

Markus Heinrichs · Tobias Stächele

Gregor Domes

Stress und Stressbewältigung

Fortschritte der Psychotherapie

HOGREFE



Stress und Stressbewältigung

Fortschritte der Psychotherapie

Band 58

Stress und Stressbewältigung

von Prof. Dr. Markus Heinrichs, Dr. Tobias Stächele
und PD. Dr. Gregor Domes

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Martin Hautzinger,
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Stress und Stressbewältigung

von Markus Heinrichs, Tobias Stächele
und Gregor Domes

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM · KOPENHAGEN
STOCKHOLM · FLORENZ · HELSINKI

Prof. Dr. Markus Heinrichs, geb. 1968. Seit 2009 Ordinarius für Psychologie und Leiter der Abteilung Biologische und Differentielle Psychologie am Institut für Psychologie der Universität Freiburg sowie Leiter der Forschungsgruppe „Social Neuroscience“ am Freiburg Brain Imaging Center (FBI) des Universitätsklinikums Freiburg. Mitglied des Leitungsgremiums und Supervisor des Freiburger Ausbildungsinstituts für Verhaltenstherapie (FAVT) GmbH und Leiter der „Psychotherapeutischen Hochschulambulanz für stressbedingte Erkrankungen“ der Universität Freiburg.

Dr. Tobias Stächele, geb. 1972. Seit 2010 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Biologische und Differentielle Psychologie am Institut für Psychologie der Universität Freiburg. Seit 2010 Co-Leitung der „Psychotherapeutischen Hochschulambulanz für stressbedingte Erkrankungen“ der Universität Freiburg.

PD Dr. Gregor Domes, geb. 1972. Seit 2009 Akademischer Oberrat in der Abteilung Biologische und Differentielle Psychologie am Institut für Psychologie der Universität Freiburg sowie Leiter der Forschungsgruppe „Emotion and Social Cognition“ am Freiburg Brain Imaging Center (FBI) des Universitätsklinikums Freiburg.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

© 2015 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto • Boston
Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm • Florenz • Helsinki
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Satz: ARThür, Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2252-7

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Einführung	1
1 Beschreibung von Stress und stressassoziierter Symptomatik	4
1.1 Definitionsansätze	4
1.2 Diagnostische Einordnung	6
1.3 Epidemiologie	8
1.4 Differenzialdiagnostik	9
1.4.1 Anpassungsstörung	10
1.4.2 Affektive Störungen	11
1.4.3 Generalisierte Angststörung	14
1.4.4 Somatoforme Störungen	16
1.4.5 Neurasthenie	19
1.4.6 Medizinische Erkrankungen	21
1.5 Komorbidität	21
2 Stresstheorien und -modelle	22
2.1 Allgemeines Anpassungssyndrom	23
2.2 Transaktionales Modell	24
2.3 Allostatic Load-Modell	26
2.4 Stress im Arbeitskontext	29
2.5 Protektive Faktoren	31
2.5.1 Soziale Unterstützung	32
2.5.2 Körperliche Fitness	34
2.5.3 Persönlichkeitsdispositionen	35
3 Diagnostik und Indikation	36
3.1 Erstgespräch, Makro-/Mikroanalyse und Fremdanamnese	37
3.2 Psychometrische Fragebogen	39
3.2.1 Erfassung momentaner Belastung und Befindlichkeit	39
3.2.2 Erhebung von Lebensereignissen	40
3.2.3 Erfassung der subjektiven Belastung	40
3.2.4 Stressbewältigung (Coping)	42
3.2.5 Ressourcen	44
3.2.6 Screening von Belastungsfolgen	45
3.3 Psychobiologische Stressdiagnostik	47

4	Behandlung und therapeutische Unterstützung ..	48
4.1	Behandlungsanlässe	49
4.2	Indikation zur Behandlung	50
4.3	Therapiebeziehung	51
4.4	Therapiemethoden	52
4.4.1	Behandlungssettings	52
4.4.2	Manualisierte Gruppentrainings zur Stressbewältigung ...	52
4.4.3	Manualisierte Paartrainings zur Stressbewältigung	55
4.4.4	Weitere manualisierte Trainings zur Stressbewältigung ...	55
4.5	Behandlungsschwerpunkte und Therapieziele	56
4.5.1	Kurzfristige und langfristige Strategien der Stress- bewältigung	56
4.5.2	Inhaltliche Behandlungsschwerpunkte	57
4.5.3	Therapieziele bei Stress	59
4.6	Behandlungsmodule	62
4.6.1	Modul 1 – Was ist Stress? Störungsmodell und Psychoedukation	62
4.6.2	Modul 2 – Dem Stress auf die Spur kommen: Stressbezogene Selbstwahrnehmung	65
4.6.2.1	Stressbezogene Selbstbeobachtung und Introspektion ...	65
4.6.2.2	Stressbezogene Verhaltensanalyse auf der Mikro-Ebene ..	68
4.6.3	Modul 3 – Notfallkoffer bei Stress: Kurzfristig wirksame Stressbewältigung	71
4.6.3.1	Strategien zur akuten Stressreduktion	72
4.6.3.2	Ablauf der kurzfristigen Erleichterung bzw. ersten Hilfe bei akutem Stress	74
4.6.4	Modul 4 – Erholung und Entspannung: Langfristige Linderung von Stressfolgen	75
4.6.5	Modul 5 – Einfluss auf die Belastungssituation: Aufbau stressreduzierender Fertigkeiten	79
4.6.5.1	Soziale Kompetenzen	79
4.6.5.2	Arbeitsorganisation und Zeitmanagement	81
4.6.5.3	Systematisches Problemlösen und Problemlösetrainings ..	82
4.6.6	Modul 6 – Stress beginnt beim Denken: Kognitive Umstrukturierung	83
4.6.7	Modul 7 – Positive Erlebnisse: Euthyme Aktivitäten und Genusstraining	85
4.6.8	Weitere Ansätze	87
4.7	Probleme bei der Behandlung	88
4.8	Effektivität und Prognose	89
5	Fazit	90
6	Weiterführende Literatur	90

7	Literatur	91
8	Anhang	98

Karten:

Leitfragen für das Erstgespräch bei stressassoziierter Symptomatik

Therapeutische Ansatzpunkte für die Behandlung einer stressassozierten Symptomatik

Einführung

Stress ist allgegenwärtiger Bestandteil unserer Umgangssprache. Neben einem zunehmend populären Gebrauch des Stressbegriffs stellen psychosoziale Belastungen Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung zahlreicher psychischer, psychosomatischer und somatischer Störungen dar. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Stress zu „einer der größten Gesundheitsgefahren des 21. Jahrhunderts“ erklärt. Über 80 % der Bevölkerung im deutschsprachigen Raum leidet subjektiv zumindest gelegentlich unter Stress, ein Drittel berichtet häufige oder sogar ständige Überlastung durch Stress ohne ausreichende Bewältigungsmöglichkeiten (F.A.Z.-Institut und Techniker Krankenkasse, 2009; Grebner, Berlowitz, Alvarado & Cassina, 2011).

Nicht zuletzt durch eine Reihe prominenter Selbstoffenbarungen in der Öffentlichkeit wird zunehmend über Stress und seine Folgen gesprochen – von Erschöpfung über „Burnout“ bis zur Depression. Die steigende gesellschaftliche Akzeptanz für diese Phänomene führt wiederum zu immer häufigeren Selbstdiagnosen, mit denen Ärzte und Therapeuten¹ zunehmend konfrontiert werden. Zwei Beispiele mögen die verschiedenen Gesichter von Stress und den damit einhergehenden Krankheitswert veranschaulichen.

Fallbeispiel: Ralf Rangnick, Fußballtrainer, zur Ursache seines Rücktritts im Aktuellen Sportstudio, ZDF, am 18.02.2012

„Ich hab’ (...) vor allem in der Sommerpause gemerkt, dass es mir nicht gelingt, den Akku wieder aufzuladen und ich bin ein Trainer eigentlich immer gewesen, der eher das ein oder andere Mal zu viel Energie hatte als zu wenig und wenn man dann plötzlich spürt, in der Vorbereitung schon und dann auch zu Beginn der Bundesliga, dass man sich so ein bisschen fühlt, wie wenn einem jemand den Stecker herausgezogen hätte, dann wird es einfach kritisch. (...) Dann ging’s in erster Linie mal darum, eine genaue Diagnose zu bekommen und das ist dann auch passiert, und man hat dann einfach auch verschiedene Dinge festgestellt. Die Blutwerte waren katastrophal, auch im Bereich der hormonellen Werte war vieles im Keller. Der Energiestoffwechsel hat nicht gestimmt. Man hat dann festgestellt, dass als Folge von einem früheren Pfeifferschen Drüsenfieber eben auch

¹ Der Einfachheit und Kürze halber benutzen wir die männliche Form für Personenbezeichnungen. Selbstverständlich sind Therapeutinnen, Patientinnen usw. mit gemeint.

so ein Epstein-Barr-Virus wieder chronisch aktiv war und das Immunsystem auch ein Stück weit lahmgelegt hat. (...) Für mich war das ja auch neu und so wie es mir die behandelnden Ärzte erklärt haben, war es im Prinzip ein kompletter körperlicher Breakdown. (...) Dazu kam natürlich auch, dass ich in den Jahren zuvor einfach auch vielleicht nicht genug auf mich selber geachtet habe und auf mich aufgepasst habe. (...) Ich war sehr viel für andere Menschen da, sowohl im Job – das ist normal – aber auch im privaten Bereich gab's natürlich auch den ein oder anderen Krankheitsfall in der Familie und im Freundeskreis und da musste man sehr viel für andere da sein.“

Fallbeispiel: Frau D., Patientin der Ambulanz für stressbedingte Erkrankungen der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Die 48-jährige Frau D. arbeitet seit 20 Jahren in Teilzeit als EDV-Dozentin und hat zwei inzwischen fast volljährige Töchter. Ihr Mann arbeitet stundenweise als Aushilfskraft. Seit 10 Jahren leide sie unter essenzieller Hypertonie. Seither fühle sie sich zunehmend angestrengt und erschöpft, ihr Erholungsbedarf sei gestiegen und richtig zur Ruhe komme sie nur in langen Urlauben. Sie habe ständig das Gefühl, nicht ausreichend vorbereitet zu sein. Trotz ihrer Anstellung mit einer halben Stelle beschäftige sie sich ca. 50 Stunden pro Woche mit den Seminarinhalten und grübele vor Seminaren auch nachts, ob sie den Anforderungen gewachsen sei. Momentan sei sie krankgeschrieben, da sie vor kurzem ein Seminar wegen kompletter „Black-outs“, heftiger Herzrhythmus-Störungen und Panik abbrechen musste. Bei der umgehenden körperlichen Untersuchung sei jedoch nichts gefunden worden. Allerdings bekomme sie seitdem vermehrt Panik und könne sich nicht vorstellen, jemals wieder zu unterrichten. Sie schäme sich, da sie eigentlich immer funktioniert habe und es nun „irgendwie nicht mehr gehe“. Aktuell hat sie mit der Geschäftsleitung für 4 Monate die Arbeitslast einvernehmlich reduziert (keine Seminarleitung) und die Arbeitszeit herabgesetzt. Wie es dann weitergehen solle, wisse sie noch nicht.

Diese Beispiele illustrieren eindrücklich, welche komplexen psychischen, körperlichen und sozialen Auswirkungen Stress haben kann. Was aber heißt eigentlich Stress? Wie lässt sich dieses Phänomen störungsdiagnostisch einordnen? Profitieren Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen von einer zusätzlichen Stressdiagnostik – und wie sähe diese genau aus? Sollte der Umgang mit Stress im Rahmen der Therapie anderer Störungen spezifisch (mit) behandelt werden? Und schließlich: Wie ließe sich eine Integration von Stressbewältigungsmodulen im Rahmen einer Psychotherapie umsetzen?

Es ist unser Anliegen, in diesem Buch das Phänomen „Stress“ in seiner diagnostischen und therapeutischen Relevanz zu erschließen. Dazu definieren wir den Stressbegriff sowie die stressassoziierte Symptomatik vor dem Hintergrund aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und Theorien und legen dabei einen besonderen Fokus auf das Gesamtverständnis der

zugrunde liegenden biopsychosozialen Zusammenhänge. Verschiedene Instrumente der Stressdiagnostik und ihre spezifischen Einsatzmöglichkeiten werden vorgestellt und ein umfassender Überblick über evidenzbasierte Präventions- und Behandlungsansätze im Kontext von Stress vermittelt. Wirksame Interventionen bei Stress können somit im Rahmen einer Therapie unterschiedlicher Störungen individuell ausgewählt und modular zusammengestellt werden.

Unser Dank gilt den Kolleginnen und Kollegen am Lehrstuhl für Biologische und Differentielle Psychologie sowie an der am Lehrstuhl ansässigen „Psychotherapeutischen Ambulanz für stressbedingte Erkrankungen“ für den intensiven Austausch, die wertvollen Anregungen und die Bereitschaft, die in diesem Buch beschriebenen Interventionsansätze in Forschung und klinischer Anwendung zu untersuchen. Wir danken den Herausgebern der Buchreihe, insbesondere dem Kollegen Prof. Jürgen Margraf für seine „Überredungskunst“ zu diesem Buchprojekt sowie ihm und Prof. Dieter Vaitl für die konstruktive und unterstützende Begleitung.

Freiburg im Breisgau, im August 2014

Markus Heinrichs,
Tobias Stächele
und Gregor Domes

1 Beschreibung von Stress und stressassoziierter Symptomatik

Der englischsprachige Begriff „Stress“ stammt aus der Physik und bezeichnet die mechanische Spannung, die auf einem Material lastet. Es ist das Verdienst Hans Selyes (1907–1982), diesen Begriff 1936 in die Medizin und die Psychologie eingeführt zu haben – oder wie er es selbst einmal formulierte: „Ich habe allen Sprachen ein neues Wort geschenkt – Stress“ (Selye, 1982). Hans Selye sagte aber auch: „Die Abwesenheit von Stress ist Tod – nur Tote haben keinen Stress“. Was also ist Stress genau? Lebenselixier oder krankmachende Belastung? Welchen Stellenwert hat Stress hinsichtlich Prävention und Therapie verschiedener Erkrankungen? Eine Begriffsklärung zur Sicherstellung eines gemeinsamen Verständnisses von Stress und stressassozierten Symptomen zwischen Patient und Therapeut ist die erste und unabdingbare Voraussetzung für die therapeutische Arbeit.

1.1 Definitionsansätze

Der Begriff „Stress“ ist allgegenwärtig und gleichsam – oder auch gerade deshalb – schwer zu definieren. Umgangssprachlich meint Stress in der Regel sowohl den Stressor als Auslöser als auch die Stressreaktion im Sinne der physiologischen und psychologischen Antwort auf den Stressor. Dabei lässt sich bei einem Individuum nur bedingt vorhersagen, wann und unter welchen Umständen welcher Stressor zu einer Stressreaktion führt. Wie die beiden oben vorgestellten Fallbeispiele deutlich zeigen, stellen sich stressassozierte Symptome vielgestaltig dar; entsprechend berichten Patienten sehr unterschiedliche Symptome, die sie mit Stress in Verbindung setzen. Daher ist ein multidimensionaler Ansatz notwendig, um die komplexe Interaktion zwischen (a) einem Stressor mit seinen objektiven Charakteristika (Intensität, Dauer, Häufigkeit), (b) der subjektiven Bewertung durch das Individuum (Bewertung von Stress und Bewältigungsressourcen, vorhergehende Erfahrungen, persönliche Stresssensitivität, sozialer Kontext) und (c) des physiologischen Reaktionsmusters zu beschreiben und zu verstehen.

Multidimensionaler Ansatz als Interaktion von Stressor, Bewertung und physiologischer Reaktion

Statt einer überdauernden, allgemeingültigen Definition liegt in Abhängigkeit vom aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand und Zeitgeist eine Reihe von Definitionen vor, welche sowohl das diagnostische Verständnis als auch mögliche Interventionsansätze nachhaltig geprägt haben. Da Stress

weder eine Störung mit Krankheitswert darstellt noch sich in der wissenschaftlich fundierten Literatur eine allgemein akzeptierte Begriffsdefinition finden lässt, möchten wir hier eine operationale Definition vorschlagen, welche die Grundzüge der wichtigsten Stresstheorien und -modelle (vgl. Kapitel 2) ebenso berücksichtigt wie die Anwendbarkeit im klinischen Kontext. Außerdem führen wir den Begriff der „stressassoziierten Symptomatik“ im Sinne eines Symptomspektrums ein, welches die mit Stress einhergehende Symptomatik beschreibt.

Stressassoziierte Symptomatik = Spektrum physiologischer, kognitiver, emotionaler und sozialer Symptome bei Stresskonfrontation

Definition: Stress und stressassoziierte Symptomatik

Stress resultiert aus einer Bedrohung der physiologischen und/oder psychologischen Unversehrtheit einer Person, welche eine adaptive physiologische, behaviorale, emotionale und kognitive Reaktion bewirkt. Entscheidend ist die Einschätzung des Bedrohungscharakters eines Stressors unabhängig davon, ob eine Bedrohung objektiv gegeben ist oder subjektiv so interpretiert wird. In beiden Fällen wird das individuelle Ausmaß der Stressreaktion durch eine Integration der individuellen psychobiologischen Stressreagibilität, der subjektiven Bedrohungseinschätzung und der Einschätzung der verfügbaren Bewältigungsressourcen bestimmt. Stress stellt somit ein kurzfristiges Ungleichgewicht zwischen wahrgenommenen belastenden Anforderungen und verfügbaren Regulationsressourcen dar. Chronischer Stress tritt dann auf, wenn die adaptive Reaktion nicht zur Bewältigung des Stressors führt und das Ungleichgewicht bestehen bleibt.

Die *stressassoziierte Symptomatik* umfasst das Spektrum aller mit der Stressreaktion und dem Stresserleben einhergehenden physiologischen (z. B. erhöhte Herzrate, muskuläre Verspannung), kognitiven (z. B. Grübeln, Konzentrationsschwierigkeiten), emotionalen (z. B. Angst, Gereiztheit, Labilität) und sozialen Symptome (z. B. sozialer Rückzug, vermehrte Fehltag am Arbeitsplatz). Im Vergleich zu einer akuten Stressreaktion treten zumindest vereinzelte Symptome auch ohne erneute Konfrontation mit einem Stressor auf; individuell ansonsten ausreichende Erholungszeiten genügen nicht mehr, um das Erregungsniveau zu normalisieren.

Da der Fokus dieses Buches auf einer adäquaten Diagnostik und Intervention von stressassoziierten Belastungen und deren negativen Folgen liegt, ist auch eine Definition von Stressbewältigung erforderlich. Wir verweisen hier auf die Definition von Lazarus und Folkman (1984).

Definition: Stressbewältigung

Bewältigung (coping) ist eine sich konstant ändernde kognitive und verhaltensbezogene Anstrengung, externale oder innerpsychische Herausforderungen, welche vom Individuum als die eigenen Ressourcen herausfordernd oder übersteigend bewertet werden, zu meistern (Lazarus & Folkman, 1984, S. 141, Übersetzung durch die Autoren).

1.2 Diagnostische Einordnung

Stress und stressassoziierte Symptomatik keine Störungsdiagnosen

Stress und stressassoziierte Symptomatik stellen in den international gültigen Klassifikationssystemen psychischer Störungen ICD und DSM keine eigenen Störungsdiagnosen dar. Die stressassoziierte Symptomatik ist somit im Übergangsbereich zwischen normalem Erleben und Verhalten und psychischer Störung angesiedelt – ein generelles Dilemma diagnostischer Klassifikations-schemata, welche letztlich nur dichotome Entscheidungen ermöglichen. Dabei kann Stress als Ursache, Folge, Kovariate oder aufrechterhaltender Faktor einer psychischen Störung eingeordnet werden (vgl. Kapitel 1.4 und 1.5). Ein besonderer Stellenwert kommt einer differenzialdiagnostischen Integration von Störungsdiagnose und spezifischen Verfahren zur Stressdiagnostik (vgl. Kapitel 3) zu, um eine spezifische Behandlung anzubieten (vgl. Kapitel 4).

Weites Spektrum mit Stress assoziierter Störungen

Das Spektrum der potenziell mit Stress assoziierten Erkrankungen ist entsprechend vielfältig und reicht von psychischen Störungen (ICD-10, Kapitel V, F) wie depressive Episode (F32, F33) oder somatoforme Störungen (F45) über Neurasthenie (F48.0) bis zu somatischen Erkrankungen wie Spannungskopfschmerz (G44) oder Schwindel (R42). Im ICD-10 sind in diesem Zusammenhang zusätzlich zu den Störungsdiagnosen im engeren Sinne auch die R- und Z-Kodierungen von Interesse. So verschlüsseln die R-Kodierungen beispielsweise Symptome wie Nervosität (R45.0), Reizbarkeit und Wut (R45.4) oder Stress (R45.7), wenn diese nicht andernorts einer Störungsdiagnose zugeordnet werden können. Stressrelevante Symptome wie Probleme mit der sozialen Umgebung (Z60), Paarprobleme (Z63.0), Burnout (Z73.0) oder Mangel an Entspannung und Freizeit (Z73.2) sind wiederum als Z-Kodierung verschlüsselbar. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die wichtigsten mit Stress assoziierten ICD-Diagnosen.

R- und Z-Kodierungen ermöglichen Zusatzdiagnostik von Nervosität, Reizbarkeit, Stress, Paarproblemen oder Burnout

Tabelle 1: Diagnosen nach ICD-10, bei denen Stress in der Ätiopathogenese oder als Folge von besonderer Bedeutung sein kann (World Health Organisation, Coltart, Dilling und Freyberger, 2011)

F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F3	Affektive Störungen, hier v. a.
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störung
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, hier v. a.
F40	Phobische Störungen
F41	Sonstige Angststörungen (v. a. Panikstörung, generalisierte Angststörung)
F43.2	Anpassungsstörung
F45	Somatoforme Störungen
F48.0	Neurasthenie

Tabelle 1: Fortsetzung

F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, hier v. a.
F50	Essstörungen
F51	Nichtorganische Schlafstörungen (z. B. Insomnie)
F52	Sexuelle Funktionsstörungen
F54	Psychische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (z. B. bei Asthma, Dermatitis)
F55	Schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen (z. B. Analgetika, Vitamine)
G44	Sonstige Kopfschmerzen (v. a. Spannungskopfschmerz)
I10	Essenzielle Hypertonie
K29	Gastritis und Duodenitis
K58	Colon irritabile
L20	Dermatitis atopica
M54	Rückenschmerzen
R42	Schwindel und Taumel
R45	Symptome, die die Stimmung betreffen, hier v. a.
R45.0	Nervosität
R45.1	Ruhelosigkeit und Erregung
R45.2	Unglücklichsein
R45.3	Demoralisierung und Apathie
R45.4	Reizbarkeit und Wut
R45.5	Feindseligkeit
R45.7	Emotionaler Schock oder Stress
R53	Unwohlsein und Ermüdung
Z56	Probleme mit Bezug auf Berufstätigkeit oder Arbeitslosigkeit (u. a. Arbeitslosigkeit, drohender Arbeitsplatzverlust, Unstimmigkeiten mit Vorgesetzten oder Arbeitskollegen)
Z60	Probleme mit Bezug auf die soziale Umgebung (u. a. Anpassungsprobleme an die Übergangsphasen im Lebenszyklus, soziale Ausgrenzung)
Z63.0	Probleme in der Beziehung zum Ehepartner oder Partner
Z73	Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, hier v. a.
Z73.0	Burnout
Z73.2	Mangel an Entspannung oder Freizeit
Z73.3	Stress, andernorts nicht klassifiziert

1.3 Epidemiologie

Epidemiologische Zahlen beruhen v. a. auf Interviewbefragungen und Krankenkassendaten

Da es sich bei einer stressassoziierten Symptomatik nicht um eine Störung handelt, sind präzise Prävalenzangaben im eigentlichen Sinne problematisch. Auch die heterogene Konzeptualisierung des Stressbegriffs und die in großen Umfragen verwendeten wissenschaftlich kritischen Datenerhebungen (z. B. Telefonbefragungen) machen eine objektive epidemiologische Einschätzung für den deutschsprachigen Raum kaum möglich. Andererseits bieten Interviewbefragungen verschiedener Institutionen und Behörden sowie Analysen der Routinedaten der Krankenkassen zumindest einen ersten Überblick zur selbstberichteten stressbezogenen Belastung der Bevölkerung.

Mehr als die Hälfte der Erwerbstätigen leidet unter Stress am Arbeitsplatz

Die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz hat im Frühjahr 2013 die Ergebnisse von 16.622 Interviews in ganz Europa veröffentlicht (European Agency for Safety and Health at Work, 2013). In Deutschland berichten 17 % der Interviewten von sehr häufigem arbeitsbedingtem Stress und weitere 35 % von eher häufigem Stress. Demnach leidet über die Hälfte der Erwerbstätigen unter Stress am Arbeitsplatz, wobei dieser Befund bei beiden Geschlechtern und über die Altersgruppen hinweg vergleichbar war. Was den deutschsprachigen Bereich betrifft, liegen die Länder Österreich (8 % sehr häufigem Stress und 37 % eher häufigem Stress) und Schweiz (11 % bzw. 32 %) leicht darunter. Die International Labour Organization (ILO) beziffert die Kosten für die stressassoziierten psychischen Probleme in den EU-Mitgliedstaaten auf inzwischen durchschnittlich 3 bis 4 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) (u. a. für Medikamente, Therapien, stationäre Aufenthalte, anteilige Verwaltungskosten).

Jeder Fünfte zeigt diagnostizierbare gesundheitliche Stressfolgen

Verschiedene Krankenkassen warnen seit Jahren aufgrund besorgniserregender Zahlen vor stressassoziierten Symptomen und Stressfolgeerkrankungen als neuer „Volkskrankheit“. Die Techniker Krankenkasse zeigte zusammen mit dem F. A. Z.-Institut in einer repräsentativen Umfragestudie an 1.014 Personen, dass acht von zehn Personen in Deutschland ihr Leben als stressig empfinden, jeder Dritte dauerhaft unter Stress leidet und jeder Fünfte bereits diagnostizierbare gesundheitliche Folgen zeigt (F. A. Z.-Institut und Techniker Krankenkasse, 2009). Damit einher geht die deutliche Zunahme von Krankschreibungen wegen psychischer Erkrankungen. Dem Bundesministerium zufolge stieg die Anzahl der Fehltage wegen psychischer Erkrankungen innerhalb von 10 Jahren von 33,6 Millionen im Jahre 2001 auf 53,5 Millionen im Jahre 2010. Damit stieg der Anteil dieser Fälle an allen Arbeitsunfähigkeitstagen von 6,6 % auf 13,1 %. Dies deckt sich mit Zahlen der Krankenkassen, die berichten, dass die Zahl der Personen, die wegen psychischer Störungen eine stationäre Behandlung erhalten, innerhalb von 20 Jahren um 129 % gestiegen ist. Laut Barmer GEK waren 1990 3,7 von 1.000 Versicherten betroffen, während es 2010 bereits 8,5 waren (Barmer GEK, 2011). Alleine im Jahr 2008 waren Menschen wegen „Burnout“ knapp

10 Mio. Tage krankgeschrieben (F.A.Z.-Institut und Techniker Krankenkasse, 2009).

Selbstverständlich ist bei diesen Steigerungen von Krankschreibungen und Frühberentungen stets zu bedenken, dass parallel zu den steigenden Anforderungen und einer erhöhten Eigenverantwortung in den Beschäftigungsverhältnissen auch die diagnostische Erfassung sowie die gesellschaftliche Akzeptanz verbessert wurden. Es besteht somit ein dringender Bedarf an sorgfältigen, repräsentativen epidemiologischen Untersuchungen zu Stress in der Bevölkerung, welche vor allem in Längsschnittstudien die Bedeutung einer stressassoziierten Symptomatik mit und ohne bestehender psychischer Störungsdiagnose im Verlauf aufzeigen kann.

1.4 Differenzialdiagnostik

Stress ist kein störungsspezifisches Symptom und demnach ist die diagnostische Feststellung einer erhöhten Stressbelastung nicht unmittelbar indikativ für eine spezifische Störung. Gerade unter diesen Bedingungen ist eine sorgfältige Differenzialdiagnostik zwingende Voraussetzung vor einer Planung stressbezogener präventiver oder therapeutischer Maßnahmen.

Generell empfehlen wir, auf die Umschreibung „stressbedingte/-assoziierte Störung“ zu verzichten, wenn sich die Symptomatik des Patienten mit einer (oder mehrerer) klassifizierbaren Diagnose(n) gemäß ICD beschreiben lässt. Das folgende Fallbeispiel soll die Notwendigkeit einer störungsbezogenen Diagnostik verdeutlichen.

Fallbeispiel: Herr K., Patient der Ambulanz für stressbedingte Erkrankungen der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

„Ich komme zu Ihnen, weil ich unter dem ganzen Stress in meinem Job leide. Dabei sollte ich mich eigentlich doch freuen, nachdem ich vor 10 Monaten zum Abteilungsleiter in meiner Firma befördert wurde. Stattdessen fühle ich mich leer und erschöpft. Ich kann mich schwer zu etwas aufrufen und nicht mal meine wöchentlichen Treffen im Tennisclub machen mir mehr Freude. Ich bin zu müde dazu. Früher hat es mir geholfen, einfach mal auszuschlafen, um mich wieder fit zu fühlen. Heute wache ich schon auf, bevor der Wecker klingelt und kann dann nicht mehr einschlafen. Nun steht in meiner Firma auch noch die Umsetzung einer riesigen EDV-Umstellung an, die ich zu verantworten habe. Ich habe Angst, dass ich das in meinem aktuellen Zustand nicht schaffen kann. Und dann die vielen E-Mails und Meetings; kein Wunder, dass ich mir regelmäßig Arbeit mit nach Hause nehmen muss. Alles etwas viel grad und irgendwie kann ich meinen Akku auch nicht mehr richtig aufladen. Ich habe in den letzten Wochen viel zu dem Thema im Internet gelesen und bin zu dem Schluss gekommen, dass ich wohl an Burnout leide.“

Gesellschaftlich akzeptierte Selbstdiagnosen wie „Burnout“ können mit einer Zurückweisung der Störungsdiagnose einhergehen

Wichtig: gemeinsames Störungsverständnis und klare Begriffsdefinition

Dieser Patient beschreibt eindrücklich, dass er in den letzten 10 Monaten zunehmend unter Stress leidet. Nicht selten führt eine gesellschaftlich und medial inzwischen akzeptierte Symptomatik wie „Burnout“ zu solchen und ähnlichen Selbstdiagnosen, was wiederum mit der Zurückweisung einer Störungsdiagnose einhergehen kann. Umso wichtiger sind hier die Erarbeitung eines gemeinsamen Störungsverständnisses sowie eine eindeutige Terminologie. Im vorgestellten Fall wurde eine leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.01) diagnostiziert. Da im Verlauf der probatorischen Sitzungen die beruflichen Belastungen als ätiopathogenetisch relevanter Faktor eingestuft wurden und der Patient hier explizit um ein besseres „Stressmanagement“ nachsuchte, wurden neben der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung der Depression (vgl. Hautzinger, 1998) gezielt zusätzliche Methoden zur Stressbewältigung eingesetzt und eine stressbezogene Rezidivprophylaxe durchgeführt (vgl. Kapitel 4).

Bei einer stressassoziierten Symptomatik ist eine sorgfältige Differenzialdiagnostik insbesondere hinsichtlich *Anpassungsstörung*, *affektiven Störungen*, *generalisierter Angststörung*, *somatoformen Störungen*, *Neurasthenie* sowie einiger *medizinischer Erkrankungen* geboten. Die Störungen sind auf der kognitiven, affektiven oder psychobiologischen Ebene vielfältig mit Symptomen assoziiert, welche häufig von den Betroffenen selbst als stressbedingt vorgetragen werden. Diese werden im Folgenden anhand der häufigsten Störungsbilder detaillierter dargestellt. Die in Tabelle 1 genannten Zusatzkodierungen (R- und Z-Kodierungen) bieten dabei eine weitere Spezifizierung, welche dann eine individualisierte Therapieindikation unter Einbezug gezielter Stressinterventionen ermöglicht.

1.4.1 *Anpassungsstörung*

Für die Diagnose einer *Anpassungsstörung* ist das Vorliegen eines identifizierbaren Stressors ein notwendiges, aber kein hinreichendes Kriterium. Im Vordergrund stehen hier entscheidende Lebensveränderungen oder belastende Lebensereignisse wie Trauerfälle, Trennungserlebnisse, Emigration, Elternschaft, beruflicher Misserfolg oder Eintritt in den Ruhestand. Die aus einem oder mehreren Stressoren resultierenden depressiven Symptome, Ängste, Anspannungs-, Ärgergefühle, Verhaltensauffälligkeiten sowie Störungen des Sozialverhaltens rechtfertigen noch keine spezifische Diagnose (wie z. B. Depression) und stellen somit eine eher subsyndromale Diagnosestellung dar. Entgegen der kontroversen Diskussion, ob eine *Anpassungsstörung* tatsächlich als eigenes Störungsbild zu betrachten ist, ermöglicht diese zumindest eine störungswertige Diagnose und somit einen psychotherapeutischen Versorgungsbedarf.

Anpassungsstörung als zumindest störungswertige Diagnose bei/nach belastenden Lebensereignissen

**Diagnostische Kriterien der Anpassungsstörung (F43.2)
nach ICD-10 (World Health Organisation et al., 2011)**

- A. Identifizierbare psychosoziale Belastung, von einem nicht außergewöhnlichen oder katastrophalen Ausmaß; Beginn der Symptome innerhalb eines Monats.
- B. Symptome und Verhaltensstörungen (außer Wahngedanken und Halluzinationen), wie sie bei affektiven Störungen (F3), bei neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) und bei Störungen des Sozialverhaltens (F91) vorkommen. Die Kriterien einer einzelnen Störung werden aber nicht erfüllt. Die Symptome können in Art und Schwere variieren.

Das vorherrschende Erscheinungsbild der Symptome sollte mit der fünften Stelle weiter differenziert werden:

F43.20 kurze depressive Reaktion (< vier Wochen)

F43.21 längere depressive Reaktion (< zwei Jahre)

F43.22 Angst und depressive Reaktion gemischt

F43.23 mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen

F43.24 mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens

F43.25 mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten

F43.28 mit sonstigen vorherrschenden Symptomen

- C. Die Symptome dauern nicht länger als sechs Monate nach Ende der Belastung oder ihrer Folgen an, außer bei längerer depressiver Reaktion (F43.21). Die Diagnose einer Anpassungsstörung kann bis zu einer Dauer von sechs Monaten gestellt werden.

Wichtig ist hier der Hinweis, dass wann immer eine andere psychische Störung von den Kriterien her erfüllt ist, generell auf die Diagnose Anpassungsstörung verzichtet werden soll (vgl. Bengel & Hubert, 2010). Gerade im Kontext einer stressassoziierten Symptomatik sei nochmals auf die Möglichkeit einer weiteren Ausdifferenzierung der Diagnostik durch die in Tabelle 1 genannten Zusatzkodierungen verwiesen.

1.4.2 Affektive Störungen

Personen mit stressassoziierten Symptomatik beschreiben ihre Situation häufig mit Symptomen, welche den diagnostischen Kriterien einer depressiven Episode entsprechen können (F32; vgl. Fallbeispiel Herr K. auf S. 9). Wird diese gemäß der diagnostischen Kriterien erfüllt, so käme eine Anpassungsstörung nicht mehr infrage. Da auch die *depressive Episode* häufig zeitliche

Zusammenhänge zu psychosozialen Belastungsbedingungen zeigt, ist eine depressive Störung differenzialdiagnostisch sorgfältig abzuklären. Insbesondere die *leichte depressive Episode* kann eine Konsequenz aus einer überdauernden stressassoziierten Symptomatik sein (vgl. Kasten). Die Betroffenen schildern vor allem eine gedrückte Stimmung in Verbindung mit vermindertem Antrieb, wobei die Fähigkeit, Freude zu empfinden sowie Interesse und Konzentration beeinträchtigt sind. Ausgeprägte Müdigkeit geht mit Schlafstörungen einher, der Appetit ist vermindert, das Selbstwertgefühl beeinträchtigt. Entsprechend sind Schuldgefühle sowie Gedanken über die eigene Wertlosigkeit regelmäßig diagnostizierbar.

Diagnostische Kriterien der leichten depressiven Episode (F32.0) nach ICD-10 (World Health Organisation et al., 2011)

- G1. Die depressive Episode sollte mindestens zwei Wochen dauern.
- G2. In der Anamnese keine manischen oder hypomanischen Symptome, die schwer genug wären, die Kriterien für eine manische oder hypomanische Episode (F30) zu erfüllen.
- G3. Ausschlussvorbehalt: Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen (F1) oder auf eine organische psychische Störung im Sinne des Abschnitts F0 zurückzuführen.
- A. Die allgemeinen Kriterien für eine Depressive Episode (F32 G1 bis G3) sind erfüllt.
- B. Mindestens zwei der folgenden drei Symptome liegen vor:
 - 1. Depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend;
 - 2. Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren;
 - 3. Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.
- C. Eins oder mehrere zusätzliche der folgenden Symptome, so dass die Gesamtzahl aus B. und C. mindestens vier bis fünf ergibt:
 - 1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühles;
 - 2. Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle;
 - 3. Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten;
 - 4. Klagen über oder Nachweise eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit;