

Die Wirksamkeit von Angst-Selbsthilfegruppen aus Patienten- und Expertensicht

Bärbel Taubmann¹, Jörn von Wietersheim¹

Summary

Effects of anxiety self-help groups in the view of patients and experts

Objectives: This study assesses the development of patients with anxiety disorders in self-help groups. An additional investigation studies the attitude of psychotherapists toward such self-help groups.

Methods: 33 participants from three self-help groups were assessed using nonstandardised and standardised questionnaires (SCL-90-R, STAI). In addition, 250 psychotherapists were surveyed.

Results: Subjectively, the patients experienced their group as being helpful and described their symptoms as having slightly improved. The patients showed high scores in the anxiety questionnaire, which marginally improved over time. Avoiding behaviour did not change. The patients showed small improvements on some SCL scales (compulsiveness, aggressiveness, phobia, psychoticism). More than 80 % of the psychotherapists studied share the opinion that a self-help group can indeed support the course of a psychotherapeutic treatment.

Discussion: Self-help groups are effective from the view of both the patients and the psychotherapists. Yet, most patients studied continued to show high scores of anxiety and psychopathology.

Z Psychosom Med Psychother 54/2008, 263–276

Keywords

Self-help Groups – Anxiety – Process and Outcome Assessment

Zusammenfassung

Fragestellung: In dieser Studie wurde die Entwicklung von Patienten mit Angststörungen in drei Selbsthilfegruppen erfasst. In einer Zusatzuntersuchung wurde die Haltung von Psychotherapeuten zu diesen Selbsthilfegruppen untersucht.

Methode: 33 Teilnehmer von drei Angstselbsthilfegruppen wurden im Zeitverlauf eines Jahres an drei Messzeitpunkten mit nicht standardisierten und standardisierten Fragebögen (SCL-90-R, STAI, Mobilitätsinventar und TAF) erfasst. Zusätzlich wurden 250 Psychotherapeuten befragt.

¹ Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Ulm.

Ergebnisse: Subjektiv erlebten die Betroffenen ihre Selbsthilfegruppe überwiegend als hilfreich und beschreiben ihre Symptomatik als etwas gebessert. Im Angstfragebogen (STAI) zeigten sich relativ hohe Angstwerte, die sich im Verlauf geringfügig verbesserten. Das Vermeidungsverhalten veränderte sich nicht. Im SCL-90-R zeigten sich auf einigen Skalen (Zwanghaftigkeit, Aggressivität, Phobische Angst, Psychotizismus) leichte Verbesserungen. Über 80 % der befragten Psychotherapeuten sind der Ansicht, dass eine Selbsthilfegruppe den Verlauf einer Psychotherapie günstig unterstützen kann.

Diskussion: Aus Sicht von Betroffenen und Psychotherapeuten erscheinen Selbsthilfegruppen bei Angststörungen als hilfreich. Bei den untersuchten Patienten bestand aber weiterhin ein hohes Ausmaß von Angst und psychischer Beeinträchtigung.

1. Einleitung

Epidemiologische Studien zeigen, dass Angststörungen vermutlich die häufigste psychische Störung darstellen – wobei Phobien und generalisierte Angststörungen besonders häufig sind (Wittchen u. Jacobi 2001; Leichsenring et al. 2002). Gleichzeitig gelten sie als schwierig zu behandeln, die Verläufe sind oft langfristig, trotz medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung kommt es bei einem Teil der Patienten zu Chronifizierungen (Wittchen u. Jacobi 2004; Wittchen u. Hoyer 2006). Einen ergänzenden Ansatz zur Unterstützung von Angstpatienten bilden Selbsthilfegruppen. Mit den durchgeführten Recherchen (Medline und Psyn dex) konnten einige Publikationen über Selbsthilfegruppen, jedoch nur wenig Literatur speziell zu Angst-Selbsthilfegruppen und deren Auswirkungen auf die Patienten und die Symptomatik gefunden werden (Moschitzky 2004; Moeller 1978; Trojan et al. 1986; Thiel 1991; Segee et al. 1999; Waterloo-Köhler 2003). Dabei finden sich unter dem Stichwort „Selbsthilfe“ häufig auch Selbsthilfe-Manuale, die für weniger beeinträchtigte Patienten geeignet sind und von den Selbsthilfegruppen, die eher der gegenseitigen Unterstützung dienen und oft von schwerer Erkrankten genutzt werden, differenziert werden müssen (Newman et al. 2003; Den Boer et al. 2004).

Eine Selbsthilfegruppe besteht aus einer Gruppe von Menschen, die von einer gleichen Erkrankung (somatisch oder psychisch) betroffen sind oder unter ähnlichen Problemen leiden. In der Regel gibt es keinen Gruppenleiter. Die Teilnahme ist kostenlos und freiwillig. Wichtig sind das regelmäßige Gespräch in der Gruppe, die wechselseitige Hilfe und die Weitergabe von Erfahrungen (Trojan et al. 1986). Moeller (1978) gibt einen guten Überblick über die Geschichte der Selbsthilfegruppen und stellt sehr frühe Formen von Selbsthilfe vor. Er geht in seinen Ausführungen in eine Zeit zurück, in der die Menschen in Stammesverbänden lebten und bezeichnet diese Art des Zusammenlebens, wo jeder Einzelne einem kranken Mitglied seines Stammes beistand, als Selbsthilfegruppe. Die Idee der Selbsthilfegruppe im medizinischen Bereich, wie wir sie heute kennen, stammt aus den USA. Die Anonymen Alkoholiker (AA) bildeten die erste Selbsthilfegruppe für psychisch kranke Menschen, sie entstand im Jahre 1935 in den Vereinigten Staaten. 1965 gründeten sich die Anonymen Neurotiker (AN). Zu Beginn der siebziger Jahre erfuhr die Selbsthilfgruppenbewegung einen neuen Aufschwung, nicht nur in Amerika. Dies geschah wohl aufgrund

unzureichender Behandlungsmöglichkeiten und Unzufriedenheit der Bevölkerung mit den bereits bestehenden Behandlungsformen im Gesundheitswesen. 1972 bildete sich die erste Gruppe der Anonymen Neurotiker in Deutschland, die sich 1974 in die „Emotions Anonymous“ (EA) umbenannten. Diese Gruppen arbeiten nach einem bestimmten Programm und integrieren eine „Höhere Macht“ in ihr Krankheitsverständnis. 1986 entstand in Berlin die erste Selbsthilfegruppe für Agoraphobiker in Deutschland. 1989 gründete ein Betroffener in München eine Selbsthilfeinitiative für Patienten mit Angststörungen (Reithmeier 1992). Höflisch et al. (2007) berichten, dass es, ausgehend von einer Umfrage sämtlicher Selbsthilfe-Kontaktstellen, in Deutschland etwa 5000 Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke gibt.

In einer Untersuchung in den siebziger Jahren an 60 Selbsthilfegruppen konnten mehrere positive Wirkungen von krankheitsbezogenen Selbsthilfegruppen erfasst werden. Die Teilnehmer lernten ihre Krankheit besser zu bewältigen, Beziehungen zu verbessern, Fachwissen zu erwerben, eigene Interessen aktiv zu vertreten und professionelle Dienste sinnvoll zu nutzen. Dennoch lehnten in einer Umfrage zwei Drittel der Befragten in der Bundesrepublik Selbsthilfegruppen für sich selber ab (Moeller 1978). Daum (1984) untersuchte Selbsthilfegruppen für Personen mit seelischen Erkrankungen und Lebensproblemen, die überwiegend von Studenten besucht wurden. In diesen Gruppen zeigten sich innerhalb eines Jahres positive Veränderungen des Erlebens und Verhaltens, Kontaktstörungen gingen zurück, die depressive Grundstimmung verbesserte sich. In einer neueren Untersuchung (Janig 2001) an unterschiedlichen Selbsthilfegruppen konnte dieser Befund im Wesentlichen bestätigt werden. Als mögliche Wirkmechanismen benennt Matzat (1999, 2005) unter anderem Modelllernen, gegenseitige Verstärkung durch Teilnehmer, Verbalisierung von Emotionen, „identifikatorische Resonanz“, Gleich-betroffen-Sein und gegenseitige soziale Unterstützung. In einer Replikation der Consumer Reports Study (Seligman 1995) erfasste Hartmann (2006) auch die von den Teilnehmern der Befragung berichteten Effekte von Selbsthilfegruppen. Berichtet wurden überwiegend positive Effekte (Verbesserung von Krankheitssymptomen und Beschwerden, große Zufriedenheit mit der Selbsthilfegruppe), die in ihrer Wirkung jedoch unter den berichteten Effekten von professioneller Psychotherapie lagen. Auch die in dieser Untersuchung erfassten Patienten mit Ängsten (N = 32) berichteten eine Verbesserung ihrer Symptomatik durch die Selbsthilfegruppe (32 % viel besser, 61 % etwas besser).

Die Einstellung von professionellen Therapeuten zu Selbsthilfegruppen ist bislang wenig beforscht, sie kann auch je nach Störungsbild unterschiedlich sein. Im Alkoholbereich haben sich Selbsthilfegruppen recht gut etabliert, bei anderen psychischen Störungen sind sie seltener und werden eventuell auch mit mehr Skepsis betrachtet (Moeller 1981).

In der vorliegenden Studie sollte untersucht werden, wie sich Besucher einer Angst-Selbsthilfegruppe charakterisieren lassen und wie die Erkrankung, erfasst durch standardisierte Fragebögen und subjektive Einschätzung der Betroffenen, während der Dauer des regelmäßigen Besuchs einer Angstselbsthilfegruppe verläuft. Zudem sollten die Teilnehmer nach Wirkfaktoren der Gruppe befragt werden. In

einer zusätzlichen Studie sollte untersucht werden, wie Psychotherapeuten die Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen bei Patienten mit Angststörungen beurteilen.

2. Methode

2.1. Stichprobe

Es wurden drei Selbsthilfegruppen aus Ulm (N = 22), Heilbronn (N = 6) und München (N = 5) untersucht. Die Gruppen waren ehrenamtlich (von Betroffenen) geleitete Gruppen, wobei die Leiterin in Ulm von einem Verhaltenstherapeuten supervidiert wurde. Die Befragung fand in halbjährlichen Abständen zu je drei Messzeitpunkten statt. Die Drop-out-Rate war sehr gering – zum Zeitpunkt T1 waren es 33, zum Zeitpunkt T3 noch 30 Probanden, die sich an der Studie beteiligten. Das Alter der Probanden lag zwischen 27 und 62 Jahren (MW 42; SD 10). Es nahmen 25 Frauen und 8 Männer an der Studie teil. Die Probanden besuchten schon längere Zeit vor der Erhebung die Selbsthilfegruppe (im Mittel zwei Jahre).

2.2. Messinstrumente

In einem selbst konzipierten, nicht standardisierten Bogen wurden soziodemographischen Daten (Geschlecht, Alter, Schulbildung, Familienstand, Kinder, Interessen und Hobbys, Dauer des Besuchs der Selbsthilfegruppe, Beginn der Erkrankung) und weitere Daten zu Dauer, Häufigkeit und Schwere der Angstsymptomatik und der Depressivität, zu ambulanter Psychotherapie, Medikamenteneinnahme, Klinikaufenthalten, Sozialkontakten und Freizeitaktivitäten erhoben. Die meisten Fragen waren mithilfe von fünfstufigen Ratingskalen zu beantworten.

In einer Frage wurden mögliche Wirkfaktoren der Selbsthilfegruppe aus Sicht der befragten Patienten erfasst. Folgende Effekte, die aus der Literatur entnommen wurden, sollten hinsichtlich ihres Vorhandenseins und ihres möglichen positiven Einflusses für den Patienten beurteilt werden: Das Gespräch mit anderen; das Zusammensein mit anderen, die ähnliche Probleme haben; das Wissen, dass ich nicht allein bin; das Wissen, dass ich jederzeit jemanden erreichen kann, wenn es mir schlecht geht; das anschließende gesellige Beisammensein; die Sicherheit, in der Gruppe nicht verletzt zu werden; über mich sprechen zu können; das Zuhören der anderen, wenn ich spreche; mein eigenes Zuhören, wenn die anderen sprechen; die Informationen, die ich über meine Erkrankung erhalte.

An standardisierten Fragebögen wurden die Symptom-Checkliste (SCL-90-R, Franke 1995), das State-Trait-Angstinventar (STAI, Laux et al. 1981), das Mobilitätsinventar (MI, Ehlers u. Margraf 1993) und der Tübinger-Anhedonie-Fragebogen (TAF, Zimmer 1990) verwendet. Das MI erfasst die Vermeidung „agoraphobischer“ Situationen aufgrund von Angst. Der Fragebogen enthält 27 Items über die häufigsten angstausslösenden, agoraphobischen Situationen wie zum Beispiel Autofahren, Gaststätten, hohe Brücken, Menschenmengen oder allein sein. Es werden getrennte Einschätzungen auf zwei Skalen vorgenommen, je nachdem, ob der Proband die

Situation allein (MIA) oder in Begleitung (MIB) einer Vertrauensperson aufsucht. Der Tübinger Anhedonie-Fragebogen (TAF) dient der Erfassung der Anhedonie, also des Verlusts von Lebensfreude oder Genussfähigkeit.

Die Einstellungen von Psychotherapeuten zu Selbsthilfegruppen wurden mit einem nicht standardisierten Fragebogen erfasst. Er besteht aus fünf Fragen zur Beurteilung von Selbsthilfegruppen:

1. Kann der Verlauf von Angststörungen allein durch den Besuch einer Selbsthilfegruppe positiv verändert werden?
2. Denken Sie, dass eine Selbsthilfegruppe den Verlauf einer Psychotherapie günstig beeinflussen kann?
3. Empfehlen und ermutigen Sie Ihre Patienten, eine Selbsthilfegruppe zu besuchen und zwar (a) parallel zur Psychotherapie, (b) nach einer abgeschlossenen Psychotherapie, (c) generell?
4. Kennen Sie Patienten mit Angststörungen, denen eine Selbsthilfegruppe geschadet hat?
5. Denken Sie, dass eine „indirekt“ betreute Selbsthilfegruppe für Ihre Patienten von größerem Nutzen sein könnte als eine nicht betreute?

Unter „indirekter Leitung“ wurde dabei eine ehemals selbst betroffene Person verstanden, die mithilfe von Supervisionen eine Gruppe begleitet und für Fragen zur Erkrankung zur Verfügung steht. Die vorgegebenen Fragen sollten mit ja oder nein beantwortet werden.

2.3. Datenerhebung

Die Daten der Teilnehmer der Ulmer Selbsthilfegruppe wurden anlässlich eines Besuchs bei der Selbsthilfegruppe erhoben, die Bögen der Teilnehmer der Selbsthilfegruppen aus München und Mannheim wurden per Post geschickt. Der Fragebogen für die Experten wurde an 250 Ärzte und Psychologen verschickt, ein Teil davon anlässlich einer Fortbildung in Lindau erhoben. Es handelte sich überwiegend um niedergelassene Psychotherapeuten aus Bayern und Baden-Württemberg. Von den 250 verschickten beziehungsweise ausgegebenen Fragebögen kamen 155 ausgefüllt zurück (Rücklaufquote 62 %).

2.4. Statistik

Per Kolmogoroff-Smirnow-Test wurden die Daten auf Normalverteilung geprüft. Es zeigte sich, dass die Werte der standardisierten Fragebögen (SCL-90-R, STAI, MI, TAF) nicht signifikant von der Normalverteilung abwichen. Daher wurden für diese Skalen zur Verlaufsmessung Varianzanalysen mit Messwiederholung gerechnet. Für den Vergleich der Items aus dem Selbsthilfe-Fragebogen wurden nicht-parametrische Verfahren gerechnet: Wilcoxon-H-Test und der Friedman-Test. Die statistischen Berechnungen geschahen mit dem Programmpaket SPSS für Windows, Version 10. Als Signifikanzniveau wurde ein p-Wert $< .05$ festgelegt.

3. Ergebnisse

Bei den Teilnehmern der Studie handelte es sich um Patienten mit überwiegend ausgeprägter Angstsymptomatik, die sich in den Schilderungen der Belastung durch die Ängste wie auch in einem hohen STAI-Wert (siehe unten) ausdrückt. Die folgenden Angaben beziehen sich auf 32 Patienten zum Zeitpunkt T1, von einem Patienten fehlte der entsprechende Fragebogen. 75 % der Patienten schilderten zusätzliche depressive Symptome. Die meisten Probanden (65 %) berichteten Panikattacken, wobei die Häufigkeit variierte. Die Zeitdauer einer Angstepisode lag im Mittel zwischen 15 Minuten und drei Stunden, wobei nicht klar zwischen einem reinen Panikanfall und anderen Angstgefühlen unterschieden werden konnte. Die Mehrzahl der Probanden (59 %, 19 von 32 zu T1) gab an, dass ihre Ängste in bestimmten Situationen auftraten. Diese Situationen bezogen sich auf Körperbeschwerden, unbekannte Ereignisse oder anstehende Entscheidungen, bestimmte Orte, Menschenmengen, dem Alleinsein oder auch bei Konflikten und unangenehmen Gefühlen („Angst vor der Angst“, Depressivität, Unzufriedenheit).

80 % der Angstpatienten nahmen bisher im Rahmen ihrer Erkrankung Medikamente. Zum ersten Erhebungszeitpunkt nahmen aktuell 56 % Medikamente gegen die Ängste ein. Die Hälfte der Probanden (50 %) nahm zum dritten Erhebungszeitpunkt (ein Jahr später) noch zeitweise oder regelmäßig Medikamente ein. Darunter fielen pflanzliche Präparate, Antidepressiva und Tranquilizer. 75 % (24 von 32) der Probanden unterzogen sich schon früher einer oder mehreren Psychotherapien. 25 % (7) gaben an, schon einmal eine Therapie abgebrochen zu haben. Zum ersten Erhebungszeitpunkt (T1) waren 21 Probanden (66 %) in Psychotherapie. Nach einem halben Jahr (T2) und nach einem Jahr (T3) waren es noch 14 Patienten, die in eine psychotherapeutische Behandlung gingen. Verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologisch fundierte Verfahren waren dabei etwa gleich häufig.

Die Belastung durch die Angst wurde von neun Probanden als sehr schwer, von zwölf als schwer und von acht der insgesamt 30 Befragten als mittelschwer eingestuft. Deutlich wurde neben der Belastung durch die Angst auch die Belastung durch Depressionen (von fünf Probanden als sehr schwer, von acht als schwer und von acht als mittelschwer beeinträchtigend eingestuft). Nur jeweils ein Proband empfand sowohl Angst als auch Depression als gering beziehungsweise sehr gering belastend. Über die drei Zeitpunkte fand sich keine signifikante Veränderung dieser Einschätzung, das heißt die Belastung durch die Störung blieb in etwa gleich.

Zum dritten Erhebungszeitpunkt wurden die Patienten gebeten, den Verlauf ihrer Symptome im letzten Jahr rückwirkend zu beurteilen (siehe Tab. 1). Es zeigten sich sowohl bei der Angst als auch bei der Depression signifikante Verbesserungen, das heißt subjektiv schildern die Patienten ein Nachlassen der Stärke der Symptomatik. Die Angst wurde dabei durchgehend stärker eingestuft als die Depression.

Es wurden verschiedene Aktivitäten abgefragt, die von den Probanden angewendet wurden, sobald Symptome auftraten. Vorgegeben war eine Skala mit den Abstufungen 1 „überhaupt nicht“, 2 „selten“, 3 „manchmal“, 4 „oft“, 5 „immer“. Am häufigsten angewendet wurden zum ersten Erhebungszeitpunkt Aktivitäten wie Warten

Tabelle 1: Rückblickende und aktuelle Beurteilung der Symptomatik

Angst und Depression	Vor 1 Jahr		Vor 6 Monaten		In der letzten Woche		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
Angst	3.74	1.56	3.00	1.52	2.52	1.76	0.017
Depression	2.93	1.90	2.37	1.78	2.04	1.76	0.011

Anmerkung: 0 = gar keine Angst bzw. Depression und 6 = stärkste Angst bzw. Depression. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, p = Signifikanz (Friedmann-Test). Erfasst wurden die Daten zum 3. Erhebungszeitpunkt (nach einem Jahr, N = 30)

Tabelle 2: Effekte der SHG (im Vergleich zu den drei Messzeitpunkten)

	Zeitpunkt T1		Zeitpunkt T2		Zeitpunkt T3		
	N = 33		N = 31		N = 30		
Effekte	M	SD	M	SD	M	SD	p
Das Gespräch mit anderen	4.25	0.72	3.80	0.81	3.77	0.97	0.018
Das Zusammensein mit anderen, die ähnliche Probleme haben	4.25	0.80	3.97	0.85	4.00	0.91	0.118
Das Wissen, dass ich nicht allein bin	4.37	0.87	4.13	1.04	4.17	1.02	0.222
Das Wissen, dass ich jederzeit jemanden erreichen kann, wenn es mir schlecht geht	3.81	1.15	3.70	1.06	3.70	1.18	0.169
Das anschließende gesellige Beisammensein	3.84	0.97	3.57	0.94	3.40	1.00	0.022
Die Sicherheit, in der Gruppe nicht verletzt zu werden	3.59	1.16	3.47	1.14	3.31	1.26	0.142
Über mich sprechen zu können	3.88	1.01	3.93	0.87	3.87	0.82	0.674
Das Zuhören der anderen, wenn ich spreche	3.69	0.93	3.87	0.90	3.70	1.12	0.672
Mein eigenes Zuhören, wenn die anderen sprechen	3.91	0.86	3.93	0.87	3.73	1.11	0.166
Die Information, die ich über meine Erkrankung erhalte	4.03	1.00	3.93	0.91	4.03	1.07	0.467

Anmerkung: 5-stufige Skala: 1 = hilft überhaupt nicht, 2 = hilft wenig, 3 = hilft mittelmäßig, 4 = hilft viel und 5 = hilft sehr viel. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, p = Signifikanz (Friedmann-Test). T1 = Beginn der Studie, T2 = nach 6 Monaten, T3 = nach 1 Jahr.

(M = 3.9), Arbeiten (M = 2.9), jemanden anrufen (2.9), Fernsehen (2.6). Seltener wurden ins Bett legen (2.5), Spazieren gehen (2.5) und Medikamente nehmen (2.5, Standardabweichungen jeweils um 1.0) genannt. Diese Aktivitäten zeigten in ihrer Häufigkeit keine signifikanten Veränderungen über die drei Messzeitpunkte. Abwarten und Arbeiten wurden im Vergleich zu den anderen Aktivitäten oder Verhaltensweisen zu allen drei Messzeitpunkten am häufigsten eingesetzt.

Die Probanden wurden gefragt, ob die Teilnahme an der Selbsthilfegruppe ihnen hilft. (Skala von 1 = überhaupt nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = viel, 5 = sehr viel). Zum ersten Erhebungszeitpunkt ergab sich ein Wert von $M = 3.7$ ($SD = 1.0$), somit werden die Gruppen überwiegend als „viel helfend“ erlebt. Diese Einschätzung veränderte sich über die drei Zeitpunkte nicht signifikant. Die Antworten auf die Frage nach den hilfreichen Faktoren in der Selbsthilfegruppe sind in Tabelle 2 dargestellt. Die Mehrheit der Probanden bewertete die aufgeführten Wirkfaktoren einer Selbsthilfegruppe als hilfreich. Bei allen zehn Faktoren zeigten sich zu Beginn der Erhebung sehr hohe Werte, die im Zeitverlauf beinahe konstant blieben. Die höchsten Mittelwerte (> 4) verzeichneten folgende Faktoren: „Das Gespräch mit anderen“; „Das Zusammensein mit anderen, die ähnliche Probleme haben“; „Das Wissen, dass ich nicht allein bin“ und „Die Information, die ich über meine Erkrankung erhalte“. Im Verlauf gingen die Bewertungen der Effekte „Das Gespräch mit anderen“ und „Das anschließende gesellige Beisammensein“ signifikant zurück. Diese beiden Effekte wurden aber auch noch nach einem Jahr als „mittelmäßig“ bis „viel“ helfend bewertet.

Die Ergebnisse der standardisierten Fragebögen sind in Tabelle 3 und 4 dargestellt. Im SCL-90-R zeigten sich in den Skalen Zwanghaftigkeit, Aggressivität, phobische Ängste und Psychotizismus signifikante Verbesserungen. Auch bei den anderen Skalen waren positive Veränderungen zu erkennen, die allerdings nicht signifikant waren. Bei der Depressivität wurde das Signifikanzniveau nur knapp verfehlt. Insgesamt lagen deutlich pathologische Werte vor, die sich im Verlauf eines Jahres zwar verbesserten, dennoch aber recht auffällig blieben.

Tabelle 3: Vergleich der drei Messzeitpunkte in den SCL-90-R-Skalen

	Zeitpunkt T1		Zeitpunkt T2		Zeitpunkt T3		
	N = 33		N = 31		N = 30		
Skalen	M	SD	M	SD	M	SD	p
1 Somatisierung	0.81	0.50	0.82	0.53	0.82	0.50	0.60
2 Zwanghaftigkeit	1.46	0.86	1.17	0.68	1.18	0.69	<0.01
3 Sozialkontakt	1.37	0.55	1.13	0.55	1.20	0.77	0.19
4 Depressivität	1.50	0.70	1.15	0.63	1.13	0.65	0.06
5 Ängstlichkeit	1.22	0.58	0.98	0.63	1.07	0.61	0.19
6 Aggressivität	0.90	0.52	0.75	0.56	0.61	0.44	<0.01
7 Phobische Ängste	0.95	0.68	0.68	0.74	0.70	0.67	0.03
8 Paranoides Denken	1.17	0.61	0.91	0.58	1.00	0.73	0.16
9 Psychotizismus	0.81	0.55	0.54	0.36	0.68	0.60	0.02

Anmerkung: M = Skalenmittelwert, SD = Standardabweichung, p-Wert bestimmt durch Varianzanalyse mit Messwertwiederholung. T1 = Beginn der Studie, T2 = nach 6 Monaten, T3 = nach 1 Jahr.

Tabelle 4: Ergebnisse im STAI, MI und TAF (Vergleich der drei Messzeitpunkte)

	Zeitpunkt T1		Zeitpunkt T2		Zeitpunkt T3		
	N = 33		N = 31		N = 30		
	M	SD	M	SD	M	SD	P
STAI X1 (State)	47.39	11.28	51.50	9.50	45.64	12.15	0.35
STAI X2 (Trait)	56.07	9.49	51.53	10.05	49.89	11.48	0.00
MIA	1.88	0.85	2.04	0.83	1.86	0.81	0.07
MIB	1.38	0.52	1.34	0.45	1.33	0.40	0.83
TAF-F	111.14	12.17	113.57	19.80	112.71	13.26	0.54
TAF-P	124.69	14.56	129.50	14.47	126.38	18.87	0.13
TAF-V	264.30	50.54	278.09	71.09	270.88	61.04	0.26

Anmerkung: M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, p = Signifikanz, STAI X1 = Zustandsangst (State), STAI X2 = Angst als Eigenschaft (Trait), MI = Mobilitätsinventar, MIA = Aktivität allein, MIB = Aktivität in Begleitung, TAF = Tübinger-Anhedonie-Fragebogen, TAF-F = Frequenz, TAF-P = Verstärker-Potenzial, Genuss, hedonisches Repertoire, TAF-V = erhaltene Verstärkung. Die Tabelle zeigt die p-Werte des Vergleichs von T1 zu T3 (t-Test für gepaarte Stichproben). T1 = Beginn der Studie, T2 = nach 6 Monaten, T3 = nach 1 Jahr.

Auch im Angstfragebogen STAI bilden sich die hohen Angstwerte der Patienten-Gruppe ab. Bei der Angst als Eigenschaft (Trait) wiesen die Probanden sehr hohe Werte auf, die sich dann bis zum Zeitpunkt T3 signifikant verbesserten, allerdings im pathologischen Bereich verblieben. Die Patienten blieben trotz der Verbesserung der Eigenschaftsangst weiterhin krank. Die Mittelwerte einer gesunden Stichprobe liegen laut Manual (STAI-state) bei 37 für Männer und 38 für Frauen, Standardabweichung etwa 10.

Im Mobilitätsinventar, in dem gefragt wurde, in welchem Ausmaß einzelne Aktivitäten, wie zum Beispiel Bus fahren, vermieden wurden, zeigen sich kaum Veränderungen. Im Mittel blieb das Vermeidungsverhalten stabil. Aktivitäten, die in Begleitung unternommen wurden (MIB), wurden insgesamt über den gesamten Zeitraum weniger vermieden (M = 1.3) und erreichten damit beinahe Normwerte (M = 1.2).

Die Werte beim Tübinger-Anhedonie-Fragebogen (TAF) veränderten sich über die Zeit nicht signifikant und lagen niedriger (das bedeutet weniger Lebensfreude) als bei Gesunden, jedoch zum Teil höher (mehr Freude) als bei depressiven Patienten, bei denen der TAF hauptsächlich eingesetzt wird. Die Häufigkeit potenziell befriedigender Aktivitäten veränderte sich im Verlauf nur wenig. Das subjektive positive Erleben der Tätigkeit (TAF-P) stieg im Verlauf etwas an, dies war aber nicht signifikant.

In Tabelle 5 sind die Antworten der befragten Experten zusammengefasst dargestellt. Demnach glauben 80 % der befragten Experten nicht, dass durch den alleinigen Besuch einer Selbsthilfegruppe der Krankheitsverlauf von Angststörungen positiv verändert werden kann. 83 % meinen jedoch, dass Selbsthilfegruppen den Verlauf

Tabelle 5: Expertenantworten zu Angst-Selbsthilfegruppen

Items	Ja	Nein
	N (%)	N (%)
Der Verlauf einer Angststörung kann positiv durch den Besuch einer Selbsthilfegruppe verändert werden.	31 (20 %)	121 (78 %)
Eine Selbsthilfegruppe kann den Verlauf einer Psychotherapie bei Angststörungen günstig beeinflussen.	128 (83 %)	21 (14 %)
Ermutigen Sie Angstpatienten, eine SHG parallel zur Psychotherapie zu besuchen?	71 (46 %)	74 (48 %)
Ermutigen Sie Angstpatienten, eine SHG nach einer abgeschlossenen Psychotherapie zu besuchen?	96 (62 %)	45 (29 %)
Kennen Sie Patienten mit Angststörungen, denen eine SHG geschadet hat?	22 (14 %)	127 (82 %)
Eine indirekt betreute Selbsthilfegruppe ist von größerem Nutzen als eine nicht betreute Gruppe.	119 (77 %)	27 (17 %)

Anmerkung: Die wiedergegebenen Prozentwerte beziehen sich auf die Gesamtstichprobe von N = 155.

einer Psychotherapie bei Angststörungen günstig beeinflussen können. Aber nur etwa die Hälfte von Ihnen (46 %) ermutigt Angstpatienten ergänzend zur Psychotherapie, eine Selbsthilfegruppe zu besuchen. Die Empfehlung zum Besuch einer Gruppe nach einer abgeschlossenen Psychotherapie wurde von 62 % der Fachleute bei Angststörungen gegeben. 14 % kannten Patienten mit Angststörungen, denen der Besuch einer Selbsthilfegruppe geschadet hat. Fast 80 % der befragten Fachleute waren der Ansicht, dass eine betreute Selbsthilfegruppe von größerem Nutzen sein könnte als eine nicht betreute Gruppe.

4. Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war die Untersuchung von Teilnehmern von drei Angst-Selbsthilfegruppen, deren Einschätzungen zur Wirksamkeit der Selbsthilfegruppe sowie die allgemeine Beurteilung von Selbsthilfegruppen durch Psychotherapeuten. Methodisch ist hervorzuheben, dass es sich um keine Interventionsstudie, sondern eher um die Begleitung eines Prozesses handelt: Die meisten Teilnehmer waren schon lange in der jeweiligen Gruppe (über zwei Jahre), zudem war ein größerer Teil der Besucher zuvor oder aktuell in psychotherapeutischer oder medikamentöser Behandlung. Anhand der eingesetzten Fragebögen konnte jedoch die Schwere der Symptomatik und deren Verlauf über die Beobachtungszeit erfasst werden. Zu berücksichtigen ist auch, dass unklar ist, ob beiden Patienten auch im Rahmen einer standardisierten Diagnostik eine Angststörung diagnostiziert würde, sie selber verstanden sich aber durch die Zugehörigkeit zu einer Angst-Selbsthilfegruppe als Angstpatienten.

Es zeigte sich, dass die meisten Teilnehmer schon etwas älter waren (Mittelwert 40 Jahre), es waren deutlich mehr Frauen als Männer, und sie hatten schon eine Reihe ambulanter und stationärer Behandlungen der Angst hinter sich. Überwiegend fühlten sie sich stark belastet durch Ängste und Depressionen, diese Belastung ließ im Verlauf eines Jahres nicht wesentlich nach. Es muss vermutet werden, dass es sich bei den Teilnehmern eher um langfristig und vielleicht auch chronisch erkrankte Patienten handelt. Vorherigen Untersuchungen zu Teilnehmern von Angst-Selbsthilfegruppen (Segee et al. 1999; Janig 2001) zeigten ähnliche Stichprobenbeschreibungen. Es gab nur sehr wenige Drop-outs (3 von 33), das heißt die meisten Teilnehmer besuchen die Gruppe auch weiterhin. Der Besuch der Selbsthilfegruppe wurde von den Probanden als sehr hilfreich bewertet.

Aus der Literatur wurden mögliche Wirkfaktoren des Besuchs einer Selbsthilfegruppe abgeleitet, deren Vorhandensein und Wirksamkeit wurde von den Teilnehmern der Angst-Selbsthilfegruppen erfragt. Die vorgegebenen Faktoren wurden durch die Antworten der befragten Gruppenteilnehmer bestätigt und durchweg als hilfreich bewertet. Die Information über die Angsterkrankung und deren Behandlung und der Austausch über Probleme mit Betroffenen werden dabei am höchsten gewichtet. Diese Effekte sind eher problemorientiert und tragen vermutlich zur Bewältigung der Erkrankung bei. Hier zeigt sich, wie wichtig es den Betroffenen ist, genügend Informationen über ihre Erkrankung und über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zu erhalten. Einen Mangel an ausreichender Information durch Ärzte und Therapeuten beschreiben auch Trojan et al. (1986).

Im Fragebogen zur Selbsthilfegruppe wurden unter anderem mehrere passive und aktive Verhaltensweisen abgefragt, die der Proband bei Beschwerden anwenden konnte (Warten, Arbeiten, Sport treiben, Essen, ins Bett gehen, Rauchen etc.). Die passiveren (und nicht gesundheitsfördernden) Aktivitäten wie Rauchen und Fernsehen wurden von einzelnen Probanden im Verlauf im Mittel etwas weniger häufig eingesetzt. Insgesamt hielten die Probanden jedoch sehr stark an bestimmten Gewohnheiten fest. Gesunde Aktivitäten wie Sport treiben und Spazieren gehen wurden oft vermieden, obwohl viele dachten, dass diese Aktivitäten ihnen helfen könnten. Aus den Ergebnissen wäre zu schließen, dass manches, was Mühe macht, vermieden wird. Da die Patienten deutlich beeinträchtigt sind und dies im Verlauf auch bleiben (trotz einiger signifikanter Verbesserungen der Symptomatik), ist es denkbar, dass Veränderungen im Lebensalltag (Sport treiben, vermehrt Entspannungstechniken anwenden) bei vielen Patienten Angst besetzt sind und die Fähigkeit zur Veränderung nicht in dem Maß vorhanden ist wie bei gesünderen Menschen. Ein dem entsprechendes Ergebnis zeigt sich auch im Mobilitätsinventar und beim Tübinger-Anhedonie-Fragebogen. Das mit dem Mobilitätsinventar erhobene Vermeidungsverhalten verändert sich im gesamten Verlauf nicht. Allerdings waren die Ausgangswerte nicht so hoch wie in einer Stichprobe untersuchter Panikpatienten, die viel höhere Werte aufwiesen als die Probanden in der Selbsthilfegruppe (Zimmer 1990). Die Erfahrung angenehmer Aktivitäten, zum Beispiel von einem anderen gelobt werden, ein neues Hobby lernen, einen Freund treffen, wurde nur sehr selten berichtet. Aktivitäten, die ein gewisses Maß an Initiative verlangen, konnten nicht oder nur sehr schwer in

Handlung umgesetzt werden. Eventuell würde die Aufnahme solcher Aktivitäten eine starke Umstrukturierung des Lebensalltags mit sich bringen, die für Patienten mit Angst und oft zusätzlicher depressiver Symptomatik als zu bedrohlich erlebt und deshalb vermieden wird. Die positive Beurteilung der Selbsthilfegruppe, die Dauer und Konstanz der Teilnahme sowie die subjektive Einschätzung einer symptomatischen Verbesserung über die Zeit lassen vermuten, dass die Selbsthilfegruppe begleitend zur Psychotherapie – die meisten Probanden unterzogen sich einer solchen – als wertvolle Ergänzung angesehen wird.

Die Ergebnisse in den standardisierten Fragebögen zeigten dagegen nur einige, teilweise statistisch signifikante Veränderungen: Den Probanden geht es (über die Zeit) etwas besser. Die Zwanghaftigkeit im SCL-90-R verbessert sich hoch signifikant ($p < .01$). Auch die Angst als Eigenschaft (STAI-X2) reduziert sich signifikant. Insgesamt handelt es sich aber um deutlich beeinträchtigte Patienten, deren psychische Beeinträchtigung sich auf vielen Skalen niederschlägt, mit geringfügigen Veränderungen zum Gesunden hin. In der Integration der subjektiven Einschätzungen und der Fragebogenbefunde ist zu vermuten, dass die Patienten von der Selbsthilfegruppe profitieren, es ist anzunehmen, dass sie ihnen beim Ertragen und Verarbeiten der Krankheit hilft.

Die Haltung der befragten Experten erscheint etwas ambivalent: Einerseits werden Selbsthilfegruppen parallel zur laufenden Psychotherapie nur von etwa der Hälfte der Therapeuten empfohlen, nach Abschluss der Therapie sind es 62 %. Vermutlich werden hier Störungen der Therapie befürchtet. So werden auch Erfahrungen berichtet, dass Selbsthilfegruppen bei Angstpatienten schädlich sein können. Von daher ist auch die Bevorzugung einer geleiteten Selbsthilfegruppe zu verstehen. Die Gründe hierfür können nur vermutet werden. Eine kompetent geleitete Gruppe hat den Vorteil, dass es weniger zu Verletzungen eines Gruppenteilnehmers kommen kann und Eskalationen von Konflikten eher vermieden werden können. Es ist auch zu vermuten, dass eine geleitete Gruppe von vielen Angstpatienten als hilfreicher, weil haltgebender, erlebt wird als eine nicht geleitete.

Die Besonderheit in der Selbsthilfegruppe in Ulm, die den Großteil der befragten Probanden ausmachte, ist die dort zuständige Leitung. Die ehrenamtlich sehr engagierte Leiterin gibt den Patienten die Möglichkeit, zu jeder Zeit bei ihr anzurufen, falls es jemandem sehr schlecht geht – zum Beispiel bei einer Panikattacke oder auch wegen weniger akuten Dingen. Diese Möglichkeit bedeutet für viele der Befragten eine neue und hilfreiche Erfahrung. Interessant war, dass dieses Angebot (nachts oder sonntags anzurufen) sehr selten wahrgenommen wurde. Das Wissen, dass so etwas möglich ist und die Erfahrung, dass jemand bereit ist, geduldig zuzuhören und hilfreiche Vorschläge zu machen, hilft den Betroffenen enorm. Es wäre zu diskutieren, ob solche sicher außergewöhnlichen Angebote die Lebensqualität der Patienten und deren Krankheitsentwicklung verbessern können. Gestützt auf die Erfahrungen der Befragten scheint es so zu sein. Eine Gefahr könnte darin bestehen, dass gerade durch solche Angebote der Leiterin die Gruppe zu stark idealisiert wird.

Aufgrund der kleinen Stichprobe und der wenigen vorliegenden Literatur kann diese Studie nur eine erste Orientierung im Feld ermöglichen und soll zu größeren

Untersuchungen von Selbsthilfegruppen mit Angstpatienten oder auch Patienten mit anderen psychischen Störungen anregen.

Literatur

- Daum, K. W. (1984): Selbsthilfegruppen. Eine empirische Untersuchung von Gesprächs-Selbsthilfegruppen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Den Boer, P. C. A. M., Wiersma, D., van den Bosch, R. J. (2004): Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta-analysis. *Psychol Med* 34, 959–971.
- Ehlers, A., Margraf, F. (1993): Mobilitäts-Inventar. Weinheim: Beltz.
- Franke, G. H. (1995): SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis. Göttingen: Hogrefe.
- Hartmann, S. (2006): Die Behandlung psychischer Störungen. Wirksamkeit und Zufriedenheit aus Sicht der Patienten. Eine Replikation der „Consumer Reports Study“ für Deutschland. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Höflich, A., Meyer, F., Matzat, J., Beutel, M. E. (2007): Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke – Versorgungsangebot, Inanspruchnahme, Wirksamkeit. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Janig, H. (2001): Kompetenzerleben und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Selbsthilfegruppenteilnehmern. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 49, 72–87.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., Spielberger, C. D. (1981): Das State-Trait-Angstinventar. Göttingen: Hogrefe.
- Leichenring, F., Winkelbach, C., Leibing, E. (2002): Die generalisierte Angststörung – Krankheitsbild, Diagnostik, Therapie. *Z Psychosom Med Psychother* 48, 235–255.
- Matzat, J. (1999): Selbsthilfe als therapeutisches Prinzip. Therapeutische Wege der Selbsthilfe. In: Günther, P., Rohrmann, E. (Hg.): Soziale Selbsthilfe: Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit? S. 106–126. Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter.
- Matzat, J. (2005): Selbsthilfe und Patientenpartizipation im Gesundheitswesen. *Psychomed* 17, 14–20.
- Moeller, M. L. (1978): Selbsthilfegruppen. Hamburg: Rowohlt.
- Moeller, M. L. (1981): Anders helfen. Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Moschitzky, H. (2004): Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe, S. 371–440. Wien, New York: Springer-Verlag.
- Newman, M.-G., Erickson, Th., Przeworski, A., Dzus, E. (2003): Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *J Clin Psychol* 59, 251–274.
- Reithmeier, D. (1992): Selbsthilfe bei Angststörungen. Chancen der Kooperation von Psychotherapie und Selbsthilfegruppen in der ambulanten Behandlung von Angststörungen. *Psychomed* 4, 283–287.
- Segee, P. F., Maguire, L., Ross, J., Malik, M.-L., Colket, J., Davidson, J.-R. (1999): Demographics, treatment seeking, and diagnosis of anxiety support group participants. *J Anxiety Disord* 13, 315–334.
- Seligman, M. E. P. (1995): The effectiveness of psychotherapy. *Am Psychol* 50, 965–974.
- Thiel, W. (1991): Erfahrungen beim Aufbau und der Entwicklung lokaler Selbsthilfegruppenkontaktstellen. In: Balke, K., Thiel, W. (Hg.): Jenseits des Helfens. Professionelle unterstützen Selbsthilfegruppen, S. 202–217. Paderborn: Junfermann.

- Trojan, A., Deneke, C., Guderian, H., Schorsch, E.-M. (1986): Aktivitäten, Ziele und Erfolge von Selbsthilfegruppen. In: Trojan, A. (Hg.): Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen, S. 163–210. Frankfurt: Fischer.
- Waterloo-Köhler, M. (2003): Selbsthilfegruppen bei Angststörungen: Das Konzept der Münchner Angsthilfe und Selbsthilfe. In: Staemmler, F., Merten, R. (Hg.): Angst als Ressource und Störung (Interdisziplinäre Aspekte), S. 123–135. Paderborn: Junfermann.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F. (2001): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 44, 993–1000.
- Wittchen, H. U., Hoyer, J. (2006): Klinische Psychologie und Psychotherapie. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Wittchen, H. U., Jacobi F. (2004): Angststörungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 21 (Hg: Robert-Koch-Institut).
- Zimmer, T. (1990): Tübinger Anhedonie-Fragebogen. In: Hank, G., Hahlweg, K., Klann, N. (Hg.): Diagnostische Verfahren für Berater. Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung, S. 231–235. Weinheim: Beltz.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Jörn von Wietersheim, Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Am Hochsträß 8, 89081 Ulm,
E-Mail: joern.vonwietersheim@uniklinik-ulm.de