

## ABSICHT UND AUSFÜHRUNG IM PROZESS DER VERHALTENSÄNDERUNG – AM BEISPIEL ANGSTBEHANDLUNG

EDGAR GEISSNER<sup>1</sup> & PETRA IVERT<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität, München

<sup>2</sup> Psychotherapeutische Praxis, Rosenheim

**ZUSAMMENFASSUNG:** *Hintergrund:* Der Erfolg von Interventionen bei psychischen Störungen hängt neben prinzipiell wirksamen Behandlungsmethoden patientenseitig auch von Änderungsabsicht und Wunsch zum Verhaltenserwerb bzw. von längerfristigen Erfolgserhaltungsmaßnahmen ab. *Fragestellung:* Zu klinischer Angst wurden für die distinkten Bereiche Absicht (vorher) und Ausführung (während und nach Therapie) motivationsbezogene Messinstrumente entwickelt, die die störungsspezifische Evaluation ergänzen sollen. *Methode:* 121 Patienten wurden bei Anmeldung, Aufnahme, Entlassung und Katamnese neben Angst zu ihren änderungsbezogenen Kognitionen und Überzeugungen befragt. Nach Voruntersuchung wurden überarbeitete Versionen gemeinsam mit etablierten Angstfragebögen und Zufriedenheitsurteilen vorgegeben. *Ergebnisse:* Faktorenanalytisch resultierten für Absicht drei Facetten: Problemexternalisierung, Initiales Problembewusstsein und Handlungsabsicht; ebenso für Ausführung: Lernen, Aufrechterhalten und Zuversicht. Skalen- und Itemeigenschaften der Endversionen (19 bzw. 16 Items) ergaben gute Kennwerte. Korrelationen mit Kriterien zeigten charakteristische Zusammenhänge, Mittelwertverläufe erwartungskonforme Ausprägungen. Regressionsanalytisch waren Aufrechterhalten und Zuversicht für die langfristige Angstreduktion bedeutsam. *Schlussfolgerungen:* Die Skalen zu Absicht und jene zu Ausführung sind für die Beobachtung von Verhaltensänderungsüberzeugungen geeignet und therapiebegleitend ergänzend zu störungsspezifischen Instrumenten mit substantiellem Gewinn einsetzbar.

**SCHLÜSSELWÖRTER:** Absicht, Ausführung, Verhaltensänderung, Angstbehandlung

## INTENTION AND IMPLEMENTATION – DIMENSIONS OF BEHAVIOR CHANGE IN THE TREATMENT OF CLINICAL ANXIETY

**ABSTRACT:** *Background:* Successful interventions for psychological disorders not only depend on evidence based treatments but on modes and ways patients are inclined to change the disorder itself and invest efforts to overcome it. *Objective:* Our aim was to develop diagnostic tools, differentiating between intention and implementation. *Method:* 121 Patients were measured

(1) at first registration, (2) at begin and (3) end of therapy, and (4) six months later. They filled out five established anxiety questionnaires, Anxiety Cognitions, Body Sensations, reduced Mobility alone or accompanied, Beck Anxiety Inventory. A pilot study resulted in 24/20 items for intention and implementation, respectively. *Results:* Factor analyses revealed three facets for intention: externalization of problem, initial problem insight and motivation/tendency to act. Also, three facets of implementation were gained: acquisition of anxiety reducing strategies, maintenance of practising, and coping oriented selfconfidence. Good measurement properties for scales and items were obtained for a final version (19 items intention/16 items implementation). Characteristic correlations were found with anxiety. The pattern of change was in accordance with hypotheses. Regression analyses demonstrated the importance of maintenance and confidence for anxiety reduction. *Conclusion:* Both instruments proved to be valid in measuring cognitions and beliefs of change (a) before treatment and (b) during and after treatment. They can be recommended for further use in clinical contexts.

KEYWORDS: intention, implementation, behavior change, anxiety treatment

## EINFÜHRUNG

Die Behandlung psychischer Probleme und Störungen hängt nicht allein von der Durchführung empirisch bewährter Interventionen ab, sondern zu einem nicht unbeträchtlichen Teil auch von dem patientenseitigen Wunsch zur Änderung, der Anstrengung im Erwerb neuer Verhaltensweisen und den Überzeugungen, erzielte Fortschritte auch längerfristig beizubehalten. In diesem Sinne wies etwa Dietmar Schulte (2015, S. 5) darauf hin, dass als wirksam belegte Therapieverfahren nur unter der Bedingung nutzbringend sind, „dass der Patient, die Patientin mitmachen und sich ändern wollen, dass dies jedoch manchmal nicht gegeben“ sei. Passivität, geringeres Problembewusstsein oder eine skeptische Einstellung können zur Minderung von Erfolgen beitragen (Forstmeier & Rüdell, 2007). Der Fokus von Psychotherapieforschern richtet sich daher seit einigen Jahren vermehrt auch auf Gesichtspunkte änderungsbezogener Kognitionen, Überzeugungen und Interaktionsfaktoren in der Erreichung der Therapieziele (Grawe, 2000; Lammers, 2017; Orlinsky, 2009; Schulte 2015).

In der Strukturierung und Beschreibung solcher therapieinitiierenden bzw. therapiebegleitenden Kognitionen existiert mit dem „Stages of Change“-Konzept von Prochaska und Mitarbeitern (Prochaska & DiClemente, 1982, 1984; Prochaska & Norcross, 2010) ein relativ etablierter Ansatz (daneben alternativ der Motivational Interviewing-Ansatz von Miller & Rollnick, 2002). Die Autoren analysierten ursprünglich in Anwendungsbereichen wie Rauchen, Übergewicht oder Sucht, also eher exzessiven Verhaltensweisen, änderungsbezogene Facetten, die für erwünschtes Verhalten förderlich seien. Sie plädierten dabei, wie die Bezeichnung „Stages of ...“ indiziert, für ein bestimmtes zeitliches Muster: Vorab bestünde Sorglosigkeit, dann erfolge das Bewusstwerden einer Problematik, gefolgt von Vorbereitungsschritten für eine angezielte Änderung. Später würden Handlungsschritte konkret eingeleitet und praktiziert, nach Erreichen der Änderung müsste dieser Zustand aufrechterhalten und stabilisiert werden. Diese im Prinzip plausible Abfolge wurde aber auch als zu deterministisch kritisiert, da Ausnahmen und Umwege nicht genügend beachtet würden (Sutton, 1996,

2000). Ziele könnten sich in ihrer Zentralität ändern, daraus könnte ein Nachlassen in der Ergebnisherstellung resultieren, Ziele könnten auch in Konkurrenz zu parallelen Zielen stehen, mangelnde Zielerreichung – oder Unzufriedenheit mit dieser – könnte zu Wiederholungen führen, nicht alle Stufen seien notwendig, zumindest nicht bei erneuten Durchgängen etc. Die Bezeichnung „Stages of ...“ wurde daher, wenn nicht gänzlich fallen gelassen, so doch ergänzt um die Bezeichnung „Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung“. Der Begriff „transtheoretisch“ thematisiert zwar im sprachlich-inhaltlichen Verständnisraum eine andere Ebene als sein Vorgänger „Stages of ...“, was irritieren mag. Auch scheint das Attribut „-theoretisch“ etwas hochgegriffen. Gleichwohl hat er Verbreitung gefunden, da er deskriptiv ist und keine weiteren Voraussetzungen zu Beratungs- und Therapiekonzepten, in welchen er Anwendung findet, verlangt.

Grundsätzlich sinnvoll ist in Ansätzen zur Veränderung von Verhaltensproblemen oder psychischen Störungen die nicht unplausible Unterscheidung in zwei distinkte zeitliche Abschnitte, nämlich in eine Phase „Vorher“ (Problemvermeidung oder – günstigerweise – Problemgewahrdung) und eine spätere Phase „Während“ bzw. „Nachher“ (Problemänderung, -reduzierung, -beseitigung; Velicer, 2000). Dies wird auch von uns aufgegriffen und im Folgenden als „Absicht“ und als „Ausführung“ bei der Verhaltensänderung bezeichnet. Hier bestehen Bezüge zum „Rubikon-Modell der Motivation“ (Achtziger & Gollwitzer, 2010; Heckhausen, Gollwitzer & Weinert, 1987) und im Bereich der Psychotherapie zu „Klärung“ und „Bewältigung“ (Grawe, 2000). „Absicht“ geht „Ausführung“ üblicherweise voraus, jedoch können sich etwa Misserfolge bei der Zielerreichung ergeben, so dass ein ungünstiges Ergebnisbild nach

beendeter Ausführung seinerseits Ausgangspunkt für eine erneute Absichtsbildung sein kann.

Der Ansatz von Prochaska und Mitarbeitern implizierte die Entwicklung von Fragebogenverfahren, um die postulierten Facetten zu beschreiben und individuelle Ausprägungen in Relation zu setzen (zu Verhaltensänderung beim Tabakrauchen etwa Schumann, Rumpf, Meyer, Hapke & John, 2003). Neben der Thematisierung von problematisch-exzessivem Verhalten kamen Bereiche von problematisch-defizitärem Verhalten hinzu (Schmerz, Stressverarbeitung, Traumabewältigung; Keller, 1999; Mander, 2012). Unser Anliegen knüpft daran an: „Absicht“ und „Ausführung“ als änderungsbezogene Kognitionen/Überzeugungen sollten für den Bereich klinische Angst untersucht, entsprechend adaptiert bzw. Erhebungsinstrumente hierzu entwickelt werden. Die meisten Verfahren beruhen auf der englischsprachigen University of Rhode Island Change Assessment Scale (McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983). Für den deutschsprachigen Bereich existiert eine von Maurischat (2002; Maurischat, Härter & Bengel, 2002) übertragene Version zum Bereich Schmerz. Diese wurde in der vorliegenden Studie als erste Arbeitsvorlage herangezogen. Skalenanalysen und die Prüfung als geeignete Maße für Verhaltensänderung sollten die künftige Eignung in der Behandlung klinischer Angst belegen. Wir erwarteten vor Beginn höhere Ausprägungen in problemvermeidenden Facetten, im weiteren deren Reduktion unmittelbar bei Aufnahme der Therapie, u. a. weil die Patienten qua Behandlungsbeginn die Problematik nicht mehr umgehen würden. Ferner erwarteten wir am Behandlungsbeginn höhere Ausprägungen in Facetten, die Änderungsabsichten indizieren. Während des Therapieverlaufs sollten Handlungsfacetten höhere Werte aufweisen. Der

Verhaltenserwerb i. e. S. sollte, nachdem dies gefestigt wäre, im Späteren wieder geringer ausfallen. Für diesen Abschnitt sollte dann eher eine Haltung der Ausdauer und das Gefühl der Kontrollierbarkeit des Problems dominieren. In Bezug auf störungsspezifische Merkmale sollten die „positiven“ Facetten (also alle außer der frühen Problemvermeidung) mit reduzierten Angstwerten einhergehen (korrelativ negativer Zusammenhang). Hingegen kann, was die mögliche initiale Problemvermeidung anbelangt, ein positiver Zusammenhang mit (höherer) Angst angenommen werden. Auf lange Sicht bezogen sollten Selbstvertrauen und ein Sicherheitsgefühl im Umgang mit Angst diese reduzieren können.

## METHODE

### PATIENTEN

Die Untersuchungsstichprobe bestand aus 121 PatientInnen (79 weiblich, 65 %), Durchschnittsalter 42 Jahre (*SD* 10.5 Jahre), 57 Prozent voll- oder teilzeitberufstätig, höchster Schulabschluss jeweils ein Drittel (Fach-)Abitur, Realschule oder Hauptschule. Sie erfüllten die ICD-Diagnosekriterien F 40.00 – Agoraphobie (9%), F 40.01 – Agoraphobie mit Panikstörung (59%) oder F 41.00 Panikstörung (32%) gemäß Hiller, Zaudig und Mombour (1995) und waren seit durchschnittlich acht Jahren erkrankt. Sie hatten zurückliegend in der Regel einen ambulanten Psychotherapieversuch und wurden meist wegen Fortbestehens der Angstproblematik für einen stationären Aufenthalt angemeldet. In Bezug auf klinische Referenzstichproben (Ehlers & Margraf, 2001, S. 58–60) lag die Angstausrprägung im oberen Drittel der dortigen Angstpatienten. Die Rekrutierung der Patienten geschah im stationä-

ren Kontext der Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee.

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Die PatientInnen erhielten ein Informationsblatt mit der Bitte zur Teilnahme, „um den Verlauf der Angsterkrankung sowie den Erfolg der Therapie dokumentieren zu können“, und erteilten ihr Einverständnis auf einem gesonderten Bogen. Auch erhielten sie den expliziten Hinweis, dass sie jederzeit von der Untersuchung zurücktreten können, ohne dass dies negative Auswirkungen auf die weitere Behandlung während des stationären Aufenthalts habe.

## MESSINSTRUMENTE

Neben der kategorialen ICD-Diagnostik wurde das Angstaussmaß über das Fragebogenset AKV – Angstreaktionen, Kognitionen und Verhalten (Ehlers & Margraf, 2001) sowie BAI – Beck Anxiety Inventory (Geissner & Hütteroth, 2018; Margraf & Ehlers, 2007) festgestellt.

Das AKV-Set besteht aus vier Fragebögen:

- 1) Anxiety Cognitions Questionnaire (ACQ): 15 angstassoziierte gedankliche Befürchtungen wie „ich werde einen Herzanfall bekommen“ oder „ich werde verrückt“ (laut Manual: Cronbachs  $\alpha$  bis .87 – gemäß Cronbach, 1951 – und Retest-Reliabilität bis .80).
- 2) Body Sensations Questionnaire (BSQ): 18 körperliche Empfindungen bei Angst, z. B. „Herzklopfen“, „Flaues Gefühl im Magen“ (Cronbachs  $\alpha$  bis .95 und Retest-Reliabilität bis .66).
- 3) Mobilitätsinventar A (MI-A; A steht für „allein“): 28 Items der Mobilitätseinschränkung im Sinne agoraphobischen Vermeidungsverhaltens, z. B. Vermeidung von „Kinos oder Theatern“, „Fahren mit Zügen“, „Schlan-

ge stehen“ (Cronbachs  $\alpha$  bis .97 und Retest-Reliabilität .91).

- 4) Mobilitätsinventar B (MI-B; B steht für „in Begleitung“; Items wie MI-A) für Vermeidungen, wenn eine Begleitperson dabei wäre (Cronbachs  $\alpha$  bis .96 und Retest-Reliabilität bis .86).

Das BAI als fünftes Merkmal umfasst 21 Items mit physiologischen und kognitiven Angstsymptomen wie „weiche Knie“ oder „Unfähigkeit, sich zu entspannen“ (laut Manual: Cronbachs  $\alpha$  = .91 und Retest-Reliabilität = .75). Der Wertebereich für die Skalen des AKV-Sets erstreckt sich von *minimaler Angst* = 1 bis *maximale Angst* = 5 (Summe der Itemwerte dividiert durch die Itemanzahl), der des BAI beträgt *min.* = 0 und *max.* = 63 (Summe der Itemwerte).

Bei der Entwicklung der Skalen für Absicht bzw. Ausführung wurde wie folgt vorgegangen: Gemäß Maurischat und Kollegen wurden 29 Items „Vor der Behandlung“ und 27 Items „Während der Behandlung“ verwendet und jeweils mittels der Formulierung „Ängste oder Panikattacken ...“ und kleinerer sprachlicher Glättungen für den Bereich Angst modifiziert, also z. B. „Ich lerne seit einigen Wochen verschiedene Strategien, um meine Ängste oder Panikattacken zu beeinflussen“ (kompletter Wortlaut [der reduzierten Endversion] im Anhang).

#### VORUNTERSUCHUNG

Innerhalb der Klinik wurde einigen AngstpatientInnen die erste Arbeitsversion der Itemlisten Absicht respektive Ausführung vorgelegt mit der Bitte, diese Aussagen hinsichtlich Verständlichkeit, Relevanz und subjektivem Eindruck zur Eignung kritisch durchzusehen, auch Streichungs- und Änderungsvorschläge vorzunehmen. Dreißig Patienten (von der Hauptuntersuchung verschieden) nahmen daran teil. Nach dabei empfohlenen Streichungen

resultierten 24 Aussagen für Absicht und 20 Aussagen für Ausführung.

Ergänzend gingen an weiteren Maßen bei Entlassung auch zwei Einzelitems zur globalen Zufriedenheitsbeurteilung mit ein (min. = 1, max. = 5): „Wie zufrieden waren Sie speziell mit dem Therapieelement Angstbewältigungsgruppe?“ und „Wie zufrieden waren Sie mit der Erreichung Ihrer Therapieziele?“ Darüber hinaus sollten BezugstherapeutInnen beurteilen: „Wie gut hat Ihr/e PatientIn die Therapieziele erreicht?“

#### UNTERSUCHUNGSABLAUF

Die Untersuchung wurde an der o.g. Klinik zu vier Messzeitpunkten durchgeführt: Bei Anmeldung für den Aufenthalt ( $t_0$ ); einige Wochen später bei Aufnahme in die Klinik ( $t_1$ ); nach circa sechs bis sieben Wochen bei Entlassung ( $t_2$ ); sechs Monate nach Entlassung ( $t_3$ , Follow-up). Die PatientInnen wurden mit der Diagnose einer Angststörung angemeldet, dies wurde zu  $t_1$  nochmals mittels IDCL für ICD-10 (Hiller et al., 1995) gesichert. Zu allen vier Messzeitpunkten wurden das AKV-Set und das BAI bearbeitet. Die 24 Aussagen zu Absicht wurden bei  $t_0$  und  $t_1$  bearbeitet, die 20 Aussagen zu Ausführung bei  $t_2$  und  $t_3$ . Zu  $t_2$  wurden auch die beiden globalen Zufriedenheitsitems bearbeitet (bzw. das entsprechende Zielerreichungsitem auf Seiten der BezugstherapeutInnen der PatientInnen). Die Untersuchungen zu  $t_0$  und zu  $t_3$  erfolgten postalisch.

Die PatientInnen befanden sich sechs bis sieben Wochen in einem multimodalen stationären Behandlungsprogramm, schwerpunktmäßig im Gruppenformat, welches von einem interdisziplinären Team aus PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen, dem Pflegebereich und anderen zuarbeitenden Abteilungen erbracht wurde und ca. 20 Behandlungseinheiten

pro Woche umfasste. Ein wichtiger Bestandteil dabei war – evidenzbasiert – ein Gruppenprogramm zur Angstbewältigung mit intensiven Expositionselementen (Barlow & Craske, 2004; Geissner & Kindermann, 2010; Margraf & Schneider, 2013; Wambach & Rief, 2012) und daran anschließende individualisierte Übungen.

lungsende sehr deutliche Reduktionen ( $p < .001$ ): Für die Skala ACQ von 2.39 auf 1.79 mit einer Effektstärke ( $ES$ ) von  $d = .93$ ; für die Skala BSQ von 2.92 auf 2.28 und  $d = 1.00$ ; für die Skala MI-A von 3.34 auf 2.39 und  $d = .85$ ; für die Skala MI-B von 2.52 auf 1.79 und  $d = .68$  sowie für den BAI-Fragebogen von 35.94 auf 21.95 und  $d = 1.04$ .

## ERGEBNISSE

### ANGSTMAßE AKV UND BAI

Für die Angstmerkmale zeigten sich im Verlauf zwischen Anmeldung und dem Follow-up sechs Monate nach Behand-

### FAKTOREN- UND SKALEN-/ITEMANALYSEN ZU ABSICHT UND AUSFÜHRUNG

Die Faktorenanalyse der 24 Items zu Absicht (Hauptkomponentenmethode mit orthogonaler Rotation zu  $t_1$ ) ergab sieben

Tabelle 1: *Faktoren-, Skalen- und Itemanalysen im Bereich Absicht (N = 121)*

Item-Nr.	Mittelwert	SD	Trennschärfe $r_{it}$	Faktorladung des Items	Skalen-Reliabilität
<b>Faktor/Skala 1 Problemexternalisierung</b>					
1	1.93	.68	.48	.62	Cronbachs $\alpha = .78$ Split-Half = .76
2	1.28	.52	.53	.60	
3	1.23	.51	.52	.64	
4	1.95	.82	.54	.69	
5	1.84	.79	.58	.73	
6	1.17	.38	.40	.49	
7	1.48	.68	.37	.51	
<b>Faktor/Skala 2 Initiales Problembewusstsein</b>					
8	2.62	.61	.35	.51	Cronbachs $\alpha = .73$ Split-Half = .66
9	2.29	.75	.47	.64	
10	2.24	.84	.46	.63	
11	2.38	.65	.49	.73	
12	2.53	.67	.55	.75	
13	2.84	.45	.36	.55	
<b>Faktor/Skala 3 Handlungsabsicht</b>					
14	2.79	.54	.40	.51	Cronbachs $\alpha = .70$ Split-Half = .67
15	2.82	.47	.31	.45	
16	2.81	.45	.48	.73	
17	2.85	.39	.51	.71	
18	2.91	.37	.43	.56	
19	2.42	.70	.48	.60	

Anmerkungen: Itemwortlaut im Anhang. Antwortrange der Items min. = 1, max. = 3., Split-Half-Reliabilität nach Spearman-Brown.

Eigenwerte  $> 1$ , der Scree-Test legte drei Faktoren nahe, Varianzaufklärung 39 Prozent, bei der die Items eine gute Einfachstruktur aufwiesen.

Faktor 1 – als Problemexternalisierung bezeichnet – bestand aus sieben Items, Faktor 2 (Initiales Problembewusstsein) aus sechs Items und Faktor 3 (Handlungsabsicht) ebenfalls aus sechs Items. In Tabelle 1 sind die Faktorladungshöhen der Items aufgeführt, ferner ihre Mittelwerte und Standardabweichungen sowie die item-/skalenanalytischen Befunde zu Trennschärfe und Homogenität (Nummerierung gemäß Itemreihenfolge; siehe hierzu Wortlaut im Anhang).

Die Faktorenanalyse der 20 Items zu Ausführung ( $t_2$ ) ergab fünf Faktoren mit einem Eigenwert  $> 1$ . Auch hier legten Scree-Test und Beurteilung der Einfachstruktur eine Lösung mit drei Faktoren

nahe, bei einer Varianzaufklärung von 49 Prozent. Faktor 1 – als Lernen bezeichnet – bestand aus fünf Items, Faktor 2 (Aufrechterhalten) aus sieben Items und Faktor 3 (Zuversicht) aus vier Items. Ladungen, Item- und Skalenstatistiken sind in Tabelle 2 dargestellt (Nummerierung gemäß Darstellung im Anhang).

## KORRELATIVE BEFUNDE

### AUTOKORRELATIONEN

Die drei Skalen zu Absicht wiesen zwischen  $t_0$  (Anmeldung) und  $t_1$  (Aufnahme; der Abstand betrug einige Wochen) die folgenden Autokorrelationen auf: Problemexternalisierung  $t_0/t_1$   $r = .72$ , Initiales Problembewusstsein  $r = .47$ , Handlungsabsicht  $r = .49$ . Für die drei Skalen zu Ausführung wurde zwischen  $t_2$  (Behand-

Tabelle 2: Faktoren-, Skalen- und Itemanalysen im Bereich Ausführung ( $N = 119$ )

Item-Nr.	Mittelwert	SD	Trennschärfe $r_{it}$	Faktorladung des Items	Skalen-Reliabilität
<b>Faktor/Skala 1 Lernen</b>					
1	2.80	.46	.47	.63	Cronbachs $\alpha = .75$ Split-Half = .78
2	2.65	.54	.52	.60	
3	2.71	.53	.64	.79	
4	2.75	.51	.42	.65	
5	2.58	.65	.56	.71	
<b>Faktor/Skala 2 Aufrechterhalten</b>					
6	2.10	.79	.54	.66	Cronbachs $\alpha = .80$ Split-Half = .81
7	1.98	.72	.60	.71	
8	1.67	.75	.57	.66	
9	2.29	.68	.52	.50	
10	2.05	.76	.66	.69	
11	1.55	.63	.58	.61	
12	1.47	.68	.51	.67	
<b>Faktor/Skala 3 Zuversicht</b>					
13	2.11	.66	.44	.58	Cronbachs $\alpha = .68$ Split-Half = .65
14	2.47	.63	.54	.76	
15	2.76	.54	.47	.67	
16	2.73	.57	.39	.63	

Anmerkungen: Itemwortlaut im Anhang. Antwortrange der Items min. = 1, max. = 3. Split-Half-Reliabilität nach Spearman-Brown.

lungsende) und  $t_3$  (Sechs-Monats-Follow-up) ermittelt: Skala Lernen  $r = .10$ , Skala Aufrechterhalten  $r = .35$  und Skala Zuversicht  $r = .41$  (alle  $p > .01$ ; Lernen ns).

#### KORRELATIONEN MIT DEN ANGSTMAßEN

Im Bereich Absicht ging höhere Problemexternalisierung einher mit höherer Angst (ACQ  $r = .28$ ; BSQ  $r = .18$ , MI  $r = .17/.19$  und BAI  $r = .22$ ;  $t_1$ ;  $p > .01$ ). Keine Zusammenhänge mit Angst fanden sich für Initiales Problembewusstsein und Handlungsabsicht. Im Bereich Ausführung ging eine höhere Ausprägung in Zuversicht einher mit einer niedrigeren Ausprägung in Angst (ACQ  $r = -.41$ ; BSQ  $r = -.32$ ; MI  $r = -.27/-.22$  und BAI  $r = -.29$ ;  $t_2$ ;  $p > .01$ ). Für die Skalen Lernen und Aufrechterhalten waren Zusammenhänge mit den eingesetzten Angstmaßen nicht belegbar.

#### KORRELATIONEN MIT DEN ERGÄNZENDEN GLOBALBEURTEILUNGEN ( $t_2$ )

Für die Skalen Lernen, Aufrechterhalten und Zuversicht wurden positive Zusammenhänge mit den Zufriedenheitsurteilen ermittelt. Höhere Werte in Lernen gingen

einher mit höheren Werten in Zufriedenheit mit der Angstbewältigungsgruppe ( $r = .27$ ). Entsprechende Zusammenhänge fanden sich für Aufrechterhalten ( $r = .30$ ) und Zuversicht ( $r = .46$ ). Ein prinzipiell gleiches Muster wurde für Zufriedenheit mit der Zielerreichung/insgesamt festgestellt: Höhere Werte in Lernen korrelierten mit höheren Zufriedenheitswerten ( $r = .20$ ). Analoge Zusammenhänge galten für Aufrechterhalten ( $r = .21$ ) und Zuversicht ( $r = .36$ ). Die Befragung der Therapeuten – „Wie gut hat Ihr/e PatientIn die Therapieziele erreicht?“ – unterstützte dieses Ergebnismuster ( $r = .22$  für Lernen,  $r = .15$  für Aufrechterhalten und  $r = .30$  für Zuversicht,  $p > .01$ ). Für die drei Skalen im Bereich Absicht ergaben sich keine Zusammenhänge mit den ergänzenden Globalmaßen.

#### VERLAUF/ÄNDERUNGSENSITIVITÄT

Bei Absicht (gemessen zu  $t_0$  und  $t_1$ ) konnte für das Merkmal Problemexternalisierung eine bedeutsame Reduktion zwischen Anmeldung und Aufnahme belegt werden. Die Ausprägung auf der Skala Handlungsabsicht hingegen nahm zwischen Anmeldung zur Klinik und späterer Aufnahme zu. Initiales Problembewusstsein war zwischen  $t_0$  und  $t_1$  unverändert.

Tabelle 3: Verläufe für Absicht  $t_0$ - $t_1$  bzw. für Ausführung  $t_2$ - $t_3$

Skala	M (SD)		t-Wert	p	Effektstärke d
	$t_0$	$t_1$			
<b>Absicht/N = 121</b>					
1 Problem-Externalisierung	1.73 (.34)	1.51 (.44)	5.51	.00	.65
2 Initiales Problembewusstsein	2.54 (.38)	2.51 (.38)	1.30	ns	–
3 Handlungsabsicht	2.61 (.36)	2.75 (.34)	2.51	.02	.31
<b>Ausführung/N = 117</b>					
	$t_2$	$t_3$			
1 Lernen	2.76 (.31)	2.43 (.54)	5.83	.00	1.06
2 Aufrechterhalten	1.87 (.46)	2.41 (.44)	10.55	.00	1.17
3 Zuversicht	2.51 (.45)	2.56 (.46)	.73	ns	–

Anmerkungen: Itemwortlaut im Anhang.  $t_0$  = Anmeldung,  $t_1$  = Aufnahme,  $t_2$  = Entlassung,  $t_3$  = Sechs-Monats-Follow-up. Skalenrange standardisiert min. = 1, max. = 3 (Skalensumme dividiert durch Itemanzahl)



Bei Ausführung (gemessen zu  $t_2$  und  $t_3$ ) ergab sich zwischen Entlassung und Sechs-Monats-Follow-up ein Rückgang für Lernen. Die Ausprägung in Aufrechterhalten hingegen nahm stark zu. Für Zuversicht konnten keine Verlaufsunterschiede belegt werden.

Die Effektstärkenberechnung ergab bei Absicht mittelhohe  $d$ -Werte für Problemexternalisierung und bei Ausführung hohe  $d$ -Werte für Lernen und Aufrechterhalten (siehe Tabelle 3).

#### VORHERSAGE FÜR ANGST(REDUKTION) ZU $t_3$

Um zu überprüfen, ob Absicht und Ausführung einen Beitrag im Hinblick auf die längerfristige Angstaussprägung – im Sinne der Reduktion der Angst – leisten, wurden Regressionsanalysen durchgeführt. Kriterien waren die fünf Angstmaße (4 AKV, 1 BAI) am Katamnesezeitpunkt nach sechs Monaten. Prädiktoren waren die drei Merkmale zu Absicht und die drei Merkmale zu Ausführung. Deskriptive Merkmale (z. B. Alter, Geschlecht) sowie die Angstmerkmale zu den früheren Messzeitpunkten als Autoregressoren wurden dabei kontrolliert (Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2010).

Im Ergebnisüberblick trugen (nur) die Merkmale Aufrechterhalten und Zuversicht des Bereichs Ausführung zur Varianzaufklärung für Angst zu  $t_3$  bei. Die Ausprägung auf vier Kriterien, nämlich BSQ, MI-A, MI-B und BAI wurde durch diese beiden Prädiktoren in einem moderaten Ausmaß vorhergesagt. Für die Skala ACQ konnte kein signifikantes Vorhersagemodell ermittelt werden. Die standardisierten Prädiktor-Gewichte betragen beim Kriterium BSQ  $\beta = -.24$  für Aufrechterhalten und  $\beta = -.25$  für Zuversicht. Beim Kriterium MI-A war der  $\beta$ -Wert für Aufrechterhalten  $-.38$  (Zu-

versicht = ns). Bei Kriterium MI-B galt  $\beta = -.37$  für Aufrechterhalten und  $\beta = -.18$  für Zuversicht. Bei Kriterium BAI wurde  $\beta = -.18$  für Aufrechterhalten und  $\beta = -.17$  für Zuversicht ermittelt.

Der prozentuale Anteil von durch diese beiden Prädiktoren aufgeklärte Varianz an der Gesamtvarianz des jeweiligen Kriteriums ( $R^2$ ) betrug min. = 14% (Kriterium BAI) bis max. = 26% (Kriterium MI-B). Die Autoregressoren – hier diejenigen der Angst – erzielten demzufolge erwartungsgemäß den größeren Betrag an Varianzaufklärung im Kriterium.

Inhaltlich besagt der Zusammenhang, je stärker Aufrechterhalten und Zuversicht ausgeprägt sind, desto geringer ist die Höhe der Angst zu  $t_3$ . Mit numerisch geringfügigen Abweichungen fallen die einfachen bivariaten Korrelationen zwischen jeweiligem Prädiktor und Kriterium sowohl in Zusammenhangsrichtung (–) als auch Zusammenhangshöhe ähnlich aus.

Für Lernen und für die drei Merkmale im Bereich Absicht fanden wir in der Vorhersage der Angst(reduktion) zu  $t_3$  keine substanziellen Effekte.

## DISKUSSION

Absicht und Ausführung als Kognitionen und Überzeugungen bei der Verhaltensänderung konnten für den Bereich klinische Angst als sinnvolle therapiebegleitende Konstrukte belegt werden. Sie wiesen in ihrem jeweiligen Bereich eine inhaltlich schlüssige, empirisch gestützte faktorielle Struktur auf. Für die auf den Faktoren basierenden Skalen konnten gute Homogenitätskennwerte ermittelt werden. Auch ergaben sich gute Itemeigenschaften: Die Itemmittelwerte sprechen mehrheitlich gegen extreme Antworttendenzen, und die Items messen die Konstrukte trennscharf ( $r_{it}$ -Kenn-

werte). Mit 19 bzw. 16 Aussagen sind die beiden Fragebögen im Übrigen nicht übermäßig lang. Sie können daher zum jeweiligen Zeitpunkt vor Beginn bzw. gegen Ende des Therapieverlaufs ohne große Zusatzbelastung eingesetzt werden. Sie stellen eine gute Ergänzung zu den im engeren Sinne störungsspezifischen Verfahren (hier für klinische Angst) dar.

Erwartungskonform gingen die Werte für Problemexternalisierung einher mit vor Therapiebeginn bestehenden höheren Angstwerten ( $r_{\max} = .28$ ). Inhaltlich sinnvoll fanden sich später im Verlauf für die Skala Zuversicht enge Zusammenhänge mit geringerer Angst ( $r_{\max} = -.41$ ). Auch weitere Ergebnisse erwiesen sich im Kontext der Angstbehandlung als stimmig. Die Werte in Handlungsabsicht waren unmittelbar zu Beginn der Therapie höher als bei Anmeldung. Das Umgekehrte gilt für Lernen, die Werte waren am Messzeitpunkt  $t_2$  hoch (als Lernen stattfand), zur Katamnese dagegen niedriger (da das Lernen dann abgeschlossen war; vgl. auch den nicht bestehenden autokorrelativen Zusammenhang bei dieser Skala). Lernen und Aufrechterhalten stehen in einem inhaltlich nachvollziehbaren Verhältnis: Aufrechterhalten wurde im Verlauf wichtiger als Lernen, dies konnte hier veranschaulicht werden. Der ausgesprochen hohe Effektstärkewert von  $d = 1.17$  für die Zunahme in Aufrechterhalten zwischen  $t_2$  und  $t_3$  kann dies unterstreichen.

Das Ergebnisbild wird auch gestützt durch die globalen Beurteilungen zum Gruppenprogramm Angstbewältigung und zur Therapiezielerreichung/insgesamt. Eine gute Übungshaltung und wahrgenommene Fortschritte in der Angstgruppe – belegt über die Korrelationen zwischen Zufriedenheit mit der Angstbewältigungsgruppe und den Skalen Lernen bzw. Aufrechterhalten – resultierten in einer optimistischen Perspektive (entspre-

chende Korrelation mit Zuversicht). Die korrelativen Zusammenhänge der Zielerreichungswerte/insgesamt untermauern dies. Darüber hinaus ging auch das Therapeutenurteil zur Zielerreichung der Patienten damit einher.

Auf längere Sicht trugen zwei Merkmale zur Angstreduktion bei, wie Regressionsanalysen mit den Kriterien zu  $t_3$  zeigten. Das in der Therapie erzielte höhere Ausmaß an Aufrechterhalten und Zuversicht ging einher mit niedrigeren Werten in Angst sechs Monate nach Behandlungsende. Konkret beschreiben die Aussagen der Skala Aufrechterhalten Überzeugungen, bei der Bewältigung der Angst aktiv zu bleiben („wurden Bestandteil meines Alltags“) und ein Gefühl der Sicherheit gewonnen zu haben („Ich weiß, dass ich meine Angst beherrschen kann“). Die Aussagen der Skala Zuversicht sind ebenfalls Überzeugungen, die auf die Gesichtspunkte Sicherheit und Kontrollierbarkeit fokussiert sind, jedoch im Vergleich zum Aufrechterhalten stärker auf die Zukunft gerichtet („werden mein Leben nie mehr so beeinträchtigen“; „werde ich auch in den nächsten Jahren weiter anwenden“). Beide Elemente thematisieren positive Gesichtspunkte der Erfolgserhaltung.

Für Absicht gilt: Das Gewinnen von Problembewusstsein („ab und an überlege ich, ob ich eventuell selbst etwas tun kann“) und von Handlungsabsicht („werde damit beginnen, Einfluss auf meine Ängste zu nehmen“) waren primär von Bedeutung bei der Einleitung von problemreduzierenden Verhaltensweisen. Problemexternalisierung („All das Gerade darüber, wie man selbst mit Ängsten ... besser umgehen kann, ist reine Zeitverschwendung für mich“) wiederum bezeichnet eine defensive Haltung geringer eigener Änderungsbereitschaft dem Problem gegenüber. Die Ausprägung auf diesem Merkmal nahm dank Therapie-

entschluss und konkret durchgeführten Therapiemaßnahmen wie erhofft ab.

### PRAKTISCHER EINSATZ

Zu Beginn der Behandlung – im vorliegenden Fall der klinischen Angst – sollte daher zunächst festgestellt werden, ob Defensivität gegenüber der Problematik selbst und auch der Sinnhaftigkeit/Infragestellung ihrer Behandlung besteht, oder ob auf einer gewissen Problemeinsicht und erkennbarem Änderungswillen aufgebaut werden kann. Therapie muss dies in einer ersten Phase gründlich und mit gebührender (Reflexions-)Zeit klären, die Durchführung von – an sich erfolgreichen – Programmen wäre sonst verfrüht. Während der Therapie kann man sodann am Merkmal Lernen den Erwerb selbst ablesen, genauer: die bewältigungsdienliche Selbstwertattribution („Ich gehe neue Wege, um ...“). Aufrechterhalten und Zuversicht stehen am Ende der unmittelbar von den Therapeuten durchgeführten Intervention. Nach dem Grundsatz „Erfolg beflügelt“ soll das Sich-Bewusstmachen der eigenen Fortschritte dabei helfen, ausdauernd fortzufahren. Absicht in der „Vorher“-Phase und Ausführung in der späteren „Während“- bzw. „Nachher“-Phase sollten daher in ihren jeweiligen drei Facetten den Behandlungsprozess nebst abschließender Evaluation begleiten. Sie können darüber hinaus dabei dienen, Hindernisse aufzuzeigen, dort dann gezielter einzuhaken oder gegebenenfalls noch einmal einen Schritt zurückzugehen.

### FAZIT

Es konnte somit aufgezeigt werden, dass Absicht und Ausführung in der Behandlung von klinischer Angst wichtige, den Änderungsprozess sinnvoll unterstützende motivationsnahe Kognitionen und

Überzeugungen darstellen. Sie wurden hier im Kontext evidenzbasierter kognitiv-behavioral orientierter Intervention überprüft und validiert. Eine Eignung in der Behandlung anderer Störungen kann vermutet, muss jedoch datengestützt belegt werden. Dies wäre wünschenswert, steht aber in vielerlei Hinsicht noch aus (vgl. programmatisch: Duckworth, Milkman & Laibson, 2019).

### LITERATUR

- Achtziger, A. & Gollwitzer, P. M. (2010). Motivation und Volition im Handlungsverlauf. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation und Handeln* (S. 309–335). Berlin: Springer.
- Barlow, D. & Craske, M. (2004). *Mastery of your anxiety and panic*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Cronbach, L. (1951). Coefficient Alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297–334.
- Duckworth, A. L., Milkman, K. L. & Laibson, D. (2018). Beyond willpower – strategies for reducing failures of self-control. *Psychological Science in the Public Interest*, 19(3), 102–129.
- Ehlers, A. & Margraf, J. (2001). *AKV – Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung* (Manual). Göttingen: Beltz Test Gesellschaft bei Hogrefe.
- Eid, M., Gollwitzer, P. M. & Schmitt, M. (2010). *Statistik und Forschungsmethoden*. Weinheim: Beltz.
- Forstmeier, S. & Rüdell, H. (2007). Improving volitional competence is crucial for the efficacy of psychosomatic therapy: A controlled clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 89–96.
- Geissner, E. & Hütteroth, A. (2018). Beck Anxiety Inventory deutsch – Ein reliables, valides und praxisgeeignetes Instrument zur Messung klinischer Angst. *Psychotherapie*,

- Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 68, 118–125.
- Geissner, E. & Kindermann, P. (2010). *Die Angstbewältigungstherapie – Ein Gruppentherapieprogramm bei Panikstörung/ Agoraphobie* (2. überarb. Fassung). Priem am Chiemsee: Psychosomatische Klinik Roseneck.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Heckhausen, H., Gollwitzer, P. M. & Weinert, F. E. (1987). *Jenseits des Rubikon – Der Wille in den Humanwissenschaften*. Berlin: Springer.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1995). *IDCL – Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV*. Bern: Huber.
- Keller, S. (1999). *Motivation zur Verhaltensänderung – Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Lammers, C.-H. (2017). Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 324–330.
- Mander, J. (2012). *The stages of change and general change mechanisms interaction study – intersections between Grawe's psychological therapy and Prochaska's transtheoretical model*. Hamburg: Kovac.
- Margraf, J. & Ehlers, A. (2007). *Beck Angst Inventar – BAI (Manual)*. Frankfurt a. M.: Harcourt.
- Margraf, J. & Schneider, S. (2013). *Panik – Angstanfälle und ihre Behandlung*. Berlin: Springer.
- Maurischat, C. (2002). Erfassung der Stages of Change im Transtheoretischen Modell – Eine Übersicht zu dimensional und kategorialen Ansätzen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 50, 343–367.
- Maurischat, C., Härter, M. & Bengel, J. (2002). Der Freiburger Fragebogen Stadien der Bewältigung chronischer Schmerzen – Faktorenstruktur, psychometrische Eigenschaften und Konstruktvalidierung. *Diagnostica*, 48, 190–199.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy – Theory, Research, and Practice*, 20, 368–375.
- Miller, R. L. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford.
- Orlinsky, D. E. (2009). The generic model of psychotherapy after 25 years. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(4), 319–339.
- Prochaska, J. O. & Di Clemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy – toward a more integrative model of change. *Psychotherapy – Theory, Research, and Practice*, 19, 390–395.
- Prochaska, J. O. & Di Clemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach – crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones & Irwin.
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (2010). *Systems of psychotherapy – a transtheoretical analysis*. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole Publishing.
- Schulte, D. (2015). *Therapiemotivation*. Göttingen: Hogrefe.
- Schumann, A., Rumpf, H. J., Meyer, C., Hapke, U. & John, U. (2003). Skalen zu Kernkonstrukten des Transtheoretischen Modells im Verhaltensbereich Tabakkonsum. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 11, 57–66.
- Sutton, S. (1996). Can stages of change provide guidance in the treatment of addictions? A critical examination of Prochaska and Di Clemente's model. In G. Edwards & C. Dare (Eds.), *Psychotherapy, psychological treatment and the addictions* (pp. 189–205). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sutton, S. (2000). A critical review of the transtheoretical model of smoking cessation. In P. Norman, C. Abraham & M. Conner (Eds.), *Understanding and changing health behavior – from health-beliefs to self-reg-*

ulation (pp. 207–225). Reading: Harwood Academic Press.

Velicer, W. F. (2000). Theoretical background and current research perspectives in the transtheoretical model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 178–201.

Wambach, K. & Rief, W. (2012). Effekte kognitiver Verhaltenstherapie bei Panikstörung – Mehr Exposition bringt stabilere Therapieerfolge. *Verhaltenstherapie, 22*, 95–105.

### DANKSAGUNG

Wir danken Manfred Schmitt (Landau) für wertvolle Kommentare zu einer ersten Manuskriptversion.

INTERESSENKONFLIKTE: Keine

ETHISCHE VORAUSSETZUNGEN: Die Studie wurde vorab im Gremium „Wissenschaftskonferenz“ der Psychosomatischen Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee, vorgestellt, diskutiert und genehmigt. Alle Patientinnen und Patienten erhielten eine ausführliche schriftliche und – bei Aufnahme – nochmals mündliche Information über die Studie und erklärten auf einem gesonderten Einwilligungsfeld die Bereitschaft zur Teilnahme. Sie erhielten vor allem die Zusicherung der jederzeitigen Rücktrittsmöglichkeit von der Studie ohne Nachteile für den weiteren Klinikaufenthalt.

AUTORENMITWIRKUNG: Beide Autoren haben zu etwa gleichen Teilen an dieser Arbeit mitgewirkt.

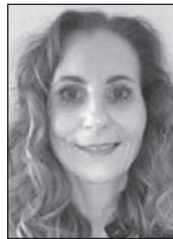
FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG: Die Autoren erhielten keine finanzielle Unterstützung.



**PROF. DR. EDGAR GEISSNER**

DEPARTMENT PSYCHOLOGIE  
ABT. KLINISCHE PSYCHOLOGIE  
UND PSYCHOTHERAPIE  
LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT  
D-80802 MÜNCHEN

E-MAIL: [edgar.geissner@campus.lmu.de](mailto:edgar.geissner@campus.lmu.de)



**DR. PETRA M. IVERT**

PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS  
ROSENHEIM