mit einer Antriebsstörung einher und vermischt sich u.a. mit affektiver Bedrücktheit, kognitiver Konzentrationsstörung und psychomotorischer Hemmung.
- > Als Teil einer umfassenden depressiven Veränderung des Erlebens und Verhaltens ist Müdigkeit bei Depressionen weniger isolierbar als z.B. somatisch oder medikamentös bedingte Müdigkeit oder das Chronic-fatigue-Syndrom.
- > Depressive Müdigkeit wird je nach Depressionstyp wie eine depressive Episode oder eine depressive Anpassungsstörung behandelt. Im Vordergrund stehen psychotherapeutische und psychopharmakologische Verfahren. Bei Therapieresistenz können auch Psychostimulantien als Trigger eingesetzt werden.

### Finanzierung / Interessenkonflikte

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

### Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Daniel Hell  
Privatklinik Hohenegg AG  
Hohenegg 1  
CH-8706 Meilen  
daniel.hell[at]hohenegg.ch

**Literatur**

- 1 Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Übersetzt von Dilling et. al. Bern: Huber Verlag; 1991.
- 2 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5. APA, 2013.
- 3 Jud LL, Schettler PJ, Akiskal HS. The prevalence, clinical relevance and public health significance of subthreshold depression. *Psychiatr Clin North A.* 2002;25(4):685–98.
- 4 Angst J, Gamma A, Neuenschwander M, Adidacic-Gross V, Eich D, Rössler W, et al. Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2005;14(2):68–76.
- 5 Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, et al. The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord.* 2005;88:55–62.
- 6 Jacobsen P, Donovan K, Weitzner M. Distinguishing fatigue and depression in patients with cancer. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry.* 2003;8(4):229–40.
- 7 Handke P. Versuch über die Müdigkeit. Berlin: Suhrkamp; 1992.
- 8 Han B. Müdigkeitsgesellschaft. 7. Auflage. Berlin: Matthez + Seitz; 2012.
- 9 Ferrentinos P, Kontaxakis V, Havaki-Kontaxakis B, et al. The Fatigue Questionnaire: standardization in patients with major depression. *Psychiatry Res.* 2010;177(1):114–9.
- 10 Fava M, Ball S, Nelson JC, Sparks J, Konechnik T, Classi P, et al. Clinical relevance of fatigue as a residual symptom in major depressive disorder. *Depress Anxiety.* 2014;31(3):250–7.
- 11 Ball HA, Sumathipala A, Siribaddana SH, Kovas Y, Glozier N, McGuffin P, et al. Aetiology of fatigue in Sri Lanka and its overlap with depression. *Br J Psychiatry.* 2010;197:106–13.
- 12 Karasz A, Mckinley PS. Cultural differences in conceptual models of everyday fatigue: a vignette Study. *J Health Psychol.* 2007;12:613–26.
- 13 Hell D. Depression als Störung des Gleichgewichts. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer; 2013.
- 14 Ahola K, Hakonen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *J Affect Disord.* 2007;104:103–10.
- 15 Papakostas GI, Nutt DJ, Hallett LA, Tucker VL, Krishen A, Fava M. Resolution of sleepiness and fatigue in major depressive disorder: a comparison of bupropion and the selective serotonin reuptake inhibitors. *Biol Psychiatry.* 2006;60(12):1350–5.
- 16 Chang T, Fava M. The future of psychopharmacology of depression. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(8):971–5.