

3 ANPASSUNGSSTÖRUNGEN

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.

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. Dies 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 Beruhigungsmittel in niedrigster Dosierung (deshalb Tropfenform empfohlen) oder zeitlich begrenzt Schlafmittel. Bei mittelfristigen depressiven Zuständen ggf. zusätzliche antidepressive Psychopharmaka, beginnend mit entsprechenden Pflanzenheilmitteln bis zu synthetischen Antidepressiva der neuen Generation
- *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, wieder-aufbauende) Zuwendung durch den 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