

## 2. Angst

### 2.1. Einleitung

Angst als eine fundamentale Erlebensform menschlicher Existenz (Krohne, 1996) beschäftigt die Menschen seit jeher. So intuitiv verstehbar wie der Begriff auf den ersten Blick erscheint, so verschiedenartig sind die Perspektiven aus denen Menschen diesen Begriff erforschen. So befassen sich nicht nur Philosophen seit Jahrhunderten mit dem Thema, sondern auch Dichter und Künstler, Laien und Wissenschaftler verschiedener Disziplinen (Psychologie, Medizin, Philosophie, Theologie, Soziologie, Biologie, Politologie, Medienwissenschaften, Wirtschaftswissenschaften etc.).

Während singuläre Ereignisse (Katastrophen wie der Terroranschlag auf das World Trade Center, in New York am 11.09.2002) episodenhaft eine Zunahme des öffentlichen Interesses an dem Phänomen der Angst auslösen, räumen manche Autoren der Angst gar den Stellenwert eines „allgemeinen Zeitgeists“ ein und bezeichnen das 20. Jahrhundert als das „Zeitalter der Angst“ (May, 1950; Spielberg, 1980). Als Argumente für ein „Zeitalter der Angst“ können für unsere Gesellschaft charakteristische angstauslösende Bedingungen, wie die globalen Verunsicherungen ausgelöst durch den exponentiellen technischen Fortschritt (z. B. Reproduktionsmedizin, ABC-Waffenentwicklung), durch den raschen wirtschaftlichen (z. B. Globalisierung und Liberalisierung) und sozialen Wandel (z. B. Entwurzelung durch Arbeitsmarktveränderungen und Verein-samung durch Urbanisierung) sowie Glaubwürdigkeitsverluste bezüglich politischer Autoritäten (z. B. Spendenaffären) und Instanzen (z. B. WTO<sup>1</sup>, IWF<sup>2</sup>) ins Feld geführt werden.

Eine *wissenschaftliche* Annäherung an das Thema „Angst“ ist in der Psychologie seit Beginn des 20. Jahrhunderts zu verzeichnen. Seither herrscht eine rege Forschungs- und Publikationstätigkeit zum Thema Angst, die besonders nach dem zweiten Weltkrieg (wahrscheinlich nicht ohne Grund) Auftrieb gewonnen hat. So ergibt eine Literaturrecherche in den Datenbank „PsyInfo“ und „PsycArticles“, den zwei größten Datenbanken (u. a. der American Psychological Association; APA), welche die wichtigsten psychologischen Fachzeitschriften weltweit auswerten, dass in den letzten

---

<sup>1</sup> WTO = World Trade Organisation (Welthandelsorganisation).

<sup>2</sup> IWF = Internationale Währungs-Fonds.

10 Jahren (1993-2003) 20.870 Publikationen zum Thema „Angst“ verfasst wurden. Angesichts dieser kaum noch zu überblickenden Fülle an Forschungsarbeiten beschränkt sich vorliegende Arbeit auf einige meines Erachtens zentrale Aspekte der Angst.

## 2.2. Historische Begriffsentwicklung

Die Faszination des Themas „Angst“ lässt sich bis in die Antike zurückverfolgen. Schon im 4. Jahrhundert v. Chr. wurde dieser Gefühlszustand von Philosophen wie Hippokrates und Aristoteles beschrieben, welche sich vor allem auch mit der Beziehung zwischen einem gestörten Affekt und körperlicher Krankheit befassten (Sims & Snaith, 1993). Auch die Begriffe „Angst“ („anxo“, gr.: niedergedrückt, beengt), „Panik“ und „Phobien“ sind griechischen Ursprungs. So waren „Pan“ und „Phobos“ griechische Götter, denen als personifizierte Verursacher von Angst die Aufgabe zuteil wurde, Feinde in die Flucht zu schlagen. Während in Griechenland somit die Furcht vor Göttern objektbezogen war, vermutet Finzen (1988) in der an die griechische Antike anschließenden Epoche des (zerfallenden) römischen Reiches ein von mangelnder Ordnung und Geborgenheit geprägtes Gesellschaftsgefühl, welches eine unbestimmte gegenstandslose „Weltangststimmung“ vor Dämonischem provozierte. Diese sollte den Weg für das Aufkommen des Christentums, welche die Weltangst im Jetzt zu überwinden versprach, geebnet haben. Seit dem 16. Jahrhundert begann schließlich ein verstärktes literarisches Interesse an dem Thema „Angst“. So kann der Gebrauch des Wortes „Angst“ bis zu einem Bericht von Lovell über „den Schmerz und die Angst des Ventrikels“ (1661) zurückverfolgt werden, der ähnlich wie die Schriftsteller Burton, Taylor und Flecknoe (Sims & Snaith, 1993) sehr akkurat Angstzustände jedoch zunächst nur im Zusammenhang mit Depression, Schmerz und körperlichen Erkrankungen (v. a. Koronarerkrankungen) schilderte. Im 19. und 20. Jahrhundert befassten sich die Philosophen Kierkegaard (1844) und Klages (1926; später auch: Heidegger, 1979, Sartre, 1962, und Jaspers, 1973) mit dem Phänomen der Angst. Erste Klassifikationsbemühungen *klinischer* Angst reichen bis ins Jahr 1798 zurück, in dem Rush eine erste Liste verschiedener Formen der Phobie abfasste (Sims & Snaith, 1993, S. 38). Die Agoraphobie wurde bereits 1871 von Westphal als eigenes psychiatrisches Syndrom eingeführt. Die Verbreitung einer

grundsätzlichen Unterscheidung zwischen normaler und pathologischer Angst geht auf Freud (Breuer & Freud, 1895), die Popularisierung der systematischen Abgrenzung von „Zwangserkrankungen“ und „Phobien“ auf Kraepelin (1918) zurück. Obwohl der Begriff der Panik seit dem Ende des 18. Jahrhunderts (Freud, 1940) bekannt ist, wurde ihm der Status einer eigenständigen nosologischen Einheit erst 1980 durch das DSM-III zuerkannt.

## 2.3. Definitionen

### 2.3.1. Was ist Angst?

Angst ist ein elementarer Affekt und ein zentrales Symptom seelischer Störungen. Obwohl der Begriff „Angst“ aufgrund seiner Alltagsnähe intuitiv leicht verständlich erscheint, existieren in der Psychologie Hunderte von verschiedenen Definitionen zu diesem Konstrukt. Im Folgenden seien exemplarisch drei aufgeführt.

„Unter Angst versteht man allgemein eine Stimmung oder ein Gefühl der Beengtheit, Beklemmung oder Bedrohung, einen unangenehmen, spannungsreichen, oft quälenden Zustand.“ (Hogen, 2001, S. 38)

„...ein mit Beengung, Erregung, Verzweiflung verknüpftes Lebensgefühl, dessen besonderes Kennzeichen die Aufhebung der willensmäßigen und verstandesmäßigen »Steuerung« der Persönlichkeit ist.“  
(Häcker & Stapf, 1998, S. 40)

„...ein affektiver Zustand des Organismus, der durch erhöhte Aktivität des autonomen Nervensystems sowie durch die Selbstwahrnehmung von Erregung, das Gefühl des Angespanntseins, ein Erlebnis des Bedrohtwerdens und verstärkte Besorgnis gekennzeichnet ist.“  
(Stöber & Schwarzer, 2000, S. 189; Krohne, 1996, S. 5; Spielberger, 1972)

Vorangegangenen Definitionen ist gemein, dass Angst grundsätzlich als ein (Lebens-) *Gefühl*, eine *Stimmung* bzw. ein *affektiver Zustand* angesehen wird, der zumindest in der ersten Definition explizit als „*unangenehm*“ beschrieben wird.

Das Gefühl der *Beengtheit* wird nur in den ersten beiden, das der *Erregung* nur in den letzten beiden Definitionen expliziert. Die zweite Definition fokussiert zusätzlich Auswirkungen der Angst auf der Verhaltensebene (Kontrollverlust).

Die von Freud (1940) vorgezeichnete und von Spielberger (1972) formulierte dritte Definition umfasst sowohl emotionale (Bedrohungserleben), kognitive

(Besorgnis) und physiologische Aspekte (erhöhte Aktivität des autonomen Nervensystems) der Angst.

In diesen Definitionen deutet sich schon ein Dilemma des Angstbegriffs an. Es ist trotz umfangreicher Forschungsbemühungen umstritten, wie viele Komponenten der Angst zugerechnet werden, ob die Angst als ein eindimensionales oder mehrdimensionales Konstrukt zu konzipieren ist (siehe Kapitel 2.7.3.4.), oder ob es spezifische Aspekte gibt, welche *nur* kennzeichnend für das Phänomen der Angst sind, da eine Abgrenzung zu benachbarten Konstrukten oft schwer fällt (siehe Kapitel 2.5.).

### **2.3.2. Auslöser der Angst**

Nach Benesch (1995, S. 91) können prinzipiell drei Quellen der Angst unterschieden werden: a) äußere Angstreize, b) innere Angstgründe und c) äußerlich-innerliche Interdependenzen, welche sich in einem „Vorgang der Aufschaukelung“ verstärken können. Zu a) rechnet man Objekte / Situationen und Personen, die Angst auslösen, verstärken und aufrechterhalten können, worauf sich speziell der lerntheoretische Ansatz und die Verhaltenstherapie fokussiert. Zu b) zählen innere Konflikte, die vor allem im psychodynamischen Ansatz eine wesentliche Rolle spielen, sowie Kognitionen, mit denen sich kognitive Ansätze auseinandersetzen. Die äußerlich-innerlichen Interdependenzen werden heute vor allem im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie der Angst (Margraf, 2000) als therapeutische Ansatzpunkte genommen.

Laut Stöber und Schwarzer (2000) können grundsätzlich zwei Angstthemen unterschieden werden: die Angst vor der *körperlichen* Bedrohung und der Angst vor der *Selbstwert*bedrohung, zu der die soziale Angst und die Leistungsangst gerechnet werden können. Eine ähnliche themenspezifische Ordnung von Ängsten nehmen auch Tewes und Wildgrube (1999) vor. Sie unterscheiden in einer hierarchischen Taxonomie nach dem Allgemeingrad zwischen 1. *Existenzangst*, zu der sie Todes-, Krankheits-, Verletzungs-, Flug-, Höhen-, Gewitter-, Dunkel- und Kriegsangst rechnen, 2. *sozialer Angst*, welche Scham, Verlegen- und Schüchternheit, Angst vor dem anderen Geschlecht, Sexualität, Publikum und dem Vorgesetzten umfasst, und 3. *Leistungsangst*, zu der sie Bewertungs-, Prüfungs-, Schul- und Berufsangst zählen.

Da grundsätzlich alle äußeren Objekte<sup>3</sup>, Personen und Situationen sowie auch innere Reize (Schuldgefühle, Triebimpulse etc.) Angst auslösen können, ist die Zahl möglicher bereichsspezifischer Ängste und Phobien<sup>4</sup> unbegrenzt.

Prinzipiell ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass viele Autoren die von Kierkegaard (1844) postulierte begriffliche Unterscheidung zwischen *Furcht*, die als auf einen Gegenstand gerichtet definiert wird, und *Angst*, welche als ungerichtet, objektlos und frei flottierend angesehen wird, treffen (Peters, 2000).

### 2.3.3. Funktionen der Angst

Angst ist ... „eine emotionale Reaktion auf das Erkennen oder vermeintliche Erkennen einer Gefahr, unabhängig davon, ob diese Gefahr auch objektiv gegeben ist.“ (Spielberger, 1972, S. 482)

Bezüglich der Funktionen von Angst sind sich Angstforscher aller theoretischer Ansätze erstaunlich einig. Angst dient dem Schutz vor Gefahren und ist damit lebenserhaltend. In einer Bedrohungssituation hat sie die Funktion eines „Warnsignals“ (Hogen, 2001) oder „Gefahrenschutzzinstinkts“ (Häcker & Stapf, 1998, S. 40), welcher den Organismus durch eine Steigerung der Aktivität des sympathikotonen Nervensystems im Sinne der Cannon'schen Notfallreaktion (Spielberger, 1980) mobilisiert, um drohende Gefahr abzuwenden. Mit der Initiierung einer Reihe von lebenserhaltenden physiologischen Reaktionen (siehe Kapitel 2.3.4.), welche vom Hirnstamm aus gesteuert werden, und eine allgemeine Aktivierungs- und Leistungssteigerung bewirken, geht auch eine Erhöhung der Aufmerksamkeit und Handlungsmotivation einher. Die rasche Aufmerksamkeitsfokussierung auf das bedrohende Moment führt dabei zur Handlungsunterbrechung weniger wichtiger Aufgaben (Kazdin, 2000, S. 209). Somit stellt Angst aus evolutionstheoretischer Perspektive eine evolutionsgeschichtlich früh entwickelte Anpassungsleistung dar (Darwin, 1965).

Adaptiv ist Angst jedoch nicht nur im Hinblick auf den Schutz vor objektiven, realen Gefahren, sondern auch bezüglich des Schutzes des eigenen Selbstwertes oder Selbstbildes.

---

<sup>3</sup> Im weitesten Sinne ist hier auch die Angst vor dem eigenen Körper bzw. den eigenen Körpergrenzen (in pathologischer Ausprägung > Boderline Störung) und Körperausmaßen (> Essstörungen) und seiner Gesundheit (> Hypochondrie) aufzuführen.

<sup>4</sup> Phobien sind pathologische Formen übersteigerter objektbezogener Furcht (siehe Kapitel 2.6.1.).

Battegay (1970) weist ferner darauf hin, dass Angst auch soziale Funktionen erfüllt. So kann sie dazu führen, dass der angsterlebende Mensch die Aufmerksamkeit Anderer auf sich zieht, es wird ein Appell an die Mitwelt gesendet, der Hilfeleistung zu initiieren vermag, und im neurotischen Sinn kann Angst auch der Machtausübung über andere Personen dienen, bzw. die Funktion einer Sicherungstendenz starrer Ordnung bzw. des Stillstands haben.

#### **2.3.4. Reaktionen der Angst und ihre Bewältigung / Abwehr**

Konzeptuell können drei verschiedene Reaktionsebenen der Angst unterschieden werden: die physiologische / körperliche, die verhaltensmäßig-expressive / motorische und die subjektive Ebene (Emotionen und Kognitionen) (Krohne, 1996, S. 5; Benesch, 1995, S. 92).

Als körperliche Begleiterscheinungen der Angst treten Puls- und Herzfrequenzsteigerungen, Palpitationen, Tachykardie, Druckschmerzen oder Kloßgefühle in der Brust- und Herzgegend, ein erhöhter Blutdruck und Adrenalinspiegel, eine gesteigerte Atemfrequenz (Erstickungsgefühle), erhöhte Muskelspannungen, Zittern, Schwitzen, Pupillenerweiterung, Errötung, Mundtrockenheit, abdominelle Beschwerden, Beschleunigung der Darmtätigkeit (Diarrhoe), Harndrang, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Kribbel- und Taubheitsgefühle (Parästhesien), Depersonalisations- und Derealisationsempfindungen sowie Ohnmachtsgefühle auf. Diese möglichen Begleiterscheinungen der Angst können als „Angstäquivalente“ das subjektive Angsterleben sogar in den Hintergrund treten lassen.

Auf der Verhaltensebene können sich klassische Kampf- oder Fluchtreaktionen („fight-or-flight reaction“; Cannon, 1975) mit Aktivitätssteigerung bis hin zu aggressiven Handlungen und Vermeidungsverhalten oder Verhaltensehemmungen, zeigen, die bis zur Erstarrung oder Lähmung reichen können. Häufig wird die Angst dabei von einem spezifischen Gesichtsausdruck sowie Störungen im Sprachfluss begleitet. Langanhaltende Angst- bzw. Stressreaktionen wurden von Selye (1957) in einem Prozessmodell konzipiert.

Auf subjektiver Ebene können die verschiedenartigsten Gefühlsempfindungen wie Beengungs-, Bedrohungs- und Schuldgefühle, sowie Ärger, Traurigkeit, Scham, Aggression auftreten, welche kombiniert das „Angstgefühl“ ausmachen (Kazdin, 2000, S. 210). Um der emotionalen Vielschichtigkeit gerecht zu werden, konzipierten Watson und Clark (1984) die Angst als ein

Emotionsmuster, welches sich aus einer Reihe von negativen Emotionen wie Wut, Trauer, Zorn, Schuld, Frustration, Nervosität, Selbstunsicherheit zusammensetzt, und fassten sie unter dem Sammelbegriff der „Negativen Affektivität“ zusammen (zu Weiterentwicklungen dieser Modellvorstellungen siehe Kapitel 2.5.).

Die Bewältigung der Angst kann auf zweierlei Weise erfolgen: durch den Einsatz von Copingstrategien oder von Abwehrmechanismen. Copingstrategien sind meist aktive Bewältigungsformen, welche der bewussten und flexiblen Anpassung der Person an die Situation dienen. In Tabelle 1 sind drei verschiedene Konzeptionen von Copingstrategien zusammengefasst (Stöber & Schwarzer, 2000).

**Tabelle 1: Coping – Modelle.**

<b>Autoren</b>	<b>Jahr</b>	<b>Modell</b>	<b>Copingstrategien</b>
Billings & Moos	1984	Dreidimensionales Coping Modell	bewertungs-, <sup>5</sup> problem-, <sup>6</sup> emotionszentriertes Coping <sup>7</sup>
Byrne	1961	Repression-Sensitization-Modell	Informationssuche Informationsabwehr
Krohne	1993	Zweidimensionales Modell der dispositionellen Angstbewältigungsstile	vigilant-kognitives, kognitiv-vermeidendes Coping <sup>8</sup>

Abwehrstrategien sind unbewusste, oft rigide, nicht altersentsprechende Mechanismen der Angstabwehr, welche von Psychoanalytikern konzipiert wurden (Freud, 1936). Zu ihnen zählen z. B. die Regression, Realitätsleugnung, Verdrängung, Projektion, Verschiebung, Sublimation und Überkompensation. Eine Reihe sozialpsychologischer Forschungsarbeiten belegen, dass Verunsicherung den Wunsch vergrößert, mit Anderen zusammen zu sein, und dass die Gesellschaft anderer Menschen angstmindernd sein kann, da sie soziale Vergleiche, Neubewertung, emotionale, informative und instrumentelle Unterstützung verspricht (Ströbe, Hewstone & Stephenson, 1996).

<sup>5</sup> z. B. Neubewertung der Situation.

<sup>6</sup> z. B. aktive Informationssuche oder Suche nach sozialer Unterstützung.

<sup>7</sup> z. B. emotionale Regulationsmechanismen („Tief durchatmen“, Beruhigungsstrategien, Musik hören).

<sup>8</sup> z. B. Ablenkung, Vermeidung, Bagatellisierung.

## 2.4. Theorien der Angst

In der psychologischen Literatur finden sich eine Vielzahl von Theorien zur Erklärung des Phänomens der Angst. Diese Vielfältigkeit der Theorien deutet bereits auf ein globales Dilemma hin. Angst ist als Phänomen zu vielschichtig, um sie erschöpfend in einer Theorie zu behandeln. Daher können einzelne Theorien auch immer nur einzelne Aspekte der Angstenstehung und des Angsterlebens hervorheben, was zwangsläufig eine Kritik der Einseitigkeit der meisten Theorien berechtigt. Da die meisten Theorien sich nicht widersprechen, plädiere ich bei der Betrachtung der Angst für eine eklektizistische Sichtweise, in der jeder Theorien ihr spezifischer Erklärungsstellenwert zukommt. Um den Rahmen vorliegender Arbeit nicht zu sprengen, wird im Folgenden nur differentialpsychologische Theorien der Angst fokussiert, da die Messung der Angst als ein nomothetisches Persönlichkeitskonstrukt am ehesten der differentialpsychologischen Forschungstradition zuzuordnen ist.

### 2.4.1. Differentialpsychologische Theorien der Angst

Im differentialpsychologischen Ansatz erforscht man interindividuelle Unterschiede verschiedener Merkmalsausprägungen. Diesem Bemühen liegt die Annahme zugrunde, dass es stabile Merkmale (Trait-Ansatz) gibt, in dessen Ausprägung sich Individuen über eine längere Zeitspanne und über verschiedene Situationen hinweg stabil unterscheiden (intraindividuelles Kohärenzprinzip und transsituative Konsistenzannahme; Laux & Glanzmann, 1996, S. 121). Demnach richtet sich ein Forschungsfokus auf die abstrakte Erfassung dieser interindividuellen Unterschiede. Obgleich eigentlich eine interindividuelle Unterscheidbarkeit der Ängstlichkeit als Persönlichkeitskonstrukt hinsichtlich der erlebten *Häufigkeit* und *Intensität* der Angst angenommen werden kann, wurden diese beiden Aspekte der Angst stets gemeinsam erforscht. Der systematischen empirischen Erforschung interindividueller Unterschiede in der Disposition zur Angstreaktion (auch: Angstneigung / Ängstlichkeit / Angstbereitschaft genannt), welche mit Cattell und Scheier in den 60er Jahren begann, gingen bereits in den 50er Jahren einige Bemühungen der Operationalisierung „manifeste Angst“ (Triebtheorie von Taylor, 1958, fußend auf der Lerntheorie von Hull, 1943) voraus.

Cattell und Scheier (1960) können als Väter der empirischen, faktorenanalytischen Angstforschung angesehen werden. Sie ergründeten,

inwiefern Ängstlichkeit als eine eigene faktorenanalytische Dimension identifizierbar ist, und schlussfolgerten aus ihren Studien, dass Ängstlichkeit allen Kriterien einer „trait definition“ und einer „type definition“ entspreche und damit als eine allgemeine Persönlichkeitsdimension betrachtet werden könne. Die „trait definition“ sei erfüllt, wenn die von Klinikern der Angst zugeschriebenen Variablen möglichst „rein“ auf einem „Angstfaktor“ laden (d. h. auf allen anderen Faktoren einer Faktorenlösung möglichst gering laden); die „type definition“ sei erfüllt, wenn der Angstfaktor mit anderen Angstindikatoren (z. B. Diagnosen der Angst oder anderen Angsttests) hoch korreliere. Cattell und Scheier (1960) fanden in ihren faktorenanalytischen Untersuchungen, dass Ängstlichkeit als ein stabiler Faktor zweiter Ordnung („FQII“) als gut gesichert gelten kann. Dieser setzt sich aus den folgenden sechs Cattell’schen Primärfaktoren zusammen: Triebspannung, Neigung zu Schuldgefühlen, fehlende Willenskontrolle, fehlende Ichstärke, Misstrauen und Furchtsamkeit. Das Cattell’sche faktorenanalytisch fundierte Persönlichkeitskonstrukt „Ängstlichkeit“ konnte in zahlreichen Replikationsstudien durch enge Korrelationen zu Faktoren des Guilfordschen Persönlichkeitssystems (E-Faktor: fehlende emotionale Stabilität; O-Faktor: Hypersensitivität / Misstrauen; P-Faktor: überkritische Einstellung gegenüber Menschen; Guilford, Zimmermann & Guilford, 1976) und zum Faktor Neurotizismus des Eysenckschen Persönlichkeitssystems (Fünf-Faktoren-Modell; Eysenck, 1947) sowie zur Repression-Sensitization-Skala von Byrne (1961) empirisch gesichert werden. Über den genauen Zusammenhang von „Neurotizismus“ und „Ängstlichkeit“ herrscht jedoch noch Uneinigkeit unter den Forschern. Obgleich Eysenck und Eysenck (1985) und Gray (1981) Ängstlichkeit als eine Kombination aus Neurotizismus und niedriger Extraversion konzipierten, weisen Costa und McCraes (1985) faktorenanalytische Untersuchungen mit hohen Korrelationen von vier der sechs Facetten der Neurotizismusskala des NEO-PIs (Neurotizismus-Extraversion-Offenheit-Psychotizismus-Introversion-Persönlichkeits-Inventar) mit der Neurotizismus-Skala des EPQ (Eysenck Personality Questionnaire) deutlich darauf hin, dass Ängstlichkeit und Neurotizismus sehr ähnliche, wenn nicht sogar identische Persönlichkeitskonstrukte auf einem hohen, allgemeinen Abstraktionsniveaus darstellen (Amelang & Bartussek, 2001, S. 450ff; siehe Kapitel 2.7.3.1.).

### **2.4.1.1. Exemplarisch: Das State-Trait-Modell der Angst**

Das State-Trait-Modell der Angst erfreut sich seit seiner Konzeption im Jahre 1972 durch Spielberger einer großen Beliebtheit. Die Popularität und breite Rezeption dieses Modells liegt wahrscheinlich darin begründet, dass es alltagspsychologische Überzeugungen reflektiert, auf empirischen, faktorenanalytischen Ansätzen von Cattell und Scheier (1960) aufbaut, seine Wurzeln bereits bei Freud (1940) zu finden sind, und in der Entwicklung eines modellkonformen, ökonomischen Messinstruments mündete, welches im Folgenden intensive Forschungstätigkeit anregte.

Das Modell konzipiert Angst zweidimensional in Form einer Zustands-Angst (State) und einer Eigenschafts- (Trait). Diese beiden „Grundpfeiler“ der Angst werden nach Spielberger (1972) folgendermaßen definiert:

„State-Angst ist ein emotionaler Zustand, welcher durch Anspannung, Besorgtheit, Nervosität, innere Unruhe und Furcht vor zukünftigen Ereignissen gekennzeichnet ist. Physiologisches Korrelat ist eine erhöhte Aktivität des autonomen Nervensystems.“

„Trait-Angst ist eine erworbene, zeitstabile Verhaltensdisposition, welche bei einem Individuum zu Erlebens- und Verhaltensweisen führt, eine Vielzahl von objektiv wenig gefährlichen Situationen als Bedrohung wahrzunehmen.“

Die Annahme, dass Individuen sich konsistent und kohärent in einer dispositionellen Ängstlichkeit (Trait) unterscheiden, ist grundlegende Voraussetzung für eine sinnvolle Angstmessung. In dem von Spielberger entwickelten State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI) schlägt sich die konzeptionelle Unterscheidung zwischen einer State- und einer Trait-Angst in der Konstruktion zweier getrennter Skalen nieder. Da intensive Forschungstätigkeiten mit dem STAI mehrfach zwar die empirische Unterscheidbarkeit aber nicht die statistische Unabhängigkeit der beiden Konstrukte belegen konnten (siehe Kapitel 2.7.3.4.), diskutiert man heute einen prinzipiell stufenlosen Übergang der Zustands- zur Eigenschafts-Angst im Sinne eines State-Trait-Kontinuums (Hermann, Scholz & Kreuzer, 1991).

Der Zusammenhang von State- und Trait-Angst wurde 1972 von Spielberger folgendermaßen beschrieben. Aussagen über zukünftiges Angsterleben ließen sich auf der Grundlage der Feststellung einer Angstdisposition (Trait), welche sich aus der Häufigkeit und Intensität vergangener Angstzustände (State)

ableite, treffen. Insofern nahm bereits Spielberger einen engen (induktiven) Zusammenhang zwischen den beiden Konstrukten an.

Die zentrale Aussage des State-Trait-Modells lautet, dass hochängstliche Menschen Situationen, die mit einer Bedrohung des Selbstwerts verknüpft sind, bedrohlicher als Niedrigängstliche wahrnehmen, d. h. in solchen Situationen einen höheren Anstieg der Zustands-Angst aufweisen (Spielberger, 1972). Somit trifft das Modell nicht nur Annahmen über eine dispositionelle und situative Angst, sondern behandelt auch deren Interaktion (> interaktionistischer Ansatz). Desweiteren entwarf Spielberger ein Prozessmodell zur Angstentstehung, welches hier jedoch aus Platzgründen nicht näher erörtert werden kann (siehe Laux & Glanzmann, 1996, S. 110).

Obgleich das State-Trait-Modell einen großen Einfluss auf die Entwicklung der Angstforschung hatte, wird es angesichts der Komplexität und Differenziertheit heutiger Forschungsergebnisse oftmals für seine konzeptuellen und empirischen Schwächen kritisiert; Stöber und Schwarzer (2000, S. 191) schreiben gar, dass Modell und Instrument mittlerweile als überholt gelten.

#### **2.4.1.2. Kritik am State-Trait-Modell der Angst**

Zu den Hauptkritikpunkten gehört: a) die Fragwürdigkeit, ob State- und Trait-Angst tatsächlich qualitativ unterscheidbare Konstrukte sind, oder ob es nicht vielmehr - wie es sich auf der Testebene andeutet - einen stufenlosen Übergang eines State-Trait-Kontinuums gibt (Laux & Glanzmann, 1996), b) die Annahme, dass Hoch- und Niedrig-Ängstliche in nicht bedrohlichen Situationen die gleiche State-Angst aufweisen, konnte empirisch nicht bestätigt werden, für Hoch-Ängstliche ist eine generell höherer State-Angst belegt (Krohne, 1996) und c) die Einschränkung des Ansatzes auf selbstwertbedrohliche Situationen.

Desweiteren wird bezüglich einzelner Annahmen, die im Rahmen des Modells getroffen werden, Kritik geübt. So wurde z. B. das Modell erst 1985 um eine kognitive Angst-Komponente („Besorgtheit“) erweitert, das Postulat der „Proportionalität“ der erlebten Gefährdung und Intensität der Angst ist wie einige andere Annahmen empirisch nicht überprüfbar, da es zu unkonkret formuliert ist (Ist Proportionalität als eine lineare oder nicht-lineare Beziehung zu verstehen? Wie spezifisch sind die einzelnen Aspekte? Sind autonome Reaktionen konkordant mit dem subjektiven Erleben? etc.). Aus diesen Gründen ist eine unkritische Übernahme des State-Trait-Ansatzes sicher nicht zu empfehlen;

dennoch gibt es kein anderes Modell der Angst, welches dieses bisher abgelöst hat. Obgleich es zahlreiche Forschungsbemühungen gibt, das Konstrukt der Angst systematisch in verschiedene Dimensionen zu unterteilen (siehe Kapitel 2.7.3.4.), ist eine Einigung in diesem diffizilen Forschungsfeld noch nicht gelungen. Dies gründet sich möglicherweise in der faktorenanalytischen Methodik, welche zwar die Differenzierung zwischen einzelnen Angstkomponenten erlaubt, die Auswahl der als bedeutsam eingestuften Faktoren jedoch oft willkürlich erscheinen lässt.

## 2.5. Angst und Depression

Angstgefühle und depressive Verstimmungsgefühle kommen sehr häufig gemeinsam vor. *Epidemiologische* Studien weisen auf eine *hohe Komorbidität* zwischen Angststörungen und depressiven Störungen hin (14,6 – 45,9%, Neumer, 2000, S. 53; 50-65%; DSM-IV, Saß, Wittchen & Zaudig, 1996). Möller, Laux und Deister (1996, S. 112) beteuern, dass eine genaue *klinische* Trennung der beiden Emotionen auf Syndromebene nicht möglich sei und es noch unklar sei, ob beide Phänomene als Ausdrucksformen *einer* zugrunde liegenden psychischen Störung gelten können, oder ob beide als „Symptome“ aufeinander bezogen seien. *Klassifikatorisch* werden beide Syndrome zunächst als getrennte nosologische Einheiten betrachtet, jedoch wird derzeit diskutiert, ob - ähnlich im ICD-10 eine Störungskategorie „Angst und depressive Störung gemischt“ existiert - die sich auch im DSM-IV etablieren sollte (Neumer, 2000). Dafür sprechen klinische Studien, die zeigen, dass sich Patienten und Psychiater in der Art und Weise des Umgangs mit den Begriffen Angst und Depression unterscheiden. Während sich bei Psychiatern keine Korrelation zwischen den Begriffen Angst und Depression finden ließ, überlappten sich diese Konzepte bei den Patienten erheblich (Sims & Snaith, 1993, S. 31). Helmchen und Linden (1986) fanden, dass die Differenzierung von Angst und Depression im diagnostischen Gespräch oft nicht zuverlässig gelingt, da unter anderem „Depression von Patienten oft als Bezeichnung für jedwelchen unangenehmen Gefühlszustand verwendet wird, dessen Verursachung sie sich nicht erklären können“ (Rauchfleisch, 1992, S. 38).

Angst und Depression sind spezifische Muster von Emotionen, Kognitionen, Verhaltensweisen und physiologischen Merkmalen, welche sich teilweise überschneiden. Garber, Miller und Abramson (1980) versuchen

Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Angst und Depression auf unterschiedlichen *Symptom*-Ebenen herauszustellen. Das Konstrukt der Hilflosigkeit<sup>9</sup>, welches nach Garber und Mitarbeiter (1980) sowohl für die Angst als auch für die Depression charakteristisch sei, vermag eine konzeptionelle Brücke zwischen der Angst und der Depression zu schlagen. Schon in den Klassifikationssystemen zeigt sich die Überschneidung zwischen Angst und Depression bezüglich eines verstärkten *Hilflosigkeitserlebens* (Agoraphobie / Panikstörung, DSM-IV, Saß et al., 1996, S. 456f.). Die zentrale Rolle der Hilflosigkeit im Rahmen der *Depressionsentstehung* führt Seligman in seiner „Theorie der erlernten Hilflosigkeit“ (1975) aus. So generiere die wiederholte Erfahrung mangelnder Kontrolle eine generalisierbare Erwartung von Unkontrollierbarkeit, was nach Abramson, Seligman und Teasdale (1978) wiederum zu einem pessimistischen Attributionsstil führe (lerntheoretischer Erklärungsansatz). „Pessimistische, negative Zukunftsperspektiven“ zählen auch zu den Hauptkriterien einer *Depressiven* Episode (ICD-10, F.32; Dilling, Mombour & Schmidt, 2000, S. 139).

Zur Differenzierung zwischen Angst und Depression schlugen Garber und Mitarbeiter (1980) das Konstrukt der *Hoffnungslosigkeit* vor („Theorie der Hoffnungslosigkeit“; Stotland, 1969). Dies griff Ulich (1989, S. 208) auf, der im Falle eines Überschreitens der Grenze zwischen Hilflosigkeit zu Hoffnungslosigkeit von einer Einmündung der Angst in die Depression spricht. Das von Garber und Mitarbeitern (1980) erdachte *Kontinuum* der Angst und Depression steht jedoch zunächst dem Verständnis eines *simultanen* Angst- und Depressionserlebens entgegen. Die Autoren erklären das gleichzeitige Erleben von Angst und Depression auf zwei Weisen. Entweder oszilliere ein Individuum ständig zwischen verschiedenen Graden der Kontrollierbarkeitseinschätzung (sicher / nicht kontrollierbar: Depression; unsicher / kontrollierbar: Angst) oder es treffe unterschiedliche Kontrollierbarkeitseinschätzungen gleichzeitig in Abhängigkeit von spezifischen Situationen. Auch eine *sequentielle* Beziehung des Angsterlebens zum depressiven Erleben ist denkbar, wenn man sich vor Augen führt, dass Angst jeweils vor einem Objektverlust / Selbstwertverlust entsteht, während sich Traurigkeit bzw. Depression *als Folge* davon einstellen kann (Helmchen & Linden, 1986).

---

<sup>9</sup> Hilflosigkeit wird definiert als die „Unabhängigkeit eines Outcomes von dem Verhalten des Individuums“ (Garber, Miller & Abramson, 1980).

Neben diesen *epidemiologischen* und *klinischen* Überlegungen zur Differenzierung von Angst und Depression widmen sich seit den 80er Jahren auch *psychometrische* Studien dem Thema. Sie belegen einen engen Zusammenhang zwischen Angst- und Depressionsphänomenen (Korrelationen zwischen Angst- und Depressionsmaßen liegen nach Finney, 1985, bei  $r = 0,5$ ; nach Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981, bei  $r = 0,68 / 0,72$  und nach Mineka, Watson & Clark, 1998, bei  $r = 0,61-0,78$ ,  $\bar{r} = 0,69$ ).

*Faktorenanalytische* Modellierungen von Angst und Depression entstammen vor allem zwei Forschergruppen. Die Forschergruppe um Watson und Clark (1984) schlug in Ermangelung einer deutlichen empirischen Trennung (d. h. aufgrund einer hohen gemeinsamen Varianz) von Angst und Depression in einem „*Tripartite Modell*“ ein allgemeines Konzept der „*negativen Affektivität*“ vor, welches Emotionen wie Angst, Traurigkeit, Nervosität, Wut, Enttäuschung integriert. Neben diesem *globalen* Faktor konzipieren die Autoren weiterhin *zwei spezifische* Sekundärfaktoren, von denen der eine als *angstspezifisch* angesehen wird, da er sich aus einem Symptommuster der somatischen Anspannung und *vegetativen* Übererregbarkeit zusammensetzt, und der zweite *depressionsspezifisch* im Sinne eines Mangels an positiven Affekt (Anhedonie) sei (Clark & Watson, 1991; Watson & Clark, 1984; Watson et al., 1995). In diesem frühen Modell, gilt – in Abgrenzung zur Depression – die *vegetative Übererregbarkeit* bzw. die somatische Anspannung als *spezifisches* Charakteristikum der Angst.

Diese Vorstellung wurde im „*Drei-Faktoren-Modell*“ von Barlow und Mitarbeitern weiterentwickelt (Barlow et al., 1996; Zinbarg & Barlow, 1996; Chorpita et al., 1998). Die Forschergruppe unterscheidet ebenfalls *drei* Grundemotionen: a) die negative Affektivität als Ausdruck von Angst, b) die autonome Erregung als Ausdruck von Furcht bzw. Panik und c) Anhedonie und Hoffnungslosigkeit als Indikatoren für Depression (siehe Garber et al., 1980).

Die grundlegende Weiterentwicklung, welche in diesem Modell formuliert ist, liegt in der Ablösung von der bislang typischen Vorstellung, dass das Konstrukt der Angst vor allem durch Symptome vegetativer Erregung abzubilden sei. Für Barlow und Mitarbeiter (1996) sind diese *vegetativen* Symptome *nicht* für das Konstrukt der Angst im Allgemeinen charakteristisch, sondern *spezifisch* für *akute Panik-* bzw. Furchtzuständen.

Die Konzeption eines spezifischen *separaten* vegetativen Indikators, welcher für *Panik*zustände kennzeichnend, und *nicht* im Sinne eines *globalen*, breiten Angstfaktors zusammen mit allen anderen Angstsymptomen zu interpretieren sei, setzte sich gestützt durch zahlreiche richtungsweisende Befunde aus Strukturgleichungsanalysen (Brown et al., 1997; Chorpita et al., 1998) schließlich durch. Für diese Modellierung spricht auch die nosologische Einordnung von attackenweise auftretenden vegetativen Angstsymptomen bei Panikstörungen (F41.0; ICD-10; Dilling et al., 2000; DSM-IV; Saß et al., 1996; siehe Kapitel 2.6.1.). Während in einem neuen Modell, welches von der anfangs erörterten Forschungsgruppe um Watson und Clark (Mineka et al., 1998)<sup>10</sup> stammt, eine differenzierte Integration *verschiedener* Komponenten der Angst im Rahmen einer übergeordneten *hierarchischen* Struktur angestrebt wird, fokussiert eine IRT-basierte Studie von Krüger und Finger (2001) nun in jüngster Zeit wieder eine *eindimensionale* Modellierung von Angst und Depression durch einen beiden Konstrukten gemeinsamen „*Internalisierungsfaktor*“.

Es lässt sich resümieren, dass der skizzierte Forschungsdiskurs seit Jahrzehnten verschiedene Modellierungen von Angst (und Depression) erbrachte und zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen erscheint. Offensichtlich gestaltet sich die psychometrische Diskrimination zwischen verschiedenen Komponenten der Angst und der Depression schwierig und stellt eine hohe Herausforderung an die psychometrische Forschung dar.

---

<sup>10</sup> Zum „Integrativen Hierarchischen Modell von Angst und Depression“ (Mineka et al., 1998): Dieses Modell erklärt jedes klinische Syndrom (d. h. spezifische Angst- oder depressive Störungen), durch einen allen Syndromen gemeinsamen Faktor höherer Ebene („negative Affektivität“) und durch eine spezifische Komponente. Die Syndrome unterscheiden sich in ihrem Verhältnis der Varianz, welche von einem gemeinsamen Faktor, und der Varianz, welche von einem spezifischen Faktor aufgeklärt werden kann. Zudem differieren die spezifischen Komponenten - je nach Syndrom - in der Anzahl und Gewichtung verschiedener Symptome.

## 2.6. Angst als Störung

Angst kann in einen Primäraffekt (im Sinne einer Zustands-Angst), ein Persönlichkeitsmerkmal (Eigenschafts-Angst) und eine pathologische Angst unterschieden werden.

Pathologische Merkmale der Angst sind nach Lieb und Wittchen (1998, S. 882): a) eine unbegründete, unangemessen starke (Intensität) und häufige (Frequenz) Angst, b) welche konsistent und überdauernd sei, c) Vermeidungsverhalten begründet und Angst vor dem Kontrollverlust mit einschließt, sowie d) zu Beeinträchtigungen der Lebensqualität (> sozialer und beruflicher Leidensdruck) führe. Möller und Mitarbeiter (1996) heben darüber hinaus hervor, dass auch das Fehlen von Angst krankheitswertig sein könne (z. B. im Rahmen soziopathischer Persönlichkeitsstörungen).

Angst kann als eigene psychische Erkrankung (siehe Kapitel 2.6.1.) oder als Symptom(komplex) im Rahmen anderer psychischer Störungen (Depression, Schizophrenie, Zwangsstörung, Persönlichkeitsstörung, Anpassungsstörung), körperlicher Erkrankungen (z. B. internistische Erkrankungen wie Schilddrüsenüber- bzw. -unterfunktion, Nebennierenrindenüberfunktion, Hypoglykämie, koronare Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Vitamin B<sub>12</sub>-Mangel und neurologische Erkrankungen wie Multiple Sklerose, hirnorganische Anfallsleiden, Chorea Huntington etc.) sowie substanzinduziert (Entzug von Alkohol, Opiaten, Anxiolytika etc., Intoxikation von Halluzinogenen, Alkohol, Nikotin, Koffein, Amphetaminen, Kokain etc.) auftreten.

Für Angststörungen charakteristische Symptome manifestieren sich dabei auf der subjektiv-emotionalen, kognitiven, behavioral-motorischen und / oder physiologischen Ebene (Möller et al., 1996; Freyberger & Stieglitz, 1996).

Zu den subjektiv-emotionalen Merkmalen der Angst gehören die Angst vor der Angst („Erwartungsangst“), Ängste, die Kontrolle zu verlieren, verrückt zu werden, zu ersticken oder zu sterben; typische kognitive Symptome sind anhaltende Sorgen, Grübeln, kognitive Einschränkungen (auf gefährliche Stimuli), Desorganisiertheit und Konzentrationsschwierigkeiten, behavioral-motorisch ist vor allem das Vermeidungsverhalten zentral sowie körperliche Unruhe, Zittern, Spannungskopfschmerz und die Unfähigkeit, sich zu entspannen (zu typischen körperlichen Angstsymptomen siehe Kapitel 2.3.4.).

### 2.6.1. Klassifikation (ICD-10 und DSM-IV)

Unter dem Oberbegriff „*Angststörungen*“ werden mehrere Störungsgruppen zusammengefasst, die durch unterschiedliche Erscheinungsweisen der Angst geprägt sind. Die wesentlichen Formen sind die *Phobien*, *Panikstörungen* und *Generalisierte Angststörungen* („Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen“, F.4 des ICD-10, Dilling et al., 2000). Das DSM-IV (Saß et al., 1996) fasst in einer umfassenderen Definition auch *Zwangsstörungen*, *akute Belastungsstörungen* und die *Posttraumatische Belastungsstörung* unter dem Sammelbegriff der „*Angststörungen*“ zusammen.

Im Folgenden werden die drei klassischen *Angststörungen*, welche im ICD-10 (F.4) beschrieben werden, erläutert. Unter *Phobien* (F.40) versteht man unbegründet starke Ängste, welche ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, im Allgemeinen ungefährliche Situationen oder (außerhalb der Person liegende) Objekte hervorgerufen werden und Vermeidungsverhalten provozieren. Nach einer Unterteilung, welche auf Marks (1970) zurückgeht, unterscheidet man zwischen *Agoraphobien*, *sozialen Phobien* und sogenannten *spezifischen Phobien*.

Die *Agoraphobie* wird gekennzeichnet durch eine deutliche und anhaltende Furcht vor und / oder dem Vermeiden von mindestens zwei der folgenden Situationen: Menschenmengen, öffentliche Plätze, alleine Reisen, Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause; das Schlüsselsymptom ist das Fehlen eines nutzbaren Fluchtweges (Stumm & Pritz, 2000, S. 34). Bei *sozialen Phobien* steht die Furcht, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten und gegebenenfalls das Vermeidungsverhalten solcher Situationen im Vordergrund. Die Angst wird als übertrieben oder unvernünftig empfunden. Zu den *spezifischen Phobien* werden anhaltende Ängste vor einem umschriebenen Objekt oder einer umschriebenen Situation verstanden, welche ebenfalls Vermeidungsverhalten provozieren können, und ein Individuum in seinem Leben oder seinen alltäglichen Aktivitäten beeinträchtigen (z. B. Zoophobie, Akrophobie, Klaustrophobie, Verletzungsphobie etc.).

Als *Panikstörung* (F.41.0) wird Angst klassifiziert, wenn ohne sichtbaren Anlass ausgeprägte Angst oder Panik wiederholt in Form von spontanen, unerwarteten Panikattacken auftritt (4 mal pro Monat) mit einer spezifischen Erwartungsangst

verknüpft ist und regelmäßig zu intensiven vegetativen Symptomen führt, welche Leidensdruck hervorrufen. Eine Komorbidität von Panikstörung und Agoraphobie ist häufig (21,6%; Neumer, 2000).

Unter einer *Generalisierten Angststörung* (F.41.1) versteht man mindestens sechs Monate lang anhaltende Sorgen und Befürchtungen bzgl. alltäglicher Ereignisse und Probleme, welche nicht nur auf bestimmte Situationen und Objekte begrenzt sind. „Es bestehen unrealistische Befürchtungen, motorische Spannung und vegetative Übererregbarkeit“ (Möller et al., 1996, S. 110).

### **2.6.2. Epidemiologie**

Angst stellt laut Möller und Mitarbeitern (1996, S. 98) eine der häufigsten psychopathologischen Symptome dar. In Allgemeinarztpraxen geben mehr als die Hälfte der Patienten Angst als subjektive Beschwerde an; davon wird in 20% der Fälle die Angst als behandlungsbedürftig angesehen. In der Allgemeinbevölkerung findet sich Angst als behandlungsbedürftiges Symptom bei 10% aller Menschen. Die Angaben zur Lebenszeitprävalenz schwanken in sechs aktuellen epidemiologischen Studien zwischen 9,2 und 28,3% (Neumer, 2000, S. 57). Phobische Störungen sind am häufigsten (mit 13% Lebenszeitprävalenz; LP). Die soziale Phobie steht an erster Stelle dieser Störungsgruppe mit einer Monatsprävalenz (MP) von 6-8% (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshelman, Wittchen, & Kendler, 1994), gefolgt von den Generalisierten Angststörungen (MP: 2-3%) und Panikstörungen (LP: 2-3%; Möller et al., 1996, S. 99). Frauen sind wesentlich häufiger betroffen als Männer (bis zu zweifach höheres Erkrankungsrisiko je nach Störungsgruppe). Hinsichtlich weiterer soziodemografischer Faktoren lassen sich nur geringfügige Unterschiede finden. Nach dem 45. Lebensjahr nimmt die Inzidenz von Angststörungen deutlich ab.

### **2.6.3. Verlauf und Therapie**

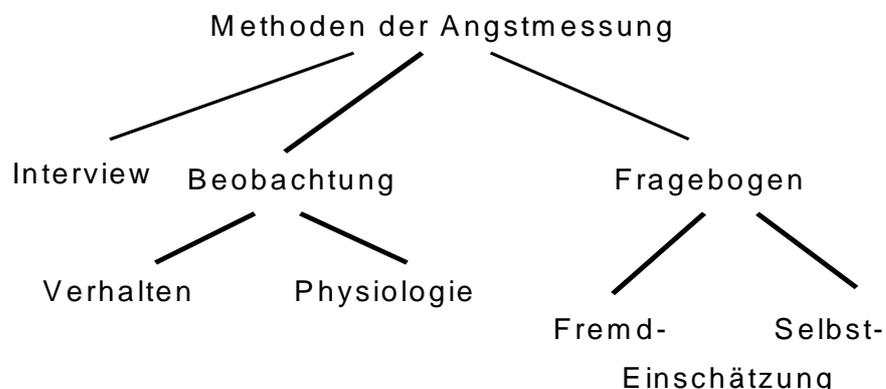
Angststörungen neigen zu Chronifizierung aufgrund a) eines häufigen Vermeidungsverhaltens und einer ständigen Erwartungsangst, welche die Angst verstärkt (zum Teufelskreismodell der Angst siehe Abbildung 3 in Kapitel 2.7.3.4.), und oftmals zu sozialer Isolierung führt, b) einer häufigen Komorbidität mit anderen Erkrankungen und c) einer häufig ungünstigen (Selbst-)Medikation (Missbrauch von Anxiolytika, Alkohol und anderen Drogen). Zur Angstreduktion bieten sich unterschiedliche Therapieansätze an.

Grundsätzlich kann zwischen psychopharmakologischen (Benzodiazepine, Antidepressiva, Betablocker etc.) und nichtpharmakologischen Therapieansätzen unterschieden werden. Zu den nichtpharmakologischen Ansätzen zählen stützende ärztliche Gespräche, Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, Bio-Feedback etc.), soziotherapeutische Strategien (berufliche Reintegration, Alltagsbewältigung etc.) und psychotherapeutische Therapieverfahren.

Auf der Grundlage verschiedener Theorien zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen versucht man Angststörungen mit verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen zu beheben. Während tiefenpsychologisch orientierte Verfahren aufdeckend arbeiten, indem sie den der Angst zugrundeliegenden Konflikt behandeln, wird in Ansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie durch kognitive Umstrukturierung (Neubewertungen) und systematische Verhaltensübungen (graduierte Angstexposition: „systematische Desensibilisierung“; massive Reizüberflutung: „flooding“) versucht, dem „Teufelskreis“ der Angst entgegenzuwirken. Humanistische Therapieansätze stellen die Persönlichkeitsentfaltung im Sinne einer Förderung des Kongruenzerlebens durch die Akzeptanz inkongruenter, potentiell angstauslösender (abgespaltener) Persönlichkeitsanteile in den Vordergrund.

## 2.7. Messung von Angst

Ängstlichkeit ist ein differentiell-psychologisches Konstrukt, welches sich der direkten Beobachtung entzieht. Es lässt sich zusammen mit anderen Konstrukten (z. B. Depression) in einem (nomologischen) Netzwerk von Beziehungen verorten und mit Hilfe empirischer Indikatoren beschreiben.



**Abbildung 1: Methoden der Angstmessung – ein Überblick.**

Es gibt drei verschiedene Gruppen von Methoden zur Erhebung unterschiedlicher empirischer Indikatoren der Angst: die Interviewtechnik, die Beobachtung und die Fragebogenerhebung (Selbst-/Fremdbeschreibung). Einen Überblick über diese verschiedenen Methoden und deren Untergruppen, welche in diesem Kapitel vorgestellt werden, illustriert vorangegangene Abbildung 1.

### **2.7.1. Interviewtechniken**

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über Interviewtechniken und Beobachtungsverfahren zur Angstmessung gegeben, um dann schließlich den Hauptfokus auf die Erörterung verschiedener Fragebogenverfahren zu legen.

Die verschiedenen Interviewtechniken, die zur Angsterhebung genutzt werden, stammen aus dem klinischen Bereich und dienen vor allem der strukturierten Diagnostik der Angst als Störung (siehe Kapitel 2.6.1.). Zu diesen Interviews, die, um eine möglichst hohe Erhebungsobjektivität zu gewährleisten, zumeist vollstrukturiert sind, gehören das DIA-X<sup>11</sup> (Computerversion: M-CIDI<sup>12</sup>; Diagnostik nach DSM-IV und ICD-10, siehe Kapitel 6.5.3.), das SKID<sup>13</sup> (DSM-IV), das DIPS<sup>14</sup> sowie z.B. der semistrukturierte Leitfaden der AMDP<sup>15</sup>.

### **2.7.2. Beobachtung von Angst**

Beobachtungstechniken zur Angstmessung dienen entweder der Erhebung von Verhalten oder von physiologischen Parametern. Die *Verhaltensbeobachtung* kann mit Hilfe sogenannter „Kategoriensysteme“ direkt im „natürlichen“ Feld (in vivo) oder im Labor (in vitro) erfolgen, wobei letzteres in der Psychologie häufiger ist. In der Psychologie werden vor allem Verhaltenskorrelate der Angst (Mimik, Gestik, Vokalisation, Motorik) erfasst. Speziell die experimentelle Angstinduktion zur Erfassung von Angst wirft allerdings eine Reihe von ethischen Problemen auf. Die Verhaltens erfassung im klinischen Bereich geschieht im Rahmen verhaltenstherapeutischer Ansätze mit Hilfe sogenannter

---

<sup>11</sup> DIA-X: Diagnostisches Expertensystem für Psychische Störungen (Wittchen & Pfister, 1996).

<sup>12</sup> M-CIDI: Munich Composite International Diagnostic Interview (Wittchen & Pfister, 1996).

<sup>13</sup> SKID I und II: Strukturiertes Klinisches Interview nach DSM-IV (Wittchen, Wunderlich, Guschwitz & Zaudig, 1997).

<sup>14</sup> DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (Magraf, Ehlers & Schneider, 1994).

<sup>15</sup> AMDP: Arbeitsgemeinschaft von Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (1997).

Angst-Tagebücher, in denen der Patient sein selbst beobachtetes Verhalten (und andere Erlebensaspekte der Angst) systematisch dokumentiert.<sup>16</sup>

Welche Möglichkeiten bei der *Messung von physiologischen Parametern* als Korrelate des Angsterlebens existieren, erörtert Krohne (1996, S. 42ff) ausführlich. Physiologische Parameter können auf allen biologischen Reaktionsebenen abgeleitet werden (siehe Kapitel 2.3.4.). So werden in Laborstudien *zentralnervöse* Angstkorrelate (z. B. eine erhöhte kortikale Aktivierung im EEG), Parameter des *peripheren* Nervensystems (z. B. eine erhöhte Aktivierung im EKG, EDA, EMG), des *neuroendokrिनologischen* (z. B. eine erhöhte Konzentration von Adrenalin, Noradrenalin, ACTH, Kortisol sowie der Wachstumshormone und Endorphine) und des immunologischen Systems (z. B. die Reduktion von T-Zellen) untersucht. Da dies die Anwendung von apparativen Einrichtungen erfordert, ist diese Erfassung meist kompliziert, kostspielig und erfordert viel Erfahrung. Die Hoffnung, dass es bestimmte *angstspezifische physiologische* autonome Aktivierungsmuster gibt, konnte bisher *nicht* bestätigt werden (Fahrenberg, 1967). Da „der Intensität nach kein genaues psychophysiologisches Korrelat zur subjektiv erlebten Erregung“ (Tewes & Wildgrube, 1999, S. 29), welche mit der Angst einhergeht, existiert, gilt bisher die Selbsteinschätzung per Fragebogen als die zuverlässigste Quelle zur Differenzierung zwischen Emotionen (Krohne, 1996).

### 2.7.3. Fragebögen

Fragebögen - auch Skalen oder Inventare genannt - gehören zu den populärsten psychologischen Methoden zur Erfassung psychischer Erlebens- und Verhaltensweisen. Sie erheben über die Darbietung einzelner Items (Fragen/Aussagesätze/Wörter), welche Gefühle und Meinungen von sich selbst und der Umgebung beinhalten, den Grad der Zustimmung oder Ablehnung einer Person. Ein Gesamtpunktwert („score“) wird aus den einzelnen Itembeantwortungen der Testperson ermittelt, von dem aus auf das Ausmaß einer bestimmten Merkmalsausprägung (hier: Angst) geschlossen wird (zum Zusammenhang zwischen einer Messung und einem latenten Merkmal siehe Kapitel 3 zur Item Response Theorie, IRT).

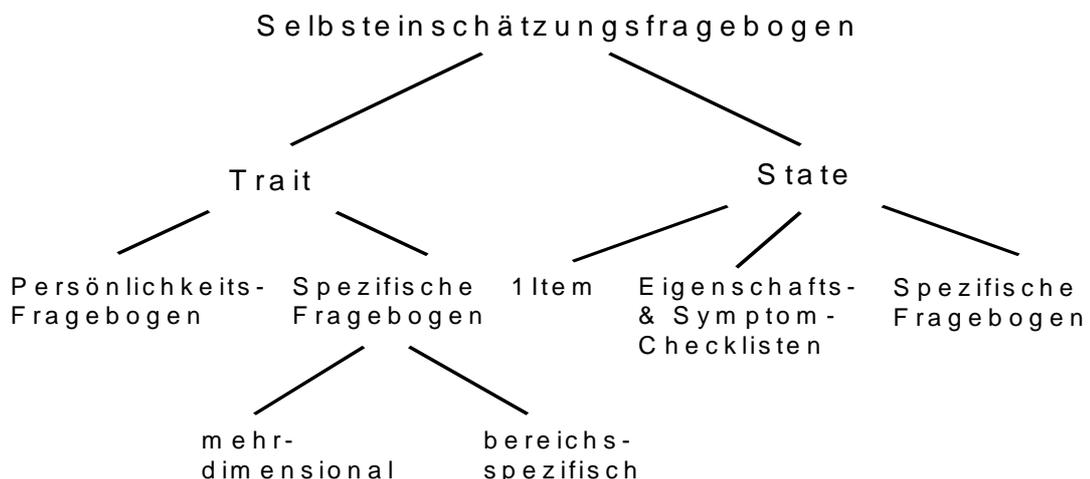
---

<sup>16</sup> Beispiele für Angst-Tagebücher sind das Marburger Angst-Tagebuch (Margraf & Schneider, 1990), das Generalisierte Angsttagebuch, (Wittchen, Schuster & Vossen, 1997) und das Angsttagebuch für Panikstörungen (Börner, Gülsdorff, Margraf, Osterheider, Philipp & Wittchen, 1997).

Fragebögen haben gegenüber aufwendigen Interview- und Beobachtungstechniken den Vorteil, dass sie in der Durchführung und Auswertung schnelle, leichte und einfache Verfahren sind, welche Merkmale objektiv, reliabel und valide messen können.

Nachteilig ist an Fragebögen allgemein, dass ihre Aussagekraft durch spezifische Antworttendenzen<sup>17</sup> verfälscht werden kann. Desweiteren setzen sie kognitive Fähigkeiten, wie z. B. eine gewisse Selbstreflexion sowie die Motivation bzw. den Willen voraus, Aussagen über sich oder Andere bzw. spezifische Konstrukte zu treffen. Die Motivation zur Selbstauskunft ist speziell im klinischen Bereich aufgrund eines hohen Leidensdrucks der Patienten oftmals gegeben, in der Arbeits- und Organisationspsychologie ist jedoch z. B. im Rahmen von (Stellen-)Bewerbungen mit verstärkten Verfälschungstendenzen zu rechnen.

Fragebogenverfahren können in Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren eingeteilt werden. Das im deutschsprachigen Raum am weitesten verbreitete Fremdeinschätzungsverfahren zur Angsterfassung ist laut Swinson, Cox und Fergus (1993) die Hamilton-Angst-Skala (HAMA; Hamilton, 1959, 1977). Einen Überblick über verschiedene Klassen von Selbstbeurteilungsverfahren gibt Abbildung 2.



**Abbildung 2: Selbsteinschätzungsfragebögen zur Angstmessung – ein Überblick.**

<sup>17</sup> Beispiele für formale Antworttendenzen: Zustimmung- / Ablehnungstendenz; Tendenz zur Mitte oder den Extremen; Beispiele für inhaltlich-begründete Antworttendenzen: soziale Erwünschtheit).

Laut einer Psyndex<sup>18</sup> Testrecherche (1945-2003) liegen allein im deutschsprachigen Raum bisher über 58 verschiedener Fragebögen zur Selbsteinschätzung der Angst vor. Am ehesten lassen sich diese Fragebögen in solche unterscheiden, welche sich der Erfassung der Ängstlichkeit als ein Persönlichkeitsmerkmal entweder in Form von Persönlichkeitsfragebögen (siehe Kapitel 2.7.3.1.) oder in Form sogenannter Trait-Angst-Verfahren (siehe Kapitel 2.7.3.2.) widmen, und solche, welche der ausschließlichen Erhebung der Zustands-Angst dienen (siehe Kapitel 2.7.3.3.).

### 2.7.3.1. Persönlichkeitsfragebögen

Ängstlichkeit kann als ein Persönlichkeitsmerkmal in Form von Subskalen im Rahmen verschiedener Persönlichkeitsinventare erfasst werden (siehe Tabelle 2) Diese Persönlichkeitsinventare basieren auf unterschiedlichen Persönlichkeitstheorien (z.B. EPI: Hierarchisches Persönlichkeitsmodell von Eysenck, 1947; NEO-FFI: „Big Five“-Ansatz von Tupes & Christal, 1961; 16 PF: Hierarchisches Persönlichkeitsmodell nach Cattell, 1974). Insbesondere das Konstrukt „Neurotizismus“ steht im engen Zusammenhang mit Angst, wie sie von klassischen Angstinventaren wie dem STAI gemessen werden (Korrelation:  $r_{EPI-N / STAI-T} = 0,77$ ; Laux et al., 1981).

**Tabelle 2: Überblick über Persönlichkeitsinventare, mit denen Ängstlichkeit erfasst werden kann.**

Inventar	Abkürzung	Autoren	Jahr	Angst-Subskala
Eysenck-Persönlichkeits-Inventar	EPI	Eggert	1983	Neurotizismus
NEO-Fünf-Faktoren-Inventar	NEO-FFI	Borkenau & Ostendorf	1993	Neurotizismus
16-Persönlichkeits-Faktoren-Test	16 PF-R	Schneewind & Graf	1998	Primärfaktor: Besorgtheit; Globalfaktor: Ängstlichkeit
Freiburger-Persönlichkeits-Inventar	FPI	Fahrenberg, Hampel & Selg	1989	Gesundheitssorgen
Minnesota Multitphasic Personality Inventory	MMPI-2	Hathaway, McKinley & Engel	2001	Hypochondrie, Neurotizismus

Weitere Persönlichkeitsinventare, mit denen Angst erfasst werden kann, sind analytische projektive Verfahren wie der *Rorschach-Test* (Rorschach, 1954), der *Thematische-Apperzeptions-Test* (TAT; Murray, 1991) und die *Holtzman*

<sup>18</sup> Psyndex: Datenbank der Zentralstelle für Psychologische Information und Dokumentation der Universität Trier. Sie enthält Nachweise und Abstracts zu deutschsprachigen Publikationen aus der Psychologie und ihren Randgebieten. Hier sind Artikel aus 250 Zeitschriften, Monographien, Beiträge aus Sammelwerken sowie Dissertationen und Reportliteratur aus Deutschland, Österreich und der Schweiz sowie Beschreibungen von in deutschsprachigen Ländern seit 1945 gebräuchlichen psychologischen Testverfahren dokumentiert.

*Inkblot Technik* (HIT; Holtzman, Thorper & Swartz, 1961). Mit diesen Verfahren ist Angst allerdings weniger gut quantifizierbar als mit den oben genannten Persönlichkeitsinventaren, da ein hoch idiosynkratisches Vorgehen - wie es bei der Anwendung projektiver Verfahren erfolgt - oftmals zu Lasten der Testgütekriterien geht. Daher werden diese Verfahren eher selten zur Angsterfassung genutzt.

### **2.7.3.2. Trait-Angst-Verfahren**

Verfahren, welche Ängstlichkeit als Persönlichkeitsmerkmal gesondert erfassen, können in Verfahren zur Erfassung einer allgemeinen Trait-Angst sowie in mehrdimensionale und bereichsspezifische Verfahren gegliedert werden. Diese Instrumente basieren jeweils mehr oder minder eng auf verschiedenen Theorien der Angst.

Die ersten allgemeinen Trait-Angst-Skalen wurden aus den Items des MMPI's entwickelt. Dazu zählen die *Skala zur Erfassung Manifeste Angst* (MAS, Lück & Timaeus, 1969), welche auf einer triebtheoretischen Angstvorstellung von Taylor (1953) beruht, und damals einen Boom in der Angstforschung auslöste, die *Welsh Scale* (Welsh, 1952) und die *Finney Scales* (Finney, 1962). Sie wurden mit Hilfe faktorenanalytischer Untersuchungen konstruiert, sind jedoch nur noch von historischem Wert. In den 70er Jahren wurde das unter Psychometrikern sehr verbreitete State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970) entwickelt. Es initiierte eine Vielzahl von empirischen Forschungsarbeiten, welche die strukturelle Unterscheidung einer Zustands- und Eigenschafts-Angst weitestgehend belegen. Auch wenn das STAI den Gipfel der Popularität überschritten zu haben scheint und trotz einer Reihe von gerechtfertigten Kritikpunkten an diesem Instrument (Begrenzung auf die Erfassung von Bewertungsängstlichkeit, umstrittener Gebrauch angstnegativer Items, Kritik, dass ein „Amalgam“ aus Angst, negativer Affektivität und Depression gemessen werde; Krohne, 1996, S. 31), ist es der MAS-Skala als Omnibusverfahren überlegen.

Zwei weitere faktorenanalytische Verfahren zur Messung einer allgemeinen Trait-Angst sind die „Institute for Personality and Ability Testing Anxiety Scale“ (IPAT; Cattell & Scheier, 1963) sowie die Objektive Testbatterie (OA-TB-75; Häcker, Schmidt, Schwenkmezger & Lutz, 1975).

Desweiteren werden *mehrdimensionale* Trait-Angst-Tests - auch stimulusorientierte Methoden genannt - unterschieden. Diese erfassen habituelle Angstbereitschaften in Bezug auf verschiedene potentiell angstauslösende Situationen oder Objekte (siehe Kapitel 2.3.2.). Die wohl bekanntesten drei sind die Ender Multidimensional Anxiety Scale (EMAS; Ender, Edwards & Vitelli, 1991), welche Angst vor sozialer Bewertung, physischer Gefahr, mehrdeutigen Situationen und Alltäglichem getrennt erfasst, der Interaktions-Angst-Fragebogen (IAF; Becker, 1997), der auf gleichnamigen Theorienansatz basiert, und eine Angsterfassung in Bezug auf acht unterschiedliche situative Bedingungen ermöglicht (vor physischer Verletzung, öffentlichen Auftritten, Selbstbehauptungs- und Abwertungssituationen, physischen und psychischen Angriffen sowie Bewährungssituationen) und das S-R-Inventar zur Erfassung von Angst (Walter, Leifert & Linster, 1975), welches der Messung der Angstbereitschaft in Abhängigkeit von elf angstauslösenden Situationen dienen soll.

Schließlich existieren eine Reihe von *bereichsspezifischen* Trait-Angst-Tests, welche Angst ausschließlich in Bezug auf einzelne Situationen / Objekte erheben. Eine Vielzahl solcher Tests sind zur Erfassung *sozialer Angst* (z. B. der SPAIK; Melfin, Florin & Warnke, 2001), *physischer / Verletzungsangst* (z. B. die Geburtsangstskala, GAS; Ettrich, Krauss & Sandau, 1992; der Fragebogen zur Erfassung der Angst vor einem Herzinfarkt, AF-HI; Mrazek, 1985), *Sportängstlichkeit* (z. B. Bilder-Angst-Test für Bewegungssituationen, BAT; Bös & Mechling, 1985) und *Prüfungsängstlichkeit* (z. B. Test Anxiety Scale, TAS; Sarason, 1978) entwickelt worden. Bereichsspezifische Angst-Tests sind globalen Trait-Angst-Skalen dann vorzuziehen, wenn sie die interessierenden Situationen / Objekte hinreichend erfragen. Allgemeine Trait-Angst-Skalen sind vor allem dann günstiger, wenn die Erfassung der Angst in selbstwertrelevanten Situationen intendiert ist, und keine bereichsspezifischen Angst-Skalen vorliegen, die zu der zu erhebenden Situation „passen“ (Laux & Glanzmann, 1996, S. 119). Spezifische Trait-Angst-Tests für Kinder liegen ebenfalls vor (z. B. Kinder-Angst-Test, KAT-II; Thurner & Tewes, 2000).

### **2.7.3.3. State-Angst-Verfahren**

Um eine möglichst einfache State-Angsterfassung in Laboruntersuchungen oder bei Feldbeobachtungen zu ermöglichen, wurden zu Beginn der Angstforschung sogenannte „Ein-Item-Skalen“ entwickelt, welche verbal mittels eines vertikalen „Furcht-Thermometers“ (Walk, 1958)<sup>19</sup> oder nonverbal mittels „Fingerspannen-Skalierung“ (Birbaumer, Tunner, Hölzl & Mittelstaedt, 1973) eine ereignissimultane Angsterfassung ermöglichen.

Umfangreicher sind die in der Forschung zur Erfassung der State-Angst beliebten Eigenschaftswörterlisten wie z. B. die von Janke und Debus (1978), welche Angst (neben weiteren Befindlichkeitsvariablen) in Form von (antithetischen) Adjektivlisten, erhebt. Im klinischen Bereich werden Symptomchecklisten bevorzugt, welche der Erfassung pathologischer Angstaussprägungen (neben anderen Symptomen) dienen können (z. B. Symptom-Checkliste von Derogatis, SCL-90-R; Franke, 1995). Einen systematischen Überblick über Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren zur Erfassung der Angst im klinischen Bereich, welche zur Diagnostik der Angst als Störung in enger Anlehnung an die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV dienen, geben Margraf und Bandelow (1997).

Zu den klinischen Tests, welche ausschließlich zur Angstdiagnostik genutzt werden, zählen unter anderem das State Trait Anxiety Inventory (Laux et al., 1981), das Beck-Angst-Inventar (BAI; Margraf & Ehlers, 1995) und die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Hermann, Buss & Snaith, 1995; siehe Kapitel 6.3.). Die klassische State-Angst-Skala des STAI (Laux et al., 1981) umfasst eine Liste von Zustandsbeschreibungen („ich bin...“, „ich fühle mich...“), welche zeitlich fluktuierende Angstzustände erfassen sollen. Sie weist eine hohe Änderungssensitivität und eine hohe interne Konsistenz auf, wurde jedoch suboptimal konstruiert (Querschnitts- statt Längsschnittdesign, hohe interne Konsistenz führt zur Maximierung interindividueller Unterschiede auf Kosten der Messung intraindividuelle Veränderungen).

### **2.7.3.4. Unidimensionale versus multidimensionale Angstmessung**

Inwiefern ist es gerechtfertigt zwischen einer State-Angst und einer Trait-Angstmessung zu unterscheiden? Infolge der Entwicklung des STAI wurde mehrfach die faktorielle Differenzierung zwischen einer State- und einer Trait-

---

<sup>19</sup> Zitiert nach Krohne (1996).

Angst empirisch belegt (Steyer, Schmidt & Eid, 1999). Jedoch existiert konzeptionell wie empirisch ein enger Zusammenhang zwischen diesen beiden Konstrukten der Angst. Spielberger (1972) formuliert den Zusammenhang folgendermaßen: je stärker die Trait-Ausprägung, desto wahrscheinlicher wird ein Individuum den emotionalen Zustand, der zu dem Trait passt, erfahren. Wenn also eine hohe Trait-Ausprägung als eine hohe Wahrscheinlichkeit einer hohen State-Ausprägung definiert wird, so erscheint es nach Uhlenhuth (1985, S. 676) möglich, aus der Berechnung des Mittelwertes wiederholter State-Messungen die Trait-Ausprägung abzuleiten (zum State-Trait-Kontinuum siehe Kapitel 2.4.1.1.). Die Möglichkeit einer solchen „indirekten“ Trait-Angstmessung wirft dann die Frage auf, inwiefern eine separate Trait-Angstmessung bei Verlaufstestungen der State-Angst überhaupt noch gerechtfertigt ist. Usala und Hertzog (1991) begründen die Notwendigkeit einer eigenständigen Erhebung der Trait-Angst mit der Retest-Reliabilität. Sie fanden, dass Trait-Angst-Skalen eine höhere Stabilität ( $r = 0,9$ ) als State-Angst-Aggregate ( $r = 0,72$ ) und State-Angst-Skalen ( $r = 0,66$ ) aufweisen. Ist jedoch aufgrund einer höheren Retest-Reliabilität eine Unterscheidung dieser beiden Konstrukte der Angst sinnvoll? Wie eng ist denn der Zusammenhang zwischen der State- und der Trait-Angst? Endler, Magnusson, Ekehammar und Okada (1976) untersuchten den statistischen Zusammenhang von State- und Trait-Angst-Skalen und zeigten in faktorenanalytischen Studien mit dem STAI, dass diese beiden Skalen höher miteinander korrelierten als verschiedene State-Angst-Skalen untereinander. Auch im Testhandbuch des STAI werden Korrelationen zwischen den beiden Skalen von  $r = 0,56$  bis  $r = 0,75$  berichtet.

Sprechen diese Ergebnisse nicht doch für ein allgemeines State-Trait-Angst-Kontinuum? Im Zuge der Forderung nach verstärkt idiografischer Angstforschung konstatiert Tunner (1978), dass eine „allgemeingültige Angstdimension von universeller Gültigkeit für alle Individuen heute nicht mehr unterstellt werden kann“ (S. 209). Sollte es eine allgemeingültige State-Trait-Angstdimension nicht geben, und ist die Sinnhaftigkeit der Trennung zwischen einer State- und einer Trait-Angst umstritten, so stellt sich die Frage nach anderen und gegebenenfalls besseren Differenzierungen unterschiedlicher Aspekte des Angsterlebens. Seit Liebert und Morris (1967), welche erstmals das Angsterleben in zwei Komponenten unterteilten: in die Aufgeregtheit

(„*emotionality*“), d. h. das subjektive Empfinden der Angst und ihrer einhergehenden Wahrnehmung körperlicher Erregung, sowie die Besorgnis („*worry*“), d. h. die unter Bedrohung auftretenden Gedanken (Sorgen, Zweifel, Misserfolgserwartungen, negative Selbstbewertungen), haben sich Angstforscher mit möglichen Differenzierungen des Angsterlebens befasst. Vor allem auf der Basis faktorenanalytischer Studien, wurden unterschiedliche Aspekte der Angst voneinander unterschieden.

**Tabelle 3: Verschiedene faktorenanalytische Studien zur Differenzierung des Angst-Konstrukts.**

Autoren	Jahr	Inventar	Faktoren
Mandler & Sarason	1952	Test Anxiety Questionnaire (TAQ)	1. Zuversicht, 2. Autonome Reaktionen, 3. Vermeidungstendenzen.
Endler, Hunt & Rosenstein	1962	S-R-Inventory <sup>20</sup>	1. Angstgefühle, 2. Vegetative Reaktionen, 3. Muskelspannung.
Fenz & Epstein	1965	Manifest Anxiety Scale (MAS)	1. Angstgefühle, 2. Autonome Übererregbarkeit, 3. Symptome der Anspannung der Muskulatur.
Liebert & Morris	1967	Worry-Emotionality-Questionnaire (WEQ)	1. Emotionalität („ <i>emotionality</i> “), 2. Besorgnis („ <i>worry</i> “)
Lushene	1970	WEQ	1. Autonome, 2. Kognitive, 3. Motorische Komponenten.
Newmark, Faschingbauer, Finch & Kendall <sup>21</sup>	1979	STAI, MMPI	1. Adjustment, 2. Passivity, 3. Somatic concern, 4. Anxiety proneness.
Sedlmayer	1980	Unklar	1. Emotional-kognitive, 2. Physiologische, 3. Motorische Komponenten.
Sarason	1984	Test Anxiety Inventory (TAI)	1. Wahrnehmung körperlicher Reaktionen, 2. Besorgtheit, 3. Aufgabenirrelevante Kognitionen, 4. Anspannung.
Rost & Schermer	1987	TAI	1. Wahrnehmung körperlicher Reaktionen, 2. Selbstwertbedrohliche Kognitionen.
Krohne & Hindel	1990	Sportlicher Wettkampf	1. Emotionale Anspannung, 2. Selbstzweifel, 3. Hilflosigkeit.
Endler, Edwards & Vitelli	1991	Endler Multidimensional Anxiety Scale (EMAS)	1. Autonome Aufgeregtheit, 2. Kognitive Besorgnis.
Hodapp	1991	TAI	1. Aufgeregtheit, 2. Besorgtheit, 3. Kognitive Interferenz, 4. Mangel an Zuversicht.
Slangen, Kleemann & Krohne	1993	Operative Angst	1. Affektive, 2. Kognitive, 3. Vegetative Symptome.

<sup>20</sup> Stimulus-Response Inventory of Anxiousness (Walter, Leifert & Linster, 1975).

<sup>21</sup> Zitiert nach Krohne (1996).

Tabelle 3 fasst die unterschiedlichen Bemühungen um Differenzierung verschiedener Komponenten der Angst in unterschiedlichen Bereichen (allgemeine Ängstlichkeit, Testangst, sportbezogene und operative Angst) von 13 Forschern bzw. Forschergruppen seit 1952 zusammen.

Es fällt auf, dass die verschiedenen Forscher aufgrund faktorenanalytischer Studien zu einer Reihe von Vorschlägen gelangen, die sich teilweise überschneiden, jedoch bisher noch keine einheitliche theoretische Konzeption verschiedener Angstkomponenten gefunden werden konnte. Dies mag im Umstand der Methodik (Faktorenanalyse) begründet sein, welche oft beliebige, instabile, faktorielle Strukturen offenbart, die im nachhinein von den einzelnen Forschern mit „Inhalt“ gefüllt werden müssen. Desweiteren könnte es unterschiedliche Angstkomponenten für unterschiedliche Angstbereiche (allgemeine Angst, Prüfungs- oder Sportangst) geben.

Am häufigsten - da wahrscheinlich am augenscheinlichsten - wird die körperliche Symptomebene als eigener Faktor benannt (vegetativ, physiologisch, autonom: 10 Nennungen), gefolgt von emotionalen (Emotion / Gefühl / affektiv: 7 Nennungen), kognitiven (Kognitionen / kognitive Interferenz / aufgabenirrelevante Kognitionen: 7 Nennungen) und motorischen (Muskelspannung: 5 Nennungen) Faktoren bzw. Komponenten der Angst. Schließlich halten drei Autoren den Mangel an Zuversicht / Selbstzweifel bzw. Hilflosigkeit für eine separate Angstkomponente; Andere ergänzen ihre Konzeptionen um Faktoren der behavioralen Ebene (Passivität, Vermeidung, „Adjustment“). Obgleich die faktorenanalytischen Bemühungen um eine Strukturierung der Angst erstrebenswert erscheinen, konnte bisher selbst für die historisch früheste vorgeschlagene grundlegende Differenzierung zwischen einer emotionalen und einer kognitiven Komponente der Angst (Liebert & Morris, 1967) keine eindeutige empirische Trennung im Sinne einer statistischen Unabhängigkeit der Komponenten belegt werden. So schreibt Krohne (1996), dass von vornherein für die beiden Komponenten „kein voneinander unabhängiges Variieren angenommen werden“ (S. 32) könne. Korrelationen zwischen den beiden Komponenten erfasst durch die eigens für diese konzeptuelle Trennung entwickelten Inventare WEQ und TAI liegen zwischen  $r = 0,4$  und  $r = 0,65$  (WEQ; Morris et al., 1970, 1981, 1983) bzw.  $r = 0,5$  und  $r = 0,8$  (TAI; Krohne, 1996, S. 66). Benson und Mitarbeiter (1992) vermuten,

dass letztere Korrelationen aufgrund von Messfehlern, die jeder Messung manifester Variablen anhaften, unterschätzt sind, und führten Analysen mit latenten (messfehlerfreien) Variablen durch, die zu einer „Bereinigung“ der Korrelation ( $r = 0,82 / 0,92$ ) führten. Krohne (1996) folgert, dass bei so hohen Korrelationen „nicht ernsthaft von einer gelungenen Differenzierung zweier Komponenten gesprochen werden“ (S. 66) kann. Drei mögliche Gründe für diesen mangelnden Fortschritt um strukturelle Differenzierung der Angstkomponenten werden vermutet. Erstens sei die Zuordnung der einzelnen Items zu den beiden Komponenten uneindeutig (siehe Tabelle 4).

**Tabelle 4: Die Zuordnung der Items des WEQ zur Emotionalitäts (E)- bzw. Besorgnis (B)-Skala (Morris, Davis & Hutchings, 1981).**

Itemtext	Skala
Das Herz schlägt mir bis zum Hals.	E
Ich bin bekümmert.	B
Ich bin so angespannt, dass mir fast schlecht ist.	E
Ich habe Angst, dass ich für die Prüfung nicht genug gelernt habe.	B
Ich habe ein beklemmendes Gefühl.	E
Ich glaube, dass andere über mich enttäuscht sein werden.	B
Ich bin aufgeregt.	E
Ich glaube, dass ich in der Prüfung nicht das leiste, was ich eigentlich leisten könnte.	B
Ich bin übernervös.	E
Ich glaube nicht, dass ich in dieser Prüfung besonders gut abschneiden werde.	B

Zweitens sei in der Testkonstruktion bereits ein „Fehlschlag“ dadurch angelegt, dass insbesondere Items mit einer hohen Trennschärfe, d. h. einer hohen Korrelation mit *einem* Gesamtscore (Emotion und Kognition) zur Testkonstruktion ausgewählt wurden, was zu einer unnötigen, ja im oben ausgeführten Sinne sogar kontraproduktiven Homogenisierung der Gesamtskala geführt habe, und drittens existierten komplexe Auslösungs- und Rückmeldungsbeziehungen zwischen den verschiedenen Manifestationen der Angst, welche eine Differenzierung derselben erschwerten, wenn nicht sogar verhinderten (Krohne, 1996). Um die auch von anderen Autoren verschiedener theoretischer Richtungen vermutete enge Beziehung zwischen verschiedenen Ebenen des Angsterlebens zu verdeutlichen, sei an dieser Stelle das „Teufelskreismodell der Angst“ von Margraf (2000) angeführt (Abbildung 3).

