



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Coping und Selbstwirksamkeit bei Personen mit Panikattacken – Eine Online-Studie

Verfasserin

Christine Hiebler

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, Oktober 2009

Studienkennzahl: A 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuerinnen: Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner, Mag. Dorothea König

DANKSAGUNG

Ich möchte mich besonders bedanken bei Frau Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner für die Annahme der Diplomarbeitsbetreuung und des Diplomarbeits-themas.

Ganz besonderer Dank gilt Frau Mag. Dorothea König für die umfangreiche Betreuung, die organisatorischen und technischen Hilfestellungen im Rahmen dieser Studie sowie die tatkräftige Unterstützung, Begleitung und gemeinsame Lösungsfindung diverser Problemstellungen.

Weiters bedanken möchte ich mich bei Claire Wyatt und Michael Fox, den beiden Native Speakern, für die vorgenommene Übersetzung eines Fragebogens.

Ganz großer Dank gilt meiner Familie, nicht nur für die langjährige finanzielle Unterstützung, sondern auch für ihre Geduld, mich auf diesem Weg meines Lebens begleitet zu haben. Ich danke von ganzem Herzen meinem Freund Christian, auch für seine Geduld, aber auch für seine motivierende und immer wieder aufbauende Unterstützung während meines Studiums. Danke für deine Begeisterungsfähigkeit und deinen Enthusiasmus, die mein Leben sehr bereichert haben! Danke, liebe Susanne, für deine computerfachliche Hilfe und dafür, dass du immer für mich da bist.

Besonders bedanken möchte ich mich auch bei allen Personen, die an dieser Studie teilgenommen und diese unterstützt haben. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen. Dank auch an all jene, die durch ihre vielen kritischen und positiven Rückmeldungen und persönlichen Schilderungen ihres Leidensweges meine Motivation für dieses Thema immer wieder aufs Neue geschürt haben.

INHALTSVERZEICHNIS

I THEORIETEIL

1. Einleitung	10
2. Panikstörung und Agoraphobie.....	12
2.1 Begriffsbestimmungen.....	12
2.1.1 Panikattacken	13
2.1.2 Agoraphobie.....	13
2.1.3 Panikstörung.....	14
2.1.4 Weitere Angststörungen.....	15
2.2 Epidemiologische Ergebnisse.....	16
2.3 Diagnostik und Differentialdiagnostik.....	17
2.4 Entstehungstheorien	18
2.4.1 Lerntheoretische Ansätze	19
2.4.2 Kognitive Modelle.....	20
2.5 Interventionen	22
3. Coping.....	24
3.1 Definition des Begriffes	24
3.2 Erklärungsansätze des Copings.....	24
3.2.1 Die Stressforschung.....	25
3.2.2 Das Transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman.....	26
3.2.3 Die Theorie der Ressourcenerhaltung nach Hobfoll	28
3.3 Copingstile und Copingstrategien	29
3.4 Coping und Panikstörung	32
4. Selbstwirksamkeit	36
4.1 Definition des Begriffes	36
4.2 Die sozial-kognitive Theorie von Albert Bandura	37
4.3 Erwerb der Selbstwirksamkeit	38
4.4 Formen der Selbstwirksamkeit.....	40
4.4.1 Allgemeine Selbstwirksamkeit.....	40
4.4.2 Emotionale Selbstwirksamkeit	40

4.5	Selbstwirksamkeit und Panikstörung.....	42
5.	Internet und Angst	45
5.1	Dienste im Internet.....	45
5.1.1	Kommunikation und deren Anwendungen im Internet	45
5.1.2	Gemeinschaften und soziale Beziehungen	46
5.2	Internetbasierte psychologische Maßnahmen bei Angststörungen	47
5.2.1	Informationen und Selbsthilfe	47
5.2.2	Diagnosestellung via Internet	48
5.2.3	Beratung und Behandlung im Internet.....	49
5.2.4	Maßnahmen zur Behandlung von Angst via Internet	50
II	EMPIRISCHER TEIL	
6.	Zielsetzung der empirischen Arbeit.....	53
7.	Methode.....	54
7.1	Untersuchungsdesign und Untersuchungsdurchführung	54
7.2	Beschreibung der Untersuchungsinstrumente	55
7.2.1	Panic Disorder Self-Report.....	56
7.2.2	Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen	58
7.2.3	Coping with Anxiety Questionnaire	58
7.2.4	Skala der Allgemeinen Selbstwirksamkeit	60
7.2.5	Skala der Emotionalen Selbstwirksamkeit	61
8.	Fragestellungen und Hypothesen.....	63
8.1	Fragestellung zu geschlechtsspezifischen Unterschieden	63
8.2	Fragestellungen zu Vergleichen mit einer Normstichprobe.....	64
8.3	Fragestellungen bezüglich der vier identifizierten Diagnosegruppen.....	65
8.4	Zusammenhänge zwischen den untersuchten Konstrukten.....	67
8.5	Fragestellungen zu Prädiktoren einer Panikstörung.....	70
9.	Auswertungsmethoden.....	72
10.	Ergebnisdarstellung.....	74
10.1	Beschreibung der Stichprobe	74
10.1.1	Soziodemografische Merkmale	74
10.1.2	Beschreibung der identifizierten „Diagnosegruppen“	82

10.1.3	Störungsspezifische Merkmale	87
10.2	Faktorenanalytische Überprüfung des CAQ	97
10.3	Ergebnisse bezüglich der erhobenen Konstrukte	100
10.3.1	Geschlechtsspezifische Unterschiede	100
10.3.2	Vergleiche mit Normstichproben.....	102
10.3.3	Ergebnisse bezüglich der identifizierten Diagnosegruppen	104
10.3.4	Zusammenhänge zwischen den untersuchten Konstrukten.....	110
10.3.5	Ergebnisse zu Prädiktoren einer Panikstörung.....	120
11.	Diskussion	124
11.1	Die erhobene Population	124
11.2	Die identifizierten „Diagnosegruppen“.....	125
11.3	Störungsspezifische Merkmale der Population.....	127
11.4	Die Internetnutzung der erhobenen Population	128
11.5	Angstbezogene Kognitionen der erhobenen Population	129
11.6	Copingstrategien der erhobenen Population.....	130
11.7	Selbstwirksamkeit der erhobenen Population	131
12.	Kritik und Ausblick	135
13.	Zusammenfassung	137
14.	Abstract.....	141
15.	Literaturverzeichnis	142
16.	Abbildungsverzeichnis.....	152
17.	Tabellenverzeichnis	153
18.	Anhang.....	155

I THEORIETEIL

1. Einleitung

Laut Weltgesundheitsorganisation WHO (2006) ist mindestens jede vierte Person einmal im Leben von psychischen Gesundheitsproblemen betroffen. Die Prävalenz psychischer Störungen ist in der europäischen Region sehr hoch. Schätzungen zufolge leiden von den 870 Millionen in der europäischen Region lebenden Menschen beispielsweise 100 Millionen Menschen an Angstzuständen und Depressionen und vier Millionen an Panikstörung. In vielen Ländern sind die Menschen schädlichem Stress ausgesetzt, der zu einem Anstieg von Angstzuständen und Depressionen, Alkohol- und anderen Substanzmissbrauchsstörungen, Gewalt und Suizidverhalten führt (Weltgesundheitsorganisation, 2006).

Jeder Mensch hat Ängste und Sorgen. Wenn diese überhand nehmen und ein extremes Maß erreichen, führt der damit verbundene Leidensdruck zu krankhafter Angst. Das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit sind dadurch stark beeinträchtigt bzw. werden in Mitleidenschaft gezogen. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich im Rahmen einer Online-Studie mit dem Krankheitsbild der Panikstörung, einer der meist verbreiteten psychischen Erkrankungen (Morschitzky, 2004; Weltgesundheitsorganisation, 2006).

Die Entstehung der ersten Panikattacke ist durch viele Faktoren bedingt. So hat auch das Stressgeschehen einen hohen Einfluss auf die Entwicklung von Ängsten. Laut Morschitzky (2004) berichten Panikpatienten¹ im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen nicht von einer größeren Zahl an kritischen Lebensereignissen, die ihnen widerfahren ist, sondern sie bewerten diese Stressoren viel negativer. Oft stellt eine chronische Belastungssituation einen Auslöser für Panikattacken dar. Die am häufigsten belastenden Stressoren bei Panikpatienten sind Krankheit, Sterben, Tod, Trennungen, Beziehungsprobleme und berufliche Überforderung (Morschitzky, 2004). Panikattacken treten nicht nur im Rahmen der Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie auf. Auch die Konfrontation mit einer gefürchteten sozialen Situation, einem spezifischen gefürchteten Objekt oder anhaltende Ängste und Sorgen können eine

¹ An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass der Einfachheit halber im Rahmen dieser Arbeit auf eine gendergerechte Formulierung verzichtet wird und nur die männliche Form verwendet wird, womit aber stets auch die weibliche gemeint ist.

unmittelbare Angstreaktion hervorrufen, die letztlich in einer Panikattacke gipfelt (Dillinger, Mombour & Schmidt, 2000; Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003).

Unter diesem Aspekt der Betrachtung des Störungsbildes interessiert auch die Frage, wie die Betroffenen mit den angst- oder stressverursachenden Situationen bzw. Bedingungen umgehen. In der vorliegenden Arbeit ist es deshalb von wesentlichem Interesse zu klären, welches Copingverhalten Personen mit Panikattacken zeigen, d. h. welche Strategien sie anwenden, um ihre Ängste zu bewältigen.

Das Stressgeschehen wird von Situationen und personalen Merkmalen wechselseitig beeinflusst. Je nachdem, wie eine Person einen Stressfaktor bewertet, erlebt sie mehr oder weniger Stress. Im Umgang mit Stress bzw. Angst sind Ressourcen von großer Bedeutung. Das Verhältnis aus vorhandenen, verlorenen und gewonnenen Ressourcen bestimmt, in welchem Ausmaß eine Person Stress erlebt. Ressourcen sind also für das Coping sehr wichtig. Eine spezielle Bewältigungsressource soll deshalb im Rahmen dieser Arbeit näher betrachtet werden – die Selbstwirksamkeit (Hobfoll & Buchwald, 2004; Schwarzer, 1994). In diesem Zusammenhang interessiert, über welches Ausmaß an Selbstwirksamkeit Personen mit Panikstörung verfügen. Es können verschiedene Formen von Selbstwirksamkeit unterschieden werden, wobei im Rahmen dieser Arbeit zwei Formen näher betrachtet werden, die allgemeine und die emotionale Selbstwirksamkeit.

Da die Erfassung der dieser Studie zugrunde liegenden Daten online erfolgte, widmet sich ein Kapitel dem Internet und dessen Zusammenhang bzw. dessen Bedeutung für psychische Störungen. In der heutigen Zeit ist das Internet von großer Wichtigkeit und lässt sich beruflich wie privat in vielfältiger Art und Weise einsetzen und nutzen. Das Medium bietet eine Fülle an Informationen und dient der Kommunikation. Deshalb ist es von Interesse zu beleuchten, welche Dienste und Informationen es bietet, welche Nutzungsmöglichkeiten damit verbunden sind, wo seine Vorteile und Grenzen liegen und welche Angebote für Personen mit psychischen Störungen, vor allem mit Angststörungen, vorliegen.

2. Panikstörung und Agoraphobie

Um von krankhafter Angst sprechen zu können, ist es wichtig, zu klären, ob der Betroffene einer Behandlung bedarf. Wird die individuelle Toleranzschwelle für die Belastungen des täglichen Lebens überschritten, kann der Betroffene seinen Aufgaben im Leben nicht mehr befriedigend nachkommen. Wichtige Aktivitäten müssen eingeschränkt oder können gar nicht mehr ausgeführt werden. Der Punkt, an dem Angst zur Beeinträchtigung führt, hängt von der Wahrnehmung und den Interessen des Einzelnen ab. Wird das individuell normale Ausmaß bzw. Niveau der Angst überschritten, entsteht krankhafte Angst. Durch das Ausmaß der psychosozialen Beeinträchtigung lässt sich erkennen, ob bei einer Angststörung Behandlungsbedarf besteht. Von einer Angststörung kann man nur sprechen, wenn man sich vergewissert hat, dass die Angstsymptomatik pathologisch ist. Die auftretende Angst muss gekennzeichnet sein durch ihre ungewöhnliche Intensität, Dauer, Häufigkeit und Unangemessenheit (Scherer & Kuhn, 2002).

2.1 Begriffsbestimmungen

Im Folgenden sollen nun jene Störungsbilder genauer dargestellt werden, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit empirisch untersucht werden.

Zur Diagnosestellung psychischer Störungen können grundsätzlich zwei verschiedene Klassifikationssysteme herangezogen werden: Zum einen das „Diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen“ (DSM-IV) (Saß, Wittchen & Zaudig, 2001) und zum anderen das Kapitel F der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10) (Dillinger et al., 2000). Während in der ICD-10 die Panikstörung der Phobie diagnostisch nachgeordnet und daher die Diagnose Panikstörung nur gestellt werden darf, wenn keine spezifische oder soziale Phobie vorliegt, räumt das DSM-IV der Panikstörung diagnostische Priorität ein (Scherer & Kuhn, 2002). Im Klassifikationssystem des DSM-IV sind die Panikattacke und die Agoraphobie keine codierbaren Störungen. Gestellt werden die jeweiligen Diagnosen, innerhalb der die Panikattacken bzw. die Agoraphobie auftreten (Saß et al., 2001). Die Charakteristika

und Symptomliste einer Panikattacke sind in der ICD-10 und im DSM-IV sehr ähnlich (Scherer & Kuhn, 2002).

2.1.1 Panikattacken

Im DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) wird eine Panikattacke als eine klar abgrenzbare Episode intensiver Angst und Unbehagens bezeichnet. Starke Besorgnis, Angstgefühle oder Schrecken setzen plötzlich ein und werden begleitet von einem Gefühl drohenden Unheils. Ihren Höhepunkt erreicht eine Attacke meist innerhalb von 10 Minuten. Für eine Diagnosestellung müssen mindestens vier der folgenden Symptome auftreten:

- Palpitationen, Herzklopfen oder beschleunigter Herzschlag,
- Schwitzen,
- Zittern oder Beben,
- Gefühl der Kurzatmigkeit oder Atemnot,
- Erstickungsgefühle,
- Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust,
- Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden,
- Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit oder der Ohnmacht nahe sein,
- Derealisation (Gefühl der Unwirklichkeit) oder Depersonalisation (sich losgelöst fühlen),
- Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden,
- Angst zu sterben,
- Parästhesien (Taubheit oder Kribbelgefühle),
- Hitzewallungen oder Kälteschauer.

2.1.2 Agoraphobie

Im DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) wird eine Agoraphobie verstanden als Angst, an Orten zu sein, von denen eine Flucht schwierig (oder peinlich) sein könnte, oder wenn im Falle einer unerwarteten oder durch die Situation begünstigten Panikattacke oder panikartiger Symptome Hilfe nicht erreichbar sein könnte. Laut DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) und ICD-10 (Dillinger et al., 2000) werden offene Plätze, Menschenmengen, Reisen und Alleingänge außer Haus vermieden. Andere Personen mit Agoraphobie wiederum setzen sich den für sie unangenehmen Situationen aus, obwohl sie deutliches Unbehagen verspüren, Angst vor einer Panikattacke oder panikartigen Symptomen

haben oder suchen diese nur in Begleitung von anderen auf. Das Schlüsselsymptom der Agoraphobie stellt die ständige Suche nach einem Fluchtweg dar. Durch die breite Variation des Schweregrades und der Ausprägung kann das Vermeidungsverhalten sehr variieren. Die extremste Form wäre sicher, wenn eine betroffene Person an ihr Haus gefesselt ist und somit in ihrem beruflichen und alltäglichen Leben völlig eingeschränkt ist.

2.1.3 Panikstörung

Im DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) unterscheidet man zwischen drei verschiedenen Formen der Panikstörung. Bei der *Panikstörung ohne Agoraphobie* müssen wiederkehrende unerwartete Panikattacken auftreten, gefolgt von mindestens einem Monat mit anhaltender Besorgnis, eine weitere Panikattacke zu erleiden sowie Sorgen über die Bedeutung der Attacke oder ihre Konsequenzen oder mit deutlichen Verhaltensänderungen infolge der Attacken. Liegt eine Agoraphobie vor, handelt es sich um die Diagnose einer *Panikstörung mit Agoraphobie*. Die Diagnose der *Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte* unterscheidet sich durch das Kriterium der Angst vor dem Auftreten panikähnlicher Symptome. Die Merkmale für eine Panikstörung dürfen nie erfüllt worden sein.

Auch laut ICD-10 (Dillinger et al., 2000) sind das wesentliche Kennzeichen der *Panikstörung* (episodisch paroxysmale Angst) die wiederkehrenden schweren Angstattacken, die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind. Kennzeichnend für diese Störung ist der plötzliche Beginn mit Herzklopfen, Brustschmerzen, Erstickungsgefühlen, Schwindel und Entfremdungsgefühlen (Depersonalisation oder Derealisation). Begleitend treten Gedanken auf, wie etwa die Furcht zu sterben, Kontrollverlust oder Angst, verrückt zu werden. Die einzelnen Attacken dauern meist nur wenige Minuten. Aufgrund der anfallsartigen und vegetativen Symptome kommt es zu einem fluchtartigen Verlassen der Situation, die mit großer Wahrscheinlichkeit in der Zukunft vermieden wird. Ein wesentliches Merkmal der Panikstörung ist die ständige Angst vor einer erneuten Panikattacke. Dieses Merkmal wird auch oft als Erwartungsangst oder „Angst vor der Angst“ bezeichnet (Morschitzky, 2004).

Amering et al. (1997) untersuchten, ob kontextuelle Merkmale der ersten Panikattacke und die spezifische Reaktion auf dieses Geschehen Indikatoren für die spätere Entwicklung einer Agoraphobie darstellen. Verglichen wurden Personen mit Panikstörung ohne Agoraphobie und Personen mit Panikstörung mit Agoraphobie. Die beiden Gruppen unterschieden sich signifikant voneinander. Jene Personen, die ihre erste Panikattacke in der Öffentlichkeit erlebten, diese als somatische Erkrankung interpretierten und auf die Symptome mit dem Gefühl einer Behinderung bzw. Störung reagierten, entwickelten später auch eher eine Agoraphobie. Faktoren wie das Geschlecht, das Alter, die Jahreszeit, die Anwesenheit anderer Personen oder die individuelle Reaktion auf die erste Panikattacke hatten keinen Einfluss auf die Entwicklung einer Agoraphobie.

Goodwin et al. (2004) untersuchten an sehr jungen Personen (14–24 Jahre), ob Panikattacken in frühen Jahren Risikofaktoren für eine später auftretende schwere Psychopathologie darstellen. Die Ergebnisse zeigten, dass ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Panikattacken und einer hohen Anzahl an Komorbiditäten und Multimorbiditäten verschiedener diagnostizierbarer Erkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen vorhanden ist. Es besteht ein hohes Risiko, dass eine Angststörung (speziell eine soziale oder spezifische Phobie oder eine Generalisierte Angststörung) auftritt, eine affektive Störung oder ein Missbrauch von Substanzen (speziell Alkohol) vorliegt. Die Mehrheit der Personen, die von Panikattacken im Jugendalter berichteten, wies im späteren jungen Erwachsenenalter zumindest eine komorbide psychische Störung auf.

2.1.4 Weitere Angststörungen

Panikattacken treten nicht nur bei der Panikstörung, sondern auch im Rahmen anderer Angststörungen auf, die an dieser Stelle kurz dargestellt werden sollen. Tritt eine Panikattacke in einer eindeutig phobischen Situation auf, wird sie als Ausdruck des Schweregrades einer Phobie gewertet, der diagnostisch Priorität eingeräumt wird (Dillinger et al., 2000).

Soziale Phobien sind gekennzeichnet durch eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor einer oder mehreren sozialen oder Leistungssituationen, in denen die Person mit unbekanntem Personen konfrontiert ist oder von anderen Personen beurteilt werden könnte. Die Konfrontation mit der gefürchteten Situation ruft fast immer eine

unmittelbare Angstreaktion hervor, und die Symptome können sich bis hin zu Panikattacken verstärken. Dies führt schließlich dazu, dass die sozialen Situationen vermieden werden. Die gefürchteten Situationen können klar abgegrenzt sein, wie etwa Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit, oder unbestimmt sein und fast alle sozialen Situationen betreffen (Dillinger et al., 2000; Saß et al., 2003).

Spezifische Phobien beschränken sich auf das Vorhandensein oder die Erwartung eines spezifischen Objektes oder einer spezifischen Situation, wie z.B. Fliegen, Höhen, Tiere, eine Spritze bekommen, Blut sehen, geschlossene Räume. Die Konfrontation mit dem phobischen Reiz ist auf eine bestimmte Situation begrenzt, kann aber Panik auslösen. Die phobischen Situationen werden gemieden bzw. nur unter starker Angst oder starkem Unbehagen ertragen (Dillinger et al., 2000; Saß et al., 2003).

Laut ICD-10 (Dillinger et al., 2000) ist der Verlauf der *Generalisierten Angststörung* unterschiedlich, tendiert aber zu Schwankungen und Chronifizierung. Das wesentliche Kennzeichen ist eine generalisierte und anhaltende Angst, die aber nicht auf bestimmte Situationen in der Umgebung beschränkt oder darin nur besonders betont ist, d.h. sie ist frei flottierend. Symptome wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen oder Schwindelgefühle prägen dieses Störungsbild. Die Ängste betreffen eine große Anzahl an Sorgen und Vorahnungen. Die Person hat Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren (Saß et al., 2003).

2.2 Epidemiologische Ergebnisse

Laut National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) liegt in den USA die 12-Monatsprävalenz, an irgendeiner Angststörung zu leiden, bei 18,1%. Für die Panikstörung ohne Agoraphobie liegt die 12-Monatsprävalenz bei 2,7%, für die Panikstörung mit Agoraphobie bei 3,5%, für die soziale Phobie bei 6,8%, für die spezifische Phobie bei 8,7% und für die Generalisierte Angststörung bei 3,1% (Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005).

Laut Bundesgesundheitsurvey aus dem Jahr 1998 (Wittchen & Jacobi, 2004) leiden in Deutschland 14,2% der befragten Personen zwischen 18 und 65 Jahren im Zeitraum von einem Jahr an einer klinisch relevanten Angststörung. Für die Panikstörung wurde eine Lebenszeitprävalenz von 3,9% ermittelt. Bezogen auf die Arbeitsunfähigkeit ergeben sich die schwersten Beeinträchtigungen für Personen mit Panikstörung, Generalisierter

Angststörung und sozialer Phobie. Nahezu 60% der Angststörungen manifestieren sich vor dem 21. Lebensjahr. Erstmals treten die Panikstörung und die Agoraphobie mit einem mittleren Erkrankungsalter von 26 und 31 Jahren auf, wobei die Störung bei Männern später auftritt als bei Frauen. Frauen sind doppelt so häufig von Angststörungen betroffen als Männer. Fast ein Drittel aller Betroffenen mit einer Angststörung leiden aktuell unter mehreren Angststörungen. Diese treten besonders häufig gleichzeitig mit anderen psychischen Störungen auf. Bei der Panikstörung liegt zu 52% auch eine Depression, zu 37% eine somatoforme Störung und zu 16% eine Alkoholabhängigkeit vor; Ähnliches gilt für die Generalisierte Angststörung (Depression: 71%, somatoforme Störung: 48%, Alkoholabhängigkeit: 9%). Personen mit Angststörungen sind laut Bundesgesundheitsurvey aus dem Jahr 1998 im Vergleich zu körperlich Kranken genauso erheblich in ihrer Arbeitsproduktivität und ihrer Lebensführung eingeschränkt (Wittchen & Jacobi, 2004).

Schätzungen für Österreich zufolge leiden etwa 20% der Bevölkerung an einer behandlungsbedürftigen Angsterkrankung, die in der späten Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter auftritt (Kasper, Danzinger & Kapfhammer, 2004).

2.3 Diagnostik und Differentialdiagnostik

Ausgangspunkt der Diagnostik ist oft das ärztliche Gespräch. Der Betroffene soll Auskunft über Art, Beginn, Verlauf und Vorgeschichte der Beschwerden geben, über seine Lebensgeschichte und seine persönliche Situation sowie von psychosozialen Konflikten und Problemen berichten (Scherer & Kuhn, 2002). Im Verlauf der Diagnosestellung muss eine genaue differentialdiagnostische Abklärung von Angststörungen vorgenommen werden. Eingesetzt werden sehr häufig strukturierte klinische Interviews, die einen vorstrukturierten Leitfaden beinhalten (Schmidt-Traub & Lex, 2005). Im deutschen Sprachraum werden folgende zwei Interviews eingesetzt: Das *Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse I (SKID I)* von Wittchen, Zaudig und Fydrich (1997) und das *Diagnostische Interview psychischer Störungen (DIPS)* von Margraf, Schneider und Ehlers (1994), welches sich an den Kriterien des DSM-IV orientiert.

Im Zuge der Explorationsphase sollte laut Schmidt-Traub und Lex (2005) eine gründliche medizinische Abklärung stattfinden. Um sich ein erstes Bild des psychischen

Zustandes machen zu können, werden Inventare zur Selbsteinschätzung der panischen oder phobischen Angst vorgelegt, die der Patient alleine oder gemeinsam mit dem Arzt, Therapeuten oder Psychologen bearbeiten kann. Nach Hoyer, Beauducel und Franke (2003) werden aber auch im Rahmen klinisch-psychologischer Studien zunehmend Fragebögen zu Screeningzwecken eingesetzt, so z.B. zur Auswahl geeigneter Personen für eine klinische Studie oder zur Vorauswahl für eine bestimmte Behandlung. Screeningfragebögen in der epidemiologischen Forschung setzen die diagnostischen Kriterien in ein Fragebogenformat um. Speziell geeignet für diesen Einsatz sind jene Instrumente, die zu Screeningzwecken entwickelt wurden. So ist auch etwa der „Panic Disorder Self-Report“ (PDSR) (Newman, Holmes, Zuellig, Kachin & Behar, 2006) ein Selbstauskunftsinstrument, das eigens entwickelt wurde, um die Panikstörung nach den DSM-IV Kriterien screenen zu können. Ein weiterer Fragebogen, der in der Forschung oft zum Einsatz kommt (vgl. Hoffart, Sexton, Hedley & Martinsen, 2008; Nakano et al., 2008), ist der „Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung“ (AKV) (Ehlers & Margraf, 2001). Sowohl der PDSR als auch der Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen (ACQ), einer der drei Subtests des AKV, kommen im Rahmen der vorliegenden Arbeit zum Einsatz (siehe 7.2.1 und 7.2.2).

Differentialdiagnostisch abzugrenzen sind von der Panikstörung und der Agoraphobie andere psychische und psychiatrische Störungen, wie etwa die Sozialphobie, spezifische Phobien, die Zwangsstörung, die Posttraumatische Belastungsstörung oder die Störung mit Trennungsangst. Die Angstsymptome dürfen auch nicht auf die direkte körperliche Wirkung oder den Entzug einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors, wie etwa eine allgemein-körperliche oder zerebrale Erkrankung, zurückgehen (Saß et al., 2003; Scherer & Kuhn, 2002). Dillinger et al. (2000) ergänzen, dass eine Panikattacke in einer eindeutig phobischen Situation den Schweregrad einer Phobie mitbestimmt. Eine Panikstörung soll nur beim Fehlen einer Phobie diagnostiziert werden.

2.4 Entstehungstheorien

Da Angststörungen ein mehrdimensionales Krankheitsbild darstellen, bestehend aus psychologischen, physiologischen und soziokulturellen Komponenten, gibt es verschiedene Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung

(Schmidt-Traub, 2000). Aus der Vielzahl an Modellen und Erklärungsansätzen soll im Folgenden kurz auf den lerntheoretischen Ansatz und das kognitive Modell näher eingegangen werden, die auch für die Entwicklung von Behandlungsansätzen von Bedeutung sind.

2.4.1 Lerntheoretische Ansätze

Im Vordergrund beim Lernen steht ein funktionaler und flexibler Prozess, der sich bei der Entwicklung von Angst in einen dysfunktionalen umkehrt (Schmidt-Traub, 2000).

Aus lerntheoretischer Sicht hat sich für die Erklärung der Entstehung von Angst, speziell des agoraphobischen Vermeidungsverhaltens, bisher das *Zwei-Faktoren-Modell* von Mowrer (1947, zitiert nach Schmidt-Traub, 2000; Schmidt-Traub & Lex, 2005) bewährt.

Die zwei Faktoren entsprechen den Lernparadigmen der klassischen Konditionierung (1. Lernparadigma) und der operanten Konditionierung (2. Lernparadigma). Ein neutraler Reiz, der zufällig mit dem traumatischen Ereignis auftritt, wird zum gelernten Auslöser für Angst, d.h. einem aversiven Reiz. Durch die zeitliche und räumliche Koppelung verknüpft sich der neutrale Reiz mit der Angstsituation. Der motivationale Faktor Angst bewirkt eine Art symbolische Bedeutung und Signalfunktion für den vormals neutralen Reiz.

Der zweite Faktor dieses Modells beeinflusst nun die Aufrechterhaltung der Angst. Wird die Angstsituation gemieden, bleibt die gefürchtete Panikreaktion aus. Dieses Vermeidungsverhalten führt somit zu einer negativen Verstärkung der Angst. Zusätzlich kann es zu einer Generalisierung auf ähnliche Situationen kommen, die ebenfalls panische Angst auslösen und somit auch gemieden werden.

Dieser Ansatz weist einige Schwächen auf und ist ergänzungswürdig (Schmidt-Traub, 2000). So zum Beispiel löst nicht jede Traumatisierung oder jede beliebige Reizsituation heftige Angst oder panische Reaktionen aus. Im Sinne der biologischen Vorbereitung („preparedness“) nach Seligman (1971, zitiert nach Schmidt-Traub, 2000) rufen nur bestimmte Reizsituationen, die für das Individuum in Hinblick auf ein evolutionäres Prinzip von entscheidender Bedeutung sind, Angsterleben hervor.

Ängste können auch durch die Beobachtung und Imitation gelernt werden. Im Sinne der sozialen Lerntheorie nach Bandura (1979, zitiert nach Schmidt-Traub & Lex, 2005)

wird durch die Beobachtung eines Modells, das sich im Moment der Beobachtung in einer bedrohlichen Situation befindet und mit Angst reagiert, stellvertretend diese Angstreaktion gelernt. Vermittelt werden können aber auch Bewältigungsmaßnahmen effektiver oder vermeidender Art. Einflussreiche Modelle sind vorwiegend „significant others“, wie etwa Eltern oder Freunde. Ob eine neu erlernte Verhaltensweise beibehalten wird, hängt auch von den Konsequenzen ab, die sich für die betroffene Person ergeben.

2.4.2 Kognitive Modelle

Ganz allgemein wird im Rahmen kognitiver Angsttheorien „Angst als eine Emotion im Sinne eines physiologischen Erregungszustandes“ verstanden (Morschitzky, 2004, S. 311). Mit Hilfe dieser Theorien lassen sich die Erwartungen und Bewertungen, die mit den Ängsten verbunden sind, analysieren (Morschitzky, 2004).

Clark (1986) postuliert in seinem Kognitiven Modell, dass Panikattacken das Resultat katastrophisierender Missinterpretationen verschiedener körperlicher Erscheinungen sind. Die körperlichen Erregungen werden als bedrohlicher und gefährlicher wahrgenommen als sie tatsächlich sind. So wird etwa Herzklopfen als ein Beweis für eine bevorstehende Herzattacke missinterpretiert. Verschiedenste externale (z.B. ein Supermarkt für eine Person mit Agoraphobie, die die erste Attacke in einem Supermarkt hatte) oder internale (körperliche Erregungen, Gedanken oder Vorstellungen) Reize können Attacken provozieren. Wenn diese Reize als Bedrohung wahrgenommen werden, entsteht ein Zustand von Befürchtung, der von zahlreichen körperlichen Erscheinungen begleitet wird. Werden diese in einer katastrophisierenden Weise interpretiert, steigt die Befürchtung weiter und produziert eine weitere Erhöhung der körperlichen Erregungen. Dieser entstandene Teufelskreis gipfelt schließlich in einer Panikattacke.

Clark (1986) beschreibt zwei Möglichkeiten, wie eine Attacke entstehen kann. Eine Person mit einem generell erhöhten Angstniveau richtet die gesamte Aufmerksamkeit selektiv auf den eigenen Körper (Selbstaufmerksamkeit), und sobald unpassende körperliche Reaktionen bemerkt werden, wird dies als Beweis für eine unmittelbar bevorstehende Attacke interpretiert, der Teufelskreis aktiviert und eine Attacke provoziert. Scheint die Attacke aus dem Nichts zu kommen, sind oft Wahrnehmungen körperlicher Erscheinungen verantwortlich, die durch verschiedene emotionale

Zustände (Aufregung, Ärger), andere harmlose Ereignisse (plötzliches Aufstehen aus einer sitzenden Position, das zu Schwindel führt), sportliche Aktivitäten (Atemlosigkeit, Herzklopfen) oder zu viel Koffein hervorgerufen werden können. In diesem Fall vergessen die Personen, zwischen den auslösenden körperlichen Erscheinungen und der nachfolgenden Attacke zu unterscheiden; so wird die Attacke wahrgenommen, als käme sie aus dem Nichts.

Austin und Kiropoulos (2008) untersuchten mittels Online-Fragebogen zentrale Annahmen des Kognitiven Modells nach Clark (1986). Personen mit Panikstörung berichteten mehr Missinterpretationen unklarer interner Reize als eine nicht ängstliche Kontrollgruppe. Bei Personen mit Panikstörung bezogen sich diese katastrophisierenden Missinterpretationen auf interne körperliche Ereignisse, nicht aber auf externale Ereignisse, wie dies bei Personen mit sozialer Phobie der Fall war. Die Ergebnisse unterstützen die Kernannahmen des Kognitiven Modells zur Erklärung der Entstehung einer Panikattacke.

Hayward, Ahmad und Wardle (2000) untersuchten, ob Personen mit einer Panikstörung mit Agoraphobie intensivere und ängstigendere interne Ereignisse berichten als eine nichtängstliche Kontrollgruppe in einer experimentell hergestellten, panikähnlichen Situation. Je eine Hälfte der beiden Versuchsgruppen wurde gebeten, sich während eines stressreichen Films auf ihre körperlichen Prozesse zu konzentrieren, während die andere Hälfte ihre Aufmerksamkeit auf ein externes Ereignis richten sollte (ein Punkt, der während des Films auf dem Bildschirm auftauchte). Jene angstfreie Kontrollgruppe, die ihre Aufmerksamkeit auf die inneren körperlichen Prozesse richtete, zeigte mehr Angst und berichtete mehr panikartige Symptome als die Kontrollgruppe, die ihre Aufmerksamkeit auf den stressverursachenden Film lenkte. Personen mit einer Panikstörung mit Agoraphobie zeigten in beiden Versuchsbedingungen ein konsistent erhöhtes Ausmaß an Aufmerksamkeitszuwendung; somit zeigten sich keine Unterschiede im Erleben von Angst und ihren begleitenden Symptomen. Die Kontrollgruppe der Bedingung Aufmerksamkeitszuwendung und Personen mit einer Panikstörung mit Agoraphobie unterschieden sich hinsichtlich ihrer berichteten Angst nicht. Aufgrund dieser Ergebnisse gehen die Autoren davon aus, dass die Prozesse des Kognitiven Modells allgemein ablaufende sind.

Die Missinterpretation körperlicher Erscheinungen nach Clark (1986) spielt auch bei der Erklärung von Panikattacken im Rahmen des psychophysiologischen Modells, dessen Annahme eine sehr ähnliche ist, eine wesentliche Rolle.

In diesem Modell wird davon ausgegangen, „dass Panikattacken durch die positive Rückkoppelung zwischen körperlichen Symptomen, deren Assoziation mit Gefahr und der daraus resultierenden Angstreaktion entstehen“ (Schneider & Margraf, 1998, S. 17). Am Beginn des Aufschaukelungsprozesses bei einem Panikanfall stehen Veränderungen, die psychischer oder physischer Art sein können. Werden diese Gedanken, Gefühle oder körperlichen Symptome von der Person wahrgenommen und mit Gefahr assoziiert, reagiert der Betroffene mit Angst. Dadurch werden weitere Symptome physiologischer und/oder kognitiver Art hervorgerufen. Es folgt erneut die Wahrnehmung dieser Veränderungen und deren Assoziation mit Gefahr, wodurch eine Steigerung der Angst ausgelöst wird. Dieser schnell ablaufende Rückkoppelungsprozess kann mehrmals hintereinander durchlaufen werden bis die Aufschaukelung letztendlich in dem Höhepunkt des Panikanfalles gipfelt (Morschitzky, 2004; Schneider & Margraf, 1998).

Nach Morschitzky (2004) spielen die Fehlinterpretationen von Körperempfindungen, die folglich als Bedrohung wahrgenommen werden, eine wichtige Rolle bei der Auslösung und Aufrechterhaltung von Panikattacken. Verfügt die betroffene Person über geeignete Bewältigungsversuche, wie etwa hilfesuchendes oder vermeidendes Verhalten, Ablenkung durch äußere Reize oder Uminterpretation der körperlichen Symptome, ist sie fähig, den Teufelskreis der Panik zu durchbrechen.

2.5 Interventionen

Auf Basis der zuvor dargestellten Erklärungsansätze können verschiedene therapeutische Interventionen abgeleitet werden. Für die Behandlung von Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie haben sich insbesondere die Kognitive Verhaltenstherapie und die Psychopharmakotherapie als wirksam erwiesen. Auf die Beschreibung dieser Behandlungsmethoden wird an dieser Stelle verzichtet, für einen Überblick sei auf die umfangreiche zu diesem Thema verfügbare Literatur verwiesen (vgl. Dengler & Selbmann, 2000; Hofmann et al., 2007; Kasper et al., 2004; Kindler & Kasper, 2005;

Schmidt-Traub & Lex, 2005; Siev & Chambless, 2007; Subic-Wrana, Maucher & Beutel, 2006; Taylor, 2006; Zwanzger & Deckert, 2007).

3. Coping

3.1 Definition des Begriffes

Unter Krankheitsbewältigung verstehen Mayer und Filipp (2002) all jene Versuche, die Menschen im Kontext einer Erkrankung einsetzen, um mit den internen oder externen Anforderungen umzugehen, die sich in dieser Lebenssituation stellen.

Lazarus und Folkman (1984) definieren Coping als “constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person” (p. 141).

Beide Definitionen implizieren, dass es sich um ein prozessorientiertes Konstrukt handelt; dies erfordert, dass betroffene Personen aktiv werden. Das Konstrukt ist in einem dynamischen Prozess eingebettet, der sich über die Zeit abhängig von den sich verändernden Anforderungen und Bewertungen der Situation verändert (Lazarus & Folkman, 1984).

Coping hat damit zu tun, wie Personen mit stressreichen Lebensumständen umgehen. Stress und Coping bedingen sich wechselseitig, d.h. ineffektives Coping bewirkt einen hohen Stresslevel, effektives hält diesen niedrig. Ob eine Copingstrategie gut oder schlecht ist, hängt von der Person selbst ab. Es gibt kein universell schlechtes oder gutes Coping. Einige Strategien sind mehr oder weniger gut als andere (Lazarus, 1993, 1999).

3.2 Erklärungsansätze des Copings

Im folgenden Abschnitt soll kurz auf die Stressforschung und auf eines der wichtigsten theoretischen Konzepte zur Erklärung von Stress, das Transaktionale Stressmodell nach Lazarus und Folkman (1984), eingegangen werden, aus welcher sich auch die wesentliche Bedeutung und Funktion des Copings ergibt. In Hinblick auf die Ressourcen als wichtige Voraussetzung für das Coping wird die Ressourcenerhaltungstheorie nach Hobfoll (Hobfoll & Buchwald, 2004) vorgestellt. Im Anschluss sollen die Bemühungen zur Erfassung des Konstrukts dargestellt werden. Im letzten Teil dieses Kapitels wird auf jene Copingstrategien eingegangen, die besonders für Personen mit Panikattacken kennzeichnend sind.

3.2.1 Die Stressforschung

Laut Schwarzer (2000) handelt es sich bei Stress um einen Prozess, der sowohl von Situationen als auch von personalen Merkmalen wechselseitig bestimmt wird. Kritische Lebensereignisse oder alltägliche Dauerbelastungen können Stress verursachen. Unser Verhalten, das wir dann genau in diesen Situationen zeigen, ist meist anders als gewöhnlich und kann deshalb auch nur schwer vorhergesagt werden. An jede Person wird die Erwartung gestellt, sich an die situativen Anforderungen anzupassen. Mit der Zeit entwickelt jedes Individuum Erfahrungen, Fertigkeiten und Fähigkeiten, mit den Umwelтанforderungen einmal besser, einmal schlechter zu recht zu kommen.

Wenn die situationalen und persönlichen Anforderungen die Ressourcen überschreiten, wird Stress erlebt, der dann in unterschiedlichen Höhen und Facetten auftreten kann (Stress in der Familie, Universität, Schule, Beruf, Altersstress, persönlicher Stress). Dieser kann zu psychischer und physischer Krankheit führen, zu Konflikten, aggressivem Verhalten oder Angst. Stress, Angst und Coping sind in einen komplexen Prozess involviert. Die drei Konstrukte stellen eine Art multidimensionales interaktives Geflecht dar (Endler, 1997).

Die Bewältigung von stressreichen Ereignissen kann durch kognitive Leistungen und Handlungen, aber auch durch Informationsverarbeitung erfolgen. Es besteht die Möglichkeit, dass unbewusste Abwehrvorgänge am Prozess beteiligt sind. Emotionen stellen eine wichtige Informationsquelle für die Einschätzung des Ereignisses und für die Bewertung der eigenen Bewältigungsfertigkeiten dar. Angst etwa bedeutet, dass mit den vorhandenen Ressourcen die Umwelтанforderungen nicht bewältigt werden können (Schwarzer, 2000).

Laut Lindenlaub und Kraak (1997) befasst sich Bewältigungsforschung mit dem Erleben und Handeln von Menschen in belastenden Situationen. In einer Bewältigungssituation sind mehr Bemühungen und Anstrengungen erforderlich, die richtige Entscheidung für eine bestimmte Bewältigungshandlung zu treffen. Für die Forschung sind jene Bedingungen der Bewältigungssituation von Interesse, die den Prozess der Entscheidungsfindung für eine bestimmte Verhaltensweise beeinflussen. Von einer erfolgreichen Bewältigung kann man dann sprechen, wenn die

Problemlösung für die betreffende Person erwünschte Effekte hat, wenn also negative Folgen ausbleiben oder verhindert werden können.

3.2.2 Das Transaktionale Stressmodell von Lazarus und Folkman

Mit dem Interesse an der Stressforschung hat auch das Konzept des Copings seit den 1970er Jahren an Interesse gewonnen (Lazarus, 1993). Schwarzer (2000) betont, dass heute in der Psychologie vor allem die transaktionale Position eine große Bedeutung in der Stressforschung hat. Wesentliche Merkmale sind die Wechselwirkung von Situation und Person, die kognitiven Prozesse und die Stressbewältigung.

Das Modell basiert auf der Annahme, dass Stress und Emotion davon abhängen, wie ein Individuum die wechselseitige Beziehung mit der Umwelt einschätzt bzw. bewertet. Sowohl Stress als auch Emotionen lösen einen Erregungszustand aus, nämlich das Coping. Wie die Person reagieren wird, hängt davon ab, für wie bedeutsam sie das auftretende Geschehen beurteilt. Das Coping beeinflusst das psychische Wohlergehen und die körperliche Gesundheit (Lazarus, 1999; Lazarus & Folkman, 1984).

Dieser Bewertungsprozess tritt in zwei Stufen auf, die in gegenseitiger Abhängigkeit arbeiten. Dabei gehen Bewertung und Bewältigung Hand in Hand und überlappen sich (Lazarus, 1999; Lazarus & Folkman, 1984):

1. Stress tritt immer dann auf, wenn im Rahmen der ersten Bewertung („primary appraisal“) ein belastendes Ereignis oder eine Situation als Herausforderung, Bedrohung oder Schaden bzw. Verlust eingeschätzt wird.

Die Bewertung als *Schaden/Verlust* bezieht sich auf ein Ereignis, das in der Vergangenheit liegt. Diese Bewertung ist oft gekennzeichnet durch Traurigkeit, Niedergeschlagenheit und Ärger.

Die Bewertung als *Bedrohung* bezieht sich auf einen Schaden oder Verlust, der noch nicht stattgefunden hat und in der näheren Zukunft liegt. Diese Beurteilung impliziert oft das Gefühl von Angst.

Die Bewertung als *Herausforderung* zeigt sich in einem Empfinden, trotz der auftretenden Schwierigkeiten die Situation mit Standhaftigkeit und Selbstvertrauen zu überwinden.

2. Im Rahmen der zweiten Bewertung („secondary appraisal“) erfolgt die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zur Bewältigung der jeweiligen Umweltaforderungen nötig sind. Dieser Vorgang entspricht einem kognitiv bewertenden Prozess, der darauf abzielt, festzustellen, was im Falle einer stressreichen Person-Umwelt-Beziehung getan werden kann. Diese Form der Bewertung entspricht also einer Einschätzung der Bewältigungsmöglichkeiten. Lazarus spricht hier von der „kognitiven Untermauerung“ des Copings. Je mehr Vertrauen wir in unsere eigenen Kompetenzen haben, Gefahren und Hindernisse zu überwinden, desto mehr werden wir Situationen als Herausforderung und nicht als Bedrohung betrachten.

Coping kann Stress durch die aktuelle Beziehung zwischen Personen und Umwelt verändernde Handlungen (problemorientiertes Coping) oder durch eine Veränderung der Bedeutung der Beziehung (emotionsorientiertes Coping) reduzieren. Darüber hinaus existiert auch kognitives Coping, welches Stress und Emotionen durch eine Neubewertung der Person-Umwelt-Beziehung beeinflussen kann und ein effektives Coping darstellt (Lazarus, 1999; Lazarus & Folkman, 1984).

Für die Gestaltung und Formung des Copings spielen Ziele, der Glaube an sich selbst und die Welt sowie persönliche Ressourcen eine wichtige Rolle. Gerade die persönlichen Ressourcen beeinflussen, wozu wir fähig oder unfähig sind, was wir tun können, sie helfen bei der Befriedigung unserer Bedürfnisse, der Erreichung der Ziele und der Bewältigung von Stressoren. Persönliche Ressourcen sind etwa Intelligenz, Geld, soziale Fertigkeiten, soziale Unterstützung und Gesundheit. Diese beeinflussen in hohem Maße die Veränderung der erfolgreichen Anpassung an eine stressreiche Situation (Lazarus, 1999). Die Bewältigung einer Person hängt sehr davon ab, welche Ressourcen ihr zur Verfügung stehen. Eine gut ausgestattete Person ist dadurch gekennzeichnet, dass sie über viele Ressourcen verfügt und/oder klug bzw. geschickt genug ist, Wege zu finden, die Anforderungen zu bewältigen. Copingressourcen können eingeteilt werden in physische (Gesundheit und Energie) und psychische Ressourcen (positive Gedanken), in Kompetenzen (Fertigkeiten zur Problemlösung, soziale Fertigkeiten), in soziale Unterstützung und materielle Ressourcen (Lazarus & Folkman, 1984).

Da Ressourcen im Bewältigungsprozess eine wesentliche Rolle spielen, soll auch eine andere Sichtweise zur Entstehung von Stress, die Ressourcenerhaltungstheorie nach Hobfoll (Hobfoll & Buchwald, 2004), vorgestellt werden.

3.2.3 Die Theorie der Ressourcenerhaltung nach Hobfoll

Die Theorie der Ressourcenerhaltung (Conservation of Resources Theory) nach Hobfoll kann zur Erklärung von Stress und den notwendigen Ressourcen, um diesen Stress bewältigen zu können, herangezogen werden. Die Theorie berücksichtigt vor allem subjektive und objektive Faktoren, die in den Stress- und Stressbewältigungsprozess einbezogen werden (Hobfoll & Buchwald, 2004).

Zugrunde liegt die Annahme, dass Menschen dazu neigen, die eigenen Ressourcen bzw. Hilfsmittel und Fähigkeiten zu schützen und danach zu streben, neue aufzubauen. Kritische Lebensereignisse sind nach dieser Theorie nicht so sehr maßgebend für den Stressprozess, sondern vielmehr, welche Verluste und Gewinne mit diesen verbunden sind. Stress tritt bei drohendem Verlust von Ressourcen, bei tatsächlichem Verlust von Ressourcen und beim Ausbleiben eines Gewinns weiterer Ressourcen auf. Jeder Mensch ist dafür verantwortlich, über welches Ausmaß an Ressourcen er verfügt und wie er diese einsetzt. Verfügt eine Person über weniger Ressourcen, ist sie gegenüber Stress verwundbarer und muss mehr Aufwand und Anstrengung bereitstellen, um wieder neue Ressourcen aufzubauen. Um eine Ressource zu bewahren, muss oft eine andere geopfert werden. Die Theorie folgt dem Prinzip der Kosten-Nutzen-Rechnung. Bewältigungsbemühungen können durch Objektressourcen (Kleidung, Haus, Auto,...), Bedingungsressourcen (Alter, Familienstand, berufliche Position,...), persönliche Ressourcen (bestimmte Fähigkeiten, Persönlichkeitseigenschaften, wie z.B. Optimismus und Selbstwirksamkeit) und Energieressourcen (Zeit, Geld, Wissen,...) begünstigt werden (Hobfoll & Buchwald, 2004; Hobfoll, Johnson, Ennis & Jackson, 2003).

Schwarzer und Schwarzer (1996) betonen, dass zwischen Coping und Copingressourcen unterschieden werden soll. Coping entspricht einem Prozess, der von diesen Ressourcen abhängt. Selbstwirksamkeit etwa entspricht nach Hobfoll einer speziellen Copingressource, auf die in Kapitel 4 näher eingegangen wird.

Wo liegen nun die Unterschiede zwischen den beiden Theorien? Hobfoll betrachtet das Erleben von Verlust als Auslöser für das Stressgeschehen. Im Rahmen des transaktionalen Stressmodells wird die Bewertung eines Ereignisses oder einer Situation als Herausforderung, Bedrohung oder Schaden als Stress verursachend angesehen. Ein belastendes Ereignis löst also erst dann Stress aus, wenn es auch als solches bewertet wird (Schwarzer, 2000). Ein weiterer Unterschied liegt in der Gewichtung der objektiven und subjektiven Ressourcen. Hobfoll berücksichtigt in seiner Theorie sowohl objektive als auch subjektive Hilfsmittel. Im transaktionalen Stressmodell wird das subjektive Geschehen des Stressprozesses betont (Schwarzer & Schulz, 2001).

3.3 Copingstile und Copingstrategien

Im Laufe der Zeit wurden immer wieder Versuche unternommen, geeignete Testverfahren zu entwickeln, um das Konstrukt Coping adäquat abzubilden. Es gibt viele Bemühungen, die Vielfalt an Bewältigungsmöglichkeiten auf eine geringe Zahl von Dimensionen zu reduzieren. Grundsätzlich kann Coping in instrumentelles, hilfreiches, aufmerksames oder konfrontierendes Coping und in vermeidendes, linderndes und emotionales Coping unterteilt werden (Schwarzer & Knoll, 2002; Schwarzer & Schwarzer, 1996).

Coping wird oft mit den Begriffen Strategien, Taktiken, Antworten oder Erwidern, Kognitionen und Verhalten auf ein Ereignis oder eine auftauchende Anforderung beschrieben. Bemerkbar macht es sich durch Introspektion oder Beobachtung und beinhaltet interne Ereignisse und offenkundige Handlungen. Bei der Konzeptualisierung von Coping sollte berücksichtigt werden, dass es kein „erfolgreicher“ Akt sein muss, sondern ein Aufwand getätigt werden soll. Die aktive Annäherung kann auch selbstaufgelegte Ziele und Herausforderungen betreffen. Der Aufwand muss sich nicht durch das aktuelle Verhalten ausdrücken, sondern kann auch in Gedanken stattfinden. Die kognitive Bewertung der belastenden Situation ist eine Grundvoraussetzung für die Initiierung von Bewältigungsbemühungen (Schwarzer & Knoll, 2002; Schwarzer & Schwarzer, 1996).

Laut Endler und Parker (1990) bedeutet Copingstil eine charakteristische oder typische Art und Weise, sich einer stressigen Situation zu nähern oder sich dieser auszusetzen und mit dieser umzugehen. Es gibt verschiedene Arten von Situationen, in denen spezifische Copingverhaltensweisen effektiver sind als andere. Sowohl die Person als auch die Situation haben einen Effekt auf die einzelnen Copingstile.

Den Ausgangspunkt zur Entwicklung von Verfahren bildete die Unterscheidung der Funktionen des Copings nach Lazarus und Folkman (1984) in problemorientiertes und emotionsorientiertes Coping:

Problemorientiertes Coping (problem-focused coping) meint die Informationssuche und die Mobilisierung von Handlungen, mit dem Ziel, die Realität der problemreichen Person-Umwelt-Beziehung zu verändern. Die Handlungen sind dabei auf die eigene Person oder die Umwelt gerichtet.

Emotionsorientiertes Coping (emotion-focused coping) meint die Regulierung und Linderung der Emotionen, die mit einer stressreichen Situation aufkommen, ohne jedoch die Situation an sich oder den Stressor zu verändern.

Ferring und Filipp (1989) konnten mit der deutschen Version der „Ways of Coping Checklist“ jene von Lazarus vorgeschlagene Differenzierung identifizieren. Allerdings handelt es sich dabei nicht um ereignistypische Formen des Bewältigungsverhaltens, sondern um generalisierende Reaktionen. Da das Bewältigungsverhalten einen individuellen Bewältigungsprozess darstellt, der mehr oder weniger Zeit in Anspruch nehmen kann, betonen die Autoren, dass es auch wichtig ist, den Zeitpunkt der Bewältigungsreaktion mitzuerfassen. Eine Person, die kurz nach einem Ereignis befragt wird, wird ein ganz anderes Bewältigungsverhalten zeigen als eine Person, deren stressreiche Situation schon Wochen zurückliegt.

Lindenlaub und Kraak (1997) sind der Ansicht, dass die Unterscheidung in problem- und emotionsorientiertes Coping überflüssig ist. Das Ziel einer schwierigen oder belastenden Situation ist, „Befürchtetes zu vermeiden und Erhofftes zu erreichen“ (S. 6). Das Verhalten, das eine Person in dieser Situation setzt, ist immer problembezogen, unabhängig davon, ob damit äußere oder innere Sachverhalte bzw. Aspekte oder

Probleme der betreffenden Bewältigungssituation beeinflusst werden sollen. Handlungen sind demnach sowohl emotions- als auch problemorientiert.

Endler und Parker (1990) orientierten sich bei der Entwicklung des „Multidimensional Assessment of Coping“ an drei Persönlichkeitsstilen:

Task-oriented (oder problemorientiertes) Coping: Damit sind absichtsvolle handlungsorientierte Anstrengungen gemeint, das Problem zu lösen, es kognitiv neu zu strukturieren oder Bemühungen, die Situation zu verändern.

Emotionsorientiertes Coping bezieht sich auf selbstorientierte emotionale Reaktionen, mit dem Ziel, den Stress zu reduzieren, was aber nicht immer erfüllt wird. Es folgen emotionale Reaktionen, gedankliche Beschäftigung mit sich selbst und Fantasien. Der Stress kann dadurch sogar noch erhöht werden.

Vermeidungsorientiertes Coping bezieht sich auf Aktivitäten und Kognitionen, um stressreiche Situationen durch Ablenkung oder soziale Zerstreuung zu vermeiden.

Endler und Parker (1990) konnten zeigen, dass es sich hierbei um sehr unterschiedliche und häufig angewandte Copingstile handelt und Coping ein multidimensionales Konstrukt darstellt. Keine Geschlechtsunterschiede zeigten sich hinsichtlich des problemorientierten Copings. Hinsichtlich des emotionsorientierten und vermeidungsorientierten Copings wiesen Frauen signifikant höhere Werte auf als Männer. Weiters konnten die Autoren mit Hilfe des Verfahrens zeigen, dass ängstliche Personen vermehrt zu emotionsorientierten Coping-Handlungen tendieren.

Die Unterscheidung dieser drei grundlegenden Copingstile konnte auch in weiteren Studien gezeigt werden (vgl. Amirkhan, 1990; Cosway, Endler, Sadler & Deary, 2000; Endler & Parker, 1994).

Schwarzer und Knoll (2002) schlagen eine andere Einteilung von Coping vor. Sie unterscheiden reactive, anticipatory, preventive and proactive Coping. Vorteilhaft an dieser Unterscheidung ist der Blick auf ein breites Spektrum an Risiko- und Zielmanagementstrategien, um Stress positiv zu erleben und aktive Möglichkeiten zu kreieren.

Unter *reactive Coping* werden Bemühungen verstanden, mit vergangenen oder gegenwärtigen stressreichen Begegnungen umzugehen, diese zu kompensieren oder zu akzeptieren. Die Person versucht Verluste auszugleichen oder Schaden zu lindern.

Anticipatory Coping meint die Bemühungen, mit bevorstehenden Bedrohungen fertig zu werden, wie z.B. eine Rede zu halten, einen Zahnarzt- oder Vorstellungstermin wahrzunehmen. Das Coping bezieht sich auf die aktuelle Problemlösung, Anstrengungen werden erhöht, Hilfe wird gesucht und andere Ressourcen werden investiert.

Unter *preventive Coping* versteht man die Vorbereitung auf ein Ereignis, das in der fernen Zukunft liegt und von dem nicht sicher ist, dass es auch eintritt. Es sollen umfassende Ressourcen aufgebaut werden, um im Sinne eines Risikomanagements gerüstet zu sein.

Der Begriff des *proactive Copings* stammt von Aspinwall und Taylor (1997) und meint die Anstrengungen, die in Erwartung eines potenziell stressreichen Ereignisses unternommen werden, um dagegen präventiv vorzugehen bzw. das Ereignis zu ändern, bevor es überhaupt eintreten kann. Hierbei handelt es sich um positives Coping, da keine negativen Bewertungen, wie Schaden, Verlust oder Bedrohung erfolgen. Es handelt sich um Bemühungen, umfassende Ressourcen aufzubauen, die die Förderung herausfordernder Ziele und das persönliche Wachstum erleichtern. Um ein Ziel verfolgen zu können, ist „action self-efficacy“ erforderlich, d.h. optimistisch davon überzeugt zu sein, über die Fähigkeit zu verfügen, schwierige Wege einer Handlung zu initiieren und aufrechtzuerhalten (Schwarzer & Knoll, 2002).

3.4 Coping und Panikstörung

Angst hat einerseits eine adaptive Funktion und weist andererseits eine große Zahl psychopathologischer Formen auf. Viele Personen mit einer Angststörung erscheinen unfähig, spezifische Erfahrungen der Angst zu bewältigen. Sie neigen dazu, häufig auftretenden unklaren Reizen eine potenziell gefährliche und bedrohliche Bedeutung zuzuschreiben. Spezifische Symptome diverser Angststörungen, zum Beispiel das Vermeidungsverhalten bei der Agoraphobie, können auch als fehlgeleitete Bemühungen verstanden werden, die ängstliche Erregung zu mildern; diese fehlgeleitete Emotionsregulation hält die Störung aufrecht (Summerfeldt & Endler, 1996). Auch Hughes, Budd und Greenaway (1999) berichten, dass gerade bei der Diagnose der Panikstörung mit Agoraphobie das Vermeidungsverhalten einerseits ein wichtiges Symptom und andererseits einen Bewältigungsmechanismus darstellt.

Yamada, Fujii, Akiyoshi und Nagayama (2004) nehmen an, dass ungeeignetes Coping eine wichtige Rolle im Modifikationsprozess spielt, durch den die Symptome einer Panikstörung entstehen, aufrechterhalten werden und wiederkehren. Personen mit Panikstörung tendieren im Vergleich zu Personen mit anderen Angststörungsformen oder gesunden Kontrollpersonen dazu, aus der Realität zu fliehen. Die Frage, die dabei offen bleibt, ist, welche ungeeigneten Copingstrategien es sind, die die Symptome verschlimmern und fortbestehen lassen.

Welche Strategien, Taktiken und Stile betroffene Personen im Umgang mit ihren Panikattacken oder ihrer Angst und in stressigen Situationen anwenden, soll hier zusammengefasst dargestellt werden (Cox, Endler, Swinson & Norton, 1992; Feldner, Zvolensky & Leen-Feldner, 2004; Ramage-Morin, 2004; Savoia & Bernik, 2004):

- Personen mit Panikattacken wenden grundsätzlich ineffektive und ungeeignete Strategien in stressverursachenden und beängstigenden Situationen an. Proportional wenig zum Einsatz kommt problemorientiertes Coping, wie etwa positive Neubewertung.
- Der Einsatz negativer Strategien begünstigt emotionalen Distress.
- Stress wird häufiger durch den Gebrauch von behavioral und kognitiv vermeidendem Coping bewältigt. Dazu zählen vor allem jene Taktiken, die bewirken, dass man sich beängstigenden Reizen erst gar nicht aussetzen muss, wie etwa Flucht aus der Situation und Ablenkung von emotional belastenden Ereignissen. Personen mit Panikstörung glauben, dass vermeidungsorientiertes Coping der effektivste Weg ist.
- Personen mit Panikstörung distanzieren sich von anderen, machen sich Selbstvorwürfe und Schuldgefühle und sind pessimistisch eingestellt.
- Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Bewältigung von Stress durch das Distanzieren und die Vermeidung (als Merkmale einer Agoraphobie) konnten nicht festgestellt werden.
- Personen mit Panikstörung zeigen auch eine Reihe negativer Gesundheitsverhaltensweisen. Um mit einer Panikattacke fertig zu werden, greifen viele der Betroffenen häufiger zu Medikamenten, Alkohol und Nikotin,

davon mehr Männer als Frauen. Auch der Gebrauch illegaler Substanzen kommt in dieser Gruppe häufiger vor.

- Personen mit Panikattacken, aber ohne primäre Diagnose, glauben, dass positive Strategien, wie etwa Entspannung und soziale Unterstützung (Zusammensein mit Freunden), der effektivere Weg bei der Bewältigung von Panik ist. Häufig zur Anwendung kommen Ablenkung und Flucht, Selbstberuhigung und Entspannung.

Coping kann sich im Verlauf einer Therapie verändern. Hino, Takeuchi und Yamanouchi (2002) wiesen dies im Rahmen einer Längsschnittstudie nach. Im Verlauf einer Kognitiven Verhaltenstherapie bei Klienten mit Panikstörung zeigten sich zu Beginn höhere Werte für emotionale Copingstrategien, Suche nach sozialer Unterstützung und Wunschdenken im Vergleich zu einer gesunden Gruppe. Dieser Unterschied blieb auch nach einem Jahr bestehen. Die Ergebnisse implizieren, dass diese drei Arten charakteristische Copingstrategien für Personen mit Panikstörung darstellen. Da die Strategien von der Veränderung der Symptome unbeeinflusst blieben, gehen die Autoren von trait-abhängigen Copingstilen aus. Signifikante Veränderungen zwischen den Testzeitpunkten zeigten sich im Bereich des kognitiven Copings, des planenden Denkens, konfrontativen Copings und der positiven Neubewertung. Dabei handelt es sich um positive Formen des Copings, sich freiwillig darum zu bemühen, Stress zu überwinden bzw. mit den Symptomen der Panik zurecht zu kommen. Diese Strategien wurden nach Beendigung der Therapie signifikant häufiger eingesetzt. Die Autoren gehen davon aus, dass diese Strategien state-abhängig sind, da diese von der Veränderung der Symptome abhängen und somit auf die Behandlung der Kognitiven Verhaltenstherapie zurückgeführt werden können.

Hughes et al. (1999) untersuchten im Rahmen ihrer Studie, ob Copingstile identifiziert werden können, die mit der Symptomatik von Panik und Agoraphobie in Verbindung stehen. Erfasst werden sollten diese mit dem „Coping with Anxiety Questionnaire“ (CAQ) (Watts, 1989) (siehe auch 7.2.3). In seiner ursprünglichen Form erfasste das Verfahren positive Copingstrategien und kognitive Vermeidung. Bassett und Edelman (1991) erweiterten dieses Instrument leicht und identifizierten folgende drei Faktoren: „positive self-talk / distraction / relaxation“, „shutting-off“ und „opening

up“. Hughes et al. (1999) modifizierten den Fragebogen, indem sie ihn durch Items zur Erfassung der Selbstaufmerksamkeit erweiterten. Die selektive Aufmerksamkeit trägt dazu bei, die Schwelle für wahrgenommene körperliche Erregungen zu senken und die subjektive Intensität der körperlichen und gedanklichen Ereignisse zu erhöhen. Der Teufelskreis der Angst wird durch diese Aufmerksamkeitsfokussierung aktiviert. Die Ablenkung, vor allem die kognitive Vermeidung, stellt für Betroffene eine beabsichtigte Copingstrategie dar, um die Selbstaufmerksamkeit und die mögliche Eskalation panischer Symptome zu vermeiden.

Nach einer Faktorenanalyse konnten die Faktoren *effektives Coping* (verschiedene adaptive Copingstrategien, wie positive Selbstinstruktionen, Entspannung, Ablenkung), *vermeidendes Coping* (sowohl kognitive wie verhaltensbedingte Vermeidung) und *Selbstaufmerksamkeit* (Aufmerksamkeit auf körperliche Erscheinungen von Angst und Panik) identifiziert werden. Vermeidendes Coping und Selbstaufmerksamkeit wiesen höhere positive Korrelationen mit der Schwere der Agoraphobie auf im Gegensatz zum effektiven Coping. Gerade die Selbstaufmerksamkeit scheint eine verbreitete Taktik für die Bewältigung von Angst darzustellen und mit der Aufrechterhaltung der Angstsymptomatik verbunden zu sein.

4. Selbstwirksamkeit

4.1 Definition des Begriffes

Die wahrgenommene Selbstwirksamkeit wird definiert als die individuell ausgeprägte Überzeugung, mittels eigener Fähigkeiten in einer bestimmten Situation eine angemessene Leistung zu erbringen, die in weiterer Folge Einfluss auf Ereignisse des Lebens ausüben. Die Selbstwirksamkeit bestimmt, wie Menschen fühlen, denken, sich selbst motivieren und verhalten (Bandura, 1994).

Ein starkes Gefühl der Selbstwirksamkeit wirkt sich in verschiedener Weise auf das persönliche Wachstum und das Wohlbefinden aus. Menschen mit einem hohen Selbstvertrauen in ihre Fertigkeiten betrachten schwierige Aufgaben als Herausforderung, aber nicht als Bedrohung. Die Personen setzen sich selbst herausfordernde Ziele und entwickeln zu diesen eine starke Bindung. Bemühungen und Anstrengungen werden auch bei auftretenden Fehlern aufrechterhalten. Nach Rückschlägen erholt sich die Selbstwirksamkeit schnell wieder. Diese werden auf mangelnde Bemühungen oder defizitäres Wissen und Fertigkeiten zurückgeführt, die aber erwerbbar sind. Bedrohlichen Situationen setzt man sich mit der Zuversicht aus, Kontrolle ausüben zu können. Ein hohes Ausmaß an Selbstwirksamkeit verhilft dazu, Stress zu reduzieren und verringert das Risiko, an einer Depression zu erkranken (Bandura, 1994).

Personen, die an ihren Fertigkeiten zweifeln, scheuen sich vor schwierigen Aufgaben und betrachten diese als persönliche Bedrohung. Konfrontiert mit schwierigen Aufgaben verweilen sie bei ihren persönlichen Schwächen, bei den Hindernissen, denen sie begegnen und allen möglichen nachteiligen Folgen, als sich darauf zu konzentrieren, erfolgreich damit umzugehen. Die Anstrengungen werden verringert, und es wird schnell aufgegeben, wenn Schwierigkeiten auftreten. Die Selbstwirksamkeit erholt sich nach Fehlern und Rückschlägen nur sehr langsam. Unzureichendes Können wird als mangelhafte Begabung betrachtet, deshalb erfordert es nicht viele Fehler, um die Überzeugung an ihre Fähigkeiten zu verlieren. Diese Personen erleiden leichter Stress und Depression (Bandura, 1994).

4.2 Die sozial-kognitive Theorie von Albert Bandura

Die Theorie von Bandura (1977) kann zur Erklärung und Vorhersage psychischer Veränderungen herangezogen werden. Sie basiert auf dem Prinzip, dass mit Hilfe psychologischer Prozesse Erwartungen der persönlichen Wirksamkeit erworben und gestärkt werden können. Unterschieden wird die Wirksamkeitserwartung von der Ergebniserwartung. Die *Ergebniserwartung* wird definiert als die Einschätzung einer Person, dass ein bestimmtes Verhalten zu einem sicheren Ergebnis führen wird. Die *Wirksamkeitserwartung* ist die Überzeugung, dass jemand erfolgreich eine Handlung ausführen kann, die für den Ausgang eines Ergebnisses erforderlich ist (siehe Abbildung 1).

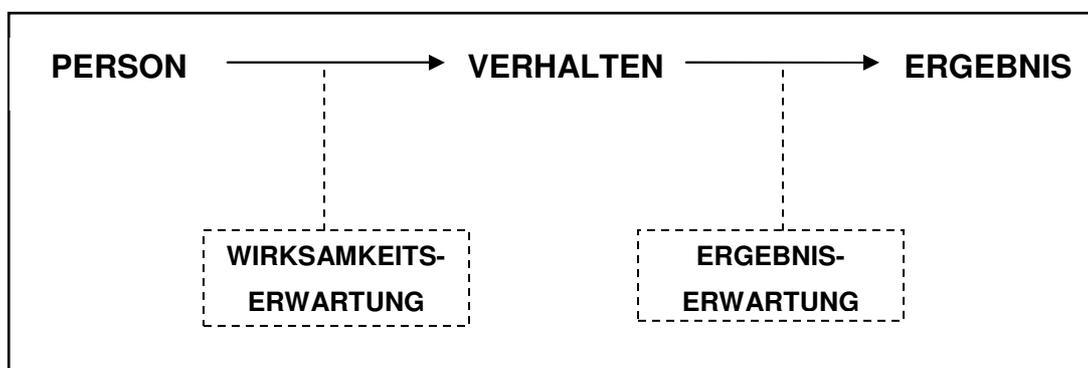


Abbildung 1. Wirksamkeits- und Ergebniserwartungen nach Bandura (1977).

Ergebnisse erwachsen aus Handlungen. Die Ergebnisse, die Personen erwarten, hängen sehr von der Einschätzung ab, wie gut sie in der Lage sein werden, das Verhalten auszuführen. Ergebnisse können sich in Form physischer Effekte und sozialer Reaktionen zeigen. Darüber hinaus kann das eigene Verhalten positiv oder negativ bewertet werden. Je nachdem, wie diese Bewertung ausfällt, dient sie als Ansporn oder Abschreckung. Die Selbstwirksamkeit hat Einfluss auf die Auswahl von Handlungen und übt motivierenden Einfluss aus. Sie beeinflusst beinahe alles, was eine Person tut, also wie sie denkt, sich motiviert, fühlt und verhält (Bandura, 1997).

Die Unterscheidung zwischen Wirksamkeits- und Ergebniserwartung ist wichtig. Eine Person kann glauben, dass eine bestimmte Handlungsfolge ein sicheres Ergebnis erzeugen wird. Wenn die Person aber ernsthafte Zweifel hegt, die dafür notwendigen Aktivitäten setzen zu können, wird sie die Handlung nicht ausführen können. Diese Erwartung über die persönliche Kontrolle beeinflusst die Initiierung einer Handlung und die Wirkung des Bewältigungsverhaltens. Erwartungen können

Bewältigungsbemühungen beeinflussen. Sie bestimmen, wie viel Anstrengung jemand erbringt und wie lange jemand trotz Hindernisse und aversiver Erfahrungen um Bewältigung bemüht ist. Je stärker die wahrgenommene Selbstwirksamkeit, desto aktiver sind die Anstrengungen. Die Erwartung alleine erzeugt nicht das gewünschte Verhalten, sie ist aber eine wichtige Determinante (Bandura, 1977).

4.3 Erwerb der Selbstwirksamkeit

Der Erwerb und die Veränderung der Selbstwirksamkeit werden durch folgende vier Komponenten bestimmt (Bandura, 1994):

Direkte Erfahrungen (mastery experiences): Eine hohe Selbstwirksamkeit entsteht durch die erfolgreiche Bewältigung schwieriger Situationen. Ein starkes Gefühl der Selbstwirksamkeit erfordert die Erfahrung, Probleme durch ständige Bemühungen zu bewältigen. Einige Rückschläge und Schwierigkeiten, die erlebt werden, zeigen, dass Erfolg für gewöhnlich anhaltende Bemühungen erfordert. Wenn eine Person davon überzeugt ist, das zu haben, was zum Erfolg nötig ist, kann sie auch Missgeschicke aushalten und sich schneller von Rückschlägen erholen.

Stellvertretende Erfahrungen (vicarious experiences): Die Beobachtung von Personen, die einem ähnlich sind und die anhaltende erfolgreiche Bemühungen zeigen, bewirken im Beobachter das Gefühl, auch selbst über diese Fertigkeiten zu verfügen und vergleichbare Anforderungen erfolgreich zu meistern. Die Beobachtung von Fehlern dagegen reduziert die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten. Das Ausmaß des Einflusses eines Modells auf die wahrgenommene Selbstwirksamkeit wird stark durch die Wahrnehmung der Ähnlichkeit mit dem Modell beeinflusst. Je größer diese ist, desto wirksamer prägen sich die Erfolge und Schwächen des Modells im Beobachter ein. Sind Beobachter und Modell sehr konträr zueinander, fällt deren Beeinflussung sehr gering aus.

Verbale Überzeugungen (verbal persuasions): Eine Person, die verbal davon überzeugt wird, jene Fähigkeiten zu besitzen, die nötig sind, um eine Aktivität zu meistern, mobilisiert mehr Anstrengungen und hält diese konsequenter bei als eine Person, die verunsichert wird und dadurch Selbstzweifel hegt und an ihren Schwächen festhält, wenn Probleme auftauchen.

Physischer und affektiver Zustand (physiological and affective states): Stressreaktionen, Spannungen, Erschöpfung und Schmerz werden als Zeichen körperlicher Schwäche und Verwundbarkeit beurteilt. Positive Stimmung steigert die wahrgenommene Selbstwirksamkeit, während sie negative Stimmung verringert. Personen mit hoher Selbstwirksamkeit sehen ihre Zustände affektiver Erregung als energieliefernde Faktoren für die Ausführung einer Anforderung; jene, die Selbstzweifel hegen, betrachten diese als Schwäche. Die Selbstwirksamkeit kann durch die Reduzierung von Stressreaktionen und negativer Emotionen sowie durch die Veränderung der Missinterpretation körperlicher Zustände modifiziert werden.

Laut Schwarzer (1996) sind jene Selbstwirksamkeitserwartungen, die auf stellvertretender Erfahrung beruhen, schwächer und verwundbarer als solche, die auf eigenen Erfahrungen beruhen. Im Rahmen der stellvertretenden Erfahrung kann die Selbstwirksamkeit durch die Merkmale des Verhaltensmodells, die Ähnlichkeit zwischen Modell und Beobachter, die Schwierigkeit der Problemaufgabe, die äußeren Umstände sowie die Art und Dauer der Zielerreichung beeinflusst werden.

Die Selbstwirksamkeit entwickelt sich über die Lebensspanne hinweg. In verschiedenen Phasen des Lebens sind unterschiedliche Formen von Kompetenzen für ein erfolgreiches Funktionieren notwendig. Kinder erlernen forschend und spielerisch, welche Effekte ihre Handlungen erzeugen, und bilden damit die Basis für die Entwicklung der Selbstwirksamkeit (Bandura, 1994). Schmitz (2002) geht davon aus, dass sich Selbstwirksamkeit in allen Bereichen des Lebens aufgrund von Erfahrungen entwickelt. Es hängt davon ab, wie hoch man die eigenen Fähigkeiten einschätzt, um eine Situation erfolgreich oder weniger erfolgreich bewältigen zu können. Häufige Erfolge erhöhen die Selbstwirksamkeit, weitere und größere Herausforderungen werden gesucht. Diesen Vorgang vergleicht Schmitz (2002) mit dem Prozess einer Psychotherapie. Im Rahmen einer Kognitiven Verhaltenstherapie erlernen Angstpatienten durch das schrittweise Vorgehen, sich immer stärker angstbesetzten Situationen erfolgreich auszusetzen.

4.4 Formen der Selbstwirksamkeit

4.4.1 Allgemeine Selbstwirksamkeit

Bandura (1977) versteht unter „perceived self-efficacy“ jene Überzeugung, spezifische oder bestimmte Problemsituationen durch die eigenen Handlungen bewältigen zu können. Es handelt sich also um ein situationsspezifisches Konstrukt, welches sich je nach Definition, auf unterschiedliche Bereiche oder bestimmte Situationen bezieht.

Jerusalem und Schwarzer (1999) gehen von einer allgemeinen Selbstwirksamkeit aus. Sie entwickelten die „Skala der Allgemeinen Selbstwirksamkeit“, in der nach der persönlichen Einschätzung eigener Kompetenzen, allgemein mit Schwierigkeiten und Barrieren im täglichen Leben zurechtzukommen, gefragt wird. Auch Scholz, Dona, Sud und Schwarzer (2002) gehen von der Annahme aus, dass Selbstwirksamkeit als ein globales Bewusstsein über die eigenen Fähigkeiten verstanden werden kann. Die Eindimensionalität dieses Konstrukts konnte anhand von Daten von etwa 20.000 Personen aus 25 Ländern gezeigt werden. Dass die allgemeine Selbstwirksamkeit ein universelles und zeitstabiles Konstrukt ist, konnten auch Schwarzer (1994) sowie Schwarzer und Scholz (2000) demonstrieren. Die Anwendung der „Skala der Allgemeinen Selbstwirksamkeit“ zeigt ihren Nachteil dann, wenn hochspezifisches Verhalten untersucht werden soll, wie etwa das Verhalten eines Phobikers gegenüber einer Schlange (Schwarzer, 1994).

Schwarzer und Renner (2000) beschreiben „coping self-efficacy“ als optimistische Überzeugung, fähig zu sein, eine bestimmte Situation erfolgreich bewältigen zu können. Dies scheint eine erforderliche Voraussetzung einer Person zu sein, um erfolgreiche präventive Handlungen aller Art zu planen und zu initiieren, die dann helfen, einen Widerstand gegen bevorstehende bedrohliche Lebensereignisse aufzubauen.

4.4.2 Emotionale Selbstwirksamkeit

Nach Saarni (2002) stellt die emotionale Selbstwirksamkeit eine wichtige Fertigkeit der emotionalen Kompetenz dar. Die emotionale Kompetenz äußert sich als Selbstwirksamkeit in emotionsauslösenden Transaktionen. Diese Form der Selbstwirksamkeit entspricht der Überzeugung, fähig zu sein, auf diese

emotionsauslösenden Transaktionen adäquat und erfolgreich zu reagieren und die damit verbundenen Emotionen wirksam zu regulieren.

Emotionale Selbstwirksamkeit wird benötigt, wenn es um die Umsetzung unseres emotionalen Wissens und unserer emotionalen Fähigkeiten geht. Sie bildet die Basis für kompetente Selbstregulation in allen Situationen, in denen Emotionen hervorgerufen werden. Setzt man sich ein hohes Ziel, müssen damit verbundene Emotionen (Versagensängste, Unsicherheit) kompetent reguliert werden, d.h. es muss über emotionale Selbstwirksamkeit verfügt werden. Daneben sorgt die Überzeugung, die Fähigkeiten zu besitzen, dafür, ob das Ziel erreicht wird. Emotionale Selbstwirksamkeitserwartungen beeinflussen somit die erfolgreiche Umsetzung emotionaler Kompetenz (Schmitz & von Salisch, 2002). Die erfolgreiche Umsetzung emotionaler Fähigkeiten wiederum erlaubt eine kompetente Selbstregulation. Gelingt die erfolgreiche Regulation durch alle Handlungsphasen, wird das Ziel erreicht und steigert damit wiederum die eigene Selbstwirksamkeit. Im Rahmen der Emotionsregulation helfen uns persönliche Überzeugungen spezifischer Art, mit Anforderungssituationen und den damit verbundenen Emotionen fertig zu werden (Schmitz, 2002).

Han et al. (2005) führten eine Studie an Patientinnen mit Brustkrebs durch und untersuchten unter anderem die emotionale Selbstwirksamkeit für die Bewältigung der Krankheit. Jene Frauen, die mehr traumatische Stresssymptome, geringe emotionale Selbstwirksamkeit für die Bewältigung der Krankheit, wenig informative Unterstützung, aber mehr widerwilligere Unterstützung berichteten, hatten größere Schwierigkeiten in der Interaktion mit Schwestern und Ärzten. Höhere Werte der emotionalen Unterstützung von Partner, Familie und Freunden waren mit höherer Zufriedenheit mit dem Personal verbunden. In Hinblick auf die Regulationsfähigkeit bewirkt geringe emotionale Selbstwirksamkeit eine nur geringe Fähigkeit zur Selbstregulation von Emotionen, wodurch belastende Situationen nur schwer ertragen werden können.

Thell (2007) untersuchte Internetnutzer hinsichtlich ihrer allgemeinen und emotionalen Selbstwirksamkeit. Im Rahmen der Studie wurden Personen mit Internetsucht, Internetsuchtgefährdete und unauffällige Personen identifiziert. Personen mit Internetsucht wiesen die niedrigsten Werte hinsichtlich allgemeiner und emotionaler

Selbstwirksamkeit auf, gefährdete Personen mittlere Werte, gefolgt von unauffälligen Personen mit den höchsten Werten. Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigten sich nur im Bereich der emotionalen Selbstwirksamkeit. Hier wiesen Frauen höhere Werte auf als Männer. Es scheint, als gehe das Suchtverhalten mit einer gering ausgeprägten allgemeinen und emotionalen Selbstwirksamkeit einher.

4.5 Selbstwirksamkeit und Panikstörung

Das Konstrukt der Selbstwirksamkeit ist oft eingebettet im Bereich der Gesundheitspsychologie. Es hat eine regulierende Funktion bei der Einhaltung der Medikation, der Erholung von Krankheiten, dem Umgang mit Schmerzen, der Bewältigung von Stress und der Regulierung des Immunzustandes (Luszczynska & Schwarzer, 2005). Im Rahmen einer Studie zum Gesundheitsverhalten berichteten Schwarzer und Renner (2000), dass Personen mit höherer Selbstwirksamkeit besseres Ernährungsverhalten zeigten. Auch im Bereich körperlicher Erkrankungen ist das Konstrukt wichtig für den Bewältigungsprozess. Schneider und Rief (2007) konnten zeigen, dass die Verbesserung der Schmerzbewältigungsstrategien bei Personen mit somatoformen Schmerzstörungen zu einer Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartungen führte.

Im Sinne der sozial-kognitiven Theorie (Bandura, 1986, 1997) werden die Erwartungsangst und das Vermeidungsverhalten hauptsächlich durch die wahrgenommene Unwirksamkeit, potenzielle Bedrohungen zu bewältigen, ausgelöst. Personen vermeiden aversive Situationen und Aktivitäten, weil sie glauben, deren gefährliche Aspekte nicht bewältigen zu können. Jene, die wiederholt Bedrohungen erfolgreich meistern, fürchten und vermeiden diese nicht. Jene, die der Überzeugung sind, keine Kontrolle über potenzielle Bedrohungen ausüben zu können, betrachten ihr ungeeignetes Coping so, als würden sie damit verschiedene negative Ergebnisse erzeugen. Deshalb werden diese potenziell bedrohlichen Aktivitäten vermieden, bevor noch eine Erregung aufgetreten ist.

In Anlehnung an das Teufelskreismodell nach Clark (1986) schlagen Casey, Oei und Newcombe (2004) ein integratives kognitives Modell vor, in welchem sowohl

katastrophisierende Missinterpretationen körperlicher Erscheinungen als auch „panic self-efficacy“ unabhängig voneinander zur Aufrechterhaltung der Panikstörung beitragen. Beide Konstrukte stellen die vermittelnden Kognitionen in diesem Kreislauf dar. In Hinblick auf eine effektive Behandlung sind die Autoren der Meinung, dass die „panic self-efficacy“ in den Veränderungsprozess eingebunden ist und für eine reduzierte Intensität der Panik verantwortlich ist.

Bouchard et al. (2007) untersuchten, ob Veränderungen dysfunktionaler Überzeugungen und der Selbstwirksamkeit den Veränderungen in der Panikwahrnehmung von Panikstörung mit Agoraphobie während eines Behandlungszeitraumes vorausgehen. Für alle Teilnehmer konnte festgestellt werden, dass die kognitiven Veränderungen früher eingesetzt haben als die Veränderungen in der Wahrnehmung einer Panikattacke. Dabei spielte die Veränderung der Gedanken sowie der Selbstwirksamkeit eine große Rolle.

In Hinblick auf die Selbstregulation affektiver Zustände (Emotionen) geht Muris (2002) von Folgendem aus: Personen, die sich als unwirksam wahrnehmen, hochwertige Ergebnisse bzw. Ziele zu erreichen, würden depressiv werden, während Personen, die sich als ungenügend ausgestattet betrachten, potenziell bedrohliche Ereignisse zu bewältigen, ängstlich werden würden. Er befragte etwa 600 Schüler zwischen 12 und 19 Jahren, um herauszufinden, ob es eine Verbindung zwischen Selbstwirksamkeit und Symptomen der Angst und Depression gibt. Wie erwartet zeigten sich negative Korrelationen zwischen der Selbstwirksamkeit und Symptomen der Angststörung und Depression. Speziell niedrige Werte der emotionalen Selbstwirksamkeit waren begleitet von hohen Werten der Angststörungssymptomatik und depressiver Symptome. Weiters konnte festgestellt werden, dass sich die verschiedenen Formen der Selbstwirksamkeit spezifischen Formen der Angststörungen zuordnen ließen. So konnte die soziale Selbstwirksamkeit (wahrgenommene Fähigkeit für gleichaltrige Beziehungen und Selbstbehauptung) der Sozialphobie, die akademische Selbstwirksamkeit (wahrgenommene Fähigkeit, das eigene Lernverhalten zu gestalten, schulische Belange zu meistern und schulische Erwartungen zu erfüllen) der Schulphobie und die emotionale Selbstwirksamkeit (wahrgenommene Fähigkeit, negative Emotionen zu bewältigen) Symptomen der Panik, der Generalisierten Angststörung und somatischen Erkrankungen zugeordnet werden.

Ruholl (2007) führte eine Untersuchung durch, um festzustellen, ob die Selbstwirksamkeit für die Diagnostik und Therapie bei Patienten mit psychischen Störungen hilfreich sein kann. Sie untersuchte Patienten einer psychosomatischen Abteilung, die sich in stationärer und ambulanter Betreuung befanden. Von großem Interesse war die Frage, ob Unterschiede in der Selbstwirksamkeit zwischen verschiedenen Diagnosegruppen bestehen. Dies konnte bestätigt werden: Personen mit Depression, Angststörungen und Essstörungen wiesen die niedrigsten Werte im Bereich der allgemeinen Selbstwirksamkeit auf, mittlere Werte erzielten Personen mit Anpassungsstörungen und Psychosomatosen, während Patienten mit sexueller Funktionsstörung und somatoformer Störung die höchsten Werte erreichten. Im Verlauf der stationären Therapie zeigte sich ein signifikanter Anstieg der Kompetenzerwartung über die Zeit. Die Studie zeigte, dass die Selbstwirksamkeit Einfluss auf verschiedene Verhaltensmuster hat und während einer Intervention erfolgreich erhöht werden kann.

5. Internet und Angst

5.1 Dienste im Internet

Das Internet dient als Informations- und als Kommunikationsmedium. Im Rahmen der Klinischen Psychologie wird es zu Forschungszwecken eingesetzt, wobei der Frage nachgegangen wird, welche Folgen die Nutzung des Internets auf das menschliche Verhalten hat (Ott & Eichenberg, 2003). Im Folgenden werden die unterschiedlichen Formen der Kommunikation und deren Anwendungen im Internet dargestellt.

5.1.1 Kommunikation und deren Anwendungen im Internet

Wenn zwischenmenschlich über das Internet kommuniziert wird, spricht man von computervermittelter Kommunikation. Grundsätzlich kann zwischen zwei Formen der Kommunikation unterschieden werden (Döring, 1999, 2000b): *asynchrone Kommunikation* und *synchrone Kommunikation*.

Asynchrone computervermittelte Kommunikation konzentriert sich auf bestimmte Themen und befasst sich über einen längeren Zeitraum mit diesen. Typisch dafür sind abgeschlossene geschriebene Texte, die sich auf ein bestimmtes Thema beziehen. Eine der meistgenutzten Internet-Anwendungen dieser Kommunikationsform ist der Austausch via *E-Mail*. Nachrichten werden zeitlich versetzt zwischen einzelnen Personen ausgetauscht und somit schneller und kostengünstiger übermittelt. Ein weiterer Online-Dienst sind *Mailinglisten*. Eine Mailingliste entspricht einer E-Mail Box, die alle eingehenden E-Mails automatisch an alle Mitglieder der Liste weiterleitet. *Newsgroups* und *Newsboards* sind webbasierte asynchrone Online-Foren, die hauptsächlich auf spezifischen Websites zu finden sind, wodurch unmittelbarer thematischer Bezug hergestellt wird. Jeder kann selbst einen Beitrag verfassen, der direkt veröffentlicht wird (Döring, 1999, 2000b).

Wesentliches Merkmal der *synchronen computervermittelten Kommunikation* ist der Dialog. Es besteht eine Art flüssiger Verlauf eines Gespräches und eine unmittelbare zeitliche Interaktion in geschriebener Form, d.h. die Beteiligten sind zur selben Zeit an der Kommunikation beteiligt. Der Vorteil besteht in der größeren Geschwindigkeit des Austausches. Von Nachteil ist, dass alle Beteiligten zeitgleich aktiv sein müssen. Die

am häufigsten genutzten synchronen Netzdienste sind die *Chat-Kommunikation* und der *Internet-Relay-Chat* (IRC), der vor allem für Echtzeitkonferenzen genutzt wird. *Internet-Videokonferenzen* finden sich überwiegend im Freizeit- und Geschäftsbereich (Döring, 1999, 2000b).

5.1.2 Gemeinschaften und soziale Beziehungen

Laut Döring (2000a) kann ganz allgemein zwischen Personen unterschieden werden, die das Internet gelegentlich zu bestimmten Zwecken verwenden und jenen, die es intensiv und vielfältig nutzen, d.h. Freundschaften knüpfen, sich Gemeinschaften anschließen, Interessen und Hobbies nachgehen. Das Internet kann als Medium eines sozialen Handlungsraumes betrachtet werden, in dem soziale Beziehungen, Gemeinschaften sowie Identitäten aufgebaut oder eingegangen werden. Gemeinschaften im Internet sind gekennzeichnet durch eine regelmäßige Kommunikation an einem virtuellen Ort. Es existiert ein Gemeinschaftsgefühl, gemeinsame Handlungen werden unternommen und Hilfestellungen vermittelt. Gefordert werden regelmäßiges Engagement, kompetente Beiträge und das Knüpfen von Kontakten. Ein Großteil der Netzkommunikation spielt sich zwischen Personen ab, die ihre Identität zu erkennen geben (z.B. Name, Geschlecht, Herkunftsland, Tätigkeit), Anonymität ist also nicht automatisch gegeben. Sie kann aber bewusst hergestellt werden, wenn es von der Person gewollt wird. Die anonyme Form bietet den Vorteil, auf andere leichter zugehen und offener agieren zu können. Im Netz hat die Person die Möglichkeit, gewisse Aspekte ihres Selbst auszuleben, die im Alltag zu kurz kommen oder eventuell verheimlicht werden müssen. Auffällige Merkmale, wie etwa das Stigma einer Behinderung, können durch die Interaktion im Netz abgestreift werden, wodurch Gefühle der Isolation und des Andersseins durch den Kontakt mit Gleichgesinnten gemildert werden. Der Schutzraum Internet bietet die Möglichkeit, in andere Rollen zu schlüpfen, soziale Erfahrungen zu sammeln, dadurch Selbstvertrauen zu entwickeln und Selbstwirksamkeit zu erleben, um so die neuen Erfahrungen auf das reale Leben übertragen zu können (Döring, 2000a).

5.2 Internetbasierte psychologische Maßnahmen bei Angststörungen

5.2.1 Informationen und Selbsthilfe

Im Internet existiert eine Fülle an Informationsangeboten für Fachleute, für Patienten, speziell für von psychischen Erkrankungen Betroffene, die von Professionisten, aber auch von Betroffenen für Betroffene bereitgestellt werden. Das Angebot reicht von Seiten zu störungsunspezifischen bis hin zu störungsspezifischen Angeboten (Döring, 2000c; Eichenberg, 2003a, 2003b; Eichenberg & Ott, 1999).

Zum Thema Angststörungen bietet das Internet für Experten eine Vielfalt an Angeboten. Der Eintrag in Mailinglisten erleichtert eine störungsspezifische und interaktive Diskussion. Zeitschriften sind online verfügbar, und es gibt Ermäßigungen für Abonnements. Termine zu Tagungen werden im Netz bekannt gegeben, Projekte und Organisationen werden vorgestellt. Wissenschaftliche Informationen zu den einzelnen Störungsbildern der Angst und zu Fachbegriffen, aktuelle Studien, Buchhinweise und Linksammlungen sind für Professionisten verfügbar. Instrumente zur Diagnostik von Angststörungen können über das Internet erworben werden (Eichenberg & Portz, 2005). Im Bereich des Online-Angebotes für ratsuchende Personen kann grundsätzlich die Unterscheidung zwischen reinen Informationsseiten (Informationen zu Krankheit, Beratung und Therapie) und der direkten Beratung und Therapie getroffen werden (Laszig & Eichenberg, 2003). Welche Angebote gibt es im speziellen für von Angststörungen Betroffene? Das Basiswissen über Angststörungen wird in laiengerechter Form dargestellt. Hilfreiche Informationen zu Häufigkeit, Ursachen, Symptomatik und Untertypen sowie zur Behandlung von Angststörungen werden geboten. Es finden sich ausführliche Möglichkeiten der Selbsthilfe, z.B. Informationen über Entspannungsmöglichkeiten (Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training), Hinweise zur medikamentösen Therapie, Empfehlungen zur Selbsthilfeliteratur und Linksammlungen zu Quellen im Web. Die Verwendung von Selbsthilfe-Materialien kann einerseits eine psychologische oder psychotherapeutische Hilfsmaßnahme ersetzen, sie aber auch ergänzen oder zum Einstieg motivieren. Betroffene können Fragebögen zur Selbsterkennung von Angststörungen abrufen. Es gibt Angebote von Betroffenen für Betroffene, wie etwa internetbasierte Selbsthilfeplattformen. Online-Selbsthilfegruppen zu allen möglichen Angststörungen ermöglichen die elektronische

Kommunikation unter Leidensgenossen. Der Austausch mit Gleichgesinnten via Internet in Form von Newsgroups, Webboards, Mailinglisten oder Chats stellt eine sinnvolle Ergänzung zur Hilfe vor Ort dar, da dieser ähnliche Funktionen wie reale Selbsthilfegruppen erfüllt. Im Internet finden sich Informationen zu örtlichen Anlaufstellen zur diagnostischen Abklärung, Behandlung oder Beratung, Termine von örtlichen Treffen und Unternehmungen können online abgerufen werden. So kann eine Brücke zwischen der geschützten Anonymität des Internets und dem Schritt in die Öffentlichkeit geschlagen werden (Döring, 2000c; Eichenberg, 2003a; Eichenberg & Portz, 2005).

5.2.2 Diagnosestellung via Internet

Das Internet bietet einen schnellen und unkomplizierten Zugang zu diagnostischen Informationen psychischer Störungen. Sowohl die Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 sind online verfügbar, wie auch Testverlage, die Inventare online bereitstellen (Eichenberg, 2003b).

Betroffene können Fragebögen zur Selbsterkennung von Angststörungen abrufen (Eichenberg & Portz, 2005). Nach Döring (2000c) haben Online-Diagnostika (elektronische Fragebögen und Tests) im günstigen Fall die Funktion, Personen über ihren Zustand aufzuklären, sie auf Online-Selbsthilfe-Materialien aufmerksam zu machen oder an Beratungsstellen außerhalb des Netzes weiterzuleiten. Online-Diagnostika sind aber auch mit Risiken verbunden, insbesondere für die ratsuchende Person, die die Rückmeldung erhält, dass sie psychisch krank ist und mit dieser Information allein gelassen wird. Deshalb sollte darauf geachtet werden, aussagekräftige Instruktionen und Ergebnisrückmeldungen zur Verfügung zu stellen. Auch die Beurteilung der Psychologie kann Schaden nehmen, da sehr viele unseriöse Online-Diagnostika im Netz kursieren. Angebotene Selbsttests im Internet entsprechen aber in keiner Weise einer fachlichen Diagnose.

Laut Eichenberg (2003a) ist der Einsatz von Online-Selbst-Diagnostika fragwürdig, denn die Seriosität mancher Skalen ist zum Teil nicht feststellbar. Die Personen werden mit dem Ergebnis der Auswertung alleine gelassen. Es stellt sich die Frage, ob sich der Betroffene nach der Aufforderung, sich Hilfe zu suchen, dies auch tatsächlich macht, oder ob er aber verunsichert und verschreckt wird.

5.2.3 Beratung und Behandlung im Internet

Wenn von Beratung via Internet gesprochen wird, werden häufig die Begriffe „e-therapy“ oder „online-therapy“ verwendet (vgl. CCBT Ltd, 2005; Manhal-Baugus, 2001). „E-therapy“ beschreibt den Prozess der Online-Interaktion mit einem Therapeuten in einer fortlaufenden Serie an Konversationen über eine gewisse Zeitspanne. Es geht darum, eine Beziehung zu formen, seine Gedanken und Gefühle mit jemandem zu teilen, der sich um jemanden sorgt, zuhört und versucht zu helfen. Die ratsuchende Person bringt ihr Anliegen schriftlich, mit knappen Worten und in verständlicher Form vor, worauf der Therapeut mit einem konkreten Ratschlag oder spezifischen Informationen antwortet (Ainsworth, 2008).

Laszig und Eichenberg (2003) weisen darauf hin, dass die Anbieter im deutschen Raum nicht von Online-Therapie sprechen, sondern immer von Online-Beratung. Ott (2003) verwendet die Bezeichnung „internetbasierte Intervention“. Laut Maercker und Lange (2004) zählen vor allem unstrukturierte therapeutische Hinweise per E-Mail und computerbasierte Selbsthilfeprogramme, die man aus dem Internet herunterladen kann, zu den psychologischen Therapien via Internet. Döring (2000c) betont, dass psychologische Beratung im herkömmlichen Sinne im Internet nicht existiert, sondern dass es sich vielmehr um ein Ratschlagerteilen im Rahmen einer Online-Beratung via E-Mail handelt.

Eine gute und effiziente Alternative ist Online-Beratung etwa dann, wenn Personen keinen Zugang zu professioneller Hilfe haben, zu nervös oder scheu sind, eine Beratung vor Ort aufzusuchen, terminliche Schwierigkeiten bestehen oder die finanzielle Bürde, die damit verbunden wäre, zu groß ist (Ainsworth, 2008). Laut Bollinger (2004) und Heller (2005) kann die Kontaktaufnahme mit einem Experten via E-Mail die Hemmschwelle, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, deutlich senken. Schon alleine das Schreiben einer E-Mail kann zu einer emotionalen Entlastung führen und hat somit schon therapeutische und selbstheilende Wirkung. Viele Autoren betonen, dass Online-Therapie bzw. -Beratung kein Ersatz zu herkömmlichen Formen der Intervention sind, sondern eine Ergänzung bzw. eine weitere Möglichkeit der Hilfestellung darstellen können (Ainsworth, 2008; Döring, 2000c; Heller, 2005; Laszig & Eichenberg, 2003; Spielberg & Ott, 1999).

5.2.4 Maßnahmen zur Behandlung von Angst via Internet

Im Bereich der Online-Behandlung von Angst und Panik werden jene Elemente und Module der Kognitiven Verhaltenstherapie eingesetzt, die sich in der Praxis bewährt haben. In 86,7% von 30 analysierten Studien zu diversen Störungsbildern, konnten positive Effekte durch internetbasierte Interventionen nachgewiesen werden. Im Bereich der Panikstörung konnten die Angstsymptome deutlich reduziert werden. In 73,3% der Studien wurden Therapiemanuale kognitiv-behavioraler Interventionsprogramme oder einzelne Module daraus (kognitive Umstrukturierung, Problemlösetraining, Selbst-Management-Training, Aufmerksamkeitstraining, edukative Maßnahmen zur Vermittlung von Krankheits- und Gesundheitswissen) eingesetzt (Ott, 2003).

An dieser Stelle wird auf folgende internetbasierte Interventionsprogramme hingewiesen, die sich an Methoden der Kognitiven Verhaltenstherapie orientieren: „*Panic Online*“ für die Behandlung von Panikstörung (Shandley et al., 2008), „*Without Fear*“ für die Behandlung von Kleintierphobien (Botella et al., 2008) und „*Fear Fighter*“ für Personen mit Panik, Angst oder Phobien (CCBT Ltd., 2005).

Sowohl Ott (2003) als auch Eichenberg und Portz (2005) kritisieren, dass viele Befunde von Studien zur Effektivitätsüberprüfung von Online-Interventionen bei Angststörungen zu ergänzen sind. Es liegt generell nur eine geringe Anzahl an Studien vor, die Stichprobengrößen sind oft zu gering, wodurch keine allgemeingültigen Aussagen möglich sind, deshalb haben viele Studien nur Pilotcharakter. Eichenberg und Portz (2005) betonen weiter, dass es an Kenntnissen über die Wirkmechanismen bei internetbasierten Interventionen, Untersuchungen zu den Effekten von Online-Beratung sowie Patientenvariablen fehle. Positiv zu erwähnen ist, dass durch das Angebot über das Internet diese Patientengruppe leichter und besser erreichbar ist, da aufgrund der ausgeprägten Angst und der agoraphobischen Vermeidung, wie bei sozialer Angst und Agoraphobie, Hilfseinrichtungen sonst eventuell gar nicht aufgesucht werden. Allerdings steht demgegenüber das Argument, dass durch diese Form der Hilfe das Vermeidungsverhalten verstärkt wird.

II EMPIRISCHER TEIL

6. Zielsetzung der empirischen Arbeit

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, eine Internet-Population von Personen, die Panikattacken erlebten, hinsichtlich ihrer angstbezogenen Kognitionen, ihrer Copingstrategien sowie ihrer Selbstwirksamkeit zu untersuchen. In erster Linie sollten Betroffene einer Panikstörung durch die Online-Studie angesprochen werden. Mittels Online-Fragebogen wurde der Versuch unternommen, Personen mit Panikstörung zu identifizieren. Zu diesem Zwecke wurde ein Screeningfragebogen eingesetzt, welcher sich auf die DSM-IV Kriterien der Panikstörung bezieht. Es wurde erwartet, dass sich auch Personen an der Studie beteiligen, die einerseits nicht sämtliche Kriterien für eine Panikstörung erfüllen und andererseits Panikattacken im Zuge anderer Angststörungen erlebten.

Die befragte Online-Population sollte in Hinblick auf soziodemografische und angststörungsspezifische Merkmale beschrieben werden. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden angstbezogene Kognitionen erfasst, um zu untersuchen, ob sich die Personen mit einer Panikstörung von jenen unterscheiden, die die Kriterien einer Panikstörung nicht erfüllten. Weiters wurde untersucht, auf welche Bewältigungsstrategien die im Rahmen dieser Online-Erhebung erfasste Stichprobe vorwiegend zurückgreift. Zu diesem Zwecke wurde ein englischer Fragebogen ins Deutsche übersetzt und faktorenanalytisch überprüft. Zudem war von Interesse, über welches Ausmaß an allgemeiner und emotionaler Selbstwirksamkeit Personen verfügen, die Panikattacken erleben, und wie dieses mit dem Copingverhalten in Zusammenhang steht.

7. Methode

7.1 Untersuchungsdesign und Untersuchungsdurchführung

Im Rahmen der Studie wurde ein mehrseitiger PHP- und HTML-programmierter Online-Fragebogen erstellt, der mit einer MySQL-Datenbank verbunden war (siehe Anhang A). Die Online-Studie wurde im Untersuchungszeitraum von 3. Juni bis 20. November 2008 durchgeführt. In diesem Zeitraum wurde die Startseite 5640 Mal aufgerufen. Aufgrund technischer Probleme vom 14. bis 18. Juni 2008 wurden zwar die Aufrufe der Startseite verzeichnet, die Daten wurden jedoch nicht in der Datenbank gespeichert. Um die technischen Probleme zu umgehen, wurde der Online-Fragebogen auf einen anderen Webservice mit entsprechend angelegter MySQL-Datenbank übertragen. Vom ursprünglichen Link <http://www.unet.univie.ac.at/~a0105651/php/index.php> konnte man nun auf die unter <http://homepage.univie.ac.at/dorothea.koenig/php/> abrufbare Startseite gelangen.

Wie wurde auf die Studie aufmerksam gemacht? Die Studie richtete sich in erster Linie an Personen mit einer Panikstörung und bedurfte einer entsprechenden Anwerbung, um von Panikattacken bzw. Angstphänomenen Betroffene auf die Studie aufmerksam zu machen. Deshalb wurde im Jänner 2008 im Rahmen der Planungsphase begonnen, diverse Kooperationspartner anzuwerben. Mit dem Aufruf zur Mithilfe an der Studie wurden gezielt Institutionen und Betreiber verschiedenster Informationsseiten und Foren zu Angst und Panik per E-Mail kontaktiert. Es wurde darum gebeten, die Studie auf deren jeweiligen Internetseiten zu verlinken. Von 89 getätigten Kontaktaufnahmen wurde die Zustimmung von 22 Betreibern erteilt (siehe Anhang B). Darunter befanden sich Seiten von Professionisten oder Laien sowie Informationsseiten oder Online-Foren. Die Studie wurde aber auch noch ohne direkte Anwerbung auf weiteren Seiten verlinkt (siehe Anhang D).

Es wurden Betroffene zur Mitwirkung an der Studie aufgerufen, die bereits eine Panikattacke erlebt hatten. Es wurde darauf hingewiesen, dass die persönlichen Gedanken und Empfindungen, die Personen in Zusammenhang mit Angst und Panik haben, untersucht werden. Es wurde ausdrücklich auf die anonyme und zu wissenschaftlichen Zwecken dienliche Datenerfassung hingewiesen. Zur visuellen Ansprechbarkeit für die Bewerbung der Studie wurde den verschiedenen

Kooperationspartnern ein Banner zur Verlinkung zur Verfügung gestellt (siehe Abbildung 2 und Anhang E).



Abbildung 2. Banner der Online-Studie.

7.2 Beschreibung der Untersuchungsinstrumente

Der Online-Fragebogen setzte sich aus zahlreichen Fragen und einzelnen Fragebögen zusammen, die im Folgenden vorgestellt werden sollen. Zum Ausfüllen des Online-Fragebogens benötigte ein Teilnehmer etwa 20 Minuten.

Am Beginn des Fragebogens stand die Erhebung soziodemografischer Merkmale im Vordergrund. Ermittelt wurden Geschlecht, Alter, Herkunftsland, Familienstand, Wohnsituation, Größe des Wohnortes, höchste abgeschlossene Ausbildung und Berufsstatus der Person. Im Anschluss wurde das Screeninginstrument „Panic Disorder Self-Report“ (PDSR) (deutsche Übersetzung von Hoyer & Möbius, 2002) vorgegeben, welches im Abschnitt 7.2.1 vorgestellt wird. Die Items zur Erfassung des Geschlechts, des Alters, der höchsten abgeschlossenen Ausbildung und die Eingangsfrage der PDSR, ob die Person schon einmal eine Panikattacke hatte, wurden als Pflichtfelder vorgegeben (JavaScript Programmierung). Beantwortete die Testperson eine dieser als Pflichtfelder markierten Fragen nicht, erschien der Hinweis, dass ohne die Antwort der Fragebogen nicht fortgesetzt werden könnte.

Um auch einen differentialdiagnostischen Einblick in die zu untersuchende Stichprobe zu gewinnen, wurde nach Situationen und Objekten gefragt, die deutliche und anhaltende bzw. übermäßig starke Angst verursachen. In der Folge wurden Fragen zum Vermeidungsverhalten gestellt, um so einen Hinweis auf eine eventuell vorliegende Agoraphobie oder spezifische Phobie zu erhalten. Im Weiteren wurde ermittelt, ob bereits die Diagnose einer Angsterkrankung gestellt wurde. Hier hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, Folgendes anzugeben: Panikstörung, soziale Phobie, spezifische Phobie, generalisierte Angststörung, keine bis jetzt gestellte Diagnose oder andere schon gestellte Diagnosen. Des Weiteren wurde gefragt, ob sich die Person in Behandlung befindet und welche Behandlungsform in Anspruch genommen wird.

Weiters wurde gefragt, ob die Person aufgrund der Angstproblematik aktiv nach Unterstützung sucht. Da die Studie online durchgeführt wurde, war es von Interesse, ob auch online in Foren und/oder Newsgroups oder in Form des Chats aktiv nach Unterstützung gesucht wird. Zusätzlich erfassten Fragen, ob die Person Informationen zum Thema Angst und Panik einholt und aus welcher Quelle sie diese vorrangig bezieht. Abschließend wurde nach anderen körperlichen und/oder psychischen Erkrankungen gefragt (siehe Anhang A).

Auf den folgenden Seiten des Online-Fragebogens kamen die Verfahren zum Einsatz, die die angstbezogenen Kognitionen, das Coping und die allgemeine und emotionale Selbstwirksamkeit erfassen. Diese Instrumente werden nun im Folgenden genauer vorgestellt.

7.2.1 Panic Disorder Self-Report

Der *Panic Disorder Self-Report (PDSR)* von Newman et al. (2006) stellt ein Instrument zur Selbsteinschätzung dar, um nach einer Panikstörung den DSM-IV Kriterien folgend in ökonomischer Weise zu screenen. Im Rahmen dieser Untersuchung kam die deutsche Version *Selbstbericht zu Panikattacken* von Hoyer und Möbius (2002) zum Einsatz.

Die 24 Items der PDSR folgen einer hierarchischen Struktur, wonach für die Diagnose zentrale Fragen zuerst gestellt werden. Weitere Fragen sind zu beantworten, wenn ein zentrales Symptom vorliegt. Die ersten vier Items erfassen, ob eine Person in den letzten sechs Monaten wiederkehrende und unerwartete Panikattacken hatte und wenn ja, die Zahl der bisher aufgetretenen Angstanfälle. Weitere drei Fragen ermitteln die Sorgen und die Verhaltensänderung, die aufgrund der Panikattacken ausgelöst wurden. Weiters wird anhand einer Checkliste nach 12 Symptomen gefragt, ob diese während der schlimmsten Panikattacke erlebt wurden. Für die vorliegende Studie wurde die Liste zur Erfassung der Symptome einer Panikstörung der PDSR durch die Liste der aktuellsten Version des DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) ersetzt. Dadurch werden in der vorliegenden Untersuchung nicht 12, sondern 13 Symptome erfragt.

Danach beurteilen die Personen auf einer fünfstufigen Antwortskala Beeinträchtigung und Leid, die durch die Panikattacken verursacht wurden. Abschließend wird erfasst, ob die Panikattacken innerhalb von 10 Minuten ihre Intensität erreichten, ob Substanzmissbrauch vorliegt und ob eine medizinische Diagnose, die die Symptome erklärt, ausgeschlossen werden kann.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde das erste Item der PDSR, welches ermittelt, ob die Person schon mindestens einmal eine Panikattacke oder einen plötzlichen Andrang intensiver Furcht oder Angst hatte, durch eine dritte Antwortmöglichkeit ergänzt: Zusätzlich zu „ja, während der letzten sechs Monate“ und „nein, noch nie“, kam die Alternative „ja, vor mehr als sechs Monaten“. Diese Ergänzung erfolgte, da anzunehmen war, dass auch Personen an der Studie teilnehmen würden, deren Panikattacken schon längere Zeit zurückliegen. Somit können mittels Screening vier Gruppen identifiziert werden: zwei Gruppen, die laut PDSR die Kriterien für eine Panikstörung erfüllen; davon eine, die während der letzten sechs Monate und die andere, die vor mehr als sechs Monaten die letzte Panikattacke erlebt hat. Weitere zwei Gruppen erfüllen die Kriterien laut PDSR nicht, die Betroffenen erlebten aber entweder während der letzten sechs Monate oder vor mehr als sechs Monaten eine Panikattacke. In der vorliegenden Arbeit wird zur sprachlichen Erleichterung die Bezeichnung „Diagnosegruppen“ eingeführt. Es sei aber betont, dass mit Hilfe der PDSR als Screeninginstrument keine Diagnose gestellt werden kann. Die Items der PDSR geben lediglich Hinweise auf das Vorliegen einer Panikstörung, auf die in einem weiteren Interview mit der betreffenden Person näher eingegangen werden müsste (Newman et al., 2006).

Die Auswertung dieses Screenings erfolgt einerseits durch das Aufsummieren der „ja“-Antworten oder durch die Erfüllung der jeweiligen Bedingungen, die sich durch die hierarchische Struktur des Verfahrens ergeben. Bei beiden Verrechnungsformen werden die letzten beiden Items, die Frage nach Substanzmissbrauch oder nach einer medizinischen Ursache für eine Panikattacke, ausgeschlossen. Newman et al. (2006) geben an, dass auf Personen mit einem Wert größer als 8,75 eine Diagnose der Panikstörung mit höchster Wahrscheinlichkeit zutrifft. Unter Berücksichtigung dieses Grenzwertes erreicht das Verfahren eine Spezifität von 100%, und es kann zwischen Personen mit einer Panikstörung und jenen ohne eine unterschieden werden. 95% der Stichprobe im Rahmen der Untersuchungen von Newman et al. (2006) konnten richtig klassifiziert werden.

7.2.2 Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen

Der *Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV)* ist die deutsche Fassung der Fragebogenbatterie von Chambless, Caputo, Bright und Gallagher (1984, zitiert nach Ehlers & Margraf, 2001). Das Verfahren wurde von Ehlers und Margraf (2001) ins Deutsche übersetzt und umfasst drei Verfahren, mit der die wesentlichen Aspekte der Symptomatik von Patienten mit Angststörungen erfasst werden können. Der AKV dient einerseits der Diagnostik, Therapieplanung und Erfolgskontrolle bei Patienten mit Ängsten und nicht organisch begründeten körperlichen Symptomen, dient aber auch als Screening für das Paniksyndrom, Agoraphobie und somatoforme Beschwerden in klinischen und nicht-klinischen Stichproben (Ehlers & Margraf, 2001). Im Rahmen dieser Untersuchung wurde einer der drei Subtests herangezogen.

Der *Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen (ACQ)* erfasst, wie häufig die für Personen mit Angststörungen typischen angstbezogenen Kognitionen auftreten. Die 14 Items können zwei Subskalen zugeordnet werden: „körperliche Krisen“ und „Kontrollverlust“. Hier soll auf einer fünfstufigen Skala angegeben werden, wie häufig bestimmte Gedanken auftreten, wenn die Person ängstlich oder nervös ist. Die Skala reicht von „Der Gedanke kommt nie vor“ (1) bis „Der Gedanke kommt immer vor“ (5). Ermittelt werden die Gesamtmittelwerte der beiden Skalen. Der Fragebogen weist gute bis sehr gute interne Konsistenzen auf. Für den ACQ liegt Cronbachs Alpha zwischen 0,74 und 0,87 (Ehlers & Margraf, 2001).

Für die Vergleiche mit einer Normstichprobe wurden zwei Personengruppen herangezogen. Einerseits ambulante oder stationäre Patienten einer psychosomatischen Fachklinik, die die DSM-III-R Kriterien für das Paniksyndrom mit/oder ohne Agoraphobie erfüllten, andererseits Kontrollpersonen, die keine Anamnese einer psychischen Störung nach dem DSM-III-R aufwiesen. Die Mittelwerte und Standardabweichungen liegen für beide Vergleichsgruppen getrennt für beide Skalen vor (Ehlers & Margraf, 2001).

7.2.3 Coping with Anxiety Questionnaire

Das *Coping with Anxiety Questionnaire (CAQ)* stammt in seiner ursprünglichen Form von Watts (1989, zitiert nach Hughes et al., 1999), um die aufmerksamkeitsbezogenen

Strategien von Personen mit Agoraphobie zu erfassen. Aus den 18 Items konnten zwei Faktoren identifiziert werden, die einerseits positive Copingstrategien beschreiben, d.h. positive Selbstinstruktionen, Entspannung und externale Ablenkung, und andererseits den Fokus der Aufmerksamkeit erfassen, der entweder auf die äußere Umgebung oder die inneren Prozesse gerichtet ist. Dieser zweite Faktor kann dabei als kognitive Vermeidung verstanden werden.

Bassett und Edelman (1991, zitiert nach Hughes et al., 1999) modifizierten die Version leicht und identifizierten die Faktoren „positive self-talk / distraction / relaxation“, „shutting-off“ und „opening up“. Die Autoren konnten feststellen, dass die beiden Strategien kognitive Vermeidung – mit einem auf inneren Prozessen liegenden Fokus der Aufmerksamkeit – und Ablenkung – mit der Aufmerksamkeitslenkung auf bestimmte Aspekte der äußeren Umgebung – voneinander unterschieden werden können. Die Autoren vermuten, dass bei von einer Agoraphobie Betroffenen ablenkende Strategien das Bemühen widerspiegeln, die Symptome der Angst und Panik zu vermeiden.

Hughes et al. (1999) erweiterten die Version von Bassett und Edelman (1991) durch Items der Selbstaufmerksamkeit bezüglich körperlicher Symptome. Drei Faktoren ließen sich identifizieren: Der Faktor „effektives Coping“ erfasst die Bandbreite an adaptiven Copingstrategien, wie etwa positive Selbstinstruktion, Entspannung und Ablenkung. Der Faktor „vermeidendes Coping“ beinhaltet sowohl verhaltensbezogene als auch kognitive Vermeidung. Der dritte Faktor wird als „Selbstaufmerksamkeit“ bezeichnet und bezieht sich auf die körperlichen Ereignisse der Angst und Panik. Das Verfahren umfasst 25 Items. Es soll angegeben werden, wie häufig jede einzelne Copingstrategie eingesetzt wird. Die Einschätzung erfolgt mit Hilfe eines fünfstufigen Antwortformats mit den Kategorien „niemals“ (0) bis „immer“ (4). Hohe Werte stehen für häufigen Einsatz der Strategie. Ermittelt wird der Summenwert für jede einzelne Skala. Die interne Konsistenz der von Hughes et al. (1999) identifizierten Faktoren des englischen Fragebogens ist gut, Cronbachs Alpha liegt zwischen 0,74 und 0,83.

Da keine deutsche Version des CAQ vorlag, wurde im Rahmen der vorliegenden Studie die Version von Hughes et al. (1999), nach Einholung der Erlaubnis des Erstautors, mit Hilfe zweier unabhängiger englischsprachiger Native Speaker aus dem Englischen ins

Deutsche übersetzt. Nach der Empfehlung von Maneesriwongul und Dixon (2004) wurde das Verfahren in eine erste deutsche Fassung gebracht, welche im Anschluss von den beiden Native Speakern unabhängig voneinander rückübersetzt wurde. Dieser Vorgang erfolgte zwei weitere Male bis die aufgetretenen Abweichungen zwischen den Versionen auf ein Minimum reduziert werden konnten. Um eine adäquate deutsche Version hervorzubringen, wurden einige Items hinsichtlich der Verständlichkeit leicht modifiziert (siehe Tabelle 1 und Anhang F). Die Faktorenstruktur der deutschen Übersetzung in der vorliegenden Studie wird in Abschnitt 10.2 näher erläutert.

Tabelle 1. Beispielitems der deutschen Übersetzung des CAQ.

• Ich sage mir, dass ich die Situation bewältigen kann. (Item 1)
• Ich überprüfe meinen Körper auf Warnsignale einer Panik. (Item 4)
• Ich verlasse die Situation so schnell ich kann. (Item 15)
• Ich versuche, einen klaren Kopf zu bewahren und logisch zu denken. (Item 18)
• Ich richte meinen Blick nach unten und vermeide es, mich umzusehen. (Item 22)

7.2.4 Skala der Allgemeinen Selbstwirksamkeit

Die *Skala der Allgemeinen Selbstwirksamkeit (ASWE)* (Jerusalem & Schwarzer, 1999) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugung. Das Verfahren orientiert sich am Selbstwirksamkeitskonzept (perceived self-efficacy) von Bandura. Dieses bildet einen wichtigen Aspekt seiner später formulierten sozial-kognitiven Theorie (Bandura, 1997). Die Skala misst die subjektive Überzeugung, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Dabei wird an neue oder schwierige Situationen aus allen Lebensbereichen oder an Barrieren gedacht, die überwunden werden sollen. Die ASWE soll somit die konstruktive Lebensbewältigung abbilden.

Die ASWE besteht aus 10 Items mit einem vierstufigen Antwortformat von „stimmt nicht“ (1) bis „stimmt genau“ (4). Der Skalenwert ergibt sich durch das Aufsummieren aller 10 Items, wodurch ein Wert zwischen 10 und 40 resultiert. Die Normierung fand an einer Population von Erwachsenen und an 7- bis 10-jährigen Schülern statt. Die Normpopulation setzt sich aus mehreren kleineren Stichproben zusammen, die im Rahmen vieler Studien zur allgemeinen Selbstwirksamkeit untersucht wurden. Es liegen

Übersetzungen in 29 Sprachen vor. Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) liegen im internationalen Vergleich zwischen 0,76 und 0,90, im deutschsprachigen Raum zwischen 0,80 und 0,90 (Jerusalem & Schwarzer, 1999; Schwarzer, 1994).

7.2.5 Skala der Emotionalen Selbstwirksamkeit

Die *Skala der Emotionalen Selbstwirksamkeit (ESWE)* nach Schmitz und von Salisch (2002) erfasst die acht von Saarni (2002) postulierten Fertigkeiten der emotionalen Kompetenz. Emotionale Selbstwirksamkeit ist nötig, um das emotionale Wissen und die emotionalen Fähigkeiten in die Tat umsetzen zu können (vgl. 4.4.2). Diese Fertigkeiten wurden von den Testautorinnen in das Konstrukt der emotionalen Selbstwirksamkeitserwartung umgewandelt.

Das Konstrukt wird anhand von 29 Items mit einem vierstufigen Antwortformat von „stimmt nicht“ (1) bis „stimmt genau“ (4) erfasst. Die Skala beinhaltet folgende acht Subskalen: *Bewusstheit* (die Bewusstheit über den eigenen emotionalen Zustand), *Dekodierung von Emotionen* (die Fähigkeit, Emotionen anderer Menschen auf der Grundlage von Merkmalen der Situation und des Ausdrucksverhaltens zu erkennen), *Ausdrucksstärke / Skripte* (die Fähigkeit, das Vokabular der Gefühle und die Ausdruckswörter zu benutzen, die in der eigenen Kultur gemeinhin verwendet werden), *Empathie* (die Fähigkeit, empathisch auf das emotionale Erleben von anderen Menschen einzugehen), *Zustand / Ausdruck* (die Fähigkeit zu merken, dass ein innerlich erlebter emotionaler Zustand nicht notwendigerweise dem nach außen gezeigten Ausdrucksverhalten entspricht, und zwar sowohl bei einem selbst als auch bei anderen Menschen), *Emotionsbewältigung* (die Fähigkeit, aversive oder belastende Emotionen und problematische Situationen in adaptiver Weise zu bewältigen), *Beziehung* (die Bewusstheit, dass die Struktur oder Natur von zwischenmenschlichen Beziehungen zum großen Teil dadurch bestimmt wird, wie Gefühle in ihnen kommuniziert werden) und *Fähigkeit zur emotionalen Selbstwirksamkeit* (die Person ist der Ansicht, dass sie sich im Allgemeinen so fühlt, wie sie sich fühlen möchte; das eigene emotionale Erleben wird akzeptiert) (Saarni, 2002).

Der Skalenwert ergibt sich durch das Aufsummieren der 29 Items, wodurch ein Summenscore zwischen 29 und 116 resultiert. Die Subskalen wurden anhand zweier Stichproben ($N = 100$ und $N = 265$) durch Faktorenanalysen identifiziert. Das Cronbachs Alpha liegt für die erste Stichprobe bei 0,86 und für die zweite bei 0,88

(Schmitz & von Salisch, 2002). Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden nicht nur der Gesamtwert, sondern auch die Summenwerte der einzelnen Skalen für eine differenziertere Betrachtung der emotionalen Selbstwirksamkeit berechnet und für weitere Analysen herangezogen.

8. Fragestellungen und Hypothesen

Im folgenden Kapitel werden die Fragestellungen und statistischen Hypothesen der vorliegenden Studie dargestellt. Von wesentlichem Interesse war es vorerst die erhobene Internetpopulation anhand soziodemografischer sowie störungsspezifischer Merkmale zu beschreiben und die Teilnehmer hinsichtlich einer vorliegenden Panikstörung zu screenen. Zur Identifizierung diverser Copingstrategien dient die faktorenanalytische Überprüfung des CAQ. Die Fragestellungen zu den untersuchten Konstrukten werden inferenzstatistisch überprüft. Hypothesen sind ungerichtet formuliert. Für die Formulierung der Hypothesen wird immer beispielhaft eine Skala des jeweiligen Fragebogens angeführt. Da die Benennung der Faktoren des CAQ erst nach der Durchführung der Faktorenanalyse erfolgen kann, werden die Skalenbezeichnungen nach Hughes et al. (1999) für die Darstellung der Fragestellungen und Hypothesen im folgenden Abschnitt herangezogen. Hinsichtlich der ESWE werden nur die Hypothesen für den Gesamtsummenwert angeführt.

8.1 Fragestellung zu geschlechtsspezifischen Unterschieden

Fragestellung 1: Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der angstbezogenen Kognitionen, verschiedener Copingstrategien, der allgemeinen und emotionalen Selbstwirksamkeit?

H0 (1.1): Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in der Skala „körperliche Krisen“ des ACQ.

H1 (1.1): Männer und Frauen unterscheiden sich in der Skala „körperliche Krisen“ des ACQ.

H0 (1.2): Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in der Skala „effektives Coping“ des CAQ.

H1 (1.2): Männer und Frauen unterscheiden sich in der Skala „effektives Coping“ des CAQ.

H0 (1.3): Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in der ASWE.

H1 (1.3): Männer und Frauen unterscheiden sich in der ASWE.

H0 (1.4): Männer und Frauen unterscheiden sich nicht in der ESWE.

H1 (1.4): Männer und Frauen unterscheiden sich in der ESWE.

H0: $\mu_w = \mu_m$

H1: $\mu_w \neq \mu_m$

8.2 Fragestellungen zu Vergleichen mit einer Normstichprobe

Fragestellung 2: Unterscheiden sich die Personen, die schon einmal in ihrem Leben eine Panikattacke hatten, hinsichtlich ihrer angstbezogenen Kognitionen von einer Vergleichsgruppe mit Paniksyndrom mit/oder ohne Agoraphobie?

H0 (2): Die Personen mit Panikattacken unterscheiden sich in der Skala „körperliche Krisen“ des ACQ nicht von der Vergleichsgruppe mit Paniksyndrom.

H1 (2): Die Personen mit Panikattacken unterscheiden sich in der Skala „körperliche Krisen“ des ACQ von der Vergleichsgruppe mit Paniksyndrom.

H0: $\mu_1 = \mu_2$

H1: $\mu_1 \neq \mu_2$

Fragestellung 3: Unterscheiden sich die Personen, die schon einmal in ihrem Leben eine Panikattacke hatten, hinsichtlich ihrer angstbezogenen Kognitionen von einer gesunden Kontrollgruppe?

H0 (3): Die Personen mit Panikattacken unterscheiden sich in der Skala „körperliche Krisen“ des ACQ nicht von einer gesunden Kontrollgruppe.

H1 (3): Die Personen mit Panikattacken unterscheiden sich in der Skala „körperliche Krisen“ des ACQ von einer gesunden Kontrollgruppe.

H0: $\mu_1 = \mu_2$

H1: $\mu_1 \neq \mu_2$

Fragestellung 4: Unterscheiden sich Personen, die schon einmal in ihrem Leben eine Panikattacke hatten, hinsichtlich ihrer allgemeinen Selbstwirksamkeit von einer Normpopulation?

H0 (4): Personen mit Panikattacken unterscheiden sich in der ASWE nicht von einer Normpopulation.

H1 (4): Personen mit Panikattacken unterscheiden sich in der ASWE von einer Normpopulation.

H0: $\mu_1 = \mu_2$

H1: $\mu_1 \neq \mu_2$

8.3 Fragestellungen bezüglich der vier identifizierten Diagnosegruppen

Fragestellung 5: Unterscheiden sich die vier identifizierten Diagnosegruppen (zwei Gruppen, die die Kriterien erfüllen, zwei Gruppen, die sie nicht erfüllen) hinsichtlich angstbezogener Kognitionen?

H0 (5): Zwischen den Diagnosegruppen gibt es keine Unterschiede in der Skala „körperliche Krisen“ des ACQ.

H1 (5): Zwischen den Diagnosegruppen gibt es Unterschiede in der Skala „körperliche Krisen“ des ACQ.

H0: $\mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4$

H1: $\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \neq \mu_4$

Fragestellung 6: Unterscheiden sich die vier identifizierten Diagnosegruppen (zwei Gruppen, die die Kriterien laut PDSR erfüllen, zwei Gruppen, die sie nicht erfüllen) hinsichtlich ihres Copings mit dem Panikgefühl?

H0 (6): Zwischen den Diagnosegruppen gibt es keine Unterschiede in der Skala „effektives Coping“ des CAQ.

H1 (6): Zwischen den Diagnosegruppen gibt es Unterschiede in der Skala „effektives Coping“ des CAQ.

H0: $\mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4$

H1: $\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \neq \mu_4$

Fragestellung 7: Unterscheiden sich die vier identifizierten Diagnosegruppen (zwei Gruppen, die die Kriterien laut PDSR erfüllen, zwei Gruppen, die sie nicht erfüllen) hinsichtlich ihrer allgemeinen und emotionalen Selbstwirksamkeit?

H0 (7.1): Zwischen den Diagnosegruppen gibt es keine Unterschiede im Summenwert der ASWE.

H1 (7.1): Zwischen den Diagnosegruppen gibt es Unterschiede im Summenwert der ASWE.

H0 (7.2): Zwischen den Diagnosegruppen gibt es keine Unterschiede im Summenwert der ESWE.

H1 (7.2): Zwischen den Diagnosegruppen gibt es Unterschiede im Summenwert der ESWE.

H0: $\mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4$

H1: $\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \neq \mu_4$

8.4 Zusammenhänge zwischen den untersuchten Konstrukten

Fragestellung 8: Gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen den angstbezogenen Kognitionen und den Copingstrategien?

H0 (8): Zwischen der Skala „körperliche Krisen“ des ACQ und der Skala „effektives Coping“ des CAQ besteht keine signifikante Korrelation.

H1 (8): Zwischen der Skala „körperliche Krisen“ des ACQ und der Skala „effektives Coping“ des CAQ besteht eine signifikante Korrelation.

H0: $\rho = 0$

H1: $\rho \neq 0$

Fragestellung 9: Gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen angstbezogenen Kognitionen und der allgemeinen bzw. der emotionalen Selbstwirksamkeit bei Personen mit Panikattacken?

H0 (9.1): Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Skala „körperliche Krisen“ des ACQ und dem Summenwert der ASWE.

H1 (9.1): Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Skala „körperliche Krisen“ des ACQ und dem Summenwert der ASWE.

H0 (9.2): Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Skala „körperliche Krisen“ des ACQ und dem Summenwert der ESWE.

H1 (9.2): Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Skala „körperliche Krisen“ des ACQ und dem Summenwert der ESWE.

H0: $\rho = 0$

H1: $\rho \neq 0$

Fragestellung 10: Gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Copingstrategien und der allgemeinen und emotionalen Selbstwirksamkeit?

H0 (10.1): Zwischen der Skala „effektives Coping“ des CAQ und dem Summenwert der ASWE besteht keine signifikante Korrelation.

H1 (10.1): Zwischen der Skala „effektives Coping“ des CAQ und dem Summenwert der ASWE besteht eine signifikante Korrelation.

H0 (10.2): Zwischen der Skala „effektives Coping“ des CAQ und dem Summenwert der ESWE besteht keine signifikante Korrelation.

H1 (10.2): Zwischen der Skala „effektives Coping“ des CAQ und dem Summenwert der ESWE besteht eine signifikante Korrelation.

H0: $\rho = 0$

H1: $\rho \neq 0$

Fragestellung 11: Gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der allgemeinen und der emotionalen Selbstwirksamkeit bei Personen mit Panikattacken?

H0 (11): Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den Summenwerten der ASWE und der ESWE.

H1 (11): Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Summenwerten der ASWE und der ESWE.

H0: $\rho = 0$

H1: $\rho \neq 0$

Fragestellung 12: Gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Summenscore des PDSR (getrennt für Personen, die während und vor mehr als sechs Monaten eine Panikattacke hatten) und den untersuchten Konstrukten (Coping, allgemeine und emotionale Selbstwirksamkeit, angstbezogene Kognitionen)?

H0 (12.1): Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Summenwert der PDSR und der Skala „körperliche Krisen“ des ACQ.

H1 (12.1): Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Summenwert der PDSR und der Skala „körperliche Krisen“ des ACQ.

H0 (12.2): Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Summenwert der PDSR und der Skala „effektives Coping“ des CAQ.

H1 (12.2): Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Summenwert der PDSR und der Skala „effektives Coping“ des CAQ.

H0 (12.3): Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den Summenwerten der PDSR und der ASWE.

H1 (12.3): Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Summenwerten der PDSR und der ASWE.

H0 (12.4): Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den Summenwerten der PDSR und der ESWE.

H1 (12.4): Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Summenwerten der PDSR und der ESWE.

H0: $\rho = 0$

H1: $\rho \neq 0$

8.5 Fragestellungen zu Prädiktoren einer Panikstörung

Fragestellung 13: Tragen die angstbezogenen Kognitionen zur Vorhersage des Vorliegens einer Panikstörung (PDSR) bei?

H0 (13): Die angstbezogenen Kognitionen (Skalen des ACQ) sind keine Prädiktoren für das Vorliegen einer Panikstörung (Kriterien nach PDSR erfüllt).

H1 (13): Die angstbezogenen Kognitionen (Skalen des ACQ) sind Prädiktoren für das Vorliegen einer Panikstörung (Kriterien nach PDSR erfüllt).

H0: $\rho(x,y) = 0$

H1: $\rho(x,y) \neq 0$

Fragestellung 14: Tragen die identifizierten Copingstile zur Vorhersage des Vorliegens einer Panikstörung (PDSR) bei?

H0 (14): Die identifizierten Copingstile (Skalen des CAQ) sind keine Prädiktoren für das Vorliegen einer Panikstörung (Kriterien nach PDSR erfüllt).

H1 (14): Die identifizierten Copingstile (Skalen des CAQ) sind Prädiktoren für das Vorliegen einer Panikstörung (Kriterien nach PDSR erfüllt).

H0: $\rho(x,y) = 0$

H1: $\rho(x,y) \neq 0$

Fragestellung 15: Tragen die Konstrukte allgemeine und emotionale Selbstwirksamkeit zur Vorhersage des Vorliegens einer Panikstörung (PDSR) bei?

H0 (15): Die allgemeine und emotionale Selbstwirksamkeit (Gesamtwerte der ASWE und ESWE) sind keine Prädiktoren für das Vorliegen einer Panikstörung (Kriterien nach PDSR erfüllt).

H1 (15): Die allgemeine und emotionale Selbstwirksamkeit (Gesamtwerte der ASWE und ESWE) sind Prädiktoren für das Vorliegen einer Panikstörung (Kriterien nach PDSR erfüllt).

H0: $\rho(x,y) = 0$

H1: $\rho(x,y) \neq 0$

9. Auswertungsmethoden

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mittels SPSS 15, in welches die in der MySQL-Datenbank gesammelten Daten direkt importiert wurden.

Es kamen deskriptive oder inferenzstatistische Verfahren zum Einsatz. Die Beschreibung der Stichprobe erfolgte mit der Anwendung deskriptiver Verfahren. Die soziodemografischen Merkmale der Teilnehmer wurden mit absoluten und prozentualen Häufigkeiten sowie Mittelwerten und Standardabweichungen angegeben. Mögliche Unterschiede kategorialer Merkmalsausprägungen hinsichtlich der Häufigkeit ihres Auftretens wurden mittels Chi-Quadrat-Verfahren auf Signifikanz geprüft (Bortz & Döring, 2002).

Für die Berechnung von Mittelwertsunterschieden zwischen zwei Gruppen kam der *t*-Test für unabhängige Stichproben zur Anwendung; für Mittelwertsvergleiche zwischen mehreren Gruppen kam die einfaktorielle Varianzanalyse zum Einsatz. Voraussetzungen für beide Verfahren sind das Vorliegen einer Normalverteilung, die aufgrund eines Stichprobenumfanges von $n > 30$ laut zentralem Grenzwerttheorems als erfüllt angesehen werden kann (Bortz & Döring, 2002), Intervallskalenniveau und Homogenität der Varianzen, die mittels Levene-Test überprüft werden. Fällt dieser Test der Homogenitätsprüfung für die Berechnung von Mittelwertsunterschieden zwischen zwei Gruppen signifikant aus, ist es auch möglich Ergebnisse unter Annahme heterogener Varianzen heranzuziehen. Im Rahmen der Varianzanalyse muss im Falle heterogener Varianzen auf ein parameterfreies Verfahren, den Kruskal-Wallis-Test, zurückgegriffen werden. Signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen mehreren Gruppen (Varianzanalyse) wurden mittels Post-Hoc Tests nach Bonferroni analysiert. Die Berechnung von Mittelwertsvergleichen mit einer Normstichprobe erfolgte mittels one-sample *t*-Tests.

Ob zwischen zwei Merkmalen ein Zusammenhang besteht, wurde mittels Korrelationsberechnungen erhoben. Lag eine Intervallskala vor, wurde auf die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson zurückgegriffen, während beim nicht Vorliegen einer solchen die Rangkorrelation nach Spearman herangezogen wurde. Dabei können die berechneten Korrelationskoeffizienten wie folgt interpretiert werden (Brosius, 2006; siehe Tabelle 2):

Tabelle 2. Interpretation der Korrelationskoeffizienten (Brosius, 2006).

<i>Betrag des Korrelationskoeffizienten</i>	<i>Mögliche Interpretation</i>
0	Keine Korrelation
Über 0 bis 0,2	Sehr schwache Korrelation
0,2 bis 0,4	Schwache Korrelation
0,4 bis 0,6	Mittlere Korrelation
0,6 bis 0,8	Starke Korrelation
0,8 bis unter 1	Sehr starke Korrelation
1	Perfekte Korrelation

Wirkungsbeziehungen zwischen einer abhängigen und einer oder mehreren unabhängigen Variablen wurden mit Hilfe von Regressionsanalysen untersucht. Damit können Zusammenhänge quantitativ beschrieben und erklärt werden. Werte der abhängigen Variablen können geschätzt bzw. prognostiziert werden. Die Regressionsanalyse zählt zu den strukturprüfenden Verfahren (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2003).

Eingesetzt wurde die binäre logistische Regression, sowohl die Einschussmethode als auch die Vorwärtsselektion. Mit Hilfe dieses Verfahrens wurde die Abhängigkeit einer dichotomen Variable von anderen unabhängigen Variablen analysiert. Bei der dichotomen Variable handelt es sich in der Regel um ein Ereignis, das eintreten kann oder nicht. Mit Hilfe des Verfahrens wird die Wahrscheinlichkeit für das Eintreffen des Ereignisses in Abhängigkeit von den Werten der unabhängigen Variablen berechnet (Bühl & Zöfel, 2002).

Aufgrund der Größe der Stichprobe wird ein Alpha-Niveau bzw. eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 1% zur Prüfung der statistischen Signifikanz gewählt.

Die Überprüfung der Skalen der deutschen Übersetzung des CAQ erfolgte mittels Faktorenanalyse, in deren Rahmen eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation zum Einsatz kam. Zur Überprüfung der internen Konsistenz der deutschen Übersetzung des CAQ wurden Reliabilitätsanalysen durchgeführt, wobei Cronbachs Alpha zur Bewertung herangezogen wurde.

10. Ergebnisdarstellung

10.1 Beschreibung der Stichprobe

Im Erhebungszeitraum von Anfang Juni 2008 bis Ende November 2008 griffen 5640 Personen auf die Startseite der Online-Befragung zu. In einem ersten Schritt der Datenaufbereitung wurden von all jenen die Einträge entfernt, die nur die Startseite besuchten (Entfernung von 2750 Datensätzen). Nach der Analyse von doppelten Fällen wurden weitere 40 Datensätze sowie weitere vier Einträge aufgrund widersprüchlicher Angaben und Testeinträgen aus der Analyse ausgeschlossen. Weitere 537 Fälle wurden ebenfalls aus der Analyse ausgeschlossen, da diese Teilnehmer die Befragung nach der ersten Seite abgebrochen hatten. Weitere 213 Personen beantworteten die Eingangsfrage der PDSR zum Screening einer Panikstörung, ob sie schon einmal eine Panikattacke hatten, mit „nein, noch nie“. Diese Personengruppe wurde für die weiteren Analysen ebenfalls ausgeschlossen, da nur Personen interessierten, die schon einmal eine Panikattacke erlebt hatten. Für die weiteren Analysen konnten 2096 Datensätze (37,2% der gesamten Zugriffe) herangezogen werden.

10.1.1 Soziodemografische Merkmale

Die Gesamtstichprobe der vorliegenden Untersuchung ($N = 2096$) setzt sich aus 1604 Frauen (76,5%) und 492 Männer (23,5%) zusammen.

Von 2096 Personen gaben 2094 Personen ihr Alter an. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer liegt bei 34,06 Jahren ($SD = 11,17$), wobei der jüngste Teilnehmer 13 Jahre und der älteste 82 Jahre alt ist. Das durchschnittliche Alter der Frauen liegt bei 33,54 Jahren ($SD = 10,86$; Range 13-82 Jahre), das der Männer bei 35,73 Jahren ($SD = 11,99$; Range 13-78 Jahre). Mittels t -Test wurde ermittelt, dass hinsichtlich des Alters geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen ($t(2092) = -3,806, p < 0,001$).

Von der Gesamtstichprobe ($N = 2096$) machten insgesamt 2072 Personen eine Angabe zu ihrem Herkunftsland. Der Großteil der Studienteilnehmer stammt aus Deutschland (76,9%, $n = 1593$), während 11,9% ($n = 246$) der Stichprobe aus Österreich stammen. Aus der Schweiz kommen 7,5% ($n = 156$); aus einem anderen Land in Europa stammen

2,9% ($n = 60$) und aus einem anderen Land außerhalb von Europa 0,8% ($n = 17$) der Teilnehmer (siehe Abbildung 3).

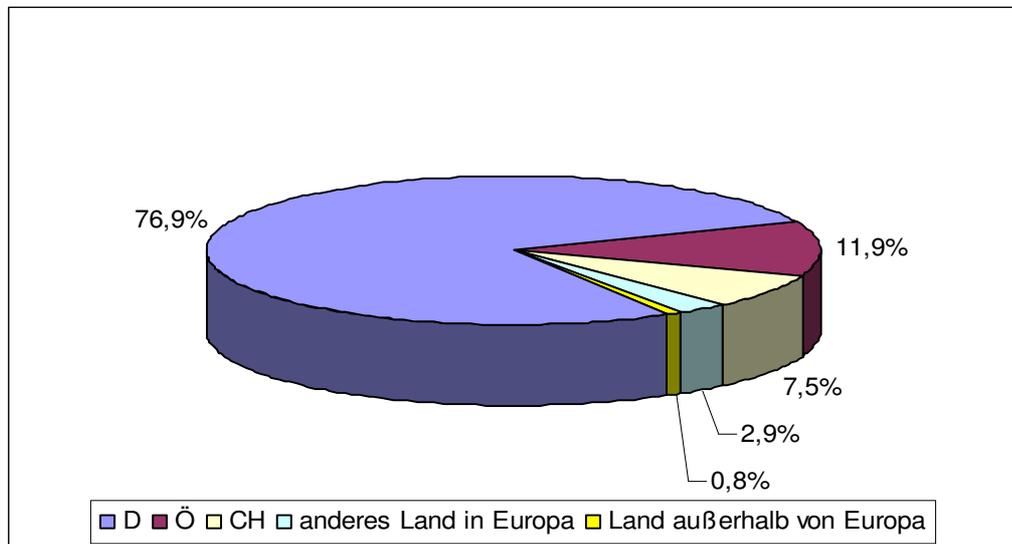


Abbildung 3. Herkunftsland der Stichprobe ($N = 2072$).

Von den 2074 Personen, die eine Angabe zu ihrem Familienstand machten, sind 1092 (52,7%) Teilnehmer verheiratet oder in einer Partnerschaft lebend, 773 (37,3%) geben an, ledig zu sein, 191 (9,2%) der teilnehmenden Personen sind geschieden und 18 Personen (0,9%) geben an, verwitwet zu sein.

In Tabelle 3 sind die Angaben der Gesamtstichprobe ($N = 2096$) zur Wohnsituation ersichtlich. Die Mehrheit lebt mit einem Partner (27,5%; $n = 576$) oder mit einem Partner und einem oder mehreren Kindern (25,3%; $n = 531$).

Tabelle 3. Wohnsituation der Stichprobe ($N = 2096$).

<i>Wohnsituation</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
mit Partner	576	27,5%
mit Partner und Kind / Kindern	531	25,3%
allein	413	19,7%
bei den Eltern	270	12,9%
mit Kind / Kindern	133	6,3%
Wohngemeinschaft	128	6,1%
andere Wohnform	23	1,1%
keine Angabe	22	1,0%

Von der Gesamtstichprobe ($N = 2096$) machten 2014 Personen eine Angabe zur Größe ihres Wohnortes. 26,1% der Befragten ($n = 548$) leben in Städten mit bis zu 10.000 Einwohnern; 23,7% ($n = 497$) leben in Städten mit bis zu 100.000 Einwohnern. Die Häufigkeiten und Prozentangaben sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4. Größe des Wohnortes ($N = 2096$).

<i>Wohnort</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
bis 10.000 Einwohner	548	26,1%
bis 100.000 Einwohner	497	23,7%
bis 500.000 Einwohner	357	17,0%
bis 1.000 Einwohner	248	11,8%
bis 2 Mio. Einwohner	142	6,8%
bis 1 Mio. Einwohner	117	5,6%
über 2 Mio. Einwohner	105	5,0%
keine Angabe	82	3,9%

Die Frage zur höchsten abgeschlossenen Ausbildung stellte ein Pflichtfeld dar. Von der Gesamtstichprobe ($N = 2096$) hat die Mehrheit der Teilnehmer mit Matura (23,5%; $n = 492$) oder einer Lehre (19,9%; $n = 418$) abgeschlossen (siehe Abbildung 5).

Tabelle 5. Höchste abgeschlossene Ausbildung ($N = 2096$).

<i>Höchste abgeschlossene Ausbildung</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
Matura	492	23,5%
Lehrabschluss	418	19,9%
Handelschulabschluss / mittlere Reife	377	18,0%
Universitätsabschluss	276	13,2%
Fachhochschulabschluss	241	11,5%
Hauptschulabschluss	181	8,6%
Diplomabschluss	69	3,3%
Volksschul- / Grundschulabschluss	42	2,0%

Hinsichtlich der Angabe zur beruflichen Tätigkeit konnten die Personen aus neun Alternativen wählen, wobei es möglich war, Mehrfachantworten zu geben. Von der Gesamtstichprobe ($N = 2096$) machten 2065 Personen eine Angabe zu ihrer beruflichen Tätigkeit. Knapp die Hälfte der Personen ($n = 873$, 42,3%) ist in einem Angestelltenverhältnis beschäftigt (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6. Berufliche Tätigkeit ($N = 2096$).

<i>Berufliche Tätigkeit</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
Angestellter	873	42,3%
in Ausbildung	467	22,6%
sonstiges	288	13,9%
selbstständig / freiberuflich tätig	230	11,1%
Hausfrau / Hausmann	203	9,8%
nicht erwerbstätig	173	8,4%
in Pension / Rente	100	4,8%
in Karenz / Mutterschutz	28	1,4%
Arbeiter / Facharbeiter	99	4,8%

Der vorliegende Datensatz ($N = 2096$) reduzierte sich um 316 Personen (15,1%): Dieser Teil der Stichprobe (Nonresponder) brach die Befragung im Laufe der Zeit ab und erfüllte die Voraussetzung nicht, zumindest einen Test hinsichtlich der spezifischen psychologischen Konstrukte (angstbezogene Kognitionen, Coping und Selbstwirksamkeit) beantwortet zu haben. Im weiteren Verlauf der Auswertung ist von einer Stichprobe von $N = 1780$ (84,9%) (Responder) auszugehen, da Nonresponder-Analysen kaum Unterschiede hinsichtlich soziodemografischer Merkmale, aber bezüglich störungsspezifischer Merkmale aufzeigten. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Alters ($t(396,786) = 0,095$, $p = 0,924$). Der Frauenanteil lag in der Gruppe der Responder (78,1%) etwas höher als in der Gruppe der Nonresponder (67,7%). Hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Ausbildung zeigte sich ein ähnliches Bild bei beiden Gruppen (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7. Responder versus Nonresponder bzgl. der höchsten abgeschlossenen Ausbildung.

<i>Nonresponder vs. Responder</i>	<i>höchste abgeschlossene Ausbildung</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
Responder	Volksschule / Grundschule	29	1,6%
	Hauptschule	155	8,7%
	Handelsschule / mittlere Reife	324	18,2%
	Lehre	369	20,7%
	Matura / Abitur	412	23,1%
	Diplomlehrgang	57	3,2%
	Fachhochschule	201	11,3%
	Universität	233	13,1%
Nonresponder	Volksschule / Grundschule	13	4,1%
	Hauptschule	26	8,2%
	Handelsschule / mittlere Reife	53	16,8%
	Lehre	49	15,5%
	Matura / Abitur	80	25,3%
	Diplomlehrgang	12	3,8%
	Fachhochschule	40	12,7%
	Universität	43	13,6%

Bezüglich störungsspezifischer Merkmale unterschieden sich die beiden Gruppen insofern, als die Gruppe der Responder eine größere Beeinträchtigung aufwies als die Gruppe der Nonresponder. Die Responder gaben eine größere Anzahl an Symptomen nach der PDSR an ($t(1682) = -5,195, p < 0,001$), berichteten von größerem Leid ($t(166,799) = -3,853, p < 0,001$) und erreichten einen höheren Summenscore der PDSR in der Bedingung, während der letzten sechs Monate eine Panikattacke erlebt zu haben ($t(83,953) = -3,907, p < 0,001$). Diese Personengruppe nannte auch mehr Symptome bezüglich der Agoraphobie ($t(1872) = -3,250, p = 0,001$) sowie Situationen und Objekte, die Angst verursachen ($t(1791) = -3,181, p = 0,001$). Auch hinsichtlich der Frage, ob die Personen wissen, an welcher Form der Angststörung sie leiden, nennen Responder wesentlich häufiger die vorgegebenen Diagnosen (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8. Responder versus Nonresponder bzgl. der Formen der Angststörung.

<i>Formen der Angststörung</i>	<i>Responder vs.</i>		
	<i>Nonresponder</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
Panikstörung	Responder	500	28,1%
	Nonresponder	12	3,8%
Agoraphobie	Responder	60	3,4%
	Nonresponder	1	0,3%
Soziale Phobie	Responder	96	5,4%
	Nonresponder	1	0,3%
Spezifische Phobie	Responder	29	1,6%
	Nonresponder	2	0,6%
Generalisierte Angststörung	Responder	340	19,1%
	Nonresponder	10	3,2%

Responder befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung häufiger in Behandlung ($n = 925, 52,0\%$) als Nonresponder ($n = 25, 7,9\%$), sie suchten häufiger nach Unterstützung aufgrund ihrer Angst und Panik ($n = 1294, 72,7\%$ versus $n = 27, 8,5\%$) und suchten diese häufiger in Online-Foren oder –Newsgroups ($n = 662, 37,2\%$ versus $n = 6, 1,9\%$) als Nonresponder.

An dieser Stelle soll für die Stichprobe mit $N = 1780$ noch einmal kurz die soziodemografischen Merkmale vorgestellt werden. Diese besteht zu 78,1% aus Frauen ($n = 1390$) und zu 21,9% aus Männern ($n = 390$). Das durchschnittliche Alter liegt bei 34,04 Jahren ($SD = 10,82$) und rangiert zwischen 13 und 82 Jahren. Das Durchschnittsalter der Frauen liegt bei 33,51 Jahren ($SD = 10,67$) und reicht von 13 bis 82 Jahren, das der Männer bei 35,95 Jahren ($SD = 11,14$) und rangiert zwischen 13 und 70 Jahren. Auch hier bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich des Alters ($t(1776) = -3,935, p < 0,001$).

In Bezug auf das Herkunftsland machten insgesamt 1769 Personen eine Angabe. Der Großteil der Studienteilnehmer stammt auch hier aus Deutschland ($n = 1372, 77,6\%$), während 11,4% ($n = 202$) der Personen aus Österreich stammen. Aus der Schweiz kommen 7,3% ($n = 129$); aus einem anderen Land in Europa stammen 2,9% ($n = 51$) und aus einem anderen Land außerhalb von Europa 0,8% ($n = 15$) der Teilnehmer.

Von den 1770 Personen, die eine Angabe zu ihrem Familienstand machten, sind 936 (52,9%) Teilnehmer verheiratet oder in einer Partnerschaft, 643 (36,3%) geben an, ledig zu sein, 176 (9,9%) der teilnehmenden Personen sind geschieden und 15 Personen (0,8%) geben an, verwitwet zu sein. Der χ^2 -Test zeigt keinen signifikanten Unterschied in der Variable Familienstand hinsichtlich des Geschlechts ($\chi^2(3, N = 1770) = 9,838, p = 0,020$).

Von der Gesamtstichprobe ($N = 1780$) machten acht Personen (0,4%) keine Angabe zu ihrer Wohnsituation. Alleine leben 20,2% ($n = 359$), mit einem Partner leben 28,4% ($n = 506$), mit einem Partner und einem oder mehreren Kindern leben 25,1% ($n = 447$) der Personen. 6,6% ($n = 118$) der Teilnehmer leben mit einem oder mehreren Kindern, aber ohne Partner in einem Haushalt. Bei den Eltern wohnen 12,1% ($n = 215$), weitere 5,9% ($n = 105$) leben in einer Wohngemeinschaft und 1,2% ($n = 22$) geben an, in einer anderen Wohnform zu leben.

1723 Personen machten eine Angaben zur Größe ihres Wohnortes (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9. Größe des Wohnortes ($N = 1723$).

<i>Wohnort</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
bis 10.000 Einwohner	469	26,3%
bis 100.000 Einwohner	416	23,4%
bis 500.000 Einwohner	307	17,2%
bis 1.000 Einwohner	211	11,9%
bis 2 Mio. Einwohner	127	7,1%
bis 1 Mio. Einwohner	100	5,6%
über 2 Mio. Einwohner	93	5,2%

1780 Angaben zur höchsten abgeschlossenen Ausbildung liegen vor. 23,1% ($n = 412$) gaben an, mit Matura abgeschlossen zu haben; 20,7% ($n = 369$) verfügen über einen Lehrabschluss (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10. Höchste abgeschlossene Ausbildung ($N = 1780$).

<i>Höchste abgeschlossene Ausbildung</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
Matura / Abitur	412	23,1%
Lehre	369	20,7%
Handelsschule / mittlere Reife	324	18,2%
Universität	233	13,1%
Fachhochschule	201	11,3%
Hauptschule	155	8,7%
Diplomlehrgang	57	3,2%
Volksschule / Grundschule	29	1,6%

Hinsichtlich der Angabe zur beruflichen Tätigkeit konnten die Personen aus neun Alternativen wählen. Zusätzlich war es ihnen möglich auch Mehrfachantworten zu geben. Aus der Gesamtstichprobe ($N = 1780$) machten 1764 Personen eine Angabe zu ihrer beruflichen Tätigkeit (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11. Berufliche Tätigkeit (N = 1780).

<i>Berufliche Tätigkeit</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
Angestellter	761	43,1%
in Ausbildung	380	21,6%
sonstiges	288	13,9%
selbstständig / freiberuflich tätig	197	11,2%
Hausfrau / Hausmann	181	10,3%
nicht erwerbstätig	157	8,9%
Arbeiter / Facharbeiter	84	4,8%
in Pension / Rente	84	4,8%
in Karenz / Mutterschutz	24	1,4%

10.1.2 Beschreibung der identifizierten „Diagnosegruppen“

Das Screening im Rahmen der vorliegenden Untersuchung erfolgte mittels PDSR (vgl. Kapitel 7.2.1). Die Diagnosestellung wurde entsprechend der vorgegebenen Auswertungsschritte durchgeführt. Um von einem Vorliegen einer Panikstörung sprechen zu können, mussten insgesamt sechs Bedingungen erfüllt sein.

Die Teilnehmer der Studie konnten zwischen drei verschiedenen Antwortmöglichkeiten bei der Beantwortung der Frage, ob sie schon mindestens einmal eine Panikattacke oder einen plötzlichen Andrang intensiver Furcht oder Angst hatten, wählen: a) „ja, während der letzten 6 Monate“, b) „ja, vor mehr als 6 Monaten“ und c) „nein, noch nie“. Jene, die angaben, noch nie eine Panikattacke gehabt zu haben, wurden in einem frühen Schritt der Datenaufbereitung aus den Analysen ausgeschlossen (siehe Kapitel 10.1).

Von den 1780 Personen der endgültigen Stichprobe gaben 81,2% ($n = 1446$) an, während der letzten sechs Monate eine Panikattacke oder einen plötzlichen Andrang intensiver Furcht oder Angst gehabt zu haben. 18,8% der Stichprobe ($n = 334$) hatten vor mehr als sechs Monaten mindestens einen Angstanfall.

Im Verlauf der Analyse des Screenings zur Identifizierung einer eventuell vorliegenden Panikstörung war es möglich, aus verbleibenden 1689 vollständigen Angaben vier Gruppen zu identifizieren, die in Tabelle 12 dargestellt werden. 37,8% der Personen (n

= 638) erfüllten die Kriterien für eine Panikstörung während der letzten sechs Monate; 6,6% ($n = 112$) erfüllten die Kriterien für eine Diagnose in der Bedingung, vor mehr als sechs Monaten eine Panikattacke gehabt zu haben. Weitere 43,6% der Teilnehmer ($n = 737$) erfüllten die Kriterien für eine Panikstörung nicht, gaben aber an, während der letzten sechs Monate eine Panikattacke gehabt zu haben; 12,0% der Personen ($n = 202$) erfüllten die Diagnose ebenfalls nicht, hatten aber eine Panikattacke vor mehr als sechs Monaten erlebt.

Tabelle 12. Die vier mittels PDSR gescreenten Gruppen ($n = 1689$).

<i>Diagnosegruppen</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
„PDSR erfüllt, PA während der letzten 6 Monate“	638	37,8%
„PDSR erfüllt, PA vor mehr als 6 Monaten“	112	6,6%
„PDSR nicht erfüllt, PA während der letzten 6 Monate“	737	43,6%
„PDSR nicht erfüllt, PA vor mehr als 6 Monaten“	202	12,0%

Anmerkungen. PDSR = Panic Disorder Self Report; PA = Panikattacke.

Mittels χ^2 -Test wurde untersucht, ob sich die vier Gruppen bezüglich der Verteilung des Geschlechts unterscheiden. Es zeigten sich allerdings keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2(3, n = 1689) = 4,778, p = 0,189$). Es zeigten sich auch keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich des Summenwertes der PDSR: Frauen unterscheiden sich nicht signifikant von Männern, weder in der Bedingung, eine Panikattacke während der letzten sechs Monate gehabt zu haben ($t(1178) = 0,836, p = 0,403$), noch vor mehr als sechs Monaten ($t(280) = 0,709, p = 0,479$).

Im Rahmen der Untersuchung wurde erfragt, ob bei den Personen die Diagnose einer Angsterkrankung und/oder einer anderen psychischen und/oder körperlichen Erkrankung gestellt wurde. Auf die Frage, ob die Teilnehmer ($n = 1752, 98,4\%$) wissen an welcher Form der Angststörung sie leiden, antwortet die Mehrheit mit der Diagnose Panikstörung ($n = 500, 28,1\%$) bzw. Generalisierte Angststörung ($n = 340, 19,1\%$). 3,4% ($n = 60$) der Personen leiden an einer Agoraphobie. Das Vorliegen einer sozialen Phobie geben 5,4% der Personen ($n = 96$) an, 1,6% ($n = 29$) leiden an einer spezifischen Phobie und 3,5% ($n = 62$) leiden an einer anderen Form der Angststörung (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13. Angaben zum wissentlichen Vorliegen einer Angststörung ($n = 1752$).

<i>Formen der Angststörung</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
Panikstörung	500	28,1%
Generalisierte Angststörung	340	19,1%
Soziale Phobie	96	5,4%
Agoraphobie	60	3,4%
Spezifische Phobie	29	1,6%
andere Angststörung	62	3,5%

Die Frage, ob bei den teilnehmenden Personen auch andere körperliche und/oder psychische Erkrankungen diagnostiziert wurden, bejahen 32,0% ($n = 570$), während diese von 66,6% ($n = 1186$) verneint werden.

Von 98,4% der Personen ($n = 1752$) aus der Gesamtstichprobe ($N = 1780$) gaben 13,1% ($n = 233$) an, eine Form der Depression bzw. eine bipolare Störung oder das Phänomen Bournout aufzuweisen. Von den 98,4% der Stichprobe ($n = 1752$) berichteten 3,0% ($n = 54$), an einer Posttraumatischen Belastungsstörung, einer Anpassungsstörung oder einem Schock zu leiden. An diversen anderen somatischen Erkrankungen, wie Asthma, Darmerkrankungen, Migräne und/oder Rückenbeschwerden, leiden 11,7% ($n = 208$) der teilnehmenden Personen; an einer Herzerkrankung oder an Blutdruckbeschwerden leiden 5,1% ($n = 90$), und an einer Schilddrüsenerkrankung leiden 3,8% ($n = 67$) (siehe Tabelle 14).

Zusätzlich wurde die Anzahl der psychischen und körperlichen Komorbiditäten der Untersuchungsteilnehmer erhoben. Von 98,4% ($n = 1752$) der Gesamtstichprobe ($N = 1780$) gibt die Mehrheit der Personen an, keine weitere psychische ($n = 1400$, 78,7%) oder körperliche ($n = 1442$, 81,0%) Erkrankung zu haben. Mindestens eine weitere psychische Störung zu haben, geben 16,0% der Personen ($n = 284$) an; eine weitere körperliche Erkrankung 12,2% ($n = 218$).

Tabelle 14. Angaben zu komorbiden psychischen und körperlichen Erkrankungen ($N = 1752$).

<i>Komorbiditäten</i>	<i>Häufigkeiten</i>	<i>Prozent der Fälle</i>
Depression / bipolare Störung / Burnout	233	13,1%
Persönlichkeitsstörung	56	3,1%
Posttraumatische Belastungsstörung / Anpassungsstörung / Schock	54	3,0%
Anorexie / Bulimie	27	1,5%
Somatisierungsstörung (Hypochondrie, Schlafstörung)	21	1,2%
Psychose / dissoziative Störung	20	1,1%
Zwangsstörung	17	1,0%
Suchtproblematik	7	0,4%
andere somatische Erkrankungen (z.B. Asthma, Darmerkrankung, Migräne,...)	208	11,7%
Herzerkrankung oder erhöhter Blutdruck	90	5,1%
Schilddrüsenerkrankung(en)	67	3,8%

Zu einigen der Angaben zu vermutlich vorliegenden Diagnosen wurden Kreuztabellen bezüglich der vier identifizierten Diagnosegruppen erstellt. Die Häufigkeiten der Diagnosen Panikstörung, Agoraphobie sowie Panikstörung und Agoraphobie sind in Tabelle 15 dargestellt. Der χ^2 -Test zeigte, dass sich diese vier Gruppen hinsichtlich der Angabe der Diagnose einer Panikstörung signifikant unterscheiden ($\chi^2(3, N = 1664) = 40,885, p < 0,001$). Jene Personen, die die Kriterien nach dem PDSR erfüllen, scheinen auch deutlich häufiger tatsächlich über eine solche Diagnose zu verfügen. Die vier identifizierten Gruppen unterscheiden sich allerdings nicht hinsichtlich der Diagnose Agoraphobie voneinander ($\chi^2(3, N = 1665) = 6,457, p = 0,091$).

Tabelle 15. Häufigkeiten der Diagnosen zu Panikstörung und Agoraphobie getrennt nach den vier Diagnosegruppen.

<i>Diagnosen</i>	<i>gescreente Diagnosegruppen</i>			
	PDSR erfüllt, w16	PDSR erfüllt, vm6	PDSR nicht erfüllt, w16	PDSR nicht erfüllt, vm6
Panikstörung	37,3% (234)	30,4% (34)	24,1% (175)	18,1% (36)
Agoraphobie	3,5% (22)	7,2% (8)	3,0% (22)	2,0% (4)
Panikstörung und Agoraphobie	6,0% (14)	11,8% (4)	6,4% (11)	2,8% (1)

Anmerkung. PDSR erfüllt, w16 = „PDSR erfüllt, PA während der letzten 6 Monate“; PDSR erfüllt, vm6 = „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“; PDSR nicht erfüllt, w16 = „PDSR nicht erfüllt, PA während der letzten 6 Monate“; PDSR nicht erfüllt, vm6 = „PDSR nicht erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“.

In Tabelle 16 finden sich die Häufigkeiten zu den Angaben der Diagnosen Generalisierte Angststörung, soziale Phobie, spezifische Phobie und affektive Störung.

Tabelle 16. Häufigkeiten der Diagnosen von anderen Angststörungen getrennt nach den vier Diagnosegruppen.

<i>Diagnosen</i>	<i>gescreente Diagnosegruppen</i>			
	PDSR erfüllt, w16	PDSR erfüllt, vm6	PDSR nicht erfüllt, w16	PDSR nicht erfüllt, vm6
Generalisierte Angststörung	24,0% (151)	25,9% (29)	16,6% (120)	13,6% (27)
soziale Phobie	6,1% (38)	6,3% (7)	5,0% (36)	4,5% (9)
spezifische Phobie	1,8% (11)	0,9% (1)	1,7% (12)	1,0% (2)
affektive Störung	13,7% (86)	16,2% (18)	12,7% (92)	14,5% (29)

Anmerkung. PDSR erfüllt, w16 = „PDSR erfüllt, PA während der letzten 6 Monate“; PDSR erfüllt, vm6 = „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“; PDSR nicht erfüllt, w16 = „PDSR nicht erfüllt, PA während der letzten 6 Monate“; PDSR nicht erfüllt, vm6 = „PDSR nicht erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“.

10.1.3 Störungsspezifische Merkmale

In Tabelle 17 sind die Symptome dargestellt, die im Rahmen des Diagnosescreenings PDSR erhoben wurden.

Tabelle 17. Häufigkeiten der Symptome

<i>Symptome</i>	<i>Häufigkeiten</i>	<i>Prozent der Fälle</i>
Starkes Herzklopfen oder Herzrasen	1626	91,3%
Kurzatmigkeit oder Beklemmungsgefühle	1462	82,1%
Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit oder Gefühl ohnmächtig zu werden	1446	81,2%
Zittern oder Beben	1406	79,0%
Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden	1306	73,4%
Schwitzen	1287	72,3%
Hitzewallungen oder Kälteschauer	1154	64,8%
Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden	1101	61,9%
Gefühl der Unwirklichkeit oder des Losgelöst-Seins	1096	61,6%
Todesangst / Angst zu sterben	1095	61,5%
Schmerzen oder Engegefühl in der Brust	1015	57,0%
Taubheits- oder Kribbelgefühle	895	50,3%
Erstickungsgefühle	894	50,2%

Die Auswertung der Angaben unter der Rubrik „Sonstiges“ im Rahmen der Symptombefragung ergab, dass von 1779 Teilnehmern (99,9%) 38 Personen (2,1%) angaben, Probleme mit den Sinnen zu haben, etwa mit dem Sehen, dem Hören oder der Wahrnehmung allgemein. 30 Personen (1,7%) berichteten von Starre, Steifheit, Bewegungslosigkeit und Verspannungen, weitere 20 (1,1%) litten an Weinkrämpfen und Weinen, und weitere 36 Personen (2,0%) hatten Beschwerden beim Schlucken und einen trockenen Mund. Erhöhten Harndrang verspürten 18 Personen (1,0%), weitere 16 (0,9%) hatten Kopfschmerzen bzw. einen erhöhten Druck im Kopf. 16 Teilnehmer (0,9%) litten unter dem Verlust von Antrieb und Energie. Diese berichteten von

Schlafproblemen, Appetit- und Lustlosigkeit. Weitere 42 Personen (2,4%) gaben unter „Sonstiges“ Emotionen und Kognitionen an, die durch die Panik hervorgerufen wurden.

Im Rahmen der Befragung der PDSR werden Informationen bezüglich der durch die Symptome bedingten Beeinträchtigung der Alltagsaufgaben und bezüglich des durch die Symptome verursachten Leids eingeholt. In Zusammenhang mit der Frage, wie sehr die Symptome die Alltagsaufgaben der Personen ($n = 1773$, 99,6%) beeinträchtigen, gaben 34,1% ($n = 607$) an, von mittlerer und 29,4% ($n = 524$) von schwerer Beeinträchtigung geplagt zu sein. Als sehr schwer beeinträchtigt werden die Alltagsaufgaben von 17,1% ($n = 304$) der Personen erlebt, während 13,1% ($n = 234$) leichte Beeinträchtigung empfinden, und ein Anteil von nur 5,8% ($n = 104$) keine Beeinträchtigung erfährt. Hinsichtlich des Geschlechts konnten bezüglich der Beeinträchtigung keine Unterschiede festgestellt werden ($\chi^2(4, N = 1773) = 5,327, p = 0,255$). Zwischen den vier identifizierten Diagnosegruppen wurden signifikante Unterschiede ermittelt ($\chi^2(12, N = 1689) = 394,687, p < 0,001$): So überwiegt in den beiden Gruppen, die die Kriterien für eine Panikstörung erfüllen, mittlere bis sehr schwere Beeinträchtigung (siehe Abbildung 4).

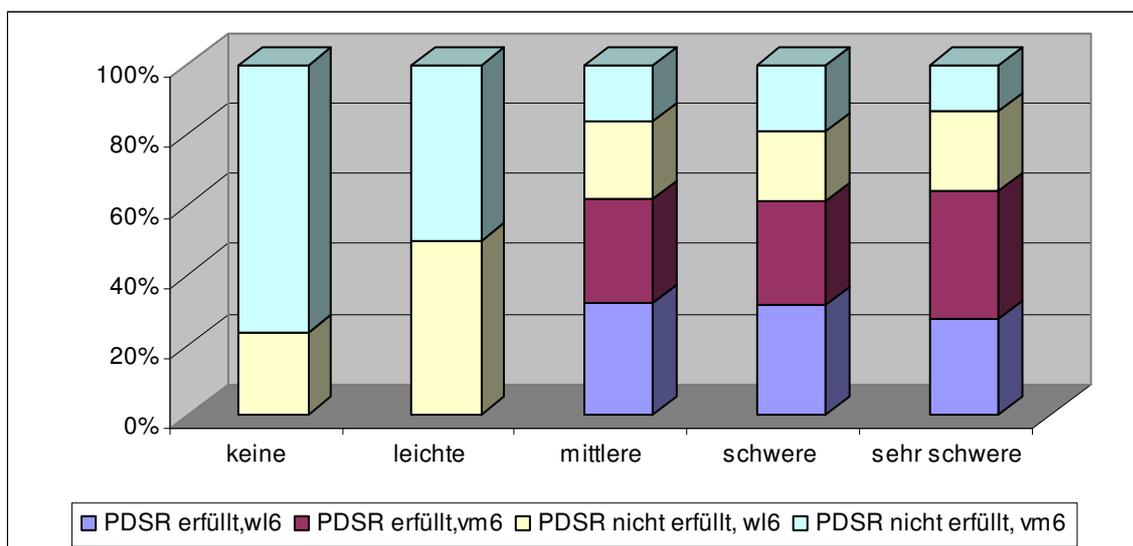


Abbildung 4. Verteilung der Variable Beeinträchtigung bzgl. der vier Diagnosegruppen ($n = 1689$).

Anmerkung. PDSR erfüllt, w16 = „PDSR erfüllt, PA während der letzten 6 Monate“; PDSR erfüllt, vm6 = „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“; PDSR nicht erfüllt, w16 = „PDSR nicht erfüllt, PA während der letzten 6 Monate“; PDSR nicht erfüllt, vm6 = „PDSR nicht erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“.

Im Weiteren wurde erfragt, wie viel Leid diese Symptome für die Stichprobe ($n = 1768$, 99,3%) mit sich bringen. 40,2% der Personen ($n = 715$) empfinden schweres Leid, 22,5% ($n = 401$) empfinden sehr schweres Leid durch die Symptome. Für 500 Personen (28,1%) verursachen die Symptome mäßiges Leid, für einen kleineren Anteil von 6,4% ($n = 1140$) nur wenig Leid, und 2,1% ($n = 38$) empfinden kein Leid. Auch hier unterscheiden sich Männer und Frauen nicht voneinander ($\chi^2(4, N = 1768) = 8,576, p = 0,073$). Hinsichtlich der Gruppenvariablen zeigt sich ein sehr ähnliches Bild wie bei der Variable Beeinträchtigung ($\chi^2(12, N = 1689) = 238,395, p < 0,001$): In den Gruppen, die die Kriterien erfüllen, dominiert mäßiges bis sehr schweres Leid (siehe Abbildung 5).

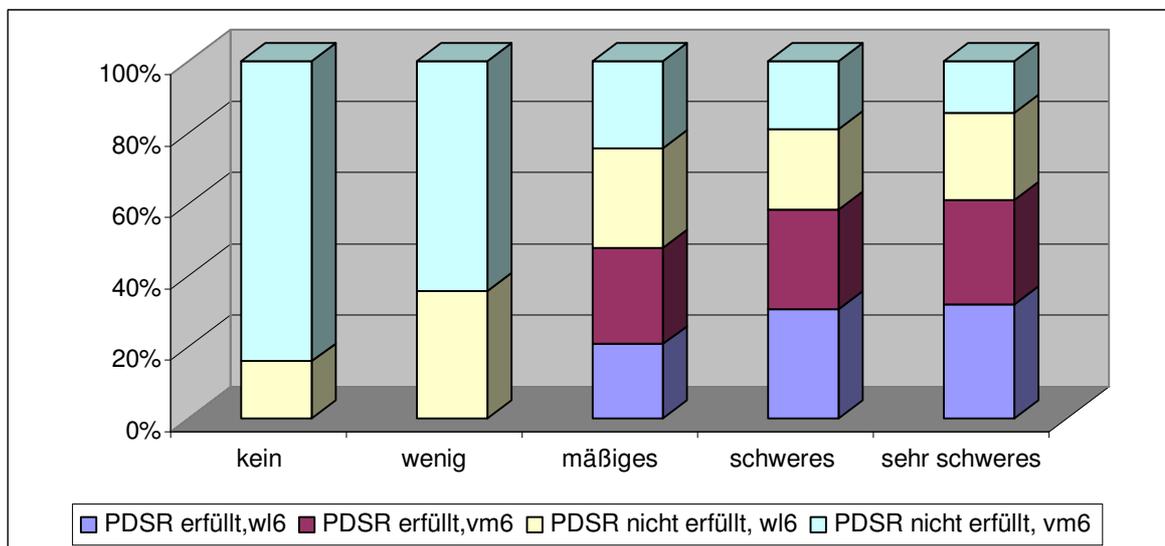


Abbildung 5. Verteilung der Variable Leid bzgl. der vier Diagnosegruppen ($n = 1689$).
Anmerkung. PDSR erfüllt, w6 = „PDSR erfüllt, PA während der letzten 6 Monate“; PDSR erfüllt, vm6 = „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“; PDSR nicht erfüllt, w6 = „PDSR nicht erfüllt, PA während der letzten 6 Monate“; PDSR nicht erfüllt, vm6 = „PDSR nicht erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“.

Die Frage, ob die teilnehmenden Personen direkt vor dem Einsetzen ihrer Panikattacke Drogen oder sehr große Mengen (mehr als vier Tassen am Tag) an stimulierenden Substanzen, wie Kaffee, Tee oder Cola mit Koffein zu sich genommen hatten, bejahten von den insgesamt 1771 Personen 18,0% ($n = 320$). Der Frage, ob jemals eine medizinische Diagnose gestellt wurde, die die Paniksymptome verursachen könnte, wie etwa eine Schilddrüsenüberfunktion, ein Schlaganfall oder bestimmte Herz-Kreislauf-

Erkrankungen, stimmten 16,2% ($n = 289$) der insgesamt 1773 Personen zu, die hierzu eine Angabe machten.

Weiters war von Interesse, wie viele Personen Angaben zu speziell agoraphobischen Merkmalen machten. Folgende Häufigkeiten konnten aus 1766 Angaben ermittelt werden: 52,8% ($n = 940$) haben vor Menschenmengen bzw. Menschenansammlungen deutliche oder anhaltende Angst. 39,2% ($n = 697$) haben Angst, in der Schlange zu stehen, 40,6% ($n = 722$) haben Angst vor öffentlichen Plätzen und Veranstaltungen und 45,5% ($n = 810$) haben Angst, mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren. Angst, das Haus alleine zu verlassen, haben 26,2% ($n = 467$), alleine zu reisen 50,7% ($n = 903$) und Angst vor Reisen mit weiter Entfernung von zu Hause haben ebenfalls 50,7% ($n = 902$). Mittels χ^2 -Tests wurden die agoraphobischen Merkmale in Bezug auf das Geschlecht untersucht, die in Abbildung 6 dargestellt sind. Signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigten sich in zwei Angaben: Frauen machen deutlich häufiger Angaben, wenn es darum geht, das Haus alleine zu verlassen ($\chi^2(1, N = 1766) = 12,715$, $p < 0,001$); sie haben auch deutlich mehr Angst davor, alleine zu reisen ($\chi^2(1, N = 1766) = 6,935$, $p = 0,008$).

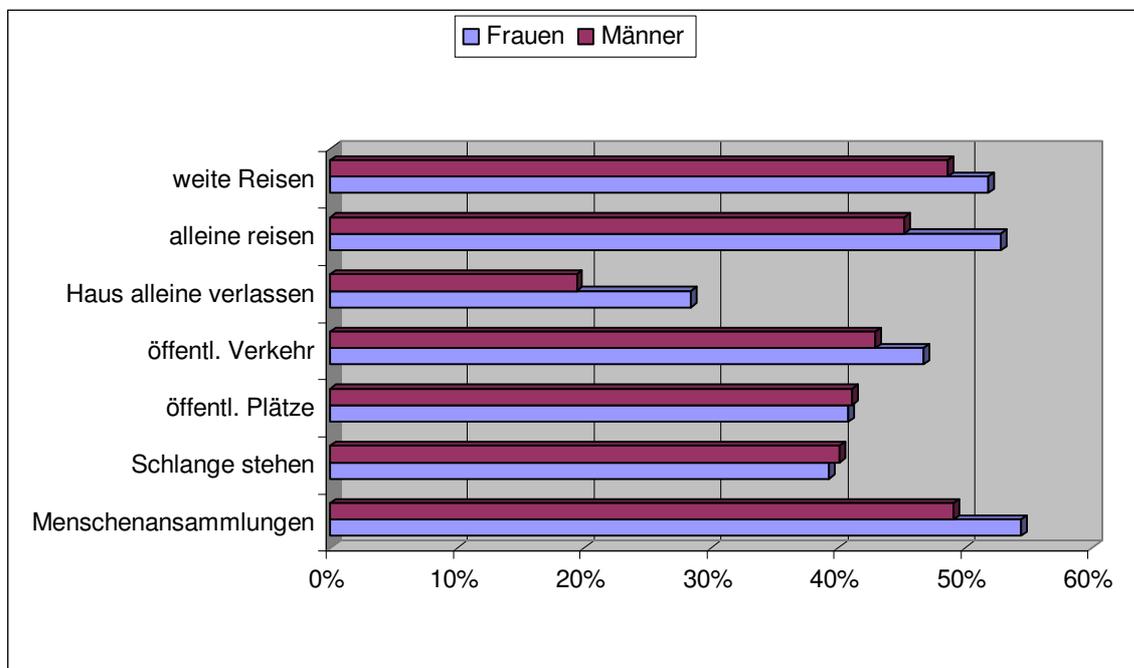


Abbildung 6. Geschlechtervergleich bzgl. agoraphobischer Merkmale ($n = 1766$).

Im Weiteren wurde erhoben, ob die Teilnehmer vor einer/einem oder mehreren angegebenen Situationen oder Objekte übermäßig starke Angst haben. Dabei konnten die Personen mehrere Angaben machen. Von insgesamt 1698 Personen liegen Angaben vor (siehe Tabelle 18). Knapp die Hälfte der Personen ($n = 869$, 48,8%) hat übermäßig starke Angst vor großen Höhen; übermäßig starke Angst mit dem Flugzeug zu fliegen, haben 41,8% ($n = 744$), und weitere 38,2% ($n = 680$) haben Angst davor, vor fremden Menschen zu sprechen.

Von insgesamt 1748 Studienteilnehmern (98,2%) der Gesamtstichprobe ($N = 1780$) vermeiden 69,8% ($n = 1243$) der Personen die oben genannten Situationen und Objekte, während 24,2% ($n = 431$) diese nicht vermeiden. 4,2% ($n = 74$) geben an, vor keiner dieser Situation bzw. vor keinem dieser Objekte Angst zu haben. Auf die Frage, wie wichtig diese Situationen und Objekte sind, die vermieden werden, geben von den insgesamt 1743 Personen (97,9%) 6,9% ($n = 123$) an, diese seien extrem wichtig, weitere 26,3% ($n = 468$) geben an, diese seien sehr wichtig, und 36,8% ($n = 655$) geben an, diese seien mittelgradig wichtig für sie. Für 11,3% ($n = 201$) scheinen diese Situationen und Objekte nicht besonders wichtig zu sein, für 2,4% ($n = 42$) scheinen diese sogar unwichtig, während 14,3% ($n = 254$) keine Situation bzw. kein Objekt vermeiden. Von 1760 Personen (98,9%) sind 69,3% ($n = 1233$) der Meinung, ihre Angst bzw. ihr Vermeidungsverhalten sei übertrieben und unvernünftig, während 25,8% ($n = 460$) dies verneinen. Hinsichtlich des Geschlechts konnten mittels χ^2 -Test keine Unterschiede in diesen Variablen festgestellt werden, weder was die Vermeidung ($\chi^2(2, N = 1748) = 5,580, p = 0,061$), die Wichtigkeit der Situationen oder Objekte ($\chi^2(5, N = 1743) = 8,816, p = 0,117$) noch die Übertriebenheit der Angst ($\chi^2(2, N = 1760) = 6,298, p = 0,043$) betrifft. Bezüglich der vier identifizierten Gruppen zeigten sich signifikante Unterschiede: Personen der Gruppe „PDSR erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“ ($n = 482, 76,9\%$) vermeiden viel häufiger die Situationen oder Objekte, die ihnen Angst bereiten, als etwa die Personen der Gruppe „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“ ($n = 73, 67,6\%$) bzw. der Gruppe „PDSR nicht erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“ ($n = 492, 67,6\%$) ($\chi^2(2, N = 1660) = 20,505, p = 0,002$). Diese Situationen und Objekte sind für die Gruppe „PDSR erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“ ($n = 199, 31,8\%$) sehr wichtig, im Gegensatz zu den Gruppen „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“ ($n = 20, 18,2\%$) und „PDSR nicht erfüllt, PA

während der letzten sechs Monate“ ($n = 182, 25,2\%$) ($\chi^2(15, N = 1655) = 40,269, p < 0,001$). Diese Gruppe ($n = 480, 75,8\%$) hält ihre Angst und ihr Vermeidungsverhalten für übertriebener ($\chi^2(6, N = 1672) = 24,954, p < 0,001$) als jene Personen, die die Kriterien nicht erfüllten („PDSR nicht erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“: $n = 499, 68,5\%$; „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“: $n = 118, 59,0\%$).

Tabelle 18. Situationen und Objekte, die Angst verursachen ($n = 1698$).

<i>Situationen und Objekte</i>	<i>Häufigkeiten</i>	<i>Prozent der Fälle</i>
große Höhen	869	48,8%
mit einem Flugzeug fliegen	744	41,8%
vor fremden Menschen sprechen	680	38,2%
geschlossene, enge Räume	673	37,8%
Zahnarzt, Zahnbehandlung	573	32,2%
(tiefes) Wasser	550	30,9%
Prüfungen	544	30,6%
Tunnel	544	30,6%
Erwerb einer Krankheit, Bakterien	518	29,1%
mit dem Fahrstuhl fahren	490	27,5%
Dunkelheit	459	25,8%
Tiere (z.B. Hunde, Spinnen, Schlangen, Insekten)	409	23,0%
Anblick von Blut oder Verletzungen	337	18,9%
Stürme, Gewitter	323	18,1%
Spritzen	253	14,2%
auf öffentlichen Toiletten urinieren	113	6,3%
spezifische oder soziale Situationen	77	4,3%
Auto Fahren	60	3,4%
Verlustangst, Einsamkeit	50	2,8%
Fluchtgedanke, Erwartungsangst, Sicherheitsdenken	28	1,6%
Tod / Sterben, Unfälle	28	1,6%
andere Ärzte, Krankenhäuser, Medikamente,...	21	1,2%
Arbeitsplatz, Kollegen, Vorgesetzter,...	21	1,2%
Emetophobie	9	0,5%

Es wurde im Rahmen der Untersuchung auch erhoben, ob sich die teilnehmenden Personen momentan aufgrund ihrer Angsterkrankung in Behandlung befinden. Von den insgesamt 1769 Personen, die eine Angabe machten, befinden sich mehr als die Hälfte der Teilnehmer in Behandlung ($n = 925$, 52,3%). Im Gegensatz dazu befinden sich 47,7% ($n = 844$) nicht in Behandlung.

Im Weiteren wurde erhoben, welche Behandlungsformen in Anspruch genommen wurden. Bezogen auf die Gesamtstichprobe ($N = 1780$) wurde eine medizinische, medikamentöse bzw. psychiatrische Behandlung von 29,0% ($n = 517$), eine psychologische oder psychotherapeutische Behandlung von 35,5% ($n = 632$) und „alternative Heilmethoden“ von 10,0% ($n = 178$) der Teilnehmer in Anspruch genommen. Mittels χ^2 -Test wurde ermittelt, ob sich die vier identifizierten Diagnosegruppen in ihrer Wahl der Behandlungsform unterscheiden. Dabei konnten allerdings keine Unterschiede festgestellt werden, weder im Bereich der medizinischen, medikamentösen bzw. psychiatrischen Behandlung ($\chi^2(3, N = 890) = 10,579$, $p = 0,014$), noch bei psychologischen oder psychotherapeutischen Maßnahmen ($\chi^2(3, N = 891) = 5,068$, $p = 0,167$), aber auch nicht bei alternativen Heilmethoden ($\chi^2(3, N = 892) = 2,838$, $p = 0,417$). Die Verteilung der Geschlechter zeigt, dass Männer ($n = 129$, 63,2%) häufiger als Frauen ($n = 388$, 53,0%) zu medizinisch, medikamentösen bzw. psychiatrischen Behandlungsformen greifen ($\chi^2(1, N = 936) = 6,752$, $p = 0,009$). Bezüglich psychologischer oder psychotherapeutischer Maßnahmen gibt es keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern ($\chi^2(1, N = 937) = 3,838$, $p = 0,050$); im Vergleich zu Männern ($n = 23$, 11,3%) wählen Frauen ($n = 155$, 21,1%) häufiger „alternative Heilmethoden“ ($\chi^2(1, N = 938) = 10,058$, $p = 0,002$) (siehe Abbildung 7).

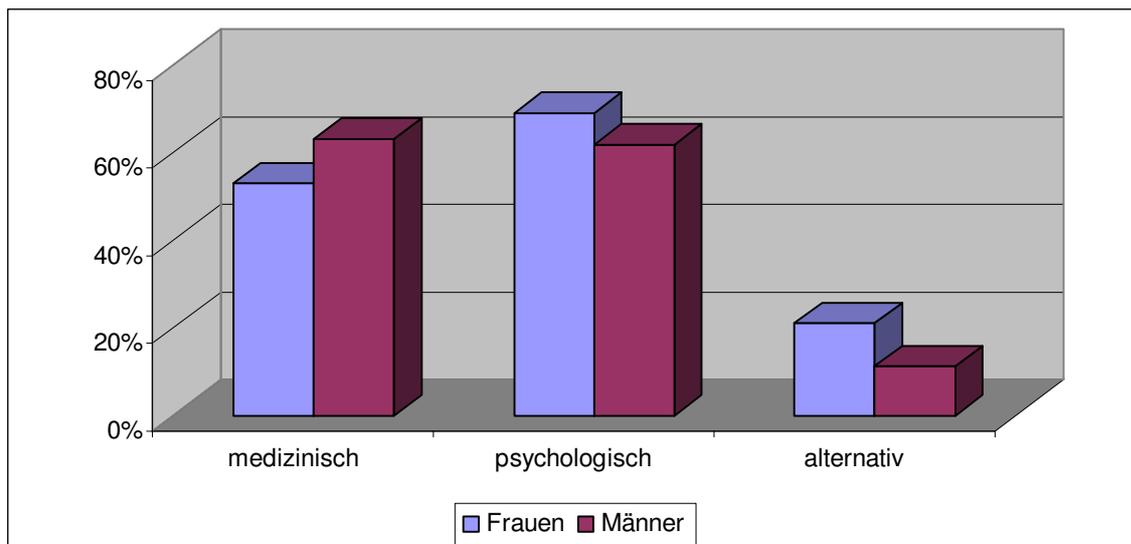


Abbildung 7. Inanspruchnahme einer Behandlung getrennt nach Geschlecht ($n = 938$).

Die Teilnehmer der Untersuchung wurden gefragt, ob sie aufgrund ihrer Angst und Panik aktiv nach Unterstützung suchen. Von 1768 Personen bejahen 73,2% ($n = 1294$) diese Frage, während 26,8% ($n = 474$) diese verneinen. Weiters wurde erhoben, um welche Art der Unterstützung es sich dabei handelt. Dabei war es den Teilnehmern möglich, mehrere Angaben zu machen. So zeigt sich, dass von den insgesamt 1280 Personen, die hier Angaben tätigten, der Großteil ($n = 848$, 66,3%) Unterstützung bei der eigenen Familie und/oder bei Freunden sucht, gefolgt von der Suche nach Unterstützung in Online-Foren und/oder Newsgroups ($n = 662$, 51,8%). 18,3% ($n = 234$) suchen nach Unterstützung in Online-Chats mit fremden Personen oder beratenden Experten, und 11,3% ($n = 145$) suchen nach Unterstützung in Online-Chats mit Freunden, Verwandten oder Bekannten. Lediglich 5,0% ($n = 64$) nehmen an einer Selbsthilfegruppe in der eigenen Umgebung teil, 4,7% der Personen ($n = 84$) geben an, nach Unterstützung durch einen Psychologen oder Psychotherapeuten zu suchen; 2,0% ($n = 36$) suchen nach Hilfe bei einem Arzt oder Psychiater. Ein relativ kleiner Anteil ($n = 12$, 0,7%) sucht nach Online-Informationen, die unterstützen oder helfen können. Alternative Heilmethoden und Seminare scheinen für 1,0% ($n = 17$) der Teilnehmer unterstützend zu sein, 1,5% ($n = 27$) suchen nach Unterstützung in Literatur und Büchern. Auf der Suche nach psychosozialer Unterstützung bzw. kurz vor Inanspruchnahme einer Unterstützungsform, etwa bei einem Psychologen oder Psychotherapeuten, stehen 3,4% ($n = 60$) der teilnehmenden Personen. Mittels χ^2 -Test

wurde untersucht, ob Männer und Frauen unterschiedlich häufig die verschiedenen Unterstützungsmaßnahmen in Anspruch nehmen. Einzig Familie oder Freunde werden von 68,6% der Frauen ($n = 690$) signifikant häufiger zur Unterstützung herangezogen als von Männern ($n = 158$, 57,7%) ($\chi^2(1, N = 1280) = 11,494, p = 0,001$) (siehe Abbildung 8). Hinsichtlich der vier identifizierten Panik-Gruppen zeigten sich bezüglich der Online-Foren oder Newsgroups signifikante Unterschiede: Diese werden häufiger von der Gruppe „PDSR erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“ ($n = 293$, 55,2%) in Anspruch genommen, während dieser Internet-Dienst von jenen der Gruppe „PDSR nicht erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“ am wenigsten genutzt wird ($n = 36$, 35,6%) ($\chi^2(3, N = 1215) = 13,459, p = 0,004$). Diese Unterschiede zeigen sich auch bezüglich Online-Chats mit fremden Personen oder beratenden Experten: Diese werden auch häufiger von der Gruppe „PDSR erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“ ($n = 108$, 20,3%) genutzt als von der Gruppe „PDSR nicht erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“ ($n = 10$, 9,9%) ($\chi^2(3, N = 1216) = 11,494, p = 0,009$).

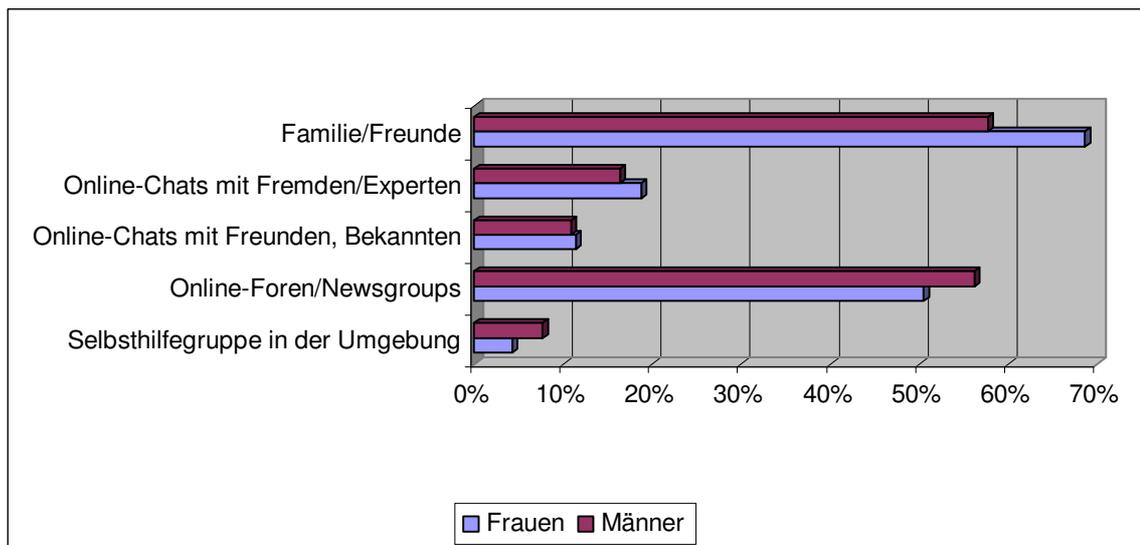


Abbildung 8. Suchen nach Unterstützung getrennt nach Geschlecht ($n = 1280$).

Von Interesse war es auch zu erheben, ob die Teilnehmer Informationen zum Thema Angst und Panik einholen und aus welcher Quelle sie diese vorrangig beziehen. Von den insgesamt 1767 Personen holen 86,6% ($n = 1542$) Informationen ein. Von den insgesamt 1543 Personen, die hierzu eine Angabe machten, beziehen 34,7% ($n = 535$) die Informationen vorrangig durch die Online-Suche auf entsprechenden

Informationsseiten im Internet, gefolgt von der Informationssuche in spezieller Fachliteratur, wie zum Beispiel in Büchern oder Zeitschriften ($n = 293$, 19,0%). 13,4% ($n = 207$) beziehen Informationen durch das Aufsuchen eines Arztes bzw. Experten des Vertrauens. Durch den Austausch mit der Familie, Freunden oder Bekannten informieren sich 13,6% ($n = 210$), und weitere 9,5% ($n = 147$) informieren sich durch den Austausch mit anderen Betroffenen. Informationen durch den Austausch in Online-Chats beziehen 2,5% ($n = 38$) der Teilnehmer, während 6,4% ($n = 98$) Informationen in Foren und/oder Newsgroups zum Thema Angst und Panik beziehen. Mittels χ^2 -Test konnte festgestellt werden, dass zwischen den vier identifizierten Gruppen keine Unterschiede bestehen ($\chi^2(21, N = 1464) = 31,503, p = 0,066$), aber zwischen den Geschlechtern ($\chi^2(7, N = 1543) = 40,513, p < 0,001$): Auf der Suche nach Informationen auf entsprechenden Internetseiten (Männer: $n = 147$, 44,1%; Frauen: $n = 388$, 32,1%) und auf der Informationssuche in spezieller Fachliteratur (Männer: $n = 68$, 20,4%; Frauen: $n = 225$, 18,6%) befinden sich häufiger Männer als Frauen. Nach Informationen durch den Austausch in Online-Chats (Männer: $n = 2$, 0,6%; Frauen: $n = 36$, 3,0%), mit der Familie, Freunden, Bekannten (Männer: $n = 24$, 7,2%; Frauen: $n = 186$, 15,4%) oder anderen Betroffenen (Männer: $n = 17$, 5,1%; Frauen: $n = 130$, 10,7%) suchen mehr Frauen als Männer (siehe Abbildung 9).

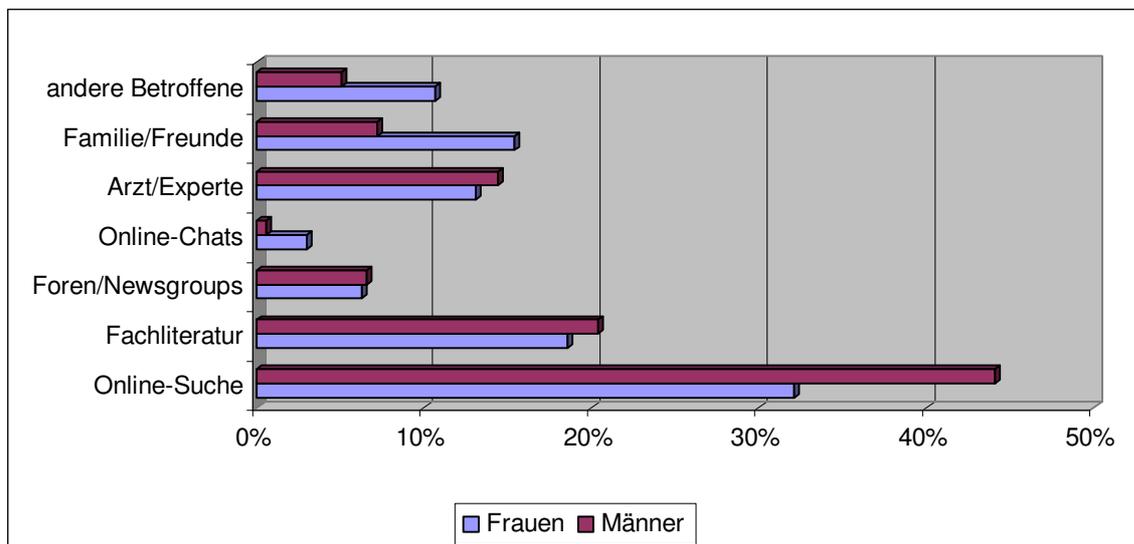


Abbildung 9. Einholen diverser Informationen getrennt nach Geschlecht ($n = 1543$).

10.2 Faktorenanalytische Überprüfung des CAQ

Um die mittels CAQ erfassten Copingstrategien der erhobenen Population in ihren Dimensionen zu überprüfen, wurden Faktorenanalysen mittels Hauptkomponentenanalyse und anschließender Varimax-Rotationsmethode durchgeführt.

Um zu klären, ob und wie gut sich die Variablen für ein faktorenanalytisches Modell zusammensetzen, wurde das Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin (KMO-Maß) herangezogen. Der Wert von 0,868 bedeutet, dass sich die vorliegenden Variablen für die Durchführung einer Faktorenanalyse eignen. Weiters wurde ein Test auf Sphärizität mit Hilfe des Bartlett-Tests durchgeführt, welcher die Nullhypothese prüft, dass in der Grundgesamtheit alle Korrelationen zwischen den Variablen gleich Null sind, d.h. die Korrelationen, die sich im Rahmen dieser Untersuchung ergeben, wären nur zufällig für diese Stichprobe. Mit einer Signifikanz von $p < 0,001$ kann diese Nullhypothese allerdings verworfen werden. Die Korrelationen bestehen zumindest für einige Variablen auch in der Grundgesamtheit (Brosius, 2006).

In einem ersten Schritt ergaben sich sechs Faktoren, deren Eigenwerte größer als eins waren. Dieses Kriterium wurde aber nicht zur alleinigen Identifizierung einer passenden Faktorenanzahl herangezogen, sondern auch der Scree-Test, welcher den Eigenwerteverlauf grafisch darstellt. Hier zeigte sich ein deutlicher Knick nach den ersten drei bzw. auch nach dem vierten und fünften Faktor. Da sich die inhaltliche Zusammensetzung der Items im Rahmen der Fünf-Faktorenlösung am passendsten herausstellte, wurde diese Variante für die vorliegende Untersuchung gewählt.

Die fünf Faktoren erklären insgesamt einen Varianzanteil von 51,7%. Die einzelnen Items, die zu Skalen zusammengefasst wurden, werden mit ihren jeweiligen Faktorladungen in den Tabellen 19 bis 23 angeführt. Der erste Faktor mit der Bezeichnung „Ablenkung“ erklärt 11,7% der Varianz. Als Maß für die Reliabilität wurde das Cronbachs Alpha herangezogen, welches für den ersten Faktor 0,76 beträgt.

Tabelle 19. Ladungen des Faktors „Ablenkung“.

<i>Faktor 1 „Ablenkung“</i>	<i>Ladung</i>
21. Ich versuche, alles aus meinen Gedanken auszublenden.	0,70
23. Ich versuche, jegliche Angstsymptome zu ignorieren, die ich erleben könnte.	0,65
17. Ich versuche, nicht darüber nachzudenken, wie ich mich fühle.	0,65
5. Ich versuche abzuschalten und alles zu ignorieren.	0,65
20. Ich versuche, alles aus meinen Gedanken auszublenden.	0,59

Der zweite Faktor kann als „effektives Coping“ bezeichnet werden. Dieser erklärt 11,2% der Varianz. Das Cronbachs Alpha liegt hier bei einem Wert von 0,78.

Tabelle 20. Ladungen des Faktors „effektives Coping“.

<i>Faktor 2 „effektives Coping“</i>	<i>Ladung</i>
1. Ich sage mir, dass ich die Situation bewältigen kann.	0,64
6. Ich erinnere mich, dass ich keinen Schaden nehmen werde.	0,58
16. Ich gehe Dinge schrittweise an und wende mich etwas Schwierigerem zu, wenn ich mich imstande fühle, es zu bewältigen.	0,56
18. Ich versuche einen klaren Kopf zu bewahren und logisch zu denken.	0,55
14. Ich gehe so langsam und so locker wie ich kann.	0,54
25. Ich stelle mir eine Zeit/Situation vor, in der ich mich ruhig und entspannt fühle.	0,52
10. Ich versuche, mich zu entspannen und meine Angst zu kontrollieren.	0,50
8. Ich versuche, mich an Ratschläge zu erinnern, wie Panik zu bewältigen ist.	0,47

Der erklärte Varianzanteil für den dritten Faktor, der als „Aufmerksamkeitslenkung nach Außen“ betitelt wurde, liegt bei 10,0%. Die Reliabilität beträgt 0,73.

Tabelle 21. Ladungen des Faktors „Aufmerksamkeitslenkung nach Außen“.

<i>Faktor 3 „Aufmerksamkeitslenkung nach Außen“</i>	<i>Ladung</i>
19. Ich fixiere meine Augen auf etwas und konzentriere mich darauf.	0,76
11. Ich finde etwas, worauf ich meinen Blick richte, um meine Gedanken von Dingen abzuwenden.	0,72
3. Ich konzentriere mich auf das, was um mich herum geschieht.	0,63
7. Ich lasse meine Augen umherschweifen und schaue, wo ich bin und was passiert.	0,60

Der Faktor „Selbstaufmerksamkeit“ erklärt 9,6% der Varianz und ergibt ein Cronbachs Alpha von 0,77.

Tabelle 22. Ladungen des Faktors „Selbstaufmerksamkeit“.

<i>Faktor 4 „Selbstaufmerksamkeit“</i>	<i>Ladung</i>
12. Ich achte genau darauf, wie mein Körper reagiert.	0,82
4. Ich überprüfe meinen Körper auf Warnsignale einer Panik.	0,79
9. Ich bemerke körperliche Empfindungen und Symptome (Kribbeln, Benommenheit etc.).	0,74

Der fünfte Faktor mit der Bezeichnung „Flucht und Vermeidung“ erklärt 9,3% der Varianz. Dessen Reliabilität liegt mit 0,62 deutlich niedriger als die zuvor erwähnten Faktoren.

Zusammenfassend liefert die vorliegende Untersuchung ein zufriedenstellendes Ergebnis bezüglich der identifizierten Copingstrategien. Wie sehr sich die gescreenten Diagnosegruppen hinsichtlich dieser identifizierten Copingstrategien unterscheiden und wie sehr diese mit den anderen Konstrukten zusammenhängen, wird in den folgenden Kapiteln näher beleuchtet.

Tabelle 23. Ladungen des Faktors „Flucht und Vermeidung“.

<i>Faktor 5 „Flucht und Vermeidung“</i>	<i>Ladung</i>
24. Ich stelle mir vor, mich von allem, was auch immer mich ängstlich macht, wegzubewegen.	0,66
15. Ich verlasse die Situation so schnell ich kann.	0,66
22. Ich richte meinen Blick nach unten und vermeide es, mich umzusehen.	0,61
2. Ich sehe mich nach Wegen um, damit ich der Situation entkommen kann.	0,51
13. Ich tue so, als ob ich woanders wäre.	0,44

10.3 Ergebnisse bezüglich der erhobenen Konstrukte

An dieser Stelle soll erwähnt werden, wie viele Personen die jeweiligen Testverfahren zur Erfassung der psychologischen Konstrukte vollständig ausgefüllt haben. Insgesamt können die vollständigen Daten von 1700 Personen aus der Befragung zu ihren angstbezogenen Kognitionen (ACQ) einer Analyse unterzogen werden. Wurde hier ein Item in den jeweiligen Skalen nicht ausgefüllt, wurde es durch Interpolation hinzugefügt. Den Fragebogen zum Coping (CAQ) haben 1608 Personen vollständig ausgefüllt. Wurde ein Item nicht ausgefüllt bzw. vergessen zu beantworten, wurde dieses ebenfalls durch Interpolation bei drei von fünf Skalen ergänzt. Insgesamt haben 1633 Personen den Fragebogen zur allgemeinen Selbstwirksamkeit (ASWE) beantwortet. Durch Interpolation konnten hier zwei fehlende Items ersetzt werden. Den Fragebogen zur emotionalen Selbstwirksamkeit (ESWE) haben 1432 Personen vollständig ausgefüllt. Auch hier wurden durch Interpolation fehlende Items bei einigen Skalen ergänzt.

10.3.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Zunächst interessiert, ob sich Männer und Frauen hinsichtlich ihrer angstbezogenen Kognitionen, ihrer Bewältigungsstrategien sowie ihrer allgemeinen und emotionalen

Selbstwirksamkeit unterscheiden. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede wurden mittels *t*-Test für unabhängige Stichproben untersucht.

Im Bereich der „körperlichen Krisen“ gibt es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede ($t(678,201) = 1,809, p = 0,071$), während sich im Bereich des „Kontrollverlustes“ Männer und Frauen unterscheiden ($t(1707) = 3,526, p < 0,001$). Frauen weisen mit einem Mittelwert von 2,45 ($SD = 0,86$) einen deutlich höheren „Kontrollverlust“ auf als Männer ($M = 2,28, SD = 0,84$). Die Nullhypothese (1.1) wird somit für die Skala „körperlich Krisen“ beibehalten, während sie für die Skala „Kontrollverlust“ verworfen wird.

Es zeigte sich, dass bei allen fünf Copingstrategien keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen existieren („Ablenkung“: $t(1668) = 0,002, p = 0,999$; „effektives Coping“: $t(1661) = 0,267, p = 0,789$; „Aufmerksamkeitslenkung nach Außen“: $t(1634) = 0,652, p = 0,515$; „Selbstaufmerksamkeit“: $t(1707) = -0,193, p = 0,847$; „Flucht und Vermeidung“: $t(1667) = 1,437, p = 0,151$). Die Nullhypothese (1.2) wird somit beibehalten (siehe Tabelle 24).

Tabelle 24. Mittelwerte in den Copingstrategien des CAQ getrennt nach Geschlecht.

<i>Copingstrategie</i>	<i>Geschlecht</i>	<i>N</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>SD</i>
„Ablenkung“	Frauen	1308	46,56	21,78
	Männer	362	46,56	22,07
„effektives Coping“	Frauen	1303	55,06	18,34
	Männer	360	54,77	19,04
„Aufmerksamkeitslenkung nach Außen“	Frauen	1284	48,16	23,35
	Männer	352	47,25	23,52
„Selbstaufmerksamkeit“	Frauen	1338	71,01	25,12
	Männer	371	71,29	26,01
„Flucht und Vermeidung“	Frauen	1307	42,14	18,66
	Männer	362	40,52	19,92

Im Bereich der allgemeinen Selbstwirksamkeit konnte kein geschlechtsspezifischer Unterschied festgestellt werden ($t(1631) = -1,540, p = 0,124$). Der Mittelwert der

Männer ($M = 25,55$, $SD = 6,44$) unterscheidet sich kaum von jenem der Frauen ($M = 24,97$, $SD = 6,12$). Auch hier wird die Nullhypothese (1.3) beibehalten.

In Bezug auf die emotionale Selbstwirksamkeit konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern festgestellt werden ($t(1430) = 2,985$, $p = 0,003$). So zeigen Frauen höhere Werte in diesem Konstrukt ($M = 81,16$, $SD = 13,36$) als Männer ($M = 78,53$, $SD = 14,55$). Bezüglich dieser Fragestellung kann die Alternativhypothese (1.4) angenommen werden.

Betrachtet man die einzelnen Skalen der emotionalen Selbstwirksamkeit genauer, zeigen sich in fünf der acht Skalen signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Dazu zählen die Skala „Bewusstheit“ ($t(1617) = 2,998$, $p = 0,003$), „Dekodierung von Emotionen“ ($t(511,426) = 3,082$, $p = 0,002$), „Ausdruckswörter bzw. Skripte“ ($t(1557) = 2,907$, $p = 0,004$), „Empathie“ ($t(466,877) = 4,532$, $p < 0,001$) und „Beziehung“ ($t(1557) = 2,647$, $p = 0,008$). In diesen fünf Skalen weisen Frauen höhere Werte auf als Männer im Gegensatz zu den Skalen „Zustand / Ausdruck“ ($t(1553) = 1,104$, $p = 0,270$), „Emotionsbewältigung“ ($t(487,179) = 0,516$, $p = 0,606$) und „Fähigkeit zu emotionalen Selbstwirksamkeit“ ($t(1541) = -0,046$, $p = 0,964$).

10.3.2 Vergleiche mit Normstichproben

In weiterer Folge werden die Ergebnisse der Vergleiche der vorliegenden Stichprobe mit verfügbaren Normstichproben hinsichtlich der angstbezogener Kognitionen und der allgemeinen Selbstwirksamkeit vorgestellt. Die Auswertungen erfolgten mittels one-sample t -Test.

Bezüglich der angstbezogenen Kognitionen zeigte sich kein Unterschied in der Skala „körperliche Krisen“ ($N = 1717$) zu einer Stichprobe mit Paniksyndrom bzw. Agoraphobie ($N = 1170$) ($t(1716) = -0,100$, $p = 0,921$). Hinsichtlich der Skala „Kontrollverlust“ ($N = 1709$) konnten Unterschiede ermittelt werden ($N = 1168$) ($t(1708) = 5,456$, $p < 0,001$). Die untersuchte Stichprobe weist einen höheren Kontrollverlust auf ($M = 2,41$, $SD = 0,86$) im Vergleich zu einer Gruppe mit Personen mit Paniksyndrom bzw. Agoraphobie ($M = 2,30$, $SD = 0,88$). Die Nullhypothese (2) kann nur für das Ergebnis der Skala „Kontrollverlust“ verworfen werden.

Zu Kontrollpersonen ohne psychische Störung ($N = 208$) zeigte sich in der Skala „körperliche Krisen“ ein signifikanter Unterschied ($t(1716) = 48,215$, $p < 0,001$). Die

Personen der erhobenen Stichprobe ($M = 2,27$, $SD = 0,99$) zeigen mehr Kognitionen, die von körperlichen Krisen handeln, als gesunde Personen ($M = 1,12$, $SD = 0,26$). Diese Unterschiede zeigten sich auch hinsichtlich der Skala „Kontrollverlust“ ($N = 208$) ($t(1708) = 44,511$, $p < 0,001$). Die Personen der erhobenen Stichprobe erleiden einen weit höheren Kontrollverlust ($M = 2,41$, $SD = 0,86$) als gesunde Personen ($M = 1,49$, $SD = 0,50$) (siehe Abbildung 10). Für den Vergleich mit gesunden Kontrollpersonen kann die Nullhypothese (3) verworfen werden.

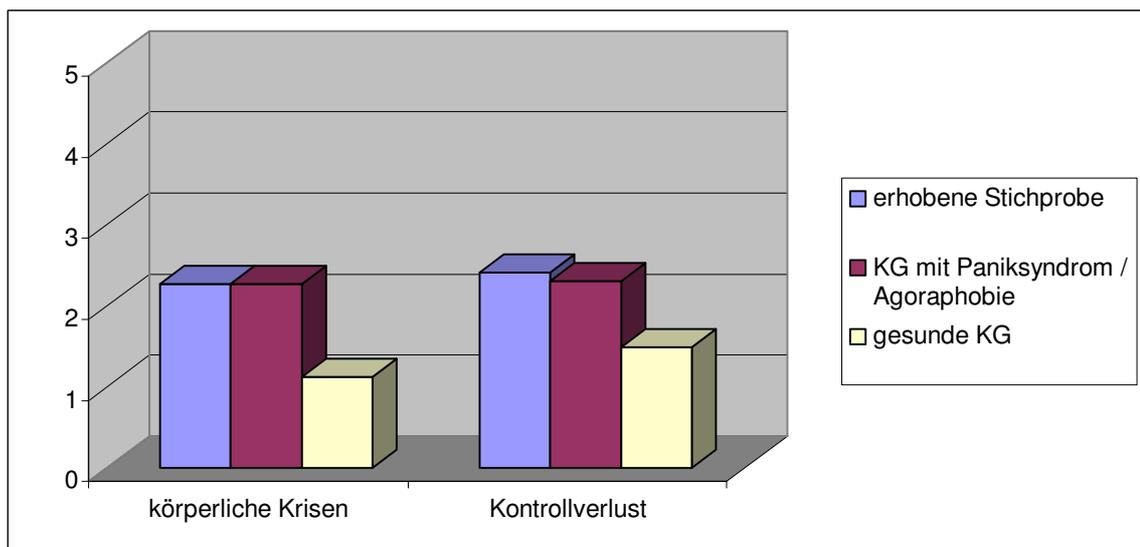


Abbildung 10. Angstbezogene Kognitionen in der erhobenen Stichprobe, einer Vergleichsgruppe mit Paniksyndrom bzw. Agoraphobie und einer gesunden Kontrollgruppe.

In Bezug auf die allgemeine Selbstwirksamkeit wurde die untersuchte Stichprobe ($N = 1633$) mit einer Normstichprobe deutscher Erwachsener ($N = 1660$) verglichen. Bei der ASWE liegt der Mittelwert der erhobenen Stichprobe bei 25,09 ($SD = 6,19$, Range 10-40). Es zeigte sich, dass sich die Stichprobe der Panikbetroffenen signifikant von der Normstichprobe unterscheidet ($t(1632) = -27,315$, $p < 0,001$). Der Mittelwert dieser ($M = 25,06$, $SD = 6,19$) liegt deutlich unter dem der Normstichprobe ($M = 29,28$, $SD = 5,09$), d.h., Personen mit Panikattacken verfügen über eine geringere allgemeine Selbstwirksamkeit. Die Nullhypothese (4) kann verworfen werden.

10.3.3 Ergebnisse bezüglich der identifizierten Diagnosegruppen

In der Folge werden die vier identifizierten Diagnosegruppen hinsichtlich der erhobenen Konstrukte untersucht. Für jede Skala wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse zur Berechnung der Unterschiede angewandt. Waren die Voraussetzungen nicht erfüllt, wurde auf den Kruskal-Wallis-Test ausgewichen.

Hinsichtlich der angstbezogenen Kognitionen unterscheiden sich die vier Diagnosegruppen sowohl in der Skala „körperliche Krisen“ ($\chi^2(3, N = 1635) = 107,287, p < 0,001$), wie auch in der Skala „Kontrollverlust“ ($F(3, 1627) = 10,401, p < 0,001$) signifikant voneinander. Mittels Post-Hoc Tests nach Bonferroni konnte hinsichtlich des „Kontrollverlustes“ ermittelt werden, dass die Gruppe „PDSR erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“ ($M = 2,56, SD = 0,84$) gegenüber der Gruppe „PDSR nicht erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“ ($M = 2,37, SD = 0,88$) und der Gruppe „PDSR nicht erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“ ($M = 2,21, SD = 0,78$) höhere Werte aufweist. Auch in Bezug auf die „körperlichen Krisen“ zeigt die Gruppe „PDSR erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“ einen deutlich höheren Mittelwert von 2,54 ($SD = 1,01$) im Gegensatz zur Gruppe „PDSR nicht erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“ ($M = 2,16, SD = 0,97$) und der Gruppe „PDSR nicht erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“ ($M = 1,80, SD = 0,77$). Die Nullhypothese (5) kann somit verworfen werden, siehe dazu auch Abbildung 11.

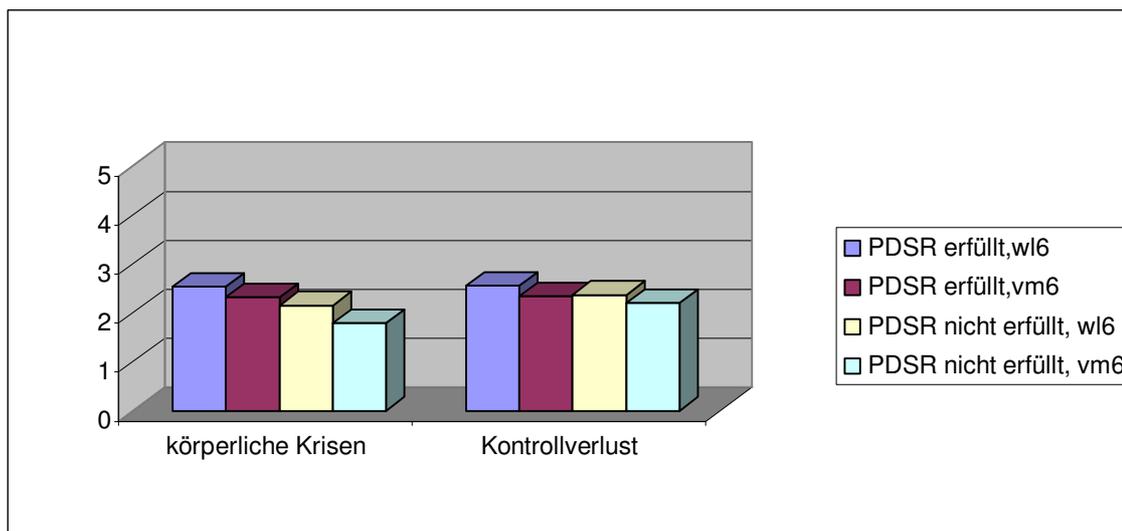


Abbildung 11. Unterschiede der Diagnosegruppen bzgl. angstbezogener Kognitionen.

Anmerkung. PDSR erfüllt, w6 = „PDSR erfüllt, PA während der letzten 6 Monate“; PDSR erfüllt, vm6 = „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“; PDSR nicht erfüllt, w6 = „PDSR nicht erfüllt, PA während der letzten 6 Monate“; PDSR nicht erfüllt, vm6 = „PDSR nicht erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“.

Weiters wurden Gruppenunterschiede hinsichtlich des Copings untersucht. Hinsichtlich des Copings unterscheiden sich die identifizierten Diagnosegruppen in der Skala „Ablenkung“ ($F(3, 1584) = 5,029, p = 0,002$), „Aufmerksamkeitslenkung nach Außen“ ($\chi^2(3, N = 1560) = 11,949, p = 0,008$), „Selbstaufmerksamkeit“ ($\chi^2(3, N = 1625) = 105,062, p < 0,001$) und „Flucht und Vermeidung“ ($F(3, 1583) = 17,107, p < 0,001$) signifikant voneinander. Hinsichtlich des „effektiven Copings“ ($F(3, 1579) = 3,301, p = 0,020$) unterscheiden sich die Gruppen nicht voneinander. Die Nullhypothese (6) kann somit für vier der fünf Skalen verworfen werden, während sie für die Skala „effektives Coping“ beibehalten wird.

Mittels Post-Hoc Tests nach Bonferroni zeigt sich, dass sich in der Skala „Ablenkung“ die Gruppe „PDSR erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“ ($M = 48,93, SD = 21,89$) von der Gruppe „PDSR nicht erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“ ($M = 44,91, SD = 21,10$) deutlich unterscheidet. Ganz deutlich zeigen sich die signifikanten Unterschiede in der Skala „Flucht und Vermeidung“. Die Gruppe „PDSR erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“ unterscheidet sich signifikant mit einem Mittelwert von 45,69 ($SD = 17,87$) von allen anderen Diagnosegruppen („PDSR erfüllt,

PA vor mehr als sechs Monaten“: $M = 37,79$, $SD = 17,09$; „PDSR nicht erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“: $M = 40,21$, $SD = 19,06$; „PDSR nicht erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“: $M = 36,52$, $SD = 19,43$). In Bezug auf die Copingstrategie „Aufmerksamkeitslenkung nach Außen“ liegt die Gruppe „PDSR erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“ mit einem Mittelwert von $50,44$ ($SD = 22,75$) vor der Gruppe „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“ ($M = 48,69$, $SD = 21,90$), der Gruppe „PDSR nicht erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“ ($M = 46,48$, $SD = 22,98$) und der Gruppe „PDSR nicht erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“ ($M = 45,85$, $SD = 26,35$). Diese Gruppe scheint also im Vergleich zu den anderen über ein positives Bewältigungsverhalten zu verfügen.

In Bezug auf die „Selbstaufmerksamkeit“ unterscheidet sich die Gruppe „PDSR nicht erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“ ($M = 55,80$, $SD = 28,70$) deutlich von den restlichen Diagnosegruppen. Die Gruppe „PDSR erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“ zeigt gerade in dieser Copingform sehr hohe Werte auf ($M = 78,40$, $SD = 20,02$), gefolgt von der Gruppe „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“ ($M = 70,72$, $SD = 24,51$) und der Gruppe „PDSR nicht erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“ ($M = 68,98$, $SD = 26,07$). Die Mittelwerte der vier Diagnosegruppen in allen Skalen sind in Abbildung 12 dargestellt.

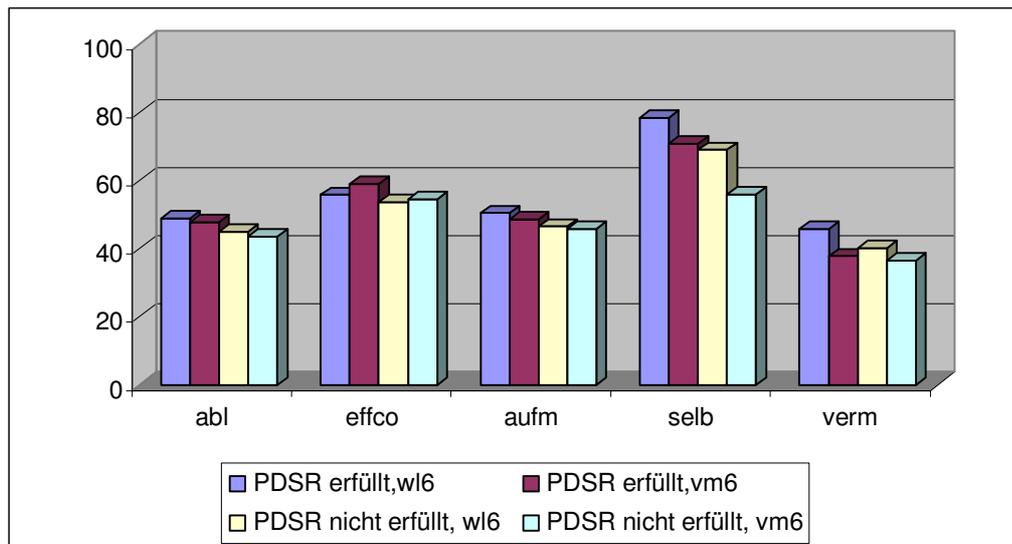


Abbildung 12. Unterschiede der Diagnosegruppen bzgl. Coping.

Anmerkungen. abl = Ablenkung; effco = effektives Coping; aufm = Aufmerksamkeitslenkung nach Außen; selb = Selbstaufmerksamkeit; verm = Vermeidung und Flucht; PDSR erfüllt, wl6 = „PDSR erfüllt, PA während der letzten 6 Monate“; PDSR erfüllt, vm6 = „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“; PDSR nicht erfüllt, wl6 = „PDSR nicht erfüllt, PA während der letzten 6 Monate“; PDSR nicht erfüllt, vm6 = „PDSR nicht erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“.

Ausgehend von den oben dargestellten Ergebnissen soll nun näher beleuchtet werden, in welchen Copingstrategien Personen mit einer Panikstörung, gescreent mittels PDSR, besonders hohe Ausprägungen zeigen. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden die beiden Gruppen, die die Kriterien laut PDSR für das Vorliegen einer Panikstörung erfüllen, betrachtet. Die Gruppe „PDSR erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“ ($M = 78,40$, $SD = 20,02$) wie auch die Gruppe „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“ ($M = 70,72$, $SD = 24,51$) scheinen die Strategie der „Selbstaufmerksamkeit“ klar zu bevorzugen. Als nächst häufige Form der Bewältigung zeigen beide Gruppen „effektives Coping“ („PDSR erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“: $M = 55,75$, $SD = 17,93$; „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“: $M = 59,10$, $SD = 18,96$), aber auch „Aufmerksamkeitslenkung nach Außen“ („PDSR erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“: $M = 50,44$, $SD = 22,75$; „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“: $M = 48,69$, $SD = 21,90$) wird häufiger angewandt als „Ablenkung“ („PDSR erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“: $M = 48,93$, $SD = 21,89$; „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“: $M = 47,65$, $SD =$

22,02) und „Flucht und Vermeidung“ („PDSR erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“: $M = 45,69$, $SD = 17,87$; „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“: $M = 37,79$, $SD = 17,09$) (siehe Abbildung 13).

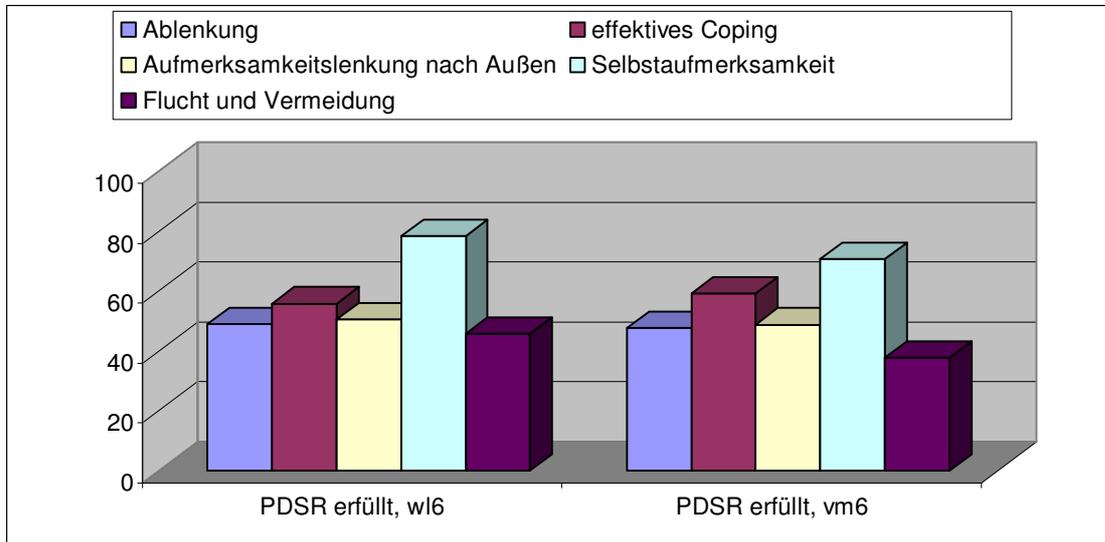


Abbildung 13. Häufigkeiten der Gruppen „PDSR erfüllt“ bzgl. der Copingstrategien.

Anmerkung. PDSR erfüllt, w16 = „PDSR erfüllt, PA während der letzten 6 Monate“; PDSR erfüllt, vm6 = „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“.

Hinsichtlich der allgemeinen Selbstwirksamkeit existieren zwischen den Gruppen signifikante Unterschiede ($F(3, 1545) = 12,085$, $p < 0,001$). So zeigt sich, dass die Gruppe „PDSR erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“ deutlich niedrigere Werte ($M = 24,08$, $SD = 5,89$) hinsichtlich der allgemeinen Selbstwirksamkeit aufweist im Vergleich zu der Gruppe „PDSR nicht erfüllt, PA während der letzte sechs Monate“ ($M = 25,33$, $SD = 6,31$) und der Gruppe „PDSR nicht erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“ ($M = 27,04$, $SD = 5,45$). Aber auch die Gruppe der „PDSR nicht erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“ ($M = 25,33$, $SD = 6,31$) zeigt gegenüber der Gruppe „PDSR nicht erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“ ($M = 27,04$, $SD = 5,45$) deutliche Unterschiede. Die Nullhypothese (7.1) kann somit verworfen werden (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25. Mittelwerte der Diagnosegruppen hinsichtlich der allgemeinen Selbstwirksamkeit.

<i>Diagnosegruppen</i>	<i>Mittelwerte ASWE</i>	<i>Standardabweichung</i>
„PDSR erfüllt, PA w16“	24,08	5,89
„PDSR erfüllt, PA vm6“	25,64	6,33
„PDSR nicht erfüllt, PA w16“	25,33	6,31
„PDSR nicht erfüllt, PA vm6“	27,04	5,45

In Bezug auf die emotionale Selbstwirksamkeit konnten ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den vier identifizierten Gruppen ermittelt werden ($F(3, 1362) = 7,444, p < 0,001$). Signifikante Unterschiede zeigen sich zwischen der Gruppe „PDSR erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“ ($M = 79,16, SD = 13,16$) und der Gruppe „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“ ($M = 84,31, SD = 12,39$), sowie zwischen der Gruppe „PDSR erfüllt, PA während der letzten sechs Monate“ ($M = 79,16, SD = 13,16$) und der Gruppe „PDSR nicht erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“ ($M = 83,94, SD = 13,83$). Auch hier kann die Nullhypothese (7.2) verworfen werden (siehe Tabelle 26).

Tabelle 26. Mittelwerte der Diagnosegruppen hinsichtlich ihrer emotionalen Selbstwirksamkeit.

<i>Diagnosegruppen</i>	<i>Mittelwerte ESWE</i>	<i>Standardabweichung</i>
„PDSR erfüllt, PA w16“	79,16	13,16
„PDSR erfüllt, PA vm6“	84,31	12,39
„PDSR nicht erfüllt, PA w16“	80,45	13,80
„PDSR nicht erfüllt, PA vm6“	83,94	13,83

Signifikante Unterschiede in den identifizierten Diagnosegruppen konnten in drei der acht Skalen der emotionalen Selbstwirksamkeit ermittelt werden: „Bewusstheit“ ($F(3, 1532) = 10,713, p < 0,001$), „Emotionsbewältigung“ ($F(3, 1476) = 9,866, p < 0,001$) und der „Fähigkeit zu emotionalen Selbstwirksamkeit“ ($F(3, 1467) = 12,454, p < 0,001$). Im Gegensatz dazu existieren in den Skalen „Dekodierung von Emotionen“ ($F(3, 1512) = 0,081, p = 0,970$), „Ausdruckswörter und Skripte“ ($F(3, 1477) = 2,166, p = 0,090$),

der „Empathie“ ($F(3, 1472) = 0,680, p = 0,564$), „Zustand / Ausdruck“ ($F(3, 1475) = 2,797, p = 0,039$) und „Beziehung“ ($F(3, 1479) = 2,980, p = 0,030$) keine signifikanten Unterschiede (siehe Abbildung 14).

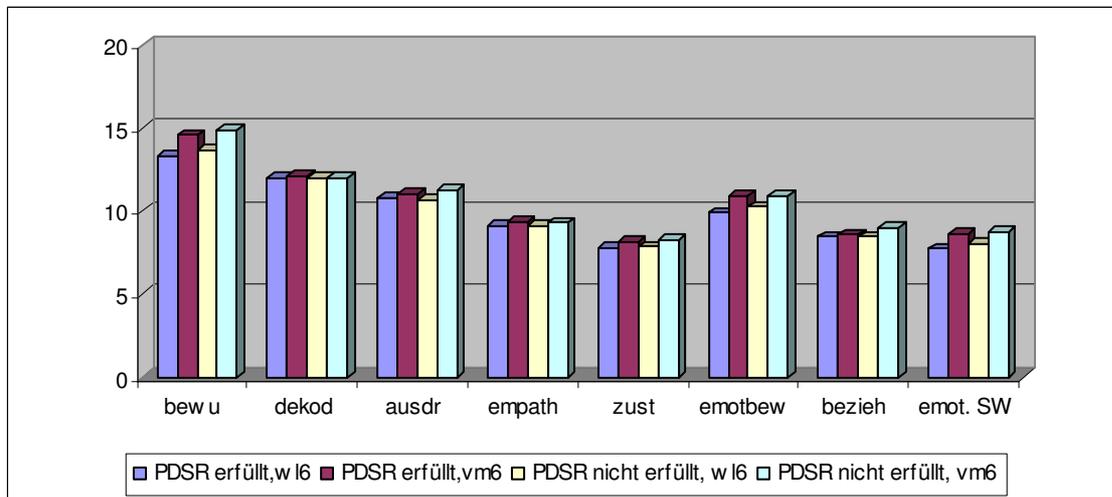


Abbildung 14. Unterschiede der Diagnosegruppen bzgl. ESWE.

Anmerkungen. bewu = Bewusstheit; dekod = Dekodierung von Emotionen; ausdr = Ausdruckswörter / Skripte; empath = Empathie; zust = Zustand / Ausdruck; emotbew = Emotionsbewältigung; bezieh = Beziehung; emot. SW = Fähigkeit zur emotionalen Selbstwirksamkeit; PDSR erfüllt, w l6 = „PDSR erfüllt, PA während der letzten 6 Monate“; PDSR erfüllt, vm6 = „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“; PDSR nicht erfüllt, w l6 = „PDSR nicht erfüllt, PA während der letzten 6 Monate“; PDSR nicht erfüllt, vm6 = „PDSR nicht erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“.

10.3.4 Zusammenhänge zwischen den untersuchten Konstrukten

Im folgenden Abschnitt werden die Korrelationen der verschiedenen untersuchten psychologischen Konstrukte dargestellt. Die folgenden Fragestellungen wurden mittels bivariater Korrelation nach Pearson ermittelt.

Zusammenhang ACQ und CAQ

Im Folgenden wurde untersucht, ob angstbezogene Kognitionen eine besondere Rolle beim Coping von Personen mit Panikattacken spielen.

Es zeigten sich signifikante, allerdings sehr schwache Zusammenhänge zwischen den Skalen des CAQ und der Skala „körperliche Krisen“ des ACQ; nur der Zusammenhang zwischen der Skala „Selbstaufmerksamkeit“ und „körperliche Krisen“ zeigt eine

signifikante mittlere Korrelation ($r = 0,42, p < 0,001$) (siehe Tabelle 27). Hier kann man davon ausgehen, dass Personen, deren Kognitionen sich besonders um körperliche Erscheinungen kreisen, auch eher zur Copingstrategie der „Selbstaufmerksamkeit“ neigen. Zwischen den Skalen des CAQ und der Skala „Kontrollverlust“ des ACQ konnten sehr schwache bis schwache Zusammenhänge festgestellt werden (siehe Tabelle 27). Die Nullhypothese (8) kann somit verworfen werden, da sich Zusammenhänge zwischen den beiden Konstrukten zeigten, bis auf den nicht signifikanten Zusammenhang zwischen „Kontrollverlust“ und „effektivem Coping“.

Tabelle 27. Korrelation der angstbezogenen Kognitionen (ACQ) mit den Copingstrategien (CAQ).

<i>CAQ</i>	<i>Körperliche Krisen</i>		<i>Kontrollverlust</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Ablenkung	0,17	< 0,001	0,09	< 0,001
effektives Coping	0,11	< 0,001	-0,02	0,501
Aufmerksamkeitslenkung nach Außen	0,13	< 0,001	0,08	0,002
Selbstaufmerksamkeit	0,42	< 0,001	0,14	< 0,001
Flucht und Vermeidung	0,17	< 0,001	0,33	< 0,001

Anmerkung. r = Korrelationskoeffizient; p = Signifikanz.

Zusammenhang ACQ mit ASWE und ESWE

In einem weiteren Schritt wurde auch untersucht, ob es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der allgemeinen bzw. der emotionalen Selbstwirksamkeit und angstbezogener Kognitionen bei Personen mit Panikattacken gibt.

Ein schwacher negativer Zusammenhang besteht etwa zwischen der allgemeinen Selbstwirksamkeit und dem „Kontrollverlust“ ($r = -0,31, p < 0,001$). Zwischen der emotionalen Selbstwirksamkeit und den „körperlichen Krisen“ zeigen sich signifikante, jedoch sehr schwache Zusammenhänge (siehe Tabelle 28). Die Nullhypothesen (9.1) und (9.2) können verworfen werden.

Tabelle 28. Korrelation der angstbezogenen Kognitionen (ACQ) mit der Selbstwirksamkeit

<i>Selbstwirksamkeit</i>	<i>Körperliche Krisen</i>		<i>Kontrollverlust</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
ASWE	-0,09	0,001	-0,31	< 0,001
ESWE (Gesamtwert)	-0,09	0,001	-0,24	< 0,001
Bewusstheit	-0,09	0,001	-0,19	< 0,001
Dekodierung von Emotionen	-0,01	0,729	0,03	0,196
Ausdruckswörter / Skripte	0,03	0,029	-0,16	< 0,001
Empathie	-0,05	0,048	-0,07	< 0,001
Zustand / Ausdruck	-0,13	< 0,001	-0,22	< 0,001
Emotionsbewältigung	-0,08	0,003	-0,26	< 0,001
Beziehung	-0,04	0,133	-0,11	< 0,001
Fähigkeit zur emotionalen Selbstwirksamkeit	-0,08	0,003	-0,28	< 0,001

Anmerkung. *r* = Korrelationskoeffizient; *p* = Signifikanz.

Zusammenhang CAQ mit ASWE und ESWE

In einem weiteren Schritt wurde ermittelt, ob die verschiedenen identifizierten Copingstrategien einen Zusammenhang mit der allgemeinen und der emotionalen Selbstwirksamkeit aufweisen. Es zeigen sich signifikante Zusammenhänge zwischen vier Copingstrategien und der allgemeinen Selbstwirksamkeit. Allerdings sind diese nur sehr schwach bis schwach vorhanden (siehe Tabelle 29). Die Nullhypothese (10.1) kann bezüglich vier Skalen des CAQ verworfen werden.

In Bezug auf die Copingstrategien und die emotionale Selbstwirksamkeit zeigt sich zum „effektiven Coping“ ($r = 0,36$, $p < 0,001$) und zur „Aufmerksamkeitslenkung nach Außen“ ($r = 0,20$, $p < 0,001$) ein schwach signifikanter Zusammenhang. Demnach verfügen Personen über effektiveres Coping und eine stärker nach außen gerichtete Aufmerksamkeitslenkung, wenn sie über höhere emotionale Selbstwirksamkeit

verfügen. In Bezug auf die Copingstrategie „Flucht und Vermeidung“ ($r = -0,14$, $p < 0,001$) zeigt sich ein schwach negativer Zusammenhang. Personen, die über eine gering ausgeprägte emotionale Selbstwirksamkeit verfügen, tendieren zu Vermeidungs- und Fluchtverhalten (siehe Tabelle 29). Die Nullhypothese (10.2) kann bis auf die Skala „Selbstaufmerksamkeit“ verworfen werden.

Tabelle 29. Korrelation zwischen den Copingstrategien (CAQ) und der Selbstwirksamkeit.

<i>CAQ</i>	<i>ASWE</i>		<i>ESWE</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Ablenkung	0,09	< 0,001	0,09	0,001
effektives Coping	0,28	< 0,001	0,36	< 0,001
Aufmerksamkeitslenkung nach Außen	0,18	< 0,001	0,20	< 0,001
Selbstaufmerksamkeit	-0,04	0,094	0,05	0,04
Flucht und Vermeidung	-0,19	< 0,001	-0,14	< 0,001

Anmerkung. r = Korrelationskoeffizient; p = Signifikanz.

Im Folgenden sind die Zusammenhänge zwischen den Copingstrategien und den Skalen der ESWE dargestellt. Zwischen der Copingstrategie „Ablenkung“ und den Skalen der ESWE bestehen sehr schwache signifikante Zusammenhänge (siehe Tabelle 30).

Bezüglich des „effektiven Copings“ konnten in allen Skalen der ESWE sehr schwache bis schwache, aber signifikante Zusammenhänge ermittelt werden (siehe Tabelle 31).

Tabelle 30. Korrelation der Skala „Ablenkung“ mit der emotionalen Selbstwirksamkeit.

<i>Skalen der ESWE</i>	<i>Ablenkung</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Dekodierung von Emotionen	0,08	0,001
Ausdruckswörter / Skripte	0,08	0,001
Empathie	0,11	0,001
Fähigkeit zur emotionalen Selbstwirksamkeit	0,08	0,003

Anmerkung. *r* = Korrelationskoeffizient; *p* = Signifikanz.

Tabelle 31. Korrelation der Skala „effektives Coping“ mit der emotionalen Selbstwirksamkeit.

<i>Skalen der ESWE</i>	<i>effektives Coping</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Bewusstheit	0,33	< 0,001
Dekodierung von Emotionen	0,17	< 0,001
Ausdruckswörter / Skripte	0,23	< 0,001
Empathie	0,22	< 0,001
Zustand / Ausdruck	0,24	< 0,001
Emotionsbewältigung	0,29	< 0,001
Beziehung	0,17	< 0,001
Fähigkeit zur emotionalen Selbstwirksamkeit	0,30	< 0,001

Anmerkung. *r* = Korrelationskoeffizient; *p* = Signifikanz.

Signifikante, allerdings sehr schwache Korrelationen zeigten sich auch bezüglich der Copingstrategie „Aufmerksamkeitslenkung nach Außen“ (siehe Tabelle 32).

Tabelle 32. Korrelation der Skala „Aufmerksamkeitslenkung nach Außen“ mit der emotionalen Selbstwirksamkeit.

<i>Skalen der ESWE</i>	<i>Aufmerksamkeitslenkung nach Außen</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Bewusstheit	0,17	< 0,001
Dekodierung von Emotionen	0,11	< 0,001
Ausdruckswörter / Skripte	0,15	< 0,001
Empathie	0,13	< 0,001
Zustand / Ausdruck	0,10	< 0,001
Emotionsbewältigung	0,17	< 0,001
Beziehung	0,10	< 0,001
Fähigkeit zur emotionalen Selbstwirksamkeit	0,17	< 0,001

Anmerkung. *r* = Korrelationskoeffizient; *p* = Signifikanz.

Hinsichtlich der „Selbstaufmerksamkeit“ ließen sich nur mit drei Skalen der ESWE signifikante Zusammenhänge feststellen, die allerdings sehr schwach ausfallen (siehe Tabelle 33).

Tabelle 33. Korrelation der Skala „Selbstaufmerksamkeit“ mit der emotionalen Selbstwirksamkeit.

<i>Skalen der ESWE</i>	<i>Selbstaufmerksamkeit</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Dekodierung von Emotionen	0,09	< 0,001
Ausdruckswörter / Skripte	0,11	< 0,001
Empathie	0,09	0,001

Anmerkung. *r* = Korrelationskoeffizient; *p* = Signifikanz.

Bezüglich der Skala „Flucht und Vermeidung“ zeigen sich signifikante negative Zusammenhänge in einigen Skalen, die allerdings sehr schwach ausfallen (siehe Tabelle 34).

Tabelle 34. Korrelation der Skala „Flucht und Vermeidung“ mit der emotionalen Selbstwirksamkeit.

<i>Skalen der ESWE</i>	<i>Flucht und Vermeidung</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Bewusstheit	-0,14	< 0,001
Ausdruckswörter / Skripte	-0,09	< 0,001
Zustand / Ausdruck	-0,15	< 0,001
Emotionsbewältigung	-0,13	< 0,001
Fähigkeit zur emotionalen Selbstwirksamkeit	-0,17	< 0,001

Anmerkung. *r* = Korrelationskoeffizient; *p* = Signifikanz.

Zusammenhang ASWE und ESWE

Von weiterem Interesse ist es auch, ob es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der allgemeinen und der emotionalen Selbstwirksamkeit bei Personen mit Panikattacken gibt.

Mittels bivariater Korrelation nach Pearson wurde der Zusammenhang zwischen der Ausprägung der allgemeinen und der emotionalen Selbstwirksamkeit untersucht. Es zeigte sich zwischen diesen beiden Konstrukten ein starker positiver Zusammenhang ($r = 0,65, p < 0,001$). Weist eine Person hohe Werte in der allgemeinen Selbstwirksamkeit auf, wird sie auch hohe Werte bezüglich der emotionalen Selbstwirksamkeit aufweisen. Die Nullhypothese (11) kann somit verworfen werden.

Zur näheren Betrachtungsweise wurden auch die Korrelationen zwischen der allgemeinen Selbstwirksamkeit und den einzelnen Skalen der emotionalen Selbstwirksamkeit ermittelt (siehe Tabelle 35). Die Zusammenhänge zwischen diesen beiden Konstrukten waren in allen Skalen signifikant. Einzig eine starke signifikante Korrelation zeigte sich zwischen der allgemeinen Selbstwirksamkeit und der Skala „Fähigkeit zur emotionalen Selbstwirksamkeit“ der ESWE ($r = 0,61, p < 0,001$).

Tabelle 35. Korrelation der allgemeinen mit der emotionalen Selbstwirksamkeit.

<i>ESWE</i>	<i>ASWE</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Gesamtwert des ESWE	0,65	< 0,001
Bewusstheit	0,48	< 0,001
Dekodierung von Emotionen	0,24	< 0,001
Ausdruckswörter / Skripte	0,45	< 0,001
Empathie	0,39	< 0,001
Zustand / Ausdruck	0,43	< 0,001
Emotionsbewältigung	0,53	< 0,001
Beziehung	0,30	< 0,001
Fähigkeit zur emotionalen Selbstwirksamkeit	0,61	< 0,001

Anmerkung. *r* = Korrelationskoeffizient; *p* = Signifikanz.

Zusammenhang PDSR-Summenwert mit den Konstrukten

In einem weiteren Analyseschritt wurden Korrelationen zwischen dem Summenwert, der sich aus der PDSR ergab, und den einzelnen Konstrukten berechnet. Der Summenwert der PDSR wurde getrennt für Personen, die Panikattacken während der letzten sechs Monate hatten und für Personen, die Panikattacken vor mehr als sechs Monaten hatten, errechnet. Zur ersten Gruppe konnten von insgesamt 66,3% ($N = 1180$) der Fälle Summenwerte ermittelt werden. Der Mittelwert liegt bei 17,74 ($SD = 4,05$) und die Werte liegen innerhalb einer Spannweite von 3 bis 24. Für die zweite Gruppe konnten für 15,8% ($N = 282$) der Fälle Summenwerte berechnet werden mit einem Mittelwert von 15,48 ($SD = 4,66$; Minimum = 3, Maximum = 24).

Zwischen den Summenwerten beider Personengruppen und den „körperlichen Krisen“ zeigten sich starke signifikante Korrelationen; bezüglich der Skala „Kontrollverlust“ zeigten sich signifikante Zusammenhänge von schwachem Ausmaß (siehe Tabelle 36). Die Nullhypothese (12.1) kann verworfen werden.

Tabelle 36. Korrelation der angstbezogenen Kognitionen mit den Summenwerten der PDSR.

<i>ACQ</i>	<i>PDSR, wl6</i>		<i>PDSR, vm6</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
körperliche Krisen	0,60	< 0,001	0,61	< 0,001
Kontrollverlust	0,30	< 0,001	0,35	< 0,001

Anmerkung. *r* = Korrelationskoeffizient; *p* = Signifikanz; PDSR erfüllt, wl6 = „PDSR erfüllt, PA während der letzten 6 Monate“; PDSR erfüllt, vm6 = „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“.

Es gibt signifikante, aber sehr schwache bis schwache Zusammenhänge zwischen dem Summenwert der PDSR und den einzelnen Copingstrategien für Personen, die während der letzten sechs Monate eine Panikattacke hatten. In Bezug auf Personen, die vor mehr als sechs Monaten eine Panikattacke hatten, zeigt sich ein ähnliches Bild (siehe Tabelle 37). Von mittlerem Ausmaß sind die Zusammenhänge zwischen den Summenwerten beider Personengruppen und der „Selbstaufmerksamkeit“. Die Nullhypothese (12.2) kann verworfen werden. Für die Korrelation zwischen dem Summenwert der PDSR für die Personen, die vor mehr als sechs Monaten eine Panikattacke hatten, und der Copingstrategien „effektives Coping“ ($r = 0,26$, $p = 0,501$) und „Flucht und Vermeidung“ ($r = 0,10$, $p = 0,125$) muss die Nullhypothese (12.2) beibehalten werden.

Tabelle 37. Korrelation der Copingstrategien des CAQ mit den Summenwerten der PDSR.

<i>CAQ</i>	<i>PDSR, wl6</i>		<i>PDSR, vm6</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Ablenkung	0,16	< 0,001	0,22	< 0,001
effektives Coping	0,15	< 0,001	0,26	0,501
Aufmerksamkeitslenkung nach Außen	0,16	< 0,001	0,16	0,002
Selbstaufmerksamkeit	0,48	< 0,001	0,47	< 0,001
Flucht und Vermeidung	0,18	< 0,001	0,10	0,125

Anmerkung. *r* = Korrelationskoeffizient; *p* = Signifikanz; PDSR erfüllt, wl6 = „PDSR erfüllt, PA während der letzten 6 Monate“; PDSR erfüllt, vm6 = „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“.

In einem nächsten Schritt wurde untersucht, ob Zusammenhänge zwischen den Summenwerten der PDSR und der allgemeinen und emotionalen Selbstwirksamkeit existieren. Bezüglich des Summenwertes für die Personen mit Panikattacken vor mehr als sechs Monaten konnten keine signifikanten Korrelationen ermittelt werden (siehe Tabelle 38). Die Nullhypothesen (12.3 und 12.4) müssen für diese Personengruppe beibehalten werden. In Bezug auf den Summenwert der PDSR für Personen mit Panikattacken während der letzten sechs Monate zeigten sich signifikante negative Korrelationen, allerdings sehr schwache in der allgemeinen Selbstwirksamkeit und den Skalen „Bewusstheit“, „Emotionsbewältigung“ und „Fähigkeit zur emotionalen Selbstwirksamkeit“ (siehe Tabelle 38). Hinsichtlich dieser Personengruppe kann die Nullhypothese 12.3 verworfen werden; 12.4 muss beibehalten werden.

Tabelle 38. Korrelation der Selbstwirksamkeit mit den Summenwerten der PDSR.

<i>Selbstwirksamkeit</i>	<i>PDSR, wl6</i>		<i>PDSR, vm6</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
ASWE	-0,14	< 0,001	-0,12	0,050
ESWE (Gesamtwert)	-0,07	0,033	-0,03	0,668
Bewusstheit	-0,08	< 0,001	-0,03	0,639
Dekodierung von Emotionen	0,04	0,184	0,09	0,145
Ausdruckswörter / Skripte	0,03	0,378	-0,00	0,969
Empathie	-0,01	0,724	0,08	0,220
Zustand / Ausdruck	-0,08	0,013	-0,03	0,651
Emotionsbewältigung	-0,10	< 0,001	-0,09	0,178
Beziehung	-0,07	0,035	-0,07	0,288
Fähigkeit zur emotionalen Selbstwirksamkeit	-0,13	< 0,001	-0,15	0,023

Anmerkung. *r* = Korrelationskoeffizient; *p* = Signifikanz; PDSR erfüllt, wl6 = „PDSR erfüllt, PA während der letzten 6 Monate“; PDSR erfüllt, vm6 = „PDSR erfüllt, PA vor mehr als sechs Monaten“.

10.3.5 Ergebnisse zu Prädiktoren einer Panikstörung

Mit Hilfe der binären logistischen Regression wurde im Folgenden untersucht, ob sich die zuvor ermittelten Zusammenhänge genauer modellieren lassen. Mit diesem Verfahren wird die Abhängigkeit einer dichotomen Variablen von anderen unabhängigen Variablen untersucht. Als abhängige dichotome Variable wurde jene herangezogen, in welcher sich die Personen entweder in der Gruppe „Kriterien nach dem PDSR erfüllt“ oder in der Gruppe „Kriterien nach dem PDSR nicht erfüllt“ befinden. Die binäre logistische Regression ermittelt die Wahrscheinlichkeit für das Eintreffen des Ereignisses in Abhängigkeit von den Werten der unabhängigen Variablen (Bühl & Zöfel, 2002).

Zunächst wurde ermittelt, ob die angstbezogenen Kognitionen als Prädiktoren für das Vorliegen einer Panikstörung bzw. das Vorliegen von Symptomen für eine Panikstörung herangezogen werden können. Die Modellgüte spricht für einen Einfluss der ausgewählten Prädiktoren auf die abhängige Variable ($\chi^2(2, N = 1622) = 84,164, p < 0,001$). Der Anteil der Varianz der abhängigen Variablen erklärt durch alle unabhängigen Variablen liegt bei 6,8% (Nagelkerkes R^2). 59,7% der Personen konnten korrekt klassifiziert werden, d.h. einer Bedingung richtig zugeordnet werden (siehe Tabelle 39). Mit Hilfe der Regressionskoeffizienten (b) und der Konstanten (a) kann die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten der Bedingung „Kriterien nach dem PDSR erfüllt“ wie folgt berechnet werden: $p = 1 / 1 + e^{-z}$, wobei $z = 0,428 * \text{„körperliche Krisen“} + 0,158 * \text{„Kontrollverlust“} + (-1,577)$. Bei einem Wert von p über 0,5, kann das Eintreten der Bedingung angenommen werden (Brosius, 2006). Liegen durch die Erhebung mit Hilfe des ACQ hohe Ausprägungen im Bereich der „körperlichen Krisen“ und des „Kontrollverlustes“ vor, ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass die Person die Kriterien für eine Panikstörung nach dem PDSR erfüllt. Die Nullhypothese (13) kann somit verworfen werden.

In weiterer Folge wurde ermittelt, ob die identifizierten Copingstile zur Vorhersage des Vorliegens einer Panikstörung, die mittels PDSR ermittelt wurde, beitragen. Die Modellgüte spricht für einen Einfluss der Prädiktoren ($\chi^2(5, N = 1536) = 94,288, p < 0,001$). 8% der Varianz werden durch die unabhängigen Variablen erklärt (Nagelkerkes R^2). 59,6% konnten richtig klassifiziert werden (siehe Tabelle 39). Betrachtet man die

Prädiktoren im Detail, haben nur die Skalen „Selbstaufmerksamkeit“ ($\chi^2(1, N = 1536) = 52,807, p < 0,001$) und „Flucht und Vermeidung“ ($\chi^2(1, N = 1536) = 9,295, p = 0,002$) einen signifikanten Einfluss darauf, ob eine Person die Kriterien nach dem PDSR erfüllt. Die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten dieser Bedingung errechnet sich wie folgt: $p = 1 / 1 + e^{-z}$, wobei $z = 0,017 * \text{„Selbstaufmerksamkeit“} + 0,009 * \text{„Flucht und Vermeidung“} + (-2,001)$. Die Nullhypothese (14) kann verworfen werden.

In einem weiteren Schritt wurde auch erhoben, ob die Konstrukte allgemeine und emotionale Selbstwirksamkeit zur Vorhersage des Vorliegens einer Panikstörung, die mittels PDSR ermittelt wurde, beitragen. Die Modellgüte spricht für einen Einfluss der allgemeinen Selbstwirksamkeit auf das Eintreffen der Bedingung, die Kriterien nach dem PDSR zu erfüllen ($\chi^2(1, N = 1549) = 19,259, p < 0,001$). Der Anteil der Varianz der abhängigen Variablen erklärt durch die unabhängige Variable liegt bei 1,7% (Nagelkerkes R^2). 55,1% der Personen konnten korrekt klassifiziert werden, d.h. einer Bedingung richtig zugeordnet werden (siehe Tabelle 39). Die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten der Bedingung „Kriterien nach dem PDSR erfüllt“ errechnet sich wie folgt: $p = 1 / 1 + e^{-z}$, wobei $z = -0,037 * \text{„ASWE“} + 0,718$. Das negative Vorzeichen des Regressionskoeffizienten weist darauf hin, dass mit zunehmendem Wert der allgemeinen Selbstwirksamkeit die Wahrscheinlichkeit für das Erfüllen der Kriterien nach dem PDSR abnimmt. Die Nullhypothese (15) kann für die allgemeine Selbstwirksamkeit verworfen werden.

Die Modellgüte für die emotionale Selbstwirksamkeit fällt nicht signifikant aus ($\chi^2(1, N = 1366) = 2,838, p = 0,092$); diese hat keinen Einfluss auf die abhängige dichotome Variable. Die Nullhypothese (15) wird für die emotionale Selbstwirksamkeit beibehalten.

Tabelle 39. Klassifizierung nach PDSR bzgl. der untersuchten psychologischen Konstrukte.

		<i>Vorhergesagt PDSR</i>		
	<i>Beobachtet PDSR</i>	nicht erfüllt	erfüllt	Prozent der Richtigen
ACQ	nicht erfüllt	690	209	76,8%
	erfüllt	444	279	38,6%
				59,9%
CAQ	nicht erfüllt	576	265	68,5%
	erfüllt	356	339	48,8%
				59,6%
ASWE	nicht erfüllt	706	147	82,8%
	erfüllt	548	148	21,3%
				55,1%

In weiterer Folge wurden Prädiktoren der untersuchten Konstrukte kombiniert, um in einem schrittweisen Vorgehen zu berechnen, ob diese einen Einfluss auf die abhängige dichotome Variable haben. Als erklärende Variablen wurden beide Skalen des ACQ, „körperliche Krisen“ und „Kontrollverlust“, die Skalen „Selbstaufmerksamkeit“ und „Flucht und Vermeidung“ des CAQ und die allgemeine Selbstwirksamkeit herangezogen. Die Modellgüte spricht für einen Einfluss der ausgewählten Prädiktoren auf die abhängige Variable ($\chi^2(1, N = 1458) = 7,043, p = 0,008$). Der Anteil der Varianz der abhängigen Variablen durch alle erklärenden beträgt 10,9%. Aus den fünf ausgewählten Prädiktoren haben vier Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, dass die Kriterien nach dem PDSR erfüllt werden („körperliche Krisen“: $\chi^2(1, N = 1458) = 19,950, p < 0,001$; „Selbstaufmerksamkeit“: $\chi^2(1, N = 1458) = 29,479, p < 0,001$; „Flucht und Vermeidung“: $\chi^2(1, N = 1458) = 7,006, p = 0,008$; allgemeine Selbstwirksamkeit: $\chi^2(1, N = 1458) = 11,142, p = 0,001$). Die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten der Bedingung „Kriterien nach dem PDSR erfüllt“ berechnet sich wie folgt: $p = 1 / 1 + e^{-z}$, wobei $z = 0,274 * \text{„körperliche Krisen“} + 0,014 * \text{„Selbstaufmerksamkeit“} + 0,008 * \text{„Flucht und Vermeidung“} + (-0,031) * \text{„allgemeine$

Selbstwirksamkeit“ + (-1,422). Liegt der Wert für p über 0,5, kann das Eintreten der Bedingung angenommen werden (Brosius, 2006).

11. Diskussion

Ziel der Studie war es, Personen, die unter Panikattacken leiden, via Internet anzusprechen, um herauszufinden, welche Copingstrategien vermehrt von dieser Population bei einer Angstattecke zum Einsatz kommen. Weiters interessierte, über welche angstbezogenen Kognitionen sie verfügen und welches Ausmaß der allgemeinen und emotionalen Selbstwirksamkeit gezeigt wird. Von weiterem Interesse war die Darstellung soziodemografischer und störungsspezifischer Merkmale der untersuchten Stichprobe.

11.1 Die erhobene Population

Die Studie wurde für den deutschen Sprachraum konzipiert und in diesem beworben. Insgesamt konnten 2096 Studienteilnehmer ausgemacht werden, die schon einmal in ihrem Leben eine Panikattacke hatten. Der Großteil der Teilnehmer kommt aus Deutschland (76,9%). Mehr als die Hälfte dieser Personengruppe besteht aus Frauen (76,5%). Laut Bundesgesundheitsurvey aus dem Jahr 1998 sind Frauen doppelt so häufig von Angststörungen betroffen als Männer (Wittchen & Jacobi, 2004). Der Anteil der Frauen in der vorliegenden Studie ist dreimal höher als jener der Männer. Das mittlere Erkrankungsalter bei Menschen mit Panikstörung und/oder Agoraphobie liegt zwischen 26 und 31 Jahren (Wittchen & Jacobi, 2004). Das durchschnittliche Alter der untersuchten Stichprobe liegt mit 34,06 Jahren ($SD = 11,17$) knapp über dem mittleren Erkrankungsalter und reicht vom jüngsten Teilnehmer mit 13 Jahren bis zum ältesten mit 82 Jahren.

Mehr als die Hälfte der Befragten ist verheiratet oder lebt in einer Partnerschaft (52,7%). Bezüglich der Wohnsituation leben 27,5% mit einem Partner und weitere 25,3% mit einem Partner und einem oder mehreren Kindern. Der Großteil der Personen lebt also innerhalb eines sozialen Gefüges, in einer Partnerschaft und mit Kindern in einem Haushalt. 23,5% der untersuchten Population geben als höchste abgeschlossene Ausbildung Matura an, 19,9% haben einen Lehrabschluss und weitere 18,0% einen Handelsschulabschluss bzw. eine mittlere Reife. Knapp die Hälfte der befragten Personen ist in einem angestellten Dienstverhältnis tätig (42,3%). 8,4% sind nicht

erwerbstätig. Der Großteil der befragten Personen ist berufstätig, doch einige Angaben der befragten Personen weisen darauf hin, dass aufgrund der psychischen Beeinträchtigung einer Erwerbstätigkeit nicht nachgegangen werden kann. Dieser Befund verdeutlicht, dass Personen mit Angststörungen erheblich in ihrer Arbeitsproduktivität eingeschränkt sind. Die schwersten Beeinträchtigungen, bezogen auf die Arbeitsunfähigkeit, ergeben sich für Personen mit Panikstörung, Generalisierter Angststörung und sozialer Phobie (Wittchen & Jacobi, 2004). Die Symptome, wie zum Beispiel starkes Herzklopfen oder Herzrasen, Kurzatmigkeit oder Beklemmungsgefühle, verursachen erhebliches Leid. 17,1% der Studienteilnehmer fühlen sich sehr schwer beeinträchtigt durch die Symptome, für 40,2% verursachen diese sehr schweres Leid. Wenn die individuelle Toleranzschwelle für die Belastungen des täglichen Lebens überschritten wird, können die Betroffenen ihren Aufgaben nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr nachkommen (Scherer & Kuhn, 2002).

11.2 Die identifizierten „Diagnosegruppen“

Im Rahmen der Studie wurden nur jene Personen in die Analysen eingeschlossen, die schon einmal in ihrem Leben eine Panikattacke hatten. Ein wesentliches Ziel der Studie war es, zu erheben, wie viele Personen die Kriterien für eine Panikstörung erfüllen, die mit Hilfe eines Screenings erhoben wurde. Diese Personen sollten mit jenen hinsichtlich der psychologischen Konstrukte verglichen werden, die die Kriterien nicht vollständig erfüllten, aber von Zeit zu Zeit an Panikattacken leiden. Von den insgesamt 1780 Personen gaben 81,2% an, während der letzten sechs Monate eine Panikattacke gehabt zu haben, während 18,8% vor mehr als sechs Monaten eine solche hatten. Mittels Diagnosescreening konnten vier Gruppen identifiziert werden: Die Personen der ersten Gruppe erfüllten die Kriterien für eine Panikstörung und erlebten während der letzten sechs Monate eine Panikattacke. Die Personen der zweiten Gruppe erfüllten ebenfalls die Kriterien, erlebten aber vor mehr als sechs Monaten eine Panikattacke. Eine dritte Gruppe erfüllte die Kriterien für eine Panikstörung nicht; die Personen gaben aber an, während der letzten sechs Monate eine Panikattacke gehabt zu haben. Auch die Personen der vierten Gruppe erfüllten die Kriterien nicht, hatten aber eine Panikattacke vor mehr als sechs Monaten erlebt.

Der PDSR (Newman et al., 2006) wurde eigens zu Screeningzwecken entwickelt, um die Diagnose einer Panikstörung nach den DSM-IV Kriterien stellen zu können. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung konnte dieser Fragebogen erfolgreich zu seinem entwickelten Zwecke eingesetzt werden. Knapp weniger als die Hälfte der Personen erfüllte die Kriterien für eine Panikstörung.

Panikattacken treten im Rahmen der Panikstörung, der Agoraphobie, der Panikstörung mit Agoraphobie, aber auch anderen Angststörungen wie der sozialen Phobie, der spezifischen Phobie oder der Generalisierten Angststörung auf. In einer eindeutig phobischen Situation sind auftretende Panikattacken ein Zeichen für einen höheren Schweregrad einer Phobie. Eine Panikstörung darf nur beim Fehlen einer solchen Phobie diagnostiziert werden (Dillinger et al., 2000). In der vorliegenden Studie scheinen sehr viele Teilnehmer nicht nur an einer Panikstörung (subjektive Einschätzung von 28,1%) zu leiden. Es wurden auch Angaben zum Vorliegen anderer Angststörungen getätigt (Generalisierte Angststörung: 19,1%; soziale Phobie: 5,4%; Agoraphobie: 3,4%; spezifische Phobie: 1,6%).

Laut Wittchen und Jacobi (2004) leidet fast ein Drittel aller Betroffenen von Angststörungen aktuell unter mehreren Angststörungen. Diese treten besonders häufig gleichzeitig mit anderen psychischen Störungen auf. Auch in der untersuchten Stichprobe weisen viele Personen nach ihren Angaben körperliche und/oder psychische Komorbiditäten auf. Dazu zählen zum Beispiel die affektive Störung, die Persönlichkeitsstörung oder die Posttraumatische Belastungsstörung, aber auch somatische Erkrankungen, wie etwa Herz- oder Schilddrüsenerkrankungen. 13,9% der Personen geben an, an einer weiteren psychischen Störung bzw. 10,5%, an einer weiteren körperlichen Erkrankung zu leiden. Einige der Angaben sind mit etwas Vorsicht zu beurteilen, da nicht mit 100-prozentiger Sicherheit davon ausgegangen werden kann, dass die Personen auch tatsächlich einen Experten für die Diagnosestellung aufgesucht haben, sondern vielmehr vermuten, dass die eine oder andere Kategorie auf sie zutrefte. Aus differentialdiagnostischer Sicht hätten, streng genommen, all jene Personen aus den weiteren Analysen ausgeschlossen werden müssen, die andere oder zusätzliche psychische Störungen aufgewiesen haben. Die Angstsymptome dürften auch nicht auf die direkte körperliche Wirkung oder den Entzug einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurückgeführt

werden (Saß et al., 2003; Scherer & Kuhn, 2002). Ein wesentliches Ziel der Studie war es allerdings, die Copingstrategien im Umgang mit Panikattacken zu identifizieren, deshalb wurden alle Personen in die Analysen eingeschlossen, die schon einmal in ihrem Leben eine Panikattacke erlebten.

11.3 Störungsspezifische Merkmale der Population

Die Panikstörung kann mit oder ohne Agoraphobie auftreten (Saß et al., 2003). Für die Panikstörung mit Agoraphobie liegt die 12-Monats-Prävalenz bei 3,5% (Kessler et al., 2005). In der vorliegenden Untersuchung geben 6,0% der Personen, die die Kriterien der PDSR erfüllten und während der letzten sechs Monate eine Panikattacke hatten, an, an einer Panikstörung und einer Agoraphobie zu leiden. Mehr als die Hälfte der untersuchten Personen hat deutliche und anhaltende Angst vor Menschenmengen und Menschenansammlungen und davor, alleine zu reisen oder Reisen mit weiter Entfernung von zu Hause aus zu unternehmen. Hinsichtlich dieser agoraphobischen Merkmale haben Frauen deutlich mehr Angst als Männer. Aus differentialdiagnostischem Interesse wurden jene Situationen und Objekte erhoben, vor denen Personen übermäßig starke Angst oder Panik haben. Etwa die Hälfte der Personen hat übermäßig starke Angst vor großen Höhen. Besonders häufig haben Personen auch Angst, mit dem Flugzeug zu fliegen, vor fremden Menschen zu sprechen oder auch Angst vor engen geschlossenen Räumen. Es scheint also, dass Panikattacken sehr häufig als Begleiterscheinung einer sozialen oder spezifischen Phobie auftreten. Von mehr als der Hälfte der Personen werden diese Situationen und Objekte vermieden (69,8%). Der Großteil der Befragten (69,3%) ist der Meinung, dass ihre Angst bzw. ihr Vermeidungsverhalten übertrieben und unvernünftig ist. Personen, die die Kriterien laut PDSR erfüllen, vermeiden signifikant häufiger diese Situationen und Objekte, die ihnen Angst bereiten. Gerade die phobischen Störungen sind gekennzeichnet durch ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten (Dillinger et al., 2000; Saß et al., 2003).

Mehr als die Hälfte der befragten Teilnehmer (52,0%) befindet sich aufgrund ihrer Angst in Behandlung. Medizinische, medikamentöse oder psychiatrische Behandlung (29,0%) wird etwa gleich häufig wie psychologische bzw. psychotherapeutische

Behandlung (35,5%) in Anspruch genommen, während alternative Heilmethoden von nur sehr wenigen (10,0%) eingesetzt werden.

11.4 Die Internetnutzung der erhobenen Population

Laszig und Eichenberg (2003) unterscheiden im Bereich des Online-Angebotes für ratsuchende Personen grundsätzlich zwischen reinen Informationsseiten und der direkten Beratung und Therapie. Das Internet bietet Betroffenen von Angststörungen eine Vielfalt an hilfreichen Informationen über ihre Erkrankung und Therapiemöglichkeiten oder den Austausch auf internetbasierten Selbsthilfeplattformen (Eichenberg & Portz, 2005). Viele Personen suchen aufgrund ihrer Angst und Panik bzw. ihres stark ausgeprägten Vermeidungsverhaltens keine Einrichtung oder Hilfe vor Ort auf, deshalb stellt das Online-Angebot eine Alternative zu herkömmlicher Intervention dar (Ainsworth, 2008; Eichenberg & Portz, 2005; Laszig & Eichenberg, 2003). Informationen zum Thema Angst und Panik werden von der erhobenen Population durch Online-Suche auf entsprechenden Informationsseiten und durch die Suche in spezieller Fachliteratur, wie zum Beispiel in Büchern oder Zeitschriften, eingeholt. Männer nutzen diese Suche nach Informationen signifikant häufiger, während Frauen in Online-Chats, in der Familie, bei Freunden oder Bekannten und bei anderen Betroffenen Informationen einholen. Die untersuchte Population sucht im Internet auch aktiv nach Unterstützung. 66,3% der 1768 befragten Personen suchen diese in erster Linie bei der eigenen Familie und/oder Freunden. Soziale Unterstützung stellt für Lazarus und Folkman (1984) eine wichtige Copingressource dar. 51,8% der Betroffenen suchen Unterstützung in Online-Foren und/oder Newsgroups. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich von Panikattacken Betroffene gerne in anonymer Form via Internet austauschen. Allerdings scheint der persönliche Kontakt für die untersuchte Stichprobe erwünschter zu sein als die Kommunikation über das Medium Internet. Die Unterstützung durch Familie und/oder Freunde wird signifikant häufiger von Frauen in Anspruch genommen. Die Unterstützung in Online-Foren oder Newsgroups wird signifikant häufiger von jenen Personen beansprucht, die die Kriterien laut PDSR erfüllen und während der letzten sechs Monate eine Panikattacke hatten, also jener Gruppe, bei der das Problem im Augenblick sehr akut scheint. Laut Eichenberg (2003a) und Heller (2005) ist der Austausch mit Gleichgesinnten im Internet eine sinnvolle

Ergänzung zur Hilfe vor Ort und kann ähnliche Funktionen wie reale Selbsthilfegruppen übernehmen, die allerdings im ländlichen Raum nicht sehr verbreitet sind. Dieses Online-Angebot scheint für Ratsuchende sehr beliebt zu sein.

11.5 Angstbezogene Kognitionen der erhobenen Population

Laut Kognitivem Modell nach Clark (1986) sind Panikattacken das Resultat katastrophisierender Missinterpretationen verschiedener körperlicher Erscheinungen. Die körperlichen Erregungen werden bedrohlicher und gefährlicher wahrgenommen, als sie tatsächlich sind. Wird ein belastendes Ereignis oder eine Situation als Bedrohung bewertet, wird damit oft das Gefühl der Angst verbunden (Lazarus, 1999; Lazarus & Folkman, 1984). Austin und Kiropoulos (2008) konnten zeigen, dass Personen mit Panikstörung mehr Missinterpretationen unklarer interner Reize berichteten als nicht ängstliche Kontrollpersonen. Auch die befragten Personen mit Panikattacken wiesen im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen mehr katastrophisierende Kognitionen auf, die sich um „körperliche Krisen“ und „Kontrollverlust“ (ACQ) drehen. Wie die Ergebnisse nach Austin und Kiropoulos (2008) unterstützen auch die im Rahmen dieser Untersuchung ermittelten Ergebnisse die Kernannahmen des Modells nach Clark, wonach Personen mit Panikstörung interne körperliche Reize missinterpretieren. Aber nicht nur Personen mit einem vermuteten Vollbild einer Panikstörung missinterpretieren diese inneren körperlichen Prozesse, sondern auch Personen, die gelegentlich an Panikattacken leiden. Es zeigte sich, dass Personen, die die Kriterien für eine Panikstörung nach dem Screening erfüllten und die letzte Panikattacke innerhalb der vergangenen sechs Monate erlebten, ein höheres Ausmaß angstbezogener Kognitionen aufwies als jene, die die Kriterien nicht vollständig erfüllten. Je mehr „körperliche Krisen“ oder je höher der „Kontrollverlust“, desto mehr Symptome zeigt eine Person für das Vollbild einer Panikstörung. Gerade die Reduzierung dieser katastrophisierenden Kognitionen ist ein wesentliches Ziel der psychologischen Interventionen und speziell der Kognitiven Verhaltenstherapie im Bereich der Angststörungen. Diese Form der Behandlung führt zur Linderung der Symptome, verringert die Erwartungsangst und die panikbezogenen Kognitionen (Hofmann et al., 2007; Siev & Chambless, 2007).

In der Literatur konnten keine Hinweise gefunden werden, ob geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der angstbezogenen Kognitionen existieren. Im Rahmen der

vorliegenden Untersuchung konnten bezüglich Kognitionen, die sich um körperliche Krisen drehen, keine geschlechtsspezifischen Unterschiede ermittelt werden. Allerdings leiden Frauen ($M = 2,45$, $SD = 0,86$) an höherem Kontrollverlust als Männer ($M = 2,28$, $SD = 0,84$).

11.6 Copingstrategien der erhobenen Population

Ein Hauptanliegen der Studie bezog sich auf die Identifizierung von Copingstrategien, die Personen mit Panikattacken vorrangig anwenden. Im Allgemeinen greifen Personen mit Panikattacken zu ineffektiven und ungeeigneten Strategien, die nur in geringem Ausmaß problemorientiert scheinen. Häufig eingesetzt wird behaviorales und kognitives Vermeidungs- und Fluchtverhalten (Cox et al., 1992; Feldner et al., 2004; Ramage-Morin, 2004; Savoia & Bernik, 2004).

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung ließen sich fünf Strategien ermitteln, die sowohl positive aktive Maßnahmen, wie auch negative vermeidende Taktiken beinhalten: „Ablenkung“, „effektives Coping“, „Aufmerksamkeitslenkung nach Außen“, „Selbstaufmerksamkeit“ und „Flucht und Vermeidung“. Der erste Faktor lässt sich inhaltlich mit gedanklicher Ablenkung beschreiben. „Effektives Coping“ beinhaltet Taktiken wie etwa positive Selbstinstruktionen und Entspannung. Die dritte Strategie meint die Lenkung der Konzentration nach außen bzw. die Wahrnehmung wird auf die Umgebung gerichtet. Mit „Selbstaufmerksamkeit“ ist gemeint, dass sich die Person auf die körperlichen Aspekte, verursacht durch die Angst, konzentriert. Im Gegensatz zum vorherigen Faktor, richtet die Person ihre Aufmerksamkeit nach Innen. Die Copingstrategie „Flucht und Vermeidung“ beinhaltet sowohl verhaltensbezogene als auch kognitive Vermeidung. Personen, die die Kriterien laut PDSR erfüllten, bevorzugten die Copingstrategie „Selbstaufmerksamkeit“, gefolgt von „effektiven Copingstrategien“. Die befragten Personen beobachteten ihre inneren Vorgänge sehr genau, wenden aber durchaus auch positive effektive Strategien zur Bewältigung ihrer Angst und Panik an. Von erfolgreicher Bewältigung der Angst kann gesprochen werden, wenn erwünschte Effekte eintreffen, Befürchtetes und negative Folgen ausbleiben oder verhindert werden können (Lindenlaub & Kraak, 1997).

Hinsichtlich des Schweregrades der Panik (Summenwert der PDSR) zeigten sich signifikante Zusammenhänge zu den Copingstrategien, hier besonders zur

Selbstaufmerksamkeit. Das heißt, eine Person, die das Vollbild einer Panikstörung zeigt, tendiert auch mehr zu den negativ vermeidenden Copingstrategien als jene, die die Kriterien nicht zur Gänze erfüllen. So neigt eine Person eher zu Selbstaufmerksamkeit, je mehr Symptome sie zeigt. Das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung deckt sich mit dem aus der Studie von Hughes et al. (1999), wo schwere Fälle von Agoraphobie hoch positive Korrelationen mit vermeidendem Coping und der Selbstaufmerksamkeit aufwiesen. Die Autoren vermuten, dass gerade die Selbstaufmerksamkeit eine verbreitete Taktik für die Bewältigung von Angst und die Aufrechterhaltung der Symptomatik darstellt.

Bezüglich der Bewältigung von Stress wurden in verschiedenen Studien geschlechtsspezifische Unterschiede in den Stilen Distanzieren und Vermeidung ermittelt (Cox et al., 1992; Feldner et al., 2004; Ramage-Morin, 2004; Savoia & Bernik, 2004). Diese konnten in vorliegender Untersuchung allerdings nicht festgestellt werden; auch in der erhobenen Stichprobe unterscheiden sich Männer und Frauen nicht hinsichtlich einer der Copingstrategien.

Im Rahmen dieser Untersuchung zeigte sich, dass auch katastrophisierende Missinterpretationen körperlicher Erscheinungen (Clark, 1986) eine Rolle beim Bewältigungsverhalten spielen. Vor allem zwischen den „körperliche Krisen“ und der Strategie „Selbstaufmerksamkeit“ existiert eine signifikante positive Korrelation von mittlerem Ausmaß. Es scheint also, dass Personen, deren Gedanken ständig um körperliche Erscheinungen kreisen, ihre Aufmerksamkeit bzw. Konzentration auf die körperlichen Vorgänge richten. Die Gedanken, die um den Verlust von Kontrolle kreisen, spielen eine größere Rolle beim Flucht- und Vermeidungsverhalten, während diese beim „effektiven Coping“ keine Rolle spielen. Hier liegt die Vermutung nahe, dass man entweder „effektives Coping“ anwendet oder an „Kontrollverlust“ leidet, d.h. wenn man weniger an angstbezogenen Kognitionen leidet, könnte man effektives leichter Coping anwenden.

11.7 Selbstwirksamkeit der erhobenen Population

Laut Jerusalem und Schwarzer (1999) erfasst die Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeit die persönliche Einschätzung der eigenen Kompetenzen, allgemein

mit Schwierigkeiten und Barrieren im täglichen Leben zurechtzukommen. Die erhobene Population, also Personen, die schon einmal in ihrem Leben eine Panikattacke hatten ($M = 25,06$, $SD = 6,19$), verfügen im Vergleich zu einer großen Gruppe deutscher Erwachsener ($M = 29,28$, $SD = 5,09$) über eine geringere allgemeine Selbstwirksamkeit. Dieses Ergebnis geht einher mit jenem von Ruholl (2007). Auch in ihrer Studie wiesen Personen mit Angststörungen, neben jenen mit Depression und Essstörungen, die niedrigsten Werte im Bereich der allgemeinen Selbstwirksamkeit auf.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wiesen sogar Personen, die die Kriterien für eine Panikstörung erfüllten und während der letzten sechs Monate eine Panikattacke hatten ($M = 24,08$, $SD = 5,89$), signifikant niedrigere Werte in diesem Konstrukt auf im Vergleich zu den beiden Gruppen, die die Kriterien nicht erfüllten. Signifikante Unterschiede zeigten sich auch zwischen den beiden Gruppen, die die Kriterien nicht erfüllten. Jene, die während der letzten sechs Monate eine Panikattacke hatte ($M = 25,33$, $SD = 6,31$), wies eine geringere Ausprägung auf als jene, die vor mehr als sechs Monaten eine Panikattacke hatte ($M = 27,04$, $SD = 5,45$). Der Zeitpunkt der letzten Panikattacke dürfte also ausschlaggebend für das Ausmaß an Selbstwirksamkeit sein. Personen, die unmittelbarer von Panikattacken betroffen sind, scheinen weniger von sich überzeugt zu sein, die Fähigkeit zu besitzen, belastende Schwierigkeiten des Alltags zu überwinden bzw. damit zurechtzukommen.

Emotionale Selbstwirksamkeit stellt eine wichtige Fertigkeit der emotionalen Kompetenz dar. Sie entspricht der Überzeugung, fähig zu sein, auf emotionsauslösende Transaktionen adäquat und erfolgreich zu reagieren und die damit verbundenen Emotionen wirksam zu regulieren (Saarni, 2002). Thell (2007) ermittelte, dass Internetsüchtige User ($M = 72,54$, $SD = 16,15$) die niedrigsten Werte hinsichtlich der emotionalen Selbstwirksamkeit aufwiesen im Vergleich zu gefährdeten ($M = 76,89$, $SD = 14,59$) und unauffälligen ($M = 85,39$, $SD = 12,33$) Internetnutzern. Im Rahmen der vorliegenden Studie wies die Gruppe, die die Kriterien für eine Panikstörung erfüllte und während der letzten sechs Monate eine Panikattacke hatte, also die Gruppe, die das Vollbild einer Panikstörung zeigte ($M = 79,16$, $SD = 13,16$), die niedrigsten Werte bezüglich der emotionalen Selbstwirksamkeit auf, im Vergleich zu den beiden Gruppen, die vor mehr als sechs Monaten eine Panikattacke erlebten. Es kann vermutet werden,

dass je mehr Symptome, im Sinne eines Vollbildes einer Panikstörung, vorliegen, desto geringer die emotionale Selbstwirksamkeit vorliegen wird.

Thell (2007) konnte hinsichtlich der allgemeinen Selbstwirksamkeit keine geschlechtsspezifischen Unterschiede ermitteln. Auch in der vorliegenden Untersuchung unterscheiden sich Frauen und Männer nicht voneinander. Hinsichtlich der emotionalen Selbstwirksamkeit konnten diese wie auch bei Thell (2007) (Frauen: $M = 86,09$, $SD = 12,21$; Männer: $M = 83,59$, $SD = 13,08$) ermittelt werden. Frauen ($M = 81,16$, $SD = 13,36$) verfügen über eine höhere emotionale Selbstwirksamkeit als Männer ($M = 78,53$, $SD = 14,55$).

In der Literatur konnten keine Hinweise gefunden werden, ob es einen Zusammenhang zwischen der allgemeinen und der emotionalen Selbstwirksamkeit gibt. Im Rahmen dieser Studie wurde erhoben, ob die beiden Konstrukte miteinander korrelieren. Bei Personen mit Panikattacken konnte ein starker positiver Zusammenhang ermittelt werden. Es kann also davon ausgegangen werden, dass hinsichtlich der erhobenen Population eine niedrige persönliche Einschätzung der eigenen Kompetenzen, allgemein mit Schwierigkeiten und Barrieren des täglichen Lebens zurechtzukommen (Jerusalem & Schwarzer, 1999), mit einer dementsprechend geringeren emotionalen Selbstwirksamkeit einhergeht (Schmitz & von Salisch, 2002).

Casey et al. (2004) schlagen ein integriertes Modell vor, in welchem sowohl katastrophisierende Missinterpretationen körperlicher Erscheinungen wie auch „panic self-efficacy“ unabhängig voneinander zur Aufrechterhaltung der Panikstörung beitragen. Die Autoren sind der Meinung, dass zwischen den beiden Konstrukten kein Zusammenhang bestehe. Sie vermuten, dass die „panic self-efficacy“ im Behandlungsprozess ein wichtiges Element zur Reduzierung der Panikintensität darstellt. Muris (2002) hingegen konnte in seiner Studie ermitteln, dass negative Korrelationen zwischen der Selbstwirksamkeit und Symptomen der Angststörung existieren. Besonders niedrige Werte der emotionalen Selbstwirksamkeit waren begleitet von hohen Werten der Angststörungssymptomatik und hier besonders mit Symptomen der Panik. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung konnten ebenfalls negative Zusammenhänge zwischen angstbezogenen Kognitionen und der allgemeinen

sowie der emotionalen Selbstwirksamkeit ermittelt werden, die allerdings schwach bis sehr schwach ausfallen. Ein höheres Ausmaß an angstbezogenen Kognitionen geht mit geringer ausgeprägter allgemeiner und emotionaler Selbstwirksamkeit einher.

Die Bewältigung einer stressreichen Situation einer Person hängt sehr davon ab, welche Ressourcen ihr zur Verfügung stehen. Verfügt sie über viele Ressourcen und/oder ist kompetent genug, Wege zu finden, die Anforderungen zu bewältigen, wird die Bewältigung besser gelingen (Lazarus & Folkman, 1984). Auch laut Hobfoll und Buchwald (2004) spielen Ressourcen im Stressprozess eine wichtige Rolle. Die Selbstwirksamkeit stellt eine wichtige persönliche Ressource im Bewältigungsprozess dar. Schwarzer (1994) spricht von einer Bewältigungsressource. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde deshalb der Zusammenhang zwischen Coping und Selbstwirksamkeit untersucht. Es konnten zwar signifikante, aber nur sehr schwache bis schwache Zusammenhänge ermittelt werden. Die Ausprägung der allgemeinen und der emotionalen Selbstwirksamkeit spielt nur eine geringe Rolle bei der Wahl für positiv bzw. negativ ausgerichtete Copingstrategien. Die negativen Zusammenhänge zum Flucht- und Vermeidungsverhalten weisen darauf hin, dass gering ausgeprägte Selbstwirksamkeit die Wahl dieser negativen Bewältigungsmaßnahme begünstigt, da durch gering vorhandene emotionale Selbstwirksamkeit die Emotionsregulation nicht so gut funktionieren kann (Schmitz & von Salisch, 2002). Die Erwartungsangst und das Vermeidungsverhalten werden hauptsächlich durch die wahrgenommene Unwirksamkeit, potenzielle Bedrohungen zu bewältigen, ausgelöst. Das Vermeidungsverhalten wird gezeigt, weil die Personen glauben, die gefährlichen Aspekte der Situation nicht bewältigen zu können (Bandura, 1986, zitiert nach Bandura, 1997).

Welche Konstrukte haben nun Einfluss auf das Vorliegen einer Panikstörung? In vorliegender Studie wurde mittels Regressionsanalysen festgestellt, dass das Vorliegen angstbezogener Kognitionen, vermehrte Selbstaufmerksamkeit sowie Flucht- und Vermeidungsverhaltensweisen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die Kriterien für eine Panikstörung erfüllt sind. Auch das Ausmaß der Selbstwirksamkeit spielt eine Rolle. Mit steigendem Ausmaß an allgemeiner Selbstwirksamkeit nimmt die Wahrscheinlichkeit ab, eine Panikstörung aufzuzeigen.

12. Kritik und Ausblick

Die vorliegende Studie wurde aus diesem Grunde online durchgeführt, um Personen mit Panikattacken im deutschen Sprachraum zu erreichen. Die hohe Teilnahmebereitschaft so vieler Betroffener spricht für den Erfolg dieser Untersuchung, Personen mit Panikattacken über das Internet erreicht zu haben. Die Online-Studie löste sehr positive, aber teilweise auch negative Resonanz aus. Die Kritik von Seiten der Teilnehmer bezog sich vor allem auf die zeitliche Formulierung einiger Fragen, wo für einige nicht ersichtlich war, ob die Beantwortung für die momentane Verfassung erfolgen sollte, oder man sich auf die letzte Panikattacke beziehen sollte. Diese Kritik ist nachvollziehbar, da doch sehr viele Personen teilnahmen, die von ihrer letzten Panikattacke vor mehr als sechs Monaten betroffen waren. Nachfolgende Untersuchungen sollten auf eine noch genauere Formulierung achten. Auf der anderen Seite waren sehr viele Teilnehmer froh darüber, erkennen zu können, dass in diesem Bereich weiterhin geforscht wird. Die Worte einer Betroffenen aus einer E-Mail Rückmeldung sollen dies verdeutlichen:

„es ist tröstlich zu wissen, dass andere Menschen sich darum bemühen, Wege zu finden, dieses grässliche Gefühl ANGST, in den Griff zu bekommen. Besonders dann, wenn Angst so uferlos wird, dass man sich ihr hilflos ausgeliefert fühlt und am liebsten davor wegrennen möchte. Danke, dass Sie sich mit diesem Thema beschäftigen! Es hat gut getan, die Gedanken und Gefühle in der Befragung ein bisschen zu sortieren“ (Anonym, 05.07.2008).

Einige Personen meldeten sich, weil sie unbedingt nach dem Ende der Studie die Ergebnisse erfahren wollten, andere schilderten ihren Leidensweg, ihre Symptomatiken und welche Belastungen für sie und ihre Familien damit verbunden waren und sind. Dieses positive Feedback ist ein Zeichen für die Akzeptanz von Studien im Angstbereich, besonders des neuen Forschungszweiges der Online-Forschung.

Eichenberg und Portz (2005) betonen, dass diese Patientengruppe leichter und besser via Internet erreichbar ist, da aufgrund der ausgeprägten Angst und der agoraphobischen Vermeidung Hilfseinrichtungen erst gar nicht aufgesucht werden. Auch die vorliegende Studie spricht für diesen Umstand, da sehr viele Personen erreicht werden konnten. Da viele Personen auch angaben, via Internet nach Informationen und Unterstützung zu suchen, kann davon ausgegangen werden, dass dieses Medium von dieser Zielgruppe besonders zu diesen Zwecken genutzt wird. Studienergebnisse (vgl. Abschnitt 5.2) verdeutlichen, dass Beratungsangebote und Therapieangebote via Internet für diese Betroffenen immer mehr an Bedeutung gewinnen.

Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die differentialdiagnostische Herangehensweise der Studie. Es wurde nach bekannten Diagnosen, agoraphobischen Merkmalen, sowie nach spezifischen Situationen und Objekten gefragt, die Angst und Panik auslösen könnten. Es wurde erhoben, ob stimulierende Substanzen oder eine medizinische Krankheit die Panikattacken verursachen könnten. Streng genommen, hätten alle Personen aus der Stichprobe ausgeschlossen werden müssen, die eine dieser Fragen positiv beantwortet hätte. Es zeigte sich aber in Voranalysen, dass sich die Personen, die angaben, kurz vor einer Panikattacke stimulierende Substanzen zu sich genommen zu haben oder eine medizinische ursächliche Krankheit zu haben, nicht hinsichtlich der erfragten psychologischen Konstrukte vom Rest der Stichprobe unterscheiden, deshalb wurden diese Personen nicht ausgeschlossen. Die Befragung zu einer möglichen medizinischen Verursachung oder die von stimulierenden Substanzen hätte detaillierter erfolgt werden müssen. Die beiden Items des PDSR erfragen dies hier nur sehr oberflächlich, deshalb werden sie auch nicht in die Verrechnung der Diagnosestellung aufgenommen. Die Autoren des PDSR (Newman et al., 2006) empfehlen bei positiven Angaben genauer nachzufragen. Im Rahmen der Online-Studie war dies allerdings nicht möglich. Sind in nachfolgenden Untersuchungen reine Formen der Panikstörung von Interesse, sollte dies berücksichtigt werden. An dieser Stelle sei noch einmal betont, dass sich diese Studie an alle Personen gerichtet hatte, die schon einmal in ihrem Leben eine Panikattacke hatten. Außerdem konnte eine noch differenziertere Erhebung des Störungsbildes nicht vorgenommen werden, da sonst die Befragung zu lange gedauert hätte und somit die Gefahr für eine erhöhte Abbruchrate gestiegen wäre.

13. Zusammenfassung

Das Ziel der Studie war es, einen Einblick in das Bewältigungsverhalten von Personen mit Panikattacken im deutschen Sprachraum zu gewinnen. Dabei wurde versucht, über das Medium Internet Personen zur Teilnahme zu motivieren. Das Internet bietet eine Fülle an Informationen und Unterstützungsangeboten für diese Patientengruppe. Diese ist via Internet wohl leichter und besser erreichbar, da aufgrund der ausgeprägten Angst und der agoraphobischen Vermeidung Hilfseinrichtungen oft erst gar nicht aufgesucht werden (Eichenberg & Portz, 2005). Zusätzlich wurden für dieses Störungsbild charakteristische Kognitionen erhoben sowie die persönliche Einschätzung ihrer Fähigkeiten, mit Schwierigkeiten und Barrieren im täglichen Leben zurechtzukommen. Außerdem war die Darstellung der erhobenen Population hinsichtlich soziodemografischer und störungsspezifischer Merkmale von Interesse.

Mittels Online-Fragebogen wurden im Zeitraum von fünf Monaten die interessierenden Konstrukte und Merkmale erhoben. Die Studie wurde durch zahlreiche Kooperationen mit entsprechenden Informationsseiten oder Foren bzw. Newsgroups zum Thema Angst und Panik verlinkt. So konnten 5640 Zugriffe auf die Online-Studie verzeichnet werden, von denen 2096 Datensätze in die Beschreibung der erhobenen Stichprobe aufgenommen wurden. 1780 Fälle konnten in die Analysen bezüglich der psychologischen Konstrukte eingeschlossen werden.

Der Anteil der Frauen an dieser Stichprobe ist überrepräsentiert (78,1% vs. 21,9% Männer). Das durchschnittliche Alter der Stichprobe ($M = 34,04$, $SD = 10,82$) deckt sich in etwa mit dem mittleren Erkrankungsalter bei der Panikstörung, das zwischen 26 und 31 Jahren liegt (Wittchen & Jacobi, 2004). Mehr als die Hälfte der Befragten ist verheiratet oder lebt in einer Partnerschaft (52,9%). Der Großteil der Teilnehmer verfügt über einen Matura-, einen Lehr- oder einen Handelsschulabschluss und befindet sich in einem angestellten Dienstverhältnis.

Neben der Frage, ob die Personen schon einmal eine Panikattacke hatten, wurde versucht, mittels Diagnosescreening „Panic Disorder Self-Report“ (PDSR) zu ermitteln, wie viele Personen eine Panikstörung aufweisen. Vier Gruppen konnten identifiziert werden: Zwei Gruppen, die die Kriterien des Diagnosescreening nach DSM-IV erfüllten

(44,4%) und zwei, die sie nicht zur Gänze erfüllten, aber an Panikattacken leiden (55,6%). In jeder der beiden Bedingungen gibt es eine Gruppe, die während der letzten sechs Monate eine Panikattacke erlitt, während in der anderen vor mehr als sechs Monaten die letzte Panikattacke erlebt wurde. 28,1% der Personen gaben an, dass bei ihnen die Diagnose einer Panikstörung gestellt worden sei. Von diesen befinden sich 37,8% der Personen in der Gruppe, die die Kriterien laut PDSR erfüllten und während der letzten sechs Monate eine Panikattacke hatten. Aber auch in allen anderen Bedingungen finden sich Personen mit der Diagnose Panikstörung oder einer anderen Form der Angststörung. Panikattacken treten auch im Rahmen anderer Angststörungen auf.

Die Mehrheit der Stichprobe zeigt agoraphobische Merkmale, aber auch Angst vor spezifischen Situationen und Objekten. Mehr als die Hälfte der Personen hat Angst vor Menschenmengen bzw. Menschenansammlungen und vor großen Höhen. Obwohl der Großteil der Personen keine psychische (78,7%) oder physische (81,0%) Komorbidität aufzuweisen scheint, nennen einige Teilnehmer ein großes Spektrum an komorbiden Störungen. Etwa die Hälfte der Personen nahm aufgrund der Ängste professionelle Hilfe in Anspruch, vor allem psychologische bzw. psychotherapeutische Behandlung (35,5%) und/oder medizinische, medikamentöse bzw. psychiatrische Behandlung (29,0%). Es zeigte sich, dass der Großteil der Personen nach Unterstützung bei der eigenen Familie und Freunden suchte. Auch das Internet wird vermehrt zur Suche nach Unterstützung herangezogen, wobei hier der Austausch mit anderen Internetusern über Foren und Newsgroups im Vordergrund steht. Das Internet wird auch für die Suche nach Informationen zum Thema Angst und Panik vermehrt herangezogen.

Personen mit Panikattacken zeigten im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen eine höhere Ausprägung hinsichtlich katastrophisierender Missinterpretationen körperlicher Erscheinungen. Die Gruppe der Personen, die die Kriterien für eine Panikstörung erfüllte und während der letzten sechs Monate eine Panikattacke hatte, wies noch höhere Werte hinsichtlich „körperlicher Krisen“ und „Kontrollverlust“ auf als die beiden Gruppen, die die Kriterien nicht zur Gänze erfüllten. Der Bezug zu körperlichen Vorgängen ist bei dieser Personengruppe sehr stark. Die angstbezogenen Kognitionen können als Prädiktoren für das Vorliegen einer Panikstörung (nach PDSR) herangezogen werden.

Zur Identifizierung von Bewältigungsmaßnahmen im Umgang mit Angst und Panik wurde ein englischsprachiges Verfahren ins Deutsche übersetzt. Folgende Copingstrategien konnten ermittelt werden: „Ablenkung“, „effektives Coping“, „Aufmerksamkeitslenkung nach Außen“, „Selbstaufmerksamkeit“ und „Flucht und Vermeidung“. Die erhobene Stichprobe bevorzugt die Strategie der „Selbstaufmerksamkeit“, gefolgt von effektiven Copingstrategien, wie etwa positive Selbstinstruktionen oder Entspannung. Jene Personen, die die Kriterien einer Panikstörung erfüllten und während der letzten sechs Monate eine Panikattacke hatten, wiesen bei allen Copingstrategien höhere Werte auf im Vergleich zu den Gruppen, die die Kriterien nicht erfüllten.

Personen mit Panikattacken zeigten eine geringere allgemeine Selbstwirksamkeit als eine gesunde Kontrollstichprobe. Jene Personen, die die Kriterien für eine Panikstörung erfüllten und während der letzten sechs Monate eine Panikattacke hatten, zeigten die niedrigsten Werte im Vergleich zu den anderen Gruppen. Auch hinsichtlich der emotionalen Selbstwirksamkeit wiesen Personen mit dem Vollbild einer Panikstörung die niedrigsten Werte auf und unterschieden sich signifikant von jenen, die vor mehr als sechs Monaten eine Panikattacke hatten. Die niedrigsten Werte zeigte diese Gruppe hinsichtlich der Bewusstheit über den emotionalen Zustand, der Emotionsbewältigung und der Fähigkeit zur emotionalen Selbstwirksamkeit. Frauen verfügten über ein signifikant höheres Ausmaß an emotionaler Selbstwirksamkeit als Männer, während sich die Geschlechter hinsichtlich der allgemeinen Selbstwirksamkeit nicht unterschieden. Zwischen den beiden Formen der Selbstwirksamkeit wurde ein signifikanter starker positiver Zusammenhang ermittelt.

Weiters konnten im Rahmen dieser Studie signifikante negative Zusammenhänge zwischen angstbezogenen Kognitionen und der Selbstwirksamkeit ermittelt werden. Ein hohes Ausmaß an angstbezogenen Kognitionen geht mit geringer allgemeiner Selbstwirksamkeit einher. Auch die Bewältigung von Angst und Panik steht mit der allgemeinen und emotionalen Selbstwirksamkeit in Verbindung. So korrelieren positive Copingstrategien mit höheren Werten der Selbstwirksamkeit; ein geringes Ausmaß an Selbstwirksamkeit geht mit vermehrten Flucht- und Vermeidungstendenzen einher. Es zeigte sich auch, dass sich das Ausmaß an angstbezogenen Kognitionen in der Wahl des Copings widerspiegelt. So existiert eine mittlere positive Korrelation zwischen der Selbstaufmerksamkeit und Gedanken, die um körperliche Krisen kreisen. Gedanken, die

sich mit dem Verlust von Kontrolle beschäftigen, hängen in stärkerem Ausmaß mit Flucht und Vermeidungsstrategien zusammen.

Die vorliegende Studie verdeutlicht, dass das Medium Internet für die untersuchte Population ein wichtiges Hilfsmittel zur Informationssuche und zur Kommunikation ist. Das Internet stellt eine Möglichkeit der Bewältigung für die betroffenen Personen dar. Da sich charakteristische Merkmale einer Panikattacke sehr stark auf körperliche Vorgänge und damit verbundene Gedanken beziehen, scheint es nicht verwunderlich, dass die untersuchte Stichprobe gerade hinsichtlich angstbezogener Kognitionen ein höheres Ausmaß zeigte und die Copingstrategie der Selbstaufmerksamkeit bevorzugt wurde. Die untersuchte Population wendet aber auch effektive Bewältigungsstrategien im Umgang mit Angst und Panik an.

14. Abstract

Coping and self-efficacy in panic attack sufferers – An online study

Objectives: The aim of the study was to investigate the specific coping strategies, the anxiety-related cognitions, the general and emotional self-efficacy and disease-specific Internet use of an online sample of panic attack sufferers.

Methods: The online study was promoted on German-speaking information sites and on discussion boards about anxiety. The Panic Disorder Self-Report (PDSR) was used to identify participants having panic disorder. To examine specific coping strategies, a German translation of the Coping with Anxiety Questionnaire was administered. Further, the online survey included questions concerning anxiety-related cognitions and scales for the assessment of general and emotional self-efficacy.

Results: In the time from June until October 2008 5640 entries in the database were registered. Data of 1780 participants suffering from panic attacks were included in further analyses. The majority of the sample was female (78%), the mean age was 34 years (range 13-82). According to the PDSR, about 44% of the participants were identified having panic disorder; about 56% suffered from panic attacks, however not meeting full criteria for panic disorder. The most frequently used coping strategy was 'self vigilance' followed by effective coping styles (e.g., positive self-talk, relaxation), which were both used more often than avoidant coping strategies (e.g., distraction). Compared to panic attack sufferers not meeting criteria for panic disorder, the participants with panic disorder according to PDSR significantly showed more anxiety-related cognitions and less general and emotional self-efficacy. Besides family and friends, online platforms and newsgroups played an important role in getting support to cope with anxiety. Specific Internet information sites were perceived as crucial source of seeking information about anxiety.

Conclusion: The investigated population prefers coping by giving attention to bodily sensations. However, the online sample's coping style also seems to be effective. The Internet represents an important source for both seeking anxiety-related information and getting social and emotional support. The participants' disease-specific Internet use additionally reflects coping in an active way. The high participation rate in the study and the positive feedback concerning this investigation indicate a great demand and acceptance of online research in the field of anxiety and panic.

Keywords: panic attacks, coping, self-efficacy, anxiety-related cognitions, online study

15. Literaturverzeichnis

- Ainsworth, M. (2008). *ABC's of Internet mental health services*. Zugriff am 28.08.2008.
Verfügbar unter <http://www.metanoia.org/imhs/>
- Amering, M., Katschnig, H., Berger, P., Windhaber, J., Baischer, W. & Dantendorfer, K. (1997). Embarrassment about the first panic attack predicts agoraphobia in panic disorder patients. *Behavior, Research and Therapy*, 35, 517-521.
- Amirkhan, J.H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1066-1074.
- Aspinwall, L.G. & Taylor, S.E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417-436.
- Austin, D. & Kiropoulos, L. (2008). An Internet-based investigation of the catastrophic misinterpretation model of panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 233-242.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2003). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung* (10., neu bearbeitete und erweiterte Aufl.). Berlin: Springer.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie* (Orig. 1976). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1994). Self efficacy. In V.S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
Zugriff am 30.04.2008. Verfügbar unter
<http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman & Company.

- Bassett, M. & Edelmann, R.J. (1991). The Coping with Anxiety Questionnaire: A replication and extension. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 239-246.
- Bollinger, S. (2004). E-Mail-Kontakte und Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 49, 126-128.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (3., überarbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Botella, C., Quero, S., Banos, R.M., Garcia-Palacios, A., Breton-Lopez, J., Alcaniz, M. & Fabregat, S. (2008). Telepsychology and self-help: The treatment of phobias using the internet. *CyberPsychology & Behavior*, 11, 659-664.
- Bouchard, S., Gauthier, J., Nouwen, A., Ivers, H., Vallieres, A., Simard, S. & Fournier, T. (2007). Temporal relationship between dysfunctional beliefs, self-efficacy and panic apprehension in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 275-292.
- Brosius, F. (2006). *SPSS 14. Das mitp-Standardwerk*. Heidelberg: mitp, RedlineGMBH.
- Bühl, A. & Zöfel, P. (2002). *SPSS 11. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows* (8., überarbeitete und erweiterte Aufl.). München: Pearson Studium.
- Casey, L.M., Oei, T.P.S. & Newcombe, P.A. (2004). An integrated cognitive model of panic disorder: The role of positive and negative cognitions. *Clinical Psychological Review*, 24, 529-555.
- CCBT Limited, Healthcare Online. (2005). www.FearFighter.com. *Panic & phobia treatment online*. Zugriff am 07.08.2008. Verfügbar unter <http://www.ccbt.co.uk/>
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P. & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: The body sensation questionnaire and the agoraphobics cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Cosway, R., Endler, N.S., Sadler, A.J. & Deary, I.J. (2000). The Coping Inventory for Stressful Situations: Factorial structure and associations with personality traits and psychological health. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 5, 121-143.

- Cox, B.J., Endler, N.S., Swinson, R.P. & Norton, G.R. (1992). Situations and specific coping strategies associated with clinical and nonclinical panic attacks. *Behaviour, Research and Therapy*, 30, 67-69.
- Dengler, W. & Selbmann, H.-K. (2000). *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 2: Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen*. Steinkopff: Darmstadt.
- Dillinger, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F)*. Bern: Huber.
- Döring, N. (1999). *Sozialpsychologie des Internet* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Döring, N. (2000a). Identitäten, soziale Beziehungen und Gemeinschaften im Internet. In B. Batinic (Hrsg.), *Internet für Psychologen* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.) (S. 379-415). Göttingen: Hogrefe.
- Döring, N. (2000b). Kommunikation im Internet: Neun theoretische Ansätze. In B. Batinic (Hrsg.), *Internet für Psychologen* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.) (S. 345-377). Göttingen: Hogrefe.
- Döring, N. (2000c). Selbsthilfe, Beratung und Therapie im Internet. In B. Batinic (Hrsg.), *Internet für Psychologen* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.) (S. 509-547). Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A. & Margraf, J. (2001). *Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung. Manual* (2., überarbeitete und neunormierte Aufl.). Göttingen: Beltz.
- Eichenberg, C. (2003a). Internetbasierte Hilfe für Betroffene psychischer Störungen. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet* (S. 173-189). Göttingen: Hogrefe.
- Eichenberg, C. (2003b). Nutzungsmöglichkeiten des Internet für Psychologen und Psychotherapeuten und ihr Klientel. *Psychologie in Österreich*, 23, 8-18.
- Eichenberg, C. & Ott, R. (1999). Informationen über psychische Störungen im Internet: Wissenschaftliches, Berichte Betroffener und Selbsthilfe. *Psychomed*, 11, 184-189.

- Eichenberg, C. & Portz, K. (2005). Angststörungen: Information und Intervention online. *Psychologie im Dialog*, 4, 452-458.
- Endler, N.S. (1997). Stress, anxiety and coping: The multidimensional interaction model. *Canadian Psychology*, 38, 136-153.
- Endler, N.S. & Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Endler, N.S. & Parker, J.D.A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6, 50-60.
- Feldner, M.T., Zvolensky, M.J. & Leen-Feldner, E.W. (2004). A critical review of the empirical literature on coping and panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 123-148.
- Ferring, D. & Filipp, S.-H. (1989). Bewältigung kritischer Lebensereignisse: Erste Erfahrungen mit einer deutschsprachigen Version der "Ways of Coping Checklist". *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 10, 189-199.
- Goodwin, R.D., Lieb, R., Hoefler, M., Pfister, H., Bittner, A., Beesdo, K. & Wittchen, H.-U. (2004). Panic attack as a risk factor for severe psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2207-2214.
- Han, W.T., Collie, K., Koopman, C., Azarow, J., Classen, C., Morrow, G.R., Michel, B. Brennan-O'Neill, E. & Spiegel, D. (2005). Breast cancer and problems with medical interactions: Relationships with traumatic stress, emotional self efficacy, and social support. *Psycho-Oncology*, 14, 318-330.
- Hayward, P., Ahmad, T. & Wardle, J. (2000). Attention to bodily sensations: A test of the cognitive-attentional model of panic. *Depression and Anxiety*, 12, 203-208.
- Heller, K. (2005). Psychosoziale Beratung in einer Selbsthilfe-Newsgruppe zum Thema Angst. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 2, 41-66.
- Hino, T., Takeuchi, T. & Yamanouchi, N. (2002). A 1 year follow-up study of coping inpatients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 279-284.
- Hobfoll, S.E., Johnson, R.J., Ennis, N. & Jackson, A.P. (2003). Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 632-643.

- Hobfoll, S.E. & Buchwald, P. (2004). Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multiaxiale Copingmodell – eine innovative Stresstheorie. In P. Buchwald, C. Schwarzer & S.E. Hobfoll (Hrsg.), *Stress gemeinsam bewältigen* (S. 11-26). Göttingen: Hogrefe.
- Hofmann, S.G., Suvak, M.K., Barlow, D.H., Shear, M.K., Meuret, A.E., Rosenfield, D., Gorman, J.M. & Woods, S.W. (2007). Preliminary evidence for cognitive mediation during cognitive-behavioral therapy of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 374-379.
- Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L.M. & Martinsen, E.W. (2008). Mechanisms of change in cognitive therapy for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39*, 262-275.
- Hoyer, J., Beauducel, A. & Franke, G.H. (2003). Kriterien der Angstdiagnostik – Woran der Anwender auch denken muss. In J. Hoyer & J. Margraf (Hrsg.), *Angstdiagnostik. Grundlagen und Testverfahren* (S. 77-90). Berlin: Springer.
- Hoyer, J. & Möbius, J. (2002). *Selbstbericht zu Panikattacken*. Zugriff am 28.11.2007. Verfügbar unter <http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/angstfragebogen.html>
- Hughes, I., Budd, R. & Greenaway, S. (1999). Coping with anxiety and panic: A factor analytic study. *British Journal of Clinical Psychology, 38*, 295-304.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1999). *Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung*. Zugriff am 24.10.2007. Verfügbar unter http://web.fu-berlin.de/gesund/skalen/Allgemeine_Selbstwirksamkeit/allgemeine_selbstwirksamkeit.htm
- Kasper, S., Danzinger, R. & Kapfhammer, H.-P. (2004). Angststörungen. Medikamentöse Therapie. *Sonderausgabe CliniCumPsy*, 1-19.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O. & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617-627.
- Kindler, J. & Kasper, S. (2005). Panikstörungen: Die Angst vor der Angst. *Neurologie & Psychiatrie, 3*, 13-17.

- Laszig, P. & Eichenberg, C. (2003). Onlineberatung und internetbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut, 48*, 193-198.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine, 55*, 234-247.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. London: Springer.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer: New York.
- Lindenlaub, S. & Kraak, B. (1997). *Bewältigen und Entscheiden. Theoretische und empirische Beiträge zur Coping-Forschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Luszczynska, A. & Schwarzer, R. (2005). The role of self-efficacy in health self regulation. In W. Greve, K. Rothermund & D. Wentura (Ed.), *The adaptive self: Personal continuity and international self development* (pp. 137-152). Cambridge: Hogrefe.
- Maercker, A. & Lange, A. (2004). Psychotherapie im Internet. *Verhaltenstherapie, 14*, 173.
- Maneesriwongul, W. & Dixon, J.K. (2004). Instrument translation process: A methods review. *Journal of Advanced Nursing, 48*, 175-186.
- Manhal-Baugus, M. (2001). E-therapy: Practical, ethical, and legal issues. *CyberPsychology & Behavior, 4*, 551-563.
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (1994). *Diagnostisches Interview psychischer Störungen* (2., unveränderte Aufl.). Berlin: Springer.
- Mayer, A.-K. & Filipp, S.-H. (2002). Krankheitsbewältigung. In R. Schwarzer & M. Jerusalem (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A-Z* (S. 307-309). Göttingen: Hogrefe.
- Morschitzky, H. (2004). *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe* (3., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Wien: Springer.
- Mowrer, O.H. (1947). On the dual nature of learning as a reinterpretation of "conditioning" and "problem-solving". *Harvard Educational Review, 17*, 102-148.

- Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, 32, 337-348.
- Nakano, Y., Lee, K., Noda, Y., Ogawa, S., Kinoshita, Y., Funayama, T., Watanabe, N., Chen, J., Noguchi, Y. & Furukawa, T.A. (2008). Cognitive-behavior therapy for Japanese patients with panic disorder: Acute phase and one-year follow-up results. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 313-321.
- Newman, M.G., Holmes, M., Zuellig, A.R., Kachin, K.E. & Behar, E. (2006). The reliability and validity of the Panic Disorder Self-Report: A new diagnostic screening measure of panic disorder. *Psychological Assessment*, 18, 49-61.
- Ott, R. (2003). Klinisch-psychologische Intervention und Psychotherapie im Internet: Ein Review zu empirischen Befunden. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet* (S. 128-147). Göttingen: Hogrefe.
- Ott, R. & Eichenberg, C. (2003). Das Internet und die Klinische Psychologie: Analyse der Implikationen. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet* (S. 13-18). Göttingen: Hogrefe.
- Ramage-Morin, P.L. (2004). Panic disorder and coping. *Supplement to Health Reports*, 15, 33-63.
- Ruholl, S. (2007). *Selbstwirksamkeit als Indikator für psychische Störungen. Status und Verlauf*. Dissertation. Zugriff am 13.08.2008. Verfügbar unter <http://darwin.bth.rwth-aachen.de/opus3/volltexte/2008/2243/>
- Saarni, C. (2002). Die Entwicklung von emotionaler Kompetenz in Beziehungen. In M. von Salisch (Hrsg.), *Emotionale Kompetenz entwickeln* (S. 3-30). Stuttgart: Kohlhammer.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (2001). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Savoia, M.G. & Bernik, M. (2004). Adversive life events and coping skills in panic disorder. *Revista do Hospital das Clinicas. Fac. Med. S. Paulo*, 59, 337-340. Zugriff am 15.02.2008. Verfügbar unter <http://www.scielo.br/pdf/rhc/v59n6/a05v59n6.pdf>

- Scherer, J. & Kuhn, K. (2002). *Angststörungen nach ICD-10. Manual zu Diagnostik und Therapie*. Darmstadt: Steinkopff.
- Schmidt-Traub, S. (2000). *Panikstörung und Agoraphobie. Ein Therapiemanual* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt-Traub, S. & Lex, T.-P. (2005). *Angst und Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmitz, G.S. (2002). Bedeutung der Selbstwirksamkeitserwartung für emotional kompetentes Verhalten. In M. von Salisch (Hrsg.), *Emotionale Kompetenz entwickeln* (S. 207-225). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmitz, G.S. & von Salisch, M. (2002). *Emotionale Selbstwirksamkeit*. Zugriff am 24.10.2007. Verfügbar unter http://web.fu-berlin.de/gesund/skalen/Emotionale_Selbstwirksamkeit/emotionale_selbstwirksamkeit.htm
- Schneider, S. & Margraf, J. (1998). *Panikstörung und Agoraphobie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, J. & Rief, W. (2007). Selbstwirksamkeitserwartungen und Therapieerfolge bei Patienten mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36, 46-56.
- Scholz, U., Dona, B.G., Sud, S. & Schwarzer, R. (2002). *Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries*. Zugriff am 30.04.2008. Verfügbar unter http://userpage.fu-berlin.de/~health/materials/gse_scholz2002.pdf
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40, 105-123.
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2000). *Stress, Angst und Handlungsregulation* (4., überarbeitete Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

- Schwarzer, R. & Knoll, N. (2002). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. In S.J. Lopez & C.R. Snyder (Eds.), *Handbook of positive psychological assessment* (pp. 1-27). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schwarzer, R. & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: Action self efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology, 19*, 487-495.
- Schwarzer, R. & Scholz, U. (2000). *Cross-cultural assessment of coping resources: The general perceived self-efficacy scale*. Paper presented at the Asian Congress of Health Psychology 2000: Health psychology and culture, Tokyo, Japan. Zugriff am 27.05.2008. Verfügbar unter http://web.fu-berlin.de/gesund/publicat/world_data.htm
- Schwarzer, R. & Schulz, U. (2001). *The role of stressful life events*. Zugriff am 25.08.2008. Verfügbar unter <http://userpage.fu-berlin.de/~health/materials/lifeevents.pdf>
- Schwarzer, R. & Schwarzer, C. (1996). A critical survey of coping instruments. In M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping* (pp. 107-132). New York: Wiley.
- Seligman, M.E.P. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy, 2*, 307-320.
- Shandley, K., Austin, D.W., Klein, B., Pier, C., Schattner, P., Pierce, D. & Wade, V. (2008). Therapist-assisted, Internet-based treatment for panic disorder: Can general practitioners achieve comparable patient outcomes to psychologists? *Journal of Medical Internet Research, Vol. 10*. Zugriff am 08.07.2008. Verfügbar unter <http://www.jmir.org/2008/2/e14/HTML>
- Siev, J. & Chambless, D.J. (2007). Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 513-522.
- Spielberg, R. & Ott, R. (1999). Psychotherapie und Beratung im Netz – Was geht, was geht nicht? *Psychomed, 11*, 123-128.
- Subic-Wrana, C., Maucher, V. & Beutel, M.E. (2006). Psychotherapie der Panikstörung. *Psychotherapeut, 51*, 334-345.
- Summerfeldt, L.J. & Endler, N.S. (1996). Coping with emotion and psychopathology. In M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping* (pp. 602-639). New York: Wiley.
- Taylor, C.B. (2006). Panic disorder. *British Medical Journal, 332*, 951-955.

- Theil, S. (2007). *Internetgebrauch, Coping und Selbstwirksamkeit. Eine Online Studie zu Risikofaktoren*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Watts, F.N. (1989). Attentional strategies and agoraphobic anxiety. *Behavioural Psychotherapy*, 17, 15-26.
- Weltgesundheitsorganisation. (2006). *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen: Bericht über die Ministerkonferenz der Europäischen Region der WHO*. Zugriff am 20.10.2008. Verfügbar unter <http://www.euro.who.int/document/E87301G.pdf?language=german>
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2004). *Angststörungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Heft 21. Zugriff am 12.02.2008. Verfügbar unter <http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/gbe-angststoerungen.pdf>
- Yamada, K., Fujii, I., Akiyoshi, J. & Nagayama, H. (2004). Coping behavior in patients with panic disorder. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 58, 173-178.
- Zwanzger, P. & Deckert, J. (2007). Angsterkrankungen. *Nervenarzt*, 78, 349-360.

16. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Wirksamkeits- und Ergebniserwartungen nach Bandura (1977).	37
Abbildung 2. Banner der Online-Studie.....	55
Abbildung 3. Herkunftsland der Stichprobe ($N = 2072$).....	75
Abbildung 4. Verteilung der Variable Beeinträchtigung bzgl. der vier Diagnosegruppen ($n = 1689$).....	88
Abbildung 5. Verteilung der Variable Leid bzgl. der vier Diagnosegruppen ($n = 1689$).	89
Abbildung 6. Geschlechtervergleich bzgl. agoraphobischer Merkmale ($n = 1766$).	90
Abbildung 7. Inanspruchnahme einer Behandlung getrennt nach Geschlecht ($n = 938$).	94
Abbildung 8. Suchen nach Unterstützung getrennt nach Geschlecht ($n = 1280$).	95
Abbildung 9. Einholen diverser Informationen getrennt nach Geschlecht ($n = 1543$). ..	96
Abbildung 10. Angstbezogene Kognitionen in der erhobenen Stichprobe, einer Vergleichsgruppe mit Paniksyndrom bzw. Agoraphobie und einer gesunden Kontrollgruppe.	103
Abbildung 11. Unterschiede der Diagnosegruppen bzgl. angstbezogener Kognitionen.	105
Abbildung 12. Unterschiede der Diagnosegruppen bzgl. Coping.....	107
Abbildung 13. Häufigkeiten der Gruppen „PDSR erfüllt“ bzgl. der Copingstrategien.	108
Abbildung 14. Unterschiede der Diagnosegruppen bzgl. ESWE.....	110

17. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Beispielitems der deutschen Übersetzung des CAQ.....	60
Tabelle 2. Interpretation der Korrelationskoeffizienten (Brosius, 2006).....	73
Tabelle 3. Wohnsituation der Stichprobe ($N = 2096$).....	76
Tabelle 4. Größe des Wohnortes ($N = 2096$).....	76
Tabelle 5. Höchste abgeschlossene Ausbildung ($N = 2096$).	77
Tabelle 6. Berufliche Tätigkeit ($N = 2096$).....	77
Tabelle 7. Responder versus Nonresponder bzgl. der höchsten abgeschlossenen Ausbildung.....	78
Tabelle 8. Responder versus Nonresponder bzgl. der Formen der Angststörung.	79
Tabelle 9. Größe des Wohnortes ($N = 1723$).....	81
Tabelle 10. Höchste abgeschlossene Ausbildung ($N = 1780$).	81
Tabelle 11. Berufliche Tätigkeit ($N = 1780$).....	82
Tabelle 12. Die vier mittels PDSR gescreenten Gruppen ($n = 1689$).....	83
Tabelle 13. Angaben zum wissentlichen Vorliegen einer Angststörung ($n = 1752$).....	84
Tabelle 14. Angaben zu komorbiden psychischen und körperlichen Erkrankungen ($N =$ 1752).....	85
Tabelle 15. Häufigkeiten der Diagnosen zu Panikstörung und Agoraphobie getrennt nach den vier Diagnosegruppen.....	86
Tabelle 16. Häufigkeiten der Diagnosen von anderen Angststörungen getrennt nach den vier Diagnosegruppen.	86
Tabelle 17. Häufigkeiten der Symptome	87
Tabelle 18. Situationen und Objekte, die Angst verursachen ($n = 1698$).....	92
Tabelle 19. Ladungen des Faktors „Ablenkung“.....	98
Tabelle 20. Ladungen des Faktors „effektives Coping“.....	98
Tabelle 21. Ladungen des Faktors „Aufmerksamkeitslenkung nach Außen“.....	99
Tabelle 22. Ladungen des Faktors „Selbstaufmerksamkeit“.....	99
Tabelle 23. Ladungen des Faktors „Flucht und Vermeidung“.....	100
Tabelle 24. Mittelwerte in den Copingstrategien des CAQ getrennt nach Geschlecht.	101
Tabelle 25. Mittelwerte der Diagnosegruppen hinsichtlich der allgemeinen Selbstwirksamkeit.....	109

Tabelle 26. Mittelwerte der Diagnosegruppen hinsichtlich ihrer emotionalen Selbstwirksamkeit.	109
Tabelle 27. Korrelation der angstbezogenen Kognitionen (ACQ) mit den Copingstrategien (CAQ).	111
Tabelle 28. Korrelation der angstbezogenen Kognitionen (ACQ) mit der Selbstwirksamkeit	112
Tabelle 29. Korrelation zwischen den Copingstrategien (CAQ) und der Selbstwirksamkeit.	113
Tabelle 30. Korrelation der Skala „Ablenkung“ mit der emotionalen Selbstwirksamkeit.	114
Tabelle 31. Korrelation der Skala „effektives Coping“ mit der emotionalen Selbstwirksamkeit.	114
Tabelle 32. Korrelation der Skala „Aufmerksamkeitslenkung nach Außen“ mit der emotionalen Selbstwirksamkeit.....	115
Tabelle 33. Korrelation der Skala „Selbstaufmerksamkeit“ mit der emotionalen Selbstwirksamkeit.	115
Tabelle 34. Korrelation der Skala „Flucht und Vermeidung“ mit der emotionalen Selbstwirksamkeit.	116
Tabelle 35. Korrelation der allgemeinen mit der emotionalen Selbstwirksamkeit.....	117
Tabelle 36. Korrelation der angstbezogenen Kognitionen mit den Summenwerten der PDSR.....	118
Tabelle 37. Korrelation der Copingstrategien des CAQ mit den Summenwerten der PDSR.....	118
Tabelle 38. Korrelation der Selbstwirksamkeit mit den Summenwerten der PDSR. ...	119
Tabelle 39. Klassifizierung nach PDSR bzgl. der untersuchten psychologischen Konstrukte.	122

18. Anhang

Anhang A: Online-Fragebogen

Anhang B: Liste der Kooperationspartner

Anhang C: Übersicht der monatlichen Zugriffe auf die Studie

Anhang D: Übersicht der monatlichen Zugriffe ausgewertet nach google analytics

Anhang E: Anwerbung der Teilnehmer und Banner

Anhang F: Übersetzung der Items des CAQ

Anhang G: Erklärung

Anhang H: Lebenslauf

Anhang A Online-Fragebogen

Studie zum Thema Angst und Panik 

Herzlich Willkommen!

Liebe Teilnehmerin! Lieber Teilnehmer!

Vielen Dank für Ihr Interesse an dieser Online-Befragung! In dieser Studie geht es um *Panikattacken und deren Bewältigung*. **Panikattacken** sind einzelne *Episoden* intensiver Furcht, Besorgnis oder intensiven Schreckens, die von einer Vielzahl *körperlicher Symptome* begleitet werden. Panikattacken können plötzlich und ohne ersichtliche Ursache auftreten; sie können aber auch bei bestimmten Situationen vorkommen, in denen sie erwartet werden (z.B. in langen Warteschlangen, bei Prüfungen oder beim Anblick einer Spinne). Furcht, die die meiste Zeit des Tages anhält, wird nicht als Panikattacke angesehen.

Wir interessieren uns für *Ihre persönlichen Gedanken und Empfindungen*, die in Zusammenhang mit Panikattacken auftreten können. Mit der Teilnahme an dieser Studie leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur Untersuchung des Erlebens und Bewältigens von Episoden starker Angst.

Die Untersuchung wird im Rahmen einer Diplomarbeit an der psychologischen Fakultät der Universität Wien durchgeführt. Ihre Daten unterliegen *strengster Anonymität* und enthalten *keinerlei* Informationen, mit denen man Sie identifizieren könnte. Die erhobenen Daten dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken, werden vertraulich behandelt und *nicht* an Dritte weitergegeben bzw. kommerziell genutzt.

Ihre Mitarbeit wird *ca. 15–20 Minuten* in Anspruch nehmen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, wir sind an *Ihren persönlichen Vorstellungen* interessiert. Die vollständige Bearbeitung der Fragen ist sehr wichtig, um Ihre Angaben in die Studie miteinbeziehen zu können. Klicken Sie bitte weiter unten auf den Button "Start", um mit der Befragung zu beginnen. Vielen Dank für Ihre Bereitschaft zur Mitarbeit!

Christine Hiebler & Dorothea König
Universität Wien, Fakultät für Psychologie | Liebiggasse 5/3, A-1010 Wien
E-Mail: a0105851@unet.univie.ac.at | siehe auch [Kontakt und Impressum](#)

Diese Online-Studie wird an der Universität Wien durchgeführt. | © 2008

Bitte machen Sie Angaben zu folgenden Bereichen

Die mit * gekennzeichneten Fragen sind "Pflichtfelder", da die Angaben für die Auswertung der Studie sehr wichtig sind.

Geschlecht*: weiblich männlich

Alter*: (Bitte in dieses Feld nur Ziffern eintragen)

Herkunftsland:

- Österreich
- Deutschland
- Schweiz
- anderes Land in Europa
- anderes Land außerhalb Europas

Familienstand:

- ledig
- verheiratet / in Partnerschaft
- geschieden
- verwitwet

Wohnsituation:

Größe Ihres Wohnortes:

Höchste abgeschlossene Ausbildung*:

Berufsgruppe: (Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> in Ausbildung | <input type="checkbox"/> in Karenz / Mutterschutz |
| <input type="checkbox"/> ArbeiterIn / FacharbeiterIn | <input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann |
| <input type="checkbox"/> Angestellte(r) | <input type="checkbox"/> in Pension / Rente |
| <input type="checkbox"/> selbstständig / freiberuflich tätig | <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/> | |

Um die Studie mit größtmöglicher Sorgfalt durchführen zu können, bitten wir Sie nun, folgende Angaben zu Ihren erlebten Panikattacken bzw. Ihrer erlebten Panikattacke zu machen:

Wie eingangs erwähnt sind **Panikattacken** einzelne Episoden intensiver Furcht oder Angst, die von einer Vielzahl körperlicher Symptome begleitet werden. Panikattacken können plötzlich und ohne ersichtliche Ursache oder aber bei bestimmten Situationen auftreten.

Hatten Sie schon mindestens einmal eine Panikattacke oder einen plötzlichen Andrang intensiver Furcht oder Angst?*

- ja, während der letzten 6 Monate
- ja, vor mehr als 6 Monaten
- nein, noch nie

Wenn Sie schon einmal eine Panikattacke hatten, wann war das zuletzt der Fall? Bitte geben Sie wenn möglich das *genaue Datum* oder zumindest *Monat und Jahr* an:

War mindestens eine Panikattacke unerwartet, als käme sie aus dem Nichts?

- ja
- nein

Passierte das häufiger als einmal?

- ja
- nein

Wenn "ja" bei voriger Frage: Wieviele Panikattacken hatten Sie in Ihrem Leben bisher?

Haben Sie sich jemals (über mindestens einen Monat) stark darüber gesorgt, eine weitere Panikattacke zu bekommen?

- ja
- nein

Haben Sie sich jemals (über mindestens einen Monat) stark darüber gesorgt, diese Attacken könnten bedeuten, die Kontrolle zu verlieren, verrückt zu werden, einen Herzinfarkt zu haben, ernsthaft krank zu sein etc.?

- ja
- nein

Haben sie jemals wegen der Attacken Ihr Verhalten geändert oder etwas anders gemacht (über mindestens einen Monat)?

- ja
- nein

Denken Sie bitte zurück an Ihre schwerste Panikattacke. Hatten Sie einige der folgenden Symptome?

	ja	nein
Starkes Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zittern oder Beben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurzatmigkeit oder Beklemmungsgefühle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erstickungsgefühle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen oder Engegefühl in der Brust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit oder Gefühl, ohnmächtig zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefühl der Unwirklichkeit oder des Losgelöst-Seins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Todesangst / Angst zu sterben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taubheits- oder Kribbelgefühle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hitzewallungen oder Kälteschauer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges:	<input type="text"/>	

Wie stark beeinträchtigen Sie diese Symptome in Ihren Alltagsaufgaben?

- keine Beeinträchtigung
 leichte Beeinträchtigung
 mittlere Beeinträchtigung
 schwere Beeinträchtigung
 sehr schwere Beeinträchtigung

Wieviel Leid bringen diese Symptome für Sie mit sich?

- kein Leid
 wenig Leid
 mäßiges Leid
 schweres Leid
 sehr schweres Leid

Wenn Sie eine schlimme Panikattacke haben, dauert es oft *weniger als zehn Minuten* vom Beginn der Attacke bis zu ihrem Höhepunkt/ihrer stärksten Intensität?

- ja nein

Haben Sie direkt bevor Ihre Panikattacken begannen Drogen oder sehr große Mengen (mehr als 4 Tassen am Tag) an stimulierenden Substanzen, wie Kaffee, Tee oder Cola mit Koffein zu sich genommen?

- ja nein

Wenn "ja", was haben Sie zu sich genommen?

Welche Menge haben Sie zu sich genommen (in Tassen etc.)?

Wurde bei Ihnen jemals eine medizinische Diagnose gestellt, die Ihre Paniksymptome verursachen könnte (Schilddrüsenüberfunktion, ein Schlaganfall oder bestimmte Herz-Kreislauf-Schäden)?

- ja nein

A) Haben Sie vor einer oder mehreren der folgenden Situationen deutliche und anhaltende Angst?

	ja	nein
Menschenmengen / Menschenansammlungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in der Schlange stehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
öffentliche Plätze und Veranstaltungen (z.B. Kino, Kaufhaus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren (z.B. Bus, Straßenbahn, U-Bahn)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
das Haus alleine verlassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
alleine reisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reisen mit weiter Entfernung von zu Hause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B) Haben Sie vor einer oder mehreren der folgenden Situationen bzw. vor einem oder mehreren der folgenden Objekte übermäßig starke Angst?

Bitte markieren Sie zutreffende Situationen bzw. Objekte (Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> große Höhen | <input type="checkbox"/> auf öffentlichen Toiletten urinieren |
| <input type="checkbox"/> Stürme, Gewitter | <input type="checkbox"/> Prüfungen |
| <input type="checkbox"/> (tiefes) Wasser | <input type="checkbox"/> vor fremden Menschen sprechen |
| <input type="checkbox"/> Dunkelheit | <input type="checkbox"/> mit einem Flugzeug fliegen |
| <input type="checkbox"/> Anblick von Blut oder Verletzungen | <input type="checkbox"/> geschlossene bzw. enge Räume |
| <input type="checkbox"/> Spritzen | <input type="checkbox"/> mit dem Fahrstuhl fahren |
| <input type="checkbox"/> Zahnarzt, Zahnbehandlung | <input type="checkbox"/> Tunnel |
| <input type="checkbox"/> Erwerb einer Krankheit, Bakterien | <input type="checkbox"/> Tiere (z.B. Hunde, Spinnen, Schlangen, Insekten) |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/> | |

Falls Sie vor einer oder mehreren der bei Frage A und B genannten Situationen bzw. Objekte Angst haben, vermeiden Sie diese daher?

- ja nein ich habe vor keiner Situation bzw. vor keinem Objekt Angst

Wie wichtig sind Ihnen die Situationen bzw. Objekte, die sie vermeiden?

- unwichtig ich vermeide keine Situation bzw. kein Objekt
- nicht besonders wichtig
- mittelgradig wichtig
- sehr wichtig
- extrem wichtig

Sind Sie der Meinung, dass Ihre Angst bzw. Ihr Vermeidungsverhalten übertrieben und unvernünftig bzw. unbegründet ist?

- ja nein ich habe vor keiner Situation bzw. vor keinem Objekt Angst

Wurde bei Ihnen die Diagnose einer Angsterkrankung gestellt?

- Panikstörung keine Diagnose
 soziale Phobie
 spezifische Phobie
 generalisierte Angststörung
 sonstige Diagnose(n):

Befinden Sie sich momentan aufgrund einer Angsterkrankung in Behandlung?

- ja nein

Wenn ja, welche Behandlungsform nehmen Sie in Anspruch? (Mehrfachantworten möglich)

- medizinische, medikamentöse bzw. psychiatrische Behandlung
 psychologische bzw. psychotherapeutische Behandlung
 alternative Heilmethoden
 Sonstiges:

Suchen Sie aufgrund Ihrer Angst und Panik aktiv nach Unterstützung?

- ja nein

Wenn ja, um welche Art der Unterstützung handelt es sich dabei? (Mehrfachantworten möglich)

- Ich nehme an einer Selbsthilfegruppe in meiner Umgebung teil.
 Ich suche nach Unterstützung in Online-Foren und / oder Newsgroups.
 Ich suche nach Unterstützung in Online-Chats mit Freunden, Verwandten oder Bekannten.
 Ich suche nach Unterstützung in Online-Chats mit fremden Personen oder beratenden ExpertInnen.
 Ich suche nach Unterstützung bei meiner Familie und / oder bei Freunden.
 Sonstiges:

Holen Sie Informationen zum Thema Angst und Panik ein?

- ja nein

Wenn ja, aus welcher der folgenden Quellen beziehen Sie *vorrangig* Ihre Informationen?

- Online-Suche auf entsprechenden Informationsseiten im Internet
 Informationssuche in spezieller Fachliteratur (z.B. in Büchern, Zeitschriften)
 Informationen in Foren und / oder Newsgroups zum Thema Angst und Panik
 Informationen durch Austausch in Online-Chats
 Aufsuchen eines Arztes meines Vertrauens
 Informationen durch Austausch mit Familie, Freunden oder Bekannten
 Informationen durch Austausch mit anderen Betroffenen
 Sonstiges:

Wurden bei Ihnen andere körperliche und / oder psychische Erkrankungen diagnostiziert?

- ja nein

Wenn ja, welche Erkrankungen wurden diagnostiziert?

Im Folgenden finden Sie einige Gedanken oder Ideen, die Ihnen durch den Kopf gehen könnten, wenn Sie nervös oder ängstlich sind. Bitte geben Sie an, wie oft jeder der unten angeführten Gedanken vorkommt, wenn Sie nervös oder ängstlich sind.

Dazu stehen Ihnen folgende *fünf Antwortmöglichkeiten* zur Verfügung: (1) Der Gedanke kommt nie vor. (2) Der Gedanke kommt selten vor. (3) Der Gedanke kommt ungefähr die Hälfte der Zeit vor, wenn ich nervös oder ängstlich bin. (4) Der Gedanke kommt gewöhnlich vor. (5) Der Gedanke kommt immer vor.

	kommt nie vor	kommt selten vor	kommt ungefähr die Hälfte der Zeit vor	kommt gewöhnlich vor	kommt immer vor
Ich muss mich gleich übergeben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde in Ohnmacht fallen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich muss einen Hirntumor haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde einen Herzanfall bekommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde ersticken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde mich lächerlich benehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde blind werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	kommt nie vor	kommt selten vor	kommt ungefähr die Hälfte der Zeit vor	kommt gewöhnlich vor	kommt immer vor
Ich werde mich nicht kontrollieren können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde jemandem etwas antun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde einen Schlaganfall bekommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde verrückt werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde schreien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde Unsinn reden oder stammeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde vor Angst erstarren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In der Folge geht es darum, zu erfahren, wie Sie mit Episoden intensiver Angst umgehen und was Sie beim Auftreten von Panikattacken denken oder tun. Bitte geben Sie an, wie häufig Sie jede der folgenden Bewältigungsstrategien anwenden.

	nie	selten	manchmal	oft	immer
Ich sage mir, dass ich die Situation bewältigen kann.	<input type="radio"/>				
Ich sehe mich nach Wegen um, damit ich der Situation entkommen kann.	<input type="radio"/>				
Ich konzentriere mich auf das, was um mich herum geschieht.	<input type="radio"/>				
Ich überprüfe meinen Körper auf Warnsignale einer Panik.	<input type="radio"/>				
Ich versuche abzuschalten und alles zu ignorieren.	<input type="radio"/>				
Ich erinnere mich, dass ich keinen Schaden nehmen werde.	<input type="radio"/>				
Ich lasse meine Augen umherschweifen und schaue, wo ich bin und was passiert.	<input type="radio"/>				
Ich versuche, mich an Ratschläge zu erinnern, wie Panik zu bewältigen ist.	<input type="radio"/>				
Ich bemerke körperliche Empfindungen und Symptome (Kribbeln, Benommenheit etc.).	<input type="radio"/>				
Ich versuche, mich zu entspannen und meine Angst zu kontrollieren.	<input type="radio"/>				
Ich finde etwas, worauf ich meinen Blick richte, um meine Gedanken von Dingen abzuwenden.	<input type="radio"/>				
Ich achte genau darauf, wie mein Körper reagiert.	<input type="radio"/>				
Ich tue so, als ob ich woanders wäre.	<input type="radio"/>				

Bitte geben Sie auch hier an, wie häufig Sie jede der folgenden Bewältigungsstrategien beim Auftreten von Panikattacken anwenden.

	nie	selten	manch- mal	oft	immer
Ich gehe so langsam und so locker wie ich kann.	<input type="radio"/>				
Ich verlasse die Situation so schnell ich kann.	<input type="radio"/>				
Ich gehe Dinge schrittweise an und wende mich etwas Schwierigerem zu, wenn ich mich imstande fühle, es zu bewältigen.	<input type="radio"/>				
Ich versuche, nicht darüber nachzudenken, wie ich mich fühle.	<input type="radio"/>				
Ich versuche, einen klaren Kopf zu bewahren und logisch zu denken.	<input type="radio"/>				
Ich fixiere meine Augen auf etwas und konzentriere mich darauf.	<input type="radio"/>				
Ich beschäftige mich gedanklich mit Dingen, die mich ablenken.	<input type="radio"/>				
Ich versuche, alles aus meinen Gedanken auszublenden.	<input type="radio"/>				
Ich richte meinen Blick nach unten und vermeide es, mich umzusehen.	<input type="radio"/>				
Ich versuche, jegliche Angstsymptome zu ignorieren, die ich erleben könnte.	<input type="radio"/>				
Ich stelle mir vor, mich von allem, was auch immer mich ängstlich macht, wegzubewegen.	<input type="radio"/>				
Ich stelle mir eine Zeit/Situation vor, in der ich mich ruhig und entspannt fühle.	<input type="radio"/>				

Abschließend interessiert uns, wie Sie Ihre eigenen Fähigkeiten einschätzen, mit Schwierigkeiten und Barrieren im täglichen Leben zurechtzukommen. Bitte geben Sie an, inwieweit folgende Aussagen auf Sie zutreffen.

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurecht kommen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Ich bin mir sicher, dass ich mich mit meinen unangenehmen Gefühlen auseinandersetzen kann, auch wenn mich das belastet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich weiß genau, dass ich es schaffe, mir auch bei sehr schmerzhaften Themen nicht in die eigene Tasche zu lügen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mir sicher, dass ich mir auch meine unangenehmen Gefühle eingestehen kann, selbst wenn dies für mich zunächst eine größere Belastung bedeutet als sie zu ignorieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mir sicher, dass ich auch bei schwierigen Problemen meinen eigenen Empfindungen ins Gesicht sehen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich in einer Situation widersprüchliche Gefühle empfinde, kann ich mich hinsetzen und diese Empfindungen sortieren, um mir darüber klar zu werden, was in mir vorgeht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mir sicher, dass ich herausfinden kann, was andere Menschen fühlen, selbst wenn sie ihre Gefühle verbergen wollen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich eine Gruppe von fremden Leuten in der Öffentlichkeit beobachte, kann ich feststellen, ob es zwischen ihnen emotionale Spannungen gibt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann erkennen, ob hinter dem Lächeln eines Mitmenschen Freude steckt oder es nur höflich gemeint ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann spüren, was andere Menschen fühlen, auch wenn sie versuchen, es nicht offen zu zeigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mir sicher, dass ich meine Gefühle so ausdrücken kann, dass sie bei anderen so ankommen, wie ich sie empfinde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Ich weiß genau, dass ich auch diffuse Empfindungen anderen gegenüber ausdrücken kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mir sicher, dass die Gefühle, die ich ausdrücke, beim anderen auch richtig ankommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich weiß, dass es mir gelingt, andere mit meiner Freude anzustecken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mir sicher, dass ich mich auch bei ungewohnten Problemen in einen anderen Menschen einfühlen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich weiß, unter welchen Umständen ich die Gefühle eines anderen nicht oder nur schlecht einschätzen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mir sicher, dass ich mich so verhalten kann, dass die Unsicherheit des anderen nicht zu einer peinlichen Situation führt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann meine starken Gefühle auch in brenzligen Situationen so regulieren, dass sie meine Absichten und Pläne nicht behindern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann meinen Ärger so ausdrücken, dass ich mit dem anderen die Situation klären kann, anstatt durch einen Wutanfall eine neue stressreiche Auseinandersetzung heraufzubeschwören.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mir sicher, dass ich meine Wut im Zaume halten kann, um ein Gespräch nicht entgleisen zu lassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mir sicher, dass ich mich emotional aus Situationen lösen kann, in denen ich versagt habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Auch aus sehr schmerzlichen Erfahrungen kann ich für mich etwas Positives ziehen, wenn ich mir genügend Zeit nehme, mich damit auseinanderzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mir sicher, dass ich in emotional belastenden Situationen andere um Hilfe bitten kann, auch wenn es mir schwer fällt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich bei einer Aufgabe scheitere, kann ich mich von lähmenden Gefühlen befreien und wieder an neue Aufgaben oder an einen neuen Lösungsversuch herangehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin überzeugt, dass ich in engen Beziehungen meine Gefühle ehrlich zeigen kann, auch wenn es mir schwer fällt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann in engen Beziehungen offen meine Gefühle ausdrücken, auch wenn die Gefahr besteht, den andern damit zu kränken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gegenüber Menschen, mit denen ich in einer engen Beziehung stehe, kann ich negative Gefühle so äußern, dass unsere Beziehung darunter nicht leidet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mir sicher, ich kann auch bei einer extremen emotionalen Erfahrung handlungsfähig bleiben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin gewiss, dass ich auch nach einem emotionalen Tief wieder ausgeglichen und fröhlich werden kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann auch dann noch handlungsfähig bleiben, wenn meine Gefühle einmal mit mir durchgehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anhang B Liste der Kooperationspartner

<http://www.angst-depressionen-alkoholerkrankung.de/>

informative Homepage mit Foren und Chats

<http://www.panikattacken.at/>

Homepage von Dr. Hans Morschitzky

<http://www.frauensache.at>

Informationsseite

<http://www.verhaltenstherapie.at/Ratgeber/VerhaltenstherapiePatientenRatgeber.htm>

Institut für Verhaltenstherapie, Verein AVM und Patienten-Ratgeber

<http://www.studentenberatung.at/>

Informationen und Beratung für Studenten

www.panik-attacken.de

Panik-Attacken.de; Hilfe zur Selbsthilfe, Deutsche Angstzeitschrift

www.aphs.ch

Angst- und Panikhilfe Schweiz

www.christian-in-wien.at

Selbsthilfeforum

www.arbeitsblaetter.stangl-taller.at/EMOTION/Angst1.shtmlwww.psyonline.at

Informationen

www.psychologen.at

www.selbsthilfe.at

www.psyonline.at

umfassendes Verzeichnis von ExpertInnen

<http://science.orf.at>

Informative Beiträge

www.verrueckt.de

Informationsseite und Forum

www.psychiatrie.de/beratung

Psychiatrienetz, Expertenseite

www.enjoyliving.at

Tipps für Gesundheit, Entspannung und Wohlbefinden

www.psychiatrie.usz.ch

Universitätsspital Zürich / Psychiatrische Poliklinik

www.beratung-therapie.de

Psychologie-Plattform von Dipl.-Psych. Volker Drewes

<http://www.hohos.at/panik/>

Angebot zur Selbsthilfe, Selbsthilfechat

<http://www.panik-attacken.ch/>

Schweizer Panikattacken Forum

www.wecarelife.at/gesundheits-medizin/angsterkrankungen

Informationen zu diversen Gesundheitsthemen

<http://www.angst-informationen.de/angst-forum/>

Angstforum

<http://forum.netdokter.de/list/aengste,119.html>

Forum

<http://www.hagener-angstselbsthilfe.de/>

Hagener Selbsthilfe

Anhang C Übersicht der monatlichen Zugriffe auf die Studie

(Quelle: google analytics)

<i>Monat</i>	<i>Gesamtzugriffe</i>	<i>Direkte Zugriffe</i>	<i>Verweisende Zugriffe</i>	<i>Suchmaschinen</i>
Juni	1.202	2,5% (30)	96,7% (1.162)	0,8% (10)
Juli	1.448	1,9% (27)	97,0% (1.404)	1,2% (17)
August	1.000	0,7% (7)	98,0% (980)	1,3% (13)
September	884	0,6% (5)	98,2% (868)	1,2% (11)
Oktober	707	3,0% (21)	94,9% (671)	2,1% (15)
November	63	17,5% (11)	74,6% (47)	7,9% (5)

Anhang D Übersicht der monatlichen Zugriffe ausgewertet nach google analytics

<i>Quelle</i>	<i>Juni</i>	<i>Juli</i>	<i>Aug.</i>	<i>Sept.</i>	<i>Okt.</i>	<i>Nov.</i>	<i>Summe</i>
arbeitsblaetter.stangl-taller.at / referral	373	395	377	315	158		1618
panik-attacken.de / referral	476	566	314	165	82		1603
stangl-taller.at / referral	50	68	45	126	305	1	595
beratung-therapie.de / referral	45	46	41	38	26	27	223
enjoyliving.at / referral		56	81	71	2		210
aphs.ch / referral	34	29	21	37	13	3	137
(direct) / (none)	30	27	7	5	21	11	101
verrueckt.de / referral	36	28	8	10	11	3	96
fbogner.mydynamix.eu / referral	25	27	14	16	12		94
psychiatrie.usz.ch / referral	26	19	8	16	10		79
christian-in-wien.at / referral	5	27	25	14	15	1	87
google / organic	9	16	12	11	15	4	67
forum.mysnip.de / referral		29	3	14	3		49
angstforum.info / referral		47			1		48
angst-depressionen-alkoholerkrankung.de / referral	8	10	7	9	3		37
psychosomatik.at / referral	5	6	5	6	12	3	37
psychiatrie.de / referral	36						36
angst-informationen.de / referral		22	6	7	1		36

panik-attacken.ch / referral	7		7	6	3		23
studentenberatung.at / referral			7	10	5		22
ads.netzbeben.de / referral	6	4					10
dk.akis.at / referral	7			1	2		10
homepage.univie.ac.at / referral	1	5	1	1	1	1	10
frauensache.at / referral	3	5	2				10
psyonline.at / referral	4	1	2	1		1	9
Studentenberatung.bmwf.gv.at / referral		6	2				8
de.mc280.mail.yahoo.com / referral	1				3	1	5
selbsthilfe.at / referral	1	2		1		1	5
mail.google.com / referral	1	3					4
besthelp.at / referral	2	1				1	4
psychiatrie.unispital.ch / referral				1	1	1	3
onmeda.de / referral	2						2
psychologen.at / referral	1					1	2
search / organic	1		1				2
panik.ch / referral				1	1		2
209.85.135.104 / referral			1		1		2
xclustering.de / referral						2	2
bestnet.com / referral	1						1
bl107w.blu107.mail.live.com / referral	1						1
de.mc261.mail.yahoo.com / referral	1						1
forum-hodenkrebs.de / referral	1						1

gesundheitsverlage.de / referral	1	1
google.com / referral	1	1
psycho-online.at / referral	1	1
74.125.39.104 / referral	1	1
aol / organic	1	1
search.blue.win.ch / referral	1	1
64.233.183.104 / referral	1	1
www2.psychiatrie.usz.ch / referral	1	1
best.med.at / referral	1	1
panikattacken.at / referral	1	1
209.85.129.132 / referral	1	1
live.organic / referral	1	1

Anhang E Anwerbung der Teilnehmer und Banner

Liebe Userinnen und User!

Ich führe im Rahmen meiner Diplomarbeit eine Online-Studie zum Thema „Angst und Panik“ an der psychologischen Fakultät der Universität Wien durch.

Zu diesem Zwecke suche ich Personen, die bereit sind, an dieser Studie teilzunehmen.

Mit dem folgenden Button können Sie den Fragebogen zur Online-Studie abrufen, in der es um Angst und Panik und deren Bewältigung geht. Untersucht werden sollen Ihre persönlichen Gedanken und Empfindungen, die Sie in Zusammenhang mit Angst und Panikattacken haben oder hatten.

Sie leisten damit einen bedeutsamen Beitrag zur Erforschung jener Denkprozesse, die im Zusammenhang mit Angst und Panik auftreten können. Ihre Daten unterliegen selbstverständlich strengster Anonymität und dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme,

Christine Hiebler

Hier geht's zur Studie:



<http://www.unet.univie.ac.at/~a0105651/php/index.php>

Anhang F Übersetzung der Items des CAQ

	<i>Englische Items</i>	<i>Deutsche Übersetzung</i>
1	I tell myself that I can cope with the situation.	Ich sage mir, dass ich die Situation bewältigen kann.
2	I look around for ways I can escape from the situation.	Ich sehe mich nach Wegen um, damit ich der Situation entkommen kann.
3	I concentrate on what is going on around me.	Ich konzentriere mich auf das, was um mich herum geschieht.
4	I check my body for warning signs of panic.	Ich überprüfe meinen Körper auf Warnsignalen einer Panik.
5	I try to 'shut myself off' and ignore everything.	Ich versuche abzuschalten und alles zu ignorieren.
6	I remind myself that I am not going to come to any harm.	Ich erinnere mich daran, dass ich keinen Schaden nehmen werde.
7	I let my eyes rove around and look at where I am and what's happening.	Ich lasse meine Augen umherschweifen und schaue, wo ich bin und was passiert.
8	I try to remember advice on how to cope with panic.	Ich versuche, mich an Ratschläge zu erinnern, wie Panik zu bewältigen ist.
9	I notice physical sensations and symptoms (tingling, light-headedness, etc.).	Ich bemerke körperliche Empfindungen und Symptome (Kribbeln, Benommenheit, etc...)
10	I try to relax and control my anxiety.	Ich versuche, mich zu entspannen und meine Angst zu kontrollieren.
11	I find something to look at to take my mind off things.	Ich finde etwas, worauf ich meinen Blick richte, um meine Gedanken von Dingen abzuwenden.
12	I pay close attention to how my body is reacting.	Ich achte genau darauf, wie mein Körper reagiert.
13	I pretend I am somewhere else.	Ich tue so, als ob ich woanders wäre.
14	I walk as slowly and as casually as I can.	Ich gehe so langsam und so locker wie ich kann.
15	I walk (or run) away from the situation as fast as I can.	Ich verlasse die Situation so schnell ich kann.

16	I take things gradually and move onto something more difficult when I feel able to cope.	Ich gehe Dinge schrittweise an und wende mich etwas Schwierigerem zu, wenn ich mich imstande fühle, es zu bewältigen.
17	I try not to think about how I am feeling.	Ich versuche, nicht darüber nachzudenken wie ich mich fühle.
18	I try to keep my head clear and think logically.	Ich versuche, einen klaren Kopf zu bewahren und logisch zu denken.
19	I fix my eyes on something and focus on it.	Ich fixiere meine Augen auf etwas und konzentriere mich darauf.
20	I occupy my mind with things that will distract me.	Ich beschäftige mich gedanklich mit Dingen, die mich ablenken.
21	I try to blank everything out of my mind.	Ich versuche, alles aus meinen Gedanken auszublenden.
22	I keep my eyes down and avoid looking around me.	Ich richte meinen Blick nach unten und vermeide es, mich umzusehen.
23	I try to ignore any anxiety symptoms I may be experiencing.	Ich versuche, jegliche Angstsymptome zu ignorieren, die ich erleben könnte.
24	I imagine myself moving away from whatever is making me anxious.	Ich stelle mir vor, mich von allem, was auch immer mich ängstlich macht, wegzubewegen.
25	I imagine a time/situation when I felt calm and relaxed.	Ich stelle mir eine Zeit/Situation vor, in der ich mich ruhig und entspannt fühlte.

Anhang G

ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Alle sinngemäß oder wörtlich übernommenen Ausführungen sind als solche gekennzeichnet.

Wien, Oktober 2009

Christine Hiebler

Anhang H LEBENSLAUF

Christine Hiebler

Geboren am 20. 10. 1982 in Krems, ledig, keine Kinder

Nationalität Österreich

Ausbildung

Seit 2001 Psychologiestudium an der Universität Wien

1993 – 2001 BG Rechte Kremszeile (ab 3. Klasse WKRK)

1989 – 1993 Volksschule Krems / Stein

Berufliche Erfahrung

Seit Oktober 2006 Lernbegleitung beim Hilfswerk Krems

Mai bis Nov. 2005 240-stündiges Pflichtpraktikum am Pflegezentrum Langenlois

WS/SS 04/05 Teilnahme an einer Anamnesegruppe

Seit Sept. 2002 geringfügige Anstellung bei H&M

Besondere Kenntnisse

Sprachen: Englisch (gute Kenntnisse)

Französisch (Grundkenntnisse)

EDV – Kenntnisse in Word, Excel, SPSS, Power Point, Outlook, Internet