

Depressive Anpassungsstörungen

© istock



Anpassungsstörungen sind Reaktionen auf eindeutig belastende Situationen wie zum Beispiel Beendigung einer Beziehung oder auch bei Schwierigkeiten am Arbeitsplatz. Wesentliches Problem dabei: Aus klinischer Perspektive wurde keine Symptom-Checkliste formuliert, anhand derer man die Störung eindeutig festmachen kann. **Von Peter Hofmann***

Einleitung

Anpassungsstörungen gehören zu den am häufigsten diagnostizierten Störungen in der Psychiatrie, dabei besonders die depressive Reaktion – früher auch unter dem Begriff der „reaktiven“ Depression bekannt. Eine Diagnose, die nahe legt, dass die depressive Entwicklung ganz konkret mit einem Auslöser zu tun hat. Das ist diagnostisch bestechend, eignet sich ideal für viele Situationen, wird den Bedürfnissen der Patienten gerecht, indem man schon allein mit der Diagnose feststellt, dass der Patient keinesfalls wie immer auch Schuld an der Entwicklung hat, sondern dass es einen äußeren Faktor gibt. Auf der anderen Seite stellen

sich wenige die Frage: Was sind eigentlich die Kriterien dieser so häufig gestellten Diagnose im Bereich der Depressionen? Bewegen wir uns hier auf halbwegs sicherem diagnostischen Terrain? Wie schaut es mit den Behandlungsmöglichkeiten aus? Neben der depressiven Anpassungsstörung gibt es auch noch die akute Belastungsstörung, die posttraumatische Belastungsstörung, die länger dauernde depressive Reaktion, Angst und depressive Reaktion gemischt und eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle, aber auch mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens beziehungsweise Störungen von Gefühlen und Sozialverhalten. In der

Folge soll hier im Wesentlichen nur auf die depressiven Anpassungsstörungen im Detail eingegangen werden.

Krankheitsbilder - Anpassungsstörungen

Unter Anpassungsstörung versteht man einen vorübergehenden Zustand, in dem es der betroffenen Person nicht gelingt, sich mit verschiedenen Belastungssituationen konstruktiv auseinanderzusetzen. Es kommt in der Folge zu Symptomen der Angst und Depression, wobei diese kurze Reaktionen sein können von unter einem Monat, aber auch längere von bis zu zwei Jahren. Man geht

dabei davon aus, dass es sich um Belastungen handelt, die durchaus eine erwartbare Reaktion setzen, wie zum Beispiel Umzug oder Ähnliches. Wesentlich ist, dass es bei der betroffenen Person tatsächlich zu Symptombildungen kommt. Dabei kann es durchaus sein, dass Persönlichkeiten betroffen sind, die sonst gute Lösungsstrategien haben, aber in besagter Situation durch das dauerhafte Einwirken von unangenehmen Reizen eben kein ausreichendes Coping-Vermögen mehr haben.

Diese definitorische Herangehensweise ist plausibel, jeder kann sich darunter etwas vorstellen. Das wesentliche Problem ist aber, dass aus klinischer Perspektive keine Symptom-Checkliste formuliert wurde, anhand derer man die Störung eindeutig festmachen kann. Bei den ängstlich-depressiven Anpassungsstörungen ist lediglich der Hinweis auf Symptome aus dieser Störungsgruppe gegeben. Bei der posttraumatischen Belastungsstörung, also der Reaktion auf ein schweres Trauma, wird eine Ereignis-bezogene Symptomatik wie Nachhall, Erinnerungen beziehungsweise Intrusionen hinzugenommen. Das Einzige, das letztlich von all diesen Störungen in der Diagnose gefordert wird, ist ein eindeutiger Zusammenhang mit einer belastenden Situation.

Differentialdiagnosen

Daraus geht hervor, dass es große Schwierigkeiten in der Differentialdiagnose gegenüber normalpsychologischen Reaktionen auf definierte Probleme gibt, möglicherweise Fehlzuordnungen gegenüber anderen typischen Störungen wie Depression oder Angststörungen oder aber auch subklinischen Symptombildungen im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen oder Ähnlichem. Eine differentialdiagnostische Abgrenzung von der akuten Belastungsstörung und der Posttraumatischen Belastungsstörung ist bedeutsam. Hier schließt das diagnostische Konzept einerseits einen Bezug zu außergewöhnlichen, traumatischen Belastungen, andererseits auch Symptome aus definierten Symptomclustern ein. Aber möglicherweise ist gerade das auf einer Symptomebene nicht näher

bestimmte diagnostische Konzept der Anpassungsstörung auch die Ursache für die weite Verbreitung dieser Diagnose.

Häufigkeit

Da das diagnostische Konzept sehr diffus ist, ist es nicht weiter verwunderlich, dass es schwierig ist, hier methodisch saubere epidemiologische Studien zu machen. Aufgrund der vorliegenden Daten muss man davon ausgehen, dass die Prävalenz für Anpassungsstörungen generell bei circa 0,5 Prozent in der Allgemeinbevölkerung liegt, und dass diese Prävalenzrate mit zunehmendem Lebensalter auf bis zu 2,5 Prozent steigt.

Häufigkeit einzelner Störungen

Die akute Belastungsreaktion (in der Nomenklatur von ICD-10) wie zum Beispiel nach schweren Autounfällen, bei Opfern von Gewalttaten etc. dürfte bei circa 18 Prozent liegen. Die Häufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörung schwankt erheblich. Man darf nicht übersehen, dass fast alle Menschen einmal in ihrem Leben ein erhebliches traumatisches Erlebnis haben. Da hängt es dann tatsächlich von der Art des Erlebnisses ab: Dramatisch hoch liegen die Zahlen beispielsweise bei Vergewaltigungsoptionen mit einer Prävalenz bis zu 50 Prozent; aber auch Opfer eines schweren Gewaltaktes zu werden bedeutet, mit einer Wahrscheinlichkeit von immerhin circa 30 Prozent akuten Belastungsreaktion oder einer posttraumatischen Belastungsstörung zu reagieren. Die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung findet sich auch nach dem plötzlichen Tod eines nahen Freundes oder Angehörigen mit 14,3 Prozent. Hier dürften Frauen tatsächlich häufiger betroffen sein als Männer.

Einteilung im ICD-10

Anpassungsstörungen sind Reaktionen auf eindeutig belastende Situationen wie das Ende einer Beziehung, Eheprobleme, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz oder Mobbing. Aber auch sogenannte kritische Lebensereignisse wie

Schulwechsel, Heirat, Geburt, Tod eines Angehörigen, Arbeitslosigkeit, Emigration, Pensionierung können bei mangelnder Bewältigungsfähigkeit eine Belastung sein und zu einer Anpassungsstörung führen. Dies gilt auch für folgende Erlebnisse wie zum Beispiel Flucht, Unfälle, Raubüberfall oder Operationen. Bei Kindern und Jugendlichen kann auch Vernachlässigung Ursache sein. Die individuelle Prädisposition oder Vulnerabilität spielt beim möglichen Auftreten und bei der Form der Anpassungsstörung eine bedeutsame Rolle.

Die depressiven Anpassungsstörungen im Einzelnen

F43.20: Kurze depressive Reaktion (vorübergehender leichter depressiver Zustand, der nicht länger als einen Monat dauert.)

F43.21: Längere depressive Reaktion (leichterer depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, die jedoch nicht länger als zwei Jahre dauert.)

F43.22: Angst und depressive Reaktion gemischt (Es sind sowohl Angst als auch depressive Symptome vorhanden.)

F43.23: Mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle (Die Symptome betreffen meist verschiedene emotionale Qualitäten wie Angst, Depression, Besorgnis, Anspannung und Ärger. Auch bei regressivem Verhalten im Kindesalter wie erneutes Daumenlutschen oder Bettnäsen sollte diese Diagnosekategorie verwendet werden.)

F43.24: Mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (Die hauptsächliche Störung betrifft das Sozialverhalten, beispielsweise eine adoleszente Trauerreaktion mit aggressivem oder dissozialem Verhalten.)

F43.25: Mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (Sowohl emotionale Symptome wie Störungen des Sozialverhaltens sind vorherrschend.)

Wohin gehört Burnout?

Burnout wurde in der neuesten Revision der Klassifikation psychischer Erkrankungen der Amerikanischen Psychiatrie- ▶▶

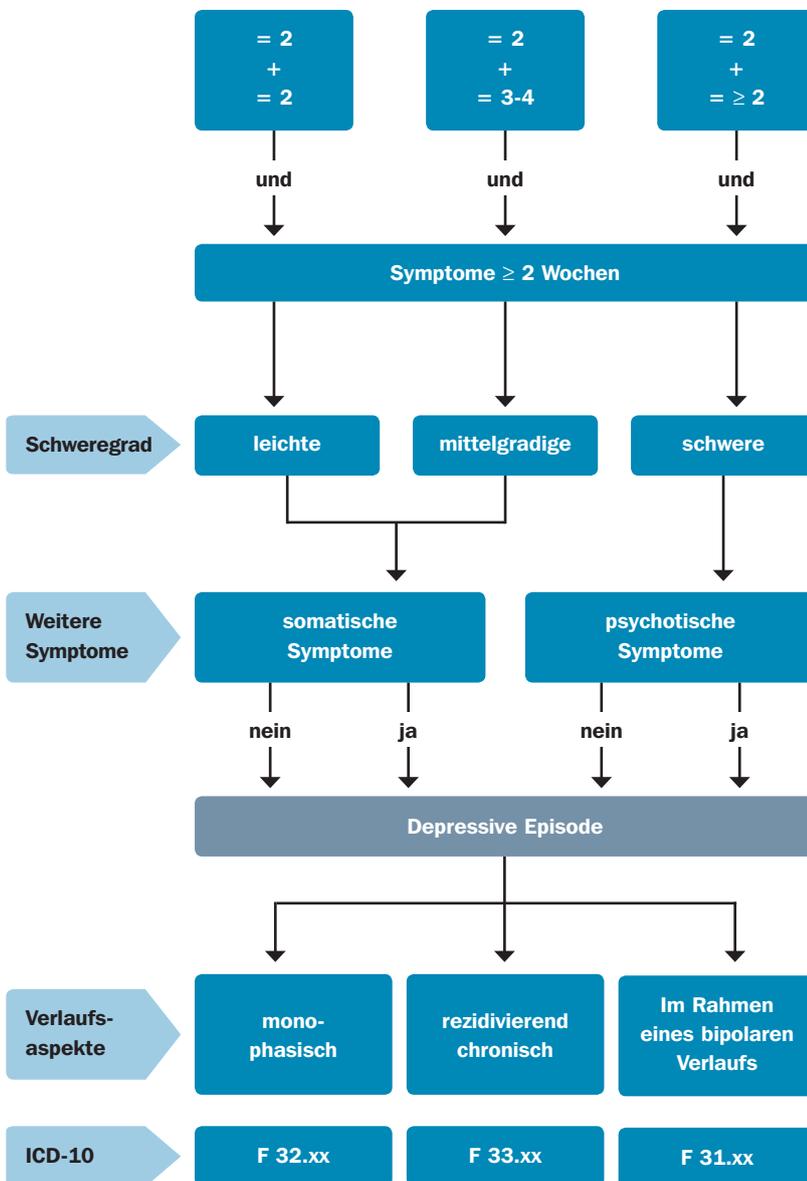
Algorithmus zur Definition depressiver Episoden*

Hauptsymptome:

- Gedrückte depressive Stimmung
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

Zusatzsymptome:

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken/-handlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit



* nach ICD-10 (Kategorie F 31,32,33)

» gesellschaft im DSM-5 nicht als Krankheit in den Katalog aufgenommen. Es ist zu erwarten, dass entsprechend dieser Einschätzung auch das ICD-11 der Weltgesundheitsorganisation Burnout nicht als Krankheit definieren wird. Das bedeutet ganz konkret, dass es weiterhin keinen Kriterienkatalog für die Diagnose des Burnout gibt und auch nicht geben wird. Damit sind viele Ärzte vor das Problem gestellt, dass sie zwar eine Krankheitsentwicklung beschreiben können, dass es einen eindeutigen Belastungsfaktor, aber keine diagnostische Zuordnung gibt. Wenn man sich die Voraussetzungen für die Diagnose einer Anpassungsstörung ansieht, dann ist es tatsächlich so, dass Schwierigkeiten am Arbeitsplatz oder Mobbing Auslöser für Burnout sein können. Diese finden sich in den Eingangskriterien für die Anpassungsstörung; die Reaktion ist dann je nachdem als kurze depressive Reaktion oder längere depressive Reaktion zu klassifizieren. Burnout ist somit klassisch hier als Störung zuzuordnen. Dabei muss einem aber immer klar sein, dass man zwei sehr diffuse Konzepte kombiniert. Man darf dabei aber auch nicht übersehen, dass die depressiven Reaktionen per definitionem immer leichte depressive Zustände sind, das heißt allein mit dem Begriff der „Krankheitswertigkeit“ oder dem Attribut „schwer“ wird man hier große Schwierigkeiten haben, weil es schlichtweg unstimmig ist.

Daher ist es auch hochproblematisch, aufgrund einer Anpassungsstörung hier - im Sinne einer Burnout-Entwicklung - einen Krankenstand zu rechtfertigen. Daher sollte man gut überlegen, ob man diese Krankheitsentität überhaupt in diesem Zusammenhang verwendet. Um es klar auf den Punkt zu bringen: Es stellt sich sogar zurecht die Frage, ob jemand mit einer depressiven Anpassungsstörung überhaupt zu einer stationären Aufnahme zugewiesen werden kann, da diese Diagnose ja per definitionem immer auf eine leichte Störung verweist! Das heißt: Burnout wird sicherlich ein solcher Anpassungsprozess sein, und in den meisten Fällen ist Burnout auch als leichter depressiver Zustand zu bewerten. Wenn man aber die Krankheitswertigkeit hervorstreichen will und von „schwerem“ Burnout spricht, so ist man sicherlich mit der Diagnose „Depression“ besser bera-



ten, weil es hier einen eindeutigen Kriterienkatalog gibt. Bei Betrachtung der grob schematischen Darstellung offenbart sich auf den ersten Blick, dass man sich hier auf sichererem Terrain befindet. Es gibt aufgelistete Kernsymptome, es gibt einen eindeutigen Algorithmus zur Diagnose und Schweregradbestimmung. Dies ist in jedem Fall auch einfacher nachvollziehbar und überprüfbar. Daher ist es gerade im Kontext von vielen - auch rechtlichen Fragestellungen - besser, diese Kategorie zu verwenden.

Behandlung

Da es praktisch keine klar bestimmte klinische Definition im Sinn eines Symptom-Kriterienkatalogs für die depressive Anpassungsstörung gibt, und da sie andererseits eine leichte Störung abbildet, die sehr vielgestaltig sein kann bis hin zu sozialen Verhaltensauffälligkeiten, ist die Definition einer Patientenzielgruppe für ein therapeutisches Unternehmen äußerst schwierig. Deshalb gibt es hier praktisch keine klinischen Studien, aufgrund derer man sich auf Evidenz-basiertes Wissen verlassen kann. Das heißt: Es gibt ganz konkret keine pharmakologischen Studien - sei es mit Antidepressiva oder Tranquilizern, auch keine psychotherapeutischen Studien mit größeren Patientenkollektiven, aus denen man eine entsprechende Ableitung machen könnte. Aus klinischer Anschauung muss man davon ausgehen, dass natürlich pragmatische Coaching-Verfahren, verhaltenstherapeutische Ansätze, gesprächstherapeutische Ansätze in jedem Fall Erfolg-versprechend sind. Bei belastenden Symptomen wie zum Beispiel Schlafstörungen kann man naturgemäß mit den Standardtherapeutika wie schlaffördernden Antidepressiva (Trazodon, Mirtazapin, etc. niedrig dosiert) beziehungsweise vorübergehend mit Tranquilizern vorgehen.

Akute Belastungsstörung

Bei der akuten Belastungsstörung handelt es sich um eine recht gut definierte Störung, die man im Alltag aufgrund der

Selbstevidenz des Zustandsbildes operationalisieren kann. Es handelt sich um die Störung, die im Volksmund auch „psychischer Schock“ genannt wird, also einen Zustand, der nach ICD-10 folgendermaßen definiert wird: Eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, und die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt.

Die individuelle Vulnerabilität und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien) spielen bei Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktionen eine Rolle. Die Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von „Betäubung“, mit einer gewissen Bewusstseinsengung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sich-Zurückziehen aus der Umweltsituation folgen (bis hin zu dissoziativem Stupor) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität (wie Fluchtreaktion oder Fugue).

Vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten treten zumeist auf. Die Symptome erscheinen im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von zwei oder drei Tagen, oft innerhalb von Stunden zurück. Teilweiser oder vollständiger Gedächtnisverlust bezüglich dieser Episode kann auftreten. Wenn die Symptome andauern, sollte eine Änderung der Diagnose in Erwägung gezogen werden.

Therapie der akuten Belastungsreaktion

Bei dieser Störung handelt es sich definitionsgemäß um eine Störung, bei der die Symptome innerhalb von zwei bis drei Tagen wieder abklingen; meist viel rascher, innerhalb von Stunden. Das heißt - abgesehen von Extremfällen - ist außer Präsenz, Schutz, menschliche Nähe und Wärme sowie Krisenintervention nichts weiter nötig.

In Fällen mit spezieller Unruhe, Gespanntheit kann es durchaus vernünftig sein, vorübergehend auch Tranquilizer zum Einsatz zu bringen (der Einsatz von Benzodiazepinen wird derzeit in dieser Indikation eher kritisch bewertet). In Extremfällen kann es sogar notwendig sein, die Betroffenen vorübergehend an eine psychiatrische Klinik zu bringen; etwa Betroffene von schweren Autounfällen, bei Großschadensereignissen oder Personen, die Gefahr laufen, sich selbst zu schädigen. Sind die Voraussetzungen erfüllt, kann dies sogar mit § 8 UBG-Einweisung erfolgen.

Schlussbetrachtung

Die in weiten Bereichen am häufigsten zugeordnete Diagnosegruppe der depressiven Anpassungsstörungen entpuppt sich bei genauerer Betrachtung als sehr diffuse, völlig unzureichend definierte Krankheitsgruppe. Da man umgekehrt aber nicht viel falsch machen kann, ergeben sich prima vista keine Fallgruben. Der Teufel steckt im Detail: Die Störungen sind als leicht definiert. Deshalb eignen sie sich nur bedingt für unser Versorgungssystem, weil sich mit dieser Diagnose bestimmte Behandlungsvarianten und Notwendigkeiten nicht rechtfertigen lassen. Dafür eignet sich die Entität der Depression eindeutig besser. ◀◀

Literatur beim Verfasser

***) Univ. Prof. Dr. Peter Hofmann,**
Universitätsklinik für Psychiatrie,
Medizinische Universität Graz,
Auenbruggerplatz 31 A, 8036 Graz;
Tel.: 0316/385-83415;
E-Mail: peter.hofmann@klinikum-graz.at

Ärztlicher Fortbildungsanbieter:
Universitätsklinik für Psychiatrie,
Medizinische Universität Graz

Lecture Board:
assoz. Univ. Prof. Dr. Andreas Baranyi,
Medizinische Universität Graz/Universitätsklinik
für Psychiatrie,
Univ. Prof. Dr. Dr. Hans-Peter Kapfhammer,
Medizinische Universität Graz/Universitätsklinik
für Psychiatrie

