

Aus dem Bereich für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin  
Universitätsklinik des Saarlandes, Homburg/Saar  
Prof. Dr. med. habil. V. Köllner

## **Validität eines neuen diagnostischen Konzeptes für Anpassungsstörungen**

**Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
der Medizinischen Fakultät  
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES  
2011**

vorgelegt von: Saskia Terber  
geb. am 23.07.1986 in Homburg/Saar

Tag der mündlichen Prüfung:

Dekan: Univ.-Prof. Dr. Michael D. Menger

Vorsitzender:

1. Berichterstatter:

2. Berichterstatter:

# Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung .....	1
2. Einleitung .....	5
2.1. Einführung .....	5
2.2. Darstellung des Störungsbildes Anpassungsstörung .....	6
2.2.1. Definition und Epidemiologie .....	6
2.2.2. Das Beschwerdebild .....	9
2.2.3. Verlauf, Therapie und Prognose der Anpassungsstörung .....	13
2.3. Historische Entwicklung des Störungsbildes Anpassungsstörung und seine Integration in bestehende Klassifikationssysteme .....	15
2.3.1. Historische Entwicklung der Anpassungsstörungen .....	15
2.3.2. Diagnostische Kriterien der Anpassungsstörung in ICD-10 und DSM-IV .....	16
2.3.3. Kritikpunkte .....	19
2.4. Entwicklung eines neuen diagnostischen Konzepts für Anpassungsstörungen - Inhaltliche Konzeption, Struktur und Zielsetzung .....	23
2.5. Ziele der Untersuchung und Fragestellungen .....	27
3. Material und Methoden .....	28
3.1. Studiendesign und Untersuchungsaufbau .....	28
3.2. Stichprobenbeschreibung und Ablauf der Untersuchung .....	28
3.3. Erhebungsinstrumente .....	31
3.3.1. Adjustment Disorder – New Module (ADNM) .....	31
3.3.1.1. Entwicklung und Grundkonzept .....	31
3.3.1.2. Aufbau .....	31
3.3.2. Sektion I: Anpassungsstörungen des SKID – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV .....	32
3.3.2.1. Entwicklung und Grundkonzept .....	32
3.3.2.2. Aufbau .....	32
3.3.3. Diagnostisches Expertenkonzept für psychische Störungen (DIA – X) .....	34
3.3.3.1. Entwicklung und Grundkonzept des DIA-X .....	34
3.3.3.2. Aufbau .....	35
3.3.3.3. Durchführung .....	38
3.3.3.4. Auswertung .....	38
3.4. Statistische Auswertung .....	39
4. Ergebnisse .....	40
4.1. Stichprobenbeschreibung .....	40
4.2. Prävalenzraten der Diagnose Anpassungsstörung .....	42

4.2.1. Häufigkeit der Anpassungsstörung im klinischen Alltag.....	42
4.2.2. Häufigkeit der Anpassungsstörung im standardisierten Interview (CIDI, SKID) .....	43
4.3. Ergebnisse und Auswertung des Fragebogen ADNMM .....	46
4.3.1. Belastungsfaktoren .....	46
4.3.2. Häufigkeit der Diagnose Anpassungsstörung .....	47
4.3.3. Symptomausprägung .....	49
4.4. Methodischer Vergleich der Instrumente zur Erfassung von Anpassungsstörungen.....	51
4.4.1. Vergleich der klinischen Diagnosen mit dem standardisierten Interview (CIDI, SKID) 51	
4.4.2. Vergleich der klinischen Diagnosen mit dem ADNMM.....	55
4.4.3. Vergleich der Diagnosen des strukturierten Interviews mit dem ADNMM .....	56
4.4.4. Zusammenfassung.....	59
4.5. Validität des neuen diagnostischen Konzept .....	59
5. Diskussion.....	62
5.1. Untersuchungsansatz und methodisches Vorgehen.....	62
5.2. Prävalenz der Anpassungsstörung .....	63
5.2.1. Prävalenz der Anpassungsstörung im klinischen Alltag.....	63
5.2.2. Prävalenz der Anpassungsstörung in der strukturierten Diagnostik .....	64
5.2.3. Prävalenz der Anpassungsstörung im ADNMM.....	65
5.3. Diagnostische Methoden im Vergleich.....	68
5.3.1. Vergleich Klinische Diagnose – strukturierte Diagnostik (CIDI/SKID).....	68
5.3.2. Vergleich ADNMM – Klinische Diagnose .....	70
5.3.3. ADNMM – strukturierte Diagnostik (CIDI/SKID).....	71
5.3.4 Zusammenfassung.....	74
5.4. Methodenkritik.....	75
5.5. Konsequenzen für die Klinik und weiterer Forschungsbedarf.....	78
6. Literaturverzeichnis .....	81
7. Dank.....	89
8. Lebenslauf .....	90
9. Anhang.....	92
A.1 Verwendete Fragebögen .....	92
A.1.1 DIA-X SSQ.....	92
A.1.2 SKID I Anpassungsstörung.....	95
A.1.3 ADNMM .....	98

# 1. Zusammenfassung

## Validität eines neuen diagnostischen Konzepts für Anpassungsstörungen

### Einleitung:

Anpassungsstörungen gehören sowohl in Kliniken als auch in der Richtlinienpsychotherapie zu den häufigsten Diagnosen. In der Forschung fanden sie hingegen bisher eher geringes Interesse, die Zahl der Publikationen zu diesem Störungsbild entspricht nicht der klinischen Bedeutung. Auch in den aktuellen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV sind die diagnostischen Leitlinien wenig präzise formuliert und erschweren die Diagnosestellung. In einem neuen diagnostischen Konzept versuchen Maercker et al. (2007) die Anpassungsstörung als Teil des „stress response syndrom“ neu zu definieren. Ziele der vorliegenden Studie sind es zum einen, zu vergleichen, wie häufig die Diagnose Anpassungsstörung von erfahrenen Klinikern im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung und bei einer Nachuntersuchung mit einem strukturierten Interview (CIDI) gestellt wird. Zum anderen soll anhand eines, auf dem neuen Konzept basierenden Fragebogens (ADNM) die Validität der neuen Definition der Anpassungsstörung überprüft werden.

### Methoden:

240 Patienten (w: 77%; m: 23%; Alter:  $48,68 \pm 8,614$ ) einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik wurden mit Hilfe eines strukturierten Interviews zur Erfassung psychischer Störungen (CIDI) innerhalb der ersten Woche nach Aufnahme beurteilt. Da das CIDI Anpassungsstörungen nicht erfasst, wurde es um das entsprechende Modul aus dem SKID ergänzt. Die Interviewer waren hinsichtlich des Ergebnisses der klinischen Diagnostik verblindet. Dies wurde nachträglich aus den Entlassbriefen entnommen. Die klinische Diagnostik stützte sich auf ein 90-120minütiges Interview einschließlich biographischer Anamnese und Testdiagnostik (z. B. SCL-90). Neben dem Interview füllten die Teilnehmer zusätzlich einen Fragebogen (ADNM) aus, der sich auf die neuen diagnostischen Leitlinien nach Maercker et al. (2007) stützt.

### Ergebnisse:

In 38,3% der Fälle wurde von den Klinikern eine Anpassungsstörung diagnostiziert, im strukturierten Interview nur bei 15,8%. Der größte Teil der Patienten, die klinisch die Diagnose Anpassungsstörung erhalten hatten, zeigten im CIDI ein depressives Störungsbild (55,4% Dysthymia, 32,4% schwere depressive Episode, 21,6% mittelgradige depressive Episode), gefolgt von somatoformen (31% Anhaltende Schmerzstörung) -

und Angststörungen (12,1% Generalisierte Angststörung, 10,8% Panikstörung). Mehr als die Hälfte der in die Studie eingeschlossenen Patienten (70,5%) zeigt im ADNM die Diagnose einer Anpassungsstörung.

#### Diskussion:

Klinisch war die Anpassungsstörung die häufigste Diagnose (38,3%), in der strukturierten Diagnostik fand sich nur eine Prävalenz von 15,8%. Dieser Unterschied erklärt sich unter anderem aus dem C-Kriterium des DSM-IV, wonach eine andere Diagnose vorrangig vergeben werden sollte, wenn die entsprechenden diagnostischen Kriterien erfüllt sind. So wurde aus einer klinischen Anpassungsstörung nach CIDI häufig eine Dysthymia diagnostiziert. Dies könnte darauf hinweisen, dass Kliniker bei ihrer diagnostischen Einschätzung stärkeres Gewicht auf eine kausale Betrachtung legen als dies die aktuellen diagnostischen Systeme vorsehen. Die hohe Anzahl der Anpassungsstörung im ADNM war aufgrund der vorselektierten Stichprobe abzusehen. Die Diskrepanz zwischen Interview und ADNM ist dadurch zu erklären, dass beide unterschiedliche Konstrukte erheben. Der ADNM identifiziert Patienten, die sich durch äußere Lebensumstände subjektiv stark belastet fühlen. Die strukturierte Diagnostik differenziert in unter- und überschwellige Symptomatik, streng anhand der bisherigen Leitlinien. Es ist davon auszugehen, dass die Kliniker bei ihrer Diagnoseerhebung versuchen, mehr oder weniger beide Konstrukte mit einzubeziehen. Deutlich wird jedoch insgesamt, dass der Konflikt zwischen einer kausalen Betrachtungsweise und einer reinen Symptombeschreibung auch zukünftig nicht auflösbar sein wird. Weitere Forschung zu diesem häufigen Störungsbild ist unbedingt notwendig.

## **Validity of a new diagnostic concept for adjustment disorders**

### Introduction

Adjustment disorders are the most prevalent diagnoses in clinics as well as in psychotherapy guidelines. Up to now it appears that research has paid little or no attention to this fact, since the number of publications for this disorder do not seem to correspond with its clinical importance. Even in the current classification systems, such as ICD-10 and the DSM-IV are the diagnostic guidelines not specifically formulated and thereby obfuscate the diagnostic evaluation. Maercker et al. (2007) attempts to redefine adjustment disorder with a new diagnostic concept as part of the „stress response syndrom“. The goals of the present study are: First, to compare how often the adjustment disorder diagnosis is given in clinics, within the scope of the new patient visit compared to the follow up visit, where a structured interview (CIDI) is administered, and Second, to test the validity of the new questionnaire (ADNM) - based definition of adjustment disorder.

### Methods

Within the first weeks of their first evaluation, two hundred forty patients (w: 77%; m: 23%; Ages:  $48.68 \pm 8.614$ ) from a psychosomatic clinic were assessed with the help of the structured interview, for the determination of psychological disorders (CIDI). Since the CIDI does not test for adjustment disorders, the diagnosis was completed with a supplementary module from the SKID. The interviewers were blinded to the results; a fact which was later obtained from the follow up visit papers. The clinical diagnosis was supported by a 90-120 minute interview, plus biographical clinical histories, and clinical test diagnostics (i.e. SCL-90). The participant also filled out a questionnaire (ADNM) which was based on the new diagnostic guidelines by Maercker et al. (2007).

### Results

In 38.3% of the cases in the clinics, the diagnosis was adjustment disorder, whereas in the structured interviews, it turned out to be only 15.8%. The majority of clinical patients diagnosed with adjustment disorder, according to the CIDI, manifested the following: depressive disorder (55.4% Dysthymia, 32.4% major depression episodes, 21.6% moderate depression episodes); followed by somatoform disorder (31% continuous pain disorder); and anxiety disorder (12.1% generalized anxiety disorder, 10.8% panic disorders). In the ADNM more than half of the patients included in the study (70.5%) showed a diagnosis of adjustment disorder.

## Discussion

Adjustment disorder was clinically the most frequent diagnosis (38.3%), whereas in the structured diagnosis the prevalence was 15.8%. The difference explains itself through the C - criterion of the DSM-IV, whereby another diagnosis should have had a priority assigned to it when the relevant diagnostic criteria apply. Thus a clinical adjustment disorder, according to the CIDI, all too often becomes a Dysthymia. This could indicate that clinicians, with their diagnostic assessments, put too much emphasis on causal conclusions instead of what the current diagnostics systems support. The high range of adjustment disorder in the ADNМ due to the preselected samples was predictable. The discrepancy between interview and ADNМ results can be explained, because they raise variable constructs. The ADNМ identifies patients that feel adversely burdened through external life situations. The structured diagnosis differentiates in clinical and subclinical symptomatic, based on the existing guidelines. We can conclude that the clinicians try to use both constructs in their effort to make an adequate diagnosis. It becomes clear, however, that the conflict between the causal approach and a pure description of the symptoms is currently unsolvable. Additional research for this common disorder is absolutely necessary.



## 2. Einleitung

### 2.1. Einführung

Menschen sind im Laufe ihres Lebens immer wieder gezwungen, sich an unterschiedlichste Lebenssituationen anzupassen. „Dabei ist jeder individuelle Lebenslauf gezeichnet durch eine Fülle von Ereignissen, die mehr oder weniger gravierend in den Alltag eingreifen“ (Filipp 1995). Diese erstrecken sich zum Beispiel vom Schulbeginn über das Verlassen des Elternhauses, Heirat, Elternschaft bis hin zur Pensionierung. Aber auch Trauerfälle, schwere Erkrankungen, Trennungserlebnisse, Emigration, Flucht oder Schwierigkeiten in Beziehungen und am Arbeitsplatz verändern das Leben. Sie verlangen oft „Umorientierungen im Denken und Handeln sowie in Überzeugungen und Verpflichtungen“ (Filipp, 1995). Dabei gibt es große intraindividuelle Unterschiede, wie Personen mit belastenden Situationen und Schicksalsschlägen umgehen. Den einen gelingt die Bewältigung aus eigener Kraft und Antrieb und ohne negative Konsequenzen. Andere wiederum verharren über lange Zeit in Trauer und Leid, denen ängstliche und depressive Reaktionen folgen können. Diese können verbunden sein mit sozialem Rückzug, Konzentrationsstörungen, Genussmittelmisbrauch bis hin zu Suizidgedanken. Nehmen diese Veränderungen nach einem belastenden Lebensereignis solche psychopathologischen Eigenschaften an, so spricht man von Anpassungsstörungen (AS).

Anpassungsstörungen können in jeder Altersklasse auftreten und betreffen sowohl Männer als auch Frauen (APA, 2003). Bezüglich der belastenden Situation kommt es dabei nicht auf die objektive Intensität an, sondern auf das subjektive Empfinden der einzelnen Person. Unter anderem spielen individuelle Variablen, wie zum Beispiel Selbstwertgefühl, Selbstkonzept oder Zukunftsperspektive, eine wichtige Rolle.

Die Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen infolge von einschneidenden und belastenden Lebensereignissen nehmen im psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungssetting ambulant und stationär einen breiten Raum ein. Obwohl der Zusammenhang zwischen traumatischen bzw. belastenden Lebenssituationen und der Entwicklung psychischer Krankheitsbilder schon seit langer Zeit Gegenstand wissenschaftlicher Forschung ist, gibt es nach den meist gebrauchten Klassifikationssystemen ICD-10 (WHO, 2008) und DSM-IV (APA, 2003) für die dort beschriebenen Störungsbilder der Belastungs- und Anpassungsstörung nur unscharfe diagnostische Al-

gorithmen. Eine Ausnahme stellt hier die Kategorie der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ (PTBS) dar, für die ein konkretes psychopathologisches Störungsbild anhand eindeutiger Ereignis- und Symptomkriterien definiert wird.

Anpassungsstörungen werden hingegen eher als Ausschlussdiagnose klassifiziert: Das auslösende Ereignis braucht nicht die Kriterien eines Traumas zu erfüllen, und die Symptomatik darf nicht so stark ausgeprägt sein wie bei anderen spezifischen Störungsbildern. Daher ergibt sich die Notwendigkeit, der Anpassungsstörung ein klareres diagnostisches Profil zu geben, eindeutige diagnostische Leitlinien zu definieren und ein diagnostisches Messinstrument zu entwickeln, um dieses Krankheitsbild von anderen psychischen Störungen abgrenzen zu können. Daher haben Maercker et al. (2007) ein neues diagnostisches Konzept entworfen, das diesen Ansprüchen gerecht werden soll. Im Rahmen der vorliegenden Dissertation soll die Validität des neuen Konzepts überprüft werden.

## **2.2. Darstellung des Störungsbildes Anpassungsstörung**

### **2.2.1. Definition und Epidemiologie**

Die Anpassungsstörung ist definiert als ein „Zustand von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, der soziale Funktionen und Leistungen behindert und nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftritt“ (WHO, 2008). Das Leiden geht dabei über das aufgrund der Belastung zu erwartende Maß hinaus. Die belastende Situation kann das soziale Netzwerk der Betroffenen beeinflussen (wie bei einem Trauerfall oder Trennungserlebnis), oder das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder sozialer Werte beeinträchtigen (wie bei Emigration oder Flucht). Sie kann aber auch die Anpassung an spezifische Lebensereignisse betreffen, wie Schulbesuch, Elternschaft, Misserfolg, Erreichen eines ersehnten Zieles oder den Ruhestand (APA, 2003). Es kann ein Individuum alleine betroffen sein, aber auch eine Gruppe oder Gemeinschaft, der der Betroffene angehört.

Über die Ätiologie der Anpassungsstörung ist bisher wenig bekannt. Man geht davon aus, dass mehrere Faktoren zusammenspielen und so die Entstehung des Krankheitsbildes auslösen. Dazu zählen externe Faktoren wie Ausmaß, Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit des Ereignisses, Merkmale der Person selbst (Vulnerabilität, Bewältigungsstrategien, personale Ressourcen) sowie Merkmale der individuellen Situation, wie zum Beispiel das Ausmaß sozialer Unterstützung. Aktuelle Erklärungsansätze der Belastungsverarbeitung basieren in erster Linie auf dem transaktionalen Stressmodell

(in der Tradition von Lazarus), welches den Bewältigungsprozess als dynamisches Geschehen mit wechselseitiger Interaktion zwischen der Person und ihrer Umwelt betrachtet. Hierbei führt die Wahrnehmung eines Stressors zu einem Bewertungsprozess, dem physiologische (z.B. Blutdruck –und Pulssteigerung) und emotionale Reaktionen (z.B. Angst, Ärger) folgen, die letztendlich zur Auslösung eines Bewältigungsprozesses (Coping) führen (Bengel et al. 2009).

Die Prävalenz der Anpassungsstörung im klinischen und ambulanten Setting variiert sehr stark in Abhängigkeit von den Untersuchungsmethoden und den verwendeten Diagnosesystemen. In psychiatrischen Beratungszentren schwankt die Häufigkeit von Anpassungsstörungen zwischen 5 und 21% (Jones et al. 1999, Despland et al. 1995). Im Rahmen einer multizentrischen Studie in mehreren Krankenhäusern in den USA, Kanada und Australien fanden Strain et al. (1998) eine Häufigkeit von 12%. Davon wiesen 7,8% der Patienten die alleinige Diagnose Anpassungsstörungen auf, die restlichen 4,2% zeigten eine Assoziation mit anderen Achse-I- und Achse-II-Störungen. In einer weiteren Studie mit 313 Patienten war die Anpassungsstörung mit einem Anteil von 13,7% die am häufigsten gestellte Diagnose (Silverstone, 1996). Im ambulanten Bereich zeigt sich eine Häufigkeit von 10-30% (APA, 2003). Im Konsildienst der Onkologie (Grassi et al., 2000) weisen 27% der Patienten eine Anpassungsstörung auf; diese ist damit die häufigste diagnostizierte psychische Störung bei Krebspatienten. Auch bei Patienten mit anderen schweren bzw. chronischen körperlichen Erkrankungen steht die Anpassungsstörung an der Spitze der psychischen Störungen (Bengel et al. 2009). In großen epidemiologischen Studien wie dem US National Comorbidity Survey (Jacobi et al. 2004) wird die Anpassungsstörung hingegen gar nicht erfasst, was auf die diagnostische Unschärfe dieses Störungsbildes zurückzuführen ist. Auch in Rehabilitationskliniken gehören Anpassungsstörungen zu den am häufigsten gestellten Diagnosen (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2003), obwohl der Rehabilitationsbedarf in dieser Diagnosegruppe durchaus kritisch diskutiert wird (Amberger et al. 2005). Gerade bei Rehabilitanden mit beruflichen Konfliktsituationen (z. B. Mobbing) scheinen AS eine häufige Diagnose zu sein (Kobelt et al. 2009).

Ein erhöhtes Risiko besteht insbesondere für alleinstehende, sehr junge und ältere Menschen. Auch wenn die Rückfallraten eher gering sind (Jones et al. 2002) und man in der Regel von einem vorübergehenden Krankheitsbild mit Tendenz zu spontaner Remission ausgeht (Andreasen et al. 1982, Bronisch et al. 1989), sollte diese Störung sehr ernst genommen werden. Denn gerade bei Patienten mit Anpassungsstörungen zeigte sich ein erhöhtes Suizidrisiko (Kryzhanovskaya et al. 2001, Portzky et al. 2005) sowie eine erhöhte Komorbidität für Substanzmissbrauch bzw. Suchtproblematik

(Greenberg et al. 1995). Daten zur Häufigkeit der Anpassungsstörung bei Kindern und Jugendlichen liegen nur sehr wenige vor; in Stichproben aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt die Prävalenz zwischen 7 und 65% (Newcorn et al. 1992).

In einer Vergleichsstudie zwischen Patienten mit Anpassungsstörungen und solchen mit einer Depression fand man Unterschiede hinsichtlich sozialdemographischer, klinisch psychologischer und suizidaler Charakteristika. Beide Gruppen zeigten ein erhöhtes Selbstmordrisiko. Suizidversuche unter Alkoholeinfluss jedoch kamen wesentlich häufiger bei Patienten mit Anpassungsstörungen vor (34,9 vs. 10,1%); auch das Intervall zwischen Beginn der Erkrankung und Selbstmordversuch war bei diesen Patienten signifikant kürzer. Jedoch gab es keine Unterschiede, was die Selbstmordmethoden betraf (Polyakova et al. 1998). Ein besonders hohes Suizidrisiko besteht vor allem bei Patienten mit chronischen Anpassungsstörungen und Personen mit vorangegangenen Selbstmordversuchen. Die höchste Risikorate ergab sich bei jugendlichen Patienten zwischen 15 und 19 Jahren (Mitreva, 1996).

Des Weiteren geht man davon aus, dass Anpassungsstörungen unbehandelt vermutlich zu anderen psychischen Störungen, wie z.B. depressiven oder Angststörungen, führen können (Schatzberg 1990, Strain et al. 1998).

### 2.2.2. Das Beschwerdebild

Die Symptome der Anpassungsstörung sind unterschiedlich und betreffen vor allem die Stimmung. Deshalb dominieren depressive Reaktionen, Angst sowie Sorge und Furcht vor konkreten Belastungen oder deren Folgen. Ferner besteht „das Gefühl, nicht die Möglichkeit zu haben zurechtzukommen, voranzuplanen oder in der gegenwärtigen Situation so fortzufahren wie bisher“ (WHO, 2008). Nicht selten kommt es zu Einschränkungen in der Bewältigung alltäglicher Aufgaben. Manchmal drohen auch starke Änderungen in der Verhaltensweise der Betroffenen, wie zum Beispiel Reizbarkeit bis hin zur Aggressivität oder zu Gewaltausbrüchen. Besonders bei Jugendlichen kann sich eine Anpassungsstörung in Form gestörten Sozialverhaltens bemerkbar machen (APA, 2003). Neben Missbrauch von Genussmitteln und Suchtproblematik als Komorbiditäten der Anpassungsstörung sind auch sozialer Rückzug bis hin zur starken Isolationsneigung möglich. Wie oben bereits erwähnt, neigen Patienten mit dieser Störung auch häufiger zu Selbstmordgedanken. Entscheidend für das Auftreten einer Anpassungsstörung ist ein vorangehender Stressor sowie vorbestehende Einfluss- bzw. Risikofaktoren. Diese Risikofaktoren lassen sich nach körperlichen, psychischen sowie biographischen, lerngeschichtlichen und sozialen Faktoren gliedern; sie sind jedoch insgesamt noch wenig untersucht. Diskutiert wird, dass körperliche Störungen, eine erhöhte biologische Vulnerabilität, aber auch Zustände starker Erschöpfung, emotionaler Labilität und geringen Selbstvertrauens das Risiko, an einer Anpassungsstörung zu erkranken, erhöhen (Bengel et al. 2009).

Je nach dem im Mittelpunkt stehenden Beschwerdebild werden Anpassungsstörungen nach den beiden Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV in verschiedene Subtypen unterteilt:

Tabelle 1: Subtypen der Anpassungsstörung nach ICD 10 und DSM-IV

ICD-10	DSM-IV
Anpassungsstörung (F.43.2)	Anpassungsstörung (309)
– kurze depressive Reaktion (F43.20)	– mit depressiver Stimmung (309.0)
– längere depressive Reaktion (F43.21)	– mit Angst (309.24)
– Angst und depressive Reaktion gemischt (F43.22)	– mit Angst und depressiver Stimmung, gemischt (309.28)
– mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F43.23)	– mit Störung des Sozialverhaltens (309.3)
– mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (F43.24)	– mit emotionalen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens, gemischt (309.4)
– mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (F43.25)	– unspezifisch (309.9)
– mit sonstigen vorwiegend genannten Symptomen (F43.28)	

Depressive Symptome dominieren das Störungsbild der Anpassungsstörung. Hierzu zählt man depressive Stimmung, Weinerlichkeit oder Gefühle von Hoffnungslosigkeit. Mezzich et al. (1989) zeigten anhand strukturierter klinischer Ratings, dass ungefähr die Hälfte aller Patienten mit Anpassungsstörungen dem Subtyp "Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung" (DSM-IV 309.0) zugeordnet werden konnten. Andreasen und Wasek (1980) fanden heraus, dass der Großteil der erwachsenen Patienten mit Anpassungsstörungen depressive Symptome aufwiesen. Auch Strain et al. (1998) zeigten in ihrer Studie, dass Anpassungsstörungen vom depressiven Typ mit 11,6% den häufigsten Subtyp darstellen, gefolgt von solchen mit gemischten depressiven und ängstlichen Symptomen (5,9%). Der Schweregrad der depressiven Symptomatik scheint insgesamt jedoch geringer zu sein als bei anderen depressiven Störungen, was ein Vergleich zwischen Patienten mit Anpassungsstörung und solchen mit Dysthymia oder Major Depression zeigte (Spalletta et al. 1996). Im Vergleich zu anderen psychischen Störungen zeigen sich auch Unterschiede im Schweregrad der Symptomatik sowie in der Anzahl und Intensität der Stressoren (Fabrega et al. 1987).

In der ICD-10 wird unterschieden zwischen Anpassungsstörungen mit kurzer und längerer depressiver Reaktion (F43.20, F43.21). Unter kurzer depressiver Reaktion versteht man einen vorübergehenden, leichten depressiven Zustand, der nicht länger als einen Monat andauert. Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion sind definiert als ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger andauernde Belastungssituation, die aber zwei Jahre nicht überschreitet.

Angst kennzeichnet einen weiteren Subtyp der Anpassungsstörung im DSM-IV (309.24). Im ICD-10 werden Angstsymptome in erster Linie dem Subtyp F43.23 (mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen), sowie F43.22 (Angst und depressive Reaktion gemischt) zugeordnet. Vorherrschende Symptome sind Nervosität, Sorgen oder allgemeine Ängstlichkeit. Die Symptome sind jedoch nicht so ausgeprägt, dass man sie einer konkreten Angststörung zuordnen könnte. Die Abgrenzung der Anpassungsstörung mit Angstsymptomatik zu spezifischen Angst- oder Persönlichkeitsstörungen ist jedoch schwierig (Schatzberg, 1990). In einer Untersuchung von Despland et al. (1995) macht dieser Subtyp 19% aller Anpassungsstörungen aus.

Störungen des Sozialverhaltens finden sich in ausgeprägterem Maße bei jugendlichen Patienten. Dies machen Andreasen und Wasek (1980) in einer Studie mit 402 jugendlichen und erwachsenen Patienten deutlich. Während die Erwachsenen eher depressive Symptome aufzeigen, findet man bei 77% der Jugendlichen Störungen im Sozialverhalten. Darunter fallen Verletzung von sozialen Normen und Regeln und der Rechte Anderer. Auch aggressive Verhaltensweisen können auftreten.

Der Subtyp „unspezifisch“ wird verwendet für unangepasste Reaktionen (z.B. körperliche Beschwerden, sozialer Rückzug oder Störungen im Arbeits- oder Schulbereich) auf Belastungsfaktoren, die sich nicht als eine der spezifischen Subtypen der Anpassungsstörung klassifizieren lassen.

Als weitere Untergruppe der Anpassungsstörungen wird die (posttraumatische) Verbitterungsstörung vorgeschlagen (Linden et al. 2004). Diese schließt Patienten ein, die unter spezifischen langanhaltenden und schwer behandelbaren psychischen Beeinträchtigungen nach belastenden Lebensereignissen leiden. Der Patient erlebt das einschneidende Ereignis als ungerecht und entwickelt als Leitsymptomatik eine starke Verbitterungsreaktion und emotionale Erregung in Verbindung mit weiteren psychopathologischen Symptomen (z.B. wiederholte Intrusionen oder phobische Symptomatik) (Maercker, 2009). Charakteristische Auslöser dieser Störung sind Kränkungerlebnisse wie z.B. Konflikte am Arbeitsplatz (Mobbing), Arbeitslosigkeit oder Trennungs- und

Verlusterlebnisse, die Grundannahmen und bisherige Überzeugungen und Schemata der betroffenen Person verletzen. Die posttraumatische Verbitterungsstörung als Subtyp der Anpassungsstörung ist bisher jedoch weder in der ICD noch im DSM als Diagnose vorgesehen.

Häufige Konsequenz der Symptome der Anpassungsstörung ist eine Einschränkung bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben. Hieraus ergeben sich nicht selten interpersonelle, soziale sowie berufliche Probleme. Diese können sich äußern durch einen Rückzug von Freunden und Familie, Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen oder durch eine Weigerung, sich mit der Problematik auseinanderzusetzen und Lösungen zu suchen oder anzunehmen.

Widersprüchliche Befunde liegen über die Stabilität der Diagnose über die Zeit vor. In einer Studie von Snyder et al. (1990) behalten 79% der Patienten während des stationären Aufenthaltes die Diagnose einer Anpassungsstörung. Eine andere Studie wiederum zeigt, dass nur 40% der Patienten mit der Aufnahmediagnose einer Anpassungsstörung auch mit dieser Diagnose wieder entlassen werden. Nur bei 18% dieser Patienten wird bei erneuter stationärer Behandlung innerhalb von 2 Jahren wieder die Diagnose einer Anpassungsstörung gestellt (Greenberg et al. 1995).



### 2.2.3. Verlauf, Therapie und Prognose der Anpassungsstörung

Anpassungsstörungen sind meist akute Geschehen, seltener kommt es zu einem chronischen Verlauf. In einer Fünf-Jahres-Follow-up-Studie mit 76 Patienten, die nach ICD-9- Kriterien an einer Anpassungsstörung litten, entwickelten nur 17% eine schwere bzw. chronische Verlaufsform. 64% der Patienten zeigten sogar eine sehr günstige Prognose (Bronisch, 1991). Im Hinblick auf eine Therapie zeigt sich, dass Patienten mit Anpassungsstörungen meist eine geringe Behandlung benötigen, relativ schnell in den Beruf wieder eingegliedert werden können und sich selten ein erneutes Auftreten des Krankheitsbildes zeigte (Greenberg et al. 1995, Bronisch 1991). Definitionsgemäß beginnt eine Anpassungsstörung innerhalb von 3 Monaten (APA, 2003). Wenn der Belastungsfaktor ein akutes Ereignis ist, z.B. die Kündigung des Arbeitsplatzes, kommt es in der Regel zu einem sofortigen Beginn der Störung mit einer relativ kurzen Dauer (höchstens 6 Monate). Hält die Belastung über längere Zeit an, so kann die Anpassungsstörung bestehen bleiben. Bei Fortbestehen der Symptomatik kann die Diagnose entsprechend dem gegenwärtigen klinischen Bild unter Verwendung der Z-Kodierungen verschlüsselt werden. Eine Persistenz oder der Übergang in eine andere schwere psychische Erkrankung ist bei Kindern und Jugendlichen wahrscheinlicher als bei Erwachsenen, was aber auch zum Teil auf das Vorhandensein komorbider Störungen (z.B. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) zurückzuführen ist (APA, 2003). Damit sind Anpassungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen insgesamt prognostisch schlechter einzuschätzen als bei Erwachsenen.

Definitionsgemäß vergehen Anpassungsstörungen also nach einiger Zeit wieder, aber dennoch sollte man bis dahin Maßnahmen ergreifen, um ihre Dauer abzukürzen, das Leiden zu mildern oder einer Chronifizierung vorzubeugen. Spezielle psychotherapeutische Verfahren, die zur Behandlung von Anpassungsstörungen eingesetzt werden können, gibt es nicht. Die Gruppe der Patienten mit diesem Störungsbild ist in der Regel sehr heterogen. Infolgedessen gibt es kaum Studien, in denen die Effektivität einer psychotherapeutischen oder medikamentösen Behandlung evaluiert wurde. Aus diesen Gründen müssen die therapeutischen Behandlungsstrategien individuell angepasst und muss auf bisher in der Psychotherapie bewährte Verfahren zurückgegriffen werden. Dazu gehört die Psychotherapie, die zunächst Schuldgefühle, Feindseligkeit, Ängste oder emotionalen Druck reduzieren hilft. Je nach Symptomatik des Patienten kann auch eine kurzfristige Pharmakotherapie zum Einsatz kommen (Schatzberg, 1990). Im weiteren Verlauf ist es wichtig, Bewältigungsstrategien zu erarbeiten, seelisch-körperliche und psychosoziale Ressourcen zur Problembewältigung zu mobilisie-

ren und letztlich auch die Motivation und das Selbstwertgefühl des Patienten zu stärken. Wichtig ist es, dass entsprechende Therapieziele gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet und formuliert und regelmäßig überprüft werden sollten.

In einer randomisierten klinischen Studie mit 57 Krebspatienten, bei denen eine Anpassungsstörung diagnostiziert wurde, fand man heraus, dass die Patienten sehr stark von einer individuellen, problem-fokussierten Verhaltenstherapie profitieren. Es zeigten sich erhebliche Veränderungen im Kampfgeist sowie im Umgang mit Krebs und Angst (Moorey et al. 1998). In einigen Fällen ist auch die Einbeziehung des sozialen Umfeldes, zum Beispiel des Partners, der Angehörigen und anderer nahestehender Personen nützlich. Besonderen Vorrang hat die Behandlung suizidalen Verhaltens, da Patienten mit Anpassungsstörung oft stärker selbstmordgefährdet sind als solche mit anderen psychiatrischen Erkrankungen (Greenberg et al. 1995, Portzky et al. 2005).

Auch Gesprächspsychotherapie kann bei Anpassungsstörungen wirksam sein, wie eine Studie von Alenhöfer et al. (2007) belegt. Im Rahmen dieser Studie wurden 31 Patienten mit Gesprächspsychotherapie behandelt, die auf zwölf Stunden begrenzt war. Sowohl bei dieser Behandlungsgruppe als auch bei der Wartegruppe (n=19) wurde zuvor eine Anpassungsstörung als Folge des Verlustes einer wichtigen Bezugsperson oder eines Leistungsversagens im Studium bzw. Beruf diagnostiziert. Es zeigten sich beim gruppenstatistischen Vergleich signifikante Verbesserungen bei den behandelten Patienten sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdbeurteilung. Diese positiven Ergebnisse blieben auch über die folgenden drei Monate hinweg erhalten.

Die Effizienz einer psychopharmakologischen Behandlung wurde bislang kaum evaluiert. Eine der wenigen Studien, die sich mit der Behandlung von Anpassungsstörungen auseinandersetzte, prüfte vier verschiedene Therapiemöglichkeiten: supportive Psychotherapie sowie die medikamentöse Behandlung mit Hilfe von Antidepressiva, Benzodiazepinen und S-Adenosylmethionin. Nach vier Wochen zeigte sich eine signifikante Verbesserung durch alle verwendeten Methoden. Die psychotherapeutischen Verfahren jedoch wiesen die höchste Verbesserungsrate auf (De Leo, 1989). Im Hinblick auf eine pharmakologische Therapie könnte gerade bei Anpassungsstörungen mit depressivem Charakter der Einsatz von Antidepressiva eine effiziente Behandlungsmöglichkeit darstellen (Hameed et al. 2005). Eine weitere Studie zeigt, dass Antidepressiva in ähnlicher Art und Weise wie für andere Achse-I-Störungen auch für Anpassungsstörungen verschrieben werden (Strain et al. 1998). In einer anderen Studie erhielt wiederum nur eine geringe Anzahl von Patienten mit Anpassungsstörungen eine psychologische oder pharmakologische Behandlung. Besonders hoch war der Bedarf für eine

Psychotherapie bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung, während die höchsten Raten für eine pharmakologische Therapie bei Patienten mit einer vorübergehenden Depression und komplizierter Trauer beobachtet wurden (Maercker et al. 2008).

Die diagnostischen Unsicherheiten bei der Anpassungsstörung und die bisher wenigen Forschungsergebnisse machen Aussagen zu Verlauf und Prognose dieser Störung schwierig. Aus klinischer Sicht sind vor allem protektive Faktoren, wie soziale Unterstützung, gesellschaftliche Einbindung sowie komorbide psychische Störungen und Suizidalität, entscheidend für die Prognose. Die wenigen wissenschaftlichen Ergebnisse sowie die hohe Suizidalität und Komorbidität geben Anlass, Anpassungsstörungen und deren Behandlung in Zukunft besser zu erforschen. Da viele Betroffene selbst keine spezifische Therapie in Anspruch nehmen, ist die frühzeitige Erkennung und Diagnosestellung der Anpassungsstörung wichtig (Maercker et al. 2008).

### **2.3. Historische Entwicklung des Störungsbildes Anpassungsstörung und seine Integration in bestehende Klassifikationssysteme**

#### **2.3.1. Historische Entwicklung der Anpassungsstörungen**

Die Diagnose psychischer Störungen erfolgt heute meist anhand der beiden aktuell gültigen Klassifikationssysteme ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2008) und DSM-IV der American Psychiatric Association (APA, 2003). Beide Klassifikationssysteme basieren auf einer genauen Beschreibung der diagnostischen Kategorien im Sinne einer operationalen Diagnostik.

Zunächst wurde die Anpassungsstörung als „reaktive Depression“ bezeichnet. Dieser Begriff machte den Gebrauch der Diagnose jedoch relativ schwierig und brachte immer wieder Zweifel, auch im Hinblick auf den Einsatz von antidepressiven Medikamenten (Baumeister et al. 2009). Der Begriff „Anpassungsstörung“ tauchte erstmals in der neunten Überarbeitung der ICD auf. Zuvor war in der ICD-8 die Rede von „passageren situationsabhängigen psychischen Störungen“. In der 10. Version finden sich dann schließlich auch diagnostische Leitlinien, anhand derer die Diagnose Anpassungsstörung gestellt werden kann und die das Symptombild dieser Störung beschreiben.

In das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen der American Psychiatric Association (DSM)-III wurde die Anpassungsstörung erstmals 1980 einge-

führt und ins DSM-IV übernommen. In vorangegangenen Versionen sprach man von „vorübergehenden situationsabhängigen Persönlichkeitsstörungen“. Wie im ICD-10, werden auch im DSM-IV genaue diagnostische Merkmale sowie die einzelnen Subtypen der Anpassungsstörung beschrieben.

### 2.3.2. Diagnostische Kriterien der Anpassungsstörung in ICD-10 und DSM-IV

Die beiden Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV definieren Anpassungsstörungen als psychische Reaktionen in Folge von einer oder mehreren Belastungen, die mit einem erheblichen Leidensdruck einhergehen. Das DSM-IV legt fünf diagnostische Kriterien fest, die zur Diagnose einer Anpassungsstörung erfüllt sein müssen:

Kriterium A: Die Symptome müssen sich innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Belastung entwickeln.

Kriterium B: Der Betroffene zeigt ein deutliches Leiden, das über das aufgrund der Belastung zu erwartende Maß hinausgeht, oder eine bedeutsame Beeinträchtigung in sozialen oder beruflichen Funktionsbereichen.

Kriterium C: Eine Anpassungsstörung darf nicht diagnostiziert werden, wenn die Kriterien für eine andere spezifische Achse-I-Störung erfüllt sind, oder wenn das Störungsbild nur eine Verschlimmerung einer bereits bestehenden Störung auf Achse-I- oder II darstellt.

Kriterium D: Zusätzlich zu einer anderen vorliegenden Achse-I- oder II-Störung, kann eine Anpassungsstörung dann diagnostiziert werden wenn letztere die infolge der Belastung aufgetretene Symptomatik nicht erklären kann. Eine Anpassungsstörung darf nicht diagnostiziert werden, wenn die Symptome einer einfachen Trauer bestehen.

Kriterium E: Eine Anpassungsstörung muss 6 Monate nach Beendigung der Belastung vorbei sein. Treten die Symptome als Reaktion auf eine chronische Belastung auf, so kann die Störung auch länger als 6 Monate andauern.

Hinsichtlich dieser diagnostischen Merkmale zeigen sich erste Unterschiede zwischen den Klassifikationssystemen. Nach der ICD-10 beginnt die Störung im allgemeinen innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis oder der Lebensveränderung. Die zeitliche Dauer ist auf sechs Monate beschränkt. Danach besteht die Möglichkeit, die Anpassungsstörung als längere depressive Reaktion (F43.21) zu kodieren. Nach DSM-IV hingegen kann die Störung bei kontinuierlicher Belastung (z.B. chronischer Erkrankung) auch länger als sechs Monate andauern. Die Diagnose besteht dann so lange, wie die Belastung anhält. Dies kann zum Beispiel dann relevant sein, wenn sich

durch das belastende Ereignis anhaltende finanzielle und/oder emotionale oder auch gesundheitliche Schwierigkeiten ergeben.

Ein wichtiges Kriterium beider Systeme ist, dass ein oder mehrere identifizierbare Belastungsfaktoren oder eine Lebensveränderung der betroffenen Person vorhanden sein müssen. Dabei kann es sich bei diesen Belastungen um ein einzelnes Ereignis handeln (z.B. die Beendigung einer Liebesbeziehung) oder auch mehrere belastende Faktoren zusammenkommen (z.B. erhebliche Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und in der Ehe). Die Belastung kann eine einzige Person, aber auch eine Gruppe, Familie oder Gemeinde, der der Betroffene angehört, betreffen. Man geht davon aus, dass das Krankheitsbild ohne die Belastung nicht entstanden wäre. DSM-IV hebt auch hervor, dass die belastende Situation unterschiedliche Qualitäten aufweisen kann. So können belastende Ereignisse einzeln oder kombiniert, wiederkehrend oder kontinuierlich auftreten.

Bei beiden Klassifikationssystemen wird allerdings deutlich, dass Belastungen äußerst subjektive Geschehen sind und von den Bewältigungsmöglichkeiten und -strategien des Betroffenen abhängen. Die Diagnosestellung hängt von einer sorgfältigen Bewertung der Beziehung zwischen Art, Inhalt und Schwere der Symptomatik, der Anamnese und der Persönlichkeit des Betroffenen, und dem belastenden Ereignis bzw. Lebenskrise ab (WHO, 2008).

Im Gegensatz zum DSM-IV spielt nach ICD-10-Kriterien auch die individuelle Prädisposition oder Vulnerabilität bei dem möglichen Auftreten und bei der Form der Anpassungsstörung eine bedeutsame Rolle, d.h. ohne eine entsprechende seelisch-körperliche und/oder psychosoziale Schwachstelle in Persönlichkeit und/oder Biographie des Betroffenen wäre die Anpassungsstörung nicht ausgebrochen. DSM-IV weist darauf hin, dass bei der Diagnostik der kulturelle Kontext einer Person berücksichtigt werden sollte. Denn die Art der Belastung, deren Bedeutung und die damit verbundenen Erfahrungen können je nach Kultur sehr unterschiedlich sein und sollten in die Beurteilung mit eingebracht werden (APA, 2003). Beiden Kriterienkatalogen ist wiederum gemeinsam, dass die diagnostischen Kriterien für eine andere psychische Störung (z.B. generalisierte Angststörung, Panikstörung, depressive Episode etc.) nicht erfüllt sein dürfen, um die Diagnose der Anpassungsstörung zu vergeben. Nach DSM-IV ist die Diagnose Anpassungsstörung bei gleichzeitig vorliegender Störung auf Achse-I oder Achse-II dann möglich, wenn letztere die Symptomatik, die als Reaktion auf die Belastung aufgetreten ist, nicht erklären kann.

Tabelle 2 : Gegenüberstellung diagnostischer Kriterien der Anpassungsstörung in ICD-10 und DSM-IV

ICD-10 (F43.2)	DSM-IV (309.)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptome innerhalb von 1 Monat</li> <li>- Identifizierbarer psychosozialer Belastungsfaktor</li> <li>- subjektives Leiden und emotionale Beeinträchtigung</li> <li>- Behinderung sozialer Funktionen und Leistungen</li> <li>- Symptome erfüllen im Ausmaß nicht spezifische Diagnose</li> <li>- Symptome stellen keine kulturspezifisch normale Trauerreaktion dar</li> <li>- Dauer nach Belastungsende oder deren Folgen 6 Monate</li> <li>- Dauer länger als 6 Monate bei längerer depressiver Reaktion Obergrenze 2 Jahre</li> </ul>	<p>Kriterium A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auftreten von Symptomen innerhalb von 3 Monaten nach Belastungsbeginn</li> <li>- Identifizierbarer Belastungsfaktor (ohne Schwerebeschränkung)</li> </ul> <p>Kriterium B:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- deutliches Leiden</li> <li>- bedeutsame Beeinträchtigungen (sozial/beruflich)</li> </ul> <p>Kriterium C:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kriterien für andere spezifische Störung auf Achse-I sind nicht erfüllt (z.B. Depression)</li> <li>- Symptome stellen nicht nur Exazerbation von Symptomatik einer bestehenden Achse-I/-II Störung dar</li> </ul> <p>Kriterium D:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spezifische Störung kann Symptome der Belastungsreaktion nicht erklären</li> <li>- Symptome stellen keine einfache Trauerreaktion dar</li> </ul> <p>Kriterium E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dauer nach Belastungsende oder deren Folgen 6 Monate (akut)</li> <li>- Dauer länger als 6 Monate (chronisch), keine zeitliche Obergrenze</li> </ul>

Sind die Kriterien für eine Anpassungsstörung erfüllt, so lassen sich je nach dem im Mittelpunkt stehenden Beschwerdebild verschiedene Subtypen der Anpassungsstörung klassifizieren (WHO, 2008; APA, 2003) (Tabelle Subtypen: siehe 2.2.2. Das Beschwerdebild).

### 2.3.3. Kritikpunkte

Im klinischen Alltag sind Anpassungsstörungen eine der häufigst gestellten Diagnosen, obwohl die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 und DSM-IV für dieses Krankheitsbild bisher wenig valide sind. Die zum Teil großen Unterscheidungen in der Definition der Anpassungsstörung in ICD-10 und DSM-IV machen deutlich, dass klare Kriterien zur Diagnosestellung fehlen. Verschiedene Autoren weisen auch mehrmals darauf hin, dass die gegenwärtige Definition der Anpassungsstörung unzureichend formuliert und validiert ist, und dass diese Störung allgemein in der Forschung und Wissenschaft stark vernachlässigt wird (Casey et al. 2001, Jones et al. 1999, Despland et al. 1995, Baumeister et al. 2009).

Bei der diagnostischen Einordnung der Symptome müssen zunächst organische Erkrankungen sowie andere spezifische psychische Störungen wie etwa generalisierte Angststörung, Panikstörung, Persönlichkeitsstörungen oder depressive Erkrankungen als spezifische Ursachen ausgeschlossen werden. Darüber hinaus muss ein identifizierbarer Auslöser vorhanden sein und die Dauer des Belastungsfaktors berücksichtigt werden. Die Diagnose Anpassungsstörung wird somit im klinischen Setting häufig nur als Restkategorie gesehen, in die Fälle eingeordnet werden, die nicht eindeutig einer anderen psychischen Erkrankung zugeordnet werden können (Strain et al. 2008). Anpassungsstörungen werden so zur Ausschlussdiagnose für andere affektive und Angststörungen (Maercker et al. 2007).

Die relativ hohe Prävalenz der Diagnosestellung im klinischen Alltag unterstreicht diese Problematik. Weitere Kritiken bezeichneten die Diagnose als „Papierkorbdiagnose“ und eine „kryptische Form der Krankheitsentität“ (Fabrega et al. 1987).

Eine normale Reaktion wie etwa eine unkomplizierte Trauer nach einem Todesfall, wird noch nicht als Anpassungsstörung diagnostiziert. Trauerreaktionen sind nachvollziehbare, wenngleich schmerzliche Ereignisse im Leben eines Menschen. Pathologisch wird es dann, wenn die Trauer zur sogenannten „abnormen Trauerreaktion“ entgleist, d.h. bezüglich Inhalt, Ausmaß und Dauer der Reaktion das übliche Maß deutlich über-

schritten wird. In diesem Fall könnte die Diagnose einer Anpassungsstörung angemessen sein. Doch hier stellt sich die Frage, wo genau die Grenze zwischen normaler und pathologischer Reaktion liegt. Es gibt große intraindividuelle Unterschiede darin, wie Menschen mit solchen Situationen umgehen. Letztendlich sind nicht einzig die Anzahl und die Schwere der Symptome entscheidend für einen pathologischen Charakter, sondern auch der persönliche, soziale und kulturelle Kontext, in dem die Symptomatik entsteht, ist ausschlaggebend (Baumeister et al. 2009).

Extreme kurz- und langfristige Reaktionen, die nach Unfällen, Gewalttaten oder Naturkatastrophen auftreten, werden ebenfalls nicht als Anpassungsstörung, sondern meistens als akute Belastungsreaktion oder posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Der Hauptunterschied liegt hierbei in der Art und der Schwere des Traumas. Bei der PTBS hat das belastende Ereignis katastrophentypischen Charakter oder stellt eine außergewöhnliche Bedrohung für die betreffende Person dar. Häufig handelt es sich um Situationen akuter Lebensbedrohung. Meist tritt die PTBS erst nach Wochen oder Monaten auf. Allerdings ist die Unterscheidung zwischen PTBS und Anpassungsstörung in der Praxis oft nicht leicht: Beispielsweise erfüllt die Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung durchaus die Kriterien eines traumatischen Ereignisses. Hier liegt eine gemeinsame Schnittmenge der Störungsklassen; damit wäre in diesem Fall je nach Ausmaß der Symptomatik sowohl die Diagnose einer Anpassungsstörung als auch die einer PTBS möglich.

Ebenfalls schwer voneinander abgrenzbar sind Anpassungsstörungen (mit depressivem Subtyp) von depressiven Erkrankungen. Anpassungsstörungen zeigen hier bezogen auf die Depression eine subsyndromale Ausprägung der Beschwerden, d.h. nur wenn die Kriterien einer manifesten depressiven Episode nicht ausreichend zutreffen, kann die Diagnose Anpassungsstörung vergeben werden. Bisherige Forschungsergebnisse zeigen in diesem Zusammenhang auch große Unterschiede in der Art der Diagnoseerhebung: Eine Studie zeigt den Vergleich zwischen den von Klinikern gestellten Diagnosen und solchen, die mit einem standardisierten strukturierten Interview (SKID) festgestellt wurden. Die Kliniker diagnostizierten in 31,8% der Fälle eine Anpassungsstörung und in 19,5% eine Major Depression, während im SKID die Anpassungsstörung mit 7,8% wesentlich seltener festgestellt wurde (versus 36,4% Major Depression) (Taggart et al. 2006). Diese Zahlen machen deutlich, dass eine Kluft zwischen dem diagnostischen Prozess im klinischen Alltag und den standardisierten strukturierten Methoden, die sich streng an die vorgegebenen Leitlinien halten, besteht. Nirgends wird dies so deutlich wie bei der Anpassungsstörung. Die Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen (depressiven Erkrankungen, Angststörungen, PTBS) sowie



zu normalen Adaptionprozessen ist demnach schwierig und wird auch immer wieder kritisiert (Casey 2001, Casey 2008, Baumeister et al. 2009).

Zudem stellt die Kategorie der Anpassungsstörung eine nachrangige diagnostische Kategorie dar: Die Diagnose Anpassungsstörung soll nur vergeben werden, wenn die vorliegende Symptomatik die Kriterien für keine andere psychische Störung erfüllt. Zwar ist es möglich, eine Anpassungsstörung z.B. zusätzlich zu einer Zwangsstörung oder Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren, wenn nach einem belastenden Ereignis Symptome auftreten, die durch diese Diagnosen nicht erklärt werden können. Dennoch bleibt durch die vielfältigen und wenig spezifischen Symptome die Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern schwierig.

Tabelle 3 zeigt die zum Teil überschneidende Symptomatik zu anderen Störungsbildern und macht so nochmal die Schwierigkeiten differentialdiagnostischer Aspekte deutlich.

Tabelle 3: Differenzialdiagnostische Aspekte der Anpassungsstörung

Differentialdiagnose	Überschneidende Merkmale	Unterschiedliche Merkmale
Depressive Störungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vorausgehender Stressor</li> <li>– Depressive Symptome</li> <li>– Vegetative Symptome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Schweregrad der Symptomatik</li> <li>– Dauer der Symptome</li> </ul>
Angststörungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vorausgehender Stressor</li> <li>– Angstsymptome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Schweregrad der Symptomatik</li> <li>– Dauer der Symptome bei generalisierter Angststörung</li> </ul>
Somatoforme Störungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Depressive Symptome</li> <li>– Angstsymptome</li> <li>– Vegetative Symptome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Multiple körperliche Symptome</li> <li>– Dauer der Symptome</li> </ul>
PTBS	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Traumatisches Ereignis</li> <li>– Symptomatik (Intrusion, Fehlanpassung, Vermeidung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Schweregrad des Traumas</li> <li>– Dauer der Symptome</li> </ul>

Die ICD-10 spricht von einem „Zustand von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung“ sowie einer „Behinderung sozialer Funktionen und Leistungen“ (WHO, 2008). Im DSM-IV ist die Rede von „einem deutlichen Leiden, welches über das aufgrund der Belastung zu erwartende Maß hinausgeht oder zu bedeutsamen Beeinträchtigungen in sozialen oder beruflichen (schulischen) Funktionsbereichen führt“ (APA, 2003). Doch weder in der ICD -10 noch im DSM-IV wird präzise benannt, wodurch die negative Einschätzung eines Ereignisses zustande kommt. Ebenfalls unklar ist, welche quantitativen und qualitativen Merkmale ein Stressor aufweisen muss, um zu einer Anpassungsstörung zu führen (Despland et al. 1995). Auch die oben genannte Formulierung ist sehr undeutlich, da ein „Zustand von subjektivem Leiden und emotionaler Be-

einträchtigung“ eine ganze Reihe psychopathologischer Symptome einschließt und so eine Abgrenzung der Anpassungsstörung zu anderen Erkrankungen erschwert (Dobricki et al. 2009).

Trotz der hohen Prävalenz der Anpassungsstörung im klinischen Alltag wird sie in der Forschung kaum berücksichtigt. Nur circa 30 Originalarbeiten zu diesem Thema wurden in den letzten 25 Jahren veröffentlicht, und auch große epidemiologische Studien schließen diese Störung kaum ein (Casey et al. 2001). Wenig ist auch über die Ätiologie bekannt. Man geht davon aus, dass mehrere Faktoren zusammenwirken, wie einschneidende Lebensereignisse, Umweltfaktoren, individuelle Risikomerkmale sowie genetische Faktoren (Baumeister et al. 2009). Wie genau diese Faktoren jedoch zusammenspielen, ist noch unbekannt.

Ein weiteres Defizit in der Diagnostik von Anpassungsstörungen sind geeignete Erhebungsinstrumente, die dieses Störungsbild präzise erfassen (Kirsh et al. 2004; Casey et al. 2001). Auch strukturierte klinische Interviews vernachlässigen dieses Krankheitsbild fast vollständig. Durch die fehlende Einbeziehung der Anpassungsstörung in derzeitige Studien besteht auch die Gefahr einer falschen Einschätzung der Prävalenz von depressiven Erkrankungen (Casey, 2001).

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Diagnose der Anpassungsstörung eine wissenschaftlich kaum untersuchte und wenig scharf gefasste Kategorie darstellt. Sie gilt noch immer als unzureichend validiert und modifikationsbedürftig. Der Bedarf an Forschung zu eindeutigen Leitlinien, Diagnosekriterien und spezifischen Behandlungskonzepten ist folglich hoch.

#### **2.4. Entwicklung eines neuen diagnostischen Konzepts für Anpassungsstörungen - Inhaltliche Konzeption, Struktur und Zielsetzung**

Maercker et al. (2007) schlagen ein neues diagnostisches Konzept vor. Sie gehen davon aus, dass Anpassungsstörungen ein weniger intensives Ereignis zugrunde liegt als der akuten oder posttraumatischen Belastungsstörung. Die Anpassungsstörung wird demnach neben der posttraumatischen Belastungsstörungen und der komplizierten Trauer zum Komplex der „stress response syndroms“ gezählt. (Horowitz et al. 1986). Wie auch die Leitlinien nach ICD-10 und DSM-IV beschreiben Maercker et al. das auslösende Ereignis als Stressor, wie z.B. veränderte Lebensumstände durch Tren-

nung/Scheidung, Erziehung eines Kindes, Krankheit/Behinderung, finanzielle und berufliche Schwierigkeiten, Umzug, Arbeitslosigkeit, Berentung oder politischer Umbruch. Die psychopathologischen Leitsymptome nach dem neuen Konzept entsprechen denen der posttraumatischen Belastungsstörungen und umfassen demnach gedankliches Verhaftetsein/Intrusion, Vermeidung und Symptome der Fehlanpassung. Hauptunterschied zur PTBS ist der nicht lebensbedrohliche Charakter des Stressors bei der Anpassungsstörung, im Gegensatz zu dem traumatischen (oft lebensbedrohlichen) Ereignis als Auslöser der PTBS. Unterschiede betreffen auch die Intensität der jeweiligen Symptome, die bei Personen mit Anpassungsstörungen weniger stark ausgeprägt sind als bei der akuten oder posttraumatischen Belastungsstörung.

Gedankliches Verhaftetsein/Intrusion beschreibt das Wiedererinnern und Wiedererleben von belastenden Ereignissen. Auslöser ist zumeist das Auftreten eines Schlüsselreizes. Das Wiedererleben kann Gedanken, Bilder und Wahrnehmungen umfassen. Häufig beschäftigen sich die Betroffenen immer wieder mit Fragen wie „Warum ist es passiert?“ oder „Wie hätte ich es verhindern können?“. Ein Ausblenden der Erinnerung ist dabei meistens nicht möglich.

Vermeidung bezeichnet den Versuch, sich mit dem belastenden Ereignis nicht auseinanderzusetzen. Der Betroffene versucht möglichst nicht über das Thema zu sprechen, vermeidet Schlüsselreize, Aktivitäten oder Örtlichkeiten, die an das Ereignis erinnern, um es schnellst möglich zu vergessen.

Fehlanpassung meint Veränderungen der eigenen Person und ihrer Verhaltensweisen. Sie umfasst Symptome wie Vernachlässigung bisher angenehmer Tätigkeiten und Aktivitäten, sozialen Rückzug, Isolierung oder vermindertes Selbstwertgefühl. Hinzu kommen emotionale Komponenten wie Anzeichen von Depressivität, Angst und Impulsivität.

Die einzelnen Subtypen der Anpassungsstörung, definiert nach ICD-10 und DSM-IV, werden beibehalten und spielen somit ebenfalls eine Rolle im neuen diagnostischen Konzept. Maercker et al. (2007) machen deutlich, dass auch die Art und Dauer der Belastung, persönliche Bewältigungsstrategien, zurückliegende Erfahrungen und Überzeugungen sowie frühere psychische Erkrankungen einen großen Einfluss auf die Entwicklung einer Anpassungsstörung haben. Ein sehr wichtiges Kriterium des neuen Konzepts ist, dass Anpassungsstörungen auch dann diagnostiziert werden können, wenn andere Achse-I-Erkrankungen vorliegen, im Gegensatz zu den Leitlinien nach DSM-IV und ICD-10.

Diagnosevorschlag nach Maercker et al.:

A Reaktionen auf eine identifizierbare Belastung innerhalb eines Monats nach Belastungsbeginn erstmalig auftretend

B Intrusive Symptome/Gedankliches Verhaftetsein

unwillkürliche belastende Erinnerungen

übermäßiges Sich-Sorgen oder Grübeln über das Ereignis

C Vermeidungsverhalten oder Symptome der Fehlanpassung

Vermeidung oder Unterdrückung von Gefühlen und Gedanken bezüglich des Ereignisses, was überwiegend nicht gelingt

Verlust von Interessen an der Arbeit, am Sozialleben, an Freizeitaktivitäten

-----

D Zusätzliche Bestimmung des Typus:

- mit depressiver Stimmung (Vorliegen von depressiven Symptomen)

- mit Angst (Vorliegen von Angstsymptomen)

- mit Angst und depressiver Stimmung gemischt (Symptome aus beiden Bereichen)

- Störung des Sozialverhaltens (zum Beispiel Verletzung der Rechte anderer).

Neben dem Kriterium A muss jeweils ein Symptom des Kriteriums B und C für die Stellung der Diagnose einer Anpassungsstörung erfüllt sein.

Das neue diagnostische Modell wurde zunächst anhand einer klinischen Stichprobe von Patienten mit einem implantiertem Kardioverter-Defibrillator (AICD) geprüft. Insgesamt erfüllten circa 17% der Patienten die entsprechenden Kriterien für eine Anpassungsstörung. Diese Studie gab erste Hinweise zur Validität des neuen Konzepts (Maercker et al. 2007). In einer folgenden Studie wurden anhand eines großen repräsentativen Stichprobenumfangs die Prävalenz der Anpassungsstörungen nach dem neuen Konzept sowie die Prävalenz von Begleiterkrankungen, wie z.B. depressive Erkrankungen und PTBS, bei älteren Patienten (65-96 Jahre) geprüft. 2,3% der Patienten wiesen eine Anpassungsstörung auf. Am häufigsten waren dabei die Subtypen mit gemischten Emotionen, mit gemischten Emotionen und Impulsstörungen, mit Angst- und Impulsstörungen, sowie der Subtyp mit unspezifischem Charakter. Wichtig ist dabei, darauf hinzuweisen, dass nach dem neuen Konzept keine übermäßige Häufigkeit von Anpassungsstörungen auftauchen soll, damit es nicht zu einer „Überdiagnostizierung“ psychischer Probleme kommt. Relativ hohe Komorbiditätsraten fand man für die PTBS und die Major Depression (46%), allerdings gab es keinen Fall im Zusammenhang mit komplizierter Trauer, trotz der ähnlichen Symptomatik (Maercker et al. 2008).

Um die Rolle der Anpassungsstörung als „Stress response Syndrom“ deutlich zu machen, weisen Maercker et al. (2007) auf eine Vielzahl von Theorien und kognitiven Modellen hin, die versuchen, die komplexen Prozesse des Anpassungsverhaltens auf belastende Situationen bzw. traumatische Ereignisse zu beschreiben. Hervorzuheben ist hier die Theorie von Horowitz (1986). Er formulierte ein Stress-Reaktions-Syndrom, welches eines der verbreitetsten sozialkognitiven Modelle der traumatischen Informationsverarbeitung darstellt. Horowitz postuliert die sogenannte „Vervollständigungstendenz“ als Hauptfaktor im Prozess der traumatischen Verarbeitung, d.h. das psychische Bedürfnis neue Informationen in bereits existierende kognitive Schemata zu integrieren. Nach Horowitz Theorie folgt auf die traumatische Erfahrung eine Phase des Aufschreis oder eine sogenannte Erstarrungsreaktion. Diese wiederum wird von einer Periode der Informationsüberlastung abgelöst, in der Bilder und Gedanken des Traumas nicht in bestehende Bedeutungsstrukturen integriert werden können. Folge sind eine Reihe von Abwehrmechanismen: der Betroffene versucht die traumatische Erfahrung zu verleugnen und zu verdrängen. Aufgrund der Vervollständigungstendenz jedoch werden die traumabezogenen Gedanken und Informationen in einem sogenannten aktiven Gedächtnis gehalten. Dadurch brechen die Abwehrmechanismen zusammen und es kommt zum ungewollten Wiedererleben der traumatischen Erfahrung in Form von Alpträumen, wiederkehrenden Gedanken und Flashbacks (Horowitz 1986). Durch diese und weitere theoretische Modelle, die ursprünglich vorgeschlagen wurden als Konzepte für die PTBS, kann die Anpassungsstörung als Teil der Stress response Syndroms erklärt und können die drei Symptome – Intrusion, Vermeidung und Fehlanpassung – in einem zusammenhängenden Kontext gesehen werden (Maercker, 2009). Das neue Konzept ermöglicht so eine präzise Benennung von emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Reaktionen. Dadurch kann eine konkrete Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen gewährleistet werden.

Theoriegeleitet nach dem neuen Konzept von Maercker et al., wurde ein Fragebogen entwickelt (ADNM), welcher die Erfassung von Anpassungsstörungen ermöglichen soll. Bley et al. (2007) zeigten erste Ergebnisse des neuen diagnostischen Konzeptes und des ADNM. Mit Hilfe dieses Fragebogens können Patienten identifiziert werden, die durch äußere Lebensumstände stark belastet sind. Dabei konnte gezeigt werden, dass der ADNM emotionale (z.B. Angststörung, PTBS, Depression) von den nicht emotionalen (z.B. somatoforme Störung, Abhängigkeit/Sucht, dissoziative Störungen) ICD-10 Diagnosen abgrenzt. Des Weiteren war nachzuweisen, dass im ADNM auffällige Patienten mit hoher Symptombelastung insgesamt mehr Belastungen angeben und auch ängstlicher, depressiver und impulsiver reagieren als die im ADNM unauffällig eingestuft Patienten. Ziel der Studie war unter anderem der Vergleich des ADNM mit kon-

ventionellen diagnostischen Methoden zur Erhebung von Anpassungsstörungen, wie dem strukturierten klinischen Interview nach DSM-IV (SKID). Die Übereinstimmung war mittelmäßig, mit einer Fehlerrate von 27,8%.

## **2.5. Ziele der Untersuchung und Fragestellungen**

Auf dem Hintergrund der vorliegenden Forschungsergebnisse und der klinischen Alltagserfahrung ist festzustellen, dass die Klassifikation der Anpassungsstörung weitgehend unbefriedigend ist.

Die vorliegende Untersuchung hat folgende Ziele:

Anhand einer relativ großen Stichprobenzahl von Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik wird die Zuverlässigkeit des neuen diagnostischen Konzepts für Anpassungsstörungen nach Maercker et al. (2007) überprüft werden. Dabei sollen folgende Fragen beantwortet werden:

1. Wie häufig werden Anpassungsstörungen von erfahrenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten nach klinischen Kriterien diagnostiziert?
2. Welche Diagnosen ergeben sich bei der gleichen Stichprobe bei Verwendung eines standardisierten Interviews (CIDI, SKID)?
3. Wie zuverlässig können mit Hilfe des Fragebogens ADNМ Anpassungsstörungen diagnostiziert werden? Dabei wird die Validität des ADNМ durch den Vergleich mit anderen Konstrukten (CIDI, SKID) sowie mit der Diagnose der Kliniker bestimmt.
4. Welche Diagnosen finden sich im strukturierten Interview bei Patienten, die im ADNМ eine Anpassungsstörung aufweisen?

### **3. Material und Methoden**

#### **3.1. Studiendesign und Untersuchungsaufbau**

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine klinische Querschnittsstudie. Die Datenerhebung fand im Zeitraum von Oktober 2007 bis Dezember 2008 in der Fachklinik für Psychosomatische Medizin in den Mediclin – Bliestal - Kliniken in Blieskastel statt. Es wurden 248 Patienten in die Studie eingeschlossen. Diese wurden mit Hilfe eines Fragebogens zur Erfassung von Anpassungsstörungen (ADNM) sowie eines strukturierten Interviews zur Erfassung psychischer Störungen (DIA-X - Diagnostisches Expertenkonzept für psychische Störungen) (Wittchen und Pfister, 1997) beurteilt. Der Schwerpunkt der Untersuchung lag vor allem auf der Erhebung und Überprüfung der Diagnose „Anpassungsstörung“ und ihrer Einflussfaktoren sowie auf der Bewertung der entsprechenden Erhebungsinstrumente dieses Störungsbildes.

#### **3.2. Stichprobenbeschreibung und Ablauf der Untersuchung**

Die hier vorliegenden Daten wurden im Rahmen einer klinischen Studie gewonnen, mit deren Hilfe untersucht werden soll, wie zuverlässig die Diagnostik von Anpassungsstörungen mit Hilfe des neuen diagnostischen Konzeptes nach Maercker et al. (2007) ist und wie gut neuere, nach dem neuen Konzept entworfene Messinstrumente (ADNM, DSM IV Interview neu) mit den Diagnosen von Klinikern und denen eines standardisierten Interviews übereinstimmen. Die Datenerhebung fand in drei Intervallen statt: von Oktober bis Dezember 2007, von Juli bis September 2008 und von Oktober bis Dezember 2008.

Alle Patienten, die in der Fachklinik für Psychosomatische Medizin stationär oder teilstationär aufgenommen wurden, erhielten im Laufe der ersten Aufenthaltswoche eine schriftliche oder telefonische Einladung zur Teilnahme an dem Interview zur Erfassung psychischer Erkrankungen (DIA-X). Da das DIA-X Anpassungsstörungen nicht erfasst, wurde es um das entsprechende Modul aus dem SKID ergänzt. Die Interviews wurden dabei, entsprechend den drei Erhebungsintervallen, von drei Interviewern durchgeführt.

Als Erhebungsinstrumente wurden in der Studie folgende Instrumente verwendet:

1. der Adjustment Disorder – New Module Fragebogen (ADNM, Maercker et al., 2007)



2. Sektion I: Anpassungsstörungen des SKID I – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (Wittchen und Pfister, 1997)
3. SSQ (Stamm-Screening-Questionnaire) als Teil des DIA-X Interviews. (Wittchen und Pfister, 1997)

Im Falle der Zustimmung des Patienten zur Teilnahme an der Studie wurden jeweils Termine für die Interviews vergeben. Dabei erhielten die Probanden zum einen den ADNMI, zum anderen den SSQ Fragebogen, den sie zum Interviewtermin ausgefüllt mitbringen sollten. An persönlichen Daten gaben die Patienten Alter, Geburtsdatum, Familienstand, Schulabschluss und Berufsausbildung an. Die Erfassung der soziodemographischen Variablen erfolgte zum einen im Rahmen der Fragebogenerhebung und zum anderen durch das strukturierte Interview. Auch wurden die Probanden gefragt, ob sie im Allgemeinen zu Hause Deutsch sprechen bzw. seit welchem Alter sie die deutsche Sprache lernen, um sicherzugehen, dass das Interview ohne Missverständnisse absolviert werden konnte. Die Interviewer waren hinsichtlich des Ergebnisses der klinischen Diagnostik verblindet. Diese wurde nachträglich aus den Entlassbriefen entnommen. Die klinische Diagnostik stützte sich auf ein 90-120minütiges Interview einschließlich biographischer Anamnese und Testdiagnostik (z.B. SCL-90).

Insgesamt haben 248 Patienten an der Studie teilgenommen. 8 Patienten haben das Interview abgebrochen oder im Nachhinein die Teilnahme abgelehnt. So ergibt sich ein Datensatz von 240 Teilnehmern. Davon waren 77% Frauen und 23% Männer. Der Altersdurchschnitt lag bei  $48,68 \pm 8,614$  Jahren. Die soziodemografischen Daten der vorliegenden Studie entsprechen denen der Jahresstatistik der Deutschen Rentenversicherung von 2007 für die Fachklinik für Psychosomatische Medizin in Blieskastel. Tabelle 4 zeigt einen entsprechenden Überblick.

Tabelle 4: Vergleich der soziodemografischen Daten (Jahresstatistik 2007 des Deutschen Rentenversicherungsbundes – Daten der vorliegenden Studie)

Variable	Jahresstatistik 2007 (Dt. Rentenversicherungsbund) (n=1113)	Vorliegende Studie (2007-2008) (n=240)
Geschlecht	- weiblich: 73% (816) - männlich: 27% (297)	- weiblich: 77% (185) - männlich: 23% (55)
Durchschnittliches Alter	49,0 Jahre	48,67 Jahre
Familienstand	- verheiratet/ feste Partnerschaft: 57% (634) - allein lebend: 15% (166) - geschieden: 21% (233) - verwitwet: 4% (44)	- verheiratet/feste Partnerschaft: 58% (139) - allein lebend: 18,3% (44) - geschieden: 15,8% (38) - verwitwet : 5,4% (13)
Derzeitige Arbeitssituation	- vollzeitbeschäftigt: 57% (634) - teilzeitbeschäftigt: 25% (278) - arbeitslos: 6% (66) - Hausfrau/-mann: 1% (11) - Anderes: 11% (122)	- vollzeitbeschäftigt: 55,4% (133) - teilzeitbeschäftigt: 25,8% (62) - arbeitslos: 11,7% (28) - Rentner: 1,7% (4) - Hausfrau/-mann 1,7% (4) - Anderes (AU, krank geschrieben, in Ausbildung etc. ) 3,8% (9)

### **3.3. Erhebungsinstrumente**

#### **3.3.1. Adjustment Disorder – New Module (ADNM)**

##### *3.3.1.1. Entwicklung und Grundkonzept*

Das Adjustment Disorder New Module (ADNM) soll Patienten identifizieren, die auf belastende Lebensereignisse mit Anpassungsschwierigkeiten sowohl im Verhalten als auch mit psychischen Symptomen reagieren. Die Entwicklung dieses Selbstbeurteilungsfragebogens zur Erfassung von Anpassungsstörungen erfolgte theoriegeleitet anhand eines neuen diagnostischen Konzepts von Maercker et al. (2007). Erste Ergebnisse haben gezeigt, dass mit Hilfe des ADNM zuverlässig emotionale Reaktionen auf belastende Ereignisse gemessen werden können (Bley et al. 2007).

##### *3.3.1.2. Aufbau*

Der Fragebogen setzt sich aus zwei Teilen zusammen: Einer Ereignisliste mit vorgegebenen belastenden Situationen und 33 Items zu den Belastungsreaktionen. Der Proband wird gebeten aus der Liste diejenigen Ereignisse auszuwählen, die er subjektiv im letzten halben Jahr als belastend empfunden hat, bzw. diejenigen, an denen er momentan leidet. Außerdem hat der Patient die Möglichkeit, ein ihn sehr belastendes Ereignis frei zu formulieren und es so ebenfalls in die Liste mit aufzunehmen. Danach wird der Proband aufgefordert selbst einzuschätzen, welche Belastung für ihn am bedeutsamsten ist und seit wann diese besteht. Um diese Belastungen genauer zu beschreiben, soll der Patient weiterhin die Art des Auftretens (einmalig/akut; chronisch; wiederkehrend) angeben, sowie anhand einer Skala von eins bis zehn eine Einschätzung treffen, wie sehr er sich durch die Ereignisse belastet bzw. beeinträchtigt fühlt (1 = „überhaupt nicht“ - 10 = „maximal“). Im zweiten Teil des Fragebogens sind 33 Aussagesätze als Reaktionen auf das meist belastende Ereignis aufgelistet. Die Befragten werden gebeten anzugeben, wie oft die entsprechenden Symptome auftreten (1 = „nie“, 2 = „selten“, 3 = „manchmal“, 4 = „oft“). Der Fragebogen erfasst anhand von 6 Skalen die Symptombelastung und die emotionale Reaktion auf ein subjektiv als belastend empfundenes Ereignis: Gedankliches Verhaftetsein (5 Items), Fehlanpassung (5 Items), Vermeidung (7 Items), Angst (3 Items), Depressivität (6 Items), Impulsivität (3 Items). Für jede der Skalen wurde eine Mindestanzahl von Items festgelegt, um als auffällig markiert zu werden. (z. B. Gedankliches Verhaftetsein, drei von fünf Items müssen gegeben sein). Zuletzt werden die Probanden gebeten mit je zwei Items die subjektive Wichtigkeit der Belastungsbewältigung sowie die eigene Bewältigungsfähig-

keit anzugeben. Die internen Konsistenzen werden von Maercker et al. (2007) als sehr zufriedenstellend bewertet.

### 3.3.2. Sektion I: Anpassungsstörungen des SKID – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV

#### 3.3.2.1. *Entwicklung und Grundkonzept*

Das Strukturierte Klinische Interview (SKID) für DSM-IV kann sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich eingesetzt werden und erfasst neben einer diagnostischen Einordnung auch Schweregrad und Verlaufscharakteristika von Achse-I- (Psychische)- und Achse-II-(Persönlichkeits) Störungen. Durch die Einführung des DSM-III im Jahr 1980 und die folgenden Revisionen des Manuals wurde die Grundlage für eine strukturierte, operationale Diagnostik geschaffen. Denn im Gegensatz zum DSM-II wurden hier explizite diagnostische Kriterien und Regeln formuliert, so dass die Störungskriterien in Fragen umgewandelt werden konnten, was mit dem SKID realisiert wurde. Die erste Vorversion (SKID für DSM-III) des Interviews wurde 1984 getestet. Nach weiteren Überarbeitungen folgte schließlich 1996 die Anpassung der amerikanischen Version an das DSM-IV. Ein Jahr später erschien die deutsche Übersetzung.

Als semistrukturiertes Interview stellt das SKID einen Kompromiss zwischen einem vollständig standardisierten Interview und einer komplett freien Befragung dar. Entwickelt wurde das SKID in erster Linie für Erwachsene ab 18 Jahren; mit wenigen Modifikationen ist es aber auch für Jugendliche ab 14 Jahre einsetzbar. Eingeschränkt oder nicht durchführbar ist das Interview bei Patienten mit ausgeprägten kognitiven Defiziten oder akut psychotischen oder dementen Patienten. Die Durchführungszeit für das SKID-I beträgt etwa 100 Minuten, die für das SKID-II circa 30 Minuten. Voraussetzungen für die Anwendung des Interviews sind eine Schulung des Interviewers und Kenntnisse des DSM-IV (Strauß et al. 2005). Aus dem SKID-I wurde für die vorliegende Studie nur die Sektion I zu Anpassungsstörungen verwendet, um das neue Konzept zur Diagnostik von Anpassungsstörungen nach Maercker et al. (2007) mit konventionellen Methoden vergleichen zu können.

#### 3.3.2.2. *Aufbau*

Beim SKID-I handelt es sich um ein semistrukturiertes klinisches Interview, mit dem affektive Störungen, psychotische Störungen, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen erfasst werden können. Die Anzahl der im Interview erfassten Symptome entscheidet,

ob ein diagnostisches Kriterium für eine psychische Erkrankung erfüllt ist. Das SKID-I setzt sich aus 10 Sektionen zusammen (Sektion A bis J), die jeweils Fragen zu verschiedenen Störungen enthalten. In der vorliegenden Studie wurde darauf verzichtet, das gesamte SKID-Interview durchzuführen, da die relevanten diagnostischen Informationen bereits mit dem CIDI-Interview erfasst wurden. Diese stützt sich lediglich auf die Sektion-I – Anpassungsstörungen - des SKID-I, da Fragen zu diesem Störungsbild im CIDI nicht enthalten sind. Dieser Teil des SKID kann jedoch entsprechend dem hierarchischen Aufbau der Diagnostik nach DSM-IV nur bearbeitet werden, wenn zwar eine aktuelle psychische Störung besteht, aber die Kriterien für keine andere Achse-I-Störung erfüllt sind. Andernfalls wäre die andere Störung vorrangig zu kodieren.

Jede Seite des SKID hat eine dreispaltige Einteilung. Auf der linken Seite finden sich die Interviewfragen, in der Mitte die zu beurteilenden Kriterien, und rechts werden die jeweiligen Kriterien kodiert. Neben den Diagnosen können auch Art, Schweregrad und Verlaufstypen eingetragen werden. Der Fragenteil zur Sektion Anpassungsstörungen setzt sich aus 7 Items zusammen (I1 – I7). Anhand der Antworten auf die Fragen überprüft der Interviewer, ob ein diagnostisches Kriterium erfüllt ist. Je nach Antwort findet er einen Verweis zum weiteren Ablauf der Fragen. Für jede Frage gibt es folgende Antwortmöglichkeiten/ Kodierungen:

1 = nein / nicht vorhanden

2 = vorhanden, aber nicht alle Kriterien erfüllt

3 = ja / sicher vorhanden und alle Kriterien erfüllt

Sind bei den Fragen I1 bis I5 alle Kriterien erfüllt (also alle Fragen mit 3 kodiert), so kann der Interviewer bei I6 eine Anpassungsstörung diagnostizieren. Aufgrund der vorherrschenden Symptome kann dann bei Frage I7 der Subtyp der Anpassungsstörung bestimmt werden:

1. mit depressiver Verstimmung,

2. mit ängstlicher Gemütsstimmung,

3. mit gemischten affektiven Merkmalen,

4. mit Verhaltensstörung,

5. mit gemischter affektiver und Verhaltensstörung oder

6. nicht näher bestimmt.

Die Abfolge und Formulierung der Fragen ist für den Untersucher streng vorgegeben, der Befragte jedoch kann frei antworten. In einem Interviewbogen werden die Antworten in standardisierter Form protokolliert. Die Gütekriterien des SKID werden als gut bewertet. Er besitzt aufgrund des fest vorgegebenen Wortlautes und der Abfolge der Fragen sowie der genauen Sprungregeln eine gute Objektivität (Zanarini et al. 2000).

### 3.3.3. Diagnostisches Expertenkonzept für psychische Störungen (DIA – X)

#### 3.3.3.1. *Entwicklung und Grundkonzept des DIA-X*

Beim Diagnostischen Expertensystem zur Erfassung psychischer Störungen, kurz DIA-X, handelt es sich um ein strukturiertes klinisches Interview, das eine Diagnosestellung verschiedener psychischer Krankheitsbilder ermöglicht. Das DIA-X basiert auf der überarbeiteten und erweiterten Composite International Diagnostic Interview (CIDI) Version 1.2 der WHO (Wittchen, Lachner et al. 1998), die sich wiederum nach den Forschungskriterien des Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) und der International Classification of Diseases (ICD-10) richtet. Bei CIDI als auch bei DIA-X handelt es sich um ein voll standardisiertes und strukturiertes psychiatrisches Interview, das die aktuelle Beurteilung psychischer Erkrankungen nach ICD-10 und DSM-IV zulässt (Wittchen & Pfister, 1997).

Das CIDI wurde Anfang der 80er Jahre im Rahmen des „Joint Project on Diagnosis and Classification of Mental Disorders, Alcohol and Drug-Related Problems“ entwickelt. Die WHO und die US Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration (ADAMHA) führten damals zwei häufig zur psychiatrisch epidemiologischen Forschung gebrauchten Messinstrumente zusammen: die Diagnostic Interview Schedule (DIS) und das Present State Examination (PSE) (Robins et al. 1988). Das CIDI gilt neben dem SKID (Strukturiertes klinisches Interview) als Goldstandard in psychiatrischen epidemiologischen Erhebungen. Nach längeren Probephasen wurde schließlich die erste offizielle CIDI Version 1.2. veröffentlicht, die in zahlreichen epidemiologischen Studien weltweit verwendet wurde. Im Rahmen verschiedener, auch weltweit angelegter Studien fanden im Laufe der Jahre spezifische Modifikationen statt. So ergab sich zu Beginn der 90er Jahre die Notwendigkeit, den WHO Standard-CIDI an die vierte Revision des DSM-IV anzupassen, deren Herausgabe kurz bevorstand. Auf diese Weise konnten die DSM-Veränderungen in die Studien integriert werden. So wurde zunächst eine inoffizielle, vorläufige DSM-IV CIDI-Version erstellt, das sog. DIA-X/ Munich-CIDI (M-CIDI) (Wittchen et al. 1998).

Über 80 Einzeldiagnosen entsprechend der DSM-IV und ICD-10 Kriterien können mit dem DIA-X erfasst werden. Der Altersbereich umfasst Jugendliche und Erwachsene im Alter von 14 bis 65 Jahren. Das DIA-X kann sowohl in der Forschung für epidemiologische und klinische Fragestellungen, Erfassung von Komorbiditäten oder Erhebung zeitlicher Symptom- und Störungsbeziehungen als auch in der Praxis zur klinischen Eingangs-, Differential-, und Ausschlussdiagnostik sowie zur Standarddokumentation

herangezogen werden (Strauß et al. 2005). In der vorliegenden Studie wurden der Fragebogen DIA –X SSQ, das rechnergestützte DIA-X-Interview und das PC-Auswertungsprogramm in der Version 1.2 (deutsch) von 2000 (© Max Planck Institut für Psychiatrie, München) verwendet.

### 3.3.3.2. Aufbau

Das DIA-X setzt sich aus drei Teilen zusammen: den DIA-X Fragebögen, dem DIA-X-Interview und dem PC-Auswertungsprogramm. An Fragebögen gibt es den Stamm-Screening-Questionnaire (SSQ), den Anxiety-Questionnaire (ASQ) und den Depressions-Screening-Questionnaire (DSQ). Mittels 15 bis 16 Fragen kann hiermit das Vorliegen einer psychischen Störung (SSQ) oder spezifisch einer Angststörung bestätigt oder verneint und der Schweregrad (ASQ, DSQ) der Erkrankung festgestellt werden. Falls sich anhand der Fragebögen der Verdacht auf eine psychische Störung ergibt, sollte das strukturierte Interview zur weiteren Abklärung eingesetzt werden. Prinzipiell können das Interview und die Fragebögen sowohl gemeinsam als auch jeweils getrennt voneinander eingesetzt werden.

Für das Interview gibt es zwei verschiedene verfügbare Versionen: Eine dient der Erfassung der Längsschnittsymptomatik, d.h. über die gesamte Lebenszeit (Lifetime-Version), die andere macht die Querschnitt-Symptomatik deutlich (die letzten 12 Monate). Beide Versionen sind strukturiert und standardisiert und lassen die Beurteilung von etwa 100 ICD-10- und DSM-IV-Diagnosenklassen zu. Durch flexibel einsetzbare Module wird sichergestellt, dass trotz der Standardisierung nur die für den jeweiligen Probanden wichtigen Symptomkonstellationen im Mittelpunkt des Interviews stehen. In jeder Sektion werden Daten zur Ermittlung des erstmaligen Auftretens von Symptomen, ihrer Dauer, Häufigkeit sowie ihrer Beziehung untereinander erfasst. Das DIA-X-Interview ist für folgende Einsatzgebiete geeignet:

- in der Praxis zur routinemäßigen klinischen Einsatzdiagnostik, zur Ausschlussdiagnostik,
- zur Feststellung von Lebenszeit- und Querschnittkomorbiditätsmustern,
- zur Feststellung von zeitlichen Beziehungen (Symptomregression),
- für den Einsatz in epidemiologischen Forschungsprojekten,
- für Standarddokumentationszwecke in Kliniken und anderen Einrichtungen,
- für den Einsatz bei klinischen Projekten und
- in der Lehre sowie in der Fort- und Weiterbildung (Wittchen & Pfister, 1997).

Das Interview beschränkt sich allerdings auf häufig vorkommende Störungen des Jugend- und Erwachsenenalters; nicht erfasst werden z.B. Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen des Kindes- und Jugendalters oder auch schwere akute psychotische und schwere dementielle Erkrankungen (Wittchen & Pfister, 1997b). Zusätzlich zu den Interviewfragen gibt es ein Ergänzungsheft, in dem der Proband Angaben zu den vorliegenden Symptomen macht, die im Interview selbst vertieft werden.

Das DIA-X ist in 16 Sektionen unterteilt. Nach Fragen zur Soziodemographie folgen 12 störungsbezogene Sektionen. Die folgende Abbildung zeigt die verfügbaren Module des DIA-X-Interviews:



Tabelle 5: Module des DIA-X-Interviews (Wittchen & Pfister, 1997a)

Sektion A	Demographischer Teil
Sektion B	Störungen durch Tabak
Sektion C	Somatoforme und dissoziative Störungen
Sektion D	Phobien und andere Angststörungen
Sektion E	Depressive und dysthyme Störungen
Sektion F	Manie und bipolare, affektive Störungen
Sektion G	Schizophrenie und andere psychotische Störungen
Sektion H	Essstörungen
Sektion I	Störungen durch Alkohol
Sektion K	Zwangsstörungen
Sektion L	Drogenmissbrauch– und abhängigkeit
Sektion M	Organisch bedingte psychische Störungen
Sektion N	Posttraumatische Belastungsstörungen
Sektion P	Interviewbeobachtungen
Sektion Q	Abschlussfragen und Fragebögen
Sektion X	Interviewbeurteilungen

In der vorliegenden Arbeit wurde die Querschnittsversion des DIA-X-Interviews verwendet, die sich auf die letzten 12 Monate bezieht. Es ist jedoch hinzuzufügen, dass nicht alle Module des DIA-X ausgeschöpft wurden. So wurde, um die Belastung der

Patienten möglichst gering zu halten, im Rahmen der vorliegenden Dissertation auf die Befragung der Sektionen G (Schizophrenie und andere psychotische Störungen), K (Zwangsstörungen) und M (Organisch bedingte psychische Störungen) verzichtet, da aufgrund der Zuweisungskriterien in die Psychosomatische Klinik nur mit einer geringen Prävalenz für diese Störungsbilder zu rechnen war.

#### *3.3.3.3. Durchführung*

Der Interviewer liest die Fragen des DIA-X-Interviews direkt vom PC - Bildschirm ab und gibt per Mausklick die entsprechende Antwort des Probanden in den Computer ein. Voraussetzung ist die Kommunikationsfähigkeit und der freie Wille des Probanden zur Teilnahme am Interview. Die Durchführungszeit beträgt im Durchschnitt 60 bis 90 Minuten.

Die Durchführung des DIA-X erfordert keine klinischen oder diagnostischen Vorkenntnisse, d.h. sowohl erfahrene Kliniker als auch Personen mit geringer klinischer Erfahrung können die Interviews durchführen. Einzige Voraussetzung ist eine entsprechende circa zweitägige Schulung des Interviewers. Das DIA-X-Interview liegt heute in mehr als 16 Sprachen vor und bietet somit zahlreiche Einsatzmöglichkeiten, auch in vielen internationalen Forschungsprojekten (Wittchen, 1994). Somit stellt es eine zuverlässige Möglichkeit dar, zahlreiche Symptome und psychische Erkrankungen in verschiedenen Kulturen zu erfassen (Robins et al. 1988). In der vorliegenden Studie wurden die Probanden zu Beginn ihres stationären Aufenthaltes in der psychosomatischen Fachklinik eingeladen, an dem DIA-X-Interview teilzunehmen. Bei der Terminvergabe für die einzelnen Interviewzeitpunkte erhielt jeder Proband den SSQ Fragebogen, den er ausgefüllt zum Interview mitbringen sollte.

#### *3.3.3.4. Auswertung*

Anhand der verschiedenen Sektionen (vgl. Tab.5) kann überprüft werden, ob die Symptome und das Verhalten des Patienten die erforderlichen diagnostischen Kriterien erfüllen. Die Mehrzahl der Antworten im Interview werden mit 1 = nein (nicht vorhanden) oder 5 = ja (vorhanden und relevant für das Vorliegen einer psychischen Störung) kodiert. Darüber hinaus gibt es auch Fragen, bei denen dem Patienten mehrere Antwortmöglichkeiten zur Verfügung stehen, und ein Ergänzungsheft mit verschiedenen Symptomlisten, aus denen er die zutreffenden auswählen muss. Die Kodierung ist hier entweder mit Buchstaben oder Zahlen  $\geq 1$  festgelegt. Auf manche Fragen kann der Patient auch frei antworten. Auch können das erste und letzte Auftreten eines vorhandenen Symptoms erfasst werden, was Angaben zum Zeitfenster der Störung sowie dem Symptomverlauf ermöglicht. Sowohl die Fragen und die Kodierung, als auch die Dateneingabe und die PC-gestützte Auswertung erfolgen standardisiert (Wittchen, 1994).

Ist das Interview beendet, erscheint mit Angabe der Probandennummer, des Geschlechts, des Alters und des Interviewdatums die Auswertung bzw. die Auflistung der entsprechenden Diagnosen. Konnte keine Diagnose gestellt werden, wird dies ebenfalls angegeben. Weiterhin werden auch im Zusammenhang mit der Diagnose Angaben über das erste und letzte Auftreten ("in den letzten zwei Wochen" kodiert mit 1, bis zu "vor mehr als 12 Monaten" kodiert mit 6.) der entsprechenden Symptomatik gemacht. In der vorliegenden Studie wurden die Symptom-Variablen zu den Störungsbildern Psychosen und Zwangserkrankungen ausgeschlossen, weil diese für die vorliegende Untersuchung nicht relevant sind.

#### **3.4. Statistische Auswertung**

Die statistische Auswertung der vorliegenden Arbeit wurde computergestützt mit dem Programm SPSS 16.0 für Windows durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde auf  $p < 0,05$  festgelegt. Zu den klinischen und Interviewdiagnosen wurden deskriptive Statistiken (Häufigkeitsanalysen) berechnet. Korrelationen, die in der vorliegenden Studie gerechnet wurden, wurden in Abhängigkeit einer Normalverteilung entweder mit dem Korrelationskoeffizienten nach Pearson (Normalverteilung) oder nach Spearman (Nicht-Normalverteilung) berechnet.

## **4. Ergebnisse**

Das folgende Kapitel liefert eine Darstellung der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit. Nach einer Beschreibung des Patientenkollektivs orientiert sich die Dokumentation der Resultate in erster Linie an der Reihenfolge der in Kapitel 2 formulierten Fragestellungen.

### **4.1. Stichprobenbeschreibung**

Eine detaillierte Beschreibung der Stichprobe ist in Tabelle 6 dargestellt. Das Patientenkollektiv umfasst insgesamt 240 Patienten, die im Zeitraum von Oktober 2007 bis Dezember 2008 stationär oder teilstationär in der Mediclin Bliestal Klinik in Blieskastel aufgenommen waren. Davon sind 77% (185) Frauen und 23% (55) Männer. Das Alter der Patienten liegt zwischen 25 und 86 Jahren. Der Mittelwert beträgt 48,67 Jahre, die Standardabweichung 8,614. Der Median liegt bei 50,00 Jahren. Die weiblichen Probanden sind durchschnittlich  $48,39 \pm 8,914$  Jahre alt; das Durchschnittsalter der männlichen Patienten liegt bei  $49,65 \pm 7,506$  Jahren.

Zu Beginn des strukturierten Interviews wurden folgende persönliche Angaben der Patienten erhoben: Familienstand, Anzahl der Kinder, Schulabschluss und die derzeitige Arbeitstätigkeit. Über die Hälfte der befragten Patienten waren zum Zeitpunkt des Interviews verheiratet oder in einer festen Beziehung, und ebenfalls über 50% gingen im befragten Zeitraum einer Vollzeitbeschäftigung nach (s. Tabelle 6: Stichprobenbeschreibung).

Tabelle 6: Stichprobenbeschreibung (n=240)

<b>Variable</b>	<b>Kennwert</b>	<b>Probanden (n=240)</b>
Geschlecht	- weiblich	- 77% (185)
	- männlich	- 23% (55)
Alter	M ± SA [Spannweite]	48,67 ± 8,614 [25-86]
Familienstand	- verheiratet/feste Partnerschaft	- 58% (139)
	- allein lebend	- 18,3% (44)
	- geschieden	- 15,8% (38)
	- verwitwet	- 5,4% (13)
	- getrennt lebend	- 2,5% (6)
Anzahl der Kinder	- 0	- 41,2% (99)
	- 1	- 23,3% (56)
	- 2	- 28,8% (69)
	- 3	- 5% (12)
	- 4	- 1,7% (4)
Schulabschluss	- Keinen	- 0,8% (2)
	- Hauptschule/Volksschule	- 39,2% (94)
	- Realschule/Mittlere Reife	- 35,4% (85)
	- Abitur/ Fachabitur	- 13,3% (32)
	- Hochschule/Universität/ Fachhochschule	- 10,8% (26)
	- Anderes	- 0,4% (1)
Derzeitige Arbeitssituation	- vollzeitbeschäftigt	- 55,4% (133)
	- teilzeitbeschäftigt	- 25,8% (62)
	- arbeitslos	- 11,7% (28)
	- Rentner	- 1,7% (4)
	- Hausfrau/-mann	- 1,7% (4)
	- Anderes (AU, krank geschrieben, in Ausbildung etc. )	- 3,8% (9)

## 4.2. Prävalenzraten der Diagnose Anpassungsstörung

### 4.2.1. Häufigkeit der Anpassungsstörung im klinischen Alltag

Die Interviewer waren hinsichtlich der Ergebnisse der klinischen Diagnostik verblindet. Die entsprechenden Diagnosen wurden nachträglich aus den Entlassungsbriefen entnommen. Die Patienten erhielten eine Hauptdiagnose und zusätzlich maximal 4 Nebendiagnosen. Im Durchschnitt vergaben die Kliniker 1-2 Diagnosen ( $MW=1,7 \pm 0,79791$ ). Die anschließende Auswertung ergibt, dass erfahrene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten in 38,3% ( $n = 92$ ) der Fälle eine Anpassungsstörung (AS) diagnostizieren. Demnach ist die Anpassungsstörung (F43.2) die von den Klinikern am häufigsten gestellte Diagnose (s. Abb.1). Mit jeweils 10,4% ( $n = 25$ ) folgen Diagnosen aus dem depressiven Störungskreis: Mittelgradig depressive Episode (F32.1) und Rezidivierende depressive Störungen (F33.1).

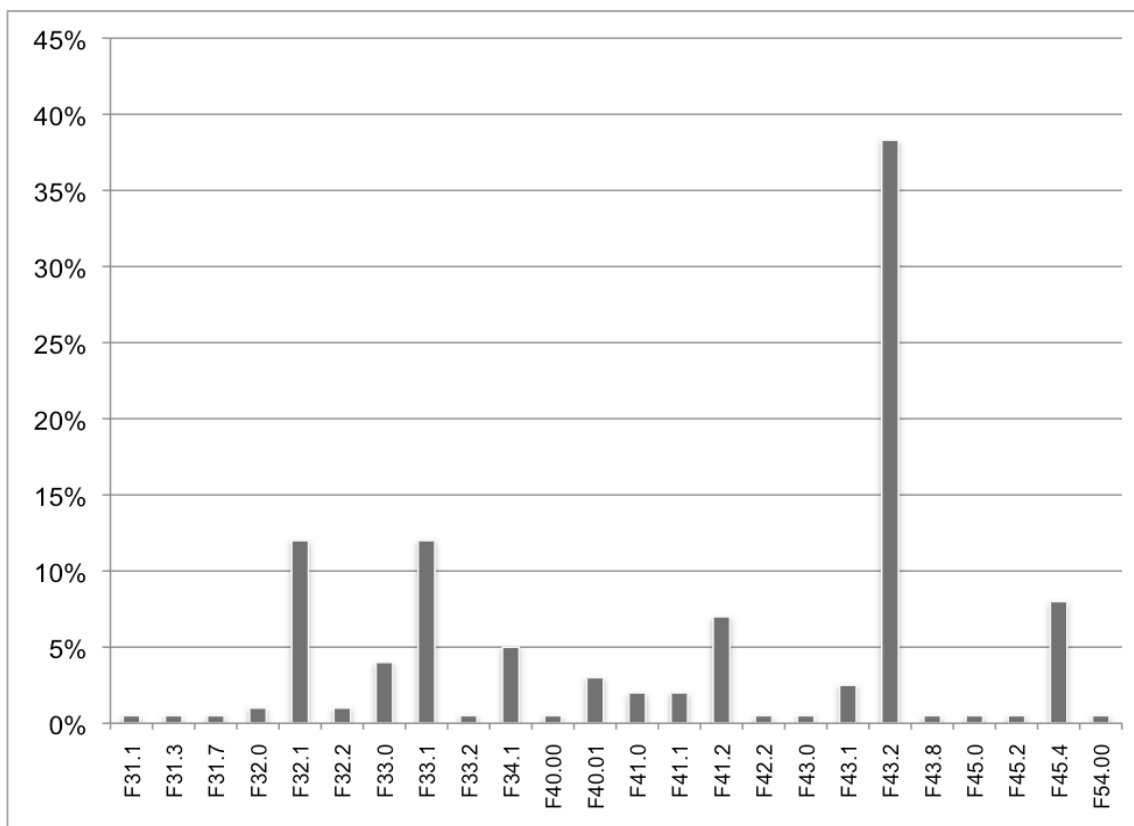


Abb. 1: Häufigkeiten der Diagnosen der Kliniker bezogen auf die gesamte Stichprobe ( $n=240$ )

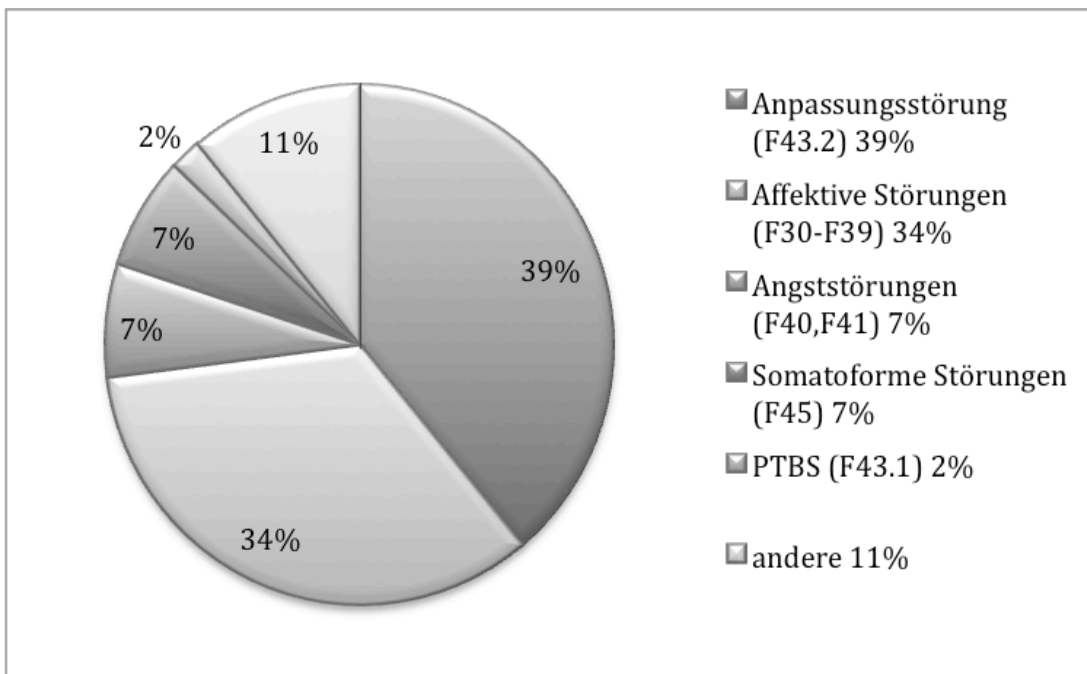


Abb. 2 : Häufigkeiten der einzelnen Diagnosegruppen der Kliniker bezogen auf die gesamte Stichprobe (n=240)

Betrachtet man nur die von den Klinikern gestellten Nebendiagnosen, so liegt hier die Anpassungsstörung mit 4,6% (n = 11) nach den somatoformen Störungen (F45.4) mit 10,8% (n = 26) an zweithöchster Stelle. Meistens wird in diesen Fällen die AS von den Klinikern zusammen mit einer Angststörung (v.a. F40.01 Agoraphobie mit Panikstörung) oder der anhaltenden Schmerzstörung (F45.4) diagnostiziert.

#### 4.2.2. Häufigkeit der Anpassungsstörung im standardisierten Interview (CIDI, SKID)

Da das CIDI Anpassungsstörungen nicht erfasst, wurde es um das entsprechende Modul aus dem SKID ergänzt. Das strukturierte Interview (SKID) ermöglicht es durch die Erfassung von Symptomen der Anpassungsstörung, eine Aussage hinsichtlich des Vorliegens der Diagnose zu treffen. Dieses Fremdbeurteilungsinstrument dient in der vorliegenden Untersuchung als Goldstandard und somit dem Vergleich mit den Werten im Fragebogen ADNM und den klinischen Diagnosen. Es ergibt sich eine Häufigkeit der Diagnose Anpassungsstörung von 15,8% (38). Betrachtet man die Diagnosen des CIDI alleine, so zeigt sich ein deutliches Überwiegen von depressiven Störungsbildern. Tabelle 7 zeigt die im CIDI am häufigsten gestellten Diagnosen.

Tabelle 7: Häufigkeit der Diagnosen im CIDI (n = 240)

ICD-10	Diagnosen	Häufigkeit CIDI % / (n)
F34.1	Dysthymia	47% (113)
F45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	31,25% (75)
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	25% (60)
F32.1	Mittelgradig depressive Episode	13,3% (32)
F41.1	Generalisierte Angststörung	13,3% (32)
F40.01	Agoraphobie mit Panikstörung	12,5% (30)
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	11,6% (28)
F40.1	Soziale Phobie	11,25% (27)
F41.0	Panikstörung	10,8% (26)
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	10,4% (25)
F17.2	Nikotinabhängigkeit	7,9% (19)
F40.00	Agoraphobie ohne Panikstörung	5% (12)
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	3,75% (9)
F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	3,75% (9)



Das CIDI gibt keine Vorschriften vor, wie viele Diagnosen ein Patient bekommen kann, ebenso wenig gibt es eine Reihung oder Gewichtung der Diagnosen. Bei der vorliegenden Stichprobe findet sich ein Minimum von einer Diagnose und ein Maximum von 11 Diagnosen. Der Durchschnitt liegt bei 2,5 ( $\pm 2,16502$ ), also 2 bis 3 Diagnosen pro Patient. Insgesamt ermittelt die strukturierte Diagnostik eine größere Anzahl komorbider Diagnosen und scheint vor allem bei depressiven Erkrankungen und Angststörungen sensitiver zu sein.

Mit Hilfe des SKID wurden zur Diagnose Anpassungsstörung die in Tabelle 8 dargestellten Subtypen erfasst:

Tabelle 8: Subtypen der AS im standardisierten Interview

<b>Subtyp</b>	<b>SKID (n= 38 Pat. mit AS [=100%])</b>
Mit depressiver Verstimmung	29% (n = 11)
Mit ängstlicher Gestimmtheit	5,2% (n = 2)
Angst und Depressivität gemischt	29% (n = 11)
Impulsstörung/ Verhaltensstörung	2,6% (n = 1)
Angst, Depressivität u. Impulsstörung	2,6% (n = 1)
Nicht näher bestimmt (z.B. körperl. Beschwerden, sozialer Rückzug etc.)	31,6% (n = 12)

Aufgrund der hohen Komorbidität mit somatoformen Störungen ergibt sich eine Mehrzahl des Subtyps „nicht näher bestimmt“, da hier auch körperliche Symptome mit erfasst werden, aber auch Anpassungsstörungen mit depressiver Verstimmung bzw. mit Angst und depressiver Symptomatik gemischt treten häufig auf.

### 4.3. Ergebnisse und Auswertung des Fragebogen ADNМ

#### 4.3.1. Belastungsfaktoren

Das Screeninginstrument Adjustment Disorder New Modul (ADNM) wurde von Einsle et al. (2004; 2010) entwickelt und soll Anpassungsstörungen nach einem neuen Konzept von Maercker (2004) erheben. Insgesamt werden mit diesem Selbstbeurteilungs-Fragebogen 6 Skalen erfasst: Intrusion/Gedankliches Verhaftetsein, Fehlanpassung, Vermeidung, depressive Stimmung, Angst und Impulsstörung. Außerdem können Fragen zu den vorliegenden Belastungen, der Wichtigkeit der Belastungsbewältigung und der Einschätzung der eigenen Bewältigungsfähigkeit beantwortet werden.

Die in der Studie befragten Patienten nennen alle mindestens eine und durchschnittlich drei bis vier Belastungen ( $M= 3,83 \pm 1,78$ ). Folgende Belastungen wurden von den Patienten angegeben (Mehrfachnennungen möglich):

- 60,4% zu viel/zu wenig Arbeit (Arbeitslosigkeit, Arbeitsüberlastung)
- 45,4% Termin- und Zeitdruck,
- 37,1% Konflikte mit dem Vorgesetzten,
- 31,2% finanzielle Probleme,
- 29,6% Konflikte in der Familie,
- 25,5% Konflikte mit Kollegen,
- 22,1% Erkrankung eines Angehörigen und
- 26,7% andere Belastungen.

Unter der Kategorie „andere Belastungen“ konnten die Patienten selbst ein oder mehrere zusätzliche belastende Ereignisse benennen. Beispiele für diese subjektiven Belastungen sind: Gewichtszunahme, Gewalt/Bedrohung durch eine andere Person, Totgeburt, Ängste/Panikattacken, chronische Schmerzen, Lärmbelastung am Arbeitsplatz, Konflikte mit Freunden sowie Schlaf- und Konzentrationsprobleme. Fast die Hälfte der berichteten kritischen Lebensereignisse bezieht sich auf Arbeitsplatzprobleme wie Arbeitsüberlastung, Arbeitsplatzunsicherheit oder Mobbing. Der zweitwichtigste Lebensbereich ist die Familie, z.B. Trennung, Scheidung, Konflikte innerhalb der Partnerschaft oder Verwandtschaft und finanzielle Probleme. Das von den Patienten als am stärksten belastend empfundene Ereignis wird dabei in 62,9% der Fälle als ständig/chronisch und in 33,8% der Fälle als wiederkehrend beschrieben. Nur 2,5% empfinden die Belastung als einmalig/akutes Geschehen.

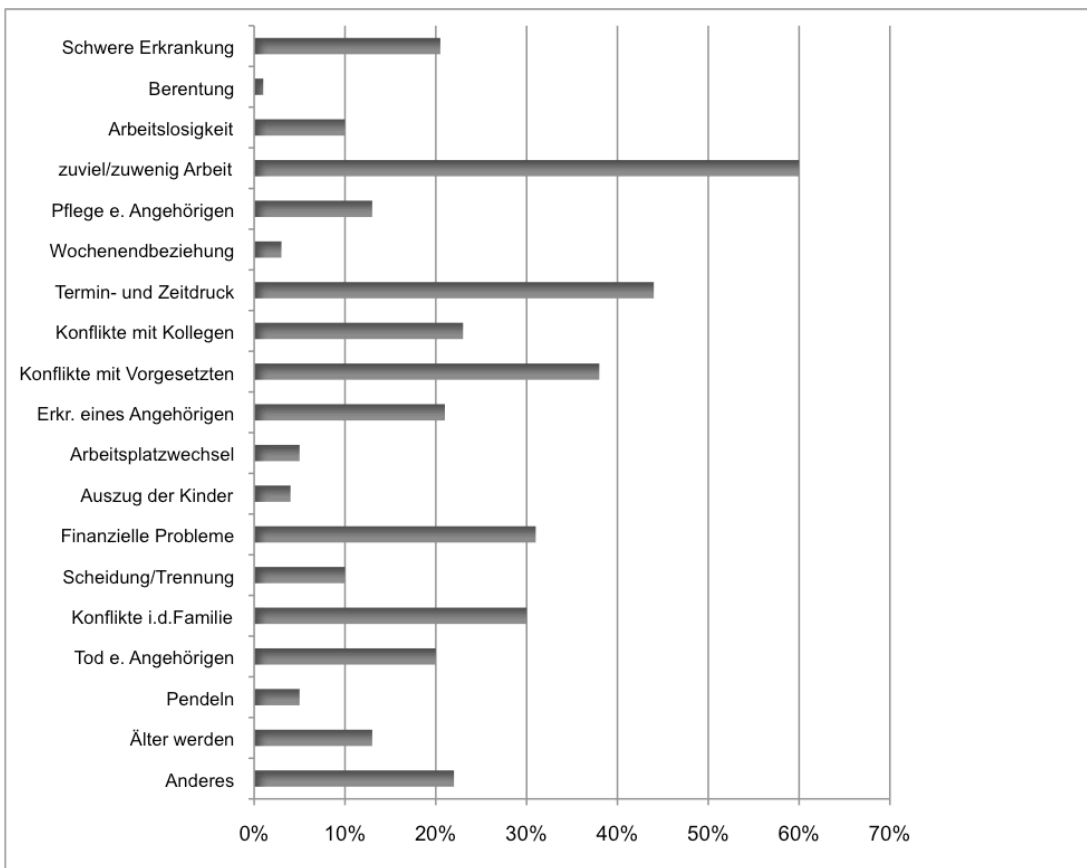


Abb.3: Häufigkeiten der Belastungen der gesamten Stichprobe (n=240)

Auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht) bis 10 (maximal) sollten die Patienten die Stärke der Belastung angeben. Hierbei schätzt die Mehrzahl der Teilnehmer ihre Belastung im oberen Bereich ein. 34,2% (82) kreuzen den Wert 8 an, 22,9% (55) empfinden ihre Situation als maximal belastend. Nur ein Patient sieht die Stärke seiner belastenden Situation auf der Skala bei 2 (0,4%), 1,2% (3) bei 4 und 5% (12) bei 5. Zusammenfassend kann man sagen, dass die Probanden sich stark belastet fühlen ( $M = 8,19 \pm 1,5$ ; Range 2-10).

#### 4.3.2. Häufigkeit der Diagnose Anpassungsstörung

Das theoriegeleitete Vorgehen bei der Auswertung nach Maercker et al. (2007) klassifiziert 167 der 237 Patienten (3 Bögen konnten aufgrund fehlender Werte nicht ausgewertet werden) als auffällig (70,5%). Mehr als die Hälfte der in die Studie eingeschlossenen Patienten zeigt also im ADN-M die Diagnose einer Anpassungsstörung. Hinsichtlich der soziodemografischen Maße gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen den im ADN-M auffälligen und unauffälligen Patienten (s. Tab. 9).

Tabelle 9: Stichprobenbeschreibung der im ADNМ auffälligen und unauffälligen Patienten (n = 237)

Kategorie	ADNM-auffällig n=167 (~70%)	ADNM-unauffällig n=70 (~30%)	Testwert	Signifikanz
<b>Geschlecht</b>			$\chi^2 = 0,573$	p= 0,449
Frauen	75%	80%		
Männer	25%	20%		
<b>Alter</b>	48,74 ± 8,0 (25-74)	48,3 ± 9,5 (26-86)		
<b>Familienstand</b>			$\chi^2 = 2,684$	p= 0,612
Allein lebend	16%	23%		
Getrennt lebend	3%	1%		
Geschieden	16%	16%		
Verheiratet/Partnerschaft	60%	53%		
Verwitwet	5%	7%		
<b>Bildung</b>			$\chi^2 = 14,503$	p= 0,013
Kein Abschluss	-	3%		
Hauptschule/Volksschule	44%	27%		
Realschule/mittlere Reife	32%	44%		
Abitur/Fachabitur	15%	10%		
Hochschule/Universität/ Fachhochschule	8%	16%		
Anderes	1%	-		
<b>Arbeitstätigkeit</b>			$\chi^2 = 6,112$	p= 0,295
Vollzeitbeschäftigt	56%	56%		
Teilzeitbeschäftigt	24%	28%		
Arbeitslos	14%	6%		
Altersrentner/EU-Rentner	1%	3%		
Hausfrau/-mann	2%	1%		
anderes	3%	6%		

Hinsichtlich der Subtypen der Anpassungsstörung ergibt sich folgende Verteilung: 65,4% (157) erfüllen die diagnostischen Kriterien für den Subtyp Depressivität, 59,6% (143) für Impulsivität und 51,7% (124) für Angst. Signifikante Unterschiede bezüglich der Subtypenverteilung zwischen Männern und Frauen sind nicht zu finden (Subtyp Depressivität  $p=0,855$ ; Subtyp Angst  $p=0,586$ ; Subtyp Impulsivität  $p=0,867$ ). Die Subtypenunterteilung ist beim ADNMM anders operationalisiert als beim SKID, dennoch finden sich bei beiden hohe Werte bezüglich depressiver Verstimmung als Leitsymptom der Zuordnung.

#### 4.3.3. Symptomausprägung

In einem weiteren Schritt wurde überprüft, ob sich bezüglich des Diagnoseteils die Skalen Intrusion/Gedankliches Verhaftetsein, Fehlanpassung und Vermeidung in der Stichprobe wiederfinden. Tabelle 10 zeigt einen Überblick über die errechneten Mittelwerte der einzelnen Skalen. Symptome der Skala „Gedankliches Verhaftetsein“ zeigen eine höhere Intensität als Symptome der Fehlanpassung und Vermeidung. Depressivität, Angst und Impulsivität zeigen im Vergleich nahezu gleiche Werte.

Tabelle 10: Mittelwerte der 6 Skalen: Gedankliches Verhaftetsein, Fehlanpassung, Vermeidung, Depressivität, Angst und Impulsivität

<b>ADNM Skala</b>	<b>N</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>SD</b>
Gedankliches Verhaftetsein	233	3,2079	0,58974
Fehlanpassung	235	3,0830	0,63385
Vermeidung	237	2,9954	0,65877
Depressivität	237	2,7887	0,63918
Angst	237	2,7588	0,84613
Impulsivität	235	2,9362	0,88444

Betrachtet man das Gesamtkollektiv, zeigen sich, wie in Tabelle 11 dargestellt, keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Symptomausprägung zwischen Männern und Frauen. Nennenswerte Zusammenhänge zwischen Alter des Patienten und Symptomausprägung wurden nicht gefunden ( $p=0,402$ ).

Tabelle 11: Anpassungsstörung (ADNM) der Untersuchungsstichprobe: Geschlechtervergleich bzgl. der Subskalen (t-Test für unabhängige Stichproben)

<b>ADNM-Skala</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>Signifikanz</b>
	<b>MW ± SD</b>	<b>MW ± SD</b>	
Gedankliches Verhaftetsein	3,32 ± 0,53	3,17 ± 0,60	p= .101
Fehlanpassung	3,05 ± 0,62	3,09 ± 0,63	p= .705
Vermeidung	3,03 ± 0,64	2,98 ± 0,66	p= .600
Angst	2,83 ± 0,79	2,73 ± 0,86	p= .421
Depressivität	2,77 ± 0,65	2,79 ± 0,63	p= .814
Impulsivität	2,83 ± 0,92	2,96 ± 0,87	p= .340

Skala von 1 = keine Anpassungsstörung bis 4 = maximale Ausprägung einer Anpassungsstörung; MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, p = zweiseitiges Signifikanzniveau, \* = signifikanter Unterschied ( $p < .05$ ), \*\* = hochsignifikanter Unterschied ( $p < .01$ )

Der Fragebogen fand für die 6 Skalen das gleiche Symptommuster: hohe Werte in den Skalen Vermeidung, Fehlanpassung, Intrusion und Gedankliches Verhaftetsein, Depressivität, Angst sowie Impulsivität.

Im letzten Teil des Fragebogens sollten die Patienten angeben, wie wichtig es ihnen ist, die Situation zu bewältigen, und wie sie ihre eigenen Bewältigungsfähigkeiten einschätzen. Vor Auswertung der Daten mussten dafür die Items 21, 22, 32 und 33 umkodiert werden. Wie auch bei den anderen Items, standen den Patienten für die Beantwortung die Kategorien „nie“ = 1, „selten“ = 2, „manchmal“ = 3 und „oft“ = 4 zur Verfügung. In der Auswertung wird deutlich, dass es dem größten Teil der Patienten sehr wichtig ist, die belastende Situation zu bewältigen (Skala „Wichtigkeit der Bewältigung“ MW = 3,589 ± 0,583). In Item 21 und 33 schätzt der Proband seine eigenen Bewälti-

gungsmöglichkeiten ein. Hier zeigte sich, dass die Patienten wenig Möglichkeiten sehen, die belastende Situation aus eigener Kraft zu bewältigen ( $MW = 1,8919 \pm 0,842$ ). Hinsichtlich beider Skalen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

#### **4.4. Methodischer Vergleich der Instrumente zur Erfassung von Anpassungsstörungen**

Im folgenden Abschnitt wird die Übereinstimmung der Ergebnisse der einzelnen Erhebungsinstrumente zur Erfassung von Anpassungsstörungen überprüft. Dazu werden die einzelnen Konstrukte miteinander verglichen.

##### 4.4.1. Vergleich der klinischen Diagnosen mit dem standardisierten Interview (CIDI, SKID)

Die Kliniker diagnostizierten in 38,3% der Fälle eine Anpassungsstörung, das strukturierte Interview nur in 15,8% (SKID). Tabelle 12 zeigt die 10 häufigsten Diagnosen im Vergleich. Während klinisch die Anpassungsstörung auf Rang 1 liegt und damit die häufigste diagnostische Kategorie darstellt, führen in der strukturierten Diagnostik depressive Störungsbilder. Betrachtet man die Diagnosen des CIDI alleine, so haben 80,4% (74) der 92 Patienten mit klinischer Diagnose Anpassungsstörung im Interview eine andere Diagnose. Der größte Teil der Patienten, die klinisch die Diagnose Anpassungsstörung erhalten hatten, zeigten im CIDI ein depressives Störungsbild. Tabelle 13 zeigt einen Überblick über die häufigsten Diagnosen der 74 Patienten im CIDI. Es zeigt sich, dass über die Hälfte (55%) dieser 74 Patienten mit klinischer Hauptdiagnose Anpassungsstörung im Interview eine Dysthymia als Diagnose erhielten und 32% sogar eine schwere depressive Episode.

Tabelle 12: Die 10 häufigsten Diagnosen in der klinischen und der strukturierten Diagnostik (n = 240)<sup>1</sup>.

Rang	Diagnose klinisch	Häufigkeit (n=240)	Diagnose CIDI/SKID	Häufigkeit (n=240)
1	Anpassungsstörung F43.2	38,3% (92)	Dysthymia F34.1	47% (113)
2	Mittelgradige depr. Episode F32.1	10,4% (25)	Somatoforme Schmerzstörung F45.4	31,25% (75)
3	Mittelgradige depr. Episode (rez. Störung) F33.1	10,4% (25)	Spezifische Phobie F40.21- F40.25	26,25% (63)
4	Somatoforme Schmerzstör. F45.4	7% (17)	Schwere depressive Episode F32.2	25% (60)
5	Angst und Depression gemischt F41.2	6,25% (15)	Anpassungsstörung F43.2	15,8 % (39)
6	Dysthymia F34.1	5% (12)	Mittelgradige depr. Episode F32.1	13,3% (32)
7	Leichte depr. Episode (rez. Störung) F33.0	4,5% (11)	Generalisierte Angststörung F41.1	13,3% (32)
8	Agoraphobie mit Panikstörung F40.01	3,3% (8)	Agoraphobie mit Panikstörung F40.01	12,5% (30)
9	Posttraumatische Belastungsstörung F43.1	2% (5)	F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	11,6% (28)
10	Generalisierte Angststörung F41.1	1,6% (4)	F40.1 Soziale Phobie	11,25% (27)

<sup>1</sup> Bei den klin. Diagnosen sind nur Erstdiagnosen angegeben, im CIDI nicht, da dies keine entsprechende Gewichtung vornimmt. Daher ergibt nur die Aufsummierung der klinischen Diagnosen 100%, während im CIDI Mehrfachnennungen möglich sind und daher 100% überschritten werden.



Tabelle 13: Die häufigsten Diagnosen im CIDI von den 74 Patienten mit klinischer Diagnose Anpassungsstörung

<b>Diagnose im CIDI</b>	<b>Häufigkeit im CIDI (n = 74 (=100%))</b>
F34.1 Dysthymia	55,4% (41)
F32.2 schwere depr. Episode	32,4% (24)
F45.4 Anhaltende Schmerzstörung	31% (23)
F32.1 mittelgradig depr. Episode	21,6% (16)
F40.21 – F40.25 Spezifische Phobien	20,2% (15)
F43.1 PTBS	13,5% (10)

Nach den bisherigen Kriterien der Klassifikationssysteme kann eine Anpassungsstörung nur dann diagnostiziert werden, wenn der Patient keine andere psychische Störung aufweist oder eine Diagnose, die die aktuelle Symptomatik nicht erklärt. Insgesamt erhielten 191 Patienten der gesamten Stichprobe (n = 240) im CIDI mindestens eine Diagnose. Bei den restlichen 49 Patienten ergab sich im CIDI keine Diagnose oder eine Diagnose ohne Bezug zur aktuellen Problematik. Abbildung 4 zeigt den weiteren diagnostischen Verlauf dieser Patienten.

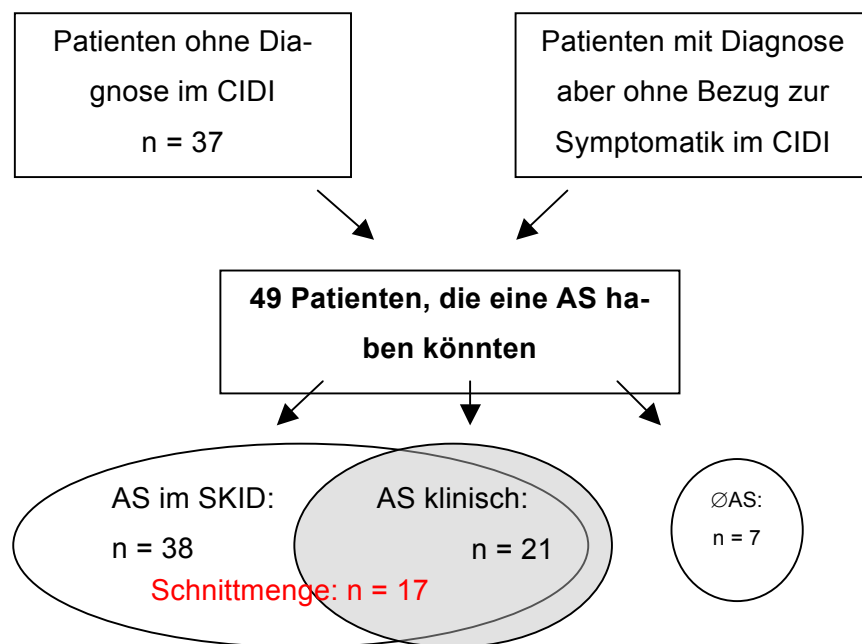


Abb. 4: Diagnostischer Verlauf der 49 Patienten ohne oder mit einer die aktuelle Symptomatik nicht erklärenden Diagnose im CIDI

Da das rechnergestützte Interview die Kategorie Anpassungsstörung nicht erfasst, wurde die entsprechende Sektion des SKID hinzugezogen. Alle 38 Patienten der gesamten Stichprobe, die im SKID die Diagnose AS erhalten hatten, hatten im CIDI keine oder eine nicht zur Symptomatik passende – und somit eine AS formal nicht ausschließende Diagnose. Dies waren in erster Linie spezifische Phobien oder Abhängigkeitssyndrome (v. a. Tabak).

Vergleicht man die Diagnose der Kliniker mit den Ergebnissen des SKID, so zeigt sich auch hier nur eine geringe Übereinstimmung. 17 der insgesamt 240 in die Studie eingeschlossenen Patienten haben sowohl im SKID als auch klinisch eine Anpassungsstörung. Betrachtet man die restlichen 21 Patienten, die im SKID eine AS aufweisen, zeigen sich für diese die in Tab. 14 dargestellten klinischen Diagnosen:

Tabelle 14: Klinische Diagnose der N = 21 Patienten mit der Diagnose AS im SKID

Diagnose klinisch	Häufigkeit % (n)
F34.1 Dysthymia	33,3% (7)
F32.1 Mittelgradig depressive Episode	23,8% (5)
F45.4 Anhaltende Schmerzstörung	14,2% (3)
F33.1 Rezidivierend depr. Störung	9,5% (2)
F41.0 Panikstörung	4,8% (1)
F41.1 Generalisierte Angststörung	4,8% (1)
F41.2 Angst und depr. Störung gemischt	4,8% (1)
F31.1 Bipolare affektive Störung	4,8% (1)

Bei diesen Patienten verhält es sich genau umgekehrt wie oben beschrieben: Hier diagnostizieren die Kliniker anstatt einer Anpassungsstörung in erster Linie Störungen aus dem depressiven Störungskreis. Das macht deutlich, dass die Schnittmenge von Anpassungsstörung und Depression recht groß ist und eine diagnostische Abgrenzung oft schwer gelingt.

Zusammenfassend kann man an dieser Stelle sagen, dass die Übereinstimmung der strukturierten und der klinischen Diagnostik nur sehr gering ist. Nur bei 17 Patienten fand sich bei beiden Erhebungsmethoden die Diagnose Anpassungsstörung. Die Mehrzahl der Patienten, die klinisch mit der Diagnose Anpassungsstörung eingestuft wurden, erfüllten im Interview die diagnostischen Kriterien für eine depressive Erkrankung.

#### 4.4.2. Vergleich der klinischen Diagnosen mit dem ADN

Es haben 61 Patienten sowohl im ADN als auch klinisch eine AS (s. Tab. 15). Das sind ca. 25% der insgesamt 240 Patienten. Die restlichen 106 Patienten, die im ADN eine AS haben, erhielten von den Klinikern in erster Linie die Diagnosen F33.1 (rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode; 16,9%) und F32.1 (mittelgradig depressive Episode; 14,1%), gefolgt von F45.4 (Anhaltende Schmerzstörung) und

Angststörungen (F41.2; F40.01; F41.1 etc). Damit zeigt sich, dass sich besonders viele Probanden mit depressiven Erkrankungen bei den im ADNM Auffälligen wiederfinden lassen. Für andere Störungsklassen nach ICD-10 ergibt sich hingegen eine Gleichverteilung für die im ADNM Auffälligen und Unauffälligen.

Tabelle 15: Kreuztabelle Diagnose Kliniker \* Diagnose AS im ADNM

		Diagnose AS klinisch		Gesamt
		JA	NEIN	
Diagnose AS im ADNM	JA	61 (25,7%)	106 (44,8%)	167 ( 70,5%)
	NEIN	31 (13,1%)	39 (16,4%)	70 ( 29,5%)
Gesamt		92 (38,8%)	145 (61,2%)	237 (100%)

#### 4.4.3. Vergleich der Diagnosen des strukturierten Interviews mit dem ADNM

7,9% (19 Patienten) haben sowohl im SKID als auch im ADNM eine Anpassungsstörung. Tabelle 16 zeigt, welche Diagnosen die 167 (70,5%) Patienten mit Anpassungsstörung im ADNM im CIDI aufweisen.

Tabelle 16: Die häufigsten CIDI-Diagnosen der 167 Patienten (=100%) mit AS im ADNM

<b>Diagnosen im CIDI</b>	<b>Häufigkeit % (n)</b>
<b>Depressive Störungen</b>	
F34.1 Dysthymia	54,5% (91)
F32.2 Schwere depressive Episode	30% (50)
F32.1 Mittelgradig depressive Episode	15% (25)
F33.2 Rezidivierende depr. Störung, schwere Episode	13,7% (23)
<b>Somatoforme Störungen</b>	
F45.4 Anhaltende Schmerzstörung	35,3% (59)
<b>Angststörungen</b>	
F40.21-F40.25 Spezifische Phobien	32,3% (54)
F41.1 Generalisierte Angststörung	16,7% (28)
F40.01 Agoraphobie mit Panikstörung	14,3% (24)
F40.1 Soziale Phobie	13,1% (22)
F41.0 Panikstörung	13,1% (22)
<b>PTBS</b>	13,1% (22)

Von den 49 Patienten, die im CIDI keine Diagnose oder keine die Symptomatik erklärende Diagnose aufweisen, haben im ADNM 21 eine Anpassungsstörung (s. Abb. 5). Auch Patienten ohne ICD-10 Diagnose in SKID und CIDI sind im ADNM als auffällig eingestuft worden.

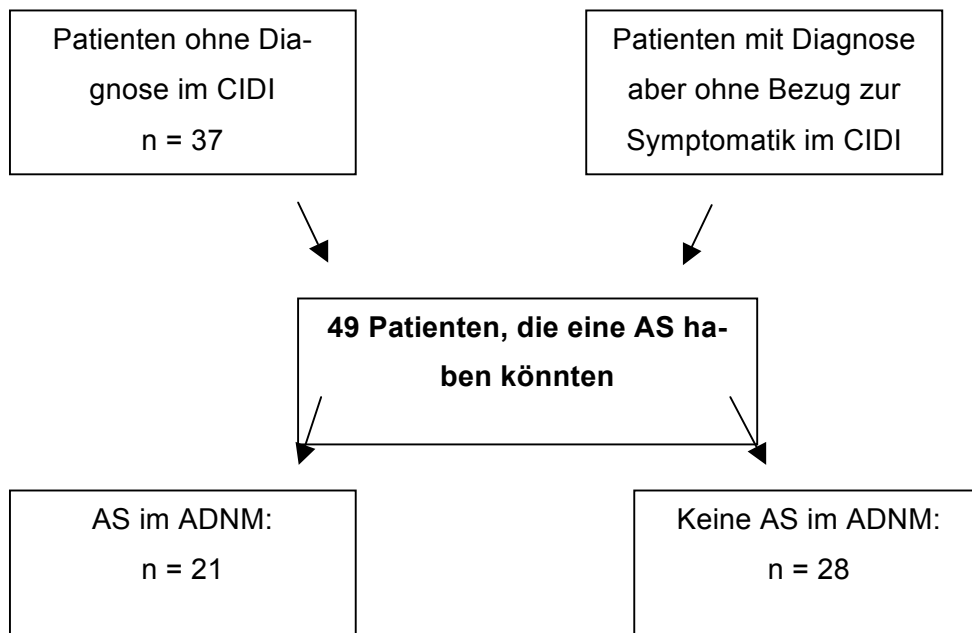


Abb. 5: Diagnostischer Verlauf der 49 Patienten ohne oder mit die aktuelle Symptomatik nicht erklärender Diagnose im ADNM

Geht man von den Prävalenzraten des SKID aus, ergibt sich zwischen strukturiertem Interview und ADNM eine weniger gute Übereinstimmung. Von den 38 Patienten mit Anpassungsstörung im SKID zeigen nur 19 im ADNM ebenfalls eine Anpassungsstörung. Zu beachten ist, dass das SKID sich streng nach den Leitlinien des DSM-IV richtet, nach denen eine Anpassungsstörung nur diagnostiziert werden darf, wenn die diagnostischen Kriterien für keine andere Achse-I-Störung zutreffen. Demnach wird hier schon eine Vorselektion der Patienten getroffen. Würde man im ADNM ebenfalls nach diesem Kriterium vorgehen und all die Patienten eliminieren, die im Interview (CIDI) eine andere Diagnose aufweisen oder eine die aktuelle Symptomatik nicht erklärende Diagnose, so würde sich die Anzahl der Anpassungsstörungen auf circa 9% (21 der 240 Patienten) reduzieren (Im Vergleich dazu ergab sich, wie oben bereits genannt, eine Zahl von 70% in der initialen Analyse).

Vergleicht man weiterhin die Subtypen im ADNM und SKID, findet man nur geringfügige Unterschiede. Bei beiden tritt der depressive Subtyp am häufigsten auf. Anders verhält es sich mit dem Subtyp Impulsivität. Dieser kommt im ADNM an zweiter Stelle, während er im SKID kaum vergeben wurde. Hier muss allerdings beachtet werden, dass die Subtypeneinteilung in beiden Konstrukten unterschiedlich ist; so gibt es im SKID zum Beispiel den Subtyp „Angst und Depressivität gemischt“, im ADNM hinge-

gen wird dies unterteilt in den Subtyp „Angst“ und den Subtyp „Depressivität“ als eigene Kategorien.

#### 4.4.4. Zusammenfassung

Der Vergleich der Untersuchungsinstrumente zur Erfassung von Anpassungsstörungen ergibt für das Auftreten dieser Diagnose je nach Erhebungsmethode Werte zwischen 15,8% und 70,5% (siehe Abb.6). Die niedrigste Prävalenz findet sich im strukturierten Interview, die höchste im ADNM. Die an ICD-10-Kriterien orientierten Diagnosen der Kliniker nehmen mit Prävalenzen um 38,3% eine Zwischenstellung ein.

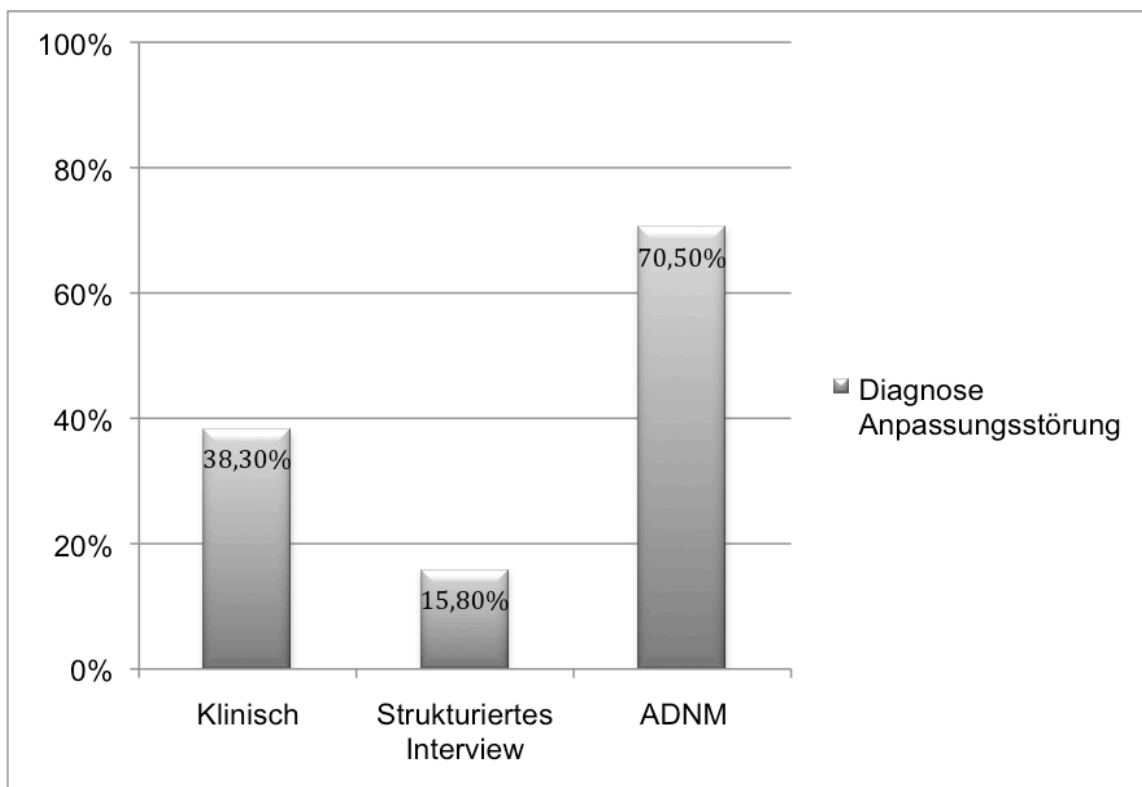


Abb.6: Häufigkeit der Anpassungsstörung in der Untersuchungsstichprobe (n=240) in allen 3 Erhebungsmethoden

#### 4.5. **Validität des neuen diagnostischen Konzept**

Im weiteren Verlauf wird untersucht, ob der Fragebogen ADNM geeignet ist, die im Interview gestellte Diagnose Anpassungsstörung abzubilden. Dazu werden die Daten des Fragebogens unter Erstellung von Kreuztabellen mit den Diagnosen aus dem strukturierten klinischen Interview verglichen. Anschließend werden die Messinstru-

mente hinsichtlich ihrer Spezifität und Sensitivität, mit der sie eine Anpassungsstörung erfassen beziehungsweise ausschließen, überprüft. Die Spezifität gibt die Wahrscheinlichkeit an, mit der ein Gesunder als gesund erkannt wird, also den Anteil derer, die keine Anpassungsstörung im SKID und auch unauffällige Werte im ADNМ haben, an der Gesamtzahl aller Patienten, die im SKID keine Diagnose erhalten haben. Die Sensitivität eines Testes gibt die Wahrscheinlichkeit an, mit der Kranke als wirklich krank erkannt werden, das heißt der Anteil von Patienten, der sowohl im SKID als auch im Fragebogen eine Anpassungsstörung als Diagnose erhalten hat, wird in Beziehung gesetzt zu dem Anteil derer, die im SKID eine Anpassungsstörung aufweisen. Die Ergebnisse zeigen, dass der ADNМ eine sehr geringe Spezifität und nur eine mittlere Sensitivität aufweist. Man kann jedoch hier keine Unterscheidung in gesund und krank vornehmen, da in der vorliegenden Studie eine Vorselektion der Patienten stattgefunden hat. Folglich gibt es keine gesunden Probanden, da die Patienten alle einen Rehabedarf aufweisen. Die Werte beziehen sich daher eher auf die im ADNМ auffälligen und unauffälligen Patienten.

Tab. 17: Kreuztabelle zur Ermittlung von Sensitivität und Spezifität des ADNМ mit Gegenüberstellung der auffälligen und unauffälligen Patienten im ADNМ und im SKID

		Diagnose AS im SKID		Gesamt
		JA	NEIN	
Diagnose AS im ADNМ	JA	19 (8%)	148 (62,5%)	167 (70,5%)
	NEIN	19 (8%)	51 (21,5%)	70 (29,5%)
Gesamt		38 (16%)	199 (84%)	237 (100%)

$$\text{Sensitivität}_{\text{ADNM}} = 19 / (19+19) = 0,5 = 50\%$$

$$\text{Spezifität}_{\text{ADNM}} = 51 / (148+51) = 0,25 = 25\%$$

Insgesamt zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass der ADNМ in der Lage ist, emotionale Reaktionen auf Belastungen zu messen. Dies zeigen die hohen Werte in den einzelnen Skalen.

Die folgende Tabellen 18 sowie Abbildung 7 stellen die einzelnen Erhebungsinstrumente nochmals gegenüber und zeigen so die geringe Übereinstimmung der Diagnose Anpassungsstörung in allen drei Konstrukten. Hier wird klar deutlich, dass geeignete



Erhebungsinstrumente, die dieses Störungsbild präzise erfassen, noch immer nicht zur Verfügung stehen. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass SKID und ADNM von unterschiedlichen Definitionen des AS ausgehen. Weitere Forschung ist deshalb unbedingt notwendig.

Tabelle 18: Kreuztabelle Diagnose Kliniker\*Diagnose AS im SKID

		Diagnose AS SKID		Gesamt
		JA	NEIN	
Diagnose AS klinisch	JA	17 (7,1%)	75 (31,4%)	92 (38,5%)
	NEIN	21 (8,7%)	126 (52,7%)	147 (61,5%)
Gesamt		38 (15,8%)	201 (84,1%)	239 (100%)

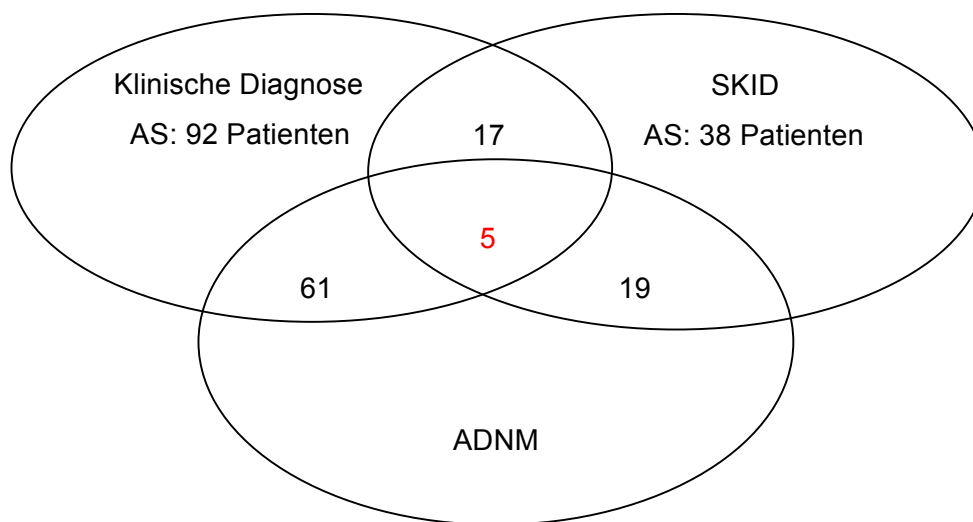


Abb. 7: Übereinstimmung der Diagnose AS in allen 3 Erhebungskonstrukten

## **5. Diskussion**

In der vorliegenden Studie wird die Prävalenz der Anpassungsstörung bei Patienten einer Psychosomatischen Rehabilitationsklinik mit unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten untersucht. Hier sollen zunächst die einzelnen Ergebnisse diskutiert werden. Im darauf folgenden Abschnitt werden mögliche methodische Probleme zusammengefasst und im letzten Teil weiter gehende Forschungsperspektiven erörtert.

### **5.1. Untersuchungsansatz und methodisches Vorgehen**

In der vorliegenden Arbeit wurden in einem querschnittlich angelegten Studiendesign 248 Patienten, die im Zeitraum von Oktober 2007 bis Dezember 2008 in der Fachklinik für Psychosomatische Medizin, Mediclin Bliestal Kliniken in Blieskastel, aufgenommen wurden, mit einem strukturierten klinischen Interview (CIDI/ SKID) befragt und füllten ergänzend einen Fragebogen zur Erfassung von Anpassungsstörungen aus. Von den 248 Patienten haben 8 das Interview abgebrochen; so ergibt sich ein endgültiger Datensatz von 240 Teilnehmern. Im klinischen Interview (CIDI/ SKID) erfolgte eine differenzierte Diagnosestellung. Da das CIDI die Kategorie Anpassungsstörung nicht erfasst, wurde es dabei um das entsprechende Modul des SKID ergänzt.

Die in der Stichprobe vorliegende Alters- und Geschlechtsverteilung deckt sich weitestgehend mit den Befunden aus anderen Studien im psychosomatischen Versorgungsbereich. So liegt das Verhältnis von Frauen zu Männern in der Studie von Bley et al. (2007) bei 61% zu 39%. Nach eine Studie von Maercker et al. (2008) ergibt sich eine Geschlechterverteilung von ca. 58% Frauen und 42% Männer. In der vorliegenden Studie liegt das Verhältnis von Männern zu Frauen bei 77% zu 23%. Die Altersverteilung der vorliegenden Studie korrespondiert auch mit der Altersverteilung von der nach Bley et al. (2007) untersuchten Stichprobe. Bei Bley et al. (2007) liegt der Altersdurchschnitt bei 45,44 Jahren, in der hier vorliegenden Studie ergibt sich ein Mittelwert von 48,67 Jahren. Die soziodemografischen Daten der vorliegenden Studie entsprechen auch denen der Jahresstatistik der Deutschen Rentenversicherung von 2007 für die Fachklinik für Psychosomatische Medizin in Blieskastel (s. Methodenteil, Tabelle 4). Somit kann die hier erfasste Stichprobe als repräsentativ für Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen angesehen werden.

## 5.2. Prävalenz der Anpassungsstörung

### 5.2.1. Prävalenz der Anpassungsstörung im klinischen Alltag

In der vorliegenden Studie diagnostizieren die Kliniker in 38,3% der Fälle eine Anpassungsstörung, das heißt mehr als ein Drittel der in die Studie eingeschlossenen Patienten erhalten diese Diagnose. Demnach ist die Anpassungsstörung die von den Klinikern am häufigsten gestellte Diagnose. Mit jeweils 10,4% folgen Diagnosen aus dem depressiven Störungskreis, wie die „Mittelgradige depressive Episode“ (F32.1) und die „Rezidivierende depressive Störung“ (F33.1).

Erwartungsgemäß finden sich in klinischen Gruppen höhere Prävalenzraten für die Anpassungsstörung als in der Allgemeinbevölkerung. Insgesamt schwanken die Zahlen allerdings stark in Abhängigkeit von den Untersuchungsmethoden und den verwendeten Diagnosesystemen. Im Konsil-Liaisondienst liegen die Prävalenzen zwischen 8 und 12%; in der ambulanten psychiatrischen Versorgung zwischen 10 und 30% (Arolt et al. 1995, APA 2003). In Abteilungen für psychosomatische Medizin ergibt sich eine Häufigkeit der Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen von rund 48% (Arolt et al. 1995). Eine Differenzierung der Störungen liegt leider nicht vor. In psychosomatischen Rehabilitationskliniken findet sich nach der Statistik der Deutschen Rentenversicherung bei 17% der Patienten eine Diagnose aus dem Bereich „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) (Amberger et al. 2005). Diese Daten sind allerdings nicht in die Störungsbilder „Anpassungsstörung“ und „Posttraumatische Belastungsstörung“ unterteilt, so dass keine konkrete Aussage über den jeweiligen Anteil möglich ist. Die Jahresstatistik des Deutschen Rentenversicherungsbundes für die Fachklinik für Psychosomatische Medizin in Blieskastel aus dem Jahr 2007 zeigt ähnliche Zahlen wie die in der vorliegenden Studie erhobenen. Insgesamt 72% der Patienten (n=1113) erhielten eine Diagnose aus der Kategorie „Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen“. Rund 41% der gesamten Stichprobe (n=1113) sind in F43 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ wiederzufinden (Verbund Deutscher Rentenversicherungsträger, 2007). Eine genaue Differenzierung der einzelnen Störungen wird auch hier leider nicht vorgenommen. Nach den Daten der vorliegenden Studie kann man aber davon ausgehen, dass der größte Teil dieser Patienten der Kategorie „Anpassungsstörung“ zuzuordnen ist. Obwohl die vorliegende Studie keine reine Zufallsstichprobe darstellt, sondern teilweise durch Selbstselektion zustande kam, repräsentiert sie doch die Daten der Jahresstatistik von 2007.

Insgesamt macht die Anpassungsstörung in psychosomatischen Rehabilitationskliniken einen großen Anteil der Diagnosen aus, obwohl der Rehabilitationsbedarf in dieser Diagnosegruppe durchaus kritisch diskutiert wird (Amberger et al. 2005). Sowohl kurze als auch längere depressive Reaktionen können zwar zu Arbeitsunfähigkeit oder Minderung der Leistungsfähigkeit führen, eine erhebliche Gefährdung durch eine Anpassungsstörung besteht, aufgrund der definitionsgemäß leicht ausgeprägten Symptomatik jedoch üblicherweise nicht. Es liegt in solchen Fällen keine Rehabilitationsbedürftigkeit vor. Allerdings können Anpassungsstörungen mit der Entwicklung einer zusätzlichen psychischen Erkrankung (z.B. Angststörungen) verbunden sein. Sollten also psychische Komorbiditäten oder eine massive Einschränkung der Leistungsfähigkeit und Lebensqualität auftreten, können Rehabilitationsmaßnahmen sich als sinnvoll erweisen (Amberger et al. 2005). Gerade bei Rehabilitanden mit beruflichen Konfliktsituationen (z. B. Mobbing) scheinen AS eine häufige Diagnose zu sein (Kobelt et al. 2009). Da solche berufliche Situationen als Auslöser psychischer Probleme einen Schwerpunkt der Psychosomatischen Fachklinik in Blieskastel darstellen, könnte die hohe Prävalenz der Anpassungsstörung auch zum Teil hierauf zurückzuführen sein.

#### 5.2.2. Prävalenz der Anpassungsstörung in der strukturierten Diagnostik

Das strukturierte Interview diagnostiziert nur in 15,8% eine Anpassungsstörung. Der größte Teil der Patienten, die klinisch die Diagnose Anpassungsstörung erhalten haben, zeigen im CIDI ein depressives Störungsbild (55,4% Dysthymia, 32,4% schwere depressive Episode, 21,6% mittelgradig depressive Episode). Betrachtet man die Diagnosen des strukturierten Interviews alleine, so ergibt sich insgesamt eine sehr hohe Prävalenz depressiver Erkrankungen (47% Dysthymia, 25% schwere depressive Episode, 13,3% mittelgradig depressive Episode). Ähnliche Zahlen zeigt eine bereits 2006 veröffentlichte Studie bei Unfallpatienten (Taggart et al. 2006). Auch hier werden Diagnosen von erfahrenen Ärzten und Psychotherapeuten mit solchen eines strukturierten Interviews (SKID) verglichen. Die strukturierte Diagnostik ergibt in 7,8% eine Anpassungsstörung und in über 30% der Fälle eine Depression als Diagnose. Klinisch hingegen liegt die Anpassungsstörung mit 31,8% an erster Stelle.

Obwohl das CIDI auf den Leitlinien der ICD-10 und des DSM-IV basiert, erfasst es die Kategorie der Anpassungsstörung nicht. Daher wurde es in der vorliegenden Studie um das entsprechende Modul des SKID ergänzt. Wohl aufgrund der Tatsache, dass es keine geeigneten Interviewinstrumente für die Anpassungsstörung gibt, existieren auch nur wenige epidemiologische Studien zu diesem Thema. Das CIDI und ähnliche struk-

turierte Interviews (z.B. CIS-R) haben die Anpassungsstörung gar nicht aufgenommen. Im SKID wird der Teil für Anpassungsstörungen häufig zugunsten einer „höherwertigen“ Diagnose übersprungen. Das Ergebnis einer Studie, bei der ebenfalls ein strukturiertes Interview angewendet wurde, überrascht daher nicht sonderlich: nur 2,7 % der Patienten mit selbstverletzendem Verhalten wiesen eine Anpassungsstörung auf, wohingegen bei 70,7 % eine Depression diagnostiziert wurde (Haw et al. 2001). Die hohen Werte depressiver Erkrankungen könnten auf eine Fehleinordnung durch das Interview zurückzuführen sein; das Fehlen geeigneter diagnostischer Werkzeuge erschwert die Diagnosestellung einer Anpassungsstörung und ihrer Abgrenzung gegenüber „höherwertigen“ pathologischen Störungen auf der einen und „normalen“ Adaptationsprozessen auf der anderen Seite.

### 5.2.3. Prävalenz der Anpassungsstörung im ADN

Die Patienten der Fachklinik für Psychosomatische Medizin in Blieskastel geben eine Vielzahl von Belastungen in ihrem Leben an. Es können somit unterschiedliche auslösende kritische Lebensereignisse bei den befragten Patienten erhoben und differenziert werden. Die Mehrzahl der belastenden Situationen beziehen sich auf den Bereich „Arbeit“ (Konflikte, Mobbing, Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit). Der zweitwichtigste Lebensbereich ist die Familie (z.B. Trennung, Scheidung, Erkrankung oder Pflege eines Angehörigen u.a.) und finanzielle Probleme. Hinsichtlich der angegebenen belastenden Ereignisse gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Ähnliche Ergebnisse zeigt auch die Studie von Bley et al. (2007).

70,5% der 240 Patienten erhalten nach den Kriterien des ADN die Diagnose Anpassungsstörung. In diesem Zusammenhang muss hervorgehoben werden, dass, nach den bisherigen Leitlinien, im strukturierten Interview (SKID) nur bei den Patienten eine Anpassungsstörung diagnostiziert werden konnte, bei denen keine andere psychische Störung vorlag oder eine andere Störung, die die aktuelle Symptomatik des Patienten nicht ausreichend erklärte. Demnach wurde hier schon eine Art Vorselektion der Patienten getroffen. Den ADN hingegen füllten ausnahmslos alle Patienten aus, unabhängig von den Diagnosen, die im Interview herauskamen. Während in der strukturierten Diagnostik die Anpassungsstörung eher nach Ausschlussprinzip diagnostiziert wird (Belastung ja/nein, zeitlicher Faktor, keine Trauerreaktion, keine andere psychische Störung), ermöglicht der ADN eine präzise Benennung von emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Reaktionen auf einen identifizierbaren Stressor. Dies erklärt

die auf den ersten Blick sehr hoch erscheinende Prävalenz der Anpassungsstörung im ADNM.

Eine Studie nach Maercker et al. (2008) überprüfte das neue diagnostische Konzept bei Patienten zwischen dem 65. und 96. Lebensjahr. Hier ergab sich eine Prävalenz von 2,3% für die Anpassungsstörung mit dem ADNM, im Vergleich zur vorliegenden Studie ein sehr geringer Wert. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die belastenden Ereignisse und Stressoren für eine Anpassungsstörung bei der Studie von Maercker et al. retrospektiv beurteilt wurden. Dementsprechend ist eine Erinnerungsverzerrung im Sinne eines Recall Bias eine häufig auftretende Fehlerquelle und kann zu falsch-niedrigen Prävalenzen führen. Die in dieser Arbeit vorgestellte Studie wurde prospektiv durchgeführt. Bei den meisten Patienten trat die Belastung bzw. der Stressor erst kurze Zeit (Wochen bis Monate) vor Klinikaufenthalt auf. Zudem hat Maercker eine bevölkerungsbasierte Erhebung durchgeführt, bei der entsprechend auch gesunde Probanden mit eingeschlossen wurden. In der vorliegenden Studie hingegen bestand die Stichprobe nur aus Patienten, die schon stationär oder teilstationär aufgenommen waren, das heißt die Rehabedürftigkeit dieser Patienten wurde zuvor durch mehrere Stellen (Niedergelassener Arzt, Deutsche Rentenversicherung, Rehaklinik) geprüft und bestätigt. Dementsprechend handelt sich bei der vorliegenden Stichprobe um ein Patientenkollektiv mit ausschließlich kranken Probanden.

In der Studie von Bley et al. (2007) wurden 49% der insgesamt 96 in die Studie eingeschlossenen Patienten im ADNM als auffällig eingestuft. Im klinischen Interview erfüllten 16% die Kriterien für eine Anpassungsstörung. Auch hier zeigen sich deutlich höhere Werte im ADNM. Ein Unterschied zur vorliegenden Studie ist allerdings, dass die Diagnose Anpassungsstörung von Klinikern nicht nach ICD-10 Diagnose vergeben wurde, sondern mithilfe eines strukturierten Interviews, das sich an den neuen diagnostischen Kriterien für die Anpassungsstörung orientiert. Dieses ist allerdings noch nicht veröffentlicht und validiert. Interessant wäre es hier in zukünftigen Studien, beide Messinstrumente mit einzubeziehen und an größeren Stichproben im Vergleich zu bewerten.

Erste Ergebnisse zum ADNM zeigte auch eine Studie von Einsle et al. (2010). Hier wurden zum einen Patienten mit Herzrhythmusstörungen und zum anderen Patienten einer psychosomatischen Ambulanz befragt. Während viele der Patienten mit Herzrhythmusstörungen angaben, keine Belastung zu haben, berichteten ausnahmslos alle psychosomatischen Patienten von mindestens einer belastenden Lebenssituation. Dies bestätigt auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie, bei der alle Patienten

mindestens eine belastende Situation in ihrem Leben angaben. Weiterhin zeigte sich, dass der ADNМ ein reliables und valides Instrument zur Erfassung von Anpassungsstörungen nach dem neuen Diagnosevorschlag ist. Wie aber auch die vorliegende Arbeit bestätigt, tauchen vor allem Probleme in der Abgrenzung zu nahen Konstrukten auf, in erster Linie zu der Depression und zu der PTBS.

### 5.3. Diagnostische Methoden im Vergleich

#### 5.3.1. Vergleich Klinische Diagnose – strukturierte Diagnostik (CIDI/SKID)

Die große Diskrepanz zwischen klinischer und strukturierter Diagnostik und die höheren Prävalenzen depressiver Störungsbilder im strukturierten Interview sind unter anderem auf eine unterschiedliche Beachtung des C-Kriteriums des DSM-IV zurückzuführen. Hiernach dürfen Anpassungsstörungen nur diagnostiziert werden, wenn keine andere Achse-I-Störung vorliegt. Der Nachweis, dass dieses Kriterium zu einer Verschmelzung der Anpassungsstörung mit einer Depression führen kann und damit zu einer Überdiagnostizierung der letzteren, zeigte eine bereits 2006 veröffentlichte Studie bei Unfallpatienten. Taggart et al. (2006) zeigten darin, dass Kliniker in 31,8% eine Anpassungsstörung und in 19,5% eine Major Depression diagnostizierten, während bei der Verwendung eines strukturierten Interviews (SKID) nur in 7,8% der Fälle eine Anpassungsstörung und bei 36,4% eine Depression als Diagnose gestellt wurde. In diesem Zusammenhang scheint dem vorangegangenen belastenden Ereignis in der klinischen Praxis eine wesentlich größere Bedeutung zugemessen zu werden, als dies die aktuellen Klassifikationssysteme vorsehen. Demnach ist anzunehmen, dass Kliniker eine Anpassungsstörung vergeben, wenn eigentlich eine spezifischere Störung diagnostiziert werden müsste.

Die Problematik der differentialdiagnostischen Abgrenzung von Anpassungsstörung und Depression wurde auch in einer Studie von Baumeister et al. (2008) aufgegriffen. Hier wurden Daten zu Anpassungsstörungen im Sinne einer reaktiven Depression erhoben. Die Studie untersuchte die Häufigkeit und Charakteristika von Personen mit reaktiven im Vergleich zu Personen mit anders ausgelösten depressiven Störungen. Wie auch bei der vorliegenden Studie wurde das CIDI zur Diagnoseerhebung eingesetzt. In Bezug auf die 4-Wochen- und die 12-Monats-Prävalenz lagen deutlich häufiger reaktive als anders ausgelöste Depressionen vor. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Symptomatik zwischen reaktiven und anderen depressiven Störungen. Baumeister et al. verdeutlichen damit die schwierige diagnostische Abgrenzung von Anpassungsstörungen und depressiven Störungsbildern und damit die Notwendigkeit einer konzeptionellen Überarbeitung der diagnostischen Kriterien.

„Verwenden Kliniker die Anpassungsstörung eventuell als Ausschlussdiagnose, wenn die Kriterien für keine andere Störung zutreffen?“ „Werden Anpassungsstörungen damit als eine Art „Lückenfüller“ betrachtet?“ Dies sind Fragen, die im Zusammenhang mit einer kritischen Betrachtung des bisherigen Konzeptes der Anpassungsstörung



immer wieder auftauchen. Die häufige Vergabe der Diagnose Anpassungsstörung im klinischen Kontext lässt vermuten, dass in der Praxis auf ätiologische Erklärungen ein wesentlich größeres Gewicht gelegt wird, als dies in den Klassifikationssystemen vorgesehen ist. Bei der ICD und dem DSM stehen die Symptomausprägung und die Symptomschwere im Mittelpunkt der diagnostischen Einschätzung. Diese Interpretation wird durch die vorliegenden Ergebnisse insofern bestätigt, dass die Kliniker zwar einzelne depressive Episoden als AS einschätzen, nicht aber Episoden im Rahmen einer bipolaren oder rezidivierenden depressiven Störung. Weiterhin ist anzunehmen, dass manche Kliniker glauben, die Diagnose AS sei weniger stigmatisierend, weil die Patienten mit dieser Diagnose in der Vorgeschichte beispielsweise noch eine Berufsunfähigkeitsversicherung erhalten, mit einer rezidivierend depressiven Störung aber nicht. Da die Krankenversicherungen in der Regel offizielle Kodierungen verlangen, wird die Diagnose Anpassungsstörung vermutlich auch häufig zu einer Art Platzhalterdiagnose. Nicht zuletzt fällt es den Betroffenen selbst schwer, die Diagnose einer Depression zu akzeptieren. Das Gefühl, diskriminiert zu werden, gehört als Symptom fast notgedrungen zur Depression. Wer an depressiven Symptomen leidet, kann sich häufig nicht mehr als wertvoll erleben, und damit besteht die Gefahr, dass das Diskriminierende dieses Gefühls in die Umgebung und in die Gesellschaft zu projiziert wird. Da es aber tatsächlich auch diskriminierende Aspekte gegenüber psychisch Kranken gibt, sieht sich der Kranke auch immer wieder in seinem Gefühl der Wertlosigkeit und des Ausgrenztwerdens bestätigt. Die Diagnose Anpassungsstörung hingegen wird von den Patienten leichter akzeptiert, da sie als zeitweise normale Reaktion auf ein belastendes Ereignis, und oft nicht als pathologischen Zustand, verstanden wird.

Auch bei der Abgrenzung der Anpassungsstörung zur normalen Belastungsverarbeitung (z.B. der normalen Trauerreaktion) muss die große interindividuelle Variabilität beachtet werden. Zur Diagnosestellung ist in diesem Fall mehr als nur eine Beschreibung der einzelnen Symptome erforderlich. Hier ist die Beurteilung wichtig, ob die Reaktion der betroffenen Person auf den entsprechenden Stressor oder die Belastung über das „normale bzw. erwartbare Maß“ hinausgeht. Im Konzept der Anpassungsstörung ist diese Frage immer durch die Vulnerabilität des Individuums beantwortet. Ob aber nun eine solche Vulnerabilität besteht, und wie groß diese wiederum ist, hängt entweder vom subjektiven Urteil des Patienten selber oder vom entsprechenden Untersucher ab. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass hier die Bewertung durch den Therapeuten auf dem Boden seiner Erfahrung und Perspektive eine wichtige Rolle spielt. Eine solche Beurteilung ist durch die strukturierte Diagnostik nicht oder nur in begrenztem Umfang möglich. Je nach inhaltlicher Bewertung und Gewichtung der vorhandenen Beschwerden eines Patienten durch den Therapeuten können unterschiedliche Dia-

gnosen zur Klassifikation der Symptomatik in Betracht kommen. In der strukturierten Diagnostik hingegen wird die Symptomatik streng anhand der Leitlinien der entsprechenden Diagnose zugeordnet. Bei der Abgrenzung zu „normalen“ Adaptationsprozessen ergibt sich auch immer wieder die Frage, was als „normal“ verstanden wird. Baumeister et al. (2009) weisen auf dieses Problem hin und machen deutlich, dass die Bewertung auch stark auf die Hintergründe des Stressfaktors zurückzuführen ist. Weiterhin betonen sie auch die Bedeutung des klinischen Kriteriums der Anpassungsstörung, d.h. sowohl einem „deutlichen Leiden“ auf eine vorangegangene Belastung, als auch eine erhebliche Beeinträchtigung im sozialen und beruflichen Bereich. Sie fordern die Erfüllung beider Kriterien und nicht nur eines von beiden wie es in den bisherigen Klassifikationssystemen vorgeschlagen ist.

Weiterhin besteht, wie oben bereits angedeutet, das Problem der differentialdiagnostischen Abgrenzung zwischen Anpassungsstörung und depressiven Erkrankungen. Die Abgrenzung der Dysthymia von den Anpassungsstörungen gelingt am leichtesten durch die Dauer der Symptomatik, die bei einer Anpassungsstörung im Regelfall auf 6 Monate begrenzt ist. Nur bei der „längeren depressiven Reaktion“ ist eine Dauer von bis zu mehreren Jahren möglich. Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen der Anpassungsstörung und der im Interview sehr häufig diagnostizierten Dysthymia liegen eventuell in der Ähnlichkeit der Symptomatik und dem möglichen Vorhandensein vorangehender Stressoren. Zu beachten ist allerdings, dass eine Anpassungsstörung in Form einer längeren depressiven Reaktion in eine depressive Episode oder eine Dysthymia übergehen kann.

Es besteht offensichtlich eine Kluft zwischen dem diagnostischen Vorgehen in der klinischen Praxis, welches Symptomatik, Kontext, Dauer und das dynamische Geschehen berücksichtigt, und den standardisierten Methoden, die sich streng an die spezifischen krankheitsbezogenen Symptome und die vorgegebenen Kriterien der Leitlinien halten. Nirgends wird dies so deutlich wie bei der Anpassungsstörung. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie korrelieren hier eng mit den Ergebnissen von Taggart et al. (2006).

### 5.3.2. Vergleich ADN – Klinische Diagnose

61 Patienten haben sowohl im ADN als auch klinisch die Diagnose einer Anpassungsstörung erhalten. Die restlichen Patienten mit AS im ADN erhielten von den Klinikern in erster Linie Diagnosen aus dem depressiven Störungskreis (F33.1, F32.1)

sowie Angststörungen (F41.2, F40.01, F41.1). Damit zeigt sich, dass sich besonders viele Patienten mit depressiven Erkrankungen bei den im ADNM Auffälligen wiederfinden lassen. Dies wiederum macht deutlich, dass die differentialdiagnostische Abgrenzung zwischen Anpassungsstörung und depressiven Störungen weiterhin schwierig bleibt. Das ADNM diagnostiziert die Anpassungsstörung allerdings anhand der neuen diagnostischen Kriterien nach Maercker et al. (2007), fragt also neben den entsprechenden auslösenden Belastungssituationen auch gezielt nach Symptomen wie Intrusion, Fehlanpassung und Vermeidung. Die Kliniker hingegen stützen sich bei der Diagnosevergabe vermutlich, wie bereits erwähnt, in erster Linie auf die Ätiologie und die Hintergründe, die zur entsprechenden Symptomatik geführt haben.

### 5.3.3. ADNM – strukturierte Diagnostik (CIDI/SKID)

Die sehr hohe Diskrepanz von 15,8% Anpassungsstörung im strukturierten Interview und 70,5% auffälliger Patienten im ADNM könnte ein Hinweis dafür sein, dass der Cut-off-Wert für die Identifizierung einer AS im ADNM nicht richtig gewählt worden ist. Der größte Teil der im ADNM auffälligen Patienten verteilt sich demnach auf andere Störungsbilder im CIDI. Den Hauptanteil der im ADNM als auffällig eingestuften Teilnehmer stellen hierbei depressive Patienten. Dies untermauert die Problematik der Abgrenzung zwischen Anpassungsstörung und affektiven Störungen, denn Personen mit affektiven Störungen werden ebenfalls hohe Werte in der Skala Depressivität erreichen. Hier stellt sich die Frage: wann vergibt man bei einem Patienten die Diagnose einer Anpassungsstörung und wann beispielsweise die Diagnose einer leichten depressiven Episode? Bisher sind Anpassungsstörungen durch die subsyndromale Ausprägung der Beschwerden gekennzeichnet, d.h. die vorliegende Symptomatik erfüllt nur unzureichend die Kriterien eines depressiven Störungsbildes. Auch ein eindeutig identifizierbarer Stressor ist genau genommen kein Hinweis auf eine Anpassungsstörung, denn auch depressiven Episoden können belastende Ereignisse vorausgehen oder sie können mit Stressoren in einem zeitlichen Zusammenhang stehen.

Eine alleinige Trennung der Anpassungsstörung von der Depression anhand der Symptomanzahl ist nicht ausreichend. Auch die Ergebnisse anderer Studien zeigen, dass immer wieder Schwierigkeiten bestehen, beide Störungsgruppen voneinander zu trennen (Casey et al. 2006). Eine weitere Schwierigkeit des ADNM im Hinblick auf depressive Patienten liegt darin begründet, dass solche Patienten während klinisch manifester Episoden wesentlich sensibler auf Belastungserlebnisse und Lebensveränderungen reagieren. Im Rahmen der depressionstypischen kognitiven Verzerrung können auch sonst als neutral oder gering belastend erlebte Situationen überinterpretiert wer-

den. Schließlich besteht die Gefahr einer falschen Kausalitätszuschreibung. Ereignisse, die vor dem Beginn einer depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden Störung liegen, werden häufig von Patienten als Ursache erlebt, obwohl sie allenfalls Auslöser sind oder nur eine zeitliche Koinzidenz besteht. Demnach werden die Patienten mehr belastende Situationen angeben und auch die Stärke der Belastung höher einschätzen.

Ein weiterer Grund der hohen Diskrepanzen liegt sicherlich auch an dem C-Kriterium des DSM-IV, nach dem eine Anpassungsstörung nur dann diagnostiziert werden darf, wenn keine andere psychische Achse-I-Störung vorliegt. Diese Richtlinie wird im SKID stark berücksichtigt. Würde man im ADNM ebenfalls nach diesem Kriterium vorgehen und all die Patienten herausnehmen, die im Interview (CIDI) eine andere Diagnose oder eine die aktuelle Problematik nicht erklärende Symptomatik aufweisen, so würde sich die Anzahl der Anpassungsstörungen auf 14% (34 der 240 Patienten) reduzieren (Im Vergleich dazu ergab sich, wie oben bereits genannt, eine Zahl von 70% in der initialen Analyse). Hier müssen weitere Untersuchungen in Zukunft feststellen, ob nach dem neuen Konzept Maercker et al., 2007, Einsle et al., in press) Anpassungsstörungen mit oder ohne Achse-I-Komorbiditäten diagnostiziert werden sollten. Weiterhin bleibt die Frage offen, wie sich „normale“ Adaptionsprozesse beim Auftreten von belastenden Situationen von Anpassungsstörungen abgrenzen lassen und wann es notwendig ist, diese zu identifizieren. Hierzu liegen bisher keine Ergebnisse zur Ausprägung des ADNM bei belasteten Personen und bei Gesunden ohne Belastung vor.

Außer von depressiven Erkrankungen müssen die Anpassungsstörungen in Zukunft auch klar von Angststörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen abgegrenzt werden. In diesem Zusammenhang sollte beachtet werden, dass eine frühere Traumatisierung zu einer erhöhten Vulnerabilität führen kann, die auch durch den aktuellen Konflikt verstärkt werden kann. Die vermutete erhöhte Prävalenz für andere psychische Störungen (Strain et al. 1998, Greenberg et al. 1995) nach dem Vorliegen einer Anpassungsstörung macht deutlich, dass die Anpassungsstörung die Vulnerabilität und die Anfälligkeit, psychisch zu erkranken, erhöhen kann. Eine weitere sehr häufig im Interview und auch klinisch gestellte Diagnose ist die anhaltende Schmerzstörung (F45.4). In der strukturierten Diagnostik tritt sie mit einer Prävalenz von ca. 31% auf. Zu berücksichtigen ist hier, dass bei den somatoformen Störungen bei einigen Patienten als sekundäre Erkrankung eine depressive Störung vorliegen könnte, die sich durch erhöhte Werte im ADNM abbildet.

Die wichtigste Erklärung für die hohe Diskrepanz zwischen den Erhebungsinstrumenten ist jedoch, dass beide unterschiedliche Konstrukte erheben. Der ADNМ identifiziert in erster Linie Patienten, die durch äußere Lebensumstände stark belastet sind. Fast alle Patienten geben mindestens eine sie belastende Situation an. Es zeigt sich, dass sich Patienten mit emotionalen Störungsdiagnosen nach ICD-10, d.h. in erster Linie mit depressiven und Angststörungen, bei den im ADNМ auffälligen Personen wiederfinden. Weiterhin muss beachtet werden, dass der ADNМ ein Selbstbeurteilungsverfahren ist, d.h. es können mit Hilfe des Fragebogens die aus Sicht des Patienten resultierenden psychischen Belastungen orientierend bestimmt werden. Die strukturierte Diagnostik ermöglicht eine Diagnosestellung streng anhand der bisherigen Leitlinien, der Interpretationsspielraum ist wesentlich geringer. Würde man das strukturierte Interview (CIDI/SKID) im Vergleich als Goldstandard betrachten, so ergibt sich für den ADNМ eine Spezifität von 0,26 (26%) und eine Sensitivität von 0,5 (50%). In der vorliegenden Studie wäre hier also die Spezifität geringer als die Sensitivität. Eine höhere Sensitivität würde bedeuten, dass der ADNМ Patienten mit einer Anpassungsstörung besser identifiziert als solche ohne Anpassungsstörung. Dies könnte auch zeigen, dass die Abgrenzung zu normalen Adaptionsprozessen nach belastenden Lebensereignissen eine Schwierigkeit darstellt. Angesichts der unterschiedlichen Operationalisierung beider Konstrukte war jedoch auch keine hohe Übereinstimmung zu erwarten. Ein Vergleich im Sinne einer Spezifitäts- und Sensitivitätsbestimmung ist daher insgesamt schwierig. Die Werte können so interpretiert werden, dass der ADNМ zwar in der Lage ist, Patienten zu identifizieren, die einer Belastung ausgesetzt sind, und damit eine Differenzierung zwischen „im ADNМ auffälligen und unauffälligen Patienten“ zu treffen; allerdings war aufgrund der vorselektierten Stichprobe davon auszugehen, dass demnach fast alle Patienten als auffällig eingestuft wurden. Um Sensitivität und Spezifität im eigentlichen Sinn zu prüfen, wäre es daher wichtig, in zukünftigen Studien den ADNМ bei einer nicht vorselektierten Stichprobe, das heißt auch bei gesunden Patienten im Vergleich, einzusetzen.

In der oben bereits genannten Studie von Einsle et al. (2010) zeigte sich, dass der ADNМ ein reliables und valides Instrument zur Erfassung von Anpassungsstörungen nach dem neuen Diagnosevorschlag darstellt. Immer noch offen ist jedoch die Frage der Kriteriumsvalidität des Fragebogens. Da sich die bisherigen diagnostischen Verfahren nach den alten Richtlinien orientieren, bedarf es der Entwicklung eines Goldstandards, basierend auf den neuen diagnostischen Leitlinien nach Maercker et al. (2007). Auch wären in diesem Zusammenhang getrennte Cut-offs sinnvoll, die eine Abgrenzung zwischen Anpassungsstörungen und depressiven Störungsbildern ermöglichen.

#### 5.3.4 Zusammenfassung

Klinisch war die Anpassungsstörung mit einem Anteil von 38,3% die häufigste Diagnose, in der strukturierten Diagnostik fand sich hingegen nur eine Prävalenz von circa 16%. Eine klinisch diagnostizierte Anpassungsstörung erwies sich im CIDI häufig als Dysthymia, aber auch mittelschwere und sogar schwere depressive Episoden wurden klinisch als Anpassungsstörung klassifiziert. Dies könnte darauf hinweisen, dass Kliniker bei ihrer diagnostischen Einschätzung stärkeres Gewicht auf eine kausale Betrachtung legen als das die aktuellen diagnostischen Systeme vorsehen. Eine solche Diskrepanz zwischen klinischer und strukturierter Diagnostik ist unbefriedigend. Die derzeit bestehende diagnostische Unschärfe vor allem zwischen Anpassungsstörungen und depressiven Störungen spricht dafür, Therapiestandards für beide Diagnosegruppen gemeinsam zu formulieren.

Insgesamt gibt es diagnostisch wenige Möglichkeiten, eine Anpassungsstörung zu erheben. Weltweit gebräuchliche standardisierte und strukturierte Interviews erfassen die Kategorie Anpassungsstörung nur unzureichend oder teilweise gar nicht, und auch Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebogen schließen die Anpassungsstörung nicht ein. Die bisherigen Ergebnisse machen deutlich, dass die Idee der Anpassungsstörung als Teil des Stress-Response Syndrom (Maercker et al. 2007) ein gutes Fundament einer neuen Definition darstellt. Nach Maerckers Ansatz finden sich Grundlagen des Konzepts der PTBS für die Anpassungsstörung wieder. Der Unterschied besteht darin, dass bei der PTBS Reaktionen auf traumatische Ereignisse erfasst werden, während die Anpassungsstörung sich „nur“ auf Belastungen, d.h. veränderte Lebensumstände, bezieht. Die Schwierigkeit der Abgrenzung der beiden Störungsklassen könnte darin bestehen, dass die vorangegangenen Ereignisse durch eine subjektive Bewertung des Patienten beeinflusst werden können und auch für den Therapeuten nicht immer eindeutig zuzuordnen sind.

Der ADNMM, basierend auf dem neuen Konzept, stellt eine erste Möglichkeit dar, Anpassungsstörungen anhand von neuen Leitlinien zu diagnostizieren. Mit Hilfe des ADNMM können Patienten identifiziert werden, die im Zusammenhang mit einer Belastung pathologische Reaktionen zeigen und unter Umständen eine Behandlung benötigen. Probleme bestehen nach wie vor, vor allem in der Abgrenzung von depressiven Erkrankungen. Hier müssen zukünftige Studien zeigen, ob eine klare Differenzierung beider Krankheitsbilder nach dem neuen Konzept möglich ist.

Weiterhin muss an dieser Stelle noch einmal hervorgehoben werden, dass in der vorliegenden Studie ausnahmslos alle Patienten eine belastende Situation in ihrem Leben

angeben. In dieser vorselektierten Stichprobe differenziert die strukturierte Diagnostik (CIDI) in unter- und überschwellige Symptomatik. Mit dem ADNМ hingegen wird nur die Symptomatik betrachtet, die die Betroffenen subjektiv mit der Belastung in Verbindung bringen und die auch zeitlich im Anschluss daran aufgetreten ist. Es ist davon auszugehen, dass die Kliniker bei ihrer Diagnoseerhebung versuchen, mehr oder weniger beide Konstrukte mit einzubeziehen. Um dies entsprechend nachzuweisen, wäre es in zukünftigen Studien wichtig, statistisch zu erfassen, mit welchen Methoden und nach welchen Kriterien die Kliniker ihre Diagnosen vergeben. Deutlich wird jedoch insgesamt, dass der Konflikt zwischen einer kausalen Betrachtungsweise und einer reinen Symptombeschreibung auch zukünftig nicht auflösbar sein wird.

#### **5.4. Methodenkritik**

Derzeit existieren nur wenige diagnostische Möglichkeiten, eine Anpassungsstörung systematisch zu erfassen. Ziel dieser Studie war es unter anderem, verschiedene Erhebungsinstrumente zu vergleichen und einen Fragebogen, beruhend auf dem neuen diagnostischen Konzept, zu evaluieren.

Hinsichtlich des ADNМ gab es häufig Kritik auf Seiten der Patienten aufgrund von Missverständlichkeiten einzelner Fragen bzw. Antwortmöglichkeiten. Vor allem bei den Skalen „Wichtigkeit der Bewältigung“ und „Einschätzung der Fähigkeit zur Bewältigung“ kamen viele Patienten mit den Antwortmöglichkeiten „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“ nicht zurecht. Da die Fragebögen vor dem Interview ausgefüllt wurden, konnten Unklarheiten noch nachträglich mit dem Interviewer besprochen werden. Dennoch sollte hier für zukünftige Studien die Formulierung neu gewählt werden, um Missverständnisse und unzureichend ausgefüllte Fragebögen zu vermeiden. Trotz der Kritik an Formulierung und Aufbau des Fragebogens muss an dieser Stelle betont werden, dass der ADNМ zur Zeit die einzige Möglichkeit darstellt, Anpassungsstörungen systematisch zu erfassen. Bisher gibt es keinen Fragebogen, der diese Störung abbildet, und auch weltweit gebräuchliche Instrumente wie standardisierte und strukturierte Interviews vernachlässigen die Anpassungsstörung völlig. Die bisherigen Instrumente zur Diagnostizierung von Anpassungsstörungen (z.B. SKID) basieren auf den aktuellen Leitlinien der Klassifikationssysteme und sind demnach als Goldstandard für die Validierung des ADNМ und des neuen diagnostischen Konzeptes weniger geeignet. Hier zeigt sich die Notwendigkeit, einen Goldstandard für Anpassungsstörungen vorzulegen, anhand dessen das ADNМ validiert werden kann. Ein strukturiertes Interview zur Erhebung von Anpassungsstörungen besteht bereits und wurde erstmals in der Studie

von Bley et al. (2007) mit in die Diagnostik einbezogen. Weitere Studien sind in diesem Zusammenhang notwendig.

Weiterhin gab es auch öfter Verständnisschwierigkeiten bei den im CIDI vorgegeben, stark standardisierten Fragen. Gerade bei der dysthymen Störung waren die Patienten oft überfordert, die vielen Fragen nach zeitlichen Kriterien zu beantworten (zwei Jahre / die meiste Zeit des Tages depressiv / mehr als die Hälfte der Tage in zwei Jahren / mindestens zwei Monate, in denen die Stimmung normal war). Eventuell besteht hier das Risiko einer Überschätzung der Prävalenzraten der einzelnen Störungsklassen. Zudem bietet die Interviewsituation mit der präzisen Erfragung einzelner Symptome im Vergleich zu einer ärztlichen Untersuchung und Anamnese weniger Interpretationsspielraum. Die Prävalenzen der Anpassungsstörung sollten daher kritisch betrachtet werden, da sie stark in Abhängigkeit von den spezifischen Bedingungen, dem klinischen Kontext und auch dem diagnostischen Ansatz schwanken. Dies zeigt wiederum, dass die bisherigen diagnostischen Kriterien zur Erhebung der Anpassungsstörung unbefriedigend sind.

Zuletzt sollte auch bedacht werden, dass bei der Erhebung der Daten sowohl Fehler auf Seiten der diagnostischen Einschätzung der Kliniker als auch der strukturierten Diagnostik auftreten können. Möglicherweise beachten die Kliniker bei Diagnosestellung die entsprechenden Symptom-, Zeit- und Verlaufskriterien der jeweiligen Störung weniger stark, als dies im Interview der Fall ist. Weiterhin werden eventuell Ausschlusskriterien und Komorbiditätsprinzipien nicht berücksichtigt. Anzunehmen ist auch, wie oben schon erwähnt, dass Ärzte und Psychotherapeuten sich durch theoretische Konzepte beeinflussen lassen, die wenig mit der Diagnose zu tun haben (z.B. ätiologische Konzepte). Im Gegensatz zur strukturierten Diagnostik können auch falsche Schlussfolgerungen entstehen, beispielsweise die Annahme, dass bestimmte psychopathologische Phänomene immer zusammen auftreten müssen, oder ein besonders dominantes Merkmal beeinflusst die Wahrnehmung anderer Symptome. Andererseits kann es natürlich bei der Anwendung eines strukturierten oder standardisierten Interviews zu Interviewfehlern kommen, beispielsweise wenn das Interview fehlerhaft angewendet oder einzelne Fragen falsch kodiert werden. Durch zum Teil unpräzise Fragen oder Kriterien kann es hier auch zu einem unzureichenden Informationsgewinn kommen.

In der bisherigen Forschung stellen strukturierte Interviews wie SKID oder CIDI einen Goldstandard für weltweite epidemiologische Studien dar. Hinsichtlich der Kategorie Anpassungsstörungen jedoch weisen diese diagnostischen Erhebungsinstrumente



große Lücken auf. Das neue Konzept nach Maercker et al. (2007) stellt einen ersten Lösungsansatz dar, der Anpassungsstörung ein neues, klareres Profil zu geben. Mit dem ADNM, basierend auf diesen neuen Leitlinien, konnten Anpassungsstörungen erstmals systematisch erhoben werden. Sensibilität und Spezifität des Fragebogens waren in der vorliegenden Studie jedoch unbefriedigend, was aber vermutlich darauf zurückzuführen ist, dass im Vergleich das CIDI als Goldstandard eingesetzt wurde, das sich nach den Leitlinien der bisherigen Klassifikationssystemen richtet. Wichtig wäre es, ein Interview zu entwickeln, das auf den Ideen des neuen Konzepts basiert und in zukünftigen Studien im Vergleich mit dem ADNM zu evaluieren.

## 5.5. Konsequenzen für die Klinik und weiterer Forschungsbedarf

In den bisherigen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV stellt die Anpassungsstörung eine wenig geliebte Restkategorie dar, deren Definition sehr unbefriedigend ist. Trotzdem gehört die Anpassungsstörung für Kliniker zu den am häufigsten verwendeten Diagnosen (Bengel et al. 2009). Bisher liegen zu Anpassungsstörungen noch immer nur wenige Forschungsergebnisse vor. Gerade weil Patienten mit der Diagnose Anpassungsstörung vermutlich ein erhöhtes Risiko für beispielsweise Suizid, Sucht, Schlafstörungen, Ängste sowie für affektive Störungen haben (Strain et al. 1998, Greenberg et al. 1995, Schatzberg et al. 1990), ist es wichtig, Betroffene möglich früh zu identifizieren und ihnen psychotherapeutische Interventionen anzubieten. Außerdem stellen Anpassungs- und Belastungsstörungen klinisch wichtige Störungskategorien mit zunehmender Bedeutung in Forschung und Praxis dar, bedingt z.B. durch sich verschlechternde soziale und berufliche Rahmenbedingungen als mögliche Belastungsfaktoren, sowie auch durch ein weites Spektrum möglicher Traumata (z.B. Gewalt, Naturkatastrophen, Unfälle). Bisherige Fallstricke in der Diagnostik liegen vor allen Dingen bei den unbefriedigenden diagnostischen Kriterien der Anpassungsstörung, die dadurch oft nur eine Verlegenheitsdiagnose darstellte (Casey et al. 2001, Greenberg et al. 1995).

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen auf, dass die Grenzziehung zwischen Anpassungsstörungen und spezifischen Störungskategorien - hier allen voran depressiven Episoden - weiterhin sehr schwierig bleibt. Eine im zeitlichen und klinischen Zusammenhang mit einer belastenden Situation auftretende Symptomkonstellation spricht nicht automatisch für die Diagnose einer Anpassungsstörung. Insbesondere ist auch ungeklärt, inwieweit zum Beispiel eine Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik einen Risikofaktor für die Entwicklung einer depressiven Störung darstellt. Die derzeit bestehende diagnostische Unschärfe zwischen diesen Störungsgruppen spricht dafür, eventuell Therapiestandards für beide Diagnosegruppen gemeinsam zu erstellen. In den zur Zeit laufenden Revisionen des ICD und des DSM soll hierbei unter anderem der Aspekt der Praktikabilität und der therapeutischen Relevanz aufgegriffen und diskutiert werden.

Des Weiteren zeigt sich noch immer ein diagnostisches und logistisches Problem aufgrund des Fehlens eines geeigneten Screeninginstrumentes zur Erfassung der Anpassungsstörung. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass das neue diagnostische Konzept nach Maercker et al. (2007) einen ersten Lösungsansatz dafür dar-

stellt, der Anpassungsstörung ein klareres diagnostisches Profil zu geben. Der auf dem neuen Konzept beruhende Fragebogen (ADNM) ist zwar geeignet, emotionale Reaktionen auf Belastungen zu identifizieren, Probleme tauchen aber vor allem in der Abgrenzung von nahe benachbarten Konstrukten wie z.B. der Depressivität auf. Zur Validierung des ADNM und des neuen diagnostischen Konzeptes sind die bisherigen Erhebungsinstrumente im Vergleich weniger geeignet, da sie sich an den aktuellen Leitlinien der Klassifikationssysteme orientieren. Es zeigt sich die Notwendigkeit, einen Goldstandard für Anpassungsstörungen zu formulieren, anhand dessen der ADNM entsprechend validiert werden kann. Ein strukturiertes Interview zur Erhebung von Anpassungsstörungen besteht bereits und wurde erstmals in der Studie von Bley et al. (2007) eingesetzt. Das Interview ist allerdings bisher nicht veröffentlicht und validiert. In diesem Zusammenhang besteht weiterer Forschungsbedarf.

Die häufige Verwendung der Diagnose Anpassungsstörung im klinischen Alltag spricht außerdem dafür, dass in der Praxis ätiologische Erklärungen eine größere Rolle spielen, als dies in den aktuellen Klassifikationssystemen vorgesehen ist. Obwohl die Kategorie der Anpassungsstörung bereits eine eigene etablierte Störungskategorie darstellt, findet sie bei aktuellen Diskussionen kaum Beachtung. Hieraus ergibt sich die Gefahr, dass auch in den 5. Revision des DSM die differentialdiagnostische Abgrenzung von depressiven Störungsbildern schwierig bleibt. Demnach wäre im Rahmen der Überarbeitung der Klassifikationssysteme großer Wert auf eine klare differentialdiagnostische Schärfung der Störungsklasse Anpassungsstörung, vor allem im Hinblick auf depressive Störungen und Symptomatik, zu legen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass bei der Diagnosevergabe sowohl die individuelle Beurteilung und Gewichtung der Symptomatik durch den Therapeuten eine wichtige Rolle spielt, aber auch unbedingt klare diagnostische Kriterien zur Abgrenzung anderer Störungsbilder mit einbezogen werden sollten. Der Fragebogen ADNM eignet sich dazu emotionale Reaktionen auf Belastungen zu identifizieren, er ist aber momentan noch nicht in der Lage, Patienten mit Anpassungsstörungen von solchen mit anderen Störungsbildern zu differenzieren. Da das neue Konzept von Maercker et al. (2007) Anpassungsstörungen anders definiert als das bisher der Fall war, sind auch Alternativen zu den bisherigen diagnostischen Methoden sinnvoll. Die Validität des ADNM kann dementsprechend nur geprüft werden, wenn die Kliniker Anpassungsstörungen nach dem neuen diagnostischen Konzept vergeben würden. Erste Ergebnisse mit einem dafür entwickelten strukturierten Interview für Anpassungsstörungen zeigte die Studie von Bley et al. (2007). Weitere Studien sind hier notwendig.

Letztlich zeigt die vorliegende Studie, dass der Konflikt zwischen einem kausal denkenden und einem symptombeschreibenden Klassifikationssystem zukünftig nicht auflösbar sein wird.

## 6. Literaturverzeichnis

1. Altenhöfer A, Schulz W, Schwab R, Eckert J (2007) Psychotherapie von Anpassungsstörungen. Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam? *Psychotherapeut*; 52: 24-34
2. Amberger S, Beisel J, Fischer K, Hoppe S, Irle H, Rohwetter M, Sandner G (2005) Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei psychischen Störungen. 2. Fassung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
3. Andreasen NC, Hoenk PR (1982) The predictive value of adjustment disorders: a follow-up study. *Am J Psychiatry*; 139:584-90
4. Andreasen NC, Wasek P (1980) Adjustment disorders in adolescents and adults. *Arch Gen Psychiatry*; 37:1166-70
5. Arolt V, Gehrman A, John U, Dilling H (1995) Psychiatric consultation service in a university clinic. An empirical study of characteristic performance. *Nervenarzt*; 66(5):347-54
6. Baumeister H (2008) Anpassungsstörungen im Sinne einer reaktiven Depression: Charakteristika und Prävalenzraten der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie*; 2: 91-96
7. Baumeister H, Kufner K (2009) It is time to adjust the adjustment disorder category. *Curr Opin Psychiatry*; 22(4):409-12

8. Baumeister H, Maercker A, Casey P (2009) Adjustment Disorder with Depressed Mood. A Critique of Its DSM-IV and ICD-10 Conceptualisations and Recommendations for the Future. *Psychopathology*; 42:139-147
9. Bengel J, Hubert S (2009) Anpassungsstörung und Akute Belastungsreaktion (Band 39). Hogrefe, Göttingen
10. Bley S, Einsle F, Maercker A, Weidner K, Joraschky P (2007) Evaluation of a New Concept for Diagnosing Adjustment Disorders in a Psychosomatic Setting. *Psychother Psychosom Med Psychol*.
11. Bronisch T (1991) Adjustment reactions: a long-term prospective and retrospective follow-up of former patients in a crises intervention ward. *Acta Psychiatr Scand*; 84:86-93
12. Bronisch T, Hecht H (1989) Validity of adjustment disorder, comparison with major depression. *J Affect Disord*; 17:229-36
13. Casey P (2001) Adult adjustment disorder: a review of its current diagnostic status. *J Psychiatr Pract.*; 7:32-40
14. Casey P (2008) Diagnosing adjustment disorder with depressive features. *Expert Rev Neurother*; 8:1203-8
15. Casey P, Dowrick C, Wilkinson G (2001) Adjustment disorder – fault line in the psychiatric glossary. *Br J Psychiatry*; 179:479-481

16. Casey P, Maracy M, Kelly BD, Lehtinen V, Ayuso-Mateos JL, Dalgard OS, Dowrick C (2006) Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN. *J Affect Disord.*; 92:291-297
17. De Leo D (1989) Treatment of adjustment disorders: a comparative evaluation. *Psychol. Rep*; 64:51-4
18. Despland JN, Monod L, Ferrero F (1995) Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Compr Psychiatry*; 36:454-60
19. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (2008) Weltgesundheitsorganisation - Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD – 10 Kapitel V (F) Klinisch – diagnostische Leitlinien (6. überarbeitete Auflage). Verlag Hans Huber, Bern
20. Dobricki M, Komproe IH, de Jong JT, Maercker A (2009) Adjustment disorders after severe life-events in four postconflict settings. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*
21. Einsle F, Köllner V, Bley S, Maercker A (2010) Development and Validation of a Questionnaire for Screening of Adjustment Disorder (ADNM). *Psychology, Health & Medicine*; 15: 584-595
22. Fabrega H Jr, Mezzich J (1987) Adjustment disorder and psychiatric practice: cultural and historical aspects. *Psychiatry*; 50:31-49
23. Fabrega H Jr, Mezzich JE, Mezzich AC (1987) Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM-III. *Arch Gen Psychiatry*; 44:567-72

24. Filipp SH (1995) Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. 3. Auflage. Weinheim; Psychologie Verlags Union.
25. Grassi L, Gritti P, Rigatelli M, Gala C (2000) Psychosocial problems secondary to cancer: an Italian multicentre survey of consultation-liaison psychiatry in oncology. Italian Consultation-Liaison Group. *Eur J Cancer*; 36: 579-85
26. Greenberg WM, Rosenfeld DN, Ortega EA (1995) Adjustment disorder as an admission diagnosis. *Am J Psychiatry*; 152: 459-61
27. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E (2001) Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psych*; 178: 48-54
28. Hameed U, Schwartz TL, Malhotra K, West RL, Bertone F (2005) Antidepressant treatment in the primary care office: outcomes for adjustment disorder versus major depression. *Ann Clin Psychiatry*; 17:77-81
29. Horowitz MJ (1986) Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hosp Community Psychiatry*; 37:241-9
30. Jacobi F, Wittchen HU, Höltling C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R (2004) Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*; 34:597-611
31. Jones R, Yates WR, Williams S, Zhou M, Hardman L (1999) Outcome for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders. *J Affect Disord*; 55:55-61



32. Jones R, Yates WR, Zhou MH (2002) Readmission rates for adjustment disorders: comparison with other mood disorders. *J Affect Disord*; 71:199-203
33. Kirsh KL, McGrew JH, Dugan M, Passik SD (2004) Difficulties in screening for adjustment disorder, Part I: Use of existing screening instruments in cancer patients undergoing bone marrow transplantation. *Palliat Support Care*; 2:23-31
34. Kobelt A, Pfeiffer W, Winkler M, von Bauer V, Gutenbrunner Ch, Petermann F (2009) Sind Mobbingbetroffene eine besondere Patientengruppe in der psychosomatischen Rehabilitation? *Rehabilitation* 48: 312-320.
35. Kryzhanovskaya L, Canterbury R (2001) Suicidal behavior in patients with adjustment disorders. *Crisis*; 22:125-31
36. Linden M, Schippan B, Baumann K, Spielberg R (2004) Post-traumatic embitterment disorder (PTED). Differentiation of a specific form of adjustment disorders. *Nervenarzt*; 75: 51-7
37. Maercker A (2009) *Posttraumatische Belastungsstörung* (3. Auflage) Springer, Berlin
38. Maercker A, Einsle F, Köllner V (2007) Adjustment Disorders as Stress Response Syndromes: A New Diagnostic Concept and Its Exploration in a Medical Sample. *International Journal of Descriptive and Experimental Psychopathology*; 40:135-146
39. Maercker A, Forstmeier S, Enzler A, Krüsi G, Hörler E, Maier C, Ehlert U (2008) Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry*., 49:113-20

40. Mezzich JE, Fabrega H Jr, Coffman GA, Haley R (1989) DSM-III disorders in a large sample of psychiatric patients: frequency and specificity of diagnoses. *Am J Psychiatry*; 146:212-9
41. Mitrev I (1996) A study of deliberate self-poisoning in patients with adjustment disorders. *Folia Med (Plovdiv)*; 38:11-6
42. Moorey S, Greer S, Bliss J, Law M (1998) A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psychooncology*; 7:218-28
43. Newcorn JH, Strain J (1992) Adjustment disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 31:318-326
44. Polyakova I, Knobler HY, Ambrumova A, Lerner V (1998) Characteristics of suicidal attempts in major depression versus adjustment reactions. *J Affect Disord*; 47:159-67
45. Portzky G, Audenaert K, van Heeringen K (2005) Adjustment disorder and the course of the suicidal process in adolescents. *J Affect Disord*; 87:265-70
46. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, Farmer A, Jablenski A, Pickens R, Regier DA, et al. (1988) The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry*; 45:1069-77
47. Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I (2003) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Hogrefe, Göttingen

48. Schatzberg AF (1990) Anxiety and adjustment disorder: a treatment approach. *J Clin Psychiatry*; 52:140
49. Silverstone PH (1996) Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Nerv Ment Dis*; 184:43-51
50. Snyder S, Strain JJ, Wolf D (1990) Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting. *Gen Hosp Psychiatry*; 12:159-65
51. Spalletta G, Troisi A, Saracco M, Ciani N, Pasini A (1996) Symptom profile, Axis II comorbidity and suicidal behaviour in young males with DSM-III-R depressive illnesses. *J Affect Disord*; 39:141-8
52. Strain JJ, Diefenbacher A (2008) The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. *Compr Psychiatry*; 49:121-30
53. Strain JJ, Smith GC, Hammer JS, McKenzie DP, Blumenfield M, Muskin P, Newstadt G, Wallack J, Wilner A, Schleifer SS (1998) Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *Gen Hosp Psychiatry*; 20: 139-49
54. Strauß B, Schumacher J (2005) Diagnostik für Klinik und Praxis. Klinische Interviews und Ratingskalen (Band 3). Hogrefe, Göttingen
55. Taggart C, O'Grady J, Stevenson M, Hand E, Mc Clelland R, Kelly C (2006) Accuracy of diagnosis at routine psychiatric assessment in patients presenting to an accident and emergency department. *Gen Hosp Psychiatry*; 28:330-5

56. Verbund Deutscher Rentenversicherungsträger (2007) VDR Statistik Rehabilitation, Blietal-Kliniken Blietkastel
57. Wittchen HU (1994) Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res*; 28:57-84
58. Wittchen HU, Lachner G, Wunderlich U, Pfister H (1998) Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*; 33:568-78
59. Wittchen HU, Pfister H (1997) Instruktionmaterial zur Durchführung von DIA-X Interviews. Swets Test Services, Frankfurt a.M.
60. Wittchen HU, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zauding M (1997). Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV SKID. Achse I und II. Hogrefe, Göttingen
61. Zanarini MC, Skodol AE, Bender D, Dolan R, Sanislow C, Schaefer E, Morey LC, Grilo CM, Shea MT, McGlashan TH, Gunderson JG (2000) The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of axis I and II diagnoses. *J Pers Disord.*; 14(4):291-9.

## 7. Dank

Zum Entstehen dieser Dissertation haben viele beigetragen, bei denen ich mich an dieser Stelle ganz herzlich bedanken möchte.

An erster Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei meinem Doktorvater Herrn Prof. Köllner bedanken, der die Arbeit überhaupt ermöglicht und begleitet hat. Er brachte mir sehr viel Geduld und Verständnis entgegen und sorgte mit wertvollen Ratschlägen, Ideen und Anregungen für ein Gelingen der Arbeit.

Ein großes Dankeschön geht auch an Frau Dr. Bernady, die mich bei der statistischen Auswertung unterstützt hat und bei Fragen und Problemen immer ein offenes Ohr für mich hatte.

Bedanken möchte ich mich auch bei den Mitarbeitern der Psychosomatischen Fachklinik, Bliestal Kliniken in Blieskastel für die Unterstützung im Zeitraum der Datenerfassung.

Ein herzliches Dankeschön geht auch an alle Patientinnen und Patienten, die an dieser Studie teilgenommen haben, denn nur durch ihre freundliche Mithilfe bei der Beantwortung der Fragebögen und Teilnahme am Interview konnte diese Arbeit durchgeführt werden.

Ein besonderes Dankeschön geht auch an meine Familie und an meine Freunde, die immer für mich da waren, Höhen und Tiefen miterlebt und mich stets unterstützt haben. Sie haben viel Verständnis gezeigt und mich immer wieder motiviert weiterzumachen.

## 8. Lebenslauf

### Persönliche Angaben

Name: Terber  
Vorname: Saskia Catherina  
Anschrift: Heuduckstrasse 78, 66117 Saarbrücken  
Geburtsdatum: 23.07.1986  
Geburtsort: Homburg/Saar  
Staatsangehörigkeit: deutsch

### Schule und Studium

Grundschule: 1992-1996 Grundschule in Blieskastel Mitte (Schloss -  
bergschule)  
Gymnasium: 1996-2005 Von der Leyen Gymnasium, Blieskastel (Abi-  
tur 2005)  
Studium: 2005-2011 Studium der Humanmedizin an der Universität  
des Saarlandes

voraussichtlicher Abschluß: 2. Staatsexamen im Herbst 2011 (nach neuer Approbati-  
onsordnung)

### Famulaturen:

1. 1.02.2008 – 12.03.2008 St. Elisabeth-Krankenhaus Zweibrücken, Innere  
Medizin
2. 28.07.2008 – 27.08.2008 Fachklinik für Psychosomatische Medizin,  
Bliestal Kliniken, Blieskastel
3. 3.08.2009 – 2.09.2009 Klinikum Saarbrücken, Gynäkologie und  
Geburtshilfe
4. 8.02.2010 – 9.03.2010 Praxis Dr.med Oelschlägel (Facharzt für Allge-  
meinmedizin), Blieskastel

### Praktisches Jahr:

1. Tertial: 23.08.2010 – 12.12.2010 Kantonsspital Liestal, Schweiz, Chirurgie
2. Tertial: 13.12.2010 – 03.04.2011 Klinikum Saarbrücken (Winterberg), Innere Medi-  
zin

3. Tertial: 04.04.2011 - 24.07.2011 Klinikum Saarbrücken (Winterberg), Gynäkologie  
und Geburtshilfe

## 9. Anhang

### A.1 Verwendete Fragebögen

#### A.1.1 DIA-X SSQ

Codenummer

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht: m  w

Datum: \_\_\_\_\_

*Lesen Sie die folgenden Fragen sorgfältig durch und kreuzen Sie entsprechend Ihrer Antwort „Ja“ oder „Nein“ an!*

- |   | ja                    | nein                  |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Haben Sie jemals über einen Zeitraum von 4 Wochen täglich Zigaretten geraucht?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Haben Sie jemals mehrere Monate lang unter körperlichen Beschwerden gelitten, für die Ihr Arzt keine eindeutige Erklärung finden konnte?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten erhebliche Sorgen gemacht, eine ernsthafte körperliche Erkrankung zu haben?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Hatten Sie schon einmal einen Angstanfall, manche nennen das auch Panikattacke oder Angstatacke, bei dem Sie ganz plötzlich von einem Gefühl starker Angst, Beklommenheit oder Unruhe überfallen wurden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



5. Gab es in Ihrem Leben schon einmal eine Zeitspanne von einem Monat oder länger, in der Sie sich oft oder meistens ängstlich, angespannt und voller ängstlicher Besorgnis gefühlt haben?
6. Litten Sie jemals unter unbegründet starken Ängsten in sozialen Situationen, wie mit anderen zu reden, etwas in Gegenwart anderer zu tun oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer zu stehen?
7. Litten Sie jemals unter unbegründet starken Ängsten, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, in Geschäfte zu gehen, Schlange zu stehen oder sich auf öffentlichen Plätzen aufzuhalten?
8. Haben Sie jemals ein ungewöhnlich schreckliches oder bedrohliches Ereignis oder eine ungewöhnlich schreckliche oder bedrohliche Situation erlebt, unter deren Nachwirkungen Sie monatelang litten?
9. Gab es jemals eine Zeitspanne, in der Sie unter einer unbegründet starken Angst vor anderen Situationen (geschlossenen Räumen) oder Gegenständen (Höhen, Unwettern, Tieren) litten?
10. Haben Sie jemals über mehr als 2 Wochen fast täglich unter Gefühlen von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit gelitten?
11. Litten Sie jemals über mehr als 2 Wochen fast täglich unter Interesseverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit?
12. Waren Sie jemals über mehrere Tage hinweg ungewöhnlich glücklich, überdreht oder reizbar, so daß sich Freunde oder Angehörige Sorgen machten?
13. Haben Sie sich jemals über mehrere Monate hinweg große Sorgen darüber gemacht, wieviel Sie essen oder darüber zu dick zu sein, zuzunehmen oder zu dick zu werden?

14. Haben Sie jemals über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten fast täglich ein Glas Alkohol, wie z.B. 0,2 l Wein oder 0,5 l Bier, getrunken oder waren Sie schon einmal betrunken?
15. Haben Sie schon mehrmals Anregungsmittel, Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittel ohne ärztliche Verschreibung eingenommen oder in höherer Dosierung als verschrieben?
16. Haben Sie in Ihrem Leben schon mehrmals irgendwelche Drogen wie z.B. Haschisch, Ecstasy, Kokain oder Heroin eingenommen?

## A.1.2 SKID I Anpassungsstörung

Codenummer

--	--	--	--	--

### SEKTION I: ANPASSUNGSSTÖRUNG (DERZEITIG)

**Bearbeiten Sie diese Sektion nur, wenn zwar eine aktuelle psychische Störung besteht, aber die Kriterien für keine andere Achse I-Störung erfüllt sind. Wenn eine andere Achse I-Störung besteht, kreuzen Sie hier an und gehen zu Sektion J (optional) bzw. zum Ende des SKID!**

Die in den vorherigen Sektionen erhaltenen Informationen über die Störung reichen gewöhnlich zur Beurteilung der folgenden Kriterien aus:

- 11 **Falls unklar:** Passierte irgendetwas in Ihrem Leben, kurz bevor Ihre Probleme begannen?

A. Die Entwicklung von emotionalen Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten als Reaktion auf (einen) identifizierbare(n) Stressor(en) treten innerhalb einer Zeitspanne von 3 Monaten nach Einsetzen eines oder mehrerer Stressoren auf.

? 1 2 3

1 → Ende

**Wenn ja:** Sind Sie der Meinung, daß **(Stressor)** in irgendeiner Verbindung mit **(Symptome)** stand?

**Beschreiben Sie:**

- 12 Welche Auswirkungen hatten **(Symptome)** auf Ihr Leben? Wie sehr wurden Sie dadurch belastet? Waren Sie sehr durcheinander? (War es Ihnen weiterhin möglich, Ihrer Arbeit nachzugehen oder mit Freunden zusammenzusein?)

B. Die Symptome sind klinisch bedeutsam und werden durch 1 der beiden folgenden Merkmale beschrieben:

? 1 2 3

1 → Ende

1) Deutliches Leiden, das im Verhältnis zum Stressor, dem die Person ausgesetzt war, zu stark ausgeprägt ist

2) Deutliche Beeinträchtigung der sozialen oder beruflichen Leistungsfähigkeit

- 13 Haben Sie früher schon öfter in ähnlicher Weise reagiert? (Hatten Sie **(Symptome)** schon, bevor **(Stressor)** auftrat?) C. Die stressbezogene Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine andere spezifische Achse I-Störung und ist nicht lediglich eine Verschlimmerung einer früheren Achse I- oder Achse II-Störung ? 1 2 3  
**1 → Ende**
- 14 **Falls unklar:** Starb eine Ihnen nahestehende Person kurz vor **(Beginn der derzeitigen Störung)**? D. Die Symptome stellen keine Trauerreaktion dar. ? 1 3  
**1 → Ende**
- 15 Wieviel Zeit ist seit **(Stressor und dadurch verursachte Symptome)** vergangen? E. Nachdem der Stressor (oder seine Auswirkungen) nachgelassen hat, dauern die Symptome nicht länger als 6 Monate an.
- 16 **Beurteilen Sie:** **Die Kriterien A, B, C, D und E einer Anpassungsstörung sind mit 3 kodiert.** ? 1 3  
**1 → Ende**  
**3 = Anpassungsst**
- 17 **Bestimmen Sie den Subtypus aufgrund der vorherrschenden Symptome:**
- 1. mit depressiver Verstimmung**  
z.B. depressive Stimmung, Weinerlichkeit, Hoffnungslosigkeit
  - 2. mit ängstlicher Gestimmtheit**  
z.B. Nervosität, Sorge, ängstliche Unruhe
  - 3. mit gemischten affektiven Merkmalen**  
z.B. eine Kombination von Ängstlichkeit und Depression
  - 4. mit Verhaltensstörung**  
Verhaltensstörung, bei der die Rechte anderer oder die wichtigsten sozialen Normen oder Regeln verletzt werden

wie z.B. Schule schwänzen, Vandalismus, rücksichtsloses Autofahren, Schlägereien, Versäumnis gesetzlicher Pflichten

**5. mit gemischter affektiver und Verhaltensstörung**

z.B. Ängstlichkeit und Depression zusammen mit einer Verhaltensstörung

**6. Nicht näher bestimmt**

z.B. körperliche Beschwerden, sozialer Rückzug oder Leistungshemmung

A.1.3 ADN

Codenummer

**Als erstes bitten wir Sie um sein paar Angaben zu Ihrer Person. Die Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben!**

**Ihr Alter**  Jahre **Geschlecht**  weiblich  männlich

**Familienstand**  allein lebend  verheiratet oder feste Partnerschaft  
 getrennt lebend  verwitwet  
 geschieden **Anzahl der Kinder**

**Schulabschluss**  keinen Abschluss  Hauptschule/Volksschule  
 Mittlere Reife/Realschule  Abitur/Fachabitur  
 Hochschule/Universität/Fachhochschule  
 anderer Abschluss:.....

**Derzeitige Arbeitstätigkeit**  vollzeitbeschäftigt  teilzeitbeschäftigt  
 arbeitslos  Altersrentner/EU-Rentner  
 Hausfrau/-mann  anderes, und zwar:.....

**Im folgenden finden Sie eine Liste von belastenden Ereignissen. Welche Lebensereignisse belasten Sie momentan sehr stark bzw. haben Sie im letzten halben Jahr belastet. Dabei können Sie auch mehrere Ereignisse ankreuzen!**

- Schwere Erkrankung
  - Umstellung durch Berentung
  - Arbeitslosigkeit
  - Zuviel/zuwenig Arbeit
  - Pflege eines Angehörigen
  - Wochenendbeziehung
  - Termin- und Zeitdruck
  - Konflikte mit Kollegen
  - Konflikte mit Vorgesetzten
  - Erkrankung eines Angehörigen
  - Arbeitsplatzwechsel
  - Auszug der Kinder
  - Finanzielle Probleme
  - Scheidung/Trennung
  - Konflikte in der Familie
  - Tod eines Angehörigen
  - Pendeln (z.B. zur Arbeit)
  - Älterwerden
- Andere Belastung, und zwar:.....

Welches der gerade von Ihnen angekreuzten Ereignisse belastet Sie am meisten oder ist am wichtigsten für Sie? .....

Wann trat es auf?.....

Wie lässt sich die Belastung am Besten beschreiben?

- einmalig/akut
  ständig/chronisch
  wiederkehrend

Wie stark fühlen Sie sich durch das Ereignis belastet bzw. beeinträchtigt?

- 1     2     3     4     5     6     7     8     9     10  
 überhaupt nicht maximal

**Belastende Lebensereignisse können eine Vielzahl von Folgen auf unser Wohlbefinden und Verhalten haben. Im Folgenden sind einige mögliche Konsequenzen aufgelistet. Bitte schätzen Sie ein, inwieweit diese Aussagen auf Sie persönlich zutreffen. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Uns interessiert Ihr ganz persönliches Erleben!**

	nie	selten	manchmal	oft
1. Seit der belastenden Situation fühle ich mich niedergeschlagen und traurig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Andere Leute haben mir gesagt, ich hätte mich seit der belastenden Situation sehr verändert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich muss wiederholt an die belastende Situation denken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich versuche möglichst nicht über die belastende Situation zu reden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich muss immer wieder an die belastende Situation denken und das belastet mich sehr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tätigkeiten, die mir früher Spaß gemacht haben, mache ich heute deutlich seltener.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Wenn ich an die belastende Situation denke, bekomme ich richtige Angstzustände.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ich interessiere mich für nichts mehr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ich vermeide bestimmte Dinge, die mich an die belastende Situation erinnern könnten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Seit der belastenden Situation bekomme ich in bestimmten Situationen Angst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Auf Grund der belastenden Situation habe ich schon daran gedacht, mir das Leben zu nehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- |     |   |                       |                       |                       |                       |
|-----|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 12. | Ich mache mir Gedanken darüber, dass mir so etwas wieder passieren könnte.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. | Ich versuche möglichst nicht daran zu denken, obwohl mir das schwer gelingt.                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. | Seit der belastenden Situation bin ich nervös und unruhig.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. | Seit der belastenden Situation ziehe ich mich von Anderen zurück.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. | Seit der belastenden Situation gehe ich viel schneller in die Luft, auch bei Kleinigkeiten.                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. | Seit der belastenden Situation kann ich mich nur schwer auf bestimmte Dinge konzentrieren.                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. | Ich versuche die belastende Situation aus meinem Gedächtnis zu streichen.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. | Seit der belastenden Situation traue ich mir bestimmte Dinge nicht mehr zu tun.                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. | Ich habe gemerkt, dass ich auf Grund der belastenden Situation gereizter werde.                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. | Ich habe das Gefühl, meine Bewältigungsmöglichkeiten reichen nicht aus, um die Situation zu meistern.             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. | Es ist mir wichtig, die Situation zu bewältigen.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. | Mir kommen andauernd Erinnerungen an die belastende Situation, gegen die ich nichts tun kann.                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. | Ich versuche meine Gefühle zu unterdrücken, weil sie für mich zu belastend sind.                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. | Meine Gedanken kreisen um alles, was mit der belastenden Situation zu tun hat.                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. | Seit der belastenden Situation habe ich Angst, bestimmte Dinge zu tun oder in bestimmte Situationen zu gehen.     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. | Ich gehe seit der belastenden Situation ungern auf Arbeit bzw. erledige ungern die notwendigen Dinge des Alltags. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. | Ich fühle mich seit der belastenden Situation mutlos und habe wenig Hoffnung für die Zukunft.                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. | Seit der belastenden Situation kann ich nicht mehr richtig schlafen.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. | Seit der belastenden Situation habe ich keine Lust, schöne Dinge zu planen oder mit etwas vorzunehmen.            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. | Ich habe mich seit der belastenden Situation von meiner Familie bzw. Freunden/Bekanntem zurückgezogen.            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. | Es ist mir egal, ob ich die Situation meistern kann.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33. | Ich schaffe es nicht, die Situation zu bewältigen.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!**



## **Veröffentlichungen**

Terber S, Philippe J, Untersinger I, Bernardy K, Köllner V. Klinische Diagnose Anpassungsstörung: Was zeigt sich im strukturierten Interview? Posterpräsentation: 18. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM). Chronische Krankheiten im Spannungsfeld zwischen molekularer Medizin und personaler Heilkunde. Berlin 17.-20. März 2010

Köllner V, Terber S, Untersinger I, Phillippe J, Bernardy K. Validität der klinischen Diagnose Anpassungsstörung in der stationären Psychosomatischen Rehabilitation. Posterpräsentation: 19. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium. Innovation in der Rehabilitation – Kommunikation und Vernetzung. Leipzig 8.-10.März 2010

Köllner V, Terber S, Untersinger I, Phillippe J, Bernardy K. Clinical diagnosis adjustment disorder: What does a structured interview reveal? Posterpräsentation: EACLPP & ECPR Conference 2010: 13th Annual Meeting of the European Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP): Consultation-Liaison Service in different medical settings. Innsbruck 30.Juni bis 3.Juli 2010

Untersinger I, Schmied W, Terber S, Bernardy K, Kraft D, Köllner V. Klinische Diagnose Angststörung - Was zeigt sich in der strukturierten Diagnostik? In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Nachhaltigkeit durch Vernetzung. DRV-Schriften, Band 93, Berlin, 2011, 449-451

#### **Erklärung gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 4**

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Bei der Auswahl und Auswertung folgenden Materials haben mir die nachstehend aufgeführten Personen in der jeweils beschriebenen Weise unentgeltlich/entgeltlich geholfen:

1. Prof. Dr. med. V. Köllner (Doktorvater und Betreuer): Auswahl des Dissertationsthemas und Erarbeiten des Studienkonzeptes
2. Dr. phil. Dipl.-Psych. Kathrin Bernardy: Hilfestellung bei der statistischen Datenauswertung

Weitere Personen waren an der inhaltlich-materiellen Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater/innen oder anderer Personen) in Anspruch genommen. Außer den Angegebenen hat niemand von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form in einem anderen Verfahren zur Erlangung des Doktorgrades einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe.

Vor Aufnahme der vorstehenden Versicherung an Eides Statt wurde ich über die Bedeutung einer eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung belehrt.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Promovierenden

Unterschrift der die Versicherung an Eides statt aufnehmenden Beamtin bzw. des aufnehmenden Beamten