

KONTROLLÜBERZEUGUNGEN BEI PERSONEN MIT  
ANGSTSTÖRUNGEN

Veränderungen im Verlauf einer  
Reizkonfrontationstherapie in vivo  
mit Kognitiver Vorbereitung

Diplomarbeit an der Universität Bielefeld  
Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft  
Abteilung für Psychologie

vorgelegt

von

Ralf Hußtegge

Betreuerin und erste Gutachterin

Frau Dr. Barbara Moschner

Bielefeld, im August 1995

---

## Inhaltsverzeichnis

Danksagungen.....	VI
Vorbemerkungen.....	VII
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Theorie.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 Angststörungen .....</b>	<b>3</b>
2.1.1 Begriffsbestimmung .....	3
2.1.2 Epidemiologische Daten zu Angststörungen.....	7
<b>2.2 Reizkonfrontationstherapien.....</b>	<b>9</b>
2.2.1 Begriffsbestimmung .....	9
2.2.2 Effektivität der Reizkonfrontationstherapien .....	11
2.2.3 Methodenspezifische Wirkfaktoren bei Reizkonfrontationstherapien .....	12
2.2.4 Methodenunspezifische Wirkfaktoren bei Reizkonfrontationstherapien .....	13
<b>2.3 Locus of control of reinforcement - Kontrollüberzeugungen.....</b>	<b>14</b>
2.3.1 Die Soziale Lerntheorie von Rotter (1954) und Rotter et al. (1972) .....	14
2.3.2 Begriffsbestimmung der Kontrollüberzeugungen.....	16
2.3.3 Das Konstrukt Kontrollüberzeugung als Persönlichkeitsmerkmal und das Handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit von Krampen (1987).....	17
2.3.4 Generalisierte und Spezifische Kontrollüberzeugungen.....	18

---

2.3.5	Diagnostik von Kontrollüberzeugungen.....	19
2.3.6	Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen.....	20
2.3.7	Kontrollüberzeugungen und die Regulierung psychischer Befindlichkeit .....	22
2.3.8	Kontrollüberzeugungen bei Personen mit Angststörungen .....	23
2.3.9	Veränderung von Kontrollüberzeugungen.....	26
2.4	<b>Selbstkonzept eigener Fähigkeiten</b> .....	27
2.4.1	Begriffsbestimmung .....	27
2.5	<b>Verantwortlichkeit</b> .....	29
2.5.1	Begriffsbestimmung .....	29
2.5.2	Unterscheidung der Verantwortungsattribution für das Auftreten und für die Bewältigung eines Problems: Modelle zum Hilfeverhalten und Coping nach Brickman et al. (1982).....	30
2.6	<b>Berücksichtigung methodenunspezifischer Wirkfaktoren im Christoph-Dornier-Centrum für Klinische Psychologie</b> .....	33
2.6.1	Kognitive Vorbereitung .....	33
2.6.2	Reizkonfrontationstraining .....	35
2.7	<b>Zusammenfassung der theoretischen Aussagen und Ableitung der Fragestellungen für die vorliegende Untersuchung</b> .....	36
3.	<b>Fragestellungen und Hypothesen in theoretischen Begriffen</b> .....	40
4.	<b>Methode</b> .....	42

---

4.1	<b>Behandlungsablauf im Christoph-Dornier-Centrum für Klinische Psychologie</b> .....	42
4.2	<b>Untersuchungsdesign für die vorliegende Studie</b> .....	44
4.3	<b>Stichprobe</b> .....	45
4.3.1	Stichprobengewinnung .....	45
4.3.2	Erfassung der Stichprobenmerkmale .....	46
4.3.2.1	Diagnostik nach DSM-III-R.....	46
4.3.2.2	Personenbezogene Angaben .....	48
4.3.3	Stichprobenbeschreibung.....	49
4.3.3.1	Diagnose nach DSM-III-R .....	51
4.3.3.2	Geschlecht und Alter.....	52
4.3.3.3	Schulabschluss .....	52
4.3.3.4	Familienstand und Lebenssituation.....	53
4.3.3.5	Leidensdauer, Leidensdruck und Beeinträchtigung von Lebensbereichen ..	55
4.4	<b>TherapeutInnen</b> .....	57
4.5	<b>Datenerhebung zur Klärung der Fragestellungen</b> .....	57
4.5.1	Datenerhebungsverfahren zum 1. und 2. Messzeitpunkt.....	57
4.5.1.1	Das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und generalisierte Kontrollüberzeugungen.....	58
4.5.1.2	Spezifische auf die Angststörung bezogene Kontrollüberzeugungen und Verantwortungsattributionen für die Ursache und die Bewältigung der Angststörung .....	63
4.5.1.3	Angsterleben und Vermeidungsverhalten .....	78
4.5.2	Überblick über die Datenerhebungsverfahren zum 1. und 2. Messzeitpunkt...	85

---

4.6	<b>Hypothesen in operationalisierter Form</b> .....	87
4.7	<b>Durchführung der Untersuchung</b> .....	88
5.	<b>Ergebnisse</b> .....	90
5.1	<b>Prüfung der Hypothesen</b> .....	90
5.1.1	Wahl des methodischen Verfahrens für die Klärung der Fragestellungen .....	90
5.1.2	Hypothesentests zur 1. Fragestellung: Veränderung generalisierter und spezifischer auf die Angststörung bezogener Kontrollüberzeugungen .....	90
5.1.3	Hypothesentest zur 2. Fragestellung: Veränderung des generalisierten Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten.....	95
5.1.4	Hypothesentests zur 3. Fragestellung: Veränderung der Verantwortungsattributionen für die Ursache und die Bewältigung der Angststörung .....	96
5.1.5	Hypothesentests zur 4. Fragestellung: Veränderung des Angsterlebens und Vermeidungsverhaltens .....	98
5.2	<b>Weitere Untersuchungsergebnisse</b> .....	104
5.2.1	Schulabschluss als Unterscheidungsmerkmal der untersuchten Personen mit Angststörungen .....	105
5.2.2	Wahl des methodischen Verfahrens für die explorative Datenanalyse .....	106
5.2.3	Auswertungen hinsichtlich des Schulabschlusses der untersuchten Personen mit Angststörungen.....	108
6.	<b>Zusammenfassende Diskussion und Ausblick</b> .....	114
6.1	<b>Zusammenfassende Diskussion</b> .....	114

---

6.1.1	Veränderungen der untersuchten selbstbezogenen Kognitionen, des Angsterlebens und des Vermeidungsverhaltens.....	115
6.1.2	Kausale Erklärungen für die Veränderungen der untersuchten selbstbezogenen Kognitionen, des Angsterlebens und des Vermeidungsverhaltens .....	118
6.1.3	Stabilität der festgestellten Veränderungen .....	120
6.1.4	Kontrollüberzeugungen und das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten bei Personen mit Angststörungen und differentiellen Schulabschlüssen.....	121
6.1.5	Selektivität der untersuchten Stichprobe .....	122
6.1.6	Differentialdiagnostik der Angststörungen hinsichtlich der untersuchten selbstbezogenen Kognitionen, des Angsterlebens und des Vermeidungsverhaltens.....	125
6.1.7	Die weiter- bzw. neuentwickelten Skalen zur Erfassung spezifischer Kontrollüberzeugungen und Verantwortungsattributionen für Personen mit Angststörungen.....	126
6.2	<b>Ausblick</b> .....	128
7.	<b>Zusammenfassung</b> .....	130
8.	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	132
	Anhang.....	144

---

## Danksagungen

Für das Zustandekommen und die Unterstützung dieser Arbeit möchte ich mich bei den nachstehenden Personen ganz herzlich bedanken. Ich bedanke mich besonders bei meiner lieben Frau Marietta Ridder und meinem guten Freund Ulrich Prange, die meine Gemütslage stets zu erfrischen wussten. Ganz besonders möchte ich auch Frau Dr. Barbara Moschner für die unermüdliche und motivierende Anleitung meiner Diplomarbeit danken.

Darüber hinaus danke ich für weitere persönliche Unterstützung und sachdienliche Ratschläge im besonderen Herrn Dr. Hinrich Bents, Frau Dipl. psych. Evelyn Besken, Herrn cand. psych. Jan Glasenapp, Herrn Dipl. psych. Johannes Lindenmeyer, Frau Dipl. psych. Astrid Hintze, Herrn Dr. med. Dipl. psych. Thomas Redecker, Frau Maggie Reiser, Frau cand. psych. Melanie Rosendahl, Herrn Prof. Dr. Dietmar Schulte von der Ruhr-Universität Bochum, Herrn Dr. Walter Ströhm, Frau cand. psych. Arve Thürmann, Herrn PD Dr. Heiner Tröster, Herrn Dipl. psych. Rolf Tünte, Frau Dipl. psych. Michaela Wrede, den MitarbeiterInnen des Christoph-Dornier-Centrums für Klinische Psychologie in Münster/Westfalen, den TeilnehmerInnen des an der Universität Bielefeld im WS 93/94 bis SS 95 angebotenen DiplomandInnenkolloquiums "Verantwortlichkeitszuschreibung und Hilfreiches Verhalten" und letztlich den Personen, die sich bereitwillig im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit untersuchen ließen.

---

## Vorbemerkungen

Die nachfolgend berichtete Untersuchung wurde im Rahmen eines Psychologiepraktikums im "Christoph-Dornier-Centrum für Klinische Psychologie in Münster/Westfalen (CDK)" entwickelt und durchgeführt. Das CDK ist eine stationäre Einrichtung zur Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen, bulimischen Essstörungen und Rückfall bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit.

Personen, deren selbstbezogene Kognitionen zentraler Gegenstand der nachfolgend berichteten Untersuchung sind, werde ich als Angsttherapie-KundInnen, hilfeschende oder betroffene Personen bezeichnen. Ebenso werde ich andere sich in psychotherapeutische Behandlung begebene Personen nachfolgend nicht als PatientInnen oder KlientInnen bezeichnen, sondern als Hilfesuchende, Betroffene oder Therapie-KundInnen. Der Begriff KundIn wird in Anlehnung an Ludewig (1992) verwendet. Nach Ludewig haben die Beziehungen zwischen TherapeutInnen und KundInnen jeweils einen Auftrag von seiten der Hilfesuchenden zur Grundlage. Der Auftrag wiederum steuert die von den TherapeutInnen zu erbringende Leistung und ihre Interaktion mit den KundInnen. Therapie wird demnach als soziale Dienstleistung verstanden (Ludewig, 1992). Die Verwendung des Begriffes KundIn wird nachfolgend verwendet, weil er die Möglichkeit einer selbst bestimmten Entscheidung der Betroffenen für oder gegen ein Behandlungsangebot betont. Dieser Aspekt ist zentraler Bestandteil des therapeutischen Konzeptes des CDK - dort wo die Untersuchung durchgeführt wurde.



---

## 1. Einleitung

Kontrollverlust, Angst vor dem Kontrollverlust und mangelnde Kontrollmöglichkeiten sind für betroffene Personen als persönliche Erfahrungen bedeutend für Entstehung und Aufrechterhaltung ihrer Angst. (vgl. Barlow, 1988; Mineka & Kelly, 1989). Personen mit Angststörungen erleben Ohnmacht und das Ausgeliefertsein stets erneut in der Erwartung von Angst in Situationen und an Orten, die sie in hohem Ausmaß bestrebt sind, zu vermeiden.

Indizierte verhaltenstherapeutische Verfahren zur Bereitstellung verbesserter Bewältigungsmöglichkeiten der Angststörung bei betroffenen Personen basieren auf der Konfrontation mit den angstauslösenden Bedingungen (Ehlers & Margraf, 1994). Neben methodenspezifischen spielen methodenunspezifisch wirkende Faktoren bei den Reizkonfrontationstherapien eine besondere Rolle (Fiegenbaum, 1986). Auf die Modulation der Therapieeffekte durch Kognitionen der Hilfesuchenden verweisen Ehlers & Margraf (1994). Es kann angenommen werden, dass handlungstheoretische Konzepte wie Kontrollüberzeugungen und das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten im Zusammenhang mit Bewältigungsstrategien der betroffenen Personen stehen und methodenunspezifisch in Reizkonfrontationstherapien wirken (vgl. Barlow, 1988; Greve & Krampen, 1991). Auch Verantwortungsattributionen wird zunehmend eine wichtige Bedeutung hinsichtlich Beschreibung und Prognose von psychotherapeutischen Interventionen zugesprochen (Brickman, Rabinowitz, Karuza, Coates, Cohn & Kidder., 1982).

Nach Fiegenbaum, Freitag & Frank (1992) ist klinischen Beobachtungen zufolge die Berücksichtigung methodenunspezifischer Wirkfaktoren in spezifischen Behandlungsbestandteilen - insbesondere in einer "Kognitiven Vorbereitung" auf die Reizkonfrontationstherapie - von zentraler Bedeutung für die Wirksamkeit der therapeutischen Intervention (z.B. Fiegenbaum, 1986). Die vorliegende Untersuchung soll klären, ob sich Kontrollüberzeugungen, das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und selbstbezogene Verantwortungsattributionen für die Ursache und die Bewältigung der Angststörung bei Personen mit Angststörungen im Verlauf einer "Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver

---

Vorbereitung" verändern. Darüber hinaus wird die Veränderung des Angsterlebens und Vermeidungsverhaltens überprüft. Hervorzuheben ist der Entwurf eines Messinstrumentariums a) zur Erfassung spezifischer auf die Angststörung bezogener Kontrollüberzeugungen in Anlehnung an den "Fragebogen zur Erfassung spezifischer Kontrollüberzeugungen für Problemlösen in verschiedenen Realitätsbereichen (IPC-PL)" von Krampen (1986) und b) zur Erfassung der in Anlehnung an Brickman et al. (1982) entwickelten Dimensionen der selbst-bezogenen Verantwortungsattributionen für die Ursache und die Bewältigung der Angststörung.

---

## **2. Theorie**

Bevor am Ende dieses Theorieteils die Fragestellungen abgeleitet werden, sollen zunächst in Kapitel 2.1 die diagnostischen Merkmale von Personen mit Angststörungen beschrieben werden. Diese sind hinsichtlich der zentral zu untersuchenden selbstbezogenen Kognitionen der Personen mit Angststörungen von Bedeutung. Anschließend werden in Kapitel 2.2 die für Personen mit Angststörungen indizierten verhaltenstherapeutischen Reizkonfrontationsverfahren zur Verbesserung der Bewältigungsmöglichkeiten (vgl. Fliegel, Groeger, Künzel, Schulte & Sorgatz, 1994; Grawe, Donathi & Bernauer, 1994) dargestellt. Schließlich werden in Kapitel 2.3, 2.4 und 2.5 die selbstbezogenen Kognitionen, hinsichtlich derer die Personen mit Angststörungen untersucht werden sollen, detailliert beschrieben. Zu guter Letzt wird deren besondere Berücksichtigung im Behandlungskonzept des "Christoph-Dornier-Centrums für Klinische Psychologie in Münster/Westfalen (CDK)" beschrieben.

### **2.1 Angststörungen**

In allgemeinärztlichen und internistischen Praxen ebenso wie in psychosomatischen und anderen Kliniken stellen sich häufig Hilfesuchende vor, die über körperliche Symptome, wie z.B. Atemnot, klagen. Diese Symptome treten ggf. anfallsweise auf und sind in der Vielzahl der Fälle von der Angst um die körperliche und/oder seelische Gesundheit begleitet. Sofern eine organische Ursache für diese Symptome ausgeschlossen werden kann, handelt es sich in vielen Fällen um Personen mit einer Angststörung.

#### **2.1.1 Begriffsbestimmung**

Angst ist ein Gefühl, das für das Überleben des Menschen unerlässlich ist. Reinecker (1994) spricht jedoch von pathologischer Angst, wenn folgende Kriterien zutreffen:

- a) die Angstreaktionen sind der Situation nicht angemessen
- b) die Angstreaktionen sind überdauernd, unter Umständen chronisch

- c) das Individuum besitzt keine Möglichkeit zur Erklärung, Reduktion oder Bewältigung der Angst
- d) die Angstzustände führen zu einer massiven Beeinträchtigung der/des Betroffenen.

Die aktuell neben der "Tenth Revision of the International Classification of Diseases - ICD-10" (WHO, 1991) in der klinischen Forschungspraxis verwendete "Revised third Version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-III-R" (APA, 1987<sup>1</sup>) beinhaltet die von der "American Psychiatric Association" geschaffenen Definitionen psychischer Störungen. Die Definitionen der verschiedenen Störungen beschränken sich im Allgemeinen auf eine deskriptive Beschreibung der klinischen Merkmale. Das DSM-III-R sieht eine multiaxiale Beurteilung vor. Dadurch sollen für den Behandlungsplan und die Prognose wichtige Informationen miterfasst werden (Wittchen, Saß, Zaudig & Koehler, 1987/1989). Achse I erfasst klinische Syndrome, Störungen und sogenannte V-Kodierungen<sup>2</sup>, Achse II Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen, Achse III körperliche Störungen und Zustände, Achse IV den Schweregrad psychosozialer Belastungsfaktoren und Achse V die Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus. Im DSM-III-R werden Angststörungen als eigenständige Kategorie psychischer Störungen der Achse I angeführt. Charakteristische Merkmale dieser Störungsgruppe sind Angstsymptome und Vermeidungsverhalten, die je nach Störungstyp unterschiedlich ausgeprägt auftreten. Das DSM-III-R unterscheidet folgende Angststörungen:

- a) 300.21 Panikstörung mit Agoraphobie
- b) 300.01 Panikstörung ohne Agoraphobie
- c) 300.22 Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte

---

<sup>1</sup> Die APA hat im Jahr 1994 das DSM-IV veröffentlicht, dass jedoch für die vorliegende Untersuchung noch keine Anwendung finden konnte. Die vollständige Adaptation des DSM-IV auf den deutschen Sprachraum steht erst noch bevor.

<sup>2</sup> V-Kodierungen sind Zustände, die nicht einer psychischen Störung zugeordnet werden können, jedoch Anlass zur Beobachtung oder Behandlung geben (Wittchen, Saß, Zaudig & Koehler, 1987/1989)

- 
- d) 300.23 Soziale Phobie
  - e) 300.29 Einfache Phobie
  - f) 300.30 Zwangsstörung
  - g) 309.89 Posttraumatische Belastungsstörung
  - h) 300.02 Generalisierte Angststörung
  - i) 300.00 Nicht näher bezeichnete Angststörung

Bei der Panikstörung ohne Agoraphobie und der Generalisierten Angststörung ist Angst das vorherrschende Symptom. Die Generalisierte Angststörung kennzeichnet ein dauerhaft hohes Angstniveau und das fehlende Auftreten von Panikattacken. Das Auftreten von Panikattacken verweist nach dem DSM-III-R auf das Vorliegen einer Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie.

Panikattacken sind nach DSM-III-R gekennzeichnet durch ihr plötzliches Auftreten und das Vorliegen bestimmter körperlicher und/oder kognitiver Symptome. Körperliche Symptome sind z.B. neben Atemnot, Palpitationen oder beschleunigtem Herzschlag, Zittern oder Beben, Schwitzen, Übelkeit, Parästhesien, Schmerzen oder Unwohlsein in der Brust. Auch eine einsetzende, gar fortgeschrittene Depersonalisation und Derealisation können begleitende kognitive Symptome sein (Ehlers, Margraf & Schneider, 1991; vgl. DSM-III-R). Angstanfälle sind nach DSM-III-R zum einen durch die Zahl der vorliegenden Symptome - mindestens 4 von 13 Symptomen - definiert. Zum anderen muss ein akuter Zeitverlauf beim Auftreten der Attacken feststellbar sein. Mindestens 4 der 13 im DSM-III-R genannten Symptome sollen innerhalb von zehn Minuten auftreten.

Das Auftreten von Panikattacken ist für Personen mit einer Panikstörung ohne Agoraphobie unabhängig von einer bestimmten Situation und/oder einem spezifischen Ort. Eine Panikstörung mit Agoraphobie ist durch die auftretende Angst in spezifischen Situationen oder an bestimmten Orten gekennzeichnet. Resultierend aus der Angst vermeiden die betroffenen Personen z.B. das Benutzen von Kaufhäusern, Fahrstühlen oder öffentlichen Verkehrsmitteln, vermeiden das Aufsuchen von Menschenmengen ohne Begleitung etc..

Andere Angststörungen, die ebenfalls durch auftretende Angst und Vermeidung gekennzeichnet sind, sind die Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte, die Soziale und die Einfache Phobie. Betroffene Personen haben bei diesen Störungen im Vergleich zu

---

der Panikstörung mit Agoraphobie mehr Angst vor spezifischer, Angst besetzten Orten oder Situationen und weniger Angst vor den möglicherweise auftretenden Panikattacken ("Angst vor der Angst") an spezifischen angstbesetzten Orten oder in Situationen. Vermeidungsverhalten ist bei den betroffenen Personen fast immer zu beobachten.

Die Klassifikation der Posttraumatischen Belastungsstörung (Wittchen et al., 1987/1989) sowie der Zwangsstörungen unter der Gruppe der Angststörungen (Freitag & Fiegenbaum, 1992) ist umstritten. Die Posttraumatische Belastungsstörung wird in der ICD-10 (vgl. Übersetzung Dilling et al., 1991/1991) unter die Gruppe der *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* und die Zwangsstörungen als eigenständige Gruppe neurotischer Störungen neben der Gruppe der Angststörungen klassifiziert. Die nicht näher bezeichnete Angststörung ist im DSM-III-R als Restkategorie definiert.

Zentrale kognitive Symptome für alle erläuterten Angststörungen sind die Angst vor Kontrollverlust und die Angst vor katastrophalen Konsequenzen der wahrgenommenen Symptome, wie z.B. die Angst vor einem plötzlichen Herztod, die Angst, verrückt zu werden oder der Angst, sich lächerlich zu machen (vgl. Ehlers & Margraf, 1990; Ehlers et al., 1991). Die mit der fortschreitenden Entwicklung der Angststörung einhergehenden drastischen Veränderungen der Lebensführung sind in vielen Fällen anzutreffen. Die Betroffenen sind stark beeinträchtigt (Ehlers et al., 1991) und das Gefühl des Ausgeliefertsein sind belastende Erfahrungen, die es den Betroffenen nur schwer möglich machen, den Teufelskreis der Angst und Vermeidung zu durchbrechen (vgl. Mineka & Kelly, 1989). Hinzu kommen nicht selten durch die Angststörung verursachte sekundäre Probleme, wie z.B. Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit, Alkoholismus oder Depressionen (Marks, 1987). Die von einer Angststörung betroffenen Personen suchen in der Regel mit zunehmendem Schweregrad der Störung nach Hilfe bei ExpertInnen. Mit dem zunehmenden Erkenntnisgewinn über Bewältigungsmöglichkeiten von Angststörungen kann Hilfesuchenden zunehmend ein ihnen angemessenes Hilfeangebot gemacht werden. Dazu soll die vorliegende Untersuchung einen Beitrag leisten.

Zusammenfassend zeichnen sich alle Personen mit einer nach DSM-III-R diagnostizierten Angststörung durch das Ausmaß an Angsterleben, Vermeidungsverhalten, der Angst vor Kontrollverlust und dem Gefühl des Ausgeliefertsein aus. Verringerte Kontroll-

---

möglichkeiten sind für Personen mit Angststörungen beherrschende Erfahrungen mit der eigenen Erkrankung (Barlow, 1988; vgl. Kap. 2.3.8). Diese können dysfunktionale Angstbewältigungsstrategien unterstützen (Barlow, 1988).

### **2.1.2 Epidemiologische Daten zu Angststörungen**

Wittchen, Hand & Hecht (1989) verweisen auf die Vielzahl bisher veröffentlichter epidemiologisch ausgerichteter Studien zum Bereich der Angststörungen. Die durchgeführten Studien weisen eine erhebliche Ergebnisvarianz auf. Diese kann auf eine Reihe methodischer Aspekte zurückgeführt werden (vgl. Marks, 1986; Wittchen, Hand & Hecht, 1989; Fichter, 1990). Die wichtigsten Untersuchungen sind dennoch das Epidemiological Catchment Area Program (ECA) des amerikanischen National Institute of Mental Health (Myers et al., 1984; Robins et al., 1984; Weissman et al., 1986), die Zürich-Studie (Angst & Dobler-Mikola, 1985a; 1985b) und die Münchner Follow-up Studie (MFS, Wittchen, 1986).

Angststörungen stellen gemäß einer Zusammenfassung der genannten Studien durch Margraf & Schneider (1990) bei Frauen die häufigste und bei Männern nach den Abhängigkeitssyndromen die zweithäufigste Form psychischer Störungen dar. Unter den klinisch relevanten Ängsten sind Agoraphobien, d.h. Panikstörungen mit Agoraphobie und Agoraphobien ohne Panikstörung in der Vorgeschichte, am häufigsten anzutreffen (Marks, 1986). Die in der Bevölkerung am meisten verbreitete Angststörung ist jedoch die Einfache Phobie. Diese Form der Angststörung beeinträchtigt die Betroffenen weniger stark und lässt die Betroffenen weniger dringlich Hilfe in Anspruch nehmen (Marks, 1986).

Wittchen (1986) gibt zusammenfassend aus den ECA-Studien (Myers et al., 1984; Robins et al., 1984) und der MFS (Wittchen, 1986) variierende Lebenszeit-Prävalenzen zwischen 10.3% und 13.9% und Sechs-Monats-Prävalenzen zwischen 7.6% und 8.1% für Angststörungen an. Wittchen weist darauf hin, dass die Generalisierte Angststörung als Diagnose nicht Eingang in diese Befunde fand. Vermutlich sind die Daten zu den Periodenprävalenzen deshalb geringfügig zu erhöhen (Wittchen, 1986). Marks (1986) nennt in einer Zusammenstellung epidemiologischer Daten für alle Angststörungen eine Prävalenzrate von 2.9% bis 8.4% für verschieden lange Zeitperioden von einem Monat bis zu einem Jahr. Nach Wittchen, Hand & Hecht (1989) erfüllen mehr als ein Drittel der von

---

Angststörungen Betroffenen im Verlauf ihres Lebens auch die Kriterien für eine weitere Angststörung. Die Hälfte der Personen, die im Verlauf ihres Lebens unter einer Angststörung leiden, erfüllen zusätzlich zu der Angststörung noch einmal in ihrem Leben die Kriterien für eine weitere psychische Störung. Unter Einbeziehung der gesamten Lebensspanne ist das gemeinsame Auftreten von Angststörungen und affektiven Störungen, relativ häufig im Zusammenhang mit verschiedenen Formen der Abhängigkeiten zu beobachten (Wittchen, Hand & Hecht, 1989).

Eine weitere zu nennende epidemiologische Untersuchung ist die "Oberbayerische Verlaufsuntersuchung". In dieser Untersuchung zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen findet Fichter (1990) über einen 5-Jahres-Zeitraum folgende Häufigkeiten: 4.21% der untersuchten ProbandInnen waren zu einem der beiden untersuchten Zeitpunkte von einer Angststörung betroffen. Die Personen mit einer Angststörung fühlten sich zu 27.8% mäßig bis sehr stark durch die Störung beeinträchtigt und schließlich begaben sich 36.4% dieser Personen nach dem Auftreten einer einzelnen Episode der Störung im Verlauf des 5-Jahres-Intervalls in ambulante oder stationäre psychiatrische Behandlung (Fichter, 1990).

Sowohl Panikstörungen ohne Agoraphobie als auch Agoraphobien zeigen oft starke Fluktuationen. So kann es im Verlauf der Störungen durchaus beschwerdefreie Episoden geben. Der unbehandelte Verlauf von Angstanfällen und Agoraphobien ist jedoch als ungünstig einzuschätzen (Ehlers et al., 1991). Im Gegensatz zu früheren Auffassungen in der Literatur (Eysenck, 1952; Rachman, 1973) sind spontane Remissionen bei Angststörungen recht selten zu beobachten (vgl. Wittchen, Hand & Hecht, 1989).

In der von Fichter (1990) untersuchten Stichprobe litten 0.07% unter einer Zwangsstörung. Wittchen, Hand & Hecht (1989) geben für Zwangsstörungen eine Prävalenzrate für die Lebenszeit von 2.03% und für sechs Monate von 1.79% an. Bei Fichter (1990) litten 0.87% unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Mit der Angabe epidemiologischer Daten zu Angststörungen wird die Relevanz für die Bereitstellung angemessener Psychotherapieangebote für die Betroffenen deutlich (vgl. Marks, 1986). Das Wissen von einer adaptiven Krankheitsbewältigung bei Personen mit Angststörungen ist für die Bereitstellung angemessener Hilfeangebote wichtig.



---

## 2.2 Reizkonfrontationstherapien

Die Konfrontation mit den angstausslösenden Situationen ist ein schon seit langer Zeit bekanntes Verfahren zur Behandlung von Ängsten. Schon Goethe beschreibt 1770 seine Selbstheilung durch Konfrontation in seinem Werk "Dichtung und Wahrheit" und auch Freud rät in der zweiten Dekade dieses Jahrhunderts bei schweren Agoraphobien zur Konfrontation mit den angstausslösenden Situationen (veröffentl. Goethe, 1970, S. 326ff.; Freud, 1972, S. 191). Nachfolgend werden die Verfahren therapeutischer Reizkonfrontationen näher beschrieben. Eine Begriffsbestimmung ist insofern von Wichtigkeit, da für die genannten Verfahren in der Literatur und klinischen Praxis verschiedene Bezeichnungen verwendet werden (Bartling, Fiegenbaum & Krause, 1980; Fliegel et al., 1994).

### 2.2.1 Begriffsbestimmung

Der Begriff der Reizkonfrontationstherapie beschreibt Verfahren, bei deren Anwendung die Angsttherapie-KundInnen sich den für sie angstausslösenden Situationen bzw. Objekten aussetzen. Den KundInnen wird durch die Konfrontation die Erfahrung ermöglicht, dass antizipierte aversive Folgen ausbleiben. Das ermöglicht den Hilfesuchenden die Bewältigung weiterer gefürchteter Situationen (Fliegel et al., 1994). Fliegel et al. (1994) nennen folgende Verfahren, bei denen Reizkonfrontation eine wichtige Rolle spielt:

- a) Implosion: Die angstausslösenden Stimuli werden nur in der Vorstellung, also in sensu, jedoch in voller Intensität oder gar übertrieben dargeboten.
- b) Flooding: Die KundInnen werden in der Realität unmittelbar in höchster Intensität mit den angstausslösenden Stimuli konfrontiert.
- c) Reizüberflutung: Zunächst werden die angstausslösenden Stimuli in der Vorstellung, also in sensu dargeboten, anschließend in der Realität, also in vivo, unmittelbar in höchster Intensität.
- d) Habituationstraining: Die KundInnen werden abgestuft im Sinne einer Annäherungshierarchie, also graduiert, in vivo mit einer für sie sehr aversiven Situation konfrontiert.

- 
- e) Systematische Desensibilisierung: Die KundInnen werden abgestuft im Sinne einer Annäherungshierarchie zunächst in sensu, später in vivo mit den angstauslösenden Situationen bzw. Objekten konfrontiert. Bei Auftreten von Angst sollen die KundInnen meist Entspannung zur Angsterleichterung einsetzen.
  - f) Angstbewältigungstraining: Die KundInnen sollen bei der Konfrontation mit nur leicht angstauslösenden Stimuli lernen, Angst- und Anspannungsgefühle frühzeitig wahrzunehmen. Bei auftretender Angst sollen sie selbst die vorher gelernte Entspannung zur Angsterleichterung einsetzen. Beim Training soll nicht wie bei der Systematischen Desensibilisierung eine inhaltlich definierte Situation, sondern die Angstreaktion Anlass sein, die Entspannung einzusetzen.

Die Verfahren Implosion, Flooding, Reizüberflutung und Habituationstraining sind nach Fliegel et al. (1994) durch folgende Gemeinsamkeiten von den Verfahren der Systematischen Desensibilisierung und dem Angstbewältigungstraining zu unterscheiden:

- a) Flucht- und Vermeidungsverhalten der KundInnen wird grundsätzlich verhindert.
- b) Die KundInnen sollen die Reizkonfrontation bis zum Nachlassen der Angst ohne Entspannung bewältigen.
- c) Das Abbruchkriterium für die Reizkonfrontation ist die Bewältigung, d.h. das weitestgehend angstfreie Erleben der für die KundInnen zuvor angstauslösenden Situation.

Michelson (1987) nimmt folgende Unterscheidungen für die Verfahren der Reizkonfrontation vor, von denen er meint, dass deren Vor- und Nachteile sorgfältig gegeneinander geprüft werden müssen. Er differenziert:

- a) In-sensu- versus In-vivo-Verfahren
- b) Graduiertes versus nicht-graduiertes Vorgehen
- c) Auf mehrere nicht direkt aufeinanderfolgende Sitzungen verteilte, also nicht-massierte versus massierte Reizkonfrontation
- d) TherapeutInnen- versus selbstgeleitete Konfrontation mit den angstauslösenden Stimuli
- e) Individuum- versus gruppenzentriertes Vorgehen
- f) Vorgehen mit Unterstützung von Personen, die für die KundInnen bedeutsam sind, wie

z.B. LebenspartnerIn, versus Verzicht auf Einbeziehung wichtiger anderer Personen  
Die Reizkonfrontation als Bestandteil verschiedener Therapieverfahren wird erst seit ca. 20 Jahren systematisch untersucht (Michelson, 1987). In den sechziger Jahren war die Systematische Desensibilisierung die am meisten angewendete Behandlungsform für agoraphobische Störungen und Einfache Phobien. Untersuchungen zeigen jedoch, dass weder Entspannung, noch das Vorgehen nach einer in der verhaltenstherapeutischen Problemanalyse explorierten Angsthierarchie notwendige Bestandteile der Behandlung von Personen mit Angststörungen sind (Marks, 1987).

Der Erläuterung möglicher Wirkfaktoren von Reizkonfrontationsverfahren soll nachfolgend die Darstellung der Effektivität vorangestellt werden. Das ist ein Vorgehen, das zwar nicht der chronologischen Reihenfolge des Wirkprozesses mit daraus resultierendem Ergebnis entspricht. Jedoch soll nachfolgend weniger die Wirksamkeit der Reizkonfrontationsverfahren auf Angst und Vermeidung bezogene Variablen im Fokus der vorliegenden Arbeit stehen, sondern vielmehr die Bedeutung *methodenunspezifischer* Prozessvariablen für Reizkonfrontationsverfahren und deren Modifikation durch Reizkonfrontationsverfahren.

### **2.2.2 Effektivität der Reizkonfrontationstherapien**

Die Effektivität der Reizkonfrontationsverfahren gilt trotz vorliegender Ergebnisvarianz nach Ehlers & Margraf (1994) als belegt (Hand, Lamontagne & Marks, 1974; Mathews et al., 1977; Emmelkamp & Kuipers, 1979; Chambless & Goldstein, 1980; McPherson, Brougham & McLaren, 1980; Munby & Johnston, 1980; Michelson, Mavissakalian & Marchione, 1985; Hand, Angenendt, Fischer & Wilke, 1986; Fiegenbaum, 1990). Zu dieser Feststellung kommen auch Marks (1987) und Barlow (1988). Sie nennen trotz der Tatsache von Unterschieden in Verfahrensart und Ausmaß der Behandlungen, der Messinstrumente, der Erfolgskriterien und der Katamnesezeitspannen aufgrund der obengenannten Studien einen Anteil von 60% bis 70% der Angsttherapie-KundInnen, die nach der Behandlung eine statistisch und klinisch bedeutsame Verminderung ihrer Beschwerden zeigen.

Ein nicht-graduiertes massiertes Vorgehen bei der Konfrontation in vivo ist nach Fiegenbaum (1990) für die Behandlung von Angststörungen allen anderen Vorgehensweisen

---

überlegen. Er berichtet gar von einer positiven Wirkung bei 97.1% der ehemals Hilfesuchenden noch fünf Jahre nach einer nicht-graduierten massierten Behandlung. 77.9% der ehemals Hilfesuchenden geben fünf Jahre nach einer nicht-graduierten massierten Behandlung an, beschwerdefrei zu sein (Fiegenbaum, 1990). Die Häufigkeit des TherapeutenInnenkontaktes hat nach bisher vorliegenden Untersuchungsergebnissen keinen Einfluss auf den Erfolg der Konfrontationstherapie in vivo (Hand et al., 1986; Ghosh & Marks, 1987). Die Therapieerfolge sind gleichermaßen gut, unabhängig davon, ob die Reizkonfrontation von PsychologInnen, PsychiaterInnen, KrankenpflegerInnen, MedizinstudentInnen oder den Betroffenen selbst durchgeführt wird (Marks, 1993).

Erwähnenswert ist an dieser Stelle, dass nach Marks (1993) die Reizkonfrontationstherapie zwar von vielen durch Angststörungen betroffenen Personen akzeptiert wird, jedoch ungefähr ein Viertel der Hilfesuchenden die Therapie vorzeitig verweigern oder beenden. Nach Jansson & Öst (1982, zitiert nach Barlow, 1988) sind es 12% der Personen, die die Therapie vorzeitig beenden. Diese Tatsache findet sich nicht immer in den veröffentlichten Untersuchungen zur Effektivität der Reizkonfrontationstherapie wieder.

Die Berichterstattung zur Effektivität von Reizkonfrontationstherapien führt zu der Frage nach den Wirkmechanismen therapeutischer Reizkonfrontationen.

### **2.2.3 Methodenspezifische Wirkfaktoren bei Reizkonfrontationstherapien**

Methodenspezifische Wirkfaktoren bezeichnen nach Blaser (1982) spezielle Techniken und Strategien, die von den jeweiligen therapeutischen Schulen explizit zur Behandlung von Personen mit psychischen Erkrankungen entwickelt wurden (vgl. Bozok & Bühler, 1988). Die Reizkonfrontationstherapien sind spezielle Strategien zur Behandlung von Personen mit Angststörungen. Ihre Entwicklung erfolgte auf der Grundlage psychologischer Theorien und Modelle, die jedoch lediglich einzelne Aspekte ihrer Wirkungsweise zu erklären imstande sind (Fiegenbaum, 1986; Ehlers et al., 1991; Ehlers & Margraf, 1994). Es ist anzunehmen, dass im Verlauf einer Konfrontationstherapie eine Reihe parallel aktiver Wirkmechanismen wirksam sind (vgl. Fiegenbaum, 1986). Beim gegenwärtigen Stand der psycho-

---

logischen Theorienbildung ist die Formulierung einer integrativen Theorie zur vollständigen Abbildung der Wirkmechanismen noch nicht möglich (Marks, 1987; Ehlers & Margraf, 1994). Das Wirken methodenspezifischer Faktoren ist zwar nach Ehlers et al. (1991) notwendige Bedingung für den therapeutischen Erfolg von Reizkonfrontationstherapien, jedoch ist es als alleinige Grundlage zur Klärung der Therapieeffekte nicht hinreichend. Deshalb ist neben den methodenspezifischen Wirkfaktoren auch die Fokussierung methodenunspezifischer Wirkfaktoren von Bedeutung (Ehlers et al., 1991).

#### **2.2.4 Methodenunspezifische Wirkfaktoren bei Reizkonfrontationstherapien**

Huf (1992) beschreibt die methodenunspezifischen Wirkfaktoren als die zwischenmenschlichen Einflüsse, die in jeder TherapeutIn-KundIn-Beziehung zu finden sind und deshalb mehr oder weniger Bestandteil aller Psychotherapieformen sind. Nach Fiegenbaum (1986) spielen die methodenunspezifischen Wirkfaktoren bei den Reizkonfrontationsverfahren eine besondere Rolle. Sie können nach Gelder, Bancroft, Gatz, Johnston, Matthews & Shaw (1973) eine eigenständige Wirkung entfalten und auch mit den methodenspezifischen Faktoren interagieren. Huf (1992) benennt, neben TherapeutInnenvariablen und Variablen der TherapeutIn-KundIn-Interaktion, personenspezifische Variablen der sich in Behandlung begebenden Personen als methodenunspezifische Wirkfaktoren. Zu methodenunspezifischen Faktoren bei Reizkonfrontationsverfahren zählt Fiegenbaum (1986) u.a. die Eingangserwartungen der Therapie-KundInnen. Ehlers & Margraf (1994) verweisen auf die Modulation der Therapieeffekte durch kognitive Variablen.

Generalisierte Kontrollüberzeugungen, das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (Krampen, 1991), spezifische gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen (vgl. Greve & Krampen, 1991) und Verantwortungsattributionen, die Ursache und die Bewältigung der Angsterkrankung betreffend (vgl. Brickman et al., 1982), können zu den methodenunspezifischen Wirkfaktoren bei den Reizkonfrontationstherapien gezählt werden, da sie als kognitive Variablen vermutlich schon zu Beginn der therapeutischen Intervention als bzw. auf Eingangs- und Erfolgserwartungen wirken (vgl. Krampen, 1982; Fiegenbaum, 1986).

---

Auf den zentralen Stellenwert von Kontrollüberzeugungen im Rahmen verhaltenstherapeutischer Interventionen verweisen Brand (1982) und Krampen (1985).

### 2.3 Locus of control of reinforcement - Kontrollüberzeugungen

Krampen (1985) verweist auf die Entwicklung des Konstrukts der Kontrollüberzeugungen im Rahmen der Sozialen Lerntheorie (Rotter, 1954; Rotter, Chance & Phares, 1972). Er misst den Arbeiten Rotters einen erheblichen Anteil an der *kognitiven Wende* bei. Kontrollüberzeugungen sind nach Krampen (1985):

. . . von daher Bestandteil psychologischer Versuche, menschliche Handlungen zu interpretieren, 'bei denen es darum geht, die 'behavioristische black box' sozusagen zu öffnen, also Annahmen über mentale Strukturen und Prozesse zu wagen, die 'subjektive', 'interne' (oder dgl.) Abbildung bzw. Repräsentation der Außenwelt zu erforschen und Vorgänge der Informationsverarbeitung zu untersuchen.' (Herrmann, 1982, S. 3). (S. 103)

#### 2.3.1 Die Soziale Lerntheorie von Rotter (1954) und Rotter et al. (1972)

Die Soziale Lerntheorie<sup>3</sup> ist eine Persönlichkeitstheorie, die den "Erwartung-Wert-Theorien" zugeordnet werden kann (Mielke, 1982). Die Theorie (Rotter, 1954; Rotter, Chance & Phares, 1972) baut auf vier grundlegenden Begriffen auf:

a) Das *Verhaltenspotential* ist die Wahrscheinlichkeit, mit der ein gegebenes Verhalten, welches sich auf eine bestimmte Verstärkung oder eine Gruppe von Verstärkungen bezieht,

---

<sup>3</sup> Krampen (1982) weist darauf hin, dass auch andere theoretische Ansätze als *Soziale Lerntheorien* bezeichnet werden, weil sie sich auf soziale Lernprozesse beziehen. Nachfolgend ist mit dem Begriff der Sozialen Lerntheorie das Konzept von Rotter (1954) und Rotter, Chance & Phares (1972) gemeint.

---

in einer bestimmten Situation gezeigt wird. Der Begriff des Verhaltens beinhaltet auch kognitive Aktivität.

b) Die *Erwartung* definieren Rotter et al. (1972) als die vom Individuum vermutete Wahrscheinlichkeit, dass ein bestimmtes Verhalten in einer bestimmten Situation zu einer bestimmten Verstärkung führen wird. Erwartungen setzen sich nach Rotter (1954) aus generalisierten und spezifischen Erwartungen zusammen. Wenn eine Person bereits Erfahrungen in einer Situation sammeln konnte, so werden situationsspezifische Erwartungen eine große Bedeutung für die Erwartung in der Situation haben. Je unbekannter eine Situation ist, desto mehr Bedeutung werden generalisierte Erwartungen in dieser Situation gewinnen.

c) Den *Verstärkungswert* definieren Rotter et al. (1972) über die Präferenzstärke einer Person für einen Verstärker in einer Situation, in der die Auftretenswahrscheinlichkeit aller möglichen alternativen Verstärker gleich ist. Der Verstärkungswert ist somit abhängig von persönlichkeitspezifischen Vorlieben und von der jeweiligen Situation, d.h. von dem Auftreten möglicher alternativer Verstärker.

d) Der Begriff der *psychologischen Situation* betont die Bedeutung des situativen Kontextes, in dem sich die entsprechende Person befindet. Die Situation beschreiben Rotter et al. als eine vom Individuum subjektiv wahrgenommene und interpretierte, deshalb psychologische Situation.

Die vier Begriffe finden Eingang in die Grundannahme von Rotter et al., dass das Verhaltenspotential eines jeden Verhaltens in einer Situation von der Erwartung, dass das Verhalten zu einer Verstärkung führen wird und von dem Verstärkungswert des Zieles determiniert wird. Obwohl Erwartung und Wert als voneinander unabhängig angesehen werden, ist ihr Verhältnis zueinander von zentraler Bedeutung für die Zufriedenheit einer Person (Weiner, 1980). Eine niedrige Zielerwartung bei gleichzeitig bestehender hoher Bewertung des Ziels ist besonders prädisponierend für Verhaltensstörungen (Weiner, 1980).

Eines der Forschungsgebiete, die sich aus der Sozialen Lerntheorie entwickelt haben, beschäftigt sich mit dem wahrgenommenen "Locus of Control of Reinforcement" (Rotter, 1966). Für den deutschsprachigen Raum wird das Konzept Rotters (1966) von Krampen (1982; 1991, S. 11f.) mit dem Begriff der Kontrollüberzeugungen übersetzt und fortgeführt.

---

### 2.3.2 Begriffsbestimmung der Kontrollüberzeugungen

Das Konstrukt Rotters (1966) bezeichnet bestimmte generalisierte Erwartungshaltungen einer Person. Diese Erwartungshaltungen sind situationsübergreifend und beinhalten Aussagen zur Instrumentalität eigener Verhaltensmöglichkeiten, d.h., ob die Person durch eigenes Verhalten Verstärker und wichtige Ereignisse in ihrem Leben beeinflussen kann oder nicht (Krampen, 1982). Die Erwartungshaltungen für die eigene Person resultieren aus der subjektiven Wahrnehmung vergangener Verhalten-Verhaltensfolgekontingenzen. Die muss nicht mit den objektiven Kontingenzen übereinstimmen. Rotter (1966) definiert die möglichen Ausprägungen des Konstruktes "Locus of Control of Reinforcement" - dabei nimmt er die Eindimensionalität des Konstrukts an:

When a reinforcement is perceived by the subject as following some action of his own but not being entirely contingent upon his action, then, in our culture, it is typically perceived as the result of luck, chance, fate, as under the control of powerful others, or as unpredictable because of the great complexity of the forces surrounding him. When the event is interpreted in this way by an individual, we labeled this a belief in *external control*. If the person perceives that the event is contingent upon his own behavior or his own relatively permanent characteristics, we have termed this a belief in *internal control*. (Rotter, 1966, S. 1)

Krampen (1989) weist auf die im deutschen Sprachraum existierenden begrifflichen und empirischen Beziehungen zu anderen Konzepten hin. Zusammenhänge bestehen nach Krampen (1989) auch zu attributionstheoretischen Konzepten, wie z.B. Kausal- und Verantwortungsattributionen.



---

### **2.3.3 Das Konstrukt Kontrollüberzeugung als Persönlichkeitsmerkmal und das Handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit von Krampen (1987)**

Mit zunehmender Forschungsaktivität resultieren Rotters Arbeiten in der Konzeptualisierung des Persönlichkeitskonstruktes "Locus of Control of Reinforcement" (Rotter, 1966; vgl. Krampen, 1989). Rotter et al. (1972) nehmen an, dass sich die Persönlichkeit einer Person fortwährend verändert, da immer neue Erfahrungen hinzukommen. So wird z.B. die Tendenz zur Wahrnehmung von Situationen als internal bzw. external kontrolliert durch die erfolgreiche bzw. erfolglose Bewältigung eines Problems beeinflusst.

Nach Krampen (1982) dient das hypothetische Konstrukt der Kontrollüberzeugungen der Beschreibung und Erklärung eines Persönlichkeitsaspektes. Dabei bedeutet der Begriff der Persönlichkeit "ein bei jedem Menschen einzigartiges, relativ stabiles und den Zeitablauf überdauerndes Verhaltenskorrelat" (Herrmann, 1972, S. 29). Die Besonderheit der Sozialen Lerntheorie ist, dass sie nicht nur Persönlichkeit als ein Verhaltenskorrelat zu bestimmen versucht, sondern dass mit ihr auch die Wechselwirkungen der interindividuellen Differenzen und spezifischen Situationsvariablen beschrieben werden. Das Persönlichkeitskonstrukt Kontrollüberzeugung wird "in der Sozialen Lerntheorie als deskriptives Konstrukt und als Moderatorvariable zur Explikation und Prognose von Handlungswahlen verwendet" (Krampen, 1982, S. 95). In diesem Sinn entwirft Krampen (1987) ein "Handlungstheoretisches Partialmodell der Persönlichkeit (HPP)". Dessen Zielsetzung ist

. . . die systematische, theoretisch fundierte Integration allgemein- und persönlichkeitspsychologischer Ansätze . . . Realisiert wird dabei eine Möglichkeit, eine spezielle Variante der psychologischen Handlungstheorien um Persönlichkeitskonstrukte zu erweitern, die von der klassischen Persönlichkeitstheorie übersehen worden sind, und die man summarisch als generalisierte selbstbezogene Kognitionen bezeichnen kann. (Krampen, 1991, S. 9)

Das HPP ist ein theoretisch fundiertes Beschreibungs- und Vorhersagemodell für Handlungsintentionen und Handlungen, das durch die Berücksichtigung der wechselseitigen Be-

---

einflussung situativer und personaler Faktoren als Weiterentwicklung der Sozialen Lerntheorie Rotters ebenfalls interaktionistisch ist. Neben Basisvariablen des Erwartung-Wert-Modells unterscheidet Krampen (1991) die das HPP konstituierenden situativ und zeitlich relativ stabilen Persönlichkeitsvariablen, die aus Generalisierungen hervorgehen. Eine dieser Persönlichkeitsvariablen sind Kontrollüberzeugungen. Sie sind im HPP definiert als generalisierte Kontingenzerwartungen (Handlungs-Ergebnis-Erwartungen), die subjektive Erwartungen über die Kontrollierbarkeit von Ereignissen durch die zur Verfügung stehenden Handlungen betreffen.

#### **2.3.4 Generalisierte und Spezifische Kontrollüberzeugungen**

In der Sozialen Lerntheorie (Rotter et al., 1972) ebenso wie im HPP (Krampen, 1991) wird postuliert, dass die deskriptive und prognostische Bedeutung der generalisierten selbstbezogenen Kognitionen mit der subjektiv wahrgenommenen Neuartigkeit und Komplexität einer Handlungs- oder Lebenssituation im Zusammenhang steht. Je bekannter und besser strukturierbar eine Situation ist, desto mehr sind situations- und handlungsspezifische Kognitionen und desto weniger Persönlichkeitsvariablen für eine Handlungsintention oder Handlung von Bedeutung. Dagegen ist die Bedeutung der handlungstheoretischen Persönlichkeitsvariablen umso größer, desto weniger individuelle - aber auch kollektive, im Sinne sozialer Normen - Erfahrungen und kognitive Repräsentationen vorhanden sind. Die subjektive Neuartigkeit und Komplexität von Handlungs- und Lebenssituationen kann nach Krampen (1991) auf einem Kontinuum eindimensional im Sinne von mehr oder weniger abgebildet werden. Krampen (1991) leitet daraus die Unterscheidung von situationsspezifischen, bereichsspezifischen und generalisierten Erwartungshaltungen ab und postuliert eine hierarchische Struktur handlungstheoretischer Persönlichkeitsvariablen. Darin sind die Beziehungen zwischen situationsspezifischen und in unterschiedlichem Ausmaß generalisierten Variablen hierarchisch geordnet. Also können Kontrollüberzeugungen sich somit nach Greve & Krampen (1991):

- a) auf eine bestimmte Handlungs- und Lebenssituation beziehen; das sind situations- und handlungsspezifische Erwartungen, z.B. in Bezug auf eine bestimmte Erkrankung,

- 
- b) auf einen ausgewählten Lebens- oder Handlungsbereich beziehen, z.B. auf den Bereich der Gesundheit und Krankheit oder
  - c) über verschiedene Handlungs- und Lebensbereiche generalisiert sein.

### **2.3.5 Diagnostik von Kontrollüberzeugungen**

Kontrollüberzeugungen werden mit wenigen Ausnahmen in der Regel durch Fragebogenverfahren erhoben (Krampen, 1982). Die derzeitig entwickelten Fragebogenverfahren sind nach zwei Gesichtspunkten zu differenzieren:

- a) Anzahl der Dimensionen von Kontrollüberzeugungen, die abgebildet werden
- b) Generalisierungsgrad der zu erfassenden Kontrollüberzeugungen

Aus der Kombination von uni- versus multidimensionaler Erfassung und generalisierten versus bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen lassen sich nach Krampen (1982) a priori folgende Messmodelle unterscheiden:

1. Diagnostische Verfahren zur Erhebung eindimensionaler, generalisierter Kontrollüberzeugungen, z.B. die ROT-I-E-Skala zur Erhebung des "Locus of control of Reinforcement" (Rotter, 1966)
2. Diagnostische Verfahren zur Erhebung multidimensionaler, generalisierter Kontrollüberzeugungen, z.B. der IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (Krampen, 1981)
3. Diagnostische Verfahren zur Erhebung eindimensionaler, bereichsspezifischer Kontrollüberzeugungen, z.B. die Recovery Locus of Control Scale - RLOC-Skala (Partridge & Johnston, 1989)
4. Diagnostische Verfahren zur Erhebung multidimensionaler, bereichsspezifischer Kontrollüberzeugungen, z.B. der Fragebogen zur Erfassung spezifischer Kontrollüberzeugungen für Problemlösen in verschiedenen Realitätsbereichen - IPC-PL (Krampen, 1986)

Aus der eindimensionalen Erhebung generalisierter Kontrollüberzeugungen resultiert eine inkonsistente Befundlage in früheren Untersuchungen (vgl. Krampen & Fischer, 1988a;

---

Petry, 1993). Diese Inkonsistenz führt in späteren Untersuchungen zur Entwicklung von Verfahren zur Erhebung multidimensionaler Kontrollüberzeugungen aufgrund der Notwendigkeit weiterer Ausdifferenzierungen des Konstrukts (Levenson 1972; 1974). Im Allgemeinen hat sich die Erhebung von Kontrollüberzeugungen in drei Dimensionen bewährt, die konzeptuell als unabhängig voneinander aufgefasst werden (Levenson, 1972; 1974). Levenson (1972; 1974) unterscheidet in einer Rekonzeptualisierung der ROT-I-E-Skala (Rotter, 1966):

1. Internalität, d.h. die subjektiv bei der eigenen Person wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben und über Ereignisse und Verstärker in der personenspezifischen Umwelt,
2. Sozial bedingte Externalität, d.h. die durch ein subjektives Gefühl der Machtlosigkeit und der sozialen Abhängigkeit von anderen (mächtigeren) Personen gekennzeichnet ist und
3. Fatalistische Externalität, d.h. die durch Fatalismus gekennzeichnete generalisierte Erwartungshaltung, dass die Welt unstrukturiert und ungeordnet ist und dass Ereignisse von Schicksal, Glück, Pech und/oder Zufall abhängen.

Darüber hinaus resultiert die inkonsistente Befundlage in früheren Untersuchungen in der Entwicklung diverser Verfahren zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen unterschiedlichen Generalisierungsgrades. Grundlage dazu ist die Hypothese, dass sich durch spezifische Kontrollüberzeugungen für einen spezifischen Bereich zuverlässigere Verhaltensvorhersagen machen lassen, als durch generalisierte Kontrollüberzeugungen (vgl. Wallston, Maides & Wallston, 1976 und Lau, 1982). In diesem Sinn sollen nachfolgend gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen beschrieben werden.

### **2.3.6 Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen**

Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen sind bereichsspezifische Kontrollüberzeugungen und nach Greve & Krampen (1991) für den Bereich Gesundheit und Krankheit bedeutend für die Beschreibung und Prognose von Handlungsintentionen und Hand-

---

lung. Sie resultieren aus der Generalisierung der für den Bereich Gesundheit und Krankheit situationspezifischen Erwartungen und konkreten Handlungsziele (vgl. Krampen, 1991). Im Fokus des Interesses steht die Frage, inwieweit eine Person annimmt, dass der eigene Gesundheitszustand durch eigenes Handeln, fremdes Handeln - z.B. PsychotherapeutIn, ÄrztIn, Pflegepersonal etc. - oder Zufall bzw. Schicksal beeinflusst wird (Lohaus, 1992). Die Bedeutung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen skizzieren Greve & Krampen (1991): Das Wohlbefinden und die Gesundheit einer Person werden durch die faktische bzw. wahrgenommene Einschränkung von Handlungs- und Kontrollmöglichkeiten beeinflusst. Kontrollüberzeugungen wirken als Moderatorvariablen zwischen Stressoren und Bewältigungsverhalten. Ebenso kann der Vorhersagewert und die indikative Bedeutung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen für Prävention und Intervention insgesamt als gut bestätigt gelten.

Lohaus (1992) nennt Variablen, die auf die Entstehung von Kontrollüberzeugungen im Bereich von Gesundheit und Krankheit einwirken. Informationen aus der sozialen Umgebung über die Beeinflussbarkeit von Erkrankungen und die Krankheitserfahrungen der betroffenen Personen sind im Zentrum seiner Darstellung. Als für beide Aspekte zugehörige Wirkfaktoren nennt er Art, Häufigkeit, Dauer und Schweregrad von Erkrankungen.

Auch innerhalb der auf den Bereich Gesundheit und Krankheit bezogenen spezifischen Kontrollüberzeugungen lassen sich Bereiche unterschiedlichen Generalisierungsgrades abgrenzen. Die bislang existierenden und auf Teilgebiete innerhalb dieses Bereichs bezogenen Erhebungsinstrumente repräsentieren das. Sie erfassen situations- bzw. handlungsspezifische Erwartungen in Bezug auf einen bestimmten Gesundheitsaspekt oder Aspekt von Krankheit: z.B. die Drinking-related Locus of Control Scale (Donovan & O'Leary, 1978), die Heart Disease Locus of Control Scale (O'Connell & Price, 1985) und der Fragebogen zur Erfassung von Kontrollüberzeugungen zu körperlicher Krankheit und Gesundheit (Lohaus & Schmitt, 1989).

Zuvor wurde die Rolle gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen für die Beschreibung und Prognose von Handlungsintentionen und Handlung im Bereich Gesundheit und Krankheit beschrieben. Als hypothetische Konstrukte werden in der vorliegenden Untersuchung - neben generalisierten - spezifische auf die Angststörung bezogene Kontrollüberzeugungen

---

als relevant für die Beschreibung des therapeutischen Prozesses im Verlauf einer Reizkonfrontationstherapie beurteilt. Für die weiteren Ausführungen werden spezifische auf die Angststörung bezogene Kontrollüberzeugungen als auf ein Teilgebiet von Gesundheit und Krankheit bezogene Kontrollüberzeugungen definiert. Sie beziehen sich auf die subjektive Erwartung über die Kontrollierbarkeit von Ereignissen bzw. Problemen im Zusammenhang mit der Angststörung. Es wird der Zusammenhang der Ausprägungen von a) generalisierten und spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen und b) Angstbewältigungsstrategien angenommen. Die nachfolgenden Kapitel geben für diese Annahme weitere Hinweise. Zunächst soll die Rolle von Kontrollüberzeugungen bei der Regulierung psychischer Befindlichkeit im Allgemeinen spezifiziert werden.

### **2.3.7 Kontrollüberzeugungen und die Regulierung psychischer Befindlichkeit**

Für Brand (1982) haben Kontrollüberzeugungen einen differentiellen Beschreibungswert für psychische Erkrankungen. Brand (1982) führt die Bedeutung von Kontrollüberzeugungen in Modellvorstellungen zur Pathogenese psychischer Störungen im Rahmen der Theorie der Gelernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975) und der Stressforschung (Averill, 1973) an. Auf die Bedeutung von Kontrollüberzeugungen im Rahmen des sozial-kognitiven, lerntheoretischen Modells zum Trinkverhalten und Alkoholismus (Marlatt, 1978) verweisen Krampen & Fischer (1988a). Wenn hohe Bedürfniswerte, also hohe subjektive Verstärkerwerte, zusammen mit einer geringen Bewegungsfreiheit, also niedrigen Erfolgserwartungen, auftreten, dann ist entsprechend der Sozialen Lerntheorie pathologisches Verhalten wahrscheinlich (Krampen, 1982). Nach Krampen (1982) ist genau dieses Bedingungsgefüge bei pathologischen Erscheinungsbildern wie Angst, Vermeidungsverhalten und Depressivität etc. zentraler Bestandteil der Störung. Niedrige Erfolgserwartungen stehen im Zusammenhang mit externalen Kontrollüberzeugungen. Personen mit eher externalen Kontrollüberzeugungen sind in verringertem Maß der Ansicht, bestimmte Verstärker und Ereignisse erreichen bzw. beeinflussen zu können. Entsprechend dieser theoretischen Ableitung zur Symptomatik und Genese psychopathologischen Verhaltens gibt Krampen (1982) eine Reihe empirischer Befunde an: Externalität ist mit dem Ausmaß psychischer Desregulation und dem Ausmaß von Psychopathologie positiv korreliert (Camargo & Rez-

---

nikoff, 1975; Erickson et al., 1976; Hjelle, 1976; Brannigan et al., 1977), zudem mit allgemeiner Lebenszufriedenheit und Lebensaktivität negativ korreliert (Palmore & Luikart, 1972; Queen & Freitag, 1978). Nach Mielke (1982) sind internal orientierte Personen eher selbstbestimmt, aktiv und unbeirrbar in ihrem Handeln. External orientierte Personen achten stärker auf soziale Reize, verhalten sich eher passiv und sind leicht beeinflussbar. Personen, die annehmen, internale Kontrolle über ihre Handlungsergebnisse zu haben, sind angesichts schwieriger Situationen weniger aus dem Gleichgewicht zu bringen und weniger betroffen von Stresssymptomen (Mielke, 1982; vgl. Brickman et al., 1982).

Krampen (1982) weist darauf hin, dass auch im Bereich internaler Kontrollüberzeugungen die unrealistische Ausprägung der Erwartungshaltungen durchaus möglich ist. Realitätsverlust oder Selbstüberschätzung können Folge der generalisierten Überzeugung sein, alle Ereignisse des täglichen Lebens beeinflussen zu können.

Nachdem die Bedeutung von Kontrollüberzeugungen für die Regulierung psychischer Befindlichkeit im allgemeinen beschrieben wurde, wird nachfolgend der Stellenwert des Konstrukts für die Genese und Aufrechterhaltung von Angststörungen und die Ausprägung von Kontrollüberzeugungen bei Personen mit Angststörungen im speziellen erläutert (vgl. Mineka & Kelly, 1989).

### **2.3.8 Kontrollüberzeugungen bei Personen mit Angststörungen**

Die Bedeutung von Kontrollerfahrungen (Handlungs-Ergebnis-Kontingenzen) in Situationen mit vorhandenen oder eingeschränkten objektiven Kontrollmöglichkeiten und die Bedeutung damit im Zusammenhang stehender Kontrollüberzeugungen für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Angst illustrieren nachfolgende Befunde: Mineka & Kelly (1989) berichten von der experimentellen Manipulation objektiver Kontrollmöglichkeiten von Verstärkern in Tierexperimenten. Frühe Erfahrungen von Unkontrollierbarkeit begünstigen nach Mineka & Kelly (1989) die Entwicklung von Angst und Furcht in Gegenwart von Stressoren zu einem späteren Zeitpunkt. Geer & Maisel (1972) berichten von der experimentellen Manipulation objektiver Kontrollmöglichkeiten bei Menschen: die Gruppe von Personen, deren experimentelle Situation durch Vorhersehbarkeit und mangelnde objektive

---

Kontrollmöglichkeiten gekennzeichnet ist, unterscheidet sich von der Gruppe von Personen, deren Situation durch Vorhersehbarkeit und vorhandene objektive Kontrollmöglichkeiten gekennzeichnet ist, durch ein höheres Ausmaß an Angst. Nach Barlow (1988) ist der Verlust von Kontrolle bei Personen mit Panikstörungen ein die Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung determinierender Faktor. Sanderson, Rapee & Barlow (1989) variieren experimentell mittels verschiedener Instruktionen das Ausmaß wahrgenommener Kontrolle über eine angstprovozierende Bedingung bei zwei Gruppen von Personen mit Panikstörungen mit Agoraphobie. Das Ausmaß tatsächlicher Kontrolle über die angstprovozierende Bedingung ist in beiden Gruppen identisch. Die Gruppe der Personen, die vermeintliche Kontrolle über die angstprovozierende Maßnahme hat, berichtet von mehr Kontrolle über Angstsymptome, von einer geringeren Anzahl und weniger ernsten somatischen Angstsymptomen, von weniger katastrophisierenden Gedanken und weniger Leidensdruck als die Gruppe der Personen, die keine Illusion über objektive Kontrollmöglichkeiten hat. Die Ergebnisse von Sanderson et al. (1989) verweisen nach Mineka & Kelly (1989) auf den Effekt wahrgenommener Kontrolle auf die Angstsymptomatik.

Von Angststörungen betroffene Personen berichten häufig von Hilflosigkeit bei der Angstbewältigung angesichts der subjektiv unkontrollierbaren angstausslösenden Bedingungen, wie z.B. phobische Stimuli oder Panikattacken (Mineka & Kelly, 1989). Im Zusammenhang damit steht die Hilflosigkeit in Bezug auf die zukünftige Krankheitsbewältigung, über die betroffene Personen darüber hinaus berichten (vgl. Mineka & Kelly, 1989). Es kann angenommen werden, dass je hilfloser sich eine Person mit Angststörung fühlt, desto stärker ausgeprägt sind externale Kontrollüberzeugungen und desto weniger ausgeprägt ist die internale Kontrollüberzeugung. Gemäß der Sozialen Lerntheorie und weiteren empirischen Befunden steht eine niedrige Zielerwartung bei gleichzeitig hoher Bewertung des Zieles im Zusammenhang mit Angst und externalen Kontrollüberzeugungen (Nelson & Phares, 1971; Strassberg, 1973; Krampen, 1982). Verschiedene Untersuchungen weisen auf den Zusammenhang externaler Kontrollüberzeugungen mit Angst hin (Michelson, Mavissakalian & Meminger, 1983; Hoehn-Saric & McLeod, 1985). Personen mit gering ausgeprägten internalen Kontrollüberzeugungen berichten von mehr Angst als Personen mit stärker ausgeprägten internalen Kontrollüberzeugungen (Feather, 1967; Ray & Katahn, 1968; Strassberg,



---

1973). Emmelkamp & Cohen-Kettenis (1975) berichten von einem bedeutsamen Zusammenhang von Kontrollüberzeugungen und phobischer Angst bei Personen mit Agoraphobien. Woodward & Jones (1980) berichten für Personen mit differentiellen Angststörungen, dass generalisiert internal orientierte Personen mehr von einer therapeutischen Intervention profitieren als generalisiert external orientierte Personen. Eine external ausgeprägte Kontrollüberzeugung ist für die Entwicklung einer Agoraphobie prädisponierend (Emmelkamp, 1982). Personen mit Agoraphobien unterscheiden sich nach Adler & Price (1985) von anderen Personen durch geringere gesundheitsbezogene interne und ausgeprägtere gesundheitsbezogene fatalistische Kontrollüberzeugungen. Je stärker ausgeprägt die Agoraphobien von den betroffenen Personen beschrieben werden, desto ausgeprägter sind auch deren gesundheitsbezogene fatalistische externe Kontrollüberzeugungen (Adler & Price, 1985; Hoffart & Martinsen, 1991). Die betroffenen Personen unterscheiden sich von nichtängstlichen depressiven Personen durch eine ausgeprägtere gesundheitsbezogene fatalistische Kontrollüberzeugung (Hoffart & Martinsen, 1990). Nach Hoffart & Martinsen (1990) neigen external orientierte Personen mit Agoraphobien, die Panikattacken in belastenden Zeiten erleben, eher zu einem für ihre Angststörung ungünstigen Attributionsstil für ggf. auftretende physiologische Erregungen in angstausslösenden Situationen. Sie führen die Ursache für ihre Angst eher auf externale Faktoren, z.B. Menschenmengen oder auf internale außerhalb ihrer Kontrolle liegende Faktoren, z.B. Herzattacke zurück. Auf einen möglichen spezifischen Attributionsstil von Personen mit Agoraphobien verweisen Brodbeck & Michelson (1987) und Hoffart & Martinsen (1990; 1991). Personen mit Agoraphobien sind sich nach Fisher & Wilson (1985) der internalen Verursachung ihrer Angst nicht bewusst, deshalb nehmen sie meist externale Ursachen für ihre Angst an. Je höher externale Kontrollüberzeugungen bei Personen mit Angststörungen ausgeprägt sind, desto länger ist die Geschichte vergangener neurotischer Erkrankungen und desto größer ist anscheinend die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls nach einer erfolgreichen Behandlung (Andrews, 1991).

Eine verbesserte Angstbewältigung sollte also mit veränderten Kontrollüberzeugungen bei Personen mit Angststörungen kovariieren. Es kann zudem angenommen werden, dass die auf den Bereich der Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen durch gezielte Ver-

---

mittlung von Informationen zu Art, Häufigkeit, Dauer und Schweregrad von Angststörungen in einer therapeutischen Intervention beeinflusst werden können (vgl. Lohaus, 1992).

### **2.3.9 Veränderung von Kontrollüberzeugungen**

Emmelkamp, Kuipers & Eggeraat (1978) finden über den Verlauf einer Reizkonfrontation in vivo bei Personen mit Agoraphobien keine Veränderung der generalisierten Kontrollüberzeugungen, wohl aber der relevanten Angstvariablen. Auch Woodward & Jones (1980) kommen in einem Vergleich der Interventionen kognitive Umstrukturierung, einer modifizierten Form der systematischen Desensibilisierung und einem kombinierten Verfahren zu dem Ergebnis, dass es bei den untersuchten Gruppen von Personen mit differentiellen Angststörungen keine bedeutsame Veränderung der generalisierten Kontrollüberzeugungen gibt. Emmelkamp & Mersch (1982) berichten von einer Veränderung generalisierter Kontrollüberzeugungen bei Personen mit Agoraphobien durch Kognitive Umstrukturierung, jedoch tritt keine bedeutsame Veränderung durch Reizkonfrontation auf. Letzteres bestätigen Michelson et al. (1983), finden zusätzlich auch keine Veränderung durch eine pharmakologische Behandlung.

Zwar ist die Veränderung der Kontrollüberzeugungen in der Regel keine explizit definierte Zielvorgabe bei der Behandlung von Personen mit Angststörungen durch Reizkonfrontation. Doch Dua (1970) beschreibt im Widerspruch zu den oben dargestellten Befunden und kongruent zu den Annahmen der vorliegenden Untersuchung eine handlungsorientierte Intervention, die Problemanalysen, Handlungsanalysen und einen systematischen Aufbau neuer Verhaltensweisen umfasst, als effektiv in der Modifikation von Kontrollüberzeugungen. Nach Frank (1976) und Krampen (1982) ist die Veränderung der Kontrollüberzeugungen implizit in jeder therapeutischen Intervention zur Verbesserung der Bewältigungsmöglichkeiten der Betroffenen enthalten. So nimmt z.B. Krampen (1982) an:

Insgesamt gesehen kann vermutet werden, dass eine erfolgreich abgeschlossene, umfassende Psychotherapie auch Veränderungen in den Kontrollüberzeugungen zur Folge

hat, da sie für eine Fülle von Erlebens- und Verhaltensprozessen zentral sind. (S.179)

Für die Messung der generalisierten Kontrollüberzeugungen wird in den eingangs berichteten Untersuchungen die eindimensionale ROT-I-E-Skala von Rotter (1966) verwendet. Krampen (1991) operationalisiert generalisierte Kontrollüberzeugungen demgegenüber dreidimensional mittels der Skalen: "Generalisierte Internalität", "Generalisierte soziale Externalität" und "Generalisierte fatalistische Externalität" des "Fragebogens zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen - FKK" und berichtet von einem Anstieg der generalisierten Internalität und der generalisierten sozialen Externalität nach einem Einführungskurs zum Autogenen Training bei StudentInnen. Eine Reduktion der sozialen Externalität tritt nach Krampen & Ohm (1985) erst langfristig nach weiterem Praktizieren des Autogenen Trainings ein. Des Weiteren findet Krampen (1991) bei Personen mit depressiven Störungen nach einer gesprächspsychotherapeutischen Einzelbehandlung eine erhöhte generalisierte Internalität und eine verringerte generalisierte fatalistische Externalität.

## **2.4 Selbstkonzept eigener Fähigkeiten**

Nachdem die Bedeutung von Kontrollüberzeugungen für die Bewältigung einer Angststörung bei betroffenen Personen geschildert wurde, soll nachfolgend die Bedeutung des Selbstkonzept eigener Fähigkeiten für die Bewältigung einer Angststörung geklärt werden.

### **2.4.1 Begriffsbestimmung**

Das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK) ist, ebenso wie das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen, eine generalisierte Erwartungshaltung. Nach Krampen (1991) bezieht sich diese auf das Erleben einer Person, in vielen unterschiedlichen Situationen kompetent und handlungsfähig zu sein.

Es wurde schon in Kapitel 2.3.3 erläutert, dass Krampen (1991) verschiedene das handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit (HPP) konstituierende situativ und zeitlich relativ stabile Persönlichkeitsvariablen unterscheidet. Neben Kontrollüberzeugungen ist das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK) eine weitere Persönlichkeitsvariable (Kram-

pen, 1991). Das SK resultiert aus generalisierten Kompetenzerwartungen. Kompetenzerwartungen sind nach Krampen (1991) subjektive Situations-Handlungs-Erwartungen. Das sind Erwartungen darüber, dass in einer "gegebenen Situation der Person Handlungsalternativen - zu mindestens aber eine Handlungsmöglichkeit - zur Verfügung steht" (Krampen, 1991, S. 13). Für Krampen (1991) ist das SK ebenso zentral für menschliches Erleben und Handeln wie Kontrollüberzeugungen. Krampen (1991) berichtet für das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten Interkorrelationen mit generalisierten Kontrollüberzeugungen bei einer Stichprobe erwachsener Personen von  $N = 2028$ . Tabelle 1 gibt die Interkorrelationen an.

Tabelle 1

Interkorrelationen zwischen dem generalisierten Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK) und generalisierten Kontrollüberzeugungen

Konstrukt	Generalisierte Internalität <sup>a</sup>	Generalisierte soziale Externalität <sup>a</sup>	Generalisierte fatalistische Externalität <sup>a</sup>
SK <sup>a</sup>	+ .56	- .47	- .51

Anmerkungen. Die Interkorrelationen sind entnommen aus dem Manual zum Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) (S. 53) von G. Krampen, 1991, Göttingen: Hogrefe.

<sup>a</sup> Das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und die generalisierten Kontrollüberzeugungen sind in der zugrundeliegenden Studie ( $N = 2028$ ) mit dem FKK (Krampen, 1991) operationalisiert worden.

Das SK wird in der Regel eindimensional operationalisiert und kann sich ebenso wie Kontrollüberzeugungen in dem Maß der Generalisierung unterscheiden. Bislang existierende Erhebungsinstrumente repräsentieren das: z.B. die zwei Skalen des IPC-A-Fragebogens "Selbstkonzept eigener Fähigkeiten für den Bereich Alkoholismus - retrospektiv" und "Selbstkonzept eigener Fähigkeiten für den Bereich Alkoholismus - prospektiv" (Krampen & Fischer, 1988b) und die Skala des FKK-Fragebogens "Generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)".

---

Der Zusammenhang des SK mit adaptiven Angstbewältigungsstrategien bei Personen mit Angststörungen kann angenommen werden. An empirischen Untersuchungen mangelt es zwar bis dato dazu. Die Annahme ist jedoch plausibel, denn die Veränderung des SK steht in positivem Zusammenhang mit der Verbesserung therapeutischer Maße bei Personen mit depressiven Störungen durch eine geschäftspsychotherapeutische Einzelbehandlung und Veränderungen im Entspannungserleben und Wohlbefinden bei StudentInnen durch einen Einführungskurs für das Autogene Training (Krampen, 1991). Des Weiteren liegen empirische Befunde für die Bedeutung des Konstrukts in anderen Handlungsbereichen vor. Für die Bereiche: Erwartungen über zukünftige Zensuren bei SchülerInnen (Krampen & Lehmann, 1981), Prüfungsängstlichkeit (Krampen, 1988), politisches Partizipationsverhalten (Krampen, 1990; Mengerling, 1992) und Umwelt bewusstes Handeln (Krampen, Ronco & Martini, 1993) kann die Bedeutung eines generalisierten oder spezifischen Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten nachgewiesen werden. Darüber hinaus unterstützt auch die theoretische Verankerung des Konstrukts in der Erweiterung der Sozialen Lerntheorie, dem HPP (Krampen, 1991), die Plausibilität der Annahme.

## **2.5 Verantwortlichkeit**

Nachdem die Bedeutung von Kontrollüberzeugungen und des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten für die Bewältigung einer Angststörung bei betroffenen Personen geschildert wurde, soll nun die Bedeutung von selbstbezogenen Verantwortungsattributionen für die Krankheitsbewältigung bei Personen mit Angststörungen geklärt werden.

### **2.5.1 Begriffsbestimmung**

Es wurde schon auf die begriffliche Beziehung von attributionstheoretischen Konzepten, wie z.B. Verantwortungsattributionen, und Kontrollüberzeugungen hingewiesen (siehe Kap. 2.3.2). Der Begriff der Verantwortlichkeit wird in der Literatur gelegentlich gleichgesetzt mit dem Begriff der Kontrollüberzeugung (z.B. Lerch, 1979; Schneewind, 1982). Diese begriffliche Unschärfe ist problematisch. Denn nach Krampen (1982) beinhaltet Verantwortlichkeit im Gegensatz zu dem Begriff der Kontrollüberzeugungen neben der Frage

---

nach der Internalität bzw. Externalität einen weiteren Aspekt. Diese Konnotation wird bei Heider (1958) als Dimension moralischer Urteile deutlich (vgl. Krampen, 1982). Auch Reichle (1994) weist darauf hin, dass die Verursachung eines Ereignisses keinesfalls mit der Verantwortlichkeit für dasselbe gleichzusetzen ist. Brickman et al. (1982) unterscheiden Schuld und Kontrolle. Sie differenzieren folgendermaßen: "We assign blame to people when we hold them responsible for having created problems. We assign control to people when we hold them responsible for influencing or changing events" (S. 369).

### **2.5.2 Unterscheidung der Verantwortungsattribution für das Auftreten und für die Bewältigung eines Problems: Modelle zum Hilfeverhalten und Coping nach Brickman et al. (1982)**

Brickman et al. (1982) unterscheiden vier Modelle zum Hilfeverhalten und Coping. Die Modelle unterscheiden sich prinzipiell in der jeweiligen Ausprägung der Verantwortungsattribution für die Ursache und der Verantwortungsattribution für die Bewältigung eines Problems. Retrospektiv richtet sich die Verantwortungsattribution für die Ursache auf die Verantwortlichkeit für die Entstehung bzw. die Ursache eines Problems. Die Verantwortungsattribution für die Bewältigung richtet sich prospektiv auf die Verantwortlichkeit für die Lösung bzw. Bewältigung eines Problems. Aus der Kombination hoher und niedriger Ausprägungen beider Dimensionen ergeben sich nach Brickman et al. (1982) die vier Modelle (siehe Tabelle 2). Die den Modellen zugrundeliegenden Attributionsdimensionen sind nach Bierhoff (1988) von grundlegender Bedeutung für das Verständnis der Beziehung zwischen HelferInnen und Hilfesuchenden:

- a) Wenn die von einem Problem betroffene Person sich für Entstehung und Bewältigung des Problems verantwortlich fühlt oder von anderen Personen, möglicherweise helfenden Personen, für Entstehung und Bewältigung verantwortlich gehalten wird, genau dann liegen die Annahmen des sogenannten *Moralischen Modells* zugrunde.
- b) Annahmen des *Medizinischen Modells* liegen zugrunde, wenn persönliche Verantwortung weder für die Ursache noch für die Bewältigung des Problems zugeschrieben werden.

- c) Annahmen des *Aufklärungsmodells* liegen zugrunde, wenn persönliche Verantwortung zwar für die Entstehung, aber nicht für die Bewältigung des Problems zugeschrieben werden.
- d) Annahmen des *Kompensationsmodells* liegen zugrunde, wenn persönliche Verantwortung nicht für die Ursache, wohl aber für die Bewältigung des Problems zugeschrieben werden.

Tabelle 2

Die vier Modelle zum Hilfeverhalten und Coping nach Brickman et al. (1982) in Abhängigkeit der zugrundeliegenden Verantwortungsattributionen für die Ursache und die Bewältigung eines Problems

		Verantwortlichkeit für die Bewältigung des Problems	
		hoch	niedrig
Verantwortlichkeit für die Ursache des Problems	hoch	Moralisches Modell	Aufklärungsmodell
	niedrig	Kompensationsmodell	Medizinisches Modell

Anmerkung. In Anlehnung aus "Models of helping and coping" von P. Brickman, V. C. Rabinowitz, J. Karuza, D. Coates, E. Cohn & L. Kidder, 1982, *American Psychologist*, 27, S. 368-384.

Die von Brickman et al. (1982) beschriebenen Verantwortungsattributionen für Problem-entstehung und -bewältigung sind bisher englischsprachig nur für Voruntersuchungen operationalisiert worden (z.B. Karuza et al., 1990). In Untersuchungen etablierte Erhebungsinstrumente existieren bisweilen nicht.

Brickman et al. (1982) beschreiben für unterschiedliche Bereiche sozialen Engagements die Konsequenzen verschiedener zugrundeliegender Verantwortungsattributionen entsprechend ihrer vier postulierten Modelle. Im Bereich von Psychotherapie nehmen Brickman et al. (1982) an, dass die Attributionen von HelferInnen und Hilfesuchenden mit der

---

Art der Erkrankung variieren und dass sie differentielle Auswirkungen auf den Therapieprozess haben. Die vier Modelle Brickmans et al. (1982) beschreiben zwar die möglichen Annahmen von HelferInnen und hilfesuchenden Personen zur Verantwortung für die Ursache und die Bewältigung eines Problems. Im Weiteren sind jedoch die selbstbezogenen Verantwortungsattributionen von Hilfesuchenden zentral. In der vorliegenden Untersuchung wird angenommen, dass die selbstbezogenen Verantwortungsattributionen mit dem Bewältigungsverhalten bei Personen mit Angststörungen kovariieren können. Denn nach Karuza et al. (1990) stehen eine hoch ausgeprägte Verantwortungsattribution für die Bewältigung von Problemen empirisch im Zusammenhang zu adaptiven Lebensstrategien und eine niedrig ausgeprägte Verantwortungsattribution für die Bewältigung von Problemen mit maladaptiven Lebensstrategien. Personen fühlen sich gesünder und effektiver in der Bewältigung von Problemen, berichten von mehr Kontrolle über Ereignisse in ihrem Leben, und sind zufriedener, wenn sie sich gleichzeitig die Verantwortung für die Überwindung typischer Lebensprobleme zuschreiben (Karuza et al., 1990). Einen Zusammenhang der Verantwortungsattribution für die Ursache eines Problems und sowohl adaptiven wie auch maladaptiven Lebensstrategien finden Karuza et al. bei jungen Erwachsenen.

Zuvor wurde a) der Zusammenhang von Kontrollüberzeugungen und Angstbewältigung bei Personen mit Angststörungen mit Befunden belegt, b) der Zusammenhang des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten und Angstbewältigung plausibel abgeleitet und c) der Zusammenhang der Verantwortungsattribution, die Bewältigung der Angsterkrankung betreffend, und Angstbewältigung ebenfalls plausibel abgeleitet. Nachfolgend wird die besondere Berücksichtigung der bis hierher erläuterten, methodenunspezifischen, personenspezifischen Kognitionen: generalisierte und spezifische auf die Angststörung bezogene Kontrollüberzeugungen, Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und Verantwortungsattribution für die Bewältigung der Angsterkrankung im therapeutischen Konzept des CDK dargestellt.



---

## **2.6 Berücksichtigung methodenunspezifischer Wirkfaktoren im Christoph-Dornier-Centrum für Klinische Psychologie**

Die spezifischen Behandlungsbestandteile des CDK zur Berücksichtigung methodenunspezifischer Wirkfaktoren sind eine Weiterentwicklung der von Bartling et al. (1980) und Reinecker (1991) dargestellten Behandlungsbestandteile zur Vorbereitung auf eine Reizkonfrontationstherapie. Die Weiterentwicklung bezieht sich im Besonderen auf den Begriff der "Systemimmanenz", der in der psychologisch-wissenschaftlichen Literatur bisweilen nur von Fiegenbaum et al. (1992) partiell umschrieben wird. Der Begriff wird im nächsten Kapitel deshalb im Rahmen der Therapieelemente, wie sie im CDK Anwendung finden, beschrieben. Mit der Berücksichtigung methodenunspezifischer Wirkfaktoren ist das "Einsatzprofil der unspezifischen Elemente" (Blaser, 1989) der therapeutischen Intervention des CDK verschieden von Profilen anderer in der Literatur beschriebener Reizkonfrontationstherapien, in denen bisher keine unspezifischen Wirkfaktoren in diesem Maße mit einbezogen werden.

### **2.6.1 Kognitive Vorbereitung**

Um den Einfluss methodenunspezifischer Wirkfaktoren der Reizkonfrontation zu berücksichtigen, wird im CDK eine Kognitive Vorbereitung (KV) vor der Phase der Reizkonfrontation durchgeführt. Diese KV nimmt nach Fiegenbaum et al. (1992) eine zentrale Stellung in der Konfrontationstherapie ein.

Die KV gewährleistet nach Fiegenbaum et al. (1992) Transparenz des therapeutischen Vorgehens und ermöglicht den KundInnen, aktiv am therapeutischen Prozess teilzunehmen. Das soll bei den Hilfesuchenden die Überzeugung fördern, eigene Ressourcen zur Bewältigung der Angsterkrankung effektiv aktivieren zu können. Die KV liefert eine Alternative zu der Befürchtung vieler von einer Angststörung betroffenen Personen, an einer unerkannten und schweren körperlichen oder psychischen Krankheit zu leiden (Margraf & Schneider, 1990). Denn während der KV soll den KundInnen die nachweislichen Erfolge und die wissenschaftliche Fundierung der Reizkonfrontationstherapie dargestellt werden. Das fördert nach Fiegenbaum (1986) zum einen die Behandlungsmotivation und zum ande-

---

ren die Erfolgserwartung. Der wichtigste Bestandteil der KV ist die Vermittlung eines Erklärungsmodells zur Genese und Aufrechterhaltung der Angstsymptomatik unter Einbeziehung individueller Beispiele der Betroffenen (vgl. Fiegenbaum et al., 1992). Dabei ist die Erklärung der angststabilisierenden Wirkung von Vermeidungsverhalten besonders zu berücksichtigen. Das therapeutische Vorgehen für die Phase der Reizkonfrontation soll sich folgerichtig und konsequent aus dem Erklärungsmodell ableiten lassen (Fiegenbaum, 1990). Den KundInnen wird ein individueller Behandlungsvorschlag gemacht. Anschließend werden den Betroffenen mehrere Tage Bedenkzeit eingeräumt, um sich unter gründlicher Abwägung von Vor- und Nachteilen für oder gegen den Behandlungsvorschlag zu entscheiden. Bevor sich Personen mit Angststörungen jedoch für eine Therapie entschließen können, machen sie einen komplizierten Entscheidungsprozess durch (vgl. Prochaska & DiClemente, 1986). Die meisten Hilfesuchenden reagieren auf konkrete Behandlungsvorschläge, insbesondere auf Reizkonfrontationsverfahren, mit erheblicher Angst und Ambivalenz. Die Personen mit Angststörungen befinden sich in der Regel in einem starken Entscheidungskonflikt zwischen Argumenten, die eine Beibehaltung ihres bisherigen Vermeidungsverhaltens nahelegen, und Gründen, die für eine therapeutische Veränderung ihrer Situation sprechen (Janis & Mann, 1977). Gerade hier scheinen methodenspezifische Wirkfaktoren eine besondere Rolle zu spielen (vgl. Fichter, 1990). Die TherapeutInnen des CDK intendieren die Förderung einer hohen Ausprägung internaler, einer niedrigen Ausprägung externaler Kontrollüberzeugungen, die Förderung einer hohen Ausprägung des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten und die Förderung einer hohen Ausprägung der internalen Verantwortungsattribution für die Bewältigung der Angsterkrankung bei den betroffenen Personen. Das "systemimmanente" Gesprächsverhalten der TherapeutInnen im CDK spielt dafür eine zentrale Rolle (vgl. Fiegenbaum et al., 1992). TherapeutInnen verhalten sich genau dann "systemimmanent", wenn sich ihr Verhalten in nächster Nähe zur kognitiven Wirklichkeitskonstruktion der KundInnen befindet. Die TherapeutInnen bemühen sich um die Erfassung der Wirklichkeitskonstruktion der Hilfesuchenden und ziehen in der KV die möglichen Argumente für und/oder gegen die Reizkonfrontationstherapie in vivo mit den Hilfesuchenden gemeinsam in Betracht. Die optimale KV nach Konzept des CDK endet für hilfesuchende Personen mit Angststörungen mit einer in hohem Ausmaß erzeugten Entscheidungsambivalenz für und gegen die therapeuti-

---

sche Intervention. Die Modifikation der in der vorliegenden Untersuchung zentralen selbstbezogenen Kognitionen beginnt vermutlich mit der selbständigen eigenverantwortlichen Wahl für das Reizkonfrontationstraining nach der KV.

### **2.6.2 Reizkonfrontationstraining**

Das Reizkonfrontationstraining wird als nicht-graduierte massierte Reizkonfrontation in vivo im CDK durchgeführt. Ggf. wird der in der KV von KundIn und TherapeutIn aus dem Erklärungsmodell abgeleitete Behandlungsplan und dessen Grundlage während des Reizkonfrontationstrainings erneut erläutert. Das ist besonders dann häufig erforderlich, wenn die KundInnen die mit den Reizkonfrontationsübungen verbundenen Ängste erneut antizipieren oder die Bewältigung auftretender Ängste während des Konfrontationstrainings als nicht effektiv oder selbstverursacht erleben. Genau dann befinden sich die KundInnen erneut in dem Entscheidungskonflikt zwischen Argumenten für die therapeutische Veränderung des eigenen Angsterlebens und Vermeidungsverhaltens - und Argumenten für die Beibehaltung der Bewältigung der Angst durch Vermeidung. Die erneute "systemimmanente" Thematisierung der in der KV erläuterten Inhalte berücksichtigt abermals methodenunspecifische Wirkfaktoren.

Kontrollierbaren, kompetenzerfordernden und selbstverantwortlich gewählten Angstbewältigungsstrategien wird bei einer fortgesetzten therapeutischen Intervention weiterhin ein hohes Maß an Bedeutung zugemessen. Das Behandlungskonzept des CDK sieht eine adaptive Selbstregulierung der Angstbewältigungsstrategien und ein systematisches Ausschleichen der therapeutischen Hilfestellung in der Phase der massierten Reizkonfrontation für die von einer Angststörung betroffenen Personen vor. Es kann angenommen werden, dass die intendierte Selbstregulierung angesichts hoch ausgeprägter aversiver Merkmale angstauslösender Situationen nicht ohne hoch ausgeprägte internale, niedrig ausgeprägte externale Kontrollüberzeugungen, nicht ohne ein hoch ausgeprägtes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und nicht ohne eine hoch ausgeprägte selbstbezogene Verantwortungsattribution für die Bewältigung der Angststörung möglich ist. Darüber hinaus ermöglicht die therapeutische Nachbereitung der in den Übungen gemachten Lernerfahrungen die adaptive Veränderung der für eine erfolgreiche Bewältigung der Angststörung ungüns-

---

tigen Kognitionen.

## **2.7 Zusammenfassung der theoretischen Aussagen und Ableitung der Fragestellungen für die vorliegende Untersuchung**

Ca. 10% aller Menschen in den industrialisierten Ländern leiden einmal in ihrem Leben an einer Angststörung. Die Relevanz für die Schaffung angemessener Hilfeangebote ist entsprechend groß. In der Regel ist das Leben von Personen mit Angststörungen durch Angst erleben, Vermeidungsverhalten, Kontrollverlust, Angst vor Kontrollverlust und mangelnden Kontrollmöglichkeiten geprägt (Barlow, 1988; Mineka & Kelly, 1989; Ehlers et al., 1991). Als die Methode der Wahl für die Behandlung von Personen mit Angststörungen hat sich die Reizkonfrontationstherapie etabliert. Ihre Effektivität gilt als belegt (Marks, 1987; Barlow, 1988). Eine nicht-graduierte massierte Reizkonfrontation in vivo ist nach Fiegenbaum (1990) allen anderen Vorgehensweisen überlegen. Nach Ehlers & Margraf (1994) sind kognitive Variablen der Hilfesuchenden bedeutsam für den Therapieprozess. Fiegenbaum (1986) verweist in diesem Zusammenhang auf die besondere Bedeutung methodenunspezifischer Wirkfaktoren bei Reizkonfrontationstherapien.

Kontrollüberzeugungen, das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und Verantwortungsattributionen für die Ursache und die Bewältigung der Angststörung können zu den kognitiven Variablen gezählt werden, die im Zusammenhang mit dem Therapieprozess stehen (vgl. Fiegenbaum, 1986). Den Hintergrund dieser Annahme und deren Implikationen für die vorliegende Untersuchung schildern zusammenfassend die nachfolgenden Ausführungen: Kontrollüberzeugungen kovariieren mit den Kontrollerfahrungen der Personen mit Angststörungen (Barlow, 1988; Mineka & Kelly, 1989). Verschiedene empirische Befunde weisen auf die regulative Funktion von Kontrollüberzeugungen für die Bewältigung von Angststörungen bei betroffenen Personen hin (z.B. Woodward & Jones, 1980; Michelson et al., 1983; vgl. Mineka & Kelly, 1989; Andrews, 1991). Daneben weist eine Untersuchung von Dua (1970) darauf hin, dass eine handlungsorientierte Intervention einen Effekt auf die Modifikation generalisierter Kontrollüberzeugungen hat. Frank (1976) beschreibt Kontrollüberzeugungen als eine Variable, die sich für die Messung von Therapieeffekten eignet. Auch Krampen (1982) formuliert, dass die Veränderung der Kontroll-

---

überzeugungen in jeder therapeutischen Intervention zur Verbesserung der Bewältigungsmöglichkeiten von Betroffenen enthalten ist. Jedoch wird der Effekt therapeutischer Reizkonfrontation empirisch nicht durch die Variable Kontrollüberzeugung reflektiert (Michelson et al., 1983). Emmelkamp, Kuipers & Eggeraat (1978), Emmelkamp & Mersch (1982) und Michelson et al. (1983) finden keine Veränderung der generalisierten Kontrollüberzeugungen über den Verlauf einer Reizkonfrontationstherapie. In den genannten Untersuchungen werden generalisierte Kontrollüberzeugungen allerdings eindimensional mit der ROT-I-E-Skala (Rotter, 1966) operationalisiert. Auf die methodische Schwäche der ROT-I-E-Skala zur Erhebung generalisierter Kontrollüberzeugungen wird vielfach hingewiesen (z.B. Adler & Price, 1985; Krampen & Fischer, 1988a). Generalisierte Kontrollüberzeugungen werden zwar als relativ stabil und zeitlich überdauernd beschrieben (Krampen, 1991), jedoch berichtet Krampen (1991) von Veränderungen der generalisierten Kontrollüberzeugungen nach therapeutischen Interventionen. Er operationalisiert Kontrollüberzeugungen durch drei Skalen des "Fragebogens zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen - FKK" (Krampen, 1991). - Es erscheint angesichts der verbesserten Methoden zur Operationalisierung generalisierter Kontrollüberzeugungen sinnvoll, die Veränderung generalisierter Kontrollüberzeugungen über den Verlauf einer Reizkonfrontationstherapie erneut zu überprüfen. Da sich generalisierte und spezifische Kontrollüberzeugungen in dem Maß ihrer Generalisierung unterscheiden und spezifische Kontrollüberzeugungen in bekannten und gut strukturierbaren Situationen einen verbesserten Beschreibungswert haben, ist es zusätzlich sinnvoll, die Veränderung von spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen über den Verlauf einer Reizkonfrontationstherapie zu überprüfen. Dazu liegen bis dato keine empirischen Befunde vor.

Auch für das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten wird in der vorliegenden Untersuchung angenommen, dass es mit dem Bewältigungsverhalten bei Personen mit Angststörungen im Zusammenhang steht. Zu dieser Annahme geben die Befunde zum Zusammenhang des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten mit Effekten während therapeutischer Interventionen und die Bedeutung des Konstrukts in anderen Handlungsbereichen Anlass. Auch die theoretische Verankerung des Konstrukts im Handlungstheoretischen Partialmodell der Persönlichkeit (Krampen, 1987) unterstützt die Annahme des Zusammenhangs des Konstrukts mit Bewältigungsverhalten bei Personen mit Angststörungen. Deshalb soll auch die Ver-

---

änderung des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten über die Reizkonfrontationstherapie zur Verbesserung der Bewältigungsmöglichkeiten bei Personen mit Angststörungen untersucht werden.

Des Weiteren steht eine hoch ausgeprägte selbstbezogene Verantwortungsattribution für die Bewältigung von Problemen im Zusammenhang mit adaptiven Bewältigungsstrategien bei den Hilfesuchenden (Karuza et al., 1990). Im Besonderen ist diese Aussage deshalb für den Bereich der Angststörungen anzunehmen, weil es sich bei der Bewältigung einer Angststörung durch Reizkonfrontation um eine verhaltensabhängige Bewältigung handelt, bei der die eigene Verantwortlichkeit eine entscheidende Rolle spielt. Deshalb erscheint es sinnvoll, die Veränderung der selbstbezogenen Verantwortungsattribution für die Bewältigung der eigenen Angststörung über den Verlauf nicht-graduierten massierten Reizkonfrontationstherapie in vivo bei Personen mit Angststörungen zu untersuchen. Neben der Verantwortungsattribution für die Bewältigung der Angststörung soll zusätzlich die Veränderung der Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung bei Personen mit Angststörungen explorativ untersucht werden, da Brickman et al. (1982) auch dieser Dimension der Verantwortungsattribution Beschreibungs- und Vorhersagewert zumessen.

Das Behandlungskonzept des Christoph-Dornier-Centrums für Klinische Psychologie (CDK) kennzeichnet die individuumzentrierte Durchführung einer nicht-graduierten massierten Reizkonfrontation in vivo mit Kognitiver Vorbereitung unter möglicher Einbeziehung von Angehörigen. Es werden dabei kognitive Variablen der Hilfesuchenden durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapieelemente berücksichtigt. Die besondere Berücksichtigung der im Zentrum der vorliegenden Untersuchung stehenden selbstbezogenen Kognitionen wird in der sogenannten "Kognitiven Vorbereitung" und ggf. während des "Reizkonfrontationstrainings" gewährleistet. Die TherapeutInnen des CDK intendieren die Förderung einer hohen Ausprägung internaler Kontrollüberzeugungen, die Förderung einer niedrigen Ausprägung externaler Kontrollüberzeugungen, die Förderung einer hohen Ausprägung des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten und die Förderung einer hohen Ausprägung der selbstbezogenen Verantwortungsattribution für die Bewältigung der Angst-erkrankung bei den betroffenen Personen. Angesichts der besonderen Berücksichtigung der für die vorliegende Untersuchung zentralen selbstbezogenen Kognitionen ist es - über die bisherigen Ausführungen hinaus - sinnvoll, deren Veränderung über den Verlauf der Reiz-

---

konfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung zu untersuchen. Eine hohe oder niedrige Ausprägung der Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung wird in der Regel von den TherapeutInnen des CDK nicht gefördert.

Neben der Überprüfung der Veränderung der selbstbezogenen Kognitionen über den Verlauf der nicht-graduierten massierten Reizkonfrontation in vivo mit Kognitiver Vorbereitung bei Personen mit Angststörungen sollen in der vorliegenden Untersuchung Maße des Angsterlebens und Vermeidungsverhaltens als Variablen einer erfolgreichen Bewältigung der Angststörung zusätzlich erhoben werden.

---

### 3. Fragestellungen und Hypothesen in theoretischen Begriffen

Zusammenfassend resultieren aus den theoretischen Erläuterungen in Kapitel 2 für die vorliegende Untersuchung folgende Fragestellungen und Hypothesen in theoretischen Begriffen:

#### 1. Fragestellung:

Verändern sich die generalisierten und die spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen über den Verlauf der nicht-graduierten massierten Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung bei Personen mit Angststörungen?

#### Hypothesen in theoretischen Begriffen:

Über den Verlauf der nicht-graduierten massierten Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung verändern sich die generalisierten und spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen bei Personen mit Angststörungen. Die Ausprägung internaler erhöht sich, die Ausprägung sozial externaler vermindert sich und die Ausprägung fatalistisch externaler Kontrollüberzeugungen vermindert sich ebenfalls über den Verlauf der Therapie.

#### 2. Fragestellung:

Verändert sich das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten über den Verlauf der nicht-graduierten massierten Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung bei Personen mit Angststörungen?

#### Hypothese in theoretischen Begriffen:

Die Ausprägung des generalisierten Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten erhöht sich über den Verlauf der nicht-graduierten massierten Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung.



---

### 3. Fragestellung:

Verändern sich die selbstbezogenen Verantwortungsattributionen, die Ursache und die Bewältigung der Angststörung betreffend, über den Verlauf der nicht-graduierten Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung bei Personen mit Angststörungen?

#### Exploration und Hypothese in theoretischen Begriffen:

Die Ausprägung der selbstbezogenen Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung wird über den Verlauf der nicht-graduierten massierten Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung explorativ erfasst. Es soll explorativ erkundet werden, ob sich die selbstbezogene Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung über den Verlauf der Therapie verändert.

Hinsichtlich der selbstbezogenen Verantwortungsattribution, die Bewältigung der Angststörung betreffend, wird die Hypothese formuliert, dass sich die Ausprägung der Verantwortungsattribution für die Bewältigung der Angststörung über den Verlauf der nicht-graduierten massierten Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung bei Personen mit Angststörungen erhöht.

### 4. Fragestellung:

Verändert sich das Angsterleben und Vermeidungsverhalten über den Verlauf der nicht-graduierten massierten Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung bei Personen mit Angststörungen?

#### Hypothesen in theoretischen Begriffen:

Die Ausprägung des Angsterlebens und Vermeidungsverhaltens vermindert sich über den Verlauf der nicht-graduierten massierten Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung.

---

## 4. Methode

Der empirischen Überprüfung der formulierten Hypothesen liegen methodische Bedingungen zugrunde. Diese sollen im vorliegenden Kapitel dargestellt werden.

### 4.1 Behandlungsablauf im Christoph-Dornier-Centrum für Klinische Psychologie

Da die vorliegende Untersuchung im Christoph-Dornier-Centrum für Klinische Psychologie (CDK) durchgeführt wurde, soll zunächst ein Überblick über den dortigen zeitlichen Behandlungsablauf für Personen mit Angststörungen gegeben werden. Dazu werden die einzelnen Behandlungsbestandteile entsprechend der Reihenfolge ihrer Durchführung im CDK beschrieben. Der zeitliche Behandlungsablauf dient der darauf folgenden Darstellung einzelner Untersuchungsbestandteile als zeitlicher Bezugsrahmen. Das Behandlungskonzept des CDK setzt sich aus den nachfolgend beschriebenen Therapiebestandteilen zusammen.

1. Der "Erstkontakt" zwischen CDK und Hilfesuchenden kommt in der Regel durch Initiative der betroffenen Person, der ihr nahestehenden Personen oder einer vermittelnden Institution des Gesundheitssystems, z.B. Beratungsstellen, zustande.

2. Die eintägige "1. diagnostische Untersuchung" setzt sich aus Erstgespräch und einer psychodiagnostischen Untersuchung zusammen. Die/Der TherapeutIn und die hilfesuchende Person lernen sich im Erstgespräch kennen. Zentrale Ziele des Erstgesprächs sind die Herstellung der Beziehung zwischen KundIn und TherapeutIn und die Vermittlung von Informationen über das Behandlungskonzept des CDK. Ziele der psychodiagnostischen Untersuchung sind die Vorbereitung erster indikativer Entscheidungen und die Klärung der Behandlungsmotivation.

3. Die "2. diagnostische Untersuchung" markiert den Beginn der stationären therapeutischen Intervention und umfasst a) eine 1-2-tägige weitere psychologische und medizinische Diagnostikphase und b) die Therapieplanung. Ziel dieser weiteren diagnostischen Untersuchung ist, neben der Klärung möglicher somatischer Krankheitsursachen, die Abstimmung der Therapieplanung auf die individuelle Problemlage jeder einzelnen hilfesuchenden Person.

---

4. Die "Kognitive Vorbereitung" auf das Reizkonfrontationstraining ist ein etwa 2-3-stündiges Gespräch. Den KundInnen wird von den TherapeutInnen ein Behandlungsvorschlag gemacht, der die individuell für notwendig erachteten Behandlungsmaßnahmen, die Dauer der stationären Behandlungsphase und das Ausmaß der Einbeziehung von Angehörigen umfasst.

5. Das "Reizkonfrontationstraining" ist eine etwa 2-wöchige massierte Intensivtherapie. In dieser Zeit sind die Therapie-KundInnen etwa 6-10 Stunden täglich einzeltherapeutisch eingebunden. Zunehmend werden die Therapie-KundInnen angehalten, die Reizkonfrontationsübungen allein - ohne therapeutische Begleitung durchzuführen. Die intensiven Lernerfahrungen in den einzelnen Übungen werden von therapeutischen Nachbereitungen begleitet.

6. Das "Therapieabschlussgespräch" markiert das Ende des Reizkonfrontationstrainings und der stationären Behandlung. Im Therapieabschlussgespräch wird ein Resümee über die individuellen Lernerfahrungen in der bisherigen Behandlung gezogen und der Transfer der neu erlernten Angstbewältigungsstrategien in den Alltag der KundInnen vorbereitet.

7. In der "Selbstkontrollphase" sind die Therapie-KundInnen angehalten, zu Hause weiterhin systematisch Reizkonfrontationsübungen durchzuführen und ihre Erfahrungen zu protokollieren. Der mögliche telefonische Kontakt zu den TherapeutInnen in der 6-wöchigen Selbstkontrollphase ermöglicht den KundInnen ggf. Unterstützung und die Korrektur ungünstiger Entwicklungsverläufe.

8. Zu einer "Nachuntersuchung" erscheinen die Therapie-KundInnen abschließend nochmals im CDK. Dabei werden erneut diagnostische Untersuchungen zur Evaluation der therapeutischen Maßnahmen mit den KundInnen durchgeführt und in einem Gespräch erläutert.

Zusammenfassend ist die zeitliche Abfolge der einzelnen Behandlungbestandteile im Christoph-Dornier-Centrum für Klinische Psychologie (CDK) folgende:

1. "Erstkontakt"
2. "1. diagnostische Untersuchung"
3. "2. diagnostische Untersuchung": Therapiebeginn
4. "Kognitive Vorbereitung"

5. "Reizkonfrontationstraining"
6. "Therapieabschlussgespräch": Therapieende
7. "Selbstkontrollphase"
8. "Nachuntersuchung"

## 4.2 Untersuchungsdesign für die vorliegende Studie

Die vorliegende Fragebogenuntersuchung zur Klärung der formulierten Fragestellungen wurde als Messwiederholungsdesign mit 2 Messzeitpunkten ohne Kontrollgruppe konzipiert. Campbell & Stanley (1966) bezeichnen das Untersuchungsdesign als "One-Group-Pretest-Posttest-Design" und weisen auf begrenzte Interpretationsmöglichkeiten von resultierenden Effekten aufgrund eines Mangels an interner Validität hin (vgl. Bortz, 1984).

Der erste Messzeitpunkt (t1) wurde zum Ende der routinemäßig durchgeführten 2. diagnostischen Untersuchung, gleichzeitig vor der Kognitiven Vorbereitung, gewählt. Der zweite Messzeitpunkt (t2) wurde nach Abschluss des Reizkonfrontationstrainings, gleichzeitig vor dem Therapieabschlussgespräch, gewählt. Zu beiden Zeitpunkten wurden den an der Untersuchung teilnehmenden Personen Fragebögen zur Bearbeitung vorgelegt. Zusammenfassend markieren die beiden gewählten Messzeitpunkte Anfang und Ende des Behandlungsabschnitts: Kognitive Vorbereitung und Reizkonfrontationstraining (siehe Abb. 1).

Abb. 1

### Die gewählten Messzeitpunkte

t1 → Kognitive Vorbereitung → Reizkonfrontationstraining → t2

Erläuterungen zu Abb. 1. t1: 1. Messzeitpunkt, t2: 2. Messzeitpunkt

Kognitive Vorbereitung und Reizkonfrontationstraining werden in der vorliegenden Untersuchung als zentrale Behandlungsbestandteile für die Modifikation von generalisierten und spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen, des generalisierten Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten und der Verantwortungsattributionen für die Bewältigung der Angststörung vermutet.

### 4.3 Stichprobe

Das vorliegende Kapitel dient der Beschreibung a) der Stichprobengewinnung, b) der Erfassung der Stichprobenmerkmale und c) der Stichprobe.

#### 4.3.1 Stichprobengewinnung

Eingangs sollen kurz zwei für die vorliegende Untersuchung möglicherweise relevante strukturelle Bedingungen im CDK genannt werden. Im Hinblick auf mögliche Selektionsprozesse im Vorfeld der psychotherapeutischen Behandlung im CDK ist erwähnenswert, dass für alle Therapie-KundInnen des CDK das "Kostenerstattungsverfahren in Anlehnung an das Delegationsverfahren" für die Regelung der Therapiekosten Anwendung findet. Des Weiteren ist im CDK die wissenschaftliche Begleitung jeder Behandlung routinemäßig in das Behandlungskonzept integriert. Dazu werden die Therapie-KundInnen vor der 1. diagnostischen Untersuchung gebeten, eine Einverständniserklärung zu unterschreiben. Diese beinhaltet u.a. die Erklärung, sich umfassend diagnostisch für das individuelle Therapieprogramm und zu Forschungszwecken untersuchen zu lassen. Die Hilfesuchenden können eine therapeutische Behandlung im CDK nur dann beginnen, wenn sie diese Einverständniserklärung abgeben.

Im Rahmen dieser strukturellen Bedingungen konnten ausnahmslos alle Personen mit einer Angstproblematik (N = 78; 100%), die sich im Zeitraum zwischen August und Dezember 1994 in stationäre Behandlung in das CDK begaben, zur Teilnahme gewonnen werden. Einige brachen die Behandlung jedoch vorzeitig ab (N = 10; 12.8%). Von diesen Personen konnten nur 2 Personen zur wiederholten Bearbeitung der vorgegebenen Fragebögen zum zweiten Messzeitpunkt gewonnen werden. Alle der vorliegenden Untersuchung zugrundeliegenden untersuchten Personen erklärten vor der 1. diagnostischen Untersuchung freiwillig ihr Einverständnis mit der Datenerhebung. Den untersuchten Personen wurde in der Einverständniserklärung zugesichert, dass ihre Daten nur in anonymisierter Form für Forschungszwecke verwendet werden.

---

### 4.3.2 Erfassung der Stichprobenmerkmale

#### 4.3.2.1 Diagnostik nach DSM-III-R

Das DSM-III-R lässt die Feststellung mehr als einer Diagnose unter bestimmten Bedingungen zu (Wittchen et al., 1987/1989). Die *Hauptdiagnose* beschreibt in der vorliegenden Untersuchung den Störungsbereich, der als zentral behandlungsbedürftig seitens der DiagnostikerInnen beurteilt wurde. Die *1. und 2. Nebendiagnose* beschreiben in der vorliegenden Untersuchung Störungsbereiche, die seitens der DiagnostikerInnen als problematisch beurteilt wurden, jedoch im Vergleich zu der Hauptdiagnose als nur peripher behandlungsbedürftig beurteilt wurden. Die Diagnose wurde zu zwei Zeitpunkten festgestellt.

#### *Vorläufige Diagnose nach DSM-III-R*

Die Vorauswahl der in dieser Studie untersuchten Stichprobe wurde auf der Basis der vorläufigen Diagnosestellung nach DSM-III-R vorgenommen. Aus der Menge der sich in Behandlung in das CDK begebenen Hilfesuchenden wurden nur Personen mit einer Angststörung als vorläufige Hauptdiagnose nach DSM-III-R ausgewählt. Aufgrund der differentialdiagnostischen Sonderstellung der Störungsbilder Zwangsstörung (vgl. Freitag & Fiegenbaum, 1992) und Posttraumatische Belastungsstörung sollten Hilfesuchende mit einer dieser beiden Störungen als vorläufige Hauptdiagnose nach DSM-III-R von der Untersuchung ausgeschlossen werden.

Die vorläufige Diagnose wurde dem jeweiligen vorläufigen psychotherapeutischen Bericht zur bisherigen Behandlung zu jeder Person entnommen. Die vorläufige Diagnose resultierte als Ergebnis aus der Durchführung des "Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen (DIPS)" (Margraf, Schneider, Ehlers, DiNardo & Barlow, 1991) in der 1. diagnostischen Untersuchung. Das DIPS wurde bei den untersuchten Personen von DiplompsychologInnen oder PsychologiestudentInnen im Hauptstudium durchgeführt und ausgewertet. Die DiagnostikerInnen waren in Durchführung und Auswertung des DIPS geübt. Bei dem DIPS handelt es sich um ein strukturiertes Interview, das den Versuch einer Operationalisierung im DSM-III-R genannter psychischer Störungen unternimmt. Das DIPS erfasst die folgenden Störungsbereiche (DSM-III-R-Oberklassen) - jedoch mit einem Schwerpunkt

---

auf der Erfassung von Angststörungen: Angststörungen, affektive Störungen, Alkoholismus und Drogenmissbrauch, somatoforme Störungen, Essstörungen, nicht-organische Psychosen. Ferner werden allgemeine anamnestische Daten erfasst. Nach Margraf, Schneider & Ehlers (1991) ergeben sich für das DIPS bei der Betrachtung der Testwiederholungsreliabilität auf der Ebene der DSM-III-R-Oberklassen für alle Klassen gute Übereinstimmungswerte von .68 bis .78 als Kappa-Werte, .69 bis 1.0 als Yule's Y-Werte und 87% bis 100% als prozentuale Übereinstimmung. Die Überprüfung der Interraterreliabilitäten für die Erfassung der DSM-III-R-Oberklassen mittels des DIPS ergab nach Margraf et al. (1991) höhere Werte als die Testwiederholungsreliabilitäten. Auch für die Validitätsüberprüfung zeigten sich nach Margraf et al. (1991) sehr zufriedenstellende Ergebnisse. Die von Margraf et al. (1991) berichteten Befunde zur Validität beziehen sich auf die konvergente und diskriminante Validität als Aspekte der Konstruktvalidität der DSM-III-R-Oberklassen und der einzelnen DSM-III-R-Diagnosen.

*Endgültige Diagnose nach DSM-III-R für die Zeit während der stationären therapeutischen Intervention*

Für die vorliegende Untersuchung wurde die endgültige Diagnose der KundInnen für die Zeit während der stationären therapeutischen Intervention (1. diagnostische Untersuchung → Therapieabschlussgespräch) dem Therapieabschlussbericht entnommen. Falls sich während der stationären Behandlung Hinweise für eine fehlerbehaftete Diagnosestellung ergaben, so wurde die in der 1. diagnostischen Untersuchung gestellte Diagnose ggf. von den behandelnden TherapeutInnen korrigiert. Eine Korrektur wurde vorgenommen, wenn a) Hinweise für das Betroffensein einer differentialdiagnostisch ähnlichen Störung vorlagen, sich b) Hinweise auf weitere Problembereiche der KundInnen ergaben oder c) die Relevanz bestimmter Problembereiche vor Therapiebeginn unter- oder überschätzt wurde. Die Korrektur erfolgte unter Supervision der leitenden Diplompsychologen des CDK.

---

#### 4.3.2.2 Personenbezogene Angaben

Angaben zur Person und zu möglichen Problembereichen wurden für die vorliegende Untersuchung dem sogenannten Eingangsfragebogen des CDK entnommen. Alle Hilfesuchenden, die sich für eine Behandlung im CDK interessieren, erhalten beim Erstkontakt neben Informationsmaterialien zum Behandlungskonzept des CDK zunächst einen Eingangsfragebogen. Dieser wird bei fortgesetztem Interesse an einer Behandlung von den Betroffenen vor der 1. diagnostischen Untersuchung an das CDK zurückgesendet. Die später behandelnden TherapeutInnen und die hilfesuchenden Personen haben zu diesem Zeitpunkt in der Regel noch keinen Kontakt. Der Eingangsfragebogen dient den TherapeutInnen zur Planung des Erstgesprächs.

Jede der in der vorliegenden Studie untersuchten Personen wurde im Eingangsfragebogen des CDK nach Geschlecht, Geburtsdatum, Schulabschluss, Familienstand, Lebenssituation und Leidensbeginn befragt. Für das Geschlecht, den Schulabschluss, den Familienstand und die Lebenssituation wurden jeweils Antwortkategorien vorgegeben, von denen die Therapie-KundInnen eine auswählen sollten. Die möglichen Antwortkategorien werden im Rahmen der Stichprobenbeschreibung vollständig aufgeführt. Darüber hinaus wurden die untersuchten Personen gebeten, auf einer vierstufigen Skala zwischen 1 und 5 anzugeben, wie stark ihr Leidensdruck sei. 1 bedeutete "sehr stark" und 5 bedeutete "gar nicht". Zusätzlich wurden die untersuchten Personen im Eingangsfragebogen zu ihrer Beeinträchtigung durch das Angstproblem in den Lebensbereichen Berufsausübung/-ausbildung, Freizeit, allgemeiner Bewegungsspielraum, Sozialkontakt, körperliche Gesundheit, Partnerbeziehung, Familiensituation und finanzielle Situation befragt. Dort war die Angabe mehrerer beeinträchtigter Lebensbereiche möglich.

Nachfolgend werden die Merkmale der untersuchten Personen beschrieben.



---

### 4.3.3 Stichprobenbeschreibung

Für die Auswertung<sup>4</sup> der in der vorliegenden Untersuchung erfassten Angaben der untersuchten Personen erscheint es sinnvoll, zwischen zwei Stichproben zu differenzieren, denn die Gesamtmenge der in der vorliegenden Studie untersuchten Personen ist im Hinblick auf einige für die weitere Auswertung wichtige Kriterien als heterogen zu bewerten. Im Weiteren wird zwischen Stichprobe 1 (S1) und Stichprobe 2 (S2) unterschieden.

S1: Stichprobe 1 ist gleich der heterogenen Gesamtmenge der in der vorliegenden Studie untersuchten Personen (N = 78). Alle ausgewählten Personen sind durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

1. Allen Personen in S1 ist die Feststellung der *vorläufigen* Hauptdiagnose Angststörung nach DSM-III-R gemeinsam.
2. Die *vorläufige* Hauptdiagnose nach DSM-III-R lautet nicht Zwangsstörung oder Posttraumatische Belastungsstörung.

S2: Stichprobe 2 ist eine homogene Auswahl von Personen aus S1. Alle ausgewählten Personen (N = 63) sind durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

1. Allen Personen ist die Feststellung der *endgültigen* Hauptdiagnose Angststörung nach DSM-III-R für die Zeit während der therapeutischen Intervention gemeinsam. Die endgültige Hauptdiagnose nach DSM-III-R für die Zeit während der therapeutischen Intervention wird der vorläufigen Diagnose nach DSM-III-R vorgezogen, da ihr zusätzliche Informationen zugrunde liegen.
2. Die *endgültige* Hauptdiagnose nach DSM-III-R für die Zeit während der therapeutischen Intervention lautet nicht Zwangsstörung oder Posttraumatische Belastungsstörung.
3. Die stationäre therapeutische Intervention im CDK wurde nicht unterbrochen und wieder-

---

<sup>4</sup> In der vorliegenden Studie wurden die gesamten Auswertungen mit dem Statistikprogramm SPSS for MS Windows Release 5.0.1 (Oct 09 1992) durchgeführt. Die Auswertungen in dem vorliegenden Kapitel 4.3.3 beschränken sich auf die Auszählung von Häufigkeiten und deskriptivstatistische Auswertungen.

raufgenommen. Eine mögliche Vermeidung durch Unterbrechung der massierten Therapie war ausgeschlossen.

4. Die stationäre therapeutische Intervention im CDK wurde regulär beendet. D.h., die Angsttherapie-KundInnen wählten zu keinem Zeitpunkt der stationären therapeutischen Intervention deren Abbruch.

Alle Fälle, die diese Kriterien nicht erfüllten (N = 15; 19.2%), wurden aus der Gesamtmenge der Fälle von S1 (N = 78; 100.0%) ausgeschlossen. Aufgrund des 1. Kriteriums reduzierte sich die Gesamtmenge der Fälle von S1 um N = 2 Personen (2.6%), aufgrund des 2. Kriteriums um N = 1 Person (1.3%), aufgrund des 3. Kriteriums um N = 2 Personen (2.6%) und aufgrund des 4. Kriteriums um N = 10 Personen (12.8%). Tabelle 3 gibt einen Überblick zur Stichprobenauswahl für S2.

Tabelle 3

S2: Stichprobenauswahl aus S1

Stich- probe	Kriterium 1		Kriterium 2		Kriterium 3		Kriterium 4	
	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt
S1	N = 76 97.4%	N = 2 2.6%	N = 77 98.7%	N = 1 1.3%	N = 76 97.4%	N = 2 2.6%	N = 68 87.2%	N = 10 12.8%
S2	N = 63 100.0%	N = 0 0.0%	N = 63 100.0%	N = 0 0.0%	N = 63 100.0%	N = 0 0.0%	N = 63 100.0%	N = 0 0.0%

Anmerkung. Zu den Kriterien 1 bis 4, siehe Text zuvor.

Für die Auswertungen zur Klärung der in Kapitel 3 formulierten Fragestellungen wurde die Stichprobe S2 verwendet. Nachfolgend soll aufgrund der Hypothesenrelevanz von S2 deren Zusammensetzung detailliert beschrieben werden. Ausnahmslos alle Personen mit Angststörungen aus S2 bearbeiteten die Fragebogeninstrumente zum 1. und 2. Messzeitpunkt.

#### 4.3.3.1 Diagnose nach DSM-III-R

In diesem Kapitel sollen die Häufigkeiten für die endgültig für die Zeit während der therapeutischen Intervention festgestellten Hauptdiagnosen genannt werden. S2 (N = 63; 100.0%) setzt sich hauptsächlich aus Personen zusammen, die nach DSM-III-R unter einer Panikstörung mit Agoraphobie leiden (N = 49; 77.8%). Weitere N = 11 Personen (17.5%) sind von einer Sozialen Phobie betroffen. Die restlichen Personen sind von einer Einfachen Phobie (N = 2; 3.2%) oder einer Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte (N = 1; 1.6%) betroffen. Tabelle 4 gibt einen Überblick zu den Hauptdiagnosen der untersuchten Personen in S2.

Tabelle 4

##### Hauptdiagnose nach DSM-III-R

Hauptdiagnose nach DSM-III-R	Kennziffer in DSM-III-R	N	%
Panikstörung mit Agoraphobie	300.21	49	77.8
Soziale Phobie	300.23	11	17.5
Einfache Phobie	300.29	2	3.2
Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte	300.22	1	1.6
Gesamt	-	63	100.0

Anmerkung. Die Tabelle gibt die Zusammensetzung von S2 entsprechend der endgültigen Hauptdiagnose für die Zeit während der therapeutischen Intervention an.

Die Häufigkeiten für die endgültig für die Zeit während der therapeutischen Intervention

festgestellten 1. und 2. Nebendiagnosen werden in den Tabellen B-1 und B-2 in Anhang B dargestellt.

#### 4.3.3.2 Geschlecht und Alter

Überwiegend Frauen (N = 43; 68.3%) im Vergleich zu Männern (N = 20; 31.7%) sind in S2 von einer Angststörung betroffen. Das Durchschnittsalter in S2 beträgt 36.3 (Min.: 18.8 - Max.: 67.1) Jahre. Das Alter der untersuchten Personen wurde durch Differenzbildung des Geburtsdatums und des Datums des Therapiebeginns berechnet. Tabelle 5 stellt die deskriptiven Daten zu Geschlecht und Alter in S2 dar.

Tabelle 5

##### Geschlecht und Alter

Geschlecht				N	Alter in Jahren			
weiblich		männlich			M	SD	Min.	Max.
N	%	N	%					
43	68.3	20	31.7	63	36.3	9.6	18.8	67.1

Anmerkung. Die Tabelle gibt Geschlecht und Alter für die untersuchten Personen in S2 an.

#### 4.3.3.3 Schulabschluss

Die Personen mit Angststörungen in S2 gaben für ihre Person folgende Schulabschlüsse an: 4 Personen (6.3%) hatten keinen Schulabschluss, 13 Personen (20.6%) einen Hauptschulabschluss, 16 Personen (25.4%) die Fachoberschulreife, 12 Personen (19.0%) die Fachhochschulreife oder Allgemeine Hochschulreife, 17 Personen (27.0%) einen Hochschulabschluss und 1 Person (1.6%) hatte einen sonstigen Schulabschluss. Tabelle 6 gibt einen Überblick zu den Häufigkeiten der Schulabschlüsse in der untersuchten Stichprobe (S2).

Tabelle 6

Schulabschluss

Schulabschluss	N	%	Kumulierte %
ohne Abschluss	4	6.3	6.3
Hauptschulabschluss	13	20.6	27.0
Fachoberschulreife	16	25.4	52.4
Fachhochschulreife / Allgemeine Hochschulreife	12	19.0	71.4
Hochschulabschluss	17	27.0	98.4
sonstiger Abschluss	1	1.6	100.0
Gesamt	63	100.0	-

Anmerkung. Die Tabelle gibt den Schulabschluss für die untersuchten Personen in S2 an.

#### 4.3.3.4 Familienstand und Lebenssituation

Etwa die Hälfte der untersuchten Personen in S2 gaben zum Familienstand an, ledig zu sein (N = 29; 46.0%), nochmals eine ebenso große Menge der untersuchten Personen in S2 gab an, verheiratet zu sein und mit den PartnerInnen zusammenzuleben (N = 29; 46.0%). Die restlichen Personen gaben zum Familienstand an, zwar verheiratet zu sein, jedoch von den PartnerInnen getrennt zu leben (N = 1; 1.6%) oder geschieden zu sein (N = 4; 6.3%). Zur Lebenssituation machten die untersuchten Personen in S2 folgende Angaben: 13 Personen (20.6%) lebten allein, 11 Personen (17.5%) lebten mit festen PartnerInnen zusammen, aber ohne Kinder, 27 Personen (42.9%) lebten in einem eigenen Familienhaushalt mit Kindern mit und ohne PartnerInnen und die Lebenssituation von weiteren 10 Personen (15.9%) war eine andere als eine der erfragten, z.B. "Wohngemeinschaft" oder "Wohnen bei Oma und Opa". 2 Personen (3.2%) machten keine Angaben zur Lebenssituation. Die Tabellen 7 und 8 stellen die Häufigkeiten zu Familienstand und Lebenssituation der Personen in S2 zusam-

menfassend dar.

Tabelle 7

Familienstand

Familienstand	N	%
ledig	29	46.0
verheiratet zusammenlebend	29	46.0
verheiratet getrenntlebend	1	1.6
geschieden	4	6.3
Gesamt	63	100.0

Anmerkung. Die Tabelle gibt den Familienstand für die untersuchten Personen in S2 an.

Tabelle 8

Lebenssituation

Lebenssituation	N	%
allein	13	20.6
mit einer/einem festen PartnerIn	11	17.5
in eigenem Familienhaushalt mit Kindern	27	42.9
sonstige Wohnsituation	10	15.9
keine Angaben (Missing Data)	2	3.2
Gesamt	63	100.0

Anmerkung. Die Tabelle gibt die Lebenssituation für die untersuchten Personen in S2 an.

#### 4.3.3.5 Leidensdauer, Leidensdruck und Beeinträchtigung von Lebensbereichen

Die untersuchten Personen in S2 litten schon durchschnittlich 9.4 Jahre an ihrer Angststörung, bevor sie sich zu einer stationären Intervention in das CDK begaben. Die Leidensdauer wurde durch Differenzbildung der Datumsangaben von Leidensbeginn und Therapiebeginn berechnet. Die untersuchten Personen in S2 fühlten sich beim Ausfüllen des Eingangsfragebogens "stark" bis "sehr stark" durch ihr Angstproblem belastet. Die Mehrzahl der untersuchten Personen (N = 48; 76.2%) in S2 gab beim Ausfüllen des Eingangsfragebogens an, sich "sehr stark" durch ihr Angstproblem belastet zu fühlen. 14 weitere Personen (22.2%) fühlten sich "stark" durch ihr Angstproblem belastet und 1 Person (1.6%) machte keine Angaben zur aktuellen Problembelastung zum damaligen Zeitpunkt. Die untersuchten Personen in S2 gaben durchschnittlich 4.6 der 8 im Eingangsfragebogen genannten Lebensbereiche an, in denen sie sich besonders beeinträchtigt fühlten. Tabelle 9 gibt einen Überblick über die deskriptivstatistischen Auswertungen zu den Merkmalen für die subjektive Schwere der Angststörung.

Tabelle 9

##### Leidensdauer, Leidensdruck und Anzahl beeinträchtigter Lebensbereiche

Merkmal für Schwere der Angststörung	N	M	SD	Min.	Max.
Leidensdauer in Jahren	61	9.4	7.1	0.1	33.1
Leidensdruck	62	1.2 <sup>a</sup>	0.4	1	2
Anzahl beeinträchtigter Lebensbereiche <sup>b</sup>	63	4.6	1.6	2	8

Anmerkungen. Die Tabelle gibt Leidensdauer, Leidensdruck und Anzahl beeinträchtigter Lebensbereiche für die untersuchten Personen in S 2 an.

<sup>a</sup> Ein niedriger Mittelwert bedeutet eine hohe Ausprägung selbsteingeschätzter Problembelastung. Die Antwortskala im Eingangsfragebogen des CDK ermöglicht eine Antwort zwischen "1" und "5". "1" bedeutet eine sehr starke Belastung durch das Angstproblem und "5" bedeutet keine Belastung durch das Angstproblem.

<sup>b</sup> Im Eingangsfragebogen des CDK wurde nach der Beeinträchtigung in 8 verschiedenen Lebensbereichen gefragt.

Etwa dreiviertel der untersuchten Personen in S2 fühlten sich, zu der Zeit als sie den Eingangsfragebogen ausfüllten, in ihrer Berufsausübung/-ausbildung (N = 53; 84.1%), im Freizeitbereich (N = 49; 77.8%), in ihrem allgemeinen Bewegungsspielraum (N = 48; 76.2%) und in ihren Kontakten zu anderen Menschen (N = 45; 71.4%) durch ihr Angstproblem besonders beeinträchtigt. 39 Personen (61.9%) fühlten sich in ihrer körperlichen Gesundheit und 24 Personen (38.1%) in ihrer Partnerbeziehung durch das Angstproblem besonders beeinträchtigt. Etwa ein Viertel der untersuchten Personen in S2 fühlten sich im Lebensbereich Familie (N = 18; 28.6%) und in ihrer finanziellen Situation (N = 15; 23.8%) durch ihr Angstproblem besonders beeinträchtigt. Tabelle 10 gibt einen Überblick über die Häufigkeiten der beeinträchtigten Lebensbereiche der Personen mit Angststörungen in S2.

Tabelle 10

Beeinträchtigung von Lebensbereichen

Lebensbereich	N	%
Berufsausübung/-ausbildung	53	84.1
Freizeit	49	77.8
Allgemeiner Bewegungsspielraum	48	76.2
Sozialkontakt	45	71.4
Körperliche Gesundheit	39	61.9
Partnerbeziehung	24	38.1
Familiensituation	18	28.6
Finanzielle Situation	15	23.8

Anmerkung. Die Tabelle gibt die Beeinträchtigung von Lebensbereichen für die untersuchten Personen in S2 an. Doppelnennungen waren möglich.



---

#### **4.4 TherapeutInnen**

Die Reizkonfrontationstherapie mit Kognitiver Vorbereitung wurde in S2 von insgesamt 22 verschiedenen DiplompsychologInnen durchgeführt, die regelmäßig ein- bis zweimal wöchentlich und nach Bedarf von den leitenden Diplompsychologen des CDK supervidiert wurden. Die behandelnden TherapeutInnen waren entweder in einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung zu psychologischen PsychotherapeutInnen oder bereits abschließend zu psychologischen PsychotherapeutInnen verhaltenstherapeutischer Richtung ausgebildet.

#### **4.5 Datenerhebung zur Klärung der Fragestellungen**

Nachfolgend werden die in dieser Studie verwendeten Fragebogeninstrumente zur Klärung der in Kapitel 3 formulierten Fragestellungen beschrieben. Für die Datenerhebung zum 1. Messzeitpunkt (t1) wurden die eingesetzten Fragebögen zu einem "Diagnostischen Untersuchungsmanual (MZP 1)" zusammengestellt. Für die Datenerhebung zum 2. Messzeitpunkt (t2) wurden die eingesetzten Fragebögen zu einem "Diagnostischen Untersuchungsmanual (MZP 2)" zusammengestellt. Beide Untersuchungsinventare wurden den untersuchten Personen in doppelseitig gedruckter Form vorgelegt. Die Inventare sind in Anhang C aufgeführt.

##### **4.5.1 Datenerhebungsverfahren zum 1. und 2. Messzeitpunkt**

Zum ersten Messzeitpunkt wurden die untersuchten Personen in S1, inklusive der untersuchten Personen in S2, gebeten, das "Diagnostische Untersuchungsmanual (MZP 1)" komplett zu bearbeiten. Alle Personen (N = 78) bearbeiteten das vorgegebene "Diagnostische Untersuchungsmanual (MZP 1)". Zum zweiten Messzeitpunkt wurden die untersuchten Personen in S1, inklusive der Personen in S2, gebeten, das "Diagnostische Untersuchungsmanual (MZP 2)" komplett zu bearbeiten. Genau N = 70 Personen bearbeiteten das vorgegebene "Diagnostische Untersuchungsmanual (MZP 2)".

Den Untersuchungsmanualen ist jeweils ein Deckblatt vorgeheftet. Dieses erklärt jeweils

---

allgemeinverständlich das Motiv der Befragung und enthält die Bitte, alle Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten. Den ProbandInnen wurde auf den Deckblättern zu beiden Messzeitpunkten nochmals zugesichert, dass sämtliche Angaben streng vertraulich behandelt werden. Sowohl das "Diagnostische Untersuchungsmanual (MZP 1)" als auch das "Diagnostische Untersuchungsmanual (MZP 2)" enthält drei identische Fragebogenteile, die nachfolgend beschrieben werden. Die Dreiteilung der Untersuchungsmanuale entspricht nicht der Unterteilung der in Kapitel 3 formulierten Fragestellungen, sie ist zweckmäßig an existierenden Fragebögen zur Operationalisierung der hypothesenrelevanten Konstrukte orientiert. Das "Diagnostische Untersuchungsmanual (MZP 2)" enthält darüber hinaus noch drei weitere Fragebogenteile, die den untersuchten Personen auch vorgegeben wurden. Jedoch werden diese im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit nicht ausgewertet. Sie sind in Anhang C mit aufgeführt.

#### **4.5.1.1 Das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und generalisierte Kontrollüberzeugungen**

Der jeweils erste Teil der Untersuchungsmanuale ist der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) von Krampen (1991). Der Fragebogen exploriert das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten eindimensional unipolar und die generalisierten Kontrollüberzeugungen dreidimensional unipolar. Der Fragebogen setzt sich aus vier Primärskalen zusammen. Die Primärskalen heißen "Generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)", "Generalisierte Internalität (I)", "Generalisierte soziale Externalität (P)" und "Generalisierte fatalistische Externalität (C)". Die Skalen SK und I können zu einer Sekundärskala "Selbstwirksamkeit (SKI)" und die Skalen P und C zu einer Sekundärskala "Externalität (PC)" zusammengefasst werden. Die Sekundärskalen SKI und PC können wiederum zu einer Tertiärskala "Internalität versus Externalität (SKI-PC)" zusammengefasst werden. Jede der Primärskalen setzt sich aus jeweils acht Items zusammen. Die insgesamt 32 Items folgen in unsystematisch gemischter Reihenfolge der Instruktion. Die Instruktion enthält als zentrale Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens ein Beispiel für die Beantwortung der Items und den Hinweis, dass alle Items der augenblicklichen und persönlichen Meinung entsprechend beantwortet werden sollen. Die ProbandInnen haben die

Möglichkeit ein einzelnes Item der Primärskalen auf sechs Stufen mit "sehr falsch", "falsch", "eher falsch", "eher richtig", "richtig" oder "sehr richtig" zu beantworten. Die Items 4, 8, 12 und 24 der Primärskala SK müssen bei der Auswertung umgepolt werden. Nachfolgend werden für jede Primärskala die zugehörigen Items dargestellt.

1. Die Items zu der Primärskala: "Generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)":

Item-Nr.	Itemtext
4 (-)	"Ich komme mir manchmal taten- und ideenlos vor."
8 (-)	"Mehrdeutige Situationen mag ich nicht, da ich nicht weiß, wie ich mich verhalten soll."
12 (-)	"Ich weiß oft nicht, wie ich meine Wünsche verwirklichen soll."
16	"Ich kenne viele Möglichkeiten, mich vor Erkrankungen zu schützen."
20	"In unklaren oder gefährlichen Situationen weiß ich immer, was ich tun kann."
24 (-)	"Manchmal weiß ich überhaupt nicht, was ich in einer Situation machen soll."
28	"Auch in schwierigen Situationen fallen mir immer viele Handlungsalternativen ein."
32	"Für die Lösung von Problemen fallen mir immer viele Möglichkeiten ein."

Tabelle B-3 in Anhang B gibt einen Überblick zu den in S1 festgestellten Itemkennwerten für die Primärskala "Generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt.

2. Die Items zu der Primärskala: "Generalisierte Internalität (I)":

Item-Nr.	Itemtext
1	"Es hängt hauptsächlich von mir ab, ob sich andere Menschen nach meinen Wünschen richten oder nicht."
5	"Ob ich einen Unfall habe oder nicht, hängt alleine von mir und meinem Verhalten ab."
6	"Wenn ich Pläne schmiede, bin ich mir ganz sicher, dass das Geplante auch Wirk-

---

	lichkeit wird."
11	"Ich kann mich am besten selbst durch mein Verhalten vor Krankheiten schützen."
23	"Ich kann sehr viel von dem, was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen."
25	"Gewöhnlich kann ich meine Interessen selbst vertreten und erreiche dabei das, was ich will."
27	"Wenn ich bekomme, was ich will, so ist das immer eine Folge meiner Anstrengung und meines persönlichen Einsatzes."
30	"Mein Lebenslauf und mein Alltag werden alleine durch mein Verhalten und meine Wünsche bestimmt."

Tabelle B-4 in Anhang B gibt einen Überblick zu den in S1 festgestellten Itemkennwerten für die Primärskala "Generalisierte Internalität (I)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt.

### 3. Die Items zu der Primärskala: "Generalisierte soziale Externalität (P)":

---

Item-Nr.	Itemtext
3	"Ich habe das Gefühl, das vieles von dem, was in meinem Leben passiert, von anderen Menschen abhängt."
10	"Andere Menschen verhindern oft die Verwirklichung meiner Pläne."
14	"Mein Leben und Alltag werden in vielen Bereichen von anderen Menschen bestimmt."
17	"Ich habe nur geringe Möglichkeiten, meine Interessen gegen andere Leute durchzusetzen."
19	"Um das zu bekommen, was ich will, muss ich zu anderen Menschen freundlich und zuvorkommend sein."
22	"Mein Wohlbefinden hängt in starkem Maße vom Verhalten anderer Menschen ab."
26	"Ob ich einen Unfall habe oder nicht, hängt in starkem Maße vom Verhalten anderer ab."
29	"Damit meine Pläne eine Chance haben, richte ich mich beim Planen nach den Wünschen anderer Leute."

Tabelle B-5 in Anhang B gibt einen Überblick zu den in S1 festgestellten Itemkennwerten für die Primärskala "Generalisierte soziale Externalität (P)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt.

---

 4. Die Items zu der Primärskala: "Generalisierte fatalistische Externalität (C)":
 

---

Item-Nr.	Itemtext
2	"Zufällige Geschehnisse bestimmen einen großen Teil meines Lebens und Alltags."
7	"Ich habe oft einfach keine Möglichkeiten, mich vor Pech zu schützen."
9	"Wenn ich bekomme, was ich will, so spielt Glück meistens auch eine Rolle."
13	"Vieles von dem, was in meinem Leben passiert, hängt vom Zufall ab."
15	"Ob ich einen Unfall habe oder nicht, ist vor allem Glückssache."
18	"Es ist für mich nicht gut, weit im Voraus zu planen, da häufig das Schicksal dazwischenkommt."
21	"Es ist reiner Zufall, wenn sich andere Menschen einmal nach meinen Wünschen richten."
31	"Es hängt vom Schicksal ab, ob ich krank werde oder nicht."

Tabelle B-6 in Anhang B gibt einen Überblick zu den in S1 festgestellten Itemkennwerten für die Primärskala "Generalisierte fatalistische Externalität (C)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt.

Nach Krampen (1991) sind die internen Konsistenzen, die Testhalbierungs- und die Testwiederholungsreliabilitäten für die FKK-Primär-, Sekundär- und Tertiärskalen befriedigend. Er gibt für alle Skalen in verschiedenen Studien interne Konsistenzen nach Cronbachs Alpha zwischen .65 und .90, Testhalbierungsreliabilitäten nach Spearman-Brown zwischen .63 und .84 und Testwiederholungsreliabilitäten zwischen .58 und .93 an. Krampen (1991) führt Befunde zur inhaltlichen Validität, Konstruktvalidität und Differentiellen Validität an. Die inhaltliche Validität der FKK-Primärskalen ist nach Krampen (1991) unter Bezug auf globale Selbst- und Fremdeinschätzungen und einer durch ein Sortierverfahren realisierten Item-Skalen/Konstrukt-Zuordnung empirisch bestätigt. Die Befunde zur Konstruktvalidität der FKK-Primärskalen beziehen sich auf Skaleninterkorrelationen, Profilreliabilitäten, die faktorielle Validität und die konvergente und diskriminante Validität. Die Skaleninterkorrelationen der Primärskalen zwischen - .26 und .57 in einer Stichprobe Erwachsener

von  $N = 2028$  verweisen auf Beziehungen der Primärskalen untereinander hin und stellen den Sinn der Konstrukt differenzierung in Frage. Jedoch müssen nach Krampen (1991) für die Klärung der Konstruktvalidität die Profilreliabilitäten im Besonderen berücksichtigt werden. Insgesamt bestätigen die Befunde zu Skaleninterkorrelationen und Profilreliabilitäten nach Krampen (1991) die vorgenommenen Konstrukt differenzierungen. In Faktorenanalysen (Hauptkomponentenanalysen mit Varimaxrotation) werden nach Krampen (1991) bei einer a priori angenommenen und durch einen Scree-Test bestätigten vierfaktoriellen Lösung 41.1% bis 59.3% der Gesamtvarianz der Items in verschiedenen Stichproben aufgeklärt. Die berichteten Faktorladungen weisen auf eine zufriedenstellende empirische Trennung der Items nach ihrer Skalenzugehörigkeit hin (Krampen, 1991). Die korrelativen Ergebnisse der FKK-Primärskalen zu konstrukt nahen und -fernen Variablen bestätigen die konvergente und diskriminante Validität. Die differentielle Validität der FKK-Primärskalen kann hinsichtlich verschiedener Merkmale, wie z.B. Schulbildung, belegt werden.

Auf der Grundlage der in der vorliegenden Studie untersuchten Stichprobe S1 wurden Reliabilitätskennwerte für die FKK-Skalen zum 1. und 2. Messzeitpunkt berechnet. Diese werden in den Tabellen 11 und 12 dargestellt.

Tabelle 11

Interne Konsistenzen nach Cronbachs Alpha der FKK-Skalen zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Messzeitpunkt	SK	I	P	C	SKI	PC	SKI-PC
1. Messzeitpunkt	.91 (N = 75)	.66 (N = 73)	.83 (N = 77)	.79 (N = 74)	.90 (N = 70)	.87 (N = 74)	.93 (N = 68)
2. Messzeitpunkt	.91 (N = 69)	.73 (N = 69)	.90 (N = 68)	.88 (N = 68)	.90 (N = 68)	.93 (N = 67)	.94 (N = 65)

Anmerkungen. Die internen Konsistenzen nach Cronbachs Alpha wurden auf der Grundlage von S1 berechnet. SK: Generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, I: Generalisierte Internalität, P: Generalisierte soziale Externalität, C: Generalisierte fatalistische Externalität, SKI: Selbstwirksamkeit, PC: Externalität, SKI-PC: Internalität versus Externalität

Tabelle 12

Testhalbierungsreliabilitäten nach Spearman-Brown der FKK-Skalen zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Messzeitpunkt	SK	I	P	C	SKI	PC	SKI-PC
1. Messzeitpunkt	.89 (N = 75)	.73 (N = 73)	.84 (N = 77)	.85 (N = 74)	.88 (N = 70)	.87 (N = 74)	.94 (N = 68)
2. Messzeitpunkt	.89 (N = 69)	.69 (N = 69)	.90 (N = 68)	.85 (N = 68)	.91 (N = 68)	.92 (N = 67)	.95 (N = 65)

Anmerkungen. Die Testhalbierungsreliabilitäten nach Spearman-Brown wurden auf der Grundlage von S1 berechnet. SK: Generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, I: Generalisierte Internalität, P: Generalisierte soziale Externalität, C: Generalisierte fatalistische Externalität, SKI: Selbstwirksamkeit, PC: Externalität, SKI-PC: Internalität versus Externalität

Die Kennwerte erfüllen erwartungsgemäß die bei Lienert (1969) formulierten Standards zur internen Konsistenz von Testverfahren. Nach Lienert (1969, S. 309) sollen die Reliabilitätskennwerte für weitere Auswertungen größer als .50 sein.

#### **4.5.1.2 Spezifische auf die Angststörung bezogene Kontrollüberzeugungen und Verantwortungsattributionen für die Ursache und die Bewältigung der Angststörung**

Der jeweils zweite Teil der Untersuchungsmanuale sollte die spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen und die Verantwortungsattributionen der Hilfesuchenden für die Ursache und die Bewältigung der Angststörung operationalisieren.

Zu diesen für die vorliegende Untersuchung hypothesenrelevanten Konstrukten existieren bislang keine veröffentlichten Erhebungsinstrumente. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden fünf Skalen a) zur Erhebung spezifischer auf die Angststörung bezogener Kontrollüberzeugungen (3 Skalen) und b) zur Erhebung der Verantwortungsattributionen für die Ursache und die Bewältigung der Angststörung (2 Skalen) weiter- bzw. neuentwickelt. Die den fünf Skalen zugehörige Gesamtmenge von 39 Items wurde in unsystematischer Reihenfolge zu einem Fragebogen zusammengefügt. Dieser soll als "Fragebogen zu spezifischen Kontrollüberzeugungen und Verantwortungsattributionen für Personen

---

mit Angststörungen (FBA)" bezeichnet werden. Das Layout des FBA wurde aus inhaltlichen und optischen Gründen dem jeweils ersten Teil der Untersuchungsmanuale - dem FKK (Krampen, 1991) - angepasst. Es erschien bei der Entwicklung des FBA sinnvoll, sich an der Gestaltung des FKK zu orientieren, da sich dieser bereits als objektives, reliables und valides Erhebungsinstrument bewährt hat (Krampen, 1991). Eine vollständige Wiederholung der den Items vorangestellten Instruktion zum Ausfüllen des FKK wurde für die Bearbeitung des FBA als redundant beurteilt und deshalb verworfen. Dem FBA wurde deshalb eine allgemeine Instruktion vorangestellt, die lediglich das spezifische Motiv der Befragung im FBA allgemeinverständlich nennt und darauf hinweist, dass die untersuchten Personen zu jeder Aussage die für sie am meisten zutreffende Antwort ankreuzen sollen. Nachfolgend werden die beiden Teile a) und b) des FBA beschrieben.

a) Der Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen für Problemlösen in verschiedenen Realitätsbereichen (IPC-PL) von Krampen (1986) ermöglicht die Spezifizierung der Kontrollüberzeugungen für Problemlösehandeln in unterschiedlichen Realitätsbereichen. In der vorliegenden Untersuchung wurde dieser Fragebogen in modifizierter Form auf den Realitätsbereich Angststörung bezogen. Angenommen wird, dass das Problemlösehandeln im Bereich Angststörung eng mit der adaptiven Bewältigung der Angststörung verknüpft ist. Um das den ProbandInnen deutlich zu machen, wurde die intendierte Spezifizierung in jedes Item aufgenommen. Die Modifikation jedes einzelnen Items wurde durch ein Gremium von ExpertInnen<sup>5</sup> als valide eingeschätzt. Der Vorschlag von Krampen (1986), nur durch die Fragebogeninstruktion die Spezifizierung des Realitätsbereiches vorzunehmen, wurde für die vorliegende Untersuchung als nicht ausreichend beurteilt und deshalb verworfen. Im Allgemeinen wurde sich bei der Weiterentwicklung der einzelnen Items an dem Bedeutungszusammenhang der von Krampen (1986) formulierten Items des IPC-PL orientiert.

Der in Anlehnung an Krampen (1986) weiterentwickelte Fragebogen zur Erhebung spezifischer auf die Angststörung bezogener Kontrollüberzeugungen erfasst die spezifischen

---

<sup>5</sup> Das Gremium von ExpertInnen waren die VeranstalterInnen und TeilnehmerInnen des Forschungskolloquiums "Verantwortlichkeitszuschreibung und hilfreiches Verhalten" an der Universität Bielefeld im WS 93/94 bis SS 95.



Kontrollüberzeugungen dreidimensional unipolar. Der Fragebogen setzt sich also aus drei Skalen zusammen. Diese heißen "Spezifische auf die Angststörung bezogene Internalität (FBA-I)", "Spezifische auf die Angststörung bezogene soziale Externalität (FBA-P)" und "Spezifische auf die Angststörung bezogene fatalistische Externalität (FBA-C)". Für jede der Skalen wurden acht Items entworfen. Die ProbandInnen haben die Möglichkeit ein einzelnes Item auf sechs Stufen mit "sehr falsch", "falsch", "eher falsch", "eher richtig", "richtig" oder "sehr richtig" zu beantworten. Nachfolgend werden für jede Skala die zugehörigen Items dargestellt.

1. Die Items zur Skala: "Spezifische auf die Angststörung bezogene Internalität (FBA-I)":

Item-Nr.	Itemtext
1	"Die Lösung eines Problems, das sich aus meiner Angststörung ergibt, hängt hauptsächlich von mir und meinen Fähigkeiten ab."
6	"Die Lösung eines Problems im Zusammenhang mit meiner Angststörung hängt vor allem von meinem Können ab."
11	"Ich kann ziemlich viele von den Problemen, die im Zusammenhang mit meiner Angststörung stehen, in meinem Leben alleine lösen."
15	"Es ist meistens das Ergebnis harter Arbeit, wenn ich ein Problem im Zusammenhang mit meiner Angststörung löse."
19	"Durch die Konzentration auf das Problem, das im Zusammenhang mit meiner Angststörung steht, gelingt mir oft die Lösung."
24	"Ich bearbeite ein Problem, das sich aus meiner Angststörung ergibt, auch dann weiter, wenn Widerstände auftreten."
28	"Das Knacken von Problemen im Zusammenhang mit meiner Angststörung macht mir richtig Spaß."
35	"Künftigen Problemen, die sich aus meiner Angststörung ergeben, blicke ich optimistisch entgegen, weil ich bisher immer mit solchen Problemen gut zurecht gekommen bin."

Tabelle 13 gibt einen Überblick zu den in S1 festgestellten Itemkennwerten für die Skala "Spezifische auf die Angststörung bezogene Internalität (FBA-I)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt.

Tabelle 13

Itemkennwerte für die Skala "Spezifische auf die Angststörung bezogene Internalität (FBA-I)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Item-Nr.	M <sub>i,t1</sub> (N = 74)	M <sub>i,t2</sub> (N = 66)	S <sub>i,t1</sub> (N = 74)	S <sub>i,t2</sub> (N = 66)	r <sub>it1</sub> (N = 74)	r <sub>it2</sub> (N = 66)	alpha- <sub>i,t1</sub> (N = 74)	alpha <sub>i,t2</sub> (N = 66)
1	4.68 <sup>a</sup>	5.00 <sup>a</sup>	0.81	0.76	.28 *	.49	.58	.72
6	4.11 <sup>a</sup>	4.24 <sup>a</sup>	1.21	1.04	.17 *	.48	.61	.72
11	2.99 <sup>a</sup>	4.42 <sup>a</sup>	1.19	0.93	.34	.46	.56	.72
15	4.82 <sup>a</sup>	4.83 <sup>a</sup>	0.93	1.05	.04 *	-.06 *	.63	.81
19	3.23 <sup>a</sup>	4.21 <sup>a</sup>	1.01	1.02	.36	.61	.55	.70
24	4.03 <sup>a</sup>	4.68 <sup>a</sup>	0.94	0.90	.38	.61	.55	.70
28	2.38 <sup>a</sup>	3.42 <sup>a</sup>	1.20	1.30	.40	.50	.53	.72
35	3.03 <sup>a</sup>	4.15 <sup>a</sup>	1.11	1.17	.46	.62	.52	.69

Anmerkungen. Die Itemkennwerte wurden auf der Grundlage von S1 berechnet. M<sub>i,t1</sub>: Itemmittelwert zum 1. Messzeitpunkt, M<sub>i,t2</sub>: Itemmittelwert zum 2. Messzeitpunkt, S<sub>i,t1</sub>: Itemstandardabweichung zum 1. Messzeitpunkt, S<sub>i,t2</sub>: Itemstandardabweichung zum 2. Messzeitpunkt, r<sub>it1</sub>: Korrigierte Trennschärfe zum 1. Messzeitpunkt, r<sub>it2</sub>: Korrigierte Trennschärfe zum 2. Messzeitpunkt, alpha<sub>i,t1</sub>: Cronbachs Alpha der Skala FBA-I ohne das Item i zum 1. Messzeitpunkt, alpha<sub>i,t2</sub>: Cronbachs Alpha der Skala FBA-I ohne das Item i zum 2. Messzeitpunkt.

<sup>a</sup> Die Antwortskala für ein Item reicht von 1 bis 6. 1 bedeutet "sehr falsch". 6 bedeutet "sehr richtig".

\* r<sub>it</sub> < .30

---

2. Die Items zu der Skala: "Spezifische auf die Angststörung bezogene soziale Externalität (FBA-P)":

---

Item-Nr.	Itemtext
2	"Beim Bearbeiten von Problemen im Zusammenhang mit meiner Angststörung brauche ich jemanden, um am Ball zu bleiben."
9	"Obwohl ich dazu fähig bin, lässt man mich nur selten an wichtige Probleme, die durch meine Angststörung entstanden sind, heran."
13	"Die Lösung eines Problems, das sich aus meiner Angststörung ergibt, hängt häufig von anderen Leuten ab."
18	"Für die Lösung eines Problems im Zusammenhang mit meiner Angststörung brauche ich häufig die Hilfe anderer."
21	"Die Lösung von Problemen, die sich aus meiner Angststörung ergeben, überlasse ich lieber Fachleuten."
25	"Wenn mich andere unterstützen, bin ich eigentlich recht gut in der Behandlung von Problemen, die sich ursächlich aus meiner Angststörung ergeben."
30	"Bei Problemen, die sich aus meiner Angststörung ergeben, bin ich ohne die Hilfe meiner Freunde aufgeschmissen."
36	"Dass mir mit der Zeit andere Leute die Probleme im Zusammenhang mit meiner Angststörung abnehmen, habe ich schon oft festgestellt."

Tabelle 14 gibt einen Überblick zu den in S1 festgestellten Itemkennwerten für die Skala "Spezifische auf die Angststörung bezogene soziale Externalität (FBA-P)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt.

Tabelle 14

Itemkennwerte für die Primärskala "Spezifische auf die Angststörung bezogene soziale Externalität (FBA-P)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Item-Nr.	M <sub>i</sub> t1 (N = 76)	M <sub>i</sub> t2 (N = 66)	S <sub>i</sub> t1 (N = 76)	S <sub>i</sub> t2 (N = 66)	r <sub>it</sub> t1 (N = 76)	r <sub>it</sub> t2 (N = 66)	alpha- <sub>i</sub> t1 (N = 76)	alpha <sub>i</sub> t2 (N = 66)
2	4.62 <sup>a</sup>	3.82 <sup>a</sup>	1.19	1.08	.38	.68	.66	.79
9	2.18 <sup>a</sup>	2.26 <sup>a</sup>	1.02	1.03	.22 *	.45	.70	.82
13	3.24 <sup>a</sup>	2.39 <sup>a</sup>	1.22	0.86	.40	.53	.66	.81
18	4.49 <sup>a</sup>	3.47 <sup>a</sup>	1.00	1.15	.49	.70	.64	.78
21	3.60 <sup>a</sup>	2.80 <sup>a</sup>	1.30	1.14	.20 *	.58	.71	.80
25	4.11 <sup>a</sup>	4.35 <sup>a</sup>	0.99	1.02	.19 *	.32	.70	.83
30	3.80 <sup>a</sup>	2.80 <sup>a</sup>	1.35	1.24	.63	.75	.60	.77
36	2.99 <sup>a</sup>	2.86 <sup>a</sup>	1.38	1.28	.56	.41	.61	.83

Anmerkungen. Die Itemkennwerte wurden auf der Grundlage von S1 berechnet. M<sub>i</sub>t1: Itemmittelwert zum 1. Messzeitpunkt, M<sub>i</sub>t2: Itemmittelwert zum 2. Messzeitpunkt, S<sub>i</sub>t1: Itemstandardabweichung zum 1. Messzeitpunkt, S<sub>i</sub>t2: Itemstandardabweichung zum 2. Messzeitpunkt, r<sub>it</sub>t1: Korrigierte Trennschärfe zum 1. Messzeitpunkt, r<sub>it</sub>t2: Korrigierte Trennschärfe zum 2. Messzeitpunkt, alpha<sub>i</sub>t1: Cronbachs Alpha der Skala FBA-P ohne das Item i zum 1. Messzeitpunkt, alpha<sub>i</sub>t2: Cronbachs Alpha der Skala FBA-P ohne das Item i zum 2. Messzeitpunkt.

<sup>a</sup> Die Antwortskala für ein Item reicht von 1 bis 6. 1 bedeutet "sehr falsch". 6 bedeutet "sehr richtig".

\* r<sub>it</sub> < .30

---

3. Die Items zu der Skala: "Spezifische auf die Angststörung bezogene fatalistische Externalität (FBA-C)":

---

Item-Nr.	Itemtext
4	"Ich löse viele Probleme, die durch meine Angststörung hervorgerufen wurden, durch Zufälle."
7	"Wenn ich ein Problem im Zusammenhang mit meiner Angststörung löse, so geschieht das meistens durch Glück."
10	"Ich habe schon oft festgestellt, dass sich Probleme, die sich aus meiner Angststörung ergeben, mit der Zeit von selbst lösen."
16	"Es ist eine Frage des Schicksals, ob es mir gelingt, Probleme, die sich aus meiner Angststörung ergeben, zu lösen oder nicht."
23	"Häufig kommt etwas Unvorhersehbares dazwischen, wenn ich mich an die Lösung eines Problems im Zusammenhang mit meiner Angststörung mache."
27	"Ich denke manchmal bei Problemen, die im Zusammenhang mit meiner Angststörung stehen, dass das Motto 'erstens kommt es anders, zweitens als man denkt' stimmt."
33	"Durch schieres Pech misslingt mir häufig die Lösung eines Problems, welches durch meine Angststörung hervorgerufen wurde."
38	"Die meisten Probleme im Zusammenhang mit meiner Angststörung sind so kompliziert, dass es wenig Sinn hat, sich mit ihnen auseinanderzusetzen."

Tabelle 15 gibt einen Überblick zu den in S1 festgestellten Itemkennwerten für die Skala "Spezifische auf die Angststörung bezogene fatalistische Externalität (FBA-C)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt.

Tabelle 15

Itemkennwerte für die Primärskala "Spezifische auf die Angststörung bezogene fatalistische Externalität (FBA-C)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Item-Nr.	M <sub>i,t1</sub> (N = 76)	M <sub>i,t2</sub> (N = 69)	S <sub>i,t1</sub> (N = 76)	S <sub>i,t2</sub> (N = 69)	r <sub>it1</sub> (N = 76)	r <sub>it2</sub> (N = 69)	alpha <sub>i,t1</sub> (N = 76)	alpha <sub>i,t2</sub> (N = 69)
4	2.80 <sup>a</sup>	2.43 <sup>a</sup>	1.22	1.02	.39	.72	.79	.80
7	2.83 <sup>a</sup>	2.30 <sup>a</sup>	1.12	1.06	.66	.70	.74	.80
10	2.79 <sup>a</sup>	2.77 <sup>a</sup>	1.21	1.21	.28 *	.28 *	.80	.86
16	2.51 <sup>a</sup>	2.09 <sup>a</sup>	1.13	1.00	.49	.70	.77	.81
23	2.99 <sup>a</sup>	2.72 <sup>a</sup>	1.09	1.08	.62	.48	.75	.83
27	3.18 <sup>a</sup>	3.25 <sup>a</sup>	1.28	1.14	.51	.47	.77	.83
33	2.39 <sup>a</sup>	2.25 <sup>a</sup>	1.07	1.01	.71	.63	.74	.81
38	2.24 <sup>a</sup>	1.91 <sup>a</sup>	1.09	0.98	.39	.70	.78	.81

Anmerkungen. Die Itemkennwerte wurden auf der Grundlage von S1 berechnet. M<sub>i,t1</sub>: Itemmittelwert zum 1. Messzeitpunkt, M<sub>i,t2</sub>: Itemmittelwert zum 2. Messzeitpunkt, S<sub>i,t1</sub>: Itemstandardabweichung zum 1. Messzeitpunkt, S<sub>i,t2</sub>: Itemstandardabweichung zum 2. Messzeitpunkt, r<sub>it1</sub>: Korrigierte Trennschärfe zum 1. Messzeitpunkt, r<sub>it2</sub>: Korrigierte Trennschärfe zum 2. Messzeitpunkt, alpha<sub>i,t1</sub>: Cronbachs Alpha der Skala FBA-C ohne das Item i zum 1. Messzeitpunkt, alpha<sub>i,t2</sub>: Cronbachs Alpha der Skala FBA-C ohne das Item i zum 2. Messzeitpunkt.

<sup>a</sup> Die Antwortskala für ein Item reicht von 1 bis 6. 1 bedeutet "sehr falsch". 6 bedeutet "sehr richtig".

\* r<sub>it</sub> < .30

Da die entwickelten Skalen semantisch nah an den Skalen des IPC-PL nach Krampen (1986) orientiert sind, sollen trotz der einzelnen Itemabweichungen die von Krampen (1986) festgestellten Kennwerte für die Skalen des IPC-PL den in der vorliegenden Untersuchung berechneten Reliabilitätskennwerten vorangestellt werden. Nach Krampen (1986) weisen die von ihm berechneten Reliabilitätskennwerte für verschiedene Realitätsbereiche auf eine hohe interne Konsistenz der Skalen in verschiedenen Realitätsbereichen hin. Er berichtet für die Befragung zu spezifischen Kontrollüberzeugungen für Problemlösen in verschiedenen Realitätsbereichen mittels der drei Skalen ausnahmslos größere Testhalbiierungsreliabilitäten als .73. Darüber hinaus berichtet er von Trennschärfekoeffizienten zwischen .20 und .65 für die einzelnen Items der drei Skalen in verschiedenen Realitätsberei-

chen. In der vorliegenden Untersuchung werden in Anlehnung an Fisseni (1990) Items der weiter- bzw. - neuentwickelten Skalen FBA-I, FBA-P und FBA-C, deren Korrigierte Trennschärfe zum 1. und 2. Messzeitpunkt kleiner als .30 ist, von der weiteren Auswertung ausgeschlossen (vgl. auch Bauer, 1986). Kleiner als .30 sind die Trennschärfekoeffizienten des Items 15 der Skala FBA-I und des Items 10 der Skala FBA-C zum 1. und 2. Messzeitpunkt. Item 15 und 10 werden also von der weiteren Auswertung ausgeschlossen.

Auf der Grundlage der in der vorliegenden Studie untersuchten Stichprobe S1 wurden für die in Anlehnung an Krampen (1986) entwickelten Skalen FBA-I, FBA-P und FBA-C Reliabilitätskennwerte zum 1. und 2. Messzeitpunkt berechnet. Diese werden in den Tabellen 16 und 17 dargestellt.

Tabelle 16

Interne Konsistenzen nach Cronbachs Alpha der Skalen FBA-I, FBA-P und FBA-C zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Messzeitpunkt	FBA-I (7 Items)	FBA-P (8 Items)	FBA-C (7 Items)
1. Messzeitpunkt	.64 (N = 75)	.69 (N = 76)	.80 (N = 76)
2. Messzeitpunkt	.81 (N = 66)	.83 (N = 66)	.86 (N = 69)

Anmerkungen. Die internen Konsistenzen nach Cronbachs Alpha wurden auf der Grundlage von S1 berechnet. FBA-I: Spezifische auf die Angststörung bezogene Internalität, FBA-P: Spezifische auf die Angststörung bezogene soziale Externalität, FBA-C: Spezifische auf die Angststörung bezogene fatalistische Externalität

Tabelle 17

Testhalbierungsreliabilitäten nach Spearman-Brown der Skalen FBA-I, FBA-P und FBA-C zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Messzeitpunkt	FBA-I (7 Items)	FBA-P (8 Items)	FBA-C (7 Items)
1. Messzeitpunkt	.60 (N = 75)	.64 (N = 76)	.80 (N = 76)
2. Messzeitpunkt	.80 (N = 66)	.84 (N = 66)	.83 (N = 69)

Anmerkungen. Die Testhalbierungsreliabilitäten nach Spearman-Brown wurden auf der Grundlage von S1 berechnet. FBA-I: Spezifische auf die Angststörung bezogene Internalität, FBA-P: Spezifische auf die Angststörung bezogene soziale Externalität, FBA-C: Spezifische auf die Angststörung bezogene fatalistische Externalität

Die Kennwerte erfüllen die bei Lienert (1969, S. 309) formulierten Standards zur internen Konsistenz von Testverfahren. Die Reliabilitätskennwerte weisen auf die Eignung der Skalen für weitere Auswertungen hin.

b) Gänzlich neu entwickelt wurden Items, die Verantwortungsattributionen der Hilfesuchenden zur Ursache und zur Bewältigung der Angststörung erheben sollen. Die für die vorliegende Untersuchung verwendeten Items wurden von dem bereits genannten Gremium von ExpertInnen entworfen und in ihrer verwendeten Form als valide beurteilt. Es wurden sieben Items für die Erhebung der "Verantwortungsattribution zur Ursache der Angststörung (FBA-VU)" und acht Items für die Erhebung der "Verantwortungsattribution zur Bewältigung der Angststörung (FBA-VB)" zur Operationalisierung entworfen. Die Skalen explorieren die Verantwortungsattribution zur Ursache der Angststörung und die Verantwortungsattribution zur Bewältigung der Angststörung jeweils eindimensional unipolar. Die Hilfesuchenden haben die Möglichkeit, ein einzelnes Item auf sechs Stufen mit "sehr



falsch", "falsch", "eher falsch", "eher richtig", "richtig" oder "sehr richtig" zu beantworten. Die Items 17, 26 und 31 der Skala FBA-VU und die Items 14, 22, 29 und 39 der Skala FBA-VB müssen bei der Auswertung umgepolt werden. Nachfolgend werden für jede der beiden Skalen die zugehörigen Items dargestellt.

1. Die Items zu der Skala: "Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung (FBA-VU)":

Item-Nr.	Itemtext
3	"Ich bin selbst dafür verantwortlich, dass ich diese Angststörung bekommen habe."
12	"Ich habe mir meine Angststörung selbst zuzuschreiben."
17 (-)	"Ich bin nicht dafür verantwortlich, dass ich diese Angststörung bekommen habe."
26 (-)	"Ich trage nicht die Verantwortung für die Ursache meiner Angststörung."
31 (-)	"Im Wesentlichen sind andere Faktoren als ich selber für meine Angststörung verantwortlich."
34	"Ich trage die Verantwortung für die Ursache meiner Angststörung."
37	"Mein persönliches Fehlverhalten ist für meine Angststörung verantwortlich."

Tabelle 18 gibt einen Überblick zu den in S1 festgestellten Itemkennwerten für die Skala "Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung (FBA-VU)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt.

Tabelle 18

Itemkennwerte für die Skala "Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung (FBA-VU)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Item-Nr.	M <sub>i,t1</sub> (N = 73)	M <sub>i,t2</sub> (N = 68)	S <sub>i,t1</sub> (N = 73)	S <sub>i,t2</sub> (N = 68)	r <sub>it1</sub> (N = 73)	r <sub>it2</sub> (N = 68)	alpha <sub>i,t1</sub> (N = 73)	alpha <sub>i,t2</sub> (N = 68)
3	3.10 <sup>a</sup>	3.01 <sup>a</sup>	1.36	1.26	.79	.82	.89	.84
12	2.90 <sup>a</sup>	2.76 <sup>a</sup>	1.38	1.20	.87	.68	.89	.86
17	3.41 <sup>a</sup>	3.44 <sup>a</sup>	1.47	1.41	.74	.54	.90	.88
26	3.27 <sup>a</sup>	3.16 <sup>a</sup>	1.40	1.42	.76	.71	.90	.86
31	3.73 <sup>a</sup>	3.94 <sup>a</sup>	1.17	1.35	.69	.52	.91	.88
34	2.97 <sup>a</sup>	3.09 <sup>a</sup>	1.36	1.31	.80	.72	.89	.86
37	3.14 <sup>a</sup>	3.51 <sup>a</sup>	1.37	1.39	.52	.70	.92	.86

Anmerkungen. Die Itemkennwerte wurden auf der Grundlage von S1 berechnet. Die Items 17 (-), 26 (-) und 31 (-) wurden vor der Berechnung der Itemkennwerte umgepolt. M<sub>i,t1</sub>: Itemmittelwert zum 1. Messzeitpunkt, M<sub>i,t2</sub>: Itemmittelwert zum 2. Messzeitpunkt, S<sub>i,t1</sub>: Itemstandardabweichung zum 1. Messzeitpunkt, S<sub>i,t2</sub>: Itemstandardabweichung zum 2. Messzeitpunkt, r<sub>it1</sub>: Korrigierte Trennschärfe zum 1. Messzeitpunkt, r<sub>it2</sub>: Korrigierte Trennschärfe zum 2. Messzeitpunkt, alpha<sub>i,t1</sub>: Cronbachs Alpha der Skala FBA-VU ohne das Item i zum 1. Messzeitpunkt, alpha<sub>i,t2</sub>: Cronbachs Alpha der Skala FBA-VU ohne das Item i zum 2. Messzeitpunkt.

<sup>a</sup> Die Antwortskala für ein Item reicht von 1 bis 6. 1 bedeutet "sehr falsch". 6 bedeutet "sehr richtig".

---

2. Die Items zu der Skala: "Verantwortungsattribution für die Bewältigung der Angststörung (FBA-VB)":

---

Item-Nr.	Itemtext
5	"Ich bin selbst dafür verantwortlich, wie ich in Zukunft mit meinen Ängsten und Befürchtungen zurechtkomme."
8	"Für den Umgang mit meiner Angststörung bin ich hauptsächlich selbst verantwortlich."
14 (-)	"Ich fühle mich nicht für die Bewältigung meiner starken Ängste und Befürchtungen verantwortlich."
20	"Ich muss selber sehen, dass ich mit meiner Angststörung klarkomme."
22 (-)	"Eigentlich sind andere Personen dafür verantwortlich, dass ich mit meiner Angststörung zurechtkomme."
29 (-)	"Im Wesentlichen bin ich nicht dafür verantwortlich, wie ich mit meinen Ängsten und Befürchtungen umgehe."
32	"Wie sich meine Angststörung weiterentwickelt, liegt in meinem Verantwortungsbereich."
39 (-)	"Ich lege die Verantwortung für die Weiterentwicklung meiner Angststörung in die Hände anderer."

Tabelle 19 gibt einen Überblick zu den in S1 festgestellten Itemkennwerten für die Skala "Verantwortungsattribution für die Bewältigung der Angststörung (FBA-VB)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt.

Tabelle 19

Itemkennwerte für die Skala "Verantwortungsattribution für die Bewältigung der Angststörung (FBA-VB)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Item-Nr.	M <sub>i</sub> t1 (N = 76)	M <sub>i</sub> t2 (N = 70)	S <sub>i</sub> t1 (N = 76)	S <sub>i</sub> t2 (N = 70)	r <sub>it</sub> t1 (N = 76)	r <sub>it</sub> t2 (N = 70)	alpha- i t1 (N = 76)	alpha <sub>i</sub> t2 (N = 70)
5	5.01 <sup>a</sup>	5.34 <sup>a</sup>	0.77	0.70	.44	.52	.72	.79
8	4.76 <sup>a</sup>	5.17 <sup>a</sup>	0.88	0.88	.55	.59	.70	.77
14	4.61 <sup>a</sup>	4.99 <sup>a</sup>	1.38	1.22	.55	.46	.69	.80
20	4.22 <sup>a</sup>	4.89 <sup>a</sup>	1.18	0.84	.16 *	.42	.77	.79
22	4.72 <sup>a</sup>	5.04 <sup>a</sup>	1.13	0.95	.45	.47	.72	.79
29	4.68 <sup>a</sup>	4.77 <sup>a</sup>	1.13	1.32	.47	.42	.71	.81
32	4.83 <sup>a</sup>	5.29 <sup>a</sup>	0.87	0.73	.57	.74	.70	.76
39	4.51 <sup>a</sup>	5.16 <sup>a</sup>	1.24	1.02	.47	.72	.71	.75

Anmerkungen. Die Itemkennwerte wurden auf der Grundlage von S1 berechnet. Die Items 14 (-), 22 (-), 29(-) und 39 (-) wurden vor der Berechnung der Itemkennwerte umgepolt. M<sub>i</sub>t1: Itemmittelwert zum 1. Messzeitpunkt, M<sub>i</sub>t2: Itemmittelwert zum 2. Messzeitpunkt, S<sub>i</sub>t1: Itemstandardabweichung zum 1. Messzeitpunkt, S<sub>i</sub>t2: Itemstandardabweichung zum 2. Messzeitpunkt, r<sub>it</sub>t1: Korrigierte Trennschärfe zum 1. Messzeitpunkt, r<sub>it</sub>t2: Korrigierte Trennschärfe zum 2. Messzeitpunkt, alpha<sub>i</sub>t1: Cronbachs Alpha der Skala FBA-VB ohne das Item i zum 1. Messzeitpunkt, alpha<sub>i</sub>t2: Cronbachs Alpha der Skala FBA-VB ohne das Item i zum 2. Messzeitpunkt.

<sup>a</sup> Die Antwortskala für ein Item reicht von 1 bis 6. 1 bedeutet "sehr falsch". 6 bedeutet "sehr richtig".

\* r<sub>it</sub> < .30

In der vorliegenden Untersuchung wurde kein Item der weiter- bzw. neuentwickelten Skalen FBA-VU und FBA-VB von der weiteren Auswertung ausgeschlossen, da keine Korrigierte Trennschärfe eines Items zum 1. und 2. Messzeitpunkt kleiner als .30 ist (vgl. Bauer, 1986; Fisseni, 1990). Auf der Grundlage der in der vorliegenden Studie untersuchten Stichprobe S1 wurden für die Skalen FBA-VU und FBA-VB Reliabilitätskennwerte zum 1. und 2. Messzeitpunkt berechnet. Diese werden in den Tabellen 20 und 21 dargestellt.

Tabelle 20

Interne Konsistenzen nach Cronbachs Alpha der Skalen FBA-VU und FBA-VB zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Messzeitpunkt	FBA-VU (7 Items)	FBA-VB (8 Items)
1. Messzeitpunkt	.91 (N = 73)	.75 (N = 76)
2. Messzeitpunkt	.88 (N = 68)	.80 (N = 70)

Anmerkungen. Die internen Konsistenzen nach Cronbachs Alpha wurden auf der Grundlage von S1 berechnet. FBA-VU: Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung, FBA-VB: Verantwortungsattribution für die Bewältigung der Angststörung

Tabelle 21

Testhalbierungsreliabilitäten nach Spearman-Brown der Skalen FBA-VU und FBA-VB zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Messzeitpunkt	FBA-VU	FBA-VB
1. Messzeitpunkt	.91 (N = 73)	.77 (N = 76)
2. Messzeitpunkt	.85 (N = 68)	.77 (N = 70)

Anmerkungen. Die Testhalbierungsreliabilitäten nach Spearman-Brown wurden auf der Grundlage

---

von S1 berechnet. FBA-VU: Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung, FBA-VB: Verantwortungsattribution für die Bewältigung der Angststörung

Die Kennwerte erfüllen die bei Lienert (1969, S. 309) formulierten Standards zur internen Konsistenz von Testverfahren. Die Reliabilitätskennwerte weisen auf die Eignung der Skalen für weitere Auswertungen hin.

#### **4.5.1.3 Angsterleben und Vermeidungsverhalten**

Zur Exploration des gegenwärtigen Angsterlebens und Vermeidungsverhaltens wurde den untersuchten Personen die Testbatterie zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung von Ehlers & Margraf (1990) als dritter Teil der Untersuchungsmanuale zum 1. und 2. Messzeitpunkt zur Bearbeitung vorgelegt. Die Testbatterie operationalisiert die Angst vor körperlichen Symptomen, die angstbezogenen Kognitionen und das Vermeidungsverhalten. Auf die Bedeutung der Angst vor körperlichen Symptomen, angstbezogenen Kognitionen und Vermeidungsverhalten als zentrale Faktoren für Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen verweisen Ehlers & Margraf (1990). Ein von ihnen benannter Anwendungsbereich der Testbatterie ist die Erfolgskontrolle therapeutischer Interventionen bei Personen mit Angststörungen. Die Testbatterie setzt sich aus drei Fragebögen zusammen. Jedem der drei Fragebögen der Testbatterie ist eine jeweilige Instruktion vorangestellt, die knapp in die Fragestellung des jeweiligen Fragebogens einführt und den Antwortmodus zu den einzelnen Items beschreibt. Der Testbatterie, also allen drei Fragebögen, wurde zusätzlich eine allgemeine Instruktion vorangestellt, die das spezifische Motiv der Befragung in der gesamten Testbatterie allgemeinverständlich nennt und darauf hinweist, dass die untersuchten Personen auch diesen Teil vollständig bearbeiten sollen. Nachfolgend werden die drei Fragebögen der Testbatterie vorgestellt.

a) Der *Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen* exploriert die für Personen mit Angststörungen relevante "Angst vor körperlichen Symptomen (BSQ)" eindimensional unipolar. 17 Items erfragen auf einer fünfstufigen Skala das Ausmaß an Angst vor differentiellen körperlichen Symptomen. Zusätzlich ist den 17 Items ein offen formuliertes Item

angeschlossen, dass jedoch nach Ehlers & Margraf (1990) und auch in der vorliegenden Untersuchung nicht in statistische Auswertungen einbezogen wird. Die ProbandInnen haben folgende Antwortmöglichkeiten für jedes Item: "Nicht beunruhigt oder ängstlich durch diese Empfindung.", "Ein wenig ängstlich durch diese Empfindung.", "Mittelmäßig ängstlich durch diese Empfindung.", "Sehr ängstlich durch diese Empfindung.", "Extrem ängstlich durch diese Empfindung.". Nachfolgend werden für die Skala die zugehörigen Items dargestellt.

Die Items zu der Skala: "Angst vor körperlichen Symptomen (BSQ)":

Item-Nr.	Itemtext
1	"Herzklopfen"
2	"Druck oder ein schweres Gefühl in der Brust"
3	"Taubheit in Armen und Beinen"
4	"Kribbeln in den Fingerspitzen"
5	"Taubheit in einem anderen Teil Ihres Körpers"
6	"Gefühl, keine Luft zu bekommen"
7	"Schwindel"
8	"Verschwommene oder verzerrte Sicht"
9	"Übelkeit"
10	"Flaues Gefühl im Magen"
11	"Gefühl, einen Stein im Magen zu haben"
12	"Einen Kloß im Hals haben"
13	"Weiche Knie"
14	"Schwitzen"
15	"Trockene Kehle"
16	"Sich desorientiert oder verwirrt fühlen"
17	"Sich abgelöst vom eigenen Körper fühlen"
18	"Andere ( <i>bitte angeben</i> ) . . . . ."

Tabelle B-7 in Anhang B gibt einen Überblick zu den in S1 festgestellten Itemkennwerten für die Skala "Angst vor körperlichen Symptomen (BSQ)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt.

b) Der *Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen* exploriert die Häufigkeiten "angstbezogener Kognitionen" eindimensional unipolar unter besonderer Berücksichtigung von Kognitionen, die sich auf "Körperliche Krisen" und "Kontrollverlust" beziehen. Auf körperliche Sensationen und den Verlust von Kontrolle bezogene Kognitionen sind nach Ehlers & Margraf (1990) interne Auslöser bei der Entwicklung von Angst in bestimmten Situationen und/oder an bestimmten Orten. 14 Items erfragen auf einer fünfstufigen Skala die Häufigkeiten auftretender angstbezogener Kognitionen. Zusätzlich ist den 14 Items ein offen formuliertes Item angeschlossen, dass jedoch nach Ehlers & Margraf (1990) und auch in der vorliegenden Untersuchung nicht in statistische Auswertungen einbezogen wird. Drei Skalenwerte können für jede Person ausgewertet werden. Ein Gesamtskalenwert "Angstbezogene Kognitionen - Gesamt (ACQ-G)" kann aus der Menge aller Items, ein Subskalenwert "Angstbezogene Kognitionen - Körperliche Krisen (ACQ-KK)" kann aus den Items 2,3,4,5 und 10 und ein weiterer Subskalenwert "Angstbezogene Kognitionen - Kontrollverlust (ACQ-KV)" kann aus den Items 6,8,9,11,12,13 und 14 ermittelt werden. Die ProbandInnen haben folgende Antwortmöglichkeiten für jedes Item: "Der Gedanke kommt nie vor.", "Der Gedanke kommt selten vor.", "Der Gedanke kommt ungefähr die Hälfte der Zeit vor, wenn ich nervös bin oder ängstlich bin.", "Der Gedanke kommt gewöhnlich vor.", "Der Gedanke kommt immer vor.". Nachfolgend werden die Items der Gesamtskala ACQ-G dargestellt. Sofern eines der Items zu einer der Subskalen ACQ-KK oder ACQ-KV zählt, wird die Subskala in der Darstellung angeführt.

Die Items zu der Skala: "Angstbezogene Kognitionen - Gesamt (ACQ-G)":

Item-Nr. Subskala	Itemtext	
1	"Ich muss mich gleich übergeben."	
2	"Ich werde in Ohnmacht fallen."	ACQ-KK
3	"Ich muss einen Hirntumor haben."	ACQ-KK
4	"Ich werde einen Herzanfall bekommen."	ACQ-KK
5	"Ich werde ersticken."	ACQ-KK
6	"Ich werde mich lächerlich benehmen."	ACQ-KV



---

7	"Ich werde blind werden."	
8	"Ich werde mich nicht kontrollieren können."	ACQ-KV
9	"Ich werde jemanden etwas antun."	ACQ-KV
10	"Ich werde einen Schlaganfall bekommen."	ACQ-KK
11	"Ich werde verrückt werden."	ACQ-KV
12	"Ich werde schreien."	ACQ-KV
13	"Ich werde Unsinn reden oder stammeln."	ACQ-KV
14	"Ich werde vor Angst erstarren."	ACQ-KV
15	"Andere Gedanken, die hier nicht aufgeführt sind ( <i>bitte angeben</i> ). . . . ."	

Die Tabellen B-8, B-9 und B-10 in Anhang B geben einen Überblick zu den in S1 festgestellten Itemkennwerten für die Skalen "Angstbezogene Kognitionen - Gesamt (ACQ-G)", "Angstbezogene Kognitionen - Körperliche Krisen (ACQ-KK)" und "Angstbezogene Kognitionen - Kontrollverlust (ACQ-KV)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt.

c) Das *Mobilitätsinventar* exploriert das Ausmaß des Vermeidungsverhaltens zwei-dimensional unipolar. Zum einen wird das Ausmaß des "Vermeidungsverhaltens - Begleitet (MI-B)" mit 26 Items und zum anderen das Ausmaß des "Vermeidungsverhaltens - Allein (MI-A)" mit den gleichen 26 und einem zusätzlichen Item, also 27 Items, erfragt. In den Items werden Orte und Situationen geschildert, zu denen die ProbandInnen angeben sollen, wie häufig sie den geschilderten Ort oder die geschilderte Situation vermeiden. Item 25 ermöglicht keine Antwort hinsichtlich des "Vermeidungsverhaltens - Begleitet". Zusätzlich ist den 26 bzw. 27 Items ein offen formuliertes Item angeschlossen, dass jedoch nach Ehlers & Margraf (1990) und auch in der vorliegenden Untersuchung nicht in statistische Auswertungen einbezogen wird. Die ProbandInnen haben folgende durch eine Zahlenreihe von "1" bis "5" repräsentierte Antwortmöglichkeiten für jedes Item: "Vermeide niemals.", "Vermeide selten.", "Vermeide ungefähr die Hälfte der Zeit.", "Vermeide meistens.", "Vermeide immer.". Die Möglichkeit zu einer feineren Abstufung als der im Fragebogen vorgeschlagenen fünfstufigen Abstufung wurde, dem Originalfragebogen von Ehlers & Margraf (1990) entsprechend, den in der vorliegenden Studie untersuchten ProbandInnen offengelassen. Die untersuchten Personen konnten auch halbe Zahlen als Antwortmöglichkeit zu

den einzelnen Items wählen. Ebenso konnten die untersuchten Personen einzelne Items auslassen, sofern diese sie nicht betrafen. Die Auswertung wird für beide Skalen getrennt vorgenommen. Nachfolgend werden die zu den Skalen MI-B und MI-A zugehörigen Items dargestellt.

Die Items für die Skalen: "Vermeidungsverhalten - Begleitet (MI-B)" und "Vermeidungsverhalten - Allein (MI-A)"

Item-Nr. Skala	Itemtext	
<i>Plätze:</i>		
1	"Kinos oder Theater"	MI-B, MI-A
2	"Supermärkte"	MI-B, MI-A
3	"Schul- oder Ausbildungsräume"	MI-B, MI-A
4	"Kaufhäuser"	MI-B, MI-A
5	"Gaststätten"	MI-B, MI-A
6	"Museen"	MI-B, MI-A
7	"Fahrstühle"	MI-B, MI-A
8	"Säle oder Stadien"	MI-B, MI-A
9	"Parkhäuser"	MI-B, MI-A
10	"Hohe Plätze - wie hoch?"	MI-B, MI-A
11	"Geschlossene Räume (z.B. Tunnel)"	MI-B, MI-A
12	"Offene Plätze - außen (z.B. Straßen, Höfe)"	MI-B, MI-A
13	"Offene Plätze - innen (z.B. große Räume, Hallen)"	MI-B, MI-A
<i>Fahren mit:</i>		
14	"Bussen"	MI-B, MI-A
15	"Zügen"	MI-B, MI-A
16	"Untergrundbahnen"	MI-B, MI-A
17	"Flugzeugen"	MI-B, MI-A
18	"Schiffen"	MI-B, MI-A
19	"Autos - überall"	MI-B, MI-A
20	"Autos - auf Autobahnen/Landstraßen"	MI-B, MI-A

*Situationen:*

21	"Schlange stehen"	MI-B, MI-A
22	"Brücke überqueren"	MI-B, MI-A
23	"Partys, Feste oder Zusammenkünfte"	MI-B, MI-A
24	"Auf der Straße gehen"	MI-B, MI-A
25	"Zu Hause allein sein"	MI-A
26	"Weit weg von zu Hause sein"	MI-B, MI-A
27	"Menschenmengen"	MI-B, MI-A
28	"Andere - ( <i>Welche?</i> ) . . . . ."	

Die Tabellen B-11 und B-12 in Anhang B geben einen Überblick zu den in S1 festgestellten Itemkennwerten für die Skalen "Vermeidungsverhalten - Begleitet (MI-B)" und "Vermeidungsverhalten - Allein (MI-A)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt.

Nach Ehlers & Margraf (1990) weisen die drei zuvor beschriebenen Fragebögen: Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen (BSQ), Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen (ACQ) und Mobilitätsinventar (MI) befriedigende bis sehr gute interne Konsistenzen auf. Sie geben für alle Skalen, mit Ausnahme von ACQ-KK und ACQ-KV, über verschiedene Stichproben für Cronbachs Alpha Werte zwischen .74 und .97 an. Für ACQ-KK geben sie Werte zwischen .43 und .82, und für ACQ-KV Werte zwischen .69 und .87 an. Ehlers & Margraf (1990) berichten außerdem von mittelhohen bis sehr hohen Testwiederholungsreliabilitäten für die Skalen: BSQ, ACQ-G und MI-A bei unbehandelten Personen mit Panikstörungen. Ehlers & Margraf (1990) geben für die Testwiederholungsreliabilitäten folgende Werte an: BSQ: .63 - .66; ACQ-G: .75 - .80; MI-A: .91 - .92.

Zur Validität berichten Ehlers & Margraf (1990) Untersuchungen zur Konstruktvalidität und Differentiellen Validität der amerikanischen Originalform der Testbatterie (Chambless, Caputo, Bright & Gallagher, 1984; Chambless, Caputo, Jasin, Gracely & Williams, 1985). Die Befunde zur Konstruktvalidität beziehen sich auf die konvergente und faktorielle Validität. Die amerikanischen Original-Skalen BSQ, ACQ-G, MI-B und MI-A korrelieren signifikant mit verschiedenen konstrukt nahen Merkmalen. In Faktorenanalysen von Chambless et al. (1984) an einer Stichprobe von N = 88 Personen mit Agoraphobien wird die zwei-

faktorielle Struktur des ACQ-G - inklusive der Subskalen ACQ-KK und ACQ-KV - geprüft. Eine Zwei-Faktoren-Lösung erklärt 46.3% der Gesamtvarianz der Items (Ehlers & Margraf, 1990). Die differentielle Validität der vier Gesamtskalen BSQ, ACQ-G, MI-B und MI-A und der Subskala ACQ-KK wird hinsichtlich der Differenzierung der Angstdiagnosen von Ehlers & Margraf (1990) belegt.

Auf der Grundlage der in der vorliegenden Studie untersuchten Stichprobe S1 wurden für die Skalen BSQ, ACQ-G, ACQ-KK, ACQ-KV, MI-B und MI-A Reliabilitätskennwerte zum 1. und 2. Messzeitpunkt berechnet. Diese werden in den Tabellen 22 und 23 dargestellt.

Tabelle 22

Interne Konsistenzen nach Cronbachs Alpha der Skalen BSQ, ACQ-G, ACQ-KK, ACQ-KV, MI-B und MI-A zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Messzeitpunkt	BSQ	ACQ-G	ACQ-KK	ACQ-KV	MI-B	MI-A
1. Messzeitpunkt	.86 (N = 73)	.83 (N = 78)	.81 (N = 78)	.82 (N = 78)	.96 (N = 58)	.97 (N = 58)
2. Messzeitpunkt	.91 (N = 64)	.87 (N = 68)	.82 (N = 69)	.87 (N = 68)	.92 (N = 61)	.95 (N = 59)

Anmerkungen. Die internen Konsistenzen nach Cronbachs Alpha wurden auf der Grundlage von S1 berechnet. BSQ: Angst vor körperlichen Symptomen, ACQ-G: Angstbezogene Kognitionen - Gesamtskala, ACQ-KK: Angstbezogene Kognitionen - Subskala Körperliche Krisen, ACQ-KV: Angstbezogene Kognitionen - Subskala Kontrollverlust, MI-B: Vermeidungsverhalten - Begleitet, MI-A: Vermeidungsverhalten - Allein

Tabelle 23

Testhalbierungsreliabilitäten nach Spearman-Brown der Skalen BSQ, ACQ-G, ACQ-KK, ACQ-KV, MI-B und MI-A zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Messzeitpunkt	BSQ	ACQ-G	ACQ-KK	ACQ-KV	MI-B	MI-A
1. Messzeitpunkt	.76 (N = 73)	.77 (N = 78)	.81 (N = 78)	.85 (N = 78)	.95 (N = 58)	.94 (N = 58)
2. Messzeitpunkt	.87 (N = 64)	.82 (N = 68)	.76 (N = 69)	.82 (N = 68)	.89 (N = 61)	.95 (N = 59)

Anmerkungen. Die Testhalbierungsreliabilitäten nach Spearman-Brown wurden auf der Grundlage von S1 berechnet. BSQ: Angst vor körperlichen Symptomen, ACQ-G: Angstbezogene Kognitionen - Gesamtskala, ACQ-KK: Angstbezogene Kognitionen - Subskala Körperliche Krisen, ACQ-KV: Angstbezogene Kognitionen - Subskala Kontrollverlust, MI-B: Vermeidungsverhalten - Begleitet, MI-A: Vermeidungsverhalten – Allein

Die Kennwerte erfüllen die bei Lienert (1969, S.309) formulierten Standards zur internen Konsistenz von Testverfahren. Die Skalen werden für die nachfolgenden Auswertungen als geeignet beurteilt.

#### 4.5.2 Überblick über die Datenerhebungsverfahren zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Tabelle 24 gibt einen Überblick über die zum 1. und 2. Messzeitpunkt eingesetzten Datenerhebungsverfahren, deren Skalen im Weiteren ausgewertet wurden.

Tabelle 24

Messzeitpunkte und Datenerhebungsverfahren

1. Messzeitpunkt (t1)	2. Messzeitpunkt (t2)
"Diagnostisches Untersuchungsmanual (MZP 1)"	"Diagnostisches Untersuchungsmanual (MZP 2)"
<p>1. Teil: Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) (Krampen, 1991)</p> <p>Skalen:</p> <p>1. SK: Generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten</p> <p>2. I: Generalisierte Internalität</p> <p>3. P: Generalisierte soziale Externalität</p> <p>4. C: Generalisierte fatalistische Externalität</p>	<p>1. Teil: Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) (Krampen, 1991)</p> <p>Skalen:</p> <p>1. SK: Generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten</p> <p>2. I: Generalisierte Internalität</p> <p>3. P: Generalisierte soziale Externalität</p> <p>4. C: Generalisierte fatalistische Externalität</p>
<p>2. Teil: Fragebogen zu spezifischen Kontrollüberzeugungen und Verantwortungsattributionen für Personen mit Angststörungen (FBA)</p> <p>Skalen:</p> <p>5. FBA-I: Spezifische auf die Angststörung bezogene Internalität</p> <p>6. FBA-P: Spezifische auf die Angststörung bezogene soziale Externalität</p> <p>7. FBA-C: Spezifische auf die Angststörung bezogene fatalistische Externalität</p> <p>8. FBA-VU: Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung</p> <p>9. FBA-VB: Verantwortungsattribution für die Bewältigung der Angststörung</p>	<p>2. Teil: Fragebogen zu spezifischen Kontrollüberzeugungen und Verantwortungsattributionen für Personen mit Angststörungen (FBA)</p> <p>Skalen:</p> <p>5. FBA-I: Spezifische auf die Angststörung bezogene Internalität</p> <p>6. FBA-P: Spezifische auf die Angststörung bezogene soziale Externalität</p> <p>7. FBA-C: Spezifische auf die Angststörung bezogene fatalistische Externalität</p> <p>8. FBA-VU: Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung</p> <p>9. FBA-VB: Verantwortungsattribution für die Bewältigung der Angststörung</p>
<p>3. Teil: Testbatterie zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (Ehlers &amp; Margraf, 1990)</p> <p>Skalen:</p> <p>10. BSQ: Angst vor körperlichen Symptomen</p> <p>11. ACQ-G: Angstbezogene Kognitionen - Gesamtskala</p> <p>12. ACQ-KK: Angstbezogene Kognitionen - Subskala Körperliche Krisen</p> <p>13. ACQ-KV: Angstbezogene Kognitionen - Subskala Kontrollverlust</p> <p>14. MI-B: Vermeidungsverhalten - Begleitet</p> <p>15. MI-A: Vermeidungsverhalten - Allein</p>	<p>3. Teil: Testbatterie zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (Ehlers &amp; Margraf, 1990)</p> <p>Skalen:</p> <p>10. BSQ: Angst vor körperlichen Symptomen</p> <p>11. ACQ-G: Angstbezogene Kognitionen - Gesamtskala</p> <p>12. ACQ-KK: Angstbezogene Kognitionen - Subskala Körperliche Krisen</p> <p>13. ACQ-KV: Angstbezogene Kognitionen - Subskala Kontrollverlust</p> <p>14. MI-B: Vermeidungsverhalten - Begleitet</p> <p>15. MI-A: Vermeidungsverhalten - Allein</p>

---

#### 4.6 Hypothesen in operationalisierter Form

In Anlehnung an die in Kapitel 3 formulierten Fragestellungen resultieren aus den in diesem Kapitel bisher erläuterten methodischen Bedingungen die folgenden Hypothesen und die explorative Fragestellung zur Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung in operationalisierter Form.

zur 1. Fragestellung - Hypothesen in operationalisierter Form:

---

- 1.a Die Ausprägung des Skalenwertes I ist bei den Angsttherapie-KundInnen zum 2. Messzeitpunkt signifikant höher als zum 1. Messzeitpunkt.
- 1.b Die Ausprägung des Skalenwertes P ist bei den Angsttherapie-KundInnen zum 2. Messzeitpunkt signifikant niedriger als zum 1. Messzeitpunkt.
- 1.c Die Ausprägung des Skalenwertes C ist bei den Angsttherapie-KundInnen zum 2. Messzeitpunkt signifikant niedriger als zum 1. Messzeitpunkt.
- 1.d Die Ausprägung des Skalenwertes FBA-I ist bei den Angsttherapie-KundInnen zum 2. Messzeitpunkt signifikant höher als zum 1. Messzeitpunkt.
- 1.e Die Ausprägung des Skalenwertes FBA-P ist bei den Angsttherapie-KundInnen zum 2. Messzeitpunkt signifikant niedriger als zum 1. Messzeitpunkt.
- 1.f Die Ausprägung des Skalenwertes FBA-C ist bei den Angsttherapie-KundInnen zum 2. Messzeitpunkt signifikant niedriger als zum 1. Messzeitpunkt.

zur 2. Fragestellung - Hypothese in operationalisierter Form:

---

- 2.a Die Ausprägung des Skalenwertes SK ist bei den Angsttherapie-KundInnen zum 2. Messzeitpunkt signifikant höher als zum 1. Messzeitpunkt.

zur 3. Fragestellung - Hypothesen in operationalisierter Form und Exploration:

---

- 3.a Die Ausprägung des Skalenwertes FBA-VU wird bei den Angsttherapie-KundInnen zum 1. und 2. Messzeitpunkt explorativ erfasst. Es soll explorativ erkundet werden, ob die Ausprägung des Skalenwertes FBA-VU bei den Angsttherapie-KundInnen zum 2. Messzeitpunkt

---

signifikant verschieden von der Ausprägung des Skalenwertes FBA-VU zum 1. Messzeitpunkt ist.

- 3.b Die Ausprägung des Skalenwertes FBA-VB ist bei den Angsttherapie-KundInnen zum 2. Messzeitpunkt signifikant höher als zum 1. Messzeitpunkt.

zur 4. Fragestellung - Hypothesen in operationalisierter Form:

---

- 4.a Die Ausprägung des Skalenwertes BSQ ist bei den Angsttherapie-KundInnen zum 2. Messzeitpunkt signifikant niedriger als zum 1. Messzeitpunkt.
- 4.b Die Ausprägung des Skalenwertes ACQ-G ist bei den Angsttherapie-KundInnen zum 2. Messzeitpunkt signifikant niedriger als zum 1. Messzeitpunkt.
- 4.c Die Ausprägung des Skalenwertes ACQ-KK ist bei den Angsttherapie-KundInnen zum 2. Messzeitpunkt signifikant niedriger als zum 1. Messzeitpunkt.
- 4.d Die Ausprägung des Skalenwertes ACQ-KV ist bei den Angsttherapie-KundInnen zum 2. Messzeitpunkt signifikant niedriger als zum 1. Messzeitpunkt.
- 4.e Die Ausprägung des Skalenwertes MI-B ist bei den Angsttherapie-KundInnen zum 2. Messzeitpunkt signifikant niedriger als zum 1. Messzeitpunkt.
- 4.f Die Ausprägung des Skalenwertes MI-A ist bei den Angsttherapie-KundInnen zum 2. Messzeitpunkt signifikant niedriger als zum 1. Messzeitpunkt.

#### **4.7 Durchführung der Untersuchung**

Das "Diagnostische Untersuchungsmanual (MZP 1)" wurde den ProbandInnen zum 1. Messzeitpunkt (t1) und das "Diagnostische Untersuchungsmanual (MZP 2)" wurde den ProbandInnen zum 2. Messzeitpunkt (t2) von den behandelnden TherapeutInnen vorgegeben. Die untersuchten Personen wurden zu den jeweiligen Messzeitpunkten von den behandelnden TherapeutInnen aufgefordert, die Untersuchungsmanuale selbständig in Abwesenheit anderer Personen zu bearbeiten. Dazu wurde den untersuchten Personen ausreichend Zeit eingeräumt.

Eine individuelle Auswertung des dritten Teils des "Diagnostischen Untersuchungsmanuals (MZP 1)" - also der Testbatterie zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (Ehlers & Margraf, 1990) - wurde nach dem 1. Messzeitpunkt vor-



---

genommen und den behandelnden TherapeutInnen für die Einbeziehung in die individuelle Therapieplanung mitgeteilt. Die behandelnden TherapeutInnen gaben die ausgewerteten Ergebnisse - neben weiteren Ergebnissen aus der 1. und 2. diagnostischen Untersuchung - an die untersuchten Personen im Rahmen der Kognitiven Vorbereitung weiter. Den behandelnden TherapeutInnen und den untersuchten Personen wurden vor dem 2. Messzeitpunkt keine weiteren Auswertungen des "Diagnostischen Untersuchungsmanuals (MZP 1)" mitgeteilt.

---

## **5. Ergebnisse**

Nachfolgend wird von den aus der vorliegenden Untersuchung resultierenden Ergebnissen berichtet. Zum einen wird die teststatistische Klärung der in Kapitel 3 formulierten Fragestellungen erläutert und zum anderen werden weitere Untersuchungsergebnisse vorgestellt.

### **5.1 Prüfung der Hypothesen**

Zunächst wird das gewählte methodische Verfahren zur durchgeführten teststatistischen Klärung der Fragestellungen erläutert. Danach werden die durchgeführten inferenzstatistischen Hypothesentests dargestellt. Die Reihenfolge der Darstellung der Hypothesentests orientiert sich an den in Kapitel 3 und 4.6 formulierten Fragestellungen und Veränderungshypothesen.

#### **5.1.1 Wahl des methodischen Verfahrens für die Klärung der Fragestellungen**

Der t-Test für abhängige Stichproben ist ein geeignetes teststatistisches Verfahren, um die in dieser Untersuchung formulierten Fragestellungen zu klären. Denn der t-Test für abhängige Stichproben kann prüfen, ob sich Mittelwerte in einer Stichprobe zu zwei verschiedenen Messzeitpunkten bedeutsam unterscheiden (Diehl & Arbinger, 1990). Bei der teststatistischen Klärung der formulierten Fragestellungen wurde ein Signifikanzniveau von 5% als ausreichend beurteilt.

#### **5.1.2 Hypothesentests zur 1. Fragestellung: Veränderung generalisierter und spezifischer auf die Angststörung bezogener Kontrollüberzeugungen**

Zunächst soll von den Ergebnissen zur Veränderung der generalisierten Kontrollüberzeugungen während der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung bei Personen mit Angststörungen berichtet werden. Zur Überprüfung der Hypothesen 1.a, 1.b und 1.c wurden die in der vorliegenden Untersuchung ermittelten Ausprägungen in den Skalenwerten "Generalisierte Internalität (I)", "Generalisierte soziale Ex-

ternalität (P)" und "Generalisierte fatalistische Externalität (C)" des FKK (Krampen, 1991) zum 1. und 2. Messzeitpunkt in der Stichprobe der Personen mit Angststörungen S2 herangezogen. Die Tabellen 25, 26 und 27 geben dazu die Resultate an.

zu Hypothese 1.a - Tabelle 25

Ergebnisse des t-Tests für abhängige Stichproben zur Überprüfung auf Mittelwertsdifferenzen für die Skala "Generalisierte Internalität (I)" sowie die Angabe der Mittelwerte und Standardabweichungen zum 1. und 2. Messzeitpunkt für die untersuchten Personen mit Angststörungen in S2

	M	SD	N
I zum 1. Messzeitpunkt	3.84 <sup>a</sup>	0.62	63
I zum 2. Messzeitpunkt	4.08 <sup>a</sup>	0.56	63
$t_{(emp.)} = -3.16$			$df = 62$
			$p < .01$

Anmerkungen.<sup>a</sup> Ein hoher Mittelwert bedeutet eine hohe Ausprägung auf der Skala I. Ein niedriger Mittelwert bedeutet eine niedrige Ausprägung auf der Skala I. Die Antwortskala reicht von 1 bis 6. 1 bedeutet "sehr falsch". 6 bedeutet "sehr richtig".

Die festgestellte Mittelwertsdifferenz ist auf dem 1%-Niveau signifikant. Hypothesengemäß erhöhte sich die Ausprägung der generalisierten internalen Kontrollüberzeugung signifikant über den Verlauf der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung zwischen dem 1. und dem 2. Messzeitpunkt bei den untersuchten Personen mit Angststörungen. Hypothese 1.a wird somit als gültig angenommen.

zu Hypothese 1.b - Tabelle 26

Ergebnisse des t-Tests für abhängige Stichproben zur Überprüfung auf Mittelwertsdifferenzen für die Skala "Generalisierte soziale Externalität (P)" sowie die Angabe der Mittelwerte und Standardabweichungen zum 1. und 2. Messzeitpunkt für die untersuchten Personen mit Angststörungen in S2

	M	SD	N
P zum 1. Messzeitpunkt	3.38 <sup>a</sup>	0.83	63
P zum 2. Messzeitpunkt	2.92 <sup>a</sup>	0.80	63
$t_{(emp.)} = 4.28$			$df = 62$
			$p < .001$

Anmerkungen. <sup>a</sup> Ein hoher Mittelwert bedeutet eine hohe Ausprägung auf der Skala P. Ein niedriger Mittelwert bedeutet eine niedrige Ausprägung auf der Skala P. Die Antwortskala reicht von 1 bis 6. 1 bedeutet "sehr falsch". 6 bedeutet "sehr richtig".

Die festgestellte Mittelwertsdifferenz ist auf dem 1%-Niveau signifikant. Hypothesengemäß verminderte sich die Ausprägung der generalisierten sozial externalen Kontrollüberzeugung signifikant über den Verlauf der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung zwischen dem 1. und dem 2. Messzeitpunkt. Hypothese 1.b wird somit als gültig angenommen.

zu Hypothese 1.c - Tabelle 27

Ergebnisse des t-Tests für abhängige Stichproben zur Überprüfung auf Mittelwertsdifferenzen für die Skala "Generalisierte fatalistische Externalität (C)" sowie die Angabe der Mittelwerte und Standardabweichungen zum 1. und 2. Messzeitpunkt für die untersuchten Personen mit Angststörungen in S2

	M	SD	N
C zum 1. Messzeitpunkt	3.33 <sup>a</sup>	0.78	63
C zum 2. Messzeitpunkt	2.96 <sup>a</sup>	0.82	63
$t_{(emp.)} = 4.70$			$df = 62$
			$p < .001$

Anmerkungen. <sup>a</sup> Ein hoher Mittelwert bedeutet eine hohe Ausprägung auf der Skala C. Ein niedriger Mittelwert bedeutet eine niedrige Ausprägung auf der Skala C. Die Antwortskala reicht von 1 bis 6. 1 bedeutet "sehr falsch". 6 bedeutet "sehr richtig".

Die festgestellte Mittelwertsdifferenz ist auf dem 1%-Niveau signifikant. Hypothesengemäß verminderte sich die Ausprägung der generalisierten fatalistisch externalen Kontrollüberzeugung signifikant über den Verlauf der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung zwischen dem 1. und dem 2. Messzeitpunkt bei den untersuchten Personen mit Angststörungen. Hypothese 1.c wird somit als gültig angenommen.

Nachdem von den Ergebnissen zur Veränderung der generalisierten Kontrollüberzeugungen berichtet wurde, sollen nun die Ergebnisse zu den Veränderungen der spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen während der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung bei den untersuchten Personen mit Angststörungen vorgestellt werden. Zur Überprüfung der Hypothesen 1.d, 1.e und 1.f wurden die in der vorliegenden Untersuchung ermittelten Ausprägungen in den Skalenwerten "Spezifische auf die Angststörung bezogene Internalität (FBA-I)", "Spezifische auf die Angststörung bezogene soziale Externalität (FBA-P)" und "Spezifische auf die Angststörung bezogene fatalistische Externalität (FBA-C)" des FBA zu den beiden gewählten Messzeitpunkten in der Stichprobe der Personen mit Angststörungen S2 herangezogen. Die Tabellen 28, 29 und 30 geben dazu die Resultate an.

zu Hypothese 1.d - Tabelle 28

Ergebnisse des t-Tests für abhängige Stichproben zur Überprüfung auf Mittelwertsdifferenzen für die Skala "Spezifische auf die Angststörung bezogene Internalität (FBA-I)" sowie die Angabe der Mittelwerte und Standardabweichungen zum 1. und 2. Messzeitpunkt für die untersuchten Personen mit Angststörungen in S2

	M	SD	N
FBA-I zum 1. Messzeitpunkt	3.50 <sup>a</sup>	0.63	63
FBA-I zum 2. Messzeitpunkt	4.31 <sup>a</sup>	0.69	63
$t_{(emp.)} = -10.24$			$df = 62$
			$p < .001$

Anmerkungen.<sup>a</sup> Ein hoher Mittelwert bedeutet eine hohe Ausprägung auf der Skala FBA-I. Ein niedriger Mittelwert bedeutet eine niedrige Ausprägung auf der Skala FBA-I. Die Antwortskala reicht von 1 bis 6. 1 bedeutet "sehr falsch". 6 bedeutet "sehr richtig".

Die festgestellte Mittelwertsdifferenz ist auf dem 1%-Niveau signifikant. Hypothesengemäß erhöhte sich die Ausprägung der spezifischen auf die Angststörung bezogenen internalen Kontrollüberzeugung signifikant über den Verlauf der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung zwischen dem 1. und dem 2. Messzeitpunkt bei den untersuchten Personen mit Angststörungen. Hypothese 1.d wird somit als gültig angenommen.

zu Hypothese 1.e - Tabelle 29

Ergebnisse des t-Tests für abhängige Stichproben zur Überprüfung auf Mittelwertsdifferenzen für die Skala "Spezifische auf die Angststörung bezogene soziale Externalität (FBA-P)" sowie die Angabe der Mittelwerte und Standardabweichungen zum 1. und 2. Messzeitpunkt für die untersuchten Personen mit Angststörungen in S2

	M	SD	N
FBA-P zum 1. Messzeitpunkt	3.63 <sup>a</sup>	0.68	63
FBA-P zum 2. Messzeitpunkt	3.06 <sup>a</sup>	0.76	63
$t_{(emp.)} = 7.04$			$df = 62$
			$p < .001$

Anmerkungen.<sup>a</sup> Ein hoher Mittelwert bedeutet eine hohe Ausprägung auf der Skala FBA-P. Ein niedriger Mittelwert bedeutet eine niedrige Ausprägung auf der Skala FBA-P. Die Antwortskala reicht von 1 bis 6. 1 bedeutet "sehr falsch". 6 bedeutet "sehr richtig".

Die festgestellte Mittelwertsdifferenz ist auf dem 1%-Niveau signifikant. Hypothesengemäß verminderte sich die Ausprägung der spezifischen auf die Angststörung bezogenen sozial externalen Kontrollüberzeugung signifikant über den Verlauf der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung zwischen dem 1. und dem 2. Messzeitpunkt bei den untersuchten Personen mit Angststörungen. Hypothese 1.e wird somit als gültig angenommen.

zu Hypothese 1.f - Tabelle 30

Ergebnisse des t-Tests für abhängige Stichproben zur Überprüfung auf Mittelwertsdifferenzen für die Skala "Spezifische auf die Angststörung bezogene fatalistische Externalität (FBA-C)" sowie die Angabe der Mittelwerte und Standardabweichungen zum 1. und 2. Messzeitpunkt für die untersuchten Personen mit Angststörungen in S2

	M	SD	N
FBA-C zum 1. Messzeitpunkt	2.72 <sup>a</sup>	0.81	63
FBA-C zum 2. Messzeitpunkt	2.43 <sup>a</sup>	0.79	63
$t_{(emp.)} = 3.73$			$df = 62$
			$p < .001$

Anmerkungen.<sup>a</sup> Ein hoher Mittelwert bedeutet eine hohe Ausprägung auf der Skala FBA-C. Ein niedriger Mittelwert bedeutet eine niedrige Ausprägung auf der Skala FBA-C. Die Antwortskala reicht von 1 bis 6. 1 bedeutet "sehr falsch". 6 bedeutet "sehr richtig".

Die festgestellte Mittelwertsdifferenz ist auf dem 1%-Niveau signifikant. Hypothesengemäß verminderte sich die Ausprägung der spezifischen auf die Angststörung bezogenen fatalistisch externalen Kontrollüberzeugung signifikant über den Verlauf der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung zwischen dem 1. und dem 2. Messzeitpunkt bei den untersuchten Personen mit Angststörungen. Hypothese 1.f wird somit als gültig angenommen.

### **5.1.3 Hypothesentest zur 2. Fragestellung: Veränderung des generalisierten Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten**

Zur Überprüfung der Hypothese 2.a wurden die in der vorliegenden Untersuchung ermittelten Ausprägungen in dem Skalenwert "Generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)" des FKK (Krampen, 1991) zum 1. und 2. Messzeitpunkt in der Stichprobe der Personen mit Angststörungen S2 herangezogen. Tabelle 31 gibt die Resultate dazu an.

zu Hypothese 2.a - Tabelle 31

Ergebnisse des t-Tests für abhängige Stichproben zur Überprüfung auf Mittelwertsdifferenzen für die Skala "Generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)" sowie die Angabe der Mittelwerte und Standardabweichungen zum 1. und 2. Messzeitpunkt für die untersuchten Personen mit Angststörungen in S2

	M	SD	N
SK zum 1. Messzeitpunkt	3.25 <sup>a</sup>	1.01	63
SK zum 2. Messzeitpunkt	3.87 <sup>a</sup>	0.87	63
$t_{(emp.)} = -6.82$			$df = 62$
			$p < .001$

Anmerkungen. <sup>a</sup> Ein hoher Mittelwert bedeutet eine hohe Ausprägung auf der Skala SK. Ein niedriger Mittelwert bedeutet eine niedrige Ausprägung auf der Skala SK. Die Antwortskala reicht von 1 bis 6. 1 bedeutet "sehr falsch". 6 bedeutet "sehr richtig".

Die festgestellte Mittelwertsdifferenz ist auf dem 1%-Niveau signifikant. Hypothesengemäß erhöhte sich die Ausprägung des generalisierten Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten über den Verlauf der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung zwischen dem 1. und dem 2. Messzeitpunkt bei den untersuchten Personen mit Angststörungen. Hypothese 2.a wird somit als gültig angenommen.

#### **5.1.4 Hypothesentests zur 3. Fragestellung: Veränderung der Verantwortungsattributionen für die Ursache und die Bewältigung der Angststörung**

Zur Überprüfung der explorativen Fragestellung 3.a und der Hypothese 3.b wurden die in der vorliegenden Untersuchung ermittelten Ausprägungen in den Skalenwerten "Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung (FBA-VU)" und "Verantwortungsattribution für die Bewältigung der Angststörung (FBA-VB)" des FBA zum 1. und 2. Messzeitpunkt in der Stichprobe der Personen mit Angststörungen S2 herangezogen. Die Tabellen 32 und 33 geben dazu die Resultate an.



zur explorativen Fragestellung 3.a - Tabelle 32

Ergebnisse des t-Tests für abhängige Stichproben zur Überprüfung auf Mittelwertsdifferenzen für die Skala "Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung (FBA-VU)" sowie die Angabe der Mittelwerte und Standardabweichungen zum 1. und 2. Messzeitpunkt für die untersuchten Personen mit Angststörungen in S2

	M	SD	N
FBA-VU zum 1. Messzeitpunkt	3.2721 <sup>a</sup>	1.11	63
FBA-VU zum 2. Messzeitpunkt	3.2766 <sup>a</sup>	1.02	63
$t_{(emp.)} = -.04$			$df = 62$
			$p > .05$

Anmerkungen. <sup>a</sup> Ein hoher Mittelwert bedeutet eine hohe Ausprägung auf der Skala FBA-VU. Ein niedriger Mittelwert bedeutet eine niedrige Ausprägung auf der Skala FBA-VU. Die Antwortskala reicht von 1 bis 6. 1 bedeutet "sehr falsch". 6 bedeutet "sehr richtig".

Die Ausprägung der Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung veränderte sich nicht signifikant über den Verlauf der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung zwischen dem 1. und dem 2. Messzeitpunkt bei den untersuchten Personen mit Angststörungen.

zu Hypothese 3.b - Tabelle 33

Ergebnisse des t-Tests für abhängige Stichproben zur Überprüfung auf Mittelwertsdifferenzen für die Skala "Verantwortungsattribution für die Bewältigung der Angststörung (FBA-VB)" sowie die Angabe der Mittelwerte und Standardabweichungen zum 1. und 2. Messzeitpunkt für die untersuchten Personen mit Angststörungen in S2

	M	SD	N
FBA-VB zum 1. Messzeitpunkt	4.70 <sup>a</sup>	0.69	63
FBA-VB zum 2. Messzeitpunkt	5.10 <sup>a</sup>	0.64	63
$t_{(emp.)} = -5.09$			$df = 62$
			$p < .001$

---

Anmerkungen.<sup>a</sup> Ein hoher Mittelwert bedeutet eine hohe Ausprägung auf der Skala FBA-VB. Ein niedriger Mittelwert bedeutet eine niedrige Ausprägung auf der Skala FBA-VB. Die Antwortskala reicht von 1 bis 6. 1 bedeutet "sehr falsch". 6 bedeutet "sehr richtig".

Die festgestellte Mittelwertsdifferenz ist auf dem 1%-Niveau signifikant. Hypothesengemäß erhöhte sich die Ausprägung der selbstbezogenen Verantwortungsattribution für die Bewältigung der Angststörung signifikant über den Verlauf der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung zwischen dem 1. und dem 2. Messzeitpunkt bei den untersuchten Personen mit Angststörungen. Hypothese 3.b wird somit als gültig angenommen.

#### **5.1.5 Hypothesentests zur 4. Fragestellung: Veränderung des Angsterlebens und Vermeidungsverhaltens**

Zunächst wird von den Ergebnissen zur Veränderung der Angst vor körperlichen Symptomen während der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung bei den untersuchten Personen mit Angststörungen berichtet. Zur Überprüfung der Hypothese 4.a wurden die in der vorliegenden Untersuchung ermittelten Ausprägungen in dem Skalenwert "Angst vor körperlichen Symptomen (BSQ)" der Testbatterie zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (Ehlers & Margraf, 1990) zum 1. und 2. Messzeitpunkt in der Stichprobe der Personen mit Angststörungen S2 herangezogen. Tabelle 34 gibt dazu die Resultate an.

zu Hypothese 4.a - Tabelle 34

Ergebnisse des t-Tests für abhängige Stichproben zur Überprüfung auf Mittelwertsdifferenzen für die Skala "Angst vor körperlichen Symptomen (BSQ)" sowie die Angabe der Mittelwerte und Standardabweichungen zum 1. und 2. Messzeitpunkt für die untersuchten Personen mit Angststörungen in S2

	M	SD	N
BSQ zum 1. Messzeitpunkt	2.80 <sup>a</sup>	0.71	63
BSQ zum 2. Messzeitpunkt	2.13 <sup>a</sup>	0.70	63
$t_{(emp.)} = 8.10$			$df = 62$
			$p < .001$

Anmerkungen. <sup>a</sup> Ein hoher Mittelwert bedeutet eine hohe Ausprägung auf der Skala BSQ. Ein niedriger Mittelwert bedeutet eine niedrige Ausprägung auf der Skala BSQ. Die Antwortskala reicht von 1 bis 5. 1 bedeutet "Nicht beunruhigt oder ängstlich durch diese Empfindung". 5 bedeutet "Extrem ängstlich durch diese Empfindung".

Die festgestellte Mittelwertsdifferenz ist auf dem 1%-Niveau signifikant. Hypothesengemäß verminderte sich die Ausprägung der Angst vor körperlichen Symptomen signifikant über den Verlauf der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung zwischen dem 1. und dem 2. Messzeitpunkt bei den untersuchten Personen mit Angststörungen. Hypothese 4.a wird somit als gültig angenommen.

Nachdem die Ergebnisse zur Veränderung der Angst vor körperlichen Symptomen berichtet wurden, sollen nun die Ergebnisse zu den Veränderungen der Häufigkeiten angstbezogener Kognitionen während der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung bei den untersuchten Personen mit Angststörungen vorgestellt werden. Zur Überprüfung der Hypothesen 4.b, 4.c und 4.d wurden die in der vorliegenden Untersuchung ermittelten Ausprägungen in den Skalenwerten "Angstbezogene Kognitionen - Gesamtskala (ACQ-G)", "Angstbezogene Kognitionen - Subskala Körperliche Krisen (ACQ-KK)" und "Angstbezogene Kognitionen - Subskala Kontrollverlust (ACQ-KV)" der Testbatterie zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (Ehlers & Margraf, 1990) zum 1. und 2. Messzeitpunkt in der Stichprobe der Personen mit Angststörungen S2 herangezogen. Die

Tabellen 35, 36 und 37 geben dazu die Resultate an.

zu Hypothese 4.b - Tabelle 35

Ergebnisse des t-Tests für abhängige Stichproben zur Überprüfung auf Mittelwertsdifferenzen für die Skala "Angstbezogene Kognitionen - Gesamtskala (ACQ-G)" sowie die Angabe der Mittelwerte und Standardabweichungen zum 1. und 2. Messzeitpunkt für die untersuchten Personen mit Angststörungen in S2

	M	SD	N
ACQ-G zum 1. Messzeitpunkt	2.36 <sup>a</sup>	0.69	63
ACQ-G zum 2. Messzeitpunkt	1.88 <sup>a</sup>	0.65	63
$t_{(emp.)} = 6.62$			$df = 62$
			$p < .001$

Anmerkungen.<sup>a</sup> Ein hoher Mittelwert bedeutet eine hohe Ausprägung auf der Skala ACQ-G. Ein niedriger Mittelwert bedeutet eine niedrige Ausprägung auf der Skala ACQ-G. Die Antwortskala reicht von 1 bis 5. 1 bedeutet "Der Gedanke kommt nie vor". 5 bedeutet "Der Gedanke kommt immer vor".

Die festgestellte Mittelwertsdifferenz ist auf dem 1%-Niveau signifikant. Hypothesengemäß verminderte sich die Häufigkeit angstbezogener Kognitionen signifikant über den Verlauf der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung zwischen dem 1. und dem 2. Messzeitpunkt bei den untersuchten Personen mit Angststörungen. Hypothese 4.b wird somit als gültig angenommen.

zu Hypothese 4.c -Tabelle 36

Ergebnisse des t-Tests für abhängige Stichproben zur Überprüfung auf Mittelwertsdifferenzen für die Skala "Angstbezogene Kognitionen - Subskala Körperliche Krisen (ACQ-KK)" sowie die Angabe der Mittelwerte und Standardabweichungen zum 1. und 2. Messzeitpunkt für die untersuchten Personen mit Angststörungen in S2

	M	SD	N
ACQ-KK zum 1. Messzeitpunkt	2.23 <sup>a</sup>	0.91	63
ACQ-KK zum 2. Messzeitpunkt	1.74 <sup>a</sup>	0.78	63
$t_{(emp.)} = 5.45$			$df = 62$
			$p < .001$

Anmerkungen. <sup>a</sup> Ein hoher Mittelwert bedeutet eine hohe Ausprägung auf der Skala ACQ-KK. Ein niedriger Mittelwert bedeutet eine niedrige Ausprägung auf der Skala ACQ-KK. Die Antwortskala reicht von 1 bis 5. 1 bedeutet "Der Gedanke kommt nie vor". 5 bedeutet "Der Gedanke kommt immer vor".

Die festgestellte Mittelwertsdifferenz ist auf dem 1%-Niveau signifikant. Hypothesengemäß verminderte sich die Häufigkeit angstbezogener Kognitionen, die sich auf körperliche Krisen beziehen, signifikant über den Verlauf der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung zwischen dem 1. und dem 2. Messzeitpunkt bei den untersuchten Personen mit Angststörungen. Hypothese 4.c wird somit als gültig angenommen.

zu Hypothese 4.d - Tabelle 37

Ergebnisse des t-Tests für abhängige Stichproben zur Überprüfung auf Mittelwertsdifferenzen für die Skala "Angstbezogene Kognitionen - Subskala Kontrollverlust (ACQ-KV)" sowie die Angabe der Mittelwerte und Standardabweichungen zum 1. und 2. Messzeitpunkt für die untersuchten Personen mit Angststörungen in S2

	M	SD	N
ACQ-KV zum 1. Messzeitpunkt	2.65 <sup>a</sup>	0.95	63
ACQ-KV zum 2. Messzeitpunkt	2.07 <sup>a</sup>	0.89	63
$t_{(emp.)} = 6.08$			$df = 62$
			$p < .001$

Anmerkungen. <sup>a</sup> Ein hoher Mittelwert bedeutet eine hohe Ausprägung auf der Skala ACQ-KV. Ein niedriger Mittelwert bedeutet eine niedrige Ausprägung auf der Skala ACQ-KV. Die Antwortskala reicht von 1 bis 5. 1 bedeutet "Der Gedanke kommt nie vor". 5 bedeutet "Der Gedanke kommt immer vor".

Die festgestellte Mittelwertsdifferenz ist auf dem 1%-Niveau signifikant. Hypothesengemäß verminderte sich die Häufigkeit angstbezogener Kognitionen, die sich auf den Verlust von Kontrolle beziehen, signifikant über den Verlauf der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung zwischen dem 1. und dem 2. Messzeitpunkt bei den untersuchten Personen mit Angststörungen. Hypothese 4.d wird somit als gültig angenommen.

Nachdem die Ergebnisse zur Veränderung der Angst vor körperlichen Symptomen im ersten Teil dieses Kapitels 5.1.5 und die Ergebnisse zu den Veränderungen der Häufigkeiten angstbezogener Kognitionen im zweiten Teil dieses Kapitels 5.1.5 dargestellt wurden, wird nun von den Ergebnissen zur Veränderung des Vermeidungsverhaltens während der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung bei den untersuchten Personen mit Angststörungen berichtet. Zur Überprüfung der Hypothesen 4.e und 4.f wurden die in der vorliegenden Untersuchung ermittelten Ausprägungen in den Skalenwerten "Vermeidungsverhalten - begleitet (MI-B)" und "Vermeidungsverhalten - allein (MI-A)" der Testbatterie zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (Ehlers & Marg-

raf, 1990) zum 1. und 2. Messzeitpunkt in der Stichprobe der Personen mit Angststörungen S2 herangezogen. Die Tabellen 38 und 39 geben dazu die Resultate an.

zu Hypothese 4.e - Tabelle 38

Ergebnisse des t-Tests für abhängige Stichproben zur Überprüfung auf Mittelwertsdifferenzen für die Skala "Vermeidungsverhalten - Begleitet (MI-B)" sowie die Angabe der Mittelwerte und Standardabweichungen zum 1. und 2. Messzeitpunkt für die untersuchten Personen mit Angststörungen in S2

	M	SD	N
MI-B zum 1. Messzeitpunkt	2.38 <sup>a</sup>	0.85	63
MI-B zum 2. Messzeitpunkt	1.31 <sup>a</sup>	0.39	63
$t_{(emp.)} = 10.48$			$df = 62$
			$p < .001$

Anmerkungen.<sup>a</sup> Ein hoher Mittelwert bedeutet eine hohe Ausprägung auf der Skala MI-B. Ein niedriger Mittelwert bedeutet eine niedrige Ausprägung auf der Skala MI-B. Die Antwortskala reicht von 1 bis 5. 1 bedeutet "Vermeide niemals". 5 bedeutet "Vermeide immer".

Die festgestellte Mittelwertsdifferenz ist auf dem 1%-Niveau signifikant. Hypothesengemäß verminderte sich die Ausprägung des Vermeidungsverhaltens in Gegenwart anderer Personen signifikant über den Verlauf der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung zwischen dem 1. und dem 2. Messzeitpunkt bei den untersuchten Personen mit Angststörungen. Hypothese 4.e wird somit als gültig angenommen.

zu Hypothese 4.f - Tabelle 39

Ergebnisse des t-Tests für abhängige Stichproben zur Überprüfung auf Mittelwertsdifferenzen für die Skala "Vermeidungsverhalten - Allein (MI-A)" sowie die Angabe der Mittelwerte und Standardabweichungen zum 1. und 2. Messzeitpunkt für die untersuchten Personen mit Angststörungen in S2

	M	SD	N
MI-A zum 1. Messzeitpunkt	3.11 <sup>a</sup>	1.06	63
MI-A zum 2. Messzeitpunkt	1.58 <sup>a</sup>	0.58	63
$t_{(emp.)} = 13.12$			$df = 62$
			$p < .001$

Anmerkungen.<sup>a</sup> Ein hoher Mittelwert bedeutet eine hohe Ausprägung auf der Skala MI-A. Ein niedriger Mittelwert bedeutet eine niedrige Ausprägung auf der Skala MI-A. Die Antwortskala reicht von 1 bis 5. 1 bedeutet "Vermeide niemals". 5 bedeutet "Vermeide immer".

Die festgestellte Mittelwertsdifferenz ist auf dem 1%-Niveau signifikant. Hypothesengemäß verminderte sich die Ausprägung des Vermeidungsverhaltens bei Abwesenheit anderer Personen signifikant über den Verlauf der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung zwischen dem 1. und dem 2. Messzeitpunkt bei den untersuchten Personen mit Angststörungen. Hypothese 4.f wird somit als gültig angenommen.

## 5.2 Weitere Untersuchungsergebnisse

Neben der Klärung der in Kapitel 3 und 4.6 formulierten Fragestellungen und Veränderungshypothesen wurden weitere Auswertungen vorgenommen. Nachfolgend soll sich auf die Darstellung der explorativen Auswertungen hinsichtlich des Schulabschlusses der untersuchten Personen mit Angststörungen beschränkt werden.



### **5.2.1 Schulabschluss als Unterscheidungsmerkmal der untersuchten Personen mit Angststörungen**

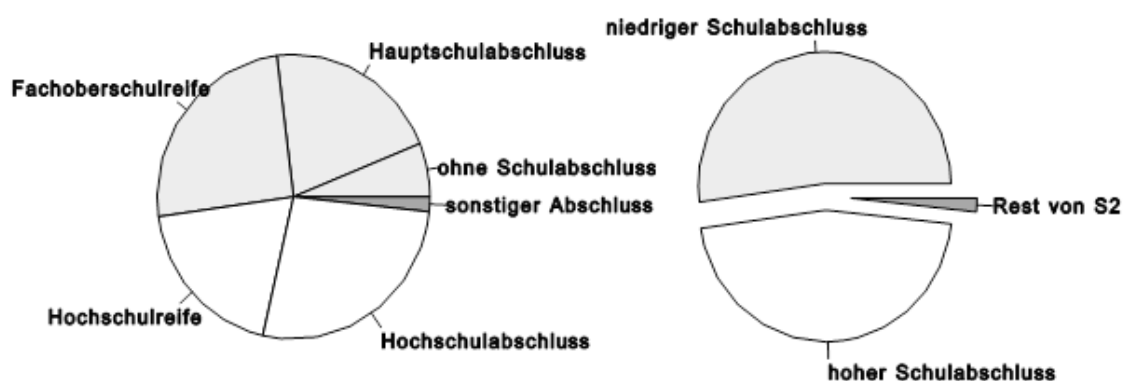
Die untersuchten Personen mit Angststörungen der Stichprobe S2 wurden für weitere explorative Auswertungen in Subgruppen eingeteilt, deren Unterscheidungsmerkmal der von den untersuchten Personen im Eingangsfragebogen des CDK für die eigene Person angegebene Schulabschluss war. Es wird angenommen, dass sich Personen mit Angststörungen mit differentiellen Schulabschlüssen hinsichtlich der generalisierten und spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen und dem generalisierten Selbstkonzept eigener Fähigkeiten zum 1. und 2. Messzeitpunkt unterscheiden können. Für diese Annahme geben die Befunde zur Abhängigkeit generalisierter Kontrollüberzeugungen und des generalisierten Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten von soziodemographischen Indikatoren des Bildungsstands und der Schichtzugehörigkeit - im Besonderen des Schulabschlusses - Anlass (vgl. Krampen, 1982; Krampen, 1991). Neben der Überprüfung von Unterschieden hinsichtlich der generalisierten und spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen und des generalisierten Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten zwischen Personen mit differentiellen Schulabschlüssen in der Stichprobe S2 waren mögliche differentielle Veränderungen im Verlauf der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung von besonderem Interesse für die weitere Auswertung.

In der vorliegenden Untersuchung wurden die untersuchten Personen mit Angststörungen der Stichprobe S2, mit einer Person als Ausnahme, ihren Schulabschlüssen entsprechend in zwei Subgruppen eingeteilt. Die keiner Subgruppe zugeteilte Person gab im Eingangsfragebogen des CDK einen sonstigen Schulabschluss an. Zugunsten einer robusten varianzanalytischen Auswertung wurden a) die untersuchten Personen mit keinem Schulabschluss, die Personen mit Hauptschulabschluss und die Personen mit Fachoberschulreife zu einer Subgruppe mit  $N = 33$  [nachfolgend Subgruppe mit niedrigem Schulabschluss] zusammengefasst und b) die untersuchten Personen mit Fachhochschulreife/Allgemeiner Hochschulreife und die Personen mit einem Hochschulabschluss zu einer weiteren Subgruppe mit  $N = 29$  [nachfolgend Subgruppe mit hohem Schulabschluss] zusammengefasst. Durch die Bildung der zusammenfassenden Subgruppen konnte eine annähernd gleichgroße und

hinreichend große Zellenbesetzung in den nachfolgend beschriebenen varianzanalytischen Auswertungen gewährleistet werden. Abb. 2 veranschaulicht die Bildung der Subgruppen aus der Menge der untersuchten Personen mit Angststörungen in Stichprobe S2.

Abb. 2

Bildung der Subgruppen mit niedrigem und hohem Schulabschluss aus der Stichprobe S2



Erläuterung zu Abb. 2. *Zum linken Kreisdiagramm:* Die Personen mit Hochschulreife gaben die Fachhochschulreife oder die Allgemeine Hochschulreife als Schulabschluss für die eigene Person im Eingangsfragebogen des CDK an. *Zum rechten Kreisdiagramm:* Subgruppe mit niedrigem Schulabschluss: Personen ohne Schulabschluss, mit Hauptschulabschluss oder Fachoberschulreife, Subgruppe mit hohem Schulabschluss: Personen mit Hochschulreife oder Hochschulabschluss, der Rest von S2 ist eine Person, die einen sonstigen Schulabschluss für die eigene Person im Eingangsfragebogen des CDK angab.

Nachdem die Bildung der Subgruppen nach dem Kriterium des Schulabschlusses beschrieben wurde, soll nun das für die weitere explorative Auswertung verwendete teststatistische Verfahren erläutert werden.

### 5.2.2 Wahl des methodischen Verfahrens für die explorative Datenanalyse

Für die weitere Exploration hinsichtlich des Schulabschlusses wurde die univariate zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung als geeignetes teststatistisches Verfahren ausgewählt. Die für die zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung in der vorliegenden Untersuchung gewählten zwei Faktoren sind a) der Schulabschluss mit den Fak-

---

torstufen Subgruppe mit niedrigem Schulabschluss und Subgruppe mit hohem Schulabschluss und b) der Messzeitpunkt mit den Faktorstufen 1. Messzeitpunkt und 2. Messzeitpunkt. Der Faktor Messzeitpunkt ist ein Messwiederholungsfaktor, da abhängige Stichproben miteinander verglichen werden. Es wurde überprüft, ob die beiden Faktoren als unabhängige Variablen einen Einfluss auf die Ausprägungen der generalisierten und der spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen und auf das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten als abhängige Variablen haben. Bei der teststatistischen Klärung von Haupt- bzw. Interaktionseffekten wurde ein Signifikanzniveau von 5% als ausreichend beurteilt. Bortz (1993) nennt Voraussetzungen für die Anwendung der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung:

a) Nach Bortz (1993) sollen die Messwerte innerhalb jeder Zelle normalverteilt sein. Der Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest (K-S-Test) wird von Bortz, Lienert & Boehnke (1990) als mögliches teststatistisches Verfahren zur Überprüfung der Normalverteilung bis zu einer Stichprobengröße von  $N = 100$  als sehr effizient bewertet. Bauer (1986) fordert bei der Anwendung des K-S-Tests ein Signifikanzniveau von 10%. Für die nachfolgenden varianzanalytischen Auswertungen wurde mittels des K-S-Tests bei einem Signifikanzniveau von 10% keine signifikante Verletzung der Normalverteilung festgestellt.

b) Bortz (1993, S. 326) nennt als weitere Voraussetzung für die Anwendung der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung die Homogenität der Varianzen unter den einzelnen Faktorstufen. Als mögliche Methode zur teststatistischen Überprüfung der Varianzhomogenität innerhalb des varianzanalytischen Designs nennt Bauer (1986) den Bartlett-Box-F-Test, eine modifizierte Form des Bartlett-Tests. Bauer (1986) fordert auch bei der Anwendung des Bartlett-Box-F-Tests ein Signifikanzniveau von 10%. Bei keinem der durchgeführten Bartlett-Box-F-Tests wurde unter der Maßgabe Bauers hinsichtlich der Skalen "Generalisierte Internalität (I)", "Generalisierte soziale Externalität (P)", "Generalisierte fatalistische Externalität (C)" und "Generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)" eine signifikante Verletzung der Varianzhomogenität festgestellt. Jedoch wurde hinsichtlich der Skalen "Spezifische auf die Angststörung bezogene Internalität (FBA-I)", "Spezifische auf die Angststörung bezogene soziale Externalität (FBA-P)" und "Spezifische auf die Angststörung bezogene fatalistische Externalität (FBA-C)" die signifikante Verletzung der Varianzhomogenität festgestellt. Nachfolgend wird angesichts nor-

---

malverteilter Messwerte in den einzelnen Zellen und hinreichend großer und gleichgroßer Subgruppen mit niedrigem [N = 33] und mit hohem Schulabschluss [N = 29] angenommen, dass die Verletzungen der Voraussetzung der Varianzhomogenität in den weiteren Auswertungen zu keinen gravierenden Entscheidungsfehlern im Hinblick auf die Effekte der zu untersuchenden Varianzquellen führen werden (vgl. Bortz, 1993; Werner, 1989).

### **5.2.3 Auswertungen hinsichtlich des Schulabschlusses der untersuchten Personen mit Angststörungen**

Zunächst werden die varianzanalytischen Auswertungen zu den generalisierten Kontrollüberzeugungen dargestellt. Daran anschließend werden die Auswertungen zu den spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen und dem generalisierten Selbstkonzept eigener Fähigkeiten berichtet.

Tabelle 40 stellt die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung hinsichtlich der generalisierten Kontrollüberzeugungen dar. Für die Auswertung wurden die Skalenwerte des FKK (Krampen, 1991) "Generalisierte Internalität (I)", Generalisierte soziale Externalität (P)" und "Generalisierte fatalistische Externalität (C)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt verwendet.

Tabelle 40

Ergebnisse der univariaten zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung hinsichtlich der generalisierten Kontrollüberzeugungen als abhängige Variablen mit den Faktoren Schulabschluss und Messzeitpunkt

abhängige Variable	Varianzquelle	QS	df	F	p
Generalisierte Internalität (I)	Schulabschluss	0.04	1	0.08	p > .05
	Vpn innerhalb der Stichproben	31.92	60		
	Messzeitpunkt	1.69	1	9.57	p < .01
	Schulabschluss x Messzeitpunkt	0.12	1	0.66	p > .05
	Messzeitpunkt x Vpn	10.60	60		
Generalisierte soziale Externalität (P)	Schulabschluss	0.02	1	0.02	p > .05
	Vpn innerhalb der Stichproben	59.77	60		
	Messzeitpunkt	5.88	1	16.68	p < .001
	Schulabschluss x Messzeitpunkt	0.07	1	0.19	p > .05
	Messzeitpunkt x Vpn	21.15	60		
Generalisierte fatalistische Externalität (C)	Schulabschluss	2.79	1	2.62	p > .05
	Vpn innerhalb der Stichproben	63.92	60		
	Messzeitpunkt	4.11	1	20.39	p < .001
	Schulabschluss x Messzeitpunkt	0.02	1	0.12	p > .05
	Messzeitpunkt x Vpn	12.08	60		

Anmerkungen. Vpn innerhalb der Stichproben: Varianz, die auf Unterschieden zwischen den Personen innerhalb der einzelnen Stichproben beruht. Messzeitpunkt x Vpn: Varianz, die auf den spezifischen Antwortarten der einzelnen Personen unter den Stufen des Faktors Messzeitpunkt beruht (vgl. Bortz, 1993).

Die univariaten zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung mit den jeweils zweistufigen Faktoren Schulabschluss und Messzeitpunkt und den generalisierten Kontrollüberzeugungen als abhängige Variablen ergab keinen signifikanten Haupteffekt des Faktors Schulabschluss und keinen signifikanten Interaktionseffekt. Es ergab sich ferner für jede der generalisierten Kontrollüberzeugungen ein signifikanter Haupteffekt des Faktors Messzeitpunkt. Dieser Effekt bestätigt nochmals den signifikanten Mittelwertsunterschied zwischen dem 1. und 2. Messzeitpunkt hinsichtlich der generalisierten Kontrollüberzeugungen, der zuvor mittels t-Test für abhängige Stichproben geprüft wurde.

Nachfolgend stellt Tabelle 41 die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung hinsichtlich der spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen dar. Für die Auswertung wurden die Skalenwerte des weiter- bzw. neu-entwickelten FBA "Spezifische auf die Angststörung bezogene Internalität (FBA-I)", "Spezifische auf die Angststörung bezogene soziale Externalität (FBA-P)" und "Spezifische auf die Angststörung bezogene fatalistische Externalität (FBA-C)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt verwendet.

Tabelle 41

Ergebnisse der univariaten zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung hinsichtlich der spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen als abhängige Variable mit den Faktoren Schulabschluss und Messzeitpunkt

abhängige Variable	Varianzquelle	QS	df	F	p
Spezifische auf die Angststörung bezogene Internalität (FBA-I)	Schulabschluss	0.17	1	0.24	p > .05
	Vpn innerhalb der Stichproben	41.74	60		
	Messzeitpunkt	20.28	1	99.89	p < .001
	Schulabschluss x Messzeitpunkt	0.02	1	0.11	p > .05
	Messzeitpunkt x Vpn	12.18	60		

	Schulabschluss	4.66	1	5.92	p < .05
	Vpn innerhalb der Stichproben	47.23	60		
Spezifische auf die Angststörung bezogene soziale Externalität (FBA-P)	Messzeitpunkt	9.94	1	46.90	p < .001
	Schulabschluss x Messzeitpunkt	0.06	1	0.29	p > .05
	Messzeitpunkt x Vpn	12.72	60		
	Schulabschluss	4.45	1	4.24	p < .05
	Vpn innerhalb der Stichproben	62.84	60		
Spezifische auf die Angststörung bezogene fatalistische Externalität (FBA-C)	Messzeitpunkt	2.36	1	12.41	p < .01
	Schulabschluss x Messzeitpunkt	0.15	1	0.79	p > .05
	Messzeitpunkt x Vpn	11.42	60		

Anmerkungen. Vpn innerhalb der Stichproben: Varianz, die auf Unterschieden zwischen den Personen innerhalb der einzelnen Stichproben beruht. Messzeitpunkt x Vpn: Varianz, die auf den spezifischen Antwortarten der einzelnen Personen unter den Stufen des Faktors Messzeitpunkt beruht (vgl. Bortz, 1993).

Die univariaten zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung mit den jeweils zweistufigen Faktoren Schulabschluss und Messzeitpunkt und den spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen als abhängige Variablen ergab hinsichtlich der spezifischen internalen Kontrollüberzeugung keinen signifikanten Haupteffekt des Faktors Schulabschluss, jedoch hinsichtlich der spezifischen externalen Kontrollüberzeugungen. Hinsichtlich der spezifischen sozial externalen Kontrollüberzeugung als abhängige Variable geben der auf dem 5%-Niveau signifikante Haupteffekt des Faktors Schulabschluss und die Richtung des Unterschieds der Mittelwerte zwischen den Faktorstufen an, dass die untersuchten Personen mit hohem Schulabschluss eine signifikant niedrigere Ausprägung [M zu t1 = 3.44, SD zu t1 = 0.78; M zu t2 = 2.83, SD zu t2 = 0.69] der spezifischen auf die Angststörung bezogenen sozial externalen Kontrollüberzeugung zum 1. Messzeitpunkt (t1) und 2. Messzeitpunkt (t2) auszeichnete als die untersuchten Personen

---

mit niedrigem Schulabschluss [M zu t1 = 3.79, SD zu t1 = 0.55; M zu t2 = 3.27, SD zu t2 = 0.79]. Hinsichtlich der spezifischen fatalistisch externalen Kontrollüberzeugung als abhängige Variable geben der auf dem 5%-Niveau signifikante Haupteffekt des Faktors Schulabschluss und die Richtung des Unterschieds der Mittelwerte zwischen den Faktorstufen an, dass die untersuchten Personen mit hohem Schulabschluss eine niedrigere Ausprägung [M zu t1 = 2.47, SD zu t1 = 0.78; M zu t2 = 2.27, SD zu t2 = 0.59] der spezifischen auf die Angststörung bezogenen fatalistisch externalen Kontrollüberzeugung zum 1. Messzeitpunkt (t1) und 2. Messzeitpunkt (t2) auszeichnete als die untersuchten Personen mit niedrigem Schulabschluss [M zu t1 = 2.92, SD zu t1 = 0.81; M zu t2 = 2.58, SD zu t2 = 0.92]. Des Weiteren ergab sich kein signifikanter Interaktionseffekt. Für jede der spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen ergab sich ein signifikanter Haupteffekt des Faktors Messzeitpunkt. Dieser Effekt bestätigt nochmals den signifikanten Mittelwertsunterschied zwischen dem 1. und 2. Messzeitpunkt hinsichtlich der spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen, der zuvor mittels t-Test für abhängige Stichproben geprüft wurde.

Nachdem die varianzanalytischen Auswertungen hinsichtlich der generalisierten und spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen geschildert wurden, werden nachfolgend die Resultate der explorativen varianzanalytischen Auswertung hinsichtlich des generalisierten Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten dargestellt. Tabelle 42 stellt die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung dar. Für die Auswertung wurden die Skalenwerte des FKK (Krampen, 1991) "Generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt verwendet.



Tabelle 42

Ergebnisse der univariaten zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung hinsichtlich des generalisierten Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten als abhängige Variable mit den Faktoren Schulabschluss und Messzeitpunkt

abhängige Variable	Varianzquelle	QS	df	F	p
Generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)	Schulabschluss	1.63	1	1.06	p > .05
	Vpn innerhalb der Stichproben	92.40	60		
	Messzeitpunkt	11.44	1	43.68	p < .001
	Schulabschluss x Messzeitpunkt	0.03	1	0.12	p > .05
	Messzeitpunkt x Vpn	15.72	60		

Anmerkungen. Vpn innerhalb der Stichproben: Varianz, die auf Unterschieden zwischen den Personen innerhalb der einzelnen Stichproben beruht. Messzeitpunkt x Vpn: Varianz, die auf den spezifischen Antwortarten der einzelnen Personen unter den Stufen des Faktors Messzeitpunkt beruht (vgl. Bortz, 1993).

Die univariate zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung mit den jeweils zweistufigen Faktoren Schulabschluss und Messzeitpunkt und dem generalisierten Selbstkonzept eigener Fähigkeiten als abhängige Variable ergab keinen signifikanten Haupteffekt des Faktors Schulabschluss und keinen signifikanten Interaktionseffekt. Es ergab sich ferner ein signifikanter Haupteffekt des Faktors Messzeitpunkt. Dieser Effekt bestätigt nochmals den signifikanten Mittelwertsunterschied zwischen dem 1. und 2. Messzeitpunkt hinsichtlich des generalisierten Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten, der zuvor mittels t-Test für abhängige Stichproben geprüft wurde.

---

## **6. Zusammenfassende Diskussion und Ausblick**

Nachfolgend werden die Ergebnisse zur Prüfung der Hypothesen und die weiteren Untersuchungsergebnisse unter Berücksichtigung der zugrundeliegenden methodischen Bedingungen und der vorliegenden Befundlage der psychologisch-wissenschaftlichen Literatur zusammengefasst und diskutiert. Darüber hinaus wird ein Ausblick auf resultierende Fragestellungen gegeben.

### **6.1 Zusammenfassende Diskussion**

Für eine abschließende Diskussion der vorgelegten Ergebnisse sind von besonderem Interesse:

- a) Die Veränderungen der untersuchten selbstbezogenen Kognitionen, des Angsterlebens und des Vermeidungsverhaltens
- b) Kausale Erklärungen für die festgestellten Veränderungen der untersuchten selbstbezogenen Kognitionen, des Angsterlebens und des Vermeidungsverhaltens
- c) Die Stabilität der festgestellten Veränderungen
- d) Kontrollüberzeugungen und das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten bei Personen mit Angststörungen und differentiellen Schulabschlüssen
- e) Die Selektivität der untersuchten Stichprobe
- f) Differentialdiagnostik der Angststörungen hinsichtlich der untersuchten selbstbezogenen Kognitionen, des Angsterlebens und des Vermeidungsverhaltens
- g) Die weiter- bzw. neuentwickelten Skalen zur Erfassung spezifischer Kontrollüberzeugungen und Verantwortungsattributionen für Personen mit Angststörungen

Die skizzierten Diskussionspunkte sollen nachfolgend erörtert werden.

---

### **6.1.1 Veränderungen der untersuchten selbstbezogenen Kognitionen, des Angsterlebens und des Vermeidungsverhaltens**

Die Fragestellungen der vorliegenden Diplomarbeit richteten sich auf die Überprüfung der Veränderungen der generalisierten und spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen, des generalisierten Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten und der Verantwortungsattributionen für die Ursache und die Bewältigung der Angststörung über den Verlauf der nicht-graduierten massierten Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung bei Personen mit Angststörungen. Für die Überprüfung der Veränderungen dieser selbstbezogenen Kognitionen wurde eine therapeutische Intervention ausgewählt, die diese selbstbezogenen Kognitionen mit Ausnahme der Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung durch spezifische Behandlungsbestandteile im Besonderen berücksichtigt. Zusätzlich wurde überprüft, ob sich selbstbezogene Angaben zum Bewältigungsverhalten verändern. Dafür wurden Maße des Angsterlebens und Vermeidungsverhaltens erfasst.

Insgesamt wurden im Rahmen der vorliegenden Fragebogenuntersuchung  $N = 78$  Personen mit Angststörungen untersucht. Aufgrund differentieller Kriterien wurden davon  $N = 63$  Personen für die Auswertung hinsichtlich der formulierten Hypothesen ausgewählt. Diesen Personen wurde vor der Kognitiven Vorbereitung auf das Reizkonfrontationstraining und nach dem Reizkonfrontationstraining jeweils ein Untersuchungsmanual zur Bearbeitung vorgegeben. Die Untersuchungsmanuale beinhalteten zur Klärung der Fragestellungen den "Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen" (Krampen, 1991) mit den Skalen zu den generalisierten Kontrollüberzeugungen und dem generalisierten Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und den weiter- bzw. neuentwickelten "Fragebogen zu spezifischen Kontrollüberzeugungen und Verantwortungsattributionen für Personen mit Angststörungen" mit den Skalen zu den spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen in Anlehnung an Krampen (1986) und den Verantwortungsattributionen für die Ursache und die Bewältigung der Angststörung. Des Weiteren beinhalteten die Untersuchungsmanuale zu beiden Messzeitpunkten die "Testbatterie zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung" (Ehlers & Margraf, 1990) mit den Skalen zu körperbezoge-

nen Ängsten, zu angstbezogenen Kognitionen und Vermeidungsverhalten.

#### *Generalisierte und spezifische auf die Angststörung bezogene Kontrollüberzeugungen*

Hypothesengemäß wurde bestätigt, dass sich über den Verlauf der nicht-graduierten massierten Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung bei Personen mit Angststörungen die generalisierte Internalität erhöht, die generalisierte soziale Externalität vermindert, die generalisierte fatalistische Externalität vermindert, die spezifische auf die Angststörung bezogene Internalität erhöht, die spezifische auf die Angststörung bezogene soziale Externalität vermindert und die spezifische auf die Angststörung bezogene fatalistische Externalität ebenfalls vermindert.

Die Ergebnisse sind konsistent. Denn es zeigt sich zwischen dem Beginn der Kognitiven Vorbereitung und dem Ende des Reizkonfrontationstrainings eine Veränderung, die sich sowohl auf generalisiertem als auch auf spezifischem Niveau der jeweils dreidimensional operationalisierten Kontrollüberzeugungen gleichförmig zeigt. Die internalen Kontrollüberzeugungen erhöhen sich und die externalen Kontrollüberzeugungen vermindern sich. Die Erhöhung der generalisierten internalen und die Verminderung der generalisierten externalen Kontrollüberzeugungen bedeutet, dass die subjektive generalisierte Erwartung zunimmt, Handlungsergebnisse und Ereignisse durch zur Verfügung stehende Handlungen kontrollieren zu können. Die Erhöhung der spezifischen auf die Angststörung bezogenen internalen und die Verminderung der spezifischen auf die Angststörung bezogenen externalen Kontrollüberzeugungen bedeutet, dass die subjektiven Erwartungen der Personen mit Angststörungen zunehmen, die Angststörung mittels zur Verfügung stehender Handlungen bewältigen zu können.

#### *Das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten*

Darüber hinaus wurde hypothesengemäß bestätigt, dass sich das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten über den Verlauf der nicht-graduierten massierten Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung bei Personen mit Angststörungen erhöht. Die Erhöhung des generalisierten Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten bedeutet, dass die subjektiven generalisierten Erwartungen zunehmen, in einer gegebenen

---

Situation über Handlungsalternativen verfügen zu können.

#### *Verantwortungsattributionen für die Ursache und für die Bewältigung der Angststörung*

Eine Veränderung der selbstbezogenen Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung konnte über den Verlauf der nicht-graduierten massierten Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung bei Personen mit Angststörungen nicht festgestellt werden. Dieses Ergebnis ist konsistent mit der existierenden Befundlage. Bisher konnte für das Bewältigungsverhalten hinsichtlich eines Problems die Bedeutung der Verantwortungsattribution für die Problemursache empirisch nicht eindeutig nachgewiesen werden. Darüber hinaus erfährt die Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung keine besondere Berücksichtigung im Verlauf der Reizkonfrontationstherapie im CDK. Hypothesengemäß wurde jedoch in der vorliegenden Untersuchung bestätigt, dass sich die Verantwortungsattribution für die Bewältigung der Angststörung über den Verlauf der nicht-graduierten massierten Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung bei Personen mit Angststörungen erhöht. Die Erhöhung der Verantwortungsattribution für die Bewältigung der Angststörung steht vermutlich mit der Aktivierung eigener Ressourcen zur Problembewältigung und der selbstverantwortlichen Regulierung psychischer Befindlichkeit im Zusammenhang (vgl. Brickman et al., 1982).

#### *Angsterleben und Vermeidungsverhalten*

Hypothesengemäß wurde auch bestätigt, dass sich das von Personen mit Angststörungen angegebene Angsterleben und Vermeidungsverhalten über den Verlauf der nicht-graduierten massierten Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung vermindert. Mit der Verminderung der Angst vor körperlichen Symptomen und der Häufigkeit angstbezogener Kognitionen werden stabilisierende Elemente des "Teufelskreises der Angst" (Margraf & Schneider, 1990) weniger bedeutsam für die Aufrechterhaltung der Angststörung. Die Verbesserung der Angstsymptomatik zeigt sich außerdem auf der von Personen mit Angststörungen berichteten Verhaltensebene. Die Verminderung des berichte-

ten Vermeidungsverhalten steht im Zusammenhang a) mit der Verminderung antizipierter Ängste im Hinblick auf die angstausslösenden Situationen und b) der Zunahme der Zuversicht hinsichtlich der Bewältigung der angstausslösenden Situationen (Mineka & Kelly, 1989; Margraf & Schneider, 1990).

Neben den festgestellten Veränderungen der untersuchten Variablen im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit ist sicherlich die kausale Interpretation der Veränderungen von weiterem Interesse für eine abschließende Bewertung der vorgelegten Ergebnisse.

### **6.1.2 Kausale Erklärungen für die Veränderungen der untersuchten selbstbezogenen Kognitionen, des Angsterlebens und des Vermeidungsverhaltens**

Für die vorliegende Untersuchung wurde schon in Kapitel 4.2 auf begrenzte Interpretationsmöglichkeiten resultierender Effekte bei zugrundeliegendem "One-Group-Pretest-Posttest-Design" (Campbell & Stanley, 1966) hingewiesen. Der Mangel an interner Validität begrenzt in der vorliegenden Untersuchung die Interpretation der kausalen Beziehungen zwischen Wirkfaktoren der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung und den Veränderungen hinsichtlich der Kontrollüberzeugungen, des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten, der Verantwortungsattributionen für die Bewältigung der Angststörung, des Angsterlebens und des Vermeidungsverhaltens. Es ist nicht auszuschließen, dass nicht Wirkfaktoren der nicht-graduierten massierten Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung, sondern mögliche andere Wirkfaktoren - wie z.B. kohortenspezifische Faktoren etc. - die festgestellten Veränderungen bewirkten. Auch der mögliche Einwand, dass die festgestellten Veränderungen auf Soziale-Erwünschtheits-Tendenzen der untersuchten Personen zurückzuführen sind, ist im Hinblick auf die in der jeweiligen Instruktion der Untersuchungsmanuale angekündigte individuelle Auswertung der Manuale nicht ganz ohne Bedeutung. Die Forderung jedoch, bei zukünftigen Untersuchungen eine der etablierten Soziale-Erwünschtheits- bzw. Lügenskalen zur Kontrolle dieses möglichen Effekts einzusetzen, scheint nicht zufriedenstellend (vgl. Borkenau & Ostendorf, 1992). Denn die Validität dieser Skalen scheint mindestens ebenso fragwürdig wie die der erfassten Konstrukte.

---

Trotz der begrenzten Absicherung der Validität der untersuchten Veränderungen gibt es jedoch deutliche Hinweise dafür, dass die Veränderungen durch die nicht-graduierte massierte Reizkonfrontationstherapie in vivo bewirkt wurden. Ein Indiz für die nicht-graduierte massierte Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung als Konglomerat notwendiger Wirkfaktoren für die festgestellten Veränderungen ist die Modifikation der in der Literatur im Sinn von Persönlichkeitsmerkmalen als relativ stabil beschriebenen generalisierten Kontrollüberzeugungen und des generalisierten Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten zwischen dem 1. und dem 2. Messzeitpunkt (z.B. Krampen, 1991). Generalisierte Kontrollüberzeugungen und das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten sind zwar nach Krampen (1991) als Persönlichkeitsmerkmale veränderbar, jedoch sind bedeutsame Veränderungen nicht in einem Zeitraum von ca. 2 Wochen ohne spezifische Intervention zu erwarten. Gleiches gilt für die Veränderung des von den Hilfesuchenden angegebenen Angsterlebens und Vermeidungsverhaltens angesichts a) des in der Literatur berichteten seltenen Vorkommens spontaner Remissionen bei Angststörungen (Wittchen et al., 1989) und b) der angegebenen durchschnittlichen Leidensdauer von 9.4 Jahren in der untersuchten Stichprobe. Die Inkonsistenz der festgestellten Ergebnisse mit Befunden zur Überprüfung von Veränderungen generalisierter Kontrollüberzeugungen über den Verlauf der Reizkonfrontationstherapie ist ein weiterer Indiz für eine spezifische Intervention zwischen dem 1. und 2. Messzeitpunkt (dazu Emmelkamp et al., 1978; Emmelkamp & Mersch, 1982; Michelson et al., 1983). Jedoch ist es auch möglich, dass die Inkonsistenz mit existierenden Befunden auf unterschiedlichen Operationalisierungen der generalisierten Kontrollüberzeugungen beruht (vgl. Kap. 2.3.9). Auch die für Personen mit Angststörungen mittels kontrollierter Versuchspläne nachgewiesene und in der Literatur berichtete Modifikation des Angsterlebens und Vermeidungsverhaltens durch eine nicht-graduierte massierte Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung weist für die vorliegende Untersuchung auf methodenspezifische Wirkfaktoren als Ursachen für die Modifikationen hin (z.B. Fiegenbaum, 1986; 1990).

Zusammenfassend lässt sich mittels der durchgeführten Untersuchung nicht mit letzter Bestimmtheit nachweisen, dass Bestandteile der nicht-graduierten massierten Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung als Ursachen für die fest-

---

gestellten Veränderungen wirken. Verschiedene Indizien weisen jedoch darauf hin. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung sind den erwarteten Modifikationen der zentral untersuchten selbstbezogenen Kognitionen, des Angsterlebens und des Vermeidungsverhaltens durch die Kognitive Vorbereitung und das Reizkonfrontationstraining im CDK nicht widersprechend. Über die kausale Erklärung der festgestellten Veränderungen hinaus ist die Stabilität der veränderten selbstbezogenen Kognitionen, des Angsterlebens und des Vermeidungsverhaltens bedeutsam.

### **6.1.3 Stabilität der festgestellten Veränderungen**

Figenbaum (1990) berichtet von der positiven Wirkung bei Personen mit Angststörungen noch fünf Jahre nach einer nicht-graduierten massierten Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung. Aufgrund seiner Ergebnisse bewertet er die nicht-graduierte massierte Reizkonfrontation in vivo mit Kognitiver Vorbereitung als hocheffektiv und stabile Veränderungen bewirkend. Die von ihm festgestellte Langzeitwirkung bezieht sich auf Selbsteinschätzungen der ehemals Hilfesuchenden hinsichtlich ihrer Beschwerden, auf Fragebögen zur Ängstlichkeit und zu angstauslösenden Situationen und auf Verhaltenstests. Zukünftige Untersuchungen sollten die Stabilität der im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit untersuchten Kontrollüberzeugungen, des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten und der selbstbezogenen Verantwortungsattributionen nach Therapieende klären. Im Hinblick auf ihre anzunehmende methodenunspezifische Relevanz könnten sich diese Variablen u.U. als wertvolle Indikatoren ungünstiger Entwicklungsverläufe bei Personen mit Angststörungen erweisen.

Nachdem die vorgelegten Ergebnisse zu den durchgeführten Hypothesentests zusammengefasst und im Hinblick auf mögliche kausale Erklärungen und Stabilität erörtert wurden, sollen nun die weiteren Untersuchungsergebnisse zusammengefasst und diskutiert werden.



#### **6.1.4 Kontrollüberzeugungen und das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten bei Personen mit Angststörungen und differentiellen Schulabschlüssen**

Die explorativen Auswertungen im Rahmen der vorliegenden Untersuchung ergaben den Nachweis der Kovariation der spezifischen auf die Angststörung bezogenen externalen Kontrollüberzeugungen und der Schulabschlüsse der untersuchten Personen mit Angststörungen. Es konnten bei Personen mit Angststörungen und hohem Schulabschluss niedrigere spezifische auf die Angststörung bezogene sozial und fatalistisch externe Kontrollüberzeugungen festgestellt werden als bei Personen mit Angststörungen und niedrigem Schulabschluss. Diese Ergebnisse sind konsistent mit vorliegenden Befunden zum Schulabschluss und Kontrollüberzeugungen (vgl. Krampen, 1991). Jedoch bleibt in der vorliegenden Untersuchung offen, welche spezifischen Variablen mit dem Schulabschluss konfundiert sind und u.U. als ursächlich wirkende Faktoren für die Gruppenunterschiede verantwortlich sind. Hinsichtlich der generalisierten Kontrollüberzeugungen, der spezifischen auf die Angststörung bezogenen internalen Kontrollüberzeugung und des generalisierten Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten konnte kein Einfluss der Variable Schulabschluss festgestellt werden. Krampen (1991) berichtet aber von einem signifikanten korrelativen Zusammenhang zwischen den Variablen Schulabschluss und den generalisierten Kontrollüberzeugungen und dem generalisierten Selbstkonzept eigener Fähigkeiten bei Erwachsenen. Vermutlich ist die Teststärke der in der vorliegenden Untersuchung durchgeführten varianzanalytischen Auswertungen zu gering, um weitere Effekte festzustellen. Andererseits stellt Krampen (1991) lediglich maximal 7% gemeinsame Varianz zwischen den Variablen Schulabschluss und den generalisierten Erwartungshaltungen fest, so dass der Zusammenhang als relativ gering beurteilt werden kann.

Als weiteres Ergebnis konnte zwischen Personen mit hohem und Personen mit niedrigem Schulabschluss kein Hinweis auf differentielle Veränderungen der generalisierten und spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen und des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten über den Verlauf der Reizkonfrontationstherapie in vivo festgestellt werden. Dieses Ergebnis ist konsistent mit der Erwartung der praktizierenden TherapeutInnen des CDK, dass Personen mit differentiellen Schulabschlüssen im gleichen

---

Ausmaß von der nicht-graduierten Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung profitieren. Gleichwohl kann auch die Bildung von nur zwei Gruppen, die jeweils Personen mit verschiedenen Schulabschlüssen zusammenfassen, in der vorliegenden Untersuchung den Nachweis differentieller Effekte vereitelt haben.

Die Gesamtergebnisse der vorliegenden Untersuchung sind des Weiteren hinsichtlich der Merkmale der untersuchten Stichprobe zu diskutieren.

### **6.1.5 Selektivität der untersuchten Stichprobe**

Marks (1986) weist für Personen mit Angststörungen darauf hin, dass das Betroffensein von einer Angststörung nicht gleichbedeutend mit der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Dienstleistungen sein muss. Vielmehr spielen nach Fichter (1990) beim Hilfesuchverhalten von Personen mit psychischen Störungen eine Vielzahl von Wirkfaktoren eine Rolle. Personenspezifische Wirkfaktoren, das soziale Umfeld und Bedingungen des psychotherapeutischen Angebots sind Determinanten des Hilfesuchverhaltens (Fichter, 1990). In diesem Sinn ist die Entscheidungsfindung für eine psychotherapeutische Behandlung als Prozess anzunehmen (vgl. Seidenstücker, 1984; Prochaska & DiClemente, 1986). Es kann angenommen werden, dass während und im Vorfeld psychotherapeutischer Behandlung in der Regel mehrere Barrieren zu überwinden sind, bevor eine Person mit einer psychischen Störung in psychotherapeutische Behandlung gelangt bzw. eine therapeutische Intervention fortsetzt. Diese Barrieren wirken neben weiteren Wirkfaktoren auf die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen bzw. die Fortsetzung der therapeutischen Intervention durch die hilfesuchende Person (vgl. Seidenstücker, 1984). Die selektive Wirkung vorhandener Barrieren auf Hilfesuchende sind von Interesse für die weitere Diskussion zur Selektivität der untersuchten Stichprobe S2. Denn die Selektivität der untersuchten Stichprobe S2 würde bedeuten, dass die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung nicht ohne weiteres generalisierbar und mit anderen Ergebnissen vergleichbar sind. Nachfolgend sollen mögliche Selektionsprozesse während der psychotherapeutischen Behandlung im CDK von Selektionsprozessen im Vorfeld der psychotherapeutischen Behandlung im CDK unterschieden werden. Zunächst werden mögliche Selektionsprozesse

---

während der psychotherapeutischen Intervention problematisiert, da diese mit vorgenommenen Auswertungen konkretisiert werden können.

*Selektionsprozesse während der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung*

Es kann angenommen werden, dass die Antizipation angstauslösender Situationen während des Reizkonfrontationstrainings im CDK als Barriere für die Fortsetzung der Therapie wirkt. In diesem Zusammenhang sind die 12.8% der Personen der Gesamtstichprobe von besonderem Interesse, die ihre Behandlung im CDK frühzeitig beendeten. Die Berücksichtigung relevanter methodenunspezifischer Wirkfaktoren in der Kognitiven Vorbereitung und dem Reizkonfrontationstraining ist für den Anteil von 12.8% an der Gesamtstichprobe fehlgeschlagen. Die Quote der Personen, die sich vorzeitig für die Beendigung der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung entschieden, ist jedoch in der vorliegenden Untersuchung unter der Quote von etwa 25% der hilfeschenden Personen mit Angststörungen, die Marks (1993) nennt, in etwa aber der Quote von 12% nach Jansson & Öst (1982, zitiert nach Barlow, 1988) vergleichbar. Aufgrund der besonderen Berücksichtigung methodenunspezifischer Wirkfaktoren in der Kognitiven Vorbereitung und dem Reizkonfrontationstraining des CDK ist eine relativ niedrige Quote der "Drop-Outs" erwartungsgemäß.

*Selektionsprozesse im Vorfeld der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung:*

Auch im Vorfeld der Behandlung im CDK sind Selektionsprozesse hinsichtlich der Antizipation angstauslösender Situationen für die Zeit der therapeutischen Intervention zu mutmaßen. Als weitere mögliche für die vorliegende Untersuchung relevante Barriere, die hinsichtlich eines Selektionsprozesses im Vorfeld der psychotherapeutischen Behandlung im CDK gewirkt haben könnte, ist die Kostenabrechnung der anfallenden Therapiestunden im CDK zu nennen. Dem CDK als psychologisch-psychotherapeutische Institution verbleibt aufgrund fehlender Psychotherapiegesetze in der Bundesrepublik Deutschland nur das Kostenerstattungsverfahren zur Kostenabrechnung. Auf dieser Basis erhielten gemäß des Tätig-

---

keitsberichtes der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie (CDS) für das Jahr 1994 76% der Therapie-KundInnen die Kosten der Behandlung in der CDS vollständig oder zum Teil erstattet (vgl. auch Fiegenbaum, 1992). In der Regel wurden 40 bis 60 meistens für die Therapie ausreichende Behandlungseinheiten von den Krankenversicherungen genehmigt (vgl. CDS, 1995). 13.9% der behandelten Therapie-KundInnen in der CDS waren im Jahr 1994 privat krankenversichert. 86.1% der KundInnen waren in einer der gesetzlichen Krankenkassen versichert. Die CDS als Institution ist dem CDK hinsichtlich des Behandlungskonzeptes und der Kostenabrechnung vergleichbar. Beide Institutionen sind miteinander assoziiert. Es ist vermutbar, dass sich in der vorliegenden Untersuchung aufgrund der spezifischen Kostenabrechnung im CDK und differentieller Handhabung der Kostenersstattung seitens der verschiedenen Krankenversicherungen eine durchaus von anderen untersuchten Stichproben verschiedene Zusammensetzung der untersuchten Stichprobe von Personen mit Angststörungen hinsichtlich der untersuchungsrelevanten Merkmale ergab. Denn es ist weiter vermutbar, dass sich Kostenabrechnung und Handhabung der Kostenersstattung seitens der verschiedenen Krankenversicherungen auf die Zusammensetzung der zugrundeliegenden Stichprobe hinsichtlich soziodemographischer Merkmale ausgewirkt haben. Über den Zusammenhang soziodemographischer Merkmale und a) Kontrollüberzeugungen und b) dem Selbstkonzept eigener Fähigkeiten berichtet Krampen (1991).

Letztlich lassen sich - wie im übrigen bei den meisten Forschungsunternehmen im Rahmen der Psychotherapieforschung - nur grobe qualitative Angaben zu möglichen Selektionsprozessen im Vorfeld psychotherapeutischer Behandlung machen.

---

### **6.1.6 Differentialdiagnostik der Angststörungen hinsichtlich der untersuchten selbstbezogenen Kognitionen, des Angsterlebens und des Vermeidungsverhaltens**

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung basieren auf der Grundlage einer Stichprobe von Personen, die von differentiellen Angststörungen nach DSM-III-R betroffen sind. Nach Cloitre, Heimberg, Liebowitz & Gitow (1992) könnte es sein, dass sich Personen mit Sozialen Phobien von Personen mit Panikstörungen hinsichtlich ihrer differentiellen generalisierten Kontrollüberzeugungen unterscheiden. Die von den AutorInnen durchgeführte Untersuchung an Gruppen mit der Größe von nur jeweils 14 Personen lässt aufgrund der ihr zugrundeliegenden methodischen Bedingungen jedoch keine hinreichend sichere Aussage zu differentialdiagnostischen Unterschieden zwischen den Gruppen von Personen mit Sozialen Phobien und Personen mit Panikstörungen zu. Cloitre et al. (1992) bewerten ihre Untersuchung:

The findings should best be viewed as raising an intriguing set of issues for further research. For example, it may be useful to include measures of controllability perceptions in treatment outcome studies in order to determine the importance of controllability beliefs in maintaining these two disorders [Panikstörung und Soziale Phobie]. (S. 576)

In der vorliegenden Untersuchung wurden potentiell mögliche Unterschiede hinsichtlich der im Zentrum der vorliegenden Untersuchung stehenden Kontrollüberzeugungen, des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten und den Verantwortungsattributionen für die Ursache und die Bewältigung der Angststörung zwischen Personen mit differentiellen Angststörungen nicht weiter untersucht. Ebenso wenig wurden die von Ehlers & Margraf (1990) berichteten Unterschiede hinsichtlich des Angsterlebens und des Vermeidungsverhaltens zwischen Personen mit differentiellen Angststörungen untersucht. Konsequenzen aus potentiell möglichen Unterschieden zwischen Personen mit differentiellen Angststörungen wurden in der vorliegenden Untersuchung nicht gezogen. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung lassen deshalb keine Aussagen zu potentiell möglichen und differentialdiagnostisch durchaus rele-

---

vanten Unterschieden zwischen Personen mit differentiellen Angststörungen hinsichtlich der untersuchten selbstbezogenen Kognitionen, des Angsterlebens und Vermeidungsverhaltens zu. Auch lassen sich die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung nicht ohne Einschränkung ihrer Gültigkeit auf Personen mit spezifischen Angststörungen übertragen. Werden die Kriterien von Cloitre et al. (1992) zur Bildung der von ihnen verglichenen Gruppen von Personen mit Sozialen Phobien und Personen mit Panikstörungen auf die den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung zugrundeliegenden Stichprobe S2 adaptiert, so finden sich darin  $N = 7$  Personen mit Sozialen Phobien und keiner weiteren Achse-I-Störung nach DSM-III-R und  $N = 40$  Personen mit Panikstörungen und keiner weiteren Achse-I-Störung nach DSM-III-R. Angesichts der kleinen Gruppe der Personen mit Sozialen Phobien und keiner weiteren Achse-I-Störung wurde in der vorliegenden Untersuchung auf eine differentielle explorative Auswertung zu beiden Diagnosegruppen verzichtet.

Nachdem die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung diskutiert wurden, sollen nachfolgend die Skalen zur Erfassung der spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen und der Verantwortungsattributionen für die Ursache und die Bewältigung der Angststörung bewertet werden.

### **6.1.7 Die weiter- bzw. neuentwickelten Skalen zur Erfassung spezifischer Kontrollüberzeugungen und Verantwortungsattributionen für Personen mit Angststörungen**

Die Qualität eines Testverfahrens misst sich an den ihm zugrundeliegenden Gütekriterien. Die im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit für die Skalen FBA-I, FBA-P und FBA-C bei einer kleinen zugrundeliegenden Stichprobe festgestellten Reliabilitätskennwerte und die Kennwerte zu den Items der drei Skalen verweisen auf die gelungene Adaptation der IPC-PL-Skalen (Krampen, 1986) auf den spezifischen Realitätsbereich: Bewältigung der Angststörung, wenngleich eine Weiterentwicklung der Skalen indiziert erscheint (vgl. Lierbert, 1969; Fisseni, 1990). Die Reliabilitätskennwerte der Skalen "Spezifische auf die Angststörung bezogene internale Kontrollüberzeugung (FBA-I)" und "Spezifische auf die

---

Angststörung bezogene sozial externale Kontrollüberzeugung (FBA-P)" zu den beiden Messzeitpunkten können als niedrig bis mittelhoch und die Reliabilitätskennwerte der Skala "Spezifische auf die Angststörung bezogene fatalistisch externale Kontrollüberzeugung (FBA-C)" zu den beiden Messzeitpunkten können als mittelhoch beurteilt werden (vgl. Fisseni, 1990). Der theoretisch angenommene heuristische Wert der drei Skalen konnte in der vorliegenden Untersuchung empirisch bestätigt werden.

Die Weiterentwicklung der Skalen erscheint zur Klärung von Fragestellungen zur möglichen Bedeutung spezifischer auf die Angststörung bezogener Kontrollüberzeugungen für Genese und Aufrechterhaltung von Angststörungen notwendig, darüber hinaus für differentialdiagnostische und indikative Fragestellungen sinnvoll und zweckmäßig. Eine Weiterentwicklung der Skalen sollte auf der Grundlage einer größeren Stichprobe, wenn möglich auch differentieller Stichproben zur exakteren Bestimmung von Testkennwerten geschehen. Dazu sollten im Besonderen alle die Items revidiert werden, die eine persönliche kompetenzabhängige Lösung von Problemen im Zusammenhang mit der Angststörung thematisieren. Denn die Items, für die in der vorliegenden Untersuchung eine korrigierte Trennschärfe zu einem oder beiden untersuchten Messzeitpunkten kleiner als .30 festgestellt wurde - mit Ausnahme von Item 10 - thematisieren eine persönliche kompetenzabhängige Lösung von Problemen im Zusammenhang mit der Angststörung. Darüber hinaus könnte an einer größeren Stichprobe bzw. an einer Stichprobe von Personen mit Angststörungen, die sich nicht in therapeutischer Behandlung befinden, die Qualität der einzelnen Items hinsichtlich ihrer korrigierten Trennschärfen und Itemschwierigkeiten überprüft werden. Für den Einsatz der Skalen als Testverfahren mit hinreichend abgesicherten Gütekriterien wäre außerdem die Feststellung der inhaltlichen Validität, der Konstruktvalidität und der differentiellen Validität optimal. Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität sollten ebenfalls hinreichend abgesichert werden.

Auch die im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit für die Skalen FBA-VU und FBA-VB bei einer kleinen zugrundeliegenden Stichprobe festgestellten Reliabilitätskennwerte und die Kennwerte zu den Items der beiden Skalen verweisen auf die gelungene Operationalisierung der selbstbezogenen Verantwortungsattributionen für die Ursache und die Bewältigung der Angststörung in Anlehnung an Brickman et al. (1982) (vgl. Lienert, 1969;

---

Fisseni, 1990). Die Reliabilitätskennwerte der Skala "Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung (FBA-VU)" zu den beiden Messzeitpunkten können als mittelhoch bis hoch und die der Skala "Verantwortungsattribution für die Bewältigung der Angststörung (FBA-VB)" zu den beiden Messzeitpunkten können als knapp mittelhoch beurteilt werden (vgl. Fisseni, 1990). Mittels der Skala FBA-VU konnten in der vorliegenden Untersuchung die selbstbezogenen Verantwortungsattributionen der Personen mit Angststörungen zu zwei Messzeitpunkten exploriert werden. Der theoretisch angenommene heuristische Wert der Skala FBA-VB konnte in der vorliegenden Untersuchung empirisch bestätigt werden. Eine Weiterentwicklung der Skalen erscheint angesichts von Fragestellungen zur möglichen Bedeutung selbstbezogener Verantwortungsattributionen, die Ursache und Bewältigung von Angststörungen betreffend, für die Indikation zu spezifischen therapeutischen Interventionen und zur Überprüfung der vier Modelle von Brickman et al. (1982) sinnvoll und zweckmäßig. Eine Weiterentwicklung der Skalen sollte auf der Grundlage einer größeren Stichprobe, wenn möglich auch differentieller Stichproben zur exakteren Bestimmung von Testkennwerten geschehen. An einer größeren Stichprobe bzw. an einer Stichprobe von Personen mit Angststörungen, die sich nicht in therapeutischer Behandlung befinden, könnte im Besonderen die Qualität der einzelnen Items hinsichtlich ihrer korrigierten Trennschärfen und Itemschwierigkeiten überprüft werden. Für den Einsatz der Skalen als Testverfahren mit hinreichend abgesicherten Gütekriterien wäre außerdem die Feststellung der inhaltlichen Validität, der Konstruktvalidität und der differentiellen Validität optimal. Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität sollten ebenfalls hinreichend abgesichert werden.

## **6.2 Ausblick**

Die vorliegende Untersuchung offeriert ein weites Feld weiterer zu klärender Fragestellungen. Neben der Klärung der Stabilität der festgestellten Veränderungen über den untersuchten Zeitraum hinaus und der weiteren Aufklärung des Einflusses soziodemographischer Indikatoren des Bildungsstands auf die Veränderungen, ist die Klärung von Selektionsprozessen im Vorfeld und während psychotherapeutischer Reiz-



---

konfrontationen von besonderem Interesse. Darüber hinaus wäre die Klärung möglicher differentialdiagnostischer Unterschiede der verschiedenen Angststörungen hinsichtlich generalisierter und spezifischer auf die Angststörung bezogener Kontrollüberzeugungen, des generalisierten Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten und der Verantwortungsattributionen für die Ursache und die Bewältigung der Angststörung für die klinische Theorie und Praxis wertvoll. Des Weiteren sollten zukünftige Untersuchungen die Wirkfaktoren festgestellter Veränderungen der untersuchten selbstbezogenen Kognitionen, des selbstberichteten Angsterlebens und Vermeidungsverhaltens über den Verlauf der Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung fokussieren. Im Rahmen von Fragestellungen der "Differentiellen Psychotherapieforschung" (Meyer, 1990) scheint es eine interessante Aufgabe zukünftiger Psychotherapieforschung zu sein, herauszufinden, welche Wirkfaktoren im einzelnen welche Veränderungen bei welchen Personen unter welchen Bedingungen verursachen. In diesem Zusammenhang weisen Ehlers & Margraf (1994) darauf hin, dass in einigen Pilotstudien trotz Abwandlung der Grundprinzipien der Konfrontationsbehandlung Erfolge erzielt wurden und dass die Verbesserung des Angstbewältigungsverhaltens nicht unbedingt über Konfrontation und physiologische Habituation vermittelt sein müssen. Die zukünftige Überprüfung möglicher Wirkfaktoren des im CDK praktizierten "Systemimmanenten Gesprächsverhaltens" und der von Fiegenbaum et al. (1992) beschriebenen Kognitiven Vorbereitung auf die Reizkonfrontation scheint in diesem Zusammenhang von besonderem Interesse zu sein.

## 7. Zusammenfassung

Nach Fiegenbaum (1986) spielen methodenunspezifische Wirkfaktoren bei den Reizkonfrontationstherapien zur Behandlung von Personen mit Angststörungen eine besondere Rolle. Im Zentrum der vorliegenden Untersuchung steht die Fragestellung, ob sich generalisierte und spezifische auf die Angststörung bezogene Kontrollüberzeugungen, das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (vgl. Krampen, 1986; Krampen, 1991), selbstbezogene Verantwortungsattributionen für die Ursache und die Bewältigung der Angststörung (vgl. Brickman et al., 1982), das Angsterleben und das Vermeidungsverhalten (vgl. Ehlers & Margraf, 1990) über den Verlauf einer nicht-graduierten massierten Reizkonfrontationstherapie in vivo mit Kognitiver Vorbereitung bei Personen mit Angststörungen verändern. Kontrollüberzeugungen, das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und die selbstbezogene Verantwortungsattributionen für die Bewältigung der Angststörung können zu den methodenunspezifischen Wirkfaktoren gezählt werden (vgl. Fiegenbaum, 1986; Greve & Krampen, 1991).

Die vorliegende Fragebogenuntersuchung wurde im Christoph-Dornier-Centrum für Klinische Psychologie in Münster/Westfalen durchgeführt. N = 63 Personen mit Angststörungen wurden zu zwei Messzeitpunkten befragt: a) vor Beginn der Kognitiven Vorbereitung auf die nachfolgende Reizkonfrontation (vgl. Fiegenbaum et al., 1992) und b) bei Abschluss der nicht-graduierten massierten Reizkonfrontation in vivo. Hervorzuheben ist die Entwicklung eines Messinstrumentariums zur Erfassung spezifischer auf die Angststörung bezogener Kontrollüberzeugungen in Anlehnung an den IPC-PL von Krampen (1986) und zur Erfassung der in Anlehnung an Brickman, Rabinowitz, Karuza, Coates, Cohn & Kidder (1982) entworfenen Dimensionen der selbstbezogenen Verantwortungsattribution für die Ursache und die Bewältigung der Angststörung. Die Reliabilitätskennwerte für die neu- bzw. weiterentwickelten Skalen sind angesichts der bisher erstmaligen Skalenanwendung bei Personen mit Angststörungen vielversprechend. Die Ergebnisse bestätigen, dass sich, mit Ausnahme der Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung, alle weiteren selbstbezogenen Kognitionen und das selbstberichtete Angsterleben und Vermeidungsverhalten über den Verlauf der therapeutischen Intervention hoch signifikant verän-

---

dern. Darüber hinaus werden weitere Auswertungen zu Kontrollüberzeugungen und dem Selbstkonzept eigener Fähigkeiten hinsichtlich des Schulabschlusses der untersuchten Personen berichtet. Die Ergebnisse werden im Hinblick auf mögliche Wirkfaktoren und ihre Generalisierbarkeit diskutiert. Darüber hinaus werden die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung entwickelten Skalen zu spezifischen auf die Angststörung bezogenen Kontrollüberzeugungen und selbstbezogenen Verantwortungsattributionen für die Ursache und die Bewältigung der Angststörung hinsichtlich ihrer Gütekriterien und der möglichen Klärung weiterer Fragestellungen diskutiert.

---

## 8. Literaturverzeichnis

- Adler, D. & Price, J. H. (1985). Relation of agoraphobics' health locus of control orientation to severity of agoraphobia. Psychological Reports, 56, 619-625.
- American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3th ed., rev.). DSM-III-R (3. print.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angst, J. & Dobler-Mikola, A. (1985a). The Zürich study. V. Anxiety and phobia in young adults. European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences, 235, 171-178.
- Angst, J. & Dobler-Mikola, A. (1985b). The Zürich study. VI. A continuum from depression to anxiety disorders?. European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences, 235, 179-186.
- Andrews, G. (1991). Anxiety, personality and anxiety disorders. International Review of Psychiatry, 3, 293-302.
- Averill, J. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. Psychological Bulletin, 80, 286-303.
- Barlow, D.H. (1988). Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford Press.
- Bartling, G., Fiegenbaum, W. & Krause, R. (1980). Reizüberflutung. Theorie und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bauer, F. (1986). Datenanalyse mit SPSS (2. rev. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bierhoff, H. W. (1988). Psychologie des Hilfe-Erhaltens. Verantwortungszuschreibung und Hilfsbereitschaft. In H. W. Bierhoff & L. Montada (Hrsg.), Altruismus. Bedingungen der Hilfsbereitschaft (S. 224-263). Göttingen: Hogrefe.
- Blaser, A. (1982). Wirkfaktoren der Psychotherapie. In R. Bastine, P. A. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen & G. Sommer (Hrsg.), Grundbegriffe der Psychotherapie (S. 455-458). Weinheim: edition psychologie.

- 
- Blaser, A. (1989). Wie spezifisch ist unspezifisch? Ein Ausweg aus der Sackgasse um die Wirkfaktorenfrage der Psychotherapie. Schweizerische Zeitschrift für Psychologie, 48, 14-20.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1992). Social desirability scales as moderator and suppressor variables. European Journal of Personality, 6, 199-214.
- Bortz, J. (1984). Lehrbuch der empirischen Forschung. Für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.
- Bortz, J. (1993). Statistik für Sozialwissenschaftler (4., vollständig überarbeitete Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J., Lienert, G. A. & Boehnke, K. (1990). Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik. Berlin: Springer.
- Bozok, B. & Bühler, K. E. (1988). Wirkfaktoren der Psychotherapie - Spezifische und unspezifische Einflüsse. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 56, 119-132.
- Brand, J. (1982). Kontrollerwartung, Ursachenattribution und psychische Störungen. Die Bedeutung des "locus of control" für die klinische Psychologie. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 11, 155-176.
- Brannigan, G. G., Rosenberg, L. A. & Loprete, L. J. (1977). Internal-external expectancy, maladjustment and psychotherapeutic intervention. Journal of Personality Assessment, 41, 71-78.
- Brickman, P., Rabinowitz, V.C., Karuza, J., Coates, D., Cohn, E. & Kidder, L. (1982). Models of Helping and Coping. American Psychologist, 37, 368-384.
- Brodbeck, C. & Michelson, L. (1987). Problem-Solving Skills and Attributional Styles of Agoraphobics. Cognitive Therapy and Research, 11, 593-610.
- Camargo, R. J. & Reznikoff, M. (1975). The personal-sociopolitical locus of control distinction among psychiatric patients. Journal of Clinical Psychology, 31, 45-51.
- Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (1966). Experimental and Quasi-experimental designs for research. Chicago: Rand McNally.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P. & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 1090-1097.

- 
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J. & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for agoraphobia. Behaviour Research and Therapy, 23, 35-44.
- Chambless, D. L. & Goldstein, A. J. (1980). The Treatment of Agoraphobia. In A. J. Goldstein & E. B. Foa (Eds.), Handbook of Behavioral Interventions: A Clinical Guide (S. 322-415). New York: John Wiley & Sons.
- Cloitre, M., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R. & Gitow, A. (1992). Perceptions of Control in Panic Disorder and Social Phobia. Cognitive Therapy and Research, 16, 569-577.
- Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie - CDS (1995). Tätigkeitsbericht 1994. Marburg/Lahn: CDS
- Diehl, J. M. & Arbinger, R. (1990). Einführung in die Inferenzstatistik. Eschborn bei Frankfurt a. M.: Klotz.
- Dilling, H. et al. (Hrsg.) (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien, Weltgesundheitsorganisation. Bern: Huber. (Original erschienen 1991: World Health Organization: Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F): Mental and Behavioral Disorders [including disorders of psychological development]. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines)
- Donovan, D. M. & O'Leary, M. R. (1978). The Drinking-Related Locus of Control Scale. Journal of Studies on Alcohol, 39, 759-784.
- Dua, P. S. (1970). Comparison of the Effects of Behaviorally Oriented Action and Psychotherapy Reeducation on Introversion-Extraversion, Emotionality, and Internal-External Control. Journal of Counseling Psychology, 17, 567-572.
- Ehlers, A. & Margraf, J. (1990). Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung. Weinheim: Beltz.
- Ehlers, A. & Margraf, J. (1994). Agoraphobien und Panikanfälle. In H. Reinecker (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modell psychischer Störungen (2., überarbeitete und erweiterte Auflage; S. 117-156). Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A., Margraf, J. & Schneider, S. (1991). Angstneurosen, Paniksyndrome und Agoraphobien. In R. Meermann & W. Vandereycken (Hrsg.), Verhaltenstherapeutische Psychosomatik in Klinik und Praxis (S. 75-109). Stuttgart: Schattauer.

- 
- Emmelkamp, P. M. G. (1982). Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research and practice. New York: Plenum Press.
- Emmelkamp, P. M. G. & Cohen-Kettenis, P. T. (1975). Relationship of locus of control to phobic anxiety and depression. Psychological Reports, 36, 390.
- Emmelkamp, P. M. G. & Kuipers, A. C. M. (1979). Agoraphobia: A follow-up study four years after treatment. British Journal of Psychiatry, 134, 352-355.
- Emmelkamp, P. M. G., Kuipers, A. C. M. & Eggeraat, J. B. (1978). Cognitive modification versus prolonged exposure in vivo: a comparison with agoraphobics as subjects. Behaviour Research and Therapy, 16, 33-41.
- Emmelkamp, P. M. G. & Mersch, P. P. (1982). Cognition and Exposure in Vivo in the Treatment of Agoraphobia: Short-Term and Delayed Effects. Cognitive Therapy and Research, 6, 77-88.
- Erickson, R. L., Smith, L., Donovan, D. M. & O'Leary, M. R. (1976). Psychopathology and defensive style of alcoholics as a function of congruence-incongruence between psychological differentiation and locus of control. Psychological Reports, 39, 51-54.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy. Journal of Consulting Psychology, 16, 319-324.
- Feather, N. T. (1967). Some personality correlates of external control. Australian Journal of Psychology, 19, 253-260.
- Fichter (1990). Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Berlin: Springer.
- Fiegenbaum, W. (1986). Agoraphobie - Theoretische Konzepte und Behandlungsmethoden: eine empirische Untersuchung zur vergleichenden Therapieforschung (Beiträge zur psychologischen Forschung, Bd. 8). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Fiegenbaum, W. (1990). Langzeiteffektivität von nicht graduiert versus graduiert masierter Konfrontation bei Agoraphobikern. In W. Fiegenbaum & J.C. Brengelmann (Hrsg.), Angststörungen. Diagnose und Therapie. Themen der 20. Verhaltenstherapie-woche 1989 (IFT-Texte 22, Therapieforschung für die Praxis 10; S. 113-130). München: Gerhard Röttger Verlag.
- Fiegenbaum, W., Freitag, M. & Frank, B. (1992). Kognitive Vorbereitung auf Reizkonfrontationstherapien. In J. Margraf & J.C. Brengelmann (Hrsg.), Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie (S. 89-108). München: Gerhard Röttger Verlag.

- 
- Fiengenbaum, W. (1992). Kommentar zum Beitrag Köhlke: Aktuelle verhaltenstherapeutische Standardprogramme: Moderner Rückschritt in die Symptomtherapie. Verhaltenstherapie, 2, 263-264.
- Fisher, L. M. & Wilson, G. T. (1985). A study of the psychology of agoraphobia. Behaviour Research and Therapy, 23, 97-107.
- Fisseni, H. J. (1990). Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Göttingen: Hogrefe.
- Fliegel, S., Groeger, W. M., Künzel, R., Schulte, D. & Sorgatz, H. (1994). Verhaltenstherapeutische Standardmethoden: Ein Übungsbuch (3. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Frank, J. D. (1976). Psychotherapy and the sense of mastery. In R. L. Spitzer & D. F. Klein (Eds.), Evaluation of psychotherapies: Behavioral therapies, drug therapies and their interactions (pp. 47-56). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Freitag, M. & Fiengenbaum, W. (1992). Die Zwangsstörung als eine Form der Angsterkrankung. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 1992, 8-20.
- Freud, S. (1972). Wege der psychoanalytischen Therapie. In S. Freud, Gesammelte Werke. (Chronologisch geordnet, Bd. 12, Werke aus den Jahren 1917 - 1920; 4. Aufl.). London: Imago.
- Geer, J. H. & Maisel, E. (1972). Evaluating the effects of the prediction-control confound. Journal of Personality and Social Psychology, 23, 314-319.
- Gelder, M. G., Bancroft, J. H., Gatz, D. H., Johnston, D. W., Mathews, A. M. & Shaw, P. M. (1973). Specific and nonspecific factors in behaviour therapy. British Journal of psychiatry, 123, 445-462.
- Ghosh, A. & Marks, I. M. (1987). Self-directed exposure for agoraphobia: A controlled trial. Behavior Therapy, 18, 3-16.
- Goethe, J.W. (1970). Dichtung und Wahrheit. In J.W. Goethe, Werke (Bd. 5). Frankfurt am Main: Insel Verlag.
- Grawe, K., Donath, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Greve, W. & Krampen, G. (1991). Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen und Gesundheitsverhalten. In J. Haisch & H.-P. Zeitler (Hrsg.), Zur Sozialpsychologie der Prävention und Krankheitsbewältigung (S. 223-241). Heidelberg: Asanger.



- 
- 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 (Eds.), Panic and Phobias. Empirical Evidence of Theoretical Models and Longterm Effects of Behavioral Treatments (pp. 104-127). Berlin: Springer
- Hand, I., Lamontagne, Y. & Marks, I.M. (1974). Group exposure (flooding) in vivo for agoraphobics. British Journal of Psychiatry, 124, 588-602.
- Heider, F. (1958). The psychology of interpersonal relations. New York: John Wiley & Sons.
- Herrmann, T. (1972). Lehrbuch der empirischen Persönlichkeitsforschung. Göttingen: Hogrefe.
- Herrmann, T. (1982). Über begriffliche Schwächen kognitivistischer Kognitionstheorien: Begriffsinflation und Akteur-System-Kontamination. Sprache & Kognition, 1, 3-14.
- Hjelle, L. A. (1976). Self-actualization and perceived locus of control. Journal of Genetic Psychology, 128, 303-304.
- Hoehn-Saric, R. & McLeod, D. R. (1985). Locus of control in chronic anxiety disorders. Acta psychiatrica scandinavica, 72, 529-535.
- Hoffart, A. & Martinsen, E. W. (1990). Agoraphobia, depression, mental health locus of control, and attributional styles. Cognitive Therapy and Research, 14, 343-351.
- Hoffart, A. & Martinsen, E. W. (1991). Cognition and coping in agoraphobia and depression: a multivariate approach. Journal of Clinical Psychology, 47, 9-16.
- Huf, A. (1992). Psychotherapeutische Wirkfaktoren. Weinheim: Beltz.
- Janis, I. & Mann, L. (1977). Decision-making. A psychological analysis of conflict, choice, and commitment. New York: Free Press.
- Jansson, L. & Öst, L.G. (1982). Behavioral treatments for agoraphobia: An evaluative review. Clinical Psychology Review, 2, 311-336.
- Karuza, J., Zevon, M. A., Gleason, T. A., Karuza, C. M. & Nash, L. (1990). Models of Helping and Coping, Responsibility Attributions, and Well-Being in Community Elderly and Their Helpers. Psychology and Aging, 5, 194-298.
- Krampen, G. (1981). IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1982). Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen ("Locus of Cont-

- rol"). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1985). Zur Bedeutung von Kontrollüberzeugungen in der Klinischen Psychologie. Zeitschrift für klinische Psychologie, 14, 101-112.
- Krampen, G. (1986). Zur Spezifität von Kontrollüberzeugungen für Problemlösen in verschiedenen Realitätsbereichen. Schweizerische Zeitschrift für Psychologie, 45, 67-85.
- Krampen, G. (1987). Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1988). Competence and control orientations as predictors of test anxiety in students: longitudinal results. Anxiety Research, 1, 185-197.
- Krampen, G. (1989). Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen: Theorien, Geschichte, Probleme. In G. Krampen (Hrsg.), Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen (S. 3-19). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1991). Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. & Fischer, M. (1988a). Kontrollüberzeugungen in der Alkoholismusforschung. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 36, 100-117.
- Krampen, G. & Fischer, M. (1988b). Meßansätze für Kontrollorientierungen von Alkoholikern. Literaturübersicht, theoretische Bezüge und erste Befunde zu einem neuen Meßmodell (Trierer Psychologische Berichte 15, Heft 1). Trier: Universität, Fachbereich I - Psychologie.
- Krampen, G. & Lehmann, P. (1981). Zensuren-Erwartungen von Schülern: Antezedenzbedingungen und Realitätsangemessenheit. Zeitschrift für Empirische Pädagogik, 5, 27-36.
- Krampen, G. & Ohm, D. (1985). Zur indikativen Bedeutung von Kontrollüberzeugungen für das Autogene Training. In F. J. Hehl, V. Ebel & W. Ruch (Hrsg.), Diagnostik psychischer und psychophysiologischer Störungen (S. 231-252). Bonn: Deutscher-Psychologen-Verlag.
- Krampen, G., Ronco, C. & Martini, M. (1993). Analysen umweltbewussten Handelns in Italien und Deutschland anhand des handlungstheoretischen Partialmodells der Persönlichkeit (Trierer Psychologische Berichte 20, Heft 2). Trier: Universität, Fachbereich I

- Psychologie.

- Lerch, H. J. (1979). Schulleistungen. Motivation und Ursachenerklärung. München: Reinhardt.
- Levenson, H. (1972). Distinctions within the concept of internal-external control: Development of a new scale. Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association, 7, 261-262.
- Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. Journal of Personality Assessment, 38, 377-383.
- Lienert, G. (1969). Testaufbau und Testanalyse (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Lohaus, A. (1992). Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 21, 76-87.
- Lohaus, A. & Schmitt, G. M. (1989). Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG): Bericht über die Entwicklung eines Testverfahrens. Diagnostica, 35, 59-72.
- Ludewig, K. (1992). Systemische Therapie: Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1990). Panik: Angstanfälle und ihre Behandlung (2. überarbeitete Auflage). Berlin: Springer.
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (1991). DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. Handbuch. Berlin: Springer.
- Margraf, J., Schneider, S., Ehlers, A., DiNardo, P. & Barlow, D. (1991). DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. Interviewleitfaden. Berlin: Springer.
- Marks, I. M. (1986). Epidemiology of anxiety. Social Psychiatry, 21, 167-171.
- Marks, I. M. (1987). Fears, Phobias, and Rituals. Panic, Anxiety, and their Disorders. New York: Oxford University Press.
- Marks, I. M. (1993). Gegenwärtiger Stand von Reizkonfrontation ("Exposure") und Reizüberflutung ("Flooding"). Verhaltenstherapie, 3, 53-55.
- Marlatt, G. A. (1978). Craving for alcohol, loss of control, and relapse: a cognitive-behavioral analysis. In P. A. Nathan & G. A. Marlatt (Eds.), Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment (pp. 271-314). New York: Plenum.
- Mathews, A. M., Teasdale, J., Munby, M., Johnston, D. W. & Shaw, P. (1977). A home-based treatment program for agoraphobia. Behavior Therapy, 8, 915-924.

- 
- McPherson, F. M., Brougham, I. & McLaren, S. (1980). Maintenance of improvement in agoraphobic patients treated by behavioural methods - a four year follow-up. Behaviour Research and Therapy, 18, 150-152.
- Mengering, F. (1992). Zur Differentialpsychologie politischer Partizipation. Eine empirische Untersuchung zur Deskription politischen Partizipationsverhaltens mittels handlungs-theoretischer Persönlichkeitskonstrukte (Europäische Hochschulschriften, Reihe 6, Psychologie, Bd. 357). Diss., Fachbereich Gesellschafts- und Planungswissenschaften, Technische Universität Berlin.
- Meyer, A. (1990). Editorial: Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 19, 287-291.
- Michelson, L. (1987). Cognitive-behavioral assessment and treatment of agoraphobia. In L. Michelson & L.M. Ascher (Eds.), Anxiety and stress disorders. Cognitive-behavioral assessment and treatment (pp. 213-280). New York: Guilford.
- Michelson, L., Mavissakalian, M. & Marchione, K. (1985). Cognitive and behavioral treatments of agoraphobia: Clinical, behavioral, and psychophysiological treatments of agoraphobia. Behavior Therapy, 17, 91-108.
- Michelson, L., Mavissakalian, M. & Meminger, S. (1983). Prognostic utility of Locus of Control in treatment of agoraphobia. Behaviour Research and Therapy, 21, 309-313.
- Mielke, R. (1982). Locus of Control - Ein Überblick über den Forschungsgegenstand. In R. Mielke (Hrsg.), Interne/externe Kontrollüberzeugung: theoretische und empirische Arbeiten zum Locus-of-control-Konstrukt (S. 15-42). Bern: Huber.
- Mineka, S. & Kelly, K. A. (1989). The relationship between anxiety, lack of control and loss of control. In A. Steptoe & A. Appels (Eds.), Stress, Personal Control and Health (S. 163-191). Chichester: John Wiley & Sons.
- Munby, M. & Johnston, D.W. (1980). Agoraphobia: The long-term follow-up of behavioural treatment. British Journal of Psychiatry, 137, 418-427.
- Myers, J. K., Weissman, M. M., Tischler, G. L., Holzer, C. E., Leaf, P. J., Orvaschel, H., Anthony, J. C., Boyd, J. H., Burke, J. D., Kramer, M. & Stoltzman, R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. Archives of General Psychiatry, 41, 959-967.

- 
- Nelson, P. C. & Phares, E. J. (1971). Anxiety, discrepancy between need value and expectancy, and internal-external control. Psychological Reports, 28, 663-668.
- O'Connell, J. K. & Price, J. H. (1985). Development of a Heart Disease Locus of Control Scale. Psychological Reports, 56, 159-164.
- Palmore, E. & Luikart, C. (1972). Health and social factor related to life satisfaction. Journal of Health & Social Behavior, 13, 68-80.
- Partridge, C. & Johnston, M. (1989). Perceived control of recovery from physical disability: Measurement and prediction. British Journal of Clinical Psychology, 28, 52-59.
- Petry, J. (1993). Alkoholismustherapie. gruppentherapeutische Motivierungsstrategien (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Weinheim: Beltz.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1986). Towards a comprehensive model of change. In W.R. Miller & N. Heather (Eds.), Treating addictive behaviors - Processes of change (pp. 3-27). New York: Plenum.
- Queen, L. & Freitag, C. B. (1978). A comparison of externally, anxiety, and life satisfaction in two aged populations. Journal of Psychology, 98, 71-74.
- Rachman, S. (1973). The effects of psychological treatment. In H. J. Eysenck (Ed.), Handbook of Abnormal Psychology (pp. 805-861). New York: Basic Books.
- Ray, W. J. & Katahn, M. (1968). Relation of anxiety to locus of control. Psychological Reports, 23, 1196.
- Reichle, B. (1994). Die Zuschreibung von Verantwortlichkeit für negative Ereignisse in Partnerschaften: Ein Modell und erste empirische Befunde. Zeitschrift für Sozialpsychologie, 25, 227-237.
- Reinecker, H. (1991). Zwänge. Diagnose, Theorien und Behandlung. Bern: Huber
- Reinecker, H. (1994). Soziale und spezifische Phobien. In H. Reinecker (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Psychologie (2., überarbeitete und erweiterte Auflage; S. 91-116). Göttingen: Hogrefe.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. D. & Regier, D. A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. Archives of General Psychiatry, 41, 949-958.
- Rotter, J. B. (1954). Social learning and clinical psychology. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.

- 
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs: General and Applied, 80 (1), 1-28.
- Rotter, J. B., Chance, J. E. & E. J. Phares (1972). Applications of a social learning theory of personality. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Sanderson, W. C., Rapee, R. M. & Barlow, D. H. (1989). The influence of an illusion of control on panic attacks induced via inhalation of 5.5% carbon-dioxide enriched air. Archives of General Psychiatry, 46, 157-162.
- Schneewind, K. A. (1982). Familiäre Aspekte der Selbstverantwortlichkeit. In R. Mielke (Hrsg.), Interne/externe Kontrollüberzeugung: theoretische und empirische Arbeiten zum Locus-of-control-Konstrukt (S. 197-221). Bern: Huber.
- Seidenstücker, G. (1984). Indikation in der Psychotherapie: Entscheidungsprozesse - Forschung - Konzepte und Ergebnisse. In L. R. Schmidt (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Psychologie (2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage; S. 443-511). Stuttgart: Enke.
- Seligman, (1975). Helplessness. San Francisco: Freeman.
- Strassberg, D. S. (1973). Relationships among locus of control, anxiety, and valued-goal expectations. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41, 319.
- Wallston, K. A., Maides, S. A. & Wallston, B. S. (1976). Health related information seeking as a function of health related locus of control and health value. Journal of Research in Personality, 10, 215-222.
- Weiner, B. (1980). Human Motivation. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Weissman, M. M., Leaf, P. J., Blazer, D. G., Boyd, J. H. & Florio, L. (1986). The relationship between panic disorder and agoraphobia. An epidemiologic perspective. Psychopharmacology Bulletin, 22, 787-791.
- Werner, J. (1989). Die Varianzanalyse. In G. Frenzel & D. Hermann (Hrsg.), Statistik mit SPSS-X. Eine Einführung nach M. J. Norušis (S. 128-143). Stuttgart: Fischer.
- Wittchen, H. U. (1986). Epidemiology of panic attacks and panic disorder. In I. Hand & H.U. Wittchen (Eds.), Panic and Phobias. Empirical Evidence of Theoretical Models and Longterm Effects of Behavioral Treatments (pp. 18-31). Berlin: Springer.
- Wittchen, H.U., Hand, I. & Hecht, H. (1989). Prävalenz, Komorbidität und Schweregrad von Angststörungen. Ergebnisse der Münchner Follow-up Studie (MFS). Zeitschrift für Klinische Psychologie, 18, 117-133.

- 
- Wittchen, H. U., Saß, H., Zaudig, M. & Koehler, K. (1989). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-III-R. Deutsche Bearbeitung und Einführung von H.U. Wittchen, H. Saß, M. Zaudig & K. Koehler (2., korrigierte Aufl.). Weinheim: Beltz. (Original erschienen 1987: American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th ed., rev.)
- Woodward, R. & Jones, R. B. (1980). Cognitive restructuring treatment: a controlled trial with anxious patients. Behaviour Research and Therapy, 18, 401-407.
- World Health Organization (1991). International statistical classification of diseases and related health problems - 10th revision - ICD-10. Genf: WHO.

**Anhang**

Anhang A:	Alphabetisches Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen. ....	145
Anhang B:	Tabellen .....	148
Anhang C:	a) "Diagnostisches Untersuchungsmanual (MZP 1)".....	162
	und	
	b) "Diagnostisches Untersuchungsmanual (MZP 2)"	



## Anhang A

Alphabetisches Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

<u>Abkürzung</u>	<u>Bedeutung</u>
ACQ-G	Gesamtskala des Fragebogens zu angstbezogenen Kognitionen (Ehlers & Margraf, 1990)
ACQ-KK	Subskala des Fragebogens zu angstbezogenen Kognitionen (Ehlers & Margraf, 1990): Körperliche Krisen
ACQ-KV	Subskala des Fragebogens zu angstbezogenen Kognitionen (Ehlers & Margraf, 1990): Kontrollverlust
APA	American Psychiatric Association
BSQ	Skala des Fragebogens zur Angst vor körperlichen Symptomen (Ehlers & Margraf, 1990)
C	Primärskala des FKK (Krampen, 1991): generalisierte fatalistisch externe Kontrollüberzeugung
CDK	Christoph-Dornier-Centrum für Klinische Psychologie in Münster/ Westfalen
DSM-III-R	Revised third Version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 1987)
DSM-IV	Fourth Version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 1994)
FBA	Neuentwickelter Fragebogen zu spezifischen Kontrollüberzeugungen und Verantwortungsattributionen für Personen mit Angststörungen
FBA-C	Skala des FBA: spezifische auf die Angststörung bezogene fatalistisch externe Kontrollüberzeugung

<u>Abkürzungen</u>	<u>Bedeutung</u>
FBA-I	Skala des FBA: spezifische auf die Angststörung bezogene interne Kontrollüberzeugung
FBA-P	Skala des FBA: spezifische auf die Angststörung bezogene sozial externe Kontrollüberzeugung
FBA-VB	Skala des FBA: Verantwortungsattribution für die Bewältigung der Angststörung
FBA-VU	Skala des FBA: Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung
FKK	Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (Krampen, 1991)
HPP	Handlungstheoretisches Partialmodell der Persönlichkeit (Krampen, 1987)
I	Primärskala des FKK (Krampen, 1991): generalisierte interne Kontrollüberzeugung
ICD-10	Tenth Revision of the International Classification of Diseases (WHO, 1991)
IPC	Fragebogen zur Erhebung generalisierter Kontrollüberzeugungen mit den Skalen Internalität, Soziale Externalität und Fatalistische Externalität (Krampen, 1981)
IPC-A	Fragebogen zur Erhebung spezifischer Kompetenz- und Kontrollorientierungen für den Bereich Alkoholismus (Krampen & Fischer, 1988b)
IPC-PL	Fragebogen zur Erfassung spezifischer Kontrollüberzeugungen für das Problemlösen in verschiedenen Realitätsbereichen
Kap.	Kapitel

<u>Abkürzungen</u>	<u>Bedeutung</u>
KV	"Kognitive Vorbereitung" als Bestandteil der Behandlung von Personen mit Angststörungen im Christoph-Dornier-Centrum für Klinische Psychologie
MI-A	Skala des Mobilitätsinventars (Ehlers & Margraf, 1990): Vermeidungsverhalten - allein
MI-B	Skala des Mobilitätsinventars (Ehlers & Margraf, 1990): Vermeidungsverhalten - begleitet
P	Primärskala des FKK (Krampen, 1991): generalisierte sozial externe Kontrollüberzeugung
PC	Sekundärskala des FKK (Krampen, 1991): Externalität
ROT-I-E	Skala zur Erhebung des "Locus of control of Reinforcement" (Rotter, 1966)
SK	Primärskala des FKK (Krampen, 1991): generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten
SKI	Sekundärskala des FKK (Krampen, 1991): Selbstwirksamkeit
SKI-PC	Tertiärskala des FKK (Krampen, 1991): Internalität versus Externalität
S1	Stichprobe 1, Zusammensetzung siehe Kap. 4.3.3
S2	Stichprobe 2, Zusammensetzung siehe Kap. 4.3.3
t1	1. Messzeitpunkt
t2	2. Messzeitpunkt
t <sub>(emp.)</sub>	Prüfgröße bei durchgeführten t-Tests für abhängige Stichproben
WHO	World Health Organization

## Anhang B

Tabellen

Tabelle B-1

1. Nebendiagnose nach DSM-III-R

1. Nebendiagnose nach DSM-III-R	Kennziffer in DSM-III-R	N	%
keine 1. Nebendiagnose	-	48	76.2
Soziale Phobie	300.23	3	4.8
Zwangsstörung	300.30	3	4.8
Major Depression, Einzelepisode, mittlerer Schweregrad	296.22	1	1.6
Major Depression, Rezidivierend, mittlerer Schweregrad	296.32	1	1.6
Panikstörung mit Agoraphobie	300.21	1	1.6
Dysthyme Störung	300.40	1	1.6
Körperdysmorphie Störung	300.70	1	1.6
Histrionische Persönlichkeitsstörung	301.50	1	1.6
Dependente Persönlichkeitsstörung	301.60	1	1.6
Alkoholabhängigkeit	303.90	1	1.6
Posttraumatische Belastungsstörung	309.89	1	1.6
Gesamt	-	63	100.0

Anmerkung. Die Tabelle gibt die Zusammensetzung von S2 entsprechend der endgültigen 1. Nebendiagnose für die Zeit während der therapeutischen Intervention an.

Tabelle B-2

2. Nebendiagnose nach DSM-III-R

2. Nebendiagnose nach DSM-III-R	Kennziffer in DSM-III-R	N	%
keine 2. Nebendiagnose	-	62	98.4
Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	301.82	1	1.6
Gesamt	-	63	100.0

Anmerkung. Die Tabelle gibt die Zusammensetzung von S2 entsprechend der endgültigen 2. Nebendiagnose für die Zeit während der therapeutischen Intervention an.

Tabelle B-3

Itemkennwerte für die Primärskala "Generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Item-Nr.	M <sub>i</sub> t1 (N = 75)	M <sub>i</sub> t2 (N = 69)	S <sub>i</sub> t1 (N = 75)	S <sub>i</sub> t2 (N = 69)	r <sub>it</sub> t1 (N = 75)	r <sub>it</sub> t2 (N = 69)	alpha <sub>i</sub> t1 (N = 75)	alpha <sub>i</sub> t2 (N = 69)
4	3.35 <sup>a</sup>	4.04 <sup>a</sup>	1.47	1.23	.64	.69	.91	.89
8	3.07 <sup>a</sup>	3.55 <sup>a</sup>	1.35	1.19	.76	.60	.90	.90
12	3.16 <sup>a</sup>	3.86 <sup>a</sup>	1.33	1.31	.73	.74	.90	.89
16	3.85 <sup>a</sup>	4.12 <sup>a</sup>	1.07	0.93	.28 *	.40	.93	.92
20	2.97 <sup>a</sup>	3.70 <sup>a</sup>	1.30	1.03	.82	.77	.89	.89
24	3.03 <sup>a</sup>	3.62 <sup>a</sup>	1.21	1.30	.80	.81	.89	.88
28	3.35 <sup>a</sup>	3.97 <sup>a</sup>	1.37	1.07	.85	.76	.89	.89
32	3.48 <sup>a</sup>	3.99 <sup>a</sup>	1.29	1.10	.81	.84	.89	.88

Anmerkungen. Die Itemkennwerte wurden auf der Grundlage von S1 berechnet. Die Items 4 (-), 8 (-), 12 (-) und 24 (-) wurden vor der Berechnung der Itemkennwerte umgepolt. M<sub>i</sub>t1: Itemmittelwert zum 1. Messzeitpunkt, M<sub>i</sub>t2: Itemmittelwert zum 2. Messzeitpunkt, S<sub>i</sub>t1: Itemstandardabweichung zum 1. Messzeitpunkt, S<sub>i</sub>t2: Itemstandardabweichung zum 2. Messzeitpunkt, r<sub>it</sub>t1: Korrigierte Trennschärfe zum 1. Messzeitpunkt, r<sub>it</sub>t2: Korrigierte Trennschärfe zum 2. Messzeitpunkt, alpha<sub>i</sub>t1: Cronbachs alpha der Skala SK ohne das Item i zum 1. Messzeitpunkt, alpha<sub>i</sub>t2: Cronbachs alpha der

Skala SK ohne das Item i zum 2. Messzeitpunkt.

<sup>a</sup> Die Antwortskala für ein Item reicht von 1 bis 6. 1 bedeutet "sehr falsch". 6 bedeutet "sehr richtig".

\*  $r_{it} < .30$

Tabelle B-4

Itemkennwerte für die Primärskala "Generalisierte Internalität (I)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Item-Nr.	M <sub>i</sub> t1 (N = 73)	M <sub>i</sub> t2 (N = 69)	S <sub>i</sub> t1 (N = 73)	S <sub>i</sub> t2 (N = 69)	r <sub>it</sub> t1 (N = 73)	r <sub>it</sub> t2 (N = 69)	alpha- i t1 (N = 73)	alpha <sub>i</sub> t2 (N = 69)
1	3.64 <sup>a</sup>	4.03 <sup>a</sup>	1.18	1.11	.18 *	.49	.67	.69
5	2.95 <sup>a</sup>	3.07 <sup>a</sup>	1.25	1.15	-.05 *	.19 *	.72	.75
6	3.47 <sup>a</sup>	3.81 <sup>a</sup>	1.24	0.97	.43	.49	.60	.69
11	4.21 <sup>a</sup>	4.22 <sup>a</sup>	1.05	1.06	.23 *	.43	.65	.70
23	3.99 <sup>a</sup>	4.64 <sup>a</sup>	1.23	0.95	.54	.37	.57	.71
25	4.01 <sup>a</sup>	4.38 <sup>a</sup>	1.26	0.91	.64	.56	.54	.68
27	4.38 <sup>a</sup>	4.36 <sup>a</sup>	0.99	0.89	.44	.42	.61	.70
30	3.67 <sup>a</sup>	4.03 <sup>a</sup>	1.08	1.03	.48	.48	.59	.69

Anmerkungen. Die Itemkennwerte wurden auf der Grundlage von S1 berechnet. M<sub>i</sub>t1: Itemmittelwert zum 1. Messzeitpunkt, M<sub>i</sub>t2: Itemmittelwert zum 2. Messzeitpunkt, S<sub>i</sub>t1: Itemstandardabweichung zum 1. Messzeitpunkt, S<sub>i</sub>t2: Itemstandardabweichung zum 2. Messzeitpunkt, r<sub>it</sub>t1: Korrigierte Trennschärfe zum 1. Messzeitpunkt, r<sub>it</sub>t2: Korrigierte Trennschärfe zum 2. Messzeitpunkt, alpha<sub>i</sub>t1: Cronbachs alpha der Skala I ohne das Item i zum 1. Messzeitpunkt, alpha<sub>i</sub>t2: Cronbachs alpha der Skala I ohne das Item i zum 2. Messzeitpunkt.

<sup>a</sup> Die Antwortskala für ein Item reicht von 1 bis 6. 1 bedeutet "sehr falsch". 6 bedeutet "sehr richtig".

\*  $r_{it} < .30$

Tabelle B-5

Itemkennwerte für die Primärskala "Generalisierte soziale Externalität (P)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Item-Nr.	M <sub>i</sub> t1 (N = 77)	M <sub>i</sub> t2 (N = 68)	S <sub>i</sub> t1 (N = 77)	S <sub>i</sub> t2 (N = 68)	r <sub>it</sub> t1 (N = 77)	r <sub>it</sub> t2 (N = 68)	alpha- i t1 (N = 77)	alpha <sub>i</sub> t2 (N = 68)
3	3.45 <sup>a</sup>	2.85 <sup>a</sup>	1.35	0.95	.71	.72	.79	.88
10	2.92 <sup>a</sup>	2.59 <sup>a</sup>	1.14	0.89	.60	.68	.81	.89
14	3.64 <sup>a</sup>	2.91 <sup>a</sup>	1.31	1.08	.64	.68	.80	.89
17	3.27 <sup>a</sup>	2.71 <sup>a</sup>	1.34	1.16	.75	.71	.78	.88
19	3.95 <sup>a</sup>	3.38 <sup>a</sup>	1.15	1.18	.48	.70	.82	.89
22	3.52 <sup>a</sup>	3.03 <sup>a</sup>	1.28	1.13	.62	.67	.80	.89
26	3.12 <sup>a</sup>	2.93 <sup>a</sup>	1.03	0.83	.11 *	.53	.86	.90
29	3.18 <sup>a</sup>	2.87 <sup>a</sup>	1.22	1.18	.52	.81	.82	.87

Anmerkungen. Die Itemkennwerte wurden auf der Grundlage von S1 berechnet. M<sub>i</sub>t1: Itemmittelwert zum 1. Messzeitpunkt, M<sub>i</sub>t2: Itemmittelwert zum 2. Messzeitpunkt, S<sub>i</sub>t1: Itemstandardabweichung zum 1. Messzeitpunkt, S<sub>i</sub>t2: Itemstandardabweichung zum 2. Messzeitpunkt, r<sub>it</sub>t1: Korrigierte Trennschärfe zum 1. Messzeitpunkt, r<sub>it</sub>t2: Korrigierte Trennschärfe zum 2. Messzeitpunkt, alpha<sub>i</sub>t1: Cronbachs alpha der Skala P ohne das Item i zum 1. Messzeitpunkt, alpha<sub>i</sub>t2: Cronbachs alpha der Skala P ohne das Item i zum 2. Messzeitpunkt.

<sup>a</sup> Die Antwortskala für ein Item reicht von 1 bis 6. 1 bedeutet "sehr falsch". 6 bedeutet "sehr richtig".

\* r<sub>it</sub> < .30

Tabelle B-6

Itemkennwerte für die Primärskala "Generalisierte fatalistische Externalität (C)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Item-Nr.	M <sub>i</sub> t1 (N = 74)	M <sub>i</sub> t2 (N = 68)	S <sub>i</sub> t1 (N = 74)	S <sub>i</sub> t2 (N = 68)	r <sub>it</sub> t1 (N = 74)	r <sub>it</sub> t2 (N = 68)	alpha- i t1 (N = 74)	alpha <sub>i</sub> t2 (N = 68)
2	3.26 <sup>a</sup>	3.09 <sup>a</sup>	1.27	1.09	.56	.70	.75	.86
7	3.45 <sup>a</sup>	2.63 <sup>a</sup>	1.26	1.08	.55	.63	.76	.87
9	3.73 <sup>a</sup>	3.39 <sup>a</sup>	1.09	1.15	.56	.57	.76	.88
13	3.26 <sup>a</sup>	2.82 <sup>a</sup>	1.18	1.06	.52	.80	.76	.86
15	3.18 <sup>a</sup>	2.88 <sup>a</sup>	1.26	1.13	.37	.64	.79	.87
18	3.34 <sup>a</sup>	2.96 <sup>a</sup>	1.35	1.16	.60	.69	.75	.87
21	2.74 <sup>a</sup>	2.60 <sup>a</sup>	0.99	0.95	.52	.64	.76	.87
31	3.55 <sup>a</sup>	3.31 <sup>a</sup>	1.12	1.08	.30	.55	.79	.88

Anmerkungen. Die Itemkennwerte wurden auf der Grundlage von S1 berechnet. M<sub>i</sub>t1: Itemmittelwert zum 1. Messzeitpunkt, M<sub>i</sub>t2: Itemmittelwert zum 2. Messzeitpunkt, S<sub>i</sub>t1: Itemstandardabweichung zum 1. Messzeitpunkt, S<sub>i</sub>t2: Itemstandardabweichung zum 2. Messzeitpunkt, r<sub>it</sub>t1: Korrigierte Trennschärfe zum 1. Messzeitpunkt, r<sub>it</sub>t2: Korrigierte Trennschärfe zum 2. Messzeitpunkt, alpha<sub>i</sub>t1: Cronbachs alpha der Skala C ohne das Item i zum 1. Messzeitpunkt, alpha<sub>i</sub>t2: Cronbachs alpha der Skala C ohne das Item i zum 2. Messzeitpunkt.

<sup>a</sup> Die Antwortskala für ein Item reicht von 1 bis 6. 1 bedeutet "sehr falsch". 6 bedeutet "sehr richtig".



Tabelle B-7

Itemkennwerte für die Skala "Angst vor körperlichen Symptomen (BSQ)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Item-Nr.	M <sub>i</sub> t1 (N = 73)	M <sub>i</sub> t2 (N = 64)	S <sub>i</sub> t1 (N = 73)	S <sub>i</sub> t2 (N = 64)	r <sub>it</sub> t1 (N = 73)	r <sub>it</sub> t2 (N = 64)	alpha- i t1 (N = 73)	alpha <sub>i</sub> t2 (N = 64)
1	3.21 <sup>a</sup>	2.36 <sup>a</sup>	1.12	0.91	.36	.62	.85	.90
2	2.77 <sup>a</sup>	2.23 <sup>a</sup>	1.22	1.05	.41	.56	.85	.90
3	2.12 <sup>a</sup>	1.77 <sup>a</sup>	1.34	1.05	.54	.61	.84	.90
4	1.75 <sup>a</sup>	1.50 <sup>a</sup>	1.08	0.85	.59	.61	.84	.90
5	1.90 <sup>a</sup>	1.56 <sup>a</sup>	1.23	0.96	.60	.52	.84	.91
6	3.22 <sup>a</sup>	2.44 <sup>a</sup>	1.46	1.25	.57	.60	.84	.90
7	3.51 <sup>a</sup>	2.44 <sup>a</sup>	1.43	1.15	.66	.71	.84	.90
8	2.89 <sup>a</sup>	2.02 <sup>a</sup>	1.50	1.18	.52	.57	.85	.90
9	2.71 <sup>a</sup>	2.13 <sup>a</sup>	1.34	1.09	.47	.58	.85	.90
10	2.68 <sup>a</sup>	2.11 <sup>a</sup>	1.31	1.03	.36	.54	.85	.90
11	2.15 <sup>a</sup>	1.83 <sup>a</sup>	1.21	0.97	.42	.48	.85	.91
12	2.68 <sup>a</sup>	2.11 <sup>a</sup>	1.26	1.16	.22 *	.52	.86	.91
13	2.97 <sup>a</sup>	2.16 <sup>a</sup>	1.31	1.18	.53	.70	.84	.90
14	2.93 <sup>a</sup>	2.27 <sup>a</sup>	1.32	1.19	.23 *	.39	.86	.91
15	2.45 <sup>a</sup>	1.92 <sup>a</sup>	2.45	1.15	.50	.71	.85	.90
16	3.12 <sup>a</sup>	2.30 <sup>a</sup>	1.63	1.28	.50	.68	.85	.90
17	2.82 <sup>a</sup>	2.22 <sup>a</sup>	1.66	1.36	.52	.51	.85	.91

Anmerkungen. Die Itemkennwerte wurden auf der Grundlage von S1 berechnet.  $M_{it1}$ : Itemmittelwert zum 1. Messzeitpunkt,  $M_{it2}$ : Itemmittelwert zum 2. Messzeitpunkt,  $S_{it1}$ : Itemstandardabweichung zum 1. Messzeitpunkt,  $S_{it2}$ : Itemstandardabweichung zum 2. Messzeitpunkt,  $r_{it1}$ : Korrigierte Trennschärfe zum 1. Messzeitpunkt,  $r_{it2}$ : Korrigierte Trennschärfe zum 2. Messzeitpunkt,  $\alpha_{it1}$ : Cronbachs alpha der Skala BSQ ohne das Item i zum 1. Messzeitpunkt,  $\alpha_{it2}$ : Cronbachs alpha der Skala BSQ ohne das Item i zum 2. Messzeitpunkt.

<sup>a</sup> Die Antwortskala für ein Item reicht von 1 bis 5. 1 bedeutet "Nicht beunruhigt oder ängstlich durch diese Empfindung". 5 bedeutet "Extrem ängstlich durch diese Empfindung".

\*  $r_{it} < .30$

Tabelle B-8

Itemkennwerte für die Skala "Angstbezogene Kognitionen - Gesamt (ACQ-G)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Item-Nr.	M <sub>i</sub> t1 (N = 78)	M <sub>i</sub> t2 (N = 68)	S <sub>i</sub> t1 (N = 78)	S <sub>i</sub> t2 (N = 68)	r <sub>it</sub> t1 (N = 78)	r <sub>it</sub> t2 (N = 68)	alpha- i t1 (N = 78)	alpha <sub>i</sub> t2 (N = 68)
1	2.03 <sup>a</sup>	1.81 <sup>a</sup>	0.99	0.82	.22 *	.22 *	.83	.87
2	2.88 <sup>a</sup>	2.16 <sup>a</sup>	1.47	1.15	.48	.57	.82	.86
3	1.50 <sup>a</sup>	1.38 <sup>a</sup>	0.91	0.93	.55	.56	.81	.86
4	2.22 <sup>a</sup>	1.78 <sup>a</sup>	1.33	0.99	.40	.45	.82	.86
5	2.18 <sup>a</sup>	1.76 <sup>a</sup>	1.30	1.05	.47	.41	.82	.86
6	3.27 <sup>a</sup>	2.53 <sup>a</sup>	1.35	1.33	.46	.53	.82	.86
7	1.26 <sup>a</sup>	1.26 <sup>a</sup>	0.65	0.70	.36	.56	.82	.86
8	3.55 <sup>a</sup>	2.65 <sup>a</sup>	1.35	1.29	.39	.63	.82	.85
9	1.53 <sup>a</sup>	1.34 <sup>a</sup>	0.88	0.75	.23 *	.44	.83	.86
10	1.71 <sup>a</sup>	1.44 <sup>a</sup>	1.06	0.90	.49	.48	.82	.86
11	2.64 <sup>a</sup>	1.96 <sup>a</sup>	1.49	1.21	.69	.75	.80	.85
12	2.12 <sup>a</sup>	1.68 <sup>a</sup>	1.29	1.04	.58	.67	.81	.85
13	2.53 <sup>a</sup>	2.06 <sup>a</sup>	1.39	1.22	.44	.52	.82	.86
14	2.51 <sup>a</sup>	1.96 <sup>a</sup>	1.50	1.13	.64	.57	.80	.86

Anmerkungen. Die Itemkennwerte wurden auf der Grundlage von S1 berechnet. M<sub>i</sub>t1: Itemmittelwert zum 1. Messzeitpunkt, M<sub>i</sub>t2: Itemmittelwert zum 2. Messzeitpunkt, S<sub>i</sub>t1: Itemstandardabweichung zum 1. Messzeitpunkt, S<sub>i</sub>t2: Itemstandardabweichung zum 2. Messzeitpunkt, r<sub>it</sub>t1: Korrigierte Trennschärfe zum 1. Messzeitpunkt, r<sub>it</sub>t2: Korrigierte Trennschärfe zum 2. Messzeitpunkt, alpha<sub>i</sub>t1: Cronbachs alpha der Skala ACQ-G ohne das Item i zum 1. Messzeitpunkt,

$\alpha_{it2}$ : Cronbachs alpha der Skala ACQ-G ohne das Item i zum 2. Messzeitpunkt.

<sup>a</sup> Die Antwortskala für ein Item reicht von 1 bis 5. 1 bedeutet "Der Gedanke kommt nie vor". 5 bedeutet "Der Gedanke kommt immer vor".

\*  $r_{it} < .30$

Tabelle B-9

Itemkennwerte für die Skala "Angstbezogene Kognitionen - Körperliche Krisen (ACQ-KK)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Item-Nr.	$M_{it1}$ (N = 78)	$M_{it2}$ (N = 69)	$S_{it1}$ (N = 78)	$S_{it2}$ (N = 69)	$r_{it1}$ (N = 78)	$r_{it2}$ (N = 69)	$\alpha_{it1}$ (N = 78)	$\alpha_{it2}$ (N = 69)
2	2.88 <sup>a</sup>	2.16 <sup>a</sup>	1.47	1.15	.47	.60	.83	.79
3	1.50 <sup>a</sup>	1.38 <sup>a</sup>	0.91	0.93	.71	.57	.76	.80
4	2.22 <sup>a</sup>	1.78 <sup>a</sup>	1.33	0.99	.62	.71	.77	.76
5	2.18 <sup>a</sup>	1.76 <sup>a</sup>	1.30	1.05	.65	.55	.76	.81
10	1.71 <sup>a</sup>	1.44 <sup>a</sup>	1.06	0.90	.68	.67	.76	.78

Anmerkungen. Die Itemkennwerte wurden auf der Grundlage von S1 berechnet.  $M_{it1}$ : Itemmittelwert zum 1. Messzeitpunkt,  $M_{it2}$ : Itemmittelwert zum 2. Messzeitpunkt,  $S_{it1}$ : Itemstandardabweichung zum 1. Messzeitpunkt,  $S_{it2}$ : Itemstandardabweichung zum 2. Messzeitpunkt,  $r_{it1}$ : Korrigierte Trennschärfe zum 1. Messzeitpunkt,  $r_{it2}$ : Korrigierte Trennschärfe zum 2. Messzeitpunkt,  $\alpha_{it1}$ : Cronbachs alpha der Skala ACQ-KK ohne das Item i zum 1. Messzeitpunkt,  $\alpha_{it2}$ : Cronbachs alpha der Skala ACQ-KK ohne das Item i zum 2. Messzeitpunkt.

<sup>a</sup> Die Antwortskala für ein Item reicht von 1 bis 5. 1 bedeutet "Der Gedanke kommt nie vor". 5 bedeutet "Der Gedanke kommt immer vor".

Tabelle B-10

Itemkennwerte für die Skala "Angstbezogene Kognitionen - Kontrollverlust (ACQ-KV)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Item-Nr.	M <sub>i</sub> t1 (N = 78)	M <sub>i</sub> t2 (N = 68)	S <sub>i</sub> t1 (N = 78)	S <sub>i</sub> t2 (N = 68)	r <sub>it</sub> t1 (N = 78)	r <sub>it</sub> t2 (N = 68)	alpha- i t1 (N = 78)	alpha <sub>i</sub> t2 (N = 68)
6	3.27 <sup>a</sup>	2.53 <sup>a</sup>	1.35	1.33	.63	.72	.78	.84
8	3.55 <sup>a</sup>	2.65 <sup>a</sup>	1.35	1.29	.53	.71	.80	.84
9	1.53 <sup>a</sup>	1.34 <sup>a</sup>	0.88	0.75	.25 *	.45	.83	.87
11	2.64 <sup>a</sup>	1.96 <sup>a</sup>	1.49	1.21	.63	.71	.78	.84
12	2.12 <sup>a</sup>	1.68 <sup>a</sup>	1.29	1.04	.61	.66	.78	.85
13	2.53 <sup>a</sup>	2.06 <sup>a</sup>	1.39	1.22	.59	.68	.79	.85
14	2.51 <sup>a</sup>	1.96 <sup>a</sup>	1.50	1.13	.64	.60	.78	.86

Anmerkungen. Die Itemkennwerte wurden auf der Grundlage von S1 berechnet. M<sub>i</sub>t1: Itemmittelwert zum 1. Messzeitpunkt, M<sub>i</sub>t2: Itemmittelwert zum 2. Messzeitpunkt, S<sub>i</sub>t1: Itemstandardabweichung zum 1. Messzeitpunkt, S<sub>i</sub>t2: Itemstandardabweichung zum 2. Messzeitpunkt, r<sub>it</sub>t1: Korrigierte Trennschärfe zum 1. Messzeitpunkt, r<sub>it</sub>t2: Korrigierte Trennschärfe zum 2. Messzeitpunkt, alpha<sub>i</sub>t1: Cronbachs alpha der Skala ACQ-KV ohne das Item i zum 1. Messzeitpunkt, alpha<sub>i</sub>t2: Cronbachs alpha der Skala ACQ-KV ohne das Item i zum 2. Messzeitpunkt.

<sup>a</sup> Die Antwortskala für ein Item reicht von 1 bis 5. 1 bedeutet "Der Gedanke kommt nie vor". 5 bedeutet "Der Gedanke kommt immer vor".

\* r<sub>it</sub> < .30

Tabelle B-11

Itemkennwerte für die Skala "Vermeidungsverhalten - Begleitet (MI-B)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Item-Nr.	M <sub>i</sub> t1 (N = 58)	M <sub>i</sub> t2 (N = 61)	S <sub>i</sub> t1 (N = 58)	S <sub>i</sub> t2 (N = 61)	r <sub>it</sub> t1 (N = 58)	r <sub>it</sub> t2 (N = 61)	alpha- i t1 (N = 58)	alpha <sub>i</sub> t2 (N = 61)
1	2.68 <sup>a</sup>	1.44 <sup>a</sup>	1.36	0.79	.82	.81	.96	.91
2	2.03 <sup>a</sup>	1.15 <sup>a</sup>	0.98	0.36	.67	.58	.96	.92
3	2.37 <sup>a</sup>	1.42 <sup>a</sup>	1.31	0.76	.71	.38	.96	.92
4	2.19 <sup>a</sup>	1.18 <sup>a</sup>	1.12	0.43	.80	.55	.96	.92
5	2.53 <sup>a</sup>	1.27 <sup>a</sup>	1.22	0.57	.63	.77	.96	.91
6	2.47 <sup>a</sup>	1.25 <sup>a</sup>	1.27	0.60	.78	.69	.96	.91
7	2.03 <sup>a</sup>	1.11 <sup>a</sup>	1.26	0.41	.64	.53	.96	.92
8	2.93 <sup>a</sup>	1.46 <sup>a</sup>	1.29	0.79	.83	.66	.96	.91
9	1.84 <sup>a</sup>	1.15 <sup>a</sup>	1.14	0.48	.54	.38	.96	.92
10	2.64 <sup>a</sup>	1.36 <sup>a</sup>	1.37	0.71	.70	.59	.96	.91
11	2.35 <sup>a</sup>	1.29 <sup>a</sup>	1.19	0.64	.61	.73	.96	.91
12	1.81 <sup>a</sup>	1.13 <sup>a</sup>	0.96	0.46	.58	.32	.96	.92
13	2.27 <sup>a</sup>	1.18 <sup>a</sup>	1.16	0.43	.70	.58	.96	.92
14	2.75 <sup>a</sup>	1.23 <sup>a</sup>	1.46	0.56	.78	.79	.96	.91
15	2.72 <sup>a</sup>	1.20 <sup>a</sup>	1.44	0.44	.83	.82	.96	.91
16	2.76 <sup>a</sup>	1.26 <sup>a</sup>	1.50	0.66	.84	.78	.96	.91
17	3.01 <sup>a</sup>	1.75 <sup>a</sup>	1.62	1.23	.73	.51	.96	.92

Item-Nr.	M <sub>i</sub> t1 (N = 58)	M <sub>i</sub> t2 (N = 61)	S <sub>i</sub> t1 (N = 58)	S <sub>i</sub> t2 (N = 61)	r <sub>it</sub> t1 (N = 58)	r <sub>it</sub> t2 (N = 61)	alpha- <sub>i</sub> t1 (N = 58)	alpha <sub>i</sub> t2 (N = 61)
18	2.73 <sup>a</sup>	1.41 <sup>a</sup>	1.51	0.82	.73	.66	.96	.91
19	1.93 <sup>a</sup>	1.14 <sup>a</sup>	1.04	0.34	.60	.39	.96	.92
20	2.07 <sup>a</sup>	1.40 <sup>a</sup>	1.23	1.40	.56	.01*	.96	.94
21	2.48 <sup>a</sup>	1.28 <sup>a</sup>	1.20	0.61	.65	.66	.96	.91
22	1.77 <sup>a</sup>	1.07 <sup>a</sup>	0.91	0.25	.48	.50	.96	.92
23	2.67 <sup>a</sup>	1.39 <sup>a</sup>	1.33	0.75	.64	.77	.96	.91
24	1.91 <sup>a</sup>	1.15 <sup>a</sup>	0.99	0.48	.53	.34	.96	.92
26	2.35 <sup>a</sup>	1.34 <sup>a</sup>	1.34	0.73	.54	.69	.96	.91
27	3.08 <sup>a</sup>	1.43 <sup>a</sup>	1.35	0.72	.73	.79	.96	.91

Anmerkungen. Die Itemkennwerte wurden auf der Grundlage von S1 berechnet. M<sub>i</sub>t1: Itemmittelwert zum 1. Messzeitpunkt, M<sub>i</sub>t2: Itemmittelwert zum 2. Messzeitpunkt, S<sub>i</sub>t1: Itemstandardabweichung zum 1. Messzeitpunkt, S<sub>i</sub>t2: Itemstandardabweichung zum 2. Messzeitpunkt, r<sub>it</sub>t1: Korrigierte Trennschärfe zum 1. Messzeitpunkt, r<sub>it</sub>t2: Korrigierte Trennschärfe zum 2. Messzeitpunkt, alpha<sub>i</sub>t1: Cronbachs alpha der Skala MI-B ohne das Item i zum 1. Messzeitpunkt, alpha<sub>i</sub>t2: Cronbachs alpha der Skala MI-B ohne das Item i zum 2. Messzeitpunkt.

<sup>a</sup> Die Antwortskala für ein Item reicht von 1 bis 5. 1 bedeutet "Vermeide niemals". 5 bedeutet "Vermeide immer".

\* r<sub>it</sub> < .30

Tabelle B-12

Itemkennwerte für die Skala "Vermeidungsverhalten - Allein (MI-A)" zum 1. und 2. Messzeitpunkt

Item-Nr.	M <sub>i</sub> t1 (N = 58)	M <sub>i</sub> t2 (N = 59)	S <sub>i</sub> t1 (N = 58)	S <sub>i</sub> t2 (N = 59)	r <sub>it</sub> t1 (N = 58)	r <sub>it</sub> t2 (N = 59)	alpha- i1 (N = 58)	alpha <sub>i</sub> t2 (N = 59)
1	3.82 <sup>a</sup>	1.99 <sup>a</sup>	1.45	1.23	.79	.79	.96	.95
2	2.64 <sup>a</sup>	1.37 <sup>a</sup>	1.26	0.76	.73	.62	.96	.95
3	2.90 <sup>a</sup>	1.64 <sup>a</sup>	1.50	0.94	.67	.53	.96	.95
4	2.89 <sup>a</sup>	1.41 <sup>a</sup>	1.38	0.70	.84	.56	.96	.95
5	3.53 <sup>a</sup>	1.78 <sup>a</sup>	1.40	1.05	.69	.59	.96	.95
6	3.27 <sup>a</sup>	1.47 <sup>a</sup>	1.54	0.75	.82	.76	.96	.95
7	2.39 <sup>a</sup>	1.21 <sup>a</sup>	1.44	0.69	.64	.50	.96	.95
8	3.67 <sup>a</sup>	1.92 <sup>a</sup>	1.44	1.16	.76	.78	.96	.95
9	2.59 <sup>a</sup>	1.43 <sup>a</sup>	1.58	0.72	.68	.56	.96	.95
10	3.22 <sup>a</sup>	1.67 <sup>a</sup>	1.58	0.99	.73	.67	.96	.95
11	3.01 <sup>a</sup>	1.52 <sup>a</sup>	1.56	0.86	.67	.79	.96	.95
12	2.42 <sup>a</sup>	1.35 <sup>a</sup>	1.24	0.68	.67	.56	.96	.95
13	2.90 <sup>a</sup>	1.42 <sup>a</sup>	1.40	0.81	.74	.73	.96	.95
14	3.47 <sup>a</sup>	1.50 <sup>a</sup>	1.52	0.84	.81	.77	.96	.95
15	3.47 <sup>a</sup>	1.48 <sup>a</sup>	1.61	0.75	.81	.77	.96	.95
16	3.53 <sup>a</sup>	1.64 <sup>a</sup>	1.58	0.98	.86	.82	.96	.95
17	3.61 <sup>a</sup>	2.17 <sup>a</sup>	1.67	1.40	.79	.67	.96	.95



Item-Nr.	M <sub>i</sub> t1 (N = 58)	M <sub>i</sub> t2 (N = 59)	S <sub>i</sub> t1 (N = 58)	S <sub>i</sub> t2 (N = 59)	r <sub>it</sub> t1 (N = 58)	r <sub>it</sub> t2 (N = 59)	alpha- <sub>i</sub> t1 (N = 58)	alpha <sub>i</sub> t2 (N = 59)
18	3.40 <sup>a</sup>	1.79 <sup>a</sup>	1.62	1.08	.81	.74	.96	.95
19	2.80 <sup>a</sup>	1.38 <sup>a</sup>	1.54	0.70	.66	.42	.96	.95
20	3.16 <sup>a</sup>	1.54 <sup>a</sup>	1.67	0.86	.65	.29 *	.96	.95
21	3.15 <sup>a</sup>	1.57 <sup>a</sup>	1.27	0.79	.60	.64	.96	.95
22	2.34 <sup>a</sup>	1.15 <sup>a</sup>	1.58	0.41	.57	.63	.96	.95
23	3.48 <sup>a</sup>	1.81 <sup>a</sup>	1.27	0.97	.55	.63	.96	.95
24	2.48 <sup>a</sup>	1.32 <sup>a</sup>	1.13	0.73	.55	.46	.96	.95
25	1.94 <sup>a</sup>	1.20 <sup>a</sup>	1.15	0.55	.35	.46	.97	.95
26	3.57 <sup>a</sup>	1.84 <sup>a</sup>	1.51	1.04	.64	.66	.96	.95
27	3.87 <sup>a</sup>	1.81 <sup>a</sup>	1.25	0.86	.74	.75	.96	.95

Anmerkungen. Die Itemkennwerte wurden auf der Grundlage von S1 berechnet. M<sub>i</sub>t1: Itemmittelwert zum 1. Messzeitpunkt, M<sub>i</sub>t2: Itemmittelwert zum 2. Messzeitpunkt, S<sub>i</sub>t1: Itemstandardabweichung zum 1. Messzeitpunkt, S<sub>i</sub>t2: Itemstandardabweichung zum 2. Messzeitpunkt, r<sub>it</sub>t1: Korrigierte Trennschärfe zum 1. Messzeitpunkt, r<sub>it</sub>t2: Korrigierte Trennschärfe zum 2. Messzeitpunkt, alpha<sub>i</sub>t1: Cronbachs alpha der Skala MI-A ohne das Item i zum 1. Messzeitpunkt, alpha<sub>i</sub>t2: Cronbachs alpha der Skala MI-A ohne das Item i zum 2. Messzeitpunkt.

<sup>a</sup> Die Antwortskala für ein Item reicht von 1 bis 5. 1 bedeutet "Vermeide niemals". 5 bedeutet "Vermeide immer".

\* r<sub>it</sub> < .30

## Anhang C

### a) "Diagnostisches Untersuchungsmanual (MZP 1)"

### b) "Diagnostisches Untersuchungsmanual (MZP 2)"

Zunächst ist nachfolgend das in der vorliegenden Untersuchung zusammengestellte "Diagnostische Untersuchungsmanual (MZP 1)" aufgeführt. Daran anschließend wird das "Diagnostische Untersuchungsmanual (MZP 2)" aufgeführt. Das "Diagnostische Untersuchungsmanual (MZP 2)" ist im Vergleich zum "Diagnostischen Untersuchungsmanual (MZP 1)" um drei Fragebögen erweitert. Die Erweiterung wurde jedoch im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit nicht ausgewertet.

Zugunsten des inhaltlichen Verständnisses werden in den nachfolgend aufgeführten Untersuchungsmanualen für alle Items die Skalenzugehörigkeiten kenntlich gemacht. Diese Kennzeichnungen waren nicht in den Untersuchungsmanualen enthalten, die den untersuchten Personen vorgelegt wurden. Zur Kennzeichnung werden folgende Skalenabkürzungen verwendet (vgl. Kap. 4.5.2):

<u>Kennzeichen</u>	<u>Skala</u>
ACQ-G	Angstbezogene Kognitionen - Gesamtskala
ACQ-KK	Angstbezogene Kognitionen - Subskala Körperliche Krisen
ACQ-KV	Angstbezogene Kognitionen - Subskala Kontrollverlust
BSQ	Angst vor körperlichen Symptomen
MI-A	Vermeidungsverhalten - allein
MI-B	Vermeidungsverhalten - Begleitet
C	Generalisierte fatalistisch externale Kontrollüberzeugung
FBA-C	Spezifische auf die Angststörung bezogene fatalistisch externale Kontrollüberzeugung
FBA-I	Spezifische auf die Angststörung bezogene internale Kontrollüberzeugung
FBA-P	Spezifische auf die Angststörung bezogene sozial externale Kontrollüberzeugung
FBA-VU	Verantwortungsattribution für die Ursache der Angststörung
FBA-VB	Verantwortungsattribution für die Bewältigung der Angststörung
I	Generalisierte internale Kontrollüberzeugung
P	Generalisierte sozial externale Kontrollüberzeugung
SK	Generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten

Darüber hinaus werden nicht in die Auswertung der Ergebnisse einbezogene Items mit der Zahl "0" gekennzeichnet.

# Christoph-Dornier-Centrum für Klinische Psychologie

C.D.K. Tibusstraße 7-11 D-48143 Münster

Pat. Nr.:

Patient:

Therapeut:

Datum:

## DIAGNOSTISCHES UNTERSUCHUNGSMANUAL (MZP 1)

Sehr geehrte Patientin,  
Sehr geehrter Patient,

im Rahmen der wissenschaftlichen Qualitätssicherung der Therapien im Christoph-Dornier-Centrum für Klinische Psychologie führen wir in Zusammenarbeit mit der Universität Bielefeld eine Forschungsarbeit durch, die sich mit der Bewältigung von Angsterkrankungen beschäftigt.

Wir hoffen, durch unsere Untersuchung Kenntnisse darüber zu gewinnen, wie Sie als Betroffene bzw. Betroffener mit Ihrer Angststörung umgehen. Dies kann dazu beitragen, andere Menschen bei der Bewältigung ihrer Angststörungen optimal zu unterstützen.

Darüberhinaus sind Ihre Angaben im Fragebogen für Ihre Therapeutin bzw. Ihren Therapeuten eine wichtige Grundlage für die Planung Ihrer Therapie.

Wir bitten Sie deshalb, alle Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten.

**Sämtliche Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.**

## Hinweise zum Ausfüllen des folgenden Fragebogens

Auf den folgenden Seiten werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Sie haben dabei die Möglichkeit, jeder Aussage stark, mittel oder schwach zuzustimmen oder sie schwach, mittel oder stark abzulehnen. Kreuzen Sie bitte jeweils das Antwortkästchen an, das **momentan Ihrer persönlichen Meinung** am besten entspricht.

Hier ist ein **Beispiel** für die Beantwortung der Aussagen:

sehr falsch	falsch	eher falsch	eher richtig	richtig	sehr richtig
----------------	--------	----------------	-----------------	---------	-----------------

*"Ich bin ein lebhafter Mensch."*

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

- Ist diese Aussage für Sie **sehr falsch**, durchkreuzen Sie bitte: ---  
Ist diese Aussage für Sie **falsch**, durchkreuzen Sie bitte: --  
Ist diese Aussage für Sie **eher falsch**, durchkreuzen Sie bitte: -  
Ist diese Aussage für Sie **eher richtig**, durchkreuzen Sie bitte: +  
Ist diese Aussage für Sie **richtig**, durchkreuzen Sie bitte: ++  
Ist diese Aussage für Sie **sehr richtig**, durchkreuzen Sie bitte: +++

Bei irrtümlichen Ankreuzen machen Sie bitte einen Kreis um die ungültige Markierung und kreuzen die richtige an.

Bitte bearbeiten Sie alle Aussagen der Reihe nach, ohne eine auszulassen. Einige Aussagen haben einen ähnlichen Wortlaut oder Sinn. Bitte nehmen Sie auch zu diesen Aussagen Stellung.

Es geht bei allen Aussagen um Ihre **augenblickliche und ganz persönliche** Sichtweise.

Der vollständige Fragebogen kann beim Autor angefragt werden oder an der Systemstelle BK053 H972 der Universitätsbibliothek Bielefeld eingesehen werden.

Dr. Ralf Husstegge

Psychologische Praxis

Email: [ralf.husstegge@pp-hu.de](mailto:ralf.husstegge@pp-hu.de)

Universitätsbibliothek Bielefeld

Postfach 10 02 91

D-33502 Bielefeld

Email: [info.ub@uni-bielefeld.de](mailto:info.ub@uni-bielefeld.de)

# Christoph-Dornier-Centrum für Klinische Psychologie

C.D.K. Tibusstraße 7-11 D-48143 Münster

Pat. Nr.:

Patient:

Therapeut:

Datum:

## DIAGNOSTISCHES UNTERSUCHUNGSMANUAL (MZP 2)

Sehr geehrte Patientin,  
Sehr geehrter Patient,

im Rahmen der wissenschaftlichen Qualitätssicherung der Therapien im Christoph-Dornier-Centrum für Klinische Psychologie führen wir in Zusammenarbeit mit der Universität Bielefeld eine Forschungsarbeit durch, die sich mit der Bewältigung von Angsterkrankungen beschäftigt.

Wir hoffen, durch unsere Untersuchung Kenntnisse darüber zu gewinnen, wie Sie als Betroffene bzw. Betroffener mit Ihrer Angststörung umgehen. Dies kann dazu beitragen, andere Menschen bei der Bewältigung ihrer Angststörungen optimal zu unterstützen.

Darüberhinaus sind Ihre Angaben im Fragebogen für Ihre Therapeutin bzw. Ihren Therapeuten eine wichtige Grundlage für die individuelle Auswertung Ihrer Therapie.

Wir bitten Sie deshalb erneut, alle Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten.

**Sämtliche Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.**

## Hinweise zum Ausfüllen des folgenden Fragebogens

Auf den folgenden Seiten werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Sie haben dabei die Möglichkeit, jeder Aussage stark, mittel oder schwach zuzustimmen oder sie schwach, mittel oder stark abzulehnen. Kreuzen Sie bitte jeweils das Antwortkästchen an, das **momentan Ihrer persönlichen Meinung** am besten entspricht.

Hier ist ein **Beispiel** für die Beantwortung der Aussagen:

sehr falsch    falsch    eher falsch    eher richtig    richtig    sehr richtig

*"Ich bin ein lebhafter Mensch."*

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

- Ist diese Aussage für Sie **sehr falsch**, durchkreuzen Sie bitte: ---  
Ist diese Aussage für Sie **falsch**, durchkreuzen Sie bitte: --  
Ist diese Aussage für Sie **eher falsch**, durchkreuzen Sie bitte: -  
Ist diese Aussage für Sie **eher richtig**, durchkreuzen Sie bitte: +  
Ist diese Aussage für Sie **richtig**, durchkreuzen Sie bitte: ++  
Ist diese Aussage für Sie **sehr richtig**, durchkreuzen Sie bitte: +++

Bei irrtümlichen Ankreuzen machen Sie bitte einen Kreis um die ungültige Markierung und kreuzen die richtige an.

Bitte bearbeiten Sie alle Aussagen der Reihe nach, ohne eine auszulassen. Einige Aussagen haben einen ähnlichen Wortlaut oder Sinn. Bitte nehmen Sie auch zu diesen Aussagen Stellung.

Wichtig ist für uns **nicht**, inwieweit Sie sich Ihre Antworten, die Sie zu Beginn der Therapie schon einmal gegeben haben, gemerkt haben.

Sondern es geht bei allen Aussagen um Ihre **augenblickliche und ganz persönliche** Sichtweise.

Der vollständige Fragebogen kann beim Autor angefragt werden oder an der Systemstelle BK053 H972 der Universitätsbibliothek Bielefeld eingesehen werden.

Dr. Ralf Husstegge

Psychologische Praxis

Email: [ralf.husstegge@pp-hu.de](mailto:ralf.husstegge@pp-hu.de)

Universitätsbibliothek Bielefeld

Postfach 10 02 91

D-33502 Bielefeld

Email: [info.ub@uni-bielefeld.de](mailto:info.ub@uni-bielefeld.de)



## Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbständig verfasst und außer den angegebenen keine weiteren Quellen und Hilfsmittel benutzt habe sowie Zitate als solche kenntlich gemacht habe.

Bielefeld, den 29. August 1995

(Ralf Hußtegge)