

Anpassungsstörungen im Kontext der klinischen Akutpsychotherapie: die Versorgungsrelevanz eines psychodynamischen Behandlungskonzeptes unter Berücksichtigung von Psychopathologie, Komorbidität und Differentialdiagnostik

Michael PURUCKER, Manfred WOLFERSDORF

Bezirkskrankenhaus Bayreuth
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Korrespondierender Autor:

Dr. med. Michael Purucker
Leiter der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Bezirkskrankenhaus Bayreuth
Nordring 2
95445 Bayreuth
Email: michael.purucker@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de

Zusammenfassung

Anpassungsstörungen führen auf Grund komplexer Symptomatik häufig zu stationärer Behandlung, wobei die Komorbidität mit anderen psychischen oder psychosomatischen Störungen psychodynamisch Ausdruck einer prämorbid vulnerablen Persönlichkeit ist. Die hier dargestellten klinischen Daten weisen auf die Notwendigkeit einer mehrdimensionalen Diagnostik der Krisenentwicklung und einer Integration anthropologischer, systemischer und psychosozialer Aspekte hin, um eine individuell angemessene Behandlung durchführen zu können. Die damit verbundenen Anforderungen an die Prozessqualität zeigen die besondere Bedeutung der gemeindenahen akutpsychotherapeutischen Abteilungen.

Schlüsselwörter: Anpassungsstörung, Suizidalität, Komorbidität, Psychotherapie, Psychopathologie, Psychodynamik

Adjustment Disorder: The Relevance of Differentiated Diagnosis of Psychopathology and Comorbidity and of Psychodynamic Approach for the Inpatient Clinical Psychiatric and Psychotherapeutic treatment

Adjustment disorders lead often to admission to a mental health hospital by the reason of complex clinical symptomatology. From a psychodynamic point of view the high rate of comorbidity with affective and psychosomatic disorders or autoaggressive behaviour depends of the premorbid vulnerable personality. Our clinical data indicate the relevance of multimodal diagnostic of the crisis with integration of anthropologic, systemic and psychosocial aspects for a personalized good clinical treatment. Due to complex disease profiles, therapeutic competence, adequate human resources and a structured, but flexible and not only symptomatic therapy are required to facilitate in-patient psychotherapy.

Keywords: adjustment disorder, suicidal tendency, comorbidity, inpatient psychotherapy; psychopathology; psychodynamic

Einleitung

Klinische und versorgungswissenschaftliche Relevanz der Anpassungsstörungen

Unter Anpassungsstörungen werden in Zusammenhang mit belastenden Lebensereignissen auftretende psychische Reaktionen (auf der Basis einer individuellen Prädisposition) mit subjektivem Leiden und symptomatischer Beeinträchtigung verstanden. Das klinische Spektrum umfasst ängstliche bzw. depressive Beeinträchtigungen bis hin zu akuten krisenhaften psychopathologischen Reaktionen. Anpassungsstörungen sind durch die Inanspruchnahme des Versorgungssystems und durch die Assoziation mit später auftretenden affektiven Störungen versorgungswissenschaftlich relevant (1; 2; 3; 4). Psychisch belastende Veränderungen der Arbeitswelt bzw. sozialer Strukturen werden als Auslöser von Anpassungsstörungen diskutiert (5). Neuere klinische Diskussionen werfen die Frage nach der nosologischen Stellung der Anpassungsstörungen mit depressiver Reaktion und die Problematik der Abgrenzung von z. B. depressiven Episoden auf (6; 7; 8). Es gibt vereinzelte Studien zur ambulanten Kurzzeitpsychotherapie bei Patienten mit Anpassungsstörungen und weniger stark ausgeprägter Psychopathologie (6; 9). Angesichts des geringen Literaturumfanges zur Problematik der Anpassungsstörungen können versorgungswissenschaftliche Untersuchungen (10) die Diskussion um Nosologie und Therapie der Anpassungsstörungen bereichern. Die vorliegende Arbeit zeigt eine Analyse eigener stationärer Behandlungsfälle und diskutiert die Komorbidität mit affektiven, neurotischen bzw. psychosomatischen Störungen anhand klinischer Daten und Konsequenzen für die Diagnostik und Behandlung.

Methode

Mehrdimensionale klinische Analyse stationärer Fälle

Von den in den Jahren 2007 bis 2008 konsekutiv aufgenommenen 225 akutpsychotherapeutischen Behandlungsfällen der eigenen Abteilung wurden bei einer retrospektiven Analyse die Symptombelastung von 81 Fällen mit Diagnosen der Gruppen F3 und F43.2 untersucht. Alle 225 Patienten waren in den ersten zwei bis drei Behandlungswochen im Rahmen einer vertieften psychiatrischen und psychotherapeutischen Diagnostik auf der Basis halbstrukturierter Interviews und

detaillierter Fallbesprechungen (zur detaillierten Analyse von Symptomatik, Krankheitsentwicklung und komorbider Störungen) untersucht worden, um das Störungsbild nach ICD-10 deskriptiv zu klassifizieren und psycho-pathologisch nach AMDP (11) und psychodynamisch in Anlehnung an OPD (12) näher zuzuordnen. Die erhobenen ICD-10 Diagnosedaten werden hier deskriptiv statistisch dargestellt und unter psychiatrischen, psychodynamischen und versorgungswissenschaftlichen Aspekten diskutiert.

Ergebnisse

Befunde und Ergebnisse der Fallanalyse

Von 225 Fällen hatten als Hauptdiagnose 54 (24 %) affektive Störungen nach F 32, F 33 und F34.1 sowie 44 (20 %) Anpassungsstörungen nach F43.2, wobei deren genaue Klassifikation in 17 Fällen eine Anpassungsstörung nach F43.21-22, in 22 Fällen eine F43.23 und in 5 Fällen eine F43.25 zeigte. 35 der F43.2 Patienten (79 %) hatten zusätzlich eine Dysthymie oder Persönlichkeitsstörung, 9 (20 %) eine somatoforme bzw. dissoziative Störung nach F44, F45 bzw. G 40.2. In 17 Fällen mit F43.20-22 bestanden Abgrenzungsprobleme zu depressiven Episoden nach F32 bzw. F33. Suizidales Verhalten trat bei 6 Fällen (14 %) mit F43.2-Diagnose und bei 8 Fällen (14 %) mit F3-Diagnose auf. Die zur Aufnahme führende Psychopathologie ist somit häufig mit agitierter Depressivität, Affektsomatisierung und Autoaggressivität verbunden. Die psychopathologische und psychodynamische Diagnostik konnte dies in allen Fällen als Ausdruck einer Dekompensation mit psychodynamisch erklärbarer Ich-Schwäche (Regression) auf dem Boden einer vorbestehenden unbewältigten Konfliktproblematik oder strukturellen Vulnerabilität nachvollziehen.

Diskussion

Anpassungsstörungen umfassen stark heterogene klinische Bilder mit häufig erheblicher psychopathologischer Beeinträchtigung, deren Problematik mit den als subsyndromal bezeichneten ICD-10 Kriterien oft nicht adäquat erfasst werden kann. Emotionspsychologisch bestehen in individuell unterschiedlicher Weise Ärger, Trauer und Schmerz über zerstörte Hoffnungen, Kränkungen des Selbstwertes, Ohnmacht, Insuffizienzerleben

und Scham (13) und führen zu starker affektiver Belastung. Die Enttäuschungserfahrungen stehen meist in direktem Kontext mit (z. T. unbewussten) Ich-Umwelt-Konflikten und damit verbundenen interaktionellen Verhaltensschwierigkeiten. Psychodynamisch entspricht die Symptomatologie stark regressiven Prozessen (z. B. in Form der Affektsomatisierung), die mit ausgeprägten Ich-Störungen verbunden sein können. Die klinische Variabilität wird von prämorbidem Persönlichkeitsmerkmalen und psychodynamisch erklärbaren Reaktionsmustern bestimmt (3; 13; 14).

Anpassungsstörungen sind daher als Teil eines Spektrums affektiver und neurotischer Störungen aufzufassen und häufig Ausdruck der präterminierten Dekompensation einer Grundstörung. Systemische und selbstpsychologische Modellvorstellungen zur psychosozialen Krise zeigen eine Konvergenz und erweitern das Behandlungsverständnis durch eine individuelle Fallkonzeption (1; 2). Besondere Aufmerksamkeit verdient das häufige Vorkommen von Autoaggression und Adoleszentenkrisen. Daraus leiten sich Anforderungen an eine psychiatrisch-psychotherapeutische, systemisch und psychodynamisch orientierte Diagnostik und Behandlungsstrategie ab, deren klinische Umsetzung andernorts beschrieben wurde (2). Der stationären Akutpsychotherapie kommt damit v. a. bei begrenzten ambulanten Therapiemöglichkeiten eine wichtige Bedeutung zu, um über die Krisenintervention hinaus mit Hilfe psychodynamischer und psychoedukativer Strategien eine Bearbeitung konflikt- bzw. strukturpsychologisch bedingter maladaptiver bzw. dysfunktionaler Schemata einzuleiten und dadurch eine Prognose-Verbesserung zu ermöglichen. Unter Berücksichtigung der Prozessqualität kann die Behandlungsdauer über die knappen Vorgaben der Kostenträger hinausgehen.

Schlussfolgerung

Unsere Daten und Befunde belegen, dass Anpassungsstörungen ein breites Spektrum von psychosozial ausgelöst, aber individuell prädisponierten Krisenreaktionen umfassen, die auf Grund komplexerer Symptomatik häufig zu stationärer Behandlung führen und daher eine spezifische akutpsychotherapeutische Versorgung indizieren. Die hier gefundene ausgeprägte Komorbidität incl. der Achse II – Störungen erfordert eine differenzierte Diagnostik mit klassischer psychiatrischer Nosologie, phänomenologisch-deskriptiver Psychopathologie und Erfassung der Psychodynamik. Die Analyse eigener stationärer Behandlungsfälle zeigt eine erhebliche Überschneidung mit depressiven Episoden sowie eine starke Komorbidität mit neurotischen, psychosomatischen Störungen und selbstschädigenden Verhaltensweisen. Aus den Befunden zur Komorbidität und Psychodynamik der Persönlichkeitsstruktur können behandlungstechnisch relevante Schlussfolgerungen für die individuelle Planung und Steuerung des Psychotherapie-Prozesses abgeleitet werden (1). Die Behandlungstechnik umfasst neben stützenden-fürsorglichen Angeboten ein vertieftes Verständnis der Krisenintervention, das sich an systemischen und psychodynamischen Grundlagen orientiert (1;2; 15). Unter Berücksichtigung der Prozess- und Strukturqualität ist daher eine Behandlung in Wohnortnähe und in differenzierten Abteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie, wie sie z. B. für die bayerischen Fachkrankenhäuser gezeigt werden konnten (16), versorgungswissenschaftlich als effektiv einzuschätzen.

renzierte Diagnostik mit klassischer psychiatrischer Nosologie, phänomenologisch-deskriptiver Psychopathologie und Erfassung der Psychodynamik. Die Analyse eigener stationärer Behandlungsfälle zeigt eine erhebliche Überschneidung mit depressiven Episoden sowie eine starke Komorbidität mit neurotischen, psychosomatischen Störungen und selbstschädigenden Verhaltensweisen. Aus den Befunden zur Komorbidität und Psychodynamik der Persönlichkeitsstruktur können behandlungstechnisch relevante Schlussfolgerungen für die individuelle Planung und Steuerung des Psychotherapie-Prozesses abgeleitet werden (1). Die Behandlungstechnik umfasst neben stützenden-fürsorglichen Angeboten ein vertieftes Verständnis der Krisenintervention, das sich an systemischen und psychodynamischen Grundlagen orientiert (1;2; 15). Unter Berücksichtigung der Prozess- und Strukturqualität ist daher eine Behandlung in Wohnortnähe und in differenzierten Abteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie, wie sie z. B. für die bayerischen Fachkrankenhäuser gezeigt werden konnten (16), versorgungswissenschaftlich als effektiv einzuschätzen.

Literatur

1. Wolfersdorf M, Purucker M, Franke C. Krisenintervention und Suizidprävention. In: Arolt V. und Kersting A.: Psychotherapie in der Psychiatrie, Berlin, Heidelberg: Springer 2009; 443-463
2. Purucker M, Rätzel-Kürzdörfer W, Wolfersdorf M. Klinische Psychotherapie: Integrierte psychodynamischer und anthropologischer Konzepte in Akutkliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. In: Nervenheilkunde 2008; 27 (Suppl. 1): S106-S107.
3. Pajonk FG, Bartels HH, Biberthaler P, Bregenzer T, Moecke H. Der psychiatrische Notfall im Rettungsdienst. Nervenarzt 2001; 72: 685-692.
4. Härter et al.: Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Depressionsbehandlung. Nervenarzt 2004; 75: 1083-1091.
5. Muschalla B, Olbrich D, Linden M. Der Arbeitsplatz als Quelle von Angst. Psychosom Konsiliarpsychiatr 2008; 2: 83-90.
6. Jäger M, Frasch K, Becker T. Anpassungsstörungen – Nosologische Stellung und Therapieoptionen. Psychiatr Prax 2008; 35: 219-225.
7. Casey P: Die Diagnose im Nachgang. Eine Rehabilitation der Anpassungsstörung: Psychosom Konsiliarpsychiatr 2008; 2: 74-83.
8. Baumeister H: Anpassungsstörungen im Sinne einer reaktiven Depression. Psychosom Konsiliarpsychiatr 2008; 2: 91-96.

9. Altenhöfer A, Schulz W, Schwab R, Eckert J. Psychotherapie von Anpassungsstörungen: Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam? *Psychotherapeut* 2007; 52 (1): 24-34.
10. Tritt K. et al. *Psychotherapie* 2007; 12: S47-59.
11. Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP): Das AMDP-System – Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde Hogrefe Verlag, Göttingen, 7 Aufl., 2000
12. Arbeitskreis OPD (Hrsg.): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik-Grundlagen und Manual. Verlag Hans Huber, 1996 / 1998
13. Rudolf G: Enttäuschung als affektives Muster. *Zsch f Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 1997; 2: 101-118.
14. Maercker A. Anpassungsstörungen: Psychosom Konsiliarpsychiatr 2008; 2: 67-68.
15. Purucker M. Klinische Psychotherapie: Qualitative Bedeutung und Umsetzung integrativer Behandlungskonzepte in Akutkliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. In: *Psychotherapie* 2008; 13: 70-77.
16. Purucker M, Wolfersdorf M, Adler L. Rolle und Situation der Psychotherapie in den bayerischen Fachkliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. *Psych. Prax* 2007; 34, Supplement 1: S 33-34.