

Petra Stögerer

Prognostische Bedeutung von "Angst vor Kontrollverlust" für die Therapie des Paniksyndroms

Diplomarbeit

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de/> abrufbar.

Dieses Werk sowie alle darin enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsschutz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlanges. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen, Auswertungen durch Datenbanken und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe (einschließlich Mikrokopie) sowie der Auswertung durch Datenbanken oder ähnliche Einrichtungen, vorbehalten.

Copyright © 2000 Diplom.de
ISBN: 9783832452971

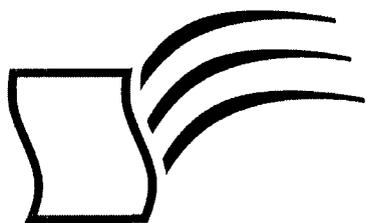
Petra Stögerer

Prognostische Bedeutung von "Angst vor Kontrollverlust" für die Therapie des Paniksyndroms

Petra Stögerer

Prognostische Bedeutung von "Angst vor Kontrollverlust" für die Therapie des Paniksyndroms

Diplomarbeit
an der Universität Wien, 7
Grund- und Integrativwissenschaftliche Fakultät
November 2000 Abgabe



Diplom.de

Diplomica GmbH _____
Hermannstal 119k _____
22119 Hamburg _____

Fon: 040 / 655 99 20 _____
Fax: 040 / 655 99 222 _____

agentur@diplom.de _____
www.diplom.de _____

ID 5297

Stögerer, Petra: Prognostische Bedeutung von "Angst vor Kontrollverlust" für die Therapie des Paniksyndroms / Petra Stögerer - Hamburg: Diplomica GmbH, 2002

Zugl.: Wien, Universität, Diplom, 2000

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtes.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden, und die Diplomarbeiten Agentur, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

Diplomica GmbH

<http://www.diplom.de>, Hamburg 2002

Printed in Germany

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung		1
I.	<i>Theoretischer Teil</i>	3
1.	Definition von Angst	4
1.1	Allgemeine und biologische Definitionen	4
1.2	Psychoanalytisch orientierte Definitionen	5
1.3	Humanistisch orientierte Definitionen	6
2.	Angst und Angststörungen	7
3.	Prädispositionen zur Auslösung des Paniksyndroms	8
3.1	Grundängstlichkeit	8
3.2	Angstsensitivität	9
3.3	Andere individuelle Prädispositionen	11
3.4	Lerntheoretische und kognitive Modelle	14
3.4.1	Zwei-Faktoren-Theorie	14
3.4.2	Teufelskreis der Angst	14
3.4.3	Fehlattributionen und dysfunktionale Kognitionen	16
3.4.4	Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit	17
3.4.5	Klassische und operante Konditionierung	20
3.5	Neurobiologische Modelle	20
3.6	Psychoanalytisch orientierte Modelle	21
3.7	Integrierte Modelle	22
4.	Phänomenologie	23
5.	Diagnostik	25
5.1	Paniksyndrom	25
5.1.1	Differentialdiagnose	25
5.2	Paniksyndrom mit Agoraphobie	26
6.	Epidemiologie	28
6.1	Komorbidität und Störungsbeginn	28
7.	Verlaufsform und Prognose	30
8.	Therapie	32
8.1	Pharmakotherapie	32
8.2	Kognitive Verhaltenstherapie	32
8.3	Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie	34

II.	<i>Empirischer Teil</i>	36
9.	Veränderungsmessung	37
9.1	Klassische Probleme	37
9.2	Probabilistische Testmodelle	37
9.2.1	Das Lineare Rating Scale Modell (LRSM)	38
9.2.2	Veränderungsmessung mit dem LRSM	40
9.2.2.1	Likelihood-Quotienten-Test	42
9.2.3	Das Lineare Partial Credit Modell (LPCM)	43
9.2.4	Veränderungsmessung mit dem LPCM	44
9.2.5	Mehrdimensionalität der Items	44
10.	Wirksamkeitskontrollstudie	46
10.1	Personengruppen	46
10.1.1	Versuchsgruppe	46
10.1.2	Kontrollgruppe	46
10.2	Zeitlicher Ablauf der Untersuchung	47
10.3	Untersuchungsinstrumente	48
10.3.1	Strukturiertes Interview für DSM-IV (SKID)	48
10.3.2	Anxiety Sensitivity Index (ASI)	48
10.3.3	The Panic Disorder Severity Scale (PDSS)	49
10.3.4	State Trait Anxiety Inventory (STAI)	50
10.3.5	Befindlichkeitsskala (Bf-S und Bf-S')	51
10.4	Soziodemographische Daten im Vergleich	51
10.4.1	Stichprobenumfang	51
10.4.2	Geschlecht	52
10.4.3	Alter	52
10.4.4	Erkrankungsdauer	53
10.4.5	Erkrankungsverlauf	54
10.4.6	Vermeidungsverhalten	54
10.4.7	Komorbidität mit Depression	55
10.4.8	Weitere Komorbiditäten	55
10.5	Ergebnisse des „Anxiety Sensitivity Index“ (ASI) im Vergleich	60
10.6	Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe	61
11.	Fragestellungen und Ergebnisse	62
11.1	Hypothesen	62
11.2	Ergebnisse	63
11.2.1	Ergebnisse in der PDSS	63
11.2.2	Ergebnisse im STAI	64
11.2.3	Ergebnisse der Bf-S und Bf-S'	65
11.3	Beantwortung der Fragestellungen	66
11.4	Interpretation der Ergebnisse	67
11.5	Nebenfragestellungen	68
11.5.1	Teilung der Untersuchungsgruppen nach dem Angstscore	68
11.5.1.1	Ergebnisse in der PDSS	70
11.5.1.2	Ergebnisse im STAI	70
11.5.1.3	Ergebnisse der Bf-S und Bf-S'	71

11.5.2	Teilung der Untersuchungsgruppen nach dem Erkrankungsverlauf	73
11.5.2.1	Ergebnisse in der PDSS	74
11.5.2.2	Ergebnisse im STAI	75
11.5.2.3	Ergebnisse der Bf-S und Bf-S'	76
12.	Kritische Reflexion	78
13.	Zusammenfassung	79
III.	<i>Literaturverzeichnis</i>	81
IV.	Anhang	
V.	<i>Curriculum vitae</i>	

EINLEITUNG

Die Frage, ob spezifische Persönlichkeitsmerkmale die Auslösung verschiedener psychischer Erkrankungen, in diesem speziellen Falle die des Paniksyndroms, begünstigen, beschäftigt die Forschung schon seit langem. Phänomene wie Grundängstlichkeit (Kast, 1996) und Angstsensitivität (Taylor & Cox, 1998) werden als mögliche prädisponierende Faktoren für die Entstehung des Paniksyndroms genannt. McNally und Lorenz (1987) definieren Angstsensitivität als personenspezifisches und situationsüberdauerndes Persönlichkeitsmerkmal. Auch Reiss (1991) in seiner Erwartungstheorie, s. auch Reiss und McNally (1985), Reiss et al. (1986), Taylor (1995) und Cox, Parker und Swinson (1996), mißt der Angstsensitivität erhebliche Bedeutung bei der Entstehung des Paniksyndroms zu.

Margraf und Schneider (1990) führen physiologische Prädispositionen sowie erhöhte Aufmerksamkeitszuwendung auf Gefahrenreize bzw. größere Akkuratheit der Interozeption an. Die Bedeutung von inadäquaten kognitiven Schemata sowie dysfunktionalen Kognitionen und Fehlattritionen bei der Auslösung von Panikattacken betonen Beck et al. (1985). Seligman (1971 und 1975) sowie Schneider und Margraf (1998) sehen die Variablen Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit als bedeutsam für die Entstehung von Angst an. Auch für Strian (1998) ist die Kontrolle über die Angst entscheidend. Selektive Informationsverarbeitung spielt laut Seligman (1975) ebenfalls eine wesentliche Rolle.

Aus lerntheoretischer Sicht sind vor allem die Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrers (Schneider & Margraf, 1998), basierend auf klassischer und operanter Konditionierung, sowie der Teufelskreis der Angst (Margraf & Schneider, 1990) zu nennen. Überprotektive Eltern, allgemeine Ängstlichkeit, Selbstunsicherheit und Abhängigkeit werden von Margraf (1996) und Schneider und Margraf (1998) als möglicherweise die Ausbildung von Panikattacken begünstigende Faktoren erwähnt. Diese Theorien, ebenso wie jene von Goldstein und Chambless (1978), wurden jedoch nicht empirisch bestätigt.

Auch neurobiologische Ansätze von Schneider und Margraf (1998) und Strian (1998) sowie die psychoanalytisch geprägte Darstellung von Marks (1970), daß Angst aufgrund des Konfliktes zwischen Autonomiestreben und Abhängigkeitswünschen entsteht, sind zu beachten.

Riemann (1961) hebt hervor, daß das Phänomen Angst bei jedem Menschen eine persönliche Prägung aufweist. Beginn und Fluktuation der Symptome hängen mit den jeweiligen Lebensereignissen und Belastungen zusammen (Margraf & Schneider, 1990).

Zusammenfassend kann man sagen, daß bisher noch kein „Bündel“ von Persönlichkeitsmerkmalen herausgefunden und empirisch belegt werden konnte, welches allein für die Auslösung des Paniksyndroms verantwortlich ist. In der vorliegenden Untersuchung soll nun geprüft werden, ob das Persönlichkeitsmerkmal „Angst vor Kontrollverlust über die Gefühle“ prädisponierend für die Ausbildung des Paniksyndroms ist. (Die Kenntnis der auslösenden Faktoren würde eine individuelle Therapieplanung jedenfalls begünstigen).

I. THEORETISCHER TEIL

1. Definition von Angst

1.1 Allgemeine und biologische Definitionen

Angst ist eine lebensnotwendige Reaktion und Erfahrung, die der Bewältigung realer oder vorgestellter Bedrohungen durch die unmittelbare psychophysische Aktivierung und durch die dadurch veranlaßten Lösungsstrategien dient. Angst ist immer ein psychisches und körperliches Geschehen und erstreckt sich auf alle Wahrnehmungs-, Vorstellungs- und Verhaltensbereiche des Menschen. Da die Angst im biologischen Bereich eine elementare, zum Überleben notwendige Alarmreaktion darstellt, existiert hierfür eine Art biologisches Alarmsystem. Das Warnsignal „Angst“ benutzt neurobiologische Mechanismen, um die Priorität gegenüber allen anderen Wahrnehmungen zu gewährleisten. Entwicklungsgeschichtlich gesehen, stellen die Angststrukturen alte Gehirnteile dar (Strian, 1998).

Kasper und Möller (1995) definieren Angst in phänomenologischer Hinsicht auf drei Ebenen, nämlich der subjektiven (kognitiven) Ebene, der Verhaltensebene und der physiologischen Ebene. Pathologische Angst unterscheidet sich durch folgende Kriterien von "normaler" Angst:

- Die Angstreaktion ist der Situation unangemessen.
- Die Angstreaktionen sind überdauernd; das heißt es liegt Chronizität vor.
- Der Patient hat keine Möglichkeit der Erklärung, Reduktion oder Bewältigung der Angst.
- Es kommt zu einer (massiven) Beeinträchtigung der Lebensqualität.

Riemann (1961) betont, daß Angst einen Doppelaspekt hat: einerseits kann sie uns aktiv machen, andererseits lähmen. Angst ist immer ein Signal und eine Warnung bei Gefahren, die gleichzeitig den Aufforderungscharakter, nämlich den Impuls, enthält, sie zu überwinden. Demzufolge können das Annehmen der Angst und die Auseinandersetzung mit ihr nicht nur Angstreduktion, sondern auch persönliche Weiterentwicklung bewirken.

Die krankhafte Angst stellt eine eskalierte, verselbständigte Form von Angst dar, die ihrem eigentlichen Sinn, nämlich der Entscheidungsfindung und der Entwicklung von Bewältigungsstrategien, im Weg steht. Sie unterscheidet sich durch ihre Intensität, Dauer und Unangemessenheit zum situativen Kontext, aber auch durch die Angstform als solche, von "normaler" Angst. Sie steht also entweder in Diskrepanz zur aktuellen Bedrohungssituation, tritt überhaupt losgelöst von äußeren Bedingungen auf oder entwickelt sich aus einer

anfänglich angemessenen Angst, bei der die zugrundeliegende, konkrete Bedrohung aber so massiv ist, daß die zunächst notwendige Angst eskaliert, außer Kontrolle gerät und zu einer eigenständigen Angstkrankheit wird (Strian, 1998).

Die erste Angst des Menschen ist laut Cavellius (1997) die Trennungsangst, die in der Entwicklungsgeschichte des Menschen begründet ist. Das Menschenkind ist von Anfang an abhängig von einer Person, die es mit Nahrung und Zuneigung versorgt. Im Gegensatz zum Tierreich ist es sonst nicht überlebensfähig. Säuglinge, die Nahrungs- und/oder Zärtlichkeitsdeprivation ausgesetzt sind, durchleben schlimmste Verlassensängste, entwickeln kein Urvertrauen und leiden als Erwachsene unter geringem Selbstbewußtsein.

1.2 Psychoanalytisch orientierte Definitionen

Morschitzky (1988) veranschaulicht zusammenfassend die Angstentstehungsmodelle der Psychoanalyse. In Sigmund Freuds erster Angsttheorie, einer biologisch orientierten Theorie, wird Angst als die Folge der Blockierung von körperlicher Erregung oder Triebansprüchen, vor allem von sexuellen und aggressiven Impulsen, angesehen. Die Stauung libidinöser Triebenergie setzt sich mangels adäquater körperlicher Abfuhr im psychischen Erleben als Angst um, wobei es zusätzlich zu körperlichen Begleiterscheinungen kommt. Angst wird als pathologische Manifestation von nicht abreagierter Triebenergie verstanden.

Im Gegensatz dazu bezeichnet Freud in seiner zweiten Angsttheorie nicht das "Es" (die Triebe), sondern das "Ich" als Ort, wo die Angst auftritt. Daher ist die Angst umso größer, je mehr sich das Ich bedroht fühlt. Die Fähigkeit zur sinnvollen Kontrolle der Angst ist ein Maß für die Ich-Reife. Nicht die Verdrängung erzeugt Angst, sondern die Angst erzeugt Verdrängung. Triebimpulse führen zu Angst, wenn deren Regung durch äußere oder innere Verbote nicht akzeptiert werden kann. Die Abwehrmechanismen der Verdrängung und Unterdrückung werden in Gang gesetzt, um mit der Angst fertig zu werden.

In der neueren Psychoanalyse werden neben dem ursprünglichen Modell, wo Angst als Triebstau angesehen wird, drei Modelle der Angstentstehung unterschieden, nämlich:

- Angst als Folge eines Konfliktes (Konfliktmodell)
- Angst als Folge von Ich-Schwäche (Strukturschwächemodell)
- Angst als Bindungsverlustangst (bindungstheoretisches Modell)

1.3 Humanistisch orientierte Definitionen

Als Beispiel für das humanistische Angstmodell, das Angst als Folge bedrohter Selbstverwirklichung ansieht, zieht Morschitzky (1988) das Modell von Carl Rogers, dem Begründer der klientenzentrierten Psychotherapie, heran. Dieser versteht Angst als die gefühlsmäßige Bedrohung der Selbst-Struktur, die eine Abwehrreaktion des Organismus zur Folge hat. Angst resultiert aus dem Erleben einer Inkongruenz zwischen Selbstkonzept und der Gesamtheit der Erfahrungen. Wenn der Mensch erkennt, daß das, was für die Entwicklung seines Selbst wesentlich ist, und das, was er an aktuellen Gegebenheiten und realer Lebenssituation vorfindet, nicht zusammenpassen, entwickelt er Angst. Derartige Erkenntnisse gelangen in Form von Panikattacken unvermittelt und nicht mehr abwehrbar an die Oberfläche. Der Grundkonflikt bei Angststörungen, insbesondere bei Panikattacken, besteht in dem Konflikt zwischen dem Bedürfnis nach Autonomie und dem Bedürfnis beziehungsweise der Tatsache von Abhängigkeit. Panikattacken schützen die Betroffenen vor der vollständigen Wahrnehmung ihrer inneren Befindlichkeit, die einen Zusammenbruch der Selbststruktur zur Folge hätte.

In der Logotherapie nach Viktor Frankl wird ein Mangel an Lebenssinn als existentiell verunsichernd und angstmachend beschrieben.

2. Angst und Angststörungen

Angst ist, wie schon vorher beschrieben, eine biologisch sinnvolle Reaktion bei realer äußerer Bedrohung. Die damit verbundene Arousal-Reaktion dient zur Vorbereitung der Kampf/Flucht-Reaktion, diese wiederum zur Bewältigung der Gefahrensituation. Bei der Angsterkrankung kommt es nun zu den Symptomen einer Kampf-Fluchtreaktion, ohne daß eine reale äußere Bedrohung vorliegt. Die Bedrohung kommt vielmehr von innen her. Das Alarmsystem Angst ist überempfindlich geworden und kann schon bei kleinsten ungefährlichen Veränderungen in der Umwelt oder auch im Körper ausgelöst werden. (Lenz & Küfferle, 1998).

Angst manifestiert sich in drei Komponenten, nämlich einer körperlichen Komponente, einer Gedanken-Komponente und einer Verhaltenskomponente.

Die körperliche Komponente betrifft das Zentral-Nervensystem (Wachheit, Anspannung, Aufregung), das Herz-Kreislauf-System (Erhöhung der Pulsfrequenz, blasse Haut, vermehrte Durchblutung der Muskulatur), die Atmung (verstärkte Atmung bis Hyperventilation, verbunden mit Beklemmungsgefühlen, Unwirklichkeitsgefühlen, Paraesthesien) und die Schweißdrüsen (vermehrtes Schwitzen). Außerdem können als Symptome trockener Mund, Durchfall oder Verstopfung und Zittern auftreten.

Was die Gedankenkomponente betrifft, so ist Angst meist verbunden mit Gedanken, wovor man sich fürchtet, zum Beispiel Angst vor Herzinfarkt, Angst zu kollabieren, Angst vor Ersticken, Angst, verrückt zu werden sowie Angst, die Kontrolle zu verlieren.

Die Verhaltenskomponente besteht aus Vermeidungs- und/oder Fluchtverhalten. Die Angst vor Kontrollverlust ist einer der häufigsten Faktoren bei allen Vermeidungsreaktionen, wobei nicht die Angst selbst in diesem Fall der Auslöser ist, sondern die Angst davor, in dieser Situation die Kontrolle über sich zu verlieren (Cavelius, 1997).

Grundsätzlich können die Angststörungen in zwei große Gruppen unterteilt werden, nämlich in solche mit ungerichteter, diffuser Angst, wozu das Paniksyndrom mit anfallsartiger Angst und die Generalisierte Angststörung mit andauernder Angst zählen, und in solche mit gerichteter Angst. Zu dieser Kategorie gehören die Agoraphobie, die Sozialphobie sowie die Spezifische Phobie (Lenz & Küfferle, 1998).

3. Prädispositionen zur Auslösung des Paniksyndroms

Laut Margraf & Schneider (1990) spielen physiologische Prädispositionen eine Rolle. Auf psychischer Ebene ist bei der Aufrechterhaltung von Angst die Sorge, einen weiteren Anfall zu erleben, entscheidend. Körperliche Empfindungen werden besonders stark wahrgenommen, was auf andere psychische Prädispositionen, wie Aufmerksamkeitszuwendung auf Gefahrenreize und größere Akkuratheit der Interozeption, zurückzuführen ist. Die Verknüpfung dieser Empfindungen mit unmittelbarer körperlicher oder psychischer Gefahr hängt von der Lerngeschichte und kognitiven Stilen (z.B. Kausalattribution) ab. Operantes und Modellernen spielen ebenfalls eine Rolle.

Patienten mit Angstanfällen zeigen selektive Informationsverarbeitung von Gefahrenreizen und interpretieren körperliche Symptome als gefährlicher im Vergleich zu Kontrollpersonen oder erfolgreich behandelten Patienten.

3.1 Grundängstlichkeit

Kast (1996) setzt sich mit dem Phänomen der Grundängstlichkeit auseinander. Hierbei handelt es sich um Ängstlichkeit als Eigenschaft, um Trait-Angst. Menschen mit einer hohen Grundängstlichkeit sehen überall eine Bedrohung, erwarten geradezu überall eine. Diese Grundängstlichkeit ist häufig mit Aggressionshemmung gekoppelt. Von dieser Grundängstlichkeit unterscheidet sie aktuelle Angsterlebnisse, nämlich die State-Angst. Einzelne Lebenssituationen sind angstbesetzt, lösen aktuelle Angsterlebnisse aus und werden von Menschen mit einer höheren Grundängstlichkeit als bedrohlicher empfunden als von Menschen mit niedriger Grundängstlichkeit.

Cavelius (1997) definiert Grundängstlichkeit als die Bereitschaft des Menschen zum Angstepfinden. Jeder Mensch unterliegt einem für ihn charakteristischen Grad an Ängstlichkeit, nämlich der Grundängstlichkeit, die die Bereitschaft des Menschen zum Angstepfinden umschreibt. Auch sie betont, daß Menschen mit hoher Grundängstlichkeit häufig unter Aggressionshemmungen leiden. Akute Angsterlebnisse werden desto bedrohlicher empfunden, je höher die Grundängstlichkeit ist.

3.2 Angstsensitivität

Laut Taylor und Cox (1998b) spielt die Angstsensitivität, die Furcht vor angstbesetzten Gefühlen, eine wichtige Rolle in der Ätiologie und Aufrechterhaltung von Angststörungen, im speziellen des Paniksyndroms. Die Angstsensitivität basiert auf dem Glauben, daß diese Gefühle schwerwiegende Folgen, abgesehen vom sofortigen Unlustgefühl, haben (Taylor & Cox, 1998a). Gemäß Reiss's (z.B. Reiss, 1991) Erwartungstheorie verstärkt die Angstsensitivität die Furcht- und Angstreaktionen. Reiss's Erwartungstheorie besagt, daß Panikattacken, Phobien und andere Angstreaktionen aus drei grundlegenden Ängsten (Sensitivitäten) entstehen, nämlich der Angstsensitivität, der Angst vor negativer Bewertung und der Verletzungs-bzw. Krankheitssensitivität (Taylor, 1993). In Taylor's Studie wurden Messungen von fundamentalen Ängsten, von üblichen Ängsten und von Trait-Angst durchgeführt. Die Ergebnisse bestätigten Reiss's Theorie. Die fundamentalen Ängste waren faktoriell verschieden, nur minimal interkorreliert und bestimmten in signifikantem Maß die Varianz bei der Messung von anderen Ängsten und Trait-Angst.

Laut McNally und Lorenz (1987) tragen Menschen mit hoher Angstsensitivität ein erhöhtes Risiko, an Angststörungen, im speziellen an einer Agoraphobie, zu erkranken. Menschen, die davon ausgehen, daß Angst eine negative Konsequenz hat, tendieren zu der Annahme, daß sie auch noch andere negative Folgen hat. Unvorhersehbare Panikattacken, kombiniert mit dieser Bedingung, scheinen für Menschen, die glauben, daß Angst schädlich ist, äußerst pathogen zu sein. Reiss et al. (1986) gehen von der Annahme aus, daß Angstsensitivität bei Angststörungen im allgemeinen und bei Agoraphobie im speziellen eine Rolle spielt.

Cox, Parker und Swinson (1996) definieren Angstsensitivität als ein psychologisches Konstrukt, welches notwendig ist, um die Entwicklung von pathologischer Angst, im speziellen des Paniksyndroms, zu verstehen. Die Forschung schenkt diesem Konstrukt mittlerweile ein bemerkenswertes Maß an Aufmerksamkeit. McNally und Lorenz (1987) definieren Angstsensitivität als personenspezifisch und situationsüberdauernd. Da Angstsensitivität jede Angstreaktion verstärkt, erhöht sie sowohl die Anzahl der Situationen, in denen der Betroffene Erfahrungen von überdauernder Angst macht, als auch die Stärke dieser Ängste. Die Autoren gehen davon aus, daß eine verhaltenstherapeutische Behandlung das agoraphobische Vermeidungsverhalten zu reduzieren imstande ist, ohne daß die Angstsensitivität verschwindet, da die Angstsensitivität eine relativ stabile