
**Angststörungen bei Epilepsiepatienten unter besonderer
Berücksichtigung von Kontrollüberzeugungen**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
an der Ludwig-Maximilians-Universität
München

vorgelegt von
Heike Susanne Demarle-Meusel
aus
Villach
2008

Erstgutachter: Prof. Dr. W. Butollo

Zweitgutachter: Prof. Dr. S. Höfling

Tag der mündlichen Prüfung: 21. Januar 2008

Danksagung

An erster Stelle möchte ich Herrn Prof. Dr. Butollo danken, der es mir ermöglicht hat, diese Dissertation an der LMU-München zu verfassen und mir viel Zeit und Raum für die Entstehung dieser Arbeit gelassen hat.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. Maragos, durch den ich auf dieses spezielle Thema gekommen bin. Vielen Dank für die gute Zusammenarbeit!

Frau Dipl.-Psych. Ortenburger und Frau Dipl.-Psych. Kirschlager möchte ich für die konstruktive Zusammenarbeit danken. Durch die vielen gemeinsamen Diskussionen wurden einige Aspekte dieser Thematik klarer und lebendiger.

Ein großes Dankeschön gilt den Epilepsieberatungsstellen in Bayern und vor allem den Epilepsiepatienten, die an dieser Studie teilgenommen haben.

Ganz besonders möchte ich Frau Mag. Rehl und Frau Kerschhackl danken, die sich die Mühe gemacht haben, diese Arbeit Korrektur zu lesen. Neben der konstruktiven Kritik haben mir ihre aufbauenden Worte, besonders in der letzten Phase der Dissertation, wieder viel Kraft gegeben.

Meiner Mutter danke ich dafür, dass sie mit unserer kleinen Tochter Lena ausgedehnte Spaziergänge unternommen hat, und mir so manche Stunde für die Dissertation am Nachmittag geschenkt hat.

Ein herzliches Dankeschön möchte ich meinem Ehemann Daniel aussprechen. Er hat mich die gesamte Zeit über sehr unterstützt und immer daran geglaubt, dass diese Arbeit einen guten Abschluss findet. Er hat mit seiner ruhigen Art das Gleichgewicht in hektischen Situationen wiederhergestellt und ist mir bei Formatierungsproblemen immer kompetent zur Seite gestanden.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Begründung der Themenwahl	1
2	Epilepsie	5
2.1	<i>Definition von Epilepsie</i>	5
2.2	<i>Epidemiologie des epileptischen Anfalls</i>	6
2.3	<i>Klassifikation von epileptischen Anfällen</i>	7
2.3.1	Fokale Anfälle	8
2.3.1.1	Einfach-fokale Anfälle	8
2.3.1.1.1	Aura	9
2.3.1.2	Komplex-fokale Anfälle	10
2.3.1.3	Sekundär generalisierte Anfälle	10
2.3.2	Generalisierte Anfälle	11
2.3.2.1	Absencen	11
2.3.2.2	Myoklonische Anfälle	11
2.3.2.3	Klonische Anfälle	11
2.3.2.4	Tonische Anfälle	12
2.3.2.5	Atonische Anfälle	12
2.3.2.6	Tonisch-klonische Anfälle	12
2.3.3	Nicht klassifizierbare Anfälle	12
2.4	<i>Neuropsychologische und soziale Auswirkungen der Epilepsie</i>	13
2.4.1	Neuropsychologische Aspekte der Epilepsie	13
2.4.2	Soziale Aspekte der Epilepsie	15
3	Angststörungen	18
3.1	<i>Soziale Phobie</i>	18
3.2	<i>Spezifische Phobie</i>	18
3.3	<i>Zwangsstörung</i>	19
3.4	<i>Generalisierte Angststörung</i>	19
3.5	<i>Agoraphobie</i>	20
3.6	<i>Panikstörung</i>	20

3.7	<i>Posttraumatische Belastungsstörung</i>	20
4	Epilepsie und Angst	22
4.1	<i>Angst als iktales Symptom</i>	22
4.2	<i>Angst als interiktales Symptom</i>	24
4.3	<i>Epilepsie und Psychopathologie</i>	25
4.4	<i>Epidemiologie von Angststörungen bei Epilepsie</i>	26
4.5	<i>Ätiologie von Angststörungen bei Epilepsie</i>	28
4.5.1	Multiätiologische Modelle	29
4.5.2	Biologische Faktoren	31
4.5.3	Psychologische Faktoren	34
5	Kontrollüberzeugung	38
5.1	<i>Kontrollierbarkeit der epileptischen Anfälle</i>	38
5.2	<i>Das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen</i>	41
5.2.1	Soziale Lerntheorie der Persönlichkeit	41
5.2.2	Handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit	42
5.2.3	Weiterentwicklungen des Konstrukts der Kontrollüberzeugungen	44
5.3	<i>Kontrollüberzeugungen und Angst bei Epilepsie</i>	46
6	Krankheitsbewältigung	55
6.1	<i>Das Konstrukt der Krankheitsbewältigung</i>	55
6.2	<i>Empirische Studien zur Krankheitsverarbeitung bei Epilepsie</i>	59
7	Zusammenfassung und Überleitung zum empirischen Teil	64
8	Methode	66
8.1	<i>Design</i>	66
8.1.1	Rekrutierung der Stichprobe und Datenerhebung	66
8.2	<i>Darstellung der Maße</i>	67
8.2.1	Operationalisierung der Variablen	67
8.3	<i>Beschreibung und Reliabilitätsanalyse der Instrumente</i>	68

8.3.1	Der Soziodemographische Fragebogen _____	68
8.3.2	Brief Symptom Inventory _____	69
8.3.3	Angstfragebogen _____	71
8.3.4	Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen _____	73
8.3.5	Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit _____	77
8.3.6	Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung _____	79
8.4	<i>Fragestellungen und Hypothesen</i> _____	81
8.4.1	Psychopathologischer Status _____	81
8.4.2	Kontrollüberzeugungen _____	82
8.4.3	Krankheitsbewältigung _____	87
8.4.4	Angststörungen _____	88
8.4.4.1	Allgemeine Angststörungen _____	88
8.4.4.2	Epilepsiebezogene Angststörungen _____	89
8.4.4.3	Epilepsieunabhängige Angststörungen _____	91
8.4.4.4	Epilepsiebezogene versus epilepsieunabhängige Angst- störungen _____	92
8.5	<i>Methoden der statistischen Datenanalyse</i> _____	94
9	Ergebnisse _____	96
9.1	<i>Beschreibung der Stichprobe</i> _____	96
9.1.1	Soziodemographische Variablen _____	96
9.1.2	Epilepsiespezifische Variablen _____	96
9.2	<i>Hypothesenüberprüfende Ergebnisse</i> _____	99
9.2.1	Psychopathologischer Status _____	99
9.2.2	Kontrollüberzeugungen _____	104
9.2.3	Krankheitsbewältigung _____	119
9.2.4	Angststörungen _____	126
9.2.4.1	Allgemeine Angststörungen _____	126
9.2.4.2	Epilepsiebezogene Angststörungen _____	134
9.2.4.3	Epilepsieunabhängige Angststörungen _____	140
9.2.4.4	Epilepsiebezogene versus epilepsieunabhängige Angst- störungen _____	146
10	Diskussion _____	150

10.1 Psychopathologischer Status	150
10.2 Kontrollüberzeugungen	152
10.2.1 Generalisierte Kontrollüberzeugungen	152
10.2.2 Krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen	156
10.2.3 Krankheitsbewältigung	159
10.3 Angststörungen	161
10.3.1 Allgemeine Angststörungen	162
10.3.2 Epilepsiebezogene Angststörungen	165
10.3.3 Epilepsieunabhängige Angststörungen	166
10.3.4 Epilepsiebezogene vs. epilepsieunabhängige Angststörungen	167
11 Kritische Würdigung	168
12 Ausblick	170
13 Zusammenfassung	171
14 Abbildungsverzeichnis	173
15 Tabellenverzeichnis	175
16 Literaturverzeichnis	178
17 Anhang	193
17.1 Prüfung auf Normalverteilung	193
17.1.1 Brief Symptom Inventory	193
17.1.2 Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung	194
17.1.3 Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit	194
17.1.4 Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung	194
17.2 Darstellung der Instrumente	195

1 Einleitung und Begründung der Themenwahl

„Das Gesundeste ist eigentlich die Krankheit“
(Blankenburg, 1986, S. 108)

Die Diagnose Epilepsie verändert das Leben der Betroffenen auf dramatische Weise. Neben den Folgen, die direkt mit der Erkrankung in Zusammenhang stehen, sehen sich Epilepsiepatienten mit Veränderungen in ihrem privaten und beruflichen Umfeld konfrontiert. Viele Betroffene erleben massive Ängste, die sich auf ihre Zukunftsgestaltung, ihr soziales Umfeld, aber auch auf den nächsten epileptischen Anfall beziehen. Wie in dem eingangs angeführten Zitat formuliert, sind die psychosozialen Beeinträchtigungen die durch die Erkrankung entstehen, für viele Patienten belastender als die Erkrankung selbst.

Der Fokus der heutigen Epilepsiebehandlung wird auf die medikamentöse Therapie, mit dem Ziel der Anfallsfreiheit, gelegt. Den psychologischen Aspekten der Erkrankung wird dabei in der Behandlung wenig Aufmerksamkeit geschenkt (Scheepers & Kerr, 2004). Dementsprechend werden Angststörungen bei Epilepsiepatienten zu selten erkannt und behandelt. Vazquez und Devinsky (2003) weisen auf die Notwendigkeit hin, die Komorbidität zu psychischen Störungen bei Epilepsie durch geeignete Mittel und Fachleute abklären zu lassen.

Informationen und Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung finden die Patienten in Epilepsieberatungsstellen. In der Epilepsieberatungsstelle Innere Mission München wurde das Thema *Angststörungen* in der täglichen Arbeit mit Epilepsiepatienten immer stärker präsent. Es entstand das Interesse, dieses Thema wissenschaftlich untersuchen zu lassen.

Die Durchsicht der wissenschaftlichen Literatur zu dieser Thematik zeigte, dass sich eine Vielzahl der Studien mit dem Thema *Lebensqualität von Patienten mit Epilepsie* beschäftigten, nur selten hingegen wurden Angststörungen in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt. Obwohl im Rahmen der Lebensqualitätsforschung auch Ängste bei Epilepsiepatienten erfasst werden, bleibt zu erwähnen, dass der Begriff Lebensqualität meist unklar definiert wird und eine Vielzahl an unterschiedlichen Faktoren subsumiert. Diese methodischen Probleme erschweren die Vergleichbarkeit der Stu-

dien. Obgleich eine hohe Komorbidität von Epilepsie und Angststörungen wissenschaftlich belegt werden konnte, wurde der Zusammenhang bislang noch nicht ausreichend untersucht (Beyenburg & Schmidt, 2005). Die Ätiologie von Angststörungen bei Epilepsiepatienten wird in Zusammenhang mit einerseits epilepsiespezifischen und andererseits psychologischen Faktoren gebracht. Die inkonsistenten Ergebnisse bezüglich des Einflusses epilepsiespezifischer Faktoren auf die Angstentstehung, veranlassten De Souza und Salgado (2006) dazu, psychologische Faktoren in den Fokus der Aufmerksamkeit zu rücken. Eine besondere Bedeutung wird hierbei den Kontrollüberzeugungen zugeschrieben. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Epilepsiepatienten während ihrer epileptischen Anfälle einen massiven Kontrollverlust erleben. Hinzu kommt, dass es nicht möglich ist den Zeitpunkt des Auftretens epileptischer Anfälle vorherzusagen. Die Vermutung liegt nahe, dass diese Erfahrungen die Ausprägungen der Kontrollüberzeugungen beeinflussen. Die externale Kontrollüberzeugung wird als ein möglicher Prädiktor für Angststörungen bei Epilepsiepatienten gesehen (De Souza & Salgado, 2006; Gehlert & Chang, 1998).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Vergleichbarkeit der gefundenen Ergebnisse durch methodische Unterschiede erschwert wird. Zum einen ist hier die Selektivität der Stichproben zu nennen, zum anderen orientiert sich die Diagnose der Angststörungen sehr selten an den Kriterien des Diagnostischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). Die vorliegende Studie wird diesem Anspruch gerecht, indem sie sich an den DSM Kriterien orientiert. Der Einfluss psychologischer Faktoren auf die Entstehung von Angststörungen bei Epilepsiepatienten wurde bislang nur unzureichend untersucht. Diese Studie soll einen wesentlichen Beitrag hierzu leisten, indem sie den Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugungen, Copingstrategien und Angststörungen bei Epilepsiepatienten überprüft. Ferner soll geklärt werden, ob es einen Zusammenhang zwischen epilepsiespezifischen Variablen und den Kontrollüberzeugungen gibt.

Im ersten Teil dieser Arbeit soll die Erkrankung Epilepsie dargestellt werden. Nach einer Definition von Epilepsie, wird auf die Epidemiologie der Erkrankung und im speziellen auf jene der epileptischen Anfälle eingegangen. Als Grundlage des Abschnitts zur Klassifikation wird die *Internationale Klassifikation epileptischer Anfälle* (Internationale Liga gegen Epilepsie, 1993) herangezogen. Das klinische Erscheinungsbild epileptischer Anfälle wird hierbei in den Fokus gestellt. Ein für die vorliegende Studie

interessanter Bereich der Epilepsie sind die neuropsychologischen und sozialen Aspekte der Erkrankung. Diese Darstellung dient dazu, den umfassenden Charakter der Epilepsie hervorzuheben. Es soll veranschaulicht werden, welchen Einfluss die Erkrankung auf das gesamte Leben der Epilepsiepatienten hat.

Das nächste Kapitel gibt einen Überblick über die einzelnen Angststörungen nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

Im Anschluss daran werden die beiden Schwerpunkte *Epilepsie* und *Angst* miteinander in Verbindung gesetzt. In diesem Kapitel wird herausgearbeitet, dass Angst einerseits als Symptom der Epilepsie und andererseits als komorbide psychische Störung auftreten kann. Die Epidemiologie von Angststörungen bei Epilepsiepatienten wird dargestellt. Danach sollen auf mögliche Ursachen für die hohe Komorbidität zwischen Epilepsie und Angststörungen eingegangen werden. Der Großteil der formulierten Modelle folgt multiätiologischen Annahmen. Die multiätiologischen Modelle vereinen biologische und psychosoziale Risikofaktoren. Empirische Studien, die sich mit den Zusammenhängen zwischen biologischen Risikofaktoren und Angststörungen bei Epilepsiepatienten beschäftigen, werden in diesem Kapitel dargestellt. Des Weiteren wird ein Überblick über psychologische Risikofaktoren gegeben. Da das zentrale Thema dieser Arbeit der Einfluss relevanter psychologischer Variablen auf Angststörungen bei Epilepsiepatienten ist, werden diese in den darauf folgenden Kapiteln ausführlich dargestellt.

Den Einfluss von Kontrollüberzeugungen auf Angststörungen bei Epilepsiepatienten hat Kapitel fünf zum Thema. Eingangs soll auf die Kontrollierbarkeit epileptischer Anfälle eingegangen werden. Es wird zwischen einer objektiven und einer subjektiv wahrgenommenen Kontrollierbarkeit der Erkrankung differenziert. Des Weiteren wird, bezogen auf die Behandlung der Epilepsie, zwischen external und internal orientierten Kontrollmöglichkeiten unterschieden. Die subjektiv empfundene Kontrolle über die epileptischen Anfälle wird in dieser Studie durch das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen operationalisiert. Daher wird ferner auf den theoretischen Hintergrund dieses Konstrukts eingegangen. Den Abschluss des Kapitels bilden empirische Ergebnisse über den Zusammenhang von Kontrollüberzeugungen und Angststörungen bei Epilepsiepatienten.

Das vorletzte Kapitel des theoretischen Teils befasst sich mit der Krankheitsbewältigung. Es soll der Zusammenhang zwischen Krankheitsbewältigung, Kontrollüberzeugungen und Angststörungen bei Epilepsiepatienten geklärt werden. Zuerst wird auf das Konstrukt der Krankheitsbewältigung bei Epilepsie näher eingegangen. Danach sollen empirische Studien und Ergebnisse referiert werden, um die interessierenden Zusammenhänge näher zu beleuchten.

Der Theorieteil endet mit einer kurzen Zusammenfassung und der Überleitung zum empirischen Teil dieser Arbeit.

Im Methodenteil sollen die Durchführung der Studie sowie die Operationalisierung der Variablen detailliert dargestellt werden. Im Anschluss daran werden die zu untersuchenden Fragestellungen und Hypothesen formuliert. Es wird ein Überblick über die verwendeten Methoden der statistischen Datenanalyse gegeben.

Nach der Darstellung der gefundenen Ergebnisse, werden diese im Hinblick auf bereits vorhandene Befunde, diskutiert. Im Anschluss daran, wird die Arbeit kritisch gewürdigt. Der Ausblick am Ende der Arbeit soll schließlich Hinweise und Vorschläge für zukünftige Forschungsarbeiten aufzeigen.

Es ist anzumerken, dass bei der Schreibweise zum Zwecke der einfachen Lesbarkeit die männliche Form verwendet wird. Dennoch sind immer beide Geschlechter gleichermaßen angesprochen, außer es wird explizit darauf hingewiesen.

2 Epilepsie

2.1 Definition von Epilepsie

„Als Epilepsie wird ein Krankheitsbild bezeichnet, bei dem es spontan wiederholt zum Auftreten epileptischer Anfälle kommt“ (Berlit, 1991, S.1).

„Epilepsie im eigentlichen Sinne liegt vor, wenn sich epileptische Anfälle über einen längeren Zeitraum in Abständen von weniger als einem Jahr wiederholen“ (Wolf, 1984, zitiert nach Reker, 1998, S. 221).

Unter dem Begriff Epilepsie wird eine heterogene Gruppe von neurologischen Erkrankungen mit unterschiedlichen Ursachen subsumiert, deren gemeinsames Charakteristikum wiederholt auftretende, unprovokierte epileptische Anfälle¹ sind (Baumgartner, 2001). Treten mindestens zwei unprovokierte epileptische Anfälle auf, so kann von einer Epilepsie gesprochen werden. Ist in den letzten fünf Jahren mindestens ein epileptischer Anfall aufgetreten, wird die Epilepsie als aktiv bezeichnet. War dies nicht der Fall, dann spricht man von einer Epilepsie in Remission (Wolf et al., 2003).

Bei einem epileptischen Anfall kommt es zu paroxysmalen (anfallsartigen) Entladungen von Neuronen im Gehirn. Grundsätzlich ist jeder Mensch in der Lage einen solchen Anfall zu erleiden. Die Manifestation der Symptome ist von den in die epileptische Funktionsstörung einbezogenen Hirnregionen abhängig (Matthes & Schneble, 1999).

¹ Von unprovokierten epileptischen Anfällen werden Gelegenheitsanfälle differenziert, welche kontextabhängig und provoziert sind, wie etwa das Entzugssyndrom bei Alkoholismus oder Benzodiazepinen (Reker, 1998).

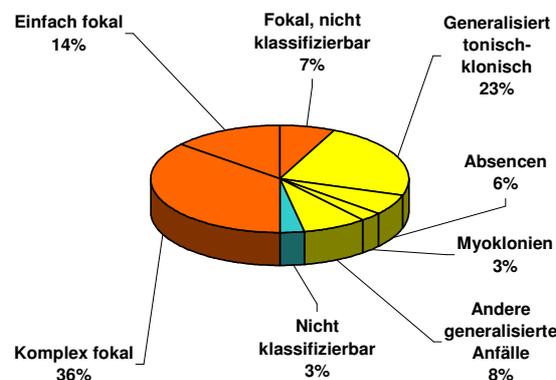
2.2 Epidemiologie des epileptischen Anfalls

Epilepsie gehört mit einer Prävalenz von 0,5% bis 0,8% zu den häufigsten Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Die Prävalenzrate steigt bei älteren Menschen auf 1,2% bis 2,0% an.

Die Inzidenzrate von Epilepsie, d.h. der Anteil der Neuerkrankungen pro Jahr, wird auf 40 bis 70 Personen pro 100.000 Einwohner geschätzt. Nach Wolf et al. (2003) ist die Inzidenz in den ersten Lebensjahren sowie im höheren Alter erhöht. Generell sind Männer von diesem Krankheitsbild häufiger betroffen als Frauen.

Die Prävalenz- bzw. Inzidenzraten für epileptische Anfälle sind durchweg höher, als jene für Epilepsien. Epidemiologischen Arbeiten zufolge liegt die Lebenszeitprävalenz für einen epileptischen Anfall bei 1,5-5%, die Wahrscheinlichkeit eines weiteren Anfalls bei 50% (Wolf et al., 2003).

Hinsichtlich des prozentualen Auftretens der beiden klassifizierbaren Hauptanfallsformen (s. Abschnitt 2.3) der Epilepsie geben Schmidt und Elger (2002) an, dass 2/3 unter fokalen Anfällen und 1/3 unter generalisierten Anfällen leiden.



Quelle: eigene Darstellung

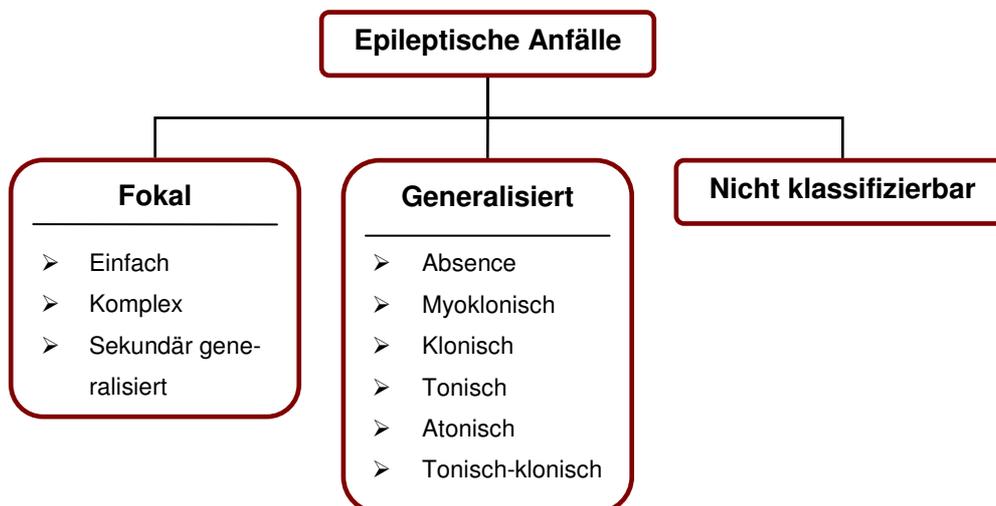
Abbildung 2-1: Inzidenz von Anfallsformen

Abbildung 2-1 gibt einen Überblick über die Inzidenz von epileptischen Anfällen. Die Daten entstammen einer umfassenden Langzeituntersuchung mit einer Dauer von 49 Jahre in Rochester, Minnesota (Hauser, Annegers & Kurland, 1993). Fokale Anfälle stellten mit einer Inzidenzrate von 57% die größte Gruppe dar, 40% konnten den ge-

neralisierten Anfällen zugeordnet werden und 3% den nicht klassifizierbaren Anfällen.

2.3 Klassifikation von epileptischen Anfällen

Für die Erkrankung Epilepsie existieren zahlreiche Klassifikationsvorschläge. Die international anerkanntesten Klassifikationen wurden von einer Expertengruppe im Rahmen der Internationalen Liga gegen Epilepsie erarbeitet. Zum Einen formulierte diese Expertengruppe eine *Klassifikation der Epilepsie und epileptischer Syndrome*, zum Anderen die *Klassifikation der epileptischen Anfälle* (Commission on Classification and Terminology of the International League against Epilepsy, 1989). Für die vorliegende Arbeit ist die *Klassifikation der epileptischen Anfälle* gemäß der Internationalen Liga gegen Epilepsie (Commission, 1989) vorrangig. Diese orientiert sich, im Gegensatz zur *Internationalen Klassifikation der Epilepsien und epileptischen Syndrome* (Commission on Classification and Terminology of the International League against Epilepsy, 1989), stärker an den Symptomen der Anfälle und wird deshalb als Grundlage für diese Arbeit herangezogen². Bei der Darstellung der epileptischen Anfälle wurde im Folgenden darauf Wert gelegt, eventuell vorhandene Aspekte des Angstempfindens während des Anfallsgeschehens hervorzuheben.



Quelle: eigene Darstellung

Abbildung 2-2: Klassifikation der epileptischen Anfälle

² Einen guten Überblick über die Klassifikation von Epilepsien bieten Matthes und Schneble (1999).

Die Anfallsklassifikation der Internationalen Liga gegen Epilepsie (1981) differenziert zwischen

- fokalen Anfällen (die epileptische Aktivität geht von einer klar umschriebenen Region in einer Hemisphäre des Gehirns aus),
- generalisierten Anfällen (klinische oder elektroenzephalographische Anfallszeichen deuten auf einen Anfallsbeginn in beiden Hemisphären hin) und
- nicht klassifizierbaren epileptischen Anfällen (Ursprung der epileptischen Aktivität ist nicht bekannt).

Sowohl fokale als auch generalisierte epileptische Anfälle können als Serie oder Status auftreten. Ein Status epilepticus liegt vor, wenn sich der Patient zwischen den Anfällen nicht erholen kann bzw. das Bewusstsein nicht voll erreicht oder wenn ein epileptischer Anfall prolongiert (über 10-15 Minuten) verläuft (Matthes & Schneble, 1999).

2.3.1 Fokale Anfälle

Das klinische Erscheinungsbild der fokalen Anfälle weist zu Beginn des Anfalls auf ein umschriebenes Neuronensystem innerhalb einer Hemisphäre hin. Es äußert sich dadurch, dass entweder nur eine Körperhälfte oder ein klar umschriebener Körperteil vom Anfallsgeschehen betroffen ist (Matthes & Schneble, 1999). Die Kategorie der fokalen Anfälle umfasst einfach-fokale Anfälle (ohne Bewusstseinsstörung), komplex-fokale Anfälle (mit Bewusstseinsstörung) und sekundär-generalisierte Anfälle (Ausbreitung eines primär-fokalen hin zu einem generalisierten Anfall). Innerhalb dieser drei Anfallsformen wird anhand der sich manifestierenden Symptome (psychisch, motorisch, sensorisch, vegetativ) eine weitere Differenzierung vorgenommen.

2.3.1.1 Einfach-fokale Anfälle

Die Anfallssymptome der einfach-fokalen Anfälle sind abhängig von der Lokalisation des Anfallsherdes (epileptogene Zone) im Gehirn. Der epileptische Anfall löst unwillkürliche und unnormale Körperreaktionen in jenem Körperteil aus, der der epileptogenen Zone zuzuordnen ist. Der Anfall dauert meist Sekunden bis Minuten und endet abrupt (Schmidt, 1997).

Einfach-fokale Anfälle lassen sich anhand ihrer Symptome in vier Gruppen unterteilen. Diese sind Anfälle mit *motorischen* Zeichen (z. B. Drehbewegungen der Augen, des Kopfes; Zuckungen in einem Körperabschnitt), mit *sensorischen* Zeichen (z. B. Wahrnehmung von Geschmackssensationen, akustische oder visuelle Halluzinationen), mit *autonomen* Symptomen (beispielsweise Blässe, Schwitzen, Übelkeit, Kälte- oder Wärmegefühl) oder mit *psychischen* Symptomen (Degen, 1991). Die psychischen Symptome zeigen sich in Form von dysphasischen oder dysmnestischen Störungen (beispielsweise Sprachstörungen bzw. Déjà-vu-Erlebnisse), kognitiven Störungen (z. B. dreamy states), affektiven Störungen (z. B. Furcht, Ärger) oder auch in Form von Illusionen und Halluzinationen wie etwa im Hören von Musik oder im Sehen von Szenen.

Das Hauptunterscheidungsmerkmal zu den komplex-fokalen Anfällen ist darin gegeben, dass bei einfach-fokalen Anfällen das Bewusstsein nicht gestört ist. Ein einfach-fokaler Anfall kann als Vorstufe (Aura) eines komplex-fokalen Anfalls vorkommen.

2.3.1.1.1 Aura

Als Auren werden einfach-fokale Anfälle bezeichnet, dessen Symptome vom Betroffenen wahrgenommen werden, für Außenstehende jedoch nicht direkt ersichtlich sind. Eine Aura kann als Initialsymptom eines komplex-fokalen oder generalisierten Anfalls auftreten. Die Symptomatik der Aura ist abhängig von der Lokalisation der epileptischen Aktivität im Gehirn. Eine detaillierte Schilderung der Aura liefert oft wichtige lokalisatorische Hinweise zur Anfallsentstehung (Wolf et al., 2003).

Bei sensorischen Auren kann Angst aufgrund der empfundenen Bedrohlichkeit durch die veränderte Wahrnehmung der Umwelt resultieren. So kann bei einer visuellen Aura beispielsweise das Wahrnehmen von bunten Punkten derart dominant werden, dass eine Seite des Gesichtsfeldes davon beherrscht wird. Diese veränderte Wahrnehmung kann angstausslösend wirken.

Auren die epigastrische, abdominale und kardiale Missempfindungen auslösen, scheinen - aufgrund des lebensbedrohlichen Aspektes - am stärksten mit Angstempfindungen assoziiert (Strian & Rabe, 1982).

Es existieren auch affektive Auren, deren Hauptsymptom die Angst ist. Diese Auren werden in der Literatur als *Angstauren* bezeichnet. Bei fokalen Epilepsien kommt

Angst bei 10-15% der Betroffenen im Sinne einer Angstaura vor (Torta & Keller, 1999). Am stärksten sind Angsttauren bei Epilepsiepatienten repräsentiert, deren epileptogene Zone im Bereich des Temporallappens angesiedelt ist (Vazquez & Devinsky, 2003). Angsttauren sind stereotyp und paroxysmal (anfallsartig), sie charakterisieren sich darüber hinaus durch eine kurze Dauer und dem häufigen Fehlen von Angstinhalten (Gaitatzis, Trimble & Sander, 2004; Wolf et al., 2003). Die Symptomatik von Angsttauren reicht von einem Unwohlsein oder einer Nervosität bis hin zu intensiven Furchtgefühlen und Horror.

2.3.1.2 Komplex-fokale Anfälle

Die epileptogene Zone des komplex-fokalen Anfalls liegt zu 80% im medialen Temporallappen. Etwa die Hälfte der komplex-fokalen Anfälle wird durch eine Aura (meist eine Angst- oder epigastrische Aura) eingeleitet (Wolf et al., 2003). Komplex-fokale Anfälle zeichnen sich dadurch aus, dass das Bewusstsein des Epilepsiepatienten während des Anfalls gestört ist.

Die bekannteste Form des komplex-fokalen Anfalls ist der Psychomotorische Anfall (Dämmerattacke). Dabei wirkt der Patient nach außen hin wach, bekommt aber von seiner Umwelt nichts mehr mit, hat einen leeren Blick, reagiert nicht oder unpassend und zeigt keine Erinnerung an den Anfall. Die Anfallsdauer beträgt meist mehrere Minuten, endet allmählich und geht mit einer retrograden Amnesie einher.

Fakultativ werden bei komplex-fokalen Anfällen, abhängig von der epileptogenen Zone, auch affektive Störungen (wie z. B. Unruhe, Angst oder Furcht) beobachtet (Degen, 1991). Angst kann während des Anfalls durch halluzinatorische Wahrnehmungen (z. B. *In-die-Tiefe-stürzen*) oder bedrohliche Bilder und Szenen hervorgerufen werden.

2.3.1.3 Sekundär generalisierte Anfälle

Grundsätzlich kann jeder fokale Anfall sekundär generalisieren. Das bedeutet, dass ein primär einfach-fokaler oder komplex-fokaler Anfall zu einem generalisierten tonisch-klonischen Anfall wird. Es ist häufig problematisch einen sekundär generalisierten Anfall von einem primär generalisierten Anfall zu differenzieren. Als entscheiden-

des Diagnosemerkmal für einen sekundär generalisierten Anfall gilt die Asymmetrie oder die Asynchronie während der späten klonischen Phase.

2.3.2 Generalisierte Anfälle

Generalisierte Anfälle sind dadurch gekennzeichnet, dass von Beginn an beide Hemisphären in die epileptische Aktivität involviert sind (Matthes & Schneble, 1999). Daher kommt es zu einer bilateralen Manifestation der motorischen Anfallphänomene (tonisch, atonisch, myoklonisch, klonisch, tonisch-klonisch). Die Majorität der generalisierten Anfälle geht mit einer Bewusstseinsstörung einher. Im Folgenden werden die einzelnen Arten generalisierter Anfälle dargestellt.

2.3.2.1 Absencen

Eine Absence ist charakterisiert durch einen plötzlichen Bewusstseinsverlust ohne vorangehende Aura. Absencen dauern meist 1-30 Sekunden und enden abrupt. Sofort nach dem Anfall kann der Patient seine Umgebung uneingeschränkt wahrnehmen und auf externe Reize reagieren. Häufig zeigen die Patienten während eines Anfalls einen starren Blick und ein Innehalten ihrer Tätigkeit. Auch vegetative Symptome wie Blässe oder Erröten können vorkommen.

2.3.2.2 Myoklonische Anfälle

Das Kardinalsymptom eines myoklonischen Anfalls sind kurze, oft heftige Zuckungen in Armen und Beinen. Die Anfälle dauern einige Sekunden und enden abrupt.

2.3.2.3 Klonische Anfälle

Klonische Anfälle zeichnen sich durch regelmäßige, symmetrische und kurze Kontraktionen verschiedener Muskelgruppen aus und dauern meist Minuten. Das klinische Anfallsbild ist abhängig von der Lokalisation der epileptogenen Zone im Gehirn. So können die Zuckungen den gesamten Körper betreffen, oder auf umschriebene Körperpartien beschränkt sein.

2.3.2.4 Tonische Anfälle

Tonische Anfälle charakterisieren sich durch eine Zunahme des Muskel- und Halte-tonus, was zu einer Versteifung der Muskulatur führt. Ist der Kehlkopf involviert, kann dies zu Juchzern oder stakkatoartigen Vokalisationen kommen. Diese Anfallsform kann zu Sturzanfällen führen. Die Anfälle dauern Sekunden und enden meist allmählich mit einer Benommenheit.

2.3.2.5 Atonische Anfälle

Atonische Anfälle sind gekennzeichnet durch einen plötzlichen Verlust des Muskel- und Haltetonus. Bei einer starken Ausprägung kann es zu einem Sturzangriff kommen.

2.3.2.6 Tonisch-klonische Anfälle

Der Beginn der tonischen Phase erfolgt oft nach mehreren Absencen oder myoklonischen Anfällen, kann aber auch ohne Vorwarnung eintreten. Diese Phase ist charakterisiert durch eine Körperstarre, weit aufgerissenen Augen, geöffnetem Mund, Blässe und einer bläulichen Verfärbung der Haut im Mundbereich infolge des Atemstillstands. In dieser Phase kann es zu Sturzanfällen, mit daraus resultierenden Verletzungen, kommen. Das Bewusstsein des Patienten ist gestört. Die tonische Phase geht in eine klonische Phase über, die sich, wie bereits oben beschrieben, in regelmäßigen, kurzen Zuckungen präsentiert. Fakultativ kann ein lateraler³ ein- oder doppelseitiger Zungenbiss, Einnässen und Speichelfluss beobachtet werden. Die Dauer des primär generalisierten tonisch-klonischen Anfalls beträgt 2-5 Minuten und endet allmählich. Nach dem Anfall leiden die Patienten häufig unter einer Verwirrtheit, Erschöpfung, Kopfschmerzen und einem Muskelkater.

2.3.3 Nicht klassifizierbare Anfälle

Zu den nicht klassifizierbaren Anfällen werden alle epileptischen Anfallsarten gezählt, die nicht einer der beiden oben genannten Kategorien zugeordnet werden können.

³ Der lateral gelegene Zungenbiss gilt als Differentialdiagnostikum zum psychogenen Anfall, bei dem die Zungenspitze betroffen ist.

2.4 Neuropsychologische und soziale Auswirkungen der Epilepsie

Die Diagnose Epilepsie bedeutet für die Betroffenen viel mehr, als gelegentlich einen Anfall zu erleiden. Die Erkrankung kann mitunter das gesamte Leben der Patienten dominieren. Zum Einen wird das soziale Leben durch die Erkrankung beeinträchtigt, zum Anderen zeigen sich direkte Auswirkungen der Erkrankung im kognitiven und psychischen Bereich. In diesem Kapitel sollen diese Beeinträchtigungen näher beleuchtet werden.

2.4.1 Neuropsychologische Aspekte der Epilepsie

Epileptische Anfälle werden durch Veränderungen der Hirnstruktur verursacht. Da diese Veränderungen in nahezu jedem Hirnareal vorgefunden werden können, gibt es keine typischen epilepsiespezifischen funktionellen Beeinträchtigungen. Als Vulnerabilitätsfaktoren für die Ausbildung hirnstruktureller Beeinträchtigungen gelten eine hohe Anfallsfrequenz, Schwere, Art und Dauer der Anfälle, die Dauer der Erkrankung, das Alter bei Beginn der Erkrankung sowie die Medikation (Wolf et al., 2003).

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass je früher der Beginn der Erkrankung und je schwerer die epileptischen Anfälle ausgeprägt sind, umso stärker werden die funktionellen Beeinträchtigungen sein (Mandelbaum & Burack, 1997). Ein früher Beginn der Erkrankung kann die kognitive Entwicklung negativ beeinflussen, da die Hirnreifung sowie die Ausbildung höherer Hirnfunktionen durch das Anfallsgeschehen stark beeinträchtigt werden können. Abhängig von der Anfallsart treten gehäuft spezifische Beeinträchtigungen auf. So zeigen Patienten mit tonisch-klonischen Anfällen vor allem Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und der Problemlösungsfähigkeiten. Besonders Epilepsiepatienten mit Temporallappenepilepsien zeigen häufig iktale und interiktale Gedächtnisbeeinträchtigungen. Diese Beeinträchtigungen beziehen sich auf anterograde Störungen des episodischen Gedächtnisses. D.h. Personen haben Probleme autobiographische Inhalte zu erinnern (z. B. wo der letzte Urlaub verbracht wurde). Patienten mit fokalen Epilepsien der sprachdominanten Hemisphäre weisen häufig Beeinträchtigungen der Sprachfunktionen auf. Benenn- und Wortfindungsstörungen werden häufig von Patienten mit Temporallappenepilepsien berichtet.

Allgemein treten bei Epilepsiepatienten, im Vergleich zur Normalpopulation, signifikant häufiger Lernschwierigkeiten und geistige Behinderungen auf. Es zeigt sich, dass Schädigungen der linken Hemisphäre zumeist mit Beeinträchtigungen verbaler Leistungen assoziiert sind, während Schädigungen der rechten Hemisphäre mit Beeinträchtigungen von visuell-räumlichen Leistungen einhergehen. Strukturelle Hirnveränderungen stellen die häufigste Ursache für Intelligenzdefizite (kognitive Störungen, Gedächtnisstörungen) und tiefgreifende Persönlichkeitsveränderungen (z. B. Affekt- und Stimmungslabilität, herabgesetzte Kritik- und Urteilsfähigkeit) bei Epilepsiepatienten dar (Wolf et al., 2003).

An dieser Stelle ist es relevant zu betonen, dass laut epidemiologischen Studien die allgemeine Intelligenz – diese beschreibt den Grad der funktionellen Integrität der Gesamtheit höherer Hirnfunktionen – von Epilepsiepatienten im Normbereich liegt (Wolf et al., 2003).

Neben den eben beschriebenen direkten Auswirkungen der epileptischen Anfälle auf die Funktionen des Gehirns, können diese auch durch die Medikation negativ beeinflusst werden. Antiepileptika haben als Nebenwirkung einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten, da sie häufig entweder eine Antriebshemmung und Herabsetzung des Leistungs- und Konzentrationsvermögens bewirken oder aber zu gesteigerter Erregbarkeit und dysphorischen Verstimmungszuständen führen (Matthes & Schneble, 1999). Dabei bewirken Di- resp. Polytherapien eine größere Beeinträchtigung der kognitiven Leistungen im Vergleich zu einem monotherapeutischen Einsatz mit Antikonvulsiva (Wolf et al., 2003). Anzumerken bleibt, dass die positiven Effekte der Medikation mit Antiepileptika dennoch überwiegen.

Kognitive Beeinträchtigungen und psychopathologische Symptome bei Epilepsiepatienten sind aber nicht nur den Nebenwirkungen der Medikation zuzuschreiben. In der Literatur wird hervorgehoben, dass grundsätzlich von einer multiätiologischen Verursachung ausgegangen werden muss. Hierbei spielen sowohl die durch die Anfälle per se ausgelösten Beeinträchtigungen der Hirnstruktur, medikamentenbedingte Faktoren aber auch Reaktionen und Verhalten des sozialen Umfelds eine entscheidende Rolle (Matthes & Schneble, 1999; Wolf et al., 2003).

2.4.2 Soziale Aspekte der Epilepsie

Die Sichtweise der Gesellschaft über eine Erkrankung bedingt stark den Umgang mit den Betroffenen. Die Erkrankung Epilepsie hat in ihrer Geschichte viele verschiedene Bedeutungen zugeschrieben bekommen. Im antiken Griechenland als *heilige Krankheit* bezeichnet, wurde dieselbe Erkrankung im Mittelalter als Ausdruck der *Besessenheit des Teufels* interpretiert (Schneble, 1993). Heute können diese Mythen durch die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse über die Erkrankung ad acta gelegt werden. Dennoch prägen die Charakteristika der Epilepsie, insbesondere die Unbeeinflussbarkeit des epileptischen Anfalls sowie die Manifestation der Symptome, den Umgang mit den Erkrankten. In einigen Lebensbereichen erfahren Epilepsiepatienten soziale Benachteiligungen, die einerseits durch die Erkrankung selbst, andererseits jedoch durch die Umwelt bedingt werden. Im Folgenden wird auf einige dieser sozialen Benachteiligungen näher eingegangen.

Die Diagnose Epilepsie beim eigenen Kind, löst bei den meisten Eltern einen Schock aus. Das Familienleben wird durch die Erkrankung geprägt und erfährt eine Veränderung. Der Umgang mit der Erkrankung des Kindes schwankt zwischen Überforderung und Überprotektion. Überbehütung, soziale Benachteiligungen und Verbote sowohl im familiären als auch im weiteren sozialen Umfeld können die psychische und soziale Entwicklung negativ beeinflussen. Die bereits beschriebenen kognitiven Beeinträchtigungen führen oft zu schlechten schulischen Leistungen und in weiterer Folge zu einem schlechteren beruflichen Status. Das „Anders sein“ durch die Erkrankung und Verbote z. B. keine Teilnahme am Schulsport, können die Betroffenen leichter in eine Außenseiterrolle drängen oder die Integration in die Klassengemeinschaft erschweren.

Die Berufswahl ist eingeschränkt, wenn durch die Erkrankung eine Gefährdung der eigenen oder anderer Personen oder eine Beeinträchtigung der Arbeitsausführung gegeben ist. Durch die Erkrankung kann es bei therapierefraktären Epilepsien zu häufigen Fehlzeiten am Arbeitsplatz kommen. Ist die Einschränkung der Arbeitsleistung in einem hohen Maße gegeben, so kann eine Berentung angezeigt sein. Die Arbeitslosenrate bei Epilepsiepatienten ist in Deutschland 2-3mal so hoch wie diejenige von Personen ohne Epilepsie (Wolf et al., 2003). Diese hohe Rate kann nicht ausschließlich auf die epileptischen Anfälle zurückgeführt werden, sondern wird auch durch eine unzureichende Ausbildung und Leistungsprobleme mitbedingt.

Ferner treiben Epilepsiekranken in ihrer Freizeit weniger Sport und haben weniger soziale Kontakte (Wolf et al., 2003). Die Gründe dafür sehen Wolf und Kollegen in einer übervorsichtigen Einstellung der Angehörigen und der Epilepsiepatienten selbst, die ihre Prägung meist schon in der frühesten Kindheit erfährt. Bei diesem Verhalten spielen eine ungünstige Krankheitsverarbeitung und fehlende oder falsche Informationen eine Rolle. Viele Sportarten können, in Absprache mit einem Arzt, von den Betroffenen bedenkenlos ausgeübt werden, sofern keine Überforderung zustande kommt. Oftmals werden soziale Kontakte sowohl im beruflichen als auch im privaten Umfeld dadurch belastet, indem der Betroffene versucht seine Erkrankung geheim zu halten. Es zeigt sich, dass vor allem Männer mit Epilepsie im Vergleich zu klinisch unauffälligen Männern oder weiblichen Epilepsiepatienten seltener in partnerschaftlichen Beziehungen leben (Wolf et al., 2003). Gründe dafür finden sich in der negativen Einstellungen des Betroffenen gegenüber seiner eigenen Erkrankung. Studien haben gezeigt, dass das Wissen von Epilepsiepatienten über ihre Erkrankung nicht höher ist, als das Wissen über Epilepsie in der Allgemeinbevölkerung (Jarvie, 2001). Voraussetzung dafür, dass der Betroffene über seine Erkrankung sprechen kann ist, sich Wissen über seine Erkrankung anzueignen. So kann er seinem Gegenüber die Angst vor der Erkrankung Epilepsie nehmen und in weiterer Folge *Berührungsängsten* vorbeugen.

Einschränkungen erfahren Epilepsiepatienten auch in ihrer Mobilität, insbesondere bezogen auf ihre Fahrerlaubnis. Um in den Besitz einer solchen zu kommen, muss der Patient nachweisen können, mindestens ein Jahr anfallsfrei gewesen zu sein. Bei therapierefraktären Epilepsien beträgt die Anfallsfreiheit zwei Jahre. Busse und LKWs über 3,5t dürfen bei Vorliegen einer Epilepsie nicht geführt werden. Eine Fortbewegung mittels Flugzeug kann lediglich durch die Verschiebung des Schlaf-Wach-Rhythmus anfallsfördernd wirken (Wolf et al., 2003).

Epilepsiepatientinnen mit Kinderwunsch oder eingetretener Schwangerschaft sollten diese unbedingt ärztlich begleiten lassen. Eine Abklärung bezüglich des Missbildungsrisikos des Fötus aufgrund der Medikation sollte bestenfalls im Vorfeld der Schwangerschaft getroffen werden. Überdies hinaus ist nicht ratsam, die Medikation während einer bestehenden Schwangerschaft zu ändern bzw. zu beenden, da dadurch das Anfallsrisiko steigt und Mutter und Kind erheblich gefährdet werden können (Wolf et al., 2003).

Viele soziale Einschränkungen ergeben sich durch die Unsicherheit und Unwissenheit über die Erkrankung oder eventuelle Vorurteile derselben gegenüber. Hier bedarf es zuallererst einer ausreichenden Information und Aufklärung der Betroffenen und Angehörigen. Oftmals erfolgt diese im Rahmen der medizinischen Behandlung nicht ausreichend. Hilfreich für eine positive Krankheitsbewältigung sind Epilepsieberatungsstellen oder gezielte psychotherapeutische Angebote, die kompetente Hilfe bieten können.

3 Angststörungen

Die folgende Darstellung der Angststörungen basiert auf dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1996). Die nachfolgende Beschreibung der einzelnen Angststörungen wird vom Autor bewusst kurz gehalten.

3.1 Soziale Phobie

Patienten mit einer sozialen Phobie zeigen eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor sozialen Situationen oder Leistungssituationen. Es handelt sich hierbei um Situationen wie das Redenhalten in der Öffentlichkeit, das Essen oder Trinken in Gegenwart anderer Menschen oder jegliche soziale Begegnung mit anderen Personen. Die Angst dieser Menschen ist darin charakterisiert, dass sie befürchten von Anderen negativ bewertet zu werden, sich zu blamieren oder peinlich aufzufallen. Diese Patienten zeigen bei einer Konfrontation mit derartigen Situationen typische körperliche Angstsymptome, die in schweren Fällen bis hin zu einer Panikattacke gesteigert werden können. Den Betroffenen ist klar, dass ihre Angstreaktion übertrieben und unbegründet ist. Sie versuchen soziale Situationen oder Leistungssituationen zu vermeiden oder unter starken Ängsten zu ertragen. Besonders negativ wirkt sich diese Angststörung auf das Sozialverhalten (sozialer Rückzug) und auf die berufliche Leistungsfähigkeit aus.

Epidemiologischen Studien zufolge liegt die Lebenszeitprävalenz für die Soziale Phobie zwischen 3% und 13%.

3.2 Spezifische Phobie

Diese Angststörung ist charakterisiert durch eine klinisch bedeutsame Angst vor einem eng umschriebenen Objekt resp. einer klar umgrenzten Situation. Die Angstintensität nimmt linear zur physischen Annäherung an das phobische Objekt zu. Eine direkte Konfrontation löst Angstreaktionen bis hin zu einer Panikattacke aus. Patienten wissen um die Unbegründetheit ihrer Angst. Sie versuchen den phobischen Stimulus zu vermeiden oder ihn unter starken Ängsten zu ertragen. Dieses Verhalten

beeinträchtigt alltägliche Routinearbeiten, berufliche Leistungen oder das soziale Leben.

Die Lebenszeitprävalenz für die Spezifische Phobie liegt zwischen 10% und 11,3%.

3.3 Zwangsstörung

Die Zwangsstörung wird durch wiederkehrende Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen charakterisiert, welche mit einem hohen Zeitaufwand, deutlichen Beeinträchtigungen bzw. einem ausgeprägten Leiden des Betroffenen einhergeht. Unter Zwangsgedanken werden anhaltende Ideen, Gedanken, Impulse oder Vorstellungen verstanden, die der Patient als *ich-dyston* erlebt. Er erlebt den Inhalt der Zwangsgedanken als fremd und unkontrollierbar, ist sich jedoch bewusst, dass diese ein Produkt seines eigenen Geistes sind. Zwangshandlungen dienen der Vermeidung von Angst oder Unwohlsein. Diese können sich sowohl durch wiederholende Verhaltensweisen (z. B. Händewaschen, Kontrolle) als auch geistige Handlungen (z. B. Beten, Wörter leise wiederholen) äußern. Dem Betroffenen weiß, dass seine Gedanken oder Handlungen übertrieben und unbegründet sind.

Epidemiologische Studien schätzen die Lebenszeitprävalenz auf 2,5%.

3.4 Generalisierte Angststörung

Die Hauptmerkmale der generalisierten Angststörung sind ausgeprägte und anhaltende Angst und Sorge über gewöhnliche, alltägliche Ereignisse oder Tätigkeiten. Das pathologische Verhalten zeichnet sich durch die Häufigkeit, Dauer, Intensität und empfundene Unkontrollierbarkeit der Angstzustände und Sorgen aus. Die Sorgen werden über mindestens sechs Monate an der Mehrzahl der Tage erlebt, und führen zu einer massiven Beeinträchtigung der Lebensqualität. Begleitet werden die Ängste und Sorgen von vegetativen Symptomen wie Konzentrationsschwierigkeiten oder erhöhte Reizbarkeit.

Die Lebenszeitprävalenz wird in der Literatur mit 5% angegeben.

3.5 Agoraphobie

Das Hauptmerkmal der Agoraphobie ist die Angst vor Orten, an denen eine Flucht im Falle einer Panikattacke schwierig oder peinlich ist oder aber keine Hilfe erreichbar wäre. Typische angstauslösende Situationen sind beispielsweise das Stehen in einer Menschenmenge, das alleinige sich Aufhalten außer Haus oder die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel. Die Angst reduziert sich, wenn die Betroffenen diese Situationen in Begleitung aufsuchen. Ansonsten wird die Situation vermieden oder nur mit deutlicher Angst oder Unbehagen ertragen, was zu einer erheblichen Einschränkung im täglichen Leben führt.

Das DSM-IV gibt keine konkreten Angaben zur Prävalenzrate.

3.6 Panikstörung

Kernmerkmal der Panikstörung sind unvorhersehbare, wiederholt auftretende Panikattacken. Die körperlichen Symptome werden als (lebens-)bedrohlich erlebt und erreichen innerhalb von 10 Minuten ihr Maximum. Die Betroffenen sorgen sich, ob der Attacke körperliche Probleme zugrunde liegen oder ob ihr negative Konsequenzen folgen. Die als sehr belastend erlebten Symptome während der Panikattacke lassen in der Regel eine Erwartungsangst hinsichtlich eines neuerlichen Panikanfalls entstehen. Im Verlauf dieser Erkrankung entwickeln Betroffene letztlich häufig deutliche Verhaltensänderungen. Nach DSM-IV wird zwischen Panikstörung mit und Panikstörung ohne Agoraphobie differenziert.

Die Lebenszeitprävalenz für die Panikstörung (unabhängig ob mit oder ohne Agoraphobie) liegt laut epidemiologischen Studien zwischen 1,5% und 3,5%.

3.7 Posttraumatische Belastungsstörung

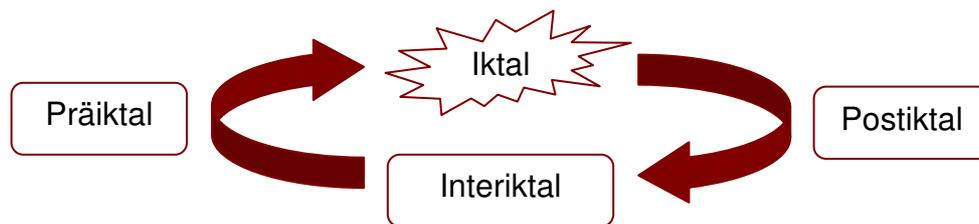
Eine Posttraumatische Belastungsstörung kann als Reaktion auf ein extrem traumatisches Ereignis auftreten. Als traumatisches Ereignis definiert das DSM-IV Situationen, in denen die Person mit dem tatsächlichen oder drohenden Tod bzw. ernsthaften Verletzungen der eigenen Person oder anderer Personen konfrontiert wird. Der Betroffene reagiert mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen auf das Ereignis. Nach dem traumatischen Ereignis wird dieses von den Betroffenen beharrlich auf

verschiedene Weisen wiedererlebt (z. B. durch Träume, Erinnerungen, Fühlen). Eine Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen führt zu einer intensiven psychischen Belastung oder körperlichen Reaktionen. Die auslösenden Reize werden vermieden und es treten anhaltende Symptome eines erhöhten Arousal (z. B. Reizbarkeit, Hypervigilanz) auf. Die Symptome müssen über mindestens einen Monat hinweg bestehen und ein klinisch bedeutsames Leiden verursachen.

Epidemiologische Studien geben eine Lebenszeitprävalenz für die Posttraumatische Belastungsstörung von 1%-14% in der Allgemeinbevölkerung an.

4 Epilepsie und Angst

In der Literatur werden psychopathologische Phänomene bei Epilepsiepatienten in eine zeitliche Relation zum epileptischen Anfall gesetzt (Beyenburg, Mitchell, Schmidt, Elger & Reuber, 2005; Marsh & Rao, 2002; Strian & Rabe, 1982). Eine Einteilung in präiktale, iktale, interiktale und postiktale Ängste wird als sinnvoll erachtet (Vazquez & Devinsky, 2003).



Quelle: Marsh & Rao, 2002, S. 12

Abbildung 4-1: Psychiatrische Phänomene in zeitlicher Relation zum epileptischen Anfall

Angstphänomene die während der iktalen Phase auftreten, gelten als Symptom des epileptischen Anfalls. Prä- und postiktale Ängste treten in einer zeitlichen Relation zum epileptischen Anfall auf, können jedoch nicht als Symptom von diesem gewertet werden. Diese Ängste können kurz vor dem Anfall (präiktal) oder nach dem Anfall (postiktal) in Erscheinung treten. Erleben Epilepsiepatienten Ängste während der interiktalen Phase, so werden diese nicht direkt dem epileptischen Anfall zugeordnet. Eine klare Zuordnung der empfundenen Ängste zu den genannten Phasen ist oft schwierig, da die Übergänge fließend sind. In der Literatur wird der Fokus auf die Erforschung iktaler oder interiktaler Ängste gelegt. Im Folgenden soll auf diese duale Differenzierung näher eingegangen werden.

4.1 Angst als iktales Symptom

Angstphänomene können als Symptom eines epileptischen Anfalls in Erscheinung treten und werden demnach als iktale (im Anfall begründete) Ängste bezeichnet (Vazquez & Devinsky, 2003). Angst ist jener Affekt, der bei Epilepsiepatienten während eines epileptischen Anfalls am häufigsten auftritt (Kanner, 2004; Marsh & Rao, 2002). Iktale Angstsymptome treten vor allem dann auf, wenn die Regionen des Temporallappens oder der limbischen Strukturen während des Anfallsgeschehens

aktiv sind (Goldstein & Harden, 2000; Kanner, 2004). Mindestens 20% aller Betroffenen mit Temporallappenepilepsie zeigen ictale Ängste und Panik (Beyenburg & Schmidt, 2005). Die Anfallsarten, bei denen ictale Angstphänomene am häufigsten beobachtet werden, sind Auren und komplex-fokale Anfälle. Bei bis zu 1/3 der Patienten mit fokalen Anfällen wird Angst als Symptom berichtet (Torta & Keller, 1999).

Goldstein und Harden (2000) betonen, dass ictale Ängste Ausprägungen von Angststörungen annehmen können und nur sehr schwer davon zu differenzieren sind. So können sich epileptische Angstanfälle in ähnlichen Symptomen manifestieren, wie diese bei Panikattacken zu beobachten sind. Eine genaue klinische Abklärung (Beobachtung, EEG-Ableitungen) kann differentialdiagnostische Hinweise liefern. EEG-Ableitungen während ictaler Ängste zeigen – im Gegensatz zu Panikattacken – ein pathologisches Bild. Dies gilt als eindeutiger Beweis für einen ictalen Angstanfall (Beyenburg & Schmidt, 2005). Auch im klinischen Erscheinungsbild lassen sich Unterscheidungen finden. Der epileptische Angstanfall zeichnet sich durch einen abrupteren Beginn, einer kürzeren Dauer und einem abrupteren Ende, im Vergleich zu Panikattacken, aus. Häufig manifestieren sich weitere Anfallsphänomene wie z. B. motorische Stereotypen. Epileptische Angstphänomene werden nicht von einem Stimuli ausgelöst (Alvarez-Silva, Alvarez-Rodriguez, Perez-Echeverria & Alvarez-Silva, 2006; Gaitatzis, Carroll, Majeed & Sander, 2004). Die Erstmanifestation liegt bei Panikattacken zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr, ictale Angstphänomene hingegen können jederzeit auftreten (Beyenburg & Schmidt, 2005). Eine weitere Differenzierungsmöglichkeit findet sich bezogen auf die Medikation. Epileptische Angstattacken können mit Antikonvulsiva behandelt werden, Panikattacken hingegen mit Psychopharmaka (Schüler & Kalb, 1994). Auch die Chronizität des Auftretens gilt als Unterscheidungspunkt. Die Erinnerung des Betroffenen an sein Angstempfinden ist vom Zeitpunkt des Auftretens der Symptome abhängig. Tritt die Angst vor dem Bewusstseinsverlust auf, wird sie bewusst wahrgenommen und kann postiktal auch berichtet werden. Angstphänomene die während einer Bewusstseinsstrübung auftreten, werden nicht vom Patienten selbst, jedoch von seiner Umwelt wahrgenommen. Der Patient wirkt verstört und verängstigt auf die Beobachter (Schüler & Kalb, 1994). Ictale Angstphänomene sind keine obligatorischen Symptome epileptischer Anfälle, interiktale Angstphänomene hingegen sind meist chronischer Natur.

4.2 Angst als interiktales Symptom

Interiktale Angstsymptome werden von bis zu 66% der Patienten mit Epilepsie berichtet (Torta & Keller, 1999). In der Fachliteratur werden interiktale Ängste als *Fear of Seizures* (Mittan, 1986) zusammengefasst und bezeichnen Ängste, die aufgrund der Erkrankung Epilepsie ausgelöst werden. Endermann (2004) erstellte eine Liste mit den häufigsten epilepsiespezifischen Ängsten. Die Inhalte der Ängste umschließen sowohl direkte Auswirkungen des epileptischen Anfalls (z. B. Hirnschädigungen, Unfälle aufgrund des Anfalls), soziale Aspekte (z. B. Hänseleien, Bekanntwerden der Epilepsie) als auch die Angst vor dem nächsten Anfall. In der Studie von Kirchschlager (2006)⁴ zeigte sich, dass mit 74% die am häufigsten genannte Angst von Epilepsiepatienten ist, vor anderen einen epileptischen Anfall zu erleiden. May und Kollegen (2004) fanden als häufigste Ängste bei Epilepsiepatienten die Angst vor Hirnschädigungen durch einen Anfall, die Angst vor Unfällen aufgrund eines Anfalls und die Angst vor Anfällen im Beisein von Anderen. Mittan (1986) betont, dass die Angst durch einen Anfall zu Sterben bzw. einen Hirnschaden zu erleiden ein Hauptfaktor dafür ist, psychopathologisch auffällig zu werden.

Der Zusammenhang zwischen interiktalen Ängsten und Angststörungen ist in der Literatur vielfach belegt, wobei die Richtung des kausalen Zusammenhangs noch nicht geklärt ist (Goldstein, Seidenberg & Peterson, 1990; Passaro, 2003). Aufgrund der schweren Differenzierung zwischen interiktalen Ängsten und Angststörungen verzichteten viele Autoren darauf (Kanner, 2004; Marsh & Rao, 2002; Torta & Keller, 1999; Vazquez & Devinsky, 2003). Endermann (2004) hingegen hebt die Relevanz einer Differenzierung interiktaler Ängste bei Epilepsiepatienten hervor. Der Autor schlägt dabei eine Unterscheidung zwischen *interiktalen Angststörungen* und *interiktalen epilepsiebezogenen Ängsten* vor. In der vorliegenden Studie wird zwischen *epilepsieunabhängigen Angststörungen* und *epilepsiebezogenen Angststörungen* differenziert. Durch diese Vorgehensweise sollen unterschiedliche Aspekte und Angstinhalte von Angststörungen bei Epilepsiepatienten erhoben und somit einer differenzierteren Betrachtungsweise Rechnung getragen werden.

⁴ Die Daten stammen von derselben Stichprobe, die Grundlage der vorliegenden Studie ist.

4.3 Epilepsie und Psychopathologie

In der Literatur finden sich Angaben zur Prävalenz von Achse-I-Störungen bei Epilepsiepatienten zwischen 19% und 80% (Beyenburg et al., 2005; Hermann et al., 2000; Swinkels, Kuyk, van Dyck & Spinhoven, 2005). Am häufigsten finden sich depressive Störungen bei Epilepsiepatienten, gefolgt von Angststörungen (Gaitatzis et al., 2004; Hermann, Seidenberg & Bell, 2000; Kanner, 2004). Die großen Unterschiede in den Prävalenzraten sind einerseits auf die Spezifität der Stichproben und andererseits auf unterschiedliche Diagnostikinstrumente zurückzuführen. Viele Stichproben werden in Kliniken oder Beratungsstellen gezogen, was zu höheren Prävalenzraten von psychischen Störungen führt. Die eingesetzten Diagnostikinstrumente basieren nur selten auf DSM-IV Kriterien, dies erschwert eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Gemein haben die Studien, dass die Prävalenzraten von psychischen Störungen bei Epilepsiepatienten im Vergleich zu klinisch unauffälligen Stichproben höher sind. Im Folgenden sollen einige Studien exemplarisch dargestellt werden.

In einer Studie an 106 Epilepsiepatienten des Epilepsiezentrum Bethel beschreibt Endermann (2005), dass 48,4% der Betroffenen als *klinisch auffällig* eingestuft werden können. Dieser Wert wurde über das Brief Symptom Inventory (BSI; Franke 2000) ermittelt. Epilepsiepatienten zeigten signifikant höhere Werte in den Skalen des BSI im Vergleich zur klinisch unauffälligen Normstichprobe. Keine signifikanten Ergebnisse, jedoch Tendenzen, fanden sich in den Skalen Zwanghaftigkeit und Depressivität. Die psychische Belastung der Epilepsiepatienten war im Vergleich zu einer psychiatrischen Stichprobe geringer. Epilepsiepatienten mit einer psychiatrischen Vergangenheit, der Einnahme von Psychopharmaka, einer geringen Kontrollierbarkeit der epileptischen Anfälle und mehreren krankheitsbezogenen Problemen zeigten höhere Werte im Global Severity Index (GSI) des BSI.

Prueter, Schultz-Venrath und Rimpau (2002) fanden erhöhte Werte bei Epilepsiepatienten in den Skalen Phobische Angst, Depressivität, Ängstlichkeit sowie Zwanghaftigkeit der Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R; Franke, 1995).

Auch Hermann et al. (2000) fanden ebenfalls signifikant höhere Werte bei Epilepsiepatienten mit Temporallappenepilepsie in den Skalen des SCL-90-R im Vergleich zu einer klinisch unauffälligen Stichprobe. Die Erkrankungsdauer korrelierte positiv mit der psychischen Belastung.

Ettinger und Kollegen (1998) verglichen die psychische Belastung von 37 Epilepsiepatienten mit 38 Borreliosepatienten, sowie mit den Normwerten einer klinisch unauffälligen und einer psychiatrischen Stichprobe. Die psychische Belastung wurde mittels BSI operationalisiert. Der Global Severity Index (GSI) war bei den Epilepsiepatienten signifikant erhöht im Vergleich zur klinisch unauffälligen Stichprobe, jedoch nicht so hoch wie bei den psychiatrischen Patienten. Im Hinblick auf die klinisch unauffällige Stichprobe war die Ausprägung jeder Skala des BSI bei den Epilepsiepatienten signifikant höher. Keine Unterschiede zeigten sich im Vergleich zu den Borreliosepatienten hinsichtlich des globalen Kennwerts GSI. Die Untersuchung ergab jedoch, dass die Epilepsie-Stichprobe in der Skala Paranoides Denken höhere Werte als die Borreliose-Stichprobe und in der Skala Zwanghaftigkeit signifikant niedrigere Werte aufwies.

4.4 Epidemiologie von Angststörungen bei Epilepsie

Ängste und Angststörungen sind bei Epilepsiepatienten weit verbreitet. Die Ausbildung von Ängsten muss dabei in keinem Zusammenhang mit dem Erfolg medikamentöser Therapien stehen. Sowohl Patienten, die ihre epileptischen Anfälle mittels Antikonvulsiva relativ gut in den Griff bekommen, als auch therapierefraktäre Epilepsiepatienten können unter Angststörungen leiden.

Die Komorbidität von Epilepsie und Angststörungen wird in der Literatur mit einer Prävalenz zwischen 10% und 66% angegeben (Baker, Jacoby & Chadwick, 1996; Jacoby, Baker, Steen, Potts & Chadwick, 1996; Torta & Keller, 1999; Victoroff, 1994.) Die Prävalenzzahlen differieren je nachdem (wie bereits in Kapitel 4.3 erwähnt), welche Gruppe von Epilepsiepatienten untersucht und welche Messinstrumente eingesetzt wurden. Viele Studien zur Komorbidität von Angststörungen bei Epilepsiepatienten zeigen methodische Probleme. Zum einen fehlt es an der Generalisierbarkeit der Daten, da meist eine selektive Stichprobe gewählt wurde, zum anderen werden keine standardisierten Verfahren zur Erfassung der Angststörungen eingesetzt (Scicutella, 2001). Sowohl Beyenburg & Schmidt (2005) als auch Swinkels et al. (2005) kritisieren, dass viele Studien, die Prävalenzzahlen von Angststörungen bei Epilepsiepatienten erfassen, auf standardisierte Kriterien (z. B. DSM, ICD) verzichten und nicht auf die Subtypen der Angststörungen eingehen. So betonen Mint-

zer und Lopez (2002), dass Angststörungen bei Epilepsiepatienten noch näher erforscht werden müssen.

Trotz aller methodischen Probleme belegen Studien, dass Epilepsiepatienten im Vergleich zur Normalpopulation eine höhere Prävalenz von Angststörungen aufweisen (Vazquez & Devinsky, 2003). Aus epileptologischer Sicht sind vor allem die Panikstörungen (mit und ohne Agoraphobie), die Zwangsstörung und die generalisierte Angststörung von Interesse (Beyenbach & Schmidt, 2005; Beyenburg et al., 2005; Goldstein & Harden, 2000; Marsh & Rao, 2002; Vazquez & Devinsky, 2003).

Viele Arbeiten gehen auf die Angstthematik im Rahmen von Studien zur Lebensqualität der Betroffenen ein. Da der Fokus bei diesen Studien nicht auf dem Thema Angststörungen liegt, werden diese oft nur durch wenige Screening-Fragen erfasst, keine standardisierten Fragebögen eingesetzt oder aber die Operationalisierung wird nicht in einem ausreichenden Maße dargestellt. Da in der vorliegenden Studie Angststörungen nach DSM-IV Kriterien erhoben werden, sollen im Folgenden nur jene Studien dargestellt werden, die ebenfalls diesem Anspruch entsprechen.

Fiordelli, Beghi, Bogliun und Crespi (1993) fanden eine Prävalenz von Angststörungen bei 19% der Epilepsiepatienten. Als Stichprobe wurden 100 Epilepsiepatienten herangezogen, die mittels eines strukturierten Interviews, basierend auf DSM-III-R Kriterien, diagnostiziert wurden.

Victoroff (1994) erfasste die Prävalenz von Angststörungen bei 60 Epilepsiepatienten mit therapierefraktären komplex-fokalen Anfällen. Die Diagnosen wurden mittels des Strukturierten klinischen Interviews für DSM-III-R (SKID; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) gestellt. Rund 32% der Betroffenen litten unter einer Angststörung. Mit 23% am häufigsten vertreten war die Agoraphobie ohne Panikstörung. Eine generalisierte Angststörung zeigte sich bei 5%, Angststörung nicht näher bezeichnet konnte bei 3% der Betroffenen diagnostiziert werden.

Sehr viel höhere Prävalenzzahlen fanden Jones und Kollegen (2005). In einer Studie mit 174 Epilepsiepatienten wurden Angststörungen basierend auf den Kriterien des DSM-IV erhoben. Insgesamt litten 52,1% der Betroffenen unter einer Angststörung. Am häufigsten war die Agoraphobie mit 15,5% vertreten. Die generalisierte Angststörung fand sich bei 13,2% der Betroffenen, die Soziale Phobie bei 10,9%. Unter einer

Posttraumatischen Belastungsstörung litten 5,7% der untersuchten Epilepsiepatienten und je 3,4% unter einer Panikstörung oder einer Zwangsstörung.

Kanner (2004) erhob die Prävalenz von Angststörungen bei 100 therapierefraktären Epilepsiepatienten mit Hilfe eines strukturierten Interviews, welches Angststörungen nach DSM-IV Kriterien erfasst. Bei 32 Patienten konnte eine Generalisierte Angststörung und/oder Panikstörung diagnostiziert werden, 10 Patienten litten unter einer Zwangsstörung und 29 Patienten unter einer Agoraphobie.

Eine hohe Komorbidität zur Panikstörung, von 33%, zeigte sich in einer Studie an 12 Epilepsiepatienten mit ichtalen Ängsten (Mintzer & Lopez; 2002). Die Diagnose der Panikstörung wurde durch einen Psychiater und der Verwendung eines strukturierten Interviews gestellt.

Die Prävalenz psychiatrischer Störungen bei 209 Epilepsiepatienten in den Niederlanden erhoben Swinkels et al. (2001) anhand eines strukturierten Interviews. Die Diagnosen der Angststörungen basierten auf Kriterien des DSM-III-R. Die Analysen wurden getrennt für Patienten mit Temporallappenepilepsie (N=113) und Patienten mit anderen Epilepsiesyndromen (N=87) gerechnet. Die höchsten Prävalenzraten bei Epilepsiepatienten waren Angststörungen mit 30%, gefolgt von affektiven Störungen mit 25%. Die Prävalenz dieser Störungen war signifikant höher im Vergleich zur Normalbevölkerung (Niederlande). Signifikante Unterschiede zeigten sich in der Prävalenz der Sozialen Phobie und der Generalisierten Angststörung, welche bei Epilepsiepatienten mit 13,9% und 10,5% im Vergleich zu 7,8% und 2,3% in der klinisch unauffälligen Stichprobe, höher ausgeprägt waren. Keine signifikanten Unterschiede in der Prävalenz der einzelnen Angststörungen zeigten sich zwischen Patienten mit Temporallappenepilepsien und Patienten mit anderen Epilepsiesyndromen. Es bleibt anzumerken, dass die Zuordnung der Epilepsiepatienten zu Temporallappenepilepsie und anderen Epilepsiesyndromen nicht nach objektiven Kriterien (z. B. EEG) und retrospektiv erfolgte, was das Ergebnis stark beeinflusst haben könnte.

4.5 Ätiologie von Angststörungen bei Epilepsie

Nach dem aktuellen Stand der Forschung ist die Ätiologie von Angststörungen bei Epilepsiepatienten noch nicht geklärt (Beyenburg & Schmidt, 2005). Einige Autoren haben multiätiologische Modelle zu diesem Thema formuliert, die jedoch bislang em-

pirisch nicht ausreichend überprüft wurden. Ob ein Epilepsiepatient eine Angststörung entwickelt, hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab. So üben sowohl epilepsiespezifische Faktoren als auch psychosoziale Faktoren einen Einfluss aus (Marsh & Rao; 2002). Nachfolgend soll auf den multiätiologischen Ansatz eingegangen werden. Da die meisten wissenschaftlichen Arbeiten zu diesem Thema einen explorativen Charakter haben, werden anschließend empirische Ergebnisse zu den biologischen und psychologischen Einflussfaktoren dargestellt.

4.5.1 Multiätiologische Modelle

Konsens herrscht in der Literatur darüber, dass die Entstehung von Angststörungen bei Epilepsie am besten durch ein multiätiologisches Modell beschrieben werden kann. Einige Autoren haben derartige Modelle formuliert, die sich meist nur geringfügig voneinander unterscheiden. Grundsätzlich können biologische, psychosoziale und psychologische Erklärungsansätze differenziert werden (Angenendt et al., 2000). Exemplarisch sollen im Folgenden einige Modelle dargestellt werden.

Whitman und Hermann (1986) stellen ein multiätiologisches Modell der Angstentstehung bei Epilepsiepatienten dar. Sie vermuten, dass die relevanten ätiologischen Variablen in drei Kategorien zusammengefasst werden können. Diese sind biologische Faktoren, psychosoziale Faktoren und die Medikation. Der biologische Ansatz geht davon aus, dass der Psychopathologie Dysfunktionen des zentralen Nervensystems, ausgelöst durch die Epilepsie, zugrunde liegen. Relevante Variablen für diese Hypothese sind Alter bei Beginn der Epilepsie, Anfallskontrolle, Anfallsart, vorliegen verschiedener Anfallstypen, Ätiologie der Epilepsie und Lokalisation der epileptogenen Zone. Die Psychosoziale Hypothese stellt den erlebten Stress, ausgelöst durch die Erkrankung, in den Vordergrund. Die Autoren nennen wahrgenommene Stigmatisierung, Anpassung an die Erkrankung, soziale Unterstützung, interiktale Ängste, beruflicher und finanzieller Status, elterliche Überprotektion sowie Kontrollüberzeugungen als relevante Faktoren für Psychopathologie bei Epilepsiepatienten. Die Autoren betonen, dass vor allem die Unkontrollierbarkeit der epileptischen Anfälle einen großen Einfluss auf die Ausbildung von psychischen Störungen bei Epilepsiepatienten hat. Der Einfluss der Medikation wird als dritte Hypothese genannt. Relevante Variablen sind hier neben der Anzahl der Medikamente deren Art und Dosierung.

In einer Querschnittsstudie an 696 Epilepsiepatienten mit aktuellem Anfallsgeschehen bzw. antiepileptischer Medikation untersuchten Jacoby, Baker, Stehen, Potts und Chadwick (1996) den Einfluss einiger von Whitman & Hermann (1986) postulierten klinischen und medizinischen Faktoren auf den Psychosozialen Status. In einer multivariaten Varianzanalyse zeigte sich, dass die aktuelle Anfallshäufigkeit den stärksten Einfluss auf die Ausprägung von Angst und Depression hat. In einer univariaten Analyse zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der Angstaussprägung und der aktuellen Anfallshäufigkeit, der Dauer der Erkrankung und dem Geschlecht. Kein signifikanter Zusammenhang konnte zwischen der Angstaussprägung und dem Beginn der Erkrankung, der Anfallsart, dem Alter sowie der Krankheitsursache gefunden werden.

Vazquez und Devinsky (2003) unterteilen die Risikofaktoren für die psychische Komorbidität bei Epilepsiepatienten in neurologische, pharmakologische und psychologische Faktoren. Unter den neurologischen Faktoren subsumieren die Autoren die Art der Epilepsie, den Schweregrad der Anfälle und operative Eingriffe. Die Behandlung mit Antikonvulsiva (pharmakologischer Faktor) selbst kann durch Veränderungen im Neurotransmittersystem Ängste auslösen. Zu den psychischen Faktoren zählen insbesondere die Unvorhersehbarkeit des Auftretens epileptischer Anfälle und die psychosozialen Benachteiligungen.

Torta und Keller (1999) beschreiben klinische, psychosoziale und biologische Risikofaktoren für Psychopathologien bei Epilepsie. Unter den klinischen Faktoren werden Variablen wie Alter bei Beginn der Erkrankung, Dauer der Erkrankung, Anfallsart, Häufigkeit der Anfälle, Lokalisation der epileptogenen Zone sowie interiktale und ictale Pathologien im EEG zusammengefasst. Die psychosozialen Faktoren berücksichtigen die Chronizität der Erkrankung, soziale Benachteiligungen, Probleme bei der Krankheitsverarbeitung, die Angst vor Anfällen insbesondere aufgrund deren Charakteristika und ein geringes Selbstwertgefühl. Unter den biologischen Faktoren werden die Schädigungen von Hirnregionen sowie die emotionalen und kognitiven Nebenwirkungen der Antiepileptika verstanden. Gaitatzis, Trimble und Sander (2004) haben in Anlehnung an dieses Modell von Torta und Keller (1999) insbesondere die Unvorhersagbarkeit der Anfälle, deren Unkontrollierbarkeit, den plötzlichen Beginn und die Gefahr von Verletzungen oder Scham aufgrund der Anfälle sowie die Lokalisation

der epileptogenen Zone im linken Temporallappen als ursächlich für Angststörungen hervorgehoben.

Auch Scicutella (2001) vertritt ein multiätiologisches Modell der Angstentstehung bei Epilepsiepatienten. Die Autorin nennt ein Zusammenspiel von neurologischen, pharmakologischen und psychosozialen Faktoren. So übt die Art der Epilepsie einen Einfluss aus, was dadurch begründet werden kann, dass iktale Ängste bei Temporallappenepilepsien gehäuft auftreten. Insbesondere die rechte Seite des Temporallappens scheint mit Ängsten assoziiert. Sind Strukturen des limbischen Systems involviert, konnten auch in Tierversuchen Zusammenhänge mit Ängsten gefunden werden. Als psychosoziale Risikofaktoren sieht Scicutella den Kontrollverlust während eines epileptischen Anfalls, welcher Gefühle wie Angst und Panik auslöst, sowie soziale Benachteiligungen durch die Erkrankung.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in multiätiologischen Modellen einerseits die Relevanz biologischer Faktoren und andererseits jene von psychosozialen Faktoren hervorgehoben wird. Wie bereits erwähnt, wurden die theoretisch formulierten multiätiologischen Ansätze nicht ausreichend empirisch überprüft. Neben jenen Modellen, die ihren Blick auf den gemeinsamen Einfluss verschiedener Faktoren richten, finden sich in der Literatur auch Studien, die Zusammenhänge zwischen einzelnen der oben genannten Variablen und einer psychischen Beeinträchtigung von Epilepsiepatienten explorieren. In erster Linie wendet man sich hier den biologischen Faktoren zu. Die empirischen Ergebnisse sind meist widersprüchlich, so dass der Einfluss der einzelnen Variablen noch nicht vollständig geklärt ist.

4.5.2 Biologische Faktoren

Der Fokus der empirischen Forschung wurde bislang auf die Zusammenhänge zwischen biologischen Faktoren und Angststörungen bei Epilepsiepatienten gelegt. Neueste Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Amygdala zentral für die Genese von Angst ist. Liegt die epileptogene Zone in diesem Bereich, so kann dies die Generierung von Angst sowohl als iktales als auch interiktales Phänomen bedingen (Beyenburg & Schmidt, 2005). So führen Mintzer und Lopez (2002) die hohe Komorbidität zwischen iktalen Ängsten und Panikstörung darauf zurück, dass bei beiden Phänomenen die Amygdala involviert ist. Ein gemeinsames neurobiologisches Korrelat, zwischen der generalisierten Angststörung und Epilepsie, konnte bislang noch

nicht gefunden werden. Ebenso wenig ist der Zusammenhang zwischen epilepsiebedingten hirnstrukturellen Veränderungen und der Komorbidität zur Zwangsstörung geklärt (Beyenburg & Schmidt, 2005; Vazquez & Devinsky, 2003). Iktale Ängste gelten nicht als Voraussetzung für interiktale Ängste, scheinen jedoch mit einer höheren Prävalenz von Angststörungen assoziiert (Beyenburg & Schmidt, 2005; Hermann, Dikmen, Schwartz & Karnes, 1982; Kanner, 2004). Devinsky, Cox, Witt & Ronsaville (1991) fanden in ihrer Studie an 40 Epilepsiepatienten mit Temporallappenepilepsie heraus, dass Patienten mit iktalen Ängsten im Vergleich zu Betroffenen ohne iktale Ängste signifikant häufiger unter Angststörungen litten.

Wird die Amygdala als gemeinsames Korrelat zwischen Angst und Epilepsie gesehen, könnte die Vermutung nahe liegen, dass insbesondere Patienten mit Temporallappenepilepsien erhöhte Prävalenzraten von Angststörungen aufweisen. Obschon empirische Ergebnisse dahingehende Tendenzen vermuten lassen, ist die Gesamtheit der Studien uneinheitlich. Mag auch die Mehrheit der Untersuchungen psychische Komorbidität – speziell bei Patienten mit Temporallappenepilepsien – häufiger gefunden haben (Beyenburg et al., 2005; Isaacs, Pholbeck, Barr, Devinsky & Alper, 2004; Mintzer & Lopez, 2002) so konnten etliche Autoren andererseits keinen Zusammenhang zwischen dem Anfallsort und dem Auftreten von Angststörungen feststellen (Marsh & Rao, 2002; Swinkels et al., 2001). In der Literatur finden sich Hinweise, dass die Lokalisation des epileptogenen Herdes auf der linken Hemisphäre des Temporallappens besonders stark mit Angst assoziiert ist. Andelman, Fried und Neufeld (2001) fanden in ihrer Studie, dass Patienten mit linksseitiger Temporallappenepilepsie unter stärkeren Ängsten litten und ihre Lebensqualität negativer einschätzten, als Patienten mit rechtsoriginärer Temporallappenepilepsie. Issacs et al. (2004) hingegen fanden keinen Unterschied zwischen Patienten mit rechtsoriginärer und linksoriginärer Temporallappenepilepsie hinsichtlich der Prävalenz einer Zwangsstörung.

Beyenburg und Schmidt (2005) betonen, dass sich unabhängig von der Anfallsart die höchsten Prävalenzraten von Angststörungen bei therapierefraktären Epilepsiepatienten finden. Der Schweregrad der epileptischen Anfälle scheint ein relevanter Prädiktor für Angst zu sein (Hermann & Whitman, 1992; Smith et al., 1991; Vazquez & Devinsky, 2003). Ein überraschendes, da gegenteiliges, Ergebnis fanden Goldstein und Harden (2000) als sie den Zusammenhang zwischen der Anfallshäufigkeit und

der Ausprägung von Ängsten untersuchten – sie stellten fest, dass die Anfallshäufigkeit negativ mit dem Angstlevel korrelierte. De Souza und Salgado (2006) konnten einen derartigen Zusammenhang bestätigen, wenn die Betroffenen ihre Anfälle subjektiv als wenig kontrollierbar wahrnahmen.

Der Einfluss epilepsiechirurgischer Eingriffe auf die Prävalenz von Angststörungen wurde bislang noch nicht ausreichend erforscht. Es gibt Hinweise darauf, dass Angststörungen nach chirurgischen Eingriffen verstärkt auftreten (Vazquez & Devinsky, 2003). Bis zu 54% der Patienten erfüllen nach der Operation Kriterien einer Angststörung (Schmitz & Trimble, 2005). Ergebnisse von Studien deuten darauf hin, dass dieses Phänomen zurückzuführen ist auf *Nebenwirkungen* bei operativen Eingriffen an temporalen Hirnstrukturen (Glosser, Zwiil, Glosser, O'Connor & Sperling, 2000), auf *Anpassungsschwierigkeiten* an ein Leben ohne chronische Erkrankung (Scicutella & Ettinger, 2002) sowie *keiner Anfallsfreiheit* nach der Operation (Malmgren, Sullivan, Ekstedt, Kullberg & Kumlien, 1997). Eine Verbesserung der psychischen Belastung nach epilepsiechirurgischen Eingriffen stellten Cunha et al. (2003) fest. Epilepsiepatienten nach einem operativen Eingriff zeigten signifikant geringere Werte in den Skalen des SCL-90 im Vergleich zu medikamentös behandelten Epilepsiepatienten. Eine Ausnahme bildete die Skala Feindseligkeit/Aggressivität.

Hinsichtlich der Auswirkungen medikamentöser Therapien finden sich in der Literatur Hinweise, dass bestimmte Arten antiepileptischer Medikation angstfördernde Wirkungen haben können (Devinsky, 2003). Beyenburg und Schmidt (2005) sehen als prädisponierende Faktoren hierfür psychische Erkrankungen in der Vorgeschichte des Patienten sowie Änderungen in der Dosierung.

Insgesamt gesehen sind die Zusammenhänge zwischen biologischen Faktoren und Angststörungen bei Epilepsiepatienten nicht eindeutig belegt. Regressionsanalytische Ergebnisse zeigen, dass meist nur ein geringer Prozentsatz der Varianz von Ängsten erklärt werden kann. So fanden Johnson, Jones, Seidenberg und Hermann (2004) bei 87 Patienten mit Temporallappenepilepsie anhand mehrerer Regressionsanalysen zwar einen Zusammenhang zwischen epilepsiespezifischen Variablen (Medikation, Anfallshäufigkeit, Schwere und Dauer der Erkrankung) und Angst, die epilepsiespezifischen Variablen konnten jedoch nur 4% der Varianz der Angstskala des SCL-90-R erklären.

Auch in einer Studie über 186 Epilepsiepatienten mit geistiger Behinderung konnten epilepsiespezifische Variablen als Risikofaktoren für psychische Störungen identifiziert werden (Espie et al., 2003). Zu diesen Variablen zählten die Schwere der Anfälle, Anfallshäufigkeit in den letzten Monaten sowie das Aufrechterhalten des Bewusstseins während des Anfalls. Regressionsanalysen ergaben, dass durch dieses Modell 24% der Varianz erklärt werden kann.

In einer Studie von Spector, Cull und Goldstein (2001) an 100 therapierefraktären Epilepsiepatienten wurde die wahrgenommene Kontrolle in den Fokus der Aufmerksamkeit gestellt. Zur Erfassung von Ängsten wurde die Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD; Zigmond & Snaith, 1983) eingesetzt. Die Autoren fanden keinen Zusammenhang zwischen dem Alter bei Beginn der Erkrankung, der Dauer der Epilepsie, der Anfallshäufigkeit, dem Vorhandensein einer Aura sowie der Anzahl der Antiepileptika und Angst. Dieses Ergebnis bezieht sich auf Epilepsiepatienten, die eine subjektiv wahrgenommene Kontrolle über ihre Anfälle berichten. Gaben die Betroffenen an, keine oder eine geringe Kontrolle über ihre epileptischen Anfälle zu haben, so zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Angst und dem aktuellen Alter sowie dem Alter bei Beginn der Erkrankung. Obwohl die Zusammenhänge zu soziodemographischen und epilepsiespezifischen Variablen je nachdem ob die Personen glauben eine Kontrolle über ihre Anfälle zu haben, unterschiedlich ausfallen, zeigten sich keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Ausprägung der Ängste.

Kirchschlager (2006) fand in ihrer Studie an 81 Epilepsiepatienten keine Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Angststörungen hinsichtlich der Variablen Alter, Geschlecht, Schulbildung, Beruf, Familienstand, Alter zu Beginn der Epilepsie, Dauer der Epilepsie, Schwere der Epilepsie, wahrgenommene Kontrolle über die Anfälle, Vorhandensein einer Angstaura sowie Kennen der Auslöser für die Anfälle. Auch bei getrennten Analysen von Epilepsiepatienten, die unter einer epilepsiespezifischen Angststörungen litten und solchen, die unter einer epilepsieunabhängigen Angststörung litten konnten keine Zusammenhänge zu soziodemographischen oder epilepsiespezifischen Faktoren gefunden werden.

4.5.3 Psychologische Faktoren

In der gegenwärtig zur Verfügung stehenden Literatur finden sich nur wenige Studien, welche den Einfluss psychologischer Risikofaktoren auf Angststörungen bei Epilepsiepatienten untersuchen. Die von den einzelnen Autoren als relevant erachteten psychologischen Einflussfaktoren sollen im Folgenden dargestellt werden.

Goldstein und Harden (2000) sehen die Angst vor weiteren Anfällen und das Konzept der Kontrollüberzeugungen als relevanteste psychologische Einflussfaktoren für die Entstehung von Angststörungen bei Epilepsiepatienten. Newsom, Goldstein und Fitzpatrick (1998) betonen, dass die Angst vor weiteren Anfällen nur in sehr seltenen Fällen so stark ausgeprägt ist, dass diese zu komorbiden Angststörungen führen kann. Dem Konzept der Kontrollüberzeugungen wird im Gegensatz dazu eine sehr große Bedeutung beigemessen (Amir, Roziner, Knoll & Neufeld, 1999; White, Lehman, Hephill, Mandel & Lehman, 2006). Insbesondere die externale Kontrollüberzeugung wird in Zusammenhang mit Angststörungen bei Epilepsiepatienten gebracht (De Vellis et al., 1980; Gehlert, 1994; Hermann et al., 1990; Matthews et al., 1982). An dieser Stelle sei auf das Kapitel 5.3 verwiesen, in dem diese Thematik ausführlich behandelt wird.

Auch der subjektiv empfundenen Kontrollierbarkeit der Erkrankung wird eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von Angststörungen bei Epilepsie zugemessen. Die Schwierigkeit, eine subjektiv wahrgenommene Kontrolle über die Erkrankung aufzubauen, sieht Stagno (2001) vor allem im ständigen Kontrollverlust, der dem epileptischen Anfall innewohnt. De Souza und Salgado (2006) beziehen noch andere Variablen in ihr Konzept über den Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Kontrollierbarkeit epileptischer Anfälle und der Ausprägung von Angststörungen mit ein, indem sie es um die angewandten Bewältigungsstrategien des Betroffenen, die wahrgenommene soziale Unterstützung sowie seine Einstellung zur Erkrankung erweitern. Die empirische Überprüfung dieser Annahme an 60 Epilepsiepatienten zeigte jedoch, dass ein signifikanter Zusammenhang nur zwischen der wahrgenommenen Kontrollierbarkeit epileptischer Anfälle und Ängsten vorhanden ist.

Neben der wahrgenommenen Kontrollierbarkeit der epileptischen Anfälle betonen einige Autoren die Relevanz der Krankheitsbewältigung im Zusammenhang mit Angststörungen (Scicutella, 2001; Torta & Keller, 1999; Whitman & Hermann, 1986).

Die Diagnose einer chronischen Erkrankung verlangt vom Betroffenen hinsichtlich seiner weiteren Lebensgestaltung eine mehr oder weniger starke Anpassungsleistung. Bleiben diese Bemühungen erfolglos, so kann es zu psychischen Störungen kommen. Rosenbaum und Palmon (1984) übertragen das Konzept der *Learned Resourcefulness* auf den Umgang mit der Erkrankung Epilepsie. Sie erläutern dies an dem Beispiel zweier Epilepsiepatienten mit derselben Häufigkeit tonisch-klonischer Anfälle, die beide, in Bezug auf einen erfolgten Anfall, mit unmittelbarer Depressivität und Ängstlichkeit reagierten. Jener Epilepsiepatient, der als *High Resourceful* eingestuft werden kann, wird verschiedene kognitive und behaviorale Fertigkeiten anwenden, um die emotionalen Auswirkungen des unkontrollierbaren Anfalls auf seinen Alltag zu minimieren. Im Gegensatz dazu wird ein als *Less Resourceful* eingestufteter Betroffener die emotionalen Auswirkungen des Anfalls nicht bewältigen können. Beide Patienten werden also in derselben Art vom epileptischen Anfall beeinflusst (emotionale Erregung), gehen aber unterschiedlich damit um. Der Begriff der *Learned Resourcefulness* beschreibt ein erworbenes kognitiv-behaviorales Repertoire von selbstkontrollierenden Fähigkeiten, die es einer Person ermöglichen, mit stressreichen Situationen umzugehen (Rosenbaum, 1989). Das Spezifische dieser Skills ist, dass sie keines formalen Trainings bedürfen.

Ferner wird dem Konzept der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1986) in der Literatur über Psychopathologie bei Epilepsiepatienten vor allem im Zusammenhang mit Depressionen eine zentrale Rolle zugeschrieben (De Vellis et al., 1980; Gehlert, 1994; Hermann, Whitman, Wyler, Anton & Vanderzwegg, 1990; Matthews et al., 1982). Das Modell der erlernten Hilflosigkeit setzt sich mit den Auswirkungen von unkontrollierbaren Stressoren auseinander. Wird eine Person fortdauernd mit unkontrollierbaren Situationen konfrontiert resp. macht sie mehrfach die Erfahrung, dass sie die Situation durch ihr eigenes Verhalten nicht beeinflussen kann, so löst dies Angst aus (Seligman, 1986). Bleibt die Unvorhersagbarkeit und Unkontrollierbarkeit des Ereignisses bestehen, so wird die Person in weiterer Folge mit Hilflosigkeit reagieren, was wiederum das Angstempfinden intensivieren kann.

Zusammenfassend kann hervorgehoben werden, dass der Fokus zukünftiger Forschung auf psychologische Variablen gelegt werden sollte (De Souza & Salgado, 2006; Hermann & Whitman, 1992). Die vorliegende Studie möchte hierzu einen we-

sentlichen Beitrag leisten, indem sie die Zusammenhänge zwischen Angststörungen und Kontrollüberzeugungen sowie Krankheitsbewältigung näher beleuchtet.

5 Kontrollüberzeugung

5.1 Kontrollierbarkeit der epileptischen Anfälle

Kontrolle ist ein wichtiger Aspekt in der Arbeit mit chronisch kranken Patienten. Chronische Erkrankungen bergen immer einen gewissen Kontrollverlust in sich, da es nicht möglich ist, exakt vorherzusagen, wie sich die Erkrankung entwickeln wird (Williams & Koocher, 1998). Epilepsiepatienten fühlen sich ihrer Erkrankung, im Vergleich zu Patienten mit anderen chronischen Krankheiten, besonders hilflos ausgeliefert. Dieses ausgeprägte Gefühl der Hilf- und Machtlosigkeit führen Matthews, Barabas und Ferrari (1982) insbesondere auf drei Charakteristika der Erkrankung Epilepsie zurück.

Als erstes Charakteristikum betonen die Autoren die *Unvorhersagbarkeit* des epileptischen Anfalls. So können lange symptomfreie Intervalle (auch über Jahre) auftreten oder aber zwei epileptische Anfälle innerhalb kurzer Zeit aufeinander folgen. Die Betroffenen leben ständig in dem Bewusstsein, einen epileptischen Anfall erleiden zu können.

Weiterhin löst die *Manifestation der Symptome* bei vielen Betroffenen ein Gefühl des Bloßgestelltseins und der Scham aus. Abhängig von der Art des Anfalls variiert das äußere Erscheinungsbild und damit auch die subjektiv empfundene Scham. Absencen beispielsweise führen ganz plötzlich und ohne Vorwarnung zu einer Bewusstseinstrübung. Nach außen hin wird dieser epileptische Anfall als ein Innehalten in einer Tätigkeit oder ein starrer Blick des Betroffenen wahrgenommen. Innerhalb weniger Sekunden kann dieser Anfall vorüber und das Bewusstsein wiederhergestellt sein. Die schwerste epileptische Anfallsform, der Grand-mal-Anfall, hingegen manifestiert sich in sehr viel auffälligeren körperlichen Symptomen, wie Zuckungen und Versteifungen der Muskulatur, zu Boden stürzen, Urinabgang, Speichelaustritt, häufig auch Bissverletzungen der Zunge oder Wange, dem Verlust des Bewusstseins und Atemstillstand. Für Beobachter lässt dieses Bild den Schluss eines plötzlichen Todes des Patienten zu.

Als drittes Kennzeichen ist laut Matthews et al. (1982) allen epileptischen Anfällen schließlich gemein, dass sie durch einen *Kontrollverlust über den eigenen Körper* charakterisiert sind.

Insbesondere der massive Kontrollverlust, den die Patienten während eines Anfalls erleben, führt zu einer Hilflosigkeit der Erkrankung gegenüber. Das intensive Gefühl, der Erkrankung hilflos ausgeliefert zu sein, diese nicht kontrollieren zu können, erzeugt bei vielen Betroffenen massive Ängste, bis hin zu Angststörungen. Die Möglichkeit der Kontrolle der epileptischen Anfälle ist für die meisten Epilepsiepatienten ein erstrebenswertes Ziel. Wann von einer Kontrollierbarkeit der Erkrankung Epilepsie bzw. der epileptischen Anfälle gesprochen werden kann, wird in der Literatur unterschiedlich definiert. Viele Autoren orientieren sich an objektiven Kriterien. Diese werden definiert als Dauer der Anfallsfreiheit, Art und Anzahl der Medikation, Erkennen und Vermeidung von anfallsauslösenden Situationen, die Anwendung von Selbstkontrolltechniken oder das Auftreten von Auren (De Vellis et al., 1980; Spector, Cull & Goldstein, 2001). Neben der objektiven Kontrollierbarkeit epileptischer Anfälle wird in der Literatur der subjektiv wahrgenommenen Kontrollierbarkeit eine große Bedeutung zugemessen (Spector et al., 2001). Die wahrgenommene Kontrolle wird von Wallston et al. (1987) definiert als „the belief that one can determine one's own internal states and behavior, influence one's environment, and/or bring about desired outcomes“ (S.5). Eine Situation wird als kontrollierbar erlebt, wenn ein eigener Handlungsspielraum wahrgenommen und die zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten in einer effektiven Weise eingesetzt werden können. Die subjektiv empfundene Kontrollierbarkeit rückt insbesondere bei therapierefraktären Patienten in den Mittelpunkt. Obwohl mit Hilfe der antikonvulsiven Therapie keine Anfallsfreiheit erzielt werden kann, berichten viele dieser Patienten von einer subjektiv empfundenen Kontrolle über die Erkrankung (Antebi & Bird, 1993; Spector et al., 2001).

Neben der Differenzierung von objektiver und subjektiver Kontrollierbarkeit kann bezüglich der Behandlungsmethoden der Epilepsie unterschieden werden zwischen Methoden, die den Handlungsspielraum der Betroffenen über externe Kontrollmöglichkeiten erweitern und solchen, die die internale Kontrolle der Patienten unterstützen. Exemplarisch sollen hier die wichtigsten Therapien dargestellt werden.

Da die Epilepsie als organische Erkrankung einen weitgehend autonomen Anteil hat, wird der Fokus der heutigen Epilepsiebehandlung auf medikamentöse Therapien gelegt. Die Behandlung mit Antikonvulsiva ist bei 60-80% aller Patienten erfolgreich

(Wolf et al., 2003)⁵. Erfolg wird als weitestgehende Anfallsfreiheit verstanden. Eine weitere medizinische Behandlungsmöglichkeit bietet die operative Therapie, die bei 5-10% aller Epilepsiepatienten als geeignet erscheint.

Therapierefraktäre Patienten müssen weiterhin mit der Ungewissheit, einen erneuten Anfall zu erleiden, leben. Dennoch bestehen auch für diese Patienten Möglichkeiten das Anfallsgeschehen positiv zu beeinflussen, um so den eigenen Handlungsspielraum zu erweitern. Unterstützung bietet die Verhaltenstherapie - welche ebenso wie die medikamentöse Therapie - Anfallsfreiheit zum erklärten Ziel hat. Der Fokus richtet sich auf das Erkennen und Vermeiden anfallsbegünstigender resp. anfallsauslösender Faktoren sowie auf die Anfallsunterbrechung durch spezifische Sinnesreize. Letzteres kann über EEG-Biofeedbacktraining aber auch über die Anwendung unspezifischer Gegenmaßnahmen (Selbstkontrolle) erlernt werden (Wolf, 1992). Die so genannte *Selbstkontrolle* ist eine der ältesten überlieferten therapeutischen Gegenmaßnahmen bei Epilepsie, die bei auraeingeleiteten epileptischen Anfällen angewandt werden kann. Diese verhaltensmedizinische Methode baut auf die vorhandenen Kontrollmöglichkeiten der Betroffenen auf. Über gezielte Gegenmaßnahmen wie motorisches Verhalten oder mentale Prozesse können die neuronalen Entladungen im Gehirn dahingehend beeinflusst werden, dass der epileptische Anfall unterbrochen wird (Schmid-Schönbein, 1998). So zum Beispiel wird bei der akustischen Aura-Empfindung *Hören eines hohen Tones* erfolgreich das Summen eines tiefen Tones eingesetzt. Die Effektivität der motorischen Gegenmaßnahmen ist mittlerweile vielfach empirisch belegt (Betts, 1994; Brown & Fenwick, 1989; Dahl, 1992). Etwa 60% der Epilepsiepatienten mit auraeingeleiteten epileptischen Anfällen berichten über Erfahrungen der gezielten Anfallsunterbrechung oder des Hinauszögerns von Anfällen. Spector et al. (2001) betonen, dass Kontrollüberzeugungen für den Erfolg von Selbstkontrolltechniken ausschlaggebend sind. Ziel der Selbstkontrolle ist es, die Kontrollmöglichkeiten der Patienten zu stärken, ihnen ihren Handlungsspielraum bewusst zu machen und ihn darüber hinaus zu erweitern.

⁵ Für eine detaillierte Darstellung medizinischer und psychotherapeutischer Interventionen bei Epilepsiepatienten siehe Wolf et al. (2003).

5.2 Das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen

Wie Epilepsiepatienten auf den sich ständig wiederholenden Kontrollverlust reagieren, ist sehr unterschiedlich. Betroffene, die sich der Diagnose Epilepsie gegenüber eher hilf- und machtlos erleben, werden zu anderen Bewältigungsstrategien greifen (wenn überhaupt), als solche, die trotzdem versuchen, sich einen eigenen Handlungsspielraum zu identifizieren, sich diesen frei zu halten und darin aktiv zu sein. Ist eine positive Anpassung an die Erkrankung nicht möglich, können psychische Störungen entstehen. In Hinblick auf die hohe Komorbidität zu psychischen Störungen könnte die Kontrollierbarkeit der Erkrankung als ursächlich dafür in Betracht gezogen werden. Es ist daher indiziert diesen Faktor mehr ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu rücken.

Abhängig von den subjektiven Erfahrungen mit der Erkrankung bildet sich eine Erwartung über dessen Kontrollierbarkeit heraus. In der psychologischen Forschung wird dieser Aspekt über das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen erhoben.

Das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen wurde erstmals von Rotter (1966) im Rahmen der *Sozialen Lerntheorie der Persönlichkeit* formuliert. Eingangs soll diese Persönlichkeitstheorie kurz dargestellt werden. Anschließend soll auf eine, für die aktuelle Studie relevante, theoretische Weiterentwicklung - dem handlungstheoretischen Partialmodell der Persönlichkeit von Krampen (1991) – eingegangen werden. Ferner werden die Weiterentwicklungen bezogen auf die Dimensionalität des Konstruktes als auch bezogen auf die Bereichsspezifität näher beleuchtet.

5.2.1 Soziale Lerntheorie der Persönlichkeit

Das theoretische Konstrukt der Kontrollüberzeugungen wurde ursprünglich von Rotter (1966) im Rahmen der von ihm entwickelten *Sozialen Lerntheorie der Persönlichkeit* formuliert. Diese Persönlichkeitstheorie bezieht sich in ihren Kernannahmen auf erwartungs-wert-theoretische Modellvorstellungen (Krampen, 1991). Rotter (1966) beschäftigt sich mit der Frage, wie ein Individuum zwischen verschiedenen Verhaltensweisen des eigenen Verhaltensrepertoires auswählt, um diese in einer spezifischen Situation anzuwenden. Er differenziert zwischen *starken* und *schwachen* Situationen. *Starke* Situationen sind der Person vertraut und wohl bekannt. In solchen Situationen kann das Verhalten der Person durch situations- und handlungsspezifische

sche Erwartungen vorhergesagt werden, welche durch Erfahrungen und Lernprozesse entstehen. Im Gegensatz dazu, werden *schwache* Situationen als neuartig oder mehrdeutig beschrieben. In *schwachen* Situationen stehen der Person keine situationsspezifischen Erwartungen zur Verfügung. Das Verhalten wird ausschließlich von generalisierten Erwartungen bestimmt. Generalisierte Erwartungen basieren auf Erfahrungen in Situationen mit ähnlichen Zielen oder ähnlichen strukturellen Gegebenheiten, die auf die aktuelle Situation übertragen (generalisiert) werden.

Unter Kontrollüberzeugungen versteht Rotter (1966) eine generalisierte Erwartungshaltung darüber, ob Ereignisse im eigenen Lebensraum kontrolliert werden können oder nicht. Er formuliert Kontrollüberzeugungen als eindimensionales Konstrukt. Personen unterscheiden sich darin, ob sie Ereignisse als durch ihr eigenes Handeln beeinflussbar sehen (internale Kontrolle), oder ob sie diese Kontrollierbarkeit außerhalb der eigenen Person liegenden Faktoren zuschreiben (externale Kontrolle). Je nach Lokalisation der Kontrollüberzeugungen wird die Handlungsintention einer Person bestimmt. Personen mit einer internalen Kontrollüberzeugung werden aktiver sein, weil sie davon ausgehen, dass sie ihre Umwelt durch ihr Handeln manipulieren können. Personen mit einer externalen Kontrollüberzeugung hingegen glauben, durch ihr eigenes Zutun nichts bewirken zu können und werden daher einer Situation eher passiv gegenüberstehen. Kontrollüberzeugungen als Persönlichkeitskonstrukt sind zeitlich stabil und verändern sich nur dann entscheidend, wenn ein gravierendes Ereignis eintritt.

Den Zusammenhang von Kontrollüberzeugungen und psychischer Anpassung beschreibt Rotter (1966) als kurvilinear. Personen die entweder sehr stark internal oder sehr stark external orientiert sind, berichten von mehr psychischen Symptomen im Vergleich zu Personen die keinem Extrem angehören.

5.2.2 Handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit

Das handlungstheoretische Partialmodell der Persönlichkeit (Krampen, 1991) ist eine Weiterentwicklung der Sozialen Lerntheorie der Persönlichkeit (Rotter, 1966). Die Kritik von Krampen (1991) an der Sozialen Lerntheorie betrifft die Beschränkung auf eine einfache Aufzählung verschiedener Konstrukte generalisierter Erwartungshaltungen. Krampen (1991) entwickelte, laut eigenen Aussagen, in seinem Modell theoretisch elaborierte Konstruktebenen, die als Beschreibungs- und Vorhersagemodell

für Handlungsintentionen sowie Handlungen gelten. Das Modell berücksichtigt die wechselseitige Beeinflussung situativer und personaler Faktoren und hat somit einen interaktionistischen Charakter. Nach Krampen (1991) wird eine Person dann von ihren Kontrollmöglichkeiten überzeugt sein, wenn sie glaubt, die Verhaltens-Ergebnis-Kontingenzen zu kennen und entsprechende Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung zu haben.

Krampen (1991) führt Handlungen und Handlungsintentionen auf die folgenden Konstruktebenen zurück:

- Situations-Ereignis-Erwartungen beschreiben die Erwartung, dass ein bestimmtes Ereignis ohne eigenes Zutun auftritt oder verhindert wird.
- Kompetenzerwartungen (Situations-Handlungs-Erwartungen) werden definiert als subjektive Erwartung, dass der Person in einer Situation Handlungsalternativen, oder zumindest eine Handlungsmöglichkeit, zur Verfügung steht.
- Kontingenzerwartungen (Handlungs-Ergebnis-Erwartungen) bezeichnen die subjektive Erwartung, dass auf eine Handlung bestimmte Ereignisse folgen oder nicht folgen.
- Instrumentalitätserwartungen (Ergebnis- und Ereignis-Folge-Erwartungen) beschreibt die Erwartung, dass bestimmten Ergebnissen oder Ereignissen bestimmte Konsequenzen folgen.
- Die subjektiven Valenzen (Bewertungen) der Ereignisse sowie der Folgen.

Diese Erwartungen und Bewertungen gestatten in sogenannten *starken* Situationen differenzierte Beschreibungen und Vorhersagen von Handlungen. Auf allen diesen Konstruktebenen können Generalisierungen stattfinden, die zu situativ und zeitlich relativ stabilen Persönlichkeitsvariablen führen. Die Persönlichkeitsvariablen sind in sogenannten *schwachen* Situationen für die Vorhersage von Verhalten bedeutsam.

Die Generalisierungen der Konstruktebenen lauten wie folgt:

- Situations-Ereignis-Erwartungen werden dahingehend generalisiert, dass in vielen Situationen darauf vertraut wird, auch ohne eigenes Zutun positiv bewertete Ereignisse zu erfahren bzw. negativ bewertete Ereignisse zu verhin-

dern. Der Autor wählt für dieses Persönlichkeitskonstrukt den Terminus *Vertrauen*.

- Die Generalisierung der Kompetenzerwartung findet sich darin, dass die Personen sich in vielen unterschiedlichen Situationen als kompetent und handlungsfähig erleben. Dieses Persönlichkeitskonstrukt wird als *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten* bezeichnet.
- Die Kontingenzerwartungen werden in ihrer Generalisierung als *Kontrollüberzeugungen* benannt.
- Instrumentalitätserwartungen werden in ihrer generalisierten Form als *Konzeptualisierungsniveau* bezeichnet. Darunter versteht der Autor das Ausmaß des Verstehens von Handlungs- und Lebenssituationen in ihrer Dynamik.
- Die situationsspezifischen Valenzen werden zu *Wertorientierungen* und *Lebenszielen*.

Krampen (1991) sieht die Generalisierungen der Konstruktebenen als zentrale handlungstheoretische Persönlichkeitsvariablen, durch die andere, wie z. B. Ängstlichkeit, rekonstruiert und spezifiziert werden können.

5.2.3 Weiterentwicklungen des Konstrukts der Kontrollüberzeugungen

Neben der Weiterentwicklung der Theorie die dem Konzept der Kontrollüberzeugungen zugrunde liegt, kam es darüber hinaus zu zwei relevanten Konstrukterweiterungen. Als erste Weiterentwicklung ist die Unterscheidung hinsichtlich der Dimensionen der Kontrollüberzeugungen zu nennen. Die zweite Weiterentwicklung betrifft die Differenzierung zwischen generalisierten und bereichsspezifischen Kontrollüberzeugungen. Auf beide Entwicklungen soll im Folgenden eingegangen werden.

Levenson (1972, in Lohaus, 1992) stellte auf der Basis eigener Befunde die Eindimensionalität des Konstrukts der Kontrollüberzeugungen, wie sie von Rotter (1966) formuliert wurde, in Frage. Er ersetzte diese durch ein dreidimensionales Konzept, welches heute in der Forschung weithin akzeptiert ist. Neben der internalen Kontrollüberzeugung werden zwei Formen der externalen Kontrollüberzeugung unterschieden. Personen können demnach das Eintreten von Ereignissen als

- abhängig vom eigenen Handeln (internal)
- abhängig vom Handeln Anderer (sozial-external)
- abhängig vom Schicksal oder von Zufällen (fatalistisch-external)

auffassen.

Die beschriebenen Dimensionen der Kontrollüberzeugungen können unabhängig voneinander interpretiert werden. Die Ausprägung in den einzelnen Dimensionen der Kontrollüberzeugungen übt einen Einfluss auf das krankheitsspezifische Verhalten der Epilepsiepatienten. Patienten mit einer hohen Ausprägung der fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugung werden sich bei der Bewältigung der Erkrankung eher passiv verhalten, da eine Möglichkeit zur Beeinflussung der Situation nicht wahrgenommen wird. Personen mit sozial-externaler Orientierung werden Ratschlägen von Ärzten bzw. von als mächtig empfundenen Personen eher Folge leisten und diese annehmen. Personen mit einer starken Ausprägung der internalen Kontrollüberzeugung sind offen für Verhaltensweisen, bei denen Eigeninitiative gefordert ist (Durchführung von Vorsorgemaßnahmen, Teilnahme an Selbsthilfegruppen, Inanspruchnahme von Epilepsieberatungsstellen, etc.).

Neben dieser Interpretationsmöglichkeit lassen sich individuelle Kontrollüberzeugungsmuster finden, die über unterschiedliche Kombinationen der drei Kontrollüberzeugungen definiert werden. Wallston und Wallston (1982) beschreiben acht Kombinationsmöglichkeiten, betonen jedoch, dass diese Typologien bislang noch keiner Validitätsprüfung unterzogen wurden. Der sogenannte *Believer in Control* zeigt eine starke Ausprägung in der internalen als auch in der sozial-externalen Kontrollüberzeugung. Die fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung ist hingegen schwach ausgeprägt. Diese Konstellation scheint für Patienten mit chronischen Erkrankungen die effektivste für einen positiven Umgang mit ihrer Erkrankung zu sein. Personen mit diesen Ausprägungen in den Kontrollüberzeugungen glauben, dass sie auf ihre Gesundheit/Krankheit selbsttätig Einfluss nehmen können, nehmen aber auch Ratschläge und Hilfe von Anderen (z. B. Ärzten) an.

Die zweite relevante Weiterentwicklung des Kontrollüberzeugungskonzepts betrifft die Bereichsspezifität. In neueren Forschungsansätzen wird der Schwerpunkt bereits auf bereichsspezifische Kontrollüberzeugungen gelegt (Lohaus & Schmitt, 1989). Die

Idee Kontrollüberzeugungen bereichsspezifisch zu erheben kam aufgrund inkonsistenter Forschungsergebnisse zustande. Während sich generalisierte Kontrollüberzeugungen als Folge von Kontrollerfahrungen über unterschiedliche Lebensbereiche hinweg entwickeln, bilden sich spezifische Kontrollüberzeugungen aufgrund der gemachten Erfahrungen in einem Lebensbereich aus. Diese müssen nicht mit den generalisierten Kontrollüberzeugungen übereinstimmen (Williams & Koocher, 1998). Personen, die längere Zeit mit einer chronischen Erkrankung leben, haben besondere Erfahrungen im Bereich Gesundheit/Krankheit gemacht, die die Kontrollüberzeugungen in diesem Bereich bestimmen. Für diesen Personenkreis werden die krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen, im Vergleich zu den generalisierten Kontrollüberzeugungen, bezogen auf die Erkrankung aussagekräftiger sein. Bestünde die Erkrankung noch nicht ausreichend lange, würde für die Vorhersage des Verhaltens auf generalisierte Kontrollüberzeugungen zurückgegriffen werden müssen.

5.3 Kontrollüberzeugungen und Angst bei Epilepsie

Die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Kontrollüberzeugungen und Angststörungen bei Epilepsiepatienten wird in den Fokus der vorliegenden Arbeit gestellt. In diesem Kapitel soll der aktuelle Forschungsstand dieser Thematik dargestellt werden. Anfangs wird auf die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen bei Epilepsiepatienten eingegangen. Es werden Einflussfaktoren, die das Entstehen von Kontrollüberzeugungen bedingen, beschrieben und - sofern gegeben - durch empirische Ergebnisse untermauert. Anschließend wird der Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugungen und Angststörungen bei Epilepsiepatienten näher beleuchtet.

Kontrollüberzeugungen werden durch persönliche Erfahrungen geformt. Die immer wiederkehrende Konfrontation mit unkontrollierbaren, unvorhersagbaren Ereignissen, wie sie ein epileptischer Anfall darstellt, kann besonders prägend sein. Viele Epilepsiepatienten erleben den Kontrollverlust während eines Anfalls als belastend. Häufig kommt es dazu, dass die Patienten diese krankheitsspezifischen Erfahrungen auf weitere Lebensbereiche generalisieren. So entwickeln sie die Erwartung, dass Geschehnisse nicht von ihnen selbst beeinflusst und kontrolliert werden können (Gehler, 1994). Im Vergleich zu Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen haben Epilepsiepatienten eine stärker ausgeprägte externale Kontrollüberzeugung (Matthews et al., 1982). In der Literatur finden sich einige Studien die eine hohe Ausprä-

gung der externalen Kontrollüberzeugung bei Epilepsiepatienten belegen (Amir et al., 1999; Burns, 1988; De Vellis et al., 1980; Gehlert, 1994; Gehlert & Chang, 1998; Hermann & Wyler, 1989; Ziegler, 1981). Die Ergebnisse der Studie von Gopinath, Radhakrishnan, Sarma, Jayachandran und Alexander (2000) gehen mit diesen konform. Die Autoren fanden bei 200 indischen Epilepsiepatienten im Vergleich zu einer klinisch unauffälligen Stichprobe eine signifikant höhere externe Kontrollüberzeugung und damit einhergehend eine signifikant geringere interne Kontrollüberzeugung. Au et al. (2002) berichten, dass vor allem die fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung bei Epilepsiepatienten hoch ausgeprägt ist.

Diese Ergebnisse konnten Helmstaedter und Elger (1994) nur teilweise bestätigen. Die Autoren untersuchten 58 therapierefraktäre Epilepsiepatienten mit fokalen Epilepsien, die kurz vor einem operativen Eingriff standen, hinsichtlich ihrer Kontrollüberzeugungen. Sie fanden mittels des IPC-Fragebogens (Krampen, 1981), dass nur 28% der untersuchten Probanden stark external orientiert waren, hingegen 50% der Teilnehmer eine höhere interne Kontrollüberzeugung aufwiesen.

Obwohl einige Studien eine hohe externe Kontrollüberzeugung bei Epilepsiepatienten fanden, trifft diese Kontrollorientierung nicht auf alle Epilepsiepatienten gleichermaßen zu. Ein Großteil der Arbeiten, die sich mit Kontrollüberzeugungen von Epilepsiepatienten befassen, sind Querschnittsstudien. Obgleich davon ausgegangen wird, dass die Kontrollüberzeugungen über die Zeit hinweg relativ stabil sind (Lau, 1982), können diese jedoch auch durch kürzlich gemachte Erfahrungen mit der Erkrankung modifiziert werden (Halfens, 1995). Bei Epilepsiepatienten könnte, laut der Annahme von Halfens (1995), das aktuelle Auftreten epileptischer Anfälle einen Einfluss auf die Kontrollüberzeugungen nehmen. So kann es sein, dass die Kontrollorientierung von Patienten, die sich während eines langen anfallsfreien Zeitraums internal orientiert fühlen, diese nach einem Anfall in Richtung Externalität verschoben wird. Die Ergebnisse der Studie von Uhlmann und Fröscher (2001) konnten den Zusammenhang zwischen wiederholt auftretenden epileptischen Anfällen und einer stärkeren Ausprägung der externalen Kontrollüberzeugung bestätigen. Diese Annahme wurde jedoch empirisch weder von Antebi und Bird (1993) noch von Spector et al. (2001) unterstützt. In ihren Studien zeigte sich kein Zusammenhang zwischen der Anfallshäufigkeit und der externalen Kontrollüberzeugung. Auch Gehlert (1994) konnte die Hypothese, dass immer wiederkehrende epileptische Anfälle die externe Kontrollüber-

zeugung begünstigen, durch eine Studie an 143 Epilepsiepatienten nicht bestätigen. Burns (1988) untersuchte den Zusammenhang zwischen der Anfallshäufigkeit und den externalen Kontrollüberzeugungen in Abhängigkeit vom Anfallstyp an 101 Epilepsiepatienten. Für Patienten mit tonisch-klonischen Anfällen und Patienten, die mehr als einen Anfallstyp aufwiesen, konnte kein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen gefunden werden. Für Epilepsiepatienten mit komplex-fokalen Anfällen zeigte sich hingegen ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anfallshäufigkeit und den externalen Kontrollüberzeugungen.

Das Alter bei Beginn der Erkrankung wird des Weiteren ebenfalls in Bezug mit Kontrollüberzeugungen gebracht. Im Alter zwischen neun und elf Jahren entwickeln Kinder eine erste realistische Einschätzung über die Auswirkungen ihrer eigenen Handlungen auf die Erkrankung, aber erst in der frühen Jugendzeit (zwischen elf und dreizehn Jahren) ist es möglich, eine internale Kontrollüberzeugung wahrzunehmen und zu beschreiben (Compas, Banez, Malcarne & Worsham, 1991; Williams & Koocher, 1998). DeVellis et al. (1980) fanden jedoch einen Zusammenhang dahingehend, dass Patienten, deren Epilepsie in der Kindheit begann, eine höhere internale Kontrollüberzeugung aufwiesen. Dieses Ergebnis könnte dadurch erklärt werden, dass Epilepsiepatienten, die schon sehr lange chronisch krank sind, gute Krankheitsbewältigungsstrategien entwickelt haben. So könnten sich diese Patienten verschiedenste Einflussmöglichkeiten auf die Erkrankung angeeignet haben, die die internale Kontrollierbarkeit erhöhen, wie dies beispielsweise bei Selbstkontrolltechniken der Fall ist.

Im Gegensatz dazu fand Gehlert (1994) in ihrer Studie an 143 Epilepsiepatienten keinen Zusammenhang zwischen der objektiven Kontrolle über die Anfälle, operationalisiert durch das aktuelle Alter, das Alter zu Beginn der Erkrankung und der Zeit die seit dem letzten Anfall verstrichen ist, und den generalisierten sowie den krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen.

Die Wirkung weiterer epilepsiespezifischer Faktoren auf die Ausprägung von Kontrollüberzeugungen untersuchten Uhlmann und Fröscher (2001) sowie Hermann, Whitman und Anton (1992). Die Autoren stimmen darin überein, dass die spezifischen Charakteristika der Epilepsie die externale Kontrollüberzeugung begünstigen.

De Vellis et al. (1980) berücksichtigten in ihrer Studie sowohl generalisierte als auch krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen und erhoben den Einfluss epilepsiespezifischer Variablen auf deren Ausprägungen. Die krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen wurden über die Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC; Wallston, Wallston & DeVellis, 1978), die generalisierten Kontrollüberzeugungen über die Levenson Scales (Levenson, 1974) operationalisiert. Bei Letzteren wurde die sozial-externale Kontrollüberzeugung aus der Analyse ausgeschlossen. Die Autoren begründen dies vornehmlich mit der Länge des Fragebogens. An der Untersuchung nahmen 289 Epilepsiepatienten teil. Epilepsiepatienten zeigten im Vergleich zur klinisch unauffälligen Stichprobe signifikant höhere Ausprägungen der krankheitsspezifischen sozial-fatalistischen Kontrollüberzeugung sowie eine signifikant geringere Ausprägung der internalen Kontrollüberzeugung. Für die weiteren Skalen der Kontrollüberzeugungen konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Des Weiteren untersuchten die Autoren Zusammenhänge zwischen epilepsiespezifischen Variablen und Kontrollüberzeugungen. Eine positive Korrelation bestand zwischen dem Vorhandensein einer Aura und der krankheitsspezifischen internalen Kontrollüberzeugung sowie der internalen Kontrollüberzeugung. Die subjektiv wahrgenommene Kontrolle der Anfälle korrelierte ebenfalls positiv sowohl mit der krankheitsspezifischen internalen Kontrollüberzeugung als auch mit der internalen Kontrollüberzeugung. Ein positiver Zusammenhang konnte zwischen der Schwere der Anfälle und der krankheitsspezifischen fatalistisch-externalen sowie der krankheitsspezifischen sozial-externalen Kontrollüberzeugung und der fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugung gefunden werden. Die Schwere der Anfälle korrelierte negativ mit der krankheitsspezifischen internalen Kontrollüberzeugung. Die krankheitsspezifischen fatalistisch-externale sowie sozial-externale Kontrollüberzeugungen und die fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung korrelierten positiv mit der Dauer der Erkrankung.

Der Einfluss soziodemographischer Variablen auf die Kontrollüberzeugungen wurde u. a. für die Variable Geschlecht untersucht. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich im Allgemeinen dahingehend, dass Männer oftmals eine höhere interne Kontrollüberzeugung zeigen (Heckhausen & Schulz, 1995). Die Autoren führen dieses Ergebnis auf unterschiedliche Verhaltensweisen im medizinischen Setting zurück. Wird die Verantwortung vollends in die Hände der Ärzte gelegt, so wird die externe Kontrollüberzeugung stärker ausgeprägt werden. Sieht man den Kontakt zu

Ärzten hingegen als Kooperation und Informationsbeschaffung, so wird die interne Kontrollüberzeugung gestärkt. Williams und Koocher (1998) weisen darauf hin, dass die höhere Ausprägung der internalen Kontrollüberzeugung bei Männern im Falle einer chronischen Erkrankung auch negative Auswirkungen haben kann. Durch die Erfahrung auf einmal keine Kontrolle über die Erkrankung zu haben, kann ein intensives Gefühl von Hilflosigkeit entstehen, das wiederum eine stärkere krankheitsspezifische externe Kontrollüberzeugung bedingt.

Krakow, Bühler und Haltenhof (1999) gingen der Frage nach, ob Kontrollüberzeugungen bei Epilepsiepatienten in einem Zusammenhang einerseits zu epilepsiespezifischen und andererseits zu soziodemographischen Variablen stehen. Sie überprüften diese Fragestellung an 40 Epilepsiepatienten mit primär oder sekundär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen. Die Auswertung des IPC-Fragebogens (IPC-Fragebogens zu Kontrollüberzeugungen; Krampen, 1981) ergab, dass die interne Kontrollüberzeugung, im Vergleich zu den beiden Formen der externalen Kontrollüberzeugungen, bei der untersuchten Stichprobe am stärksten ausgeprägt war. Ferner zeigten sich keine signifikanten Korrelationen der Kontrollüberzeugungen mit soziodemographischen Variablen wie Geschlecht und Alter, sowie mit epilepsiespezifischen Variablen wie Dauer der Erkrankung, Anfallshäufigkeit, Anfallsart und Alter bei Beginn der Erkrankung.

Eine Erweiterung der Einflussfaktoren auf Kontrollüberzeugungen um psychologische Variablen nahmen Smith, Baker, Dewey, Jacoby und Chadwick (1991) in ihrem Studiendesign vor. Im Gegensatz zur Untersuchung von Krakow et al. (1999) war die interne Kontrollüberzeugung bei den untersuchten 100 therapierefraktären Epilepsiepatienten mit fokalen Anfällen gering ausgeprägt. Multiple Regressionsanalysen ergaben, dass die Kontrollüberzeugungen am besten durch psychologische Variablen wie Angst, Depressivität, Selbstwertgefühl, Zufriedenheit und eine aktive Gestaltung des Alltags vorhergesagt werden konnten. Dieses Modell erklärte 24% der Varianz der Variable Kontrollüberzeugungen. Wurden psychologische Variablen aus der Analyse ausgeschlossen, so war die Schwere der Anfälle, mit 7% erklärender Varianz, der beste Prädiktor für Kontrollüberzeugungen. Die Schwere der Anfälle wurde über die subjektive Wahrnehmung der Kontrollierbarkeit der Anfälle und über die Schwere der Anfälle (z. B. Rekonvaleszenzzeit, Art des Anfalls) operationalisiert.

Die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch die Erkrankung korrelierte in der Studie von Arnston, Droge, Norton und Murray (1986) negativ mit der internalen Kontrollüberzeugung. So hatten Patienten, die sich stark durch die Erkrankung beeinträchtigt fühlten, im Gegensatz zu Epilepsiepatienten die eine derartige Beeinträchtigung nicht empfanden, eine geringer ausgeprägte interne Kontrollüberzeugung.

Die Wirkung psychologischer Variablen auf die Ausbildung von Kontrollüberzeugungen bei Epilepsiepatienten betonen De Souza und Salgado (2006), indem sie neben epilepsiespezifischen Faktoren die subjektive Wahrnehmung und Interpretation der epileptischen Anfälle in den Fokus rückten. Besonderes Augenmerk, so die Autoren, solle auf die wahrgenommene Kontrollierbarkeit der epileptischen Anfälle gelegt werden.

Die wahrgenommene Kontrollierbarkeit epileptischer Anfälle rückten auch Spector, Cull und Goldstein (2001) in den Mittelpunkt ihrer Arbeit. Sie untersuchten mittels eines halbstrukturierten Interviews, worin sich 100 therapierefraktäre Epilepsiepatienten in Abhängigkeit von der wahrgenommenen Kontrolle hinsichtlich epilepsiespezifischer und psychosozialer Variablen unterscheiden. Die Autoren definieren Epilepsiepatienten, welche Risikosituationen für epileptische Anfälle identifizieren und vermeiden können sowie diese zu unterbrechen versuchen, als *High Controllers*. Jene, die nicht über diese Fähigkeiten verfügten, wurden als *Low Controllers* eingestuft. Die Ausprägung der krankheitsspezifischen fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugung war bei der Gruppe der *High Controllers*, im Vergleich zu Personen mit einer geringen wahrgenommenen Kontrolle über ihre Anfälle, signifikant geringer ausgeprägt. Keine Unterschiede zeigten sich in der krankheitsspezifischen internalen Kontrollüberzeugung sowie in der krankheitsspezifischen sozial-externalen Kontrollüberzeugung. Ferner zeigte sich ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Kontrolle über epileptische Anfälle und der krankheitsspezifischen external-fatalistischen Kontrollüberzeugung. Für die Gruppe der *Low Controllers* konnte ein positiver Zusammenhang zwischen dem Alter der Person sowie der Dauer der Erkrankung und der krankheitsspezifischen sozial-externalen Kontrollüberzeugung gefunden werden. Diese Patienten glaubten demnach, dass andere Personen einen großen Einfluss auf ihre Gesundheit haben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Studien, die sich mit der Ausprägung von Kontrollüberzeugungen bei Epilepsiepatienten beschäftigen, inkonsistente Er-

gebnisse liefern. Eine höhere externale Kontrollüberzeugung bei Epilepsiepatienten im Vergleich zu einer klinisch unauffälligen Stichprobe konnte nicht durchwegs bestätigt werden. Wie es zu diesen Unterschieden kommt, wird durch den Einfluss epilepsiespezifischer und psychologischer Variablen versucht zu erklären. Nach aktuellem Stand der Forschung ist der Einfluss der einzelnen Variablen auf die Kontrollüberzeugungen noch nicht ausreichend untersucht. Insbesondere eine Differenzierung zwischen generalisierten und krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen wird sehr selten vorgenommen. Neben der Erforschung der Entstehung und Beeinflussung von Kontrollüberzeugungen interessiert in dieser Arbeit auch der Zusammenhang zu Angststörungen.

Die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen beeinflusst das Verhalten und in weiterer Folge die psychische Anpassung an die Erkrankung. Empirische Studien belegen einen derartigen Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugungen und der psychischen Anpassung (Wallston & Wallston, 1982). Ein wahrgenommener Kontrollverlust über Geschehnisse löst bei den Betroffenen Stress aus. Hält dieser Zustand über einen längeren Zeitraum hinweg an, kann sich der Stress in einer Angststörung manifestieren (Rapee, Craske, Brown & Barlow, 1996). Dabei wird eine hohe interne Kontrollüberzeugung mit einem verminderten Angstempfinden assoziiert, da die Erkrankung für den Betroffenen als beeinflussbar erscheint (Joe, 1971). Ferner dient die interne Kontrollüberzeugung auch als Grundlage der Verhaltensänderung. Personen, die glauben durch ihre eigenen Handlungen etwas bewirken zu können, werden sich aktiver verhalten und sich einen eigenen Handlungsspielraum schaffen. Eine hohe externe Kontrollüberzeugung hingegen begünstigt die Entwicklung von psychosozialen Problemen und Angststörungen (De Vellis et al., 1980; Gehlert & Chang, 1998; Hermann et al., 1990; De Souza & Salgado, 2006). Eine sehr hoch ausgeprägte externe Kontrollüberzeugung - im speziellen eine hohe fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung - gibt den Betroffenen das Gefühl der Erkrankung hilflos ausgeliefert zu sein. Aber auch eine sehr hohe sozial-externale Kontrollüberzeugung begünstigt ein passives Verhalten, durch die Abgabe der Verantwortung an Andere. Eine optimale Kombination der Kontrollüberzeugungen muss je nach Erkrankung definiert werden (Williams & Koocher, 1998). Wie bereits in Abschnitt 5.2.3 beschrieben, scheint die optimale Ausprägung der Kontrollüberzeugungen für Epilepsiepatienten eine hohe interne sowie sozial-externale Kontrollüberzeugung und eine gering ausgeprägte fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung zu sein.

Studien, die Kontrollüberzeugungen in Verbindung mit Angststörungen setzen, untersuchen, in welchem Zusammenhang diese beiden Variablen stehen. Dabei können die Kontrollüberzeugungen in einem direkten Zusammenhang zu Angststörungen, aber auch als Mediatorvariablen zwischen dem epileptischen Anfallsgeschehen und dem Vorhandensein einer Angststörung fungieren (Rapee et al., 1996). Vor allem die externalen Kontrollüberzeugungen werden als Prädiktoren für die Entstehung von Angststörungen gesehen.

Einen direkten Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugungen und der psychische Belastungen aufgrund chronischer Erkrankungen untersuchten Wu, Tang und Kwok (2004). Als Prädiktoren für psychische Belastungen fanden sie ein geringes generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und eine hohe krankheitsspezifische externale Kontrollüberzeugung. Für die krankheitsspezifische internale Kontrollüberzeugung konnte kein Zusammenhang zur psychischen Belastung gefunden werden.

Auch Hermann et al. (1990) bestätigen durch das Ergebnis ihrer Studie an 102 Epilepsiepatienten den Zusammenhang zwischen einer hohen externalen Kontrollüberzeugung und der psychischen Belastung. In ihrer Studie konnte dieses signifikante Ergebnis nach einer multiplen Regressionsanalyse jedoch nicht erhalten bleiben.

Der Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugungen und der psychosozialen Anpassung an die Erkrankung konnte in der folgenden Studie nicht bestätigt werden. Gramstad, Iversen und Engelsen (2001) überprüften die Hypothese, ob negative und positive Affekte, Selbstwirksamkeit und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen einen Einfluss auf die psychosoziale Anpassung bei Epilepsiepatienten haben. Sie fanden in einer Studie an 101 Epilepsiepatienten, dass positive und negative Affekte und die Selbstwirksamkeit mehr als 50% der Varianz der psychosozialen Anpassung an die Erkrankung aufklärten. Ein Einfluss der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen auf die psychosoziale Anpassung bei Epilepsiepatienten konnte nicht bestätigt werden. Dies führen die Autoren auf die geringe interne Konsistenz des verwendeten Fragebogens zur Erfassung krankheitsspezifischer Kontrollüberzeugungen zurück. In dieser Studie wurde die Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC; Wallston, Wallston & De Vellis, 1978) eingesetzt.

Holder und Levi (1988) überprüften die Hypothese, ob der Zusammenhang zwischen den Kontrollüberzeugungen und der Psychopathologie bei Epilepsiepatienten durch das Geschlecht beeinflusst wird. Die Autoren fanden einen Zusammenhang zwischen der Anzahl psychopathologischer Symptome, die mittels der SCL-90-R erfasst wurden, und den Kontrollüberzeugungen in erwarteter Richtung für weibliche Teilnehmerinnen. Ein negativer Zusammenhang zeigte sich demnach für die interne Kontrollüberzeugung und die Anzahl psychopathologischer Symptome. Ein positiver Zusammenhang wurde für die externalen Kontrollüberzeugungen bestätigt. Bei Männern zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang lediglich zwischen der fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugung und der Anzahl psychopathologischer Symptome.

Die folgende Studie untersucht die Rolle von Kontrollüberzeugungen als Mediatorvariablen zwischen der Schwere der Erkrankung und der Lebensqualität. Amir et al. (1999) überprüften diese Hypothese in ihrer Studie an 89 Epilepsiepatienten. Die subjektiv empfundene Lebensqualität wurde über sechs verschiedene Aspekte der Lebensqualität operationalisiert (Physische, Psychische, Grad der Unabhängigkeit, Soziale Kontakte, Umwelt und Spiritualität). Die Kontrollüberzeugungen wurden mittels der Locus of Control Scale (LoC Scale; Rotter, Seeman & Liverant, 1962) erfasst, die die Kontrollüberzeugungen eindimensional abbildet. Höhere Werte entsprechen einer internalen Kontrollüberzeugung, niedriger Werte einer externalen Kontrollüberzeugung. Die Variable Selbstwirksamkeit beschreibt die subjektiv wahrgenommenen Fähigkeiten, um durch die Erkrankung hervorgerufene Aufgaben zu bewältigen. Diese Aufgaben beziehen sich z. B. auf die Einnahme der Medikamente, die Kontrolle über Anfälle zu gewinnen oder mit Problemen die durch die Erkrankung hervorgerufen werden umzugehen. Die Variablen Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen korrelieren negativ mit der Schwere der Erkrankung. Darüber hinaus besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen und der Lebensqualität der Epilepsiepatienten. Multiple Regressionsanalysen bestätigten die Annahme, dass sowohl die Selbstwirksamkeit als auch die Kontrollüberzeugungen als Mediatorvariablen zwischen der Schwere der Erkrankung und der Lebensqualität wirken.

6 Krankheitsbewältigung

6.1 Das Konstrukt der Krankheitsbewältigung

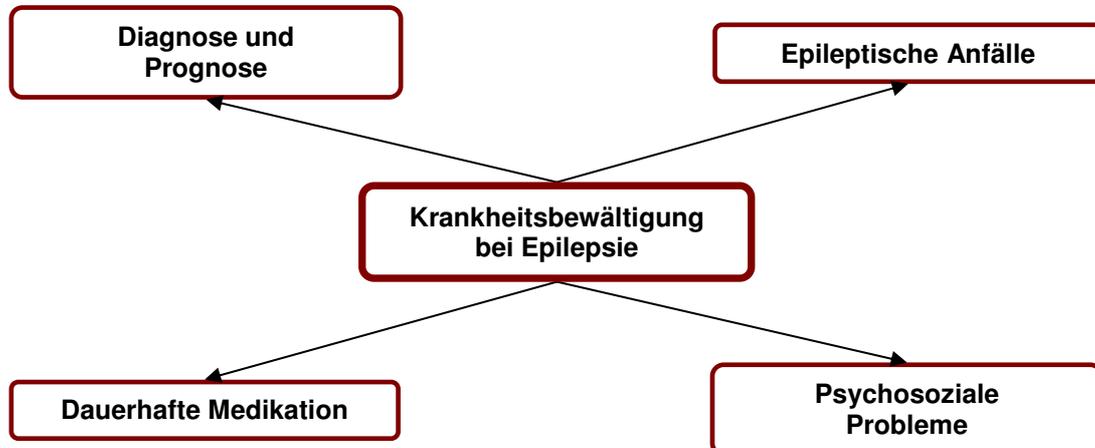
In diesem Kapitel wird das Konstrukt der Krankheitsbewältigung, mit Fokus auf die Erkrankung Epilepsie, definiert und näher beleuchtet. Nach der Definition des Begriffes sollen die einzelnen Bereiche der Erkrankung Epilepsie, in denen eine Anpassungsleistung erforderlich ist, dargestellt werden. Abschließend wird ein Überblick über die relevantesten Copingstrategien bei Epilepsie gegeben. Die Begriffe Krankheitsbewältigung und Coping werden dabei synonym verwendet.

Die meisten Definitionen des Bewältigungsverhaltens (Coping) orientieren sich an jener von Lazarus und Folkman (1984). Die Autoren bestimmen Coping als „sich ständig verändernde kognitive und verhaltensmäßige Bemühungen, mit externen und/oder internen Anforderungen fertig zu werden, die (subjektiv) die eigenen Ressourcen beanspruchen oder überschreiten“ (Klauer & Filipp, 1993, S. 5). Diese Definition hebt den prozessorientierten Charakter des Copings hervor. Nach Ansicht von Lazarus und Folkman (1984) soll sich eine optimale Krankheitsverarbeitung an die unterschiedlichen Gegebenheiten und Belastungen der Erkrankung anpassen. Von Bewältigungsverhalten kann dann gesprochen werden, wenn das Verhalten darauf abzielt, eine Bedrohung oder belastende Situation abzuwenden bzw. abzumildern. Moos (1977) betont, dass jedes Verhalten zu einer Bewältigungsstrategie werden kann. Lazarus und Folkman (1984) zufolge können emotionale, kognitive und aktionale Bewältigungsstrategien differenziert werden. Ferner beschreiben die Autoren zwei Kategorien des Copings. Zum einen wird das problemzentrierte Coping genannt. Dieses dient der Reduktion oder Lösung des Stressors. Das emotionszentrierte Coping andererseits, dient der emotionalen Regulation der Belastungen durch den Stressor.

Schwere physische Erkrankungen versteht Moos (1977) als Lebenskrisen. Patienten mit chronischen Erkrankungen müssen mit der Tatsache leben, nie wieder den gesundheitlichen Status vor Ausbruch der Erkrankung erreichen zu können. Um eine derartige Lebenskrise abzumildern, bedarf es einer effektiven Krankheitsbewältigung. Copingstrategien, die sich auf schwere körperliche Erkrankungen beziehen, können nicht mit der Bewältigung anderer Stressoren verglichen werden. Folkman und Laza-

rus (1980) konnten empirisch belegen, dass Personen, die mit belastenden Lebensereignissen im gesundheitlichen Bereich konfrontiert sind, im Vergleich zu Reaktionen auf belastende Ereignisse in anderen Bereichen häufiger emotionszentrierte und seltener problemzentrierte Bewältigungsreaktionen zeigen. Klauer und Filipp (1993) weisen darüber hinaus darauf hin, dass auch in Abhängigkeit von den Charakteristika der jeweiligen Erkrankung unterschiedliches Bewältigungsverhalten gezeigt wird. Eine spezifische Betrachtung der Thematik bezogen auf die Erkrankung Epilepsie ist folglich sinnvoll.

Im Rahmen der Erkrankung Epilepsie können verschiedene Anforderungen und Belastungen auftreten, die eine Anpassungsleistung erfordern. Die von der Internationalen Liga gegen Epilepsie (2003) formulierten relevanten Bereiche der Epilepsie für die Krankheitsbewältigung werden in Abbildung 6-1 dargestellt. Dabei wird betont, dass für die Betroffenen die sozialen und psychischen Konsequenzen der Erkrankung belastender sein können im Vergleich zum eigentlichen Anfallsgeschehen selbst.



Quelle: eigene Darstellung

Abbildung 6-1: Anforderungen und Belastungen durch Epilepsie

Die Diagnose Epilepsie bedeutet für die Betroffenen, dass sie lernen müssen, mit der Unsicherheit über den Zeitpunkt des Auftretens eines epileptischen Anfalls zu leben. Auch kann zum Zeitpunkt der Diagnosestellung nicht eindeutig vorhergesagt werden, ob die Anfallshäufigkeit durch die Medikation reduziert werden kann. Die Krankheitsbewältigung fokussiert vor allem auch den Umgang mit dem epileptischen Anfall. Je

nach klinischem Erscheinungsbild und der Rekonvaleszenzzeit nach einem Anfall bedarf es einer unterschiedlichen Anpassungsleistung. Ferner müssen sich die Betroffenen damit auseinandersetzen, vermutlich ein Leben lang auf Medikamente angewiesen zu sein. Besonders problematisch ist für viele der Umgang mit den Nebenwirkungen der Antiepileptika, die von optischen Veränderungen wie Gewichtszunahme oder Akne bis hin zu kognitiven Beeinträchtigungen reichen. Des Weiteren nimmt der Umgang mit psychosozialen Problemen (wie bereits in Abschnitt 2.4 beschrieben) eine zentrale Stellung bei der Krankheitsbewältigung von Epilepsie ein. An dieser Stelle sei hervorgehoben, dass viele Epilepsiepatienten versuchen, aus Angst vor den Reaktionen der Mitmenschen ihre Erkrankung geheim zu halten, was eine zusätzliche hohe Belastung darstellt.

Schneider und Conrad (1981) zufolge, können die Copingstrategien in effektive und ineffektive Strategien eingeteilt werden. Epilepsiepatienten, die effektive Strategien einsetzen, gelingt es, die negativen Auswirkungen der Erkrankung durch erfolgreiches Bewältigungsverhalten abzufangen und dadurch eine Kontrolle über die Konsequenzen der Erkrankung zu erzielen. Werden ineffektive Copingstrategien angewandt, können die Betroffenen von der Krankheit überwältigt werden und keinerlei Kontrolle über diese gewinnen. Welche Copingstrategien effektiv sind, wird von vielen Faktoren, wie beispielsweise von epilepsiespezifischen oder soziodemographischen Variablen, beeinflusst. Nach Ansicht von Folkman und Lazarus (1980) bestimmt das Ausmaß der wahrgenommenen Kontrollierbarkeit der Erkrankung die durch das Bewältigungsverhalten erlangt wird darüber, ob eine Copingstrategie effektiv ist. Problemzentrierte Krankheitsbewältigungsstrategien sind bei objektiv schlecht kontrollierbaren Erkrankungen eher ineffektiv. Hier sollte der Fokus auf den emotionalen Stress gelegt werden, der durch die Erkrankung verursacht wird.

Die Effektivität von Copingstrategien kann anhand unterschiedlicher psychologischer Kriterien operationalisiert werden. Das kann die empfundene Lebensqualität der Betroffenen oder auch der psychopathologische Status sein. Moos (1977) sieht sowohl die Wahrnehmung der Aufgaben, die bewältigt werden sollen, als auch die Auswahl effektiver Copingstrategien von Persönlichkeitsfaktoren, krankheitsspezifischen Faktoren und Merkmalen der sozialen Umwelt beeinflusst.

Livneh et al. (2001) geben in ihrer Studie einen Überblick über die Effektivität der relevantesten Copingstrategien bei Epilepsie (siehe Tabelle 6-1). Diese werden in zwei

Kategorien - globale Copingstrategien bzw. Dispositionen und spezifische Copingstrategien - unterteilt. Als globale Copingstrategie nennen die Autoren u. a. Kontrollüberzeugungen, Learned Resourcefulness und Selbstwirksamkeit. Die spezifischen Copingstrategien orientieren sich stärker an der Situation selbst und den einzelnen Verhaltensweisen für den Umgang mit stressreichen Situationen. Die nachfolgende Tabelle baut auf die Studie von Livneh et al. (2001) auf und gibt einen Überblick über effektive und ineffektive spezifische Copingstrategien bei Epilepsie. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist dahingehend eingeschränkt, dass die Effektivität der Copingstrategien je nach Autor unterschiedlich operationalisiert wurden. Als Kriterien wurden Angst, Depressivität oder psychische Gesundheit sowie psychisches Wohlbefinden herangezogen. Eine detaillierte Darstellung der einzelnen Studien findet sich in Abschnitt 6.2.

Copingstrategie	Effektiv	Ineffektiv
Problemfokussiertes Coping	Krakow, Bühler & Haltenhof, 1999	
Kognitive Umstrukturierung	Upton & Thompson, 1992	
Informationssuche		Upton & Thompson, 1992
Emotionaler Ausdruck	Upton & Thompson (1992) fanden keinen Zusammenhang zu Angst	
Wunschdenken		Upton & Thompson, 1992 Krakow, Bühler & Haltenhof, 1999 Kemp, Morley & Anderson, 1999
Vermeidung		Kemp, Morley & Anderson, 1999
Verleugnung	Levine, Rudy & Kerns, 1994	
Ablenkung	Krakow, Bühler & Haltenhof, 1999 fanden keinen Zusammenhang zu Depression	
„Sich selbst die Schuld geben“		Upton & Thompson, 1992
Religiosität		Krakow, Bühler & Haltenhof, 1999

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 6-1: Effektive und ineffektive Copingstrategien bei Epilepsie

6.2 Empirische Studien zur Krankheitsverarbeitung bei Epilepsie

Rosenbaum und Palmon (1984) beschäftigen sich in ihrer Studie mit dem Einfluss der globalen Copingstrategie *Learned Resourcefulness* auf die emotionale Anpassung von Epilepsiepatienten an ihre Erkrankung. Sie rekrutierten 50 Epilepsiepatienten mit generalisierten tonisch-klonischen Anfällen und unterteilten diese in drei Gruppen: Personen mit hoher, mittlerer und niedriger Häufigkeit von Anfällen. Darüber hinaus wurden die Personen in die Gruppen *High-Resourceful* und *Low-Resourceful* eingeteilt. Zur Erfassung der Angst wurde das State-Trait Angstinventar (STAI; Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981) herangezogen. Unmittelbar nach epileptischen Anfällen zeigten alle Probanden hohe Werte in Angst und Depression. Unterschiede zwischen den Gruppen konnten im Umgang mit dem Ereignis gefunden werden. Epilepsiepatienten, die als *High Resourceful* eingestuft wurden und eine geringe bzw. mittlere Häufigkeit epileptischer Anfälle zeigten, waren weniger depressiv, weniger ängstlich und konnten ihre Krankheit besser bewältigen im Vergleich zu *Low Resourceful* Patienten. Keine Unterschiede zeigten sich in der Gruppe der Epilepsiepatienten mit häufigen Anfällen. *High Resourceful* Patienten zeigten unabhängig von der Schwere der Erkrankung, eine höhere subjektiv wahrgenommene Kontrolle über ihre Gesundheit und ihre Anfälle. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich der Einfluss von Persönlichkeitsfaktoren wie z. B. die *Learned Resourcefulness* nur bei leichteren Ausprägungen der Erkrankung Epilepsie zeigte.

Snyder (1990) untersuchte den Zusammenhang zwischen problemlösungsorientierten sowie emotionsorientierten Copingstrategien und der psychosozialen Anpassung bei 107 Epilepsiepatienten. Der Autor konzipierte einen eigenen Fragebogen zur Erfassung der Copingstile. Die psychosoziale Anpassung wurde definiert durch Angst und subjektiv wahrgenommene Gesundheit. Es zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen problemorientierten Copingstilen und einer besseren Bewertung der eigenen Gesundheit. Höhere Angstlevels korrelierten positiv mit emotionsorientierten Copingstrategien und negativ mit problemfokussierten Copingstrategien.

Auch in der Studie von Mirnics, Békés, Rózsa und Halász (2001) an 310 Epilepsiepatienten wurde der Einfluss zweier Copingstrategien, einerseits aktives Coping und andererseits die emotionszentrierte Copingstrategie Wunschdenken, fokussiert. Akti-

ve Copingstrategien begünstigten die Anpassung an die Erkrankung sowie die berufliche Anpassung. Die Strategie Wunschdenken ging mit einer schlechteren Krankheitsbewältigung und mehr emotionalen Problemen einher. Copingstrategien sehen die Autoren als Moderatorvariablen zwischen der psychischen Gesundheit und dem alltäglichen Leben.

In ihrer Übersichtsarbeit kommen Livneh et al. (2001) zu dem Schluss, dass zwei der drei globalen Copingstrategien - *Learned Ressourcfulness* und *Selbstwirksamkeit* - mit weniger Angst assoziiert sind. *Externale Kontrollüberzeugungen* hingegen scheinen mit einer schlechteren psychosozialen Anpassung einherzugehen. Betrachtet man die spezifischen Copingstrategien, ist festzustellen, dass Problemfokussierung und kognitive Umstrukturierung mit einem geringeren Angstlevel einhergehen, während Krankheitsbewältigungsstrategien wie beispielsweise Wunschdenken, Vermeidung, Rumination im Allgemeinen mit höherem Angstlevel in Verbindung stehen.

Hermann, Whitman, Wyler, Anton und Vanderzwagg (1990) untersuchten potentielle Prädiktoren von Psychopathologie bei 102 Epilepsiepatienten. Sie fanden signifikante positive Korrelationen zwischen dem General Health Questionnaire (GHQ; Goldberg, 1972) und wahrgenommener Stigmatisierung, Anzahl erlebter stressiger Life-Events im vergangenen Jahr, schlechter Anpassung an die Erkrankung, problematischer beruflicher Situation, externaler Kontrollüberzeugung und früherer Beginn der Epilepsie. Bei einer anschließenden multiplen Regressionsanalyse fanden sich drei unabhängige Prädiktoren für Psychopathologie (als abhängige Variable wurden die Skalen des GHQ herangezogen). Dies sind eine große Anzahl erlebter stressreicher Life-events im vergangenen Jahr, schlechte Anpassung an die Erkrankung und finanzieller Stress.

Die im Folgenden dargestellten Studien untersuchen den Einfluss spezifischer Copingstrategien auf die psychosoziale Anpassung bei Epilepsiepatienten.

Eine der einflussreichsten Studien zum Thema Krankheitsbewältigung bei Epilepsie ist jene von Upton und Thompson (1992). Ziel der Untersuchung ist es, effektive Copingstrategien von Epilepsiepatienten zu identifizieren. Die Autoren untersuchten 137 Patienten mit therapierefraktärer Epilepsie. Eine gute Krankheitsverarbeitung wurde über Angststörungen sowie Depression, operationalisiert mittels der Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD; Zigmond & Snaith, 1983), Selbstbewusstsein, soziale

Eingebundenheit und Akzeptanz der Erkrankung operationalisiert. Die Copingstrategien wurden mittels der Ways of Coping Checklist (WCCL; Folkman & Lazarus, 1980) erhoben. Weitere relevante Einflussvariablen sind epilepsiespezifische Variablen, wie Art und Häufigkeit der Anfälle, Medikation, Alter bei Beginn der Erkrankung, Dauer der Erkrankung. Im Folgenden interessieren Ergebnisse bezogen auf Copingstrategien und Angst. Die Strategien *Wish-fulfilling fantasy* (Flucht in Phantasie und Wunschdenken; Ruminieren „Was wäre wenn“), *Self-blame* (sich selbst die Schuld geben; Aufmerksamkeit von Erkrankung wegzulenken; Krankheit wird nicht als chronische Erkrankung akzeptiert; Verleugnung) sowie *Information-seeking* (aktives Verhalten; Infosuche) korrelierten positiv mit Angst. *Cognitive restructuring* (positive Interpretation der Erkrankung; innerliches Wachstum) korrelierte negativ mit Angst. Ferner berechneten die Autoren eine Regressionsanalyse. Der beste Prädiktor von Angststörungen war die Copingstrategie *Wish-fulfilling fantasy*. Diese erklärte 12,58% der Varianz der Skala Angst der HAD. Je stärker diese Copingstrategie ausgeprägt war, desto stärker war die Angst. Die epilepsiespezifische Variable *Häufigkeit eines Status epilepticus* erklärte 5,35% der Varianz und war positiv mit dem Angstlevel assoziiert. Die Copingstrategie *Kognitive Umstrukturierung* erklärte 4,10% der Varianz, wobei die Anwendung dieser Strategie zu einem geringeren Angstlevel führte.

Oosterhuis (1999) überprüfte in einer Studie an 61 Epilepsiepatienten die Hypothese, ob es Zusammenhänge zwischen Copingstilen und subjektiv empfundener Schwere der Anfälle sowie dem psychopathologischen Status gibt. Die untersuchten Epilepsiepatienten wandten im Vergleich zu einer klinisch unauffälligen Stichprobe seltener aktive Copingstrategien an. Männer zeigten im Vergleich zu einer klinisch unauffälligen Normstichprobe signifikant häufiger Verhaltensweisen wie Ablenkung suchen um nicht an die Erkrankung denken zu müssen sowie palliatives Verhalten, sie suchten weniger soziale Unterstützung und sie versuchten sich häufiger durch tröstende oder vergleichende Gedanken aufzuwerten wie „das wird schon werden“ oder „auch andere Personen haben Probleme“. Frauen zeigten hingegen im Vergleich zu einer klinisch unauffälligen Normstichprobe signifikant seltener aktive und problemfokussierte Copingstrategien. Des Weiteren zeigte sich ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen dem aktiven, problemfokussierten Copingstil und der subjektiv wahrgenommenen Schwere der Erkrankung. Ferner führte der Autor eine multiple Regressionsanalyse durch. Die Varianz des psychopathologischen Status (SCL-90-R) wurde

am besten durch die Copingstile depressives Verhalten (sich hilflos fühlen, Negatives stärker sehen), palliative Reaktion (Zerstreuung und Ablenkung durch Entspannung, Rauchen, Trinken) und problemfokussiertes, aktives Verhalten erklärt. Nur das depressive Verhalten stand in einem positiven Zusammenhang zur psychischen Belastung. Die anderen beiden Strategien zeigten negative Korrelationen.

In einer Studie an 43 Epilepsiepatienten untersuchten Goldstein et al. (2005) den Zusammenhang zwischen Angst und spezifischen Copingstilen. Eingesetzt wurden die WCCL (Folkman & Lazarus, 1980) sowie die HAD (Zigmond & Snaith, 1983). Die Autoren fanden, dass 23% der in der Stichprobe untersuchten Patienten unter Ängsten litten. Dieser geringe Prozentsatz ist dadurch zu erklären, dass bei der Rekrutierung der Stichprobe Patienten mit diagnostizierten, komorbiden psychischen Störungen ausgeschlossen wurden. Die Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse ergaben, dass die Strategie *Escape-avoidance* (Wunschdenken, Vermeidung des Problems) 21,5% der Varianz des Angstscores erklärte. Die Copingstrategie *Distancing* (Anwendung kognitiver Strategien um sich innerlich von der Situation zu distanzieren, sowie die Bedeutung der Situation herunterzuspielen) konnte weitere 8,6% der Varianz erklären.

In einer Querschnittsstudie untersuchten Kemp, Morley und Anderson (1999) an 94 Epilepsiepatienten den Einfluss von epilepsiespezifischen Variablen, Copingstilen und subjektiver Wahrnehmung der Erkrankung auf die psychische Anpassung an Epilepsie. Das Coping wurde mittels der WCCL-R (Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro & Becker, 1985) operationalisiert. Folgende Ergebnisse konnten bezogen auf die Copingstile gefunden werden. Vermeidung korrelierte negativ mit dem psychischen Wohlbefinden. Problemfokussierendes Coping war positiv mit psychischer Gesundheit und Wohlbefinden assoziiert. Sowohl die Copingstrategien als auch die subjektive Wahrnehmung der Erkrankung erklärten einen signifikanten Anteil der Varianz der psychischen Anpassung. Patienten, die Probleme bei der Anpassung an die Erkrankung hatten, wiesen folgende Parameter auf: hohe Anfallshäufigkeit, Einsatz vermeidender Copingstrategien, geringe Ausprägung problemfokussierender Copingstrategien, Vorhandensein von Zweifel hinsichtlich der Diagnose sowie subjektive Wahrnehmung der Unkontrollierbarkeit der Erkrankung. Betroffene, die glaubten eine gewisse Kontrolle über ihre Anfälle zu haben, zeigten eher problemfokussierte Co-

pingstrategien. Jene, die keine Kontrolle über ihre Anfälle wahrnahmen wandten verstärkt Wunschdenken und vermeidendes Coping zur Krankheitsbewältigung an.

In einer deutschsprachigen Studie von Krakow, Bühler und Haltenhof (1999) untersuchten die Autoren das Copingverhalten von 40 Epilepsiepatienten mit primär oder sekundär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen und einem diesbezüglichen Zusammenhang mit soziodemographischen und epilepsiespezifischen Variablen, Depression, Kontrollüberzeugungen und psychosozialer Anpassung. Da diese Studie in Kapitel 5.3 bereits zitiert wurde, soll nun der Fokus auf die Ergebnisse bezüglich der Copingstrategien gelegt werden. Auch in dieser Studie zeigte sich, dass aktive, problemfokussierte Copingstrategien erstens am häufigsten verwendet wurden und zweitens als am effektivsten – sowohl hinsichtlich niedriger Depressionswerte als auch den positivem Umgang mit der Erkrankung betreffend – anzusehen sind. Die Copingstrategien waren weitestgehend unabhängig von soziodemographischen Variablen. Lediglich hinsichtlich der aktiven und problemfokussierten Krankheitsbewältigungsstrategien zeigte sich, dass Frauen diese häufiger anwandten als Männer. Die Erkrankungsdauer und die Anfallshäufigkeit korrelierten negativ mit aktivem Copingverhalten. Die Anfallshäufigkeit hingegen war positiv korreliert mit depressiven Krankheitsbewältigungsstrategien. Die sozial-externale Kontrollüberzeugung zeigte eine positive Korrelation zu Copingstrategien, die die Suche nach religiösem Halt bzw. einer höheren Bedeutung der Erkrankung zum Inhalt haben, sowie mit der Bewältigungsstrategie des Wunschdenkens, depressiven Strategien und der Sekundärskala ineffektives Coping.

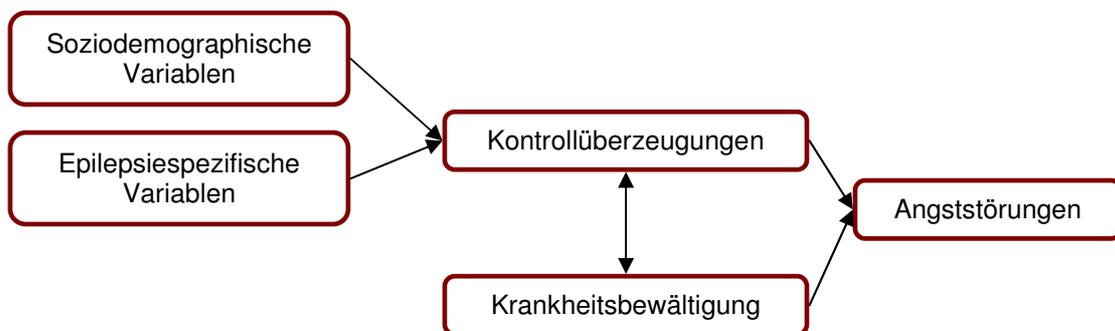
7 Zusammenfassung und Überleitung zum empirischen Teil

Die hohen Prävalenzen von Angststörungen bei Epilepsiepatienten sind ein Beleg für die Relevanz dieser Thematik. Die gefundenen Raten schwanken zwischen 10% und 66% (Baker et al., 1996; Jacoby et al., 1996; Torta & Keller, 1999; Victoroff, 1994). Diese großen Unterschiede sind einerseits auf die Spezifität der Stichprobe und andererseits auf die gewählten Messinstrumente zurückzuführen. Literaturrecherchen zeigten, dass es nur wenige Studien gibt, die Angststörungen bei Epilepsiepatienten anhand von DSM Kriterien erfassen. Zukünftige Studien sollten sich an diesen Kriterien orientieren, um eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen.

Die Ätiologie von Angststörungen bei Epilepsiepatienten konnte bislang noch nicht ausreichend geklärt werden. Whitman und Hermann (1986), aber auch viele andere Autoren, betonen, dass die Ursachenforschung einem multiätiologischen Ansatz folgen sollte. Die formulierten Modelle wurden jedoch bis zum jetzigen Zeitpunkt empirisch nicht hinreichend überprüft. Allen diesen Modellen ist gemein, dass sie einerseits biologische und andererseits psychologische Faktoren als relevant für die Entstehung von Angststörungen erachten. Die Überprüfung der Einflüsse biologischer Faktoren führte zu inkonsistenten Ergebnissen. Darüber hinaus muss betont werden, dass die biologischen Faktoren – wie beispielsweise die Schwere der Anfälle - meist nicht beeinflussbar sind. De Souza und Salgado (2006) heben daher die Relevanz psychologischer Einflussfaktoren hervor. Zu diesen werden u. a. auch die Kontrollüberzeugungen gezählt, die aufgrund des, dem epileptischen Anfalls innewohnenden, Kontrollverlustes eine große Bedeutung zugeschrieben bekommen. In der wissenschaftlichen Literatur konnten nur wenige Studien gefunden werden, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugungen und Angststörungen beschäftigten. Ferner waren auch diese gefundenen Ergebnisse inkonsistent. Ein weiterer postulierter psychologischer Einflussfaktor sind die Krankheitsbewältigungsstrategien. Da die Epilepsie eine chronische Erkrankung ist, kann angenommen werden, dass die Art der Bewältigung die psychische Anpassung entscheidend beeinflusst.

Die vorliegende Studie möchte einen wesentlichen Beitrag leisten, um die Zusammenhänge zwischen Angststörungen bei Epilepsiepatienten und den Kontrollüberzeugungen sowie Krankheitsbewältigungsstrategien zu klären. Die Fragestellungen

der aktuellen Studie befassen sich mit den Zusammenhängen zwischen epilepsiespezifischen sowie soziodemographischen Variablen und den Kontrollüberzeugungen. In einem weiteren Schritt werden die Zusammenhänge zwischen krankheitsspezifischen und generalisierten Kontrollüberzeugungen überprüft. Des Weiteren werden Zusammenhänge zwischen Kontrollüberzeugungen und Krankheitsbewältigungsstrategien untersucht. Von zentralem Interesse ist, ob Kontrollüberzeugungen und Copingstrategien mit Angststörungen assoziiert sind. Bei den Analysen wird zwischen epilepsiespezifischen und epilepsieunabhängigen Angststörungen differenziert. Die folgende Graphik soll die relevantesten Fragestellungen der aktuellen Studie veranschaulichen.



Quelle: eigene Darstellung

Abbildung 7-1: Untersuchungsmodell der aktuellen Studie

8 Methode

8.1 Design

8.1.1 Rekrutierung der Stichprobe und Datenerhebung

Die Daten der vorliegenden Querschnittsstudie wurden in Kooperation mit den Epilepsieberatungsstellen Bayerns (München, Coburg, Würzburg, Regensburg, Passau und Nürnberg) erhoben. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Oktober 2005 bis Januar 2006. Der Hauptuntersuchung ging eine Voruntersuchung in der Epilepsieberatungsstelle München mit N=9 Epilepsiepatienten voraus, welche zur Überprüfung des Fragebogens auf Verständlichkeit diente. Nach einer positiven Bewertung des Fragebogens erhielt jede Epilepsieberatungsstelle 20 Fragebögen, welche sie an Epilepsiepatienten, die ihre Beratungsstelle aufsuchten, verteilten. Aufgrund des großen Interesses an dieser Studie, konnten der Beratungsstelle München weitere 20 Fragebögen zugesandt werden. Insgesamt wurden 140 Fragebögen verschickt. 87 Fragebögen kamen bis August 2006 zurück und wurden in die Auswertung aufgenommen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 62%. Drei Probanden mussten aus der Datenanalyse ausgeschlossen werden, so dass die Stichprobengröße N=84 betrug. Einer der ausgeschlossenen Probanden erfüllte ein Ausschlusskriterium (Schizophrenie), die zwei weiteren hatten den Fragebogen für eine statistische Auswertung unzureichend ausgefüllt.

Im Folgenden soll auf den Ablauf der Datenerhebung genauer eingegangen werden. Die Beratungsstellen wurden schriftlich über die Studie sowie die für die Teilnahme geltenden Ein- und Ausschlusskriterien informiert. Voraussetzung für die Aufnahme in die Untersuchungsstichprobe war, dass die Personen eine epileptische Grunderkrankung und das 18. Lebensjahr vollendet hatten. Als Ausschlusskriterien wurden ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen und oder psychosomatischen Klinik, Schizophrenie, körperliche Erkrankungen der Schilddrüse, der Lunge und des Herzens, sowie Personen mit Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit formuliert. Durch diese Kriterien sollten vor allem Personen von der Teilnahme ausgeschlossen werden, die aufgrund anderer organischer Krankheiten Angstsymptome erleben. Epilepsiepatienten, welche die Einschlusskriterien erfüllten, wurden von den Mitarbeitern der Beratungsstelle persönlich oder telefonisch über die Studie infor-

miert. Die Einschlusskriterien wurden primär über Akteneinsicht sowie ein persönliches Gespräch überprüft. Personen, die an der Studie teilnehmen wollten, bekamen den Fragebogen per Post zugesandt. Das Fragebogenpaket enthielt einen Fragebogen für Epilepsiepatienten, einen Fragebogen für den Partner des Epilepsiepatienten und einen frankierten sowie adressierten Rückumschlag. Die erhobenen Daten ließen keinen Rückschluss auf die Person zu.

8.2 Darstellung der Maße

8.2.1 Operationalisierung der Variablen

Das Fragebogenpaket setzte sich aus verschiedenen, meist standardisierten Tests zusammen. Im Folgenden sollen die in der vorliegenden Studie verwendeten Instrumente vorgestellt werden. Tabelle 8-1 liefert einen Überblick über die Operationalisierung der zu untersuchenden Variablen. Nicht alle im Fragebogenpaket enthaltenen Fragebögen wurden im Rahmen der vorliegenden Studie ausgewertet, dies betrifft die Paarklimaskala (PKS; Schneewind und Kruse, 2002) sowie den Fragebogen für die Partner der Epilepsiepatienten. Die Auswertung dieser Fragebögen ist bei Ortenburger (2007) zu finden.

Variable	Operationalisierung
Soziodemographische und epilepsiespezifische Variablen	(In Anlehnung an PESOS; Pfäfflin, 1998)
Psychopathologisch relevante Symptome	Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000)
Diagnose einer Angststörung nach DSM-IV	Internationale Diagnose-Checklisten für DSM-IV (IDCL; Hiller, 1997)
Generalisierte Kontrollüberzeugungen	Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK; Krampen, 1991)
Krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen	Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG; Lohaus & Schmitt, 1989)
Krankheitsbewältigung	Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK; Klauer & Filipp, 1993)

Tabelle 8-1: Darstellung der zu untersuchenden Variablen und deren Operationalisierung durch entsprechende Instrumente

8.3 Beschreibung und Reliabilitätsanalyse der Instrumente

8.3.1 Der Soziodemographische Fragebogen

Der soziodemographische Fragebogen wurde in Anlehnung an den PESOS (PERformance, SOciodemographic aspects, Subjective estimation; Pfäfflin, 1998) konzipiert. Mit Hilfe dieses Fragebogens konnten soziodemographische und epilepsiespezifische Daten erfasst werden.

Der PESOS-Fragebogen wurde im Epilepsiezentrum Bethel entwickelt, um die individuellen Auswirkungen von Epilepsien auf soziale und berufliche Bereiche (diagnostische Funktion) und Effekte der Behandlung und Beratung auf die Lebensqualität der Betroffenen zu untersuchen (evaluierende Funktion). Er wird speziell in Epilepsieberatungsstellen eingesetzt, ist jedoch kein standardisierter Fragebogen. Ein für die vorliegende Studie interessanter Aspekt des PESOS-Fragebogens ist die Erhebung epilepsiespezifischer Ängste (in Anlehnung an Endermann, 1992). Die im PESOS-Fragebogen als „Endermann-Skala“ bezeichnete Skala, erhebt zwei Dimensionen epilepsiespezifischer Ängste. Einerseits werden *Anfallsängste*, diese entsprechen Ängsten vor konkreten gesundheitlichen Folgen durch Anfälle und andererseits *soziale Ängste*, die durch die epileptischen Anfälle verursacht werden, erfasst. Ein Beispiel für Anfallsängste ist die Frage „Haben Sie Angst bei einem Anfall zu sterben?“. Als Beispiel für soziale Ängste soll hier die Frage „Fürchten Sie, dass Sie nach einem Anfall zurückgewiesen werden?“ angeführt werden. Die Befragten schätzen Ihre Angst mit Hilfe einer vierstufigen Antwortskala (nein, überhaupt nicht; nein, eher nicht; ja, etwas; ja, sehr stark) ein.

Die Schwere der Epilepsie wird über den von Rätty, Söderfeldt, Larsson und Wilde-Larsson (2004) vorgestellten *Illness Severity Index (ISI)* operationalisiert. Dieser Index umfasst die Anfallshäufigkeit, den Anfallstyp sowie die Medikation. In der vorliegenden Studie wurden zusätzlich die Variablen Zeitpunkt des Auftretens der Anfälle sowie Rekonvaleszenzzeit aufgenommen. Die Schwere der Erkrankung lässt sich in drei Stufen, *High Illness Severity (HIS)*, *Moderate Illness Severity (MIS)* und *Low Illness Severity (LIS)* unterteilen.

8.3.2 Brief Symptom Inventory

Der BSI ist eine Kurzform des SCL-90-R (Symptom-Checkliste-90-R; Franke, 1995) und dient als Selbstbeurteilungsfragebogen der Erfassung subjektiv empfundener Beeinträchtigungen aufgrund körperlicher und psychischer Symptome. Die symptomatische Belastung der Probanden wird mit Hilfe von 53 Fragen für einen Zeitrahmen von sieben Tagen bis heute erfasst. Auf einer fünfstufigen Likert-Skala („überhaupt nicht“ (0); „ein wenig“ (1); „ziemlich“ (2); „stark“ (3); „sehr stark“ (4)) kann der Betroffene die empfundene Belastung durch die beschriebenen Symptome einschätzen. Der BSI (Franke, 2000) kann als *Screening-Instrument* sowohl im psychiatrischen als auch im nichtpsychiatrischen Bereich eingesetzt werden, um Informationen über die aktuelle psychische Belastung der Probanden zu erhalten.

Der BSI differenziert zwischen neun Skalen und drei globalen Kennwerten (aus dem Testhandbuch, Franke, 2000):

- Skala 1: Somatisierung (somatization; 7 Items): Diese Skala bezieht sich auf psychische Belastungen, die durch die Wahrnehmung von körperlichen Dysfunktionen entstehen. Die Items beschreiben einfache körperliche Beschwerden bis hin zu funktionellen Störungen.
- Skala 2: Zwanghaftigkeit (obsessive-compulsive; 6 Items): Diese Skala ist eng an das klinische Syndrom der Zwanghaftigkeit angelehnt. Die Items decken den Bereich von leichten Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit ab.
- Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt (interpersonal sensitivity; 4 Items): Beschrieben werden leichte soziale Unsicherheiten bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit.
- Skala 4: Depressivität (depression; 6 Items): Diese Skala deckt den Bereich von Traurigkeit bis hin zur schweren klinisch manifesten Depression ab.
- Skala 5: Ängstlichkeit (anxiety; 6 Items): Die Items dieser Skala beschreiben körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst. Der Fokus wird auf kognitive (Gefühle von Besorgnis und Furcht) und somatische Angstkorrelate (Zittern, Nervosität, Spannungen) gelegt.

- Skala 6: Aggressivität/Feindseligkeit (hostility; 5 Items): Diese Skala umfasst Items, die von Reizbarkeit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Gedanken, unterschiedliche Ausprägungen von Aggressivität beschreiben.
- Skala 7: Phobische Angst (phobic anxiety; 5 Items): Beschrieben werden leichte Gefühle von Bedrohung bis hin zu massiven phobischen Ängsten.
- Skala 8: Paranoides Denken (paranoid ideation; 5 Items): Die Spannweite dieser Skala reicht von Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühlen bis hin zu starkem paranoidem Denken.
- Skala 9: Psychotizismus (psychoticism; 5 Items): Die Items dieser Skala beschreiben das milde Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zu ausgeprägten psychotischen Episoden.

- Global Severity Index (GSI): Dieser globale Kennwert misst die grundsätzliche psychische Belastung.
- Positive Symptom Distress Index (PSDI): Durch diesen Kennwert wird die Intensität der Antworten dargestellt.
- Positive Symptom Total (PST): Dieser Kennwert gibt über die Anzahl der als belastend empfundenen Symptome Auskunft.

- Zusatzfragen: Der Test enthält vier Zusatzfragen, die keiner Skala zugeordnet sind. Diese Fragen betreffen den Appetit, Einschlafschwierigkeiten, Gedanken an den Tod und Schuldgefühle. Die Auswertung dieser Fragen kann Hinweise auf eine unspezifische psychische Belastung geben.

Als klinisch auffällig werden Probanden eingestuft, welche bei mindestens zwei Skalen einen T-Wert aufweisen, der größer oder gleich 63 ist. Ebenso gelten Probanden als klinisch auffällig wenn der T-Wert des GSI größer oder gleich 63 ist.

Die Test-Retest Reliabilitäten der BSI-Skalen sowie der globalen Kennwerte liegt zwischen 0,68 und 0,91. Zur Überprüfung der Qualität der Daten dieses Fragebogens wurden die internen Konsistenzen (Cronbachs α) berechnet. Die nachfolgende Tabelle 8-2 zeigt die internen Konsistenzen (Cronbachs α) für eine klinisch unauffällige Stichprobe (Franke, 2000), psychiatrische Patienten (Derogatis, 1993), Beratungsklienten (Broday & Mason, 1991) und die aktuelle Studie⁶.

Skala	Klinisch unauffällig (N=600)	Psychiatrische Patienten (N=719)	Beratungsklienten (N=343)	Aktuelle Studie (N=84)
Somatisierung	0,63	0,80	0,77	0,81
Zwanghaftigkeit	0,72	0,83	0,79	0,86
Unsicherheit im Sozialkontakt	0,61	0,74	0,85	0,81
Depressivität	0,72	0,85	0,88	0,84
Ängstlichkeit	0,62	0,81	0,82	0,83
Aggressivität/Feindseligkeit	0,54	0,78	0,79	0,73
Phobische Angst	0,39	0,77	0,70	0,64
Paranoides Denken	0,60	0,77	0,76	0,74
Psychotizismus	0,42	0,71	0,70	0,71
GSI	0,92	-	-	0,96

Tabelle 8-2: Interne Konsistenzen der BSI-Skalen sowie des globalen Kennwertes GSI

Die internen Konsistenzen nach Cronbachs α liegen für die einzelnen Skalen des BSI der aktuellen Studie zwischen 0,64 und 0,96. Die internen Konsistenzen können als „gut“ bezeichnet werden und sind vergleichbar resp. besser im Vergleich zu den Cronbach α -Werten der angeführten Stichproben.

8.3.3 Angstfragebogen

Die IDCL (Hiller, 1997), welche dem selbst konzipierten Angstfragebogen zugrunde liegt, dient der Diagnostizierung psychischer Störungen auf der Basis von DSM-IV (APA, 1994) durch Fremdbeurteilungen. Die Diagnosen werden aufgrund von klar definierten Kriterien erstellt. Anwendungsgebiete finden sich sowohl im psychiatrischen als auch im nicht-psychiatrischen Bereich.

⁶ Die Werte der Stichproben wurden aus der Arbeit von Franke (2000, S. 35) entnommen.

In der vorliegenden Studie wurden ausschließlich die Diagnose-Checklisten für den Bereich der Angststörungen eingesetzt. Diese umfassen

- Soziale Phobie
- Agoraphobie
- Spezifische Phobie
- Zwangsstörung
- Generalisierte Angststörung
- Panikstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung

Auf Basis der IDCL wurde ein Angstfragebogen konzipiert, der alle im DSM-IV angeführten Angstdiagnosen erfasst. Die einzelnen Fragen konnten mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Um den Ängsten, die die Betroffenen aufgrund ihrer Erkrankung entwickeln gerecht zu werden, wurden zwei Dimensionen von Angststörungen erhoben:

- Epilepsieunabhängige Angststörungen – diese Angststörungen bestehen unabhängig von der Erkrankung Epilepsie
- Epilepsiebezogene Angststörungen – diese Angststörungen beziehen sich in ihren Inhalten auf die Erkrankung Epilepsie

Die Probanden wurden gebeten, die Diagnosekriterien einmal für epilepsieunabhängige Angststörungen und einmal für epilepsiebezogene Angststörungen zu beantworten. Jeder Teilnehmer konnte beurteilen, ob die Kriterien der z. B. Sozialen Phobie auf ihn zutreffen und er dies als Folge seiner Erkrankung betrachtet oder nicht. So zum Beispiel kann ein Epilepsiepatient an einer sozialen Phobie leiden, die vor allem daher resultiert, dass er Angst hat vor Anderen öffentlich zu sprechen. Seine Angst erfolgt aus der Befürchtung, sich zu blamieren, sich zu versprechen, sich peinlich zu verhalten oder ähnliches. Diese Soziale Phobie wird in weiterer Folge als *epilepsieunabhängige Soziale Phobie* benannt. Würde die Soziale Phobie daher resultieren, dass der Proband dieselben Ängste hat, weil er befürchtet vor seinem Publikum ei-

nen epileptischen Anfall zu bekommen, so wird diese in weiterer Folge als *epilepsiebezogene Soziale Phobie* bezeichnet.

Die oben beschriebene Differenzierung der Angststörungsdiagnosen wurde in den Analysen berücksichtigt. Ferner wurden Angststörungen unabhängig von dieser Differenzierung analysiert. Diese Angststörungen wurden als *allgemeine Angststörungen* bezeichnet.

Die folgende Tabelle 8-3 gibt einen Überblick über die internen Konsistenzen der erhobenen Angststörungen.

Skala	Epilepsiebezogene Angststörungen (N = 84)	Epilepsieunabhängige Angststörungen (N = 84)
Soziale Phobie	0,87	0,86
Agoraphobie	0,83	0,84
Spezifische Phobie	0,85	0,82
Zwangsstörung	0,84	0,81
Generalisierte Angststörung	0,86	0,84
Panikstörung	0,92	0,92
Posttraumatische Belastungsstörung	0,86	0,84

Tabelle 8-3: Interne Konsistenzen des Angstfragebogens

Die internen Konsistenzen des Angstfragebogens liegen sowohl für die epilepsieunabhängigen Angststörungsdiagnosen als auch für die epilepsiebezogenen Angststörungsdiagnosen in einem sehr akzeptablen Bereich (Werte zwischen 0,81 und 0,92).

8.3.4 Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen

Der FKK wurde auf der Basis des handlungstheoretischen Partialmodells der Persönlichkeit (HPP) entwickelt (Krampen, 1991). Er stellt eine theoretisch differenziertere Neuentwicklung des IPC-Fragebogens⁷ zu Kontrollüberzeugungen (Krampen, 1981) dar.

⁷ Die Abkürzung „I“ steht für Internalität, „P“ steht für sozial bedingte Externalität und „C“ steht für fatalistische Externalität.

Die wichtigsten Anwendungsbereiche des Fragebogens liegen, nach Ansicht der Autoren, in der Klinischen Psychologie, Eignungs- und Berufspsychologie als auch in der Forensischen Psychologie, wo er im Rahmen von Diagnostik, Beratung, Intervention sowie Forschung verwendet werden kann.

Bei diesem Instrument handelt es sich um ein 32 Items umfassendes Selbsteinschätzungsverfahren, das sowohl das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten als auch drei unterschiedliche Aspekte der generalisierten Kontrollüberzeugung erfasst. Das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten beschreibt in ihrer generalisierten Form die Erwartung, dass „man sich in vielen unterschiedlichen Situationen als kompetent und handlungsfähig erlebt“ (Krampen, 1991, S. 15). Personen haben die Erwartung, dass ihnen in unterschiedlichen Lebenssituationen zumindest eine Handlungsmöglichkeit zur Verfügung steht. Die Kontrollüberzeugungen gehen einen Schritt weiter und beziehen neben den wahrgenommenen Handlungsmöglichkeiten auch deren Effektivität mit ein. Unter Kontrollüberzeugungen werden die „subjektiven Erwartungen über die Kontrollierbarkeit von Ereignissen durch die zur Verfügung stehende(n) Handlung(en)“ verstanden (Krampen, 1991, S. 15).

Die folgende Tabelle 8-4 gibt einen Überblick über die Primär-, Sekundär- und Tertiärskalen des FKK.

Skalen	Bezeichnung
FKK-SK	Selbstkonzept eigener Fähigkeiten
FKK-I	Internalität
FKK-P	Soziale Externalität; „powerful others control“
FKK-C	Fatalistische Externalität; „chance control“
FKK-SKI	Selbstwirksamkeit
FKK-PC	Externalität
FKK-SKI-PC	Internalität vs. Externalität

Tabelle 8-4: Primär-, Sekundär- und Tertiärskalen des FKK.

Die vier Primärskalen werden durch je 8 Items repräsentiert. Die Befragten schätzen mit Hilfe einer sechsstufigen Likert-Skala („sehr falsch“, „falsch“, „eher falsch“, „eher richtig“, „richtig“ oder „sehr richtig“) ein, wie sehr die Aussage ihrer Meinung nach auf sie persönlich zutrifft. Je nach Beantwortung werden pro Item 1-6 Rohwertpunkte vergeben. Die Rohsummen werden getrennt nach den vier Skalen ermittelt.

- Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (FKK-SK): Die Items dieser Skala beschreiben die generalisierte Erwartung, ob in Situationen eine Handlungsmöglichkeit zur Verfügung steht oder nicht. (Bsp.: *Auch in schwierigen Situationen fallen mir immer viele Handlungsalternativen ein*)
- Internalität (FKK-I; „internal locus of control“): Beschreibt die subjektiv wahrgenommene Kontrolle durch die eigene Person über das eigene Leben und über Ereignisse in der personspezifischen Umwelt. (Bsp.: *Es hängt hauptsächlich von mir ab, ob sich andere Menschen nach meinen Wünschen richten oder nicht*)
- Sozial bedingte Externalität (FKK-P; „powerful others control orientation“): Die Items beschreiben die generalisierte Erwartung, dass Ereignisse durch andere („mächtige“) Personen beeinflusst werden. (Bsp.: *Ich habe das Gefühl, dass vieles von dem, was in meinem Leben passiert, von anderen Menschen abhängt*)
- Fatalistische Externalität (FKK-C; „chance control orientation“): Beschreibt die generalisierte Erwartung, dass das eigene Leben von Schicksal, Glück, Pech oder dem Zufall bestimmt wird. (Bsp.: *Zufällige Geschehnisse bestimmen einen großen Teil meines Lebens und Alltags*)

Die dargestellten Primärskalen können additiv zu Sekundärskalen zusammengefasst werden. Durch Addition der Skalen Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (FKK-SK) und Internalität (FKK-I), kann die Sekundärskala Selbstwirksamkeit (FKK-SKI) ermittelt werden, die die generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen erfasst.

Die Sekundärskala Externalität (FKK-PC) ergibt sich durch die Addition der Skalen „Soziale Externalität“ (FKK-P) und „Fatalistische Externalität“ (FKK-C) und beschreibt die Dimension der generalisierten Externalität in Kontrollüberzeugungen.

- Selbstwirksamkeit (FKK-SKI): Diese Skala beschreibt das Selbstbewusstsein, Sicherheit in der Handlungsplanung und –realisierung, Flexibilität und die Anpassungsfähigkeit in neuen bzw. ambigen Situationen.

- Externalität (FKK-PC): Hohe Werte in dieser Skala werden als das Gefühl der Abhängigkeit von äußeren Einflüssen, Fatalismus, Hilflosigkeit, Abhängigkeit von mächtigen Anderen und als soziale Abhängigkeit interpretiert.

Durch die Bildung eines Differenzwertes der beiden Sekundärskalen kann eine globale, bipolare Dimension der generalisierten Internalität vs. Externalität in Kontrollüberzeugungen (FKK-SKI-PC) berechnet werden (Tertiärskala). Die Interpretation der Daten auf dieser Ebene wird von Krampen (1991) nicht empfohlen, da der Tertiärskala ein theoretisch überholtes Konzept der Kontrollüberzeugungen zugrunde liegt.

Die nachfolgende Tabelle 8-5 zeigt die internen Konsistenzen für eine klinisch unauffällige Stichprobe und die Stichprobe der aktuellen Studie⁸. Die internen Konsistenzen (Cronbachs α) der vorliegenden Studie (N=84) weisen akzeptable Werte auf. Eine Ausnahme bildet die Skala *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten* (FKK-SK) mit einem Cronbachs α von 0,29. Dennoch wird diese Skala in die weiteren statistischen Analysen miteinbezogen.

Skala	Klinisch unauffällig (N=2028)	Aktuelle Studie (N=84)
FKK-SK	0,76	0,29
FKK-I	0,70	0,64
FKK-P	0,73	0,75
FKK-C	0,75	0,77
FKK-SKI	0,83	0,58
FKK-PC	0,83	0,84

Tabelle 8-5: Interne Konsistenzen der FKK-Skalen

Sowohl die Reliabilität als auch die Validität des FKK sind befriedigend. Die internen Konsistenzen nach Cronbachs α liegen für die einzelnen Skalen zwischen 0,65 und 0,90. Die Retest-Reliabilitäten (nach 2 Wochen) liegen zwischen 0,70 und 0,93. Die Objektivität ist durch die schriftlich vorgegebene Instruktion gewährleistet. Aufgrund der Auswertung mit Hilfe von Auswertungsschablonen ist die Auswertungsobjektivität gesichert. Für die Interpretation der Ergebnisse werden vom Autor Hinweise gegeben, somit ist auch die Interpretationsobjektivität gegeben.

⁸ Die Werte der Vergleichsstichprobe wurden aus der Arbeit von Krampen (1991, S. 49) entnommen.

8.3.5 Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit

Der Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG) wurde 1989 von Lohaus und Schmitt in Anlehnung an die englischsprachige Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHCL) (Wallston, Wallston & DeVellis; 1978) entwickelt. Der Fragebogen erfasst drei Dimensionen der Kontrollüberzeugung, die auf dem Konzept der sozialen Lerntheorie Rotters (1954) basieren.

- Internalität (KKG-I): Diese Skala beschreibt die Überzeugung, dass Gesundheit und Krankheit durch die eigene Person kontrollierbar sind.
- Soziale Externalität (KKG-P): Beschreibt die Überzeugung, dass Gesundheit und Krankheit durch andere Personen, wie Ärzte, Pflegepersonal, Bezugspersonen, kontrollierbar sind.
- Fatalistische Externalität (KKG-C): Hohe Werte in dieser Skala werden als Überzeugung interpretiert, dass Gesundheit und Krankheit nicht kontrollierbar, zufalls- oder schicksalsabhängig sind.

Jede Dimension der Kontrollüberzeugungen wird mit sieben Items erfasst, welche als Aussagen formuliert sind. Der Proband kann den Grad seiner Zustimmung mittels einer sechsstufigen Likert-Skala („trifft sehr zu“; „trifft zu“; „trifft etwas zu“; „trifft eher nicht zu“; „trifft nicht zu“; „trifft gar nicht zu“) zum Ausdruck bringen. Zur Auswertung werden die Rohwerte addiert und anschließend umgepolt, so dass hohe Rohwerte hohen, und niedrige Rohwerte niedrigen Kontrollüberzeugungen entsprechen.

Die Objektivität des Verfahrens ist sowohl für die Durchführung als auch für die Auswertung gegeben. Sowohl die Retest-Reliabilitäten (zwischen 0,66 und 0,78), als auch die internen Konsistenzen (zwischen 0,64 und 0,77) sind befriedigend. Ferner ist auch die Validität des Instrumentes befriedigend. Faktorenanalytisch ergibt sich eine dreifaktorielle Lösung, die den theoretisch postulierten Dimensionen entspricht. Die Interkorrelationen der Subskalen sind durchwegs gering.

Um Personen mit chronischen Erkrankungen gerecht zu werden, beziehen sich etwa die Hälfte der Items jeder Skala auf den Fall, dass Beschwerden bereits vorhanden

sind und die andere Hälfte nimmt Bezug auf den Erhalt körperlichen Wohlbefindens. Bei der Formulierung der Items wurde bewusst auf die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ verzichtet, um eine stärkere Identifikation der Probanden mit dem Instrument zu erzielen.

Lohaus und Schmitt (1989) beschreiben drei hierarchisch angeordnete Ebenen der Kontrollüberzeugung:

- Ebene I: generalisierte Kontrollüberzeugungen, die verschiedene Lebensbereiche übergreift
- Ebene II: Bereichsspezifische Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit
- Ebene III: Spezifische Kontrollüberzeugungen innerhalb des Bereiches Krankheit und Gesundheit

In der vorliegenden Studie wurde der KKG als Instrument zur Erhebung der Ebene III eingesetzt. Diese Spezifikation ergibt sich durch die zusätzliche Instruktion, die Beantwortung der Fragen auf die Erkrankung Epilepsie zu beziehen.

Die folgende Tabelle 8-6 beschreibt die internen Konsistenzen (Cronbachs α) einer klinisch unauffälligen Vergleichsstichprobe und der aktuellen Studie⁹.

Skala	Klinisch unauffällig (N=336)	Aktuelle Studie (N=84)
KKG-I	0,77	0,69
KKG-P	0,64	0,64
KKG-C	0,77	0,78

Tabelle 8-6: Interne Konsistenzen der KKG-Skalen

Die internen Konsistenzen der aktuellen Studie liegen mit 0,64, 0,69 und 0,78 in einem akzeptablen Bereich und sind mit den Werten der klinisch unauffälligen Stichprobe vergleichbar.

⁹ Die Werte der Vergleichsstichprobe entstammen der Arbeit von Lohaus und Schmitt (1989, S. 10).

8.3.6 Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung

Die Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (Klauer & Filipp, 1993) sind ein speziell für den Belastungskontext schwerer körperlicher Erkrankungen entwickeltes Diagnostikum zur Erfassung des Bewältigungsverhaltens auf der Grundlage der Selbstausskünfte des Patienten. Das Verfahren umfasst 37 Items, die einzelne Bewältigungsreaktionen wie beispielsweise soziale Vergleiche, Ablenkungsstrategien oder Mobilisierung sozialer Unterstützung abbilden. Auf einer sechsstufigen Likert-Skala („nie“ (1); „sehr selten“ (2); „selten“ (3); „manchmal“ (4); „häufig“ (5); „sehr häufig“ (6)) gibt der Befragte an, wie häufig er die einzelnen Bewältigungsstrategien anwendet.

Die Items des TSK sind fünf Skalen zugeordnet:

- Skala 1: Rumination (RU; 9 Items): Die Items beschreiben ein grüblerisches, zurückgezogenes Bewältigungsverhalten. Lösungen für krankheitsbedingte Probleme werden in der Vergangenheit gesucht. Es werden Vergleiche zwischen der Zeit vor Krankheitsbeginn und der aktuellen Lebenssituation angestellt. Diese Vergleiche führen zu dysphorischen Stimmungen.
- Skala 2: Suche nach sozialer Einbindung (SS; 9 Items): Dieses Bewältigungsverhalten ist durch eine hohe Soziabilität und einer krankheitsbezogenen Aufmerksamkeitsdezentrierung gekennzeichnet. Dadurch soll eine emotionale Unterstützung und Ablenkung von den krankheitsbedingten Problemen erzielt werden.
- Skala 3: Bedrohungsabwehr (BA; 8 Items): Die Patienten zeigen eine kämpferisch-optimistische Haltung der Krankheit gegenüber. Dieses kognitive Bewältigungsverhalten umfasst u. a. auch „positives Denken“, „Rationalisierung“ und „soziale Abwärtsvergleiche“.
- Skala 4: Suche nach Information und Erfahrungsaustausch (SI; 8 Items): Die Patienten zeigen eine starke Fokussierung auf die Erkrankung und versuchen im sozialen Kontext aber auch über andere Quellen mehr über die eigene Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten zu erfahren.

- Skala 5: Suche nach Halt in der Religion (SR; 3 Items): Der religiöse Glauben schenkt Kraft und Trost und verleiht der Krankheit einen höheren Sinn.

In der folgenden Tabelle 8-7 werden die internen Konsistenzen von verschiedenen Stichproben dargestellt¹⁰. Die Vergleichsstichprobe (N = 901) setzt sich aus verschiedenen Patientengruppen mit schweren körperlichen Erkrankungen (wie z. B. Krebspatienten, HIV-Patienten, Koronarpatienten) zusammen.

Skala	Patienten mit schweren körperlichen Erkrankungen (N=901)	Aktuelle Studie (N=84)
Rumination	0,78	0,69
Suche nach sozialer Einbindung	0,76	0,83
Bedrohungsabwehr	0,77	0,68
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch	0,82	0,84
Suche nach Halt in der Religion	0,78	0,81

Tabelle 8-7: Interne Konsistenzen der TSK-Skalen

Die Analyse der internen Konsistenzen zeigt, dass die Werte für die aktuelle Studie mit 0,69 bis 0,84 in einem akzeptablen Bereich liegen.

¹⁰ Die Werte der Vergleichsstichprobe wurden der Arbeit von Klauer und Filipp (1993, S. 21) entnommen.

8.4 Fragestellungen und Hypothesen

Die Fragestellungen werden aufgrund mangelnder bzw. widersprüchlicher empirischer Befunde im Sinne einer explorativen Datenanalyse offen formuliert. Von den Fragestellungen werden ein- bzw. zweiseitig gerichtete Hypothesen abgeleitet.

8.4.1 Psychopathologischer Status

Fragestellung 1

Wie ist der allgemeine psychopathologische Status (It. BSI) in der untersuchten Stichprobe?

- 1.1 Gibt es Unterschiede im Vergleich zu Normwerten?
- 1.2 Sind geschlechtsspezifische Unterschiede zu finden?
- 1.3 Sind epilepsiespezifische Unterschiede zu finden?

Hypothese 1.1.1

H1: Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe weisen insgesamt eine höhere psychische Belastung (It. BSI) auf, als die klinisch unauffällige Normstichprobe.

Hypothese 1.1.2

H1: Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe unterscheiden sich hinsichtlich der psychischen Belastung (It. BSI) von der klinisch auffälligen Normstichprobe.

Hypothese 1.2

H1: Frauen und Männer unterscheiden sich in der untersuchten Stichprobe hinsichtlich des allgemeinen psychopathologischen Status (It. BSI).

Hypothese 1.3

H1: Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe mit leichten (low illness severity, LIS), mittleren (moderate illness severity, MIS) oder schweren (high illness severity, HIS) epileptischen Anfällen unterscheiden sich hinsichtlich des allgemeinen psychopathologischen Status (It. BSI).

8.4.2 Kontrollüberzeugungen

Fragestellung 2

Welche generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (lt. FKK) lassen sich in der untersuchten Stichprobe finden?

- 2.1 Lassen sich Unterschiede im Vergleich zu Normwerten finden?
- 2.2 Sind geschlechtsspezifische Unterschiede zu finden?
- 2.3 Lassen sich Zusammenhänge mit dem Alter der Betroffenen finden?
- 2.4 Lassen sich Unterschiede finden, je nachdem ob der Betroffene in einer Partnerschaft lebt oder nicht?
- 2.5 Sind Unterschiede bezogen auf die Schwere der Erkrankung zu finden?
- 2.6 Lassen sich Unterschiede in Bezug auf die wahrgenommene Kontrollierbarkeit der epileptischen Anfälle finden?
- 2.7 Lassen sich Unterschiede finden, je nachdem ob die Auslöser der epileptischen Anfälle bekannt sind oder nicht?
- 2.8 Lassen sich Zusammenhänge mit der Dauer der Erkrankung finden?
- 2.9 Lassen sich Zusammenhänge mit dem Alter bei Beginn der Erkrankung finden?
- 2.10 Lassen sich Zusammenhänge mit der Zeit, die seit dem letzten Anfall vergangen ist, finden?

Hypothese 2.1

H1: Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe unterscheiden sich in der mittleren Ausprägung der generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK-SK, FKK-I, FKK-P, FKK-C) von der Normstichprobe.

Hypothese 2.2

H1: Frauen unterscheiden sich von Männern in Bezug auf die mittleren Ausprägungen der generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK-SK, FKK-I, FKK-P, FKK-C).

Hypothese 2.3

Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Alter der Betroffenen und den generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK-SK, FKK-I, FKK-P, FKK-C).

Hypothese 2.4

H1: Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe die in einer Partnerschaft leben unterscheiden sich hinsichtlich der generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK-SK, FKK-I, FKK-P, FKK-C) von jenen die in keiner Partnerschaft leben.

Hypothese 2.5

H1: Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe mit leichten (low illness severity, LIS), mittleren (moderate illness severity, MIS) oder schweren (high illness severity, HIS) epileptischen Anfällen unterscheiden sich hinsichtlich der mittleren Ausprägungen der generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK-SK, FKK-I, FKK-P, FKK-C).

Hypothese 2.6

H1: Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe die glauben ihre Anfälle unterbrechen zu können unterscheiden sich hinsichtlich der generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK-SK, FKK-I, FKK-P, FKK-C) von jenen die dies nicht annehmen.

Hypothese 2.7

H1: Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe, die Auslöser ihrer epileptischen Anfälle kennen, unterscheiden sich hinsichtlich der generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK-SK, FKK-I, FKK-P, FKK-C) von jenen, die die Auslöser ihrer epileptischen Anfälle entweder nicht kennen oder diese nicht genau zuordnen können.

Hypothese 2.8

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Dauer der Erkrankung und den generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK-SK, FKK-I, FKK-P, FKK-C).

Hypothese 2.9

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Alter bei Beginn der Erkrankung und den generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK-SK, FKK-I, FKK-P, FKK-C).

Hypothese 2.10

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Zeit, die seit dem letzten Anfall vergangen ist, und den generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK-SK, FKK-I, FKK-P, FKK-C).

Fragestellung 3

Welche krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (lt. KKG) lassen sich in der untersuchten Stichprobe finden?

- 3.1 Lassen sich Unterschiede im Vergleich zu Normwerten finden?
- 3.2 Sind geschlechtsspezifische Unterschiede zu finden?
- 3.3 Lassen sich Zusammenhänge mit dem Alter der Betroffenen finden?
- 3.4 Lassen sich Unterschiede finden, je nachdem ob der Betroffene in einer Partnerschaft lebt oder nicht?
- 3.5 Sind Unterschiede bezogen auf die Schwere der Erkrankung zu finden?
- 3.6 Lassen sich Unterschiede in Bezug auf die wahrgenommene Kontrollierbarkeit der epileptischen Anfälle finden?
- 3.7 Lassen sich Unterschiede finden, je nachdem ob die Auslöser der epileptischen Anfälle bekannt sind oder nicht?
- 3.8 Lassen sich Zusammenhänge mit der Dauer der Erkrankung finden?
- 3.9 Lassen sich Zusammenhänge mit dem Alter bei Beginn der Erkrankung finden?
- 3.10 Lassen sich Zusammenhänge mit der Zeit, die seit dem letzten Anfall vergangen ist, finden?

Hypothese 3.1

H1: Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe unterscheiden sich in der mittleren Ausprägung der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (KKG-I, KKG-P, KKG-C) von der Normstichprobe.

Hypothese 3.2

H1: Frauen unterscheiden sich von Männern in Bezug auf die mittleren Ausprägungen der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (KKG-I, KKG-P, KKG-C).

Hypothese 3.3

Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Alter der Betroffenen und den krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (KKG-I, KKG-P, KKG-C).

Hypothese 3.4

H1: Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe die in einer Partnerschaft leben unterscheiden sich hinsichtlich der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (KKG-I, KKG-P, KKG-C) von jenen die in keiner Partnerschaft leben.

Hypothese 3.5

H1: Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe mit leichten (low illness severity, LIS), mittleren (moderate illness severity, MIS) oder schweren (high illness severity, HIS) epileptischen Anfällen unterscheiden sich hinsichtlich der mittleren Ausprägungen der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (KKG-I, KKG-P, KKG-C).

Hypothese 3.6

H1: Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe die glauben ihre Anfälle unterbrechen zu können unterscheiden sich hinsichtlich der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (KKG-I, KKG-P, KKG-C) von jenen die dies nicht annehmen.

Hypothese 3.7

H1: Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe, die Auslöser ihrer epileptischen Anfälle kennen, unterscheiden sich hinsichtlich der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (KKG-I, KKG-P, KKG-C) von jenen, die die Auslöser ihrer epileptischen Anfälle entweder nicht kennen oder diese nicht genau zuordnen können.

Hypothese 3.8

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Dauer der Erkrankung und den krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (KKG-I, KKG-P, KKG-C).

Hypothese 3.9

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Alter bei Beginn der Erkrankung und den krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (KKG-I, KKG-P, KKG-C).

Hypothese 3.10

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Zeit, die seit dem letzten Anfall vergangen ist, und den krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (KKG-I, KKG-P, KKG-C).

Fragestellung 4

Wie ist der Zusammenhang der generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (lt. FKK) und den krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (lt. KKG) in der untersuchten Stichprobe?

Hypothese 4.1

- (1) H1: Die mittlere Ausprägung der generalisierten internalen Kontrollüberzeugung (FKK-I) des FKK korreliert positiv mit der krankheitsspezifischen internalen Kontrollüberzeugung (KKG-I) des KKG.
- (2) H1: Die mittlere Ausprägung der generalisierten sozial bedingten externalen Kontrollüberzeugung (FKK-P) des FKK korreliert positiv mit der krankheitsspezifischen sozial bedingten externalen Kontrollüberzeugung (KKG-P) des KKG.
- (3) H1: Die mittlere Ausprägung der generalisierten fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugung (FKK-C) des FKK korreliert positiv mit der krankheitsspezifischen fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugung (KKG-C) des KKG.

8.4.3 Krankheitsbewältigung

Fragestellung 5

Welche Krankheitsbewältigungsstrategien (lt. TSK) lassen sich in der untersuchten Stichprobe finden?

- 5.1 Lassen sich Unterschiede im Vergleich zu Normwerten finden?
- 5.2 Sind geschlechtsspezifische Unterschiede zu finden?
- 5.3 Sind Unterschiede bezogen auf die Schwere der Erkrankung zu finden?

Hypothese 5.1

H1: Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe unterscheiden sich in der mittleren Ausprägung der Krankheitsbewältigungsstrategien (RU, BA, SR, SS, SI) von der Normstichprobe.

Hypothese 5.2

H1: Frauen unterscheiden sich von Männern der untersuchten Stichprobe in Bezug auf die mittleren Ausprägungen der Krankheitsbewältigungsstrategien (RU, BA, SR, SS, SI).

Hypothese 5.3

H1: Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe mit leichten (low illness severity, LIS), mittleren (moderate illness severity, MIS) oder schweren (high illness severity, HIS) epileptischen Anfällen unterscheiden sich hinsichtlich der mittleren Ausprägung der Krankheitsbewältigungsstrategien (RU, BA, SR, SS, SI).

Fragestellung 6

In welchem Zusammenhang stehen die Krankheitsbewältigungsstrategien (lt. TSK) der untersuchten Stichprobe mit

- 6.1 den allgemeinen Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (lt. FKK)?
- 6.2 den krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (lt. KKG)?

Hypothese 6.1

Die Krankheitsbewältigungsstrategien (RU, BA, SR, SS, SI) laut TSK der untersuchten Stichprobe korrelieren mit den allgemeinen Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK-SK, FKK-I, FKK-P, FKK-C) laut FKK.

Hypothese 6.2

Die Krankheitsbewältigungsstrategien (RU, BA, SR, SS, SI) laut TSK der untersuchten Stichprobe korrelieren mit den krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (KKG-I, KKG-P, KKG-C) laut KKG.

8.4.4 Angststörungen

8.4.4.1 Allgemeine Angststörungen

Fragestellung 7

Unter welchen Angststörungen leiden die Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe?

Fragestellung 8

Sind innerhalb der Gruppen Epilepsiepatienten mit einer, mit mehreren oder mit keiner Angststörungsdiagnose in der untersuchten Stichprobe Unterschiede hinsichtlich

- 8.1 der Ausprägung in der Skala Ängstlichkeit des BSI zu finden?
- 8.2 der Ausprägung im globalen Kennwert GSI des BSI zu finden?
- 8.3 der generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (lt. FKK) zu finden?
- 8.4 der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (lt. KKG) zu finden?
- 8.5 der krankheitsspezifischen Bewältigungsstrategien (lt. TSK) zu finden?

Hypothese 8.1

H1: Epilepsiepatienten mit einer, mit mehreren oder mit keiner Angststörungsdiagnose unterscheiden sich hinsichtlich der Ausprägung in der Skala Ängstlichkeit des BSI in der untersuchten Stichprobe voneinander.

Hypothese 8.2

H1: Epilepsiepatienten mit einer, mit mehreren oder mit keiner Angststörungsdiagnose unterscheiden sich hinsichtlich der Ausprägung im globalen Kennwert GSI des BSI in der untersuchten Stichprobe voneinander.

Hypothese 8.3

H1: Epilepsiepatienten mit einer, mit mehreren oder mit keiner Angststörungsdiagnose unterscheiden sich hinsichtlich der generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK-SK, FKK-I, FKK-P, FKK-C) laut FKK in der untersuchten Stichprobe voneinander.

Hypothese 8.4

H1: Epilepsiepatienten mit einer, mit mehreren oder mit keiner Angststörungsdiagnose unterscheiden sich hinsichtlich der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (KKG-I, KKG-P, KKG-C) laut KKG in der untersuchten Stichprobe voneinander.

Hypothese 8.5

H1: Epilepsiepatienten mit einer, mit mehreren oder mit keiner Angststörungsdiagnose unterscheiden sich hinsichtlich der Krankheitsbewältigungsstrategien (RU, BA, SR, SS, SI) laut TSK in der untersuchten Stichprobe voneinander.

8.4.4.2 Epilepsiebezogene Angststörungen**Fragestellung 9**

Wie sieht die Verteilung der epilepsiebezogenen Angststörungen in der untersuchten Stichprobe aus?

Fragestellung 10

Wie unterscheiden sich in der untersuchten Stichprobe Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsiebezogenen Angststörung von solchen Epilepsiepatienten, die die Kriterien einer epilepsiebezogenen Angststörung nicht erfüllt haben hinsichtlich

10.1 der Ausprägung in der Skala Ängstlichkeit des BSI?

10.2 der Ausprägung im globalen Kennwert GSI des BSI?

10.3 der generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (lt. FKK)?

10.4 der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (lt. KKG)?

10.5 der krankheitsspezifischen Bewältigungsstrategien (lt. TSK)?

Hypothese 10.1

H1: Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsiebezogenen Angststörung unterscheiden sich von Epilepsiepatienten ohne der Diagnose einer epilepsiebezogene Angststörung hinsichtlich der Ausprägung in der Skala Ängstlichkeit des BSI in der untersuchten Stichprobe voneinander.

Hypothese 10.2

H1: Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsiebezogenen Angststörung unterscheiden sich von Epilepsiepatienten ohne der Diagnose einer epilepsiebezogene Angststörung hinsichtlich der Ausprägung im globalen Kennwert GSI des BSI in der untersuchten Stichprobe voneinander.

Hypothese 10.3

H1: Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsiebezogenen Angststörung unterscheiden sich von Epilepsiepatienten ohne der Diagnose einer epilepsiebezogene Angststörung hinsichtlich der generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK-SK, FKK-I, FKK-P, FKK-C) laut FKK in der untersuchten Stichprobe voneinander.

Hypothese 10.4

H1: Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsiebezogenen Angststörung unterscheiden sich von Epilepsiepatienten ohne der Diagnose einer epilepsiebezogene Angststörung hinsichtlich der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (KKG-I, KKG-P, KKG-C) laut KKG in der untersuchten Stichprobe voneinander.

Hypothese 10.5

H1: Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsiebezogenen Angststörung unterscheiden sich von Epilepsiepatienten ohne der Diagnose einer epilepsiebezogene Angststörung hinsichtlich der Krankheitsbewältigungsstrategien (RU, BA, SR, SS, SI) laut TSK in der untersuchten Stichprobe voneinander.

8.4.4.3 Epilepsieunabhängige Angststörungen

Fragestellung 11

Unter welchen epilepsieunabhängigen Angststörungen leiden die Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe?

Fragestellung 12

Wie unterscheiden sich in der untersuchten Stichprobe Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsieunabhängigen Angststörung von solchen Epilepsiepatienten, die die Kriterien einer epilepsieunabhängigen Angststörung nicht erfüllt haben hinsichtlich

12.1 der Ausprägung in der Skala Ängstlichkeit des BSI?

12.2 der Ausprägung im globalen Kennwert GSI des BSI?

12.3 der generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (lt. FKK)?

12.4 der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (lt. KKG)?

12.5 der krankheitsspezifischen Bewältigungsstrategien (lt. TSK)?

Hypothese 12.1

H1: Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsieunabhängigen Angststörung unterscheiden sich von Epilepsiepatienten ohne die Diagnose einer epilepsieunabhängigen Angststörung hinsichtlich der Ausprägung in der Skala Ängstlichkeit des BSI in der untersuchten Stichprobe voneinander.

Hypothese 12.2

H1: Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsieunabhängigen Angststörung unterscheiden sich von Epilepsiepatienten ohne die Diagnose einer epilepsieunabhängigen Angststörung hinsichtlich der Ausprägung im globalen Kennwert GSI des BSI in der untersuchten Stichprobe voneinander.

Hypothese 12.3

H1: Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsieunabhängigen Angststörung unterscheiden sich von Epilepsiepatienten ohne die Diagnose einer epilepsieunabhängigen Angststörung hinsichtlich der generalisierten Kompetenz- und Kontroll-

überzeugungen (FKK-SK, FKK-I, FKK-P, FKK-C) laut FKK in der untersuchten Stichprobe voneinander.

Hypothese 12.4

H1: Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsieunabhängigen Angststörung unterscheiden sich von Epilepsiepatienten ohne die Diagnose einer epilepsieunabhängigen Angststörung hinsichtlich der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (KKG-I, KKG-P, KKG-C) laut KKG in der untersuchten Stichprobe voneinander.

Hypothese 12.5

H1: Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsieunabhängigen Angststörung unterscheiden sich von Epilepsiepatienten ohne die Diagnose einer epilepsieunabhängigen Angststörung hinsichtlich der Krankheitsbewältigungsstrategien (RU, BA, SR, SS, SI) laut TSK in der untersuchten Stichprobe voneinander.

8.4.4 Epilepsiebezogene versus epilepsieunabhängige Angststörungen

Fragestellung 13

Wie sieht die Verteilung der Angststörungen bezogen auf die Epilepsie und unabhängig von dieser bei den Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe aus?

Fragestellung 14

Wie unterscheiden sich in der untersuchten Stichprobe Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsieunabhängigen Angststörung von solchen Epilepsiepatienten, die die Kriterien einer epilepsiebezogenen Angststörung erfüllt haben hinsichtlich

14.1 der Ausprägung in der Skala Ängstlichkeit des BSI?

14.2 der Ausprägung im globalen Kennwert GSI des BSI?

14.3 der generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (lt. FKK)?

14.4 der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (lt. KKG)?

14.5 der krankheitsspezifischen Bewältigungsstrategien (lt. TSK)?

Hypothese 14.1

H1: Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsieunabhängigen Angststörung unterscheiden sich von Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsiebezogenen Angststörung hinsichtlich der Ausprägung in der Skala Ängstlichkeit des BSI in der untersuchten Stichprobe voneinander.

Hypothese 14.2

H1: Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsieunabhängigen Angststörung unterscheiden sich von Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsiebezogenen Angststörung hinsichtlich der Ausprägung im globalen Kennwert GSI des BSI in der untersuchten Stichprobe voneinander.

Hypothese 14.3

H1: Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsieunabhängigen Angststörung unterscheiden sich von Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsiebezogenen Angststörung hinsichtlich der generalisierten Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK-SK, FKK-I, FKK-P, FKK-C) laut FKK in der untersuchten Stichprobe voneinander.

Hypothese 14.4

H1: Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsieunabhängigen Angststörung unterscheiden sich von Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsiebezogenen Angststörung hinsichtlich der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (KKG-I, KKG-P, KKG-C) laut KKG in der untersuchten Stichprobe voneinander.

Hypothese 14.5

H1: Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsieunabhängigen Angststörung unterscheiden sich von Epilepsiepatienten mit der Diagnose einer epilepsiebezogenen Angststörung hinsichtlich der Krankheitsbewältigungsstrategien (RU, BA, SR, SS, SI) laut TSK in der untersuchten Stichprobe voneinander.

8.5 Methoden der statistischen Datenanalyse

Die gesamten statistischen Analysen der vorliegenden Arbeit wurden mittels der Software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS für Windows, Version 12.0) durchgeführt.

Im Vorfeld der Analysen wurden alle abhängigen Variablen auf Normalverteilung geprüft. Die Normalverteilungsprüfung erfolgte mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests. Des Weiteren wurden als deskriptive Maße die Schiefe sowie die Kurtosis zur Bestimmung der Normalverteilung herangezogen (s. Anhang). Eine Normalverteilung war für alle abhängigen Variablen gegeben.

Unterschiedshypothesen wurden mit Hilfe einfaktorieller, multivariater Varianzanalysen berechnet. Um abzuklären, ob eine Varianzhomogenität gegeben ist, wurde der Levene-Test berechnet. Im Falle dreifach gestufter Faktoren (allgemeine Angststörungen, Schwere der Erkrankung, Kennen der Auslöser) wurde bei Varianzgleichheit Bonferroni, bei ungleichen Varianzen Tamhane, als Post-Hoc-Test gerechnet.

Zur Überprüfung von Unterschieden zwischen Epilepsiepatienten und Normstichproben wurde der T-Test für eine Stichprobe herangezogen.

Zur Berechnung der Unterschiede von Epilepsiepatienten mit epilepsiebezogenen und epilepsieunabhängigen Angststörungen wurde aufgrund der geringen Zellbesetzung ein nonparametrisches Verfahren - Mann-Whitney-U-Test - eingesetzt.

Die Messung der Stärke und Richtung von Zusammenhängen (Zusammenhangshypothesen) intervallskalierter Variablen, erfolgte mit dem Korrelationskoeffizienten nach Pearson.

Alle genannten Tests wurden auf einem zweiseitigen Signifikanzniveau von $p=0,05$ berechnet. Signifikante Unterschiede auf dem 10%-Niveau wurden als *Tendenzen* beschrieben.

Es wurden folgende statistische Kennwerte verwendet:

N	Anzahl der Probanden
%	Prozent
M	Mittelwert (Mean)
SD	Standardabweichung (Standard Deviation)
MR	Mittlerer Rang
RS	Rangsumme
T	T-Wert (T-Test)
F	F-Wert (Varianzanalyse; Levene)
Z	Z-Wert (Mann-Whitney-U)
p	Irrtumswahrscheinlichkeit
df	Freiheitsgrade (degrees of freedom)

Die Signifikanz der Ergebnisse wird im Text wie folgt beschrieben:

n. s.	nicht signifikant
s.	signifikant
s. s.	sehr signifikant

9 Ergebnisse

9.1 Beschreibung der Stichprobe

Für die Beschreibung der untersuchten Stichprobe soll zuerst auf soziodemographische Variablen und anschließend auf epilepsiespezifische Variablen eingegangen werden.

9.1.1 Soziodemographische Variablen

Die untersuchte Stichprobe setzte sich aus 84 Epilepsiepatienten, davon waren 39 (46%) weiblich und 45 (54%) männlich, zusammen. Das Alter der untersuchten Stichprobe lag bei durchschnittlich 41,7 Jahren (SD=12,91). Die jüngste Person war 19, die älteste 75 Jahre. 52 (62%) Probanden lebten zum Zeitpunkt der Datenerhebung in einer Beziehung. 30 (36%) Betroffene waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung berufstätig.

Die Personen der untersuchten Stichprobe hatten in den meisten Fällen ein Abitur/Fachabitur (34,5%) bzw. einen Hochschulabschluss (29,8%). Insgesamt hatten 64,3% eine höhere Ausbildung (Tabelle 9-1).

	Keinen Abschluss	Hauptschule	Realschule	Abitur/ Fachabitur	Hochschule	Anderer Abschluss
Anzahl	9	3	6	29	25	12
%	10,7	3,6	7,1	34,5	29,8	14,3

Tabelle 9-1: Schulbildung der untersuchten Stichprobe

9.1.2 Epilepsiespezifische Variablen

Den ersten epileptischen Anfall erlitten die teilnehmenden Epilepsiepatienten mit durchschnittlich 21 Jahren (SD=15,5). Der früheste Beginn lag bei 0, der späteste bei 73 Jahren. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer betrug 21 Jahre (SD=14,3). 79,3% (65 Probanden) der untersuchten Epilepsiepatienten hatten im Jahr vor der Datenerhebung mindestens einen epileptischen Anfall.

71,6% (58 Probanden) der Befragten geben an, einen bzw. mehrere Auslöser für ihre epileptischen Anfälle identifizieren zu können. 64,6% dieser Probanden nennen mehrere Auslöser, die sie bei sich kennen.

Wie aus Abbildung 9-1 entnommen werden kann, gaben 47 (56%) Epilepsiepatienten an, keinen Einfluss auf ihre epileptischen Anfälle ausüben zu können. Insgesamt geben 36 (42,9%) Probanden an, ihre Anfälle unterbrechen zu können, davon gelingt dies bei 3 (3,6%) Betroffenen immer und bei 33 (39,3%) Epilepsiepatienten manchmal. Ein Proband (1,2%) machte zu dieser Frage keine Aussage.

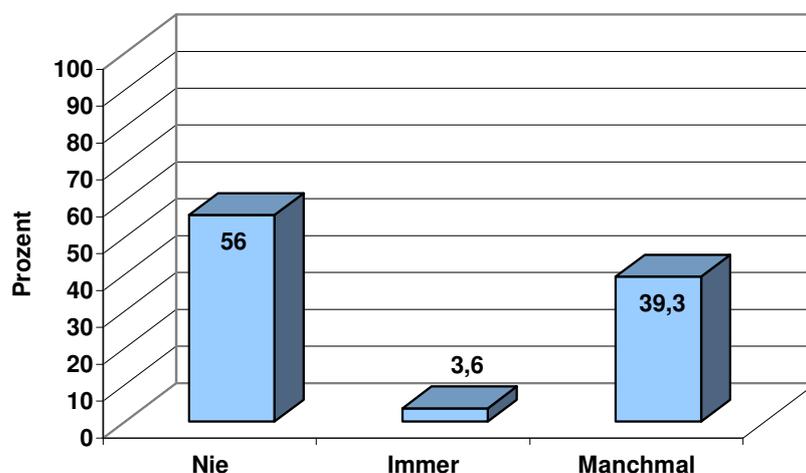


Abbildung 9-1: Verteilung der Fähigkeit Anfälle erfolgreich zu kontrollieren

34,5% (29 Probanden) der untersuchten Stichprobe nehmen zum Zeitpunkt der Datenerhebung aufgrund ihrer Erkrankung Epilepsie psychotherapeutische Hilfe in Anspruch.

Der Illness Severity Index ist ein Maß zur Bestimmung der Schwere der Erkrankung (s. Abschnitt 8.3.1). Wie in Abbildung 9-2 dargestellt, zeigten 21 (25%) der teilnehmenden Epilepsiepatienten eine geringe Ausprägung der Schwere der Erkrankung (Low Illness Severity), 35 (42%) haben eine mittlere Ausprägung der Schwere der Erkrankung (Moderate Illness Severity) und 28 Probanden (33%) eine massive Ausprägung der Schwere der Erkrankung (High Illness Severity).

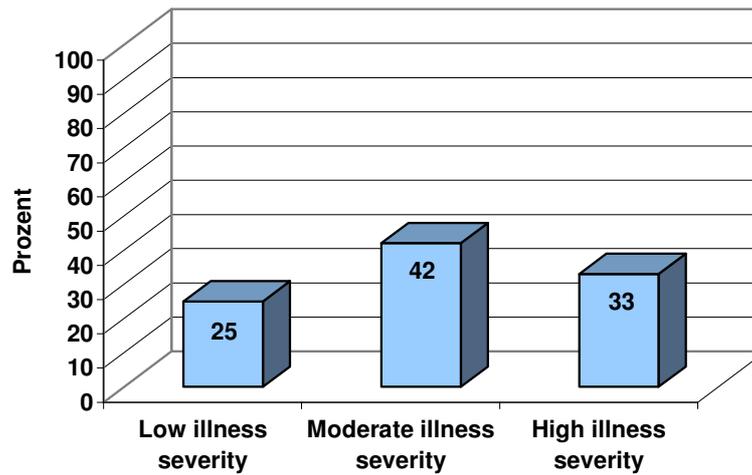


Abbildung 9-2: Verteilung der Schwere der Erkrankung

Auf die Frage „Wie schätzen Sie Ihre Lebensqualität im Großen und Ganzen ein?“ gaben 12 (14,3%) Betroffene an, diese sei negativ, 37 Probanden (44%) glaubten ihre Lebensqualität liegt in einem mittleren Bereich und 33 Befragte (39,3%) gaben an eine gute Lebensqualität zu haben. Zwei Probanden (2,4%) gaben keine Antwort auf diese Frage.

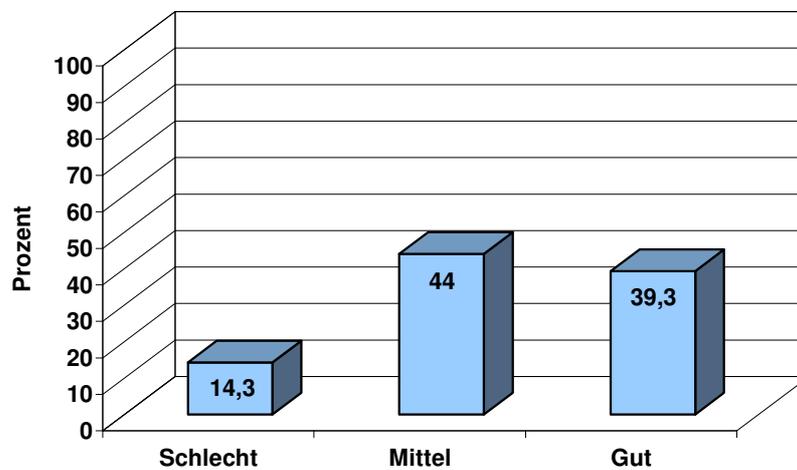


Abbildung 9-3: Angaben zur subjektiv empfundenen Lebensqualität

9.2 Hypothesenüberprüfende Ergebnisse

9.2.1 Psychopathologischer Status

Fragestellung 1

Als klinisch auffällig wurden Patienten eingestuft, bei denen der T-Wert des GSI ≥ 63 oder mindestens zwei BSI-Subskalen T-Werte ≥ 63 aufwiesen. Insgesamt konnten 56 Epilepsiepatienten (66,7%) als klinisch auffällig bezeichnet werden. Die unten angeführte Abbildung 9-4 zeigt, dass die mittleren Skalenausprägungen der untersuchten Epilepsiepatienten der klinisch auffälligen Normstichprobe ähnlicher sind, im Vergleich zu den Werten der klinisch unauffälligen Normstichprobe¹¹.

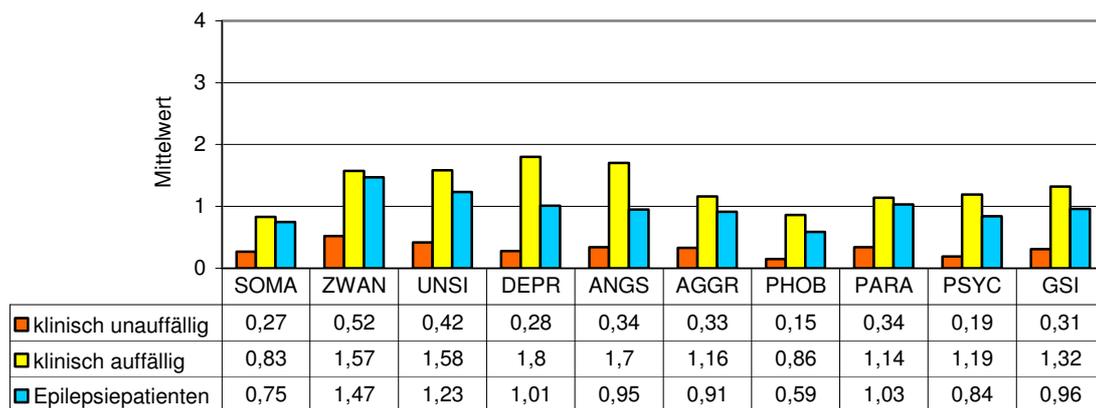


Abbildung 9-4: Verteilung der mittleren Skalenausprägungen des BSI

Hypothese 1.1.1

Zur statistischen Überprüfung der in der nachstehenden Tabelle 9-2 dargestellten Mittelwertsunterschiede wurde ein T-Test für eine Stichprobe gerechnet. Die mittleren Skalenausprägungen der Epilepsiepatienten unterschieden sich in jeder der angeführten Skala sehr signifikant ($p < 0,001$; s. s.) von den mittleren Skalenausprägungen der klinisch unauffälligen Normstichprobe. Die untersuchte Stichprobe zeigte im Vergleich zur Normstichprobe sowohl in jeder Skala des BSI als auch im globalen

¹¹ Die Werte der klinisch unauffälligen und der klinisch auffälligen Normstichproben wurden dem BSI-Manual entnommen (Franke, 2000).

Kennwert *Global Severity Index (GSI)* signifikant höhere Werte und damit eine höhere psychische Belastung.

Skalen des BSI	Klinisch unauffällig (N=600)	Epilepsiepatienten (N=84)	T	df	p
Somatisierung	0,27	0,75	5,973	83	0,000
Zwanghaftigkeit	0,52	1,47	8,849	83	0,000
Unsicherheit im Sozialkontakt	0,42	1,23	7,382	83	0,000
Depressivität	0,28	1,01	7,321	83	0,000
Ängstlichkeit	0,34	0,95	6,844	83	0,000
Aggressivität/Feindseligkeit	0,33	0,91	7,082	83	0,000
Phobische Angst	0,15	0,59	6,361	83	0,000
Paranoides Denken	0,34	1,03	7,721	83	0,000
Psychotizismus	0,19	0,84	7,449	83	0,000
GSI	0,31	0,96	8,947	83	0,000

Tabelle 9-2: Vergleich der mittleren Skalenausprägungen der Epilepsiepatienten mit einer klinisch unauffälligen Normstichprobe

Die Hypothese 1.1.1 konnte aufgrund der Ergebnisse des T-Tests für eine Stichprobe für alle Skalen des BSI bestätigt werden.

Hypothese 1.1.2

Wie in der unten angeführten Tabelle 9-3 angegeben, unterschieden sich die untersuchten Epilepsiepatienten sehr signifikant ($p < 0,01$) von der klinisch auffälligen Normstichprobe in den Skalen *Unsicherheit im Sozialkontakt*, *Depressivität*, *Ängstlichkeit*, *Aggressivität/Feindseligkeit*, *Phobische Angst*, *Psychotizismus*, sowie im globalen Kennwert *GSI*. Die mittleren Skalenausprägungen der Epilepsiepatienten waren durchweg geringer als jene der klinisch auffälligen Normstichprobe. Kein signifikanter Unterschied konnte für die Skalen *Somatisierung*, *Zwanghaftigkeit* und *Paranoides Denken* gefunden werden.

Skalen des BSI	Klinisch auffällig (N=1002)	Epilepsiepatienten (N=84)	T	df	p
Somatisierung	0,83	0,75	-0,971	83	0,334
Zwanghaftigkeit	1,57	1,47	-0,929	83	0,356
Unsicherheit im Sozialkontakt	1,85	1,23	-3,201	83	0,002
Depressivität	1,80	1,01	-7,842	83	0,000
Ängstlichkeit	1,70	0,95	-8,505	83	0,000
Aggressivität/Feindseligkeit	1,16	0,91	-2,978	83	0,004
Phobische Angst	0,86	0,59	-3,892	83	0,000
Paranoides Denken	1,14	1,03	-1,249	83	0,215
Psychotizismus	1,19	0,84	-3,919	83	0,000
GSI	1,32	0,96	-4,907	83	0,000

Tabelle 9-3: Vergleich der mittleren Skalenausprägungen der Epilepsiepatienten mit einer klinisch auffälligen Normstichprobe

Die Hypothese 1.1.2 konnte für die Skalen *Unsicherheit im Sozialkontakt*, *Depressivität*, *Ängstlichkeit*, *Aggressivität/Feindseligkeit*, *Phobische Angst*, *Psychotizismus*, sowie den globalen Kennwert *GSI* bestätigt werden. Für die Skalen *Somatisierung*, *Zwanghaftigkeit* und *Paranoides Denken* musste diese jedoch verworfen werden.

Hypothese 1.2

Im Vorfeld des T-Tests wurde der Levene-Test zur Überprüfung der Varianzgleichheit durchgeführt. Eine Gleichheit der Varianzen zeigte sich für die Skalen *Somatisierung* ($p=0,292$; n. s.), *Unsicherheit im Sozialkontakt* ($p=0,091$; n. s.), *Depressivität* ($p=0,715$; n. s.), *Ängstlichkeit* ($p=0,056$; n. s.), *Aggressivität/Feindseligkeit* ($p=0,964$; n. s.) und *Phobische Angst* ($p=0,129$; n. s.). Für die Skalen *Zwanghaftigkeit* ($F=11,724$; $p=0,001$; s. s.), *Paranoides Denken* ($F=5,733$; $p=0,019$; s.), *Psychotizismus* ($F=4,424$; $p=0,038$; s.) sowie für den globalen Kennwert *GSI* ($F=7,545$; $p=0,007$; s. s.) zeigte sich keine Varianzgleichheit. Daher wurde im T-Test auf die Ergebnisse für Varianzungleichheit zurückgegriffen.

Wie aus Tabelle 9-4 zu entnehmen ist, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern der untersuchten Stichprobe hinsichtlich der mittleren Ausprägungen der BSI-Skalen.

Skalen des BSI		Frauen (N=39)	Männer (N=45)	T	df	p
Somatisierung	M SD	0,850 0,783	0,667 0,697	1,134	82	0,260
Zwanghaftigkeit	M SD	1,539 0,751	1,411 1,154	0,607	76,360	0,546
Unsicherheit im Sozialkontakt	M SD	1,205 0,916	1,250 1,090	-0,203	82	0,840
Depressivität	M SD	0,889 0,916	1,122 0,917	-1,163	82	0,248
Ängstlichkeit	M SD	0,825 0,651	1,052 0,924	-1,283	82	0,203
Aggressivität/Feindseligkeit	M SD	0,882 0,728	0,942 0,787	-0,362	82	0,718
Phobische Angst	M SD	0,579 0,535	0,600 0,716	-0,147	82	0,884
Paranoides Denken	M SD	0,974 0,634	1,076 0,953	-0,564	77,154	0,575
Psychotizismus	M SD	0,739 0,702	0,938 0,884	-1,151	81,418	0,253
GSI	M SD	0,933 0,988	0,988 0,779	-0,385	77,192	0,701

Tabelle 9-4: Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich des psychopathologischen Status

Die Hypothese 1.2 konnte nicht bestätigt werden.

Hypothese 1.3

Die Homogenität der Varianzen war laut Levene-Test für folgende Skalen des BSI gegeben, *Somatisierung* ($p=0,916$; n. s.), *Zwanghaftigkeit* ($p=0,884$; n. s.), *Unsicherheit im Sozialkontakt* ($p=0,536$; n. s.), *Depressivität* ($p=0,184$; n. s.), *Ängstlichkeit* ($p=0,922$; n. s.), *Phobische Angst* ($p=0,196$; n. s.), *Paranoides Denken* ($p=0,903$; n. s.), *Psychotizismus* ($p=0,920$; n. s.) und dem globalen Kennwert *GSI* ($p=0,910$; n. s.). Keine Gleichheit der Varianzen zeigte sich für die Skala *Aggressivität/Feindseligkeit* ($F=5,439$; $p=0,006$; s. s.). Wie aus Tabelle 9-5 zu entnehmen ist, zeigten sich keine

signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen Epilepsiepatienten mit einem *High Illness Severity (HIS) Index*, Patienten mit einem *Moderate Illness Severity (MIS) Index* und Epilepsiepatienten mit einem *Low Illness Severity (LIS) Index* hinsichtlich der mittleren Skalenausprägungen im BSI.

Skalen des BSI		LIS (N=21)	MIS (N=35)	HIS (N=28)	F	df	p
Somatisierung	M SD	0,769 0,722	0,690 0,762	0,816 0,744	0,231	81	0,794
Zwanghaftigkeit	M SD	1,191 0,934	1,557 1,004	1,571 0,990	1,137	81	0,326
Unsicherheit im Sozialkontakt	M SD	1,095 1,136	1,207 0,975	1,357 0,958	0,416	81	0,661
Depressivität	M SD	0,818 0,940	0,986 0,802	1,196 1,032	1,050	81	0,355
Ängstlichkeit	M SD	0,889 0,887	0,957 0,817	0,976 0,775	0,073	81	0,930
Aggressivität/ Feindseligkeit	M SD	0,800 0,555	0,920 0,660	0,993 0,982	0,386	81	0,681
Phobische Angst	M SD	0,438 0,535	0,663 0,701	0,614 0,618	0,850	81	0,431
Paranoides Denken	M SD	0,895 0,737	1,040 0,851	1,114 0,848	0,431	81	0,651
Psychotizismus	M SD	0,714 0,848	0,891 0,829	0,886 0,763	0,364	81	0,696
GSI	M SD	0,829 0,650	0,972 0,664	1,050 0,695	0,655	81	0,522

Tabelle 9-5: Schwere der Erkrankung und psychopathologischer Status

Die Hypothese 1.3 konnte nicht bestätigt werden.

9.2.2 Kontrollüberzeugungen

Fragestellung 2

Hypothese 2.1

Wie in Tabelle 9-6 angeführt, unterschieden sich die untersuchten Epilepsiepatienten von der klinisch unauffälligen Normstichprobe¹² anhand der Ergebnisse des T-Tests für eine Stichprobe signifikant ($p < 0,05$) in der Skala *FKK-SK* und sehr signifikant ($p < 0,01$) in der Skala *FKK-I* voneinander. Epilepsiepatienten zeigten im Vergleich zur klinisch unauffälligen Normstichprobe einen geringeren Mittelwert in den beiden Skalen. Keine signifikanten Unterschiede konnten in den Skalen *FKK-P* und *FKK-C* gefunden werden.

FKK	Klinisch unauffällig (N=2028)	Epilepsiepatienten (N=84)	T	df	p
FKK-SK	31,9	30,67	-2,399	82	0,019
FKK-I	32,4	30,67	-2,737	82	0,008
FKK-P	26,1	27,00	1,199	82	0,234
FKK-C	26,8	25,86	-1,190	82	0,237

Tabelle 9-6: Vergleich der mittleren Skalenausprägungen der Epilepsiepatienten mit einer klinisch unauffälligen Normstichprobe

Die Hypothese 2.1 konnte für die Skalen *FKK-SK* und *FKK-I* bestätigt werden. Für die Skalen *FKK-P* und *FKK-C* musste die Hypothese verworfen werden.

Hypothese 2.2

Der Levene-Test auf Varianzgleichheit ergab für jede Skala des FKK, *FKK-SK* ($p=0,805$; n. s.), *FKK-I* ($p=0,098$; n. s.), *FKK-P* ($p=0,684$; n. s.) und *FKK-C* ($p=0,753$; n. s.), eine Gleichheit der Varianzen. Wie aus Tabelle 9-7 ersichtlich, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern hinsichtlich der mittleren Skalenausprägungen des FKK.

¹² Die Werte der Normstichprobe wurden dem FKK-Manual entnommen (Krampen, 1991).

FKK		Frauen (N=39)	Männer (N=44)	T	df	p
FKK-SK	M SD	30,410 4,465	30,919 4,855	-0,485	81	0,629
FKK-I	M SD	30,154 6,507	31,146 5,000	-0,776	81	0,440
FKK-P	M SD	27,282 6,724	26,750 7,005	0,352	81	0,726
FKK-C	M SD	26,641 7,213	25,169 7,256	0,931	81	0,354

Tabelle 9-7: Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der generalisierten Kontrollüberzeugungen

Die Hypothese 2.2 musste verworfen werden.

Hypothese 2.3

Wie aus Tabelle 9-8 zu entnehmen, zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Alter des Betroffenen und den generalisierten Kontrollüberzeugungen.

Alter		FKK-SK	FKK-I	FKK-P	FKK-C
	Korrelation nach Pearson	0,038	-0,122	0,048	0,069
	p	0,735	0,277	0,667	0,538
	N	82	82	82	82

Tabelle 9-8: Alter und generalisierte Kontrollüberzeugungen

Die Hypothese 2.3 musste verworfen werden.

Hypothese 2.4

Eine Gleichheit der Varianzen konnte laut Levene-Test für die Skalen *FKK-SK* ($p=0,059$; n. s.), *FKK-I* ($p=0,954$; n. s.), *FKK-P* ($p=0,502$; n. s.) sowie *FKK-C* ($p=0,638$; n. s.) angenommen werden. Epilepsiepatienten ohne Partnerschaft und Betroffene mit Partnerschaft zeigten, laut Ergebnisse der Varianzanalyse in Tabelle 9-9, keine signifikanten Unterschiede in den generalisierten Kontrollüberzeugungen. Für die Skala *FKK-C* zeigte sich eine Tendenz ($p<0,1$) dahingehend, dass Betroffene

ohne Partnerschaft eine höhere Ausprägung in dieser Skala zeigten, im Vergleich zu Epilepsiepatienten die in einer Partnerschaft leben.

FKK		Keine Partnerschaft (N=30)	Partnerschaft (N=52)	F	df	p
FKK-SK	M SD	31,333 5,529	30,269 4,121	0,983	81	0,324
FKK-I	M SD	31,500 5,710	30,308 5,772	0,818	81	0,368
FKK-P	M SD	27,933 6,258	26,500 7,215	0,825	81	0,367
FKK-C	M SD	27,667 7,662	24,788 6,895	3,055	81	0,084

Tabelle 9-9: Partnerschaft und generalisierte Kontrollüberzeugungen

Die Hypothese 2.4 musste aufgrund der Ergebnisse der Varianzanalyse verworfen werden.

Hypothese 2.5

Der Test zur Überprüfung auf Varianzgleichheit (Levene-Test) ergab für jede der angeführten Skalen *FKK-SK* ($p=0,078$; n. s.), *FKK-I* ($p=0,672$; n. s.), *FKK-P* ($p=0,612$; n. s.) und *FKK-C* ($p=0,531$; n. s.) eine Gleichheit der Varianzen. Wie in Tabelle 9-10 zu sehen, unterschieden sich die Gruppen signifikant ($p<0,05$) in der Skala *FKK-SK* voneinander. Für eine genauere Interpretation dieses Ergebnisses wurde Bonferroni als Post-Hoc Test berechnet. Es zeigte sich, dass der signifikante Unterschied ($p=0,026$) zwischen den Gruppen *Low illness severity (LIS)* und *High illness severity (HIS)* bestand. Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich zwischen den Gruppen *Moderate illness severity (MIS)* und *LIS* ($p=0,722$) und den Gruppen *MIS* und *HIS* ($p=0,229$).

Wie aus der unten angeführten Tabelle weiter zu entnehmen ist, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen *LIS*, *MIS* und *HIS* hinsichtlich der Skalen *FKK-I*, *FKK-P* und *FKK-C*.

FKK		LIS (N=20)	MIS (N=35)	HIS (N=28)	F	df	p
FKK-SK	M SD	28,850 2,758	30,343 4,976	32,393 4,856	3,773	82	0,027
FKK-I	M SD	30,900 5,291	30,200 5,503	31,107 6,466	0,210	82	0,811
FKK-P	M SD	25,350 6,769	26,486 7,346	28,821 6,000	1,703	82	0,189
FKK-C	M SD	25,950 6,337	24,514 7,823	27,464 6,957	1,307	82	0,276

Tabelle 9-10: Schwere der Erkrankung und generalisierte Kontrollüberzeugungen

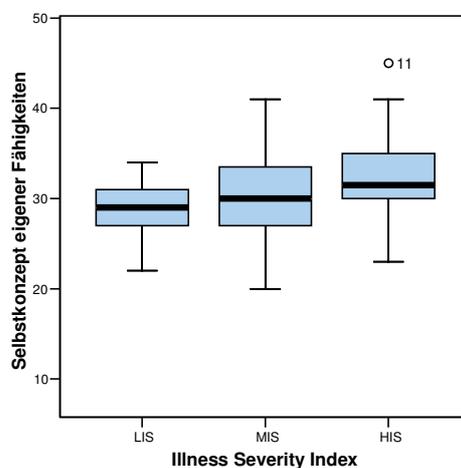


Abbildung 9-5: Illness Severity Index und Selbstkonzept eigener Fähigkeiten

Aufgrund der Ergebnisse der oben beschriebenen Varianzanalyse konnte die Hypothese 2.5 nur teilweise bestätigt werden. Epilepsiepatienten mit leichten epileptischen Anfällen zeigten eine signifikant geringere Ausprägung in der Skala *FKK-SK* im Vergleich zu Epilepsiepatienten mit schweren epileptischen Anfällen – die Hypothese wurde für diese Skala bestätigt. Für die Skalen *FKK-I*, *FKK-P* und *FKK-C* musste die Hypothese 2.5 verworfen werden.

Hypothese 2.6

Der Levene-Test ergab für die Skalen *FKK-SK* ($p=0,842$; n. s.), *FKK-I* ($p=0,538$; n. s.) und *FKK-P* ($p=0,497$; n. s.) eine Gleichheit der Varianzen. Für die Skala *FKK-C* wurde ein signifikantes Ergebnis ($F=5,206$; $p=0,025$; s.) gefunden, was eine Ungleichheit

der Varianzen darstellt. Daher wurde für diese Skala der T-Wert für Varianzungleichheit herangezogen. Wie aus Tabelle 9-11 zu entnehmen ist, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Epilepsiepatienten, die glaubten ihre Anfälle kontrollieren zu können und Epilepsiepatienten, die keine Einflussmöglichkeiten sahen, hinsichtlich der Ausprägungen in den generalisierten Kontrollüberzeugungen (FKK).

FKK		Angenommene Kontrolle der Anfälle		T	df	p
		Nie (N=47)	Immer/Manchmal (N=35)			
FKK-SK	M	30,170	31,400	-1,180	80	0,241
	SD	4,575	4,791			
FKK-I	M	30,957	30,171	0,609	80	0,544
	SD	6,022	5,437			
FKK-P	M	26,617	27,429	-0,527	80	0,600
	SD	7,228	6,437			
FKK-C	M	25,979	25,686	0,173	61,962	0,863
	SD	6,456	8,345			

Tabelle 9-11: Angenommene Kontrolle der Anfälle und generalisierte Kontrollüberzeugungen

Aufgrund der Ergebnisse des T-Tests für unabhängige Stichproben, musste die Hypothese 2.6 verworfen werden.

Hypothese 2.7

Die Varianzen der Skalen *FKK-SK* ($p=0,746$; n. s.) und *FKK-I* ($p=0,709$; n. s.) waren laut Levene-Test homogen. Keine Homogenität der Varianzen zeigte sich für die Skalen *FKK-P* ($F=4,110$; $p=0,020$; s.) und *FKK-C* ($F=9,443$; $p<0,001$; s. s.). Die Ergebnisse der Varianzanalyse zeigten abhängig vom Kennen der Auslöser für epileptische Anfälle keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Skalen *FKK-I*, *FKK-P* und *FKK-C*. Epilepsiepatienten die sich nicht sicher ob der Auslöser ihrer Anfälle waren, unterschieden sich in der Skala *FKK-SK* ($p=0,005$; s. s.) sehr signifikant laut dem Post-Hoc Test Bonferroni von jenen Patienten, die die Auslöser ihrer Anfälle kannten voneinander. Betroffene, die die Auslöser ihrer epileptischen Anfälle kannten, zeigten ein signifikant höheres *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten* im Vergleich

zu jenen Patienten, die sich nicht sicher bezüglich der Auslöser ihrer epileptischen Anfälle waren.

FKK		Kennen der Auslöser			F	df	p
		Nein (N=8)	Ja (N=57)	Nicht sicher (N=15)			
FKK-SK	M SD	31,750 3,845	31,509 4,633	27,333 3,716	5,545	79	0,006
FKK-I	M SD	30,750 4,862	31,123 6,153	29,333 4,806	0,561	79	0,573
FKK-P	M SD	27,125 5,027	27,579 7,679	25,667 3,922	0,453	79	0,638
FKK-C	M SD	29,125 5,222	25,474 8,186	25,933 3,900	0,866	79	0,425

Tabelle 9-12: Kennen der Auslöser für epileptische Anfälle und generalisierte Kontrollüberzeugungen

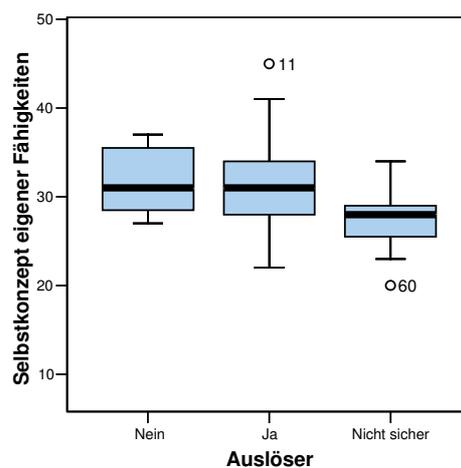


Abbildung 9-6: Kennen der Auslöser für epileptische Anfälle und Selbstkonzept eigener Fähigkeiten

Die Hypothese 2.7 konnte teilweise bestätigt werden. Die Hypothese konnte für die Skala *FKK-SK* bestätigt werden. Für die Skalen *FKK-I*, *FKK-P* und *FKK-C* musste die Hypothese verworfen werden.

Hypothese 2.8

Wie in der unten angeführten Tabelle dargestellt, fand sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Erkrankungsdauer und den Skalen *FKK-SK*, *FKK-I*, *FKK-P* und *FKK-C*. Für die Skala *FKK-I* zeigte sich eine Tendenz ($p < 0,1$) dahingehend, dass je länger die Erkrankung bestand, desto geringer war die internale Kontrollüberzeugung ausgeprägt. Der Zusammenhang war mit $r = -0,189$ jedoch so gering, dass dieser als nicht relevant eingestuft wurde.

Erkrankungs- dauer		FKK-SK	FKK-I	FKK-P	FKK-C
	Korrelation nach Pearson	-0,068	-0,189	0,173	0,128
	p	0,550	0,094	0,125	0,256
	N	80	80	80	80

Tabelle 9-13: Erkrankungsdauer und generalisierte Kontrollüberzeugungen

Die Hypothese 2.8 musste verworfen werden.

Hypothese 2.9

Wie in Tabelle 9-14 dargestellt, zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Alter bei Beginn der Epilepsie und den Skalen *FKK-SK*, *FKK-I*, *FKK-P* sowie *FKK-C*.

Alter bei Beginn der Epilepsie		FKK-SK	FKK-I	FKK-P	FKK-C
	Korrelation nach Pearson	0,084	0,095	-0,114	-0,052
	p	0,458	0,403	0,316	0,647
	N	80	80	80	80

Tabelle 9-14: Alter bei Beginn der Erkrankung und generalisierte Kontrollüberzeugungen

Hypothese 2.9 musste verworfen werden.

Hypothese 2.10

Wie in Tabelle 9-15 dargestellt, zeigte sich zwischen der Zeit, die seit dem letzten Anfall vergangen war und den Skalen *FKK-I*, *FKK-P* sowie *FKK-C* kein signifikanter Zusammenhang. Ein signifikant negativer Zusammenhang ($p < 0,05$) konnte zwischen der Zeit, die seit dem letzten Anfall vergangen war und der Skala *FKK-SK* gefunden werden. Der Zusammenhang war mit $r = -0,279$ so gering, dass er als nicht relevant eingestuft werden muss.

Anfallsfreie Zeit		FKK-SK	FKK-I	FKK-P	FKK-C
	Korrelation nach Pearson	-0,279	0,083	0,026	0,071
	p	0,012	0,462	0,820	0,531
	N	81	81	81	81

Tabelle 9-15: Anfallsfreie Zeit und generalisierte Kontrollüberzeugungen

Die Hypothese 2.10 konnte teilweise bestätigt werden. Eine Signifikanz wurde für die Skala *FKK-SK* festgestellt. Der Zusammenhang war jedoch so gering, dass er als nicht relevant eingestuft wurde. Für die Skalen *FKK-I*, *FKK-P* sowie *FKK-C* musste die Hypothese verworfen werden.

Fragestellung 3

Hypothese 3.1

Tabelle 9-16 zeigt die mittleren Skalenausprägungen der untersuchten Epilepsiepatienten und einer klinisch unauffälligen Normstichprobe¹³ in den Skalen des KKG. Die Ergebnisse des T-Tests für eine Stichprobe zeigten einen sehr signifikanten ($p < 0,01$) Unterschied zwischen den Epilepsiepatienten und der Normstichprobe in der Skala *KKG-P*. Die krankheitsspezifische sozial bedingte externale Kontrollüberzeugung war bei den Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe höher ausgeprägt, im Vergleich zur klinisch unauffälligen Normstichprobe. Kein signifikanter Unterschied zeigte sich zwischen den Gruppen in den Skalen *KKG-I* und *KKG-C*. Die Ergebnisse des

¹³ Die Werte der klinisch unauffälligen Normstichprobe wurden dem KKG-Manual entnommen (Lohaus & Schmitt, 1989).

T-Tests für eine Stichprobe für diese beiden Skalen konnten als Tendenzen ($p < 0,1$) interpretiert werden. Hier zeigte sich in beiden Skalen die Tendenz, dass sowohl die krankheitsspezifische interne Kontrollüberzeugung als auch die krankheitsspezifische fatalistisch externe Kontrollüberzeugung bei den Epilepsiepatienten höher ausgeprägt waren im Vergleich zur Normstichprobe.

KKG	Klinisch unauffällig (N=366)	Epilepsie- patienten (N=84)	T	df	p
KKG-I	26,87	28,13	1,936	83	0,056
KKG-P	22,20	26,48	6,369	83	0,000
KKG-C	19,72	21,46	1,984	82	0,051

Tabelle 9-16: Vergleich der mittleren Skalenausprägungen der Epilepsiepatienten mit einer klinisch unauffälligen Normstichprobe

Die Hypothese 3.1 konnte für die Skala *KKG-P* bestätigt werden. Für die Skalen *KKG-I* sowie *KKG-C* musste die Hypothese verworfen werden.

Hypothese 3.2

Die Ergebnisse des Levene-Tests der Varianzgleichheit zeigten für die Skalen *KKG-I* ($p=0,739$; n. s.), *KKG-P* ($p=0,503$; n. s.) sowie *KKG-C* ($p=0,605$; n. s.) eine Gleichheit der Varianzen. Die Ergebnisse des T-Tests für unabhängige Stichproben zeigten, dass sich Frauen und Männer in der untersuchten Stichprobe nicht signifikant hinsichtlich der Skalen des KKG voneinander unterschieden.

KKG		Frauen (N=39)	Männer (N=45)	T	df	p
KKG-I	M	27,744	28,467	-0,551	82	0,583
	SD	5,915	6,063			
KKG-P	M	25,436	27,378	-1,452	82	0,150
	SD	5,586	6,534			
KKG-C	M	20,949	21,909	-0,545	82	0,587
	SD	8,130	7,909			

Tabelle 9-17: Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen

Die Hypothese 3.2 konnte nicht bestätigt werden.

Hypothese 3.3

Die Korrelation nach Pearson zeigte keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Alter der Person und den Skalen *KKG-I* sowie *KKG-P*. Eine Tendenz ($p < 0,1$) fand sich für die Skala *KKG-I* dahingehend, dass je älter die Epilepsiepatienten waren, desto niedriger war ihre internale Kontrollüberzeugung ausgeprägt. Der Zusammenhang ist mit $r = -0,209$ derart gering, dass er als nicht relevant eingestuft werden kann. Ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0,05$) zeigte sich zwischen dem Alter der Person und der Skala *KKG-C*. Auch hier ist anzumerken, dass die Stärke des Zusammenhangs mit $r = 0,270$ sehr gering ist.

Alter		KKG-I	KKG-P	KKG-C
	Korrelation nach Pearson	-0,209	-0,153	0,270
	p	0,058	0,168	0,014
	N	83	83	82

Tabelle 9-18: Alter und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen

Hypothese 3.3 musste für die Skalen *KKG-I* und *KKG-P* verworfen werden. Für die Skala *KKG-C* konnte sie bestätigt werden, wobei anzumerken bleibt, dass die Stärke des Zusammenhangs sehr gering ist.

Hypothese 3.4

Laut Ergebnisse des Levene-Tests kann für die Skalen *KKG-I* ($p = 0,848$; n. s.), *KKG-P* ($p = 0,661$; n. s.) und *KKG-C* ($p = 0,824$; n. s.) von einer Gleichheit der Varianzen ausgegangen werden. Die Ergebnisse der Varianzanalyse zeigten, dass sich Epilepsiepatienten die in keiner Partnerschaft leben von jenen, die in einer Partnerschaft leben signifikant ($p < 0,05$) in der Ausprägung der Skala *KKG-I* unterscheiden. Im Vergleich zu Betroffenen mit Partnerschaft, ist die krankheitsspezifische internale Kontrollüberzeugung bei Betroffenen ohne Partnerschaft signifikant höher ausgeprägt. Keine signifikanten Unterschiede abhängig vom Bestehen einer Partnerschaft zeigte sich im Bezug auf die Skalen *KKG-P* und *KKG-C*. Für die Skala *KKG-P* zeigte sich eine Tendenz ($p < 0,1$) dahingehend, dass Epilepsiepatienten in einer Partnerschaft im Vergleich zu jenen ohne einen Partner höhere Werte zeigten.

KKG		Keine Partnerschaft N=31	Partnerschaft N=52	F	df	p
KKG-I	M SD	30,258 6,094	26,962 5,611	6,285	82	0,014
KKG-P	M SD	27,806 5,799	25,481 6,131	2,908	82	0,092
KKG-C	M SD	20,033 8,049	22,154 7,937	1,344	81	0,250

Tabelle 9-19: Partnerschaft und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen

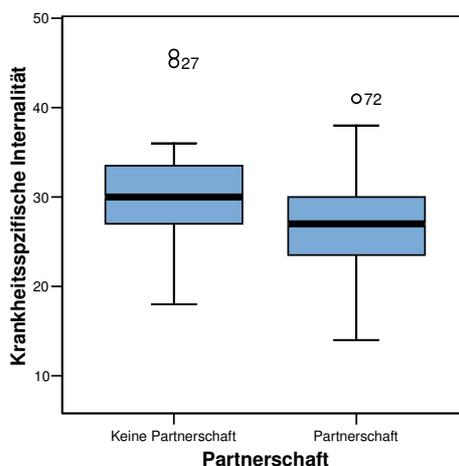


Abbildung 9-7: Partnerschaft und krankheitsspezifische Internalität

Die Hypothese 3.4 konnte für die Skala *KKG-I* bestätigt werden. Bezogen auf die Skalen *KKG-P* und *KKG-C* musste die Hypothese verworfen werden.

Hypothese 3.5

Die Ergebnisse des Levene-Tests der Varianzgleichheit zeigten für die Skalen *KKG-I* ($p=0,289$; n. s.), *KKG-P* ($p=0,076$; n. s.) und *KKG-C* ($p=0,161$; n. s.) eine Gleichheit der Varianzen. Die Ergebnisse der Varianzanalyse sind der nachstehenden Tabelle 9-20 zu entnehmen. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Epilepsiepatienten mit leichten (LIS), mittleren (MIS) und schweren (HIS) epileptischen Anfällen hinsichtlich der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen.

KKG		LIS (N=21)	MIS (N=35)	HIS (N=28)	F	df	p
KKG-I	M	27,619	27,771	28,964	0,408	83	0,667
	SD	7,788	5,494	5,051			
KKG-P	M	27,143	25,486	27,214	0,774	83	0,465
	SD	6,909	4,761	7,094			
KKG-C	M	23,250	20,543	21,321	0,734	83	0,483
	SD	9,346	6,887	8,286			

Tabelle 9-20: Schwere der Erkrankung und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen

Die Hypothese 3.5 musste aufgrund der Ergebnisse der Varianzanalyse verworfen werden.

Hypothese 3.6

Die Ergebnisse des Levene-Tests zur Überprüfung der Gleichheit der Varianzen zeigte für die Skalen *KKG-I* ($p=0,494$; n. s.), *KKG-P* ($p=0,251$; n. s.) und *KKG-C* ($p=0,129$; n. s.) ein nicht signifikantes Ergebnis. Es konnte aufgrund dieser Ergebnisse von einer Gleichheit der Varianzen ausgegangen werden. Die Ergebnisse des T-Tests für unabhängige Stichproben (siehe Tabelle 9-21) ergaben, dass sich Epilepsiepatienten die glaubten ihre Anfälle kontrollieren zu können nicht signifikant bezogen auf die Skalen des KKG von jenen unterschieden, die annahmen, keinerlei Kontrolle über ihre epileptischen Anfälle zu besitzen.

KKG		Angenommene Kontrolle der Anfälle		T	df	p
		Nie (N=47)	Immer/Manchmal (N=36)			
KKG-I	M	27,298	29,250	-1,479	81	0,143
	SD	5,493	6,526			
KKG-P	M	26,170	26,833	-0,482	81	0,631
	SD	5,285	7,264			
KKG-C	M	22,234	20,657	0,885	81	0,379
	SD	7,182	8,954			

Tabelle 9-21: Angenommene Kontrolle der Anfälle und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen

Die Hypothese 3.6 musste verworfen werden.

Hypothese 3.7

Die Varianzhomogenität war für die Skalen *KKG-I* ($p=0,547$; n. s.) sowie für *KKG-C* ($p=0,478$; n. s.) gegeben. Für die Skala *KKG-P* zeigte sich im Levene-Test ein signifikantes Ergebnis ($F=3,462$; $p=0,036$; s.), was für eine Ungleichheit der Varianzen spricht. Die Ergebnisse der Varianzanalyse zeigten, dass sich Epilepsiepatienten die die Auslöser ihrer epileptischen Anfälle kannten im Vergleich zu jenen, denen diese nicht bekannt waren, hinsichtlich der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen nicht unterschieden.

KKG		Kennen der Auslöser			F	df	p
		Nein (N=8)	Ja (N=58)	Nicht sicher (N=15)			
KKG-I	M	29,500	28,845	25,867	1,688	80	0,192
	SD	4,721	6,198	5,097			
KKG-P	M	24,750	26,724	25,133	0,683	80	0,508
	SD	2,493	6,797	3,399			
KKG-C	M	21,750	21,053	21,467	0,036	79	0,965
	SD	8,396	8,520	6,010			

Tabelle 9-22: Kennen der Auslöser für epileptische Anfälle und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen

Hypothese 3.7 konnte nicht bestätigt werden.

Hypothese 3.8

Wie in der unten angeführten Tabelle 9-23 dargestellt, fand sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Erkrankungsdauer und den Skalen *KKG-I*, *KKG-P* und *KKG-C*. Für die Skala *KKG-C* zeigte sich eine Tendenz ($p<0,1$) dahingehend, dass je länger die Erkrankungsdauer bestand, desto stärker war die krankheitsspezifische fatalistische Kontrollüberzeugung ausgeprägt. Der Zusammenhang ist mit $r=0,196$ jedoch so gering, dass dieser Ergebnis als nicht relevant eingestuft werden kann.

Erkrankungsdauer		KKG-I	KKG-P	KKG-C
	Korrelation nach Pearson	0,005	-0,059	0,196
	p	0,967	0,603	0,081
	N	81	81	80

Tabelle 9-23: Erkrankungsdauer und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen

Die Hypothese 3.8 konnte nicht bestätigt werden.

Hypothese 3.9

Wie aus Tabelle 9-24 ersichtlich, zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Alter bei Beginn der Erkrankung und den Skalen *KKG-I*, *KKG-P* sowie *KKG-C*.

Alter bei Beginn der Epilepsie		KKG-I	KKG-P	KKG-C
	Korrelation nach Pearson	-0,163	-0,063	0,093
	p	0,145	0,575	0,412
	N	81	81	80

Tabelle 9-24: Alter bei Beginn der Epilepsie und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen

Hypothese 3.9 musste verworfen werden.

Hypothese 3.10

Wie aus Tabelle 9-25 zu entnehmen ist, zeigte sich zwischen der Zeit, die seit dem letzten Anfall vergangen ist, und den Skalen *KKG-I* sowie *KKG-P* kein signifikanter Zusammenhang. Zur Skala *KKG-C* hingegen, konnte ein signifikanter ($p < 0,05$) Zusammenhang gefunden werden. Die krankheitsspezifische fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung war umso stärker ausgeprägt, je länger der letzte Anfall zurücklag. Die Stärke des Zusammenhangs ist aber mit $r = 0,243$ so gering, dass sie als nicht relevant eingestuft werden muss.

Anfallsfreie Zeit		KKG-I	KKG-P	KKG-C
	Korrelation nach Pearson	-0,031	-0,078	0,243
	p	0,782	0,487	0,029
	N	82	82	81

Tabelle 9-25: Anfallsfreie Zeit und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugung

Die Hypothese 3.10 musste für die Skalen *KKG-I* und *KKG-P* verworfen werden. Für die Skala *KKG-C* konnte diese bestätigt werden, wobei anzumerken bleibt, dass die Stärke des Zusammenhangs derart gering ist, dass sie als nicht relevant einzustufen ist.

Fragestellung 4

Hypothese 4

Die Ergebnisse der Korrelationen nach Pearson zwischen den krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (KKG) und den generalisierten Kontrollüberzeugungen (FKK) werden in Tabelle 9-26 dargestellt. Es zeigte sich ein sehr signifikanter ($p < 0,01$) positiver Zusammenhang zwischen der Skala *KKG-I* und den Skalen *FKK-SK* sowie *FKK-I*. Kein signifikanter Zusammenhang zeigte sich zwischen den Skalen *KKG-I* und *FKK-P* sowie *FKK-C*. Zwischen den Skalen *KKG-P* und *FKK-I*, *FKK-P* sowie *FKK-C* konnten keine signifikanten Zusammenhänge gefunden werden. Die Skala *KKG-C* korrelierte signifikant ($p < 0,05$) positiv mit der Skala *FKK-P* und sehr signifikant ($p = 0,01$) positiv mit der Skala *FKK-C*. Zwischen der Skala *KKG-C* und den Skalen *FKK-SK* sowie *FKK-I* zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang. Die gefundenen Zusammenhänge konnten als schwach bis mittel klassifiziert werden.

		FKK-SK	FKK-I	FKK-P	FKK-C
KKG-I	Korrelation nach Pearson	0,335	0,424	-0,019	0,051
	p	0,002	0,000	0,866	0,644
	N	83	83	83	83
KKG-P	Korrelation nach Pearson	0,116	-0,066	0,204	0,194
	p	0,296	0,556	0,065	0,079
	N	83	83	83	83
KKG-C	Korrelation nach Pearson	-0,040	0,049	0,227	0,494
	p	0,721	0,663	0,040	0,000
	N	82	82	82	82

Tabelle 9-26: Generalisierte und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen

Die Ergebnisse der Pearson Korrelation zeigten, dass sowohl die Hypothese 4.0.1 als auch die Hypothese 4.0.3 bestätigt werden konnten. Die Hypothese 4.0.2 musste verworfen werden, da kein Zusammenhang zwischen den Skalen *KKG-P* und *FKK-P* gefunden wurde.

9.2.3 Krankheitsbewältigung

Fragestellung 5

Hypothese 5.1

Die nachfolgende Tabelle 9-27 zeigt die Mittelwerte und die Ergebnisse des T-Tests für eine Stichprobe in den Skalen des TSK für Patienten mit schweren körperlichen Erkrankungen¹⁴ und den untersuchten Epilepsiepatienten. Es zeigte sich ein sehr signifikanter ($p < 0,01$) Unterschied zwischen den beiden Gruppen in den Skalen *Rumination* und *Bedrohungsabwehr*. Epilepsiepatienten gaben im Vergleich zur Normstichprobe an, die Copingstrategie *Rumination* häufiger und die Strategie *Bedrohungsabwehr* seltener anzuwenden. Ein signifikanter ($p < 0,05$) Unterschied zeigte sich für die Skala *Suche nach Information und Erfahrungsaustausch*, wobei diese

¹⁴ Die Werte der Normstichprobe wurden dem TSK-Manual entnommen (Klauer & Filipp, 1993).

Copingstrategie von den untersuchten Epilepsiepatienten häufiger angewandt wurde. Eine Tendenz ($p < 0,1$) zeigte sich für die Skala *Suche nach sozialer Einbindung* in die Richtung, dass diese Copingstrategie bei den untersuchten Epilepsiepatienten seltener angewandt wurde im Vergleich zur Normstichprobe. Die Ergebnisse des T-Tests für eine Stichprobe waren für die Skalen *Suche nach Halt in der Religion* und *Suche nach sozialer Einbindung* nicht signifikant.

TSK	Normstichprobe (N=901)	Epilepsiepatienten (N=84)	T	df	p
Rumination	31,53	34,02	3,238	82	0,002
Bedrohungsabwehr	38,26	35,22	-5,174	82	0,000
Suche nach Halt in der Religion	9,47	9,76	0,570	82	0,570
Suche nach sozialer Einbindung	37,55	36,05	-1,742	82	0,085
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch	30,06	31,88	2,014	82	0,047

Tabelle 9-27: Vergleich der mittleren Skalenausprägungen der Epilepsiepatienten mit einer Normstichprobe mit schweren körperlichen Erkrankungen

Die Hypothese 5.1 konnte für die Skalen *Rumination*, *Bedrohungsabwehr* und *Suche nach Information und Erfahrungsaustausch* bestätigt werden. Für die Skalen *Suche nach Halt in der Religion* und *Suche nach sozialer Einbindung* musste die Hypothese verworfen werden.

Hypothese 5.2

Zur Überprüfung der geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der angewandten Copingstrategien wurde ein T-Test für unabhängige Stichproben gerechnet. Zuvor wurde der Levene-Test zur Überprüfung der Varianzgleichheit berechnet. Eine Gleichheit der Varianzen zeigte sich für die Skalen *Rumination* ($p=0,982$; n. s.), *Suche nach Halt in der Religion* ($p=0,274$; n. s.) und *Suche nach sozialer Einbindung* ($p=0,353$; n. s.). Es zeigten sich sehr signifikante Ergebnisse für die Skalen *Bedrohungsabwehr* ($F=6,303$; $p=0,014$; s. s.) und *Suche nach Information und Erfahrungsaustausch* ($F=5,668$; $p=0,020$; s. s.). Für diese Skalen wurde auf die Ergebnisse des T-Tests für ungleiche Varianzen zurückgegriffen. Es zeigten sich keine signifikanten

geschlechtsspezifischen Unterschiede für die untersuchte Stichprobe hinsichtlich der Copingstrategien.

TSK		Frauen (N=39)	Männer (N=44)	T	df	p
Rumination	M SD	33,974 7,187	34,068 6,946	-0,060	81	0,952
Bedrohungsabwehr	M SD	34,410 6,244	35,932 4,380	-1,270	67,094	0,208
Suche nach Halt in der Religion	M SD	9,410 4,951	10,068 4,342	-0,645	81	0,521
Suche nach sozialer Einbindung	M SD	37,308 8,826	34,932 6,791	1,383	81	0,171
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch	M SD	30,718 9,586	32,909 6,758	-1,189	67,309	0,238

Tabelle 9-28: Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Copingstrategien

Die Hypothese 5.2 musste verworfen werden.

Hypothese 5.3

Der Test auf Homogenität der Varianzen (Levene-Test) ergab für die Skalen *Rumination* ($p=0,151$; n. s.), *Bedrohungsabwehr* ($p=0,091$; n. s.), *Suche nach Halt in der Religion* ($p=0,404$; n. s.), *Suche nach sozialer Einbindung* ($p=0,188$; n. s.) und *Suche nach Information und Erfahrungsaustausch* ($p=0,571$; n. s.) eine Gleichheit der Varianzen. Die Varianzanalyse ergab, dass sich zwischen den Gruppen Epilepsiepatienten mit leichten (LIS), mittleren (MIS) und schweren (HIS) epileptischen Anfällen hinsichtlich der Copingstrategien keine Unterschiede zeigten.

TSK		LIS (N=20)	MIS (N=35)	HIS (N=28)	F	df	p
Rumination	M SD	31,900 5,340	33,914 7,766	35,679 6,880	1,729	82	0,184
Bedrohungsabwehr	M SD	35,850 6,260	34,514 4,736	35,643 5,499	0,523	82	0,595
Suche nach Halt in der Religion	M SD	9,900 4,778	9,286 4,938	10,250 4,187	0,345	82	0,709
Suche nach sozialer Einbindung	M SD	36,950 6,999	34,743 7,667	37,036 8,665	0,833	82	0,439
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch	M SD	32,550 8,494	30,171 8,090	33,536 8,099	1,401	82	0,252

Tabelle 9-29: Schwere der Erkrankung und Copingstrategien

Die Hypothese 5.3 musste verworfen werden.

Fragestellung 6

Hypothese 6.1

Die Ergebnisse der Korrelationen nach Pearson zwischen den Copingstrategien (TSK) und den generalisierten Kontrollüberzeugungen (FKK) werden in der nachstehenden Tabelle 9-30 dargestellt. Es zeigten sich signifikante ($p < 0,05$) positive Zusammenhänge zwischen der Copingstrategie *Rumination* und den Skalen *FKK-SK* sowie *FKK-C* und ein sehr signifikanter ($p < 0,01$) positiver Zusammenhang zur Skala *FKK-P*. Zwischen den Skalen *Rumination* und *FKK-I* fand sich ein signifikanter ($p < 0,05$) negativer Zusammenhang. Epilepsiepatienten, die häufiger *Rumination* zur Krankheitsbewältigung einsetzten, zeigten höhere Werte im Selbstkonzept eigener Fähigkeiten sowie in den externalen Kontrollüberzeugungen, jedoch eine geringere interne Kontrollüberzeugung. Zwischen der Copingstrategie *Bedrohungsabwehr* und den generalisierten Kontrollüberzeugungen fanden sich keine signifikanten Zusammenhänge. Ebenso fanden sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Copingstrategie *Suche nach Halt in der Religion* und den Skalen *FKK-SK*, *FKK-I* sowie *FKK-C*. Ein signifikanter ($p < 0,05$) positiver Zusammenhang konnte zur Skala *FKK-P* gefunden werden. Epilepsiepatienten die ihre Krankheitsbewältigung mit Hilfe ihres Glaubens unterstützten, zeigten eine höhere Ausprägung in der sozial-

externalen Kontrollüberzeugung. Keine signifikanten Zusammenhänge fanden sich zwischen der Copingstrategie *Suche nach sozialer Einbindung* und den Skalen *FKK-SK*, *FKK-P* und *FKK-C*. Ein signifikanter ($p < 0,05$) positiver Zusammenhang konnte zur Skala *FKK-I* gefunden. Je stärker die generalisierte interne Kontrollüberzeugung ausgeprägt ist, desto häufiger wird die Copingstrategie *Suche nach sozialer Einbindung* angewandt. Es wurden keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Copingstrategie *Suche nach Information und Erfahrungsaustausch* und den Skalen *FKK-I*, *FKK-P* sowie *FKK-C* gefunden. Ein signifikant ($p < 0,05$) positiver Zusammenhang zeigte sich zur Skala *FKK-SK*, d.h. je stärker das *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten* ausgeprägt ist, desto häufiger greifen die untersuchten Epilepsiepatienten auf die Copingstrategie *Suche nach Information und Erfahrungsaustausch* zurück.

		FKK-SK	FKK-I	FKK-P	FKK-C
Rumination	Korrelation nach Pearson	0,275	-0,273	0,307	0,248
	p	0,012	0,012	0,005	0,024
	N	83	83	83	83
Bedrohungsabwehr	Korrelation nach Pearson	0,156	0,134	-0,168	-0,126
	p	0,158	0,226	0,130	0,255
	N	83	83	83	83
Suche nach Halt in der Religion	Korrelation nach Pearson	0,141	-0,034	0,229	0,179
	p	0,202	0,759	0,037	0,106
	N	83	83	83	83
Suche nach sozialer Einbindung	Korrelation nach Pearson	0,138	0,233	-0,181	-0,129
	p	0,215	0,034	0,102	0,245
	N	83	83	83	83
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch	Korrelation nach Pearson	0,271	0,148	-0,059	-0,083
	p	0,013	0,181	0,595	0,454
	N	83	83	83	83

Tabelle 9-30: Generalisierte Kontrollüberzeugungen und Copingstrategien

Hypothese 6.1 konnte teilweise bestätigt werden. Es zeigten sich positive Zusammenhänge zwischen der Copingstrategie *Rumination* und den Skalen *FKK-SK*, *FKK-P* sowie *FKK-C*. Ferner zeigte sich ein signifikant negativer Zusammenhang zur Skala *FKK-I*. Es zeigte sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Strategie *Suche nach Halt in der Religion* und *FKK-P*. Die Hypothese konnte für die Skalen *Suche nach sozialer Einbindung* und *FKK-I*, sowie für die Skalen *Suche nach Information und Erfahrungsaustausch* und *FKK-SK* bestätigt werden. Die Hypothese 6.1 musste für die restlichen überprüften Zusammenhänge zwischen den Skalen verworfen werden.

Hypothese 6.2

Die unten angeführte Tabelle 9-31 gibt die Ergebnisse der Pearson Korrelation zwischen den Copingstrategien des TSK und den krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen wieder. Zwischen den Copingstrategien *Rumination*, *Suche nach Halt in der Religion* sowie *Suche nach sozialer Einbindung* und den Skalen *KKG-I*, *KKG-P* sowie *KKG-C* zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge. Ferner zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den Skalen *Bedrohungsabwehr* und *KKG-I* sowie *KKG-C*. Ein signifikant ($p < 0,05$) positiver Zusammenhang zeigte sich zur Skala *KKG-P*. Epilepsiepatienten, die die Copingstrategie *Bedrohungsabwehr* anwandten, zeigten höhere Werte in der *krankheitsspezifischen sozialen-externalen Kontrollüberzeugung*. Des Weiteren zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Skalen *Suche nach Information und Erfahrungsaustausch* und *KKG-I* sowie *KKG-C*. Ein signifikant positiver ($p < 0,05$) Zusammenhang ließ sich zur Skala *KKG-P* finden. Epilepsiepatienten, die die Copingstrategie *Suche nach Information und Erfahrungsaustausch* anwandten, hatten höhere Werte in der *krankheitsspezifischen sozial-externalen Kontrollüberzeugung*.

		KKG-I	KKG-P	KKG-C
Rumination	Korrelation nach Pearson	-0,152	0,168	0,087
	p	0,171	0,128	0,439
	N	83	83	82
Bedrohungsabwehr	Korrelation nach Pearson	-0,011	0,230	0,059
	p	0,921	0,036	0,598
	N	83	83	82
Suche nach Halt in der Religion	Korrelation nach Pearson	-0,004	0,192	0,132
	p	0,968	0,081	0,237
	N	83	83	82
Suche nach sozialer Einbindung	Korrelation nach Pearson	0,148	0,020	-0,027
	p	0,181	0,860	0,808
	N	83	83	82
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch	Korrelation nach Pearson	0,119	0,252	-0,066
	p	0,284	0,021	0,553
	N	83	83	82

Tabelle 9-31: Krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen und Copingstrategien

Die Hypothese 6.2 konnte teilweise bestätigt werden. Es zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen der Skala *KKG-P* und den Copingstrategien *Bedrohungsabwehr* sowie *Suche nach Information und Erfahrungsaustausch*. Für die restlichen untersuchten Zusammenhänge zwischen den Skalen musste die Hypothese verworfen werden.

9.2.4 Angststörungen

9.2.4.1 Allgemeine Angststörungen

Fragestellung 7

Insgesamt litten 71,5% (60 Probanden) der 84 untersuchten Epilepsiepatienten unter einer allgemeinen Angststörung.

Die Kriterien der Agoraphobie (Agora) wurden von den Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe mit 53,6% (45 Probanden) am häufigsten erfüllt. 20,2% (17 Probanden) erfüllten die Kriterien der Sozialen Phobie (SozPh). 14,3% (12 Probanden) litten unter einer Generalisierten Angststörung (GAS). 11,9% (10 Probanden) hatten eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), 10,7% (9 Probanden) eine Zwangsstörung (Zwang). Eine Spezifische Phobie (SpezPh) war bei 8,3% (7 Probanden) zu finden. Ebenfalls bei 8,3% (7 Probanden) konnte eine Panikstörung diagnostiziert werden (s. Abbildung 9-8).

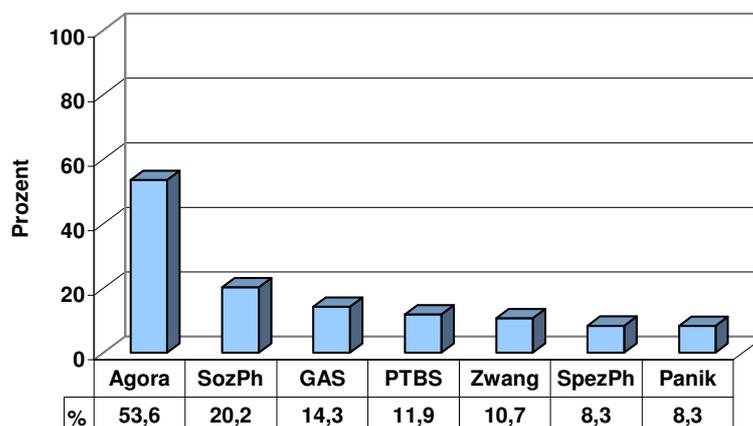


Abbildung 9-8: Verteilung der einzelnen allgemeinen Angststörungen

Fragestellung 8

Hypothese 8.1

Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen zeigte für die Skala *Ängstlichkeit* ein nicht signifikantes Ergebnis ($p=0,156$; n. s.), daher kann eine Gleichheit der Varianzen angenommen werden. Die Ergebnisse der Varianzanalyse (s. Tabelle 9-32) ergaben einen sehr signifikanten ($p<0,001$) Unterschied zwischen den Epilepsiepatienten mit keiner, einer oder mehreren Angststörungsdiagnosen in der Skala *Ängstlichkeit* des BSI. Um zu erkennen, zwischen welchen der Gruppen die Signifikanz bestand, wurde Bonferroni als Post-Hoc Test gerechnet. Es zeigte sich, dass die Signifikanz zwischen Epilepsiepatienten mit mehreren Angststörungen und Epilepsiepatienten mit keiner ($p<0,001$) resp. mit einer ($p=0,005$; s. s.) Angststörung bestand. Wie in Abbildung 9-9 zu erkennen, steigt die mittlere Skalenausprägung mit der Anzahl der Angststörungen an.

BSI		Keine Angststörung (N=24)	Eine Angststörung (N=34)	Mehrere Angststörungen (N=26)	F	df	p
Ängstlichkeit	M	0,458	0,877	1,487	13,237	83	0,000
	SD	0,548	0,790	0,742			
GSI	M	0,564	0,846	1,482	17,748	83	0,000
	SD	0,459	0,612	0,584			

Tabelle 9-32: Allgemeine Angststörungen und Skala Ängstlichkeit sowie Global Severity Index

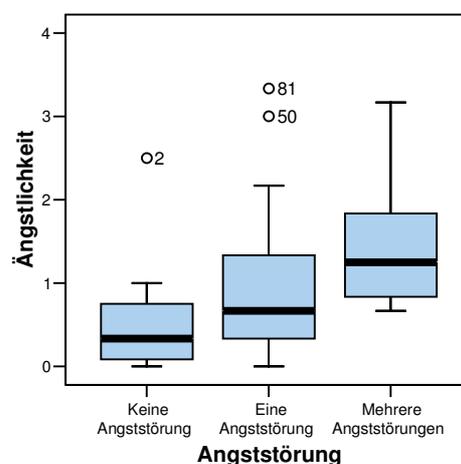


Abbildung 9-9: Allgemeine Angststörungen und Skala Ängstlichkeit

Die Hypothese 8.1 konnte bestätigt werden.

Hypothese 8.2

Der Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen (Levene) zeigte ein nicht signifikantes ($p=0,544$; n. s.) Ergebnis für den globalen Kennwert *GSI*, die Voraussetzung der Varianzgleichheit war somit erfüllt. Wie in Tabelle 9-32 zu erkennen, zeigte sich ein sehr signifikantes ($p<0,001$) Ergebnis für den globalen Kennwert *Global Severity Index* (GSI). Um herauszufinden, zwischen welchen Gruppen ein signifikanter Unterschied bestand, wurde Bonferroni als Post-Hoc Test durchgeführt. Es zeigte sich ein sehr signifikanter Unterschied zwischen Epilepsiepatienten mit mehreren Angststörungen und Epilepsiepatienten mit keiner ($p<0,001$) bzw. einer ($p<0,001$) Angststörungsd Diagnose.

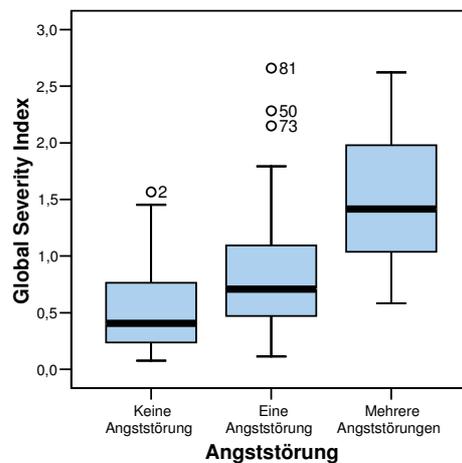


Abbildung 9-10: Allgemeine Angststörungen und Global Severity Index

Die Hypothese 8.2 konnte bestätigt werden.

Hypothese 8.3

Im Vorfeld der Varianzanalyse wurde der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen gerechnet. Für die Skalen *FKK-I* ($p=0,365$; n. s.), *FKK-P* ($p=0,216$; n. s.) und *FKK-C* ($p=0,994$; n. s.) zeigte sich eine Gleichheit der Varianzen. Das Ergebnis für die Skala *FKK-SK* war signifikant ($F=3,586$; $p=0,032$; s.), somit konnte von keiner Gleichheit der Varianzen ausgegangen werden. Um das Ergebnis der Varianzanalyse interpretieren zu können wurde für diese Skala Tamhane als Post-Hoc-Test gerechnet.

Tabelle 9-33 zeigt die Ergebnisse der Varianzanalyse. Es fanden sich keine Unterschiede zwischen Epilepsiepatienten mit keiner, einer oder mehreren Angststörungen in den Skalen *FKK-SK* und *FKK-C*. Die in dieser Varianzanalyse untersuchten Gruppen unterschieden sich sehr signifikant ($p<0,001$) in der Skala *FKK-I*. Der Post-Hoc-Test (Bonferroni) zeigte, dass sich Epilepsiepatienten mit keiner Angststörung sehr signifikant von Epilepsiepatienten mit einer ($p=0,017$; s. s.) und mit mehreren ($p<0,001$) Angststörungen unterschieden. Für die Skala *FKK-P* fand sich ein signifikantes Ergebnis ($p<0,05$) in die Richtung, dass Epilepsiepatienten mit mehreren Angststörungen eine stärker ausgeprägte sozial bedingte externale Kontrollüberzeugung zeigten im Vergleich zu Epilepsiepatienten mit einer Angststörung ($p=0,036$; s.).

FKK		Keine Angststörung (N=24)	Eine Angststörung (N=34)	Mehrere Angststörungen (N=25)	F	df	p
FKK-SK	M SD	30,750 5,542	30,206 3,462	31,240 5,238	0,354	82	0,703
FKK-I	M SD	34,125 5,286	30,118 5,783	28,120 4,558	8,186	82	0,001
FKK-P	M SD	25,667 5,954	25,647 7,467	30,120 5,883	3,996	82	0,022
FKK-C	M SD	25,792 7,501	24,853 6,911	27,280 7,447	0,809	82	0,449

Tabelle 9-33: Allgemeine Angststörungen und generalisierte Kontrollüberzeugungen

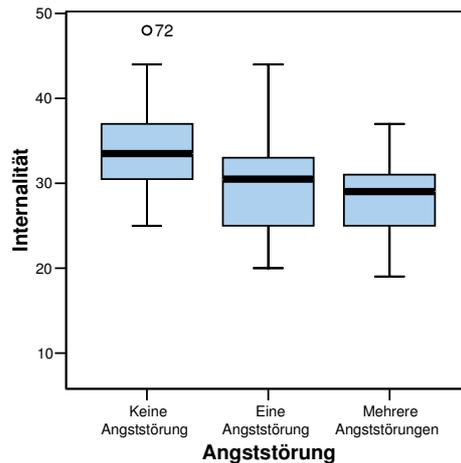


Abbildung 9-11: Allgemeine Angststörungen und Internalität

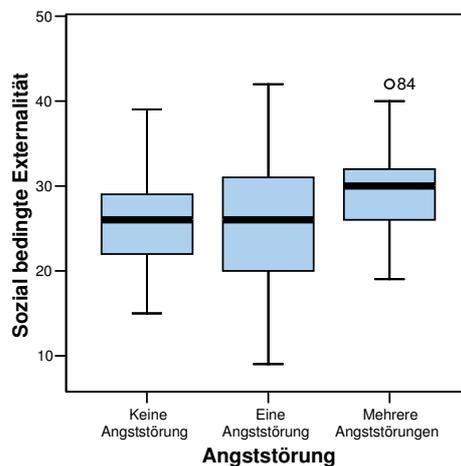


Abbildung 9-12: Allgemeine Angststörungen und Sozial bedingte Externalität

Die Hypothese 8.3 konnte für die Skalen *FKK-I* und *FKK-P* bestätigt werden. Für die Skalen *FKK-SK* sowie *FKK-C* musste die Hypothese verworfen werden.

Hypothese 8.4

Die Voraussetzung der Varianzgleichheit wurde laut Levene-Test für die Skalen *KKG-P* ($p=0,765$; n. s.) und *KKG-C* ($p=0,303$; n. s.) erfüllt. Für die Skala *KKG-I* ergab der Levene-Test ein signifikantes Ergebnis ($F=3,369$; $p=0,039$; s.). Aufgrund der Ungleichheit der Varianzen wurde für die Skala *KKG-I* der Tamhane als Post-Hoc-Test durchgeführt. Die Ergebnisse der Varianzanalyse (s. Tabelle 9-34) zeigten für die

Skalen *KKG-P* und *KKG-C* keine signifikanten Unterschiede zwischen Epilepsiepatienten mit keiner, einer oder mehreren Angststörungen. Für die Skala *KKG-I* zeigte sich ein sehr signifikantes ($p < 0,01$) Ergebnis. Die Berechnungen des Post-Hoc-Tests (Tamhane) ergaben, dass der signifikante Unterschied zwischen Epilepsiepatienten ohne Angststörung und Epilepsiepatienten mit mehreren Angststörungen bestand ($p = 0,044$; s.). Epilepsiepatienten ohne Angststörungen zeigten eine signifikant höher ausgeprägte krankheitsspezifische interne Kontrollüberzeugung im Vergleich zu Epilepsiepatienten mit mehreren Angststörungen.

KKG		Keine Angststörung (N=24)	Eine Angststörung (N=34)	Mehrere Angststörungen (N=26)	F	df	p
KKG-I	M	31,083	27,441	26,308	4,773	83	0,011
	SD	6,877	3,956	6,455			
KKG-P	M	28,208	25,441	26,231	1,469	83	0,236
	SD	6,763	5,785	5,922			
KKG-C	M	22,696	21,059	20,885	0,381	82	0,685
	SD	9,182	6,669	8,599			

Tabelle 9-34: Allgemeine Angststörungen und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen

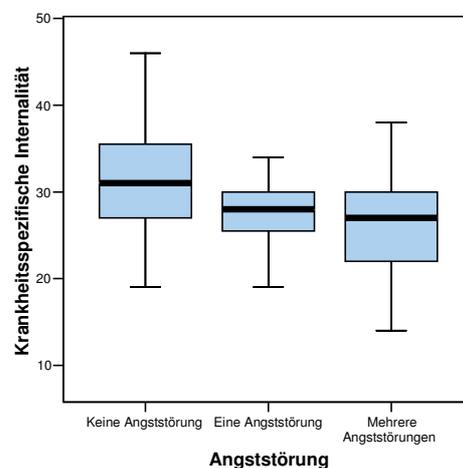


Abbildung 9-13: Allgemeine Angststörungen und Krankheitsspezifische Internalität

Die Hypothese 8.4 konnte für die Skala *KKG-I* bestätigt, für die Skalen *KKG-P* sowie *KKG-C* musste sie jedoch verworfen werden.

Hypothese 8.5

Die Ergebnisse des Levene-Tests zeigten, dass für die Skalen *Rumination* ($p=0,892$; n. s.), *Bedrohungsabwehr* ($p=0,562$; n. s.), *Suche nach Halt in der Religion* ($p=0,212$; n. s.), *Suche nach sozialer Einbindung* ($p=0,479$; n. s.) und *Suche nach Information und Erfahrungsaustausch* ($p=0,458$; n. s.) eine Homogenität der Varianzen gegeben war. Tabelle 9-35 gibt die Ergebnisse der Varianzanalyse wieder. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Epilepsiepatienten mit keiner, einer und mehreren Angststörungen hinsichtlich der Skalen *Bedrohungsabwehr*, *Suche nach Halt in der Religion* und *Suche nach Information und Erfahrungsaustausch*. Für die Skala *Suche nach sozialer Einbindung* zeigte sich ein signifikanter ($p<0,05$) Unterschied dahingehend, dass Epilepsiepatienten mit mehreren Angststörungen diese Bewältigungsstrategie seltener anwandten im Vergleich zu Epilepsiepatienten mit einer Angststörung ($p=0,045$; s.). Ein sehr signifikantes ($p<0,01$) Ergebnis zeigte sich für die Skala *Rumination*. Epilepsiepatienten mit mehreren Angststörungen setzten diese Strategie signifikant häufiger zur Krankheitsbewältigung ein im Vergleich zu Epilepsiepatienten mit einer ($p=0,006$; s. s.) bzw. keiner ($p=0,004$; s. s.) Angststörung.

TSK		Keine Angststörung (N=24)	Eine Angststörung (N=34)	Mehrere Angststörungen (N=25)	F	df	p
Rumination	M SD	31,833 6,260	32,559 6,170	38,120 7,282	7,085	82	0,001
Bedrohungsabwehr	M SD	36,625 5,140	35,235 5,800	33,840 4,749	1,682	82	0,193
Suche nach Halt in der Religion	M SD	10,875 3,960	9,382 4,837	9,200 4,899	0,996	82	0,374
Suche nach sozialer Einbindung	M SD	37,458 7,425	37,588 7,624	32,600 7,767	3,674	82	0,030
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch	M SD	31,250 9,561	32,647 8,000	31,440 7,377	0,249	82	0,780

Tabelle 9-35: Allgemeine Angststörungen und Copingstrategien

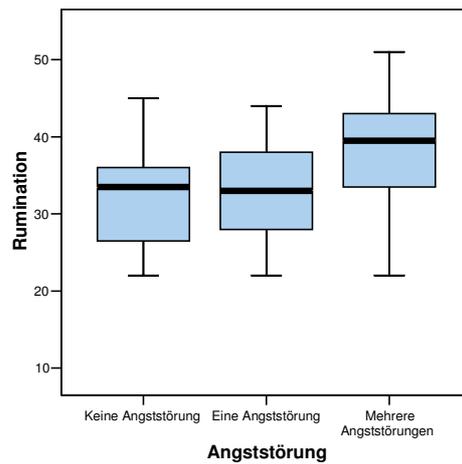


Abbildung 9-14: Allgemeine Angststörungen und Rumination

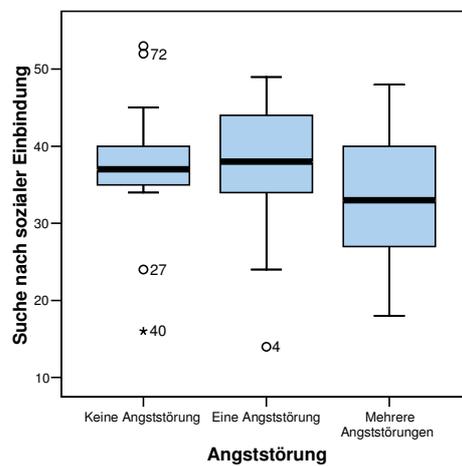


Abbildung 9-15: Allgemeine Angststörungen und Suche nach sozialer Einbindung

Die Hypothese 8.5 konnte für die Skalen *Rumination* und *Suche nach sozialer Einbindung* bestätigt werden. Für die restlichen Skalen des TSK musste sie verworfen werden.

9.2.4.2 Epilepsiebezogene Angststörungen

Fragestellung 9

Insgesamt erfüllten 57,1% (48 Probanden) der untersuchten 84 Epilepsiepatienten eine Diagnose einer epilepsiebezogenen Angststörung. 42,9% (36 Probanden) litten zum Untersuchungszeitpunkt unter keiner epilepsiebezogenen Angststörung.

Die Diagnose einer epilepsiebezogenen Agoraphobie (Agora) wurde für 41,7% (35 Probanden) der untersuchten Epilepsiepatienten vergeben. 17,9% (15 Probanden) der Betroffenen erfüllten die Kriterien der Sozialen Phobie (SozPh) bezogen auf die Erkrankung Epilepsie. Die epilepsiebezogene generalisierte Angststörung (GAS) fand sich bei 11,9% (10 Probanden) der Befragten. Die Kriterien der epilepsiebezogenen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wurden von 10,7% (9 Probanden) der Epilepsiepatienten erfüllt. 7,1% (6 Probanden) der Befragten erfüllten die Diagnose Panikstörung (Panik) bezogen auf ihre Erkrankung. Je 6,0% (5 Probanden) der Betroffenen erfüllten die Kriterien der Spezifischen Phobie (SpezPh) und der Zwangsstörung (Zwang) bezogen auf die Epilepsie.

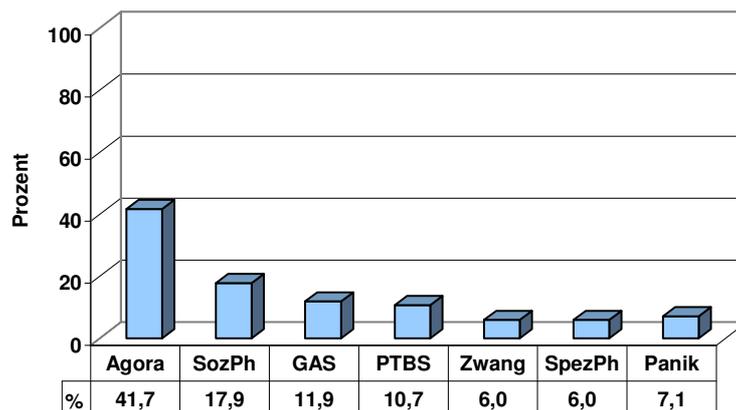


Abbildung 9-16: Verteilung der einzelnen epilepsiebezogenen Angststörungen

Fragestellung 10

Hypothese 10.1

Der Levene-Test zur Überprüfung der Varianzhomogenität ergab für die Skala *Ängstlichkeit* des BSI ein signifikantes Ergebnis ($F=5,513$; $p=0,021$; s.). Daher konnte nicht von einer Homogenität der Varianzen ausgegangen werden. Es wurde auf die Ergebnisse für Varianzungleichheit des T-Tests zurückgegriffen. Es zeigte sich ein sehr signifikantes ($p<0,001$) Ergebnis. Epilepsiepatienten ohne epilepsiebezogene Angststörung zeigten signifikant geringere Werte in der Skala *Ängstlichkeit* des BSI im Vergleich zu Epilepsiepatienten mit einer epilepsiebezogenen Angststörung (s. Tabelle 9-36).

BSI		Keine epilepsiebezogene Angststörung (N=36)	Epilepsiebezogene Angststörung (N=48)	T	df	p
Ängstlichkeit	M	0,542	1,250	-4,622	80,808	0,000
	SD	0,557	0,845			
GSI	M	0,614	1,224	-4,620	82	0,000
	SD	0,495	0,666			

Tabelle 9-36: Epilepsiebezogene Angststörung und Skala *Ängstlichkeit* sowie Global Severity Index

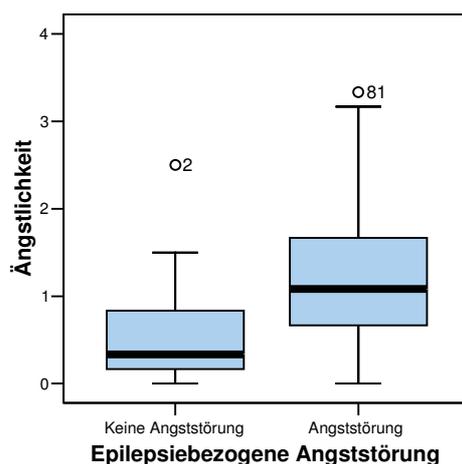


Abbildung 9-17: Epilepsiebezogene Angststörung und Skala *Ängstlichkeit*

Die Hypothese 10.1 konnte bestätigt werden.

Hypothese 10.2

Es zeigte sich eine Gleichheit der Varianzen für den globalen Kennwert *GSI* ($p=0,060$; n. s.). Epilepsiepatienten ohne epilepsiebezogene Angststörung unterschieden sich sehr signifikant ($p<0,001$) von Epilepsiepatienten mit einer epilepsiebezogenen Angststörung. Letztere wiesen signifikant höhere Werte im *GSI* auf. Die Ergebnisse der Varianzanalyse (s. Tabelle 9-36) bestätigen den Eindruck des Boxplots (s. Abbildung 9-18).

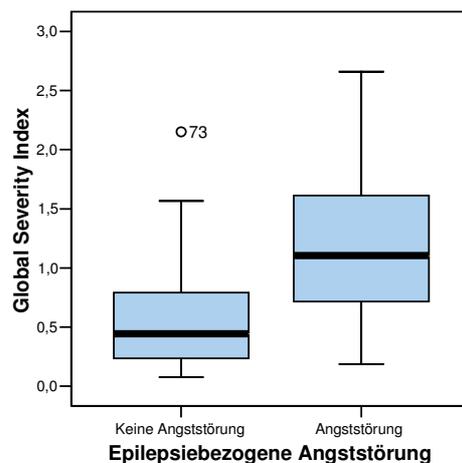


Abbildung 9-18: Epilepsiebezogene Angststörung und Global Severity Index

Hypothese 10.2 konnte bestätigt werden.

Hypothese 10.3

Der Test der Homogenität der Varianzen (Levene) ergab für die Skalen *FKK-SK* ($p=0,381$; n. s.), *FKK-I* ($p=0,993$; n. s.), *FKK-P* ($p=0,141$; n. s.) sowie *FKK-C* ($p=0,883$; n. s.) keine signifikanten Ergebnisse. Zur Überprüfung der Gruppenunterschiede auf Signifikanz wurde ein T-Test für unabhängige Stichproben gerechnet (s. Tabelle 9-37). Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Epilepsiepatienten mit und ohne epilepsiebezogenen Angststörungen hinsichtlich der generalisierten Kontrollüberzeugungen gefunden werden. Für die Skalen *FKK-I* und *FKK-P* zeigten sich Tendenzen ($p<0,1$). Epilepsiepatienten ohne epilepsiebezogenen Angststörungen hatten eine höhere interne Kontrollüberzeugung im Vergleich zu Epilepsie-

patienten mit epilepsiebezogenen Angststörungen. Für die Skala *FKK-P* zeigte sich die Tendenz, dass Epilepsiepatienten ohne epilepsiebezogene Angststörungen eine geringere Ausprägung in der sozial bedingten externalen Kontrollüberzeugung aufwiesen im Vergleich zu Epilepsiepatienten mit epilepsiebezogenen Angststörungen.

FKK		Keine epilepsiebezogene Angststörung (N=36)	Epilepsiebezogene Angststörung (N=47)	T	df	p
FKK-SK	M SD	30,472 5,085	30,830 4,346	-0,345	81	0,731
FKK-I	M SD	31,917 6,002	29,723 5,408	1,746	81	0,085
FKK-P	M SD	25,472 5,824	28,170 7,370	-1,806	81	0,075
FKK-C	M SD	25,611 7,248	26,043 7,289	-0,268	81	0,789

Tabelle 9-37: Epilepsiebezogene Angststörung und generalisierte Kontrollüberzeugungen

Die Hypothese 10.3 musste verworfen werden.

Hypothese 10.4

Die Homogenität der Varianzen konnte aufgrund der Ergebnisse des Levene-Tests für die Skalen *KKG-I* ($p=0,393$; n. s.), *KKG-P* ($p=0,837$; n. s.) und *KKG-C* ($p=0,538$; n. s.) angenommen werden. Für keine dieser Skalen zeigten die Ergebnisse des T-Tests für unabhängige Stichproben (s. Tabelle 9-38) einen signifikanten Unterschied zwischen Epilepsiepatienten mit und ohne epilepsiebezogenen Angststörungen. Für die Skala *KKG-I* zeigte sich eine Tendenz ($p<0,1$) dahingehend, dass Epilepsiepatienten ohne epilepsiespezifischer Angststörung eine höhere Ausprägung aufwiesen im Vergleich zu Epilepsiepatienten mit einer solchen Angststörung.

KKG		Keine epilepsiebezogene Angststörung (N=36)	Epilepsiebezogene Angststörung (N=48)	T	df	p
KKG-I	M SD	29,556 6,430	27,063 5,424	1,925	82	0,058
KKG-P	M SD	27,528 6,097	25,688 6,141	1,363	82	0,176
KKG-C	M SD	21,657 8,765	21,313 7,447	0,193	81	0,847

Tabelle 9-38: Epilepsiebezogene Angststörung und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen

Die Hypothese 10.4 musste verworfen werden.

Hypothese 10.5

Die Varianzhomogenität war für die Skalen *Rumination* ($p=0,178$; n. s.), *Bedrohungsabwehr* ($p=0,683$; n. s.), *Suche nach Halt in der Religion* ($p=0,546$; n. s.), *Suche nach sozialer Einbindung* ($p=0,106$; n. s.) und *Suche nach Information und Erfahrungsaustausch* ($p=0,627$; n. s.) gegeben. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Epilepsiepatienten mit und ohne epilepsiebezogenen Angststörungen in den Skalen *Bedrohungsabwehr*, *Suche nach Halt in der Religion*, *Suche nach sozialer Einbindung* und *Suche nach Information und Erfahrungsaustausch* (s. Tabelle 9-39). Epilepsiepatienten mit einer epilepsiebezogenen Angststörung zeigten sehr signifikant ($p<0,01$) höhere Werte in der Skala *Rumination* im Vergleich zu Epilepsiepatienten ohne einer solchen Angststörung.

TSK		Keine epilepsiebezogene Angststörung (N=36)	Epilepsiebezogene Angststörung (N=47)	T	df	p
Rumination	M SD	31,778 5,900	35,745 7,371	-2,644	81	0,010
Bedrohungsabwehr	M SD	36,194 5,651	34,468 5,056	1,465	81	0,147
Suche nach Halt in der Religion	M SD	10,611 4,499	9,106 4,654	1,481	81	0,143
Suche nach sozialer Einbindung	M SD	37,639 7,220	34,830 8,176	1,631	81	0,107
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch	M SD	31,667 8,796	32,043 7,863	-0,205	81	0,838

Tabelle 9-39: Epilepsiebezogene Angststörung und Copingstrategien

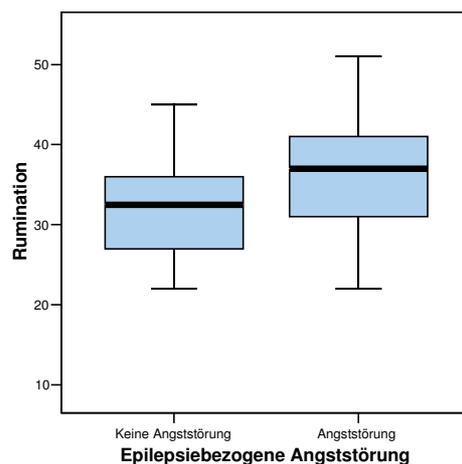


Abbildung 9-19: Epilepsiebezogene Angststörung und Skala Rumination des TSK

Die Hypothese 10.5 konnte für die Skala *Rumination* angenommen werden. Für die restlichen Skalen des TSK musste diese Hypothese verworfen werden.

9.2.4.3 Epilepsieunabhängige Angststörungen

Fragestellung 11

Insgesamt litten 48,8% (41 Probanden) der untersuchten Epilepsiepatienten unter einer epilepsieunabhängigen Angststörung.

Die unten angeführte Grafik gibt die Verteilung der einzelnen epilepsieunabhängigen Angststörungsdiagnosen wieder. Die Kriterien einer epilepsieunabhängigen Agoraphobie (Agora) erfüllten 34,5% (29 Probanden) der Betroffenen. Am zweit häufigsten wurden die Diagnosen der epilepsieunabhängigen Sozialen Phobie (SozPh) und der epilepsieunabhängigen Zwangsstörung (Zwang) mit je 10,7% (9 Probanden) gestellt. 8,3% (7 Probanden) litten unter einer epilepsieunabhängigen generalisierten Angststörung (GAS). Bei 4,8% (4 Probanden) wurde eine epilepsieunabhängige Spezifische Phobie (SpezPh) festgestellt. Eine epilepsieunabhängige posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) war bei 3,6% (3 Probanden) zu finden. Ebenfalls 3,6% (3 Probanden) der Betroffenen erfüllten die Diagnose einer epilepsieunabhängigen Panikstörung (Panik).

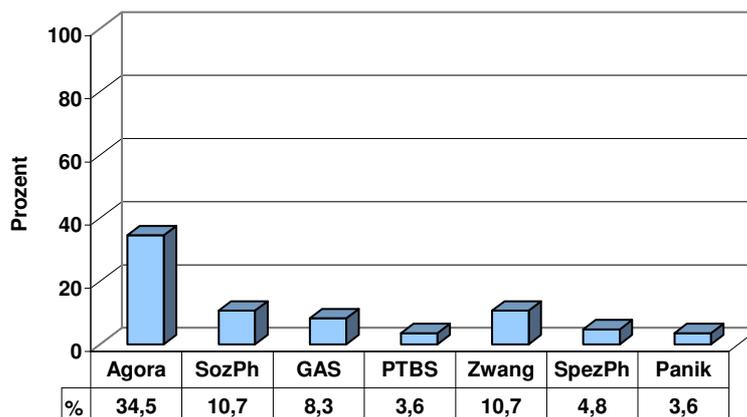


Abbildung 9-20: Verteilung der einzelnen epilepsieunabhängigen Angststörungen

Fragestellung 12

Hypothese 12.1

Es konnte laut Ergebnis des Levene-Tests von einer Gleichheit der Varianz für die Skala *Ängstlichkeit* des BSI ausgegangen werden ($p=0,146$; n. s.). Wie den Ergebnissen der Tabelle 9-40 zu entnehmen ist, zeigten Epilepsiepatienten ohne eine epilepsieunabhängige Angststörung signifikant ($p<0,05$) niedrigere Werte in der Skala *Ängstlichkeit* des BSI im Vergleich zu Epilepsiepatienten mit einer epilepsieunabhängigen Angststörung.

BSI		Keine epilepsieunabhängige Angststörung (N=43)	Epilepsieunabhängige Angststörung (N=41)	T	df	p
Ängstlichkeit	M	0,729	1,175	-2,603	82	0,011
	SD	0,709	0,858			
GSI	M	0,728	1,208	-3,516	82	0,001
	SD	0,544	0,703			

Tabelle 9-40: Epilepsieunabhängige Angststörung und Skala *Ängstlichkeit* sowie Global Severity Index

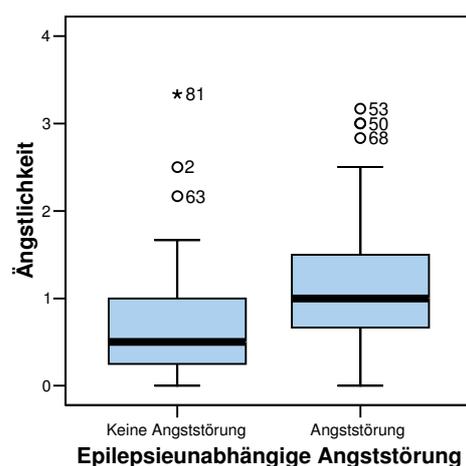


Abbildung 9-21: Epilepsieunabhängige Angststörung und Skala *Ängstlichkeit*

Hypothese 12.1 konnte bestätigt werden.

Hypothese 12.2

Die Gleichheit der Varianzen war für den globalen Kennwert *GSI* des BSI erfüllt (Levene; $p=0,053$; n. s.). Tabelle 9-40 zeigt, dass sich die beiden Gruppen sehr signifikant ($p<0,01$) voneinander unterscheiden. Epilepsiepatienten ohne eine epilepsieunabhängige Angststörung zeigten signifikant geringere Werte im *GSI*, im Vergleich zu Epilepsiepatienten mit einer epilepsiebezogenen Angststörung.

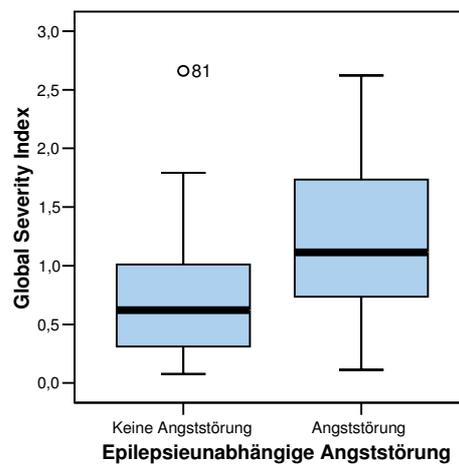


Abbildung 9-22: Epilepsieunabhängige Angststörung und Global Severity Index

Die Hypothese 12.2 konnte bestätigt werden.

Hypothese 12.3

Die Homogenität der Varianzen wurde mit Hilfe des Levene-Tests überprüft. Für die Skalen *FKK-SK* ($p=0,639$; n. s.), *FKK-I* ($p=0,482$; n. s.), *FKK-P* ($p=0,833$; n. s.) sowie *FKK-C* ($p=0,955$; n. s.) zeigten sich nicht signifikante Ergebnisse und somit eine Gleichheit der Varianzen. Wie Tabelle 9-41 zu entnehmen ist, zeigten sich für die Skalen *FKK-SK*, *FKK-P* und *FKK-C* keine signifikanten Unterschiede zwischen Epilepsiepatienten mit bzw. ohne einer epilepsieunabhängigen Angststörung. Bezüglich der Skala *FKK-P* ergab sich eine Tendenz ($p<0,1$) dahingehend, dass Epilepsiepatienten ohne eine epilepsieunabhängige Angststörung eine geringer ausgeprägte sozial externale Kontrollüberzeugung hatten, im Vergleich zu Patienten mit einer solchen Angststörung. Für die Skala *FKK-I* zeigte sich ein sehr signifikanter ($p<0,001$)

Unterschied zwischen Epilepsiepatienten mit bzw. ohne einer epilepsieunabhängigen Angststörung. Patienten ohne eine epilepsieunabhängige Angststörung hatten eine signifikant höhere internale Kontrollüberzeugung im Vergleich zu Patienten mit einer derartigen Angststörung.

FKK		Keine epilepsieunabhängige Angststörung (N=43)	Epilepsieunabhängige Angststörung (N=40)	T	df	p
FKK-SK	M SD	30,953 4,675	30,375 4,672	0,563	81	0,575
FKK-I	M SD	33,047 5,631	28,125 4,724	4,297	81	0,000
FKK-P	M SD	25,651 6,785	28,450 6,675	-1,892	81	0,062
FKK-C	M SD	25,791 7,308	25,925 7,237	-0,084	81	0,933

Tabelle 9-41: Epilepsieunabhängige Angststörung und generalisierte Kontrollüberzeugungen

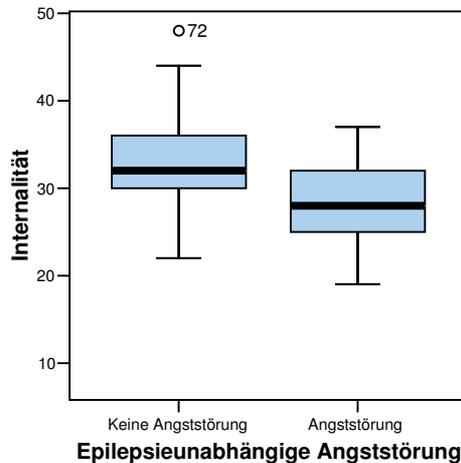


Abbildung 9-23: Epilepsieunabhängige Angststörung und Internalität

Die Hypothese 12.3 konnte für die Skala *FKK-I* bestätigt werden, musste jedoch für die Skalen *FKK-SK*, *FKK-P* sowie *FKK-C* verworfen werden.

Hypothese 12.4

Der Levene-Test ergab für jede Skala des KKG, *KKG-I* ($p=0,353$; n. s.), *KKG-P* ($p=0,253$; n. s.) und *KKG-C* ($p=0,744$; n. s.) eine Gleichheit der Varianzen. Die Ergebnisse der statistischen Analysen (s. Tabelle 9-42) zeigten nicht signifikante Ergebnisse, und somit keine Unterschiede zwischen den Gruppen Epilepsiepatienten mit bzw. ohne einer epilepsieunabhängigen Angststörung, für die Skalen *KKG-P* und *KKG-C*. Ein sehr signifikanter Unterschied ($p<0,01$) wurde für die Skala *KKG-I* gefunden.

KKG		Keine epilepsieunabhängige Angststörung (N=43)	Epilepsieunabhängige Angststörung (N=41)	T	df	p
KKG-I	M	29,744	26,439	2,625	82	0,010
	SD	6,325	5,119			
KKG-P	M	26,279	26,683	-0,299	82	0,766
	SD	6,950	5,270			
KKG-C	M	22,762	20,122	1,519	81	0,133
	SD	7,808	8,026			

Tabelle 9-42: Epilepsieunabhängige Angststörung und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen

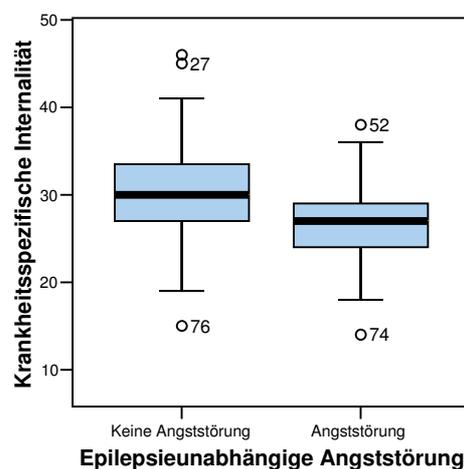


Abbildung 9-24: Epilepsieunabhängige Angststörung und krankheitsspezifische Internalität

Die Hypothese 12.4 konnte für die Skala *KKG-I* bestätigt werden. Für die Skalen *KKG-P* und *KKG-C* musste die Hypothese verworfen werden.

Hypothese 12.5

Die Voraussetzung der Varianzgleichheit für die Skalen des TSK *Rumination* ($p=0,855$; n. s.), *Bedrohungsabwehr* ($p=0,425$; n. s.), *Suche nach Halt in der Religion* ($p=0,097$; n. s.), *Suche nach sozialer Einbindung* ($p=0,126$; n. s.) und *Suche nach Information und Erfahrungsaustausch* ($p=0,624$; n. s.) war erfüllt. Laut Ergebnisse des T-Tests für unabhängige Stichproben (s. Tabelle 9-43) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Epilepsiepatienten mit bzw. ohne einer epilepsieunabhängigen Angststörung in den Skalen des TSK. Für die Skala *Rumination* zeigte sich eine Tendenz ($p<0,1$) dahingehend, dass Patienten mit einer epilepsieunabhängigen Angststörung diese Copingstrategie häufiger anwandten im Vergleich zu Patienten ohne eine derartige Angststörung.

TSK		Keine epilepsieunabhängige Angststörung (N=43)	Epilepsieunabhängige Angststörung (N=40)	T	df	p
Rumination	M SD	32,674 6,725	35,475 7,118	-1,843	81	0,069
Bedrohungsabwehr	M SD	35,419 5,077	35,000 5,702	0,354	81	0,724
Suche nach Halt in der Religion	M SD	10,070 4,250	9,425 5,022	0,633	81	0,529
Suche nach sozialer Einbindung	M SD	36,488 7,317	35,575 8,464	0,527	81	0,600
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch	M SD	31,884 8,729	31,875 7,770	0,005	81	0,996

Tabelle 9-43: Epilepsieunabhängige Angststörung und Copingstrategien

Die Hypothese 12.5 musste verworfen werden.

9.2.4.4 Epilepsiebezogene versus epilepsieunabhängige Angststörungen

Fragestellung 13

Von den 84 untersuchten Epilepsiepatienten hatten 28,57% (24 Probanden) keine Angststörung. 22,62% (19 Probanden) litten unter einer epilepsiebezogenen Angststörung, 14,29% (12 Probanden) unter einer epilepsieunabhängigen Angststörung. 34,52% (29 Probanden) bekamen sowohl die Diagnose einer epilepsieunabhängigen als auch einer epilepsiebezogenen Angststörung (s. Tabelle 9-44).

Epilepsie-unabhängige Angststörung	Epilepsiebezogene Angststörung			
	Keine Angststörung		Keine Angststörung	Angststörung
		N	24	19
	%	28,57	22,62	
	Angststörung	N	12	29
		%	14,29	34,52

Tabelle 9-44: Häufigkeiten der epilepsieunabhängigen und epilepsiebezogenen Angststörungen

Fragestellung 14

Hypothese 14.1

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Epilepsiepatienten mit einer epilepsieunabhängigen Angststörung und Epilepsiepatienten mit einer epilepsiebezogenen Angststörung hinsichtlich der Skala *Ängstlichkeit* des BSI.

BSI		Epilepsie-unabhängige Angststörung (N=12)	Epilepsie-bezogene Angststörung (N=19)	Z	Mann-Whitney-U	p
Ängstlichkeit	MR	13,250	17,737	-1,345	81,000	0,179
	RS	159	337			
GSI	MR	13,125	17,816	-1,400	79,500	0,162
	RS	157,5	338,5			

Tabelle 9-45: Epilepsieunabhängige und epilepsiebezogene Angststörungen und Skala Ängstlichkeit sowie globaler Kennwert GSI des BSI

Hypothese 14.1 musste verworfen werden.

Hypothese 14.2

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Epilepsiepatienten mit einer epilepsieunabhängigen Angststörung und Epilepsiepatienten mit einer epilepsiebezogenen Angststörung hinsichtlich des globalen Kennwerts *GSI* des BSI (s. Tabelle 9-45).

Hypothese 14.2 musste verworfen werden.

Hypothese 14.3

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Epilepsiepatienten mit einer epilepsieunabhängigen Angststörung und Epilepsiepatienten mit einer epilepsiebezogenen Angststörung hinsichtlich der generalisierten Kontrollüberzeugungen (s. Tabelle 9-46). Es zeigte sich eine Tendenz ($p < 0,1$) für die Skala *FKK-I* dahingehend, dass Epilepsiepatienten mit einer epilepsieunabhängigen Angststörung ($M=27,500$; $SD=4,927$) eine niedriger ausgeprägte interne Kontrollüberzeugung aufwiesen, im Vergleich zu Epilepsiepatienten mit einer epilepsiebezogenen Angststörung ($M=31,684$; $SD=5,898$).

FKK		Epilepsie-unabhängige Angststörung (N=12)	Epilepsie-bezogene Angststörung (N=19)	Z	Mann-Whitney-U	p
FKK-SK	MR RS	13,250 159	17,737 337	-1,346	81,000	0,178
FKK-I	MR RS	12,458 149,5	18,237 346,5	-1,729	71,500	0,084
FKK-P	MR RS	15,500 186	16,316 310	-0,244	108,000	0,807
FKK-C	MR RS	15,542 186,5	16,289 309,5	-0,224	108,500	0,823

Tabelle 9-46: Epilepsieunabhängige versus epilepsiebezogene Angststörungen und generalisierte Kontrollüberzeugungen

Hypothese 14.3 musste verworfen werden.

Hypothese 14.4

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Epilepsiepatienten mit einer epilepsieunabhängigen Angststörung und Epilepsiepatienten mit einer epilepsiebezogenen Angststörung hinsichtlich der Skalen der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen.

KKG		Epilepsie-unabhängige Angststörung (N=12)	Epilepsiebezogene Angststörung (N=19)	Z	Mann-Whitney-U	p
KKG-I	MR RS	13,583 163	17,526 333	-1,182	85,000	0,237
KKG-P	MR RS	18,292 219,5	14,553 276,5	-1,121	86,500	0,262
KKG-C	MR RS	13,500 162	17,579 334	-1,218	84,000	0,223

Tabelle 9-47: Epilepsieunabhängige versus epilepsiebezogene Angststörungen und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen

Hypothese 14.4 musste verworfen werden.

Hypothese 14.5

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Epilepsiepatienten mit einer epilepsieunabhängigen Angststörung und Epilepsiepatienten mit einer epilepsiebezogenen Angststörung hinsichtlich der Copingstrategien *Rumination*, *Bedrohungsabwehr*, *Suche nach Halt in der Religion*, *Suche nach sozialer Einbindung* und *Suche nach Information und Erfahrungsaustausch*.

TSK		Epilepsie-unabhängige Angststörung (N=12)	Epilepsie-bezogene Angststörung (N=19)	Z	Mann-Whitney-U	p
Rumination	MR RS	14,167 170	17,158 326	-0,894	92,000	0,372
Bedrohungsabwehr	MR RS	18,333 220	14,526 276	-1,139	86,000	0,255
Suche nach Halt in der Religion	MR RS	17,083 205	15,316 291	-0,529	101,000	0,597
Suche nach sozialer Einbindung	MR RS	17,667 212	14,947 284	-0,812	94,000	0,417
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch	MR RS	15,625 187,5	16,237 308,5	-0,183	109,500	0,855

Tabelle 9-48: Epilepsieunabhängige versus epilepsiebezogene Angststörungen und Copingstrategien

Hypothese 14.5 musste verworfen werden.

10 Diskussion

Bevor die hypothesenprüfenden Ergebnisse diskutiert werden, soll kurz auf die Beschreibung der Stichprobe eingegangen werden.

Der Anteil von Männern (54%) und Frauen (46%) war in der untersuchten Stichprobe vergleichbar hoch. Im Durchschnitt waren die Probanden 42 Jahre alt. Die Prozentzahl jener Personen mit einer höheren Ausbildung war mit 64% relativ hoch. Überraschend war das Ergebnis, dass 62% der Betroffenen zum Zeitpunkt der Datenerhebung in einer Beziehung lebten. Das Ergebnis ist dadurch zu erklären, dass parallel zu der vorliegenden Fragestellung eine weitere Studie zum Thema *Partnerschaft und Epilepsie* (Ortenburger, 2007) bearbeitet wurde. Diese Tatsache könnte einen Einfluss auf die hohe Bereitschaft von Epilepsiepatienten in Partnerschaften genommen haben, an dieser Studie teilzunehmen.

Die Analyse epilepsiespezifischer Variablen charakterisierte die untersuchten Epilepsiepatienten wie folgt. Im Durchschnitt erlitten die Patienten ihren ersten epileptischen Anfall erst mit 21 Jahren. Häufiger findet sich ein Beginn der Epilepsie in der frühen Kindheit. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer lag ebenfalls bei 21 Jahren. Über zwei Drittel der Probanden hatten im Jahr vor der Datenerhebung einen epileptischen Anfall. Die Schwere der Erkrankung konnte bei 25% der Teilnehmer als leicht, bei 42% als mittel und bei 33% als schwer klassifiziert werden. Knapp 72% gaben an, einen oder mehrere Auslöser für ihre epileptischen Anfälle zu kennen. Der Großteil der Epilepsiepatienten konnte ihre Anfälle nicht erfolgreich unterbrechen. Auf die Frage nach der subjektiv empfundenen Lebensqualität, stufen 83% der Betroffenen diese als mittel bis gut ein. Gut ein Drittel nahm zum Zeitpunkt der Datenerhebung psychotherapeutische Hilfe in Anspruch.

10.1 Psychopathologischer Status

Eine klinische Auffälligkeit konnte bei 66,7% der untersuchten Epilepsiepatienten gefunden werden (s. Abschnitt 9.2.1). Im Vergleich dazu zeigte sich bei 48,4% der untersuchten Epilepsiepatienten in einer Studie von Endermann (2005) eine klinische Auffälligkeit. Eine mögliche Erklärung der unterschiedlichen Ergebnisse könnte auf die Selektivität der vorliegenden Stichprobe zurückgeführt werden. Epilepsiepatienten-

ten, die die Hilfe und Unterstützung einer Beratungsstelle in Anspruch nehmen, werden vermutlich eher Probleme im Umgang mit ihrer Erkrankung haben. Auch Edeh et al. (1990) stimmen darin überein, dass psychische Störungen bei Epilepsiepatienten die Beratungsstellen aufsuchen, überrepräsentiert sind.

Die psychische Belastung der untersuchten Stichprobe ist im Vergleich zu einer klinisch unauffälligen Normstichprobe in jeder Skala des BSI signifikant erhöht (s. Tabelle 9-2). Dieses Ergebnis geht mit den referierten Ergebnissen der Studien aus Abschnitt 4.3 konform.

Im Vergleich zu einer psychiatrischen Stichprobe konnten keine Unterschiede zur untersuchten Stichprobe in den Skalen *Somatisierung*, *Zwanghaftigkeit* und *Paranoides Denken* gefunden werden. In den übrigen Skalen des BSI zeigten die untersuchten Epilepsiepatienten signifikant geringere Ausprägungen im Vergleich zur klinisch auffälligen Stichprobe (s. Tabelle 9.3). Die Ergebnisse gehen teilweise mit jenen von Endermann (2005) konform, der in jeder der Skalen des BSI signifikant geringere Werte bei Epilepsiepatienten im Vergleich zu einer klinisch auffälligen Stichprobe fand. Eine geringere psychische Belastung bei Epilepsiepatienten im Vergleich zu psychiatrischen Patienten konnten auch Ettinger et al. (1998) bestätigen. Die Vermutung liegt nahe, dass die hohen Ausprägungen in den Skalen *Somatisierung* und *Zwanghaftigkeit* einerseits auf Symptome epileptischer Anfälle (wie z. B. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen) andererseits auf Nebenwirkungen von Antikonvulsiva (z. B. Konzentrationsschwierigkeiten, Gedächtnisschwierigkeiten) zurückgeführt werden können.

Der allgemeine psychopathologische Status wird weder vom Geschlecht der Epilepsiepatienten, noch von der Schwere der epileptischen Anfälle beeinflusst. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Endermann (2005) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen in den einzelnen Skalen des BSI sowie im globalen Kennwert GSI. Entgegen der Ergebnisse von Endermann (2005), zeigte sich jedoch in der untersuchten Stichprobe kein signifikanter Zusammenhang zur Schwere der epileptischen Anfälle. Diese unterschiedlichen Ergebnisse sind vermutlich auf die Definition der Variable zurückzuführen. In der vorliegenden Studie wird die Schwere der Erkrankung durch die Anfallshäufigkeit, Anfallstyp, Anzahl und Nebenwirkungen der Medikation, Zeitpunkt des Auftretens der Anfälle sowie die Rekonvaleszenzzeit operationalisiert. Endermann (2005) hingegen definierte die

Schwere der Erkrankung über die Variable Anfallsfreiheit. Er fand Unterschiede zwischen Epilepsiepatienten, die epileptische Anfälle hatten und solchen, die aufgrund der Medikation keine Anfälle bekamen, in den Skalen *Aggressivität/Feindseligkeit*, *Phobische Angst*, *Paranoides Denken*, *Psychotizismus* sowie im globalen Kennwert GSI. In jeder der genannten Skalen hatten anfallsfreie Epilepsiepatienten geringere Ausprägungen. Ferner zeigten die Ergebnisse, dass Epilepsiepatienten, die Nebenwirkungen aufgrund der Therapie mit Antikonvulsiva hatten, signifikant höhere Werte im GSI aufwiesen. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass es indiziert ist, die Schwere der Epilepsie über verschiedene epilepsiespezifische Variablen zu operationalisieren.

An dieser Stelle sei hervorgehoben, dass keine weiteren Studien vorliegen, die die Skalen des BSI mit verschiedenen epilepsiespezifischen und soziodemographischen Variablen bei Epilepsiepatienten in Verbindung bringen.

10.2 Kontrollüberzeugungen

Ein relevanter Aspekt der vorliegenden Arbeit stellt das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen dar. Zum einen soll die Annahme untersucht werden, ob Kontrollüberzeugungen mit der Komorbidität von Angststörungen bei Epilepsiepatienten in Verbindung stehen. Zum anderen sollen die Ausprägungen der Kontrollüberzeugungen bei Epilepsiepatienten und mögliche Einflussfaktoren untersucht werden. Hierzu wurden soziodemographische und epilepsiespezifische Variablen herangezogen. Eine, gerade in Bezug auf chronische Erkrankungen, wesentliche Differenzierung wurde in der getrennten Analyse von generalisierten und krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen vorgenommen.

10.2.1 Generalisierte Kontrollüberzeugungen

Entsprechend der Ergebnisse von Gopinath et al. (2000) sowie De Vellis et al. (1980) war auch in der untersuchten Stichprobe im Vergleich zu einer klinisch unauffälligen Stichprobe die internale Kontrollüberzeugung signifikant geringer ausgeprägt. Ferner wurde bei den Epilepsiepatienten ein signifikant geringer ausgeprägtes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten gefunden (s. Tabelle 9-6). Die in der Literatur gefundenen höheren Ausprägungen der externalen Kontrollüberzeugungen bei Epilepsiepatienten (s. Abschnitt 5.3), konnten in dieser Studie nicht repliziert werden. Eine

mögliche Erklärung für die geringeren Ausprägungen der externalen Kontrollüberzeugungen findet sich in der Spezifität der untersuchten Stichprobe. Die Epilepsiepatienten suchen selbsttätig Hilfe und Beratung in den Epilepsieberatungsstellen. Diese Eigeninitiative zeigt, dass sie zwar bereit sind Hilfe von Anderen in Anspruch zu nehmen, die Verantwortung für ihr Leben und ihr Wohlbefinden jedoch nicht vollständig an Andere abgeben. Darüber hinaus zeigte sich auch für die fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung kein signifikanter Unterschied zur klinisch unauffälligen Stichprobe. Epilepsiepatienten glaubten demnach nicht stärker als die Vergleichsstichprobe daran, dass das was ihnen geschieht von Schicksal oder Glück/Pech abhängt.

Hinsichtlich der untersuchten soziodemographischen Variablen konnten keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden, was mit der Studie von Krakow et al. (1999) konform geht. Dennoch zeigte sich in der vorliegenden Studie eine Tendenz dahingehend, dass Epilepsiepatienten, die in einer Partnerschaft leben im Vergleich zu Patienten ohne Partner, eine geringere Ausprägung der fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugung aufwiesen (s. Tabelle 9-9). Dieses Ergebnis könnte ein Hinweis darauf sein, dass durch die Unterstützung des Partners die immer wieder kehrenden Erfahrungen des Kontrollverlustes während eines epileptischen Anfalls nicht auf andere Lebensbereiche generalisiert werden.

Der Einfluss epilepsiespezifischer Variablen auf die generalisierten Kontrollüberzeugungen war zum großen Teil nicht signifikant. Im Folgenden soll vorrangig auf signifikante Ergebnisse eingegangen werden.

Epilepsiepatienten mit einer leichten Ausprägung der Epilepsie haben im Vergleich zu Betroffenen mit einer schweren Ausprägung der Erkrankung ein signifikant geringeres Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (s. Tabelle 9-10). Epilepsiepatienten mit einer schweren Ausprägung der Erkrankung sehen demnach mehr Handlungsalternativen in Situationen. In der Literatur konnten keine Studien gefunden werden, die diese beiden Variablen in Verbindung bringen. Eine mögliche Interpretation des Ergebnisses könnte sein, dass Epilepsiepatienten mit schweren Anfällen gelernt haben in Bezug auf ihre Erkrankung viele Handlungsalternativen zu suchen um einen Einfluss auf die epileptischen Anfälle ausüben zu können. Diese Fähigkeiten wurden auf andere Lebensbereiche generalisiert, so dass auch in diesen Bereichen mehr Handlungsalternativen zur Verfügung stehen.

Einen positiven Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Kontrolle der Anfälle und der internalen Kontrollüberzeugung fanden De Vellis et al. (1980). Dieser Zusammenhang konnte aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden (s. Tabelle 9-11). Auch bezüglich der weiteren Kontrollüberzeugungen konnten keine Unterschiede zwischen Patienten, die ihre Anfälle kontrollieren können und solchen die angeben dies nicht zu können, gefunden werden.

Sind den Epilepsiepatienten die Auslöser ihrer epileptischen Anfälle bekannt, so zeigten sie ein signifikant höher ausgeprägtes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten im Vergleich zu Epilepsiepatienten, die nicht sicher ob der Auslöser ihrer Anfälle waren. Interessant ist die Tatsache, dass das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten bei Patienten die ihre Auslöser kennen ebenso hoch ausgeprägt ist, wie bei Patienten, die die Auslöser ihrer Anfälle nicht kennen. Entscheidend scheint die Unsicherheit darüber zu sein, ob eine Situation anfallsfördernd wirkt oder nicht. Eine mögliche Erklärung wäre, dass diese Personen in der Befürchtung einen Anfall auszulösen, für sich weniger Handlungsalternativen in Situationen sehen. Auffallend ist in diesem Zusammenhang, dass Personen denen die Auslöser ihrer epileptischen Anfälle nicht bekannt sind eine höhere mittlere Skalenausprägung in der fatalistisch-sozialen Kontrollüberzeugung hatten (s. Tabelle 9-12). So zeigte diese Patientengruppe in der Skala *FKK-C* einen Mittelwert von 29,125 im Vergleich zu Patienten die ihre Auslöser kennen $M=25,474$ und Patienten die nicht sicher bezüglich der Auslöser sind $M=25,933$. Es wird vermutet, dass Betroffene, die nicht in der Lage sind, Auslöser für ihre Anfälle identifizieren zu können, ihr Leben stärker von Schicksal oder Glück/Pech dominiert sehen. Demzufolge müssen sich die Patienten in ihren Handlungsalternativen nicht einschränken, aus Angst, dadurch selbst einen epileptischen Anfall zu provozieren. Es muss hervorgehoben werden, dass der Unterschied in der Skala *FKK-C* statistisch nicht signifikant war. Spector et al. (2001) konnte in ihrer Studie einen Unterschied bezüglich der krankheitsspezifischen fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugung durch ein statistisch signifikantes Ergebnis untermauern. Epilepsiepatienten, die anfallsfördernde Situationen erkennen und vermeiden waren signifikant geringer fatalistisch-external orientiert. Das bedeutet, dass diese Betroffenen das Auftreten von Anfällen seltener einer höheren Macht, Schicksal oder Pech zugeschrieben.

De Vellis et al. (1980) fanden einen positiven Zusammenhang zwischen der Dauer der Erkrankung und der sozial-externalen sowie der fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugung. Im Gegensatz dazu konnten Krakow et al. (1999) einen Zusammenhang zwischen der Erkrankungsdauer und den generalisierten Kontrollüberzeugungen nicht bestätigen. Ebenso konnte auch in der vorliegenden Studie kein signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Variablen festgestellt werden. Dennoch zeigte sich eine Tendenz dahingehend, dass mit einer längeren Erkrankungsdauer die internale Kontrollüberzeugung schwächer ausgeprägt war (s. Tabelle 9-13). Die Stärke des Zusammenhanges ist jedoch mit $r=-0,189$ derart gering, dass diese als nicht relevant eingestuft werden musste.

Des Weiteren konnte kein Zusammenhang zwischen dem Alter bei Beginn der Erkrankung und den generalisierten Kontrollüberzeugungen gefunden werden (s. Tabelle 9-14). Dieses Ergebnis stimmt mit jenen von Krakow et al. (1999) sowie Gehlert (1994) überein. Im Gegensatz dazu zeigte sich in der Studie von De Vellis et al. (1980), dass Patienten deren Epilepsie in der Kindheit begann eine höhere internale Kontrollüberzeugung aufwiesen.

Ein negativer Zusammenhang zeigte sich zwischen der Dauer der Anfallsfreiheit und dem Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (s. Tabelle 9-15). Das bedeutet, je länger die Patienten keinen epileptischen Anfall mehr erlitten hatten, umso weniger Handlungsalternativen nahmen sie wahr. Die Stärke des gefundenen Zusammenhanges war jedoch so gering, dass er als nicht relevant beurteilt werden musste. Ferner konnten keine Studien gefunden werden, die sich mit diesem Zusammenhang beschäftigten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass weder soziodemographische noch epilepsiespezifische Faktoren mit den generalisierten Kontrollüberzeugungen in Zusammenhang stehen. Überraschend ist das Ergebnis, dass die Erkrankungsdauer oder das Alter bei Beginn der Erkrankung in keinem Zusammenhang mit den Kontrollüberzeugungen zu sehen sind. Hier lag die Vermutung nahe, dass je länger Personen chronisch erkrankt waren, desto eher würden sich die Erfahrungen mit der Erkrankung auch in anderen Lebensbereichen widerspiegeln. Diese Annahme konnte durch die vorliegenden Ergebnisse nicht bestätigt werden. Einige signifikante Ergebnisse hingegen wurden für die Skala *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten* gefunden. Betroffene die eine schwere Ausprägung der Epilepsie hatten und solche, de-

nen die Auslöser für ihre epileptischen Anfälle bekannt waren, nahmen in verschiedenen Situationen für sich mehr Handlungsalternativen wahr.

Insgesamt gesehen waren die Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe signifikant geringer internal orientiert und hatten ein geringer ausgeprägtes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten im Vergleich zu einer klinisch unauffälligen Stichprobe. Keine Unterscheidung fand sich hinsichtlich der externalen Kontrollüberzeugungen.

10.2.2 Krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen

Die Ausprägung der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen bei Epilepsiepatienten im Vergleich zu einer klinisch unauffälligen Stichprobe zeigte folgendes Bild (s. Tabelle 9-16). Keine signifikanten Unterschiede, aber Tendenzen konnten für die krankheitsspezifische internale sowie fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung gefunden werden. Die Tendenzen gingen in die Richtung, dass die mittleren Ausprägungen beider Skalen bei Epilepsiepatienten höher waren. Ein sehr signifikanter Unterschied ($p < 0,001$) zeigte sich hinsichtlich der krankheitsspezifischen sozial-externalen Kontrollüberzeugung, die eine höhere Ausprägung bei Epilepsiepatienten zeigte. In Übereinstimmung mit diesen Ergebnissen fand auch De Vellis et al. (1980) bei Epilepsiepatienten signifikant höhere Ausprägungen der krankheitsspezifischen externalen Kontrollüberzeugungen sowie keine Unterschiede zu einer klinisch unauffälligen Stichprobe in der krankheitsspezifischen internalen Kontrollüberzeugung. Der epileptische Anfall per se ist durch einen massiven Kontrollverlust über den eigenen Körper und die Unvorhersagbarkeit seines Auftretens charakterisiert (Matthews et al., 1982; s. Abschnitt 5.1). Eine Tendenz in Richtung fatalistische Externalität ist daher nachvollziehbar. Die signifikant höhere Ausprägung in der sozialen Externalität kann dadurch erklärt werden, dass Epilepsiepatienten eng mit Ärzten zusammenarbeiten müssen. Der Fokus der heutigen Epilepsiebehandlung wird auf medikamentöse Therapien gelegt, die bei ca. 60% der Patienten zu einer weitestgehende Anfallsfreiheit führen (Wolf et al., 2003). Es ist nahe liegend, dass durch diese Erfahrungen im Umgang mit der Erkrankung, die krankheitsspezifische sozial-externale Kontrollüberzeugung hoch ausgeprägt ist. Die gefundenen Ergebnisse bezogen auf die krankheitsspezifische internale Kontrollüberzeugung können durch die Eigeninitiative der Epilepsiepatienten erklärt werden, selbst etwas für ihr Wohlbefinden zu tun. Durch Beratung und Informationen werden die Patienten in der Epilepsieberatungsstelle darin

unterstützt. Ferner bieten die Beratungsstellen Kurse wie beispielsweise das Erlernen von Selbstkontrolltechniken an, welche die internale Kontrolle über die Erkrankung stärken.

Die gefundenen Ausprägungen der Kontrollüberzeugungen im krankheitsspezifischen Bereich entsprechen den Erwartungen. Insgesamt betrachtet entsprachen die gefundenen Ausprägungen der von Wallston und Wallston (1982) postulierten optimalen Konstellation der Kontrollüberzeugungen für einen positiven Umgang mit der Erkrankung.

Es konnten keine Studien gefunden werden, die Zusammenhänge zwischen krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen und soziodemographischen Variablen untersuchten. In der vorliegenden Studie zeigten sich keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (s. Tabelle 9-17). Ein signifikanter Zusammenhang wurde zwischen dem Alter des Betroffenen und der krankheitsspezifischen fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugung gefunden. Ältere Personen der untersuchten Stichprobe zeigten demnach höhere Ausprägungen in der Skala *KKG-C* (s. Tabelle 9-18). Der gefundene Zusammenhang war mit $r=0,270$ jedoch so gering, dass er als nicht relevant eingestuft wurde. Ferner fand sich ein signifikanter Unterschied in der krankheitsspezifischen internalen Kontrollüberzeugung bezogen auf eine vorhandene Partnerschaft der Patienten (s. Tabelle 9-19). Wirft man einen Blick auf die Ausprägungen der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen bei Patienten ohne Partnern und Epilepsiepatienten mit Partnern, so zeigte sich folgendes Ergebnis. Betroffene ohne Partner hatten eine signifikant höhere internale Kontrollüberzeugung, eine Tendenz konnte zu einer stärker ausgeprägten sozial-externalen Kontrollüberzeugung gefunden werden, jedoch zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezogen auf die krankheitsspezifische fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung. Insgesamt gesehen zeigten beide Gruppen höhere Ausprägungen in den krankheitsspezifischen internalen sowie sozial-externalen Kontrollüberzeugungen und eine geringere Ausprägung in der krankheitsspezifischen fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugung. Die eben formulierten Ausprägungen waren jedoch bei Epilepsiepatienten ohne Partner deutlicher ausgeprägt.

Hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen den epilepsiespezifischen Variablen und den krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse. Eine Ausnahme bildet der signifikante, positive Zusammenhang zwi-

schen der Zeit, die seit dem letzten Anfall vergangen war und der krankheitsspezifischen fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugung. Die Stärke des Zusammenhanges war mit $r=0,243$ jedoch derart gering, dass das Ergebnis als nicht relevant beurteilt wurde (s. Tabelle 9-25). Im Vergleich dazu fand De Vellis et al. (1980) einen positiven Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Kontrolle der Anfälle und der krankheitsspezifischen internalen Kontrollüberzeugung sowie zwischen der Dauer der Erkrankung und der krankheitsspezifischen fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugung.

Eine Überprüfung der Zusammenhänge zwischen den generalisierten und den krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen zeigten Ergebnisse in erwarteter Richtung (s. Tabelle 9-26). Die krankheitsspezifische interne Kontrollüberzeugung korrelierte positiv mit dem Selbstkonzept eigener Fähigkeiten sowie der generalisierten internalen Kontrollüberzeugung. Die Stärke des Zusammenhanges liegt im mittleren Bereich. Für die krankheitsspezifische sozial-externale Kontrollüberzeugung konnte eine Tendenz dahingehend gefunden werden, dass sie umso stärker ausgeprägt ist, je stärker die generalisierten externalen Kontrollüberzeugungen ausgeprägt waren. Die Stärke der Zusammenhänge war jedoch derart gering, dass sie vernachlässigbar sind. Ferner zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen der krankheitsspezifischen fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugung und den generalisierten externalen Kontrollüberzeugungen. Die Stärke des Zusammenhanges zur generalisierten sozial-externalen Kontrollüberzeugung kann als gering beschrieben werden, jener zur generalisierten fatalistischen Kontrollüberzeugung als mittel.

Insgesamt gesehen zeigte sich bei den Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe eine, für einen positiven Umgang mit der Erkrankung, optimale Konstellation der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen. Interessant war das Ergebnis, dass Betroffene, die in keiner Partnerschaft lebten, dieser nach Wallston und Wallston (1982) als optimal definierten Konstellation, stärker entsprachen. Des Weiteren ergaben sich keine signifikanten oder relevanten Ergebnisse bezüglich der soziodemographischen und epilepsiespezifischen Variablen und den krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen. Entsprechend der zuletzt referierten Ergebnisse kann hervorgehoben werden, dass sich die krankheitsspezifischen Erfahrungen in der generalisierten internalen Kontrollüberzeugung, dem Selbstkonzept eigener Fähigkeiten als auch in der generalisierten fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugung wider-

spiegeln. Erfahrungen, die mit der Erkrankung gemacht wurden, spiegeln sich demnach auch in anderen Lebensbereichen wieder (Amir et al., 1999).

10.2.3 Krankheitsbewältigung

Wenige Studien untersuchten bislang den Zusammenhang zwischen soziodemographischen sowie epilepsiespezifischen Variablen und einzelner Copingstrategien bei Epilepsiepatienten. Der Fokus der Forschung wurde vornehmlich auf die Beschreibung effektiver resp. ineffektiver Copingstrategien gelegt. In diesem Abschnitt interessieren insbesondere die Zusammenhänge zwischen der Krankheitsbewältigung und den Kontrollüberzeugungen.

Im Vergleich zu Patienten mit anderen schweren körperlichen Erkrankungen wählten die Epilepsiepatienten der vorliegenden Studie signifikant häufiger die Copingstrategie *Rumination* sowie *Suche nach Information und Erfahrungsaustausch* an. Die Krankheitsbewältigungsstrategie *Bedrohungsabwehr* wurde von den Epilepsiepatienten signifikant seltener gezeigt. Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen zeigten sich in den Strategien *Suche nach Halt in der Religion* und *Suche nach sozialer Einbindung*, jedoch zeigte sich für letztgenannte Skala eine Tendenz, dass Epilepsiepatienten diese Strategie seltener zur Krankheitsbewältigung einsetzten (s. Tabelle 9-27). Die Krankheitsbewältigung charakterisierte sich bei den untersuchten Epilepsiepatienten durch ein grüblerisches, zurückgezogenes Verhalten. Sie stellten häufig Vergleiche zwischen der Zeit vor Krankheitsbeginn und der aktuellen Lebenssituation an, was zu dysphorischen Stimmungen führen kann. Trotz des eher zurückgezogenen, grüblerischen Verhaltens, versuchten die Patienten im sozialen Kontext aber auch über andere Quellen mehr über ihre Erkrankung und dessen Behandlungsmöglichkeiten zu erfahren. Dieses Verhalten spiegelt sich in der Tatsache wider, dass die untersuchte Stichprobe in Epilepsieberatungsstellen rekrutiert wurde. Im Gegensatz zu Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen nahmen die Epilepsiepatienten seltener eine kämpferisch-optimistische Haltung ein. Eine kognitiv orientierte Bewältigung im Sinne von positivem Denken, von Rationalisierungen sowie sozialen Abwärtsvergleichen wurde seltener eingesetzt.

Die Vergleichbarkeit dieser Ergebnisse mit jenen anderer Studien ist dahingehend eingeschränkt, dass die Definitionen der Krankheitsbewältigungsstrategien uneinheitlich sind. In der zur Verfügung stehenden Literatur konnte eine Studie gefunden wer-

den, die einen Vergleich zwischen Epilepsiepatienten und einer klinisch unauffälligen Stichprobe hinsichtlich der Copingstrategien vornahm. Die Ergebnisse zeigten, dass Epilepsiepatienten signifikant seltener aktive Krankheitsbewältigungsstrategien einsetzten (Oosterhuis, 1999). Eine Vergleichbarkeit zu den aktuellen Ergebnissen ist dahingehend eingeschränkt, da in der Studie von Oosterhuis (1999) keine Patienten mit schweren körperlichen Erkrankungen als Vergleichsstichprobe herangezogen wurden.

Ferner zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Copingstrategien (s. Tabelle 9-28). Einen geschlechtsspezifischen Unterschied fanden Krakow et al. (1999) dahingehend, dass Frauen im Vergleich zu Männern, häufiger aktive und problemfokussierte Krankheitsbewältigungsstrategien einsetzten.

Bei der vergleichenden Betrachtung von Betroffenen mit schwerer, mittlerer und leichter Ausprägung der Erkrankung ließ sich kein signifikanter Unterschied in den Skalen des TSK (*Rumination*, *Bedrohungsabwehr*, *Suche nach Halt in der Religion*, *Suche nach sozialer Einbindung*, *Suche nach Information und Erfahrungsaustausch*) feststellen (s. Tabelle 9-29).

Wie bereits eingangs erwähnt, interessieren in der aktuellen Studie insbesondere die Zusammenhänge zwischen den Krankheitsbewältigungsstrategien und den Kontrollüberzeugungen. Die Zusammenhänge zwischen den Copingstrategien und den generalisierten Kontrollüberzeugungen finden sich in Tabelle 9-30, jene zu den krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen in Tabelle 9-31. Die Copingstrategie *Rumination*, die in der untersuchten Stichprobe häufig angewandt wurde, zeigte zu allen Skalen der generalisierten Kontrollüberzeugungen signifikante Zusammenhänge. Die Stärke der gefundenen Zusammenhänge war jedoch derart gering, dass die Ergebnisse als nicht relevant eingestuft wurden. Eine Ausnahme zeigte sich bezüglich der Skala FKK-P mit einer Korrelation von $r=0,307$. Betroffene, die hoch sozial-external orientiert waren setzten häufiger *Rumination* als Krankheitsbewältigungsstrategie ein. Auch hinsichtlich der Copingstrategie *Suche nach Halt in der Religion* konnte ein signifikanter Zusammenhang zur sozial-externalen Kontrollüberzeugung gefunden werden, dessen Stärke jedoch sehr gering war ($r=0,229$). Des Weiteren zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Copingstrategie *Suche nach sozialer Einbindung* und der internalen Kontrollüberzeugung. Wie bereits bei den vorherigen Zu-

sammenhängen, war auch hier die Stärke des Zusammenhangs mit $r=0,233$ sehr gering. Ein weiterer signifikanter Zusammenhang ergab sich zwischen der Strategie *Suche nach Information und Erfahrungsaustausch* und dem Selbstkonzept eigener Fähigkeiten. Die Stärke des Zusammenhangs war mit $r=0,271$ als nicht relevant einzuschätzen. Obwohl einige signifikante Zusammenhänge zwischen den Copingstrategien und den generalisierten Kontrollüberzeugungen gefunden wurden, mußten diese aufgrund der geringen Stärke des Zusammenhangs auf ein relevantes Ergebnis reduziert werden. Epilepsiepatienten mit einer hohen sozial-externalen Kontrollüberzeugung zeigten eher ein grüblerisches, zurückgezogenes Copingverhalten.

Deutlich weniger signifikante Zusammenhänge konnten zwischen den Krankheitsbewältigungsstrategien und den krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen gefunden werden. Eine Gemeinsamkeit zu den eben referierten Ergebnissen zeigt sich in der Stärke der gefundenen Zusammenhänge. Diese waren durchwegs so gering, dass die Ergebnisse als nicht relevant eingestuft werden mussten.

Krakow et al. (1999) fanden in ihrer Studie, dass sozial-external orientierte Epilepsiepatienten signifikant häufiger versuchten, ihrer Erkrankung einen höheren Sinn zu geben, Halt in der Religion zu finden, versuchten sich mit Phantasien und Wunschenken von der Erkrankung abzulenken und insgesamt eher ein ineffektives Coping zeigten. Dieses Ergebnis unterstützt den in der vorliegenden Studie gefundenen Zusammenhang zwischen der sozial-externalen Kontrollüberzeugung und der Skala *Rumination*.

10.3 Angststörungen

In dieser Studie wurden Angststörungen nach DSM-IV Kriterien bei Epilepsiepatienten erhoben. In dem eigens konzipierten Fragebogen zur Erfassung von Angststörungen wurde zwischen epilepsiebezogenen und epilepsieunabhängigen Angststörungen differenziert. Eine derartige Betrachtungsweise konnte bislang in der Literatur noch nicht gefunden werden. Ziel dieser Studie war es, Unterschiede zwischen Epilepsiepatienten mit und ohne Angststörungen hinsichtlich der generalisierten als auch der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen sowie der Copingstrategien zu untersuchen. In den Analysen wurde die angstspezifische Differenzierung berücksichtigt.

Der Diskussion der Ergebnisse bezogen auf Angststörungen bei Epilepsie muss vorangestellt werden, dass sich in sehr wenigen Studien die Diagnosestellung der Angststörungen an den DSM Kriterien orientiert. Ferner wurde meist eine selektive Stichprobe gewählt, deren Ergebnisse nicht auf die Gesamtpopulation der Epilepsiepatienten generalisiert werden können. Eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist daher nur eingeschränkt möglich. Die ausführliche Darstellung der methodologischen Probleme von Studien zum Thema Angststörungen bei Epilepsiepatienten findet sich in Abschnitt 4.4.

10.3.1 Allgemeine Angststörungen

Die Prävalenz von Angststörungen in der untersuchten Stichprobe ist mit 71,5% relativ hoch. In der Literatur wird die Komorbidität von Epilepsie und Angststörungen mit 10% bis 66% angegeben (Baker et al., 1996; Jacoby et al., 1996; Torta & Keller, 1999; Victoroff, 1994).

Wird die Prävalenz der Angststörungsdiagnosen im Einzelnen betrachtet (s. Abbildung 9-7), zeigt sich folgendes Bild. In der untersuchten Stichprobe wurden die Kriterien einer Agoraphobie mit 53,6% am häufigsten erfüllt. Übereinstimmend fand sich auch in anderen Studien, dass die Agoraphobie im Vergleich zu weiteren Angststörungen bei Epilepsiepatienten am häufigsten diagnostiziert wurde. Die Prävalenzrate hingegen war bei den vergleichenden Studien deutlich geringer. So fanden Victoroff (1994) eine Rate von 23% und Jones et al. (2005) eine von 15,5%. Die Soziale Phobie konnte, in der vorliegenden Studie, bei 20,2% der Epilepsiepatienten diagnostiziert werden. Swinkels et al. (2001) fanden eine Rate von 13,9% und in der Studie von Jones et al. (2005) wurde bei 13,2% der Epilepsiepatienten eine Soziale Phobie diagnostiziert. Die Unterschiede zu den in der Literatur gefundenen Prävalenzraten sind nicht ganz so groß, wie sie sich bei der Agoraphobie zeigten. Ferner konnte für die Prävalenzzahlen der anderen Angststörungsdiagnosen ein Unterschied von im Schnitt 5% zu bereits existierenden Angaben gefunden werden. Dabei fielen die Raten in der vorliegenden Studie durchwegs höher aus.

Die insgesamt höheren Prävalenzzahlen in der aktuellen Studie können einerseits auf die Selektivität der Stichprobe und andererseits auf die Wahl des Messinstruments zurückgeführt werden. Die Teilnehmer der Studie wurden in bayerischen Epilepsieberatungsstellen rekrutiert. Edeh et al. (1990) zufolge sind psychische Störungen

gen bei derartigen Stichproben überrepräsentiert. Diese Annahme wird durch die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigt. Das zur Erfassung von Angststörungen herangezogene Messinstrument war ein selbst konzipierter Fragebogen in Anlehnung an das SKID. In einem Großteil der oben zitierten Studien hingegen, wurden Interviews zur Diagnosestellung eingesetzt. Der für diese Studie konzipierte Fragebogen zur Erfassung von Angststörungen bei Epilepsiepatienten stellt kein standardisiertes Erhebungsinstrument dar. Die Werte der internen Konsistenzen (s. Abschnitt 8.3.3) liegen in einem guten Bereich, dennoch wurde die Validität des eingesetzten Fragebogens im Vorfeld nicht überprüft. Einen Hinweis auf die inhaltliche Güte des Fragebogens können die Ergebnisse in Tabelle 9-32 geben. Epilepsiepatienten mit mehreren Angststörungsdiagnosen zeigten im Vergleich zu Epilepsiepatienten mit einer oder keiner Angststörung sowohl signifikant höhere Werte in der Skala *Ängstlichkeit* des BSI als auch im globalen Kennwert *GSI*. Patienten mit Angststörungen sind demnach ängstlicher und haben eine höhere psychische Belastung. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Fragebogen wirklich Angststörungen erhebt und somit valide ist. Dennoch muss betont werden, dass eine genaue Überprüfung der Validität noch aussteht.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse bezüglich der allgemeinen Angststörungen und der Kontrollüberzeugungen sowie Copingstrategien dargestellt werden. Um differenziertere Ergebnisse bezüglich der allgemeinen Angststörungen zu erhalten, wurden drei Gruppen gebildet. Vergleiche konnten dadurch zwischen Epilepsiepatienten mit keiner, einer oder mehreren allgemeinen Angststörungsdiagnosen vorgenommen werden.

Sowohl die krankheitsspezifische internale (s. Tabelle 9-34) als auch die generalisierte internale Kontrollüberzeugung (s. Tabelle 9-33) waren bei Epilepsiepatienten ohne eine allgemeine Angststörung, im Vergleich zu Patienten mit Angststörungen signifikant höher ausgeprägt. Betroffene ohne eine Angststörung sehen Ereignisse als durch ihre eigenen Handlungen beeinflussbar. Dies trifft sowohl auf den Bereich der Krankheit/Gesundheit als auch auf verschiedene andere Lebensbereiche zu. Dieses Ergebnis unterstützt die Annahme von Joe (1971), dass eine hohe internale Kontrollüberzeugung mit einem verminderten Angstempfinden einhergeht.

Ferner zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen Epilepsiepatienten mit mehreren Angststörungen und Patienten mit einer/keiner Angststörung hinsichtlich

der Krankheitsbewältigungsstrategie *Rumination* (s. Tabelle 9-35). Betroffene mit mehreren allgemeinen Angststörungen zeigten häufiger ein grüblerisches, zurückgezogenes Bewältigungsverhalten. Sie stellten öfter Vergleiche zur Lebenssituation vor Krankheitsbeginn an und fokussierten dabei die Verluste bzw. Einschränkungen, die sie durch die Erkrankung erlitten haben. Felton und Revenson (1984) betonen, dass Anpassungsschwierigkeiten an chronische Erkrankungen und eine damit verbundene Unzufriedenheit zu Grübeleien und Wunschdenken führen. Dadurch entsteht ein Teufelskreis, der wiederum die Anpassungsschwierigkeiten sowie die Unzufriedenheit verstärkt. Den Autoren zufolge kann eine kognitive Umstrukturierung und in weiterer Folge die Identifikation mit realistischen Möglichkeiten und Zielen einen Ausweg aus den oben skizzierten Teufelskreis bringen und somit zu einer positiven Krankheitsbewältigung führen.

Des Weiteren konnten auch Unterschiede zwischen Patienten mit einer und mit mehreren Angststörungsdiagnosen gefunden werden. Dabei zeigte sich, dass Patienten mit mehreren Angststörungen eine signifikant höhere sozial-externale Kontrollüberzeugung (s. Tabelle 9-33) hatten. Darüber hinaus wandten sie signifikant seltener die Copingstrategie *Suche nach sozialer Einbindung an* (s. Tabelle 9-35). Patienten mit mehreren Angststörungen suchten demnach seltener sozialen Kontakt, um emotionale Unterstützung zu erhalten oder aber um sich im Gespräch mit Anderen von ihrer Erkrankung abzulenken. Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der sozial-externalen Kontrollüberzeugung ließen sich zwischen den Gruppen mit einer und keiner Angststörung finden. Viele empirische Studien konnten den Zusammenhang zwischen hohen externalen Kontrollüberzeugungen und Angststörungen bestätigen (De Souza & Salgado, 2006; De Vellis et al., 1980; Gehlert & Chang, 1998; Hermann et al., 1990). Auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie gehen mit diesen konform, unter der Bedingung, dass die Betroffenen unter mehreren Angststörungen litten.

An dieser Stelle sollen die relevanten Ergebnisse bezüglich der allgemeinen Angststörungen zusammengefasst werden. Die Prävalenz der Angststörungen war in der untersuchten Stichprobe insgesamt höher im Vergleich zu in der Literatur gefundenen Raten bei Epilepsiepatienten. Epilepsiepatienten ohne eine allgemeine Angststörung waren stärker internal orientiert. Dieses Ergebnis konnte sowohl im krankheitsspezifischen Bereich als auch in generalisierter Form gefunden werden. In der vor-

liegenden Studie konnten weder für die generalisierte noch für die krankheitsspezifische internale Kontrollüberzeugung ein signifikanter Zusammenhang zu epilepsiespezifischen Variablen gefunden werden. Auch die Analysen der Zusammenhänge zwischen allgemeinen Angststörungen und epilepsiespezifischen sowie soziodemographischen Variablen, in der Studie von Kirchsclager (2006), waren statistisch nicht signifikant. Insgesamt gesehen, kann der Einfluss epilepsiespezifischer Variablen auf die internalen Kontrollüberzeugungen als auch auf die allgemeinen Angststörungen als gering eingestuft werden.

Betroffene mit mehreren allgemeinen Angststörungen setzten häufiger die Strategie *Rumination* zur Krankheitsbewältigung ein. Im Vergleich zu Patienten mit einer allgemeinen Angststörung, waren Betroffene mit mehreren Angststörungen stärker fatalistisch-external orientiert und griffen seltener auf die Copingstrategie *Suche nach sozialer Einbindung* zurück.

Für eine effektive Krankheitsbewältigung wird eine hohe internale Kontrollorientierung, sowohl generalisiert als auch krankheitsspezifisch gesehen. Ein grüblerisches, zurückgezogenes Verhalten im Umgang mit der Erkrankung und eine hohe fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung hingegen, sind mit Angststörungen assoziiert.

10.3.2 Epilepsiebezogene Angststörungen

Die Prävalenz einer epilepsiebezogenen Angststörung lag bei 57,1%. Vergleicht man diese Rate mit jener der allgemeinen Angststörungen zeigt sich, dass die Rate für Angststörungen bezogen auf die Epilepsie etwas geringer ist.

Die Diagnose der epilepsiebezogenen Agoraphobie wurde mit 41,7%, wie auch bei den allgemeinen Angststörungen, am häufigsten vergeben. Unter einer epilepsiebezogenen Sozialen Phobie litten 17,9% der untersuchten Epilepsiepatienten. Die übrigen Angststörungen waren mit einer Rate von 12% bis 6% vertreten. Ein direkter Vergleich mit Prävalenzzahlen aus der Literatur ist nicht möglich, da die Differenzierung von epilepsiebezogenen und epilepsieunabhängigen Angststörung erstmals in der aktuellen Studie vorgenommen wurde.

Vergleicht man Epilepsiepatienten, die die Kriterien einer epilepsiebezogenen Angststörung erfüllt haben, mit solchen Patienten, die diese Kriterien nicht erfüllt haben,

dann konnten signifikante Unterschiede in der Skala *Ängstlichkeit* des BSI sowie dem globalen Kennwert *GSI* gefunden werden (s. Tabelle 9-36). Epilepsiepatienten mit einer epilepsiebezogenen Angststörung waren ängstlicher und litten unter einer höheren psychischen Belastung. Dieses Ergebnis war zu erwarten und unterstützt die Annahme, dass der Fragebogen zur Erfassung epilepsiebezogener Angststörungen auch selbige erhebt.

Zwischen Epilepsiepatienten mit einer epilepsiebezogenen Angststörung und solchen ohne eine derartige Angststörung, konnten keine signifikanten Unterschiede weder in den generalisierten Kontrollüberzeugungen (s. Tabelle 9-37) noch in den krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (s. Tabelle 9-38) gefunden werden. Eine Tendenz zeigte sich dahingehend, dass Betroffene mit der Diagnose einer epilepsiebezogenen Angststörung schwächer internal (sowohl generalisiert als auch krankheitsspezifisch) und stärker sozial-external orientiert waren. Patienten, die eine epilepsiebezogene Angststörung hatten, wandten signifikant häufiger *Rumination* als Krankheitsbewältigungsstrategie an (s. Tabelle 9-39).

10.3.3 Epilepsieunabhängige Angststörungen

Die geringste Prävalenzrate, im Vergleich zu jenen der allgemeinen bzw. epilepsiebezogenen Angststörungen, zeigte sich für epilepsieunabhängige Angststörungen mit 48,8%. Die epilepsieunabhängige Agoraphobie wurde mit 34,5% am häufigsten diagnostiziert, gefolgt von der epilepsieunabhängigen Sozialen Phobie sowie der epilepsieunabhängigen Zwangsstörung mit 10,7%. Für alle weiteren epilepsieunabhängigen Angststörungen konnten Raten zwischen 8% und 3% gefunden werden. Die epilepsieunabhängige Zwangsstörung als zweithäufigste Diagnose wurde mit 10,7%, im Vergleich zur epilepsiespezifischen sowie der allgemeinen Zwangsstörung, ebenso häufig diagnostiziert. Diese Prävalenzrate fällt nur deshalb ins Auge, da die Prävalenzzahlen der epilepsieunabhängigen Angststörungen insgesamt niedriger sind. Eine Vergleichbarkeit der vorliegenden Daten mit Ergebnissen aus der Literatur ist auch hierzu nicht möglich, da wie bereits erwähnt, eine derartige Differenzierung erstmals in der aktuellen Studie vorgenommen wurde.

Einen Hinweis auf die inhaltliche Güte des Fragebogens zur Erfassung epilepsieunabhängiger Angststörungen sollen die Ergebnisse bezüglich der Skala *Ängstlichkeit* des BSI sowie des globalen Kennwerts *GSI* geben (s. Tabelle 9-40). Epilepsiepatienten-

ten die die Kriterien einer epilepsieunabhängigen Angststörung erfüllten, zeigten im Vergleich zu Patienten, die die Kriterien nicht erfüllt haben, signifikant höhere Ausprägungen in der Skala *Ängstlichkeit* des BSI sowie eine höhere psychische Belastung. Diese Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass der für diese Studie entwickelte Fragebogen Angststörungen erfasst.

Eine Überprüfung der Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne epilepsieunabhängige Angststörungen hinsichtlich der Kontrollüberzeugungen und der Copingstrategien (s. Tabelle 9-43) ergab, dass sich die beiden Gruppen in den Ausprägungen sowohl der generalisierten (s. Tabelle 9-41) als auch der krankheitsspezifischen (s. Tabelle 9-42) internalen Kontrollüberzeugung signifikant voneinander unterschieden. Betroffene, die unter einer epilepsieunabhängigen Angststörung litten, hatten eine geringere interne Kontrollüberzeugung. Dieses Ergebnis zeigte sich sowohl im krankheitsspezifischen Bereich als auch in generalisierter Form. Tendenzen zeigten sich dahingehend, dass Betroffene mit einer epilepsieunabhängigen Angststörung höher sozial-extern orientiert waren und häufiger die Strategie *Rumination* zur Krankheitsbewältigung einsetzten.

10.3.4 Epilepsiebezogene vs. epilepsieunabhängige Angststörungen

Wurden Epilepsiepatienten, die die Kriterien einer epilepsiebezogenen Angststörung erfüllten, solchen Patienten gegenübergestellt, die die Kriterien einer epilepsieunabhängigen Angststörung erfüllten, so fanden sich weder Unterschiede in der Ausprägung der Skala *Ängstlichkeit* des BSI noch in der Höhe der psychischen Belastung (s. Tabelle 9-45). Dieses Ergebnis war zu erwarten, da Personen aus beiden Gruppen unter einer Angststörung litten und daher eine hohe *Ängstlichkeit* als auch eine vergleichbar hohe psychische Belastung gegeben ist. Ferner konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der generalisierten Kontrollüberzeugungen (s. Tabelle 9-46), der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen (s. Tabelle 9-47) sowie der Krankheitsbewältigungsstrategien (s. Tabelle 9-48) gefunden werden. Eine Tendenz zeigte sich dahingehend, dass Patienten mit einer epilepsiebezogenen Angststörung eine höhere interne Kontrollüberzeugung hatten.

11 Kritische Würdigung

In der nun folgenden kritischen Würdigung sollen methodische Schwachpunkte der vorliegenden Studie aufgezeigt werden.

Ein wesentliches Ziel dieser Studie war die Erfassung von Angststörungen bei Epilepsiepatienten nach DSM Kriterien. Da bislang noch keine standardisierten, validen Instrumente hierfür zur Verfügung stehen, wurde in Anlehnung an das SKID, ein Fragebogen konzipiert. Dieser Fragebogen dient der Diagnostizierung von Angststörungen nach DSM-IV Kriterien und lässt eine Differenzierung zwischen epilepsiebezogenen und epilepsieunabhängigen Angststörungen zu. Eine derartige Unterscheidung der Angststörungen wurde in der aktuellen Studie erstmals vorgenommen. Obwohl die Probanden in der Voruntersuchung keine Probleme hatten, den dem Angstfragebogen vorausgehenden Erklärungen zu folgen, bleibt fraglich, ob alle Teilnehmer der aktuellen Studie diese Differenzierung ebenfalls nachvollziehen konnten. Obgleich die internen Konsistenzen des eingesetzten Angstfragebogens als sehr gut zu bewerten sind, steht eine Überprüfung der Validität noch aus.

Ein weiteres Problem kann darin gesehen werden, dass der Fragebogen insgesamt sehr lang war. Dabei könnten Konzentrationsschwierigkeiten und Motivationsprobleme die Ergebnisse beeinflusst haben. Dem ist entgegenzustellen, dass die Teilnehmer den Fragebogen nicht an einem Stück ausfüllen mussten, sondern sich auch einige Tage dafür Zeit lassen konnten.

Ein Vergleich zwischen den einzelnen Angststörungsdiagnosen war aufgrund der zu geringen Zellbesetzung nicht möglich. Auch waren die Analysen dahingehend eingeschränkt, dass Angststörungen als kategoriale Variable erfasst wurden. Regressionsanalytische Berechnungen, die einen Aufschluss darüber geben, wie viel Varianz der Angststörungen durch die einzelnen Variablen (Kontrollüberzeugungen, Copingstrategien) aufgeklärt wird, waren nicht möglich.

Ferner muss die Spezifität der Stichprobe erwähnt werden. Die an der Studie teilnehmenden Epilepsiepatienten wurden in Epilepsieberatungsstellen rekrutiert. Eine Generalisierung der gefundenen Ergebnisse auf die gesamte Epilepsiepopulation ist daher nicht möglich.

Eine Selektivität der Probanden könnte durch die Art der Rekrutierung der Teilnehmer entstanden sein. Die Mitarbeiter der Epilepsieberatungsstelle haben persönlich oder telefonisch ihre Klienten gefragt, ob Interesse an der Teilnahme besteht. Die beiden übergeordneten Themen der Studie waren Angst und Partnerschaft. Es ist möglich, dass sich vorrangig Betroffene zur Teilnahme bereit erklärt hatten, die sich mit einem Thema identifizieren konnten.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Epilepsiediagnosen. Viele der teilnehmenden Patienten, konnten ihre exakte Diagnose nicht nennen. Aufgrund des Datenschutzes, war es nicht möglich Einsicht in die Akten der Teilnehmer zu bekommen. Auch durften die Mitarbeiter der Epilepsieberatungsstelle diese Daten nicht weitergeben.

12 Ausblick

In diesem Kapitel sollen Verbesserungsvorschläge, die sich aus der aktuellen Arbeit ableiten, für zukünftige Studien gegeben werden.

Wie bereits in Kapitel 11 beschrieben, konnten einige Kritikpunkte bezüglich des in dieser Studie verwendeten Angstfragebogens angeführt werden. In zukünftigen Studien sollte auf einen standardisierten und validen Angstfragebogen zurückgegriffen werden, der sich an DSM Kriterien orientiert. Insgesamt ist es empfehlenswert die Länge des Fragebogens einzuschränken.

Die Relevanz einer Differenzierung zwischen epilepsieunabhängigen und epilepsiebezogenen Angststörungen muss in zukünftigen Studien überprüft werden.

Interessant scheinen in weiterer Folge Vergleiche zwischen den einzelnen Angststörungsdiagnosen zu sein. Hierzu müssten explizit Epilepsiepatienten mit bereits diagnostizierten Angststörungen rekrutiert werden, um eine ausreichende Zellbesetzung für vergleichende Analysen zu gewährleisten.

Ferner sollte im Hinblick auf eine Verallgemeinerung der Ergebnisse darauf geachtet werden, dass sich die Rekrutierung der Stichprobe nicht ausschließlich auf Epilepsieberatungsstellen beschränkt. Um die Selektivität der Probanden einzuschränken, sollte das Thema der Studie im Vorfeld nicht bekannt gegeben werden.

Eine Zusammenarbeit mit niedergelassenen Neurologen oder Kliniken ist sinnvoll, da somit die Möglichkeit geschaffen wird, medizinisch fundierte Epilepsiediagnosen in die Analysen mit einfließen zu lassen.

Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass die Prävalenz von Angststörungen bei Epilepsiepatienten sehr hoch ist. Dennoch wird in der Behandlung der diagnostischen Abklärung komorbider psychischer Störungen wenig Beachtung geschenkt. Um psychische Störungen bei Epilepsiepatienten frühzeitig zu erkennen, sollten Psychologen in die Behandlung von Epilepsiepatienten integriert werden.

13 Zusammenfassung

Durch die vorliegende Querschnittsuntersuchung soll der Einfluss von relevanten psychologischen Variablen auf Angststörungen bei Epilepsiepatienten untersucht werden. Als bedeutsame Einflussfaktoren wurden die generalisierten sowie krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen und die Krankheitsbewältigungsstrategien erachtet. Ferner interessierte der Zusammenhang von epilepsiespezifischen und soziodemographischen Variablen mit Kontrollüberzeugungen.

Die Stichprobe wurde in verschiedenen Epilepsieberatungsstellen rekrutiert und setzte sich aus 84 Epilepsiepatienten zusammen. Erhebungsinstrumente waren das Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000), der Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK; Krampen, 1990), der Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG; Lohaus & Schmitt, 1989) sowie die Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK; Klauer & Philipp, 1993). Zur Erfassung der Angststörungen wurde eigens ein Fragebogen konzipiert, der Angststörungen nach DSM Kriterien erhebt. Ferner differenziert dieser Fragebogen zwischen epilepsiebezogenen und epilepsieunabhängigen Angststörungen.

Die Prävalenz von Angststörungen war in der untersuchten Stichprobe mit 71,5% sehr hoch. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigten, dass ein grüblerisches, zurückgezogenes Verhalten im Umgang mit der Erkrankung und eine hohe fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung mit Angststörungen assoziiert waren. Epilepsiepatienten ohne Angststörungen zeigten hingegen eine signifikant stärkere internale Kontrollorientierung, wobei dieses Ergebnis sowohl für den krankheitsspezifischen Bereich als auch für die generalisierte Form gefunden werden konnte. Eine differenziertere Betrachtung der Angststörungen ergab, dass epilepsiebezogene Angststörungen mit der Krankheitsbewältigung *Rumination* in Zusammenhang standen. Im Gegensatz dazu, war eine geringe Ausprägung der krankheitsspezifischen als auch generalisierten internalen Kontrollüberzeugung mit epilepsieunabhängigen Angststörungen assoziiert.

Im Vergleich zu einer klinisch unauffälligen Stichprobe zeigten Epilepsiepatienten der untersuchten Stichprobe ein signifikant geringeres Selbstkonzept eigener Fähigkeiten sowie eine geringere internale Kontrollüberzeugung. Die Ausprägung der krank-

heitsspezifischen Kontrollüberzeugungen hingegen, zeigte eine optimale Konstellation für einen positiven Umgang mit der Erkrankung. Entgegen der Erwartungen konnten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den Kontrollüberzeugungen, sowohl generalisiert als auch krankheitsspezifisch, und den soziodemographischen sowie epilepsiespezifischen Variablen gefunden werden. Die untersuchten Zusammenhänge zwischen den Kontrollüberzeugungen und den Krankheitsbewältigungsstrategien zeigten eine signifikante Korrelation zwischen der sozial-externalen Kontrollüberzeugung und der Copingstrategie *Rumination*. Die Ergebnisse bezüglich der Zusammenhänge zwischen krankheitsspezifischen und generalisierten Kontrollüberzeugungen deuten darauf hin, dass sich die krankheitsspezifischen Erfahrungen in der generalisierten internalen Kontrollüberzeugung, dem Selbstkonzept eigener Fähigkeiten sowie der generalisierten fatalistisch-externalen Kontrollüberzeugung widerspiegeln.

14 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1:	Inzidenz von Anfallsformen _____	6
Abbildung 2-2:	Klassifikation der epileptischen Anfälle _____	7
Abbildung 4-1:	Psychiatrische Phänomene in zeitlicher Relation zum epileptischen Anfall _____	22
Abbildung 6-1:	Anforderungen und Belastungen durch Epilepsie _____	56
Abbildung 7-1:	Untersuchungsmodell der aktuellen Studie _____	65
Abbildung 9-1:	Verteilung der Fähigkeit Anfälle erfolgreich zu kontrollieren _____	97
Abbildung 9-2:	Verteilung der Schwere der Erkrankung _____	98
Abbildung 9-3:	Angaben zur subjektiv empfundenen Lebensqualität _____	98
Abbildung 9-4:	Verteilung der mittleren Skalenausprägungen des BSI _____	99
Abbildung 9-5:	Illness Severity Index und Selbstkonzept eigener Fähigkeiten _	107
Abbildung 9-6:	Kennen der Auslöser für epileptische Anfälle und Selbstkonzept eigener Fähigkeiten _____	109
Abbildung 9-7:	Partnerschaft und krankheitsspezifische Internalität _____	114
Abbildung 9-8:	Verteilung der einzelnen allgemeinen Angststörungen _____	126
Abbildung 9-9:	Allgemeine Angststörungen und Skala Ängstlichkeit _____	127
Abbildung 9-10:	Allgemeine Angststörungen und Global Severity Index _____	128
Abbildung 9-11:	Allgemeine Angststörungen und Internalität _____	130
Abbildung 9-12:	Allgemeine Angststörungen und Sozial bedingte Externalität __	130
Abbildung 9-13:	Allgemeine Angststörungen und Krankheitsspezifische Internalität _____	131
Abbildung 9-14:	Allgemeine Angststörungen und Rumination _____	133
Abbildung 9-15:	Allgemeine Angststörungen und Suche nach sozialer Einbindung _____	133
Abbildung 9-16:	Verteilung der einzelnen epilepsiebezogenen Angststörungen_	134
Abbildung 9-17:	Epilepsiebezogene Angststörung und Skala Ängstlichkeit _____	135
Abbildung 9-18:	Epilepsiebezogene Angststörung und Global Severity Index __	136
Abbildung 9-19:	Epilepsiebezogene Angststörung und Skala Rumination des TSK _____	139
Abbildung 9-20:	Verteilung der einzelnen epilepsieunabhängigen Angststörungen _____	140
Abbildung 9-21:	Epilepsieunabhängige Angststörung und Skala Ängstlichkeit__	141

Abbildung 9-22: Epilepsieunabhängige Angststörung und Global Severity Index	142
Abbildung 9-23: Epilepsieunabhängige Angststörung und Internalität _____	143
Abbildung 9-24: Epilepsieunabhängige Angststörung und krankheitsspezifische Internalität _____	144

15 Tabellenverzeichnis

Tabelle 6-1: Effektive und ineffektive Copingstrategien bei Epilepsie _____	58
Tabelle 8-1: Darstellung der zu untersuchenden Variablen und deren Operationalisierung durch entsprechende Instrumente _____	67
Tabelle 8-2: Interne Konsistenzen der BSI-Skalen sowie des globalen Kennwertes GSI _____	71
Tabelle 8-3: Interne Konsistenzen des Angstfragebogens _____	73
Tabelle 8-4: Primär-, Sekundär- und Tertiärskalen des FKK. _____	74
Tabelle 8-5: Interne Konsistenzen der FKK-Skalen _____	76
Tabelle 8-6: Interne Konsistenzen der KKG-Skalen _____	78
Tabelle 8-7: Interne Konsistenzen der TSK-Skalen _____	80
Tabelle 9-1: Schulbildung der untersuchten Stichprobe _____	96
Tabelle 9-2: Vergleich der mittleren Skalenausprägungen der Epilepsiepatienten mit einer klinisch unauffälligen Normstichprobe _____	100
Tabelle 9-3: Vergleich der mittleren Skalenausprägungen der Epilepsiepatienten mit einer klinisch auffälligen Normstichprobe _____	101
Tabelle 9-4: Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich des psycho- pathologischen Status _____	102
Tabelle 9-5: Schwere der Erkrankung und psychopathologischer Status _____	103
Tabelle 9-6: Vergleich der mittleren Skalenausprägungen der Epilepsiepatienten mit einer klinisch unauffälligen Normstichprobe _____	104
Tabelle 9-7: Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der generalisierten Kontrollüberzeugungen _____	105
Tabelle 9-8: Alter und generalisierte Kontrollüberzeugungen _____	105
Tabelle 9-9: Partnerschaft und generalisierte Kontrollüberzeugungen _____	106
Tabelle 9-10: Schwere der Erkrankung und generalisierte Kontrollüber- zeugungen _____	107
Tabelle 9-11: Angenommene Kontrolle der Anfälle und generalisierte Kontroll- überzeugungen _____	108
Tabelle 9-12: Kennen der Auslöser für epileptische Anfälle und generalisierte Kontrollüberzeugungen _____	109
Tabelle 9-13: Erkrankungsdauer und generalisierte Kontrollüberzeugungen _____	110

Tabelle 9-14:Alter bei Beginn der Erkrankung und generalisierte Kontrollüberzeugungen _____	110
Tabelle 9-15:Anfallsfreie Zeit und generalisierte Kontrollüberzeugungen _____	111
Tabelle 9-16:Vergleich der mittleren Skalenausprägungen der Epilepsiepatienten mit einer klinisch unauffälligen Normstichprobe _____	112
Tabelle 9-17:Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der krankheitsspezifischen Kontrollüberzeugungen _____	112
Tabelle 9-18:Alter und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen _____	113
Tabelle 9-19:Partnerschaft und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen _____	114
Tabelle 9-20:Schwere der Erkrankung und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen _____	115
Tabelle 9-21:Angenommene Kontrolle der Anfälle und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen _____	115
Tabelle 9-22:Kennen der Auslöser für epileptische Anfälle und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen _____	116
Tabelle 9-23:Erkrankungsdauer und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen _____	117
Tabelle 9-24:Alter bei Beginn der Epilepsie und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen _____	117
Tabelle 9-25:Anfallsfreie Zeit und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugung _____	118
Tabelle 9-26:Generalisierte und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen _____	119
Tabelle 9-27:Vergleich der mittleren Skalenausprägungen der Epilepsiepatienten mit einer Normstichprobe mit schweren körperlichen Erkrankungen _____	120
Tabelle 9-28:Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Copingstrategien _____	121
Tabelle 9-29:Schwere der Erkrankung und Copingstrategien _____	122
Tabelle 9-30:Generalisierte Kontrollüberzeugungen und Copingstrategien _____	123
Tabelle 9-31:Krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen und Copingstrategien _____	125
Tabelle 9-32:Allgemeine Angststörungen und Skala Ängstlichkeit sowie Global Severity Index _____	127
Tabelle 9-33:Allgemeine Angststörungen und generalisierte Kontrollüberzeugungen _____	129

Tabelle 9-34:Allgemeine Angststörungen und krankheitsspezifische Kontroll- überzeugungen _____	131
Tabelle 9-35:Allgemeine Angststörungen und Copingstrategien _____	132
Tabelle 9-36:Epilepsiebezogene Angststörung und Skala Ängstlichkeit sowie Global Severity Index _____	135
Tabelle 9-37:Epilepsiebezogene Angststörung und generalisierte Kontroll- überzeugungen _____	137
Tabelle 9-38:Epilepsiebezogene Angststörung und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen _____	138
Tabelle 9-39:Epilepsiebezogene Angststörung und Copingstrategien _____	139
Tabelle 9-40:Epilepsieunabhängige Angststörung und Skala Ängstlichkeit sowie Global Severity Index _____	141
Tabelle 9-41:Epilepsieunabhängige Angststörung und generalisierte Kontroll- überzeugungen _____	143
Tabelle 9-42:Epilepsieunabhängige Angststörung und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen _____	144
Tabelle 9-43:Epilepsieunabhängige Angststörung und Copingstrategien _____	145
Tabelle 9-44:Häufigkeiten der epilepsieunabhängigen und epilepsiebezogenen Angststörungen _____	146
Tabelle 9-45:Epilepsieunabhängige und epilepsiebezogene Angststörungen und Skala Ängstlichkeit sowie globaler Kennwert GSI des BSI _____	146
Tabelle 9-46:Epilepsieunabhängige versus epilepsiebezogene Angststörungen und generalisierte Kontrollüberzeugungen _____	147
Tabelle 9-47:Epilepsieunabhängige versus epilepsiebezogene Angststörungen und krankheitsspezifische Kontrollüberzeugungen _____	148
Tabelle 9-48:Epilepsieunabhängige versus epilepsiebezogene Angststörungen und Copingstrategien _____	149

16 Literaturverzeichnis

- Alvarez-Silva, S., Alvarez-Rodriguez, J., Perez-Echeverria, M. J. & Alvarez-Silva, I. (2006). Panic and Epilepsy. *Anxiety Disorders*, 20, 353-362.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington D.C.: APA. Deutsche Übersetzung: Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- Amir, M., Roziner, I., Knoll, A. & Neufeld, M. Y. (1999). Self-Efficacy and Social Support as Mediators in the Relation between Disease Severity and Quality of Life in Patients with Epilepsy. *Epilepsia*, 40 (2), 216-224.
- Andelman, F., Fried, I. & Neufeld, M.Y. (2001). Quality of Life Self-assessment as a Function of Lateralization of Lesion in Candidates for Epilepsy Surgery. *Epilepsia*, 42, 549-55.
- Angenendt, J., Frommberger, U., Trabert, W., Stiglmayr, C. & Berger, M. (2000). Angststörungen. In: M. Berger, *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 569-618). München: Urban & Fischer.
- Antebi, D. & Bird, J. (1993). The Facilitation and Evocation of Seizures: A Questionnaire Study of Awareness and Control. *British Journal of Psychiatry*, 162, 759-764.
- Arnston, P., Droge, D., Norton, R. & Murray, E. (1986). The Perceived Psychosocial Consequences of Having Epilepsy. In: S. Whitman & B. P. Hermann (Hrsg.), *Psychopathology in Epilepsy: Social Dimensions* (S. 143-161). New York: Oxford University Press.
- Au, A., Li, P., Chan, J., Lui, C. Ng, P., Kwok, A. & Leung, P. (2002). Predicting the Quality of Life in Hong Kong Chinese Adults with Epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 3 (4), 350-357.

- Baker, G., Jacoby, A. & Chadwick, D. W. (1996). The Association of Psychopathology in Epilepsy: A Community Study. *Epilepsy Research*, 25, 29-39.
- Baumgartner, C. (2001). *Handbuch der Epilepsien. Klinik, Diagnostik, Therapie und psychosoziale Aspekte*. Wien: Springer.
- Berlit, P. (1991). *Epilepsien*. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft.
- Betts, T. (1994). Lamotrigine in the Context of Non-pharmacological Therapies for Epilepsy. *Review of Contemporary Pharmacotherapy*, 5, 141-146.
- Beyenburg, S., Mitchell, A., Schmidt, D., Elger, C. & Reuber, M. (2005). Anxiety in Patients with Epilepsy: Systematic Review and Suggestions for Clinical Management. *Epilepsy & Behavior*, 7, 161-171.
- Beyenburg, S. & Schmidt, D. (2005). Epilepsiepatienten mit Angsterkrankungen. Erkennen und Behandeln. *Nervenarzt*, 76, 1077-1091.
- Blankenburg, W. (1986). Biographie und Krankheit. In D.-E. Bühler (Hrsg.), *Zeitlichkeit als psychologisches Prinzip* (S. 85-123). Köln: Janus Presse.
- Brown, S. W. & Fenwick, P. B. C. (1989). Evoked and Psychogenic Epileptic Seizures: Inhibition. *Acta Neurologica Scandinavica*, 80, 541-547.
- Burns, R.J. (1988). Anxiety, Locus of Control, and Frequency of Seizures in Individuals with Epilepsy. *Dissertation Abstracts International*, 48 (11-B), 3446.
- Commission on Classification and Terminology of the International League against Epilepsy. (1989). Proposal for Revised Clinical and Electroencephalographic Classification of Epileptic Seizures. *Epilepsia*, 22, 489-501.
- Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V. & Worsham, N. (1991). Perceived Control and Coping with Stress: A Developmental Perspective. *Journal of Social Issues*, 47 (4), 23-34.

- Cunha, I., Brissos, S., Dinis, M., Mendes, I., Nobre, A. & Passao, V. (2003). Comparison between the Results of the Symptom Checklist-90 in two different Populations with Temporal Lobe Epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 4, 733-739.
- Dahl, J. (1992). *Epilepsy. A Behavior Medicine Approach to Assessment and Treatment in Children*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Degen, R. (1991). *Praxis der Epileptologie*. Gustav Fischer Verlag: Stuttgart.
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory (BSI), Administration, Scoring, and Procedures Manual* (3rd ed.) Mineapolis: National Computer Services.
- De Souza, E. A. P. & Salgado, P. C. B. (2006). A Psychosocial View of Anxiety and Depression in Epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 8, 232-238.
- De Vellis, R. F., De Vellis, B. M., Wallston, B. S. & Wallston, K. A. (1980). Epilepsy and Learned Helplessness. *Basic Application in Social Psychology*, 1, 241-253.
- Devinsky, O. (2003). Psychiatric Comorbidity in Patients with Epilepsy: Implication for Diagnosis and Treatment. *Epilepsy & Behavior*, 4, 2-10.
- Devinsky, O., Cox, C., Witt, E. & Ronsaville, D. (1991). Ictal Fear in Temporal Lobe Epilepsy: Association with Interictal Behavioral Changes. *Journal of Epilepsy*, 4 (4), 231-238.
- Edeh, J., Toone, B. K. & Corney, R. H. (1990). Epilepsy, Psychiatric Morbidity, and Social Dysfunction in General Practice: Comparison between Hospital Clinic Patients and Clinic Nonattenders. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, 3, 180-192.
- Endermann, M. (2004). Umgang mit Ängsten bei Menschen mit Epilepsie in einer Behinderteneinrichtung. *Sozialarbeit bei Epilepsie* (8. Fachtagung), 77-98.

- Endermann, M. (2005). The Brief Symptom Inventory (BSI) as a Screening Tool for Psychological Disorders in Patients with Epilepsy and Mild Intellectual Disabilities in Residential Care. *Epilepsy & Behavior*, 7, 85-94.
- Espie, C. A., Watkins, J., Curtice, L., Espie, A., Duncan, R., Ryan, J. A., Brodie, M. J., Mantala, K. & Sterrick, M. (2003). Psychopathology in People with Epilepsy and Intellectual Disability; An Investigation of Potential Explanatory Variables. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 74, 1485-1492.
- Ettinger, A. B., Weisbrot, D. M., Krupp, L. B., Jandorf, L., Gaudino, E. & Cramer, J. (1998). Symptoms of Psychiatric Disturbance in Epilepsy. *Journal of Epilepsy*, 11, 10-14.
- Felton, B. J. & Revenson, T. A. (1984). Coping with Chronic Illness Controllability and the Influence of Coping Strategies on Psychological Adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 343-353.
- Fiordelli, E., Beghi, E., Bogliun, G. & Crespi, V. (1993). Epilepsy and Psychiatric Disturbance. A Cross-sectional Study. *The British Journal of Psychiatry*, 163, 446-450.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Franke, G. H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version*. Weinheim: Beltz.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von Derogatis – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz.
- Gaitatzis, A., Carroll, K., Majeed, A. & Sander, J. W. (2004). The Epidemiology of the Comorbidity of Epilepsy in the General Population. *Epilepsia*, 45 (12), 1613-1622.

- Gaitatzis, A., Trimble, M. R. & Sander, J. W. (2004). Review Article: The Psychiatric Comorbidity of Epilepsy. *Acta Neurologica Scandinavica*, 110, 207-220.
- Gehlert, S. (1994). Perceptions of Control in Adults with Epilepsy. *Epilepsia*, 35 (1), 81-88.
- Gehlert, S. & Chang, Ch. (1998). Factor Structure and Dimensionality of the Multidimensional Health Locus of Control Scales in Measuring Adults with Epilepsy. *Journal of Outcome Measures*, 2 (3), 173-190.
- Glosser, G., Zvil, A. S., Glosser, D. S., O'Connor, M. J. & Sperling, M. R. (2000). Psychiatric Aspects of Temporal Lobe Epilepsy before and after Anterior Temporal Lobectomy. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 68 (1), 53-58.
- Goldberg, D. P. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Goldstein, M.A. & Harden, C.L. (2000). Review: Epilepsy and Anxiety. *Epilepsy & Behavior* 1, 228-234.
- Goldstein, L. H., Holland, L., Soteriou, H. & Mellers, J. D. C. (2005). Illness Representations, Coping Styles and Mood in Adults with Epilepsy. *Epilepsy Research*, 67, 1-11.
- Goldstein, J., Seidenberg, M. & Peterson, R. (1990). Fear of Seizures and Behavioral functioning in Adults with Epilepsy. *Journal of Epilepsy*, 3 (2), 101-106.
- Gopinath, B., Radhakrishnan, K., Sarma, S. P., Jayachandran, D. & Alexander, A. (2000). A Questionnaire Survey about Doctor-patient Communication, Compliance and Locus of Control among South Indian People with Epilepsy. *Epilepsy Research*, 39, 73-82.

- Gramstad, A., Iversen, E. & Engelsen, B. A. (2001). The Impact of Affectivity Dispositions, Self-efficacy and Locus of Control on Psychosocial Adjustment in Patients with Epilepsy. *Epilepsy Research*, 46, 53-61.
- Halfens, R. J. G. (1995). Effect of Hospital Stay on Health Locus of Control Beliefs. *Western Journal of Nursing Research*, 17 (2), 156-167.
- Heckhausen, J. & Schulz, R. (1995). A Life-span Theory of Control. *Psychological Review*, 102, 284-304.
- Helmstaedter, C. & Elger, C. E. (1994). Cognitive-Behavioral Aspects of Quality of Life in Presurgical Patients with Epilepsy. *Journal of Epilepsy*, 7, 220-231.
- Hermann, B. P., Dikmen, S., Schwartz, M. S. & Karnes, W. E. (1982). Interictal Psychopathology in Patients with Ictal Fear: A Quantitative Investigation. *Neurology*, 32, 7-11.
- Hermann, B. P., Seidenberg, M. & Bell, B. (2000). Psychiatric Comorbidity in Chronic Epilepsy: Identification, Consequences, and Treatment of Major Depression. *Epilepsia*, 41 (Suppl. 2), 31-41.
- Hermann, B. P. & Whitman, S. (1992). Psychopathology in Epilepsy: The Role of Psychology in Altering Paradigms of Research, Treatment, and Prevention. *American Psychologist*, 47 (9), 1134-1138.
- Hermann, B. P., Whitman, S. & Anton, M. A. (1992). A Multi-etiological Model of Psychological and Social Dysfunction in Epilepsy. In T. L. Bennett (Hrsg.), *The Neuropsychology of Epilepsy* (S. 39-57). New York: Plenum Press.
- Hermann, B. P., Whitman, S., Wyler, A. R., Anton, M. T. & Vanderzwegg, R. (1990). Psychosocial Predictors of Psychopathology in Epilepsy. *British Journal of Psychiatry*, 156, 98-105.

- Hermann, B. P. & Wyler, A. R. (1989). Depression, Locus of Control, and the Effects of Epilepsy Surgery. *Epilepsia*, 30 (3), 332-338.
- Hiller, W. (1997). *Internationale Diagnosen Checklisten (IDCL) für DSM-IV (Testbox)*. Göttingen: Hogrefe.
- Holder, E. & Levi, D. (1988). Mental Health and Locus of Control: SCL-90-R and Levenson's IPC Scales. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 753-755.
- Internationale Liga gegen Epilepsie (2003). Coping with Epilepsy. *Epilepsia*, 44 (Suppl. 6), 43-44.
- Isaacs, K. L., Philbeck, J. W., Barr, W. B., Devinsky, O. & Alper, K. (2004). Obsessive-compulsive Symptoms in Patients with Temporal Lobe Epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 5, 569-574.
- Jacoby, A., Baker, G. A., Stehen, N., Potts, P. & Chadwick, D. W. (1996). The Clinical Course of Epilepsy and its Psychosocial Correlates: Findings from a UK Community Study. *Epilepsia*, 37, 148-161.
- Jarvie, S. (2001). Epilepsy knowledge, beliefs, and education. In M. Pfäfflin, R. T. Fraser, R. Thorbecke, U. Specht & P. Wolf (Hrsg.). *Comprehensive Care for People with Epilepsy* (S. 23-34). London: John Libbey.
- Joe, V. C. (1971). Review of the Internal-External Control Construct as a Personality Variable. *Psychological Reports*, 28, 619-640.
- Johnson, E. K., Jones, J. E., Seidenberg, M. & Hermann, B. P. (2004). The Relative Impact of Anxiety, Depression, and Clinical Seizure Features on Health-related Quality of Life in Epilepsy. *Epilepsia*, 45 (5), 544-550.

- Jones, J. E., Hermann, B. P., Barry, J. J., Gilliam, F., Kanner, A. M. & Meador, K. J. (2005). Clinical Assessment of Axis I Psychiatric Morbidity in Chronic Epilepsy: A Multicenter Investigation. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 17, 172-179.
- Kanner, A. M. (2004). Recognition of the Various Expressions of Anxiety, Psychosis, and Aggression in Epilepsy. *Epilepsia*, 45 (Suppl. 2), 22-27.
- Kemp, S., Morley, S. & Anderson, E. (1999). Coping with Epilepsy: Do Illness Representations play a Role? *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 43-58.
- Kirchschlager, K. (2006). *Zusammenhang zwischen Epilepsie, Angst und Angststörungen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Klauer, T. & Filipp, S.-H. (1993). *Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK) – Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Krakow, K., Bühler, K.-E. & Haltenhof, H. (1999). Coping with Refractory Epilepsy. *Seizure*, 8, 111-115.
- Krampen, G. (1981). *IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) – Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Lau, R. R. (1982). Origins of Health Locus of Control Beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42 (2), 322-334.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C. D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar*. Weinheim: Beltz.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. Berlin: Springer.

- Levenson, H. (1972). Distinctions within the concept of internal-external control: Development of a new scale. *Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association*, 7, 261-262.
- Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38, 377-383.
- Levine, J, Rudy, T. & Kerns, R. (1994). A two factor model of denial of illness: a confirmatory factor analyses. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (2), 99-110.
- Livneh, H. Wilson, L. M., Duchesneau, A. & Antonak, R. F. (2001). Psychosocial adaptation to epilepsy: The role of coping strategies. *Epilepsy and Behavior*, 2 (6), 533-544.
- Lohaus, A. (1992). Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21 (1), 76-87.
- Lohaus, A. & Schmitt, G. M. (1989). *Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)*. Göttingen: Hogrefe.
- Malmgren, K., Sullivan, M., Ekstedt, G., Kullberg, G. & Kumlien, E. (1997). Health-related Quality of Life after Epilepsy Surgery: A Swedish Multicenter Study. *Epilepsia*, 38 (7), 830-838.
- Mandelbaum, D. E. & Burack, G. D. (1997). The Effect of Seizure Type and Medication on Cognitive and Behavioral Functioning in Children with Idiopathic Epilepsy. *Developmental Medication in Child Neurology*, 39, 731-735.
- Marsh, L. & Rao, V. (2002). Psychiatric Complications in Patients with Epilepsy: A Review. *Epilepsy Research*, 49, 11-33.
- Matthes, A. & Schneble, H. (1999). *Epilepsien. Diagnostik und Therapie für Klinik und Praxis*. Stuttgart: Thieme.

- Matthews, W. S., Barabas, G. & Ferrari, M. (1982). Emotional Concomitants of Childhood Epilepsy. *Epilepsia*, 23, 671-681.
- May, T. W., Pfäfflin, M., Thorbecke, R., Specht, U., van Kampen, N. & Coban, I. (2004). PESOS-Fragebogen für Menschen mit Epilepsie – Psychometrische Eigenschaften der Skalen zur Beeinträchtigung durch die Epilepsie und zu emotionalen Aspekten der Lebensqualität. *Zeitschrift für Epileptologie*, 17, 287-300.
- Mintzer, S. & Lopez, F. (2002). Comorbidity of Ictal Fear and Panic Disorder. *Epilepsy & Behavior*, 3, 330-337.
- Mirnics, Z., Békés, J., Rózsa, S. & Halász, P. (2001). Adjustment and Coping in Epilepsy. *Seizure*, 10, 181-187.
- Mittan, R. J. (1986). Fear of Seizures. In S. Whitman & B. P. Hermann (Hrsg.), *Psychopathology in Epilepsy. Social Dimensions* (S. 90-121). New York: Oxford University Press.
- Moos, R. (1977). *Coping with Physical Illness*. London: Plenum Medical Book Company.
- Newsom, D. I., Goldstein, L. H. & Fitzpatrick, D. (1998). Fear of Seizures: An Investigation and Treatment. *Seizure*, 7, 101-106.
- Oosterhuis, A. (1999). Coping with Epilepsy: The Effect of Coping Styles on Self-perceived Seizure Severity and Psychological Complaints. *Seizure*, 8, 93-96.
- Ortenburger, A. (2007). *Epilepsie, psychische Belastung und Partnerschaft. Eine Betrachtung der partnerschaftlichen Beziehung, der Partnerschaftszufriedenheit und der psychischen Belastung von Epileptikern sowie ihren Partnern*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Ludwig-Maximilians-Universität München.

- Passaro, E. A. (2003). Psychiatric Comorbidity in Epilepsy. *Primary Psychiatry, 10* (10), 72-79.
- Prueter, C., Schultz-Venrath, U. & Rimpau, W. (2002). Dissociative and Associated Psychopathological Symptoms in Patients with Epilepsy, Pseudoseizures, and both Seizure Forms. *Epilepsia, 43* (2), 188-192.
- Rätty, L., Söderfeldt, B. Larsson, G. Larsson, B. (2004). The Relationship between Illness Severity, Sociodemographic Factors, General Self-concept, and Illness-specific Attitude in Swedish Adolescents with Epilepsy. *Seizure, 13*, 375-382.
- Rapee, M. R., Craske, M. G., Brown, T. A. & Barlow, D. H. (1996). Measurement of Perceived Control over Anxiety-related Events. *Behavior Therapy, 27*, 279-293.
- Reker, M. (1998). Epilepsien – Neurophysiologische Grundlagen des Anfallsgeschehens und verhaltensmedizinische Ansätze zur Anfallskontrolle. In A. Stark (Hrsg.), *Leben mit chronischer Erkrankung des Zentralnervensystems: Krankheitsbewältigung-Rehabilitation-Therapie/Diagnostik* (S. 221-232). Tübingen: Dgvt.
- Rosenbaum, M. (1989). Self-control under Stress: The Role of Learned Resourcefulness. *Advanced Behavior, Research & Therapy, 11*, 249-258.
- Rosenbaum, M. & Palmon, N. (1984). Helplessness and Resourcefulness in Coping with Epilepsy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52* (2), 244-253.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized Expectancies of Internal versus External Control of Reinforcements. *Psychological Monographs, 80*, 1-28.
- Rotter, J.B., Seeman, M. & Liverant, S. (1962). Internal versus External Control of Reinforcement. A Major Variable in Behavior Therapy. In N. F. Washburne (Hrsg.), *Decisions values and groups* (S. 473-516). London: Pergamon Press.

- Scheepers, M. & Kerr, M. (2004). Epilepsy and Behavior. *Current Opinion in Psychiatry*, 17 (3), 203-207.
- Schmid-Schönbein, Ch. (1998). „Gegenmittel“ gegen epileptische Anfälle – Rückgewinnung von Kontrolle und Selbstvertrauen. In A. Stark (Hrsg.), *Leben mit chronischer Erkrankung des Zentralnervensystems: Krankheitsbewältigung-Rehabilitation-Therapie/Diagnostik* (S. 261-274). Tübingen: Dgvt.
- Schmidt, D. (1997). *Epilepsie. Diagnostik und Therapie für Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Schmidt, D. & Elger, C. E. (2002). *Praktische Epilepsiebehandlung*. Stuttgart: Thieme.
- Schmitz, B. & Trimble, M. (2005). *Psychiatrische Epileptologie. Psychiatrie für Epileptologen – Epileptologie für Psychiater*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schneble, H. (1993). Historie der Epilepsie in 4000 Jahren. In G. Nissen (Hrsg.), *Anfallskrankheiten aus interdisziplinärer Sicht* (S. 1-14). Bern: Hans Huber.
- Schneider, J. W. & Conrad, P. (1981). Medical and Sociological Typologies: The Case of Epilepsy. *Social Science and Medicine*, 15, 211-219.
- Schüler, P. & Kalb, R. (1994). Angstattacken und epileptische Anfälle. *Nervenarzt*, 65, 411-414.
- Scicutella, A. (2001). Anxiety Disorders in Epilepsy. In A. B. Ettinger & A. M. Kanner, *Psychiatric Issues in Epilepsy. A practical Guide to Diagnosis and Treatment* (S. 95-108). London: Lippincott Williams & Wilkins.
- Scicutella, A. & Ettinger, A. B. (2002). Treatment of Anxiety in Epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 3, 10-12.

- Seligman, M. E. P. (1986). *Erlernte Hilflosigkeit*. München-Weinheim: Psychologie Verlags Union, Urban & Schwarzenberg.
- Smith, D. F., Baker, G. A., Dewey, M., Jacoby, A. & Chadwick, D. W. (1991). Seizure Frequency, Patient-perceived Seizure Severity and the Psychosocial Consequences of Intractable Epilepsy. *Epilepsy Research*, 9 (3), 231-241.
- Snyder, M. (1990). Stressors, Coping Mechanisms, and Perceived Health in Persons with Epilepsy. *International Disability Studies*, 12, 100-103.
- Spector, S., Cull, C. & Goldstein, L. H. (2001). High and Low Perceived Self-Control of Epileptic Seizures. *Epilepsia*, 42 (4), 556-564.
- Stagno, S. J. (2001) Psychiatric Aspects of Epilepsy. In E. Wyllie (Hrsg.), *The Treatment of Epilepsy. Principles and Practice* (S. 1131-1144). London: Lippincott Williams & Wilkins.
- Strian, F. & Rabe, F. (1982). Epileptische Angstäquivalente. *Nervenarzt*, 53, 246-253.
- Swinkels, W. A. M., Kuyk, J., van Dyck, R. & Spinhoven, P. (2005). Psychiatric Comorbidity in Epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 7, 37-50.
- Swinkels, W. A. M., Kuyk, J., de Graaf, E. H., van Dyck, R. & Spinhoven, P. (2001). Prevalence of Psychopathology in Dutch Epilepsy Inpatients: A Comparative Study. *Epilepsy & Behavior*, 2, 441-447.
- Torta, R. & Keller, R. (1999). Behavioral, Psychotic, and Anxiety Disorders in Epilepsy: Etiology, Clinical Features, and Therapeutic Implications. *Epilepsia*, 40 (Suppl. 10), 2-20.
- Uhlmann, C. & Fröscher, W. (2001). Biofeedback Treatment in Patients with Refractory Epilepsy: Changes in Depression and Control Orientation. *Seizure*, 10, 34-38.

- Upton, D. & Thompson, P. J. (1992). Effectiveness of Coping Strategies employed by People with Chronic Epilepsy. *Journal of Epilepsy*, 5, 119-127.
- Vazquez, B. & Devinsky, O. (2003). Epilepsy and Anxiety. *Epilepsy & Behavior*, 4, 20-25.
- Victoroff, J. (1994). DSM-III-R Psychiatric Diagnoses in Candidates for Epilepsy Surgery: Lifetime Prevalence. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology*, 7 (2), 87-97.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D. & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and Psychometric Properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.
- Wallston, K. A. & Wallston, B. S. (1982). Who is Responsible for your Health? The Construct of Health Locus of Control. In G. Sanders & J. Suls (Hrsg.), *Social Psychology of Health and Illness* (S. 65-95). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S. & De Vellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S. & Smith, S. (1987). Perceived Control and Health. *Current Psychology Research*, 6, 5-25.
- White, K., Lehman, D. R., Hephill, K. J., Mandel, D. R. & Lehman, A. M. (2006). Causal Attributions, Perceived Control, and Psychological Adjustment: A Study of Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Applied Social Psychology*, 36 (1), 75-99.
- Whitman, S. & Hermann, B. P. (1986). The Architecture of Research in the Epilepsy/Psychopathology Field. *Epilepsy Research*, 3 (2), 93-99.

- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23, 24-56.
- Williams, J. & Koocher, G. P. (1998). Addressing Loss of Control in Chronic Illness: Theory and Practice. *Psychotherapy*, 35 (3), 325-335.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID)*. Göttingen: Hogrefe.
- Wolf, P. (1984). *Einführung in die praktische Epileptologie*. Weinheim-Basel: Beltz Verlag.
- Wolf, P. (1992). Verhaltenstherapie zur Behandlung epileptischer Anfälle. *TW Neurologie und Psychiatrie*, 6, 712-717.
- Wolf, P., Mayer, T., Specht, U., Thorbecke, R., Boenigk, H.-E. & Pfäfflin, M. (Hrsg.). (2003). *Praxisbuch Epilepsien. Diagnostik – Behandlung – Rehabilitation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wu, A. M. S., Tang, C. S. K. & Kwok, T. C. Y. (2004). Self-efficacy, Health Locus of Control, and Psychological Distress in Elderly Chinese Women with Chronic Illnesses. *Aging & Mental Health*, 8 (1), 21-28.
- Ziegler, R. G. (1981). Impairments of Control and Competence in Epileptic Children and their Families. *Epilepsia*, 22 (3), 339-346.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 67, 361-370.

17 Anhang

17.1 Prüfung auf Normalverteilung

Zur Prüfung der Normalverteilung wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test für eine Stichprobe herangezogen. Stellte sich das Ergebnis als signifikant heraus, d. h. die Normalverteilungsvoraussetzung ist nicht erfüllt, so wurden zusätzlich Schiefe und Kurtosis berechnet. Unter der Voraussetzung dass sich die Schiefe innerhalb eines Intervalls von ± 2 bzw. die Kurtosis innerhalb eines Intervalls von ± 6 bewegte, wurde eine Normalverteilung der Skalen angenommen.

Im Folgenden werden die Statistiken zur Prüfung der Normalverteilung für jede Skala der eingesetzten Fragebögen dargestellt. Alle hier verwendeten Skalen können als *normalverteilt* angesehen werden.

17.1.1 Brief Symptom Inventory

BSI	Kolmogorov-Smirnov	df	p
Somatisierung	0,176	84	0,000
Zwanghaftigkeit	0,112	84	0,011
Unsicherheit im Sozialkontakt	0,135	84	0,001
Depressivität	0,176	84	0,000
Ängstlichkeit	0,151	84	0,000
Aggressivität/Feindseligkeit	0,180	84	0,000
Phobische Angst	0,176	84	0,000
Paranoides Denken	0,155	84	0,000
Psychotizismus	0,174	84	0,000
Global Severity Index (GSI)	0,124	84	0,003

BSI	Schiefe	Standardfehler	Kurtosis	Standardfehler
Somatisierung	0,913	0,263	0,011	0,520
Zwanghaftigkeit	0,443	0,263	-0,572	0,520
Unsicherheit im Sozialkontakt	0,862	0,263	0,239	0,520
Depressivität	0,890	0,263	-0,099	0,520
Ängstlichkeit	1,182	0,263	0,974	0,520
Aggressivität/Feindseligkeit	1,013	0,263	0,667	0,520
Phobische Angst	1,175	0,263	0,716	0,520
Paranoides Denken	1,025	0,263	0,673	0,520
Psychotizismus	0,940	0,263	0,010	0,520
Global Severity Index (GSI)	0,830	0,263	-0,015	0,520

17.1.2 Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung

FKK	Kolmogorov-Smirnov	df	p
FKK-SK	0,123	83	0,003
FKK-I	0,078	83	0,200
FKK-P	0,063	83	0,200
FKK-C	0,102	83	0,033

FKK	Schiefe	Standardfehler	Kurtosis	Standardfehler
FKK-SK	0,529	0,264	0,631	0,523
FKK-I	0,390	0,264	0,306	0,523
FKK-P	0,090	0,264	-0,261	0,523
FKK-C	-0,070	0,264	-0,845	0,523

17.1.3 Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit

KKG	Kolmogorov-Smirnov	df	p
KKG-I	0,086	83	0,194
KKG-P	0,094	83	0,068
KKG-C	0,079	83	0,200

KKG	Schiefe	Standardfehler	Kurtosis	Standardfehler
KKG-I	0,271	0,263	0,821	0,520
KKG-P	0,185	0,263	1,630	0,520
KKG-C	0,420	0,264	-0,154	0,523

17.1.4 Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung

TSK	Kolmogorov-Smirnov	df	p
Rumination	0,070	83	0,200
Bedrohungsabwehr	0,085	83	0,200
Suche nach Halt in der Religion	0,110	83	0,014
Suche nach sozialer Einbindung	0,132	83	0,001
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch	0,081	83	0,200

TSK	Schiefe	Standardfehler	Kurtosis	Standardfehler
Rumination	0,087	0,264	-0,653	0,523
Bedrohungsabwehr	-0,308	0,264	-0,090	0,523
Suche nach Halt in der Religion	-0,020	0,264	-1,262	0,523
Suche nach sozialer Einbindung	-0,512	0,264	0,406	0,523
Suche nach Information und Erfahrungsaustausch	-0,239	0,264	-0,430	0,523

17.2 Darstellung der Instrumente

Die folgenden Instrumente werden aufgeführt:

- Anschreiben Beratungsstellen
- Telefon-Screening
- Anschreiben Teilnehmer
- Soziodemographischer Fragebogen
- BSI
- Angstfragebogen
- KKG
- FKK
- TSK
- Liste der kooperierenden Beratungsstellen

Sehr geehrte Damen und Herren der Epilepsie Beratung,

mit diesem Brief möchten wir Sie über ein gemeinsames Projekt der Epilepsie-Beratung der Inneren Mission München und des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München informieren.

Im Rahmen dieses gemeinsamen Projektes möchten wir Erfahrungen der Klienten zu den Themen „Krankheitsbewältigung und die mit der Erkrankung Epilepsie verbundenen Ängste“ sowie „Epilepsie und Partnerschaft“ befragen. Wir erhoffen uns, wichtige Informationen zu erhalten, die es erlauben, neue Behandlungskonzepte zu entwickeln, die genau auf die Bedürfnisse der Klienten zugeschnitten sind.

Wichtig für Sie ist:

- ☞ Die Befragung ist anonym. Es werden keine Daten erhoben, die auf eine bestimmte Person Rückschlüsse erlauben. Die gesammelten Daten werden im Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie zugangssicher aufbewahrt.
- ☞ Die Teilnahme ist freiwillig. Die Klienten sind auf keinen Fall verpflichtet, an der Untersuchung teilzunehmen. Sollten sich Klienten dazu entschlossen haben, können Sie selbstverständlich zu jedem Zeitpunkt Ihre Entscheidung rückgängig machen. Ein Rücktritt ist auch nach Erhebung der Daten möglich, ohne dass dieser mit Nachteilen für die Klienten verbunden ist. Dabei ist es allerdings notwendig, dass die Klienten die Chiffre, welche Sie auf dem Fragebogen eingegeben haben notieren, da wir aufgrund der Anonymität keine weiteren Daten von Ihnen besitzen.
- ☞ Die Studie wird von der Leitung der Epilepsie-Beratung der Inneren Mission München unterstützt. Die Durchführung dieser Untersuchung ist mit der Leitung der Epilepsie-Beratung der Inneren Mission München abgesprochen und wird von dieser befürwortet.

Der Ablauf sieht wie folgt aus:

- ☞ Der gesamte Fragebogen für den Epilepsie-Betroffenen dauert ca. 90 Minuten. Der Fragebogen für den Partner des Epilepsie-Betroffenen dauert ca. 20 Minuten. Die Fragebögen können bequem und in Ruhe zu Hause in den privaten Räumen der Probanden ausgefüllt werden.
- ☞ Die Probanden werden gebeten den **ausgefüllten Fragebogen, zusammen mit dem ausgefüllten Fragebogen des Partners** in den adressierten und frankierten Rückumschlag zu legen und bis spätestens **DATUM**, an uns **zurück zu senden**.
- ☞ Die gesammelten Daten werden anschließend in den Computer eingegeben und in der Universität von erfahrenen Psychologen statistisch bearbeitet.

Im Folgenden stellen wir Ihnen einen Ablaufplan zur Verfügung, der die Aufgaben der Beratungsstelle schrittweise darstellt:

1. Wer kommt in Frage?
Bitte nutzen Sie dazu das Blatt „Telefoncreening“, welches konkrete Ausschlusskriterien beinhaltet. Zuerst bitten wir Sie die Akten der Klienten hinsichtlich der Ausschlusskriterien zu sichten und nur die Personen für die Studie auszuwählen, die keine Ausschlusskriterien erfüllen.
2. In einem zweiten Schritt bitten wir Sie die ausgewählten Probanden telefonisch zu kontaktieren, über die Studie zu informieren und zu fragen, ob Interesse besteht teilzunehmen. Wenn Interesse besteht, bitten wir Sie das Telefoncreening persönlich durchzuführen um nochmals die Ausschlusskriterien zu erfragen.
3. Bitte tragen Sie die Probanden, die interessiert sind und das Telefoncreening „ohne Ausschluss“ durchlaufen haben in die Teilnehmerliste ein.
4. In einem letzten Schritt bitten wir Sie das Fragebogenpaket nur an die in der Teilnehmerliste eingetragenen Probanden zu versenden. Jedes (von uns vorgefertigte) Fragebogenpaket enthält ein Anschreiben an die Teilnehmer, einen Fragebogen für die Betroffenen, einen Fragebogen für den Partner und einen adressierten und frankierten Rückumschlag.

Selbstverständlich informieren wir Sie gerne über die Ergebnisse. Sobald Datenerhebung und Auswertung abgeschlossen sind, senden wir Ihnen eine schriftliche Zusammenfassung der Ergebnisse zu.

Für weitere Fragen stehen Ihnen folgende Personen zur Verfügung:

Ansprechperson(en) der Epilepsie-Beratung der Inneren Mission München :

Dipl.-Päd., Dipl.-Soz.päd., Peter Brodisch, Tel. 089/126991-432

Dipl. Päd., Dipl. Theol. Margareta Müller

Dipl. Päd. Karin Kimmerle-Retzer

Ansprechperson(en) des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität München:

Dr. Markos Maragos, Tel. 2180-5179

Wir möchten uns schon jetzt für Ihre Bereitschaft an der Studie teilzunehmen und Ihre Mühe bedanken!

gez.

Peter Brodisch
Leitung der Epilepsie-Beratung
der Inneren Mission München

gez.

Dr. Markos Maragos
Department Psychologie
LMU München

Telefonscreening

Ziel der Studie

In der Arbeit mit Epilepsie-Betroffenen spielen die Themen Krankheitsbewältigung und die mit der Epilepsie-Erkrankung verbundenen Ängste eine immer größere Rolle. Insbesondere Ängste in sozialen Bereichen, wie die Abwertung durch andere, sozialer Rückzug oder der Verlust der Partnerschaft, treten häufig auf. Aber auch Angst vor dem nächsten Anfall, vor Verletzungen sowie vor Gedächtnisproblemen kann die Lebensqualität beeinträchtigen.

Ziel dieses Forschungsprojektes ist es, die Ängste und Bewältigungsmechanismen von Epilepsie-Betroffenen zu untersuchen, um Konzepte entwickeln zu können, die genau auf die Bedürfnisse der Betroffenen zugeschnitten sind.

Warum dieses Screening?

Wir wollen Personen ausschließen, die aufgrund anderer organischer Krankheiten Ängste erleben.

Screening-Fragen

Personen, die auch nur eines der unten aufgeführten Ausschlusskriterien erfüllen, können leider nicht an der Studie teilnehmen.

1. Wie alt sind sie?

Ausschlusskriterium:

- Unter 18 Jahre

2. Welche Epilepsiediagnose haben Sie?

Ausschlusskriterien:

- Psychogene Anfälle

3. Haben Sie körperliche Erkrankungen?

Ausschlusskriterien:

- Schilddrüsenerkrankung
- Lungenerkrankungen, die zu Erstickenanfällen führen und nicht gut medikamentös behandelbar sind
- Herzerkrankungen
- Starke Kreislaufprobleme

4. Litten Sie jemals an einer psychiatrischen Erkrankung?

Ausschlusskriterium:

- Schizophrenie

5. Sind sie derzeit in einer psychiatrischen/psychosomatischen Klinik untergebracht?

Wird diese Frage bejaht: Ausschluss

6. Liegt bei Ihnen eine Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit vor?

Wichtig: Wirklich nur Abhängige ausschließen!



Epilepsieberatung
der Inneren Mission München

Department Psychologie
Lehrstuhl Klinische Psychologie
und Psychotherapie
LMU München



Sehr geehrte(r) Teilnehmer(in),

mit diesem Brief möchten wir Sie über ein gemeinsames Projekt der Epilepsie-Beratung der Inneren Mission München und des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München informieren.

Im Rahmen dieses gemeinsamen Projektes möchten wir Sie zu Ihren Erfahrungen hinsichtlich der Themen „Krankheitsbewältigung und die damit verbundenen Ängste“ sowie „Epilepsie und Partnerschaft“ befragen. Wir erhoffen uns, wichtige Informationen zu erhalten, die es erlauben, neue Behandlungskonzepte zu entwickeln, die genau auf Ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind.

Wichtig für Sie ist:

- ☞ Die Befragung ist anonym. Es werden keine Daten erhoben, die auf eine bestimmte Person Rückschlüsse erlauben. Die gesammelten Daten werden im Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie zugangssicher aufbewahrt. Zu diesen Daten haben keine Personen der Epilepsie-Beratung Zugang.
- ☞ Die Teilnahme ist freiwillig. Sie sind auf keinen Fall verpflichtet, an der Untersuchung teilzunehmen. Sollten Sie sich dazu entschlossen haben, können Sie selbstverständlich zu jedem Zeitpunkt Ihre Entscheidung rückgängig machen. Ihr Rücktritt ist auch nach Erhebung der Daten möglich, ohne mit Nachteilen für Sie verbunden zu sein. **Dabei ist es allerdings notwendig die Chiffre, die Sie auf dem Fragebogen eingegeben haben, zu notieren da wir aufgrund der Anonymität keine weiteren Daten von Ihnen besitzen.**
- ☞ Die Studie wird von der Leitung der Epilepsie-Beratung der Inneren Mission München unterstützt. Die Durchführung dieser Untersuchung ist mit der Leitung der Epilepsie-Beratung der Inneren Mission München abgesprochen und wird von dieser befürwortet.

Der Ablauf sieht wie folgt aus:

- ☞ Der gesamte Fragebogen für den Epilepsie-Betroffenen dauert ca. 90 Minuten. Der Fragebogen für den Partner des Epilepsie-Betroffenen dauert ca. 20 Minuten. Die Fragebögen können Sie

bequem und in Ruhe zu Hause in ihren privaten Räumen ausfüllen.

- ☞ Wir bitten Sie, den **ausgefüllten Fragebogen, zusammen mit dem ausgefüllten Fragebogen Ihres Partners** in den adressierten und frankierten Rückumschlag zu legen und ihn bis spätestens **DATUM** an uns **zurück zu senden**. Es ist nicht notwendig, einen Absender anzugeben.
- ☞ Sollten Sie aktuell in keiner Partnerschaft leben, bitten wir Sie, dennoch den „Partnerbogen“ auszufüllen und die Fragen auf die letzte wichtige Partnerschaft zu beziehen.
- ☞ Die gesammelten Daten werden anschließend in den Computer eingegeben und in der Universität von erfahrenen Psychologen statistisch bearbeitet.
- ☞ Wie bereits schon erwähnt, werden keine Daten erhoben, die einen Rückschluss auf bestimmte Personen erlauben. Ihr Name wird nicht benötigt und taucht nirgendwo auf. Jede Person wird mittels einer Chiffre codiert.

Für weitere Fragen stehen Ihnen folgende Personen zur Verfügung:

Ansprechperson(en) der Epilepsie-Beratung der Inneren Mission München :

Dipl. Päd, Dipl. Soz.päd., Peter Brodisch, Tel. 089/126991-432
Dipl. Päd., Dipl. Theol., Paar- und Familientherapeutin Margareta Müller
Dipl. Päd., Familientherapeutin Karin Kimmerle Retzer

Ansprechperson(en) des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität München:

Dr. Markos Maragkos
Tel. 089/2180-5179
Fax 089/2180-99-5179-1
Email: maragkos@psy.uni-muenchen.de

Selbstverständlich informieren wir Sie gerne über die Ergebnisse. Sobald Datenerhebung und Auswertung abgeschlossen sind, senden wir Ihnen eine schriftliche Zusammenfassung der Ergebnisse zu.

Wir möchten uns schon jetzt für Ihre Bereitschaft an der Studie teilzunehmen und Ihre Mühe bedanken!

gez.

Dipl.-Soz.-Päd. Peter Bro-
disch

Leitung der Epilepsie-
Beratung
der Inneren Mission München

gez.

Dr. Markos Maragkos

Department Psychologie
Ludwig-Maximilians-Universität
München

Fragebogen für den Betroffenen

Auf den folgenden Seiten finden Sie Fragen zu Ihrer Person und Ihren Einstellungen. Die genauen Instruktionen zur Beantwortung der Fragen werden schriftlich immer vor den jeweiligen Fragen gegeben.

- Für die Auswertung des Fragebogens ist es wichtig, dass Sie **jede** Frage beantworten.
- Weil es um Ihre persönliche Meinung geht, gibt es auch **keine richtigen oder falschen** Antworten.
- Die Dauer der Erhebung ist zeitlich nicht begrenzt, Sie sollten aber dennoch jede Frage **zügig** und ohne zu lange zu überlegen beantworten.
- Während der Bearbeitung des Fragebogens können Sie gerne **Pausen** einlegen.
- Vielleicht wird es Ihnen manchmal schwer fallen, sich für eine Antwort zu entscheiden. Wählen Sie dann bitte jene Antwort die Ihrer Meinung und Einschätzung am besten entspricht.
- **Mehrere Antworten** zu einer Frage **sind nicht zulässig**, es sei denn es wird extra darauf hingewiesen.

Bezüglich der Fragen zur Partnerschaft möchten wir sie auf Folgendes hinweisen:

- Sollten Sie derzeit in keiner Partnerschaft leben, bitten wir Sie den Partnerschaftsfragebogen (PKS) bezüglich Ihrer **letzten** Partnerschaft auszufüllen.
- Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie und Ihr Partner während des Ausfüllens der Fragebögen **nicht miteinander kommunizieren** und auch im nachhinein **keine Einsicht in die Antworten Ihres Partners** nehmen sollen.

Selbstverständlich werden alle Informationen vertraulich und anonym behandelt. Es ist nicht möglich, aufgrund des Fragebogens, auf Ihre Person zurück zuschließen.

Für Ihre Mühe, möchten wir uns bereits jetzt herzlich bedanken!

CHIFFRE	
Erster Buchstabe des Vornamens der Mutter	Nummer
Erster Buchstabe des Vornamens des Vaters	Erster Buchstabe ihres Geburtsortes
Letzter Buchstabe des Vornamens der Mutter	

Angaben zur Person

Geschlecht

männlich₁ weiblich₀

Alter

In Jahren: _____

Welchen Schulabschluss haben Sie?

- Hauptschulabschluss₁
- Realschulabschluss₂
- Abitur / Fachabitur₃
- Hochschulabschluss₄
- einen anderen Abschluss₅
- keinen Abschluss₆

Üben Sie derzeit einen Beruf aus?

ja₁ nein₀

Familienstand

- ohne Partnerschaft₁
- Partnerschaft, getrennt lebend₂
- Partnerschaft, zusammenlebend₃
- verheiratet₄
- geschieden / getrennt lebend₅
- verwitwet₆

Wie lange sind Sie mit Ihrem(r) derzeitigen PartnerIn zusammen?

Seit _____ Jahr(en) und _____ Monat(en)

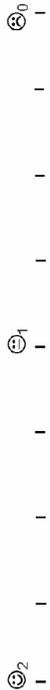
Sollten Sie derzeit in keiner Partnerschaft leben, geben Sie bitte an, wann Sie Ihre letzte Partnerschaft hatten!

Vor _____ Jahr(en) und _____ Monat(en)

Denken Sie, dass die Epilepsie Ihre Partnerschaft beeinflusst?

positiv beeinflusst₁ negativ beeinflusst₂ gar nicht beeinflusst₀

Wie zufrieden sind Sie aktuell mit Ihrer Partnerschaft insgesamt?



Haben Sie Kinder?

ja₁ (Anzahl: _____) nein₀

Fragen zur Epilepsie

Wann war Ihr erster epileptischer Anfall?

Im Alter von _____ Jahren

Wann hatten Sie Ihren letzten epileptischen Anfall?

_____ / _____ (Monat/Jahr z.B. 05/2005)

Hatten Sie längere anfallsfreie Zeiten nach Beginn Ihrer Epilepsie?

nein₀ ja₁ von _____ / _____ bis _____ / _____

Um welche Epilepsie-Diagnose handelt es sich bei Ihnen (Art der Epilepsie)?

Gibt es besondere Auslöser für Ihre Anfälle?

ja₁, und zwar: nein₀ bin mir nicht sicher₂

- Schlafentzug₁
- Lesen/Sprechen₂
- Menstruation₃
- Stress₄
- Alkohol₅
- Schreck₆
- Entspannung₇
- Angst₈
- anderes: _____

Können Sie Ihre Anfälle selber erfolgreich unterbrechen?

immer₁ manchmal₂ nie₀

Was tun Sie konkret, um Ihren Anfall zu unterbrechen?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente gegen Ihre epileptischen Anfälle?

O ja₁ O nein₀

Namen der Medikamente _____

Treten durch die Medikamente aktuell Nebenwirkungen auf?

O ja₁ O nein₀

Art der Nebenwirkungen: _____

Hatten Sie eine operative Epilepsiebehandlung?

O ja₁ O nein₀

Art der Operation: _____

In welchem Jahr erfolgte die OP: _____

Hat sich nach der Operation etwas verändert?

O weniger Anfälle₁ O mehr Anfälle₂ O gleich viele Anfälle₃
 O weniger Ängste₁ O mehr Ängste₂ O gleich viele Ängste₃

Sind Sie aufgrund Ihrer Epilepsie in psychotherapeutischer Behandlung?

O ja₁ O nein₀

Kreuzen Sie bitte die Anfallsformen an, die Sie bei sich kennen.
 (Mehrfachantworten sind möglich)

- Vorgefühl (Aura), wenn Sie einen Anfall bekommen₁
- das Bewusstsein beim Anfall verlieren oder gestörtes Bewusstsein, z.B. langsamer reagieren, hören ohne zu verstehen₁
- Stürzen oder im Anfall zu Boden gehen₃
- Zungenbiss, seitlich an der Zunge oder Wange₃
- Zungenbiss tritt selten auf und wenn, dann vorne an der Zungenspitze₀
- gestörte Bewegungen – einzelne Muskeln oder Körperteile zucken₂
- gestörte Bewegungen – einzelne Muskeln oder Körperzelle versteifen sich₂
- sinnlose Handlungen im Anfall, die nicht zur Situation gehören (z.B. herumlaufen, Dinge hin und her räumen, an den Kleidern zupfen)₂

Dauer des belastendsten Anfalls, bis Sie eine vorübergehende Tätigkeit wieder aufnehmen/fortsetzen können (sollte kein Anfall für Sie belastend sein, beziehen Sie die folgenden zwei Fragen auf Anfälle, die Sie bei sich kennen)

O bis zu zehn Minuten₀
 O bis zu einer Stunde₁
 O länger als eine Stunde₂

Häufigkeit der **belastendsten** Anfallsform

O keine Anfälle im letzten Jahr₀
 O ein Anfall pro Monat oder weniger₁
 O mehr als ein Anfall pro Monat₂

Zeitpunkt des Auftretens der Anfälle

O vorwiegend in der Nacht₀ O vorwiegend am Tag₁ O Tag und Nacht₁

In welchen Situationen haben Sie Ihre Anfälle bekommen? (Mehrfachantworten sind möglich)

O als ich alleine war₁ O im Beisein von Freunden/Familie₂ O im Beisein von Fremden₃

Bitte denken Sie an die Situationen, in denen Sie Anfälle erlitten haben. Fühlen Sie sich in diesen Situationen.....

O vorwiegend sicher₁ O vorwiegend unsicher₂

Haben Sie jemals aufgrund eines epileptischen Anfalls einen Unfall erlitten? (z.B. Autounfall, vor S-Bahn gefallen)

O ja₁ O nein₀

Art des Unfalls: _____

Haben Sie neben Ihrer Epilepsie noch weitere körperliche oder psychische Erkrankungen?

O ja₁ O nein₀

welche: _____

Nehmen Sie diesbezüglich Medikamente?

O ja₁ O nein₀

welche: _____

Gibt es weitere Ängste, die hier noch nicht genannt wurden?
 O ja, welche: _____ O nein₀

Wie stark fühlen Sie sich durch oben genannte Ängste im alltäglichen Leben beeinträchtigt?
 0%₀ | | | | | 50%_{0,1} | | | | | 100%₂

Wie schätzen Sie Ihre Lebensqualität im Großen und Ganzen ein?
 😊₂ | | | | | 😊₁ | | | | | 😊₀

Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre Epilepsie im Alltag belastet?
 0%₀ | | | | | 50%_{0,1} | | | | | 100%₂

Angst kann ein Charakteristikum während eines Anfalls oder Teil der Aura (Angstaura) sein. Kennen Sie dieses Phänomen bei sich?
 O ja₁ O nein₀ O weiß nicht₂

Im Folgenden geht es um Ängste, die NICHT während eines Anfalls oder einer Aura auftreten. Bitte geben Sie an, wie stark die folgenden Ängste auf Sie zutreffen!

	Nein, überhaupt nicht ₁	Nein, eher nicht ₂	Ja, etwas ₃	Ja, sehr stark ₄
Haben Sie Angst vor einem Anfall, wenn Sie ausgehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fürchten Sie, dass Sie nach einem Anfall zurückgewiesen werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist es Ihnen sehr unangenehm, Anfälle in Gegenwart anderer Personen zu bekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Angst, bei einem Anfall zu sterben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie dauernd Angst vor einem Anfall?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Angst, wegen Ihrer Anfälle gehänselt zu werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Befürchten Sie, dass Sie durch Ihren Anfall einen Hirnschaden bekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Befürchten Sie, Andere könnten merken, dass Sie anfallskrank sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Angst davor, während eines Anfalls einen Unfall zu verursachen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Befürchten Sie, in einer unangenehmen Situation einen Anfall zu bekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Befürchten Sie, dass Ihnen bei einem Anfall ein Missgeschick passiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BSI - Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der vergangenen sieben Tage bis heute. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage ein Kreuz bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4
Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...				
1. Nervosität oder innerem Zittern				0 1 2 3 4
2. Ohnmachts- und Schwindelgefühlen				0 1 2 3 4
3. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat				0 1 2 3 4
4. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind				0 1 2 3 4
5. Gedächtnisschwierigkeiten				0 1 2 3 4
6. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein				0 1 2 3 4
7. Herz- oder Brustschmerzen				0 1 2 3 4
8. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße				0 1 2 3 4
9. Gedanken, sich das Leben zu nehmen				0 1 2 3 4
10. dem Gefühl, daß man den meisten Menschen nicht trauen kann				0 1 2 3 4
11. schlechtem Appetit				0 1 2 3 4
12. plötzlichem Erschrecken ohne Grund				0 1 2 3 4
13. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren				0 1 2 3 4
14. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind				0 1 2 3 4
15. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen				0 1 2 3 4
16. Einsamkeitsgefühlen				0 1 2 3 4
17. Schwermut				0 1 2 3 4
18. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren				0 1 2 3 4
19. Furchtsamkeit				0 1 2 3 4
20. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen				0 1 2 3 4
21. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können				0 1 2 3 4
22. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen				0 1 2 3 4

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4
Wie sehr leiden Sie in den letzten 4 Wochen wegen:				
23. Übelkeit oder Magenverstimmung				0 1 2 3 4
24. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden				0 1 2 3 4
25. Einschlafschwierigkeiten				0 1 2 3 4
26. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun				0 1 2 3 4
27. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden				0 1 2 3 4
28. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug				0 1 2 3 4
29. Schwierigkeiten beim Atmen				0 1 2 3 4
30. Hitzewallungen oder Kälteschauern				0 1 2 3 4
31. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden				0 1 2 3 4
32. Leere im Kopf				0 1 2 3 4
33. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen				0 1 2 3 4
34. dem Gefühl, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten				0 1 2 3 4
35. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft				0 1 2 3 4
36. Konzentrationsschwierigkeiten				0 1 2 3 4
37. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen				0 1 2 3 4
38. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein				0 1 2 3 4
39. Gedanken an den Tod und ans Sterben				0 1 2 3 4
40. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen				0 1 2 3 4
41. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern				0 1 2 3 4
42. starker Befangenheit im Umgang mit anderen				0 1 2 3 4
43. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino				0 1 2 3 4
44. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können				0 1 2 3 4
45. Schreck- oder Panikanfällen				0 1 2 3 4
46. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten				0 1 2 3 4
47. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden				0 1 2 3 4
48. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere				0 1 2 3 4
49. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können				0 1 2 3 4
50. dem Gefühl, wertlos zu sein				0 1 2 3 4
51. dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden				0 1 2 3 4
52. Schuldgefühlen				0 1 2 3 4
53. dem Gedanken, daß irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist				0 1 2 3 4

Angstfragebogen

Im Folgenden finden Sie Fragen, die sich auf das Thema Angst beziehen. Sie werden feststellen, dass sich mehrere Fragen ähneln bzw. sich wiederholen. Für die Auswertung des Bogens ist dies jedoch unerlässlich. Wir bitten Sie deshalb jede Frage zu beantworten.

ANLEITUNG

Wir erfassen im Folgenden verschiedene Arten von Ängsten: Einerseits beziehen sich die Aussagen auf Ängste, die **aufgrund Ihrer Epilepsie** ausgelöst werden können (**grau** hinterlegte Antwortspalte).

Andererseits bezieht sich dieselbe Aussage in der weiß hinterlegten Antwortspalte auf Ängste, die **unabhängig von Ihrer Epilepsie** auftreten können. Um dies zu verdeutlichen, möchten wir Ihnen ein Beispiel geben.

BEISPIEL

(Seite 1, Frage 2)

	Bezüglich Epilepsie		Unabhängig von der Epilepsie	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Haben Sie in einer oder mehreren der folgenden Situationen schon einmal befürchtet, dass Sie sich in beschämender oder peinlicher Art und Weise verhalten oder Angstsymptome zeigen?				
- vor anderen essen, trinken oder schreiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Gespräche anfangen oder weiterführen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- An Gruppen teilnehmen, Partys besuchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Öffentlich sprechen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Mit Autoritätspersonen sprechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Herr Mustermann hat aufgrund seiner Epilepsie Angst, öffentlich zu sprechen. Seine Angst resultiert aus der Befürchtung, öffentlich/ vor Publikum z.B. einen Anfall zu erleiden. Herr Mustermann kreuzt deshalb in der **grauen** Antwortspalte „Ja“ an.

Herr Mustermann hat unabhängig von seiner Epilepsie ebenfalls große Schwierigkeiten vor Publikum/ öffentlich zu sprechen. Seine Angst resultiert aus der Befürchtung, sich zu blamieren, sich zu versprechen, sich peinlich zu verhalten, o.ä. Herr Mustermann kreuzt deshalb in der weißen Antwortspalte ebenfalls „Ja“ an.

Hätte Herr Mustermann unabhängig von seiner Epilepsie keinerlei Angst, öffentlich zu sprechen, würde er in der weißen Antwortspalte „Nein“ ankreuzen.

	Bezüglich Epilepsie		Unabhängig von der Epilepsie	
	Ja	Nein	Ja	Nein
1. A	Hatten Sie schon einmal starke und anhaltende Angst vor einer oder mehreren sozialen Situationen oder Leistungssituationen, in denen Sie im Zentrum der Aufmerksamkeit Anderer standen?			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. A	Haben Sie in einer oder mehreren der folgenden Situationen schon einmal befürchtet, dass Sie sich in beschämender oder peinlicher Art und Weise verhalten oder Angstsymptome zeigen?			
	- vor anderen essen, trinken oder schreiben			
	- Gespräche anfangen oder weiterführen			
	- An Gruppen teilnehmen, Partys besuchen			
	- Öffentlich sprechen			
	- Mit Autoritätspersonen sprechen			
	Die nächsten Fragen beziehen sich auf die Situation, die Sie gerade unter Nr.2 mit „Ja“ beantwortet haben und die bei Ihnen die stärkste Angst auslöst.			
3. B	Haben Sie bei Konfrontation mit der oben genannten Situation immer Angst?			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. C	Sind Sie der Meinung, dass Ihre Angst vor oben genannter Situation stärker ist als angemessen? (Oder finden Sie, dass Ihre Angst übertrieben ist)			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. D	Gehen Sie oben genannten Situationen aus dem Weg oder ertragen Sie die Situation nur unter starker Angst und Anspannung?			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. E	Fühlen Sie sich durch diese Angst bzw. das Vermeiden dieser Situationen im alltäglichen Leben beeinträchtigt?			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja		Nein	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. G	Haben Sie, bevor sie mit diesen Situationen konfrontiert wurden und starke Angst verspürt haben, Koffein, appetithemmende Medikamente oder Drogen zu sich genommen?			
8.	Besteht die Symptomatik derzeit erstmalig?			
9.	Bestand die Symptomatik zu einem früheren Zeitpunkt?			
10.	Besteht die Symptomatik derzeit, kam aber auch schon früher vor?			

	Bezüglich Epilepsie		Unabhängig von der Epilepsie	
	Ja	Nein	Ja	Nein
1. Aa	Hatten Sie jemals Angst, an Orten oder in Situationen zu sein, in denen eine Flucht schwierig (oder peinlich) ist oder keine Hilfe verfügbar wäre?			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Bestimmen Sie die Ihnen unangenehmen Situationen:			
	- alleine außer Haus sein			
	- in einer Menschenmenge sein oder in einer Schlange stehen			
	- auf einer Brücke sein			
	- mit Bus, Zug oder Auto fahren			
	- andere Situationen: _____			
	Die nächsten Fragen beziehen sich auf die Situation, die Sie gerade unter Nr. 2 mit „Ja“ beantwortet haben und die bei Ihnen die stärkste Angst auslöst.			
3. Ab	Vermeiden Sie die eben genannten Situationen?			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ab	Ertragen Sie diese Situationen mit deutlichem Unbehagen?			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Bezüglich Epilepsie		Unabhängig von der Epilepsie	
	Ja	Nein	Ja	Nein
5. Ab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Bezüglich Epilepsie		Unabhängig von der Epilepsie	
	Ja	Nein	Ja	Nein
2. B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Bezüglich Epilepsie		Unabhängig von der Epilepsie	
	Ja	Nein	Ja	Nein
1. A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A-G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Bezüglich Epilepsie		Unabhängig von der Epilepsie	
	Ja	Nein	Ja	Nein
1. A-G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A-G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die nächsten Fragen beziehen sich auf den Reiz, den Sie unter Nr. 1 mit „Ja“ beantwortet haben und der bei Ihnen die stärkste Angst auslöst.

	Ja	Nein	Ja	Nein
3. A-G Wenn Sie diese Gedanken oder Vorstellungen hatten, versuchten Sie diese mit aller Anstrengung zu unterdrücken oder zu vermeiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. A-G Glauben Sie, dass diese Gedanken Produkt ihres eigenen Geistes sind (und nicht von außen auferlegt, wie bei Gedankeneingebung)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. A-H Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie bestimmte Dinge immer und immer wieder tun mussten, wie z.B. sich immer wieder die Hände zu waschen oder etwas mehrmals zu kontrollieren, um sicher zu gehen, dass Sie es richtig gemacht haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. A-H Dienen diese Handlungen dazu, Unwohlsein zu verhindern oder zu reduzieren oder gefährlichen Ereignissen oder Situationen vorzubeugen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. B Sind Sie der Meinung, dass Ihre Gedanken oder Handlungen übertrieben oder unbegründet sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. C Stellen diese Gedanken oder Handlungen eine erhebliche Belastung oder Beeinträchtigung des alltäglichen Lebens für Sie dar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. C Sind diese Gedanken oder Handlungen zeitaufwendig (nehmen mehr als eine Stunde täglich in Anspruch)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. E Kurz bevor diese Gedanken bzw. Handlungen begannen, haben Sie da vermehrt Koffein, appetithemmende Medikamente oder Drogen genommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Besteht die Symptomatik derzeit erstmalig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Besteht die Symptomatik zu einem früheren Zeitpunkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Besteht die Symptomatik derzeit, kam aber auch schon früher vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Bezüglich Epilepsie		Unabhängig von der Epilepsie	
	Ja	Nein	Ja	Nein
1. A Waren Sie irgendwann einmal monatelang sehr ängstlich, oder besonders nervös, oder machten sich viele Sorgen um Dinge, die schlief gehen könnten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. A Haben Sie sich in den vergangenen 6 Monaten die meiste Zeit über Sorgen gemacht (an mehr als 50% der Tage)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. B Konnten Sie, Ihre Sorgen kontrollieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. C Wenn Sie an die letzten 6 Monate denken, als Sie nervös und sorgenvoll waren.. ...fühlten Sie sich oft körperlich ruhelos, so dass Sie z.B. nicht still sitzen konnten (haben Sie sich oft angespannt oder ständig wie auf dem Sprung gefühlt)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. C ...waren sie leicht ermüdbar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. C ...hatten Sie Mühe, sich zu konzentrieren, Entscheidungen zu treffen, oder waren Sie vergesslich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. C ...waren Sie häufig leicht reizbar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. C ...fühlten Sie sich verspannt, oder hatten oft das Gefühl, dass Ihre Muskeln verspannt waren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. C ...hatten Sie oft Probleme ein- oder durchzuschlafen (schlafen sie insgesamt schlechter als sonst)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. E Fühlen Sie sich durch die oben genannten Symptome im alltäglichen Leben sehr/stark beeinträchtigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. F Kurz bevor diese Angst begann, haben Sie da vermehrt Koffein, appetithemmende Medikamente oder Drogen genommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja	Nein	Ja	Nein
12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Bezüglich Epilepsie		Unabhängig von der Epilepsie	
	Ja	Nein	Ja	Nein
1. A1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. A1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. A1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. A1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja	Nein	Ja	Nein
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. A1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. A2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erinnern Sie sich bitte an den für Sie stärksten/ als schlimmsten erlebten epileptischen Anfall. Beschreiben Sie bitte diesen kurz. Sie können sich bei der Beschreibung auf Aussagen Anderer stützen.

Wann war dieser Anfall?^e

_____ (Monat)/ _____ (Jahr) (z.B. 06/2005)

Schätzen Sie bitte ein, wie gut Sie sich an diesen Anfall erinnern können.

0%	25%	50%	75%	100%

Folgende Fragen beziehen sich auf Ihren oben beschriebenen stärksten/ als schlimmsten erlebten epileptischen Anfall!

	Ja	Nein
Waren Sie, als der epileptische Anfall passierte, von Angst erfüllt, hilflos oder entsetzt? ^a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mussten Sie immer an den epileptischen Anfall denken? ^{a1}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kamen diese Gedanken immer wieder von alleine? ^{a1}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie immer wieder davon geträumt? ^{a2}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kam es öfter vor, dass Sie handelten oder fühlten, als ob Sie wieder in dieser Situation wären? ^{a3}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waren Sie sehr durcheinander, wenn Sie durch irgendetwas an den epileptischen Anfall erinnert wurden? ^{a4}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja	Nein
Wenn Sie an den epileptischen Anfall denken, oder irgendwie daran erinnert wurden, hatten Sie dann oft körperliche Symptome, wie Schweißausbrüche, Schwierigkeit, Herzklopfen oder Herzrasen? ^{a5}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vermeiden Sie seit dem epileptischen Anfall bewusst über den Anfall nachzudenken oder darüber zu sprechen? ^{c1}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halten Sie sich seitdem von Situationen, Dingen und Menschen fern, die Sie an den epileptischen Anfall erinnern? ^{c2}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie seitdem Schwierigkeiten, sich an bestimmte wichtige Einzelheiten von dem epileptischen Anfall zu erinnern? ^{c3}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie seitdem weniger Interesse an Dingen, die Ihnen früher etwas bedeutet haben, wie z.B. Freunde zu sehen, Bücher zu lesen oder fern zu sehen? ^{c4}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlen Sie sich seitdem anderen gegenüber entfremdet oder wie von ihnen isoliert? ^{c5}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlen Sie sich seitdem abgestumpft, so dass Sie keinen starken oder zärtlichen Gefühle mehr für andere empfinden können? ^{c6}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie seitdem eine Veränderung bei sich bemerkt, in der Art und Weise, wie Sie ihre Zukunft sehen oder planen? ^{c7}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie seitdem Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen? ^{d1}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie seitdem ungewöhnlich reizbar oder haben Sie z.B. Wutausbrüche? ^{d2}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie seitdem Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren? ^{d3}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie besonders nervös, angespannt und immer auf der Hut, auch grundlos? ^{d4}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie seither extrem schreckhaft, z.B. bei plötzlichen Geräuschen? ^{d5}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Schätzen Sie bitte ein, wie sehr Sie sich durch die eben angegebenen Symptome in Ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt fühlen.^F



Die nun folgenden Fragen beziehen sich auf ein Ereignis, das NICHT mit Ihrer Epilepsie-Erkrankung in Zusammenhang steht

	Ja	Nein
Manchmal passieren extrem schreckliche Dinge, wie z.B. sich in einer lebensbedrohlichen Situation zu befinden (hier ist nicht der epileptische Anfall gemeint), eine Katastrophe zu überleben, einen ernsthaften Unfall zu haben, von Feuer bedroht zu werden, überfallen oder ausgeraubt zu werden, zusehen zu müssen, wie eine andere Person getötet oder schwer verletzt wird oder zu hören, dass einer nahestehenden Person etwas Gerartiges zugestoßen ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie jemals irgendeines der obigen Ereignisse (oder ein ähnliches) erlebt? ^{A1}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wurde die letzte Frage mit NEIN beantwortet, können Sie die folgenden Fragen überspringen und mit dem nächsten Fragebogen weitermachen!

Benennen Sie bitte dieses/ diese Ereignis(se).

Bei mehreren Ereignissen, welches dieser Ereignisse hat Sie am meisten belastet?

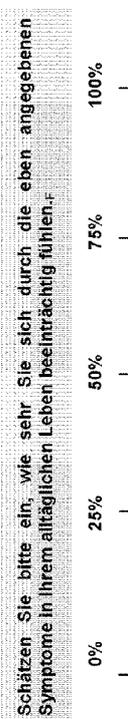
Wann war dieses Ereignis?^E

_____(Monat)/_____(Jahr) (z.B. 06/2005)

Folgende Fragen beziehen sich auf Ihr eben beschriebenes belastendstes Ereignis!

	Ja	Nein
Waren Sie, als das Ereignis passierte, von Angst erfüllt, hilflos oder entsetzt? ^{A2}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mussten Sie immer an dieses Ereignis denken? ^{E1}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kamen diese Gedanken immer wieder von alleine? ^{E3}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie immer wieder davon geträumt? ^{A2}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kam es öfter vor, dass Sie handelten oder fühlten, als ob Sie wieder in dieser Situation wären? ^{E3}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waren Sie sehr durcheinander, wenn Sie durch irgendetwas an das Ereignis erinnert wurden? ^{E4}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Sie an das Ereignis dachten, oder irgendwie daran erinnert wurden, hatten Sie dann oft körperliche Symptome, wie Schweißausbrüche, Schweißatmigkeit, Herzklopfen oder Herzrasen? ^{E5}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vermelden Sie seit dem Ereignis bewusst über das Ereignis nachzudenken oder darüber zu sprechen? ^{C1}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halten Sie sich seitdem von Situationen, Dingen und Menschen fern, die sie an das Ereignis erinnern? ^{C2}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie seitdem Schwierigkeiten, sich an bestimmte wichtige Einzelheiten von dem Ereignis zu erinnern? ^{C3}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie seitdem weniger Interesse an Dingen, die Ihnen früher etwas bedeutet haben, wie z.B. Freunde zu sehen, Bücher zu lesen oder fern zu sehen? ^{C4}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ja	Nein
Fühlen Sie sich seitdem anderen gegenüber entfremdet oder wie von ihnen isoliert? ^{C5}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlen Sie sich seitdem abgestumpft, so dass Sie keinen starken oder zärtlichen Gefühle mehr für andere empfinden können? ^{C6}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie seitdem eine Veränderung bei sich bemerkt, in der Art und Weise, wie Sie Ihre Zukunft sehen oder planen? ^{C7}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie seitdem Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen? ^{D1}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie seitdem ungewöhnlich reizbar oder haben Sie z.B. Wutausbrüche? ^{D2}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie seitdem Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren? ^{D3}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie besonders nervös, angespannt und immer auf der Hut, auch grundlos? ^{D4}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie seither extrem schreckhaft, z.B. bei plötzlichen Geräuschen? ^{D5}	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



KKG-Fragebogen

A. Lohaus
G.M. Schmitt

Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung des folgenden Fragebogens auf ihre Epilepsie.

Anleitung: Im Folgenden finden Sie Aussagen, die Ihr körperliches Wohlbefinden betreffen. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, in welchem Ausmaß die Aussage auf Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Sie haben dabei sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten.

trifft sehr zu
trifft zu
trifft etwas zu
trifft eher nicht zu
trifft nicht zu
trifft gar nicht zu

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Bei folgendem Beispiel kreuzen Sie bitte das zutreffende Kästchen an:

Im Allgemeinen bin ich ein fröhlicher Mensch

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Überlegen Sie bitte bei den einzelnen Sätzen nicht zu lange und achten Sie darauf, dass Sie keinen Satz auslassen.

FRAGEBOGEN FKK

G. Krampen

Auf den folgenden Seiten werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Sie haben dabei die Möglichkeit, jeder Aussage stark, mittel oder schwach zuzustimmen oder sie schwach, mittel oder stark abzulehnen. Markieren Sie bitte jeweils das Antwortkästchen (durch deutliches Ankreuzen), das **Ihrer persönlichen Meinung** am besten entspricht.

Hier ist ein **Beispiel** für die Beantwortung der Aussagen:

"Ich bin ein lebhafter Mensch."

---	--	-	+	++	+++
-----	----	---	---	----	-----

- Ist diese Aussage für Sie **sehr falsch**, durchkreuzen Sie bitte: ---
- Ist diese Aussage für Sie **falsch**, durchkreuzen Sie bitte: --
- Ist diese Aussage für Sie **eher falsch**, durchkreuzen Sie bitte: -
- Ist diese Aussage für Sie **eher richtig**, durchkreuzen Sie bitte: +
- Ist diese Aussage für Sie **richtig**, durchkreuzen Sie bitte: ++
- Ist diese Aussage für Sie **sehr richtig**, durchkreuzen Sie bitte: +++

Bitte bearbeiten Sie **alle** Aussagen der Reihe nach, ohne eine auszulassen. Einige Aussagen haben einen ähnlichen Wortlaut oder Sinn. Bitte nehmen Sie auch zu diesen Aussagen Stellung. Es geht bei allen Aussagen um Ihre ganz persönliche Sichtweise.

© by Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen.

Urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und Vervielfältigungen jeglicher Art, auch einzelner Teile oder Items, sowie die Speicherung auf Datenträgern oder die Wiedergabe durch optische oder akustische Medien, verboten.

Best.-Nr. 0109303

Diese Aussage ist:	sehr falsch	sehr richtig
17. Ich habe nur geringe Möglichkeiten, meine Interessen gegen andere Leute durchzusetzen.	- - - - -	+ ++ +++
18. Es ist für mich nicht gut, weit im voraus zu planen, da häufig das Schicksal dazwischenkommt.	- - - - -	+ ++ +++
19. Um das zu bekommen, was ich will, muß ich zu anderen Menschen freundlich und zuvorkommend sein.	- - - - -	+ ++ +++
20. In unklaren oder gefährlichen Situationen weiß ich immer, was ich tun kann.	- - - - -	+ ++ +++
21. Es ist reiner Zufall, wenn sich andere Menschen einmal nach meinen Wünschen richten.	- - - - -	+ ++ +++
22. Mein Wohlbefinden hängt in starkem Maße vom Verhalten anderer Menschen ab.	- - - - -	+ ++ +++
23. Ich kann sehr viel von dem, was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen.	- - - - -	+ ++ +++
24. Manchmal weiß ich überhaupt nicht, was ich in einer Situation machen soll.	- - - - -	+ ++ +++
25. Gewöhnlich kann ich meine Interessen selbst vertreten und erreiche dabei das, was ich will.	- - - - -	+ ++ +++
26. Ob ich einen Unfall habe oder nicht, hängt in starkem Maße von dem Verhalten anderer ab.	- - - - -	+ ++ +++
27. Wenn ich bekomme, was ich will, so ist das immer eine Folge meiner Anstrengung und meines persönlichen Einsatzes.	- - - - -	+ ++ +++
28. Auch in schwierigen Situationen fallen mir immer viele Handlungsalternativen ein.	- - - - -	+ ++ +++
29. Damit meine Pläne eine Chance haben, richte ich mich beim Planen nach den Wünschen anderer Leute.	- - - - -	+ ++ +++
30. Mein Lebenslauf und mein Alltag werden alleine durch mein Verhalten und meine Wünsche bestimmt.	- - - - -	+ ++ +++
31. Es hängt vom Schicksal ab, ob ich krank werde oder nicht.	- - - - -	+ ++ +++
32. Für die Lösung von Problemen fallen mir immer viele Möglichkeiten ein.	- - - - -	+ ++ +++

Überprüfen Sie bitte, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Fragebogen

Trierer Skalen zur Erfassung der Krankheitsbewältigung (TSK)

Eine schwere körperliche Erkrankung kann ein Ereignis sein, das unsere Lebenssituation tiefgreifend verändert und mit dem wir erst umzugehen lernen müssen.

Bei dem Versuch, mit der eigenen Erkrankung fertig zu werden, kommen uns oft verschiedene Gedanken in den Sinn, und wir zeigen oft ganz bestimmte Verhaltensweisen. Welche Gedanken und Verhaltensweisen dies nun im einzelnen sind, ist aber von Mensch zu Mensch verschieden.

Die auf den folgenden Seiten aufgeführten Aussagen beschreiben solche Gedanken und Verhaltensweisen, die im Umgang mit einer Krankheit auftreten können. Bitte lesen Sie immer zunächst eine Aussage sorgfältig durch und kreuzen Sie dann auf der danebenstehenden Antwortskala an, wie häufig Sie *in den letzten Wochen* diesen Gedanken oder diese Verhaltensweise bei sich festgestellt haben.

Die Antwortskala lautet:

<i>nie</i>	<i>sehr selten</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>häufig</i>	<i>sehr häufig</i>
<input type="checkbox"/>					

Ein Beispiel: "Ich nahm mir vor, meinen Lebensstil grundlegend zu verändern."

Wenn Sie diesen Gedanken/ diese Verhaltensweise bei sich in den letzten Wochen "manchmal" beobachtet haben, so kreuzen Sie bitte an:

<i>nie</i>	<i>sehr selten</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>häufig</i>	<i>sehr häufig</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte lassen Sie bei der Bearbeitung des Fragebogens keine Aussage aus.

Danke für Ihre Mitarbeit!

	<i>nie</i>	<i>sehr selten</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>häufig</i>	<i>sehr häufig</i>
20. Ich informierte mich über alternative Heil- oder Behandlungsmethoden.	<input type="checkbox"/>					
21. Ich betete und suchte Trost im Glauben.	<input type="checkbox"/>					
22. Ich bin mit Freunden ausgegangen.	<input type="checkbox"/>					
23. Ich war in Tagträume versunken.	<input type="checkbox"/>					
24. Ich habe mit anderen Personen schöne Stunden verlebt.	<input type="checkbox"/>					
25. Ich habe an frühere Freunde zurückgedacht.	<input type="checkbox"/>					
26. Ich sagte mir, daß es viele Menschen gibt, denen es wesentlich schlechter geht als mir.	<input type="checkbox"/>					
27. Ich versuchte, in Gedanken möglichst allen Problemen aus dem Wege zu gehen.	<input type="checkbox"/>					
28. Ich betete um Kraft zur Lösung meiner Probleme.	<input type="checkbox"/>					
29. Ich dachte mir, daß es irgendwann auch wieder aufwärtsgehen wird.	<input type="checkbox"/>					
30. Ich führte mir vor Augen, daß die Ärzte ihr Bestes tun werden, um mir zu helfen.	<input type="checkbox"/>					
31. Ich nahm mir vor, mich nicht unterkriegen zu lassen.	<input type="checkbox"/>					
32. Ich sagte mir, daß ich einfach eine schlechte Zeit durchmache und in Zukunft wieder Glück haben kann.	<input type="checkbox"/>					
33. Ich habe mich in eine Vielzahl von Aktivitäten gestürzt.	<input type="checkbox"/>					
34. Ich versuchte, eine Ursache für meine Erkrankung zu finden.	<input type="checkbox"/>					
35. Ich habe festgestellt, daß andere Personen in meiner Lage wohl nicht so gut mit allem zurechtkommen wie ich.	<input type="checkbox"/>					
36. Ich habe so gewissenhaft wie möglich alle ärztlichen Ratschläge befolgt.	<input type="checkbox"/>					
37. Ich habe an Menschen gedacht, die ein offensichtlich problemloses Leben führen.	<input type="checkbox"/>					

RU

SS

BA

SI

SR

Liste der Beratungsstellen

- Epilepsie Beratung der Inneren Mission München
Oberanger 43
80331 München

- Epilepsie Beratung Oberfranken
Bahnhofstr. 21-23
96450 Coburg

- Epilepsie Beratung Unterfranken
Juliuspromenade 19
97070 Würzburg

- Epilepsie Beratung Regensburg (Oberpfalz)
Wieshuberstr. 4
93053 Regensburg

- Epilepsie Beratung Niederbayern
Bischof-Altmann-Str. 9
94032 Passau

- Rummelsberger Dienste Nürnberg
Psychosoziale Beratungsstelle für Menschen mit Epilepsie
Marienstr. 16
90402 Nürnberg

Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name:	Heike Susanne Demarle-Meusel
Titel:	Mag. phil Klinische- und Gesundheitspsychologin
Geburtsdatum:	10. August 1977
Geburtsort:	Klagenfurt (A)
Staatsbürgerschaft:	Österreich
Eltern:	Sieglinde, Angestellte Robert, Beamter
Familienstand:	verheiratet, 1 Kind
Ehemann:	Daniel Meusel

Schulbildung

1983-1987	4 Jahre Volksschule in Klein St. Paul
1987-1991	4 Jahre Hauptschule in Klein St. Paul
1991-1996	5 Jahre Höhere Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Berufe in St. Veit/Glan
ab 1996	Studium: Psychologie
1996-1998	Karl-Franzens-Universität Graz
1998-2001	Paris-Lodron-Universität Salzburg
2004-2008	Promotionsstudium an der Ludwig-Maximilians-Universität München

Berufliche Weiterbildung

2001	Ausbildung zur Gesundheitstrainerin am Wirtschaftsförderungsinstitut Salzburg
2002-2004	Ausbildung zur Klinischen- und Gesundheitspsychologin an der

2003-2005 Fortbildungsakademie des Berufsverbandes Österreichischer PsychologInnen (BÖP)
Psychotherapeutisches Propädeutikum
Ausbilder: Österr. Arbeitskreis für Gruppentherapie u. –dynamik (ÖAGG)

Berufstätigkeit

1997 ehrenamtliche Tätigkeit (Bibliotherapie)
an der Landesnervenlinik Graz

1999 Betreuerin in der Krisenstelle Salzburg
Praktikum im Frauenhaus Salzburg

2000 Datenerhebung für die Studie „Verlässlich
Lesen lernen in der Volksschule“ des
Bundesministeriums für Bildung,
Wissenschaft und Kultur

2001 Marktforschung für Reed Messe Salzburg

2002-2004 Psychologin in der Waldburg-Zeil-Klinik
Niederbayern

2004 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für
Sonderpädagogik an der LMU München
(5h/Woche)

Publikation

Amann, G. & Demarle, H. (2004). Therapiemotivation von Sexualstraftätern und relevante Faktoren. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 25 (1), 55-72.