Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
der Universität Ulm
Direktor: Prof. Dr. med. T. Becker

Anpassungsstörungen – Diagnostische Reliabilität, klinische Charakteristika und gegenwärtige Versorgungsbedingungen

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität Ulm

Daniel Burger
Mannheim

2011

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: PD Dr. med. M. Jäger

2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. W. Kaschka

Tag der Promotion: 19.04.2012

Meiner lieben Kerstin und meinen lieben Kindern
David und Tobias

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis: I

1. Einleitung 1
   1.1. Historische Grundlagen 1
   1.2. Aktuelles Konzept der Anpassungsstörung in der ICD-10 Klassifikation 2
   1.3. Probleme der Diagnosekategorie 5
   1.4. Fragestellung 8

2. Material und Methoden 10
   2.1. Patientenkollektiv 10
   2.2. Arbeiten mit Krankengeschichten 11
   2.3. Auswertungsstrategien 11
      2.3.1. Rediagnostik 11
      2.3.2. Soziodemographische Daten 12
      2.3.3. Psychopathologische Symptomatik 13
      2.3.4. Versorgung 13
   2.4. Statistische Auswertung 14

3. Ergebnisse 15
   3.1. Diagnostische Reliabilität der Krankenblattdiagnosen 15
   3.2. Klinische und soziodemographische Charakterisierung 16
      3.2.1. Alters- und Geschlechtsverteilung 16
      3.2.2. Nationalität und Religion 18
      3.2.3. Familiensituation 19
      3.2.4. Wohnsituation 19
      3.2.5. Schule und berufliche Ausbildung 20
      3.2.6. Aktuelle berufliche Situation 21
      3.2.7. Auslösende Stressoren 21
      3.2.8. Psychopathologische Symptomatik bei Aufnahme 24
      3.2.9. Vegetative Anamnese 26
      3.2.10. Psychiatrische Komorbiditäten 27
      3.2.11. Somatische Komorbiditäten 28
      3.2.12. Suchtverhalten 28
      3.2.13. Suizidalität 30
      3.2.14. Manifestation der Erkrankung 32
   3.3. Aktuelle stationäre Versorgungsbedingungen 33
      3.3.1. Einweisungsmodus 33
      3.3.2. Dauer der stationären Behandlung 35

3.3.3. Therapie 37
3.3.4. Planung der weiteren Versorgung 43

4. Diskussion 48
4.1. Nosologische Stellung der Anpassungsstörung 48
4.1.1. Diagnostische Reliabilität und Validität 48
4.1.2. Komorbiditäten 50
4.1.3. Krankheitsverlauf 52
4.1.4. Langzeitprognose und Diagnosestabilität 56
4.1.5. Fazit 57
4.2. Soziodemographische und klinische Charakteristika 58
4.2.1. Geschlechtsverteilung 58
4.2.2. Altersverteilung 60
4.2.3. Familiäre Situation 61
4.2.4. Schulbildung und Beruf 62
4.2.5. Suizidalität 64
4.2.6. Fazit 66
4.3. Therapie und Versorgung 66
4.3.1. Psychotherapeutische Verfahren 66
4.3.2. Medikamentöse Therapie 70
4.3.3. Fazit 71
4.4. Perspektiven für weitere Untersuchungen 71
4.5. Limitationen der vorliegenden Arbeit 72

5. Zusammenfassung 74

6. Literaturverzeichnis 76

7. Danksagung 83

8. Lebenslauf 84

Abkürzungsverzeichnis:

AMDP:	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie
BADO:	Basisdatendokumentation in der Psychiatrie
BKH:	Bezirkskrankenhaus
BMI:	Body Mass Index
DGPPN:	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
ICD-10:	Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Revision
n:	absolute Patientenanzahl
SD:	Standardabweichung
WHO:	World Health Organization

1. Einleitung

1.1. Historische Grundlagen

Obwohl die Diagnosekategorie der Anpassungsstörung vor nicht allzu langer Zeit eingeführt wurde, befassten sich Psychiater und Psychologen schon sehr früh mit den Auswirkungen belastender Lebensereignisse auf die psychische Gesundheit. In diesem Zusammenhang wurde beispielsweise bereits 1889 der Begriff „traumatische Neurose“ von Hermann Oppenheim (Oppenheim 1889) eingeführt. Der „Vater der Psychoanalyse“, Sigmund Freud, befasste sich eingehend mit dem Krankheitsbild der traumatischen Neurose (Freud u. Breuer 1895). Emil Kraepelin bezeichnete dieses Krankheitsbild als eine „psychogene Reaktion“, bei der auch hysterische Anteile eine Rolle spielten (Kraepelin 1909).

Einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung der Anpassungsstörung leistete Karl Jaspers. Er unterschied die rein endogen ausgelösten Psychosen von den echten Reaktionen, „deren Inhalt im wesentlichen im Zusammenhang mit dem Erlebnis steht, die nicht aufgetreten wären ohne das Erlebnis, und in ihrem Verlauf von dem Erlebnis und seinen Zusammenhängen abhängig sind“ (Jaspers 1923). Kurt Schneider führte das Konzept von Karl Jaspers fort, indem er den Begriff der „abnormen Erlebnisreaktion“ einführte. K. Schneider verstand den Begriff der Erlebnisreaktion als eine „sinnvoll motivierte gefühlsmäßige Antwort auf ein Erlebnis“ (Schneider 1987). Daher betrachtete er die Erlebnisreaktion nicht als Krankheit, sondern als eine „abnorme individuelle Reaktion“ eines Menschen auf ein schwerwiegendes Lebensereignis. Er unterschied hierbei zwischen „inneren Konfliktreaktionen“, die von der Persönlichkeitsstruktur des Patienten abhängig sind und abnorme Reaktionen auf äußere Erlebnisse, welche übercharakterliche Reaktionsformen darstellen. Auch Karl Leonhard wies auf die herausragende Bedeutung von spezifischen Persönlichkeitsstrukturen bei der Entstehung von abnormen Erlebnisreaktionen hin (Leonhard 1948).

Das Würzburger Diagnoseschema, das in Deutschland bis Ende der 60er- Jahre offiziell gültig war, enthielt noch den Begriff der abnormen Erlebnisreaktion (Wilmanns 1930). In der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingeführten internationalen Klassifikation psychischer Störungen wurde in der ICD-8 Klassifikation der Begriff der „abnormen

Reaktion“ durch den Begriff der „passageren situationsabhängigen psychischen Störung“ ersetzt. In der ICD-9-Klassifikation wurde erstmals der Begriff der „Anpassungsstörung“ eingeführt. Erst in der folgenden ICD-10-Klassifikation wurden diagnostische Leitlinien bzw. operationale Diagnosekriterien für die Anpassungsstörung eingeführt (WHO 1999).

1.2. Aktuelles Konzept der Anpassungsstörung in der ICD-10 Klassifikation

Die Diagnose der Anpassungsstörung wird nach der ICD-10 Klassifikation der Gruppe F4 „neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ zugeordnet. In dieser Gruppe wird sie dann weiter der Gruppe F43 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ zugeteilt. In der ICD-10 wird die Anpassungsstörung, wie in Tabelle 1 dargestellt, untergliedert.

Tabelle 1: Diagnostische Untergruppen der Anpassungsstörung in der ICD-10 (WHO 1999)

F43.20	kurze depressive Reaktion (hierbei handelt es sich um einen leichten depressiven Zustand mit einer Dauer von maximal einem Monat)
F43.21	längere depressive Reaktion (ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine prolongierte Belastungssituation, der aber 2 Jahre nicht überschreitet.)
F43.22	Angst und depressive Reaktion gemischt (Sowohl Angst wie auch depressive Symptome sind vorherrschend)
F43.23	mit vorherrschender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (Die Symptome betreffen meist verschiedene emotionale Qualitäten wie Angst, Depression, Besorgnis, Anspannung und Ärger. Auch bei regressivem Verhalten im Kindesalter (wie erneutes Daumenlutschen oder Bettnässen) sollte diese Diagnosekategorie verwendet werden.
F43.24	mit vorherrschender Störung des Sozialverhaltens (Die hauptsächliche Störung betrifft das Sozialverhalten, beispielsweise eine adoleszente Trauerreaktion mit aggressivem oder dissozialem Verhalten.)
F43.25	mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (Sowohl emotionale Symptome wie Störungen des Sozialverhaltens sind vorherrschend.)
F43.28	mit anderen spezifischen vorherrschenden Symptomen
F43.29	nicht näher bezeichnete Anpassungsstörung

Die ICD-10 gibt diagnostische Leitlinien bzw. Kriterien vor, anhand derer die Diagnose der Anpassungsstörung gestellt werden kann. Bei der Vergabe der Diagnose der Anpassungsstörung wird laut ICD-10 ein auslösender Stressor gefordert. Jedoch werden katastrophale oder unübliche Belastungsfaktoren bei der Diagnosevergabe ausgeschlossen. In Tabelle 2 sind die wesentlichen diagnostischen Kriterien aufgeführt.

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien der Anpassungsstörungen in der ICD-10 (WHO 1999)

1. Beginn der Symptome innerhalb eines Monats nach einem identifizierbaren psychosozialen Belastungsfaktor, nicht außergewöhnlicher oder katastrophaler Natur.

2. Das Individuum zeigt Symptome oder Verhaltensstörungen, ähnlich wie bei jeder Art von affektiver Störung (F30-39), außer Wahn oder Halluzinationen und/oder wie bei neurotischen, belastungsbedingten oder somatoformen Störungen (F40-48) und/oder wie bei Störungen des Sozialverhaltens (F91). Die Kriterien einer spezifischen Störung werden aber nicht erfüllt. Ausprägung und Schweregrad der Symptome können variabel sein.

3. Nach dem Ende der Belastung oder ihrer Folgen halten die Symptome nicht länger als 6 Monate an (eine Ausnahme stellt die längere depressive Reaktion (F43.21) dar). Falls dieses Kriterium noch nicht erfüllt ist, kann eine vorläufige Diagnose gestellt werden.

In den ICD-10 Kriterien wird die Identifizierung eines äußeren Stressors bei der Vergabe der Diagnose der Anpassungsstörung gefordert. Bei der Ätiologie der Anpassungsstörung können verschiedene Arten von Stressoren eine Rolle spielen. Ein Stressor kann in Form eines einzelnen schwerwiegenden Lebensereignisses wie beispielsweise der Tod einer nahe stehenden Person, Trennung, Scheidung, schwere körperliche Erkrankung oder der Verlust des Arbeitsplatzes in Erscheinung treten. Des Weiteren können die schwerwiegenden Belastungen auch chronisch oder rezidivierend auftreten wie es beispielsweise bei Armut, chronischer Krankheit oder chronischen Familienkonflikten der Fall sein kann. Abschließend darf man nicht vergessen, dass auch positive Ereignisse wie Beförderung, Hochzeit oder die Geburt eines Kindes zu Stressoren werden können, die die Entstehung einer Anpassungsstörung begünstigen können. Aufgrund eines äußeren Stressors kommt es zu einem „abnormen“ Verhalten eines Individuums im Vergleich zu anderen Individuen aus dem gleichen sozialen oder ethnischen Umfeld. Die Symptome sind jedoch nicht so schwerwiegend, dass man das Verhalten des Patienten einer anderen psychischen Erkrankung zuordnen kann. Die Symptome oder Beschwerden sind dennoch so groß, dass sie ein deutlich wahrnehmbares Leid und/oder zu einer deutlichen beruflichen wie auch sozialen Leistungsminderung der betroffenen Person führen.

1.3. Probleme der Diagnosekategorie

Die Anpassungsstörung stellt eine Art „Übergangskategorie“ zwischen schweren psychischen Störungen und normalem Verhalten dar (Fabrega et al. 1987). Auf der einen Seite dürfen die Symptome nicht so stark ausgeprägt sein, dass man sie einer anderen psychischen Erkrankung zuordnen kann, aber auf der anderen Seite müssen die Symptome deutlich von der Norm abweichen. Zurzeit gibt es noch keine eindeutigen diagnostischen Kriterien, die es einem Arzt ermöglichen, zuverlässig die Diagnose der Anpassungsstörung zu stellen, sodass bei der Vergabe dieser Diagnosekategorie ein großer individueller Interpretationsspielraum des Diagnostikers besteht.

Die Abgrenzung von normalen adaptiven Reaktionen auf psychosoziale Probleme gegenüber anderen spezifischen Achse-I-Störungen (Major Depression, posttraumatische Belastungsstörung) und gegenüber unterschwelligen Störungen (Minor Depression, gemischte Angst- Depression, emotionale Reaktionen bei Persönlichkeitsstörungen) ist schwierig (Möller 2002). Die Gefahr besteht, dass mit dieser Diagnose physiologische Anpassungsreaktionen pathologisiert werden oder dass anderweitige schwerwiegendere psychiatrische Störungen zu Gunsten der Anpassungsstörung nicht diagnostiziert werden.

Ein weiteres Problem bei der Diagnosestellung ist, dass sich die Korrektheit der anfangs vergebenen Diagnose erst im weiteren Krankheitsverlauf zeigt. Denn eines der wichtigen diagnostischen Kriterien der Anpassungsstörung im Vergleich zu den anderen Diagnosekategorien ist, dass die Symptome spontan ohne oder mit nur minimaler Therapie verschwinden, wenn der Stressor beseitigt oder der Patient in der Lage ist, mit den Stressoren besser umzugehen. Dies impliziert, dass es wichtig ist, auch den Langzeitverlauf bei der Diagnosefindung zu berücksichtigen (Casey 2006). Der in den ICD-10 Leitlinien postulierte gute prognostische Krankheitsverlauf wird durch einige Studien in Frage gestellt. Bei einer wesentlichen Subgruppe wurde die anfänglich vergebene Diagnose der Anpassungsstörung im weiteren Krankheitsverlauf zu Gunsten anderer schwerwiegenderer psychischer Krankheitsbilder geändert.

So zeigte eine 5-Jahres Follow-up Untersuchung von Andreasen et al., dass 79% der Er-

wachsenen und nur 57% der Jugendlichen, die vor 5 Jahren an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, zum Follow-up Zeitpunkt einen guten Gesundheitszustand aufwiesen. Bei den meisten erwachsenen Patienten, die nach den 5 Jahren noch psychische Probleme zeigten, wurde die Diagnose einer Depression oder einer Suchterkrankung gestellt. Bei den Jugendlichen wurde im Follow-up Zeitraum, die ursprünglich vergebene Diagnose der Anpassungsstörung in eine Schizophrenie, schizoaffektive Störung, Depression, dissoziale Persönlichkeitsstörung oder eine Suchterkrankung abgeändert (Andreasen et al. 1982).

Bronisch et al. zeigten in ihrer Untersuchung, dass die Beeinträchtigungen des psychopathologischen Befundes bei den Patienten mit einer Anpassungsstörung sowie bei den Patienten mit einer Depression zum Aufnahmezeitpunkt miteinander vergleichbar waren (Bronisch et al. 1989). Strain et al. fanden heraus, dass die Patienten, die an einer Anpassungsstörung litten, im Vergleich zu den Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen zwar über ein höheres soziales Funktionsniveau verfügten, dass aber die Behandlung der Patienten mit einer Anpassungsstörung, im Rahmen einer psychiatrischen konsiliarischen Betreuung, genau so viel Zeit in Anspruch nahm wie die Behandlung anderer psychiatrischer Erkrankungen (Strain et al. 1998). Des Weiteren zeigte ein Großteil der Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, ein suizidales Verhalten. In der Untersuchung von Bronisch et al. unternahmen 58% der Patienten vor der stationären Aufnahme einen Suizidversuch (Bronisch et al. 1991). Portzky et al. bekräftigten anhand ihrer Untersuchung die Gefahr eines Suizides bei Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, in dem sie herausfanden, dass die Dauer des Suizidprozesses signifikant kürzer war als bei den Patienten, die an anderen psychiatrischen Erkrankungen litten (Portzky et al. 2005).
Patricia Casey bezeichnete die Diagnose der Anpassungsstörung als „wastebasket diagnosis“ (Casey 2006). Dies soll andeuten, dass die Gefahr besteht, dass man die Diagnose der Anpassungsstörung als eine Art Verlegenheitsdiagnose benutzen kann. Wenn die Symptome eines Patienten nicht klar einer bestimmten Krankheit zugeordnet werden können, stellt man eventuell leichtfertig die Diagnose der Anpassungsstörung.

Bei der Vergabe der Diagnose der Anpassungsstörungen spielen auch traditionelle Gewohnheiten der Diagnostiker eine entscheidende Rolle. Dies zeigt sich daran, dass biolo-

gisch orientierte Psychiater eher seltener die Diagnose der Anpassungsstörung stellen, wohingegen psychodynamisch orientierte Ärzte häufiger die Diagnosekategorie der Anpassungsstörung verwenden (Schweiger u. Hohagen 2000).

Problematisch ist auch, dass viele große epidemiologische Studien die Diagnosekategorie der Anpassungsstörung ausschließen (Myers et al. 1984, Kessler et al. 1994, Jenkins et al. 1997). Demzufolge gibt es bis jetzt auch noch keine verlässlichen Angaben über die Prävalenz der Anpassungsstörung in der Allgemeinbevölkerung. Generell gibt es wenige Informationen oder Studien über Risikofaktoren, Therapieoptionen und Langzeitprognosen von Patienten, die die Diagnose einer Anpassungsstörung erhalten hatten.

In Deutschland gibt es kein Medikament, das zur Therapie der Anpassungsstörungen zugelassen ist (Berger 2009). Bei der Literaturrecherche fand man zum einen Informationen, die von jeglicher Therapie abrieten und die Selbstheilungstendenz der Anpassungsstörung in den Vordergrund rückten. Diego et al. beispielsweise erklärten sich das gute Abschneiden der Placebogruppe mit der Selbstheilungstendenz der Anpassungsstörung (Diego et al.1989). Auf der anderen Seite gab es aber auch Studien, die auf die Wichtigkeit einer frühzeitigen Therapie hinwiesen. Um zum einen der akute Gefährdung des Patienten durch eine erhöhte Suizidgefahr entgegenzuwirken und zum anderen einer Chronifizierung einer psychischen Erkrankung vorzubeugen (Andreasen et al. 1982; Greenberg et al. 1995; Portzky 2005). Diego et al. untersuchten mittels einer randomisierten Studie den therapeutischen Effekt einer supportiven Psychotherapie, eines Antidepressivums (Viloxazin), Benzodiazepine, S-Adenosylmethionin im Vergleich zu einer Placebobehandlung. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass keine Therapieform der anderen signifikant überlegen war (Diego et al. 1989). Des Weiteren gibt es Studien (Gorschenek et al. 2007; Bronisch et al. 1991), die auf die Erfolge psychotherapeutischer Verfahren aufmerksam machten. Auf der anderen Seite gibt es wiederum Studien, wie die von Hameed et al., die der medikamentösen Therapie einen großen therapeutischen Nutzen zusprach und die Bedeutung der psychotherapeutischen Therapien zur Behandlung der Anpassungsstörung in Frage stellte (Hameed et al. 2005). Es wurden Untersuchungen zur ambulanten (Gorschenek et al. 2007) wie auch zur stationären (Bronisch et al. 1991; Reisch et al. 2004) Versorgung der Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, durchgeführt. Jedoch fand sich keine Arbeit, die

verschiedene Versorgungsansätze miteinander verglich.

Diese teils widersprüchliche Studienlage zeigt, dass hinsichtlich des Krankheitsbilds der Anpassungsstörung noch viel Forschungsarbeit geleistet werden muss. Trotz dieses wissenschaftlichen „Neglekts“ (Casey et al. 2001) wird die Diagnose der Anpassungsstörung sehr häufig im klinischen Alltag gestellt. Das mag vielleicht auch daran liegen, dass die Diagnose einer Anpassungsstörung gesellschaftlich besser akzeptiert ist und es den Ärzten deswegen leichter fällt, zunächst die Diagnose der Anpassungsstörung zu stellen (Schweiger u. Hohagen 2000).

1.4. Fragestellung

Es gibt bisher nur wenige wissenschaftliche Studien, die sich mit dem Krankheitsbild der Anpassungsstörung befassen. So wird diesbezüglich sogar von einem „akademischen Neglekt“ gesprochen. Trotzdem wird die Diagnose der Anpassungsstörung recht häufig im klinischen Alltag gestellt. Daher erscheint es wichtig, dieses Krankheitsbild näher zu untersuchen.

In der vorliegenden Arbeit soll deshalb die diagnostische Reliabilität, die klinische Symptomatik sowie die gegenwärtigen Versorgungsbedingungen der Diagnosekategorie der „Anpassungsstörungen“ untersucht werden. Die vorliegende Untersuchung hat einen rein deskriptiven Charakter. Die hier gewonnen Erkenntnisse sollen in erster Linie zur Hypothesengenerierung dienen, sodass im nächsten Schritt weitere klinische Studien durchgeführt werden können. Konkret wurden folgende Fragen formuliert:

1. **Wie hoch ist die diagnostische Reliabilität der im klinischen Alltag diagnostizierten Anpassungsstörungen?** Hält hierbei die klinische Diagnose einer Anpassungsstörung einer kritischen Überprüfung anhand von operationalisierten diagnostischen Kriterien der ICD-10 stand? Wird die Diagnose einer Anpassungsstörung zu häufig diagnostiziert und hierbei eine spezifischere psychische Störung übersehen?

2. **Durch welche klinischen und soziodemographischen Merkmale sind Patienten mit einer Anpassungsstörung charakterisiert?** Was lässt sich hierbei beispielsweise über Alters- und Geschlechtsverteilung, Familienstand und Beruf sagen? Was sind die häufigsten auslösenden Stressoren, die zu einer Anpassungsstörung führen? Was sind die häufigsten psychopathologischen Symptome?

3. **Wie sieht die aktuelle Versorgung von Menschen mit Anpassungsstörungen aus?** Wie kommen die Patienten in die stationäre Behandlung? Wie sieht die Therapie aus? Wie erfolgt die Planung der weiteren Versorgung?

Die hier zu erfolgende Erhebung des „Ist-Zustandes“ der gegenwärtigen Behandlung, der klinischen Charakteristika und der diagnostischen Reliabilität soll dazu dienen, Ansatzpunkte für die zukünftigen Entwicklungen in Diagnostik und Therapie von Menschen in psychosozialen Belastungssituationen zu finden.

2. Material und Methoden

2.1. Patientenkollektiv

Das Studienkollektiv wurde aus dem Krankenblattarchiv des Bezirkskrankenhauses Günzburg (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm) rekrutiert. Der Einzugsbereich des BKH Günzburg umfasst die Landkreise Günzburg, Neu-Ulm, Dillingen, Donau-Ries und Teile vom Landkreis Augsburg und Aichach-Friedberg mit insgesamt ca. 680.000 Einwohnern. Die Klinik übernimmt die Vollversorgung für dieses Einzugsgebiet. Die im BKH Günzburg behandelten Patienten stammen somit aus einer eher ländlichen Umgebung. Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Bezirkskrankenhaus Günzburg umfasst 327 vollstationäre Betten sowie tagesklinische Plätze und eine Institutsambulanz.

Mit Hilfe des klinikeigenen elektronischen Dokumentationssystems wurden alle Patienten gesucht, die im Zeitraum vom 01.01. 2005 bis zum 31.12.2005 stationär behandelt wurden und bei denen die Diagnose einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) gestellt wurde. Auf diese Weise wurden 200 Patienten ermittelt.

Im zweiten Schritt wurden diejenigen Patienten von der weiteren Untersuchung ausgeschlossen, bei denen man im Laufe des stationären Aufenthaltes von der anfänglich vergebenen Diagnose der Anpassungsstörung abgekommen war und diese im Entlassbrief nicht mehr erwähnt wurde. Durch dieses Ausschlusskriterium verringerte sich die Zahl auf 142 Patienten.

Im dritten Schritt wurden die Krankengeschichten dieser Patienten (n=142) von zwei erfahrenen Oberärzten des BKH Günzburg (Dr. Jäger und Dr. Frasch) unabhängig voneinander durchgesehen. Die Fragestellung lautete, ob die im Arztbrief vergebene Diagnose einer Anpassungsstörung einer kritischen Prüfung anhand der diagnostischen Kriterien der ICD-10 (WHO 1999) standhält. In die weiteren Auswertungen hinsichtlich klinischer Charakteristika und gegenwärtiger Versorgungsbedingungen wurden dann nur noch die Patienten mit einer auf diese Weise abgesicherten Diagnose eingeschlossen (n=91).

2.2. Arbeiten mit Krankengeschichten

Die vorliegende Arbeit stützt sich methodisch auf eine Analyse und Auswertung der Krankengeschichten des BKH Günzburg aus dem Jahr 2005. Für das Projekt liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Universität Ulm vor.

Die Arbeit mit Krankengeschichten hat in der Psychiatrie eine lange Tradition. Im Vergleich zu den meisten anderen medizinischen Fachdisziplinen sind die psychiatrischen Krankengeschichten sehr ausführlich. So werden meist der psychopathologische Aufnahmebefund sowie die therapeutischen Interventionen eingehend geschildert.

Zahlreiche historische und aktuelle Untersuchungen stützten sich maßgeblich auf psychiatrische Krankengeschichten (Möller et al. 2010, Jablensky et al, 1993).

2.3. Auswertungsstrategien

2.3.1. Rediagnostik

Das Ausgangskollektiv der vorliegenden Untersuchung waren 142 Patienten, die im Jahre 2005 im BKH Günzburg mit der Diagnose einer Anpassungsstörung aus der stationären Behandlung entlassen wurden.

Zunächst wurde der Frage nachgegangen, ob die klinische Diagnose einer Anpassungsstörung einer Prüfung nach den diagnostischen Kriterien der ICD-10 (WHO 1999) standhält. Untersuchungen zu anderen psychiatrischen Diagnosen hatten gezeigt, dass in der Psychiatrie die klinischen Diagnosen teilweise erheblich von den offiziellen Diagnosekriterien abwichen (Vollmer-Larsen et al. 2006). Hierzu wurden die Krankengeschichten der 142 Patienten von zwei erfahrenen Oberärzten des BKH Günzburg (Dr. Jäger und Dr. Frasch, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie) unabhängig voneinander dahingehend überprüft ob die damalig vergebene Diagnose unter Berücksichtigung der ICD- 10 Kriterien gerechtfertigt war. In den Fällen, in denen die beiden Oberärzte zu unterschiedlichen Er-

gebnissen kamen, wurden die kompletten Patientenakten mit allen verfügbaren Unterlagen erneut genauestens studiert. Anschließend wurde eine Konsensusentscheidung getroffen. Diese Vorgehensweise wurde auch von Vollmer-Larsen et al., die in ihrer Studie die diagnostische Reliabilität der schizoaffektiven Störung untersuchten, angewandt (Vollmer-Larsen et al. 2006).

2.3.2. Soziodemographische Daten

Zur Datengewinnung standen die Krankengeschichten sowie Informationen aus der Basisdokumentation (BADO) zur Verfügung. Das seit 1982 bestehende BADO-System wurde von der Arbeitsgruppe „Basisdokumentation und Ergebnisqualität" der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) mit der Zielsetzung einer internen und externen Qualitätssicherung erweitert (Cording 1995). Somit ist es ein bundeseinheitliches Instrument zur Qualitätssicherung für stationäre und teilstationäre psychiatrische Einrichtungen in Deutschland. Diese Daten können auch für wissenschaftliche Untersuchungen herangezogen werden.

Die im BKH Günzburg verwendete BADO-Version beinhaltet einen Aufnahme- sowie einen Entlassbogen. Im Aufnahmebogen werden Informationen zur Einweisungssituation, soziodemographische Daten, Familienanamnese, frühere psychiatrische Störungen, aktuellen Problematik und bisheriger Therapie sowie Informationen über den psychischen Gesundheitszustand zum Aufnahmezeitpunkt erfasst. Im Entlassbogen werden Informationen über Diagnostik, Therapie, Verhalten des Patienten während des stationären Aufenthaltes, Entlassungssituation und Informationen über die geplante Weiterbehandlung zusammengetragen.

Diese Unterlagen wurden hinsichtlich Geschlecht, Alter, Herkunft, Religion, Familiensituation, schulischem und beruflichem Werdegang ausgewertet. Mit Hilfe dieser Merkmale sollte untersucht werden, ob bestimmte Eigenschaften besonders häufig bei Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, beobachtet werden konnten.

2.3.3. Psychopathologische Symptomatik

Bei jedem Patienten wurde zum Aufnahmezeitpunkt der psychopathologische Befund vom aufnehmenden Arzt in der Patientenakte dokumentiert. Diese Angaben stellten die Grundlage der Informationen bezüglich der psychopathologischen Symptomatik der Patienten dar.

Es wurde untersucht, welche psychischen Symptome oder Beschwerden die Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, zum Aufnahmezeitpunkt zeigten. In diesem Zusammenhang war es interessant zu untersuchen, ob bestimmte psychopathologische Symptome oder Symptomkonstellationen gehäuft bei diesen Patienten beobachtet werden konnten.

Um die Informationen systematisch auswerten zu können, wurde der Befund in die Sprache des AMDP-Systems (AMDP 2007) übertragen. Die europäische Gesellschaft für Methodik und Dokumentation der Psychiatrie (AMDP) entwickelte 1965 das System, um die Erfassung psychopathologischer Symptome zu standardisieren. Dieses System basiert auf deskriptiven Kriterien. Die Übersetzung des psychopathologischen Aufnahmebefundes in die Sprache des AMDP-Systems kam auch in anderen Studien zur Anwendung (Möller et al. 2010).

Darüber hinaus wurde untersucht, ob sich in den Krankengeschichten Hinweise für psychiatrische und somatische Komorbiditäten fanden.

2.3.4. Versorgung

Informationen zur Versorgung der Patienten konnten anhand der Patientenakte, des Entlassbriefes und des BADO-Entlassbogens entnommen werden. Von besonderem Interesse war die stationäre Versorgung der Patienten.

In diesem Zusammenhang wurde die medikamentöse Therapie, psychotherapeutische Ver-

fahren, Bewegungs- sowie die Ergotherapie genauer betrachtet. Abschließend wurde auch die empfohlene Weiterbehandlung untersucht. Die erhobenen Daten wurden auch dahingehend ausgewertet, ob bestimmte Therapieverfahren besonders häufig zum Einsatz kamen.

2.4. Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 10.0 für Windows. Aufgrund der eingangs formulierten Fragestellungen beschränkt sich die vorliegende Arbeit meist auf eine deskriptiv statistische Darstellung. An einigen Stellen wurden jedoch auch spezifische statistische Tests eingesetzt.

Um den Grad der diagnostischen Übereinstimmung zwischen zwei voneinander unabhängigen Untersuchern zu bestimmen, wurde der κ- Koeffizient nach Cohen berechnet. Hierbei handelt es sich um einen Ähnlichkeitsindex, welcher nur die über die Zufallsübereinstimmung hinausgehende Übereinstimmung anzeigt (Cohen 1960). Das Kappa kann Werte von –1 bis +1 annehmen, ein Wert von 0,41 bis 0,60 wird üblicherweise als Ausdruck einer moderaten, ein Wert von 0,61 bis 0,80 einer guten und ein Wert über 0,80 einer sehr guten Übereinstimmung angesehen (Landis und Koch 1977).

Darüber hinaus wurde der Chi^2 - Test zur Untersuchung angewendet, ob zwischen zwei kategorialen Merkmalen ein statistischer Zusammenhang bestand oder ob auffallende prozentuale Gruppenunterschiede rein zufälliger Natur waren. Der t-Test für zwei unabhängige Stichproben wurde hingegen zur Überprüfung benutzt, ob zwischen zwei quantitativen Merkmalen ein statistischer Zusammenhang bestand. Es wurde ein Signifikanzniveau von 5% ($p<0,05$) festgelegt. Die statistischen Verfahren wurden im Sinne einer deskriptiven Datenanalyse eingesetzt.

3. Ergebnisse

3.1. Diagnostische Reliabilität der Krankenblattdiagnosen

Zwei Oberärzte des BKH Günzburgs haben die Patientenakten der Patienten, die 2005 im BKH Günzburg zur Behandlung einer Anpassungsstörung stationär gewesen waren nochmals durchgesehen, um die damals vergebene Diagnose der Anpassungsstörung erneut zu validieren. Insgesamt wurden 142 Patientenakten überprüft. Beide Oberärzte überprüften die Patientenakten unabhängig voneinander.

Oberarzt Dr. Frasch bestätigte in 67,6% (n=96) der Fälle die damalige Diagnose der „Anpassungsstörung“, demzufolge kam es in 32,4% (n=46) zu einer Änderung der anfänglichen Diagnose. Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch Oberarzt Dr. Jäger, der bei 63,4% (n=90) der Patienten die Diagnose der Anpassungsstörung bestätigte und bei 36,6% (n=52) der Patienten die damals vergebene Diagnose revidierte.

In 14,1% (n=20) der Fälle kam es zu unterschiedlichen diagnostischen Einschätzungen zwischen den beiden Oberärzten. Daraus errechnete sich eine zufrieden stellende Übereinstimmung der beiden Oberärzte (Kappa=0,69).

Im nächsten Schritt setzten sich die beiden Oberärzte zusammen, um über die uneinigen Fälle (n=20) zu beraten. In diesen Fällen wurde dann eine Konsensusentscheidung getroffen, sodass schlussendlich von den 142 Patienten retrospektiv nur 91 (64,1%) die Diagnosekriterien der Anpassungsstörung erfüllten.

Die im weiteren Verlauf der Arbeit durchgeführten Auswertungen beziehen sich nur auf diese 91 Patienten, bei denen die Diagnose der Anpassungsstörung durch die beiden Oberärzte bestätigt wurde. Die folgende Abbildung 1 gibt einen Überblick über die von beiden Oberärzten retrospektiv vergebenen Diagnosen der eingangs ausgewählten Patienten (n=142).

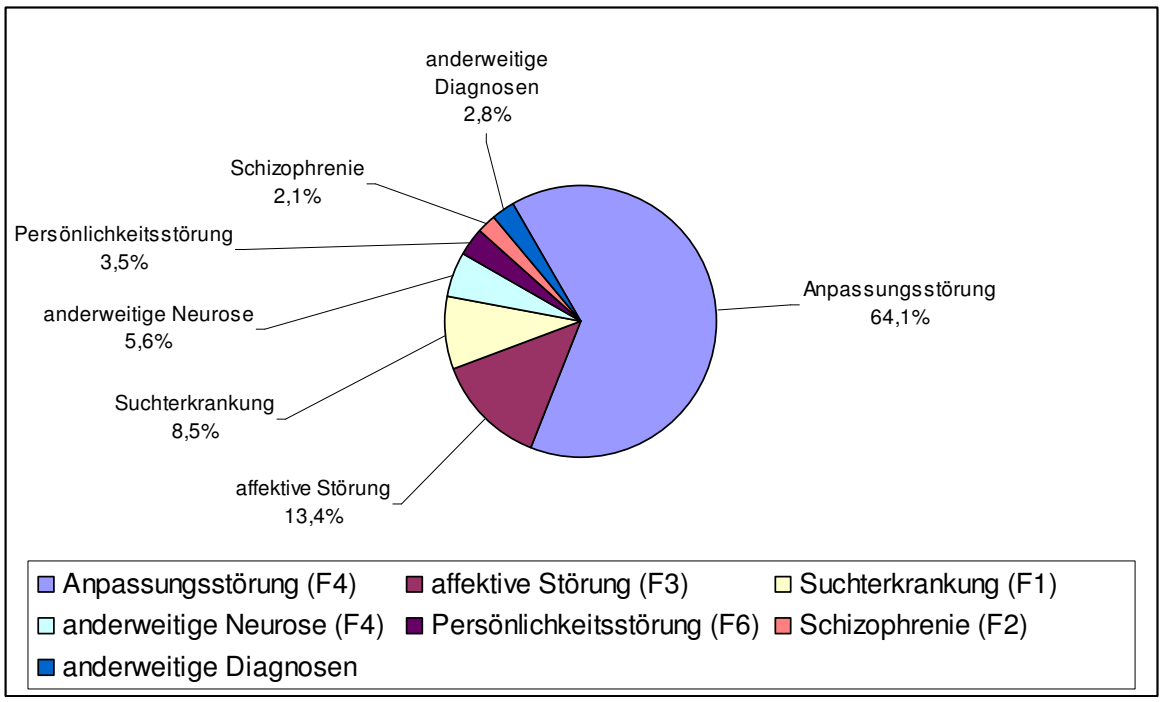

Abb. 1: Ergebnis der Rediagnostik der Krankenblattdiagnosen gemäß den diagnostischen Kriterien der ICD-10 bei Patienten des Bezirkskrankenhauses Günzburgs, bei denen 2005 klinisch eine Anpassungsstörung diagnostiziert wurde

3.2. Klinische und soziodemographische Charakterisierung

3.2.1. Alters- und Geschlechtsverteilung

In dem untersuchten Patientenkollektiv (n=91) befanden sich 38 Frauen (41,8%) und 53 Männer (58,2%). Das mittlere Alter des Patientenkollektivs betrug 36,7 Jahren (SD 14,4). Der älteste Patient war 80 Jahre und der jüngste 17 Jahre alt. Betrachtet man die Altersverteilung der Patienten bei Frauen und Männern getrennt, so ergab sich für die Frauen ein Durchschnittsalter von 36,3 Jahren (16,6) und für die Männer ein Altersdurchschnitt von 37 Jahren (SD 12,7). Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen dem Durchschnittsalter von Frauen und Männern (t-Test für unverbundene Stichproben: T= 0,24; p=0,811). Zur besseren Übersichtlichkeit wurden die Patienten in 9 Altersgruppen eingeteilt (siehe Abb. 2).

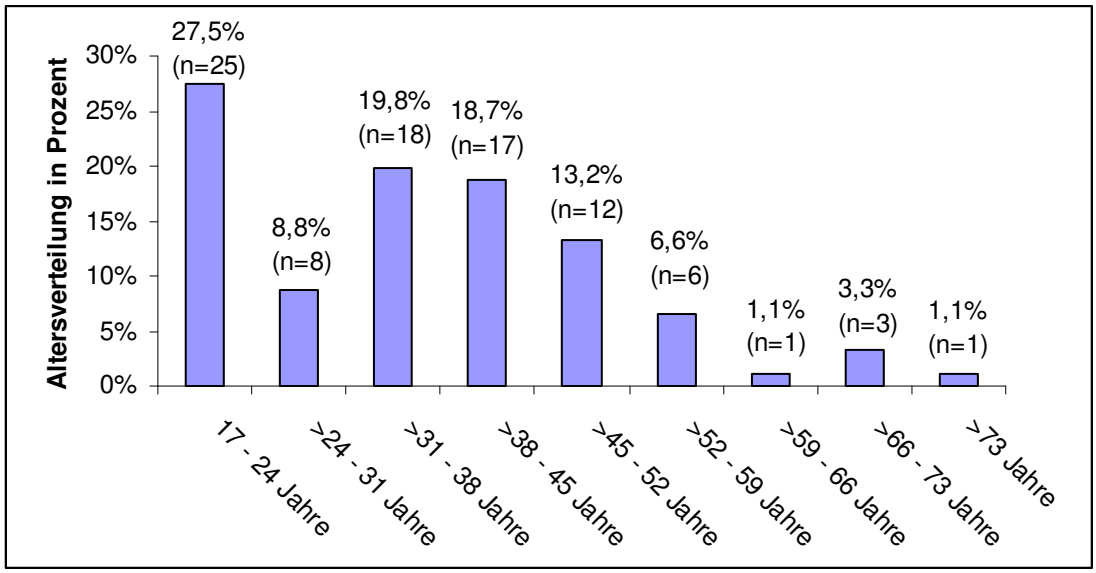

Abb. 2: Altersverteilung des untersuchten Patientenkollektives mit gesicherter Diagnose einer Anpassungsstörung (Bezirkskrankenhaus Günzburg, 2005)

Anhand dieser Grafik ließen sich zwei Häufigkeitsgipfel erkennen. Die Diagnose der Anpassungsstörung war zum einen im Adoleszentenalter (17 bis 24 Jahre) und im mittleren Erwachsenenalter (31 bis 45 Jahre) häufig vertreten.

Die geschlechtsspezifische Altersverteilung der jeweiligen Alterskategorien ist in der Abbildung 3 wiedergegeben. Bei Betrachtung der Abbildung fällt auf, dass die weiblichen Patienten im Vergleich zu den männlichen Patienten häufiger in jüngeren Jahren und im höheren Lebensalter von einer Anpassungsstörung betroffen waren, wohingegen die Diagnose der Anpassungsstörung im mittleren Lebensalter zwischen 32 bis 52 Jahren vermehrt bei den Männern auftrat.

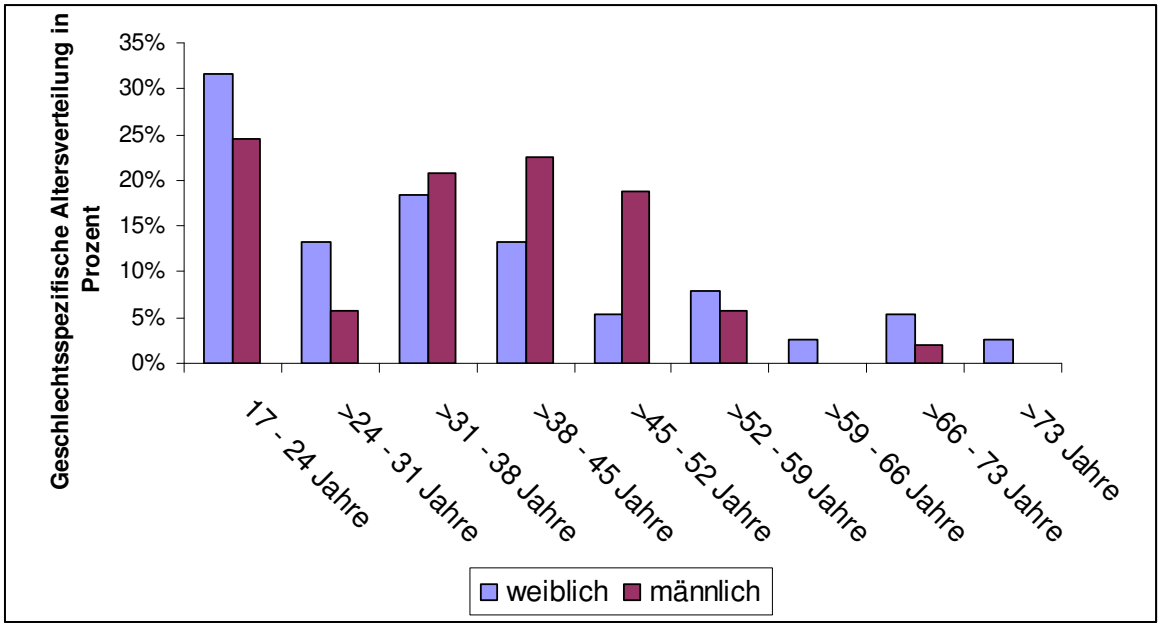

Abb. 3: Geschlechtsspezifische Altersverteilung des untersuchten Patientenkollektives mit gesicherter Diagnose einer Anpassungsstörung (Bezirkskrankenhaus Günzburg, 2005)

3.2.2. Nationalität und Religion

Bei der Auswertung zeigte sich, dass 91,2% (n=83) der Patienten eine deutsche Staatsangehörigkeit besaßen. Bei 80,2% (n=73) der Patienten wurde die deutsche Sprache als Muttersprache angegeben. 16,5% (n=15) der Patienten gaben an, eine andere Muttersprache als Deutsch zu haben. Von den Patienten, die eine andere Muttersprache als Deutsch hatten, verfügten 8 Patienten (8,8%) über gute, 6 Patienten (6,6%) über schlechte und ein Patient (1,1%) über keine deutschen Sprachkenntnisse. Bei 3,3% (n=3) der Patienten wurde bezüglich dieser Fragestellung keine Angaben in den Akten gemacht.

In Deutschland wurden 79,1% (n=72) der Patienten geboren. 4,4% (n=4) der Patienten stammten aus der Türkei, 2,2% (n=2) aus Polen, 2,2% (n=2) aus Nigeria, 2,2% (n=2) aus Russland und je 1,1% (n=1) aus Thailand, Italien, Kroatien, Kongo und Bosnien. Bei 4,4% (n=4) der Patienten wurden keine eindeutigen Angaben zur Herkunft gemacht.

54,9% (n=50) der Patienten gehörten der römisch-katholischen Glaubensrichtung an.

15,4% (n=14) der Patienten gaben eine Zugehörigkeit zur evangelischen Kirchen an. 2,2% (n=2) der Patienten waren Muslime und ein weiterer (1,1%) Patient war ein bekennender Zeuge Jehovas. In dem Patientenkollektiv gab es einen Patienten (1,1%), der sich der satanistischen Glaubensrichtung zurechnete. Bei 25,3% (n=23) der Patienten wurden bezüglich der Religionszugehörigkeit keine Angaben gemacht.

3.2.3. Familiensituation

41,8% (n=38) der Patienten waren zum Aufnahmezeitpunkt verheiratet. Vor der jetzigen Ehe waren bereits 8,8% (n=8) schon einmal verheiratet gewesen und 3,3% (n=3) der Patienten lebten von ihrem Ehepartner getrennt. Eine Scheidung hatten bereits 19,8% (n=18) der Patienten durchgemacht und 5,5% (n=5) der Patienten waren zum Aufnahmezeitpunkt bereits verwitwet. Insgesamt waren 52,7% (n=48) der Patienten unverheiratet.

Leibliche Kinder hatten 53,8% (n=49) der Patienten. 19,8% (n=18) der Patienten hatten drei oder mehr Kinder. Bei 3,3% (n=3) der Patienten gab es bezüglich dieser Fragestellung keine Angaben

3.2.4. Wohnsituation

Bezüglich der Wohnsituation der Patienten zeigte sich folgendes Bild: 94,5% (n=86) der Patienten wohnten in ihrer eigenen Wohnung. 3,3% (n=3) der Patienten waren in betreuten Wohneinrichtungen untergebracht und ein Patient (1,1%) war vor der stationären Aufnahme in einer Justizvollzugsanstalt sesshaft gewesen. In einem Fall (1,1%) wurden bezüglich dieser Fragestellung keine Angaben gemacht.

48,4% (n=44) der Patienten wohnten mit ihrem (Ehe-) Partner zusammen. Alleine mit ihrem Ehepartner wohnten 16,5% (n=15) der Patienten. Bei den restlichen 29 Patienten (31,9%), die mit ihrem Partner zusammen lebten, gehörten neben dem Partner noch weitere Familienmitglieder zum Haushalt. 34,1% (n=31) der Patienten lebten mit ihren leibli-

chen Kindern zusammen. Von diesen Patienten lebten 4,4% (n= 4) alleine mit ihren Kindern. 2,2% (n=2) der Patienten lebten mit ihrem Partner und den Stiefkindern zusammen. Mit den Eltern oder einem Elternteil wohnten 24,2% (n=22) der Patienten zusammen.
Von den Patienten, die noch bei den Eltern wohnten, waren 72,73% (n=16) zwischen 17 und 24 Jahre alt. Zwei Patienten (2,2%) lebten mit ihren Ex-Partnern zusammen.

3.2.5. Schule und berufliche Ausbildung

Die Abbildung 4 gibt Auskunft über den erreichten Schulabschluss der Patienten, die an der vorliegenden Studie beteiligt waren.

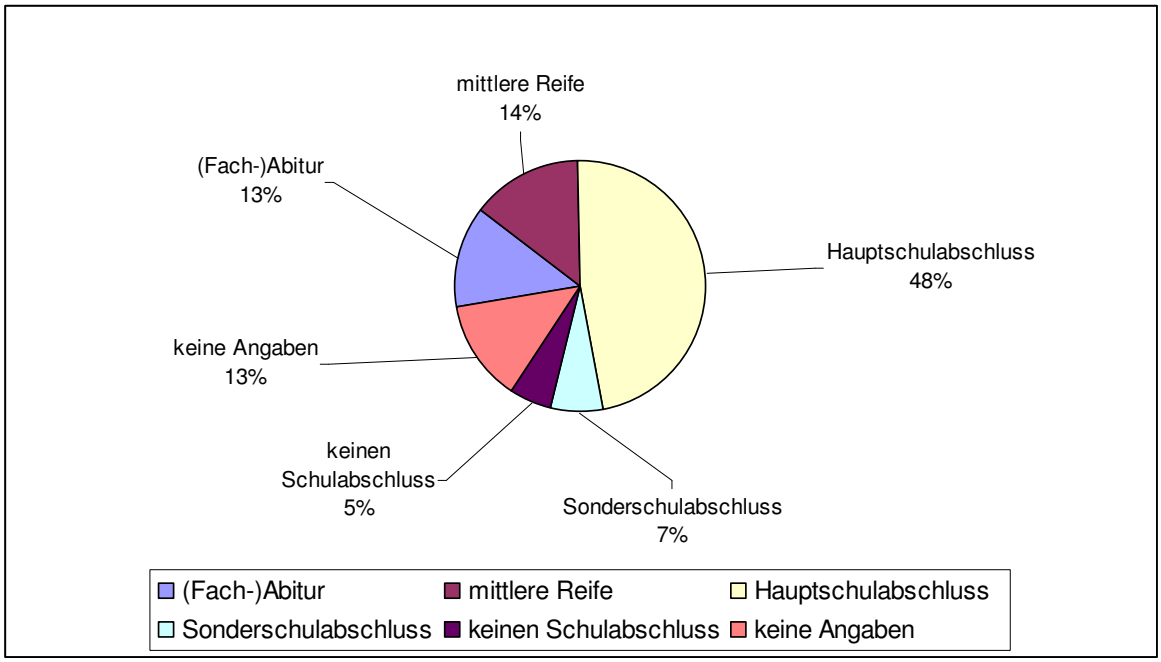

Abb. 4: Schulbildung des untersuchten Patientenkollektives mit gesicherter Diagnose einer Anpassungsstörung (Bezirkskrankenhaus Günzburg, 2005)

Bei Betrachtung des Diagramms fiel auf, dass lediglich 27,5% (n=25) der Patienten Abitur oder die mittlere Reife als Schulabschluss vorweisen konnten und insgesamt 59,3% (n=54) der Patienten hatten einen Hauptschul-, Sonderschul- oder keinen Schulabschluss.

Die (Fach-) Hochschule absolvierten 7,7% (n=7) der Patienten. 45,1% (n=41) der Patienten hatten zum Aufnahmezeitpunkt bereits eine Lehre abgeschlossen und 3,3% (n=3) der

Patienten hatten eine Meisterschule absolviert. 35,2% (n=32) der Patienten hatten keine Berufsausbildung oder waren nur angelernt. Bei 8,8% (n=8) der Patienten wurde bezüglich dieser Fragestellung keine Angaben gemacht.

3.2.6. Aktuelle berufliche Situation

Insgesamt waren lediglich 45,1% (n=41) der Patienten erwerbstätig. Eine Ausbildung oder eine Umschulung machten vor der Klinikaufnahme 13,2% (n=12) der Patienten. 6,6% (n=6) der Patienten waren als Hausfrau oder als Hausmann tätig. Arbeitslos gemeldet waren 17,6% (n=16) der Patienten des Studienkollektives. Rente bezogen 11% (n=10) der Patienten. 4,4% (n=4) der Patienten waren Frührentner, 1,1% (n=1) bekamen eine Witwenrente und 5,5% (n=5) erhielten eine Altersrente. Bei 7,7% (n=7) der Patienten konnte bezüglich dieser Fragestellung keine Informationen in den Akten gefunden werden.

3.2.7. Auslösende Stressoren

Die Abbildung 5 gibt einen Überblick über die auslösenden Stressoren, die in dem untersuchten Patientenkollektiv identifiziert werden konnten. Mehrfachnennungen waren hierbei möglich.

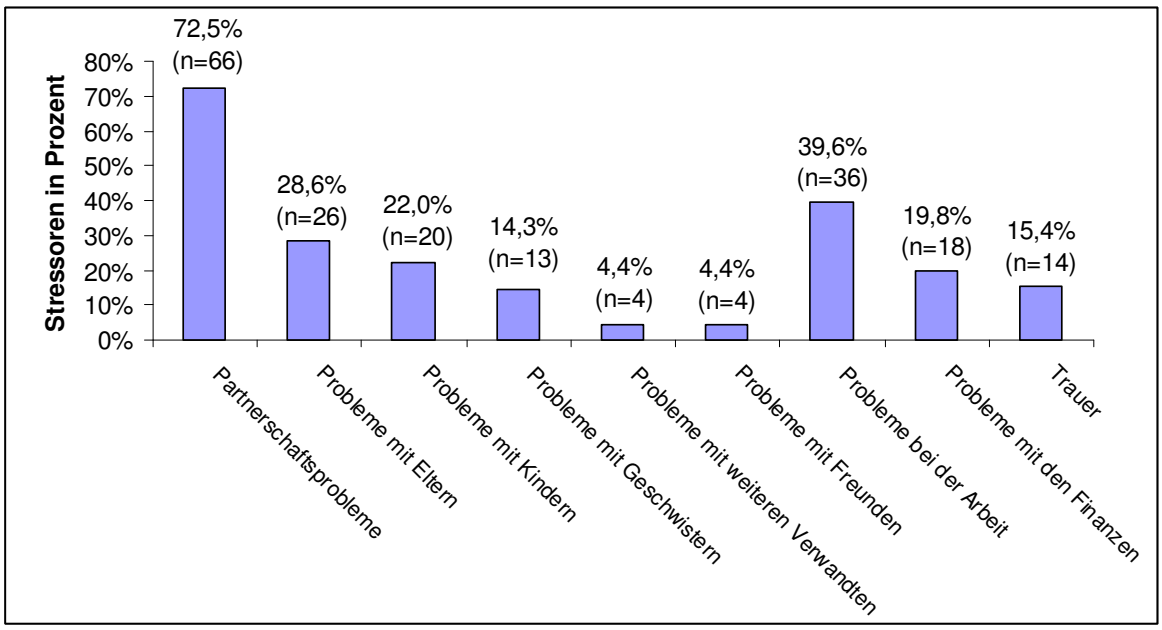

Abb. 5: Auslösende Belastungsfaktoren des untersuchten Patientenkollektives mit gesicherter Diagnose einer Anpassungsstörung (Bezirkskrankenhaus Günzburg, 2005)

In den folgenden Abschnitten wurden einige Stressoren etwas genauer untersucht.

Partnerschaftsprobleme

Die Problematik reichte von Untreue bis hin zur Gewalttätigkeiten in der Beziehung. Betrogen oder verlassen wurden 24,2% (n=22) der Patienten, im Gegensatz dazu hatten 8,8% (n=8) der Patienten ihre Partner betrogen oder verlassen. Geschlagen oder aggressiv behandelt wurden 5,5% (n=5) der Patienten von ihren Partnern. Zwei Patienten (2,2%) klagten über Probleme mit ihren Ex-Partnern und bei einem Patienten (1,1%) saß der Partner in Untersuchungshaft. Zwei Patienten (2,2%) litten darunter, dass sie keinen Partner hatten.

Probleme mit den Eltern

Von Problemen mit den Eltern berichteten 28,6% (n=26) der Patienten. In 3,3% (n=3) der Fälle waren die Eltern oder ein Elternteil schwer krank und bei 2,2% (n=2) der Patienten hatten sich die Eltern oder ein Elternteil suizidiert. 2,2% (n=2) der Patienten wurde von einem Elternteil Gewalt angetan. Über Probleme mit Stiefeltern oder Schwiegereltern klagten 5,5% (n=5) der Patienten. Bei 14 Patienten (15,4%), die von Schwierigkeiten mit den

Eltern sprachen, wurden in den Patientenakten keine genaueren Angaben zur Problematik gemacht.

Probleme mit den Kindern

Ein weiterer möglicher Stressfaktor waren die Kinder. 22% (n=20) der Patienten berichteten über Konflikte mit ihren Kindern. 8,8% (n=8) der Patienten kamen mit ihren Kindern nicht zurecht. In zwei Fällen (2,2%) war ein Kind verstorben. 9,9% (n=9) der Patienten, lebten von ihren leiblichen Kindern getrennt. Ein Patient (1,1%) musste um das Sorgerecht für die Kinder bangen und in einem anderen Fall (1,1%) schlug der Partner das Kind. Die schulischen Probleme der Kinder waren für einen weiteren Patienten (1,1%) schwer zu ertragen. Mehrfachnennungen waren bezüglich dieser Fragestellung möglich.

Trauer

Die Trauer um eine nahe stehende Person war häufig eine mitauslösende Ursache, die zur Entstehung einer Anpassungsstörung beitrug. 15,4% (n=14) der Patienten hatten einen nahe stehenden Menschen verloren. Den Partner hatten 5,5% (n=5) der Patienten verloren und zwei Patienten (2,2%) trauerten um ihr Kind. 6,6% (n=6) der Patienten hatten die Eltern oder einen Elternteil zu betrauern. In einem Fall (1,1%) verstarb ein nahe stehender Verwandter und ein weiterer Patient (1,1%) trauerte um ein geliebtes Tier.
(Mehrfachnennungen waren möglich)

Probleme am Arbeitsplatz

Neben der Beziehungsproblematik spielten auch berufliche Belastungen eine entscheidende Rolle bei der Entstehung einer Anpassungsstörung. 39,6% (n=36) der Patienten berichteten über Probleme am Arbeitsplatz. 13,2% (n=12) der Patienten waren arbeitslos oder hatten keine Lehrstelle bekommen. 4,4% (n=4) der Patienten hatten Angst um ihren Arbeitsplatz und weitere 5,5% (n=5) der Patienten fühlten sich mit ihrer Arbeit überfordert und hatten Angst zu versagen. Über „Mobbing“ oder über Probleme mit dem Chef klagten 6,6% (n=6) der Patienten. Zwei Patienten (2,2%) machte ihre berufliche Orientierungslosigkeit zu schaffen. 3,3% (n=3) der Patienten hatten Probleme mit ihrer selbständigen Arbeit.

Finanzielle Probleme

Ein weiterer möglicher Stressor stellten finanzielle Probleme dar. 19,8% (n=18) der Patienten hatten finanzielle Sorgen. Finanzielle Existenzangst hatten 16,5% (n=15) der Patienten. Zwei weitere Patienten (2,2%) waren von anderen Personen finanziell abhängig. Ein Patient (1,1%) klagte, dass er wenig bis kein Geld habe.

3.2.8. Psychopathologische Symptomatik bei Aufnahme

Bewusstseins- und Orientierungsstörungen

Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme fanden sich bei 5,5% (n=5) der Patienten des Studienkollektivs Bewusstseins- und/oder Orientierungsstörungen. 2,2% (n=2) der Patienten waren müde und schläfrig, jedoch jederzeit erweckbar. Bei den übrigen drei Patienten (3,3%) zeigten sich leichte Orientierungsstörungen.

Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Auffassungsstörungen

Bei 14,3% (n=13) der Patienten war die Aufmerksamkeit zum Aufnahmezeitpunkt reduziert. Die Konzentration war bei 22% (n=20) der Patienten vermindert und die Auffassung war bei 14,3% (n=13) der Patienten gestört.

Gedächtnisstörungen

Insgesamt wurde bei 6,6% (n=6) der Patienten eine Gedächtnisstörung festgestellt. Bei drei der Patienten (3,3%) wurde die Gedächtnisstörung in den Akten nicht näher beschrieben. In zwei Fällen (2,2%) war das Gedächtnis lückenhaft und bei einem weiteren Patienten (1,1%) konnte eine retrograde Amnesie diagnostiziert werden.

Denkstörungen

Bei 45,1% (n=41) der Patienten, die an einer Anpassungsstörung litten, wurde eine formale Denkstörung diagnostiziert. Am häufigsten wurde bei den Patienten ein eingeengtes Denkverhalten beobachtet (29,7% n=27). In 3,3% (n=3) der Fälle fand man ein perseverierendes oder grübelndes Denken. Bei 6,6% (n=6) der Patienten war das Denken verlangsamt. Bei einem Patienten (1,1%) zeigte sich ein beschleunigtes Denken. In 7,7% (n=7) der Fälle

war das Denken weitschweifig oder gelockert. An einem ideenflüchtigen Denken oder an dem Phänomen des Gedankenabbrechens litten 2,2% (n=2) der Patienten. Bei 3,3% (n=3) der Patienten viel ein Vorbeireden auf. Ein Patient (1,1%) zeigte ein umständliches Denken. Bei drei Patienten (3,3%) wurde der Verdacht auf eine inhaltliche Denkstörung geäußert.

Antriebsstörung

Eine Antriebsstörung wurde bei 45,1% (n=41) der Patienten diagnostiziert. In 25,3% (n=23) der Fälle war der Antrieb gemindert und bei 19,8% (n=18) der Patienten war der Antrieb gesteigert

Psychomotorik

Die Psychomotorik war bei 38,5% (n=35) der untersuchten Patienten auffällig. Psychomotorisch erregt, gesteigert, angespannt oder nervös waren 15,4% (n=14) der Patienten und im Gegenzug dazu waren 23,1% (n=21) der Patienten psychomotorisch ruhig, reduziert, verlangsamt und erschöpft.

Affektivität

74,7% (n=68) der Patienten klagten über eine deprimierte, depressive oder gedrückte Stimmungslage. Bei einem Patienten (1,1%) wurde eine ängstliche Stimmungslage diagnostiziert. 12,1% (n=11) der Patienten waren innerlich unruhig, nervös, aggressiv oder gereizt. Bei 6,6% (n=6) der Patienten fand sich neben dem unruhigen, nervösen, aggressiven oder gereizten Verhalten eine zusätzliche depressive Komponente.

Krankheits-/Behandlungseinsicht

Bei Auswertung der Krankenakten zeigte sich, dass 79,1% (n=72) der Patienten der Therapie freundlich, offen und Hilfe suchend gegenüberstanden. 20,9% (n=19) der Patienten standen der Therapie etwas misstrauisch, zurückgezogen und teilweise skeptischer gegenüber. 4,4% (n=4) der Patienten, die der Therapie gegenüber eher skeptisch eingestellt waren, zeigten zusätzlich ein gereiztes und aggressives Verhalten. Anhand der Daten war auch ersichtlich, dass 19,8% (n=18) der Patienten Schwierigkeiten mit der Krankheits- und/ oder der Behandlungseinsicht hatten.

3.2.9. Vegetative Anamnese

Schlaf

Von Schlafstörungen berichteten 40,7% (n=37) der Patienten. Diese konnten unterteilt werden in Einschlafstörungen (15,4% (n=14)), Durchschlafstörungen (18,7% (n=17)) und bei 16,5% (n=15) der Patienten wurden die Schlafstörungen nicht näher definiert.

Appetit/ Gewicht

Über Veränderungen des Appetits klagten 15,4% (n=14) der Patienten. Bei 11% (n=10) der Patienten fand sich ein eher reduzierter, bei 3,3% (n=3) der Patienten ein erhöhter und bei einem Patienten (1,1%) ein wechselhafter Appetit. Demzufolge kam es bei insgesamt 14,3% (n=13) der Patienten zu einer Gewichtsveränderung. Von einem Gewichtsverlust sprachen 13,2% (n=12) der Patienten und ein Patient (1,1%) berichtete über eine Gewichtszunahme. Bei Betrachtung des Gewichts unter Zuhilfenahme des Body-Mass-Index (BMI) zeigte sich, dass 34,1% (n=31) der Patienten normalgewichtig waren (BMI 18,5 <25). Untergewicht (BMI< 18,5) hatten drei Patienten (3,3%). 28,6% (n=26) der Patienten litten an Übergewicht (BMI 25 bis < 30 (17,6%; n=16), BMI 30 bis < 35 (8,8%; n=8), BMI >35 (2,2%; n=2)). Bei 34,1% (n=31) der Patienten konnte wegen fehlender Daten kein BMI (Body-mass- index) berechnet werden.

Gastro-intestinale Symptomatik

Bei 4,4% (n=4) der Patienten kam es zu gastro- intestinalen Beschwerden. Übelkeit und Erbrechen waren bei zwei (2,2%) dieser Patienten die vorherrschenden Symptome. Ein Patient (1,1%) klagte über Magenbeschwerden und ein anderer Patient (1,1%) berichtete von Übelkeit und häufigen Toilettenbesuchen. Drei weitere Patienten (3,3%) klagten über Probleme bei der Defäkation. Bei zwei von diesen Patienten (2,2%) stand die Obstipation und bei dem dritten Patienten (1,1%) die Symptomatik der Diarrhoe im Vordergrund.

Miktion/ Libido

Die Miktion bereitete 5,5% (n=5) der Patienten Probleme. Über Brennen beim Wasserlassen klagte ein Patient (1,1%). Von Problemen der Inkontinenz berichtete ein weiterer Pati-

ent (1,1%). Ein häufiger Harndrang wurde einem anderen Patienten (1,1%) zur Belastung. Zwei weitere Patienten (2,2%) beschrieben das Krankheitsbild der Nykturie.
Ein Patient (1,1%) berichtete von Problemen mit der Libido.

Weitere vegetative Beschwerden

8,8% (n=8) der Patienten klagten über weitere vegetative Symptome wie Atembeschwerden, vermehrtes Schwitzen, vegetative Herz-Kreislauf Reaktionen.

3.2.10. Psychiatrische Komorbiditäten

Die Abbildung 6 gibt einen Überblick über die psychiatrischen Komorbiditäten der Patienten. Insgesamt fand sich bei 47,3% (n=43) der Patienten eine weitere psychiatrische Diagnose. Hierbei fiel auf, dass Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen am häufigsten vorkamen. Mehrfachnennungen waren hierbei möglich.

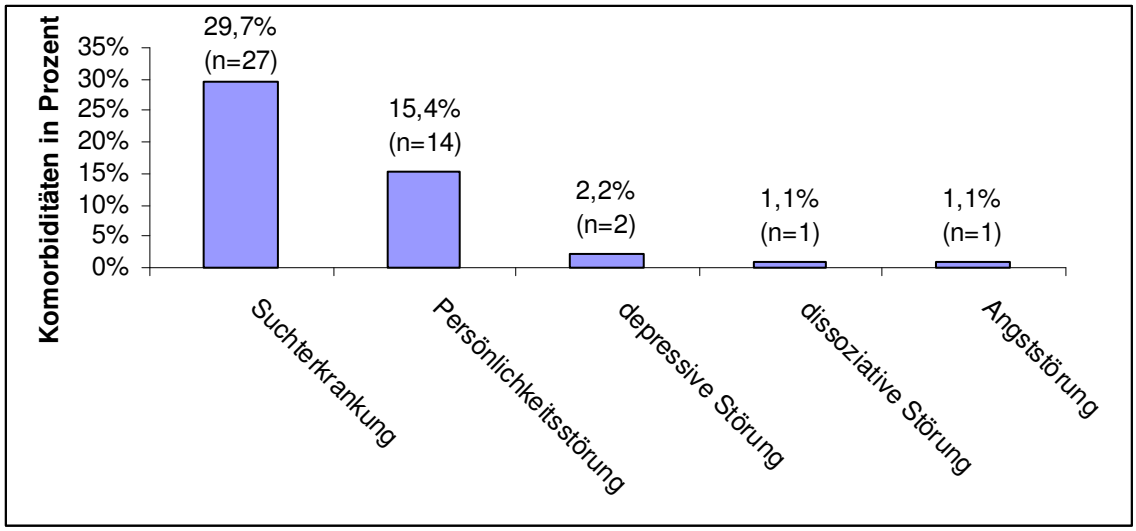

Abb. 6: Psychiatrische Komorbiditäten des untersuchten Patientenkollektives mit gesicherter Diagnose einer Anpassungsstörung (Bezirkskrankenhaus Günzburg, 2005)

3.2.11. Somatische Komorbiditäten

14,3% (n=13) der Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, berichteten über Herz-Kreislauf- oder Lungenerkrankungen. Auf Grund einer arteriellen Hypertonie befanden sich 7,7% (n=7) der Patienten bereits in ärztlicher Behandlung. Von Stoffwechsel-, Magen- oder Darmerkrankungen waren 18,7% (n=17) der Patienten betroffen. Probleme mit der Schilddrüse hatten 3,3% (n=3) der Patienten. An einem Tumor waren 7,7% (n=7) der Patienten erkrankt. In 17,6% (n=16) der Fälle litten die Patienten an zusätzlichen neurologischen Erkrankungen (Migräne (1,1% (n=1)), Spannungskopfschmerz (1,1% (n=1)), Apoplex (1,1% (n=1)), Schädelhirntrauma (4,4% (n=4)), Epilepsie (4,4% (n=4)), Multiple Sklerose (2,2% (n=2)), schmerzhafte Dysästhesien (1,1% (n=1)), Spinalkanalstenose (2,2% (n=2))). Mit Rückenschmerzen waren 6,6% (n=6) der Patienten des Studienkollektivs konfrontiert.

3.2.12. Suchtverhalten

Von der Weltgesundheitsorganisation werden für Männer 200g und für Frauen 100g Reinalkohol pro Woche bei fünf Trinktagen mit mindestens zwei aufeinander folgenden Abstinenztagen als risikoarmer Konsum eingestuft. Um den Alkoholkonsum der Patienten der vorliegenden Arbeit grob einschätzen zu können, wurde ein Alkoholkonsum, der ein Bier pro Tag überstieg als kritisch eingestuft. Bei genauerer Auswertung des Suchtverhaltens zeigte sich, dass 75,8% (n=69) der Patienten einen unproblematischen Alkoholkonsum hatten. Jedoch fiel bei 24,2% (n=22) der Patienten ein problematischer Alkoholkonsum auf. Zum einen konsumierten diese Patienten regelmäßig größere Mengen Alkohol, unter anderem am Arbeitsplatz, und zum anderen beschrieben einige dieser Patienten, dass sie besonders nach frustranen Lebensereignissen vermehrt Alkohol zu sich nahmen.

Die männlichen Patienten betrieben signifikant häufiger einen problematischen Alkoholkonsum als die Frauen (Chi^2= 4,321; p=0,038). 32,1% (n=17) der Männer und nur 13,2% (n=5) der Frauen beschrieben einen problematischen Alkoholkonsum. Interessant war auch, dass nur Männer angaben, vermehrt Alkohol nach belastenden Lebensereignissen zu

sich zu nehmen. Aus ärztlicher Sicht bestand jedoch bei insgesamt 29,7% (n=27) der Patienten eine Suchtproblematik.

Zum Aufnahmezeitpunkt standen 27,5% der Patienten (n=25) unter Alkoholeinfluss. 3,3% (n=3) der Patienten waren leicht alkoholisiert (bis 0,7 Promille), 7,7% (n=7) waren mittelmäßig alkoholisiert (0,7 bis 1,2 Promille) und 14,3% der Patienten (n=13) standen unter einem starken Alkoholeinfluss (über 1,2 Promille). Bei zwei Patienten (2,2%) wurden zur Höhe des Alkoholspiegels keine Angaben gemacht. Bezüglich des Alkoholisierungszustandes zum Aufnahmezeitpunkt fand sich ein signifikanter Geschlechtsunterschied (Chi^2=4,47; p=0,035). Bei 35,9% (n=19) der Männer und bei 15,8% (n=6) der Frauen konnte zum Aufnahmezeitpunkt ein erhöhter Alkoholspiegel nachgewiesen werden.

Es war nicht verwunderlich, dass 68,2% (n=15) der Patienten, die von einem übermäßigen Alkoholkonsum berichteten, zum Aufnahmezeitpunkt alkoholisiert waren. Bei den Patienten, die anamnestisch einen unbedenklichen Alkoholkonsum beschrieben, standen nur 14,5% (n=10) zum Aufnahmezeitpunkt unter Alkoholeinfluss.

Abbildung 7 gibt einen Überblick über die Suchtdiagnosen im Patientenkollektiv. Mehrfachnennungen waren hierbei möglich.

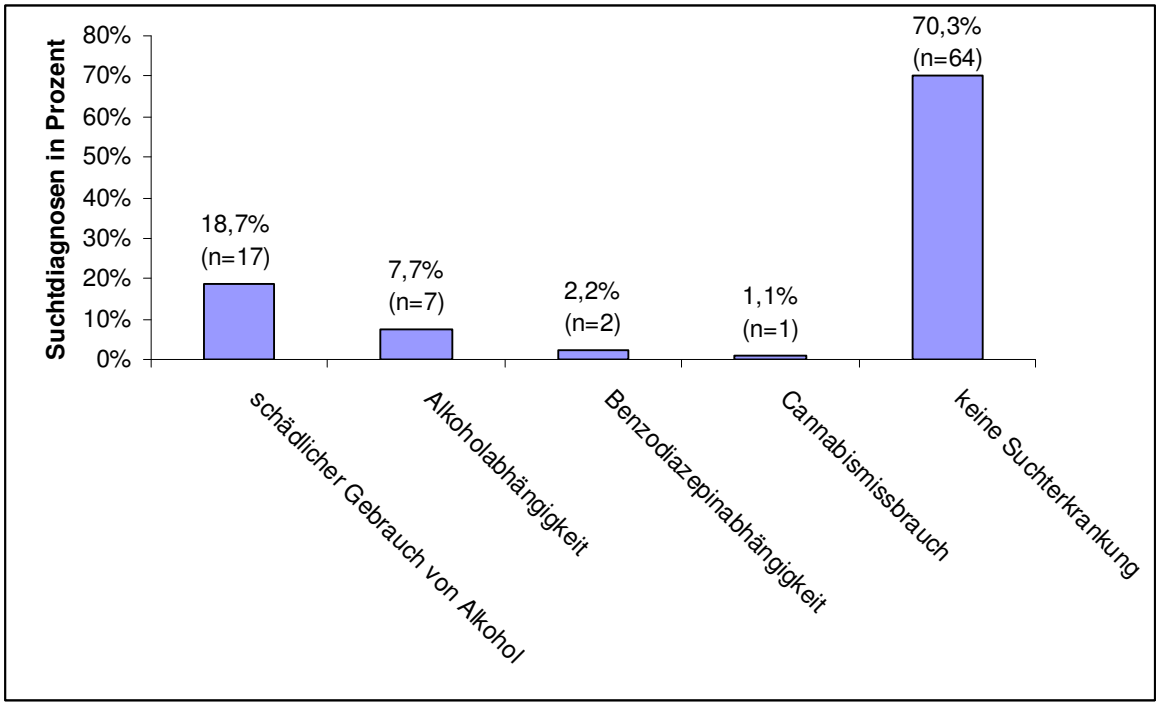

Abb. 7: Suchtdiagnosen des untersuchten Patientenkollektives mit gesicherter Diagnose einer Anpassungsstörung (Bezirkskrankenhaus Günzburg, 2005)

49,5% (n=45) der Patienten waren zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme Raucher. Es zeigte sich, dass signifikant mehr Männer (58,5%; n=31) als Frauen (36,8%; n=14) nikotinabhängig waren (Chi²= 4,149; p=0,042).

3.2.13. Suizidalität

71,4% (n=65) der Patienten waren zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme suizidal. Suizidalität wurde lediglich von 26,4% (n=24) der Patienten klar verneint. Bei zwei Patienten (2,2%) wurden bezüglich dieser Fragestellung keine Angaben gemacht. Hinsichtlich der Suizidalität zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme gab es keine signifikanten geschlechtsspezifischen Gruppenunterschiede (Chi²=2,187 p=0,139). 77,4% (n=41) der Männer und 63,2% (n=24) der Frauen waren zu diesem Zeitpunkt suizidal.

Das Durchschnittsalter der Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt suizidal waren und den

Patienten, die sich klar von suizidalen Gedanken distanzierten, lag nahe beieinander (36,18 Jahren (SD 14,89) vs. 37,96 Jahre (SD 13,23)). Hier konnte kein signifikanter altersspezifischer Unterschied nachgewiesen werden (t-Test für unverbundene Stichproben: T=0,53; p=0,597).

Insgesamt hatten 39,6% (n=36) der Patienten zu irgendeinem Zeitpunkt in der Vergangenheit schon einmal einen Suizidversuch unternommen. 28,6% (n=26) der Patienten hatten kurz vor der stationären Aufnahme einen Suizidversuch durchgeführt. Bei Betrachtung der Geschlechterverteilung von den Patienten, die jemals einen Suizidversuch unternommen hatten, sah man, dass die beiden Gruppen nahezu identisch waren. 39,5% (n=15) der Frauen und 39,6% (n=21) der Männer hatten anamnestisch in der Vergangenheit einen Suizidversuch unternommen. Unmittelbar vor der stationären Aufnahme wurde von 26,3% (n=10) der Frauen und von 30,2% (n=16) der Männer ein Suizidversuch durchgeführt. Dieser Unterschied war statistisch ebenfalls nicht signifikant (Chi^2=0,163; p=0,687).

Zu einem interessanten Ergebnis kam man, wenn man die Patienten, die an einer Anpassungsstörung litten, hinsichtlich ihrer psychiatrischen Komorbiditäten und ihrem suizidalen Verhalten analysierte. Die Patienten mit psychiatrischen Komorbiditäten hatten signifikant häufiger schon einmal einen Suizidversuch unternommen (Chi^2=8,104 p=0,004): 26,9% (n=14) der Patienten ohne psychische Vorerkrankungen und 56,4% (n=22) der Patienten mit einer psychischen Vorerkrankung hatten bereits zu irgendeinem Zeitpunkt der Vergangenheit einen Suizidversuch unternommen.

Patienten mit Partnerschaftsproblemen hatten deutlich häufiger schon einmal einen Suizidversuch unternommen (43,9% (n=29) vs. 28% (n=7). Dieser Zusammenhang war jedoch statistisch nicht signifikant (Chi^2= 1,9; p=0,165).

Patienten, die nicht verheiratet waren, hatten im Vergleich zu den verheirateten Patienten etwas häufiger bereits einen Suizidversuch unternommen. (43,8% (n=21) vs. 31,6% (n=12)).Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant (Chi^2=1,329; p=0,249).

Bei Betrachtung der Suizidalität im Zusammenhang mit der Suchtproblematik konnte man

erkennen, dass 60% (n=9) der Patienten, die anamnestisch an einer Suchterkrankung litten, in der Vergangenheit schon einmal einen Suizidversuch durchgeführt hatten. Bei den Patienten ohne eine komorbide Suchterkrankung waren es hingegen nur 35,5% (n=27). Ein signifikanter Gruppenunterschied bestand jedoch nicht (Chi^2=3,138; p=0,076).

3.2.14. Manifestation der Erkrankung

Ein sehr interessanter Parameter war die Zeitspanne zwischen dem Auftreten einer psychischen Symptomatik und dem Beginn der Behandlung. 29,7% (n=27) der Patienten hatten sich innerhalb von maximal einer Woche nach der Manifestation der Anpassungsstörung in Behandlung begeben. In dem Zeitraum zwischen einer und vier Wochen kamen 26,4% (n=24) der Patienten zur stationären Behandlung. 14,3% (n=13) der Patienten nahmen in dem Zeitraum zwischen 4 Wochen und drei Monaten professionelle Hilfe in Anspruch. Bei 9,9% (n=9) der Patienten mit einer Anpassungsstörung lag der Zeitraum von Beginn der Symptomatik bis zum stationären Aufnahmetermin zwischen drei und sechs Monaten. Bei 5,5% (n=5) der Patienten war schon mehr als ein Jahr vergangen seit der Manifestation der Erkrankung und dem Beginn der Therapie. In 14,3% (n=13) der Fälle wurden in den Akten diesbezüglich keine Angaben gemacht. Bei den meisten Patienten war der Zeitraum zwischen Krankheitsmanifestation und stationärer Aufnahme relativ kurz. In 56% (n=51) der Fälle betrug dieser Zeitraum maximal 4 Wochen, wohingegen der Zeitraum in 29,7% (n=27) der Fälle mehr als 4 Wochen betrug.

Bei 56% (n=51) der Patienten handelte es sich um die Erstmanifestation einer psychischen Krankheit. Für 22% (n=20) der Patienten war die zur stationären Aufnahme führende Beschwerdesymptomatik bereits bekannt. 8,8% (n=8) der Patienten gaben an, dass es zu einer Verschlechterung eines chronischen Zustandes gekommen sei. In 7,7% der Fälle (n=7) berichteten die Patienten im Aufnahmegespräch, dass das zur Aufnahme führende Beschwerdebild deutlich von früheren Zuständen abwich. Ein Patient (1,1%) klagte darüber, dass sein Zustand schon sehr lange unverändert anhalten würde. In 4,4% (n=4) der Fälle gab es bezüglich dieser Fragestellung keine Angaben in den Akten.

3.3. Aktuelle stationäre Versorgungsbedingungen

3.3.1. Einweisungsmodus

Es wurde untersucht, welche Patienten mit oder ohne eine ärztliche Einweisung zur stationären Aufnahme kamen. Die Untersuchung zeigte, dass 31,9% (n=29) der Patienten ohne ärztliche Einweisung kamen.

30,8% (n=28) der Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, wurden von nicht psychiatrischen Stationen umliegender Kliniken eingewiesen. Mit einem gleichen prozentualen Anteil von jeweils 12,1% (n=11) wurden die Patienten vom Allgemeinarzt oder Notarzt stationär eingewiesen und ein Patient (1,1%) wurde von einem nicht näher bezeichneten niedergelassenen Arzt überwiesen. Demzufolge wurde bei 56% (n=51) der Patienten die stationäre Aufnahme von nicht psychiatrischen Ärzten angeordnet.

Insgesamt kamen 87,9% (n=80) der Patienten entweder ohne ärztliche Einweisung oder mittels einer Einweisung von nicht psychiatrischen Ärzten zur stationären Aufnahme. Die restlichen 12,1% (n=11) der Patienten, die die Diagnose der Anpassungsstörung erhalten hatten, wurden von psychiatrischem Fachpersonal eingewiesen (2,2% (n=2) der Patienten vom sozialpsychiatrischen Dienst, 5,5% (n=5) von niedergelassenen Psychiatern oder Psychotherapeuten und 4,4% (n=4) von psychiatrischen Kliniken).

Unter Berücksichtigung des Geschlechterverhältnisses fiel auf, dass sich signifikant mehr Männer als Frauen selbst eingewiesen hatten (Chi^2=5,434; p=0,02). Insgesamt handelte es sich bei 75,9% (n=22) der Patienten die sich selbst eingewiesen hatten um Männer.

Die Patienten, die von Ärzten stationär eingewiesen wurden, unternahmen signifikant häufiger einen Suizidversuch unmittelbar vor der stationären Aufnahme im Vergleich zu den Patienten, die ohne ärztliche Überweisung in die Klinik kamen (Chi^2=9,798; p=0,002). 20,8% (n=5) der Patienten, die sich selbst eingewiesen hatten, begingen kurz vor dem Aufnahmezeitpunkt einen Suizidversuch. Im Gegensatz dazu hatten 50% (n=31) der Patienten, die mit ärztlicher Einweisung kamen, zum Aufnahmezeitpunkt bereits einen Suizidversuch

unternommen.

72,5% (n=66) der Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, waren mit der stationären Aufnahme einverstanden. Gemäß Artikel 10/II des bayrischen Unterbringungsgesetztes wurden 25,3% (n=23) der Patienten gegen ihren Willen stationär aufgenommen. Bei je 1,1% (n=1) der Patienten kam ein Beschluss nach §1906 BGB bzw. des Artikels 10/I des Bayerischen Unterbringungsgesetzes zum Tragen. Damit wurden insgesamt 27,5% (n=25) der Patienten gegen ihren Willen stationär aufgenommen. Bei 3,3% (n=3) der Patienten des untersuchten Patientenkollektives bestand bereits vor der stationären Aufnahme eine gesetzliche Betreuung.

79% (n=30) der weiblichen Patienten und 67,9% (n=36) der männlichen Patienten wurden auf freiwilliger Basis stationär aufgenommen. Dieses Ergebnis war jedoch statistisch nicht signifikant (Chi^2=1,35; p=0,245).

Die Patienten mit psychiatrischen Komorbiditäten ließen sich, im Vergleich zu den restlichen Patienten, signifikant häufiger freiwillig stationär einweisen (Chi^2=5,005; p=0,025). 84,6% (n=33) der Patienten mit psychiatrischen Komorbiditäten und 63,5% (n=33) der restlichen Patienten ließen sich freiwillig stationär einweisen.

Die Patienten, die gegen ihren Willen stationär aufgenommen wurden, waren signifikant häufiger zum Aufnahmezeitpunkt alkoholisiert als die Patienten, die freiwillig zur stationären Aufnahme bereit waren (Chi^2=7,29 p=0,007). Bei 48% (n=12) der Patienten, die zwangseingewiesen wurden und bei 19,7% (n=13) der Patienten, die freiwillig zur stationären Aufnahme bereit waren, konnte man erhöhte Blutalkoholspiegel zum Aufnahmezeitpunkt nachweisen.

Ein aggressives oder bedrohliches Verhalten zum Aufnahmezeitpunkt zeigten 12,1% (n=8) der freiwillig und 32% (n=8) der zwangseingewiesenen Patienten. Dieser Gruppenunterschied war statistisch signifikant (Chi^2=4,945 p=0,026).

Eine Suizidalität im Vorfeld der stationären Aufnahme bestand bei 66,7% (n=44) der Pati-

enten, die freiwillig zur stationären Aufnahme bereit waren und bei 84% (n=21) der Patienten, die gegen ihren Willen stationär aufgenommen wurden. Einen Suizidversuch direkt vor der stationären Aufnahme verübten 30,3% (n=20) der freiwillig und 24% (n=6) der zwangseingewiesenen Patienten.

3.3.2. Dauer der stationären Behandlung

Die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer betrug 16,3 Tage (SD 24,3). Die kürzeste Aufenthaltsdauer betrug einen Tag und ein Patient war mit 148 Tagen am längsten in stationärer Behandlung. Die nachfolgende Abbildung 8 gibt einen Überblick über die stationäre Behandlungsdauer.

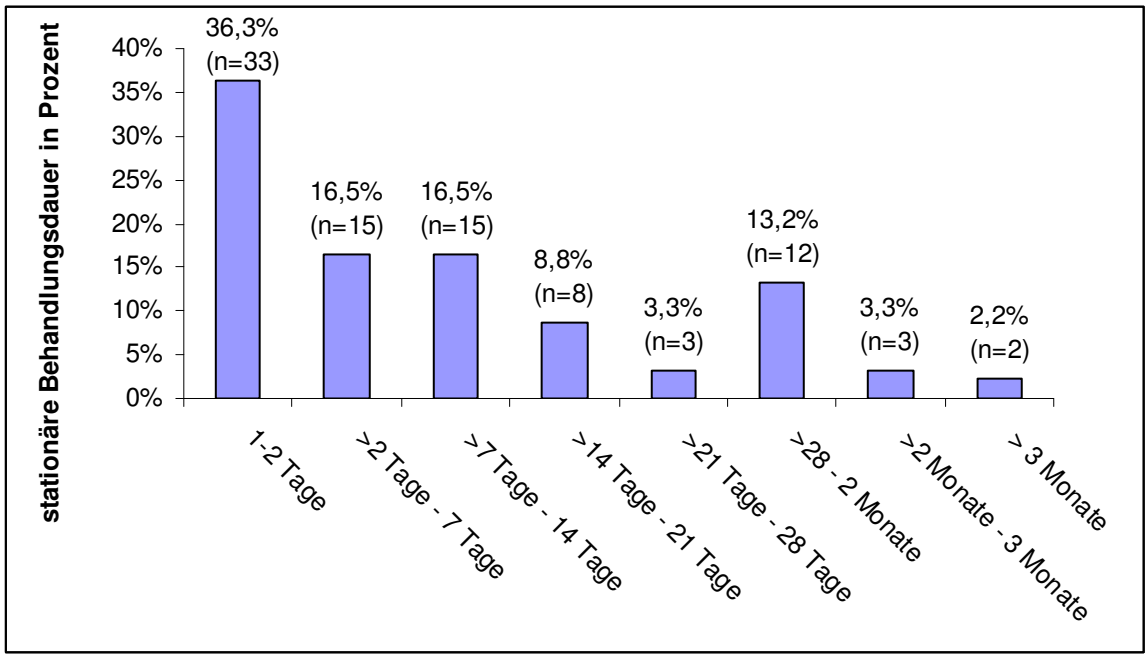

Abb. 8: Stationäre Behandlungsdauer des untersuchten Patientenkollektives mit gesicherter Diagnose einer Anpassungsstörung (Bezirkskrankenhaus Günzburg, 2005)

Bei der Auswertung der Daten zeigte sich, dass die weiblichen Patienten signifikant länger in stationärer Obhut waren als die männlichen Patienten (t-Test für unverbundene Stichproben: T= -2,458; p=0,016). Die mittlere Verweildauer der männlichen Patienten lag bei 11,13 Tagen (SD 14,35). Im Vergleich dazu lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der

weiblichen Patienten mit 23,47 Tagen (SD 32,45) um etwa das Doppelte höher. Abbildung 9 gibt einen Überblick über die geschlechtsspezifische Dauer des stationären Aufenthaltes.

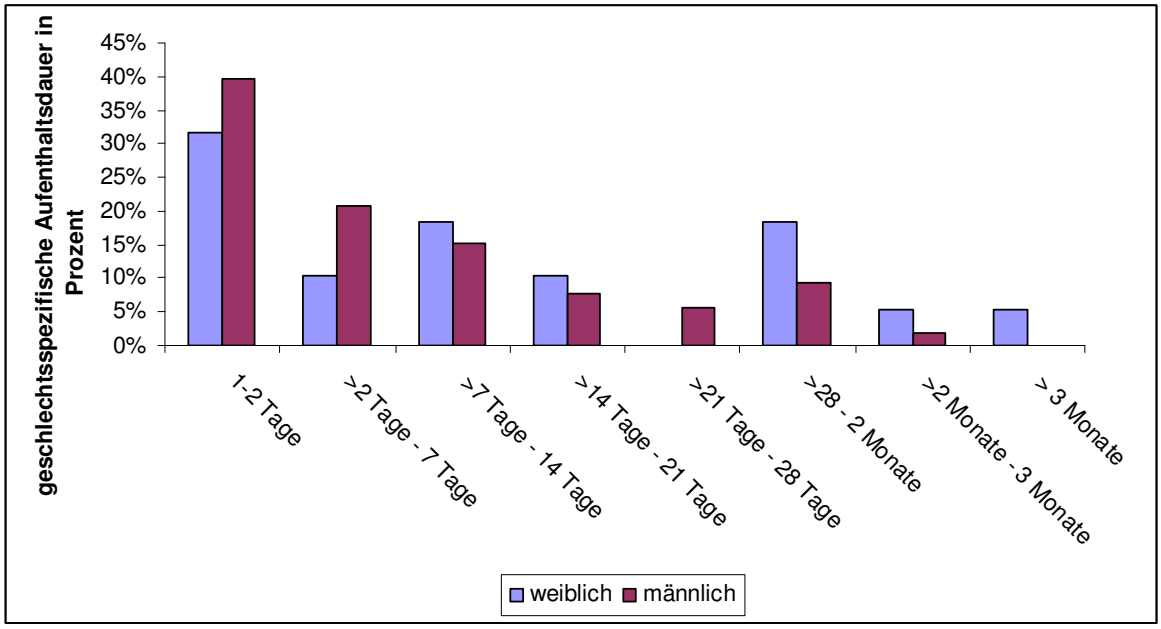

Abb. 9: Geschlechtsspezifische Dauer des stationären Aufenthaltes des untersuchten Patientenkollektives mit gesicherter Diagnose einer Anpassungsstörung (Bezirkskrankenhaus Günzburg, 2005)

Die Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt alkoholisiert waren, hatten einen kürzeren stationären Aufenthalt als die Patienten, die nüchtern zur stationären Aufnahme erschienen (11,48 Tage (SD 19,87) vs. 18,11 Tage (SD 25,65)). Diese Auffälligkeit war jedoch statistisch nicht signifikant (t-Test für unverbundene Stichproben: T=1,164; p=0,247). Die Patienten, die sich freiwillig stationär aufnehmen ließen, nahmen die stationäre Behandlung durchschnittlich ca. 6,5 Tage länger in Anspruch als die Patienten, die gegen ihren Willen stationär aufgenommen wurden (18,09 Tage (SD 26,8) vs. 11,52 Tage (SD 15,27). Das Ergebnis war jedoch statistisch nicht relevant (t-Test für unverbundene Stichproben: T=1,155; p=0,251). Patienten, die an zusätzlichen psychiatrischen Komorbiditäten litten, waren durchschnittlich ca. 6 Tage länger in stationärer Behandlung als die übrigen Patienten (19,38 Tage (SD 24,66) vs. 13,96 Tage (SD 23,96)). Auch in diesem Fall war die Beobachtung statistisch nicht relevant (t-Test für unverbundene Stichproben: T= -1,055; p=0,294).

3.3.3. Therapie

Zunächst fiel auf, dass ein doch relativ großer Prozentsatz von 33% (n=30) der Patienten während des stationären Aufenthaltes weder medikamentös, psychotherapeutisch noch ergo- oder bewegungstherapeutisch behandelt wurden. Eine medikamentöse Therapie wurde bei 56% (n=51) der Patienten angewandt. 44% (n=40) der Patienten erhielten eine Psychotherapie und 45,1% (n=41) der Patienten nahmen an ergo- und/ oder bewegungstherapeutischen Verfahren teil.

3.3.3.1. Medikamentöse Therapie

Bei Berücksichtigung der Geschlechterverteilung stellte sich heraus, dass den Frauen prozentual etwas häufiger Medikamente verordnet wurden als den Männern (63,2% (n=24) vs. 50,9% (n=27). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant (Chi^2=1,34; p=0,247). Die Patienten, die medikamentös behandelt werden mussten, waren signifikant älter als die übrigen Patienten (t-Test für unverbundene Stichproben: T= -3,659; p<0,001). Das Durchschnittsalter der Patienten, die medikamentös behandelt wurden, lag bei 41,27 Jahren (SD 15,68). Die Patienten, die keine Medikamente verordnet bekommen hatten, waren mit durchschnittlich 30,85 Jahren (SD 9,99) mehr als 10 Jahre jünger.

Antidepressiva

Insgesamt wurde bei 34,1% (n=31) der Patienten ein Antidepressivum verabreicht. Zwei Patienten (2,2%) mussten mittels zwei Antidepressiva therapiert werden. In der Tabelle 3 sind alle zum Einsatz gekommenen Antidepressiva aufgelistet.

Tabelle 3: Häufigkeit der verwendeten Antidepressiva bei Patienten mit gesicherter Diagnose einer Anpassungsstörung (Bezirkskrankenhaus Günzburg, 2005)

Citalopram	2,2%; (n=2)
Es-Citalopram	6,6%; (n=6)
Fluoxetin	2,2%; (n=2)
Sertralin	1,1%; (n=1)
Mirtazapin	15,4%; (n=14)
Amitriptylin	4,4%; (n=4)
Trimipramin	1,1%; (n=1)
Doxepin	4,4%; (n=4)
Venlafaxin	1,1%; (n=1)
Duloxetin	3,3%; (n=3)

Im weiteren Verlauf wurde überprüft, welche Patienten ein Antidepressivum erhalten hatten. 38,2% (n=26) der Patienten, bei denen eine gedrückte oder deprimierte Stimmung im psychopathologischen Befund diagnostiziert wurde, erhielten ein Antidepressivum wie auch 50% (n=9) der Patienten, die von einer eingeschränkten bis aufgehobenen Schwingungsfähigkeit berichteten. Ebenfalls 65,2% (n=15) der Patienten, die in irgendeiner Form einen verminderten oder reduzierten Antrieb hatten, wurde ein Antidepressivum verabreicht. Von den Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt suizidal waren, bekamen 32,3% (n=21) ein Antidepressivum. Von den Patienten, die vor der stationären Aufnahme einen Suizidversuch unternommen hatten, wurde 38,5% (n=10) ein Antidepressiva verordnet. Des Weiteren bekamen 36,6% (n=15) der Patienten, die an einer formalen Denkstörung litten und 46% (n=17) der Patienten mit Schlafstörungen ein Antidepressivum verschrieben. Es fiel auf, dass etwas mehr Frauen als Männer ein Antidepressivum verordnet bekamen (42,1% (n=16) vs. 28,3% (n=15)). Dies war jedoch statistisch nicht signifikant (Chi^2=1,877 p=0,171). 80,7% (n=25) der Patienten, die mit einem Antidepressivum behandelt wurden, erhielten auch psychotherapeutische Unterstützung.

Neuroleptika

Mit einem Neuroleptikum wurden 27,5% (n=25) der Patienten behandelt. Zwei Patienten (2,2%) mussten eine Kombination aus zwei unterschiedlichen Neurolepika verordnet werden. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Neuroleptika, die bei den Patienten des Studienkollektives zur Anwendung kamen.

Tabelle 4: Häufigkeit der verwendeten Neuroleptika bei Patienten mit gesicherter Diagnose einer Anpassungsstörung (Bezirkskrankenhaus Günzburg, 2005)

Melperon	5,5%; (n=5)
Chlorprothixen	14,3%; (n=13)
Olanzapin	2,2%; (n=2)
Haloperidol	1,1%; (n=1)
Prothipendyl	1,1%; (n=1)
Promethazin	5,5%; (n=5)

Ein Viertel aller Patienten (n=4), die vor der Aufnahme ein bedrohliches Verhalten zeigten, bekamen ein Neuroleptikum verordnet. 35,1% (n=13) der Patienten, die an Schlafstörungen litten, wurden mittels eines Neuroleptikums behandelt. Bei 28,6% (n=4) der Patienten, die psychomotorisch erregt, nervös oder angespannt waren, kamen Neuroleptika zum Einsatz. 27,7% (n=18) der Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt suizidal waren, wurde ein Neuroleptikum verordnet und bei 30,8% (n=8) der Patienten, die vor der stationären Aufnahme einen Suizidversuch unternahmen, kamen Neuroleptika zur Anwendung. 64% (n=16) der Patienten, die mit einem Neuroleptikum therapiert wurden, wurden auch einer Psychotherapie zugeführt.

Benzodiazepine

Mit Benzodiazepinen wurden 26,4% (n=24) der Patienten versorgt. 11% (n=10) der Patienten wurden die Benzodiazepine als Bedarfsmedikation verordnet. In 4,4% (n=4) der Fälle

erhielten die Patienten eine Kombination von Benzodiazepinen. Die folgende Tabelle 5 gibt Auskunft über die Verordnung von Benzodiazepinen in dem Patientenkollektiv.

Tabelle 5: Häufigkeit der verwendeten Antidepressiva Patienten mit gesicherter Diagnose einer Anpassungsstörung (Bezirkskrankenhaus Günzburg, 2005)

Lorazepam	23,1%; (n=21)
Oxazepam	2,2%; (n=2)
Diazepam	2,2%; (n=2)
Temazepam	3,3%; (n=3)
Flurazepam	1,1%; (n=1)

40,5% (n=15) der Patienten, die über Schlafstörungen klagten, wurde ein Benzodiazepin verordnet. 30,4% (n=7) der Patienten, die stimmungsmäßig ängstlich, hoffnungslos, dysphorisch, aggressiv oder über eine innere Unruhe klagten, wurde ein Benzodiazepin verabreicht. 42,9% (n=6) der Patienten mit psychomotorischen Symptomen wie Unruhe, Nervosität oder Angespanntheit wurden Benzodiazepine verordnet. 27,7% (n=18) der Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt suizidal waren, wurden unter Zuhilfenahme von Benzodiazepinen behandelt. 30,8% (n=8) der Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt einen Suizidversuch unternommen hatten, erhielten Benzodiazepine.

79,2% (n=19) der Patienten, die Benzodiazepine verordnet bekamen, wurden auch psychotherapeutisch behandelt.

Weitere Medikamente

Ein Benzodiazepin ähnliches Hypnotikum bekamen 9,9% (n=9) der Patienten verordnet (Zolpidem 7,7% (n=7); Zopiclon 2,2% (n=2)). Bei 4,4% (n=4) der Patienten wurde das Hypnotikum als Bedarfsmedikation angeordnet.

Ein Phasenprophylaktikum wurde 5,5% (n=5) der Patienten des Studienkollektives verordnet (Carbamazepin 4,4% (n=4); Valproinsäure 1,1% (n=1)). Zwei Patienten (2,2%), die ein

Phasenprophylaktikum erhielten, litten an einer Epilepsie.

Mit einem oder mehreren Schmerzmitteln wurden 20,9% (n=19) der Patienten versorgt. 4,4% (n=4) der Patienten wurden mit Distraneurin behandelt. Drei Patienten (3,3%) mussten Schilddrüsenmedikamente einnehmen.

3.3.3.2. Psychotherapeutische Verfahren

44% (n= 40) der Patienten nahmen psychotherapeutische Therapieverfahren in Anspruch. Bei 9,9% (n=9) der Patienten wurden mehrere psychotherapeutische Verfahren miteinander kombiniert. Ein Patient (1,1%) zeigte eine mangelnde Compliance. Die folgende Abbildung 10 gibt einen Überblick über die in dem untersuchten Patientenkollektiv angewandten Therapieverfahren.

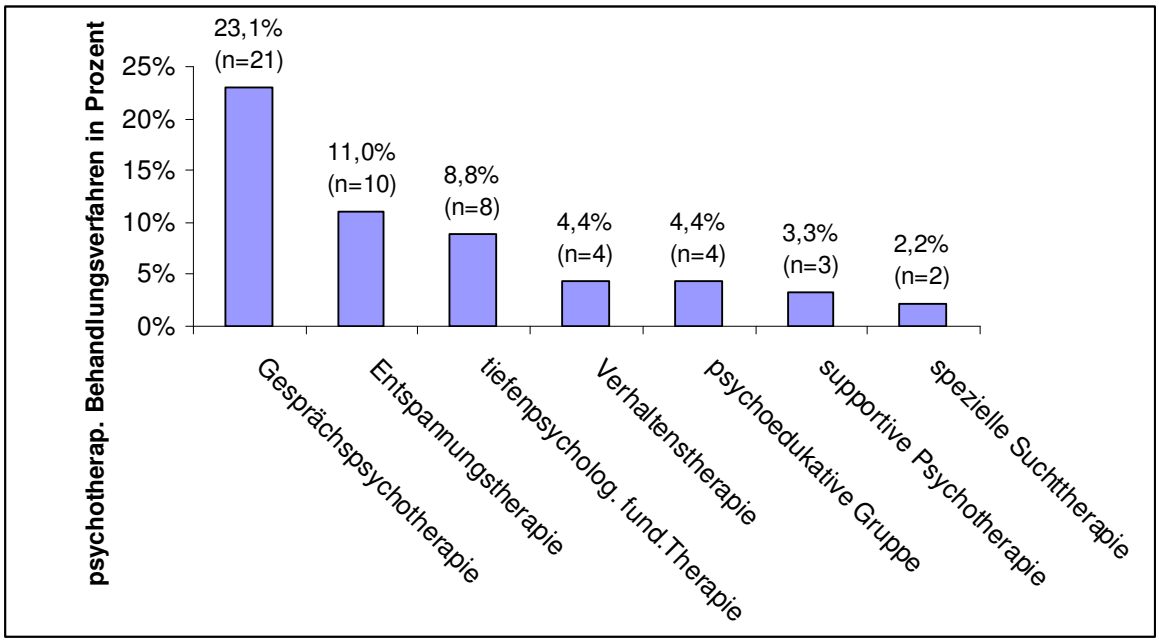

Abb. 10: Häufigkeit der angewandten psychotherapeutische Behandlungsverfahren bei Patienten mit gesicherter Diagnose einer Anpassungsstörung (Bezirkskrankenhaus Günzburg, 2005)

Bei der Geschlechterverteilung kam es zu einem auffälligen Unterschied, denn 55,3% (n=21) der Frauen und nur 35,9% (n=19) der Männer nahmen psychotherapeutische Angebote in Anspruch. Trotz des auf den ersten Blick auffallenden Unterschiedes wurde eine

Signifikanz knapp verfehlt (Chi²=3,386 p=0,066).

48,7% (n=36) der Patienten, deren Stimmung deprimiert, depressiv, ängstlich, aggressiv oder nervös war, wurde eine Psychotherapie verordnet. Eine psychotherapeutische Unterstützung erhielten auch 61,1% (n=11) der Patienten, bei denen eine eingeschränkte Schwingungsfähigkeit beobachtet wurde. Des Weiteren bekamen 81,3% (n=13) der Patienten, die problematische Persönlichkeitszüge aufwiesen, eine Psychotherapie verordnet. 36,9% (n=24) der Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt suizidal waren, wurden psychotherapeutisch betreut. Die Hälfte aller Patienten (n=13), die kurz vor der stationären Aufnahme einen Suizidversuch unternommen hatten, wurden psychotherapeutisch behandelt.

80% (n=32) der Patienten, die ein psychotherapeutisches Verfahren in Anspruch nahmen, wurden zusätzlich medikamentös behandelt. Zusätzliche therapeutische Angebote wie beispielsweise die Ergo- oder Bewegungstherapie nahmen 85% (n=34) der Patienten in Anspruch, die an einer Psychotherapie teilnahmen.

3.3.3.3. Ergo- und Bewegungstherapie

45,1% (n=41) der Patienten nahmen zusätzliche Therapieangebote wie beispielsweise die Ergo- und/ oder Bewegungstherapie in Anspruch. 44% (n=40) der Patienten nahmen an der Ergotherapie teil. Eine Bewegungstherapie wurde von 29,7% (n=27) der Patienten in Anspruch genommen. 28,6% (n=26) der Patienten nahmen sowohl an ergo- als auch an bewegungstherapeutischen Therapien teil. Sechs Patienten (6,6%) nahmen neben der Ergo- und Bewegungstherapie zusätzlich noch an sozialtherapeutischen Verfahren teil. Ein weiterer Patient (1,1%) nahm an der Ergotherapie und dem Arbeitstraining teil.

50% (n=37) der Patienten, bei denen eine gedrückte, depressive, ängstliche, aggressive oder nervöse Stimmungslage diagnostiziert wurde, nahmen an ergo- und/oder bewegungstherapeutischen Angeboten teil. Bei 61,1% (n=11) der Patienten, bei denen eine eingeschränkte Schwingungsfähigkeit beobachtet werden konnte, wurden ergo- und/oder bewegungstherapeutische Maßnahmen verordnet. 40% (n=26) der Patienten, die zum Aufnah-

mezeitpunkt suizidal waren, nahmen an der Ergo- und Bewegungstherapie teil. Von den Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt einen Suizidversuch unternommen hatten, nahmen 46,2% (n=12) ergo- und/oder bewegungstherapeutische Therapieangebote in Anspruch.

82,9% (n=34) der Patienten, die an der Ergo- und/oder Bewegungstherapie teilnahmen, erhielten eine psychotherapeutische Begleitung. Zusätzlich Medikamente bekamen 75,6% (n=31) der Patienten, die an der Ergo- und/ oder Bewegungstherapie teilnahmen.

3.3.4. Planung der weiteren Versorgung

Bei 5,5% (n=5) der Patienten wurde die Therapie stationär oder teilstationär fortgesetzt.

In 65,9% (n=60) der Fälle wurde die begonnene Therapie ambulant fortgeführt. An der ambulanten Betreuung war in 49,5% (n=45) der Fälle ein Allgemeinarzt beteiligt und in 34,1% (n=31) der Fälle übernahm er die alleinige Weiterbetreuung. 30,8% (n=28) der Patienten wurden von psychologischen oder psychiatrischen Fachdisziplinen weiterbehandelt (niedergelassener Psychiater (20,9% (n=19)), niedergelassener ärztlicher Psychotherapeut (2,2% (n=2)), Psychologe (6,6% (n=6)), eigene psychiatrische Ambulanz (4,4% (n=4)). Ein Patient (1,1%) wurde von einem nicht näher definierten Arzt weiterbehandelt. 17,6% (n=16) der Patienten wurden von mehreren der oben genannten Fachdisziplinen weiter betreut.

Bei der geschlechtsspezifischen Verteilung wurde knapp ein signifikanter Unterschied verfehlt (Chi^2= 3,131; p=0,077). Deutlich mehr Frauen als Männer setzten die Therapie ambulant fort (76,3% (n=29) vs. 58,5% (n=31)).

Medikamentöse Weiterbehandlung

Insgesamt wurden 34,1% (n=31) der Patienten eine Fortführung der medikamentösen Therapie über den stationären Aufenthalt hinaus empfohlen. Das bedeutete, dass 60,8% (n=31) der Patienten, die während des stationären Aufenthaltes medikamentös behandelt wurden, auch über den stationären Aufenthalt hinaus Medikamente benötigten. Hinsichtlich der

Geschlechterverteilung konnte man erkennen, dass die Frauen im Vergleich zu den Männern zu einem auffällig höheren Prozentsatz die medikamentöse Therapie über den Zeitraum der stationären Behandlung hinaus fortsetzten (42,1% (n=16) vs. 28,3% (n=15)). Dies Ergebnis war jedoch statistisch nicht signifikant (Chi^2=1,877; p=0,171).

Antidepressiva

Ein Antidepressivum wurde 27,5% (n=25) der Patienten des Studienkollektives über den Zeitraum der stationären Behandlung hinaus verordnet. Vier Patienten (4,4%) wurde eine Kombination von zwei Antidepressiva empfohlen. Tabelle 6 gibt einen Überblick über die weiterhin empfohlenen Antidepressiva.

Tabelle 6: Geplante Weiterbehandlung mit Antidepressiva bei Patienten mit gesicherter Diagnose einer Anpassungsstörung (Bezirkskrankenhaus Günzburg, 2005)

Citalopram	2,2%; (n=2)
Escitalopram	4,4%; (n=4)
Sertralin	1,1%; (n=1)
Fluoxetin	2,2%; (n=2)
Amitriptylin	3,3%; (n=3)
Doxepin	3,3%; (n=3)
Mirtazapin	12,1%; (n=11)
Duloxetin	2,2%; (n=2)
Venlafaxin	1,1%; (n=1)

Neuroleptika

Mit einem Neuroleptikum wurden 12,1% (n=11) der Patienten weiterhin versorgt. In 2,2% (n=2) der Fälle wurde das Neuroleptikum als Bedarfsmedikation weiterhin verschrieben. Die Häufigkeit der einzelnen Neuroleptika, die weiterhin verordnet wurden, zeigt Tabelle 7.

Tabelle 7: Geplante Weiterbehandlung mit Neuroleptika bei Patienten mit gesicherter Diagnose einer Anpassungsstörung (Bezirkskrankenhaus Günzburg, 2005)

Melperon	2,2%; (n=2)
Chlorprothixen	5,5%; (n=5)
Haloperidol	1,1%; (n=1)
Olanzapin	1,1%; (n=1)
Promethazin	2,2%; (n=2)

Weitere Medikamente

Eine Therapie mit Benzodiazepinen wurde bei drei Patienten (3,3%) fortgeführt. Benzodiazepin ähnliche Hypnotika konnten bei einem Patienten (1,1%) nicht abgesetzt werden.

Psychotherapeutische Weiterbehandlung

Eine psychotherapeutische Behandlung über den stationären Aufenthalt hinaus war bei 30,8% (n=28) der Patienten vorgesehen. Die weiblichen und männlichen Patienten setzten zu etwa gleichen Anteilen die Psychotherapie über den stationären Zeitraum hinaus fort (31,6% (n=12) vs. 30,2% (n=16)). Die folgende Abbildung 11 gibt einen Überblick über die nach dem stationären Aufenthalt sich anschließenden empfohlenen psychotherapeutischen Verfahren.

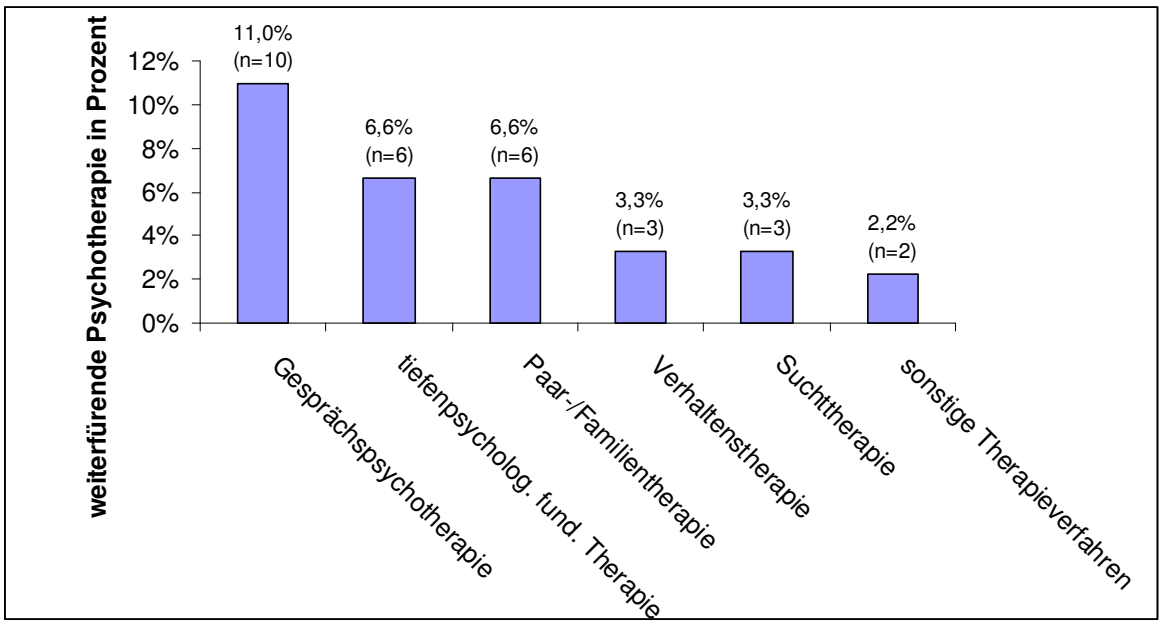

Abb.11: Vorgesehene psychotherapeutische Weiterbehandlung bei Patienten mit gesicherter Diagnose einer Anpassungsstörung (Bezirkskrankenhaus Günzburg, 2005)

Betreuende Einrichtungen

20,9% (n=19) der Patienten wurden nach dem stationären Aufenthalt in einer betreuenden Einrichtung untergebracht. Es zeigte sich, dass mehr Frauen als Männer eine weiterführende Betreuung und Versorgung in Anspruch nahmen (26,3% (n=10) vs. 17% (n=9). Diese Auffälligkeit war jedoch statistisch nicht von Bedeutung (Chi^2= 1,167; p=0,28). In der folgenden Tabelle 8 sind die weiter betreuenden Einrichtungen aufgeführt (Mehrfachnennungen sind möglich).

Tabelle 8: Vorgesehene weiter betreuende Einrichtungen der Patienten mit gesicherter Diagnose einer Anpassungsstörung (Bezirkskrankenhaus Günzburg, 2005)

Betreutes Wohnen	5,5%; (n=5)
Psychosozialer Dienst	7,7%; (n=7)
Suchtberatung	4,4%; (n=4)
Frauenhaus	1,1%; (n=1)
Multiple Sklerose Sprechstunde	1,1%; (n=1)
Selbsthilfegruppe	1,1%; (n=1)
Polizei/Gefängnis	1,1%; (n=1)
Behindertenwerkstatt	1,1%; (n=1)
Sonstige Beratungsstellen	1,1%; (n=1)

4. Diskussion

4.1. Nosologische Stellung der Anpassungsstörung

4.1.1. Diagnostische Reliabilität und Validität

Ein wesentliches Ergebnis der vorliegenden Arbeit war, dass lediglich in 64,1 % (n=91) der Fälle die klinische Diagnose der Anpassungsstörung einer kritischen Prüfung nach den diagnostischen Kriterien durch zwei unabhängige Untersucher standhielt. Stattdessen wurde bei 13,4% (n=19) eine affektive Störung diagnostiziert. Bei 8,5% (n=12) der Patienten wurde die anfänglich vergebene Diagnose der Anpassungsstörung zugunsten einer Suchterkrankung und bei 3,5% (n=5) zugunsten einer Persönlichkeitsstörung geändert. Somit muss festgestellt werden, dass die diagnostische Reliabilität der Anpassungsstörungen und somit auch die Validität dieser Diagnose erschreckend niedrig ist.

Unsere Ergebnisse decken sich durchaus mit denen anderer Untersuchungen. So wurden von Shear et al. (2000) in einem Kollektiv von 164 Patienten mit nicht-psychotischen psychischen Störungen die klinischen DSM-IV-Diagnosen mit den auf der Grundlage eines strukturierten Interviews (SKID) hergeleiteten DSM-IV-Diagnosen verglichen. Dieser Ansatz ist mit der Methodik der vorliegenden Arbeit vergleichbar. Wie bei der von uns durchgeführten Rediagnostik zeigte sich nur eine geringe Übereinstimmung. Während die Diagnose der Anpassungsstörung klinisch bei immerhin 36% der Patienten gestellt wurde, lag bei Anwendung des SKID der entsprechende Anteil bei lediglich 12%. Dies war dadurch zu erklären, dass im Patientenkollektiv von Shear et al. (2000) bei einer Vielzahl der Patienten mit der klinischen Diagnose Anpassungsstörung mit Hilfe des SKID die Erkrankung als affektive Störung oder Angststörung eingeordnet wurde.

Auch die niedrige Diagnosestabilität im Verlauf deutet auf Probleme der diagnostischen Validität hin. Greenberg et al. (1995) gingen der Frage nach, ob sich bereits während eines stationären Aufenthaltes die Aufnahmediagnose einer Anpassungsstörung veränderte. Hierbei zeigte sich, dass lediglich 60% der Patienten mit der Aufnahmediagnose einer Anpassungsstörung auch mit dieser Diagnose entlassen wurden. Bei den Jugendlichen in die-

sem Patientenkollektiv änderte sich die anfänglich vergebene Diagnose der Anpassungsstörung in 38,89% der Fälle am häufigsten zugunsten einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten. Bei den Erwachsenen änderte sich die Aufnahmediagnose in 40,2% der Fälle. In diesen Fällen wurde dann häufig eine Suchterkrankung oder eine affektive Störung diagnostiziert (Greenberg et al. 1995). Widersprüchliche Ergebnisse wurden allerdings von Synder et al. (1990) berichtet. Sie kamen zum Ergebnis, dass 79,2% der Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt die Diagnose der Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik erhalten hatten, auch mit dieser Diagnose entlassen wurden, was im Sinne einer hohen diagnostischen Validität interpretiert wurde (Snyder et al. 1990).

Ein weiterer Hinweis auf eine problematische diagnostische Validität sind die stark schwankenden Prävalenzangaben hinsichtlich der Anpassungsstörung in den verschiedenen Studien. Zunächst einmal gibt es Studien, in denen die Diagnose der Anpassungsstörung sehr häufig vergeben wurde: In der Multicenter Studie von Strain et al., die sich mit den psychischen Komorbiditäten bei stationären Patienten eines Allgemeinkrankenhauses befasste, wurde bei ca. einem Viertel der Patienten eine Anpassungsstörung diagnostiziert (Strain et al. 1998). Bei der Untersuchung von Spahn et al., die die Prävalenz der Anpassungsstörung auf einer gastroenterologischen Station untersuchten, stellte sich heraus, dass insgesamt 16,1% dieser Patienten zusätzlich an einer Anpassungsstörung litten (Spahn et al. 2002). Silverstone und seine Mitarbeiter konnten bei 13,7% der Patienten, die stationär in einem Allgemeinkrankenhaus lagen, eine Anpassungsstörung diagnostizieren (Silverstone et al. 1996). Bei Greenberg et al. erhielten 7,1% der Erwachsenen und 34,4% der Jugendlichen, die über die psychiatrische Notaufnahme aufgenommen wurden, die Diagnose einer Anpassungsstörung (Greenberg et al. 1995). Im Patientenkollektiv von Despland et al., die eine ambulante psychiatrische Hilfe in Anspruch nahmen, erhielten 23,5% der Patienten die Diagnose der Anpassungsstörung (Despland et al. 1995). Auf der anderen Seite gab es jedoch Studien, bei denen deutlich niedrigere Prävalenzraten der Anpassungsstörung gefunden wurden. Die Studie von Fabrega et al. zeigte, dass 2,3% der Patienten, die die psychiatrische Ambulanz des Universitätsklinikums Pittsburgh aufsuchten, an einer Anpassungsstörung litten (Fabrega et al. 1987). Bei einer früheren Studie von Fabrega et al. wurde bei 5,4% der Patienten die Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik vergeben (Fabrega et al.1986). Bei der Untersuchung von Jones

et al. wurde bei 4% der Patienten, die zur stationären Aufnahme kamen die Diagnose der Anpassungsstörung gestellt (Jones et al. 2002). In der ODIN-Studie fand sich für das Krankheitsbild der Anpassungsstörungen nur eine Prävalenz von 0,3% (Ayuso-Mateos et al. 2001).

Casey (Casey 2001) kritisierte, dass in den aktuellen Klassifikationssystemen DSM-IV sowie ICD-10 die Diagnose einer Anpassungsstörung zugunsten anderer klarer definierter Störungen, wie beispielsweise den Depressionen, immer mehr in den Hintergrund gerate. So müsste nach den diagnostischen Kriterien von ICD-10 und DSM-IV bereits beim Vorliegen weniger depressiver Symptome eine Depression diagnostiziert werden, obwohl man klinisch eigentlich von einer Anpassungsstörung ausgehen würde. Dies sei auch der Grund für die teilweise niedrige Prävalenz der Anpassungsstörung. Sie stützte ihre Aussage auf die kritischen Bemerkungen von Clarke & McKenzie, die die Anwendung von fest definierten Cut-off Werten bei der Diagnosevergabe in der Psychiatrie kritisieren. Diese vertraten die Position, dass dem Kliniker ein gewisser individueller diagnostischer Spielraum bei der Bewertung von Quantität und Qualität der Symptome eines Patienten eingeräumt werden müsse. Die zunehmende Operationalisierung der Diagnosekriterien führe dazu, dass der individuelle diagnostische Spielraum des Diagnostikers verloren gehe und die Diagnosen vergleichbar mit einem Kochbuch zusammengestellt würden (Clarke & McKenzie 1994). Weitere grundsätzliche kritische Anmerkungen zu einer operationalisierten und rein kriterienorientierten Diagnosevergabe in der Psychiatrie wurden in den letzten Jahren sowohl im deutschen (Jäger et al. 2008) als auch im angloamerikanischen Sprachraum formuliert (Andreasen 2007).

4.1.2. Komorbiditäten

Ein weiteres wesentliches Ergebnis der vorliegenden Arbeit war, dass bei fast der Hälfte der Patienten mit einer Anpassungsstörung eine weitere psychiatrische Diagnose im Sinne einer Komorbidität gestellt werden konnte (47,3%, n=43). Hierbei fiel auf, dass mit Abstand am häufigsten Suchterkrankungen (29,7%, n=27) und Persönlichkeitsstörungen (15,4%, n=14) neben der Anpassungsstörung diagnostiziert wurden.

Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit der bisherigen Literatur, wobei insgesamt die berichteten Komorbiditätsraten stark zu schwanken scheinen: Bei der Untersuchung von Bronisch et al. (1991) wurde bei allen Patienten, die an einer Anpassungsstörung litten, als Hauptdiagnose eine depressive Störung diagnostiziert. Bei fünf weiteren Patienten (10%) wurde zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung gefunden und bei 18% (n=9) der Patienten zeigte sich eine Suchterkrankung. In 6% (n=3) der Fälle wurden noch anderweitige psychiatrische Störungen gefunden (Bronisch et al. 1991). Looney & Gunderson diagnostizierten bei fast der Hälfte ihrer Patienten (47%) eine zusätzliche Persönlichkeitsstörung (Looney & Gunderson 1978). In der Untersuchung von Greenberg et al. zeigte sich, dass bei 58% (n=59) der erwachsenen Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, zum Entlasszeitpunkt eine Suchterkrankung diagnostiziert wurde. Die Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, litten signifikant häufiger an einer zusätzlichen Suchterkrankung als die Vergleichsgruppe (Greenberg et al. 1995). Snyder et al. konnten zeigen, dass 23,1% (n=30) der Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, weitere Achse I Störungen aufwiesen. Zu gleichen Anteilen fanden sich organisch bedingte psychiatrische Störungen (11,5% (n=15) und Suchterkrankungen (11,5% (n=15)). Darüber hinaus fanden sich bei 17,7% der Patienten Achse II Komorbiditäten (Snyder et al. 1990).

In der Untersuchung von Strain et al. wurde bei 12% (n=125) der Patienten eine Anpassungsstörung diagnostiziert. Bei 35,2% (n=44) dieser Patienten fanden sich zusätzliche Achse I oder Achse II Störungen. Mit 14,4% (n=18) waren die organisch bedingten psychischen Störungen in dieser Gruppe am häufigsten vertreten. Die Persönlichkeitsstörungen wurden mit 13,6% (n=17) am zweithäufigsten beobachtet. Die dritthäufigste Komorbidität bildeten mit 8% (n=10) die Suchterkrankungen. Jeweils ein Patient (0,8%) litt an einer Schizophrenie, Angststörung oder einer depressiven Störung. Den niedrigen prozentualen Anteil an depressiven Komorbiditäten führten die Autoren auf die Diagnosekriterien der Anpassungsstörung zurück. Denn dort heißt es: „wenn die Symptome einer anderen Erkrankung erfüllt sind, darf die Diagnose der Anpassungsstörung nicht mehr vergeben werden“ (Strain et al. 1998). Despland et al. fanden heraus, dass die Patienten mit einer Anpassungsstörung vermehrt zusätzliche Störungen der Achse I und II aufwiesen als Patienten der Vergleichsgruppe. 27% (n=80) der Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, litten an zusätzlichen Achse I Störungen und bei 73% (n=216) der Patien-

ten, bei denen eine Anpassungsstörung diagnostiziert wurde, fanden sich weitere Achse II Störungen (Despland et al. 1995). Die Untersuchung von Fabrega et al. kam zu dem Ergebnis, dass bei den Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, im Vergleich zu den Patienten, die an anderweitigen depressiven Störungen litten, am häufigsten eine zusätzliche Suchterkrankung diagnostiziert wurde (23,1% (n=86)). Des Weiteren zeigte sich, dass 17,5% (n=65) der Patienten, die an einer Anpassungsstörung litten, von zusätzlichen Achse II Störungen betroffen waren (Fabrega et al. 1986).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen überaus häufig bei Patienten mit Anpassungsstörungen als komorbide psychiatrische Diagnosen gefunden werden können.

4.1.3. Krankheitsverlauf

Nachfolgend soll erörtert werden, ob der Krankheitsverlauf einer Anpassungsstörung tatsächlich einen günstigeren Verlauf nimmt im Vergleich zu anderen psychiatrischen Erkrankungen, wie es bei der Klassifikation der Diagnosekategorie postuliert wurde (WHO 1999). Die Daten des vorliegenden Patientenkollektives zeigten, dass die mittlere Verweildauer bei 16,3 Tagen (SD: 24,3 Tagen) lag. Insgesamt betrachtet kann man sagen, dass die stationäre Behandlungsdauer eher kurz war. Die prozentual größte Gruppe mit 36,3% (n=33) der Patienten waren nur ein oder zwei Tage stationär. Fast 70% der Patienten waren maximal 14 Tage in stationärer Behandlung.

Eine Untersuchung von Bronisch et al. bestätigte die beobachte Tendenz, dass Patienten mit einer Anpassungsstörung im Vergleich zu Patienten mit anderen depressiven Störungen eine kürzere stationäre Behandlung benötigten. In der Studie hatten die Patienten mit einer Anpassungsstörung eine signifikant kürzere stationäre Verweildauer als die Patienten, bei denen anderweitige depressive Störungen diagnostiziert wurden (8,5 Tage vs. 11 Tage) (Bronisch et al.1989). Gorschenek et al. konnten in ihrer Studie zeigen, dass auch unter ambulanten Therapiebedingungen gut 2/3 aller Patienten, mit Hilfe einer auf 12 Sitzungen beschränkten Gesprächspsychotherapie, eine gute Langzeitprognose aufwiesen.

Diese Studie zeigte, dass auch eine kurzfristige ambulante Intervention eine oft ausreichende Hilfe darstellte (Gorschenek et al. 2007).

Greenberg et al. fanden in ihrer Studie heraus, dass die Jugendlichen und Erwachsenen, bei denen die Diagnose der Anpassungsstörung gestellt wurde, einer signifikant kürzeren stationären Behandlung bedurften als die Patienten der Vergleichsgruppe, bei denen anderweitige psychiatrische Störungen diagnostiziert wurden. Die jugendlichen Patienten mit einer Anpassungsstörung waren im Schnitt 20 Tage (SD 21,3) und die erwachsenen Patienten mit einer Anpassungsstörung waren durchschnittlich 20,2 Tage (SD 30,8) in stationärer Obhut. Des Weiteren konnten die Autoren beobachten, dass suizidale Patienten mit einer Anpassungsstörung im Vergleich zu den Patienten, die an einer Anpassungsstörung ohne Suizidalität litten, einen kürzeren stationären Aufenthalt hatten (Greenberg et al. 1995). Despland et al. konnten anhand ihrer Studienergebnisse zeigen, dass die durchschnittliche ambulante Behandlungsdauer bei Patienten mit einer Anpassungsstörung signifikant kürzer war als bei Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen. Dennoch betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer 8,4 Monate (SD 6,2). In diesem Fall wurde die in den Diagnosekriterien angegebene Behandlungsdauer von 6 Monaten deutlich überschritten. Die Autoren erklärten sich dies Ergebnis damit, dass eine eingeleitete medikamentöse Therapie oder Psychotherapie eine gewisse Zeit in Anspruch nähme und auch fortgesetzt würde, wenn die Symptome bereits verschwunden sind. Interessant zu beobachten war auch, dass bei 16% der Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, die Behandlungsdauer über ein Jahr andauerte (Despland et al. 1995).

Bei der Untersuchung von Andreasen et al. fiel auf, dass ungefähr die Hälfte der jugendlichen Patienten mit einer Anpassungsstörung stationär behandelt wurden, wohingegen nur ein Viertel der Erwachsenen eine stationäre Behandlung benötigten. Die Autoren interpretierten das Ergebnis dahingehend, dass die jugendlichen Patienten zum Aufnahmezeitpunkt schwerer krank waren. Diese Vermutung wurde unter Berücksichtigung der Behandlungsdauer noch bestärkt, da die erwachsenen Patienten im Vergleich zu den jugendlichen Patienten eine deutlich kürzere stationäre Behandlung benötigten. 67,2% der Erwachsenen waren maximal 2 Wochen stationär, wohingegen 64,4% der Jugendlichen zwei Wochen oder länger einer stationären Behandlung bedurften. Diese Beobachtung konnte eventuell

auch damit erklärt werden, dass viele der auslösenden Stressoren bei den jugendlichen Patienten einen chronischen Charakter hatten. Beispielsweise hielt der Stressor bei 59% der Jugendlichen über ein Jahr oder mehr an. Im Vergleich dazu hielt der Stressor nur bei 36% der älteren Patienten ein Jahr oder über einen längeren Zeitraum an (Andreasen et al. 1980). Zu einer etwas widersprüchlicheren Beobachtung kamen Strain et al.. Sie fanden heraus, dass die Behandlung der Patienten mit einer Anpassungsstörung, im Rahmen einer psychiatrischen konsiliarischen Betreuung, genau soviel Zeit in Anspruch nahm wie die Behandlung anderer psychiatrischer Erkrankungen (Strain et al. 1998). Trotzdem zeichnet sich die Tendenz ab, dass Patienten mit einer Anpassungsstörung weniger oder eine kürzere Behandlung benötigen als Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen.

Bronisch et al. fanden, dass Patienten mit einer neurotischen Depression in ihrer sozialen Kompetenz stärker eingeschränkt waren als Patienten mit einer Anpassungsstörung. Des Weiteren fand man bei den Patienten, bei denen die Diagnose der neurotischen Depression gestellt wurde, im Vergleich zu den Patienten mit einer Anpassungsstörung, häufiger eine unglückliche Stimmungslage (Bronisch et al. 1985). Eine weitere Studie von Bronisch et al. zeigte, dass die Beeinträchtigungen des psychopathologischen Befundes bei den Patienten mit einer Anpassungsstörung sowie bei den Patienten mit einer Depression zum Aufnahmezeitpunkt miteinander vergleichbar waren. Des Weiteren fanden sie heraus, dass es in beiden Gruppen zu einer beachtlichen Verbesserung der depressiven Symptomatik zum Entlasszeitpunkt gekommen war. Jedoch konnten die Autoren beobachten, dass die Patienten mit einer Anpassungsstörung zum Entlasszeitpunkt signifikant weniger stark durch ängstliche und depressive Beschwerden belastet waren als Patienten mit einer Depression. Zusammenfassend konnte man sagen, dass sich der Gesundheitszustand in beiden Gruppen während des stationären Aufenthaltes signifikant gebessert hatte. Jedoch zeigten die Patienten mit einer Anpassungsstörung eine höhere Remissionsrate (Bronisch et al. 1989). Snyder et al. konnten mit ihren Ergebnissen zeigen, dass die Patienten mit einer Anpassungsstörung signifikant häufiger in einem verbesserten Gesundheitszustandes entlassen wurden als die Patienten, die an einer Depression litten (76,4% vs. 45,8% ($p<0,001$)) (Snyder et al. 1990). Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch Spalletta et al.. Sie fanden in ihrer Studie heraus, dass Patienten, die an einer Anpassungsstörung litten, einen deutlich besseren Krankheitsverlauf zeigten als Patienten, die an einer anderen depressiven Störung

erkrankt waren. Diese Ergebnisse veranlassten die Autoren zu der Annahme, dass die Diagnose der Anpassungsstörung eine benigne Erkrankung darstellt (Spalletta et al.1996).

Jones et al. verglichen die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, mit den Patienten, bei denen anderweitige depressive Störungen diagnostiziert wurden. Zur Erfassung der Lebensqualität verwendeten die Autoren den SF-36 Fragebogen. Bei der Auswertung der Ergebnisse konnten Jones et al. beobachten, dass die Patienten mit einer Anpassungsstörung hinsichtlich aller Untergruppen des SF-36 Fragebogens zum Aufnahmezeitpunkt wie zum zweiten Untersuchungszeitpunkt nach 6 Monaten deutlich besser abschnitten als die übrigen Patienten (Jones et al. 1999). Strain et al. fanden ebenfalls bei ihrer Untersuchung heraus, dass die Patienten, die an einer Anpassungsstörung oder einer Trauerreaktion litten, ein signifikant höheres soziales Funktionsniveau sowohl zum Aufnahme- wie zum Entlasszeitpunkt, verglichen mit den Patienten mit anderen Achse I oder II Störungen, aufwiesen (Strain et al. 1998). Die in den erwähnten Studien gemachte Beobachtung, dass Patienten mit einer Anpassungsstörung im Vergleich zu Patienten, die an anderen psychiatrischen Störungen litten, über einen deutlich besseren Gesundheitszustand und soziales Funktionsniveau verfügten, wurde auch von den Ergebnissen Fabregas und seines Teams bestätigt (Fabrega et al. 1987).

Abschließend kann man sagen, dass sich unter Berücksichtigung der Studienlage herauskristallisierte, dass die Patienten mit einer Anpassungsstörung meistens über einen besseren Gesundheitszustand und soziales Funktionsniveau verfügten als Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen. Diese Beobachtung kann eventuell dazu führen, dass man die Patienten mit einer Anpassungsstörung als nur leicht krank einstuft und daher zunächst eher zurückhaltend therapiert. Aber man darf die Tatsache nicht vergessen, dass in vielen Studien bei diesen Patienten eine erhöhte Suizidalität gefunden wurde. Des Weiteren gewinnt diese Tatsache an Bedeutung durch die Studienergebnisse von Portzky et al., die herausfanden, dass der Suizidprozess bei den Patienten mit einer Anpassungsstörung viel schneller abläuft verglichen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen (Portzky et al. 2005).

4.1.4. Langzeitprognose und Diagnosestabilität

Die vorliegende Untersuchung kann leider keine Angaben über den Langzeitverlauf der Anpassungsstörungen machen. In der Literatur fanden sich jedoch einige interessante Studien, die sich mit dieser Frage auseinandersetzten. In diesem Zusammenhang ist die Frage interessant, ob die Anpassungsstörung im Langzeitverlauf in eine andere psychische Störung übergeht.

Bronisch et al. konnten mittels ihrer Studienergebnisse zeigen, dass bei 82% der Patienten, die mittels einer stationären Krisenintervention behandelt wurden, langfristig in einem Follow-up Zeitraum von 5 Jahren ein guter Gesundheitszustand beobachtet wurde (Bronisch et al. 1991). In einer anderen Studie von Bronisch et al. konnte bei 30% der Patienten mit einer neurotischen Depression ein chronischer oder schwerwiegenderer Krankheitsverlauf beobachtet werden. Im Vergleich dazu fand sich nur bei 17% der Patienten mit einer Anpassungsstörung solch ein schwerwiegender Krankheitsverlauf (Bronisch et al. 1985).

Auch bei der Untersuchung von Gorschenek et al., die den Erfolg einer auf 12 Einheiten begrenzten Psychotherapie untersuchten, konnte eine gute Langzeitprognose nachgewiesen werden (Gorschenek et al. 2007). Greenberg et al. konnten anhand ihrer Studienergebnisse darlegen, dass erwachsene Patienten mit einer Anpassungsstörung signifikant weniger stationäre Wiederaufnahmen und stationäre Behandlungstage innerhalb des Follow-up Zeitraums von 2 Jahren hatten als Patienten, bei denen andere psychiatrische Erkrankungen diagnostiziert wurden. Diese Beobachtung traf jedoch auf die jugendlichen Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, nicht zu. Bei den Jugendlichen wurde ein schlechter Langzeitverlauf beobachtet (Greenberg et al. 1995).

Diese Beobachtung wurde auch von der Follow-up Studie von Andreasen et al. bestätigt. Sie fanden heraus, dass nach einer 5 jährigen Follow-up Untersuchung 79% der erwachsenen Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren und nur 57% der Jugendlichen mit einer Anpassungsstörung einen guten Gesundheitszustand aufwiesen. Bei den meisten erwachsenen Patienten, bei denen nach 5 Jahren noch psychische Probleme gefunden wurden, konnte die Diagnose einer Depression oder einer Suchterkrankung gestellt

werden. Bei den weiterhin psychisch kranken Jugendlichen wurde die Diagnose der Anpassungsstörung am häufigsten zu Gunsten einer Schizophrenie, schizoaffektiven Störung, Depression, bipolare Depression, Persönlichkeitsstörung oder Suchterkrankung abgeändert. Die Autoren fanden auch heraus, dass verheiratete Erwachsene im Vergleich zu den Geschiedenen einen signifikant besseren Krankheitsverlauf zeigten (Andreasen et al.1982).

Die oben aufgeführten Verlaufsstudien weisen daraufhin, dass ein Großteil der Patienten mit einer Anpassungsstörung einen guten Krankheitsverlauf zeigten. Jedoch trifft die in den Diagnosekriterien implizierte günstige Prognose der Erkrankung nicht für alle Patienten zu.

Die Prognose der Erkrankung ist auch sehr stark von der rechtzeitigen Erkennung und Behandlung suizidaler Patienten abhängig. Des Weiteren zeichnet sich etwas die Tendenz ab, dass bei den jugendlichen Patienten mit einer Anpassungsstörung im Vergleich zu den Erwachsenen häufiger ein schwerwiegenderer Krankheitsverlauf beobachtet werden konnte. Hinsichtlich dieser Beobachtung werden zukünftige Studien benötigt, die nach klinischen Charakteristika suchen, die eine frühzeitige prognostische Einschätzung ermöglichen, so dass der individuelle Therapiebedarf für jeden Patienten ermittelt werden kann.

4.1.5. Fazit

Als ein wesentliches Ergebnis der vorliegenden Arbeit muss die niedrige diagnostische Reliabilität der Anpassungsstörungen angesehen werden. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der bisherigen Literatur. Dies stellt die Validität des gegenwärtigen Konzeptes der Anpassungsstörungen in der ICD-10 erheblich in Frage. Die in der Literatur gefundenen Prävalenzangaben bezüglich der Anpassungsstörung variierten sehr stark. Auch diese Beobachtung konnte als Hinweis auf eine problematische diagnostische Validität gewertet werden.

Bei der Untersuchung des vorliegenden Patientenkollektives wurde ersichtlich, dass bei beinahe der Hälfte der Patienten mit einer Anpassungsstörung eine zusätzliche psychiatri-

sche Diagnose gefunden werden konnte. Am häufigsten wurde in diesem Zusammenhang als zusätzliche Diagnose eine Suchterkrankung oder eine Persönlichkeitsstörung beobachtet. Auch dieses Ergebnis steht im Einklang mit der bisherigen Literatur, allerdings fanden sich stark variierende Komorbiditätsraten.

Der in den ICD-10 Leitlinien postulierte günstige Krankheitsverlauf konnte prinzipiell in der vorliegenden Arbeit bestätigt werden. Ähnliches wird auch in der Literatur beschrieben. Die Patienten mit einer Anpassungsstörung benötigten einen deutlich geringeren Behandlungsaufwand verglichen mit den Patienten, bei denen andere psychiatrische Erkrankungen diagnostiziert wurden. Darüber hinaus zeigten die meisten Patienten eine geringere Beschwerdesymptomatik sowie ein höheres soziales Funktionsniveau als Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen.

4.2. Soziodemographische und klinische Charakteristika

4.2.1. Geschlechtsverteilung

Das Studienkollektiv bestand zu 41,8% (n=38) aus weiblichen und zu 58,2% (n=53) aus männlichen Patienten.

Bezüglich der Geschlechterverteilung gibt es in der Literatur deutliche Unterschiede. In der Untersuchung von Fabrega et al. lag der Anteil männlicher Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, bei 69,3% (Fabrega et al. 1987). Zu einem vergleichbaren Ergebnis kamen Greenberg et al.. In deren Studie waren 59% der erwachsenen Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, männlichen Geschlechts. Bei den jugendlichen Patienten war die Geschlechterverteilung umgedreht. Denn nur 39% der jugendlichen Patienten waren männlichen Geschlechts (Greenberg et al. 1995).

In anderen Studien war der Frauenanteil deutlich höher. Das Studienkollektiv von Gorschenek et al. bestand zu 84% aus weiblichen und demzufolge nur zu 16% aus männlichen Patienten. Die Autoren dieser Studie untersuchten die Effektivität der Gesprächspsychothe-

rapie. Daher mutmaßten die Autoren, in Anbetracht des hohen Frauenanteils ihrer Studie, dass eventuell Frauen für eine Gesprächspsychotherapie zugänglicher waren als Männer (Gorschenek et al. 2007). Bei der Untersuchung von Bronisch et al. fand sich ebenfalls ein hoher Frauenanteil von 77% (Bronisch et al. 1991).

Jones et al. verglichen in ihrer Studie mehrere depressive Störungen mit der Anpassungsstörung. Der Frauenanteil bei den Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, lag bei 58,1%. Es war interessant zu beobachten, dass der Frauenanteil der Patienten, die an einer Anpassungsstörung litten, im Vergleich zu den Patienten mit den verschiedenen depressiven Störungen am niedrigsten war. Bei den Patienten, die von wiederkehrenden depressiven Episoden betroffen waren, lag der Frauenanteil beispielsweise bei 74,1% (Jones et al. 1999).

Ein mit Jones et al. vergleichbares Studiendesign hatten auch Fabrega et al. Es fand sich eine Dominanz des weiblichen Geschlechts bei den depressiven Störungen sowie der Anpassungsstörung verglichen mit den nicht depressiven Erkrankungen. 64,5% der Patienten, die an einer Anpassungsstörung litten, waren weiblichen Geschlechts. Bei den Personen, die an keiner depressiven Störung litten, war das Geschlechterverhältnis ausgewogen (Frauen 51,7% vs. Männer 48,3%). Der geschlechtsspezifische Unterschied zwischen den Patienten mit einer Anpassungsstörung und den Patienten mit anderen depressiven Störungen war nicht auffällig. Der Frauenanteil bei der bipolaren Depression lag bei 61,5%, bei der unipolaren Depression fand sich ein Frauenanteil von 67,9% und bei den Patienten, die von einer Dysthymie betroffen waren, wurde ein Frauenanteil von 65,1% ermittelt (Fabrega et al. 1986).

Snyder et al. untersuchten, ob es differentialdiagnostische Unterschiede zwischen einer Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik und einer Depression gab. In diesem Zusammenhang fanden sie heraus, dass die Patienten mit einer Depression signifikant häufiger weiblichen Geschlechts waren als die Patienten mit einer Anpassungsstörung (70,7% vs. 53,1%, $p<0,05$) (Synder et al.1990).

4.2.2. Altersverteilung

In der vorliegenden Arbeit lag das durchschnittliche Alter des Patientenkollektivs bei 36,69 Jahren (SD 14,39).

Ein etwas jüngeres Durchschnittsalter von 28,2 Jahren fanden Andreasen et al. bei ihrer Untersuchung (Andreasen et al. 1980). Bei der Studie von Bronisch et al. lag das Durchschnittsalter bei 34 Jahren (SD 10) (Bronisch et al. 1991). Greenberg et al. errechneten ein Durchschnittsalter der erwachsenen Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, von 32,7 Jahre (SD 12,8) (Greeneberg et al. 1995). Auch Jones et al. bestätigten in einer weiteren Untersuchung die Tendenz, dass die Patienten mit einer Anpassungsstörung durchschnittlich eher jünger waren (31 Jahre (SD 12)) als die Patienten mit anderen depressiven Störungen. Das Durchschnittsalter der Patienten, die an einer einmaligen depressiven Episode litten, lag bei 38,1 Jahren (SD 11,27), bei den Patienten mit mehreren wiederkehrenden depressiven Episoden lag das durchschnittliche Alter bei 65 Jahren (SD 84) und bei den Patienten mit Dysthymie fand sich ein Durchschnittsalter von 36,38 Jahren (SD 39) (Jones et al. 1999).

Snyder et al, die in ihrer Untersuchung nach differentialdiagnostischen Unterschieden zwischen dem Krankheitsbild der Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik und dem Krankheitsbild der Depression suchten, konnten die oben gemachte Beobachtung bestätigen. Das mittlere Alter der Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, lag bei 47,9 Jahren (SD 19,2). Im Vergleich dazu waren die Patienten mit einer depressiven Störung mit durchschnittlich 60,9 Jahren (SD 17,6) deutlich älter. Sie interpretierten das Ergebnis dahingehend, dass bei älteren Patienten, die an einer körperlichen Erkrankung litten, es eventuell zu einem Rückgang der physischen wie kognitiven Fähigkeiten kam mit der Folge, dass auch die zur Verfügung stehenden Coping-Mechanismen beeinträchtigt wurden. Ein weiterer wichtiger Faktor kann der Rückgang der sozialen Unterstützung sein. Viele ältere Menschen vereinsamen zunehmend. Demzufolge fand sich bei den älteren Patienten zu einem höheren Prozentsatz eine schwerwiegendere depressive Störung (Snyder et al. 1990).

Despland et al. konnten zeigen, dass die Patienten, die an einer Anpassungsstörung litten, ein ähnliches Altersprofil wie die Personen aufwiesen, bei denen keine Diagnose gefunden werden konnte (33,6 Jahre (SD 11,5) vs. 32,8 Jahre (SD 12,2)). Jedoch waren die Patienten mit einer Anpassungsstörung signifikant jünger als die Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen (38 Jahre (SD 13,7) (Despland et al.1995).

4.2.3. Familiäre Situation

Im untersuchten Patientenkollektiv waren 41,8% (n=38) der Patienten verheiratet. Drei Patienten (3,3%) lebten von ihrem Ehepartner getrennt. Eine Scheidung hatten bereits 19,8% (n=18) der Patienten durchgemacht und 5,5% (n=5) der Patienten waren zum Aufnahmezeitpunkt bereits verwitwet. Insgesamt waren 52,7% (n=48) der Patienten unverheiratet.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Bronisch et al. in ihrer Studie über den Therapieerfolg einer stationären Krisenintervention bei Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren. 40% dieser Patienten waren verheiratet, 40% hatten keinen festen Partner, 19% waren geschieden oder lebten getrennt und 2% der Patienten waren verwitwet (Bronisch et al. 1991). In einer älteren Studie konnten Bronisch et al. zeigen, dass die Patienten mit einer Depression, im Vergleich zu den Patienten mit einer Anpassungsstörung, zu einem größeren Prozentsatz verheiratet waren (55% vs. 35%) (Bronisch et al. 1989). Andreasen et al. bestätigten mit ihrer Untersuchung die oben aufgezeigte Tendenz, dass Patienten, die an einer Anpassungsstörung litten, zu einem Großteil alleine lebten. 35% der Erwachsenen waren im Untersuchungszeitraum verheiratet und 41,9% der Patienten waren niemals verheiratet gewesen (Andreasen et al. 1980).

Auf der anderen Seite gibt es einige Studien, die zeigten, dass die Patienten, die verheiratet waren, häufiger an einer Anpassungsstörung litten als an einer anderen psychiatrischen Erkrankung. Fabrega et al. konnten mittels ihrer Studienergebnisse zeigen, dass der Anteil der verheirateten Personen in der Gruppe, bei denen man keine Diagnose finden konnte, mit 41% am höchsten war. 28% der Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt

waren, waren verheiratet und 25% der Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen waren im Untersuchungszeitraum liiert (Fabrega et al. 1987). Deutlicher fiel das Ergebnis bei der Studie von Jones und seinen Mitarbeitern aus. In 59,3% der Fälle waren die Patienten mit einer Anpassungsstörung am häufigsten verheiratet und nur in 22,2% der Fälle führten sie ein Singleleben (Jones et al.1999). Snyder et al. konnten aufzeigen, dass die Patienten mit einer Depression signifikant häufiger verwitwet waren (36,4% vs. 10,9% ($p<0,001$)) und signifikant häufiger alleine wohnten (50,9% vs. 27,1% ($p<0,005$)) (Snyder et al. 1990). Strain et al. fanden heraus, dass die Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, im Vergleich zu den Patienten, die anderweitige Achse I oder II Störungen zeigten, häufiger verheiratet waren (41,6%) (Strain et al. 1998).

Zusammenfassend kann man sagen, dass in der Untersuchung von Jones et al. mit 59,3% die meisten Patienten verheiratet waren (Jones et al.1999) und in der Studie von Fabrega et al. fand sich mit 28% der geringste Anteil an verheirateten Patienten, die von einer Anpassungsstörung betroffen waren (Fabrega et al. 1987). Dennoch zeichnete sich in den übrigen Untersuchungen ab, dass durchschnittlich 40% der Patienten mit einer Anpassungsstörung verheiratet waren. Weitere Studien sind erforderlich, die untersuchen, ob Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt sind, häufiger oder seltener verheiratet sind als Patienten, die von anderweitigen psychiatrischen Erkrankungen betroffen sind.

4.2.4. Schulbildung und Beruf

13,2% (n=12) der Patienten des untersuchten Patientenkollektives hatten Abitur oder Fachabitur. Die mittlere Reife hatten 14,3% (n=13) der Patienten absolviert und 47,3% (n=43) erreichten den Hauptschulabschluss. 6,6% (n=6) der Patienten hatten einen Sonderschulabschluss und 5,5% (n=5) der Patienten hatten keinen Schulabschluss. Insgesamt verfügten nur 27,5% (n=25) der Patienten über Abitur oder mittlere Reife.

Die daraus resultierende Mutmaßung, dass die Ätiologie der Anpassungsstörung aufgrund mangelnder kognitiver Fähigkeiten begünstigt wird, wurde durch die Studie von Gorschenek et al. in Frage gestellt. Sie fanden heraus, dass 64% der Patienten Abitur, 24% der Pa-

tienten einen Realschulabschluss und nur 12% der Patienten einen Hauptschulabschluss hatten. Einschränkend muss noch erwähnt werden, dass zu dem Studienkollektiv von Gorschenek et al. nur die Patienten gehörten, die an einer Gesprächspsychotherapie teilnahmen. Eventuell erklären sich mehr Patienten mit höheren kognitiven Fähigkeiten bereit, an einer Gesprächspsychotherapie teilzunehmen, als Patienten, die über geringere kognitive Fähigkeiten verfügen (Gorschenek et al. 2007). Hier bedarf es weiterer Untersuchungen, die den Einfluss verminderter kognitiver Fähigkeiten bei der Entstehung einer Anpassungsstörung erforschen.

In dem untersuchten Studienkollektiv waren insgesamt 45,1% (n=41) der Patienten berufstätig. Eine Ausbildung oder eine Umschulung machten vor der Klinikaufnahme 13,2% (n=12) der Patienten. 6,6% (n=6) der Patienten waren als Hausfrau oder als Hausmann tätig. 17,6% (n=16) der Patienten waren arbeitslos. Eine Rente bezogen 11% (n=10) der Patienten.

Bei der Untersuchung von Fabrega et al. gingen nur 39% der psychisch gesunden Patienten einer Vollbeschäftigung nach und 33% der Patienten mit einer Anpassungsstörung hatten einen Ganztagesjob. Die Patienten, die an anderweitigen psychiatrischen Krankheiten litten, konnten nur in 19% der Fälle vollzeitlich arbeiten (Fabrega et al. 1987). In der Untersuchung von Snyder et al. waren signifikant mehr Patienten, die an einer depressiven Störung litten, arbeitslos im Vergleich zu den Patienten, bei denen eine Anpassungsstörung diagnostiziert wurde (86,7% vs. 71,2% ($p<0,05$)) (Snyder et al. 1990). Bei der Studie von Gorschenek et al. war die Anzahl der arbeitslosen Patienten mit 8% nur halb so hoch wie in der vorliegenden Arbeit (Gorschenek et al. 2007). Auch bei dem von Bronisch et al. untersuchten Patientenkollektiv war der Anteil der Patienten, die erwerbstätig waren mit 71% deutlich höher als in der vorliegenden Studie. 19% der Patienten waren Hausfrauen oder Hausmänner, 2% waren berentet, 4% waren arbeitslos und 4% befanden sich in einer Ausbildung (Bronisch et. al 1991). Jones et al. konnten zeigen, dass die Patienten mit einer Anpassungsstörung im Vergleich zu den Patienten, die an anderweitigen depressiven Störungen litten, prozentual am häufigsten berufstätig waren (87,4%). Aber immerhin waren 81,7% der Patienten mit einer einmaligen Depression und 82,4% der Patienten mit einer Dysthymie erwerbstätig. 77,8% der Patienten mit mehreren wiederkehrenden depressiven

Episoden waren ebenfalls erwerbstätig (Jones et al. 1999). Auch Strain et al. konnten zeigen, dass die Patienten mit einer Anpassungsstörung im Vergleich zu den Patienten mit anderen Achse I und II Störungen signifikant häufiger Vollzeit berufstätig waren (Strain et al. 1998).

Die Beobachtung, dass die Patienten mit einer Anpassungsstörung im Vergleich zu Patienten, die an anderweitigen psychiatrischen Störungen erkrankt waren, zu einem höheren Prozentsatz einer beruflichen Beschäftigung nachgingen, war nicht besonders verwunderlich, da viele Studien bei den Patienten mit einer Anpassungsstörung ein hohes soziales Funktionsniveau nachgewiesen hatten (Fabrega et al. 1986; Jones et al. 1998).

4.2.5. Suizidalität

71,4% (n=65) der Patienten des untersuchten Studienkollektives waren zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme suizidal. Kurz vor der stationären Aufnahme wurde von 28,6% (n=26) der Patienten ein Suizidversuch unternommen. 11% (n=10) der Patienten berichteten von früheren Suizidversuchen.

Die Untersuchung von Bronisch et al. zeigte, dass 58% der Patienten vor der stationären Aufnahme einen Suizidversuch begangen hatten und 6% der Patienten berichteten von früheren Suizidversuchen. Während des Follow- up Zeitraums unternahmen vier Patienten einen Suizidversuch und letztendlich hatte sich ein Patient erfolgreich suizidiert (Bronisch et al. 1991). Eine anderweitige Untersuchung von Bronisch et al. zeigte, dass 70% der Patienten mit einer Anpassungsstörung und 68% der Patienten mit einer Depression kurz vor der stationären Aufnahme einen Suizidversuch unternommen hatten (Bronisch et al.1989). Bei der Untersuchung von Greenberg et al. zeigte sich, dass bei den erwachsenen Patienten mit einer Anpassungsstörung signifikant häufiger suizidale Ideen oder Verhaltensweisen beobachtet wurden als in der Vergleichsgruppe, bestehend aus Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen (78% (n=80) vs. 21% (n=21)). Bei den jugendlichen Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren, zeigten 89% (n=48) ein suizidales Verhalten. In der Vergleichsgruppe fand sich bei 54% (n=29) der Jugendlichen ein suizidales Verhal-

ten (Greenberg et al. 1995).

Asnis et al. fanden heraus, dass die Suizidalität bei den ambulant behandelten Patienten mit einer Anpassungsstörung ungefähr genauso häufig beobachtet wurde wie bei Patienten, die an einer Depression erkrankt waren. Der große Unterschied bestand jedoch darin, dass bei den Patienten mit einer Anpassungsstörung die Dauer der Suizidalität deutlich kürzer war als bei den depressiven Patienten (Asnis et al. 1993). Portzky et al. untersuchten die Entwicklung der Suizidalität vom Suizidgedanken bis zum erfolgreichen Suizid. Dabei fanden sie zum einen heraus, dass bei den Patienten, die sich erfolgreich suizidiert hatten, am häufigsten eine depressive Erkrankung oder eine Suchterkrankung vorgefunden wurde. In der Untersuchung von Portzky et al. litten 68,5% (n=13) der Suizidopfer an einer affektiven Störung und bei 21,1% (n=4) der Suizidopfer wurde eine Anpassungsstörung diagnostiziert. Zum Anderen fanden sie heraus, dass der Suizidprozess bei den Patienten mit einer Anpassungsstörung mit einer Dauer von durchschnittlich drei Monaten signifikant kürzer war als bei den Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen (30 Monate bei Depressionen, 60 Monate bei Substanzabusus, 24 Monate bei schizo-affektiven Störungen und 48 Monate bei Essstörungen). Des Weiteren fanden sich bei den Opfern mit einer Anpassungsstörung keine früheren Verhaltensauffälligkeiten oder anderweitige psychische Vorerkrankungen. Im Vergleich dazu zeigten 2/3 der anderen Selbstmordopfer bereits frühere emotionale oder anderweitige Verhaltensauffälligkeiten (Portzky et al. 2005). Es gibt noch mehrere Studien die zeigen, dass die Diagnose der Anpassungsstörung bei den Jugendlichen, die einen Suizidversuch unternommen hatten, mit am häufigsten vertreten war (Bhatia et al. 2000; Ho Kong Wai et al. 1999; Skopek and Perkins 1998).

Zu etwas gegensätzlichen Ergebnissen kamen Spalletta et al. mit ihrer Studie. Sie untersuchten die diagnostischen Unterschiede bezüglich den Patienten, die an einer Depression, einer Dysthymia oder einer Anpassungsstörung litten. Hinsichtlich des Suizidverhaltens schnitten die Patienten mit einer Anpassungsstörung am günstigsten ab. Denn nur 4% der Patienten mit einer Anpassungsstörung verübten zu irgendeinem Zeitpunkt einen Suizidversuch. Im Vergleich dazu verübten 27% der depressiven Patienten und 17% der Patienten mit einer Dysthymia bereits einen Suizidversuch. Insgesamt kam es nur bei 4% der Patienten, die an einer Depression erkrankt waren, zu schwerwiegenden und lebensbedroh-

lichen Suizidversuchen (Spalletta et al. 1996).

Nichtsdestotrotz zeichnet sich anhand der Studienlage ab, dass die Diagnose der Anpassungsstörung mit einer erhöhten Suizidgefahr assoziiert ist. Besonders die Studie von Portzky et al. (2005) machte deutlich, wie bedrohlich die Diagnose der Anpassungsstörung für den Patienten sein kann.

4.2.6. Fazit

Die eigenen Daten sowie die Befunde in der Literatur weisen darauf hin, dass Frauen und Männer vermutlich gleichermaßen häufig an einer Anpassungsstörung leiden. Bei den depressiven Erkrankungen sind hingegen die Frauen deutlich häufiger betroffen. Des Weiteren zeigte sich die Tendenz, dass verstärkt bei jüngeren Personen die Diagnose der Anpassungsstörung gestellt wurde. Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen weisen hingegen meist ein höheres Durchschnittsalter auf.

Bezüglich der weiteren soziodemographischen Merkmale ist es recht schwierig, eindeutige Tendenzen zu erkennen. Die Datenlage ist hier sehr heterogen.

Weiterhin sollte das häufige Vorkommen von Suizidgedanken und Suizidversuchen bei Menschen mit Anpassungsstörungen beachtet werden.

4.3. Therapie und Versorgung

4.3.1. Psychotherapeutische Verfahren

Im untersuchten Patientenkollektiv nahmen 44% (n=40) psychotherapeutische Verfahren in Anspruch. Bei über der Hälfte der Patienten (52,5% (n=21)), die psychotherapeutische Verfahren in Anspruch nahmen, wurde eine Gesprächspsychotherapie verordnet. Entspannungstherapeutische Verfahren nahmen 25% (n=10) dieser Patienten in Anspruch und in

20% (n=8) dieser Fälle wurde eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie angewendet.

Gorschenek et al. setzten sich mit der Frage auseinander, ob eine auf 12 Therapieeinheiten begrenzte Gesprächspsychotherapie bei Patienten mit Anpassungsstörungen, auch einen langfristigen Therapieerfolg hat. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass für 2/3 der Patienten die Therapie ausreichend war. Der im Behandlungszeitraum erzielte Therapiegewinn war auch zwei Jahre nach dem Abschluss der Behandlung noch nachweisbar. Ebenfalls kam es zu einem Anstieg der Lebenszufriedenheit. Die Ergebnisse dieser Studie geben dem niedergelassenen Psychotherapeuten die Möglichkeit, den in der Regel akut belasteten Patienten ein nahes zeitliches Behandlungsangebot zu machen. Da die Therapie mit 12 Einheiten im Vergleich zu den normalerweise üblichen ca. 70 Sitzungen zeitlich gut überschaubar ist. Einschränkend muss noch erwähnt werden, dass Patienten mit einer komorbiden Suchterkrankung oder Persönlichkeitsstörung von dem Studienkollektiv ausgeschlossen wurden. Auch die akute Suizidalität war ein Ausschlusskriterium. Wie bereits oben ausführlich erwähnt, wurden diese Eigenschaften sehr häufig bei den Patienten mit einer Anpassungsstörung gefunden. Daher ist die Aussagekraft der Studie eingeschränkt (Gorschenek et al. 2007).

Bronisch et al. konnten mittels einer 5-jährigen Follow-up Untersuchung zeigen, dass bei Patienten, die an einer Anpassungsstörung mit kurzer oder länger anhaltender depressiver Episode litten, eine stationäre Krisenintervention eine langfristig wirksame Hilfe darstellte. 64% der Patienten hatten einen sehr guten und 18% der Patienten hatten einen guten Krankheitsverlauf. Dieses positive Ergebnis spiegelte sich ebenfalls in der geringen Anzahl der ambulanten Besuche bei Psychotherapeuten oder Psychiatern innerhalb des Beobachtungszeitraumes wider. Nur 17% dieser Patienten entwickelten chronische oder schwerere depressive Symptome und nur ein Patient beging einen Suizid nach der Entlassung aus der Klinik. Die Patienten bekamen während des stationären Aufenthaltes keine Medikamente verordnet. Die mittlere Krankenhausverweildauer lag bei 12 Tagen (SD 9). 75% der Patienten waren nicht mehr als 2 Wochen stationär und nur 2% der Patienten benötigten eine stationäre Behandlung über den Zeitraum von 4 Wochen hinaus (Bronisch et al. 1991).

Man musste jedoch bei der Verordnung eines psychotherapeutischen Verfahrens die Bereitschaft des Patienten, an einer Psychotherapie teilzunehmen, mit berücksichtigen. Spahn et al. gingen dieser Fragestellung auf den Grund. Sie untersuchten, in welchem Ausmaß Patienten auf einer gastroenterologischen Station bereit waren, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Sie konnten vier Einstellungen bezüglich psychotherapeutischer Verfahren finden. 51% der Patienten zeigten weder Anzeichen dafür, dass sie eine Psychotherapie benötigten, noch wollten sie psychotherapeutische Unterstützung. Die zweite Gruppe beinhaltete Patienten, die, vom klinischen Standpunkt aus betrachtet, keine Psychotherapie benötigten, sich jedoch für eine solche interessierten (17%). Ein nur kleiner prozentualer Anteil von 5% benötigte aus ärztlicher Sicht eine Psychotherapie, aber die Patienten lehnten ein solches Hilfsangebot ab. 27% der Patienten, die laut ärztlicher Einschätzung von einer Psychotherapie profitieren würden, nahmen diese auch interessiert und dankbar an (Spahn et al. 2002).

Van der Klink et al. untersuchten ein neuartiges psychotherapeutisches Verfahren zur Behandlung der Anpassungsstörung. Ihr Patientenkollektiv bestand aus Arbeitnehmern, die in Folge der zunehmenden Arbeitsbelastung eine Anpassungsstörung entwickelt hatten. Das modifizierte Therapieverfahren beinhaltete 3 Stufen der Stressbewältigung. Im ersten Schritt der Therapie ist es wichtig, die Patienten über die Umstände und die Ätiologie der Erkrankung aufzuklären, damit sie die Situation begreifen und akzeptieren lernen. Darüber hinaus wurden die Patienten ermutigt, vermehrt täglichen Aktivitäten nachzugehen. Im zweiten Schritt wurden die Patienten aufgefordert, eine Bestandsaufnahme ihrer Stressoren vorzunehmen und anschließend sollten sie Lösungsmöglichkeiten entwickeln, um die Stressoren zu beseitigen oder mit ihnen besser umgehen zu können. Auch die Identifizierung der persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen waren in diesem Schritt wichtig. Im letzten Schritt sollten die Patienten ihre Lösungsstrategien in der Praxis anwenden, und ihre täglichen Aktivitäten zunehmend steigern. Zusammenfassend konnte man sagen, dass den Patienten ihre Eigenverantwortlichkeit und ihre aktive Rolle bei der Krankheitsbewältigung deutlich vor Augen gestellt wurde, um eine passive Rolle des Patienten in diesem Heilungsprozess zu vermeiden. Die Patienten der Vergleichsgruppe wurden nach herkömmlichen psychotherapeutischen Verfahren wie beispielsweise empathisches Gespräch, Aufklärung über Stress, Lebensratschläge, therapiert. Nach 3 Monaten befanden sich signi-

fikant mehr Patienten aus der Interventionsgruppe wieder am Arbeitsplatz als aus der Vergleichsgruppe. Jedoch waren nach 12 Monaten wieder alle Patienten an ihren Arbeitsplatz zurückgekehrt. Der krankheitsbedingte Arbeitsausfall sowie die Rezidivrate war bei den Patienten der Interventionsgruppe deutlich niedriger als in der Vergleichsgruppe (Van der Klink et al. 2003).

Reisch et al. untersuchten den Erfolg einer stationären Krisenintervention nach zwei Jahren. Bei der Follow-up Untersuchung nach zwei Jahren fand sich noch eine deutliche Restsymptomatik. Es fiel auf, dass Patienten, die über Partnerprobleme klagten, im Follow-up Zeitraum am häufigsten rehospitalisiert wurden. Patienten, die bei der Befragung angaben, dass ihnen eine bestimmte Therapieform (Einzel- oder Gruppentherapie) besonders gut geholfen hatte, befanden sich in den Nachuntersuchungen in einem wesentlich besseren Gesundheitszustand. Daher sollte bei der Wahl der Therapiemodalitäten immer auch die Wünsche des Patienten mit berücksichtigt werden. Nur bei 40% der Patienten erkannten und therapierten die Ärzte den Hauptproblembereich. Die Studie zeigte, dass die Patienten bei denen die richtigen Probleme erkannt und behandelt wurden, einen günstigen Krankheitsverlauf zeigten. Daher scheint es empfehlenswert zu sein, dass der Therapeut immer wieder aktiv die Relevanz des besprochenen Therapieinhaltes für den Patienten überprüft (Reisch et al. 2004).

Diego et al. untersuchten mittels einer randomisierten Studie den therapeutischen Effekt verschiedener Therapieverfahren bei der Behandlung von Patienten, die an einer Anpassungsstörung erkrankt waren. Hierzu bildete er 5 Gruppen. Die Patienten der ersten Gruppe erhielten eine supportive Psychotherapie. In der zweiten Gruppe wurde das Antidepressiva Viloxazin verordnet und in der dritten Gruppe wurde den Patienten ein Benzodiazepin namens Lormetazepam verabreicht. Der vierten Gruppe wurde S-adenosylmethionin intramuskulär appliziert und die letzte Gruppe bekam ein orales Placebo verabreicht. In jeder Gruppe wurde eine Verbesserung bezüglich des Zung Depressions Scores beobachtet. Keines der Verfahren war dem anderen deutlich überlegen. Jedoch stellte sich heraus, dass die Gruppe, die eine supportive Psychotherapie und die Gruppe, der S-Adenosylmethionin verabreicht wurde, neben der Placebogruppe die besten Testergebnisse vorweisen konnten. Die Autoren wiesen darauf hin, dass eine invasive Medikamentenverabreichung unabhän-

gig von der Substanz, bei den Patienten ein stärkeres Wirkungsgefühl hervorrufen würde. Deshalb wäre es sinnvoll gewesen, eine Placebogruppe mit i.m. Injektionen zu verwenden. Denn die Placebogruppe erreichte die zweitniedrigste Punktzahl im Zung Test nach der S-adenosylmetionin Gruppe. In allen Gruppen wurde einigen der Patienten im Beobachtungszeitraum Benzodiazepine verabreicht, um unerwünschte Beschwerden zu therapieren, sodass dadurch die Erkenntnisse der Studie eventuell etwas verfälscht wurden (Diego et al. 1989).

4.3.2. Medikamentöse Therapie

In der vorliegenden Arbeit wurden 56% (n=51) der Patienten mit einer Anpassungsstörung medikamentös behandelt. Am häufigsten wurde den Patienten ein Antidepressivum verordnet (34,1% (n=31)). In 27,5% (n=25) der Fälle kam ein Neuroleptikum zur Anwendung und 26,4% (n=24) der Patienten wurden mittels Benzodiazepinen therapiert.

In der oben bereits ausführlich dargestellten Studie von Diego et al. zeigte sich, dass kein Therapieverfahren (supportive Psychotherapie, Viloxazin, Lormetazepam, S-Adenosyl Methionin, Placebo) dem anderen deutlich überlegen war. Das gute Abschneiden der Placebogruppe könnte eventuell auf die beschriebene Selbstheilungstendenz der Anpassungsstörung zurückzuführen sein (Diego et al. 1989).

Hameed et al. untersuchten den Effekt unterschiedlicher Antidepressiva bei der Therapie der Depression und der Anpassungsstörung. Hameed und seine Kollegen stellten fest, dass alle verwendeten Antidepressiva gleichermaßen gut wirkten. Auch die Kombination von Antidepressiva war der Monotherapie über einen Zeitraum von 4 Monaten nicht überlegen. Eine zusätzliche Psychotherapie hatte im Vergleich zur medikamentösen Monotherapie keinen Erfolg gebracht. Weder Alter noch Geschlecht spielten bezüglich des Heilungsverlaufes eine Rolle. 70% der Patienten die an einer Anpassungsstörung litten, sprachen gut auf die antidepressive Therapie an. Dies entsprach einer doppelt so hohen Ansprechrate im Vergleich zu Patienten mit einer Depression. Die gute Ansprechrate der Patienten mit einer Anpassungsstörung auf eine medikamentöse antidepressive Therapie deutet daraufhin, dass

eine kurzfristige medikamentös antidepressive Therapie klinisch sinnvoll und kosteneffektiv sein könnte. Man könnte sich eventuell mit der kostengünstigeren antidepressiven Therapie kostenintensivere psychotherapeutische Therapieverfahren sparen. Leider wurden die Patienten nicht randomisiert den Gruppen zugeteilt. Des Weiteren gab es auch keine Placebogruppe (Hameed et al. 2005).

In der Untersuchung von Strain et al. stellte sich heraus, dass sich die Verschreibung von Anxiolytika und Antidepressiva für Patienten mit Anpassungsstörung nicht wesentlich von der Verordnungspraxis bei anderen Diagnosen der Achse I oder II unterschieden hatten (Strain et al. 1998).

4.3.3. Fazit

Die bisherigen empirischen Erkenntnisse zeigen, dass es bisher noch keine spezifische Therapie für die Anpassungsstörungen gibt. Evidenzbasierte störungsspezifische Behandlungsempfehlungen liegen weder für pharmakologische noch für psychotherapeutische Interventionen vor.

Es besteht durchaus der Eindruck, dass jede Therapieform einen Erfolg zeigte. Dies könnte unter anderem auch an der Selbstheilungstendenz der Anpassungsstörung liegen. Die Patienten scheinen weiterhin am meisten von den Therapieverfahren zu profitierten, von denen sie überzeugt sind.

4.4. Perspektiven für weitere Untersuchungen

Die Ergebnisse der vorliegenden deskriptiven Arbeit zeigen Wege für künftige empirische Untersuchungen auf. Die niedrige Reliabilität der Diagnose lässt Zweifel am aktuellen diagnostischen Konzept der Anpassungsstörungen in der ICD-10 aufkommen. Das derzeitige Konstrukt, welches die Anpassungsstörung lediglich als Ausschlussdiagnose ansieht, kann auf Dauer nicht befriedigen. Bei der Weiterentwicklung der psychiatrischen Diagnosesys-

teme ist sowohl eine Auflösung der Anpassungsstörungen zugunsten eines syndromorientierten dimensionalen Ansatzes als auch eine Ausweitung der bisherigen Diagnosekategorie denkbar. Im ersten Falle würden die bisherigen Fälle, je nach der im Vordergrund stehenden klinischen Symptomatik, etwa den depressiven Störungen oder den Angsterkrankungen zugeordnet werden. Im zweiten Fall würde man die Diagnose der Anpassungsstörung, auch bei einer stärker ausgeprägten depressiven Symptomatik, der Diagnose der Depression vorziehen, wenn die Störung klar durch ein belastendes Lebensereignis ausgelöst wurde.
In zukünftigen Katamneseuntersuchungen sollte geklärt werden, wie hoch die Diagnosestabilität der Anpassungsstörungen im Langzeitverlauf ist. Hierbei stellt sich die Frage, in wie vielen Fällen die Diagnose einer Anpassungsstörung im Langzeitverlauf in die Diagnose einer spezifischeren psychischen Störung übergeht.

Auch die hohen Komorbiditätsraten, insbesondere mit Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen, geben Anregungen für weitere empirische Untersuchungen. So sollte die Beziehung zwischen der zugrunde liegenden Persönlichkeitsstruktur und der psychischen Reaktion auf ein belastendes Lebensereignis besser herausgearbeitet werden. Gleiches gilt für den häufigen Zusammenhang von Anpassungsstörungen mit Suchterkrankungen. Hier stellt sich die Frage, ob sich diese Assoziation in zukünftigen Untersuchungen replizieren lässt.

Nicht zuletzt hat die vorliegende Arbeit gezeigt, dass Patienten mit Anpassungsstörungen häufig pharmakologisch und psychotherapeutisch behandelt wurden. Da es bisher nur wenige empirische Studien und keine evidenzbasierten Therapieleitlinien gibt, besteht an dieser Stelle noch ein erheblicher Forschungsbedarf.

4.5. Limitationen der vorliegenden Arbeit

Bei der vorliegenden Arbeit handelte es sich um eine retrospektive Auswertung von Krankengeschichten. Die Validität der dargestellten Ergebnisse ist somit von der Qualität der zugrunde liegenden Krankengeschichten abhängig.

Die Rediagnostik beruhte nicht auf einer persönlichen Untersuchung der Patienten, sondern lediglich auf den in den Krankengeschichten enthaltenden Angaben. Es ist davon auszugehen, dass sowohl die Übereinstimmung der beiden unabhängigen Rater als auch die Übereinstimmung zwischen Arztbriefdiagnose und Diagnose der Rater noch niedriger ausgefallen wäre. Auch ist zu vermuten, dass der Anteil der Patienten mit einer komorbiden psychiatrischen Diagnose, insbesondere von Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung, bei einer persönlichen Untersuchung noch deutlich höher ausgefallen wäre.

Auch bei der Erfassung der soziodemographischen und klinischen Charakteristika sowie der durchgeführten Therapien war man auf die Angaben in der Krankengeschichte angewiesen. Die Datenaufbereitung orientierte sich zwar an standardisierten Instrumenten wie AMDP und BADO, was jedoch eine strukturierte persönliche Untersuchung der Patienten nicht ersetzten kann.

Weiterhin kann man kritisch einwenden, dass keine Kontrollgruppe untersucht wurde. Ziel der vorliegenden Arbeit war es jedoch, die diagnostische Reliabilität, klinische Charakteristika und gegenwärtige Versorgungsbedingungen deskriptiv zu erfassen.

5. Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, (1) die diagnostische Reliabilität der Anpassungsstörungen im klinischen Alltag zu untersuchen, (2) die klinischen und soziodemographischen Charakteristika der betroffenen Patienten herauszuarbeiten sowie (3) die gegenwärtige Versorgung aufzuzeigen. Die hier erfolgte Erhebung soll dazu dienen, Ansatzpunkte für die zukünftigen Entwicklungen in Diagnostik und Therapie von Menschen in psychosozialen Belastungssituationen zu finden. Hierzu wurden die Krankengeschichten aller Patienten, die im Jahre 2005 aus dem Bezirkskrankenhaus Günzburg mit der Diagnose einer Anpassungsstörung entlassen wurden (n=142), systematisch ausgewertet.

Zunächst wurde die klinische Diagnose einer Anpassungsstörung auf der Grundlage der Krankengeschichten von zwei unabhängigen Untersuchern nach den diagnostischen Kriterien des internationalen Klassifikationssystems von Krankheiten (ICD-10) reevaluiert. Zwischen den beiden Untersuchern fand sich eine zufriedenstellende Übereinstimmung, in strittigen Fällen wurde eine Konsensusdiagnose erzielt. Hierbei wurde deutlich, dass die klinische Diagnose einer Anpassungsstörung lediglich in 91 Fällen (64,1%) einer kritischen Prüfung nach den ICD-10-Kriterien standhielt. In den restlichen 51 Fällen (35,9%) wurde zumeist eine Suchterkrankung oder eine affektive Störung diagnostiziert. Aber auch bei den Fällen mit der sicheren Diagnose einer Anpassungsstörung (n=91) fanden sich bei 43 Fällen (47,3%) zusätzliche Diagnosen im Sinne einer psychiatrischen Komorbidität, zumeist Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen.

Hinsichtlich der soziodemographischen Merkmale fiel zum einen auf, dass mehr Männer als Frauen aufgrund einer Anpassungsstörung stationär behandelt wurden (58,2% vs. 41,8%). Zum anderen zeigte sich, dass eher jüngere Menschen betroffen waren. Das Durchschnittsalter im untersuchten Patientenkollektiv lag bei 36,7 Jahren. Diese Ergebnisse bestätigten die Befunde bisheriger Untersuchungen. Weiterhin fiel auf, dass zum Aufnahmezeitpunkt 71,4% (n=65) der Patienten des Studienkollektives suizidal waren und 28,6% (n=26) kurz vor der stationären Aufnahme einen Suizidversuch unternommen hatten. Auch diese Ergebnisse stehen im Einklang mit der aktuellen wissenschaftlichen Literatur.

Hinsichtlich der klinischen Versorgung der Betroffenen zeigte die vorliegende Untersuchung, dass während des stationären Aufenthaltes bei 56% (n=51) der Patienten eine medikamentöse Therapie und bei 44% (n=40) eine spezifische psychotherapeutische Intervention erfolgte. Umgekehrt heißt dies, dass etwa ein Drittel der Patienten weder medikamentös noch spezifisch psychotherapeutisch behandelt wurden. Die durchschnittliche stationäre Verweildauer betrug 16,3 Tage.

Die geringe diagnostische Validität und Reliabilität der Anpassungsstörung in der ICD-10 unterstreicht die Notwendigkeit einer kritischen Auseinandersetzung mit dieser Diagnosekategorie. Im Zuge der Vorbereitungen zur ICD-11 wäre sowohl eine Auflösung der Anpassungsstörungen zugunsten eines syndromorientierten Ansatzes als auch eine Ausweitung der bisherigen Diagnosekategorie denkbar. Im letzteren Fall sollten hierbei diagnostische Kriterien formuliert werden, mit denen sich eine ausreichend hohe Reliabilität und Validität erzielen lässt.

Derzeit gibt es keine evidenzbasierten Therapierichtlinien zur Behandlung der Anpassungsstörung. Dennoch werden die betroffenen Patienten sowohl medikamentös als auch psychotherapeutisch behandelt. Hier werden noch weitere Studien benötigt, die sich mit dem therapeutischen Nutzen verschiedener Behandlungsverfahren auseinandersetzen bzw. verschiedene Therapieoptionen miteinander vergleichen.

6. Literaturverzeichnis

1. Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP): Das AMDP-System. Hogrefe, Göttingen, 8. Aufl. (2007)

2. Andreasen NC: DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. Schizophr Bull 33: 108-112 (2007)

3. Andreasen NC, Hoenk PR: The predictive value of adjustment disorders: a follow-up study. Am J Psychiatry 139: 584-590 (1982)

4. Andreasen NC, Wasek P: Adjustment disorders in adolescents and adults. Arch Gen Psychiatry 37: 1166-1170 (1980)

5. Asnis GM, Friedman TA, Sanderson WC, Kaplan ML, van Praag HM, Harkavy-Friedman JM: Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients: description and prevalence. Am J Psychiatry 150: 108-112 (1993).

6. Ayuso-Mateos JL, Vasquez-Barquero JL, Dowrick C: Depressive disorders in Europe: prevalence figures from ODIN study. Br J Psychiatry 179: 308-316 (2001)

7. Berger M, Hecht H: Anpassungsstörungen. In: Berger M, Hecht H (Hrsg) Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie, 3. Aufl, Urban & Fischer München Jena, S. 697-708 (2009)

8. Bhatia MS, Aggarwal NK, Aggarwal BBL: Psychosocial profile of suicide ideators, attempters and completers in India. Int J Soc Psychiatry 46: 155-163 (2000)

9. Bronisch T: Adjustment reactions: A long-term prospective and retrospective follow-up of former patients in a crisis intervention ward. Acta Psychiatr Scand 84: 86-93 (1991)

10. Bronisch T, Hecht H: Validity of adjustment disorder, comparison with major depression. J Affect Disord 17: 229-236 (1989)

11. Bronisch T, Wittchen HU, Krieg CH, Rupp HU, Zerssen DV: Depressive neurosis: a long-term prospective and retrospective follow-up of former in patients. Acta Psychiatr Scand 71: 237-248 (1985)

12. Casey P: The "afterthought" diagnosis: rehabilitating adjustment disorders. Expert Rev Neurotherapeutics 6(2): 145-151 (2006)

13. Casey P, Dowrick C, Wilkinson G: Adjustment disorders: Fault line in the psychiatric glossary. Br J Psychiatry 179: 479-481 (2001)

14. Clarke DM, McKenzie DP: A caution on the use of cut-points applied to screening instruments or diagnostic criteria. J Psychiatr Res 28: 185-188 (1994)

15. Cohen J: A coefficient of agreement for nominal scales. Educ Psychol Meas 20: 37-46 (1960)

16. Cording C, Gaebel W, Spengler A: Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-) stationären Bereich. Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 24: 3-41 (1995)

17. Despland JN, Monod L, Ferrero F: Clinical Relevance of Adjustment Disorder in DSM-III-R and DSM-IV. Compr Psychiatry 36: 454-460 (1995)

18. Diego de Leo: Treatment of adjustment disorders: A comparative evaluation. Psychol Rep 64: 51-54 (1989)

19. Fabrega H, Mezzich JE, Mezzich AC: Adjustment disorders as a marginal or transitional illness Category in DSM-III. Arch Gen Psychiatry 44: 567- 572 (1987)

20. Fabrega H, Mezzich JE, Mezzich AC, Coffman GA: Descriptive Validity of DSM-III Depressions. J Nerv Ment Dis 174: 573-584 (1986)

21. Freud S, Breuer J: Studien zur Hysterie. Deuticke, Leipzig (1895)

22. Gorschenek N, Schwab R, Eckert J: Psychotherapie von Anpassungsstörungen: Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie auch langfristig ausreichend wirksam? Psychother Psych Med 58: 200-207 (2007)

23. Greenberg WM, Rosenfeld DN, Ortega EA: Adjustment disorder as an admission diagnosis. Am J Psychiatry 152: 459-461 (1995)

24. Hameed U, Schwartz TL, Malhotra K, West RL, Bertone F: Antidepressant treatment in the primary care office: Outcomes for adjustment disorders versus major depression. Ann Clin Psychiatry 17[2]: 77-81 (2005)

25. Ho Kong Wai B, Hong C, Heok KE: Suicidal behavior among young people in Singapore. Gen Hosp Psych 21: 128-133 (1999)

26. Jablensky A, Hugler H, v. Cranach M, Kalinov K: Kraepelin revisted: a reassessment and statistical analysis of dementia praecox and manic-depressive insanity in 1908. Psychol Med 23: 843-858 (1993)

27. Jäger M, Frasch K, Becker T: Die Krise der operationalen Diagnostik in der Psychiatrie. Nervenarzt 79: 288-294 (2008)

28. Jaspers K: Allgemeine Psychopathologie. Springer, Heidelberg, 3. Aufl. (1923)

29. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P: The national Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain: initial findings from the Household Survey. Psychol Med 27: 775-789 (1997)

30. Jones R, Yates WR, Zhou MH: Readmission rates for adjustment disorders: comaprison with other mood disorders. J Affect Disord 71: 199-203 (2002)

31. Jones R, Yates WR, Williams S, Zhou M, Hardman L: Outcome for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders. J Affect Disord 55: 55-61 (1999)

32. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 51: 8-19 (1994)

33. Van der Klink JJL, Blonk RWB, Schene AH, Van Dijk FJH: Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. Occup Environ Med 60: 429-437 (2003)

34. Van der Klink JJL, van Dijk FJH: Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. Scand J Work Environ Health 29: 478-487 (2003)

35. Kraepelin E: Psychiatrie. Barth, Leipzig, 8. Aufl. (1909-1913)

36. Landis JR, Koch GG: The measurement of observer agreement for categorial data. Biometrics 33: 159-174 (1977)

37. Leonhard K: Grundlagen der Psychiatrie. Enke, Stuttgart (1948)

38. Linden M, Schippan B, Baumann K, Spielberg R: Die posttraumatische Verbitterungsstörung: Abgrenzung einer spezifischen Form der Anpassungsstörung. Nervenarzt 75: 51-57 (2004)

39. Looney JG, Gunderson E: Transient situational disturbances: course and outcome. Am J Psychiatry 135: 660-663 (1978)

40. Maercker A, Einsle F, Köllner V: Adjustment disorders as stress response syndromes: A new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. Psychopathology 40:135-146 (2007)

41. Möller HJ, Jäger M, Riedel M, Obermeier M, Strauss A, Bottlender R: The Munich 15-year follow-up study (MUFUSSAD) on first-hospitalized patients with schizophrenic or affective disorders: comparison of psychopathological and psychosocial course and outcome and prediction of chronicity. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc (in press) (2010)

42. Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP: Anpassungsstörung, akute und posttraumatische Belastungsstörung. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) Psychiatrie & Psychotherapie, 2. Aufl, Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 1302-1341 (2002)

43. Myers JK, Weissman MM, Dischler GL: Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities 1980 to 1982. Arch Gen Psychiatry 41: 959-967 (1984)

44. Oppenheim H: Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenklinik der Charite in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen. Hirschwald, Berlin (1889)

45. Portzky G, Audenaert Kurt, Van Heeringen K: Adjustment disorder and the course of the suicidal process in adolescents. J Affect Disord 87: 265-270 (2005)

46. Reisch T, Vijayananda S, Gekle W, Tschacher W: A qualitative follow-up assessment two years after inpatient crisis intervention. Psychiat Prax 31: 16-22 (2004)

47. Schneider K: Klinische Psychopathologie. Thieme, Stuttgart, 13. Aufl. (1987)

48. Schweiger U, Hohagen F: Anpassungsstörung. In: H. Helmchen u. Mitarbeiter (Hrsg): Psychiatrie der Gegenwart, Bd 6, Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 137-148 (2000)

49. Shear MK, Greeno C, Kang J, Ludewig D, Frank E, Swartz HA, Hanekamp M: Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics. Am J Psychiatry 157: 581-587 (2000)

50. Silverstone PH: Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. J Nerv Ment Dis 184: 43-51 (1996)

51. Skopek MA, Perkins R: Deliberate exposure to motor vehicle exhaust gas: the psychosocial profile of attempted suicide. Aust N Z J Psychiatry 32: 830-838 (1998)

52. Snyder S, Strain JJ, Wolf D: Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting. Gen Hosp Psychiatr 12: 159-165 (1990)

53. Spahn C, Becker B, Fritzsche K, Burger T, Blum HE, Wirsching M: Psychosomatic liaison service in medicine: Need for psychotherapeutic interventions and their realsitation. Swiss Med WKLY 132: 166-173 (2002)

54. Spalletta G, Troisi A, Saracco M, Ciani N, Pasini A: Symptom profile, Axis II comorbidity and suicidal behaviour in young males with DSM-III-R depressive illnesses. J Affect Disord 39: 141-148 (1996)

55. Strain JJ, Smith GC, Hammer JS, McKenzie DP, Blumenfield M, Muskin P, Newstadt G, Wallack J, Wilner A, Schleifer SS: Adjustment Disorder: A Multisite Study of its Utilization and Intervention in the Consultation-Liaison Psychiatry Setting. Gen Hosp Psychiatr 20: 139-149 (1998)

56. Vollmer-Larsen A, Jacobsen TB, Hemmingsen R, Parnas J:
Schizoaffective disorder – the reliability of its clinical diagnostic use. Acta Psychiatr Scand 113: 402-407 (2006)

57. Wilmanns K: Entwurf einer für die Reichsstatistik bestimmten Diagnosetabelle für die Geisteskrankheiten. Allg Z Psychiatrie 93: 223-234 (1930)

58. World Health Organisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien.
In: Dilling H, Schulte-Markwort E (Hrsg), Huber, Bern (1999)

7. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei Herrn Prof. Becker bedanken, dass ich in seiner Abteilung meine Doktorarbeit schreiben durfte.

Bei Herrn PD Dr. med. Jäger möchte ich mich ganz herzlich für die vorbildliche Betreuung und Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit bedanken.

Mein Dank gilt auch Dr. Frasch, der im Rahmen meiner Arbeit, zusammen mit PD Dr. Jäger die Patientenakten bezüglich der diagnostischen Reliabilität nochmals durchgearbeitet hatte.

Mein ganz besonderer Dank gilt auch meiner Frau und meinen beiden Kindern für die große Geduld und Unterstützung, die sie mir beim Schreiben der Arbeit entgegengebracht hatten.

8. Lebenslauf

In der Online-Version wurde der Lebenslauf aus Gründen des Datenschutzes entfernt.