

Jürgen Bengel · Sybille Hubert

Anpassungsstörung und Akute Belastungsreaktion

HOGREFE



Anpassungsstörung und Akute Belastungsreaktion

Fortschritte der Psychotherapie

Band 39

Anpassungsstörung und Akute Belastungsreaktion
von Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel und Dipl.-Psych. Sybille Hubert

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Kurt Hahlweg,
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Dieter Vaitl

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Anpassungsstörung und Akute Belastungsreaktion

von Jürgen Bengel
und Sybille Hubert

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel, geb. 1955. 1974-1979 Studium der Psychologie in Mannheim, Hamburg und Freiburg 1979-1986 Studium der Medizin in Freiburg. 1986 und 1987 Promotionen. 1992 Habilitation. 1992-1993 Heisenberg-Stipendiat der DFG. 1993-1994 Professur am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin. Seit 1994 Professur für Rehabilitationspsychologie am Institut für Psychologie, Universität Freiburg. Leitung des Freiburger Ausbildungsinstituts für Verhaltenstherapie und der Ambulanz am Institut für Psychologie.

Dipl.-Psych. Sybille Hubert, geb. 1971. 1990-1997 Studium der Psychologie in Marburg und Freiburg. 1998-2005 Psychotherapeutische Tätigkeit in der Baar Klinik Donaueschingen. Seit 2002 psychotherapeutische Tätigkeit in der Ambulanz des Psychologischen Instituts der Universität Freiburg. Seit 2005 Wissenschaftliche Angestellte der Universität Freiburg, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie. 2006 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie).

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

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2010 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto
Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar
Druck: AZ Druck und Datentechnik, Kempten
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 978-3-8017-1622-6

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
1 Beschreibung der Störung	3
1.1 Bezeichnung	3
1.2 Definition	4
1.3 Epidemiologische Daten	8
1.4 Verlauf und Prognose	11
1.5 Differenzialdiagnose	13
1.6 Komorbidität	21
2 Störungstheorien und -modelle	22
2.1 Erklärungsmodell für Anpassungsstörungen	23
2.2 Einfluss des Stressors	28
2.3 Einflussfaktoren vor Auftreten des Stressors	33
2.4 Einflussfaktoren während und nach Einwirken des Stressors	36
3 Diagnostik und Indikation	37
3.1 Erstgespräch und Exploration	38
3.1.1 Therapeutenverhalten und Beziehungsgestaltung	38
3.1.2 Leitfaden für die Exploration	39
3.2 Diagnose und Differenzialdiagnose	44
3.3 Medizinische Diagnostik	50
3.4 Indikation	51
4 Behandlung	52
4.1 Beziehungsgestaltung	52
4.2 Therapieziele	52
4.3 Erarbeitung eines Störungsmodells und Festlegung von Therapiezielen	56
4.4 Bearbeitung der Symptome	65
4.4.1 Übergreifende Strategien	66
4.4.2 Symptombezogene Strategien	74
4.4.2.1 Strategien bei längerer depressiver Reaktion	74
4.4.2.2 Strategien bei Angst und depressiver Reaktion gemischt	80
4.4.2.3 Strategien bei Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle	81

4.4.2.4	Strategien bei Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens	83
4.5	Einbettung in die Biografie und Entwicklung neuer Perspektiven	84
4.6	Probleme bei der Durchführung	86
4.7	Forschungsstand und Effektivität	88
5	Akute Belastungsreaktion und Akute Belastungsstörung	88
5.1	Beschreibung der Störung	89
5.2	Indikation	95
5.3	Behandlung	97
6	Weiterführende Literatur	103
7	Literatur	104
8	Anhang	109
	Zielerreichungsskalierung (GAS)	109
	Tagesprotokoll negativer Gedanken	110
	Wheel of Life (Ist-Zustand)	111
	Wheel of Life (Soll-Zustand)	112
	Der Weg vom „Ist“ zum „Soll“	113

Karte
 Kurzanleitung für die Exploration

Vorwort

Anpassungsstörungen zählen in der ambulanten wie stationären Versorgung zu den am häufigsten vergebenen Diagnosen. Bei Vorliegen eines kritischen Lebensereignisses erlaubt die Kategorie der Anpassungsstörung eine störungswertige, aber nicht spezifische Symptomatik mit einem Etikett zu versehen und einen psychotherapeutischen Versorgungsbedarf zu legitimieren. Anpassungsstörungen können als Restkategorie oder „Lückenfüller“ betrachtet werden. Sie sind im Übergangsbereich zwischen psychischer Störung und normalem Erleben und Verhalten angesiedelt und dokumentieren damit die Grenzen und Probleme der diagnostischen Klassifikationsschemata: Die Diagnose einer psychischen Störung stellt immer eine dichotome Entscheidung dar, die die Komplexität der Symptomatik entscheidend reduziert.

Bei Anpassungsstörungen tragen neben der Symptomatik klinische Charakteristika wie Verlauf, Prognose, Leidensdruck, Funktionsfähigkeit im Alltag und soziale Integration zur Entscheidung bzgl. der Störungswertigkeit und damit zur Diagnosestellung bei. Sie stellen eine Störungskategorie von hoher klinischer Bedeutung dar und ermöglichen auch bei einer minder schweren Symptomatik die Indikationsstellung zu einer Psychotherapie.

Die therapeutischen Strategien bei der Behandlung von Anpassungsstörungen richten sich nach der im Vordergrund stehenden Symptomatik. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass diese nicht auf einer empirisch evaluierten Behandlungspraxis basieren und durch spezifische Befunde der Psychotherapieforschung gestützt werden, sondern überwiegend aus der Behandlungserfahrung abgeleitet sind und auf Konsensurteilen beruhen. Bei der Therapie der Anpassungsstörung wird insbesondere bei depressiven und Angstsymptomen auf die für die jeweiligen Störungen spezifischen Therapiestrategien zurückgegriffen. Diese Therapiemethoden werden hier nicht erschöpfend abgehandelt, es werden vielmehr ergänzende therapeutische Strategien und Maßnahmen vorgestellt.

In diesem Band werden neben den Anpassungsstörungen in einem eigenen Kapitel auch die Akute Belastungsreaktion (ICD) und die Akute Belastungs-

störung (DSM) beschrieben. Dies erschien sinnvoll und notwendig, um die in der Reihe vorliegende Darstellung der Belastungsstörungen zu kompletieren und auch, um die Forschungsbefunde aus den letzten Jahren abzubilden.

Freiburg, April 2009

*Jürgen Bengel
und Sybille Hubert*

1 Beschreibung der Störung

Besondere Lebensereignisse oder Lebensveränderungen lösen häufig Stresserleben mit emotionalen, kognitiven, physiologischen und verhaltensbezogenen Reaktionen aus. Diese Reaktionen sind in ihrer Art, ihrem Ausmaß und ihrem Verlauf interindividuell verschieden. Sie können eine notwendige Voraussetzung für die Verarbeitung dieser Ereignisse und Veränderungen sein. Geht die Auseinandersetzung mit Belastungssituationen und Lebensveränderungen über eine zu erwartende Reaktion hinaus, so kann sie als Anpassungsstörung klassifiziert werden.

Reaktion auf Belastungssituationen und Lebensveränderungen

1.1 Bezeichnung

Bei der Entstehung, Auslösung und Aufrechterhaltung vieler psychischer Störungen spielen Stressoren wie kritische Lebensereignisse, traumatische Erfahrungen oder chronische Belastungen eine wichtige Rolle. Bei den belastungsreaktiven Störungen wird angenommen, dass belastende Ereignisse oder Stressoren die entscheidenden Faktoren sind, ohne die es zumindest zu diesem Zeitpunkt nicht zu einer psychischen Störung gekommen wäre. Zur Beschreibung der auslösenden Faktoren und der Reaktion einer Person darauf werden unterschiedliche Begriffe verwendet. Manche Bezeichnungen lassen sich sowohl dem auslösenden Faktor als auch der Reaktion zuordnen. Dies trifft vor allem auf den Begriff der „Belastung“ zu. Mit Belastung kann z. B. sowohl die Tatsache eintretender Arbeitslosigkeit als auch die folgende emotionale Reaktion („ich fühle mich belastet“) beschrieben werden.

Belastende Ereignisse als Auslöser

Auch der Begriff „Trauma“ (griech. für „Verletzung“, „Wunde“) wird sowohl als Beschreibung des auslösenden Ereignisses als auch als Beschreibung der emotionalen und psychischen Folgen verwendet. Gerade beim Trauma-Begriff kann dies zu dem Fehlschluss führen, dass eine unbedingte Beziehung zwischen einem traumatischen Ereignis und der Reaktion einer Traumatisierung vorliegt („wenn jemand ein schweres Busunglück erlebt hat, dann ist er traumatisiert“). Wir nehmen daher eine begrifflich eindeutige Trennung zwischen dem belastenden Ereignis, das wir als Stressor bezeichnen, und der Reaktion des Individuums auf diesen Stressor vor. Auf der Seite des belastenden Ereignisses verwenden wir neben „Stressor“ auch die Bezeichnung „traumatisches Ereignis“, um dessen besondere Schwere zu kennzeichnen.

Begriffliche Trennung zwischen Ereignis und Reaktion

Auf Seite der Reaktion werden wir die Begriffe (psychische) Anpassungsreaktion und Belastungsreaktion synonym verwenden. Erreicht diese Reaktion Störungswert, so wird sie im ICD und im DSM als Anpassungsstörung (Adjustment disorder) bezeichnet. Manchmal findet sich auch die Benennung als „unterschwellige Störung“; damit wird angedeutet, dass die Symptome und die Schwere der Reaktion nicht für eine spezifische Störung ausreichen, jedoch ein Behandlungsbedarf gegeben ist.

1.2 Definition

Die Abgrenzung der Anpassungsstörungen von zu erwartenden, nicht pathologischen Anpassungs- und Belastungsreaktionen sollte sich durch das Ausmaß und das Erscheinungsbild der Symptomatik, den subjektiven Leidensdruck und die Dauer der Reaktionen ergeben. Diese Abgrenzung ist jedoch häufig sehr schwierig. Die Anpassungsstörungen werden im ICD zusammen mit der Akuten Belastungsreaktion (F43.0) und der Posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) unter die Belastungsstörungen eingeordnet. Das Erleben eines traumatischen Ereignisses wie beispielsweise einer Naturkatastrophe, einer Gewalttat, eines schweren Unfalls oder auch eines Anschlags kann eine Akute Belastungsreaktion (ICD) bzw. eine Akute Belastungsstörung (DSM) zur Folge haben und mit spezifischen Symptomen einhergehen (siehe Kapitel 5). Bei längerem Andauern dieser Symptome sprechen wir von einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Besonders starke und länger dauernde Stressoren wie z. B. Folter, Inhaftierung in einem Konzentrationslager oder andere anhaltende lebensbedrohliche Situationen können zu einer Andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0) führen. Abbildung 1 gibt einen Überblick über Anpassungs- und Belastungsstörungen, wie sie aktuell in den Diagnosesystemen ICD und DSM klassifiziert sind.

Für die Posttraumatische Belastungsstörung sei auf Ehlers (1999) und Maercker (2003) verwiesen, für die Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung auf Kunzke und Güls (2003) und für die in Diskussion befindliche Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung auf Kunzke und Güls (2003) sowie auf Huber (2005).

Anpassungsstörungen treten per Definition nach einem besonderen Lebensereignis auf, z. B. einem Unfall, dem Beginn einer schwerwiegenden Erkrankung oder dem Verlust eines nahe stehenden Menschen (Dilling, Mombour & Schmidt, 2008). Ein oder mehrere vorausgehende Stressoren stellen eine notwendige Voraussetzung für die Diagnosestellung dar. Auch eine Kumulation von Stressoren kann auslösend sein (z. B. erhebliche Schwierigkeiten am Arbeitsplatz *und* in der Partnerschaft) ebenso wie deren wiederkehrendes oder kontinuierliches Auftreten (z. B. saisonale Geschäftskrisen oder Leben in krimineller Umgebung). Der Stressor kann erwartbar sein und z. B. mit

	<i>Dauer bis Auftreten der Störung</i>	<i>Anpassungs- und Belastungsreaktion</i>	<i>Dauer</i>	<i>Mögliche Übergänge</i>
Stressor	→ Minuten bis Stunden	→ Akute Belastungsreaktion bzw. Akute Belastungsstörung*	Stunden bis Tage bzw. bis 4 Wochen	←
	→ innerhalb eines Monats	→ Anpassungsstörung	bis 6 Monate, evtl. länger	
	→ Wochen bis Monate	→ Posttraumatische Belastungsstörung	länger als 4 Wochen	
	→ Wochen bis Monate	→ Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung	mind. 2 Jahre	

Abbildung 1: Anpassungs- und Belastungsreaktionen/-störungen nach ICD-10 (modifiziert nach Möller, Laux & Deister, 2005); * ergänzt um die Akute Belastungsstörung nach DSM

spezifischen Lebensphasen in Verbindung stehen (Übergänge wie z. B. Verlassen des Elternhauses, Berentung) oder aber die Person unerwartet treffen (z. B. Verkehrsunfall). Das soziale Netz kann ganz oder teilweise beeinträchtigt oder zerstört sein (z. B. bei Trennungserlebnis oder Trauerfall, auch das weitere soziale Umfeld kann betroffen sein, z. B. bei Emigration oder nach Flucht). Der Belastungsfaktor kann den Einzelnen oder auch seine Gruppe oder Gemeinde betreffen. Im folgenden Kasten sind die Diagnosekriterien für Anpassungsstörungen zusammengestellt.

Die Symptomatik einer Anpassungsstörung beginnt in der Regel innerhalb eines Monats nach Auftreten des Stressors. In jedem Fall ist eine zeitliche Abhängigkeit zwischen Stressor und Symptomatik von weniger als drei Monaten zur Diagnosestellung erforderlich. Die Symptomatik dauert – nach Ende der Belastung oder der Belastungsfolgen – in der Regel nicht länger als sechs Monate an (bzw. zwei Jahre bei längerer depressiver Reaktion).

Beginn und Dauer der Symptomatik

Nach DSM-IV wird in Abhängigkeit von der Erkrankungsdauer zwischen einer akuten und einer chronischen Anpassungsstörung unterschieden. Eine Anpassungsstörung gilt danach als akut, wenn die Symptome weniger als sechs Monate andauern. Sie kann als chronisch bezeichnet werden,

Akute versus chronische Anpassungsstörung

1 Die klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 verlangen für die Diagnosestellung eine „sorgfältige Bewertung der Beziehung zwischen Art, Inhalt und Schwere der Symptome, Anamnese und Persönlichkeit sowie dem belastenden Ereignis, der Situation oder Lebenskrise“. Sie liefern damit weniger gut operationalisierte Diagnosekriterien als die ICD-10-Forschungskriterien (Dilling, Mombour & Schmidt, 2004).

**Diagnosekriterien für Anpassungsstörungen F43.2
(nach ICD-10-Forschungskriterien)¹**

- A. Identifizierbare psychosoziale Belastung, von einem nicht außergewöhnlichen oder katastrophalem Ausmaß; Beginn der Symptome innerhalb eines Monats.
- B. Symptome und Verhaltensstörungen, wie sie bei affektiven Störungen (F3) (außer Wahngedanken und Halluzinationen), bei Störungen des Kapitels F4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und bei den Störungen des Sozialverhaltens (F91) vorkommen. Die Kriterien einer einzelnen Störung werden aber nicht erfüllt. Die Symptome können in Art und Schwere variieren.
- C. Die Symptome dauern nicht länger als sechs Monate nach Ende der Belastung oder ihrer Folgen an, außer bei der längeren depressiven Reaktion (F43.21). Bis zu einer Dauer von sechs Monaten kann die Diagnose einer Anpassungsstörung gestellt werden.

wenn die Symptome sechs Monate oder länger anhalten. Dies ist dann sinnvoll, wenn die Symptome eine Reaktion auf einen chronischen Stressor (z. B. chronische körperliche Erkrankung) oder auf einen Stressor mit anhaltenden Folgen sind. Letzteres ist zum Beispiel beim Verlust des Arbeitsplatzes der Fall, dessen finanzielle Auswirkungen mittel- und auch langfristige Konsequenzen wie die Notwendigkeit zum Verkauf des eigenen Hauses oder eine unzureichende Absicherung im Alter haben.

**Klinische
Relevanz
depressiver
Symptome**

Je nach vorherrschender Symptomatik werden nach ICD-10 sieben Untergruppen von Anpassungsstörungen unterschieden, von denen vor allem die (kurz und länger andauernden) depressiven Reaktionen von klinischer Relevanz sind (vgl. Kasten). Als *kurze depressive Reaktion* wird ein leichter depressiver Zustand klassifiziert, der maximal einen Monat andauert. Eine *längere depressive Reaktion* wird bei einem leichten depressiven Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation diagnostiziert, wobei dieser Zustand für die Diagnosestellung nicht länger als zwei Jahre andauern darf.

Klassifikation von Anpassungsstörungen (nach ICD-10)

- Kurze depressive Reaktion (F43.20).
- Längere depressive Reaktion (F43.21).
- Angst und depressive Reaktion gemischt (F43.22).
- Mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F43.23).
- Mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (F43.24).
- Mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (F43.25).
- Mit sonstigen spezifischen deutlichen Symptomen (F43.28).

Eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen kann vergeben werden, wenn die Symptome verschiedene affektive Qualitäten wie Angst, Depression, Sorgen, Anspannung und Ärger betreffen. Unter Anpassungsstörungen mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens fällt z. B. die Trauerreaktion eines Jugendlichen mit aggressivem und dissozialem Verhalten. Anpassungsstörungen mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten zeichnen sich durch ein gleichzeitiges Auftreten von Störungen sowohl der Gefühle als auch des Sozialverhaltens aus.

Fallbeispiel Herr C.

Herr C., ein 57-jähriger Kaufmann, verheiratet seit 28 Jahren, drei erwachsene Kinder, lebt mit seiner Ehefrau in einem Vorort einer mittelgroßen Stadt. Nach dem zweiten schweren Herzinfarkt wurde er vor einem Jahr frühberentet. Vor der Berentung war er als Abteilungsleiter in einer größeren Spedition tätig. Er hat leichtes Übergewicht, einen hohen Blutdruck, bewegt sich wenig und treibt keinen Sport. Pro Tag raucht er ca. zehn Zigaretten.

Herr C. berichtet, dass sich seit seiner Herzerkrankung vor drei Jahren alles verändert habe. Früher sei er immer derjenige gewesen, der alles im Griff gehabt habe. Beruflich sei er eingespannt gewesen, aber sehr erfolgreich und habe immer viel Anerkennung bekommen. In der Familie habe es natürlich schon immer mal wieder Probleme gegeben, aber er habe sich immer für seine Kinder eingesetzt, aus denen „auch etwas geworden“ sei. Auch nachdem sie ausgezogen seien, hätten sie oft angerufen und seinen Rat gesucht. Dann habe er den ersten Herzinfarkt gehabt, den er eigentlich gar nicht so ernst genommen habe. Für ihn sei das eher wie eine Grippe gewesen, er habe seine Medikamente genommen und kurz danach wieder wie immer gearbeitet. Nach dem zweiten Herzinfarkt habe er eine längere Reha-Maßnahme gemacht. Die Ärzte hätten ihm gesagt, nächstes Mal überlebe er es vielleicht nicht, er müsse dringend seinen Stress reduzieren. Seine Familie habe sich furchtbare Sorgen um ihn gemacht. Ihnen zuliebe sei er in Rente gegangen. Es sei ihm furchtbar schwer gefallen, die Firma zu verlassen. Aber er habe sich gedacht, wenn ihm etwas passiere, was würde dann aus seiner Familie?

Seither sei er viel zu Hause. Immer wieder habe er das Gefühl, nutzlos zu sein. Früher seien seine Frau und er im Urlaub oder an Wochenenden oft Wandern gewesen. Aber wenn er sich heute körperlich anstrengt, bleibe ihm die Luft weg oder er habe ein Stechen in der Brust. Er könne sich nur schwer aufraffen, irgendetwas zu tun. Er habe wenig Lust, irgendjemanden zu treffen und wüsste auch nicht, worüber er reden solle. Manchmal frage er sich, wie es weitergehen solle und grübele über seine Lebenssituation und Perspektiven, suche nach Lösungen, komme aber einfach nicht richtig weiter.

Psychische Diagnose:

- F43.21 Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion
- (DD F32.0 leichte depressive Episode)

Medizinische Diagnose:

- Zustand nach Myokardinfarkt vor 3 Jahren, leicht
- Zustand nach Myokardinfarkt vor 1,5 Jahren, schwer
- Myokardinsuffizienz, Stadium II (Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung)

Merke:

Die Diagnose einer Anpassungsstörung wird gestellt, wenn eine Person nach einem (oder mehreren) identifizierbaren Auslösern (Stressoren) depressive Symptome, Ängste, andere Gefühle wie z. B. Anspannung und Ärger und/oder Verhaltensauffälligkeiten entwickelt.

Die Intensität der Symptome sowie deren Dauer genügen nicht den Kriterien einer spezifischen Diagnose. Anpassungsstörungen lassen sich durch ihre unterschwellig (subsyndromal) ausgeprägte Symptomatik vom Vollbild „verwandter Störungen“ abgrenzen. Die Grenzziehung zwischen Anpassungsstörungen und spezifischen Störungskategorien – vor allem depressiven Episoden – ist jedoch nicht immer möglich. Eine im zeitlichen und klinischen Zusammenhang mit einem belastenden Ereignis auftretende Symptomatik spricht nicht automatisch für die Diagnose einer Anpassungsstörung.

Die Frage, ob Anpassungsstörungen tatsächlich ein abgrenzbares, eigenes Störungsbild darstellen wird weiterhin kontrovers diskutiert. In den anstehenden bzw. laufenden Revisionen des ICD und des DSM wird die Frage der distinkten Kategorien, aber auch die der Praktikabilität und der therapeutischen Relevanz, aufgegriffen und diskutiert.

1.3 Epidemiologische Daten

**Prävalenz-
schätzung
schwierig**

Anpassungsstörungen zählen zu den häufigsten Diagnosen, die in der ambulanten und stationären Versorgungspraxis gestellt werden. Es liegen jedoch keine ausreichend validen Daten zur Häufigkeit in der Bevölkerung und in klinischen Gruppen vor. Die diagnostische Unschärfe und die konzeptionelle Unklarheit des Störungsbildes haben dazu geführt, dass die Anpassungsstörungen in den bevölkerungsbezogenen epidemiologischen Studien wie dem US National Comorbidity Survey oder dem Bundesgesundheitsurvey nicht erfasst wurden (Jacobi et al., 2004; Kessler & Walters, 2002). Die hohe Komorbidität der belastungsreaktiven Störungen, die ge-

ringe Spezifität der Symptomatik und die Nachrangigkeit der Kategorie Anpassungsstörung sind weitere Gründe, warum valide Prävalenzzahlen nicht verfügbar sind. Ferner macht die mangelnde Abgrenzung vor allem zu den depressiven Störungen Aussagen zur Prävalenz nahezu unmöglich.

Nur in einer europäischen multizentrischen Studie in der *Allgemeinbevölkerung* wurde unter Anwendung der DSM-IV-Kriterien für die Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik eine Punktprävalenz von 0,6 % für Frauen und 0,3 % für Männer ermittelt (Ayuso-Mateos et al., 2001). Wurde nach ICD-10-Kriterien klassifiziert, ergaben sich mit 0,3 % noch niedrigere Raten. Im DSM-IV-TR werden für Kinder, junge Erwachsene und ältere Personen Prävalenzraten von 2 bis 8 % angegeben.

Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung

In *klinischen Gruppen* finden sich erwartungsgemäß höhere Prävalenzraten als in der Allgemeinbevölkerung. Zwischen 10 % und 30 % aller psychiatrischen Patienten in der ambulanten Versorgung erhalten die Diagnose einer Anpassungsstörung, im Konsil-Liaisondienst liegen die Prävalenzen zwischen 8 und 12 % (American Psychiatric Association, 2000; Arolt, Gehrman & John, 1995). Die genannten Morbiditätsraten sind stark abhängig von den spezifischen Bedingungen und klinischen Kontexten, in denen die Erhebungen erfolgten. So fand sich z. B. eine sehr hohe Rate von 50 % Anpassungsstörungen bei älteren Patienten nach einer Herzoperation. Bei Patienten, die an einer schweren bzw. chronischen körperlichen Erkrankung leiden, sind die Anpassungsstörungen die am häufigsten gestellte Diagnose. Hier werden zwischen 5 % und 30 % Anpassungsstörungen diagnostiziert. Auch diese Angaben sind mit Unsicherheit behaftet und schwanken in Abhängigkeit von der jeweiligen Population und dem diagnostischen Ansatz. Eine eindeutige Differenzierung zwischen depressiven Episoden, Dysthymien und Anpassungsstörungen ist nicht möglich. Nach chronischen Rückenschmerzen und Bandscheibenschäden, Infektionen der oberen Atemwege (Bronchitis) und Magen-Darm-Erkrankungen sind depressive Episoden und Reaktionen auf schwere Belastungen sowie Anpassungsstörungen die wichtigsten Diagnosen, die zu einer Arbeitsunfähigkeit führen (Deutsche Angestellten Krankenkasse, 2005). Anpassungsstörungen gehören auch zu den häufigsten psychischen Störungen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Der Anteil von Anpassungsstörungen bei erwachsenen Patienten mit einer psychischen oder Verhaltensstörung als Erstdiagnose liegt bei rund 27 %. Der Anteil mit der Diagnose „Depressive Episode“ (F32) beträgt 28 %, bei der Diagnose „Rezidivierende depressive Störung“ (F33) bei 24 % (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2008).

Häufigste Diagnose bei chronischen körperlichen Erkrankungen

Häufigste Diagnose in der stationären psychosomatischen Rehabilitation

In der *ambulanten psychotherapeutischen Versorgung* liegt der Anteil von Patienten mit der Hauptdiagnose Anpassungsstörungen zwischen 5 und 20 % (DSM-IV) (Casey, Dowrick & Wilkinson, 2001). Anpassungsstörungen werden im Allgemeinkrankenhaus häufiger als depressive Störungen

diagnostiziert. In der hausärztlichen Versorgung bilden sie die häufigste psychische Störung (Snyder, Strain & Wolf, 1990). Bei Erwachsenen wird dabei am häufigsten die Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung, mit Angst bzw. Angst und depressiver Stimmung gemischt, gestellt.

In *Abteilungen für psychosomatische Medizin* finden sich rund 25 % Frauen und rund 23 % Männer mit Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen und in den Abteilungen für Psychiatrie sind dies 14 % bzw. 9 % (Arolt et al., 1995). Eine Differenzierung der Störungen liegt leider nicht vor. In psychosomatischen Rehabilitationskliniken finden sich 17 % der Patienten mit einer Diagnose aus dem Kapitel „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2003). In Patientendaten der damaligen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) mit rund 45.000 Patienten, die im Jahr 2002 in der stationären psychosomatischen Rehabilitation behandelt wurden, fand sich mit 22 % ein etwas höherer Anteil von Belastungs- und Anpassungsstörungen (Barghaan, Watzke, Koch & Schulz, 2005). Diese Daten sind jedoch nicht nach Anpassungsstörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen differenziert, so dass keine Aussage über den jeweiligen Anteil möglich ist.

Anpassungsstörungen können in jeder Altersgruppe auftreten. Bei alleinstehenden bzw. geschiedenen sowie bei jungen und älteren Menschen im Zusammenhang mit spezifischen Lebensphasen werden Anpassungsstörungen häufiger diagnostiziert (Frommberger, Hecht & Bengel, 2009; Möller et al., 2005). Daten zur Prävalenz von Anpassungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen liegen kaum vor; in Stichproben aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt die Häufigkeit zwischen 7 und 65 % der Diagnosen (Newcorn & Strain, 1992). Die Frage der Geschlechtsunterschiede ist nicht eindeutig geklärt. Einige Studien gehen von der häufig bei psychischen Störungen zu findenden doppelt so hohen Prävalenz bei Frauen aus, andere zeigen, dass Männer und Frauen etwa gleich häufig betroffen sind.

Merke:

- Die Anpassungsstörungen bilden einen Anteil von 10 bis 30 % an den psychischen Störungen. Sie zählen zu den häufigsten Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung.
- Anpassungsstörungen werden häufig im Rahmen von (schweren) chronischen körperlichen Erkrankungen diagnostiziert.
- Sie können in jedem Lebensalter auftreten, alleinstehende Menschen sind etwas häufiger betroffen.
- Die unscharfen Diagnosekriterien und die Überlappung der Symptome insbesondere mit depressiven Störungen erschweren präzise Aussagen zur Epidemiologie.

1.4 Verlauf und Prognose

Die Dauer einer Anpassungsstörung beträgt ca. sechs Monate. Dies gilt jedoch nur, wenn der Stressor und dessen Folgen beendet sind. Häufig dauern die Stressorfolgen jedoch an, sodass die Symptomatik länger besteht. Dies wäre beispielsweise bei einer misslungenen Anpassung an eine chronische körperliche Erkrankung wie etwa eine Tumorerkrankung der Fall, die als Stressorfolge finanzielle Schwierigkeiten infolge eingeschränkter Berufsfähigkeit nach sich zieht. Handelt es sich um eine längere depressive Reaktion, so wird von einer Dauer von zwei Jahren ausgegangen. Bei Fortbestehen der Symptomatik über die genannten Zeitbegrenzungen hinaus, kann die Diagnose entsprechend dem gegenwärtigen klinischen Bild unter Verwendung der Z-Kodierungen (Kapitel XXI der ICD-10) verschlüsselt werden. Die zeitliche Begrenzung auf sechs Monate bzw. zwei Jahre nach ICD hat sich nicht bewährt und sollte künftig nicht mehr verwendet werden (siehe auch Dilling & Freyberger, 2006). Sie bildet die Verläufe nach belastenden Lebensereignissen nicht adäquat ab und erschwert zudem konkrete Aussagen zur Prognose.

Zeitlicher Verlauf abhängig von der Art des Stressors

Anpassungsstörungen nehmen überwiegend einen günstigen Verlauf und haben eine positive Prognose. Jedoch verläuft bei ca. 20 % die Anpassungsstörung chronisch; Risikofaktoren dafür sind suizidale und selbstdestruktive Symptome, anhaltende Belastungen (chronische Stressoren) und jüngeres Lebensalter (Frommberger et al., 2009). Auf längere Sicht muss damit gerechnet werden, dass bei einem substantiellen Anteil der Patienten erneut eine Anpassungsstörung auftritt. Ferner spielen die Anpassungsstörungen eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Angststörungen, depressiven Störungen und Abhängigkeitserkrankungen.

Überwiegend günstige Prognose

Patienten mit einer Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik erfahren schneller eine Besserung als Patienten mit einer depressiven Episode. Eine stationäre Wiederaufnahme ist bei Patienten mit einer Anpassungsstörung seltener erforderlich. In einer katamnestischen Studie klagten allerdings Patienten mit einer kurz oder länger dauernden depressiven Reaktion noch fünf Jahre nach stationärer Entlassung über eine im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen reduzierte Lebenszufriedenheit, und dies, obwohl sich bei etwa 30 % der Patienten die depressive Symptomatik bereits zum Zeitpunkt der Entlassung deutlich zurückgebildet hatte. Weitere 40 % benötigten für eine deutliche Symptomreduktion sechs Monate, 17 % der Patienten zeigten über den gesamten Katamnesezeitraum hinweg eine deutlich bis stark ausgeprägte depressive Symptomatik. Bei der Nachuntersuchung war rund die Hälfte der Patienten unauffällig, die andere Hälfte erfüllte jedoch die Kriterien für eine Angststörung oder eine Depression (Bronisch, 1991). Die diagnostischen Unsicherheiten bei der Anpassungsstörung erschweren empirisch fundierte Aussagen zum Verlauf und zur Prognose. Aus klinischer Sicht sind soziale Einbindung und Unterstüt-

Verlauf der depressiven Symptomatik

zung, Suizidalität und komorbide psychische Störungen entscheidend für die Prognose.

Schwererer
Verlauf und
häufigere
Verhaltens-
auffälligkeiten
bei Kindern und
Jugendlichen

Die Besonderheiten der Anpassungsstörungen bei *Kindern und Jugendlichen* liegen in einer längeren Dauer im Vergleich zu Erwachsenen und im häufigeren Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten (aggressives oder dissoziales Verhalten) oder regressiven Verhaltenstendenzen. Die Wahrscheinlichkeit für eine Wiedererkrankung bzw. eine Neuerkrankung an einer anderen psychischen Störung ist erhöht (Neubert & Reschke, 2004). Damit sind Anpassungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen insgesamt prognostisch schlechter als bei Erwachsenen einzuschätzen. Eine Anpassungsstörung im Rahmen einer chronischen körperlichen Erkrankung besitzt bei Kindern jedoch eine günstige Prognose. Typische belastende Ereignisse bei Kindern und Jugendlichen sind Probleme im Zusammenhang mit der Schule wie Schulversagen oder Schulwechsel. Weitere wichtige belastende Ereignisse sind Verlust eines Elternteils bzw. Verlust der Großeltern oder andere Trennungserfahrungen, massive Probleme in der Familie und Probleme in der Gruppe der Gleichaltrigen bzw. Enttäuschungen in einer Liebesbeziehung.

Verlässliche und verallgemeinerbare Aussagen über den Verlauf und die Prognose von Anpassungsstörungen sind leider nicht möglich, da es kaum Studien über diese Diagnosegruppe gibt. Die große Bandbreite an auslösenden Ereignissen und Stressoren, ihre unterschiedliche Wertigkeit und Dauer erschweren entsprechende Studien. Die verfügbaren Untersuchungen weisen darüber hinaus methodische Mängel (z. B. kleine Stichproben, fehlende Operationalisierung der Diagnosen, unterschiedliche Erhebungskontexte) auf, so dass die Befundlage insgesamt sehr unbefriedigend ist. Insbesondere ist ungeklärt, inwieweit z. B. eine Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik einen Risikofaktor für die Entwicklung einer depressiven Störung darstellt. Die hohen Raten an Patienten mit einer schweren depressiven Episode im weiteren Krankheitsverlauf deuten darauf hin, dass diese unterschwellige Symptomatik bei einem nicht unbeträchtlichen Teil der Betroffenen das Risiko erhöht, an einer schweren Depression zu erkranken. Zum Verlauf einer Anpassungsstörung in Abhängigkeit von einer psychotherapeutischen Behandlung liegen derzeit keine Daten vor. Da die Anpassungsstörung immer nur dann als Diagnose vergeben wird, wenn die Symptome nicht hinreichend für eine spezifische Diagnosekategorie sind bzw. eine minder schwere Ausprägung aufweisen, sind auch künftig keine validen Daten zur Prävalenz und zum Verlauf zu erwarten.

Valide
Aussagen
durch Unter-
schwelligkeit
und Vielfalt der
Symptome
erschwert

Merke:

- Anpassungsstörungen stellen einen Risikofaktor für spezifische psychische Störungen, vor allem depressive Störungen, Angststörungen und Substanzmissbrauch dar.