

**Forschungsbericht
an das
Studiendekanat der Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln**

**Gruppentherapeutisches Angebot für
hoch prüfungsängstliche Studierende der
Human- und Zahnmedizin**

Untersuchung zur Akzeptanz und Wirksamkeit eines präventiven Hilfsangebotes

Ann Schaefer, Christian Albus, Gabriele Pfitzer

August 2009

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie und Institut für Vegetative
Physiologie der Universität zu Köln

Beteiligte Personen

Dr. phil. Dipl.-Psych. Ann Schaefer
Kaesenstraße 21
50677 Köln
Tel.: 0221-3100427, Fax.: 0221-3100431
info@annschaefer.de

PD Dr. med. Christian Albus
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Kerpener Str. 61
50931 Köln
Tel.: 0221-478-5911
christian.albus@uk-koeln.de

Prof. Dr. med. Gabriele Pfitzer
Institut für Vegetative Physiologie
Robert-Koch-Straße 39
50931 Köln
Tel.: 0221-478-6950
gabriele.pfitzer@uk-koeln.de

DANKSAGUNG

An erster Stelle möchten wir uns bei den Studierenden der Medizinischen Fakultät zu Köln für ihre Bereitschaft zur Mitarbeit bei dieser Studie bedanken.

Für die Unterstützung bei der Durchführung Gruppengespräche und der Aufbereitung und Auswertung der Forschungsergebnisse möchten wir uns besonders bedanken bei:

- Herrn Prof. Dr. med. Joachim Klosterkötter und Frau Dipl.-Psych. Ulla Beck für die großzügige Überlassung des Gruppenraumes 3 in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Kerpener Str. 62, 50924 Köln,
- Herrn Dr. phil. Dipl.-Psych. Oliver Kirchhof (Beethovenstraße 4, 50674 Köln) für die Mitwirkung an den Gruppengesprächen in der Funktion des Kotherapeuten und die Mitarbeit an den qualitativen Ratings zum seelischen Befinden der Gruppenteilnehmer und
- Herrn Dr. paed. Soz. MA Jan Hardt (Hochwinkel 18, 51069 Köln) für die Mitarbeit an der Erstellung der Eingabemaske in SPSS und der Durchführung der statistischen Berechnungen des Forschungsberichtes.

Dem Studiendekanat der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln gilt unser Dank für die großzügige Gewährung von Personalmitteln, die die Durchführung der Gruppen, die Datenerhebung und die statistische Auswertung und Aufbereitung der Daten ermöglichte.

INHALT

1	EINLEITUNG UND THEORETISCHER TEIL	1
1.1	Aufgabenstellung	1
1.2	Ziele, Fragestellungen und Hypothesen	1
1.3	Das Gruppenkonzept	2
2	METHODIK	4
2.1	Studiendesign	4
2.2	Verwendete Messinstrumente	5
2.2.1	Soziodemographische Daten	5
2.2.2	Ausmaß und Beginn der Prüfungsängstlichkeit	5
2.2.3	Vorliegen klinisch relevanter psychischer Störungen	6
2.2.4	Vorliegen psychischer Symptome	6
2.2.5	Somatische Befindlichkeit und Suchtstoff-/Medikamentenkonsum	8
2.2.6	Bisheriger Studienverlauf und studienbezogene Leistungen	8
2.2.7	Vorerfahrungen mit professioneller Hilfe und individuelle Ziele	8
2.2.8	Effekte und Bewertung der Gruppenarbeit	8
2.2.9	Verschiedene Persönlichkeitsmerkmale	9
2.2.10	Versuchsplan	9
2.3	Durchführung der Studie	11
2.4	Statistische Auswertung	13
3	ERGEBNISSE	15
3.1	Beschreibung der Stichprobe	15
3.1.1	Soziodemographische Daten	15
3.1.2	Beginn und Gründe für Prüfungsangst	16
3.1.3	Schulische Leistungen und bisherigen Studienverlauf	16
3.1.4	Somatische Befindlichkeit und Suchtstoff-/Medikamentenkonsum	17
3.1.5	Vorerfahrungen mit professioneller Hilfe	18
3.2	Veränderung über die drei Messzeitpunkte	18
3.2.1	Prüfungsangst	18
3.2.2	Klinisch relevante psychische Störungen	19
3.2.3	Vorliegen psychischer Symptome	21
3.2.4	Weiterer Studienverlauf und studienbezogene Leistungen	24
3.2.5	Individuelle Ziele der Gruppenteilnehmer	26
3.2.6	Effekte und Bewertung der Gruppenarbeit	27
3.2.7	Persönlichkeitsmerkmale	31
3.2.8	Andere wichtige Parameter	31
4	DISKUSSION	33

4.1	Diskussion der Befunde	33
4.1.1	Resonanz und Teilnahmemotivation	33
4.1.2	Effekte des Gruppenangebotes	35
4.1.3	Bewertung des Gruppenangebotes seitens der Teilnehmer	39
4.1.4	Wirkspktrum des Gruppenangebotes	41
4.2	Vorschläge für zukünftige Gruppenangebote	42
5	ZUSAMMENFASSUNG	44
6	LITERATUR	47
7	ANHANG	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.

1 EINLEITUNG UND THEORETISCHER TEIL

1.1 Aufgabenstellung

Schätzungsweise 10% aller Studierenden leiden unter klinisch relevanter Prüfungsängstlichkeit, die mit Beeinträchtigungen kognitiver Funktionen in Prüfungssituationen verbunden ist und zu Leistungsversagen führen kann (Strian, 1995). Neuere Forschungsergebnisse zur Sozialen Phobie (Stangier & Fydrich, 2002; Stangier et al., 2003) legen nahe, dass ein symptomzentriertes gruppentherapeutisches Interventionsmodul die phobische Symptomatik bedeutsam zu lindern vermag. Dies müsste auch positive Effekte auf die angstbedingte Leistungseinschränkung haben. Im Zuge eigener Vorarbeiten führten wir bei 945 Studierenden der Medizin eine Screening-Befragung durch (1.268 verteilte Fragebögen, Rücklauf: 75%), von denen 115 entweder hoch oder niedrig prüfungsängstlich waren. Die hoch Prüfungsängstlichen erwiesen sich als deutlich stärker psychopathologisch beeinträchtigt (soziale und isolierte Ängste, anderweitige psychische Störungen). Zudem wichen sie signifikant häufiger von der Regelstudienzeit ab und stellten prozentual mehr Langzeitstudierende, obwohl sich die ökonomische Situation der beiden Gruppen nicht unterschied. Dies spricht dafür, dass klinisch relevante Prüfungsängstlichkeit bedeutsam zu einer Verlängerung der Studienzeit beiträgt. Bestehende psychotherapeutische Angebote von niedergelassenen Psychotherapeuten und Institutionen (Schaefer et al., 2007) wurden nur wenig in Anspruch genommen, v.a. wegen der Scheu, einen Psychotherapeuten aufzusuchen, aber auch weil die Hilfsangebote als ineffizient erlebt wurden.

1.2 Ziele, Fragestellungen und Hypothesen

Im Rahmen der Studie soll überprüft werden, ob ein gezieltes gruppenpsychotherapeutisches Angebot die emotionale Befindlichkeit und das Leistungsvermögen der Teilnehmer nachhaltig positiv beeinflussen kann.

Dabei wird angenommen, dass die Studierenden infolge der Gruppenteilnahme weniger unter psychischen Beeinträchtigungen leiden und den Leistungsanforderungen ihres Studienganges besser gewachsen sind.

Auf **psychischer Ebene** wird erwartet, dass Prüfungsängstlichkeit, soziale Ängste, etwaige Depressivität und etwaige anderweitige (psycho-)somatische Beschwerden infolge der Gruppenteilnahme zurückgehen.

Auf **Leistungsebene** wird erwartet, dass die Studierenden infolge der Gruppenteilnahme mehr studienbezogene Erfolge als Misserfolge aufweisen, insgesamt weniger Prüfungen vermeiden und es ihnen gelingt, erfolgreich in den nächsten Studienabschnitt zu wechseln, indem z.B. das Physikum oder das zweite Staatsexamen bestanden wird.

Gleichfalls soll erhoben werden, wie zufrieden die Teilnehmer mit dem Gruppenangebot als Ganzes bzw. einzelnen Modulen sind und welche Studierende besonders von dem Gruppenangebot profitieren.

Vorab soll analysiert werden, wie hoch die Resonanz auf dieses Gruppenangebot überhaupt bei den Studierenden der Human- und Zahnmedizin der Medizinischen Fakultät zu Köln ist und welche Problemkonstellation Studierende dazu bringt, an einer Prüfungsangst-Gruppe teilzunehmen.

Im Rahmen des vorliegenden Forschungsberichtes wurde eine Deskription der erfassten Studierenden-Stichprobe gemäß der **explorativen Fragestellungen** vorgenommen. Zudem erfolgte eine inferenzstatistische Überprüfung der **Hypothesen** zum Effekt der Gruppe auf die psychische Befindlichkeit der Teilnehmer. Das Leistungsvermögen der Mitglieder konnte erst nach Abschluss der Gruppe differenzierter erfasst werden, so dass hier kein Vergleich mit Ausgangswerten möglich war. Aufgrund des Fehlens einer Kontrollgruppe hat die gesamte Untersuchung einen Pilot-Charakter.

1.3 Das Gruppenkonzept

Das Gruppenangebot umfasste pro Teilnehmer fünf Einzelgespräche und 12 Gruppensitzungen.

Jeweils zwei Einzelgespräche erfolgten vor Gruppenbeginn. Sie dienten der Indikationsprüfung, der Konsolidierung des Arbeitsbündnisses, der Zielfestlegung und der Vorbereitung auf die zukünftigen Gruppensitzungen (Motivation und Erläuterung der Gruppenregeln).

Die zwölf Gruppensitzungen fanden in wöchentlichem Turnus, jeweils mittwochs von 19:30 – 21:10 Uhr statt. Neben dem angeleiteten Austausch mit anderen Studierenden mit derselben Problematik umfasste das Gruppenangebot folgende Module: Lerntechniken, Entspannungsverfahren, imaginative Verfahren und kognitive Techniken zur Angstreduktion in Lernphasen, schriftlichen und mündlichen Prüfungen und Einsatz von Video-Technik zum Einüben situationsadäquater Verhaltensweisen in mündlichen Prüfungen.

Alle Gruppentreffen begannen mit einer kurzen Eröffnungsminute, in der die Teilnehmer ihre aktuelle Situation schildern und Feedback über bereits erfolgte Veränderungen geben konnten. Diese Runde diente auch dazu, das Thema der Sitzung zu benennen und diejenigen Teilnehmer herauszufinden, die gerne im Anschluss ein Thema besprechen oder eine Übung durchführen wollten. Die anderen Gruppenmitglieder hatten hierbei die Gelegenheit, spontan aufeinander zu reagieren, wobei seitens der Gruppenleiter stets auf die Realisierung von Gruppenkohäsion fördernden Interaktionsprozessen geachtet wurde. In den ersten sechs Gruppensitzungen wurden teils psychoedukativ und teils mit Übungen, in die alle Gruppenteilnehmer aktiv miteinbezogen waren, zu den Themen: Lern- und Motivationstechniken, Entspannungsverfahren und Angstmanagement-Techniken gearbeitet. Als Entspannungsverfahren lernten alle Teilnehmer einmal Progressive Muskelrelaxation und eine einfache Technik der Autosuggestion kennen. Zudem bekamen sie Infomaterial und CDs zur PMR, einer Atemübung und einer imaginativ induzierten Entspannungsübung, damit sie zu Hause das Verfahren ihrer Wahl regelmäßig üben konnten. Im Rahmen des Moduls „Lernen und Motivation“ wurden die Teilnehmer mit speziellen Arbeitstechni-

ken, wie z.B. der S-Q-3-R- Technik und der Führung eines Lernplans vertraut gemacht und ihnen zur Vertiefung ein Lektüre-Tipp gegeben (Kossak, 2006). Zur Motivationssteigerung wurde mit imaginativen Zukunftsprojektionen gearbeitet und als Möglichkeit zur Überwindung innerer Blockaden die Ressourcen-Übung des „Inneren Teams“ (Reddemann, 2001) eingeführt. Zum besseren Umgang mit Erwartungsängsten und der Reduktion von Ängsten in schriftlichen Prüfungen wurden einzelne Ressourcen-Übungen durchgeführt und einige auch nur erläutert („Sicher Ort“, „Lichtstrom“, „Video-Technik“, „Das Trauma Wegpacken“ (Fischer, 2001). Des weiteren wurden Techniken zum Umgang mit Angstanfällen (Rückwärts-Rechnen und andere Ablenkungs- und Ankerungstechniken) vermittelt und mit Mastery-Imaginationen (Konfrontation in sensu, rückwärts und vorwärts) gearbeitet. Ab der siebten Gruppensitzung wurden vermehrt Sprechängste und Leistungsängste in sozialen Kontexten thematisiert. Zum einen wurden die Teilnehmer über theoretische Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung von sozialen Ängsten informiert, und es wurde sequentiell jedem Gruppenmitglied ermöglicht, eine mündliche Prüfung mit einem anderen Gruppenteilnehmer zu simulieren. Die Rollenspiele wurden auf Video aufgezeichnet und nach einer Rückmeldungsrunde wiederholt. Bei dieser Verhaltensexposition in vivo wurde der „Prüfling“ ermutigt, Verhaltensexperimente hinsichtlich „Selbstaufmerksamkeit“ und „non-verbaler Kommunikation“ durchzuführen (nach Stangier et al., 2003), und es wurde gemeinsam überlegt, wie verbal mit emotionaler Unsicherheit und Wissenslücken gegenüber Prüfern umgegangen wird. Generell wurden auch angemessene Verhaltensweisen in mündlichen Prüfungen thematisiert. Die letzte Gruppensitzung wurde dazu benutzt, auf eventuell noch offen gebliebene Wünsche der Gruppenteilnehmer einzugehen, gemeinsam Bilanz zu ziehen und eine weitere Vernetzung der Mitglieder zu initiieren.

Parallel zur Gruppe erhielt jeder Teilnehmer eine Einzel- (50 Minuten) und eine Doppelstunde (100 Minuten), wo zum einen exemplarisch eine imaginative Technik vermittelt wurde, wie eine belastende Lern- oder Prüfungssituation durch die Aktualisierung positiver Gefühlszustände leichter angegangen werden kann (Absorptionstechnik). Zum anderen wurde unter dem Einsatz bilateraler Stimulation (EMDR) die früheste, heute noch belastende Prüfungserinnerung bearbeitet, so dass diese im Anschluss weniger oder gar nicht mehr belastend war. Waren ehemals belastende Prüfungserfahrungen schon zu Beginn der Sitzung nicht mehr belastend, wurde mit einer Zukunftsprojektion gearbeitet. In einer EMDR-Sitzung (Eye Movement Desensitization Reprocessing) wird eine belastende Erinnerung aktiviert und dabei wiederholt eine optische (Augen unter Anleitung hin und her bewegen) oder taktile (rhythmisches Berühren der Handinnenflächen mit den Fingern) Stimulation durchgeführt, wodurch der Körper in einen Entspannungszustand gerät. Die Gleichzeitigkeit des Abrufens einer negativer Erinnerung und eines vegetativ konträren Zustandes setzt einen biochemischen Verarbeitungszustand in Gang, der die zuvor inkomplett abgespeicherte Gedächtnisinformation zu einer „vergangenen“ und heute nicht mehr belastenden Erinnerung macht (Hofmann, 2006).

Die Gruppensitzungen wurden jeweils gemeinsam von Frau Dr. Schaefer und Herrn Dr. Kirchhoff geleitet. Frau Dr. Schaefer ist ausgebildete Gesprächs-, Verhaltens- und EMDR-Therapeutin, und Herr Dr. Kirchhoff ist ausgebildeter Gesprächs- Verhaltens- und Hypnotherapeut. Beide verfügten über hinreichende Erfahrungen in Gruppensettings. Die Einzelgespräche und auch die psychologischen Befragungen zu den drei Messzeitpunkten und zum Follow up (s.u. 2. ff) wurden ausnahmslos von Frau Dr. Schaefer durchgeführt.

2 METHODIK

2.1 Studiendesign

Es sollten innerhalb eines Jahres nacheinander insgesamt 2 Gruppen (à 10 Teilnehmer) durchgeführt werden. Alle Teilnehmer sollten unmittelbar vor (T1) und nach Abschluss der zwölf Gruppensitzungen (T2) und drei Monate später (T3) ausführlich hinsichtlich ihrer psychischen Befindlichkeit und ihrer Leistungsverhaltens im Studium befragt werden. Außerdem sollten alle Gruppenteilnehmer gebeten werden, sich zu einem späteren Zeitpunkt eigeninitiativ bei Frau Dr. Schaefer zu melden und über den weiteren Studienverlauf zu berichten.

Bei den Gruppenteilnehmern sollten mittels qualitativer und quantitativer Verfahren (vgl. 2.2 ff, Verwendete Messinstrumente) folgende Variablen erhoben werden:

- soziodemographische Daten
- Ausmaß und Beginn der Prüfungsängstlichkeit
- Vorliegen klinisch relevanter sozialer Ängste, spezifisch (isolierter) Ängste und/oder anderweitiger psychischer Störungen
- Vorliegen sozialphobischer, depressiver und anderweitiger psychischer Symptome
- aktuelle körperliche Befindlichkeit und Konsum von Medikamenten und Suchtstoffen
- bisheriger Studienverlauf und weitere studienbezogene Leistungen
- Vorerfahrungen mit professioneller Hilfe und individueller Ziele
- Effekte der Gruppenarbeit, Zufriedenheit und Bewertung einzelner Module
- verschiedene Persönlichkeitsmerkmale.

In die Studie eingeschlossen werden konnte jeder Studierende der Human- oder Zahnmedizin der Universität zu Köln, der unter starker Prüfungsängstlichkeit¹ litt, vorab eine regelmäßige Gruppenteilnahme garantieren konnte und sein schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie gab (s. Anhang).

Ausgeschlossen wurden Studierende, die aktuell unter einer schweren psychischen Erkrankung litten und/oder keine regelmäßige Gruppenteilnahme (vorab akzeptiert wurden maximal 2 Fehltermine) garantieren konnten. Studierende anderer Studienrichtungen und solche, die die Einwilligungserklärung nicht unterschrieben, konnten ebenfalls nicht teilnehmen.

Aufgrund der zeitlichen Begrenzung des Gruppenangebotes mussten hoch prüfungsängstliche Studierende, die neben ihrer Prüfungsangst noch unter einer oder mehreren der folgenden Störungen litten, an niedergelassene Psychotherapeuten oder entsprechende Insti-

¹ Hohe Prüfungsängstlichkeit ist von starkem Leidensdruck, ausgeprägtem Vermeidungsverhalten und/oder einer Leistungseinbuße begleitet, die das berufliche Fortkommen behindern.

tutionen weiter verwiesen werden: Manifeste Psychose, manifeste Suchterkrankung, komplexe Trauma-Störung, schwere Persönlichkeitsstörung.

In den Präventionsgruppen wurde ein ausgeglichenes Geschlechter-Verhältnis angestrebt.

Ein vorzeitiger Abbruch der Gruppenarbeit oder die Verweigerung der Teilnahme an den Einzelsitzungen stand jedem Gruppenmitglied offen, welches die gemeinsame Arbeit nicht als hilfreich erlebt hätte. Dies hätte auch nicht zu einem Gruppenausschluss geführt. Ein Gruppenmitglied wäre nur dann aktiv von den weiteren Gruppensitzungen ausgeschlossen worden, wenn es sich unkorrigierbar destruktiv bei der Gruppenarbeit verhalten hätte.

2.2 Verwendete Messinstrumente

Die interessierenden Variablen wurden entweder mittels eines (halb-)strukturierten Interviews oder über den Einsatz eines Fragebogens erfasst.

2.2.1 Soziodemographische Daten

Bei den Gruppenteilnehmern wurden folgende soziodemographischen Daten im Rahmen eines *klinischen Interviews* erhoben: Alter, Geschlecht, Familienstand, feste Partnerschaft (ja/nein), Kinder (Anzahl), Nationalität, kulturelle Zugehörigkeit, abgeschlossene Berufsausbildung (ja/nein und falls ja, welche), Beruf der Eltern (freie Angabe), Finanzierung des Studiums.

2.2.2 Ausmaß und Beginn der Prüfungsängstlichkeit

Mit dem *Fragebogen zur Messung überdauernder stressbezogener Kognitionen* (Küpper, 1997) wurde das Ausmaß der habituellen Prüfungsängstlichkeit gemessen (s. Anhang). Der Fragebogen besteht aus zwei Skalen (Besorgtheit und Zuversicht) mit sechs Items und einer Skala (Hilflosigkeit) mit drei Items, die jeweils auf einer vierstufigen Likert-Skala (Range: 1-4, 1= „trifft nicht zu“ und 4= „trifft genau zu“) zu beantworten sind. Ein gestuft wird der jeweilige Genauigkeitsgrad einer bestimmten Kognition in Prüfungssituationen. Die beiden Skalen Besorgtheit und Zuversicht sind dem Prüfungsängstlichkeitsinventar TAI-G von Hodapp (1991, 1996) entnommen. Beide Skalen sind gut balanciert und weisen bei weiblichen Studierenden leicht höhere Mittelwerte auf. Normen liegen nicht vor. Die quantitative Festlegung der Extremgruppen (hoch und niedrig prüfungsängstlich) ist im Wesentlichen an den clusteranalytisch gewonnenen Pattern von Küpper (1997) orientiert. Geringfügige Modifikationen wurden aufgrund unserer eigenen empirischen Erfahrungen mit dem Einsatz des Fragebogens bei Studierenden der Medizin im Rahmen zahlreicher Lehrveranstaltungen vorgenommen (Schaefer et al., 2001). Ein Proband wurde als „hoch prüfungsängstlich“ definiert, wenn er einen hohen Wert auf der Skala „Besorgtheit“ (B) (Frauen: ≥ 19 Punkte, Männer: ≥ 18 Punkte) und einen niedrigen Wert auf der Skala „Zuversicht“ (Z) (≤ 12 Punkte) erzielte. Als „niedrig prüfungsängstlich“ galt, wer er einen hohen Wert auf der Skala „Zuversicht“ (Frauen: ≥ 18 Punkte, Männer: ≥ 19 Punkte) und einen niedrigen Wert auf der Skala „Besorgtheit“ (≤ 12 Punkte) aufwies. Dem „Mischtyp“ wurde zugeordnet, wer in keine der beiden Kategorien fiel.

In Rahmen eines *klinischen Interviews* wurde zudem das Ausmaß der Prüfungsängstlichkeit erfasst, Informationen für die Gründe der Prüfungsangst zusammengetragen und er-

fragt, ob bereits Leistungsängste in der Schule vorlagen. Die Angaben zum Ausmaß der Prüfungsängstlichkeit (ja, subklinisch, nein) und zu den Gründen der Prüfungsangst (entfällt, Disziplinproblem, intellektuelle Schwächen in einzelnen Bereichen, übergroßer Ehrgeiz, erfolgsverwöhnt und Umstellung gelingt nicht, Überforderung; belastende Vorerfahrungen mit schulischem Versagen, belastende Erlebnisse mit universitären Prüfern, anderweitige psychische Traumatisierung) wurden im Anschluss von Frau Dr. Schaefer und Herrn Dr. Kirchhof nach einem bereits in der Voruntersuchung entwickelten Kategorienschema (s. Anhang) geratet, indem man sich auf eine gemeinsame Kategorie einigte. In gleicher Weise wurde das Ausmaß der Prüfungsängstlichkeit auf einer Likert-Skala eingeschätzt: 1 = „keine“, 2 = „leicht“, 3 = „mäßig“ und 4 = „stark“.

2.2.3 Vorliegen klinisch relevanter psychischer Störungen

Zur Erfassung des Vorliegens klinisch relevanter sozialer Ängste und spezifisch (isolierter) Ängste wurde das *Diagnostische Interview bei psychischen Störungen* (Margraf et al., 1994) verwendet. Das DIPS ist ein am ICD-10 (Dilling et al., 2008) orientiertes, strukturiertes Interview, dessen Durchführung sowie die Kodierung und Auswertung der Antworten vorgegeben ist. Retest- und die Interrater-Reliabilitäten sind für die Erfassung der Angststörungen befriedigend, gleiches gilt für die valide Unterscheidbar- und Erfassbarkeit der Diagnosegruppen (Margraf, 1994).

Die im *DIPS* erfragten Informationen zur Sozialen Phobie wurden im Anschluss von Frau Dr. Schaefer und Herrn Dr. Kirchhof nach einem bereits in der Voruntersuchung entwickelten Kategorienschema (s. Anhang) geratet, indem man sich auf eine gemeinsame Kategorie (ja, subklinisch, nur beim Sprechen vor Gruppen, nein, missing) einigte. Hinsichtlich der Spezifischen (isolierten) Phobie einigte man sie sich ebenfalls auf eine gemeinsame Kategorie (ja, subklinisch, nur Insekten oder nur Angst vorm Zahnarzt, nein, missing). In gleicher Weise wurde das Ausmaß der Sozialen und der Spezifischen (isolierten) Ängste auf einer Likert-Skala eingeschätzt: 1 = „keine“, 2 = „leicht“, 3 = „mäßig“ und 4 = „stark“.

Ob gegebenenfalls noch anderweitige psychische Störungen vorlagen und ob es im Vorfeld eine psychotische Episode gegeben hatte, wurde in freier Form im Rahmen eines *klinischen Interviews* erfragt. Gleiches galt hinsichtlich der Frage, ob in den letzten drei Monaten ein besonders belastendes oder erfreuliches Lebensereignis aufgetreten sei. Die im Interview enthaltenen Informationen zu anderweitigen psychischen Erkrankungen wurden im Anschluss von Frau Dr. Schaefer und Herrn Dr. Kirchhof nach einem bereits in der Voruntersuchung entwickelten Kategorienschema (s. Anhang) geratet, indem man sich auf eine gemeinsame Kategorie (nein, depressiv, zwanghaft, narzistisch, hysterisch, Essstörung, psychisches Trauma, V.a. Persönlichkeitsstörung, anderes, nicht einschätzbar, missing) einigte.

2.2.4 Vorliegen psychischer Symptome

Zur Erfassung sozialphobischer Symptome wurde zum einen die *Liebowitz-Skala zur Einschätzung des Schweregrades einer „Sozialen Phobie“* (Liebowitz, 1987; in dt. Übersetzung, s. Anhang) verwendet. Anhand von 24 Items wird sozialphobisches Problemverhalten erfasst. Laut Mitte et al. (2007) ist die interne Konsistenz mit $\alpha = .96$ und die Reliabilität mit $\alpha = .91$ für den Gesamtscore sehr hoch. Die Liebowitz-Skala ist behandlungssensitiv und kann sowohl zwischen Gesunden und Sozialphobikern als auch zwischen Patien-

ten mit Spezifischer und Generalisierter Sozialer Phobie trennen. Laut Mennin et al. (2002) liegt der Grenzwert für eine Spezifische Soziale Phobie bei einem Gesamtscore von 30 und höher und für die generalisierte Soziale Phobie bei 60 und höher.

Des Weiteren wurden der *Fragebogen zu sozialphobischen Kognitionen – SPK* und der *Fragebogen zu sozialphobischem Verhalten – SPV* (jeweils Stangier et al., 1996, abgedruckt in Stangier et al., 2003) (s. Anhang) eingesetzt, um einzelne Aspekte sozialphobischer Symptomatik noch genauer erfassen zu können. Beim *SPK* wurden die Anzahl und die Auftretenshäufigkeit sozialphobischer Kognitionen durch die jeweilige Bildung eines Summenscores ermittelt. Beim *SPV* wurden ebenfalls die Anzahl sozialphobischer Verhaltensweisen und deren Auftretenshäufigkeit durch die Bildung von Summenwerten ermittelt.

Zur Erfassung depressiver Symptome kam das *Beck-Depressions-Inventar BDI* (Bearbeitung der dt. Ausgabe durch Hautzinger et al., 2005) zur Anwendung. Der Fragebogen erfasst anhand von 21 Items die Intensität depressiver Symptome „in dieser Woche bis einschließlich heute“, jeweils auf einer Skala vom 0 bis 3. Es wird ein Gesamtsummerwert ermittelt, wobei Werte unter 11 Punkten als unauffällig angesehen werden. Werte zwischen 11- 17 Punkten weisen auf eine milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome hin, und ein Punktewert von 18 und darüber gilt als klinisch relevant. Dabei ist die innere Konsistenz des Fragebogens mit $\alpha = .88$ sehr zufrieden stellend und die äußere Validität hinreichend gut, da sich der BDI bei Wiederholungsmessungen im klinischen Kontext als veränderungssensitiv erwies (Hautzinger et al., 2005).

Mit dem *Brief Symptom Inventory BSI* (dt. Version von Franke, 2000), einem mehrdimensionalen Selbstbeurteilungsverfahren, kam ein Screening-Instrument zum Einsatz, das die aktuelle psychisch-symptomatische Belastung „während der vergangenen sieben Tage bis heute“ erfasst. Das *BSI* besteht aus 53 Items, die sich auf neun verschiedenen Skalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität / Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus) und eine Zusatzskala aufteilen. Die Beantwortung des Fragebogens erfolgt durch Einschätzen auf einer fünfstufigen Likert-Skala (0= „überhaupt nicht“, 1= „ein wenig“, 2= „ziemlich“, 3= „stark“ und 4= „sehr stark“). Hier wurde nur der globale Kennwert *GSI* (global severity index: (Summe aller Items/Anzahl der beantworteten Items) berechnet und anhand der Normtabelle für Studierende in T-Werte transformiert. Der *GSI* ermöglicht eine Aussage über die grundsätzliche psychische Belastung des Probanden, wobei nur T-Werte ≥ 63 als klinisch relevant interpretiert werden. Die interne Konsistenz des *GSI* liegt in verschiedenen Untersuchungen sehr hoch bei $\alpha = .92 - .96$. Die bisher vorliegenden Untersuchungen zur konvergenten und diskriminanten Validität der *SCL-90-R* lassen den Schluss zu, dass dieses Verfahren dazu in der Lage ist, die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und seelische Symptome zu messen und zudem eine Unterscheidung zwischen klinisch auffälligen und unauffälligen Personengruppen erlaubt. Referenzwerte für Gesunde wie auch für ein breites Spektrum somatischer und psychischer Erkrankungen liegen vor. Da das *BSI* die Kurzversion der *SCL-90-R* ist und eine sehr hohe Äquivalenz zwischen beiden Fragebögen besteht ($\alpha = .92 - .96$), lassen sich die Befunde zur *SCL-90-R* auf das *BSI* übertragen (Franke, 2000).

2.2.5 Somatische Befindlichkeit und Suchtstoff-/Medikamentenkonsum

Bei den Gruppenteilnehmern wurden in Form eines *klinischen Interviews* folgende Daten erfasst: Körpergröße, Gewicht, bekannte körperliche Erkrankung (ja/nein, welche), Medikation (ja/nein, welche), Ausmaß körperlicher Aktivität (Sport), Blutdruck, Nikotinkonsum (Raucher/Nichtraucher), Alkoholkonsum (ja/nein, Ausmaß), Drogenkonsum (ja/nein, welche).

2.2.6 Bisheriger Studienverlauf und studienbezogene Leistungen

Bei den Gruppenteilnehmern wurden in Form eines *klinischen Interviews* folgende Daten erfasst: Abiturnote, Familien-Rekrutierung (d.h. ein Elternteil oder beide Eltern ist/sind Mediziner), Studienfach, Semesterzahl, Grad der Abweichung von der Regelstudienzeit, Grund für die Abweichung von der Regelstudienzeit (Kategorien: entfällt; nicht alle Scheine wegen Leistungsversagen; nicht alle Scheine, um Stress zu reduzieren; nicht alle Scheine wegen Geldnot; nicht alle Scheine wegen eigener Krankheit). Art der Finanzierung des Studiums (komplett extern: z.B. Eltern Bafög; Mischfinanzierung; komplett selbstständig), in der Zwischenzeit erfolgreich abgelegte Prüfungen (Anzahl und Art), in der Zwischenzeit erfolglos abgelegte Prüfungen (Anzahl und Art), in der Zwischenzeit vermiedene Prüfungen (Anzahl und Art) und Wechsel in anderen Studienabschnitt (ja/nein, falls ja, in welchen). Der Studienerfolg wurde dabei auf einer vierstufigen Skala beurteilt: 0 = „Vermeidung oder Misserfolg“, 1 = „Erfolg und Vermeidung“, 2 = „Erfolg und Misserfolg (ggf. z.B. strategische Vermeidung)“ und 3 = „Erfolg“.

2.2.7 Vorerfahrungen mit professioneller Hilfe und individuelle Ziele

Die Vorerfahrungen mit professioneller Hilfe (ja/nein, Art) wurden bei den Gruppenteilnehmern im Rahmen eines *klinischen Interviews* erfragt.

Die Ziele, die die Studierenden mittels der Gruppenteilnahme erreichen wollten, wurden mit dem *Berner Inventar für Therapieziele – revidierte Form (BIT-C)* (Grosse-Holtforth, 2001; s. Anhang) erfasst. Es wurde ein Gesamtsummenwert über die angekreuzten und gegebenenfalls zusätzlich aufgelisteten Probleme und/oder Ziele berechnet. Zudem wurden die individuell wichtigsten Ziele aufsummiert.

2.2.8 Effekte und Bewertung der Gruppenarbeit

Die Effekte der Gruppenarbeit wurden zum einen mit der, dem BIT-C zugehörigen, *Zielannäherungsskala* (Grosse-Holtforth, 2001; s. Anhang) und zum anderen mit dem *Nachbefragungsbogen* (Schaefer, 1998; s. Anhang) erfasst. Bei der Auswertung der *Zielannäherungsskala* wurde ein Mittelwert (Summenwert über das Ausmaß der Veränderung dividiert durch Anzahl der genannten Probleme) berechnet und auf Itemebene das Ausmaß der Gesamtzielerreichung als Einzelwert registriert. Beim *Nachbefragungsbogen* wurden die ersten vier Items (Zufriedenheit, Ausmaß der eigenen Änderung, mit Schwierigkeiten besser fertig werden, Bedürfnis nach weiteren Gruppengesprächen) quantifiziert. Die Fragen 9 (Gruppengespräche sind wichtig und hilfreich) und 11 (noch Kontakte

mit anderen Gruppenmitgliedern und in welcher Form: privat oder Lerngruppe) wurden ebenfalls quantifiziert. Die Angaben zu Verbesserungsvorschlägen wurden qualitativ ausgewertet.

Die Bewertung einzelner Module der Gruppenarbeit und der Einzelgespräche (Lerntechniken, Entspannungstechniken, Video-Arbeit, Trauma-Arbeit) wurde in Form eines *klinischen Interviews* erfasst. Es wurde auch gefragt, ob nach Abschluss der Gruppengespräche noch weiter auf einzelne Lerntechniken, Entspannungstechniken oder Ressourcenübungen zurückgegriffen wurde. Zudem wurde erhoben, ob noch Bedarf nach weiterer professioneller Hilfe bestand oder solche derzeit in Anspruch genommen wurde.

2.2.9 Verschiedene Persönlichkeitsmerkmale

Zur Messung der Grunddimensionen der Persönlichkeit wurde das *NEO-Fünf-Faktoren-Inventar NEO-FFI* nach Costa und McCrae (in deutscher Übersetzung von Borkenau & Ostendorf, 2008) eingesetzt. Mit dem NEO-Fünf-Faktoren Inventar werden die fünf Grunddimensionen der Persönlichkeit (Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit) gemessen. Dieses Selbsteinstufungsverfahren umfasst fünf Skalen mit 12 fünfstufigen Items (0 = „starke Ablehnung“, 4 = „starke Zustimmung“). Die internen Konsistenzen der Skalen belaufen sich auf durchschnittlich $\alpha = .80$, die Retest-Reliabilität differiert von $\alpha = .65 - .81$. Die konvergente Validität der Skalen liegt in einem mittleren Bereich. Es liegen alters- und geschlechtsspezifische Normen vor (Alternormen: 16 - 20 Jahre, 21 - 24 Jahre, 25 – 29 Jahre, 30 - 49 Jahre, ≤ 50 Jahre). Im Rahmen der Auswertung wurden die geschlechtsspezifischen T-Werte in Abhängigkeit von der Altersgruppe ermittelt.

2.2.10 Versuchsplan

Jeder Gruppenteilnehmer wurde unmittelbar vor (T1) und nach (T2) Abschluss der zwölf Gruppensitzungen und drei Monate später (T3) psychologisch untersucht. Die Rückmeldung zum weiteren Studienverlauf erfolgte seitens der Studierenden eigeninitiativ und war deswegen zeitlich variabel (Follow up).

Tabelle 1 (s.u.) gibt einen Gesamtüberblick über alle verwendeten Messinstrumente bzw. erhobenen Variablen und deren zeitlicher Einsatz gemäß des Studiendesigns.

Tab. 1: Gesamtüberblick über alle verwendeten Messinstrumente

Verwendetes Messinstrument bzw. erhobene Variablen	Erhebungszeitpunkt
Feste Partnerschaft (ja/nein)	T1, T2 und T3
Alle weiteren soziodemographischen Daten	T1
<i>Fragebogen zur Messung überdauernder Kognitionen</i>	T1, T2 und T3
Ausmaß der Prüfungsängstlichkeit	T1, T2 und T3
Gründe für Prüfungsangst	T1
Bereits Leistungsängste in der Schule (ja/nein)	T1
<i>DIPS: Soziale und spezifische (isolierte) Phobie</i>	T1, T2 und T3
Frühere psychotische Episode (ja/nein)	T1
Anderweitige psychische Erkrankung	T1, T2 und T3
Belastendes oder erfreuliches Lebensereignis in den letzten 3 Monaten	T2 und T3
<i>Liebowitz-Skala zur Erfassung des Schweregrades einer „Sozialen Phobie“</i>	T1, T2 und T3
<i>Fragebogen zu sopzialphobischen Kognitionen</i>	T1, T2 und T3
<i>Fragebogen zu sopzialphobischem Verhalten</i>	T1, T2 und T3
<i>BDI</i>	T1, T2 und T3
<i>BSI</i>	T1, T2 und T3
Medikation	T1, T2 und T3
Körperliche Erkrankung in den letzten 3 Monaten	T2 und T3
Alle weiteren somatischen Daten, inkl. Sport	T1
Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum	T1
Finanzierung des Studiums	T1, T2 und T3
Grad der Abweichung von der Regelstudienzeit	T1 und T3
Alle weiteren studienbezogenen Daten	T1
Erfolgreich und/oder erfolglos abgelegte und/oder vermiene Prüfungen in den letzten 3 Monaten	T2, T3 und ggf. FU
Vorerfahrungen mit professioneller Hilfe	T1
<i>BIT-C</i>	T1
<i>Zielannäherungsskala</i>	T2 und T3
<i>Nachbefragungsbogen</i>	T2 und T3
Bewertung einzelner Module der Gruppe	T2 und T3
Rückgriff auf erworbene Techniken	T2 und T3
Wunsch nach weiterer professioneller Hilfe	T2 und T3
<i>NEO-FFI</i>	T1 und T3

Zeitpunkt T1 = unmittelbar vor Beginn der Gruppenarbeit

Zeitpunkt T2 = unmittelbar nach Abschluss der Gruppenarbeit

Zeitpunkt T3 = 3 Monate nach Abschluss der Gruppenarbeit

Zeitpunkt FU = variabler Zeitpunkt nach T3 (Follow up)

2.3 Durchführung der Studie

Für die erste Gruppe wurden am 25.10.2007 mehrere Aushänge auf dem Campusgelände angebracht und ab dem 30.10.2007 per Mail über das Intranet des Studiendekanats (s. Anhang) geworben. Zudem wurde mündlich im „Blockpraktikum Psychophysiologie der Prüfungsangst“ auf das präventive Gruppenangebot hingewiesen. Für die zweite Gruppe wurde mit einer aktualisierten Ankündigung (s. Anhang) nur noch über das Intranet am 6.5. und 14.8.2008 geworben. Die Studierenden konnten sich direkt bei Frau Dr. Schaefer melden, so dass sie sicher sein konnten, dass ihr Interesse an der Gruppe gegenüber dem Studiendekanat nicht offenkundig wurde, wenn sie dies nicht wollten. Bis zum 28.1.2009 wurde Frau Dr. Schaefer von insgesamt 61 Studierenden (44 Frauen und 17 Männer) kontaktiert, wobei sich 24 für die erste Gruppe und 37 für die zweite oder weitere Gruppen interessierten. Außerdem bekundeten noch zwei Prüfende (Institut für Humangenetik und Schule für Physiotherapie der Universität zu Köln) und drei Medienvertreter (2x Printmedien, 1x Rundfunk) Interesse an dem Gruppenangebot. Am 7.2.08 wurde Frau Dr. Schaefer zusammen mit anderen Experten zu einem Interview in den Deutschlandfunk geladen (Journal am Vormittag – Marktplatz: „Prüfungsangst und Lampenfieber“, Redaktion: Frau Susanne Kuhlmann; Sendungsmitschnitt unter: www.annschaefer.de).

Die 61 Studierenden, die sich für eine Gruppenteilnahme interessierten, gaben fast alle an, unter starker Prüfungsängstlichkeit (vgl. Definition unter 2.1) zu leiden. Nur sehr wenige wollten ausschließlich ihre Studienleistungen steigern und fragten nach reinem Coaching. Fast alle Interessenten studierten Humanmedizin. Die überwiegende Anzahl befand sich noch im vorklinischen Studienabschnitt, wobei bereits schon einige Semester absolviert worden waren. Nur zwei von ihnen befanden sich zum Zeitpunkt ihrer Kontaktaufnahme noch im ersten Semester.

Da nur maximal 30 Vorgespräche bei 20 Gruppenteilnehmern geplant waren, wurden vorab das Eingangskriterium der regelmäßigen Gruppenteilnahme und das Motiv für die Gruppenteilnahme grob geklärt. Nach Vergabe aller Gruppenplätze wurden keine Gespräche mehr zugelassen und auf die zweite Gruppe verwiesen als dies noch möglich war.

Die Vorgespräche, gruppenbegleitende Einzelgespräche und alle Begleituntersuchungen zu den drei Messzeitpunkten wurden in den Räumen der Psychotherapeutischen Praxis von Frau Dr. Schaefer durchgeführt. Die Gruppensitzungen fanden alle jeweils mittwochs von 19:30 – 21:10 Uhr im Gruppenraum 3 in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie statt.

Mit insgesamt 31 Studierenden (25 Frauen, 6 Männer) wurden Vorgespräche geführt, die der Indikationsprüfung und der Vorbereitung auf die Gruppenarbeit dienten (vgl. 1.3.). Bei zwölf Studierenden (10 Frauen, 2 Männer) kam es letztlich zu keiner Gruppenteilnahme. Vier (alles Frauen) konnten nicht in die Gruppe eingeschlossen werden, weil sie zu oft gefehlt hätten, und dreien (davon 1 Mann) war der zeitliche Aufwand bei genauerer Betrachtung zu groß. Zwei weitere (davon 1 Mann), die länger auf die zweite Gruppe gewartet hatten, erklärten, von dem Erstgespräch so profitiert zu haben, dass sie nun keine Gruppe mehr bräuchten. Eine Interessentin wurde nicht eingeschlossen, weil bei ihr eine Indikation für eine Einzeltherapie bestand. Ein weibliches Gruppenmitglied der ersten Gruppe wurde nach Abschluss der Befragungen zum ersten Messzeitpunkt retrospektiv ausgeschlossen, weil sie kurzfristig eine Famulatur in ihrem Heimatort (600 km entfernt) annahm. Dieser Platz konnte, unter Inkaufnahme zweier Fehltermine zu den ersten beiden Gruppensitzungen, nach besetzt werden. Ein weibliches Gruppenmitglied der zweiten Gruppe wurde ebenfalls nach Abschluss der Befragungen zum ersten Messzeitpunkt re-

trospektiv ausgeschlossen. Sie erschien nicht zur ersten Gruppensitzung und teilte nach der zweiten Gruppensitzung mit, dass sie zu den übrigen Sitzungen auch nicht kommen könnte, weil sie unerwartet mehrere Monate verreisen müsse. Da sie bereits zweimal gefehlt hatte als bekannt wurde, dass sie gar nicht mehr kommen würde, konnte dieser Gruppenplatz so kurzfristig nicht mehr nach besetzt werden.

Die Vorgespräche für die erste Gruppe fanden vom 2.11.2007 – 23.1.2008 statt. An der ersten Gruppe, die vom 16.1. – 2.4.2008 stattfand, nahmen sieben Frauen und drei Männer teil. An den Gruppensitzungen nahmen im Schnitt acht Teilnehmer teil. Am 5.3.2008 konnten fünf Studierende wegen des Streikes der KVB nicht kommen. Eine Teilnehmerin erschien vor allem aus Terminschwierigkeiten nur zu vier Gruppensitzungen, brach die Gruppe aber nicht ab. Die übrigen Studierenden nahmen sehr regelmäßig teil. Die Untersuchungen zu den drei Messzeitpunkten erfolgten in jeweils dreimonatigem Abstand vom 7.1.08 – 9.7.2008.

Die Vorgespräche für die zweite Gruppe fanden vom 21.5. – 17.9.08 statt. Die zweite Gruppe umfasste acht Frauen und einen Mann; sie wurde vom 1.10. – 17.12.2008 durchgeführt. An den Gruppensitzungen nahmen im Schnitt sieben Teilnehmer teil. Eine Teilnehmerin erschien aus unterschiedlichen Gründen nur zu sechs Gruppensitzungen, brach die Gruppe aber nicht ab. Die übrigen Studierenden nahmen sehr regelmäßig teil. Die Untersuchungen zu den drei Messzeitpunkten erfolgten in jeweils dreimonatigem Abstand vom 19.9.08 – 14.4.2009.

In beiden Gruppen gab es weder einen Abbruch der Gruppenarbeit, noch eine Verweigerung der zwei Einzelgespräche (jeweils eine 50- und eine 100-minütige Sitzung, vgl. 1.3), die, individuell vereinbart, innerhalb des Zeitfensters der 12-wöchigen Gruppenarbeit stattfanden. Zudem konnten bei allen 19 Gruppenmitgliedern die Absorptionstechnik und die EMDR-Arbeit reibungslos durchgeführt und die jeweiligen Inhalte abschließend bearbeitet werden. Dies bedeutete, dass der anfänglich angegebene Grad der subjektiven Belastung durch die imaginäre Situation bei der Absorptionstechnik deutlich zurückgegangen und bei der EMDR-Arbeit komplett ($SUD^2 = 0$) reduziert war. Auch die psychologischen Befragungen zu den drei Messzeitpunkten wurden komplett absolviert, so dass es keine missing data gibt.

Ein eigeninitiatives Follow up zum weiteren Studienverlauf gaben bis zum 30.08.2009 sechs Studierende aus der ersten Gruppe und ein Mitglied der zweiten Gruppe ab. Ein weiteres Mitglied der zweiten Gruppe hatte bis zum dritten Messzeitpunkt das Studium erfolgreich abgeschlossen; dieses Gruppenmitglied könnte nur noch den erfolgreichen Abschluss der Promotion zurückmelden, mit der es noch beschäftigt ist.

Wenn Gruppenteilnehmer in der Gruppe unentschuldigt fehlten, wurden sie stets von Frau Dr. Schaefer angerufen und nach ihren Gründen befragt. Von den 19 Teilnehmern der beiden Gruppen wurde abzüglich der fünf - durch den KVB-Streik bedingten - Fehltermine insgesamt 44 Mal aus folgenden Gründen gefehlt: eigene Erkrankung (34,1%), Lernen müssen oder zeitgleich Prüfung absolvieren (18,2%) und diverses anderes (47,7%).

² SUD: „Subjective Level of Distress“, Skala von 0 – 10 Punkten, wobei 0 = „keine Belastung“ und 10 = „die höchste, maximal vorstellbare Belastung“ repräsentiert.

Allen Studienteilnehmern wurde von Frau Dr. Schaefer und Herrn Dr. Kirchhof, sofern er sie kennen lernte, Schweigepflicht hinsichtlich ihrer persönlichen Daten zugesichert. Die Gruppenmitglieder mussten zu Gruppenbeginn ebenfalls im Rahmen der Einwilligungs-erklärung unterschreiben, die Schweigepflicht hinsichtlich aller persönlichen Informationen der übrigen Gruppenmitglieder und aller Interaktionsinhalte in der Gruppe, die Rück-schlüsse auf einzelne Gruppenmitglieder zulassen, zu wahren (s. Anhang).

Allen Studienteilnehmern wurde versichert, dass die im Rahmen der psychologischen Befragungen erhobenen Daten anonymisiert ausgewertet werden. Die Studienteilnehmer wurden nur darum gebeten, ihr Erscheinen zu den einzelnen Gesprächs und Untersuchungsterminen schriftlich zu bestätigen, damit die ordnungsgemäß Durchführung der Studie dokumentiert werden konnte. Diese Unterschriftenlisten, zu denen alle Studienteilnehmer bereit waren, wurden von Frau Dr. Schaefer direkt zum Studiendekan, Herrn Professor Lehmann, geschickt, der sie auf ihre Richtigkeit prüfte und an Herrn Dr. Albus weiterleitete. Herr Dr. Albus trug als Direktor der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, dafür Sorge, dass die Unterschriftenlisten für Außenstehende unzugänglich im zugehörigen Archiv untergebracht wurden. Alle anonymisierten Studienunterlagen werden ebenfalls im Patientenarchiv der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik eingelagert und nach zehn Jahren – unter Wahrung der Vorgaben des Datenschutzes - ordnungsgemäß vernichtet.

In den beiden Gruppen übten insgesamt 13 der 19 Teilnehmer aktiv als „Prüfling“ eine mündliche Prüfung. Diese Übungssequenzen wurden von Herrn Dr. Kirchhof jeweils per Video aufgezeichnet. Zum dritten Messzeitpunkt erhielt jeder Teilnehmer einen Mitschnitt seiner eigenen Prüfungssimulation als Geschenk. Dafür waren eigens von Herrn Dr. Kirchhof DVDs gebrannt worden. Frau Dr. Schaefer erhielt von einzelnen Mitgliedern die Erlaubnis, ihre jeweilige Sequenz im Rahmen eines wissenschaftlichen Vortrages über die Ergebnisse des Forschungsprojektes abzuspielen, um die Prinzipien der Gruppenarbeit veranschaulichen zu können. Die 13 Videoaufnahmen verbleiben im Archiv der psychotherapeutischen Praxis von Frau Dr. Schaefer. Gleichermaßen gilt für ihre Mitschriften von den Vorgesprächen und den Einzel- und Gruppensitzungen, deren Inhalte nicht wissenschaftlich ausgewertet wurden.

Das gesamte Hilfsangebot war für die Studienteilnehmer kostenlos, dafür verpflichteten sie sich im Gegenzug, sich sämtlichen wissenschaftlichen Befragungen zu unterziehen.

2.4 Statistische Auswertung

Im Rahmen dieses Forschungsberichtes wurden statistische Auswertungen ausschließlich zu den Studierenden vorgenommen, die an einer der beiden Gruppen teilgenommen hatten und zu den drei Messzeitpunkten systematisch untersucht worden waren (vgl. Tab. 1, 2.2.10)

Einzelfallanalysen und qualitative Auswertungen zu den Einzel- und Gruppeninterventionen wurden nicht durchgeführt.

Gemäß den vorab formulierten Fragestellungen (vgl. 1.2) wurde versucht, die Ausgangssituation der Gruppenmitglieder vor Gruppenbeginn auf verschiedenen Dimensionen zu charakterisieren und deren psychische Befindlichkeit und studienbezogenes Leistungs-vermögen im weiteren Verlauf, d.h. unmittelbar nach Gruppenende und weitere drei Mo-nate später, darzustellen. Des Weiteren wurde versucht, die Zufriedenheit der Teilnehmer

mit dem Gruppenangebot und die subjektiv beschriebenen Effekte der Gruppenarbeit zu quantifizieren.

Da alle ausgefüllten Fragebögen noch im Beisein des jeweiligen Gruppenmitgliedes von Frau Dr. Schaefer auf Vollständigkeit hin geprüft wurden, gab es so gut wie keine missing data. Die Verbliebenen wurden nach Möglichkeit geschätzt und ansonsten als solche in der Eingabemaske gekennzeichnet.

Die statistischen Analysen wurden mit SPSS in der Version 17.0. for Windows durchgeführt. In Abhängigkeit von den zuvor formulierten Forschungsfragen kamen sowohl deskriptive Analysen als auch inferenzstatistische Prüfungen zur Anwendung. Bei der Auswahl der statistischen Verfahren wurden das Skalenniveau und die Verteilungsform der einzelnen Datensätze berücksichtigt.

Bei der deskriptiven Analyse der Daten wurden *Frequencies* berechnet und *Kreuztabellen* erstellt. Als Verteilungskennwerte wurden Mittelwert und Standardabweichung und Wahlweise der Modus oder der Median berechnet.

Bei diskreten Variablen wurden für die Unterschiedsprüfung über die drei Messzeitpunkte beim Vorliegen eines Vier-Felder-Schemas der χ^2 -Test nach Pearson und bei Häufigkeitsverteilungen in mehr als vier Feldern der *Kontingenztest* verwendet.

Bei stetigen Variablen wurden *multivariate Varianzanalysen* durchgeführt. Da es in Ermangelung einer Kontrollgruppe zu jedem Messzeitpunkt nur einen Messwert gab, wurden ausschließlich die „within subjects effects“ betrachtet. Zudem wurden zur Beurteilung der Veränderungen über die drei Messzeitpunkte per Taschenrechner die Effektstärken *d* nach Cohen (1992) berechnet. Hierbei kann *d* < 0.4 als ein geringer, *d* = 0.4 - 0.8 als ein mittlerer und *d* > 0.8 als ein großer Effekt angesehen werden.

Das Signifikanzniveau wurde in allen Fällen auf mindestens $\alpha=.05$ festgelegt. Die Prozentangaben in den Tabellen wurden zur besseren Lesbarkeit gerundet.

Aufgrund des Fehlens einer Kontrollgruppe sind keine Aussagen darüber möglich, ob die bei den Gruppenmitgliedern über die sechs Monate eingetretenen Veränderungen nicht auch ohne Intervention erfolgt wären. Da aber Soziale Phobien und deren Subtypen, denen klinisch relevante Prüfungsängste zugeordnet werden können, ein hohes Chronifizierungsrisiko aufweisen (Lieb & Müller, 2002) und die Gruppen nach diesem Kriterium zusammengestellt wurden, sind Spontanremissionen in größerem Ausmaße nicht zu erwarten.

3 ERGEBNISSE

Im Folgenden wird zunächst die Stichprobe zum ersten Messzeitpunkt, d.h. unmittelbar vor Gruppenbeginn, beschrieben. Im Anschluss wird auf die Veränderung der Gruppenmitglieder in den uns interessierenden Parametern über den sechsmonatigen Beobachtungszeitraum detailliert eingegangen.

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt 19 Studierende nahmen an einer der beiden Präventionsgruppen teil.

3.1.1 Soziodemographische Daten

Die Gruppenmitglieder waren im Mittel 29 Jahre alt und zu 79% Frauen. Sie studierten in 90% der Fälle Humanmedizin und befanden sich zu 68% im vorklinischen Studienabschnitt, wobei sie im Schnitt bereits 8 Semester studiert hatten. Nur ein Gruppenmitglied hatte ein Elternteil, das ebenfalls Medizin studiert hatte.

Weitere soziodemographische Charakteristika sind Tab. 2 zu entnehmen.

Tab. 2: Charakteristika der Stichprobe zum ersten Messzeitpunkt

Alter	M = 28,5	SD = 6,8 (Range: 21 – 47, Modus: 25)
Geschlechterverhältnis	78,9%	Frauen
Studienfach	89,5%	Humanmedizin
Fachsemester	M = 8,0	SD = 5,7 (Range: 2 – 26, Modus: 4 und 8)
Studienabschnitt	68,4%	Vorklinik
Familienrekrutiert	94,7%	Nein
Kulturelle Zugehörigkeit	78,9%	Deutsch
	10,5%	in Deutschland geborener Ausländer
	10,5%	im Ausland geborener Ausländer
Beruf	63,2%	abgeschlossene Berufsausbildung
Familienstand	94,7%	Ledig
Kinder	5,3%	1 Kind
Feste Partnerschaft	78,9%	Ja
Finanzierung des Studiums	31,6%	komplett extern (z.B.: Eltern, Bafög)
Finanzierung des Studiums	47,4%	Mischfinanzierung
	21,1%	komplett selbstständig

Größe der Stichprobe: N= 19

3.1.2 Beginn und Gründe für Prüfungsangst

Mehr als die Hälfte der Gruppenmitglieder berichtete, bereits in der Schulzeit unter Leistungsängsten gelitten zu haben, und in 21% der Fälle wurden diese belastenden schulischen Erfahrungen in den qualitativen Ratings als primärer Grund für die aktuelle Prüfungsängstlichkeit angesehen. Weitere Differenzierungen sind Tab. 3 zu entnehmen.

Tab. 3: Beginn und Gründe für die Prüfungsangst

Leistungsängste in der Schule	63,2%	Ja
Gründe für Prüfungsängste	21,1%	belastende Vorerfahrungen mit schulischem Versagen
	15,8%	Disziplinproblem
	15,8%	intellektuelle Schwächen in einzelnen Bereichen
	15,8%	Überehrgeizig
	10,5%	erfolgsverwöhnt und Umstellung gelingt nicht
	10,5%	belastende Vorerfahrungen mit universitären Prüfern
	5,3%	Überforderung (Familie, Nebenjob, etc.)
	5,3%	anderweitige psychische Traumatisierung

Größe der Stichprobe: N= 19

3.1.3 Schulische Leistungen und bisherigen Studienverlauf

Die Gruppenmitglieder legten im Mittel ihr Abitur mit einem Durchschnitt von 2,2 ab. 74% wichen unmittelbar vor Gruppenbeginn zumindest 1 Semester von der Regelstudienzeit ab. Von den 14 Gruppenmitgliedern mit einer Abweichung von der Regelstudienzeit, war es bei 13 (93%) zu einer zeitlichen Verzögerung gekommen, weil Prüfungen nicht bestanden wurden (s. Tab. 4).

Tab. 4: Abiturnote, Zeitverzögerung im Studium und deren Gründe

Abiturnote	M = 2,2	SD = 0,7 (Range: 1,2 – 3,7)
Zeitverzögerung im Studium	26,3%	Keine
	36,8%	1 -2 Semester
	36,8%	> 2 Semester, d.h. Langzeitstudium
Grund für Verzögerung im Studium Teilstichprobe: 14 Studierende mit Verzögerung	92,9%	Leistungsversagen
	7,1%	Stress reduzieren wollen

Größe der Stichprobe: N= 19

3.1.4 Somatische Befindlichkeit und Suchtstoff-/Medikamentenkonsum

Die Gruppenmitglieder waren im Wesentlichen gesund, keines von ihnen litt unter körperlichen Beschwerden, die mit einer starken Beeinträchtigung verbunden gewesen wäre. 58% waren Brillenträger, alle waren normalgewichtig. Zwei von ihnen nahmen zum ersten Messzeitpunkt ein Antidepressivum ein (100 mg/d. Zoloft, $\frac{1}{4}$ Tablette/d. Seroxat). 84% waren Nichtraucher. 79% konsumierten Alkohol, aber nur in geringem Ausmaß, d.h. missbräuchlicher Konsum lag in keinem Falle vor. Anderweitige Drogen wurden von keinem Gruppenmitglied konsumiert. 53% trieben regelmäßig Sport (s. Tab. 5).

Tab. 5: Körperliche Befindlichkeit, Medikamenten- und Suchtstoffkonsum

Aktuelle körperliche Befindlichkeit	21,1%	Keinerlei Beeinträchtigungen
	57,9%	Brillenträger
Körpergewicht	100%	Normalgewichtig
Medikamentenkonsum	63,2%	Keinen
	26,4%	Nur Antibabypille
	10,6%	Antidepressivum
Zigarettenkonsum	84,2%	Nichtraucher
	15,8%	Raucher
Alkoholkonsum	21,1%	Keinen Alkohol
	78,9%	Ja
Konsum anderweitiger Drogen	100%	Nein
Ausmaß sportlicher Aktivität	31,6%	Unregelmäßig Sport
	26,3%	Regelmäßig Sport, 1-2 Std./Wo.
	26,3%	Regelmäßig Sport, 3-6 Std./Wo.
	15,8%	Kein Sport

Größe der Stichprobe: N= 19

3.1.5 Vorerfahrungen mit professioneller Hilfe

47% der Gruppenmitglieder hatten zum ersten Messzeitpunkt bereits auf professionelle Hilfe zurückgegriffen, und zwei Teilnehmer (11%) befanden sich in psychotherapeutischer Behandlung, die aber nicht auf die Reduktion der Prüfungsangst abzielte (s. Tab. 6). Auch die abgeschlossenen Psychotherapien hatten einen anderen Fokus gehabt.

Tab. 6: Psychotherapeutische/psychiatrische Vorerfahrung

Art der Vorerfahrung		
	52,6%	Keine
	21,1%	Abgeschlossene Psychotherapie
	10,5%	Derzeit in regelmäßiger psychotherapeutischer Behandlung
	10,5%	Einzelne Beratungsgespräche während des Studiums
	5,3%	Einzelne Beratungsgespräche während der Schulzeit

Größe der Stichprobe: N= 19

3.2 Veränderung über die drei Messzeitpunkte

Im Folgenden werden die Veränderungen der Gruppenmitglieder in den interessierenden Parametern über die drei Messzeitpunkte hinweg beschrieben.

3.2.1 Prüfungsangst

Gemäß den qualitativen Ratings litten 79% der Gruppenmitglieder zum ersten Messzeitpunkt unter klinisch relevanter Prüfungsangst, während es unmittelbar nach Gruppenende nur noch 37% und nach weiteren drei Monaten nur 11% waren (s. Tab 7). Die Veränderungen in allen drei Kategorien überschritten aber bei der statistischen Prüfung der Messwertunterschiede mit dem Kontingenztest beim Vergleich des ersten mit dem zweiten und des ersten mit dem dritten Messzeitpunkt nicht das Signifikanzniveau.

Tab. 7: Klinisch relevante Prüfungsangst

Prüfungsängste von Krankheitswert	T1	T2	T3
Ja	78,9%	36,8%	10,5%
Subklinisch	21,1%	47,4%	47,4%
Nein	0%	15,8%	42,1%

Größe der Stichprobe: N=19

Bei Einschätzung der Prüfungsängstlichkeit auf einer Likert-Skala (s.o. 2.2.2), wurde die Veränderung über die drei Messzeitpunkte signifikant ($F(2, 36)=43,20$; $p <.001$), wobei die Stärke des Effektes sowohl vom ersten zum zweiten ($d= -1,23$) als auch vom ersten zum dritten Messzeitpunkt ($d=-2,05$) groß war. Während die Prüfungsängstlichkeit zu

Beginn im Mittel mäßig bis stark ausgeprägt war, war sie am Ende im Mittel nur noch in leichter Form vorhanden (s. Tab. 8).

Tab. 8: Prüfungsängstlichkeit (Rating auf vierstufiger Likert-Skala)

Prüfungsängstlichkeit	M	SD
T1	3,47	0,77
T2	2,53	0,77
T3	1,90	0,94

Größe der Stichprobe: N=19

Bei der Auswertung der Ergebnisse im „*Fragebogen zur Messung überdauernder stressbezogener Kognitionen*“ zeigte sich ebenfalls im Mittel eine signifikante Veränderung über die drei Messzeitpunkte ($F(2, 36)=8,65; p <.01$) (s. Tab. 9). Die Stärke des Effektes war sowohl vom ersten zum zweiten ($d= -1,02$) als auch vom ersten zum dritten Messzeitpunkt ($d=-1,12$) groß. Bei der Überprüfung mit dem Kontingenztest überschritten die prozentualen Veränderungen beim Vergleich des ersten mit dem zweiten und des ersten mit dem dritten Messzeitpunkt nicht das Signifikanzniveau.

Tab. 9: Fragebogen zur Messung überdauernder Kognitionen

Prüfungsangstkategorien	T1	T2	T3
Hoch Prüfungsängstlich	57,9%	21,1%	5,3%
Mischtyp	42,1%	63,2%	89,5%
Niedrig Prüfungsängstlich	0%	15,8%	5,3%
M	2,57	2,05	2,00
SD	0,51	0,62	0,33

Größe der Stichprobe: N=19

3.2.2 Klinisch relevante psychische Störungen

Gemäß den qualitativen Ratings litten 47% der Gruppenmitglieder zum ersten Messzeitpunkt unter einer Sozialen Phobie, während es unmittelbar nach Gruppenende nur noch 21% und nach weiteren drei Monaten nur noch 5% waren (s. Tab 10). Die Veränderungen in allen vier Kategorien überschritten beim Vergleich des ersten mit dem zweiten ($CC(19)=0,781; p<0.001$) und beim Vergleich des ersten mit dem dritten Messzeitpunkt ($CC(19)=0,756; p<0.01$) das Signifikanzniveau.

Tab. 10: Soziale Phobie

Soziale Phobie	T1	T2	T3
Ja	47,4%	21,1%	5,3%
Subklinisch	42,1%	52,6%	42,1%
Nur Sprechängste	5,3	5,3%	5,3%
Nein	5,3%	21,1%	47,4%

Größe der Stichprobe: N=19

Bei der Einschätzung der Sozialen Ängste auf einer Likert-Skala (s.o. 2.2.3), wurde die Veränderung über die drei Messzeitpunkte signifikant ($F(2, 36)=20,68; p < 0.001$), wobei die Stärke des Effektes vom ersten zum zweiten ($d= -0,57$) mittel und vom ersten zum dritten Messzeitpunkt ($d=-1,01$) groß war. Während die sozialen Ängste zu Beginn im Mittel mäßig bis leicht ausgeprägt waren, waren sie am Ende im Mittel gar nicht oder in leichter Form vorhanden (s. Tab. 11).

Tab. 11: Soziale Ängste (Rating auf vierstufiger Likert-Skala)

Soziale Ängste	M	SD
T1	2,63	0,83
T2	2,16	0,77
T3	1,79	0,71

Größe der Stichprobe: N= 19

Gemäß den qualitativen Ratings litten 32% der Gruppenmitglieder zum ersten Messzeitpunkt unter einer Spezifischen (isolierten) Phobie, während es unmittelbar nach Gruppenende und nach weiteren drei Monaten nur noch 16% waren (s. Tab 12). Die Veränderungen in allen vier Kategorien überschritten beim Vergleich der ersten mit dem zweiten ($CC(19)=0,808; p<0.001$) und beim Vergleich der ersten mit dem dritten Messzeitpunkt ($CC(19)=0,695; p<0.01$) das Signifikanzniveau.

Tab. 12: Spezifische (isolierte) Phobie

Spezifische (isolierte) Phobie	T1	T2	T3
Ja	31,6%	15,8%	15,8%
Subklinisch	47,4%	52,6%	52,6%
Nur Insekten oder nur Zahnarzt ohne Vermeidung	5,3%	5,3%	0%
Nein	15,8%	26,3	31,6%

Größe der Stichprobe: N= 19

Bei Einschätzung der Spezifischen (isolierten) Ängste auf einer Likert-Skala (s.o. 2.2.3), wurde die Veränderung über die drei Messzeitpunkte signifikant ($F(2, 36)=6,90; p < 0.01$), wobei die Stärke des Effektes vom ersten zum zweiten ($d= -0,38$) gering und vom ersten zum dritten Messzeitpunkt ($d=-0,55$) mittel war. Während die spezifischen Ängste zu Beginn im Mittel mäßig bis leicht ausgeprägt waren, waren sie am Ende im Mittel nur noch in leichter Form vorhanden (s. Tab. 13).

Tab. 13: Spezifische (isolierte) Ängste (Rating auf vierstufiger Likert-Skala)

Spezifische (isolierte) Ängste	M	SD
T1	2,53	0,96
T2	2,16	0,96
T3	2,00	0,88

Größe der Stichprobe: N= 19

Gemäß den qualitativen Ratings wurden bei den Gruppenmitgliedern zu den drei Messzeitpunkten verschiedene anderweitige psychische Störungen festgestellt. Zu diesen Kategorien wurden keine statistischen Prüfungen vorgenommen. Es zeigt sich aber, dass der Anteil der psychisch vollkommen unauffälligen Personen nach der Gruppenintervention deutlich zunimmt und sich zum dritten Messzeitpunkt sogar noch etwas steigert. Diese allgemeine Verbesserung der seelischen Gesundheit erklärt sich in erster Linie durch den Rückgang depressiver Symptome, die, die vermutlich mit der Prüfungsängstlichkeit hoch korreliert sind. Eine psychotische Episode, die zum ersten Messzeitpunkt ein Ausschlusskriterium dargestellt hätte, trat bei keinem Gruppenmitglied im weiteren Verlauf auf.

Tab. 14: Anderweitige psychische Störungen

Anderweitige psychische Störungen	T1	T2	T3
Nein	36,8%	68,4%	73,7%
Depressiv	42,1%	10,5%	0%
Narzistisch	10,5%	10,5%	10,5%
V.a. Persönlichkeitsstörung	5,3%	5,3%	5,3%
Anderes	5,3%	5,3%	5,3%
Psychotrauma	0%	0%	5,3%

Größe der Stichprobe: N= 19

3.2.3 Vorliegen psychischer Symptome

Bei der Auswertung der Ergebnisse der „Liebowitz-Skala“ zeigte sich, dass die Gruppenmitglieder vor Interventionsbeginn im Mittel der Grenzwert für eine Spezifische Soziale Phobie überschritten, während sie im Anschluss hinsichtlich ihrer sozialphobischen Symptome nicht mehr von Gesunden zu unterscheiden waren (Gesamtscore ≤ 30 Punkte, s.o. 2.2.4). Die Veränderung über die drei Messzeitpunkte ($F(2, 36)=29,77$; $p <.001$) war signifikant, wobei die Effektstärken vom ersten zum zweiten ($d= -1,06$) und vom ersten zum dritten Messzeitpunkt ($d=-1,18$) jeweils groß waren (s. Tab. 15).

Tab. 15: Liebowitz-Skala (Gesamtscore)

Sozialphobische Symptome	M	SD
T1	39,99	17,85
T2	21,05	12,75
T3	18,79	11,64

Größe der Stichprobe: N= 19

Im „Fragebogen zu sozialphobischen Kognitionen“ zeigte sich nach Abschluss der Gruppenintervention im Mittel ein deutlicher Rückgang der Anzahl der sozialphobischen Kognitionen im Vergleich zur Eingangsmessung. Die Veränderung über die drei Messzeitpunkte ($F(2, 36)=8,22$; $p <.01$) war signifikant, wobei die Effektstärken vom ersten zum zweiten ($d= -1,07$) und vom ersten zum dritten Messzeitpunkt ($d=-1,03$) jeweils groß waren (s. Tab. 16).

Tab. 16: Fragebogen zu sozialphobischen Kognitionen (Summenwert)

Sozialphobische Kognitionen Anzahl	M	SD
T1	14,32	4,53
T2	9,47	6,20
T3	9,63	5,97

Größe der Stichprobe: N= 19

Im „*Fragebogen zu sozialphobischen Kognitionen*“ zeigte sich nach Abschluss der Gruppenintervention im Mittel ebenfalls ein deutlicher Rückgang des Ausmaßes der sozialphobischen Kognitionen im Vergleich zur Eingangsmessung. Die Veränderung über die drei Messzeitpunkte ($F(2, 36)=15,79; p <.001$) war signifikant, wobei die Effektstärken vom ersten zum zweiten ($d= -1,42$) und vom ersten zum dritten Messzeitpunkt ($d= -1,41$) jeweils groß waren (s. Tab. 17).

Tab. 17: Fragebogen zu sozialphobischen Kognitionen (Summenwert)

Sozialphobische Kognitionen Ausmaß	M	SD
T1	44,37	14,28
T2	24,05	16,76
T3	24,26	16,53

Größe der Stichprobe: N= 19

Im „*Fragebogen zu sozialphobischem Verhalten*“ zeigte sich nach Abschluss der Gruppenintervention im Mittel nur ein deutlicher Rückgang des Ausmaßes der sozialphobischen Verhaltensweisen im Vergleich zur Eingangsmessung. Die Veränderung über die drei Messzeitpunkte ($F(2, 36)=3,84; p <.05$) war signifikant, wobei die Effektstärken vom ersten zum zweiten ($d= -0,42$) und vom ersten zum dritten Messzeitpunkt ($d= -0,43$) jeweils mittel waren (s. Tab. 18).

Tab. 18: Fragebogen zu sozialphobischem Verhalten (Summenwert)

Sozialphobische Verhaltensweisen Ausmaß	M	SD
T1	44,26	10,95
T2	39,68	12,44
T3	39,58	13,81

Größe der Stichprobe: N= 19

Hinsichtlich der Anzahl sozialphobischer Verhaltensweisen zeigte sich im „*Fragebogen zu sozialphobischem Verhalten*“ keine statistisch bedeutsame Veränderung (s. Tab. 19).

Tab. 19: Fragebogen zu sozialphobischem Verhalten (Summenwert)

Sozialphobische Verhaltensweisen Anzahl	M	SD
T1	17,42	3,53
T2	16,05	4,47
T3	16,32	4,93

Größe der Stichprobe: N= 19

Bei der Auswertung der Ergebnisse des „*Beck-Depressions-Inventars*“ zeigte sich, dass die Gruppenmitglieder vor Interventionsbeginn im Mittel depressive Symptome in milder bis mäßiger Ausprägung aufwiesen, während im Anschluss ihr Mittelwert unauffällig war (Gesamtscore < 11 Punkte, s.o. 2.2.4). Die Veränderung über die drei Messzeitpunkte ($F(2, 36)=8,38$; $p <.01$) war signifikant, wobei die Stärke des Effektes vom ersten zum zweiten ($d= -0,70$) mittel und vom ersten zum dritten Messzeitpunkt ($d=-0,86$) groß war (s. Tab. 20).

Tab. 20: Beck-Depressions-Inventar (Gesamtscore)

Depressive Symptome	M	SD
T1	12,74	8,18
T2	7,00	6,14
T3	5,74	3,62

Größe der Stichprobe: N= 19

Im „*Brief Symptom Inventory*“ zeigte sich bei den Gruppenmitgliedern nach der Intervention im Mittel ein Rückgang der grundsätzlichen psychischen Belastung, wobei das mittlere Ausmaß der Belastung auch schon vor Gruppenbeginn nicht die Grenze klinischer Auffälligkeit überschritt, wenn man die Normwerte für Studierende zugrunde legte (Gesamtscore < T-Wert = 63, s.o. 2.2.4). Die Veränderung über die drei Messzeitpunkte ($F(2, 36)=12,23$; $p <.001$) war signifikant, wobei die Effektstärken vom ersten zum zweiten ($d= -0,84$) und vom ersten zum dritten Messzeitpunkt ($d=-0,89$) groß waren (s. Tab. 21).

Tab. 21: Brief Symptom Inventory (T-Werte)

GSI	M	SD
T1	55,05	10,56
T2	46,21	8,80
T3	45,68	10,73

Größe der Stichprobe: N= 19

3.2.4 Weiterer Studienverlauf und studienbezogene Leistungen

Da die beiden Interventionsgruppen zu unterschiedlichen Zeiten im laufenden Semester stattfanden (Ende des WS '07/'08 und Anfang des WS '08/'09) und die Teilnehmer sich in unterschiedlichen Studienabschnitten befanden, waren zum zweiten Messzeitpunkt für drei Gruppenmitglieder keine Prüfungen in den letzten drei Monaten möglich gewesen. Zum dritten Messzeitpunkt war dies bei sechs Gruppenteilnehmern der Fall.

Nur sieben Gruppenteilnehmer gaben bislang eigen-initiativ Rückmeldung über ihren weiteren Studienverlauf nach Abschluss der drei Messzeitpunkte. Erwartungsgemäß gab es hier (Follow up) Erfolgsmeldungen. Ein Wechsel der Studienabschnitte erfolgte zum zweiten Messzeitpunkt bei zwei Gruppenteilnehmern (Physikum und Examen) und zum dritten Messzeitpunkt bei einem Teilnehmer (Physikum). Im Follow up berichteten drei Gruppenmitglieder vom bestandenen Physikum und eines vom bestandenen Examen. Insgesamt drei Gruppenteilnehmer bestanden zwischen dem ersten Messzeitpunkt und dem Follow up im dritten Anlauf eine Physikumsprüfung, die bei Misserfolg zum Abbruch ihres Studiums geführt hätte. Ein Gruppenteilnehmer schaffte nach einer langen Phase des Nichtablegens von Prüfungen den Wiedereinstieg ins Studium.

Inferenzstatistische Prüfungen wurden wegen der Heterogenität des Datensatzes nicht durchgeführt, aber die wichtigsten studienbezogene Ereignisse und deren Bewertung wurden deskriptiv ausgewertet (s. Tab. 22).

Tab. 22: Studienbezogene Leistungen und Studienverlauf über sechs Monate

	T2				
Fall	Prüfung möglich	Erfolg N	Misserfolg N	Vermeidung	Bewertung
4	Ja	0	1	Ja	0
9	Ja	0	1	Nein	0
1	Ja	1	0	Ja	1
3	Ja	1	0	Nein	3
5	Ja	1	0	Nein	3
12	Ja	1	0	Nein	3
13	Ja	1	0	Nein	3
19	Ja	1	0	Nein	3
2	Ja	1	1	Nein	2
7	Ja	1	4	Nein	2
10	Ja	2	0	Nein	3
15	Ja	2	0	Nein	3
6	Ja	2	1	Nein	2
16	Ja	2	1	Nein	2
14	Ja	2	2	Nein	2
11	Ja	11	0	Nein	3
	T3				
Fall	Prüfung möglich	Erfolg N	Misserfolg N	Vermeidung	Bewertung
4	Ja	0	1	Nein	0
1	Ja	1	0	Nein	3
2	Ja	1	0	Nein	3
17	Ja	1	0	Nein	3
16	Ja	1	1	Ja	2
3	Ja	2	0	Nein	3
14	Ja	2	0	Nein	3
7	Ja	2	1	Nein	2
18	Ja	2	1	Nein	2
19	Ja	2	2	Nein	2
12	Ja	3	0	Nein	3
5	Ja	11	0	Nein	3
9	Ja	17	1	Nein	2
	FU				
Fall		Erfolg N	Misserfolg N		Art der abgelegten Prüfung
9		1	Missing		
4		1	0		
6		1	0		Physikum
8		2	0		Hammer Examen
10		2	0		Physikum
2		11	0		Physikum
18		1	0		

Bewertung: 0 = Vermeidung und/oder Misserfolg

1 = Erfolg und Vermeidung

2 = Erfolg und Misserfolg (ggf. z.B.: strategische Vermeidung)

3 = Erfolg

T2 = 2. Messzeitpunkt, T3 = 3. Messzeitpunkt, FU = Follow up

Versucht man die Studienleistungen der Teilnehmer insgesamt zu bewerten, stellt man fest, dass ausschließliches Vermeidungsverhalten und/oder Misserfolge nach der Gruppenintervention nur noch sehr selten vorkamen (T2: 12,5%, T3: 7,7%). Die Gruppenteilnehmer stellten sich den anstehenden Prüfungen und die Anzahl der Erfolge nahm zu (s. Tab. 23). Dabei wurden auch relevante Prüfungen abgelegt (Wechsel in klinischen Studienabschnitt und Bestehen des Examens, s.o.). Dies ist ein relevanter Befund, wenn man bedenkt, dass 93% aller Studienteilnehmer mit einer zeitlichen Verzögerung ihres Studiums diese aufgrund von Leistungsversagen hinnehmen mussten (s.o., Tab. 4).

Tab. 23: Bewertung der Studienleistungen zu den zwei Messzeitpunkten T2 und T3

Bewertung	T2	T3
Vermeidung und/oder Misserfolg	12,5%	7,7%
Erfolg und Vermeidung	6,3%	0%
Erfolg und Misserfolg (ggf. strategische Vermeidung)	31,3%	38,5%
Erfolg	50,0%	53,8%
Teilstichproben	N = 16	N = 13

Zu T2 waren 15,8% und zu T 3 31,6% der Studierenden keine Prüfung möglich

Im Laufe des sechsmonatigen Beobachtungszeitraumes kam es bei 5 der 19 Studierenden (26%) zu einer weiteren Studienverzögerung; bei einem Studierenden aufgrund von Vermeidung einer Prüfung und bei vierer aufgrund von Leistungsversagen. Bei zwei Studierenden kam es dadurch zu einer erstmaligen Verzögerung ihres Studiums, einer war nun zwei statt ein Semester verzögert, einer wechselte in die Kategorie „Langzeitstudium“ und ein weiterer war bereits in dieser Kategorie. Zu einem Kategorienwechsel (s. Tab. 24) kam es aber nur bei 3 der 19 Studierenden (15,8%).

Tab. 24: Zeitverzögerung im Studium zu den zwei Messzeitpunkten T1 und T3

Zeitverzögerung im Studium	T1	T3
Keine	26,3%	15,8%
1 – 2 Semester	36,8%	42,1%
> 2 Semester, d.h. Langzeitstudium	36,8%	42,1%

Größe der Stichprobe: N= 19

3.2.5 Individuelle Ziele der Gruppenteilnehmer

Im „*Berner Inventar für Therapieziele*“ wurden von den Gruppenteilnehmern am ersten Messzeitpunkt im Schnitt vierzehn Probleme und/oder Ziele benannt (s.o.2 .2.7), wobei aber am häufigsten fünf angegeben wurden. Als wichtigste individuelle Therapieziele wurden im Mittel vier aufgelistet (s. Tab. 25).

Tab. 25: Berner Inventar für Therapieziel (Anzahl)

	M	Modus	Range
Benannte Probleme und /oder Ziele	14,32	5	5 - 28
Wichtigste individuelle Therapieziele	4,16	5	2 - 6

Größe der Stichprobe: N= 19

Als individuelle Therapieziele wurden z.B. angegeben: „Angst und zu große Nervosität in Prüfungssituationen meistern“, „mehr Selbstvertrauen entwickeln“, „besser und strukturierter lernen können mit größerem Lernerfolg“, „offener mit mir und anderen umgehen“ „mich in der Öffentlichkeit, vor Gruppen sicherer fühlen und nicht erröten“, „Gefühle besser zeigen können“, „insgesamt entspannter werden“, „die Dinge nicht mehr vor mir herschieben, sondern anpacken und bewältigen“, „durchgehender Schlaf“ und „im Studium Fuß fassen“.

3.2.6 Effekte und Bewertung der Gruppenarbeit

Bei der Auswertung der „Zielannäherungsskala“ (s.o. 2.2.8) zeigte sich, dass die von den Teilnehmern vor Gruppenbeginn als am wichtigsten angegebenen Therapieziele unmittelbar nach Gruppenende im Mittel zu 52% (bezogen auf den Mittelwert) erreicht worden waren. Der Grad der Zielerreichung betrug bei der Auswertung auf Itemebene, wo jedes Gruppenmitglied das Ausmaß der Gesamtzielerreichung als Einzelwert einschätzen sollte, 56%. Drei Monate nach Gruppenende zeichnete sich in beiden Werten sogar jeweils noch eine leichte Steigerung des Grades der Zielerreichung um weitere 14% (66%: bezogen auf Mittelwert, 70%: bezogen auf Einzelwert) ab (s. Tab. 26).

Tab. 26: Zielannäherungsskala (Summenwerte)

	Grad der Annäherung an das Ziel (Range: 0-10 Punkte)			
	T2		T3	
	M = 5,23	SD = 1,94	M = 6,58	SD = 1,86
Wichtigste individuelle Therapieziele (Mittelwert)	M = 5,58	SD = 2,43	M = 6,95	SD = 1,81

Größe der Stichprobe: N= 19

Im „Nachbefragungsbogen“ (s.o.2.2.8) gaben jeweils 58% der Gruppenteilnehmer unmittelbar nach Interventionsende und drei Monate später an, „stark“ bis „sehr stark“ mit der Gruppentherapie zufrieden zu sein. Zum zweiten Messzeitpunkt gaben 21% der Gruppenmitglieder an, sich durch die Gruppentherapie „stark“ geändert zu haben; weitere drei Monate später bezeichneten 42% ihre eigene gruppenbedingte Veränderung als „stark“. Unmittelbar nach Gruppenende gaben 37% der Gruppenmitglieder an, künftig aufgrund der Gruppengespräche „stark“ bis „sehr stark“ mit Problemen und Schwierigkeiten besser fertig zu werden. Drei Monate später waren es 47%. Ein „starkes“ bis „sehr starkes“ Bedürfnis nach weiteren ähnlichen Gesprächsmöglichkeiten empfanden 11% der Gruppenmitglieder zum zweiten Messzeitpunkt und 16% drei Monate noch Gruppenende (s. Tab. 27).

Tab. 27: Nachbefragungsbogen (Einzelwerte)

		Skalen-Ränge: 0-4 Punkte			
		T2		T3	
Zufriedenheit		T2		T3	
Überhaupt nicht		0%		0%	
Etwas		10,5%		5,3%	
Ziemlich		31,6%		36,8%	
Stark		31,6%		42,1%	
Sehr stark		26,3%		15,8%	
Zufriedenheit		M = 2,74	SD = 0,99	M = 2,68	SD = 0,82
Eigene Änderung		T2		T3	
Überhaupt nicht		0%		0%	
Etwas		36,8%		36,8%	
Ziemlich		42,1%		21,1%	
Stark		21,1%		42,1%	
Sehr stark		0%		0%	
Eigene Änderung		M = 1,84	SD = 0,76	M = 2,05	SD = 0,91
Zukünftig bessere Problembewältigung		T2		T3	
Überhaupt nicht		0%		5,3%	
Etwas		42,1%		21,1%	
Ziemlich		21,1%		26,3%	
Stark		26,3%		36,8%	
Sehr stark		10,5%		10,5%	
Zukünftig bessere Problembewältigung		M = 2,05	SD = 1,08	M = 2,26	SD = 1,10
Bedürfnis nach weiteren ähnlichen Gesprächsmöglichkeiten		T2		T3	
Überhaupt nicht		26,3%		10,5%	
Etwas		36,8%		57,9%	
Ziemlich		26,3%		15,8%	
Stark		5,3%		15,8%	
Sehr stark		5,3%		0%	
Bedürfnis nach weiteren ähnlichen Gesprächsmöglichkeiten		M = 1,26	SD = 1,10	M = 1,37	SD = 0,90

Größe der Stichprobe: N= 19

Jeweils 100% der Gruppenmitglieder bezeichneten zu beiden Messzeitpunkten „eine Therapiegruppe dieser Art für sich und andere für wichtig und hilfreich“. Zum zweiten Messzeitpunkt machte ein Gruppenteilnehmer die Einschränkung „nur für andere“, nahm dies aber zum dritten Messzeitpunkt wieder zurück. Dies hatte damit zu tun, dass die Selbstöffnung in der Gruppe als belastend erlebt wurde und sich erst drei Monate nach Gruppenende erste Erfolge abzeichneten. Zum dritten Messzeitpunkt hielten zwei Gruppenmitglieder das Gruppenangebot „vor allem für andere als hilfreich und wichtig“. Diese beiden Gruppenmitglieder veränderten ihr Verhalten nicht in gleichem Maße wie die anderen Teilnehmer, weil das eine im Laufe der Gruppenarbeit das Studium beendete und das andere den klinischen Studienabschnitt abschloss.

Unmittelbar nach Interventionsende gaben 90% der Teilnehmer an, „zur Zeit noch Kontakt mit anderen Gruppenmitgliedern“ zu haben. Drei Monate später standen noch 63% miteinander in Kontakt. Der Kontakt war überwiegend privater Natur, aber es hatten sich auch einzelne Lerngruppen gebildet, wenn dies möglich war (s. Tab. 28). Beide Gruppen richteten spontan und unabhängig voneinander gegen Ende der Treffen ein eigenes soziales Netzwerk in Studi-VZ ein.

Tab. 28: Nachbefragungsbogen

		Zur Zeit noch Kontakt mit anderen Gruppenmitgliedern			
		T2		T3	
ja		89,5%		63,2%	
Art des Kontaktes		privat	Lerngruppe	privat	Lerngruppe
		73,7%	15,8%	42,1%	21,1%

Größe der Stichprobe: N= 19

Bei den inferenzstatistischen Prüfungen ergaben sich keine statistisch bedeutsame Zusammenhänge hinsichtlich des Ausmaßes der Prüfungsängstlichkeit (hohe Prüfungsängstlichkeit, Mischtyp und niedrige Prüfungsängstlichkeit, s.o., 2.2.2) zu den drei Messzeitpunkten und der Anzahl der Fehltermine bei den Gruppensitzungen. Gleiches galt, wenn man die aktive Teilnahme an der Video-Arbeit mit dem Ausmaß sozialphobischer Symptome (Liebowitz-Skala, Gesamtscore, s.o., 2.2.4) zu den drei Messzeitpunkten in Beziehung setzte. Auch bezüglich des Studienerfolges (Bewertungsschema, s.o., 2.2.6) und des Grades der Zufriedenheit mit dem Gruppenangebot fanden sich keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge.

In den *klinischen Interviews* und den „*Nachbefragungsbögen*“ zum zweiten und dritten Messzeitpunkt wurden das Gruppenangebot und die einzeln abgefragten Module (Lerntechniken, Entspannungsverfahren, Trauma-Arbeit und Video-Arbeit) positiv bewertet. Keines der Interventionselemente sollte gestrichen werden, aber je nach eigener Problemlage wurde einzelnen Modulen eine größere Bedeutung zugewiesen. Fast alle Gruppenmitglieder betonten die Wichtigkeit des geschützten intensiven Austausches mit anderen Studierenden über das Thema „Prüfungsangst“. Vor allem in den Eröffnungsrunden sei es sehr entlastend gewesen, zu erleben, mit den eigenen Problemen nicht alleine da zu stehen und von den anderen hilfreiche Tipps zu bekommen. Dass zu große Unterschiede hinsichtlich der Studienabschnitte in der Gruppe bestanden hätten, kritisierte nur ein Teilnehmer, der sich im Examen befand. Die meisten Studierenden aus den tieferen Semestern profitierten sehr von den Tipps ihrer Kommilitonen aus den höheren Semestern. Die

gute Atmosphäre in der jeweiligen Gruppe wurde mehrfach betont. Einzelne schlugen vor, die Video-Arbeit noch realistischer zu gestalten, indem reale Prüfer hinzu gebeten würden oder reale Prüfungen von Gruppenmitgliedern zu filmen und diese im Nachhinein zu besprechen. Mehrfach wurde der Wunsch geäußert, die Eingangsrunde kürzer zu gestalten, um noch mehr Übungen zu machen oder Tipps zu bekommen. Einzelne Teilnehmer wünschten sich, die Gruppensitzungen mögen früher als 19:30 Uhr beginnen.

Nach Gruppenende wurden die neu erworbenen Lerntechniken regelhaft weiter verwendet bzw. die Mitglieder, die bereits effektiv lernten, fühlten sich in ihrer bisherigen Vorgehensweise bestärkt. Die regelmäßige Durchführung eines Entspannungsverfahrens wurde nach Gruppenende selektiv betrieben, d.h. diejenigen Gruppenmitglieder, die sich aktuell in einer Prüfungsphase befanden und von dem Entspannungsverfahren profitiert hatten, setzten es ein, die andern nicht. Am häufigsten kam die Atemübung zum Einsatz. Als Ressourcen-Übung wurde der „Sichere Ort“ präferiert. Die mit EMDR bearbeitete Szene wurde auch zum zweiten und dritten Messzeitpunkt als nicht mehr belastend erlebt und auch die Kombination von Einzel- und Gruppenarbeit als unverzichtbar für etwaige zukünftige Gruppen bewertet.

Einige Teilnehmer berichteten auch, dass sie in der Zwischenzeit mit Erfolg verschiedene Techniken, die sie in der Gruppe gelernt hätten, nun bei der Arbeit mit Patienten anwenden würden.

Aus *psychotherapeutischer Sicht* verließen beide Interventionsgruppen erfolgreich, wobei sie sich in ihrer Dynamik unterschieden. In der ersten Gruppe befanden sich in Relation mehr Männer und insgesamt drei Teilnehmer, die eine Physikumsprüfung im dritten Anlauf zu bewältigen hatten. Dies bedeutet, dass die Gruppe heterogener war und unter einem höheren Problemdruck stand. Dies äußerte sich darin, dass in der ersten Gruppe auch zum Ende hin noch sehr ernsthaft geübt und gearbeitet wurde, während sich in der zweiten Gruppe sehr rasch eine hohe Gruppenkohäsion entwickelte und bei geringerem Problemdruck die Videoarbeit als weniger effektiv erlebt wurde. In der zweiten Gruppe betonten die Mitglieder dementsprechend vor allem die Wichtigkeit des Austausches mit Kommilitonen in einem geschützten Rahmen. Psychotherapeutisch bedeutsam ist zudem, dass von dem Gruppenangebot vor allem sozialphobische Studierende mit Defiziten in den Lerntechniken profitierten, die sich am Anfang oder der Mitte ihres Studiums befanden. Weniger profitierten Studierende, die ihre Prüfungsangst mit zwanghaften Verhaltensweisen bändigen wollten. Dies bedeutet, sie lernten täglich sehr viele Stunden, machten zu wenige Pausen und ließen sich aus Angst, durchzufallen nur auf minimale Änderungsversuche ein. Unser Gruppenangebot greift hier zu kurz, da solche Studierende vermutlich intensive einzeltherapeutische Unterstützung benötigen, um den Mut zu fassen, zunächst täglich weniger Stunden zu arbeiten. So kommt die Erfahrung gestiegener Effektivität und sinkender Angst erst zeitlich versetzt. Auch muss der Selbstwert hoch genug sein, um das Risiko eingehen zu können, mal in einer Prüfung durchzufallen, um erleben zu können, wie viel und was man eigentlich für eine entsprechende Prüfung lernen muss. In den beiden Interventionsgruppen waren insgesamt zwei Mitglieder, die in diese Kategorie fielen und die auch außerhalb der Gruppensitzungen keinerlei Kontakt mit den anderen Gruppenmitgliedern hatten. Eines von ihnen wechselte mit Bravour in den klinischen Studienabschnitt, aber erlebte in den allerletzten Tagen vor den jeweiligen Prüfungen sehr große Angst. Das andere Gruppenmitglied hatte während der Gruppenarbeit mehr studienbezogene Misserfolge als Erfolge, aber konnte in den kommenden drei Monaten das Blatt wenden und erlebte dies als „Durchbruch“. Das erste der beiden Grup-

penmitglieder erlebte die Gruppenarbeit aber dennoch partiell als hilfreich, da es in den Wochen vor der Prüfung weniger unter Druck stand als zuvor und es sich infolge der Gruppenteilnahme zu regelmäßiger sportlicher Aktivität, die entlastend erlebt wurde, motivieren konnte. Das zweite Gruppenmitglied erlebte das Gruppenangebot insofern als hilfreich, da es sich dem Ausmaß seiner Probleme in Relation zu den anderen Gruppenmitgliedern stärker bewusst wurde, was zunächst zu einer höheren seelischen Belastung führte, ihm aber langfristig ermöglichte, sich weniger unter Druck zu setzen, eine neue Freundschaft zu schließen und den Mut zu einer effektiveren Arbeitsweise zu fassen, die dann auch von Erfolg gekrönt war. Zwei weitere Mitglieder, die sich unmittelbar im Examen befanden, profitierten ebenfalls weniger, weil sie nicht mehr genügend Übungsmöglichkeiten für neues Verhalten hatten. Dennoch bewerteten sie beide das Gruppenangebot als hilfreich, da sie sich jeweils von der Gruppe unterstützt und getragen fühlten und sich auch kleinere Dinge umstellten (z.B.: regelmäßige Atemübungen machen, Lernplan konsequenter einhalten).

3.2.7 Persönlichkeitsmerkmale

Bei der Auswertung der Ergebnisse des „NEO-Fünf-Faktoren-Inventars“ zeigte sich, dass die Gruppenmitglieder sowohl vor Interventionsbeginn als auch drei Monate nach Gruppenende bei Zugrundelegung alters- und geschlechtsspezifischer Normen im Mittel unauffällige Werte aufwiesen. (s.o. 2.2.9). Die Reduktion des Neurotizismus vom ersten zum dritten Messzeitpunkt ($F(1, 18)=5,02$; $p <.05$) war signifikant, wobei die Stärke des Effektes ($d=-0,47$) mittel war. Die Zunahme der Extraversion war ebenfalls signifikant ($F(1,18)= 5,42$; $p <.05$); die Effektstärke ($d=0,43$) lag in einem mittleren Bereich. Die Zunahme der Offenheit für Erfahrung war nicht statistisch bedeutsam und die Effektstärke ($d=0,21$) war dementsprechend gering. Die Zunahme der Verträglichkeit war ebenfalls nicht statistisch bedeutsam und von geringer Effektstärke ($d=0,05$). Die Zunahme der Gewissenhaftigkeit war signifikant ($F(1,18)= 4,47$; $p <.05$); wobei die Effektstärke ($d=0,28$) gering war (s. Tab. 29).

Tab. 29: NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (T-Werte)

	Persönlichkeitsmerkmale (T-Werte)			
	T1		T3	
Neurotizismus	M = 56,9	SD = 7,6	M = 53,4	SD = 9,6
Extraversion	M = 44,5	SD = 9,8	M = 48,7	SD = 13,5
Offenheit für Erfahrung	M = 49,6	SD = 10,1	M = 51,7	SD = 8,2
Verträglichkeit	M = 52,5	SD = 11,3	M = 53,1	SD = 9,6
Gewissenhaftigkeit	M = 49,5	SD = 10,9	M = 52,5	SD = 11,3

Größe der Stichprobe: N= 19

3.2.8 Andere wichtige Parameter

Bei der Analyse anderer wichtiger Parameter, die ebenfalls Einfluss auf die Gruppenmitglieder über die drei Messzeitpunkte hätten nehmen können, zeigten sich keine relevanten Veränderungen.

Bei den *klinischen* Interviews erwies sich der Prozentsatz der Studierenden, die noch andere Probleme als Prüfungsangst angaben, über die drei Messzeitpunkte als nahezu konstant (s. Tab. 30). Die angegebenen Probleme waren im Wesentlichen Beziehungsprobleme (Partnerschaft, Freunde, Eltern). Ein Gruppenmitglied gab durchgängig Rechtsstreitigkeiten mit dem Vermieter an und ein Gruppenmitglied wurde zum dritten Messzeitpunkt durch ein unerwartetes Ereignis (unabhängig vom Studium) traumatisiert (s.o., Tab. 14).

Tab. 30: Noch andere Probleme außer Prüfungsangst

Noch andere Probleme	T1	T2	T3
Ja	36,8%	36,8%	31,61%

Größe der Stichprobe: N= 19

Bei zwei Gruppenmitgliedern war die feste Beziehung mit ihrem Partner zum zweiten Messzeitpunkt zerbrochen, und dies blieb auch so zum dritten Messzeitpunkt (s. Tab. 31).

Tab. 31: Feste Partnerschaft

Feste Partnerschaft	T1	T2	T3
Ja	78,9%	68,4%	68,4%

Größe der Stichprobe: N= 19

Zum zweiten und zum dritten Messzeitpunkt kam es wie schon zu Gruppenbeginn (s.o. Tab. 5) zu keinem auffälligen Medikamentenkonsum. Ein Teilnehmer berichtete zum zweiten Messzeitpunkt in der Examensphase vereinzelt eine $\frac{1}{2}$ Tablette Zolpikon zum Einschlafen genommen zu haben, und zum dritten Messzeitpunkt berichtete der traumatisierte Teilnehmer über die abendliche Einnahme eines Antihistaminikums, um das Einschlafen zu erleichtern. Die beiden Teilnehmer, die zu Gruppenbeginn jeweils ein Antidepressivum eingenommen hatten, hatten es zum dritten Messzeitpunkt komplett abgesetzt. Zum zweiten Messzeitpunkt hatte einer der beiden Teilnehmer die Dosis bereits reduziert (1 Tabl. Seroxat täglich statt zuvor $1 \frac{1}{4}$ Tablette).

Zu einer ernsthaften körperlichen Erkrankung war es bei keinem Gruppenmitglied in den sechsmonatigen Beobachtungszeitraum gekommen.

Zum zweiten und dritten Messzeitpunkt wurde das Studium eines Teilnehmers, der sich gerade im Examen befand, komplett extern finanziert, ansonsten blieb es bei der jeweiligen Finanzierungsart wie schon vor Gruppenbeginn (s.o., Tab. 2).

Zum dritten Messzeitpunkt befanden sich noch dieselben zwei Gruppenmitglieder (11%) in regelmäßiger psychotherapeutischer Behandlung, die auch schon vor Gruppenbeginn Psychotherapie in Anspruch nahmen, die aber nicht auf die Reduktion der Prüfungsangst abzielte (s.o., Tab. 6).

4 DISKUSSION

4.1 Diskussion der Befunde

Die nachfolgende Diskussion gliedert sich gemäß den interessierenden Fragestellungen in vier thematische Unterpunkte. Da die Gruppenteilnahme freiwillig war, wird zunächst der Frage nachgegangen, wer sich überhaupt für das Gruppenangebot interessierte (vgl. 4.1.1 ff, Resonanz und Teilnahmemotivation). Im Anschluss daran wird erörtert, ob das präventive Hilfsangebot die emotionale Befindlichkeit und das Leistungsvermögen der Teilnehmer nachhaltig positiv beeinflussen kann (vgl. 4.1.2 ff, Effekte des Gruppenangebotes). Nachfolgend wird besprochen, wie zufrieden die Teilnehmer mit dem Gruppenangebot als Ganzes und einzelnen Modulen waren (vgl. 4.1.3 ff, Bewertung des Gruppenangebotes seitens der Teilnehmer). Abschließend wird darauf eingegangen, welche Studierende mehr und welche weniger von der Gruppenteilnahme profitierten (vgl. 4.1.4 ff, Wirkspektum des Gruppenangebotes).

Die gesamte Diskussion der erhobenen Daten muss unter dem Aspekt betrachtet werden, dass die Studie aufgrund des Fehlens einer Kontrollgruppe Pilot-Charakter hat. Auch ließen sich die Hypothesen zum Effekt des Gruppenangebotes auf das Leistungsvermögen der Teilnehmer nicht inferenzstatistisch überprüfen, da sich die Teilnehmer in unterschiedlichen Studienabschnitten befanden und die beiden Interventionsgruppen zu verschiedenen Zeitpunkten (einmal zum Beginn und einmal zum Ende eines Wintersemesters) starteten.

4.1.1 Resonanz und Teilnahmemotivation

Auf unsere Werbemaßnahmen für die beiden Gruppen meldeten sich insgesamt 61 Studierende, davon 72% Frauen bei Frau Dr. Schaefer, die Interesse an einer Teilnahme signalisierten. Bezogen auf die Gesamtheit aller im WS 2008/2009 eingeschriebenen Studierenden der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln (N = 3.246, Kurzstatistik Wintersemester 2008/2009 der Universität zu Köln, Fakultät 3: Medizinische Fakultät, Stand: 14.11.2008) waren dies etwa 2%. Bis auf ganz wenige Ausnahmen war das Interesse an dem Gruppenangebot von hoher Prüfungsängstlichkeit motiviert, was für eine sehr gute Selbstselektion spricht. Da etwa 10% aller Studierenden als hoch prüfungsängstlich eingeschätzt werden (Strian, 1995), haben also auf diese ersten beiden Aufrufe etwa 20% aller hoch prüfungsängstlichen Studierenden der Human- und Zahnmedizin persönlich reagiert, wenn man bei diesem Studienfach von einem gleich hohen Anteil an hoch prüfungsängstlichen Studierenden ausgeht. Dies kann als Erfolg angesehen werden, da das Angebot nicht etabliert und zudem mit einem nicht unerheblichen Zeitaufwand (vier Einzelgespräche, 12 Gruppensitzungen und 3 Forschungstermine) verbunden war. Das rege Interesse spricht auch für den hohen Leidensdruck der Interessenten, zumal die Aussicht auf Gruppenarbeit bei hoch prüfungsängstlichen Studierenden mit zusätzlich sozialphobischen Symptomen zunächst auch Vermeidungsverhalten auslösen wird.

Dass sich überwiegend Studierende der Humanmedizin meldeten, kann darauf zurückgeführt werden, dass in Köln wesentlich mehr Studierende für Human- anstelle von Zahnmedizin eingeschrieben sind. So waren im WS 2008/2009 in der Medizinischen Fakultät 84% der Studierenden für Humanmedizin, 14% für Zahnmedizin und 2% für Neurowissenschaften eingeschrieben (Studienstatistik der Universität zu Köln vom Wintersemester 2008-2009, Stand: 14.11.2008). Dass sich fast alle Interessenten im vorklinischen Studi-

enabschnitt ab dem zweiten Semester befanden, zeigt, dass der Prüfungsangst-bedingte Leidensdruck schon recht früh im Medizinstudium einsetzt und vermutlich diejenigen Studierenden, die ihr Studium fortsetzen, langjährig begleiten wird (Schaefer et al, 2007; Lieb & Müller, 2002).

Dass nur 12 von 31 Interessenten, mit denen Vorgespräche geführt wurden, letztlich an keiner der beiden Gruppen teilnahmen, spricht ebenfalls für eine gute Selbstselektion, da die Nicht-Teilnahme in fast allen Fällen auf terminliche Schwierigkeiten zurückgeführt werden konnte.

Die 19 Studierenden, die letztlich an einer der beiden Interventionsgruppen teilnahmen, waren in 90% der Fälle für Humanmedizin eingeschrieben. Der Frauenanteil war mit 79% deutlich erhöht, was sich schon bei den Interessenten zeigte. Bei der Interpretation des Datenmaterials muss bedacht werden, dass der Frauenanteil bei den Studierenden der Medizinischen Fakultät im WS 2008/2009 insgesamt bei 61% und bei den Studienanfängern sogar bei 69% lag. Es war also zu erwarten, dass prozentual mehr Frauen für unser Gruppenangebot Interesse zeigen würden, zumal sich 68% der Gruppenmitglieder zu Beginn im vorklinischen Studienabschnitt befanden. Obwohl sich Frauen häufiger als prüfungsängstlich beschreiben (Pablo et al., 1990; Rost & Schermer, 1991; Hodapp, 1991) und bei psychischen Beschwerden doppelt so häufig professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (Grobe et al., 2007), ist also der Anteil an männlichen Gruppenteilnehmern in Relation gar nicht so unterrepräsentiert. Dies ist beruhigend, da es schade wäre, wenn wir die männlichen Studierenden mit starker Prüfungsängstlichkeit gar nicht erreichen könnten.

Die Gruppenteilnehmer waren im Schnitt 29 Jahre (Range: 21 – 47 Jahre) alt und hatten in 63% der Fälle bereits eine abgeschlossene Berufsausbildung. 79% waren Deutsche im engeren Sinne, und ihr Studium wurde in 32% der Fälle komplett extern (z.B.: Eltern oder Bafög) finanziert. 95% waren ledig und kinderlos, und 79% berichteten über eine feste Partnerschaft. Die Gruppenteilnehmer befanden sich im Schnitt im achten Semester und zu 68% in der Vorklinik. Sie legten im Mittel ihr Abitur mit einem Schnitt von 2,2 ab; 74% von ihnen wichen mindestens ein Semester von der Regelstudienzeit ab. Diese Abweichung kam in 93% der Fälle aufgrund von Leistungsversagen zustande. 63% der Gruppenteilnehmer litten bereits in der Schule unter Leistungsängsten, wobei im Experten-Rating die aktuellen Prüfungsängste zu 21% auf belastende Vorerfahrungen mit schulischem Versagen und zu 58% auf Lernprobleme im weiteren Sinne („Disziplinproblem“, „intellektuelle Schwächen in einzelnen Bereichen“, „überehrgeizig“, „erfolgsverwöhnt“ und „Umstellung gelingt nicht“) zurückgeführt wurden.

All dies spricht dafür, dass die Prüfungsängste der Gruppenmitglieder meist schon älter waren und eher auf interne Faktoren wie Begabung und Persönlichkeitsaspekte zurückgingen. Der Ausländeranteil von 21% entspricht fast dem Ausländeranteil der im WS 2008 – 2009 in der Medizinischen Fakultät zu Köln eingeschriebenen Studierenden (19%) und der eher geringe Anteil ausschließlich extern finanziert Teilnehmer erklärt sich durch das vergleichsweise hohe Lebensalter der Gruppenmitglieder bezogen auf den Studienabschnitt.

Die aktuelle körperliche Befindlichkeit der Gruppenteilnehmer war gut und der Medikamentenkonsum sehr gering. 11% nahmen ein Antidepressivum ein, 16% waren Raucher, bei keinem lag missbräuchlicher Alkoholkonsum vor. Anderweitige Drogen wurden

ebenfalls nicht konsumiert. 53% der Gruppenmitglieder trieben regelmäßig Sport. 53% hatten zum ersten Messzeitpunkt keinerlei Vorerfahrungen mit professioneller Hilfe, 21% hatten bereits eine psychotherapeutische Behandlung abgeschlossen, 11% befanden sich derzeit in regelmäßiger psychotherapeutischer Behandlung und 16% hatten schon einmal einzelne Beratungsgespräche in Anspruch genommen.

Die ausgesprochen gute körperliche Gesundheit der Gruppenteilnehmer, ihr geringer Suchtstoffkonsum und ihr recht ausgeprägtes Gesundheitsverhalten in Bezug auf sportliche Aktivität sprechen dafür, dass sich tatsächlich veränderungsmotivierte Studierende auf unser Gruppenangebot gemeldet haben, die bislang keine adäquate professionelle Hilfe wegen ihrer Prüfungsängstlichkeit bekommen hatten. Die Beratungsgespräche reichten nicht aus und die psychotherapeutischen Hilfen ziel(t)en auf andere Themen. Der Anteil der Gruppenmitglieder, die nicht wegen ihrer Prüfungsängstlichkeit, sondern aufgrund anderweitiger psychischer Symptome Erfahrungen mit psychotherapeutischer Behandlung gesammelt hatten, lag mit 32% im Vergleich zur Kohorte der in Köln eingeschriebenen Medizinstudenten sicherlich recht hoch. Zur Relativierung muss aber angeführt werden, dass in Europa Studierende der Medizin zu 16-17% eine psychiatrische Auffälligkeit aufweisen (Bramness et al., 1991; Ljubormir et al., 1988; Carsons et al., 2000) und die Prävalenz psychischer Störungen bei deutschen Studierenden auf 10-20% geschätzt wird (Soeder et al., 2001). Außerdem liegt die Prävalenz psychischer Störungen im entsprechenden Altersbereich in der deutschen Normalbevölkerung bei den Frauen 8% höher als bei den Männern (Männer: bis 5,5% und Frauen: bis 13,5%) Wittchen et al., 1999). Da wir bei den Vorgesprächen nur eine Interessentin wegen der Indikation für eine Einzeltherapie ausschlossen und die Gruppe zu 79% aus Frauen bestand, wiesen die Interessenten für unser Gruppenangebot und auch die letztlich eingeschlossenen Gruppenmitglieder keine ausgesprochen hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen auf.

4.1.2 Effekte des Gruppenangebotes

Die *Prüfungsängstlichkeit* der Gruppenteilnehmer war im Mittel unmittelbar nach Interventionsende signifikant gesunken und dieser zu diesem Zeitpunkt schon große Effekt verstärkte sich noch drei Monate nach Gruppenende. Bei der Auswertung der qualitativen Ratings zeigte sich, dass vor allem der Prozentsatz der Studierenden mit klinisch relevanter Prüfungsängstlichkeit deutlich zurückging (T1: 79%, T2: 37%, T3: 11%) und der Anteil von bezogen auf die Prüfungsängstlichkeit unauffälliger Studierender vor allem zum dritten Messzeitpunkt stark zugenommen hatte (T1: 0%, T2: 16%, T3: 42%). Hinsichtlich der Prüfungsangstkategorien fand sich ebenfalls im Mittel eine signifikante Veränderung mit jeweils großem Effekt beim Vergleich der Ausgangswerte mit denen zum zweiten und dritten Messzeitpunkt. Der Anteil der hoch Prüfungsängstlichen ging zurück (T1: 58%, T2: 21%, T3: 5%) und zum dritten Messzeitpunkt befand sich das Gros der Studierenden im mittleren Bereich (T3: 90% Mischtyp).

Bei der *Analyse der qualitativen Ratings zu klinisch relevanten Angststörungen und anderweitigen psychischen Störungen* ergaben sich ebenfalls deutliche Hinweise auf einen positiven Effekt der Gruppenintervention. Die sozialen Ängste gingen mit einer mittleren Effektstärke vom ersten zum zweiten und einer großen Effektstärke vom ersten zum dritten Messzeitpunkt zurück. Während vor Gruppenbeginn 47% der Mitglieder unter einer Sozialen Phobie litten und nur 5% keinerlei soziale Ängste aufwiesen, hatte sich zum dritten Messzeitpunkt das Verhältnis genau umgekehrt (Soziale Phobie: T1: 47%, T2: 21%, T3: 5%). Auch die spezifischen (isolierten) Ängste gingen über die drei Messzeit-

punkte im Mittel signifikant zurück, wobei die Effektstärke zum zweiten Messzeitpunkt gering war und zum dritten Messzeitpunkt in einem mittleren Bereich lag. Auch hier verkehrte sich das Verhältnis der Teilnehmer, die zu Gruppenbeginn unter einer Spezifischen (isolierten) Phobie gelitten hatten zum dritten Messzeitpunkt ins Gegenteil. Während anfangs 32% unter einer Spezifischen (isolierten) Phobie litten und 16% diesbezüglich unauffällig waren, waren zum dritten Messzeitpunkt 32% unauffällig und 16% klinisch auffällig (Spezifische Phobie. T1: 32%, T2: 16%, T3: 16%). Bei der Analyse der anderweitigen psychischen Störungen erwiesen sich vor allem komorbide depressive Symptome als deutlich gebessert (T1: 42%, T2: 11%, T3: 0%), so dass zum dritten Messzeitpunkt insgesamt nur noch 26% der Gruppenmitglieder anderweitige psychische Auffälligkeiten aufwiesen. Dabei ist erwähnenswert, dass die Kategorisierung „narzistisch“ das Vorhandensein entsprechender Verhaltensweisen benennt, aber nicht die Vergabe der Diagnose einer Narzistischen Persönlichkeitsstörung erlaubt. Gleiches gilt für die Kategorie „V.a. Persönlichkeitsstörung“, die subsyndromale Auffälligkeiten markiert; zumal das Vorliegen einer schweren Persönlichkeitsstörung vor Gruppenbeginn ein Ausschlusskriterium dargestellt hätte. Die einmalige Vergabe einer Psychotraumastörung zum dritten Messzeitpunkt ging auf ein hoch belastendes Ereignis (unabhängig vom Studium) zurück.

Bei der Auswertung der eingesetzten Fragebögen ließen sich die qualitativ gewonnenen Befunde auf quantitativer Ebene absichern. In der *Liebowitz-Skala* zeigte sich, dass die Gruppenmitglieder vor Interventionsbeginn im Mittel den Grenzwert für eine Spezifische Soziale Phobie überschritten, während sie im Anschluss hinsichtlich ihrer sozialphobischen Symptome nicht mehr von Gesunden zu unterscheiden waren. Der Veränderung über die drei Messzeitpunkte war signifikant, wobei die Effektstärken beim Vergleich des ersten mit dem zweiten und vom ersten zum dritten Messzeitpunkt jeweils groß waren.

Im *Fragebogen zu sozialphobischen Kognitionen* ergab sich ein signifikanter Rückgang der Anzahl sozialphobischer Kognitionen mit jeweils großen Effektstärken beim Vergleich vom ersten mit dem zweiten und vom ersten mit dem dritten Messzeitpunkt. Ein analoger Befund ergab sich auch hinsichtlich des Ausmaßes der sozialphobischen Kognitionen.

Im *Fragebogen zu sozialphobischem Verhalten* zeigte sich ein signifikanter Rückgang des Ausmaßes sozialphobischer Verhaltensweisen mit jeweils mittlerer Effektstärke beim Vergleich des ersten mit dem zweiten und des ersten mit dem dritten Messzeitpunkt. Die Anzahl der sozialphobischen Verhaltensweisen ging hingegen nur minimal und damit statistisch nicht bedeutsam zurück.

Im *Beck Depressions-Inventar* fand sich ein signifikanter Rückgang depressiver Symptome über die drei Messzeitpunkte. Dabei war die Stärke des Effektes vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt mittel und vom ersten zum dritten Messzeitpunkt groß. Die Gruppenmitglieder wiesen vor Interventionsbeginn im Mittel depressive Symptome in milder bis mäßiger Ausprägung auf, während im Anschluss ihr Mittelwert unauffällig war.

Im „*Brief Symptom Inventory*“ zeigte sich bei den Gruppenmitgliedern nach der Intervention ein signifikanter Rückgang der grundsätzlichen psychischen Belastung, wobei das mittlere Ausmaß der Belastung auch schon vor Gruppenbeginn nicht die Grenze klinischer Auffälligkeit überschritt, wenn man die Normwerte für Studierende zugrunde legte. Die Effektstärken waren sowohl beim Vergleich vom ersten mit dem zweiten als auch vom ersten mit dem dritten Messzeitpunkt groß.

Wegen der Heterogenität des Datensatzes konnten die Ergebnisse zum *weiteren Studienverlauf und zu den studienbezogenen Leistungen* nur deskriptiv ausgewertet werden. Insgesamt ließ sich feststellen, dass ausschließliches Vermeidungsverhalten und/oder Misserfolge nach der Gruppenintervention nur noch sehr selten vorkamen (T2: 13%, T3: 8%). Die Gruppenteilnehmer stellten sich den anstehenden Prüfungen und die Anzahl der Erfolge nahm zu. Dabei wurden auch relevante Prüfungen abgelegt (Wechsel in klinischen Studienabschnitt und Bestehen des Examens). Im Laufe des sechsmonatigen Beobachtungszeitraumes kam es zwar bei 26% der Gruppenteilnehmer zu einer weiteren Studienverzögerung (N=1: Vermeidung, N=4: Leistungsversagen), aber bei nur 16% kam es dadurch zu einem Kategorienwechsel (N=2: erstmalig Zeitverzögerung, N=1: erstmalig Langzeitstudent).

Im „*NEO-Fünf-Faktoren-Inventar*“ zeigte sich, dass die Gruppenmitglieder sowohl vor Interventionsbeginn als auch drei Monate nach Gruppenende bei Zugrundelegung alters- und geschlechtsspezifischer Normen im Mittel unauffällige Werte aufwiesen. Der Neurotizismus nahm vom ersten zum dritten Messzeitpunkt signifikant ab und die Extraversion signifikant zu; wobei die Effektstärken jeweils in einem mittleren Bereich lagen. Die Ge-wissenhaftigkeit nahm signifikant zu, aber die Effektstärke war gering. Hinsichtlich der Offenheit für Erfahrung und der Verträglichkeit zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Ergebnisse.

Bei der Analyse anderer wichtiger Parameter (noch andere Probleme außer Prüfungsangst, Finanzierung des Studiums, Medikamentenkonsum, derzeit in kontinuierlicher psychotherapeutischer Behandlung), die ebenfalls Einfluss auf die Gruppenmitglieder über die drei Messzeitpunkte hätten nehmen können, zeigten sich keine relevanten Veränderungen.

Die mittlere Veränderung der 19 Gruppenmitglieder auf psychischer Ebene und hinsichtlich ihrer studienbezogenen Leistungen über die drei Messzeitpunkte spricht dafür, dass unser gruppenpsychotherapeutisches Angebot die emotionale Befindlichkeit und das Leistungsvermögen der Teilnehmer nachhaltig positiv beeinflussen konnte. Auch wenn keine Kontrollgruppe vorhanden war, so deutet doch die Gleichsinnigkeit der Befunde und das Fehlen von Hinweisen auf den Einfluss anderweitiger wichtiger Parameter darauf hin, dass die beobachtbaren Veränderungen als Effekte des Gruppenangebotes verstanden werden können. Diese Annahme lässt sich zudem mit dem empirischen Befund untermauern, dass klinisch relevante Ängste aufgrund des hoch verstärkenden Effektes von Vermeidungsverhalten (negative Verstärkung) ein hohes Chronifizierungsrisiko aufweisen und somit Spontanremissionen in einem größeren Ausmaß nicht zu erwarten waren. Da es auch in dem Beobachtungszeitraum zu keinem Studienabbruch kam und die Vermeidung anstehender Prüfungen von den Gruppenteilnehmern kaum praktiziert wurde (nur zweimal bei T2 und einmal bei T3), blieb die phobische Reizkonstellation für die Prüflinge bestehen, aber ihr Umgang damit änderte sich.

Erfreulich ist, dass neben der Prüfungsängstlichkeit, die ja die wichtigste Zielgröße des präventiven Hilfsangebotes darstellte, auch die sozialen Ängste und die depressiven Symptome statistisch bedeutsam und klinisch relevant zurückgingen. Zum dritten Messzeitpunkt war nur ein sehr geringer Prozentsatz der Gruppenteilnehmer hoch prüfungsängstlich und damit klinisch auffällig (11% im klinischen Rating, 5% in der quantitativen Kategorie), 5% und damit ein Gruppenteilnehmer litt unter einer Sozialen Phobie (Rating) und keines der Gruppenmitglieder war mehr auffällig depressiv (Rating und BDI). Selbst die spezifischen (isolierten) Ängste gingen im Mittel signifikant zurück, wobei am Ende

nur noch 16% der Gruppenteilnehmer unter einer Spezifischen Phobie litten. Dies spricht für einen als günstig zu bewertenden Generalisierungseffekt, da die spezifischen Ängste der Gruppenteilnehmer, die sich z.B. auf Höhe, Enge, Dunkelheit oder spezifische Tiere bezogen explizit gar nicht Inhalt der Gruppenarbeit war und nur in den Vorgesprächen und im Rahmen der Begleitforschung, also im Rahmen der Diagnostik und Evaluation angesprochen wurden. Dass die Absenkung der Prüfungsängstlichkeit auch generell mit einem Absinken der psychischen Belastung verbunden war, zeigte sich im BSI. Hier hatte sich die grundsätzliche psychische Belastung im Mittel signifikant und über die drei Monate nach Gruppenende stabil, mit großem Effekt reduziert. Im BSI zeigte sich darüber hinaus, dass die Gruppenmitglieder nicht generell psychisch hoch auffällig waren, sondern vermutlich infolge ihrer zu Gruppenbeginn vorliegenden hohen Prüfungsängstlichkeit und den damit korrespondierenden Leistungsproblemen unter höherer psychischer Belastung standen. So ist die anfangs feststellbare erhöhte Depressivität vermutlich als Folge der Prüfungsängstlichkeit aufzufassen. Dass die spezifischen (isolierten) Ängste zurückgingen, lässt sich gut damit erklären, dass der Mut wächst, sich mit andersartigen bedrohlichen Reizen zu konfrontieren, wenn man bereits an einer Stelle eine ehemals bedrohliche Situation meistern konnte. In diesem Zusammenhang ist auch der Befund interessant, dass die sozialphobischen Kognitionen unmittelbar nach Gruppenende und stabil zum dritten Messzeitpunkt sowohl mengenmäßig als auch hinsichtlich ihres Ausmaßes mit großem Effekt zurückgegangen waren. Für die sozialphobischen Verhaltensweisen galt dies nur bezüglich des Ausmaßes mit mittlerer Effektstärke. Die Gruppenintervention reduzierte also vermutlich in erster Linie den subjektiven Bedrohungsgehalt sozialer Situationen und damit einhergehend verschwanden zwar sozialphobische Verhaltensweisen nicht gänzlich, aber ihre Häufigkeit sank bedeutsam, so dass den Teilnehmern neue positive Interaktionserfahrungen und vermutlich auch die Erprobung neuer, sozial kompetenter Verhaltensweisen möglich wurden, die wir aber nicht direkt empirisch erfassten.

Die Ergebnisse im NEO-FFI untermauern die oben aufgestellten Hypothesen, dass die Gruppenmitglieder nicht generell psychisch hoch auffällig waren, sich ihre psychische Befindlichkeit aber dennoch infolge unseres Hilfsangebotes nachhaltig verbesserte, und es vermutlich zu einer Zunahme sozial kompetenten Verhaltens kommt. Bei im Mittel unauffälligen Ausgangswerten, waren die Neurotizismus-Werte der Gruppenmitglieder im Mittel gesunken und die Extraversionswerte im Mittel gestiegen. Es kam sogar zu einem signifikanten Anstieg der Gewissenhaftigkeit, obwohl hier die Effektstärke gering war. Der Anstieg der Gewissenhaftigkeit wird vermutlich auf die Teilnehmer zurückgehen, die vor Gruppenbeginn ausgesprochene Probleme mit der Disziplin hatten, weil sie noch keinen effektiven Arbeitsstil entwickelt hatten. Sie vermieden die Bücher und den Schreibtisch, da diese mit Frustrationserleben verbunden waren und zudem infolge der Kopplung mit aversiven Prüfungserfahrungen Erwartungsängste hervorriefen.

Unsere Befunde zu den studienbezogenen Leistungen der Teilnehmer unmittelbar nach Gruppenende und drei Monate später zeigen, dass die Studierenden sich wieder mehr ihren Prüfungen stellen und im Verhältnis auch deutlich mehr Erfolge als Misserfolge vorzuweisen haben. Dabei werden auch große Examina absolviert. Dies ist ein relevanter Befund, wenn man bedenkt, dass vor Beginn der Gruppenarbeit 93% aller Studienteilnehmer mit einer zeitlichen Verzögerung ihres Studiums angaben, diese sei aufgrund von Leistungsversagen zustande gekommen. Zu einem Studienabbruch kam es bei keinem Gruppenmitglied, obwohl drei Teilnehmer in dem sechsmonatigem Beobachtungszeitraum zum dritten Mal eine Physikumsprüfung absolvierten, was im Falle eines Misserfolges zur Exmatrikulation geführt hätte. Obwohl es bei einem Viertel der Gruppenmitglie-

der im Rahmen der Studie zu einer weiteren Studienverzögerung kam, wurde nur eines dadurch zu einem Langzeitstudent (> 2 Semester Verzögerung). Dies bedeutet, dass die Studierenden infolge der Gruppenteilnahme nicht zum Turbo-Student werden, aber dass sie ihr Studium wieder konsequent verfolgen und damit einen großen Schritt in Richtung eines erfolgreichen Abschlusses tun. Dies stellt ebenfalls ein erfreuliches Ergebnis dar, weil etwa 8% der Medizinstudenten ihr Studium abbrechen (1999: 8%: Heublein et al., 2002; 2006: < 10%: Heublein & Wank, 2008) und sich seit 2002 in Deutschland zunehmend ein Ärztemangel abzeichnet (Malzahn & Stosch, 2007).

Aus der Sicht hoch prüfungsängstlichen Studierenden stellt das Leistungsversagen oder gar der Studienabbruch eine sehr hohe Belastung und sicherlich auch einen krisenhaften Zeitabschnitt in der eigenen Biographie dar. Die hier untersuchten Medizinstudierenden waren hoch mit ihrem Berufsziel identifiziert und wollten später überwiegend in der Klinik tätig werden. Da sie sehr hart für die Verwirklichung ihres Berufszieles kämpfen müssen, werden sie vermutlich nicht so leicht nach dem erfolgreichen Abschluss ihres Studiums den Arztberuf an den Nagel hängen, selbst wenn dieser in Klinik mit erschweren Arbeitsbedingungen verbunden ist.

Insgesamt scheint auch die Situation an der Universität in den letzten Jahren für Studierende belastender geworden zu sein. „Im Rahmen einer aktuellen Forsa-Umfrage im Auftrag der Techniker Krankenkasse (s.a.: Kundenkompass Stress, ISBN-13:978-3-89981-755-3) an Studenten in Hessen, gaben drei Viertel an, sich durch ihr Studium gestresst zu fühlen. Dabei wurden insbesondere Prüfungssituationen als sehr belastend erlebt. 68% litten unter Prüfungsangst und 40% fühlten sich generell stark unter Leistungsdruck. Auch stieg zwischen 2004 und 2007 die Anzahl der Psychotherapien unter den bei der Techniker Krankenkasse versicherten Studenten um 15%. Bundesweit nehmen etwa 10.000 bei der TK versicherten Studierenden Psychotherapie in Anspruch. hochgerechnet für die Bundesrepublik befinden sich 90.000 Studierende aktuell in psychotherapeutischer Behandlung“ (zit. aus: www.studentenpresse.com und Deutsches Ärzteblatt, 2009).

Die in unsere Studie aufgenommenen Studierenden hatten in keinem Falle aufgrund von Prüfungsängsten eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen, fühlten sich aber durch ihre Prüfungsängste stark belastet und hatten diese in der Regel auch schon etwas länger. Es spricht also vieles dafür, von starker Prüfungsängstlichkeit betroffenen Studierenden schon frühzeitig ein gezieltes, niederschwelliges Hilfsangebot zu machen, das sie nicht klientifiziert und ihnen wirksame Problembewältigungskompetenzen vermittelt, die ihnen auch im späteren Berufsleben helfen werden.

Unter den Befunden zu unserem Gruppenangebot ist besonders erwähnenswert, dass die unmittelbar beobachtbaren positiven Veränderungen hinsichtlich der psychischen Befindlichkeit und des Leistungsverhaltens drei Monate später stabil waren oder sich sogar noch gesteigert hatten. Dies deutet darauf hin, dass die Studierenden tatsächlich neue Kompetenzen im Rahmen der Einzel- und Gruppengespräche erworben hatten, die sie auch anschließend noch weiterhin anwandten.

4.1.3 Bewertung des Gruppenangebotes seitens der Teilnehmer

Vor Gruppenbeginn benannten die Teilnehmer im Schnitt 14 Probleme und/oder Ziele; als wichtigste individuelle Therapieziele wurden im Mittel vier aufgelistet. Unmittelbar nach Gruppenende schätzen die Teilnehmer den Grad ihrer individuellen Zielerreichung auf 52%, wenn über alle Ziele gemittelt wurde und 56%, wenn sie selber ein Gesamtv-

tum abgeben sollten. Drei Monate später verbesserte sich der Grad der Zielerreichung um weitere 14% auf 66% (Mittelwert) bzw. 70% (Einzelitem).

Im „*Nachbefragungsbogen*“ gaben jeweils 58% der Gruppenteilnehmer unmittelbar nach Interventionsende und drei Monate später an, „stark“ bis „sehr stark“ mit der Gruppentherapie zufrieden zu sein. Zum zweiten Messzeitpunkt gaben 21% der Gruppenmitglieder an, sich durch die Gruppentherapie „stark“ geändert zu haben; weitere drei Monate später bezeichneten 42% ihre eigene gruppenbedingte Veränderung als „stark“. Unmittelbar nach Gruppenende glaubten 37% der Gruppenmitglieder, künftig aufgrund der Gruppengespräche „stark“ bis „sehr stark“ mit Problemen und Schwierigkeiten besser fertig zu werden. Drei Monate später waren es 47%. Ein „starkes“ bis „sehr starkes“ Bedürfnis nach weiteren ähnlichen Gesprächsmöglichkeiten empfanden 11% der Gruppenmitglieder zum zweiten Messzeitpunkt und 16% drei Monate nach Beendigung der Gruppenarbeit.

Jeweils 100% der Gruppenmitglieder bezeichneten zu beiden Messzeitpunkten „eine Therapiegruppe dieser Art für sich und andere für wichtig und hilfreich“.

Unmittelbar nach Abschluss der Gruppenarbeit gaben 90% der Teilnehmer an, „zur Zeit noch Kontakt mit anderen Gruppenmitgliedern“ zu haben. Drei Monate später standen noch 63% miteinander in Kontakt. Der Kontakt war überwiegend privater Natur, aber es hatten sich auch einzelne Lerngruppen gebildet, wenn dies möglich war.

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass sich die positiven Effekte des Gruppenangebotes auf die psychische Befindlichkeit und das Leistungsvermögen auch in den subjektiven Bewertungen der Gruppenmitglieder zum zweiten und dritten Messzeitpunkt widerspiegeln. Dabei ist von Bedeutung, dass das Ausmaß der eigenen Veränderung und der Grad der Steigerung eigenen Bewältigungskompetenz drei Monate nach Abschluss der Gruppenarbeit noch einmal gestiegen war. Dies spricht dafür, dass die Teilnehmer wirklich etwas gelernt haben und ihre neuen Kompetenzen auch anwenden. Untermauert wird diese These von dem Befund, dass alle Teilnehmer die Gruppe als wichtig und hilfreich bewerteten, obwohl einige wenige die Einschränkung „vor allem für andere“ vornahmen.

Dass nur ein geringer Prozentsatz der Gruppenmitglieder noch gerne weitere Gruppensitzungen gehabt hätte und 63% sogar drei Monate nach Abschluss der Gruppenarbeit noch in Kontakt mit anderen Gruppenmitgliedern stand, deutet darauf hin, dass das Hilfsangebot hinreichend war und die Teilnehmer das damit verbundene soziale Netzwerk eigenständig konstruktiv weiter nutzten.

Die Zufriedenheit mit dem Gruppenangebot hing nicht statistisch bedeutsam mit den Studienerfolg zusammen und auch die Anzahl der Fehltermine ließ keinen Rückschluss auf das Ausmaß der Prüfungsängstlichkeit zu den drei Messzeitpunkten zu. Dies lässt vermuten, dass die Zufriedenheit mit dem Gruppenangebot und die Teilnahmemotivation der Gruppenmitglieder komplex determiniert sind. Gleichermaßen gilt wahrscheinlich auch bezüglich der aktiven Teilnahme an der Video-Arbeit und dem Ausmaß sozialphobischer Symptome zu den drei Messzeitpunkten, wo sich ebenfalls kein statistisch bedeutsamer Zusammenhang finden ließ.

In den *klinischen Interviews* und den „*Nachbefragungsbögen*“ zum zweiten und dritten Messzeitpunkt wurden das Gruppenangebot und die einzelnen abgefragten Module (Lern-

techniken, Entspannungsverfahren, Trauma-Arbeit und Video-Arbeit) positiv bewertet. Keines der Interventionselemente sollte gestrichen werden, aber je nach eigener Problemlage wurde einzelnen Modulen eine größere Bedeutung zugewiesen. Fast alle Gruppenmitglieder betonten die Wichtigkeit des geschützten intensiven Austausches mit anderen Studierenden über das Thema „Prüfungsangst“. Es wurde als entlastend erlebt, mit den eigenen Problemen nicht alleine da zu stehen und von den Anderen hilfreiche Tipps zu bekommen. Auch das Zusammentreffen von Studierenden aus verschiedenen Studienabschnitten wirkte bereichernd. Die gute Atmosphäre in der jeweiligen Gruppe wurde mehrfach betont. Verbesserungsvorschläge bezogen sich im Wesentlichen auf die Video-Arbeit (noch realistischer machen), die Eröffnungsminute (stärkere zeitliche Begrenzung zugunsten Übungen oder Tipps) und die Termingestaltung (früherer Gruppenbeginn als 19:30 Uhr).

Nach Gruppenende wurden die neu erworbenen Lerntechniken regelhaft weiter verwendet bzw. die Mitglieder, die bereits effektiv lernten, fühlten sich in ihrer bisherigen Vorgehensweise bestärkt. Ein Entspannungsverfahren (meist die Atemübung) wurde von den Teilnehmern nach Abschluss der Gruppenarbeit im Falle regelmäßig angewendet, wenn sie sich aktuell in einer Prüfungsphase befanden und sie es zuvor als hilfreich erlebt hatten. Als Ressourcen-Übung wurde der „Sichere Ort“ präferiert. Die mit EMDR bearbeitete Szene wurde auch zum zweiten und dritten Messzeitpunkt als nicht mehr belastend erlebt und auch die Kombination von Einzel- und Gruppenarbeit als unverzichtbar für etwaige zukünftige Gruppenangebote bewertet.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass unser Hilfsangebot in der dargebotenen Form bis auf kleine Verbesserungsvorschläge auf große Zustimmung stieß.

4.1.4 Wirkspektrum des Gruppenangebotes

Die positiven und nachhaltigen Effekte unseres Hilfsangebotes (s.o., 4.1.2) sprechen dafür, dass die hier vorgestellte Kombination von Einzelgesprächen und Gruppenarbeit sich zur primären Prävention von angstbedingtem Leistungsversagen eignet und insofern auch einen hiervon motivierten Studienabbruch verhindern kann. Zudem ist es sich zur sekundären Prävention von Prüfungsangst und damit einhergehenden depressiven Verstimmungen geeignet. Die Gruppenarbeit erwies sich dabei nicht nur bei Leistungsängsten als effektiv, sondern auch bei den häufig gleichzeitig vorliegenden sozialen Ängsten, zumal Studienleistungen häufig in sozialen Kontexten erbracht werden, die Sprech- und Bewertungsängste aktivieren.

Aufgrund der Erfahrungen aus den Vorgesprächen mit 31 Studierenden und langjähriger psychotherapeutischer Praxis muss allerdings erhöhte Prüfungsängstlichkeit als ein komplexes Phänomen angesehen werden und die betroffenen Studierenden als entsprechend heterogen. So zeigte sich bei der Betrachtung einzelner Verläufe, dass nicht all Gruppenmitglieder gleichermaßen von unserem Hilfsangebot profitierten, obwohl es bereits bei der Studienplanung als auch bei den Vorgesprächen zur Selektion der Teilnehmer gekommen war.

Von der Gruppenteilnahme profitierten besonders sozialphobische Studierende mit ineffizienten Lerntechniken, die sich am Anfang oder der Mitte ihres Studiums befanden.

Weniger profitierten Studierende, die versuchten, ihre Prüfungsangst mit zwanghaften Verhaltensweisen zu kontrollieren. Diese nutzten jede freie Minute zum Lernen, fanden

keine Zeit, ein Entspannungsverfahren regelmäßig zu praktizieren und fehlten bei den Gruppensitzungen, wenn diese unmittelbar vor einer Prüfung stattfanden. Wenn die Angst vor der Veränderung des eigenen Verhaltens („Wenn ich weniger lerne, falle ich durch.“) größer ist als der subjektive Leidensdruck, der durch das andauernde Lernen entsteht und mit dieser Technik bisher auch Prüfungen bewältigt wurden, ist das Gruppensetting in der von uns vorgegebenen Form weniger effektiv.

Auch Studierende, die sich während der Gruppensitzungen schon in der Examensphase befanden, profitierten weniger, da sie nicht mehr genügend Übungsmöglichkeiten hatten. Zudem sank ihre Veränderungsmotivation nachdem sie ihr Examen bestanden hatten.

4.2 Vorschläge für zukünftige Gruppenangebote

Da sich unser Hilfsangebot im Mittel sowohl auf psychischer Ebene als auch im Hinblick auf die Studienleistungen als hoch effektiv erwies, erscheint es sinnvoll, solch ein Angebot fest in der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln als kostenfreie Serviceleistung zu etablieren. Dabei sollte die Kombination aus Einzel- und Gruppengesprächen mit den jeweiligen Modulen (Lerntechniken, Entspannungsverfahren, Angstmanagement, Trauma-Arbeit und Video-Arbeit) beibehalten werden. Auch an der Anzahl der Interventionseinheiten und dem äußereren Setting (Werbemaßnahmen und gegenseitige Schweigepflichtvereinbarung) sollte nichts geändert werden.

Bei der Gruppenzusammenstellung sollte darauf geachtet werden, dass sich die Studierenden mindestens im zweiten Semester befinden und die letzten Examensprüfungen noch vor sich haben, damit die ersten Erfahrungen mit dem Medizinstudium schon gemacht wurden und zugleich noch genügend Übungsmöglichkeiten bestehen. Sinnvoll erscheint es ebenfalls, ein möglichst ausgewogenes Geschlechterverhältnis anzustreben und auch Studierende mit unterschiedlich starkem Problemdruck zusammenzubringen, um die Arbeitsmotivation in der Gruppe optimal zu fördern.

Bei eher zwanghaft strukturierten Studierenden (s.o. 4.1.4) empfiehlt sich eine einzeltherapeutische Arbeit. Im Einzelfall kann eventuell auch im Rahmen der Vorgespräche ein „Vertrag“ geschlossen werden, in dem sich das Gruppenmitglied verpflichtet, während der dreimonatigen Gruppenarbeit die neuen Lerntechniken zumindest einmal auszuprobieren.

Da die Gruppensitzungen für die Teilnehmer kostenlos waren und zu häufiges Fehlen für das fehlende Gruppenmitglied selbst, aber auch für den gesamten Gruppenprozess destruktiv ist, sollte vorab ab dem dritten Fehltermin ein Ausfallhonorar vereinbart werden, das dann für zukünftige Gruppenangebote verwendet wird.

Pro Kalenderjahr könnten zwei Gruppen zu jeweils unterschiedlichen Anfangszeiten angeboten werden, um Studierenden mit Terminschwierigkeiten zu den bisherigen Zeiten die Teilnahme zu ermöglichen. So konnten z.B. mehrere Interessenten mit eigenen Kindern die regelmäßige Teilnahme an einem Abendtermin nicht garantieren und schieden vorab aus.

Die Eröffnungsrede zu Beginn einer jeden Gruppensitzung sollte vorab zeitlich klar begrenzt sein, um so noch mehr Raum für konkrete Übungen oder Informationseinheiten zu schaffen. Zur Video-Arbeit sollten - falls möglich - Externe hinzu gebeten werden, die genügend Erfahrungen als Prüfer haben, aber selber nicht (mehr) an der Universität prüfen (z.B.: Emeriti oder Personen, die aus anderen Gründen in der medizinischen Fakultät zu Köln nicht prüfen).

Die Finanzierung des präventiven Hilfsangebotes ließe sich kostengünstiger gestalten, wenn als Kotherapeut jeweils ein Psychologe in psychotherapeutischer Ausbildung gewonnen werden könnte, der bereit ist, sich in das Gruppenkonzept einzuarbeiten und eine regelmäßige Teilnahme garantiert.

5 ZUSAMMENFASSUNG

Schätzungsweise 10% aller Studierenden leiden unter klinisch relevanter Prüfungsängstlichkeit, die mit Beeinträchtigungen kognitiver Funktionen in Prüfungssituationen verbunden ist und zu Leistungsversagen führen kann. Dabei scheint die Situation an der Universität in den letzten Jahren noch schärfer geworden zu sein. Mittlerweile erlebt das Gros der Studierenden Prüfungssituationen als sehr belastend und 68% geben an, unter Prüfungsängsten zu leiden.

Im Rahmen der Studie sollte überprüft werden, ob ein gezieltes gruppenpsychotherapeutisches Angebot die emotionale Befindlichkeit und das Leistungsvermögen der Teilnehmer nachhaltig positiv beeinflussen kann.

Das präventive Hilfsangebot umfasste fünf Einzelgespräche (2 Vorgespräche und 3 Einzelgespräche parallel zur Gruppe, jeweils à 50 Min.) und 12 Gruppensitzungen (à 100 Min.). Die Gruppensitzungen wurden gemeinsam von einer weiblichen und einem männlichen Psychologischen Psychotherapeuten geleitet. Das Gruppenkonzept war supportiv-kognitiv ausgerichtet und umfasste neben einer auf die Gruppenkohäsion und die individualisierte Problembearbeitung abzielenden Eröffnungsrede auch psychoedukative und übende Elemente (Module: Lernen und Motivation, Entspannungsverfahren, Angstmanagement, Video-Arbeit zu mündlichen Prüfungen). In einer Einzel- und einer Doppelsitzung kamen individualisiert trauma-spezifische Interventionen zur Anwendung (Absorptionstechnik und EMDR).

Die wissenschaftliche Evaluation erfolgte unter Verwendung qualitativer (strukturierte Interviews und Experten-Ratings) und quantitativer Methoden (u.a. Liebowitz-Skala, BDI, BSI, NEO-FFI) unmittelbar vor (T1) und nach der Gruppenarbeit (T2) sowie drei Monate später (T3). Zudem wurden die Gruppenteilnehmer um eine weitere Rückmeldung zu ihren Studienleistungen zu einem späteren Zeitpunkt gebeten.

Von Oktober 2007 bis August 2008 wurde bei Studierenden der Human- und Zahnmedizin über Aushänge und per Mail für das Gruppenangebot geworben. Es bekundeten insgesamt 44 Frauen und 17 Männer (n= 61) Interesse, an einer Gruppenteilnahme. Ihr Interesse war fast ausschließlich von hoher Prüfungsangst motiviert. Damit meldeten sich etwa 2% der in der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln eingeschriebenen Studenten (WS 2008/2009: N= 3.246) und ca. 20% aller hoch prüfungsängstlichen Studierenden, wenn man davon ausgeht, dass etwa 10% aller Medizinstudenten unter klinisch relevanter Prüfungsängstlichkeit leiden.

Mit 31 Studierenden wurden Vorgespräche geführt, die der Indikationsprüfung und der Vorbereitung auf die Gruppenarbeit dienten. Wie geplant, wurden zwei Gruppen durchgeführt (16.1. – 2.4.2008 und 1.10.- 17.12.2008), in die insgesamt 19 Teilnehmer eingeschlossen werden konnten.

Die 19 Gruppenteilnehmer waren in 90% der Fälle für Humanmedizin eingeschrieben; der Frauenanteil betrug 79%. Sie waren im Schnitt 29 Jahre alt (Range: 21 – 47 Jahre) und hatten in 63% bereits eine abgeschlossene Berufsausbildung. Sie befanden sich im Schnitt im achten Semester und zu 68% in der Vorklinik. 74% von ihnen wichen minde-

stens ein Semester von der Regelstudienzeit ab, und diese Abweichung kam in 93% der Fälle durch Leistungsversagen zustande.

Obwohl im Versuchsplan der Studie keine Kontrollgruppe vorgesehen war und somit keine Aussage darüber gemacht werden kann, ob und in welche Richtung sich die psychische Befindlichkeit und das Leistungsvermögen von hoch prüfungsängstlichen Studierenden über sechs Monate ohne Intervention verändern, sprechen die Vielzahl, die Einheitlichkeit und die Stabilität der beobachtbaren Veränderungen für einen positiven Effekt des präventiven Hilfsangebotes.

Nach Abschluss der Gruppenarbeit kam es zu einem signifikanten und stabilen Rückgang der Prüfungsängstlichkeit, der sozialen und der spezifischen Ängste. Gleichermaßen galt hinsichtlich depressiver Symptome, wobei stets drei Monate nach Abschluss der Gruppenarbeit der Anteil klinisch auffälliger Studierender entweder nur noch sehr gering oder gar nicht mehr vorhanden war. Zudem zeigten sich ein signifikanter Rückgang hinsichtlich der grundsätzlichen psychischen Belastung und des Neurotizismus und eine Zunahme der Extraversion und der Gewissenhaftigkeit. Dabei lagen sowohl das Ausmaß der grundsätzlichen psychischen Belastung der Gruppenmitglieder als auch die Ausprägung der gemessenen Persönlichkeitsmerkmale schon vor Beginn der Gruppenarbeit im Mittel im Normbereich.

Wegen der Heterogenität des Datensatzes konnten die Ergebnisse zum Leistungsverhalten der Gruppenteilnehmer nur deskriptiv ausgewertet werden. Insgesamt ließ sich feststellen, dass ausschließliches Vermeidungsverhalten und/oder Misserfolge nach der Gruppenintervention nur noch sehr selten vorkamen. Die Gruppenteilnehmer stellten sich den anstehenden Prüfungen und die Anzahl der Erfolge nahm zu. Dabei wurden auch relevante Prüfungen abgelegt (Wechsel in klinischen Studienabschnitt und Bestehen des Examens). Im Laufe des sechsmonatigen Beobachtungszeitraumes kam es zwar bei 26% der Gruppenteilnehmer zu einer weiteren Studienverzögerung, aber der Prozentsatz der Langzeitstudenten (> als 2 Semester verzögert) stieg nur unwesentlich an (T1: 37%, T3: 42%). Keiner der Studierenden brach sein Studium ab, obwohl drei von ihnen im Beobachtungszeitraum jeweils eine Physikumsprüfung im dritten und letzten Anlauf nahmen.

Die positiven Effekte des Gruppenangebotes spiegelten sich in den subjektiven Bewertungen der Teilnehmer wider, die sich ebenfalls zum dritten Messzeitpunkt noch steigerten. 58% waren „stark“ bis „sehr stark“ mit der Gruppentherapie zufrieden, 42% gaben an, sich infolge der Gruppenteilnahme „stark“ geändert zu haben und 47% glaubten, „stark“ bis „sehr stark“ aufgrund der Gruppengespräche künftig mit Problemen und Schwierigkeiten besser fertig zu werden. Alle Gruppenmitglieder bezeichneten „eine Therapiegruppe dieser Art für sich und andere als hilfreich“, obwohl bei Betrachtung einzelner Verläufe nicht alle Gruppenmitglieder gleichermaßen profitieren. Das Interesse an der Fortsetzung der Gruppengespräche war zu beiden Nachbefragungszeitpunkten gering ausgeprägt, wobei die Mehrzahl der Teilnehmer sich bereits während der Gruppengespräche sozial vernetzt hatte (private Kontakte und/oder Lerngruppe).

Alle Gruppenteilnehmer bewerteten die Kombination aus Einzel- und Gruppengesprächen und die einzelnen Module (Lernen und Motivation, Entspannungsverfahren, Trauma-Arbeit und Video-Arbeit) als positiv. Keines der Interventionselemente sollte gestrichen werden, aber je nach eigener Problemlage wurde einzelnen Modulen eine größere Bedeutung zugesprochen.

Die positiven und nachhaltigen Effekte unseres Hilfsangebotes sprechen dafür, dass die hier vorgestellte Kombination aus Einzelgesprächen und Gruppenarbeit sich zur primären Prävention von angstbedingtem Leistungsversagen eignet und insofern auch einen hiervon motivierten Studienabbruch verhindern kann. Zugleich ist es zur sekundären Prävention von Prüfungsangst und damit einhergehenden depressiven Verstimmungen geeignet.

Von der Gruppenteilnahme profitierten besonders sozialphobische Studierende mit ineffizienten Lerntechniken, die sich am Anfang oder der Mitte ihres Studiums befanden. Weniger profitierten Studierende, die versuchten, ihre Prüfungsangst mit zwanghaften Verhaltensweisen zu kontrollieren und solche, die sich während der Gruppensitzungen schon in der Examensphase befanden.

Das präventive Hilfsangebot erwies sich bei hoch prüfungsängstlichen Studierenden im Mittel sowohl auf psychischer Ebene als auch im Hinblick auf die Studienleistungen als hoch effektiv. Zudem wurde es seitens der Betroffenen gut angenommen und von den Teilnehmern positiv bewertet. Beides spricht dafür, es als kostenfreie Service-Leistung in der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln zu etablieren. Dies würde nicht nur das Lernumfeld der Studierenden humaner gestalten, sondern auch zu besseren Studienleistungen und einem zügigerem Abschluss des Studiums beitragen. Zudem hat der Selbsterfahrungsaspekt in den Gruppen positive Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit im Umgang mit Patienten und die eigene Psychohygiene in Bezug auf die spätere Berufstätigkeit.

6 LITERATUR

- Bramness, J.G., Fixdal, T.C. & Vaglum, P. (1991): Effect of medical school stress on the mental health of medical students in early and late clinical curriculum. *Acta Psychiatr Scand.*; 84: 340-345.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (2008): *NEO-FFI Neo-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa und McCrae*. 2. neu normierte und völlig überarbeitete Auflage. Manual. Göttingen, Bern: Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG.
- Carsons, A.J., Dias, S., Johnston, A., McLoughlin, M.A., O'Connor, M., Robinson, B.L., Sellar, R.S., Trewavas, J.J.C., Wojcik, W. (2000): Mental health in medical students. A case control study and using the 60 item general health questionnaire. *Scott Med J.*; 45:115-116.
- Cohen, J. (1992): A power primer. *Psychological Bulletin*. 112: 1: 155-159.
- Deutsches Ärzteblatt (2009): Bei Prüfungsangst häufiger Psychotherapie. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 8: 342.
- Dilling, H. Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2008): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen- ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch diagnostische Leitlinien*. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Göttingen, Bern: Verlag Hans Huber.
- Fischer, G. (2001): Neue Wege nach dem Trauma – Information und Hilfe für Betroffene. Konstanz: Vesalius-Verlag.
- Franke, G.H. (2000): *Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R)*. Deutsche Version, Manual. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Grobe, T.G., Dörning, H. & Schwartz, F.W. (2007): GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007. *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*. Band 59, Hrsg.: GEK - Gemünder Ersatzkasse, Asgard-Verlag, 12-13.
- Grosse-Holtforth, M. (2001): Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? – Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*. 33: 241-258.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (2005): *BDI – Beck-Depressions-Inventar*. Testhandbuch 2., überarbeitete Auflage, Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber.
- Heublein, U.; Schmelzer, R.; Sommer, D. & Spangenberg, H. (2002): Studienabbruchstudie 2002 – Die Studienabrecherquoten in den Fächergruppen und Studienbereichen der Universitäten und Hochschulen. *Kurzinformation HIS*. A5 Juli 2002. Hochschul-Informationssystem, Goserede 9, 30159 Hannover. www.bmbf.de/pub/studienabbruchstudie_2002.pdf
- Heublein, U. & Wank, J. (2008): Die Entwicklung der Schwund- und Studienabbruchquoten an den deutschen Hochschulen. *HIS-Magazin*. 3: 2-3.
- Hodapp, V. (1991): Das Prüfungsängstlichkeitsinventar TAI-G: Eine erweiterte und modifizierte Version mit vier Komponenten. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 5:2, 121-130.
- Hodapp, V. (1996): The TAI-G: a multidimensional approach to the assessment of test anxiety. In: Schwarzer, C. & Zeichner, M. (Eds.): *Stress, anxiety, and coping in academic settings*. Tübingen: Francke, 95-130.
- Hofmann, A. (2006): *EMDR – Therapie posttraumatischer Belastungssyndrome*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York.
- Kossak, H.C. (2006): *Lernen leicht gemacht – Gut vorbereitet und ohne Prüfungsangst zum Erfolg*. Heidelberg Carl-Auer Verlag.
- Küpfer, K. (1997): *Prüfungsängstlichkeit bei Studenten: Differentielle Diagnostik und differentielle Intervention*. Frankfurt am Main: Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften.

- Lieb, R. & Müller, N. (2002): Epidemiologie und Komorbidität der Sozialen Phobie. In: Stangier, U. & Fydrich, T. (Hrsg.): *Soziale Phobie und Soziale Angststörung*. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie, 34-65.
- Liebowitz, M.R. (1987): Social Phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*. 22 : 141-173.
- Ljubomir, E., Radovanovic, Z., Jeveremovic, I., Marinkovic, J. (1988): Psychiatric disorders and selected variables among medical students in belgrade (yugoslavia). *Soc Sci Med.*; 27: 187-190.
- Malzahn, J. & Stosch, C. (2007): Diagnose Ärztemangel – Freie Stellen und steigende Arztdichten – Therapieansätze gegen ein differenziertes Syndrom. *Deutsches Ärzteblatt*. 104: A 2223 – A 2224.
- Margraf J., Schneider S., Ehlers A. (1994): *DIPS – Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen*. Handbuch. Berlin: Springer-Verlag, 2. unveränderte Auflage, 17- 25.
- Margraf J. (1994): *Mini-DIPS – Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 16 – 17.
- Mennin, D.S., Fresco, D.M., Heimberg, R.G., Schneier, F.R., Davies S.O. & Liebowitz, M.R. (2002): Screening for social anxiety disorder in clinical setting: using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *J Anxiety Disord.*, 16: 661-673.
- Mitte, K., Heidenreich, T. & Stangier, U. (2007): *Diagnostik bei sozialen Phobien*. Kompendium Psychologische Diagnostik Band 9, Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG, 38-40.
- Pablo, J. de; Subira, S., Martin, M.J. et al. (1990) : Examination-associated anxiety in students of medicine. *Acad. Med.*, 65: 706-707.
- Reddemann, L. (2001): *Imagination als heilsame Kraft – Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Rost, D.H. & Schermer, F.J. (1991): Dimensionen der Leistungsangstauslösung. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*. 5: 131–140.
- Schaefer, A. (1998): *Zum Einfluss ambulanter Gruppentherapie auf das psychische und körperliche Wohlbefinden von HIV-positiven homo- und bisexuellen Männern im Krankheitsstadium WR 1-3*. Dissertation in FB 2 (Erziehungswissenschaft, Psychologie, Sport) an der Universität – Gesamthochschule - Essen.
- Schaefer, A., Mattheß, H., Pfitzer, G. & Köhle, K. (2007): Seelische Gesundheit und Studienerfolg von Studierenden der Medizin mit hoher und niedriger Prüfungsängstlichkeit. *Psychother Psych Med.*, 57: 289-297.
- Schaefer A, Scherer P, Kleinebeckel D, Pfitzer G, Köhle K. (2001): Psychophysiolgie der Prüfungsangst - eine interdisziplinäre Unterrichtseinheit im vorklinischen „Praktikum Physiologie“. *Med Ausbild.*, 18: 49-50.
- Soeder, U., Bastine, R., Holm-Hadulla, R.M. (2001): Empirische Befunde zu psychischen Beeinträchtigungen von Studierenden. In.: Hom-Hadulla RM. (Hrsg.): *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht, 158-187.
- Stangier, U., Heidenreich, T. Ehlers, A. & Clark, D. (1996): *Fragebogen zu sozialphobischen Kognitionen (SPK)*. Frankfurt am Main: Unveröffentlichtes Manuscript. Johann Wolfgang Goethe-Universität.
- Stangier, U., Heidenreich, T. Ehlers, A. & Clark, D. (1996): *Fragebogen zu Sicherheitsverhalten in sozialphobischen Situationen (SPV)*. Frankfurt am Main: Unveröffentlichtes Manuscript. Johann Wolfgang Goethe-Universität.
- Stangier, U. & Fydrich, T. (2002): *Soziale Phobie und Soziale Angststörung*. Göttingen, Bern: Hogrefe Verlag für Psychologie.

- Stangier, U., Heidenreich, T. & Peitz, M. (2003): *Soziale Phobien – ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz Verlag.
- Strian, F. (1995): *Angst und Angstkrankheiten*. München: C.H. Beck.
- Wittchen, H.U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S., Schmidtkunz, B. (1999): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen*, 61: 216-222.
- www.studentenpresse.com (29.07.2009): News: Stressfaktor Studium. Hessische Studierende unter Druck.