

# Auswirkungen gesundheitsbezogener Lebensqualität für Menschen mit Angststörungen durch Zusatz von Massagetherapie bei bereits implementierter Psychotherapie

## Consequences on Health related Quality of Life for People with Anxiety Disorders by supplementing Massage Therapy on already in Existence introduced Psychotherapy

Gregor Studlar, Thomas Vlasak

### *Kurzzusammenfassung*

Inwiefern Auswirkungen gesundheitsbezogener Lebensqualität und klinischer Ängste der besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppe mit Angststörungen und Panikstörung, durch den Zusatz von Massagetherapie bei bereits eingeführter Psychotherapie im verhaltens-therapeutischen Ansatzes, wird anhand dieser Studie evaluiert. Patienten\*Innen aus der psychotherapeutischen Praxis mit der psychopathologischen Kategorialdiagnose Panikstörung konnten an einer Studie von Proband\*Innen (N=64) im paper-pencil Prinzip mittels standardisierter Testverfahren (BAI und WHOQOL-BREF) und zweier Messzeitpunkte sowie Berücksichtigung einer Aufteilung in Versuchs- und Kontrollgruppe, in welchen inferenzstatistische Veränderungen und Korrelationen abgebildet werden sollten, teilnehmen. Im Zuge der Studie konnten in allen befragten Subskalen beider Fragebögen statistisch signifikante Veränderungen im Zuge der Versuchsgruppe – Psychotherapie und Massagetherapie – nachgewiesen werden. Auch die Unterschiede in der Versuchs- und Kontrollgruppe war in allen Skalen statistisch signifikant. Somit kann festgehalten werden, dass die Interdependenz von Körper und Geist

im klinisch-therapeutischen Vorgehen, für die vulnerable Bevölkerungsgruppe von hoher Bedeutung ist.

*Schlüsselwörter*

Angststörung, Lebensqualität, Psychotherapie, Massagetherapie

### *Abstract*

In what way can consequences on health related quality of life and clinical anxiety on behalf of the especially vulnerable population group of people with anxiety and panic disorders be measured, by supplementing massage therapy on already in existence introduced psychotherapy with behavior therapy approach. Patients from the psychotherapeutic surgery with the categorial diagnose of panic disorder (n=64), are the base of the study. The test persons did via standardized paper-pencil psychological test procedures (BAI and WHOQOL-BREF), on two test moments (pre-post-test) their statistical tests. Moreover the test persons have been splitted into control- and experimentgroup. Inferential and correlation statistical datas could be examined and in the space of the study documented. So have been demonstrated that within all scales of the psychological test procedures the experimental group – massage and psychotherapy – could transform significantly. The shifts have also been higher than in the control group. At that the higher interdependence on the very vulnerable population group of the people with anxiety disorders and their body-mind-interaction within this study, could be demonstrated and shows the importance for our health care system.

### *keywords*

anxiety disorders, quality of life, psychotherapy, massage

## *1. Einführung*

Gerade in Bezug auf die Interaktion von Geist und Körper, also psychisch-kognitiv und somatisch scheint es, trotz der Bemühungen der letzten Jahrzehnte, immer noch deutliche Forschungslücken zu geben. Die Diskrepanz erscheint so erheblich, dass es unabdingbar scheint, nähere Eckpunkte zur interdisziplinären Wirksamkeit zu erforschen. Erste Forschungsergebnisse zeigen auf, dass Menschen mit Angststörungen in psychotherapeutisch-ambulanten Praxen die Körperlichkeit, aufgrund derer Ängste vernachlässigen. Gerade in Bezug auf mögliche Wirksamkeit der Interaktion von kognitiv-orientierter Verhaltenstherapie, mit einer achtsamkeitsbasierten Wahrnehmung des eigenen Körpers, in der Massagetherapie mit dem Organismus, konnten anhand einiger Thesenbildungen bereits angestellt werden (Morschitzky, 2009, S. 524-527). Zudem zeigt bereits die historische Forschung des Arztes Georg Groddeck (1866-1934) auf, dass oft vergessene Interventionen auf höchst originelle Weise, die Kombination/Interaktion von Psychotherapie und Massage bei psychosomatisch erkrankten Menschen, deren Genese gefördert haben (Häfner, 2005, S. 39-43).

Um der Ergründung und darauffolgender Präventionsmaßnahmen, gerade der besonders vulnerablen Gruppe von Menschen mit pathologischer Angststörung Rechnung tragen zu können, versuchen Forscher Hypothesen und Theorien, auch in dieser Disziplin zu bilden. Eine der möglichen Thesen scheint auf Basis der sozialen Interaktionskarenz, somit der fehlenden Körper-Geist-Interaktion im zwischenmenschlichen Bereich der letzten Jahre zu liegen. Mögliche Theorien können durch die Leib-Seele-Problematik erklärt werden (Metzinger, 2007, S. 11-12). Aufgrund der aktuellen Versorgungsknappheit, welche durch die pandemische Situation der letzten Jahre bewusst erlebbar gemacht wurde, soll für die nahe Zukunft das Zusammenspiel von Wirkungsweisen, deren gemeinsamer Abstimmungsmöglichkeiten in Folge von differenten Therapien und deren Synergien, sowie eines positiven akuten und präventiven Behandlungsverlaufs, aber auch deren Forschungsanstrengungen intensiver verdeutlicht worden sein, welche für diese besonders vulnerable Personengruppe, erheblich sind (Berger & Strauß, 2019, S. 2-3).

## *2. Angststörungen*

Aktuell zeigte sich in Österreich bereits vor der Corona Pandemie und deren Karenz von körperlicher Nähe, aktuellen Studien zufolge heraus, dass jeder zehnte Mensch im Lauf eines Jahres, an mindestens einer psychischen Störung erkrankt gewesen ist. Zu den psychischen Erkrankungen der Studie zählen neben Depression auch Angststörungen, bei welcher eine signifikant hohe Komorbidität untersucht werden konnte (Nowotny et al., 2019, S. 87-97). Zudem konnte im Zuge einer Studie (n=>50.000) detektiert werden, dass das allgemeine mentale Wohlbefinden der beforschten Gruppe, aufgrund von Schlafstörung, Stress, Angst und depressiver Symptomatik signifikant litt und dies Pathologien wie Angststörungen und Depressionen fördert (Sher, 2020, S. 124). Die Angst ist grundsätzlich betrachtet ein Gefühl. Eine Primäremotion in der psychologischen Betrachtungsweise. Somit ist Angst einerseits eine biologische Reaktion auf Determinanten im Innen und Außen, und andererseits über soziale Lernerfahrung und kulturelle Systemeinbettung offen dargestellte Ausdrucksweise unseres Seins. Im Laufe unserer Zeit wurde Angst als Schutzmechanismus eingerichtet, welcher dienlich sein soll, Gefahren zu deuten, Warn- und Alarmsignale auszulösen und somit unseren Überlebensdrang

abzusichern. Nicht nur durch Zeiten der Pandemie kann in unserer Welt die Angst als starke Daseins- und Zukunftsangst evaluiert werden. Todesängste der vergangenen Jahrhunderte, welche noch immer in unserem genetischen Pool stecken, direkt beeinflusst durch lebensbedrohliche Kreaturen aus der Tierwelt, weichen Überforderungen in Familie und Beruf, Stressreaktionen aufgrund der Vielzahl von synchron ablaufenden Betätigungen und einhergehenden psychosomatischen Symptomen wie Schlafstörungen, Herz-Kreislauf-Problemen, Kopf- und Rückenschmerzen. Diese führen zu immer mehr seelischer Belastung, welche oftmals in Form von Angst und Panik ventiliert werden. Somit kann auch festgehalten werden, dass von pathologischer Angst als Störungssynonym, lediglich dann gesprochen werden kann, wenn die Intensität der Angst in keiner realen Identität zur Wirklichkeit gestellt werden kann. Die Bedrohung und das Leid sind so hoch ausgeformt, dass kein herkömmliches Leben durchführbar wird. Somit müssen schwere, intensive, häufige, aber auch anhaltende spezifische und unspezifische Kriterien von vorhandenen Belastungen und Bedrohungen klar abgegrenzt festgehalten werden (Morschitzky, 2009, S. 3-9). Unangenehme Empfindungen welche mit Angstzuständen einhergehen, können auch durch körperliche Symptome wie Müdigkeit, Ruhelosigkeit, depressivem Verhalten und Appetitlosigkeit mit einhergehen. Somit scheint das Feld der Komorbiditäten und deren Interdependenzen zum Leid der Patienten frei geöffnet zu sein (Marks, 1993, S. 3-4). Angststörungen werden gegenständlich derzeit, in aktuell gültigen Diagnoseschema eingeteilt. Das ICD-10 stellt das aktuelle Diagnosehandbuch der Weltgesundheitsorganisation dar. Seit dem Erscheinen im Jahr 2000 ist es für die Diagnosestellung in Österreich verbindlich für die Behandler\*Innen einzusetzen. Analog dazu wurde von Seiten der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung das DSM-5 als diagnostisches und statistisches Manual zur Erfassung psychischer Störungen veröffentlicht. Als im klinischen Alltag praktikabler, da umfassender und in der Praxis operationalisierbarer gestaltet, wird das Manual des DSM-5, die in der deutschsprachigen Ausgabe aus dem Jahr 2015 veröffentlicht wurde, beschrieben. Demnach werden nach dem ICD-10 Angststörungen im Kapitel der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F 4) abgebildet. Im Bereich F 40 werden agoraphobische Störungen, soziale und spezielle Phobien und sonstige phobische Störungen dargestellt. Unter der Subkategorie F 41 werden sonstige Angststörungen wie die Panikstörung, die generalisierte Angststörung und weitere, determinierend abgebildet. Hingegen wurde von der Arbeitsgruppe des DSM-5 Kategorien der klassischen Angststörung, der trauma- und belastungsbezogenen Erkrankungen, der Zwangsstörungen, aber auch verwandte andere Störungen mit dissoziativen Charakter, herausgearbeitet und bietet hierzu eine Vielzahl an Ähnlichkeits- und Überlappungsmöglichkeiten (Morschitzky, 2009, S. 25-26).

### *3. Lebenszufriedenheit*

Die Lebenszufriedenheit stellt einen klaren und uneingeschränkten Ausdruck des eigenen Lebens, näher abgebildet des eigenen Wohlbefindens dar. Sie ist somit ein interindividuelles Konstrukt, welches durch unterschiedliche, zeitlich relativ stabile Kontinuen, Faktoren determiniert ist. Die existenzielle Relevanz der Lebenszufriedenheit wird deutlich, wenn derer unterschiedlichen Felder dargestellt werden (Pavot & Diener, 1993, S. 101-117). So wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Allgemeinen mehrdimensional verstanden. Es kann dies als ein inhärentes Konstrukt aus körperlichen, emotionalen, mentalen, sozialen, aber auch spirituellen und verhaltensbezogenen Komponenten verstanden werden. Gemeinsam sollen durch das Zusammenspiel der

unterschiedlichen Bereiche das Wohlbefinden und die Funktionsfähigkeit der Menschen hochgehalten werden. Kurz gefasst vermag gesundheitsbezogene Lebensqualität den subjektiv, im Moment erlebten und wahrgenommenen Gesundheitszustand darzustellen (Schumacher et al., 2003, S. 1-6). Im Zuge der Lebensqualitätsforschung werden die Begrifflichkeiten Wohlbefinden und Lebensqualität bzw. –zufriedenheit, insofern getrennt, als dass ihre historischen Wurzeln betrachtet werden. Demnach entspringt der Terminus des Wohlbefindens aus psychologischen Konzepten und dient hauptsächlich emotionaler oder affektiver bzw. kognitiv-evaluativer Komponenten. Hingegen erforscht man den Begriff der Lebensqualität herkömmlich in den Fächern der Medizin und der Soziologie, welche in den beiden Bereichen der nach objektiven Bewertungsmaßstäben orientierten manifesten Bestimmung und einer subjektiv-subjektorientierenden Perspektive latenter Bestimmung einhergeht, geteilt. Im Zuge der jüngeren Forschung besteht das Bestreben nach dem Trend der subjektiven Bewertungsverfahren, welche die Lebensqualität jedes eigenen Individuums in sich verbessert darstellen soll, nachzugehen. So werden Begriffe wie die „quality of life“-Perspektive aus dem amerikanischen, in die europäische Forschung eingebettet. Auch dieser Entwicklung wird Rechnung getragen, in dem immer häufiger subjektive Indikatoren der Lebensqualität im Inneren, vereinheitlicht werden, um die subjektive Lebensqualität zwischen verschiedenen Personen, verglichen und dargestellt werden kann. Somit können mitunter in diesem Feld Bedingungen aufbereitet und für relevante Forschungen in unterschiedlichen Dimensionen variiert und darstellbar gemacht werden (Daig & Lehmann, 2007, S. 5-23; Schumacher et al., 2003, S. 1-8). Gerade in Bezug auf die besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Angst- und Panikstörung scheint die Lebensqualität als Faktor, durch Ihre Störung bereits einschränkenden Faktoren unterworfen zu sein. So konnte bei einer Studie ambulanter Patient\*Innen mit Angststörung (n=79) und alexithymer Symptome festgestellt werden, dass genau diese Patient\*Innen, im Vergleich zur Normalbevölkerung eine deutlich verminderte Lebensqualität aufweisen (Leenen et al., 2015). Zudem konnte im Zuge einer Meta-Analyse von 23 separaten Studien (n=2892) festgehalten werden, dass Menschen mit Angststörungen eine deutlich verminderte Lebensqualität in Form der Selbstbeurteilung wahrzunehmen in Stande sind. Dies konnte zudem in allen einzelnen Angststörungsclustern der Gesamtkategorien markierend erwähnt werden (Olatunji et al., 2007, S. 572-581).

#### *4. Psychotherapie (VT) bei Angststörungen*

Diffuse und surreal wirkende Bedrohungsgefühle, welche Situationen ernst und nahe wirken lassen, sind Hauptmerkmal der primären Emotion Angst. Der Begriff Furcht im Kontext von Angst, zielt auf das Merkmal hin, ein psychisches Erleben von realer Gefährdung, sowie Bedrohung zu spüren. Vermeidungs- und Angriffsverhalten sind zentrale Folgen dieser Realangst. Beide Verhaltensweisen sind zielorientiert und auf die auslösende Situation gerichtet. Konkrete Objekte werden mit spezifischen Affekten bearbeitet. Gegensätzlich wirkt die klassische Angst, wie sie wissenschaftlich beschrieben wird, diffus und für den Menschen wenig greifbar. Es gibt keine konkreten Auslöser und somit auch keine speziellen Handlungs-möglichkeiten. Genau dieser Aspekt ist es, welcher die Angst so elementar gefährlich wirken lässt. Der Faktor, dass es kaum Möglichkeiten gibt, zielgenau Mittel zur Bekämpfung beizutragen, lässt die Betroffenen in Angst erstarren (Zimbardo, 1995, S. 615-617). Panik ist ein Gefühl massiver körperlicher und/oder geistiger Überwältigung. Eine Panikattacke im Sinne

eines klinischen Syndroms besteht aus massiven Symptomen des eigenen Körpers. Dies wird oftmals beschrieben mit Herzrasen, Atemnot, Schwindel mit Erstickengefühlen, Flimmern in den Augen, Taubheits- oder Kribbelgefühlen. Die Betroffenen glauben häufig, sterben zu müssen, obwohl sie gesund und äußerlich nicht bedroht sind. Wie Experimente zeigen, können Angst, Furcht und Panik bereits vor der bewussten Wahrnehmung einer Gefahr und vor jeder kognitiven Bewertung einer Situation auftreten. Reaktionen auf Angst als Emotion sind nicht nur biologisch bedingt. Ängste haben sich im Laufe der Zeit als Massenphänomene entwickelt, insbesondere in sich verbundenen Gesellschaften. Angst kann ansteckend sein. Diese Ansteckung ist es, die in einer von Grund auf angstfreieren Person, durch den Kontakt mit einer anderen Person wiederum Angst verursachen kann, die bereits leichte Angstsymptome aufweist. Kommunikation und modellhaftes Lernen können viele Angstsymptome wie Ohnmachtsanfälle, Hyper-ventilation und Körper Missempfindungen erklären. Angstsymptome werden in der Regel von Personen verbreitet, die emotional eher instabil sind und momentan unter erheblichen Konflikten leiden. Psychotherapie ist das aktuell das Mittel der Wahl bei der Behandlung von Angststörungen (Morschitzky, 2009, S. 1-4). Fast alle psychischen Störungen haben auch pathologische Ängste als Anteile der Erkrankung. Aber sie können auch ohne andere psychische Erkrankungen singulär auftreten. In diesem Fall wird von Angststörungen gesprochen. Heutzutage wird der Begriff der Störung, dem Begriff Krankheit bevorzugt in der Fachsprache verwendet, da er kein bloßes biologisches Erklärungsmodell impliziert und auf einer phänomenologischen Ebene, lediglich das präsentierte Syndrom darstellt. Gerade auch die Bezeichnung Störung bietet Experten in der Behandlung ein sofortiges und gleiches Bild der Erkrankung im psychischen Kontext. Angststörungen werden als Beeinträchtigung des Lebens im Sinne von Störungen als pathologische Ängste bezeichnet, wenn die dargebotenen Symptome ohne jede gegenwärtige Bedrohung sich zeigen, das neutrale Empfinden lange, sowie nach Entfernung einer möglichen realen Bedrohung weiter andauert, sich unangemessen stark und häufig zeigt, aber auch mit unangenehmen empfundenen physiologischen Symptomen einhergeht. Auch wird die Bedrohung mit einem subjektiv erlebten Verlust des eigenen Kontroll-empfindens, sowie über Präsentation und Dauer sich nicht einwirken lässt und mit entscheidend starken Erwartungsängsten verbunden sind, verstanden dargestellt (Reinecker, 1993, S. 4-10). Das Ausmaß der Lebenseinschränkungen ist das entscheidende Kriterium für eine mögliche Behandlungsbedürftigkeit bei Ängsten. Man kann mit verschiedenen Ängsten gut umgehen, ohne dass dies den Bewegungsspielraum sowohl privat als auch beruflich beeinträchtigt. Bei Angststörungen ist dies jedoch nicht mehr möglich. Sie werden in mehreren Schritten diagnostiziert. Zum einen muss es eine Unterscheidung zwischen normaler und pathologischer Angst geben. Es müssen körperlich-organische Ursachen, sowie andere psychische Erkrankungen ausgeschlossen werden (Deister, 1995, S. 40-44).

Die Verhaltenstherapie im speziellen, welche im Zug dieser Studie eingesetzt und als therapeutische Intervention sowohl in der Kontroll- als auch in der Versuchsgruppe durchgeführt wurde, stellt seit ihrem begrifflichen Anbeginn aus dem Jahr 1953, einer mitunter von Burrhus Frederic Skinner (1904-1990) entwickelten Richtung, bedeutsame Psychotherapieentwicklung dar. Im Mittelpunkt der frühen Verhaltenstherapie stand vielmals das Beobachtbare und Überprüfbares im Verhalten der Menschen. Bewusstsein und Seele wurden in den frühen Strömungen ausgeschlossen behandelt. Es seien vielmals die Lernvorgänge, welche die Entwicklung der Mensch und deren Verhaltensänderungen prägen, so die frühe Phase der Verhaltenstherapie. Man erkannte jedoch bald, dass dies nicht der einzige wahre

Weg war um Veränderungen herbeiführen zu können. So wurden Techniken wie das operante Konditionieren erforscht. Die kognitive Wende, welche in der zweiten Hälfte der 1970er Jahre vollzogen wurde, berücksichtigte zudem nun die Gedanken und deren dysfunktionale Denkmuster. In den 1990er Jahren folgte mit dem Selbstmanagement Ansatz eine erneute methodologische Strömung in der Verhaltenstherapie und machte die Verhaltenstherapie vielmehr zu dem was sie für die Patient\*Innen so handlungsfähig, selbstorganisiert und nachvollziehbar macht. Die Tendenz zur Offenheit und Integrierbarkeit legte der Verhaltenstherapie die Entwicklung einer dritten Welle nahe. Insofern wurden Ansätze der Wissenschaft, Psychotherapieforschung zur Veranschaulichung und Nachvollziehbar-machung der Psychotherapie, als Wissenschaft integriert. Die dritte Welle der Verhaltenstherapie besteht zu dem aus methodologischen Ansätzen der neuen Generation der letzten 20 Jahre in assimilierender Haltung. So zählen die dialektisch-behaviorale Therapie, der Akzeptanz- und Commitment Ansatz, aber auch die Schematherapie, wie auch die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie zu den neuesten integrierten Therapieprogrammen der Verhaltenstherapie (Morschitzky, 2007, S. 223-228; Kahl et al., 2011, S. 330-339). Die Verhaltenstherapie hat zur Behandlung von Angststörungen unterschiedliche therapeutische Ansätze generiert. So liegt das therapeutische Grundprinzip im Selbstmanagement Ansatz und der Berücksichtigung allgemeiner therapeutischer Beziehungsgestaltung. Zudem werden je Störungsbild unterschiedliche Behandlungsansätze gewählt. Beispielsweise kann die Verhaltenstherapie bei Agoraphobie auf Techniken der systematischen Desensibilisierung oder einem breiten Pool an Konfrontationstherapiemöglichkeiten zurückgreifen. Wiederrum werden bei anderen Störungsbilder wie der Panikstörung vielmehr auf psychoedukative Wirkfaktoren zur Vermittlung einer Erklärung dargeboten um Konfrontationsprinzipien und imaginative Auseinandersetzungen mit kognitiven Techniken Problemlösungskompetenzen herbeiführen zu können. Gerade bei der generalisierten Angststörung scheint es zudem wirksam den Faktor der eigenen Awareness in Form von Wahrnehmungsübungen zu steigern. Entspannungstechniken, Einbeziehung kognitiver Modelle und intensive Konfrontationsmöglichkeiten stehen hierzu bereit (Morschitzky, 1998, S. 303-335).

## *5. Massagetherapie bei Angststörungen*

Die Einbettung der Massage zur Behandlung von Pathologien ist angesichts ihrer langen Geschichte und der großen Diversität ein spannendes Feld vieler Therapeut\*Innen. Durch zahlreiche Studien konnten die Wirkprinzipien der Massage im Feld der Schmerzbehandlung und Prävention singular belegt werden. Die Wirkprinzipien der Massage sind engmaschig mit der Körperinteraktion verflochten. So stehen mechanische, biomechanische, reflektorische, immunmodulierende und auch psychogene Effekte im Fokus der Behandlungswirkfaktoren (Kolster, 2016, S. 2-4). Gerade im Feld der psychogenen Wirkungsfelder wurde anhand Studien festgehalten, dass die Massage die Blutzirkulation in Hirnarealen, welche unter anderem für Depression und Stressregulation verantwortlichen sind, gesteigert werden kann (Field, 2014, S. 224-229). Dies wiederum zeigt, dass Massage als Therapieform, eine mögliche Begleittherapie bei Menschen mit psychischen Erkrankungen mit Angst- und Stresssymptomatik positiv eingesetzt werden kann (Kim & Buschmann, 1999, S. 235-243; Moller, 1994, S. 16-19). Ein weiterer Effekt in Bezug auf die psychosomatische bzw. neurogen-psychologische Wirkung von Massagen konnte durch die erhöhte Ausschüttung des körpereigenen Hormons Oxytocin

während und nach der Massage festgestellt werden. Gerade bei depressiven Menschen kann ein erhöhter Wert von Kortisol im Blut gemessen werden, welcher durch Interventionen wie eben Massagen, aufgrund der aktivierenden und stimmungsaufhellenden Wirkung, sowie durch Ausschüttung von Serotonin und Dopamin, aber auch durch die Berührung erhöhte Ausschüttungswerte von Oxytocin, nachweislich gesenkt werden kann (Morhenn et al., 2012, S. 11-18; Rapaport et al., 2012, S. 789-797). Zudem führte bereits eine 15-minütige Massage, durch die körperliche Intervention der Therapeut\*Innen, zu erhöhter Aufmerksamkeit, bei gleichsam verminderter Alpha- und Beta-Aktivität, im Vergleich zu Proband\*Innen, welche lediglich die ausruhende Funktion eines Massagestuhl als maschinelle Wirkung angeboten bekommen haben. Dies zeigt abermals den Stellenwert der manualen, durch den Menschen herbeigeführten Therapie (Field et al., 1996, S. 197-205).

## *6. Vorstellung des methodischen Vorgangs*

Der methodische Zugang der Forschung wurde für beide Erhebungs- sowie Auswertungsprozesse die quantitative Methodologie eingesetzt, um die Ergebnisse bestmöglich forschersich zu unterstützen bzw. zu präsentieren. Die Begründung für diese Art der Methodenwahl im Zuge der Forschungsarbeit liegt zum einem an den vorhandenen, evaluierten und standardisierten Erhebungsverfahren in Bezug auf die Mechanismen der Lebenszufriedenheit und des subjektiven Wohlbefindens bzw. der Angst als psychopathologischem Marker. Auch deswegen, dass mögliche daraus resultierende Vergleichbarkeiten mit anderen Studien darstellbar zu gestalten und der Möglichkeit Anschlussstudien daraus resultierend einleiten zu können, wurde diese Vorgehensweise gewählt. Im Speziellen zeigt sich hier die statistische Datenanalyse als die Methode der Wahl, zur Untersuchung möglicher Interdependenzen und Zusammenhänge von Lebenszufriedenheit und Ängsten, bei Einsatz von additiver Massage zur Psychotherapie bei Menschen mit Panikstörung. Somit wurde für diese Forschungsarbeit zur Evaluierung der Lebenszufriedenheit, der Fragebogen des WHOQOL-BREF erwählt. In Bezug auf die Einschätzung der Angstsymptome und Angststörungsintensität wurde das Verfahren des Beck Angst-Inventar eingesetzt. Beide Versionen wurden in einer Paper-Pencil-Ausführung durchgeführt. Im Zuge der Datenerhebung wurden innerhalb der psychotherapeutischen Praxis Patient\*Innen mit Panikstörung kontaktiert und anhand der Darstellung des Forschungsvorhaben, über die Dissertation informiert. Bei Zusage und somit Einverständnis durch die Proband\*innen wurde die Abwicklung des Erhebungsverlaufs eingeläutet. Zu Beginn der Forschung wurden Soziodemographische Merkmale der Proband\*Innen, anhand der beiden Fragebögen erhoben und das Forschungsvorhaben weiterführend genau expliziert. Zudem wurden die Datenerhebungszeitpunkte und der Aufwand der Ausführung der Testverfahren mitgeteilt. Die Struktur der angewandten Testverfahren, gerade der Auswahl des Testzeitpunkts des WHOQOL als erster Testerfassung und später der Erfassung des BAI, fußt auf den Erkenntnissen des argumentativen Ansatzes, das subjektive Wohlbefinden der Selbsteinschätzung, so gut wie nur möglich isoliert von eventuellen Einwirkungen vorhergehenden Befragungen und Werten zu erheben. Zudem ist anzumerken, dass der Beginn mit soziodemographischen Merkmalen bei Fragebögen als angenehmer Einstieg für Proband\*innen zu werten ist, sowie eine motivierende und bereits firme Erhebungssituation Anklang findet (Brähler et al., 2007, S. 83-96). Zudem wurde die Möglichkeit der

Einteilung in zwei Gruppen konstatiert, welche randomisiert im Zufallsprinzip, Zuteilung fanden. Eine Gruppe wurde zusätzlich zur derzeit „state of the art“-Therapie, der kognitiven Verhaltenstherapie, weiterhin behandelt (Kontrollgruppe). Bei der zweiten Kohorte wurde zusätzlich zur bereits explizierten Therapieform, der kognitiven Verhaltenstherapie, mit der Heilbehandlung der Heilmassage, begonnen. Die Struktur der Durchführung beider Fragebögen zu beiden Zeitpunkten charakterisierte sich im Rahmen eines leitfadengestützten Interviews, um auf die Ressourcen der Proband\*Innen bestmöglich eingehen und kontextuelle Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Fragen abklären zu können. Die Erhebungen wurden zu Zeitpunktsintervallen durchgeführt. Die erste Erhebung der beiden Fragebögen WHOQOL und BAI fanden an den Tagen zwischen 1. und 4. Februar 2021 statt. Die zweite Evaluierung wurde zwischen dem 3. und 6. Mai 2021, also in etwa 3 Monate später, abgenommen. Die Therapien wurden regelmäßig im Abstand von je 2 Wochen bei allen Patient\*Innen gleich, in beiden Bereichen Psychotherapie und Massagetherapie durchgeführt. Im Zuge der statistischen Datenanalyse erhobenen Daten wurden stets ein Hauptaugenmerk auf die deskriptiven und inferenzstatistischen Auswertungsverfahren gelegt. Dies war notwendig um die detaillierte Beschreibung der Stichprobe zu initiieren, beziehungsweise eine Verteilungsstrukturencharakterisierung bei der Beantwortung der Messinstrumente generieren zu können. Zudem konnten andererseits somit inferenzstatistisch, die aufgestellten Hypothesen hinsichtlich der Pre-Post-Vergleichsstudien-Forschungsarbeit bestmöglich abgebildet werden.

## *7. Stichprobenbeschreibung*

Die Stichprobe der vorliegenden Arbeit setzt sich aus 64 Patient\*Innen (N= 64) der verhaltenstherapeutisch orientierten psychotherapeutischen Praxis zusammen. Es wurden bei allen Proband\*Innen selbe Erhebungsinstrumente durchgeführt. Bezüglich der Verteilung der Geschlechter konnte die Gesamtstichprobe aus 50,00% weiblichen (n=32) und 50,00% männlichen (n=32) konstatiert werden. Das durchschnittliche Alter der gesamten Stichprobe der Forschungsarbeit positionierte sich bei 32.60 Jahren (SD=11.42), wobei die jüngste Person 19 Jahre und die älteste Person 71 Jahre angab. Hinsichtlich der Altersgruppen befinden sich insgesamt 28,10% (n=18) im Bereich von 18-25 Jahren und 56,30% (n=36) im Bereich von 26-40 Jahren. Im Rahmen der Familienstandskategorie konnte eine ausgewogene Stichprobe mit 34,4% (n=22) alleine lebend und je 32,8% (n=21) mit verheiratet oder in Partnerschaft lebend dokumentiert werden. Im Bereich der Schulabschlusskategorien konnte eine Verteilung mit 35,9% (n=23) ohne Maturabschluss, beziehungsweise 31,3% (n=20) mit Maturaabschluss und 32,8% (n=21) mit mindestens universitärem Abschluss festgehalten werden. Zudem wurden Versuchs- und Kontrollgruppen mit jeweils 50,00% (n=32) konstatiert. In Bezug auf die soziodemographischen Merkmale zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe konnte sind jeweils 50,00% (n=16) männliche und weibliche Teilnehmer aufgezeichnet worden. Im Bereich der Altersgruppen konnte ein differentes Bild aufgezeichnet werden. Im Sektor der 26-40 jährigen wird in beiden Gruppen die höchste Prozentzahl beschrieben. In der Versuchsgruppe wurden 59,40% (n=19) und in der Kontrollgruppe lediglich 53,10% (n=17) gezählt. Im Bereich der 18-25 jährigen ist ein größerer Unterschied statiert worden. So konnten in der Versuchsgruppe 25,00% (n=8) und in der Kontrollgruppe 31,30 % (n=10) aufgezeichnet werden. Somit konnte in der Versuchsgruppe ein durchschnittliches Alter von 33.84 (SD=13.22), wobei Altersangaben

zwischen 19 und 71 getätigt wurden, in der Kontrollgruppe von 31.34 (SD=9.33) mit minimalen 22 und maximalen 58 Jahren, festgehalten werden. In Bezug auf den Familienstand zwischen den beiden Gruppen kann dokumentiert werden, dass in der Versuchsgruppe 62,50% (n=20) und in der Kontrollgruppe 68,70% (n=22) verheiratet oder in Partnerschaft leben. In Bezug auf den Schulabschluss kann festgehalten werden, dass in der Versuchsgruppe rund 59,40% (n=19) und in der Kontrollgruppe 68,70% (n=22) Proband\*Innen Abschlüsse auf mindestens Maturaniveau angaben. In Bezug auf die statistischen Parameter des Fragebogens BAI der Versuchsgruppe konnte zum 1. Zeitpunkt ein Mittelwert von 43.72 (SD=6.60) und zum Zeitpunkt der 2. Messung von 27.50 (SD=4.46) konstatiert werden. Mittelwerte der Kontrollgruppe des BAI zum 1. Zeitpunkt mit 37.34 (SD=5.46) und 30.63 (SD=4.05) zum 2. Zeitpunkt konnten festgehalten werden. Zur deskriptiven Beschreibung der Sektorwerte der WHOQOL-BREF Fragebögen sei markierend zu erwähnen, dass die Mittelwerte im Bereich psychische Lebensqualität (kurz „psychisch“) der Versuchsgruppe zum 1. Zeitpunkt mit 39.84 (SD=16.99) und 65.49 (SD=10.54) zum 2. Zeitpunkt beschrieben werden konnten. Im Falle der Kontrollgruppe wurde der Mittelwert zum 1. Zeitpunkt der Messung mit 41.79 (SD=18.34) und zum 2. Zeitpunkt mit 50.00 (SD=13.76) aufgezeichnet. In Bezug auf die Limitationen der Stichprobe wird im Kapitel Diskussion detailliert eingegangen und eine Erwähnung hierbei hätte lediglich einen wiederholenden Charakter, auf den hiermit verzichtet wird.

Stichprobe	Versuchsgruppe		Kontrollgruppe		Gesamtstichprobe	
	n	%	n	%	n	%
<b>Geschlecht</b>						
Männlich	16	50,00	16	50,00	32	50,00
Weiblich	16	50,00	16	50,00	32	50,00
<b>Familienstand</b>						
Allein	12	37,50	10	31,30	22	34,40
Verheiratet	12	37,50	9	28,10	21	32,80
mit Partner lebend	8	25,00	13	40,60	21	32,80
<b>Schulabschluss</b>						
ohne Matura	13	40,60	10	31,30	23	35,90
mindestens Matura	11	34,40	9	28,10	20	31,30
mindestens Uni	8	25,00	13	40,60	21	32,80
<b>Altersgruppen</b>						
18-25	8	25,00	10	31,30	18	28,10
26-40	19	59,40	17	53,10	36	56,30
41-60	2	6,30	5	15,60	7	10,90
über 61	3	9,40	0	0,00	3	4,70

Tab. 1: Überblick der soziodemographischen Daten

## 8. Ergebnisse der Studie

Inferenzstatistisch konnte anhand dieser Studie gezeigt werden, dass die Kontrollgruppe sich in den Skalen BAI, physisches, psychisches und globales Wohlbefinden nach der Intervention signifikant verbessern konnte. In den Skalen des sozialen Wohlbefindens und dem Wohlbefinden der Umwelt konnte jedoch keine signifikante Verbesserung gefunden werden. Im Gegensatz dazu zeigt die Versuchsgruppe in allen Skalen, BAI, physisches, psychisches, soziales, globales Wohlbefinden, sowie Wohlbefinden mit der Umwelt signifikante Verbesserungen nach der Intervention. Dies kann so interpretiert werden, dass die zusätzliche Behandlung durch die Massage eine verbesserte, verstärkende Wirksamkeit auf das soziale und umweltbezogene Wohlbefinden der Patient\*Innen haben kann, welches durch alleinige psychotherapeutische Maßnahme nicht gezeigt werden konnte. Schlussendlich zeigten sich auch signifikante Unterschiede hinsichtlich der Veränderungsintensität vor und nach der Therapie hinsichtlich Kontroll- und Versuchsgruppe, welche durch die in der Arbeit direkt abgebildeten Hypothesenpaartestungen dargestellt werden konnten. Somit zeigen die Testungen in klar markierende Ergebnisse, sowohl inferenzstatistisch im Veränderungssegment, als auch korrelationsstatistisch zwischen den Sektoren der Fragebögen. Dabei zeigte die Versuchsgruppe in allen Skalen stärkere Verbesserungswerte als die Kontrollgruppe. Dies kann direkt auf die zusätzliche Massage zurückgeführt werden, welche verstärkend auf die psychotherapeutischen Effekte einwirken (siehe Veränderungsdifferenz der Versuchsgruppe liegt bei 16.22, während die Kontrollgruppe bei 6.72 in der BAI Skala liegt -> mehr als doppelte Differenz).

Inferenzstatistisch konnte gezeigt werden, dass die Kontrollgruppe sich in den Skalen BAI ( $t(31) = 10.76$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.82$ ), physisches ( $Z = -2.79$ ,  $p < .001$ ,  $r = -0.49$ ), psychisches ( $Z = -4.02$ ,  $p < .001$ ,  $r = -0.71$ ) und globales Wohlbefinden ( $Z = -4.87$ ,  $p < .001$ ,  $r = -0.86$ ) nach der Intervention signifikant verbessern konnte. In den Skalen des sozialen Wohlbefindens ( $Z = -1.68$ ,  $p = .09$ ) und dem Wohlbefinden der Umwelt ( $Z = -1.53$ ,  $p = .13$ ) konnte jedoch keine signifikante Verbesserung gefunden werden.

Im Gegensatz dazu zeigt die Versuchsgruppe allen Skalen, BAI ( $t(31) = 17.36$ ,  $p < .001$ ,  $d = 2.93$ ), physisches ( $Z = -4.55$ ,  $p < .001$ ,  $r = -0.80$ ), psychisches ( $t(31) = -13.00$ ,  $p < .001$ ,  $d = 3.08$ ), soziales ( $Z = -4.30$ ,  $p < .001$ ,  $r = -0.76$ ), globales Wohlbefinden ( $Z = -4.87$ ,  $p < .001$ ,  $r = -0.86$ ) sowie Wohlbefinden mit der Umwelt ( $Z = -4.43$ ,  $p < .001$ ,  $r = -0.78$ ) signifikante Verbesserungen nach der Intervention. Dies kann so interpretiert werden, dass die zusätzliche Behandlung durch die Massage eine zusätzliche verstärkende Wirksamkeit auf das soziale und umweltbezogene Wohlbefinden der KlientInnen haben kann, welches durch alleinige psychotherapeutische Maßnahme nicht gezeigt werden konnte.

## 9. Schlussfolgerung

Schlussfolgernd muss in Bezug auf die Studie angemerkt werden, dass die Interaktionsfähigkeit und somit die Unterstützung bei der Verbesserung der klinischen Symptomatik, sowohl der Angst als auch der einzelnen Faktoren der Lebensqualität der Proband\*Innen, bei Menschen mit Angst- bzw. Panikstörung gegeben war. Die Entwicklung auf alle Skalenwerte der in den Testverfahren abgefragten Bereichen war signifikant. Somit kann festgehalten werden, dass innerhalb der Stichprobe signifikante

Veränderungen bei Menschen mit Panikstörung durch den Zusatz von Massagetherapie zur bereits implementierten Psychotherapie stattgefunden haben. Dies folgt zu einem möglichen Ausblick und einer weiteren daraus resultierenden Hypothesenmöglichkeit, dass dies auch außerhalb der Stichprobe (n=64) bei Menschen mit Angststörungen im größeren Feld, inner- und außerhalb psychotherapeutischer Praxen, auch im regional größeren Spektrum der europäischen Union, ähnliche Wirkung zeigen kann. Trotz der beschriebenen methodischen Schwierigkeiten und Limitationen kann diese Studie als erfolgreich betrachtet werden. So kann die Intervention von Massagetherapien – also die Körperbezogenheit – als adjuvante Therapieform zur bereits implementierten verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie, welche neben der medikamentösen Behandlung, bei Menschen mit Angststörungen, als „state of the Art“ gilt, somit durchaus in Betracht der Behandler gezogen werden, um die Symptome der Angst- und Panikstörung signifikant zu dezimieren und in allen Bereichen der Lebensqualität deutliche Verbesserung des eigenen Empfindens, im Lauf von 3 Monaten bereits herbeizuführen. Zudem können neue psychoneuroimmunologische Erkenntnisgewinne als weiterführenden Studienbestandteil in Zukunft bereitstellen. So kann beispielsweise unter Ergänzung des Forschungsteam durch Medizinforscher\*Innen und Labordiagnostik auch ein psychoneuroimmunologischer Wirkfaktor aus der weiterführenden Arbeit generiert werden, welcher sowohl gesundheitswissenschaftlich, als auch -politisch für Aufregung sorgen und Menschen präventiv aber auch akut unterstützen kann.

## *Literatur*

Berger, U., Strauß, B. (2019). Prävention. Vierte Säule des Gesundheitssystem. *Die Psychotherapie*, 64(1), 2–3. DOI: 10.1007/s00278-018-0331-z

Brähler, E., Mühlan, H., Albani, C., Schmidt, S. (2007). Teststatische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica*, 53(2). DOI: 10.1026/0012-1924.53.2.83

Daig, I. & Lehmann, A. (2007). Verfahren zur Messung der Lebensqualität. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 16(1-2), 5–23.

Deister, A. (1995). Diagnostik und Psychopathologie von Angsterkrankungen. In Siegfried Kasper, & Hans-Jürgen Müller (Hrsg.), *Angst und Panikerkrankungen*. Jena: Fischer.

Field, T. (2014). Massage therapy research review. *Complementary therapies in Clinical Practice*, 20(4), 224–229. DOI: 10.1016/j.ctcp.2014.07.002

- Field, T., Ironson, G., Scafidi, F., Nawrocki, T., Goncalves, A., Burgman, I. Pickens, J., Fox, N., Schanberg, S., Kuhn, C. (1996). Massage therapy reduces anxiety and enhances EEG pattern of alertness and math computations. *International Journal of Neuroscience*. 86(3-4), 179–205. DOI: 10.3109/00207459608986710
- Häfner, S. (2005). Psychotherapie und Massage als Zugangswege zum Patienten bei Georg Groddeck. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 15(1), 39–43. DOI: 10.1055/s-2004-828498
- Kahl, K-G., Winter, L., Schweiger, U., Sipos, V. (2011). Die Dritte Welle der Verhaltenstherapie. Eine Übersicht über die Methoden und ihre Evidenzbasierung. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, 79(6), 330–339. DOI: 10.1055/s-0029-1245963
- Kim, E-J., Buschmann, M-T. (1999). The effect of expressive physical touch on patients with dementia. In: *International Journal of Nursing Studies*, 36(3), 235–243. DOI: 10.1016./s0020-7489(99)00019-x
- Kolster, B-C. (2016). *Massage. Klassische Massage, Querfriktionen, Funktionsmassage, Faszienbehandlung*. 4. Auflage. Berlin: Springer.
- Leenen, K., Rufer, M., Moergeli, H., Grabe, H-J., Jenewein, J., Nunez, D-G., Majohr, K-L., Drabe, N. (2015). *Alexithyme Patientenmerkmale und Lebensqualität. Eine Querschnittsstudie an 79 ambulanten Patienten mit Angststörungen*. Göttingen: Hogrefe. DOI: 10.1024/1661-4747/a000136.
- Marks, I. (1993). *Ängste. Verstehen und bewältigen*. Berlin: Springer.
- Metzinger, T. (2007). *Grundkurs Philosophie des Geistes. Band 2: Das Leib-Seele-Problem*. Paderborn: Mentis.
- Moller, J-U. (1994). Psychological aspects of massage. Basic considerations and advanced concepts for physical therapists. *Lymphologie*, 18(1), 16–19.
- Morhenn, V., Beavin, L-E., Zak, P-J. (2012). Massage increases oxytocin and reduces adrenocorticotrophin hormone in humans. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 18(6), 11–18.
- Morschitzky, H. (1998). *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Theorie, Selbsthilfe bei krankhafter Angst*. Wien: Springer.
- Morschitzky, H. (2009). *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Theorie, Selbsthilfe*. Wien: Springer.
- Morschitzky, H. (2007). *Psychotherapie Ratgeber. Ein Wegweiser zur seelischen Gesundheit*. Wien: Springer.
- Nowotny, M., Kern, D., Breyer, E., Bengough, T., Griebler, R. (Hg.). (2019). *Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Olatunji, B-O., Cisler, J-M., Tolin, F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572–581. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.01.015
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164–172. DOI: 10.1037/1040-3590.5.2.164

Rapaport, M-H, Schettler, P-J., Bresee, C. (2012). A preliminary study of the effects of repeated massage on hypothalamic-pituitary-adrenal and immune function in healthy individuals: a study of mechanisms of action and dosage. *Journal of Alternative Complementary Medicine*, 18(8), 789–797.

Reinecker, H. (1993). *Phobien. Agoraphobien, soziale und spezifische Ängste*. Göttingen: Hogrefe.

Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.) (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.

Sher, L. (2020). COVID-19, anxiety, sleep disturbances and suicide. *Sleep Medicine*, Jun(70), 124. DOI: 10.1016/j.sleep.2020.04.019

Zimbardo, P.G. (1995). *Psychologie*. Berlin: Springer.

### *Angaben zu den Autoren*

MMag. Dr. Gregor Studlar BA

Adresse: Domgasse 14, 4020 Linz

Tel.: +43 (0) 660 9423123

E-Mail: praxis@letstalk.co.at

**Gregor Studlar** (1982) studierte nach seinem Studium der Wirtschaftswissenschaften und diversen Stationen in der Wirtschaft, Psychotherapiewissenschaften an der Sigmund Freud Universität in Linz und Wien. Nach seinem Magisterstudium der PTW dissertierte er in Gesundheitswissenschaften (Public Health) und Psychotherapiewissenschaften. Den Zusammenhang von Angststörungen und deren auslösenden bzw. zusammenhängen Faktoren mit diversen Persönlichkeitsansätzen und Selbstwertachsen sind sein spezialisiertes Forschungsfeld. Aktuell ist er in seiner Praxis in Linz und an der SFU im Ausbildungsbereich der Verhaltenstherapie tätig.

Thomas Vlasak, PhD

Adresse: Freudplatz 1, 1020 Wien; Adalbert-Stifter-Platz 2, 4020 Linz

Tel.: +43 (1) 798 40 98

E-Mail: thomas.vlasak@sfu.ac.at

**Thomas Vlasak** hat sein Studium als auch seinen PhD an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien und Linz absolviert. Seine derzeitigen Schwerpunkte sieht er in der klinischen Psychologie, quantitativen Methodik als auch der Umweltpsychologie.