

**Evaluation eines psychodynamisch orientierten Angstbewältigungsprogramms in einer
psychiatrisch-psychotherapeutischen Tagesklinik**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Humanmedizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Ulrich Leber
aus Freiburg im Breisgau

Gießen 2001

Aus dem Medizinischen Zentrum für Psychosomatische Medizin
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Leiter: Prof. Dr. med. Christian Reimer
des Klinikums der Justus-Liebig-Universität Gießen

Gutachter: Priv. Doz. Dr. med. Wolfgang E. Milch
Gutachter: Prof. Dr. med. Bernd Gallhofer

Tag der Disputation: 18. April 2002

Meiner Familie
und meinen Freunden
in Liebe und Dankbarkeit
gewidmet

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS	I
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	VI
TABELLENVERZEICHNIS	VIII
1 EINLEITUNG	1
2 BISHERIGER KENNTNISSTAND	5
2.1 Was ist Angst?	5
2.1.1 Begriffe, Unterscheidungen	5
2.1.2 Beschreibung der Störung	8
2.1.3 Sekundäre Angst	9
2.1.3.1 Angst als Symptom körperlicher Erkrankungen	9
2.1.3.2 Angst als Symptom psychischer Erkrankungen	10
2.2 Primäre Angsterkrankungen	11
2.2.1 Klassifikation	11
2.2.2 Phänomenologie	12
2.2.2.1 Phobische Störungen (F40)	13
⇒ Agoraphobie (F40.0)	13
⇒ Soziale Phobien (F40.1)	13
⇒ Spezifische (isolierte) Phobien (F 40.2)	14
2.2.2.2 Sonstige Angststörungen (F41)	15
⇒ Panikstörung (F41.0)	15
⇒ Generalisierte Angststörung (F41.1)	15
⇒ Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2)	16
⇒ Sonstige gemischte Angststörungen (F41.3)	16

2.2.2.3	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	17
⇒	Akute Belastungsreaktionen (F43.0)	17
⇒	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	18
⇒	Anpassungsstörungen (F43.2)	18
⇒	Kurze depressive Reaktion (F43.20)	19
⇒	Längere depressive Reaktion (F43.21)	19
2.2.3	Diagnostik – Differentialdiagnose – Komorbidität	19
⇒	Diagnostik	19
⇒	Differentialdiagnose	21
⇒	Komorbidität	21
2.2.4	Epidemiologie und Verläufe	23
⇒	Risikofaktoren von Angststörungen	24
⇒	Verläufe von Angststörungen	25
⇒	Psychosoziale Beeinträchtigung	26
2.2.5	Ätiologie – Modelle	26
2.2.5.1	Psychoanalytische Modellvorstellungen	27
2.2.5.2	Kognitiv-behavioristische Modellvorstellungen	31
2.2.5.3	(Neuro-)biologische Ansätze	35
⇒	Neuroanatomische Modelle	36
⇒	Noradrenerges System (NE)	36
⇒	Serotonerges System (SE)	37
⇒	GABAerges System	38
2.2.6	Therapieschemata	39
2.2.6.1	Psychodynamisch (-analytisch) orientierte Therapie	39
2.2.6.2	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung	42
2.2.6.3	Pharmakologische Therapie	46
2.2.6.4	Kombinationstherapien	50
3	HYPOTHESEN	53
3.1	Fragestellungen und Vermutungen	53
3.2	Hypothesen	54

4 METHODIK	57
4.1 Studiendurchführung	57
4.1.1 Stichprobenrekrutierung	57
4.1.1.1 Zugangsmodus	57
4.1.1.2 Indikationsentscheidung	57
4.1.1.3 Rekrutierung	58
4.1.1.4 Erhebungszeitraum	58
4.1.1.5 Therapiedurchführung	59
4.1.2 Das Therapieprogramm zur Angstbewältigung	60
4.1.2.1 Konzeption und Entwicklung	60
4.1.2.2 Ziele des Programms	60
4.1.2.3 Aufbau des Programms	61
4.1.2.4 Inhalt des Programms	62
4.1.2.5 Therapieelemente / -bausteine	63
⇒ Analytisch orientierte Gruppentherapie	63
⇒ Katathymes Bilderleben (KB)	63
⇒ Psychodrama	64
⇒ Kunst-/Gestaltungstherapie: Tonarbeit und Malen	65
⇒ Sensitivity-Training	67
⇒ Therapeutisches Puppenspiel / Figurat. Psychodrama	67
⇒ Gefühlsrad	68
⇒ Verhaltenstherapeutische Konfrontationsbehandlung	68
⇒ Sonstige Therapieelemente	69
4.1.3 Vorbereitung zur Datengewinnung	72
4.1.4 Meßzeitpunkte	72
4.1.5 Datenerhebung	72
4.1.6 Meßinstrumente	74
⇒ Basisdokumentation	74
⇒ Informationsschreiben	74
⇒ SOSI – Soziale Situation	74
⇒ Ges FB – Gesundheitsfragebogen	74
⇒ STAI – State-Trait-Angstinventar	75
⇒ SCL-90-R – Symptom-Checkliste von Derogatis	75

⇒ GT – Giessen-Test	76
⇒ VESB V1, BP-S, EPQ-dt. V1	77
⇒ Angsttagebuch	77
⇒ Selbsteinschätzung	77
4.2 Auswertung der Daten	77
4.2.1 Datenerfassung und –aufbereitung	77
4.2.2 Beschreibung der statistischen Verfahren	79
5 ERGEBNISSE	81
5.1 Befunde zu den Stichproben am Beginn der Untersuchung	81
5.1.1 Basisdokumentation	81
5.1.2 Fragebogen zur Sozialen Situation (SOSI)	84
5.1.3 Fragebogen zum Gesundheitszustand (GesFB)	86
5.1.4 Befunde in den Fragebögen STAI, SCL-90-R und GT-S	87
5.1.5 Vergleich der unterschiedlich diagnostizierten Patientenstichproben	88
5.1.5.1 Basisdokumentation, Fragebögen zur Sozialen Situation sowie zum Gesundheitszustand	88
5.1.5.2 STAI, SCL-90-R und Giessen-Test	88
5.2 Varianzanalytische Befunde zu den Fragebögen im Therapieverlauf	89
5.2.1 Befunde zum State-Trait-Angstinventar (STAI)	89
5.2.1.1 State-Angst	89
5.2.1.2 Trait-Angst	90
5.2.1.3 Zusammenfassung der Befunde zum State-Trait-Angstinventar (STAI)	92
5.2.2 SCL-90-R	93
5.2.3 Giessen-Test (GT-S)	99
5.2.4 Zusammenfassung	102
5.3. Zusammenhang der Fragebogenskalen	102
5.3.1 Korrelationen der Skalen	103
5.3.1.1 Korrelationen zu Therapiebeginn (Meßzeitpunkt 1)	103

5.3.1.2	Korrelationen zu Therapieende (Meßzeitpunkt 4)	105
5.3.1.3	Zusammenfassung und Schlußfolgerung	106
5.3.2	Faktorenanalyse	107
5.3.2.1	Ermittlung einer Faktorenstruktur	107
5.3.2.2	Varianzanalytische Befunde zu den drei Faktoren im Therapieverlauf	109
5.4	Effektstärken Gesamt- und Teilstichproben	114
6	DISKUSSION	117
6.1	Merkmale der Stichprobe	118
6.2	Angstreduktion	122
6.3	Nebenkriterien	128
6.4	Explorative Ergebnisse	132
⇒	Unterschiede bei verschiedenen Angststörungen	132
⇒	Unterschiede im Ausmaß der Verbesserung	133
⇒	Korrelationen	134
⇒	Faktorenanalyse	134
⇒	Effektstärken	136
6.5	Fazit und Ausblick	137
7	ZUSAMMENFASSUNG	141
8	LITERATURVERZEICHNIS	143
9	ANHANG	157
	Separates Verzeichnis (157-1 bis 157-43)	

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 2.1.	Psychophysiologisches Erklärungsmodell der Panikstörung	33
Abb. 2.2.	Der „Teufelskreis“ der Angst als ein typischer Aufschaukelungs- prozeß bei Panikanfällen	43
Abb. 2.3.	Diagnostik und Medikation der Angststörungen	50
Abb. 5.1.	Absolute Häufigkeit der diagnostizierten Störungen und aggregierte Häufigkeit der drei diagnostischen Kategorien F40, F41 und F43	84
Abb. 5.2.	Verlauf der durchschnittlichen State-Angst von Beginn bis Ende der Therapie für Vpn mit Störungen F40, F41 und F43	89
Abb. 5.3.	Verlauf der durchschnittlichen Trait-Angst von Beginn bis Ende der Therapie für Vpn mit Störungen F40, F41 und F43	92
Abb. 5.4.	Verlauf der Durchschnittswerte der Patienten mit F40, F41 und F43 in den verschiedenen Skalen der SCL-90-R von Therapiebeginn (MZIP1) bis Therapieende (MZIP4)	95
(1-12)	Abb. 5.4.-1 GSI	95
	Abb. 5.4.-2 PST	95
	Abb. 5.4.-3 PSDI	95
	Abb. 5.4.-4 Somatisierung	95
	Abb. 5.4.-5 Zwanghaftigkeit	96
	Abb. 5.4.-6 Unsicherheit im Sozialkontakt	96
	Abb. 5.4.-7 Depressivität	96
	Abb. 5.4.-8 Ängstlichkeit	96
	Abb. 5.4.-9 Aggressivität	96
	Abb. 5.4.-10 Phobische Angst	96
	Abb. 5.4.-11 Paranoides Denken	97
	Abb. 5.4.-12 Psychotizismus	97
Abb. 5.5.	Verlauf der Durchschnittswerte der Patienten mit F40, F41 und F43 in den verschiedenen Skalen des Giessen-Tests von Therapiebeginn (MZIP1) bis Therapieende (MZIP4)	100
(1-6)	Abb. 5.5.-1 Soziale Resonanz	101
	Abb. 5.5.-2 Dominanz	101
	Abb. 5.5.-3 Kontrolle	101
	Abb. 5.5.-4 Grundstimmung	101
	Abb. 5.5.-5 Durchlässigkeit	101
	Abb. 5.5.-6 Soziale Potenz	101
Abb. 5.6.	Verlauf der durchschnittlichen Werte des Faktors „Psychopathologie“ von Beginn bis Ende der Therapie für Vpn mit Störungen F40, F41 und F43	111

-
- Abb. 5.7.** Verlauf der durchschnittlichen Werte des Faktors „Sozialer Aspekt“ von Beginn bis Ende der Therapie für Vpn mit Störungen F40, F41 und F43 112
- Abb. 5.8.** Verlauf der durchschnittlichen Werte des Faktors „Angst“ von Beginn bis Ende der Therapie für Vpn mit Störungen F40, F41 und F43 113

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 2.1.	Körperliche/Toxische Ursachen von Angstsyndromen	9
Tab. 2.2.	Psychische Erkrankungen als Ursachen von Angstsymptomen	10
Tab. 2.3.	Diagnostische Kategorien bei Angststörungen nach ICD-10	12
Tab. 2.4.	Prozentuale Häufigkeit der Angsterkrankungen in der Allgemeinbevölkerung; zusammenfassende Darstellung der Lifetime-Prävalenzen	24
Tab. 2.5.	Überblick zu psychodynamischen Konzepten bei Angsterkrankungen	30
Tab. 2.6.	Spezifische Therapieverfahren, die bei verschiedenen primären Angsterkrankungen indiziert sind	45
Tab. 2.7.	Darstellung der bei Angsterkrankungen eingesetzten Pharmaka	47
Tab. 4.1.	Zeitraum der Angstbewältigungsprogramme und Anzahl der jeweiligen Patienten	59
Tab. 4.2.	Zusammenfassende Darstellung der einzelnen Therapieelemente im Angstbewältigungsprogramm	71
Tab. 4.3.	Übersicht über Meßzeitpunkte, Meßinstrumente und Anzahl der Items	73
Tab. 5.1.	Absolute und prozentuale Häufigkeiten der nach ICD-10 diagnostizierten Störungen	83
Tab. 5.2.	Absolute und prozentuale Häufigkeiten verschiedener körperlicher Erkrankungen in der Anamnese	86
Tab. 5.3.	Mittelwerte, Standardabweichungen und Mittelwertsdifferenzen für alle SCL-90-R-Skalen an beiden Meßzeitpunkten	93
Tab. 5.4.	Teststatistiken des Haupteffekts „Meßzeitpunkt“ der Varianzanalysen aller SCL-90-R-Skalen	95
Tab. 5.5.	Teststatistiken des Haupteffekts „ICD-10-Diagnose“ und der Interaktion der Varianzanalysen aller SCL-90-R-Skalen	98
Tab. 5.6.	Mittelwerte, Standardabweichungen und Mittelwertsdifferenzen für alle GT-S-Skalen an beiden Meßzeitpunkten	99
Tab. 5.7.	Durch die rotierten Faktoren aufgeklärte Varianz in %	107
Tab. 5.8.	Nummer des Faktors, auf dem die einzelnen Testskalen an den beiden Meßzeitpunkten jeweils am höchsten laden	108

Tab. 5.9.	Effektstärken aller Skalen sowie der Faktoren für die Gesamtstichprobe und die Patientengruppen mit Angststörungen F40, F41 und F43	115
------------------	--	-----

„Angst essen Seele auf“

Filmtitel (1974) von Rainer Werner Fassbinder
nach einem afrikanischen Sprichwort

1 EINLEITUNG

Wir leben im Zeitalter der Angst, so meinen manche. Ob dem tatsächlich so ist, sei dahingestellt. Sicher erscheint nur, daß in unserer Zeit Ängste deutlich zunehmen. Kriege, nukleare oder biologische Entgleisungen, Umweltzerstörungen und Klimawandel, Globalisierung oder Arbeitslosigkeit sind nur einige der Schlagworte, die in der Informationsflut des multimedia- len Zeitalters täglich über uns hereinbrechen und zusammen mit einem tiefgreifenden gesellschaftlichen Wertewandel im wahrsten Sinne des Wortes grenzenlose Ängste bei jedem einzelnen von uns schüren.

Analog dazu verlaufen die Entwicklungen im Bereich der Angsterkrankungen, also all jener Erscheinungen, die Angst für den Einzelnen unerträglich werden lassen und den bei jedem Individuum vorhandenen gesunden Schutzaspekt der Angst bei weitem überschreitet. So gehören behandlungsbedürftige Angsterkrankungen mit einer geschätzten Lebenszeit- prävalenz von ca. 20 % zu den häufigsten psychischen Störungen überhaupt. Ein breiter Konsens darüber, daß Angststörungen nicht nur als bloße Begleitsymptomatik anderer psychischer Auffälligkeiten aufzufassen sind, sondern als Erkrankungen sui generis, wurde erst zu Beginn der Achtziger Jahre erreicht. Dieser Wechsel in der diagnostischen Einschätzung von Angsterkrankungen konnte durch eine intensive Forschung hinsichtlich der heute von einem eher multifaktoriellen Verständnis ausgehenden Ätiologie und der Einführung neuer Klassifikationssysteme wie der ICD-10 oder dem DSM-IV weiter unterstützt werden. Diese Entwicklung darf jedoch nicht über die Tatsache hinwegtäuschen, daß auch heute noch Angsterkrankungen in ihren mannigfachen Erscheinungsformen lediglich in der Hälfte der Fälle adäquat als solche diagnostiziert und damit therapiert werden. Die Fortschritte in der Diagnostik gingen mit einer konsekutiven Verbesserung der therapeu- tischen Möglichkeiten einher. So stützt sich die aktuelle Therapie von Angststörungen neben pharmazeutischen Interventionen vornehmlich auf psychotherapeutische Behandlungs-

verfahren, hier vor allem auf psychoanalytisch orientierte oder verhaltenstherapeutische Maßnahmen. Während psychoanalytische Verfahren eindeutig über die längste Tradition auch in der Behandlung von Angstzuständen verfügen, zeichnet sich die Verhaltenstherapie vor allem durch eine günstige Kosten-Nutzen-Relation aus.

Im Gegensatz zur Verhaltenstherapie versäumte es jedoch die Psychoanalyse, schon frühzeitig auf ihre Wirksamkeit mittels empirisch gestützter Evaluationsverfahren aufmerksam zu machen. Besonders offensichtlich wurde diese Diskrepanz nach der umfangreichen metaanalytischen Untersuchung von Grawe. In seiner Veröffentlichung „Psychotherapie im Wandel“ (Grawe *et al.*, 1994) resümiert der Psychotherapieforscher angesichts der wenigen psychoanalytischen Wirksamkeitsnachweise des weiteren über deren Wirkung: „Insbesondere führt psychoanalytische Therapie nur selten zu einer deutlichen Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens. Keine positiven Wirkungen wurden erzielt bei psychosomatischen Patienten. Bei depressiven Patienten und bei Patienten mit Angststörungen ist ihre Wirksamkeit besonders deutlich geringer als die von Verhaltenstherapie“ (S. 739). Zwar sieht Grawe die psychoanalytische Therapie als wissenschaftlich fundiert an, meint jedoch, die Gründe für deren schlechte Wirksamkeit an der Umsetzung der Forschungsergebnisse in praktische Konsequenzen auszumachen. Daß diese Äußerungen bis in die Gegenwart zum Gegenstand teilweise heftig geführter Kontroversen führten, liegt auf der Hand. Doch die auf psychoanalytischer Seite bislang qualitativ-kasuistisch durchgeführten Untersuchungen werden sich künftig mehr einer quantitativ-statistischen Evaluation zu unterziehen haben, nicht nur aus Gründen der Konkurrenz, sondern vor allem aus einer im Gesundheitswesen immer lauter werdenden Forderung nach qualitätssichernden Maßnahmen heraus.

Angesichts der geschilderten Sachverhalte scheint es daher nicht weiter überraschend, daß in der Literatur nur wenig über die outcome-orientierte psychoanalytische Therapie von Angsterkrankungen berichtet wird. Dies zeigen auch aktuell formulierte Feststellungen seitens analytisch orientierter Autoren: „Für die Zukunft ist ein Nachholbedarf an dokumentierten und effektkontrollierten psychoanalytisch fundierten Behandlungen bei allen Typen von Angststörungen festzuhalten“ (Hoffmann & Bassler, 2000).

Vor diesem Hintergrund und in Anbetracht der Tatsache, daß es vor allem im peripher-ambulantem Bereich noch keine Evaluationsstudien hinsichtlich fokal orientierter Gruppenpsychotherapie im psychodynamischen Umfeld gibt, wurde erstmalig ein entsprechendes Therapieprogramm zur Angstbewältigung einer niedergelassenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Gemeinschaftspraxis empirisch untersucht. Ziel des hier bewerteten und

vornehmlich analytisch orientierten Therapieprogramms, das auch mit verhaltenstherapeutischen Elementen im Sinne eines integrativen Ansatzes arbeitet, ist die ambulante 12-tägige Behandlung von Patienten mit Angststörungen nach ICD-10 F40 (Phobische Störungen), F41 (Sonstige Angststörungen) und F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen). Evaluiert wurde die im Wochenrhythmus durchgeführte Therapie an 45 Patienten in der Tagesklinik der Praxis. Die Fülle der während des Erhebungszeitraumes von knapp zwei Jahren erhaltenen Informationen machte es möglich und notwendig, zwei unterschiedliche Fragestellungen zu definieren und damit in getrennten Studien veränderte Themenschwerpunkte zu fokussieren. So beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der Auswertung der eigentlichen Therapiephase, während die Parallelarbeit (*Schwan-Steglich*, 2001), auch einer Forderung der aktuellen Literatur folgend, sich der Aufbereitung aus katamnestischer Sicht widmet. Neben der rein ergebnisorientierten Untersuchung wurde ein besonderes Augenmerk auf eine statistisch relativ aufwendige explorative Auswertung gelegt, da gerade deren Bearbeitung in einem von der Wissenschaft bislang wenig bedachten Gebiet Aufschluß über wichtige Wechselbeziehungen geben kann und dabei hilft, neue Fragestellungen zu initiieren.

2 BISHERIGER KENNTNISSTAND

2.1 Was ist Angst?

2.1.1 Begriffe, Unterscheidungen

Angst ist wohl jedem Menschen aus Alltagssituationen bekannt, lässt sich jedoch nicht eindeutig und gezielt definieren, sondern allenfalls umschreiben. Nach *Reinecker* (1998) ist Angst ein Gefühl, das für das Überleben des Individuums und der Art unverzichtbar ist. Das Gefühl wird demnach durch die Wahrnehmung gefährlicher Situationen ausgelöst, ist auf spezifische Merkmale der Situation bezogen und führt in der Folge zu entsprechendem Verhalten. *Faust* (1996) beschreibt Angst als nicht grundsätzlich etwas Negatives. Angst ist Teil unseres Gefühlslebens und deshalb durchaus sinnvoll. Als Warn- und Alarmsignal hilft die Angst – ähnlich wie der Schmerz –, auf Bedrohungen von außen und Störungen von innen aufmerksam zu machen. Nur wenn man die Gefahr kennt, kann man sie auch bewältigen. Damit ist Angst ein lebensnotwendiger Anpassungs- und Lernvorgang. Im Grunde ist das erste, was die Natur zum Überleben verlangt, sich fürchten zu lernen. Das ist die Grundlage des Selbsterhaltungstriebes, so *Faust* weiter. Damit ist Angst erst einmal etwas Positives. Diese angemessene, *normale Angst* ist im allgemeinen durch eigene Initiative und entsprechende Bewältigungsmethoden zu lösen. Dazu gehören vor allem Aussprache und körperliche Aktivität; beides führt die Angst regelrecht ab. Fällt bei der normalen Angst die Ursache weg, so geht auch die Angst zurück (vgl. *Faust*, 1996).

Das Wort „Angst“ ist verwandt mit dem lateinischen „angustus“ und bedeutet „eng“, „beengend“, „die freie Bewegung behindernd“ (*Sörensen*, 1996), was Angst bereits als unangenehmen emotionalen Zustand andeutet, der von körperlichen und psychischen Symptomen begleitet wird.

Eine zentrale Unterscheidung innerhalb des Phänomenbereichs der Angst ist die zwischen dem Persönlichkeitsmerkmal *Ängstlichkeit* und dem *aktuellen Angstzustand* (*Krohne*, 1996; *Sörensen*, 1996). Bereits zu Beginn der wissenschaftlichen Erforschung der Angst wird durch *Freud* (1893/1971a) eine begriffliche Trennung zwischen dem *aktuellen* emotionalen Zustand (zeitlich kurz erstreckter *Angstaffekt*) und dem als zugrundeliegend gedachten *habituellen*

Persönlichkeitsmerkmal (Hysterie und Neurasthenie) vorgenommen und die mögliche Beziehung zwischen den beiden Bereichen skizziert.

In neueren Ansätzen (z. B. *Krohne*, 1996) wird die *aktuelle Angstemotion* (Zustandsangst, state-anxiety) als ein mit bestimmten Situationsveränderungen intraindividuell variierender affektiver Zustand (state) des Organismus verstanden, der durch spezifische Ausprägungen auf physiologischen, verhaltensmäßig-expressiven und subjektiven Parametern gekennzeichnet ist. *Spielberger* (1972) beschreibt diese Angst als einen Zustand, der durch eine erhöhte Aktivität des autonomen Nervensystems sowie durch die Selbstwahrnehmung von Erregung, das Gefühl des Angespanntseins, ein Erleben des Bedrohtwerdens sowie durch verstärkte Besorgnis gekennzeichnet ist.

Für das habituelle Persönlichkeitsmerkmal werden meist Begriffe, wie *Ängstlichkeit*, *Eigenschaftsangst*, *Angstneigung* oder *trait-anxiety* verwendet. Es handelt sich hierbei um intraindividuell relativ stabile und zeitlich überdauernde, aber interindividuell variierende Tendenzen, Situationen als bedrohlich wahrzunehmen und hierauf mit einem erhöhten Angstzustand zu reagieren (vgl. *Krohne*, 1996; *Sörensen*, 1996; *Spielberger*, 1972).

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, daß nach *Bronisch* (1995a) die Beziehung von Angststörungen im engeren Sinne (siehe Abschnitt „Primäre Angststörungen“) zu Persönlichkeitsaspekten bis heute weitgehend ungeklärt sind. Gründe hierfür sieht *Bronisch* darin, daß es kein schlüssiges und einheitliches Konzept der „ängstlichen Persönlichkeit“ gibt und daß empirische Studien zur Beziehung von Persönlichkeit/Persönlichkeitsstörungen und Angststörungen eine hohe Koinzidenz von Angststörungen und dependenten- sowie vermeidend-ängstlichen Persönlichkeitszügen zeigen, aber eben auch zu anderen wie z. B. zwanghaften oder hysterischen Persönlichkeitsmerkmalen. Schließlich konnte auch die Unterscheidung von *Angstsymptomen* und ängstlichen Persönlichkeitszügen mittels empirischer Studien noch nicht befriedigend geklärt werden, da nach entsprechender Therapie zum einen die pathologischen Persönlichkeitszüge nicht mehr nachweisbar waren, sie zum anderen jedoch persistierten. Dieses Ergebnis zeigt, daß im akuten Krankheitszustand entweder diese Persönlichkeitszüge zum Vorschein kommen oder einfach Symptome der Angsterkrankung darstellen, wobei es sich um eine prämorbid, eventuell auch postmorbid Persönlichkeit handeln könne, so *Bronisch*.

Eine weitere Differenzierung ist die zwischen Angst, Furcht und Streß (*Krohne*, 1996). Angst und Furcht werden im täglichen Sprachgebrauch oft synonym verwendet. Beides sind

Bezeichnungen für eine emotionale Erregung im Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Gefahr.

Eine Unterscheidung geht bereits auf den dänischen Philosophen *Kierkegaard* (1844/1991) zurück. Bei *Freud* (1926/1971b) steht Angst in Zusammenhang mit Erwartung, ist also auf die Zukunft gerichtet, unbestimmt und objektlos, Furcht dagegen auf ein Objekt gerichtet. *Freud* nennt die Furcht auch *Realangst*, im Gegensatz zur *neurotischen Angst* (s. Abschnitt „Ätiologie - Modelle“).

Nach Auffassung vieler aktueller Autoren (z. B. *Faust*, 1996; *Rachman*, 1998; *Langs & Zapotoczky*, 1995; u. a.) soll **Furcht** dann vorliegen, wenn die Gefahr eindeutig zu bestimmen ist und die Reaktionen der Flucht oder Vermeidung möglich sind und dadurch ggf. zu bewältigen ist.

Angst ist dagegen eher unbestimmt, gegenstandslos, längerfristig und ein Motiv, weitere Informationen über bedrohungsrelevante Situations- und Verhaltensaspekte zu suchen. *Epstein* (1967, 1972) spricht deshalb auch von Angst als „unentschiedener Furcht“.

Angstreaktionen lassen sich in vielen Aspekten gleichsetzen mit etwas, das im Alltagsleben als **Streß** bekannt ist. Streß bezeichnet z. B. bei *Selye* (1976) den körperlichen Zustand unter Belastung. Gemeint ist damit ein Extremzustand des Organismus mit den Komponenten Anspannung, Widerstand gegenüber der Belastung und, bei länger anhaltender und häufig wiederkehrender Belastung, körperliche Schädigung. *Lazarus* (1966) und *Lazarus & Folkman* (1986) sehen psychologischen Streß als eine Beziehung zur Umwelt, die vom Individuum hinsichtlich seines Wohlergehens als bedeutsam angesehen wird, aber zugleich Anforderungen an das Individuum stellt, die dessen Bewältigungsmöglichkeiten beanspruchen oder überfordern. Im Kontext mit Angst führen nach *Wittchen et al.* (1995) und *Kasper* (1999) unterschiedliche Ausprägungen der Streßreaktionen zu einer unterschiedlichen Anspannung im Körper. Befindet sich der Organismus in einer niedrigen Anspannungssituation, wird möglicherweise eine Belastungssituation eine schwächere Streßreaktion auslösen, die leicht bewältigt werden kann. Bei hoher Anspannung oder angeborenen bzw. erworbenen spezifischen Dispositionen hierzu reichen schon geringe Belastungssituationen aus, um die Schwelle zum Auftreten einer Angstsymptomatik zu durchbrechen.

2.1.2 Beschreibung der Störung

Zur Kennzeichnung von Angst als pathologisch genügt es nicht, die Angstreaktion allein zu beobachten; nach *Marks* (1969) spricht man von pathologischer Angst dann, wenn folgende Kriterien zutreffen:

- eine der Situation unangemessene Angstreaktion
- die Angstreaktionen sind überdauernd (chronisch)
- das Individuum hat keine Möglichkeit zur Erklärung, Reduktion oder Bewältigung der Angst
- die Angstzustände führen zu einer (massiven) Beeinträchtigung der Lebensqualität.

Bei der Charakterisierung des theoretischen Konstruktes Angst hat es sich als sinnvoll erwiesen, folgende drei Ebenen/Komponenten zu unterscheiden, die sowohl bei Angst als gesunder Reaktionsform, als auch bei Angsterkrankungen zutreffen (vgl. *Reinecker*, 1998; *Lang*, 1971; *Wittchen et al.*, 1995; *Kasper*, 1999):

- *Subjektive Ebene* im Sinne von Denken oder Fühlen des Bedrohlichen, z. B. „Es wird etwas Schlimmes geschehen“
- *Verhaltensebene* im Sinne von Vermeidung oder Flucht, z. B. Hinausschieben einer Prüfung etc.
- *Physiologische (Körper-) Ebene* im Sinne von autonomen Begleiterscheinungen, die nicht unbedingt nur für Ängste charakteristisch sind, z. B. Herzrasen, Schwitzen, Verspannung der Muskeln etc.

Die drei Anteile treten jedoch nicht immer gleichzeitig und gleich intensiv auf. Manche Individuen nehmen eher die physiologischen Komponenten wahr, andere eher die gedanklichen oder die Verhaltensanteile. Häufig sind es die körperlichen Beschwerden, wie Herzrasen, Parästhesien, Zittern, Durchfall, „weiche Knie“ oder Erstickungsgefühle (*Deister*, 1995), die die Patienten zur Behandlung und damit zur organmedizinischen Abklärung bringen. Bei Kenntnis der Symptomatik können dann die für die exakte Diagnostik der Angsterkrankungen und deren spezifische Therapie weiteren charakteristischen Symptome aus dem Bereich des Denkens/Fühlens sowie des Verhaltens exploriert werden.

2.1.3 Sekundäre Angst

2.1.3.1 Angst als Symptom körperlicher Erkrankungen

Angststörungen aufgrund körperlicher Krankheiten oder äußerer Einflüsse sind nach *Faust* (1996) häufiger als allgemein angenommen. Manchmal steht diese Angst dermaßen im Vordergrund, daß das begleitende resp. ursächliche körperliche Leiden lange nicht als störend empfunden oder überhaupt bemerkt wird. Die nachfolgende *Tabelle 2.1.* gibt einen Überblick über körperlich/toxische Ursachen von Angstsyndromen:

Tab. 2.1. Körperliche/Toxische Ursachen von Angstsyndromen (mod. nach Kasper, 1999)

Metabolisch	<i>Hyperthyreose, Cushing-Syndrom, Hyperkaliämie, Hyperkalzämie, Hyperthermie, Hypokalzämie, Hypoglykämie, Hyponatriämie, Hypothyreose, klimakterische Symptome, Porphyrie (akute/intermittierende)</i>
Kardiovaskulär	<i>Angina pectoris, Arrhythmien, Herzversagen, Hypertonie, Hypovolämie, Myokardinfarkt, Synkope, Herzklappenfehler, Kollaps (Schock)</i>
Diätetisch	<i>Koffein, Natriumglutamat, Kombination aus MAO-Hemmern und tyraminhaltigen Speisen, Vitaminmangelkrankheiten</i>
Medikamentös	<i>Überdosierung von Anticholinergika, Überdosierung von Digitalis, Halluzinogene, Hypotensiva, Stimulanzien (Amphetamine, Kokain und verwandte Stoffe), Entzugssyndrome (Alkohol, Sedativa, Hypnotika)</i>
Neurologisch	<i>Enzephalopathie (infektiös, metabolisch, toxisch), Schädel-Hirn-Trauma, Epilepsien, intrakranielle Massenblutung, Schwindel, Hirntumore</i>
Respiratorisch	<i>Asthma, COPD, Pneumonie, Pneumothorax, Lungenödem, Lungenembolie</i>
Sezern. Tumore	<i>Karzinoid, Insulinom, Phäochromozytom</i>
Hämatologisch	<i>Anämien</i>
Immunologisch	<i>Anaphylaxie, systemischer Lupus erythematodes</i>

Die Behandlung der körperlich begründbaren Angstzustände liegt nach *Faust* (1996) vor allem in der Therapie der entsprechenden Grunderkrankung, ggf. unterstützt durch Beratung, psychotherapeutische Maßnahmen, sozioptherapeutische Korrekturen im Alltag oder eine zumindest kurzzeitige Abdeckung mit Anxiolytika (s. Abschnitt 2.2.6.3).

2.1.3.2 Angst als Symptom psychischer Erkrankungen

Ähnlich wie bei Ängsten aufgrund körperlicher Erkrankungen kann die Angst auf der Basis psychischer Erkrankungen so dominieren, daß die Symptomatik der zugrundeliegenden psychischen Störung komplett überdeckt, nicht erkannt und dadurch letztendlich auch nicht therapiert wird. Erschwerend kommt hinzu, daß Angsterkrankungen ein hohes Komorbiditätsmuster (z. B. mit Depression, Substanzmißbrauch etc.) aufweisen, die eine differentialdiagnostische Abklärung zusätzlich erschweren (Näheres im Kapitel „Diagnostik - Differentialdiagnose – Komorbidität“).

Nachfolgende psychische Erkrankungen (Tab. 2.2.) können mit einer mehr oder weniger ausgeprägten Angstsymptomatik einhergehen (vgl. Bandelow, 1999; Faust, 1996; Langs & Zapotoczky, 1995):

Tab. 2.2. *Psychische Erkrankungen als Ursachen von Angstsymptomen*

•	Depressionen
•	Psychosen (z. B. Schizophrenie)
•	Zwangsstörungen
•	Somatoforme Störungen
•	Hypochondrische Störungen
•	Borderline-Persönlichkeitsstörungen
•	Organisch bedingte psychische Störungen (z. B. Alzheimer-Demenz)
•	Suchterkrankungen (Cannabis, Ecstasy, LSD, Amphetamine)
•	Entzugssyndrome (Alkohol, Opiate, Benzodiazepine)

Zusammenfassend kann man die unterschiedlichen Arten der Angst demnach wie folgt unterscheiden (Kasper, 1999; Margraf & Schneider, 1996):

- Alltagsängste (normale Streßsituation des täglichen Lebens)
- Sekundäre Angstsyndrome
 - bei körperlichen Erkrankungen
 - bei psychischen Erkrankungen
- Primäre Angsterkrankungen (→ die im folgenden beschrieben werden).

2.2 Primäre Angsterkrankungen

2.2.1 Klassifikation

Die Abgrenzung normaler Angst von verschiedenen Formen pathologischer Angst wurde in den letzten Jahren durch die Einführung expliziter diagnostischer Kriterien, die einerseits eine Abgrenzung von ähnlichen Störungsbildern gewährleisten, andererseits allgemein akzeptiert sind, bedeutend erleichtert. Im wesentlichen handelt es sich hierbei um die „Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Revision, ICD-10“ (*World Health Organization*, 1992; *Dilling et al.*, 1993) sowie das auch für die Forschung bedeutsame US-amerikanische „Diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen, 4. Auflage, DSM-IV“ (*American Psychiatric Association*, 1994; *Saß et al.*, 1998). Beide Systeme gehen primär deskriptiv phänomenologisch vor, zeigen innerhalb der Gruppe der Angststörungen eine zum Teil hohe Konkordanz (*Dengler*, 2000), wobei das DSM-IV wesentlich ausführlicher die einzelnen Störungsbilder beschreibt und die Angststörungen weiter faßt, indem Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und Angststörungen im Kindes- und Jugendalter subsumiert werden. Im weiteren wird auf das DSM-IV jedoch nicht näher eingegangen, da die ICD-10 als offizielles Diagnosesystem im ambulanten und stationären Bereich in Deutschland breiteste Verwendung findet, neben den klinisch-diagnostischen Leitlinien (*Dilling et al.*, 1993) noch Forschungskriterien (*Dilling et al.*, 1994) beinhaltet und in dieser Untersuchung hinsichtlich der Diagnostik alleinig mit der ICD-10 verschlüsselt wurde.

Auf syndromatologischer Ebene werden die Angststörungen im Kapitel V der ICD-10 im Rahmen der im Abschnitt F4 zusammengefaßten neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen abgebildet. Sie gliedern sich in „phobische (F40)“ und „andere (F41)“ Angststörungen (*Deister*, 1995; *Freyberger*, 1996; *Bassler*, 1999; *Dengler*, 2000 u. a.), während bei anderen Autoren (z. B. *Kasper*, 1999) „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)“ noch zu den Angststörungen im engeren Sinne hinzugezählt werden, da hierbei Angst eines der klinisch führenden Symptome sein kann (*Tabelle 2.3.*). Das hier evaluierte Angstbewältigungsprogramm richtet sich auch an diese Patientengruppe; deshalb werden im vorliegenden Fall Patienten mit einer Diagnose nach F43 zu den Angsterkrankungen im engeren Sinne hinzugezählt.

Tab. 2.3. Diagnostische Kategorien bei Angststörungen nach ICD-10

⇒ F 40 Phobische Störung	
F40.0	Agoraphobie
F40.00	ohne Panikstörung
F40.01	mit Panikstörung
F40.1	Soziale Phobien
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien
F40.8	Sonstige phobische Störungen
F40.9	Nicht näher bezeichnete phobische Störung
⇒ F 41 Sonstige Angststörungen	
F41.0	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
F41.1	Generalisierte Angststörung
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt
F41.3	Sonstige gemischte Angststörungen
F41.8	Sonstige näher bezeichnete Angststörungen
F41.9	Nicht näher bezeichnete Angststörung
⇒ F 43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	
F43.0	Akute Belastungsreaktion
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung
F43.2	Anpassungsstörungen
F43.20	Anpassungsstörungen, kurze depressive Reaktion
F43.21	Anpassungsstörungen, längere depressive Reaktion
F43.22	Angst und depressive Reaktion gemischt
F43.23	Mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen
F43.24	Mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens
F43.25	Mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten
F43.28	Mit sonstigen spezifischen deutlichen Symptomen
F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung
F43.9	Nicht näher bezeichnete Reaktion auf schwere Belastung

2.2.2 Phänomenologie

Im folgenden werden einige wichtige oder in der vorliegenden Stichprobe diagnostizierten und in der ICD-10 angeführten Angststörungen kurz charakterisiert. Im Text nicht mehr gesondert aufgeführt und wenn nicht anders vermerkt, diene als Quelle im wesentlichen *Dilling et al. (1993)*, *Dilling et al. (1994)* und *Dengler (2000)*. Am Schluß jeder Störung werden jeweils dazugehörige resp. verwandte oder ältere Begriffe genannt.

2.2.2.1 Phobische Störungen (F40)

Die phobischen Störungen sind durch Angstsyndrome charakterisiert, die ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte Situationen oder Objekte – außerhalb des Patienten - hervorgerufen und vor diesem Hintergrund von den Betroffenen systematisch gemieden oder voller Angst ertragen werden. Bei phobischen Störungen (grch. *phobos* = Schrecken) ist das Angsterleben häufig zeitlich begrenzt auf die Konfrontation mit spezifischen Situationen oder Objekten, im weiteren Verlauf besteht eine erhebliche Tendenz zur Generalisierung auf andere Stimuli oder eine allgemeine Generalisierung (Freyberger, 1996; Dilling et al., 1999).

⇒ Agoraphobie (F40.0)

Bei der Agoraphobie (*Agora*, grch. = Marktplatz) beziehen sich die Ängste nicht nur typischerweise auf offene Plätze, sondern auch auf Menschenmengen und die damit verbundenen Schwierigkeiten, sich im Sinne eines Fluchtweges wieder sofort und leicht an einen sicheren Ort, wie nach Hause, zurückziehen zu können. Auch die Angst, Geschäfte zu betreten, in Zügen, Bussen oder Flugzeugen zu reisen sowie allgemein das Haus zu verlassen, macht diese Phobie für die Betroffenen im Rahmen der Vermeidungsstrategie besonders einschränkend. Der begrenzte Aktionsradius kann gegebenenfalls durch eine entsprechende Begleitperson etwas ausgeweitet werden. Überwiegend sind Frauen betroffen, der Beginn liegt meist im frühen Erwachsenenalter. Das Auftreten von episodisch paroxysmaler Angst im Sinne der Panikstörung (siehe unten) kann als Schweregradindikator herangezogen und in der ICD-10 mit der 5. Stelle klassifiziert werden (Agoraphobie ohne/mit Panikstörung).

Dazugehörige Begriffe: Platzangst, Platzschwindel

⇒ Soziale Phobien (F40.1)

Der von Marks & Gelder (1966) geprägte Begriff der „Sozialen Phobie“ beinhaltet die Furcht vor prüfender Beobachtung durch andere Menschen in verhältnismäßig kleinen Gruppen (nicht dagegen in Menschenmengen) und führt schließlich dazu, daß soziale Situationen gemieden werden, was im Extremfall zu vollständiger sozialer Isolierung führen kann. Charakteristisch sind starke Ängste, von anderen negativ beurteilt und abgewertet zu werden, wobei die Ängste auf einzelne, spezifische Situationen bezogen sein können oder in einer

generalisierten Art bei vielen Gelegenheiten auftreten. *Fydrich* (1997) unterscheidet drei Arten von Situationen, in denen soziale Ängste typischerweise auftreten:

Ängste beim Essen, Sprechen oder Schreiben in der Öffentlichkeit werden als Ängste vom „Leistungs- oder Darstellungstyp“ bezeichnet. Bei sozialen Phobien des „Interaktionstyps“ handelt es sich um Ängste beim Kontakt mit anderen Personen, wie beispielsweise dem Zusammentreffen mit nicht oder wenig bekannten Personen des anderen Geschlechts oder die Begegnung mit Autoritätspersonen. Der „generalisierte Typ“ bezeichnet Patienten mit umfassenden Ängsten in sehr vielen der vorbezeichneten Situationen.

Soziale Phobien sind in der Regel mit niedrigem Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik verbunden, wobei sich die Beschwerden neben dem Vermeiden von Blickkontakt zudem in körperlicher Symptomatik, wie Tachykardie, Kurzatmigkeit, Erröten, Hände zittern, bis hin zu Panikattacken zeigen können. Die Geschlechtsverteilung ist im Gegensatz zu anderen Phobien in etwa ausgeglichen, der Beginn der sozialen Phobien liegt kurz nach der Pubertät, Erstmanifestationen nach dem 30. Lebensjahr sind sehr selten, obwohl mit dem Alter die Angst vor sozialer Bewertung zunimmt (*Reinecker*, 1998).

Dazugehörige Begriffe: Anthropophobie, Soziale Neurose

⇒ **Spezifische (isolierte) Phobien (F40.2)**

Die häufig vorkommenden spezifischen Phobien beschreiben eine anhaltende und unangemessene Angst, die objektbezogen auf ganz spezifische Situationen beschränkt sind. Hierzu gehören beispielsweise die Angst vor Tieren, Höhe, Dunkelheit, Donner, Fliegen, geschlossenen Räumen, Urinieren oder Defäkieren auf öffentlichen Toiletten, Verzehr bestimmter Speisen, Zahnarztbesuch, Anblick von Blut und Verletzungen oder die Furcht, bestimmten Erkrankungen wie Krebs, Geschlechtskrankheiten oder AIDS ausgesetzt zu sein. Die Art der spezifischen Phobie bestimmt dabei den Grad der Beeinträchtigung im Kontext zum hieraus resultierenden Vermeidungsverhalten. So wird beispielsweise eine Schlangenphobie in unseren Breiten kaum einen Patienten wirklich stören, während eine Flugangst für einen oft im Ausland tätigen Manager zu einem Problem werden kann. Spezifische Phobien entstehen gewöhnlich bereits in der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter und können unbehandelt jahrzehntelang bestehen.

Dazugehörige Begriffe: einfache Phobie, Akrophobie, Klaustrophobie, Tierphobien

2.2.2.2 Sonstige Angststörungen (F41)

⇒ **Panikstörung (F41.0)**

Zentrales Symptom der Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) sind wiederkehrende schwere „Panikattacken“, die den Patienten plötzlich und (scheinbar) ohne Anlaß überfallen, sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind. Wie bei anderen Angsterkrankungen variieren die Symptome von Person zu Person, typisch ist jedoch der abrupte Beginn mit einer sehr ausgeprägten vegetativen Symptomatik, wie Palpitationen, Herzklopfen, Tachykardie, Schweißausbrüche, fein- oder grobschlägiger Tremor, Xerostomie, Atembeschwerden, Beklemmungsgefühl, Thoraxschmerzen, Nausea oder abdominellen Mißempfindungen. Fast stets entstehen dann sekundär psychische Symptome, wie Unsicherheits-, Ohnmachts- oder Benommenheitsgefühle, Gefühle der Entfremdung (Derealisation resp. Depersonalisation), Angst vor Kontrollverlust, zu sterben oder die Furcht wahnsinnig zu werden.

Die rasch anflutenden Anfälle dauern meist nur Minuten, wobei Verlauf und Häufigkeit unterschiedlich sein können. Das in der Attacke zu beobachtende Crescendo der Angst und der sie begleitenden vegetativen Symptome führt bei den Patienten je nach Situation zu einem fluchtartigen Verlassen des Ortes des Geschehens mit einer sich unter Umständen entwickelnden Agoraphobie (siehe oben). Bezeichnend ist auch die sich in den panikfreien Intervallen entwickelnde und ständig vorhandene Angst vor weiteren Attacken (antizipatorische Angst, Phobophobie). Nach *Ehlers & Margraf* (1998) setzen Panikanfälle und Agoraphobien in der Regel im frühen Erwachsenenalter zwischen 20 und 35 Jahren ein. Bezüglich Inhalt und Schwere der Erkrankung können innerhalb des ICD-10 eine mittelgradig und schwere Panikstörung (mind. vier Attacken pro Woche) unterschieden und an der 5. Stelle kodiert werden.

Dazugehörige Begriffe: Panikattacke, Panikzustand, Herzneurose

⇒ **Generalisierte Angststörung (F41.1)**

Im Gegensatz zu den Panikstörungen, bei denen die Ängste anfallsartig auftreten, leiden Patienten mit der Diagnose einer generalisierten Angststörung unter andauernden (monate- bis jahrelangen) Ängsten, Sorgen und Befürchtungen, die nicht situativ ausgelöst, sondern „frei flottierend“ sind. Die Betroffenen empfinden sich als ständig angespannt, ruhelos,

hypervigilant und unfähig zur Entspannung. Ihre Befürchtungen drehen sich typischerweise um Alltagsbereiche, wie z. B. Arbeit, Finanzen, Ehe oder Familie. Die Patienten sind generell grüblerisch und neigen zu häufigen Sorgen und Vorahnungen, wobei die Sorgen nicht unrealistisch sein müssen, sie sind aber in jedem Fall übertrieben. Charakteristisch für das Bild sind neben den Befürchtungen und motorischen Anspannungen eine starke Somatisierungstendenz im Sinne einer vegetativen Übererregbarkeit. Dies kann sich in Benommenheit, Schwitzen, Tachykardie oder Tachypnoe, Schwindelgefühlen oder Oberbauchbeschwerden äußern.

Dazugehörige Begriffe: Angstneurose, Angstreaktion, Angstzustand, frei flottierende Angst

⇒ **Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2)**

Diese Diagnose sollte nur dann Verwendung finden, wenn die Symptomatik, sowohl der Angst, als auch der Depression eher auf subklinischem Niveau erscheint. Zeigt sich jedoch schwere Angst mit einem nur geringen Anteil von Depression, so muß nach ICD-10 eine der anderen Kategorien für Angst oder phobische Störungen verwendet werden. Treten beide Syndrome in so starker Ausprägung auf, daß einzeln kodiert werden könnte, soll diese Kategorie nicht verwendet werden. Wenn aus praktischen Gründen nur eine Diagnose möglich ist, sollte der Depression Vorrang gegeben werden. Weiterhin sollte diese Kategorie auch dann nicht verwendet werden, wenn es sich nur um Besorgnis oder übertriebene Bedenken ohne vegetative Begleitsymptomatik, die zumindest vorübergehend vorhanden sein sollte, handelt. Patienten mit dieser Kombination aus subsyndromaler Ausprägung von Angst und Depression werden in der Primärversorgung häufig gesehen, noch viel häufiger finden sie sich in der Bevölkerung, ohne je medizinische oder psychiatrische Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Dazugehörige Begriffe: leichte oder nicht anhaltende ängstliche Depression

⇒ **Sonstige gemischte Angststörungen (F41.3)**

Verwendung findet diese Kategorie dann, wenn die Kriterien für eine generalisierte Angststörung (F41.1) erfüllt sind, gleichzeitig jedoch noch deutliche Merkmale anderer Störungen aus dem Kapitel F40-F48 der ICD-10 zeigen, ohne jedoch die Kriterien für diese Krankheitsbilder vollständig zu erfüllen. Häufige Beispiele hierfür sind Zwangsstörungen

(F42), dissoziative Störungen (F44), Somatisierungsstörungen (F45.0) oder hypochondrische Störungen (F45.2).

2.2.2.3 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)

Die Störungen dieses alle Altersgruppen einschließenden Abschnittes unterscheiden sich von den vorgenannten nicht nur aufgrund der Symptomatologie und des Verlaufs (Angst bleibt jedoch ein Leitsymptom), sondern auch durch das Vorhandensein von ein oder zwei ursächlichen Faktoren: ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion erzeugt, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat und eine Anpassungsstörung hervorruft. Schwere psychosoziale Belastungen („life-events“) können auch andere psychische Störungen hervorrufen. Ihre ätiologische Bedeutung ist einerseits abhängig von der individuellen idiosynkratischen Vulnerabilität, andererseits sind die belastenden Ereignisse primäre und ausschlaggebende Kausalfaktoren, ohne deren Einwirkung die Störungen letztendlich nicht entstanden wären. Zu diesen Extrembelastungen gehören beispielsweise individuelle Gewalteinwirkungen (Unfall, Überfall, Entführung/Geiselnahme oder Vergewaltigung), kollektive Gewalt (Krieg, Terrorismus, Flucht) oder Katastrophen (Natur- und technische Katastrophen).

⇒ Akute Belastungsreaktionen (F43.0)

Hierunter versteht man eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung innerhalb von Minuten entwickelt und im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt, wobei auch vollständige Amnesien für diese Belastungsepisode vorkommen können. Das auslösende Ereignis kann ein überwältigendes traumatisches Erlebnis mit einer ernsthaften Bedrohung für die Sicherheit oder körperliche Unversehrtheit des Patienten oder von geliebten Personen sein (siehe oben). Die individuelle Vulnerabilität und die dabei zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (coping-Strategien) spielen bei Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktion eine Rolle. Die Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art „Betäubung“ im Sinne einer Bewußtseinseinengung sowie einer Desorientiertheit. Diesem

Zustand kann entweder ein weiteres Sichzurückziehen bis hin zum dissoziativen Stupor (F44.2) folgen oder aber ein Unruhezustand mit Überaktivität wie Fluchtreaktion oder Fugue. Begleitet werden diese Zustände im allgemeinen mit vegetativen Zeichen panischer Angst. Die Störung kann hinsichtlich ihres Schweregrades an der 5. Stelle der ICD-10 verschlüsselt werden.

Dazugehörige Begriffe: Psychischer Schock, Krisenzustand, Kriegsneurose (combat fatigue)

⇒ **Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)**

Im Gegensatz zu akuten Belastungsstörungen entsteht die posttraumatische als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis kürzerer oder längerer Dauer mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß (siehe oben). Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz von Wochen oder Monaten. Prädisponierende Faktoren, wie bestimmte, z. B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Erkrankungen in der Anamnese, können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren (bis hin zu einer jahrzehntelang bestehenden Störung im Sinne einer nach ICD-10 zu diagnostizierenden „andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ → F62.0). Typische Merkmale der Erkrankung sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Weiterhin finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Neben vegetativer Übererregtheit, Vigilanzsteigerung, übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit sind Angst und Depression häufig mit den genannten Symptomen assoziiert. Drogeneinnahme und übermäßiger Alkoholkonsum können als komplizierende Faktoren hinzukommen.

Dazugehöriger Begriff: traumatische Neurose

⇒ **Anpassungsstörungen (F43.2)**

Anpassungsstörungen umfassen Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach

belastenden Lebensereignissen auftreten. Die Belastung kann das soziale Netz des Betroffenen beschädigt haben (Trauerfall, Trennungserlebnis) oder das weitere Umfeld sozialer Unterstützung und Werte z. B. Emigration oder Flucht. Eine individuelle Disposition und Vulnerabilität spielt bei Anpassungsstörungen jedoch eine größere und entscheidendere Rolle als bei den anderen Krankheitsbildern nach F43 der ICD-10; dies auch vor dem Hintergrund, daß die zu identifizierenden psychosozialen Belastungen ein nicht außergewöhnliches oder katastrophales Ausmaß annehmen. Neben den genannten Beispielen können Anpassungsstörungen auch bei wichtigen Entwicklungsschritten oder Krisen wie Elternschaft, Schulbesuch, Mißerfolg, Erreichen eines ersehnten Zieles oder Ruhestand auftreten. Der Beginn der Symptome bei dieser Störung liegt in der Regel innerhalb eines Monats nach dem Belastungsereignis und sie halten meistens nicht länger als sechs Monate an. Die Symptomatik beinhaltet neben Angst eine depressive Stimmung oder ein Gefühl in der gegenwärtigen Situation nicht fortfahren zu können sowie unter Umständen eine Störung des Sozialverhaltens; Kinder können hierbei mit regressivem Verhalten reagieren. Eine weitere Differenzierung des Krankheitsbildes ist in der ICD-10 mit der Kodierung an der 5. Stelle zu erreichen:

⇒ **Kurze depressive Reaktion (F43.20)**

Ein vorübergehender leichter depressiver Zustand, der nicht länger als ein Monat andauert.

⇒ **Längere depressive Reaktion (F43.21)**

Ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, der aber nicht länger als zwei Jahre dauert.

Dazugehörige Begriffe (ab F43.2): Trauerreaktion, Kulturschock, Hospitalismus bei Kindern

2.2.3 Diagnostik – Differentialdiagnose – Komorbidität

⇒ **Diagnostik**

Durch eine differenzierte psychopathologische Beschreibung und eine einheitlichere Klassifikation hat sich in den vergangenen Jahren ein deutlicher Fortschritt in der Diagnostik

von Angststörungen ergeben. Dies darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß Angstsymptome insbesondere in der Primärversorgung häufig verkannt werden. Eine neuere Multicenter-Studie der WHO (*Üstün & Sartorius, 1995*) kommt zu dem Schluß, daß in der Allgemeinarztpraxis nur etwa 50 % der Patienten mit einer behandlungsbedürftigen Angststörung erkannt, noch seltener überhaupt in irgendeiner Form behandelt werden. Nach *Boerner (1999)* liegen die Gründe hierfür zum einen in einer mangelnden Kenntnis spezifischer Diagnosekriterien nach ICD-10 seitens des behandelnden Arztes, zum anderen in den Patienten selbst, da sie dazu neigen, aufgrund von Scham- oder Schuldgefühlen nicht über ihre Störung zu sprechen, sondern eher eine organmedizinische Abklärung ihrer auch körperlich zum Ausdruck kommenden Mißempfindungen wünschen. Darüber hinaus werden Angststörungen immer noch in der Öffentlichkeit stigmatisiert oder trivialisiert und nicht als ernsthafte gesundheitliche Störung verstanden. *Perkonigg & Wittchen (1995)* als auch *Zwanzger & Boerner (1999)* u. a. sehen in der geringen diagnostischen Erkennungsrate eine generelle Fehl- und Unterversorgung dieser Patientengruppe. Wenn man bedenkt, daß es durchschnittlich sieben Jahre dauert, bis eine Angsterkrankung das erste Mal korrekt als solche diagnostiziert wird (*Margraf & Schneider, 1996a; Wittchen & v. Zerssen, 1987*, gehen sogar von durchschnittlich 15 Jahren bis zu einer ersten Behandlung von Angstneurosen/Phobien aus), wird schnell deutlich, welche sozialmedizinischen Folgen wie wiederholte und verlängerte Arbeitsunfähigkeit oder ein signifikantes Ausmaß an Frühberentung (*Boerner, 1999*) dieser Sachverhalt nach sich zieht. Dies auch in Anbetracht der Tatsache, daß unbehandelte Angsterkrankungen zur Chronifizierung neigen (*Perkonigg & Wittchen, 1995*) und damit ein therapeutisches Vorgehen zusätzlich erschweren.

Vor diesem Hintergrund wird klar, wie wichtig eine entsprechende Diagnostik und damit die Zuführung des Angstpatienten zu einer adäquaten Therapie ist. Hilfe hierzu bieten neben einer entsprechenden Eigen-/Fremdanamnese und Befunderhebung kurze und schnell auszuwertende Angstscreening-Fragebögen, z. B. nach *Margraf (2000, 1996a, 1994a)* oder nach *Osterheider (1994)*, die vor allem auf allgemeinärztlicher Ebene Verwendung finden (*Lorenz, 2000*). Als zusätzliche diagnostische Hilfsmittel stehen strukturierte Interviews (z. B. das SKID-I/II von *Wittchen et al., 1997* oder das DIPS bzw. Mini-DIPS von *Margraf et al., 1991* bzw. *Margraf, 1994b*) sowie gegebenenfalls metrische Verfahren wie beispielsweise das STAI (*Laux et al., 1981*), der IAF (*Becker, 1987*) oder andere zur Verfügung. Unterstützt wird mit diesen Instrumenten neben der diagnostischen auch die differentialdiagnostische Abklärung.

⇒ **Differentialdiagnose**

Angstsyndrome sind phänomenologisch ausgesprochen vielgestaltig und häufig charakterisiert durch eine Kombination von ängstlichem Affekt und begleitenden körperlichen Mißempfindungen, die zu erheblichen differentialdiagnostischen Problemen führen können. Dies vor allem auch deshalb, weil Patienten mit Angstsymptomatik, wie im vorigen Abschnitt erwähnt, dazu tendieren, in der ärztlichen Sprechstunde zunächst ihre somatische Symptomatik in den Mittelpunkt zu stellen. So können beispielsweise Patienten mit Panikstörung in unbewußter Verwertung ihres jeweils individuellen medizinischen Wissensstandes ein lehrbuchmäßiges Bild eines Herzinfarktes imitieren (*Bandelow, 1999*). Am Beginn einer differentialdiagnostischen Abklärung steht gewiß die somatische Ausschlußdiagnostik (*Bandelow, 1997, 1999* u. a. Autoren). Parallel muß jedoch auch gegen andere psychische Erkrankungen abgegrenzt werden. Bei einer sozialen Phobie ist z. B. eine extreme Schüchternheit oder eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10, F60.6) auszuschließen. Erschwert wird die Differentialdiagnostik ferner durch die sich zum Teil überlappende Symptomatik innerhalb der einzelnen Angststörungen selbst oder durch Sekundärkomplikationen wie dem übermäßigen Gebrauch des durchaus potenten Anxiolytikums Alkohol („Das Über-Ich ist in Alkohol löslich“, *Bandelow, 1999*), der eine zugrunde liegende Angsterkrankung kaum oder überhaupt nicht mehr erkennen läßt. Die im Abschnitt „Sekundäre Angst“ aufgeführten psychiatrischen Störungen sind manchmal nicht als differentialdiagnostisch abzugrenzende Einheit, sondern eher als komorbide Störungen zu betrachten.

⇒ **Komorbidität**

Komorbidität, nach *Wittchen (1993)* „das Auftreten von mehr als einer spezifisch diagnostizierbaren psychischen Störung bei einer Person in einem definierten Zeitintervall“, ist bei Angststörungen häufig. In der aktuellen Literatur werden bei Angsterkrankungen vor allem Komorbiditäten innerhalb der primären Angsterkrankungen selbst sowie mit Depression, Suizidalität oder Alkohol- resp. Medikamentenmißbrauch genannt (vgl. *Bronisch, 1995b; Kasper, 1999*). Je nach Ausprägungsgrad der einen oder anderen Störung sind die Übergänge fließend, d. h. Vollbilder von zwei Störungen nebeneinander sind eher selten, da das Symptomenmuster einer Störung meist überwiegt. Besonders deutlich wird dies nach *Kasper (1999)* in der häufigen Assoziation zwischen Angst und Depression mit einer engen

Interaktion gegenseitiger oder auch gemeinsamer Symptomatik. So findet sich bei ca. 2/3 der depressiven Patienten eine allgemeine Besorgnis, die meist als Zukunftsangst zum Ausdruck gebracht wird, bei 60 % finden sich körperliche Angstsymptome („larvierte Depression“) und ca. 30 % der Depressiven berichten über charakteristische Panikattacken (*Kasper, 1999*). Umgekehrt erfüllen in epidemiologischen Studien zwischen 32 und 50 % aller Probanden mit Panikstörungen die Kriterien einer Major Depression bei Langzeitdiagnosen, wobei die Depression meist nach dem Auftreten der Panikattacken in Erscheinung tritt (*Wittchen & Essau, 1993a*). In diesem Zusammenhang ist momentan noch die Frage ungeklärt, ob eine Depression eine sekundäre Komplikation einer Angsterkrankung darstellt, dies vor allem vor dem Hintergrund eines späteren Häufigkeitsgipfels bei Depressionen (i. d. R. jenseits des 30. Lebensjahres) gegenüber dem der Angsterkrankungen.

Ein erhebliches Komorbiditätsmuster ist das zwischen den einzelnen Angsterkrankungen selbst. Nach *Perkonig & Wittchen (1995)* erfüllen mehr als 50 % aller Patienten mit zumindest einer Angststörung auch die Kriterien für mindestens eine weitere. *Magee et al., (1996)* fanden, daß fast alle Angststörungen signifikant miteinander assoziiert sind. So ist beispielsweise das Risiko einer Person mit einer generalisierten Angststörung eine Agoraphobie zu entwickeln, 5,8 mal höher als bei Personen ohne eine generalisierte Angststörung. Besonders häufig treten jedoch beispielsweise spezifische Phobien mit sozialen Phobien oder, wie nicht anders zu erwarten, Panikstörungen mit Agoraphobien auf.

Bezüglich Suizidalität finden sich nach *Bronisch (1995b)* in neueren epidemiologischen Studien Hinweise für ein erhöhtes Suizid- und Suizidversuchsrisiko für Probanden mit einer Panikstörung, während es zu den anderen Angsterkrankungen kaum Studien unter dem Aspekt Suizidalität gibt (*Wolfersdorf & Straub, 1995*). Gründe hierfür sehen die Autoren zum einen darin, daß in die diagnostischen Kriterien für Angststörungen keine Suizidalität eingeht, zum anderen darin, daß sich in den von der WHO definierten Suizid-Risikogruppen kein Hinweis auf eine Angstklientel findet. Zur Beurteilung eines Suizidrisikos ist es jedoch von Bedeutung, ob ein gleichzeitiges Vorliegen von Angst und Depression bekannt ist. Nach *Angst & Hochstrasser (1994)* und *Kasper (1999)* ist bei voller Ausprägung einer Angsterkrankung und einer Depression die Häufigkeit eines Suizidrisikos mit ca. 33 % anzunehmen (bei einem Risiko von etwa 5 % im Bevölkerungsdurchschnitt), eine „Angststörung und Depression, gemischt“ (ICD-10, F41.2) ist noch mit einem Suizidrisiko von ca. 16 % behaftet. Alkohol- und Medikamentenmißbrauch bei Angsterkrankungen ist häufig (bis zu 40 % bei Patienten mit Panikstörung in der Münchner Follow-up-Studie, *Wittchen & Essau, 1993a*), vor allem eine sekundäre Abhängigkeit als Folge einer primären Angsterkrankung, wenn der

Patient oder die Patientin diese Substanzen benutzt, um im Sinne eines Selbstheilungsversuchs die Symptomatik seiner Erkrankung zu lindern. Im gleichzeitigen Auftreten von Angststörung und Alkohol- resp. Medikamentenabhängigkeit sehen *Buller & Winter* (1995) beide Störungen möglicherweise als Folge eines gemeinsamen Faktors an, wie einem traumatisierendem, lebensverändernden Ereignis oder einer Phase mit langanhaltendem und vermehrtem Streß. Besonders häufig ist dabei eine Mißbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik bei Patienten mit Panikstörung, Agoraphobie und Sozialer Phobie zu beobachten (vgl. *Buller & Winter*, 1995).

Es ist leicht ersichtlich, daß Komorbiditäten im allgemeinen, insbesondere jedoch Multimorbiditäten, den Verlauf von Angsterkrankungen erheblich komplizieren und bei nicht oder zu spät erfolgter Diagnose chronisch werden läßt, was eine adäquate Therapie nur zusätzlich erschwert, wenn nicht gar unmöglich werden läßt.

2.2.4 Epidemiologie und Verläufe

Die Bedeutung der Epidemiologie für die Grundlagen- resp. klinische Anwendungsforschung wird offensichtlich, wenn man berücksichtigt, daß sich nur ein Bruchteil der Personen, die unter Angststörungen leiden, an Einrichtungen der Gesundheitsversorgung wendet und sie aktuell beansprucht (*Perkonigg & Wittchen*, 1995). Eine zusätzliche Bedeutung erlangte die Epidemiologie psychischer Störungen in den vergangenen Jahren durch die Einführung neuerer Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM-IV), die eine größere Spezifität bei der Diagnose ermöglichen, sowie der Entwicklung von reliablen und validen diagnostischen Erfassungsinstrumenten wie standardisierten Interviews, die einen direkten Vergleich zwischen verschiedenen Studien zulassen. Durch die Entwicklung neuerer komplexer Forschungsdesigns können ferner neben Querschnittsprävalenzen sogenannte „Lifetime-Prävalenzen“ abgeschätzt werden. Eine Auswertung umfangreicher Studien zur Prävalenz von Angsterkrankungen (ohne posttraumatische Belastungsstörung, ängstliche Anpassungsstörungen, organisch bedingte- oder subklinische Angstsyndrome) lassen in der Allgemeinbevölkerung eine Lebenszeitprävalenz von etwa 15 % erkennen (*Perkonigg & Wittchen*, 1995).

Eine zusammenfassende Darstellung zu den Lifetime-Prävalenzen der einzelnen Angststörungen zeigt *Tabelle 2.4.*, wobei die soziale Phobie mit einer mittleren Lifetime-

Prävalenz von ca. 11 % die mit Abstand häufigste Störung ist, gefolgt von den Kategorien der spezifischen Phobie, der posttraumatischen Belastungsstörung, der generalisierten Angst sowie der Agoraphobie und Panikstörung. Die in der Tabelle in Klammern aufgeführten Werte für Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und „Angst und Depression, gemischt“ (MAD) sind im Gegensatz zu den anderen darin genannten Angststörungen nicht hinreichend gesichert, da sie nur einer Quelle (PTBS → *Kessler et al.*, 1994; MAD → *Wittchen & Essau*, 1993b) entstammen.

Tab. 2.4. *Prozentuale Häufigkeit der Angsterkrankungen in der Allgemeinbevölkerung; zusammenfassende Darstellung der Lifetime-Prävalenzen*

Diagnose	Lifetime-Prävalenz (%)	
	Range	Median
Panikstörung (DSM-III-R)	3,2 - 3,6	3,6
Agoraphobie	2,1 – 10,9	5,4
Spezifische (einfache) Phobie	4,5 – 11,3	8,6
Soziale Phobie (DSM-III-R)	11,3 – 16,0	11,3
Generalisierte Angststörung	1,9 – 31,1	5,1
PTBS	(7,8)	7,5
MAD	(1,0)	1,0

PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung, MAD = Mixed-Anxiety Depression (ICD-10), die dazugehörigen Werte in Klammern sind nicht hinreichend gesichert (siehe Erläuterungen im Text)

Quelle: *Perkonigg & Wittchen* (1995) und *Kasper* (1999)

⇒ Risikofaktoren von Angststörungen

Der Begriff Risikofaktor sollte nicht kausal, sondern eher assoziativ im Sinne einer statistisch signifikanten Erhöhung der Auftretenswahrscheinlichkeit bei den jeweiligen Störungen aufgefaßt werden. In diesem Sinne basieren die nachfolgenden Befunde zum überwiegenden Teil auf der zusammenfassenden Darstellung von *Perkonigg & Wittchen* (1995).

Bei **geschlechtsspezifischen Unterschieden** gilt es als gesichert, daß Angststörungen bei Frauen ungefähr doppelt so häufig auftreten wie bei Männern. Dies trifft vor allem auf die

gegenüber Männern deutlich erhöhte Lebenszeitprävalenz bei Agoraphobien, einfachen Phobien und generalisierten Angststörungen zu. Weniger bedeutende, aber dennoch nachweisbare Unterschiede in die gleiche Richtung finden sich bei sozialen Phobien und Panikstörungen.

Wie im Abschnitt „Phänomenologie“ bereits angedeutet wird bezüglich des **Risikoalters** für die meisten Phobien ein Ersterkrankungsalter in der Kindheit oder frühen Adoleszenz, für generalisierte Angsterkrankungen und Panikstörungen ein deutlich höheres mittleres Ersterkrankungsalter von 25 bis 30 Lebensjahren angegeben. So beginnen spezifische und soziale Phobien in der Regel vor dem 20. Lebensjahr, während Agoraphobien deutlich später (25 – 30) beginnen. Weiterhin scheint sich abzuzeichnen, daß die generalisierte Angststörung eher eine Erkrankung des höheren Lebensalters darstellt.

Im Zusammenhang mit dem **Familienstand** werden höhere Raten für Panikstörungen, Agoraphobie, soziale und einfache Phobien bei getrennt lebenden, geschiedenen und verwitweten Personen berichtet. Dies im Gegensatz zu Verheirateten, Alleinlebenden oder Nieverheirateten.

Unterschiede zwischen **ländlichen und städtischen Bezirken** sowie hinsichtlich des **Berufsstandes** fanden sich in der Auswertung der oben erwähnten Autoren nicht. In der Bewertung **kritischer Lebensereignisse** scheinen bedrohliche Ereignisse insbesondere kritisch für Angststörungen zu sein, während Verlustereignisse eher mit Depressionen verknüpft sind.

⇒ **Verläufe von Angststörungen**

Bei einem großen Teil der Erkrankungen besteht eine Tendenz zur Chronifizierung bei niedrigen Remissionsraten, insbesondere wenn die Störung nicht behandelt oder zu spät erkannt wird (siehe obigen Abschnitt “Diagnostik“). *Blazer et al.* (1991) berichteten, daß über 40% der Personen mit generalisierten Angststörungen seit mehr als fünf Jahren, mehr als 10% seit mehr als 20 Jahren an ihrer Störung erkrankt waren. Der Mittelwert für die Dauer von Panikstörungen (bei remittierten Fällen) wird bei *Perkonigg & Wittchen* (1995) mit 7,1 Jahren angegeben, Phobien haben eine längere Dauer von 15,4 Jahren. Als gravierendstes Verlaufsrisiko werden bei Angsterkrankungen die Entwicklung von Komorbidität, insbesondere der zeitlich sekundären Entwicklung von Depressionen, Substanzmißbrauch und –abhängigkeit sowie weiterer Angstprobleme, angesehen.

⇒ Psychosoziale Beeinträchtigung

Magee et al. (1996) konnten nachweisen, daß im Schnitt über 30 % der Patienten mit Agoraphobien, spezifischen Phobien und sozialen Phobien massive psychosoziale Einschränkungen aufweisen. In der Untersuchung von *Perkonig & Wittchen* (1995) wird deutlich, daß Personen mit Panikstörungen ebenfalls einem wachsenden Risiko psychosozialer Beeinträchtigungen ausgesetzt sind, insbesondere bei der Entwicklung sekundärer Depressionen innerhalb komorbidity Strukturen. Im Kontext zu psychosozialen Auswirkungen bei Angststörungen und damit vergesellschafteter Depressionen gibt es nach *Kasper* (1999) insofern Unterschiede, als beispielsweise Patienten mit einer Panikstörung wegen der dabei oft gleichzeitig auftretenden Agoraphobie im Rahmen des ausgeprägten Vermeidungsverhaltens ihre Wohnung kaum noch verlassen. Trotzdem werden diese Menschen meist von ihren Lebensgefährten unterstützt und führen ein normales Sexualleben. Im Gegensatz dazu haben depressive Patienten in vielen psychosozialen Bereichen Schwierigkeiten, leiden an Libidoverlust, sind reizbar und kapseln sich ab, was sich dann in einem gestörten Verhältnis zu Lebensgefährten und Kindern äußert. Je mehr bei depressiven Patienten Antrieb und Engagement nachlassen, desto mehr ziehen sie sich gesellschaftlich zurück. Das Kennzeichen der Depression ist daher im Unterschied zu den Angststörungen eine Beeinträchtigung in allen Lebensbereichen.

2.2.5 Ätiologie – Modelle

Modelle im Sinne von Theorien zur Entstehung von Angststörungen versuchen die Ursachen und Pathogenese dieser Erkrankungen zu erklären, woraus sich konsequent verschiedene Therapieindikationen ableiten lassen. So wird die Angstentstehung heute eher multifaktoriell als ein komplexes Zusammenspiel vieler personeninterner und externer Faktoren verstanden (*Lieb & Wittchen*, 1998b; *Rahn*, 1999 u. a.). Neben (neuro-)biologischen Ansätzen lassen sich hierbei psychologische Ansätze formulieren. Bei den letzteren wird die Angstentstehung von verschiedenen theoretischen Positionen der Psychologie unterschiedlich beurteilt, worauf im folgenden durch die Vorstellung der psychoanalytischen und kognitiv-behavioristischen Theorien etwas näher eingegangen werden soll. Die neurobiologischen Ansätze werden hierbei kurz skizziert.

2.2.5.1 Psychoanalytische Modellvorstellungen

Bereits *Freud* unterschied zwischen der *Realangst* als einer Furcht vor einer objektiv drohenden Gefahr und der *neurotischen Angst* als eine unbestimmte Angst, die er als eine Reaktion auf eine innere Gefahr auffaßte. Im Abstand von etwa 30 Jahren entwickelte *Freud* zwei Angsttheorien: in seiner ersten (*Freud*, 1895) ging er davon aus, daß Angst durch die Unterdrückung (Verdrängung) unbewußter Impulse, meist libidinöser Art, entsteht. Im Gegensatz zu *Psychoneurosen* faßte er hierbei die *Angstneurose* in *Aktualneurosen* mit überwiegend körperlicher Symptomatik (heute Panikattacken) zusammen. Nach heutiger Einschätzung (u. a. *Hoffmann & Hochapfel*, 1995) umfaßt die Angstneurose die phänomenologisch aktuellen Bilder der Panikstörung und generalisierten Angststörung.

Die auch noch aktuell gültige zweite Angsttheorie (*Freud*, 1926) besagt, daß Angst die Funktion eines Signals, einer Warnung vor einer antizipierten Gefahr, haben kann. Diese *Signalangst* soll als ein schwächerer nicht lähmender Angsteffekt Abwehrmechanismen mobilisieren, um zu verhindern, daß es zu einer überwältigend-intensiven und damit potentiell traumatischen Angst kommen kann. Der *Signaltheorie* liegt die dreiteilige *Strukturhypothese* mit den Instanzen *Es*, *Ich* und *Über-Ich* zugrunde, wobei das *Ich* eine vermittelnde Organisation zwischen den Forderungen von *Es*, *Über-Ich* und Realität darstellt. Wenn das *Ich* mit einem der drei Bereiche in Konflikt gerät, produziert es Angst „Das *Ich* ist die eigentliche Angststätte“ (*Freud*, 1926). Im Gegensatz zu *Freuds* erster Angsttheorie läßt sich die zweite dahingehend zusammenfassen, daß einerseits die Angststätte nicht mehr das *Es*, sondern das *Ich* ist, andererseits nicht die Verdrängung starker Triebimpulse Angst erzeugt, sondern umgekehrt ist Angst auf der Basis unbewältigter Konflikte jetzt die Voraussetzung der Verdrängung oder anderer Abwehrmechanismen.

Aus entwicklungspsychologischer Perspektive muß nach *Senf* (1996) jeder Mensch von Geburt an lernen, aus einer primär diffusen, ungerichteten Angst eine konkrete gerichtete und zweckdienliche Angst zu entwickeln. Dieser Prozeß der Bewältigung primär diffuser Angst durch konkretisierende Angstbindung gehört zu den Entwicklungsaufgaben des Individuums, sein Gelingen ist einer der Maßstäbe für die sich entwickelnde *Ich*-Stärke. Auf der Basis phasenspezifischer Konflikte können sich nach *Freud* (1926) nacheinander folgende phasentypische Ängste entwickeln: zunächst die Hilflosigkeit des Säuglings, gefolgt von Ängsten der frühen Kindheit vor Verlust des Objekts, zu dem eine existentielle Abhängigkeit besteht (Trennungsangst) mit einer daraus resultierenden Vernichtungsangst. Dies geschieht

vor dem Hintergrund einer frühen noch relativ schwach ausgeprägten Ich-Entwicklung. Ängste vor Liebesverlust treten dann auf, wenn das Individuum schon sicher zwischen Selbst- und Objektwelt unterscheiden kann, während Kastrationsängste resp. Ängste vor körperlicher Verstümmelung innerhalb der ödipalen Phase auftreten. Bei der Über-Ich-Angst der Latenzzeit schließlich handelt es sich um eine reife Angstform bei weit fortgeschrittener Ich-Struktur mit der Internalisierung elterlicher Gebote und Verbote.

Ein Kernstück der psychoanalytischen Neurosentheorie besteht nach *Bassler & Hoffmann* (1997) darin, daß bei keiner adäquaten Bewältigung dieser phasentypischen Konflikte in der Kindheit eine anhaltende Vulnerabilität auch im Erwachsenenalter bestehen bleibt, vergleichbare Konfliktkonstellationen unbewußt aus infantiler Perspektive zu erleben. Dabei bricht letztendlich (infantile) Angst als Affekt durch, vor allem vor dem Hintergrund eines nicht mehr ausreichenden Abwehrmechanismus oder neurotisch angstbindender Symptombildung.

In neueren Ansätzen zur Pathogenese von Angsterkrankungen unterscheiden *Hoffmann & Bassler* (1992), ausgehend von der Signalangsttheorie, ein Konflikt- und Strukturschwäche-Modell, dem sie das von *Bowlby* (1976) entwickelte ethologische Angstmodell hinzufügen.

Das Modell des (Triebabwehr-)Konfliktes geht von einer gestörten Erlebnisverarbeitung aufgrund eines unbewußten Konfliktes aus. Bestimmte Affekte, vor allem sexueller oder aggressiver Art, geraten mit dem Über-Ich in Konflikt, lösen Angst aus und müssen deshalb abgewehrt werden, beispielsweise durch Verschiebung. Dieses Modell bildet die Erklärungsgrundlage der spezifischen resp. isolierten Phobien. Die phobische Angst ist ursprünglich eine innere Angst gegenüber verbotenen Wünschen oder verpönten Impulsen, die dann gewissermaßen projektiv nach außen verlagert wird (auf ein Objekt oder eine Situation), wobei sie aber als nunmehr externalisierter angstausslösender Stimulus erfolgreich vermeidbar ist.

Das Strukturschwäche- resp. Entwicklungsdefizit-Modell eignet sich zum Verständnis der generalisierten Ängste sowie der Panikstörungen und Agoraphobien, die nach *Hoffmann & Hochapfel* (1995) und *Hoffmann & Bassler* (1997) als Sonderformen der Angstneurose aufzufassen sind. Bei diesem Modell geht man von einer unzureichenden Reifung bzw. Strukturierung des Ichs aufgrund frühtraumatischer Erfahrungen, Entwicklungsdefiziten oder konstitutioneller Gründe aus, die eine integrierende Verarbeitung ursprünglich infantiler Ängste (s. o.) verhindert. Damit können schon kleinere innere oder äußere Bedrohungen vom

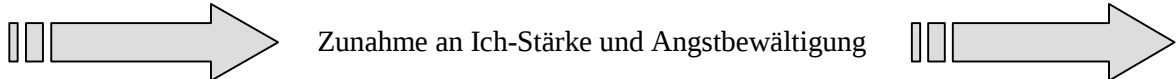
schwachen Ich nicht mehr gebunden, verarbeitet oder bewältigt werden und führen unmittelbar zum Angstaffekt. *Hoffmann* zeigt 1994 ein auf die Ich-Struktur bezogenes Modell der Organisiertheit von Ängsten: gut organisierte Angstsymptome wie Phobien mit z. T. weitreichenden angstfreien Phasen korrelieren demnach positiv mit einer entsprechend entwickelten Persönlichkeitsstruktur, die bessere Möglichkeiten zu einer Selbst- und Fremdwahrnehmung und angemessener Abwehr oder flexibler Bewältigung beinhaltet. Im Gegensatz dazu basiert die kaum sistierende diffuse und freiflottierenden Angst der Angstneurose auf einer wenig entwickelten Ich-Struktur (siehe *Tabelle 2.5.*). Auf den Punkt gebracht: je ausgeprägter der Grad der Ich-strukturellen Schwäche, um so geringer die Möglichkeiten der Angstbindung durch das Ich (*Bassler & Hoffmann, 1997*).

Bowlby (1976) schließlich betont in dem von ihm stammenden ethologischen Angstmodell die Bedrohung des Verhaltenssystems „Bindung“ für die Angstentwicklung. Wenn das evolutionär konstituierte Bindungsbedürfnis bedroht erscheint, entwickelt das entsprechend disponierte Individuum reflektorisch den Affekt der Angst. Im Rahmen einer traumatisch belasteten Kindheit spricht *Bowlby* von „bindungsunsicheren“ Menschen, die in der frühen Kindheit die Sicherheit stabiler und Halt gewährender, warmherziger Beziehungen zu den primären Bezugspersonen entbehren mußten. Insbesondere Trennungserlebnisse oder schwere Deprivationserfahrungen in der für solche Entbehrungen vulnerablen Zeit führen zu oft tiefgreifenden Unsicherheiten in der Beziehungsaufnahme und –unterhaltung dieser Angstpatienten.

Hoffmann & Bassler (2000) und *Bassler & Krauthauser* (1998) bezeichnen die drei vorgestellten Modelle als Signalangsttheorien I-III. Beim Konfliktmodell fungiert demnach Angst als Signal einer bedrohlichen intrapsychischen Gefährdung, indem Angst als neurotisch-suboptimale Konfliktlösung bei überschrittenen Abwehrmöglichkeiten resultiert. Im Strukturschwächemodell entsteht Angst in Krisensituationen als Signal dafür, daß das Ich wegen seiner Schwäche der antizipierten situativen und psychischen Belastung nicht gewachsen ist, und in dem ethologischen Angstmodell nach *Bowlby* ist Angst ein Signal dafür, daß das Bindungsverhalten bedroht ist.

Einen Überblick zur Psychodynamik der einzelnen Angsterkrankungen zeigt die zusammenfassende *Tabelle 2.5.* von *Tress, Scheibe & Reister* (1995), die darüber hinaus die o. e. Zunahme der Ich-Stärke und die damit verbundene Verbesserung (Organisiertheit) der Angstbewältigung berücksichtigt.

Tab. 2.5. Überblick zu psychodynamischen Konzepten bei Angsterkrankungen

	Generalisierte Angststörung	Panikstörung ± Agoraphobie	Isol. Panikst. / Herzphobie	Einfache und soziale Phobie
Angsterleben	- frei flottierend - Zerfall fragiler Objektrepräsentanz in archaische Partial-Objekte —	- „grundlose“ Angst- anfälle u./o. körperl. Äquivalente - Angst vor Verlust des sicheren Terrains, der Hintergrundmutter Vermeidung (der Schutzlosigkeit)	- Somatisierung - Todesängste - Angst vor Trennungs- aggression —	Angst vor Verlust von Liebe des Objekts, vor Beschämung, vor Verlust der Selbstkontrolle Vermeidung (des Angstobjekts)
Abwehr	(Abwehr mißlungen)	Projektion	Magische Inkorporation	Verschiebung
Internalisierte Objektbeziehungen	verfolgendes und vernichtendes Objekt	steuerndes Objekt als „Ich-Prothese“	- dyadische Beziehung Symbiose versus Autonomie	Sicherung der Objektliebe
Interaktion	Suche nach realer integrierend beruhigender Schutzfigur	ängstlich-anklammernd, anal-sadistisch, Distanz zum Dritten	Klammern versus Autonomie	Suche nach Orientierung („Leuchtturm“)
Entwicklung: Störungsphase Mutterbeziehung	- Achtmonatsangst - überängstliche und verunsichernde Mutter hält Kind in Abhängigkeit	- Wiederannäherung - ängstlich-anklammernde oder distanzierte Mutter	- präödipale Triangulierung - dominierende vs. ängstliche sowie verwöhnend einengende Mutter, symbiotische Bindung	Ödipuskomplex
 Zunahme an Ich-Stärke und Angstbewältigung				

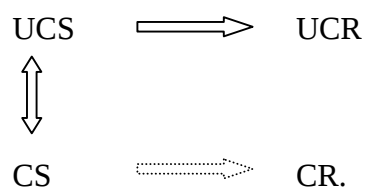
Quelle: Tress, Scheibe & Reister (1995)

Eine sehr aktuelle psychodynamisch-valide Theorie zur Pathogenese von Ängsten ist das von Hoffmann & Bassler (2000) sowie Hoffmann & Hochapfel (1995) skizzierte und von Shear et al. 1993 entwickelte Modell der Panikstörung. Demnach wird bei einem Individuum von einer angeborenen neurophysiologischen Erregbarkeit ausgegangen, die in früher Wechsel-

beziehung mit den ersten Bezugspersonen (v. a. einem angstmachenden Elternverhalten) zu einer gestörten Entwicklung von Objektbeziehungen, Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Konflikten und eingeschränkter Entfaltung von Ich-Funktionen (z. B. unzureichende Abwehrmechanismen) führt. Durch eine erhöhte Frequenz und Intensität negativer Affekte kommt es zu einer Zunahme der neurophysiologischen und psychologischen Vulnerabilität und damit zu einer Zunahme der neurophysiologischen Sensibilität. Vor dem Hintergrund dieser Aktivierung kann dann schließlich durch äußere oder innere (z. B. enterozeptive) Reize eine initiale Angstattacke getriggert werden, die häufig am Beginn einer persistierenden Panikstörung steht.

2.2.5.2 Kognitiv-behavioristische Modellvorstellungen

Die behavioristische Theorie geht von der Annahme aus, Angst sei eine erlernte Reaktion (Response = R) auf einen angstausslösenden Reiz (Stimulus = S). In den verhaltens-theoretischen Modellen zur Genese von Ängsten spielen nach *Reinecker* (1998) konditionierungstheoretische Annahmen eine zentrale Rolle. Im Modell der klassischen Konditionierung (vgl. *Pawlow*, 1927; *Watson*, 1916) resultieren phobische Ängste aus einer problematischen Kopplung nach dem Muster einer angeborenen Reiz-Reaktions-Verbindung (unconditional, unbedingt, U) und einem erlernten Reiz-Reaktion-Muster (conditional, bedingt, C):



[UCS = unbedingter Stimulus, CS = bedingter Reiz, UCR = unbedingte Reaktion, CR = bedingte Reaktion]

Grundlegendes Merkmal dieser Konditionierung ist, daß ein angeborener unbedingter Reflex (z. B. Reflexe der Nahrungsaufnahme, Pupillenreflex etc.) mit einem beliebigen anderen Ereignis in der Weise verknüpft wird, daß dieses entweder den ursprünglichen Reflex selbst oder einen damit eng verbundenen Vorgang auslöst. Bedingung seines Zustandekommens sind vor allem ein zeitliches Zusammentreffen beider Ereignisse sowie Wiederholung.

Mittels Aspekten der Operanten Konditionierung wurde dieses Modell von *Mowrer* (1947, 1960) zum sog. Zwei-Faktoren-Modell erweitert: Demnach unterliegen Angstreaktionen deshalb nicht dem Prozeß der Löschung und werden damit aufrechterhalten, weil die Angst-

situation zugleich einen diskriminativen Hinweis für Vermeidungsreaktionen darstellt, wobei die dabei nicht erlebte Angst als negative Verstärkung wirkt. Dieser Mechanismus soll die relative Lösungsresistenz von Phobien erklären. Nach *Reinecker* (1998) sprechen für dieses Modell sowohl klinische Befunde als auch experimentelle Untersuchungen, doch keineswegs alle Phobien werden auf dem Wege der Konditionierung erworben.

Konditionierungsmodelle wurden in neuerer Zeit weiterentwickelt resp. ergänzt. *Seligman* (1971) entwickelte die „Preparedness-Theorie“ mit der zentralen Auffassung, daß nicht alle neutralen Reize geeignet sind, phobische Ängste auszulösen, sondern daß dieser Auswahl ein evolutionäres Prinzip zugrunde liegt. So entwickeln Menschen Phobien vor ganz bestimmten Situationen wie großen Höhen, Spinnen, Schlangen oder spitzen Gegenständen, nicht jedoch vor elektrischen Geräten, Maschinengewehren oder Hosenknöpfen. Dies zeigt sehr deutlich, daß es für das Überleben der Art im prätechnologischen Zeitalter sehr bedeutsam war, vor biologisch relevanten Situationen sehr rasche und stabile Angst- und Vermeidungsreaktionen auszuformen. Diese Theorie besitzt nicht nur hohen Plausibilitätscharakter, sondern wird nach *Reinecker* (1998) auch durch experimentelle Befunde gestützt.

Ein weiteres lerntheoretisches Phänomen ist das der Reiz-Generalisierung (siehe Lehrbücher der Klinischen Psychologie): Angst kann sich hierbei von spezifischen angstausslösenden Merkmalen, Objekten oder Umständen (Ereignis-Kontexten) auf weniger spezifische Reize ausweiten, die dem ursprünglichen Reiz ähnlich oder zeitlich zufällig (kontingent) sind (z. B. Hundephobie wird auf andere Tierarten oder zufällige Begleitumstände ausgeweitet). Eine besonders starke Form der Reizgeneralisierung stellt die Reiz-Substitution (*Steiner*, 1988) dar, bei der der neue angstausslösende Reiz dem ursprünglichen spezifischen nicht mehr ähnlich sein muß (z. B. aus Spritzen-Phobie wird eine Angst vor weißen Arztkitteln). Inwiefern Reize generalisiert werden, hängt vom Ähnlichkeitsgrad der Reize und von der Stärke der Reaktion (dem Ausmaß der Angst) ab. Nach *Lepow & Ferstl* (1998) triggert Vermeidungsverhalten die Reizgeneralisation. Der Generalisierungsgradient ist dabei ein Maß für die Reizverallgemeinerung bei der Konditionierung (*Zapotoczky & Herzog*, 1995). Nach *Sörensen* (1996) kann es zudem zur Reaktions-Generalisierung kommen: eine spezifische Angst-Reaktion wie „Weglaufen“ auf einen spezifischen angstausslösenden Reiz kann sich auf Reaktionen wie Herzklopfen, Bauchschmerzen etc. ausweiten, falls diese Reaktionen durch Erfolg wie z. B. Angstreduzierung verstärkt werden. Dieser „Reaktionsersatz“ kann soweit von der ursprünglich spezifischen Angstreaktion entfernt sein, daß die dahinter stehende Angst kaum mehr zu identifizieren ist.

Nach *Hautzinger* (1999) hat sich ein von *Margraf & Schneider* (1990) präsentierte psychophysiologisches Modell für Panikstörungen und Agoraphobie (siehe Abb. 2.1.) bewährt, das sich an folgenden Entwicklungsschritten orientiert: einem initialen Schlüsselerlebnis im Sinne eines Aufschaukelungsprozesses (siehe unten) folgt eine Phase der Phobophobie mit einer verstärkten Beobachtung der vegetativen Reaktion seitens des Patienten mit Angst vor erneuter vegetativer Entgleisung. Konsekutiv kommt es zu einem Vermeidungsverhalten, das als negativer Verstärker wirkt und schließlich zu einem Anpassungsschritt führt, indem sich der Patient in wichtigen Lebensbereichen mit den Einschränkungen durch die Phobie arrangiert. Beispiele sind Berentung oder die Heirat eines Partners, der bereit ist, kompensatorische Lebensfunktionen auszufüllen.

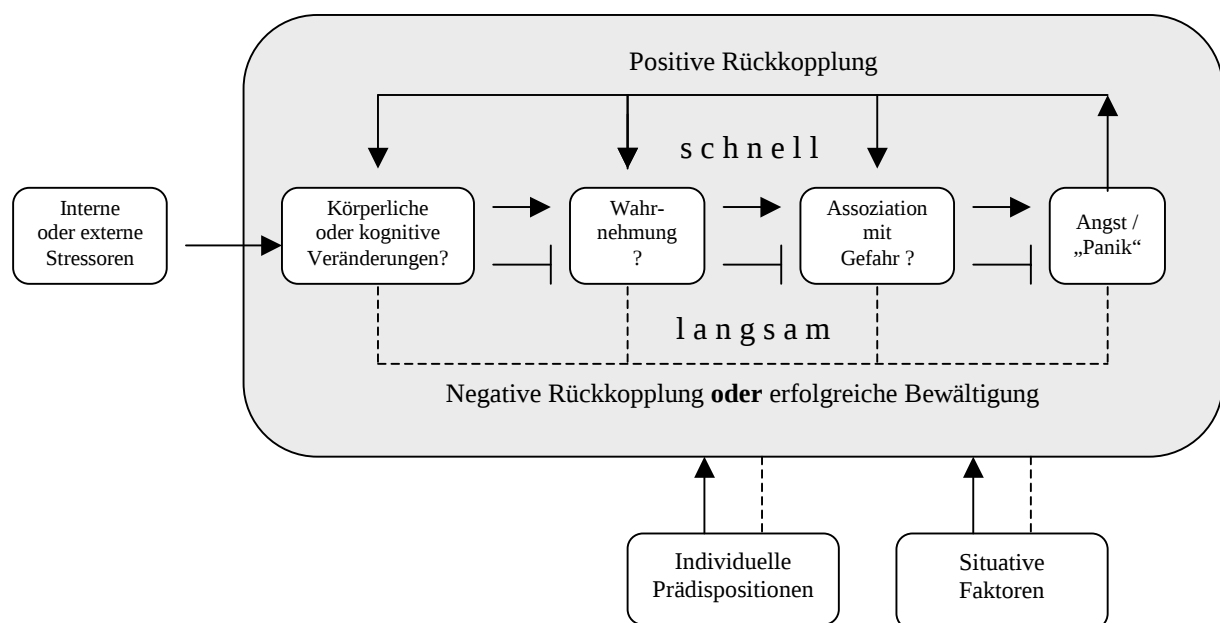


Abb. 2.1. Psychophysiologisches Erklärungsmodell der Panikstörung

Quelle: modif. nach *Margraf & Schneider* (1990) und *Hautzinger* (1999)

Zum Modell: Im Mittelpunkt dieser Theorie steht ein schnell ablaufender positiver Rückkopplungskreis hinsichtlich eines Aufschaukelungsprozesses (siehe durchgezogene Pfeile in Abb. 2.1.), der durch biologische und psychologische Faktoren angestoßen werden kann und in typischer Weise mit körperlichen oder kognitiven Veränderungen beginnt. Die Veränderungen werden von den Personen wahrgenommen und – in Abhängigkeit von der Situation, den früheren Erfahrungen resp. Persönlichkeitseinflüssen – mit Gefahr assoziiert.

Diese Katastrophisierungen führen dann rasch zu Panik und weiteren Angstsymptomen, die sich wiederum in körperlichen Symptomen zeigen. Die Wahrnehmung dieser Angstsymptome bestärkt die Katastrophisierungstendenzen und fördert die Selbstaufmerksamkeit. Anstoßende und triggernde Faktoren sind: interne und externe Stressoren wie Ärger, Konflikte, körperliche Beanspruchung etc., individuelle physiologisch-psychologische Prädispositionen (z. B. Angstneigung, Traumatisierungen, Neurotransmitterstörungen etc.) sowie situative Faktoren wie Alleinsein, risikoreiche Situationen oder Berichte in den Medien.

Negative, also gegensteuernde Rückkopplungsprozesse (gestrichelte Linie in *Abb. 2.1.*) gehören zu unserer biologischen Ausstattung, wirken ebenfalls an und auf jede Komponente, sind jedoch vergleichsweise langsam. Sie führen zur Angstreduktion. Beispiele dafür sind Habituation, selbstbegrenzende homöostatische Prozesse, kognitive Umbewertung oder verfügbare Bewältigungsstrategien. Diese beruhigenden, in natürlicher Weise vorkommenden adaptiven Prozesse werden nach *Hautzinger* (1999) zur Basis der Angstbehandlung in der Überwindung unbegründeter Angstzustände und Panikstörungen gemacht. Das Modell ist nach *Margraf & Schneider* (1996b) empirisch belegt. Weniger gut geklärt ist jedoch die Genese des allerersten Panikanfalls, die nach Aussagen der Autoren auf eine unspezifische genetische Vulnerabilität sowie auf gemeinsame kognitive Merkmale mit den Eltern von Panikpatienten hindeuten.

Kognitionstheoretische Ansätze deuten Angst als Folge von Erwartungen und Bewertungen bestimmter Situationen. Angst gilt demnach als das Ergebnis einer bedrohlichen Situationseinschätzung.

Die Arousal-Bewertungstheorie von *Schachter & Singer* (1962) definiert Angst, wie alle menschlichen Emotionen, als Produkt kognitiver und physiologischer Faktoren. Auf eine unspezifische physiologische Erregung (Arousal) folgt eine Bewertung der Ursache, wobei die Kognition die Emotionsqualität bestimmt. Nach dieser Theorie ist Angst nur denkbar als die kognitive Deutung physiologischer Erregung. Unbeantwortet ist die Frage, warum es zu körperlicher Erregung kommt, bevor eine Situation kognitiv als Gefahr eingeschätzt wird (*Sörensen*, 1996).

Im kognitiv-emotionalen Prozeßmodell von *Lazarus* (1966; *Lazarus & Folkman*, 1984 u. a.) wird eine Emotion als Angst angesehen, wenn die Bewertung dieser Situation zur Einschätzung einer möglichen Bedrohung führt. Hierbei stellt Angst die Begleitemotion eines mehrphasigen und kontinuierlichen Kognitionsprozesses in Interaktion zur Umwelt

(Transaktion) dar, der ausgelöst wird durch antezedente Bedingungen wie Situationsanforderungen oder Persönlichkeitsvariablen. In diesem Prozeß unternimmt das Individuum zunächst eine Situationsbewertung (primary appraisal), ob die Situation eine persönliche Bedrohung darstellt. Der dabei erlebte Streß ist Folge dieser Bewertung. Der zweite Schritt besteht in einer Bewertung möglicher Reaktionen zur Bewältigung (coping) der Situation (secondary appraisal), wobei geklärt wird, welche Bewältigungsmechanismen für das Individuum verfügbar sind. Wird hierbei die persönliche Handlungskompetenz in der Bedrohungssituation subjektiv negativ eingeschätzt, entsteht Angst. Bewältigungsversuche durch Informationssuche, direkte Aktion, Aktionshemmung oder intrapsychische Prozesse resp. Veränderungen der äußeren Situation lassen über eine Neubewertung (reappraisal) den gesamten Prozeß, beginnend mit der Situationsbewertung, wiederholt ablaufen. Nach *Reinecker* (1998) besticht diese Theorie durch ihre Plausibilität einerseits und durch ihre Komplexität andererseits, was die empirische Prüfung erschwert, so daß die Frage ihrer Übertragbarkeit auf klinisch relevante Ängste noch offensteht. *Sörensen* (1996) sieht in dem Modell eine Herabstufung von Angst zu einem Nebenprodukt einer bloßen Begleitemotion, obwohl Angst geradezu handlungsleitend sein kann, indem sie die gesamte Wahrnehmung, das Denken, Entscheiden und Handeln beeinflusst.

Zu weiteren Aspekten kognitiv-behavioraler Modellvorstellungen wie z. B. dem Modell-Lernen, Annäherungs- resp. Vermeidungskonflikten oder dem Pro und Kontra bei einzelnen Angsterkrankungen sei auf modellorientierte Lehrbücher der Klinischen Psychologie (z. B. *Reinecker*, 1998) hingewiesen, da ihre Erläuterungen den Rahmen dieser Arbeit bei weitem sprengen würden.

2.2.5.3 (Neuro-)biologische Ansätze

Während früher meistens angenommen wurde, daß Angststörungen lediglich auf Streßsituationen zurückzuführen sind, bei denen sowohl situative Stressoren als auch psychologische Konflikte eine entscheidende Rolle spielen, geht man nach *Kasper* (1999) heute davon aus, daß einige Angststörungen hauptsächlich biologisch determiniert sind und beispielsweise mit genetischen Belastungen oder spezifischen Störungen in den Neurotransmitter-Systemen zusammenhängen. Wichtige Fortschritte für das Verständnis der neurobiologischen Grundlagen von Angsterkrankungen wurden hierbei in den vergangenen

beiden Jahrzehnten erzielt, wobei vor allem die Panikstörung Gegenstand der Forschung war. Entscheidende Impulse gingen dabei von tierexperimentellen, präklinischen, psychopharmakologischen oder bildgebenden Untersuchungen wie z. B. der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) aus. Schwierigkeiten in den Untersuchungen der biologischen Grundlagen ergeben sich nach Sieghart (1995) einerseits darin, daß die Relevanz der aus der tierexperimentellen Forschung stammenden Modelle für die Situation beim Menschen nicht hinlänglich geklärt ist, andererseits darin, daß es verschiedene Formen der Angst gibt, die in der entsprechenden Literatur nicht immer unterschieden wurden.

Schlegel & Mann (1999) unterscheiden bei neurobiologischen Modellen (insbesondere der Panikstörung) zwischen *neuroanatomischen* Modellen sowie dem noradrenergen-, serotonergen- und dem GABAergen System (ihre zusammenfassende Arbeit ist Basis der folgenden Darstellung und wird als Quelle nicht mehr gesondert erwähnt):

⇒ Neuroanatomische Modelle

In den letzten Jahren kristallisierte sich zunehmend heraus, daß die Entstehung von Angst auf der Aktivierung spezifischer Kern- und Projektionssysteme im Gehirn beruht, wobei der zum limbischen System gehörenden Amygdala (Mandelkerne) und deren Übererregbarkeit eine zentrale Bedeutung zukommt. Afferenzen aus dem Thalamus projizieren hierbei direkt oder nach Vorverarbeitung durch den zerebralen Kortex auf die Amygdala, in der potentiell angstausslösende visuelle, auditorische, taktile und kognitive Stimuli sowie viszerosensorische Informationen über den aktuellen Zustand des kardiorespiratorischen Systems verarbeitet werden. Durch ein komplex verschaltetes intraamygdalisches Neuronensystem kommt es nach Integration dieser Eingänge sowie Informationen zum inneren Milieu und langfristiger Gedächtnisinhalte zu einer emotionalen Bewertung seitens der Amygdala (auch unter dem Einfluß von z. T. reziproken Schaltungen zum Hippokampus, präfrontalem Kortex sowie einem aktivierten Stresshormonsystem). In der konsekutiven Aktivierung verschiedener Effektorsysteme mittels efferenter Projektionen zum Hypothalamus, Striatum oder Hirnstamm können motorische, vegetative oder endokrine Reaktionen in Gang gesetzt werden, die schließlich Angstreaktionen auslösen, unterhalten oder modulieren.

⇒ Noradrenerges System (NE)

Die verstärkte neuronale Aktivität insbesondere des Locus coeruleus (LC) als wichtigstem Kerngebiet noradrenerger Neurone konnte tierexperimentell bei Exposition gegenüber angstbesetzten Situationen nachgewiesen werden. Auf eine Beteiligung des noradrenergen

Systems weisen auch pharmakologische Studien hin: durch die Blockade der präsynaptischen α_2 -Adreno-Rezeptoren (z. B. durch Yohimbin) kommt es zu einer verstärkten Freisetzung von Noradrenalin, die bei Gesunden und noch häufiger bei Patienten Panikattacken auslöst und auf eine mögliche Hypersensitivität dieser präsynaptischen Autorezeptoren bei Patienten hinweist. Zudem wird eine Hypersensitivität β -adrenerger Rezeptoren diskutiert, da eine Stimulation mit dem β -Agonisten Isoproterenol anxiogen wirkt und umgekehrt der anxiolytische Effekt trizyklischer Antidepressiva (z. B. Imipramin) auf eine langfristige β -Downregulation zurückgeführt wird. Zu einer Aktivierung des Locus coeruleus (LC) kann es auch durch Glutamat, CO_2 , Bikarbonat, Laktat, Hyperventilation, Cholezystokinin, Coffein oder β -Rezeptorstimulation kommen. Zudem kann über den LC auch die Ausschüttung von Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) getriggert werden, wobei CRH selbst wiederum zu einer Aktivierung des LC und der damit verbundenen Angstentstehung über die noradrenerge Schiene führen kann.

⇒ Serotonerges System (SE)

Die von den Raphekernen ausgehenden serotonergen Bahnen projizieren auf verschiedene an der Verarbeitung angstbesetzter Stimuli beteiligte Strukturen von limbischem System, präfrontalem Kortex und Hirnstamm. Das SE-System enthält neben anxiogenen auch anxiolytische Anteile, wobei für eine SE-Überaktivierung Stimulationsversuche mit SE-Agonisten sprechen, die zu einer Auslösung von Panikattacken bei Patienten führten. Die erhöhte Empfindlichkeit von Panikpatienten auf Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI = selective serotonin reuptake inhibitors) am Beginn der Therapie unterstützt diese Befunde. Auf Rezeptorebene wurde u. a. für diese Effekte eine infolge gestörter SE-Aktivität resultierende Downregulation präsynaptischer SE-1a-Autorezeptoren im Hippokampus und eine Zunahme postsynaptischer SE-2a-Rezeptoren im Kortex verantwortlich gemacht. Erst die längerfristigen adaptiven Mechanismen dieser Rezeptorsysteme führen zu einer auch klinisch relevanten Verbesserung. Durch Verschaltung der serotonergen Raphekerngebiete mit dem noradrenergen System und Projektionen zum Kortex, den Basalganglien, dem Thalamus und der Substantia nigra sollen kognitive und motorische Verhaltenskomponenten moduliert werden. Zudem wird postuliert, daß eine gesteigerte Aktivität dorsaler Raphekerne über SE-2-Rezeptoren im Hippokampus und in der Amygdala antizipatorische Angst und im präfrontalen Kortex katastrophisierende Kognitionen, Dysphorie und Vermeidungsverhalten auslösen können.

⇒ GABAerges System

γ -Aminobuttersäure (GABA) ist der wichtigste inhibitorische Transmitter im Gehirn. Hierbei öffnet GABA die Ionenkanäle der neuronalen Membranen, bewirkt dadurch eine Hyperpolarisation der Neuronen und somit eine Erhöhung ihrer Reizschwelle, wodurch Angst verringert werden kann. Bei Angststörungen geht man von einer Subsensitivität oder erniedrigten Aktivität des mit hoher Dichte im Kortex, der Amygdala, dem Hippokampus und im Cerebellum vorkommenden Benzodiazepin-GABA-Rezeptorkomplexes aus. Weiterhin wird vermutet, daß bei Angstpatienten abnormale endogene Liganden existieren, entweder ein Zuviel an anxiogenen resp. ein Mangel an anxiolytischen Liganden. GABAerge Projektionen inhibieren sowohl serotonerge als auch noradrenerge Kerngebiete, die CRH-Überaktivierung und können zudem viszerosensorisch ausgelöste Panikattacken unterdrücken.

Therapeutisch relevante Ansätze der oben dargestellten Modelle resp. Systeme liegen nach *Schlegel & Mann* (1999) zum einen in der pharmakologischen Stabilisierung der Transmittersysteme, zum anderen interessanterweise in psychotherapeutischen Maßnahmen, die u. a. durch Aktivierung des präfrontalen Kortex supprimierend auf die Amygdala einwirken können.

Zum Abschluß des Kapitels „Ätiologie – Modelle“ sei, wie eingangs dieses Abschnittes bereits erwähnt, nochmals darauf hingewiesen, daß Modelle zur Genese von Angst-erkrankungen zwar ihre Entstehung verstehen helfen, wobei eine Theorie für sich alleine jedoch nicht imstande sein kann, die Entstehung aller Ängste und Phobien zu erklären. Dies vor allem vor dem Hintergrund eines Ursachenbündels, das das gesamte bio-psycho-soziale Spektrum eines Individuums umfaßt. Von der aktuellen Forschungsperspektive her fruchtbar ist nach *Hoffmann & Bassler* (2000) ein multifaktorielles Verständnis zur Ätiologie von Angstkrankheiten, bei dem konstitutionelle, physiologische und psychologische Momente sinnvoll aufeinander bezogen werden, was letztendlich auch Konsequenzen in der nachfolgend beschriebenen Therapie der einzelnen Angststörungen nach sich zieht.

2.2.6 Therapieschemata

Heute existieren für Angsterkrankungen eine ganze Reihe verschiedener, erfolgversprechender Therapieansätze, wobei sich die Frage nach der Auswahl des für den Einzelfall sinnvollsten Vorgehens stellt. Dabei spielen auch Rahmenbedingungen wie die Motivation und Persönlichkeit der Patienten, das Vorliegen zusätzlicher Störungen oder die Verfügbarkeit von Therapieverfahren und Therapeuten eine Rolle.

Nachfolgend werden im Rahmen des gegenwärtigen Forschungsstandes Interventionen aus psychoanalytischer, kognitiv-verhaltenstherapeutischer und pharmakologischer Perspektive in ihrer Wirksamkeit komprimiert dargestellt. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, daß auf einzelne psychoanalytische Methoden resp. kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken nicht explizit eingegangen werden kann. Hierbei sei auf Lehrbücher psychoanalytischer, verhaltenstherapeutischer oder allgemein psychotherapeutischer Sicht verwiesen. Beispiele hierfür sind: *Thomä & Kächele* (1996/1997), *Margraf* (1996a/b), *Linden & Hautzinger* (1996), *Reimer, Eckert, Hautzinger & Wilke* (1996), *Senf & Broda*, (1996), *Ahrens* (1997) und andere. Abgeschlossen wird dieser Abschnitt durch eine Skizzierung des Stellenwerts von Kombinationstherapien, da nach Meinung vieler Autoren heute Angsterkrankungen nicht mehr prinzipiell ausschließlich mit einem einzigen Therapieverfahren zu behandeln sind, sondern eine Integration verschiedener Verfahren und Techniken innerhalb eines Gesamtbehandlungsplanes zu fordern ist. Dieser Forderung kommen die auf entsprechenden Konsensuskonferenzen von ausgewiesenen Experten (Psychiatern, Psychotherapeuten, Pharmakologen) unter Sichtung der aktuellen Literatur erarbeiteten „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen“ (*Dengler & Selbmann*, 2000) nach, die auch Basis der nachstehenden Erörterungen sind.

2.2.6.1 Psychodynamisch (-analytisch) orientierte Therapie

Nach *Bassler* (1999) setzen psychodynamische Therapieverfahren vor allem auf konfliktaufdeckende Behandlungsstrategien. Als wesentliche und bewährte Wirkfaktoren gelten hierbei: eine hilfreiche therapeutische Beziehung zwischen Patient und Therapeut, ein besseres Verständnis für die eigene Persönlichkeit, Verminderung maladaptiver Beziehungskonflikte, größere Toleranz für eigene Gefühle und Motivation für anhaltende Veränderungen der eigenen Person in Verbindung mit verbesserter Introspektionsfähigkeit. Insbesondere die hilfreiche therapeutische Beziehung kommt bei Ich-strukturell schwerer

gestörten Patienten im Sinne einer Hilfs-Ich-Funktion des Analytikers zum Tragen. Dies spielt vor allem bei der generalisierten Angststörung mit ihren diffusen und überdauernden Ängsten eine zentrale Rolle (s. Abschnitt „Ätiologie - Modelle“). Diesen Angsterkrankungen liegt in der Regel eine ausgeprägte Pathologie der Objektbeziehungsfähigkeit zugrunde, was letztendlich zu einer Mißtrauenshaltung in allen zwischenmenschlichen Beziehungen geführt hat, mit der Gewißheit, niemandem vertrauen zu können. Im Vordergrund des therapeutischen Prozesses sollte daher nach *Scheibe & Tress* (2000) sowie zahlreicher anderer analytisch orientierter Autoren eine Nachreifung der defizitären Ich-Funktionen und der damit verbundenen gering ausgeprägten Angsttoleranz stehen. Bei diesen Patienten wäre ein konsequentes Aufdecken von Konflikten zumindest in der Anfangsphase der Behandlung kontraindiziert, da es nach *Senf* (1996) schon durch das Setting (insbesondere beim Liegen ohne Blickkontakt) zur Labilisierung und Retraumatisierung kommen kann. Aufgrund ihrer mangelhaften Angsttoleranz ist zudem diese Patientengruppe relativ anfällig für Medikamenten- resp. Alkoholabusus, weshalb es nach *Bassler & Hoffmann* (1997) zweckmäßig ist, in ausgeprägten Fällen eine stationäre Psychotherapie einer ambulanten vorzuschalten. Vor diesem Hintergrund erscheint klar, daß innerhalb einer längerdauernden Psychotherapie der Prozeß des „Wachsens in der Angstbewältigung“ die meiste Zeit in Anspruch nimmt.

Zur Behandlung von Phobien und leichteren Angstneurosen mit Ich-strukturell stabileren Patienten ist eine fokal orientierte psychodynamische Kurztherapie angezeigt, wobei in einem von *Hoffmann & Bassler* (1995) vorgestellten diesbezüglichen Therapiemanual von einer mittleren Behandlungsdauer von 40-60 Stunden ausgegangen wird. Bezüglich der Therapie von Phobien meinen *Hoffmann & Bassler* (1997), daß eine psychoanalytische Behandlung zu stagnieren oder gar zu scheitern droht, wenn es nicht gelingt, den Patienten zur Aufgabe oder wenigstens Lockerung seiner phobischen Vermeidungshaltung zu bewegen, die auch auf der Ebene der Übertragungsbeziehung resp. freien Assoziation die symptombedingten konflikt-haften Themen auszusparen versucht. Hier sind nach Meinung der letztgenannten Autoren angstkonfrontierende oder übende Elemente in das Behandlungskonzept zu integrieren, was letztendlich *Freud* schon gefordert hat.

Als „the state of the art“ bezeichnen *Hoffmann & Bassler* (2000) in der psychodynamisch orientierten Behandlung von Panikstörungen eine gute Wirksamkeit bei ca. 40 Sitzungen (eine Wochenstunde über ein Jahr verteilt). Voraussetzung ist eine symptomorientierte und auf einen Fokus zentrierte aktive therapeutische Haltung, die auch vom Patienten einen aktiven und konfrontativen Umgang mit seiner Symptomatik fordert. Die Kombination von

Agoraphobie, Panikstörung und unsicherer Persönlichkeitsstruktur mit ausgeprägter Vermeidungstendenz spricht für schlechtere Behandlungsergebnisse, wobei eine Besserung über längere Behandlungssettings zu erzielen sind; dies kann auch für die soziale Phobie gelten, sofern sie deutliche Überschneidungen mit der Angstneurose zeigt. Ansonsten werden insbesondere einfache Phobien nach Ansicht obiger Autoren mit verhaltenstherapeutischen Mitteln effektiver behandelt, vor allem wenn der Patient nicht an der aufdeckenden Klärung der Ursache seiner Ängste interessiert resp. einverstanden ist.

Hinsichtlich der Effektivität resp. dem Wirksamkeitsnachweis psychoanalytischer Therapie bei Angstkrankheiten gibt es wenig empirische Forschung (vgl. *Grawe*, 1992 und *Grawe et al.*, 1994; *Hoffmann & Bassler*, 2000), die in der Vergangenheit fast ausschließlich auf der Vorstellung entsprechender Kasuistiken beruhte, wobei für die Zukunft an einem Nachholbedarf an dokumentierten und effektkontrollierten psychoanalytisch fundierten Behandlungen festzuhalten ist. *Hoffmann & Bassler* (2000) erwähnen in ihrem Beitrag zu dieser Thematik u. a. folgende Studien:

Die „Berliner Psychotherapiestudie“ (*Rudolf et al.*, 1988, 1994) arbeitet bei 348 ambulant und stationär behandelten Patienten (n=264 wurden 3 ½ Jahre nach der Erstuntersuchung katamnestiziert) mit Effektstärken (Mittelwertdifferenz im Vorher-/Nachher-Vergleich dividiert durch die Standardabweichung der Anfangswerte). Unter weitgehender Erfassung von Symptomen der Panikstörungen betrug bei Abschluß der Behandlung die Effektstärke in der Patientenselbsteinschätzung 1.36, wobei es sich nach *Hoffmann & Bassler* (2000) um einen eindeutigen Nachweis in der Effizienz psychoanalytischer Therapie bei Panikstörungen handelt.

Eine weitere mit Effektstärken arbeitende Studie von *Strauß & Burgmeier-Lohse* (1994) mit 31 Patienten nach stationärer Langzeitgruppenpsychotherapie von sechs Monaten ergaben sehr hohe Effektstärken in der Trait-Angst (STAI – *Laux et al.*, 1981): 1. Beginn vs. Abschluß der Therapie, 2. Abschluß vs. Katamnese und 3. Beginn vs. Katamnese: 1.88, 2.88 und 3.98, bei Angstsymptomen im SCL-90 (*Derogatis*, 1977 und *Franke*, 1995): 0.65, 0.40 und 0.53, bei phobischen Symptomen im SCL-90: 0.47, 0.46 und 0.63 (p jeweils < 0.001).

In einer von *Hoffmann & Bassler* (2000) durchgeführten und noch nicht publizierten BMFT-Studie (siehe auch *Bassler & Krauthauser*, 1998) mit 24 stationär/ambulant und 44 nur ambulant über jeweils ca. ein Jahr im Rahmen einer manualgeleiteten psychodynamischen Kurztherapie mit 45 Sitzungen behandelten Agoraphobie- resp. Panik-Patienten ergaben sich folgende Effektstärken: Minderung der Trait-Angst (STAI) im Vergleich Beginn versus

Abschluß der Therapie 0.39 (stationär/ambulant) und 0.48 (ambulant), im Vergleich zwischen Beginn vs. 1-Jahres-Katamnese 0.23 (stationär/ambulant) und 0.74 (ambulant) bei p jeweils $< 0,05$. Nähere Angaben zu dieser Studie finden sich im Diskussionsteil dieser Arbeit.

Momentan läuft unter der Leitung der Universität Mainz (*Hoffmann & Bassler, 2000*) eine multizentrische Studie zum Vergleich der Wirksamkeit von psychoanalytischen versus verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepten bei 293 Angstpatienten an acht Kliniken (drei Universitätskliniken mit psychodynamisch-verhaltenstherapeutischer Spezialisierung ($n=52$), drei Reha-Kliniken mit psychodynamischer Behandlung ($n=111$) und zwei Reha-Kliniken mit Verhaltenstherapie und 130 Patienten). Vorläufige Ergebnisse wurden von der Universität Mainz bereits in das Internet gestellt (*Bassler, 2000*). Demnach scheint sich hinsichtlich einiger Zielsymptome eine signifikante Überlegenheit der Verhaltenstherapie im Vergleich zur psychodynamischen Therapie abzuzeichnen. Dies jedoch vor dem Hintergrund einer höheren Motivation, weniger Depressionssymptomatik und einer geringeren psychischen Beeinträchtigung seitens der mit Verhaltenstherapie behandelten Patienten.

2.2.6.2 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung

Nach *Margraf (2000)* basieren verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Behandlung von Angsterkrankungen auf der Erkenntnis, daß diese Störungen maßgeblich von Lernprozessen, aufrechterhaltenden situativen Bedingungen und kognitiven Verzerrungen beeinflusst werden. Im Vordergrund der Therapie stehen daher Veränderungen dieser Störungsbedingungen durch ein störungsspezifisches Vorgehen (s. Tab. 2.6. auf S. 42). Auf Grundlage aktueller Beiträge von *Margraf (1996b, 2000 u. a.)*, *Margraf & Schneider (1990)* sowie *Hautzinger (1999)* werden im folgenden die Therapieansätze zu den verschiedenen Angsterkrankungen kurz skizziert.

⇒ Therapie des Paniksyndroms

Die Behandlung von Panikstörungen beinhalten folgende drei Abschnitte: 1. Informationsvermittlung über Angst und Angstanfälle, wobei der Patient angeleitet wird, den „Teufelskreis“ der Angst als einen Aufschaukelungsprozeß von Wahrnehmung körperlicher Ereignisse, deren Bewertung als Gefahr und der daraus resultierenden Angstreaktion zu entdecken (siehe Abb. 2.2.). Die Vermittlung eines solchen Erklärungsmodells trägt zur Akzeptanz der therapeutischen Maßnahmen bei und bewirkt beim Patienten eine Erleichterung dahingehend, daß er die Erkenntnis gewinnt, nicht an einer schweren

körperlichen Erkrankung zu leiden. Hierbei ist es nicht opportun, das in der nebenstehenden Abb. 2.2. dargestellte Erklärungsmodell einfach dem Patienten zu präsentieren, sondern es sollte hinsichtlich seiner eigenen Angstsymptomatik und deren Entstehung individuell mit ihm erarbeitet werden.

Im 2. Schritt geht es um die Korrektur resp. Modifikation der Fehlinterpretationen körperlicher Symptome (z. B. „Ich bekomme einen Herzinfarkt“ bei Vorliegen von Palpitationen). Die Veränderung der Angstreaktion und damit die Reduktion oder Eliminierung der Angstanfälle erfolgt im 3. Schritt mit einer Neubewertung (Reattribution) der körperlichen und psychischen Symptome sowie einer gezielten Konfrontation mit internalen

Reizen, die zu einer Gewöhnung an die körperliche Symptomatik führen soll. In einer anschließenden Phase der Rückfallprophylaxe wird der Patient zu konsequent selbständigem Einsatz der erlernten Fertigkeiten ermutigt (auch z. B. über das Führen von Angsttagebüchern sowie der Erledigung speziell gestellter Hausaufgaben).

⇒ Behandlung der Agoraphobie

Im Zentrum der Therapie steht hierbei die „Konfrontation in vivo“ im Sinne eines gezielten Aufsuchens der vom Patienten gefürchteten Situationen, um damit eine Reduktion resp. Eliminierung des ausgeprägten Vermeidungsverhaltens und der damit verbundenen Angstreaktion zu erzielen. Das Vorgehen bei der Exposition orientiert sich nach *Hautzinger* (1999) an folgenden Grundprinzipien: in der direkten Konfrontation mit den symptomauslösenden Reizen verbleiben die Patienten so lange in der für sie schwierigen Situation, bis das Problemverhalten (Angst, Anspannung, Fluchttendenzen) deutlich

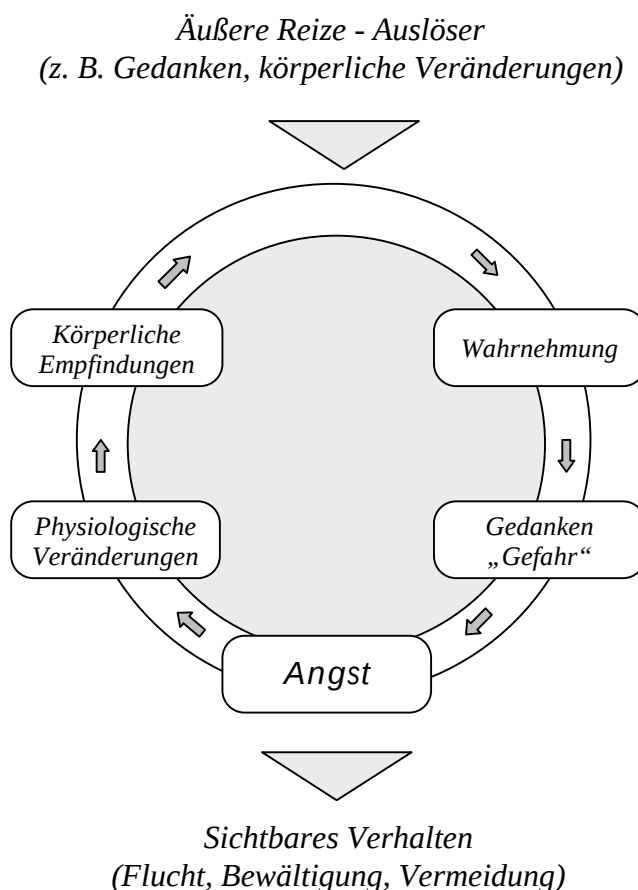


Abb. 2.2. Der „Teufelskreis“ der Angst als ein typischer Aufschaukelungsprozeß bei Panikanfällen. Quelle: mod. nach Margraf (1996)

abgenommen hat. Weiterhin darf während der Exposition seitens des Therapeuten in einer Reaktionsverhinderung kein (auch kognitives) Vermeidungs- oder Fluchtverhalten zugelassen werden. Für die Konfrontation in vivo gibt es zwei Vorgehensweisen: das abgestufte (graduierte) Vorgehen oder das Flooding-Prinzip (Reizüberflutung). Beim ersteren Verfahren wird der Patient nach einer zuvor aufgestellten Angsthierarchie in aufsteigender Folge mit immer stärker angstausslösenden Situationen konfrontiert. Bei dem nach *Margraf* (2000) wirkungsvolleren Flooding-Verfahren beginnt der Patient mit einer der am stärksten angstausslösenden Situation. Erfolge beider Verfahren stellen sich nur nach einer ausführlichen kognitiven Vorbereitung des Patienten ein, bei der dem Patienten „Rational“ und Vorgehen der Therapie vermittelt werden. *Margraf* (2000) bewertet das Verfahren als allen anderen Therapieinterventionen klar überlegen (u. a. belegt durch 9-Jahres-Katamnese-Studien). Bei gleichzeitigem Vorliegen von Agoraphobie mit einer Panikerkrankung sollte nach *Margraf* (2000) mit der Therapie der jeweils stärkeren Symptomatik begonnen werden.

⇒ Behandlung der sozialen Phobie

Nach *Fydrich et al.* (1997) gehört es zum bewährten Standard der symptomorientierten Psychotherapie, Personen mit Ängsten in sozialen Situationen im Gruppensetting zu behandeln. Hierbei wird den Patienten zum einen deutlich, daß sie nicht allein von dem jeweiligen Problem betroffen sind, zum anderen bietet die Gruppe die Möglichkeit zum Modelllernen, zur sozialen Validierung von Erlebnis- und Verhaltensweisen sowie zu ihrer Interpretation (Feedback-Funktion). Weiterhin stellt die Gruppe selbst eine Konfrontation mit einer neuen sozialen Situation dar (mit dem Ziel der Habituation) und der Chance, im Rahmen von Rollenspielen Verhaltensweisen auszuprobieren resp. zu trainieren. Neben verhaltenstherapeutischen Maßnahmen im engeren Sinne wie der systematischen Desensibilisierung (hierarchische Bewältigung angstbesetzter Situationen im Zusammenhang mit Entspannungsverfahren; *Wolpe*, 1974) oder einem Training sozialer Kompetenzen (z. B. *Hinsch & Pfingsten*, 1991) kommt der kognitiven Umstrukturierung der dominanten negativen Grundannahmen eine besondere Rolle zu.

⇒ Behandlung der spezifischen Phobie

In der Therapie von spezifischen (isolierten) Phobien haben sich nach *Margraf* (2000) die gleichen Therapiemethoden bewährt wie bei der Behandlung der Agoraphobie (Methode der Wahl: Konfrontation in vivo, s. o.).

⇒ Behandlung des generalisierten Angstsyndroms

In jüngster Zeit haben sich bei der Therapie der generalisierten Angststörung „Angst-Bewältigungsprogramme“, z. B. nach *Butler et al.* (1987), durchgesetzt (nicht zu verwechseln mit dem in dieser Arbeit evaluierten Therapieprogramm). Vor dem Hintergrund eines angenommenen Aufschaukelungsprozesses in der Genese dieser Angststörungen (ähnlich den Panikerkrankungen) geht es bei diesen Programmen um eine Durchbrechung dieses Prozesses mittels Techniken zur Reduktion körperlicher oder kognitiver Symptome. Hierzu gehören Informationsvermittlung über die Angst, Entspannungstechniken zur Reduktion des erhöhten Erregungsniveaus (z. B. die progressive Muskelrelaxation nach *Jacobson* (1938), beschrieben in *Bernstein & Borkovec*, 1990) und kognitive Techniken (z. B. Ablenkung, Selbstinstruktion) zur Reduktion resp. Modifikation der angstintensivierenden Gedanken.

⇒ Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Im Vergleich zu anderen Angsterkrankungen ist laut *Margraf* (2000) der Forschungsstand zur posttraumatischen Belastungsstörung weniger weit gediehen, wobei jedoch die Effektivität von systematischer Desensibilisierung, kognitiver Therapie und Flooding in sensu gezeigt werden konnte. Ziel der Behandlung ist hierbei eine Beseitigung der mit dem Trauma verbundenen Angst- und Vermeidungsreaktionen. *Resick & Schnicke* (1993) haben hierzu ein entsprechendes Therapiemanual vorgelegt. Auch Streß-Bewältigungs-Trainings scheinen über die Schiene Informationsvermittlung, über die Konditionierbarkeit von Angstreaktionen und der Vermittlung von angstreduzierenden Maßnahmen (Entspannung, Gedanken-Stop, Selbstinstruktionstraining etc.) zu einer Verbesserung der Symptomatik beizutragen.

Der Wirksamkeitsnachweis kognitiv-verhaltenstherapeutischer Verfahren ist auf der Basis systematischer Forschung anhand zahlreicher Studien hinlänglich belegt (vgl. *Grawe et al.*, 1994), wobei diese Methoden zudem über eine immer aktueller werdende günstige Kosten-Nutzen-Relation verfügen.

Die nachstehende *Tabelle 2.6.* faßt das oben erläuterte störungsspezifische Vorgehen der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen zusammen.

Tabelle 2.6. Spezifische Therapieverfahren, die bei verschiedenen primären Angst-erkrankungen indiziert sind

Störung	Therapieverfahren
Paniksyndrom	Reattribution körperlicher und psychischer Symptome, Konfrontation mit internen Reizen (z. B. Herzklopfen, Kurzatmigkeit, Schwindel)
Agoraphobie	Konfrontation in vivo mit angstausslösenden Situationen (Flooding-Prinzip oder graduiertes Vorgehen)
Soziale Phobie	Gruppentherapie (Konfrontation in vivo und in sensu, Reattribution von Verhaltensweisen anderer, Training sozialer Kompetenz)
Spezifische Phobie	Konfrontation in vivo mit angstausslösenden Reizen, evtl. systematische Desensibilisierung
Generalisiertes Angst-syndrom	Angst-Bewältigungstraining, Entspannungstechniken, „Grübeleexposition“
Posttraumatische Belastungsstörung	Konfrontation in sensu, supportive Therapie, kognitive Neubearbeitung des Traumas, Abbau von Schuldgefühlen

Quelle: modifiziert nach *Margraf*, 2000

2.2.6.3 Pharmakologische Therapie

Prinzipiell gilt in der Behandlung primärer Angststörungen das Primat Psychotherapie vor Pharmakotherapie (*Faust & König*, 1999; *Kasper*, 1999; *Bassler*, 1999 u. a.), wobei Psychotherapeutika jedoch vornehmlich bei schwereren Verläufen modulierend oder supportiv in den Therapieprozeß eingebracht werden können. Als alleinige Therapie sind Psychopharmaka nur in Ausnahmefällen (z. B. momentane Nichtverfügbarkeit psychotherapeutischer Verfahren, Patienten in der Warteschleife, Psychotherapiewiderstand etc.) geeignet.

Auf Angaben zur genauen Dosierung, zum Neben- resp. Wechselwirkungsprofil oder zur Behandlungsdauer in der Therapie mit den einzelnen Stoffgruppen bzw. Substanzen wurde in dieser zusammenfassenden Darstellung weitgehend verzichtet. Als weiterführende Literatur

und als Basis der nachfolgenden Skizzierung seien hier unter anderem folgende Beiträge genannt: *Kapfhammer*, 1995; *Wurthmann*, 1995 und 2000; *Laux*, 1995a; *Volz*, 1995; *Kasper*, 1995 und 1999; *Müller, Osterheider & Faust*, 1996; *Bandelow*, 1997b; *Faust & König*, 1999.

Bei der Behandlung von Angststörungen kommen aktuell die in der *Tabelle 2.7.* genannten pharmakologischen Stoffklassen resp. Substanzen zur Anwendung.

Tab.2.7. Darstellung der bei Angsterkrankungen eingesetzten Pharmaka

• Antidepressiva - Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) <i>Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin</i> - Reversible Monoaminoxidase-A-Hemmer (RIMA) <i>Moclobemid</i> - Trizyklische Antidepressiva (TZA) <i>Clomipramin, Imipramin</i> • Benzodiazepine (BZ) <i>Alprazolam, Chlordiazepoxid, Clonazepam, Diazepam, Lorazepam, Oxazepam</i> • Nichtbenzodiazepin-Anxiolytika <i>Buspiron (5-HT_{1A}-Agonist)</i> • Neuroleptika <i>Fluspirilen, Flupentixol</i> • Kombinationen
--

Quelle: mod. nach *Kasper* (1999)

⇒ Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)

Im Vergleich zu klassischen Trizyklika nehmen SSRI (selective serotonin reuptake inhibitors) nicht auf mehrere Neuronensysteme, sondern, dem selektiven Prinzip folgend, nur auf das serotonerge System Einfluß und besitzen daher ein erheblich günstigeres Nebenwirkungsprofil (v. a. keine Sedierung, keine Gewichtszunahme, kein Abhängigkeitspotential und keine gefährliche Überdosierung). Ihrem Wirkprinzip liegt wahrscheinlich eine durch die Serotonin-Wiederaufnahmehemmung bewirkte Empfindlichkeitsänderung postsynaptischer

Rezeptoren im Sinne einer „Down-Regulation“ zugrunde, wobei die anxiolytische Wirkung nach ca. 2 bis 3 Wochen erreicht wird. Unter dem Aspekt der nebenwirkungsgeleiteten Indikation und der damit verbundenen Patienten-Akzeptanz haben die SSRI nach *Kasper* (1999) durchschlagende Erfolge erlangt und eine weite Verbreitung erfahren (zunächst in der Depressionsbehandlung). Nach placebokontrollierten Studien stehen mittlerweile einige von ihnen (siehe *Tab.2.7.*) für die Indikationen Panikstörung und soziale Phobie zur Verfügung.

⇒ Reversible Monoaminoxidase-Hemmer (RIMA)

Nach den irreversiblen Hemmern der Monoaminoxidase (MAO) wurden in den vergangenen Jahren spezifisch wirkende reversible Hemmer der Monoaminoxidase-A geprüft und auf dem Markt eingeführt. Ihr Wirkungsmechanismus beruht auf der Hemmung des oxidativen Abbaus und des dadurch bewirkten Konzentrationsanstiegs von Katecholaminen (→ indirekt sympathomimetisch) und Serotonin. Durch die reversible Hemmung hat dieser neue Typ der RIMA (Reversible Inhibitoren der Monoaminoxidase A) gegenüber den älteren den Vorteil, daß die MAO nach Absetzen des Medikaments vom Körper nicht mehr neu synthetisiert werden muß, damit gut verträglich ist und keine Nebenwirkungen im Hinblick auf hypertone Krisen aufweist. Nach *Kasper* (1999) konnten bei Moclobemid (Aurorix®) in mehreren Studien günstige Effekte bei der Therapie der sozialen Phobie gezeigt werden.

⇒ Trizyklische Antidepressiva (TZA)

Für die, ebenso wie die SSRI, auf dem Prinzip der Wiederaufnahmehemmung (hier von Serotonin und Noradrenalin) fungierenden trizyklischen Antidepressiva liegen nach *Kasper* (1999) positive Studien für die Indikationen „generalisierte Angststörung“ und „Panikstörung“ vor. Die seit langem auf dem Markt befindlichen Substanzen weisen jedoch im Vergleich mit SSRI ein erheblich deutlicheres Nebenwirkungsprofil wie Sedation, anticholinerge Erscheinungen (Xerostomie, Obstipation etc.) auf. Insbesondere das bei Angst-erkrankungen erhöhte Suizidrisiko stellt bei Überdosierung in suizidaler Absicht ein nicht zu vernachlässigendes Risiko für diese Substanzklasse dar.

⇒ Benzodiazepine (BZ)

Benzodiazepine entfalten ihre anxiolytische Wirkung im Gegensatz zu Antidepressiva rasch. Dabei kommt dem γ -Aminobuttersäure (GABA-A) – Rezeptor, der aus verschiedenen Unter-einheiten besteht, eine vorrangige Bedeutung zu. Zusammen mit dem Benzodiazepin wird ein

GABA-Benzodiazepin-Rezeptorkomplex gebildet, der im Sinne einer inhibitorischen Neurotransmission den Chloridkanal öffnet und damit zu einer Hyperpolarisation der Membran mit einer konsekutiven Anxiolyse führt. Dadurch wird die körpereigene GABA-Produktion gedrosselt, was bei einem nicht ausschleichenden Absetzen des Benzodiazepins zu schwerwiegenden Absetzerscheinungen führen kann. Nach *Kasper* (1999) wurde das Benzodiazepin Alprazolam hinsichtlich seiner schnellen Wirksamkeit bei Panikstörungen am besten untersucht. Zwar entfalten auch andere Substanzen dieser Gruppe (z. B. Diazepam, Oxazepam oder Lorazepam) eine in vielen Studien belegte anxiolytische Wirkung, Alprazolam ist jedoch wegen geringerer Nebenwirkungen (keine Sedation resp. Muskelrelaxation) und der dadurch erhöhten Patienten-Compliance vorzuziehen. Dem Vorteil einer schnellen und sicheren Wirksamkeit, verbunden mit einem vorteilhaften Schlafprofil, stehen jedoch bei diesen Tranquillanzien Nachteile wie einer eventuellen psychologisch / physiologischen Abhängigkeit und eines damit möglicherweise einhergehenden Mißbrauchspotentials entgegen. Die Behandlungsdauer sollte daher eingeschränkt werden, in Intervallen stattfinden oder auf die Initialbehandlung, eventuell in Kombination mit später wirksam werdenden Antidepressiva, beschränkt bleiben.

⇒ Nichtbenzodiazepin-Anxiolytika

Aus der Gruppe der Nichtbenzodiazepin-Anxiolytika sei hier z. B. Buspiron, ein serotonerg wirksamer partieller 5-HT_{1A}-Agonist, genannt. Nach *Kasper* (1995, 1999) scheint dieser Stoff für die Indikation „Generalisierte Angststörung“ wirksam zu sein.

⇒ Neuroleptika

Nach *Kasper* (2000) ist die niedrigdosierte neuroleptische Behandlung mit Fluspirilen oder Flupentoxol ein in der Praxis häufig angewendetes Therapieprinzip bei Patienten mit subsyndromal-depressiver und –dysphorischer Stimmung. Für beide Substanzen liegen kontrollierte Wirksamkeitsstudien im Zusammenhang mit generalisierten Angststörungen vor.

Die nebenstehende Abb. 2.3. faßt die o. e. pharmakotherapeutischen Möglichkeiten unter diagnostischem Aspekt zusammen. Die Abkürzungen sind aus Tab. 2.7. (nach Kasper, 1999) zu entnehmen.

Diagnose	Medikation
Panikstörung ± Agoraphobie:	SSRI, BZ
Generalisierte Angststörung :	TZA, Buspiron
Soziale Phobie	: SSRI, Clomipramin
Posttraumat. Belast. störung :	SSRI

Abb. 2.3. Diagnostik und Medikation der Angststörungen

2.2.6.4 Kombinationstherapien

Obwohl nach Boerner & Möller (2000) die Beziehungen der einzelnen Therapieverfahren im Bereich der Angststörungen untereinander bis heute noch wenig geklärt sind resp. sich aufgrund unterschiedlich interpretierter Effektivitätsnachweise als schwierig herausstellen, stellt sich die Frage, ob jenseits puristischer Therapiekonzepte Kombinationen von Therapieverfahren unterschiedlicher Ausrichtung theoretisch möglich, praktisch sinnvoll, auf Wirksamkeit empirisch überprüft und möglichen monotherapeutischen Einsätzen überlegen sind. Nach Angenendt, Frommberger & Berger (2000) besteht im Gegensatz zu der gerade angesprochenen unzureichenden empirischen Datenlage zur Kombinationstherapie (z. B. Psychotherapie und Psychopharmakotherapie oder verschiedene Psychotherapien untereinander) in der Versorgungspraxis von Angstpatienten jedoch eine große Bereitschaft, verschiedene Therapieverfahren und –techniken kombiniert anzuwenden. Dies geschieht vornehmlich vor dem Hintergrund einer polypragmatischen Grundhaltung und einer weniger theoriengeleiteten oder auf die momentane empirische Datenlage abgestimmten Behandlungsstrategie. Bassler (1999) berichtet in diesem Zusammenhang auf der Basis einer Untersuchung von Chiles *et al.* (1984), daß in den USA gegenwärtig etwa 80% aller psychotherapeutisch behandelten Patienten zugleich auch Psychopharmaka einnehmen; dieses Verfahren wird gewählt in der Hoffnung, daß auch diejenigen Patienten an einer Psychotherapie teilnehmen könnten, die aufgrund der Schwere ihrer Symptomatik dazu nicht in der Lage wären, weiterhin in der Annahme einer generellen Verbesserung der psychotherapeutischen Effektivität im Sinne eines breiteren und intensivierten Wirkprofils oder in der Erwartung, daß eine Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie einen rascheren und damit auch kostengünstigeren Effekt bewirkt.

Angenendt, Frommberger & Berger (2000) kommen in ihrem zusammenfassenden Beitrag zum Stellenwert psychotherapeutisch-pharmakologischer Kombinationstherapie bei den einzelnen Angststörungen zu den nachfolgend skizzierten Schlußfolgerungen:

Eine Überlegenheit der parallelen Kombination gegenüber einer Verhaltenstherapie (VT) ohne medikamentöse Unterstützung ist weder für spezifische und soziale Phobien noch für die generalisierte Angststörung belegt. Bei der Agoraphobie und Panikstörung gibt es Hinweise auf kurzfristig additive Wirkungen in der Kombinationstherapie. Bei Nachuntersuchungen nach Abschluß der Therapie war diese Überlegenheit jedoch nicht mehr nachweisbar. Im Gegensatz zur simultanen Kombination zeigten hinsichtlich der sequentiellen Kombination mehrere Studien, daß bei primär medikamentösen Therapien die Chancen eines erfolgreichen Absetzens der Medikamente und einer langfristigen Stabilisierung durch den Einsatz zusätzlicher VT-Maßnahmen erhöht werden. Unter Berücksichtigung des Langzeitverlaufs ist nach der empirischen Datenlage bei Angsterkrankungen eine VT als Therapie der 1. Wahl anzusehen, auch unter dem Prinzip einer „möglichst minimalen Intervention“ (Zeit, finanzieller Aufwand, Risiken etc.). Die Autoren merken an, daß sich andere Behandlungsschulen nur sehr vereinzelt an der empirisch-wissenschaftlichen Diskussion auf der Basis kontrollierter Studien beteiligt haben.

Als Fazit kann man konstatieren, daß sich außer einem schnellen Wirkungseintritt bei zusätzlicher Medikation viele der theoretisch erwarteten Synergie-Effekte empirisch nicht bestätigen ließen. Parallele Kombinationstherapien sollten deshalb, wie eingangs des Abschnittes „Pharmakotherapie“ bereits erwähnt, nur nach spezieller Indikation im Einzelfall erfolgen, z. B. bei starker komorbider Depression, bei extrem stark ausgeprägten Ängsten mit chronifizierenden Verläufen, bei Therapie-Non-Response oder bei sozialen Anforderungssituationen, die ein sofortiges Handeln erfordern.

Bezüglich der theoretischen Voraussetzungen und Implikationen zur Entwicklung integrierter Störungsmodelle im Zusammenhang mit Angststörungen sehen *Boerner & Möller* (2000) innerhalb der VT einen Wandel hin zu erweiterten, die biologischen Faktoren integrierenden Konzepten. Auch die psychodynamisch orientierte Therapie geht ähnliche Wege (vgl. Abschnitt „Ätiologie – Modelle“, insbesondere das Modell von *Shear et al.*, 1993), wobei hinsichtlich einer Annäherung von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie zusehends Überschneidungen in der Behandlung von Angstpatienten, z. B. in der Integration von Expositionstechniken, erkannt werden.

Im Kontext zur psychotherapeutisch-psychopharmakologischen Behandlung merkt *Bassler* (1999) an, daß aus psychodynamischer Perspektive Psychopharmaka häufig eine fast magisch

anmutende Funktion im Sinne eines Amuletteffektes besitzen. So kann das ständige Bei-sich-Tragen von Anxiolytika beispielsweise bei Panikerkrankungen dazu beitragen, daß die befürchtete Attacke ausbleibt, da man sich vorsorglich gewappnet fühlt. Umgekehrt kann eine Attacke dahingehend provoziert werden, daß man „mit Schrecken feststellt“, daß man sein Anxiolytikum zu Hause vergessen hat. Auch die jeweilige Psychodynamik des Übertragungsgeschehens sollte bei der Verordnung von Psychopharmaka eine Rolle spielen, da im Rahmen einer unterschiedlichen Bewertung ein Patient in der Verordnung eine besondere Hilfestellung seitens des Therapeuten sieht, ein anderer jedoch ein mangelndes Vertrauen des Therapeuten in die eigenen Fähigkeiten (wie z. B. bereits bei wichtigen Bezugspersonen in der Kindheit praktiziert) erkennt.

Bassler (1999) resümiert in seinem Beitrag zu Kombinationstherapien bei Angststörungen, daß, wie bei den anderen Autoren auch, das Primat von Psychotherapie vor Pharmakotherapie gilt und daß hinsichtlich der unterschiedlichen Wirksamkeit von kognitiv-behavioraler versus psychodynamischer Psychotherapie (und vor dem Hintergrund noch fehlender Vergleichsstudien) folgende vorsichtige Priorisierung bezüglich der am besten geeigneten Psychotherapieverfahren vorgenommen werden kann: bei den phobisch organisierten Ängsten sind kognitiv-behaviorale Therapieverfahren in ihrer Wirksamkeit gut belegt und von daher an erste Stelle zu setzen. Soweit empirische Studien für die psychodynamischen Therapieverfahren vorliegen, zeigen diese ebenfalls eine durchaus gute Wirksamkeit bei Agoraphobie mit/ohne Panikstörung und isolierter Panikstörung – wobei dies schon für eine mittlere Therapiedauer von 50 Stunden gilt. Bei der generalisierten Angststörung ist gegenwärtig noch keine Priorisierung hinsichtlich einem der beiden Verfahren möglich.

In diesem Zusammenhang prognostiziert *Bassler*, daß sich Therapieschulen-übergreifende Prinzipien in der Behandlung von Angsterkrankungen durchsetzen werden. Für die psychodynamischen Therapieverfahren wird es dabei vor allem darum gehen, wesentlich mehr als bisher konfrontative resp. übende Behandlungstechniken mit einzubeziehen, für die kognitiv-behavioralen Therapieverfahren werden vor allem die Qualität der therapeutischen Beziehung und die Berücksichtigung biografischer Aspekte zunehmend bedeutsam. Hierbei ist nach Meinung des analytisch orientierten Autors anzunehmen, daß die weitere Entwicklung der Diagnostik und Therapie von Angststörungen sich wesentlich daran orientieren wird, einerseits unser ätiopathogenetisches Verständnis weiter auszubauen, andererseits verbesserte multimethodale Behandlungskonzepte für die klinische Praxis zu erarbeiten, auch in einem sich vertiefenden und fruchtbaren Dialog zwischen Psychotherapie-Forschung und neurobiologischer Wissenschaft.

3 HYPOTHESEN

3.1 Fragestellungen und Vermutungen

Mit der vorliegenden Untersuchung wird zum ersten Mal eine empirische Überprüfung des von der Archimedes Gesellschaft für psychotherapeutische Projektförderung mbH konzipierten gruppentherapeutischen Angstbewältigungsprogramms (ABP) vorgelegt. Des weiteren ist diese Studie auch eine der wenigen Forschungsbeiträge zur Überprüfung der Nützlichkeit von psychodynamisch orientierter Psychotherapie in ambulanten, peripheren Einrichtungen. Die Klienten sind ausschließlich Patienten mit diversen Angststörungen. Die Datenerfassung beruht auf Fragebogenmethoden.

Vorrangig stellt sich die Frage, ob die Therapie überhaupt im Sinne ihrer zugrunde liegenden konzeptuellen Überlegungen und Ansprüche wirkt (siehe hierzu Abschnitt 4.1.2 im Methodikteil). Hierzu muß untersucht werden, ob und wo sich Veränderungen bei den Klienten während der Therapie nachweisen lassen. Eine Verbesserung der Symptomatik sollte v.a. beim STAI (*Laux et al.*, 1981) und den Symptomen der SCL-90-R (*Franke*, 1995) meßbar sein. Bei der SCL-90-R sollten sich vorrangig Fragebogenskalen verbessern, die angstbezogen sind („Ängstlichkeit“, „Phobische Angst“). Darüber hinaus sind aber auch positive Effekte in anderen Bereichen, die mit Angst im Sinne einer Komorbidität verknüpft sind (z. B. Depression oder Somatisierung - vgl. Abschnitt 2.2.3 „Diagnostik-Differentialdiagnose-Komorbidität“ im Kapitel „Bisheriger Kenntnistand“) oder die durch die Behandlung mit beeinflußt werden, denkbar.

Andererseits ist das ABP so konzipiert, daß es v. a. die spezifische Angstproblematik der Patienten fokussiert. Allgemeine, globale Grundzüge der Personen, wie ihre Persönlichkeitseigenschaften, sind nicht Schwerpunkt oder gar Ziel der Intervention. Die Maßnahme ist mit zwölf Terminen im Gruppensetting nicht so tiefgreifend, daß sich in dieser Hinsicht etwas wesentlich ändern sollte. Dies soll anhand der Befunde im Giessen-Test (*Beckmann et al.*, 1991) überprüft werden.

Bei den vielen einzelnen erfaßten Symptomen ist des weiteren interessant, ob es spezifische, größere Symptombereiche gibt, die sich voneinander abgrenzen lassen und bei denen die Therapie unterschiedlich wirkt. Zum Beispiel könnte die Ausprägung von Angst und ihre

Änderung in verschiedenen Angstskalen ähnlich sein. Andere Symptome, evtl. Depression oder Somatisierung (s. o.), könnten mit diesen Skalen enger assoziiert sein als mit anderen. Des weiteren könnten sich andere größere Bereiche finden lassen, die sich gemeinsam in eigener Weise ändern.

Außerdem fragt sich in Zeiten v. a. ökonomisch geführter Debatten im Gesundheitswesen, ob für das untersuchte therapeutische Verfahren eine differentielle Indikation vorliegt. Es soll daher geprüft werden, ob die Therapie bei Patienten mit unterschiedlichen Angststörungen differenziert wirkt, d. h. ob sie bei bestimmten Patienten größere, bei anderen kleinere Effekte aufweist.

Und schließlich stellt sich für den Fall, daß sich eine Verbesserung nachweisen läßt, die Frage, wie stark der Effekt im Vergleich zu bekannten, erprobten Interventionsmaßnahmen ist.

Im einzelnen lassen sich auf diesen Überlegungen folgende Hypothesen sowie explorative Forschungsfragen formulieren. Unter Berücksichtigung der inhaltlichen Bedeutung für diese Untersuchung werden für die Hypothesen Haupt- und Nebenkriterien unterschieden.

3.2 Hypothesen

Hauptkriterium:

- (1) Die Therapie sollte von Beginn bis Abschluß der Intervention einen positiven Einfluß auf die Angstsymptomatik der Teilnehmer haben.
Erwartet wird eine deutliche Reduzierung der Angst, die durch die State- bzw. die Trait-Angst des STAI sowie durch die Skalen Ängstlichkeit und Phobische Angst der SCL-90-R operationalisiert wird. Es sollte sich eine varianzanalytisch signifikante Verbesserung der Testscores ergeben.

Nebenkriterien:

- (2) Die Therapie sollte von Beginn bis Abschluß der Intervention einen positiven Einfluß auf die allgemeine psychische Befindlichkeit der Teilnehmer haben.

Hier wird eine angstunspezifische Verbesserung der allgemeinen Symptomatik, die durch die Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Aggressivität, Paranoides Denken, Psychotizismus und insbesondere der Skala GSI (global severity index) der SCL-90-R operationalisiert wird, erwartet. Wieder sollte sich eine varianzanalytisch signifikante Verbesserung der Testscores ergeben.

- (3) Eine Verbesserung der depressiven Symptomatik, operationalisiert durch die Skala Depressivität der SCL-90-R und der Skala Grundstimmung des Giessen-Tests, wird in der Kürze des Beobachtungszeitraums nicht erwartet.
- (4) Eine Veränderung der Persönlichkeitseigenschaften innerhalb der zwölf Wochen sollte nicht zu beobachten sein. Deshalb wird erwartet, daß die Testwerte der Skalen Soziale Resonanz, Dominanz, Kontrolle, Durchlässigkeit und Soziale Potenz des Giessen-Tests sich statistisch nicht bedeutsam verändern.

Explorative Forschungsfragen:

- (5) Explorativ soll untersucht werden, ob die drei Gruppen von Patienten mit phobischen Störungen (ICD-10 F40), sonstigen Angststörungen (ICD-10 F41) sowie Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10 F43) in der erhobenen Symptomatik eine unterschiedliche Intensität und einen differentiellen Verlauf aufweisen.
- (6) Des weitern soll explorativ mittels Faktorenanalyse geklärt werden, ob die zum Einsatz gekommenen Skalen zusammengefaßte Symptomkomplexe beschreiben, die durch die Therapie spezifisch beeinflußt werden.
- (7) Es soll untersucht werden, ob die Therapie sich in ihrer Wirkung mit erprobten und untersuchten Verfahren vergleichen läßt. Dazu soll die Höhe der Effektstärken für die erfaßten Testskalen ermittelt und den Befunden der einschlägigen Literatur gegenübergestellt werden.

4 METHODIK

4.1. Studiendurchführung

4.1.1 Stichprobenrekrutierung

4.1.1.1 Zugangsmodus

Der Zugang zu dem Therapieprogramm zur Angstbewältigung erfolgte über mehrere Wege:

- Anfangs handelte es sich ausschließlich um Patienten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Gemeinschaftspraxis Dr. med. Steglich – Schwan-Steglich, die in das Programm aufgenommen wurden.
- Im weiteren Verlauf kam es vermehrt zu Überweisungen niedergelassener Allgemeinmediziner, Psychiater und Psychotherapeuten.
- Durch eine zunehmende Mund-zu-Mund-Propaganda sowie durch eine später stattfindende Veröffentlichung in der örtlichen Presse (Schwarz, 1998) meldeten sich Patienten direkt in der Praxis.

4.1.1.2 Indikationsentscheidung

Die in Frage kommenden Patienten mit Angsterkrankungen nach ICD 10 - F40, F41, F43 - (siehe Abschnitt *Ziele des Programms*) wurden durch die Ärzte der Gemeinschaftspraxis ausgewählt. Die Auswahl erfolgte zum einen aus der bereits bekannten Patientengeschichte, zum anderen durch entsprechend durchgeführte Erstgespräche. Unterstützt wurde die Indikationsentscheidung zudem durch die Verwendung metrischer Verfahren, wie dem IAF – Interaktions-Angst-Fragebogen (Becker, 1987) und dem GT – Giessen-Test (Beckmann, Brähler & Richter, 1991).

Ausschlußkriterien waren:

- Patienten unter 18 Jahren
- unzureichende Kenntnisse der deutschen Sprache

- das Vorliegen anderer psychischer Erkrankungen, wie Psychose, schwere Depression, Zwangs- und Suchterkrankungen (Alkohol-, Medikamenten- und Drogen-Abusus) sowie Patienten mit akuter stationärer Behandlungsbedürftigkeit
- schwere somatische Erkrankungen mit dadurch verursachter psychischer Beeinträchtigung oder das Vorliegen hirnerkranklicher Syndrome
- mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten im Sinne einer stark verminderten oder nicht vorhandenen Patienten-Compliance
- im Verlauf des Programms mehrfach unentschuldigtes Fehlen oder Störungen des Therapieablaufs

4.1.1.3 Rekrutierung

Die Rekrutierung der Patienten erfolgte über den oben erwähnten Zugangsmodus. Von ursprünglich 64 eingeteilten Patienten nahmen schließlich 45 Patienten an einem der vier innerhalb des Erhebungszeitraumes ordnungsgemäß durchgeführten Therapieprogrammen teil (siehe *Tabelle 4.1.*).

19 der eingeteilten Patienten (29,7%) brachen die Therapie ab bzw. erschienen erst gar nicht zu den entsprechenden Terminen. **Therapieabbrecher** wurden unterteilt in:

- ⇒ Personen, die nicht zu der Therapiemaßnahme erschienen sind : 4 Patienten (6,3%)
- ⇒ Frühabbrecher (Abbruch in den ersten zwei Wochen) : 7 Patienten (10,9%)
- ⇒ Spätabbrecher (Abbruch nach zwei Wochen) : 8 Patienten (12,5%)

Gründe für den Therapieabbruch waren: Krankheit (5), Risikoschwangerschaft (1), Alkoholabusus (1), Kuraufenthalte (2), Umzug (2), Umschulungsmaßnahmen (1), neuer Arbeitgeber (1), dringende Termine (2), unbekannt (4).

4.1.1.4 Erhebungszeitraum

Die Daten wurden an vier aufeinanderfolgend stattfindenden Angstbewältigungsprogrammen im Zeitraum zwischen Mai 1996 bis August 1997 erhoben. Unter Berücksichtigung der katamnestischen Datenerhebung (6 Monate nach Abschluß des jeweiligen Programms) ergab

sich ein ungefähr zwei Jahre dauernder Gesamtzeitraum vom Mai 1996 bis ca. April 1998, je nach Rücklauf der Katamnesedaten.

Die nachfolgende *Tabelle 4.1.* gibt einen Überblick über den genauen Zeitpunkt der vier Angstbewältigungsprogramme (ABP) mit der Anzahl und dem Geschlecht der dabei untersuchten Patienten.

Tab. 4.1. Zeitraum der Angstbewältigungsprogramme und Anzahl der jeweiligen Patienten

1. ABP	vom 09.05.1996 bis 01.08.1996	11 Patienten	(♀ 7, ♂ 4)
2. ABP	vom 05.09.1996 bis 21.11.1996	8 Patienten	(♀ 4, ♂ 4)
3. ABP	vom 09.01.1997 bis 20.03.1997	16 Patienten	(♀ 11, ♂ 5)
4. ABP	vom 22.05.1997 bis 07.08.1997	10 Patienten	(♀ 6, ♂ 4)
Gesamt		45 Patienten	(♀ 28, ♂ 17)

ABP = Angstbewältigungsprogramm

4.1.1.5 Therapiedurchführung

Das Therapieprogramm zur Angstbewältigung wurde von zwei in der Praxis angestellten qualifizierten und erfahrenen Therapeuten durchgeführt: einem Dipl. Psychologen mit den Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und Therapeut für imaginative Verfahren in der Psychotherapie sowie einem promovierten Biologen mit Weiterbildung zum Psychoanalytiker nach Adler, Psychodramatherapeuten und Lehrtherapeuten für Kunsttherapie.

Hinsichtlich der qualitativen Evaluierung des Therapeuteneffektes wurden die Patienten nach der 4. Sitzung in einer Hausaufgabe angewiesen, die Therapeuten auf Papier zu malen. Als besonderer Effekt war hierbei zu beobachten, daß viele Patienten in einem Therapeuten die „gute Mutter“ sahen, im anderen dagegen den „rigiden Vater“ (dies durchaus auch in positivem Sinne als „haltgebend“), was schließlich auch therapeutisch genutzt werden konnte.

Das Angstbewältigungsprogramm wurde an zwölf Behandlungstagen im Wochenrhythmus in den Räumen der Tagesklinik der Gemeinschaftspraxis Dr. med. Steglich – Schwan-Steglich in Wetzlar durchgeführt. Die Tagesklinik ist ausgestattet mit zwei großen Gruppenarbeits-

räumen, einem Arbeitszimmer für Therapeuten, einem Behandlungszimmer sowie einer Küche mit angeschlossenem Eßbereich.

Im Therapieverlauf wurde die aus normalerweise ca. 10 – 20 Patienten bestehende Gruppe für manche Therapieverfahren, wie z. B. dem Katathymen Bilderleben oder dem Psychodrama, sinnvollerweise aufgeteilt.

4.1.2 Das Therapieprogramm zur Angstbewältigung

4.1.2.1 Konzeption und Entwicklung

Das zum Zeitpunkt der Untersuchung vorliegende Therapieprogramm zur Angstbewältigung wurde in den Jahren 1993 und 1994 von der Archimedes Gesellschaft für psychotherapeutische Projektförderung mbH in Wetzlar konzipiert (Archimedes, 1995). Maßgeblichen Anteil an der Entwicklung hierbei hatten Dr. med. Wulf Steglich, Psychiater und Psychotherapeut, Brigitte Schwan-Steglich, Ärztin und Psychotherapeutin, sowie zwei in der Gemeinschaftspraxis und der dazugehörigen Tagesklinik angestellte Diplom-Psychologen.

4.1.2.2 Ziele des Programms

Bei dem Angstbewältigungsprogramm handelt es sich um einen vornehmlich analytisch- und symptomorientierten Gesamtbehandlungsplan, in dessen einzelnen Interventionstechniken neben psychoanalytischen auch verhaltenstherapeutische Elemente integriert sind. Es kann als eigenständiges Programm oder als eine Ergänzung anderer Therapieschemata bei Patienten mit Angsterkrankungen nach ICD 10, F 40 (Phobische Störungen), F 41 (Andere Angststörungen) und F 43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) angewendet werden. Vorbedingung zur Teilnahme ist hierbei ein Mindestalter von 18 Jahren sowie sprachliche und intellektuelle Mindestvoraussetzungen. Wie im Abschnitt „Indikationsentscheidung“ bereits erläutert, ist das Programm nicht geeignet für Patienten mit psychotischen Erkrankungen, schweren Depressionen, Zwangs- und Suchterkrankungen, hirnnorganischen Syndromen sowie für Patienten mit akuter stationärer Behandlungsbedürftigkeit. Neben therapeutischen Zielen können sozialmedizinische formuliert werden (Archimedes, 1995).

⇒ **Therapeutische Ziele**

Mit dem Therapieprogramm zur Angstbewältigung sollen folgende therapeutische Ziele bei Angstpatienten verwirklicht werden:

- Bewußtmachen des Angsthintergrundes
- Konkrete Angstbearbeitung in relativ kurzer Zeit durch die Bündelung von therapeutischen Standardmethoden
- Überprüfung der in der Behandlung erarbeiteten Erfolge in der Alltagssituation

⇒ **Sozialmedizinische Ziele**

Vor dem Hintergrund steigender Kosten im Gesundheitswesen kann neben der finanziell günstigeren ambulanten Kurzzeittherapie noch folgendes erreicht werden:

- Reduktion beziehungsweise Absetzen von Psychopharmaka
- Verhinderung der Verschlimmerung und Chronifizierung der Erkrankung
- Vermeidung von stationären Aufenthalten
- Wiederherstellen/Erhalten der Arbeitsfähigkeit

4.1.2.3 Aufbau des Programms

Das Therapieverfahren ist auf zwölf Behandlungstage – jeweils donnerstags von 9.30 Uhr bis 16.00 Uhr – in einer Tagesklinik konzipiert. Die ersten elf Behandlungstage finden im Wochenrhythmus statt; der 12. Tag schließt sich sechs Wochen später an und dient der Überprüfung des Therapieerfolges. Fällt ein Behandlungstag auf einen Feiertag, findet der Behandlungstag eine Woche später statt, so daß sich die gesamte Therapiedauer gegebenenfalls um 1-2 Wochen nach hinten verschieben kann.

Der einzelne Behandlungstag ist formal gegliedert: neben zeitlich festgelegten Pausen findet an jedem Behandlungstag ein gemeinsames Mittagessen statt, wobei die Zutaten von jeweils zwei Gruppenmitgliedern im jeweiligen Wechsel selbst eingekauft und zubereitet werden. Die

Erstellung des Küchenzettels, die Regelung des Abwaschs und die Einteilung zu den jeweiligen Diensten unterliegen hierbei der Gruppe selbst.

Die Anzahl der Teilnehmer beträgt in der Regel 10 bis 20 Patienten, wobei die Gruppe bei einzelnen Therapieanwendungen gegebenenfalls in Untergruppen geteilt werden.

Die Indikation einer Teilnahme am Angstbewältigungsprogramm wird fachärztlich im Einzelgespräch festgelegt und begründet.

4.1.2.4 Inhalt des Programms

Die zwölf Behandlungstage gliedern sich in fünf Phasen (*Archimedes*, 1995):

- ⇒ Selbstbeobachtungsphase
- ⇒ Angstbearbeitungsphase
- ⇒ Überprüfungsphase
- ⇒ Rückblick und Zusammenfassung
- ⇒ Katamnese

Die **Selbstbeobachtungsphase** dient einerseits der Beschreibung der eigenen Angst des Patienten sowie dem Bewußtwerden des individuellen Angsthintergrundes, andererseits einem schnellen Zusammenwachsen der Gruppe. Sie erstreckt sich über die ersten drei Behandlungstage. In der anschließenden **Angstbearbeitungsphase** kommt es zur konkreten Auseinandersetzung mit der Angst anhand der unten beschriebenen Therapieelemente.

Die **Überprüfungsphase** findet fortlaufend parallel zu den vorbezeichneten Phasen im Alltag zu Hause/am Arbeitsplatz statt, unterstützt durch das Führen von Angsttagebüchern oder der Bewältigung von gestellten Hausaufgaben durch den Patienten. Der am 11. Behandlungstag stattfindende **Rückblick** ermöglicht eine Zusammenfassung des Therapieerfolges, Anregungen und Verbesserungsvorschläge sowohl auf Patienten- als auch auf Therapeutebene. Der **katamnestiche** 12. Behandlungstag wird zur Überprüfung des Therapieerfolges genutzt. Nach kurzen Therapieinterventionen (siehe *Tabelle 4.2.* auf Seite 71) gibt er zudem einen Ausblick auf noch weitere zur Verfügung stehende Therapiemöglichkeiten, sofern diese im Einzelfall indiziert wären und schließt damit das Angstbewältigungsprogramm ab.

4.1.2.5 Therapieelemente / -bausteine

In der aktuellen psychotherapeutischen Versorgungspraxis werden innerhalb der psychoanalytischen Verfahren Kurztherapien und analytische Gruppentherapien bevorzugt. Dies gilt nach *Csef* (1994) insbesondere bei Angststörungen. Im Rahmen eines symptomorientierten analytischen Gesamtbehandlungsplanes kommen nachfolgende Therapieelemente, darunter auch verhaltenstherapeutischer Art, zum Einsatz:

⇒ Analytisch orientierte Gruppentherapie

Die psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie ist heute sowohl ambulant als auch stationär weit verbreitet. Sie ist, ebenso wie die Einzeltherapie, an der Aufdeckung unbewußter Konflikte orientiert. Schlüsselbegriffe der psychoanalytischen Behandlungsmethode sind dabei Zentraler Beziehungskonflikt, Widerstand, Regression, Übertragung, Gegenübertragung, Deutung und szenisches Verstehen. Im Gegensatz zur Einzeltherapie ermöglicht sie die Behandlung mehrerer Patienten in einem begrenzten Zeitrahmen und berücksichtigt dabei insbesondere sozialpsychologische Erkenntnisse über die Gruppendynamik. Die maßgeblich von *Foulkes* (1964) initiierten und entwickelten gruppentherapeutischen Verfahren, die auf psychoanalytischer Grundlage arbeiten, bieten somit die Möglichkeit, gleichzeitig intrapsychische und interpersonelle Manifestationen psychischer und psychosomatischer Störungen in ihren wechselseitigen Abhängigkeiten zu erkennen, zu untersuchen und therapeutisch zu beeinflussen. Nach *Heigl* (1992) kann zwischen einer „Therapie der Gruppe“ und einer „Therapie in der Gruppe“ unterschieden werden. Bei der hier vorliegenden symptomorientierten Gruppe handelt es sich eher um eine „Therapie der Gruppe“, wenn auch die Praxis gezeigt hat, daß individuelle Interventionen durch den Therapeuten möglich und im Hinblick auf den gruppendynamischen Prozeß sogar erwünscht sein können.

⇒ Katathymes Bilderleben (KB)

Die Katathym-imaginative Psychotherapie (KiP) ist die therapeutische Anwendung des von *Leuner* (1955) vorgestellten und zusammen mit anderen Autoren (*Leuner*, 1987; *Wilke & Leuner*, 1990; *Wilke*, 1996, 1997) weiterentwickelten Katathymen Bilderlebens (KB) und stellt ein tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren dar, das mittels einer vom Therapeuten

begleiteten Tagtraumtechnik die Imaginations- und Symbolisierungskraft des Patienten nutzt. Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand finden dabei symbolischen Ausdruck, wobei die Symbolisierung an sich einen Schutz des Patienten darstellt (Wilke, 1996). Dieses Therapieverfahren ist ein die Regression förderndes und exploratives Verfahren, das jedoch auch im Sinne einer therapeutisch unterstützten Progression zu einer Entwicklung beim Patienten auffordert.

Das Katathyme Bilderleben wird in eine Unter-, Mittel- und Oberstufe eingeteilt. Zu jeder Stufe gehören bestimmte Motivvorgaben, wodurch innere Bilder von innerseelischen Problemfeldern in ihrer affektiven Besetzung angeregt werden. Hierbei stellen in der Grundstufe Landschaftsmotive (z. B. Wiese, Bachlauf, Berg, Haus) Projektionsflächen dar, die dem Patienten breiten Raum lassen für die Darstellung seiner Befindlichkeit, seiner aktuellen Konfliktlage, der entwicklungsgeschichtlichen Bezüge sowie seiner Abwehrmechanismen. Das übende Vorgehen der Grundstufe, bei dem der Therapeut eine eher supportiv-protektive Haltung einnimmt, geht über in das assoziative Vorgehen der Mittelstufe mit der Möglichkeit der freien assoziativen Entfaltung des Tagtraumes, wobei der Patient das Tagtraumgeschehen zunehmend selbständiger gestaltet. In der Oberstufe wird das Vorgehen konfrontativer. Mit den auch in diesem Angstbewältigungsprogramm verwendeten Motiven wie dem Vulkan oder dem Sumpfloch begegnet der Patient verdrängten archaischen Impulsen, die damit einer Bearbeitung zugänglich werden.

⇒ **Psychodrama**

Eine klassische Form der Gruppenpsychotherapie ist seit einigen Jahrzehnten das von *Moreno* eingeführte Psychodrama. Die Methode vereinigt neben ihren diagnostischen Möglichkeiten szenische Darstellung (Stegreiftheater), gruppendynamisches Setting und analytische Gruppenarbeit. Nach seinem Begründer ist es eine Methode „welche die Wahrheit der Seele durch Handeln ergründet“ (*Moreno*, 1957). Das klassische Psychodrama gliedert sich im Verlauf einer Gruppensitzung in drei Phasen:

In der „Erwärmungsphase“ wird das Entstehen einer möglichst offenen, angstfreien und damit handlungsbereiten Atmosphäre angestrebt. In der folgenden „Handlungsphase“ entfaltet sich aus einer Kombination von Verbalisation und vor allem Aktion eine szenische Darstellung der Konfliktsituation des einzelnen. Der Protagonist (Hauptakteur, dessen Thema in einem „semirealen Raum“ inszeniert wird) und die Mitspieler (Antagonisten bzw. Hilfs-Ich genannt) erleben das Geschehen im Spiel in einer emotionalen Intensität, die sich von der Realsituation

kaum unterscheidet. In der „Abschlußphase“ kehren die Teilnehmer in die Realität der Gruppe zurück, um im „Sharing“ über eigene Gefühle und Erlebnisse während des Spiels zu berichten. Innerhalb des „Rollen-feedback“ bekommt der Protagonist Wahrnehmungen seitens der Antagonisten mitgeteilt (vgl. *Moreno*, 1957 und *Sechtem*, 1997).

Besondere Techniken des Psychodramas sind z. B. das „Doppeln“: ein Gruppenmitglied (beispielsweise der Therapeut) steht hinter dem Protagonisten, nimmt dessen Haltung ein und formuliert stellvertretend für ihn. Diese Ich-stützende Technik regt den Protagonisten zu weiterer Exploration an. Etwaige Berührungen sind hierbei erlaubt und können die Intervention zusätzlich verstärken. Eine weitere Technik ist das „Spiegeln“ bzw. der „Rollentausch“: der Hauptakteur spielt eine Szene, die anschließend wiederholt wird, wobei ein anderes Gruppenmitglied die Rolle des Protagonisten übernimmt und ihn dabei genau imitiert. Die Spiegelung seines Verhaltens soll im Protagonisten hierbei eine Korrektur der bisherigen Selbst- und Fremdwahrnehmung bewirken. Die in einem solchen Zusammenhang im Schutz der Rolle erlebte Katharsis führt dazu, daß ein habituelles Abwehrverhalten bewußt und dadurch auch verändert wird.

Im Psychodrama ist je nach Zielsetzung eine mehr konfliktzentrierte oder eine mehr verhaltensmodifizierende Arbeit möglich. Nach *Leutz* (1986) bewirkt das Psychodrama im einzelnen:

- die Klärung zwischenmenschlicher Beziehungen und ihrer Störungen
- die Aufdeckung kindlicher Konflikte, wobei assoziativ in der psychodramatischen Aktion von aktuellen Szenen zu Szenen der Psychogenese zurückgegangen wird
- das affektive kathartische Wiedererleben verdrängter Zusammenhänge und ihre Integration ins gegenwärtige Erleben
- das erprobende Handeln in alternativen Spielszenen, das die Umsetzung der therapeutischen Erfahrung in die Alltagsrealität des Patienten erleichtert.

⇒ **Kunst-/Gestaltungstherapie: Tonarbeit und Malen**

Psychoanalytisch orientierte Gestaltungstherapie ist ein in den letzten 20 Jahren zunehmend in verschiedensten psychotherapeutischen Einrichtungen überwiegend gruppentherapeutisch angewandtes Verfahren, das mit bildnerischen und gestalterischen Mitteln Regressionen erleichtert und Progressionen fördert (*Schrode*, 1995). Im spontanen intuitiven Gestalten kann der Patient kontrolliert und begrenzt regredieren, wobei abgewehrte, unbewußte Erfahrungen, Phantasien und Gefühle zum Ausdruck kommen, die vom Therapeuten aufgenommen und

gemeinsam mit dem Patienten im anschließenden Dialog besprochen werden (*Streeck, 1996*). Geeignet sind diese Verfahren nach *Bonstedt-Wilke & Rüger (1997)* zum einen für Patienten mit einer wenig entwickelten Verbalisierungs- und Introspektionsfähigkeit, zum anderen für Patienten, deren Abwehr vor allem in der Intellektualisierung liegt. Sie gelangen damit zu einer emotionalen Erfahrung und lernen somit ihre Affekte kennen. Daneben kann die Gestaltungstherapie in der Behandlung psychosomatisch erkrankter Patienten die wichtige Funktion haben, das körperliche Symptom in einen intrapsychischen Symbolisierungsprozeß überzuleiten. Hierbei ist es gemäß *Dreifuss-Kattan (1986)* beim Besprechen des Bildes/der Plastik mit dem Patienten wichtig, möglichst lange auf der symbolischen Ebene zu bleiben, d. h. über den Inhalt der Bilder und nicht über den Patienten selbst zu sprechen. Hiermit werden frühzeitige Widerstände bei ihm verhindert.

Neben Einzel- und gruppentherapeutischer Anwendung kann man nach *Binieć (1992)* freies und gelenktes Gestalten unterscheiden. Gelenktes Gestalten kann insbesondere zu Beginn der Behandlung als Vorgabe mit Hilfe von Reizwörtern, wie im vorliegenden Fall mit „Angst“ erfolgen. Nach *Binieć* ist hierbei jedoch zu beachten, daß es beim Gebrauch von Reizwörtern nicht nur zu einem persönlichen gestalterischen Ausdruck kommen kann, sondern auch zur Auslösung dessen, was sie ausdrücken.

Die angebotenen Medien innerhalb der Gestaltungstherapie sind Graphik, Malerei und Plastik. Nach *Soppa & Zucker (1997)* ist der graphischen Gestaltung eine konzentrierte und kontrollierte Arbeitsweise eigen, während die Malerei in Stimmungen führt und dabei intuitives Arbeiten ermöglicht. Plastisches Arbeiten dagegen spricht Form- und Raumempfinden an, wirkt tief ins Körperliche und spricht damit frühe Erlebnisbereiche an.

Im Rahmen des hier vorliegenden Angstbewältigungsprogramms werden die Patienten am ersten Behandlungstag aufgefordert, ihre **persönliche Angst mit geschlossenen Augen in Ton zu formen**. Gegen Ende des Programms geht es mit dem gleichen Material um die **Gestaltung eines Gemeinwesens**, das mit Leben gefüllt werden soll, wobei sich jeder Patient als Element (z. B. als Bürgermeister, Tankwart, Polizist, soziale Berufe etc.) einbringen soll.

Analog das Vorgehen im bildnerischen Gestalten: während bei einem Setting paarweise die **Angst des anderen mit Wasserfarben gemalt** wird, wird bei einem anderen Setting eine **Gebirgslandschaft für den jeweils rechten Nachbarn gemalt**, der dann das Bild erhält und sich selbst hineinmalt. Anschließend werden alle Bilder zu einer **Gesamtlandschaft zusammengelegt**. Im **Gemeinsam-Malen** beginnen die Patienten mit Stiften auf einem

großen über den ganzen Tisch reichenden Bogen Papier ein Bild für sich zu malen. Im weiteren Verlauf werden auf gestalterischer Ebene im Sinne eines „Vom-ich-zum-du-zum-wir-zum-ich etc.“ Kontakte zu anderen Gruppenmitgliedern aufgenommen.

In einer weiteren Aufgabe **malen Dreiergruppen ihre Angst**, nach einer Pause wird die **Angstauflösung** gemalt.

Das plastische wie auch bildnerische Gestalten erfolgt jeweils nonverbal innerhalb einer gegebenen Zeit. Der nachfolgende Gesprächsteil, der durch die gemeinsame Betrachtung des entstandenen „Werks“ und der damit verbundenen Reflexion des Prozesses eingeleitet wird, erfolgt hierbei nach entsprechenden Pausen.

⇒ Sensitivity-Training

Beim Sensitivity-Training (auch als „Encountergruppen“ oder „human relation therapy“ bezeichnet) soll die Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie die Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit der Gruppenmitglieder verbessert werden (Mann, 1979; Schwab, 1982). Anhand von Vertrauens- und Imaginationsübungen kommt hierbei ein Feedback-System zum Tragen, das eine Selbsterfahrung des einzelnen ermöglicht.

Vertrauensübungen sind beispielsweise, wenn sich eine Person rückwärts in die sie auffangenden Arme der Gruppenmitglieder fallen läßt oder indem jemand mit geschlossenen Augen innerhalb eines Kreises aus Gruppenmitgliedern geführt wird. In einer Imaginationsübung ziehen z. B. zwei Mitglieder der Gruppe gegenseitig an einer zusammengerollten Zeitung. In einer ersten Übung stellt sich der eine nach Absprache mit dem Therapeuten vor, er sei „der Größte“, was im Idealfalle bewirkt, daß er den anderen sehr erfolgreich auf seine Seite ziehen kann. In der zweiten Übung stellt sich der Proband dagegen vor, daß ihm überhaupt nichts gelänge, was meist bewirkt, daß er von seinem Gegenüber problemlos auf dessen Seite gezogen werden kann.

⇒ Therapeutisches Puppenspiel / Figuratives Psychodrama

Als Variante des klassischen Psychodramas (Zöller, 1993) kennt das auf Gonseth (1968) zurückgehende figurative Psychodrama neben den klassischen Elementen als wichtigstes Instrument die „Drehbühne“. Auf einer „Außenbühne“ stellt der Protagonist Ergebnisse seiner äußeren Welt dar; auf einer „Innenbühne“ findet er mit Hilfe spezieller Techniken zu szenischen Konkretisierungen innerpsychischen Geschehens, indem er wenig akzeptierten,

verdrängten oder abgespaltenen Persönlichkeitsanteilen in sich nachspürt. Ziel des figurativen Psychodramas ist nach *Gonseth & Zöller* (1987) und *Zöller* (1996) ein „Fließgleichgewicht“ zwischen beiden „Welten“. So können mittels des Drehbühnensystems Projektionen von der Innenbühne auf die äußere Umwelt und Introjekte von der Außenbühne auf die innere Bühne aufgedeckt werden.

Im untersuchten Angstbewältigungsprogramm wurde mit Puppen („Figurinen“) gearbeitet. Oftmals fällt es Patienten in der Gruppe leichter, statt mit Hilfe von Gruppenmitgliedern (Subjekte) ihre Probleme mit Puppen (Objekte) darzustellen, da diese Technik mehr Distanzierung und damit weniger Angst und Leistungsdruck ermöglicht. Die Art der vom Patienten gewählten Figurinen und der Umgang mit ihnen gewährt dem Therapeuten diagnostische Einblicke, die in einer anschließenden Gesprächsphase (sharing und feedback) aufgearbeitet werden.

⇒ **Gefühlsrad**

Das Gefühlsrad ist ein Verfahren, um einen therapeutischen Prozeß im Sinne einer Aufwärmphase (warming-up) in Gang zu setzen bzw. ihm neue Impulse zu verleihen. Das ursprünglich aus der Transaktionsanalyse kommende und in der kognitiven Verhaltenstherapie in abgewandelter Weise unter dem Namen „Gefühlsstern“ (*Stavemann*, 1999) bekannte Verfahren ermöglicht das Ausdrücken von Gefühlen auf zunächst non-verbaler Ebene. Hierbei werden von den Patienten sechs jeweils farbig markierte Steine in einen mit 26 Feldern tortenstückartig unterteilten Kreis gelegt. Die 26 Felder enthalten Begriffe wie *Angst*, *Ablehnung*, *Wut*, *Aggressivität*, *Spannung*, *Einsamkeit*, *Traurigkeit*, *Verzweiflung*, *Schuldgefühle*, aber auch Begriffe, wie *Mut*, *Geborgenheit*, *Vertrauen*, *Glück*, *Freude*, um nur einige zu nennen. Drei konzentrische Kreise erlauben eine Einteilung des jeweiligen Gefühls hinsichtlich Intensität, wobei das Zentrum die größte Intensität, die äußeren Bereiche geringere Ausprägungen markieren.

Die Technik erlaubt ein Auf- und Nachspüren von Gefühlen, die in einem nachfolgenden Gespräch aufgearbeitet oder in einem anschließenden Psychodrama erlebt werden können.

⇒ **Verhaltenstherapeutische Konfrontationsbehandlung**

Den in ihrer Wirksamkeit gut belegten (*Grawe, Donati & Bernauer*, 1994) lerntheoretischen Verfahren ist gemeinsam, daß sie – wie im Kapitel „Bisheriger Kenntnisstand“ bereits

beschrieben - auf der experimentellen Lernpsychologie basieren. Im Gegensatz zu den Ansätzen, die auf der psychodynamischen Basis beruhen, sieht die Lerntheorie in der Neurose keine Folgen von unbewußten Konflikten, sondern erlernte Fehlverhaltensweisen, die durch neue, therapeutisch induzierte Lernprozesse korrigiert werden können. Zentrum des therapeutischen Vorgehens bei der Verhaltenstherapie sind Verhaltensanalyse und die daraus indizierten einzelnen Techniken, wie in diesem Angstbewältigungsprogramm die Exposition und Reizkonfrontation. Entsprechend *Hautzinger* (1996) werden damit therapeutische Verfahren beschrieben, bei denen Patienten mit verschiedenen Angststörungen den aversiven Reizen, der gefürchteten Situation bzw. den gefürchteten Objekten direkt ausgesetzt werden. Bei der Reizüberflutung (flooding) werden die Patienten mit den Stimuli in der Realität („in vivo“, im Ggs. zu „in sensu“ auf gedanklicher Ebene) direkt und in höchster Intensität konfrontiert. Beim Habituationstraining dagegen wird, ebenfalls in der Realität, die Reizkonfrontation in einer abgestuften Weise (im Sinne einer Annäherungshierarchie resp. eines graduierten Vorgehens) angewandt.

Erklärungsprinzip des Floodings besteht im Modell der Habituation: durch die lange Darbietungszeit kommt es zu einer langsamen, aber stetigen Abnahme physiologischer und kognitiver Erregung. Bei der Therapie von Angstphänomenen steigen die Ängste hier – gewollt bzw. antizipiert – auf ein Maximum, fallen dann aber bei anwesendem Angstausröser stetig ab. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, daß sich die Patienten bis zum Rückgang der Angst in der zuvor angstausrösenden Situation aufhalten. Nach *Hautzinger* (1996) wird dabei Flucht- und Vermeidungsverhalten grundsätzlich nicht zugelassen.

In der Praxis des Angstbewältigungsprogrammes werden vor Durchführung des Konfrontationsverfahrens die Patienten kognitiv vorbereitet, wobei ihnen Rationalität und Vorgehen der Therapie vermittelt werden (vgl. *Fiegenbaum et al.* 1992). Je nach Ausprägung werden anschließend mit den Therapeuten oder Co-Therapeuten (Praktikanten der Tagesklinik oder Begleiter, die von den Patienten selbst ausgewählt wurden) die Situationen oder Plätze wie Kaufhäuser, Fahrstühle, Brücken etc. aufgesucht.

⇒ **Sonstige Therapieelemente**

Wie am Anfang des Kapitels bereits erwähnt, werden von den Patienten im Rahmen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychoedukation **Angsttagebücher** geführt, einerseits in Wochenbögen, andererseits in Tagesprofilen (Muster jeweils im ANHANG K). Nach *Lieb & Wittchen* (1998a) ermöglichen Tagebücher eine kontinuierliche und detaillierte Analyse des

Problemverhaltens und sind von entscheidender Bedeutung für Therapieplanung, -durchführung und Rückfallprophylaxe. In ihnen werden Beschwerdenstärke und -häufigkeit, Angstausröser, Gedanken und Geföhle in übersichtlicher Form täglich vom Patienten registriert und schriftlich festgehalten. Damit bilden sie therapeutische Ansatzpunkte in der sich anschließenden therapeutischen Intervention.

Eine zusätzliche Motivation des Patienten kann auch durch die Bewältigung von an ihn gestellten **Hausaufgaben** erreicht werden. So kann es beispielsweise bei vorrangiger Panikproblematik helfen, dem Patienten gerade noch bewältigbare Übungen (z. B. alleine öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen) aufzugeben, damit er die Bewältigung der Paniksymptome einüben kann. Diese Aufgaben werden nur dann zu einer erfolgreichen Veränderung führen, wenn der Therapeut bei nachfolgendem Kontakt auf die Hausaufgaben eingeht und dem Patienten eine positive Rückmeldung gibt (vgl. *Boerner et al.*, 1997). Eine weitere Übung im Sinne eines graduerten Vorgehens ist die im Abschnitt „Aufbau des Programms“ beschriebene Aufgabe, an den Behandlungstagen für die Gruppe ein gemeinsames Mittagessen zu organisieren und zuzubereiten.

Einen **zusammenfassenden Überblick** der in diesem Kapitel vorgestellten und erläuterten Verfahren hinsichtlich ihres Einsatzes im vorliegenden Angstbewältigungsprogramm gibt die *Tabelle 4.2*. Der in diesem Zusammenhang auftauchende Begriff „Zwischenstand“ meint eine Reflexion über den bis dahin abgelaufenen Therapieprozeß im Sinne einer Epikrise sowie Anregungen der Patienten hinsichtlich weiteren Vorgehens.

Tab. 4.2. Zusammenfassende Darstellung der einzelnen Therapieelemente im Angstbewältigungsprogramm

Behandlungstag	jeweils donnerstags von 9.30 – 16.00 Uhr, Mittagspause von 12.00 – 14.00 Uhr mit gemeinsamem Mittagessen, kurze Pausen jeweils zwischen den einzelnen Therapieanwendungen	
	vormittags	nachmittags
1	Angst verbal beschreiben	Angstdarstellung mit Ton
2	ausgewählte Patienten beschreiben ihre Angst anhand von Angstbögen	Malen der Angst in Kleinstgruppen (ca. 3 Personen)
3	Themenzentrierte Angstauseinandersetzung (z. B. Mißbrauch in der Familie)	Katathymes Bilderleben (Motive: Vulkan und Schlammschlacht)
4	Rollenspiel	Angst des anderen malen
5	1. Gruppe Außenübung: Exposition 2. Gruppe: Psychodrama	Bericht Außenübungen Figuratives Psychodrama
6	Gefühlsrad	Gemeinsam-Malen
7	„Zwischenstand“ Wünsche an weitere Therapie	Psychodrama Katathymes Bilderleben
8	„Zwischenstand“ (Fortsetzung)	Gebirgslandschaft für rechten Nachbarn malen / Gesamtbild
9	Rollenspiel	Sensitivity-Training
10	„Zwischenstand“ Rollenspiel	Tonarbeit „Gemeinwesen“
11	½ Std. Akute Befindlichkeit Abklärung über weitere therapeutische Versorgung	Abschlußsitzung Katathymes Bilderleben (Kurzform)
12	Katamnesetag (6 Wochen nach Abschluß des Programms), ½ Tag von 10.00 – 14.00 Uhr, ½ Std. Pause, ohne Mittagessen; akute Befindlichkeit, evtl. Überweisung in andere Gruppentherapien, Psychodrama, Katathymes Bilderleben	

4.1.3 Vorbereitung zur Datengewinnung

In einem vor der eigentlichen Datenerhebung stattgefundenen **Probelauf** wurden Störungsgrößen ersichtlich, die anschließend korrigiert und damit kontrolliert wurden. Dies waren beispielsweise Kleinigkeiten, wie das Vergessen der Lesebrille. Oder die anfängliche Anordnung der Tische zur Testerhebung in Form des schulbezogenen Frontalunterrichtes, was bei einigen Patienten zu eher beklemmenden Gefühlen führte. Die folgenden Testerhebungen fanden daher in „lockerer Atmosphäre“ statt, indem sich die Patienten ihre eigenen Plätze aussuchten, ohne allerdings in der Testsituation miteinander zu kommunizieren. Dies war insbesondere im Hinblick auf die katamnestiche Datenerhebung wichtig, da diese unter Umständen nicht mehr in den Räumen der Tagesklinik selbst, sondern per Postrücklauf von zu Hause aus stattfand.

4.1.4 Meßzeitpunkte

An folgenden Meßzeitpunkten (MZP) wurden Daten erhoben:

- **MZP 0 = T 0** Voruntersuchung und Basisdokumentation
- **MZP 1 = T 1** Beginn des Programms
- **MZP 2 = T 2** 5. Woche
- **MZP 3 = T 3** 8. Woche
- **MZP 4 = T 4** 11. Woche (Abschluß des Programms)
- **MZP 5 = T 5** Katamnese (1/2 Jahr nach Therapieende)

Innerhalb der Voruntersuchung wurde **vor** Einteilung der Patienten zu den einzelnen Therapieprogrammen von den behandelnden Ärzten eine Basisdokumentation hinsichtlich Diagnose und Therapieindikation erstellt.

4.1.5 Datenerhebung

Bei der Datengewinnung wurden die Daten einerseits durch Selbstbeurteilungen der Patienten in Form psychologischer Tests, andererseits von den behandelnden Ärzten durch Fremd-

beurteilung im Rahmen einer jeweiligen Befunderhebung, Diagnosestellung und Indikationsentscheidung ermittelt.

Die patientenseitigen Daten wurden während des Angstbewältigungsprogramms von den mitwirkenden Therapeuten sowie vom Verfasser dieser Arbeit erhoben. Die Erhebung dauerte ca. eine Stunde und erfolgte an den Meßzeitpunkten 1, 2, 3 und 4 jeweils vor dem offiziellen Beginn des Behandlungstages. Die katamnestischen Daten (MZP 5) wurden einerseits per Postrücklauf, andererseits in den Räumen der Gemeinschaftspraxis erhoben, sofern sich die Patienten noch in Behandlung befanden.

Die *Tabelle 4.3.* gibt eine detaillierte Übersicht über die zu den einzelnen Meßzeitpunkten erhobenen Daten.

Tab. 4.3. Übersicht über Meßzeitpunkte (MZP), Meßinstrumente und Anzahl der Items

Fragebogen	MZP 0 <i>vor ABP</i>	MZP 1 <i>Beginn ABP</i>	MZP 2 <i>5. Woche</i>	MZP 3 <i>8. Woche</i>	MZP 4 <i>Abschluß 11. Woche</i>	MZP 5 <i>Katamnese n. 6 Mon.</i>
BASISDOK <i>16 Items</i>	X					
SOSI <i>11 Items</i>		X				
Ges FB <i>24 Items</i>		X				
STAI <i>40 Items</i>		X	X	X	X	X
SCL-90-R <i>90 Items</i>		X			X	X
GT-S <i>40 Items</i>		X			X	X
VESB. V1 <i>23 Items</i>		X	X	X	X	X
BP-S <i>60 Items</i>		X	X	X	X	X
EPQ-dtV1 <i>97 Items</i>		X			X	X

Die Erklärung zu den Testkürzeln erfolgt im nachfolgenden Kapitel „Meßinstrumente“

4.1.6 Meßinstrumente

Zu allen nachgenannten Dokumentationen und Fragebögen, die im folgenden kurz beschrieben werden, befinden sich entsprechende Muster im ANHANG J resp. K.

⇒ Basisdokumentation

Bei der Basisdokumentation handelt es sich um einen in der Poliklinik des Zentrums für Psychosomatische Medizin der Universität Gießen verwendeten Datenbogen, der u. a. psychische Störungen nach ICD-10 kodiert, anamnesegebundene Daten und die Motivationslage des Patienten abfragt oder Hinweise auf die Beschwerdedauer berücksichtigt. Verschlüsselt nach ICD-10 wurde in diesem Fall nur eine Hauptdiagnose im Bereich „Psychische Störungen“. Psychosoziale oder somatische Diagnosen wurden hierbei nicht berücksichtigt. Die Basisdokumentation wurde von den behandelnden Ärzten erstellt.

⇒ Informationsschreiben

Die Patienten wurden zu Beginn des ersten Testheftes in einem persönlichen Schreiben der Gemeinschaftspraxis über die Untersuchung informiert, wobei auf die freiwillige Teilnahme, die ärztliche Schweigepflicht hinsichtlich der Datenverwendung und auf die anonyme Auswertung hingewiesen wurde.

⇒ SOSI – Soziale Situation

Im Fragebogen zur sozialen Situation wird auf die Variablen Alter, Geschlecht und Familienstand sowie auf sozioökonomische Daten wie Beruf, Ausbildung, Einkommen und Wohnverhältnisse eingegangen. Ebenso wie der nachfolgende Gesundheitsfragebogen wurde auch der SOSI von der Abteilung Medizinische Psychologie des Zentrums für Psychosomatische Medizin an der Universität Gießen entworfen und erstellt.

⇒ Ges FB - Gesundheitsfragebogen

Der Fragebogen enthält Fragen nach Gewicht, Körpergröße, somatischen Erkrankungen, Konsumverhalten hinsichtlich Alkohol und Zigarettenrauchen sowie sportlicher Betätigung.

⇒ STAI - State-Trait-Angstinventar

Das State-Trait-Angstinventar ist die deutsche Adaptation (Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981) des von Spielberger, Gorsuch & Lushene (1970) entwickelten „State-Trait Anxiety Inventory“. Das erfolgreich in Forschung und klinischer Praxis eingesetzte Verfahren basiert auf der Unterscheidung von Angst als Zustand und Angst als Eigenschaft. Das Trait-Modell der Angst, auf dem fast alle bisher entwickelten allgemeinen und bereichsspezifischen Angstfragebogen beruhen, wurde bei der Konzeption des STAI um den Aspekt der Angst als vorübergehendem, emotionalen Zustand, der in seiner Intensität über Zeit und Situation variiert (State-Angst), erweitert. Angst als relativ überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal (Trait-Angst, Ängstlichkeit) bezieht sich demgegenüber auf individuelle Unterschiede in der Neigung zu Angstreaktionen. Die zwei Skalen des STAI mit jeweils 20 Items dienen der Erfassung von Angst als Zustand (STAI-G X 1, State-Angst) und Angst als Eigenschaft (STAI-G X 2, Trait-Angst). In der vorliegenden Untersuchung wurden beide Skalen zu allen Meßzeitpunkten des Angstbewältigungsprogramms verwendet.

⇒ SCL-90-R - Symptom-Checkliste von Derogatis

Die Symptom-Checkliste (deutsche Version: Franke, 1995) mißt die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person. Das von Derogatis erstmals in der 90-Item-Version präsentierte Verfahren (Derogatis, 1977) bietet ausgewertet einen Überblick über die psychische Symptombelastung der Person in Bezug auf neun Skalen und drei „Globale Kennwerte“. Die neun Skalen beschreiben:

- Skala 1 *Somatisierung (somatization)*
- Skala 2 *Zwanghaftigkeit (obsessive-compulsive)*
- Skala 3 *Unsicherheit im Sozialkontakt (interpersonal sensitivity)*
- Skala 4 *Depressivität (depression)*
- Skala 5 *Ängstlichkeit (anxiety)*
- Skala 6 *Aggressivität / Feindseligkeit (anger / hostility)*
- Skala 7 *Phobische Angst (phobic anxiety)*
- Skala 8 *Paranoides Denken (paranoid ideation)*
- Skala 9 *Psychotizismus (psychoticism)*

Die drei Globalen Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten über alle Items:

- der GSI (*global severity index*) mißt die grundsätzliche psychische Belastung,
- der PSDI (*positive symptom distress index*) mißt die Intensität der Antworten,
- der PST (*positive symptom total*) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Durch seine mehrdimensionale Auswertung und der Möglichkeit der Meßwiederholung ist die SCL-90-R ein weithin anerkanntes und gebräuchliches Instrument, das Vergleiche mit Befunden aus der Literatur zuläßt.

⇒ GT-S - Giessen -Test

Der Giessen-Test (*Beckmann, Brähler & Richter, 1991*) ist ein psychoanalytisch orientiertes Persönlichkeitsinventar, das aus 40 bipolar formulierten Fragestellungen (z. B.: „Ich habe den Eindruck, ich bin eher geduldig ungeduldig“) besteht, die auf einer siebenstufigen Skala nach ihrem Zutreffen beurteilt werden sollen. Die Antworten werden über sechs bipolare Standardskalen erfaßt:

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| • Skala 1: Soziale Resonanz | <i>negativ sozial resonant</i> | - <i>positiv sozial resonant</i> |
| • Skala 2: Dominanz | <i>dominant</i> | - <i>gefügig</i> |
| • Skala 3: Kontrolle | <i>unterkontrolliert</i> | - <i>zwanghaft</i> |
| • Skala 4: Grundstimmung | <i>hypomanisch</i> | - <i>depressiv</i> |
| • Skala 5: Durchlässigkeit | <i>durchlässig</i> | - <i>retentiv</i> |
| • Skala 6: Soziale Potenz | <i>sozial potent</i> | - <i>sozial impotent</i> |

Zwei Zusatzskalen geben Hinweise auf weitere Interpretationsmöglichkeiten:

- die Skala M erfaßt die Anzahl der 0-Ankreuzungen bei den bipolaren Skalen der Items (3 2 1 0 1 2 3),
- Die Skala E erfaßt die Anzahl der Extremankreuzungen links und rechts insgesamt.

Im Rahmen dieser Studie wurde die Version GT-S (Selbstbild des Probanden) verwendet.

⇒ **VESB V1, BP-S, EPQ-dt. V1**

Bei diesen Instrumenten handelt es sich um verschiedenartige Verfahren, die nicht Gegenstand der Betrachtung im Rahmen dieser Arbeit sind.

Es handelt sich vornehmlich um in Entwicklung befindliche Testverfahren, die auf Vorschlag der Abteilung Medizinische Psychologie am Zentrum für Psychosomatische Medizin der Universität Gießen in die Testdurchläufe mit aufgenommen wurden und weitergehenden Untersuchungen dienen.

⇒ **Angsttagebuch**

Das Angsttagebuch ist ein nicht standardisierter Protokollbogen, der von den Patienten zu Hause ausgefüllt wurde. Während des Verlaufes einer Woche gibt er Auskunft über das Auftreten von Angst, Angststärke, Zeitpunkt und Grund der Attacke. Die Angsttagebücher wurden vornehmlich therapeutisch eingesetzt und kamen daher nicht zu einer Auswertung.

⇒ **Selbsteinschätzung**

Bei der „Selbsteinschätzung“ handelt es sich um einen ebenfalls nicht standardisierten Fragebogen, der von den Teilnehmern am Schluß des jeweiligen Angstbewältigungsprogramms ausgefüllt wurde. Im Rahmen einer Bewertung wurden die Patienten gefragt, was ihnen die Teilnahme persönlich gegeben hat, ob ihre Beschwerden ab- oder zunahmen, wie sie sich in der Gruppe fühlten, welche therapeutischen Übungen ihnen viel resp. wenig gebracht haben, welche Medikamente sie nahmen, welche Veränderungsvorschläge sie hätten etc.

Der Bogen diente einer klinikinternen Evaluation und wurde nicht statistisch aufbereitet und ausgewertet.

4.2 Auswertung der Daten

4.2.1 Datenerfassung und -aufbereitung

Die statistische Auswertung und die Wahl der hierbei verwendeten Verfahren erfolgte unter Mithilfe von Herrn Dipl.-Psych. Boris Orth in enger Abstimmung mit der Abteilung für

Medizinische Psychologie im Zentrum für Psychosomatische Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen, Frau Dipl.-Psych. Dr. biol. hom. Ursula Pauli-Pott.

Nach Abschluß aller Erhebungen wurden die Angaben der Patienten in den wie oben beschrieben vorgegebenen Fragebögen zur PC-gestützten Analyse erfaßt. Die Reaktionen der Versuchspersonen (Vpn) wurden auf Itemebene nach einem fest definierten Kodierungsplan im Texteditor eingegeben. Die somit vorliegenden Informationen wurden dann auf Fehler überprüft (korrekte Anzahl von Datenzeilen pro Versuchsperson (Vp), korrekte Anzahl von Spalten pro jeweiliger Zeile, Zugehörigkeit der Einzelwerte zum jeweils definierten Wertebereich) und soweit nötig und möglich anhand der original vorliegenden Fragebögen kontrolliert und korrigiert. Die Daten wurden dann zur weiteren Verarbeitung in eine SPSS-Datendatei eingelesen und soweit sinnvoll und notwendig genaue Variablen- und Wertennamen definiert. Die statistischen Analysen erfolgten mit dem Statistikprogrammpaket „SPSS for Windows“, die graphische Aufarbeitung der Ergebnisse mittels Microsoft® Excel.

Zur Bestimmung der Testscores der einzelnen Fragebogenskalen wurde computergestützt zuerst die Anzahl nicht beantworteter Items pro Skala ermittelt, negativ gepolte Items entsprechend den Testhandbuchanweisungen umkodiert und die einzelnen Reaktionen zu Skalenwerten aggregiert. Entsprechend den Auswertungsanweisungen der Testmanuale wurde mit „missing data“ verfahren. Bei manchen Skalen wird ausdrücklich eine fest definierte Anzahl von ausgelassenen Items toleriert und eine entsprechend modifizierte Ermittlung des Skalenwertes erlaubt.

Bei einigen Vpn waren die Tests z. T. nicht vollständig ausgefüllt, weil eine Seite offensichtlich überblättert worden war. Eine Bestimmung der Skalenwerte wäre dann im Sinne der Testmanuale nicht mehr möglich gewesen, da die erlaubte Anzahl nicht beantworteter Items überschritten wurde. Diese Vpn sollten bei der statistischen Analyse der Daten jedoch nicht ausgeschlossen werden, da dadurch eine Fülle bereits vorliegender Informationen verloren gegangen wäre. Der Datensatz wäre hierdurch kleiner geworden und die Stichprobenumfänge der verschiedenen Varianzanalysen hätten sich jeweils unterschieden. Deshalb wurden die fehlenden Daten geschätzt.

Dazu wurde zum einen für die jeweilige Vp ein Testwert ermittelt, indem das arithmetische Mittel der Testwerte am direkt vorhergehenden und direkt folgenden Meßzeitpunkt gebildet wurde. Zum anderen wurde in den Fällen, bei denen Werte am letzten Meßzeitpunkt fehlten,

der entsprechende Wert durch lineare Regression der vorhergehenden Testwerte auf diesen letzten Testwert bestimmt.

Schließlich wurden die nun vorliegenden Skalenrohwerte einer T-Transformation unterzogen. Dies wurde, soweit das bei nicht schiefen Verteilungen möglich war, PC-gestützt durchgeführt. In den anderen Fällen wurde die Transformation mittels der Normtabellen der Testhandbücher manuell erstellt.

4.2.2 Beschreibung der statistischen Verfahren

Hier sollen lediglich hinsichtlich dieser Arbeit relevante Aspekte ausgesuchter statistischer Verfahren diskutiert werden. Für einen vertiefenden Einblick sowie zur Erläuterung weiterer verbleibender Tests (T-Test, χ^2 -Test usw.) wird auf die einschlägige Literatur (z. B. *Bortz*, 1999) verwiesen.

⇒ Varianzanalyse

Entsprechend der Gestaltung dieser Forschungsarbeit mit wiederholten Messungen derselben Versuchspersonen mit gleichen Meßverfahren zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten, ergibt sich ein Untersuchungsplan mit Meßwiederholung. Die verwendeten Fragebogenverfahren (STAI, SCL-90-R und Giessen-Test) sind intervallskaliert. Somit bietet sich als inferenzstatistisches Testverfahren die Varianzanalyse an. Da neben den Werten an den verschiedenen Meßzeitpunkten auch Werte von Patientengruppen mit verschiedenen Angststörungen verglichen werden sollen, handelt es sich in diesem Fall um eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit einem Faktor innerhalb der Vp (Meßwiederholung) und einem Faktor zwischen den Vpn (Angststörungs-Diagnose).

Ein signifikanter Befund hinsichtlich des Haupteffekts Meßzeitpunkt bedeutet somit, daß eine nicht durch zufällige Variation erklärbare Veränderung der durchschnittlichen Testwerte aller Vpn im Laufe der Therapie vorliegt.

Ein signifikanter Befund bezüglich des Haupteffekts ICD-10-Diagnose drückt aus, daß sich mindestens eine Patientengruppe mit einer spezifischen Art der Angststörung von den übrigen Gruppen in der abhängigen Variablen unterscheidet.

Eine signifikante Interaktion der beiden varianzanalytischen Faktoren läßt den Schluß zu, daß mindestens eine Gruppe von Patienten sich im Ausmaß der Veränderung der abhängigen

Variablen zwischen den verschiedenen Meßzeitpunkten von den anderen Gruppen unterscheidet.

Zum Verständnis der folgenden Darstellung der Ergebnisse sei hier ein Sonderfall erwähnt (siehe z. B. *Bortz*, 1999, S. 342 ff. für die genauen Hintergründe): ist die Anzahl der Meßzeitpunkte größer zwei (hier im STAI gegeben), muß die Zirkularitätsannahme erfüllt sein. Ist dies nicht der Fall, müssen die Freiheitsgrade mittels einer ϵ -Korrektur modifiziert werden. In diesen Fällen wird hier die Korrektur nach Grenhouse-Geisser verwendet und dann auch ausdrücklich angegeben.

⇒ **Faktorenanalyse**

Primäres Ziel der Faktorenanalyse ist es, einem größeren Variablensatz eine ordnende Struktur zu unterlegen. Man kann mit dieser Methode gefundene Faktoren als grundlegende Dimensionen interpretieren, auf denen sich die einzelnen Variablen und Vpn des Datensatzes abbilden lassen. Dies kann durch ein ganzes Bündel verschiedener Methoden erreicht werden. Eine wichtige und verbreitete Methode ist die Hauptkomponentenanalyse mit anschließender VARIMAX-Rotation, die auch in dieser Untersuchung verwendet wurde. Für interessierte Leser sei zur Vertiefung dieses Gebietes wiederum auf *Bortz* (1999) verwiesen.

5 ERGEBNISSE

5.1 Befunde zu den Stichproben am Beginn der Untersuchung

Hier sollen zunächst die Befunde hinsichtlich der Gesamtstichprobe zu Beginn der Therapie dargestellt werden. Zuerst werden die Stichprobenkennwerte der Basisdokumentation, des Fragebogens zur Sozialen Situation (SOSI), des Gesundheitsfragebogens (GesFB) sowie der Ausgangswerte im STAI (State-Trait-Angstinventar), SCL-90-R (Symptomcheckliste-90-R) und Giessen-Test (GT-S) dokumentiert. Beispiele zu den Fragebögen sind ANHANG J und die Beschreibung der Meßinstrumente samt der hier gebrauchten Abkürzungen dem Abschnitt 4.1.6 „Meßinstrumente“ im Kapitel „Methodik“ zu entnehmen. Abschließend werden die beobachteten Unterschiede zwischen den drei Patientenstichproben mit phobischen Störungen (F40), sonstigen Angststörungen (F41) und Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), jeweils nach ICD-10, dargestellt.

5.1.1 Basisdokumentation

Die Daten zur Basisdokumentation wurden mittels eines Bogen für Therapeuten der Poliklinik des Zentrums für Psychosomatische Medizin der Universität Gießen erhoben. Der Fragebogen wurde während der Anamnese vom jeweiligen Arzt, der das Erstgespräch führte, ausgefüllt.

Im folgenden werden die Angaben der Patientenstichprobe dieser Untersuchung dargestellt.

⇒ Deutschkenntnisse

Mit 30 (66,7%) der 45 befragten Versuchspersonen (**Vpn**) war die Kommunikation problemlos möglich. Geringe Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit lagen bei elf Vpn (24,4%) vor. Der Therapeut beurteilte die Kommunikationsfähigkeit vier mal (8,9%) als stark einschränkt, attestierte aber nie eine nicht mögliche Kommunikation.

⇒ Psychotherapeutische Vorbehandlung

Hier waren Mehrfachnennungen möglich. Von den 45 Patienten hatten 17 Erfahrung mit ambulanter Kurztherapie (37,8%), 28 mit ambulanter, längerer Therapie (62,2%) sowie fünf

mit stationärer Psychotherapie (11,1%). Keine der Vpn war ohne psychotherapeutische Vorbehandlung.

⇒ **Psychiatrische Vorbehandlung**

Auch hier waren wieder Mehrfachnennungen möglich. Zwei Vpn waren kurz ambulant (4,4%) und zehn Vpn länger ambulant (22,2%) psychiatrisch behandelt worden. Sechs Patienten waren schon in stationärer psychiatrischer Behandlung (13,3%). Ohne Vorbehandlung waren 24 von 45 Vpn (53,3%). Bei sieben Probanden wurden diesbezüglich keine Informationen gewonnen (15,6%).

⇒ **Stoffgebundene Sucht**

Zur Zeit des Erstgesprächs litten zwei Patienten aktuell unter einer stoffgebundenen Sucht (4,4%). 13 Patienten hatten früher schon einmal eine Suchterkrankung (28,9%). Über die Hälfte der Patienten waren ohne Sucht (23 Vpn; 51,1%). Bei sieben Interviewten liegen keine Angaben vor (15,6%).

⇒ **Suizidversuch**

Informationen über einen früheren Suizidversuch wurden bei 8 von 45 Befragten (17,8%) gewonnen. 30 Patienten hatten noch keinen Suizidversuch ausgeübt (66,7%). Bei sieben Vpn konnte die Frage nach einem möglichen Suizidversuch nicht beantwortet werden (15,6%).

⇒ **Sexueller Mißbrauch**

Auch hier waren wieder Mehrfachnennungen möglich. Aktueller Mißbrauch lag bei niemandem vor. Von den 28 Frauen wurde drei Mal von früherem intrafamiliären Mißbrauch (10,7%) und einmal von früherem extrafamiliären Mißbrauch (3,6%) berichtet. 17 der 28 Patientinnen hatten kein Mißbrauchserlebnis (60,7%). Von sieben Teilnehmerinnen (25%) liegen keine Angaben vor.

Bei den 17 Männern waren 14 ohne Mißbrauchserfahrung (82,4%) und bei drei der Teilnehmer wurden zum Thema Mißbrauch keine Informationen gewonnen (17,6%). Im Gegensatz zu den Frauen ist bei den Männern also bei keinem etwas über Mißbrauchserfahrungen bekannt.

⇒ **Hauptdiagnose (ICD-10)**

Die absoluten Häufigkeiten der von einem Facharzt für Psychiatrie gestellten Hauptdiagnosen

sind in *Tabelle 5.1.* dargestellt. Zusätzlich findet sich dort die Aggregation für die diagnostischen Kategorien F40, F41 und F43. Einen schnellen Eindruck vermittelt *Abbildung 5.1.*, wo die absoluten Häufigkeiten der einzelnen Störung sowie der drei diagnostischen Kategorien dargestellt sind.

Tab. 5.1. Absolute und prozentuale Häufigkeiten der nach ICD-10 diagnostizierten Störungen

Kode	Störung	N	%
⇒ F40	Phobische Störung	17	37,78
F40.01	Agoraphobie mit Panikstörung	12	26,67
F40.1	Soziale Phobien	5	11,11
⇒ F41	Sonstige Angststörungen	18	40,00
F41.0	Panikstörung	6	13,33
F41.1	Generalisierte Angststörung	2	4,44
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	9	20,00
F41.3	Sonstige gemischte Angststörungen	1	2,22
⇒ F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	10	22,22
F43.0	Akute Belastungsreaktion	3	6,67
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	1	2,22
F43.2	Anpassungsstörungen	1	2,22
F43.20	Anpassungsstörungen, kurze depressive Reaktion	1	2,22
F43.21	Anpassungsstörungen, verlängerte depressive Reaktion	4	8,89

⇒ Beschwerdedauer der Hauptdiagnose

Die durchschnittliche Beschwerdedauer der Patienten in der jeweils gestellten Hauptdiagnose betrug 4,02 (s = 4,68) Jahre. Die Verteilung dieses Kennwertes ist durch eine Schiefe von 1,72 und einem Exzess von 2,03 ausgezeichnet. Sie weicht damit bedeutsam von einer Normalverteilung ab (Kolmogorov Smirnov Z = 2,08, Asymp. Sig. = 0,000). Somit erklärt sich die hohe Standardabweichung bei dem gegebenen arithmetischen Mittel.

⇒ Erstkontaktdauer und Setting des Kontakts

Die Dauer des Erstgesprächs betrug i. d. R. 50 Minuten. Alle Gespräche fanden im Einzelsetting statt.

⇒ Therapieempfehlung

Der Interviewer empfahl für die an dem Therapieprogramm teilnehmenden Patienten das Setting einer Gruppentherapie. Als Therapieschule wurde allen eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Körpertherapie und Entspannungsverfahren empfohlen. Einer Vp wurde zusätzlich Gesprächspsychotherapie, zwei weiteren Vpn andere, nicht näher spezifizierte Therapieschulen empfohlen.

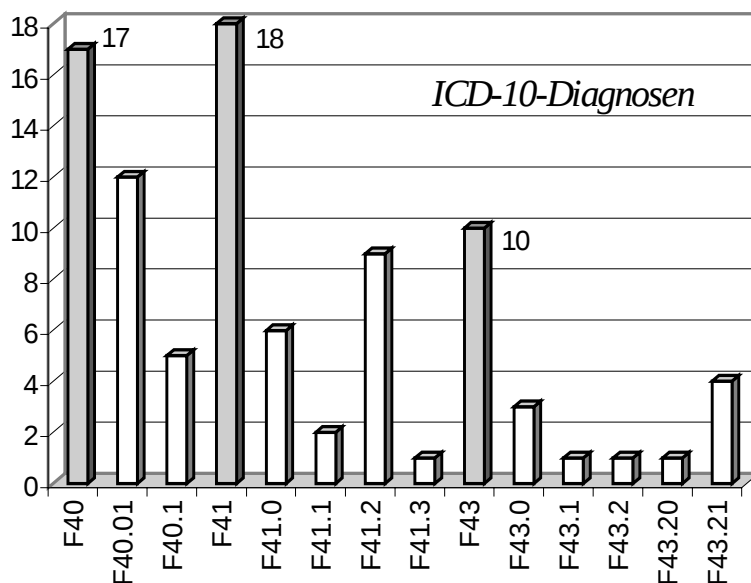


Abb. 5.1. Absolute Häufigkeit der diagnostizierten Störungen und aggregierte Häufigkeit der drei diagnostischen Kategorien F40, F41 und F43 (graue Säulen)

⇒ Behandlungsmotivation

Auf einer Skala von 1 bis 4 (4 = sehr motiviert) wurde die Behandlungsmotivation im Durchschnitt mit 3,25 ($s = 0,86$) eingestuft.

5.1.2 Fragebogen zur Sozialen Situation (SOSI)

Von den 45 Patienten, die an der Untersuchung teilnahmen, waren 17 männlich (37,8%) und 28 weiblich (62,2%). Das Durchschnittsalter betrug zu Beginn des Angstbewältigungsprogramms 40,87 ($s = 9,09$) mit einem Minimum von 19 und einem Maximum von 60 Jahren (Range = 41 Jahre).

Von den Teilnehmern waren sieben ledig (15,6%), 29 verheiratet (64,4%), eine Vp unverheiratet, jedoch mit festem Lebenspartner (2,2%), eine verwitwet (2,2%), sechs geschieden (13,3%) sowie eine Vp getrennt lebend (2,2%).

Zwei der Vpn waren zu Beginn der Therapie in Ausbildung (4,4%), 26 berufstätig (57,8%), vier berufs- oder erwerbsunfähig (8,9%), zwei berentet (4,4%) und elf arbeitslos (24,4%).

Neun der 45 Vpn waren ungelernte Arbeiter (20%), sechs Facharbeiter (13,3%), zwei im einfachen oder mittleren Beamtendienst (4,4%), 13 Angestellte (28,9%), fünf qualifizierte Angestellte (11,1%), vier leitende Angestellte (8,9%), eine Vp Handwerker (2,2%), eine Unternehmer (2,2%), eine „anderes“ (nicht näher spezifiziert; 2,2%) und drei Vpn noch nie berufstätig gewesen (6,7%).

Hinsichtlich ihrer Schulausbildung gaben drei Vpn Hauptschule ohne Abschluß (6,7%), 25 Hauptschule mit Abschluß (55,6%), zehn Realschule (22,2%), zwei Fachhochschulreife (4,4%), vier Hochschulreife (8,9%) an. Für eine Vp traf keine dieser Kategorien zu (2,2%).

Von den 44 Vpn, die hier Angaben machten, hatten fünf keine Berufsausbildung (11,4%), vier hatten sie nicht abgeschlossen (9,1%), weitere vier waren angelernt (9,1%). 27 Vpn hatten eine abgeschlossene Lehre (61,4%), zwei einen Fachschulabschluß (4,5%), eine einen Fachhochschulabschluß (2,3%) und eine Vp einen Hochschulabschluß (2,3%).

Die Angaben zu Schul- und Berufsausbildung wurden zum Bildungsstatus aggregiert, der für die Zuordnung zur entsprechenden Normstichprobe der SCL-90-R nötig war.

Demnach hatten 39 der Vpn die Haupt- bzw. Realschule absolviert (86,7%), Abitur hatten vier der Vpn (8,9%) und zwei (4,4%) der 45 Vpn konnten einen Hochschulabschluß vorweisen.

Zur ihrem Nettoeinkommen machten lediglich 38 Vpn Angaben. Davon hatten vier ein Nettoeinkommen bis 500 DM (10,5%). 500 bis 1000 DM verdienten drei (7,9%), 1000 bis 1500 DM drei (7,9%), 1500 bis 2000 DM vier (10,5%), 2000 bis 3000 DM neun (23,7%) und 3000 bis 4000 DM acht (21,1%) Probanden. 4000 DM und mehr nahmen schließlich sieben Vpn (18,4%) ein.

Bezüglich ihrer Wohnsituation teilten sieben von 44 Probanden (15,9%) mit, alleine zu wohnen. Fünf wohnten mit Eltern (11,4%), 25 mit Partnern (56,8%) und sieben Vpn mit Partner und Eltern (15,9%).

Eine von 45 Vpn wohnte zur Untermiete (2,2%), in einer Mietwohnung lebten 16 (35,6%), in einem gemieteten Haus vier (8,9%), in einer Eigentumswohnung eine (2,2%) und im eigenen Haus 23 (51,1%) Vpn.

5.1.3 Fragebogen zum Gesundheitszustand (GesFB)

28 der Vpn waren Frauen (62,2%) und 17 Männer (37,8%). Dabei betrug das durchschnittliche Gewicht der Frauen 68,14 kg ($s = 10,89$) bei einer durchschnittlichen Größe von 164,96 cm ($s = 7,25$). Die Männer wogen im Mittel 81,47 kg ($s = 12,78$) und waren im Schnitt 175,35 cm ($s = 5,44$) groß.

Sechs von 44 Vpn (13,3%) gaben an, unter einer Medikamentenallergie zu leiden. Dies wurde zwei Mal nicht näher spezifiziert, zweimal wurde Penicillin und jeweils einmal Paspertin® und Vivimed® angegeben.

Die absoluten und prozentualen Häufigkeiten körperlicher Erkrankungen, die in der Stichprobe genannt wurden, sind in *Tabelle 5.2.* dargestellt. Hier waren Mehrfachnennungen möglich. Keine der Vpn litt unter Diabetes mellitus, während fast jeder zweite Proband angab (22 Vpn; 48,9%), unter Kopfschmerzen zu leiden. Insgesamt lag die durchschnittliche Anzahl der je Versuchsperson genannten Krankheiten bei 2,67 ($s = 1,85$). Des weiteren ist der Tabelle zu entnehmen, bei wie vielen der Vpn die entsprechende Erkrankung zu Beginn der Therapie aktuell vorlag.

Tab. 5.2. Absolute und prozentuale Häufigkeiten verschiedener körperlicher Erkrankungen in der Anamnese

	Erkrankungen insgesamt		Aktuelle Erkrankungen	
	N	%	N	%
Asthma	2	4,44	2	4,44
Bluthochdruck	9	20,00	7	15,56
Herzerkrankungen	3	6,67	2	4,44
Kreislaufstörungen	20	44,44	12	26,67
Kopfschmerzen	22	48,89	11	24,44
Leberkrankheiten	1	2,22	0	0,00
Nierenkrankheiten	5	11,11	2	4,44
Harnwegserkrankungen	12	26,67	5	11,11
Diabetes mellitus	0	0,00	0	0,00
Schilddrüsenfunktionsstörung	11	24,44	8	17,78
Sonstige hormonale Störungen	5	11,11	4	8,88
Neurologische Krankheiten	9	20,00	9	20,00
Anfallsleiden	2	4,44	2	4,44
Gehirnerschütterung	12	26,67	0	0,00
Sonstiges (im GesFB nicht näher spezifiziert)	7	15,56	6	13,33

20 der Vpn waren Nichtraucher (44,4%), zwei gaben an, eine bis fünf Zigaretten täglich zu rauchen (4,4%), 17 Vpn rauchten immerhin sechs bis 20 (37,8%) und sechs Vpn sogar mehr als 20 Zigaretten am Tag (13,3%).

Zum Konsum alkoholischer Getränke berichteten drei von 41 Vpn über regelmäßigen (7,3%) und fünf von häufigem (12,2%) Bierkonsum. Alle Probanden tranken nie oder nur selten Wein oder Spirituosen (lediglich eine Vp gab an, häufig Schnaps zu trinken).

Sportlich betätigten sich elf der Probanden nie (24,4%), weitere elf selten (24,4%), 18 unregelmäßig (40%) und fünf Vpn regelmäßig (11,1%).

5.1.4 Befunde in den Fragebögen STAI, SCL-90-R und GT-S

Mittels T-Tests wurde geprüft, in welchen der Fragebogenskalen die untersuchten Vpn sich von den Durchschnittswerten der Normalpopulation unterschieden. Dabei war aufgrund der t-transformierten Testwerte die Bezugsgröße immer 50. Lediglich bei der Zustandsangst des STAI, bei der die Werte nicht entsprechend transformiert werden, wurde als Bezug der durchschnittliche Testrohwerf von Frauen und Männern der Normstichprobe verwendet (37,46).

An dieser Stelle sollen die Ergebnisse nur kurz angesprochen werden. Die genauen deskriptiven Kennwerte der Skalen am ersten Meßzeitpunkt sind ANHANG A oder in Zusammenhang mit den Werten der anderen Meßzeitpunkte Abschnitt 5.2 (Varianzanalytische Befunde zu den Fragebögen im Therapieverlauf) zu entnehmen.

Die hier untersuchte Stichprobe von Patienten mit Angststörungen hatte im größten Teil der erhobenen Skalen signifikante und schlechtere Durchschnittswerte als die gesunden Normstichproben. Lediglich in drei Skalen des Giessen-Tests unterschieden sie sich im Durchschnitt nicht statistisch bedeutsam von den Vergleichsstichproben: mit einem Mittelwert von 48,14 ($s = 9,13$) waren die Patienten normal dominant ($t = -1,369$; $FG = 44$; $p = 0,178$). Auch die Skala „Kontrolle“ unterschied sich mit 52,12 ($s = 9,31$) nicht bedeutsam vom Kennwert der Normstichprobe ($t = 1,529$; $FG = 44$; $p = 0,134$). Des weiteren ließ sich bei einem arithmetischen Mittel von 51,73 ($s = 10,05$) kein Unterschied in der M-Skala des Giessen-Tests nachweisen ($t = 1,157$; $FG = 44$; $p = 0,253$).

5.1.5 Vergleich der unterschiedlich diagnostizierten Patientenstichproben

Um bei einem späteren Vergleich von Patienten mit verschiedenen Angststörungen Unterschiede klar interpretieren zu können, muß bekannt sein, inwieweit diese Gruppen sich in anderen Variablen unterscheiden. Demgemäß wurde für alle bislang vorgestellten Variablen überprüft, ob sich Gruppenunterschiede ergeben. Die Probanden wurden gemäß den oben dargelegten Überlegungen (siehe Theorieteil) in die ICD-10-Gruppen F40 (Phobische Störungen, $n = 17$), F41 (Sonstige Angststörungen, $n = 18$) und F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, $n = 10$) unterteilt.

Ob die Gruppen sich in den jeweiligen Variablen unterscheiden, wurde für nominal und ordinal skalierte Variablen mittels χ^2 -Test sowie für intervallskalierte Variablen mittels einfaktorieller Varianzanalyse (ONEWAY) und anschließend post-hoc-Test getestet. Hier werden lediglich auffällige Ergebnisse dargestellt.

5.1.5.1 Basisdokumentation, Fragebögen zur Sozialen Situation sowie zum Gesundheitszustand

Bei einer durchschnittlichen **Beschwerdedauer** von 6,63 Jahren ($s = 5,98$) für F40, von 3,22 ($s = 3,51$) für F41 und 1,3 ($s = 0,67$) Jahren für F43 erweist sich die durchgeführte Varianzanalyse signifikant ($F = 5,31$; $FG = 2$; 41 ; $p = 0,009$). Die Patientengruppen unterscheiden sich bedeutsam in ihrer Erkrankungsdauer.

5 von 16 Patienten mit F40 (31,3%) hatten eine **Medikamentenallergie**. Unter F41 war nur eine von 17 Vpn (5,6%) und unter F43 keine der 10 Vpn (0%) von einer Medikamentenallergie betroffen. Diese unterschiedliche Verteilung ist signifikant ($\chi^2 = 6,792$, $FG = 2$, $p = 0,034$).

5.1.5.2 STAI, SCL-90-R und Giessen-Test

Die Mittelwerte der drei diagnostischen Gruppen sind zu Beginn der Therapie bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% im Kennwert PSDI (SCL-90-R) nicht identisch ($F = 4,261$; $FG = 2$; $p = 0,021$). Im post-hoc-Vergleich zeigt sich, daß Patienten mit F43 gegenüber den beiden anderen Patientengruppen die besseren Werte haben. Das gleiche Bild zeigt sich bei der „Phobischen Angst“ der SCL-90-R ($F = 7,46$; $FG = 2$; $p = 0,002$): diese Symptomatik ist bei Patienten mit F43 im Vergleich zu denen mit F40 bzw. F41 geringer ausgeprägt.

5.2 Varianzanalytische Befunde zu den Fragebögen im Therapieverlauf

5.2.1 Befunde zum State-Trait-Angstinventar (STAI)

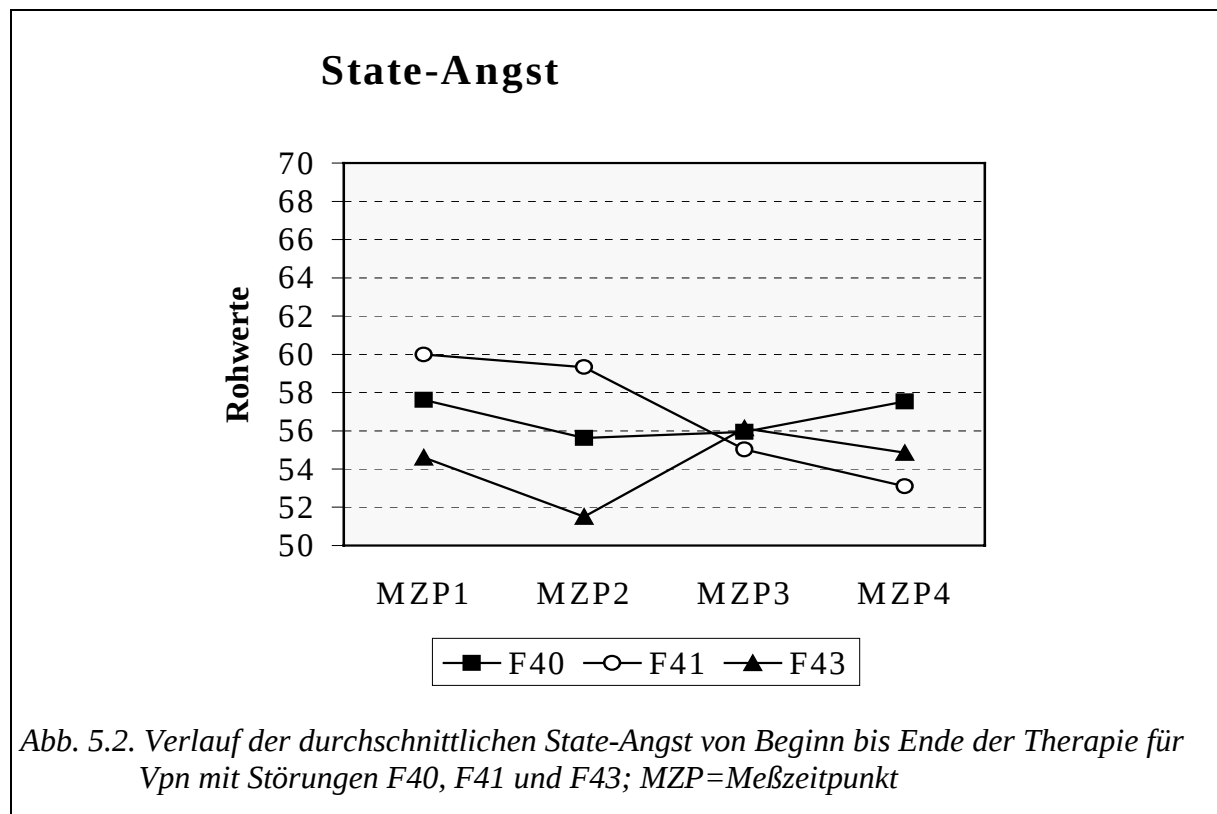
5.2.1.1 State-Angst

Die Testrohwerte der State-Angst des STAI verteilten sich an allen vier Meßzeitpunkten normal (ANHANG B).

Die Mittelwerte aller Patienten sanken kontinuierlich von 57,89 ($s = 10,94$) zu Therapiebeginn über 56,19 ($s = 12,19$) und 55,62 ($s = 11,83$) an den Meßzeitpunkten zwei und drei bis zu einem Wert von 55,16 ($s = 13,92$) am letzten Tag der Therapie ab.

Diese Veränderung erweist sich allerdings in der Varianzanalyse als statistisch nicht bedeutsam ($F = 0,79$; $FG = 2,61$; $p = 0,49$; Epsilonkorrektur nach Grenhouse-Geisser). Eine Bestätigung des Hauptkriteriums der Hypothesen ist also mittels der State-Angst nicht gelungen.

Zur Beurteilung etwaiger Gruppen- oder Verlaufsunterschiede sei hier auf die Mittelwerte und Standardabweichungen in ANHANG A sowie die folgende graphische Darstellung (Abb. 5.2.) verwiesen.



Zwar variieren die Werte im Verlauf der Therapie augenscheinlich in auffälligem Ausmaß. Doch bei F40 und F43 sind die Befunde zu Beginn und am Ende der Therapie wieder ähnlich. Lediglich Patienten mit F41 (sonstige Angststörungen) verbessern sich durchgängig in ihrer Zustandsangst. Insgesamt aber zeigt sich kein signifikanter Unterschied der nach ICD-10 unter F40, F41 und F43 diagnostizierten Versuchspersonen ($F = 0,22$; $FG = 2$; $p = 0,81$). Darüber hinaus kann auch kein unterschiedlicher Verlauf der State-Angst während der Therapie festgestellt werden. Die Interaktion ist nicht signifikant ($F = 1,82$; $FG = 5,23$; $p = 0,11$; Epsilonkorrektur nach Greenhouse-Geisser).

Daß sich in einer Untersuchung zur Effektivität eines Angstbewältigungsprogramms keine signifikante Verbesserung der State-Angstskala ergibt, entspricht nicht dem Hauptkriterium der Hypothesen und erfordert nähere Betrachtung.

Der heterogene Verlauf der Kurven in *Abbildung 5.2.* legt die Vermutung nahe, daß die Veränderung der einzelnen Vpn im Laufe der Therapie breit streuen könnte. Um dies abschätzen zu können, wurde für jede Vp die Differenz ihrer Testwerte zu Beginn und am Ende des therapeutischen Programms gebildet. Ein positiver Wert stellt dann eine Verbesserung, ein negativer Wert eine Verschlechterung dar. Es zeigt sich bei einer durchschnittlichen Veränderung von 2,73 für die State-Angst eine erhebliche Streuung der Differenzwerte ($s = 11,57$). Dies findet auch Ausdruck in der hohen Range der Verteilung (Range = 61 State-Angst-Skalenpunkte), die sich durch eine maximale Verschlechterung von -22 und der maximalen Verbesserung bei einer anderen Vp von +39 erklärt.

Bei einer kritischen Differenz von einer halben Standardabweichung der Normstichprobe (5 Rohwertpunkte) als Kriterium für eine deutliche Verbesserung der State-Angst, zeigt die Therapie bei 44,4% der Patienten den in den Hypothesen geforderten Erfolg. Bei 11,2% der Vpn ist wenigstens noch eine leichte Verbesserung zu beobachten. Allerdings verschlechtert sich bei wiederum 44,4% der Untersuchten die State-Angst im Laufe der Therapie.

Es gibt also Vpn, die von dem Programm profitieren, und andere, bei denen sich fast nichts ändert oder die sich sogar verschlechtern. Insgesamt nivellieren sich die Veränderungen in diesen drei Gruppen. Die Mittelwerte unterscheiden sich an den verschiedenen Meßzeitpunkten über alle Vpn nicht signifikant.

5.2.1.2 Trait-Angst

Auch die durchschnittliche Ausprägung der Trait-Angst des STAI verringerte sich während der therapeutischen Intervention und war an allen Meßzeitpunkten normal verteilt (ANHANG B). Sie lag zu Beginn auf einem Niveau von 72,44 ($s = 7,46$) und verringerte sich bis zum Ende der Therapie auf einen Wert von 70,22 ($s = 9,07$). Zwischenzeitlich zeigte sich eine Schwankung der Trait-Angst. Bis zur fünften Woche (Meßzeitpunkt 2) konnte eine Abnahme auf 70,84 ($s = 6,90$) beobachtet werden, der bis zur achten Woche (Meßzeitpunkt 3) eine Zunahme auf 71,11 ($s = 7,78$) folgte.

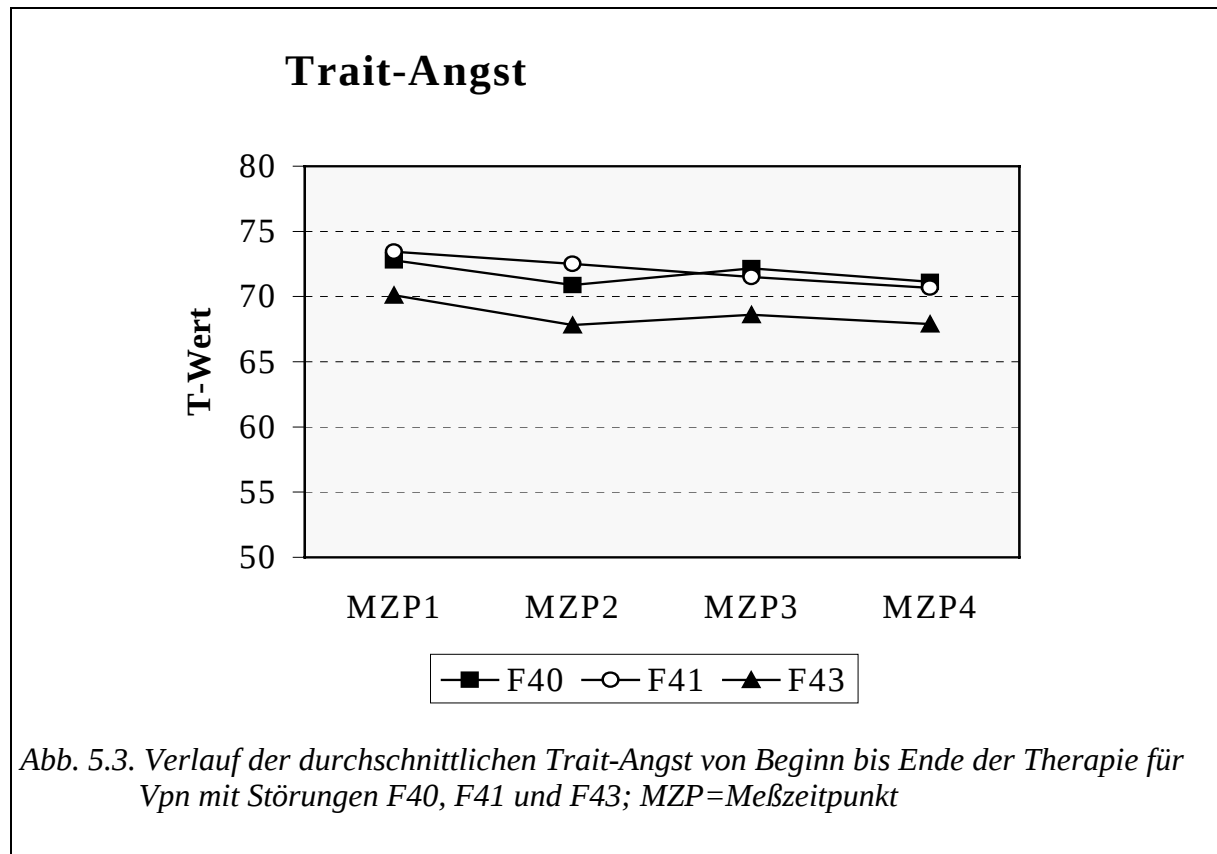
Inferenzstatistisch erwies sich diese Veränderung als nicht bedeutsam ($F = 1,48$; $FG = 2,34$; $p = 0,23$; Epsilonkorrektur nach Grennhouse-Geisser). Auch durch die Trait-Angst wird das Hauptkriterium der Hypothesen nicht gestützt.

Die Durchschnittswerte der Trait-Angst an den vier Meßzeitpunkten ist für Vpn mit F40, F41 und F43 in *Abbildung 5.3.* graphisch aufbereitet. Das Niveau ist für diese Gruppen dabei recht ähnlich. Des weiteren ist auch der Verlauf der Kurven im wesentlichen einheitlich. Dies findet Ausdruck in den entsprechenden Ergebnissen der Varianzanalyse: hinsichtlich der Patienten mit verschiedenen Angststörungen ergibt sich zwischen den Gruppen ($F = 0,98$; $FG = 2$; $p = 0,38$) und im Verlauf ($F = 0,22$; $FG = 4,68$; $p = 0,94$; Epsilonkorrektur nach Grennhouse-Geisser) kein signifikanter Befund.

Wie bei der State-Angst (s. o.) ist also auch bei der Trait-Angst entgegen den Hypothesen keine statistisch bedeutsame Verbesserung nachzuweisen. Analog zu den Überlegungen des obenstehenden Abschnitts soll nun auch hier die Verteilung der Differenzwerte der Trait-Angst vom ersten zum letzten Meßzeitpunkt betrachtet werden. Bei einer im Durchschnitt geringen und unbedeutenden Veränderung von nur 2,22 bei einer Standardabweichung von immerhin 8,00 beträgt die maximale Verschlechterung -14 und die maximale Verbesserung +26 Skaleneinheiten (Range = 40). Somit gilt auch hier, daß möglicherweise unterschiedliche Gruppen von Patienten sich in der Art und dem Ausmaß ihrer Veränderung insgesamt gegeneinander ausgleichen.

Die kritische Differenz von einer halben Standardabweichung der Normstichprobe (5 T-Einheiten, s. a. Theorieteil Kap. 2.2.6.1, Diskussionsteil und Bassler & Krauthauser, 1998) als Kriterium für eine deutliche Verbesserung der Trait-Angst wird von 26,7% der Patienten erreicht bzw. überschritten. Bei 42,2% der Vpn ist keine Veränderung bzw. zumindest eine

leichte Verbesserung zu beobachten. Bei 31,1% der Untersuchten verschlechtert sich die Trait-Angst im Laufe der Therapie.



5.2.1.3 Zusammenfassung der Befunde zum State-Trait-Angstinventar (STAI)

Zwar konnte sowohl für die durchschnittliche State- als auch die durchschnittliche Trait-Angst mittels des STAI deskriptiv eine leichte Verbesserung der Symptomatik von Beginn bis zum Ende der Durchführung des Angstbewältigungsprogramms gezeigt werden. Allerdings hielt diese leichte Veränderung der varianzanalytischen Prüfung nicht stand.

Durch das STAI konnte keine substantielle Verbesserung der State- sowie der Trait-Angst im Verlauf der Therapie nachgewiesen werden. Des weiteren unterscheiden sich die Patienten mit verschiedenen Angststörungen nicht im Ausmaß der Zustands- und Eigenschaftsangst. Auch der Verlauf der Kennwerte ihrer Symptomatik weist keine Unterschiede auf.

5.2.2 SCL-90-R

Aus der *Tabelle 5.3.* sind die durchschnittlichen T-transformierten Skalenwerte aller Teilnehmer des Angstbewältigungsprogramms in der SCL-90-R zu Beginn und am Ende der Therapie zu entnehmen. In allen Skalen liegen die Testwerte an beiden Zeitpunkten ca. 1,1 bis 2,2 Standardabweichungen über dem Mittelwert der Normalpopulation. Die Werte der Patienten verbessern sich bei allen Skalen der SCL-90-R im Verlauf der Therapie. Die Veränderung beträgt dabei maximal 5,42 (Ängstlichkeit) und minimal 0,58 (Somatisierung).

Tab. 5.3. Mittelwerte, Standardabweichungen und Mittelwertsdifferenzen für alle SCL-90-R-Skalen an beiden Meßzeitpunkten

SCL-90-R-Skalen	Therapiebeginn	Therapieende	Differenz
GSI	72,69 (s = 8,40)	69,49 (s = 12,68)	3,20
PST	70,35 (s = 9,37)	67,30 (s = 12,10)	3,05
PSDI	68,37 (s = 8,49)	64,29 (s = 11,76)	4,08
Somatisierung	66,38 (s = 13,01)	65,80 (s = 15,25)	0,58
Zwanghaftigkeit	69,59 (s = 10,57)	64,57 (s = 13,19)	5,02
Unsicherheit im Sozialkontakt	66,76 (s = 11,43)	62,76 (s = 12,06)	4,00
Depressivität	71,33 (s = 9,23)	68,82 (s = 12,31)	2,51
Ängstlichkeit	72,22 (s = 9,10)	66,80 (s = 12,59)	5,42
Aggressivität	62,40 (s = 10,85)	60,72 (s = 10,23)	1,68
Phobische Angst	69,22 (s = 9,72)	65,33 (s = 11,91)	3,89
Paranoides Denken	64,96 (s = 11,62)	61,69 (s = 12,81)	3,27
Psychotizismus	66,84 (s = 10,66)	64,96 (s = 11,06)	1,89

Die Teststatistiken hinsichtlich des Haupteffekts „Meßzeitpunkt“ der jeweiligen Varianzanalysen sind *Tabelle 5.4.* zu entnehmen.

SCL-90-R-Skalen	F	FG	Sig.
GSI	2,33	1	0,135
PST	2,87	1	0,098
PSDI	4,48	1	0,040
Somatisierung	0,06	1	0,809
Zwanghaftigkeit	7,00	1	0,012
Unsicherh. im Sozialkontakt	4,22	1	0,046
Depressivität	1,64	1	0,207
Ängstlichkeit	8,15	1	0,007
Aggressivität	0,79	1	0,380
Phobische Angst	4,52	1	0,040
Paranoides Denken	3,22	1	0,080
Psychotizismus	0,47	1	0,496

Tab. 5.4. Teststatistiken des Haupteffekts „Meßzeitpunkt“ der Varianzanalysen aller SCL-90-R-Skalen

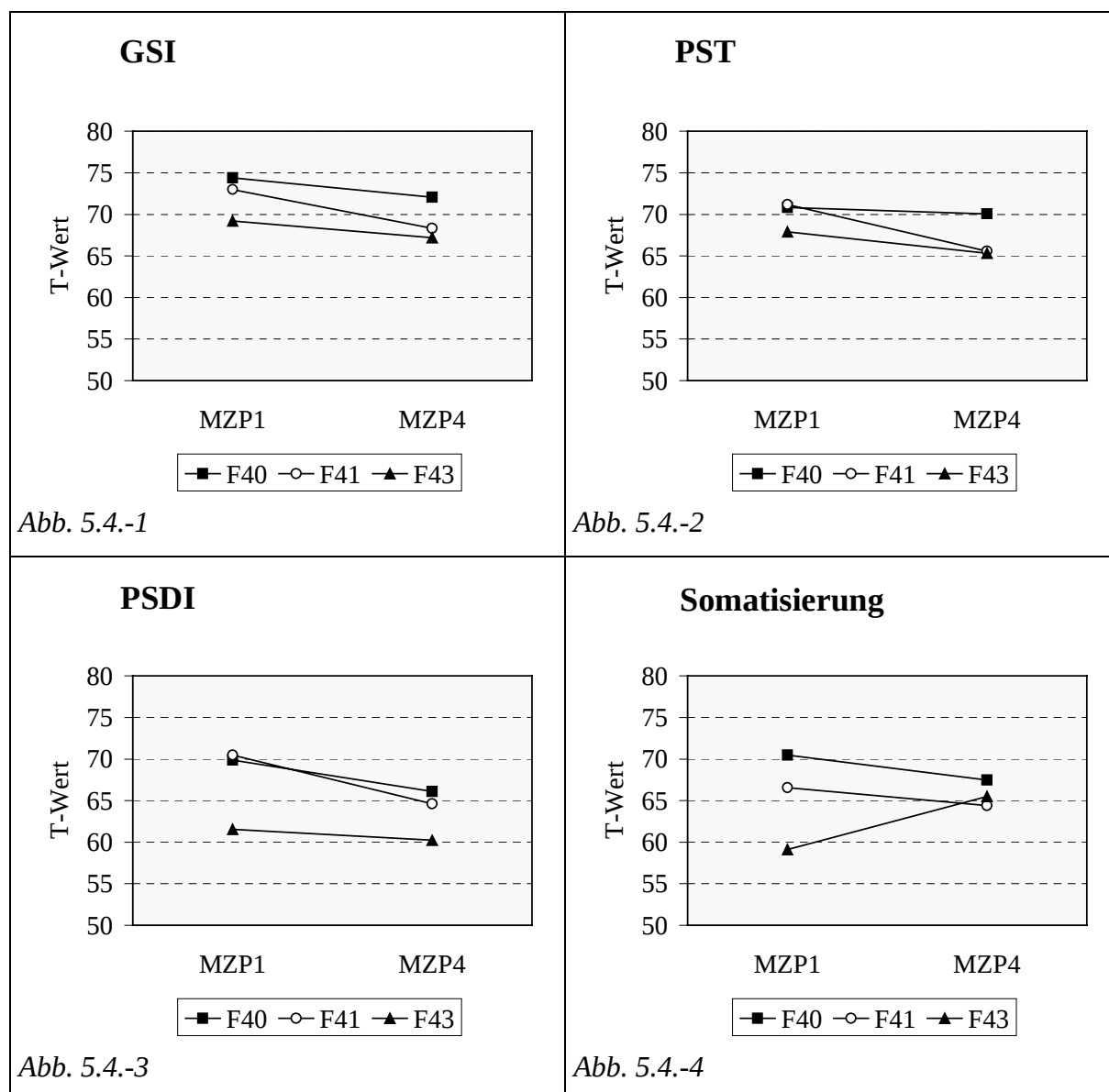
Es zeigt sich, daß die Verbesserung während der Gruppentherapie in den Skalen PSDI, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Ängstlichkeit und Phobische Angst mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als 5% als substantiell angesehen werden kann (**fett gedruckt**). Bei den restlichen Skalen ist keine statistisch relevante Veränderung zu finden.

Das Hauptkriterium dieser Untersuchung, die Reduktion der Angstsymptomatik (Hypothese 1), wird durch den Befund in den Skalen Ängstlichkeit und Phobische Angst gestützt. Eine Verbesserung der allgemeinen psychischen Befindlichkeit (Nebenkriterium, Hypothese 2) läßt sich hier nur hinsichtlich Zwanghaftigkeit und Unsicherheit im Sozialkontakt nachweisen. Das nicht signifikante varianzanalytische Ergebnis der Skala Depressivität entspricht der in der Hypothese 3 formulierten Erwartung.

Im Gegensatz zu allen anderen sind die Skalen GSI, PST, Zwanghaftigkeit, Depressivität und Ängstlichkeit an mindestens einem Meßzeitpunkt nicht normalverteilt. Die deswegen zur Absicherung durchgeführten verteilungsfreien Tests unterscheiden sich im Ergebnis nicht von den varianzanalytischen Befunden (für die exakten Testgrößen der Kolmogorow-Smirnow-Tests zur Normalverteilung und der verteilungsfreien Wilcoxon-Rang-Tests siehe ANHANG B bzw. ANHANG D).

Zur Beurteilung dieses Befundes sowie eines etwaigen Unterschieds zwischen den Patientengruppen mit verschiedenen Angststörungen und dem jeweiligen Verlauf der Testwerte während der Therapie sind die deskriptiven Statistiken (siehe ANHANG A für die genauen Werte der Datenpunkte) in den folgenden *Abbildungen 5.4.* graphisch dargestellt.

Abb. 5.4.-1 bis 5.4.-12: Verlauf der Durchschnittswerte der Patienten mit F40, F41 und F43 in den verschiedenen Skalen der SCL-90-R von Therapiebeginn (MZP1) bis Therapieende (MZP4)



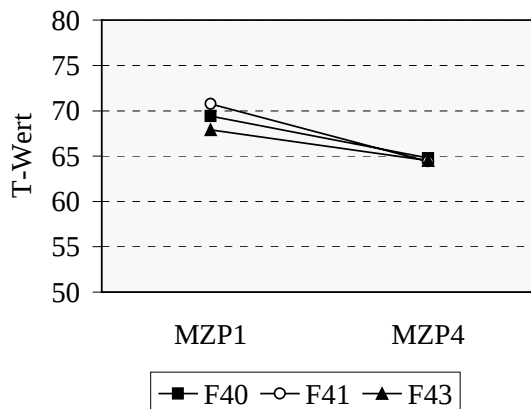
Zwanghaftigkeit

Abb. 5.4.-5

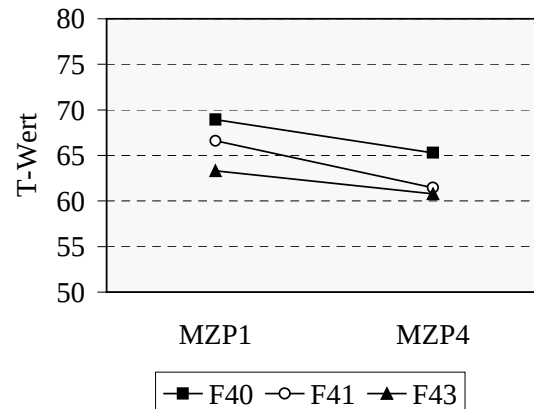
Unsicherh. im Sozialkontakt

Abb. 5.4.-6

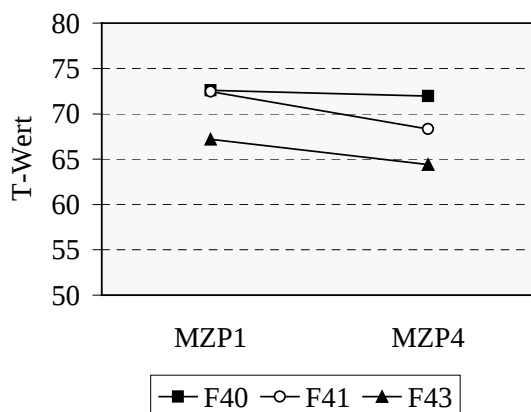
Depressivität

Abb. 5.4.-7

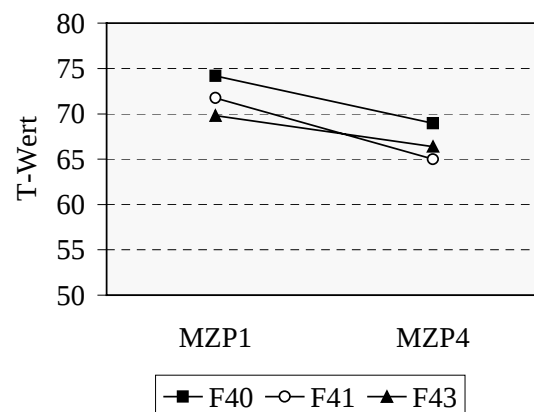
Ängstlichkeit

Abb. 5.4.-8

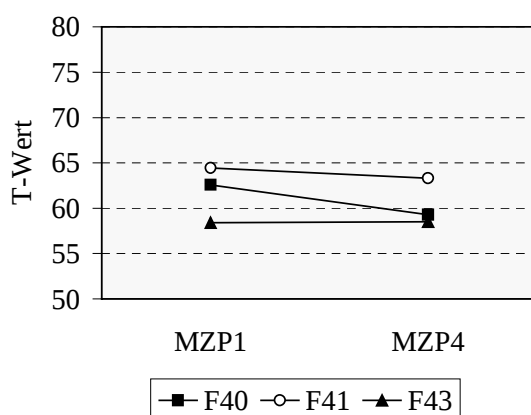
Aggressivität

Abb. 5.4.-9

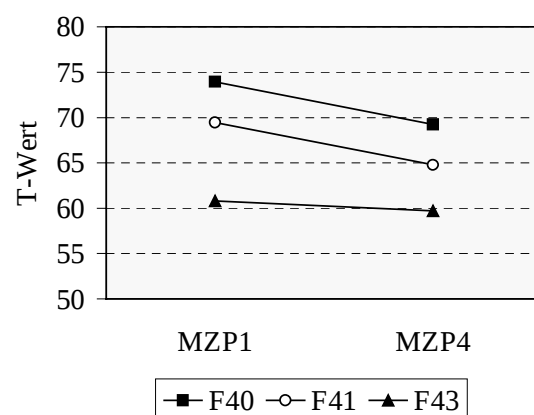
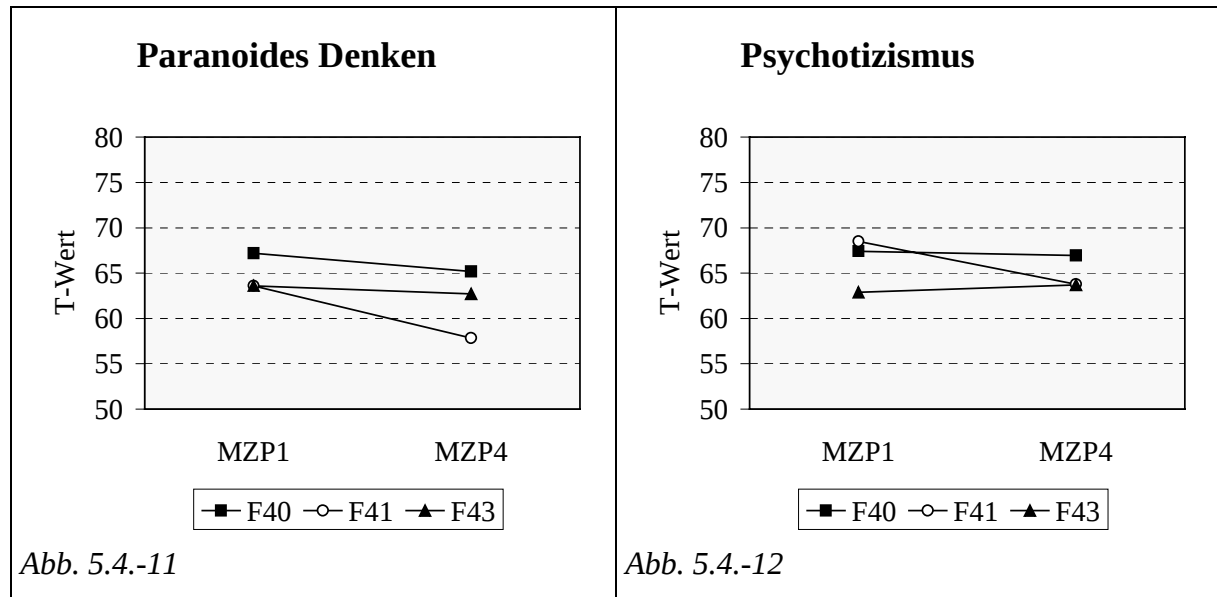
Phobische Angst

Abb. 5.4.-10



Im Gegensatz zu den anderen fallen tendenziell die oben angesprochenen, signifikanten Skalen PSDI, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Ängstlichkeit und Phobische Angst deutlicher ab.

Im Prinzip haben Patienten mit F40 (Phobische Störungen) in allen mit der SCL-90-R erfaßten Symptomen die höchste Ausprägung. Lediglich bei der Aggressivität sieht man die höchsten Werte bei Patienten mit F41. In fast allen Skalen zeigt sich die geringste Belastung bei Vpn mit F43.

Der Verlauf der Geraden ist abgesehen von einem Fall immer gleichsinnig. Die Werte fallen oder bleiben zumindest stabil. Ein deutlicher Anstieg findet sich nur für Patienten mit F43. Ihre Symptomatik verschlechtert sich hinsichtlich der Somatisierung.

Zur inferenzstatistischen Bewertung dieser deskriptiven Analyse sind die Teststatistiken bezüglich des Haupteffekts „ICD-10-Diagnose“ der jeweiligen Varianzanalysen *Tabelle 5.5.* zu entnehmen. Es zeigt sich lediglich ein signifikanter Befund (**fett gedruckt**): Patienten mit F40 haben das größte Ausmaß an Phobischer Angst, ihnen folgen Patienten mit F41 und schließlich Vpn mit F43.

Tab. 5.5. Teststatistiken des Haupteffekts „ICD-10-Diagnose“ und der Interaktion der Varianzanalysen aller SCL-90-R-Skalen

SCL-90-R-Skalen	Haupteffekt ICD-10			Interaktion MZP x ICD-10		
	F	FG	Sig.	F	FG	Sig.
GSI	1,08	2	0,347	0,20	2	0,819
PST	0,51	2	0,602	0,83	2	0,444
PSDI	2,36	2	0,108	0,53	2	0,595
Somatisierung	0,86	2	0,431	2,65	2	0,083
Zwanghaftigkeit	0,05	2	0,949	0,22	2	0,807
Unsicherh. im Sozialkontakt	0,85	2	0,435	0,17	2	0,841
Depressivität	1,74	2	0,188	0,33	2	0,723
Ängstlichkeit	0,64	2	0,531	0,27	2	0,768
Aggressivität	1,20	2	0,312	0,37	2	0,697
Phobische Angst	5,36	2	0,008	0,44	2	0,646
Paranoides Denken	1,07	2	0,353	0,90	2	0,414
Psychotizismus	0,67	2	0,518	0,66	2	0,524

Um zu prüfen, ob das Ausmaß der Veränderung von Therapiebeginn bis Therapieende sich für die Patienten mit unterschiedlichen Störungen unterscheidet, muß varianzanalytisch die Interaktion des Faktors Meßzeitpunkt und des Faktors ICD-10-Diagnose beurteilt werden. Die entsprechenden Statistiken sind ebenso in *Tabelle 5.5.* dargestellt. Es zeigt sich, daß in keiner der durchgeführten Varianzanalysen (auch nicht die bzgl. der Skala Somatisierung) eine signifikante Interaktion vorliegt. Dort, wo die Vpn sich während der Therapie verbessern, tun sie das in gleichem Ausmaß.

Zusammenfassend sei festgehalten, daß sich mittels der SCL-90-R im Verlauf der Therapie allgemein eine Verbesserung in den Bereichen PSDI, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Ängstlichkeit und Phobische Angst nachweisen läßt. Die Patienten mit F40, F41 und F43 unterscheiden sich insgesamt lediglich hinsichtlich der Phobischen Angst, die bei F40 am stärksten und bei F43 am geringsten ausgeprägt ist.

5.2.3 Giessen-Test (GT-S)

Die varianzanalytischen Ergebnisse zu den Skalen des Giessen-Tests sollen hier im Überblick dargestellt werden. Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Werte aller Untersuchungsteilnehmer zu Beginn und am Ende der Gruppentherapie sowie die Differenz der Mittelwerte sind in *Tab. 5.6.* wiedergegeben. Die Differenzen liegen in einem Bereich von -1,47 für die Dominanz bis zu 2,63 für die E-Skala. Es sind also sowohl Verbesserungen als auch Verschlechterungen der Skalenwerte während der Therapie zu konstatieren. Setzt man das Ausmaß der Veränderung in Bezug zur Höhe der Standardabweichung (Minimum 7,74 für Grundstimmung; Maximum 13,53 für Durchlässigkeit; jeweils am zweiten Erhebungszeitpunkt), so scheint sie relativ gering zu sein. Dies wird in den einzelnen Varianzanalysen bekräftigt. Der hier in Frage stehende varianzanalytische Faktor „Meßzeitpunkt“ erweist sich lediglich für die E-Skala als signifikant ($F = 6,64$; $FG = 2$; $p = 0,014$). In keiner anderen Skala des Giessen-Test, weder in der Sozialen Resonanz ($F = 0,21$; $FG = 1$; $p = 0,65$) noch in der Dominanz ($F = 0,84$; $FG = 1$; $p = 0,37$), der Kontrolle ($F = 0,06$; $FG = 1$; $p = 0,81$), der Grundstimmung ($F = 0,03$; $FG = 1$; $p = 0,86$), der Durchlässigkeit ($F = 2,27$; $FG = 1$; $p = 0,14$), der Sozialen Potenz ($F = 0,40$; $FG = 1$; $p = 0,53$) und der M-Skala ($F = 0,02$; $FG = 1$; $p = 0,89$) verändern sich die Werte in statistisch bedeutsamen Ausmaß. Dies entspricht voll den in der Hypothese 4 (Nebenkriterium) formulierten Erwartungen.

Tab. 5.6. Mittelwerte, Standardabweichungen und Mittelwertsdifferenzen für alle GT-S-Skalen an beiden Meßzeitpunkten

GT-S-Skalen	Therapiebeginn	Therapieende	Differenz
Soziale Resonanz	39,13 (s = 13,49)	39,45 (s = 10,11)	-0,32
Dominanz	48,14 (s = 9,13)	49,61 (s = 9,10)	-1,47
Kontrolle	52,12 (s = 9,31)	51,75 (s = 9,43)	0,37
Grundstimmung	69,91 (s = 8,46)	70,05 (s = 7,74)	-0,14
Durchlässigkeit	61,92 (s = 12,30)	60,10 (s = 13,53)	1,82
Soziale Potenz	57,66 (s = 13,04)	56,66 (s = 11,08)	1,00
M-Skala	51,73 (s = 10,05)	52,03 (s = 11,48)	-0,30
E-Skala	54,24 (s = 10,30)	51,61 (s = 11,55)	2,63

In den folgenden Abbildungen (Abb. 5.5. - 1-6) sind die Verläufe der entscheidenden Skalen des Giessen-Tests dargestellt. Auf die Darstellung von Grafiken für die M- und die E-Skala wird hier verzichtet, da diese Skalen für die vorliegende Fragestellung inhaltlich weniger aussagekräftig sind. Die exakten Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Datenpunkte sind ANHANG A zu entnehmen.

Die Geraden liegen in den meisten der Fälle auf ähnlichem Niveau. Ein bedeutsamer Unterschied der Ausprägung im Vergleich der unterschiedlichen Kategorien der Angststörungen ergibt sich lediglich für die Grundstimmung ($F = 3,51$; $FG = 2$; $p = 0,039$). Hier haben Patienten mit Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) die besseren Werte. Weder bezüglich der Sozialen Resonanz ($F = 1,33$; $FG = 2$; $p = 0,275$), noch der Dominanz ($F = 0,38$; $FG = 2$; $p = 0,684$) oder der Kontrolle ($F = 1,68$; $FG = 2$; $p = 0,198$), der Durchlässigkeit ($F = 2,73$; $FG = 2$; $p = 0,077$), der Sozialen Potenz ($F = 0,48$; $FG = 2$; $p = 0,624$), der M-Skala ($F = 0,51$; $FG = 2$; $p = 0,605$) resp. der E-Skala ($F = 2,85$; $FG = 2$; $p = 0,069$) gibt es bedeutsame Unterschiede der drei Patientengruppen.

Die einzelnen Geraden der Abbildungen 5.5. - 1-6 verlaufen nahezu gleich. Die Veränderung in den vom Giessen-Test erfaßten Persönlichkeitsmerkmalen ist für die drei Arten von Angststörungen ähnlich. Keine der Gruppen profitiert in unterschiedlichem Ausmaß als die anderen von der Therapie. Dies drückt sich inferenzstatistisch durch nicht signifikante Interaktionseffekte in den Varianzanalysen aus. Weder bezüglich der Sozialen Resonanz ($F = 1,24$; $FG = 2$; $p = 0,30$) noch der Dominanz ($F = 0,0$; $FG = 2$; $p = 0,96$) als auch der Kontrolle ($F = 0,1$; $FG = 2$; $p = 0,89$), der Grundstimmung ($F = 1,42$; $FG = 2$; $p = 0,25$), der Durchlässigkeit ($F = 0,55$; $FG = 2$; $p = 0,58$), der Sozialen Potenz ($F = 0,45$; $FG = 2$; $p = 0,64$), der M-Skala ($F = 0,29$; $FG = 2$; $p = 0,75$) und der E-Skala ($F = 1,49$; $FG = 2$; $p = 0,24$) wird ein Signifikanzniveau kleiner als 0,05 erreicht.

Abb. 5.5.-1 - Abb. 5.5.-6: Verlauf der Durchschnittswerte der Patienten mit F40, F41 und F43 in den verschiedenen Skalen des Giessen-Tests von Therapiebeginn (MZP1) bis Therapieende (MZP4)

Soziale Resonanz

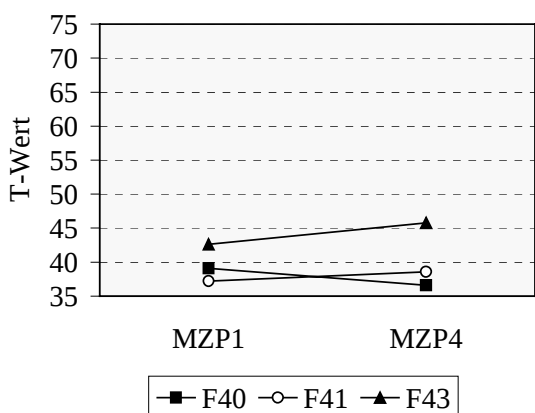


Abb. 5.5.-1

Dominanz

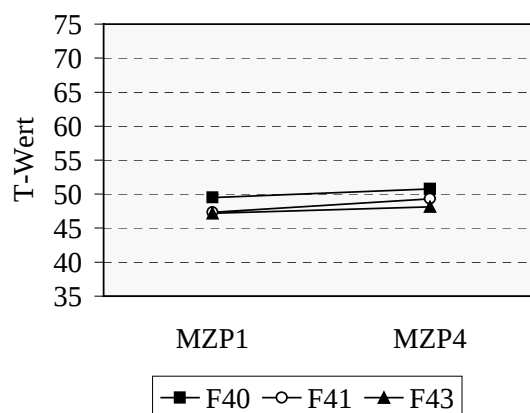


Abb. 5.5.-2

Kontrolle

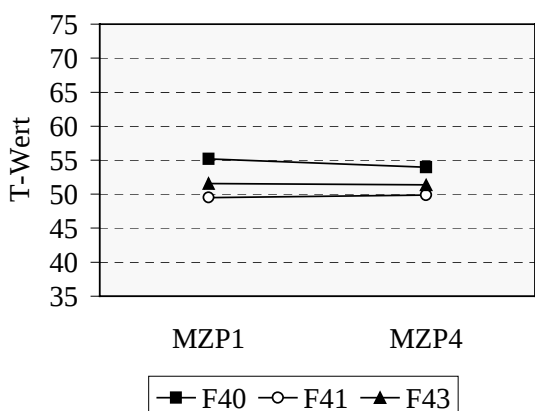


Abb. 5.5.-3

Grundstimmung

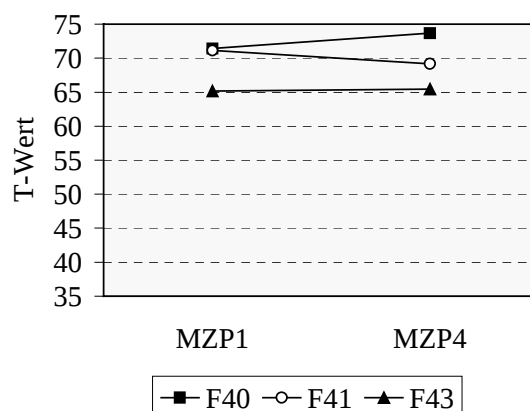


Abb. 5.5.-4

Durchlässigkeit

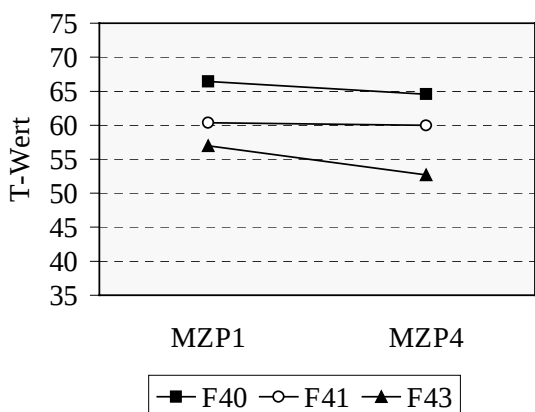


Abb. 5.5.-5

Soziale Potenz

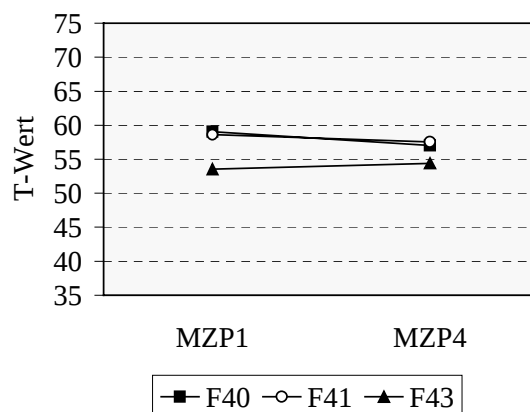


Abb. 5.5.-6

Abschließend sei zum Giessen-Test angemerkt, daß sich hier kaum Effekte im Laufe der Therapie und Unterschiede zwischen den hier gegenübergestellten Angststörungen finden lassen. Lediglich die Tendenz, im Fragebogen mit Extremkategorien zu antworten (E-Skala), nahm in bedeutsamen Umfang ab. Darüber hinaus wurde gefunden, daß Patienten mit F43 weniger depressiv sind als Patienten mit F40 und F41 (Grundstimmung).

5.2.4 Zusammenfassung

Überzufällige Verbesserungen der durchschnittlichen Werte im Verlauf der Therapie wurden in der SCL-90-R in den Skalen PSDI, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Ängstlichkeit und Phobische Angst gefunden. Im Giessen-Test war lediglich in der E-Skala eine bedeutsame Veränderung zu finden: Die Vpn kreuzen am Ende der Therapie weniger häufig Extremkategorien des Giessen-Tests an.

Die Patienten mit verschiedenen Angststörungen unterscheiden sich hinsichtlich der „Phobischen Angst“ der SCL-90-R. Die „Phobische Angst“ ist bei Patienten mit F40 am stärksten, bei F41 mittelstark und bei F43 am schwächsten ausgeprägt.

Ein weiterer Unterschied ergibt sich im Giessen-Test für die Grundstimmung. Die Grundstimmung ist bei Vpn mit Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) signifikant besser als bei den anderen Versuchsteilnehmern.

Darüber hinaus zeigen sich in der Zeitspanne vom ersten bis zum letzten Tag der Therapie statistisch keine Auffälligkeiten.

5.3 Zusammenhang der Fragebogenskalen

Neben den oben dargestellten Einzelergebnissen aller Fragebogenskalen war zu untersuchen, wie die verschiedenen Skalen miteinander zusammenhängen und ob sie eine größere Struktur bilden, so daß psychologisch sinnvolle Komplexe gefunden werden können, deren Verlauf sich untersuchen läßt.

Zur Beurteilung der Richtung und der Stärke des Zusammenhangs der verschiedenen Skalen, wurden zwischen allen Skalen für beide Meßzeitpunkte (Therapiebeginn MZP 1, Therapieende MZP 4) die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen bestimmt.

Ob sich inhaltlich sinnvoll interpretierbare Strukturen finden, wurde mittels Faktorenanalyse untersucht.

Die Ergebnisse folgen in den nächsten beiden Abschnitten 5.3.1 und 5.3.2.1. Dem folgt in Abschnitt 5.3.2.2 die Darstellung der Befunde zum Verlauf der entsprechenden Faktorenwerte während der Therapie.

5.3.1 Korrelationen der Skalen

Zwischen den beiden Skalen des STAI, den neun Skalen der SCL-90-R und den drei dazugehörigen globalen Kennwerten sowie den insgesamt acht Skalen des Giessen-Tests wurden für beide Meßzeitpunkte die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen bestimmt und in zwei Korrelationstabellen zusammengefaßt (ANHANG E). Dort ist auch gekennzeichnet, ob die jeweiligen Korrelationskoeffizienten signifikant sind (* steht für $p < 0,05$; ** steht für $p < 0,01$). Im folgenden sollen die signifikanten Kennwerte besprochen werden.

5.3.1.1 Korrelationen zu Therapiebeginn (Meßzeitpunkt (MZP) 1)

⇒ STAI

Zustands- und Eigenschaftsangst korrelieren mit $r = .45$ signifikant und positiv. Eine höhere Zustandsangst geht mit einer höheren Eigenschaftsangst einher. Bei niedrigeren State-Angst-Werten sind eher auch niedrigere Trait-Angst-Werte zu finden.

⇒ SCL-90-R

Zwischen fast allen Skalen besteht ein positiver und signifikanter Zusammenhang. Ist die Symptomatik, die auf einer Skala erfaßt wird, stärker, ist sie es tendenziell auch auf der anderen. Ausnahmen bilden die Korrelationskoeffizienten von Phobischer Angst und Aggression sowie von Phobischer Angst und Paranoidem Denken. Zwar ist auch hier der Zusammenhang positiv, allerdings ist er statistisch nicht bedeutsam.

⇒ **Giessen-Test (GT-S)**

Die Soziale Resonanz korreliert mit den Skalen Grundstimmung, Durchlässigkeit und Soziale Potenz signifikant negativ. Da die Soziale Resonanz als einzige der hier verwendeten Skalen negativ gepolt ist, bedeuten diese Werte das gleiche wie an anderen Stellen die positive Korrelation: eine stärkere Abweichung von den Normwerten geht mit einer stärkeren Abweichung in den anderen Variablen einher.

Die Grundstimmung korreliert darüber hinaus signifikant positiv mit der Durchlässigkeit, der Sozialen Potenz und der E-Skala.

Des weiteren korrelieren auch Durchlässigkeit und Soziale Potenz sowie Durchlässigkeit und die E-Skala in bedeutsamem Ausmaß.

Bedeutsame Zusammenhänge bestehen also im Wesentlichen zwischen den Skalen Soziale Resonanz, Grundstimmung, Durchlässigkeit und Soziale Potenz. Hier korreliert jede Skala mit jeder anderen signifikant.

⇒ **STAI und SCL-90-R**

Die mittels STAI erfaßte Zustandsangst korreliert abgesehen von Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit und Aggressivität signifikant positiv mit allen Kennwerten der SCL-90-R.

Die Eigenschaftsangst steht mit allen Skalen der SCL-90-R in statistisch bedeutsamer positiver Beziehung.

⇒ **STAI und Giessen-Test (GT-S)**

Abgesehen von der E-Skala gibt es zwischen der Eigenschaftsangst und den Skalen des Giessen-Test keine Befunde, die einer statistischen Prüfung standhalten. Die Eigenschaftsangst hingegen korreliert signifikant negativ mit der Sozialen Resonanz und signifikant positiv mit Grundstimmung, Durchlässigkeit und Sozialer Potenz sowie der E-Skala.

⇒ **Giessen-Test (GT-S) und SCL-90-R**

Zwischen der Sozialen Resonanz des Giessen-Tests sowie GSI, PST, PSDI, Zwanghaftigkeit, Sozialer Unsicherheit und Depressivität der SCL-90-R finden sich signifikante, positive Zusammenhänge. Hingegen sind die Beziehungen der Dominanz und der Kontrolle (GT-S) mit den Skalen der SCL-90-R unsystematisch. Von der einen ist keine Vorhersage auf die andere Skala möglich. Die Grundstimmung (GT-S) korreliert signifikant positiv mit GSI und PSDI sowie Sozialer Unsicherheit und Depressivität (SCL-90-R). Auch zwischen den Werten

der Durchlässigkeit (GT-S) und einigen SCL-90-R-Skalen gibt es positive Zusammenhänge. Durchlässigkeit korreliert signifikant mit GSI und PSDI als auch Zwanghaftigkeit, sozialer Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobischer Angst und Psychotizismus. Soziale Potenz (GT-S) korreliert bedeutsam und positiv mit GSI, PST, Zwanghaftigkeit, Sozialer Unsicherheit, Depressivität und Psychotizismus (SCL-90-R). Weitere signifikante Korrelation zeigen sich einerseits negativ zwischen der M-Skala (GT-S) und Sozialer Unsicherheit (SCL-90-R) sowie andererseits positiv zwischen der E-Skala (GT-S) mit PSDI, Sozialer Unsicherheit, Depressivität und Phobischer Angst (SCL-90-R).

5.3.1.2 Korrelationen zu Therapieende (Meßzeitpunkt (MZP) 4)

Das Muster signifikanter Korrelationen zu Therapieabschluß ähnelt dem zu Beginn der Therapie deutlich. Tendenziell zeigt sich dabei, daß korrelative Zusammenhänge, die sich am ersten Meßzeitpunkt als signifikant erwiesen, am Schluß der Therapie größer ausfallen, der Zusammenhang jeweils also enger ist.

Im folgenden soll lediglich auf Abweichungen zu den Ergebnissen der ersten Erhebungen eingegangen werden.

⇒ STAI

Zustands- und Eigenschaftsangst korrelieren zum Abschluß der Therapie in gleicher Richtung aber höher als zu Beginn der Intervention ($r = .72$).

⇒ SCL-90-R

Hier sind nun ausnahmslos alle Korrelationskoeffizienten signifikant und positiv.

⇒ Giessen-Test (GT-S)

Der Zusammenhang von Sozialer Resonanz und Grundstimmung ist am Ende der Therapie nicht mehr von Bedeutung. Die Grundstimmung korreliert lediglich negativ mit der M-Skala und positiv mit der E-Skala.

⇒ STAI und SCL-90-R

Auch die Zustandsangst des STAI korreliert nun durchgängig mit allen Skalen der SCL-90-R.

⇒ STAI und Giessen-Test (GT-S)

Über die Zusammenhänge des ersten Meßzeitpunkts hinaus korreliert die Trait-Angst des STAI jetzt auch zusätzlich positiv mit der Grundstimmung des Giessen-Tests.

⇒ Giessen-Test (GT-S) und SCL-90-R

Die Soziale Resonanz (GT-S) und der Kennwert PST der SCL-90-R korrelieren am Therapieende nicht mehr bedeutsam. Die Grundstimmung (GT-S) korreliert nun zusätzlich zu PST, Phobischer Angst, Paranoidem Denken und Psychotizismus (SCL-90-R). Die ursprünglich signifikanten Beziehungen von der Durchlässigkeit (GT-S) zu GSI, Sozialer Unsicherheit, Depression, Ängstlichkeit, Aggression, Phobischer Angst und Psychotizismus der SCL90-R sind zum Therapieabschluß inferenzstatistisch bedeutungslos. Demgegenüber ist nun die Korrelation Durchlässigkeit - Somatisierung (SCL-90-R) relevant.

Gegenüber dem ersten finden sich am letzten Meßzeitpunkt zusätzlich signifikante Zusammenhänge zwischen Sozialer Potenz (GT-S) sowie PSDI, Somatisierung, Ängstlichkeit und Phobischer Angst (SCL-90-R). Die Beziehung Soziale Potenz vs. Soziale Unsicherheit hat keine Bedeutung mehr.

Die M-Skala des Giessen-Tests korreliert nun zusätzlich und immer negativ mit den Skalen PST, Soziale Unsicherheit, Paranoidem Denken und Psychotizismus der SCL-90-R.

Die E-Skala (GT-S) und die Phobische Angst (SCL-90-R) stehen nicht mehr, die E-Skala und Psychotizismus nun doch in signifikanter Beziehung.

5.3.1.3 Zusammenfassung und Schlußfolgerung

Da ein erheblicher Teil der Korrelationskoeffizienten signifikant ist, existiert an beiden Meßzeitpunkten kein eindeutiges, klares, sofort erkennbares Muster auffälliger Zusammenhänge. Fast alle Skalen korrelieren in bedeutsamen Ausmaß und immer in der Richtung, daß eine stärkere Symptomausprägung der einen mit einer höheren Belastung auf der anderen Skala (und umgekehrt) einhergeht. Lediglich die Skalen Dominanz und Kontrolle des Giessen-Tests weisen keinen relevanten Bezug zu irgendeiner anderen Skala auf. Der Zusammenhang von Skalen eines gleichen Tests ist tendenziell größer als der von Skalen unterschiedlicher Tests.

Die Identifikation eines typischen Zusammenhangsmusters aller Skalen per Augenschein bietet in keiner Weise ausreichende Zuverlässigkeit. Als empirisch wesentlich robusteres

Vorgehen bietet sich hier die Durchführung von Faktorenanalysen an, deren Ergebnisse nun folgend dargestellt werden.

5.3.2 Faktorenanalyse

5.3.2.1 Ermittlung einer Faktorenstruktur

Um zu prüfen, ob die Korrelationen einem sinnvoll interpretierbaren Muster folgen, wurden für die beiden Meßzeitpunkte Faktorenanalysen (Hauptkomponentenanalyse mit anschließender VARIMAX-Rotation) durchgeführt (ANHANG F). Die globalen Kennwerte GSI, PSDI und PST der SCL-90-R wurden dabei nicht berücksichtigt, da sie Skalen sind, die sich aus den Werten der einzelnen SCL-Skalen zusammensetzen.

An beiden Meßzeitpunkten zu Beginn und zum Ende der Therapie (MZP 1, MZP 4) ergab sich eine 4-Faktoren-Struktur. Die Faktoren erklären dabei ca. 68-73% der Gesamtvarianz (Tabelle 5.7.). Der dargestellte Varianzanteil der einzelnen Faktoren entspricht der rotierten Faktorenlösung.

	MZP 1	MZP 4
Faktor 1	26,475	38,102
Faktor 2	17,514	15,672
Faktor 3	15,507	10,924
Faktor 4	8,449	8,406
Summe	67,946	73,104

Tab. 5.7. Durch die rotierten Faktoren aufgeklärte Varianz in %

Folgende Skalen laden bei der rotierten Faktorenlösung an den verschiedenen Meßzeitpunkten auf den jeweils vier Faktoren am höchsten (siehe Tabelle 5.8. auf der nächsten Seite).

Tab. 5.8. Nummer des Faktors, auf dem die einzelnen Testskalen an den beiden Meßzeitpunkten jeweils am höchsten laden

Skala	Test	MZP 1	MZP 4
Zwanghaftigkeit	SCL-90-R	1	1
Paranoides Denken	SCL-90-R	1	1
Aggressivität	SCL-90-R	1	1
Depressivität	SCL-90-R	1	1
Unsicherheit im Sozialkontakt	SCL-90-R	1	1
Psychotizismus	SCL-90-R	1	1
Trait-Angst	STAI	1	1
Soziale Potenz	GT-S	2	2
Durchlässigkeit	GT-S	2	2
Grundstimmung	GT-S	2	3
Soziale Resonanz	GT-S	2	2
Ängstlichkeit	SCL-90-R	3	1
State-Angst	STAI	3	1
Somatisierung	SCL-90-R	3	1
Phobische Angst	SCL-90-R	3	1
Kontrolle	GT-S	4	3
Dominanz	GT-S	4	4

Am ersten Meßzeitpunkt zeigt sich eine interessante Struktur, die sich zum Teil auch an den anderen Meßzeitpunkten findet. Dabei sind die ersten drei Faktoren relevant. Sie setzen sich im wesentlichen aus den folgenden Skalen zusammen:

Faktor 1:

- Zwanghaftigkeit SCL-90-R
- Paranoides Denken SCL-90-R
- Aggressivität SCL-90-R
- Depressivität SCL-90-R
- Unsicherheit im Sozialkontakt SCL-90-R

- | | |
|--------------------|----------|
| • Psychotizismus | SCL-90-R |
| • STAI-Trait-Angst | STAI |

Alle diese Skalen laden an beiden Meßzeitpunkten jeweils auf einem gemeinsamen Faktor am höchsten. Inhaltlich bilden sie eine breite Mischung verschiedener psychopathologischer Auffälligkeiten.

Faktor 2:

- | | |
|--------------------|------|
| • Soziale Potenz | GT-S |
| • Durchlässigkeit | GT-S |
| • Soziale Resonanz | GT-S |

Auch diese Skalen, die im Giessen-Test soziale Aspekte erfassen, laden in beiden Faktorenanalysen gemeinsam auf einem Faktor. Die Skala Grundstimmung (GT-S) wurde in dieser Auflistung hier nicht berücksichtigt, da sie schon an Meßzeitpunkt 1 recht schwach lädt und an den anderen Meßzeitpunkten zu anderen Faktoren gehört.

Faktor 3:

- | | |
|-------------------|----------|
| • Ängstlichkeit | SCL-90-R |
| • State-Angst | STAI |
| • Somatisierung | SCL-90-R |
| • Phobische Angst | SCL-90-R |

Diese Skalen beschreiben zu Therapiebeginn gemeinsam einen Faktor. Bei der Faktorenanalyse am zweiten Meßzeitpunkt (MZP 4) laden sie alle gemeinsam mit den Skalen vom ersten Faktor, haben gewissermaßen also ihre Eigenständigkeit eingebüßt. Trotzdem besteht an beiden Meßzeitpunkten zwischen diesen vier Skalen eine auffällige Gemeinsamkeit. Interessanterweise ist hier neben drei angstbezogenen Größen auch die Skala Somatisierung der SCL-90-R zu finden.

Unberücksichtigt sind bisher die Skalen Kontrolle, Grundstimmung und Dominanz des Giessen-Tests. Sie wechseln von Meßzeitpunkt zu Meßzeitpunkt den Faktor, auf dem sie am höchsten laden, in unsystematischer Weise. Sie bilden keine Einheit in dem Sinne, daß sie in beiden Faktorenanalysen jeweils gemeinsam dem gleichen Faktor zugerechnet werden können.

Aufgrund der dargestellten Datenstrukturen und der inhaltlichen Bedeutung der zusammengehörigen Skalen scheint es sinnvoll, den oben beschriebenen ersten drei Faktoren Relevanz einzuräumen, die Einzelskalen demgemäß zu aggregieren und die drei Faktoren weiter zu analysieren.

Im weiteren werden die drei Faktoren in Analogie zur inhaltlichen Bedeutung der für sie bedeutsamen Einzelskalen als Faktor „**Psychopathologie**“, Faktor „**Sozialer Aspekt**“ und Faktor „**Angst**“ bezeichnet.

Für jede Versuchsperson wurden für jeden dieser drei Faktoren die Faktorwerte am ersten Meßzeitpunkt berechnet. Da über die Therapie hinweg die Änderung von Symptomen betrachtet werden sollte, wurden für den vierten Meßzeitpunkt Werte berechnet, die mit den Faktorwerten des ersten Meßzeitpunkts inhaltlich und rechnerisch vergleichbar sind. Die Werte der Versuchspersonen am Meßzeitpunkt 4 wurden einer quasi z-Transformation mit den Mittelwerten und Standardabweichungen der jeweiligen Skalen an Meßzeitpunkt 1 unterzogen und dann entsprechend der Faktorwertkoeffizienten des ersten Meßzeitpunkts gewichtet und addiert. Somit bildeten die Werte am Meßzeitpunkt 4 noch immer den in den Skalen vorhandenen Unterschied zum Meßzeitpunkt 1 ab und sind aufgrund der gleichen Gewichtung wie bei den Faktorwerten des Meßzeitpunkts 1 inhaltlich analog interpretierbar. Die deskriptiven Statistiken zu den Faktorwerten an den beiden Meßzeitpunkten sind ANHANG G zu entnehmen. An beiden Meßzeitpunkten sind die Faktorwerte aller drei Faktoren normalverteilt (ANHANG H). Inwieweit diese Werte sich im Laufe der Therapie ändern und ob die Patienten mit unterschiedlichen Angststörungen sich in der jeweiligen Ausprägung unterscheiden, wurde varianzanalytisch überprüft (ANHANG I). Die Befunde sind im folgenden Abschnitt dargestellt.

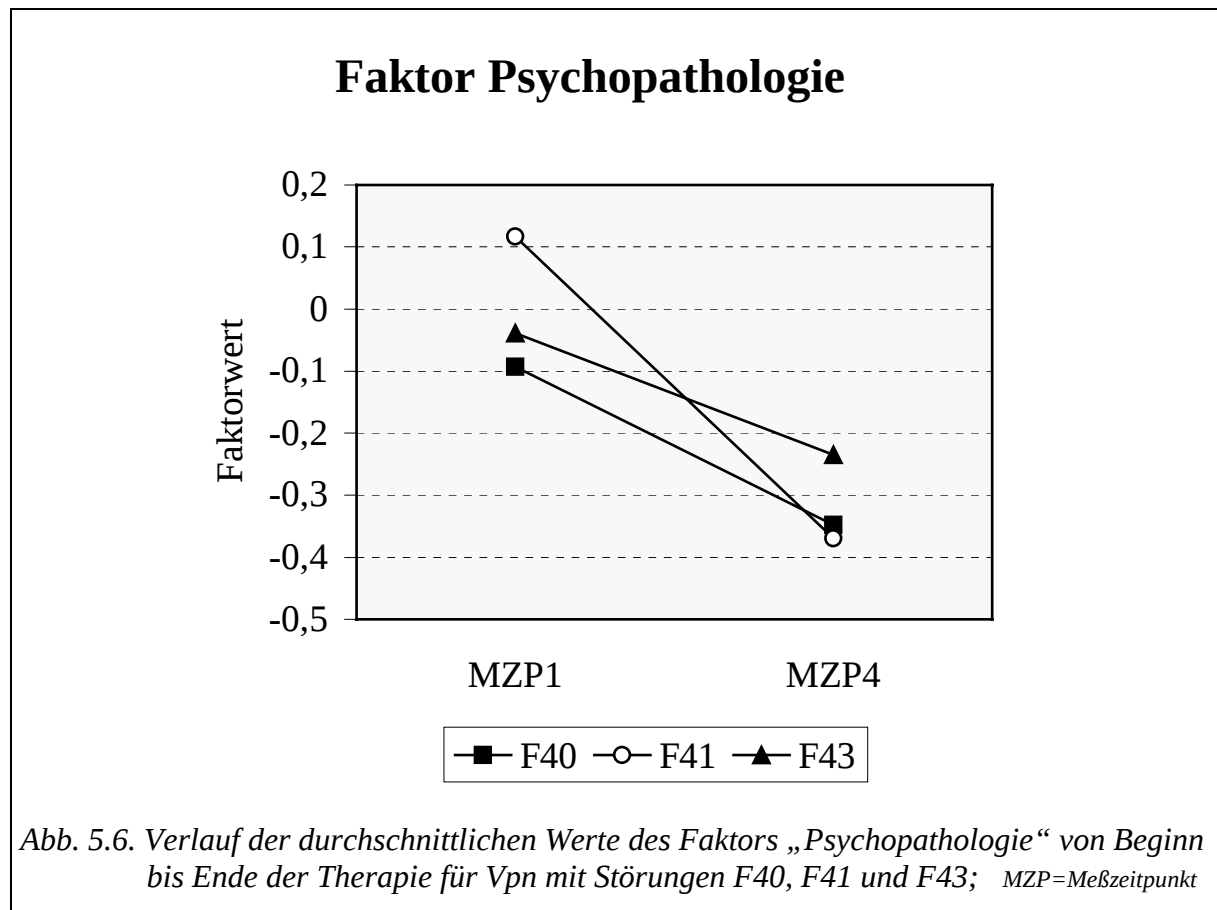
5.3.2.2 Varianzanalytische Befunde zu den drei Faktoren im Therapieverlauf

⇒ Faktor 1 „Psychopathologie“

Zu Beginn der Therapie sind Patienten mit F40 und F43 mit Faktorwerten von -0,09 ($s = 1,07$) und -0,04 ($s = 0,92$) annähernd gleich, F41 liegt mit 0,12 ($s = 1,02$) darüber. Bei allen drei Gruppen erfolgt eine Verbesserung im Verlauf der Zeit, die mit 0,49 für F41 am stärksten ausfällt. Gefolgt von F40 mit 0,26 und F43 mit 0,20 (siehe Abb. 5.6.). Zum Abschluß der Therapie haben F43 die höchsten Werte (-0,24; $s = 0,77$). Die Ausprägung von F40 und F41 liegen nun mit -0,35 ($s = 1,02$) bzw. -0,37 ($s = 1,05$) näher.

Die Verbesserung verläuft über alle Vpn insgesamt von 0,00 ($s = 1,00$) zu -0,33 ($s = 0,96$). Dieser Haupteffekt erweist sich als signifikant ($F = 4,51$; $FG = 1$; $p = 0,040$). Der Unterschied zwischen den Patienten verschiedener Diagnosen ($F = 0,054$; $FG = 2$; $p = 0,947$) und die unterschiedliche Intensität der Verbesserung, die statistisch in der Interaktion von Meßzeitpunkt und ICD-10-Diagnose zum Ausdruck kommt ($F = 0,386$; $FG = 2$; $p = 0,682$), ist jeweils statistisch nicht bedeutsam.

Zusammenfassend ist also festzuhalten, daß man generell von einer überzufälligen durchschnittlichen Verbesserung aller Probanden ausgehen kann. Die Gruppen von Vpn mit unterschiedlichen Angststörungen unterscheiden sich weder im Niveau ihrer Ausprägungen auf dem Faktor „Psychopathologie“ noch im Ausmaß der Verbesserung im Laufe der Therapie.



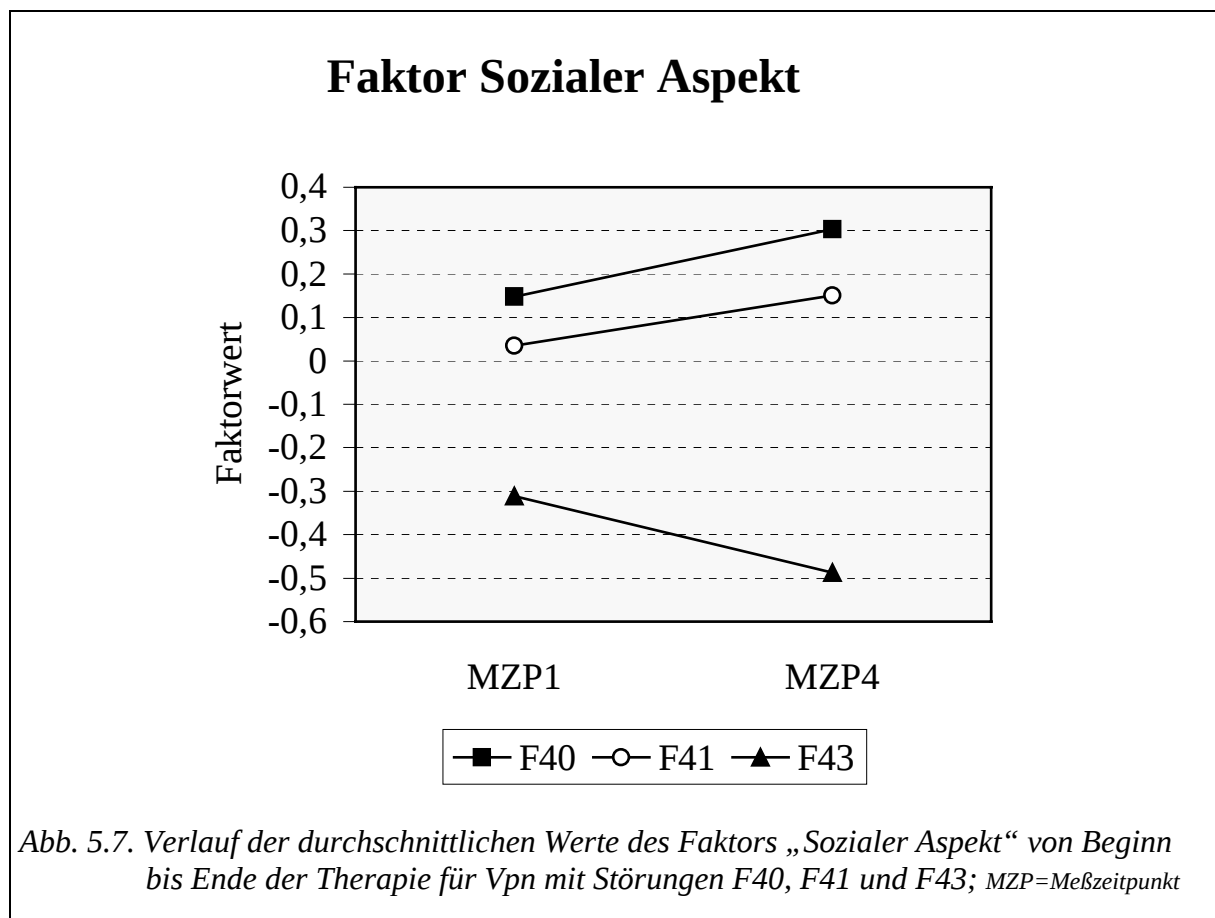
⇒ Faktor 2 „Sozialer Aspekt“

Sowohl im Gesamtdurchschnitt (mit einer Differenz $\Delta = 0,06$) als auch bei Betrachtung der Mittelwerte zweier Gruppen mit verschiedenen Diagnosen (F40: $\Delta = 0,15$; F41: $\Delta = 0,12$) zeigt sich eine leichte Verschlechterung der Werte auf dem Faktor „Sozialer Aspekt“. Die Werte von F43 verbessern sich etwas (F43: $\Delta = -0,18$). Die durchschnittlichen Ausprägungen

verlaufen dabei insgesamt von 0,00 ($s=1,00$) nach 0,06 ($s=0,82$), für F40 von 0,15 ($s = 1,12$) nach 0,30 ($s = 0,91$), für F41 von 0,03 ($s = 1,07$) nach 0,15 ($s = 0,70$) und schließlich für F43 von -0,31 ($s = 0,59$) nach -0,49 ($s = 0,62$). Dies ist graphisch in *Abbildung 5.7.* dargestellt.

Die Veränderung ist aber nicht groß genug, um als statistisch abgesichert gelten zu können ($F = 0,11$; $FG = 1$; $p = 0,742$). An allen Meßzeitpunkten sind die Mittelwerte auf dem Faktor „Sozialer Aspekt“ bei Patienten mit einer Störung unter F40 am stärksten ausgeprägt. Es folgen dann Probanden mit Sonstigen Angststörungen (F41) und in etwas größerem Abstand die Gruppe mit Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43). Aber auch diese Unterschiede sind nicht so groß, daß sie statistische Relevanz erlangen ($F = 1,78$; $FG = 2$; $p = 0,181$). Wie in *Abb. 5.7.* zu sehen, ist der Verlauf der drei Geraden zwar nicht parallel, aber insgesamt eher flach. Dies zeigt sich in der Varianzanalyse durch eine nicht signifikante Interaktion von Faktor Meßzeitpunkt und Faktor ICD-10-Diagnose ($F = 1,02$; $FG = 2$; $p = 0,369$). Die drei Patientengruppen unterscheiden sich im Verlauf also nicht.

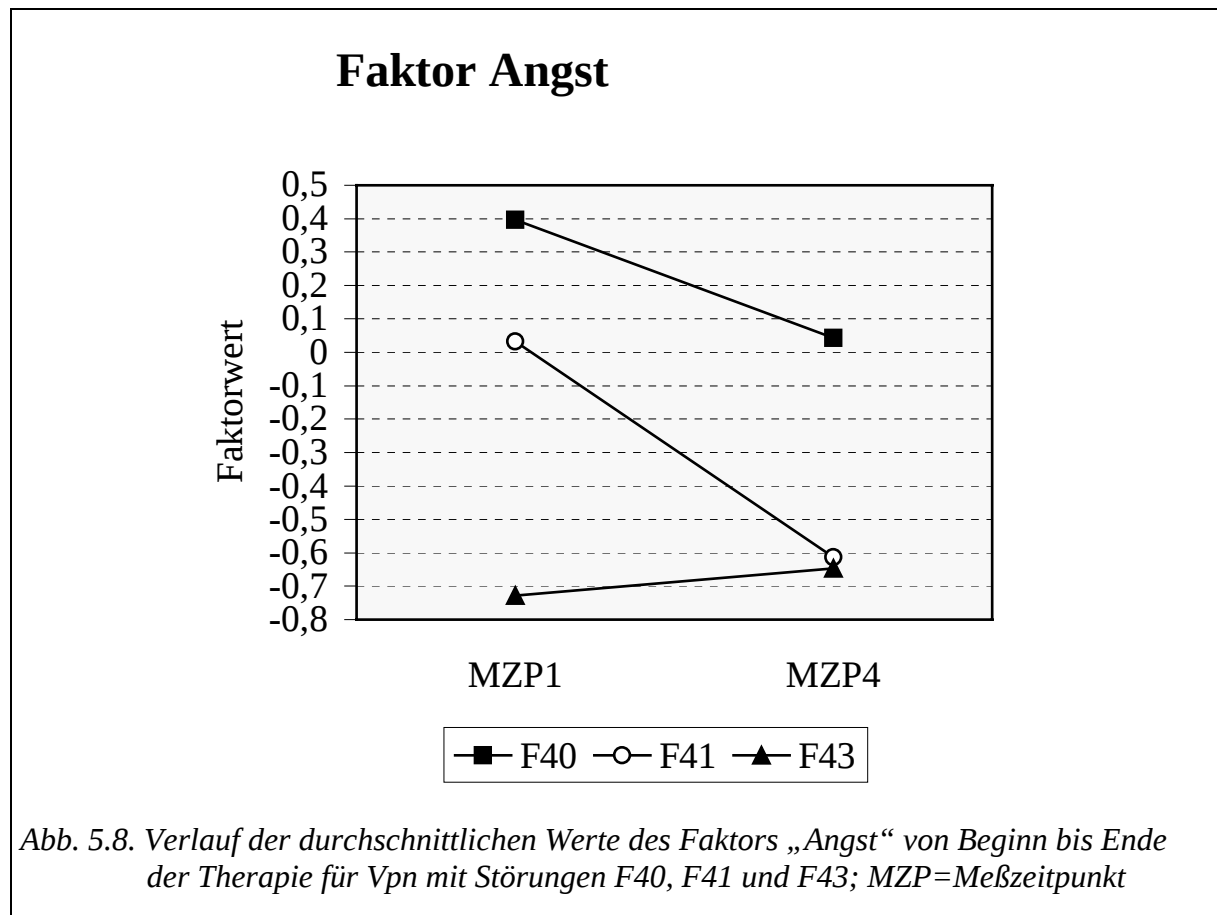
Insgesamt zeigt sich beim Faktor „Sozialer Aspekt“ also keine Veränderung während der Therapie. Weder gibt es insgesamt eine Verbesserung noch Unterschiede im Ausmaß und Verlauf der Werte der verschiedenen Gruppen.



⇒ Faktor 3 „Angst“

Im Gesamtdurchschnitt verbessern sich die Werte der Vpn auf dem Faktor „Angst“ während des Therapieverlaufs von 0,00 ($s=1,00$) auf -0,37 ($s=1,27$). Dabei ist die Differenz mit -0,64 bei Probanden mit F41 am stärksten ausgeprägt. Es folgen die Patienten mit F40 mit einer Differenz von -0,36. Die Veränderung bei Vpn mit F43 ist praktisch nahe Null bzw. mit einer Differenz von 0,08 sogar eine Verschlechterung. Insgesamt ist die Veränderung knapp nicht signifikant ($F = 3,35$; $FG = 1$; $p = 0,074$). Bei Betrachtung von *Abb. 5.8.* liegt es nahe, dies auf Konstanz der Werte von F43 zurückzuführen.

An beiden Meßzeitpunkten ist der Faktor „Angst“ bei F40 am stärksten (0,40 ($s = 0,62$) und 0,04 ($s = 1,14$)), bei F41 am zweitstärksten (0,03 ($s = 1,19$) und -0,61 ($s = 1,38$)) und F43 am geringsten (-0,73 ($s = 0,85$) und -0,65 ($s = 1,20$)) ausgeprägt. Die Hypothese, die Gruppen unterscheiden sich, muß aber aufgrund des allerdings knappen varianzanalytischen Befundes ($F = 2,98$; $FG = 2$; $p = 0,062$) verworfen werden.



Trotz des augenscheinlich unterschiedlichen Verlaufs (*Abbildung 5.8.*) erweist sich in den entsprechenden Teststatistiken die Interaktion als nicht bedeutsam ($F = 1,46$; $FG = 2$; $p =$

0,245). Der Unterschied ist nicht deutlich genug, um von einem in der Population gültigen differenzierten Verlauf ausgehen zu können.

Abschließend sei zu dem Faktor „Angst“ angemerkt, daß sich weder hinsichtlich einer Verbesserung im Laufe der Zeit noch eines Gruppenunterschieds in Ausprägung und Verlauf statistisch überzeugende Ergebnisse finden lassen. Es sei aber darauf verwiesen, daß der mißlungene Nachweis einer Gesamtverbesserung im Laufe der Therapie aus den oben genannten Gründen kritisch zu diskutieren sein wird.

5.4 Effektstärken Gesamt- und Teilstichproben

Zur näheren Beurteilung der Intensität der während der Untersuchung gemessenen Veränderungen wurden für alle verwendeten Skalen Effektstärken (ES) berechnet. Hierzu wurde die Differenz der Mittelwerte der ersten Erhebung und der Erhebung am Therapieende ermittelt. Diese Werte wurden durch Division mit der durchschnittlichen Standardabweichung beider Meßzeitpunkte normiert. Effektstärken werden unter 0,39 als gering, von 0,4 bis 0,79 als mittel und über 0,8 als groß eingestuft (*Hahlweg*, 2000).

Im Verlauf der Therapie zeigen sich keine nennenswerte Effekte (siehe *Tabelle 5.9.*). Für die Gesamtstichprobe gilt, daß nur die Skalen PSDI, Zwanghaftigkeit und Ängstlichkeit der SCL-90-R einen mittleren Therapieeffekt anzeigen.

Ansonsten finden sich nur *geringe* Therapieeffekte bei beiden Skalen des STAI und den Skalen GSI, PST sowie Soziale Unsicherheit, Depressivität, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus der SCL-90-R, der Skala Durchlässigkeit des Giessen-Tests und schließlich den Faktoren „Psychopathologie“ und „Angst“. Praktisch *keine* Therapieeffekte zeigen die Skalen Somatisierung der SCL-90-R, Soziale Resonanz, Dominanz, Kontrolle, Grundstimmung und Soziale Potenz aus dem Giessen-Test sowie der Faktor „Sozialer Aspekt“.

Betrachtet man die Effektstärken, die bei den Patienten mit unterschiedlichen Störungen erzielt wurden, so zeigt sich für Klienten mit Phobischen Störungen (F40) eine

durchschnittliche Wirksamkeit bei Ängstlichkeit und Phobischer Angst in der SCL-90-R sowie im Faktor „Angst“.

Tab. 5.9. Effektstärken aller Skalen sowie der Faktoren für die Gesamtstichprobe und die Patientengruppen mit Angststörungen F40, F41 und F43

Effektstärken (ES) Therapiebeginn bis Therapieende				
Test / Skala / Faktor	Gesamtstichprobe	F40	F41	F43
STAI				
State-Angst	0,22	0,01	0,55	-0,02
Trait-Angst	0,27	0,20	0,34	0,27
SCL-90-R				
GSI	0,30	0,22	0,44	0,19
PST	0,27	0,07	0,52	0,17
PSDI	0,41	0,37	0,58	0,10
Somatisierung	0,04	0,21	0,15	-0,45
Zwanghaftigkeit	0,41	0,39	0,50	0,29
Soziale Unsicherheit	0,34	0,31	0,44	0,21
Depressivität	0,23	0,06	0,38	0,26
Ängstlichkeit	0,50	0,48	0,62	0,31
Aggressivität	0,16	0,31	0,11	-0,01
Phobische Angst	0,36	0,44	0,43	0,10
Paranoides Denken	0,27	0,16	0,47	0,07
Psychotizismus	0,17	0,04	0,43	-0,07
Giessen-Test				
Soziale Resonanz	-0,03	0,21	-0,12	-0,27
Dominanz	-0,16	-0,14	-0,22	-0,10
Kontrolle	0,04	0,13	-0,04	0,02
Grundstimmung	-0,02	-0,28	0,24	-0,03
Durchlässigkeit	0,14	0,15	0,03	0,33
Soziale Potenz	0,08	0,17	0,09	-0,07
Faktoren				
Faktor 1 „Psychopathologie“	0,34	0,25	0,47	0,24
Faktor 2 „Sozialer Aspekt“	-0,07	-0,15	-0,14	0,30
Faktor 3 „Angst“	0,33	0,41	0,50	-0,08

Probanden, die unter Sonstigen Angststörungen (F41) leiden, haben in den Skalen State-Angst, GSI, PST, PSDI, Zwanghaftigkeit, Soziale Unsicherheit, Ängstlichkeit, Phobische Angst, Paranoidem Denken und Psychotizismus sowie den Faktoren „Psychopathologie“ und „Angst“ zumindest einen *durchschnittlichen* Therapieeffekt.

Vpn, bei denen eine Störung unter F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) diagnostiziert wurde, haben in keiner Skala einen mittleren Therapieeffekt. In der SCL-90-R-Skala Somatisierung findet sich sogar ein deutlich negativer Effekt.

Im Vergleich der verschiedenen Störungen untereinander sind die stärksten Effekte also fast durchgängig bei Störungen unter F41 zu finden.

6 DISKUSSION

Mit dieser Studie wird der Versuch beschrieben, ein von der Archimedes Gesellschaft für psychotherapeutische Projektförderung konzipiertes gruppentherapeutisches Angstbewältigungsprogramm (ABP) empirisch zu überprüfen. Wie im Einleitungs- resp. Theorieteil bereits erläutert, ist diese Arbeit auch eine der wenigen Forschungsbeiträge zur Überprüfung der Effektivität von psychodynamisch orientierter Psychotherapie in ambulanten, peripheren Einrichtungen. Dies auch vor dem Hintergrund der im Gesundheitswesen zunehmend aus ökonomischer Blickrichtung geführter Debatten, wobei der Ruf nach Qualitätssicherung, Transparenz, Effektivität und Effizienz, insbesondere in der ambulanten Psychotherapie, immer lauter wird.

Ziel des hier evaluierten vornehmlich analytisch und fokal orientierten Therapieprogramms, das auch mit verhaltenstherapeutischen Elementen im Sinne eines integrativen Ansatzes arbeitet, ist die ambulante 12-tägige in einer Tagesklinik im Wochenrhythmus durchgeführte Behandlung von Patienten mit Angststörungen nach ICD-10 F40, F41 und F43 (siehe Abschnitt 4.1.2 im Methodikteil).

Vorrangig stellt sich also die Frage, ob die Therapie überhaupt im Sinne ihrer zugrunde liegenden konzeptuellen Überlegungen und Ansprüche wirkt. Der Hauptaugenmerk der Untersuchung liegt demnach auf klinisch relevanten Veränderungen der Fragebogenskalen des STAI, der SCL-90-R und des Giessen-Tests, insbesondere jedoch auf den angstbezogenen Skalen des STAI und der SCL-90-R.

Die anschließende Diskussion folgt analog den Beschreibungen im Ergebnisteil: zu Beginn werden auffällige Merkmale der Stichprobe kommentiert; dies etwas ausführlicher, wenn es sich um relevante Befunde im Kontext zu Angsterkrankungen oder um etwaige Prädiktoren hinsichtlich eines zu erwartenden Therapieprozesses handelt. Zudem stellt die lückenlose Dokumentation der Stichprobe eine Forderung der ergebnisorientierten Qualitätssicherung dar. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, daß die Erörterung der Stichprobe nur in dieser Arbeit erfolgt, während in der noch nicht veröffentlichten Parallelarbeit (*Schwan-Steglich*, 2001) lediglich darauf verwiesen wird. Anschließend wird näher auf die varianzanalytischen Befunde zu den Fragebögen und der damit einhergehenden Überprüfung der Hypothesen sowie auf die Zusammenhänge der darin enthaltenen Skalen mittels Korrelationen und einer nachgeschalteten Faktorenanalyse eingegangen. Mit der Besprechung der gefundenen Effektstärken, einer zusammenfassenden Würdigung der Ergebnisse und einem Ausblick auf die künftige Forschung zu diesem Gebiet wird das Kapitel abgeschlossen.

6.1 Merkmale der Stichprobe

Die Ermittlung der soziodemographischen Daten der 45 Probanden umfassenden Stichprobe erfolgte einerseits fremdbeurteilt durch die Basisdokumentation, andererseits selbstbeurteilt mittels den Fragebögen zur gesundheitlichen und sozialen Situation.

Auffällig hierbei war, daß alle Probanden psychotherapeutisch und knapp die Hälfte psychiatrisch vorbehandelt waren. Im Kontext zu der langen Beschwerdedauer der Symptomatik (siehe unten) kann dieser Befund neben einem hohen Leidensdruck auch ein Hinweis auf eine unter Umständen wenig effektive oder eine nicht auf den Fokus zentrierte Behandlung in der Vorgeschichte sein. Da Angstsymptome störungsgruppenübergreifend, d. h. zunächst nosologisch relativ unspezifisch sind, wäre es jedoch falsch, aus diesem Befund schon Rückschlüsse auf die Art der Vorbehandlungen zu ziehen, sofern nicht bekannt ist, an welchen weiteren Störungen die untersuchten Patienten erkrankt waren. *Bronisch* (1995b) berichtet in diesem Zusammenhang unter Hinweis auf entsprechende Studien, daß bei Angsterkrankungen fast jeder zweite Fall wenigstens einmal eine weitere psychische Störung aufwies. Hier sei kritisch anzumerken, daß in unserer Untersuchung keine Zweitdiagnose vorgesehen war, die Aufschluß zu dieser Thematik gegeben hätte. Erklären läßt sich das Ergebnis darüber hinaus auch aus der Tatsache, daß mindestens zu Beginn der untersuchten Angstbewältigungsprogramme das Klientel fast ausschließlich aus Patienten der untersuchten Praxis rekrutiert wurde, also bereits in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Vorbehandlung war.

Bei 28,9 % der Probanden wurde eine frühere stoffgebundene Sucht gefunden (aktuelle Süchte auf Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenbasis waren in der Indikationsentscheidung zu diesem Angstbewältigungsprogramm ein Ausschlußkriterium). Wie im Theorieteil bereits mehrfach erläutert (v. a. im Kapitel 2.2.3 *Diagnostik – Differentialdiagnose – Komorbidität*), entspricht dies im wesentlichen den Befunden der Literatur und gibt einen Hinweis auf einen sich komplizierenden Langzeitverlauf von Angsterkrankungen mit entsprechenden Einflüssen auf die Therapie. Es bleibt noch anzumerken, daß die Dunkelziffer von Abhängigkeiten in Verbindung zu Angststörungen noch wesentlich höher liegen dürfte als in der Literatur beschrieben, z. B. dann, wenn eine überlagernde Abhängigkeit die zugrunde liegende Angsterkrankung überhaupt nicht mehr als solche erkennen läßt und damit die an sich schon lange Beschwerdedauer der Erkrankung (siehe unten) noch weiter in die Länge zieht.

Ein weiteres bei Angststörungen häufig zu beobachtendes Komorbiditätsmuster betrifft die Suizidalität: 17,8 % der Befragten berichteten von einem früheren Suizidversuch. Vergleiche

mit der Normalbevölkerung sind schwer zu recherchieren, da Suizidversuche in der Bundesrepublik aus datenschutzrechtlichen Gründen seit über zehn Jahren nicht mehr erfaßt werden dürfen (Götze, 1997). Aus epidemiologischen Studien ist jedoch bekannt, daß bei 2 % der Durchschnittsbevölkerung Suizidversuche zu irgendeinem Zeitpunkt des Lebens vorliegen (Möller, 1995). Bezüglich Suizidalität im Zusammenhang mit Angststörungen finden sich nach Bronisch (1995b) in neueren epidemiologischen Studien Hinweise für ein erhöhtes Suizid- und Suizidversuchsrisiko für Probanden mit einer Panikstörung, während es zu den anderen Angsterkrankungen kaum Studien unter diesem Aspekt gibt (Wolfersdorf & Straub, 1995). Gründe hierfür sehen die Autoren zum einen darin, daß in die diagnostischen Kriterien für Angststörungen keine Suizidalität eingeht, zum anderen darin, daß sich in den von der WHO definierten Suizid-Risikogruppen kein Hinweis auf eine Angstklientel findet. Zur Beurteilung eines Suizidrisikos ist es jedoch von Bedeutung, ob ein gleichzeitiges und häufig zu beobachtendes Vorliegen von Angst und Depression bekannt ist. Nach Angst & Hochstrasser (1994) sowie Kasper (1999) ist bei voller Ausprägung einer Angsterkrankung und einer Depression die Häufigkeit eines Suizidrisikos mit ca. 33 % anzunehmen (bei einem Risiko von etwa 5 % im Bevölkerungsdurchschnitt), eine „Angststörung und Depression, gemischt“ (ICD-10, F41.2) ist noch mit einem Suizidrisiko von ca. 16 % behaftet.

Von den 28 Frauen der Studie berichteten vier (14,3 %) von früherem sexuellem Mißbrauch, wobei 17 Patientinnen (60,7 %) dies verneinten, während bei sieben Probandinnen keine Angaben zu dieser Thematik vorlagen. Von den 17 Männern verneinten 14 (82,4 %) eine Mißbrauchserfahrung, drei gaben hierzu nichts an. Die epidemiologischen Angaben zur Prävalenz sexuellen Mißbrauchs in der Normalbevölkerung variieren einerseits stark von der zugrunde liegenden Definition, andererseits von der Quelle, der sie entstammen. So läßt die sich zumeist auf sehr schwere Fälle konzentrierende Kriminalstatistik die erhebliche Dunkelziffer außer Betracht, während sozialwissenschaftliche Dunkelfeldstudien hier eher Auskunft geben: Schäfer *et al.* (2000) nennen, gestützt auf neuere Studien, Prävalenzraten bei Frauen in der Spannweite zwischen 9,7 und 25 %, bei Männern zwischen 3,9 und 8 %. Daß die Rate bei Männern im Vergleich zu der der Frauen relativ klein ist, begründet Engfer (1997) mit der zögerlichen Haltung der Männer, sich in der Rolle des Opfers zu sehen und besondere Hemmungen haben, sich zu dem homosexuellen Charakter des Mißbrauchs zu bekennen, da die Täter überwiegend männlich seien. Unsere Befunde stützen unter Umständen diese Aussage. Die Zusammenhänge von sexuellem Mißbrauch in der Anamnese und späteren psychischen Erkrankungen konnten in der neueren Literatur eindeutig aufgezeichnet werden. Egle *et al.* (1997) erwähnen hier u. a. vor allem Angsterkrankungen, Depressionen, Sucht-

erkrankungen und damit einhergehende Suizidalität, also interessanterweise alles Erkrankungen, die mit Angststörungen im Rahmen von Komorbiditätsstrukturen eng verknüpft sind.

Auffällig war, daß in der Studie kein Patient mit einer spezifischen (isolierten) Phobie diagnostiziert wurde. Dies deckt sich mit bekannten Aussagen. Zwar sind diese Störungen mit am häufigsten in der Allgemeinbevölkerung verbreitet, kommen jedoch wegen der guten Möglichkeiten der erfolgreichen Vermeidung und des damit geringeren Leidensdruckes vergleichsweise selten in Behandlung (*Margraf & Schneider, 1996a*).

Die Varianzanalyse zur Beschwerdedauer, die zum Befragungszeitpunkt im Gesamtdurchschnitt bei vier Jahren lag, ergab mit Mittelwerten von 6,6 Jahren für Phobische Störungen (ICD-10 F40), von 3,2 Jahren für F41 (Sonstige Angststörungen) und von nur 1,3 Jahren für F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) einen signifikanten Befund, wobei der geringere Wert bei F43 weitestgehend seiner ICD-10-Diagnose entspricht. *Margraf & Schneider (1996a)* gehen davon aus, daß es durchschnittlich sieben Jahre dauert, bis eine Angsterkrankung das erste Mal korrekt als solche diagnostiziert wird, während *Perkonigg & Wittchen (1995)* in ihrem Beitrag zur Epidemiologie von Angststörungen für Phobien (F40) eine Erkrankungsdauer vor Remission von 15,4 Jahren und für Panikstörungen (unter F41) eine Dauer von 7,1 Jahren nennen. Zwar ist die hier untersuchte Stichprobe im Vergleich zu *Margraf & Schneider* früher in Behandlung. Auf die Problematik der jedoch in dieser Untersuchung trotzdem noch langen Beschwerdedauer von durchschnittlich vier Jahren und der damit verbundenen Chronifizierungstendenz wurde bereits mehrfach in dieser Arbeit hingewiesen, wobei eine lange Beschwerdedauer durchaus als Prädiktor für eine erschwert durchzuführende Therapie angesehen werden kann. Ein noch nachzuweisender positiver Therapieeffekt (s. u.) sollte jedoch eine bessere Prognose für die Gesamterkrankungsdauer der hier behandelten Stichprobe zulassen, als nach *Perkonigg & Wittchen* zu befürchten ist. Darüber hinaus ist anzumerken, daß die Veröffentlichung von *Perkonigg & Wittchen* zwar zu den zur Zeit aktuellsten Beiträgen gehört, sie basiert jedoch zum Teil noch auf Studien aus den Achtziger Jahren. Mittlerweile wurden jedoch neue Klassifikationssysteme etabliert, die Angst als eigene Krankheitsentität besser erkennen lassen, was einer frühen Diagnostik der Krankheit und damit einer Verkürzung der Erkrankungsdauer zusätzlichen Vorschub leistet.

Die in der Basisdokumentation auf einer Skala von 0 bis 4 (4 = sehr motiviert) anzugebende patientenseitige Therapiemotivation war mit einem durchschnittlichen Wert von 3,25 recht hoch. Dies kann Ausdruck eines hohen Leidensdruckes resp. einer hohen Erfolgserwartung

im Sinne eines Wunsches nach Veränderung sein. Ob dieses Ergebnis jedoch Rückschlüsse auf einen späteren Therapieverlauf oder die Patientencompliance zuläßt, bleibt angesichts der Literaturlage indes fraglich. Gestützt auf eigene Untersuchungen sind *Schneider et al.* (1999) der Auffassung, daß eine initiale Therapiemotivation für den Behandlungserfolg von ausschlaggebender Bedeutung sei, während dies *Strauß* (2000) in einer kritischen Würdigung der Forschungsbefunde zu dieser Thematik eher verneinte. Auch für *Reinecker* (1998) spielen Erwartungsfaktoren in der Behandlung von z. B. sozialen Phobien nicht die große Rolle, die man ihnen in ihrer prädiktiven Bedeutung beimißt. Eine positive Therapiemotivation kann sich zwar durchaus günstig auf die Compliance auswirken, doch eine zu hohe Erwartungshaltung bietet häufig auch einen Anlaß für Therapieabbrüche.

Die Geschlechtsverteilung in der vorliegenden Untersuchung (knapp 2/3 Frauen) scheint sowohl psychotherapie- als auch krankheitstypisch zu sein. Hinsichtlich Psychotherapieinanspruchnahme wird dies von bekannten Befunden (*Franz, 1997; Rüger & Leibing, 1999*) unterstützt, wonach sich signifikant mehr Frauen als Männer in psychotherapeutische Behandlung begeben. Eine neue Studie zur Inanspruchnahme im Gesundheitswesen an 2.179 Personen (*Hessel et al., 2000*) kommt jedoch zu dem Schluß, daß Frauen gegenüber Männern zwar prinzipiell mehr ärztliche oder nichtärztliche Hilfe bei Erkrankungen und Beschwerden in Anspruch nehmen (was den Befunden neuerer Literatur entspricht und mit Geschlechtsstereotypen in Verbindung gebracht wird, wonach Frauen ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen, doch auch mehr Hilfe und Unterstützung annehmen als Männer), aber Frauen nur tendenziell mehr als Männer Psychotherapie in Anspruch nehmen. Deutlich klarer ist das Bild in der krankheitstypischen Geschlechtsverteilung. So deckt sich die untersuchte Stichprobe mit den Ergebnissen aus zahlreichen epidemiologischen Studien (*Perkonigg & Wittchen, 1995*), wobei es als gesichert gilt, daß Angststörungen bei Frauen etwa doppelt so häufig auftreten als bei Männern.

An den untersuchten Probanden fiel auf, daß nur vier (8,9 %) über Abitur verfügen. Ob sich diese Tatsache allein aus der Aussage von *Faust* (1996) ableiten läßt, wonach es Anzeichen gibt, daß Angsterkrankungen vornehmlich auf der unteren beruflichen Stufenleiter zu suchen sind, ist fraglich. *Perkonigg & Wittchen* (1995) sehen hierin keinen Zusammenhang. Es scheinen sich eher Tendenzen dazu abzuzeichnen, daß Patienten mit einem höheren Bildungsstand vermehrt analytische und tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapien in Anspruch nehmen (*Rüger & Leibing, 1999*).

Varianzanalytische Befunde ergaben, daß Patienten mit F 43 (Posttraumatische Belastungsstörungen) schon zu Beginn geringere Belastungen in den Skalen „PSDI“ und „Phobische Angst“ der SCL-90-R aufwiesen, während Phobiker (F 40) das größte Ausmaß an „Phobischer Angst“ zeigten. Dies bestätigt die Richtigkeit der eingangs gestellten Diagnosen. Ferner fiel auf, daß phobische Patienten im Vergleich mit anderen Angststörungen zu 31 % an Medikamentenallergien litten, was auch angesichts fehlender Vergleiche als inhaltlich unbedeutender Zufall zu bewerten ist.

Anders verhält es sich mit der gefundenen Anzahl körperlicher Erkrankungen: fast jeder zweite Patient berichtet über zumindest in der Anamnese vorhandene chronische Kopfschmerzen, 64 % über Kreislaufstörungen resp. Hypertonie und ca. 24 % über Schilddrüsenfunktionsstörungen, um nur einige zu nennen. Diese in Einklang mit der Literatur (siehe Theorieteil) zu erwartenden Befunde können als somatisierte Angst im psychodynamischen Sinne von „Angstäquivalenten“ (*Hoffmann & Hochapfel*, 1995) aufgefaßt werden, Angst als Folge körperlicher Erkrankungen (z. B. bei Schilddrüsenerkrankungen) beschreiben oder Komorbiditätsaspekte aufzeigen (z. B. Kopfschmerzen als ein häufig zu beobachtendes somatisches Symptom bei Depressionen; *Laux*, 1995b).

Im Vergleich zu gesunden Normstichproben ergab sich für die untersuchten Probanden zu Beginn der Behandlung in den meisten Testskalen erwartungsgemäß eine deutlichere Belastung hinsichtlich ihrer Symptomatik. Lediglich in den GT-Skalen „Dominanz“, „Kontrolle“ und der „M-Skala“ war kein signifikanter Unterschied zur Normalbevölkerung zu beobachten. Daß jedoch auch viele, auf den ersten Blick nicht unbedingt angstrelevante Skalen im pathologischen Bereich liegen, überrascht indes. Auf diese Tatsache wird im Zusammenhang mit der Kommentierung der Hypothesen 2 bis 4 noch näher eingegangen.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, daß es sich bei der untersuchten Stichprobe um ein typisches nicht nur in ambulanten Einrichtungen vorzufindendes Angstklientel handelt, das einerseits Vergleiche mit der Literatur zuläßt und andererseits eine Verallgemeinerung der nachfolgend beschriebenen angstrelevanten Befunde nicht im Wege steht.

6.2 Angstreduktion

Die Befunde zu den angstabbildenden Skalen des STAI (*Laux et al.*, 1981) konnten bis zum Abschluß der Therapie sowohl für die State- als auch für die Trait-Angst deskriptiv eine

leichte Verbesserung der Symptomatik aufzeigen, jedoch nicht in dem zu erwarteten Ausmaß. Die Veränderung war varianzanalytisch nicht signifikant. Anders verhält es sich mit den Skalen „Ängstlichkeit“ und „Phobische Angst“ der SCL-90-R (Franke, 1995): beide Skalen verbesserten sich auffällig (die Skala „Ängstlichkeit“ auf 1%igem Signifikanzniveau) und erfüllen damit die Anforderungen des Hauptkriteriums. Die Effektstärken^{*)} zu den angst-relevanten Skalen ergaben eine geringe bis mittlere Therapiewirkung bis zum Behandlungsabschluß. Daß sich beide Testverfahren nicht in gleichem Ausmaß veränderten, überrascht indes. Erklären läßt sich dies jedoch durch die unterschiedliche Ausrichtung der Skalen. Während die zehn Items umfassende SCL-90-R-Skala „Ängstlichkeit“ Angst im Zusammenhang mit Nervosität, Spannung und Zittern, Panikattacken, Schreckgefühlen sowie somatischen Korrelaten sieht, also letztlich Angst als Symptom fokussiert, läßt die persönlichkeitsorientierte Trait-Skala des STAI somatische Aspekte außer Betracht und subsumiert Angst eher unter depressivem Blickwinkel (z. B. „Ich neige dazu, alles schwer zu nehmen“, „Mir ist zum Weinen zumute“ etc.). So ermöglicht nach *Laux et al.* (1981) die Traitangst-Skala im klinischen Bereich neben der Beschreibung neurotischer Störungen deren Unterscheidung in depressiv und nicht-depressiv. Vor dem Hintergrund korrelationsstatistischer Befunde beider Verfahren fand *Franke* (1995) die höchsten Korrelationen zwischen State-Angst und den Skalen „Depressivität“ resp. „Ängstlichkeit“ der SCL-90-R sowie zwischen Trait-Angst und wiederum „Depressivität“. Ein Zusammenhang mit unseren zum Therapieende nicht befriedigenden Traitangstwerten kann u. U. auch dahingehend zu sehen sein, daß sich in der vorliegenden Untersuchung auch die SCL-90-Skala „Depressivität“ bei ähnlich hohem Ausgangswert wie die Skala „Ängstlichkeit“ zunächst nur tendenziell verbessert, während die Ausgangswerte in der Skala „Grundstimmung“ des Giessen-Tests (*Beckmann et al.*, 1991) von allen Skalen die höchsten sind und sich zum Therapieende sogar noch geringfügig verschlechtern. Demnach scheint die Stichprobe depressiv überlagert zu sein resp. viele Patienten mit einer manifesten Depression zu beinhalten, was letztendlich seinen Ausdruck in einer nur geringfügigen Verbesserung des STAI findet. Auch hier sei nochmals kritisch angemerkt, daß in unserer Untersuchung keine Zweitdiagnose vorgesehen war, die gewiß mehr Aufschluß zu dieser Thematik gegeben hätte. Jedenfalls bestätigen diese Befunde die im Theorieteil (Abschnitt 2.2.3) beschriebene überaus häufig zu findende Komorbiditätsstruktur von Angst und Depression, was sich letztlich auch im Therapieerfolg ausdrückt, da der Primärfokus des Behandlungsprogramms eindeutig auf die Angsterkrankungen *sui generis* ausgerichtet war.

*) Das Erfolgsmaß „Effektstärke“ wird in Abschnitt 6.4 nochmals gesondert dargestellt

Vor allem jedoch ist im Gegensatz zur State-Angst die Trait-Angst als zeitlich überdauerndes und als ein die ängstliche Persönlichkeit umschreibendes Verfahren aufzufassen (*Bandelow & Hajak, 1995; Laux et al., 1981*), wobei etwaige Änderungen nach Intervention u. U. erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erwarten sind. Diese Annahme wird unterstützt durch die katamnestischen Befunde der Parallelarbeit (*Schwan-Steglich, 2001*), wo sich alle angst-relevanten Skalen in bedeutsamen Ausmaß verbessern, in Effektstärken gerechnet z. T. mit hohen Therapiewirkungen.

Daß sich auch die situationsspezifische Zustandsangst zum Abschluß der Therapie nicht bedeutsam ändert, mag auf den ersten Blick enttäuschend sein, kann jedoch mit psychoanalytischer Erfahrung konform gehen. So ist nach *Rudolf et al. (1994)* der Zeitpunkt des Therapieendes schwierig und krisenhaft, weil er die Auflösung einer regressiv getönten Beziehung erfordert, was beim Patienten nicht selten Zukunftsängste mobilisiert. Ähnliches war auch in dem hier untersuchten Angstbewältigungsprogramm zu beobachten, weshalb man sich dazu entschloß, der eigentlichen Therapiephase einen 12. katamnestischen Behandlungstag anzuhängen, um u. a. potentiellen Orientierungslosigkeiten und damit einhergehenden Ängsten zum Therapieende besser begegnen zu können. Zudem können im stringenten Therapieverlauf des Programms weitere, die Angstsymptomatik aufrechterhaltende Faktoren hinzutreten: eine erste, aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Angst kann insbesondere in der Gruppentherapie mit den damit einher gehenden Interaktionen sowie z. T. auch therapeutisch beabsichtigten Konfrontationen weitere Ängste mobilisieren oder zumindest die bereits vorhandenen aufrechterhalten. Gerade graduiert konfrontative Elemente wie das in ständigem Wechsel stattfindende Kochen für die gesamte Gruppe inklusive der Organisation des Einkaufs und weitere zu bewältigende Aufgaben sorgten dabei für die Freisetzung immer wieder zu beobachtender Ängste. Ein weiterer die Therapie erschwerender Faktor kann im Festhalten an der Angstsymptomatik selbst gesehen werden. Eine besondere Bedeutung sehen *Bassler & Krauthauser (1998)* hierbei im sekundären Krankheitsgewinn, zum einen ausgedrückt in der Fürsorglichkeit von Bezugspersonen, die entweder automatisch zuteil wird oder eingeklagt werden kann, zum anderen ausgedrückt in einer sich immer wieder negativ verstärkenden Vermeidungsstrategie, sich dem eigentlich Ängstigenden auch tatsächlich stellen und damit letztlich Verantwortung für sich übernehmen zu müssen.

Psychoanalytisch orientierte Verfahren können wie bei dem hier evaluierten Angstbewältigungsprogramm sehr wohl auf einen Fokus und der damit verbundenen Besserung einer umschriebenen Symptomatik ausgerichtet sein, dies jedoch über den Weg der Selbstreflektion und Weiterentwicklung der Persönlichkeit, wobei strukturelle Besserungen u. U. erst

katamnestisch zu erwarten sind. So kann das über nur ein Vierteljahr und lediglich zwölf Behandlungstage angelegte Therapieprogramm initiale Impulse zu einem Prozeß generieren, der sich in einer protrahierten Wirkung weiterentwickelt und schließlich erst mit Zeitverzögerung in eine konsekutiv deutliche Symptomreduktion mündet.

Da, wie im Einleitungs- und Theorieteil bereits beschrieben, ergebnisorientierte Evaluation auf psychodynamischer Ebene erst im Aufbau begriffen ist, sind Literaturbefunde zu angst-behandelnden psychodynamischen Interventionen einerseits äußerst rar und andererseits uneinheitlich, da Stichproben, Therapieinterventionen oder verwendete psychometrische Verfahren nicht unbedingt mit den unsrigen zu vergleichen sind. Einige dieser Studien wurden bereits im Theorieteil angesprochen. Zur Rekapitulation: *Hoffmann & Bassler* (2000) nennen in ihrer Übersicht zu den Ergebnissen psychoanalytisch orientierter Angstbehandlung neben eigenen lediglich drei Untersuchungen neueren Datums (s. Theorieteil) zu diesem Aspekt. In einer eigenen Studie (*Bassler & Hoffmann*, 1994) untersuchten die Autoren eine 85 Angstpatienten umfassende Stichprobe nach 14-wöchiger stationärer Behandlung auf der Basis eines mittlerweile auch als Manual herausgegebenen (*Hoffmann & Bassler*, 1995) integrativen Konzepts, das neben psychodynamischen auch verhaltenstherapeutische Elemente beinhaltet. Bei Abschluß der Therapie verbesserten sich auf der Trait-Skala des STAI lediglich die Panik- und Agoraphobie-Patienten, während sich bei den Patienten mit generalisierter Angststörung kein Therapieerfolg abzeichnete, was mit der bei dieser Erkrankung einhergehenden Ich-strukturellen Störung (s. Theorieteil Kap. 2.2.5.1) und der damit verbundenen Labilisierung innerhalb des therapeutischen Prozesses begründet wurde. Eine bislang nur im Internet veröffentlichte BMFT-Studie (*Bassler & Krauthauser* 1998) an 68 vornehmlich an Panik resp. Agoraphobie leidenden Patienten wurden ambulante (45 Sitzungen) und stationäre (initial 12 Wochen mit anschließender kürzerer ambulanter Nachbehandlung) Therapien auf der Basis des o. e. Manuals miteinander verglichen. Die Therapiedauer beider Zweige umfaßten jeweils ca. ein Jahr. Bei relativ konstanten Katamnesen verbesserten sich die Patienten im STAI-X2 (Trait-Angst) im Vergleich zwischen Beginn vs. Abschluß der Therapie im Schnitt um gut 5 T-Werte, im ambulanten Bereich sogar noch darüber. In Effektstärken (ES) ausgedrückt (*Hoffmann & Bassler*, 2000): 0,39 für den stationär/ambulanten Bereich sowie 0,48 für den ambulanten Bereich. Im Vergleich zu unseren Ergebnissen (ES 0,27 im STAI-X2) muß man jedoch die sich über ein Jahr erstreckende Behandlungszeit berücksichtigen. Zudem waren die Patienten in der Bassler-Studie zu Beginn der Behandlung weniger depressiv (u. a. gemessen an der Skala 4 des Giessen-Tests), was seinen Ausdruck in den STAI-Werten finden dürfte. In einer

definierten kritischen Differenz von einer halben Standardabweichung (= 5 T-Werte im STAI-X2) erreichten im stationären Bereich 45,5 % der Patienten dieses Erfolgskriterium, im ambulanten Bereich 52,4 %. Bei uns erreichten oder überschritten nur 26,7 % dieses Erfolgsmaß, während bei 42 % der Patienten keine oder eine nur geringfügige Verbesserung eintrat und sich 31,1 % während der Therapie verschlechterten. In der State-Angst (bei *Bassler & Krauthauser*, 1998, nicht gemessen) waren in unserer Studie 44,4 % der Probanden erfolgreich. Welche Patienten letztendlich besonders aus dem bei uns untersuchten Behandlungsverfahren profitieren, bleibt indes spekulativ und könnte unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Parallelarbeit einer expliziten Fragestellung zugeführt werden. Wie am Schluß dieses Abschnitts erörtert wird, scheint sich jedoch insbesondere bei Patienten mit Angststörungen nach ICD-10 F41 ein besonderer Behandlungserfolg abzuzeichnen. Da bei *Bassler & Krauthauser* (1998) kein SCL-90-R verwendet wurde, ist ein Vergleich mit unseren Werten (ES 0,50 in der Skala „Ängstlichkeit“ und 0,36 bei der „Phobischen Angst“) leider nicht möglich.

Momentan läuft unter der Leitung der Universität Mainz (*Hoffmann & Bassler*, 2000) eine multizentrische Studie zum Vergleich der Wirksamkeit von psychoanalytischen versus verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepten bei 293 Angstpatienten an acht Kliniken (drei Universitätskliniken mit psychodynamisch-verhaltenstherapeutischer Spezialisierung (n=52), drei Reha-Kliniken mit psychodynamischer Behandlung (n=111) und zwei Reha-Kliniken mit Verhaltenstherapie und 130 Patienten). Vorläufige Ergebnisse wurden von der Universität Mainz bereits in das Internet gestellt (*Bassler*, 2000). Demnach besserten sich im Bereich des STAI-X2 zum Therapieende die Patienten an den Universitätskliniken mit einer ES von 0,53, an den Rehakliniken mit psychodynamischer Behandlung von 0,32 und jenen mit verhaltenstherapeutischer Behandlung von 0,60 Effektstärken. Die Ergebnisse zu dem dort u. a. verwendeten SCL-90-R liegen offensichtlich noch nicht vor, doch es scheint sich hinsichtlich einiger Zielsymptome eine signifikante Überlegenheit der Verhaltenstherapie (VT) im Vergleich zur psychodynamischen Therapie abzuzeichnen. Dies jedoch nach Ansicht des Autors vor dem Hintergrund einer höheren Motivation, weniger Depressionssymptomatik und einer geringeren psychischen Beeinträchtigung seitens der mit VT behandelten Patienten.

Andere psychodynamisch orientierte Evaluationsstudien (z. B. *Rudolf et al.*, 1988 und 1994; *Strauß & Burgmeier-Lohse*, 1994; *Holm-Hadulla et al.*, 1997; *Heinzel et al.*, 1998; *Franz et al.* 2000; zusammenfassend: *Tress et al.*, 2000 u. a.) konnten im Kontext zu Angsterkrankungen weniger Aufschluß geben, da es sich bei den Stichproben meist um ein heterogenes Klientel mit einer z. T. verschwindend geringen Zahl von Angstpatienten handelte. Sie

konnten jedoch die prinzipielle Effektivität psychoanalytischer Verfahren auch auf eine etwaige Angstsymptomatik vermitteln, z. T. mit besonderem Hinweis auf die katamnestische Wirksamkeit. Vor diesem Hintergrund erscheint, wie gerade im aktuell noch laufenden Projekt der Universität Mainz (*Bassler, 2000*) aufgezeigt, ein Vergleich mit verhaltenstherapeutischen Methoden angesichts der großen Erfahrung mit outcome-orientierter Evaluationsforschung und den damit immer wieder berichteten guten Therapieerfolgen durchaus als interessant. So berichten aktuell *Renner & Platz (1999)* über eine ambulant durchgeführte 6-wöchige (zweimal 90 Minuten pro Woche) Gruppentherapie an u. a. 19 Angstpatienten anhand eines modifizierten Leitfadens von *Margraf & Schneider (1990, s. Theorieteil)*. Zum Abschluß der Therapie wurden für den STAI Effektstärken von 0,70 für die State-Angst (X1) und von 0,71 für die Trait-Angst (X2) ermittelt. In der Beginn vs. 6-Monats-Katamnese 0,38 (X1) resp. 0,74 (X2) Effektstärken. Diese Zahlen beeindrucken in deutlicher Weise die rasche Symptomreduktion der Verhaltenstherapie bei einer relativ konstanten Katamnese. Wie die Parallelarbeit (*Schwan-Steglich, 2001*) zeigen wird, scheint es in unserer Untersuchung umgekehrt zu sein, mit einer deutlicheren Symptomreduktion in der Katamnese und relativ stabilen Werten während der Therapie.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß eine Angstreduktion bereits zum Ende der Therapie wirksam wird, dies jedoch nur unter der Voraussetzung, daß das Symptom nicht innerhalb depressiver Strukturen verstrickt und damit aufrechterhalten wird. In diesem Sinne scheinen die Angstskalen der SCL-90-R sensibler auf therapeutische Einflüsse zu reagieren und im Vergleich zum STAI die reliableren zu sein. Im Rahmen der später noch zu erörternden Faktorenanalyse, die eine sehr interessante Faktorenstruktur zu Tage brachte, werden wir uns der Thematik der Angstreduktion nochmals nähern. Im Vergleich zur Verhaltenstherapie zeichnet sich im vorliegenden Fall eine später eintretende Wirksamkeit ab, die u. U. in ein von *Rudolf & Öri (2000)* so bezeichnetes „Äquivalentparadox“ einmündet, wonach unterschiedliche Prozeßfaktoren der einzelnen Behandlungsverfahren (= -schulen) letztlich zu einem ähnlichen Ergebnis führen. Aufschluß hierzu wird uns die Parallelarbeit (*Schwan-Steglich, 2001*) geben. In der Frage für welche Angsterkrankungen das hier untersuchte Therapieprogramm besonders indiziert sein könnte, wird eine statistisch nicht bedeutsame, aber augenscheinlich stärkere Angstreduktion bei Patienten nach ICD-10 F41 in den Skalen State-Angst (*Abb. 5.2.*) und Ängstlichkeit (*Abb. 5.4.-8*) deutlich. Auch dieser Aspekt wird im Zusammenhang mit der Faktorenanalyse noch einmal aufgegriffen.

6.3 Nebenkriterien

In den Nebenkriterien der Hypothesen war einerseits ein positiver Therapieeinfluß auf die allgemeine psychische Befindlichkeit der Teilnehmer, operationalisiert durch die entsprechenden Skalen der SCL-90-R, gefordert worden, während andererseits eine Besserung einer etwaigen Depressivität sowie eine Veränderung der Persönlichkeitseigenschaften (operationalisiert durch den Giessen-Test) innerhalb der kurzen Therapiephase nicht erwartet wurde.

Sämtliche eingangs in der SCL-90-R z. T. recht hoch gemessenen und auch nicht unbedingt direkt mit Angst in Zusammenhang stehenden Skalen verdeutlichen einerseits einen starken Beschwerdedruck, andererseits dokumentieren sie die innige Verflechtung von Angst entweder als Folge oder als Ursache weiterer psychischer Auffälligkeiten. Auch hier wird wieder offensichtlich, daß eine leider nicht vorhandene Zweitdiagnose gewiß veranschaulichend gewesen wäre. Hinsichtlich der allgemeinen psychischen Befindlichkeit verbesserten sich zwar alle Skalen der SCL-90-R im Prä-Post-Vergleich, statistisch auffällig jedoch nur die Skalen „PSDI“, „Zwanghaftigkeit“ und „Unsicherheit im Sozialkontakt“. Der PSDI (Positive Symptom Distress Index) mißt die Intensität der Antworten, hier ist also zum Abschluß der Therapie ein Trend hin zu einer moderateren Einschätzung deutlich erkennbar. Dieses Ergebnis könnte sein Pendant in der ansonsten relativ unbedeutenden E-Skala des Giessen-Tests (GT-S) haben, die sich ebenfalls als einzige GT-S-Skala bedeutsam verbessert und damit einen Hinweis zu einem weniger extremen Antwortverhalten gibt (die E-Skala und der PSDI korrelieren in unserer Untersuchung im übrigen auch signifikant positiv sowohl am Anfang als auch zum Ende der Therapie). Die Skala „Zwanghaftigkeit“ beschreibt mehr das Ich-dystone klinische Syndrom der Zwanghaftigkeit, während die korrespondierende GT-S-Skala „Kontrolle“ eher den Ich-syntonen Persönlichkeitszug abbildet. Im Gegensatz zur SCL-90-R blieb die GT-S-Skala auf einem stabilen, sich nicht von der Normstichprobe unterscheidenden Niveau. Angst wird relativ häufig im Zusammenhang mit Zwangserkrankungen beobachtet. Dabei zeigt es sich, daß die Angst typischerweise erst dann auftritt, wenn versucht wird, den Zwangsgedanken oder –impulsen nicht direkt nachzukommen. Im Gegensatz zur ICD-10-Klassifikation werden deshalb im DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994; *Saß et al.*, 1998) Zwangsstörungen unter Angsterkrankungen im engeren Sinne subsumiert, waren jedoch nicht primärer Gegenstand dieser ICD-10-gestützten Untersuchung. Dennoch scheinen auch Patienten mit einer eher zwanghaften Symptomatik aus dem Angstbewältigungsprogramm zu profitieren. Das gleiche gilt für die „Unsicherheit im Sozialkontakt“. Die Skala 3 der SCL-90-R beschreibt eine leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl

völliger persönlicher Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit, vor allem im Vergleich mit anderen. Mit Aussagen wie „starke Befangenheit im Umgang mit anderen“, „Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit“ etc. repräsentiert die Rubrik fast schon eine eigenständige Angstskala, indem sie deutlich die sehr oft vorkommende und in häufiger Komorbidität zu anderen Angsterkrankungen stehende soziale Phobie skizziert. Offensichtlich entfalten die Interaktionen in der Gruppe sowie die Kohäsion als zentraler psychoanalytischer Wirkfaktor in der Gruppentherapie (Lemche, 2000) hier ihre auffällige Wirkung. Der soziale Aspekt wird in der Faktorenanalyse und der damit einhergehenden Erörterung aus entsprechenden Befunden des Giessen-Tests nochmals abschließend aufgegriffen.

Die verbleibenden SCL-90-R-Skalen „Somatisierung“, „Aggressivität/Feindseligkeit“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“ haben sich zwar, wie eingangs erwähnt, verbessert, jedoch nicht in dem zu erwartenden Ausmaß. Die mit Angsterkrankungen oft assoziierten und im psychoanalytischen Sinne als „Angstäquivalent“ (s. o.) aufzufassenden Somatisierungstendenzen scheinen eine nachhaltige Besserung erst zeitversetzt mit der Lösung zu Grunde liegender Konflikte zu erfahren, was seinen Ausdruck letztlich in der Somatisierungsskala findet. Hier hätten nicht im Programm enthaltene symptomorientierte Entspannungsverfahren vermutlich zu einer schnelleren Besserung geführt. Zudem liefert diese Skala, wie hin und wieder bei ähnlich gelagerten Verfahren zu beobachten, eher „weiche“, d. h. objektiv nicht unbedingt nachvollziehbare Daten, die bei einer psychischen Überlagerung verzerrt werden könnten. Zu beachten ist weiterhin, daß die Skala nicht nur die somatischen Aspekte der Angst erfaßt, sondern auch die anderer psychischer Erkrankungen (z. B. Kopfweh für Depression etc.), eine therapeutische Intervention im Fokus der Angst also nicht unbedingt mit einer Besserung auf der Somatisierungsskala verknüpft sein muß. Von Bassler & Krauthauser (1998) wurde eine auffällige Besserung von somatisierten Auffälligkeiten (u. a. erfaßt mit dem GBB (Brähler & Scheer, 1983) und der von Ehlers et al. (1993) stammenden AKV-Batterie) bereits zum Ende der jedoch über ein Jahr dauernden Therapie (s. o.) beobachtet, bei weiterer Besserung in der Katamnese. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Strauß & Burgmeier-Lohse (1994) mittels SCL-90-R ermittelter Daten, die jedoch vor dem Hintergrund einer 6-monatigen stationären Therapie gesehen werden müssen, in der lediglich 10 % der Patienten Angststörungen aufwiesen, ein Vergleich also im Vorhinein mit Vorsicht zu betrachten ist.

Die Skala „Aggressivität/Feindseligkeit“ bildet die sichtbare, mehr nach außen gerichtete Aggression ab und nicht, wie im Kontext zu Depressionen oder auch Angsterkrankungen aus

psychoanalytischer Interpretation zu erwartende Wendung der Aggression gegen das eigene Ich. Diesem Aspekt wird eher die u. e. GT-S-Skala „Grundstimmung“ gerecht. Die Skala „Aggressivität“ zeigt bei nur mäßig hohen Ausgangswerten eine leichte Besserung der Symptomatik, offensichtlich wirkte hier das Gruppensetting und die damit einhergehenden Impulse modulierend auf die Symptomatik, die ihre volle Wirkung jedoch erst katamnestisch entfalten konnten (s. Parallelarbeit). Interaktionen von Angsterkrankungen mit den Skalen „Aggressivität“, „Psychotizismus“ und „Paranoidem Denken“, die sich zum Abschluß der Therapie alle leicht verbessern, wären zwar interessant zu betrachten, doch ohne Kenntnis einer Zweitdiagnose resp. der im Einzelfall besonders gelagerten Konstellation rein spekulativ.

Insgesamt bleibt jedoch festzuhalten, daß das Angstbewältigungsprogramm offensichtlich einen subsidiär günstigen Einfluß auf die allgemeine psychische Befindlichkeit der Teilnehmer hat, was ebenfalls abschließend in der noch zu erörternden Faktorenanalyse beurteilt wird.

Eine Verbesserung der depressiven Symptomatik war in der dritten Hypothese innerhalb des kurzen Beobachtungszeitraums nicht erwartet worden, was durch die Skalen „Depressivität“ der SCL-90-R und „Grundstimmung“ des Giessen-Tests auch bestätigt wurde. Beide Skalen tendieren sowohl zu Beginn als auch zum Abschluß des Programms recht hoch und dokumentieren damit das häufige Komorbiditätsmuster mit Angsterkrankungen. Unterstützt wird der Befund zudem durch die oben beschriebene relative Stabilität der Trait-Skala des STAI, die Angst in engem Kontext zu Depressivität abbildet. Daß Depressionen den Verlauf von Angsterkrankungen beeinträchtigen und komplizieren, ist bekannt (s. Theorieteil), daß sie als ungünstige Prädiktoren explizit in der psychotherapeutischen Angstbehandlung aufzufassen sind, mag zwar auf den ersten Blick auf der Hand liegen, ist aber angesichts der Literaturlage nicht so eindeutig zu klären. *Reinecker* (1998) sieht Depressionen im Therapieverlauf von z. B. sozialen und spezifischen Phobien als eher ungünstige Faktoren, während psychodynamisch orientierte Autoren von Erfolgen in der angstspezifischen Behandlung auch depressiv überlagerter Patienten berichten (*Bassler & Krauthauser*, 1998; *Scheibe et al.*, 1993). So besserten sich in der letztgenannten Studie nach einjähriger wöchentlicher Gruppentherapie phobische Ängste und Vermeidungsverhalten bei Panik- / Agoraphobie-Patienten mit einer über fünfjährigen Erkrankungsdauer und einer zusätzlichen depressiven Störung am meisten. Bei der 1-Jahres-Katamnese besserten sich demgegenüber Panikpatienten ohne zusätzliche Depression deutlich mehr hinsichtlich ihrer Symptomatik als Patienten mit depressiver Störung. Zu etwaigen Einflüssen der Therapie auf die Depression

selbst wurden keine Aussagen gemacht, dies jedoch in der Studie von *Bassler & Krauthauser* (1998): so verbesserten sich die u. a. mit dem Giessen-Test gemessenen Symptome der Depression bereits zum Therapieende bedeutsam, bei weiter anhaltendem Trend in der Katamnese. Obwohl die Ergebnisse vor dem Hintergrund einer einjährigen Therapiedauer gesehen werden müssen, wirkt sich die analytisch orientierte Behandlung offenbar auch auf die nicht im Fokus stehende Depression aus. Ähnliches zeichnet sich in unserer Untersuchung ab. Der in der kurzen Behandlungsphase vermittelte initiale Impuls scheint seine nachhaltige Wirkung, auch auf die depressive Symptomatik, erst posttherapeutisch zu entfalten (siehe Parallelarbeit).

Auch Hypothese 4 kann als bestätigt gelten, wonach sich die im Giessen-Test abgebildeten Persönlichkeitseigenschaften innerhalb des kurzen Behandlungszeitraums nicht ändern. Plausibel ist das Ergebnis auch deshalb, da Persönlichkeitsmerkmale als relativ stabil definiert werden und diesbezügliche Tests letztlich dementsprechend konstruiert werden. Das Ergebnis kann auch Hinweis auf die Güte der Untersuchung sein: eine massive Veränderung der Werte hätte bestimmt die Frage aufgeworfen, ob die Tests von den Versuchspersonen ernsthaft ausgefüllt worden waren.

Hinsichtlich der Interaktion zwischen stabilen Persönlichkeitsmerkmalen auf der einen Seite und mehr instabil-fluktuierenden Symptomen (z. B. eine Angst- oder Depressionssymptomatik) auf der anderen, kann ein wechselseitiger Einfluß dahingehend gesehen werden, daß zwar Symptome Persönlichkeitszüge in einer bestimmten Weise akzentuieren, doch nach analytischem Verständnis vor allem Symptome aus einer prämorbidem Persönlichkeit heraus entstehen. Nach *Bronisch* (1995a) sind Beziehungen von Angststörungen zu Persönlichkeitsfaktoren und Persönlichkeitsstörungen bis heute weitgehend ungeklärt, obwohl in empirischen Studien Koinzidenzen von dependenten oder vermeidend-ängstlichen Persönlichkeitszügen und Angststörungen aufgezeigt werden konnten. Die vorliegende Stichprobe kann anhand der Interpretation der einzelnen Skalen des Giessen-Tests hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsmerkmale als normal dominant und kontrolliert angesehen werden. Pathologisch auffällig waren die Probanden in der Grundstimmungsskala sowie allen mit psychosozialen Beziehungen einher gehenden Skalen. Wie oben bereits beschrieben, diagnostiziert die mit hohem Score belegte „Grundstimmung“ eindeutig eine neurotische Depression im analytisch aufzufassenden Sinne einer Innenwendung der Aggression, kombiniert mit ausgeprägter Selbstunsicherheit und einer damit kompensativ zusammenhängenden hilfesuchenden Abhängigkeitshaltung. In der Skala 1 („Soziale Resonanz“) sehen sich die Probanden in ihrer Wirkung auf die Umgebung als „negativ sozial resonant“ an, also in der

sozialen Interaktion mehr in einer narzißtisch frustrierenden Rolle. Deutlich affiziert erscheinen die Patienten auch in der Skala „Durchlässigkeit“, indem sie sich im Kontaktverhalten als retentiv, d. h. der Umwelt gegenüber verschlossen, zurückhaltend und mißtrauisch beschreiben. Dies hat zudem unmittelbare Auswirkungen auf die „Soziale Potenz“. In dieser Skala stufen sich die Probanden als eher sozial impotent im Sinne von ungesellig, im heterosexuellen Kontakt befangen und wenig hingabefähig ein.

Damit entspricht die Stichprobe in ihrem Gesamtprofil ziemlich genau der von *Beckmann et al.* (1991) im Handbuch des Giessen-Tests beschriebenen Stichprobe von Neurotikern mit unterschiedlichsten psychischen oder somatischen Beschwerden. Dieses Ergebnis ist auch deshalb von Belang, da in nahezu allen Studien, die Patienten mit Angststörungen mit und ohne Persönlichkeitsstörungen nachuntersucht haben, festgestellt wurde, daß Angstpatienten mit pathologischen Persönlichkeitszügen oder Persönlichkeitsstörungen eine schlechtere Prognose resp. geringere therapeutische Ansprechbarkeit haben gegenüber der Gruppe von Patienten ohne solch eine Störung (*Bronisch, 1995a*).

6.4 Explorative Ergebnisse

⇒ Unterschiede bei verschiedenen Angststörungen

Hinsichtlich der mit F40, F41 und F43 diagnostizierten Patienten ergaben sich bedeutende Gruppenunterschiede darin, daß Patienten mit F40 (Phobische Störungen) in allen Symptomen der SCL-90-R die höchste Ausprägung aufwiesen, während F43-Patienten (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) gegenüber den anderen Angststörungen sich weniger depressiv auf der GT-S-Skala „Grundstimmung“ zeigten. Auch augenscheinlich (s. Abb. 5.4. und 5.5.) waren F43-Patienten in beiden Testverfahren weniger beeinträchtigt, was insbesondere im Hinblick auf den analytisch orientierten Giessen-Test eine weniger neurotische Komponente im Vergleich zu den anderen Angsterkrankungen erkennen läßt. Dies mag auch inhaltlich plausibel erscheinen, da diese Patientengruppe u. U. vor dem traumatisierenden Erlebnis gesund oder zumindest weniger psychisch auffällig war. Bereits in der Beschreibung der ICD-10-Klassifikation (*Dilling et al., 1993; Dilling et al., 1994; s. Theorieteil*) wird deutlich, daß die unter F43 subsumierten Erkrankungen eine fluktuierende und eventuell stark wechselnde Symptomatik aufweisen können. Angesichts individueller Gegebenheiten (Schwere des Traumas, eventuell vorhandene Ausprägung einer idiosynkra-

tischen Vulnerabilität, Coping-Verhalten) wäre es jedoch gewiß nicht opportun, aus den vorliegenden Befunden einen verallgemeinernden Schluß zu ziehen.

Daß demgegenüber phobische Patienten einen deutlich ausgeprägteren Beschwerdedruck aufweisen, ist bekannt (s. Theorieteil), daß sie auch in den mit sozialer Interaktion zusammenhängenden Skalen höhere Werte zeigen, kann auch im Kontext zu dem bei diesen Störungen ausgeprägten Vermeidungsverhalten gesehen werden.

⇒ Unterschiede im Ausmaß der Verbesserung

Die in der Interaktion der Faktoren ICD-10-Diagnose und Meßzeitpunkt zum Ausdruck gebrachte Frage, welche Diagnosegruppe letztlich am meisten von dem untersuchten Angstbewältigungsprogramm profitiert, erwies sich in keinem der Fälle als signifikant. Dies könnte sich u. U. aus der zu kleinen Stichprobe oder aus der Kürze des Beobachtungszeitraums begründen. Augenscheinlich bilden sich jedoch deutliche Tendenzen ab. Sowohl in der State-Angst des STAI (s. Abb. 5.2.) als auch in nahezu allen Skalen der SCL-90-R (s. Abb. 5.4.) profitieren Patienten mit F41 (Sonstige Angststörungen; darunter u. a. subsumiert: Panikstörung, generalisierte Angststörung sowie Angst und depressive Störung, gemischt) offenbar am deutlichsten an der Therapiemaßnahme. Untermauert wird dieser Eindruck zudem aus Ergebnissen der Faktorenanalyse und des Effektstärkenvergleichs (s. u.) sowie anhand katamnestischer Befunde der Parallelarbeit (Schwan-Steglich, 2001). Da gerade in der F41-Gruppe klassisch angstneurotische und damit Ich-strukturell schwerer gestörte Patienten zu erwarten sind (s. Theorieteil), ist es umso erstaunlicher, daß gerade diese Gruppe den offensichtlich größten Nutzen aus der recht kurzen Behandlung zieht, nachdem in der analytisch orientierten Literatur immer wieder postuliert wird, daß explizit diese Patienten schwieriger und langwieriger zu therapieren sind (u. a. Bassler & Hoffmann, 1994; Hoffmann & Bassler, 2000). Offenbar scheinen hierbei vor allem supportive, das Ich stabilisierende Maßnahmen ihre besondere Wirkung zu entfalten, sei es in einer hilfreichen Therapeutenbeziehung oder in entsprechenden Elementen des Programms selbst. Daß im Vergleich dazu Patienten mit Angststörungen nach F43 augenscheinlich weniger profitieren, wurde von Seiten der Therapeuten bereits vor dem Bekanntwerden der Ergebnisse registriert mit der Konsequenz, daß diese Patienten in der untersuchten Praxis mittlerweile anderen erfolgversprechenderen Therapieinterventionen wie z. B. der EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Shapiro, 1995) zugeführt wurden.

Inbesondere unter der Berücksichtigung der katamnестischen Befunde wird in der Parallelarbeit die Frage nach der differenzierten Indikation für das Therapieprogramm nochmals abschließend aufzugreifen sein.

⇒ **Korrelationen**

Die der Faktorenanalyse der Vollständigkeit halber vorgeschaltete Berechnung von Korrelationen erbrachte kein eindeutiges, sofort erkennbares Muster auffälliger Zusammenhänge. Daß die Werte eines Tests untereinander i. d. R. höher korrelieren als mit den Werten anderer Testverfahren, entspricht testtheoretisch einem plausiblen und häufig zu beobachtenden Befund. Ein empirisch wesentlich aufschlußreicheres Vorgehen ist in der Durchführung einer Faktorenanalyse zu sehen, deren Erörterung nachfolgend dargestellt wird.

⇒ **Faktorenanalyse**

Die Struktur der in dieser Untersuchung ermittelten Faktorenlösung ist überaus interessant und v. a. inhaltlich für die Beantwortung der hier zu untersuchenden Fragen äußerst nützlich. Es muß jedoch betont werden, daß die Entscheidung für die Dreifaktorenlösung unter pragmatischen Gesichtspunkten getroffen wurde und ihr vor allen Dingen heuristische Bedeutung beizumessen ist. Der Zweck, verallgemeinernd über den Verlauf allgemeinerer Symptomkomplexe Aussagen treffen zu können, steht hier im Vordergrund. Gewiß kann an dem hier praktizierten Umgang mit den Faktorenanalysen und der einzelnen Faktoren kritisiert werden, daß Faktor 4 und alle weiteren im Gegensatz zu den Faktoren 1 bis 3 keine Berücksichtigung finden. Dem ist entgegenzusetzen, daß die Faktorenanalyse hier v. a. im Sinne eines Verfahrens zur pragmatischen Datenordnung und -strukturierung verstanden wird. Andererseits ist die Anzahl der Versuchspersonen für das verwendete Verfahren recht klein. Da es aber nicht Ziel dieser Untersuchung ist, eine Faktorenstruktur nachzuweisen, die auf eine etwaige Population generalisiert werden kann, ist auch dieser Einwand vernachlässigbar. Darüber hinaus spricht für die hier postulierte Lösung, daß die gefundene Struktur sich näherungsweise auch am vierten und am fünften Meßzeitpunkt wiederfindet (s. dazu Parallelarbeit, *Schwan-Steglich*, 2001). Letztlich scheint eine weiterführende Untersuchung, die die hier gefundene Struktur replizieren soll, auch mit einer größeren Stichprobe von Angstpatienten eine wünschenswerte Aufgabe.

Der mit „Psychopathologie“ betitelte Faktor 1 subsumiert sechs mannigfaltige Skalen der SCL-90-R, denen interessanterweise die Traitangstskala des STAI beigeordnet ist. Daß gerade

hier eine Angstskaala in Erscheinung tritt, verdeutlicht einmal mehr die Erfahrung, wonach Angst in engem Kontext zu auch anderen psychischen Auffälligkeiten steht. Bemerkenswert ist außerdem die Tatsache, daß sich dieser Faktor im Prä-Post-Vergleich bedeutsam verbessert. Damit verdichtet sich die im Zusammenhang mit Hypothese 2 stehende Einschätzung, daß das Angstbewältigungsprogramm einen deutlich positiven Einfluß auf die nicht im Primärfokus der Therapie stehende allgemeine psychische Befindlichkeit der Teilnehmer hat. Dies zudem vor dem Hintergrund einer nun nachhaltigen Besserung auch jener Skalen, die sich varianzanalytisch nur tendenziell verbesserten. Wiederum verbesserten sich auch im ersten Faktor F-41-Patienten am stärksten (s. *Abb. 5.6.*). Vielleicht zeichnet sich in diesen Ergebnissen die von *Csef* (1994) mit Hinweis auf die „Meisterungstheorie“ von *Thomä* (1991, 1995) geäußerte Einschätzung ab, wonach Angstbewältigung als Motor jeglicher Konfliktbewältigung und damit als zentraler Faktor jeder Therapie psychogener Erkrankungen angesehen werden kann. *Rudolf et al.* (1994) sprechen in diesem Zusammenhang von der Psychoanalyse als „Breitbandtherapie“, die im Gegensatz zur rein symptomorientierten Verhaltenstherapie eine Selbstreflektion, Umstrukturierung und Weiterentwicklung der Persönlichkeit als Voraussetzung für den Wegfall einer eventuellen Symptomatik anstrebt.

Faktor 2 („Sozialer Aspekt“) enthält die drei mit sozialen Interaktionen im Zusammenhang stehenden Skalen des Giessen-Tests und zeigt keine Verbesserung im Verlauf der Therapie. Daß phobische Patienten mit dem höchsten Score besonders affiziert erscheinen, basiert wohl auf der bei diesen Störungen verstärkt auftretenden Vermeidungskomponente. Daß sich jedoch letztlich die in diesem Faktor nicht enthaltene SCL-90-R-Skala „Unsicherheit im Sozialkontakt“ varianzanalytisch auffällig verbessert, während dies den per se stabileren Skalen des Giessen-Tests nicht so deutlich gelingt, könnte auf einen Methodenartefakt hinweisen. Bei *Bassler & Krauthauser* (1998) waren hinsichtlich der sozialrelevanten Skalen des Giessen-Tests nämlich ähnlich stabile, die Therapie überdauernden Werte gefunden worden. Die Annahme eines Methodenartefaktes relativiert sich jedoch angesichts ähnlicher, jedoch nicht nur mit dem Giessen-Test ermittelter Befunde der Literatur. So konnte in der von *Strauß & Burgmeier-Lohse* (1994) und *Strauß* (1998) beschriebenen Studie eine bedeutsame Reduktion „interpersonaler Probleme“, erfaßt mit dem IIP-D (*Horowitz et al.*, 1994), von nur ca. 20 % der Patienten erreicht werden, also weit weniger, als dies angesichts einer ca. 6-monatigen stationären Gruppentherapie eigentlich zu erwarten gewesen wäre. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt die Multicenterstudie um *Franz et al.* (2000). Die auch hier mit dem IIP-D ermittelten sozialen Probleme sind in ihren Effektgrößen geringer als die mit der

SCL-90-R erfaßten symptomatischen Veränderungen, wiederum vor dem Hintergrund eines längeren stationären und psychodynamisch orientierten Settings. Die Autoren begründen diese Tatsache mit einer zum Therapieende verbesserten Fähigkeit zur Wahrnehmung zwischenmenschlicher Schwierigkeiten sowie einer erst in der Katamnese zu erwartenden nachhaltigen Besserung. Diese Auffassung kann im Hinblick auf unsere katamnestischen Resultate (s. Parallelarbeit, *Schwan-Steglich*, 2001) nicht unbedingt bestätigt werden. Daß soziale Konflikte häufig ätiopathogenetisch oder aktuell bei der Ausgestaltung von Angsterkrankungen eine Rolle spielen (*Bassler & Krauthauser*, 1998) oder selbst weitere psychosoziale Auswirkungen unterhalten, ist hinreichend bekannt (s. Theorieteil, v. a. Abschnitt 2.2.4 „Psychosoziale Beeinträchtigung“). Tritt nun, wie bei unserer Stichprobe, eine die Symptomatik unterhaltende resp. sogar verschärfende Depression hinzu (*Bronisch*, 1995b; *Perkonig & Wittchen*, 1995), so könnte man die nur mäßige Verbesserung und damit ggfs. als therapieresistent erscheinenden sozialrelevanten Skalen des Giessen-Tests u. U. sogar als einen Therapieerfolg werten.

Der aus der Fragestellung am meisten interessierende Faktor 3 („Angst“) beinhaltet bis auf die Traitangst des STAI (s. o.) alle in dieser Untersuchung verwendeten angstrelevanten Skalen sowie die im psychoanalytischen Sinne als „Angstäquivalent“ (s. o.) oder „Affektäquivalent“ (*Küchenhoff & Ahrens*, 1997) aufzufassende Skala „Somatisierung“. Die Besserung des Faktors 3 ist knapp nicht signifikant, wobei insbesondere das augenscheinlich schlechte Abschneiden der F43-Patienten (s. *Abb. 5.8.*) zu diesem Ergebnis beitrug. In der Interpretation der *Abbildung 5.8.* wird jedoch deutlich, daß erneut F40- und F41-Patienten besonders deutlich aus der Therapiemaßnahme profitierten. Vor diesem Hintergrund und auch in Anbetracht der Ergebnisse aus der varianzanalytischen Untersuchung (s. o.) kann konstatiert werden, daß das Angstbewältigungsprogramm auch in seiner fokalorientierten differentiellen Wirkung deutlich hilft, nicht jedoch bei Patienten mit Störungen nach F43, wie bereits im obigen Abschnitt „Unterschiede im Ausmaß der Verbesserung“ ausführlich erörtert wurde.

⇒ Effektstärken

In die Kriterien zur Erfolgsberurteilung von Psychotherapien ist in den vergangenen Jahren neben der klassischen Varianzanalyse vermehrt die Berechnung von Effektstärken (ES) eingeflossen, nicht zuletzt als eine Forderung an das Qualitätsmanagement ergebnisorientierter Verfahren. Die ursprünglich aus Metaanalysen hervorgegangene Größe ermög-

licht eine relativ gute Vergleichbarkeit von Ergebnissen in der empirischen Forschung, egal mit welchem therapeutischen Verfahren letztendlich interveniert wurde. Wie im Ergebnisteil bereits beschrieben, definieren wir Effektstärken, analog den heutigen Erkenntnissen, als die Differenz der Mittelwerte im Prä-Post-Vergleich dividiert durch die gemittelten Standardabweichungen beider Meßzeitpunkte, wobei Effektstärken unter 0,40 als gering, von 0,40 bis 0,80 als mittel und ab 0,80 als groß eingestuft werden. (Hahlweg, 2000).

Für die Gesamtstichprobe wurden im Verlauf der Therapie nach obiger Definition geringe bis mittlere Therapieeffekte gefunden (s. Tab. 5.8.). In der Interpretation der Ergebnisse verdichtet sich die bereits zuvor beobachtete Tendenz in der differentiellen Wirkung des Therapieprogramms. So ergibt sich für Phobische Patienten (F40) eine mittlere Wirksamkeit lediglich in den SCL-90-R-Skalen „Ängstlichkeit“ und „Phobische Angst“, während F41-Patienten deutlich mehr mittlere Therapieeffekte aufzeigen: Neben allen angstrelevanten Skalen (außer Traitangst) konnten auch entsprechende Effekte hinsichtlich der allgemeinen psychischen Befindlichkeit einschließlich der Faktoren 1 (Psychopathologie) und 3 (Angst) gefunden werden. Demgegenüber erzielten Patienten mit einer Störung nach F43 ausnahmslos nur geringe Therapieeffekte. Damit ergänzen die berechneten Effektstärken plausibel die varianzanalytischen Befunde und bestätigen die bereits oben mehrfach geäußerte Annahme, wonach das Angstbewältigungsprogramm in der praktizierten Form seine Wirkung am besten bei F41-Patienten entfaltet, während Probanden mit F43-Diagnose keinerlei Nutzen aus der Therapiemaßnahme ziehen konnten. Phobische Erkrankungen dagegen sind eher eine Domäne der Verhaltenstherapie, wobei der Akzent der Behandlung auf eine stärkere Individualisierung des Vorgehens zu legen sein wird. Offensichtlich führte die weniger stringente und konsequente Handhabung der verhaltenstherapeutischen Elemente des Programms (an nur einem Nachmittag und in der Exposition mehr graduiertes als das besser wirksame massive Vorgehen) zu einem nur mittelmäßigen Therapieeffekt.

6.5 Fazit und Ausblick

Diese Arbeit entstand vor dem Hintergrund einer sich erst in den vergangenen Jahren im psychodynamischen Umfeld entwickelnden ergebnisorientierten Psychotherapieforschung und zählt damit zu einer der wenigen im Bereich der Angststörungen angesiedelten Forschungsbeiträge zur Evaluation peripher-ambulanter Gruppentherapie auf psychoanalytischer Grundlage. Der im Mittelpunkt der Untersuchung stehende Wirksamkeitsnachweis der

Therapie konnte hierbei eindeutig aufgezeigt werden, obwohl sich deutliche Hinweise für eine differentielle Wirkung des Angstbewältigungsprogramms ergaben. Demnach profitieren, wie gerade beschrieben, Patienten mit Angststörungen nach F41 am meisten aus der Therapiemaßnahme, während F43-Patienten keinen besonderen Nutzen daraus ziehen konnten. Eine größere Stichprobe hätte diese Tendenzen gewiß noch deutlicher werden lassen. Weiterhin wurde gefunden, daß sich nicht nur die im Fokus der Behandlung stehende Angst merklich besserte, sondern auch die allgemeine psychische Befindlichkeit, dies wiederum vor dem Hintergrund der differentiellen Wirksamkeit. Daß sich die Gesamtergebnisse jedoch nicht noch deutlicher besserten, lag vermutlich vor allem an der Kürze des Beobachtungszeitraums. So können innerhalb von elf Behandlungstagen nicht die Ergebnisse erwartet werden, wie sie vielleicht aus rein erfolgsorientierter Sicht wünschenswert gewesen wären, denn während der eigentlichen Therapiephase kommt es, wie schon erwähnt, vornehmlich zu initialisierenden Prozessen, die sich erst danach verfestigen und in ihrer „Alltagstauglichkeit“ zu bewähren haben. In diesem Zusammenhang ist eine abschließende Beurteilung der in dieser Untersuchung festgestellten Befunde oder eine etwaige Generalisierbarkeit der Resultate letztlich umfassend erst unter Berücksichtigung der katamnestischen Ergebnisse (siehe Parallelarbeit, *Schwan-Steglich*, 2001) möglich. Hierbei gilt es, die in dieser Arbeit eindeutig aufgezeigten Tendenzen weiter zu verfestigen resp. neue Erkenntnisse hinzuzugewinnen.

Kritische und die Untersuchung zum Teil behindernde Punkte bleiben anzumerken. So hätte eine nicht vorhandene Zweit- oder sogar Dritt-diagnose gewiß mehr Aufschluß in der Interpretation der ausgeprägten und mannigfaltigen, jedoch nicht in engem Kontext zu Angsterkrankungen stehenden Symptomatik gegeben. Weiterhin ist die Anhäufung von Testmaterial zu erwähnen. Zu manchen Meßzeitpunkten mußte von den Teilnehmern eine Batterie von bis zu sechs Tests (insgesamt 350 Items) ausgefüllt werden. Angesichts dieser Fülle würde es auch einem gesunden Probanden nicht gerade leichtfallen, im STAI das Item „Ich bin vergnügt“ besonders hoch zu scoren. Für unsere Untersuchung wurde nur knapp die Hälfte des Materials eingesetzt, während die restlichen Daten anderen Untersuchungen zugeführt wurden, eine leider auch in anderen Studien häufig zu beobachtende Tatsache. Daß damit Rückschlüsse auf situative Einwirkungen und eine u. U. sinkende Motivation zu ziehen sind, bedarf keiner weiteren Erörterung. Hinsichtlich vereinheitlichter Verfahren und damit einer besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit anderen Studien, wäre es überlegenswert, die in dieser Arbeit verwendete Basisdokumentation samt den dazugehörigen Fragebögen zur Gesundheit und zur sozialen Situation durch aktuellere Verfahren zu ersetzen. Zum Beispiel

durch die schulenübergreifende „Psy-BaDo“ (Heuft *et al.*, 1998 u. 2000), die neben ökonomischem Einsatz auch heutigen qualitätssichernden Anforderungen gerecht wird.

Im Ausblick auf künftige evaluationsorientierte Angstforschung wäre es wünschenswert, daß die in dieser Arbeit nicht oder wenig geklärten Sachverhalte in den Fokus weiterer Untersuchungen gerückt werden könnten. Von besonderem Interesse wären z. B. die gezielte Bearbeitung des sozialen Aspekts bei Angststörungen, insbesondere in den Wechselwirkungen zu Depressionen oder die Erfassung weiterer katamnestischer Daten, nicht nur nach einem halben Jahr, wie in der Parallelarbeit, sondern über einen längeren Zeitpunkt hinweg. Weiterhin wäre es aufschlußreich zu wissen, ob die gefundene Faktorenstruktur in anderen Arbeiten zu replizieren wäre, um hier eventuell zu neuen Forschungsansätzen gelangen zu können. Auch eine genauere Evaluation der einzelnen Therapiebestandteile (z. B. Psychodrama, Katathymes Bilderleben etc.) könnte im Rahmen prozessgeleiteter Psychotherapieforschung gewiß zu mehr Aufschluß führen.

Abschließend bleibt festzuhalten, daß ein intensiver Austausch mit den in der aktuellen Angstforschung involvierten Einrichtungen äußerst förderlich wäre. Nicht nur unter dem Gesichtspunkt gemeinsamer Anstrengungen, wie z. B. einem abgestimmten Studiendesign, sondern vor allem unter dem Gesichtspunkt der schnellen Umsetzung der gefundenen Ergebnisse in den klinisch-praktischen Alltag, letztlich zum Wohle der im Zentrum jeglicher medizinischen Forschung stehenden Größe: dem Patienten.

7 ZUSAMMENFASSUNG

Unter dem Aspekt einer sich im psychodynamischen Umfeld erst in den vergangenen Jahren entwickelnden ergebnisorientierten Therapieforschung wird ein ambulant psychoanalytisch-verhaltenstherapeutisches Therapieprogramm zur angstspezifischen Gruppenbehandlung vorgestellt und evaluiert.

Die in der Tagesklinik einer niedergelassenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis untersuchte Stichprobe umfaßte 45 Patienten mit Angststörungen nach ICD-10 F40 (Phobische Störungen), F41 (Sonstige Angststörungen) und F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen). Zu Beginn und Abschluß der 3-monatigen Behandlung wurden patientenseitig psychometrische Testverfahren (Basisdokumentation, STAI, SCL-90-R und Giessen-Test) eingesetzt. Neben varianzanalytischen Befunden wurden Effektstärken berechnet, die zum Ende der Intervention geringe bis mittlere Therapieeffekte aufzeigten. Eine explorativ durchgeführte Faktorenanalyse strukturierte die ermittelten Daten auf die Bereiche „Psychopathologie“, „Sozialer Aspekt“ sowie „Angst“ und ergänzte damit die Fragestellungen dieser Studie äußerst sinnvoll und plausibel. Die katamnestische Auswertung der Ergebnisse wird einer separaten Betrachtung in einer Parallelarbeit (Schwan-Steglich, 2001) unterzogen.

Eine signifikante Verbesserung der im Fokus der Behandlung stehenden Angstproblematik konnte zum Abschluß der Therapie lediglich für die entsprechenden Skalen der SCL-90-R erreicht werden, nicht jedoch für die Trait- und State-Angst des STAI. Weiterhin wurde festgestellt, daß das Angstbewältigungsprogramm einen subsidiär günstigen Effekt auf die allgemeine psychische Befindlichkeit der Teilnehmer hat, während sich depressive Symptome und Persönlichkeitseigenschaften innerhalb der Therapiephase nicht änderten. Im Verlauf der Untersuchung zeichneten sich deutliche Tendenzen ab, wonach Patienten mit einer Störungen nach F41 besonders gut von der Therapiemaßnahme profitierten, indes Patienten nach F43 offensichtlich keinen Nutzen daraus ziehen konnten. Auffällig war, daß die Probanden eine ausgeprägte depressive Symptomatik zeigten. In diesem Zusammenhang wurde u. a. diskutiert, daß sich gerade diese Komponente eher blockierend auf einen nachhaltigeren Therapieerfolg auswirkte. Ferner ergaben sich Hinweise, daß es während der kurzen Behandlungsphase zu initialisierenden Prozessen kommt, die sich erst katamnestisch zu entfalten scheinen und damit zu einer deutlichen Symptomreduktion beitragen. Eine abschließende Beurteilung dieser Hinweise kann jedoch erst in der Parallelarbeit erfolgen.

8 LITERATURVERZEICHNIS

- Ahrens S (Hrsg.): Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Schattauer; Stuttgart, New York, 1997.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders; 4th edn. (DSM-IV). American Psychiatric Association; Washington DC, 1994.
- Angenendt J, Frommberger U & Berger M: Zum Stellenwert psychotherapeutisch-pharmakologischer Kombinationstherapien bei Angststörungen. In: Dengler W & Selbmann HK (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen, II. Beiträge zu ausgewählten Themen. Steinkopff; Darmstadt, 2000.
- Angst J & Hochstrasser B: Recurrent brief depression: The Zurich Study. Journal of Clinical Psychiatry (1994), 55 (4, Suppl): 3-9.
- Archimedes: Therapieprogramm zur Angstbewältigung. Archimedes Gesellschaft für psychotherapeutische Projektförderung mbH; Wetzlar, 1995.
- Bandelow B: Differentialdiagnose der Sozialen Phobie. Psycho 23 (1997a), 10, 606-608.
- Bandelow B: Pharmakotherapie bei Sozialer Phobie. Psycho 23 (1997b), 10, 620-626.
- Bandelow B: Panikstörung – Diagnose und Differentialdiagnose. Psycho 25 (1999), 11, 665-672.
- Bandelow B & Hajak G: Angstskalen. In: Kasper S & Möller HJ (Hrsg.): Angst und Panikerkrankungen. Gustav Fischer; Jena, Stuttgart, 1995.
- Bassler M: Psychotherapie und/oder Pharmakotherapie bei Angststörungen. Psycho 25 (1999), 7, 439-446.
- Bassler M: Differential effects of psychodynamic and behavioral inpatient psychotherapy of anxiety disorders. (Im Internet veröffentlichte vorläufige Ergebnisse einer multizentrischen Studie an acht Kliniken; Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz, 15.10.2000). URL: <http://www-klinik.uni-mainz.de/Psychosomatik/Forschung/Anxiety%20disorder.htm>; Mainz, 2000.
- Bassler M & Hoffmann SO: Stationäre Psychotherapie bei Angststörungen – ein Vergleich ihrer therapeutischen Wirksamkeit bei Patienten mit generalisierter Angststörung, Agoraphobie und Panikstörung. PPmP Psychother Psychosom med Psychol 44 (1994), 217-225.
- Bassler M & Hoffmann SO: Angstneurose: generalisierte Angststörung, Panikstörung. In: Ahrens S (Hrsg.): Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Schattauer; Stuttgart, New York, 1997.
- Bassler M & Krauthauser H: Vergleich von stationärer und ambulanter Psychotherapie bei Angstpatienten – Evaluation von Indikation, Prognose und katamnestischer Erfolgs-

- stabilität beider Behandlungsverfahren bei Patienten mit Panikattacken und Agoraphobie. (Im Internet veröffentlichter Abschlußbericht für das BMFT (BMBF), Förderkennzeichen: 01EN9408/3). Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Johannes-Gutenberg-Universität; Mainz, 17.08.1998); <file:///Festplatte/Desktop%20Folder/Angsttherapie%20Mainz>; Mainz, 1998.
- Becker P*: IAF – Interaktions-Angst-Fragebogen – Manual. 2. Aufl.; Beltz; Weinheim, 1987.
- Beckmann D, Brähler E & Richter HE*: Der Giessen-Test (GT) – Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik – Handbuch. 4. überarb. Aufl. mit Neustandardisierung; Huber; Bern, 1991.
- Bernstein D & Borkovec T*: Progressive Muskelentspannung. Pfeiffer; München, 1990.
- Biniek EM*: Psychotherapie mit gestalterischen Mitteln - eine Einführung in die Gestaltungstherapie. 2. Aufl.; Wiss. Buchges.; Darmstadt, 1992.
- Blazer DG, Hughes D, George LK, Swartz M & Boyer R*: Generalized anxiety disorder. In: Robins LN & Regier DA (Eds.): Psychiatric disorders in America – The Epidemiologic Catchment Area Study. The Free Press; New York, 1991.
- Boerner RJ*: Angst erkennen – erster Schritt zur Heilung (Angst- und Panikerkrankungen in der Hausarztpraxis). Der Hausarzt 13 (1999), 26-30.
- Boerner RJ, Gülsdorff B, Margraf J, Osterheider M, Philipp M & Wittchen HU*: Die Panikstörung - Diagnose und Behandlung. Schattauer; Stuttgart, New York, 1997.
- Boerner RJ & Möller HJ*: Zum Stellenwert von Kombinationstherapien bei Angststörungen. In: Dengler W & Selbmann HK (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen, II. Beiträge zu ausgewählten Themen. Steinkopff; Darmstadt, 2000.
- Bonstedt-Wilke I & Rüger U*: Kunst- und Gestaltungstherapie. In: Heigl-Evers A, Heigl F, Ott J & Rüger U (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie. Gustav Fischer; Lübeck, Stuttgart, Jena, 1997.
- Bortz J*: Statistik für Sozialwissenschaftler. Springer; Berlin, Heidelberg, New York, 1999.
- Bowlby J*: Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. Kindler; München, 1976.
- Brähler E & Scheer JW*: Der Gießener Beschwerdebogen GBB. Huber; Bern, 1983.
- Bronisch T*: Persönlichkeitsaspekte bei Angsterkrankungen. In: Kasper S & Möller HJ (Hrsg.): Angst und Panikerkrankungen. Gustav Fischer; Jena, Stuttgart, 1995a.
- Bronisch T*: Komorbidität von Angsterkrankungen. In: Kasper S & Möller HJ (Hrsg.): Angst und Panikerkrankungen. Gustav Fischer; Jena, Stuttgart, 1995b.
- Buller R & Winter P*: Alkohol- und Medikamentenmißbrauch bei Angsterkrankungen. In: Kasper S & Möller HJ (Hrsg.): Angst und Panikerkrankungen. Gustav Fischer; Jena, Stuttgart, 1995.

- Butler G, Cullington A, Hibbert G, Klimes I & Gelder M:* Anxiety management for persistent generalized anxiety. *Br J Psychiatry* 151 (1987), 535-542.
- Chiles JA, Carlin AS & Breitman BD:* A physician, a non-medical psychotherapist and a patient: the pharmacotherapy-psychotherapy triangle. In: Breitmann BD & Klerman GL (eds.): *Combining psychotherapy and drug therapy in clinical practice*. SP Medical and Scientific; Jamaica, New York, 1984.
- Csef H:* Psychoanalytische Behandlung der Angststörungen – Therapiekonzepte und Ergebnisse der Evaluationsforschung. *ZKPPP* 42 (1994), 139-156.
- Deister A:* Diagnostik und Psychopathologie der Angsterkrankungen. In: Kasper S & Möller HJ (Hrsg.): *Angst- und Panikerkrankungen*. Gustav Fischer; Jena, Stuttgart, 1995.
- Dengler W:* Kurze Darstellung der Angststörungen in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV. In: Dengler W & Selbmann HK (Hrsg.): *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen, II. Beiträge zu ausgewählten Themen*. Steinkopff; Darmstadt, 2000.
- Dengler W & Selbmann HK (Hrsg.):* Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen, II. Beiträge zu ausgewählten Themen. Steinkopff; Darmstadt, 2000.
- Derogatis LR:* SCL-90-R – Administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version. John Hopkins University School of Medicine: Eigendruck; Baltimore, Maryland, 1977.
- Dilling H, Mombour W & Schmidt MH (Hrsg.):* Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. 2. Aufl; Huber; Bern, Göttingen, Toronto, 1993.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH & Schulte-Markwort E (Hrsg.):* Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Forschungskriterien. Huber; Bern Göttingen, Toronto, 1994.
- Dilling H & Freyberger HJ (Hrsg.):* Weltgesundheitsorganisation: Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen, Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien, ICD-10, DCR-10, nach dem englischsprachigen Pocket Guide von Cooper JE. Huber; Bern, Göttingen, Toronto, 1999.
- Dreifuss-Kattan E:* Praxis der Klinischen Kunsttherapie. Huber; Bern, Stuttgart, Toronto, 1986.
- Egle UT, Hoffmann SO & Joraschky P (Hrsg.):* Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierung. Schattauer; Stuttgart, 1997.
- Ehlers A & Margraf J:* Agoraphobien und Panikanfälle. In: Reinecker H (Hrsg.): *Lehrbuch der klinischen Psychologie – Modelle psychischer Störungen*. 3. Aufl.; Hogrefe; Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1998.

- Ehlers A, Margraf J & Chambless D*: Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV). Beltz Testgesellschaft; Göttingen, 1993.
- Engfer A*: Gewalt gegen Kinder in der Familie. In: Egle UT, Hoffmann SO & Joraschky P (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierung. Schattauer; Stuttgart, 1997.
- Epstein S*: Toward a unified theory of anxiety. In: Maher BA (Ed.): Progress in experimental personality research. Vol. 4; Academic Press; New York, 1967.
- Epstein S*: The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy. In: Spielberger CD (Ed.): Anxiety: Current trends in theory and research. Vol. 2; Academic Press; New York, 1972.
- Faust V*: Angst und Angststörungen, erkennen – verstehen – verhüten – betreuen, Arzt-Patienten-Information. Hormosan-Kwizda Praxis-Service; Frankfurt am Main, 1996.
- Faust V & König F*: TherapieTabellen Neurologie/Psychiatrie – Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Sonderdruck exklusiv für Lundbeck GmbH & Co., Hamburg; Westermann; München, 1999.
- Fiegenbaum W, Freitag M & Frank B*: Kognitive Vorbereitung auf Reizkonfrontationstherapien. In: Margraf J & Brengelmann JC (Hrsg.): Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. Gerhard Röttger; München, 1992.
- Foulkes SH*: Gruppenanalytische Psychotherapie. (1964); dt.: Kindler; München, 1974.
- Franke G*: SCL-90-R – Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual. Beltz; Göttingen, 1995.
- Franz M*: Der Weg in die therapeutische Beziehung. Vandenhoeck & Ruprecht; Göttingen, 1997.
- Franz M, Janssen P, Lensche H, Schmidtke V, Tetzlaff M, Martin K, Wöller W, Hartkamp N, Schneider G & Heuft G*: Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie – eine Multizenterstudie. Zsch psychosom Med 46 (2000), 242-258.
- Freud S*: Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. In: Mitscherlich A, Richards A & Strachey J (Eds.): Sigmund Freud Studienausgabe: Band 6. Hysterie und Angst. S. Fischer; Frankfurt am Main, 1971 (Erstveröffentlichung 1893).
- Freud S*: Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose“ abzutrennen. GW Bd 1. Fischer; Frankfurt, 1975 (Erstveröffentlichung 1895).
- Freud S*: Hemmung, Symptom und Angst. In: Mitscherlich A, Richards A & Strachey J (Eds.): Sigmund Freud Studienausgabe: Band 6. Hysterie und Angst. S. Fischer; Frankfurt am Main, 1971 (Erstveröffentlichung 1926).
- Freyberger HJ*: Diagnostik von Angststörungen. Psycho 22 (1996) Sonderausgabe, 12-14.

- Fydrich T & Renneberg B*: Diagnostik der Sozialen Phobie. *Psycho* 23 (1997), 10, 598-603.
- Fydrich T, Renneberg B & Clement U*: Soziale Phobie - Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung. *Psycho* 23 (1997), 10, 613-619.
- Götze P*: Psychotherapeutischer Umgang mit Suizidgefährdeten. In: Ahrens S (Hrsg.): Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Schattauer; Stuttgart, New York, 1997.
- Gonseth JP*: Une psychotherapie de groupe figurative. Gruppen-Psychotherapie, IV. Intern. Kongreß, (1968), 467-471.
- Gonseth JP & Zöller WW*: Figuratives Psychodrama und therapeutisches Puppenspiel. *Integrative Therapie* 13/1 (1987), 25-35.
- Grawe K*: Diskussionsforum – Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau* 43 (1992), 132-162.
- Grawe K, Donati R & Bernauer F*: Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession. 3. Aufl.; Hogrefe; Göttingen, 1994.
- Hahlweg K*: Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapie. In: Freyberger JF, Heuft G & Ziegenhagen DJ (Hrsg.): Ambulante Psychotherapie. Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung. Schattauer; Stuttgart, 2000.
- Hautzinger M*: Verhaltenstherapie und kognitive Therapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M & Wilke E: Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Springer; Berlin, Heidelberg, New York, 1996.
- Hautzinger M*: Verhaltenstherapie bei Panikstörungen und Agoraphobie. *Psycho* 25 (1999), 11, 686-690.
- Heigl F*: Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. 3. Aufl.; Vandenhoeck u. Ruprecht; Göttingen, 1992.
- Heinzel R, Breyer F & Klein T*: Ambulante analytische Einzel- und Gruppenpsychotherapie in einer bundesweiten katamnестischen Evaluationsstudie. *Gruppenpsychother Gruppen-dynamik* 34 (1998), 135-152.
- Hessel A, Geyer M & Brähler E*: Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und Akzeptanz psychosozialer Kompetenzen. *Zsch. psychosom. Med.* 46 (2000): 226-241.
- Heuft G, Langkafel M, Schneider G, Stricker S, Lange C & Senf W*: Basisdokumentation in der Psychotherapie. In: Freyberger JF, Heuft G & Ziegenhagen DJ (Hrsg.): Ambulante Psychotherapie. Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung. Schattauer; Stuttgart, 2000.
- Heuft G, Senf W, Bell K, Cording C, Geyer M, Janssen PL, Lamprecht F, Meermann R, Strauß B & Wirsching M*: Psy-BaDo – Kernmodul einer Basisdokumentation in der Fachpsychotherapie. *Psychotherapeut* 43 (1998), 48-52.
- Hinsch R & Pfingsten U*: Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien. 2. Aufl.; Psychologie-Verlags-Union; München, 1991.

- Hoffmann SO*: Angststörungen. Eine Übersicht mit Anmerkungen zum „Zeitcharakter“ von Ängsten und zu ihrer Therapie. *Psychotherapeut* 39 (1994), 25-32.
- Hoffmann SO & Bassler M*: Psychodynamik und Psychotherapie von Angsterkrankungen. *Nervenheilkunde* 11 (1992), 8-11.
- Hoffmann SO & Bassler M*: Zur psychoanalytisch fundierten Fokalthherapie von Angststörungen. Erste Erfahrungen mit einem „Manual“ aus einer Therapiestudie. *Forum Psychoanal* 11 (1995), 2-14.
- Hoffmann SO & Bassler M*: Phobische Störungen. In: Ahrens S (Hrsg.): *Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin*. Schattauer; Stuttgart, New York, 1997.
- Hoffmann SO & Bassler M*: Psychodynamisch orientierte Therapie von Panikstörungen und Phobien – Pathogenetische Annahmen und Ergebnisse. In: Dengler W & Selbmann HK (Hrsg.): *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen*, II. Beiträge zu ausgewählten Themen. Steinkopff; Darmstadt, 2000.
- Hoffmann SO & Hochapfel G*: *Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin*. 5. Aufl.; Schattauer; Stuttgart, New York, 1995.
- Holm-Hadulla R, Kiefer L, & Sessar W*: Zur Effektivität tiefenpsychologisch fundierter Kurz- und Psychotherapien. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 47 (1997), 271-278.
- Horowitz LM, Strauß B & Kordy, H*: Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (deutsche Version). Beltz Test-Gesellschaft; Weinheim, 1994.
- Jacobson E*: *Progressive relaxation*. University of Chicago Press; Chicago, 1938.
- Kapfhammer HP*: Benzodiazepine bei Angsterkrankungen. In: Kasper S & Möller HJ (Hrsg.): *Angst- und Panikerkrankungen*. Gustav Fischer; Jena, Stuttgart, 1995.
- Kasper S*: Neue psychopharmakologische Strategien bei der Behandlung von Angsterkrankungen. In: Kasper S & Möller HJ (Hrsg.): *Angst- und Panikerkrankungen*. Gustav Fischer; Jena, Stuttgart, 1995.
- Kasper S*: *Angsterkrankungen – Diagnostik und Pharmakotherapie*. 2. Aufl.; MMV; München, 1999.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU & Kendler KS*: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* (1994), 51: 8-19.
- Kierkegaard S*: *Der Begriff Angst*. Europäische Verlagsanstalt; Hamburg, 1991 (Erstveröffentlichung 1844).
- Krohne HW*: *Angst und Angstbewältigung*. Kohlhammer; Stuttgart, Berlin, Köln, 1996.

- Küchenhoff J & Ahrens S*: Modellvorstellungen funktioneller Störungen. In: Ahrens S (Hrsg.): Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Schattauer; Stuttgart, New York, 1997.
- Lang PJ*: The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior change. In: Bergin AE & Garfield SL (Eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis. Wiley; New York, 1971.
- Langs G & Zapotoczky HG*: Neuere Entwicklung der Terminologie bei Angsterkrankungen. In: Kasper S & Möller HJ (Hrsg.): Angst- und Panikerkrankungen. Gustav Fischer; Jena, Stuttgart, 1995.
- Laux G*: MAO-Hemmer bei Angsterkrankungen. In: Kasper S & Möller HJ (Hrsg.): Angst- und Panikerkrankungen. Gustav Fischer; Jena, Stuttgart, 1995a.
- Laux G*: Affektive Störungen. In: Möller HJ, Laux G & Deister A: Psychiatrie. Hippokrates; Stuttgart, 1995b.
- Laux L, Glanzmann P, Schaffner P & Spielberger CD*: STAI – Das State-Trait-Angstinventar – Theoretische Grundlagen und Handanweisung. Beltz; Weinheim, 1981.
- Lazarus RS*: Psychological stress and the coping process. McGraw-Hill; New York, 1966.
- Lazarus RS & Folkman S*: Stress, appraisal and coping. Springer; New York, 1984.
- Lazarus RS & Folkman S*: Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In: Appley M & Trumbull R (Eds.): Dynamic of stress. Physiological, psychological and social perspectives. Plenum; New York, 1986.
- Lemche E*: Gibt es eine spezifische Indikation zur psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie? Psychotherapeut 45 (2000), 165-169.
- Leplow B & Ferstl R*: Psychophysiologische Störungen. In: Reinecker H (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Psychologie – Modelle psychischer Störungen. 3. Aufl.; Hogrefe; Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1998.
- Leuner H*: Experimentelles katathymes Bilderleben als klinisches Verfahren der Psychotherapie. Z Psychother Med Psychol (1955), 5: 233-260.
- Leuner H*: Lehrbuch des katathymen Bilderlebens. 2. Aufl.; Huber; Bern, Stuttgart, Toronto, 1987.
- Leutz GA*: Psychodrama – Theorie und Praxis. 2. Aufl.; Springer; Berlin, Heidelberg, Stuttgart, 1986.
- Lieb R & Wittchen HU*: Angststörungen – Klassifikation und Diagnostik. In: Baumann U & Perez M (Hrsg.): Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie. 2. Aufl.; Huber; Bern, Göttingen, Toronto, 1998a.

- Lieb R & Wittchen HU*: Angststörungen: - Ätiologie/Bedingungsanalyse. In: Baumann U & Perez M (Hrsg.): Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie. 2. Aufl.; Huber; Bern, Göttingen, Toronto, 1998b.
- Linden M & Hautzinger M (Hrsg.)*: Verhaltenstherapie – Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen. 3. Aufl.; Springer; Berlin, Heidelberg, New York, 1996.
- Lorenz G*: Angstkrankheiten in der Allgemeinmedizin – Gedanken zur Entwicklung einer Leitlinie. In: Dengler W & Selbmann HK (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen, II. Beiträge zu ausgewählten Themen. Steinkopff; Darmstadt, 2000.
- Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA & Kessler RC*: Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry 53 (1996) 2, 159-168.
- Mann F*: Personenzentrierte Encounter-Gruppen. In: Heinerth K (Hrsg.): Einstellungs- und Verhaltensänderung. Ernst Reinhardt; München, 1979.
- Margraf J*: Kurzfragebogen zur Schnellerfassung behandlungsbedürftiger Angst. In: Expertenkreis zur Erarbeitung eines Stufenplans zur Diagnose und Therapie von Angsterkrankungen in Zusammenarbeit mit der DEGAM (Hrsg.): Angstmanual der DEGAM. Kybermed; Emsdetten, 1994a.
- Margraf J*: Mini-DIPS. Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen. Springer, Berlin, 1994b.
- Margraf J (Hrsg.)*: Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd. 1: Grundlagen – Diagnostik - Verfahren – Rahmenbedingungen. Springer; Berlin, Heidelberg, New York, 1996a.
- Margraf J (Hrsg.)*: Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bd. 2: Störungen. Springer; Berlin, Heidelberg, New York, 1996b.
- Margraf J*: Welche Diagnostik ist bei Angststörungen erforderlich? In: Dengler W & Selbmann HK (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen, II. Beiträge zu ausgewählten Themen. Steinkopff; Darmstadt, 2000.
- Margraf J & Schneider S*: Panik – Angstanfälle und ihre Behandlung. Springer; Berlin, Heidelberg, 1990.
- Margraf J & Schneider S*: Erscheinungsbild und Diagnostik der Angststörungen. Psycho 22 (1996a), 2: 93-102.
- Margraf J & Schneider S*: Paniksyndrom und Agoraphobie. In: Margraf J (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2: Störungen. Springer; Berlin, Heidelberg, New York, 1996b.
- Margraf J, Schneider S & Ehlers A*: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS). Springer; Berlin, 1991.
- Marks IM*: Fears and phobias. Academic Press; New York, 1969.

- Marks IM & Gelder MG*: Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry* 123 (1966), 218-221.
- Möller HJ*: Suizidalität. In: Möller HJ, Laux G & Deister A: *Psychiatrie*. Hippokrates; Stuttgart, 1995.
- Moreno JL*: Gruppenpsychotherapie und Psychodrama – Einleitung in die Theorie und Praxis. (1957); dt.: Thieme; Stuttgart, 1973.
- Mowrer OH*: On the dual nature of learning – a re-interpretation of „conditioning“ and „problem-solving“. *Harvard Educational Review* 17 (1947), 102-148.
- Mowrer OH*: *Learning theory and behavior*. Wiley; New York, 1960.
- Müller WE, Osterheider M & Faust V*: Zur Pharmakotherapie der primären Angststörungen. *Psycho* 22 (1996), Sonderausgabe, 32-38.
- Osterheider M*: Beschwerde-Fragebogen Angsterkrankungen. In: Expertenkreis zur Erarbeitung eines Stufenplans zur Diagnose und Therapie von Angsterkrankungen in Zusammenarbeit mit der DEGAM (Hrsg.): *Angstmanual der DEGAM*. Kybermed; Emsdetten, 1994.
- Pawlow IP*: *Conditioned reflexes*. Translated by GV Anrep. Oxford University Press; London, 1927 (dt. Ausg.: *Sämtliche Werke Bd. I-IV*; Akademie-Verl.; Berlin, 1953-1956).
- Perkonigg A & Wittchen HU*: Epidemiologie von Angststörungen. In: Kasper S & Möller HJ (Hrsg.): *Angst- und Panikerkrankungen*. Gustav Fischer; Jena, Stuttgart, 1995.
- Rachman S*: *Anxiety*. Psychology Press; Hove - East Sussex, 1998.
- Rahn E*: *Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf*. Psychiatrie-Verl.; Bonn, 1999.
- Reimer C, Eckert J, Hautzinger M & Wilke E*: *Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Springer; Berlin, Heidelberg, New York, 1996.
- Reinecker H*: Soziale und spezifische Phobien. In: Reinecker H (Hrsg.): *Lehrbuch der klinischen Psychologie – Modelle psychischer Störungen*. 3. Aufl.; Hogrefe; Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1998.
- Renner W & Platz T*: Kognitive und symptombezogene Effekte standardisierter Verhaltenstherapie: Evaluation eines ambulanten Gruppenprogramms. *ZKPP* 47 (1999), 271-291.
- Resick PA & Schnicke MK*: *Cognitive processing therapy for rape victims. A treatment manual*. Sage; Newbury Park, 1993.
- Rudolf G, Grande T & Porsch U*: Die Berliner Psychotherapiestudie („Indikationsentscheidung und Therapierealisierung in unterschiedlichen psychotherapeutischen Praxisfeldern“). *Zsch psychosom Med Psychoanal* 34 (1988), 2-18.
- Rudolf G, Manz R & Öri C*: Ergebnisse psychoanalytischer Therapien. *Zsch psychosom Med Psychoanal* 40 (1994), 25-40.

- Rudolf G & Öri C*: Psychotherapieforschung. In: Rudolf G (Hrsg.): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. 4. Aufl.; Thieme; Stuttgart, New York, 2000.
- Rüger U & Leibing E*: Bildungsstand und Psychotherapieindikation – Der Einfluß auf die Wahl des Behandlungsverfahrens und die Behandlungsdauer. *Psychotherapeut* 44 (1999), 4: 214-219.
- Saß H, Wittchen HU & Zaudig M*: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV, Deutsche Bearbeitung. 2. Aufl.; Hogrefe; Göttingen, 1998.
- Schachter S & Singer JE*: Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review* 69 (1962), 379-399.
- Schäfer M, Schnack B & Soyka M*: Sexueller und körperlicher Mißbrauch während früher Kindheit oder Adoleszenz bei späterer Drogenabhängigkeit. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 50 (2000), 38-50.
- Scheibe G, Albus M, Walther AU & Schmauß M*: Gruppenpsychotherapie bei Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 43 (1993), 238-244.
- Scheibe G & Tress W*: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von generalisierten Angststörungen. In: Dengler W & Selbmann HK (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen, II. Beiträge zu ausgewählten Themen. Steinkopff; Darmstadt, 2000.
- Schlegel S & Mann K*: Neurobiologische Modelle der Panikerkrankung. *Psycho* 25 (1999), 673-678.
- Schneider W, Klauer T, Janssen PL & Tetzlaff M*: Zum Einfluß der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. *Nervenarzt* 70 (1999), 3: 240-249.
- Schrode, H*: Klinische Kunst- und Gestaltungstherapie – Regression und Progression im Verlauf einer tiefenpsychologisch fundierten Therapie. Klett-Cotta; Stuttgart, 1995.
- Schwab R*: Encountergruppen. In: Bastine R, Fiedler P, Grawe K, Schmidtchen S & Sommer G (Hrsg.): Grundbegriffe der Psychotherapie. Ed. Psychologie; Weinheim, 1982.
- Schwan-Steglich B*: Katamnestische Untersuchung eines Angstbewältigungsprogramms einer psychiatrischen Tagesklinik. Med. Dissertation in Vorbereitung; Gießen, 2001.
- Schwarz T*: Neue Therapie, um Angst vor Spinnen, Räumen oder Menschen zu behandeln. *Wetzlarer Neue Zeitung*, Wetzlar, 1998.
- Sechtem R*: Psychodrama. In: Ahrens S (Hrsg.): Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Schattauer; Stuttgart, New York, 1997.
- Seligman MEP*: Phobias and preparedness. *Behavior Therapy* 2 (1971), 307-320.
- Selye H*: The stress of life. Rev. Ed.; McGraw-Hill; New York, 1976.

- Senf W*: Psychoanalytische Therapie. In: *Senf W & Broda M (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie – Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie.* Thieme; Stuttgart, New York, 1996.
- Senf W & Broda M (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie – Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie.* Thieme; Stuttgart, New York, 1996.
- Shapiro F*: Eye Movement Desensitization and Reprocessing: basic principles, protocols and procedures. Guilford; New York, 1995.
- Shear MK, Cooper AM, Klerman GL, Busch FN & Shapiro T*: A psychodynamic model of panic disorder. *Am J Psychiatry* 50 (1993), 859-866.
- Sieghart W*: Transmittersysteme und Rezeptoren in der Neurobiologie der Angst. In: *Kasper S & Möller HJ (Hrsg.): Angst- und Panikerkrankungen.* Gustav Fischer; Jena, Stuttgart, 1995.
- Sörensen M*: Einführung in die Angstpsychologie – Ein Überblick für Psychologen, Pädagogen, Soziologen und Mediziner. 4. Aufl.; Deutscher Studien Verlag; Weinheim, 1996.
- Soppa Y & Zucker B*: Kunst- und Gestaltungstherapie. In: *Ahrens S (Hrsg.): Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin.* Schattauer; Stuttgart, New York, 1997.
- Spielberger CD*: Anxiety as an emotional state. In: *Spielberger CD (Ed.): Anxiety: Current trends in theory and research.* Vol. 1; Academic Press; New York, 1972.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, & Lushene RE*: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press; Palo Alto, Cal., 1970.
- Stavemann HH*: Emotionale Turbulenzen – Kognitive Verhaltenstherapie von Angst, Aggression, Depression und Verzweiflung. 2. Aufl.; Beltz, Weinheim, 1999.
- Steiner G*: Lernen. 20 Szenarien aus dem Alltag. Huber; Bern, 1988.
- Strauß B*: Qualitätssicherung in der stationären psychodynamischen Gruppenpsychotherapie: Konzepte und Probleme. In: *Laireiter AR & Vogel H (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung; ein Werkstattbuch.* dgvt, Tübingen, 1998.
- Strauß B*: Psychotherapiemotivation und –indikation: Eine kritische Würdigung der Forschungsbefunde. *Psychotherapie Forum* 8 (2000): 22-26.
- Strauß B & Burgmeier-Lohse M*: Evaluation einer stationären Langzeitgruppenpsychotherapie - Ein Beitrag zur differentiellen Psychotherapieforschung im stationären Feld. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 44 (1994), 184-192.
- Streeck U*: Psychoanalytische Therapieverfahren. In: *Senf W & Broda M (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie – Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie.* Thieme; Stuttgart, New York, 1996.

- Thomä H*: Was hat sich in meinem Verständnis des psychoanalytischen Prozesses seit den 60er Jahren gewandelt? *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 36 (1991), 2-11.
- Thomä H*: Zur Psychoanalyse neurotischer Angstsyndrome. In: Nissen G (Hrsg.): *Angsterkrankungen: Prävention und Therapie*. Huber; Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1995.
- Thomä H & Kächele H*: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 1: Grundlagen. 2. Aufl.; Springer; Berlin, 1996.
- Thomä H & Kächele H*: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 2: Praxis. 2. Aufl.; Springer; Berlin, 1997.
- Tress W, Scheibe G & Reister G*: Psychoanalytische Modellvorstellungen zur Ätiologie von Angstkrankheiten. In: Kasper S & Möller HJ (Hrsg.): *Angst- und Panikerkrankungen*. Gustav Fischer; Jena, Stuttgart, 1995.
- Tress W, Wöller W & Horn E (Hrsg.)*: Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus – State of the Art. VAS; Frankfurt am Main, 2000.
- Volz HP*: Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) bei Angsterkrankungen. In: Kasper S & Möller HJ (Hrsg.): *Angst und Panikerkrankungen*. Gustav Fischer; Jena, Stuttgart, 1995.
- Üstün TB & Sartorius N*: An international study of psychosocial disorders in 14 countries: standardized assessment of ill-defined problems in primary care: the background and rationale of the WHO Collaborative Project on „Psychological Problems in General Health Care“. In: Miranda J, Hohmann A, Atkinson C & Larson D (eds.): *Mental disorders in primary health care*. Jossey-Bass Inc.; San Francisco, 1995.
- Watson JB*: The place of conditioned reflex in psychology. *Psychological Review* 23 (1916), 89-117.
- Wilke E*: Katathym-imaginative Psychotherapie – eine spezielle Form tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M & Wilke E: *Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Springer; Berlin, Heidelberg, New York, 1996.
- Wilke E*: Katathym imaginative Psychotherapie (KiP). In: Ahrens S (Hrsg.): *Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin*. Schattauer; Stuttgart, New York, 1997.
- Wilke E & Leuner H (Hrsg.)*: *Das Katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin*. Huber; Bern, Stuttgart, Toronto, 1990.
- Wittchen HU*: Komorbidität bei Angststörungen – Häufigkeit, ätiologische und klinische Implikationen. In: Kasper S & Möller HJ (Hrsg.): *Angst- und Panikerkrankungen, Diagnose – Therapie*. Socio Medico; Gräfelfing, 1993.
- Wittchen HU, Bullinger-Naber M, Dorfmueller M, Hand I, Kasper S, Katschnig H, Linden M, Margraf J, Möller HJ, Naber D, Pödlinger W & van de Roemer A*: *Angst – Angsterkrankungen, Behandlungsmöglichkeiten* (Hexal-Ratgeber). Karger; Basel, Freiburg, Paris, 1995.

- Wittchen HU & Essau CA: Epidemiology of panic disorder: Progress and unresolved issues. *J Psychiatr Res* 27 (1993a): 47-68.
- Wittchen HU & Essau CA: Epidemiology of anxiety disorders. In: Michels R (Ed.): *Psychiatry*. JBLippincott; Philadelphia, 1993b.
- Wittchen HU, Essau CA & Krieg JC: Anxiety disorders: Similarities and differences of comorbidity in treated and untreated groups. *Br J Psychiatry* 159 (1991), 23-33.
- Wittchen HU, Zaudig M & Fydrich T: SKID: Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II. Hogrefe; Göttingen, 1997.
- Wittchen HU & v. Zerssen D: *Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen: eine klinisch-psychiatrische und epidemiologische Verlaufsuntersuchung*. Springer; Berlin, Heidelberg, New York, 1987.
- Wolfersdorf M & Straub R: Suizidalität bei Angsterkrankungen. In: Kasper S & Möller HJ (Hrsg.): *Angst und Panikerkrankungen*. Gustav Fischer; Jena, Stuttgart, 1995.
- Wolpe J: *Praxis der Verhaltenstherapie*. Huber; Bern, 1974.
- World Health Organization (WHO): *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization; Geneva, 1992.
- Wurthmann C: Trizyklika bei Angsterkrankungen. In: Kasper S & Möller HJ (Hrsg.): *Angst- und Panikerkrankungen*. Gustav Fischer; Jena, Stuttgart, 1995.
- Wurthmann C: Pharmakotherapie generalisierter Angststörungen. In: Dengler W & Selbmann HK (Hrsg.): *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen, II. Beiträge zu ausgewählten Themen*. Steinkopff; Darmstadt, 2000.
- Zapotoczky HG & Herzog G: Lerntheoretische Modellvorstellungen zur Ätiologie. In: Kasper S & Möller HJ (Hrsg.): *Angst- und Panikerkrankungen*. Gustav Fischer; Jena, Stuttgart, 1995.
- Zöller WW: Psychodrama und Figurationen. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie* 4 (1993), 110-113.
- Zöller WW: Verschränkungen zwischen Kunst- und Dramatherapie. *Kunst & Therapie* 25 (1996), 65-80.
- Zwanzger P & Boerner RJ: Funktion von Angstambulanzen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. *Psycho* 25 (1999) 3, 176-178.

INHALT ANHANG

ANHANG A:

Deskriptive Statistiken der Skalen der Fragebögen STAI, SCL-90-R und GT-S	2
---	---

ANHANG B:

Tests zur Normalverteilung der Skalen der Fragebögen STAI, SCL-90-R und GT-S	8
--	---

ANHANG C:

Varianzanalysen zu den Skalen der Fragebögen STAI, SCL-90-R und GT-S	10
--	----

ANHANG D:

Wilcoxon-Rang-Tests für den Faktor Meßzeitpunkt bei nicht normalverteilten Testskalen	14
---	----

ANHANG E:

Korrelationstabellen für die Meßzeitpunkte 1 und 4	15
--	----

ANHANG F:

Hauptkomponentenanalyse mit anschließender VARIMAX-Rotation	17
---	----

ANHANG G:

Deskriptive Statistiken der Faktorwerte der drei Faktoren	23
---	----

ANHANG H:

Tests zur Normalverteilung der drei Faktoren	24
--	----

ANHANG I:

Varianzanalysen zu den drei Faktoren	25
--	----

ANHANG J:

Beispiele zu den Fragebögen	
⇒ Basisdokumentation	26
⇒ SOSI - Soziale Situation	28
⇒ GesFB - Gesundheitsfragebogen	30
⇒ STAI - State-Trait-Angstinventar	32
⇒ SCL-90-R - Symptom-Checkliste von Derogatis	34
⇒ GT-S - Giessen-Test	36

ANHANG K:

⇒ Informationsschreiben	39
⇒ Angsttagebuch (Wochen- / Tagesbogen)	40
⇒ Danksagung	42
⇒ Lebenslauf	43

ANHANG A:**Deskriptive Statistiken der Skalen der Fragebögen STAI, SCL-90.R und GT-S****Deskriptive Statistiken alle Versuchspersonen**

	N	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness	Kurtosis
STAI-State-Rohwerte						
MZP1	45	57,89	10,94	119,64	-0,59	0,08
MZP2	45	56,19	12,19	148,64	-0,45	-1,01
MZP3	45	55,62	11,83	140,04	0,07	-0,48
MZP4	45	55,16	13,92	193,75	-0,19	-1,01
STAI-Trait-T-Werte						
MZP1	45	72,44	7,46	55,62	-0,80	-0,09
MZP2	45	70,84	6,90	47,54	-0,30	-0,94
MZP3	45	71,11	7,78	60,51	-0,93	0,23
MZP4	45	70,22	9,07	82,31	-0,87	0,22
SCL-GSI-T-Wert						
MZP1	45	72,69	8,40	70,49	-0,67	-0,95
MZP4	45	69,49	12,68	160,80	-1,11	0,40
SCL-PST-T-Wert						
MZP1	43	70,35	9,37	87,85	-0,39	-1,14
MZP4	44	67,43	11,99	143,83	-0,76	0,14
SCL-PSDI-T-Wert						
MZP1	43	68,37	8,49	72,10	-0,62	-0,12
MZP4	44	64,28	11,62	135,06	-0,71	-0,11
SCL1-Somatisierung						
MZP1	45	66,38	13,01	169,19	-0,91	0,56
MZP4	45	65,80	15,25	232,53	-1,04	-0,07
SCL2-Zwanghaftigkeit						
MZP1	44	69,59	10,57	111,74	-0,47	-1,14
MZP4	45	64,76	13,10	171,60	-0,71	0,12
SCL3-Unsicherheit im Sozialkontakt						
MZP1	45	66,76	11,43	130,55	-0,43	-0,68
MZP4	45	62,76	12,06	145,46	-0,17	-0,85
SCL4-Depressivität						
MZP1	45	71,33	9,23	85,18	-0,63	-0,75
MZP4	45	68,82	12,31	151,65	-0,85	-0,27
SCL5-Ängstlichkeit						
MZP1	45	72,22	9,10	82,81	-1,56	3,68
MZP4	45	66,80	12,59	158,57	-0,98	0,40
SCL6-Aggressivität						
MZP1	45	62,40	10,85	117,79	0,02	-0,76
MZP4	45	60,72	10,23	104,59	-0,10	0,46
SCL7-Phobische Angst						
MZP1	45	69,22	9,72	94,40	-0,70	-0,38
MZP4	45	65,33	11,91	141,91	-0,56	-0,68
SCL8-Paranoides Denken						
MZP1	45	64,96	11,62	135,09	-0,48	-0,72
MZP4	45	61,69	12,81	164,04	-0,67	-0,61
SCL9-Psychotizismus						
MZP1	45	66,84	10,66	113,63	-0,45	-0,39
MZP4	45	64,96	11,06	122,27	-0,31	-0,28

	N	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness	Kurtosis
GTS1-Soziale Resonanz						
MZP1	45	39,13	13,49	181,93	0,02	0,56
MZP4	45	39,45	10,11	102,22	0,04	0,05
GTS2-Dominanz						
MZP1	45	48,14	9,13	83,40	0,15	-0,16
MZP4	45	49,61	9,10	82,83	0,07	-0,12
GTS3-Kontrolle						
MZP1	45	52,12	9,31	86,66	-0,13	-0,75
MZP4	45	51,75	9,43	88,83	-0,69	1,33
GTS4-Grundstimmung						
MZP1	45	69,91	8,46	71,63	-0,35	-0,28
MZP4	45	70,05	7,74	59,95	-0,41	-0,84
GTS5-Durchlässigkeit						
MZP1	45	61,92	12,30	151,30	-0,13	-0,25
MZP4	45	60,10	13,53	182,98	-0,48	-0,17
GTS6-Soziale Potenz						
MZP1	45	57,66	13,04	170,12	-0,13	0,50
MZP4	45	56,66	11,08	122,85	-0,14	0,08
GTS-M-Skala						
MZP1	45	51,73	10,05	100,97	-0,11	-0,55
MZP4	45	52,03	11,48	131,85	0,03	-0,36
GTS-E-Skala						
MZP1	45	54,24	10,30	106,14	0,41	-0,23
MZP4	45	51,61	11,55	133,35	0,48	-0,61

Anzahl der Versuchspersonen (N), arithmetisches Mittel (Mean), Standardabweichung (Std. Deviation), Varianz (Variance), Schiefe (Skewness) und Exzeß (Kurtosis) für alle Vpn in allen Skalen der Tests STAI, SCL-90-R und GT-S an den Meßzeitpunkten eins bis vier.

Deskriptive Statistiken F40

	N	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness	Kurtosis
STAI-State-Rohwerte						
MZP1	17	57,62	9,82	96,47	-0,73	-0,69
MZP2	17	55,62	11,67	136,15	-0,34	-1,23
MZP3	17	55,94	11,99	143,68	-0,05	0,54
MZP4	17	57,53	11,29	127,51	-0,11	0,35
STAI-Trait-T-Werte						
MZP1	17	72,76	7,10	50,44	-0,88	0,19
MZP2	17	70,88	7,41	54,86	-0,18	-1,06
MZP3	17	72,18	7,34	53,90	-0,97	0,28
MZP4	17	71,12	8,14	66,24	-0,66	-0,34
SCL-GSI-T-Wert						
MZP1	17	74,41	7,74	59,88	-0,92	-0,94
MZP4	17	72,06	11,77	138,43	-2,15	5,67
SCL-PST-T-Wert						
MZP1	17	70,82	10,51	110,40	-0,42	-1,61
MZP4	17	70,06	12,42	154,31	-1,49	2,65
SCL-PSDI-T-Wert						
MZP1	17	69,88	5,00	24,99	-0,31	0,52
MZP4	17	66,12	9,34	87,24	-1,60	3,73
SCL1-Somatisierung						
MZP1	17	70,47	8,06	65,01	-0,23	-1,54
MZP4	17	67,47	14,20	201,76	-1,41	1,92

	N	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness	Kurtosis
SCL2-Zwanghaftigkeit						
MZP1	17	69,41	11,78	138,76	-0,71	-0,72
MZP4	17	64,76	14,38	206,69	-0,93	0,66
SCL3-Unsicherheit im Sozialkontakt						
MZP1	17	68,94	10,85	117,81	-0,38	-1,13
MZP4	17	65,29	10,66	113,72	-0,32	-0,14
SCL4-Depressivität						
MZP1	17	72,59	9,84	96,88	-1,26	0,92
MZP4	17	71,94	11,58	134,18	-1,74	3,45
SCL5-Ängstlichkeit						
MZP1	17	74,18	7,54	56,78	-1,29	1,58
MZP4	17	68,94	12,67	160,56	-1,62	2,39
SCL6-Aggressivität						
MZP1	17	62,59	11,53	133,01	-0,21	-1,23
MZP4	17	59,29	9,57	91,60	-0,31	2,15
SCL7-Phobische Angst						
MZP1	17	73,94	6,05	36,56	-0,98	0,18
MZP4	17	69,24	10,56	111,44	-1,07	0,98
SCL8-Paranoides Denken						
MZP1	17	67,18	10,78	116,28	-0,78	-0,67
MZP4	17	65,18	11,17	124,78	-1,12	0,93
SCL9-Psychotizismus						
MZP1	17	67,41	10,45	109,26	-0,45	-0,85
MZP4	17	66,94	11,55	133,31	-0,70	0,50
GTS1-Soziale Resonanz						
MZP1	17	39,10	14,67	215,31	0,05	0,54
MZP4	17	36,63	12,22	149,29	0,23	0,05
GTS2-Dominanz						
MZP1	17	49,53	8,04	64,69	-0,16	-0,39
MZP4	17	50,77	8,31	69,12	0,48	-0,81
GTS3-Kontrolle						
MZP1	17	55,19	10,07	101,35	-0,23	-1,19
MZP4	17	53,98	11,04	121,94	-0,91	1,45
GTS4-Grundstimmung						
MZP1	17	71,40	8,08	65,25	-0,05	-1,34
MZP4	17	73,65	6,40	40,99	-0,87	0,22
GTS5-Durchlässigkeit						
MZP1	17	66,46	12,37	152,94	0,03	-0,80
MZP4	17	64,57	14,52	210,88	-1,04	0,95
GTS6-Soziale Potenz						
MZP1	17	59,06	15,13	229,05	-0,41	0,71
MZP4	17	57,02	13,70	187,68	-0,47	-0,47
GTS-M-Skala						
MZP1	17	50,59	9,81	96,26	0,25	0,50
MZP4	17	49,53	10,99	120,76	-0,28	-0,75
GTS-E-Skala						
MZP1	17	54,94	10,50	110,31	0,16	-0,07
MZP4	17	54,41	11,93	142,26	0,35	-0,47

Anzahl der Versuchspersonen (N), arithmetisches Mittel (Mean), Standardabweichung (Std. Deviation), Varianz (Variance), Schiefe (Skewness) und Exzeß (Kurtosis) für Vpn mit F40 in allen Skalen der Tests STAI, SCL-90-R und GT-S an den Meßzeitpunkten eins bis vier.

Deskriptive Statistiken F41

	N	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness	Kurtosis
STAI-State-Rohwerte						
MZP1	18	59,98	11,95	142,73	-0,49	-0,30
MZP2	18	59,33	11,37	129,29	-0,52	-1,08
MZP3	18	55,02	10,95	119,80	0,22	-0,74
MZP4	18	53,09	15,43	237,96	0,13	-1,52
STAI-Trait-T-Werte						
MZP1	18	73,44	8,57	73,44	-0,91	-0,45
MZP2	18	72,50	6,78	45,91	-0,66	-0,84
MZP3	18	71,50	7,42	55,09	-0,73	-0,50
MZP4	18	70,67	9,37	87,88	-0,82	-0,22
SCL-GSI-T-Wert						
MZP1	18	73,00	8,99	80,82	-0,94	-0,21
MZP4	18	68,33	14,84	220,12	-0,92	-0,72
SCL-PST-T-Wert						
MZP1	17	71,18	10,17	103,40	-0,77	-0,77
MZP4	17	65,59	13,55	183,63	-0,47	-0,87
SCL-PSDI-T-Wert						
MZP1	17	70,47	8,92	79,51	-0,46	-0,95
MZP4	17	64,62	13,48	181,67	-0,68	-0,39
SCL1-Somatisierung						
MZP1	18	66,56	14,71	216,26	-0,79	-0,32
MZP4	18	64,39	17,40	302,60	-0,91	-0,72
SCL2-Zwanghaftigkeit						
MZP1	17	70,76	10,10	101,94	-0,39	-1,80
MZP4	18	64,89	14,32	205,16	-0,78	-0,34
SCL3-Unsicherheit im Sozialkontakt						
MZP1	18	66,61	12,98	168,60	-0,72	-0,42
MZP4	18	61,44	14,64	214,26	-0,17	-1,44
SCL4-Depressivität						
MZP1	18	72,44	9,02	81,44	-0,71	-0,98
MZP4	18	68,33	13,78	189,88	-0,82	-0,78
SCL5-Ängstlichkeit						
MZP1	18	71,72	11,04	121,98	-2,00	5,03
MZP4	18	65,00	14,24	202,71	-0,82	-0,18
SCL6-Aggressivität						
MZP1	18	64,44	10,39	108,03	0,14	-1,04
MZP4	18	63,31	12,17	148,09	-0,45	0,00
SCL7-Phobische Angst						
MZP1	18	69,44	11,14	124,14	-1,00	0,13
MZP4	18	64,78	12,22	149,36	-0,62	-0,56
SCL8-Paranoides Denken						
MZP1	18	63,61	13,90	193,08	-0,43	-1,02
MZP4	18	57,83	14,39	207,09	-0,22	-1,37
SCL9-Psychotizismus						
MZP1	18	68,50	11,93	142,26	-0,89	0,58
MZP4	18	63,78	11,85	140,42	-0,19	-0,41
GTS1-Soziale Resonanz						
MZP1	18	37,23	15,34	235,23	0,30	0,31
MZP4	18	38,60	8,39	70,33	1,04	0,28

	N	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness	Kurtosis
GTS2-Dominanz						
MZP1	18	47,34	10,39	107,94	0,88	-0,12
MZP4	18	49,33	10,39	108,01	0,44	-0,90
GTS3-Kontrolle						
MZP1	18	49,53	8,97	80,42	-0,11	-0,71
MZP4	18	49,87	9,68	93,69	-0,81	1,26
GTS4-Grundstimmung						
MZP1	18	71,12	9,27	85,88	-1,11	1,46
MZP4	18	69,20	8,40	70,61	-0,50	-0,75
GTS5-Durchlässigkeit						
MZP1	18	60,37	12,43	154,39	-0,48	-0,17
MZP4	18	59,98	12,80	163,94	-0,51	-0,06
GTS6-Soziale Potenz						
MZP1	18	58,62	13,15	172,84	-0,27	0,82
MZP4	18	57,55	10,32	106,51	0,42	0,54
GTS-M-Skala						
MZP1	18	52,06	9,82	96,53	-0,46	-0,13
MZP4	18	53,78	11,69	136,77	0,23	0,43
GTS-E-Skala						
MZP1	18	57,17	10,42	108,50	0,43	-0,40
MZP4	18	52,78	11,31	127,83	0,45	-0,57

Anzahl der Versuchspersonen (N), arithmetisches Mittel (Mean), Standardabweichung (Std. Deviation), Varianz (Variance), Schiefe (Skewness) und Exzeß (Kurtosis) für Vpn mit F41 in allen Skalen der Tests STAI, SCL-90-R und GT-S an den Meßzeitpunkten eins bis vier.

Deskriptive Statistiken F43

	N	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness	Kurtosis
STAI-State-Rohwerte						
MZP1	10	54,60	11,09	122,93	-1,30	2,78
MZP2	10	51,50	13,99	195,61	-0,35	-1,54
MZP3	10	56,13	14,20	201,69	0,02	-1,02
MZP4	10	54,85	15,87	251,77	-0,48	-1,09
STAI-Trait-T-Werte						
MZP1	10	70,10	5,93	35,21	-1,98	5,28
MZP2	10	67,80	5,69	32,40	-0,86	-0,36
MZP3	10	68,60	9,30	86,49	-1,08	0,80
MZP4	10	67,90	10,52	110,77	-1,19	1,46
SCL-GSI-T-Wert						
MZP1	10	69,20	8,14	66,18	0,02	-1,71
MZP4	10	67,20	10,16	103,29	0,32	-1,75
SCL-PST-T-Wert						
MZP1	9	67,89	4,99	24,86	0,54	-0,33
MZP4	10	66,10	8,06	64,99	0,52	-1,11
SCL-PSDI-T-Wert						
MZP1	9	61,56	10,15	103,03	-0,05	-1,64
MZP4	10	60,60	12,07	145,60	0,05	-0,65
SCL1-Somatisierung						
MZP1	10	59,10	14,58	212,54	-0,67	0,94
MZP4	10	65,50	14,04	197,17	-0,93	-0,33

	N	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness	Kurtosis
SCL2-Zwanghaftigkeit						
MZP1	10	67,90	10,01	100,10	-0,10	-1,76
MZP4	10	64,50	9,16	83,83	1,10	-0,30
SCL3-Unsicherheit im Sozialkontakt						
MZP1	10	63,30	9,38	88,01	0,23	-0,21
MZP4	10	60,80	9,19	84,40	1,06	0,75
SCL4-Depressivität						
MZP1	10	67,20	8,12	65,96	0,44	-1,07
MZP4	10	64,40	10,18	103,60	0,14	-1,05
SCL5-Ängstlichkeit						
MZP1	10	69,80	7,70	59,29	0,27	-1,78
MZP4	10	66,40	9,57	91,60	0,46	-1,57
SCL6-Aggressivität						
MZP1	10	58,40	10,45	109,16	0,38	2,38
MZP4	10	58,50	6,79	46,06	0,50	0,54
SCL7-Phobische Angst						
MZP1	10	60,80	6,41	41,07	0,37	-0,69
MZP4	10	59,70	12,20	148,90	0,16	-0,76
SCL8-Paranoides Denken						
MZP1	10	63,60	8,60	74,04	0,72	-0,19
MZP4	10	62,70	11,62	135,12	-0,95	1,50
SCL9-Psychotizismus						
MZP1	10	62,90	8,32	69,21	-0,04	-0,68
MZP4	10	63,70	9,14	83,57	0,12	0,16
GTS1-Soziale Resonanz						
MZP1	10	42,63	6,44	41,48	1,17	1,70
MZP4	10	45,78	6,36	40,48	0,49	-0,98
GTS2-Dominanz						
MZP1	10	47,20	9,11	82,93	-1,28	1,58
MZP4	10	48,15	8,54	72,99	-1,92	4,27
GTS3-Kontrolle						
MZP1	10	51,57	7,74	59,95	-1,02	0,50
MZP4	10	51,36	4,89	23,95	0,50	0,16
GTS4-Grundstimmung						
MZP1	10	65,18	6,32	40,00	0,45	-0,84
MZP4	10	65,46	6,12	37,45	0,32	-1,22
GTS5-Durchlässigkeit						
MZP1	10	56,99	10,27	105,53	-0,58	-0,23
MZP4	10	52,71	10,56	111,60	-0,97	1,13
GTS6-Soziale Potenz						
MZP1	10	53,56	8,59	73,80	0,53	-0,68
MZP4	10	54,42	7,64	58,36	-0,89	-0,26
GTS-M-Skala						
MZP1	10	53,10	11,64	135,43	-0,23	-1,45
MZP4	10	53,15	12,34	152,23	-0,03	-1,30
GTS-E-Skala						
MZP1	10	47,80	7,33	53,73	0,18	-1,07
MZP4	10	44,75	9,37	87,74	0,86	-1,27

Anzahl der Versuchspersonen (N), arithmetisches Mittel (Mean), Standardabweichung (Std. Deviation), Varianz (Variance), Schiefe (Skewness) und Exzeß (Kurtosis) für Vpn mit F43 in allen Skalen der Tests STAI, SCL-90-R und GT-S an den Meßzeitpunkten eins bis vier.

ANHANG B:**Tests zur Normalverteilung der Skalen der Fragebögen STAI, SCL-90.R und GT-S**

	N	Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Absolute	Positive	Negative		
STAI-State-Rohwerte						
MZP1	45	0,17	0,07	-0,17	1,144	0,146
MZP2	45	0,16	0,13	-0,16	1,047	0,223
MZP3	45	0,09	0,09	-0,07	0,615	0,844
MZP4	45	0,10	0,10	-0,10	0,683	0,739
STAI-Trait-T-Werte						
MZP1	45	0,13	0,10	-0,13	0,857	0,455
MZP2	45	0,10	0,09	-0,10	0,662	0,774
MZP3	45	0,14	0,13	-0,14	0,907	0,384
MZP4	45	0,14	0,12	-0,14	0,925	0,359
SCL-GSI-T-Wert						
MZP1	45	0,30	0,19	-0,30	1,992	0,001
MZP4	45	0,24	0,20	-0,24	1,616	0,011
SCL-PST-T-Wert						
MZP1	43	0,24	0,15	-0,24	1,599	0,012
MZP4	44	0,19	0,15	-0,19	1,284	0,074
SCL-PSDI-T-Wert						
MZP1	43	0,13	0,09	-0,13	0,88	0,422
MZP4	44	0,13	0,09	-0,13	0,832	0,493
SCL1-Somatisierung						
MZP1	45	0,15	0,15	-0,15	0,996	0,274
MZP4	45	0,19	0,18	-0,19	1,293	0,071
SCL2-Zwanghaftigkeit						
MZP1	44	0,22	0,16	-0,22	1,475	0,026
MZP4	45	0,14	0,12	-0,14	0,969	0,305
SCL3-Unsicherheit im Sozialkontakt						
MZP1	45	0,19	0,12	-0,19	1,261	0,083
MZP4	45	0,10	0,08	-0,10	0,68	0,744
SCL4-Depressivität						
MZP1	45	0,25	0,17	-0,25	1,666	0,008
MZP4	45	0,22	0,18	-0,22	1,462	0,028
SCL5-Ängstlichkeit						
MZP1	45	0,23	0,20	-0,23	1,515	0,02
MZP4	45	0,15	0,15	-0,13	0,988	0,283
SCL6-Aggressivität						
MZP1	45	0,07	0,07	-0,07	0,488	0,971
MZP4	45	0,11	0,11	-0,11	0,747	0,632
SCL7-Phobische Angst						
MZP1	45	0,19	0,13	-0,19	1,263	0,082
MZP4	45	0,12	0,11	-0,12	0,799	0,546
SCL8-Paranoides Denken						
MZP1	45	0,17	0,10	-0,17	1,108	0,172
MZP4	45	0,17	0,11	-0,17	1,151	0,141
SCL9-Psychotizismus						
MZP1	45	0,14	0,11	-0,14	0,911	0,377
MZP4	45	0,12	0,09	-0,12	0,806	0,534

	N	Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Absolute	Positive	Negative		
GTS1-Soziale Resonanz						
MZP1	45	0,14	0,14	-0,11	0,916	0,371
MZP4	45	0,10	0,10	-0,08	0,683	0,74
GTS2-Dominanz						
MZP1	45	0,08	0,08	-0,07	0,564	0,908
MZP4	45	0,10	0,10	-0,06	0,679	0,746
GTS3-Kontrolle						
MZP1	45	0,09	0,08	-0,09	0,601	0,863
MZP4	45	0,11	0,08	-0,11	0,715	0,685
GTS4-Grundstimmung						
MZP1	45	0,15	0,10	-0,15	0,998	0,272
MZP4	45	0,13	0,10	-0,13	0,841	0,479
GTS5-Durchlässigkeit						
MZP1	45	0,11	0,09	-0,11	0,74	0,644
MZP4	45	0,12	0,08	-0,12	0,779	0,579
GTS6-Soziale Potenz						
MZP1	45	0,10	0,10	-0,08	0,689	0,73
MZP4	45	0,11	0,08	-0,11	0,743	0,64
GTS-M-Skala						
MZP1	45	0,08	0,08	-0,07	0,545	0,928
MZP4	45	0,09	0,07	-0,09	0,579	0,89
GTS-E-Skala						
MZP1	45	0,11	0,11	-0,07	0,715	0,686
MZP4	45	0,15	0,15	-0,12	0,989	0,282

Kennwerte der Kolmogorov-Smirnov-Test zur Normalverteilung bei allen Skalen der Tests STAI, SCL-90-R und GT-S an den Meßzeitpunkten eins bis vier.

ANHANG C:**Varianzanalysen zu den Skalen der Fragebögen STAI, SCL-90.R und GT-S**

STAI-State-Rohwerte					
Mauchly's Test of Sphericity	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon(a)
					Greenhouse-Geisser
MZP	0,76	11,169	5	0,048	0,871
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects Greenhouse-Geisser	MZP	48,342	2,614	0,79	0,487
	MZP * ICD_10	111,05	5,228	1,815	0,113
	Error(MZP)	61,186	109,791		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	525394,216	1	1161,543	0
	ICD_10	97,643	2	0,216	0,807
	Error	452,324	42		

STAI-Trait-T-Werte					
Mauchly's Test of Sphericity	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Epsilon(a)
					Greenhouse-Geisser
MZP	0,612	20,023	5	0,001	0,779
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects Greenhouse-Geisser	MZP	48,193	2,337	1,484	0,23
	MZP * ICD_10	7,289	4,675	0,224	0,944
	Error(MZP)	32,474	98,17		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	841464,069	1	4866,446	0
	ICD_10	169,432	2	0,98	0,384
	Error	172,911	42		

SCL-GSI					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	189,742	1	2,327	0,135
	MZP * ICD_10	16,329	2	0,2	0,819
	Error(MZP)	81,522	42		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	419698,048	1	2758,442	0
	ICD_10	164,986	2	1,084	0,347
	Error	152,15	42		

SCL-PST					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	173,461	1	2,871	0,098
	MZP * ICD_10	50,127	2	0,83	0,444
	Error(MZP)	60,417	40		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	368978,223	1	2066,471	0
	ICD_10	91,847	2	0,514	0,602
	Error	178,555	40		

SCL-PSDI					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	262,12	1	4,484	0,04
	MZP * ICD_10	30,756	2	0,526	0,595
	Error(MZP)	58,462	40		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	337351,239	1	2343,597	0
	ICD_10	338,922	2	2,355	0,108
	Error	143,946	40		

SCL1-Somatisierung					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	3,548	1	0,059	0,809
	MZP * ICD_10	158,019	2	2,645	0,083
	Error(MZP)	59,749	42		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	361114,831	1	1063,06	0
	ICD_10	291,573	2	0,858	0,431
	Error	339,694	42		

SCL2-Zwanghaftigkeit					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	476,368	1	6,995	0,012
	MZP * ICD_10	14,703	2	0,216	0,807
	Error(MZP)	68,1	41		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	370796,248	1	1610,506	0
	ICD_10	12,136	2	0,053	0,949
	Error	230,236	41		

SCL3-Unsicherheit im Sozialkontakt					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	298,537	1	4,22	0,046
	MZP * ICD_10	12,279	2	0,174	0,841
	Error(MZP)	70,749	42		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	348210,015	1	1663,149	0
	ICD_10	177,585	2	0,848	0,435
	Error	209,368	42		

SCL4-Depressivität					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	133,236	1	1,644	0,207
	MZP * ICD_10	26,496	2	0,327	0,723
	Error(MZP)	81,063	42		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	405383,773	1	2647,559	0
	ICD_10	266,041	2	1,738	0,188
	Error	153,116	42		

SCL5-Ängstlichkeit					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	550,085	1	8,145	0,007
	MZP * ICD_10	17,977	2	0,266	0,768
	Error(MZP)	67,537	42		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	403698,833	1	2255,154	0
	ICD_10	115	2	0,642	0,531
	Error	179,012	42		

SCL6-Aggressivität					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	43,789	1	0,786	0,38
	MZP * ICD_10	20,311	2	0,365	0,697
	Error(MZP)	55,683	42		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	313337,39	1	1878,442	0
	ICD_10	199,697	2	1,197	0,312
	Error	166,807	42		

SCL7-Phobische Angst					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	255,795	1	4,516	0,04
	MZP * ICD_10	25,004	2	0,441	0,646
	Error(MZP)	56,648	42		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	369260,298	1	2443,105	0
	ICD_10	810,257	2	5,361	0,008
	Error	151,144	42		

SCL8-Paranoides Denken					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	175,632	1	3,22	0,08
	MZP * ICD_10	49,197	2	0,902	0,414
	Error(MZP)	54,548	42		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	336959,229	1	1380,548	0
	ICD_10	260,471	2	1,067	0,353
	Error	244,077	42		

SCL9-Psychotizismus					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	45,006	1	0,471	0,496
	MZP * ICD_10	62,75	2	0,657	0,524
	Error(MZP)	95,493	42		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	360647,118	1	2503,274	0
	ICD_10	96,327	2	0,669	0,518
	Error	144,07	42		

GTS1-Soziale Resonanz					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	9,873	1	0,211	0,648
	MZP * ICD_10	58,121	2	1,242	0,299
	Error(MZP)	46,789	42		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	134310,605	1	575,587	0
	ICD_10	310,507	2	1,331	0,275
	Error	233,345	42		

GTS2-Dominanz					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	40,635	1	0,835	0,366
	MZP * ICD_10	2,12	2	0,044	0,957
	Error(MZP)	48,663	42		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	199286,665	1	1618,496	0
	ICD_10	47,211	2	0,383	0,684
	Error	123,131	42		

GTS3-Kontrolle					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	2,708	1	0,056	0,813
	MZP * ICD_10	5,4	2	0,113	0,894
	Error(MZP)	47,949	42		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	226311,582	1	1802,246	0
	ICD_10	211,487	2	1,684	0,198
	Error	125,572	42		

GTS4-Grundstimmung					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	0,844	1	0,031	0,86
	MZP * ICD_10	38,252	2	1,419	0,253
	Error(MZP)	26,958	42		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	403637,803	1	4319,062	0
	ICD_10	327,884	2	3,508	0,039
	Error	93,455	42		

GTS5-Durchlässigkeit					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	100,416	1	2,268	0,14
	MZP * ICD_10	24,248	2	0,548	0,582
	Error(MZP)	44,274	42		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	304074,426	1	1127,481	0
	ICD_10	736,743	2	2,732	0,077
	Error	269,694	42		

GTS6-Soziale Potenz					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	11,694	1	0,396	0,533
	MZP * ICD_10	13,283	2	0,45	0,641
	Error(MZP)	29,525	42		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	269981,773	1	997,643	0
	ICD_10	129,038	2	0,477	0,624
	Error	270,62	42		

GTS-M-Skala					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	1,187	1	0,02	0,888
	MZP * ICD_10	17,106	2	0,289	0,751
	Error(MZP)	59,247	42		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	227329,667	1	1266,47	0
	ICD_10	91,228	2	0,508	0,605
	Error	179,499	42		

GTS-E-Skala					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	148,088	1	6,639	0,014
	MZP * ICD_10	33,115	2	1,485	0,238
	Error(MZP)	22,306	42		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	226815,018	1	1134,747	0
	ICD_10	569,815	2	2,851	0,069
	Error	199,882	42		

ANHANG D:**Wilcoxon-Rang-Tests für den Faktor Meßzeitpunkt bei nicht normalverteilten Testskalen**

Wilcoxon Signed Ranks Test					
Ranks				Test Statistics	
	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
SCL-GSI					
Negative Ranks ^a	19	16,37	311	-1,615(a)	0,106
Positive Ranks ^b	11	14	154		
Ties ^c	15				
Total	45				
SCL-PST					
Negative Ranks ^a	19	14,82	281,5	-1,790(a)	0,074
Positive Ranks ^b	9	13,83	124,5		
Ties ^c	15				
Total	43				
SCL-Zwanghaftigkeit					
Negative Ranks ^a	18	17,94	323	-2,734(a)	0,006
Positive Ranks ^b	10	8,3	83		
Ties ^c	16				
Total	44				
SCL-Depressivität					
Negative Ranks ^a	18	19,47	350,5	-1,251(a)	0,211
Positive Ranks ^b	15	14,03	210,5		
Ties ^c	12				
Total	45				
SCL-Ängstlichkeit					
Negative Ranks ^a	23	17,24	396,5	-2,912(a)	0,004
Positive Ranks ^b	8	12,44	99,5		
Ties ^c	14				
Total	45				
a: MZP4 < MZP1					
b: MZP4 > MZP1					
c: MZP4 = MZP1					

ANHANG E:

Korrelationstabellen für die Meßzeitpunkte 1 und 4

MZP1 *: p<0,05; **:p<0,01	1 State	2 Trait	3 GSI	4 PST	5 PSDI	6 Somat	7 Zwang	8 sozUns	9 Depr	10 Ängst	11 Aggr
1: State	1										
2: Trait	,45**	1									
3: GSI	,36*	,70**	1								
4: PST	,32*	,59**	,80**	1							
5: PSDI	,49**	,68**	,71**	,37*	1						
6: Somatisierung	,33*	,38*	,53**	,60**	,44**	1					
7: Zwanghaftigkeit	,25	,61**	,85**	,73**	,55**	,32*	1				
8: soziale Unsicherheit	,40**	,68**	,70**	,75**	,58**	,32*	,66**	1			
9: Depressivität	,37*	,78**	,85**	,63**	,76**	,44**	,74**	,72**	1		
10: Ängstlichkeit	,27	,39**	,70**	,60**	,57**	,61**	,51**	,46**	,57**	1	
11: Aggressivität	,29	,51**	,75**	,67**	,48**	,28	,75**	,48**	,60**	,49**	1
12: Phobische Angst	,36*	,33*	,36*	,33*	,57**	,31*	,24	,43**	,38*	,44**	,26
13: Paranoides Denken	,41**	,56**	,70**	,81**	,35*	,39**	,67**	,76**	,62**	,46**	,63**
14: Psychotizismus	,37*	,60**	,71**	,67**	,62**	,36*	,62**	,53**	,72**	,55**	,54**
15: Soziale Resonanz	-,18	-,41**	-,32*	-,38*	-,31*	-,09	-,39**	-,46**	-,36*	-,17	-,28
16: Dominanz	,06	,04	-,05	-,11	-,02	,07	-,04	-,12	,11	-,05	,01
17: Kontrolle	,16	,12	,06	,06	,08	,27	,02	,07	,15	-,10	,03
18: Grundstimmung	,25	,60**	,36*	,26	,54**	,24	,18	,45**	,39**	,24	,14
19: Durchlässigkeit	,27	,44**	,40**	,22	,54**	,18	,33*	,42**	,50**	,43**	,31*
20: Soziale Potenz	,05	,45**	,33*	,35*	,29	,13	,34*	,45**	,39**	,19	,24
21: M-Skala	-,18	-,12	-,09	-,25	-,11	-,15	,06	-,34*	-,11	-,22	-,06
22: E-Skala	,37*	,44**	,25	,12	,71**	,15	,18	,39**	,38*	,23	,25

MZP1 *: p<0,05; **:p<0,01	12 Phob	13 Paran	14 Psych	15 SozRes	16 Dom	17 Kontr	18 Grund	19 Durch	20 SozPot	21 M-Sk	22 E-Sk
1: State											
2: Trait											
3: GSI											
4: PST											
5: PSDI											
6: Somatisierung											
7: Zwanghaftigkeit											
8: soziale Unsicherheit											
9: Depressivität											
10: Ängstlichkeit											
11: Aggressivität											
12: Phobische Angst	1										
13: Paranoides Denken	0,25	1									
14: Psychotizismus	,38*	,51**	1								
15: Soziale Resonanz	-,12	-,21	-,22	1							
16: Dominanz	-,07	-,12	-,05	-,11	1						
17: Kontrolle	,02	,09	,06	,12	,18	1					
18: Grundstimmung	,27	,23	,11	-,41**	,16	-,01	1				
19: Durchlässigkeit	,36*	,28	,47**	-,52**	,20	-,05	,37*	1			
20: Soziale Potenz	,19	,25	,34*	-,59**	,06	-,21	,39**	,62**	1		
21: M-Skala	-,26	-,26	-,22	,10	,06	-,09	-,21	-,07	-,01	1	
22: E-Skala	,42**	,21	,12	-,24	,18	-,08	,66**	,32*	,22	-,26	1

MZP4		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
*: p<0,05; **:p<0,01		State	Trait	GSI	PST	PSDI	Somat	Zwang	sozUns	Depr	Ängst	Aggr
1	State	1										
2	Trait	,72**	1									
3	GSI	,61**	,70**	1								
4	PST	,48**	,56**	,89**	1							
5	PSDI	,64**	,78**	,87**	,66**	1						
6	Somatisierung	,50**	,64**	,84**	,72**	,74**	1					
7	Zwanghaftigkeit	,58**	,70**	,79**	,73**	,67**	,67**	1				
8	soziale Unsicherheit	,54**	,53**	,77**	,85**	,62**	,57**	,67**	1			
9	Depressivität	,59**	,75**	,92**	,78**	,88**	,77**	,75**	,66**	1		
10	Ängstlichkeit	,58**	,63**	,89**	,78**	,83**	,74**	,73**	,60**	,82**	1	
11	Aggressivität	,32*	,43**	,54**	,59**	,49**	,37*	,52**	,53**	,45**	,57**	1
12	Phobische Angst	,45**	,43**	,75**	,67**	,66**	,52**	,60**	,55**	,67**	,70**	,37*
13	Paranoides Denken	,53**	,46**	,63**	,78**	,43**	,48**	,60**	,80**	,54**	,49**	,40**
14	Psychotizismus	,62**	,53**	,85**	,83**	,71**	,63**	,68**	,79**	,75**	,82**	,59**
15	Soziale Resonanz	-,29	-,52**	-,35*	-,26	-,36*	-,31*	-,42**	-,34*	-,39**	-,28	-,25
16	Dominanz	,07	-,01	,14	,07	,26	,18	-,01	-,03	,26	,28	-,01
17	Kontrolle	,16	,23	,00	-,05	,10	,07	,09	,11	,09	-,02	,10
18	Grundstimmung	,57**	,64**	,43**	,32*	,57**	,27	,28	,36*	,55**	,42**	,24
19	Durchlässigkeit	,23	,42**	,29	,19	,35*	,30*	,37*	,25	,29	,26	,19
20	Soziale Potenz	,19	,47**	,41**	,32*	,42**	,34*	,48**	,23	,41**	,33*	,23
21	M-Skala	-,20	-,08	-,21	-,36*	-,17	-,17	-,07	-,46**	-,20	-,28	-,23
22	E-Skala	,46**	,35*	,27	,11	,47**	,16	,24	,31*	,35*	,28	,28

MZP4		12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
*: p<0,05; **:p<0,01		Phob	Paran	Psych	SozRes	Dom	Kontr	Grund	Durch	SozPot	M-Sk	E-Sk
1	State											
2	Trait											
3	GSI											
4	PST											
5	PSDI											
6	Somatisierung											
7	Zwanghaftigkeit											
8	soziale Unsicherheit											
9	Depressivität											
10	Ängstlichkeit											
11	Aggressivität											
12	Phobische Angst	1										
13	Paranoides Denken	,38*	1									
14	Psychotizismus	,75**	,63**	1								
15	Soziale Resonanz	-,21	-,14	-,23	1							
16	Dominanz	,16	-,11	,12	-,04	1						
17	Kontrolle	,13	,02	,05	-,24	-,06	1					
18	Grundstimmung	,30*	,33*	,40**	-,20	,28	,15	1				
19	Durchlässigkeit	,27	,12	,25	-,77**	,13	,36*	,23	1			
20	Soziale Potenz	,36*	,15	,29*	-,60**	-,03	,08	,14	,60**	1		
21	M-Skala	-,20	-,31*	-,42**	-,11	-,21	,02	-,37*	,13	,24	1	
22	E-Skala	,27	,14	,30*	-,17	,32*	,31*	,65**	,29	,052	-,43**	1

ANHANG F:**Hauptkomponentenanalyse mit anschließender VARIMAX-Rotation****Faktorenanalyse - MZP1**

Communalities		
	Initial	Extraction
STAI-State-Rohwerte	1	0,454
STAI-Trait-T-Werte	1	0,737
SCL1-Somatisierung	1	0,569
SCL2-Zwanghaftigkeit	1	0,827
SCL3-Unsicherheit im Sozialkontakt	1	0,731
SCL4-Depressivität	1	0,804
SCL5-Ängstlichkeit	1	0,696
SCL6-Aggressivität	1	0,674
SCL7-Phobische Angst	1	0,662
SCL8-Paranoides Denken	1	0,722
SCL9-Psychotizismus	1	0,66
GTS1-Soziale Resonanz	1	0,693
GTS2-Dominanz	1	0,534
GTS3-Kontrolle	1	0,71
GTS4-Grundstimmung	1	0,57
GTS5-Durchlässigkeit	1	0,756
GTS6-Soziale Potenz	1	0,752
Extraction Method: Principal Component Analysis.		

Total Variance Explained			
	Initial Eigenvalues		
Component	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,083	41,664	41,664
2	1,788	10,516	52,18
3	1,489	8,757	60,937
4	1,192	7,009	67,946
5	0,928	5,458	73,404
6	0,824	4,85	78,254
7	0,703	4,136	82,39
8	0,641	3,77	86,16
9	0,525	3,089	89,249
10	0,42	2,469	91,719
11	0,381	2,241	93,959
12	0,276	1,624	95,583
13	0,212	1,247	96,83
14	0,168	0,989	97,819
15	0,142	0,836	98,655
16	0,129	0,76	99,415
17	9,94E-02	0,585	100
Extraction Method: Principal Component Analysis.			

Extraction Sums of Squared Loadings			
Component	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,083	41,664	41,664
2	1,788	10,516	52,18
3	1,489	8,757	60,937
4	1,192	7,009	67,946
Rotation Sums of Squared Loadings			
Component	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,501	26,475	26,475
2	2,977	17,514	43,99
3	2,636	15,507	59,497
4	1,436	8,449	67,946

Component Matrix(a)				
	Component			
	1	2	3	4
STAI-State-Rohwerte	0,508	0,26	0,33	0,139
STAI-Trait-T-Werte	0,836	-2,29E-02	0,136	-0,141
SCL1-Somatisierung	0,52	0,324	0,347	0,271
SCL2-Zwanghaftigkeit	0,777	0,188	-0,284	-0,329
SCL3-Unsicherheit im Sozialkontakt	0,843	7,21E-02	-8,15E-02	-9,18E-02
SCL4-Depressivität	0,882	5,44E-02	5,01E-02	-0,145
SCL5-Ängstlichkeit	0,68	0,183	-0,106	0,434
SCL6-Aggressivität	0,698	0,235	-0,242	-0,27
SCL7-Phobische Angst	0,519	0,179	0,121	0,588
SCL8-Paranoides Denken	0,742	0,311	-0,163	-0,219
SCL9-Psychotizismus	0,793	7,26E-02	-0,157	5,03E-02
GTS1-Soziale Resonanz	-0,596	0,556	3,48E-02	0,164
GTS2-Dominanz	3,11E-02	-0,333	0,606	-0,234
GTS3-Kontrolle	4,85E-02	0,318	0,678	-0,383
GTS4-Grundstimmung	0,55	-0,303	0,399	0,131
GTS5-Durchlässigkeit	0,635	-0,557	6,39E-02	0,194
GTS6-Soziale Potenz	0,55	-0,652	-0,155	1,03E-02
Extraction Method: Principal Component Analysis.				
a: 4 components extracted.				

Rotated Component Matrix(a)				
	Component			
	1	2	3	4
STAI-State-Rohwerte	0,292	3,97E-02	0,548	0,26
STAI-Trait-T-Werte	0,634	0,413	0,335	0,227
SCL1-Somatisierung	0,253	-4,24E-04	0,677	0,215
SCL2-Zwanghaftigkeit	0,888	0,167	9,31E-02	-4,93E-02
SCL3-Unsicherheit im Sozialkontakt	0,717	0,327	0,331	1,55E-02
SCL4-Depressivität	0,724	0,363	0,351	0,157
SCL5-Ängstlichkeit	0,387	0,188	0,667	-0,258
SCL6-Aggressivität	0,804	9,46E-02	0,13	-4,27E-02
SCL7-Phobische Angst	0,12	0,137	0,781	-0,139
SCL8-Paranoides Denken	0,813	5,67E-02	0,241	8,33E-03
SCL9-Psychotizismus	0,635	0,309	0,384	-0,12
GTS1-Soziale Resonanz	-0,34	-0,757	3,56E-02	-5,54E-02
GTS2-Dominanz	-0,169	0,319	-5,54E-02	0,633
GTS3-Kontrolle	0,117	-0,25	8,87E-02	0,791
GTS4-Grundstimmung	0,112	0,555	0,396	0,304
GTS5-Durchlässigkeit	0,163	0,807	0,28	-2,50E-02
GTS6-Soziale Potenz	0,226	0,826	-4,94E-03	-0,139
Extraction Method: Principal Component Analysis.				
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.				
a: Rotation converged in 6 iterations.				

Component Score Coefficient Matrix				
	Component			
	1	2	3	4
STAI-State-Rohwerte	-0,024	-0,074	0,247	0,149
STAI-Trait-T-Werte	0,111	0,063	-0,003	0,142
SCL1-Somatisierung	-0,068	-0,096	0,344	0,108
SCL2-Zwanghaftigkeit	0,312	-0,069	-0,181	-0,028
SCL3-Unsicherheit im Sozialkontakt	0,157	0,013	-0,005	-0,005
SCL4-Depressivität	0,151	0,025	-0,007	0,094
SCL5-Ängstlichkeit	-0,049	-0,022	0,322	-0,226
SCL6-Aggressivität	0,28	-0,092	-0,132	-0,026
SCL7-Phobische Angst	-0,178	-0,014	0,458	-0,154
SCL8-Paranoides Denken	0,261	-0,121	-0,064	0,002
SCL9-Psychotizismus	0,109	0,015	0,061	-0,106
GTS1-Soziale Resonanz	-0,03	-0,301	0,174	-0,037
GTS2-Dominanz	-0,094	0,171	-0,061	0,444
GTS3-Kontrolle	0,078	-0,153	-0,012	0,559
GTS4-Grundstimmung	-0,139	0,206	0,155	0,181
GTS5-Durchlässigkeit	-0,134	0,329	0,072	-0,046
GTS6-Soziale Potenz	-0,039	0,352	-0,116	-0,106
Extraction Method: Principal Component Analysis.				
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.				
Component Scores.				

Faktorenanalyse - MZP4

Communalities		
	Initial	Extraction
STAI-State-Rohwerte	1	0,712
STAI-Trait-T-Werte	1	0,797
SCL1-Somatisierung	1	0,65
SCL2-Zwanghaftigkeit	1	0,784
SCL3-Unsicherheit im Sozialkontakt	1	0,768
SCL4-Depressivität	1	0,852
SCL5-Ängstlichkeit	1	0,868
SCL6-Aggressivität	1	0,441
SCL7-Phobische Angst	1	0,6
SCL8-Paranoides Denken	1	0,718
SCL9-Psychotizismus	1	0,83
GTS1-Soziale Resonanz	1	0,789
GTS2-Dominanz	1	0,807
GTS3-Kontrolle	1	0,498
GTS4-Grundstimmung	1	0,78
GTS5-Durchlässigkeit	1	0,804
GTS6-Soziale Potenz	1	0,73
Extraction Method: Principal Component Analysis.		

Total Variance Explained			
Component	Initial Eigenvalues		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,888	46,4	46,4
2	2,008	11,813	58,213
3	1,355	7,969	66,182
4	1,177	6,922	73,104
5	0,883	5,192	78,297
6	0,698	4,105	82,402
7	0,646	3,802	86,203
8	0,573	3,372	89,575
9	0,418	2,458	92,033
10	0,316	1,858	93,891
11	0,28	1,649	95,54
12	0,228	1,339	96,879
13	0,151	0,887	97,765
14	0,146	0,859	98,624
15	9,83E-02	0,578	99,203
16	7,73E-02	0,454	99,657
17	5,82E-02	0,343	100
Extraction Method: Principal Component Analysis.			

Extraction Sums of Squared Loadings			
Component	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,888	46,4	46,4
2	2,008	11,813	58,213
3	1,355	7,969	66,182
4	1,177	6,922	73,104
Rotation Sums of Squared Loadings			
Component	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,477	38,102	38,102
2	2,664	15,672	53,774
3	1,857	10,924	64,698
4	1,429	8,406	73,104

Component Matrix(a)				
	Component			
	1	2	3	4
STAI-State-Rohwerte	0,729	0,112	7,29E-02	0,404
STAI-Trait-T-Werte	0,824	-0,181	2,99E-02	0,288
SCL1-Somatisierung	0,778	8,01E-02	7,38E-02	-0,178
SCL2-Zwanghaftigkeit	0,852	1,26E-03	-0,196	-0,142
SCL3-Unsicherheit im Sozialkontakt	0,797	0,221	-0,284	6,10E-02
SCL4-Depressivität	0,896	9,68E-02	0,191	-5,83E-02
SCL5-Ängstlichkeit	0,862	0,214	0,178	-0,218
SCL6-Aggressivität	0,603	0,121	-0,235	-8,50E-02
SCL7-Phobische Angst	0,723	0,125	8,62E-02	-0,233
SCL8-Paranoides Denken	0,671	0,338	-0,355	0,165
SCL9-Psychotizismus	0,856	0,286	-4,17E-02	-0,113
GTS1-Soziale Resonanz	-0,511	0,722	5,33E-02	6,42E-02
GTS2-Dominanz	0,14	3,71E-02	0,867	-0,186
GTS3-Kontrolle	0,175	-0,427	-7,65E-02	0,528
GTS4-Grundstimmung	0,553	2,73E-02	0,438	0,53
GTS5-Durchlässigkeit	0,472	-0,759	4,01E-02	-5,86E-02
GTS6-Soziale Potenz	0,505	-0,587	-0,107	-0,346
Extraction Method: Principal Component Analysis.				
a: 4 components extracted.				

Rotated Component Matrix(a)				
	Component			
	1	2	3	4
STAI-State-Rohwerte	0,596	4,30E-02	0,593	5,73E-02
STAI-Trait-T-Werte	0,59	0,373	0,555	4,08E-02
SCL1-Somatisierung	0,736	0,242	8,22E-02	0,208
SCL2-Zwanghaftigkeit	0,808	0,346	9,44E-02	-5,65E-02
SCL3-Unsicherheit im Sozialkontakt	0,827	8,10E-02	0,208	-0,187
SCL4-Depressivität	0,803	0,229	0,25	0,304
SCL5-Ängstlichkeit	0,853	0,156	7,22E-02	0,334
SCL6-Aggressivität	0,635	0,139	4,15E-02	-0,13
SCL7-Phobische Angst	0,713	0,197	1,02E-02	0,229
SCL8-Paranoides Denken	0,757	-9,03E-02	0,231	-0,289
SCL9-Psychotizismus	0,896	7,46E-02	0,109	9,98E-02
GTS1-Soziale Resonanz	-0,174	-0,846	-0,206	1,43E-02
GTS2-Dominanz	2,24E-02	1,11E-02	4,89E-02	0,897
GTS3-Kontrolle	-0,106	0,31	0,589	-0,207
GTS4-Grundstimmung	0,321	1,41E-03	0,744	0,352
GTS5-Durchlässigkeit	0,108	0,858	0,225	6,77E-02
GTS6-Soziale Potenz	0,286	0,801	-8,64E-02	1,07E-02
Extraction Method: Principal Component Analysis.				
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.				
a: Rotation converged in 6 iterations.				

Component Score Coefficient Matrix				
	Component			
	1	2	3	4
STAI-State-Rohwerte	0,03	-0,112	0,344	-0,021
STAI-Trait-T-Werte	0,005	0,051	0,275	-0,033
SCL1-Somatisierung	0,122	0,035	-0,103	0,103
SCL2-Zwanghaftigkeit	0,143	0,078	-0,107	-0,097
SCL3-Unsicherheit im Sozialkontakt	0,16	-0,064	0,017	-0,197
SCL4-Depressivität	0,104	0,001	0,012	0,163
SCL5-Ängstlichkeit	0,151	-0,017	-0,125	0,19
SCL6-Aggressivität	0,135	0,003	-0,088	-0,137
SCL7-Phobische Angst	0,132	0,025	-0,149	0,124
SCL8-Paranoides Denken	0,163	-0,142	0,073	-0,269
SCL9-Psychotizismus	0,177	-0,063	-0,083	0,014
GTS1-Soziale Resonanz	0,073	-0,362	-0,02	0,035
GTS2-Dominanz	-0,058	-0,008	-0,008	0,657
GTS3-Kontrolle	-0,141	0,084	0,439	-0,175
GTS4-Grundstimmung	-0,073	-0,127	0,499	0,207
GTS5-Durchlässigkeit	-0,098	0,371	0,041	0,028
GTS6-Soziale Potenz	0,006	0,367	-0,218	-0,01
Extraction Method: Principal Component Analysis.				
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.				
Component Scores.				

ANHANG G:**Deskriptive Statistiken der Faktorwerte der drei Faktoren****Deskriptive Statistiken alle Versuchspersonen**

	N	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness	Kurtosis
Faktor Psychopathologie						
MZP1	44	0,00	1,00	1,00	-0,40	-0,40
MZP4	44	-0,33	0,96	0,93	-0,30	-0,27
Faktor Sozialer Aspekt						
MZP1	44	0,00	1,00	1,00	-0,25	0,85
MZP4	44	0,06	0,82	0,67	-0,43	0,65
Faktor Angst						
MZP1	44	0,00	1,00	1,00	-0,72	0,16
MZP4	44	-0,37	1,27	1,60	-0,42	-0,76

Anzahl der Versuchspersonen (N), arithmetisches Mittel (Mean), Standardabweichung (Std. Deviation), Varianz (Variance), Schiefe (Skewness) und Exzeß (Kurtosis) der Faktorwerte aller Vpn in den drei Faktoren an den Meßzeitpunkten eins und vier.

Deskriptive Statistiken F40

	N	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness	Kurtosis
Faktor Psychopathologie						
MZP1	17	-0,09	1,07	1,14	-0,76	-0,22
MZP4	17	-0,35	1,02	1,04	-0,40	0,14
Faktor Sozialer Aspekt						
MZP1	17	0,15	1,12	1,26	0,27	0,27
MZP4	17	0,30	0,91	0,84	-1,08	3,40
Faktor Angst						
MZP1	17	0,40	0,62	0,38	-0,37	-0,08
MZP4	17	0,04	1,14	1,30	-1,24	2,17

Anzahl der Versuchspersonen (N), arithmetisches Mittel (Mean), Standardabweichung (Std. Deviation), Varianz (Variance), Schiefe (Skewness) und Exzeß (Kurtosis) der Faktorwerte der Vpn mit F40 in den drei Faktoren an den Meßzeitpunkten eins und vier.

Deskriptive Statistiken F41

	N	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness	Kurtosis
Faktor Psychopathologie						
MZP1	17	0,12	1,02	1,04	-0,68	-0,90
MZP4	17	-0,37	1,05	1,10	-0,38	-0,89
Faktor Sozialer Aspekt						
MZP1	17	0,03	1,07	1,15	-1,24	1,45
MZP4	17	0,15	0,70	0,49	-0,39	-0,91
Faktor Angst						
MZP1	17	0,03	1,19	1,40	-0,79	-0,11
MZP4	17	-0,61	1,38	1,91	-0,14	-1,06

Anzahl der Versuchspersonen (N), arithmetisches Mittel (Mean), Standardabweichung (Std. Deviation), Varianz (Variance), Schiefe (Skewness) und Exzeß (Kurtosis) der Faktorwerte der Vpn mit F41 in den drei Faktoren an den Meßzeitpunkten eins und vier.

Deskriptive Statistiken F43

	N	Mean	Std. Deviation	Variance	Skewness	Kurtosis
Faktor Psychopathologie						
MZP1	10	-0,04	0,92	0,85	1,28	2,25
MZP4	10	-0,24	0,77	0,60	0,78	1,53
Faktor Sozialer Aspekt						
MZP1	10	-0,31	0,59	0,35	-1,14	1,10
MZP4	10	-0,49	0,62	0,38	-0,32	-1,33
Faktor Angst						
MZP1	10	-0,73	0,85	0,72	-0,56	0,55
MZP4	10	-0,65	1,20	1,44	0,28	-1,48

Anzahl der Versuchspersonen (N), arithmetisches Mittel (Mean), Standardabweichung (Std. Deviation), Varianz (Variance), Schiefe (Skewness) und Exzeß (Kurtosis) der Faktorwerte der Vpn mit F43 in den drei Faktoren an den Meßzeitpunkten eins und vier.

ANHANG H:**Tests zur Normalverteilung der drei Faktoren**

	N	Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Absolute	Positive	Negative		
Faktor Psychopathologie						
MZP1	44	0,10	0,07	-0,10	0,69	0,72
MZP4	44	0,10	0,05	-0,10	0,69	0,73
Faktor Sozialer Aspekt						
MZP1	44	0,12	0,07	-0,12	0,82	0,51
MZP4	44	0,09	0,08	-0,09	0,63	0,82
Faktor Angst						
MZP1	44	0,12	0,07	-0,12	0,82	0,51
MZP4	44	0,10	0,06	-0,10	0,64	0,81

Kennwerte der Kolmogorov-Smirnov-Test zur Normalverteilung der Faktorwerte der drei Faktoren an den Meßzeitpunkten eins und vier.

ANHANG I:**Varianzanalysen zu den drei Faktoren**

Faktor Psychopathologie					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	2,014	1	4,506	0,040
	MZP * ICD_10	0,173	2	0,386	0,682
	Error(MZP)	0,447	41		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	2,154	1	1,381	0,247
	ICD_10	0,085	2	0,054	0,947
	Error	1,560	41		

Faktor Sozialer Aspekt					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	0,020	1	0,109	0,742
	MZP * ICD_10	0,190	2	1,021	0,369
	Error(MZP)	0,186	41		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	0,060	1	0,042	0,838
	ICD_10	2,554	2	1,784	0,181
	Error	1,431	41		

Faktor Angst					
	Source	Mean Square	df	F	Sig.
Tests of Within-Subjects Effects	MZP	1,928	1	3,351	0,074
	MZP * ICD_10	0,837	2	1,455	0,245
	Error(MZP)	0,575	41		
Tests of Between-Subjects Effects	Intercept	5,280	1	2,860	0,098
	ICD_10	5,495	2	2,977	0,062
	Error	1,846	41		

ANHANG J

(PatientInnen-Chiffre) (BASIS-A.TXT)

9. **Somatische Diagnosen (ICD-10)**

				.		

- O Hauptdiagnose _____
- O Verdachtsdiagnose _____
- O Verdachtsdiagnose _____
- O Verdachtsdiagnose _____

10. **Beschwerde-Dauer** bzgl. der Hauptdiagnose in Jahren: ____11. **Dauer des Erstkontaktes:** ____ Minuten12. **Setting des Erstkontaktes**O₁ Einzel O₂ Paar O₃ Familie O₄ Sonstiges13. **Hauptsächlich empfohlene Behandlung/Therapie: Setting** (eine Nennung)O₁ keine*ambulante Behandlung*O₂ Einzeltherapie/-beratungO₃ Paartherapie/-beratungO₄ Familientherapie/-beratung -O₅ GruppentherapieO₆ Selbsthilfegruppe -O₇ psychiatrische BehandlungO₈ psychosoziale BeratungO₉ sonstige ambulante Behandlung*stationäre Behandlung*O₉ psychotherap./psychosomat. KlinikO₁₀ psychiatrische Klinik -O₁₁ Suchtklinik/-station/EntgiftungO₁₂ psychotherapeutische Kur-/RehaklinikO₁₃ sonstige stationäre Behandlung14. **Hauptsächlich empfohlene Therapieschule**O₁ analytische Psychotherapie (hochfrequent im Liegen)O₂ tiefenpsychologisch fundierte PsychotherapieO₃ VerhaltenstherapieO₄ systemische TherapieO₅ GesprächspsychotherapieO₆ KörpertherapieO₇ EntspannungsverfahrenO₈ andereO₉ entfällt15. **Motivation des/der PatientIn zur empfohlenen Behandlung**nicht motiviert O₀ - O₁ - O₂ - O₃ - O₄ sehr motiviert - O₅ entfällt16. **Behandlungsdauer** an unserer Poliklinik: ____ (in Therapiestunden)17. **Bemerkungen/Vereinbarungen**

 (Unterschrift)

Sosi & Gesfb

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie die zutreffenden Antworten ankreuzen oder eigene Angaben unter die Fragen schreiben.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vielen Dank!

Geschlecht: m ☐ w ☐

Alter: ____ Jahre

Familienstand: ☐ ledig ☐ verwitwet
☐ verheiratet ☐ geschieden
☐ unverheiratet mit festem Lebenspartner ☐ getrennt lebend

Wie ist Ihre derzeitige Berufliche Situation?

- ☐ in Ausbildung
☐ berufstätig
☐ berufs- oder erwerbsunfähig
☐ berentet
☐ arbeitslos

Welchen Beruf üben Sie aus oder haben Sie zuletzt ausgeübt?

Wie ist Ihre Stellung im Beruf (Ihre letzte)?

- | | |
|--|---|
| <u>ARBEITER</u> | <u>ANGESTELLTER</u> |
| ☐ ungelernter | ☐ Angestellter (z.B. Verkäufer, Schreibkraft) |
| ☐ Facharbeiter | ☐ qualifizierter Angestellter (z.B. Buchhalter) |
| | ☐ leitender Angestellter (z.B. Abteilungsleiter, Akademiker) |
| <u>BEAMTER</u> | <u>SELBSTSTÄNDIGER</u> |
| ☐ einfacher oder mittlerer Dienst | ☐ Handwerker |
| ☐ gehobener Dienst | ☐ Landwirt im Haupterwerb |
| ☐ höherer Dienst | ☐ akademischer Selbstständiger |
| | ☐ Unternehmer |

ANDERES

und zwar: _____

- ☐ nie oder noch nie berufstätig gewesen

Welche Schulausbildung haben Sie?

- | | |
|---|--|
| ☐ Sonderschule ohne Abschluß | ☐ Realschule (Mittlere Reife) |
| ☐ Sonderschule mit Abschluß | ☐ Fachschul-/ Fachhochschulreife |
| ☐ Hauptschule ohne Abschluß | ☐ Abitur / Hochschulreife |
| ☐ Hauptschule mit Abschluß | ☐ einen anderen Abschluß, und zwar: |
-

Welche Berufsausbildung haben Sie?

- | | |
|--|--|
| ☐ keine Berufsausbildung | ☐ Meisterprüfung |
| ☐ nicht abgeschlossene Berufsausbildung | ☐ Fachschulabschluß |
| ☐ im Betrieb angelernt | ☐ Fachhochschulabschluß |
| ☐ abgeschlossene Lehre | ☐ Hochschulabschluß |

Wie hoch ist ungefähr Ihr verfügbares monatliches Einkommen?
(Nettoeinkommen der Familie, abzüglich Steuern und Versicherungen)

- | | |
|---|---|
| ☐ bis 500 DM | ☐ 2000 bis unter 3000 DM |
| ☐ 500 bis unter 1000 DM | ☐ 3000 bis unter 4000 DM |
| ☐ 1000 bis unter 1500 DM | ☐ 4000 und mehr |
| ☐ 1500 bis unter 2000 DM | |

Wie wohnen Sie?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ alleine | ☐ mit Partner |
| ☐ mit Eltern | ☐ mit Partner und Eltern |

Wo wohnen Sie?

- ☐ keinen festen Wohnsitz
- ☐ zur Untermiete
- ☐ in einer Mietwohnung
- ☐ in einem gemieteten Einfamilienhaus
- ☐ in einer Eigentumswohnung
- ☐ im eigenen Haus
- ☐ in einer Einrichtung (Pflegeheim, o.a.)
- ☐ in einer Notunterkunft

Bitte überprüfen Sie ob Sie alle Fragen beantwortet haben!

Ges FB

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Gesundheitszustand. Bitte geben Sie an ob Sie die unten stehenden Krankheiten früher einmal gehabt haben und wann ca.. Zusätzlich möchten wir von Ihnen wissen ob Sie sie zur Zeit haben.

Ihre Angaben fallen natürlich unter das Datenschutzgesetz und werden vertraulich behandelt.

Vielen Dank!

Gewicht: ca. _____ kg

Größe: ca. _____ cm

Allergische Reaktionen auf Medikamente ☐ JA ☐ NEIN

Falls JA, auf welche? _____

		Falls JA, in welchem Alter ungefähr?	Zur Zeit Vorhanden?
Asthma	☐ JA ☐ NEIN	_____	☐ Ja ☐ NEIN
Erhöhter Blutdruck	☐ JA ☐ NEIN	_____	☐ Ja ☐ NEIN
Herzfehler und sonstige Herzkrankungen	☐ JA ☐ NEIN	_____	☐ Ja ☐ NEIN
Kreislaufstörungen	☐ JA ☐ NEIN	_____	☐ Ja ☐ NEIN
Kopfschmerzen (chronisch oder Migräne)	☐ JA ☐ NEIN	_____	☐ Ja ☐ NEIN
Lerberkrankheiten	☐ JA ☐ NEIN	_____	☐ Ja ☐ NEIN
Nierenkrankheiten	☐ JA ☐ NEIN	_____	☐ Ja ☐ NEIN
Harnwegserkrankungen	☐ JA ☐ NEIN	_____	☐ Ja ☐ NEIN
Diabetis (Zuckerkrankheit)	☐ JA ☐ NEIN	_____	☐ Ja ☐ NEIN
Schilddrüsen Unter- oder Überfunktion	☐ JA ☐ NEIN	_____	☐ Ja ☐ NEIN
sonstige hormonale Störungen	☐ JA ☐ NEIN	_____	☐ Ja ☐ NEIN

		Falls JA, in welchem Alter ungefähr?	Zur Zeit Vorhanden?
neurologische Krankheiten	☐ JA ☐ NEIN	_____	☐ Ja ☐ NEIN
Anfallsleiden	☐ JA ☐ NEIN	_____	☐ Ja ☐ NEIN
Gehirnerschütterung	☐ JA ☐ NEIN	_____	☐ Ja ☐ NEIN
Sonstiges	☐ JA ☐ NEIN	_____	☐ Ja ☐ NEIN

Wieviel Zigaretten rauchen Sie pro Tag?

- ☐ Nichtraucher
☐ 1 - 5
☐ 6 - 20
☐ mehr als 20

Nehmen Sie Alkoholische Getränke zu sich?

	NIE	SELTEN	HÄUFIG	REGELMÄßIG
Bier	☐	☐	☐	☐
Wein	☐	☐	☐	☐
hoch prozentige (z.B. Schnaps, Whisky)	☐	☐	☐	☐

Treiben sie Sport?

Nicht gemeint sind Geistesportarten wie (Schach o.a.)

- ☐ nie
☐ selten
☐ unregelmäßig
☐ regelmäßig
☐ Hochleistungssport (mind. 2x pro Woche ca. 3 Stunden Training und zus. Wettkampf)

Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben!

Fragebogen zur Selbstbeschreibung**STAI-G Form X 1**

Name _____ Mädchenname _____
 Vorname _____ Geburtsdatum _____ Alter _____ Jahre
 Beruf _____ Geschlecht m/w
 Datum _____ Institution _____
 Uhrzeit _____

Anleitung: Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich **jetzt**, d. h. **in diesem Moment**, fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an.
 Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die Ihren **augenblicklichen** Gefühlszustand am besten beschreibt.

	ÜBERHAUPT NICHT	EIN WENIG	ZIEMLICH	SEHR
1. Ich bin ruhig	1	2	3	4
2. Ich fühle mich geborgen	1	2	3	4
3. Ich fühle mich angespannt	1	2	3	4
4. Ich bin bekümmert	1	2	3	4
5. Ich bin gelöst	1	2	3	4
6. Ich bin aufgeregt	1	2	3	4
7. Ich bin besorgt, daß etwas schiefgehen könnte	1	2	3	4
8. Ich fühle mich ausgeruht	1	2	3	4
9. Ich bin beunruhigt	1	2	3	4
10. Ich fühle mich wohl	1	2	3	4
11. Ich fühle mich selbstsicher	1	2	3	4
12. Ich bin nervös	1	2	3	4
13. Ich bin zappelig	1	2	3	4
14. Ich bin verkrampft	1	2	3	4
15. Ich bin entspannt	1	2	3	4
16. Ich bin zufrieden	1	2	3	4
17. Ich bin besorgt	1	2	3	4
18. Ich bin überreizt	1	2	3	4
19. Ich bin froh	1	2	3	4
20. Ich bin vergnügt	1	2	3	4

Fragebogen zur Selbstbeschreibung**STAI-G Form X 2**

Name _____ Mädchenname _____
 Vorname _____ Geburtsdatum _____ Alter _____ Jahre
 Beruf _____ Geschlecht m/w
 Datum _____ Institution _____
 Uhrzeit _____

Anleitung: Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich **im allgemeinen** fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die am besten beschreibt, wie Sie sich im **allgemeinen** fühlen.

	FAST NIE	MANCHMAL	OFT	FAST IMMER
21. Ich bin vergnügt	1	2	3	4
22. Ich werde schnell müde	1	2	3	4
23. Mir ist zum Weinen zumute	1	2	3	4
24. Ich glaube, mir geht es schlechter als anderen Leuten	1	2	3	4
25. Ich verpasse günstige Gelegenheiten, weil ich mich nicht schnell genug entscheiden kann	1	2	3	4
26. Ich fühle mich ausgeruht	1	2	3	4
27. Ich bin ruhig und gelassen	1	2	3	4
28. Ich glaube, daß mir meine Schwierigkeiten über den Kopf wachsen	1	2	3	4
29. Ich mache mir zuviel Gedanken über unwichtige Dinge	1	2	3	4
30. Ich bin glücklich	1	2	3	4
31. Ich neige dazu, alles schwer zu nehmen	1	2	3	4
32. Mir fehlt es an Selbstvertrauen	1	2	3	4
33. Ich fühle mich geborgen	1	2	3	4
34. Ich mache mir Sorgen über mögliches Mißgeschick	1	2	3	4
35. Ich fühle mich niedergeschlagen	1	2	3	4
36. Ich bin zufrieden	1	2	3	4
37. Unwichtige Gedanken gehen mir durch den Kopf und bedrücken mich	1	2	3	4
38. Enttäuschungen nehme ich so schwer, daß ich sie nicht vergessen kann	1	2	3	4
39. Ich bin ausgeglichen	1	2	3	4
40. Ich werde nervös und unruhig, wenn ich an meine derzeitigen Angelegenheiten denke	1	2	3	4

Codenummer / Name:

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblichBildungsstand: ☐ Haupt-/Realschule ☐ Abitur ☐ abgeschl. Studium ☐ unbekannt

Alter:

Datum:

SCL-
90-R**Anleitung**

Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten sieben Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.

Bitte beantworten Sie jede Frage!**Beispiel:**

Frage: Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Rückenschmerzen?

Stärke Ihrer Zustimmung:

Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten „sehr stark“ zutrifft, dann kreuzen Sie bitte das Kästchen **4** = „sehr stark“ an.

Alle Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

überhaupt
nicht
ein wenig
ziemlich
stark
sehr stark

0 1 2 3 4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Kopfschmerzen	0	1	2	3	4
2. Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	0	1	2	3	4
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	0	1	2	3	4
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	0	1	2	3	4
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	0	1	2	3	4
7. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	0	1	2	3	4
8. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	0	1	2	3	4
9. Gedächtnisschwierigkeiten	0	1	2	3	4
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	0	1	2	3	4
11. dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	0	1	2	3	4
12. Herz- und Brustschmerzen	0	1	2	3	4
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0	1	2	3	4
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	0	1	2	3	4
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	0	1	2	3	4
17. Zittern	0	1	2	3	4
18. dem Gefühl, daß man den meisten Menschen nicht trauen kann	0	1	2	3	4
19. schlechtem Appetit	0	1	2	3	4
20. Neigung zum Weinen	0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	0	1	2	3	4
22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	0	1	2	3	4
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4
24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	0	1	2	3	4
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	0	1	2	3	4
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	0	1	2	3	4
27. Kreuzschmerzen	0	1	2	3	4
28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	0	1	2	3	4
29. Einsamkeitsgefühlen	0	1	2	3	4
30. Schwermut	0	1	2	3	4
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	0	1	2	3	4
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
33. Furchtsamkeit	0	1	2	3	4
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0	1	2	3	4
35. der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	0	1	2	3	4
36. dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	0	1	2	3	4
37. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0	1	2	3	4
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig ist	0	1	2	3	4
39. Herzklopfen oder Herzjagen	0	1	2	3	4
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4

SCL-
90-R

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0 1 1 2 3 4	66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	0 1 1 2 3 4
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	0 1 1 2 3 4	67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0 1 1 2 3 4
43. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden	0 1 1 2 3 4	68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	0 1 1 2 3 4
44. Einschlafschwierigkeiten	0 1 1 2 3 4	69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0 1 1 2 3 4
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzu- kontrollieren, was Sie tun	0 1 1 2 3 4	70. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	0 1 1 2 3 4
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0 1 1 2 3 4	71. einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist	0 1 1 2 3 4
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0 1 1 2 3 4	72. Schreck- und Panikanfällen	0 1 1 2 3 4
48. Schwierigkeiten beim Atmen	0 1 1 2 3 4	73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	0 1 1 2 3 4
49. Hitzewallungen und Kälteschauern	0 1 1 2 3 4	74. der Neigung, immer wieder in Erörte- rungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	0 1 1 2 3 4
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0 1 1 2 3 4	75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	0 1 1 2 3 4
51. Leere im Kopf	0 1 1 2 3 4	76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	0 1 1 2 3 4
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0 1 1 2 3 4	77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0 1 1 2 3 4
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	0 1 1 2 3 4	78. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können	0 1 1 2 3 4
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0 1 1 2 3 4	79. dem Gefühl, wertlos zu sein	0 1 1 2 3 4
55. Konzentrationsschwierigkeiten	0 1 1 2 3 4	80. dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	0 1 1 2 3 4
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0 1 1 2 3 4	81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	0 1 1 2 3 4
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0 1 1 2 3 4	82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohn- macht zu fallen	0 1 1 2 3 4
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	0 1 1 2 3 4	83. dem Gefühl, daß die Leute Sie aus- nutzen, wenn Sie es zulassen würden	0 1 1 2 3 4
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	0 1 1 2 3 4	84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	0 1 1 2 3 4
60. dem Drang, sich zu überessen	0 1 1 2 3 4	85. dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0 1 1 2 3 4
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	0 1 1 2 3 4	86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	0 1 1 2 3 4
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	0 1 1 2 3 4	87. dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	0 1 1 2 3 4
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0 1 1 2 3 4	88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0 1 1 2 3 4
64. frühem Erwachen am Morgen	0 1 1 2 3 4	89. Schuldgefühlen	0 1 1 2 3 4
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	0 1 1 2 3 4	90. dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ih- rem Verstand nicht in Ordnung ist	0 1 1 2 3 4

GT-S

Name _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Testdatum _____

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie Sie sich selbst sehen und empfinden. Bitte tragen Sie Ihren Eindruck von sich selbst auf einer Skala ein. Die Skala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht jeweils von 1 bis 3 nach links oder rechts.

0 = Sie glauben, daß Ihr Verhalten **im Vergleich zu anderen Menschen** unauffällig ist. 0 bedeutet also, daß **diese Haltung bzw. Einstellung** im Vergleich zu anderen Menschen in der Mitte liegt. (Z. B. Nr. 1: Wenn Sie den Eindruck haben, daß Sie selbst im Vergleich zu anderen Menschen weder ungeduldig noch geduldig sind, dann kreuzen Sie 0 an. Weicht Ihr Verhalten nach einer Seite hin ab, so kreuzen Sie bitte je nach Ausmaß 1, 2 oder 3 an.)

GT-S 1

© 1972 by Verlag Hans Huber, Bern
3.456 30536 2*

1 Ich habe den Eindruck, ich bin eher ungeduldig	3 2 1 0 1 2 3	eher geduldig.
2 Ich glaube, ich suche eher	3 2 1 0 1 2 3	ich meide eher Geselligkeit
3 Ich schätze, ich lege es eher darauf an, andere zu lenken	3 2 1 0 1 2 3	von anderen gelenkt zu werden.
4 Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig beeinflussen.
5 Ich habe den Eindruck, daß ich mir eher selten	3 2 1 0 1 2 3	eher besonders häufig über meine inneren Probleme Gedanken mache.
6 Ich schätze, daß ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen	3 2 1 0 1 2 3	meinen Ärger irgendwie abzureagieren.
7 Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	kaum daran interessiert, andere zu übertreffen.
8 Ich halte mich für sehr wenig	3 2 1 0 1 2 3	besonders ängstlich.
9 Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden	3 2 1 0 1 2 3	eher unzufrieden sind.
10 Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	besonders wenig Vertrauen.
11 Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von meinen Bedürfnissen nach Liebe.
12 Ich glaube, ich meide eher	3 2 1 0 1 2 3	suche eher sehr engen Anschluß an einen anderen Menschen.
13 Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher gut	3 2 1 0 1 2 3	eher schlecht mit Geld umgehen.
14 Ich halte mich selten	3 2 1 0 1 2 3	oft für sehr bedrückt.
15 Ich habe den Eindruck, ich gebe im allgemeinen viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von mir preis.
16 Ich schätze, es gelingt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mich beliebt zu machen.
17 Ich glaube, ich habe es eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, mich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden.
18 Ich glaube, ich bin mit der Wahrheit eher großzügig	3 2 1 0 1 2 3	eher übergenu.
19 Ich habe den Eindruck, ich gehe eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer aus mir heraus.
20 Ich glaube, im Vergleich zu meinen Altersgenossen wirke ich in meinem Benehmen eher jünger	3 2 1 0 1 2 3	eher älter.
21 Ich habe den Eindruck, ich bin eher sehr wenig ordentlich	3 2 1 0 1 2 3	eher überordentlich.
22 Ich schätze, ich gerate besonders häufig	3 2 1 0 1 2 3	besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen.

23 Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, daß man mich für minderwertig	3 2 1 0 1 2 3	für wertvoll hält.
24 Ich habe den Eindruck, ich schaffe mir im Leben eher besonders viel Mühe	3 2 1 0 1 2 3	eher Bequemlichkeit.
25 Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr fern	3 2 1 0 1 2 3	eher sehr nahe.
26 Ich glaube, ich habe im Vergleich zu anderen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	eher wenig Phantasie.
27 Ich glaube, ich lege kaum	3 2 1 0 1 2 3	sehr viel Wert darauf, schön auszu-sehen.
28 Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mit anderen eng zusammenzuarbeiten.
29 Ich denke, ich mache mir selten	3 2 1 0 1 2 3	immer Selbstvorwürfe.
30 Ich glaube, ich kann einem Partner außerordentlich viel	3 2 1 0 1 2 3	wenig Liebe schenken.
31 Ich glaube, ich benehme mich im Vergleich zu anderen besonders fügsam	3 2 1 0 1 2 3	besonders eigensinnig.
32 Ich glaube, ich mache mir verhältnismäßig selten	3 2 1 0 1 2 3	verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen.
33 Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht	3 2 1 0 1 2 3	eher gut, meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen.
34 Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv	3 2 1 0 1 2 3	wenig erlebnisfähig.
35 Ich denke, ich habe sehr gute	3 2 1 0 1 2 3	sehr schlechte schauspielerische Fähigkeiten.
36 Ich glaube, daß man mich im allgemeinen eher als stark	3 2 1 0 1 2 3	eher als schwach einschätzt.
37 Ich habe den Eindruck, ich habe es sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken.
38 Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu anderen eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, bei einer Sache zu bleiben.
39 Ich glaube, ich kann sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht ausgelassen sein.
40 Ich fühle mich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen	3 2 1 0 1 2 3	sehr befangen.

ANHANG K

Dr. med. Wulf Steglich
Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie
Brigitte Schwan-Steglich
Prakt. Ärztin

Ernst-Leitz-Str. 32
35578 Wetzlar
Telefon: 06441/27175
Telefax: 06441/211227

Sehr geehrte(r) Frau / Herr ,

in Zusammenarbeit mit der Justus-Liebig-Universität in Gießen führen wir eine wissenschaftliche Untersuchung durch, die einerseits der Sicherung bisheriger Erkenntnisse, andererseits dem Erwerb neuen Schulwissens dienen soll.

Bitte beantworten Sie hierzu die beigefügten Fragebögen in der Reihenfolge wie sie in der Mappe liegen und achten darauf, daß die Bögen vollständig ausgefüllt sind.

Die Teilnahme an der Untersuchung ist für Sie jederzeit freiwillig und erbringt Ihnen bei Nichtteilnahme keinerlei Nachteile. Die dabei erhobenen persönlichen Daten werden anonym ausgewertet und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Wenn Sie es wünschen, sind wir gerne bereit, Ihnen die Ergebnisse der Untersuchung im Rahmen eines persönlichen Gespräches näher zu erläutern.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und verbleiben
mit freundlichen Grüßen

Dr. med. W. Steglich
B. Schwan-Steglich

Woche:	DONNERSTAG	FREITAG	SAMSTAG	SONNTAG	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH
Wann ist Angst aufgetreten:							
In welcher Stärke:							
In welcher Situation:							
Was habe ich dagegen unternommen:							
Welche Ursachen lagen der Angst zugrunde:							
Name:							

The figure is a blank graph template for recording panic attack data. It consists of a coordinate system with a vertical y-axis and a horizontal x-axis.

- Y-axis:** Labeled "Absolute Panik" (Absolute Panic) at the top. The scale ranges from 0 to 100, with major tick marks at 0, 20, 40, 60, 80, and 100.
- X-axis:** Labeled "Angstfreiheit" (Panic freedom) at the bottom. It represents a 24-hour cycle with time points from 6:00 to 22:00 in hourly increments. The period from 22:00 to 6:00 is labeled "nachts" (night).
- Medication Section:** Below the x-axis, there are four horizontal lines for recording "Medikament" (medication).
- Name Field:** At the top right, there is a line for the patient's name, labeled "Name:".

DANKSAGUNG

Hiermit danke ich all jenen Patientinnen und Patienten, die an der Untersuchung teilgenommen haben und ohne deren aktive Mitwirkung diese Studie nicht möglich gewesen wäre.

Für die initiale Idee und die laufende Förderung danke ich Herrn Dr. med. Wulf Steglich sowie seiner Frau Brigitte, die die Untersuchung in der Tagesklinik ihrer Praxis ermöglichten, und die Arbeit bis heute aktiv begleitet haben.

Ich danke ganz herzlich Herrn Privatdozent Dr. med. Wolfgang Milch für die Überlassung des Themas und die immerwährende und freundliche Unterstützung in der gesamten Betreuung der Arbeit sowie für seine stetige Bereitschaft, mit zeitlichem Engagement und konstruktiven Anregungen für ein reibungsloses Fortkommen Sorge zu tragen.

Ein besonders großer Dank gilt Herrn Dipl.-Psych. Boris Orth für seine aktive Mithilfe in der umfangreichen statistischen Auswertung sowie für seine beständige Bereitschaft, mir in unzähligen Diskussionen immer wieder freundschaftlich und mit wertvollen Hinweisen und Ratschlägen zur Seite zu stehen. In gleicher Weise danke ich Frau Dipl.-Psych. Dr. biol. hom. Ursula Pauli-Pott für die sehr nützlichen Vorschläge und Impulse in der statistischen Betreuung.

Weiterhin danke ich ganz herzlich Herrn Dr. sc. nat. Wolfgang W. Zöller und Herrn Dipl.-Psych. Hartmut Klein, die mir in ausführlichen Interviews über die Entwicklung des Angstbewältigungsprogramms und dessen einzelnen Therapieelemente Rede und Antwort standen sowie Herrn Jörg Fischer M.A. für die prompte und wirkungsvolle Mithilfe bei den umfangreichen Scanning-Arbeiten in der Gestaltung des Anhangs.

Nicht zuletzt liegt dem Erfolg dieser Arbeit die Unterstützung meiner Familie in Freiburg, Saarbrücken und Neudorf sowie all meiner Freunde zugrunde, die für Freude, aber auch für Frustrationen immer ein offenes Ohr hatten und mir verständig und liebevoll zur Seite standen.

LEBENS LAUF

	Ulrich Leber
	Persönliche Daten
16.02.1957	Geburtstag Geburtsort: Freiburg im Breisgau Familienstand: ledig Nationalität: deutsch
	Schulbildung und -abschluß
05/78	Abitur, Hohenzollern-Gymnasium, Sigmaringen/Hohenz. Internat Erzb. Gymnasialkonvikt St. Fidelis, Sigmaringen
10/78 – 12/79	Wehrdienst
	Berufsausbildung und –tätigkeit
01/80 – 08/80	Praktikum im elterlichen Unternehmen Firma Heinrich Leber, Freiburg
09/80 – 06/82	Ausbildung zum Bankkaufmann Volksbank Freiburg eG, Freiburg
07/82 – 09/83	Mitarbeiter Kredit-Revision Volksbank Freiburg eG, Freiburg
10/83 – 10/84	Trainee-Programm Außenhandel Südwestdeutsche Genossenschafts-Zentralbank AG, Frankfurt am Main
11/84 – 09/91	Leiter Auslandsbereich, Abt.-Direktor Volksbank Gießen eG, Gießen
	Studium der Humanmedizin
10/91 – 10/99	Justus-Liebig-Universität Gießen
09/94	Ärztliche Vorprüfung
09/95	1. Staatsexamen
04/98	2. Staatsexamen
09/98 – 08/99	Praktisches Jahr in St. Moritz und Wetzlar
10/99	3. Staatsexamen

Gießen, im Mai 2001