

Veränderung der Unsicherheit im Sozialkontakt bei Patienten mit einer Anpassungsstörung in Korrelation zur subjektiv wahrgenommenen Veränderung während der stationären Behandlung: Eine prospektive Studie

eingereicht von

MMag. Carmen Lobnig

Matrikelnummer: 9917198

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der Medizinischen Wissenschaften

(Dr. scient. med.)

an der

Medizinische Universität Graz

Bad Aussee, 2009

DANKSAGUNG

Für die Zusammenarbeit, Betreuung und Begutachtung meiner Dissertation danke ich besonders Herrn Primarius Univ.-Prof. Dr. Marius Nickel, Leiter der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie. Für die Unterstützung bei der Auswertung der statistischen Daten bedanke ich mich bei Frau Dr. Bettina Petter und Herrn Dr. Mogk. Ich danke allen Patienten, die bereitwillig an der zugrunde liegenden Studie teilgenommen haben.

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig angefertigt habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen, wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Bad Aussee, am

MMag. Carmen Lobnig

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund und Fragestellung: Belastungsstörungen stellen klinisch wichtige Störungskategorien mit zunehmender Bedeutung in Forschung und Praxis dar. Personen mit einer Anpassungsstörung reagieren auf belastende Lebensereignisse mit Angst, Niedergeschlagenheit, Störung des Sozialverhaltens, mit einer Einschränkung bei der Bewältigung des täglichen Lebens. Mittels einer prospektiv angelegten Studie wurden folgende Hypothesen, überprüft. 1. Patienten mit einer Anpassungsstörung erfahren durch die stationäre psychosomatische Behandlung eine deutliche Besserung in der sozialen Unsicherheit, 2. Die subjektiv wahrgenommene Veränderung korreliert signifikant mit der Veränderung der Unsicherheit im Sozialkontakt.

Methode: In dieser prospektiv beobachtenden Studie wurden 62 stationäre Patienten der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie an der Medizinischen Universität Graz ausgewählt. Es wurden die Messinstrumente Symptom Checkliste (SCL-90-R), Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV), Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II (SKID) und Internationale Diagnosen Checkliste für Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10-Checkliste), verwendet. Die Patienten mussten folgende Einschlusskriterien erfüllen: Erstdiagnose Anpassungsstörung innerhalb des multimodalen Settings, Alterseinschränkung zwischen 21 und 60 Jahren und stationäre Behandlungsdauer von über 3 Wochen.

Ergebnisse: Es ergeben sich zwischen den zwei Messzeitpunkten (1. vor Therapiebeginn, innerhalb der ersten Woche der stationären Aufnahme und 2. nach Therapieende vor der Entlassung) im Messverfahren der Symptom Checkliste (SCL-90-R) signifikante Unterschiede. Patienten fühlen sich durch die stationäre Behandlung in ihren Kompetenzen gestärkter. Eine signifikante Korrelation ergab sich zwischen der SCL-90-R-Skala „Unsicherheit im Sozialkontakt“ und dem Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in der Symptomveränderung.

Diskussion: Die vorliegende Studie zeigt die Ergebnisse einer prospektiv angelegten Studie zur klinischen Bewährung einer stationären psychosomatischen Behandlung. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen eine signifikante Verbesserung der psychischen Symptombelastung aufgrund engmaschiger stationärer Psychotherapie. Es kann festgestellt

werden, dass im Bereich der Anpassungsstörungen noch ein erheblicher Forschungsbedarf besteht. Keine Berücksichtigung fand, ob frühere psychische Erkrankungen sowie möglich vorausgehende ambulante oder stationäre Psychotherapien erfolgten.

ABSTRACT

Background and Problem: Stress Disorders constitute a clinically significant category of disorders whose importance in research and practice is growing. Persons with Adjustment Disorders react to stressful life events with anxiety, depressed mood, disturbance of conduct, and impairment in their ability to cope with daily life. The following hypotheses were tested by means of a prospective study. 1. Patients with an Adjustment Disorder experience a clear improvement in their social insecurity as a result of inpatient psychosomatic treatment, 2. The subjectively perceived change correlates significantly with the change in the SCL-90-R scale for interpersonal sensitivity.

Methods: In this prospective, observational study, 62 inpatients at the *Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie* at the Medical University of Graz were selected. The System Checklist (SCL-90-R), *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens* (VEV) (Questionnaire on Change in Experience and Behavior), Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I and II (SCID), and International Diagnostic Checklist for International Classification of Mental Disorders (ICD-10 Checklist) were used as measuring instruments. The patients had to meet the following inclusion criteria: An initial diagnosis of adjustment disorder within a multi-modal setting, age restriction between 21 and 60 years of age, and an inpatient treatment duration of over three weeks.

Results: Significant differences emerge between the two test periods (the first prior to initiating therapy, within the first week of inpatient admission, and the second after ending therapy, but prior to discharge) in the scores of the Symptom Checklist (SCL-90-R). Patients feel more capable as a result of inpatient treatment. A significant correlation emerged between the SCL-90-R scale “interpersonal sensitivity” and the *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens* (VEV) in the entire sample of subjects as well as in symptom change.

Discussion: This study presents the results of a prospective study on the clinical effectiveness of inpatient psychosomatic treatment. The results of this study show a significant improvement in the psychological symptomatology due to closely monitored inpatient psychotherapy. The study underscores the fact that in the area of adjustment

disorders, a considerable research desideratum still exists. The occurrence of prior mental illnesses or possible prior ambulant or inpatient psychotherapy was not taken into account.

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG.....	1
ABSTRACT.....	3
I EINFÜHRUNG.....	6
1. Beschreibung des Störungsbildes.....	6
1.1 Diagnose und klinische Charakteristika.....	7
1.2 Differentialdiagnose.....	10
1.3 Ätiologie und Epidemiologie.....	10
1.4 Verlauf und Prognose.....	13
2. Behandlung.....	15
2.1 Präskriptives Modell der Problemanalyse.....	16
2.2 Diagnostik der aufrechterhaltenden Mechanismen in der Einzeltherapie.....	16
2.3 Entwicklungsmodell der sozialen Unsicherheit.....	17
2.4 Veränderungen der Unsicherheit im Sozialkontakt durch erfahrungsorientiertes Lernen.....	19
2.5 Verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden zur Veränderung der Unsicherheit im Sozialkontakt.....	20
3. Fragestellungen und Ziele der Studie.....	22
II METHODIK.....	23
4. Studiendesign.....	23
5. Erhebungsinstrumente.....	24
III ERGEBNISSE.....	28
6. Darstellung der Ergebnisse.....	28
6.1 Beschreibung der Stichprobe.....	28
6.2 Soziodemographische Daten der untersuchten Stichprobe.....	29
6.3 Subjektive Veränderung des Erlebens und Verhaltens.....	35
6.4 Hypothesenüberprüfung.....	36
IV DISKUSSION.....	42
V ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	45
VI TABELLENVERZEICHNIS.....	46
VII LITERATURVERZEICHNIS.....	47
VIII ANHANG.....	49

I Einführung

1. Beschreibung des Störungsbildes

Belastungsstörungen stellen klinisch wichtige Störungskategorien mit zunehmender Bedeutung in Forschung und Praxis dar.

Personen mit einer Anpassungsstörung reagieren auf belastende Lebensereignisse mit Angst, Niedergeschlagenheit, Störungen des Sozialverhaltens, mit einer Einschränkung bei der Bewältigung des täglichen Lebens. Die Symptome beginnen nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) (Dilling, Mombour und Schmidt, 2005) innerhalb eines Monats nach dem belastenden Lebensereignis und klingen innerhalb von sechs Monaten (außer bei einer längeren depressiven Reaktion) nach deren Beendigung ab (Hoffmann und Hofmann, 2008). Menschen mit einer Anpassungsstörung sind mit einer Situation konfrontiert, in der sie sich neu orientieren und positionieren müssen. Ihre Lebensbedingungen haben sich geändert. Diese Personen können sich an diese neue Situation nicht mehr anpassen. Vorhandene Ressourcen und Problemlösestrategien reichen nicht aus, es müssen neue dazugelernt und aufgebaut werden.

Anpassungsstörungen werden als zeitlich begrenzte, ereignisbezogene Störungen, die nicht in eine Störung wie posttraumatische Belastungsstörung oder schwere depressive Störung einmünden, sondern einen „gutartigen“ Verlauf haben. Anpassungsstörung ist eine in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Praxis häufig verwendete Kategorie. In der Folge von Lebensereignissen oder lebensverändernden Ereignissen („life events“ oder „life change events“) kann es zur Entwicklung psychischer Symptomen kommen. Wenn Reize von zu starker Intensität auftreten, der Prozess der Anpassung versagt, kann die Schwelle der Belastungsfähigkeit bzw. Belastbarkeit einer Person überschritten werden und es zur Entstehung der Störung kommen. Anpassungsstörungen treten demnach nach belastenden Lebensereignissen, z.B. schweren Erkrankungen, Verlusterlebnissen, Partnerschaftsproblemen, Trennungen, berufliche Schwierigkeiten, auf (Helmchen, Henn, Lauter und Sartorius, 2000).

Die Diagnose Anpassungsstörung erfordert eine qualitative Bewertung eines Ereignisses als entscheidende Lebensveränderung gegenüber normalen Belastungen. Auch ist eine Prognosestellung über den Schweregrad im weiteren Verlauf und über die voraussichtliche Dauer der Störung erforderlich (Helmchen et al., 2000).

1.1 Diagnose und klinische Charakteristika

Die Diagnose einer Anpassungsstörung kann in operationalisierter Form nach ICD-10 (Dilling et al., 2005) gestellt werden. Die Symptome beginnen einem Monat nach dem entscheidenden Lebensereignisse. Die Symptome müssen nicht sofort mit der Beendigung des Belastungsfaktors abgeklungen sein, jedoch bis spätestens nach 6 Monaten. Wenn die Belastungsfaktoren andauern, kann sich eine chronische Anpassungsstörung ergeben, wobei die ICD-10 eine Obergrenze von 2 Jahren vorsieht (Helmchen et al., 2000). Die Diagnose kann nach entscheidenden Lebensveränderungen und Stressoren von weniger katastrophalem Ausmaß, z.B. nach einem Trauerfall, Verlust der Arbeit, diagnostiziert werden (Ehlers, 1999).

Als Reaktionsmuster können Schockzustände, Desorientierung, Ratlosigkeit, Trauer, Niedergeschlagenheit, Angstzustände, Ärger und Gereiztheit bis hin zu dysthymen Zuständen, sein (Hoffmann und Hofmann, 2008).

Diagnostische Kriterien für Anpassungsstörungen nach ICD-10:

„Hier handelt es sich um Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung, nach einem belastenden Lebensereignis oder auch nach schwerer körperlicher Krankheit auftreten. Die Belastung kann die Unversehrtheit des sozialen Netzes betroffen haben (bei einem Trauerfall oder Trennungserlebnis), das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder soziale Werte (wie bei Emigration oder nach Flucht). Die Belastung kann dabei nur den Einzelnen oder auch seine Gruppe oder Gemeinde betreffen.

Die individuelle Disposition oder Vulnerabilität spielt bei dem möglichen Auftreten und bei der Form der Anpassungsstörung eine größere Rolle als bei der akuten Belastungsreaktion und der posttraumatischen Belastungsstörung; es ist aber dennoch davon auszugehen, dass das Krankheitsbild ohne die Belastung nicht entstanden wäre. Die Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst, Besorgnis (oder eine Mischung von diesen), ein Gefühl, unmöglich zurechtzukommen, voranzuplanen oder in der gegenwärtigen Situation fortfahren zu können, ferner eine Einschränkung bei der Bewältigung der alltäglichen Routine. Der Betreffende kann sich so fühlen, als stehe er kurz vor dramatischem Verhalten oder Gewaltausbrüchen, wozu es aber selten kommt (Dilling et al., 2005).“ Die individuelle Vulnerabilität wird nur im ICD-10 berücksichtigt. Diese Vulnerabilität ist aber ein wichtiger Faktor in der Entwicklung einer Anpassungsstörung, da genetische und physiologische Einflüsse sowie Persönlichkeitseigenschaften bestimmen, wie die Person auf Belastungen reagiert und mit ihnen umgeht. Um die Diagnose einer Anpassungsstörung zu vergeben, dürfen die diagnostischen Kriterien für andere psychische Störungen nicht erfüllt sein. Die Art und Dauer der Belastung, die psychische Verarbeitung während des stressreichen Ereignisses, zurückliegende Erfahrungen und Überzeugungen sowie frühere psychische Störungen haben einen Einfluss auf die Entwicklung einer Anpassungsstörung (Bley, et al., 2008).

Die Störung beginnt innerhalb 1 Monats nach dem belastenden Ereignis oder der Lebensveränderung. Die Symptome halten meist nicht länger als 6 Monate an, außer bei einer längeren depressiven Reaktion. Dauern die Symptome an, sollte die Diagnose in Übereinstimmung mit dem gegenwärtigen klinischen Bild geändert und die andauernden Belastungen unter Verwendung der Z-Kodierungen, gekennzeichnet werden (Dilling et al., 2005).

Diagnostische Leitlinien:

Die Diagnose hängt ab von einer sorgfältigen Bewertung der Beziehung zwischen:

1. Art, Inhalt und Schwere der Symptome;
2. Anamnese und Persönlichkeit und
3. belastendem Ereignis, Situation oder Lebensereignis (Berger, 2004)

Sind die Kriterien für eine Anpassungsstörung erfüllt, können das klinische Bild bzw. die vorwiegenden Merkmale mit der fünften Stelle näher gekennzeichnet werden:

F43.20 kurze depressive Reaktion

Ein leichter depressiver Zustand mit einer Dauer nicht länger als einem Monat

F43.21 längere depressive Reaktion

Ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, nicht länger als zwei Jahre andauernd

F43.22 Angst und depressive Reaktion gemischt

Sowohl Angst und depressive Symptome sind vorherrschend, das Ausmaß aber nicht stärker ausgeprägt ist als bei Angst und depressive Störung gemischt, F41.2, oder anderen gemischten Angststörungen, F41.3

F43.23 mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen

Die Symptome betreffen meist verschiedene emotionale Qualitäten, wie Angst, Depression, Besorgnis, Anspannung und Ärger

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

Führende Symptome sind sowohl Störungen der Gefühle als auch des Sozialverhaltens

F43.28 mit sonstigen vorwiegend genannten Symptomen (Dilling et al., 2005).

1.2 Differentialdiagnose

Von wesentlicher klinischer Relevanz ist die Abgrenzung von:

- a. Depressiven Episoden
- b. Angststörungen
- c. Posttraumatischen Belastungsstörungen: Kernsymptomgruppen:
Wiedererleben, Vermeidung, emotionaler Taubheit und Übererregung
- d. Somatoformen Störungen
- e. Dissoziativen Störungen
- f. Störungen des Sozialverhaltens sowie
- g. Persönlichkeitsstörungen

Faktoren, wie vorangegangene depressive oder ängstliche Episoden oder Verhaltensauffälligkeiten, können die Abgrenzung erschweren (Helmchen et al., 2000).

1.3 Ätiologie und Epidemiologie

Anpassungsstörungen werden durch einen oder mehreren Belastungsfaktoren ausgelöst. Dabei steht die Schwere des Belastungsfaktors nicht in einem einfachen linearen Zusammenhang mit der Art und dem Ausmaß der resultierenden Psychopathologie bei den betroffenen Individuen. Die individuelle Belastung resultiert aus den externen Faktoren Intensität, Dauer, Kontrollierbarkeit und Reversibilität der Belastung und personenbezogenen Faktoren, wie den zur Verfügung stehenden Ressourcen und Bewältigungsstrategien, sozialer Unterstützung, persönlichem Kontext und persönlichen Wertesystemen (Helmchen et al., 2000).

Stressoren können in Form von Einzelereignissen auftreten. Beispiele sind der Verlust des Partners, eines Angehörigen oder einer anderen Bezugsperson durch Trennung, Scheidung oder Tod, schwerwiegende interpersonelle Konflikte, schwere körperliche Erkrankung bei dem Betroffenen, Angehörigen oder Bezugspersonen, Verlust der Arbeitsstelle, Mobbing, Unfälle, Naturkatastrophen. Belastungsfaktoren können in chronischer oder rezidivierender Form vorhanden sein. Beispiele sind Armut, fehlender Zugang zu Gesundheitsversorgung, chronische Erkrankungen bei dem Betroffenen oder wichtigen Bezugspersonen, chronische Familienkonflikte. Insgesamt sind bei der Bewertung der Stressoren, die Abstufungen der Schweregrade und die in ICD-10 unterschiedliche Abgrenzung zur posttraumatischen Belastungsstörung zu beachten (Helmchen et al., 2000).

Belastungsfaktoren müssen jedoch nicht zu psychischen Funktionsstörungen führen. Hier geht man von einer Wechselwirkung zwischen Belastungsfaktoren, Coping-Mechanismen und einer Prädisposition für psychische Störungen aus. Studien zur Life-event-Forschung haben die vielfältigen Auswirkungen eines Lebensereignisses untersucht, dies jedoch nicht in Beziehung zu diagnostischen Kriterien wie Anpassungsstörungen gesetzt. Daher können Schlüsse nur indirekt gezogen werden. Ein Lebensereignis allein erklärt nicht die Entwicklung von psychischen Störungen. Eher erscheint die Akkumulation von Risikofaktoren wie vorbestehende psychische Störung, mangelnde familiäre Unterstützung, inadäquate Bewältigungsstrategien (Helmchen et al., 2000).

„In den vorliegenden Studien zu den Folgen von schwerwiegenden oder katastrophalen Lebensereignissen wurde entweder die allgemeine psychische Symptomatik erfasst und/oder das Vorhandensein einer posttraumatischen Belastungsstörung dokumentiert, es finden sich aber kaum Daten zu Häufigkeit von Anpassungsstörungen nach DSM-III-R oder DSM-IV (Helmchen et al., 2000).“ In weiteren Studien (Helmchen et al., 2000) zu den Folgen von schwerwiegenden oder katastrophalen Lebensereignissen wurde entweder die allgemeine Psychopathologie erfasst und/oder das Vorhandensein einer posttraumatischen Belastungsstörung dokumentiert. So war in einer Studie an 38 Kindern aus stabilen Familien der Tod eines Elternteils zwar mit signifikanter Traurigkeit verbunden, es fanden sich jedoch keine weiteren Funktionseinschränkungen (Helmchen et al., 2000 zitiert nach Fristad et al., 1993). 2 Jahre nach einem katastrophalen Unfallereignis beträgt die Prävalenz einer posttraumatischen Belastungsstörung bei den Helfern etwa 7-12 % (Helmchen et al., 2000 zitiert nach Epstein et al., 1998). Mitglieder einer

Berufsfeuerwehr, die immer wieder traumatischen Ereignissen ausgesetzt sind, zeigen eine Prävalenz für eine posttraumatische Belastungsstörung von etwa 18 %, weitere 49 % weisen Einzelsymptome einer posttraumatischen Belastungsstörung auf (Helmchen et al., 2000, zitiert nach Wagner et al., 1998).

Prädisponierende psychologische Risikofaktoren dürften im Bereich instabiler zwischenmenschlicher Beziehungen, fehlender sozialer Unterstützung, eingeschränkter sozialer Kompetenz, niedriger Kommunikationsfähigkeit und Neigung zu katastrophisierenden Bewertungsmustern sein. Eine der wenigen prospektiven angelegten Studien zeigte tatsächlich einen Einfluss von vorbestehender Ängstlichkeit, Verhaltensproblemen und niedriger schulischer Leistungsfähigkeit bei Kindern auf das Ausmaß von psychischer Symptomatik nach einer Naturkatastrophe (Helmchen et al. 2000, zitiert nach La Greca et al., 1998).

Zur Häufigkeit von Anpassungsstörungen in der Bevölkerung gibt es nur wenige Angaben. Die Prävalenzen und Häufigkeiten der Anpassungsstörungen variieren im klinischen und ambulanten Setting sehr stark. Zwischen 5 und 20 % der Patienten, die sich in einer psychotherapeutischen Praxis vorstellen, haben als Hauptdiagnose eine Anpassungsstörung. In klinischen Stichproben liegt die Rate bei 22,6 %. Das häufige Auftreten von Anpassungsstörungen und die negativen Konsequenzen (andere psychische Störungen, Sucht, erhöhte Suizidalität) unterstreichen den Forschungs- und Handlungsbedarf bei dieser Störung (Bley et al., 2008).

Geht man von Schätzdaten aus, spricht man von 5 bis 20 % jener Patienten, die sich in ambulant psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befinden. Eine hohe Dunkelziffer ist anzunehmen. In einer neueren europäischen Multi-Center Studie wurde unter dem Strukturiertem Klinischen Interview für DSM-IV (Wittchen, et al., 1997) Kriterien für die Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik eine Punktprävalenz von 0,6 % für Frauen und 0,3 % für Männer ermittelt. Nach ICD-10-Kriterien ergaben sich mit 0,3 % noch niedrigere Raten (Berger 2004, zitiert nach ODIN-Studie: Ayuso-Mateos et al., 2001). Die epidemiologischen Daten zur Prävalenz variieren in Abhängigkeit von den eingesetzten Untersuchungsinstrumenten und der untersuchten Population sehr stark. In klinischen Studien finden sich deutlich höhere Prävalenzraten. Zwischen 10 und 30 % aller psychiatrischen Patienten erhalten die Diagnose Anpassungsstörung, im Konsil-

Liaisondienst liegen die Prävalenzraten zwischen 8 und 12 % (Berger, 2004, zitiert nach APA, 2000). Die ermittelten Morbiditätsraten sind stark abhängig von den spezifischen Bedingungen, in denen die Erhebungen erfolgten (Berger 2004, zitiert Newcorn und Strain, 1995). Es fand sich z.B. eine sehr hohe Rate von 50 % Anpassungsstörungen bei älteren Menschen nach Herzoperationen. Patienten, die sich in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befinden, erhalten zwischen 5 und 20 % eine Anpassungsstörung als Hauptdiagnose (Berger 2004, zitiert nach APA, 1994), wobei bei Erwachsenen die Diagnose Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung, Angst bzw. Angst und depressiver Stimmung gemischt diagnostiziert wird.

In einer Feldstudie fanden Freyberger, Stieglitz und Dilling zur Einführung der ICD-10, dass fast die Hälfte aller gestellten Diagnosen aus dem Abschnitt F4 in die Gruppe der Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen entfielen, was insgesamt 7,6 % aller untersuchten Patienten in der mulizentrischen Studie betraf (Stieglitz, 2005).

Psychobiologische Studien zu Anpassungsstörungen fehlen weitgehend. Anhaltspunkte gibt es, dass bei Anpassungsstörungen mit Suizidalität eine Unterfunktion des serotonen Systems vorliegen könnte (Helmchen et al., 2000, zitiert nach Mann et al., 1999).

1.4 Verlauf und Prognose

Anpassungsstörungen haben kurzfristig eine relativ gute Prognose. Eine Studie an der Universitätsklinik Pittsburgh zeigte, dass 29 von 30 Studienteilnehmern mit einer Anpassungsstörung remittierten. Die mittlere Dauer einer Episode mit 8,9 Monaten dauerte bei Jugendlichen jedoch erheblich länger als erwartet (Helmchen et al., 2000, zitiert nach Kovacs et al., 1994). Die günstige Kurzzeitprognose wurde in dieser Studie durch die ungünstigere Langzeitprognose relativiert. Innerhalb eines Follow-up über 5 Jahre waren nur 59 % der Probanden in einem guten Gesundheitszustand. Die Rate erneuter psychischer Störungen war erheblich: Bei 45 % wurde erneut eine Anpassungsstörung diagnostiziert, bei 10 % eine Angststörung, bei 10 % ein Substanzmissbrauch und bei 17 % eine schwere depressive Episode. Damit war die Langzeitprognose der Anpassungsstörung nicht günstiger als das anderer psychiatrischer Diagnosegruppen (Helmchen et al., 2000).

Nach Helmchen et al. (2000, zitiert nach Andreasen und Hoenk, 1982) zeigte ein Vergleich zwischen Jugendlichen und Erwachsenen, dass Jugendliche häufiger einen komplizierteren Verlauf haben. So waren an der Universität von Iowa 5 Jahre nach der Indexbehandlung 71 % der Erwachsenen aber nur 44 % der adoleszenten Studienteilnehmer in einem guten psychischen Befinden. Bei 19 % der Jugendlichen und 13 % der Erwachsenen war es zu einer schweren depressiven Episode gekommen, bei 6 % der Jugendlichen wurde eine Schizophrenie diagnostiziert, bei 17 % der Jugendlichen und 13 % der Erwachsenen war es zu Substanzmittelmissbrauch gekommen. 2 % der Jugendlichen und 4 % der Erwachsenen waren durch Suizid gestorben.

In einer Follow-up Studie mit Patienten zeigte sich ein günstigerer Verlauf. Bei etwa 70 % der Patienten konnte über einen Zeitraum von 5 Jahren keine weitere psychiatrische Diagnose diagnostiziert werden. Diese Patienten befanden sich in einem gutem oder sehr gutem psychischen Befinden (Helmchen et al., 2000, zitiert nach Kovacs et al., 1984).

Solche Verlaufsstudien zeigen, dass die im Krankheitskonzept implizite günstige Prognose nicht für alle Patienten mit einer Anpassungsstörung gilt. Bei einer Subgruppe von Patienten werden im weiteren Verlauf schwere depressive Störungen, Angststörungen, eine posttraumatische Belastungsstörung, somatoforme Störungen, psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen, diagnostiziert.

Nach den ICD-10-Kriterien dauert eine Anpassungsstörung nicht länger als 6 Monate (2 Jahre bei längerer depressiver Reaktion) bzw. 6 Monate nach Beendigung des belastenden Ereignisses. Bei chronischer Belastung kann die Symptomatik jedoch persistieren und somit chronifizieren (Berger, 2004).

Klinischen Studien zeigen, dass Patienten mit einer Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik schneller remittieren als Patienten mit einer Major Depression (Berger, 2004, zitiert nach Bronisch und Hecht, 1989), wobei Patienten nach einem kürzerem stationärem Aufenthalt, seltener zu einer stationären Wiederaufnahme kommen.

Zusammenfassend zeigen klinische Studien, dass die Diagnose einer Anpassungsstörung in der Bevölkerung selten (DSM-IV: zwischen 0,3 und 0,8 %), in klinischen Stichproben

jedoch sehr häufig diagnostiziert wird. So werden je nach Patientengruppe Prävalenzraten von 5-30 % berichtet. Bei einer Mehrheit der Patient remittieren die Symptome innerhalb von 6 Monaten, bei 10-20 % der Patienten chronifiziert sich die Symptomatik (Berger, 2004).

Verschiedenen Studien zufolge unterscheiden sich Patienten mit einer Anpassungsstörung bezüglich der folgenden Merkmale von Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen:

1. Partnerschafts- und berufsbezogene Lebensereignisse vor Ausbruch der Erkrankung
2. Jüngerer Alter
3. Schnellere Symptomreduktion, kurze Aufenthaltsdauer bei stationärer Behandlung
4. Bessere soziale Anpassung
5. Unauffällige Persönlichkeit
6. Stärkeres Suizidrisiko (Berger, 2004)

2. Behandlung

Patienten mit einer Anpassungsstörung sind in vielen psychotherapeutischen und psychiatrischen Praxen, Beratungsstellen, Rehabilitationszentren und in stationär behandelnden Institutionen, anzutreffen.

Die Wirksamkeit spezifischer Behandlungsinterventionen ist klinisch nicht belegt. Die Behandlung einer Anpassungsstörung setzt voraus, dass Art und Schwere der Störung wie auch ihre Folgen sorgfältig erhoben werden. Zu berücksichtigen sind dabei auch die Risikofaktoren, die den Schweregrad und die Dauer der Erkrankung mitbestimmen. Die Behandlung setzt voraus ein Verständnis dafür zu erlangen, welche Bedeutung der Stressor für den Patienten hat und wieso die Belastung zur Entwicklung einer psychischen Symptomatik geführt hat. Weitere zu bestimmende Faktoren sind, welche Vulnerabilität, Coping-Strategien und Adaptationsfähigkeit der Patient aufweist. Zu erarbeiten ist auch, wie der Patient mit früheren Lebensereignissen umgegangen ist (Berger, 2004).

Im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Behandlung, müssen prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen des Problemverhaltens exploriert und zu

einem individuell zugeschnittenen hypothetischen Modell, gemeinsam mit dem Patienten entwickelt werden. Der Fokus von verhaltenstherapeutischen Interventionen liegt primär auf der Veränderung der aufrechterhaltenden Bedingungen. In der Einzeltherapie werden prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen des Problemverhaltens exploriert und zu einem individuell zugeschnittenen Modell der Störung integriert. Dieses Modell wird gemeinsam mit dem Patienten entwickelt. Anschließend wird der Fokus auf die Veränderung der aufrechterhaltenden Bedingungen, z.B. der sozialen Unsicherheit, fehlender sozialer Kompetenzen, Verlust positiver Aktivitäten, Mangel an adäquaten Problemlösestrategien, gelegt (Caspar, 1996).

Weiters ist zu planen, ob die Therapie kurz- oder langfristig erfolgen sollte, welche Gruppentherapien spezifische Hilfen anbieten können, die den Bedürfnissen, Ressourcen oder Defizite des Patienten förderlich sind.

Ziele der Therapie können die akute Entlastung des Patienten, Hilfe und Unterstützung bei der Restrukturierung und Neubewertung der Lebenssituation sein. Ein weiteres Ziel stellt die Prävention erneuter psychischer Störungen dar.

2.1 Präskriptives Modell der Problemanalyse

Bei der Problemanalyse eines jeden Patienten werden zunächst die verschiedenen Verhaltensprobleme unterschieden und als zu reduzierendes Problemverhalten oder zu förderndes Zielverhalten beschrieben. Dafür werden dann Bedingungsmodelle erstellt, auf deren Grundlage die therapeutischen Ansatzpunkte festgelegt werden, die im Rahmen der Therapie verändert werden sollten. Diesen therapeutischen Ansatzpunkten sind therapeutische Methoden zuzuordnen (Caspar, 1996).

2.2 Diagnostik der aufrechterhaltenden Mechanismen in der Einzeltherapie

Der Patient wird aufgefordert, an das Erlebnis zurückzudenken und zu überlegen, was das Schlimmste für ihn war und welches die belastendsten Momente für ihn waren. Die

Momente, die bei der Erinnerung die stärksten Gefühle auslösen, werden weiter exploriert, um die individuelle Bedeutung zu erfassen. Die Art der vorherrschenden Emotionen, z.B. Schuldgefühle, Ärger, Scham, Angst, Trauer, liefern Hinweise auf die zugrunde liegenden Interpretationen (Ehlers, 1999):

Zusammenhang von Emotionen mit Interpretationen:

- Schuldgefühle: Interpretationen, für das Ereignis oder seinen Ausgang verantwortlich zu sein
- Ärgergefühl: Interpretationen zur Ungerechtigkeit oder zur Verletzung persönlicher Regeln durch andere
- Schamgefühl: Interpretationen, bedeutsame Regeln über das eigene Verhalten verletzt zu haben
- Angstgefühl: Interpretationen zur Übergeneralisierung von Gefahr
- Trauergefühl: Interpretationen, etwas Bedeutsames verloren zu haben (Ehlers, 1999):

Um die Interpretationen der Konsequenzen von belastenden Lebensereignissen zu erfassen, wird beim Patienten nachgefragt, was er nach dem Ereignis am schwierigsten empfunden hat, was er über seine Symptome, dem Verhalten und die Konsequenzen des Lebensereignisses, denkt (Ehlers, 1999).

2.3 Entwicklungsmodell der sozialen Unsicherheit

Modell der kognitiven Vulnerabilität:

Beck und Emery (1985) gehen von kognitiven Schemata aus, die bei allen Menschen vorhanden sind und helfen, Objekte, Situationen und Ereignisse einzuschätzen und das Verhalten danach auszurichten. Angst entsteht aus der Erwartung oder aus dem Erleben sozialer Bewertung in wirklichen oder vorgestellten sozialen Situationen. Die Person muss als Ziel haben, auf andere einen besonderen Eindruck zu machen und muss ihre Fähigkeit bezweifeln, dies auch wirklich zu erreichen. Sowohl die Motivation einen guten Eindruck zu machen, als auch die Wahrnehmung mangelnder Selbstwirksamkeit müssen für das Auftreten sozialer Angst vorhanden sein. Der Begriff des kognitiven Schemas ist ein zentraler Bestandteil dieses Modells. Ein kognitives Schema ist definiert als grundlegende kognitive Struktur, die die Informationsverarbeitung leitet, und wahrgenommene Objekte

oder Ereignisse bezeichnet, klassifiziert und interpretiert. Schemata helfen dem Individuum, sich an die Situation anzupassen, selektiv relevante Informationen abzurufen, und relevante Aspekte der laufenden Situation auszuwählen. Sozial ängstliche Personen sind übermäßig wachsam gegenüber sozialen Bedrohungen. Kognitive Verzerrungen in Form von unlogischen und negativen Gedanken über soziale Situationen hindern die Person, die Bedrohung und die eigene Selbstwirksamkeit richtig einzuschätzen. Ein besonderes Merkmal sozialer Unsicherheiten ist, dass die Furcht vor bestimmten Ereignissen diese im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung, erst heraufbeschwören kann. Die Furcht bzw. die negativen Erfahrungen halten ängstliche Personen von sozialen Interaktionen fern und verstärken die verzerrten Überzeugungen des Vulnerabilitätsmodus (Beck und Emery, 1985).

2.4 Veränderungen der Unsicherheit im Sozialkontakt durch erfahrungsorientiertes Lernen

Eine Veränderung von problematischen Verhaltensmustern und der Erwerb produktiverer Strategien erweist sich dann als zielführend und stabil, wenn der Patient nicht nur die Einsicht hat, sondern auch konkrete Erfahrungen macht, dass die neuen Verhaltensweisen für seine Lebensvollzüge besser geeignet sind als die bisherigen Reaktionen, die mit gewissen Problemen verbunden waren. Die Aufgabe die sich hier stellt ist es dem Patienten nicht nur zu sagen, wie er sich in konkreten Lebenssituationen besser verhalten sollte, sondern es wird ihm die Gelegenheit geboten, neue Erfahrungen zu machen, neue Verhaltensmuster einzüben und neues Verhalten auch zwischen den einzelnen Sitzungen einzusetzen (Kanfer et al., 2000). Diese Möglichkeit wird in der sozialen Kompetenzgruppe angeboten.

Beispiel:

Ein sozial unsicherer Klient übt etwa im Rollenspiel in der Gruppe mit anderen Patienten neue Möglichkeiten der sozialen Kontaktaufnahme, er spricht von sich aus andere Personen an, hält Blickkontakt, äußert seine Meinung. Der Patient wird vom Therapeuten dazu motiviert, neue Verhaltensmuster einzusetzen, um damit die konkrete Erfahrung zu machen, dass diese Reaktionen besser geeignet sind, seine Ziele (Aufbau und Aufrechterhalten sozialer Kontakte) zu erreichen (Kanfer et al., 2000).

Das Ausprobieren neuen Verhaltens führt zu neuen und differenzierteren Erwartungen hinsichtlich spezieller Situationen. Auf der anderen Seite führen neue Verhaltensweisen auch zu neuen Reaktionen in der sozialen und physiologischen Umgebung und bringen eine Veränderung der Verhaltens-Ergebnis-Erwartungen.

2.5 Verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden zur Veränderung der Unsicherheit im Sozialkontakt

Verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden sind Verfahren, die für ganz bestimmte Problemstellungen entwickelt wurden. Im folgendem sollen verhaltenstherapeutische Methoden kurz vorgestellt werden, die bei sozial unsicheren Patienten, im Rahmen der Studie, eingesetzt wurden. Das bedeutet aber nicht, dass sie in jedem Fall eingesetzt werden müssen. Das Vorgehen im Einzelfall kann ebenso gut den Einsatz einer oder mehrerer Behandlungsmethoden umfassen. Welche Methode im Einzelfall eingesetzt wird, lässt sich nur im Rahmen einer vorhergehenden Problemanalyse, Zielanalyse und Therapieplanung begründen. Die Methoden lassen sich auch als Werkzeuge für spezielle Aufgaben verstehen (Fliegel et al., 1998).

1. Das Rollenspiel:

Das Rollenspiel ist eine allgemeine Methode zum Erwerb von Verhaltensweisen und Erlebnisinhalten. Es können neue Kompetenzen erworben werden und auch erste Einblicke in das Erleben eines Klienten innerhalb einer verhaltenstherapeutischen Prozedur gewährt werden. Die theoretischen Grundlagen gehen auf soziologische, sozialpsychologische und entwicklungspsychologische Theorien zurück. Das Rollenspiel dient als Modell einer realen Problemsituation (Fliegel et al., 1998).

2. Selbststeuerung:

Selbststeuerung wird als planvolles, zielgerichtetes Handeln und aktives, bewusstes Problemlösen verstanden. Sie dient dazu, die Kontrolle des eigenen Verhaltens (wieder) selbst zu übernehmen. Methoden zur Selbststeuerung sind Selbstbeobachtung, soziale Kontrakte, Stimuluskontrolle, Selbstverstärkung und -bestrafung, Gedankenstopp, verdecktes Konditionieren, Anleitung zum „eigenen Therapeuten“ (Fliegel et al., 1998).

3. Training sozialer Kompetenz:

Ausgangspunkt sind die sozialen Problemsituationen des Patienten. Zur Vorbereitung gehört eine Einführung in die Methodik, das Herausarbeiten geeigneter Situationen und Zielen. Die wichtigsten Methoden sind Instruktionen, Modelllernen, Verhaltensübungen, Verstärkungen, systematische Ausformung und Verhaltensfeedback. Training sozialer Kompetenz ist ein stark prozessorientiertes Vorgehen (Fliegel et al., 1998).

4. Selbstverbalisationstraining:

Das Selbstverbalisationstraining gehört zu den Methoden der kognitiven Umstrukturierung. Beim Stress-Impfungstraining werden kognitive Bewältigungsmaßnahmen trainiert, um Stresssituationen besser zu bewältigen. Es ist auch als präventive Methode gedacht, die Kompetenz des Patienten, unterschiedlich belastende Situationen zu bewältigen, wird gefördert. Dazu werden coping skills trainiert, wie aktive Entspannung und kognitive Bewältigung durch angemessene Selbstverbalisation. Wesentliches Merkmal ist die Fähigkeit, Problemsituationen schnell zu erkennen und durch alternative, förderliche kognitive und motorische Bewältigungsmaßnahmen zu bewältigen (Fliegel et al., 1998).

5. Problemlösungstraining:

Das Problemlösungstraining wird in der Regel mit anderen Verfahren kombiniert. Der Patient lernt, wie er selbstständig Probleme adäquater bewältigen kann. Seine Unabhängigkeit vom Therapeuten wird damit gefördert. Er lernt, wie er auch in Zukunft auf Probleme angemessener reagieren kann, so dass längere Belastungen und damit die Ausbildung neuer Störungen vermieden werden kann (Fliegel et al., 1998).

3. Fragestellungen und Ziele der Studie

Mittels einer prospektiv angelegten Studie wurden folgende Hypothesen überprüft:

Hypothese 1:

➤ *Patienten mit einer Anpassungsstörung erfahren durch die stationäre psychosomatische Behandlung eine deutliche Besserung in der sozialen Unsicherheit und fühlen sich somit sozial gestärkter.*

Hypothese 2:

➤ *Die subjektiv wahrgenommene Veränderung korreliert signifikant mit der Veränderung der Unsicherheit im Sozialkontakt.*

In der vorliegenden Studie wurden Patienten mit einer Anpassungsstörung ausgewählt, die mittels eines Selbstbeurteilungsinstruments, der Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R), für die Erfassung von psychischer Symptombelastung zu zwei Messzeitpunkten (1. vor Therapiebeginn, innerhalb der ersten Woche der stationären Aufnahme und 2. nach Therapieende und vor der Entlassung) getestet wurden. Weiters wurde die Stichprobe mit dem Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV), welches das direkte Veränderungserleben der Patienten einmalig zum Ende der Psychotherapie, gemessen. Der Veränderungsfragebogen wurde mit dem SCL-90R, der Skala „Unsicherheit im Sozialkontakt“, in Korrelation gesetzt.

II Methodik

4. Studiendesign

In der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie an der Medizinischen Universität Graz wird im Rahmen einer stationären Behandlung je nach Störungsbild ein individuelles, adäquates Behandlungsverfahren ausgewählt und angewandt. Die Therapie findet in Form von Einzel- und Gruppentherapien statt, die psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch und systemisch orientiert sein können. Das individuelle Therapieprogramm wird durch nonverbale Behandlungstechniken, wie Musik-, Tanz-, Gestaltungs- und Körperpsychotherapie ergänzt.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden Patienten ausgewählt, die die Kriterien für eine Anpassungsstörung, in der Internationalen Diagnosen Checkliste für Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10-Checkliste) erfüllten. Diese Patienten wurden von Klinischen und Gesundheitspsychologinnen in Ausbildung zu Verhaltenstherapeutinnen, behandelt. Alle Studienteilnehmer gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie und zur anonymen Veröffentlichung der Daten.

Die Erhebung erfolgte über einen Zeitraum von 12 Monaten, im Jahr 2007. In die Studie wurden Patienten aufgenommen, die folgende Kriterien erfüllen mussten:

1. Erstdiagnose Anpassungsstörung
2. Patienten die an der Testung teilnahmen
3. Patienten zwischen 21 und 60 Jahren
4. Stationäre Behandlungsdauer über 3 Wochen

Aufgrund dieser Kriterien wurden 17 Patienten (N=17) bei der Auswertung nicht berücksichtigt, da sie die Testung verweigerten. Weiters wurden 10 Patienten (N=10) nicht in die Studie aufgenommen, da sie das Alterskriterium nicht erfüllten, 2 Patienten (N=2), da sie sich weniger als 3 Wochen in der stationären Behandlung befanden sowie Fehlen

von soziodemographischen Daten (N=1).

5. Erhebungsinstrumente

In der vorliegenden Studie wurden folgende Messinstrumente verwendet:

1. Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)
2. Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)
3. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II (SKID)
4. Internationale Diagnosen Checkliste für Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10-Checkliste)

Die Auswertung erfolgte mittels dem Programm SPSS für Windows Version 15. Die Software SPSS ist ein modular aufgebautes Programmpaket zur statistischen Analyse von Daten. Das Basismodul ermöglicht das grundlegende Datenmanagement und umfangreiche statistische und grafische Datenanalysen mit den gängigsten statistischen Verfahren.

1. **Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R):**

Die SCL-90-R ist ein Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen. Die SCL-90-R ermöglicht ein Herausfiltern besonders belasteter Patienten und sie kann als Standard in den verschiedensten Behandlungssystemen eingesetzt werden. Dieses Instrument bietet eine mehrdimensionale Auswertungsstruktur mit der Möglichkeit der Messwiederholung. Jedes Item kann vom Patienten in einer von fünf Ausprägungsstufen (von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“) angekreuzt werden. Die 90 Items Checkliste ist in neun Skalen und sieben Zusatzfragen unterteilt:

Skala 1: Somatisierung

Zwölf Items beschreiben einfache körperliche Belastungen bis hin zu funktionellen Störungen.

Skala 2: Zwanghaftigkeit

Zehen Items umfassen leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zu ausgeprägter Zwanghaftigkeit.

Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt

Neun Items beschreiben leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger Unzulänglichkeit.

Skala 4: Depressivität

13 Items umfassen Traurigkeit bis hin zur schweren Depression.

Skala 5: Ängstlichkeit

Zehn Items beschreiben körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst.

Skala 6: Aggressivität/Feindseligkeit

Sechs Items beinhalten Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität.

Skala 7: Phobische Angst

Sieben Items beschreiben ein leichteres Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst.

Skala 8: Paranoides Denken

Sechs Items umfassen Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoiden Denken.

Skala 9: Psychotizismus

Zehn Items beschreiben das milde Gefühl der Isolation bis hin zur Evidenz psychotischer Episoden.

Ferner werden den Patienten sieben Zusatzfragen gestellt nach

- schlechtem Appetit
- Einschlafschwierigkeiten
- Dem Gedanken an den Tod und an das Sterben

- Dem Drang, sich zu überessen
- Frühem Erwachen am Morgen
- Unruhigen oder gestörtem Schlaf
- Schuldgefühlen

Drei Globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items. Die Durchführungszeit beträgt zehn bis fünfzehn Minuten. Die SCL-90-R ist bei Jugendlichen ab 12 Jahren und Erwachsenen anwendbar. Die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität ist gewährleistet. Gute Koeffizienten für die interne Konsistenz und gute Testwiederholungsreliabilität der Skalen; gute Reliabilität der Skalendifferenz. Befunde zur konvergenten, diskriminanten und differentiellen Validität liegen vor (Franke, 2002).

2. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II (SKID):

Das SKID ist ein semistrukturiertes klinisches Interview, um Symptome, Syndrome und Diagnosen ausgewählte DSM-IV Achse I und Achse II (Persönlichkeitsstörungen) Diagnosen entsprechend der diagnostischen Kriterien abzuleiten. Das SKID für Achse I bildet den Kern des Instruments. Das SKID-II zur Erfassung der Persönlichkeitsstörungen ist ein eigenständiges Zusatzinterview, das in Verbindung mit einem Fragebogen eingesetzt werden kann. Das SKID-II Interview kann nur durchgeführt werden, wenn über die Achse I Störung differenzierte Vorinformationen vorliegen. Es wurde für den klinischen Einsatz in der Routine zur Qualitätssicherung einer standardisierten diagnostischen Beurteilung entwickelt. Das SKID kann bei Patienten ab 18 Jahren eingesetzt werden (Wittchen et al., 1997).

3. Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV):

Der VEV wird zur Therapieverlaufskontrolle bei Jugendlichen und Erwachsenen eingesetzt. Der Fragebogen wurde entwickelt, um Stärke und Richtung von Veränderungen im Erleben und Verhalten von Patienten nach Beendigung einer Psychotherapie zu erfassen. Der Fragebogen erfasst eine quantitative Einschätzung der subjektiv wahrgenommen Veränderung im Erleben und Verhalten. Der VEV erfasst einen bipolaren Veränderungsfaktor des Erlebens und Verhaltens mit den Polen

Entspannung/Gelassenheit/Optimismus und Spannung/Unsicherheit/Pessimismus. Die Veränderung wird bezüglich verschiedener Situationen erfragt: Allgemeine Erlebensweisen (z.B. „Ich kann es noch nicht verstehen, aber es geht mir seit einiger Zeit besser“), Verhalten in sozialen Situationen (z.B. „Im Gespräch mit anderen fühle ich mich nicht mehr so unsicher“), Verhalten und Erleben in Leistungssituationen (z.B. „Ich habe keine Angst mehr, in einer Sache zu versagen, die mir gelingen soll“). Eine Reihe von Reliabilitätskoeffizienten wurde für eine Therapie- und eine Wartegruppe (N jeweils 45) berechnet. Diese Werte liegen für die Gesamtgruppe um .98. Die Retestreliabilität erreichte für Normalpersonen bei einem Intervall von acht Wochen einen Wert von .61. Die Werte im VEV korrelieren mit anderen konstruktnahen Veränderungsskalen (Zielke und Kopf-Mehnert, 1978).

4. ICD-10 Checklisten:

Die Checklisten sollen dem klinischen Psychologen die psychiatrisch-psychologische Diagnosenstellung mit dem ICD-10-Klassifikationssystem erleichtern. Mit ihrer Hilfe können, nach einer sorgfältigen Erhebung der Kriterien, sehr präzise Diagnosen im Sinne der ICD-10-Klassifikation gestellt werden. Die Checklisten sind erfolgreich erprobt worden und haben sich im ambulanten und stationären Bereich bewährt (Hiller et al., 1995). Der Psychotherapeut schätzt ein, ob bei dem Patienten eine Belastung vorliegt und um welche Belastung es sich handelt. Des Weiteren wird der Beginn und der Verlauf der Störung sowie das Ausmaß der Beeinträchtigung erhoben.

III Ergebnisse

6. Darstellung der Ergebnisse

6.1 Beschreibung der Stichprobe

In die Studie fanden insgesamt 62 Patienten Eingang, die nach ihrer Aufnahme untersucht wurden und bei denen die Diagnose Anpassungsstörung verifiziert werden konnte. Diese 62 Patienten waren im Jahr 2007 stationär in der Behandlung in der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie. Die Stichprobe musste die Kriterien für eine Anpassungsstörung in der Internationalen Diagnosen Checkliste für Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10-Checkliste) erfüllen, an der Testung teilnehmen, zwischen 21 und 60 Jahre alt sein und über 3 Wochen in Behandlung bleiben.

6.2 Soziodemographische Daten der untersuchten Stichprobe

Die gesamte Stichprobe besteht aus 43 weiblichen Patientinnen (68,3%) und 20 männlichen Patienten (31,7%).

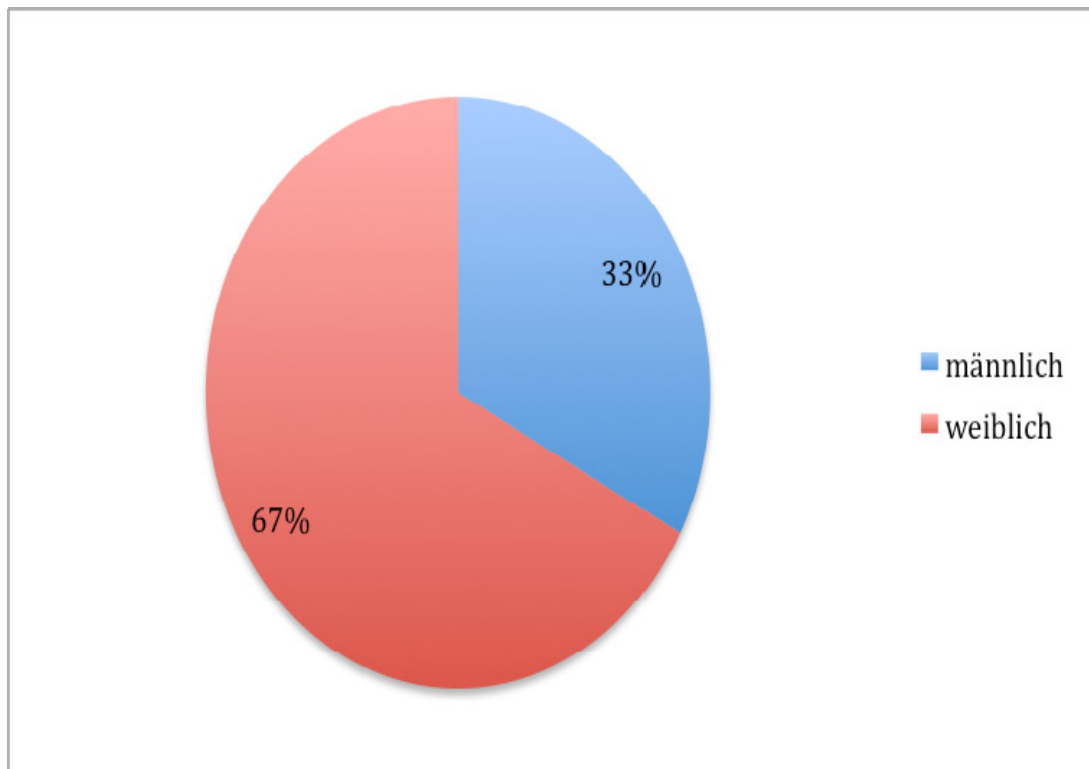


Abbildung 1: Geschlechterverteilung innerhalb der Stichprobe

Das durchschnittliche Alter der Patienten mit einer Anpassungsstörung betrug 45,75 Jahre (Median = 46,00).

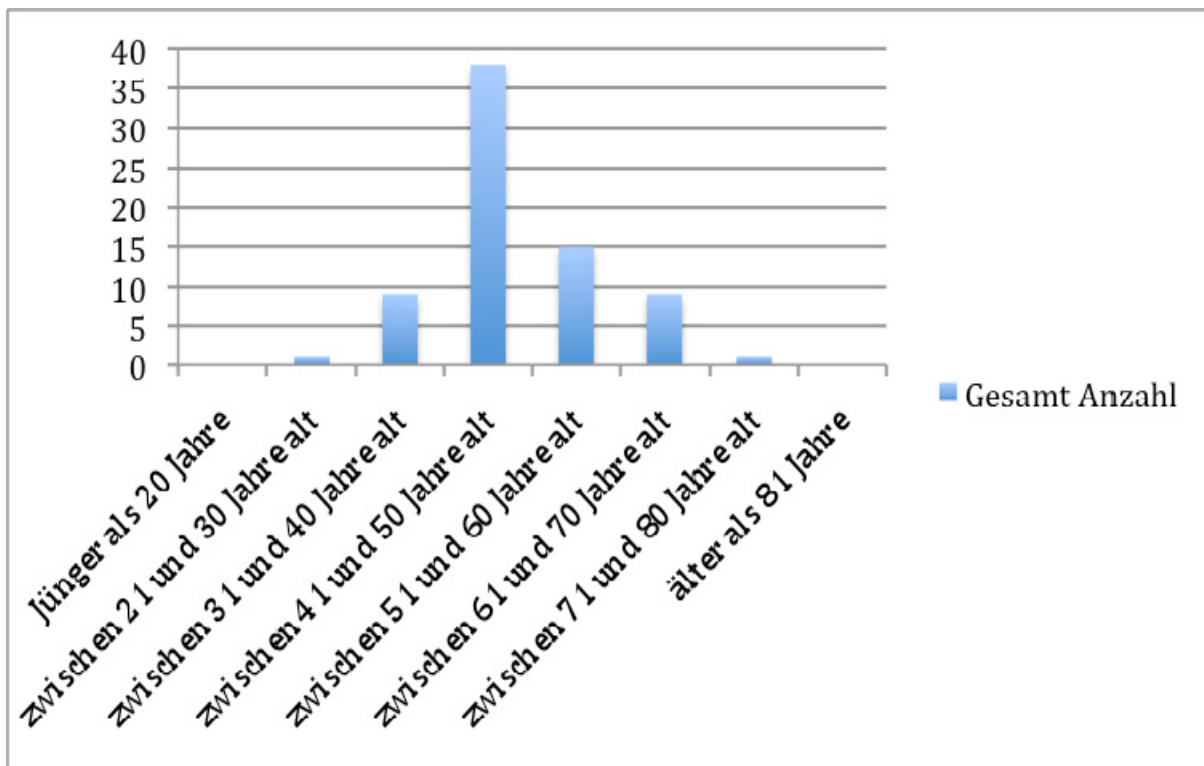


Abbildung 2: Alter der Gesamtstichprobe

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten betrug 47,68 Tage (Median = 52,00).

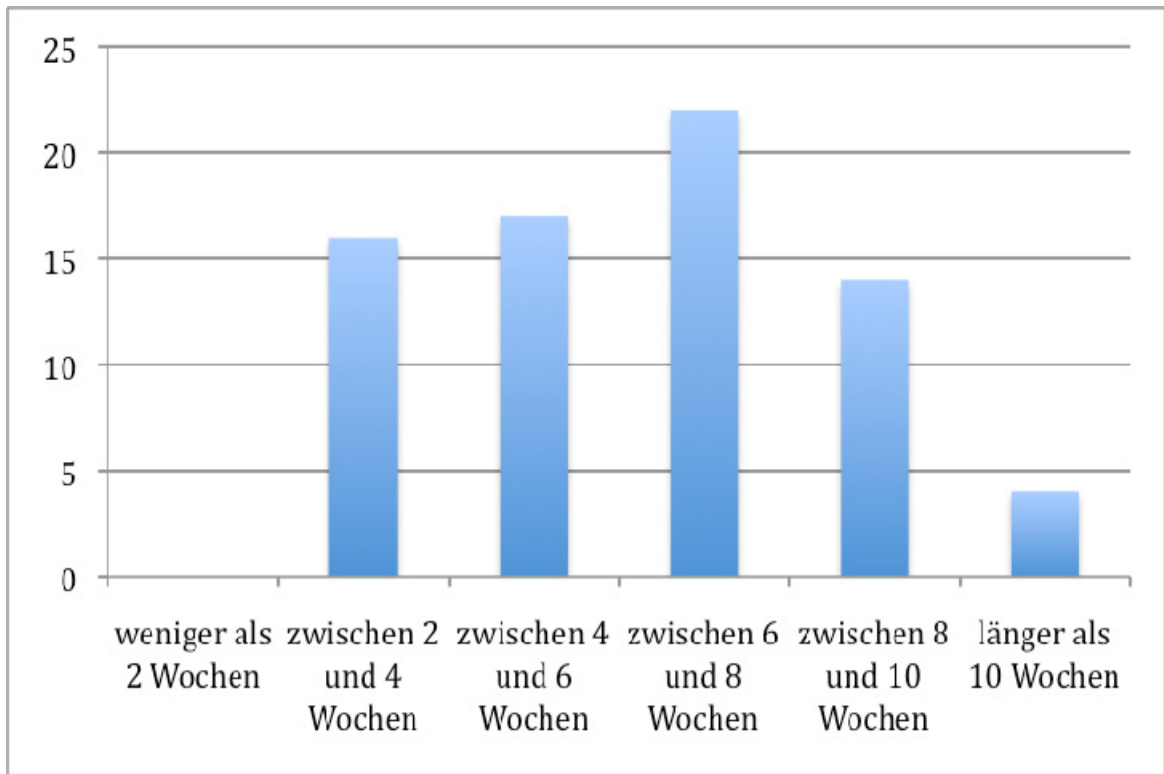


Abbildung 3: Aufenthaltsdauer der Patienten

Vorwiegend befanden sich Patienten aus der Steiermark und Salzburg in der stationären Behandlung.

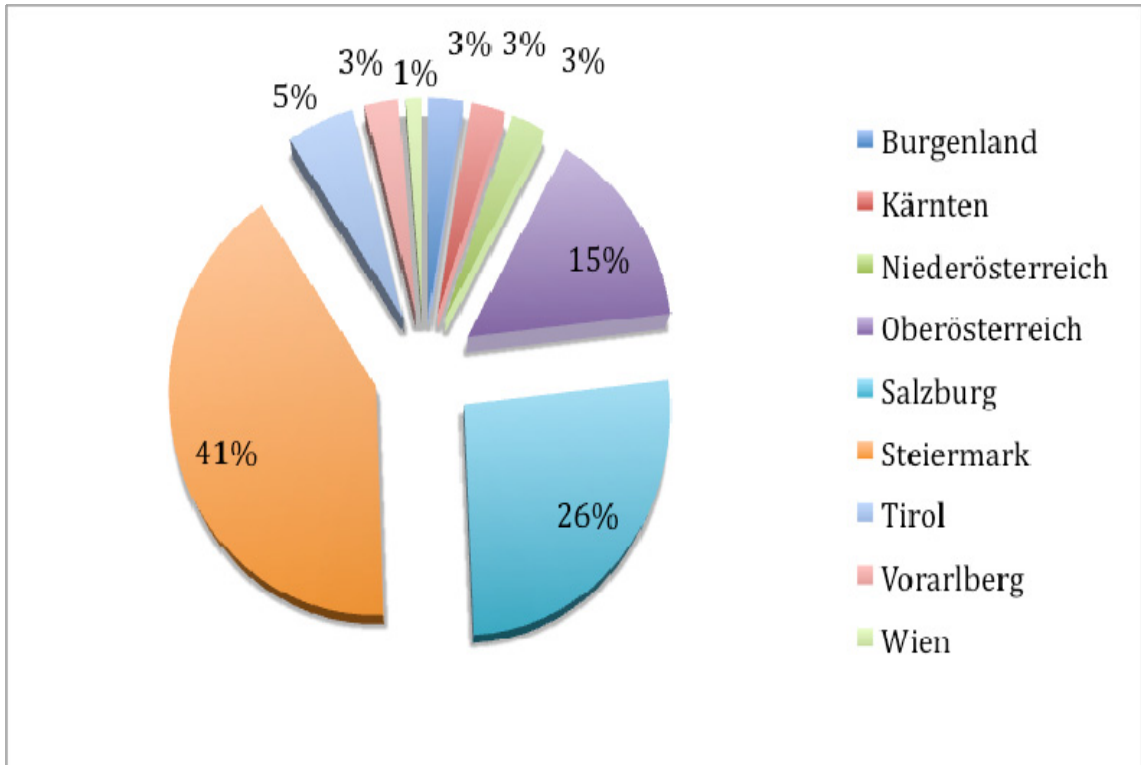


Abbildung 4: Bundeslandstatistik nach Häufigkeit

Die folgende Abbildung zeigt, dass 21 Patienten (28,8%) geschieden sind, 2 Patienten (2,7%) in einer Lebensgemeinschaft leben, 18 Patienten (24,7%) ledig sind, 31 Patienten (42,5%) verheiratet und 1 Patient (1,4%) verwitwet lebt.

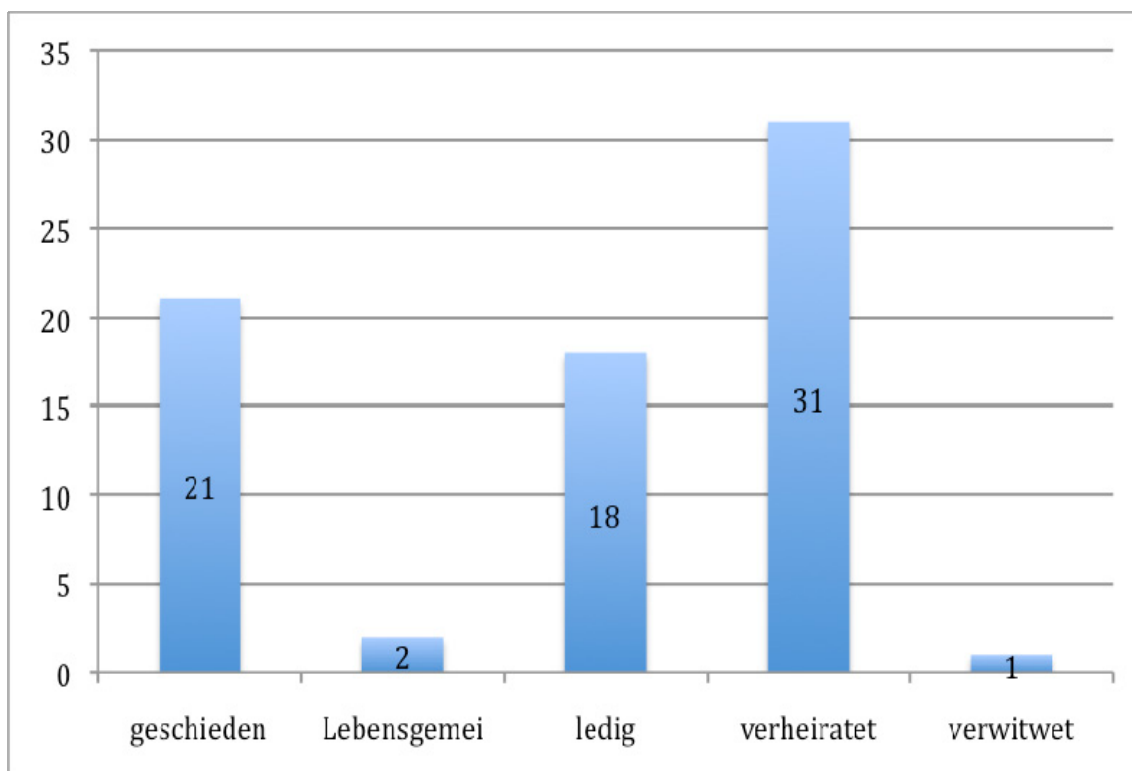


Abbildung 5: Familienstand der Gesamtstichprobe

Die folgende Abbildung zeigt, dass 14 Patienten (19,2%) das Abitur abgeschlossen haben, 44 Patienten (60,3%) eine Haupt/Realschule besucht haben und 15 Patienten (20,5%) eine Hochschule oder ein Studium absolviert haben.

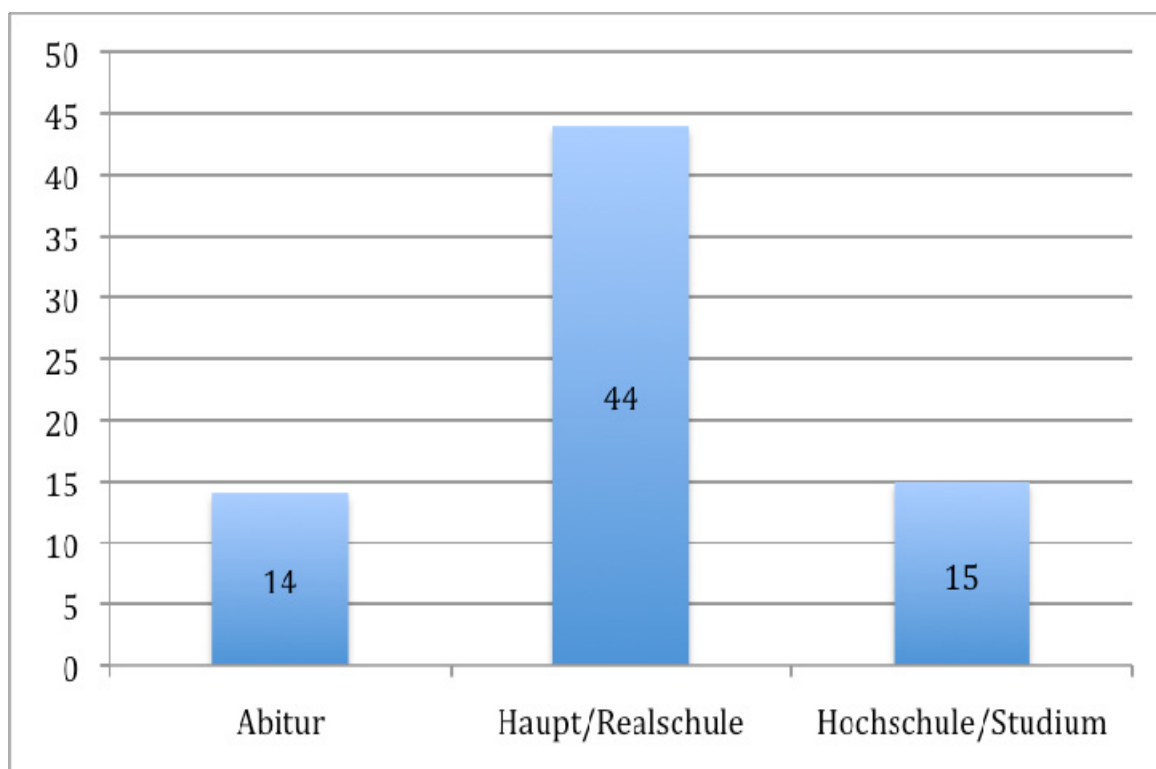


Abbildung 6: Schulbildung nach Geschlecht

6.3 Subjektive Veränderung des Erlebens und Verhaltens

Durch die stationäre psychosomatische Behandlung erfahren 54 Patienten (87,1%) eine günstige Veränderung des Erlebens und Verhaltens. Sie fühlen sich am Ende des stationären Aufenthaltes entspannter, gelassener und optimistischer. 8 Patienten (12,9%) fühlen sich in ihrem Erleben und Verhalten am Ende des Aufenthaltes nicht wesentlich verändert. Es gibt keinen Patienten der sich in seinem Erleben und Verhalten unsicherer und pessimistischer als zu Therapiebeginn fühlt.

ANZAHL VEV-Klassen		%
verschlechtert	0	0,0 %
unverändert	8	12,9 %
verbessert	54	87,1 %

Tabelle 1: Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)

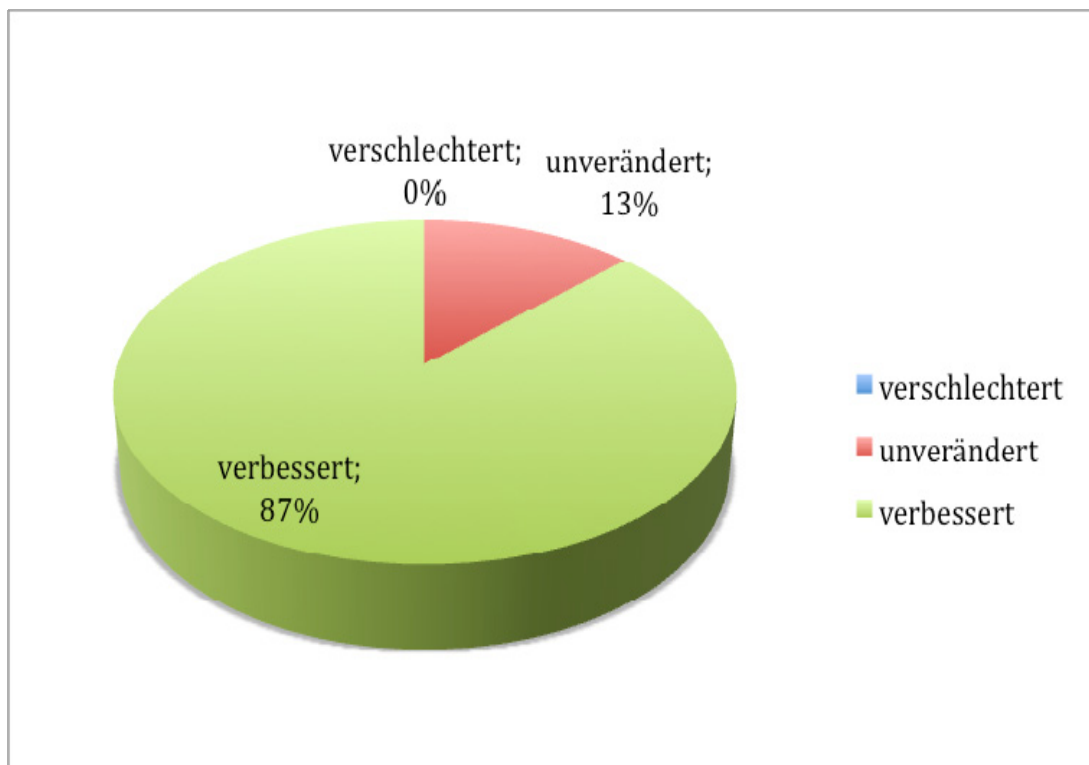


Abbildung 7: Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)

6.4 Hypothesenüberprüfung

Hypothese 1:

➤ *Patienten mit einer Anpassungsstörung erfahren durch die stationäre psychosomatische Behandlung eine deutliche Besserung in der sozialen Unsicherheit und fühlen sich somit sozial gestärkter.*

Variablen	Gesamt (Alle Patienten)							Wilcoxon-Test
	n	MW	±	SD	CI	X _{0,5}	IQA	p-Wert
SCL90R1SomatisierungA_T	62	57,8	±	11,2	[54,9 ; 60,6]	58	[49 ; 66]	p < 0,001
SCL90R1SomatisierungE_T	62	51,9	±	8,7	[49,7 ; 54,1]	52	[46 ; 58]	
SCL90R1Somatisierung_D	62	-5,9	±	8,9	[-8,1 ; -3,6]	-5	[-11 ; 0]	
SCL90R2ZwanghaftigkeitA_T	62	62,7	±	10,1	[60,1 ; 65,3]	64	[55,8 ; 71]	p < 0,001
SCL90R2ZwanghaftigkeitE_T	62	53,7	±	8,4	[51,5 ; 55,8]	55	[49 ; 59]	
SCL90R2Zwanghaftigkeit_D	62	-9	±	8,1	[-11,1 ; -6,9]	-10	[-14,2 ; -2,8]	
SCL90R3Unsicherheit im Sozialkontakt A_T	62	59,3	±	9,9	[56,8 ; 61,8]	59,5	[52,5 ; 65]	p < 0,001
SCL90R3Unsicherheit im Sozialkontakt E_T	62	52,0	±	7,8	[50 ; 54]	51	[45 ; 58]	
SCL90R3Unsicherheit im Sozialkontakt D	62	7,3	±	8,8	[-9,5 ; -5]	-7	[-14 ; 0]	
SCL90R4DepressivitätA_T	62	65,3	±	9,1	[63 ; 67,6]	66	[59,5 ; 71,2]	p < 0,001
SCL90R4DepressivitätE_T	62	57,2	±	10,6	[54,5 ; 59,9]	56	[50,2 ; 62]	
SCL90R4Depressivität_D	62	-8	±	13,1	[-11,4 ; -4,7]	-9	[-15,5 ; -3]	
SCL90R5ÄngstlichkeitA_T	62	62,2	±	8,8	[60 ; 64,4]	61,5	[55 ; 69]	p < 0,001
SCL90R5ÄngstlichkeitE_T	62	54,9	±	7,9	[52,9 ; 56,9]	54	[49 ; 61]	
SCL90R5Ängstlichkeit_D	62	-7,3	±	8,4	[-9,4 ; -5,1]	-7	[-11 ; -1]	
SCL90R6AggressivitätA_T	62	55,2	±	9	[52,9 ; 57,5]	55,5	[48 ; 62,2]	
SCL90R6AggressivitätE_T	62	50,8	±	8	[48,8 ; 52,8]	50	[42 ; 56,5]	

SCL90R6Aggressivität_D	62	-4,4	±	8,8	[-6,6 ; -2,2]	-5,5	[-8,2 ; 0]	p < 0,001
SCL90R7phobischeAngstA_T	62	59,1	±	11,9	[56,1 ; 62,1]	60	[49,5 ; 67]	
SCL90R7phobischeAngstE_T	62	52,6	±	10,8	[49,9 ; 55,4]	51	[42 ; 60]	
SCL90R7phobischeAngst_D	62	-6,5	±	11	[-9,3 ; -3,7]	-6	[-14,2 ; 0]	p < 0,001
SCL90R8paranoidesDenkenA_T	62	61,9	±	13,9	[58,4 ; 65,4]	62	[48,8 ; 78,5]	
SCL90R8paranoidesDenkenE_T	62	51,8	±	10,7	[49,1 ; 54,5]	49	[41 ; 58]	
SCL90R8paranoidesDenken_D	62	-10,1	±	13,6	[-13,6 ; -6,6]	-9	[-19,2 ; 0]	p < 0,001
SCL90R9PsychotizismusA_T	62	57,4	±	9	[55,2 ; 59,7]	58	[50 ; 64]	
SCL90R9PsychotizismusE_T	62	52,3	±	8,1	[50,3 ; 54,4]	53	[43,5 ; 58,2]	
SCL90R9Psychotizismus_D	62	-5,1	±	7,1	[-6,9 ; -3,3]	-5,5	[-8,2 ; 0]	p < 0,001
SCL90R10GSIA_T	62	62,3	±	9	[60 ; 64,6]	62,5	[56 ; 69,2]	
SCL90R10GSIE_T	62	53,4	±	8,4	[51,3 ; 55,5]	54	[48 ; 59,2]	
SCL90R10GSI_D	62	-8,9	±	8,1	[-11 ; -6,8]	-8,5	[-14 ; -3,8]	p < 0,001

Tabelle 2: SCL-90R zu zwei Messzeitpunkten sowie die Differenz beider Werte

In Tabelle 2 sind die Signifikanzen auf den Skalen des SCL-90-R dargestellt. Die deskriptive Darstellung der Ergebnisse erfolgte tabellarisch mit der Darstellung des arithmetisches Mittelwertes, der Standardabweichung und eines Konfidenzintervalls für den Mittelwert. Als alternative Lage- und Streuungsmaße sind der Median (50%-Quartil) und der Range, d.h. das Intervall des 25% und 75% Quartil, angegeben. Die graphische Darstellung erfolgte mit Hilfe von Balkendiagrammen und Scatterplots.

Der nichtparametrische Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben überprüft, ob zwischen den zwei Zeitpunkten (Anfang/Ende) signifikante Unterschiede in Bezug auf den Median des jeweiligen Parameters ergeben. Innerhalb der Gesamtstichprobe (n=62) ist dies stets hochsignifikant der Fall (Nach Bonferronie-Korrektur).

Es ergeben sich aus den Daten signifikante Unterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten zu Beginn und Ende der Therapie in der Skala „Unsicherheit im Sozialkontakt“ (p < 0,001). Dadurch lässt sich die aufgestellte Hypothese bestätigen. Die

Gesamtstichprobe weist zu Therapieende eine signifikant stärkere Symptomveränderung auf.

In Abbildung 8 lässt sich eine übersichtliche Darstellung der Verteilung der einzelnen Skalen erkennen. In der Skala „Unsicherheit im Sozialkontakt“ beträgt der Median -7. Die kleinste Veränderung zeigt sich in der Skala „Somatisierung“ mit einem Median von -5. Die größte Veränderung lässt sich in der Skala „Zwanghaftigkeit“ mit einem Median von -10 feststellen.

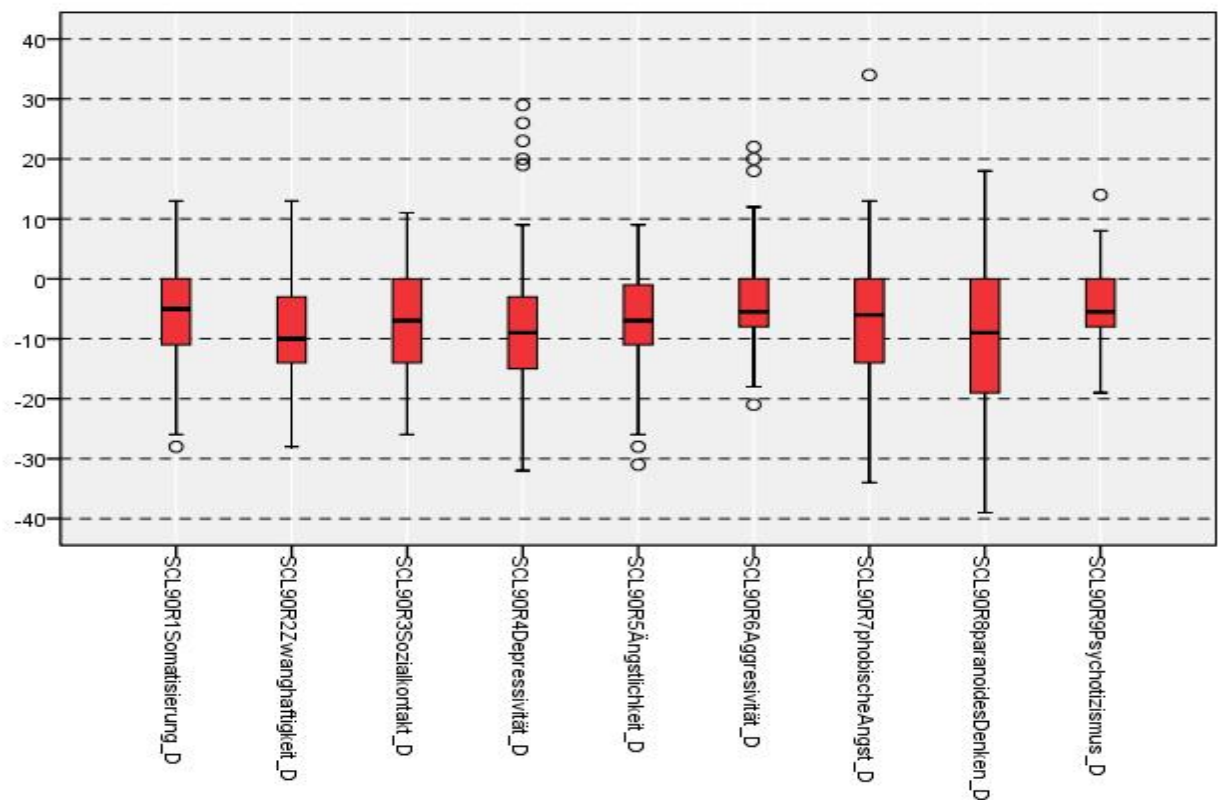


Abbildung 8: Box-Plot: Übersichtliche Darstellung der Verteilung der einzelnen Median

Hypothese 2:

➤ *Die subjektiv wahrgenommene Veränderung korreliert signifikant mit der Veränderung der Unsicherheit im Sozialkontakt.*

Veränderung		VEV K
SCL90R1Somatisierung_D	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-0,06 p=0,641 62
SCL90R2Zwanghaftigkeit_D	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-0,235 p=0,065 62
<i>SCL90R3Sozialkontakt_D</i>	<i>Korrelation nach Pearson</i> <i>Signifikanz (2-seitig)</i> <i>N</i>	<i>-,371**</i> <i>p < 0.01</i> <i>62</i>
SCL90R4Depressivität_D	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,359** p < 0.01 62
SCL90R5Ängstlichkeit_D	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,312* p < 0.01 62
SCL90R6Aggressivität_D	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,282* p < 0.01 62
SCL90R7phobischeAngst_D	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,331** p < 0.01 62
SCL90R8paranooidesDenken_D	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-0,107 p=0,407 62
SCL90R9Psychotizismus_D	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,289* p < 0.01 62
SCL90R10GSI_D	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N	-,440** p < 0.01 62

Tabelle 3: Korrelation der Veränderung des SCL-90R (Anfang-Ende) mit dem VEV

Die Daten wurden mit Normal Q-Q Plots und dem Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung überprüft. Die Überprüfung ergab in der Regel einen Widerspruch zur Hypothese der Normalverteilungsannahme.

Somit wurde die Fragestellung, ob Unterschiede der SCL90-R Skala in Bezug auf die

Anfangs- und Endwerte der SCL90-R Skala (T-Werte) vorliegen mit dem nichtparametrischen Wilcoxon-Test untersucht. Aufgrund der Vielzahl der durchgeführten Tests wurde das Signifikanzniveau nach Bonferroni auf das multiplen Alpha-Niveaus von 0,05 korrigiert.

Hypothesen auf Zusammenhänge von SCL90-R Skala „Unsicherheit im Sozialkontakt“ (T-Werte) und dem VEV wurden mit dem nichtparametrischen Korrelationskoeffizienten nach Spearman berechnet.

Das Signifikanzniveau dieser Studie liegt bei $p=0,05$. Die Auswertung erfolgte mit dem Programm SPSS für Windows Version 15.

Die folgende Abbildung zeigt das Streudiagramm mit linearer Regressionsgerade, bei einem Korrelationskoeffizienten $r=-0.371$.

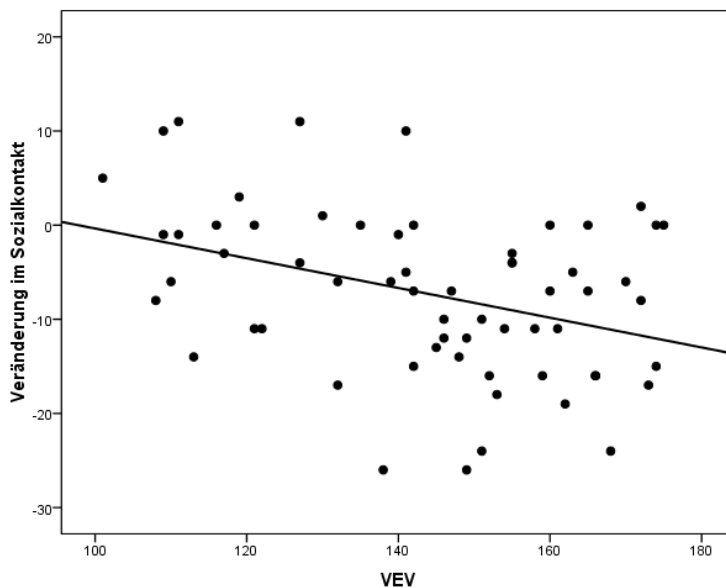


Abbildung 9: Streudiagramm (Scatterplot) mit linearer Regressionsgerade.

Die Übereinstimmung der Skalen des SCL-90R mit dem VEV wurde anhand des Korrelationskoeffizienten nach Pearson untersucht. Signifikante Korrelationen ergaben sich zwischen der Skala „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität“, „phobischer Angst“, „Psychotizismus“ und auch dem GSI der SCL-90-R.

($p < 0,01$). Bezug nehmend auf meine 2. Hypothese lässt sich diese aufgrund der signifikanten Korrelation mit der Skala „Unsicherheit im Sozialkontakt“ bestätigen.

IVDISKUSSION

Belastungsstörungen stellen klinisch wichtige Störungskategorien mit zunehmender Bedeutung in Forschung und Praxis dar. Personen mit einer Anpassungsstörung reagieren auf belastende Lebensereignisse mit Angst, Niedergeschlagenheit, Störung des Sozialverhaltens, mit einer Einschränkung bei der Bewältigung des täglichen Lebens. Das frühzeitige Erkennen der emotionalen Beeinträchtigung sowie der Entstehung umfassender depressiver Symptome, Ängste, Besorgnis, sind wichtige Faktoren um frühzeitig Hilfe, Entlastung und Unterstützung bei der Restrukturierung und Neubewertung der Lebenssituation zu sein. Die Behandlung hängt von der sorgfältigen Bewertung von Art, Inhalt und Schwere der Symptome, Anamnese und Persönlichkeit sowie dem belastendem Ereignis, Situation oder Lebensereignis, ab (Berger, 2004).

In der vorliegenden Studie wurden zwei Hypothesen überprüft:

1. Patienten mit einer Anpassungsstörung erfahren durch die stationäre psychosomatische Behandlung eine deutliche Besserung in der sozialen Unsicherheit
2. Die subjektiv wahrgenommene Veränderung korreliert signifikant mit der Veränderung der Unsicherheit im Sozialkontakt.

In der prospektiv beobachtenden Studie wurden 62 stationäre Patienten der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie an der Medizinischen Universität Graz, ausgewählt. Diese Patienten mussten die Diagnose Anpassungsstörung erfüllen, sowie die weiteren Kriterien zur Aufnahme in die Studie. Die Gesamtstichprobe wurde zu zwei Messzeitpunkten getestet: 1. vor Therapiebeginn, innerhalb der ersten Woche der stationären Aufnahme und 2. nach Therapieende vor der Entlassung. Da es in dieser Studie primär um eine diagnosespezifische Gruppe und deren spezifische Therapie geht, wurden diagnosespezifische Messinstrumente eingesetzt (siehe Kapitel II Methodik).

Um festzustellen, ob sich Patienten während einer stationären Behandlung in der Symptombelastung verändern, wurde das Messverfahren der Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) eingesetzt. Es ergaben sich signifikante Unterschiede in der

Symptomveränderung in der Skala „Unsicherheit im Sozialkontakt“. Die durchschnittliche Behandlungsdauer liegt dabei bei 6 bis 8 Wochen. Die Veränderung der Symptombelastung ist in fast allen Dimensionen, mit Ausnahme der Skala „Aggressivität und Psychotizismus“ hoch signifikant. Die Ergebnisse zeigen, dass eine stationäre Behandlung einen deutlichen Einfluss auf die Verbesserung der Symptombelastung hat.

Weitere Gründe für diese Symptomveränderung können die Art und Schwere der Störung, der Schweregrad und die Dauer der Erkrankung, sein (Berger, 2004). Weiters können hilfreiche Coping-Mechanismen den Therapieverlauf günstig beeinflussen. Verlaufsstudien zeigen, dass Patienten mit einer Anpassungsstörung kurzfristig eine relativ gute Prognose haben. Eine Studie an der Universitätsklinik Pittsburgh zeigte, dass 29 von 30 Studienteilnehmern mit einer Anpassungsstörung remittieren (Helmchen et al., 2000, zitiert nach Kovacs et al, 1994). Bei chronischer Belastung kann die Symptomatik persistieren und somit chronifizieren (Berger, 2004). Studien zeigen, dass Patienten mit einer Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik schneller remittieren als Patienten mit einer Major Depression (Berger, 2004, zitiert nach Bronisch und Hecht, 1989).

Ein weiterer möglicher Einflussfaktor ist, dass die ermittelten Morbiditätsraten stark abhängig von den spezifischen Bedingungen, in denen die Erhebungen erfolgten sind (Berger, 2004, zitiert Newcorn und Strain, 1995).

Zur Überprüfung der zweiten Hypothese wurde eine mögliche signifikante Korrelation mit der Skala „Unsicherheit im Sozialkontakt“ des SCL-90-R mit dem VEV, untersucht. Hierzu wurde der Zusammenhang analysiert, wie sich die Symptombelastung in Abhängigkeit zur Stärke und Richtung von Veränderungen im Erleben und Verhalten von Patienten nach Beendigung der Psychotherapie verändert. Die Korrelation mit dem VEV und der Symptombelastung in der Skala „Unsicherheit im Sozialkontakt“ des SCL-90-R zwischen dem Beginn der Therapie und dem Ende der Therapie ist hoch signifikant ($p < 0,01$). Die Veränderungen in den einzelnen Skalen sind unterschiedlich groß, verlaufen aber grundsätzlich parallel. In diesem Sinne geben die Daten deutliche Hinweise darauf, dass die subjektiv wahrgenommene Veränderung signifikant mit der Veränderung der Unsicherheit im Sozialkontakt korreliert.

Die vorliegende Studie zeigt die Ergebnisse einer prospektiv angelegten Studie zur klinischen Bewährung einer stationären psychosomatischen Behandlung. Die Ergebnisse

dieser Studie zeigen eine signifikante Verbesserung der psychischen Symptombelastung aufgrund engmaschiger stationärer Psychotherapie.

Interessant wäre es gewesen, die Daten mit anderen Studien aus dem stationären und ambulanten Setting zu vergleichen. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass im Bereich der Anpassungsstörungen noch ein erheblicher Forschungsbedarf besteht. Weiters fließt in die Untersuchung nicht mit ein, ob eventuell frühere psychische Erkrankungen sowie möglich vorausgehende ambulante oder stationäre Psychotherapien erfolgten.

Kritisch zu bewerten ist, dass es sich bei den psychologischen Messinstrumenten um Selbsteinschätzungen der Patienten handelt, so dass nicht auszuschließen ist, dass die Patienten sich im Sinne des von ihnen und dem Behandlungsteam erwünschten Ergebnisses beurteilen. Zu fordern ist, dass in zukünftigen Studien auch Fremdbeurteilung der psychischen Befindlichkeit der Patienten mit einfließt.

V ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Geschlechterverteilung innerhalb der Stichprobe.....	29
Abbildung 2: Alter der Gesamtstichprobe	30
Abbildung 3: Aufenthaltsdauer der Patienten.....	31
Abbildung 4: Bundeslandstatistik nach Häufigkeit	32
Abbildung 5: Familienstand der Gesamtstichprobe.....	33
Abbildung 6: Schulbildung nach Geschlecht.....	34
Abbildung 7: Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)	35
Abbildung 8: Box-Plot: Übersichtliche Darstellung der Verteilung der einzelnen Median	38
Abbildung 9: Streudiagramm (Scatterplot) mit linearer Regressionsgerade.....	40

VITABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)	35
Tabelle 2: SCL-90R zu zwei Messzeitpunkten sowie die Differenz beider Werte	37
Tabelle 3: Korrelation der Veränderung des SCL-90R (Anfang-Ende) mit dem VEV.....	39

VII LITERATURVERZEICHNIS

Bassler, M., Potratz, B., Krauthauser, H., (1995). Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. Psychotherapeut, 40, 23-32.

Beck, A. T., Emery, G., (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books.

Berger, M., (2004). Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. München: Urban&Fischer.

Bley, S., Einsle, F., Maercker, A., Weidner, K., Joraschky, P., (2008). Anpassungsstörungen – Die Erprobung eines neuen diagnostischen Konzepts in einem ambulanten psychosomatischen Setting. Psychother Psych Med; 58: 446-453.

Caspar, F., (1996). Psychotherapeutische Problemanalyse. Tübingen: dgvt-Verlag.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (2005). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber Verlag.

Ehlers, A. (1999). Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe

Fliegel, S., Groeger, W.M., Künzel, R., Schulte, D., Sorgatz, H. (1998). Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Franke, G. H. (2002). Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis, deutsche Version. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Hartung, J., Elpelt, B., Klösener, K.-H. (1989). Lehr- und Handbuch der angewandten Statistik. Oldenbourg: Verlag München.

Helmchen, H., Henn, F., Lauter, H., Sartorius, N. (2000). Psychiatrie der Gegenwart 6. Berlin: Springer-Verlag.

Hiller, W., Zaudig, M., Mombour, W., (1995). ICD-10 Checklisten. Bern: Huber Verlag.

Hoffmann, N., Hofmann, B., (2008). Anpassungsstörung und Lebenskrise. Basel: Beltz Verlag.

Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D., (2000). Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer.

Schmidt, J., Lamprecht, F., Wittmann W., (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychother med Psychol*, 39, 248-255.

Schulz, H., Nübling, R., Rüdell, H., (1995). Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. *Verhaltenstherapie*, 5, 89-95.

Stiglitz, R.D., (2005). Anpassungs- und Belastungsstörungen in der ICD-10. *Psychoneuro*, 31(1): 16-20.

Szende, A., Oppe, M., Devlin, N., (2007). EQ-5D valuations sets. Rotterdam: Springer-Verlag GmbH.

Trimmel, M., (1997). Wissenschaftliches Arbeiten. Wien: WUV Universitätsverlag.

Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Fydrich, T., (1997). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Zielke, M., Kopf-Mehnert, C., (1978). Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens. Manual. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.

VIII ANHANG