

„Metakognitionen bei Zwangsstörungen“

Inaugural-Dissertation
in der Fakultät Psychologie
der Otto-Friedrich-Universität Bamberg

vorgelegt von

Angelika Neumann

aus

Schlüchtern

Januar 2005

Tag der mündlichen Prüfung: 29.6.2005

Dekan: Prof. Dr. Baumann

Erstgutachter: Prof. Dr. Reinecker

Zweitgutachter: Prof. Dr. Geissner

Danksagung

Die vorliegende Studie wurde in der medizinisch-psychosomatischen Klinik Roseneck durchgeführt. Ich danke Herrn Prof. Fichter für die guten wissenschaftlichen Rahmenbedingungen in der Klinik, die die Durchführung der Studie erleichterten. Herr Prof. Geissner, der mich vor Ort betreute, war mir die ganze Zeit über eine große Unterstützung und Hilfe. Des weiteren bedanke ich mich bei Herrn Prof. Reinecker für seine konstruktive und kompetente Betreuung in jeder Phase des Projektes.

Mein besonderer Dank gilt allen Teilnehmern¹ an der Studie, die mir ihr Vertrauen und ihre Offenheit schenkten: den zahlreichen Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Zwangserkrankungen (DGZ), den Patienten der Klinik Roseneck sowie den Personen der Kontrollgruppe. Nur durch ihr Engagement konnte die Studie in solch großem Umfang durchgeführt werden.

Ich danke außerdem Dr. Susanne Hedlund, die mir zu Beginn des Projektes mit ihren Ideen Mut machte und allen Kollegen der Klinik Roseneck, die mir durch Anregungen und Diskussionsbeiträgen weiterhalfen.

Prien am Chiemsee, Januar 2005

Angelika Neumann

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird durchgängig die männliche Form verwendet. Die Autorin bittet dafür um Verständnis.

Für meine Eltern

INHALTSVERZEICHNIS

0. Einleitung	8
1. Theoretischer Hintergrund	10
1.1 Beschreibung der Zwangsstörung	10
1.1.1 Diagnostische Kriterien	10
1.1.2 Erscheinungsformen	11
1.1.3 Epidemiologie	11
1.2 Erklärungsmodelle der Zwangsstörung	12
1.2.1 Biologische Aspekte	12
1.2.2 Lerntheoretische Erklärungsansätze	16
1.2.3 Kognitive Modelle	16
1.2.3.1 Beck`Schemata	17
1.2.3.2 Salkovskis kognitiv behavioraler Ansatz	18
1.2.3.3 Wells`Modell der dysfunktionalen Metakognitionen	20
1.2.4 Implikationen der Theorien für die Psychotherapie	24
1.3 Für Zwang relevante kognitive Themenbereiche	25
1.3.1 Perfektionismus	25
1.3.2 Verantwortung	26
1.3.3 Kontrolle	27
1.3.4 Thought-action fusion	28
1.3.5 Risikoaversion	29
1.3.6 Angstvermeidung	30
1.3.7 Zweifel (an Wahrnehmung und Gedächtnis)	31
1.3.8 Schuld und Scham	32
1.3.9 Moral	33
1.3.10 Akzeptanz von Gedanken und Gefühlen	34
1.3.11 Zusammenfassung	34
1.4 Verfahren zur Erfassung von Kognitionen bei Zwängen	35
1.4.1 Irrational Beliefs Related to Obsessions	35
1.4.2 Meta Cognitions Questionnaire	36
1.4.3 Metacognitive Beliefs Questionnaire	37

1.4.4 Obsessive Beliefs Questionnaire/ Interpretations of Intrusions Inventory	38
1.4.5 Meta-Fragebogen	41
1.4.6 Zusammenfassung	43
1.5 Spezifität von Kognitionen bei Zwangsstörungen	43
1.5.1 Zwang versus Depression	44
1.5.1.1 Vierfelderschema von van Oppen und Arntz (1994)	50
1.5.2 Zwang versus Agoraphobie/Panikstörung	51
1.5.3 Agoraphobie/Panikstörung versus Depression	56
1.6 Zusammenfassung des theoretischen Hintergrunds	57
2. Empirische Untersuchung	59
2.1 Fragestellungen und Hypothesen	59
2.2 Methoden	64
2.2.1 Stichproben	64
2.2.2 Meßinstrumente: Selbstbeurteilung	64
2.2.2.1 Zwangsaufrechterhaltende Überzeugungen zu Gedanken und Gefühlen ZAGG	64
2.2.2.1.1 Beschreibung der Itemvorlage	64
2.2.2.1.2 Abänderung der Itemvorlage	68
2.2.2.1.3 Beschreibung des ZAGG	71
2.2.2.2 Beck Depressions Inventar	75
2.2.2.3 Beck Angst Inventar	76
2.2.2.4 Symptom Check List 90-R	76
2.2.2.5 Inventory of Beliefs Related to Obsessions	77
2.2.3 Meßinstrumente: Fremdbeurteilung	78
2.2.3.1 Internationale Diagnose Checklisten für DSM-IV	78
2.2.3.2 Yale-Brown-Obsessive-Compulsive Scale	79
2.2.4 Untersuchungsdesign	80
2.2.5 Durchführung der Untersuchung	81
2.2.5.1 Rekrutierung der Probanden	81
2.2.5.1.1 Rekrutierung der DGZ-Mitglieder	81
2.2.5.1.2 Rekrutierung der Patientengruppen	82
2.2.5.1.3 Rekrutierung der gesunden Personen	83
2.2.5.2 Durchführung/Ablauf der Untersuchung	84

2.2.6 Statistische Analyseverfahren	85
2.2.6.1 Deskriptive Statistiken	86
2.2.6.2 Faktorenanalyse	86
2.2.6.3 Berechnung von Retest-Reliabilität und Änderungssensitivität	87
2.2.6.4 Berechnung von Effektstärken	87
2.2.6.5 Berechnung der Validität	87
2.2.6.6 Überprüfung der Spezifität	87
3. Ergebnisse	89
3.1 Charakteristika der Stichprobe	89
3.1.1 Demographische Daten im Vergleich	89
3.1.2 Alter bei Beginn und Dauer der Erkrankung	93
3.1.3 Vergleich der DGZ-Mitglieder mit Zwangspatienten der Klinik Roseneck	94
3.1.4 Demographische Daten der einzelnen Gruppen	95
3.1.4.1 „reine“ Zwangspatienten	97
3.1.4.2 Patienten mit Depression	99
3.1.4.3 Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie	99
3.1.4.4 DGZ-Mitglieder	100
3.2 Skalenanalyse	102
3.2.1 Faktorenanalyse	102
3.2.2 Itemstatistik der Faktoren	105
3.2.3 Übereinstimmung zwischen theoretisch postulierten und empirisch ermittelten Faktoren	112
3.2.4 Korrelationen der Skalen untereinander	113
3.3 Faktorenanalyse aller verwendeten Verfahren	114
3.4 Retest-Reliabilität und Änderungssensitivität	115
3.4.1 Retest-Reliabilität	116
3.4.2 Änderungssensitivität	117
3.5 Spezifität	119
3.6 Validität	120
3.6.1 Deskriptive Statistik und Inferenzstatistik: BDI, BAI, IBRO	122
3.6.2 Deskriptive Statistik	124
3.6.3 Korrelative Befunde	125
3.6.3.1 Zusammenhang zwischen ZAGG und Y-BOCS	125
3.6.3.2 Zusammenhang zwischen IBRO und Y-BOCS	126

3.6.3.3 Zusammenhang zwischen ZAGG und IBRO	126
3.6.3.4 Zusammenhang zwischen ZAGG, BAI und BDI	127
3.7 Zusammenhang zwischen ZAGG und SCL-Daten	129
3.7.1 SCL-90-R bei Aufnahme und Entlassung	129
3.7.2 Vergleich der SCL-Daten zwischen den Gruppen Zwang ohne Depression und Zwang mit Depression	129
3.7.3 Zusammenhang zwischen ZAGG und SCL-90-R	130
3.7.4 Zusammenhang zwischen Verbesserung im ZAGG und Therapieerfolg	131
4. Diskussion	133
4.1 Stichprobe	133
4.2 Faktorenstruktur	136
4.3 Reliabilität	137
4.3.1 Retest-Reliabilität	138
4.3.2 Änderungssensitivität	138
4.3.3 Sind Metakognitionen Traits oder States?	139
4.4 Validität	140
4.4.1 Zusammenhang mit Symptomatik	140
4.4.2 Konvergente Validität	141
4.4.2 Diskriminante Validität	141
4.5 Therapieerfolg	143
4.6 Spezifität	144
4.6.1 Unterscheidung der klinischen Gruppen von den Gesunden	144
4.6.2 Unterscheidung zwischen Zwang/Depression und Angst	145
4.6.3 Unterscheidung zwischen Zwang und Depression	145
4.7 Vergleich der einzelnen Skalen des ZAGG	147
4.8 Weitere Gütekriterien	149
4.9 Abschließende Beurteilung und Ausblick	150
5. Zusammenfassung	152
6. Literaturverzeichnis	154
7. Anhang	167

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die Gesamtstichprobe	64
Tabelle 2: Studie 1	80
Tabelle 3: Studie 2	81
Tabelle 4 : Alter und Geschlecht der 6 Untersuchungsgruppen	90
Tabelle 5: Familiäre Situation der Patientengruppen und der gesunden Personen	90
Tabelle 6: Ausbildungsmerkmale und Krankheitswochen der Patientengruppen und gesunden Personen	92
Tabelle 7: Soziökonomischer Status der Patientengruppen und gesunden Personen	92
Tabelle 8: Alter bei Beginn und Dauer der Erkrankung bei den verschiedenen Gruppen	93
Tabelle 9: Vergleich der DGZ-Mitglieder mit den Patienten der Klinik Roseneck („reine“ Zwangspatienten und Patienten mit Zwang + Depression)	94
Tabelle 10: Zusätzliche Diagnosen der „reinen“ Zwangspatienten	96
Tabelle 11: Qualitativer Teil der Y-BOCS: Arten der Zwänge	96
Tabelle 12: Inhalte der Zwänge	96
Tabelle 13: Bisherige Therapien und durchgeführte Expositionen der Zwangspatienten	97
Tabelle 14: Hauptdiagnosen der depressiven Patienten	98
Tabelle 15: Zusätzliche Diagnosen	98
Tabelle 16: Anzahl der bisherigen Therapien und derzeitige Medikamenteneinnahme der depressiven Patienten	98
Tabelle 17: Zusätzliche Diagnosen der Angstpatienten	99
Tabelle 18: Bisherige Therapien/Expositionen und derzeitige Medikamenteneinnahme der Angstpatienten	100
Tabelle 19: Bisherige Therapien der DGZ-Mitglieder	101
Tabelle 20: Faktorenmatrix der 5 extrahierten Faktoren	102
Tabelle 21: Ladungen der Items auf den 5 extrahierten Faktoren	103
Tabelle 22: Items mit Ladungen < 0,4 auf allen Faktoren	105
Tabelle 23: Items mit niedrigen und doppelten Ladungen	106
Tabelle 24: Skala 1 „Schuld“ (Schuld/Scham, Angst/Unsicherheit, Wertlosigkeit)	107
Tabelle 25: Skala 2 Kontrolle (Verantwortung, Perfektionismus)	108
Tabelle 26: Skala 3 Zweifel an den eigenen kognitiven Funktionen	109
Tabelle 27: Skala 4: Akzeptanz	110
Tabelle 28: Skala 5 Gelassenheit	110
Tabelle 29: Internale Konsistenz (Cronbach`s Alpha) und Split-Half Reliabilität	111
Tabelle 30: Zuordnung der vorab angenommenen Faktoren zu den empirisch ermittelten Faktoren des ZAGG	112
Tabelle 31: Korrelationen der Skalen untereinander in der Gruppe der Zwangspatienten	113
Tabelle 32: Komponentenmatrix mit Angabe der Faktor-Ladungen	115

Tabelle 33: Mittelwerte und Standardabw. im ZAGG-Fragebogen zu den 3 Meßzeitpunkten	116
Tabelle 34: Korrelationskoeffizienten ZAGG1-ZAGG2	116
Tabelle 35: t-Tests für abhängige Stichproben/Effektstärken	117
Tabelle 36: Stand. Mittelwerte und Standardabweichungen ZAGG-Inventar der versch. Gruppen zu Beginn des Aufenthaltes	120
Tabelle 37: Mittelwerte, Standardabweichungen und Streubreiten in den Inventaren BDI, BAI und IBRO	123
Tabelle 38: Y-BOCS Werte der „reinen“ Zwangspatienten	124
Tabelle 39: Zusammenhang zwischen ZAGG und Y-BOCS in der Gruppe der „reinen“ Zwangspatienten	125
Tabelle 40: Zusammenhang zwischen IBRO-Werten und Y-BOCS, Gruppe der „reinen“ Zwangspatienten	126
Tabelle 41: Zusammenhang zwischen ZAGG-Werten und IBRO bei den „reinen“ Zwangspatienten	127
Tabelle 42: Zusammenhang zwischen ZAGG-Werten und BAI/BDI bei den „reinen“ Zwangspatienten	128
Tabelle 43: Mittelwerte der SCL-90-R-Subskalen bei Aufnahme und Entlassung, „reine“ Zwangspatienten	129
Tabelle 44: Vergleich der Mittelwerte des SCL bei Aufnahme Gruppe Zwang rein/ Zwang mit Depression	130
Tabelle 45: Korrelationen zw. ZAGG Werten und SCL90-R	131
Tabelle 46: Zusammenhang zwischen SCL90-R-Reduktion und Reduktion in den ZAGG- Werten	132
Tabelle 47: Beurteilung der einzelnen Dimensionen des ZAGG nach den Kriterien Reliabilität Validität, Spezifität, Zusammenhang mit Therapieerfolg und Änderungssensitivität	148

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das kognitive Modell von Salkovskis (1988)	20
Abbildung 2: Nach dem S-REF-Modell von Wells und Matthews (Wells, 2000, S.17)	21
Abbildung 3: Nach Wells (2000) S.28: Objekt Modus und Metakognitiver Modus	23
Abbildung 4: Ein prototypisches Modell von Faktoren, die zur Aufrechterhaltung der Zwangsstörung beitragen, nach Wells 2000	23
Abbildung 5: Hierarchisches Modell der Kognitionen auf verschiedenen Abstraktionsebenen	25
Abbildung 6: Vergleich von III, OBQ, MCBQ und META bezüglich Items zum Thema Kontrolle	42
Abbildung 7: Nach Clark, 2002, S. 244: Common and distinct cognitive constructs of OCD and Major Depression	47
Abbildung 8: Einteilung von Zwang, Depression und Angst hinsichtlich der subjektiv wahrgenommenen persönlichen Verantwortung und der zeitlichen Perspektive des negativen Ereignisses (aus van Oppen & Arntz, 1994)	50
Abbildung 9: Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Zwangsstörung und Agoraphobie/Panikstörung	55
Abbildung 10: Veränderung der dysfunktionalen Einstellungen (Skalen Schuld, Kontrolle, Zweifel) während des Aufenthaltes	118
Abbildung 11: Veränderung der positiven Einstellungen (Skalen Gelassenheit und Akzeptanz) während des Aufenthaltes	118
Abbildung 12: Dysfunktionale Einstellungen (Skalen Schuld, Kontrolle, Zweifel) in den verschiedenen Gruppen	121
Abbildung 13: Positive Einstellungen (Skalen Akzeptanz und Gelassenheit) der verschiedenen Gruppen	121
Abbildung 14: BDI in den 3 Patientengruppen	123
Abbildung 15: BAI in den 3 Patientengruppen	123
Abbildung 16: IBRO in den 3 Patientengruppen	124
Abbildung 17: Die Skalen Zwanghaftigkeit und Symptomatik des SCL bei Aufnahme und Entlassung	131

0. Einleitung

„Von Zeit zu Zeit ein wenig denken macht nichts; zuviel ist aber schlecht. Man wird krank im Kopf. Ein wenig denken und viel mit anderen reden, dann wieder ein wenig denken, aber nur ein wenig, so soll es sein.“

Jamalu aus Dogonland, Mali (zitiert aus: „Die Weißen denken zuviel.“ Pari, Pari-Mattéy und Morgenthaler, 1993)

Eventuell handelt es sich bei dieser Aussage des Afrikaners aus dem Stamm der Dogon um eine Haltung dem eigenen Denken gegenüber, die der Entwicklung einer Zwangsstörung vorbeugt. Hinweise dafür geben Ergebnisse aus transkulturellen Studien, bei denen sehr geringe Raten an Zwangsstörungen in afrikanischen, afro-karibischen, asiatischen und australischen Aborigine-Populationen gefunden wurden (Jones & Horne, 1973; Meltzer et al., 1995). Ein Grund für das geringe Vorkommen der Zwangsstörung insbesondere im südlichen Afrika und Südostasien könnte in der speziellen Grundhaltung des sogenannten „optimistischen Fatalismus“ begründet sein (nach Sica, Novara, Sanavino, Dorz & Coradeschi, 2002).

Diese transkulturellen Unterschiede sind ein Hinweis für die Bedeutsamkeit von *Einstellungen*, hierbei insbesondere die *Reflexion des eigenen Denkens*, für die Ausformung der Zwangsstörung.

Im Gegensatz zu den genannten Kulturen ist die Zwangsstörung in Europa und Nordamerika mit einer Life-Time-Prävalenzrate von 2,3 % eine vergleichsweise häufige psychiatrische Erkrankung (Weissmann et al., 1994). Insbesondere in Europa existiert eine lange geistesgeschichtliche Tradition, die Reflexion des Denkens in den Mittelpunkt von philosophischen Betrachtungen zu stellen.

Zur klinischen Relevanz der Zwangserkrankung: Sie ist eine für Betroffene und Angehörige sehr beeinträchtigende Erkrankung mit massiven Auswirkungen auf die Lebensqualität, deren Behandlung eine große Herausforderung darstellt.

Die verhaltenstherapeutische Behandlung Exposition und Reaktionsverhinderung und die medikamentöse Therapie, führen im Vergleich zu anderen Erkrankungen nur zu mäßigen Erfolgen, insbesondere längerfristig (Reinecker, 2000). Aus diesem Grund ist in den letzten 10 Jahren der kognitive Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung immer mehr in den Fokus von verschiedenen Forschergruppen gerückt (Clark, Purdon & Wang 2003). Es gibt zahlreiche Hinweise dafür, dass dysfunktionale Bewertungsprozesse einen Schlüssel zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung darstellen (Salkovskis, 1996). Darauf aufbauend entstand das Modell der dysfunktionalen Metakognitionen von Wells (2000), der

die übermäßige *Reflexion der eigenen Gedanken und Gefühle* als Ursache für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangsstörung sieht.

Es wurden verschiedene Verfahren zur Erfassung dysfunktionaler Kognitionen entwickelt, die oftmals nur schwache psychometrische Eigenschaften besitzen (Taylor, Kyrios, Thordarson, Steketee & Frost, 2002). Uneinigkeit herrscht außerdem darüber, auf welcher gedanklichen Abstraktionsebene sich die dysfunktionalen Prozesse befinden, oftmals finden Vermischungen statt. Ein anderer kritischer Aspekt ist dabei die Frage der *Spezifität* der angenommenen Kognitionen in Abgrenzung zu anderen psychischen Erkrankungen. Da die Komorbidität bei Zwangsstörungen sehr hoch ist, stellt dies ein Problem für den Untersucher dar.

Ziel der Untersuchung ist es, herauszufinden,

- ob es Überzeugungen *bezüglich des eigenen Denkens und Fühlens* gibt, sogenannte Metakognitionen nach Wells, die bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Zwangserkrankung maßgeblich sind
- ob diese Einstellungen nicht nur *relevant* sondern auch *spezifisch* für die Zwangserkrankung sind;
- ob diese Überzeugungen mit dem Ausmaß der Erkrankung und mit dem Therapieerfolg einer stationären kognitiv-behavioralen Zwangstherapie im Zusammenhang stehen.

Ein wichtiges Anliegen ist dabei, Hinweise für eine Verfeinerung der bestehenden kognitiven Modelle und somit auch für die Therapie der schwierig zu behandelnden Zwangsstörung zu erhalten.

1. Theoretischer Hintergrund

1.1 Beschreibung der Zwangsstörung

1.1.1 Diagnostische Kriterien

Im DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) ist das Hauptmerkmal der Zwangsstörung das Vorliegen von Zwangsgedanken (= obsessions) oder Zwangshandlungen (= compulsions).

Zwangsgedanken sind definiert als wiederkehrende und anhaltende Gedanken, Vorstellungen oder Impulse, die zumindest zu einem Zeitpunkt während der Erkrankung als unangenehm und störend empfunden werden. Häufig handelt es sich um Befürchtungen bezüglich Kontaminierung, Zweifel an der eigenen Wahrnehmung, sexuelle oder aggressive Impulse. Da diese Gedanken Angst erzeugen, geht damit der Versuch der Kontrolle durch Unterdrückung der Gedanken oder Neutralisierung durch eine Handlung (= Zwangshandlung) einher. Nach DSM IV darf es sich nicht nur um Sorgen über reale Lebensprobleme handeln.

Zwangshandlungen sind wiederholte ritualisierte Handlungen, die sich entweder in Form von offenem Verhalten (z.B. Waschen, Kontrollieren, Wiederholen) oder als verdecktes mentales Verhalten (z.B. Zählen, bestimmte Wörter denken, Kontrollieren) äußern. Die Person fühlt sich entweder durch einen Zwangsgedanken oder durch eine rigide festgelegte Regel zu dem Verhalten gezwungen. Zwangshandlungen dienen dem Zweck der Angstreduktion, stehen jedoch in keinem realistischen Verhältnis zu dem befürchteten Ereignis oder sind deutlich übertrieben.

Weiterhin gilt:

- die Person hat zumindest zu einem Zeitpunkt im Verlauf der Erkrankung die Einsicht, dass die Zwänge unrealistisch und unsinnig sind.
- Die Symptome verursachen eine erhebliche Belastung, sind zeitaufwendig (mindestens 1 Std. pro Tag) oder stellen eine erhebliche Beeinträchtigung im Alltag dar

Im DSM IV wird die Zwangsstörung den Angststörungen zugeordnet, da die Zwangsrituale der Angstreduktion dienen. Im ICD 10 (International Classification of Diseases, World Health Organisation, 1992) wird die Zwangsstörung getrennt von den Angststörungen eingeordnet. Dies ist eine traditionell europäische Sichtweise (Montgomery, 1992), bei der der Kern der Erkrankung eher in einer Störung des formalen Denkens gesehen wird (Freeman, 1992). Die Diskussion, ob es sich um eine affektive oder eine Störung des formalen Denkens handelt, besteht seit der ersten Beschreibung der Zwangsstörung in der Literatur.

1.1.2 Erscheinungsformen

Zwangsgedanken können in Form von Befürchtungen („Habe ich jemand angefahren?“), sich unwillentlich aufdrängenden Vorstellungen (Bilder mit Gräbern, in denen vertraute Menschen liegen) und angsteinflößenden Impulsen (z.B. das eigene Kind zu erwürgen, vor den Zug zu springen) auftreten. Inhaltlich geht es um Verschmutzung (45%), pathologische Zweifel bezüglich Schaden an sich selbst oder anderen (42%), somatische Themen (31%), Symmetrie und Ordnung (31%), aggressive (28%) oder sexuelle Themen (26%), wobei bei einer Person mehrere Themen vorkommen können (nach Ecker, 2001).

Zwangshandlungen liegen meist in Form von Kontrollzwängen (63%), Wasch- und Reinigungszwängen (50%) vor. Es folgen Zählzwänge, Frage- und Beichtzwänge, Ordnungszwänge und Horten/Sammeln. Eine Kombination aus den verschiedenen Typen ist häufig (48%, Rasmussen & Eisen, 1992).

Nach Reinecker (1994) leiden 70% aller Patienten unter Zwangsgedanken und -handlungen gemeinsam. 25% leiden unter reinen Zwangsgedanken, das Auftreten von reinen Zwangshandlungen ist mit ca. 5% eher selten.

1.1.3 Epidemiologie

Entgegen früherer Annahmen mit angenommenen Prävalenzen von 0,05 % (Rudin, 1953) handelt es sich um eine relativ häufige Erkrankung. Nach Rasmussen & Eisen (1992) handelt es sich um die vierthäufigste psychiatrische Erkrankung mit Sechsmonats-Punkt-Prävalenzen von 1-2% und Lebenszeitprävalenzen von 2-3 % (Bebbington, 1998; Weissman, Bland, Canino et al. 1994).

Ebenfalls entgegen früherer Annahmen scheinen Geschlechts-, Schicht- und Intelligenzverteilung ausgeglichen zu sein (Rachman & Hodgson, 1980). Auffällig ist der hohe Anteil an Nichtverheirateten mit 50% im Vergleich zu 25% bei Angststörungen. Hierbei spielt wahrscheinlich der frühe Krankheitsbeginn mit durchschnittlich 23 Jahren eine erhebliche Rolle.

Nach Reinecker (1994) liegt der durchschnittliche Beginn der Erkrankung bei 23 Jahren, wobei Männer im Durchschnitt früher erkranken (20 Jahre), da sie häufiger an den früher beginnenden Kontrollzwängen leiden. Frauen erkranken im Durchschnitt mit 25 Jahren, sie leiden öfter an den später beginnenden Waschwängen. In einer Studie von Skoog und

Skoog (1999) konnte dies bestätigt werden: Männer erkranken in 44% der Fälle vor dem 20. Lebensjahr, Frauen in 22% der Fälle. Nach Reinecker (1994) beginnen Kontrollzwänge eher schleichend, Waschzwänge eher abrupt. Ein Beginn nach dem 50. Lebensjahr ist selten (Ingram, 1961; Kolada, Bland & Newman, 1994).

Betroffene suchen erst nach etwa 7,5 Jahren eine Behandlung auf (Reinecker, 1994), stationäre Therapie erst nach durchschnittlich 10 Jahren (Ecker & Dehmlow, 1996). Dies könnte darin begründet sein, dass die Betroffenen wenig über adäquate Behandlungsmöglichkeiten wissen oder dass eine erhebliche Tendenz zur Verheimlichung aufgrund von Scham besteht (Ecker, 2001; Reinecker, 1994).

Der Verlauf ist meist chronisch, Spontanremissionen sind selten (Marks, 1987), ein episodischer Verlauf ist ebenfalls selten. Dies entspricht den Ergebnissen von Skoog und Skoog (1999): die Autoren fanden in ihrer prospektiven Studie folgende Verlaufstypen: chronisch 44%, intermittierend 31%, episodisch 10%, andere 15%¹.

1. 2 Erklärungsmodelle der Zwangsstörung

1.2.1 Biologische Aspekte

Es folgt eine kurze Darstellung der biologischen Aspekte der Zwangsstörung, da der Schwerpunkt der Studie im kognitiven Bereich liegt.

Neuropsychologische Befunde

Hinweise für die Beteiligung von Hirnfunktionen an der Zwangsstörung geben Befunde zur Neuropsychologie. Nach Kathman (1998) weisen Studienergebnisse auf Störungen der inhibitorischen Funktionen, des prozeduralen Lernens und - mit Einschränkungen – des visuellen und handlungsbezogenen Gedächtnisses hin (ausführlichere Darstellung siehe Kap. 1.3.7). Die verbale Intelligenz von Zwangserkrankten ist eher überdurchschnittlich einzustufen, so dass diese Auffälligkeiten nicht in Fähigkeitsdefiziten begründet sind. Es ist somit davon auszugehen, dass einige Symptome der Zwangserkrankung – z.B. Gedächtnisprobleme beim Kontrollzwang, Zweifel an den kognitiven Funktionen, sensorische Fehlwahrnehmungen - durch die kognitiven Einschränkungen zumindest mitbedingt werden. Nach Lepow (2004) zeigen Studienergebnisse vor allem dann neuropsychologische Defizite (insbesondere der exekutiven und visuokonstruktiven Funktionen) bei Zwangserkrankten, wenn Lösungswege bei komplexen Aufgaben selbst generiert werden müssen. Diese Schwierigkeiten in der internalen Generierung der für zielgerichtete Handlungen

¹ Chronisch: mehr als 5 Jahre gleichbleibend; intermittierend: mindestens 2 Episoden mit 2 Jahren Symptomfreiheit; episodisch: Episoden mit einer Zwangsstörung von weniger als 5 Jahren

erforderlichen Hinweisreize und Ausblendung irrelevanter Stimuli werden mit funktionalen Veränderungen der Basalganglien und ihrer kortiko-subkortikalen Schleifen (s.u.) in Verbindung gebracht.

Serotoninhypothese

Die Serotoninhypothese der Zwangsstörung wird durch eine Vielzahl von Untersuchungsergebnissen gestützt. In einer großen Anzahl von Studien konnte die Wirksamkeit von *serotonerg wirksamen Antidepressiva* (z.B. Clomipramin) und selektiven Serotonin Wiederaufnahmehemmern (Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin) und deren Überlegenheit gegenüber anderen Antidepressiva und Placebo nachgewiesen (Übersichtsartikel von Kordon & Hohagen, 1998) werden. Die Zwangsstörung konnte auch unabhängig von dem Vorliegen einer Depression verbessert werden (Insel & Zohar, 1987). Außerdem liegen zahlreiche Hinweise für Veränderungen im peripheren serotonergen System vor (z.B. höhere Liquorkonzentrationen des Hauptmetaboliten des Serotonins bei Zwangspatienten im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden).

Aufgrund dieser Befunde wird eine Funktionsstörung im Serotonin-System vermutet. Es wird jedoch aufgrund von detaillierten chemischen und neuroanatomischen Studien bezweifelt, dass es sich dabei um eine primäre Störung handelt. Es wird eher angenommen, dass es sich um eine *sekundäre Veränderung* infolge einer primären Störung im orbitofronto/zingulostriatalen Projektionssystem (s.u.) handelt, welches das Verhalten an eine sich verändernde Umwelt und innere emotionale Zustände anpasst und auf die monoaminergen Kerne des Mittelhirns zurückwirkt (Baumgarten & Grozdanovic, 1998, zitiert nach Kapfhammer, 2000). Dies erklärt, weshalb nach dem Absetzen einer medikamentösen Behandlung Zwangssymptome oftmals wieder auftreten.

Zusammenhang mit neurologischen Erkrankungen

Einige neurologische Erkrankungen treten gehäuft gemeinsam mit Zwangssymptomen auf: bei Chorea Sydenham zeigen bis zu 70% der Patienten typische Zwangssymptome (Swedo, Rapaport & Leonhardt, 1989). Chorea Huntington ist ebenfalls häufig mit Zwangshandlungen assoziiert (Cummings & Cummingham, 1992).

Eine besonders enge Verwandtschaft scheint mit dem Tourette-Syndrom zu bestehen. Die teilweise sehr komplexen repetitiven Bewegungsmuster erinnern an Zwangssymptome, außerdem weisen 40-70% der Patienten tatsächlich eindeutige Zwangssymptome auf. Eine gemeinsame biologische Basis der beiden Erkrankungen wird somit als wahrscheinlich angesehen (Robertson, 1989, zitiert nach Kathman, 1998). Die erwähnten Erkrankungen

weisen eine Pathophysiologie im Bereich der Basalganglien auf, was als Hinweis für die Beteiligung dieser Strukturen bei der Zwangsstörung gewertet wird.

Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren

Zahlreiche Untersuchungen von Personen mit Zwangsstörungen mit bildgebenden Verfahren (PET, SPECT und Kernspintomographie) zeigen eine erhöhte zerebrale Blutflussrate bzw. erhöhte Glukoseutilisation vor allem im frontoorbitalen Kortex und im Nukleus caudatus, in einigen Untersuchungen auch im Gyrus cinguli anterior des limbischen Systems.

Nach erfolgreicher psychopharmakologischer oder psychotherapeutischer Behandlung normalisiert sich die Glukoseutilisation (Schwartz, 1998, zitiert nach Kapfhammer, 2000).

Neuroanatomisches Modell

Aufgrund der beschriebenen Befunde wird davon ausgegangen, dass bei Zwangsstörungen eine Dysfunktionalität im orbitofrontalen-subkortikalen Schaltkreis vorliegt, der die Strukturen des orbitofrontalen Kortex, Nukleus caudatus, Globus pallidus und Thalamus miteinander verbindet.

Es wird von einer verringerten Hemmung des Thalamus durch den Globus pallidus und einer daraus resultierenden verstärkten thalamokortikalen Erregung ausgegangen (Cummings, 1993). Das neuroanatomische Modell betont eine neuronale Überaktivität im frontoorbitalen Kortex. Als primäre Ursachen einer Zwangsstörung sind sowohl eine ursprüngliche orbitofrontale Überaktivität als auch eine verringerte modulatorische Aktivität in den Basalganglien zu diskutieren.

Baxter, Saxena und Brody (1996) stellen in ihrem neuroanatomischen Modell der Zwangsstörung Zwangssymptome als Resultat einer positiven Feedback-Schleife dar. Ursache ist eine Störung des Gleichgewichtes zwischen direkter und indirekter Schleife im orbitofrontalen subcorticalen Regelkreis: die direkte Schleife (orbitofrontale Basalganglien-Thalamus-Verbindung) ist überaktiv und führt zu einer positiven Verstärkung von repetitiv ablaufenden Verhaltensmustern. Die indirekte Schleife hat einen erniedrigten Tonus, d.h. die für eine Verhaltensänderung nötige Inhibition des Regelkreises unterbleibt.

Diese Regelkreise sind nach Kordon und Hohagen (1998) dafür verantwortlich, wie Menschen Informationen und Reize zentralnervös verarbeiten, die nur ein geringes Aufmerksamkeitsniveau benötigen, z.B. aus den Bereichen Ordnung, Sexualität, Hygiene. Dabei sorgt der direkte Regelkreis für Verhaltensinitiierung, der indirekte für eine situationsangepasste Verhaltensunterbrechung und alternatives Verhalten, was bei der Zwangsstörung ungenügend erfolgt.

Konzept der Zwangsspektrumserkrankungen

Aufgrund zahlreicher Gemeinsamkeiten bezüglich Komorbidität, Bildgebung, Medikamentenwirksamkeit und neuropsychologischer Befunde verfolgen einige Autoren das Konzept der Metakategorie der Zwangsspektrumserkrankungen (Hollander, 1998, Stein, 2000, zitiert nach Leplow, 2004). Kennzeichnend für diese Erkrankungen aus den Bereichen der Körperschemastörungen (z.B. Anorexie), der Impulskontrollstörungen (z.B. Trichotillomanie) und neurologischen Erkrankungen der Basalganglien (z.B. Gilles de la Tourette) ist der repetitive Charakter einzelner Symptome und die Unfähigkeit der Unterdrückung unangemessener Impulse.

Zusammenfassung

Die biologischen Befunde werden von verschiedenen Autoren unterschiedlich bewertet: Nach Hegerl und Mavrogiorgou (2002) lassen sich die bisherigen biologischen Befunde aufgrund ihrer Uneindeutigkeit und Widersprüchlichkeit noch nicht zu einem überzeugenden pathogenetischen Modell zusammenfügen. Die Autoren bezweifeln z.B. die Spezifität des Zusammenhangs zwischen orbitofrontaler Hyperaktivität und Zwangssymptomatik, diese scheint bei jeglicher affektiver Erregung aufzutreten, auch bei gesunden Personen. Außerdem kann die orbitofrontale Hyperaktivität zunächst nur als Begleitphänomen der Zwangssymptomatik gesehen werden, die Ursache der Hyperaktivität und auch der Zwangsstörung ist damit noch nicht geklärt.

Leplow (2004) betont, dass sich Zwangsstörungen durch eine Vielzahl von verhaltensneurobiologischen Besonderheiten auszeichnen, die sich von anderen Angststörungen unterscheiden und eher eine Verwandtschaft mit anderen Zwangsspektrumsstörungen vermuten lassen. Seiner Ansicht nach ist als Grundlage und *Zusammenfassung aller bisherigen Befunde* folgendes Modell denkbar: es handelt sich um ein *überaktives Verhaltens-Hemm-System* (Gray & McNaughton, 2000, zitiert nach Leplow, 2004), über das mittels des Hippokampus-Septum-Systems zunächst vermehrt Mismatch-Signale registriert werden resultierend aus einer orbitofrontalen Hyperaktivität. In der Folge werden durch z.B. thalamische Regelkreise impulshaft ablaufende Verhaltensstereotype ausgelöst, nämlich die für die Zwangsstörungen typischen, klinisch auffälligen Verhaltensmuster.

1.2.2 Lerntheoretische Erklärungsansätze

Nach dem klassischen 2-Faktoren-Modell von Mowrer (1947) werden ursprünglich neutrale Reize (Schmutz, scharfe Gegenstände) in belastenden Situationen (Stress, Überforderung) durch klassische Konditionierung mit negativen Gefühlen wie Ekel, Angst, Unruhe verknüpft (Reinecker, 1994). Danach lösen diese Gegenstände als konditionierte Reize Angst oder Ekel aus.

Im nächsten Schritt (operante Konditionierung) wird die Erfahrung gemacht, dass durch bestimmte Verhaltensweisen (Waschen, Ordnen) die unangenehmen Gefühle kurzfristig reduziert oder ganz vermieden werden können. Das Zwangsverhalten wird durch negative Verstärkung gefestigt. Dadurch dass die Person sich der unangenehmen auslösenden Situation nicht mehr aussetzt, wird eine Gewöhnung (langsames Abklingen der emotionalen Reaktion durch längere Konfrontation mit dem Reiz) und damit Löschung der negativen emotionalen Reaktion verhindert. Passives Vermeidungsverhalten (z.B. keine öffentlichen Toiletten mehr benutzen) hält das Zwangsverhalten aufrecht.

Die Aufrechterhaltung von Zwängen durch Lernerfahrungen lässt sich durch Angstreduktion gut erklären, obwohl sich dies in Studien eher für Waschwänge als für Kontrollzwänge und nicht durchgängig nachweisen ließ (Rachman & Hodgson, 1980). Die Entstehungsbedingungen scheinen nach Ecker (2001) jedoch komplexer zu sein. Belastende Lebensereignisse wie Überarbeitung und Frustration zu Beginn der Erkrankung lassen sich fast bei allen Patienten nachweisen (Rachman & Hodgson, 1980), diese sind jedoch als unspezifisch für Zwangsstörungen zu erachten. Nur teilweise spielen traumatische Erfahrungen eine Rolle (deSilva & Marks, 1999).

1.2.3 Kognitive Modelle

Nach Salkovskis (2001) haben das 2-Faktoren-Modell und die daraus folgende Intervention der Exposition und Reaktionsverhinderung (ERP) die Zwangsbehandlung zwar revolutioniert, gegen die alleinige Gültigkeit des 2-Faktoren-Modells sprechen jedoch folgende Aspekte:

- Nach Lakatos und Reinecker (1998) ist der gedankliche Anteil an der Zwangssymptomatik sehr hoch. 75% der Zwänge haben einen Handlungsteil, etwa 25% eine rein kognitive Symptomatik. Bei 70% der Handlungszwänge sind auch gedankliche Zwänge involviert.
- Da das 2-Faktoren-Modell hauptsächlich für die Entstehung der Angststörung angenommen wird, lässt sich nicht erklären, unter welchen spezifischen Bedingungen eine Zwangsstörung entsteht (Salkovskis, 2001).

Für eine Ergänzung des lerntheoretischen Modells durch kognitive Faktoren sprechen außerdem Ergebnisse aus Therapiestudien:

- Niedrige Erfolgsraten bei alleiniger Anwendung von Exposition und Reaktionsverhinderung: Unter Routineversorgungsbedingungen ist von einer Besserungsrate von 50% auszugehen (Reinecker, 2000). Problematisch ist vor allem, dass bei 20-30% die Erfolge nicht längerfristig gehalten werden können.
- Nach Salkovskis (2001) sind bei alleiniger Anwendung von ERP Therapieverweigerung (5-25%) und Therapieabbrüche (ca. 12%) sehr häufig. Die Abbrecherquote und die Anzahl der Therapieverweigerer lässt sich bei Ergänzung durch kognitive Verfahren verringern (Lakatos, 1997).

1.2.3.1 Beck`s Schemata und das Modell der kognitiven Inhaltsspezifität

In seiner *Theorie der Emotionalen Störungen* nimmt Beck an, dass alle affektiven Reaktionen durch die Art und Weise entstehen, wie eine Person ihre Erfahrungen interpretiert (Beck 1976).

Der Autor nimmt an, dass alle Erfahrungen in Form von „Schemata“ im Langzeitgedächtnis gespeichert sind, und zwar 1. als *Überzeugungen* (beliefs) und 2. als *Annahmen* (assumptions). Die *Überzeugungen* sind als Tatsachen formuliert, sie werden als Wahrheit über die eigene Person und die Welt angenommen, z.B. „Ich bin ein Versager“. Die *Annahmen* sind konditional formuliert „Wenn ich unbekannte Symptome verspüre, bin ich todkrank.“ Dysfunktionale Schemata bei emotionalen Störungen sind unflexibler als bei gesunden Personen (Beck, 1976). Wird ein Schema aktiviert, z.B. durch ein äußeres Ereignis, dann erfolgt die Verarbeitung und Interpretation „an der Oberfläche“ in Form von negativen automatischen Gedanken (NATs). Die NATs sind situationsspezifisch und konkret formuliert.

Außerdem geht Beck von einer kognitiven Spezifität aus, die beinhaltet, dass verschiedene psychopathologische Erkrankungen auf inhaltlich unterschiedlichen dysfunktionalen Überzeugungen beruhen.

Unipolare Depressionen z.B. sind durch Überzeugungen bezüglich Verlust, Versagen und Selbstanklage gekennzeichnet. Persönlichkeitsstörungen sind durch spezifische Grundannahmen charakterisiert: z.B. die dependente Persönlichkeitsstörung: „Ich kann nur funktionieren, wenn ich Zugang zu einer kompetenten Person habe“ (Beck, Freeman & Associates, 1990). Angststörungen gehen mit Befürchtungen bezüglich Gefahr, Tod, Verletzbarkeit und Kontrollverlust einher (Beck 1988). Für Zwangsstörungen nimmt Beck an,

dass für die Entstehung von Zwangsgedanken die Themen Warnung oder Zweifel eine Rolle spielen, für Zwangshandlungen Befehle an die eigene Person, bestimmte Handlungen zu vollführen, um Gefahr abzuwenden (Beck, 1979).

Die meisten der derzeit diskutierten kognitiven Modelle von Zwangsstörungen basieren auf der Theorie der Inhaltsspezifität von Beck (1976).

1.2.3.2 Salkovskis kognitiv-behavioraler Ansatz

Kernstück der kognitiv-behavioralen Theorie von Salkovskis (z.B. 1985, '89, '96) ist die dysfunktionale Bewertung von aufdringlichen Gedanken. Mittlerweile gilt es als empirisch gesichert, dass aufdringliche Gedanken (plötzlich in das Bewusstsein einschließende als störend empfundene Bilder, Gedanken oder Impulse) bei den meisten Menschen vorkommen, nämlich bei ca. 90% einer gesunden Population, und nicht als unangenehm empfunden werden (Rachman & deSilva, 1978, Salkovskis & Harrison, 1984). Die Frage ist, weshalb dieselben aufdringlichen Gedanken bei einigen Personen zu erheblichem Leidensdruck führen, persistieren und zu klinisch relevanten Zwangsphänomenen werden, bei anderen nicht.

Die aufdringlichen Gedanken werden erst zu einem Problem, wenn sie von der Person als negativ bewertet werden. Diese Bewertung erfolgt durch automatische Gedanken - im Sinne von Beck - wie z.B. „Es ist schlecht, einen solchen Gedanken zu haben.“

Nach Salkovskis entspringt der negative automatisierte Gedanken einer bestimmten dysfunktionalen Grundüberzeugung bezüglich Verantwortlichkeit für einen Schaden an sich selbst oder anderen.

Der Unterschied zur gesunden Population ist somit

1. das Vorliegen einer bestimmten *dysfunktionalen Grundüberzeugung* (Überschätzung der eigenen Verantwortlichkeit)
2. daraus resultierende automatisierte *negative Bewertungen der aufdringlichen Gedanken*, die unmittelbar zu einer Stimmungsverschlechterung (Angst, Unruhe) führen.

Weiterhin betont Salkovskis, dass die negative affektive Reaktion entweder zum Versuch der Unterdrückung des aufdringlichen Gedankens oder zu neutralisierendem Verhalten in Form von Zwangs-Ritualen führt. Die Rituale, auf gedanklicher oder auf Verhaltensebene, werden durch die nachfolgende Erleichterung negativ verstärkt (operantes Lernen) und somit aufrechterhalten.

Das Neutralisieren durch Rituale verhindert eine Beweisführung dahingehend, dass die befürchteten Konsequenzen auch ohne Zwangsritual ausgeblieben wären, im Sinne einer Exposition und nachfolgenden Löschung. Die vorhandenen negativen Grundeinstellungen bezüglich Verantwortlichkeit, d.h. die Überschätzung des Ausmaßes und der Konsequenzen der Verantwortung für ein negatives Ereignis, werden bestätigt.

Bei der Entstehung der Zwangsgedanken spielt der Versuch der Unterdrückung der aufdringlichen Gedanken eine wesentliche Rolle: er führt zum paradoxen Effekt, dass über eine verstärkte Aufmerksamkeit die Auftretenswahrscheinlichkeit der Gedanken erhöht wird. Dieser Effekt kann an folgendem Experiment verdeutlicht werden: wenn man versucht, an einen neutralen Gedanken, z.B. an einen Elefanten, bewusst *nicht* zu denken, klappt dies nur sehr kurzfristig (Wegner, 1989).

Als Basis für alle dysfunktionalen kognitiven Prozesse werden von Beck prägende Lernerfahrungen und daraus resultierende Grundüberzeugungen bezüglich sich selbst und der Welt angenommen. Salkovskis (1985) nimmt dabei im speziellen Annahmen bezüglich Schuld, Verantwortung und Kontrolle an.

Nach dem Autor sind typische Annahmen von Zwangspatienten:

- „Einen Schaden an anderen nicht zu verhindern ist genauso schlimm, wie, ihn zu verursachen.“
- „Man sollte seine Gedanken kontrollieren“
- „An eine bestimmte Handlung zu denken ist dasselbe, wie sie auszuführen.“
- „Man ist für jeden Gedanken verantwortlich, der einem kommt.“

Zwangsrituale werden somit über mehrere Rückkopplungsschleifen aufrechterhalten und werden auf diese Weise zu einem klinisch relevanten, persistierenden und erheblichen Leidensdruck erzeugenden Phänomen.

Abbildung 1 verdeutlicht das kognitive Modell von Salkovskis (1988):

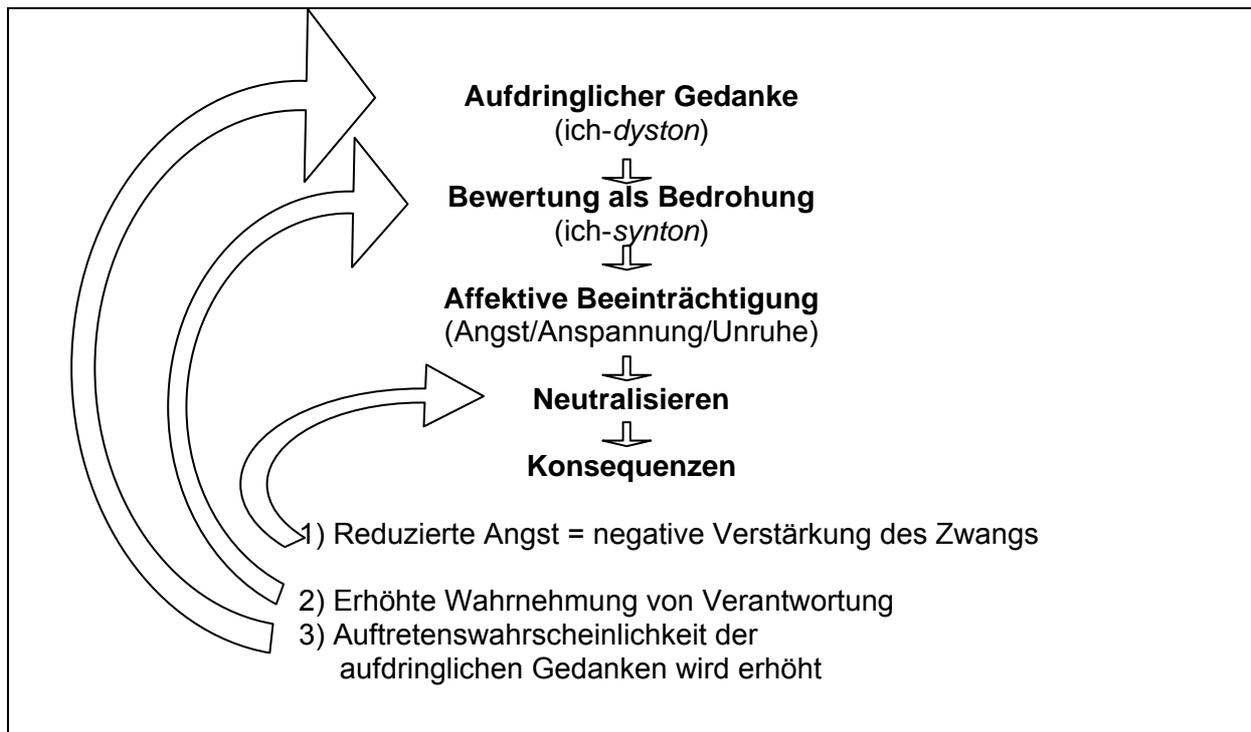


Abb.1: Das kognitive Modell von Salkovskis (1988)

1.2.3.3 Das Modell der dysfunktionalen Metakognitionen nach Wells

Allgemeine Einführung zum Modell

In Weiterentwicklung des Modells von Beck betonen Wells und Matthews (1994), dass es nicht sinnvoll ist, dysfunktionale Schemata als abgeschlossene Einheiten zu sehen, die dann in der Therapie „ausgewechselt“ werden müssen, sondern dass zunächst die internen Regeln, nach denen eine Person Informationen verarbeitet, verstanden werden müssen. Die Autoren betonen somit die Interaktionsprozesse zwischen Bewertungen und Grundüberzeugungen.

Nach Wells (2000) ist es unwahrscheinlich, dass Grundüberzeugungen wie „Ich bin ein Versager“ wörtlich abgespeichert sind. Es ist daher unerlässlich zu verstehen, nach welchen Regeln eine Person ihr Denken kontrolliert, reguliert und korrigiert, um dieses therapeutisch verändern zu können. Zusammengefasst heißt dies, es ist wichtiger zu verstehen, wie jemand denkt als was er denkt.

Wells und Matthews (1994) nehmen an, dass bestimmte dysfunktionale Metakognitionen existieren, die für die Entstehung und Aufrechterhaltung von emotionalen Erkrankungen - und somit auch für Zwangsstörungen - verantwortlich sind. Flavell (1979) definiert

Metakognition als „Jedwedes Wissen oder kognitive Prozesse, die involviert sind bei der Bewertung, Steuerung oder Kontrolle von Kognitionen“.

S-REF-Modell

Wells und Matthews (1994) definieren ein sog. *Self-Regulatory Executive Function* (S-REF) Modell der emotionalen Dysfunktion, bei dem metakognitive Überzeugungen und Pläne eine Schlüsselrolle für die Entstehung emotionaler Störungen darstellen. Hierbei spielen gedankliche Prozesse auf drei verschiedenen miteinander interagierenden Abstraktionsebenen eine Rolle:

1. **Low Level Processing Units**: situationspezifisches, reizabhängiges Denken, unbewusst, auf einer niedrigen Abstraktionsebene angesiedelt

„Hindurchlassen“ bestimmter Infos ↓↑ Unterdrückung oder Intensivierung

2. **Online-Verarbeitung** von Informationen, bewusste Kontrolle und Bewertung von Gedanken, aktives Grübeln, Sorgen

Restrukturierung, Elaboration ↓↑ Selektion eines Handlungsplanes

3. **Self Beliefs**: grundlegende metakognitive Überzeugungen über sich selbst

Abb. 2: nach dem S-REF-Modell von Wells und Matthews (Wells, 2000, S.17)

(1) Auf der ersten Ebene der *Low Level Processing Units* werden Informationen weitgehend unbewusst und automatisch verarbeitet. Nur einige Informationen gelangen in die bewusste Weiterverarbeitung auf der zweiten Ebene. Bei der Zwangsstörung könnten dies z.B. Intrusionen (aufdringliche Gedanken) sein oder andere Gedanken, die als bedeutsam erachtet werden.

(2) und (3) Entscheidend für die Entstehung emotionaler Störungen ist die zweite - metakognitive - Ebene. Auf der zweiten Ebene werden die Gedanken, die aus der ersten Ebene „durchgelassen“ werden, bewusst bewertet, kontrolliert und gesteuert. Diese zweite Ebene der sog. „*Online-Verarbeitung*“ ist wiederum abhängig von der dritten Ebene, den *Self-Beliefs*, d.h. von den Überzeugungen über sich selbst, das eigene Gedächtnis etc. Die *Online-Verarbeitung* erfolgt willentlich und ist sehr störanfällig.

Sie wird einerseits beeinflusst von den *Self-Beliefs*, die einen Plan vorgeben, wie mit bestimmten Gedanken umzugehen ist. Andererseits dient die Online-Verarbeitung dazu, die grundlegenden Überzeugungen angepasst an die Realität abzuändern, zu restrukturieren. Bei emotionalen Störungen erfolgt keine adäquate Restrukturierung der *Self-Beliefs*, so dass die *Online-Verarbeitung* immer auf die gleiche Weise rigide verläuft, es handelt sich um einen Teufelskreis.

Zur Rolle von Emotionen:

Emotionen werden nach Wells (2000) im S-REF-Modell genauso „bearbeitet“ wie Gedanken: einerseits entstehen emotionale Zustände dadurch, dass bestimmte Ziele nicht erreicht wurden, d.h. durch eine Diskrepanz zwischen Ist- und Soll-Zustand. Andererseits werden sie genauso auf der *Online-Ebene* bewertet und interpretiert wie Gedanken. Falls dies in dysfunktionaler Weise erfolgt, trägt dies in der gleichen Weise zur Bestätigung und Aufrechterhaltung dysfunktionaler *Beliefs* (Überzeugungen) bei wie die dysfunktionale Bewertung von Gedanken.

Permanentes Selbstreferentielles Denken

Im Fokus der Autoren steht das *selbstreferentielle* Denken (daher der Name des Modells): es ist immer dann aktiviert, wenn Diskrepanzen zwischen Ist- und Soll-Zustand festgestellt werden. Bei der gesunden Person, kann diese Diskrepanz durch verschiedene Strategien (Abänderung des Selbstbildes, Anpassung der Ziele) schnell reduziert werden. Bei der emotionalen Störung persistiert der selbst-referentielle Modus, da Ist- und Soll-Zustand wegen fehlender oder dysfunktionaler Adaptationsmöglichkeiten (z.B. rigides Festhalten an unrealistischen Zielen, Kontrolle der aufdringlichen Gedanken) diskrepant bleiben.

Denken im Objekt-Modus

Innerhalb des selbstreferentiellen Denkens kann das S-REF-System auf zwei verschiedene Arten aktiviert sein: im *Objekt-Modus* oder im *metakognitiven Modus*. Im Objekt-Modus werden eigene Annahmen als wahr und objektiv angesehen, im *metakognitiven Modus* wird das Denken selbst zum Gegenstand der Betrachtung, es wird kritisch reflektiert und überprüft. Dies ist der Zustand, der Veränderung erst ermöglicht, d.h. in der Therapie durch Interventionen hergestellt werden sollte.

Abbildung 3 vergleicht Objekt Modus mit Metakognitivem Modus nach Wells:

Objekt Modus	Metakognitiver Modus
<i>Metakognitionen:</i> Gedanken sind ein Spiegelbild der Realität Die Befürchtungen sind real Man muss nach den Gedanken handeln	<i>Metakognitionen:</i> Gedanken sind Ereignisse, keine Realität Gedanken müssen überprüft werden
<i>Ziele:</i> Gefahr beseitigen	<i>Ziele:</i> Gedanken verändern
<i>Strategien:</i> Gefahr einschätzen Gefahrreduzierendes Verhalten einsetzen (Sorgen, Grübeln)	<i>Strategien:</i> Gedanken einschätzen Metakognitive Kontrollstrategien ausführen: Sorgen aufgeben, Aufmerksamkeit weglenken
<i>Ergebnis:</i> Dysfunktionale Überzeugung gefestigt	<i>Ergebnis:</i> Wissen umstrukturiert Neue Pläne entstehen

Abb. 3: Nach Wells (2000) S.28: Objekt Modus und metakognitiver Modus

Implikationen für Zwangsstörungen

Wells und Matthews (1994) entwickelten ein prototypisches Modell der Zwangsstörung, welches auf dem S-REF-Modell basiert.

Ein Charakteristikum von Zwangspatienten ist die generell erhöhte Aufmerksamkeit auf den eigenen Denkprozess. Das Denken ist somit ständig *selbstreferentiell*. Nach den Autoren richten Zwangspatienten ihre Aufmerksamkeit eher auf interne Ereignisse, insbesondere auf ungewollte automatische Gedanken. Diese interne Aufmerksamkeit reduziert das Vertrauen in das eigene Gedächtnis und führt so zum Bedürfnis nach Kontrolle. Zur Unterbrechung des Zwangsverhaltens werden dann ebenfalls sehr störanfällige interne Signale verwendet, z.B. das Gefühl der Sicherheit, perfekte Erinnerungen etc..

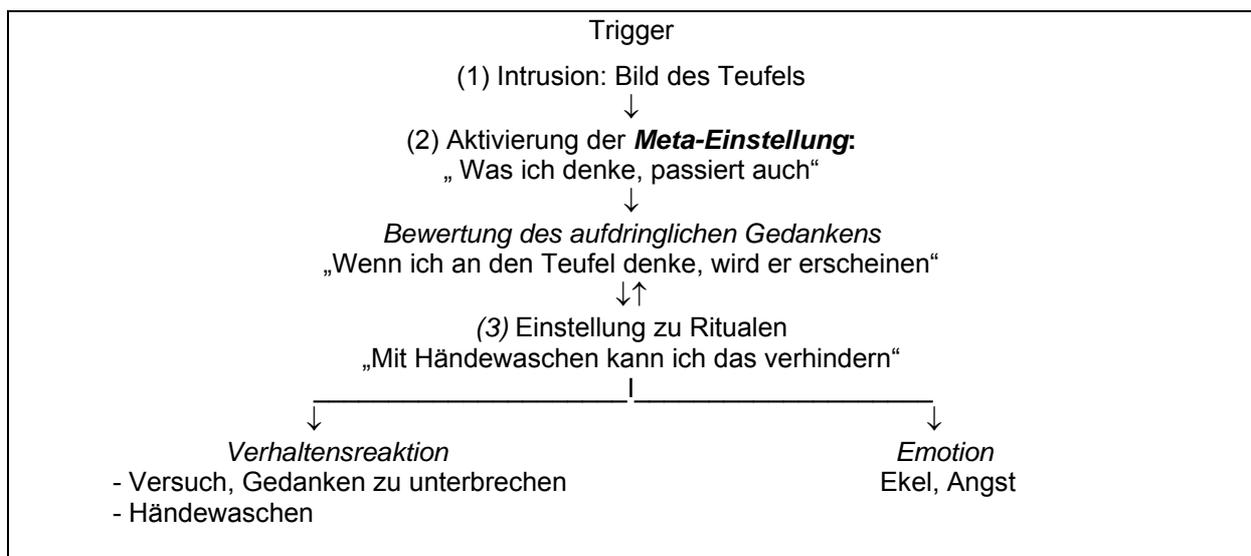


Abb. 4: Ein prototypisches Modell von Faktoren, die zur Aufrechterhaltung der Zwangsstörung beitragen, nach Wells 2000

Bezüglich der Zwangsstörung nehmen die Autoren an, dass durch einen aufdringlichen Gedanken eine Metakognition aktiviert wird wie z.B. „Wenn ich etwas denke, wird es passieren“ (thought-event fusion).

Diese Bewertung der eigenen Gedanken resultiert meist in dem Versuch, die Gedanken zu kontrollieren. Dies wiederum führt zu der erhöhten Auftretenswahrscheinlichkeit der aufdringlichen Gedanken. Verschiedene offene und verdeckte Verhaltensweisen erfolgen: Kontrollieren, Ordnen, Waschen, Grübeln, Zählen, Kontrolle der Gedanken und Ablenkung, Unterdrückung von Gedanken.

Nach Wells existieren folgende charakteristische Themenbereiche

1. Thought-action fusion TAF: „Wenn ich etwas denke werde ich es auch tun.“
2. Thought-event fusion TEF: „Wenn ich etwas denke wird es Realität.“
3. Thought-object fusion TOF. „Wenn ich etwas denke, wird es auf einen Gegenstand überspringen/ er wird kontaminiert werden“

Außerdem:

1. Positive Überzeugungen: „Wenn ich meine Rituale ausführe, bin ich sicher.“
2. Negative Überzeugungen: „Ich habe keine Kontrolle über meine Rituale.“

1.2.4 Implikationen der Theorien von Beck, Salkovskis und Wells für die Therapie der Zwangsstörung

Nach Wells (2000) ist ein notwendiger erster Schritt in der Therapie, das Umschalten vom Denken im *Objekt-Modus* zum Denken im *metakognitiven Modus* zu schaffen. Ziel in der Therapie sollte somit zunächst sein, die eigenen Einstellungen zu den Gedanken zu reflektieren, nicht Zwangsverhalten zu unterdrücken. Neu bei Wells ist außerdem die Einbeziehung von Einstellungen zu Emotionen in die Zwangstherapie.

Wie bei Salkovskis wird somit die Bewertung der aufdringlichen Gedanken auf einer mittleren Abstraktionsebene zum Dreh- und Angelpunkt der Theorie. Bei Wells liegt dabei der Schwerpunkt darauf, wie Zwangspatienten alle Gedanken und Gefühle reflektieren.

Von der Autorin wird folgendes Modell der hierarchischen Ordnung der Gedanken auf verschiedenen Abstraktionsebenen vorgeschlagen:

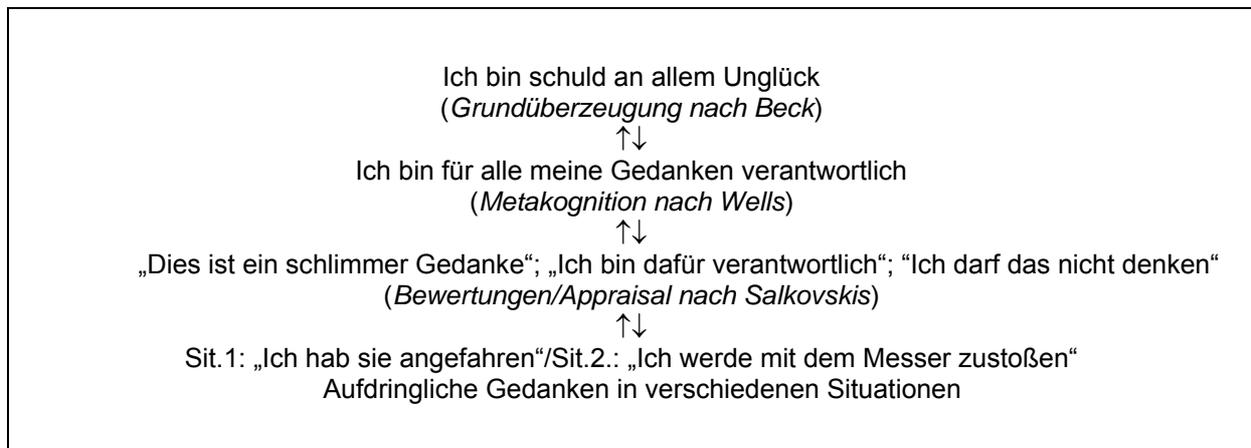


Abb. 5: Hierarchisches Modell der Kognitionen auf verschiedenen Abstraktionsebenen

Je weiter „unten“ die Gedanken angesiedelt sind, desto konkreter und vielgestaltiger sind sie. Diese Fülle von einzelnen Gedanken, die auf den ersten Blick nichts miteinander zu tun haben, lassen die Zwangssymptomatik sehr komplex erscheinen.

Eine Veränderung der Kognitionen auf einer höheren Abstraktionsbene als auf der Ebene der automatischen Gedanken ermöglicht eine höhere Effektivität der Therapie (top-down anstelle von bottom-up-Vorgehen).

Ingesamt sollten alle gedanklichen Ebenen in der Therapie der Zwangsstörung berücksichtigt werden, mit unterschiedlichen Schwerpunkten in Abhängigkeit vom individuellen Symptombild.

1.3 Für Zwangsstörungen relevante kognitive Themenbereiche

1.3.1 Perfektionismus

Bereits 1903 wurde Perfektionismus als bedeutsam für die Entstehung einer Zwangsstörung erachtet (Janet, 1903, zitiert nach Frost, Novara & Rhéaume, 2002). Weiterhin wird Perfektionismus von einer großen Anzahl Forscher erwähnt mit jeweils unterschiedlichen theoretischen Konzepten (Mallinger & DeWyze, 1992; McFall & Wollersheim, 1979; Freeston & Ladouceur, 1997). Perfektionismus bei Zwangsstörungen stellt einen quälenden inneren Drang dar nach Sicherheit und Perfektion. Dabei sind die Standards selbst gesetzt und internal – im Gegensatz zu external oder sozial - motiviert. Eine soziale Komponente (Angst

vor Kritik, Erwartungen der Eltern) scheint bei Zwangsstörungen keine Rolle zu spielen. Nach Rasmussen und Eisen (1989; 1992) ist Perfektionismus am ausgeprägtesten bei einer Subgruppe von Zwangserkrankten, die sich weniger durch Ängstlichkeit auszeichnen, sondern durch einen hohen Grad an internal motiviertem „Unzufriedenheits-Perfektionismus“ (*dissatisfied perfectionism*), d.h. bei Zwängen mit Inhalten bezüglich Ordnung, Symmetrie, Exaktheit.

Slade und Owens (1998) entwickelten folgendes Modell der zwei Faktoren für Perfektionismus: *positiver Perfektionismus* umfasst Verhalten und Kognitionen, um positive Konsequenzen zu erreichen (positive Verstärkung), *negativer Perfektionismus* umfasst Verhalten, das der Fehlervermeidung dient (negative Verstärkung). Die Dimension des negativen Perfektionismus (Zweifel am eigenen Handeln, Angst vor Kritik und Fehlern) korreliert mit Psychopathologie (Frost, Heimberg, Holt, Mattia & Neubauer, 1993) und ist relevant für Zwangsstörungen (Frost et al., 2002).

Von der Obsessions Compulsions Cognitions Working Group (OCCWG, 1997) wurde Perfektionismus als ein Themenbereich in den Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ) mit aufgenommen. Die Perfektionismus-Skala des OBQ erwies sich in mehreren Studien (OCCWG, 2001, 2003) zwar als relevant, jedoch nicht als spezifisch für Zwangsstörungen, es zeigte sich kein Unterschied zu Angststörungen. Nach diesen Untersuchungsergebnissen gehen Frost et al. (2002) davon aus, dass Perfektionismus eine für Zwangsstörungen zwar hoch relevante, aber nicht spezifische Dimension ist. Fraglich ist jedoch, ob dies an der breiten Definition und an der Formulierung der Perfektionismus-Items des OBQ liegt: „Wenn ich etwas nicht perfekt machen kann, tue ich es lieber gar nicht.“ Nach dieser Konzeption erscheint es eher wahrscheinlich, dass ein Zusammenhang mit jedweder Psychopathologie besteht.

1.3.2 Verantwortung

Ein wichtiger Aspekt bei Zwangsstörungen ist die übermäßige Verantwortungsübernahme für die eigenen Gedanken, für das eigene Handeln, für die Konsequenzen des Handelns und für Unterlassungen.

Definition von Verantwortung nach Salkovskis (1996):

„Es handelt sich um die Überzeugung, dass man den Einfluss hat, subjektiv entscheidende negative Konsequenzen herbeizuführen bzw. zu verhindern. Diese Konsequenzen zu verhindern wird als essentiell angesehen. Sie sind entweder realer oder moralischer Natur.“

Außerdem ist nach Wroe und Salkovskis (2000) folgende Annahme charakteristisch:

„Irgendein Einfluss = Verantwortung für die Folgen“. Dies bedeutet, dass bereits das *Vorhersehen* einer negativer Konsequenz, z.B. in Form von aufdringlichen Gedanken, Verantwortlichkeit bedeutet. Aufgrund der Häufigkeit der aufdringlichen Gedanken sehen Zwangspatienten besonders oft negative Ereignisse voraus (Wroe, Salkovskis & Richards, 2000) und fühlen sich somit ständig verantwortlich. Zudem ist in den Augen von Zwangspatienten das Unterlassen (das Nicht-Verhindern eines Unglücks) genauso „strafbar“ wie das aktive Herbeiführen. Aufgrund der aufdringlichen Gedanken, die ein Unglück vorhersehen, sieht sich die Person zu einer aktiven Entscheidung gezwungen, dieses zu verhindern oder nicht (Salkovskis & Forrester, 2002).

Verstärkend hinzu kommt der Aspekt der (moral) thought-action fusion, bei dem Gedanken gleichgesetzt werden mit Handlungen und diese auch moralisch als äquivalent gesehen werden.

Salkovskis et al. (2000) berichten von mehreren Studien, bei denen Zwangspatienten mit anderen Patientengruppen bezüglich verschiedener Verantwortlichkeitsmaße verglichen wurden. Es zeigten sich mehrfach Hinweise für eine Spezifität für überhöhte Verantwortungsübernahme bei Zwangspatienten, außerdem hohe Zusammenhänge zwischen Verantwortung und Zwangssymptomatik im Gegensatz zu Maßen für Ängstlichkeit und Depressivität. In der Studie der Obsessions Compulsions Cognitions Working Group (2003, im folgenden: OCCWG) stellten sich sowohl die Obsessive Beliefs Questionnaire-Subskala „*Verantwortung* (für Handlungen und Konsequenzen)“ als auch die Interpretations of Intrusions Inventory (III)-Subskala „*Verantwortung* (für aufdringliche Gedanken)“ als spezifisch für Zwangsstörungen im Vergleich zu Angststörungen heraus.

1.3.3 Kontrolle von Gedanken

Die Fähigkeit, die eigenen mentalen Prozesse zu reflektieren und zu steuern ist eine wichtige Funktion des menschlichen Bewusstseins (Wegner, 1994, zitiert nach Purdon & Clark, 2002). Zwangspatienten beklagen einerseits den Verlust von Kontrolle, andererseits besteht aber auch ein starkes Bemühen um Kontrolle bis hin zu aktivem Widerstand gegenüber bestimmten Gedanken.

Weshalb kommt es bei Zwangspatienten zur übermäßigen Kontrolle von Gedanken?

Rachman (1998) betont in diesem Zusammenhang den Aspekt der moralischen Äquivalenz von Gedanken und Handlungen (moral thought-action fusion), was dazu führt, dass Gedanken als „gefährlich“ interpretiert werden und somit kontrolliert werden müssen. Clark und Purdon (1995) betonen, dass es bestimmte Grundüberzeugungen in Form von Metakognitionen gibt wie z.B. „gedankliche Kontrolle ist ein Teil von Selbstkontrolle“ oder

„Ich muss jeden Gedanken kontrollieren, insbesondere die negativen“. Diese Metakognitionen sind bei Zwangspatienten sehr rigide ausgeprägt und resistent gegenüber Veränderungen. In einer Studie von Clark und Purdon (1995) testeten die Autoren den Meta Cognitions Beliefs Questionnaire (Clark & Purdon, 1995) und fanden heraus, dass die Subskala *Kontrolle* (z.B. „Ich kann und sollte meine aufdringlichen Gedanken kontrollieren“) als einzige das Ausmaß der Zwangssymptomatik vorhersagte. Außerdem hatten Personen mit Zwangserkrankung höhere Werte als eine nichtklinische Stichprobe.

Folgende Definition für *Kontrolle* stammt von der OCCWG (1997):

„Überbewertung der Bedeutung von kompletter Kontrolle über aufdringliche Gedanken, Bilder oder Impulse, und die Überzeugung, dass dies möglich und wünschenswert ist.“

In den Studien der OCCWG stellten sich sowohl die OBQ-Skala *Kontrolle* als auch die III-Skala *Kontrolle* als spezifisch für Zwangspatienten im Vergleich zu Angstpatienten und gesunden Personen heraus. Andererseits weisen aktuelle Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen den beiden *Kontrolle*-Skalen und dem Ausmaß der Zwangssymptomatik, gemessen mit Hilfe von Y-BOCS und Padua Inventory, eher auf eine Relevanz der Dimension *Kontrolle* für Zwangsstörungen als auf eine Spezifität hin (OCCWG, 2003), insbesondere nachdem Ängstlichkeit und Depressivität kontrolliert wurden.

1.3.4 Thought-action fusion

Rachman (1993) führte das Konzept der “thought-action fusion” (TAF) ein. Es handelt sich um eine Vermischung von Gedanken und Handlungen. Später wird das Konzept TAF in zwei Komponenten aufgeteilt: *moral TAF* und *likelihood(Wahrscheinlichkeits)-TAF* (Shafran, Thordarson, & Rachman, 1996). Moralisches TAF nimmt an, dass Gedanken moralisch äquivalent mit Handlungen sind. Wahrscheinlichkeits-TAF nimmt an, dass einen Gedanken zu denken, dessen Durchführung wahrscheinlicher macht.

In einer Studie der Autoren stellten sie fest, daß likelihood-TAF in einem engen Zusammenhang mit Zwangssymptomen stand. TAF könnte außerdem die Voraussetzung für überhöhte Verantwortlichkeit sein, denn wer Gedanken als „gefährlich“ empfindet, fühlt sich eher für sie, das eigene Verhalten und dessen Konsequenzen verantwortlich.

Für die Messung von TAF wurde die TAF-Skala von Shafran et al. (1996) entwickelt und in verschiedenen Studien überprüft. In einer Faktorenanalyse wurden 3 Dimensionen festgestellt: „*likelihood self*“ (Wahrscheinlichkeit, sich selbst zu schaden), „*likelihood others*“ (Wahrscheinlichkeit, anderen zu schaden) und „*moral TAF*“ (moralisches TAF).

Muris, Meesters, Rassin, Merckelbach und Campbell (2001) stellten bei einer großen studentischen Stichprobe Zusammenhänge zwischen TAF und Symptomen von generalisierter Angststörung und Zwangsstörung fest.

Bei einem Vergleich von Angstpatienten und Zwangspatienten stellte sich in einer Studie von Rassin, Diepstraaten, Merckelbach und Muris (2001) heraus, dass TAF hoch mit Psychopathologie korreliert, jedoch nicht spezifisch ist für Zwangsstörungen.

In einer Studie von Amir, Freshman, Ramsey, Neary und Brigidi (2001) stellten die Autoren fest, dass Personen mit Zwangssymptomen stärker als Personen ohne Zwangssymptome davon überzeugt sind, dass durch ihre Gedanken Unglück passieren könnte und dass sie dies mithilfe von positiven Gedanken verhindern können.

In der von der OCCWG durchgeführten Skalenerstellung werden die Items zu thought-action fusion unter dem Oberbegriff „*Overimportance of Thoughts*“ (Bedeutsamkeit von Gedanken) zusammen mit anderen Themen eingeordnet. Beispielitems zu TAF: OBQ: „Wenn ich negative Gedanken habe, heißt das, ich könnte auch danach handeln“, III: „Dieser Gedanken könnte anderen schaden“.

In den Studien zur Evaluation von OBQ und III wurden hohe Überlappungen mit den Konzepten *Kontrolle von Gedanken* und *Verantwortung* gefunden. Die OBQ-Subskala *Importance of Thoughts* stellte sich als spezifisch für Zwangsstörungen im Vergleich zu Angststörungen heraus, jedoch nicht die Subskala des III (OCCWG, 2003).

1.3.5 Risikoaversion

Kognitive Prozesse im Zusammenhang mit Bedrohung und Gefahr werden als charakteristisch für Angststörungen angesehen (Beck & Clark, 1997; McNally, 1994). Hierbei sind verschiedene Einstellungen beteiligt, die die Einschätzung der Situation, der eigenen Reaktionen und Bewältigungsmöglichkeiten umfassen (Steketee, Frost, Rhéaume & Wilhelm, 1998).

Welches sind nun die spezifische Aspekte der Risikoaversion bei der Zwangsstörung?

In der Literatur wird das Phänomen der Risikoaversion unter den Begriffen „*Overestimation of Threat*“ (Überschätzung von Bedrohung) und „*Intolerance of Uncertainty*“ (Intoleranz gegenüber Unsicherheit) beschrieben (Sookman & Pinard, 2002). Nach der OCCWG (1997) wird *Overestimation of Threat* definiert als: „Überbewertung der Wahrscheinlichkeit und des Ausmaßes eines Schadens“

Nach den Autoren bedeutet *Intolerance of Uncertainty*: „die Einstellung, dass es wichtig ist, sich immer sicher zu sein; außerdem die Befürchtung, mit unvorhersehbaren Ereignissen

oder mit unklaren Situationen nicht zurecht zu kommen". Beide Dimensionen werden als eng zusammengehörig angesehen und führen gemeinsam zur Aversion gegenüber Risiken.

In einer Studie der OCCWG (2003) erwiesen sich beide Subskalen *Overestimation of Threat* und *Intolerance of Uncertainty* nicht als spezifisch im Vergleich zu Angststörungen. Beide Skalen korrelierten außerdem hoch miteinander. Beide Skalen korrelierten zwar mit Maßen für Zwangssymptome (Y-BOCS, PI), die Zusammenhänge waren jedoch nicht größer als mit anderen Psychopathologie-Maßen (Ängstlichkeit, Depressivität, Sorgen). Die Autoren schließen aus den Ergebnissen, dass beide Dimensionen auch für andere Erkrankungen relevant sind. Ähnliche Ergebnisse wurden in einer Studie von Steketee, Frost und Cohen (1998) festgestellt.

Von Sookman und Pinard (2002) wird angemerkt, dass bei der Studie der OCCWG die Angst-Vergleichsgruppe zu inhomogen war: sie bestand zu einem großen Anteil aus Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung und generalisierter Angststörung. Nach den Autoren sind weitere Studien mit homogeneren Stichproben nötig, um Rückschlüsse auf eine Spezifität zu ermöglichen.

1.3.6 Angstvermeidung

Gefühle von Angst und Unsicherheit sind ein zentrales Charakteristikum der Zwangsstörung, dies führte zu der Einordnung in die Kategorie der Angststörungen.

Bei dem klassischen 2-Faktoren-Modell von Mowrer wird davon ausgegangen, dass Zwangshandlungen der Angstreduktion und somit der Angstvermeidung dienen.

In der Weiterentwicklung des Modells durch Salkovskis wird davon ausgegangen, dass durch die negative Bewertung von aufdringlichen Gedanken „dies ist ein gefährlicher Gedanke“ Angst entsteht. Nach Wells' Modell der dysfunktionalen Metakognitionen ist es außerdem vorstellbar, dass allgemeinere Metakognitionen existieren, die Gefühle und Gedanken bewerten wie „Negative Gedanken/Gefühle sind schlecht, gefährlich“, die zu Angst /Unsicherheit führen.

Weiterhin gibt es hohe Überschneidungen mit dem bereits erwähnten Konzept „*Intolerance of Uncertainty*“ (Sookman & Pinard, 2002). Dies beinhaltet nach Steketee et al. (1998), dass Angst und Unsicherheit selbst als gefährlich angesehen werden, was zur Angstvermeidung in Form von Zwangshandlungen führt.

1.3.7 Zweifel (an Wahrnehmung und Gedächtnis)

Von einigen Autoren werden Entscheidungsunfähigkeit (indecisiveness) und Zweifel (doubt) als Charakteristika der Zwangserkrankung gesehen (Ribot, 1904: „Doubting disease“, zitiert nach Summerfeldt, Huta & Swinson, 1998). Reed (1985) kommt zu dem Schluss, dass die Zwangsstörung entgegen ihrer Klassifikation eine kognitive Störung ist, die durch Defizite in der spontanen Organisation und Integration von aufgenommenen Informationen gekennzeichnet ist.

Eine mögliche Bedeutung von Defiziten in der Informationsverarbeitung wird aufgrund einer uneinheitlichen Forschungslage in der Literatur kontrovers diskutiert (Ecker 2001a). In einem Übersichtsartikel stellt Ecker (2001b) Forschungsergebnisse zu den Bereichen verbales Gedächtnis, visuelles Gedächtnis und Handlungsgedächtnis zusammen. Die Studien beziehen sich auf Kontrollzwänge, da hier der stärkste Zusammenhang mit Gedächtnis-Defiziten vermutet wird (Reed, 1985). Insgesamt ist aufgrund der Forschungslage von intakten verbalen Gedächtnisleistungen auszugehen. Macdonald, Antony, MacLeod & Richter (1997) stellen jedoch fest, dass Patienten mit Kontrollzwängen im Vergleich zu anderen Zwangs-Subgruppen und einer gesunden Kontrollgruppe ein vermindertes *Vertrauen* in das eigene Wiedererkennen haben. Bezüglich des visuellen Gedächtnisses werden in der Mehrzahl der Studien Defizite festgestellt, die als Enkodierprobleme interpretiert werden (Ecker, 2001b).

Bezüglich des Handlungsgedächtnisses ist nach Ecker (2001a) auffällig, dass Zwangspatienten einerseits wissen, dass sie die Tür abgeschlossen haben, aber dass oft die Gewissheit fehlt, ob sie es tatsächlich persönlich getan haben. Es fehlt der „persönliche Stempel“ (Reed, 1991), somit bleibt ein „Unvollständigkeitsgefühl“ (Hoffmann, 1998). Die Entstehung des Unvollständigkeitsgefühls wird unterschiedlich erklärt: Ecker und Engelkamp (1995) z.B. vermuten, dass zur mangelnden persönlichen Färbung Defizite in der Verarbeitung motorisch-kinästhetischer Information aus der Handlungsdurchführung beitragen. Hoffmann dagegen vermutet, dass sich Depersonalisationsgefühle im Anschluss an starke, sich unvollständig entfaltende Emotionen entwickeln (Hoffmann, 1998).

In einer experimentellen Studie stellten van den Hout und Kindt (2003) fest, dass gesunde Probanden nach Ausführung von experimentell induziertem Kontrollverhalten das Vertrauen in ihr Gedächtnis verloren. Es stellt sich eine spezifische Ambivalenz ein, es zwar *generell zu wissen*, jedoch nicht *konkret erinnern* zu können (remember/know distinction). Von den Autoren wird vermutet, dass Zwangspatienten zu hohe Maßstäbe an das eigene Gedächtnis anlegen und aufgrund von Unsicherheit zu kontrollieren beginnen, was wiederum das Vertrauen in das Gedächtnis unterhöhlt.

In einer Studie von Hermans, Martens, De Cort, Pieters und Eelen (2003) verglichen die Autoren Zwangspatienten mit einer nicht ängstlichen Kontrollgruppe hinsichtlich „reality monitoring“ (Unterscheidung zwischen imaginierten und tatsächlich durchgeführten Handlungen) und Vertrauen in das Gedächtnis, gemessen mit Hilfe des MCQ (Meta Cognitions Questionnaire). Es wurden neutrale und zwangsstörungsrelevante Handlungen durchgeführt bzw. imaginiert. Es wurden keine Unterschiede zwischen den Gruppen im Erinnern und in der Realitätszuordnung gefunden, weder bezüglich neutraler noch angstbesetzter Handlungen. Zwangspatienten hatten jedoch in Bezug auf die neutralen Szenen weniger Vertrauen 1) in ihr Handlungsgedächtnis 2) in ihr „reality monitoring“ sowie 3) in die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten als die Kontrollgruppe. Dies ist nach den Autoren ein Hinweis für die Rolle von dysfunktionalen Meta-Kognitionen bei Zwangsstörungen in Bezug auf das eigene Gedächtnis. Ob diese Zweifel Ausdruck eines zugrundeliegenden neuropsychologischen Defizits sind und somit nur ein „Nebenprodukt“ der Erkrankung darstellen oder ob die metakognitiven Fehleinschätzungen ein ätiologischer Faktor der Zwangsstörung sind, lässt sich aufgrund der derzeitigen Forschungslage noch nicht beurteilen (Hermans et al., 2003).

1.3.8 Schuld und Scham

Steketee (1993) erwähnt unter anderem die Themen *Schuld/Scham/Verantwortung* und *Rigidität/Moralität* als ausschlaggebende kognitive Faktoren der Zwangsstörung. Schuld wird von Reynolds und Salkovskis (1991) als indirekter Hinweis auf übermäßige Verantwortungsübernahme gesehen.

Freeston, Ladouceur, Thibodeau und Gagnon (1992) demonstrierten in einer Studie mit einer nichtklinischen Stichprobe, dass Verantwortung und Schuld mit Zwangssymptomen im Zusammenhang stehen. Auch Rachman und Hodgson (1980) sehen Schuld im Zusammenhang mit Zwängen, v.a. hinsichtlich zwanghaften Kontrollierens, da der Patient durch Kontrollieren versucht, Schuld zu vermeiden. Schuld steht in einem engen Zusammenhang mit Verantwortungsübernahme, bei höherem Verantwortungsgefühl wird Ärger unwahrscheinlicher, Schuldgefühle nehmen zu.

Auch Niler und Beck (1988) stellten in einer studentischen Stichprobe einen Zusammenhang zwischen Schuld und Zwangsgedanken bzw. -handlungen fest. Schuld, wie sie im Perceived Guilt Index von Otterbacher und Munz (1973) erfasst wird, erwies sich als stärkster Prädiktor für aufdringliche Impulse und Gedanken.

Steketee, Quay und White (1991) untersuchten die Rolle von Schuld und Religiosität bei Zwangsstörungen. Beide Faktoren waren in der Gruppe der Zwangspatienten nicht stärker

ausgeprägt als bei der Gruppe der Angstpatienten. Die Schwere der Zwangssymptomatik korrelierte jedoch hoch mit Schuld und Religiosität. Je höher die Religiosität, desto mehr bestanden religiöse Zwangsgedanken.

Aufgrund widersprüchlicher Ergebnisse verschiedener Untersuchungen wurde Schuld als bedeutsam für eine Untergruppe der Zwangsstörungen gesehen, nämlich für Kontrollzwänge sowie Patienten, die in erster Linie befürchten, anderen Schaden zufügen zu können. In einer Studie von Rachman und Hodgson (1980) erfuhren Patienten mit Kontrollzwängen Erleichterung und eine Reduktion von Verantwortung und Schuldgefühlen durch die Anwesenheit einer anderen Person. Bei Patienten mit Waschwängen zeigte sich dieser Effekt nicht.

Um einen anderen Aspekt von Scham ging es in der folgenden Untersuchung: Simonds und Thorpe (2003) führten eine experimentelle Studie mit Studenten durch, bei der die Aufgabe darin bestand, sich in 3 verschiedene Fallbeispiele von Zwangspatienten (1. Fall: Zwangsgedanken, jemand zu schaden, 2. Fall: Kontrollzwänge, 3. Fall: Waschwang) hineinzusetzen und anzugeben mit wie viel Scham oder Akzeptanz sie reagieren würden. Die Zwangsgedanken, jemand schaden zu können wurden als sehr schamhaft beurteilt, Waschwänge als akzeptabler und Kontrollzwänge als am akzeptabelsten. Scham und soziale Akzeptanz haben nach Ansicht der Autoren eine wichtige Bedeutung für das nicht-Aufsuchen einer Behandlung und somit für die Aufrechterhaltung der Erkrankung.

1.3.9 Moral

Es handelt sich dabei um Einstellungen aus dem Bereich moral thought-action fusion (Definition: einen Gedanken zu denken ist moralisch gleichbedeutend mit einer ausgeführten Handlung). Moral kann in engem Zusammenhang mit Schuld gesehen werden: je ausgeprägter eigene Moralvorstellungen, desto größer die Tendenz zu Schuldgefühlen. Hinsichtlich rigider Moralvorstellungen bei Zwangspatienten wurde nach Steketee (1993) in der Literatur bisher wenig berichtet. Kommentare dazu beziehen sich auf Religiosität im Sinne von Skrupulosität. Die Art der Religion scheint dabei für die Entstehung einer Zwangsstörung weniger eine Rolle zu spielen als die Rigidität der vermittelten Regeln (Steketee, 1993). Die auffallende Ähnlichkeit zwischen religiösen Ritualen und Zwangshandlungen wurde von verschiedenen Autoren betrachtet (Fitz, 1990; Greenberg, Witztum & Pisante, 1987).

In einer Studie von Rassin und Koster (2003) an einer studentischen Stichprobe stellten die Autoren einen Zusammenhang fest zwischen Religiosität, Moralität und TAF. Die

Zusammenhänge waren jedoch unterschiedlich für die evangelische und katholische Untergruppe, was wiederum für einen differentiellen Effekt verschiedener Religionen spricht.

1.3.10 Akzeptanz von Gedanken

Warren und Zgourides (1991) betonen in ihrem rational-emotiven Modell für Angststörungen die Rolle irrationaler Gedanken. Sie postulieren eine generelle biologische Vulnerabilität, die von Lernerfahrungen beeinflusst ist und die bestimmt, welche Gedanken als inakzeptabel betrachtet werden und welche Bedeutung bestimmten Gedanken beizumessen ist. Nach Rachman und deSilva (1978) erleben Zwangspatienten aufdringliche Gedanken im Vergleich zu einer nichtklinischen Kontrollgruppe als weniger akzeptabel.

Akzeptanz von jeglichen auftauchenden Gedanken und Gefühlen steht einer übermäßigen Kontrolle entgegen und ist somit ein gesundheitsförderlicher Faktor. Bei höherer Akzeptanz entsteht weniger Widerstand gegenüber Gedanken und Gefühlen, somit auch weniger Angst und Unsicherheit.

1.3.11 Zusammenfassung

Es wurden verschiedene Entstehungsmodelle für Zwang dargestellt. Kurz erwähnt wurden biologische Aspekte, die sicher wichtig zum Verständnis der Ursachen der Zwangsstörung sind. Schwerpunktmäßig wurde auf kognitive Modelle eingegangen, hierbei insbesondere auf die Theorien von Beck, Salkovskis und Wells, die sich mit verschiedenen gedanklichen Abstraktionsebenen befassen. Wenig untersucht, aber für Zwang bedeutsam erscheint dabei die Ebene der Metakognitionen nach Wells. Diese Einstellungen/Überzeugungen bezüglich aller Gedanken und Gefühle werden im Modell von Wells als pathogenetisch für Zwang angesehen und sollen somit in der eigenen Studie näher untersucht werden.

Inhaltlich wurden in den letzten Jahren zehn für Zwang relevante Themenbereiche in der Literatur beschrieben: zusammengefasst kann gesagt werden, dass sich in verschiedenen Studien einige der Themenbereiche bereits als spezifisch herausgestellt haben (Verantwortung, Zweifel). Andere erwiesen sich als zwangsrelevant jedoch weniger als spezifisch (Risikoaversion, Angstvermeidung).

Einige Bereiche sind bisher noch wenig untersucht (Moral, Schuld und Scham, Akzeptanz) oder es gibt widersprüchliche Ergebnisse (Kontrolle, Perfektionismus, Thought-action fusion), die teilweise auf die Studiendesigns zurückzuführen sind.

Zu keinem der Themenbereiche kann zum jetzigen Zeitpunkt ein abschließendes Urteil gefällt werden, die Ergebnisse sind jedoch insgesamt ermutigend. Alle Themenbereiche erscheinen bedeutsam für Zwang, so dass sie in der eigenen Studie näher untersucht werden sollen.

1.4 Verfahren zur Erfassung von Kognitionen bei Zwangsstörungen

Seit einigen Jahren beschäftigen sich verschiedene Forschergruppen mit dem Thema der Kognitionen bei Zwangsstörungen.

Alle sind dabei von den Ansätzen von Beck und Salkovskis beeinflusst, in jüngerer Zeit kam noch der Einfluß von Wells hinzu.

Im Folgenden werden bisher entwickelte, in den letzten Jahren entstandene Verfahren dargestellt.

1.4.1 Irrational Beliefs Related to Obsessions

Fresston, Ladouceur, Gagnon & Thibodeau (1993) entwickelten das Inventar Irrational Beliefs Related to Obsessions, IBRO. Es gehört somit zu den ältesten Verfahren zur Erhebung dysfunktionaler Kognitionen bei Zwangsstörungen. Es diene als Grundlage für viele nachfolgende Fragebögen (z.B. die beiden Fragebögen der Obsessions Compulsions Cognitions Working Group, die nachfolgend beschrieben werden). Es handelt sich um Überzeugungen bezüglich aufdringlicher Gedanken und Verantwortlichkeit, Kontrolle dieser Gedanken und ihre möglichen Konsequenzen, Schuld und neutralisierendes Verhalten als Reaktion.

Das Inventar, bestehend aus 20 Items, basiert einerseits auf der Theorie von Salkovskis, da die negative Bewertung aufdringlicher Gedanken thematisiert wird (Bsp: „Man ist schuld, wenn etwas passiert, woran man gedacht hat“, „Man sollte sich schuldig fühlen, wenn man seine Gedanken nicht kontrolliert“).

Einige Items zu Verantwortung und Gefahr stellen jedoch Grundüberzeugungen im Sinne von Beck dar (Bsp: „Verlust ist immer eine schreckliche Sache“, „Im allgemeinen ist es vorzuziehen, Verantwortung alleine zu tragen“).

Der IBRO wird im Kap.2.2.2.5 ausführlich beschrieben, da er in der eigenen Studie zur Validierung eingesetzt wurde.

1.4.2 Metacognitions Questionnaire

Als Fragebogen zur Erfassung von Metakognitionen im engeren Sinne angelehnt an das *Self- Executive Regulatory Function Model* von Wells und Matthews (1994, siehe Kap. 1.2) ist der Metacognitions Questionnaire (MCQ) von Cartwright-Hatton und Wells (1997) zu nennen.

Ursprünglich für die Erfassung von Sorgen bei Generalisierter Angststörung konstruiert, hat der Fragebogen auch eine Relevanz für Zwangsstörungen. In einer Faktorenanalyse zeigten sich 5 Dimensionen:

1. *Positive Überzeugungen zu Sorgen*;
2. *Negative Einstellungen zur Kontrollierbarkeit von Gedanken*;
3. *Kognitives Vertrauen („Cognitive Confidence“)*;
4. *Negative Überzeugungen zu Gedanken generell*;
5. *Metakognitive Selbst-Reflektion („Cognitive Self Consciousness“)*; die Tendenz, sich der eigenen gedanklichen Prozesse bewusst zu sein und sie zu steuern).

Der Fragebogen besteht aus 65 Items: Beispielitem zu 1: „Sorgen helfen mir, Probleme in der Zukunft zu vermeiden.“; Beispielitem zu 2: „Ich finde es schwierig, meine Gedanken zu kontrollieren.“; Beispielitem zu 3: „Ich habe wenig Vertrauen in mein Gedächtnis für Wörter und Namen.“; Beispielitem zu 4: „Meine Gedanken stören meine Konzentration“; Beispielitem zu 5: „Ich überwache meine Gedanken.“

In einer Studie von Wells und Papageorgiou (1998) testeten die Autoren den Zusammenhang von Sorgen, Zwangssymptomen und Metakognitionen, gemessen mit dem MCQ. Alle MCQ-Subskalen korrelierten hoch mit zwanghaftem Kontrollieren und Zwangsgedanken.

Janeck, Calamari, Riemann und Heffelfinger (2003) führten eine Studie durch, bei der sie eine erweiterte Subskala des MCQ von Cartwright-Hatton und Wells (1997) anwendeten, die den Grad an *metakognitiver Selbst-Reflektion („Cognitive Self Consciousness“)* misst.

Beispielitems sind: „Ich konzentriere mich auf meine Gedanken“, „Ich bin sensibel dafür, wie mein Gehirn funktioniert.“

Es wurden Zwangspatienten (n=30) mit Angstpatienten (n=25) hinsichtlich verschiedener Maße zu Einstellungen zu Kognitionen verglichen. Die *Cognitive Self Consciousness-Skala* unterschied die beiden Patientengruppen deutlich voneinander.

Den Autoren zufolge bestätigen die Ergebnisse der Studie das *Self-Regulatory Executive functioning model* von Matthews und Wells (1994), bei dem die Tendenz zur verstärkten

Reflektion der eigenen Gedanken ein Vulnerabilitätsfaktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwangsstörungen ist.

1.4.3 Metacognitive Beliefs Questionnaire

Nach Clark, Purdon und Wang (2003) ist der Meta Cognitions Questionnaire von Cartwright-Hatton und Wells (1997) eher zur Messung ich-syntoner Überzeugungen bei Angststörungen geeignet, weniger zur Erfassung ich-dystoner Zwangsgedanken, insbesondere die Dimensionen „*Positive Überzeugungen zu Sorgen*“ und „*Negative Einstellungen zur Kontrollierbarkeit von Gedanken*“.

Aus diesem Grund konstruierten Clark und Purdon (1995) den sogen. Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire (MCBQ), bestehend aus 67 Items, zur Erhebung metakognitiver Überzeugungen speziell bei Zwangsstörungen. Der Fragebogen enthält folgende Subskalen:

- 1) *Kontrolle*;
- 2) *Negative Konsequenzen der Gedanken*;
- 3) *Positive Attribute von Gedanken*.

Beispielitems: zu 1) „I believe that having control over my unwanted thoughts is a sign of good character.“ 2) “The more I dwell on unwanted thoughts the more it is likely that I act on them” 3) “I believe that unwanted thoughts are a sign of a creative mind.”

In einer Studie von Clark, Purdon & Wang (2003) wurde eine großen Stichprobe von Studenten befragt, die den MCBQ sowie eine Batterie an weiteren Fragebögen zur Erfassung von Sorgen, Zwangssymptomen, Angst und Depression bearbeiteten. Die Dimensionen 1) *Kontrolle* und 2) *Negative Konsequenzen* standen in einem signifikanten Zusammenhang mit der Häufigkeit von Zwangsgedanken und, zu einem geringeren Ausmaß, mit Sorgen.

Kritisch zu sehen ist nach den Autoren die Art der Stichprobe, es handelt sich um Studenten, die sehr homogen bezüglich Alter und sozioökonomischem Status sind. Es ist somit fraglich, ob die Ergebnisse auf eine klinische Stichprobe übertragbar sind.

Des weiteren wurden nur Selbst-Rating Fragebögen und keine Fremdeinschätzung verwendet, was zu einer Überschätzung der Zusammenhänge der verschiedenen Inventare führt. In der Instruktion des MCBQ wurde nicht genau spezifiziert, auf welche Art von Gedanken sich die Bewertungen beziehen sollen, so dass es sein könnte, dass die Studienteilnehmer sich generell auf alle und nicht nur auf die aufdringlichen Gedanken bezogen.

1.4.4 Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ) und Interpretations of Intrusions Inventory (III)

1995 begann sich eine internationale Forschergruppe zu formieren, die Obsessions Compulsions Cognitions Working Group² (OCCWG), um vorhandene Forschungsansätze und die daraus entstandenen Messverfahren (insgesamt 16 Inventare, z.B. Irrational Beliefs Questionnaire, Freeston et al., 1993; Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire, Clark & Purdon, 1995a) zu koordinieren.

Ziel war dabei, Ordnung in die verschiedenen Messverfahren zu bringen, inhaltliche Überschneidungen aufzuheben und die verwendeten Begriffe eindeutig und allgemeingültig zu definieren.

Gemeinsam wurden 2 Fragebögen entwickelt: der Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ) sowie das Interpretations of Intrusions Inventory (III).

Obsessive Beliefs Questionnaire

Mit dem OBQ sollte ein Instrument entstehen, welches grundlegende Einstellungen (*beliefs*) erfragt. Aus diesen allgemeinen Einstellungen leiten sich dann die dysfunktionalen Bewertungen (*appraisals* nach Salkovskis, 1987) ab, die mit Hilfe des Interpretations of Intrusions Inventory (s.u.) erfasst werden, und zur Aufrechterhaltung der Zwangsstörung beitragen.

Es handelt sich somit beim OBQ um Metakognitionen im Sinne von Wells sowie um Grundüberzeugungen über das eigene Selbst und die Welt (nach Purdon & Clark, 1999).

Der OBQ besteht aus 87 Items aus 6 für Zwangsstörungen relevanten Themenbereichen:

1. *Überschätzung von Gefahr;*
2. *Intoleranz von Unsicherheit;*
3. *Wichtigkeit von Gedanken und thought-action-fusion (Metakognitionen)*
4. *Kontrolle von Gedanken (Metakognitionen)*
5. *Verantwortung;*
6. *Perfektionismus.*

Die Dimensionen 3) *Bedeutung von Gedanken* und 4) *Kontrolle von Gedanken* enthalten Metakognitionen, da es um die direkte Bewertung von aufdringlichen Gedanken geht.

Beispielitems: zu 3): „Wenn ich schlechte Gedanken habe, ist es wahrscheinlich, dass ich danach handle.“ Zu 4): Wenn ich meine unerwünschten Gedanken nicht kontrolliere, passiert etwas Schlimmes.“

² Mitglieder der OCCWG unter anderem: Nader Amir, Martine Bouvard, Cheryl Carmin, David A. Clark, Jean Cottreaux, Jane Eisen, Paul Emmelkamp, Edna Foa, Mark Freeston, Randy Frost etc.

Bei den anderen Dimensionen geht es um Überzeugungen zu Lebensbereichen wie das eigene Handeln, die eigene Person etc., z.B: „Wenn ich etwas nicht perfekt tun kann, sollte ich es gar nicht tun“ (*Perfektionismus*), „Ich bin unverantwortlich, wenn ich meinen unerwünschten Gedanken nicht widerstehe.“ (*Verantwortung*), „Ich glaube, die Welt ist ein gefährlicher Ort“ (*Überschätzung von Gefahr*), „Wenn ich nicht absolut sicher bin bei etwas, dann werde ich einen Fehler machen“ (*Intoleranz von Unsicherheit*).

In einer Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften des OBQ wurden eine Stichprobe von 248 Personen mit Zwangsstörung, 105 Personen mit Angststörung, 87 nichtklinische Kontrollpersonen und 291 studentischen Kontrollpersonen untersucht (OCCWG, 2003). Zum aktuellen Zeitpunkt sind die Skalen des OBQ lediglich rein theoretisch entwickelt, es wurde bisher keine Faktorenanalyse durchgeführt. Da die Skalen in der Untersuchung untereinander hoch korrelierten, ist jedoch davon auszugehen, dass es sich um weniger als 6 Faktoren handelt (OCCWG, 2003).

Ergebnisse zur Reliabilität weisen auf hohe interne Konsistenzen hin (alle alpha-Koeffizienten sind größer als .80), außerdem auf eine angemessene Stabilität (das Test-Retest-Intervall lag zwischen 65 und 90 Tagen).

In allen Subtests erreichten Teilnehmer mit Zwangsstörung höhere Werte als nichtklinische Kontrollpersonen. In den Subskalen *Kontrolle*, *Verantwortung* und *Wichtigkeit von Gedanken* erreichten Personen mit Zwangsstörung außerdem höhere Werte als die Personen mit Angststörung, was ein Hinweis für die Spezifität dieser Skalen ist.

In den meisten Skalen des OBQ zeigten sich signifikante Korrelationen mit Maßen für Zwangssymptomatik (Padua Inventory und Y-BOCS). Allerdings zeigten sich ebenfalls hohe Korrelationen mit Maßen für Sorgen, Depressivität und Angst, was auf eine schwache diskriminante Validität hinweist.

Interpretations of Intrusions Inventory

Der III besteht aus 31 Items, die sich direkt auf die Bewertung von aufdringlichen Gedanken (Intrusionen) beziehen. In der Instruktion werden die Personen aufgefordert, sich *einen konkreten aufdringlichen Gedanken* vorzustellen. Es handelt sich somit um situativ bedingte automatisierte Bewertungen nach Salkovskis (1988). Die Themen sind

1. *Wichtigkeit von Gedanken*;
2. *Kontrolle von Gedanken*;
3. *Verantwortung für Gedanken*.

Beispielitems: „Dieser Gedanke kann anderen Menschen schaden“ (*Bedeutung von Gedanken*), Wenn ich diesen Gedanken ignoriere, könnte ich für einen ernsten Schaden verantwortlich sein“ (*Verantwortung*). „Wenn ich diesen aufdringlichen Gedanken habe, bedeutet das, dass ich außer Kontrolle bin.“ (*Kontrolle*).

In der bereits beschriebenen Studie der OCCWG (2003) stellten die Autoren bezüglich des III folgendes fest:

Auch beim III liegen gute Werte für die interne Konsistenz vor (Skala Wichtigkeit von Gedanken .79; bei den beiden anderen Skalen liegen die alphas über .80). Es zeigt sich eine gute Stabilität über die Zeit, obwohl der III eher states messen soll.

Die Skalen des III korrelierten nur mittelmäßig mit dem Padua Inventory und nicht signifikant mit der Y-BOCS, was auf eine eher geringe externe Validität hinweist.

Unterschiede zwischen Zwangspatienten und gesunden Kontrollpersonen weisen auf eine gute Kriteriumsvalidität hin. Allerdings lagen Zwangspatienten nur in einer der drei Skalen des III, nämlich *Verantwortung* über den Angstpatienten.

Vergleich von OBQ und III

- Die Autoren bemerken kritisch, dass die Subskalen bei beiden Inventaren hoch miteinander korrelieren, so dass die ursprünglich angenommenen Dimensionen fraglich sind. Es werden starke Überlappungen zwischen den einzelnen Themenbereichen wie z. B. *Überschätzung von Gefahr* und *Verantwortung* angenommen.
- Obwohl beide Fragebögen etwas Unterschiedliches messen sollen (OBQ: überdauernde Grundüberzeugungen, III: situative automatische Bewertungen) zeigen sich hohe Korrelationen zwischen den beiden Fragebögen. Außerdem sind die Antwortmuster des III erstaunlicherweise über die Zeit (2-3 Monate) sehr stabil. Nach den Autoren ist dies ein Hinweis dafür, dass eventuell *beide* Inventare traits, d.h. stabile Antworttendenzen, messen.

- Problematisch ist auch, dass beide Fragebögen eine niedrige diskriminante Validität, nämlich genauso hohe Zusammenhänge mit Maßen zu Sorgen, Depressivität und Ängstlichkeit wie mit Zwangssymptomatik-Maßen, aufweisen.

In einer neueren Studie von Sica et al. (2004) überprüften die Autoren die psychometrischen Eigenschaften des OBQ und III an einer italienischen Stichprobe von Zwangspatienten, Patienten mit generalisierter Angststörung und einer nichtklinischen Kontrollgruppe. Beide Inventare zeigten eine sehr gute Reliabilität und Stabilität. In der Zwangsstichprobe zeigte sich außerdem ein spezifischer Zusammenhang zwischen OBQ und Zwangssymptomen. Die drei Dimensionen des OBQ *Intoleranz von Unsicherheit*, *Kontrolle von Gedanken* und *Perfektionismus* diskriminierten gut zwischen (1) Zwang, (2) Generalisierter Angststörung und (3) Kontrollgruppe und erwiesen sich somit als zwangsspezifisch. Hinsichtlich *Bedeutung von Gedanken* und *Verantwortung* dagegen unterschieden sich die klinischen Gruppen kaum.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass beide Fragebögen eine hohe Stabilität und interne Konsistenz aufweisen. Sie zeigen außerdem eine zufriedenstellende konvergente Validität.

Die diskriminante Validität ist bei beiden Fragebögen eher gering ausgeprägt. In einigen Skalen unterscheiden sich Personen mit Zwangsstörung von Personen mit Angststörung. Beide Fragebögen enthalten somit zwangsrelevante Einstellungen. Die Frage der Spezifität kann anhand der vorliegenden Ergebnisse noch nicht eindeutig beantwortet werden.

1.4.5 Meta-Fragebogen

Parallel zur Entwicklung der beschriebenen Fragebögen entwickelte Oppelt das Meta-Inventar (Oppelt, 1997; Hedlund & Oppelt, 1998). Es lagen folgende Überlegungen zugrunde:

Einerseits wird dabei der Ansatz von J.S. Beck (1995) der intermediate beliefs (Annahmen, Regeln auf einer mittleren Abstraktionsebene) aufgegriffen. Andererseits handelt es sich inhaltlich um Kognitionen, die das eigene Denken reflektieren, insofern geht es um Metakognitionen im Sinne von Wells.

Im Unterschied zum III und OBQ der OCCWG und zum MCBQ werden Einstellungen zu Gedanken formuliert, die Bewertungen von Gedanken allgemein betreffen, nicht nur von aufdringlichen Gedanken (Intrusionen).

Der Umgang mit Emotionen wird ebenfalls thematisiert. Hierfür sprach, dass nach Wells auch Emotionen metakognitiv verarbeitet werden und somit für die Aufrechterhaltung bestimmter dysfunktionaler Überzeugungen eine Rolle spielen.

III	OBQ/ MCBQ	META
<p><i>Auf einen speziellen aufdringlichen Gedanken bezogen:</i></p> <p>„Wenn ich diesen unerwünschten Gedanken nicht kontrolliere, passiert etwas Schlimmes.“</p>	<p><i>Auf alle aufdringlichen Gedanken bezogen:</i></p> <p>OBQ: „Wenn ich meine unerwünschten Gedanken nicht kontrolliere, passiert etwas Schlimmes.“</p> <p>MCBQ: „Kontrolle über meine unerwünschten Gedanken zu haben ist ein Zeichen von gutem Charakter.“</p>	<p><i>Auf alle Gedanken allgemein bezogen:</i></p> <p>„Ich sollte alle meine Gedanken unter Kontrolle haben/ Ich sollte meine Gefühle unter Kontrolle haben.“</p>

Abb. 6: Vergleich von III, OBQ, MCBQ und META bezüglich Items zum Thema Kontrolle

Außerdem wird auf den Ansatz von A.T. Beck der Inhaltsspezifität (Beck, 1976) zurückgegriffen, indem verschiedene inhaltlich relevante Themenbereiche aufgegriffen werden. Es handelt sich dabei um 10 Themenbereiche, die sich in der Literatur (siehe Kap. 1.3) zu Zwängen als bedeutsam herausstellten: *Perfektionismus, Verantwortung, Kontrolle, Schuld und Scham, Angstvermeidung, Risikoaversion, Moral, thought-action fusion, Zweifel, Akzeptanz.*

Zu diesen inhaltlichen Bereichen wurden Items in Form von Einstellungen, Annahmen und Regeln formuliert und zum Meta-Inventar zusammengestellt.

In der Studie von Oppelt (1997) verglich die Autorin Zwangspatienten (n = 21) mit depressiven Patienten (n = 13) und einer gesunden Kontrollgruppe (n = 22). Die Diagnosen wurden nach DSM-IV gestellt bzw. für die Kontrollgruppe ausgeschlossen. Neben Fragebögen zu Überzeugungen bei Zwangsstörungen wurden Inventare zu Depressivität und zu Überzeugungen bei Depressionen eingesetzt.

Die Werte im Meta-Fragebogen korrelierten mit einem bereits validierten Fragebogen zu Überzeugungen bei Zwängen (Inventory of Beliefs Related to Obsessions, IBRO, Freeston, Ladouceur, Gognon, & Thibodeau, 1993) und mit dem Ausmaß der Zwangssymptomatik (konvergente Validität).

Die beiden klinischen Gruppen unterschieden sich im Meta-Fragebogen in nahezu allen Dimensionen deutlich von der gesunden Kontrollgruppe. Es fanden sich jedoch keine Unterschiede in der Skala *Moral* zwischen Zwangspatienten und Gesunden; Depressive und Gesunde unterscheiden sich nicht hinsichtlich *Moral* und *Perfektionismus*.

Die beiden klinischen Gruppen Zwangspatienten und depressive Patienten unterschieden sich jedoch nur in den Bereichen *Kontrolle* und *Perfektionismus*, somit scheint die angenommene Spezifität nur begrenzt zu gelten. Von der Autorin wird kritisch angemerkt, dass bei den klinischen Gruppen von einer Überlappung der depressiven Symptomatik auszugehen ist und die Frage der Spezifität noch nicht abschließend beurteilt werden kann.

1.4.6 Zusammenfassung

Es wurden ältere (IBRO) und neuere Fragebögen (OBQ, III, MCBQ, Meta-Fragebogen) zu Kognitionen bei Zwang dargestellt, die auf den Modellen von Beck, Salkovskis und Wells basieren.

Insbesondere OBQ, III und Meta-Fragebogen zeigten eine Relevanz für Zwangsstörungen (deutliche Unterschiede zu gesunden Personen). In einigen Studien wurden klinische Vergleichsgruppen zur Überprüfung der Spezifität untersucht. Hierbei zeigten sich bei OBQ und III in einigen Skalen eine Spezifität gegenüber Angststörungen. Beim Meta erwiesen sich die Dimensionen Perfektionismus und Kontrolle als spezifisch gegenüber Depressiven.

1.5 Spezifität der Kognitionen bei Zwangsstörungen

In der Geschichte der Einordnung der verschiedenen Krankheitsbilder wurde bis in die 50er Jahre keine Unterscheidung zwischen Zwängen und Depressionen gemacht (Henry Maudsley, 1895, *The pathology of mind*, zitiert nach Clark, 2002). Im DSM I (APA, 1952) wurden Depression und Zwangsstörung als neurotische Störungen angesehen mit einer gemeinsamen Wurzel in Ängsten (Rachman & Hodgson, 1980).

Seit der 3. Auflage des DSM (APA, 1987) wird klar unterschieden zwischen Major Depression als affektiver Störung und Zwangsstörung als Bestandteil des Spektrums der Angststörungen aufgrund von Angst und Vermeidungsverhalten als dominierende Symptome. Diese Zuordnung wird jedoch kontrovers diskutiert.

In der vorliegenden Untersuchung soll der Aspekt der Spezifität der kognitiven Muster bei Zwangsstörungen fokussiert werden. Zunächst werden dazu allgemeine Hinweise für

Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Erkrankungen (1) Zwang, (2) Angst und (3) Depression herangezogen.

Kriterien, die auf eine Beziehung zwischen zwei Krankheiten schließen lassen sind nach Klein (1993, zitiert nach Niedermeier, Hegerl & Zaudig, 1998):

- 1) Ähnlichkeit in der Symptomatologie
- 2) Ähnlichkeit im Krankheitsverlauf
- 3) Häufige Komorbidität
- 4) Ähnliche epidemiologische Risikofaktoren
- 5) Ähnliche familiäre Vererbung
- 6) Ähnliche spezifische Therapieresponse
- 7) Ähnliche prämorbidie Persönlichkeits-Charakteristika
- 8) Ähnliche Geschlechterverteilung
- 9) Ähnliches Alter bei Beginn der Erkrankung
- 10) Gemeinsame neurologische Defizite
- 11) Ähnlichkeiten in psychologischen Testuntersuchungen
- 12) Biochemische Ähnlichkeiten
- 13) Ähnlichkeiten in bildgebenden Verfahren

Im folgenden wird nur auf einige dieser Aspekte, insbesondere auf die Komorbidität, eingegangen, da der eigentliche Fokus der Studie die Spezifität der kognitiven Muster darstellt.

1.5.1 Zwangsstörung versus Depressionen

Komorbidität

Es besteht eine hohe Komorbidität zwischen Zwängen und einer sekundären Major Depression, je nach Studie werden Angaben zwischen 24% bis 43% gemacht (z.B. Antony, Downie & Swinson, 1998; Lensi et al., 1996). In der Epidemiologic Catchment Area Study erfüllten 32 % der Personen mit Zwangsstörung eine lifetime Diagnose einer Major Depression (Karno & Golding, 1991). Bei Crino und Andrews (1996) hatten 50 % der Personen mit life-time Diagnose einer Zwangsstörung zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Major Depression, 19% hatten eine Dysthymie.

Bei der Hälfte bis zwei Drittel der Fälle beginnt die Zwangsstörung vor der Major Depression, so dass die Depression in diesen Fällen als Folge der Schwere der Zwangserkrankung

gesehen werden kann (Clark, 2002). In einer neueren Studie von LaSalle, Cromer et al. (2004) hatten 81% der Zwangspatienten eine lifetime Diagnose einer depressiven Störung.

Es gibt eine Reihe von Symptomüberschneidungen zwischen Depressionen und Zwängen. In vielen Studien weisen Zwangserkrankte einen moderaten bis hohen Wert im BDI auf (16-25), und diese Werte unterscheiden sich nicht wesentlich von depressiven Personen (z.B. Calamari, Wiegartz & Janeck, 1999; Shafran, Thordarson & Rachman, 1996). Es ist aufgrund der Studienlage davon auszugehen, dass bei Zwangserkrankten Symptome einer Major Depression sehr häufig sind.

Umgekehrt finden sich auch bei Personen mit Major Depression in einigen Studien Zwangssymptome (z.B. Kendell & Discipio, 1970), jedoch ist über diesen Zusammenhang noch zu wenig bekannt, um Schlussfolgerungen ziehen zu können (Clark, 2002). Von einigen Autoren (Rachman & Hodgson, 1980; Ricciardi & MacNally, 1995) wird vermutet, dass bei Major Depression bestimmte Symptome der Zwangsstörung verstärkt auftreten, nämlich z. B. zwanghaftes Grübeln oder Zwangsgedanken, nicht jedoch Zwangshandlungen.

Zwischen Zwangsinventaren wie Padua Inventory, Maudsley Obsessive Compulsive Inventory und Y-BOCS und Selbsteinschätzungs-Depressionsinventaren zeigen sich bei Zwangspatienten höhere Korrelationen ($r=.33-.55$) als mit Angstinventaren (VanOppen, Hoekstra & Emmelkamp, 1995; Woody, Steketee & Chambless, 1995).

Zusammengefasst kann von einem substantiellen Zusammenhang zwischen affektiver Beeinträchtigung/ Erkrankung und der Schwere, eventuell auch Häufigkeit, zumindest von Zwangsgedanken ausgegangen werden (Clark, 2002).

Kognitive Aspekte der Depression

Nach Beck's kognitivem Modell der Inhaltsspezifität (Beck, 1976; Beck & Clark, 1988; Clark & Beck, 1999) ist Depression gekennzeichnet durch absolutistische negative automatische Gedanken bezüglich Verlust, Versagen und Deprivation. Außerdem existieren grundlegende Befürchtungen, die Zurückweisung und soziale Isolation beinhalten oder Überzeugungen, versagt zu haben oder vollkommen abhängig zu sein. Diese Grundüberzeugungen liegen in Form von stabilen überdauernden Schemata vor. Die Aktivierung dieser Schemata führt zu einer fehlerhaften Informationsverarbeitung mit typischen Denkfehlern wie dichotomes Denken, Personalisierung, Minimierung/Maximierung etc., was wiederum zu einer selektiven Aufnahme von negativen Informationen führt und so die negative Sicht der eigenen Person

verstärkt. Es kommt auf diese Weise zur Verfestigung und Aufrechterhaltung der Depression.

Kognitive Aspekte der Zwangsstörung

Kernstück der aktuellen Theorien zu Kognitionen bei Zwangsstörungen ist die Bewertung von unerwünschten aufdringlichen Gedanken.

Im Unterschied zur Depression sind die Quelle der Gefahr bei der Zwangsstörung interne mentale Reize – aufdringliche Gedanken und Bilder -, die als widersprüchlich zu eigenen Werten und Moralvorstellungen und somit als ich-dyston wahrgenommen werden (Purdon & Clark, 1999; Purdon, 2000).

Salkovskis (1996) argumentiert, dass sich Personen mit Zwangsstörung durch eine überhöhte Verantwortungsübernahme im Zusammenhang mit aufdringlichen Gedanken von anderen Angsterkrankungen und Depressionen unterscheiden.

Nach Auffassung von Clark (2002) ist das spezifische kognitive Muster bei Zwangsstörungen die Fehlinterpretation von misslungener Gedankenkontrolle, was wiederum zum verstärkten Bemühen um Kontrolle, z.B. durch Gedankenunterdrückung, führt.

Außerdem werden dysfunktionale Annahmen bezüglich der eigenen mentalen Funktionen, im Sinne von Metakognitionen nach Wells (2001), als spezifisch für Zwänge angesehen (Clark, 2002).

Die folgende Abbildung zeigt Unterschiede und Gemeinsamkeiten kognitiver Muster bei Depressionen und Zwangsstörungen:

Zwangsstörung	Major Depression
<i>Unterschiedliche kognitive Muster</i>	
Aufmerksamkeit ist auf interne angst erzeugende Gedanken, Bilder oder Impulse gerichtet (ego-dystones Material)	Aufmerksamkeit ist auf Gedanken an vergangene Verluste, Versagen oder Deprivation gerichtet (ich-syntones Material)
Dysfunktionale Bewertungen bezüglich Verantwortung, thought-action fusion; katastrophisierende Fehlinterpretation von persönlicher Bedeutsamkeit oder misslungener Kontrolle der eigenen Gedanken	Negative Bewertung der eigenen Person, der Welt und der Zukunft
Dysfunktionale Grundüberzeugungen bezüglich Verantwortlichkeit, thought-action fusion (insbes. in Bezug darauf, anderen zu schaden), Perfektionismus (Fehlervermeidung), Überbewertung von Gedankenkontrolle und Intoleranz von Unsicherheit	Dysfunktionale Grundüberzeugungen bezüglich interpersonellem Verlust, Isolation, Zurückweisung oder Nicht-Akzeptanz; Überzeugungen bezüglich Fehlschlägen, Versagen oder Verlust von Unabhängigkeit und Autonomie
Gemeinsame kognitive Muster	
Erhöhte Selbstaufmerksamkeit; erhöhte Anzahl von negativen Gedanken bezüglich der eigenen Person, erhöhte Frequenz unerwünschter Gedanken und Bilder	
Kognitive Denkfehler wie dichotomes Denken, Übergeneralisierung, Personalisierung, selektive Abstraktion, willkürliche Schlussfolgerungen und Minimierung/Maximierung	
Dysfunktionale Überzeugungen bezüglich persönlicher Bedeutsamkeit von unerwünschten Gedanken, Überbewertung von Gedanken, Selbst-Beschuldigung/-Anklage, Verpflichtung zu hohen persönlichen Standards (Gewissenhaftigkeit)	

Abb. 7: Nach Clark, 2002, S. 244: Common and distinct cognitive constructs of OCD and Major Depression

Spezifität spezieller Themenbereiche

Verantwortung

Bezüglich Verantwortung wurden die meisten Studien vorgenommen, wobei jeweils Korrelationen zwischen Verantwortungsskalen und Zwangs- und Depressionsmaßen berechnet wurden. In einer Studie von Rachman, Thordarson und Radomsky (1995) fanden die Autoren höhere Korrelationen zwischen der Subskala *Verantwortung* des Revised

Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI-R) und dem MOCI-Gesamtwert als mit dem BDI.

Steketee, Frost und Cohen (1998) stellten in ihrer Studie ebenfalls fest, dass die Subskala *Verantwortung* des Obsessive Compulsive Beliefs Questionnaire (OCBQ) höher mit den Zwangsinventaren Y-BOCS und Padua Inventory korrelierten als mit dem BDI.

Trotz einiger widersprüchlicher Ergebnisse, wurden in der Mehrzahl der Studien stärkere Zusammenhänge von Verantwortungs- mit Zwangsmaßen gefunden, als mit Depressivität. Es kann somit nach Clark (2002) davon ausgegangen werden, dass überhöhte Verantwortungsübernahme ein für Zwangsstörungen spezifisches Denkmuster ist.

thought-action fusion

In der bereits erwähnten Studie von Rachman et al. (1995) war die TAF-Subskala der Verantwortungsskala die einzige Dimension, die mit Zwangssymptomen in einem engen Zusammenhang stand (Korrelation mit MOCI-Gesamtwert: $r=.45$).

In einer Studie von Purdon und Clark (1994a,b) stellten die Autoren bei einer nichtklinischen Stichprobe fest, dass die Überzeugung, dass Gedanken eine Handlung wahrscheinlich machen und oder auf andere Weise wahr werden (TAF), ein Prädiktor für das Auftreten von aufdringlichen Gedanken ist.

Insgesamt lassen die Ergebnisse nach Clark (2002) vermuten, dass TAF ein für Zwangsstörungen spezifisches Denkmuster darstellt, das in engem Zusammenhang mit der Häufigkeit und Unkontrollierbarkeit von Zwangsgedanken steht.

Perfektionismus

Perfektionistische Überzeugungen wurden sowohl bei Depressionen (Hewitt & Flett, 1991) als auch bei Zwangsstörungen festgestellt (Frost, Marten, Lahart & Rosenblate et al, 1990; Rhéaume, Freeston, Dugas, Letarte & Ladouceur, 1995). Andererseits fanden Frost et al. (1990) enge Zusammenhänge zwischen bestimmten Aspekten von Perfektionismus (Befürchtungen bezüglich Fehlern und Zweifel an den eigenen Handlungen) und Zwangssymptomen. Die Zusammenhänge zwischen Depressivität und Perfektionismus waren geringer ausgeprägt.

Hewitt & Flett (1993) stellten fest, dass hoher Perfektionismus, als hoher eigener Leistungsstandard definiert, mit Misserfolg korrelierte, was wiederum einen Prädiktor für depressive Symptome darstellte. Bei den Studien der OCC Working Group (2001) korrelierte die Subskala *Perfektionismus* des OBQ gleichermaßen mit Zwangssymptomen als auch mit Depressivität. Die Zwangssymptomatik schien dabei eine Moderatorvariable für den Zusammenhang mit Depressivität darzustellen.

Insgesamt ist nach Clark (2002) festzustellen, dass Perfektionismus sowohl eine Rolle für Zwangsstörungen als auch für Depressionen spielt. Es wird jedoch vermutet, dass es sich dabei um verschiedene Aspekte von Perfektionismus handelt: Bei Zwangsstörungen geht es z.B. um die Befürchtung, Fehler zu machen und um Zweifel an den eigenen Handlungen, bei Depressionen liegt der Schwerpunkt auf hohen eigenen Leistungsstandards.

Andere kognitive Themenbereiche

In den Studien zum OBQ der OCC Working Group (2001, 2003) stellten die Autoren fest, dass die Subskalen *Kontrolle*, *Wichtigkeit von Gedanken* und *Toleranz von Unsicherheit* jeweils fast genauso hoch mit dem BDI wie mit dem Padua Inventory korrelierten. Purdon und Clark (1999) dagegen stellten fest, dass die Subskala *Kontrolle* des Meta Cognitions Beliefs Questionnaire (MCBQ) den einzigen Prädiktor für Werte in der Obsessional Thoughts Checklist darstellte.

Aufgrund der derzeitigen unzureichenden Befundlage ist bezüglich der genannten Themenbereiche noch keine eindeutige Aussage darüber zu machen, ob es sich um spezifische Denkmuster bei Zwangsstörungen handelt oder nicht.

Clark (2002) kommt aufgrund der empirischen Ergebnisse zur Spezifität von kognitiven Mustern zu folgenden Schlußfolgerungen:

- Nach Tallis (1995) und Rachman und Hodgson (1980) ist es naheliegend, dass sich in Folge einer schwer ausgeprägten Zwangsstörung und den damit einhergehenden starken sozialen und beruflichen Beeinträchtigungen eine Major Depression entwickelt. Dies wäre dann jedoch eine zum Krankheitsbild einer schweren Zwangsstörung zugehörige Depression, es kann daraus noch nicht auf gemeinsam zugrundeliegende Ursachen, z.B. bestimmte dysfunktionale Denkmuster oder genetische Wurzeln, geschlossen werden.
- Um dies zu überprüfen, müsste ein Vergleich durchgeführt werden zwischen Personen mit Major Depression ohne Zwangsstörung und Personen mit sekundärer Major Depression in Folge einer schwer ausgeprägten Zwangsstörung. Außerdem werden Studien benötigt mit Gruppenvergleichen zwischen Personen mit Major Depression und Personen mit Zwangsstörung ohne Komorbidität der jeweils anderen Erkrankung.
- In vielen der zitierten Studien wurden die Diagnosegruppen nicht klar voneinander getrennt, so dass erhöhte Werte in Depressionsmaßen keine eindeutigen Rückschlüsse zulassen.

- Wie beim Beispiel des Perfektionismus zu ersehen, werden außerdem genauere Definitionen der bisherigen kognitiven Modelle und dementsprechend verfeinerte Messinstrumente benötigt, um die Feststellung von Unterschieden zwischen den Störungsbildern zu ermöglichen.

1.5.1.1 Das Vierfelderschema von van Oppen und Arntz 1994

Überschneidungen und Unterschiede zwischen Zwangserkrankungen, Depressiven und Angststörungen haben van Oppen und Arntz (1994) anhand eines Vierfelderschemas verdeutlicht:

	Katastrophe in der Vergangenheit	Katastrophe in der Zukunft
Hohe Verantwortung	Negatives Selbstbild, Schuld, Depression	Zwänge
Niedrige Verantwortung	Ärger/Groll	Angst/Phobien

Abb. 8: Einteilung von Zwang, Depression und Angst hinsichtlich der subjektiv wahrgenommenen persönlichen Verantwortung und der zeitlichen Perspektive des negativen Ereignisses (aus van Oppen & Arntz, 1994)

Nach diesem Modell erwarten Angstpatienten eine Katastrophe in der Zukunft, für die sie keine Verantwortung tragen („Ich werde an einem Herzinfarkt sterben“), Depressive schreiben sich die Schuld zu für vergangenes Unglück („Ich habe versagt“). Ärger entsteht, wenn sich der Betreffende nicht verantwortlich für eine vergangene Katastrophe fühlt („Der andere hätte besser acht geben müssen“).

Bei Zwängen fühlt sich die Person für ein erwartetes Unglück verantwortlich. Es ist oft dann nicht das Ereignis selbst, was katastrophal ist, sondern eher die Tatsache, dass man es hätte verhindern können und deshalb dafür verantwortlich ist. Als Konsequenzen werden dann Ablehnung durch andere, Schuld und Wertlosigkeit befürchtet.

Die Überschneidung mit Depressionen ist in der überhöhten Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme zu sehen, die Gemeinsamkeit mit den Angststörungen in der Angst vor zukünftigem Unglück.

Anhand dieses Modells wird deutlich, dass sich die *kognitiven Inhalte* bei Zwängen (antizipierte Verantwortung, Schuld, Bestrafung) eher mit Depressionen als mit

Angststörungen überschneiden. Von Ecker (2001) wird die Vorwegnahme der zukünftigen Katastrophe bei Zwängen auch als Depressionsabwehr interpretiert.

1.5.2 Zwang versus Agoraphobie/Panikstörung

Wie bereits erwähnt wird die Zwangserkrankung im DSM IV den Angststörungen zugeordnet. Diese Zuordnung ist umstritten, sie wird von einigen Autoren als inadäquat beurteilt (z.B. Tallis, 1996).

Komorbidität

Die Komorbidität zwischen Zwangserkrankungen und anderen Angsterkrankungen ist hoch: Rasmussen und Tsuang 1986 fanden folgende Lebenszeitprävalenzen für eine weitere Angststörung bei einer Gruppe von 100 Zwangspatienten: einfache Phobie 27%, Soziale Phobie 18%, Panikstörung 14%, Agoraphobie 9%. Diese Zahlen wurden in Studien von Schulte (1996) und Demal (2000) bestätigt: sie fanden Komorbiditätsraten mit sozialen Phobien von 18-20%, mit Panikstörungen mit und ohne Agoraphobien von 14% und mit spezifischen Phobien von 22-25%. Andererseits ist eine komorbide Zwangsstörung bei anderen Angsterkrankungen weniger häufig (Crino & Andrews, 1996).

Die Komorbiditätsrate von Agoraphobie und Panikstörung ist sehr hoch, 65% aller Patienten leiden zugleich unter beiden Erkrankungen (Margraf & Becker, 1996). Aus diesem Grund werden die beiden Erkrankungen in der folgenden Darstellung stets zusammengefasst.

Kognitionen bei Panikstörung/Agoraphobie

Mit den Arbeiten von Beck (1967, 1976; Beck & Clark 1997) und Clark (1986) gewannen kognitive Aspekte zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Panikstörung und Agoraphobie an Bedeutung. Nach Beck's Theorie der Inhaltsspezifität (Beck, 1967) kann auch die Panikstörung/Agoraphobie von den übrigen psychopathologischen Erkrankungen abgegrenzt werden.

Inhaltlich stehen dabei z.B. Fehlbewertungen, externe Kontrollüberzeugungen und die Erwartung katastrophaler Konsequenzen im Vordergrund (Beck et al., 1985).

Beck nimmt dabei bestimmte dysfunktionale Schemata (Grundüberzeugungen) an, die die Wahrnehmung der eigenen Person und der Umgebung steuern, z.B. die Einstellung „Ich bin ein sehr sensibler, verletzbarer Mensch“, was prinzipiell zu einer Überschätzung von Gefahren und Unterschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten führt. In einer durch

biographische Lernerfahrungen als bedrohlich erfahrenen Situation wird nun ein evolutionär gesteuertes „Angstprogramm“ abgerufen, es kommt zu einer physiologischen Erregung. Auf der Ebene von automatischen Gedanken erfolgt nun eine Fehlbewertung der körperlichen Symptome, in dem Sinne, nicht richtig zu funktionieren und gefährdet zu sein. Durch Rückkopplung wird so die Angst aufrechterhalten oder sogar gesteigert. Nach dem Angstanfall entsteht Furcht vor dem nächsten Anfall und kann die ursprüngliche Angst vor einer bestimmten Situation (bei Agoraphobie) sogar überlagern. Es entstehen auf diese Weise „interne Auslöser der Angst“ (McNally, 1990).

In ihrem Informations-Prozeß-Modell erweitern und verfeinern Beck und Clark diese Überlegungen (Beck & Clark, 1997).

Des Weiteren werden Kontrollüberzeugungen als bedeutsam erachtet (Trenkamp, 1998). Unter anderem in einer Studie von Hartung (1990) wurde das Flucht- und Vermeidungsverhalten von phobischen Patienten als Handlungskontrolldefizit interpretiert. Die Versuchspersonen zeichneten sich durch eine lageorientierte Zustandsfixierung und Misserfolgsgeneralisierung aus und fühlten sich dementsprechend hilflos ausgeliefert. Insgesamt gibt es Hinweise für überwiegend externale Kontrollüberzeugungen bei Phobikern (Adler & Price, 1985; Michelson, 1987).

Einzelne Themenbereiche:

Verantwortung

Nach dem Modell von Van Oppen und Arntz (1994) wird Verantwortung eher nach außen abgegeben, dies korrespondiert mit den erwähnten überwiegenden externalen Kontrollüberzeugungen. Es sind somit keine Überschneidungen mit Zwangsstörungen und deren übermäßiger Verantwortungsübernahme zu erwarten.

Perfektionismus

In einer Studie von Antony, Downie und Swinson (1998) stellten die Autoren fest, dass bei Agoraphobie und Panikstörung im Vergleich mit Zwangsstörungen ebenfalls Perfektionismus vorliegt, hierbei jedoch mit dem Schwerpunkt auf der sozialen Dimension des Perfektionismus (z.B. Angst vor Kritik durch andere, Orientierung an elterlichen Erwartungen). Auch in einer Studie von Frost und Steketee (1997) erwiesen sich Angstpatienten (Panikstörung mit Agoraphobie) als perfektionistisch, Zwangspatienten unterschieden sich lediglich bezüglich der Subskala *Zweifel am eigenen Handeln*. Die Vermutung liegt nahe, dass Perfektionismus bei Agoraphobie/Panikstörung eher sozial bzw. extern, bei Zwangsstörungen eher intern motiviert ist.

Thought-action fusion

Hierzu gibt es bezüglich Agoraphobie/Panikstörung keine Hinweise in der Literatur.

Risikoaversion/Angstvermeidung

Inhaltlich ist es plausibel, dass Agoraphobiker aufgrund ihrer Überschätzung von Gefahren eine Aversion gegenüber Risiken haben. Angstvermeidung ist ebenfalls ein zentrales Merkmal der Erkrankung.

Schuld/Scham/Moral

Aufgrund des fehlenden Verantwortungsgefühls (s.o.) ist die übermäßige Ausprägung von Schuld- oder Schamgefühlen eher unwahrscheinlich. Auch das im Vergleich zu anderen Erkrankungen, insbesondere Zwangsstörungen, häufigere und schnellere Aufsuchen eines Behandlers (Margraf und Schneider, 2003) ist ein Hinweis dafür, dass Schuld und Scham keine wesentliche Rolle bei der Erkrankung spielen.

Kontrolle

Die Angst vor Kontrollverlust ist ein im DSM IV und ICD 10 genanntes Symptom einer Panikattacke, außerdem ist dies eine oft geäußerte Befürchtung von Agoraphobikern/Panikpatienten. Fraglich ist jedoch, ob diese Patienten deshalb bemüht sind, Kontrolle auszuüben – so wie Zwangspatienten – oder ob sie aufgrund des Überwiegens von externalen Kontrollüberzeugungen (Trenkamp, 1998) Kontrolle zu früh aufgeben und in Hilflosigkeit verfallen.

Akzeptanz

Hinsichtlich Akzeptanz ist zu vermuten, dass es Agoraphobikern schwer fällt, negative Gedanken und Gefühle zu akzeptieren. Insbesondere besteht eine ausgeprägte Angst vor der Angst, und dies wird als wichtiger aufrechterhaltender Faktor der Erkrankung angesehen.

Andere Unterschiede und Gemeinsamkeiten

Die bei Zwängen auftretenden Gefühle werden von den Betroffenen weniger als Angst sondern eher als Anspannung, Unruhe, Unbehagen (im engl. anxiety/discomfort) bezeichnet. Auch Ekel oder Wut sind oft auftretende Emotionen (Reed, 1985).

Die Behandlung der Zwänge ist nach Freitag und Fiegenbaum (1992) im Vergleich zu anderen Angststörungen deutlich schwieriger und mit einem höherem Rückfallrisiko behaftet. Außerdem haben Anxiolytika keinerlei Wirkung bei Zwängen.

Prinzipiell unterscheiden sich Zwänge und Phobien hinsichtlich der angsterzeugenden Reize, der damit verbundenen Befürchtungen und der Qualität der hervorgerufenen Emotionen (Marks, 1987, siehe auch Lakatos, 1997).

Agoraphobiker haben Angst vor speziellen Situationen, die meist klar umschrieben und somit auch vermeidbar sind. Bei Zwängen sind die angstausslösenden Situationen oftmals vage definiert (z.B. nicht sichtbarer Schmutz) und dadurch nicht völlig vermeidbar, so dass zusätzliche aktive Vermeidungsstrategien wie Zwangsrituale eingesetzt werden müssen.

Die Befürchtungen von Zwangspatienten sind zukunftsorientiert und abstrakter als bei Phobikern. Außerdem sind die Befürchtungen wesentlich komplexer, oft hat der auslösende Reiz kaum noch etwas mit den antizipierten Konsequenzen zu tun. So sind z.B. die vom Zwangspatienten angenommenen Verbreitungswege einer Infektion sehr kompliziert und von außen betrachtet kaum noch in Verbindung mit der auslösenden Situation zu bringen. Die Ängste sind somit auch nicht direkt an den Stimulus gebunden, sondern eher auf die Folgen bezogen, d.h. sie können auch verzögert entstehen und lange anhalten. Im Gegensatz dazu ist die Angst beim Agoraphobiker direkt an die Situation oder den Reiz gebunden, sie entsteht sofort, klingt aber nach Verlassen der Situation meist sofort wieder ab.

Die wichtigsten Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Zwangsstörung und Agoraphobie/Panikstörung sind in der Abbildung 9 auf der folgenden Seite verdeutlicht.

Abbildung 9 zeigt Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Zwangsstörung und Agoraphobie/Panikstörung:

Zwangsstörung	Agoraphobie/Panikstörung
Gemeinsamkeiten: Das Hauptgefühl besteht in „Angst“ Vermeidungsverhalten als Charakteristikum Die befürchteten Ereignisse liegen in der Zukunft Kognitiv: ausgeprägtes Katastrophisieren Überschätzung von Wahrscheinlichkeiten von Gefahren/Bedrohung/Unglück Unterschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten	
Unterschiede:	
Gefühle werden auch benannt als „Erregung“, „Anspannung“, „Unruhe“, „Ekel“	Gefühl wird immer benannt als „Angst“
Reiz kann verzögert Angst auslösen, die Angst kann anhalten, auch wenn die Situation bereits vorbei ist	Agoraphobie: Situation löst direkt Angst aus Panik: interne Auslöser
Eher aktives Vermeidungsverhalten: Zwangsrituale Reize meist schwierig zu vermeiden, da teilweise „unsichtbar“	Eher passives Vermeidungsverhalten: Nicht-Aufsuchen oder Verlassen der Situation, ablenken Agoraphobie: Vermeidung meist einfach möglich, da Situationen eng umschrieben sind Panik: kaum Vermeidung möglich
Versuch der Kontrolle der Situation	Aufgabe von Kontrolle, Verfallen in Hilflosigkeit
Befürchtete Konsequenzen erfolgen oft langfristig (Strafe, Schuld, Tod)	Befürchtete Konsequenzen erfolgen kurzfristig (in den Ohnmacht fallen)
Befürchtungen sind vage, abstrakt, es bestehen Befürchtungsketten, die logische Verbindung zum auslösenden Reiz ist „von außen“ oft nicht mehr nachvollziehbar	Befürchtungen sind klar umschrieben Es sind konkrete Ereignisse (Angstanfall - Ohnmacht-Tod)

Abb. 9: Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Zwangsstörung und Agoraphobie/Panikstörung

Innerhalb der Kategorie der Angststörungen gibt es Hinweise für unterschiedlich enge Zusammenhänge:

In einer Untersuchung von Brown, Chorpita und Barlow (1998) gingen die Autoren der Frage der Überlappungen von 5 Diagnosegruppen des DSM IV nach: Affektive Störungen, Generalisierte Angststörung, Panikstörung/Agoraphobie, Zwangsstörung, soziale Phobie. Die Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalyse konnten die diskriminante Validität des DSM IV bestätigen: die 5-Faktorenlösung, bei der alle Diagnosegruppen einzeln vorlagen, war am plausibelsten. Es konnten folgende Überlappungen festgestellt werden: der latente Faktor der Zwangsstörung hatte die stärkste Überlappung mit dem latenten Faktor der generalisierten Angststörung: ($r=.52$). Alle anderen Korrelationen waren niedriger: affektive Störungen $r=.43$; Panikst./Agoraphobie $r=.29$; soziale Phobie $r=.30$.

Diese Ergebnisse bestätigen frühere Untersuchungen (Zinbarg & Barlow, 1996), dass die engsten Zusammenhänge zwischen Zwangsstörung und generalisierter Angststörung

bestehen, darauf folgen die affektiven Störungen. Geringere Zusammenhänge bestehen mit den anderen klassischen Angststörungen Panikstörung/Agoraphobie, soziale Phobie.

1.5.3 Agoraphobie/Panikstörung versus Depression

Komorbidität

In verschiedenen Studien zeigt sich eine hohe Komorbidität zwischen Agoraphobien/Panikstörung und Depressionen. Moras und Barlow (1992) fanden bei einer Literaturübersicht, dass zwischen 11-50% der Patienten mit Agoraphobien und zwischen 17-44% der Patienten mit Panikstörungen unter Depressionen leiden. In einer Studie von Rohde, Lewinsohn & Seeley (1991) waren bei 85% der Angstpatienten die Depressionen sekundär aufgetreten, ein Ergebnis, das auch von Wittchen (1991) bestätigt wurde.

Die Ergebnisse der Zürich-Studie wurden von Angst und Vollrath (1989) dahingehend interpretiert, dass man eher von einem Kontinuum zwischen Angst und Depression ausgehen sollte. L.A. Clark und Watson (1991) kamen nach einer Durchsicht entsprechender Studien zu dem Schluss, dass es bei beiden Erkrankungen einerseits einen gemeinsamen Faktor des „affektiven Unwohlseins“ (affective distress) gibt. Für beide Erkrankungen existieren jedoch darüber hinaus spezifische Faktoren: der Angstfaktor besteht in Anspannung und Symptomen autonomer Erregung, der Depressionsfaktor ist gekennzeichnet durch Mangel positiven Affekts (Verlust von Freude und Interesse, Apathie und Müdigkeit). Diese Ergebnisse stellen das tripartite-Modell dar. Das Modell wurde bestätigt in einer Studie von Clark, Steer und Beck (1994).

Ob es Gemeinsamkeiten zwischen Depressionen und Ängsten hinsichtlich kognitiver Muster gibt, insbesondere bezüglich Metakognitionen, ist zu prüfen.

1.6 Zusammenfassung des theoretischen Hintergrunds

Mit den kognitiven Theorien von Beck und Salkovskis wurden Grundsteine gelegt zum Verständnis der Entstehung und Aufrechterhaltung der komplexen und schwierig zu behandelnden Zwangsstörung. Wells (2000) hat diese Ansätze erweitert um den Aspekt der den Bewertungen nach Salkovskis übergeordneten *Metakognitionen*, die der Kontrolle, Überwachung und Steuerung aller Gedanken und Gefühle einer Person dienen. Nach Wells sind dysfunktionale Metakognitionen wesentlich an der Pathogenese der Zwangsstörung beteiligt.

Weitere Charakteristika des Denkens bei Zwangsstörungen sind nach Wells außerdem das überwiegende Denken im *Objekt-Modus*, die Fokussierung der *Aufmerksamkeit auf interne Reize* und inhaltlich die *Vermischung von Denken und Handeln* (Thought-action fusion).

Einige inhaltliche für Zwang relevante Themen stammen bereits aus den Anfängen der Beschreibung des Zwangs in der Literatur, die empirische Überprüfung wurde jedoch erst vermehrt in den letzten zehn Jahren betrieben. Zehn Themenbereiche (*Verantwortung, Perfektionismus, Akzeptanz von Gedanken, Schuld/Scham, Zweifel, Risikoaversion, Angstvermeidung, Kontrolle, Thought-action fusion, Mora*) stellten sich in bisherigen Studien als relevant für Zwang im Vergleich zu gesunden Personen heraus.

In einigen Untersuchungen wurde auch der Frage der Spezifität nachgegangen, z.B. durch einen Vergleich mit Angst oder Depression. Zusammengefasst liegen Forschungsergebnisse vor, die eindeutig eine Relevanz dieser zehn Themen für die Aufrechterhaltung - und eventuell Entstehung - von Zwang zeigen. Einige Themenbereiche erwiesen sich als spezifisch für Zwang. Hier bedarf es weiterer Erforschung.

Zur Erfassung von dysfunktionalen Kognitionen wurden in den letzten zehn Jahren einige Verfahren entwickelt. Hervorzuheben ist zunächst das *Inventory of Beliefs Related to Obsessions*, bei dem als eines der ersten Verfahren der Ansatz von Salkovskis aufgegriffen wurde und welches gut empirisch überprüft ist. Es diente für neuere Verfahren wie den *Obsessive Beliefs Questionnaire* und das *Interpretations of Intrusions Inventory* der Obsessions Compulsions Cognitions Working Group als Grundlage. Mit dem OBQ und dem III liegen theoretisch gut fundierte Fragebögen vor, die sich als reliabel, valide und nützlich für die Therapie erwiesen. Zeitlich parallel zu diesen Fragebögen entstand der *Meta-Fragebogen* von Oppelt bestehend aus Metakognitionen nach Wells.

Dieses Inventar diente in der vorliegenden Untersuchung als Grundlage für die Erstellung einer eigenen Itemliste. Im Gegensatz zu den beiden Fragebögen der OCCWG dient sie

ausschließlich der Erfassung von Kognitionen auf einer übergeordneten Abstraktionsebene nach Wells und schließt den Aspekt von Emotionen mit ein.

Aufgrund der hohen Komorbiditätsrate bei Zwang, insbesondere mit Depression und Angst, stellt die Frage der *Spezifität* bestimmter Kognitionen bei Zwang für den Untersucher ein erhebliches Problem dar.

Bezüglich Kognitionen gibt es zwischen den drei Erkrankungen Zwang, Angst und Depression einige Gemeinsamkeiten, aber auch zahlreiche Unterschiede (siehe Kap. 1.4.). Insbesondere auf der Ebene der Metakognitionen gibt es bisher kaum Untersuchungen zum Vergleich der drei Erkrankungsgruppen. Oftmals ist in Studien die Frage der Komorbidität nicht berücksichtigt, so dass Zwangspatienten mit Depressiven verglichen werden, ohne die zusätzlichen Depressionen der Zwangspatienten zu erheben. Diese Überschneidung hat jedoch eine erhebliche Auswirkung auf die Interpretierbarkeit möglicher „Unterschiede“. Vor dem Hintergrund der hohen Komorbiditätsrate von Zwang, Angst und Depression könnten - in Studien bei denen dieser Aspekt nicht berücksichtigt wurde - tatsächlich vorliegende Unterschiede eventuell eher unterschätzt worden sein.

Es ergeben sich folgende Schlussfolgerungen für die eigene Studie:

(1) Zur empirischen Überprüfung der Gültigkeit der Metakognitionen nach Wells bedarf es eines dafür erstellten Erhebungsinstrumentes.

Es werden Items auf einer mittleren Abstraktionsebene formuliert zu den oben genannten zehn Themenbereichen *Verantwortung, Perfektionismus, Kontrolle, Zweifel* etc., die sich in der bisherigen Literatur als relevant herausstellten. Auf der Grundlage des Meta-Fragebogens von Oppelt wird nach einer Pilostudie ein eigener Fragebogen erstellt: *Zwangaufrechterhaltende Überzeugungen zu Gedanken und Gefühlen (ZAGG)*.

(2) Die zehn vorab angenommenen Themenbereiche sollen zunächst auf ihre psychometrischen Eigenschaften überprüft werden. Weitere Aspekte sind der Zusammenhang mit Therapieerfolg, Änderungssensitivität, Reliabilitäts- und Validitätseigenschaften.

(3) Zur Überprüfung der Spezifität werden drei klinische Vergleichsgruppen (Zwang, Angst, Depression) gebildet, die möglichst geringe diagnostische Überlappungen aufweisen.

2. Empirische Untersuchung

2.1 Fragestellungen und Hypothesen

Aus den vorangegangenen Überlegungen lassen sich folgende Fragestellungen und Hypothesen gewinnen:

1. Analyse der Faktorenstruktur

Aus vorhandener Literatur wurden zehn kognitive Themenbereiche ausgewählt, die für Zwangsstörungen relevant sind. Zu diesen Bereichen wurde die Itemliste *Zwangsaufrechterhaltende Überzeugungen zu Gedanken und Gefühlen*, ZAGG erstellt. In einer Faktorenanalyse mit den ZAGG-Daten einer ausreichend großen Stichprobe soll nun überprüft werden, ob diese angenommenen Dimensionen tatsächlich den Denkstrukturen von Personen mit Zwangsstörungen entsprechen.

Hypothese 1:

Die vorab angenommenen kognitiven Themenbereiche lassen sich empirisch untermauern und durch faktorenanalytisch gewonnene Dimensionen abbilden.

2. Überprüfung der Stabilität der Metakognitionen

Bei den Items des ZAGG handelt es sich um Einstellungen und Überzeugungen auf einer mittleren Abstraktionsebene, die einen relativ hohen Allgemeinheitsgrad besitzen und nicht so leicht veränderbar sind wie automatische Gedanken (Beck, 1976). Es kann somit angenommen werden, dass die Einstellungen ohne Therapieeinfluss relativ stabil sind. Es wurde ein Abstand von 5 Tagen gewählt.

Hypothese 2:

Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den Werten im ZAGG-Fragebogen zu Beginn der Behandlung und den Werten nach fünf Tagen.

3. Änderungssensitivität

Die Zwangspatienten durchlaufen eine intensive stationäre Therapie, gezielt zugeschnitten auf die Zwangserkrankung. Alle erhalten Einzeltherapie sowie eine als wirksam überprüfte kognitiv-behaviorale Gruppentherapie (Müller-Svitak, 2002). Es wird somit angenommen, dass die dysfunktionalen Meta-Kognitionen am Ende der Behandlung deutlich abgeschwächt vorliegen, da diese Gegenstand der Einzel- und Gruppentherapie sind.

Die Veränderung durch die als wirksam angenommenen Therapie zeigt sich zusätzlich in einer Verbesserung hinsichtlich der selbst eingeschätzten Symptomatik der Patienten am Anfang und Ende der Therapie. Hierbei werden die Skalen „Zwanghaftigkeit“ und „allgemeine Symptomatik“ des SCL-90-R berücksichtigt, da diese einen Rückschluss auf die Zwangssymptomatik bzw. die Gesamtsymptomatik zulassen. Es ist davon auszugehen, dass ein positiver Zusammenhang besteht zwischen dem Ausmaß der Verbesserung der Symptomatik und dem Ausmaß der Reduktion der ZAGG-Werte.

Hypothese 3a):

Nach der Durchführung einer intensiven stationären Behandlung der Zwangserkrankung sind die Mittelwerte im ZAGG-Inventar signifikant reduziert.

Hypothese 3b):

Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Reduktion der ZAGG-Werte am Ende der Behandlung und der Reduktion in den SCL-Skalen „Zwanghaftigkeit“ und „allgemeine Symptomatik“.

4. Spezifität der Metakognitionen

Es soll untersucht werden, ob sich die drei Patientengruppen Zwang, Angst und Depression untereinander unterscheiden. Dabei wird nach den bisherigen Untersuchungen (siehe 1.3) angenommen, dass bestimmte Metakognitionen für Zwangspatienten spezifisch sind. In einem Gruppenvergleich werden somit für diese Gruppe die höchsten Werte erwartet. Nach den vorliegenden Untersuchungsergebnissen wird davon ausgegangen, dass Depressionen höhere kognitive Überlappungen mit Zwangsstörungen aufweisen als Agoraphobie/Panikstörung (siehe 1.5; Brown, Chorpita & Barlow, 1998). Die Gruppe der depressiven Patienten zeigt somit geringer ausgeprägte Metakognitionen als die Zwangspatienten, gefolgt von der Gruppe mit Agoraphobie/Panikstörung.

Aufgrund den bisherigen Studien erwiesen sich die fokussierten dysfunktionalen Kognitionen als generell relevant für Psychopathologie (OCCWG, 2001, 2003; Oppelt, 1998). Es wird somit davon ausgegangen, dass die drei Patientengruppen höhere Werte aufweisen als gesunde Kontrollpersonen.

Die kognitiven Themenbereiche unterscheiden sich in ihrer Relevanz bzw. Spezifität in Bezug auf die drei Erkrankungen, d.h. es werden differentielle Effekte der einzelnen inhaltlichen Themen angenommen.

Hypothese 4a):

Der Mittelwert im ZAGG-Inventar ist bei Zwangspatienten signifikant höher als bei Depressiven, deren Mittelwert ist wiederum signifikant höher als bei den Angstpatienten.

Hypothese 4b):

Bei allen drei Patientengruppen ist der Mittelwert signifikant höher als bei der Gruppe der gesunden Personen.

Hypothese 4c): Einzelne Skalen des ZAGG-Inventar unterscheiden sich in ihren Mittelwerten signifikant zwischen den Gruppen der Zwangspatienten, Angstpatienten, depressiven Patienten und gesunden Personen.

5. Konvergente Validität

Zur Erhebung der konvergenten Validität wird ein Inventar zum Vergleich herangezogen, das etwas Ähnliches misst wie das ZAGG-Inventar: das Inventory of Beliefs Related to Obsessions (IBRO, Freeston, Ladouceur, Thibodeau & Gagnon, 1993). Es handelt sich um eines der ältesten Inventare aus dem Bereich der Kognitionsforschung bei Zwang.

Beide Inventare, das IBRO- und das ZAGG-Inventar erheben den Anspruch, kognitive Verzerrungen bei Zwangsstörungen zu erfassen. Außerdem sind beide Inventare vor dem Hintergrund des Modells von Salkovskis (siehe 1.2.3) erstellt worden. Die Inventare weisen Überschneidungen in einigen Themenbereichen und Item-Inhalten auf (z.B. Verantwortung, Schuld). Bei dem IBRO handelt es sich um ein bereits überprüfetes Inventar mit guten Werten bezüglich Reliabilität und konvergenter Validität (siehe 2.2.2.5).

Hypothese 5a): Es ergeben sich signifikante positive Zusammenhänge zwischen dem IBRO und dem ZAGG-Inventar

Es wird angenommen, dass dysfunktionale Meta-Kognitionen für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangssymptomatik eine wichtige Rolle spielen (Wells, 2000). Es ist somit davon auszugehen, dass ein positiver Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Zwangserkrankung, gemessen mit der Y-BOCS, und den Werten im ZAGG-Inventar besteht. Dasselbe wird für den IBRO angenommen. Es wird außerdem ein positiver Zusammenhang zwischen der selbsteingeschätzten Zwangssymptomatik, gemessen durch die Subskala „Zwanghaftigkeit“ des SCL90-R, und den Werten im ZAGG-Fragebogen erwartet. Dasselbe wird für den Gesamtscore „Symptomatik“ des SCL erwartet.

Des weiteren wird angenommen, dass dysfunktionale Metakognitionen für eine Untergruppe von Zwangspatienten eine größere Relevanz haben und deshalb in einem engeren Zusammenhang stehen mit dem Ausmaß an Zwangsgedanken als mit Zwangshandlungen.

Hypothese 5b): Die Werte im ZAGG-Fragebogen korrelieren signifikant positiv mit den Werten der Y-BOCS

Hypothese 5c): Die Werte des IBRO korrelieren signifikant positiv mit den Werten in der Y-BOCS.

Hypothese 5d): Es zeigt sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen den Werten im ZAGG-Fragebogen und den Werten den Skalen „Zwanghaftigkeit“ und „Symptomatik“ des SCL-90-R.

Hypothese 5e) Die Werte im ZAGG-Fragebogen korrelieren höher mit dem Ausmaß der Zwangsgedanken (Y-BOCS Teil 1) als mit dem Ausmaß der Zwangshandlungen (Y-BOCS Teil 2).

6. Diskriminante Validität

Aufgrund der angenommenen Spezifität für Zwangspatienten wird davon ausgegangen, dass die dysfunktionalen Metakognitionen des ZAGG-Inventars in einem engeren Zusammenhang mit der Zwangssymptomatik stehen (gemessen mit der Y-BOCS) als mit Maßen von Depressivität (BDI) oder Angst (BAI).

Hypothese 6: Die Korrelation zwischen ZAGG-Werten und Y-BOCS ist höher als zwischen ZAGG-Werten und BAI bzw. BDI.

2.2 Methoden

2.2.1 Stichproben

Die Stichproben bestanden aus einer Gruppe von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Zwangserkrankungen (DGZ; n = 120). Ergänzt wurde diese Gruppe durch Zwangspatienten der Klinik Roseneck, bei denen gleichzeitig andere Erkrankungen wie Depression und Angst vorlagen (n= 55).

Des Weiteren nahmen 3 verschiedene Patientengruppen der Klinik Roseneck teil (40 Patienten mit Zwangsstörung; 40 Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie; 40 Patienten mit Major Depression/Dysthymie), diese Patienten waren ohne Komorbidität der jeweils anderen Erkrankungen.

Außerdem wurde eine gesunde Kontrollgruppe mit einbezogen (n=39).

Tab. 1: Übersicht über die Gesamtstichprobe

	N
DGZ-Mitglieder mit Zwangsstörung	120
Zwangspatienten der Klinik Roseneck mit Komorbidität	55
Patienten mit:	
reiner Zwangsstörung	40
reiner Major Depression/Dysthymie	40
reiner Panikstörung mit Agoraphobie	40
Gesunde Personen	39
Gesamt	335

Zur genaueren Beschreibung der Stichproben, Zeitraum der Erhebung, zu Ausschlusskriterien und zur Durchführung siehe Kap. 2.2.4 und 2.2.5. Die Stichprobe war in Untergruppen untergliedert, die unterschiedlichen Analysen dienen.

2.2.2 Meßinstrumente: Selbstbeurteilung

2.2.2.1 ZAGG (Zwangsaufrechterhaltende Überzeugungen zu Gedanken und Gefühlen)

2.2.2.1.1 Beschreibung der Itemvorlage

Als eine erste orientierende Vorlage für das ZAGG-Inventar dienten Items des Meta-Fragebogens (Oppelt, 1997). Zum Design und den Ergebnissen der Studie siehe Kap. 1.4.4.

Es wurden dabei metakognitive Einstellungen zu folgenden für Zwangsstörungen zehn zentralen Themenbereichen (siehe 1.3) formuliert:

Akzeptanz (11 Items), Kontrolle (10 Items), Perfektionismus (2 Items), Thought-action fusion (9 Items), Risikoaversion (6 Items), Angstvermeidung (5 Items), Verantwortung (3 Items), Schuld und Scham (5 Items), Moral (5 Items), Zweifel (2 Items).

Die Probanden stufen ihre Antworten auf einer 5-stufigen Skala ein:

0: trifft *überhaupt nicht* zu/stimme *überhaupt nicht* zu

1: trifft *ein bisschen* zu/stimme *ein bisschen* zu

2: trifft *ziemlich* zu/ stimme *ziemlich* zu

3: trifft *stark* zu/ stimme *stark* zu

4: trifft *sehr stark* zu/ stimme *sehr stark* zu

Der Meta-Fragebogen enthält folgende Items:

Die Gruppierung der Items zu Themenbereichen wurde a priori postuliert, sie ist nicht empirisch untermauert.

Verantwortung

- Ich wundere mich manchmal, dass andere für ihre Gedanken so wenig Verantwortung übernehmen.
- Ich neige dazu, meine Gedanken immer zu bewerten, da ich mich für sie verantwortlich fühle.
- Man ist für jeden einzelnen Gedanken voll verantwortlich.

Moral

- Es gibt viele gute Menschen, die hin und wieder peinliche oder aggressive Gedanken haben.
- Es gibt viele Menschen, die hin und wieder negative oder nicht akzeptable Gefühle haben.
- Nur wenn man leicht Schuld empfinden kann, ist man ein moralischer Mensch.
- Wenn man öfters negative oder nicht akzeptable Gefühle hat, bedeutet dies, dass man ein schlechter Mensch ist.
- Wenn man viele aggressive oder peinliche Gedanken hat, ist man wahrscheinlich ein schlechter Mensch.

Zweifel

- Man sollte seiner ersten Wahrnehmung nicht trauen.
- Man sollte seinem Gedächtnis nicht trauen, wenn man nicht besondere Strategien verwendet hat.

Perfektionismus

- In manchen Situationen bin ich erst dann zufrieden, wenn ich genau das richtige Gefühl habe.
- In bestimmten Lebensbereichen kann ich es sehr schlecht aushalten, wenn ich meine Denkabläufe unterbrechen muss.

Kontrolle

- Man kann seine Gefühle zu fast 100 Prozent zu kontrollieren.
- Es ist wünschenswert, seine Gefühle voll im Griff zu haben.
- Wenn ich meine Gefühle nicht fest unter Kontrolle habe, überfluten sie mich.
- Wenn ich meine Gedanken nicht fest unter Kontrolle habe, überfluten sie mich.
- Schlechte Gefühle dürfen auf keinen Fall zu stark werden.
- Es gibt viele gute Menschen, die ihre Gedanken nicht kontrollieren.
- Schlechte Gedanken dürfen auf keinen Fall zu stark oder zu häufig werden.
- Es ist möglich, seine Gedanken zu fast 100 Prozent unter Kontrolle zu haben.
- Man sollte seine Gedanken immer unter Kontrolle haben.

Akzeptanz

- Jeder Mensch hat ab und zu schlechte oder nicht akzeptable Gefühle.
- Wenn es irgendwie möglich ist, vermeide ich schlechte oder unangenehme Gefühle.
- Wenn es irgendwie möglich ist, verdränge ich unangenehme oder peinliche Gedanken.
- Alle Arten von Gedanken kommen und gehen meistens von selbst.
- Alle Arten von Gefühlen kommen und gehen meistens von selbst.
- Unangenehme Gefühle gehören zum Leben dazu.
- Jeder Mensch hat ab und zu schlechte oder nicht akzeptable Gedanken.
- Ich kann es überhaupt nicht leiden, wenn sich peinliche oder andere unangenehme Gedanken dauernd aufdrängen.
- Ich kann es nicht leiden, wenn sich negative Gefühle dauernd aufdrängen.
- Ich kann es sehr schlecht aushalten, wenn sich ärgerliche oder andere unangenehme Gefühle dauernd aufdrängen.

- Ich kann es sehr schlecht aushalten, wenn sich negative Gedanken dauernd aufdrängen.

Thought action fusion

- Ich habe manchmal das Gefühl, viel Willenskraft zu brauchen, damit ich keine peinlichen oder schädlichen Handlungen vollführe.
- Mit bestimmten Gedanken kann ich Unheil verhindern.
- Wenn man aggressive, peinliche oder andere negative Gedanken hat, bedeutet dies, man könnte auch danach handeln.
- Fast immer bestimmen starke Gefühle mein Verhältnis zur Realität.
- Ein negatives Gefühl signalisiert, dass etwas Unangenehmes passieren wird.
- Wenn man sehr starke negative Gefühle zulässt, könnte man Schaden nehmen.
- Manchmal hat man starke Gefühle, die eigentlich gar keine Aussage über die Wirklichkeit machen.
- Aus meinen Gefühlen leite ich sehr oft Aussagen über die Wirklichkeit ab.
- Wenn man immer wieder negative Gedanken hat, könnte die Persönlichkeit auf die Dauer nachteilig beeinflusst werden.

Angstvermeidung

- Negative Gefühle beängstigen mich.
- Meine Gefühle verunsichern mich oft.
- Schlechte Gedanken machen mir Angst.
- Meine Gedanken verunsichern mich oft.
- Es ist mir äußerst wichtig, dass Gefühle ganz allgemein nicht zu stark werden.

Risikoaversion

- Wenn ich negative Gefühle in mir wahrnehme kann ich mich selbst nicht mehr respektieren.
- Es ist riskant, seinen Gefühlen freien Lauf zu lassen.
- Seinen Gedanken freien Lauf zu lassen ist riskant.
- Wenn ich aggressive oder andere negative Gefühle zulasse, habe ich schnell das Gefühl in ein Chaos abzugleiten.
- Wenn man etwas Wichtiges nicht perfekt durchdenkt, geht man ein großes Risiko ein.
- Wenn ich meine aggressiven oder peinlichen Gedanken zulasse, dann bin ich ihnen irgendwann hilflos ausgeliefert.

Schuld und Scham

- Schuldgefühle sind oft nur belastend und helfen im Grunde nicht weiter.
- Wenn ich aggressive, peinliche oder andere negative Gedanken habe, bekomme ich sofort Schuldgefühle.
- Wenn ich ärgerlich oder wütend bin, bekomme ich sofort Schuldgefühle.
- Man sollte sich für aggressive, peinliche oder sonstige negative Gedanken schämen.
- Man sollte sich für aggressive oder sonstige negative Gefühle schämen.

2.2.2.1.2 Abänderung der Itemvorlage

1. Allgemeingrad der Items

Aufgrund der Ergebnisse ihrer Studie kommt Oppelt (1997) zu dem Schluss, dass die Differenzierungsfähigkeit der Items gesteigert werden könne, wenn diese konkret und *situationsspezifisch* formuliert würden. Situationsspezifische Items sind Einstellungen, die sich auf eine zwangsauslösende Situation, also z.B. einen speziellen aufdringlichen Gedanken, beziehen, wie dies beim III (Interpretations of Intrusions Inventory) erfolgt. Gegen diese Abänderung der Items spricht folgendes:

1. In den Studien der OCCWG (2001, 2003) hat sich herausgestellt, dass die Items des III hoch mit denen des OBQ korrelieren und ebenfalls eher stabile Traits erfassen. Außerdem differenzieren sie schlechter zwischen Angst und Zwang als die allgemeineren Items des OBQ (siehe Kap. 1.4.3).
2. Situationsspezifische Einstellungen sind eher momentaner Ausdruck einer Zwangssymptomatik als dies bei stabilen Annahmen der Fall ist. Bei stabilen Annahmen kann somit davon ausgegangen werden, dass diese genereller zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik beitragen, situationsspezifisch auftretende dagegen Gedanken könnten dagegen lediglich eine Folge oder Kompensation eines zugrundeliegenden dysfunktionalen Mechanismus darstellen.

Aus diesen Gründen wurde entschieden, den Allgemeingrad der Items, nämlich dass sie sich auf eine große Anzahl Gedanken beziehen, im Sinne des Konzeptes der Metakognitionen nach Wells (2000) beizubehalten.

2. Pilotstudie

Zur Formulierung der Items und Auswahl wichtiger Themenbereiche wurden a) Patienten mit Zwangsstörung b) Experten befragt.

Bei den Patienten handelt es sich um Patienten der Klinik Roseneck, die sich dort zur stationären Behandlung befanden. Bei den Experten handelt es sich um Mitarbeiter der Klinik Roseneck, Psychologen und Ärzte, die in der Behandlung von Zwangspatienten erfahren sind. Die Befragung fand von Anfang Mai bis Ende Juni 2002 in der Klinik statt.

Ergebnisse der Patientenbefragung (n = 5):

Anregungen zu einzelnen Items:

- a) Ein Item erwies sich als zu kompliziert formuliert (doppelte Verneinung).
- b) Ein Item war missverständlich formuliert, einige Items waren zu lang, einige bedeuteten genau dasselbe und seien redundant.

Allgemeine Anregungen:

- a) Die häufigste Anregung war dabei, daß es ungünstig ist, Items zu Gefühlen und Gedanken zu mischen. Durch Lesefehler oder Unachtsamkeit käme es so schnell zur Verwechslung der beiden Bereiche.
- b) Es wurde angemerkt, daß es einen Unterschied gebe im Denken in der Zwangssituation und in zwangsfreien Zeiten.
- c) Der Fragebogen wurde überwiegend als nicht zu lang bewertet.
- d) Die Patienten gaben an, sich durch die Items „verstanden“ zu fühlen, d.h. die Sätze entsprächen dem eigenen Denken.
- e) Einige Patienten fragten, ob sie so antworten sollten, wie sie denken, wenn sie im „Zwangsdanken“ sind oder wie sie es „eigentlich wissen“.

Dieser letztgenannte Aspekt war einerseits ein Hinweis darauf, dass das Denken bei Zwangspatienten mit Einsicht in ihre Problematik zweigleisig funktioniert, dass es ein „Zwangsdanken“ gibt und ein Wissen um dessen Verzerrung. Andererseits ist es ein Hinweis darauf, dass das Denken phasenweise verläuft, d.h. dass es einen Unterschied gibt, ob jemand gerade einen Zwang ausübt oder sich in einem zwangsfreien Intervall befindet.

Aufgegriffen wurde dieses Problem dadurch, dass in der Instruktion dazu aufgefordert wurde, anzugeben, welche Einstellung in den letzten Tagen typisch war. Es ging somit darum, anzugeben, was überwiegend der Fall war. Erleichtert wurde diese Entscheidung für die Patienten dadurch, dass der Zeitraum von 4 Wochen (Version von Oppelt) auf „die letzten Tage“ verkürzt wurde, so dass die Erinnerung leichter möglich ist.

Ergebnisse der Expertenbefragung (n = 5):

Anregungen zu einzelnen Items:

- a) Bei einigen Items gab es die Anregungen, diese noch extremer zu formulieren, um eine bessere Differenzierung zu ermöglichen.
- b) Es wurde angeregt, dieselben Mengen- und Zeitangaben zu verwenden wegen der besseren Vergleichbarkeit.

Allgemeine Anregungen:

- a) Der Bereich des Selbstwertgefühls im Zusammenhang mit negativen Gedanken und Gefühlen sei ein wichtiges Thema für Zwangspatienten und fehle im Fragebogen.
- b) Die Experten waren überwiegend der Meinung, daß der Fragebogen typische Einstellungen von Zwangspatienten enthalte und das gedankliche Spektrum gut abdecke.

3. Vorgenommene Veränderungen der ursprünglichen Vorlage:

1. Es werden die Items zu Gefühlen und Gedanken geblockt vorgegeben.
2. Für nahezu jede Einstellung existiert jeweils ein Gefühls-Item und Gedanken-Item, das ähnlich formuliert ist.
3. In die Instruktion wurde der Satz aufgenommen: „Antworten Sie bitte so, wie es für Sie in den letzten Tagen *typisch* war“, d.h. die Probanden müssen sich entscheiden, welche Einstellung überwog oder dominierte. Die Abstufung erfolgt dann nach wie vor auf einer 5-stufigen Skala.
Außerdem wurde in der Instruktion eine Verkürzung des zu Erinnernden Zeitraumes von 4 Wochen auf wenige Tage vorgenommen, was die Erinnerung erleichtern soll.
4. Die Anzahl der Items pro Themenbereich wurden angeglichen.
5. Die Items wurden bezüglich ihrer Formulierungen einander stärker angeglichen, es wurden möglichst dieselben Mengen- und Zeitangaben verwendet.
6. Inhaltlich wurde der Themenbereich Selbstwertgefühl im Zusammenhang mit negativen Gedanken und Gefühlen aufgegriffen und 3 neue Items formuliert.

Ursprünglich bestand der Fragebogen aus 58 Items, davon wurden

- a. 27 Items unverändert übernommen (46,5%).
- b. 31 Items leicht bis stark verändert (53,5%).
- c. sowie 8 Items neu hinzugefügt (13,8%).

2.2.2.1.3 Beschreibung des ZAGG

Diese Version des Fragebogens enthält 65 Items, von denen 10 positiv formuliert sind (zur ausführlichen Beschreibung der einzelnen Themenbereiche siehe Kap. 1.3):

1. Verantwortung (5 Items)

Es geht dabei um überhöhte Verantwortungsübernahme im Umgang mit den eigenen Gedanken oder Gefühlen.

- Ich bin für jedes meiner Gefühle voll verantwortlich
- Ich bin für jeden einzelnen meiner Gedanken voll verantwortlich.
- Ich neige dazu, meine Gedanken zu bewerten, da ich mich für sie verantwortlich fühle.
- Ich neige dazu, meine Gefühle zu bewerten, da ich mich für sie verantwortlich fühle.
- Jeder Mensch sollte für seine Gedanken Verantwortung übernehmen.

2) Moral (5 Items)

Es geht um die moralische Bewertung der eigenen Gedanken/Gefühle und der von anderen Menschen. Hier fließt auch das Konzept des „moral thought-action-fusion“, bei dem es um eine moralische Gleichsetzung von Gedanken und Handlungen geht (einen schlimmen Gedanken zu denken, ist moralisch genauso verwerflich wie, die Tat auszuführen).

- Es gibt viele gute Menschen, die öfters negative oder nicht akzeptable Gefühle haben.
- Es gibt viele gute Menschen, die öfters peinliche oder aggressive Gedanken haben.
- Wenn ich öfters aggressive oder peinliche Gedanken habe, bedeutet dies, dass ich ein schlechter Mensch bin.
- Wenn ich öfters negative oder nicht akzeptable Gefühle habe, bedeutet dies, dass ich ein schlechter Mensch bin.

- Nur, wenn man leicht Schuld empfinden kann, ist man ein moralischer Mensch.

3) Zweifel (6 Items)

Dieser Bereich schließt Zweifel an der eigenen Informationsverarbeitung (Bereiche Gedächtnis, Sinneswahrnehmung) ein.

- Wenn ich ein negatives Gefühl habe, traue ich meiner Sinneswahrnehmung nicht.
- Wenn ich ein negatives Gefühl habe, traue ich meinem Gedächtnis nicht.
- Ich sollte meinem Gedächtnis nicht trauen.
- Ich sollte meiner ersten Sinneswahrnehmung nicht trauen.
- Man sollte seiner ersten Sinneswahrnehmung nicht trauen
- Man sollte seinem Gedächtnis nicht trauen.

4) Perfektionismus (7 Items)

Als speziellen Aspekt von Perfektionismus geht es hier um die Einstellung, dass es einen optimalen/perfekten Zustand in Bezug auf die eigenen Gedanken und Gefühle gibt, der anzustreben ist.

- Nur wenn das Gefühl richtig ist, kann die Situation perfekt sein.
- Ich strebe es an, richtige Gefühle zu haben.
- Ich strebe es an, richtige Gedanken zu haben.
- Oft bin ich erst dann zufrieden, wenn ich genau das richtige Gefühl habe.
- Es gibt in jeder Situation ein richtiges Gefühl.
- Es gibt in jeder Situation einen richtigen Gedanken.

5) Kontrolle (8 Items)

Diese Dimension betrifft den Aspekt der übermäßigen Kontrolle von Gedanken und Gefühlen. In den Items kommt die Überzeugung zum Ausdruck, dass 100%ige Kontrolle möglich und wünschenswert ist.

- Wenn ich meine Gefühle nicht fest unter Kontrolle habe, überfluten sie mich.
- Wenn ich meine Gedanken nicht fest unter Kontrolle habe, überfluten sie mich.
- Ich sollte meine Gefühle unter Kontrolle haben.
- Ich sollte meine Gedanken unter Kontrolle haben.
- Es ist mir wichtig, dass schlechte Gefühle auf keinen Fall zu stark werden.

- Es ist mir wichtig, dass schlechte Gedanken auf keinen Fall zu stark oder zu häufig werden.
- Es gibt viele gute Menschen, die ihre Gedanken nicht bewusst kontrollieren.
- Nur wenn ich meine Gedanken kontrollieren kann, bin ich ein guter Mensch.
- Oft kann ich es sehr schlecht aushalten, wenn ich meine Denkabläufe unterbrechen muss.

6) Akzeptanz der Gedanken und Gefühle (10 Items)

Einerseits geht es um den Aspekt der Vermeidung, andererseits sind positive Items formuliert, die die Akzeptanz des eigenen Gedankenstroms bzw. Gefühlslebens betreffen:

- Jeder Mensch hat öfters schlechte oder nicht akzeptable Gefühle.
- Jeder Mensch hat öfters schlechte oder nicht akzeptable Gedanken
- Alle Arten von Gefühlen kommen und gehen meistens von selbst.
- Alle Arten von Gedanken kommen und gehen meistens von selbst.
- Negative Gedanken kommen und gehen von selbst.
- Negative Gefühle kommen und gehen von selbst.
- Wenn es irgendwie möglich ist, verdränge ich unangenehme oder peinliche Gedanken.
- Wenn es irgendwie möglich ist, vermeide ich schlechte oder unangenehme Gefühle.
- Ich kann es sehr schlecht aushalten, wenn sich negative Gedanken dauernd aufdrängen.
- Ich kann es sehr schlecht aushalten, wenn sich negative Gefühle dauernd aufdrängen.

7) Thought-action fusion (9 Items)

Hierbei geht es um die Vermischung von Gedanken und Handlungen, teilweise im Sinne von magischem Denken.

- Man hat öfters starke Gefühle, die keine Aussage über die Wirklichkeit machen.
- Aus meinen Gefühlen leite ich sehr oft Aussagen über die Wirklichkeit ab
- Wenn man sehr starke negative Gefühle zulässt, könnte man Schaden nehmen.
- Fast immer bestimmen starke Gefühle meine Einschätzung der Wirklichkeit.
- Ein negatives Gefühl signalisiert, daß etwas Unangenehmes passieren wird.
- .Mit bestimmten Gedanken kann ich Unheil verhindern.

- Ich brauche viel Willenskraft, damit ich keine peinlichen oder schädlichen Handlungen ausführe.
- Wenn ich öfters negative Gedanken habe, könnte meine Persönlichkeit nachteilig beeinflußt werden.
- Wenn man aggressive oder peinliche Gedanken hat, bedeutet dies, man könnte auch danach handeln.

8) *Angstvermeidung* (4 Items)

Dieser Bereich umfasst Angst und Unsicherheit im Umgang und als Reaktion auf die eigenen Gefühle und Gedanken.

- Negative Gefühle beängstigen mich.
- Meine Gefühle verunsichern mich oft.
- Schlechte Gedanken machen mir Angst.
- Meine Gedanken verunsichern mich oft.

9) *Risiko-Aversion* (7 Items)

Diese Einstellungen sind im Sinne des Konzeptes Überschätzung der Gefahr und Bedrohlichkeit von Gedanken/Gefühlen formuliert.

- Wenn ich öfters negative Gefühle habe, fühle ich mich wertlos
- Wenn ich öfters negative Gedanken habe, fühle ich mich wertlos.
- Es ist riskant, seinen Gefühlen freien Lauf zu lassen.
- Wenn ich negative Gefühle in mir wahrnehme, kann ich mich selbst nicht mehr respektieren.
- Wenn ich negative Gedanken in mir wahrnehme, kann ich mich selbst nicht mehr respektieren.
- Seinen Gedanken freien Lauf zu lassen ist riskant.
- Wenn man etwas Wichtiges nicht perfekt durchdenkt, geht man ein grosses Risiko ein.

10) *Schuld und Schamgefühle* (4 Items)

Im Zusammenhang mit überhöhter Verantwortungsübernahme werden Schuldgefühle erlebt. Es geht hierbei um Schuld- und Schamgefühle im Umgang eigenen Gedanken/Gefühlen.

- Wenn ich ärgerlich oder wütend bin, bekomme ich sofort Schuldgefühle.

- Wenn ich aggressive oder peinliche Gedanken habe, bekomme ich sofort Schuldgefühle.
- Man sollte sich für aggressive oder sonstige negative Gefühle schämen.
- Man sollte sich für aggressive oder peinliche Gedanken schämen.

Weitere Selbstbeurteilungsinstrumente:

2.2.2.2 Beck Depressionsinventar (BDI)

Das Beck Depressionsinventar (Beck, Rush, Shaw & Emery 1979, deutsche Ausgabe Hautzinger, Bailer, Worall & Keller 1994, 2. überarb. Aufl.) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere einer depressiven Symptomatik. Die 21 Items des BDI erfassen Themen wie Traurigkeit, Pessimismus, Versagen, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Strafbedürfnis, Suizidimpulse etc..

Hautzinger et al. (1994) geben folgende Werte für die Reliabilität des BDI an: die interne Konsistenz betrug für psychiatrische Stichproben zwischen $\alpha = 0,76$ und $\alpha = 0,95$ und für nicht-psychiatrische zwischen $\alpha = 0,73$ und $\alpha = 0,92$, die Retest-Reliabilität für eine Woche lag zwischen $r = 0,60$ und $r = 0,68$. Korrelationen mit anderen Selbstbeurteilungsskalen depressiver Symptomatik wie der Zung Self Rating Depression Scale (SDS) liegen bei $r = 0,57 - 0,83$, mit der Hamilton Depressions Skala (HAMD) zwischen $r = 0,61 - 0,86$.

Bei einer Stichprobe primär depressiver Patienten lag der mittlere BDI-Summenwert bei 23,1 Punkten. Die gesunde Kontrollgruppe wies einen deutlich niedrigeren mittleren Wert von 6,45 auf (Hautzinger et al., 1994) Nach Richter, Werner und Bastine (1994) liegen zur differentiellen Validität, z.B. zur Abgrenzung gegenüber Patienten mit Angstsyndromen, nur wenige Untersuchungen mit widersprüchlichen Ergebnissen vor: Blackburn, Jones und Lewis (1986) ermittelten signifikante Unterschiede zwischen Depressions- und Angstpatienten, andere Studien ergaben keine Unterschiede zwischen den Gruppen (z.B. Turner, McCann, Beidel & Mezzich, 1986). Aufgrund der geringen Anzahl von Untersuchungen ist die Frage der differentiellen Validität des BDI nach Richter et al. (1994) noch nicht beurteilbar.

2.2.2.3 Beck Angst Inventar (BAI)

Das Beck Angst Inventar (Beck, Brown, Epstein & Steer, 1988; dt. Version von Margraf, Ehlers, in Druck) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren. Es handelt sich um eine 21-Item-Symptom-Checkliste, die die Symptome einer Panikstörung oder generalisierten Angststörung erfragt. Diese werden auf einer Skala von 0 („überhaupt nicht“) - 3 („stark - ich konnte es kaum ertragen“) hinsichtlich der Schwere ihres Auftretens in den letzten 7 Tagen eingeschätzt. 13 Items erfassen physiologische Symptome, 5 messen kognitive Aspekte von Angst, 3 beziehen sich sowohl auf somatische als auch auf kognitive Symptome.

Nach den Autoren liegen sehr gute psychometrische Eigenschaften vor: eine sehr gute interne Konsistenz von $\alpha = 0,92$ bei Patienten mit Angststörungen, vergleichbare Werte auch für Patienten mit anderen Störungen oder Personen ohne psychische Störungen. Die Retest-Reliabilität für einen einwöchigen Abstand betrug $r = 0,75$.

Die konvergente Validität wurde für Patienten mit Angststörungen durch hohe Korrelationen mit anderen Selbstbeurteilungsmaßen, z.B. Angstsкала des SCL-90 ($r=0,81$, Steer, Ranieri, Beck & Clark, 1993), die divergente Validität wurde durch niedrige Korrelationen mit konstruktfernen Variablen nachgewiesen. Korrelationen mit dem BDI lagen bei $r = 0,43$ bis $0,47$.

Personen mit Angststörungen haben deutlich höhere Werte als Patienten mit anderen Störungen oder gesunde Personen.

Von Cox, Cohen, Dorenfeld & Swinson (1996) wird kritisiert, dass panikartige Symptome überrepräsentiert sind, so wird zwar die Differenzierung von Angst und Depression verbessert, die Repräsentativität für Angst jedoch verringert.

2.2.2.4 Symptom-Checklist-90-R (SCL-90-R)

Die Symptom-Checklist-90-R (SCL-90-R; Derogatis, 1992; dt. Version von Franke, 2002) diente der Erfassung der allgemeinen Psychopathologie. Es handelt sich um einen Selbstrating-Fragebogen mit 90 Items belastender Symptome, die folgende Bereiche repräsentieren: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Soziale Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Paranoides Denken, Psychotizismus, Aggressivität. Als Gesamtkennwerte dienen der Index für die generelle Symptomatik, die Anzahl der Beschwerden und der Streß-Index der Beschwerden.

Das Zeitfenster beträgt 7 Tage, die Antworten werden auf einer Skala von 0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“ eingestuft.

Die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen liegen nach der Autorin in der Eichstichprobe (n= 2141) zwischen $\alpha=.75$ und $\alpha =.97$, und bei einer klinischen Stichprobe von stationären Psychotherapieklienten zwischen $\alpha =.74$ und $\alpha =.97$. Die Retest-Reliabilität bei einem Zeitraum von einer Woche liegt bei Studierenden zwischen $r = .69$ und $r = .92$.

In der vorliegenden Studie werden der Gesamtkennwert „Symptomatik“ und die Subskala „Zwanghaftigkeit“ verwendet. Zur Subskala Zwanghaftigkeit: 10 Items erfassen leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zu ausgeprägter Zwanghaftigkeit. Es werden klinisch relevante Symptome erfragt wie Gedanken, Impulse und Handlungen, die als ungewollt und ich-fremd beurteilt werden.

2.2.2.5 Inventory of Beliefs Related to Obsessions (IBRO)

Das Inventory of Beliefs Related to Obsessions (IBRO; Freeston, Ladouceur, Gagnon und Thibodeau, 1993) besteht aus 20 Items, die extreme Überzeugungen bezüglich Zwangsgedanken erfassen. Das Inventar besteht aus Aussagen und Einstellungen zu folgenden Themen: Verantwortlichkeit für Gedanken und die Konsequenzen des eigenen Handels, Angemessenheit von Schuldgefühlen als Reaktion auf Gedanken, Kontrolle von Gedanken, Unerträglichkeit von Unsicherheit und Verlust. Die Antworten werden auf einer Skala von 1 = „Ich bin fest davon überzeugt, dass diese Aussagen nicht stimmt“ bis 6 = „Ich bin fest davon überzeugt, dass diese Aussage stimmt“ eingeordnet.

In einer Studie der Autoren (1993) wurden anhand einer studentischen Stichprobe 3 Faktoren festgestellt:

- 1) Verantwortung (Schuld, Scham, Verlust) (11 Items)
- 2) Überschätzung von Gefahr (5 Items)
- 3) Intoleranz von Unsicherheit (4 Items)

Zur Auswertung wird ein Gesamtwert berechnet.

Nach den Autoren ergab sich eine interne Konsistenz von 0,82 und eine befriedigende Retest-Reliabilität von 0,70. Es besteht eine konvergente Validität mit der Belief Scale (BS; Malouff & Schutte, 1986) von $r = 0,59$ und mit der Obsessive Thoughts Checklist (OTC; Bouvard, Mollard, Cottreaux & Guerin, 1989) von $r = 0,47$.

Weiterhin wurden von den Autoren Gruppenunterschiede zwischen einer Gruppe von Zwangspatienten und einer gesunden Kontrollgruppe gefunden, was für die Kriteriumsvalidität spricht. Untersuchungen zur Spezifität (Abgrenzung gegenüber anderen Störungsbildern) wurden bisher kaum durchgeführt. Bei Oppelt (1997) unterschieden sich die

Gruppen (Gesunde, Depressive und Zwangspatienten) nicht in den IBRO-Werten. Nach Steketee et al. (1998) zeigten sich keine höheren Zusammenhänge zwischen IBRO und Maßen von Zwangssymptomatik als mit Maßen anderer Psychopathologie wie Angst und Depression.

2.2.3 Meßinstrumente: Fremdbeurteilung

2.2.3.1 Internationale Diagnose Checklisten (IDCL)

Zur Erfassung ausgewählter psychischer Störungen wie sie im DSM IV (APA, 1994) auf der Achse I definiert werden, wurden die internationalen Diagnose-Checklisten (IDCL; Hiller, Zaudig & Mombour, 1995) verwendet. Es wurden folgende Störungen beurteilt: affektive Störungen, Angststörungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, psychotische Störungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen.

Die zwanghafte Persönlichkeit wurde ebenfalls durch die entsprechende Internationale Diagnose Checkliste für DSM IV Achse II diagnostiziert (Diagnose Checkliste für Persönlichkeitsstörungen, Bronisch, Hiller, Mombour & Zaudig, 1996). Jede Checkliste ist jeweils auf ein Störungsbild bezogen und enthält sämtliche zu beurteilenden Kriterien (Symptome, Zeitmerkmale, Schweregrad, Ausschlusskriterien). Im Gegensatz zu Interviewverfahren (z.B. Strukturiertes Interview für klinische Diagnostik, SKID, Wittchen, Schramm, Zaudig & Unland, 1997), werden bei den Checklisten keine vorformulierten Fragen vorgegeben.

Die IDCL wurden in empirischen Studien überprüft und sind bezüglich der Ergebnisse mit stärker strukturierten und standardisierten Verfahren vergleichbar.

Nach Hiller, von Bose, Dichtl und Agerer (1990) ist die Reliabilität der IDCL für DSM III-R (APA, 1987, deutsche Version von Wittchen, Saß, Zaudig & Koehler, 1989) gut. Für affektive Störungen ergaben sich hohe Reliabilitätswerte: Bipolare Störung ($\kappa = .85$), Major Depression ($\kappa = .73$), und Anpassungsstörung ($\kappa = .73$). Ausreichende Werte ergaben sich für Angststörungen mit einer hohen Reliabilität für Panikstörung ($\kappa = .88$) und mittleren Werten für Phobien ($\kappa = .67$) und Zwangsstörung ($\kappa = .65$). Sehr gute Werte liegen für Störungen im Zusammenhang mit Alkohol, Drogen bzw. Medikamenten vor.

2.2.3.2 Yale-Brown-Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)

Die deutsche Übersetzung der Yale-Brown-Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1989a, dt. Version von Hand & Büttner-Westphal, 1991) diente zur quantitativen und qualitativen Erfassung der Zwangserkrankung. Es handelt sich um ein Fremdratingverfahren.

Im *qualitativen* Teil werden zunächst Gedanken- und Handlungszwänge mit Hilfe einer Symptomcheckliste in Form eines halbstrukturierten Interviews abgefragt. Es handelt sich dabei um 15 Haupt-Symptomgruppen, die aus insgesamt 70 Items bestehen. Es werden z.B. aggressive, religiöse und sexuelle Gedankenzwänge sowie Wasch-, Putz-, Kontroll- und Sammelzwänge erfragt.

Beim *quantitativen* Teil werden Handlungs- und Gedankenzwänge getrennt bezüglich Zeitaufwand, Beeinträchtigung, Leidensdruck, Widerstand, Kontrollempfinden mit Hilfe einer Skala von 0-4 eingeschätzt. Dieser Teil besteht aus 10 Items, deren Punktzahlen am Ende addiert werden, so dass insgesamt maximal 40 Punkte erreicht werden.

Des Weiteren enthält die Y-BOCS Zusatzitems (1b, 6b, 11-19) zur Erfassung von symptomfreien Zeiten, Einsicht in die Sinnlosigkeit der Zwangssymptomatik, Vermeidungsverhalten etc. Diese Items sind jedoch psychometrisch nicht genügend untersucht und gehen daher auch nicht in die Bewertung mit ein.

Als Cut-Off-Wert für eine klinisch ausgeprägte Symptomatik gilt ein Wert von 16 Punkten bei gleichzeitig vorliegenden Denk- und Handlungszwängen bzw. 10 Punkte, wenn ausschließlich Handlungs- oder Denkwänge vorliegen.

Insgesamt werden fünf Schweregradbereiche unterschieden: 0-7 subklinisch; 8-15 Punkte: leicht; 16-23 Punkte: mäßig; 24-31 Punkte: schwer; 32-40 Punkte: extrem (nach Bossert-Zaudig & Niedermeier, 2002).

Die Reliabilität kann nach verschiedenen Untersuchungen als gut bis zufriedenstellend beurteilt werden: nach Goodman et al. (1989a) liegt eine interne Konsistenz von $\alpha = 0,89$ (Cronbach, 1951) vor. Die Interraterreliabilität für die ersten zehn quantitativen Items (s.o.) sowie für den Gesamtscore liegt nach Goodman et al. (1989b) zwischen $r_{tt} = 0,82$ - $r_{tt} = 0,96$. Die Validität ist nach den bisherigen Studien ebenfalls genügend ausgeprägt: es zeigten sich mittlere bis hohe Korrelationen mit anderen Instrumenten zur Erfassung von Zwangssymptomatik ($r = 0,53$ - $0,74$, Goodman et al., 1989b) sowie globalen klinischen Beurteilungen (Kim, Dysken & Kuskowski, 1990).

Diskriminative Validität: Zusammenhänge mit der Hamilton Angst-Skala und der Hamilton Depressions-Skala lag bei $r = 0,47$ bzw. $r = 0,60$ (Goodman et al., 1989b). Dies ist nach den Autoren ein Hinweis dafür ist, dass sich die Y-BOCS nicht für eine differenzialdiagnostische Abklärung eignet.

2.2.4 Untersuchungsdesign

Pilotstudie

Bei der Pilotstudie fand zunächst eine Patientenbefragung ($n = 5$) statt, danach eine Expertenbefragung ($n = 5$). Aus den Ergebnissen dieser Befragungen wurde die Itemliste *Zwangsaufrechterhaltende Überzeugungen zu Gedanken und Gefühlen ZAGG* erstellt.

Erste Studie

In der ersten Studie wurden die Probanden für die Durchführung der Faktorenanalyse gewonnen.

Tab. 2: Studie 1

DGZ-Mitglieder N = 120	Demograph. Daten ZAGG
Zwangspatienten mit Komorbidität, Klinik Roseneck N = 55	Demograph. Daten ZAGG, SCL90-R

Zweite Studie

In der Studie zwei wurden die Erhebungen für den Gruppenvergleich, für die Messung von Reliabilität, Änderungssensitivität und Validität durchgeführt.

Die ZAGG-Daten der „reinen“ Zwangspatienten gingen außerdem in die Faktorenanalyse ein.

Tab. 3: Studie 2

	t1 (kurz nach Aufnahme)	t2 (nach 5 Tagen)	T3 (bei Entlassung)
„reine“ ¹ Zwangspatienten N = 40	Demograph. Daten IDCL, Y-BOCS ZAGG, IBRO, BAI, BDI, SCL-90-R	(N = 30) ZAGG	(N = 29) ZAGG SCL90-R
„reine“ ² Panik mit Agoraphobie N= 40	Demograph. Daten IDCL ZAGG, IBRO, BAI, BDI		
„rein“ ³ Depressive N = 40	Demograph. Daten IDCL ZAGG, IBRO, BAI, BDI		
Gesunde N= 39	Demograph. Daten ZAGG, SCL-90-R		

Anm.:¹ ohne Depression oder Panikstörung; ² ohne Zwangsstörung oder Depression; ³ ohne Zwangsstörung oder Panikstörung

2.2.5 Durchführung

2.2.5.1 Rekrutierung der ProbandInnen

2.2.5.1.1 Rekrutierung der DGZ-Mitglieder

Zur Gewinnung einer ausreichend großen Stichprobe von Personen mit Zwangsstörung wurden Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Zwangserkrankungen (DGZ) über einen Artikel in der Mitgliederzeitschrift „Z-aktuell“ sowie im Internet auf der Homepage des Vereins um Mithilfe gebeten. Über e-mail meldeten sich die Personen, die mitmachen wollten und gaben ihre Adresse an. Den Betreffenden wurde ein ZAGG-Fragebogen zugeschickt, außerdem ein frankierter Rückumschlag.

Um sicher zu gehen, dass die Personen unter einer Zwangsstörung leiden, wurde erfragt, von wem die Zwangserkrankung diagnostiziert wurde (von mir selbst/Psychotherapeut/Arzt).

Außerdem wurde erfragt, wie viele Therapien bereits stattgefunden hatten, Geschlecht, Alter, Dauer der Erkrankung.

Eingeschlossen wurden Mitglieder der DGZ, die angaben, dass bei ihnen *entweder vom Arzt oder Psychotherapeuten* eine Zwangserkrankung diagnostiziert wurde. Ausgeschlossen wurden Personen, die angaben, dass die Erkrankung nur durch *sie selbst* diagnostiziert wurde.

Dies war bei 5 Personen der Fall. Es wurden schließlich 121 DGZ-Mitglieder in die Untersuchung eingeschlossen.

2.2.5.1.2 Rekrutierung der stationären Patientengruppen

Die Patienten wurden innerhalb der ersten Woche des Aufenthaltes in der Klinik Roseneck nach Absprache mit dem zuständigen Bezugstherapeuten kontaktiert und darüber informiert, dass die Teilnahme an der Untersuchung freiwillig ist, dass alle Angaben streng vertraulich behandelt, nicht an Dritte weitergegeben werden und der Schweigepflicht unterliegen. Bei Einverständnis wurde der Patient in die Studie eingeschlossen.

Bei allen Patientengruppen wurden Diagnosen des DSM IV zugrundegelegt. Zunächst wurden diese vom Bezugstherapeuten in der Klinik diagnostiziert, danach von der Autorin anhand der IDCL-Checklisten überprüft. Ausschlusskriterien bei allen Gruppen waren das Vorliegen einer Psychose, Demenz oder einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit.

Alle Untersuchungen wurden von der Autorin selbst durchgeführt.

Gruppe der Zwangspatienten

Alle in der Klinik aufgenommenen Zwangspatienten (meist war eine Diagnose durch den einweisenden Arzt bereits gestellt, dann durch den Bezugstherapeuten überprüft) wurden von der Autorin kontaktiert. Falls die Patienten ihr Einverständnis gaben, wurde ein Termin vereinbart.

Die Zwangspatienten wurden zunächst mit Hilfe der IDCL-Checklisten diagnostiziert. Falls neben der Zwangserkrankung eine Major Depression, Dysthymie, Panikstörung, Agoraphobie oder eine generalisierte Angststörung vorlag, wurden diese Patienten der Gruppe „Zwang mit Komorbidität von Angst oder Depression“ zugeordnet. Sie füllten lediglich das ZAGG-Inventar aus, da diese Daten nur in die Faktorenanalyse gingen.

Diese Gruppe bestand aus 55 Patienten. Bei allen 55 Patienten lag neben der Zwangsstörung eine depressive Erkrankung vor, diese Gruppe wird daher im Folgenden „Zwang + Depression“ genannt.

Die übrigen Zwangspatienten galten als „reine“ Zwangspatienten. Mit ihnen wurde die Y-BOCS durchgeführt, außerdem erhielten sie die Fragebögen BAI, IBRO, BDI, und den ZAGG-Fragebogen. Dies waren insgesamt 40 Patienten.

Die ersten 30 dieser Patienten wurden gebeten, den ZAGG-Fragebogen nach 5 Tagen sowie am Ende des Aufenthaltes nochmals auszufüllen. Nach 5 Tagen gaben alle 30 Patienten ihre Fragebögen ab, am Ende des Aufenthaltes waren es 29 Patienten. Die Drop-Out-Rate zum Ende des Aufenthaltes ist somit minimal (1 Person).

Alle Patienten füllen routinemäßig den SCL-90-R am Anfang und Ende des Aufenthaltes in der Klinik aus.

Gruppe der Angstpatienten

Bei der Gruppe der Angstpatienten sollte als Hauptdiagnose eine Panikstörung mit Agoraphobie vorliegen. Ausschlusskriterien waren hierbei das Vorliegen einer Major Depression, Dysthymie oder Zwangsstörung.

Nach Ausschluß dieser Diagnosen gingen insgesamt 40 Angstpatienten in die Untersuchung ein. Sie erhielten die vier Fragebögen ZAGG, BAI, BDI und IBRO.

Gruppe der Depressiven

Bei der Gruppe der depressiven Patienten sollten als Hauptdiagnose entweder eine Major Depression rezidivierend, einzelne Episode oder eine Dysthymie vorliegen.

Ausschlusskriterien waren das Vorliegen einer Zwangsstörung, Agoraphobie, Panikstörung, generalisierten Angststörung.

Von dieser Gruppe gingen insgesamt 40 Patienten in die Untersuchung ein. Sie erhielten ebenfalls die 4 Fragebögen ZAGG, BAI, BDI und IBRO.

2.2.5.1.3 Rekrutierung der gesunden Personen

Durch Verwandte und Freunde der Autorin wurden die gesunden Personen rekrutiert. Sie erhielten den ZAGG-Fragebogen und einen SCL-Fragebogen, füllten diese selbständig aus und schickten sie an die Autorin.

Es nahmen keine Studenten teil, keine Ärzte oder Therapeuten, keine Person, die in einem therapeutischen Beruf tätig ist.

Die Beantwortung war anonym, es wurde lediglich nach Geschlecht, Alter, Beruf, Schulabschluss gefragt. Außerdem wurde erfragt, ob die Personen aktuell in therapeutischer Behandlung sind, dies war Ausschlusskriterium.

Ausgeschlossen wurden auch Personen, bei denen in mehr als zwei Skalen des SCL-90-R Werte im pathologischen Bereich vorlagen. Dies war bei 2 Personen der Fall, zumal sich eine davon aktuell in psychotherapeutischer Behandlung befand. Diese beiden Personen wurden somit ausgeschlossen, in die Berechnung gingen insgesamt 39 Personen ein.

2.2.5.2 Durchführung der Untersuchung

Die Datenerhebung für die klinischen Gruppen fand zwischen dem 15.8.2002 und dem 30.12.2003 in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee, statt. Während dieses Zeitraumes wurde auch die Erhebung bei den DGZ-Mitgliedern vorgenommen.

Die Datenerhebung für die gesunden Probanden wurde zwischen dem 5.5.2003 und dem 15.12.2003 durch fünf verschiedene Personen vorgenommen, die in ihrem Umfeld jeweils etwa 10 Menschen um Mithilfe bei der Untersuchung baten. Die gesunden Personen füllten die Fragebögen jeweils bei sich zu Hause aus.

Ablauf der Untersuchung bei den klinischen Gruppen

Bei den klinischen Gruppen wurden zunächst die IDCL-Checklisten eingesetzt, dann bei den Zwangspatienten die Y-BOCS durchgeführt.

Danach füllten die Patienten im Beisein der Autorin die 4 (IBRO, ZAGG, BAI, BDI) Fragebögen aus. Diese wurden in zufälliger Reihenfolge vorgegeben, um einen Effekt der Reihenfolge zu verhindern.

Pro Proband wurde für diese Sitzung zwischen einer und zwei Stunden (bei einigen Zwangspatienten) benötigt.

Wiederholungsmessung:

30 der Zwangspatienten bekamen den META-Fragebogen mit in ihr Zimmer, um ihn nach 5 Tagen und am Ende des Aufenthaltes selbständig auszufüllen und bei der Autorin abzugeben.

Der SCL-90-R wird routinemäßig zu Beginn und am Ende der Behandlung in der Klinik Roseneck vorgegeben und ausgewertet.

Besondere Vorfälle während der Untersuchung

Von einer Zwangspatientin fehlen die Daten für IBRO, BAI und BDI, da sie aufgrund der Stärke der Kontrollzwänge überfordert war. Mit einem Patienten, der ebenfalls unter starken Kontrollzwängen litt, mussten die Fragen des ZAGG-Fragebogens und IBRO von der Autorin vorgelesen werden, damit er sich besser konzentrieren konnte.

Eine Patientin schaffte es aufgrund ihrer Kontrollzwänge erst nach 10 Tagen, BAI und IBRO abzugeben.

Die übrigen Patienten konnten die Fragebögen selbständig ausfüllen und stellten keine Zwischenfragen.

Reliabilität der diagnostischen Einschätzung

Die Reliabilität der diagnostischen Einschätzung mit Hilfe der IDCL-Checklisten wurde dadurch gewährleistet, dass die diagnostische Einschätzung mit derjenigen des Bezugstherapeuten des Patienten verglichen wurde. Der jeweilige Bezugstherapeut legt sich nach dem Aufnahmegespräch, bei dem Symptomatik und psychopathologischer Befund erhoben wird, auf Diagnosen fest und dokumentiert diese.

Hierbei fand sich bei dem überwiegenden Teil der Patienten Übereinstimmungen mit der Diagnose der Untersucherin. Die Diagnosen stimmten zu 97 % überein. Die Unstimmigkeiten bei 4 Patienten bezogen sich auf die Frage, ob eine Major Depression oder lediglich eine Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung vorlag.

2.2.6 Statistische Analyseverfahren

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS für Windows Version 10.0 (SPSS, 2001).

Die (bivariate) Normalverteilung der abhängigen Variablen in jeder Stichprobe wurde mit Hilfe des Kolmogoroff-Smirnov-Tests (Bortz, Liehnert & Bohnke, 1990) überprüft. Auf diese Weise wird die Anpassung der empirischen Verteilung an eine Normalverteilung getestet („goodness-of-fit“). Falls dies nicht der Fall war, wurden nicht-parametrische Verfahren angewendet.

Für einige Berechnungen wurden standardisierte Skalenwerte berechnet: dabei wurden die Skalensummenwerte durch die jeweilige Anzahl ihrer Items dividiert. Auf diese Weise werden Effekte von unterschiedlichen Skalenlängen vermieden.

2.2.6.1 Deskriptive Statistiken

Zunächst wurden als deskriptive Statistiken Mittelwerte, Standardabweichungen und Streubreiten für die Variablen der abhängigen Variablen (ZAGG) und für die Daten des IBRO, BDI, BAI, SCL, und der Y-BOCS berechnet. Diese Werte wurden außerdem für die demographischen (Alter, Ausbildungsjahre) und die störungsspezifischen Daten (Alter bei Beginn und Dauer der Erkrankung) berechnet. Häufigkeiten und Prozent wurden für Geschlechtsverteilung und einige andere demographische Daten berechnet.

Unterschiede zwischen den Gruppen wurden bei nominalskalierten Daten (Geschlecht) mit dem Chi-Quadrat-Test (Bortz, 1999), bei intervallskalierten Daten (z.B. Alter) mit Hilfe von einfaktoriellen Varianzanalysen überprüft.

2.2.6.2 Faktorenanalyse

Es wurde die Hauptkomponentenanalyse durchgeführt und eine orthogonale Rotation nach der Varimax-Methode gewählt. Zur Bestimmung der Anzahl der bedeutsamen Faktoren wurde der Verlauf der Eigenwerte, der Scree-Test von Cattell (1966), herangezogen. Im Eigenwertediagramm werden die Eigenwerte als Funktion ihrer Rangnummern in eine Rangreihe gebracht und graphisch dargestellt. Es werden diejenigen Faktoren als bedeutsam angesehen, die vor dem Knick der sich der Y-Achse asymptotisch annähernden Kurve liegen (Bortz, 1999).

Zudem werden mehrere Rotationsdurchgänge mit unterschiedlichen Faktorzahlen durchgeführt. Eine Möglichkeit der Festlegung der endgültigen Anzahl der Faktoren ist nach Bortz (1999), diese Entscheidung davon abhängig zu machen, welche Lösung inhaltlich am besten interpretierbar ist.

Reliabilitätsanalyse

Es werden Trennschärfekoeffizienten für jedes Item berechnet, es handelt sich dabei um den Korrelationskoeffizienten zwischen Aufgabenantwort und dem Gesamt-Skalenwert (Summe der Items der Skala).

Zur Ermittlung der internen Konsistenz wurde Cronbach`s alpha ermittelt.

Als weiterer Reliabilitätskoeffizient wurde die split-half-Reliabilität nach Guttman berechnet.

2.2.6.3 Berechnung von Retest-Reliabilität und Änderungssensitivität

Die Berechnung der Retest-Reliabilität erfolgt mit Hilfe des Pearson`s Korrelationskoeffizienten.

Die Änderungssensitivität wird mit Hilfe eines t-Tests für abhängige Stichproben ermittelt.

2.2.6.4 Berechnung von Effektstärken

Zur Berechnung von Effektstärken wurde die Formel von Hartmann, Herzog & Drinkmann (1995) verwendet. Diese erlaubt eine Effektstärkenberechnung, ohne dass auf eine Kontrollgruppe Bezug genommen werden muss. Im Nenner werden die Streuungen einer Behandlungsgruppe zu den Zeitpunkten t1 und t2 bei gleichzeitiger Gewichtung durch die Stichprobengröße gepoolt.

2.2.6.5 Berechnung der Validität

Zusammenhänge zwischen den Inventaren werden mit Hilfe von Pearson`s Korrelationskoeffizienten berechnet. Auch Zusammenhänge mit demographischen und störungsspezifischen Daten werden auf diese Weise geprüft.

2.2.6.6 Überprüfung der Spezifität

Nach Bortz (1999) führen varianzanalytische Verfahren die Unterschiedlichkeit von Versuchspersonen in bezug auf ein kontinuierliches Merkmal (AV) auf eine oder mehrere kategoriale oder Gruppenvariablen zurück und ermitteln damit die Bedeutung verschiedener Varianzquellen für die AV. Bei mehreren unabhängigen Variablen muss ein mehrfaktorielles varianzanalytisches Design gewählt werden. Liegen mehrere redundante korrelierte

abhängige Variablen vor, so ist eine multivariate Varianzanalyse zu wählen, die die Interkorrelationen der AV`n statistisch berücksichtigt (Bortz, 1999). Dies ist bei den Skalen des ZAGG-Inventars der Fall.

Zunächst wurde eine multivariate Varianzanalyse durchgeführt, um zu prüfen, ob sich die Gruppen hinsichtlich der Skalen im ZAGG-Inventar unterscheiden (Faktoren sind „Gruppe“ und „Skala“). Bei Signifikanz des multivariaten Tests wurden einfaktorielle Varianzanalysen berechnet, um festzustellen *bei welchen Skalen* des ZAGG Gruppenunterschiede zu finden sind. Anschließend wurden Post-hoc-Tests (Student-Newman-Keuls) durchgeführt, um festzustellen, *welche Gruppen* sich signifikant voneinander unterscheiden.

3. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt. Es wird dabei nur kurz auf die Hypothesen eingegangen. Eine ausführliche Interpretation und Diskussion der Ergebnisse folgt in Kapitel 4.

Die Bezeichnungen der 6 Untersuchungsgruppen werden in diesem Kapitel wie folgt abgekürzt:

- (1) *Zwang „rein“* = Patienten der Klinik Roseneck mit Zwangsstörung ohne Depression oder Angst
- (2) *Zwang + D* = Patienten der Klinik Roseneck mit Zwangsstörung und Depression
- (3) *Zwang DGZ* = Mitglieder der DGZ mit Zwangsstörung
- (4) *Angst* = Patienten der Klinik Roseneck mit Agoraphobie und Panikstörung
- (5) *Depression* = Patienten der Klinik Roseneck mit Depression
- (6) *Gesunde* = gesunde Personen

3.1 Charakteristika der Stichprobe

3.1.1 Demographische Daten im Vergleich

Zunächst wurden alle 6 Untersuchungsgruppen (*Zwang DGZ*, *Zwang rein*, *Zwang + D.*, *Angst*, *Depression* und *Gesunde*) hinsichtlich *Geschlecht* und *Alter* miteinander verglichen.

Geschlecht: Bei der Gruppe der Zwangspatienten sind die Frauen etwas überrepräsentiert, in den anderen Gruppen ebenfalls. Am stärksten ist dies in der Gruppe der Angstpatienten der Fall (30%:70%).

Die Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander hinsichtlich der Geschlechtsverteilung .

Alter: Die Patientengruppen unterscheiden sich deutlich im Altersdurchschnitt, die Zwangspatienten sind im Durchschnitt jünger als die Angstpatienten, diese wiederum sind wesentlich jünger als die depressiven Patienten. In einer einfaktoriellen Varianzanalyse erwiesen sich die Unterschiede als signifikant. In einem post-hoc-Test (Student Newman Keuls) zeigt sich folgende Reihenfolge:

Z, Z+D < DGZ, A < D, G.

Die Gruppe der reinen Zwangspatienten und die Zwangspat. mit Depressionen unterscheiden sich signifikant von der Gruppe der DGZ-Mitglieder und Angstpatienten, diese wiederum unterscheiden sich signifikant von den Depressiven und gesunden Personen.

Tab. 4: Alter und Geschlecht der 6 Untersuchungsgruppen

	Zwang DGZ N = 121	Zwang + D. N=55	Zwang rein N = 40	Depress. N = 40	Angst N = 40	Gesunde N = 39	p (df)
Alter		^a					
M (SD)	37,5 (9,7)	35,1 (12,7)	30,7 (10,7)	46,3 (10,9)	38,3 (13,5)	46,9 (15,0)	F(5) = 12,24***
	10-72	17-65	16-62	20-67	17-67	25-77	
Geschl.	^b	^c					
männl	45 37,5%	21 40%	17 42,5%	15 37,5%	12 30%	18 46%	Chi ² (5)=
weibl	75 62,5%	32 60%	23 57,5%	25 62,5%	28 70%	21 54%	2,54 n.s.

Anmerkungen: Berechnet wurden für die Variable Alter Mittelwerte, Standardabweichungen und Streubreite, für die Variable Geschlecht absolute und in relative Häufigkeiten in Prozent

^a n = 52; ^b n = 120 ; ^c n= 53

n.s : p >.10; ***: p <.001

Familiäre Situation

Die folgenden Daten zur familiären Situation wurden nur in den Patientengruppen Zwang rein, Angst, Depression und teilweise bei den gesunden Kontrollpersonen erhoben.

Familienstand: Der Anteil der Personen, der in fester Partnerschaft lebt ist in den Gruppen unterschiedlich hoch. In der Gruppe der Angstpatienten ist dieser Anteil mit 87 % am größten, in der Gruppe der Zwangspatienten mit 47,5% am niedrigsten.

Dementsprechend ist auch die Anzahl der Kinder in der Gruppe der Zwangspatienten am geringsten. Die Gruppe der Depressiven hat im Durchschnitt mehr Kinder.

Tab. 5: Familiäre Situation der Patientengruppen und der gesunden Personen

Familiäre Situation	Zwang rein N = 40		Angst N = 40		Depression N = 40		Gesunde N= 39	
<i>Partnerschaft:</i>								
Fester Partner	19	47,5%	35	87,5%	24	60%	29	74,4%
Kein Partner	21	52,5%	5	12,5%	16	40%	10	25,6%
<i>Anzahl Kinder</i>								
Keine Kinder	34	85%	20	50%	14	35%		
1 Kind	2	5%	10	25%	8	20%		
2 oder mehr Kinder	4	10%	10	25%	18	45%		

Ausbildungsmerkmale und Krankheitswochen/ Sozioökonomischer Status

Ausbildungsmerkmale, Krankheitswochen und sozioökonomische Status wurden in den Gruppen Zwang rein, Angst, Depression und bei den Gesunden erhoben.

Für die Bereiche *Ausbildung in Jahren* und *Krankheitswochen* wurden einfaktorielle Varianzanalysen berechnet, da diese Werte als am aussagekräftigsten erachtet werden. Der höchste Schulabschluss wird rein deskriptiv dargestellt. Die Daten sind in Tabelle 6 aufgeführt.

Ausbildung in Jahren:

Hierbei wurden Schul- und Berufsausbildungsjahre addiert. In einer einfaktoriellen ANOVA erweisen sich die Gruppenunterschiede als signifikant mit $F(2) = 7.4$, $p = .001$. In einem Post-hoc-Test (SNK) zeigte sich, dass die Angstpatienten signifikant weniger Ausbildungsjahre hinter sich haben. Die anderen beiden Gruppen unterscheiden sich nicht. $A < Z, D$.

Anzahl Krankheitswochen:

Die Gruppe der depressiven Patienten liegt zwar numerisch über den Zwangs- und Angstpatienten hinsichtlich der Krankheitswochen in den letzten zwölf Monaten. (Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass der Anteil der Zwangspatienten, der noch in Ausbildung ist, relativ hoch ist).

In einer einfaktoriellen Varianzanalyse zeigt sich jedoch, dass die Gruppenunterschiede nicht signifikant sind: $F(2) = 1.19$; $p = .30$.

Höchster Schulabschluss:

Bei der Gruppe der Zwangspatienten ist der Anteil mit Abitur relativ hoch. Aufgrund des höheren Alters der Gruppen Depressive und Gesunde ist anzunehmen, dass der Anteil der Studierenden mit höherem Alter noch zunehmen wird. Zählt man in diesen drei Gruppen Personen mit Abitur und abgeschlossenem Studium zusammen, erhält man vergleichbare Werte (Zwang $n = 25$; Depressive $n = 22$; Gesunde $n = 24$). Bei den Angstpatienten ist der Anteil mit Abitur oder Studium deutlich geringer als bei den übrigen Gruppen.

Sozioökonomischer Status (Tabelle 7):

Der Anteil der nicht berufstätigen Personen, Hausfrauen und ungelernten Arbeiter ist in allen Gruppen vergleichbar.

Bei den Zwangspatienten ist der Anteil der Personen in Ausbildung bzw. der Arbeitssuchenden vergleichsweise hoch. Bei den Angstpatienten liegen besonders viele mittlere Angestellte vor, bei den Depressiven überwiegen die Beamten.

Bei den gesunden Personen überwiegen ebenfalls mittlere Angestellte und Beamte, aber auch Rentner sind im Vergleich zu den anderen Gruppen relativ häufig. Diese Daten müssen vor dem Hintergrund des unterschiedlichen Durchschnittsalters der Gruppen interpretiert werden und erscheinen dann plausibel.

Tab. 6: Ausbildungsmerkmale und Krankheitswochen der 3 Patientengruppen und gesunden Personen

	Zwang rein N = 40		Angst N = 40		Depression N = 40		Gesunde N = 39	
Ausbildung i. Jahren: Mittelwert / SD	15,2	(3,7)	13	(3,5)	15,8	(3,3)	Nicht erfragt	
Höchst. Schulabschl.: Studium								
N %	4	10%	5	12,5%	13	23%	17	43,6%
Abitur								
N %	21	52,5%	3	7,5%	9	22,5%	7	17,9%
Mittlere Reife								
N %	4	10%	18	45%	14	35%	3	7,7%
Hauptschule								
N %	8	20%	11	27,5%	4	10%	12	30,8%
Kein Schulabschluß								
	3	7,5%	3	7,5%	0	0%	0	0%
Anzahl Krankheitswo. Mittelwert / SD	5,5	(12,7)	6,4	(11,1)	9,9	(15,5)	Nicht erfragt	

Anmerkung: angegeben sind absolute und relative Häufigkeiten

Tab. 7: Soziökonomischer Status der 3 Patientengruppen und gesunden Personen

Sozioökonomischer Status	Zwang rein N = 40		Angst N = 40		Depression N = 40		Gesunde N = 39	
Hausfrau/ nicht berufstätig	4	10%	4	10%	4	10%	3	7,7%
Ungelernter Arbeiter	1	2,5%	2	5%	2	5%	1	2,6%
Mittlerer Angestellter	9	22,5%	16	40,0%	8	20%	12	30,8%
Leitender Angestellter	1	2,5%	3	7,5%	0	0%	2	5,3%
Beamter	3	7,5%	2	5%	16	40%	8	20,5%
Selbständig	0	0%	2	5%	3	7,5%	4	10,3%
Arbeitssuchend	7	17,5%	5	12,5%	2	5%	1	2,6%
Rente	1	2,5%	2	5,0%	2	10%	7	17,9%
In Ausbildung	14	35%	4	10%	1	2,5%	0	0%

Anm.: angegeben sind absolute und relative Häufigkeiten

3.1.2 Alter bei Beginn und Dauer der Erkrankung

Die folgenden Daten wurden bei den Gruppen Zwang DGZ, Zwang rein, Angst und Depression erhoben.

Alter bei Beginn der Erkrankung:

Die Patientengruppen unterscheiden sich deutlich im Alter bei Beginn der Erkrankung. Die Depressiven liegen mit 40 Jahren deutlich über den Angstpatienten (33 J.) und den Zwangspatienten (20 J.) sowie den DGZ-Mitgliedern (18 J.). In einer einfaktoriellen ANOVA stellen sich die Gruppenunterschiede mit $F(4) = 39,84$ ($p = 0,000$) als signifikant heraus. In einem Post-Hoc Test (SNK) der Stichproben zeigt sich folgende Reihenfolge: $D > A > Z$, DGZ. Somit unterscheiden sich die Depressiven signifikant von den Angstpatienten, diese unterscheiden sich wiederum signifikant von den beiden Gruppen der Zwangspatienten.

Dauer der Erkrankung:

Hierbei unterscheiden sich die Gruppen ebenfalls deutlich, am längsten sind die DGZ-Mitglieder erkrankt (19 J.), danach folgen die Zwangspatienten der Klinik Roseneck mit 10, Depressive mit 7 und Angstpatienten mit 5 Jahren mittlerer Erkrankungsdauer. Die Gruppenunterschiede werden ebenfalls signifikant: $F(4) = 26,77$ ($p = 0,000$). In einem Post-Hoc-Test (SNK) zeigt sich folgende Reihenfolge: $DGZ > Z, D, A$. Die DGZ-Mitglieder liegen somit signifikant über den 3 Patientengruppen. Diese unterscheiden sich nicht signifikant.

Tab. 8: Alter bei Beginn und Dauer der Erkrankung bei den verschiedenen Gruppen

	Zwang DGZ N = 121	Zwang rein N = 40	Angst N = 40	Depr. N = 40	p (df)	Gruppen- kontraste
Alter / Beginn					F (4) =	D > A >
M (SD)	18,1 (8,5)	20,5 (9,9)	33,2 (13,9)	40,4 (13,8)	39,84***	Z, DGZ
Streubreite	5-63	6-48	10-66	13-62		
Dauer der E.					F (4) =	DGZ >
M (SD)	19,5 (10,2)	10,2 (9,3)	5,1 (4,9)	7,3 (8,7)	26,77***	Z, D, A
Streubreite	1-56	2-40	1-20	1-36		

Anm: + = $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < 0,01$; *** $p < .001$, Kontraste: Post hoc Test Student-Newman-Keuls

3.1.3 Vergleichbarkeit der DGZ-Mitglieder mit den Zwangspatienten der Klinik Roseneck

Im folgenden werden die beiden Gruppen (1) Zwang DGZ und (2) *alle Zwangspatienten* der Klinik (Zwang rein und Zwang + Depression) hinsichtlich *Alter, Alter bei Beginn der Erkrankung, Dauer der Erkrankung* und *Geschlecht* miteinander verglichen.

Alter: Die DGZ-Mitglieder sind signifikant älter als die Zwangspatienten der Klinik Roseneck.

Geschlecht: Die Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Geschlechterverteilung.

Alter bei Beginn der Erkrankung: Die Gruppen unterscheiden sich ebenfalls nicht hinsichtlich des Alters bei Beginn der Erkrankung.

Krankheitsdauer: Die DGZ-Mitglieder haben im Durchschnitt eine signifikant höhere Krankheitsdauer als die Zwangspatienten der Klinik.

Tab. 9: Vergleich der DGZ-Mitglieder mit den Zwangspatienten der Klinik Roseneck (Zwang rein und Patienten mit Zwang + Depression)

	DGZ-Mitglieder		Zwangspatienten der Klinik		P (df)
Alter	37,45 10-72 n=121	(9,73)	33,2 16-65 n=92	(12)	t (211)= 2,86**
Geschlecht	weibl männl n=120	75 45 62,5% 37,5%	55 38 59,1% 40,9%	n=93	Chi ² (2) = -.49 n.s.
Alter bei Beginn der Erkrankung	18,11 5-63 n=114	(8,48)	20,6 16-65 n=45	(10,2)	t (157) = -1,6 n.s.
Dauer der Erkrankung	19,5 1-56 n=114	(10,19)	10,1 2-40 n=45	(9,5)	t (157) = 5,35***

Anm: Berechnet wurden für alle Variablen außer Geschlecht Mittelwerte, Standardabweichungen und Streubreite, für die Variable Geschlecht absolute und in relative Häufigkeiten in Prozent

* p < .05; **: p < 0,01 ; ***: p < .001

3.1.4 Daten der einzelnen Gruppen

3.1.4.1 Beschreibung der Gruppe der „reinen“ Zwangspatienten

Alle Zwangspatienten erfüllten die Hauptdiagnose Zwangsstörung.

Zusätzliche Diagnosen:

Wie in Tabelle 10 dargestellt, lag bei etwa der Hälfte der Patienten außer einer Zwangsstörung keine weitere Erkrankung vor. Bei einem Viertel bestand eine Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung. Die soziale Phobie war mit 15% relativ häufig vertreten, außerdem die Eßstörung mit 12%.

Arten der Zwänge:

Reine Zwangsgedanken hatten zwei Patienten, überwiegend Zwangshandlungen hatten 6 Patienten. Der überwiegende Anteil (80%) der Patienten litten unter Zwangsgedanken und – handlungen.

Inhalte der Zwänge:

Inhaltlich sind bei den Zwangsgedanken Kontrollgedanken (29%), Gedanken bezüglich Verschmutzung (23%) und aggressive Gedanken (20%) am häufigsten.

Bei den Zwangshandlungen sind Kontrollzwänge (34%) und Waschzwänge (29%) bzw. beides (24%) am häufigsten. Die ähnlichen Ergebnisse für Gedanken und Handlungen lassen sich dadurch erklären, dass sich nach Angabe der Patienten Handlungen und Gedanken inhaltlich oft entsprechen. Aggressive Gedanken (z.B. die Befürchtung, jemand verletzt zu haben) gehen oft mit Kontrollhandlungen (mit dem Auto zurückfahren und kontrollieren) einher. Die Inhalte der Zwänge sind in Tabelle 12 aufgeführt.

Bisherige Therapien:

Die meisten Patienten (70%) hatten bisher 1 ambulante Therapie. 35% hatten bereits eine stationäre Therapie.

Ein Drittel der Patienten haben bereits im Rahmen einer ambulanten oder stationären Therapie an Expositionsübungen teilgenommen (siehe Tabelle 13).

Tab. 10: Zusätzliche Diagnosen der „reinen“ Zwangspatienten

1. zusätzliche Diagnose	N	%
Keine zusätzliche Diagnose	17	42,5%
Anpassungsstörung depressiv	9	22,5%
Soziale Phobie	6	15,0%
Essstörung	5	12,5%
Zwanghafte Persönlichkeit	3	7,5%
2. zusätzliche Diagnose		
Anpassungsst. Depressiv	3	7,5%
Zwanghafte Persönlichkeit	1	2,5%
Trichotillomanie	1	2,5 %
Ticstörung	1	2,5 %

Tab. 11: Qualitativer Teil der Y-BOCS: Arten der Zwänge

	N	%
Nur Zwangsgedanken	2	5%
Nur Zwangshandlungen	6	15%
Beides	32	80%

Tab. 12: Inhalte der Zwänge

Zwangsgedanken N= 34	N	%
Aggressiv	7	20,6%
Sexuell	1	2,9%
Wiederholung	4	11,8%
Kontrolle	10	29,4%
Ordnung	4	11,8%
Verschmutzung	8	23,5%
Zwangshandlungen N= 38		
Kontrolle	13	34,2%
Waschen/Putzen	11	28,9%
Kontrolle und Waschen	9	23,7%
Wiederholung	2	5,3%
Ordnung	1	2,6%
Anderes	2	5,3%

Anmerkung: Bei den Inhalten der Zwänge wurden der Übersichtlichkeit halber jeweils nur der wichtigste Inhalt mit aufgenommen

Tab. 13: Bisherige Therapien und durchgeführte Expositionen der Zwangspatienten

Ambulante Therapie	N	%
Keine ambulante Therapie	4	10%
1 ambulante Therapie	28	70%
Mehrere ambulante Therapien	8	20%
Stationäre Therapie		
Keine stationäre Therapie	23	57,5%
1 stationäre Therapie	14	35%
Mehrere stationäre Therapien	3	7,5%
Durchgeführte Expositionsübungen		
Keine Expos	27	67%
Expos in der Therapie	13	33%
Medikamenteinnahme derzeit		
Keine Medikamente	16	40%
Antidepressiva	23	57,5%
Andere	1	2,5%

3.1.4.2 Beschreibung der Gruppe der depressiven Patienten:

Hauptdiagnosen (siehe Tabelle 14):

Die überwiegende Mehrheit der Patienten litt unter einer Major Depression einzelne E. bzw. rezidivierend. Bei nur 3 Patienten lag als Hauptdiagnose eine Dysthymie vor.

Zusätzliche Diagnosen (siehe Tabelle 15):

Bei der Hälfte der Patienten liegt keine weitere Diagnose vor. Als zusätzliche Diagnosen waren am häufigsten eine Essstörung (12,5%), 10% hatten zusätzlich eine Schmerzstörung, 3 Patienten litten zusätzlich noch unter einer Dysthymie.

Bisherige Therapien (siehe Tabelle 16):

Der überwiegende Teil der Patienten (72%) hat bereits an einer ambulanten Therapie teilgenommen. 6 Patienten haben bereits mehrere stationäre Therapien hinter sich.

Tab. 14: Hauptdiagnosen der depressiven Patienten

	N	%
Major Depression einzelne E.	18	45 %
Major Depression rezidivierend	19	47,5 %
Dysthymie	3	7,5 %

Tab. 15: Zusätzliche Diagnosen

1.zusätzliche Diagnose	N	%
Keine zusätzliche Diagnose	20	50 %
Anpassungsst.depressiv	1	2,5 %
Soziale Phobie	2	5 %
Esstörung.	5	12,5%
Schmerzstörung	4	10 %
Zwanghafte Persönlichkeit	2	5%
Selbstunsichere P.	2	5%
Dysthymie	3	7,5%
Alkoholmissbrauch	1	2,5%
2.zusätzliche Diagnose		
Keine zusätzliche Diagnose	35	87,5%
Esstörung	1	2,5%
Schmerzstörung	1	2,5%
Selbstunsichere P.	1	2,5%
Alkoholmissbrauch	1	2,5%
Kaufsucht	1	2,5%

Tab. 16: Anzahl der bisherigen Therapien und derzeitige Medikamenteneinnahme der depressiven Patienten

Ambulante Therapie	N	%
Keine ambulante Therapie	7	17,5%
1 ambulante Therapie	29	72,5%
Mehrere ambulante Therapien	4	10%
Stationäre Therapie		
Keine stationäre Therapie	25	62,5%
1 stationäre Therapie	9	22,5%
Mehrere stationäre Therapien	6	15%
Medikamenteinnahme derzeit		
Keine Medikamente	16	40%
Antidepressiva	20	50%
Andere	4	10%

3.1.4.3 Beschreibung der Gruppe der Patienten mit Angststörungen

Hauptdiagnose:

Alle 40 Patienten erfüllen zum Zeitpunkt der Untersuchung die Diagnosekriterien einer Panikstörung mit Agoraphobie.

Zusätzliche Diagnosen (Tabelle 17):

Relativ häufig ist die Zusatzdiagnose einer Anpassungsstörung depressiv. Dies ist verständlich, da die Patienten oftmals stark unter der Angststörung leiden. Bei 10 % liegt zusätzlich eine soziale Phobie vor.

Bisherige Therapien (siehe Tabelle 18):

75% der Patienten haben bereits eine oder mehrere ambulante Therapien hinter sich. 17 % waren mehrfach in stationärer Therapie. Bei nur 7 Patienten (17%) wurden Expositionsübungen in der bisherigen Therapie durchgeführt.

Tab. 17: Zusätzliche Diagnosen der Angstpatienten

1.zusätzliche Diagnose	N	%
Keine zusätzliche Diagnose	18	45%
Anpassungsst. Depressiv	9	22,5%
Soziale Phobie	4	10%
Esstörung.	1	2,5%
Schmerzstörung	2	5%
Generalisierte Angstst.	1	2,5%
Hypochondrie	2	5%
Kaufsucht	1	2,5%
Alkoholmissbrauch	2	5%
2.zusätzliche Diagnose		
Keine zusätzliche Diagnose	35	87,5%
Essstörung	1	2,5
Anpassungsst. Depressiv	2	5%
Gen. Angststörung	1	2,5%
Posttraumatische Belastungsstörung	1	2,5%

Tab. 18: Bisherige Therapien/Expositionen und derzeitige Medikamenteneinnahme der Angstpatienten

Ambulante Therapie	N	%
Keine ambulante Therapie	10	25%
1 ambulante Therapie	20	50%
Mehrere ambulante Therapien	10	25%
Stationäre Therapie		
Keine stationäre Therapie	25	62,5%
1 stationäre Therapie	8	20%
Mehrere stationäre Therapien	7	17,5%
Expositionen in der Therapie		
Keine Expos in der Therapie	33	82,5%
Expos in der Therapie	7	17,5%
Medikamenteneinnahme derzeit		
Keine Medikamente	19	47,5%
Antidepressiva	15	37,5%
Andere	6	15%

3.1.4.4 Beschreibung der Gruppe der DGZ-Mitglieder

Geschlecht:

Mit 63% überwiegen die weiblichen Teilnehmer an der Studie, Männer sind zu 37% vertreten. Fraglich ist, ob insgesamt mehr Frauen in der Selbsthilfegruppe organisiert sind. Darüber liegen jedoch keine Daten vor.

Zu *Alter, Alter bei Beginn, Dauer der Erkrankung* siehe Kap. 4.1.4

Das Durchschnittsalter ist im Vergleich zu der Gruppe der stationären Zwangspatienten höher, die Erkrankungsdauer mit durchschnittlich 20 Jahren dementsprechend länger. Das Alter bei Beginn der Erkrankung liegt etwas unter dem Alter der Gruppe der Zwangspatienten der Klinik Roseneck.

Bisherige Therapien (siehe Tabelle 19):

Die Mehrzahl der DGZ-Mitglieder durchliefen eine oder mehrere ambulante Therapien. 6 % hatten keine ambulante Therapie bisher, etwa 30% hatten noch kein stationäre Therapie.

Aus den Ergebnissen wird ersichtlich, dass es sich bei einer durchschnittlichen Erkrankungsdauer von 20 Jahren trotz häufigen Therapien um eine sehr hartnäckige Erkrankung handelt.

Tab. 19: Bisherige Therapien der DGZ-Mitglieder

Ambulante Therapie (n = 107)	N	%
Keine ambulante Therapie	7	6,4%
1 amb.Therapie	31	29%
2 amb.Therapien	19	17,8%
3 oder mehr	50	47,7%
Stationäre Therapie (n= 117)		
Keine stationäre Therapie	36	30,8%
1 stationäre Th.	35	29,9%
2 stationäre Th.	17	14,5%
3 oder mehr stationäre Th.	29	24,8%

3.2 Skalenanalyse

3.2.1 Faktorenanalyse

Die Daten der DGZ-Mitglieder und aller Zwangspatienten der Klinik Roseneck gingen in die Berechnung der Faktorenanalyse ein N= 215.

Bei der unrotierten Lösung ergeben sich 17 Faktoren, die insgesamt 71,7% der Varianz aufklären.

Es wurde eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt mit einer Varimax-Rotation.

Der Verlauf der Eigenwerte (Scree-Plot nach Cattell, 1966) wies auf eine Lösung mit 5 Faktoren hin.

Es wurden exploratorisch aber auch mehrere Rotationsdurchgänge durchgeführt mit 3 bis 7 Faktoren. Die 5-Faktorenstruktur erwies sich nicht nur aufgrund des Scree-Tests sondern auch aufgrund von inhaltlichen Gesichtspunkten als die beste Lösung.

Faktor	Gesamt	% der Varianz	Kumulative Varianz
1	9,76	15,02	15,02
2	7,32	11,26	26,28
3	5,71	8,79	35,07
4	3,78	5,82	40,89
5	3,28	5,05	45,93

Tab. 20: Faktorenmatrix der 5 extrahierten Faktoren

Die 5 Faktoren klären jeweils mehr als 5% der Gesamtvarianz auf:

1. Faktor: 15%, 2. Faktor: 11%, 3. Faktor: 8,8%, 4. Faktor: 6%, 5. Faktor: 5%, insgesamt klären die 5 Faktoren 46% der Gesamtvarianz auf.

Es ergab sich folgende Ladungsmatrix der Items auf den 5 Faktoren:

Tab. 21: Ladungen der Items auf den 5 extrahierten Faktoren,
Anm.: ¹ Ladungen < .005 sind mit 0 gekennzeichnet

	1	2	3	4	5
52. Wenn ich öfters negative Gedanken habe, fühle ich mich wertlos	.73	.21	.18	0 ¹	0
58. Wenn ich aggressive oder peinliche Ged. habe, bekomme ich sofort Schuldgefühle	.72	.25	0	0	0
53. Wenn ich negative Ged. in mir wahrnehme kann ich mich nicht mehr respektieren	.71	.27	.24	.10	-.10
30. Wenn ich negative Gefühle in mir wahrnehme kann ich mich nicht mehr respektieren	.70	.14	.27	0	0
3. Wenn ich öfters negative Gefühle habe fühle ich mich wertlos	.69	0	.27	-.14	0
45. Schlechte Gedanken machen mir Angst	.68	.32	.17	0	0
9. Meine Gefühle verunsichern mich oft	.68	0	.27	-.14	0
59. Ich kann es sehr schlecht aushalten, wenn sich negative Gefühle dauernd aufdrängen	.67	.29	.24	-.23	.17
48. Meine Gedanken verunsichern mich oft	.64	.20	.22	-.16	0
1. Negative Gefühle beängstigen mich	.63	.19	.27	-.14	0
20. Ich kann es sehr schlecht aushalten, wenn sich negative Gefühle dauernd aufdrängen	.62	.19	.20	-.15	0
17. Wenn ich ärgerlich oder wütend bin, bekomme ich sofort Schuldgefühle	.59	.16	0	0	0
26. Man sollte sich für aggressive oder sonstige negative Gefühle schämen	.55	.29	.20	.36	0
7. Wenn ich öfters negative oder nicht akzeptable Gefühle habe, bedeutet dies, dass sich ein schlechter Mensch bin	.55	.30	.14	.37	0
41. Wenn ich öfter aggressive oder peinliche Gedanken habe bedeutet dies, dass ich ein schlechter Mensch bin	.53	.30	.23	.33	0
33. Wenn ich meine Gedanken nicht stets unter Kontrolle habe, überfluten sie mich	.51	.37	.35	-.12	.11
50. Man sollte sich für aggressive oder peinliche Gedanken schämen	.51	.35	.14	.40	0
43. Wenn es möglich ist, verdränge ich unangenehme oder peinliche Gedanken	.40	.40	.12	0	0
60. Nur wenn ich meine Gedanken kontrolliere bin ich ein guter Mensch	.42	.35	.21	.39	0
21. Oft bin ich erst dann zufrieden, wenn ich genau das richtige Gefühl habe.	.39	.35	.21	.39	0
35. Ich strebe es an, richtige Gedanken zu haben	.19	.73	.12	0	0
47. Es ist mir wichtig, dass schlechte Gedanken auf keinen Fall zu stark oder häufig werden	.31	.66	0	-.13	.16
46. Ich bin für jeden meiner Gedanken voll verantwortlich	.14	.62	.12	.13	0
34. Jeder Mensch sollte für seine Gedanken Verantwortung übernehmen	-.12	.59	.18	.12	0
38. Ich sollte meine Gedanken unter Kontrolle haben.	.27	.58	.29	.12	0

11. Ich strebe es an, richtige Gefühle zu haben.	.23	.58	0	0	0
44. Ich neige dazu, meine Ged. zu bewerten, da ich mich für sie verantwortlich fühle.	.32	.56	0	-.48	0
12. Ich neige dazu, meine Gefühle zu bewerten, da ich mich für sie verantwortlich fühle.	.35	.55	0	0	.10
5. Ich bin für jedes meiner Gefühle voll verantwortlich.	0	.52	-.10	0	.13
28. Es ist mir wichtig, dass negative Gefühle auf keinen Fall zu stark werden.	.37	.51	.11	0	.13
18. Ich sollte meine Gefühle unter Kontrolle haben.	.32	.50	.18	0	0
61. Wenn ich öfters negative Ged. habe, könnte meine Persönlichkeit negativ beeinflusst werden.	.39	.46	.21	0	0
6. Nur wenn das Gefühl richtig ist, kann die Situation perfekt sein.	.21	.45	.17	.19	0
23. Wenn man sehr starke Gefühle zulässt, könnte man Schaden nehmen.	.25	.43	.28	0	.13
16. Aus meinen Gefühlen leite ich sehr oft Aussagen über die Wirklichkeit ab.	.27	.39	.33	-.23	.10
62. Es gibt in jeder Situation einen richtigen Gedanken.	0	.39	0	0	-.32
49. Mit bestimmten Gedanken kann ich Unheil verhindern.	.15	.38	.18	0	0
25. Es ist riskant, seinen Gefühlen freien Lauf zu lassen.	.36	.37	.32	0	0
40. Seinen Gedanken freien Lauf zu lassen ist riskant.	.32	.28	0	0	-.28
24. Es gibt in jeder Situation ein richtiges Gefühl.	.10	.37	.18	0	-.14
4. Wenn es irgendwie möglich ist, vermeide ich schlechte oder unangenehme Gefühle.	.3	.33	.18	0	0
56. Man sollte seinem Gedächtnis nicht trauen.	.30	.34	.77	.18	0
64. Man sollte seiner ersten Sinneswahrnehmung nicht trauen.	0	0	.75	0	-.12
57. Ich sollte meiner ersten Sinneswahrnehmung nicht trauen	.12	0	.72	0	0
32. Ich sollte meinem Gedächtnis nicht trauen.	.16	0	.69	0	0
14. Wenn ich ein negatives Gefühl habe, traue ich meinem Gedächtnis nicht.	.28	.10	.54	0	.17
63. Oft kann ich es sehr schlecht aushalten, wenn ich meine Denkläufe unterbrechen muss	.22	0	.50	0	0
65. Wenn man aggressive oder peinliche Gedanken hat, bedeutet dies, man könnte auch danach handeln.	.29	.25	.43	0	0
42. Wenn man etwas Wichtiges nicht perfekt durchdenkt, geht man ein großes Risiko ein.	.32	.19	.42	0	0
10. Wenn ich ein negatives Gefühl habe, traue ich meiner Sinneswahrnehmung nicht.	.36	.17	.42	-.15	.22
15. Wenn ich meine Gefühle nicht unter Kontrolle habe, überfluten sie mich.	.40	.31	.40	-.13	.17
27. Fast immer bestimmen starke Gefühle meine Einschätzung der Wirklichkeit.	.38	.25	.41	-.14	0
54. Ich brauche viel Willenskraft damit ich keine schädlichen oder peinlichen Handlungen ausführe.	.11	.26	.38	-.11	0

22. Nur wenn man leicht Schuld empfinden kann, ist man ein moralischer Mensch.	.13	.29	.36	.10	0
29. Ein negatives Gefühl signalisiert, dass etwas Unangenehmes passieren wird.	.29	.29	.34	0	-.13
8. Jeder Mensch hat öfter schlechte oder nicht akzeptable Gefühle	0	0	0	.75	.14
55. Es gibt viele gute Menschen, die peinliche oder aggressive Gedanken haben.	0	0	0	.72	.16
2. Es gibt viele gute Menschen, die öfters peinliche oder negative Gefühle haben.	0	0	0	.69	0
37. Jeder Mensch hat öfter schlechte oder nicht akzeptable Gedanken.	0	0	0	.66	.25
51. Es gibt viele gute Menschen, die ihre Gedanken nicht bewusst kontrollieren.	0	0	.12	.56	0
13. Man hat öfter starke Gefühle, die keine Aussage über die Wirklichkeit machen.	-.18	0	-.24	.36	0
39. Negative Gedanken kommen und gehen von selbst.	0	0	0	.17	.83
36. Alle Arten von Gedanken kommen und gehen von selbst.	0	0	0	.17	.81
31. Alle Arten von Gefühlen kommen und gehen von selbst.	0	0	0	0	.78
19. Negative Gefühle kommen und gehen von selbst.	0	0	0	.18	.77

Nach einer Formel zur Berechnung der Faktoriellen Stabilität (FS) nach Guadagnoli und Velicer (1988) in Abhängigkeit von der Stichprobengröße wurde der minimale Ladungswert von .4 berechnet, die FS war dann größer als .9, was auf eine Übereinstimmung zwischen „wahrer“ und stichprobenbedingten Faktorenstruktur hinweist.

Es wurden somit Ladungen ab .4 bei der Interpretation der Faktoren berücksichtigt, alle niedrigeren Ladungen wurden eliminiert.

Aufgrund zu niedriger Ladungen auf allen Faktoren wurden somit folgende 12 Items eliminiert:

Tab. 22: Items mit Ladungen < .4 auf allen Faktoren

21. Oft bin ich erst dann zufrieden, wenn ich genau das richtige Gefühl habe. (<i>Perfektionismus</i>)
16. Aus meinen Gefühlen leite ich sehr oft Aussagen über die Wirklichkeit ab. (<i>Thought action fusion</i>)
62. Es gibt in jeder Situation einen richtigen Gedanken. (<i>Perfektionismus</i>)
49. Mit bestimmten Gedanken kann ich Unheil verhindern. (<i>Thought action fusion</i>)
25. Es ist riskant, seinen Gefühlen freien Lauf zu lassen. (<i>Risikoaversion</i>)
40. Seinen Gedanken freien Lauf zu lassen ist riskant. (<i>Risikoaversion</i>)
24. Es gibt in jeder Situation ein richtiges Gefühl. (<i>Perfektionismus</i>)
4. Wenn es irgendwie möglich ist, vermeide ich schlechte oder unangenehme Gefühle. (<i>Akzeptanz</i>)

54. Ich brauche viel Willenskraft damit ich keine schädlichen oder peinlichen Handlungen ausführe. (TAF)
22. Nur wenn man leicht Schuld empfinden kann ist man ein moralischer Mensch. (Moral)
29. Ein negatives Gefühl signalisiert, dass etwas Unangenehmes passieren wird. (TAF)
13. Man hat öfter starke Gefühle, die keine Aussage über die Wirklichkeit machen.(TAF)

Anm.: TAF= Thought action fusion

Zwei Items wiesen doppelte und zugleich niedrige Ladungen (.4) auf zwei verschiedenen Faktoren gleichzeitig auf und wurden deshalb eliminiert:

Tab. 23: Items mit niedrigen und doppelten Ladungen

43. Wenn es irgendwie möglich ist, verdränge ich unangenehme oder peinliche Gedanken. (Akzept.)
15. Wenn ich meine Gefühle nicht unter Kontrolle habe, überfluten sie mich. (Kontrolle)

Es werden somit 5 Items aus dem Bereich *Thought action fusion (TAF)*, 3 Items aus dem Bereich *Perfektionismus*, 2 Items aus dem Bereich *Risikoaversion*, 2 Items zum Thema *Akzeptanz* und jeweils 1 Item aus den Dimensionen *Kontrolle* und *Moral* aufgrund zu niedriger oder doppelter Ladungen eliminiert.

3.2.2 Itemstatistik der Faktoren

Faktor 1 (18 Items):

Im Faktor 1 sind Items enthalten, die die Themen Schuld, Scham, Angst und Wertlosigkeit als Reaktion auf die eigenen Gedanken und Gefühlen beinhalten, z.B. „Wenn ich öfters negative Gedanken habe, fühle ich mich wertlos“ oder „Wenn ich aggressive oder peinliche Gedanken habe, bekomme ich sofort Schuldgefühle“.

Als prägnanteste Reaktion wurden die *Schuldgefühle* angesehen, daher der Name der Skala:

„**Schuld**“ (Wertlosigkeit, Angst).

Tab. 24: Skala 1 „Schuld“ (Schuld/Scham, Angst/Unsicherheit, Wertlosigkeit)

Item	M	SD	Trennschärfe	Alpha, ohne Item	Faktorladung
52. Wenn ich öfters negative Gedanken habe, fühle ich mich wertlos	1,87	1,4	.74	.93	.73
58. Wenn ich aggressive oder peinliche Ged. habe, bekomme ich sofort Schuldgefühle	1,98	1,39	.72	.93	.72
53. Wenn ich negative Ged. in mir wahrnehme kann ich mich nicht mehr respektieren	1,59	1,34	.75	.93	.71
30. Wenn ich negative Gefühle in mir wahrnehme kann ich mich nicht mehr respektieren	1,53	1,31	.72	.93	.70
3. Wenn ich öfters negative Gefühle habe fühle ich mich wertlos	2,01	1,32	.62	.94	.69
45. Schlechte Gedanken machen mir Angst	2,68	1,32	.73	.93	.68
9. Meine Gefühle verunsichern mich oft	2,77	1,27	.64	.94	.68
59. Ich kann es sehr schlecht aushalten, wenn sich negative Gefühle dauernd aufdrängen	2,85	1,19	.71	.94	.67
48. Meine Gedanken verunsichern mich oft	2,79	1,35	.63	.94	.64
1. Negative Gefühle beängstigen mich	2,64	1,15	.63	.94	.63
20. Ich kann es sehr schlecht aushalten, wenn sich negative Gefühle dauernd aufdrängen	2,93	1,11	.61	.94	.62
17. Wenn ich ärgerlich oder wütend bin, bekomme ich sofort Schuldgefühle	2,01	1,41	.53	.94	.59
26. Man sollte sich für aggressive oder sonstige negative Gefühle schämen	1,07	1,15	.66	.94	.55
7. Wenn ich öfters negative oder nicht akzeptable Gefühle habe, bedeutet dies, dass sich ein schlechter Mensch bin	0,98	1,21	.63	.94	.55
41. Wenn ich öfter aggressive oder peinliche Gedanken habe bedeutet dies, dass ich ein schlechter Mensch bin	0,97	1,21	.65	.94	.53
33. Wenn ich meine Gedanken nicht stets unter Kontrolle habe, überfluten sie mich	2,06	1,34	.66	.94	.51
50. Man sollte sich für aggressive oder peinliche Gedanken schämen	1,02	1,12	.63	.94	.51
60. Nur wenn ich meine Gedanken kontrolliere bin ich ein guter Mensch	1,07	1,12	.57	.94	.42
Gesamt	37,38	16,69		.94	

Anm: Item Range: 0-4

Faktor 2 (13 Items):

Die Items dieses Bereichs enthalten die Themen Verantwortung, Kontrolle und Perfektionismus im Umgang mit Gefühlen und Gedanken, z.B. „Ich strebe es an, richtige Gedanken zu haben“, „Ich bin für jeden meiner Gedanken voll verantwortlich“.

Als Oberbegriff für diese 3 Themenbereiche wurde der Begriff *Kontrolle* ausgewählt, da aufgrund verschiedener theoretischer Modelle davon ausgegangen werden kann, dass aus

dem Gefühl der *Verantwortlichkeit* und einem erhöhten *Perfektionismus* das Bedürfnis nach *Kontrolle* folgt (OCCWG, 2003). Übermäßige *Kontrolle* der Gedanken /Gefühle wird von verschiedenen Autoren als Schlüssel zur Aufrechterhaltung der Zwangssymptomatik angesehen (Salkovskis1989, Wells 2000).

Somit der Name der Skala:

„**Kontrolle**“ (Verantwortung, Perfektionismus)

Tab. 25: Skala 2 Kontrolle (Verantwortung, Perfektionismus)

Item	M	SD	Trenn- Schärfe	Alpha, ohne Item	Faktor- Ladung
35. Ich strebe es an, richtige Gedanken zu haben	2,31	1,36	.68	.81	.73
47. Es ist mir wichtig, dass schlechte Gedanken auf keinen Fall zu stark oder häufig werden	2,83	1,15	.63	.82	.66
46. Ich bin für jeden meiner Gedanken voll verantwortlich	2,00	3,08	.26	.87	.62
34. Jeder Mensch sollte für seine Gedanken Verantwortung übernehmen	1,75	1,34	.45	.83	.59
38. Ich sollte meine Gedanken unter Kontrolle haben.	2,25	1,27	.65	.82	.58
11. Ich strebe es an, richtige Gefühle zu haben.	2,44	1,33	.53	.82	.58
44. Ich neige dazu, meine Ged. zu bewerten, da ich mich für sie verantwortlich fühle.	2,25	1,29	.57	.82	.56
12. Ich neige dazu, meine Gefühle zu bewerten, da ich mich für sie verantwortlich fühle.	2,25	1,33	.58	.82	.55
5. Ich bin für jedes meiner Gefühle voll verantwortlich.	2,11	1,36	.41	.83	.52
28. Es ist mir wichtig, dass negative Gefühle auf keinen Fall zu stark werden.	2,75	1,20	.54	.82	.51
18. Ich sollte meine Gefühle unter Kontrolle haben.	2,35	1,34	.54	.82	.50
61. Wenn ich öfters negative Ged. habe, könnte meine Persönlichkeit negativ beeinflusst werden.	1,93	1,29	.51	.82	.46
6. Nur wenn das Gefühl richtig ist, kann die Situation perfekt sein.	2,36	1,39	.42	.83	.45
23. Wenn man sehr starke Gefühle zulässt, könnte man Schaden nehmen.	2,05	1,37	.46	.83	.43
Gesamt	31,66	11,95		ohne 46 .87	

Anm: Item-Range: 0-4

Ohne Item 46 ergibt sich eine deutlich höhere interne Konsistenz für die Skala. Außerdem liegt bei diesem Item mit .26 eine zu geringe Trennschärfe vor. Item 46 wurde somit eliminiert.

Faktor 3 (10 Items):

Diese Items enthalten fehlendes Vertrauen und Unsicherheit bezüglich des eigenen kognitiven Funktionierens, z.B. „Man sollte seinem Gedächtnis nicht trauen“, „Man sollte seiner ersten Sinneswahrnehmung nicht trauen“.

Daher der Name:

„Zweifel“ an den eigenen kognitiven Funktionen

Tab. 26: Skala 3 Zweifel an den eigenen kognitiven Funktionen

Item	M	SD	Trenn-Schärfe	Alpha ohne Item	Faktor-Ladung
56. Man sollte seinem Gedächtnis nicht trauen.	0,82	1,10	.58	.84	.77
64. Man sollte seiner ersten Sinneswahrnehmung nicht trauen.	1,07	1,18	.60	.83	.75
57. Ich sollte meiner ersten Sinneswahrnehmung nicht trauen	1,09	1,22	.58	.84	.72
32. Ich sollte meinem Gedächtnis nicht trauen.	0,90	1,19	.56	.84	.69
14. Wenn ich ein negatives Gefühl habe, traue ich meinem Gedächtnis nicht.	1,86	1,52	.61	.83	.54
63. Oft kann ich es sehr schlecht aushalten, wenn ich meine Denkabläufe unterbrechen muss	2,19	1,36	.50	.84	.50
65. Wenn man aggressive oder peinliche Gedanken hat, bedeutet dies, man könnte auch danach handeln.	1,31	1,29	.47	.84	.43
42. Wenn man etwas Wichtiges nicht perfekt durchdenkt, geht man ein großes Risiko ein.	2,41	1,28	.42	.84	.42
10. Wenn ich ein negatives Gefühl habe, traue ich meiner Sinneswahrnehmung nicht.	2,06	1,44	.53	.84	.42
27. Fast immer bestimmen starke Gefühle meine Einschätzung der Wirklichkeit.	1,87	1,3	.52	.84	.41
Gesamt	17,82	9,08		.84	

Anm: Item-Range: 0-4

Faktor 4 (4 Items) positiv:

Dieser Faktor enthält Einstellungen, die anderen Menschen eine moralische Freiheit bezüglich des eigenen Denkens und Fühlens zugestehen, z.B. „Jeder Mensch hat öfters schlechte oder nicht akzeptable Gefühle“, „Es gibt viele gute Menschen, die peinliche oder aggressive Gedanken haben“.

Daher der Name der Skala:

„Akzeptanz“ - gegenüber dem Denken und Fühlen anderer Menschen

Tab. 27: Skala 4: Akzeptanz

Item	m	SD	Trenn-Schärfe	Alpha ohne Item	Faktor-Ladung
8. Jeder Mensch hat öfter schlechte oder nicht akzeptable Gefühle	1,14	1,19	.76	.76	.75
55. Es gibt viele gute Menschen, die peinliche oder aggressive Gedanken haben.	1,90	1,21	.72	.75	.72
2. Es gibt viele gute Menschen, die öfters peinliche oder negative Gefühle haben.	1,87	1,18	.69	.79	.69
37. Jeder Mensch hat öfter schlechte oder nicht akzeptable Gedanken.	1,54	1,19	.66	.78	.66
51. Es gibt viele gute Menschen, die ihre Gedanken nicht bewusst kontrollieren.	1,54	1,23	.40	.82	.56
Gesamt	8,37	4,58		ohne 51 .82	

Anm: Item-Range: 0-4

Ohne Item 51 erhöht sich die interne Konsistenz der Skala deutlich. Außerdem liegt mit .4 eine geringe Trennschärfe vor. Item 51 wurde somit eliminiert.

Faktor 5 (4 Items) positiv:

In diesem Bereich sind gelassene Einstellungen bezüglich Gedanken und Gefühlen allgemein enthalten, z.B. „Negative Gedanken kommen und gehen von selbst“, „Alle Arten von Gedanken kommen und gehen meistens von selbst“.

Daher der Name der Skala:

„Gelassenheit“ gegenüber Denken und Fühlen allgemein.

Tab. 28: Skala 5 Gelassenheit

Item	m	SD	Trenn-Schärfe	Alpha ohne Item	Faktor ladung
39. Negative Gedanken kommen und gehen von selbst.	2,40	1,23	.78	.82	.83
36. Alle Arten von Gedanken kommen und gehen von selbst.	2,27	1,19	.73	.84	.81
31. Alle Arten von Gefühlen kommen und gehen von selbst.	2,35	1,19	.71	.85	.78
19. Negative Gefühle kommen und gehen von selbst.	2,28	1,23	.71	.85	.77
Gesamt	9,31	4,14		.87	

Anm: Item-Range: 0-4

„Dysfunktionale“ versus „positive“ Einstellungen

Die Skalen 1-3 enthalten Einstellungen, die vorab als *dysfunktional* angenommen wurden. Hier wird erwartet, dass Zwangspatienten (und die anderen Patientengruppen) höhere Werte im Vergleich zu den gesunden Personen aufweisen.

Die Skalen 4 und 5 bestehen aus Einstellungen, die vorab als sogenannte *positive, gelassene Einstellungen* angenommen wurden. Hier wird erwartet, dass Zwangspatienten (und die anderen Patientengruppen) niedrige Werte im Vergleich zu den gesunden Personen aufweisen.

Dysfunktionale und *gesunde* Einstellungen bilden nach der Faktorenanalyse voneinander unabhängige Dimensionen des Denkens. Zur Interpretation dieses Aspektes siehe Kap. 4.

Interne Konsistenz

Cronbach`s Alphas erreichen in den einzelnen Skalen Koeffizienten zwischen 0,82 und 0,94. Die Split-Half Reliabilität beträgt zwischen 0,79 und 0,9.

Tab. 29: Internale Konsistenz (Cronbach`s Alpha) und Split-Half Reliabilität
Alle Personen mit Zwangserkrankung N= 215

	Cronbach`s Alpha	Guttman`s split half
Skala 1 (18 Items) Schuld	0,94	0,90
Skala 2 (13 Items) Kontrolle	0,87	0,85
Skala 3 (10 Items) Zweifel	0,84	0,79
Skala 4 (4 Items) Akzeptanz	0,82	0,86
Skala 5 (4 Items) Gelassenheit	0,87	0,83

Anmerkung: berechnet wurden Pearsons Korrelationskoeffizienten

3.2.3 Übereinstimmung zwischen theoretisch postulierten und empirisch ermittelten Faktoren des ZAGG

In der folgenden Tabelle ist aufgezeigt, welche vorab angenommene Themenbereiche zu welchen Skalen zugeordnet werden, um den Grad der Übereinstimmung zwischen den beiden Modellen zu überprüfen.

Tab. 30: Zuordnung der vorab angenommenen Faktoren zu den empirisch ermittelten Faktoren des ZAGG:

Theoretisch angenommener Faktor	Empirisch ermittelter Faktor	auf den neuen Faktor ent- fallende Items		Wegfallende Items		auf andere Faktoren entfallende Items	
		n	%	N	%	n	%
„Perfektionismus“ 7 Items	Faktor 2 Kontrolle (Perf., Verantw.)	3	42,8%	3	42,8%	1	14,3%
„Verantwortung“ 5 Items	Faktor 2 Kontrolle (Perf., Verantw.)	4	80%	1	20%	0	0%
„Kontrolle“ 8 Items	Faktor 2 Kontrolle (Perf., Verantw.)	4	50%	1	12,5%	3	37,5%
„Angstvermeidung“ 4 Items	Faktor 1 Schuld (Scham, Angst)	4	100%	0	0%	0	0%
„Risiko Aversion“ 7 Items	Faktor 1 Schuld (Scham, Angst)	4	57%	2	28,6%	1	14,3%
„Schuld- und Schamgefühle“ 4 Items	Faktor 1 Schuld (Scham, Angst)	4	100%	0	0%	0	0%
„Zweifel“ 6 Items	Faktor 3 Zweifel an kogn. Funktionen	6	100%	0	0%	0	0%
„Thought-action fusion“ 9 Items	Faktor 3 Zweifel an kogn. Funktionen	2	22,2%	5	55,6%	2	Faktor 2 22,2%
„Moral“ 5 Items	Faktor 4/ Faktor 1 Akzeptanz	2	40%	2	40%	1	Faktor1 20%
„Akzeptanz“ 10 Items	Faktor 5 Gelassenheit	4	40%	2	20%	2	Faktor4 Faktor1 Je 20%
Insgesamt 65 Items		37	56,9%	16	24,6%	12	18,5%

Aus zehn vorab angenommenen Dimensionen ergaben sich fünf empirisch ermittelte Faktoren. Es sind somit weit weniger Dimensionen als angenommen.

Der Grad der Übereinstimmung der vorab angenommenen Dimensionen mit den empirisch ermittelten Faktoren insgesamt beträgt insgesamt 56,9%.

24,6% der Items fallen aufgrund der Maßnahmen zur Datenreduktion weg. 18,5 % der Items werden anderen Faktoren zugeordnet als ursprünglich angenommen.

Die einzelnen Dimensionen unterscheiden sich dabei deutlich voneinander:

Zweifel, Schuld und Schamgefühle und *Angstvermeidung* gehen zu 100% in die neuen Faktoren ein. Dann folgen mit relativ hoher Übereinstimmung *Verantwortung* (80%) und *Risiko Aversion* mit 57% und Kontrolle mit 50%. Es folgen *Akzeptanz, Moral und Perfektionismus* (40% bzw. 42%)

Am schlechtesten mit nur 22,2 % schneidet *Thought-action fusion* ab, hierbei entfallen 56% der Items.

Moral und *Thought-action fusion* teilen sich zu gleichen Anteilen auf zwei verschiedene Faktoren auf.

Der „neue“ ZAGG-Fragebogen besteht aus 49 Items. In alle weiteren Berechnungen zur Reliabilität und Validität gehen nur die ausgewählten 49 Items ein.

Die Hypothese 1 lässt sich wie folgt stützen: 57% der vorab angenommenen Faktoren bilden sich durch die Faktorenanalyse ab, wobei dies für die einzelnen Themenbereiche unterschiedlich gut gelingt. Zur Diskussion der Ursachen für diese differentiellen Effekte siehe Kap. 4.

3.2.4 Korrelationen der Skalen untereinander

Skala *Schuld* und Skala *Zweifel* korrelieren signifikant miteinander. Zwischen den anderen Dimensionen finden sich keine signifikanten Zusammenhänge.

	Skala 2 Kontrolle	Skala 3 Zweifel	Skala 4 Akzeptanz	Skala 5 Gelassenheit
Skala 1	0,24	0,35*	0,06	0,03
Skala 2		0,22	0,2	0,02
Skala 3			0,05	0,02
Skala 4				0,06

Tab. 31: Korrelationen der Skalen untereinander in der Gruppe der Zwangspatienten

Anm.: + = $p < .10$; * $p < .05$

3.3 Faktorenanalyse der verwendeten Verfahren

Es wurde eine Faktorenanalyse mit allen verwendeten Verfahren außer den SCL-90-R-Skalen durchgeführt. Auf diese Weise können Zusammenhänge zwischen den einzelnen Messinstrumenten überprüft werden.

Alle Personen außer den Gesunden und den Mitgliedern der DGZ wurden mit in die Faktorenanalyse einbezogen, d.h. N = 175.

Es wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation durchgeführt. Es wurden Ladungen ab .4 akzeptiert.

Bei der unrotierten Lösung ergeben sich 12 Faktoren. Nach dem Eigenwerteverlauf (Screeplot) wurde entschieden, 4 Faktoren zu extrahieren.

Die 4 Faktoren klären zusammen 75 % der Varianz auf (26,6%; 17,4 %; 16,8%; 14,2%)

Faktor 1: „*Dysfunktionale Kognitionen*“

Diesen Faktor bilden alle Skalen des ZAGG außer *Gelassenheit* und der IBRO. Es sind somit die beiden Verfahren zur Erfassung von dysfunktionalen Kognitionen bei Zwangsstörungen enthalten.

Faktor 2: „*Affektivität*“

Diesen Faktor bildet die Skala *Schuld* des ZAGG gemeinsam mit BDI und BAI. Es handelt sich um Verfahren, die sich inhaltlich mit Angst und Depressivität befassen.

Faktor 3: „*Zwangssymptomatik: Zwangsgedanken*“

Diesen Faktor bilden Y-BOCS gesamt, Unterbereich Zwangsgedanken und Skala *Zweifel* des ZAGG.

Faktor 4: „*Zwangssymptomatik: Handlungsteil*“

Diesen Faktor bilden der Y-BOCS-Gesamtwert, der Unterbereich Zwangshandlungen und Skala *Gelassenheit* (negative Korrelation) des ZAGG.

Mit Skala *Akzeptanz* besteht ebenfalls eine negative Korrelation.

Durch die Faktorenanalyse werden die Zusammenhänge zwischen den verwendeten Verfahren verdeutlicht.

In Tabelle 32 sind die Faktorladungen für die einzelnen Inventare bzw. Skalen aufgeführt:

	Faktor 1 <i>Kognitionen</i>	Faktor 2 <i>Affektivität</i>	Faktor 3 <i>Zwangs- Gedanken</i>	Faktor 4 <i>Zwangs- Handlungen</i>
BDI		0,89		
BAI		0,69		
IBRO	0,46			
Y-BOCS Gesamtwert			0,85	0,49
Y-BOCS 1 Zwangsgedanken			0,93	
Y-BOCS 2 Zwangshandlungen				0,88
ZAGG-Skala 1 <i>Schuld</i>	0,77	0,52		
ZAGG-Skala 2 <i>Kontrolle</i>	0,76			
ZAGG-Skala 3 <i>Zweifel</i>	0,59		0,42	
ZAGG-Skala 4 <i>Akzeptanz</i>	0,49			-0,57
ZAGG-Skala 5 <i>Gelassenheit</i>				-0,57

Tab. 32: Komponentenmatrix mit Angabe der Faktor-Ladungen der einzelnen Verfahren

3.4 Retest-Reliabilität und Änderungssensitivität

In die Berechnung der Retest-Reliabilität und Änderungssensitivität gingen 30 bzw. 29 Patienten der Gruppe der „reinen“ Zwangspatienten ein.

Zur Berechnung der Retest-Reliabilität füllten 30 Zwangspatienten den ZAGG-Fragebogen nach 5 Tagen aus, zur Berechnung der Änderungssensitivität füllten nochmals 29 Patienten den ZAGG-Fragebogen am Ende des Aufenthaltes aus.

In Tabelle 33 erfolgt eine deskriptive Darstellung der Ergebnisse zu den 3 Meßzeitpunkten, es handelt sich dabei um die Mittelwerte in den einzelnen Skalen des ZAGG-Fragebogens.

Tab. 33: Mittelwerte und Standardabw. im ZAGG-Fragebogen zu den 3 Meßzeitpunkten

	T1 Aufnahme N = 30		T2 nach 5 Tagen N= 30		T3 bei Entlassung N = 29	
	M	SD	M	SD	M	SD
Skala1 <i>Schuld</i>	28,9	(15,2)	29,4	(15,7)	21,7	(12,1)
Skala2 <i>Kontrolle</i>	30,0	(10,5)	27,8	(9,0)	20,9	(12,1)
Skala3 <i>Zweifel</i>	14,1	(6,9)	12,9	(6,0)	9,3	(5,3)
Skala 4 <i>Akzeptanz</i>	8,3	(3,3)	7,9	(3,2)	10,9	(3,6)
Skala 5 <i>Gelassenheit</i>	5,3	(3,9)	5,2	(3,7)	6,5	(3,6)

3.4.1 Retest-Reliabilität

Zur Überprüfung der Retest-Reliabilität wurden Spearman-Korrelationskoeffizienten zwischen den beiden ersten Messzeitpunkten berechnet.

Die Korrelationen zwischen ZAGG-t1 ZAGG t2 erreichen Werte zwischen 0,63 und 0,85.

Paarweise t-Tests ergaben in keiner Skala eine signifikante Veränderung der Mittelwerte nach 5 Tagen.

Die Werte weisen auf eine gute Stabilität hin (*Hypothese 2*).

Tab. 34: Korrelationskoeffizienten ZAGG1-ZAGG2
n = 29

	Spearman Korrelationen
Z1/Z2 Skala 1 Schuld	0,85***
Z1/Z2 Skala 2 Kontrolle	0,75***
Z1/Z2 Skala 3 Zweifel	0,72***
Z1/Z2 Skala 4 Akzeptanz	0,63**
Z1/Z2 Skala 5 Gelassenheit	0,81***

p< 0,01, *: p< 0,001

3.4.2 Änderungssensitivität

Zur Überprüfung der Änderungssensitivität wurden die Mittelwerte zum t 1 bei Aufnahme mit Mittelwerten zum t 3 bei Entlassung verglichen

Zwischen den beiden Zeitpunkten lagen im Durchschnitt 7,2 Wochen.

In allen Skalen zeigt sich eine signifikante Veränderung, wobei sich die Veränderung in der Skala 5 auf dem 10% Niveau absichern ließ.

In den Skalen *Schuld*, *Kontrolle* und *Zweifel* findet eine signifikante Reduktion, in den gesunden Skalen *Akzeptanz* und *Gelassenheit* eine signifikante Zunahme der Werte statt.

Effektstärken:

Nach Cohen (1977) ist bei $ES > .8$ von großen Effekten auszugehen, bei Werten von $.5 < ES < .8$ von mittleren und bei Werten von $.2 < ES < .5$ von kleinen Effektstärken. Bei den Skalen *Kontrolle*, *Zweifel* und *Akzeptanz* liegen somit große Effekte vor, bei *Schuld* ein mittlerer Effekt. Bei der Skala *Gelassenheit* ist kein Effekt festzustellen.

Die erfragten Einstellungen sind somit durch eine kognitiv-behaviorale Therapie veränderbar (*Hypothese 3a*).

In Tabelle 35 sind die t-Werte, Signifikanzen und Effektstärken für die einzelnen Skalen angegeben:

Tab. 35: t-Tests für abhängige Stichproben/Effektstärken, n = 29

	t-Wert	Df	P	Effektstärke
Skala 1 t1-t3 Schuld	3,9	29	0,001***	0,71
Skala 2 t1-t3 Kontrolle	5,7	29	0,000***	0,92
Skala 3 t1-t3 Zweifel	4,9	29	0,000***	1,23
Skala 4 t1-t3 Akzeptanz	-3,4	29	0,002***	0,86
Skala 5 t1-t3 Gelassenheit	-1,74	29	0,09+	0,06

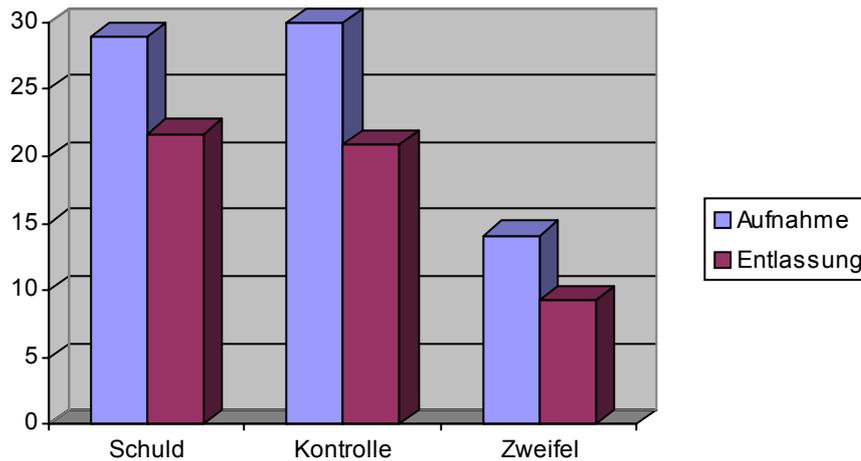
+ = $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < 0,01$; *** $p < .001$

In Abbildung 10 werden die ZAGG-Mittelwerte der Skalen Schuld, Kontrolle und Zweifel zu Beginn und am Ende der Behandlung miteinander verglichen.

Die dysfunktionalen Einstellungen der Skalen Schuld, Kontrolle und Zweifel reduzieren sich jeweils deutlich bis zum Ende des Aufenthaltes.

Abb.10: Veränderung der dysfunktionalen Einstellungen (Skalen Schuld, Kontrolle, Zweifel) während des Aufenthaltes

Anm.: Y-Achse: Mittelwerte im ZAGG-Fragebogen

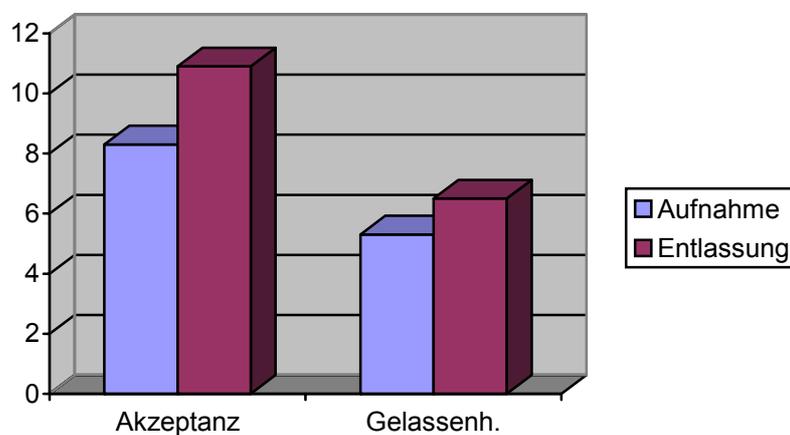


In Abbildung 11 werden die ZAGG-Mittelwerte zu Beginn und am Ende der Behandlung miteinander verglichen in den Skalen Gelassenheit und Akzeptanz.

Die positiven, gelassenen Einstellungen nehmen bis zum Ende des Aufenthaltes zu.

Abb.11: Veränderung der positiven Einstellungen (Skalen Gelassenheit und Akzeptanz) während des Aufenthaltes

Anm.: Y-Achse: Mittelwerte im ZAGG-Fragebogen



3.5 Spezifität des ZAGG-Inventars

Zur Überprüfung der Spezifität des ZAGG-Inventars wurden die Gruppen Zwang mit Depression, Zwang „rein“, „rein“ Depressive, „reine“ Angstpatienten und Gesunde hinsichtlich ihrer ZAGG-Mittelwerte zu Beginn des Aufenthaltes miteinander verglichen.

Um die Spezifität der ZAGG-Werte für Zwangsstörungen zu überprüfen wurde eine MANOVA durchgeführt. Die unabhängige Variable besteht aus den 5 Gruppen, die abhängige Variable besteht aus den 5 Skalen des ZAGG-Inventars.

Der Gruppeneffekt wird nach Pillai Spur signifikant: $F(20,00) = 5,14$, ($p < 0,000$).

Deshalb wurden für jede Skala einfaktorielle Varianzanalysen berechnet, diese waren ebenfalls alle signifikant ($p < 0,005$) außer bei Skala *Akzeptanz* ($p = 0,39$).

Es wurden Post-hoc Tests (SNK) durchgeführt zum Vergleich der einzelnen Gruppen für jede Skala.

Schuld, Kontrolle, Zweifel:

Die Gruppe Zwang mit Depression liegt in allen 3 Skalen am höchsten, sie unterscheidet sich in den Skalen *Schuld* und *Zweifel* signifikant von den anderen 3 Patientengruppen und von den Gesunden.

Die beiden Gruppen Zwang rein und die Depressiven liegen in allen 3 Skalen gleichauf, sie unterscheiden sich nicht signifikant voneinander.

Die Angstpatienten liegen signifikant darunter. Die gesunden Personen haben in allen 3 Skalen die niedrigsten Werte, sie unterscheiden sich signifikant von allen anderen Gruppen.

Gelassenheit, Akzeptanz:

Die Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich *Gelassenheit*, hier haben die Angstpatienten die höchsten Werte. Alle anderen Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant. Hinsichtlich *Akzeptanz* gibt es keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Zu den Hypothesen:

Bei den 3 Skalen der dysfunktionalen Einstellungen gibt es zwischen Depressiven und Zwangspatienten keine signifikanten Unterschiede. Dies bedeutet, dass die Skalen für beide Gruppen gleichermaßen relevant sind. Die Patienten mit Panikstörung mit Agoraphobie weisen signifikant geringere Werte auf als beide anderen Gruppen.

Die gesunden Kontrollpersonen unterscheiden sich wiederum signifikant von den Angstpatienten.

Die Gruppe der Zwangspatienten mit Depression liegt deutlich über den reinen Zwangspatienten und depressiven Patienten, was die Relevanz für beide Erkrankungen bestätigt.

Die Hypothese der *Spezifität* für Zwangspatienten innerhalb der klinischen Gruppen (Hypothese 4a) ist somit für die Skalen *Schuld*, *Kontrolle* und *Zweifel* zum Teil belegt: gegenüber Depression ist *keine* Abgrenzung möglich, jedoch gegenüber der Gruppe der Patienten mit Panik und Agoraphobie. Die Hypothese bezüglich Abgrenzung der Patientengruppen gegenüber der gesunden Gruppe (Hypothese 4b) ist belegt, es liegt somit eine gute Kriteriumsvalidität vor.

Bezüglich der positiven Einstellungen liegt ein anderes Ergebnismuster vor: hinsichtlich der *Akzeptanz* unterscheiden sich die Gruppen nicht signifikant, diese Dimension scheint somit störungs- bzw. gesundheitsunabhängig zu sein.

Bezüglich *Gelassenheit* zeigt sich ein signifikanter Gruppenunterschied, der dadurch zustande kommt, dass die Angstpatienten signifikant höhere Werte aufweisen als die übrigen Gruppen. Zur weiteren Interpretation der Ursachen des differentiellen Effektes zwischen den Skalen siehe Kap. 4.

In Tabelle 36 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen des ZAGG-Inventars für die 5 Gruppen aufgeführt. Außerdem sind die Signifikanzen und post-hoc-Vergleiche angegeben.

Tab. 36: Stand. Mittelwerte und Standardabweichungen ZAGG-Inventar der verschiedenen Gruppen zu Beginn des Aufenthaltes

	Zwang + D. N = 55	Zwang rein N = 40	Angst N = 40	Depression N = 40	Gesunde N = 39	F Df = 4	Post hoc SNK
Skala 1	2,11 (0,87)	1,62 (0,85)	1,2 (0,76)	1,73 (0,89)	0,47 (0,46)	26,9***	ZD>Z,D> A>G
Skala 2	2,50 (0,74)	2,23 (0,89)	1,88 (0,81)	2,2 (0,71)	1,4 (0,78)	12,47***	ZD,Z,D> A>G
Skala 3	1,73 (0,85)	1,48 (0,78)	1,05 (0,62)	1,3 (0,66)	0,59 (0,44)	17,17***	ZD>Z,D> A>G
<i>Dysf.¹</i> <i>Einstell.</i>	6,34 (2,1)	5,33 (2,04)	4,16 (1,9)	5,23 (2,0)	2,46 (1,4)	23,69***	ZD>Z,D> A>G
Skala 4	2,25 (0,94)	2,02 (0,87)	2,03 (0,93)	2,19 (0,72)	2,34 (0,98)	n.s.	n.s.
Skala 5	1,37 (0,92)	1,56 (1,1)	2,05 (0,84)	1,5 (0,98)	1,65 (1,1)	2,8*	A > G,Z,D,ZD
<i>Posit.²</i> <i>Einstell.</i>	3,64 (1,14)	3,5 (1,48)	4,08 (1,38)	3,69 (1,32)	3,99 (1,65)	n.s.	n.s.

Anm. Es wurden die standardisierten Skalenwerte verwendet, Range: 0-4

+ = $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

¹: in dieser Zeile sind die Summen aus Skalenwerten 1-3 angegeben; ²: in dieser Zeile sind Summen aus Skalenwerten 4+5 angegeben

Abbildung 12 zeigt den graphischen Vergleich der Mittelwerte der 5 Gruppen in den Skalen Schuld, Kontrolle und Zweifel:

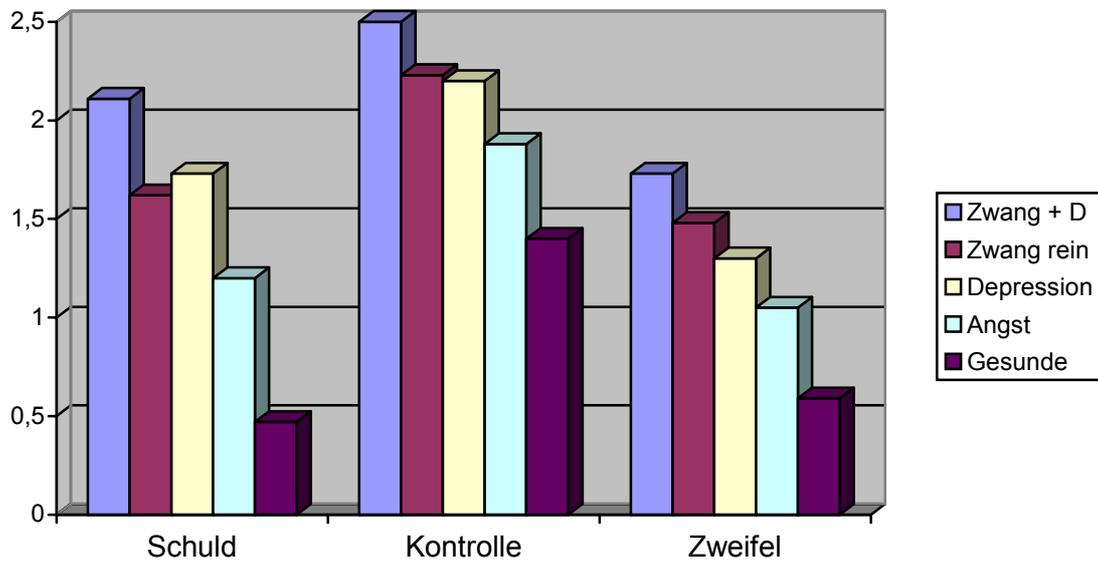


Abb.12: Dysfunktionale Einstellungen (Skalen Schuld, Kontrolle, Zweifel) in den verschiedenen Gruppen
Anm: Y-Achse: aufgeführt sind standardisierte Skalenmittelwerte im ZAGG-Inventar

Abbildung 13 zeigt den graphischen Vergleich der Mittelwerte der 5 Gruppen in den Skalen Gelassenheit und Akzeptanz:

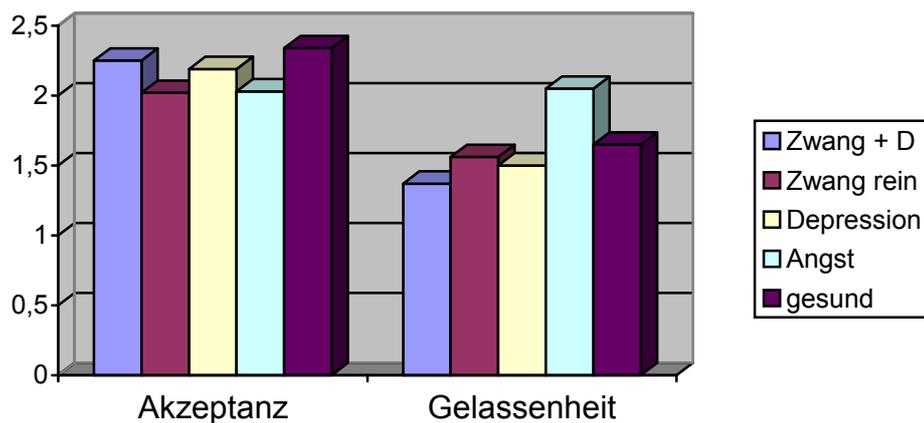


Abb.13: Positive Einstellungen (Skalen Akzeptanz und Gelassenheit) der verschiedenen Gruppen
Anm: Y-Achse: aufgeführt sind standardisierte Skalenmittelwerte im ZAGG-Inventar

3.6 Validität des ZAGG

3.6.1 Deskriptive Statistik und Inferenzstatistik BAI, BDI und IBRO

Zur Überprüfung der Validität des ZAGG wurden die Gruppen Zwang „rein“, Depressive und Angstpatienten einbezogen.

Vergleich der Gruppen bezüglich des BDI:

Die Gruppe der Depressiven hat den höchsten BDI mit 27 Punkten, dann folgen die Zwangspatienten mit rund 17 Punkten und die Angstpatienten mit 13,5 Punkten. Die Depressiven liegen somit im Bereich der schweren Depression, Zwangspatienten und Angstpatienten im Bereich der schwachen Depression. Die Gruppe der Depressiven unterscheidet sich signifikant von Angstpatienten und Zwangspatienten.

Vergleich der Gruppen bezüglich des BAI:

Die Angstpatienten erreichen den höchsten Wert mit 23 Punkten, die Depressiven folgen mit 20 Punkten, die Zwangspatienten mit 15 Punkten. Nach Hütteroth (2003) liegen Angstpatienten und Depressive im Bereich „wenig Angst“, die Zwangspatienten im Bereich „minimale Angst“.

Die Gruppe der Angstpatienten unterscheidet sich nicht signifikant von den depressiven Patienten. Beide Gruppen unterscheiden sich signifikant von den Zwangspatienten.

Vergleich der Gruppen bezüglich des IBRO:

Die drei Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant.

Der IBRO erfasst somit in der vorliegenden Studie keine für Zwangspatienten spezifische Einstellungen, sondern eher für allgemeine Psychopathologie relevante.

In Tabelle 37 (folgende Seite) sind Mittelwerte, Standardabweichungen und Streubreiten der Gruppen Zwang „rein“, Angst und Depression bezüglich BDI, BAI und IBRO angegeben.

Außerdem sind Signifikanzwerte und post-hoc-Vergleiche aufgeführt.

Tab. 37: Mittelwerte, Standardabweichungen und Streubreiten in den Inventaren BDI, BAI und IBRO, einfaktorielles Varianzanalysen und Post-hoc-Vergleiche

	Zwang rein		Angst		Depression		Signifikanz-Niveau	Post-hoc-Test Scheffe
BDI	16,8	(7,9)	13,5	(6,00)	27,4	(8,5)	F (2) = 34,1***	D > Z,A
	0-34	n=38	2-25	n=40	8-45	n=39		
BAI	15,0	(9,6)	22,6	(11,3)	19,7	(11,0)	F (2) = 6,6**	A,D > Z
	0-33	n=39	3-49	n=40	1-43	n=40		
IBRO	66,7	(11,4)	66,8	(11,5)	67,4	(14,7)	F (2) = 0,03	D,A,Z
	42-98	n=38	39-85	n=39	44-115	n=40	n.s.	

+ = p < .10 ; * p < .05; **: p < 0,01 ; ***: p < .001

Anm.: Bei den Zwangspatienten fehlten bei 2 Personen BDI und IBRO, bei einer Person der BAI.

Bei den Angstpatienten fehlte bei einer Person der IBRO.

Bei den Depressiven fehlte bei einer Person ein BDI.

Abbildung 14 zeigt den Vergleich der Gruppen bezüglich der BDI-Mittelwerte:

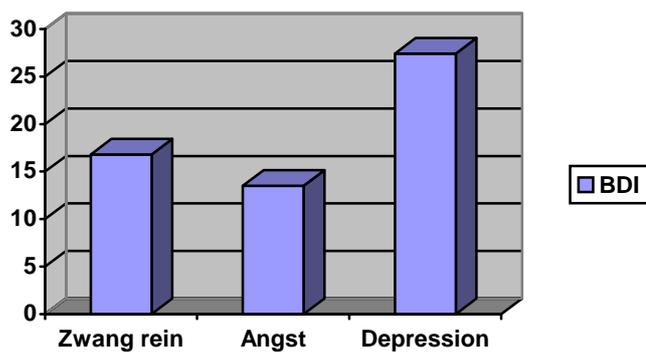


Abb.14: BDI in den 3 Patientengruppen

Anm: Auf der Y-Achse sind Mittelwerte im BDI abgetragen

Abbildung 15 zeigt den Vergleich der Gruppen bezüglich der BAI-Mittelwerte:

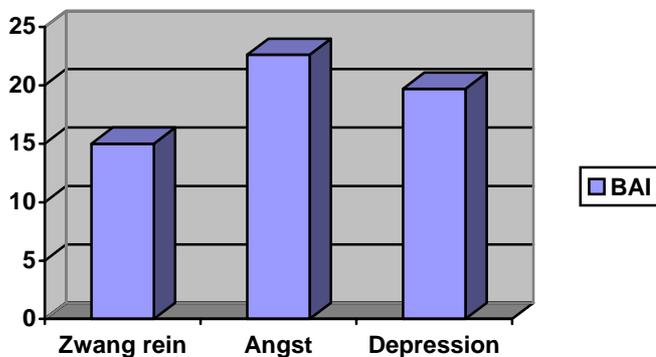


Abb.15: BAI in den 3 Patientengruppen

Anm.: Auf der Y-Achse sind die BAI-Mittelwerte abgetragen

Abbildung 16 zeigt den graphischen Vergleich der Gruppen bezüglich der IBRO-Mittelwerte:

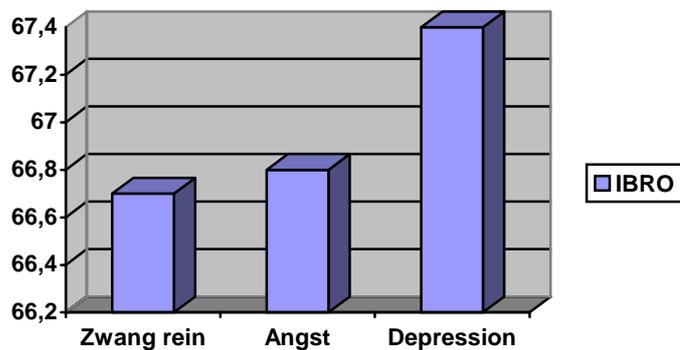


Abb. 16: IBRO in den 3 Patientengruppen
Anm: Auf der Y-Achse sind Mittelwerte abgetragen

3.6.2 Deskriptive Statistik Y-BOCS

Die Y-BOCS wurde in der Gruppe der „reinen“ Zwangspatienten erhoben, somit gehen nur die Daten dieser Gruppe in die Berechnungen ein.

Zunächst werden die Y-BOCS Werte deskriptiv aufgeführt (Tabelle 38), danach folgen statistische Auswertungen (Tabelle 39 und 40).

Im Durchschnitt erreichten die Patienten einen Gesamtwert von 23, in den Unterbereichen Zwangsgedanken und -handlungen jeweils 10,5 bzw. 12,5 Punkte.

Die Zwangspatienten ohne Depression bzw. Angst liegen somit im Bereich „mäßiger“ (16-23 Punkte) bis „schwerer“ (24-31 Punkte) Schweregrad.

Typische Werte für Zwangspatienten vor einer psychiatrischen Behandlung liegen zwischen 20-35 von maximal 40 Punkten (Kapfhammer, 2000).

	Gedanken	Handlungen	Gesamtwert
Y-BOCS	10,5 (5,5) 0-19	12,5 (4,26) 0-20	23,0 (6,9) 10-37

Tab. 38: Y-BOCS Werte der „reinen“ Zwangspatienten
Anm: angegeben sind Mittelwerte, Standardabweichungen und Streubreiten
N = 40

3.6.3 Korrelative Befunde

3.6.3.1 Zusammenhang zwischen ZAGG und Y-BOCS

In diese Berechnungen gingen die Daten der Gruppe „Zwang rein“ ein.

Zusammenhänge zwischen ZAGG-Werten und der Zwangssymptomatik, erhoben mit der Y-BOCS, stellen Hinweise für die konvergente Validität des ZAGG dar.

Es zeigten sich folgende Zusammenhänge: Die Skala *Schuld* korreliert signifikant mit dem Unterbereich Zwangsgedanken der Y-BOCS.

Außerdem korreliert die Dimension *Zweifel* mit dem Gesamtwert und dem Ausmaß an Zwangsgedanken.

Die Skala *Akzeptanz* korreliert negativ mit Zwangshandlungen, d.h. je mehr Akzeptanz, desto weniger Zwangshandlungen.

Zur Hypothese 5b) lässt sich somit feststellen, dass diese nur zum Teil bestätigt wurde: lediglich eine der Skalen korreliert mit dem Gesamt-Ausmaß der Zwangssymptomatik. Die Korrelationen mit dem Ausmaß der Zwangsgedanken sind insgesamt stärker ausgeprägt (Hypothese 5e). Zur Diskussion der Ursachen für die insgesamt mittelmäßig ausgeprägten Zusammenhänge siehe Kap. 4.

In Tabelle 39 sind die Korrelationen der ZAGG-Skalen mit den Skalen der Y-BOCS aufgeführt.

Tab. 39: Zusammenhang zwischen ZAGG und Y-BOCS in der Gruppe der „reinen“ Zwangspatienten
N = 40

	Y-BOCS Gesamt	Gedanken	Handlungen
Skala 1 <i>Schuld</i>	Ns	0,3+	Ns
Skala 2 <i>Kontrolle</i>	Ns	Ns	Ns
Skala 3 <i>Zweifel</i>	0,38*	0,42**	Ns
Skala 4 <i>Akzeptanz</i>	Ns	Ns	-0,33*
Skala 5 <i>Gelassenheit</i>	Ns	Ns	Ns

Anm: + = $p < .10$; * $p < .05$; ** : $p < 0,01$; ***: $p < .001$, ns = $p \geq 0,1$
Es werden Pearson`s Korrelationskoeffizienten aufgeführt

3.6.3.2 Zusammenhang IBRO und Y-BOCS

Auch hierbei gingen die Daten der Gruppe „Zwang „rein“ ein.

Zusammenhänge zwischen IBRO und Y-BOCS lassen auf die konvergente Validität des IBRO schließen.

Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen IBRO und dem Summenwert der Y-BOCS und mit dem Unterbereich „Zwangsgedanken“. Der Zusammenhang mit dem Unterbereich „Zwangshandlungen“ wird nicht signifikant.

Hypothese 5c) kann somit belegt werden.

Tab. 40: Zusammenhang zwischen IBRO-Werten und Y-BOCS, Gruppe der „reinen“ Zwangspatienten
n = 38

	Y-BOCS Gesamt	Gedanken	Handlungen
IBRO	0,37*	0,42**	Ns

Anm: * $p < .05$; ** $p < 0,01$; ns = $p \geq 0,1$

Es werden Pearson's Korrelationskoeffizienten aufgeführt

3.6.3.3 Zusammenhang zwischen ZAGG und IBRO

In die Berechnungen gingen ebenfalls die Daten der Gruppe Zwang „rein“ ein.

Zusammenhänge zwischen den Skalen des ZAGG und dem IBRO lassen auf die konvergente Validität des ZAGG schließen.

Die Skala *Schuld* korreliert signifikant mit dem IBRO. Außerdem zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen *Zweifel* und IBRO.

Alle anderen Zusammenhänge sind nicht signifikant.

Die Hypothese 5a) wurde somit für die dysfunktionalen Einstellungen überwiegend belegt.

Tab. 41: Zusammenhang zwischen ZAGG-Werten und IBRO bei den „reinen“ Zwangspatienten

	Zwang N = 38
Skala 1 <i>Schuld</i>	0,49**
Skala 2 <i>Kontrolle</i>	Ns
Skala 3 <i>Zweifel</i>	0,49**
Skala 4 <i>Akzeptanz</i>	Ns
Skala 5 <i>Gelassenheit</i>	Ns

Anm: + = $p < .10$; * $p < .05$; ** : $p < 0,01$; ***: $p < .001$; ns = $p \geq 0,1$
Es werden Pearson`s Korrelationskoeffizienten aufgeführt

3.6.3.4 Zusammenhang zwischen ZAGG und BAI sowie ZAGG und BDI

Bei allen folgenden Berechnungen gingen nur die Daten der Stichprobe Zwang „rein“ ein. Niedrige Zusammenhänge zwischen ZAGG und Ängstlichkeit, gemessen mit dem BAI, sowie zwischen ZAGG und Depressivität, gemessen mit dem BDI, weisen auf die diskriminante Validität des ZAGG hin.

Die Dimensionen *Schuld* und *Zweifel* korrelieren signifikant mit dem BAI.

Die Skala *Schuld* korreliert signifikant mit dem BDI-Wert (siehe Tabelle 42).

Die Hypothese 6) zur diskriminanten Validität wurde nur zum Teil belegt. Die Dimension *Schuld* korreliert signifikant mit BAI und BDI, was auf eine niedrige diskriminante Validität dieser Skala hinweist.

Insgesamt sind die Korrelationen mit der Zwangssymptomatik genauso hoch wie mit den Maßen von Ängstlichkeit und Depressivität, wobei differentielle Effekte der einzelnen Skalen festzustellen sind. Zur Diskussion der Ursachen dieser Ergebnisse siehe Kap. 4.

Tab. 42: Zusammenhang zwischen ZAGG-Werten und BAI/BDI bei den „reinen“ Zwangspatienten

	BAI N = 39	BDI N = 38
Skala 1 <i>Schuld</i>	0,46**	0,41*
Skala 2 <i>Kontrolle</i>	ns	ns
Skala 3 <i>Zweifel</i>	0,45**	ns
Skala 4 <i>Akzeptanz</i>	ns	ns
Skala 5 <i>Gelassenheit</i>	ns	ns

Anm:* $p < .05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < .001$; ns = $p \geq 0,1$
Es werden Pearson`s Korrelationskoeffizienten aufgeführt

3.7 Zusammenhang zwischen ZAGG und SCL-90-R

In die folgenden Berechnungen gingen die Daten der Gruppe Zwang „rein“ ein.

Die erhobenen SCL90-R-Daten bei Aufnahme und Entlassung dienen dazu,

- (1) zu überprüfen, ob die durchgeführte stationäre Therapie wirksam war.
- (2) Korrelationen mit den ZAGG-Werten liefern weitere Hinweise für die Validität des ZAGG.
- (3) Korrelationen der Differenzwerte des SCL mit den Differenzwerten des ZAGG geben Hinweise für den Zusammenhang des ZAGG mit dem Therapieerfolg.

3.7.1 SCL-90-R bei Aufnahme und Entlassung: Wirksamkeit der Therapie

Bei Aufnahme liegen die Durchschnittswerte für *Symptomatik* und *Zwanghaftigkeit* im der Gruppe Zwang „rein“ im pathologischen Bereich, bei Entlassung sind beide Mittelwerte signifikant reduziert.

Beide Werte liegen bei Entlassung knapp oberhalb des Normbereichs, d.h. nahezu im gesunden Bereich.

Die Effektstärken betragen für Symptomatik 1,79, für Zwanghaftigkeit 1,81. Nach Cohen (1977) kann bei Messwerten von $ES \geq .8$ von einer großen Effektstärke ausgegangen werden.

Die Ergebnisse können ein Hinweis dafür sein, dass die in den durchschnittlich 7,2 Wochen erfolgte Therapie erfolgreich war.

Tab. 43: Mittelwerte der SCL-90-R-Subskalen bei Aufnahme und Entlassung, „reine Zwangspatienten“ t-Tests für abh. Stichproben, N = 35

	Aufnahme	Entlassung	t-Wert df = 34	Effektstärke
SCL „Symptomatik“	0,89 (0,39) 0,02-2,2	0,53 (0,5) 0,02-1,5	4,9***	1,79
SCL „Zwanghaftigkeit“	1,8 (0,69) 0,0-3,3	1,0 (0,64) 0,1-2,6	6,4***	1,81

Anm.: + = $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < 0,01$; *** $p < .001$

Dargestellt sind Mittelwerte, Standardabweichungen und Streubreiten

3.7.2 Vergleich der Gruppe Zwang „rein“ und Zwang mit Depression bezüglich der Schwere der Symptomatik

Um zu überprüfen, ob sich die beiden Gruppen Zwangspatienten (Zwang „rein“ und Zwang mit Depression) hinsichtlich der Schwere der Symptomatik unterscheiden, wurden die SCL90-R-Werte der beiden Gruppen bei Aufnahme verglichen.

Die Gruppe Zwang mit Depression weist in beiden Skalen zu Beginn der Behandlung signifikant höhere Werte auf als die Gruppe Zwang ohne Depression/Angst.

Ein höherer Wert für „Symptomatik“ könnte das Vorliegen von komorbiden Diagnosen widerspiegeln. Der höhere Wert für „Zwanghaftigkeit“ könnte ein Hinweis für eine stärkere

Ausprägung der Zwangssymptomatik bei der Gruppe der Patienten von Zwang + Depression sein. Dieser Aspekt ist wichtig für die Interpretation der Ergebnisse im ZAGG-Fragebogen, zur ausführlichen Diskussion siehe Kap. 4.6.3.

	Zwang rein N = 35	Zwang + Depression N = 46	t-Wert df= 79
SCL Symptomatik bei Aufnahme	0,89 (0,39)	1,36 (0,55)	4,07***
SCL Zwanghaftigkeit bei Aufnahme	1,8 (0,69)	2,25 (0,77)	2,60*

Tab. 44: Vergleich der Mittelwerte des SCL bei Aufnahme Gruppe Zwang rein/ Zwang mit Depression
Anm: + = $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < 0,01$; *** $p < .001$

3.7.3 Zusammenhang zwischen ZAGG und SCL-90-R-Skalen

In die folgenden Berechnungen gingen lediglich die Daten der Gruppe Zwang „rein“ ein. Zusammenhänge zwischen ZAGG-Skalen und den beiden SCL-90-R-Skalen stellen ein weiteres Maß für die konvergente Validität des ZAGG dar, da „Symptomatik“ und „Zwanghaftigkeit“ des SCL-90-R das Ausmaß der Zwangssymptomatik erfassen.

Bei Aufnahme bestehen signifikante Zusammenhänge zwischen *Schuld* und *Kontrolle* und der Skala „Symptomatik“ des SCL-90-R.. Außerdem besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen *Zweifel* und den beiden Skalen des SCL-90-R.

Bei Entlassung korrelieren nahezu alle Skalen des ZAGG (außer *Gelassenheit* mit „Zwanghaftigkeit“) mit den Skalen des SCL-90-R. Die gesunden Einstellungen korrelieren dabei negativ, die pathologischen Einstellungen korrelieren positiv mit „Zwanghaftigkeit“ und „Symptomatik“ des SCL-90-R.

Diese ausgeprägten Zusammenhänge zwischen ZAGG und SCL90-R sind ein Hinweis für die konvergente Validität. Hypothese 5d) konnte für die Skalen *Schuld/Kontrolle/Zweifel* somit überwiegend bestätigt werden.

Zur Diskussion dieser Ergebnisse siehe Kap. 4.

In Tabelle 45 sind die Korrelationen zwischen den ZAGG-Werten und den SCL-Skalen bei Aufnahme und Entlassung aufgeführt.

Tab. 45: Korrelationen zw. ZAGG Werten und SCL90-R

	Aufnahme	N = 35	Entlassung	N = 29
	<i>SCL90-R</i> „Zwanghaft.“	<i>SCL90-R</i> „Symptomatik“	<i>SCL90-R</i> „Zwanghaft.“	<i>SCL90-R</i> „Symptomatik“
Skala1 <i>Schuld</i>	0,35*	0,55**	0,61**	0,68***
Skala 2 <i>Kontrolle</i>	-0,25	0,087	0,39*	0,36+
Skala 3 <i>Zweifel</i>	0,5**	0,49**	0,65***	0,5**
Skala 4 <i>Akzeptanz</i>	-0,076	0,068	-0,33+	-0,36+
Skala 5 <i>Gelassenheit</i>	-0,045	-0,11	-0,30	-0,36+

Anm: + = $p < .10$; * $p < .05$; ** : $p < 0,01$; ***: $p < .001$
 Es werden Pearson's Korrelationskoeffizienten aufgeführt

Abbildung 17 veranschaulicht die Reduktion der SCL-Werte zum Ende des Aufenthaltes:

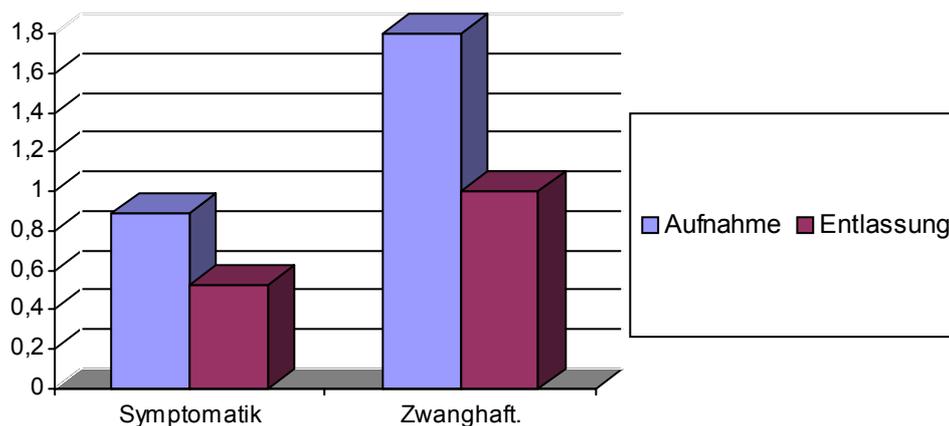


Abb. 17: Die Skalen Zwanghaftigkeit und Symptomatik bei Aufnahme und Entlassung
 Anm: Y-Achse: Mittelwerte in den SCL-Skalen

3.7.4 Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und Reduktion in den ZAGG-Werten

Zur Messung des Therapieerfolges wurden die Differenzen zwischen den SCL90-R-Werten bei Aufnahme und bei Entlassung berechnet, dasselbe wurde für die Skalen des ZAGG unternommen.

Die Verbesserung in den Skalen *Schuld* und *Zweifel* steht mit der Verbesserung in den beiden SCL90-R-Skalen „Symptomatik“ und „Zwanghaftigkeit“ in einem signifikanten Zusammenhang.

Die Skalen *Kontrolle*, *Akzeptanz* und *Gelassenheit* stehen mit der Verbesserung in den SCL90-R-Werten in keinem signifikanten Zusammenhang.

Die Hypothese 3b) kann somit für die dysfunktionalen Einstellungen (Skalen 1-3) überwiegend belegt werden, für die positiven (4+5) nicht. Zur ausführlichen Diskussion dieser Ergebnisse siehe Kap. 4.

In Tabelle 46 sind die Korrelationen zwischen den Differenzwerten von ZAGG und SCL-Skalen aufgeführt.

Tab. 46: Zusammenhang zwischen SCL90-R-Reduktion und Reduktion in den ZAGG-Werten, N = 29

	Diff SCL90-R „Zwanghaftigk.“	Diff SCL90-R „Symptomatik“
Diff <i>Schuld</i>	0,42*	0,49*
Diff <i>Kontrolle</i>	0,12	0,19
Diff <i>Zweifel</i>	0,65***	0,71***
Diff <i>Akzeptanz</i>	0,11	0,12
Diff <i>Gelassenheit</i>	-0,17	-0,24

+ = $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < 0,01$; *** $p < .001$

Es werden Pearson`s Korrelationskoeffizienten aufgeführt

4. Diskussion der Ergebnisse

Ein Ziel der Untersuchung war, herauszufinden, ob es Metakognitionen nach Wells gibt, die relevant für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwangserkrankungen sind. Hierzu wurden aus der vorhandenen Literatur zehn bedeutsame Themenbereiche ausgewählt und Einstellungen auf einer mittleren Abstraktionsebene formuliert. Auf diese Weise entstand das Instrument *Zwangsaufrechterhaltende Überzeugungen zu Gedanken und Gefühlen ZAGG*, das einer psychometrischen Überprüfung anhand einer großen Stichprobe Zwangserkrankter unterzogen wurde.

In einem weiteren Schritt wurden Reliabilität und Validität sowie diskriminante Validität der Metakognitionen überprüft. Durch Messwiederholungen wurden Stabilität, Änderungssensitivität und Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg festgestellt.

Eine weitere wichtige Fragestellung war die der Spezifität der Metakognitionen, daher wurde ein Vergleich zwischen möglichst diagnostisch „reinen“ klinischen Gruppen (1) Zwang, (2) Angst, (3) Depression und gesunden Personen vorgenommen.

4.1 Stichprobe

Demographische Daten

Die drei klinischen Gruppen (Zwangspatienten, Depressive und Angstpatienten) unterscheiden sich signifikant hinsichtlich des *Alters bei Beginn der Erkrankung*. Die Ergebnisse entsprechen den Daten der Literatur zu den einzelnen Störungsbildern (Reinecker, 1994).

Bezüglich *Partnerschaft* und *Anzahl der Kinder* werden ebenfalls die Daten in der Literatur bestätigt: in einigen Studien wird berichtet, dass 60-70% aller Zwangspatienten unverheiratet bzw. ohne Partnerschaft sind (z.B. Coryell, 1981; Steketee, 1993). Angstpatienten leben häufiger in festen Partnerschaften als Zwangspatienten. Dies könnte jedoch eine Folge des Alters bei Beginn darstellen: die Zwangserkrankung beginnt so früh, dass die Chancen bei der Herausbildung sozialer Kompetenzen für die Partnerwahl verschlechtert sind (Reinecker, 1994). Die Daten zum sozioökonomischen Status und zur Ausbildung müssen ebenfalls unter dem Aspekt des unterschiedlichen Erkrankungsbeginns interpretiert werden.

Die *Dauer der Erkrankung* ist bei den Zwangspatienten zum einen aufgrund des frühen Beginns der Erkrankung länger als bei den anderen Erkrankungen, zum anderen hängt dies vermutlich auch mit einer schlechteren therapeutischen Versorgung und der Tendenz zum Verheimlichen zusammen (Reinecker, 1994).

Bezüglich der *bisher durchgeführten Therapien* sind die 3 Patientengruppen etwa vergleichbar. Fraglich ist jedoch, ob eine adäquate ambulante Behandlung stattgefunden hat: 82% der Angst- und 67% der Zwangspatienten hatten noch keine Expositionsübungen in der bisherigen Therapie. Dies bedeutet, dass etwa zwei Drittel der Zwangspatienten 10 Jahre unter ihrer Erkrankung litten, bis sie mit der Methode der Wahl, Exposition und Reaktionsverhinderung, behandelt wurden.

Bei den DGZ-Mitgliedern liegt mit durchschnittlich 19,5 Jahren eine sehr lange Krankheitsdauer mit vielen ambulanten und stationären Behandlungsversuchen vor. Zusammengefasst sind für die lange Erkrankungsdauer bei Personen mit Zwangsstörung vermutlich 3 Faktoren verantwortlich: die Tendenz zur schamhaften Verheimlichung seitens der Patienten, inadäquate Behandlungen und die Hartnäckigkeit der Erkrankung selbst.

Zur Vergleichbarkeit der DGZ-Mitglieder mit den Zwangspatienten der Klinik Roseneck:

Die DGZ-Mitglieder sind bezüglich Alter bei Beginn der Erkrankung und *Geschlechterverteilung* vergleichbar mit den Zwangspatienten. Die *Dauer der Erkrankung* ist im Durchschnitt deutlich länger, was darauf hinweist, dass Personen mit Zwangsstörung zunächst einige Behandlungsversuche unternehmen und erst nach längerer Zeit Mitglied der Selbsthilfegruppe werden.

Aufgrund der Art der Erhebung kann nicht sicher davon ausgegangen werden, dass es sich bei allen Betroffenen um eine diagnostisch abgesicherte Zwangserkrankung handelt. Aus diesem Grunde gingen die Daten der DGZ-Mitglieder lediglich in die Faktorenanalyse ein, bei der inhaltliche Dimensionen des Denkens überprüft werden.

Komorbidität

Ein Ziel der Studie war es, drei Krankheitsbilder hinsichtlich ihrer kognitiven Muster zu vergleichen. Um dies zu ermöglichen, wurde es angestrebt, die drei Gruppen ohne Komorbidität der jeweils anderen Erkrankungen zu untersuchen. Dies wurde durch genaue Diagnostik und durch strenge Ausschlusskriterien gewährleistet.

Ob der Ausschluss von Komorbidität gelungen ist, wurde zusätzlich überprüft durch die Unterschiede der Gruppen bezüglich BDI- und BAI-Mittelwerte. Im Vergleich zu in der Literatur beschriebenen Zwangs-Stichproben (mittlerer BDI = 16,8; OCCWG, 2003), hatte die hier untersuchte Gruppe mit 16 einen ähnlich hohen BDI. Der niedrige BDI (m=13) bei den

Angstpatienten und der vergleichsweise hohe bei den Depressiven (m=27) ist ein Hinweis für die Validität der zuvor getroffenen diagnostischen Einschätzung.

Andererseits ist die zusätzliche Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung bei den Zwangspatienten mit 22,5 % relativ häufig. In diesen Fällen wurde die depressive Verstimmung von den Patienten als zeitlich unmittelbare Folge der Zwangssymptomatik gesehen: „Ich bin immer dann traurig, wenn ich den Zwang ausführen muss.“ Zudem ist eine Beeinträchtigung im alltäglichen Funktionieren (sozial, beruflich etc.) Voraussetzung für die Erfüllung der Kriterien einer klinisch relevanten Zwangsstörung (DSM IV). Ab einem bestimmten Ausprägungsgrad der Zwangserkrankung scheint somit eine leichte depressive Verstimmung störungsimmanent zu sein. Es ist somit davon auszugehen, dass die hier einbezogenen Zwangspatienten nicht unter einer zusätzlichen Depression, sondern unter einer dem Schweregrad der Zwangserkrankung angemessenen Traurigkeit leiden.

Bei den Werten des BAI zeigt sich folgendes Bild: Zwangspatienten leiden unter „minimaler Angst“, depressive Patienten leiden unter „wenig Angst“ (Kriterien nach Hütteroth, 2003). Bei diesen Gruppen kann somit erwartungsgemäß von geringer Ängstlichkeit ausgegangen werden. Ungewöhnlich ist jedoch, dass die Angstpatienten ebenfalls nur unter „wenig Angst“ leiden.

Dies ist eventuell dadurch erklärbar, dass panikartige physiologische Symptome im BAI mit 13 Items überrepräsentiert sind (Cox et al, 1996). Patienten, bei denen der Schwerpunkt auf einer agoraphobischen Symptomatik mit spezifischen Auslösesituationen und wenigen Panikanfällen liegt, werden dadurch nicht adäquat erfasst.

Zusammengefasst kann aufgrund der diagnostischen Auswahl der Patienten sowie der Daten des BDI und BAI davon ausgegangen werden, dass es sich um drei Erkrankungsgruppen mit nur geringen symptomatischen Überlappungen handelt.

4.2 Faktorenanalyse

In einer Faktorenanalyse wurden die 10 vorab angenommenen Themenbereiche überprüft (Hypothese 1). Vorab angenommene Dimensionen waren: *Perfektionismus*, *Kontrolle*, *Verantwortung*, *Schuld/Scham*, *Akzeptanz*, *Risikoaversion*, *Zweifel*, *Moral*, *Angstvermeidung*, *Thought-action fusion*. Die Themenbereiche *Verantwortung*, *Kontrolle*, *Perfektionismus* und *Thought-action fusion* sind als noch nicht empirisch überprüfte Skalen im Obsessive Beliefs Questionnaire enthalten. Die Dimension *Schuld/Scham* findet sich im IBRO wieder. *Akzeptanz*, *Zweifel*, *Moral* sind anderen Quellen entnommen (siehe Kap. 1.3).

Es wurde die Itemliste Oppelt als Vorlage zur Formulierung von Einstellungen zu Gedanken/Gefühlen auf einer mittleren Abstraktionsebene genommen. Zunächst wurde eine Pilotstudie (Patienten- und Expertenbefragung) durchgeführt und anhand dieser Ergebnisse der Fragebogen *Zwangsaufrechterhaltende Überzeugungen zu Gedanken und Gefühlen* ZAGG erstellt. Anhand einer Stichprobe von 215 Zwangserkrankten wurde eine Faktorenanalyse zur Überprüfung der vorab angenommenen Dimensionen durchgeführt.

Bei der empirischen Überprüfung ergaben sich 5 inhaltlich plausible Dimensionen: Faktor (1) enthält die Themen *Schuld/Scham*, Wertlosigkeit und Angst/Unsicherheit. Es handelt sich um negative emotionale Reaktionen auf die eigenen Gefühle/Gedanken. Dieser Themenkomplex wurde in der bisherigen Literatur noch nicht als eigenständige Dimension festgestellt.

Faktor (2) besteht aus den Themen *Kontrolle*, *Verantwortung*, *Perfektionismus* im Umgang mit den eigenen Gedanken/Gefühlen. In diesem Faktor finden sich drei Skalen des OBQ wieder (s.o.). Auch in den Studien der OCCWG (2003) korrelierten diese drei Skalen hoch miteinander (die Korrelationen liegen bei $r = .7- .8$) und würden im Falle einer Faktorenanalyse vermutlich einen gemeinsamen Faktor bilden.

Faktor (3) enthält Metakognitionen im engeren Sinne, nämlich *Zweifel* an den eigenen kognitiven Funktionen. Dies entspricht dem u.a. bei Ecker (2001) diskutierten Phänomen des fehlenden Vertrauens in das eigene Gedächtnis (siehe Kap.1.3).

Faktor (4) besteht aus sog. „positiven“ Einstellungen, nämlich *Akzeptanz* der Gedanken/Gefühle allen Personen gegenüber („Jeder Mensch hat öfter schlechte oder negative Gefühle“). Faktor (5) enthält ebenfalls positive Einstellungen, diese drücken *Gelassenheit* gegenüber Gedanken und Gefühlen allgemein aus („Alle Arten von Gedanken kommen und gehen von selbst“).

Beide Dimensionen entsprechen einer Dimension des MCBQ (Clark et al., 2003): „Positive Attributes“ besteht aus 11 Items, die eine positive, gelassene Einstellung gegenüber aufdringlichen Gedanken ausdrücken.

Auch beim MCBQ bilden dysfunktionale und positive Einstellungen voneinander unabhängige Faktoren.

Die 3 Dimensionen *Schuld/Scham (Angst, Selbstwert)*, *Kontrolle (Perfektionismus, Verantwortung)* und *Zweifel (am kognitiven Funktionieren)* bilden die angenommenen Faktoren gut ab und sind inhaltlich bis auf wenige Items plausibel. Die vorab angenommenen Themenbereiche „Zweifel“, „Schuld/Scham“ und „Angstvermeidung“ gehen 100%ig in die neuen Faktoren ein. Bei „Verantwortung“ und „Risiko Aversion“ liegt die Übereinstimmung zwischen alten und neuen Faktoren zwischen 57-80%. Hierbei scheinen die Formulierungen verständlich und eindeutig zu sein.

Am schlechtesten lässt sich „Thought-action fusion“ abbilden, aus diesem Themenbereich entfallen etwa die Hälfte der Items aufgrund zu niedriger Ladungen. Dies ist vermutlich auf missverständliche Formulierung einiger Items zurückzuführen: „Aus meinen Gefühlen leite ich oft Aussagen über die Wirklichkeit ab“, „Ein negatives Gefühl signalisiert, dass etwas Unangenehmes passieren wird“. Eine Anregung hierbei ist, sich bei der Formulierung der Items enger an der Definition für TAF zu orientieren, z.B.: „Wenn ich etwas denke, wird es auch passieren/werde ich danach handeln“, „Ein negatives Gefühl signalisiert, dass man danach handeln wird.“ Im MCBQ von Clark, Purdon und Wang (2003) ging der Themenbereich TAF in die Dimension „Perceived Negative Consequences“ ein, die Items sind eindeutiger und verständlicher formuliert als im ZAGG-Inventar.

4.3 Überprüfung der Reliabilität

Die internen Konsistenzen (Cronbach's alphas) der Skalen sind mit 0,82 bis 0,94 sehr gut ausgeprägt und vergleichbar mit den Daten des Obsessive Beliefs Questionnaire (alphas zwischen .84 -.93; OCCWG, 2003).

Die Skalen *Schuld* und *Zweifel* korrelieren signifikant untereinander ($r = .35$). Alle anderen Zusammenhänge sind nicht signifikant.

4.3.1 Retest-Reliabilität

Falls der ZAGG-Fragebogen mit Genauigkeit erfasst, was er erfassen soll, nämlich Metakognitionen auf einer mittleren Abstraktionsebene, kann von einer zeitlichen Stabilität der Antworten ausgegangen werden (Hypothese 2). Zur Messung der Stabilität wurde ein Zeitraum von 5 Tagen gewählt.

Die Korrelationen betragen zwischen 0,67 und 0,87, d.h. die Skalen zeigen eine ausreichende (*Akzeptanz*), mittlere (*Kontrolle* und *Zweifel*) bis gute (*Schuld* und *Gelassenheit*) Stabilität. Zum Vergleich: In einer Studie zur Überprüfung des Thought Control Questionnaire (TCQ; Wells & Davies, 1994) von Fehm (1999) stellte der Autor Retest-Reliabilitäten bei einem 8-tägigen Abstand zwischen 0,43 und 0,79 fest.

4.3.2 Änderungssensitivität

Nach dem Konzept der Metakognitionen handelt es sich um situativ unabhängige, zeitlich relativ stabile Einstellungen (traits). Dennoch wurde vorab angenommen, dass eine als wirksam überprüfte Psychotherapie eine Veränderung der Einstellungen bewirkt (Hypothese 3a).

In einer Studie von Müller-Svitak (2002) erwies sich die in der Klinik Roseneck durchgeführte Behandlung von Zwangsstörungen als sehr wirksam bezüglich der Zwangssymptomatik, gemessen anhand von Y-BOCS und SCL-Skalen. Zwangspatienten nehmen in der Klinik an einer speziellen Gruppentherapie zur Bewältigung von Zwangsstörungen teil, welche aus einem ausführlichen Theorieteil (8 Doppelstunden) und mehreren Expositionssitzungen besteht. Außerdem finden Einzel- und allgemeine Gruppentherapie statt. Ergänzende Therapien sind eine Gruppentherapie zur Steigerung der sozialen Kompetenz, Körpertherapie und Gestaltungstherapie. Diese Therapiebausteine durchliefen alle Zwangspatienten, die an der vorliegenden Studie teilnahmen.

Die erfragten Metakognitionen verändern sich in erwarteter Richtung: die dysfunktionalen Einstellungen schwächen sich bis zum Ende der Therapie ab, die positiven Einstellungen verstärken sich. Der ZAGG-Fragebogen ist somit änderungssensitiv. Die erfragten Einstellungen sind in der gewünschten Weise durch Therapie beeinflussbar, *falls* entsprechende kognitive Interventionen erfolgen. Dass kognitive Interventionen erfolgten, kann insofern angenommen werden, weil alle Patienten mindestens 2 Doppelstunden kognitive Interventionen im Rahmen der standardisierten Zwangsbewältigungsgruppentherapie erfuhren.

Die Änderungssensitivität ermöglicht den Einsatz des Inventars in der Therapie, einerseits zur Evaluierung, andererseits zur Orientierung des Therapeuten bezüglich spezifischer Interventionen.

4.3.3 Sind Metakognitionen States oder Traits?

Nach dem Konzept der Metakognitionen nach Wells handelt es sich eher um trait-artige Einstellungen, die situationsübergreifend sind. Es erscheint somit widersprüchlich, wenn dann eine derartige Veränderung während der Therapie stattfindet.

Zum Vergleich: Der OBQ der OCCWG sollte nach den Autoren ebenfalls traits enthalten, der III eher state-artige situative automatische Gedanken. In ihrer Studie (2003) stellten die Autoren jedoch fest, dass der III unerwarteterweise eine ebenso hohe Stabilität besitzt wie der OBQ, außerdem zeigen sich hohe Korrelationen der beiden Fragebögen untereinander (r 's liegen zwischen .56 - .71), so dass die Autoren davon ausgehen, dass es sich auch beim III um traits handelt.

Weder OBQ noch III wurden jedoch noch nicht bezüglich Änderungssensitivität im Therapieverlauf geprüft.

Handelt es sich nun bei den erfragten Metakognitionen des ZAGG tatsächlich um traits, wenn diese durch Therapie zu verändern sind?

Erklärbar sind die Ergebnisse, wenn man sie in Verbindung mit dem S-REF-Modell (Kap. 1.2.3.3) von Wells bringt: danach findet das Denken von Zwangspatienten überwiegend im dysfunktionalen „Objekt-Modus“ („Gedanken sind wahr“) statt und sollte in der Therapie in den „Metakognitiven Modus“ („Gedanken sind nur Bewertungen der Realität“) übergeführt werden. Der hohe Grad an Veränderung in der vorliegenden Studie könnte dafür sprechen, dass durch die Therapie tatsächlich ein „shift“ in diesem Sinne stattgefunden hat. Somit wäre in diesem Fall weniger die Unterscheidung zwischen states und traits entscheidend. Es träfe eher zu, dass durch die Therapie bei den Patienten ein radikalerer Perspektivenwechsel im Sinne von Wells stattgefunden hat, der beinhaltet, dass Gedanken und Gefühle allgemein nicht mehr als *unmittelbarer Spiegel der Realität*, sondern als *Interpretation der Realität* und somit als veränderbar angesehen werden.

Die Interpretation der Autorin ist, dass es sich bei den Metakognitionen zunächst wie bei den Einstellungen des OBQ und III um traits im „Objekt-Modus“ nach Wells handelt, die durch die Therapie in den „Metakognitiven Modus“ versetzt werden. Auf diese Weise kann in relativ kurzer Zeit eine umfassende (und nicht nur graduelle) Veränderung stattfinden.

4.4 Externe Validität

4.4.1 Zusammenhang mit Zwangssymptomatik

Aufgrund der theoretischen Betrachtungen (Kap. 1) wird davon ausgegangen, dass dysfunktionale ZAGG-Kognitionen zumindest für die Aufrechterhaltung einer Zwangssymptomatik eine entscheidende Rolle spielen. Es wird somit erwartet, dass signifikante Zusammenhänge zwischen ZAGG- und Y-BOCS-Werten bestehen (Hypothese 5a), insbesondere in Bezug auf das Ausmaß an Zwangsgedanken (Hypothese 5d). Dasselbe wird für den Zusammenhang der ZAGG-Werte mit den Skalen „Symptomatik“ und „Zwanghaftigkeit“ des SCL90-R erwartet (Hypothese 5c).

- (1) Die Y-BOCS stellt ein Maß für Zwangssymptomatik im engeren Sinn dar, hierbei wird eine Fremdeinschätzung vorgenommen. Die ZAGG-Skala *Zweifel* korreliert mit dem Ausmaß an Zwangsgedanken und dem Gesamtwert der Y-BOCS, *Schuld* korreliert mit dem Ausmaß an Zwangsgedanken. Die Dimension *Kontrolle* korreliert nicht mit den Y-BOCS-Werten, die Skalen *Akzeptanz* und *Gelassenheit* ebenfalls nicht. Zum Vergleich: beim OBQ korrelieren 4 Skalen mit dem Y-BOCS-Gesamtwert, 2 nicht. Keine der III-Skalen korreliert mit dem Y-BOCS-Wert (OCCWG, 2003)! Dies ist umso erstaunlicher, da es sich um die Selbstauskunfts-Version der Y-BOCS handelte.
- (2) Bei Aufnahme korrelieren *Schuld* und *Zweifel* mit „Symptomatik“ und „Zwanghaftigkeit“ des SCL90-R. Bei Entlassung zeigen sich für alle Skalen des ZAGG außer *Gelassenheit* signifikante Zusammenhänge mit den beiden SCL-Skalen.

Zur Beurteilung der einzelnen Skalen:

Schuld und *Zweifel* weisen die höchsten Zusammenhänge sowohl mit Maßen der Zwangssymptomatik als auch mit dem Therapieerfolg (siehe Kap. 4.5) auf, sie erweisen sich somit als stärker valide bezüglich der Zwangssymptomatik als *Kontrolle*, *Akzeptanz* und *Gelassenheit*.

Die Zusammenhänge mit den SCL90-R-Daten sind deutlich enger als mit der Y-BOCS. Diese uneinheitlichen Ergebnisse könnten darauf zurückzuführen sein, dass es sich beim SCL-90-R wie bei dem ZAGG um ein Selbstauskunftsinstrument handelt und somit die Zusammenhänge zwischen den beiden Maßen enger sind und eher überschätzt werden (Clark, Purdon & Wang, 2003).

Ingesamt weisen die Ergebnisse zur Validität der dysfunktionalen Einstellungen des ZAGG in eine ermutigende Richtung, eine abschließende Beurteilung dieses Aspektes ist jedoch noch verfrüht.

4.4.2 Konvergente Validität

Als konvergente Validität wird der Zusammenhang mit einem Messverfahren bezeichnet, das inhaltlich dasselbe Konstrukt (hier: für Zwangsstörungen relevante dysfunktionale Kognitionen) misst. Im Sinne von Konvergenz (Zusammengehen) wird ein hoher Zusammenhang erwartet (Hypothese 5).

Es zeigen sich enge Zusammenhänge zwischen den dysfunktionalen Einstellungen und dem IBRO: *Schuld* und *Zweifel* korrelieren mit dem IBRO.

Bezüglich der Skalen *Akzeptanz* und *Gelassenheit* gibt es keine Zusammenhänge mit dem IBRO, dies ist verständlich, da beim IBRO ein Gesamtwert gebildet wird, der alle Items einschließt. Die in der Faktorenanalyse festgestellte Unabhängigkeit von dysfunktionalen (hier repräsentiert durch den IBRO-Gesamtwert) und positiven Einstellungen Gedanken/Gefühlen gegenüber spiegelt sich hier wider.

4.4.3 Diskriminante Validität

Diskriminante Validität überprüft den Zusammenhang zwischen Meßmethoden, die verschiedene Merkmale messen, es geht somit um die Differenzierungsfähigkeit der Methode. Um eine Differenzierung der Merkmale zu ermöglichen, sollte der Zusammenhang möglichst gering ausgeprägt sein (Hypothese 7).

Zusammenhang mit Depressivität (gemessen anhand des BDI):

Die Skala *Schuld* weist einen signifikanten Zusammenhang mit dem BDI auf. Die Skalen *Kontrolle*, *Zweifel*, *Akzeptanz* und *Gelassenheit* korrelieren nicht mit dem BDI.

Zusammenhang mit Ängstlichkeit (gemessen anhand des BAI):

Schuld und *Zweifel* korrelieren mit den Werten des BAI.

Die diskriminante Validität des ZAGG in bezug auf Depressivität und Ängstlichkeit ist somit eher gering einzuschätzen, da die Zusammenhänge vergleichbar ausgeprägt sind wie mit dem Maß für Zwangssymptomatik (Y-BOCS).

Dies ist jedoch auch für andere Zwangs-Instrumente der Fall, z.B. für die Y-BOCS: Untersuchungen der diskriminanten Validität ergaben ebenfalls enge Zusammenhänge mit Maßen für Angst und Depressivität (nach Fricke & Hand, 2003, siehe auch Kap. 2.5.1.2)

Die Zusammenhänge zwischen ZAGG und BAI / BDI lassen sich folgendermaßen erklären: *Schuld* besteht aus Items, die die Themen Unsicherheit/Angst, Schuld/Scham und Wertlosigkeit im Umgang mit Kognitionen und Gefühlen abdecken. Es ist daher plausibel, dass diese Einstellungen mit dem BDI (Beispielitems: „Ich erwarte, bestraft zu werden“; „Ich habe Schuldgefühle“) inhaltliche Überlappungen aufweisen. Der BDI enthält einige Items zu Schuld, Bestrafung und Selbstwert, die den Einstellungen von Zwangspatienten entsprechen, d.h. die diese bejahen, ohne depressiv zu sein.

Einerseits könnte dies an der geringen diskriminanten Validität des BDI liegen (Richter et al. 1994). Nach den Autoren legen die Ergebnisse zahlreicher Studien (z.B. Richter, 1991; Gotlib & Robinson, 1982) den Schluss nahe, dass mit Hilfe des BDI nicht zwischen Angst und Depression unterschieden werden kann; Studien zur Unterscheidung zwischen Zwang und Depression liegen nach Wissen der Autorin nicht vor.

Andererseits könnten die Daten auch Hinweise für tatsächliche Überlappungen der beiden Krankheitsbilder Depression und Zwang sein.

Auch bezüglich des BAI sind Überlappungen mit der Skala *Schuld* plausibel: die Themen Angst und Unsicherheit überschneiden sich mit kognitiven BAI-Items wie „Befürchtung des Schlimmsten“, „Angst, die Kontrolle zu verlieren“.

Nach Möbius und Margraf (2003) besteht beim BAI eine gute diskriminante Validität (es wurden Zusammenhänge mit Essstörungssymptomatik, Partnerschaftszufriedenheit und BDI geprüft).

Die Skala *Zweifel* (am Gedächtnis und den eigenen Sinneswahrnehmungen) korreliert mit dem BAI eventuell deshalb, weil eine hohe physiologische Erregung zu Wahrnehmungsverzerrungen führen kann, d.h. je erregter/ängstlicher jemand ist, desto weniger kann er der eigenen Wahrnehmung vertrauen. Umgekehrt könnte natürlich auch das mangelnde Vertrauen in die eigenen kognitiven Funktionen zu erhöhter Ängstlichkeit/Anspannung führen.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die diskriminante Validität anhand eines konstruktferneren Instruments geprüft werden sollte, z.B. durch Maße zur Lebenszufriedenheit, sozialen Erwünschtheit etc.. BDI und BAI sind hinsichtlich der eigenen differentiellen Validität noch nicht ausreichend getestet, als dass sie der Überprüfung des ZAGG dienen könnten.

4.5 Zusammenhang mit Therapieerfolg

Der Therapieerfolg wurde anhand der selbsteingeschätzten „Symptomatik“ und „Zwanghaftigkeit“ des SCL90-R zu Beginn und am Ende der Therapie erhoben. Gemäß Hypothese 3b) werden signifikante Zusammenhänge zwischen den Differenzwerten des ZAGG (Aufnahme-Entlassung) und den Differenzwerten des SCL90-R (Aufnahme-Entlassung) erwartet.

Zunächst zur Wirksamkeit der Therapie:

Die Therapie erwies sich im Durchschnitt als wirksam, die Patienten wiesen eine deutliche Reduktion der zuvor im pathologischen Bereich liegenden SCL90-R-Skalen „Zwanghaftigkeit“ und „Symptomatik“ auf.

Zusammenhang mit dem Therapieerfolg

Insbesondere zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Reduktion in den beiden Bereichen „Zwanghaftigkeit“ und „Symptomatik“ mit der Reduktion von *Schuld* und *Zweifel*. Daraus kann geschlossen werden, dass diese beiden Themenbereiche im Zusammenhang mit einer Verbesserung auf der Symptomebene stehen. *Kontrolle* (*Verantwortung/Perfektionismus*) und die positiven Einstellungen dagegen haben diesbezüglich keine Relevanz.

Bezüglich des Themas *Schuld* ist dies plausibel, da bei einer negativen emotionalen Reaktion auf Gedanken/Gefühle davon ausgegangen werden kann, dass daraufhin Neutralisierungsverhalten erfolgt, was eine Aufrechterhaltung der Zwangssymptomatik bedeutet. Bei *Zweifel* an der eigenen Wahrnehmung ist ebenfalls plausibel, dass insbesondere Kontrollzwänge aufrechterhalten werden.

Unerwartet ist jedoch, dass die Dimension *Kontrolle* („Ich muss alle meine Gedanken kontrollieren“), *Perfektionismus* und *Verantwortung* nicht direkt mit der Zwangssymptomatik

und dem Therapieerfolg in Verbindung stehen. Dass übermäßige Kontrolle der Gedanken nach Salkovskis (1989) ein Kernproblem der Zwangsstörung darstellt, erscheint gesichert. Ob sich diese Kontrolle jedoch in Form von *bewussten Gedanken* (wie im ZAGG erfragt) oder nicht vielmehr als von *nicht bewussten Gedanken gesteuertes Verhalten* manifestiert, bleibt zu diskutieren.

Das direkte Erfragen von Mechanismen auf der Verhaltensebene könnte hierbei Aufschluss geben.

Eventuell sind die erfragten Themen *Schuld/Scham, Angst Unsicherheit* dem Bewusstsein leichter zugänglich, da es sich hierbei um intensiv erlebte Emotionen handelt. Bei *Kontrolle, Perfektionismus* und *Verantwortung* handelt es sich um abstraktere Themen. Diese sind dem Befragten schwerer zugänglich, daher in Form eines Fragebogens eventuell nicht reliabel genug erfassbar.

4.6 Spezifität

4.6.1 Unterscheidung zwischen den klinischen Gruppen und den gesunden Kontrollpersonen:

Es wurde erwartet, dass sich durch den ZAGG-Fragebogen die klinischen Gruppen von der gesunden Kontrollgruppe unterscheiden lassen (Hypothese 4b).

Dies ist bezüglich der Skalen *Schuld, Kontrolle* und *Zweifel* der Fall: alle drei klinischen Gruppen haben signifikant höhere Werte als die gesunde Gruppe. Die Unterscheidung gesunder Personen von klinischen Gruppen gelingt mit diesen drei Skalen des ZAGG gut und in vergleichbarer Weise wie mit dem OBQ und III (OCCWG, 2003). Mit den Ergebnissen wurde gezeigt, dass Metakognitionen nach Wells (2000) aus den Themenbereichen *Schuld, Kontrolle* und *Zweifel* psychopathologisch relevant sind. Die verstärkte Reflexion der eigenen Gedanken und Gefühle sowie deren negative Bewertung und ein erhöhtes Kontrollbedürfnis trifft für alle drei Erkrankungsgruppen im Vergleich zu gesunden Personen zu.

Hinsichtlich der Skalen *Akzeptanz* und *Gelassenheit* ergibt sich ein anderes Bild: Bezüglich der *Akzeptanz* gegenüber anderen gibt es keine signifikanten Unterschiede, diese Dimension scheint keine psychopathologische Relevanz zu haben.

Bezüglich der Dimension *Gelassenheit* haben die Angstpatienten sogar höhere Werte als die gesunden Personen, die Angstpatienten sind somit am gelassensten eigenen Gedanken und Gefühlen gegenüber. Dies könnte die Tendenz zur externalen Kontrollattribution (siehe Kap.

1.5.2) widerspiegeln, d.h. die Gelassenheit ist eher zu stark ausgeprägt und führt zu dem Gefühl, hilflos ausgeliefert zu sein.

Entgegen den Erwartungen kennzeichnen hohe *Gelassenheit* und *Akzeptanz* nicht eindeutig das Denken gesunder Personen. Auch bei den Patientengruppen finden sich parallel zum dysfunktionalen Denken diesem widersprechende gesunde Einstellungen.

Eine Erklärung für die geringe Differenzierungsfähigkeit der positiven Einstellungen könnte die Formulierung der Items sein. Beide Themen enthalten zu allgemein formulierte Items, die sich eher auf andere als die eigene Person beziehen, z.B. „Negative Gefühle kommen und gehen von selbst.“ Hier wäre es sinnvoll, das Wort meine hinzuzufügen. Auch „Es gibt viele gute Menschen, die peinliche oder aggressive Gedanken haben“ kann fast jeder bejahen, im Gegensatz zu „Ich erlaube es mir, dass ich manchmal peinliche oder aggressive Gedanken habe.“ Hier wäre eine präzisere auf die eigene Person bezogene Formulierung wünschenswert.

4.6.2 Unterscheidung zwischen Depression/Zwang und Angststörung

Es wurde erwartet, dass sich Depressive und Zwangspatienten signifikant von den Angstpatienten unterscheiden in der Art, dass Depressive und Zwangspatienten höhere Werte aufweisen (Hypothese 4a). Dies ist der Fall: in den Skalen *Schuld*, *Kontrolle* und *Zweifel* liegen beide Gruppen signifikant über den Angstpatienten. Die im ZAGG-Fragebogen erwähnten Themen wie *Schuld* (*Scham*, *Wertlosigkeit*, *Angst*), *Kontrolle* (*Verantwortung*, *Perf.*) und *Zweifel* an den eigenen kognitiven Funktionen sind somit nicht relevant für Agoraphobie/Panikstörung. Dies bedeutet, dass Patienten mit Agoraphobie/Panikstörung eigene gedankliche Prozesse und Gefühle weniger reflektieren, weniger negativ bewerten und kaum mit Schuld/Scham, überhöhter Verantwortung oder Kontrollbedürfnis reagieren. Wie bereits erwähnt, sind Angstpatienten deutlich *gelassener* als die anderen Gruppen. Bezüglich *Akzeptanz* gibt es keine Unterschiede.

Im Vergleich zum OBQ und III (OCCWG, 2003) ist die Abgrenzung gegenüber den Angstpatienten durch die ZAGG-Skalen in ähnlichem Maße möglich.

4.6.3 Unterscheidung Zwang und Depression

Es wurde vermutet, dass Zwangspatienten höhere Werte im ZAGG aufweisen als depressive Patienten (Hypothese 4a). Dies ist nicht der Fall, die beiden Gruppen unterscheiden sich in keiner Skala signifikant voneinander, im Gegenteil, sie weisen nahezu dieselben Werte auf.

Dies bedeutet, dass der ZAGG-Fragebogen für beide Erkrankungen gleichermaßen relevante Einstellungen enthält.

Die Eindeutigkeit dieses Ergebnisses ist einerseits überraschend, da Themenbereiche wie Zweifel an den eigenen kognitiven Funktionen, Perfektionismus in Bezug auf die eigenen Gedanken und Kontrolle der Gedanken/Gefühle zunächst schwer mit Depressionen in Verbindung zu bringen sind. Andererseits ist bisher ein Vergleich dieser beiden klinischen Gruppen, insbesondere unter Ausschluss der jeweils anderen Erkrankung, in der Literatur noch nicht erfolgt. Bisherige Modelle zur kognitiven Überlappung der beiden Erkrankungen sind größtenteils theoretischer Art (z.B. Clark, 2002).

Insgesamt bestätigen die Ergebnisse die Vermutung einiger Forscher (z.B. Zinbarg & Barlow, 1996), dass Zwangsstörungen mit Depressionen enger verwandt sind als mit Agoraphobie/Panikstörung. Zumindest für den Bereich der Metakognitionen wurde dies in der vorliegenden Studie gezeigt.

Betätigt wird die Verwandtschaft der beiden Erkrankungen durch die Daten der Patientengruppe mit Zwangsstörung *und* Depression. Bei Vorliegen beider Erkrankungen sind die Werte signifikant erhöht im Vergleich zu den „reinen“ Zwangspatienten. Es könnte sich somit um einen Additionseffekt zweier Erkrankungen handeln. Die Gruppe der Zwangspatienten mit Depression hat außerdem höhere Werte in den Skalen „Zwanghaftigkeit“ und „Symptomatik“ des SCL90-R. Dies legt den Schluss nahe, dass diese Patienten stärker ausgeprägte Zwänge und/oder eine höhere Gesamtsymptomatik aufweisen, was sich dann in den höheren ZAGG-Werten niederschlägt.

Die Ergebnisse verdeutlichen, wie wichtig es ist, diagnostisch „reine“ Gruppen vergleichen, wenn Aussagen zur Spezifität gemacht werden sollen.

Mögliche Ursachen für die gleich ausgeprägten Werte für die Gruppen Zwang und Depression

1) Es könnte sein, dass beide Gruppen zwar dieselben ZAGG-Einstellungen haben, diese jedoch trotz der allgemeinen Formulierung („Ich muss alle Gedanken 100%ig kontrollieren“) auf unterschiedliche Untergruppen von Gedanken beziehen, Zwangspatienten auf Intrusionen, Depressive auf negative depressive Gedanken. Dies müsste mit Hilfe eines Forschungsansatzes geprüft werden, bei dem die Probanden nach Details gefragt werden. In

diesem Fall wären die Items des ZAGG zu allgemein formuliert, um eine Differenzierung zwischen den beiden Erkrankungen zu ermöglichen.

In jedem Fall, auch wenn sich die Metakognitionen der depressiven Gruppe auf typische depressive Kognitionen beziehen, widersprechen die vorliegenden Befunde der Ansicht von Purdon (2000) und Clark (1999), dass depressive Gedanken *ich-synton* sind. Beide Gruppen, Depressive und Zwangspatienten, reagieren mit innerem Widerstand, negativen Gefühlen, einem erhöhten Kontrollbedürfnis auf die jeweiligen Gedanken und Gefühle, empfinden diese also als *ich-dyston*, nämlich als nicht mit den eigenen Wertmaßstäben kongruent.

2) Des weiteren könnte es der Fall sein, dass zwar dieselben Metakognitionen vorliegen, dass jedoch je nach Krankheitsbild unterschiedliche Konsequenzen auf der Verhaltensebene folgen. Problematisch sind die negativen Bewertungen der Intrusionen bei Zwangspatienten nach Salkovskis (1996) dadurch, dass diese zum Versuch der Kontrolle, Unterdrückung und Neutralisierung führen. Eventuell besteht der Unterschied zu den Depressiven darin, dass diese zwar dieselben Überzeugungen haben, aber *nicht* oder *anders* danach *handeln*. Falls sich die beiden Erkrankungsgruppen auf der Verhaltensebene unterscheiden, wäre dies mit Hilfe eines experimentellen Designs zu überprüfen. Zu erfragen wären diese Aspekte durch handlungsbezogene Items wie: „Wenn ich einen negativen Gedanken habe, versuche ich ihn sofort zu kontrollieren.“ Dieser Aspekt wird teilweise im Thought Control Questionnaire (TCQ, Wells & Davies, 1994) aufgegriffen.

Schlussfolgerungen für Modelle für Depression:

Metakognitionen, insbesondere Schuld/Scham/Selbstwert/Unsicherheit sowie Zweifel in Bezug auf eigene Gedanken/Gefühle erscheinen relevant zumindest für die Aufrechterhaltung von Depressionen und sollten mit in Modelle und in die Therapie von Depressionen einbezogen werden.

4.7 Vergleich der einzelnen Skalen des ZAGG

Die bisher beschriebenen Ergebnisse werden in der folgenden Tabelle durch einen Vergleich der einzelnen Skalen des ZAGG hinsichtlich ihrer Reliabilitäts- und Validitätseigenschaften veranschaulicht:

	Schuld	Kontrolle	Zweifel	Akzeptanz	Gelassenheit
<i>Interne Validität</i>					
Interne Konsistenz	+++	++	++	++	++
Stabilität	+++	++	++	+	+++
<i>Änderungssensitivität</i>					
Änderungssensitivität	+++	+++	+++	+++	+
Zus. Therapieerfolg	++	0	+++	0	0
<i>Externe Validität</i>					
Korr. mit Y-BOCS	+	0	++	+	0
Korr. mit SCL-90-R	+++	+	+++	+	+
Korr. mit IBRO	++	0	++	0	0
<i>Diskr. Validität^a:</i>					
Korr. mit BAI	+++	0	+++	0	0
Korr. mit BDI	+++	0	0	0	+
<i>Abgrenzung gegen</i>					
Gesunde	+++	+++	+++	0	0
Angstpatienten	+++	+++	+++	0	+
Depressive	0	0	0	0	0

Tab.47: Beurteilung der einzelnen Dimensionen des ZAGG nach den Kriterien Reliabilität, Validität, Spezifität, Zusammenhang mit Therapieerfolg und Änderungssensitivität

Anmerkungen:

+++ = stark ausgeprägt; ++ = gut ausgeprägt; + = mäßig ausgeprägt; 0 = nicht vorhanden

^a die Beurteilung ist hierbei entgegengesetzt zu verstehen: ein stark ausgeprägter Zusammenhang bedeutet eine niedrige diskriminante Validität u.s.w.

Alle Skalen weisen gute Reliabilitätseigenschaften auf: sie haben hohe interne Konsistenzen und Stabilitätseigenschaften.

Außerdem sind sie überwiegend (außer Skala *Gelassenheit*) sehr änderungssensitiv.

Unterschiede gibt es bezüglich externer Validität: *Schuld* und *Zweifel* haben zwar die besten Validitätseigenschaften, aber auch die niedrigste diskriminante Validität (enge Zusammenhänge mit Depressivität und Ängstlichkeit).

Die Skalen *Kontrolle*, *Akzeptanz* und *Gelassenheit* weisen geringe Validitätseigenschaften auf.

Die Skalen *Schuld*, *Kontrolle* und *Zweifel* unterscheiden gesunde Personen und Angstpatienten von Zwangspatienten und Depressiven. *Akzeptanz* und *Gelassenheit* ermöglichen dies nicht.

4.8 Weitere Gütekriterien

Weitere Kriterien für die Beurteilung eines diagnostischen Instruments sind nach Lienert & Raatz (1998) Vergleichbarkeit, Ökonomie und Nützlichkeit.

- Der ZAGG-Fragebogen ist *ökonomisch*, er hat 49 Items, die von Zwangspatienten in recht kurzer Zeit selbständig bearbeitet werden können und vom Großteil der Patienten als „nicht zu lang“ beurteilt wird. Eine Ausnahme stellen hierbei die Patienten mit der selten auftretenden diagnostischen Sonderform „Zwanghafte Langsamkeit“ (beschrieben bei Hoffmann, 1998) dar. Diese Patienten sind jedoch mit jedwedem Fragebogen überfordert.
- Die Skalen *Schuld* und *Zweifel* des ZAGG-Fragebogens sind *vergleichbar* mit dem IBRO. Eine Vergleichbarkeit mit OBQ,III oder MCBQ ist zu prüfen.
- Der ZAGG-Fragebogen besitzt eine hohe *Nützlichkeit* für die Therapie. Beide Bereiche des ZAGG erweisen sich als veränderungssensitiv: Positives und dysfunktionales Denken verändern sich in die jeweils gewünschte Richtung während der Therapie. Es könnte sinnvoll sein, die „gesunden“ Einstellungen in der Therapie aufzugreifen und mit Hilfe therapeutischer Interventionen beide Ebenen des positiven und pathologischen Denkens „zusammenzubringen“, bzw. auf Widersprüche hinzuweisen und die Doppelgleisigkeit des Denkens aufzuheben. Dass die Einstellungen in solch hohem Maße veränderbar sind, spricht für die Gültigkeit des S-REF Modells von Wells und Matthews (1994). Eine wichtige Schlussfolgerung der Autoren ist, dass in der Zwangstherapie versucht werden sollte, eine Veränderung vom Denken im „Objekt-Modus“ zum Denken im „Metakognitiven Modus“ zu erreichen. Dies ist bei den untersuchten Zwangspatienten offenbar gelungen. Die Skalen des ZAGG-Fragebogens könnten hierbei dem Therapeuten als Beispiele für Einstellungen im „Objekt-Modus“ (Skalen *Schuld*, *Kontrolle*, *Zweifel*) versus Einstellungen im „metakognitiven Modus“ (*Akzeptanz* und *Gelassenheit*) dienen.

4.9 Abschließende Beurteilung und Ausblick

- In der vorliegenden Studie wurden aus zehn vorab angenommenen Themenbereichen faktorenanalytisch 5 Dimensionen des Denkens bei Zwangspatienten festgestellt: *Schuld/ Kontrolle/ Zweifel/ Akzeptanz/ Gelassenheit*.
- Die 10 vorab angenommenen Themen konnten überwiegend gut abgebildet werden. Die Items zur Dimension *Thought action fusion* hatten eine zu geringe Trennschärfe und mussten überwiegend eliminiert werden. Diese sollten präziser und konkreter formuliert werden. Auch die Items des Themas *Akzeptanz* sollten stärker auf die eigene Person bezogen formuliert werden, um eine höher Differenzierungsgrad zu erreichen.
- Der ZAGG-Fragebogen ist ein reliables Instrument zur Erhebung dysfunktionaler Metakognitionen auf einer mittleren Abstraktionsebene. Der gesamte ZAGG-Fragebogen ist in der Therapie für Zwangsstörungen einsetzbar, insbesondere bezüglich Auswahl von Interventionen und Messung von Veränderungen. Die Skalen *Schuld, Kontrolle* und *Zweifel* sind aufgrund ihrer besseren Validitätseigenschaften in weiteren Forschungsarbeiten zu verwenden und erneut zu überprüfen.
- Die hohe Änderungssensitivität entspricht dem S-REF-Modell von Wells und Matthews, die als Zielzustand ein Denken im „Metakognitiven Modus“ favorisieren. Dies könnte ein wichtiger Hinweis für die Weiterentwicklung der Therapie von Zwangsstörungen sein. Eine Veränderung des Denkens in Richtung des „metakognitiven Modus“ bedeutet einen umfassenden Perspektivenwechsel auf einer abstrakteren Ebene des Denkens. Auf diese Weise können gleichzeitig mehrere dysfunktionale automatische Gedanken auf konkreter situativer Ebene erfasst und verändert werden („top-down“- anstelle von „bottom-up“-Vorgehen). Der Ansatz der beiden „Modi“ des Denkens sollte unbedingt als psychoedukatives Element in die Therapie von Zwangspatienten einfließen.
- Die dysfunktionalen Einstellungen aus den Themenbereichen *Schuld* und *Zweifel* stehen in einem Zusammenhang mit der Zwangssymptomatik und mit dem Therapieerfolg. Dies ist ein Hinweis für die Gültigkeit der kognitiven Modelle von Salkovskis und von Wells, die beide die Bewertung der eigenen Gedanken/Gefühle als Schlüssel zur Aufrechterhaltung der Zwangsstörung sehen. Ob diese Einstellungen auch an der Entstehung der Zwangsstörung beteiligt sind, kann aufgrund der vorliegenden Studie nicht beurteilt werden und ist noch zu überprüfen.
- Dysfunktionale Metakognitionen aus den Bereichen *Schuld, Kontrolle* und *Zweifel* unterscheiden Patientengruppen deutlich von gesunden Personen. Diese Einstellungen sind somit psychopathologisch relevant.

- Angstpatienten zeigen diese Einstellungen in geringerem Ausprägungsgrad als depressive Patienten und Zwangspatienten. Eine erhöhte Reflexion der eigenen Gedanken/Gefühle und eine negative emotionale Reaktion darauf ist somit nicht relevant für Agoraphobie und Panikstörung. Für diese Gruppe typische Katastrophengedanken und intensive Gefühlszustände werden somit im Gegensatz zu den Zwangspatienten und Depressiven als *ich-synton* erlebt.
- Depression und Zwang erweisen sich auf der metakognitiven Ebene als unerwartet ähnlich. Dies ist aufschlussreich für die Klassifikation der Zwangsstörung. Die Ergebnisse sprechen eher für eine Einordnung als primär kognitive Störung und weniger als Angststörung. Dies entspricht der Auffassung einiger Autoren, die die Zwangsstörung primär als Störung des formalen Denkens sehen (Freeman, 1992; Montgomery, 1992; zitiert nach Antony, Downie & Swinson, 1998).
- In Bezug auf die Störungsmodelle resultiert die Frage, welche Faktoren nun *spezifisch* für die Ausbildung einer Zwangsstörung bzw. Depression sind, wenn dieselben dysfunktionalen Metakognitionen bei beiden Erkrankungen wirksam sind. Hier empfehlen sich Forschungsansätze, die die Konsequenzen der Überzeugungen auf der Handlungsebene erfassen.
- Fraglich ist, ob es sich bei den dysfunktionalen Metakognitionen der depressiven Patienten eher um kompensatorische Gedanken im Umgang mit den als aversiv erlebten depressiven Kognitionen handelt, die Metakognitionen wären somit nur eine *Folge* der depressiven Symptomatik. Um dies herauszufinden, bedarf es einer Befragung der Patienten in depressionsfreien Intervallen, also einer Längsschnittuntersuchung.

5. Zusammenfassung

In der aktuellen Literatur werden kognitive Theorien als bedeutsam für die Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung der Zwangsstörung erachtet. Bei Wells (2000) sind dies Metakognitionen auf einer mittleren Abstraktionsebene, die „Denken über das Denken“ beinhalten.

In der vorliegenden Studie wurden auf der Grundlage vorhandener Literatur zehn für Zwang relevante Themenbereiche ausgewählt und dazu Items auf einer mittleren Abstraktionsebene - Einstellungen zu Gedanken und Gefühlen - formuliert. In einer Pilotstudie wurden die Items abgeändert und schließlich das Inventar Zwangsaufrechterhaltende Überzeugungen zu Gedanken und Gefühlen ZAGG erstellt.

Zunächst wurde anhand der Daten von 215 Personen mit Zwangsstörung eine Faktorenanalyse durchgeführt mit anschließender Itemreduktion und Skalenbildung. Anschließend wurde der ZAGG-Fragebogen auf Reliabilität, externe Validität, Änderungssensitivität, Zusammenhang mit Therapieerfolg und Spezifität untersucht. In diese Berechnungen gingen die Daten von 40 Zwangspatienten, 40 Patienten mit Agoraphobie/Panikstörung, 40 Patienten mit Depression sowie 39 gesunden Kontrollpersonen ein. Besonderheit dabei war der Ausschluss von Komorbidität der jeweils anderen Erkrankungen.

Ergebnisse der Studie:

- 1) In der Faktorenanalyse ergaben sich 5 Dimensionen, davon enthalten 3 dysfunktionale und 2 positive Einstellungen gegenüber Gedanken/Gefühlen. Die Skalen sind: (1) Schuld/Scham, (Angst, Selbstwert) (2) Kontrolle (Verantwortung, Perfektionismus) und (3) Zweifel (an Gedächtnis und Sinneswahrnehmungen), (4) Akzeptanz (gegenüber anderen) und (5) Gelassenheit (gegenüber eigenen Gedanken/Gefühlen).
- 2) Alle Skalen erwiesen sich als konsistent und stabil bei einem Retest-Intervall von 5 Tagen. Außerdem zeigten sie sich in hohem Maße änderungssensitiv durch die Therapie.
- 3) Bezüglich aller weiteren Daten unterschieden sich pathologische (Skalen 1-3) von gelassenen Einstellungen (Skalen 4+5): die Skalen Schuld, Kontrolle und Zweifel zeigten überwiegend Zusammenhänge mit der Zwangssymptomatik, insbesondere mit Zwangsgedanken. Die konvergente Validität ist gut, außerdem bestehen deutliche Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg. Die diskriminante Validität ist nicht zufriedenstellend, die Zusammenhänge mit Ängstlichkeit und Depressivität sind genauso hoch wie mit Maßen der Zwangssymptomatik.
- 4) Bezüglich der Spezifität zeigte sich für diese Skalen folgendes:

Gesunde haben deutlich niedrigere Werte als alle klinischen Gruppen. Die Angstpatienten wiederum haben höhere Werte als die gesunden, jedoch signifikant niedrigere Werte als Depressive und Zwangspatienten. Zwischen Zwangspatienten und Depressiven gibt es keine Unterschiede. Die Skalen Schuld, Zweifel und Kontrolle erweisen sich somit als zwangs- und depressionsrelevant.

5) Die Skalen Akzeptanz und Gelassenheit erweisen sich weder als valide, noch als psychopathologisch relevant.

Eine wichtige Schlussfolgerung der Studie ist:

- Die größere kognitive Ähnlichkeit der Zwangsstörung mit Depression als mit Agoraphobie/Panikstörung gibt Anstöße für weitere Untersuchungen zur kognitiven Verwandtschaft der drei Erkrankungen.

6. Literaturverzeichnis

- Adler, D. & Price, J. H. (1985). Relation of agoraphobics' health locus of control orientation to severity of agoraphobia. *Psychological Reports*, 56, 619-625.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed. rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amir, N., Freshman, M., Ramsey, B., Neary, E. & Brigidi, B. (2001). Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 765-776.
- Angst, J. & Vollrath, M. (1989). Angst und Depression. In P. Kielholz & C. Adams (Eds.), *The kaleidoscope of anxiety states*. München: Karger.
- Antony, M. M., Downie, F., & Swinson, R. P. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman & M. A. Richter (eds.), *Obsessive-Compulsive disorder - Theory, research and treatment*. New York: Guilford.
- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V. & Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1143-1154.
- Arnold, W., Eysenck, H. J. & Meili, R. (1995). *Lexikon der Psychologie* (13.Aufl.). Freiburg: Herder.
- Baxter, L. R., Saxena, S. & Brody, A. L. (1996). Brain mediation of obsessive-compulsive disorder symptoms: Evidence from functional brain imaging studies in the human and non-human primate. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 1, 32-47.
- Bebbington, P. E. (1998). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173 (Suppl 35), 2-6.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose – kognitive Therapie emotionaler Störungen*. München: Pfeiffer.
- Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In S. Rachman & J. D. Maser (eds), *Panic: Psychological perspectives* (pp.91-109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beck, A. T. & Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-36.

- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 49-58.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 893-897.
- Beck, A.T., Freeman, A. & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive theory of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy - basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Billett, E. A., Richter, M. A. & Kennedy, J. L. (1998). Genetics of obsessive-compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman & M. A. Richter (eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment*. New York: Guilford.
- Blackburn, I. M., Jones, S. & Lewis, R. J. P. (1986). Cognitive style in depression. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 241-251.
- Bronisch, T., Hiller, W., Mombour, W. & Zaudig, M. (1996). *Internationale Diagnose Checklisten für Persönlichkeitsstörungen (IDCL-P)*. Bern: Huber.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J., Lienert, G. A. & Boehnke, K. (1990). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. Berlin: Springer.
- Bouvard, M., Mollard, E., Cottreaux, J. & Guerin, J. (1989). Etude préliminaire d'une liste de pensées obsédantes. (preliminary study of an obsessive thought checklist). *L'Encéphale*, XV, 351-354.
- Bossert-Zaudig, S. & Niedermeier, N. (2002). Therapiebegleitende Diagnostik und Messinstrumente bei Zwangsstörungen. In M. Zaudig, W. Hauke & U. Hegerl (Hrsg.): *Die Zwangsstörung*. Stuttgart: Schattauer.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F. & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107 (2), 179-192.
- Calamari, J. E., Wiegartz, P. S. & Janeck, A. S. (1999). Obsessive-compulsive disorder subgroups. A symptom-based clustering approach. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 113-125.
- Cartwright-Hatton, S. & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions-Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11 (3), 279-96.

- Clark, D. A. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24 (4), 461-470.
- Clark, D. A. (2002). A cognitive perspective on obsessive-compulsive disorder and depression: Distinct and related features. In R. Frost & G. Steketee (eds.): *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions - Theory, Assessment and Treatment*. Amsterdam: Elsevier.
- Clark, D. A., Beck, A. T. (with Alford, B.) (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Clark, D. A., & Purdon, C. (1995). Meta-cognitive beliefs in obsessive-compulsive disorder. In S. Rachman, G. Steketee, R. O. Frost, & P. Salkovskis (chairs), *Towards a better understanding of obsessive-compulsive problems*. Symposium conducted at the First World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhagen, Denmark.
- Clark, D. A., Purdon C. & Wang, A. (2003). The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire: development of a measure of obsessional beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 655-669.
- Clark, D. A., Steer, R. A. & Beck, A. T. (1994). Common and specific dimensions of self reported anxiety and depression: Implications for the cognitive and tripartite model. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (4), 645-54.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Coryell, W. (1981). Obsessive-compulsive disorder and Axis I comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 37-46.
- Cox, B. J., Cohen, E., Dorenfeld, D. M. & Swinson, R. P. (1996). Does the Beck Anxiety Inventory measure anything beyond panic attack syndromes? *Behaviour Research and Therapy*, 34, 949-954.
- Crino, R. D. & Andrews, G. (1996). Obsessive-compulsive disorder and Axis I comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 37-46.
- Cummings, J. L., Cunningham, K. (1992). Obsessive-compulsive disorder in Huntington's disease. *Biological Psychiatry*, 31, 263-270.
- Demal, U. (2000). Zwangsstörungen. In: W. Beiglböck, S. Feselmayer & E. Honemann (Hrsg.). *Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung*. Berlin: Springer.
- Derogatis, L.R. (1992). *The SCL-90-R. Administration, scoring and procederes manual-II*. Clinical Psychometrics Research, Inc., Towson.
- DeSilva, P. & Marks, M. (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 941-951.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie DGPs (Hrsg.) (1997). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* (2 Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Ecker, W. (2001a). *Verhaltenstherapie bei Zwängen - Grundlagen und Praxis*. Lengerich: Pabst.

- Ecker, W. (2001b). Zur Bedeutung von Gedächtnisprozessen für das Verständnis von Kontrollzwängen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30 (1), 45-54.
- Ecker, W. & Dehmlow, A. (1996). Zur prognostischen Bedeutung komorbider Persönlichkeitsstörungen in der stationären Verhaltenstherapie von Zwängen. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 17, 9-23.
- Ecker, W. & Engelkamp, J. (1995). Memory for actions in obsessive-compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23 (4), 349-371.
- Fehm, L. (1999). *Unerwünschte Gedanken bei Angststörungen: Diagnostik und experimentelle Befunde*. Unveröffentlichte Dissertation, TU Dresden.
- Fitz, A. (1990). Religious and familial factors in the etiology of OCD: A review. *Journal of Psychology and Theology*, 18, 141-147.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and metacognitive monitoring: a new area of cognitive developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Franke, G. H. (2002). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version, 2., rev. und erw. Auflage*. Beltz Test Gesellschaft, Göttingen.
- Freeman, C. P. (1992). What is obsessive compulsive disorder? The clinical syndrome and its boundaries. *International Clinical Psychopharmacology*, 7 (Suppl.1), 11-17.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N. & Gagnon, F. (1992). Cognitive intrusions in a non-clinical population / II. Associations with depressive, anxious and compulsive Symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 30 (3), 263-271.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F. & Thibodeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15 (1), 1-21.
- Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). *The cognitive behavioral treatment of obsessions: A treatment manual*. Quebec, Canada: University of Laval.
- Freitag, M. & Fiegenbaum, W. (1992). Die Zwangsstörung als eine Form der Angsterkrankung. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 1-2, 8-20.
- Fricke, S. & Hand, I. (2003). Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. In J. Hoyer & J. Margraf (Hrsg.), *Angstdiagnostik – Grundlagen und Testverfahren*. Berlin: Springer.
- Frost, R. O., Heimberg, R., Holt, C., Mattia, J. & Neubauer, A. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119-126.
- Frost, R., Marten, P., Lahart, C. & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Theory and Research*, 14, 449-468.
- Frost, R., Novara, C. & Rhéaume, J. (2002). Perfectionism in Obsessive Compulsive Disorder. In R. Frost & G. Steketee (eds.): *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions - Theory, Assessment and Treatment*. Amsterdam: Elsevier.
- Frost, R. & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291-296.

- Goodman, W. K., Price, L., Rasmussen, S. A., Mazure, L., Fleishman, R. L., Hill, C.L., Henninger, G. R. & Charney, D. S. (1989a). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W. K., Price, L., Rasmussen, S. A., Mazure, L., Degado, P., Henninger, G. R. & Charney, D. S. (1989b). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Gotlib, I. H. & Robinson, L. A. (1982). Responses to depressed individuals: Discrepancies between self-report and observer-rated behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 231-240.
- Greenberg, D., Witztum, E. & Pisante, J. (1987). Scrupulosity. Religious attitudes and clinical presentations. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 29-37.
- Hand, I. & Büttner-Westphal, H. (1991). Die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Ein halbstrukturiertes Interview zur Beurteilung des Schweregrades von Denk- und Handlungszwängen. *Verhaltenstherapie*, 1, 226-233.
- Hartung, J. (1990). *Psychotherapie psychischer Störungen*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI) Testhandbuch*. Bern: Huber.
- Hedlund, S. & Oppelt, B. (1998). *Intermediate-level beliefs in OCD: A new instrument to evaluate cognitive specificity*. Poster Presentation at the Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy in Washington, DC.
- Hegerl, U. & Mavrogiorgou, P. (2002). Biologische Grundlagen von Zwangsstörungen. In M. Zaudig, W. Hauke & U. Hegerl (Hrsg.): *Die Zwangsstörung*. Stuttgart: Schattauer.
- Hermans, D., Martens, K., De Cort, K., Pieters, G. & Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (4), 383-401.
- Hewitt, P. L. & Flett, G. L. (1991). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 98-101.
- Hewitt, P. L. & Flett, G. L. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress and depression: A test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 58-65.
- Hiller, W., von Bose, M., Dichtl, G. & Agerer, D. (1990). Reliability of checklist-guided diagnoses for DSM-III-R affective and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 20, 235-247.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1995). *IDCL. Internationale Diagnose Checklisten für ICD-10 und DSM-IV*. Bern: Huber.
- Hoffmann, N. (1998). *Zwänge und Depressionen. Pierre Janet und die Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.

- Hütteroth, A., Schröder, A. & Geissner, E (2002). Die Überprüfung von Validität und Reliabilität der deutschsprachigen Version des Beck-Angstinventar. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Koblenz-Landau.
- Ingram, I. M. (1961). Obsessional illness in mental hospital patients. *Journal of Medical Science*, 107, 382-402.
- Insel, T. R. & Zohar, J. (1987). Psychopharmacologic approaches to OCD. *Psychopharmacology*, 123, 1205-1210.
- Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann, B. C. & Heffelfinger, S. K. (2003). Too much thinking about thinking? Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 181-195.
- Jones, H. & Horne, D.J. (1973). Psychiatric disorders among aboriginals of the Australian Western Desert. *Social Science and Medicine*, 7, 23-28.
- Kapfhammer, H.-P. (2000). Zwangsstörung. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Karno, M. & Golding, J. (1991). Obsessive-compulsive disorder. In: L. N. Robins & D. A. Regier (eds.). *Psychiatric disorders in America*. New York: Free.
- Kathmann, N. (1998). Neuropsychologie der Zwangserkrankung. *Psychotherapie*, Bd. 3, Heft 2, 249-257.
- Kendell, R. E. & Discipio, W. J. (1970). Obsessional symptoms and obsessional personality traits in patients with depressive illnesses. *Psychological Medicine*, 1 (1), 65-72.
- Kim, S.W., Dysken, M.W., & Kuskowski, M. (1990). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: a reliability and validity study. *Psychiatric Research*, 34, 99-106.
- Kolada, J. L., Bland, R. C. & Newman, S. C. (1994). Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (Suppl.376), 24-35.
- Kordon, A. & Hohagen, F. (1998). Die Neurobiologie der Zwangsstörung. *Psychotherapie*, Bd. 3, Heft 2, 177-185.
- Kordon, A. & Hohagen, F. (2000). Neurobiological aspects of the etiology and pathophysiology of the obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapie Psychosomatik Medizin Psychologie*, 50, 428-34.
- Lakatos, A. (1997). *Kognitiv-behaviorale Therapie für Zwangsstörungen: Eine Therapievergleichsstudie*. Regensburg: Roderer.
- Lakatos, A. & Reinecker, H. (1998). Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwängen. *Psychotherapie*, 3, 201-214.
- LaSalle, V. H., Cromer, K. R., Nelson, K. N., Kazuba, D., Justement, L. & Murphy, D. L. (2004). Diagnostic interview assessed neuropsychiatric disorder comorbidity in 334 individuals with obsessive-compulsive disorder. *Depression Anxiety*, 19 (3), 163-73.

- Lensi, P., Cassano, G. B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J. L. & Akiskal, H. S. (1996). Obsessive-compulsive disorder: Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *British Journal of Psychiatry*, 169, 101-107.
- Lepow, B. (2004). Neuropsychologie der Zwangsstörung. Aus St. Lautenbacher & S. Gauggel (Hrsg.): *Neuropsychologie psychischer Störungen*. Berlin: Springer.
- Lesch, K. P. (1990). Psychobiologie der Zwangskrankheit. *Fortschritte der Neurologischen Psychiatrie*, 59, 404-412.
- Lienert, G. A. & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse* (6.Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Macdonald, P. A., Antony, M. M., MacLeod, C. M. & Richter, M. A. (1997). Memory and confidence in memory judgements among individuals with obsessive-compulsive disorder and non-clinical controls. *Behaviour Research and Therapy*, 35 (6), 497-505.
- Malouff, J. M. & Schutte, N. S. (1986). Development and validation of measures of irrational beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 860-862.
- Margraf, J. & Becker, E. (1996). Angststörungen. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.), *Psychische Störungen und ihre Behandlungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Margraf, J. & Ehlers, A. (in Druck). *Das Beck Angst-Inventar (BAI)*. Huber: Bern.
- Margraf, J. & Schneider, S. (2003). Angst und Angststörungen. In J. Hoyer & J. Margraf (Hrsg.), *Angstdiagnostik – Grundlagen und Testverfahren*. Berlin: Springer.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals. Panic, anxiety and their disorders*. New York: Oxford University Press.
- Mallinger, A. E., & DeWyze, J. (1992). *Too perfect: when being in control gets out of control*. New York: Clarkson Potter Pub.
- McFall, M., & Wollersheim, J. (1979). Obsessive compulsive neurosis: A cognitive-behavior formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 333-348.
- McNally, R. J. (1990). Psychological approaches to panic: A review. *Psychological Bulletin*, 108, 403-419.
- McNally, R. J. (1994). *Panic disorder: A critical analysis*. New York: Guilford.
- Meltzer, H. Gill, B. & Petticrew, M. (1995). *OPCS surveys of psychiatric morbidity in Great Britain*. London: Office of Population Censuses and Surveys.
- Michelson, L. & Marchione, K. (1991). Behavioural, cognitive and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: Critique and synthesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 100-114.
- Montgomery, S. A. (1992). The place of obsessive-compulsive disorder in the diagnostic hierarchy. *International Clinical Psychopharmacology*, 7 (Suppl.1), 19-23.

- Moras, K. & Barlow, D. H. (1992). Dimensionale Diagnose und das Problem von Angst und Depression. In W. Fiegenbaum, J. Margraf, I. Florin & A. Ehlers (Hrsg.), *Zukunftsperspektiven der Klinischen Psychologie*. Berlin: Springer.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning – a re-interpretation of “conditioning” and “problem-solving”. *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- Möbius, J. & Margraf, J. (2003). Beck-Angstinventar (BAI). In J. Hoyer & J. Margraf (Hrsg.), *Angstdiagnostik – Grundlagen und Testverfahren*. Berlin: Springer.
- Muris, P., Meesters, C., Rassin, E., Merckelbach, H. & Campbell, J. (2001). Thought-action fusion and anxiety disorders in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 843-852.
- Müller-Svitak, S., Rief, W., Reinecker, H. & Fichter, M. (2002). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen: Ein stationäres Gruppentherapieprogramm. *Verhaltenstherapie*, 12:108-115.
- Niedermeier, N., Hegerl, U. & Zaudig, M. (1998). Zwangs-Spektrum Erkrankungen. *Psychotherapie*, 3 (2), 189-197.
- Niler, E. R. & Beck, S. J. (1988). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 213-220.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2001). Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretations of Intrusions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretations of Intrusions Inventory: part I. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 863-878.
- Oppelt, B. (1997). *Metakognitionen bei Zwangspatienten - Klinische Vergleichsstudie unbehandelter ZwangspatientInnen mit depressiven PatientInnen und Kontrollpersonen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Konstanz.
- Otterbacher, J. R. & Munz, D. C. (1973). Stait-trait measure of experiential guilt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 115-121.
- Parin, P., Morgenthaler, F. & Parin-Matthèy, G. (1993). *Die Weißen denken zuviel*. Hamburg: Europäische Verlagsanstalt.
- Purdon, C. (2000). Cognitive-behavioral models of obsessive-compulsive disorders. In M. H. Freeston & S. Taylor (eds.), *Cognitive approaches to treating obsessions and compulsions: A clinical casebook*. New York: Erlbaum.
- Purdon, C. & Clark, D. A. (1994a). Obsessive-intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 403-410.

- Purdon, C. & Clark, D. A. (1994b). Perceived control and appraisal of obsessional intrusive thoughts: A replication and extension. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22, 269-285.
- Purdon, C. & Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 102-110.
- Purdon, C. & Clark, D. A. (2002). The need to control thoughts. In R. Frost & G. Steketee (eds.), *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions - Theory, Assessment and Treatment*. Amsterdam: Elsevier.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S. J. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Rachman, S. J. & deSilva, S. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rachman, S. J. & Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, N.Y.: Prentice Hall.
- Rachman, S. J., Thordarson, D. S. & Radomsky, A. S. (1995). *A revision of the Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (MOCI-R)*. Paper presented at the World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhagen, Denmark.
- Rassin, E., Diepstraaten, P., Merckelbach, H. & Muris, P. (2001). Thought-action fusion and thought suppression in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 757-764.
- Rassin, E. & Koster, E. (2003). The correlation between thought-action fusion and religiosity in a normal sample. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 361-368.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. E. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 19, 67-73.
- Rasmussen, S. A. & Eisen, J. E. (1992). The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. In I. Hand, W. K. Goodman & U. Evers (Hrsg.), *Zwangsstörungen: Neue Forschungsergebnisse*. Duphar med communication, Band 5. Berlin: Springer.
- Rasmussen, S. A. & Tsuang, M. T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 317-322.
- Reed, G. F. (1985). *Obsessional experience and compulsive behaviour. A cognitive-structural approach*. London: Academic Press.
- Reed, G. F. (1991). The cognitive characteristics of obsessional disorder. In P. A. Magaro (ed.), *Cognitive bases of mental disorders. Annual Review of Psychopathology, Vol. 1*. Newbury Park, London, New Dehli: Sage Publications.
- Reinecker, H. (1994). Zwangshandlungen und Zwangsgedanken. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie (2.Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.

- Reinecker, H. (2000). Zwang: Verhaltenstherapie. In W. Senf & M. Broda. *Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, systemische Therapie*. 2., neu bearb. und erw. Aufl.. Stuttgart, New York: Thieme.
- Reynolds, M. & Salkovskis, P. M. (1992). Comparison of positive and negative intrusive thoughts and experimental investigation of the different effects of mood. *Behaviour Research and Therapy*, 30 (3), 273-281.
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H. & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 785-794.
- Ricciardi, J. N. & McNally, R. J. (1995). Depressed mood is related to obsessions, but not to compulsions, in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 249-256.
- Richter, P. (1991). *Zur Konstruktvalidität des Beck-Depressionsinventars bei Erfassung depressiver Verläufe. Ein empirischer und methodologischer Beitrag*. Regensburg: Roderer-Verlag.
- Richter, P., Werner, J. & Bastine, R. (1994). Psychometrische Eigenschaften des Beck-Depressionsinventars (BDI): ein Überblick. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23 (19), 3-19.
- Robertson, M. M. (1998). The Gilles de la Tourette syndrom: Current status. *British Journal of Psychiatry*, 154, 147-169.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 214-222.
- Rudin, E. (1953). Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrankheit, insbesondere ihrer heredit ren Beziehungen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 191, 14-54.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessive-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-581.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P. M. (1996). Cognitive-behavioural approaches to the understanding of obsessive-compulsive problems. In R. M. Rapee (ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp.103-133). New York: Guilford.
- Salkovskis, P. M., & Forrester, E. (2002). Responsibility. In R. Frost & G. Steketee (eds.): *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions - Theory, Assessment and Treatment*. Amsterdam: Elsevier.
- Salkovskis, P. M. & Harrison, R. (1984). Abnormal and normal obsessions: a replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- Salkovskis, P. M. & Wahl, K. (2000). Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. In W. Ecker (Hrsg.), *Die Behandlung von Zwängen. Perspektiven für die klinische Praxis*. Bern: Hans Huber.

- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M. & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwartz, J. M., Stoessel, P. W. & Baxter, L. R. (1996). Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 109-113.
- Shafran, R., Thordarson, D. S. & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10 (5), 379-391.
- Sica, C., Coradeschi, D., Sanavio, E., Dorz, S., Manchisi, D. & Novara, C. (2004). A study of the psychometric properties of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretations of Intrusions Inventory on clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 18 (3), 291-307.
- Simonds, L. M. & Thorpe, S. J. (2003). Attitudes toward obsessive-compulsive disorder – an experimental investigation. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 38 (6), 331-336.
- Skoog, G. & Skoog, J. (1999). A 40-year-follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56; 121-7.
- Slade, P. D., & Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification*, 22, 372-390.
- Sookman, D. & Pinard, G. (2002). Overestimation of Threat and Intolerance of Uncertainty in Obsessive Compulsive Disorder. In R. Frost & G. Steketee (eds.), *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions - Theory, Assessment and Treatment*. Amsterdam: Elsevier.
- Steer, R. A., Ranieri, W. F., Beck, A. T. & Clark, D. A. (1993). Further evidence for the validity of the Beck Anxiety Inventory with psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 195-205.
- Steketee, G. S., Quay, S. & White, K. (1991). Religion and guilt in obsessive-compulsive patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 359-367.
- Steketee, G. S. (1993). *Treatment of obsessive-compulsive disorder*. New York: Guilford.
- Steketee, G., Frost, R. O., & Cohen, I. (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 525-537.
- Steketee, G., Frost, R. O., Rhéaume, J. & Wilhelm, S. (1998). Cognitive theory and treatment of obsessive-compulsive disorder. In M. A. Jenike, L. Baer, & W. E. Minichiello (eds.), *Obsessive-compulsive disorders: Practical management* (pp.369-399), St. Louis, MO: Mosby.
- Summerfeldt, L. J., Huta, V. & Swinson, R. P. (1998). Personality and obsessive-compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman & M. A. Richter (eds.), *Obsessive-compulsive disorder - theory, research and treatment*. New York: Guilford Press.

- Swedo, S. E., Rapaport, J. L. & Leonhard, H. L. (1998). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 46, 335-341.
- Tallis, F. (1995). *Obsessive-compulsive disorder. A cognitive and neuropsychological perspective*. Chichester: John Wiley.
- Tallis, F. (1996). Compulsive washing in the absence of phobic and illness anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 361-362.
- Taylor, S. (1999). *Anxiety sensitivity: Theory, research and treatment of the fear of anxiety*. Mahwah, NY: Wiley.
- Taylor, S., Kyrios, M., Thordarson, D. S., Steketee, G. & Frost, R. O. (2002). Development and validation of instruments for measuring intrusions and beliefs in obsessive-compulsive disorder. In R. O. Frost & G. Steketee (eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment*. Amsterdam: Elsevier.
- Trenkamp, S. (1998). *Panik, Komorbidität und Handlungskontrolle: Dokumentation einer Therapieverlaufsstudie*. Regensburg: Roderer.
- Turner, S. M., McCann, B. S., Beidel, D. C. & Mezzich, J. E. (1986). DSM-III classification of the anxiety disorders: a psychometric study. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 168-172.
- Van den Hout, M. & Kindt, M. (2003). Repeated checking causes memory distrust. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 301-316.
- Van Oppen, P. & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79-87.
- Van Oppen, P., Hoekstra, R. J. & Emmelkamp, P. M. (1995). The structure of obsessional-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (1), 15-23.
- Warren, R. & Zgourides, G. D. (1991). *Anxiety disorders: A rational-emotive perspective*. Elmsford, New York: Pergamon.
- Wegner, D.M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts: suppression, obsession and the psychology of mental control*. New York: Viking.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H.-G., Lee, C. K., Newman, S. C., Oakley-Brown, M. A., Rubio-Stipec, M., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H.-U. & Yeh, E.-K. (1994). The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (Suppl), 5-10.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition - innovative cognitive therapy*. Chichester: John Wiley.
- Wells, A. & Davies, M. I. (1994). The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.
- Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion. A clinical perspective*. Hove: Erlbaum.

- Wells, A. & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 899-913.
- Wittchen, H.-U. (1991). Der Langzeitverlauf unbehandelter Angststörungen. *Verhaltenstherapie*, 1, 273-282.
- Wittchen, H.-U., Saß, H., Zaudig, M. & Koehler, K. (1989). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III-R*. Weinheim: Beltz.
- Wittchen, H.-U., Schramm, E., Zaudig, M. & Unland, H. (1997). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Woody, S. R., Steketee, G. & Chambless, D. L. (1995). Reliability and validity of the Yale-Brown Obsessions-Compulsions scale. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (5), 597-605.
- World Health Organisation (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: Author.
- Wroe, A. L., & Salkovskis, P. M. (2000). Causing harm and allowing harm: a study of beliefs in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1141-1162.
- Wroe, A. L., Salkovskis, P. M., & Richards, H. C. (2000). "Now I know it could happen, I have to prevent it": A clinical study of the specificity of intrusive thoughts and the decision to prevent harm. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 63-70.
- Zinbarg, R. E. & Barlow, D. H. (1996). Structure of anxiety and the anxiety disorders: A hierarchical model. *Journal of Abnormal Psychology*, 105 (2), 181-93.

7. Anhang

Merkblatt

Zur Studie „Denkstile bei Zwangsstörungen, Angststörungen und Depressiven“

Lieber Patient/ Liebe Patientin,

die Therapie von Zwangsstörungen hat sich im Vergleich zu anderen Störungen als besonders schwierig erwiesen. Ein Grund dafür sehen viele Forscher darin, dass bestimmte Denkmuster vorliegen, die zur Aufrechterhaltung von Zwängen und zu Rückfällen nach der Therapie führen. Auf diesem Gebiet besteht großer Forschungsbedarf.

In der vorliegenden Untersuchung werden Denkmuster erfragt. Es geht dabei um Einstellungen zu den eigenen Gedanken und Gefühlen. Es werden dabei Personen mit **Zwängen, Ängsten** und **Depressionen** miteinander verglichen.

Die Projektleitung obliegt Herrn Prof. Geissner, leitender Psychologe der Klinik, die Untersuchung wird durch Diplom-Psychologin Frau Neumann durchgeführt.

Die Teilnahme an der Untersuchung beinhaltet einen Termin von etwa 1 Std. Dauer (diagnostisches Interview und Fragebögen).

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Falls Sie an der Studie nicht teilnehmen wollen, so werden Ihnen keine Nachteile für die Behandlung in der Klinik Roseneck entstehen. Ein Rücktritt ohne Begründung ist jederzeit möglich. Sämtliche Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Eine Weitergabe an Dritte (außer an den Bezugstherapeuten, s.u.) findet nicht statt. Lediglich die Versuchsleiterin hat Zugang zu den Personendaten.

Rückschlüsse auf einzelne Personen sind z.B. bei wissenschaftlichen Veröffentlichungen nicht möglich, weil die Auswertung anonymisiert erfolgt. Die personenbezogenen Daten werden für eine begrenzte Zeit, für 5 Jahre, bei Dipl.-Psych. A. Neumann gelagert und dann vernichtet, die im Computer gespeicherten Daten ebenfalls.

In bestimmten Fällen kann es hilfreich sein, dem Bezugstherapeuten diagnostische Informationen zu Ihrem Leiden zukommen zu lassen. Dies ist ein Zusatz, zu dem Sie gesondert Ihre Zustimmung erteilen können, diese ist jedoch ebenfalls freiwillig.

Bei Fragen steht Ihnen unter der Telefonnummer 1502 Frau Neumann zur Verfügung.

Einverständniserklärung für Patienten

Ich bin über den Sinn und Zweck der Untersuchung „Denkstile bei Zwangsstörungen, Ängsten und Depressionen“ aufgeklärt worden. Hierzu wurde mir ein Merkblatt vorgelegt und ich hatte die Gelegenheit, Fragen zu stellen und klärende Antworten zu erhalten.

Die Teilnahme an der Studie beinhaltet einen Termin und dauert etwa 1 Stunde. Es handelt sich um ein diagnostisches Interview und Fragebögen.

Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig, eine Nicht-Teilnahme hat keine negative Auswirkungen auf die Behandlung in der Klinik Roseneck.

Mir wurde versichert, dass die erhobene Daten unter Wahrung der Datenschutz-Bestimmungen ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden. Es werden neben den Antworten zu den Fragebögen und den Interviewdaten nur die allgemeinen demographischen Daten elektronisch gespeichert. Namen werden nicht im Computer gespeichert. Die Zuordnung von Fragebogen- und Interviewdaten einerseits und Personendaten andererseits ist nur der Untersucherin Frau Neumann möglich.

Hiermit erkläre ich die Einverständnis mit der Untersuchung. Ich kann die Untersuchung jederzeit abbrechen. Ich stimme zu, dass alle aufgezeichneten Daten ausgewertet werden können, insofern dies anonym und zu wissenschaftlichen Zwecken geschieht.

Name/Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin

Zusätzliche freiwillige Vereinbarung:

Ich bin einverstanden, dass mein Bezugstherapeut diagnostische Hinweise zur Optimierung meiner Behandlung erhält:

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin

Anschreiben an DGZ-Mitglieder

Prien, Juni 2002

Liebes Mitglied der DGZ,

wenn Sie selbst unter einer Zwangsstörung leiden, wissen Sie sicherlich, dass die Therapie von Zwangsstörungen eher schwierig und langwierig ist. Es besteht daher dringend Bedarf, die Therapie weiter zu verbessern. In aktuellen Studien hat sich herausgestellt, dass die **Einstellungen und Überzeugungen** von Personen mit Zwangsstörungen wahrscheinlich ausschlaggebend für die Aufrechterhaltung der Zwänge sind.

Wir führen in unserer Klinik eine Studie durch, bei der der Denkstil von Personen mit Zwangsstörungen erfragt wird und benötigen möglichst viele Experten, die uns die entsprechenden Fragen beantworten. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns mit Ihren Auskünften helfen würden!

Und ganz wichtig: Auf diese Weise tragen Sie mit zur Verbesserung der Therapie der Zwangsstörungen bei.

Vielen Dank für Ihrer Mithilfe bei dieser Studie,

A. Neumann
Dipl. Psychologin Klinik Roseneck

Für nähere Informationen können Sie sich melden bei Dipl.-Psych. A. Neumann, Tel.: 08051/68-1502 oder Zentrale: 08051/68-0.

Bitte machen Sie zunächst folgende Angaben (*alle Angaben werden anonym verwendet und dienen der statistischen Auswertung*):

- Ich leide unter Zwängen seit: _____ (Jahr)
- Ich bin _____ Jahre alt
- Ich bin männlich / weiblich
- Anzahl der Behandlungen: ambulant: _____ / stationär: _____

- Die Zwangsstörung wurde diagnostiziert von:
 - meinem Hausarzt
 - mir selbst
 - meinem Therapeuten

Anschreiben an die Kontrollpersonen

Angelika Neumann
(Dipl.-Psychologin)
Schillerstr. 13
83209 Prien

Tel.: 08051/309543

Liebe Teilnehmerin / Lieber Teilnehmer dieser Studie!

In meiner wissenschaftlichen Studie möchte ich herausfinden, ob Patienten, die unter Zwängen leiden, andere **Einstellungen zu Ihren Gedanken und Gefühlen** haben als psychisch gesunde Menschen. Der nachfolgende Fragebogen soll dazu dienen, dies zu überprüfen und festzustellen, welche Einstellungen für die Psychotherapie wichtig sind.

Durch Ihre Mithilfe ermöglichen Sie es somit, die bestehende Therapie von Zwangserkrankungen zu verbessern.

Ihre Daten werden selbstverständlich anonym und streng vertraulich behandelt. Im voraus **vielen Dank für Ihre Mitarbeit,**

Angelika Neumann



Angaben zur Person:

(für statistische Zwecke)

- Alter: _____ Jahre
- Geschlecht: weiblich männlich
- Familienstand: Partnerschaft Alleinstehend
- Beruf: _____
- Schulabschluss: _____
- Ich bin zur Zeit in therapeutischer Behandlung: Ja Nein

ZAGG-Fragebogen

0= trifft/stimme *überhaupt nicht* zu

1= trifft/stimme *ein bißchen* zu

2= trifft/ stimme *ziemlich* zu

3= trifft / stimme *stark* zu

4= trifft / stimme *sehr stark* zu

	0	1	2	3	4
1. Negative Gefühle beängstigen mich.					
2. Es gibt viele gute Menschen, die öfters negative oder nicht akzeptable Gefühle haben.					
3. Wenn ich öfters negative Gefühle habe, fühle ich mich wertlos.					
4. Wenn es irgendwie möglich ist, vermeide ich schlechte oder unangenehme Gefühle.					
3. Ich bin für jedes meiner Gefühle voll verantwortlich.					
6. Nur wenn das Gefühl richtig ist, kann die Situation perfekt sein.					
7. Wenn ich öfters negative oder nicht akzeptable Gefühle habe, bedeutet dies, dass ich ein schlechter Mensch bin.					
8. Jeder Mensch hat öfters schlechte oder nicht akzeptable Gefühle.					
9. Meine Gefühle verunsichern mich oft.					
10. Wenn ich ein negatives Gefühl habe, traue ich meiner Sinneswahrnehmung nicht.					
11. Ich strebe es an, richtige Gefühle zu haben.					
12. Ich neige dazu, meine Gefühle zu bewerten, da ich mich für sie verantwortlich fühle.					
13. Man hat öfters starke Gefühle, die keine Aussage über die Wirklichkeit machen.					
14. Wenn ich ein negatives Gefühle habe, traue ich meinem Gedächtnis nicht.					
15. Wenn ich meine Gefühle nicht fest unter Kontrolle habe, überfluten sie mich.					
16. Aus meinen Gefühlen leite ich sehr oft Aussagen über die Wirklichkeit ab					
17. Wenn ich ärgerlich oder wütend bin, bekomme ich sofort Schuldgefühle.					
18. Ich sollte meine Gefühle unter Kontrolle haben.					
19. Negative Gefühle kommen und gehen von selbst.					
20. Ich kann es sehr schlecht aushalten, wenn sich negative Gefühle dauernd aufdrängen.					
21. Oft bin ich erst dann zufrieden, wenn ich genau das richtige Gefühl habe.					
22. Nur, wenn man leicht Schuld empfinden kann, ist man ein moralischer Mensch.					
23. Wenn man sehr starke negative Gefühle zulässt, könnte man Schaden nehmen.					
24. Es gibt in jeder Situation ein richtiges Gefühl.					

25. Es ist riskant, seinen Gefühlen freien Lauf zu lassen.					
26. Man sollte sich für aggressive oder sonstige negative Gefühle schämen.					
27. Fast immer bestimmen starke Gefühle meine Einschätzung der Wirklichkeit.					
28. Es ist mir wichtig, dass schlechte Gefühle auf keinen Fall zu stark werden.					
29. Ein negatives Gefühl signalisiert, daß etwas Unangenehmes passieren wird.					
30. Wenn ich negative Gefühle in mir wahrnehme, kann ich mich selbst nicht mehr respektieren.					
31. Alle Arten von Gefühlen kommen und gehen meistens von selbst.					
32. Ich sollte meinem Gedächtnis nicht trauen.					
33. Wenn ich meine Gedanken nicht fest unter Kontrolle habe, überfluten sie mich.					
34. Jeder Mensch sollte für seine Gedanken Verantwortung übernehmen.					
35. Ich strebe es an, richtige Gedanken zu haben.					
36. Alle Arten von Gedanken kommen und gehen meistens von selbst.					
37. Jeder Mensch hat öfters schlechte oder nicht akzeptable Gedanken.					
38. Ich sollte meine Gedanken unter Kontrolle haben.					
39. Negative Gedanken kommen und gehen von selbst.					
40. Seinen Gedanken freien Lauf zu lassen ist riskant.					
41. Wenn ich öfters aggressive oder peinliche Gedanken habe, bedeutet dies, dass ich ein schlechter Mensch bin.					
42. Wenn man etwas Wichtiges nicht perfekt durchdenkt, geht man ein grosses Risiko ein.					
43. Wenn es irgendwie möglich ist, verdränge ich unangenehme oder peinliche Gedanken.					
44. Ich neige dazu, meine Gedanken zu bewerten, da ich mich für sie verantwortlich fühle.					
45. Schlechte Gedanken machen mir Angst.					
46. Ich bin für jeden einzelnen meiner Gedanken voll verantwortlich.					
47. Es ist mir wichtig, dass schlechte Gedanken auf keinen Fall zu stark oder zu häufig werden..					
48. Meine Gedanken verunsichern mich oft.					
49. Mit bestimmten Gedanken kann ich Unheil verhindern.					
50. Man sollte sich für aggressive oder peinliche Gedanken schämen.					
51. Es gibt viele gute Menschen, die ihre Gedanken nicht bewusst kontrollieren.					
52. Wenn ich öfters negative Gedanken habe, fühle ich mich wertlos.					
53. Wenn ich negative Gedanken in mir wahrnehme, kann ich mich selbst nicht mehr respektieren.					
54. Ich brauche viel Willenskraft, damit ich keine peinlichen oder schädlichen Handlungen ausführe.					
55. Es gibt viele gute Menschen, die öfters peinliche oder aggressive Gedanken haben.					
56. Man sollte seinem Gedächtnis nicht trauen.					

57. Ich sollte meiner ersten Sinneswahrnehmung nicht trauen.					
58. Wenn ich aggressive oder peinliche Gedanken habe, bekomme ich sofort Schuldgefühle.					
59. Ich kann es sehr schlecht aushalten, wenn sich negative Gedanken dauernd aufdrängen.					
60. Nur wenn ich meine Gedanken kontrollieren kann, bin ich ein guter Mensch.					
61. Wenn ich öfters negative Gedanken habe, könnte meine Persönlichkeit nachteilig beeinflusst werden.					
62. Es gibt in jeder Situation einen richtigen Gedanken.					
63. Oft kann ich es sehr schlecht aushalten, wenn ich meine Denkabläufe unterbrechen muss.					
64. Man sollte seiner ersten Sinneswahrnehmung nicht trauen.					
65. Wenn man aggressive oder peinliche Gedanken hat, bedeutet dies, man könnte auch danach handeln.					

