

**Die Modifikation**  
**nicht-symptomspezifischer Parameter nach einer**  
**Reizkonfrontationstherapie**

Dissertation  
zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der Philosophie  
an der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der  
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

vorgelegt von  
Dipl.-Psych. Nicole Hekler  
Heidelberg März 2003

Gutachter  
1. Prof. Dr. Peter A. Fiedler  
2. Prof. Dr. Wolfgang Fiegenbaum

# **I EINLEITUNG**

In der kognitiven verhaltenstherapeutischen Therapieschule hat sich bei der Behandlung von Angststörungen die Konfrontation mit den angstausslösenden Stimuli, sei es nun durch Reizkonfrontationstherapie oder systematische Desensibilisierung als Methode der Wahl etabliert. Unstrittig unter den Vertretern dieses Ansatzes gilt dabei die Angst als der Hauptansatzpunkt der Intervention.

Kritiker dieses Ansatzes merken jedoch immer wieder an, dass bei einem derartigen Vorgehen in der Regel lediglich die Symptome und nicht das zugrundeliegende Problem der Störung beseitigt werden und man lediglich eine kurzfristige Besserung der Angst mit einhergehender Verschlechterung in anderen Lebensbereichen erzielen wird.

Auch wenn im wissenschaftlichen Umfeld die Wirksamkeit der Reizkonfrontationstherapie inzwischen vielfältig bewiesen wurde, ist diese Überzeugung unter Praktikern und zuweisenden Medizinern noch weit verbreitet. In Anbetracht auch von Ergebnissen, nach denen nur 4% aller Angstpatienten eine angemessene Behandlung ihrer Probleme erhalten von 70%, die sich bereits mindestens einer Behandlung unterzogen haben (Margraf & Ehlers, 1991), erscheint es sinnvoll, die Befindlichkeit der Patienten auch außerhalb des engen Angstbereiches zu untersuchen, um Überzeugungen hinsichtlich der Schädlichkeit eines symptomzentrierten Verfahrens zu überprüfen und wenn gerechtfertigt widerlegen zu können.

*„Konfrontationsverfahren als symptomzentrierte Form der Behandlung haben als primäres Therapieerfolgskriterium das der Angstreduktion. Die Bearbeitung von Problemen, die in engem Zusammenhang mit der Agoraphobie stehen und/oder bedeutsam für Genese und Aufrechterhaltung des Symptoms sind (...) wird mit diesem Verfahren nicht explizit beabsichtigt. Für eine umfassende Bewertung des Verfahrens ist daher zu prüfen, ob die Erfolge hinsichtlich der Behebung der agoraphobischen Symptome langfristig stabil bleiben. Interessant ist es jedoch auch zu ermitteln, inwieweit die Behandlungseffekte auf Lebens- und Problembereiche generalisieren, die nicht direkt in die Therapie einbezogen wurden.“ (Fiegenbaum, 1986, S.82).*

So sollen in dieser Untersuchung die Therapieeffekte bezüglich der Angstreduktion repliziert werden und darüber hinaus die Veränderungen in Bezug auf nicht-symptomspezifische Variablen wie Interpersonale Probleme, Selbstsicherheit, Partnerschaft und soziale Unterstützung untersucht werden. Dabei kann in diesem Zusammenhang nicht geklärt werden, ob die Angststörung oder die Partnerschaftsstörung „zu erst“ entstanden ist:

*„Hinzu kommt, dass Patienten bei nahestehenden Personen Schutz und Unterstützung suchen, wodurch sich als zusätzlicher Aspekt eine (störungsbedingte) Dependenz von Begleitpersonen beim Erledigen alltäglicher Aufgaben einstellen und verfestigen kann“ (Fiedler, 1996, S.207).*

Es kann jedoch ein zuverlässiges Bild entworfen werden, wie es den betroffenen Patienten nach einer Konfrontationstherapie bezüglich ihrer Angst, ihrer Partnerschaft, ihres sozialen Umfelds, ihrer Selbstsicherheit und ihrer interpersonalen Probleme ergeht.

Danken möchte ich Prof. Peter A. Fiedler für seine engagierte Betreuung, Prof. W. Fiegenbaum für seine freundliche Begleitung in den Promoventen-Kolloquien, Dr. Hinrich Bents für die Unterstützung bei der Datengenerierung, Bernd Leinböck für essentielle ASCII-Dateien, ohne die ich die Datenmenge niemals bewältigt hätte, Michael Wiseman für die methodischen Anregungen, Peter Koller für sein großzügiges Stipendium und Susanne Annes, Almut Raabe, Peter Bechberger und Dorothee Sternburg für ihre jahrelange Geduld mit mir und diesem Thema.

## **II INHALTSVERZEICHNIS**

<b>I Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>II Inhaltsverzeichnis</b>	<b>4</b>
<b>III Theorie</b>	<b>8</b>
<b>1. Theoretische Ansätze</b>	<b>9</b>
1.1.Kognitiv-behaviorale Ansätze zur Angstentstehung	9
1.2.Interpersonale Ansätze zur Angststörung	14
<b>2. Empirische Befunde</b>	<b>19</b>
2.1.Empirie zur Veränderung der Angst	19
2.2 Empirie zur Veränderung der Depression	22
2.3.Empirie zur Veränderung der Partnerschaft	24
2.4. Empirie zur Veränderung der Interpersonalen Probleme	31
2.5.Empirie zur Veränderung der Selbstsicherheit	33
2.6.Empirie zur Veränderung der Sozialen Unterstützung	36
2.7. Fazit	38
<b>IV Hypothesen</b>	<b>39</b>
<b>1. Kontrollhypothesen</b>	<b>40</b>
1.1. Quasi-Kontrollgruppe Angstparameter	40
1.2. Quasi-Kontrollgruppe Depression	41
1.3. Quasi-Kontrollgruppe Partnerschaft	41
1.4. Quasi-Kontrollgruppe Selbstsicherheit	41
<b>2. Vorhypothesen</b>	<b>42</b>
2.1. Angstparameter – 6 Wochen	42
2.2. Angstparameter – 1 Jahr	42
2.3. Depression - 6 Wochen	43
2.4. Depression - 1 Jahr	43
<b>3. Hypothesen</b>	<b>44</b>
3.1. Interpersonale Probleme	44
3.2. Selbstunsicherheit	44
3.3. Partnerschaft	45
3.4. Soziale Unterstützung	45
<b>V Methoden</b>	<b>46</b>
<b>1. Zeitlicher Ablauf</b>	<b>47</b>
1.1. Behandlungsverlauf	47
1.2. Messzeitpunkte	50

<b>2. Instrumente</b>	<b>51</b>
2.1. Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen (ACQ)	51
2.2. Fragebogen zu Angst vor körperlichen Symptomen (BSQ)	51
2.3. Beck Depression Inventory (BDI)	52
2.4. Partnerschaftsfragebogen (PFB)	52
2.5. Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP)	53
2.6. Unsicherheits-Fragebogen (UFB)	55
2.7. Der Fragebogen zur sozialen Integration (FSI)	56
2.8. Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)	57
2.9. Basisdaten (BD)	57
2.10. Zusammensetzung der nicht-symptomspezifischen Parameter	58
<b>3. Probanden</b>	<b>59</b>
3.1. Ausschluss durch Diagnose	59
3.2. Therapieablehner	60
3.3. Fragebogenverweigerer	61
3.4. Demographie	62
<b>4. Statistik</b>	<b>65</b>
4.1. Kontrollhypothesen	65
4.2. Vorhypothesen	65
4.3. Hypothesen	66
<b>VI Ergebnis</b>	<b>67</b>
<b>1. Kontrollhypothesen</b>	<b>68</b>
1.1. Quasi-Kontrollgruppe Angstparameter	68
1.2. Quasi-Kontrollgruppe Depression	71
1.3. Quasi-Kontrollgruppe Partnerschaft	73
1.4. Quasi-Kontrollgruppe Selbstsicherheit	77
<b>2. Vorhypothesen</b>	<b>81</b>
2.1. Angstparameter – 6 Wochen	81
2.2. Angstparameter – 1 Jahr	84
2.3. Depression - 6 Wochen	87
2.4. Depression - 1 Jahr	89
<b>3. Hypothesen</b>	<b>91</b>
3.1. Interpersonale Probleme	91
3.2. Selbstunsicherheit	104
3.3. Partnerschaft	112
3.4. Soziale Unterstützung	120

<b>VII Diskussion</b>	<b>127</b>
<b>1. Hypothesen</b>	<b>128</b>
1.1 Kontrollhypothesen	128
1.2. Vorhypothesen	129
1.3. Hypothesen	130
<b>2. Methodische Betrachtung</b>	<b>136</b>
2.1. Quasi-Kontrollgruppe	136
2.2. Operationalisierung der Variablen	137
2.3. Body Sensations Questionnaire	139
<b>3. Ausblick</b>	<b>140</b>
<b>VIII Literatur</b>	<b>142</b>
<b>Anhang</b>	<b>150</b>

### **III THEORIE**

## **1. Theoretische Ansätze**

Das primäre Ziel der Konfrontationstherapien bei den verschiedenen Arten von Ängsten ist das der Angstreduktion. Dies bedeutet in erster Linie eine Verbesserung der symptomatischen Beschwerden. Dabei wird davon ausgegangen, dass in vielen Fällen die Faktoren, die zur Entstehung der Störung beigetragen haben, nicht mehr akut wirksam sind, sondern die Angststörung durch kognitive Einstellungsänderungen, verändertes Verhalten, konditionierte vegetative Reaktionen und motorische Korrelate (z.B. Vermeidungsverhalten) aufrecht erhalten wird. Die Genese wird nur insofern als Veränderungsfokus relevant, wenn sie noch akut im momentanen Lebensbereich wirksam ist, ein Beispiel wären mangelnde soziale Kompetenzen bei sozialer Angst.

Bei Agoraphobien und generellen Angststörungen wurde immer wieder auch mit systemischen oder intrapersonellen Ansätzen die Symptomatik als sekundäres Problem analysiert, oder es wurde versucht, den verbleibenden Prozentsatz der Patienten, die nicht vollständig von einem konfrontativen Verfahren profitieren konnten, zu erklären. Ebenso wurde immer wieder die Gefahr eines Rückfalls und die Unmöglichkeit der Erhaltung der symptomatischen Verbesserung bei Außerachtlassen des interpersonalen Entstehungshintergrundes zu bedenken gegeben.

### **1.1. Kognitiv-behaviorale Ansätze zur Angststörung**

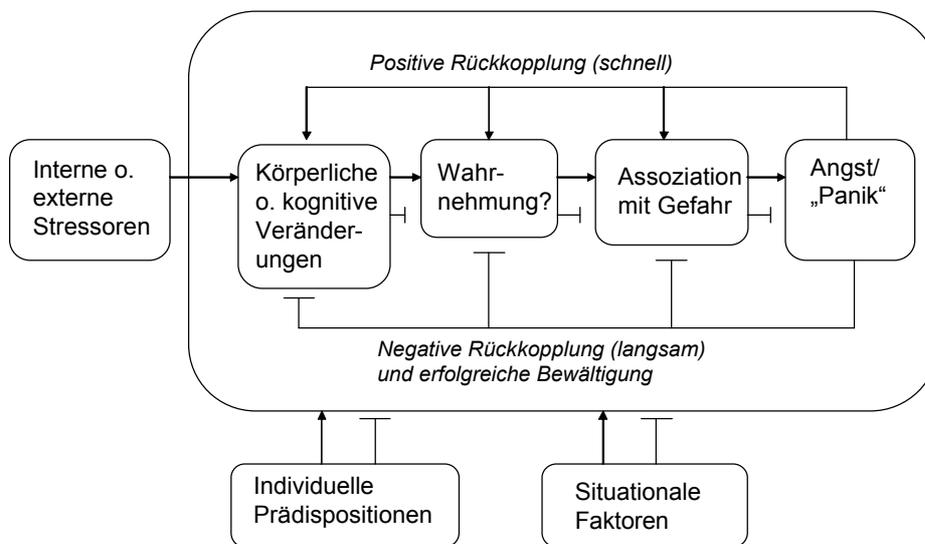
Die Vertreter der lerntheoretischen Ansätze in der Psychotherapie stufen die Agoraphobie als einen erlernten Prozess ein, der u.U. eine Auslösesituation in der Vergangenheit hatte, die jedoch in der Regel zum momentanen Zeitpunkt keine entscheidende Rolle mehr innehat.

Dabei wird davon ausgegangen, dass es sich z.B. nach Ehlers, Margraf (1989) vielmehr um einen Teufelskreis aus körperlichen Symptomen, physiologischen Prozessen, kognitiven Vorgängen und erlerntem Vermeidungsverhalten handelt, der aufrechterhalten wird und vom Patienten nicht mehr kontrolliert werden kann.

Diesem Theoriekonzept zu Folge müsste eine Verbesserung der Angstsymptomatik auch mit einer Verbesserung der ehelichen Beziehung bzw. keiner Veränderung einhergehen, da hier die Angststörung als die primäre Problematik betrachtet wird und die ehelichen Schwierigkeiten als Folge der für das Umfeld sehr belastenden Symptome der Angstsymptomatik eingestuft werden.

### Das psychophysiologische Modell der Angststörungen (Margraf & Schneider, 1990, S.72-76)

„Die (...) zentrale Annahme (...) besagt, dass Angstanfälle durch positive Rückkopplung zwischen körperlichen Symptomen, deren Assoziation mit Gefahr und der daraus resultierenden Panik entsteht. Interne oder externe Stressoren sind Angstausslöser, wie, z.B. insbesondere körperliche Veränderungen.“



**Grafik III.1.** Das psychophysiologische Modell der Angstanfälle  
(Margraf & Schneider, 1990, S.73)

Grafik III.1. „zeigt eine schematische Darstellung des Modells. Der zentrale Teil der Abbildung stellt einen positiven Rückkopplungsprozess dar (mit Pfeilen illustriert), der zu einem Angstanfall führt. Der positive Rückkopplungskreis kann an jedem seiner folgenden Elemente beginnen. Der Einfachheit halber diskutieren wir die Komponenten in der häufigsten Abfolge:

- Physiologische oder kognitive Veränderungen (z.B. Schwitzen, Atemnot oder Derealisation) treten als Folge verschiedener Ursachen auf, wie etwa durch körperliche Anstrengung, Einnahme chemischer Substanzen (z.B. Koffein), situationale Stressoren (z.B. Hitze) oder emotionale Reaktionen (z.B. Angst, Ärger, Freude).
- Die Person nimmt diese Veränderungen wahr. Die positive Rückkopplung kann an dieser Stelle beginnen, da körperliche Empfindungen nicht unbedingt exakt physiologische Prozesse widerspiegeln. Zum Beispiel kann eine Person nach dem Zu-Bett-Gehen eine Beschleunigung

der Herzfrequenz allein deswegen empfinden, weil die Veränderung der Körperposition ihre Herzwahrnehmung verbessert hat.

- Die körperlichen oder kognitiven Empfindungen werden mit unmittelbarer Gefahr assoziiert. Nicht alle internen Stimuli werden mit gleicher Wahrscheinlichkeit mit Gefahr in Verbindung gebracht. Zum Beispiel sind Empfindungen, die in Zusammenhang mit lebenswichtigen Körperfunktionen wie etwa Herzklopfen oder Atemnot stehen, inhärent bedrohlicher als andere wie etwa Hitzewallungen. Ebenso werden Symptome mit einem akuten, plötzlichen Beginn eher mit unmittelbarer Gefahr assoziiert.
- Die positive Rückkopplung kann an dieser Stelle ohne vorherige körperliche Veränderungen beginnen, wenn situationale Variablen wahrgenommen und mit unmittelbarer Gefahr assoziiert werden. So können Angstanfälle bei normalerweise wenig ängstlichen Personen in lebensgefährlichen Situationen auftreten. Phobische Patienten können einen Angstanfall erleben, wenn sie mit ihrem phobischen Stimulus konfrontiert werden.
- Die Person reagiert auf die wahrgenommene Bedrohung mit Angst, die wiederum zu physiologischen Veränderungen, körperlichen Empfindungen und/oder kognitiven Symptomen führt (positive Rückkopplung). Wenn diese Symptome wahrgenommen und mit Gefahr assoziiert werden, kommt es zu einem weiteren Anstieg der Angst, die in einem Angstanfall kulminieren können. Dabei muss beachtet werden, dass positive Rückkopplung ein schneller Prozess ist.“ (...)
- „Dem Prozess der positiven Rückkopplung wirken gleichzeitig negative Rückkopplungsprozesse entgegen (stumpfe Pfeile). Diese beeinflussen alle Komponenten des positiven Rückkopplungskreises und führen zur Angstreduktion. Negative Rückkopplung findet langsamer statt als positive Rückkopplung. Daher kann ein Angstanfall sehr schnell entstehen, benötigt aber eine gewisse Zeit, um abzuklingen. Beispiele für negative Rückkopplungsprozesse sind Habituation, selbstbegrenzende homöostatische Mechanismen bei der Hyperventilation oder Ermüdung.“ (...)
- „Interne oder externe Stressoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit von physiologischen oder kognitiven Veränderungen und damit die Wahrscheinlichkeit der Auslösung eines Angstanfalls.
- Individuelle Dispositionen schließen sowohl physiologische und psychische Prädispositionen als auch solche relativ überdauernden Variablen ein, die erst im Verlauf der Störung erworben wurden.“(...)
- „Situative Faktoren haben Auswirkungen darauf, ob körperliche Veränderungen wahrgenommen (z.B. Körperposition, Intensität der gleichzeitigen externen Stimulation) und mit Gefahr in Verbindung gebracht werden (z.B. die Anwesenheit des Partners oder eines Therapeuten). Weiterhin können situationale Variablen direkt mit Gefahr assoziiert werden und somit unmittelbar Angstanfälle auslösen.“

### **Genese der Störung / Fiegenbaum 1982**

Als ein Theoriemodell eines symptomzentrierten Therapieansatzes ergibt sich das Arbeitsmodell von Fiegenbaum (1986), der die Grundannahme von Hoffmann (1978), ein Problem eines Patienten als einen fehlgeschlagenen Problemlöseversuch zu betrachten, der zwar kurzfristig aber nicht langfristig wirkungsvoll war, auf die Symptomatik der Agoraphobie überträgt. Daraus ergeben sich die drei Grundannahmen:

- "1) Die agoraphobische Symptomatik ist eine kurzfristig erfolgreiche Reaktion auf Belastungen in der konkreten Lebenssituation. (STRESS)*
- 2) Diese Antwort wird gewählt und verfestigt durch die Aktivierung individueller Dispositionen, d.h. spezifische kognitive Muster und gelernte Bewältigungsstrategien. (Psychologische DIATHESE)*
- 3) Zur Manifestation und langfristigen Aufrechterhaltung der agoraphobischen Symptomatik sind unterstützende Bedingungen der sozialen Umwelt nötig. (MANIFESTATIONSBEDINGUNGEN)" (Fiegenbaum, 1986, S.55).*

Zur Erläuterung und Differenzierung der Variablen gibt Fiegenbaum (1986) weitere Beispiele für die möglichen Komponenten.

So erläutert er, dass STRESS weniger als belastendes Einzelereignis, sondern zumeist als überdauernde, psychische Belastung im Vorfeld der Entwicklung einer Panikattacke aufzufassen ist. Diese langwährenden Belastungen führen zu einem generell hohen Maß an Erregung. Diese schnelle Erregbarkeit erhöht wiederum die Wahrscheinlichkeit für eine Panikattacke, da sie gleichzeitig die Schwelle für das Auslösen von Angsterleben insgesamt senkt.

Mit dem Begriff der DIATHESE ist ein individuelles Schema zur Lösung von Problemen des Klienten bezeichnet. So hat er Bewältigungsstrategien entwickelt, die sich für ihn in bestimmten Situationen als erfolgreich bewährt haben und überträgt diese wiederum auf andere Problemstellungen. So wird postuliert, dass phobische Klienten eine Neigung haben, auf Probleme/Stressoren mit Vermeidungsverhalten zu reagieren. Nach einer einmal erlebten auslösenden Angst und dem entsprechenden Lösungsversuch „vermeiden“, wird dieses Schema immer weiter verfestigt und habitualisiert. Als weitere Begriffe im Zusammenhang mit Diathese werden eine „erhöhte Sensibilität für Körpersignale“ und eine „externe Kontrollüberzeugung“ der Phobiker genannt.

Zu den MANIFESTATIONSBEDINGUNGEN gehören die Reaktionen des sozialen Umfelds des Klienten. Das kann eine erhöhte Zuwendung durch die Bezugspersonen sein, es kann sich jedoch auch um eine Schonung vor schwierigen (sozialen) Situationen handeln. Die Symptomatik könnte jedoch auch zur Verfestigung von bestimmten Rollenerwartungen und Stabilisierung und Gleichgewichtserhaltung des ehelichen Beziehungssystems dienen.

In diesem Zusammenhang werden nach der Therapie berichtete eheliche Krisen und Schwierigkeiten abweichend von denen der Systemtheoretiker eingeordnet.

So führt Fiegenbaum an: "Im Gegensatz zu Hafner betrachten wir Schwierigkeiten, die nach erfolgreicher Angstreduktion in anderen Lebensbereichen auftreten, nicht als **Symptomsubstitution**, sondern als Zeichen generalisierter inadäquater Bewältigungsstrategien, die aufgrund der bisherigen Dominanz der agoraphobischen Symptome nicht sichtbar wurden" (Fiegenbaum, 1986, S.83).

So erläutert Fiegenbaum im Einzelnen:

*„Beide Partner waren gezwungen, sich im Laufe der Jahre mit der Agoraphobie zu 'arrangieren' und haben mit dem Ziel der größtmöglichen Angstvermeidung ein sehr stabiles System von Regeln für ihre Beziehung aufgebaut. Die durch Konfrontation sehr schnell erzielte Angstreduktion verlangt plötzliche Veränderungen in den Interaktionsmustern, die fast unvermeidbar zu einer Destabilisierung der Beziehung führen. Nach systemtheoretischen Ansätzen verlangt jede einschneidende Veränderung - seien es 'normale' lebensgeschichtliche Entwicklungen oder z.B. plötzliche Erkrankungen - eine Überprüfung und Anpassung bisher bewährter Regeln und Strukturen. (...) Die nach erfolgreicher Behandlung auftretenden Partnerschwierigkeiten weisen also nicht zwangsläufig auf ein zugrundeliegendes, bisher verdecktes 'Kernproblem' hin, sondern können auch auf die mangelnde Fähigkeit des Beziehungssystems hindeuten, sich auf plötzliche neue Anforderungen einzustellen.“ (W. Fiegenbaum, 1986, S. 53-54)*

Dem Konstrukt Fiegenbaums zufolge müsste sich demnach das Beziehungssystem nach einer Anpassungsphase wieder stabilisieren. Dabei wäre jedoch sowohl eine Überprüfung und Verwerfung des alten Beziehungssystems, wie auch ein Zurückfinden zum ursprünglichen Ausgangsniveau der Beziehung oder auch eine Verbesserung der Partnerbeziehung denkbar.

## 1.2. Interpersonale Ansätze zur Angststörung

Die Entstehung der interpersonalen Ansätze zur Angststörung leitet sich her aufgrund des ausgeprägten Vermeidungsverhaltens, das in den meisten Fällen mit Agoraphobie einhergeht und Teil des Teufelskreises zwischen zunehmenden Angstsymptomen, in immer mehr Situationen auftretenden Angstattacken und einer immer stärkeren Vermeidung der angstausslösenden Situationen und damit Einengung des Bewegungsspielraumes darstellt. Dabei stellt sich die Frage, wie diese Vermeidung von Patienten überhaupt bewerkstelligt werden kann. In diesem Zusammenhang stößt man auf das soziale Umfeld der Angstpatienten, das zumeist stark eingebunden in die Angstsymptomatik ist, und alle nicht mehr zu bewältigenden Aufgaben entweder ganz abnimmt oder helfend begleitet.

So erläutert Lazarus die sozialen Verstärkungsmechanismen der Angst folgendermaßen:

*„Theoretically, if a person starts displaying agoraphobic symptoms, but finds no one willing to pander to his insistent orders to 'stay and guard me, look after me and protect me', he will not display persistent agoraphobia, whatever other neurotic symptoms he may develop.“ (A. Lazarus, 1966, S.97)*

### **Frey (1962)**

Ein Ausgangspunkt für Überlegungen, dass das interpersonale Bezugssystem die entscheidende Rolle bei der Angstentstehung innehat, war dementsprechend die Untersuchung der Partner der zumeist weiblichen Patientinnen. So beschreibt Frey (1962) die Partner der agoraphobischen Patientinnen als negativ eingestellt, zwanghaft, mit der Tendenz mit Rückzug zu reagieren und generell nicht erfolgreich agierend. So wären Zweifel an ihrer Fähigkeit zu intensiven Beziehungen jeglicher Art und zu ihrer Verbundenheit in der Ehe angebracht. Diese Selbstwertproblematik des Partner des Patienten würde sich auf alle Lebensbereiche (Ehe, Elternschaft, Sexualität, Selbstbild) auswirken.

Frey führt weiter aus, dass die Partner zu Beginn ganz ähnliche Symptome wie die Patientinnen aufweisen, aber durch die Fokussierung auf die Probleme der Partnerinnen ihnen eine Verdrängung und Überlagerung der eigenen Schwierigkeiten gelingt. Die Patientinnen und ihre Partner seien in der Regel im Zusammenleben distanziert und unzufrieden und dazu verurteilt, in beträchtlichem Distress miteinander zu leben, ohne eigene Kontroll- oder Änderungsmöglichkeit.

An anderer Stelle führen Frey und Haley (1962) an, dass die Angst den Zweck erfüllen kann, ein zugrundeliegendes eheliches Problem nicht zum Ausbruch kommen zu lassen. Ebenso wäre es denkbar, dass die Partner selbst eine zugrundeliegende Phobie haben und sie mit Hilfe des Patienten überdecken könnten.

### **Goldstein (1973, 1978 & 1982)**

Goldstein (1973) führt die Überlegungen Freys weiter und beschreibt dazu entsprechend die Patientinnen. Dabei nennt er vier Kriterien, die seiner Überzeugung nach den Großteil der Agoraphobikerinnen charakterisiert:

- weiblich
- in einer engen Beziehung (üblicherweise verheiratet)
- mit dem starken Wunsch, einer unbefriedigenden Beziehung zu entfliehen
- aber mit der Unfähigkeit, Alternativen zum Verbleib in der nicht zufriedenstellenden Beziehung zu initiieren

Als repräsentative Fallstudie zur Illustrierung seiner Theorie führt er eine verheiratete Patientin an, die ihren Mann als Tyrannen beschrieb und des öfteren von ihm lächerlich gemacht wurde. Obwohl sie zu Beginn der Therapie es sehr schwierig fand, sich das Ausmaß ihrer ehelichen Unzufriedenheit einzugestehen, entwickelte sie nach der Therapie genügend Selbstvertrauen, um eine Trennung und Scheidung in die Wege zu leiten, woraufhin ihre Symptome sehr schnell verschwanden und nach Meinung des Autors wahrscheinlich für immer.

Goldstein und Chambless (1978) modifizieren diese Ausführung und erläutern, dass die agoraphobischen Patientinnen nach Partnern suchen, die die Rolle ihrer Eltern einnehmen und sie bei der Lebensführung unterstützen, die sie sich nicht selbst zutrauen. Dabei betonen sie dass die Vermeidung in der Regel vom Partner oder den Eltern unterstützt wird und diese oft beträchtliche Schwierigkeiten auf sich nehmen würden, um den Patienten vor einer Konfrontation mit seiner Angst und panikauslösenden Situationen zu bewahren. Sie würden ebenso oft danach trachteten, Versuche der Patientin, aus der Abhängigkeit von ihnen zu entkommen, wieder rückgängig zu machen.

Goldstein (1982) weist außerdem darauf hin:

„Das ist ein seltener Agoraphobiker, der nicht auch andere Problembereiche aufweist, wie generalisierte Ängste, Depression, Interpersonale Probleme und Persönlichkeitsstörungen und **dass diese begleitenden Schwierigkeiten prädisponieren zu der Entwicklung einer Agoraphobie und interagieren mit den agoraphobischen Symptomen (...)**“

Im Gegensatz zu monosymptomatischem phobischen Verhalten, bei welchem die Angst vor externalen Auslösern primär ist, ist die Angst vor der Angst die zentrale Angst-Komponente der Agoraphobie. Wie bei anderen Ängsten auch, tritt die Angst vor der Angst auf autonomen, motorischen und kognitiven Ebenen auf, und jede Ebene könnte sich in unterschiedlichen Stufen verändern und könnte deshalb jeweils verschiedene therapeutische Strategien benötigen. (...)

Interventionen müssen der Komplexität des vorliegenden Problems sowohl auf der Oberfläche als auch darunter Rechnung tragen. Während diese Art der Theorienbildung zu der Annahme führt, dass die gesamte Behandlung auf vielen Ebenen stattfinden muss, ist es jedoch auch eine Tatsache, dass eingeschränkte Behandlungen nur von eingeschränktem Wert sein können, speziell verhaltenstherapeutische, die auf dem konditionierten Angstlevel und dem begleitenden Vermeidungsverhalten fokussieren (siehe Emmelkamp, 1982). Es ist wahrscheinlich, dass ohne ein umfassenderes Programm der zugrundeliegende agoraphobische Lebensstil, die generalisierte Angst und Depression aufrechterhalten werden.

Während die meisten von uns eine Anzahl von Bindungen haben (Eltern, Partner, Kinder, Freunde und unterstützende Gruppen bei der Arbeit oder in der Freizeit) haben schwere Agoraphobiker in der Regel nur eine Bezugsperson und sie widersetzen sich sehr stark, sich von dieser Person zu trennen, ganz gleich wie viel Ärger, Unzufriedenheit und Konflikte die Beziehung verursachen mag. Tatsächlich ist es möglich, dass die Anzahl der Bezugspersonen eine gute Indikation für die zugrundeliegende Gesundheit des Klienten und im Gegenzug ein guter Prädiktor für den Therapieerfolg sein könnte.“ (S.186-187).

**Hafner (1979, 1982)**

Hafner setzt zusammen mit Milton (1979) auch bei der Aufrechterhaltung der Störung an. So gehen sie davon aus, dass, um eine Agoraphobie überhaupt aufrechterhalten zu können, eine bestimmte Ehekonstellation vorausgesetzt werden muss. So werden dem Partner verschiedene Persönlichkeitsmerkmale zugeschrieben und eine spezifische Beziehungsstruktur angenommen:

- Der nicht-phobische Partner konzentriert sich auf die Symptomatik der Angstpatientin und kann damit u.U. leichter eigene Probleme und Schwächen verleugnen
- Der nicht-phobische Partner zeigt Verslossenheit und Rückzugstendenzen und verstärkt damit noch die Trennungsängste und Abhängigkeit der Angstpatientin und ihr Bedürfnis nach Nähe und Geborgenheit.
- Der nicht-phobische Partner verstärkt seine eigene Geschlechtsrollenidentität durch die Ängstlichkeit und Abhängigkeit der Angstpatientin, da seine eigenen Ängsten im Widerspruch zu dem männlichen Geschlechtsstereotyp steht.

Hafner (1982) fasst die verschiedenen Erklärungsmodelle der Autoren und eigene Überlegungen zusammen und formuliert sie zu folgenden vier Hauptthesen:

1. Das Familienumfeld der Agoraphobiepatientinnen behindert häufiger als bei anderen Familien Unabhängigkeit, Emotionsausdruck und Selbstsicherheit und fördert vielmehr exzessive Abhängigkeit und Vermeidung als generelles Basisverhalten. Der Vater nimmt oft eine untergeordnete Rolle und die Mutter eine dominante Rolle ein.
2. Die Partnerwahl der Agoraphobiepatientinnen basiert mehr auf kindlichen romantischen Vorstellungen als auf Lebenserfahrung. Die Partnerwahl wird von der Mutter mit beeinflusst und stellt oft genug einen Versuch da um dem familiärem Umfeld zu entkommen Die Agoraphobikerin nimmt an, dass der Partner Eigenschaften hat, die ihr selbst fehlen und er die Verantwortung für alle Aspekte ihrer beider Leben übernehmen wird, vor allem auch in Hinblick auf Aufgaben, die Selbstsicherheit, Unabhängigkeit und Problemlösen betreffen..

3. Die Agoraphobiepatientin erscheint als attraktive Partnerin, da durch ihre offensichtliche Hilflosigkeit und Abhängigkeit ihr Partner als stark, kompetent und belastbar erscheint. Dadurch kann er seine eigenen substantiellen Persönlichkeitsdefizite, Zweifel und Unzulänglichkeiten in Bezug auf persönliche Kompetenz, Selbstsicherheit und Sexualität im Großen und Ganzen überdecken.
4. Sobald die Partner versuchen sich an die Beschränkungen, Erfordernisse und Konflikte einer Ehe anzupassen, ist die Wahrscheinlichkeit einer Eskalation der agoraphobischen Symptome erhöht.

Diesen Theorien zufolge würde es sich als schwerwiegender Fehler erweisen, wenn man lediglich die offensichtliche, aber demnach nicht primäre Angststörung beseitigen würde. Eine Behebung der Angstsymptomatik müsste mit einer Verschlechterung der ehelichen Beziehung und deutlicherem Offenbarwerden der eigentlichen Störung einhergehen.

Sollten Angststörungen Ausdruck eines schweren zugrundeliegenden nicht-symptomspezifischen Konflikts sein, müssten sich die interpersonellen Faktoren, wie z.B. die Zufriedenheit mit der Ehe, die Zufriedenheit mit dem sozialen Umfeld und dem eigenen Selbstwertgefühl verschlechtern.

Sie sind Kennzeichen für das Wohlbefinden der Patienten und können als wichtige Warnzeichen fungieren, wenn entscheidende Problembereiche in der Therapie vernachlässigt wurden.

## **2. Empirische Befunde**

### **2.1. Empirie zur Veränderung der Angst**

Im Bereich des Nachweises der Wirksamkeit der konfrontativen Verfahren der Angsttheorien liegen zahlreiche, methodisch fundierte und gesicherte Studien vor. Die Wirksamkeit der Exposition in vivo auf die Angstsymptome kann als gesichert gelten, und auch Vertreter interpersonaler Ansätze zweifeln nicht daran, dass eine erfolgreiche Angsttherapie auch immer einen konfrontativen Anteil enthalten muss. Die folgenden Studien sind Beispiele für Nachuntersuchungen zur Wirksamkeit im Zeitraum von 8 Monaten bis 9 Jahren nach Therapieende und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

#### **Emmelkamp & Kuipers (1979)**

Bei einem Follow-up nach 4 Jahren bei 81 Agoraphobikern waren 75% der Patienten gebessert. Dabei wurde die Verbesserung als eine Zunahme um zwei Punkte auf einer 8 stufigen Skala in Bezug auf die Hauptangst definiert. Es ergaben sich keinerlei Anhaltspunkte für eine Symptomverschiebung.

#### **Munby & Johnston, 1980**

Sie untersuchten bei 65 von ursprünglich 66 Agoraphobikern deren Befinden nach 5 bis 9 Jahren. Dabei gab es wenig Veränderungen verglichen mit dem 6-Monats Follow-up und die Verbesserungen im Bereich der Agoraphobie blieben stabil und generalisierten auch auf Ängstlichkeit und Depression. Sie konnten keine Hinweise auf Symptomsubstitution finden.

#### **McPheron, Brougham & McLaren (1980)**

Auch diese Studie bestätigte die langanhaltenden Effekte einer Konfrontationstherapie, in diesem Fall nach 4 Jahren an Agoraphobepatienten. Die Autoren kommen zu dem Schluss: dass zusammengefasst die Ergebnisse dieses Follow-up mit der Hypothese übereinstimmen, dass eine Verbesserung der Agoraphobie mit verhaltenstherapeutischer Therapie über 4 Jahre erhalten bleibt und es keinen Hinweis für Symptomverschiebung oder signifikante Verschlechterung gibt. Dies gilt für Verbesserungen in den agoraphobischen Hauptsymptomen ebenso wie in anderen phobischen Symptomen, Depression, in den sozialen Beziehungen des Patienten und in Bezug auf seine Arbeitsfähigkeit.

**Hand, Angenendt, Fischer & Wilke (1982)**

Bei einer Follow-up-Erhebung von 75 Patienten, bei denen die Follow-up-Zeiten zwischen unter 18 Monaten und über 3 Jahre lagen, gaben 44% der Patienten (N=33) an, unter keiner Angst oder nur geringer Angst, 31% unter leichter bis mittlerer Angst (N=23) und 25% (N=19) unter schwerer Angst zu leiden. Die Veränderungen in den Angstparametern vor und nach der Therapie waren hoch signifikant. Die Veränderungen verbesserten sich zum Follow-up noch etwas, aber wurden nicht mehr signifikant, wobei die Verbesserungen in Depression und körperlichen Beschwerden sich jeweils noch signifikant verbesserten.

**Andrews & Moran (1988)**

Eine Untersuchung zum Therapieerfolg nach einer Konfrontationstherapie und kognitivem Training präsentieren Andrews & Moran. Dabei zeigten sie bei 50 Agoraphobikern die Stabilität der Ergebnisse zu der Verbesserung der Angstparameter. Als Variablen zur Messung der Angst dienten die SCL90-Skalen: Phobie, Panik und Ängstlichkeit. Sie wurden 6 und 12 Monate nach der Behandlung noch einmal erhoben.

**Bartling, Fiegenbaum & Krause (1980)**

Dabei wurden 35 Agoraphobiepatienten nach der Therapie mit graduierter oder massierter Konfrontation untersucht und mit einer Kontrollgruppe verglichen. Dabei ergab sich:  
„Vom Vor- zum Nachtest veränderten sich die Experimentalgruppen mindestens signifikant (in den meisten Fällen sehr oder hochsignifikant) in Richtung Therapieerfolg. (...) Es bestanden beim Nachtest mindestens signifikante Unterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe in erwarteter Richtung.“ (S. 110)

**Fiegenbaum (1982)**

Die Untersuchungen von Fiegenbaum sind deshalb von besonderer Bedeutung, weil sie jeweils eine ähnliche Stichprobe zur Grundlage haben wie die noch hier im folgenden erhobene Untersuchung. Bei diesem Follow-up wurde 33 Herzphobikern eine Expositionsaufgabe zur Ermittlung des langfristigen Therapieerfolgs gestellt. Dabei meisterten 27 von 33 (82%) die Expositionsaufgabe ohne Probleme, 2 verließen die Situation früher (6%) und 4 lehnten die Expositionsaufgabe ab (12%). Es ergaben sich hoch signifikante ( $p=0,001$ ) Verbesserungen bei den symptomorientierten Variablen. Zusätzliche Therapie hatten 5 in Anspruch genommen, davon 3 eine Paartherapie und je einer aufgrund von Depression, Bluthochdruck und Adipositas. Nach der Therapie konnten 6,1% ihr Haus nicht allein verlassen, verglichen mit 63,6 vor der Therapie, die an das Haus gebunden waren. Die Ergebnisse nach der Therapie blieben im 3-Jahres-Follow-up stabil.

**Fiengenbaum (1988)**

Eine Untersuchung von Fiengenbaum, 1988, präsentiert in einem Fünf-Jahres-Follow-up die Ergebnisse von 25 Patienten nach graduerter Therapie und 104 nach massierter Konfrontationstherapie. Dabei zeigte sich im Gegensatz zu dem 8-Monats-Follow-up beim 5-Jahres-Follow-up eine klare Überlegenheit des massierten Vorgehens.

Ein Erfolgskriterium war die selbst eingeschätzte Verbesserung nach der Therapie durch die Patienten. So bewegte sich die Skala von symptomfrei, viel besser, etwas besser, unverändert und verschlechtert. In dem Vergleich der massierten mit der graduierten Konfrontation verteilten sich die beiden Gruppen wie folgt auf die 5 Therapieerfolgseinstufungen:

	massierte Konfrontation n=25		graduierte Konfrontation n=23	
	n	%	n	&
symptomfrei	19	76,0	8	34,8
viel besser	1	4,0	5	21,7
etwas besser	4	16,0	3	13,0
unverändert	0	0,0	4	17,4
verschlechtert	1	4,0	3	13,0

**Tabelle III.1.** Die Tabelle zeigt die Symptomverbesserung der zwei Therapiegruppen (Fiengenbaum, 1990, S.120).

Die Gesamtgruppe der massiv konfrontierten Patientengruppe mit insgesamt 104 Patienten zeigte dabei die gleichen Ergebnisse wie die massiv konfrontierte Patientenuntergruppe.

	massierte Konfrontation n=104	
	n	%
symptomfrei	81	77,9
viel besser	7	6,7
etwas besser	13	12,5
unverändert	1	1,0
verschlechtert	2	1,9

**Tabelle III.2.** Die zweite Tabelle zeigt die Symptomverbesserung an einer größeren Stichprobe mit massierter Konfrontation (Fiengenbaum, 1990, S.121).

Zur Objektivierung der Ergebnisse wurde auch die Einschätzung der erlebten Angst in den drei schwierigsten Situationen und ein Verhaltenstest mit der Konfrontation der vormals schwierigsten Angstsituation vorgeschlagen. Die Ergebnisse bestätigten die zuvor genannten subjektiven, globalen Einschätzungen der Patienten. So wollten und konnten 80% (20 Patienten) der massierten Konfrontationsgruppe die Aufgabe bewältigen, wohingegen nur 22% (5 Patienten) der Gruppe mit dem graduierten Vorgehen sich dazu bereit erklärten.

**Fiengenbaum, 1996**

Ähnlich wie vorhergehende Untersuchungen kommt hier der Autor zu dem Ergebnis, dass die Mehrzahl der Patienten (76,3%) ihr psychisches Befinden nach Therapieende im Vergleich zur Ausgangslage sehr viel besser bzw. viel besser einschätzt und dass die erzielten Verbesserungen auch ein Jahr nach Therapieende konstant bleiben (74,3%). Ein relativ geringer Prozentsatz der Patienten erlebt nach Therapieende (17,7%), sowie bei der Ein-Jahres-Katamnese (17,3%) lediglich moderate Verbesserungen. Ein noch geringerer Anteil berichtet nach Therapieende, dass sich keine Veränderungen (3,9%) ergeben haben bzw. dass eine Verschlechterung des Empfindens (2,1%) eingetreten ist. Auch bei der Ein-Jahres-Katamnese ist der Anteil derjenigen, die keine Veränderungen (5,6%) bzw. Verschlechterungen in ihrem psychischen Befinden erleben (2,8%), gering.

*Zusammenfassung: Die Nachuntersuchungen im Bereich von 8 Monaten bis zu 9 Jahren nach Therapieende liefern den Nachweis für die Wirksamkeit der Therapie mit Exposition in vivo und insbesondere der massierten Konfrontation (flooding). Es finden sich zum Follow-up hochsignifikante Verbesserungen im Bereich der Angstsymptomatik.*

## 2.2 Empirie zur Veränderung der Depression

In Gemeindestichproben hatten unter den Angststörungen 44% bis 60% (Noyes et al. 1980, Cloninger et al. 1981) kurze depressive Episoden und bei den stark ausgeprägten Phobien litten 50% unter einer zweiten affektiven Störung (Woodruff et al. 1972). Andere Studien fanden eine Korrelation von Angst und Depression bei .47 (Fleiss et al. 1971) Bei Panikstörungen und Agoraphobien wurden 68% der Patienten mit einer Episode einer major depression diagnostiziert (Breier et al. 1984).

Im Zuge der Follow-up Untersuchung der agoraphobischen Symptome wurde in vielen Studien auch die Stimmung und Depression der Probanden untersucht. Zum einen um ein verlässliches Bild des Befindens der Probanden zu erhalten und zum anderen, um Depression als Moderatorvariable zu kontrollieren.

**Marks (1987)**

Marks zitiert multivariate Analysen an über 3400 Patienten in England, die alle darauf hindeuten dass es eine Untergruppe an Patienten gibt, deren Symptome mit ängstlich-depressiver Stimmung einhergehen. Dabei kann die Depression mit der Agoraphobie zu einem Faktor zusammengehören oder es kann sich um zwei unabhängige Faktoren handeln.

**Emmelkamp & Kuipers (1979)**

Bei einem Follow-up nach 4 Jahren bei 81 Agoraphobikern zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Patienten in Bezug auf Depression im Zeitraum vom letzten Test nach der Therapie und zum Follow-up. Emmelkamp legt dabei nahe, dass es sich demzufolge bei einem Teil der Patienten um Depressionen, die aufgrund der Symptomatik der Phobie entstanden sind, handeln müsste.

**Bartling et al. (1980)**

Dabei konnte an einer Stichprobe von 18 Agoraphobiepatienten nach massierter Konfrontation bei einem 8-Monats-Follow-up ein sehr signifikanter Rückgang der Depressivität festgestellt werden.

In einem teilstandardisierten Intensiv-Interview wurde bei den 6 subjektiv erfolgreichsten und bei den 6 subjektiv erfolglosesten Probandinnen auch festgestellt, dass sich vor allem die allgemeine Stimmungslage besserte. Dazu gehörte, dass Niedergeschlagenheit seltener auftrat und die Selbstsicherheit und der Aktivitätsgrad deutlich anstiegen. Diese Tendenzen wurden auch von den Partnern bestätigt.

**Lelliott et al. (1986)**

Dabei wurde ein 5 Jahres-Follow-up bei 40 von 45 Agoraphobikern durchgeführt und es blieben die Verbesserungen, die nach 2 Jahren erzielt worden waren stabil. Das betraf Fremd- und Selbsteinschätzungen in den Bereichen: Agoraphobie, Stimmung, Panikattacken und eheliche Zufriedenheit.

***Zusammenfassung: Die wenigen genannten Studien, aber auch andere in diesem Zuge nicht aufgeführte Untersuchungen deuten auf signifikante Verbesserungen beim Follow-up auch im Bereich der Stimmung und Depression bei Angsttherapien hin.***

### 2.3. Empirie zur Veränderung der Partnerschaft

Die meisten Untersuchungen, die sich mit dem Befinden der Probanden auch in anderen Lebensbereichen nach der Therapie beschäftigt haben, fokussierten auf den Bereich der Partnerschaftsbeziehung und der Zufriedenheit der Patienten (und teilweise auch der Partner) in diesem Bereich.

Gerade die Vertreter der Ansätze einer interpersonalen Erklärung der Agoraphobie haben immer wieder versucht, Veränderungen in der Partnerschaft nach der Therapie als Ausgangspunkt ihrer theoretischen Überlegungen aufzuzeigen.

#### **Barlow et al. (1983)**

Die Studie verglich die Wirkung von Konfrontationstherapie mit dem Patienten allein mit Ehepartnergestützter Konfrontationstherapie. Dabei zeigte sich die Ehepartnergestützte Variante überlegen, dieser Effekt konnte jedoch im Follow-up nicht aufrechterhalten werden. Ein weiterer Effekt war, dass Patientinnen in einer schlechten Ehe beinahe genauso von der Konfrontationstherapie profitieren konnten, wenn diese partnergestützt war, wie Patientinnen in einer gut funktionierenden Ehe ohne begleitenden Partner. Wohingegen Patientinnen mit niedriger Ehezufriedenheit in der Konfrontationstherapie allein schlechter abschnitten als Patientinnen aus glücklichen Ehen.

#### **Hafner (1977)**

In einer Studie mit 30 verheirateten agoraphobischen Frauen und ihren Partnern wurden die Patientinnen und die Partner vor, während und nach einer Angsttherapie für die Patientinnen evaluiert. Dabei wurden die Gruppen anhand ihrer Feindseligkeitsskalen unterschieden.

So war die Gruppe 1 generell stärker eingeschränkt und allgemein neurotisch und überängstlich mit agoraphobischen Symptomen unter anderen. Die Patientinnen hatten hohe Feindseligkeitsscores gegenüber ihren Partnern, deren Werte jedoch im Normalbereich waren.

Die Gruppe 2 war weniger eingeschränkt und die agoraphobischen Symptome das eigentliche Hauptproblem, sowohl Patientin als auch Partner zeigten hohe Feindseligkeitswerte.

Zu Beginn zeigten die Partner beider Gruppen gleich hohe neurotische Probleme, obwohl Gruppe 1 deutlich stärker gestört war. Ebenso berichteten die Männer der Gruppe 1 von einem Zunehmen ihrer neurotischen Symptome (obwohl hier die Patientinnen die eindruckvollsten Verbesserungen erzielten), wohingegen Gruppe 2 von einem Nachlassen der neurotischen Symptome berichtete. Ebenso verhielt es sich mit der Selbstsicherheit, die bei den Partnern jeweils in Gruppe 1 abnahm und in Gruppe 2 zunahm.

Bei der Abfolge der Feindseligkeitswerte der Patientinnen und ihrer Partner weist Hafner auf zwei Verläufe hin, d.h. die Patientin macht Fortschritte in der Therapie, auf die der Partner mit Feindseligkeit und Selbstsicherheitsverlust reagiert und versucht, die Problematik und Einschränkung der agoraphobischen Symptome zu negieren. Entweder gibt daraufhin die Patientin ihre Verbesserungen im Bereich der Angst auf und findet zurück zum Ausgangspunkt oder sie beharrt auf ihren Erfolgen und der Partner findet zu einer neuen Akzeptanz der Veränderung, auch natürlich abhängig davon, wie flexibel der Partner auf die Veränderungen reagiert.

In Gruppe 2 machten hauptsächlich die Patientinnen sich für ihre Ängste verantwortlich und die Partner unterstützten sie in ihrer Haltung und die Verbesserung und Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs war in Gruppe 2 häufiger als in Gruppe 1. Der Autor schließt daraus, dass die Haltung der Partner in dieser Gruppe keine so starken Auswirkungen auf die Patientinnen hat, aber es wäre auch denkbar, dass genau diese Haltung eine Verbesserung der Symptome begünstigt.

#### **Goodstein & Swift (1977)**

Die o.g. Autoren berichten über 4 Einzelstudien, in denen jeweils die systemische Verquickung der ehelichen Konstellation und phobischen Symptomatik aufgezeigt wird. So diente z.B. eine eheliche Beziehungsstruktur durch ihr starkes Ungleichgewicht zur Aufrechterhaltung der Symptome, ein Partner entwickelte nach erfolgreicher Therapie Depressionen, ein Paar lehnte eine Therapie ab, um die Ehe nicht zu gefährden, und in einem Fall besserte sich die Symptomatik nach der Trennung vom Partner ohne Angstbehandlung.

#### **Goldstein (1979)**

Goldstein äußerte die Beobachtung, dass mehrere seiner Patientinnen nach einer Scheidung und ohne eine Angstbehandlung in Anspruch genommen zu haben, ihre agoraphobischen Symptome verloren und langfristig beschwerdefrei blieben.

Dabei begründet Fiegenbaum (1986) jedoch: „Hier liegt allerdings auch die Interpretation nahe, dass die wegfallende Unterstützung des Vermeidungsverhaltens durch den Partner zur Aufgabe der phobischen Symptome beigetragen hat oder gar deren wesentliche Ursache war.“ (S.48).

Ein Problem der Untersuchungen bei Hafner, auf das Emmelkamp hingewiesen hat, ist, dass die verschiedenen Untersuchungen an jeweils den gleichen Stichproben durchgeführt wurden und so der Eindruck einer Vielzahl von Studien entsteht, die empirisch nicht haltbar ist. Trotzdem sollen die Untersuchungen jeweils im folgenden aufgeführt werden.

**Hafner (1976)**

Eine große Anzahl an Veröffentlichungen konnte Hafner in den 70er Jahren zu den Veränderungen von Angst und Partnerschaft nach Konfrontationsverfahren nachweisen. So z.B. eine Studie von 1976 zur „Symptomsubstitution“ bei 34 in Gruppentherapie behandelten agoraphobischen Patienten. So berichteten hierbei je ein Drittel der Patienten von keinen, leichten bzw. deutlich ansteigenden Schwierigkeiten in symptomunabhängigen Problembereichen, wie Paarbeziehung, Selbstzufriedenheit und körperliche Beschwerden. Und dies, während insgesamt eine signifikante Verbesserung in den symptomspezifischen Bereichen für die Gruppe festzustellen war.

**Hafner (1979)**

Dabei wurde in einer Studie erhoben, dass bei 60% der Paare 6 Monate nach der Angsttherapie die eheliche Disharmonie zunahm. Diese eheliche Unzufriedenheit korrelierte auch signifikant mit einem teilweisen Rückfall beim Follow-up.

Hafner schließt daraus die folgenden Probleme:

1. Eine Untergruppe der Patientinnen erleidet einen Rückfall ihrer agoraphobischen Symptome zum Teil durch die inflexiblen Abwehrmechanismen ihrer Partner. (...)
2. Die Anpassung an die plötzliche starke symptomatische Verbesserung nach einer effektiven Verhaltenstherapie kann in einer Ehe, die akzeptiert dass der weibliche Partner unter Agoraphobie leidet, sehr schwierig oder auch unmöglich sein. (...)
3. Die typische Chronizität der Störung mag laut Hafner zum Teil darauf beruhen, dass der Partner es nicht schafft, die Versuche der Patientin, ihre Ängste zu überwinden, zu unterstützen.(...)

Hafner schlägt zur Behebung all dieser Probleme eine partnergestützte Therapie vor.

Emmelkamp führt jedoch bezüglich dieser Studie an, dass bei einer quantitativen Analyse der Daten sich das Bild verkehrte, da:

*(...) "Both patients and their partners show an improvement rather than a deterioration on marital and sexual adjustment. Thus the idea of worsening of the relationship was based on clinical anecdotal material rather than on the more objective measures used."*

*(P. Emmelkamp & C. Gerlsma, 1994, S.420)*

**Bland & Hallam (1981)**

Dabei wurden 16 Agoraphobiker in zwei Gruppen mit hoher bzw. niedriger Ehezufriedenheit unterteilt. Dabei zeigte die Gruppe der zufriedenen Partner die stabileren Therapierfolge und höhere Zufriedenheit des Partners beim Follow-up. Bland & Hallam deuten dies als Hinweis für die mögliche verdeckende Funktion der Agoraphobie für Partnerschaftskonflikte.

Bei 12 Agoraphobie-Patienten, die bis zu 3 Monate nach der Konfrontationstherapie untersucht wurden, zeigte sich jedoch, dass unzufriedene Paare auch unzufrieden blieben und zuvor zufriedene Paare wurden noch zufriedener.

**Busse & Sanetra (1977)**

Busse & Sanetra konnten in ihrer Untersuchung von 1977 die langfristigen Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen der Patienten erheben. So fanden sie einen Anstieg der Zufriedenheit in den Bereichen Partnerschaft, Freizeitverhalten und körperliches Wohlbefinden. Unzufriedenheit mit Sexualität blieb dagegen unverändert bestehen. Weitere Ergebnisse siehe auch unter 2.5. und 2.6.

**Hand & LaMontagne (1976)**

Hand & LaMontagne beschrieben bei einer Gruppe von insgesamt 21 Agoraphobikerinnen, dass bereits vor der Therapie 14 Patienten eine Ehe-therapie als dringender als eine Angsttherapie erachteten. Nach einer erfolgten Konfrontationstherapie schilderten 6 Patienten akute, schwere eheliche Krisen kurz nach Therapieende. Die Autoren äußern die Vermutung, dass es sich hierbei um eine „Symptomverschiebung“ handeln könnte und die Symptomatik dazu dient, einen akuten Trennungswunsch oder tiefgreifenden Beziehungskonflikt zu überdecken.

**Hand, Angenendt, Fischer & Wilke (1982)**

Bei einer Follow-up-Erhebung von 75 Patienten, bei denen die Follow-up-Zeiten zwischen unter 18 Monaten und über 3 Jahre lagen, gaben die Patienten über die Kategorien Ehe, Familie, Beruf, Hausarbeit, Freizeit, soziale Kontakte und psychologisches Wohlbefinden ein Nachlassen der Störungen durch die Agoraphobie an, leider beruhen die Daten auf einem retrospektiven Erheben des Zustandes vor der Therapie.

**Burns, Thorpe & Cavallaro (1983)**

Bei diesem 8-Jahres-Follow-up an 20 von vormals 34 Patienten erwies sich der Therapieerfolg als konstant, wenn auch nur wenige Patienten völlig befreit von phobischen Symptomen waren. Es konnte kein Auftreten von ehelichen Schwierigkeiten festgestellt werden. Es muss hierbei festgehalten werden, dass es sich aber nur um einen Ausschnitt der ursprünglichen Patientengruppe handelte und die nicht erhobenen Patienten u.U. schlechtere Ergebnisse gezeigt haben könnten.

**Cobb. et al. (1980, 1984)**

Die eheliche Zufriedenheit blieb in diesen Studien gleich oder verringerte sich nach Besserung der Angst. Bei 19 Agoraphobepatienten nach einem 6-monatigen Follow-up verbesserte sich sowohl die eheliche Anpassung als auch die sexuelle Zufriedenheit und es gab keinerlei Hinweise für eine Symptomsubstitution.

**Monteiro et al. (1985)**

Die Autoren konnten bei einem Vergleich von „Ehezufriedenen“ und „Eheunzufriedenen“ keine Veränderungen in der ehelichen oder sexuellen Beziehung 2 Jahre nach der Konfrontationstherapie feststellen.

**Lelliott et al. (1986)**

Bei einem 5-Jahres-Follow-up an 27 Agoraphobikern war nach der Konfrontation die Abnahme bei den agoraphobischen Symptomen begleitet von stabiler oder verbesserter ehelicher, sexueller, sozialer und beruflicher Anpassung.

**Cerny et al. (1987)**

Die Autoren stellten fest, dass sich die eheliche Zufriedenheit bei einer Grundgesamtheit von 32 Probanden im Schnitt in beiden Therapiegruppen (mit Partner / ohne Partner) verbesserte und mit der Verbesserung der phobischen Symptome korrelierte.

**Emmelkamp (1980)**

Hierbei handelt es sich um eine Studie an 17 Agoraphobepatienten, die keine Zusammenhänge zwischen Ehezufriedenheit und Therapieerfolg finden konnte. Sie stellte lediglich Unterschiede zwischen „Assertivität“ der Klienten und dem Therapieerfolg fest.

**Arrindell & Emmelkamp (1986)**

Hierbei erwiesen sich bei einer Gruppe von 25 Agoraphobiepatientinnen die eheliche und sexuelle Beziehung als stabil nach einer erfolgreichen Konfrontationstherapie. Es konnten auch keine Veränderungen beim Partner als Reaktion auf die Symptomverbesserungen der Partnerin ausgemacht werden.

Dabei wurde neben der Auswirkung der Ehequalität auf die Therapie auch untersucht ob eine Verbesserung der Angstsymptome auch die Zufriedenheit mit der Beziehung verschlechtert. Als Ergebnis konnte ermittelt werden, dass sich die Partnerschaft durch die Verbesserung der Angst nicht verändert und zwar bewerteten dies sowohl der Ehepartner als auch der Patient. Ebenso ähnelten die Ehen der Agoraphobie-Patienten mehr den Paaren ohne psychische Störungen als Patienten-Ehen mit anderen psychiatrischen Diagnosen. Der Autor schließt aus diesen und anderen Studien, dass es keinen empirischen Nachweis für interpersonale Probleme bei Agoraphobie gibt.

**Emmelkamp et al. (1988)**

Sie untersuchten mit ihrer Studie 58 Agoraphobiker, die zufallsverteilt den Bedingungen Konfrontationstherapie mit oder ohne Partner zugeteilt wurden. Dabei wurden signifikante Verbesserungen bei den symptomabhängigen Variablen (z.B. Angst, Vermeidung, Verhaltenstest) gefunden und keine Veränderungen bei der Ehequalität oder sexuellen Zufriedenheit.

**Bartling et al. (1980)**

Dabei wurden in einem teilstandardisierten Intensiv-Interview die 6 subjektiv erfolgreichsten und die 6 subjektiv erfolglosesten Probandinnen einer Konfrontationstherapie befragt. Dabei bestätigten die Partner das allgemein verbesserte Befinden der Patientinnen und sowohl die Patientinnen als auch die Partner gaben einen Anstieg in der Zufriedenheit mit der Partnerbeziehung an. „In einem Fall zeigte sich jedoch eine wachsenden Unzufriedenheit, da die Klientin aufgrund der gestiegenen Selbstsicherheit jetzt in der Lage ist, Kritik am Verhalten ihres Mannes zu üben, was zu Spannungen in der Partnerbeziehung führte. Die Klientin selbst bewertet dies allerdings nicht als negativ.“ (S.119)

**Fiengenbaum & Tuschen (1996)**

(...) „es wurde überprüft, ob Angstpatienten, die durch eine Expositionstherapie behandelt worden waren, fünf Jahre nach der Therapie neue Probleme bekommen hatten (Fiengenbaum, 1994). Hierbei zeigte sich, dass 30% der ehemaligen Patienten eine deutliche Verschlechterung ihrer Partnerschaft bis hin zur Trennung beschrieben. Das Ergebnis scheint zunächst die Hypothese der Symptomverschiebung zu unterstützen. In Anbetracht einer ähnlich hohen Rate an

Partnerschaftsproblemen und Trennungen in der Vergleichsgruppe, die sich aus Personen ohne psychische Störung in der Vorgeschichte zusammensetzte, kann das Ergebnis allerdings nicht länger als Indiz für eine Symptomverschiebung interpretiert werden.“ (S.74)

#### **Ullrich & Ullrich de Muynck (1999)**

Bei Kontrolle der ATP-Therapieergebnisse berichten Ullrich & Ullrich de Muynck nach über 2 Jahren bei 60 Patienten mit sozialer Phobie und / oder Selbstwertstörung von einer Verbesserung: der qualitativen Einschätzung der Beziehungen bei 83% der Probanden. 51% hatten vor der Therapie keinen Partner, nach der Therapie nur noch 6%. Von den Patienten mit Partner vor der Therapie hatten 39% in den zwei Jahren nach der Therapie ihren Partner gewechselt. In der Qualität wurden der Kommunikationsstil, die gemeinsamen Unternehmungen und auch die Rubrik 'Intimverhalten' als verbessert eingeschätzt.

So kommen Gurman, Knieskern & Pinsof (1994) zu dem Schluss:

„Noch bemerkenswerter sind klinische Verbesserungen in Bezug auf das gezeigte Problem und die eheliche Zufriedenheit, die von zahlreichen Studien berichtet wurden, bei denen die Behandlung auf das Problem des Patienten zentriert war und in denen die nicht-symptomspezifische eheliche Interaktion kein für Veränderungen angestrebtes Ziel war. Solche klinischen Einstellungen beinhalten jedoch nicht, dass sie keine Auswirkungen auf das eheliche System in symptomenspezifischen Bereichen haben können, auch wenn sich Ehe- und Familientherapeuten sicher nicht darauf verständigen würden, diese Therapien als „Ehe-Therapien“ zu bezeichnen.“ (S.582)

Emmelkamp fasst 1994 zusammen:

„It has been suggested that the intimate relationship of agoraphobic patients with their marital partner may be of critical importance in the development and maintenance of the patient's agoraphobic symptoms. A number of different authors (e.g. Andrews 1966, Barlow et al 1981, Chambless & Goldstein 1980, Frey 1962; Goodstein 1981; Goodstein & Swift 1977, Hafner 1982, Hand & LaMontagne 1974, Lazarus 1966, Webster 1953) have suggested that agoraphobia may more suitably be described in terms of both an interpersonal, particularly marital, conflict and an intrapsychic conflict. For instance, it has been observed clinically that marital satisfaction increases in proportion to improvement of agoraphobic symptoms or that improvement in the phobia is associated with more marital satisfaction in the patient, but with *dissatisfaction* in the spouse (Barlow et al.1981, Hafner 1977, 1982, O'Brien, Barlow & Last, 1982). (S.391)

Emmelkamp kommt nach Auflistung der empirischen Ergebnisse in seiner Zusammenfassung zu dem Schluss, dass obwohl die Beziehungshypothese der Agoraphobie unter Experten nach wie vor sehr populär ist, es nach wie vor wenig experimentelle Beweise für diese Konzeption der Agoraphobie gibt.

*Zusammenfassung: Abschließend kann über den Bereich Partnerschaft festgestellt werden, dass die Befundlage sehr heterogen ist und es Hinweise auf die mögliche Existenz einer Untergruppe von Agoraphobiepatienten gibt, bei denen die Angststörung mit der Partnerschaftsbeziehung in engem Zusammenhang steht. Das Gros der Untersuchungen spricht jedoch dafür, dass die überwiegende Anzahl der Patienten entweder von dem Wegfall der Angstsymptome für ihre Beziehung profitiert oder aber keine Veränderung deutlich wird.*

## **2.4. Empirie zur Veränderung der Interpersonalen Probleme**

Obwohl es Untersuchungen zum Vorliegen von interpersonalen Problemen bei Angstpatienten gibt, haben auch die Vertreter einer interpersonalen Theorie der Angststörung selten die Veränderungen dieser Persönlichkeitsvariablen nach der Therapie erhoben. Es gibt jedoch auch wenige verhaltenstherapeutische Untersuchungen zu diesem Thema. Und das, obwohl man davon ausgehen müsste, dass eine erfolgreiche Konfrontationstherapie, die mit erheblicher Aktivierung des Patienten und hohen Anforderungen an sein Selbstüberwindungs- und Durchhaltevermögen einhergeht, sich auf Dauer als wenig kompatibel mit einer anhaltenden stark dependenten oder selbstunsicheren Persönlichkeitsstruktur erweisen sollte.

Neben den Hauptsymptomen der Angststörungen werden auch immer verschiedene psychische Begleiterscheinungen erwähnt, so beschreibt Chambless, 1982:

*„This typical agoraphobic is likely to be female and a housewife who would prefer to be employed and is probably anxious, depressed, unassertive, and low in self-esteem. A rather extroverted person, compared to other neurotics, she regrets her social isolation, yet is fearful of many social situations due to her overconcern with the critical eye of others.”*  
(S.14)

**Shafar (1976)**

38% Agoraphobepatienten wurden mit deutlich dependenten Persönlichkeitszügen bei klinischen Interviews von Shafar (1976) gefunden.

**Torgersen (1979)**

In einer Studie mit eineiigen Zwillingen zeigte der agoraphobische Zwilling eine höhere Wahrscheinlichkeit, abhängig, selbstunsicher und suggestibel im Persönlichkeitsinventar zu sein.

**Marks (1987)**

Marks zitiert dabei Arrindell & Emmelkamp (1985) und Turner et al. (1983), dass Agoraphobikerinnen neurotischer im Sinne von ängstlich, defensiver und sozial erwünschter auf den Skalen abschnitten. Der Autor stellt dies nicht mit ihrer prämorbidem Persönlichkeit, sondern mehr mit ihrer aktuellen Krankheit in Zusammenhang.

**Bartling et al. (1980)**

Dabei konnte bei 18 Agoraphobepatienten nach massierter Konfrontation bei einem 8-Monats-Follow-up ein signifikanter Rückgang bei Dominanzstreben und Neurotizismus festgestellt werden.

**Andrews & Moran (1988)**

Die Autoren fanden außer der Stabilität der Effekte in Bezug auf die Angst auch eine Verbesserung bei „neurotischen“ Maßen. Bei einem kognitiven und konfrontativen Vorgehen bei 50 Agoraphobikern stellten sie 6 und 12 Monate nach der Behandlung signifikante Verbesserungen bei der Neurotizismus-Skala des Eysenck personality inventory fest. Ebenso konnten sie signifikante Verbesserungen in Bezug auf den „locus of personal control“ in Bezug auf chronische Erkrankungen finden. Leider liegt zu der Untersuchung keine Kontrollgruppe vor.

*Zusammenfassung: Die wenigen aufgeführten Untersuchungen weisen auf eine mögliche leichte Verbesserung der interpersonalen Probleme nach einer Konfrontationstherapie hin, die sich allerdings selten im signifikanten Bereich bewegt und vor allem im Bereich „Neurotizismus“ deutlich wird.*

## **2.5. Empirie zur Veränderung der Selbstsicherheit**

Vertreter der interpersonalen Theorie haben auch auf die angenommene selbstunsichere Persönlichkeitsstruktur als Korrelat der Entwicklung einer Angststörung hingewiesen, wie z.B. Goldstein (1982), der postuliert, dass Agoraphobepatienten geringe soziale Kompetenzen und zahlreiche soziale Ängste haben und es ihnen an angemessener Selbstsicherheit mangelt.

Demzufolge liegen zu diesem Themenbereich auch einige Untersuchungen vor.

### **Goldstein & Chambless (1978)**

Chambless, Hunter & Jackson (1981, zitiert nach Chambless, 1982)

Sie fanden bei Agoraphobikern signifikante Unterschiede in der Selbstsicherheit zu Patienten mit einfacher Phobie. Und ebenso in einer Nachfolgeuntersuchung 1981 eine höhere Wahrscheinlichkeit von Agoraphobikern, selbstunsicher zu sein im Vergleich zu einer Normstichprobe.

### **Marks (1967)**

Marks fand, dass die agoraphobischen Patienten eine annähernd hohe soziale Ängstlichkeit aufwiesen wie Patienten mit Sozialphobie (Marks, 1967).

### **Burns und Thorpe (1977)**

Die Untersuchung von Burns und Thorpe (1977) fand, dass die größte und häufigste Auswirkung der Agoraphobie das Auftreten von Minderwertigkeitsgefühlen war und sie führten dies auf die mangelnde und erschwerte soziale Kontakthäufigkeit zurück.

### **Chambless & Gracely (1988)**

Chambless & Gracely konnten jeweils keine Zusammenhänge zwischen Selbstsicherheit und sozialer Angst und dem Grad der Vermeidung feststellen. Sie betonen, dass ihre untersuchte Gruppe u.U. zu klein für aussagekräftige Ergebnisse war. Eine Tendenz, die sie feststellen konnten, waren die schlechteren Follow-up-Werte von Klienten, die auch nach der Therapie noch selbstunsicher waren. Dabei handelt es sich jedoch nicht um signifikante Ergebnisse.

**Busse & Sanetra (1977)**

In der bereits erwähnten Untersuchung erhoben Busse & Sanetra die langfristigen Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen von Patienten nach einer Konfrontationstherapie. So fanden sie eine Erhöhung der Selbstzufriedenheit und Verbesserung der Depression. Im Bereich der sozialen Kompetenz konnten sie keinerlei Veränderungen feststellen. Weitere Ergebnisse siehe auch Kapitel 2.3. und 2.6.

**Emmelkamp & Kuipers (1979)**

Emmelkamp & Kuipers fanden 1979 bei einer Stichprobe von 70 agoraphobischen Patienten in einem 4-Jahres-Follow-up nach einer In-Vivo-Konfrontation keinerlei „Symptomverschiebungen“. So beschrieben sie die Effekte nach der Therapie als stabil bzw. fanden teilweise Verbesserungen in den untersuchten Bereichen Depression, soziale Angst und Kontrollüberzeugung.

**Emmelkamp (1980)**

Der Autor bemerkt in seiner Untersuchung, dass ein Reihe Patienten nach In Vivo-Exposition selbstsicherer als vor der Therapie waren. Seiner Beschreibung nach handelte es sich hierbei um Patienten, die vor Beginn der Angststörung selbstsicher waren und erst durch die Agoraphobie einen Mangel an Selbstwirksamkeit und Selbsteffizienz erfahren mussten, welcher wiederum zu Selbstunsicherheit führte.

**Emmelkamp, Van der Hout & de Vries (1983) und Emmelkamp (1980)**

Emmelkamp et al. verglichen ein Selbstsicherheitstraining mit einer In-Vivo-Konfrontation und mit einer Kombination aus beidem bei selbstunsicheren Agoraphobiker. Dabei fanden sie, dass die kombinierte Form den einzelnen Therapien nicht überlegen war, aber dass (wenig überraschend) das Selbstsicherheitstraining effektiver im Bereich der Selbstsicherheit und die Konfrontationstherapie effektiver im Bereich Ängste und Vermeidung war. In der Studie von 1980 zeigte sich, dass selbstsichere und selbstunsichere Patienten gleich stark von Konfrontation profitieren. Emmelkamp et al. schließen daraus, zuerst mit Konfrontation zu beginnen und danach ein Selbstsicherheitstraining wenn nötig anzuschließen. Es bleibt festzuhalten, dass Konfrontation Effekte bei der Selbstsicherheit aufweist.

**Emmelkamp, Mersch, Vissia & Van der Helm (1985)**

Die Studie verglich Konfrontation in vivo mit rational-emotiver Therapie und mit Selbstinstruktionstraining bei Sozialphobikern. Neben den Hauptergebnissen wurde festgestellt, dass sich die meisten Patienten auch in Bezug auf ihre Selbstsicherheit verbessert hatten (manche davon auch im klinisch relevanten Bereich), obwohl in keiner Therapiegruppe ein Selbstsicherheitstraining teil des Rationale war.

**Bartling et al. (1980)**

Dabei wurden bei der Untersuchung von 18 Agoraphobiepatienten nach massierter Konfrontationstherapie (und zum Teil auch bei 17 Patienten nach graduerter Konfrontationstherapie) folgende Behandlungseffekte gefunden:

„ein Anstieg in Selbstzufriedenheit, Selbstermutigung und positiver psychischer Befindlichkeit“ und „einen Rückgang von genereller Unsicherheit, Angst vor Kritik und öffentlichen Fehlschlägen, Angst bei unberechtigten Forderungen 'Nein' zu sagen, Kontaktangst und übertriebener Rücksichtnahme“ (S. 117). Die Autoren betonen jedoch noch die außerordentlich hohen Streuungen der Gruppe und die Ausgangswertunterschiede.

**Marks (1987)**

Marks zitiert dabei A. Presley, dass das gemessene niedrigere Selbstwertgefühl nicht mit der prämorbidem Persönlichkeit, sondern ihrer aktuellen Krankheit in Zusammenhang steht. Bei einer eigenen Studie von Marks (1965) werten die Patientinnen und ihre Partner im selben Maß die Patientinnen während der Krankheit als weniger aktiv, unabhängig, schnell, verständnisvoll, u.ä. ab, wie sie sich vor der Krankheit im Normalbereich einschätzen.

*Zusammenfassung: Abschließend kann über den Bereich der Selbstsicherheit festgehalten werden, dass es Hinweise auf eine Zunahme der Selbstsicherheit nach einer Therapie mit Exposition in vivo gibt. Diese Verbesserungen bewegen sich aber häufig nicht im signifikanten Bereich, sind stark abhängig vom Ausgangsniveau der Probanden und unterliegen großen Streuungen.*

## 2.6. Empirie zur Veränderung der Sozialen Unterstützung

Folgt man den Annahmen der Vertreter des Interpersonalen Ansatzes der Angststörung, müsste dem sozialen Umfeld eine wichtige Rolle in der Entstehung der Angstzustände zukommen und eine Behebung der netzwerkstabilisierenden Faktoren, wie dem Vermeidungsverhalten, zu einer Verschlechterung der sozialen Variablen führen.

In den meisten Fällen ist der Partner der wichtigste Baustein des sozialen Umfelds, auf den besonderen Zusammenhang zwischen Ehe und Angststörung wurde schon unter 2.3. ausführlich eingegangen, hier sollen nur zusätzliche Ergebnisse, die sich allgemein auf das soziale Umfeld beziehen, erwähnt werden.

Zusätzlich lässt sich festhalten, dass es im Zuge der Social-Support-Forschung eine Vielzahl ausführlicher Untersuchungen im Bereich der Depression oder verschiedenen körperlichen Erkrankungen gibt, im Bereich der Angststörungen jedoch kaum Untersuchungen auszumachen sind, obwohl das Prinzip bzw. Modell des Social Support global ansetzt und von einer allgemeinen Pufferwirkung gegenüber allen auftretenden Stressoren ausgeht.

So erläutern Brehm & Smith (1994) und Leavy (1983), dass es einen Zusammenhang zwischen mangelnder sozialer Unterstützung und schweren psychologischen Störungen gibt, aber dass es ihm auch wichtig ist, darauf hinzuweisen, dass es noch keine überzeugenden Beweise gibt, wie es zu diesem Zusammenhang kommen kann. Das Fehlen von sozialer Unterstützung könnte die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass eine Person eine psychische Störung entwickelt; ebenso könnte gezeigtes abweichendes oder für andere belastendes Verhalten den Zugang zu sozialer Unterstützung von anderen einschränken oder eine dritte Variable, wie z.B. sozioökonomischer Status könnte zur Entwicklung einer psychischen Störung und geringer verfügbarer sozialer Unterstützung beitragen.

### **Busse & Sanetra (1977)**

Busse & Sanetra erhoben die langfristigen Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen von Patienten nach einer Konfrontationstherapie. So fanden sie, wie bereits oben erwähnt, eine Erhöhung der Zufriedenheit mit der Partnerschaft und Freizeitgestaltung. Es waren jedoch keinerlei Veränderungen in den Beziehungen zu den anderen Familienmitgliedern feststellbar. Es erwies sich vielmehr, dass die soziale Unterstützung im Extremgruppenvergleich zwischen Therapieerfolgen und Therapiemisserfolgen unterscheiden konnte.

**McPherson et al. (1980)**

Ebenso fand McPherson bei 3 bis 6-Jahres-Katamnesen nach In-Vivo-oder In-Sensu-Therapien bei 56 erfolgreichen Patienten keine neuen Symptome. Die Therapieerfolge erwiesen sich als konstant und gingen teilweise mit Verbesserungen im Bereich der sozialen Beziehungen, Depressivität und beruflichen Einschränkungen einher.

**Bartling et al. (1980)**

Dabei ermittelten die Autoren bei einem teilstandardisierten Intensiv-Interview mit den 6 subjektiv erfolgreichsten und den 6 subjektiv erfolglosesten Probandinnen folgende Tendenzen: „In ca. einem Drittel der Fälle nahm die Häufigkeit der Außenkontakte deutlich zu. Die Zahl der Bekannten erhöhte sich, und die Kontakte wurden als angenehmer und unbeschwerter empfunden. Die Freizeitgestaltung der Klientinnen wurde nach der Therapie variabler und beschränkte sich nicht mehr auf Aktivitäten innerhalb der Wohnung.“ (S.119)

**Ullrich & Ullrich de Muynck (1999)**

Bei Kontrolle der ATP-Therapieergebnisse berichten Ullrich & Ullrich de Muynck nach über zwei Jahren bei 60 Patienten mit sozialer Phobie und/oder Selbstwertstörung: es hatte sich „die Zahl der guten Freunde nahezu verdoppelt, bei 83% verbesserte [sich] die qualitative Einschätzung der Beziehungen.“

*Zusammenfassung: Es gibt Hinweise auf eine Verbesserung der Sozialkontakte, insbesondere leicht nachvollziehbar v.a. bei Sozialphobie bei dem dies oft zum veränderungsrelevanten symptomatischen Verhalten gehören kann. Bei der Agoraphobie gibt es diesbezüglich auch Tendenzen, aber nicht immer signifikante Ergebnisse.*

## 2.7. Fazit

Kleiner & Marshall bewerteten die empirische und theoretische Befundlage 1985 so, dass es kein klares Bild in Bezug auf die Häufigkeit von Beziehungsproblemen bei Agoraphobie gibt. So könne zwar festgestellt werden, dass einige Agoraphobiker Probleme in ihren Beziehungen hätten, aber es sei nicht geklärt wie groß diese Patientengruppe ist und ob ihre Probleme der Agoraphobie vorausgingen oder ihr folgten.

Nach den Ausführungen der vorausgegangenen Abschnitte kann man jedoch zunächst feststellen, dass es zwar detaillierte und ausdifferenzierte Theorieüberlegungen auf Seiten der Vertreter der interpersonalen Sichtweise gibt, die empirische Verifizierung jedoch hinter diesem Theoriekonzept hinterherhinkt. Insgesamt gesehen haben die kognitiv-behaviouralen Ansätze die methodisch durchdachten und weniger angreifbaren Untersuchungen vorgelegt. Auch wenn von dieser Seite der in allem schlüssige und umfassende theoretische Erklärungsansatz noch aussteht. So ist vor allem in den Bereichen Interpersonale Probleme, Selbstsicherheit und soziale Unterstützung kein Hinweis für eine Verschlechterung nach einer kognitiv-behaviouralen Konfrontationstherapie aufgetreten und im Bereich Partnerschaft hat die Mehrzahl der Untersuchungen eine Verbesserung oder Beibehaltung des Partnerschaftsniveaus aufgezeigt.

Und so sollen auch als Fazit dieser Auflistung der Befundlage Hand, Angenendt, Fischer, & Wilke (1982) aufgeführt werden, die eine Reihe von Studien so zusammenfassen, dass zwei Drittel bis drei Viertel der Patienten klinisch relevante und statistisch signifikante Verbesserungen ihrer phobischen Einschränkungen und ihres Vermeidungsverhaltens zum Follow-up zeigen und dass positive Veränderungen bei 2/3 der Patienten auf andere Bereiche, in der Hauptsache Depression, soziales und persönliches Angepasstsein, zu generalisieren scheinen.

## **IV HYPOTHESEN**

# 1. Kontrollhypothesen

## Quasi-Kontrollgruppe

Vorrausgegangene Untersuchungen mit Konfrontationstherapie haben gezeigt, dass sich zu Beginn der Therapie nach Vorstellung des Therapiemanuals ein großer Prozentsatz der Patienten gegen ein solches Vorgehen entscheidet. So berichten z.B. Hand et al. (1986) von einer Dropout-Quote von 24% bei 112 Probanden. Auch Margraf und Schneider stellen (1990) fest,

„ ein Problem beim Flooding-Verfahren scheint hier zu sein, dass mehr Patienten die Therapie nicht antreten, nachdem ihnen das Rationale vorgestellt wurde. Doch scheint das Flooding-Prinzip dem abgestuften Verfahren überlegen zu sein, da hier ein schnellerer Erfolg erzielt werden kann [...] und die Erfolge stabiler sind (vgl. Fiegenbaum, 1990)“

und Margraf & Schneider (1990) des weiteren: „ das größte Problem dieser Therapien scheint die Akzeptanz zu sein. In einigen Studien lehnten sogar 20 bis 25% der Patienten die Therapie ab oder beendeten sie vorzeitig (vgl. O'Brien & Barlow, 1984).“ (S. 97).

Marks & Herst (1970) kamen bei einem Vergleich von unbehandelten mit behandelten Agoraphobikern an 1200 Probanden zu dem Schluss, dass es wahrscheinlicher ist Hilfe aufzusuchen wenn die Angebote der Gemeinde sich verbessern, die Fähigkeit anderen zu vertrauen in den der Leidtragenden zunimmt und ebenso wenn die agoraphobischen und die nicht angstbezogenen Aspekte schwerwiegender werden.

Bei der vorliegenden klinischen Stichprobe entscheidet sich jeweils eine große Anzahl Patienten gegen die Aufnahme einer Therapie, deshalb soll dieser Effekt kontrolliert werden und ein Gruppenvergleich der Patienten, die sich für oder gegen eine Therapie entschieden haben durchgeführt werden.

Die erhobenen Abbruchquoten der Patienten im Christoph-Dornier-Centrum entstehen zum einen durch die o.g. Gründe, aber zum anderen zu einem erheblichen Teil durch krankenkassenbedingte Behandlungsübernahmeprobleme (siehe Kapitel Methoden). Da nicht angenommen wird, dass Mitglieder einer Krankenkasse kränker sind als die Mitglieder einer anderen, wird von einer ähnlichen Verteilung der symptomsspezifischen und der nicht symptomsspezifischen Parameter ausgegangen. Daraus ergeben sich die folgenden Kontrollhypothesen.

**Kontrollhypothese 1.1.:**

*Die Experimentalgruppe unterscheidet sich zu Therapiebeginn in Bezug auf die Angstparameter nicht signifikant von der Quasi-Kontrollgruppe.*

Aufgrund der oben angeführten Überlegungen wird davon ausgegangen, dass die Experimentalgruppe, die sich einer Reizkonfrontation unterzieht, keine einfacher zu therapierende Auswahlgruppe darstellt. Es wird zu erwarten sein, dass die Experimentalgruppe die gleichen Angstparameterwerte aufweist als die Probanden, die sich gegen eine Reizkonfrontationstherapie entschieden haben.

**Kontrollhypothese 1.2.:**

*Die Experimentalgruppe unterscheidet sich zu Therapiebeginn in Bezug auf das Ausmaß der Depression nicht signifikant von der Quasi-Kontrollgruppe.*

Auch hier wird entsprechend der Angstparameter erwartet, dass die Experimentalgruppe, die sich einer Reizkonfrontationstherapie unterzieht, das gleiche Depressionsniveau aufweist wie diejenigen Probanden, die sich gegen eine Therapie entschieden haben.

**Kontrollhypothese 1.3.:**

*Die Experimentalgruppe unterscheidet sich zu Therapiebeginn in Bezug auf die Qualität der Partnerschaft nicht signifikant von der Quasi-Kontrollgruppe.*

Wie Untersuchungen von Emmelkamp (z.B. 1979) gezeigt haben, weisen Partnerschaften, bei denen sich der Patient einer Reizkonfrontationstherapie unterzieht, keine schlechtere Qualität der Beziehung auf als Partnerschaften in der Normalbevölkerung. Ebenso wird wie oben ausgeführt davon ausgegangen, dass die Unterscheidung der Gruppen zum einem großen Prozentsatz auf einen verwaltungstechnischen Besonderheiten beruht. So wird auch bei der zu untersuchenden Experimentalgruppe keine abweichende Partnerschaftsqualität von der Kontrollgruppe erwartet.

**Kontrollhypothese 1.4.:**

*Die Experimentalgruppe unterscheidet sich zu Therapiebeginn in Bezug auf das Ausmaß der Selbstsicherheit nicht signifikant von der Quasi-Kontrollgruppe.*

Marks & Herst (1970) konnten Selbstunsicherheitsunterschiede bei den behandelten und nicht behandelten Agoraphobikern feststellen. In der vorliegenden Untersuchung hatten jedoch auch diejenigen Probanden, die sich gegen die Behandlung entschieden haben, zumindest zu dem Informationsgespräch einen Behandler aufgesucht und außerdem trugen wie bereits erwähnt formale Gründe einen großen Entscheidungsanteil der Dropout-Quote. Aus diesem Grund werden für die Experimentalgruppe vergleichbare Selbstsicherheitswerte erwartet wie in der Gruppe, die sich gegen eine Reizkonfrontationstherapie entschieden hat.

## **2. Vorhypothesen**

### **Angstparameter**

**Vorhypothese 2.1.:**

*Die Probandengruppe hat sich 6 Wochen nach Therapieende in Bezug auf die Angstparameter signifikant verbessert.*

Es wird nach Fiegenbaum (1982, 1988), der bei 80 bis 82% der Angstpatienten Symptomfreiheit oder eine starke Besserung gefunden hatte, eine vergleichbare Verbesserung der Angstsymptome der Patienten 6 Wochen nach der Reizkonfrontationstherapie erwartet. Das heißt, es wird angenommen, dass sich die Experimentalgruppe 6 Wochen nach der Behandlung signifikant verbessert hat.

**Vorhypothese 2.2.:**

*Die Probandengruppe hat sich 1 Jahr nach Therapieende in Bezug auf die Angstparameter signifikant verbessert.*

Ebenso wurde in den oben genannten Untersuchungen (Fiegenbaum 1982, 88) nachgewiesen, dass sich die Therapieerfolge nach 3 bzw. 5 Jahren stabil verhalten und ca. 80% der Patienten symptomfrei oder stark gebessert sind. Auf diesem Hintergrund wird für die vorliegende Untersuchung auch von einer starken Verbesserung der Angstparameter 1 Jahr nach Ablauf der Therapie ausgegangen.

**Vorhypothese 2.3.:**

*Die Probandengruppe hat sich 6 Wochen nach Therapieende in Bezug auf Depression signifikant verbessert.*

Emmelkamp & Kuipers (1979) konnten bei 81 Agoraphobikern eine signifikante Verbesserung der Patienten in Bezug auf Depression feststellen und folgerten daraus, dass es sich demzufolge bei einem Teil der Patienten um Depressionen, die aufgrund der Symptomatik der Phobie entstanden sind, gehandelt haben müsste. Aufgrund dieser Befunde wird auch hier eine Verbesserung der depressiven Symptome 6 Wochen nach der Behandlung postuliert.

**Vorhypothese 2.4.:**

*Die Probandengruppe hat sich 1 Jahr nach Therapieende in Bezug auf die Depression signifikant verbessert.*

Ebenso fanden Emmelkamp & Kuipers (1979) bei einem Follow-up nach 4 Jahren an derselben Stichprobe eine signifikante Verbesserung in Bezug auf Depression im Zeitraum vom letzten Test nach der Therapie bis zum Follow-up. In diesem Sinne wird auch nach einem Jahr von einer Verbesserung der depressiven Symptomatik im Vergleich zum Therapiebeginn ausgegangen.

### **3. Hypothesen**

#### **Nicht-symptomspezifische Parameter**

Gesetzt den Fall, dass die Vergleichbarkeit der Experimentalgruppe gewährleistet und die signifikante Verbesserung der Angstpatienten in den symptom-spezifischen Variablen repliziert werden konnte, können dann die folgenden Haupthypothesen in Bezug auf die Veränderung der nicht-symptomspezifischen Variablen untersucht werden.

##### **Hypothese 3.1.:**

*Die Verbesserung des Ausmaßes der Interpersonalen Probleme korreliert mit dem Ausmaß der in der Therapie erzielten Angstverbesserung.*

Andrews & Moran (1988) fanden bei Agoraphobikern eine Verbesserung bei „neurotischen“ Maßen nach einem kognitiven und konfrontativen Vorgehen. Erhoben wurde dies mit der Neurotizismus-Skala des Eysenck personality inventory. Ausgehend von diesen Befunden wird erwartet, dass Interpersonale Probleme der Patienten nach der Behandlung eine Verbesserung der Symptome zeigen, die mit der erzielten Angstverbesserung in Zusammenhang steht.

##### **Hypothese 3.2.:**

*Die Verbesserung des Ausmaßes der Selbstunsicherheit korreliert mit der in der Therapie erzielten Angstverbesserung.*

Emmelkamp & Kuipers (1979) fanden bei einer Stichprobe von Agoraphobikern teilweise Verbesserungen in den untersuchten Bereichen soziale Angst und Kontrollüberzeugungen. So werden auch für die folgende Untersuchung teilweise Verbesserungen der Selbstsicherheit erwartet.

**Hypothese 3.3.:**

*Die Verbesserung des Ausmaßes der Partnerschaftlichen Qualität korreliert mit der in der Therapie erzielten Angstverbesserung.*

Bei Arrindell & Emmelkamp (1986) zeigte sich die eheliche und sexuelle Beziehung von Agoraphobiepatientinnen als stabil nach einer erfolgreichen Konfrontationstherapie. Davon ausgehend wird bei der vorliegenden Untersuchung auch postuliert, dass eine Verbesserung der Angst mit stabiler Partnerschaftsqualität in Zusammenhang steht.

**Hypothese 3.4.:**

*Die Verbesserung des Ausmaßes der sozialen Unterstützung korreliert mit der in der Therapie erzielten Angstverbesserung.*

McPherson et al. (1980) fanden nach In-Vivo- oder In-Sensu-Therapien bei erfolgreichen Patienten leichte Verbesserungen im Bereich der sozialen Beziehungen. So wird bei der vorliegenden Untersuchung von leichten Verbesserungen der sozialen Unterstützung ausgegangen, die mit der erzielten Angstverbesserung jeweils in Zusammenhang stehen.

## **V METHODEN**

# **1. Zeitlicher Ablauf**

## **1.1. Behandlungsverlauf**

Die Patienten der vorliegenden Untersuchung durchlaufen im Rahmen einer Konfrontationstherapie im Christoph-Dornier-Centrum verschiedene Stadien. Diese verschiedenen Abläufe sollen im Folgenden erläutert werden.

Der Grund für die ausführliche Darstellung des Therapieablaufs ist, dass sich aus dieser speziellen Struktur auch die jeweiligen methodischen Schwächen und statistischen Mängel der vorliegenden Untersuchung herleiten. Auch für ein Verständnis der Auswahl der Patientengruppe und der Erhebung der Fragebögen zu den verschiedenen Zeitpunkten ist es notwendig auf den Therapieablauf einzugehen.

Nach einer telefonischen Anfrage des Patienten oder Behandlers, Zusendung und Rücksendung eines Erstkontakt-Fragebogens, mit dessen Hilfe eine grobe Indikationsstellung möglich ist, wird daraufhin ein sogenannter „Diagnostiktag“ vereinbart.

### **Diagnostiktag**

Der Diagnostiktag ist in der Regel der erste direkte Patientenkontakt und dient zur Diagnosestellung und Grobentwurf eines Therapieplans und einer ersten kognitiven Vorbereitung des Patienten auf die Therapie. Zur Diagnosestellung wird ein „Diagnostisches Interview für Psychische Störungen (DIPS)“ durchgeführt und eine Fragebogen-Batterie gegeben.

Danach können sich Patienten entscheiden, ob sie eine Therapie in Anspruch nehmen möchten oder nicht. Zumeist schließen sich daran auch Verhandlungen mit der Krankenkasse an und auch danach bestimmt sich oft, ob die Patienten sich für oder gegen eine Therapie entscheiden.

Für die Untersuchung relevante Fragebögen, die regulär während des Diagnostiktages gegeben werden, sind:

- Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen (ACQ)
- Fragebogen zu Angst vor körperlichen Symptomen (BSQ)
- Beck Depression Inventar (BDI)
- Partnerschaftsfragebogen (PFB)
- Unsicherheits-Fragebogen (UFB)

### **Therapieplanung**

Zu Beginn der Therapie steht eine zwei- bis dreitägige Therapieplanung. Dabei werden ein weiteres Mal Fragebögen gegeben und eine genaue kognitive Vorbereitung auf die Konfrontationsübungen durchgeführt.

Daran anschließend finden die Konfrontationsübungen statt. Dies sind zumeist zwei Wochen, wobei in der ersten Woche die Übungen zunächst begleitet und danach zunehmend allein aufgesucht und geplant werden.

Für die Untersuchung relevante Fragebögen, die regulär während der Therapie gegeben werden, sind:

- Beck Depression Inventar (BDI)
- Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP)
- Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)
- Fragebogen zur sozialen Integration (FSI)

### **Sechs-Wochen-Follow-up**

Nach der Intensivphase der Therapie erfolgt ein sechswöchiges Selbsterprobungsintervall im Alltag mit therapeutischen Kontakten nach Bedarf. Dabei wird anschließend noch einmal per Fragebogen erfasst, wie der Zustand nach der Therapie aussieht.

Für die Untersuchung relevante Fragebögen, die regulär während dem 6 Wochen-Follow-up gegeben werden, sind dabei:

- Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen (ACQ)
- Fragebogen zu Angst vor körperlichen Symptomen (BSQ)
- Beck Depression Inventar (BDI)
- Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP)
- Unsicherheits-Fragebogen (UFB)
- Fragebogen zur sozialen Integration (FSI)

### **Ein-Jahres-Follow-up**

Nach einem Jahr werden die Patienten erneut kontaktiert und um das Ausfüllen von Fragebögen gebeten:

Für die Untersuchung relevante Fragebögen sind dabei:

- Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen (ACQ)
- Fragebogen zu Angst vor körperlichen Symptomen (BSQ)
- Beck Depression Inventar (BDI)

- Partnerschaftsfragebogen (PFB)
- Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP)
- Unsicherheits-Fragebogen (UFB)
- Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)
- Fragebogen zur sozialen Integration (FSI)

Ein großer Vorteil der Daten dieser Studie ist die starke Strukturierung und dadurch Einheitlichkeit der Konfrontationstherapie im CDK. Alle Therapeuten folgen dem gleichen Therapiekonzept, arbeiten unter ständiger Supervision und haben aufgrund des insgesamt niedrigen Lebensalters in geringem Maße ein für sie spezifisches therapeutisches Vorgehen entwickelt. Die Daten werden regulär während der Therapie erhoben, sind im therapeutischen Kontext integriert und damit auch oft vollständig.

Die Fragebögen werden niemals vor Ablauf eines Jahres zugesandt. Aufgrund des Arbeitsaufwandes, den das Ausfüllen der Fragebögen mit sich bringt, ist es jedoch oft nötig, dass Therapeuten noch einmal nachfragen, ob es möglich wäre, diese zurückzuschicken oder es mussten auch Fragebögen nachgeschickt werden, nachdem die Fragebogenbatterie verändert wurde. Dadurch verzögert sich das Datum der Nacherhebung. Insofern handelt es sich realistischerweise um ein 1-1,5 Jahres-Follow-up.

## 1.2. Messzeitpunkte

Die Fragebögen werden wie zuvor erläutert nicht alle zu den gleichen Zeitpunkten wieder erhoben. Einige werden am Diagnostiktag, an dem den Patienten das Therapiekonzept vorgestellt wird, erhoben, andere dagegen bei der eingehenden Planung der Therapie, also kurz vor den Konfrontationsübungen.

Nach der intensiven Übungsphase und 6-Wochen Erprobung im Alltag, wird daraufhin ein Teil der Fragebögen ein zweites Mal gegeben. Nach einem Jahr werden beim 1-Jahres-Follow-up alle Fragebögen noch einmal erhoben.

Fragebögen	D-Tag	Th.-pl.	6 Wo.	1 Jahr	Items je Fragebogen	Items insgesamt
<b>symptom-spezifisch</b>						
ACQ	X		X	X	15	45
BSQ	X		X	X	18	54
BDI	X	X	X	X	21	84
<b>symptom-unspezifisch</b>						
PFB	X			X	31	62
UFB	X		X	X	65	195
SVF		X	X	X	15	30
FSI		X	X	X	29	87
IIP		X	X	X	64	192
E						749

**Tabelle V.1.** Die Tabelle zeigt die Messzeitpunkte zu denen die Fragebögen erhoben werden.

## **2. Instrumente**

Im Folgenden sollen die 8 verschiedenen verwendeten Instrumente genauer dargestellt werden. Dabei wurden sie nicht immer vollständig verwendet, sondern manche nur in Teilen. Die Fragebögen erfassen zum einen die Angstreduktion und zum anderen die nicht-symptomspezifischen Parameter.

### **2.1. Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen (ACQ)**

Bei dem Fragebogen von Ehlers & Margraf (1993) handelt es sich um eine deutsche Adaptation des Agoraphobic Cognition Questionnaire von Chambless et al. (1984). Er erfasst katastrophisierende Kognitionen, wie sie im Zusammenhang mit Angststörungen, somatoformen Störungen und psychosomatischen Erkrankungen eine Rolle spielen.

Dabei erfragt er zum einen die Angst vor körperlichen Krisen wie Herzinfarkt, Blamage, Ohnmacht oder Schlaganfall und die Angst vor Kontrollverlust wie verrückt zu werden, die Kontrolle zu verlieren oder zu schreien.

Die Probanden werden dazu aufgefordert, einzustufen wie häufig ein solcher Gedanke in Situationen, wenn sie ängstlich oder nervös sind, vorkommt. Die Fünf-Punkte-Skala reicht dabei von „Der Gedanke kommt nie vor“ bis zu „Der Gedanke kommt immer vor“.

### **2.2. Fragebogen zu Angst vor körperlichen Symptomen (BSQ)**

Auch bei diesem Fragebogen von Ehlers & Margraf (1993) handelt es sich um eine deutsche Übersetzung eines Inventars von Chambless et al. (1984) und zwar des Body Sensations Questionnaire. Er erfasst, wie bedrohlich Patienten ihre körperlichen Symptome einstufen.

Dabei muss der Proband 17 Items auf einer fünfstufigen Skala von „gar nicht beunruhigt oder ängstlich“ bis zu „extrem ängstlich“ einschätzen. Die erfragten Symptome sind dabei: Herzrasen, Beklemmungsgefühl, Taubheitsgefühle im Arm und anderen Körperteilen, Kribbeln, Atemnot, Schwindel, Sehstörungen, Übelkeit, flauer Magen, Stein im Magen, Kloß im Hals, weiche Knie, Schwitzen, trockene Kehle, Desorientierung und Depersonalisation.

### **2.3. Beck Depression Inventory (BDI)**

Das Beck-Depressions-Inventar von Beck (Beck et al. 1988), deutsche Fassung von Richter (1991), erfasst depressive Verstimmung. Die 21 Items erfassen den Schweregrad depressionsrelevanter, klinischer Symptome, wie:

niedergeschlagene Stimmung, Reizbarkeit, Mutlosigkeit, Versagensgefühle, Verlust der Genussfähigkeit, Schuldgefühle, Gefühl der Bestrafung, Enttäuschung, negatives Selbstkonzept, Suizidgedanken, Weinen, Verlust von Interesse an anderen Menschen, fehlende Entschlussfreudigkeit, Abwertung des eigenen Aussehens, Antriebsverlust, Schlaflosigkeit, Müdigkeit, Appetit-, Gewichtsverlust, Gesundheitsorgen und Verlust des Interesses an Sex.

Mit dem Beck Depression Inventory kann eine Besserung abgebildet werden, d.h. dass mit einer Besserung der primären Angstsymptomatik auch eine sekundäre depressive Verstimmung verschwinden könnte. Damit kann es als ein Therapieerfolgskriterium gelten. Zum anderen ist Depression einer der wenigen verlässlichen und nachgewiesenen Einflussfaktoren (Fleiss et al., 1971; Marks, 1987) und sollte im Therapieverlauf kontrolliert werden.

### **2.4. Partnerschaftsfragebogen (PFB)**

Der Partnerschaftsfragebogen von Hahlweg (1979, 1986) wurde zur differentiellen Einschätzung der Ehequalität entwickelt und wird vor allem für die Diagnose und Therapieevaluation in der Paartherapie benutzt. Er umfasst 30 Items, die faktorenanalytisch den drei Skalen Streitverhalten, Zärtlichkeit und Gemeinsamkeit/Kommunikation zuzuordnen sind. Dabei soll jeweils die Häufigkeit ihres Auftretens in den Antwortkategorien nie/sehr selten, selten, oft und sehr oft beurteilt werden. Dies ergibt dann einzelne Ergebnisse für die drei Skalen und einen Gesamtwert.

- Streitverhalten:

Diese Skala erfragt die Verhaltensweisen des Partners während eines Streits, die nicht der Konfliktlösung dienen, wie z.B. den Partner anschreien, seine Aussagen ins Gegenteil verdrehen, beim streiten kein Ende finden, beschimpfen, sich abfällig über die Meinung des anderen äußern oder dem anderen die Schuld zuweisen.

Ein Beispiel wäre: "Er/Sie wirft mir Fehler vor, die ich in der Vergangenheit getan habe".

- Zärtlichkeit:

Die Skala Zärtlichkeit erfragt den positiven Kontakt zum Partner. Damit ist sowohl der direkte Körperkontakt, wie z.B. Streicheln, in den Arm nehmen, Aneinanderschmiegen, als auch verbaler Kontakt, wie z.B. Komplimente machen, sagen, dass der Partner attraktiv ist, über sexuelle Wünsche sprechen, gemeint.

Ein Beispiel wäre: „Vor dem Einschlafen schmiegen wir uns aneinander“.

- Gemeinsamkeit/Kommunikation:

Diese Skala erfasst gemeinsame Aktivitäten der beiden Partner, wie gemeinsame Pläne für das Wochenende und die Zukunft. Sie erfragt die Verbundenheit der Partner untereinander, wie z.B. die Meinung des anderen hören zu wollen, sich die Wünsche des anderen merken und ebenso die gemeinsame Kommunikation durch Items wie z.B. Gefühle mitteilen, sich die Aktivitäten des Tages erzählen, mindestens eine halbe Stunde unterhalten.

Ein Beispiel wäre: „Er/Sie bespricht Dinge aus seinem/ihren Berufsleben mit mir“.

Außerdem enthält er ein 31. Item zur globalen Glückseinschätzung der Beziehung von sehr unglücklich bis sehr glücklich. Dies erlaubt eine Einteilung der Paare in „glücklich“ und „unglücklich“.

## **2.5. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP)**

Das IIP von Horowitz et al. (1994) dient der Selbsteinschätzung von Problemen im Umgang mit anderen. Dabei geht es um Verhaltensweisen, die dem Probanden zum einen schwer fallen und die er zum anderen im Übermaß zeigt.

Die theoretische Grundlage sind interpersonale Persönlichkeitsmodelle, wie die von Sullivan oder Leary aus den vierziger und fünfziger Jahren. „Das Inventar wurde auf der Basis der Äußerungen von Patienten in Psychotherapie empirisch entwickelt zur Status- und Prozessdiagnostik im klinischen Bereich. Die Skalen des Fragebogens wurden theoriegestützt hergeleitet und beschreiben acht Oktanten des interpersonalen Kreismodells (Circumplex), das ursprünglich Leary zur Klassifikation interpersonalen Verhaltens vorschlug“ (Horowitz, Strauß & Kordy, 1994, S.11). Die Auswertung der 64 Items erfolgt über diese acht faktorenanalytisch gebildeten Skalen:

**autokratisch/dominant:**

„Personen mit hohen Werten auf dieser Skala berichten über Probleme, andere zu akzeptieren, sie zu sehr zu ändern oder beeinflussen zu wollen, andere zu sehr zu kontrollieren oder zu oft im Streit mit anderen zu sein; sie betonen ihre Unabhängigkeit zu sehr und berichten über Schwierigkeiten, sich unterzuordnen.“ (Horowitz, Strauß & Kordy, 1994, S.16)

Beispiel: Ich übe zuviel Druck auf andere aus.

**streitsüchtig/dominierend**

„Personen mit hohen Werten (...) berichten über Probleme, anderen zu vertrauen bzw. anderen gegenüber misstrauisch zu sein; es fällt ihnen schwer, andere zu unterstützen, sich wirklich um die Bedürfnisse anderer zu kümmern; sie beschreiben sich als missgünstig, als Personen, die zuviel streiten und zu sehr auf Rache aus sind.“ (Horowitz, Strauß & Kordy, 1994, S.16)

Beispiel: Ich fühle mich zu oft von anderen angegriffen.

**abweisend/kalt**

„Personen mit hohen Werten auf dieser Skala berichten über Schwierigkeiten, Nähe zu anderen herzustellen oder Zuneigung zu zeigen; es fällt ihnen schwer, Liebe gegenüber anderen zu empfinden oder langfristige Verpflichtungen gegenüber Personen einzugehen; sie geben an, andere zu sehr auf Distanz zu halten oder Schwierigkeiten zu haben, sich zu versöhnen, nachdem sie ärgerlich waren.“ (Horowitz, Strauß & Kordy, 1994, S.21)

Beispiel: Es fällt mir schwer, anderen zu vertrauen

**introvertiert/sozialvermeidend**

„Personen mit hohen Werten (...) berichten über Probleme, Kontakte zu knüpfen, auf andere zuzugehen oder mit anderen etwas zu unternehmen; sie beschreiben Schwierigkeiten, ihre Gefühle zu zeigen.“ (Horowitz, Strauß & Kordy, 1994, S.21)

Beispiel: Es fällt mir schwer, mich Gruppen anzuschließen.

**selbstunsicher/unterwürfig**

„Personen mit hohen Werten auf dieser Skala berichten über Probleme, anderen mitzuteilen, was sie wollen und nicht wollen; es fällt ihnen schwer, sich anderen gegenüber zu behaupten, standfest zu sein, andere auch mit Problemen zu konfrontieren oder auch aggressiv zu sein; sie sehen sich als wenig selbstbewusst im Beisein anderer und tun sich schwer, eine Chef-Rolle zu übernehmen.“ (Horowitz, Strauß & Kordy, 1994, S.22)

Beispiel: Ich kümmere mich zu sehr um die Reaktionen anderer.

**ausnutzbar/nachgiebig**

„Personen mit hohen Werten (...) berichten über Schwierigkeiten, sich von anderen abzugrenzen, 'Nein' zu sagen oder zu zeigen, dass sie wütend sind; sie beschreiben sich als leichtgläubig bzw. als Personen, die sich leicht überreden lassen; es fällt ihnen schwer, mit anderen zu streiten oder fest zu bleiben bzw. nicht zu sehr ausnutzen zu lassen.“ (Horowitz, Strauß & Kordy, 1994, S.22)  
Beispiel: Es fällt mir schwer, anderen gegenüber „Nein“ zu sagen.

**fürsorglich/freundlich**

„Personen mit hohen Werten (...) berichten, dass sie ihre eigenen Interessen und Wünsche gegenüber den Bedürfnissen anderer vernachlässigen, dass sie zu großzügig sind oder sich zu leicht durch die Not anderer anrühren lassen; es fällt ihnen schwer, anderen Grenzen zu setzen.“ (Horowitz, Strauß & Kordy, 1994, S.22)  
Beispiel: Es fällt mir schwer, zu tun was mir gefällt, ohne mich anderen gegenüber schuldig zu fühlen.

**expressiv/aufdringlich**

„Personen mit hohen Werten auf dieser Skala berichten über Schwierigkeiten, Dinge für sich zu behalten, sie erzählen oft zu Persönliches von sich, öffnen sich zu sehr; sie beschreiben sich als Personen, die zuviel Wert auf Beachtung durch andere legen, zu oft den Clown spielen oder Schwierigkeiten haben, allein zu sein; sie fühlen sich zu sehr für andere verantwortlich, haben Schwierigkeiten, sich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten.“ (Horowitz, Strauß & Kordy, 1994, S.22)  
Beispiel: Ich spiele zu oft den Clown, um anderen zu gefallen.

## 2.6. Unsicherheits-Fragebogen (UFB)

Der Unsicherheitsfragebogen von Ullrich & Ullrich de Muynck, 1978, erfasst Einstellungen und Verhaltensweisen, die symptomatisch sind für soziale Angst und geringe soziale Kompetenzen. Entwickelt wurde das Inventar ursprünglich, um die Effektivität von Selbstsicherheits- und soziale Kompetenz-Trainings zu erfassen. Dazu erfasst er mit 65 Items in getrennten Skalen:

**- Fehlschlag- und Kritikangst:**

Dabei wird die Angst vor Situationen erfasst, die eine Blamage, Kritik oder einen Misserfolg bewirken könnten.

Ein Beispiel wäre: „In Diskussionen fallen mir immer erst nachher die richtigen Argumente ein“.

**- Kontaktangst:**

Mit Ängsten im Kontakt mit anderen sind Schüchternheit, emotionale Befangenheit im Umgang mit anderen und mit gegengeschlechtlichen Personen, Schwierigkeiten im Äußern von Zuneigung und Befürchtungen anderen zur Last zu fallen, gemeint.

Ein Beispiel wäre: „Ich finde es schwierig, mit einem Fremden ein Gespräch zu beginnen“.

**- Nicht-Nein-Sagen-Können:**

Diese Skala erfasst zu starke Konfliktvermeidung, übergroße Nachgiebigkeit auf Forderungen von anderen und die Tendenz, Ärger nicht zu äußern, sondern zu unterdrücken.

Ein Beispiel wäre: „Bei Meinungsverschiedenheiten bin ich immer der erste, der nachgibt“.

**- Fordern können:**

Dies bezieht sich auf die Kompetenz, Forderungen stellen und durchsetzen zu können, Kritik zu äußern, Entscheidungsfreudigkeit, Selbstsicherheit und Vertrauen in das eigene Urteil.

Ein Beispiel wäre: „Ich treffe Entscheidungen schnell und sicher“.

**- Schuldgefühle:**

Diese werden durch Situationen erhoben, die Schuldgefühle auslösen könnten, wenn Ansprüche von anderen z.B. sehr höflichen oder bedürftigen Mitmenschen enttäuscht werden.

Ein Beispiel wäre: „Einem zuvorkommenden Verkäufer nehme ich immer etwas ab“.

**- Anständigkeit:**

Mit Anständigkeit ist eine übermäßige Beachtung von Normen oder Regeln oder ein zu großes Peinlichkeitsgefühl beim Verletzen von Anstandsregeln gemeint.

Ein Beispiel wäre: „Ich bin zu höflich, um in einem Restaurant ein schlechtes Essen zurückgehen zu lassen“.

## **2.7. Der Fragebogen zur sozialen Integration (FSI)**

Der Fragebogen zur sozialen Integration von Wietersheim et al. (1989) ist eine Übersetzung und Überarbeitung des „Social Adjustment Scale-Self Report“ (SAS-SR) von Weissman & Bothwell (1976). Dabei definieren die Autoren: es „gilt als sozial integriert, wer die an ihn gestellten instrumentellen Aufgaben (Erledigung des Arbeitspensums, aktive Teilnahme am Sozial- und Familienleben) bei eigenem Wohlbefinden und gefühlsmäßigem Austausch mit den Mitmenschen bewältigt“ (Wietersheim, Ennulat, Probst, Wilke & Feiereis, 1989, S.359).

Dabei verteilen sich die 45 Items des Fragebogens auf die Bereiche Arbeit (6 Items), Freizeit (9 Items), Verwandte (8 Items), Partnerschaft (14 Items), Kinder (7 Items) und Finanzen (1 Item). Dabei ist jedes Item fünfgestuft und je höher der Wert desto „höher die soziale Integration“. Es können generell nur für die einzelnen Bereiche Ergebnisse berechnet werden, ein Gesamtergebnis gibt es nicht.

Ein Beispiel wäre: Wie oft haben sie in den letzten zwei Wochen etwas mit anderen Menschen unternommen?

1) mehr als dreimal 2) dreimal 3) zweimal 4) einmal 5) überhaupt nicht.

Dabei können Vergleiche zu gesunden Kontrollprobanden angestellt werden bzw. Vorher – Nachher - Vergleiche, für die jedoch keine Richtwerte für signifikante Verbesserungen vorliegen. Davon verwendet wurden nur die 15 Items zum Bereich Partnerschaft und die je 9 Items zum Bereich Freunde und Verwandte.

## **2.8. Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)**

Der SVF von Janke et al. (1993) erfasst die unterschiedlichen, mehr oder weniger günstigen Strategien des Patienten, auf Stress zu reagieren. So erfasst er mit insgesamt 114 Items 19 Skalen, wie z.B. Bagatellisierung, Herunterspielen durch Vergleich mit anderen, Schuldabwehr, Ablenkung von Situationen, Ersatzbefriedigung, Suche nach Selbstbestätigung, positive Selbstinstruktion, Bedürfnis nach sozialer Unterstützung, Vermeidungstendenz, Fluchttendenz, soziale Abkapselung, gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation, Selbstbemitleidung, Selbstbeschuldigung, Medikamenteneinnahme, Aggression, Situations- und Reaktionskontrollversuche.

Für die Untersuchung werden davon nur zwei Bereiche verwendet:  
soziale Unterstützung und soziale Abkapselung (insgesamt 12 Items)

## **2.9. Basisdaten (BD)**

Die Basisdaten (CDK, 1994) sind ein institutsinterner Fragebogen, der die soziodemographischen Angaben der Patienten erfasst und Aussagen über Geschlecht, Alter, Bildungs- und Familienstand, Kinderzahl, Diagnose, Nebendiagnosen und Therapiestundenzahl zulässt. Ebenso erfasst er eine subjektive Einschätzung der Patienten und des zuständigen Therapeuten über den Erfolg der Therapie.

## 2.10. Zusammensetzung der nicht-symptomspezifischen Parameter

Die Variablen können nicht als klar voneinander abgegrenzte Bereiche betrachtet werden, sondern vielmehr als eine grobe Strukturierung. Sie soll einen Eindruck der nicht symptomspezifischen Lebensbereiche vermitteln, aber nicht vier unabhängige Konstrukte darstellen.

So ist der Partner, so vorhanden, sicher in der Regel der wichtigste Baustein des sozialen Umfelds und es kann nur eine künstliche Gliederung sein, diesen von den übrigen Interaktionspartnern getrennt zu erheben.

Ebenso ist auch fehlende Selbstsicherheit ein interpersonales Problem und taucht damit in beiden Bereichen „Selbstsicherheit“ und „interpersonale Probleme“ auf. Dabei findet sich die mangelnde Selbstsicherheit in Problemtypen wie selbstunsicher/unterwürfig, ausnutzbar/nachgiebig oder introvertiert/sozial vermeidend wieder.

Die vier zu untersuchenden Variablen werden durch verschiedene Fragebögen erfasst. Der Bereich Interpersonale Probleme wird ausreichend durch das IIP repräsentiert, die Variable Selbstsicherheit durch den UFB. Der Bereich Partnerschaft setzt sich zusammen aus dem PFB und Items des FSI. Die Variable Social Support wiederum wird durch Items des SVF und FSI gebildet.

### **Interpersonale Probleme**

64 Items des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme

### **Selbstsicherheit**

65 Items des Unsicherheitsfragebogens

### **Partnerschaft**

31 Items des Partnerschaftsfragebogen und 15 Items des Fragebogens zur sozialen Integration zum Bereich Partnerschaft.

Insgesamt 46 Items

### **Soziale Unterstützung**

Die Skalen des Stressverarbeitungsfragebogens

Bedürfnis nach sozialer Unterstützung und soziale Abkapselung mit 12 Items und die Bereiche Freunde und Verwandte des Fragebogens zur sozialen Integration mit 18 Items.

Insgesamt 30 Items

## **3. Probanden**

### **3.1. Ausschluss aufgrund der Diagnose**

Die Probanden rekrutieren sich aus den Patienten des CDK, die Daten werden regulär während der Therapie erhoben. Die Störungen der Patienten sind Angststörungen, dazu gehören: Agoraphobie mit Panikstörung 69,9 %, Sozialphobie 15,6 %, Agoraphobie ohne Panikstörung 6,4 %, Panikstörung ohne Agoraphobie 5,1 %, Spezifische Phobie 2,6 %, Generalisiertes Angstsyndrom 0,3%.

Diese Zahlen beziehen sich auf alle Patienten, die das Christoph-Dornier-Centrum konsultiert haben, ungeachtet, ob sie eine Therapie absolviert haben oder nicht. Aus der Aufstellung wird ersichtlich, dass Spezifische Phobie und Generalisierte Angststörung nur eine äußerst geringe Patientenanzahl aufweisen. Aus diesem Grund werden ausschließlich Agoraphobie mit Panikstörung, Sozialphobie, Agoraphobie ohne Panikstörung und Panikstörung ohne Agoraphobie berücksichtigt werden.

Durch den oben angeführten Ausschluss der Diagnosen Spezifische Phobie und Generalisiertes Angstsyndrom reduziert sich die ursprüngliche Gruppe der Angstpatienten. Aufgrund der Diagnose scheiden in diesem Erhebungszeitraum 8 Probanden mit den Diagnosen Spezifische Phobie (DSM-III-R 300.29), Generalisiertes Angstsyndrom (DSM-III-R 300.02) und Angststörung NNB (DSM-III-R 300.00) aus.

So ergibt sich dann für die verbleibende Gruppe der Patienten die folgende Verteilung der Diagnosen:

<b>Diagnose</b>	<b>Diagnosenummer</b>	<b>Prozent</b>	<b>Anzahl</b>
Agoraphobie mit Panikstörung	(DSM III-R 300.21)	69,6 %	48 Pat
Sozialphobie	(DSM III-R 300.23)	18,8 %	13 Pat
Agoraphobie ohne Panikstörung	(DSM III-R 300.22)	8,7 %	6 Pat
Panikstörung ohne Agoraphobie	(DSM III-R 300.01)	2,9 %	2 Pat

**Tabelle V.2.** Auflistung der prozentualen Verteilung der Diagnosen der Experimentalgruppe.

Die zu vergleichende Quasi-Kontrollgruppe weist die folgenden ähnlichen Prozentzahlen bei der Diagnose-Verteilung auf:

<b>Diagnose</b>	<b>Diagnosenummer</b>	<b>Prozent</b>	<b>Anzahl</b>
Agoraphobie mit Panikstörung	(DSM III-R 300.21)	77,2 %	132 Pat
Sozialphobie	(DSM III-R 300.23)	12,3 %	21 Pat
Agoraphobie ohne Panikstörung	(DSM III-R 300.22)	5,9 %	10 Pat
Panikstörung ohne Agoraphobie	(DSM III-R 300.01)	4,7 %	8 Pat

**Tabelle V.3.** Auflistung der prozentualen Verteilung der Diagnosen der Quasi-Kontrollgruppe.

### **Fiegenbaum (1993)**

In einer Untersuchung von Fiegenbaum mit Daten der Christoph-Dornier-Stiftung bei einer vergleichbaren Stichprobe mit dem gleichen verwendeten Therapiemanual und Procedere finden sich ähnliche Verteilungen der Diagnosen. Dies ist auch im Hinblick auf die Vergleichbarkeit der Follow-up Ergebnisse von Vorteil.

<b>Diagnose</b>	<b>Diagnosenummer</b>	<b>Prozent</b>	<b>Anzahl</b>
Panikstörung mit Agoraphobie	(DSM III-R 300.21)	75,5 %	222 Pat
Sozialphobie	(DSM III-R 300.23)	9,5 %	28 Pat
Panikstörung ohne Agoraphobie	(DSM III-R 300.01)	4,4 %	13 Pat
Einfache Phobie	(DSM III-R 300.29)	3,1 %	9 Pat
Sonstige Angststörungen	(DSM III-R 300.x )	7,5 %	22 Pat

**Tabelle V.4.** Auflistung der prozentualen Verteilung der Diagnosen bei einer Stichprobe von Fiegenbaum, 1993.

## **3.2. Therapieablehner**

Nach dem Diagnostiktag können sich die Patienten für oder gegen eine Therapie entscheiden. Aufgrund der Uneinheitlichkeit des damaligen Kostenerstattungsverfahrens war eine finanzielle Übernahme nicht garantiert, und aus diesem Grund entscheiden sich viele Patienten zunächst gegen eine Therapie. Ebenso hat ein massiertes Vorgehen, zusätzlich noch zu einem individuellen Vorgehen, generell eine größere Ablehnungsrate als ein graduiertes Vorgehen und als eine Gruppentherapie.

So reduziert sich die Gruppe der Patienten, die einen Diagnostiktag absolviert hat, deutlich im Vergleich zur Patientengruppe, die sich letztendlich für eine Therapie entschließt.

Ein wichtiger Teil der Untersuchung ist die Sicherstellung, dass die Patienten, die das 1-Jahres-Follow-up bewältigt haben, keine spezielle Auswahlgruppe darstellen. Aus diesem Grund sollen die Patienten, die sich von vornherein gegen eine Therapie entscheiden, als „Quasi-Kontrollgruppe“ geführt werden und mit der letztendlichen Experimentalgruppe verglichen werden. Eine Überlegung hinsichtlich des möglichen Unterschiedes wäre, dass die Experimentalgruppe insgesamt gesünder sein könnte und damit eine Auswahlgruppe darstellen würde.

### **3.3. Fragebogenverweigerer**

Ein weiterer wichtiger Teil der Untersuchung ist die Sicherstellung, dass die Patienten, die Fragebögen zu den Follow-ups nicht ausfüllen, keine Auswahlgruppe darstellen.

Aus diesem Grund sollten Patienten, die nur bis zum Sechs-Wochen-Follow-up verfolgt werden konnten, eine Kontrollgruppe bilden, um sicherzustellen, dass keine von vornherein weniger erfolgreichen Patienten ausgesiebt wurden.

Dabei zeigte sich, dass es nicht wie erwartet eine große Patientengruppe gab, die aufgrund schlechter Therapieergebnisse nicht mehr am Ein-Jahres-Follow-up teilnahm. Es konnten nur 6 Patienten ausfindig gemacht werden, die ausschließlich am 6 Wochen-Follow-up teilgenommen hatten. Dies war als zu untersuchende Gruppe zu klein.

Tatsächlich haben fast alle Therapieteilnehmer auch am Ein-Jahres-Follow-up teilgenommen.

Patienten, die keine Follow-up-Bögen zugeschickt haben, hatten vielmehr weder zum Sechs-Wochen-Follow-up noch zum Ein-Jahres-Follow-up Fragebögen ausgefüllt. In der Regel hatten diese Probanden auch beim Diagnostiktag oder Therapieplanungstermin unvollständige Fragebögen abgegeben. Der Augenschein spricht dafür, dass es sich hierbei um den Patientenprozentsatz handelt, der gegenüber Fragebögen kritisch oder ablehnend eingestellt ist.

Leider musste bei sorgfältiger Sichtung des Datenmaterials festgestellt werden, dass die relevanten Fragebögen leider nur im Zeitraum eines Jahres gegeben worden waren, nämlich von Anfang Mai 1995 bis Ende Juli 1996. Dies bezog sich sowohl auf die Diagnostiktage, Therapietage und 1 Jahres-Follow-ups. Aufgrund dessen beschränkten sich die ausgefüllten Fragebögen, die zu allen Zeitpunkten vollständige Datensätze aufwiesen, auf die Anzahl von 27 Probanden.

Daraufhin wurden bei den Patienten, bei denen die 1–Jahres-Follow-ups nicht alle Fragebögen aufwiesen und die sich nur kurz nach dem 1-Jahres-Follow-up befanden noch einmal Daten nacherhoben. Auf diese Weise konnten noch einmal 42 Probanden ermittelt werden.

Bei den nachträglich erhobenen Fragebögen kam von 30 Probanden keine Antwort. Von 19 Probanden im gültigen Zeitraum war noch kein Follow-up erhoben worden, dies erfolgte zum Teil nach der Erhebung oder wurde lediglich als Telefoninterview geführt.

Damit verblieben insgesamt 69 Patienten in der Experimentalgruppe.

### 3.4. Demographie

	<b>Experimentalgruppe</b>	<b>Quasikontrollgruppe</b>
	Mittelwert / Stand.-Abw.	Mittelwert / Stand.-Abw.
<b>Alter</b>	35,6 (8,5) min 21- max 60	38,6(10,9) min 17- max 80
<b>Zahl der Kinder</b>	1 (1)	1 (1,1)
<b>Durchschnittliche Belastung</b>	1,6 (0,9)	1,6 (0,9)
<b>Therapiestunden</b>	47,6 (11) min 27,1- max 88,8	5,1 (0,9) min 1- max 13,7

**Tabelle V.5.** Die Tabelle zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Probanden in Bezug auf Alter, Kinderzahl, Belastung und Therapiestunden.

Die durchschnittliche Beurteilung des subjektiven Erfolgs der Therapie bei Therapieende und beim Ein-Jahres-Follow-up durch die Patienten lag bei 2,1 (viel besser, Std.-Abw. 0,9) bzw. 2,2 (viel besser, Std.-Abw. 1,1). Diese deckte sich mit der subjektiven Einschätzung der Therapeuten von 2,2 (viel besser, Std.-Abw. 0,9) bzw. 2,1 (viel besser, Std.-Abw.1).

		Experimentalgruppe		Quasikontrollgruppe	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
<b>Geschlecht:</b>	männlich	25	36,2	73	42,7
	weiblich	44	63,8	98	57,3
<b>Familien- Stand:</b>	Single	21	30,4	62	36,4
	verheiratet	41	59,4	91	53,5
	getrennt leb.	4	5,8	4	2,4
	geschieden	2	2,9	10	5,9
	verwitwet	1	1,4	3	1,8
<b>Bildungs- Stand:</b>	ohne Abschl.	-	-	1	0,6
	Hauptschule	19	27,5	36	21,2
	Realschule	21	30,4	62	36,5
	Abitur	18	26,1	38	22,4
	Hochschule	8	11,6	29	17,1
	sonstiges	3	4,3	4	2,4
<b>Diagnosen:</b>	300.01	2	2,9	8	4,7
	300.21	48	69,6	132	77,2
	300.22	6	8,7	10	5,9
	300.23	13	18,9	21	12,3
<b>Neben- Diagnose:</b>	ohne	50	72,5	123	72
	mit	19	27,5	48	28,1
<b>Belastung:</b>	1	38	60,3	99	59,6
	2	18	28,6	45	27,1
	3	3	4,8	13	7,8
	4	3	4,8	6	3,6
	5	1	1,6	3	1,8

**Tabelle V.6.** Die Tabelle zeigt die prozentuale Verteilung der Probanden in Bezug auf Geschlecht, Familien- und Bildungsstand, Diagnosen und Nebendiagnosen und den Grad der Belastung an.

Dabei werden keine demographischen Unterschiede bei den beiden Gruppen auffällig.

		Experimentalgruppe	
		Anzahl	Prozent
<b>Pat.- Einschätzung Th.-Ende</b>	sehr viel besser	18	26,1
	viel besser	33	47,8
	etwas besser	13	18,9
	unverändert	3	4,3
	etwas schlechter	-	-
	viel schlechter	1	1,4
	sehr viel schlechter	-	-
<b>Pat.- Einschätzung 1 Jahr</b>	sehr viel besser	17	24,6
	viel besser	34	49,2
	etwas besser	13	18,9
	unverändert	2	2,9
	etwas schlechter	1	1,4
	viel schlechter	1	1,4
	sehr viel schlechter	1	1,4

**Tabelle V.7.** Die Tabelle gibt die Erfolgseinschätzung der Probanden nach Therapieende und nach einem Jahr wieder.

Die Ergebnisse der subjektiven Einschätzung des Erfolgs der Therapie durch die Patienten decken sich mit den Befunden von Fiegenbaum 1996. In dieser Studie gaben 76,3% der Patienten an, ihr psychisches Befinden nach Therapieende sei im Vergleich zur Ausgangslage sehr viel besser bzw. viel besser (vorliegende Stichprobe 73,9%). Moderate Verbesserungen ergaben sich bei 17,3% (18,9%) und keine Veränderungen bei 3,9% (hier 4,3%). Verschlechterungen gaben 2,8% (1,4%) der Patienten an.

## **4. Statistik**

### **4.1. Kontrollhypothesen**

In den Kontrollhypothesen soll die Experimentalgruppe der Quasi-Kontrollgruppe vor Beginn der Behandlung gegenübergestellt werden, um sicherzugehen, dass nicht schon auf dieser Stufe besonders therapiefähige Patienten selektiert werden. Die Quasi-Kontrollgruppe setzt sich aus denjenigen Patienten zusammen, die sich nach der eingehenden Diagnostik gegen eine Angstbehandlung entschieden haben. Bei allen Hypothesentestungen wird aufgrund der Fülle der Fragebögen und der hohen Anzahl der einzelnen Hypothesentestungen anschließend eine Bonferroni-Korrektur durchgeführt, da bei Erhöhung der Anzahl der Fragestellungen die Wahrscheinlichkeit für ein zufällig signifikantes Ergebnis ansteigt.

Die beiden Gruppen werden mit Hilfe des t-Test für unabhängige Stichproben miteinander verglichen. Untersucht werden dabei in den verschiedenen Kontrollhypothesen die Angstparameter, das Ausmaß der Depression, die Partnerschaftsvariablen und die Selbstsicherheit.

#### **Kontrollhypothesen 1-3:**

**Die Experimentalgruppe unterscheidet sich zu Therapiebeginn nicht signifikant von der Quasi-Kontrollgruppe in Bezug auf die Angstparameter, das Ausmaß der Depression und die Qualität der Partnerschaft.**

*Zweiseitiger Bonferroni-korrigierter t-Test für unabhängige Stichproben.*

### **4.2. Vorhypothesen**

Die Vorhypothesen dienen der Replizierung der signifikanten Ergebnisse aus der Theorie in Bezug auf die Verbesserung der Angst nach einer Reizkonfrontationstherapie.

#### **Vorhypothese 1-4.:**

**Die Probandengruppe hat sich 6 Wochen nach Therapieende und 1 Jahr nach Therapieende im Vergleich zum Ausgangswert in Bezug auf die Angstparameter und die Depression signifikant verbessert.**

*Einseitiger Bonferroni-korrigierter t-Test für abhängige Stichproben.*

### 4.3. Hypothesen

Nachdem die Vergleichbarkeit der Experimentalgruppe geprüft und die signifikante Verbesserung der Angstpatienten in den symptom-spezifischen Variablen repliziert wurde, kann nun als nächstes die Veränderung in den nicht-symptom-spezifischen Variablen untersucht werden.

#### **Hypothesen 1-4:**

**Die Verbesserung der Interpersonalen Probleme, Selbstunsicherheit, partnerschaftlichen Qualität und der sozialen Unterstützung korreliert positiv mit der in der Therapie erzielten Angstverbesserung.**

*Einseitige Bonferroni-korrigierte Pearson Korrelationsprüfung.*

# **VI ERGEBNIS**

# 1. Kontrollhypothesen

## Quasi-Kontrollgruppe

Es soll gezeigt werden, dass die Experimentalgruppe keine Auswahlgruppe darstellt. Dadurch soll gewährleistet werden, dass die untersuchten Hypothesen auch auf die Gesamtstichprobe anwendbar sein könnten.

Aus diesem Grund soll die Experimentalgruppe der Quasi-Kontrollgruppe vor Beginn der Behandlung gegenübergestellt werden. Die Quasi-Kontrollgruppe setzt sich aus denjenigen Patienten zusammen, die sich nach der eingehenden Diagnostik gegen eine Angstbehandlung entschieden haben.

Die beiden Gruppen werden mit Hilfe des t-Test für unabhängige Stichproben miteinander verglichen. Untersucht werden dabei in den verschiedenen Kontrollhypothesen die Angstparameter, das Ausmaß der Depression, die Partnerschaftsvariablen und die Selbstsicherheit.

### Kontrollhypothese 1.1.:

*Die Experimentalgruppe unterscheidet sich zu Therapiebeginn in Bezug auf die Angstparameter nicht signifikant von der Quasi-Kontrollgruppe.*

Mit diesem Vorgehen soll ausgeschlossen werden, dass signifikant mehr weniger ängstliche und damit leichter therapierbare Patienten auf die Experimentalgruppe verteilt sind.

<i>Gruppe</i>		<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Deviation</b>	<b>Std. Error Mean</b>
ACQ Diag	<b>Experimental</b>	63	2,2483	,6099	7,684E-02
	<b>Quasi-Kontroll</b>	171	2,0510	,6023	4,606E-02
BSQ Diag	<b>Experimental</b>	63	2,7367	,7067	8,903E-02
	<b>Quasi-Kontroll</b>	170	2,4920	,6319	4,846E-02

		Equal. of Var.		Equality of Means			Mean Diff.	Std.Err Diff.	95% Conf. Int. Diff.	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)			Lower	Upper
<b>ACQ</b> <b>Diag</b>	Equal var. ass.	,075	,785	2,216	232	<b>,02769</b>	,1973	8,9E-02	2,186E	,3728
	Equal var. not ass.			2,203	109,41	<b>,02970</b>	,1973	8,9E-02	1,980E	,3749
<b>BSQ</b> <b>Diag</b>	Equal var. ass.	1,269	,261	2,541	231	<b>,01171</b>	,2447	9,6E-02	5,495E	,4344
	Equal var. not ass.			2,414	100,93	<b>,01760</b>	,2447	,1014	4,357E	,4457

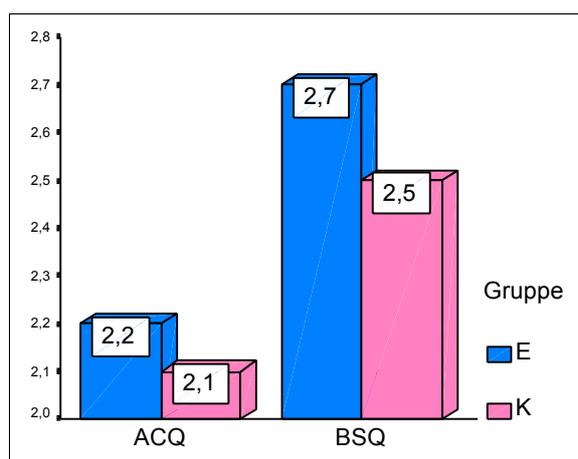
**Tabelle VI.1.** T-Test für Experimental- und Quasi-Kontrollgruppe bei ACQ und BSQ.

**Ergebnis:**

*Die Experimental- und die Quasi-Kontrollgruppe unterscheiden sich in Bezug auf die Angstparameter zu Therapiebeginn signifikant voneinander. Die Experimentalgruppe ist signifikant stärker beeinträchtigt.*

*Nach Bonferroni-Korrektur bleibt das Ergebnis nicht signifikant.*

Die Experimentalgruppe stellt keine Auswahlgruppe im Sinne einer leichter therapierbaren oder weniger beeinträchtigten Patientengruppe dar. Die Ergebnisse replizieren andere Ergebnisse, die darauf hinweisen, dass in der Regel ein höherer Leidensdruck notwendig ist, um sich einer Reizkonfrontationstherapie zu unterziehen.



**Grafik VI.1.** Die Experimentalgruppe (linke Säule) zeigt einen um ein bis zwei Kommastellen höheren Wert als die Quasi-Kontrollgruppe (rechte Säule) an. Der Auswertungsbereich des ACQ (linke Grafik) gibt Richtwerte zwischen 2,0 und 2,5 für Angstpatienten an, so dass beide Gruppen sich im Bereich der Angstpatienten befinden. Ebenso befindet sich der BSQ (rechte Grafik) beider Gruppen mit Richtwerten zwischen 2,1 und 2,8 im Bereich der Angstpatienten.

ACQ		miss	Bereich normal	Bereich Angst	Summe
Experimental	Anzahl	6	23	40	69
Quasi-Kontroll		0	86	85	171
Experimental	Prozent	8,7	33,3	58	100
Quasi-Kontroll		0	50,3	49,7	100

**Tabelle VI.2.** Auch in der Tabelle spiegelt sich die höhere Belastung der Experimentalgruppe wieder. So haben beinahe 60% der Experimentalgruppe einen Wert im Angstbereich gegenüber 50% bei der Quasi-Kontrollgruppe.

Nicht alle Angstpatienten haben einen hohen ACQ-Wert, da auch wenige unterschiedliche angstauslösende Situationen massiv einschränkend sein können und die Angstpatienten mit den Diagnosen Panikstörung ohne Agoraphobie und Sozialphobie generell niedrige ACQ- und vielmehr hohe BSQ-Werte aufweisen.

BSQ		miss	Bereich normal	Bereich Angst	Summe
Experimental	Anzahl	6	6	57	69
Quasi-Kontroll		1	43	127	171
Experimental	Prozent	8,7	8,7	82,6	100
Quasi-Kontroll		0,6	25,1	74,3	100

**Tabelle VI.3.** Hier finden sich die hohen BSQ-Werte, die oben prognostiziert wurden. Die Anzahl der im Normalbereich der körperlichen Ängste eingestuften Patienten der Experimental-Gruppe deckt sich mit der Anzahl der Diagnosen Agoraphobie ohne Panikstörung. Ebenso wird die geringere Beeinträchtigung durch körperliche Symptome bei der Quasi-Kontrollgruppe mit 25% der Patienten im „Normalbereich“ deutlich.

**Kontrollhypothese 1.2.:**

*Die Experimentalgruppe unterscheidet sich zu Therapiebeginn in Bezug auf das Ausmaß der Depression nicht signifikant von der Quasi-Kontrollgruppe.*

Hierbei soll gewährleistet werden, dass die Experimentalgruppe nicht einen geringeren Grad an depressiver Begleitsymptomatik aufweist. Bei einer geringeren depressiven Beeinträchtigung wäre mit höheren Therapieerfolgen zu rechnen und damit wäre die Generalisierung der Ergebnisse auf eine Gesamtstichprobe nicht zulässig.

	Gruppe	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
BDI Diag	Experimental	63	18,51	10,05	1,27
	Quasi-Kontroll	171	17,53	9,76	,75

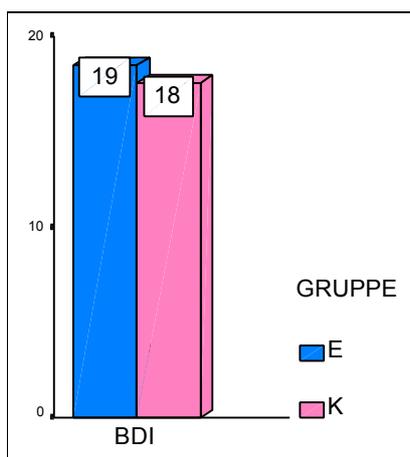
		Equal. of Var.		Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Diff.	Std.Err Diff.	95% Conf. Int. Diff.	
									Lower	Upper
BDI Diag	Equal var. ass.	,019	,892	,677	232	,49913	,98	1,45	-1,88	3,84
	Equal var. not ass.			,668	107,80	,50574	,98	1,47	-1,93	3,90

**Tabelle VI.4.** T-Test der BDI-Werte für Experimental- und Quasi-Kontrollgruppe.

**Ergebnis:**

*Die Experimental- und die Quasi-Kontrollgruppe unterscheiden sich in Bezug auf das Ausmaß der Depression zu Therapiebeginn nicht signifikant voneinander.*

Dabei deutet der Mittelwert der Ergebnisse vielmehr auf einen geringfügig höheren Depressionsgrad der Experimentalgruppe hin. Dies ergänzt die Ergebnisse der Angstwerte, die ebenfalls in der Experimentalgruppe höhere Werte aufwiesen und damit das Bild von einem geringfügig höheren Leidensdruck bei der Experimentalgruppe bestätigen.



**Grafik VI.2.** Die Grafik spiegelt die im Mittelwert um einen Rohwert höhere Depressionsbelastung der Experimentalgruppe wider. Die Mittelwerte beider Gruppen befinden sich im Bereich leichte Depression.

BDI		miss	nicht. depr.	leicht depr.	mittel depr.	schwer depr.	Summe
<b>Experimental</b>	<b>Anzahl</b>	5	18	19	12	14	68
<b>Quasi-Kontroll</b>		0	49	53	35	34	171
<b>Experimental</b>	<b>Prozent</b>	7	26	28	18	21	100
<b>Quasi-Kontroll</b>		0	29	31	20	20	100

**Tabelle VI.5.** Die Aufschlüsselung der depressiven Belastung zeigt eine grobe Verteilung mit jeweils einem Viertel der Patienten auf die vier Bereiche nicht, leicht, mittel und schwer depressiv. In der deskriptiven Verteilung ist noch einmal gut die ähnliche depressive Belastung der Quasi-Kontrollgruppe ersichtlich.

**Kontrollhypothese 1.3.:**

*Die Experimentalgruppe unterscheidet sich zu Therapiebeginn in Bezug auf die Qualität der Partnerschaft nicht signifikant von der Quasi-Kontrollgruppe.*

Mit dieser Kontrollhypothese soll ausgeschlossen werden, dass es sich bei der Experimentalgruppe um eine Auswahlgruppe mit der stabileren oder zufriedenstellenderen Partnerschaft handelt und damit Ergebnisse, die auf eine ausbleibende Verschlechterung der Beziehung nach der Therapie hindeuten würden, durch das bessere Paarverhältnis erklärt werden könnten. Untersucht werden der ermittelte Gesamtwert, die subjektive Einschätzung, das Streitverhalten, die Zärtlichkeit und die erlebte Gemeinsamkeit der Partnerschaft.

Gruppe		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Gesamt.	Experimental	40	57,38	12,64	2,00
	Quasi-Kontroll	116	57,05	15,20	1,41
Subj. Einsch.	Experimental	49	3,45	1,21	,17
	Quasi-Kontroll	129	3,22	1,22	,11
Streitv.	Experimental	46	8,78	5,12	,75
	Quasi-Kontroll	127	9,35	6,14	,54
Zärtlichk.	Experimental	46	18,09	6,63	,98
	Quasi-Kontroll	123	17,36	6,77	,61
Gemein.	Experimental	45	19,04	5,25	,78
	Quasi-Kontroll	129	18,09	6,11	,54

	Equal. of Var.	Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Diff.	Std.Err Diff.	95% Conf. Int. Diff. Lower Upper
<b>Gesamt.</b> Equal var. ass.	4,276	,040	,121	154	,90398	,32	2,68	-4,96	5,61
			,132	80,75	,89520	,32	2,45	-4,54	5,19
<b>Subj. Einsch.</b> Equal var. ass.	,020	,889	1,098	176	,27378	,22	,20	-,18	,63
			1,102	87,42	,27330	,22	,20	-,18	,63
<b>Streitv.</b> Equal var. ass.	2,655	,105	-,557	171	,57855	-,56	1,01	-2,56	1,44
			-,606	94,85	,54616	-,56	,93	-2,41	1,28

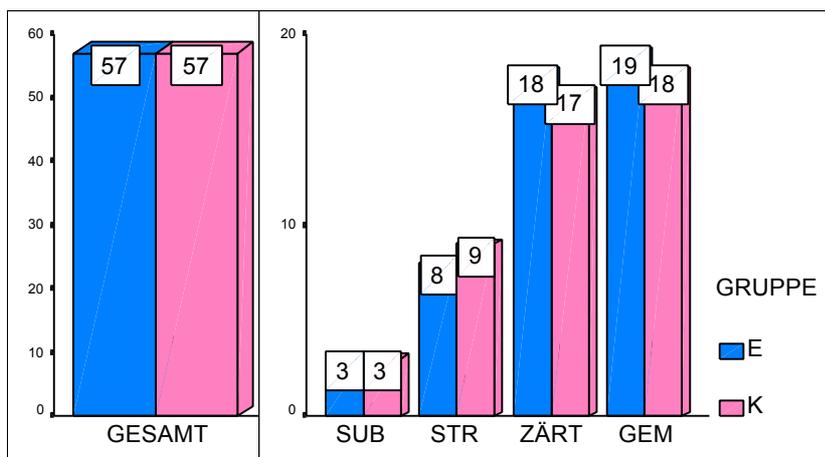
<b>Zärtlich.</b> Equal var. ass.	,358	,551	,627	167	,53149	,73	1,16	-1,57	3,03
			,633	82,28	,52854	,73	1,15	-1,56	3,02
<b>Gemein.</b> Equal var. ass.	1,465	,228	,931	172	,35332	,95	1,02	-1,07	2,97
			1,002	88,69	,31914	,95	,95	-,94	2,84

**Tabelle VI.6.** T-Test der PFB-Werte für Experimental- und Quasi-Kontrollgruppe.

**Ergebnis:**

*Die Experimental- und die Quasi-Kontrollgruppe unterscheiden sich in Bezug auf die Qualität der Partnerschaft zu Therapiebeginn nicht signifikant voneinander.*

Es kann keine Tendenz für eine stabilere oder zufriedenstellendere Partnerschaft in der Experimentalgruppe ausgemacht werden.



**Grafik VI.3.** Die Säulen der einzelnen Gruppen bei den Variablen Gesamtwert, subjektive Einschätzung, Streitverhalten, Zärtlichkeit und Gemeinsamkeit spiegeln die Vergleichbarkeit der Werte ebenfalls wieder.

PFB Gesamtbewertung		miss	glücklich	un-glücklich	Summe
Experimental	Anzahl	29	27	13	69
Quasi-Kontroll		55	67	49	171
Experimental	Prozent	42	39,1	18,8	99,9
Quasi-Kontroll		32,2	39,2	28,7	100,1

**Tabelle VI.7.** Bei beiden PFB-Auswertungen fällt die hohe Missing-Rate von bis zu 40% auf, die jedoch zur Hälfte auf das Fehlen einer Partnerschaft im allgemeinen zurückgeht (siehe unten stehende Tabelle) und zum anderen auf das konservative Auswerten der Daten, wobei kein Gesamtwert erstellt wurde, wenn einzelne Items fehlen. Obwohl sich im Mittel kein Unterschied zwischen den Gruppen ergibt, scheinen in der Quasi-Kontrollgruppe mehr Paare in die Kategorie „unglücklich“ zu gelangen und im Gegenzug scheint die Experimentalgruppe mehr „Missing-Werte“ anzugeben.

PFB Selbsteinschätzung		miss	kein Partner	glück.	weder/ noch	un-glüchl.	Summe
Experimental	Anzahl	7	14	26	13	9	69
Quasi-Kontroll		5	41	58	39	28	171
Experimental	Prozent	10,1	20,3	37,7	18,8	13	99,9
Quasi-Kontroll		2,9	24	33,9	22,8	16,4	100

**Tabelle VI.8.** Bei der Selbsteinschätzung ihrer Zufriedenheit mit der Partnerschaft liegen die beiden Gruppen im selben Bereich. Hierbei zeigt sich auch, dass etwas über 20% angeben, momentan ohne Partner zu leben.

PFB Streitverhalten		miss	glücklich	un-glücklich	Summe
Experimental	Anzahl	23	30	16	69
Quasi-Kontroll		44	65	62	171
Experimental	Prozent	33,3	43,5	23,2	100
Quasi-Kontroll		25,7	38	36,3	100

**Tabelle VI.9.** Auch bei dem Item Streitverhalten gibt es eine Tendenz der Experimentalgruppe zu mehr Missingwerten, aber weniger „unglücklich“-Einstufungen.

PFB Zärtlichkeit		miss	glücklich	un- glücklich	Summe
Experimental	Anzahl	23	33	13	69
Quasi-Kontroll		48	81	42	171
Experimental	Prozent	33,3	47,8	18,8	100
Quasi-Kontroll		28,1	47,4	24,6	100,1

**Tabelle VI.10.** Bei dem Item Zärtlichkeit gibt es eine leichte Tendenz der Experimentalgruppe zu mehr Missingwerten, aber weniger „unglücklich“-Einstufungen.

PFB Gemeinsamkeit		miss	glücklich	un- glücklich	Summe
Experimental	Anzahl	24	27	18	69
Quasi-Kontroll		42	72	57	171
Experimental	Prozent	34,8	39,1	26,1	100
Quasi-Kontroll		24,6	42,1	33,3	100

**Tabelle VI.11.** Auch bei dem Item Gemeinsamkeit gibt es eine Tendenz der Experimentalgruppe zu mehr Missingwerten, aber weniger „unglücklich“-Einstufungen.

*Es zeigt sich bei der deskriptiven Aufschlüsselung der Ergebnisse eine leichte Tendenz dahingehend, dass die Experimentalgruppe mehr Missingwerte und die Quasi-Kontrollgruppe mehr „unglücklich“-Einstufungen aufweist. Es ergibt sich jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen und auch die subjektive Zufriedenheit mit der Beziehung ist bei beiden Gruppen gleich hoch.*

**Kontrollhypothese 1.4.:**

*Die Experimentalgruppe unterscheidet sich zu Therapiebeginn in Bezug auf das Ausmaß der Selbstsicherheit nicht signifikant von der Quasi-Kontrollgruppe.*

Mit dieser Kontrollhypothese soll ausgeschlossen werden, dass es sich bei der Experimentalgruppe um eine Auswahlgruppe mit einer höheren sozialen Kompetenz handelt. Damit soll gewährleistet werden, dass Verbesserungen in der sozialen Kompetenz nicht auf das von vorneherein günstigere Ausgangsniveau der Experimentalgruppe zurückzuführen sind. Untersucht werden Kritikangst (FE), Kontaktangst (KO), Fordern können (FO), Nicht-Nein-Sagen-Können (NN), Schuldgefühle (S) und Anständigkeit (A).

	Gruppe	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Kritik	Experimental	61	37,85	18,70	2,39
	Quasi-Kontroll	158	34,98	17,74	1,41
Kontakt	Experimental	60	28,05	16,83	2,17
	Quasi-Kontroll	166	29,03	15,65	1,21
Forderung	Experimental	59	27,73	13,30	1,73
	Quasi-Kontroll	156	28,93	12,73	1,02
Nicht-Nein.	Experimental	62	23,05	11,69	1,48
	Quasi-Kontroll	164	23,65	11,45	,89
Schuld.	Experimental	62	6,21	4,61	,59
	Quasi-Kontroll	169	7,05	5,43	,42
Anständ.	Experimental	61	11,85	5,49	,70
	Quasi-Kontroll	169	12,28	5,28	,41

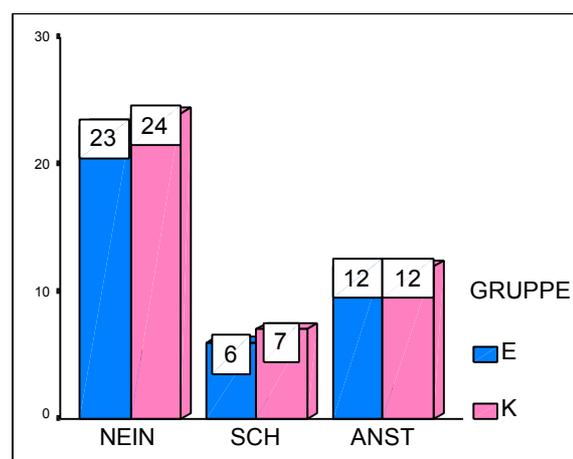
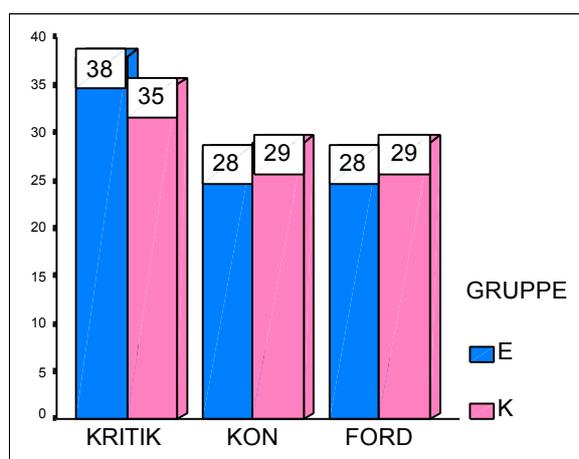
		Equal. of Var.		Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Diff.	Std.Err Diff.	95% Conf. Int. Diff.	
								Lower	Upper	
<b>Kritik</b>	Equal var. ass.	,306	,581	1,058	217	,29131	2,87	2,71	-2,48	8,22
	Equal var. not ass.			1,033	104,18	,30388	2,87	2,78	-2,64	8,38
<b>Kontakt</b>	Equal var. ass.	1,325	,251	-,407	224	,68405	-,98	2,41	-5,72	3,76
	Equal var. not ass.			-,394	98,28	,69458	-,98	2,49	-5,92	3,96
<b>Forder.</b>	Equal var. ass.	,174	,677	-,610	213	,54280	-1,20	1,97	-5,08	2,68
	Equal var. not ass.			-,597	100,6	,55153	-1,20	2,01	-5,19	2,79

<b>Nicht-Nein.</b>	Equal var. ass.	,002	,966	-,348	224	,72799	-,60	1,72	-3,98	2,79
	Equal var. not ass.			-,345	107,96	,73079	-,60	1,73	-4,03	2,84
<b>Schuld.</b>	Equal var. ass.	2,311	,130	-1,081	229	,28102	-,84	,78	-2,37	,69
	Equal var. not ass.			-1,165	126,86	,24618	-,84	,72	-2,26	,59
<b>Anstän.</b>	Equal var. ass.	,293	,589	-,541	228	,58883	-,43	,80	-2,00	1,14
	Equal var. not ass.			-,532	102,8	,59601	-,43	,81	-2,04	1,18

**Tabelle VI.12.** T-Test der UFB-Werte für Experimental- und Quasi-Kontrollgruppe.

**Ergebnis:**

*Die Experimental- und die Quasi-Kontrollgruppe unterscheiden sich in Bezug auf das Ausmaß der sozialen Kompetenz zu Therapiebeginn nicht signifikant voneinander.*



**Grafik VI.4./5.:** Auch in den Grafiken zeigt sich die Gleichverteilung der beiden Gruppen. Die leichten Unterschiede deuten in der Tendenz eher auf eine geringere soziale Kompetenz bei der Experimentalgruppe hin.

UFB Kritikangst		miss	normal	Kritik-Angst	Summe
Experimental	Anzahl	8	31	30	69
Quasi-Kontroll		13	91	67	171
Experimental	Prozent	11,6	44,9	43,5	100
Quasi-Kontroll		7,6	53,2	39,2	100

**Tabelle VI.13.** Auch die Auswertung der Rohwerte und Zuteilung in die Kategorien lässt keine signifikanten Unterschiede erkennen, weist die Experimentalgruppe aber als diejenige Gruppe mit anteilmäßig etwas mehr Probanden in der störungsrelevanten Kategorie Kritikangst aus.

UFB Kontaktangst		miss	normal	Kontakt-Angst	Summe
Experimental	Anzahl	9	38	22	69
Quasi-Kontroll		5	117	49	171
Experimental	Prozent	13	55,1	31,9	100
Quasi-Kontroll		2,9	68,4	28,7	100

**Tabelle VI.14.** Auch bei der Kontaktangst ist eine leichte Tendenz der Experimentalgruppe hin zu häufigeren störungsrelevanten Kategorien deutlich, allerdings auch eine größere Missingrate.

UFB Fordern Können		miss	zu wenig ford. kön.	Fordern können	Summe
Experimental	Anzahl	10	33	26	69
Quasi-Kontroll		16	71	84	171
Experimental	Prozent	14,5	37,7	47,8	100
Quasi-Kontroll		9,4	41,5	49,1	100

**Tabelle VI.15.** Auch bei Forderungen stellen repliziert sich die Tendenz. Aufgrund der negativen Polung der Variable ergibt sich lediglich in der Tabelle eine Umkehrung. Es erzielten mehr Quasi-Kontrollprobanden den Normbereich.

UFB Nicht-Nein-Sagen-Können		miss	normal	N-N-S-K	Summe
Experimental	Anzahl	7	39	23	69
Quasi-Kontroll		7	100	64	171
Experimental	Prozent	10,1	56,5	33,3	100
Quasi-Kontroll		4,1	58,5	37,4	100

**Tabelle VI.16.** Die Kategorie Nicht-Nein-Sagen-Können ergibt eine Gleichverteilung der störungsrelevanten Bereiche mit einer leichten Tendenz der Quasi-Kontrollgruppe zu mehr störungsrelevanten Kategorien bei gleichzeitig deutlich mehr Missingwerten bei der Experimentalgruppe.

UFB Schuldgefühle		miss	normal	Schuld- gefühle	Summe
Experimental	Anzahl	7	51	11	69
Quasi-Kontroll		2	123	46	171
Experimental	Prozent	10,1	73,9	15,9	100
Quasi-Kontroll		1,2	71,9	26,9	100

**Tabelle VI.17.** Auch bei Schuldgefühlen wird die höhere Missingrate der Experimentalgruppe deutlich und eine leichte Tendenz der Quasi-Kontrollgruppe zu mehr Schuldgefühlen.

UFB Anständigkeit		miss	normal	zu hohe Anständ.	Summe
Experimental	Anzahl	8	44	17	69
Quasi-Kontroll		2	122	47	171
Experimental	Prozent	11,6	63,8	24,6	100
Quasi-Kontroll		1,2	71,3	27,5	100

**Tabelle VI.18.** Auch bei der Variable Anständigkeit ergeben sich mehr Missingwerte für die Experimentalgruppe und eine leichte Tendenz der Quasi-Kontrollgruppe zu mehr störungsrelevanten Kategorien.

## 2. Vorhypothesen

### Angstparameter

Die Vorhypothesen dienen der Replizierung der signifikanten Ergebnisse aus der Theorie in Bezug auf die Verbesserung der Angst nach einer Reizkonfrontationstherapie.

Um eine positive Auswirkung der Angsttherapie auch auf nicht-symptomspezifische Bereiche untersuchen zu können, muss zunächst die Wirkung der Angsttherapie auf die Angst nachgewiesen werden. Dies soll in den folgenden Hypothesen, die sich auf die Bereiche Angstparameter (angstbegleitende Kognitionen und körperliche Angstempfindungen) und Ausmaß der Depression beziehen, geschehen.

#### Vorhypothese 2.1.:

*Die Probandengruppe hat sich 6 Wochen nach Therapieende in Bezug auf die Angstparameter signifikant verbessert.*

Hierbei soll die Verbesserung der Angst nach Abschluss der Therapie und der nachfolgenden Selbstkontrollphase überprüft werden.

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 <b>BSQ Diag</b>	2,74	59	,7212	9,39E-02
<b>BSQ 6-Wo</b>	1,76	59	,6882	8,96E-02
Pair 2 <b>ACQ Diag</b>	2,21	55	,6121	8,25E-02
<b>ACQ 6-Wo</b>	1,49	55	,5040	6,79E-02

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 <b>BSQ Diag &amp; BSQ 6-Wo</b>	59	,533	,000
Pair 2 <b>ACQ Diag &amp; ACQ 6-Wo</b>	55	,525	,000

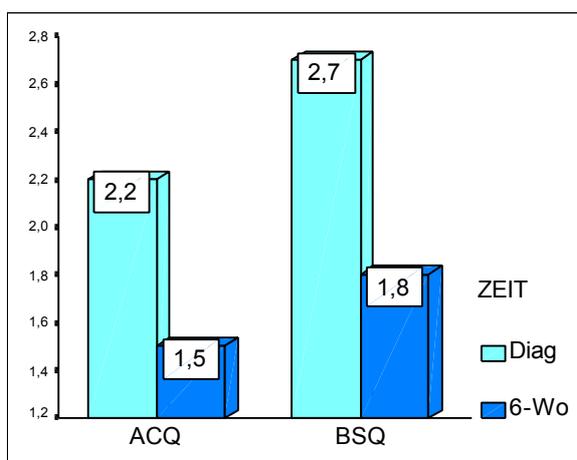
	Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
	Mean	Std. Deviat.	Std. Err.	95% Conf. Int.				
			Lower	Upper				
Pair 1 <b>BSQ Diag</b>	,9860	,6818	8,87E-02	,8084	1,1637	11,108	58	,00000
<b>BSQ 6-Wo</b>								
Pair 2 <b>ACQ Diag</b>	,7208	,6931	7,44E-02	,5715	,8701	9,678	54	,00000
<b>ACQ 6-Wo</b>								

**Tabelle VI.19.** T-Test der ASQ/BSQ-Werte für Diagnostiktag und 6 Wochen-Follow-up.

**Ergebnis:**

**Die Unterschiede in Bezug auf die Angstparameter der Probanden vor und 6 Wochen nach der Therapie bleiben bei beiden Angstinventaren auch nach Bonferroni-Korrektur hochsignifikant (0,00).**

Die Verbesserung der Angstparameter ist hoch signifikant und deckt sich damit mit anderen Untersuchungen nach Reizkonfrontationstherapien.



**Grafik VI.6.** Auch in der graphischen Darstellung wird die Verbesserung deutlich. Die Mittelwerte decken sich mit Stichproben anderer Untersuchungen von Phobikern. Wobei die Werte des BSQ und ASQ nach der Behandlung sogar niedriger als die Vergleichswerte behandelte Phobiker sind und eine größere Nähe zu Mittelwerten einer gesunden Stichprobe aufweisen.

BSQ		post			Summe
		miss	keine Angst	Angst	
prae	miss	6	<b>0</b>	0	6
	keine Angst	0	<b>6</b>	0	6
	Angst	4	<b>37</b>	16	57
Summe		10	<b>43</b>	16	69

Nach 6 Wochen			
keine Angst	verbessert	gleich	verschlechtert
6	37	16	0

10 Missings

**Tabelle VI.20.** Die Tabelle zeigt auf, dass sich kein Proband verschlechtert hat und 16 Probanden noch störungsrelevante Beschwerden aufweisen.

ACQ		post			Summe
		miss	keine Angst	Angst	
prae	miss	2	<b>3</b>	1	6
	keine Angst	2	<b>20</b>	1	23
	Angst	6	<b>25</b>	9	40
Summe		10	<b>48</b>	11	69

Nach 6 Wochen			
keine Angst	verbessert	gleich	verschlechtert
20	25	9	1

14 Missings

**Tabelle VI.21.** Bei den angstbezogenen Kognitionen hat sich ein Proband verschlechtert und 9 Probanden gelten als störungsrelevant unverändert.

**Vorhypothese 2.2.:**

*Die Probandengruppe hat sich 1 Jahr nach Therapieende in Bezug auf die Angstparameter signifikant verbessert.*

Mit dieser Hypothese soll die Verbesserung der Angst 1 Jahr nach Abschluss der Therapie überprüft werden.

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 3 <b>BSQ Diag</b>	2,71	57	,6966	9,23E-02
<b>BSQ 1-Jahr</b>	1,64	57	,6456	8,55E-02
Pair 4 <b>ACQ Diag</b>	2,26	55	,6112	8,24E-02
<b>ACQ 1-Jahr</b>	1,49	55	,4632	6,25E-02

	N	Correlation	Sig.
Pair 3 <b>BSQ Diag &amp; BSQ 1-Jahr</b>	57	,220	,100
Pair 4 <b>ASQ Diag &amp; ASQ 1-Jahr</b>	55	,190	,164

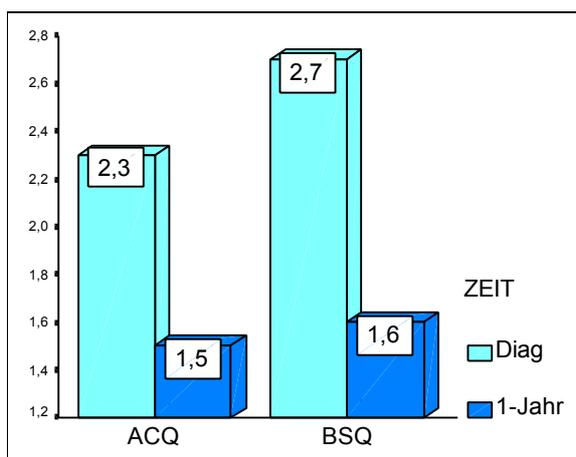
	Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
	Mean	Std. Deviat.	Std. Err.	95% Conf. Int.				
				Lower				Upper
Pair 3 <b>BSQ Diag</b>	1,0733	,8392	,1111	,8506	1,2959	9,656	56	,00000
<b>BSQ 1-Jahr</b>				,9627				
Pair 4 <b>ASQ Diag</b>	,7753	,6931	9,35E-02	,5879	,9627	8,296	54	,00000
<b>ASQ 1-Jahr</b>								

**Tabelle VI.22.** T-Test der ASQ/BSQ-Werte für Diagnostiktag und 1-Jahres-Follow-up.

**Ergebnis:**

*Die Unterschiede in Bezug auf die Angstparameter der Probanden vor und 1 Jahr nach der Therapie bleiben bei beiden Angstinventaren nach Bonferroni-Korrektur hochsignifikant (0,00).*

Die Verbesserung der Angstparameter nach Reizkonfrontationstherapien im 1-Jahres-Follow-up ist hoch signifikant und deckt sich damit mit anderen Untersuchungen (siehe auch Fiegenbaum, 1988).



**Grafik VI.7.** Auch hier liegen die Werte vor Behandlung im Bereich für Phobiker und befinden sich nach der Behandlung näher im Bereich der Gesunden als der behandelten Phobie-Patienten. Die abweichenden Mittelwerte der Vorwerte zu denen des 6-Wochen-Follow-ups ergeben sich aus den niedrigeren Missingwerten des 1- Jahres-Follow-ups.

BSQ		post			Summe
		miss	keine Angst	Angst	
prae	miss	3	<b>2</b>	1	6
	keine Angst	0	<b>6</b>	0	6
	Angst	6	<b>42</b>	9	57
Summe		9	<b>50</b>	10	69

Nach 1 Jahr			
keine Angst	verbessert	gleich	verschlechtert
6	42	9	0

12 Missings

**Tabelle VI.23.** Hier zeigt sich, dass nach Ablauf eines Jahres noch mehr Patienten in den Normalbereich gewechselt sind und somit eine noch größere Anzahl als verbessert gilt.

ACQ		post			Summe
		miss	keine Angst	Angst	
prae	miss	1	<b>3</b>	2	6
	keine Angst	3	<b>18</b>	2	23
	Angst	5	<b>30</b>	5	40
Summe		9	<b>51</b>	9	69

Nach 1 Jahr			
keine Angst	verbessert	gleich	verschlechtert
18	30	5	2

14 Missings

**Tabelle VI.24.** Auch bei den angstbezogenen Kognitionen haben sich weitere Patienten verbessert, zwei Probanden haben sich verschlechtert.

**Vorhypothese 2.3.:**

*Die Probandengruppe hat sich 6 Wochen nach Therapieende in Bezug auf Depression signifikant verbessert.*

Mit dieser Hypothese soll die Verbesserung der depressiven Symptomatik, die bei vorhergehenden Untersuchungen in der Regel signifikant besser wurde, überprüft werden.

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 5 BDI Diag	18,37	60	10,12	1,31
BDI 6-Wo	8,15	60	7,63	,99

	N	Correlation	Sig.
Pair 5 BDI1A Diag & BDI 6-Wo	60	,457	,000

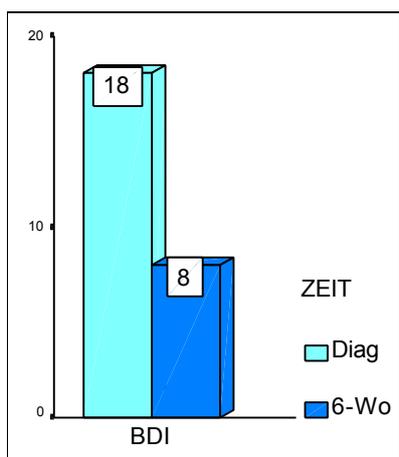
	Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
	Mean	Std. Deviat.	Std. Err.	95% Conf. Int.				
				Lower Upper				
Pair 5 BDI1A_GE BDI3A_GE	10,22	9,49	1,22	7,77	12,67	8,340	59	,00000

**Tabelle VI.25.** T-Test der BDI-Werte für Diagnostiktag und 6 Wochen-Follow-up.

**Ergebnis:**

*Die Unterschiede in Bezug auf die Depression der Probanden vor und 6 Wochen nach der Therapie bleiben nach Bonferroni-Korrektur hochsignifikant (0,00).*

Bereits nach der Selbstkontrollphase kann eine hochsignifikante Verbesserung der Depression festgestellt werden. Das Ergebnis deckt sich mit vorhergehenden Untersuchungen zur Behandlung von Angstpatienten.



**Grafik VI.8.** Auch in der Grafik ist der Unterschied vor und nach der Therapie in der durchschnittlichen depressiven Symptomatik deutlich. Dabei würde der Rohwert 18 einer milden Depression und ein Wert von 8 keiner Depression entsprechen.

BDI		post					Summe
		miss	nicht.	leicht	mittel	schwer	
prae	miss	6	0	0	0	0	6
	nicht	1	<b>16</b>	1	0	0	18
	leicht	0	<b>14</b>	<b>4</b>	1	0	19
	mittel	0	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	2	12
	schwer	0	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	14
Summe		7	42	13	4	3	69

Nach 6 Wochen			
nicht depressiv	verbessert	gleich	verschlechtert
16	37	5	4

7 Missings oder Unvollständige

**Tabelle VI.26.** In der Tabelle wird deutlich, dass etwa ein Viertel der Probanden zu keinem Zeitpunkt depressiv ist, dass von den verbleibenden Patienten etwa 20 % gleich bleiben oder sich verschlechtern und etwa 80% der vormals depressiv verstimmt eine Besserung zeigen.

**Vorhypothese 2.4.:**

*Die Probandengruppe hat sich 1 Jahr nach Therapieende in Bezug auf die Depression signifikant verbessert.*

Es soll überprüft werden, ob eine Besserung auch im Bereich der Depression auch ein Jahr nach Therapieende noch vorliegt.

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 6 BDI Diag	18,84	55	10,38	1,40
BDI 1-Jahr	7,80	55	9,53	1,29

	N	Correlation	Sig.
Pair 6 BDI Diag & BDI 1-Jahr	55	,197	,149

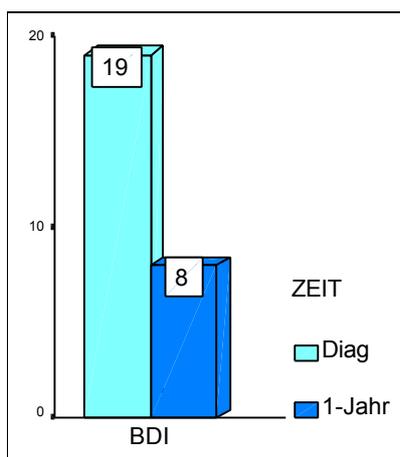
	Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviat.	Std. Err.	95% Conf. Int.			
				Lower	Upper		
Pair 6 BDI Diag BDI 1-Jahr	11,04	12,63	1,70	7,62	14,45	6,481	54 ,00000

**Tabelle VI.27.** T-Test der BDI-Werte für Diagnostiktag und 1-Jahres-Follow-up.

**Ergebnis:**

*Die Unterschiede in Bezug auf die Depression der Probanden vor und 1 Jahr nach der Therapie bleiben nach Bonferroni-Korrektur hochsignifikant (0,00).*

Die Verbesserung der Depression ist auch nach einem Jahr hochsignifikant und repliziert damit die Ergebnisse vorhergehender Untersuchungen.



**Grafik VI.9.** Auch in der Grafik ist der Unterschied deutlich zwischen einer durchschnittlichen milden Depression zu Beginn und einem durchschnittlichen Fehlen von diagnostisch relevanter depressiver Symptomatik 1 Jahr nach der Therapie. Die Unterschiede in den Anfangswerten zum 6-Wochen-Follow-up ergeben sich aus den verschiedenen Missingwerten.

BDI		post					Summe
		miss	nicht.	leicht	mittel	schwer	
prae	miss	2	2	0	0	2	6
	nicht	3	<b>12</b>	2	1	0	18
	leicht	3	<b>13</b>	<b>1</b>	0	1	18
	mittel	1	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	1	12
	schwer	0	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	14
Summe		9	44	7	2	6	68

Nach 1 Jahr			
nicht depressiv	verbessert	gleich	verschlechtert
12	35	3	5

13 Missings oder Unvollständige

**Tabelle VI.28.** Die Werte ähneln sehr dem 6-Wochen-Follow-up, mit höheren Missingwerten im 1- Jahres-Follow-up bei den vormals Nicht-Depressiven und leicht Depressiven.

### **3. Hypothesen**

#### **Nicht-symptomspezifische Parameter**

Nachdem die Vergleichbarkeit der Experimentalgruppe geprüft und die signifikante Verbesserung der Angstpatienten in den symptomspezifischen Variablen repliziert wurde, kann nun als nächstes die Veränderung in den nicht-symptomspezifischen Variablen untersucht werden.

Dabei wird angenommen, dass die aufgezeigte Verbesserung der Angstparameter positiv mit den symptomunspezifischen Variablen korreliert. Die nachfolgenden Hypothesen sollen prüfen, ob die jeweilige erzielte Differenz des Angstniveaus vor und nach der Therapie mit den Differenzen der erzielten Veränderungen in den nicht-angstspezifischen Bereichen positiv zusammenhängt. Als symptomunspezifische Variablen werden dabei Interpersonale Probleme, Partnerschaft, soziale Unterstützung und soziale Kompetenz erfasst.

Dabei sollen vorrangig die Daten der Diagnostiktage und des 1-Jahres-Follow-up herangezogen werden. Nachfolgend werden jeweils die Ergebnisse der 6-Wochen Follow-ups kurz tabellarisch aufgeführt. Diese Berechnungen weisen jeweils die gleiche Tendenz auf, werden aber aufgrund der kürzeren Zeitdifferenz und vor allem der höheren Missingrate seltener signifikant. Aus Gründen der Übersichtlichkeit soll deshalb auf eine deskriptive Darstellung dieser Ergebnisse verzichtet und auf den Anhang verwiesen werden.

#### **Hypothese 3.1.:**

*Die Verbesserung des Ausmaßes der Interpersonalen Probleme korreliert mit dem Ausmaß der in der Therapie erzielten Angstverbesserung.*

Es wird überprüft, ob eine Verbesserung im Bereich der Interpersonalen Probleme mit der erzielten Angstverbesserung in Zusammenhang steht. Als Interpersonale Probleme wurden dabei nach Horowitz (1994) die Kategorien zu dominant, zu konkurrierend, zu abweisend, zu sozial vermeidend, zu selbstunsicher, zu nachgiebig, zu expressiv und zu fürsorglich erhoben.

zu	1 Jahr	Angstdiff. BSQ	Angstdiff. ACQ
<b>dominant</b>	Pearson Correlation	,347	,315
	Sig. (2-tailed)	<b>,01269</b>	<b>,02284</b>
	N	51	52
<b>kon- kurrierend</b>	Pearson Correlation	,439	,395
	Sig. (2-tailed)	<b>,00160</b>	<b>,00454</b>
	N	49	50
<b>abweisend</b>	Pearson Correlation	,177	,231
	Sig. (2-tailed)	,24578	,12193
	N	45	46
<b>introvertiert</b>	Pearson Correlation	,436	,406
	Sig. (2-tailed)	<b>,00220</b>	<b>,00422</b>
	N	47	48
<b>selbst- unsicher</b>	Pearson Correlation	,467	,437
	Sig. (2-tailed)	<b>,00056</b>	<b>,00120</b>
	N	51	52
<b>ausnutzbar</b>	Pearson Correlation	,467	,426
	Sig. (2-tailed)	<b>,00072</b>	<b>,00206</b>
	N	49	50
<b>fürsorglich</b>	Pearson Correlation	,515	,376
	Sig. (2-tailed)	<b>,00015</b>	<b>,00719</b>
	N	49	50
<b>expressiv</b>	Pearson Correlation	,454	,394
	Sig. (2-tailed)	<b>,00093</b>	<b>,00418</b>
	N	50	51
<b>gesamt</b>	Pearson Correlation	,479	,413
	Sig. (2-tailed)	<b>,00415</b>	<b>,01373</b>
	N	34	35

**Tabelle VI.29.** Korrelationen der Verbesserungen der IIP-Werte und der Angstparameter nach einem Jahr.

***Ergebnis: Eine Verbesserung des Angstniveaus korreliert positiv mit einer Verbesserung bei den Interpersonalen Problemen:***

- zu dominant
- zu konkurrierend
- zu introvertiert
- zu selbstunsicher
- zu ausnutzbar
- zu expressiv
- zu fürsorglich

***Es gibt keinerlei Zusammenhang bei dem Problembereich:***

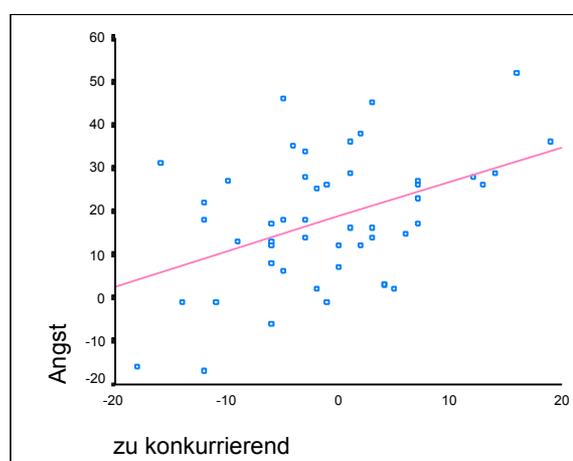
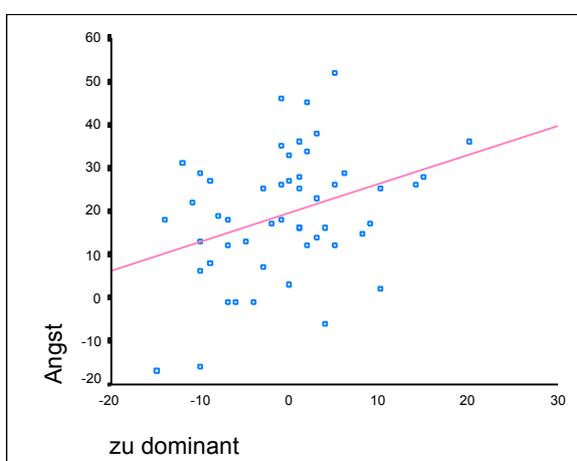
- zu abweisend.

**Nach Bonferroni-Korrektur (12, bei 24 einseitigen Variablenprüfungen) bleiben die folgenden Variablen signifikant:**

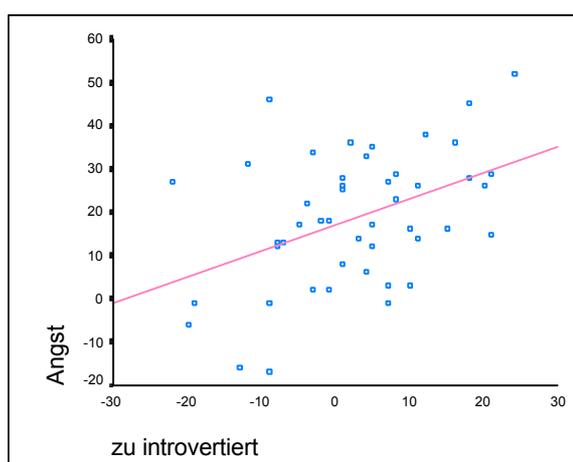
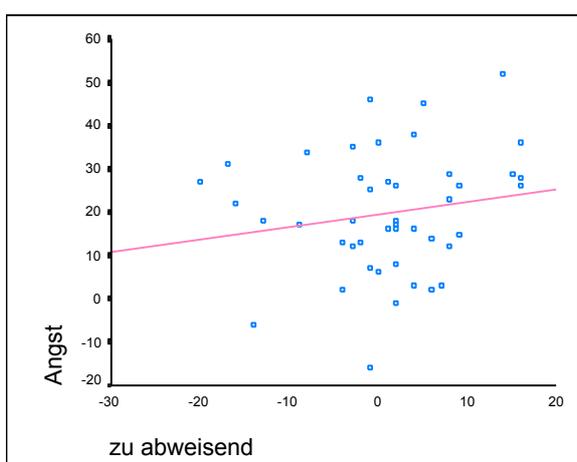
- zu konkurrierend (0,0192 (bsq))
- zu introvertiert (0,0264 / 0,050)
- zu selbstunsicher (0,006 / 0,014)
- zu ausnutzbar (0,008 / 0,024)
- zu expressiv (0,011 / 0,050)
- zu fürsorglich (0,0018 (bsq))

**Und es zeigt sich keinerlei Zusammenhang bei den Variablen:**

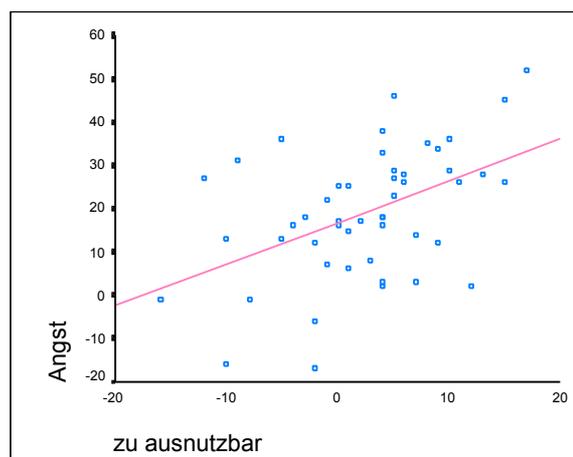
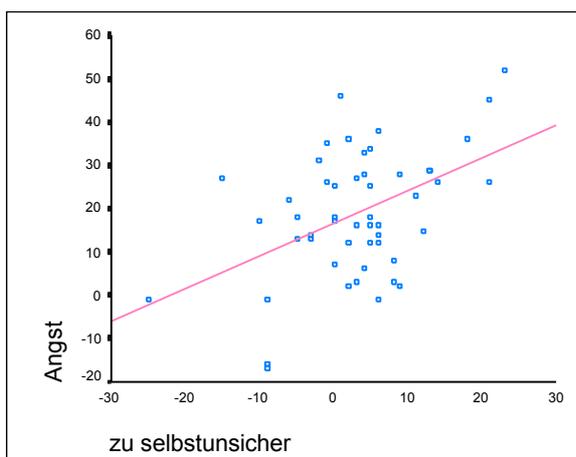
- zu dominant (0,152 / 0,274)
- zu abweisend (2,949 / 1,466)
- zu konkurrierend (0,05448 (asq))
- zu fürsorglich (0,086 (asq))



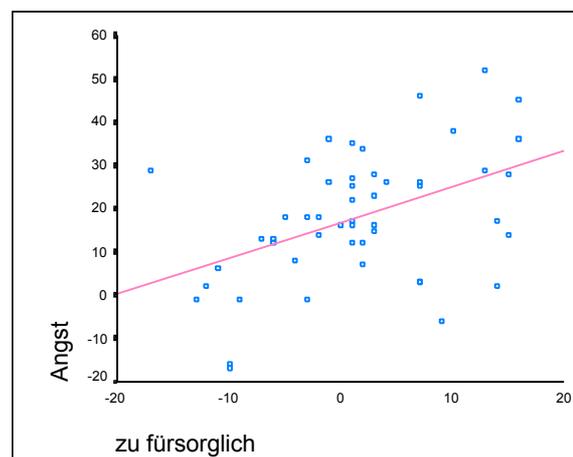
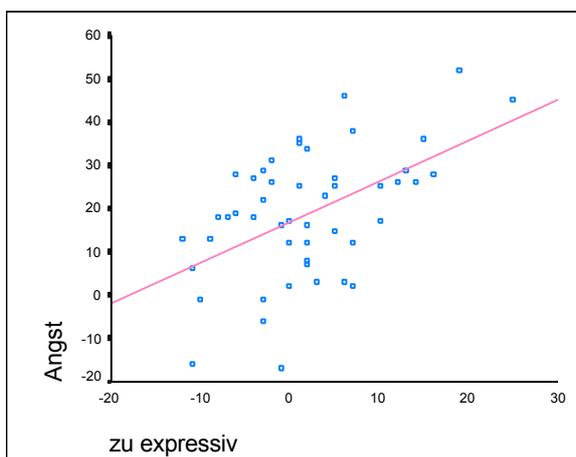
**Grafik VI.10./11.** Auch die Grafik spiegelt den Zusammenhang zwischen einer Besserung der Angst und einer Verbesserung der Interpersonalen Probleme „zu dominant“ und „zu konkurrierend“ wider.



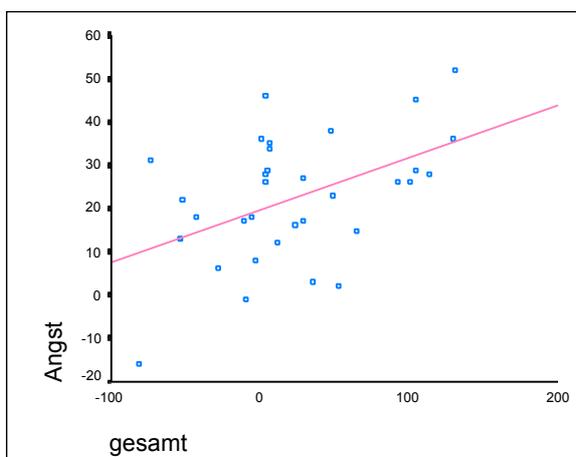
**Grafik VI.12./13.** Der flache Verlauf der Regressionsgeraden bei dem Interpersonalen Problem „zu abweisend“ verdeutlicht den fehlenden korrelativen Zusammenhang. Bei der Kategorie „zu introvertiert“ ist eine Verbesserung dieses Interpersonalen Problems mit Verbesserung der Angstparameter feststellbar.



**Grafik VI.14./15.** Auch bei den Variablen zu selbstunsicher und zu ausnutzbar veranschaulicht die Grafik den korrelativen Zusammenhang mit der Verbesserung der Angst.



**Grafik VI.16./17.** Ebenso ist bei den Variablen „zu expressiv“ und „zu fürsorglich“ eine Verbesserung mit Verringerung der Angstparameter feststellbar.



**Grafik VI.18.** Auch bei dem Gesamtwert wird die korrelative Verbesserung deutlich.

IIP zu dominant Diag / 1-Jahr		post			Summe
		miss	normal	zu dominant	
prae	miss	2	2	1	5
	normal	5	<b>27</b>	10	42
	zu dominant	2	<b>7</b>	<b>5</b>	16
Summe		9	36	14	61

Nach 1 Jahr			
normal	verbessert	gleich	verschlechtert
27	7	5	10

12 Missings

**Tabelle VI.30.** Die Tabelle zeigt, dass trotz signifikantem Zusammenhang mit der Verbesserung der Angstparameter nicht mehr Probanden im nicht störungsspezifischen Bereich eingestuft werden können.

IIP zu konkurrierend Diag / 1-Jahr		post			Summe
		miss	normal	zu konkurr.	
prae	miss	2	3	2	7
	normal	5	<b>26</b>	16	47
	zu konkurr.	1	<b>4</b>	<b>2</b>	7
Summe		8	33	20	61

Nach 1 Jahr			
normal	verbessert	gleich	verschlechtert
26	4	2	16

13 Missings

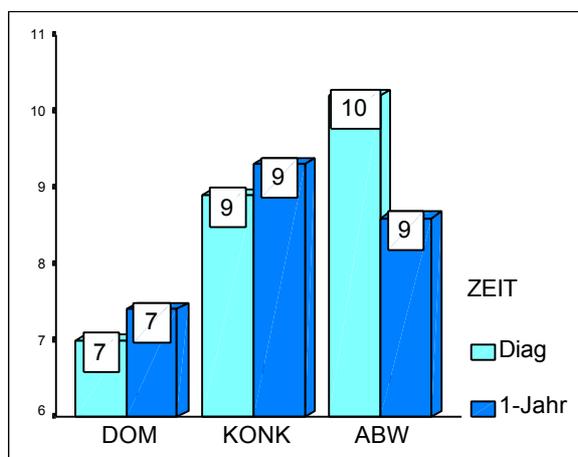
**Tabelle VI.31.** Die Tabelle zeigt mehr Probanden im Bereich zu konkurrierend als vor der Therapie.

IIP zu abweisend Diag / 1-Jahr		post			Summe
		miss	normal	zu abweisend	
prae	miss	2	3	2	7
	normal	7	<b>28</b>	8	43
	zu abweis.	3	<b>5</b>	<b>3</b>	11
Summe		12	36	13	61

Nach 1 Jahr			
normal	verbessert	gleich	verschlechtert
28	5	3	8

17 Missings

**Tabelle VI.32.** Die Tabelle zeigt ein heterogenes Bild mit ähnlichen Verteilungszahlen vor und nach der Therapie.



**Grafik VI.19.** Die Grafik verdeutlicht die insgesamt geringen Mittelwertsunterschiede vor und nach der Therapie bei den drei Bereichen zu dominant, zu konkurrierend und zu abweisend.

IIP zu introvertiert Diag / 1-Jahr		post			Summe
		miss	normal	zu introv.	
prae	miss	2	4	1	7
	normal	8	<b>23</b>	6	37
	zu introv.	1	<b>8</b>	<b>8</b>	17
Summe		11	35	15	61

Nach 1 Jahr			
normal	verbessert	gleich	verschlechtert
23	8	8	6

16 Missings

**Tabelle VI.33.** Im Bereich zu introvertiert zeigt sich eine leichte Tendenz hin zu einer erhöhten Anzahl im nicht störungsrelevanten Bereich nach der Therapie.

IIP zu selbstunsicher Diag / 1-Jahr		post			Summe
		miss	normal	zu unsicher	
prae	miss	2	4	0	6
	normal	6	<b>33</b>	1	40
	zu unsicher	0	<b>11</b>	<b>4</b>	15
Summe		8	48	5	61

Nach 1 Jahr			
normal	verbessert	gleich	verschlechtert
33	11	4	1

12 Missings

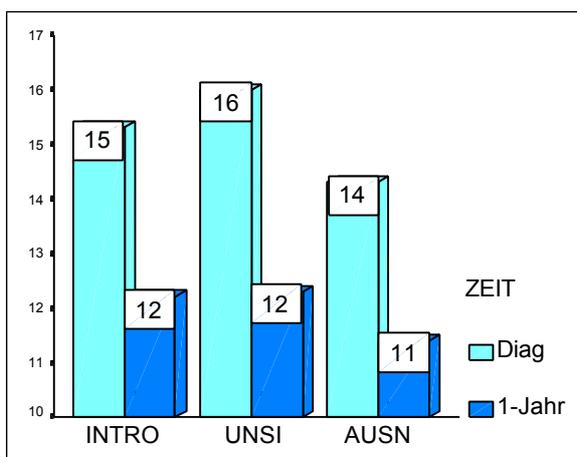
**Tabelle VI.34.** Die Probanden zeigen nach einem Jahr auch deskriptiv eine Verbesserung im Problembereich zu selbstunsicher.

IIP zu ausnutzbar Diag / 1-Jahr		post			Summe
		miss	normal	zu ausnutzbar	
prae	miss	2	5	0	7
	normal	7	<b>34</b>	6	47
	zu ausnutz.	0	<b>7</b>	<b>0</b>	7
Summe		9	46	6	61

Nach 1 Jahr			
normal	verbessert	gleich	verschlechtert
34	7	0	6

14 Missings

**Tabelle VI.35.** Auch im Problembereich zu ausnutzbar sind die Veränderungen sehr heterogen und erreichen keine klare Tendenz.



**Grafik VI.20.** Die Grafik zeigt deutliche Mittelwertsunterschiede in den Bereichen zu introvertiert, zu selbstunsicher und zu ausnutzbar auf, aber wie die vorhergehende deskriptive Analyse zeigt, erreichen sie in der Regel keine neue störungsrelevante Einordnung.

IIP zu fürsorglich Diag / 1-Jahr		post			Summe
		Miss	normal	zu fürsorglich	
prae	miss	2	2	2	6
	normal	7	<b>35</b>	4	46
	zu fürsorg.	0	<b>9</b>	<b>0</b>	9
Summe		9	46	6	61

Nach 1 Jahr			
normal	verbessert	gleich	verschlechtert
35	9	0	4

13 Missings

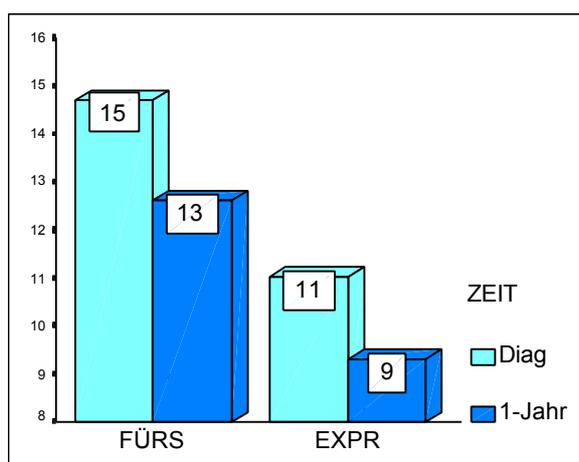
**Tabelle VI.36.** In der Kategorie zu fürsorglich erreichen mehr Patienten eine bessere störungsrelevante Kategorie, als sich Patienten verschlechtern.

IIP zu expressiv Diag / 1-Jahr		post			Summe
		Miss	normal	zu expressiv	
prae	miss	2	3	1	6
	normal	5	<b>27</b>	8	40
	zu expressiv	1	<b>11</b>	<b>3</b>	15
Summe		8	41	12	61

Nach 1 Jahr			
normal	verbessert	gleich	verschlechtert
27	11	3	8

12 Missings

**Tabelle VI.37.** Bei der Kategorie zu expressiv erreichen 11 Probanden den definierten störungsfreien Bereich.



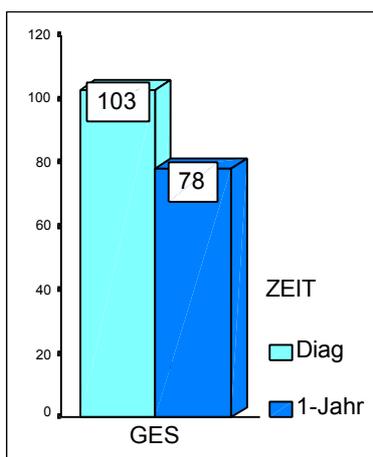
**Grafik VI.21:** Die Grafik zeigt bei den beiden Bereichen zu fürsorglich und zu expressiv deutliche Mittelwertsunterschiede insgesamt. Auch wenn in den jeweiligen Einzelfällen wie oben gezeigt Schwankungen sehr häufig sind.

IIP gesamt Diag / 1-Jahr		post			Summe
		miss	normal	über normal	
prae	miss	2	3	1	6
	normal	4	<b>28</b>	9	41
	über normal	2	<b>10</b>	<b>2</b>	14
Summe		8	41	12	61

Nach 1 Jahr			
normal	verbessert	gleich	verschlechtert
28	10	2	9

12 Missings

**Tabelle VI.38.** Nach einem Jahr sind nur wenige störungsrelevant geblieben, aber es ist ein vergleichbarer Anteil störungsrelevant geworden.



**Grafik VI.22.** Die Grafik wiederum spiegelt eine allgemeine deutliche Verbesserung des IIP-Gesamtwerts wieder.

### 6 Wochen

zu	6 WOCHEN	Angstdiff. BSQ	Angstdiff. ACQ
<b>dominant</b>	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,175 ,21496 52	-,113 ,43097 51
<b>kon- kurrierend</b>	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,169 ,23063 52	,104 ,46902 51
<b>abweisend</b>	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,042 ,77191 50	-,018 ,90464 49
<b>introvertiert</b>	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,145 ,30637 52	,031 ,82873 51
<b>selbst- unsicher</b>	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,250 ,07100 53	,155 ,27174 52
<b>ausnutzbar</b>	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,265 ,06008 51	,107 ,46057 50
<b>fürsorglich</b>	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,343 ,01181 53	,131 ,35488 52

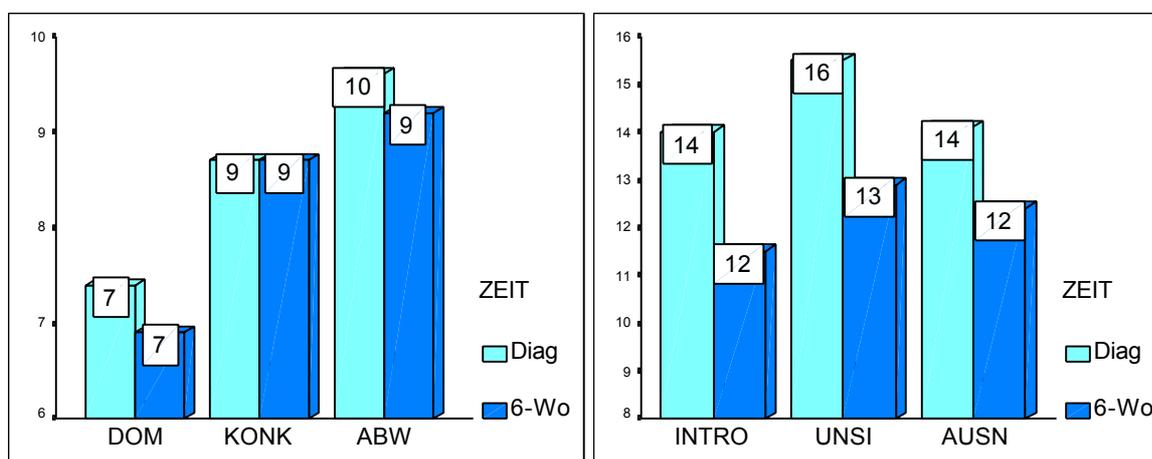
<b>expressiv</b>	Pearson Correlation	,418	,061
------------------	---------------------	------	------

<b>gesamt</b>	Sig. (2-tailed)	<b>,00202</b>	,67073
	N	52	51
	Pearson Correlation	,329	,066
	Sig. (2-tailed)	<b>,02898</b>	,67501
	N	44	43

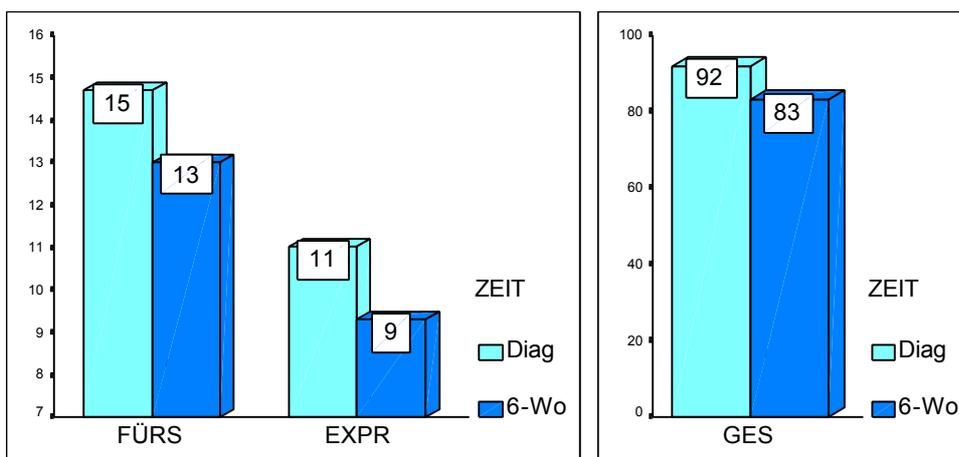
**Tabelle VI.39.** Korrelationen der Verbesserungen der IIP-Werte und der Angstparameter nach 6 Wochen.

*Ergebnis: Es zeigt sich nur beim BSQ ein korrelativer Zusammenhang bei den Variablen zu expressiv, zu fürsorglich und bei dem Gesamtwert.*

*Nach Bonferroni-Korrektur (10, bei 19 einseitigen Variablenprüfungen) bleibt davon nur die Variable zu expressiv signifikant.*



**Grafik VI.23./24.:** Grafik 23 spiegelt die Gleichverteilung auch wider. Die unterschiedliche Höhe der Balken mit gleichem Mittelwert begründet sich durch die abweichenden Dezimalstellen. Grafik 24 zeigt Unterschiede in den Mittelwerten auf. Diese sind aber laut korrelativer und deskriptiver Analyse eher unsystematisch.



**Grafik VI.25./26.:** Grafik 25 zeigt die Mittelwertsunterschiede auf, die laut den korrelativen Berechnungen auch in Zusammenhang mit den Verbesserungen bei der Angst stehen. Grafik 26 zeigt die Mittelwertsunterschiede vor und 6 Wochen nach der Therapie im Gesamtergebnis bei Interpersonalen Störungen.

#### ***Zusammenfassung***

*Es zeigt sich, dass die Verbesserung der Angstsymptome mit einer Verbesserung der meisten Interpersonalen Probleme korreliert. Auch bei der deskriptiven Analyse wird deutlich, dass sich die Mittelwerte der Gruppe bei den meisten Interpersonalen Problemen verbessern. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich jedoch auch, dass ein genereller Wechsel der Probanden von störungsrelevanten Kategorien in störungsfreie nicht gegeben ist, sondern sich im Einzelfall ein sehr heterogenes Bild ergeben kann.*

**Hypothese 3.2.:**

**Die Verbesserung des Ausmaßes der Selbstunsicherheit korreliert mit der in der Therapie erzielten Angstverbesserung.**

Es wird überprüft, ob eine Verbesserung im Bereich der Selbstunsicherheit oder sozialen Kompetenz mit der Verbesserung der Angstsymptome in Zusammenhang steht.

Als Parameter der sozialen Kompetenz sind nach Ullrich & Ullrich de Munck definiert Kritikangst, Kontaktangst, Fordern können, Nicht-Nein-Sagen-Können, Schuldgefühle und Anständigkeit.

		<b>Angstdiff. BSQ</b>	<b>Angstdiff. ACQ</b>
<b>Kritik- angst</b>	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,452 <b>,00088</b> 51	,395 <b>,00544</b> 48
<b>Kontakt- Angst</b>	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,384 <b>,00452</b> 53	,296 <b>,03672</b> 50
<b>Fordern können</b>	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,504 <b>,00036</b> 46	-,470 <b>,00130</b> 44
<b>Nicht-Nein- Sagen- Können</b>	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,365 <b>,00713</b> 53	,334 <b>,01794</b> 50
<b>Schuld- gefühle</b>	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,209 ,12914 54	,269 ,05651 51
<b>Anständig- keit</b>	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,429 <b>,00137</b> 53	,359 <b>,01056</b> 50

**Tabelle VI.40.** Korrelationen der Verbesserungen der UFB-Werte und der Angstparameter nach einem Jahr.

**Ergebnis:**

**Eine Verbesserung des Angstniveaus korreliert positiv mit einer Verbesserung bei den Variablen Kritikangst, Kontaktangst, Fordern können, Nicht-Nein-Sagen-Können und Anständigkeit.**

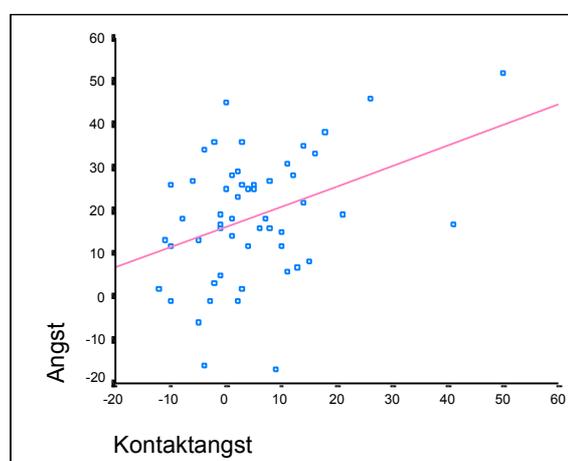
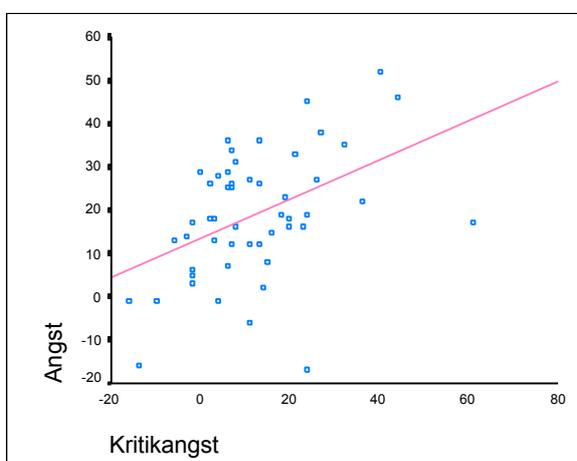
*Es zeigt sich keinerlei Zusammenhang bei dem Bereich Schuldgefühle.*

*Nach Bonferroni-Korrektur (12, bei 24 einseitigen Variablenprüfungen) bleiben die Variablen signifikant:*

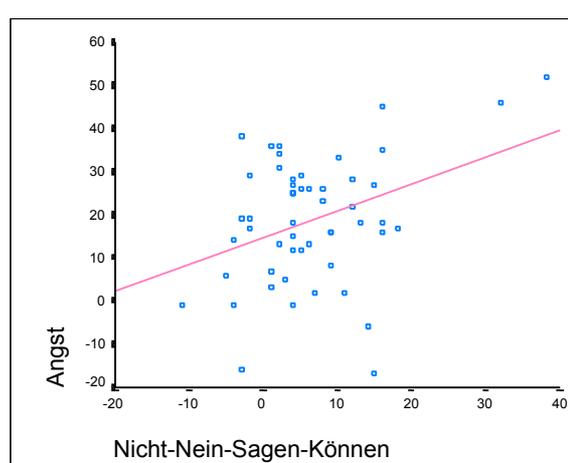
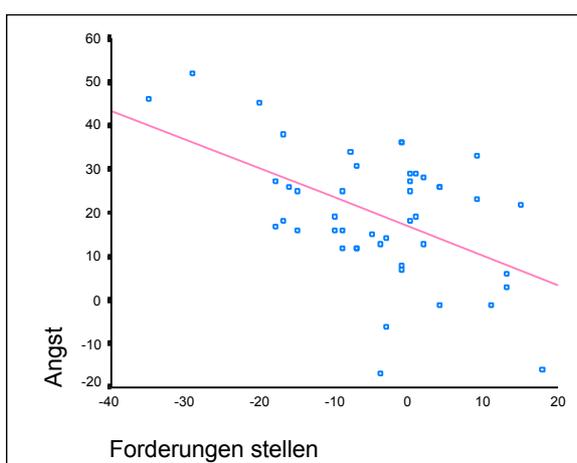
- Kritikangst (0,010 (bsq))
- Fordern können (0,0043 / 0,015)
- Anständigkeit (0,016 (bsq))

*Und es zeigt sich keinerlei Zusammenhang bei den Variablen*

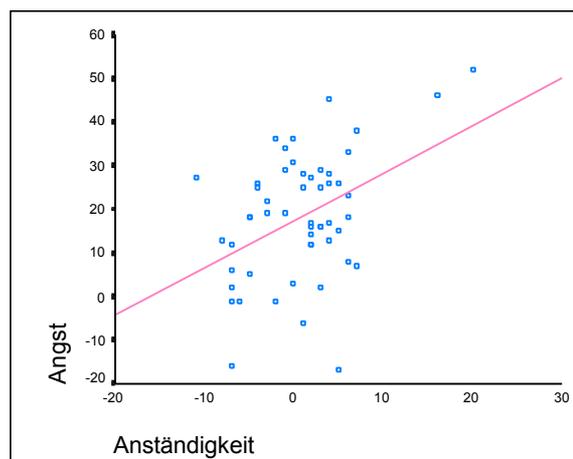
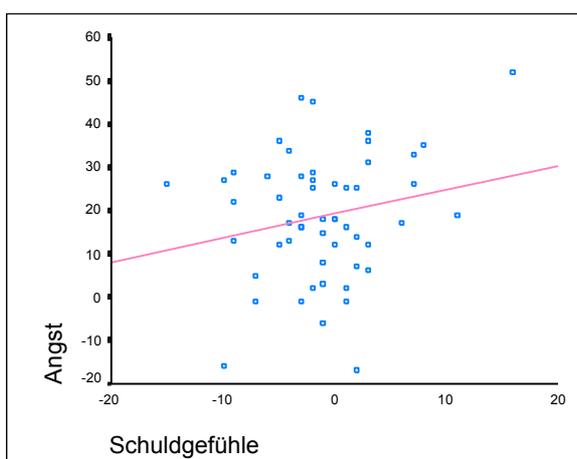
- Kritikangst (0,065 (acq))
- Kontaktangst (0,054 / 0,440)
- Nicht-Nein-sagen (0,0876 / 0,215)
- Schuldgefühle (1,54 / 0,678)
- Anständigkeit (0,126 (acq))



**Grafik VI.27/28.** Die Grafiken zeigen die Zusammenhänge zwischen den Verbesserungen bei Kritikangst und Kontaktangst mit den Verbesserungen bei den Angstparametern.



**Grafik VI.29./30.** Der Zusammenhang mit der Verbesserung der Variable Forderungen stellen präsentiert sich wie erwartet umgekehrt zu den anderen Variablen. Hier wird ein Zunehmen der Fähigkeit Forderungen zu stellen als Therapiefortschritt und im Gegenzug wird ein Rückgang der Unfähigkeit Nicht-Nein-Sagen zu können im Sinne des Therapieverlaufs bewertet.



**Grafik VI.31./32.** Die Regressionslinie verläuft wie erwartet flach bei der Variable Schuldgefühle und spiegelt den fehlenden Zusammenhang wieder. Die rechts stehende Grafik zeigt die Korrelation der Angstverbesserung mit dem Rückgang der Variable Anständigkeit.

UFB Kritikangst Diag / 1-Jahr		post			Summe
		miss	normal	über normal	
prae	miss	6	1	1	8
	normal	4	<b>27</b>	0	31
	Über normal	1	<b>16</b>	<b>13</b>	30
Summe		11	44	14	69

Nach 1 Jahr			
normal	verbessert	gleich	verschlechtert
27	16	13	0

13 Missings

**Tabelle VI.41.** 1 Jahr nach der Therapie hat sich über die Hälfte der über Norm eingestuften Probanden verbessert und kein Proband verschlechtert, es verbleibt jedoch durch die Missingrate ein kleiner Anteil, über den keine Aussagen möglich sind.

UFB Kontaktangst Diag / 1-Jahr		post			Summe
		miss	normal	über normal	
prae	miss	6	0	3	9
	normal	3	<b>34</b>	1	38
	über normal	0	<b>7</b>	<b>15</b>	22
Summe		9	41	19	69

Nach 1 Jahr			
normal	verbessert	gleich	verschlechtert
<b>34</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>1</b>

12 Missings

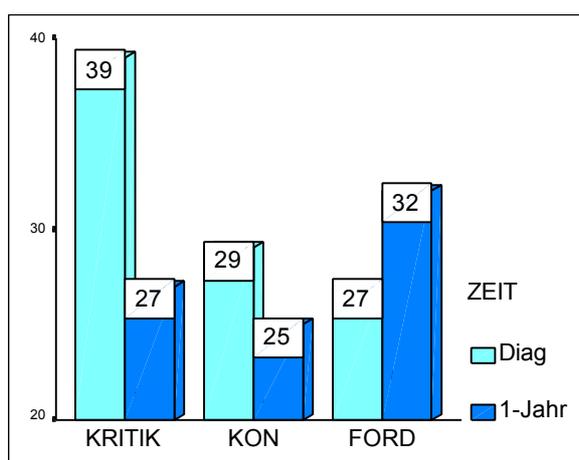
**Tabelle VI.42.** Auch bei der Kontaktangst zeigt sich eine gute Verbesserungsquote, aber auch eine Verschlechterung.

UFB Fordern können Diag / 1-Jahr		post			Summe
		miss	normal	über normal	
prae	miss	6	1	3	10
	normal	5	<b>15</b>	6	26
	über normal	3	<b>10</b>	<b>20</b>	33
Summe		14	26	29	69

Nach 1 Jahr			
normal	verbessert	gleich	verschlechtert
15	10	20	6

18 Missings

**Tabelle VI.43.** Bei dem Konzept Forderungen stellen sind die Veränderungen heterogen und nicht klar deutbar.



**Grafik VI.33.** Die Grafik veranschaulicht die vor allem bei der Kritikangst deutlichen Mittelwertsunterschiede vor und 1 Jahr nach der Therapie.

UFB N-N-S-Können Diag / 1-Jahr		post			Summe
		miss	normal	über normal	
prae	miss	6	0	1	7
	normal	3	<b>34</b>	2	39
	über normal	1	<b>10</b>	<b>12</b>	23
Summe		10	44	15	69

Nach 1 Jahr			
normal	verbessert	gleich	verschlechtert
34	10	12	2

11 Missings

**Tabelle VI.44.** Ein größerer Anteil Probanden hat sich bei dem Bereich Nicht-Nein-Sagen-Können verbessert.

UFB Schuldgefühle Diag / 1-Jahr		post			Summe
		miss	normal	über normal	
prae	miss	6	1	0	7
	normal	3	<b>39</b>	9	51
	über normal	0	<b>5</b>	<b>6</b>	11
Summe		9	45	15	69

Nach 1 Jahr			
normal	verbessert	gleich	verschlechtert
39	5	6	9

10 Missings

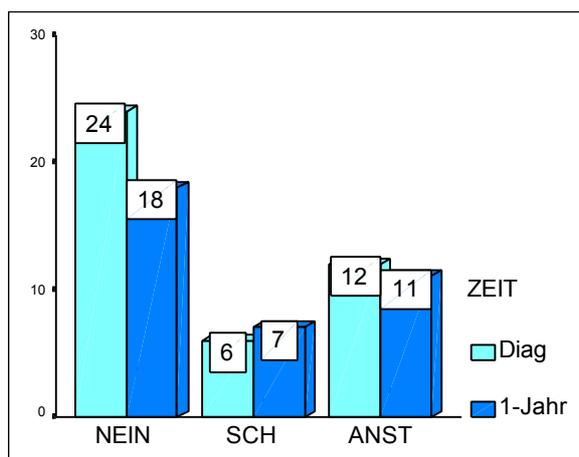
**Tabelle VI.45.** Es erreichen nur wenige Probanden einen Wert für Schuldgefühle der über der Norm liegt vor der Therapie, dieser geringe Anteil nimmt aber nach der Therapie eher noch zu als ab.

UFB Anständigkeit Diag / 1-Jahr		post			Summe
		miss	normal	über normal	
prae	miss	6	1	1	8
	normal	3	<b>36</b>	5	44
	über normal	0	<b>12</b>	<b>5</b>	17
Summe		9	49	11	69

Nach 1 Jahr			
normal	verbessert	gleich	verschlechtert
36	12	5	5

11 Missings

**Tabelle VI.46.** Im Bereich Anständigkeit befindet sich eine größere Anzahl Probanden nach einem Jahr im Normbereich.



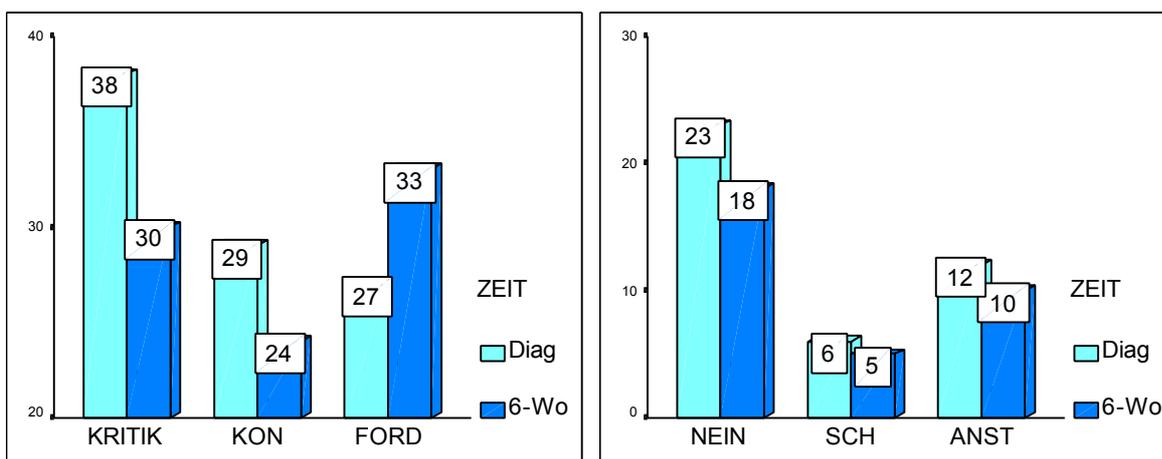
**Grafik VI.34.** Hier werden die Mittelwertsunterschiede der Variablen vor und 1 Jahr nach der Therapie deutlich. Es zeigt sich auch der nicht erwartete Anstieg bei den Schuldgefühlen.

### 6 Wochen

zu	6 WOCHEN	Angstdiff. BSQ	Angstdiff. ACQ
<b>Kritik- angst</b>	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,442 <b>,00187</b> 47	,205 ,17634 45
<b>Kontakt- Angst</b>	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,509 <b>,00019</b> 49	,227 ,12557 47
<b>Fordern können</b>	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,413 <b>,00437</b> 46	-,236 ,12321 44
<b>Nicht-Nein- Sagen- Können</b>	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,407 <b>,00333</b> 50	,289 <b>,04606</b> 48
<b>Schuld- gefühle</b>	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,299 <b>,03297</b> 51	,303 <b>,03437</b> 49
<b>Anständig- keit</b>	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,310 <b>,02701</b> 51	,051 ,72985 49

**Tabelle VI.47.** Korrelationen der Verbesserungen der UFB-Werte und der Angstparameter nach 6 Wochen.

**Ergebnis:** Hier werden alle Korrelationen mit dem BSQ signifikant und die Kategorien Nicht-Nein-Sagen-Können und Schuldgefühle bei der Korrelation mit dem ACQ. Nach Bonferroni-Korrektur (10, bei 19 einseitigen Variablenprüfungen) bleiben davon nur beim BSQ nur die Variablen Kritikangst, Kontaktangst, Fordern können und Nicht-Nein-Sagen-Können signifikant.



**Grafik VI.35./36.** Hier werden die erheblichen Mittelwertsunterschiede der Variablen vor und 6 Wochen nach der Therapie deutlich. Bei der Variable Forderungen stellen zeigt sich wie erwartet ein Anstieg der Fähigkeit, Forderungen zu stellen im Gegensatz zu dem Rückgang bei den anderen unerwünschten Verhaltensweisen. Das Schaubild 36 zeigt die große Verbesserung bei der Variablen Nicht-Nein-Sagen-Können und geringere Unterschiede bei den Variablen Schuldgefühle und Anständigkeit.

### **Zusammenfassung**

*Es zeigen sich Korrelationen mit der Angstverbesserung hauptsächlich bei der Verbesserung der Variablen Kritikangst, Kontaktangst, Forderungen stellen und Nicht-Nein-Sagen-Können. Die Bereiche Schuldgefühle und Anständigkeit bieten ein eher heterogenes Bild.*

**Hypothese 3.3.:**

*Die Verbesserung des Ausmaßes der Partnerschaftlichen Qualität korreliert mit der in der Therapie erzielten Angstverbesserung.*

Dabei soll geprüft werden, ob eine Verbesserung der Angstsymptome auch mit einer Verbesserung der Partnerschaft einhergeht. Als Variablen gelten der Gesamtwert der Ehequalität, die erlebte Gemeinsamkeit, das Streitverhalten und Zärtlichkeit und die subjektive Einschätzung der Probanden ihrer Ehe, zusätzlich noch die Skala Partnerschaft bei der sozialen Integration.

		<b>Angstdiff. BSQ</b>	<b>Angstdiff. ACQ</b>
<b>Gesamt- wert</b>	Pearson Correlation	-,256	-,085
	Sig. (2-tailed)	,15088	,65054
	N	33	31
<b>Subjektive Ein- Schätzung</b>	Pearson Correlation	-,344	-,187
	Sig. (2-tailed)	<b>,02743</b>	,25454
	N	41	39
<b>Streit- verhalten</b>	Pearson Correlation	,345	,071
	Sig. (2-tailed)	<b>,03377</b>	,68209
	N	38	36
<b>Zärtlichkeit</b>	Pearson Correlation	-,206	-,085
	Sig. (2-tailed)	,21561	,62111
	N	38	36
<b>Gemein- samkeit</b>	Pearson Correlation	-,120	-,084
	Sig. (2-tailed)	,47240	,62699
	N	38	36
<hr/>			
<b>Partner- schaft (soz.Int.)</b>	Pearson Correlation	-,449	-,377
	Sig. (2-tailed)	<b>,02423</b>	,07630
	N	25	23

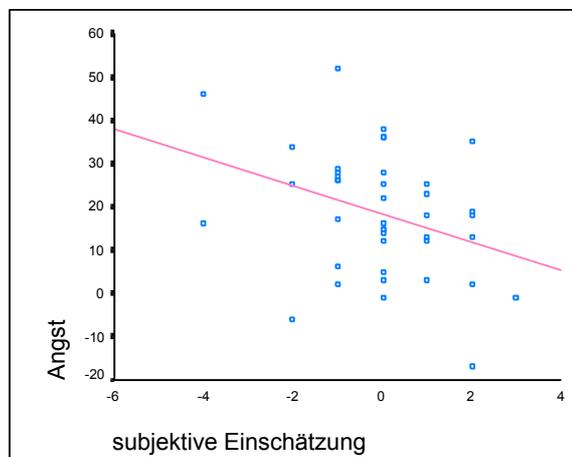
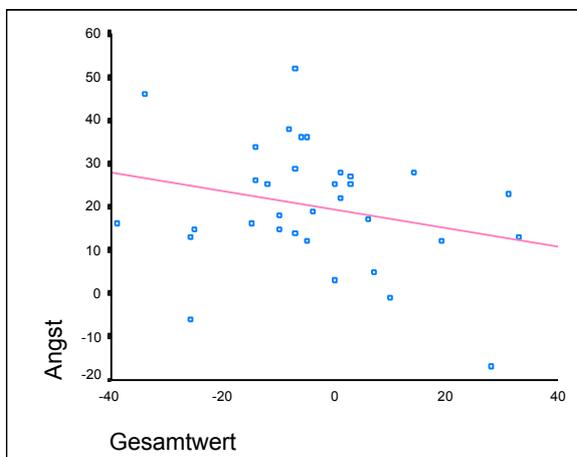
**Tabelle VI.48.** Korrelationen der Verbesserungen der PFB/FSI-Werte und der Angstparameter nach 1 Jahr.

**Ergebnis:**

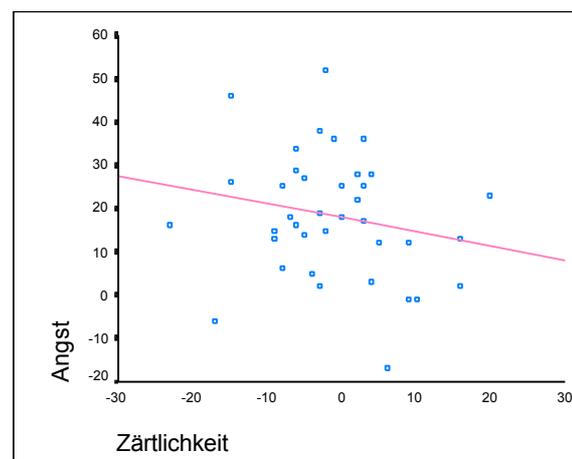
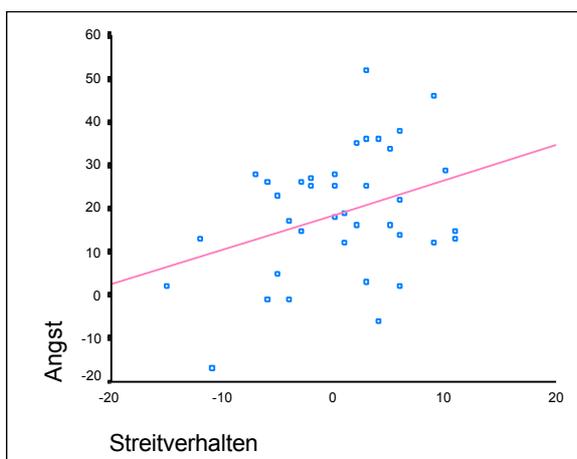
*Eine Verbesserung des Angstniveaus korreliert positiv mit einer Verbesserung bei der subjektiven Einschätzung der Ehequalität (BSQ) und korreliert wie erwartet negativ mit dem erfassten Streitverhalten (je geringer der Wert, desto harmonischer die Beziehung).*

*Eine Verbesserung des Angstniveaus korreliert auch positiv mit einer Verbesserung der eingeschätzten Ehequalität des Fragebogens zur sozialen Integration. Bei allen anderen*

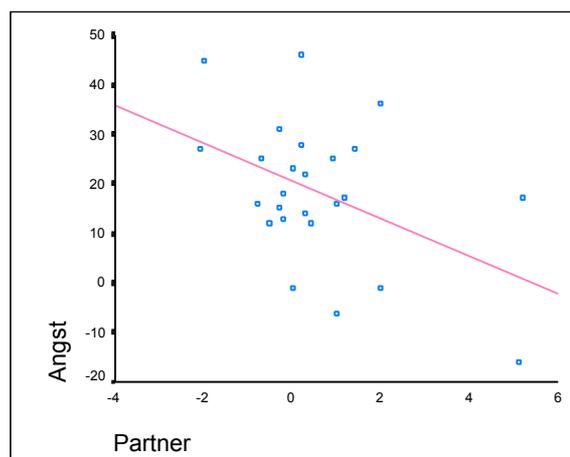
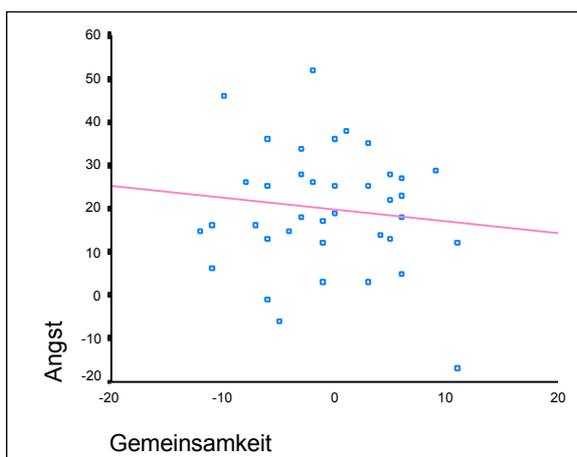
*Variablen lässt sich kein Zusammenhang feststellen und nach Bonferroni-Korrektur ergibt sich keinerlei errechenbarer Zusammenhang mehr.*



**Grafik VI.37./38.** Die nebenstehende Grafik zeigt die flachere Regressionslinie beim Gesamtwert (und den fehlenden Zusammenhang), im Gegensatz zur Korrelation der Angstverbesserung mit der subjektiven Einschätzung bei der nebenstehenden Grafik.



**Grafik VI.39/40.** Eine Verbesserung der Angstsymptomatik geht mit einer geringeren Ausprägung des Streitverhaltens (negativer Zusammenhang) im Vergleich zu vor der Therapie einher. Wohingegen eine Verbesserung der Angstsymptomatik mit einer Zunahme der Zärtlichkeit (positiver Zusammenhang) auftritt. Nach den vorhergehenden Berechnungen wird der Zusammenhang jedoch nicht signifikant.



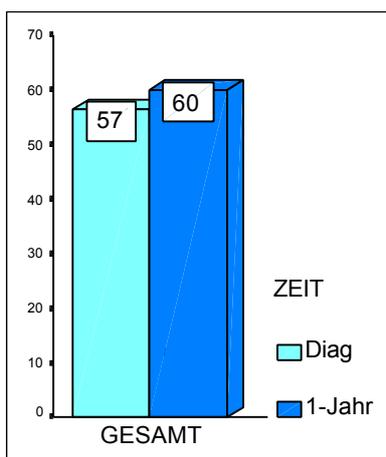
**Grafik VI.41./42.** Es ergibt sich kein Zusammenhang zwischen einer Verbesserung der Angstsymptomatik und einer Zunahme der erlebten Gemeinsamkeit. Bei der sozialen Integration korreliert jedoch eine Verbesserung der Partnerschaft mit der Verbesserung der Angstsymptome.

PFB gesamt Diag / 1 Jahr		post			Summe
		miss	glück.	unglück.	
prae	miss	19	7	3	29
	glück	6	<b>16</b>	5	27
	unglück	1	<b>8</b>	<b>4</b>	13
Summe		26	31	12	69

Nach 1 Jahr			
glückliche Partnerschaft	Partnerschaft glücklicher	unglücklich geblieben	Partnerschaft unglücklicher
16	8	4	5

36 Missings oder kein Partner

**Tabelle VI.49.** Die Tabelle zeigt eine leichte Tendenz, dass eine Reihe Probanden mit ihrer Ehe 1 Jahr nach Therapie zufriedener sind als zuvor. Insgesamt wird aber der hohe Wechsel von glücklich zu unglücklich oder zu kein Partner und umgedreht deutlich und die hohe Missingrate durch fehlende Partnerschaften.



**Grafik VI.43.** Die Grafik zeigt die leichte Verbesserung im Gesamtwert des PFB 1 Jahr nach Therapie.

PFB Selbsteinschätzung Diag / 1 Jahr		Post				Summe
		miss	glück.	w/n	unglück.	
prae	miss	1	6	0	0	7
	glück	5	<b>14</b>	5	2	26
	w/n	1	<b>5</b>	<b>5</b>	2	13
	unglück	2	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	9
Summe		9	28	12	6	55

Nach 1 Jahr			
glückliche Partnerschaft	Partnerschaft glücklicher	unglücklich oder weder noch geblieben	Partnerschaft unglücklicher
<b>14</b>	<b>15</b>	<b>7 (2/5)</b>	<b>4</b>

29 Missings bzw. kein Partner

**Tabelle VI.50.** Die Tabelle zeigt eine Tendenz, die Partnerschaft 1 Jahr nach der Therapie glücklicher einzuschätzen als zuvor, sie gibt aber auch eine hohe Anzahl ohne Partner oder Missings wieder.

PFB Streitverhalten Diag / 1 Jahr		Post			Summe
		miss	glück.	unglück.	
prae	miss	15	7	1	23
	glück	7	<b>17</b>	6	30
	unglück	1	<b>9</b>	<b>6</b>	16
Summe		23	33	13	69

Nach 1 Jahr			
glückliche Partnerschaft	Partnerschaft glücklicher	unglücklich geblieben	Partnerschaft unglücklicher
17	9	6	6

31 Missings oder kein Partner

**Tabelle VI.51.** Auch die Verbesserung des Streitverhaltens gibt 1 Jahr nach der Therapie eine positivere Bilanz, es verbleibt auch hier eine große Anzahl ohne Partner.

PFB Zärtlichkeit Diag / 1 Jahr		post			Summe
		miss	glück.	unglück.	
Prae	miss	16	5	2	23
	glück	7	<b>19</b>	7	33
	unglück	1	<b>11</b>	<b>1</b>	13
Summe		24	35	10	69

Nach 1 Jahr			
glückliche Partnerschaft	Partnerschaft glücklicher	unglücklich geblieben	Partnerschaft unglücklicher
19	11	1	7

31 Missings oder kein Partner

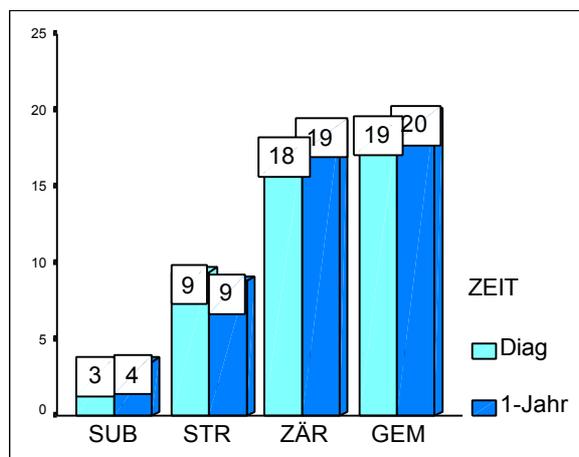
**Tabelle VI.52.** Die Ergebnisse im Bereich Zärtlichkeit in der Partnerschaft decken sich mit den vorhergehenden Tabellen, es zeigt sich eine Tendenz hin zu einer zufriedenstellenderen Partnerschaft, aber auch eine hohe Missingrate.

PFB Gemeinsamkeit Diag / 1 Jahr		post			Summe
		miss	glück.	unglück.	
prae	miss	18	3	3	24
	glück	4	<b>16</b>	7	27
	unglück	3	<b>9</b>	<b>6</b>	18
Summe		25	28	16	69

Nach 1 Jahr			
glückliche Partnerschaft	Partnerschaft glücklicher	unglücklich geblieben	Partnerschaft unglücklicher
16	9	6	7

31 Missings oder kein Partner

**Tabelle VI.53.** Das Bild bei der erlebten Gemeinsamkeit in der Partnerschaft ist 1 Jahr nach der Therapie heterogen und auch hier verbleibt die hohe Anzahl ohne Partner bzw. Missingrate.



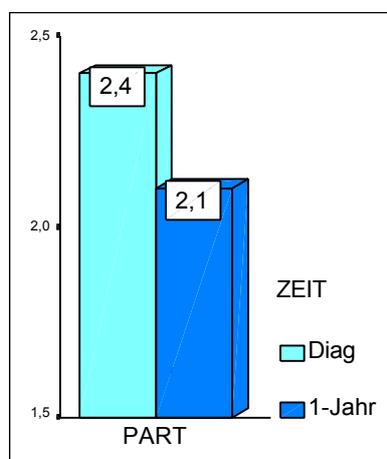
**Grafik VI.44.** Beim subjektiven Streitverhalten mit einer Skala von 1-5 wird in der Grafik ein großer Mittelwertsunterschied deutlich. Die anderen Skalen zeigen Tendenzen in Richtung einer Verbesserung der Partnerschaft, aber keine erheblichen Unterschiede.

FSI Partner Diag / 1-Jahr		post			Summe
		miss	zufrieden	un- zufrieden	
prae	miss	12	6	8	26
	zufrieden	9	<b>8</b>	5	22
	un- zufrieden	6	<b>7</b>	<b>8</b>	21
Summe		27	21	21	69

Nach 1 Jahr			
zufrieden	verbessert	gleich	verschlechtert
8	7	8	5

41 Missings

**Tabelle VI.54.** Die soziale Integration in der Partnerschaft zeigt eine leichte Tendenz zur Verbesserung, aber vor allem eine hohe Missingrate bzw. Anteil ohne aktuellen Partner in der Stichprobe.



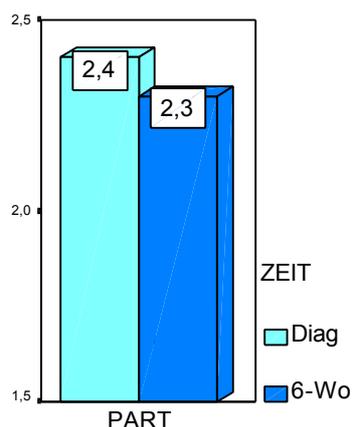
**Grafik VI.45.** In der Grafik wird im Mittelwert eine größere Zufriedenheit mit der Partnerschaft als vor der Therapie und bei einem Vergleich mit der nachfolgenden Grafik des FSI auch eine größere Zufriedenheit als 6 Wochen nach der Therapie deutlich.

## 6 Wochen

6 Wochen		Angstdiff. BSQ	Angstdiff. ACQ
<b>Partner-</b> <b>schaft</b> <b>(soz.Int.)</b>	Pearson Correlation	-,340	-,196
	Sig. (2-tailed)	<b>,04545</b>	,27315
	N	35	33

**Tabelle VI.55.** Korrelationen der Verbesserungen der FSI-Werte und der Angstparameter nach 6 Wochen.

*Ergebnis: Es ergibt sich bei der partnerschaftlichen sozialen Integration ebenso ein signifikanter Zusammenhang wie bei den Daten des 1 Jahres-Follow-ups. Aber auch dieser bleibt nach Bonferroni-Korrektur (10, bei 19 einseitigen Variablenprüfungen) nicht signifikant. Die Partnerschaftskategorien des PFB wurden zum 6-Wochen-Follow-up nicht erhoben.*



**Grafik VI.46.** Die Grafik zeigt die leichte Verbesserung der Mittelwerte 6 Wochen nach der Therapie. Je höher der Wert, desto höher die Unzufriedenheit mit der Partnerschaft (Skala 1-5).

### Zusammenfassung

*Es ergibt sich ein klarer Zusammenhang zwischen der partnerschaftlichen sozialen Integration und auch Zusammenhänge zwischen einer Verbesserung der subjektiven Einschätzung der Ehezufriedenheit und des Streitverhaltens mit einer Verbesserung der Angstsymptomatik. Aufgrund der Tatsache, dass nicht alle Probanden einen Partner haben, ergibt sich jedoch eine geringere Stichprobengröße, damit auch ein niedrigeres Signifikanzniveau und es sind nur eingeschränkte Aussagen möglich.*

**Hypothese 3.4.:**

*Die Verbesserung des Ausmaßes der sozialen Unterstützung korreliert mit der in der Therapie erzielten Angstverbesserung.*

Dabei soll überprüft werden, ob eine Verbesserung der Angstsymptome in Zusammenhang steht mit einer Verbesserung des sozialen Netzwerks. Als Parameter der sozialen Unterstützung wurden die Skalen soziale Unterstützung, soziale Abkapselung und die Skalen Freunde und Verwandte der sozialen Integration herangezogen.

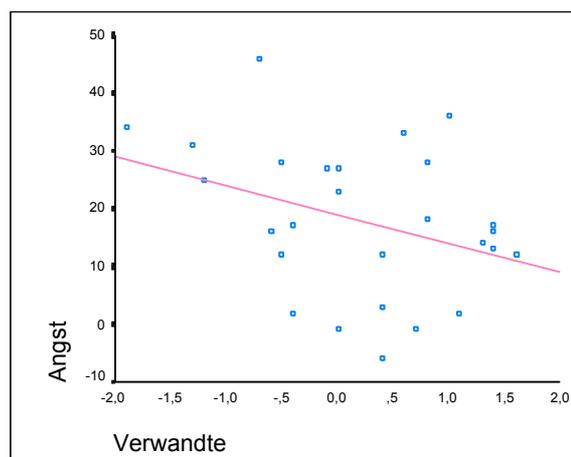
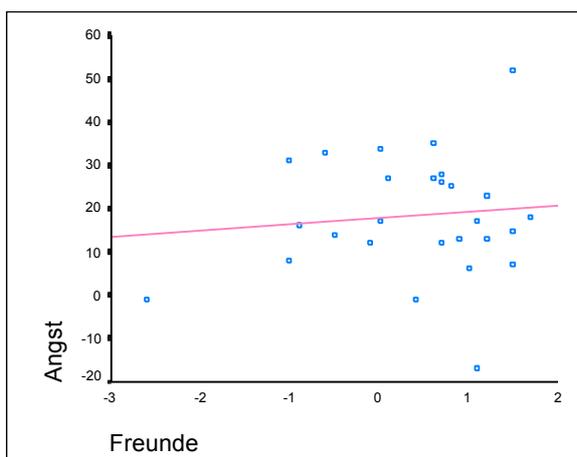
		<b>Angstdiff. BSQ</b>	<b>Angstdiff. ACQ</b>
<b>Freunde</b>	Pearson Correlation	,104	-,100
	Sig. (2-tailed)	,60722	,62663
	N	27	26
<b>Verwandte</b>	Pearson Correlation	-,352	-,428
	Sig. (2-tailed)	,07204	<b>,02929</b>
	N	27	26
<hr/>			
<b>Soziale Unterstützung</b>	Un-Pearson Correlation	,185	,111
	Sig. (2-tailed)	,18538	,44091
	N	53	50
<b>Soziale Abkapselung</b>	Pearson Correlation	,226	,123
	Sig. (2-tailed)	,10718	,40133
	N	52	49

**Tabelle VI.56.** Korrelationen der Verbesserungen der FSI/SVF-Werte und der Angstparameter nach 1 Jahr.

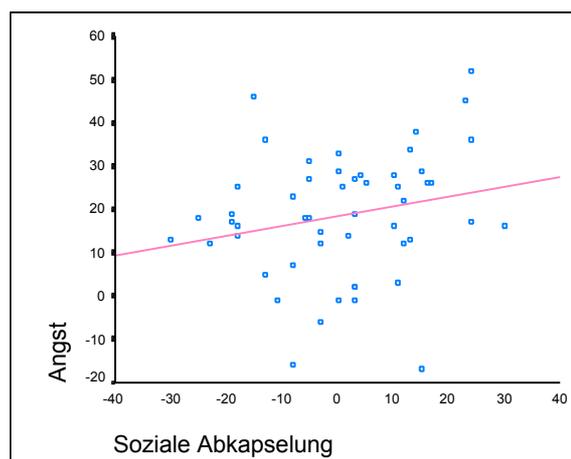
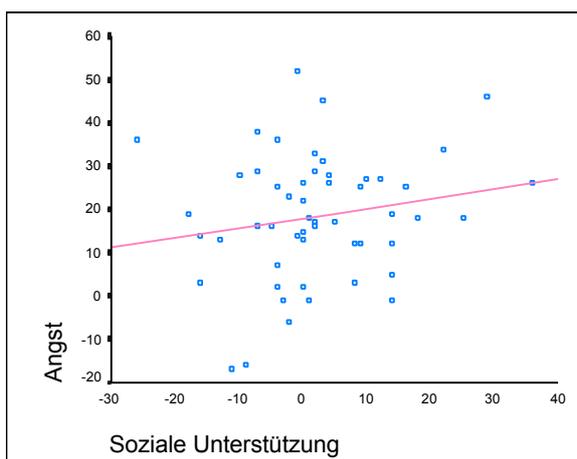
**Ergebnis:**

*Eine Verbesserung des Angstniveaus korreliert positiv mit einer Verbesserung bei der Integration bei Verwandten (nur ASQ). Nach Bonferroni-Korrektur verbleibt dabei keine der Variablen signifikant.*

*Bei den Variablen soziale Unterstützung und Abkapselung lässt sich keinerlei Zusammenhang nachweisen.*



**Grafik VI.47./48.** Die beinahe horizontale Regressionslinie bei der Variable Freunde der sozialen Integration veranschaulicht den fehlenden Zusammenhang. Die Variable Verwandte zeigt eine entsprechende Verbesserung der verwandtschaftlichen Beziehungen bei Verbesserung der Angstsymptome.



**Grafik VI.49./50.** Die Verbesserungen der Variablen soziale Unterstützung und soziale Abkapselung zeigen tendenziell in die Richtung mit einer Verbesserung der Angstsymptomatik, aber die Regressionslinien sind insgesamt zu flach.

FSI Freunde Diag / 1-Jahr		post			Summe
		miss	zufrieden	un- zufrieden	
prae	miss	9	10	4	23
	zufrieden	6	<b>3</b>	5	14
	un- zufrieden	8	<b>13</b>	<b>11</b>	32
Summe		23	26	20	69

Nach 1 Jahr			
Zufrieden	verbessert	gleich	verschlechtert
3	13	11	5

37 Missings

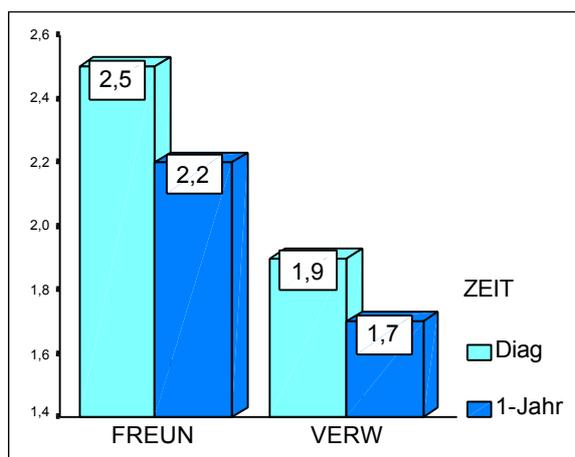
**Tabelle VI.57.** Die Tabelle zeigt 1 Jahr nach der Therapie bei der sozialen Integration eine Tendenz zur Verbesserung der freundschaftlichen Beziehungen, aber auch eine hohe Missingrate.

FSI Verwandte Diag / 1-Jahr		post			Summe
		miss	zufrieden	un- zufrieden	
prae	miss	10	8	3	21
	zufrieden	11	<b>13</b>	5	29
	un- zufrieden	10	<b>8</b>	<b>1</b>	19
Summe		31	29	9	69

Nach 1 Jahr			
zufrieden	verbessert	gleich	verschlechtert
13	8	1	5

42 Missings

**Tabelle VI.58.** Auch die verwandtschaftlichen Beziehungen der sozialen Integration erscheinen 1 Jahr nach Therapieende gebessert, aber mit kaum deutbaren hohen Missingraten.



**Grafik VI.51.** Die verbleibende Reststichprobe zeigt in der Grafik eine deutliche Verbesserung der Mittelwerte der freundschaftlichen und verwandschaftlichen Integration 1 Jahr nach der Therapie.

SVF Soz. Unterst. Diag / 1-Jahr		post			Summe
		miss	normal	über normal	
prae	miss	2	3	0	5
	normal	5	<b>37</b>	4	46
	über normal	0	<b>10</b>	<b>2</b>	12
Summe		7	50	6	63

Nach 1 Jahr			
normal	verbessert	gleich	verschlechtert
37	10	2	4

10 Missings

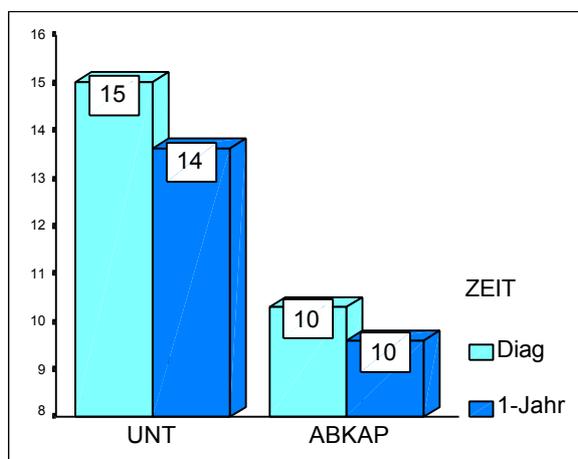
**Tabelle VI.59.** Für die soziale Unterstützung ergibt sich nach einem Jahr eine tendenzielle Verbesserung.

SVF Soz. Abkaps. Diag / 1-Jahr		post			Summe
		miss	normal	über normal	
prae	miss	2	3	1	6
	normal	4	<b>34</b>	4	42
	über normal	1	<b>8</b>	<b>6</b>	15
Summe		7	45	11	63

Nach 1 Jahr			
normal	verbessert	gleich	verschlechtert
34	8	6	4

11 Missings

**Tabelle VI.60.** Im Bereich der sozialen Abkapselung ist der Großteil der Probanden im Normbereich und für die verbleibenden Probanden ergibt sich keine klare Tendenz.



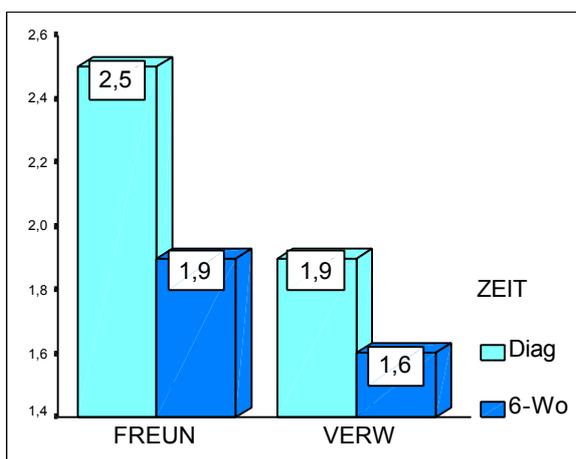
**Grafik VI.52.** Die Grafik zeigt zwar im Mittelwertsvergleich ein minimales Nachlassen der sozialen Abkapselung, aber auch einen leichten Rückgang der sozialen Unterstützung.

## 6 Wochen

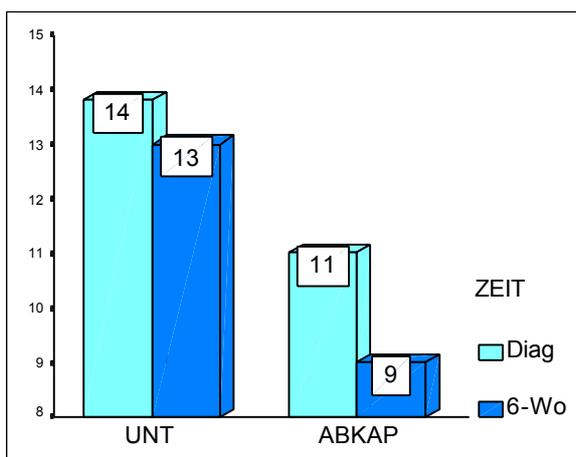
6 WOCHEN		Angstdiff. BSQ	Angstdiff. ACQ
<b>Freunde</b>	Pearson Correlation	,173	-,042
	Sig. (2-tailed)	,38848	,84330
	N	27	25
<b>Verwandte</b>	Pearson Correlation	-,073	-,234
	Sig. (2-tailed)	,66853	,17595
	N	,173	35
<b>Soziale Unterstützung</b>			
<b>Un- terstützung</b>	Un-Pearson Correlation	-,267	-,185
	Sig. (2-tailed)	,16922	,34672
	N	28	28
<b>Soziale Abkap- selung</b>	Pearson Correlation	,176	-,035
	Sig. (2-tailed)	,36939	,86072
	N	28	28

**Tabelle VI.61.** Korrelationen der Verbesserungen der FSI/SVF-Werte und der Angstparameter nach 6 Wochen.

*Ergebnis: 6 Wochen nach Abschluss der Therapie lassen sich keine signifikanten Zusammenhänge der Verbesserung der Variablen der sozialen Unterstützung mit der Verbesserung der Angstsymptome ermitteln.*



**Grafik VI.53.** Die Grafik zeigt die insgesamt deutlichen Mittelwertsunterschiede der Stichprobe (Skala 1-5, wobei 1 der beste Wert ist) bei freundschaftlichen und verwandtschaftlichen Beziehungen vor und 6 Wochen nach der Therapie.



**Grafik VI.54.** Die Grafik zeigt die klaren Mittelwertsunterschiede des verbleibenden kleinen Anteils der Stichprobe.

***Zusammenfassung:***

***Insgesamt konnte kein signifikanter Zusammenhang der Verbesserung der Angstsymptomatik mit einer Verbesserung der verwandtschaftlichen und sozialen Integration, der sozialen Unterstützung und dem Rückgang der sozialen Abkapselung gefunden werden. Obwohl sich tendenzielle Verbesserungen aufzeigen lassen, stellt sich die Befundlage insgesamt heterogen dar.***

## **VII DISKUSSION**

# **1. Hypothesen**

## **1.1 Kontrollhypothesen**

### **Kontrollhypothesen 1-4:**

*Die Experimentalgruppe unterscheidet sich zu Therapiebeginn nicht signifikant von der Quasi-Kontrollgruppe in Bezug auf die Angstparameter, das Ausmaß der Depression, die Qualität der Partnerschaft und das Ausmaß der Selbstsicherheit.*

Ziel der Kontrollhypothesen war festzustellen, dass die Experimentalgruppe, die sich einer Reizkonfrontationstherapie unterzieht, keine einfacher zu therapierende Auswahlgruppe darstellt. Um zu gewährleisten, dass später formulierte Ergebnisse der Experimentalgruppe auch generalisierbar sind, musste zunächst der Nachweis erbracht werden, dass sie sich nicht von der Ausgangsgruppe im Sinne einer positiven Auswahl unterscheidet.

Dabei ergab sich entgegen den Erwartungen, dass die Experimentalgruppe im Gegenteil in Bezug auf die Angst signifikant stärker beeinträchtigt war als die Vergleichsgruppe. Dies deckt sich mit Ergebnissen von z.B. Bartling et al. (1980), die feststellen mussten, dass es offensichtlich eines ausgeprägten Leidensdrucks bedarf, um sich einer Reizkonfrontationstherapie zu unterziehen. Dieses Ergebnis blieb nach Bonferroni-Korrektur allerdings nicht signifikant und kann deshalb nur eine Tendenz widerspiegeln.

Die Bereiche Depression, Partnerschaft und Selbstsicherheit konnten ebenso keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen aufdecken, gaben aber auch in einem schwächeren Ausmaß die Tendenz wieder, dass die Experimentalgruppe die psychisch beeinträchtigte Gruppe darstellte. So zeigte sich die Experimentalgruppe geringfügig depressiver und zeigte etwas häufiger Werte in den störungsrelevanten Kategorien in den Bereichen Kritikangst, Kontaktangst und dem Unvermögen, Forderungen zu stellen.

Im Bereich der Partnerschaft ergaben sich keinerlei Unterschiede zwischen den Gruppen und in den Bereichen Anständigkeit und Schuldgefühle leichte Tendenzen der Quasi-Kontrollgruppe zu mehr störungsrelevanten Kategorien. Die Unterschiede erreichten aber auch hier nie das Signifikanzniveau.

Nach Korrektur der Ergebnisse ergaben sich rechnerisch keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen und es kann damit davon ausgegangen werden, dass es sich bei der Experimentalgruppe um keine Auswahlgruppe handelt.

## 1.2. Vorhypothesen

### **Vorhypothesen 1-4:**

***Die Probandengruppe hat sich jeweils 6 Wochen und 1 Jahr nach Therapieende in Bezug auf die Angstparameter und das Ausmaß der Depression signifikant verbessert.***

Ziel der Vorhypothesen war die Replizierung der Ergebnisse aus der Theorie und der Nachweis, dass es sich um eine in Bezug auf die Angst wirksame Therapie handelt, bevor auf weiterreichende Zusammenhänge eingegangen wurde. Als Maß der Wirksamkeit der Therapie wurden dabei jeweils die Angstparameter und die depressive Stimmung definiert. Dabei wurde z.B. nach Fiegenbaum (1982, 1988) eine starke Verbesserung der Angstparameter erwartet, so konnte er bei Follow-ups an einer vergleichbaren Stichprobe bei 80-82% der Angstpatienten Symptombefreiheit oder eine starke Besserung feststellen. Entsprechend wurde gemäß vorhergehenden Untersuchungen (z.B. auch Emmelkamp & Kuipers, 1979) eine signifikante Besserung der Depression erwartet.

Die Vorhypothesen konnten vollständig bestätigt werden. So zeigten sich zu beiden Zeitpunkten jeweils hochsignifikante Verbesserungen bei Angst und Depression, die auch nach Bonferroni-Korrektur hochsignifikant blieben.

In gleicher Richtung wie vorgehende Untersuchungen zeigten sich bei dieser Stichprobe 82% (bzw. 84% nach 1 Jahr) der Patienten als symptomfrei oder in Bezug auf die Angst stark verbessert. Bei der Depression konnten 85% (bzw. 87% nach einem Jahr) als ohne Depression oder stark verbessert eingestuft werden.

Damit kann davon ausgegangen werden, dass sich die Therapie als wirksam erwiesen und nachhaltig die Angst und Depression verringert oder geheilt hat.

Es bleibt noch festzuhalten, dass die Angstmittelwerte nach Therapie denen einer gesunden Stichprobe näher kommen als anderen behandelten Phobikerstichproben.

### 1.3. Hypothesen

#### **Hypothese 3.1.:**

*Die Verbesserung des Ausmaßes der Interpersonalen Probleme korreliert mit dem Ausmaß der in der Therapie erzielten Angstverbesserung.*

Ähnlich wie bei Untersuchungen, die eine Verbesserung der neurotischen Maße nach einer Reizkonfrontationstherapie beobachtet hatten, z.B. Andrews & Moran (1988), wurde auch hier von einer Verbesserung der Interpersonalen Probleme ausgegangen und angenommen, dass diese in einem positiven Zusammenhang steht mit der Verbesserung der Angst.

Dieser Zusammenhang konnte nach einem Jahr bei fast allen Variablen nachgewiesen werden, die jedoch nach Bereinigung der Daten nicht bei allen signifikant blieb.

So konnten auch nach Bonferroni-Korrektur hochsignifikante positive Zusammenhänge zwischen der Verbesserung der Angst und einer Verringerung der Selbstunsicherheit, einer zu großen Ausnutzbarkeit und einer übersteigerten Fürsorglichkeit gefunden werden. Das spricht für eine generelle Entwicklung der Patienten hin zu mehr Autonomie und selbstbestimmtem Handeln. Ebenso ergaben sich signifikante positive Zusammenhänge mit Verbesserungen in den Bereichen übermäßige Introversion, übermäßiges Konkurrenzdenken und übersteigerte Expressivität. Dies deutet auf eine tendenziell größere Ausgeglichenheit der Probanden hin.

Der Bereich übermäßige Dominanz blieb nach Korrektur nicht signifikant, zeigte aber eine Tendenz zur Verbesserung, wohingegen die Variable zu abweisend in keinem Zusammenhang zur Verbesserung der Angstparameter stand.

Diese Ergebnisse zeigten sich erst beim 1-Jahres-Follow-up. Sechs Wochen nach der Therapie waren die Veränderungen der interpersonalen Probleme tendenziell feststellbar, wenn auch noch nicht so ausgeprägt als dass sie nach rechnerischer Korrektur signifikant geblieben wären. Lediglich der Bereich zu expressiv zeigte einen stabilen signifikanten positiven Zusammenhang.

Aufgrund dieser Ergebnisse könnte man schließen, dass eine Beseitigung oder Verringerung der Angst und eine Aktivierung des Patienten hin zur Konfrontation mit seinen Ängsten und zum selbstständigen Aufsuchen der aversiven Situationen auch zu einer Verringerung des Ausmaßes seiner interpersonalen Probleme führt. Dabei erscheint es stimmig, dass diese größere, oder auch wiedergewonnene Autonomie sich vor allem in einer größeren Selbstsicherheit, ausgeprägteren Selbstbestimmtheit und Wahrnehmung der eigenen Interessen niederschlägt. Eine Tendenz des Patienten zu abweisend oder zu dominant aufzutreten, scheint dabei weniger von der Therapie beeinflusst zu werden.

Wichtig bei der unterschiedlichen Bewertung der Bereiche ist jedoch ebenso die Berücksichtigung der Ausgangssituation der Phobiker. So leidet der „typische“ Angstpatient in der Regel vor der Therapie eher unter selbstunsicherem Verhalten oder einer ausgeprägten Fürsorglichkeit als darunter, zu abweisend oder zu dominant aufzutreten.

Bei der deskriptiven Analyse der Daten wurde auch deutlich, dass es sich bei der Verbesserung selten um einen Wechsel von störungsrelevant in die normale Kategorie handelt. Viele Probanden sind auch vor der Therapie im Normalbereich. Die Urheber des Fragebogens wollen ihr Instrument auch nicht so verstanden wissen, dass es nach Interventionen zu kompletten Kategorienwechseln kommt, sondern dass Verbesserungen deutlich gemacht werden können.

Damit lässt sich zu den Interpersonalen Problemen festhalten, dass ein positiver Zusammenhang zwischen einer Verbesserung der angstrelevanten Inhalte und einer Verbesserung der Interpersonalen Probleme der Probanden nachgewiesen werden konnte.

### **Hypothese 3.2.:**

***Die Verbesserung des Ausmaßes der Selbstunsicherheit korreliert mit der in der Therapie erzielten Angstverbesserung.***

Entsprechend Untersuchungen, wie z.B. Emmelkamp et al. (1979), die bei einer Stichprobe von Agoraphobikern teilweise Verbesserungen bei sozialer Angst und Kontrollüberzeugungen finden konnten, wurden auch für die vorliegende Untersuchung teilweise Verbesserungen der Selbstsicherheit erwartet.

Tatsächlich ergaben sich signifikante Zusammenhänge nach einem Jahr mit allen Bereichen außer Schuldgefühle. Das Ausmaß der Veränderung der Schuldgefühle stand in keinem Zusammenhang mit der Verbesserung der Angst und das sowohl bei der 6-Wochen- als auch bei der 1-Jahres-Untersuchung. Bei der deskriptiven Betrachtung erklärt sich dies auch dadurch, dass der Bereich Schuldgefühle kaum Veränderungen zum Stand vor der Therapie aufweist und sich verglichen mit den anderen Bereichen als relativ stabil erwiesen hat.

Die Zusammenhänge der anderen Variablen mit der Verbesserung der Angst nach einem Jahr sind zum Teil hoch signifikant und bleiben zum Teil auch nach rechnerischer Korrektur signifikant.

So bleibt der Zusammenhang zwischen der Verbesserung der Fähigkeit, Forderungen zu stellen mit der Verbesserung der Angstparameter auch nach Bonferroni-Korrektur hochsignifikant. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Interpersonalen Probleme, die signifikante Zusammenhänge mit der Verringerung der Selbstunsicherheit, Ausnutzbarkeit und Fürsorglichkeit aufgezeigt hatten und unterstützt die These einer Zunahme der Autonomie und Selbstbestimmung der Patienten nach der Therapie. Auch bei der Erhebung nach 6 Wochen verbleibt die Variable Forderungen stellen signifikant nach Bonferroni-Korrektur.

Die Variablen Anständigkeit und Kritikangst zeigen ebenfalls nach rechnerischer Korrektur mit einem Fragebogen noch signifikante Zusammenhänge. Auf die generell stärkeren Zusammenhänge der nicht-symptomspezifischen Variablen mit dem BSQ im Vergleich zum ACQ über alle Bereiche hinweg soll im Kapitel BSQ noch gesondert eingegangen werden. Dabei verbleibt auch bei der Erhebung 6 Wochen nach Therapieende die Kritikangst nach rechnerischer Korrektur im signifikanten Bereich, wohingegen die Variable Anständigkeit ein heterogenes Bild bietet. Für Anständigkeit gelten ähnliche Bedenken wie für die zuvor erwähnten Schuldgefühle, nämlich eine generell geringeres Änderungsausmaß als bei den begleitenden Variablen. Es legt die Annahme nahe, dass Anständigkeit und Schuldgefühle änderungsresistenter sind, soweit es sich nicht nur um jeweils die Auswirkung der geringeren Itemanzahl handelt.

Kontaktangst und Nicht-Nein-Sagen-Können sind nur vor der rechnerischen Korrektur im signifikanten Bereich nach einem Jahr. Sechs Wochen nach der Therapie verbleiben sie jedoch auch nach Bonferroni-Korrektur signifikant. Damit gibt es einen Zusammenhang zwischen einer Verbesserung der Angstparameter und Verbesserungen, Kontakt aufzubauen oder unerwünschte Forderungen abzulehnen, aber es handelt sich um einen schwächeren Zusammenhang als z.B. den der Angstparameter mit der Fähigkeit, Forderungen zu stellen.

Somit lässt sich festhalten, dass Zusammenhänge mit der Verbesserung der Selbstsicherheit und der Verbesserung der Angstsymptome gefunden werden konnten und dass sie thematisch mit den Bereichen der gefundenen Zusammenhänge der Interpersonalen Probleme in die gleiche Richtung weisen.

**Hypothese 3.3.:**

***Die Verbesserung des Ausmaßes der Partnerschaftlichen Qualität korreliert mit der in der Therapie erzielten Angstverbesserung.***

Bei Untersuchungen wie z.B. von Arrindell & Emmelkamp (1986) erwies sich die eheliche und sexuelle Beziehung von Agoraphobiepatientinnen nach einer erfolgreichen Konfrontationstherapie als stabil. Vor diesem Hintergrund wurde auch für die vorliegende Untersuchung postuliert, dass eine Verbesserung der Angst mit einer Verbesserung der Partnerschaftsqualität einhergeht.

Vor der rechnerischen Korrektur zeigten die subjektive Einschätzung der Partnerschaft und das Streitverhalten einen signifikanten korrelativen Zusammenhang mit der Verbesserung der Angstparameter, d.h., dass die Probanden ihre Ehe als glücklicher einschätzen, wenn sie Erfolge in der Therapie aufweisen und dass die Auseinandersetzungen mit dem Partner zurückgehen. Nach Bonferroni-Korrektur bleiben die Ergebnisse nicht signifikant, d.h., es handelt sich u.U. nur um einen schwachen Zusammenhang. Der nur geringe Zusammenhang kann sicherlich auf den mangelnden Einfluss der Therapie auf die Partnerschaft resultieren, meines Erachtens sollte aber speziell in diesem Bereich eine Reihe von Schwächen der Untersuchung berücksichtigt werden.

So ist die Erfassung der Partnerschaft den anderen Bereichen bezüglich der Probandenzahl deutlich unterlegen, da nicht alle Patienten zu allen drei Erhebungszeitpunkten in einer Partnerschaft lebten und sich dadurch die Probandenzahl auf teilweise bis zu 31 Probanden reduzierte. Dies verringert die statistische Wahrscheinlichkeit, dass ein Zusammenhang gefunden werden kann. Für die Folgeschwere der Probandenzahl spricht auch, dass die beiden signifikanten Ergebnisse bei den Berechnungen mit der jeweils größten Probandenzahl gefunden werden konnten (N=41 bzw. 38).

Ebenso stellt sich die Frage, ob die Zufriedenheit mit der Partnerschaft mit nur zwei Fragebögen, die insbesondere nur den Patienten und nicht den Partnern ausgehändigt wurden, ein verlässliches Bild der Qualität der Beziehung entworfen werden kann. Auf die meiner Meinung nach auch zu verbessernde Operationalisierung der Variable Partnerschaft soll noch im Kapitel „Operationalisierung der Variablen“ im folgenden näher eingegangen werden.

Als weiterer Indikator für die Zufriedenheit mit der Beziehung wurde der Bereich Partnerschaft des Fragebogens zur sozialen Integration herangezogen. Auch bei dieser Variable fanden sich signifikante Zusammenhänge und zwar sowohl 6 Wochen als auch 1 Jahr nach Therapieende. Diese Zusammenhänge blieben jedoch nach rechnerischer Korrektur nicht signifikant und es

gelten die gleichen Einwände wie oben bereits für den PFB ausgeführt, insbesondere da die Probandenanzahl sich beim FSI sogar teilweise bis auf N=23 reduzierte.

Damit kann ausgeschlossen werden, dass es eine generelle Verschlechterung der Partnerschaft als Reaktion auf die Therapie gibt. Es konnten aber die leichten positiven Zusammenhänge nicht als signifikant bewiesen werden und es kann bei Sichtung der deskriptiven Analyse auch nicht ausgeschlossen werden, dass es u.U. doch die Existenz einer Untergruppe von Patienten gibt, die nach einer Reizkonfrontationstherapie unter ehelichen Schwierigkeiten leidet.

#### **Hypothese 3.4.:**

***Die Verbesserung des Ausmaßes der sozialen Unterstützung korreliert mit der in der Therapie erzielten Angstverbesserung.***

Entsprechend vorrausgegangenen Untersuchungen wie z.B. McPherson et al. (1980), die leichte Verbesserungen im Bereich der sozialen Beziehungen nach einer erfolgreichen Therapie fanden, wurde auch bei der vorliegenden Untersuchung von leichten Verbesserungen der sozialen Unterstützung ausgegangen und es wurde erwartet, dass diese mit der erzielten Angstverbesserung jeweils in Zusammenhang stehen.

Dieser Nachweis konnte nicht erbracht werden. Zwar zeigte sich vor rechnerischer Korrektur ein signifikanter Zusammenhang nach einem Jahr zwischen der Verbesserung der verwandtschaftlichen Interaktion mit der Verbesserung der Angstparameter. Dieser blieb nach Bonferroni-Korrektur jedoch nicht signifikant. Die anderen Bereiche freundschaftliche Interaktion, soziale Abkapselung und soziale Unterstützung zeigten keinerlei Zusammenhänge weder 6 Wochen noch 1 Jahr nach der Therapie.

Dies ist insofern sehr bedauerlich, als man trotzdem nicht daraus schließen darf, dass sich in bezug auf die sozialen Unterstützungsparameter nichts verändert habe. Vielmehr zeigen sich jeweils große Mittelwertsunterschiede zwischen den Werten vor und nach der Therapie bei der verwandtschaftlichen und freundschaftlichen Interaktion. Vor allem 6 Wochen nach Therapieende würden sich die Mittelwertsunterschiede bei entsprechender Berechnung sicherlich im hochsignifikanten Bereich befinden. Auch bei der deskriptiven Beschreibung wird eine nicht unerhebliche Anzahl Probanden, die ihre Integration als verbessert erlebt, deutlich. Insofern ist es schade, dass es nicht gelungen ist, diese Verbesserungen in einem Zusammenhang mit der generellen Therapieverbesserung wiederzufinden.

Die Skalen Suche nach sozialer Unterstützung und soziale Abkapselung des Stressverarbeitungsfragebogens wiesen keinerlei Zusammenhänge auf. Daraus kann man rückschließen, dass die Neigung einer Person, mit bestimmten Reaktionen auf Stress zu reagieren, als relativ stabil anzusehen ist. Dazu berichteten die Autoren des Fragebogens Janke et al. (1989): „Die durch den SVF erfassten Stressverarbeitungsmaßnahmen sind zeitlich stabil und weisen mindestens für vorgestellte Belastungssituationen hohe intersituative Konsistenz bzw. Situationsgeneralität auf“ (S.24). Daraus kann geschlossen werden, dass der Stressverarbeitungsfragebogen als wenig änderungssensitives Instrument klassifiziert ist und für die Darstellung der Verbesserungen nach einer Therapie eher ungeeignet erscheint.

## **2. Methodische Betrachtung**

### **2.1. Quasi-Kontrollgruppe**

Bei Bewertung der Ergebnisse muss leider auch auf die große Einschränkung der Untersuchung hingewiesen werden, dass auch diese Studie wie viele andere vor ihr in der klinischen Praxis nicht in der Lage war, eine verlässliche Kontrollgruppe zu generieren. So wäre es wünschenswert gewesen, wenn alle Fragebögen auch der Quasi-Kontrollgruppe 6 Wochen bzw. 1 Jahr nach Therapieende vorgelegen hätten.

Statistisch und im Sinne der Interpretierbarkeit der Ergebnisse die bessere Lösung ist es immer, das mit der Experimentalgruppe erhobene Follow-up auch mit der Kontrollgruppe durchzuführen. Mit diesem Vorgehen hätte man statt von einer „Quasi-Kontrollgruppe“ auch von einer Kontrollgruppe sprechen können. Mit dem Verzicht auf eine vergleichbare Kontrollgruppe bleiben die erzielten Ergebnisse von vornherein eingeschränkt.

Dies ist jedoch eine Einschränkung, die die Studie mit vielen anderen Untersuchungen teilt, da in der klinischen Praxis auch Patienten der Warteliste nach alternativen Lösungen oder Therapien für ihre Probleme suchen. Selbstverständlich sind Kontrollpersonen auch nicht willens, Fragebogenbatterien auszufüllen für eine Einrichtung, gegen deren Therapie sie sich aus welchen Gründen auch immer entschieden haben. Das beinhaltet damit von vorneherein eine sehr niedrige Rücklaufquote. Auch dadurch ergibt sich dann eine eingeschränkte Stichprobe.

So stellen Shapiro & Bergin (1994) fest:

*„We have stated previously (Bergin, 1971) that true no-treatment control groups are impossible to set up as contrast groups for psychotherapy efficacy studies. Distressed human beings do not sit still like rats in cages waiting for an experiment to end. They act to relieve their distress, and we documented in the previous editions of this chapter how they may seek relief for their pain.”(S.181)*

So wäre es vorzuziehen gewesen, wenn vergleichbare Daten vorgelegen hätten. Es erscheint aber vertretbar auf den Hintergrund des eingehenden Vergleichs der beiden Gruppen vor Therapiebeginn, dass es sich um eine in Bezug auf die Angst etwas stärker beeinträchtigte Experimentalgruppe, aber keine Auswahlgruppe im Hinblick auf eine leichter therapierbare oder in Bezug auf nicht-symptomspezifische Parameter weniger eingeschränkte Auswahlgruppe handelt.

## 2.2. Operationalisierung der Variablen

Die Angstparameter und die Interpersonalen Probleme und Selbstunsicherheit haben zufriedenstellende Ergebnisse gezeigt. Abgesehen von der Einschränkung, dass z.B. Interpersonale Probleme wie zu sozialvermeidend, zu selbstunsicher oder zu ausnutzbar keine unabhängige Variable von selbstunsicherem Verhalten wie Nicht-Nein-Sagen-Können oder keine Forderungen stellen zu können darstellt und es sich somit um eine künstliche Trennung handelt, kann gegen die Operationalisierung der Variablen wenig eingewandt werden.

Anders verhält es sich bei den Bereichen Partnerschaft und soziale Unterstützung. So stellt das Hauptproblem des Bereichs Partnerschaft sicherlich die niedrige Probandenzahl dar, die daraus resultiert, dass ein großer Prozentsatz der Probanden nicht zu allen drei Erhebungszeitpunkten in einer Partnerschaft lebte. Mit dieser niedrigeren Probandenzahl erreichten die tendenziellen Verbesserungen nicht das erforderliche Signifikanzniveau.

Es stellt sich jedoch auch die Frage, ob zu einer differenzierten Widergabe des Zustandes der Beziehung nicht mehr als die Selbstauskunft der Patienten gehört. So wären für eine differenzierte Entkräftung des Vorwurfs, dass es sich bei der Angststörung um eine zugrundeliegende Partnerproblematik handelt, weiterreichende Daten sinnvoll. So erscheint es unerlässlich, dass auch der Partner vor und nach der Therapie zu der Qualität der Beziehung befragt wird. Und ebenso, dass auch von dem Partner Fragebögen zu Ängsten beantwortet werden, um den Vorwurf, es handle sich um seine eigenen projizierten Ängste, entkräften zu können. Im Bereich Partnerschaft erscheint auch eine Klassifizierung in zufriedene und mit der Beziehung unzufriedene Paare vor der Therapie sinnvoll, um eine mögliche Untergruppe von Paaren, die von einigen Studien (z.B. Bartling et al (1980), Hafner (1982)) beschrieben wird, und die nach der erfolgreichen Angsttherapie noch Partnergespräche in Anspruch nehmen wollen, identifizieren zu können. Noch vielversprechender erscheinen Ansätze, die das Verhalten der Paare vor und nach der Therapie miteinander dokumentieren und kategorisieren.

So könnte sich bei der Variable Partnerschaft generell ein differenzierteres und mehr auf die Mikroebene gerichtetes Untersuchungsvorgehen als das vorliegende als erfolgsversprechend erweisen.

Ähnliches gilt für den Bereich der sozialen Unterstützung. So weisen Brehm & Smith (1994) daraufhin:

wenn man ein differenzierteres Bild von sozialer Unterstützung erhalten möchte, dass man die spezifische Quelle der sozialen Unterstützung, die Art des Stresses unter dem eine Person steht und die Art der sozialen Unterstützung, die die Person erhält, Rechnung getragen werden muss, da eine rein quantitative Analyse oft inadäquat ist, da die Qualität der Beziehung eine Rolle spielt. Sie weisen noch auf weitere Forschung hin, die sich darauf bezieht, wie dicht das Netzwerk ist, wie viele der Netzwerkmitglieder untereinander Kontakt haben und wie viel Überlappung zwischen verschiedenen voneinander unabhängigen Netzwerken stattfindet.

Auch die Interpretationen der Person, die die soziale Unterstützung erhält, spielen dabei eine Rolle. So wäre es denkbar, dass soziale Unterstützung vorhanden ist, aber als solche nicht wahrgenommen oder falsch bewertet wird, und sie damit auch keinen Selbstwertzuwachs bewirken kann.

So wäre es vielversprechend, auch die soziale Unterstützung bei der Erhebung mehr auszudifferenzieren. Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund, dass auch die grobe Erhebung der sozialen Integration bei Verwandten und Freunden hochsignifikante Unterschiede bei einem vorher–nachher–Vergleich ergeben hätte. Das ist ein Hinweis für Veränderungen in diesem Bereich, die jedoch u. U. besser abgebildet werden müssten, um sie in einen Zusammenhang mit dem Erfolg bei der Angstbewältigung stellen zu können.

Ein weiterer Einwand zur Operationalisierung ist sicher auch der Hinweis, dass auch eine Trennung der Störungsgruppen hätte erwogen werden können. Gerade auch weil Selbstunsicherheit bei mangelnder sozialer Kompetenz auch ein Bestandteil von sozialer Angst sein kann. Allerdings hätte man dann auch folgerichtig soziale Angst von sozialem Kompetenzmangel trennen müssen. Vor dem Hintergrund, dass das Therapiekonzept bei allen Störungsgruppen das Gleiche und die Therapieinhalte ähnlich sind und mit steigender Fallzahl die Wahrscheinlichkeit, dass bestehende Unterschiede auch statistisch deutlich werden können sich erhöht, scheint das Vorgehen jedoch vertretbar. Es erscheint auch gerechtfertigt, da der Bereich Partnerschaft auch aufgrund der mangelnden Fallzahlen keine signifikanten Ergebnisse aufweisen konnte und sich die Probandenzahl durch eine Trennung der Störungsgruppen noch deutlicher verringert hätte.

### 2.3. Body Sensations Questionnaire

Ein Sachverhalt, der nicht im Fokus dieser Untersuchung stand, der aber eine interessante Beobachtung darstellt, sind die über alle Bereiche hinweg häufigeren signifikanten Zusammenhänge und damit die größere Aussagekraft des Body Sensations Questionnaire im Vergleich zu dem anderen verwendeten Angstfragebogen, dem Agoraphobic Cognition Questionnaire. Dabei weist der BSQ nicht nur mehr signifikante Zusammenhänge mit den nicht-symptomspezifischen Variablen auf, sondern unterscheidet auch genauer zwischen Quasi-Kontrollgruppe und Experimentalgruppe und zeigt größere Angstverbesserungen nach Therapieende.

Nun ist es methodisch möglich, dass die gefundenen signifikanteren Zusammenhänge und Unterschiede allein auf der Tatsache beruhen, dass der BSQ größere Differenzen zwischen seinen Werten vor und nach Therapieende aufweist als der ACQ. So beträgt z.B. der Mittelwert des BSQ vor Therapie 2,7 und der Mittelwert nach der Therapie 1,6 Punkte. Wohingegen der ACQ von einem Ausgangswert von 2,3 im Vergleich „nur“ auf 1,5 Punkte abnimmt. Bei einer größeren Verbesserung ist folglich auch ein Zusammenhang mit einer anderen Verbesserung leichter herzustellen als bei einem kleineren Unterschied. Ebenso ist denkbar, dass ein höherer Wert vor der Therapie bei der Experimentalgruppe sich auch von einem durchschnittlichen Wert der Quasi-Kontrollgruppe stärker unterscheidet als ein moderaterer Mittelwert.

Trotz der Einschränkung dieser methodischen Wirkungsweisen drängt sich jedoch auch die These auf, ob u.U. der BSQ einen therapeutischen Effekt genauer abbildet als der ACQ. Zur Erinnerung sei noch einmal erwähnt, dass der BSQ erfasst wie bedrohlich Patienten ihre körperlichen Symptome, wie z.B. Herzrasen einstufen und dass im Vergleich dazu der Fokus des ACQ auf den katastrophisierenden Kognitionen der Patienten liegt.

Natürlich leiden nicht ausnahmslos alle Angstpatienten unter der bedrohlichen Einschätzung ihrer Symptome, so können Sozialphobiker auch 'nur' unter den peinlichen Aspekten der Situation und damit antizipierten Katastrophen leiden oder Agoraphobiker haben die isolierte Angst, an einem Herzinfarkt zu sterben und empfinden nur das Symptom Herzrasen als bedrohlich.

Aber es wäre denkbar, dass der BSQ besser wiedergibt, ob eine generelle Besserung der Angststörung eingetreten ist oder nicht. Dabei könnte man annehmen, dass Patienten nach einer Therapie u.U. wissen, dass ihre Angst nicht auf die reelle Gefahr der Situation zurückgeht und dementsprechend auch Auskunft über ihre weniger katastrophisierenden Gedanken geben. Entscheidend für das Befinden des Patienten, seine wiedergewonnene Lebensqualität und das Nachlassen der Angststörung könnte jedoch das Ausmaß der Angst sein, die der Patient noch bei verschiedenen Symptomen empfindet. Anders ausgedrückt: erst wenn der Patient keine Angst

mehr bei früher mit Gefahr assoziierten Symptomen empfindet, hat er auch seine Kognitionen nachhaltig verändert.

Dies ist nur eine Hypothese, aber sie erscheint lohnenswert für weitere Untersuchungen, auch im Hinblick darauf, ob der BSQ als Kontrollmöglichkeit dafür dienen kann, inwieweit der Patient die Angstbewältigung bereits für sich internalisiert hat.

### **3. Ausblick**

Als Fazit aus der großen Datenflut, die sicherlich eine große Stärke der Untersuchung ist, aber gleichzeitig auch wieder neue eigene Fragestellungen aufwirft, die lohnenswert gewesen wären sie jeweils eingehender zu untersuchen, können die folgenden Überlegungen zusammengefasst werden.

Es konnte der Nachweis erbracht werden, dass Angstpatienten sich nach der Absolvierung einer Reizkonfrontationstherapie auch in den nicht-symptomspezifischen Bereichen verbessern. Dabei konnte nachgewiesen werden, dass es sich bei der untersuchten Stichprobe nicht um eine gesündere Vorauswahlgruppe handelte und dass die Probanden sich hochsignifikant in Bezug auf ihre Ängste und begleitende depressive Stimmungen sowohl 6 Wochen als auch 1 Jahr nach Therapieende verbessert haben.

Die Verbesserung der Angstsymptome korrelierte dabei mit der Verbesserung von Interpersonalen Problemen, und zwar insbesondere bei den Problemen zu selbstunsicher, zu ausnutzbar und zu fürsorglich zu sein, aber auch mit Schwierigkeiten wie übermäßige Introversion, übermäßiges Konkurrenzdenken und übersteigter Expressivität.

Ebenso konnte auch eine Verbesserung der Fähigkeit, Forderungen zu stellen in einen hochsignifikanten Zusammenhang mit einer Angstsymptomverbesserung gebracht werden, aber auch Kritikangst, Kontaktangst und Nicht-Nein-Sagen-Können zeigten signifikante Ergebnisse.

Die nicht-symptomspezifischen Bereiche Partnerschaft und soziale Unterstützung zeigten Verbesserungen nach der Therapie, aber sie konnten wahrscheinlich auch aufgrund von Schwächen in der Operationalisierung der Daten nicht in einen stabilen signifikanten Zusammenhang mit der symptomatischen Verbesserung gebracht werden. Für diese Bereiche

erscheinen differenziertere Untersuchungen auf der Mikroebene vielversprechender für die Abbildung von Zusammenhängen.

Das Body Sensations Questionnaire ergab ein verlässliches Bild über Verbesserungen, die sich auch bei den nicht-symptomspezifischen Parametern niederschlugen, es erscheint lohnenswert dieses Ergebnis weiterzuverfolgen. Experimentelle Studien könnten prüfen, ob der BSQ besser abbildet, inwieweit der Patient die Angstbewältigung bereits internalisiert hat.

Die Studie kann als gelungener Versuch angesehen werden, die Befindlichkeit der Patienten nach einer Reizkonfrontationstherapie zu beschreiben. Dabei genügen die methodischen Vorgehensweisen der Untersuchung nicht in allen Bereichen einem experimentellen Design, spiegeln aber in einer großen Fallzahl die reale Therapiesituation regulärer Angstpatienten wider und somit sind im Gegenzug auch die Ergebnisse im Hinblick auf die therapeutische Praxis leicht zu übertragen.

## **VIII LITERATUR**

- Andrews, J. D. W. (1966). Psychotherapy of phobias. *Psychological Bulletin*, 66, 455-480.
- Angst, J. & Dobler-Mikola, A. (1983). Anxiety states, panic and phobias in a young general population. In *World Psychiatry Congress Proceedings, Vienna*. New York: Plenum Press.
- Arrindell, W. A., Emmelkamp, P. M. G. & Sanderman, R. (1986). Marital Quality and general life adjustment in relation to treatment outcome in agoraphobia. *Advances in Behaviour Research & Therapy*, 8 (3), 139-185.
- Barlow, D. H., Mavissakalian, M. & Hay, L. R. (1981). Couples treatment of agoraphobia: Changes in marital satisfaction. *Behavior Research and Therapy*, 19, 245-256.
- Bartling, G., Fiegenbaum, W. & Krause, R. (1980). *Reizüberflutung. Theorie und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Eds.). (1994) *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th ed.). New York: Wiley.
- Bland, K. & Hallam, R. S. (1981). Relationship between response to graded exposure and marital satisfaction in agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 335-338.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1995). *Beck depression inventory*. Bern: Huber Verlag.
- Brehm, S. S. & Smith, T.W. (1994). In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th ed.) (S. 69-115). New York: Wiley.
- Breier, A., Charney, D. S. & Heninger, G. R. (1984). Major depression in patients with agoraphobia and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1129-1135.
- Burns, L. E. & Thorpe, G. L. (1977). Fears and clinical phobias: Epidemiological aspects and the National Survey of Agoraphobics. *Journal of International Medical research*, 5 (suppl. 1), 132-139.
- Cerny, J. A., Barlow, D. H., Craske, M. G. & Himadi, W. G. (1987). Couples Treatment of Agoraphobia: A Two-year Follow-up. *Behavior Therapy*, 18, 401-415.

- 
- Chambless, D. L. & Goldstein, A. L. (1980). The treatment of agoraphobia. In: A. Goldstein & E.B. Foa (Eds.). *Handbook of behavioral interventions*. New York: Wiley.
- Chambless, D. L. & Goldstein, A. L. (1982). *Agoraphobia Multiple Perspectives on theory and treatment*. New York: Wiley.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P. & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (6),1090-1097.
- Cloninger, C. R., Martin, R. L., Clayton, P. & Guze S. B. (1981). Follow-up and family study of anxiety neurosis. In D. F. Klein & J. Rabkin (Eds.), *Anxiety: New research and changing concepts* (pp. 137-150). New York: Raven.
- Cobb J. P., Mc Donald, R., Marks, I. M. & Stern, R. S. (1980). Psychological treatments of coexisting marital and phobic-obsessive problems. *Behavioural Analysis and Modification*, 4, 3-16.
- Cobb, J. P., Mathews, A. M., Childs-Clark, A. & Blowers, C. M. (1984). The spouse as co-therapist in the treatment of agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 144, 282-287.
- Ehlers, A, Fiegenbaum, W., Florin, I. & Margraf, J. (Eds.). (1992). *Perspectives and promises of clinical psychology*. New York: Plenum Press.
- Ehlers, A., Margraf, J. & Chambless, D. (1993). *Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten*. Weinheim: Beltz Test Verlag.
- Emmelkamp, P. M. G. & Kuipers, A.C. (1979). Agoraphobia: A follow-up study four years after treatment. *British Journal of Psychiatry*, 134, 352-355.
- Emmelkamp, P. M. G. & Wessels, H. (1975). Flooding in imagination vers. flooding in vivo: A comparison with agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 13, 7-15.
- Emmelkamp, P. M. G. (1980). Agoraphobics' interpersonal problems: Their role in the effects of exposure in vivo therapy. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1303-1306.

- 
- Emmelkamp, P. M. G. (1982). In Vivo Treatment of Agoraphobia . In: D. L. Chambless & A. L. Goldstein, *Agoraphobia Multiple Perspectives on theory and treatment*. (pp. 43-75). New York: Wiley.
- Emmelkamp, P. M. G (1994) Behavior therapy with adults. In: A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change, (4th ed.)*. New York: Wiley.
- Emmelkamp, P. M. G., Van der Hout, A. & de Vries, K. (1983). Assertive training for agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy, 21*, 63-68.
- Emmelkamp, P. M. G. (1992). Marital Quality and Treatment Outcome in Anxiety Disorders. In: P. M. G. Emmelkamp, T.K. Bouman & A. Scholing, *Anxiety disorders. A practitioner's guide* (pp. 233-239). Chichester: John Wiley & Sons.
- Emmelkamp, P. M. G., Bouman, T. K., & Scholing, A. (1992). *Anxiety disorders. A practitioner's guide*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Emmelkamp, P. M. G , Van Dijck, R., Bitter, M. & Heins, R. (1992). Spouse-aided therapy with agoraphobics. *British Journal of Psychiatry, 160*, 51-56.
- Fehm, L. & Margraf, J. (1990). Kognitive Verhaltenstherapie bei sozialphobischen Patienten. In: Margraf, J. & Rudolf, K., *Soziale Kompetenz, Soziale Phobie. Anwendungsfelder, Entwicklungslinien, Erfolgsaussichten*. Schneider Verlag Hohengehren GmbH.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton
- Fiedler, P. A. (1996). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiegenbaum, W. (1986). *Agoraphobie – Theoretische Konzepte und Behandlungsmethoden*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Fiegenbaum, W. (1986). Longterm efficacy of exposure in-vivo for cardiac phobia. In I. Hand & H. U. Wittchen (Hrsg.), *Panic and phobias. Empirical evidence of theoretical models and longterm effects of behavioural treatments*. (S. 81-89). Hamburg: Springer.

- Fiegenbaum, W. (1990). Langzeiteffektivität von nichtgraduierter versus graduierter massierter Konfrontation bei Agoraphobikern. In W. Fiegenbaum & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Angststörungen - Diagnose und Therapie. Thema der 20. Verhaltenstherapiewoche 1989* (S.113-130). München: Röttger Verlag,
- Fiegenbaum, W. & Brengelmann, J. C. (Hrsg.), (1990). *Angststörungen - Diagnose und Therapie. Thema der 20. Verhaltenstherapiewoche 1989*. München: Röttger Verlag.
- Fiegenbaum, W. & Tuschen, B. (1996). Therapie von Angsterkrankungen aus verhaltenstherapeutischer Sicht. In: H. Bents, R. Frank & E.-R. Rey (Hrsg.), *Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie*. (S. 60-78). Regensburg: Roderer.
- Frey, W.F. (1962). The marital context of an anxiety syndrome. *Family Process, 1*, 245-252.
- Goldstein, A. J. (1982). Agoraphobia: Treatment Successes, Treatment Failures, and Theoretical Implications. In D. L. Chambless & A. L. Goldstein, *Agoraphobia Multiple Perspectives on theory and treatment*. (pp 183-213). New York: Wiley.
- Goldstein, A. J. (1973) Learning Theory insufficiency in understanding agoraphobia – A plea for empiricism. In J. C. Brengelmann & W. Tunner (Eds.), *Proceedings of the European Association for Behaviour Therapy and Modification, 1971*. Munich: Urban & Schwarzenberg.
- Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy, 47-59*.
- Goodstein, R. K. (1981). Agoraphobia: Fear and the family. *Journal of Psychiatric Treatment and evaluation, 3*, 423-427.
- Goodstein, R. K. & Swift, K. (1977). Psychotherapy with phobic patients. The marriage relationship as the source of symptoms and focus of treatment. *American Journal of Psychotherapy, 31(2)*, 285-292.
- Gurman, A. S., Knieskern, D. P. & Pinsof, W. M. (1994). Research on the process and outcome of marital and family therapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th ed.) (S. 69-115). New York: Wiley.

- Hafner, R. J. (1977). The husbands of agoraphobic women: Assortative mating or pathogenic interaction? *British Journal of Psychiatry*, 130, 233-239.
- Hafner, J. (1982). Agoraphobia: The Marital Context of the Agoraphobic Syndrome. In D. L. Chambless & A. L. Goldstein, *Agoraphobia Multiple Perspectives on theory and treatment*. (pp 77-117). New York: Wiley.
- Hahlweg, K. (1986). *Partnerschaftliche Interaktion*. München: Röttger.
- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Hand, I., Lamontagne, Y. & Marks, I. M. (1974). Group exposure (flooding) in vivo for agoraphobics. *British Journal of psychiatry*, 124, 588-602.
- Hand, I., & Lamontagne, Y. (1976). The exacerbation of interpersonal problems after rapid phobia removal. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13, 405-411.
- Hand, I. & Wittchen, H. U. (Hrsg.). (1986). *Panic and phobias. Empirical evidence of Theoretical Models and Longterm Effects of Behavioral Treatments*. Berlin: Springer.
- Hand, I., Angenendt, J., Fischer, M., Wilke, C. (1986). Exposure In-Vivo with Panic Management for Agoraphobia: Treatment Rationale and Longterm Outcome In: I. Hand & H. U. Wittchen (Hrsg.), *Panic and phobias. Empirical evidence of Theoretical Models and Longterm Effects of Behavioral Treatments*. Berlin: Springer
- Hand, I. & Wittchen, H. U. (Hrsg.). (1988). *Panic and phobias 2. Treatments and variables affecting course and outcome*. Berlin: Springer.
- Horowitz, M. J. , Strauss, B. & Kordy, H. (1994) *Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP-D)*. Göttingen: Hogrefe.
- Janke, W., Erdmann, G. & Boucsein, W. (1989). *Stressverarbeitungsfragebogen*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Kleiner, L. & Marshall W. L. (1985). Relationship difficulties and agoraphobia. *Clinical Psychology Review*, 5, 581-595.

- Lazarus, A. A. (1966). Broad-spectrum behaviour therapy and the treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 95-97.
- Leavy, R. L. (1983). Social support and psychological disorder.: A review. *Journal of Community Psychology*, 11, 3-21.
- Lelliott, P., Monteiro, W.O., Tsakiris, F. & Marks, I. M. (1987). Agoraphobics 5 years after imipramine and exposure: Outcome and predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175 (10), 599-605.
- Margraf, J. & Schneider S. (1990). Therapiebezogene Diagnostik der Angststörungen  
In: W. Fiegenbaum & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Angststörungen - Diagnose und Therapie. Thema der 20. Verhaltenstherapiewoche 1989.* (S. 1-35). München: Röttger Verlag.
- Margraf, J. & Rudolf, K. (1990). *Soziale Kompetenz, Soziale Phobie. Anwendungsfelder, Entwicklungslinien, Erfolgsaussichten.* Schneider Verlag Hohengehren GmbH.
- Marks, I.M. (1965). *Patterns of meaning in psychiatric patients.* London: Oxford University Press.
- Marks, I. M. (1967). Components and correlates of psychiatric questionnaires. *British Journal of Medical Psychology*, 40, 261-272.
- Marks, I. M. (1969). *Fears and phobias.* New York: Academic.
- Marks, I. M. & Herst, E. R. (1970). A survey of 1200 agoraphobics in Britain. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 5, 16-24.
- Marks, I. M. (1971). Phobic disorders four years after treatment; a prospective follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 118, 683-688.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, Phobias, and Rituals. Panic, Anxiety and their disorders.* New York: Oxford University Press.
- Mathews, A. M., Johnston, , D. W., Lancashire, M., Mumby. P. M., Shaw, P. M. & Gelder, M. G. (1976). Imaginal flooding and exposure to real phobic situations: Treatment outcome with agoraphobic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 362-371.

- McPheron, F. M., Brougham, L. & Mc Laren, S. (1980). Maintenance of improvement in agoraphobic patients treated by behavioural methods – a four year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 150-152.
- Milton, F., Ward, K., Hafner, J. (1979). The outcome of behavior therapy for agoraphobia in relation to marital adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 36 (7), 807-811.
- Monteiro, W., Marks, I. M. & Ramm, E. (1985). Marital adjustment and treatment outcome in agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 146, 383-390.
- Morgan, L.A. (1976). A reexamination of widowhood and morale. *Journal of Gerontology*, 31, 687-695.
- Noyes, R., Harris, E. & Crowe R. R. (1982). *Family study of panic disorder and agoraphobia*. In Abstracts, (p.68). APA, Toronto.
- O'Brien, G.T., Barlow, D. H. & Last, C. G. (1982). Changing marriage patterns of agoraphobics as a result of treatment. In R. L. Du Pont (Ed.) *Phobia. A comprehensive summary of modern treatment*. New York: Brunner / Mazel.
- O'Brien, G. T. & Barlow, D. H. (1984). Agoraphobia. In: S. M. Turner (Ed.), *Behavioral theories and treatment of anxiety*. New York: Plenum Press.
- Öst, L.-G. (1987). Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 9 (3), 223-229.
- Prochaska, J. O. (1971). Symptom and dynamic cues in the implosive treatment of test anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 133-142.
- Shafar, S. (1976). Aspects of phobic illness – a study of 90 personal cases. *British Journal of medical Psychology*, 49, 221-236.
- Stravynski, A., Marks, I. M. & Yule, W (1982). Social skills problems in neurotic outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1378-1385.

- Torgersen, S. (1979). The nature and origin of common phobic fears. *British Journal Psychiatry*, 134, 343-351.
- Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1978). *Das Assertiveness-Training-Programm. ATP-Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz*. München: Pfeiffer.
- Ullrich, R. & Ullrich de Muynck, R. (1999). Selbstwertstörung und soziale Phobie – 25 Jahre Assertiveness-Training-Programm (ATP) Therapie. In: J. Margraf, & K. Rudolf. *Soziale Kompetenz, Soziale Phobie. Anwendungsfelder, Entwicklungslinien, Erfolgsaussichten*. Hohengehren: Schneider Verlag
- Webster, A.S. (1953). The development of phobias in married women. *Psychological Monographs*, 67, No.367.
- Weissman, M. M. (1985). The epidemiology of anxiety disorders: Rates, risks and familial patterns. In Tuma, H. Maser, J. (Eds.), *Anxiety and anxiety disorders*. 275-296. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Weissman, J., Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self report. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1111-1115.
- Wietersheim, J. v., Ennulat, A., Probst, B., Wilke, E. & Feiereis, H. (1989). Konstruktion und erste Evaluation eines Fragebogens zur sozialen Integration. *Diagnostica*, 35, 359-363.
- Woodruff, R. H., Guze, S. B. & Clayton, P. J. (1972). Anxiety neurosis among psychiatric outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 13, 165-170.

