

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

ANPASSUNGSSTÖRUNGEN

Reaktion auf belastende Lebensereignisse

Anpassungsstörungen sind nach heutiger Definition das, was man früher eine depressive Reaktion oder reaktive Depression nannte, eine Trauerreaktion, einen Kulturschock u.a. Oder kurz: belastende Lebensereignisse oder einschneidende Lebensveränderungen einschließlich schwerer körperlicher Erkrankungen, mit denen der Betreffende nicht fertig wird. Beispiele: Partner- und Familienprobleme, Liebesenttäuschungen, Schwierigkeiten im Beruf, finanzielle Einbußen, gesundheitliche oder sonstige Bedrohungen. Meist handelt es sich um eine kurze bis mittelfristige Reaktion, überwiegend resigniert-depressiv, ängstlich-furchtsam, frustriert, gedemütigt, besorgt, angespannt, aber auch reizbar, aggressiv u.a. Das Leid geht entweder von selber zurück oder kann therapeutisch gemildert bzw. abgekürzt werden, insbesondere durch eine sogenannte Krisenintervention.

Erwähnte Fachbegriffe:

Anpassungsstörung – Trauerreaktion - entscheidende Lebensveränderungen – Life Events – Trauerfall – Trennungserlebnis – Emigration – Flucht – Liebeskummer – Arbeitsplatzprobleme – Eheprobleme – spezifische Lebensphasen – Stressoren – individuelle Disposition – Erkrankungsneigung – Vulnerabilität – seelische Verwundbarkeit – depressive Reaktionen – reaktive Depression – psychoreaktive Depression – depressive Erlebnisreaktion – abnorme depressive Belastungssituation – längere depressive Reaktion – Angst und Depression gemischt – Angststörung – Störung des Sozialverhaltens – Störung von Gefühlen und Sozialverhalten – Sozialstörungen – Akkumulation von Risikofaktoren – Krisenintervention – Psychotherapie – Pharmakotherapie – Antidepressiva – Tranquilizer – Beruhigungsmittel – Schlafmittel – Soziotherapie – Coping-Strategien – Bewältigungs-Strategien – u.a.

Wenn sich jemand nicht anpassen kann, muss er mit Schwierigkeiten im Alltag rechnen. Wenn einer so gestört ist, dass er eine regelrechte „Anpassungsstörung“ hat, wird er in seinem Umfeld wohl langsam ausgegrenzt und isoliert. Wer nicht gerade muss, will nichts mehr mit ihm zu tun haben. So jedenfalls stellt man sich in der Allgemeinheit eine mangelhafte Anpassungsfähigkeit vor. Aber nicht so in der modernen Psychiatrie. Warum?

Neue Klassifikationen – neue Fachbegriffe

Die Psychiatrie als medizinisches Fach von wachsender Bedeutung (Weltgesundheitsorganisation: derzeit mindestens ein Viertel der Bevölkerung mit psychischen Störungen belastet) hat sich in den letzten Jahrzehnten eine neue Struktur gegeben: neue Klassifikationen (Krankheitseinteilungen), ja sogar neue Diagnosen und neue, bisweilen gewöhnungsbedürftige Fachbegriffe. Psychiater und Nervenärzte, die noch Mitte des 20. Jahrhunderts klinisch und wissenschaftlich auf der Höhe ihres Faches gewesen sind, würden sich heute in zumindest einem Teil der Psychiatrie nicht mehr zurechtfinden. Einige würden resignieren, andere zu Ironie oder Sarkasmus Zuflucht suchen - und hätten mitunter sogar Recht.

Allerdings sind die neuen Strukturen in der alten „Seelenheilkunde“ und heutigen Psychiatrie, Psychotherapeutischen Medizin, Psychosomatik u.a. nicht nur „alter Wein in neuen Schläuchen“, sondern in vielen Fällen durchaus berechtigt, effektiv, Diagnose (Erkennen), Ätiologie (Ursachen), Pathogenese (Krankheitsverlauf), Therapie (Behandlung) und Rehabilitation (Gesundheitswiederherstellung) konstruktiv fördernd. Nur sind solche Übergangsphasen auch Episoden von „Versuch und Irrtum“ was neue Begriffe, Definitionen, Klassifikationen, Verschlüsselungsvorschläge für die Statistik u.a. anbelangt.

Deshalb sind sowohl weltweit (z. B. Weltgesundheitsorganisation – WHO) als auch bei den einzelnen nationalen psychiatrischen Vereinigungen (z. B. der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung – APA, der zahlenmäßig größten und damit mächtigsten von allen) viele Kommissionen mit namhaften Experten ständig und in zahlreichen Arbeitssitzungen um eine tragbare Übereinkunft bemüht. Dabei sind auch noch sprachliche Hindernisse zu überwinden. Manches findet sich deshalb – aus Diplomatie oder Bequemlichkeit – nur im englischen und nicht einmal in einer deutschen Übersetzung, sehr zum Ärger vieler Ärzte und vor allem Patienten (Beispiel: Burnout-Syndrom für erschöpft, verbittert, ausgebrannt“ oder major depression, was sich in der deutschen Übersetzung als „Große“ oder „Typische Depression“ nicht durchsetzen konnte).

Ein ähnliches Problem ergibt sich für das Thema dieses Kapitels, nämlich die *Anpassungsstörungen*. Hier geht es also nicht um eine mangelhafte willentliche Anpassung was zwischenmenschliche, gesellschaftliche oder gar moralische Vorgaben anbelangt, hier geht es um belastende Lebensereignisse, mit denen der Betreffende einfach nicht mehr fertig wird, zumindest eine Zeit lang. Was heißt das?

Was heißt Anpassungsstörung?

Das ganze Leben besteht letztlich aus einer endlosen Summe von Belastungen, alltäglichen zwar, aber lästigen, unangenehmen, peinlichen, störenden oder gar erheblich beeinträchtigenden bis quälenden oder zermürbenden. Der größte Teil ist glücklicherweise auszuhalten, befriedigend zu überwinden oder einfach „wegzustecken“. Er ruft deshalb auch keine seelischen oder körperlichen bzw. psychosozialen Symptome hervor. Wenn das jedoch nicht gelingt, dann drohen Anpassungsstörungen:

Anpassungsstörungen treten nach entscheidenden Lebensveränderungen, belastenden Lebensereignissen oder schweren körperlichen Erkrankungen auf. Sie sind Zustände von subjektivem Leid und gemütsmäßiger Beeinträchtigung (Definition modifiziert nach der ICD-10 der WHO).

Die Belastungen können sowohl das engere soziale Umfeld (z. B. Trauerfall oder Trennungserlebnis) als auch weitere soziale Aspekte betreffen (z. B. Emigration oder Flucht). Die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) zählt in ihrem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen – IV noch weitere Beeinträchtigungen hinzu (z. B. Beendigung einer Liebesbeziehung) oder mehrere Belastungsfaktoren auf einmal (z. B. erhebliche Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und in der Ehe).

Die Belastungen können sowohl wiederkehrend als auch kontinuierlich (fortdauernd) sein und im Zusammenhang mit spezifischen Lebensphasen stehen (z. B. Schulbeginn, Verlassen des Elternhauses, Heirat, Elternschaft, Nichterreichen beruflicher Ziele, Pensionierung).

Von der zeitlichen Begrenzung her sollte diese Störung innerhalb von ein bis drei Monaten nach Beginn der Belastung (Fachbegriff: Stressor) auftreten und nicht mehr als ein halbes Jahr dauern.

Zur Kritik

Wenn man davon ausgeht, dass niemand von psychosozialen Belastungen aller Art verschont bleibt, dann kann man sich denken, dass mit einer solchen

Diagnose dem gehäuften Auftreten seelischer Störungen Tür und Tor geöffnet sind. Tatsächlich handelt es sich um eine in der Abgrenzung zur „normalen Alltagsbelastung“ und auch wissenschaftlich gesehen kaum untersuchte und damit wenig scharf gefasste Kategorie. Im Grunde geht es hier nur um einen Auslöser (Stress über eine subjektiv ertragbare Grenze hinaus) ohne weitere konkrete Richtlinien für den Alltag in Diagnose und Therapie.

Andererseits ist es nicht falsch, auch grenzwertige Belastungen/Reaktionen bzw. fließende Übergänge von „normal“ zu „gestört/krankhaft“ in die Psychopathologie (Krankheitslehre) des Lebens aufzunehmen. So etwas hat man früher gar nicht erkannt bzw. treffender: anerkannt. Das Leid von zahllosen Generationen Betroffener war aber sicher so belastend bis quälend wie heute auch. Und dass der komplexe Zusammenhang zwischen „individueller Verwundbarkeit“ (Fachausdruck: Vulnerabilität), belastenden Lebensereignissen und seelischer bzw. psychosozialer Reaktion darauf bisher unzureichend erforscht ist, kann auch nicht als Argument zählen. Man muss einfach einmal einen Anfang machen, dann gewinnt auch alles andere (Beschwerdebild, Ursachen, Verlauf, Therapie und Vorbeugung) an schärferer Kontur.

Heute allerdings ist die Diagnose „Anpassungsstörung“ das, was die Wissenschaft als „Restkategorie“ bezeichnet. Oder allgemeinverständlich: Hier kommen jene Leidensbilder unter, die bei den anderen, konkreter gefassten Erkrankungen nicht eingeteilt werden können.

Wie häufig sind Anpassungsstörungen?

Anpassungsstörungen, also die krankhafte Reaktion auf belastende Lebensereignisse, je nach Belastbarkeit des Betroffenen, müssen also sehr häufig sein. Allerdings streuen die Daten erheblich, nicht zuletzt wegen obiger Probleme und weil sicher nicht jeder mit einer solchen Reaktion seinen Arzt aufsucht (aber nur dann würde er auch in die Statistik eingehen).

Daher kann man bisher nur von Schätzdaten ausgehen und nebenbei eine hohe so genannte Dunkelziffer annehmen. Man spricht deshalb von 5 bis 20 % jener Patienten, die sich in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befinden.

Betroffen sind beide Geschlechter gleich häufig (wobei sich Frauen erfahrungsgemäß ihrem Arzt eher anvertrauen) und praktisch alle Altersstufen. Über den sozialen Status gibt es keine näheren Daten. Allerdings nehmen nicht wenige Experten an, dass sich hier ähnliche Verteilungsmuster abzeichnen, wie sonst auch, dass sich nämlich alleinlebende (ledige, getrenntlebende, geschiedene, verwitwete) Menschen schwerer tun als

Verheiratete oder solche in fester Partnerbeziehung. Aber – wie erwähnt – konkrete Daten dazu gibt es (noch) nicht.

Das Beschwerdebild

Die so genannte individuelle Disposition (Erkrankungsneigung) oder die erwähnte Vulnerabilität (Verwundbarkeit) spielt bei den Anpassungsstörungen eine größere Rolle als bei anderen Krankheitsbildern. Oder allgemein verständlich: ohne eine entsprechende „seelisch-körperliche und psychosoziale Schwachstelle“ in Wesensart und Biographie (Lebensgeschichte) des Betroffenen wäre die Anpassungsstörung nicht ausgebrochen.

Die Symptome (Krankheitszeichen) sind unterschiedlich und betreffen vor allem die Stimmung. Deshalb dominieren depressive Reaktionen, Angst (vor ich weiß nicht was) oder Furcht (vor konkreten Belastungen oder Folgen). Oder noch gezielter: Besorgnis und Befürchtungen.

Ferner das Gefühl, unmöglich zurechtzukommen, vor auszuplanen oder in der gegenwärtigen Situation so fortfahren zu können wie früher.

Was sich fast immer bemerkbar macht ist eine Einschränkung in der Bewältigung alltäglicher Aufgaben, zuletzt selbst dort, wo eigentlich die Routine alles einfacher machen könnte.

Oder in den Worten der Betroffenen: „Nichts geht mehr wie früher“ oder „nichts ist mehr wie es war“.

Das hört sich dramatisch an, hat aber wenigstens einen Vorteil: es ist zeitlich begrenzt (im Gegensatz zur posttraumatischen Belastungsstörung - siehe unten).

Manchmal drohen auch dramatische Verhaltensweisen, z. B. ernstere Reizbarkeit bis hin zur Aggressivität oder gar Gewaltausbrüchen (aggressive Durchbrüche). Besonders bei Jugendlichen kann sich eine Anpassungsstörung in Form gestörten Sozialverhaltens bemerkbar machen, also rücksichtsloses oder gar dissoziales (asoziales) Verhalten, z. B. beim Autofahren, im Bekanntenkreis, in Schule oder am Arbeitsplatz, ja in völlig fremder Umgebung.

Nicht selten ist dann auch der Missbrauch von Genussgiften oder gar Rauschdrogen, vor allem ein exzessives Sich-Betrinken.

Aber auch sozialer Rückzug, ja eine regelrechte Isolationsneigung sind möglich. Und nicht selten „dunkle Gedanken“, wenn nicht gar konkrete Selbsttötungs-Ideen oder Suizid-Vorbereitungen.

Bei Kindern sind es vor allem so genannte „regressive Phänomene“ (Regression: Rückschritt auf frühere Verhaltensweisen, die in der Entwicklung längst überwunden schienen): Bettnässen, Babysprache, Daumenlutschen u.a.

Zur Unterteilung der Anpassungsstörung

Sinnvollerweise versucht man nun die Anpassungsstörung noch schärfer zu fassen, wenn es die diagnostischen Bedingungen erlauben. Dazu gehört vor allem eine sorgfältige Erhebung der Vorgeschichte (Fachbegriff: Eigen- und Fremdanamnese, also sowohl vom Betroffenen selber als auch von seinem Umfeld). Ferner der psychologische Krankheitsbefund, ggf. psychosoziale, wenn nicht gar körperliche Folgen u.a. Wie kann man nun die Anpassungsstörung unterteilen? Dazu zählt man

- die *kurze depressive Reaktion*, ein vorübergehender leichter depressiver Zustand, der nicht länger als einen Monat andauert
- die *längere depressive Reaktion*, ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger andauernde Belastungssituation, die aber zwei Jahre nicht überschreitet
- das Krankheitsbild *Angst und depressive Reaktion gemischt*, also sowohl Angst als auch depressive Krankheitszeichen, die jedoch nicht so ausgeprägt sind, dass man eine konkrete Angststörung oder eindeutige Depression ableiten könnte
- die *Beeinträchtigung von anderen Gefühlen*, was vielerlei bedeuten kann wie Besorgnis, Anspannung, Ärger oder im Kindesalter die erwähnten regressiven Symptome (Bettnässen, Daumenlutschen u.a.)
- die *Störung des Sozialverhaltens*, also vor allem mit dissozialen (asozialen) Verhaltensweisen und aggressiven Durchbrüchen
- die *gemischte Störung von Gefühlen und Sozialverhalten*, also sowohl Gemüts- als auch Sozialstörungen u.a.
- und verschiedene Kombinationen, Überschneidungen usw.

Exkurs: Die frühere *depressive Reaktion* oder *reaktive Depression*

In diesem Zusammenhang ist es nicht falsch, einen kurzen Blick auf frühere Klassifikationen zu werfen, die vielleicht weniger „wissenschaftlich belegt“, dafür aber oft auch „alltags-tauglicher“ waren. Ein klassisches Beispiel dazu ist

die *depressive Reaktion* oder *reaktive Depression*, wie sie bei der älteren („konventionellen“) Einteilung die Hauptkategorie der so genannten „psychogenen (rein seelisch ausgelösten) Depressionen“ ausmachten. Einzelheiten dazu siehe der Kasten.

Reaktive Depression

- Bedeutungsgleiche Begriffe: depressive Reaktion, psychoreaktive Depression, depressive Erlebnisreaktion, abnorme depressive Belastungssituation u.a.
- Definition: depressiver Zustand, ausgelöst durch ein äußerliches schmerzliches Ereignis, vom Inhalt her stets um dieses Erlebnis zentriert.
- Alters- und Geschlechtsverteilung: vor allem zwischen Pubertät und mittleren Lebensjahren. Beim weiblichen Geschlecht zudem gehäuft im Präklimakterium (Zeit vor den Wechseljahren), beim Mann oft in den letzten Jahren vor Abschluss der beruflichen Laufbahn.
- Dauer: im Allgemeinen zwischen einigen Tagen und mehreren Wochen. Im höheren Lebensalter jedoch auch länger. Insbesondere ältere Männer scheinen bisweilen zu verlängerten traurigen Verstimmungen zu neigen. Problematisch ist die Abgrenzung zu einer endogenen (biologisch begründeten) depressiven Phase, die durch ein äußerliches Ereignis (allerdings nur Auslöser) angestoßen wurde.
- Ursachen und Krankheitsverlauf: vielfältig; geschlechtsspezifisch unterscheidet man beim
 - weiblichen Geschlecht: eher Partner-, Ehe- und Liebesenttäuschungen, Untreue, eheliche Zerwürfnisse usw. Bei Ledigen und Verwitweten und Geschiedenen nicht selten die Angst vor Vereinsamung und Isolierung.
 - Beim männlichen Geschlecht: mehr berufliche Probleme wie ausgebliebene Beförderung, Konkurrenzsituation, erschwerte Aufstiegsmöglichkeiten, unbefriedigende Arbeitslage, ggf. Arbeitslosigkeit, finanzielle Sorgen, aber auch familiäre Schwierigkeiten im weitesten Sinne.

Beschwerdebild und Verlauf: Die meisten Betroffenen fühlen sich nicht krank, eher in verzweifelter Einengung durch ihren Schicksalsschlag erdrückt. Mitunter kommt es nach dem belastenden Erlebnis zu einer Art innerer Erstarrung. Diese Reaktion dauert Stunden bis wenige Tage.

Dann kann sie einer ausgeprägten Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit, ja Apathie (Teilnahmslosigkeit, stumpfe Gleichgültigkeit) weichen. Seltsamer-

weise beginnt in dieser Situation das eigentliche Unglück fast zu verblassen. Interesselosigkeit, innere Leere, Verlorenheit usw. gewinnen an Bedeutung.

Zum anderen kann es jedoch auch zu einem Verzweiflungsausbruch kommen: Unruhe, Fahrigkeit, Nervosität, Gespanntheit, barsche Abwehr gegen jede Hilfestellung, trotzige Weinkrämpfe, ja Gemütsausbrüche und aggressive Durchbrüche.

Das Beschwerdebild ist nicht ganz so vielfältig wie bei einer schweren endogenen (biologischen) Depression. Vor allem spielen individuelle sowie alters- und geschlechtsspezifische Faktoren eine Rolle. Falls Tagungsschwankungen auftreten, kommt es eher zu einem Stimmungstief am Abend als zu einem Morgentief (wie bei der endogenen, also mehr „biologisch“ erklärbaren Depression).

Häufig sind vegetative Symptome und funktionelle Organbeschwerden, also vor allem psychosomatisch interpretierbare und Befindlichkeitsstörungen. Beispiele: Ein- und Durchschlafstörungen, Appetitlosigkeit, Magen-Darm-Beschwerden, Kopfdruck, Kloß im Hals, Atemenge, Herzstechen oder -klopfen, Flimmern vor den Augen, muskuläre Verspannungen, Harndrang, wandernde Missempfindungen, Hitzewallungen, Kälteschauer, erhöhte Temperaturempfindlichkeit, Schweißausbrüche, sexuelle Freudlosigkeit u.a.

Jüngere im Allgemeinen und einfach strukturierte Charaktere im Besonderen scheinen eher zu kurzen, nach außen gerichteten, trotzigen und aggressiven Reaktionen zu neigen. Ältere und differenziertere Menschen zeigen häufiger eine stille, zurückgezogene, gehemmte und leidvoll-duldende Reaktionsweise.

- Persönlichkeitsstruktur: nicht selten selbstunsicher, übergewissenhaft, mit unter auch passiv. Häufig nur begrenzte Möglichkeiten, Probleme und Schwierigkeiten auszudrücken und damit zu neutralisieren.

Meist ist es nicht nur ein einzelner Beweggrund, sondern ein ganzes Bündel vielfältiger Motive, das dann als letzter Anlass auf eine besondere Empfindsamkeit oder ein geschwächtes Reaktionsvermögen trifft. Bisweilen jedoch auch eher temperamentvolle oder gar leicht antriebsgesteigerte (Fachbegriff: submanische, maniforme) Persönlichkeitsstrukturen. Das schließt eine gewisse Neigung zum Umschlagen in das andere Extrem nicht aus.

- Psychoreaktive Verstimmungen im höheren Lebensalter gehen oft weniger auf einen umschriebenen und nachfüllbaren Schicksalsschlag, mehr auf eine Vielzahl meist situationsgebundener Ursachen zurück.

Beispiele: Überwiegend Verlustprobleme jeglicher Art im Bereich von Gesundheit und Leistungsfähigkeit, aber auch erzwungene Untätigkeit, das Selbständigwerden der Kinder (erwünscht, aber jetzt als schmerzliche Einbuße inter-

pretiert), Auseinandersetzungen mit Angehörigen und Nachbarn, Vereinsamung, materielle Not, Ortswechsel (Gefahr der Entwurzelung: („Entwurzelungsdepression“, „Umzugsdepressionen“) usw.

- Therapie: Krisenintervention, Gesprächspsychotherapie (viel reden lassen), soziotherapeutische Maßnahmen (Schwerpunkt: auslösender Faktor, vordergründige Probleme nicht immer allein entscheidend).

Ggf. kurzfristig medikamentös (Benzodiazapin-Tranquilizer in niedrigster Dosierung, am besten Tropfenform; Schlafmittel bei Bedarf).

Viel körperliche Aktivität (täglicher „Gesundmarsch“, Fahrradfahren). Später Entspannungsverfahren lernen (Autogenes Training, Yoga usw.). Ggf. mittelfristige psychotherapeutische Behandlung um einer Rückfallgefahr entgegenzuwirken.

Nach P. Kielholz: Diagnose und Therapie der Depression für den Praktiker. Lehmanns-Verlag, München 1971

Die Ursachen einer Anpassungsstörung

Die *Ursachen einer Anpassungsstörung* sind so vielfältig wie das Leben selber. Entscheidend ist eine Erkenntnis, die vor allem bei den beiden Alterspolen, d. h. bei jüngeren und alten Menschen gerne übersehen wird: Es kommt nicht auf die „objektive“ Intensität der Belastung an (also das, was „man“ für belastungs-relevant hält), sondern auf die subjektive Ertragbarkeit, bildhaft gesprochen: die Breite der Schultern, die es dann auch zu (er)tragen haben. Das wird gerne oder fast regelhaft übersehen.

Damit hat der Patient gleich zwei Probleme:

1. die Belastung an sich
2. das Unverständnis seines Umfeldes: Eltern, Partner, Kinder, Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen, Lehrer, manchmal auch der Arzt.

Hier sollte sich deshalb jeder einen Satz ins Gedächtnis zurückrufen, den er schon selber einmal missbilligend am eigenen Leib erfahren hat:

„Deine Sorgen möchte ich haben...“

Einzelheiten zu den möglichen Ursachen, vom Liebeskummer bis zur Diagnose einer unbehandelbaren Krebserkrankung, von der überfahrenen Katze bis zum Tod des Partners siehe der Kasten über die *reaktive Depression* oder einfach die individuelle Erinnerung an vergleichbare Situationen im eigenen Umfeld.

Entscheidend aus wissenschaftlicher Sicht ist offenbar zweierlei:

1. Die Rolle des so genannten „Stressors“ (allgemeinverständlich: des belastenden Lebensereignisses) für die Entwicklung einer Anpassungsstörung ist bisher noch nicht adäquat untersucht worden, besonders was die entscheidende Kombination aus Belastungsintensität und Vulnerabilität (Verwundbarkeit, letztlich psychische Stabilität bzw. Instabilität) anbelangt. Es gibt zwar viele Untersuchungen in der so genannten Life-event-Forschung über die Auswirkungen eines Lebensereignisses auf die Betroffenen, kaum aber zur neuen diagnostischen Kategorie der Anpassungsstörung.
2. Häufig ist es nicht nur eine einzelne Belastung, die in der Mehrzahl der Fälle noch am ehesten „weggesteckt“ werden kann. Gefährlicher ist die so genannte „Akkumulation von Risikofaktoren“ wie
 - vorbestehende mangelhafte Belastbarkeit oder gar psychische Störung
 - unzureichende zwischenmenschliche, insbesondere partnerschaftliche und familiäre, aber auch berufliche Unterstützung
 - Defizite in der individuellen Bewältigungsstrategie, was die zu erwartenden Beeinträchtigungen, Frustrationen (vom lateinischen: frusta = vergeblich), Kränkungen, Demütigungen, Überforderungen u.a. anbelangt.

Möglicherweise spielen neben solchen Umgebungsfaktoren auch genetische Aspekte, also Erbeinflüsse eine Rolle (was für viele seelische Erkrankungen nachgewiesen, bei den Anpassungsstörungen aber noch nicht ausreichend untersucht worden ist).

Was kann mit einer Anpassungsstörung verwechselt werden?

Eine Anpassungsstörung ist relativ leicht diagnostiziert. Ein Mensch gerät unter Druck, dekompenziert seelisch, psychosozial und vielleicht sogar körperlich (Herz-Kreislauf, Wirbelsäule und Gelenke, Magen-Darm, und sei es psychosomatisch) – und die Diagnose ist perfekt. Doch da kann man es sich zu leicht machen (und ggf. in eine gefährliche Falle tappen).

Zunächst gilt es deshalb eine *organische Erkrankung* auszuschließen. Einzelheiten würden hier zu weit führen, aber wenn man die häufigsten Krankheitszeichen noch einmal durchgeht, kann man sich vorstellen, welche körperlichen Erkrankungen eine Rolle spielen *können*, auch wenn es zumeist nicht der Fall sein dürfte.

Vor allem kann der Betroffene auch von beiden Seiten unter Druck geraten sein: 1. bisher nicht erkannte organische Erkrankung mit entsprechender Reaktionsschwäche und 2. ein belastendes Lebensereignis, das zwar erst einmal im Vordergrund steht, in Wirklichkeit aber nur die langsam instabil werdende seelisch-körperliche Gesamtsituation zum Einsturz brachte.

Kurz: Eine organische Untersuchung ist auch bei scheinbarer psychosozialer Belastung grundsätzlich sinnvoll. Das müssen keine ausufernden Untersuchungsreihen sein, aber eine so genannte erste oder orientierende internistische, neurologische u.a. Untersuchung ist niemals falsch.

Sollte aber dieser anfangs zweckmäßige Schritt später in das münden, was man „doctor-shopping“ oder zumindest „doctor-hopping“ nennt, vor allem wenn dazu noch eine hypochondrische Wesensart kommen sollte (siehe das entsprechende Kapitel dann gilt es natürlich dem konsequent gegenzusteuern. Denn eine solche Entwicklung dient niemand, am allerwenigsten dem Betroffenen selber.

Abzuklären sind aber nicht nur organische, sondern vor allem andere *seelische Störungen*. Hier dürfte es sich am ehesten um Depressionen und Angststörungen handeln. Wie in den entsprechenden Kapiteln ausgeführt, können nämlich belastende Lebensereignisse eine bis dahin unterschwellig „glimmende“ endogene (biologische) Depression oder auch eine der verschiedenen Angststörungen „ausklinken“, weshalb man sich in der Regel zuerst auf den Auslöser konzentriert und die zugrunde liegende Basis-Krankheit übersieht.

Ähnliches gilt auch für eine (zumindest beginnende oder erneut ausbrechende) schizophrene Psychose sowie für bestimmte Persönlichkeitsstörungen (Einzelheiten siehe diese).

Ein schon in der Klassifikation enthaltenes Unterscheidungsproblem gibt es bei den akuten posttraumatischen Belastungsreaktionen (kurzfristig) und posttraumatischen Belastungsstörungen (mittel- bis langfristig). Auch hier handelt es sich ja um einen psychosozialen Belastungsfaktor. Der allerdings ist dann meist von extremer Natur (siehe die entsprechenden Kapitel), konkret umschrieben und extrem beeinträchtigend und deshalb von einem entsprechenden Beschwerdebild begleitet.

Anpassungsstörungen hingegen können letztlich durch belastende Ereignisse jeglichen Schweregrades (von extrem bis scheinbar leicht) bedingt sein und äußern sich dann auch eher in vielfältigen und meist unspezifischen Krankheitszeichen.

Eine „normale“ Trauerreaktion, z. B. nach dem Tod des Partners, wird nicht zu den Anpassungsstörungen gezählt. Trauerreaktionen sind nachvollziehbare, wenngleich schmerzliche Ereignisse im Leben eines Menschen. Anders wird es dann, wenn die Trauer zur so genannten „abnormen Trauerreaktion“ entgleist, d. h. bezüglich Inhalt, Ausmaß und Dauer das übliche Maß deutlich (!) übersteigt.

Was kann man tun?

Anpassungsstörungen vergehen zwar definitionsgemäß nach einiger Zeit wieder, aber bis dahin sollte man etwas tun, um sie abzukürzen oder zumindest zu mildern. Einzelheiten dazu siehe auch der Kasten über die *reaktive Depression*. Dort wird auch von einer so genannten *Krisenintervention* gesprochen. Die ist auf jeden Fall sinnvoll bzw. unerlässlich. Hierzu haben sich bestimmte *Regeln der Krisenintervention* bewährt (siehe nachfolgender Kasten):

Regeln der Krisenintervention

- *Dauer*: einige Stunden (maximal 10 bis 20 Stunden)
- *Medikamentöse Zusatzbehandlung*: ggf. kurzfristige medikamentöse Entlastung durch Benzodiazepin-Tranquilizer in niedrigster Dosierung (deshalb Tropfenform empfohlen) oder zeitlich begrenzt Schlafmittel (z. B. Zopiclon oder Zolpidem, die unter verschiedenen Handelsnamen auf dem Markt sind). Bei mittelfristigen depressiven Zuständen ggf. zusätzliche antidepressive Psychopharmaka, beginnend mit dem Pflanzenheilmittel Johanniskraut (aber angepasster Dosierung, z. B. 3 x 300mg) bis zu synthetischen Antidepressiva der neuen Generation, z. B. die so genannten SSRI-Antidepressiva (Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel)
- *Psychotherapie*: zur Förderung der Einsicht und Aktivierung der seelisch-körperlichen und psychosozialen Reserven (Fachbegriff: Ressourcen) zur jeweiligen Problembewältigung
- *Zu Beginn*: Entlastung von gemütsmäßigem Druck, von Schuldgefühlen, Ängsten, Feindseligkeit, Niedergeschlagenheit u.a.
- *Beziehung*: verständnisvolle supportive (unterstützende, wiederaufbauende) Zuwendung des Therapeuten
- *Weitere Ziele*: Förderung der Motivation des Patienten, Stärkung der eigenen Kräfte, Auswahl geeigneter Problemlösungsstrategien, Wiedergewinnung der Selbstkontrolle

- *Entscheidender Aspekt:* Bewältigungsstrategien im Hier und Jetzt erarbeiten
- *Einbeziehung des Umfelds:* z. B. Partner, sonstige Angehörige, ggf. Nachbarn, oft nützlich bis unverzichtbar.
- Modifiziert nach Häfner, 1991

Bei der Bewältigung von Verlusten, insbesondere nach dem Tod naher Bezugspersonen, gelten ebenfalls bestimmte Regeln: Nachdenken über die Beziehung zum Verstorbenen, Annehmen und Durcharbeiten des Schmerzes sowie der eigenen Gefühle und Gedanken, diesen auch durchaus Ausdruck verleihen, Bearbeitung der Schuldgefühle, die zukünftige Beziehung zum Verstorbenen klären u.a. Einzelheiten dazu siehe das entsprechende Kapitel über die *Trauer*.

Wichtig ist auch eine Analyse, was Art und Schwere des belastenden Lebensereignisses auf der einen sowie der individuellen Belastbarkeit des Betroffenen auf der anderen Seite anbelangt. Deshalb gilt es in einem entsprechendem Gespräch auch das notwendige Verständnis darüber zu gewinnen, welche Bedeutung das belastende Ereignis für den Betroffenen hatte und wieso es zu einer solchen seelischen und psychosozialen Reaktion führte. Fachlich gesprochen muss man also die individuelle Verwundbarkeit, die so genannte Adaptationsfähigkeit (Anpassungsfähigkeit) des Patienten und seine möglichen Bewältigungs-Strategien (Fachbegriff: coping) zu klären suchen.

Schließlich sollte gemeinsam erarbeitet werden, wie der Patient mit früheren (beeinträchtigenden) Lebensereignissen umgegangen ist, ob weitere akute oder chronische Stress-Situationen drohen, wie sein körperlicher Gesundheitszustand beurteilt wird und in welchem Maße mit Unterstützung von Partner, Familie, Freunden, Lehrern, Nachbarn und Arbeitskollegen gerechnet werden kann.

Oder kurz: Was war – was droht – was können wir tun – wer hilft uns dabei?

Diese Erkenntnisse sind deshalb so wichtig, weil die bisher vorliegenden Untersuchungsergebnisse darauf hindeuten, dass nicht jeder Mensch mit seinem Schicksalsschlag so rasch fertig wird, wie er es sich selbst (und auch sein Umfeld) wünscht.

Deshalb gilt es allein schon zeitlich zu akzeptieren: Einige Tage sind eher gnädig, einige Wochen die Regel, einige Monate nicht selten, und mehr als das nicht ungewöhnlich (vor allem im höheren Lebensalter).

Auf jeden Fall scheint die Zahl der Betroffenen mit einer Anpassungsstörung ständig zuzunehmen. Wahrscheinlich aber wird eine solche Notsituation heute einfach eher erkannt, vor allem aber anerkannt (akzeptiert) und dann ggf. auch gezielter betreut bis behandelt. Und der Respekt gilt den früheren Generationen, die genauso zu leiden hatten, ohne durch entsprechendes Verständnis etwas Erleichterung gefunden zu haben.

Diese Entwicklung wäre zu wünschen. Denn „Anpassungsstörungen“ sind entgegen dem erst einmal harmlos klingenden Begriff meist doch erhebliche Belastungen, die nicht nur beeinträchtigen oder gar quälen, sondern oftmals auch – erst einmal unerkannt – den weiteren Lebenslauf nachhaltig prägen – in der Regel negativ.

Hier ein wenig zum allgemeinen Verständnis beigetragen zu haben ist auch der Sinn dieses Kapitels.

Literatur

Ein altes Problem, früher sicher nicht adäquat gewürdigt, heute mit neuem Fachbegriff und im Laufe der Zeit fundierteren wissenschaftlichen Erkenntnissen eher anerkannt, schneller diagnostiziert und gezielter behandelt – wenngleich Fachliteratur und vor allem allgemeinverständliche Beiträge bisher nur begrenzt verfügbar sind (vor allem in deutschsprachigen Büchern).

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV. Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 1998

Faust, V.: Depressionsfibel. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1995 (jetzt Verlag Urban & Fischer, München)

Faust, V. (Hrsg.): Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1996

Faust, V.: Schwermut. Depressionen erkennen und verstehen, betreuen, behandeln und verhindern. Hirzel-Verlag, Stuttgart-Leipzig 1999

Frommberger, U.: Anpassungsstörungen. In: *M. Berger (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie.* Verlag Urban & Fischer, München-Jena 2000

Häfner, H. (Hrsg.): **Psychiatrie. Ein Lesebuch für Fortgeschrittene.** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1991

Kast, V.: **Trauer - Phasen und Chancen des psychischen Prozesses.** Kreuz-Verlag, Stuttgart 1982

Kielholz, P.: **Diagnose und Therapie der Depression für den Praktiker.** Lehmanns-Verlag, München 1971

Schweiger, U., F. Hohagen: **Anpassungsstörung.** In: H. Helmchen u. Mitarb. (Hrsg.): **Psychiatrie der Gegenwart, Band 6: Erlebens- und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000

WHO: **Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10.** Hans Huber-Verlag, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 1991

WHO: **Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 2001