

**Exposition in der Versorgungspraxis: Zur Frage der Umsetzbarkeit
und Prädiktion früher Veränderungen**

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der Philosophie des
Fachbereichs 8: Psychologie der Universität Koblenz-Landau, Campus Landau

Vorgelegt von

Dipl.-Psych. Romina Montini

Abkürzungsverzeichnis

ACES	Anxiety Change Expectancy Scale
ACQ	Agoraphobic Cognitions Questionnaire
AKV	Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung
ASI	Anxiety Sensitivity Index
AV	Abhängige Variable
BDI-II	Beck-Depressions-Inventar-II
BSI	Brief Symptom Inventory
BSQ	Body Sensations Questionnaire
CGI	Clinical Global Impression Scale
FML	Full-Maximum-Likelihood-Methode
GAF	Global assessment of functioning
GSI	Global Severity Index
HAM-A	Hamilton Anxiety Scale
HLM	Hierarchisch Lineare Modellierung
ICC	Intraklassenkorrelation
ICD 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ITT	Intent to Treat
KI	Konfidenzintervall
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
MI	Mobilitäts-Inventar
PAS	Panik- und Agoraphobieskala
PATHEV	Patient Questionnaire on Therapy Expectancy and Evaluation
PSDI	Positive Symptom Distress Index
PST	Positive Symptom Total
RCT	Randomized Controlled Trial
RML	Restricted-Maximum-Likelihood-Methode
SCL-90-R	Symptom Checklist-90-Revised
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM
VIF	Varianz-Inflations-Faktor

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	V
Zusammenfassung	1
1. Einführung	2
2. Methode	12
2.1 Stichprobe	14
2.2 Instrumente	17
2.3 Durchführung	21
3. Umsetzung der Expositionsbasierten Verhaltenstherapie der Panikstörung mit Agoraphobie in der Versorgungspraxis – ein Studienvergleich an neun Standorten	25
3.1 Einleitung	25
3.2 Methode	27
3.2.1 Auswertung	30
3.2.2 Bedingungsprüfung und Schätzmethode	30
3.3 Ergebnisse	34
3.3.1 Effektstärke	34
3.3.2 HLM	37
3.3.2.1 Explorative Analyse	40
3.3.3 Testung auf Äquivalenz beziehungsweise Nichtunterlegenheit	42
3.4 Diskussion	43
4. Barrieren und Hindernisse bei der Umsetzung - Akzeptanz bei Therapeutinnen und Therapeuten und Patientinnen und Patienten und Einfluss therapeutischer Allianz	47
4.1 Einleitung	47
4.2 Methode	49
4.2.1 Instrumente	50
4.2.2 Auswertung	52
4.2.3 Bedingungsprüfung und Schätzmethode	53
4.3 Ergebnisse	55
4.3.1 Abbruchquote und Abbruchgründe	55
4.3.2 Hausaufgaben-Compliance	55
4.3.2.1 Einschätzung der Übungen aus Sicht der Patientinnen und Patienten	55
4.3.2.2 Einschätzung der Übungen aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten	65
4.3.2.2.3 Durchführung und Qualität der Übungen	68
4.3.2.3 Explorative Analyse	69
4.3.3 Adhärenz	70
4.3.3.1 Umsetzung massierter Exposition im therapeutischen Alltag aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten	70
4.3.3.2 Umsetzbarkeit des Manuals	71
4.3.3.3 Zeitlicher Aufwand	72
4.3.3.4 Umsetzbarkeit in der Praxis	72
4.3.3.5 Erwartungen der Therapeutinnen und Therapeuten an das Therapieverfahren zu Beginn der Behandlung	73
4.3.3.6 Therapieabschluss-Fragebogen der Therapeutinnen und Therapeuten	73
4.3.4 Therapeutische Allianz	77
4.3.4.1 Subskalen des HAQ-S	80
4.3.4.2 Zusammenhang mit PAS Outcome	81
4.4 Diskussion	81
	II

5. Prädiktoren für den Therapieerfolg bei Panikstörung und Agoraphobie	85
5.1 Einleitung	85
5.2 Methode	88
5.2.1 Instrumente zur Erhebung der abhängigen Variablen	89
5.2.2 Auswertungsmethode	90
5.2.3 Bedingungsprüfung und Schätzmethode	91
5.3 Ergebnisse	92
5.3.1 Stichprobenbeschreibung und –vergleich	92
5.3.2 Effektgröße und Outcome	93
5.3.3 Early Response	93
5.3.4 Hausaufgaben-Compliance, Behandlungserwartung und frühe Veränderung im Vergleich zu Westra et al. (2007)	94
5.3.5 Hausaufgaben-Compliance, frühe Veränderung und Therapieergebnis.	97
5.4 Diskussion	99
6. Zusammenfassende Bewertung und Diskussion	103
6.1 Mit welchen Patientinnen und Patienten beschäftigt sich die Arbeit?	103
6.2 Differentielle Wirksamkeit des Manuals	104
6.3 Barrieren und Akzeptanz der massierten Exposition	105
6.4 Potentielle Prädiktoren für frühe Veränderungen	106
6.5 Limitationen	107
6.6 Ausblick	108
7. Literatur	110
8. Anhang	VI
Lebenslauf	XLI
Eidesstattliche Erklärung	XLII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Skizze. Ablauf der Studie.....	22
Abbildung 2. Consort-Diagramm.....	23
Abbildung 3. Histogramme und Q-Q-Plots für die Mittelwerte der drei Messzeitpunkte über alle Städte.	32
Abbildung 4. Boxplot für den Mittelwert der PAS zu allen drei Messzeitpunkten.	33
Abbildung 5. Verlauf der Mittelwerte für alle acht Städte.....	34
Abbildung 6. Individuelle Regressionslinien für die Veränderung der PAS über alle Messzeitpunkte.....	38
Abbildung 7. Darstellung des Tests auf Äquivalenz beziehungsweise Nichtunterlegenheit... 43	
Abbildung 8: Verteilungsgrafik für die PAS in Landau zu T0, T1 und T2	54
Abbildung 9. Antworthäufigkeiten auf die Frage, in welchem Ausmaß Patientinnen und Patienten ihre Hausaufgaben erledigt haben.	56
Abbildung 10. Antworthäufigkeiten auf die Frage, wie schwer die Erledigung der Hausaufgaben gefallen ist.	57
Abbildung 11. Antworthäufigkeiten auf die Frage, wie gut die besprochenen Hausaufgaben umgesetzt werden konnten.	58
Abbildung 12. Antworthäufigkeiten auf die Frage, wie gut umsetzbar die Anforderungen der Therapie im Alltag der Patientinnen und Patienten waren.	59
Abbildung 13. Verlauf der mittleren Antworten auf die Fragen aus dem Patientenfragebogen.	61
Abbildung 14. Korrelationen der Patientenvariablen mit dem Summenwert der PAS zu T2. 64	
Abbildung 15. Verlauf vereinbarter und gemachter Hausaufgaben aus therapeutischer Sicht.65	
Abbildung 16. Anzahl der vereinbarten Übungen durch die Therapeutinnen und Therapeuten.	67
Abbildung 17. Verläufe über die Messzeitpunkte für die Fragen, wie Patientinnen und Patienten die Übungen erledigt haben und wie die Qualität der Übungen war.	68
Abbildung 18. PAS-Symptomausprägung über die Behandlung hinweg.....	94

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Stichprobencharakteristika Landau	16
Tabelle 2 Stichprobencharakteristik der Behandelnden in Landau.....	21
Tabelle 3 Stichprobencharakteristika der Completer aus der Multicenter-Studie	29
Tabelle 4 Mittelwerte und Standardabweichungen der PAS für alle Städte einzeln sowie Gesamtmittelwerte über die drei Messzeitpunkte	35
Tabelle 5 Cohens D und dessen Konfidenzintervall für die Effekte über die Zeit für alle Städte	36
Tabelle 6 Cohens D und dessen Konfidenzintervall für den Vergleich der PAS-Werte aus den einzelnen Städten mit Landau	37
Tabelle 7 Koeffizienten für die festen Effekte und Varianzkomponenten für die zufälligen Effekte aller Modelle des Zwei-Ebenen-Modells	41
Tabelle 8 Mittelwerte und Standardabweichungen für die Fragen zu den Hausaufgaben aus dem Patientenstundenbogen.....	60
Tabelle 9 Korrelation zwischen Patientenvariablen und PAS-Summenwert zu T2.....	63
Tabelle 10 Mittlere Summe und Standardabweichungen für die vereinbarten und gemachten Hausaufgaben aus Therapeutesicht zu allen Messzeitpunkten	66
Tabelle 11 Korrelation der Patienten- und Therapeuteinschätzungen zu den Übungen	70
Tabelle 12 Mittelwert, Standardabweichung und Antworthäufigkeiten auf die Frage „Die Umsetzung von massierter Exposition ist im therapeutischen Alltag nicht praktikabel“ aus dem Therapeutenfragebogen	71
Tabelle 13 Mittelwerte, Standardabweichungen und Antworthäufigkeiten auf Fragen im Therapeutenfragebogen bezüglich des Manuals	72
Tabelle 14 Antworthäufigkeiten für die Erwartungen der Therapeutinnen und Therapeuten an das Expositionsverfahren zu Beginn der Behandlung.....	74
Tabelle 15 Häufigkeitstabelle für alle dichotomen Fragen aus dem Therapieabschluss- Fragebogen zu Problembereichen sowie Rangkorrelationen mit dem Outcome PAS zu T2...	75
Tabelle 16 Mittelwerte, Standardabweichungen und Spannweite für alle mehrstufigen Einstellungs-Items aus dem Therapieabschluss-Fragebogen sowie Rangkorrelationen mit dem Outcome PAS zu T2.....	76
Tabelle 17 Mittelwerte und Standardabweichung für den HAQ-S und HAQ-F sowie Effektgröße und Ergebnisse des abhängigen t-Tests des Vergleichs der Therapeuten- und Patienteneinschätzung	77
Tabelle 18 Spearman Rangkorrelationen zwischen den Itempaaren aus HAQ-S und HAQ-F	79
Tabelle 19 Mittelwerte und Standardabweichungen für die beiden Subskalen des HAQ-S sowie Korrelation beider Skalen zu allen Sitzungen und gesamt	80
Tabelle 20 Stichprobencharakteristika des Westra-Artikels	92
Tabelle 21 Mittelwerte und Standardabweichungen der Messverfahren zu den verschiedenen Messzeitpunkten.....	93
Tabelle 22 Determinationskoeffizient, Regressionsgewichte und Modelltests für die Prüfung der ersten Mediationshypothese	96
Tabelle 23 Determinationskoeffizient, Regressionsgewichte und Modelltests für die Prüfung der ersten Mediationshypothese mit Erweiterung.....	97
Tabelle 24 Determinationskoeffizient, Regressionsgewichte und Modelltests für die Prüfung der zweiten Mediationshypothese	98
Tabelle 25 Determinationskoeffizient, Regressionsgewichte und Modelltests für die Prüfung der zweiten Mediationshypothese mit Erweiterung	99

Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit war die Beantwortung folgender Fragestellungen: **1.** Wie wirksam ist ein evidenzbasiertes Expositionsmanuals bei Panikstörung mit Agoraphobie in der Routineversorgung? **2.** Was sind mögliche Barrieren und Hindernisse bei der Umsetzung der Exposition? **3.** Was sind Prädiktoren früher Veränderungen im Therapieverlauf?

Methode: Im Rahmen einer prospektiven Längsschnittstudie wurden die Daten der vorliegenden Studie mit denen der Multicenter-Studie von Gloster et al. (2011) mittels Effektstärken und Testung auf Äquivalenz verglichen. Grundlage war das Manual von Lang, Helbig-Lang, Westphal, Gloster und Wittchen (2011). Die Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten wurden zu den Hausaufgaben, der Umsetzung im Alltag und der therapeutischen Beziehung befragt. Zusätzlich wurde die wechselseitige Beeinflussung von therapeutischer Allianz und dem Behandlungserfolg im Therapieverlauf untersucht. In Anlehnung an Westra, Marcus und Dozois (2007) wurde getestet, ob bei es Patientinnen und Patienten mit einer hohen Hausaufgaben-Compliance und einer positiven Behandlungserwartung vor Beginn der Therapie zu einer frühen Reduktion der Panik-Symptomatik kommt und ob frühe Veränderungen durch die Compliance und die Behandlungserwartung beeinflusst werden.

Ergebnisse: **1.** Die Behandlung war in der Versorgungspraxis nicht weniger effektiv als in der Multicenter-Studie. **2.** Die Abbrecherquote lag bei 20.59%. Die meisten Behandelten gaben an, ihre Hausaufgaben wie besprochen erledigt zu haben und schätzten sie nicht übermäßig schwer ein. Die Umsetzbarkeit der Anforderungen im Alltag wurde von den Patientinnen und Patienten sehr hoch eingeschätzt. Die meisten Therapeutinnen und Therapeuten stimmten der Aussage, die Umsetzung der massierten Exposition sei im therapeutischen Alltag nicht praktikabel *eher nicht* oder *gar nicht* zu. Je negativer die Einschätzungen der therapeutischen Beziehung durch die Behandelten war, umso höher waren die Panikwerte am Ende der Therapie. Der HAQ-S korrelierte mit dem Outcome zu $r = .21$, der HAQ-F zu $r = .37$. **3.** Die beiden Mediator-Hypothesen von Westra et al. (2007) konnten nicht bestätigt werden.

Diskussion: Die Behandlung ist in der Routineversorgung wirksam und praktikabel. Die Hausaufgaben scheinen frühe Veränderungen nicht zu präzisieren. In späteren Arbeiten des Forschungsprojektes wird notwendig sein, zudem die differentielle Wirksamkeit des angepassten Manuals zu untersuchen, und zwar mittels drei aktiver Vergleichsgruppen: massierte Exposition versus prolongierte Exposition versus die Kombination beider.

1. Einführung

„Nur das Unbekannte ängstigt den Menschen. Sobald man ihm die Stirn bietet, ist es schon kein Unbekanntes mehr.“ Antoine de Saint-Exupéry, „Wind, Sand und Sterne“

Jeder von uns kennt das Gefühl der Angst. Sie ist eine wichtige Primär-Emotion (ein angeborenes Reaktionsmuster), da wir uns ohne Angst viel häufiger in gefährliche Situationen begeben würden. Schätzen wir eine Situation als bedrohlich ein, aktiviert unser Körper unser sympathisches Nervensystem und schafft durch Ausschüttung von Adrenalin eine höhere Aktivitätsebene, damit wir bestens vorbereitet zum Kampf oder zur Flucht sind. Körperreaktionen, wie erhöhter Puls, Schnellatmigkeit, Schwitzen und Anspannung sind in dieser Situation völlig normal. Wenn die Gefahr vorbei ist, schwindet auch die Angst. Nicht selten kommt es jedoch vor, dass die Angst überhandnimmt, nicht mehr den Situationen angemessen ist und Menschen deswegen einen großen Leidensdruck entwickeln. Zum Beispiel kann die Angst ohne erkennbaren Grund auftreten und Betroffene damit stark in ihrer Lebensqualität einschränken. Man spricht dann von einer Angststörung. Zu den Angststörungen zählen: Soziale Phobie, Spezifische Phobie, Panikstörung, Generalisierte Angststörung und Angst und Depression gemischt.

Im Folgenden geht es speziell um das Störungsbild der Panikstörung mit Agoraphobie, das sich durch wiederkehrende schwere Angstattacken, die nicht vorhersehbar sind, da sie sich nicht auf bestimmte Situationen beziehen, kennzeichnet. Häufig geht die Angst zu sterben oder die Angst vor Kontrollverlust mit einher. Patientinnen und Patienten mit einer Panikstörung rufen aus der Angst zu sterben heraus oft den Notarzt, da sie die Symptome der Panikattacke mit einer ernsthaften körperlichen Erkrankung verwechseln (Weissman, 1991) und verursachen so erhebliche Kosten im Gesundheitssystem.

An dieser Stelle werden die Merkmale einer Panikattacke und die Kriterien für das Störungsbild der Panikstörung mit Agoraphobie nach dem DSM-IV-TR (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) aufgelistet. Die Planung vorliegender Studie begann 2012 und die Durchführung 2013, bevor das DSM 5 (Falkai & Wittchen, 2014) in deutscher Sprache erschien, weswegen die damals aktuelle Version nach DSM-IV-TR genutzt wurde. Zudem war dadurch der Vergleich mit dem Lang-Projekt¹ besser möglich. Die Kriterien für eine

¹ Im Folgenden wird vom Lang-Projekt gesprochen, wenn die Überprüfung des Manuals von Lang et al. (2011) durch die Studien von Gloster et al. (u.a. 2009 und 2011) und deren Stichprobe gemeint ist, auch wenn die Publikationen teilweise andere Erstautoren als Lang benennen. Da sich die vorliegende Arbeit auf die Therapiemethode bezieht, die im Manual von Lang et al. (2011) beschrieben ist, wird dieser Name gewählt. Wenn konkrete Ergebnisse dargestellt werden, wird jedoch die korrekte Zitierung der Studien benannt.

Panikattacke haben sich zwischen den beiden Versionen nicht geändert, sie werden nur in anderer Reihenfolge aufgelistet. Die Klassifikation der Panikstörung und Agoraphobie wurde im DSM 5 jedoch insofern geändert, dass man beide Diagnosen nun getrennt vergeben kann. Im DSM-IV-TR hingegen gab es bisher folgende Diagnosen: Panikstörung mit Agoraphobie, Panikstörung ohne Agoraphobie und Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte.

Merkmale einer Panikattacke nach DSM-IV-TR:

„Eine klar abgrenzbare Episode intensiver Angst und Unbehagens, bei der mindestens vier der nachfolgend genannten Symptome abrupt auftreten und innerhalb von 10 Minuten einen Höhepunkt erreichen:

- (1) Palpitationen, Herzklopfen oder beschleunigter Herzschlag,
- (2) Schwitzen,
- (3) Zittern oder Beben,
- (4) Gefühl der Kurzatmigkeit oder Atemnot,
- (5) Erstickungsgefühle,
- (6) Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust,
- (7) Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden,
- (8) Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit oder der Ohnmacht nahe sein,
- (9) Derealisation (Gefühl der Unwirklichkeit) oder Depersonalisation (sich losgelöst fühlen),
- (10) Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden,
- (11) Angst zu sterben,
- (12) Parästhesien (Taubheit oder Kribbelgefühle),
- (13) Hitzewallungen oder Kälteschauer.“

Kriterien des DSM-IV-TR für Panikstörung mit Agoraphobie:

„ A. Sowohl (1) als auch (2):

- (1) wiederkehrende unerwartete Panikattacken,
- (2) auf mindestens eine der Attacken folgte mindestens ein Monat mit mindestens einem der nachfolgend genannten Symptome:
 - (a) anhaltende Besorgnis über das Auftreten weiterer Panikattacken,
 - (b) Sorgen über die Bedeutung der Attacke oder ihre Konsequenzen (z.B die Kontrolle zu verlieren, einen Herzinfarkt zu erleiden, verrückt zu werden),
 - (c) deutliche Verhaltensänderung infolge der Attacken.

B. Es liegt eine Agoraphobie vor.

- C. Die Panikattacken gehen nicht auf die körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hyperthyreose) zurück.
- D. Die Panikattacken werden nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt [...]“

Nach dem deutschen Bundesgesundheitsurvey 1998 (nachzulesen bei Wittchen, Müller, Pfister, Winter & Schmidtkunz, 1999) leiden rund 9% der 18-65-Jährigen unter einer Angststörung, die Lebenszeitprävalenz für eine Panikstörung beträgt 3.9%. Frauen sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. Eine weitere Studie des Robert-Koch-Instituts aus dem Jahr 2012 untersuchte die 12-Monats-Prävalenzen von psychischen Störungen. Hier waren die Angststörungen mit 16.2% die häufigste psychische Erkrankung (Wittchen & Jacobi, 2012). Bei Frauen sind Angst- und Panikstörungen die häufigste, bei Männern die zweithäufigste Störung (Schneider & Margraf, 1998). Einzelne Panikattacken treten im Laufe des Lebens zu 15-30% auf, während nur 2-5% der Bevölkerung unter einer Panikstörung leiden (Buller & Benkert, 1990). Meist treten zusätzlich zu den Angststörungen komorbide Diagnosen auf. Nach dem Bundesgesundheitsurvey leiden nur 11.7% der Panikpatientinnen und -patienten ausschließlich an einer Panikstörung. In den meisten Fällen tritt eine Panikstörung mit einer zusätzlichen Agoraphobie auf. Eine Agoraphobie ohne Panikstörung ist sehr selten und tritt nur bei 5.3% der Bevölkerung auf (Perkonig & Wittchen, 1995). So findet man in Kliniken bei 95% der Patientinnen und Patienten mit Agoraphobie aktuell oder in der Vorgeschichte die Diagnose einer Panikstörung. Bei 55.4% der Betroffenen tritt die Agoraphobie als Folge einer anderen psychischen Störung auf. Häufig tritt zunächst die Panikstörung auf und die Agoraphobie entwickelt sich im Laufe der Störung. Ohne Therapie nimmt die Panikstörung mit Agoraphobie häufig einen ungünstigen Verlauf - mit großen Einschränkungen in der Lebensqualität und dem erhöhten Risiko für Depressionen, Alkoholabhängigkeit und Medikamentenmissbrauch (Margraf & Schneider, 2009).

Die Kriterien für eine Panikattacke und für die Panikstörung sind klar definiert. Die Frage nach der Entstehung der Panikstörung wird jedoch nicht einheitlich beantwortet. Im psychophysiologischen Modell der Panikstörung von Ehlers und Margraf (1989) wird angenommen, dass die Wahrnehmung einer körperlichen oder kognitiven Veränderung, die mit Gefahr assoziiert wird, Angst und Panik auslöst. Diese schnelle positive Rückkopplung zwischen körperlichen Symptomen, der Assoziation mit Gefahr und der dadurch aufkommenden Angst wird durch individuelle Prädispositionen und situative Faktoren beeinflusst. Aufgrund der wahrgenommenen Bedrohung treten weitere körperliche Symptome

hinzu, die die Angst steigern. Durch die Erwartungsangst, eine erneute Panikattacke zu erleben, entsteht eine Agoraphobie, die in der Folge zur Vermeidung von verschiedenen Situationen führt, in denen Angst oder Vorstufen davon auftreten können. Die Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer (1960) erklärt die Entstehung von Agoraphobie so, dass neutrale Reize, die in Zusammenhang mit angstauslösenden Situationen negativ besetzt werden (klassische Konditionierung), durch den Abbau des negativen Zustandes mittels Vermeidung die Vermeidung verstärken (operante Konditionierung). Goldstein und Chambless (1978) unterscheiden hierbei eine einfache und eine komplexe Agoraphobie. Die komplexe hat im Vergleich zur einfachen keine bestimmte Situation als Auslöser, sondern die Angst vor der Angst als Anstoß. Goldstein und Chambless (1978) beschreiben zudem die interozeptive Konditionierung, bei der körperliche Symptome zu konditionierten Reizen für Panikanfälle werden.

Das psychophysiologische Modell von Ehlers und Margraf (1989) weist zwei Arten von Auswegen aus der Angst auf: zum einen subjektiv verfügbare Bewältigungsmöglichkeiten (Vermeidung und Hilfe suchen, Reattribution von Körpersymptomen, Ablenkung) und zum anderen negative Rückkopplungsprozesse (Habituation, Ermüdung). Habituation meint ein unbewusstes Lernschema. Bei wiederholter Reizdarbietung schwächt sich die Reaktion auf den Reiz ab, der Organismus „gewöhnt“ sich daran. Hier greift der Wirkmechanismus der Exposition an: Durch die wiederholte Konfrontation mit den angstauslösenden Situationen werden die negativen Rückkopplungsprozesse aktiviert und die Habituation setzt ein. Das heißt die Angstreaktionen auf bestimmte Situationen fallen immer schwächer aus.

Es gibt verschiedene verhaltenstherapeutische Interventionen und Vorgehensweisen, um die Panikstörung zu behandeln. Neben der Exposition gibt es auch die systematische Desensibilisierung, die kognitive Verhaltenstherapie oder auch einige Entspannungsverfahren. Bei der systematischen Desensibilisierung wird versucht, die Angst schrittweise in sensu abzubauen - beginnend mit der am wenigsten ängstigenden Situation. Die Entspannungsverfahren dienen dazu, das allgemeine Anspannungsniveau zu senken, um dadurch die Wahrscheinlichkeit für Panikattacken zu reduzieren.

Metaanalysen und Primärstudien haben die Wirksamkeit psychologischer Therapien, vor allem von der Expositionsbehandlung, für Angststörungen belegt (Ruhmland & Margraf, 2001; Cox, Endler, Lee & Swinson, 1992; Fiegenbaum, Freitag, Frank, 1992; Clum, Clum & Surls, 1993; van Balkom et al. 1997; Sanchez-Meca, Rosa-Alcazar, Marin-Martinez & Gomez-Conesa, 2010). Die Forschungsaufgabe ist demnach nicht zu überprüfen, wie wirksam die Verhaltenstherapie gegenüber anderen Psychotherapie-Verfahren ist, sondern spezifische

einzelne Verfahren innerhalb der Verhaltenstherapie (zum Beispiel Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) gegenüber Expositionstherapie) miteinander auf die Wirksamkeit hin zu vergleichen, um den Effekt der Behandlungsmethode auf das Behandlungsergebnis zu untersuchen.

Bezüglich dieser Thematik ist die Befundlage nicht eindeutig. So gibt es Studien, in denen KVT und Exposition bei Panikstörung mit Agoraphobie gleich effektiv sind (Bouchard, Gauthier, Laberge, French, Pelletier & Godbout, 1996; Öst, Thulin & Ramnerö, 2004). Andere Studien zeigen, dass eine prolongierte Exposition effektiver ist als die kognitive Umstrukturierung (Emmelkamp, Kuipers & Eggeraat, 1978; Emmelkamp & Mersch, 1982). Van den Hout, Arntz und Hoekstra (1994) unterscheiden deswegen, welche Verfahren welche Symptome reduzieren. So fanden sie heraus, dass KVT die Panik reduziert und Exposition die Vermeidung. KVT dagegen vermindert keine Agoraphobie, obwohl anzunehmen wäre, dass diese bei verminderter Panik auch zurückgehen sollte. Exposition bei Panikstörung ohne Agoraphobie scheint hingegen genau so effektiv zu sein wie KVT (Arntz, 2002). Deshalb schlossen Lang, Helbig-Lang und Petermann (2009) in ihrem Review, dass bei ausgeprägter Agoraphobie Exposition in vivo unverzichtbar sei. Bereits Ruhmland und Margraf (2001) kommen in ihrer Metaanalyse zum selben Schluss. Kritisch merken sie aber an, dass es bisher wenig Studien über Panikstörung *ohne* Agoraphobie gäbe. Und auch Hofmann und Smits (2008) schlussfolgern, dass man zwischen Panikstörung mit und ohne Agoraphobie unterscheiden müsse, um empirisch fundierte Aussagen über die Wirksamkeit der unterschiedlichen Interventionsmethoden machen zu können. Somit gibt es Hinweise, dass es einen Unterschied in der Therapie macht, ob zusätzlich zu der Panikstörung eine Agoraphobie vorliegt oder nicht.

Die meisten Metaanalysen betrachten die Störungsbilder jedoch nicht getrennt, da wenige Studien über Panikstörung ohne Agoraphobie vorliegen. Was den Vergleich zwischen den Metaanalysen zusätzlich erschwert, ist die Tatsache, dass nicht alle denselben Vergleichsrahmen benutzen. So geben Clum et al. (1993) verschiedene Effektstärken für ein und dasselbe Therapieverfahren an, je nachdem, ob sie es mit der Wartegruppe oder der Placebogruppe vergleichen. Sie stellen auch die Frage, welche abhängigen Variablen wohl am geeignetsten seien, um einen Therapieerfolg messen zu können (siehe auch Siev & Chambless, 2007). So geben sie auch für verschiedene ausgewählte Variablen Effektstärken an. Als wirkungsvollstes Verfahren erhalten sie das psychologische Coping, gefolgt von Flooding. Ruhmland und Margraf (2001) unterscheiden, ob Agoraphobie vorliegt oder nicht, und berichten hierfür auch getrennte Werte. KVT alleine ist hier bei Panikstörung ohne

Agoraphobie effektiver als wenn noch eine Agoraphobie diagnostiziert ist (Effektstärken² 1.32 vs 1.19). Wie lange diese Effekte anhalten, ist aber häufig nicht gut zu evaluieren, da viele Studien keine Follow-up-Messungen durchführen oder berichten. Ruhmland und Margraf (2001) und Bakker, van Balkom, Spinhoven, Blaauw und van Dyck (1998) sind hier eine Ausnahme und berichten auch bei Follow-up-Messungen hohe Effektstärken, was die Dauerhaftigkeit der Effekte belegt. Bei der Therapie der Panikstörung ist also wichtig, ob die Panikanfälle oder die Agoraphobie im Mittelpunkt stehen. Die Expositionsbehandlung ist bei agoraphobischem Vermeidungsverhalten die Methode der Wahl. Bei Panikattacken werden vor allem Psychoedukation, kognitive Therapie und Konfrontation mit angstauslösenden interozeptiven Reizen als wirksam beschrieben.

Wichtig bei der Behandlung von Panikstörung mit Agoraphobie ist auf jeden Fall die Beachtung lernpsychologischer Grundsätze. So scheinen Konfrontation und Habituation gleichen Mechanismen zu unterliegen, da beide abhängig von Dauer und Anzahl der Wiederholungen der Stimulation sind und beide spezifisch für die Reize sind, die exponiert wurden (Marks, 2001). Kontext und Zeit der Exposition beeinflussen beispielsweise inhibitorische Assoziationen (Craske et al., 2008). So ist es im Sinne der Generalisierung hilfreich, wenn Kontext und Zeit variieren. Powers, Vervilet, Smits und Otto (2010) sind der Meinung, dass Extinktionslernen eher neues Lernen sei als etwas Altes im Gedächtnis zu schwächen. Die Graduierung, die Länge, der Kontext der Interventionen und die Zeit zwischen den Expositionsdurchgängen würden hierbei das Extinktionslernen beeinflussen.

Wie kann man nun das Extinktionslernen schneller und nachhaltiger gestalten? Die Emotional Processing Theory (Foa & Kozak, 1986) besagt, dass für eine nachhaltige Änderung der Angst zwei Bedingungen erfüllt sein müssen: Das Furchtsystem müsse aktiviert sein und es müssten korrigierende Informationen verfügbar sein, die den bisherigen Angsterfahrungen widersprechen. Korrigierende Informationen gibt es vor allem durch die Erfahrungen, dass die Angst in Situationen von alleine nachlässt. Foa, Jameson, Turner und Payne (1980) zeigten, dass die Intervalle zwischen den einzelnen Expositionsdurchgängen die Extinktion beeinflussen. So erzielten massierte Durchgänge eine höhere Extinktionsrate, da hierbei die Möglichkeit zur Vermeidung geringer war. Chambless (1990) wirft hingegen ein, dass längere Intervalle zwischen den Durchgängen dafür sorgen könnten, dass Patientinnen und Patienten eher zwischendurch noch mehr Aufgaben üben könnten. Es spricht vieles dafür, dass man am schnellsten Leistung erzielt, wenn man keine großen Pausen zwischen den

² $ES = \frac{M_{t1} - M_{t2}}{\sqrt{((N_{t1} - 1)SD_{t1}^2 + (N_{t2} - 1)SD_{t2}^2) / (N_{t1} + N_{t2} - 2)}}$

Übungen hat. Eine Generalisierung über möglichst verschiedene Situationen scheint aber eher bei prolongierter Exposition stattfinden zu können, wie Studien bei spezifischer Phobie zeigen (Rowe & Craske, 1998). Somit müsste man hiermit bessere Langzeiteffekte erzielen können.

Die Frage der zeitlichen Taktung der Konfrontationstherapie ist noch nicht eindeutig beantwortet. Einheitliche Empfehlungen zur Gestaltung der Sitzungsabstände und Übungssituationen liegen deshalb noch nicht vor. Bei der Literaturrecherche stößt man auf Artikel, die untersuchen, ob es Unterschiede in der Wirksamkeit von kurzer und langer KVT gibt. Clark et al. (1999) fanden hierbei keinen Unterschied in der Effektivität. Kenardy et al. (2003) erzielten bessere Ergebnisse mit 12 Therapiesitzungen als mit sechs. Zudem scheint kontinuierliche Exposition effektiver zu sein als eine unterbrochene Sitzung mit mehreren kurzen Übungen (Stern & Marks, 1973; Chaplin & Levine, 1981).

Man kann zudem variieren, ob die Exposition zeitlich massiert - also viele Übungen ohne Pause nacheinander oder verteilt, zum Beispiel einmal pro Woche eine Übung durchgeführt wird. Aber selbst wenn man nur eine Exposition pro Woche durchführt, sollte man darauf achten, dass die dafür benötigte Zeit deutlich über den üblichen 50-Minuten-Einheiten der Versorgungspraxis liegt (Olantunji, Deacon, Abramowitz, 2009). Denn bei einer Expositionsbehandlung ist es essentiell, dass die Behandelten während der Übung habituierten und nicht auf einem hohen Angstlevel die Situation verlassen, auch wenn sie Angst haben, damit die Vermeidung aufgehoben wird.

Bei genauerem Überlegen kann man auf die Idee stoßen, dass bei massierter Exposition zwar eine schnellere Habituation erfolgt und die Angst dadurch schneller verschwindet, dass hier jedoch aber vielleicht mehr Rückfälle auftreten als bei prolongiertem Vorgehen. Dies konnte bisher für spezifische Phobien und Zwangsstörungen gezeigt werden, da bei Prolongation das Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten mehr unterstützt zu sein scheint (Rowe & Craske, 1998; Abramowitz, Foa & Franklin, 2003). Tsao und Craske (2000) fanden bei massierter Exposition für die spezifische Phobie die größten Raten an wiederkehrender Angst. Beim massierten Vorgehen scheint weniger Generalisierung stattzufinden als bei prolongiertem, da es mit weniger unterschiedlichen Stimuli durchgeführt wird und schneller auf nur einen Kontext zugeschrieben wird.

Chambless (1990) fand zwischen massierter und prolongierter Exposition keinen Unterschied in der Effektivität und das sowohl kurz- als auch langfristig. Und auch die Rückfallraten waren in dieser Studie bei beiden Therapiegruppen vergleichbar. Viele weitere Studien konnten auch keine Überlegenheit eines der Verfahren finden (Ning & Lidell, 1991; Kling & Minogue, 1973; Emmelkamp, van Linden, van den Heuvel, Rauphan & Sandermann, 1989; Hall & Hinkle, 1972; Grey, Rachman, Sartory, 1981; Mathews & Shaw, 1973).

Es gibt jedoch auch einige Studien (zum Beispiel Watson & Marks, 1971), die einen größeren Therapieeffekt für ein massiertes Vorgehen belegen. So konnten beispielsweise Foa et al. (1980) zeigen, dass massierte Exposition eine effektivere Reduktion der Vermeidung und Ängstlichkeit mit sich bringt als verteilte Exposition. Sie vermuten, es könne daran liegen, dass hierbei weniger Vermeidung möglich ist. Auch Stern und Marks (1978) und Rego (2003) fanden größere Effekte für massierte Exposition im Vergleich zu verteilter. Die Patientinnen und Patienten machen hierbei tief greifende Lernerfahrungen „Wenn ich das durchgestanden habe, ist alles andere auch machbar“ (Neudeck & Wittchen, 2004; Fiegenbaum, 1986; Fiegenbaum, 1988).

Therapiedauer und Therapiedosis lassen sich nicht immer eindeutig aus den Artikeln bestimmen. So wird entweder angegeben, welches Verfahren über welchen Zeitraum durchgeführt wurde (Ruhmland & Margraf, 2001) oder wie viele Sitzungen es insgesamt gab (Hofmann & Smits, 2008). Wenn Angaben über Zeitraum und Sitzungsanzahl berichtet werden, dann geschieht dies meist ohne genauere Angaben eines Zeitplans (van Balkom et al., 1997). Ausnahmen, die für die Durchführung einer massierten Exposition konkrete Beispiele mit Zeittafeln vorgeben, sind zum Beispiel Lang und Hoyer (2007), Deacon und Abramowitz (2006), Deacon (2007) und Fiegenbaum (1990). So wird deutlich, dass viele Studien, die massierte mit prolongierter Exposition vergleichen, Zeitrahmen und Sitzungsanzahl konfundiert berichten. Deswegen ist es schwer, Schlüsse zu ziehen, wie lang eine Therapie sein sollte und in welchen Abständen die Sitzungen stattfinden sollten, sprich wie massiert die Exposition aussehen sollte. Craske et al. (2008) haben in diesem Sinne darauf geachtet, beim Vergleich zwischen massierter und verteilter Exposition die Expositionsdauer, der die Patientinnen und Patienten insgesamt ausgesetzt waren, gleich lang zu halten. Hier war eine einzelne massierte Exposition effektiver als mehrere kurze Konfrontationen hintereinander.

Zuletzt hat auch das Lang-Projekt in einer großen Multicenter-Studie (Gloster et al., 2011) die Wirksamkeit der Exposition bei Agoraphobie mit Panikstörung nachgewiesen und hat versucht die in bisherigen Studien genannten Kritikpunkte zu beheben: Die Studien berichten einen genauen Zeitplan der Durchführung der Konfrontation und geben Follow-up-Messungen an. In den Arbeiten des Lang-Projektes aus Bremen sowie in der vorliegenden in Landau wurden verschiedene angstausslösende Situationen mit den Patientinnen und Patienten aufgesucht und auch interozeptive Konfrontation und Auffrischsitzungen durchgeführt, um trotz der massierten Vorgehensweise einen durchschlagenden und anhaltenden Lerneffekt zu erhalten. Denn eine Kombination aus massiertem und prolongiertem Vorgehen sollte im Hinblick auf die genannten Befunde am geschicktesten sein, um sowohl schnelle als auch langanhaltende Effekte zu erzielen.

Bei Sichtung der Literatur fällt außerdem auf, dass es nur wenige Studien im naturalistischen Setting zur expositionsbasierten Behandlung der Panikstörung mit Agoraphobie gibt (Klan & Hiller, 2014; Klan, Persike & Hiller, 2016). Da in den Studien häufig nicht zwischen Exposition, kognitiver Therapie und Verhaltenstherapie im Allgemeinen differenziert wird, sind die Effektstärken reiner Expositionstherapie im naturalistischen Setting ohne Entspannung oder ohne weitere kognitive Methoden wenig bekannt. Deswegen sollten mehrere Studien diese Befunde nicht nur im kontrollierten, sondern auch im naturalistischen Setting überprüfen. Denn Krampen, Schui und Wiesenhütter (2008) betonen, dass empirisch fundierte Psychotherapie wichtig sei. Das heißt: Randomized Controlled Trials (RCTs) müssen durch die Praxiskontrolle eines Manuals ergänzt werden, um valide Aussagen für den Praxisalltag treffen zu können.

Viele Studien, die sich mit dem Vergleich massierter und prolongierter Exposition bei Angststörungen beschäftigen, wollen, wie bereits erwähnt, überprüfen, welches Verfahren effektiver ist. Andere legen ihr Augenmerk jedoch auf die Durchführbarkeit für Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten (Fiegenbaum & Freitag, 1992) und die Zumutbarkeit und Effektivität für Patientinnen und Patienten (Neudeck & Einsle, 2010; Hahlweg, Fiegenbaum, Schröder, Frank, von Witzleben, 2004). Denn trotz ihrer gut belegten Wirksamkeit kommt Exposition in der alltäglichen Therapiepraxis nur selten zum Einsatz (Neudeck, 2005; Neudeck & Wittchen, 2004; Neudeck & Einsle, 2010; Margraf & Poldrack, 2000; Deacon, 2007; Stein et al., 2004). Hemmnisse bei der Umsetzung der Exposition in der Routinepraxis sind mangelnde Erfahrung bei Therapeutinnen und Therapeuten, unflexible Integration in den Praxisalltag, mangelnde Akzeptanz der Methode auf Seiten der Patientinnen und Patienten und unter anderem die Psychotherapie-Richtlinien. Diese sehen für die ambulante Verhaltenstherapie in der Regel eine Sitzung à 50 Minuten und maximal drei Sitzungen pro Woche vor. Eine höhere Behandlungsfrequenz muss bei Antragstellung gesondert beantragt und bewilligt werden. Manuale empfehlen jedoch häufig intensivere Therapiephasen (zum Beispiel Tuschen & Fiegenbaum, 1997). Hier wird oft von mehreren Stunden Exposition am Stück ausgegangen.

Wie untersucht man aber, ob eine Behandlungsart bei Behandelnden und Behandelten akzeptiert wird? Ruhmland und Margraf (2001) gehen davon aus, dass man die Akzeptanz eines Verfahrens der Behandelten mittels der Abbrecherquote bestimmen kann. In ihrer Metaanalyse fanden sie heraus, dass Konfrontation in vivo eine höhere Abbruchquote (17%) aufwies als kognitiv-behaviorale Therapie (12%), jedoch wurde nicht zwischen massierter und graduerter Form unterschieden. Die Dropout-Rate (14%) in der Studie von Chambless (1990) war in der massierten Gruppe nicht höher als bei der prolongierten, obwohl häufig

berichtet wird, dass Behandelte diese Art von Exposition nicht so annehmen würden (Marks, 1993). Bei Gloster et al. (2009, 2011) finden sich auch Abbruchraten unter 20% für Expositionstherapien. Es lässt sich also nur indirekt schlussfolgern, dass die Zumutbarkeit und Durchführbarkeit für Patientinnen und Patienten größtenteils vorhanden ist. Wie praktikabel Behandelnde Konfrontationstherapie einschätzen, hat noch keine Studie untersucht.

Exposition ist bei der Behandlung von Panikstörung wirksam, aber nicht jeder Patient und jede Patientin spricht gleich auf die Therapie an. Hier spielen Prädiktoren für den Behandlungserfolg eine Rolle, um die Güte der Therapie zu sichern und die Effektivität zu steigern. Für Patientinnen und Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie sind diese noch wenig erforscht. Die Krankheitsdauer scheint wichtig zu sein (Clum et al., 1993; Sanchez-Meca et al., 2010), aber auch die Komorbidität (Sanchez-Meca et al., 2010). Die empirische Sicherung von Prädiktoren ist ein essentieller Faktor geworden (Lambert, 2001; Lutz, 2002). Studien belegen, dass unter anderem die positive Behandlungserwartung (Cohen, Beard, & Björgvinsson, 2015; Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano, & Smith, 2011) und die Hausaufgaben-Compliance (Arnkoff, Glass & Shapiro, 2002; Westra et al., 2007) den Therapieerfolg beeinflussen. Die therapeutische Beziehung stellt ebenfalls einen wichtigen Wirkfaktor für den Behandlungserfolg dar und gilt als Voraussetzung für die erfolgreiche Anwendung von Expositionsverfahren (Hand, 2000). Einige Studien sagen einen besseren Outcome vorher, wenn sich in der Therapie frühe Veränderungseffekte einstellen (Beckham, 1989, Depression; Fenell & Teasdale, 1987, Depression; Crits-Cristoph et al., 2001, Angststörungen; Penava, Otto, Maki & Pollack, 1998, Panikstörung). Auch hier werden häufig konfundierte Ergebnisse berichtet. Dieses Forschungsgebiet ist deswegen von Interesse, da man so überprüfen könnte, ob die Behandlungsmethode für bestimmte Patientinnen und Patienten wirksam ist und falls nicht, frühzeitig, die Therapie für diese verbessern und adaptieren zu können.

Es ergeben sich also drei Forschungsdefizite, denen sich vorliegende Arbeit widmet:

1. Die Überprüfung der Wirksamkeit der Expositionsbehandlung nach dem Manual von Lang et al. (2011) von Panikstörung mit Agoraphobie in der Versorgungspraxis (Kapitel 3).
 2. Die Frage nach der Akzeptanz der Behandlung bei den Patientinnen und Patienten und die Durchführbarkeit seitens der Therapeutinnen und Therapeuten, um möglichen Barrieren entgegen wirken zu können sowie die therapeutische Allianz (Kapitel 4).
 3. Die Frage nach der Vorhersage des Therapieerfolges durch frühe Veränderungen. Grundlage für diese Fragestellung ist eine Studie von Westra et al. (2007) (Kapitel 5).
- Kapitel 6 gibt eine abschließende Betrachtung und Diskussion der Ergebnisse.

2. Methode

In diesem Kapitel wird die Methode dargestellt, die allen Kapiteln dieser Arbeit zugrunde liegt. Spezifische Einzelheiten für die jeweiligen Fragestellungen finden sich dann als Ergänzung im jeweiligen Unterkapitel.

Die Forschungsvorhaben vorliegender Arbeit waren:

1. Die Umsetzung der expositionsbasierten Verhaltenstherapie in der Routineversorgung
2. Die Akzeptanz auf Seiten der Behandelten und der Behandelnden
3. Prädiktoren früher Veränderung bei Panikstörung mit Agoraphobie.

Vorliegende quasi-experimentelle Längsschnittstudie wurde in der Forschungsambulanz der psychotherapeutischen Universitätsambulanz Landau durchgeführt. Kapitel 3 stellt zur ersten Forschungsfrage Prä-Post-Ergebnisse der PAS von Patientinnen und Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie der Ambulanz in Landau im Vergleich zu den Originaldaten von Gloster et al. (2011) in acht Studienzentren dar. In Kapitel 4 werden die Barrieren und Hindernisse des Manuals der zweiten Forschungsfrage deskriptiv beleuchtet und in Kapitel 5 die dritte Fragestellung der Prädiktoren für den frühen Therapieerfolg überprüft.

Vorliegende Arbeit hat sich am Manual von Lang et al. (2011) orientiert. Im Manual von Lang et al. (2011) wird dargestellt, dass eine der Hauptwirkkomponenten der Behandlung von Panikstörung und Agoraphobie die Konfrontation ist. Deshalb wurde das Manual darauf aufgebaut und konzipiert. Nach dem Manual von Lang et al. (2011) werden wöchentlich zwei Sitzungen à 100 Min über 6 Wochen hinweg durchgeführt. Der Aufbau gliedert sich wie folgt: Nach drei Doppelsitzungen Psychoedukation und zwei Doppelsitzungen zu interozeptiver Konfrontation folgen drei Standardexpositionsübungen (Bus/Bahn, Kaufhaus und Wald), dann eine Bilanzsitzung und zwei individuelle Expositionsübungen mit anschließender Abschlussitzung und zwei Auffrischsitzungen im Abstand von jeweils acht Wochen. Die Psychoedukation in den ersten drei Sitzungen dient der Vorbereitung der Expositionsübungen und dem Aufbau der Motivation. Es wird eine individuelle Verhaltensanalyse erstellt. Die Psychoedukation soll vor allem die Angstreaktion normalisieren und den Patientinnen und Patienten verdeutlichen, dass die Vermeidung und das Sicherheitsverhalten das eigentliche Problem darstellen. In den Sitzungen 4 und 5 wird das Rational für die interozeptive Exposition erklärt, gemeinsam durchgeführt und anschließend als Hausaufgabe geübt. Hier ist es wichtig, darauf zu achten, dass die Patientinnen und Patienten auf Sicherheitsverhaltensweisen verzichten, um zu lernen, dass die Angst auch ohne diese von alleine abnimmt und die körperlichen Symptome nicht

lebensbedrohlich sind. Die interozeptiven Expositionsübungen dienen zur „Reduktion der Angst vor Körperempfindungen“. Indem Körpersymptome absichtlich durch vorgegebene Übungen hervorgerufen werden und Vermeidungsreaktionen unterlassen werden, erleben die Behandelten einen Abfall der Intensität ohne eigenes Zutun. In den Sitzungen 6 bis 8 werden die Standardexpositionsübungen Bus/Bahn, Kaufhaus und Wald gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten durchgeführt. Auch hier wird darauf geachtet, dass die Behandelten nicht vermeiden und keine Ablenkungsstrategien nutzen, um ihnen eine neue Lernerfahrung zu ermöglichen. Zwischen den Sitzungen bekommen die Patientinnen und Patienten die Expositionsübungen noch jeweils zwei Mal als Hausaufgabe auf. In der neunten Sitzung wird eine Zwischenbilanz aus den bisherigen Sitzungen gezogen, um Veränderungen sichtbar zu machen und zu erkennen, dass die Erwartungsangst höher ist als die Angst in den Situationen selbst. Die Sitzungen 10 und 11 werden für weitere begleitete Expositionsübungen genutzt, dieses Mal aber individuell auf die Patientinnen und Patienten zugeschnitten (zum Beispiel in die Waschanlage fahren). Diese Übungen sollen die Patientinnen und Patienten, wie zuvor auch schon, zwei Mal zwischen den Therapiesitzungen in Eigenregie durchführen, um einen Übungseffekt zu erhalten. In Sitzung 12 werden Risikosituationen und Restsymptome besprochen, um die zukünftige Handhabung damit zu erörtern und weitere Übungen zu besprechen. Die Sitzungen 6 bis 8 und 10 bis 11 stehen für die eigentlichen In-vivo-Expositionen zur Verfügung. Bei der Durchführung der Expositionsübungen ist wichtig, dass die Angst in ausreichendem Maß aktiviert wird, eine Angstreduktion ohne Sicherheitsverhaltensweisen oder Vermeidungsverhalten erreicht wird und diese Erfahrung in verschiedenen Situationen wiederholt wird. Die Sitzungen 9, 12 und die Auffrischsitzungen mit zweimonatigem Abstand dienen der Nachbereitung der Konfrontationen und der Rückfallprophylaxe. Die Reihenfolge baut somit aufeinander auf und sollte eingehalten werden. Für die Durchführung der ersten Expositionen wird von einer Dauer von ungefähr 240 Minuten ausgegangen. Falls die Übungssituationen nicht therapeutengeleitet durchgeführt werden, werden die Situationen mit den Patientinnen und Patienten in den Therapiesitzungen gut vorbesprochen und nachbesprochen.

Die Standardsituationen wurden von Lang et al. (2011) mit in das Manual aufgenommen, da diese vor allem im nicht therapeutenbegleiteten Modus die Vor- und Nachbereitung der Sitzungen praktikabler machen, da die Behandelnden dann gedanklich mit der Materie vertraut sind und sich besser vorbereiten können. Die Standardübungen Bus/Bahn, Kaufhaus und Wald wurden ausgewählt, da sie für die meisten Patientinnen und Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie zu den vermiedenen Situationen gehören.

Modifikation des Manuals in vorliegender Studie

In der vorliegenden Arbeit wurde das Manual in der Therapiedurchführung insofern abgeändert, dass es nur zwei Standardübungssituationen gab (Bus/Bahn, Kaufhaus) und nach der Bilanz in der achten Sitzung somit drei Sitzungen für individuelle Übungen frei waren. Die Standardexposition Wald wurde zum einen deshalb gestrichen, weil die Durchführung nur unter großem Aufwand machbar gewesen wäre und zum anderen, weil in der Schulung berichtet wurde, dass erfahrungsgemäß die meisten Patientinnen und Patienten im Wald in der Multicenterstudie keine Probleme gehabt hätten. In vorliegender Studie wurde der therapeutenbegleitete Modus durchgeführt. Die Standardkonfrontationsübungen wurden aber trotzdem genutzt, da sich unerfahrene Behandelnde so besser für die Expositionstherapie vorbereiten können und auch für die Patientinnen und Patienten eine klarere Struktur vorhanden ist.

2.1 Stichprobe

Ein- und Ausschlusskriterien entsprechen größtenteils denen von Gloster et al. (2011). Einschlusskriterium war eine klinische Diagnose einer Panikstörung mit Agoraphobie (DSM IV-TR: 300.21). Komorbiditäten, wie zum Beispiel andere Angststörungen oder depressive Episoden, wurden zugelassen, solange die Panikstörung die Hauptdiagnose darstellte, da diese den Therapieerfolg nicht beeinflussen (Stekeete, Chambless & Tran, 2001; Emmrich et al., 2012; Rathgeb-Fuetsch, Kempter, Feil, Pollmächer & Schuld, 2011). Gloster et al. (2011) verwendeten nach der Diagnosestellung nach DSM-IV-TR als Einschlusskriterium einen Wert von 18 oder mehr auf der Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) und einen CGI-Wert von mindestens 4. In vorliegender Studie wurde als Einschlusskriterium weder die HAM-A noch der CGI verwendet, sondern ein PAS-Wert von 18 oder mehr. Zum Einen ist die PAS im Vergleich zur HAM-A ein deutschsprachiger Test. Zum Anderen scheint die PAS aufgrund der Sichtung verschiedener Tests und im Gegensatz zur HAM-A die verschiedenen Beeinträchtigungen der Patientinnen und Patienten am besten abzubilden. Während die HAM-A nur einzelne Körpersymptome abfragt, fragt die PAS auch nach einzelnen Situationen, die vermieden wurden.

Ausschlusskriterien waren Suizidalität, Erfüllen der Kriterien für eine psychotische oder bipolare Störung, eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, aktuelle Alkoholabhängigkeit oder wenn die Patientinnen und Patienten nicht mit der Studiendurchführung oder der Expositionsbehandlung einverstanden waren. Wenn es eine medizinische Begründung für die Panik-Symptome gab, wurden Patientinnen und Patienten ebenfalls ausgeschlossen.

Patientinnen und Patienten durften neben der Therapie keine andere Behandlung in Anspruch nehmen. Bei Gloster et al. (2011) wurde keine gleichzeitige Pharmakotherapie zugelassen. Bei Medikamenteneinnahme wurde deswegen vor der Baseline gewartet, bis die Patientinnen und Patienten die Medikamente lange genug abgesetzt hatten. Zur vorliegenden Studie in Landau wurde eine Medikamenteneinnahme zugelassen, wenn die Medikamente vor Beginn der Behandlung abgesetzt wurden oder bei Betablockern und Benzodiazepinen, wenn sie seit mindestens einem Monat konstant eingestellt waren und alle anderen Psychopharmaka wurden zugelassen, wenn die Patientinnen und Patienten sie seit über drei Monaten konstant einnahmen (Craske et al., 2006). Da wir das Manual in einem naturalistischen Setting überprüften, war zum einen weder möglich, die Medikation bei allen abzusetzen noch war dies beabsichtigt, um natürliche Bedingungen beizubehalten.

Da große Effektstärken um 1.0 erwartet wurden, wurde aufgrund einer Poweranalyse davon ausgegangen, dass ein Stichprobenumfang von $N = 20$ ausreichend sein sollte. Diese Vorüberlegung ermöglichte die Durchführung der Studie in der Versorgungsambulanz. In Tabelle 1 sind die Charakteristika der Landauer Stichprobe abzulesen.

Tabelle 1

Stichprobencharakteristika Landau

	<i>Intent-to-treat (N = 34)</i>		<i>Completer (N = 23)</i>	
	36.85		36.00	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Geschlecht				
Weiblich	24	70.59	17	73.91
Männlich	10	29.41	6	26.09
Familienstand				
Ledig	16	47.06	12	52.17
Verheiratet	13	38.24	9	39.13
Geschieden	5	14.71	2	8.70
Schulabschluss <i>N = 33</i>				
Hauptschule	8	24.24	4	17.4
Realschule/Mittlere Reife	15	45.45	12	52.17
Fachhochschulreife	2	6.06	2	8.70
Abitur/ Allg. Hochschulreife	8	24.24	5	21.70
Erwerbstätigkeit				
Ja, ganztags	13	38.24	10	43.48
Ja, mind. halbtags	10	29.41	6	26.09
Nein, in Ausbildung (Lehre, Schule, Studium)	4	11.76	3	13.04
Nein, in Erwerbs-, Berufsunfähigkeitsrente	1	2.94	1	4.35
Nein, Altersrente	1	2.94	1	4.35
Nein, andere Gründe	5	14.71	2	8.7
Chronifizierung der Störung <i>N = 33</i>				
3-6 Monate	3	9.09	2	9.1
6-12 Monate	3	9.09	3	13.64
1-2 Jahre	8	24.24	5	22.72
Mehr als 2 Jahre	18	54.54	12	54.55
Anzahl Komorbiditäten				
Keine	17	50.00	9	39.13
1 Diagnose	7	20.59	4	17.39
2 Diagnosen	7	20.59	7	30.43
3 Diagnosen	1	2.94	1	4.35
4 Diagnosen	2	5.88	2	8.7
Komorbidität mit Depression	11	32.35	9	39.13

2.2 Instrumente

Als abhängige Variablen zur Messung der Angst und der allgemeinen Psychopathologie wurden die im Folgenden dargestellten Fragebögen erhoben. Primäre Outcome-Variablen sind in vorliegender Studie die PAS und der AKV-MI. Alle anderen Erhebungen sind sekundäre Outcomekriterien.

PAS (Panik- und Agoraphobieskala)

Die PAS von Bandelow (1997) dient zur Einschätzung der allgemeinen Paniksymptomatik und deren Schweregrad. Sie erfasst die Schwere von Panikattacken, agoraphobisches Vermeidungsverhalten, antizipatorische Angst, Einschränkungen im täglichen Leben sowie Gesundheitsorgen. Der Summenscore kann als Gesamtbeeinträchtigung interpretiert werden. In vorliegender Studie wurde die aus 17 Items bestehende Selbstbeurteilungsversion genutzt. Beurteilungszeitraum sind die letzten sieben Tage. Empirische Befunde belegen die Retest-Reliabilität der PAS, eine ausreichende interne Konsistenz ($r = .78$; $\alpha = .85$; Hoyer, Helbig, & Margraf, 2005) und eine hohe Sensitivität gegenüber Veränderungen, die auf die Behandlung zurückzuführen sind (Bandelow et al., 1998). In dieser Form werden folgende Schweregrade eingeteilt:

0 - 8 Punkte: grenzwertig beziehungsweise Remission

9 - 18 Punkte: leicht

19 - 28 Punkte: mittel

29 - 39 Punkte: schwer

40 Punkte und mehr: sehr schwer

Einschlusskriterium war zum Zeitpunkt T1 ein Wert von 18 oder höher.

AKV (Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung)

Der AKV von Ehlers, Margraf und Chambless (2001) besteht aus den Fragebögen ACQ (Agoraphobic Cognitions Questionnaire), BSQ (Body Sensations Questionnaire) und MI (Mobility Inventory), womit „Befürchtungen“, „Körpersymptome“ und „Vermeidungsverhalten“ – also verschiedene Aspekte der Angstsymptomatik abgefragt werden können. Diese Fragebögen sind änderungssensitiv, also auch zur Therapieerfolgskontrolle einsetzbar. Hier wird erfragt, welche Situationen die Patientinnen und Patienten in den letzten sieben Tagen vermieden hatten oder wie viel Angst sie dabei gehabt haben (Angst/Vermeidung) – getrennt danach abgefragt, wenn sie alleine oder in Begleitung waren. Die Fragebögen des AKV weisen gute bis sehr gute Konsistenzen und

Retestreliaibilitäten auf. Es liegen Normwerte für verschiedene klinische Gruppen und über 1000 Patientinnen und Patienten vor.

Beim ACQ wird mittels 14 Items auf einer 5-stufigen Likert-Skala die Häufigkeit von angstbezogenen Kognitionen erfasst. Hierbei gibt es zwei Skalen – Befürchtungen über körperliche Krisen in einem Angstzustand und Gedanken um einen erlebten Kontrollverlust. Die Reliabilität beträgt $r = .79$; $\alpha = .80$ (Chambless, Caputo, Bright & Gallagher, 1984). Ehlers und Margraf (1993) geben Reliabilitätswerte von 0.74 bis 0.87 (Cronbachs Alpha) beziehungsweise 0.75 bis 0.80 (Retest) an.

Der Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen (BSQ) fragt in einer 5-stufigen Likert-Skala ab, wie stark die Angst vor Körpersymptomen ist. Ehlers und Margraf (1993) geben Reliabilitätswerte von 0.80 bis 0.95 (Cronbachs Alpha) beziehungsweise 0.63 bis 0.66 (Retest) an.

SKID I (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV)

Das SKID-I (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) wurde zur Diagnostik durchgeführt, um andere psychische Störungen der Achse I als die der Panikstörung mit Agoraphobie als Hauptdiagnose auszuschließen. Mit dem SKID-I können psychische Störungen nach Definition des DSM-IV erfasst werden. Dazu zählen affektive Störungen, psychotische Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen. In der Handanweisung steht unter Reliabilität und Effizienz: „Das SKID in seinen Vorläufer- und seiner endgültigen Form wurde in verschiedenen amerikanischen und deutschen Studien ausführlich mit befriedigenden psychometrischen Befunden bezüglich Anwendbarkeit, Reliabilität und Effizienz untersucht.“ Strakowski, Keck, McElroy, Lonzak und West (1995) berichten in ihrer Studie von einer hohen Interrater-Reliabilität (Intraklassenkorrelationskoeffizient $>.90$). Kappa betrug für die Hauptdiagnosen $.94$ und für komorbide Diagnosen $.90$. Die Ergebnisse des SKID deckten sich mit anderen Informationsquellen. Segal, Hersen, Van Hasselt, Kabacoff und Roth (1993) untersuchten die Reliabilität an Patientinnen und Patienten, die mindestens 55 Jahre alt waren. Hier betrug Kappa $.70$ bei depressiven Störungen, $.77$ bei Angststörungen und 1.0 bei somatoformen Störungen. Die prozentuale Übereinstimmung für depressive Störungen betrug 85% , für Angststörungen 94% und für somatoforme Störungen 100% .

SKID II (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV)

Das SKID-II dient der Erfassung der zwölf Persönlichkeitsstörungen, die im DSM-IV definiert sind. Es wird in zwei Schritten durchgeführt. Zunächst wird ein Fragebogen herangezogen, der als Screening dient. Danach erfolgt ein Interview zu den im Fragebogen mit *ja* beantworteten Items. Durch den vorgeschalteten Screening-Fragebogen wird eine relativ geringe Bearbeitungszeit erreicht. Das SKID-II-Interview wurde in vorliegender Studie zu T0 durchgeführt, wenn Skalen im dazugehörigen Screening-Fragebogen erhöht waren.

Aufgrund von Sprungregeln führt das SKID-II zu einer schnellen und validen Diagnosefindung nach DSM-IV.

Im Manual steht, dass „das neue SKID-II für Persönlichkeitsstörungen“ weniger als das SKID-I untersucht wurde und verweist auf Untersuchungen für das DSM-III-R, da die Veränderungen nur geringfügig seien.

BDI-2 (Beck-Depressions-Inventar 2)

Das Beck-Depressions-Inventar-2 (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) dient zur Feststellung des Schweregrades einer Depression, indem zu 21 depressiven Symptomen mittels vier Abstufungen jeweils abgefragt wird, wie stark diese ausgeprägt sind. Dieses Inventar wurde mit aufgenommen, da depressive Symptome häufig bei länger andauernden Angststörungen entwickelt werden.

Es werden folgende Schweregrade eingeteilt:

0 - 8: Keine Depression

9 - 13: Minimale Depression

14 - 19: Leichte Depression

20 - 28: Mittelschwere Depression

29 - 63: Schwere Depression

Cronbachs α beträgt bei depressiven Patientinnen und Patienten in Behandlung ($N = 288$) .93, bei Patientinnen und Patienten mit primär anderen psychischen Störungen ($N = 123$) .92, bei Gesunden ($N = 582$) .90. Die Wiederholungsreliabilität wurde an einer Gemeindestichprobe ($N = 86$) und einem Zeitraum von fünf Monaten ermittelt. Es ergab sich ein sehr guter Wert von .78. Es liegen Prozentränge für depressive Patientinnen und Patienten ($N = 266$) und Gesunde ($N = 582$) vor.

SCL-90-R (Symptom-Checklist-90-Revised)

Die SCL-90-R (Symptom-Checklist-90-R) von Franke (1995) fragt die subjektiven Beeinträchtigungen (psychisch und physisch) der letzten sieben Tage ab. Sie besteht aus 90

Items, die in die neun folgenden Skalen eingeordnet werden: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus. Die Items werden in einer 5-stufigen Likert-Skala abgefragt. Der GSI (Global Severity Index) gibt die allgemeine psychische Belastung an und ist deswegen als globaler Kennwert zur Verlaufsdiagnostik geeignet. Der PSDI (Positive Symptom Distress Index) macht Aussagen zur Intensität der Antworten und der PST (Positive Symptom Total) gibt an, bei wie vielen Symptomen eine Belastung vorliegt.

Die Reliabilität der SCL-90-R wird als zufriedenstellend (Skala Aggressivität/Feindseligkeit; $r_{min} \geq .76$) bis gut (Paranoides Denken, Phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt) und sehr gut (Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, GSI) eingeordnet. Der globale Kennwert GSI erbrachte im Besonderen sehr hohe Reliabilitäten von Cronbachs $\alpha = .97$ bis $.98$. Die Test-Retest-Reliabilität bei 76 Studierenden im Abstand von einer Woche brachte befriedigende (Ängstlichkeit, Somatisierung, Aggressivität/Feindseligkeit, Psychotizismus) bis gute (Depressivität, Zwanghaftigkeit, Paranoides Denken, Phobische Angst, Unsicherheit im Sozialkontakt, GSI) Reliabilitätswerte hervor. Das Verfahren eignet sich also für die Messwiederholung.

Da die deutschsprachige Stichprobe ($N = 2.025$, 16 bis 75 Jahre aus den Jahren 2011-2012) bevölkerungsrepräsentativ ist, gibt es nach Geschlecht und Alter getrennte T -Normwerte für Erwachsene und zusätzlich noch geschlechtsspezifische T -Normwerte für Studierende ($N = 1.061$).

2.3 Durchführung

Die Therapeutinnen und Therapeuten für diese Studie wurden an der Universitätsambulanz Landau rekrutiert. Es wirkten 11 verschiedene Therapeutinnen und Therapeuten (zwei approbierte Psychotherapeutinnen und -therapeuten und neun Therapeutinnen und Therapeuten in fortgeschrittener Ausbildung) in der Studie mit, die vor Studienbeginn in einer zweitägigen Schulung von Anne Kordt, einer Mitarbeiterin des Langprojekts, in das Manual eingeführt wurden. Tabelle 2 gibt die Stichprobencharakteristika der Therapeutinnen und Therapeuten wieder.

Tabelle 2
Stichprobencharakteristik der Behandelnden in Landau

	<i>N = 11</i>	
Alter (Mittelwert)	36.09	
	<i>n</i>	<i>%</i>
Geschlecht		
Weiblich	9	81.82
Männlich	2	18.18
Durchschnittliche Berufserfahrung in Monaten	40.09	
Durchschnittliche Anzahl der Expositionsbehandlungen	3.32	
Durchschnittliche Anzahl der Expositionsbehandlungen bei Panikstörung	2.63	

Die Patientinnen und Patienten der klinischen Stichprobe in Landau wurden von September 2013 bis September 2015 in der psychotherapeutischen Universitätsambulanz Landau in die Studie eingeschlossen. Zum einen waren dies Personen, die sich sowieso an die Ambulanz wendeten und die Diagnosekriterien erfüllten, zum anderen wurde auch per Flyer und eine Zeitungsannonce in der Region Landau/Südliche Weinstraße auf die Studie aufmerksam gemacht.

Im Erstgespräch durch die Institutsleitung mit den Patientinnen und Patienten erfolgte nach einem vorgeschalteten PAS-Screening, das den Patientinnen und Patienten postalisch zugeschickt worden war, ein genaues Prüfen der Ein- und Ausschlusskriterien für die Studie.

Bei Erfüllung der Einschlusskriterien und Einverständnis der Teilnehmenden erfolgte ein bis zwei Wochen später ein Diagnostik-Termin mit SKID-Interview, durchgeführt von fortgeschrittenen Psychologie-Studierenden oder Therapeutinnen und Therapeuten in Ausbildung, und die T0-Messung mittels Fragebögen. Die in Frage kommenden Patientinnen und Patienten wurden den Therapeutinnen und Therapeuten mittels möglichen Zeitfenstern zugeteilt.

Nach jeder Therapiestunde erfolgte eine Zwischenmessung auf Patienten- und Therapeutenseite mittels Fragebögen. Nach der vierten Sitzung erfolgte die Erhebung T1 und die Erhebung nach der Abschlussitzung war der Messzeitpunkt T2. Zur Katamnese sechs Monate nach Behandlungsende (Sitzung 12) erfolgte nochmals ein Diagnostik-Termin mit Fragebögen und einem SKID-Interview als Messzeitpunkt T3. Zudem wurden circa alle vier Therapiestunden Gruppensupervisionstermine mit den Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt, um zum einen die Manualtreue sicherzustellen und andererseits die Praktikabilität des Manuals abzufragen. Die Adhärenz wurde zudem nach jeder Sitzung bei den Behandelnden mittels Fragebogen erfragt. Hier wurde nach der Sitzungslänge und den Sitzungsinhalten gefragt.

Die Ethik-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie stufte die Durchführung der Untersuchung als ethisch unbedenklich ein. Von Herrn Lang wurden die Datensätze der Multicenterstudie zur Verfügung gestellt, um Vergleiche berechnen zu können.

Abbildung 1 zeigt eine Skizze des Ablaufs der Studie und Abbildung 2 zeigt das Consort-Diagramm.

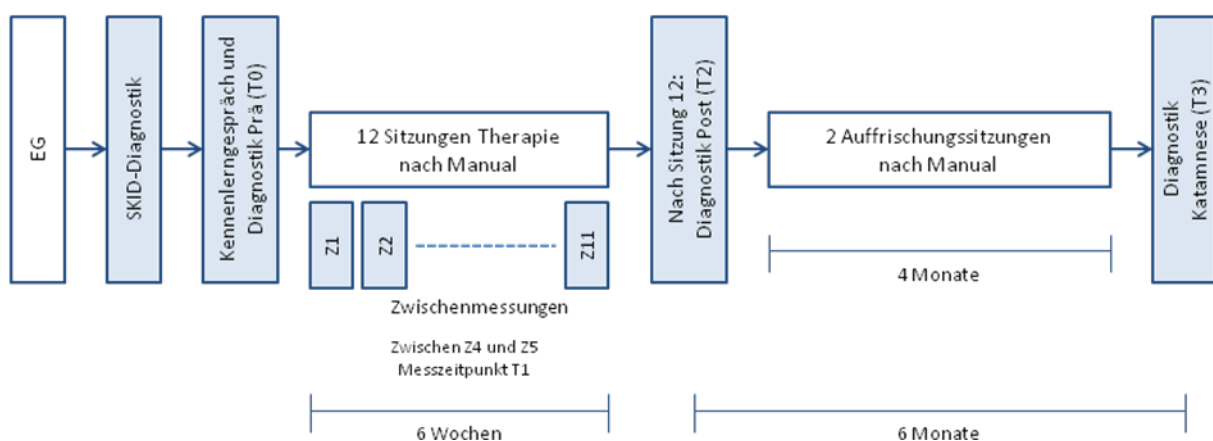


Abbildung 1. Skizze. Ablauf der Studie.

Anmerkungen. EG: Erstgespräch, T : Testzeitpunkt, Z: Zwischenmessungen.

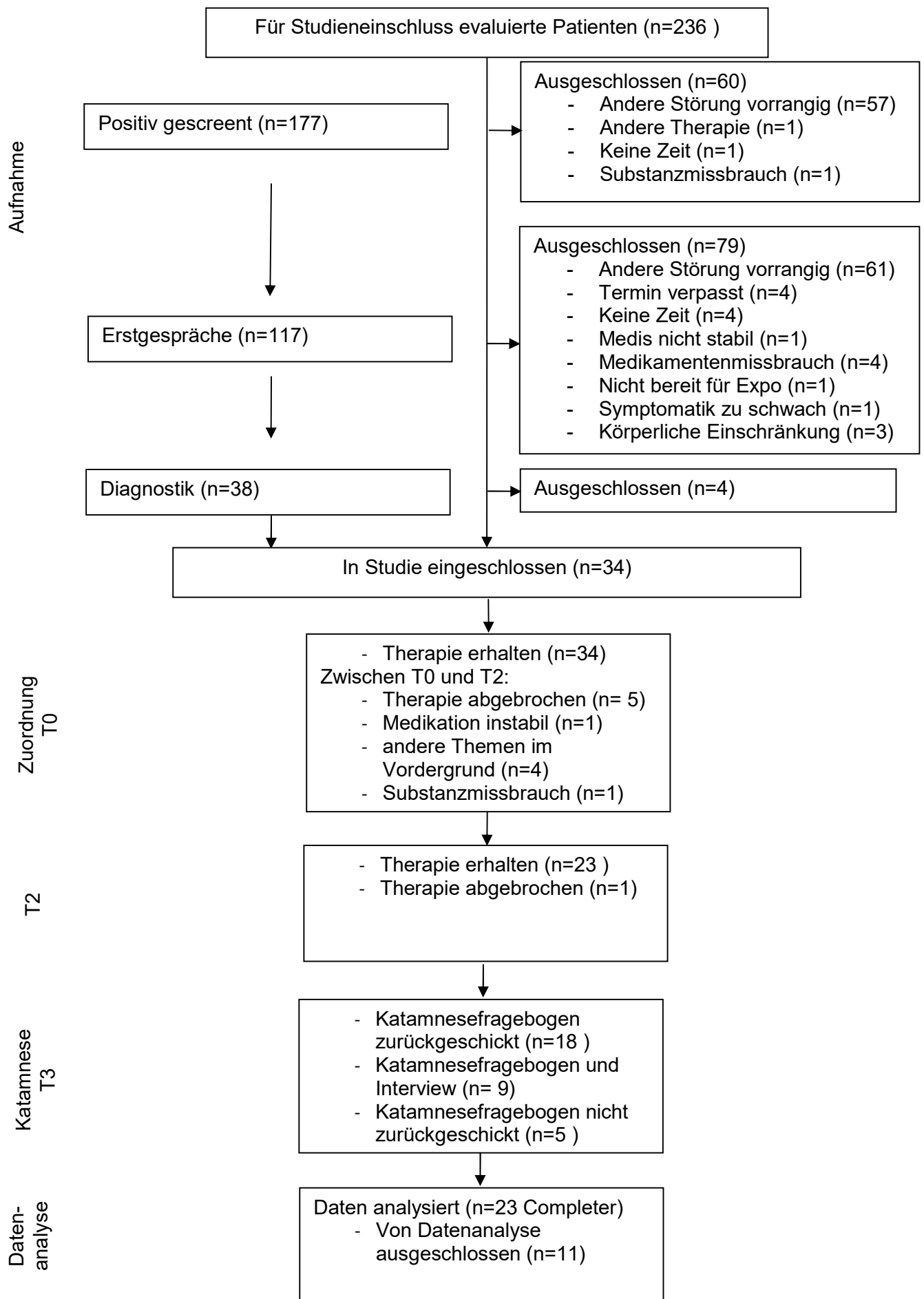


Abbildung 2. Consort-Diagramm.

Verwendete Software

Die Berechnungen der Mehrebenenmodelle wurden mit der Software HLM Version 7.1 (Raudenbush, Bryk, & Congdon, 2013) durchgeführt. Die in dem Bericht verwendete Notation entspricht der aus der Software HLM. Die Datenaufbereitung fand in IBM SPSS Version 22 (IBM Corp., 2013) statt. Weiterhin wurde die freie Software R genutzt (R Core Team, 2017), wenn Zusatzanalysen getätigt wurden oder es um die Erstellung von Grafiken ging.

3. Umsetzung der Expositionsbasierten Verhaltenstherapie der Panikstörung mit Agoraphobie in der Versorgungspraxis – ein Studienvergleich an neun Standorten

Panikstörung mit Agoraphobie sollte standardmäßig mit Konfrontationsverfahren behandelt werden, da diese auch bei Follow-up-Messungen hohe Effektstärken aufweisen und das Vorgehen dadurch seine Wirksamkeit zeigt. (Ruhmland & Margraf; 2001; Bakker et al., 1998). Die Stichproben hierbei sind jedoch hoch selektiv und die Studien sehr kontrolliert durchgeführt. Man findet kaum Studien im naturalistischen Setting (Klan & Hiller, 2014; Klan et al., 2016). Deshalb wird in folgendem Kapitel 3 die expositionsorientierte Verhaltenstherapie in der Versorgungspraxis betrachtet, um zu untersuchen, ob die Methode auch im therapeutischen Alltag wirksam ist.

3.1 Einleitung

Das Lang-Projekt hat in seiner Multicenter-Studie die Wirksamkeit der Exposition bei Agoraphobie mit Panikstörung nachgewiesen. Gloster et al. (2011) randomisierten $N = 369$ Patientinnen und Patienten, die nach DSM-IV die Kriterien für eine Panikstörung mit Agoraphobie erfüllten, zu einer von drei Behandlungsbedingungen (therapeutenbegleitete Exposition, selbstständige Exposition und Wartekontrollgruppe) über acht verschiedene Studienzentren hinweg. Die therapeutenbegleitete Exposition hatte höhere Effektstärken als die unbegleitete Bedingung (PAS: Post zu Baseline in Therapeutenbegleitung $d = -1.3$, ohne Therapeutenbegleitung $d = -1.2$, Wartekontrollgruppe $d = -0.4$; MI-allein: in Therapeutenbegleitung $d = -1.2$, ohne Therapeutenbegleitung $d = -0.9$, Wartekontrollgruppe $d = -0.3$).

Krampen et al. (2008) halten fest, dass RCTs durch die Praxiskontrolle eines Manuals ergänzt werden müssen, um es für den Praxisalltag zu validieren. Die Aufgliederung der Fachliteratur in Deutschland zu den verschiedenen Phasen ergibt 55% Phase 0 (Entwicklungsphase), 23% Phase 1 (Erkundungsphase) und 22% Phase 5 (Prävention). Phase 3 (Multicenter-Studien) machen nur 1.5% der Studien aus und Phase 4 (Praxiskontrolle) nur 12%.

In vorliegendem Kapitel wurden die Originaldaten von Gloster³ et al. (2011; Phase 3) mit den Daten aus der Ambulanz in Landau in routineähnlichen Bedingungen der Versorgungspraxis (Phase 4) verglichen und damit die externe Validität überprüft. Als Grundlage wurde das entsprechende Manual von Lang et al. (2011) herangezogen und an die Gegebenheiten in der Versorgungspraxis angepasst.

Lang et al. (2009) stellen fest, dass die KVT als solche nicht existiert. Sie bestünde aus verschiedenen Interventionen, wie zum Beispiel Psychoedukation, kognitiven Techniken, Exposition und Entspannungstechniken. So wurde bisher in Metaanalysen festgestellt, dass KVT bei Panikstörung wirkt, aber nicht genau darauf geachtet, welche dieser Komponenten der KVT inwieweit wirksam werden und auch nicht direkt miteinander verglichen. Da in den Studien häufig nicht zwischen Exposition, kognitiver Therapie und Verhaltenstherapie im Allgemeinen differenziert wird, gibt es nur wenige Studien im naturalistischen Setting zur expositionsbasierten Behandlung der Panikstörung mit Agoraphobie (Klan & Hiller, 2014; Klan et al. 2016). Dadurch sind die Effektstärken reiner Expositionstherapie im naturalistischen Setting ohne Entspannung oder ohne weitere kognitive Methoden wenig bekannt.

In der Studie von Klan und Hiller (2014) nutzten die Therapeutinnen und Therapeuten bei Therapien von Panikstörung und Agoraphobie im naturalistischen Setting nur zu 59.8% in-vivo-Exposition, obwohl hier die Besserungsraten deutlich besser waren ($d = 0.77$ bis 1.19 für ACQ, BSQ, MIA, MIB; Brief Symptom Inventory (BSI) Phobische Angst und Ängstlichkeit) als bei kognitiver Therapie ($d = 0.66$ bis 1.05) oder Entspannungstraining ($d = 0.58$ bis 1.05). Klan et al. (2016) teilten die Therapien in der Routineversorgung nach Einsatzhäufigkeit und Effektivität von interozeptiver Exposition und Exposition in vivo für therapeutische und Patientenbegleitung ein. In-vivo-Exposition wurde in 4% nur therapeutengeleitet, in 17% nur patientengeleitet, in 65% sowohl therapeuten- als auch patientengeleitet und in 14% gar nicht durchgeführt. Interozeptive Exposition wurde in 42% nur therapeutengeleitet, in 0% nur patientengeleitet, 25% sowohl therapeuten- als auch patientengeleitet und in 33% gar nicht durchgeführt. Die Effektstärken für MI, ACQ und BSQ stiegen im Mittel von keiner Exposition, über therapeutengeleitet zur Kombination aus therapeuten- und patientengeleiteter Exposition an (Beispiel für die in-vivo-Exposition und das MI: keine in-vivo-Exposition $d = 0.88$, ausschließlich patientengeleitet $d = 0.97$, Kombination therapeuten- und patientengeleitet $d = 1.08$). Umso erstaunlicher ist es, dass Exposition in vivo in der alltäglichen Therapiepraxis nur selten zum Einsatz kommt

³ Mit freundlicher Genehmigung des Lang-Projektes haben wir die Ergebnisse der vorliegenden Studie mit den Daten der Multicenter-Studie von Gloster et al. (2011) verglichen.

(Neudeck, 2005; Neudeck & Wittchen, 2004; Neudeck & Einsle 2010; Margraf & Poldrack, 2000; Deacon, 2007; Stein et al., 2004). Die Umsetzbarkeit in kontrollierten Studien ist durch die klar vorgegebenen Manuale und dem jeweils gewählten Rahmen unproblematisch. In der Routineversorgung ist ein solches Vorgehen durch fehlende Praxis mit Studiendurchführungen und den zusätzlichen Planungsaufwand eingeschränkt.

Ziel der vorliegenden Studie war, im Rahmen einer prospektiven Längsschnittstudie die Anwendung und Effektivität eines evidenzbasierten Expositionsmanuals (mit Exposition in vivo und interozeptiver Exposition) in der routineähnlichen Versorgung zu testen und die Daten mit den Originaldaten der Studie von Gloster et al. (2011) zu vergleichen. Erwartet wurden vergleichbar große Effektstärken über 1.0 für den Prä-Post-Vergleich der PAS-Daten.

3.2 Methode

Hypothese vorliegenden Kapitels war, dass Patientinnen und Patienten, die eine Behandlung nach Manual durchlaufen haben, im Vergleich zu ihrem Status zu Beginn der Therapie eine signifikant geringere Symptombelastung aufweisen sollen. Um dies zu überprüfen, wurden die PAS-Werte zu den Zeitpunkten T0 (Diagnostikphase vor der Therapie) und T2 (Diagnostiktermin nach Beendigung der Therapie) herangezogen. Es wurden Effektstärken von über 1.0 erwartet (Cohens d). Das Manual sollte also nicht nur im kontrollierten Setting, sondern auch in der Alltagspraxis wirksam sein und Behandlungseffekte deutlich werden. Die Effektstärken sollten denen in der Multicenter-Studie von Gloster et al. (2011) gleichen. Da die therapeutenbegleitete Exposition die höchsten Effekte erzielte, konzentriert sich vorliegendes Kapitel auf die Frage, ob diese Behandlungsform auch in der Routineversorgung wirksam ist. Der nicht therapeutenbegleitete Modus wurde nicht umgesetzt. Die Daten der Landauer Stichprobe wurden mit den Daten der therapeutenbegleiteten Bedingung aus der Multicenter-Studie von Gloster et al. (2011) verglichen. Für den Vergleich wurden die Daten der *Completer* herangezogen. Als Completer wurden - wie auch in der Multicenter-Studie – Patientinnen und Patienten eingestuft, wenn sie alle 12 Therapiesitzungen durchliefen und die Therapie regulär beendet wurde. Nicht regulär beendete Therapien zählen als Abbruch. Bei Psychotherapie-Studien ergibt sich die Problematik der Unterschätzung des Effektes, wenn man in die Analysen die Intent-to-Treat-statt der Completer-Daten heranzieht. Um zu wissen, welchen Effekt eine Behandlung hat, wenn man sie nach Anleitung durchführt, ist es sinnvoll, die Completer-Daten heranzuziehen. Bei einer ITT-Analyse werden die Daten aller Behandelten herangezogen, auch derer, die die Therapie abgebrochen haben, weswegen die Effekte dann niedriger ausfallen. Natürlich

kommt es im Therapiealltag vor, dass Patientinnen und Patienten die Behandlung abbrechen. Doch geschieht dies aus unterschiedlichen Gründen und ist nicht unbedingt direkt auf die Therapie zurückzuführen. Bei ITT-Analysen wird die Effektstärke des Behandlungsverfahrens unterschätzt, da auch Daten von Behandelten dabei sind, die die Therapie aus anderen Gründen abbrechen (anderes Störungsbild im Vordergrund, keine Motivation, zu wenig Leidensdruck, Symptomatik schnell verbessert, et cetera).

Die Stichprobe der Multicenter-Studie (Gloster et al., 2011) setzt sich wie folgt (Tabelle 3) zusammen:

Tabelle 3

Stichprobencharakteristika der Completer aus der Multicenter-Studie

	AA (N = 8)		B-A (N = 21)		B-C (N = 9)		DD (N = 32)			
Alter (Mittelwert)	39.50		34.33		34.11		34.50			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Geschlecht										
Weiblich	8	100	17	81.5	4	44.4	21	65.6		
Männlich	0	0.0	4	19.1	5	55.6	11	34.4		
Anzahl Komorbiditäten										
Keine	0	0.0	1	4.8	1	11.1	6	18.8		
1-2 Diagnosen	3	37.5	5	23.8	4	44.1	13	40.6		
3-4 Diagnosen	4	50.0	12	57.1	3	33.1	10	31.3		
5+ Diagnosen	1	12.5	3	14.3	1	11.1	3	9.4		
	HB (N = 12)		HWG (N = 17)		MS (N = 18)		WÜ (N = 12)		Gesamt (N = 129)	
Alter (Mittelwert)	35.02		31.24		37.61		34.25		35.07	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Geschlecht										
Weiblich	11	91.7	12	70.6	13	72.2	10	83.3	96	74.4
Männlich	1	8.3	5	29.4	5	27.8	2	16.7	33	25.6
Anzahl Komorbiditäten										
Keine	0	0.0	1	5.9	1	5.6	0	0.0	10	7.8
1-2 Diagnosen	8	66.6	4	23.5	11	61.1	4	33.3	52	40.3
3-4 Diagnosen	2	16.7	8	47.1	3	16.7	5	41.7	47	36.4
5+ Diagnosen	2	16.7	4	23.5	3	16.7	3	25.0	20	15.5

Anmerkungen. AA = Aachen, B-A = Berlin-Adlershof, B-C = Berlin Charité, DD = Dresden, HB = Bremen, HWG = Greiswald, MS = Münster, WÜ = Würzburg.

Im Vergleich zur Stichprobe aus Landau sind also keine gravierenden Unterschiede erkennbar. Das Durchschnittsalter in der Landauer Stichprobe betrug 36 Jahre und in der Multicenter-Studie gesamt 35.07 Jahre. In Landau waren 73.91% der Behandelten weiblich, in der Multicenter Studie waren es 74.4%. Es fällt nur auf, dass die Landauer Stichprobe prozentual gesehen mehr Patientinnen und Patienten in der Stichprobe aufwies, die ausschließlich die Kriterien für die Hauptdiagnose erfüllten (39.13% versus 7.8%), auch bei den mehrfach belasteten Patientinnen und Patienten ab drei Diagnosen gibt es Unterschiede

(13.04% versus 51.93%) in dem Sinne, dass die Landauer Stichprobe weniger Komorbiditäten aufweist.

3.2.1 Auswertung.

Modellbestimmung und Vorgehen.

Für die gemeinsame Analyse der Veränderung von Prä zu Post sowie der Therapieunterschiede zwischen den Zentren wird eine Zwei-Ebenenanalyse (Hierarchisch Lineare Modellierung, kurz auch HLM) verwendet, da die Daten hierarchisch strukturiert sind. Auf Ebene 1 befinden sich die PAS-Werte und auf Ebene 2 die Patientinnen und Patienten. Der Messzeitpunkt wird als Level-1-Prädiktor und die Städte-Variable als Level-2-Prädiktor in das Modell aufgenommen und eine Cross-Level-Interaktion geprüft. Von Bedeutung sind hier vor allem die festen Effekte.

3.2.2 Bedingungsprüfung und Schätzmethode.

Stichprobengröße.

Insgesamt liegen für 152 Personen Informationen vor. Diese Personen verteilen sich auf insgesamt neun Städte. Für 150 liegen PAS-Werte zu allen drei Messzeitpunkten vor, für zwei Personen nur zu zwei Messzeitpunkten. Die Stichprobengröße pro Stadt variiert stark von nur acht Personen (Aachen) bis zu 32 Personen (Dresden). Es liegen daher keine ausbalancierten Gruppen vor. Pro Person existieren drei Indikatoren (Messzeitpunkte T0, T1 und T2). Es existieren verschiedene Daumenregeln, welches Verhältnis die Stichprobengrößen der einzelnen Ebenen zueinander haben sollten (Hox, 2010). Im vorliegenden Fall existieren für die unterste Ebene (PAS-Werte) pro Einheit der zweiten Ebene (Patientinnen und Patienten) nur drei Indikatoren (Messzeitpunkte), was sehr wenig ist. Dadurch wird die Teststärke geringer und die Wahrscheinlichkeit für Fehlschlüsse nimmt zu. Auf Ebene 2 befinden sich jedoch ausreichend Einheiten (empfohlene Untergrenze sind 30).

Wahl der Schätzmethode. Als Schätzmethode wurde die Full-Maximum-Likelihood-Methode (FML) gewählt. Diese produziert zwar nicht so exakte Varianzschätzer wie die Restricted-Maximum-Likelihood-Methode (RML), ermöglicht jedoch im Gegensatz zur RML einen Modellvergleich fester Effekte, während die RML nur einen Vergleich von Zufallseffekten ermöglicht. Da RML im Zweifelsfall bessere Werte produziert, wurde auch hiermit noch einmal gegengerechnet. Es fanden sich jedoch nur triviale Abweichungen.

Prüfung der Normalverteilung.

Die Messwerte wurden mittels Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung geprüft. Die Prüfung der Normalverteilung deutet auf signifikante Abweichungen von der Normalverteilung für die PAS-Messwerte zu T0 und T2 hin. Die grafische Überprüfung der PAS-Werte für alle drei Messzeitpunkte zeigt jedoch, dass die Abweichungen nur sehr gering sind (Abbildung 3).

Zwar können Abweichungen von der Normalverteilung Einfluss auf die Signifikanzschätzung haben, die Maximum-Likelihood-Methode ist jedoch robust, sollten die Abweichungen nicht zu extrem sein. Als zu extrem können hierbei die Werte für Schiefe $|\gt 2|$ und Kurtosis $|\gt 7|$ angesehen werden (Eid, Gollwitzer, & Schmitt, 2011). Keine der drei PAS-Variablen überschreitet diese Werte. Für Schiefe liegen Werte zwischen -0.32 und 0.60 und für Kurtosis zwischen -0.86 und -0.17 vor. Insgesamt ergibt sich somit ein akzeptables Bild und die Normalverteilung der Messwerte kann als nicht gravierend verletzt angesehen werden. Wenn man sich Abbildung 3 anschaut, zeigt sich ein bei klinischen Studien zu erwartendes Bild: Zu Beginn der Behandlung ist die Verteilung leicht nach rechts verschoben und am Ende der Therapie nach links verschoben. Dies bedeutet in vorliegendem Fall, dass die Patientinnen und Patienten vor der Therapie höhere PAS-Werte hatten und am Ende der Therapie niedrigere Werte hatten, also weniger belastet waren.

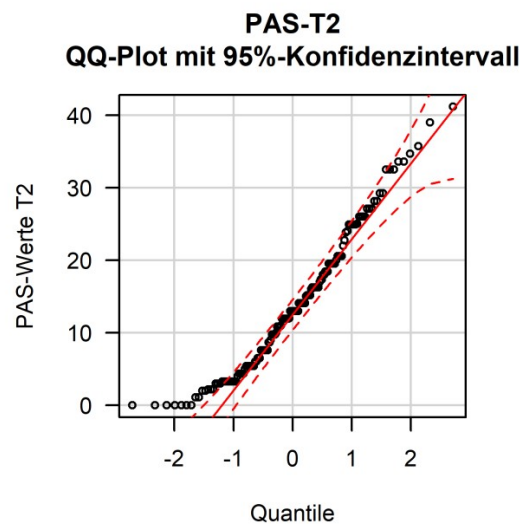
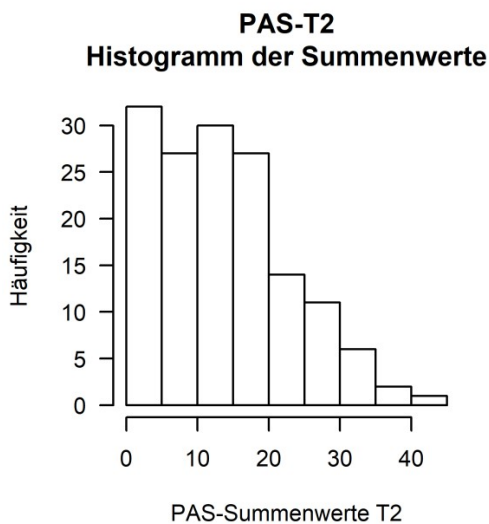
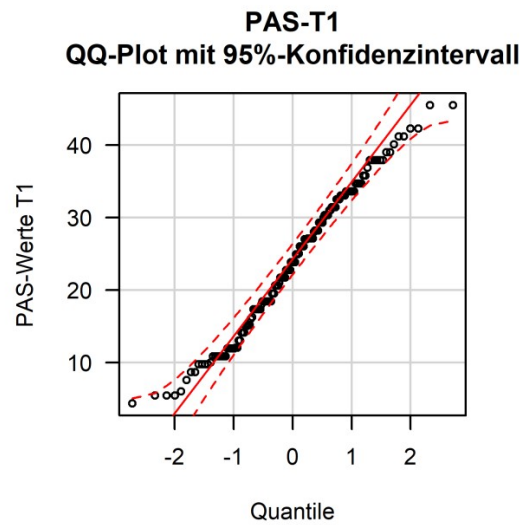
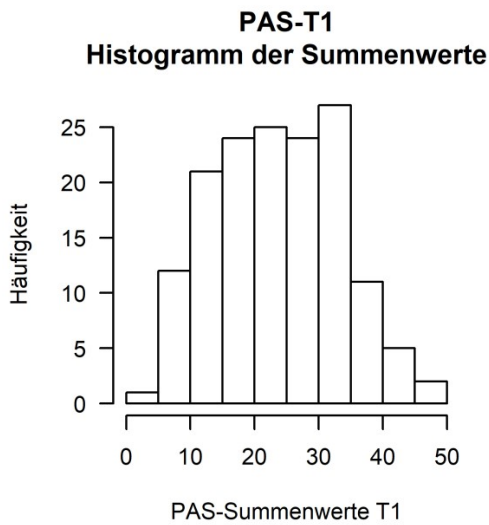
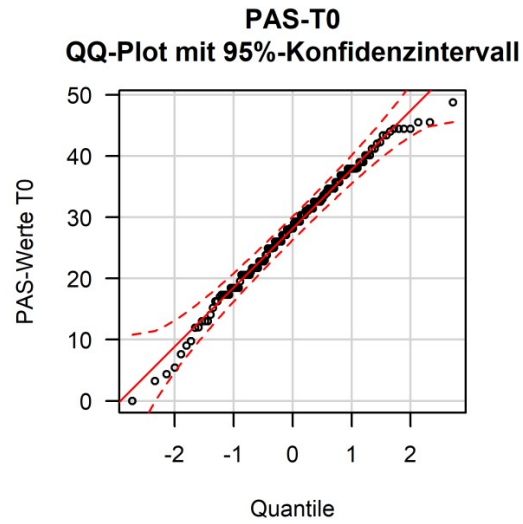
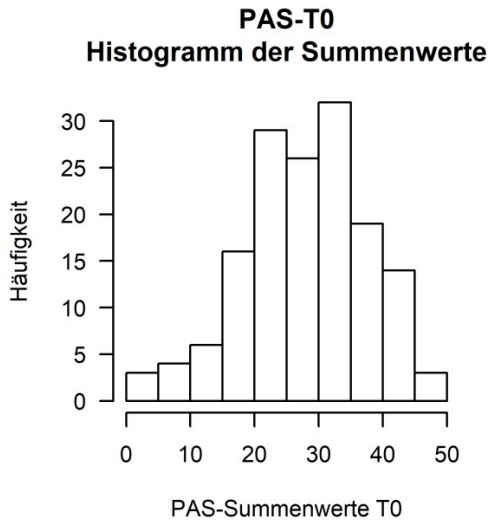


Abbildung 3. Histogramme und Q-Q-Plots für die Mittelwerte der drei Messzeitpunkte über alle Städte.

Anmerkungen. Im Q-Q-Plot wird das 95%-Konfidenzintervall für die Werte mit angegeben, eine Verletzung liegt vor, wenn Punkte außerhalb des Intervalls liegen.

Inspektion der Ausreißer. Weiterhin gilt zu klären, ob im Datensatz Ausreißer vorliegen, welche in den Berechnungen zu Verzerrungen der Ergebnisse führen können. Die grafische Überprüfung zeigte insgesamt drei Ausreißer: einmal zu T3 bei der Stichprobe aus der Charité Berlin, einmal zu T0 aus der Stichprobe Aachen und einmal zu T2 aus der Stichprobe Bremen. Werden alle Städte gemeinsam betrachtet, zeigen sich grafisch noch zwei Ausreißer (Abbildung 4).

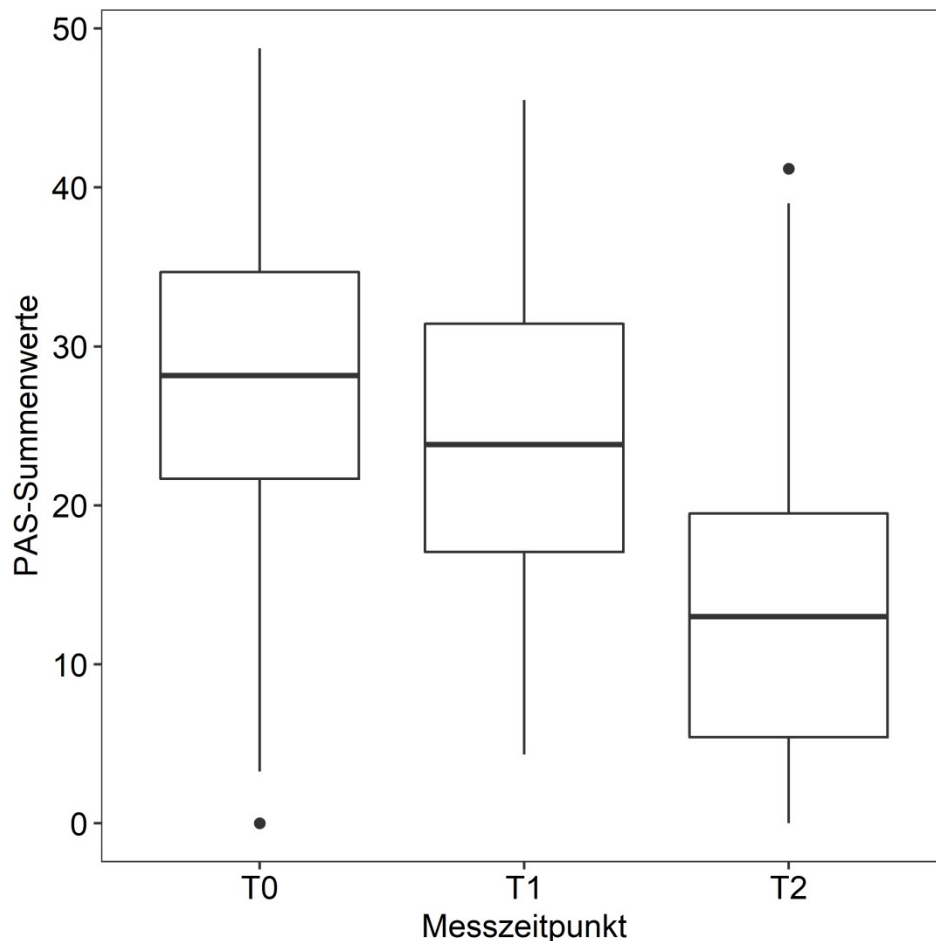


Abbildung 4. Boxplot für den Mittelwert der PAS zu allen drei Messzeitpunkten.

Problematisch ist der Fall, der bereits zu T0 einen Wert von 0 auf der PAS-Skala erzielt (ID = 47, Stadt = Greifswald). Diese Person erreicht zu T1 den Wert PAS = 10.83 und zu T2 PAS = 4.33. Warum die Person zu T0 einen Wert von 0 erzielt ist nicht nachprüfbar. In der Landauer Stichprobe wäre dies ein Ausschlusskriterium gewesen. In der Multicenter-Studie wurde die PAS jedoch nicht als Einschlusskriterium verwendet. Der andere Ausreißer ist Fall ID = 140 (Stadt = Dresden). Er erzielte einen Wert von PAS = 45.50 zu T0 und zu T1 PAS = 32.50. Es können hier keine besonderen Auffälligkeiten gefunden werden, so dass dieser Fall als nicht ungewöhnlich betrachtet wird.

3.3 Ergebnisse

3.3.1 Effektstärke.

Deskriptiv zeigt sich, dass für alle Städte über die Zeit eine Abnahme der Belastung stattfand (Abbildung 5). Da Landau im Fokus der vorliegenden Studie steht, wird auf die einzelnen anderen Orte nicht separat eingegangen.

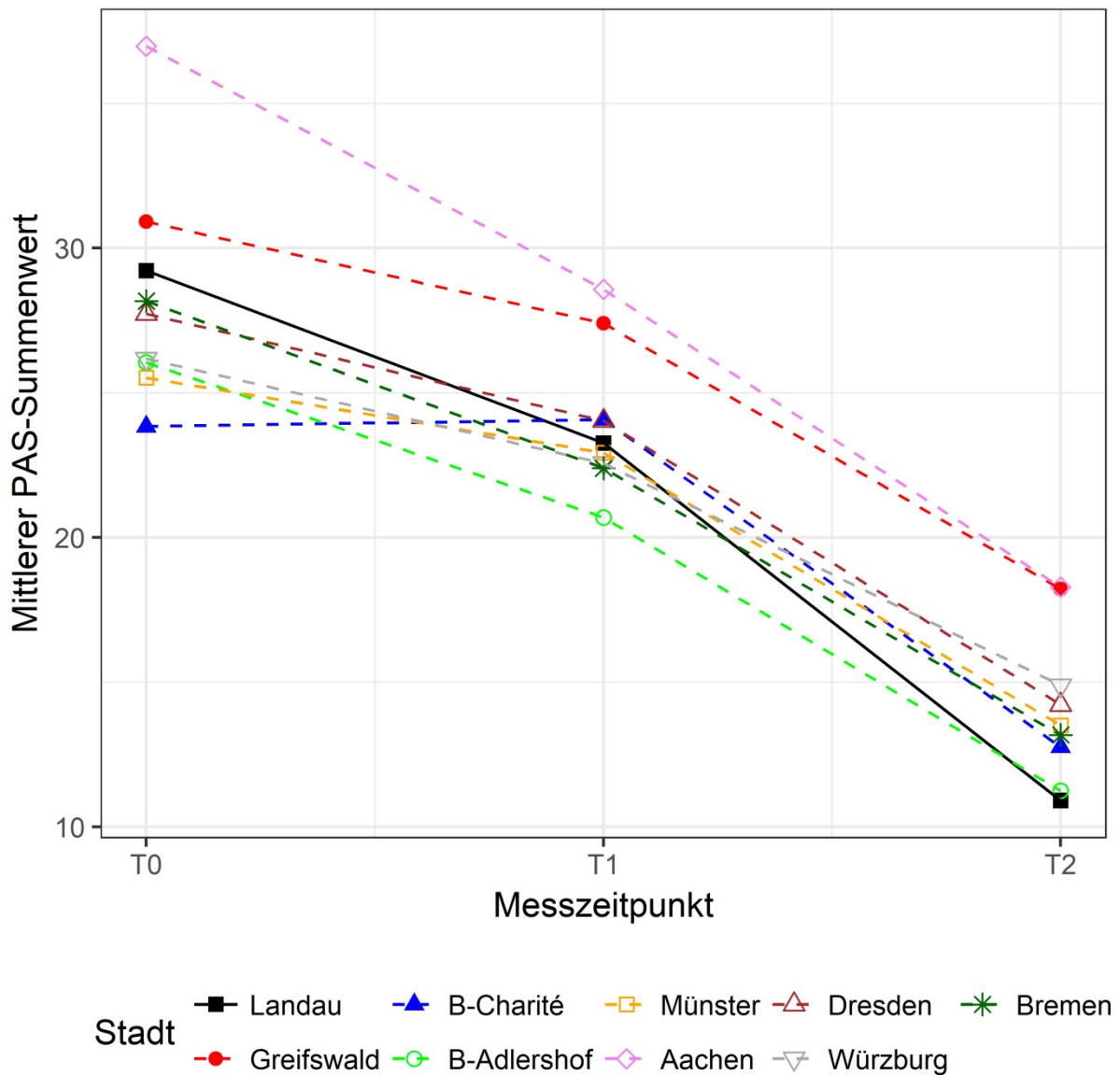


Abbildung 5. Verlauf der Mittelwerte für alle acht Städte.

Anmerkungen. Landau ist zur leichteren Identifikation mit der durchgezogenen Linie markiert.

Die Mittelwerte und Standardabweichungen für alle Städte sind der Tabelle 4 zu entnehmen. Für Landau wurde ein Effekt zwischen T0 und T1 in Höhe von $d = 1.02$, 95%-KI [0.39, 1.65] gefunden, zwischen T1 und T2 wiederum betrug der Effekt $d = 1.36$, 95%-KI

[0.70, 2.02]. Insgesamt betrug der Effekt von T0 bis zu T2 in der Stichprobe Landau $d = 1.88$, 95%-KI [1.70, 2.60]. Insgesamt kann man von einem mittleren bis großen Effekt sprechen.

Tabelle 4

Mittelwerte und Standardabweichungen der PAS für alle Städte einzeln sowie Gesamtmittelwerte über die drei Messzeitpunkte

	T0			T1			T2		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Landau	23	29.22	8.79	23	23.26	9.33	23	10.91	7.86
Aachen	8	36.97	7.22	8	28.57	10.88	8	18.28	6.35
B-Adlershof	21	26.05	11.24	21	20.69	10.77	21	11.25	7.93
B-Charité	9	23.83	13.78	9	24.07	10.76	9	12.76	9.53
Bremen	12	28.17	7.62	12	22.39	7.18	12	13.18	6.50
Dresden	32	27.73	8.25	32	24.04	9.39	31	14.22	8.77
Greifswald	17	30.91	10.19	17	27.40	11.70	17	18.23	13.55
Münster	18	25.52	6.41	18	22.93	7.26	17	13.51	8.66
Würzburg	12	26.18	12.39	12	22.57	10.82	12	14.90	13.35
Gesamt	152	27.98	9.67	152	23.70	9.74	150	13.77	9.47

Anmerkungen. Gesamtstichprobe umfasste $N = 152$ Personen. Für alle teilnehmenden Therapieeinrichtungen sind die Städtenamen angegeben, Berlin (B) war mit zwei Einrichtungen vertreten.

Über den gesamten Zeitraum gesehen liegen alle Städte im Bereich großer Effekte. Der kleinste Effekt von T0 zu T2 liegt bei $d = 1.02$ für die Stadt Greifswald. Tabelle 5 stellt für alle Städte die einzelnen Effektstärken über die Zeit hinweg dar. Im Mittel zeigte sich, dass es von T0 zu T1 eine Reduktion der PAS-Werte in Höhe einer halben Standardabweichung gab, während über die gesamte Zeit von T0 zu T2 eine Reduktion von $1\frac{1}{2}$ Standardabweichungen stattfand. Die Konfidenzintervalle für alle Effektstärken innerhalb der einzelnen Städte sind hingegen sehr groß und lassen eine sichere Interpretation der Effekte nicht zu, da die Stichproben für die einzelnen Städte teilweise deutlich zu klein sind. Aggregiert ergibt sich ein etwas besseres Bild. Für den Effekt von T0 zu T1 kann ein kleiner bis mittlerer Effekt angenommen werden, für die Reduktion von T1 zu T2 wie auch über die gesamte Zeit von T0 zu T2 ein großer.

Tabelle 5*Cohens D und dessen Konfidenzintervall für die Effekte über die Zeit für alle Städte*

Stadt	Effekt über T0 zu T1		Effekt über T1 zu T2		Effekt über T0 zu T2	
	<i>d</i>	95% KI	<i>d</i>	95% KI	<i>d</i>	95% KI
Landau	1.02	0.39, 1.65	1.36	0.70, 2.02	1.88	1.70, 2.60
Aachen	1.09	-0.06, 2.24	0.83	-0.29, 1.95	1.53	0.31, 2.75
B-Adlershof	0.64	0.00, 1.28	1.30	0.61, 1.99	1.61	0.89, 2.32
B-Charité	-0.03	-1.03, 0.97	1.37	0.26, 2.48	1.25	0.16, 2.34
Bremen	0.66	-0.21, 1.53	1.65	0.67, 2.63	1.58	0.61, 2.55
Dresden	0.53	0.02, 1.04	1.41	0.84, 1.98	1.90	1.29, 2.52
Greifswald	0.44	-0.29, 1.15	1.03	0.28, 1.77	1.02	0.27, 1.75
Münster	0.43	-0.26, 1.11	1.20	0.44, 1.96	1.39	0.61, 2.17
Würzburg	0.39	-0.46, 1.25	0.74	-0.14, 1.61	1.12	0.21, 2.03
Gesamt	0.57	0.34, 0.80	1.21	0.97, 1.46	1.49	1.23, 1.74

Anmerkungen. B = Berlin. Effektgröße angegeben in Cohens *d*. Werte $d > 0.30$ sind kleine Effekte, $d > 0.50$ mittlere und $d > 0.80$ als große Effekt zu interpretieren. Das 95%-Konfidenzintervall ist der Bereich, der mit einer 95%-Wahrscheinlichkeit den „wahren“ Effekt überdeckt (Eid et al., 2011).

Die Landauer Stichprobe unterscheidet sich allerdings auch von denen aus den anderen Städten in ihrer Symptomausprägung. Zu T0 zeigten lediglich die (sehr kleine) Stichprobe aus Aachen und die aus Greifswald noch höhere PAS-Werte auf, ansonsten ist die Landauer Stichprobe als die belasteste anzusehen. Tabelle 6 gibt eine Übersicht, wie groß der Unterschied zwischen Landau und den Vergleichsstädten ist. Werden alle PAS-Werte gemittelt, so liegt der PAS-Mittelwert zu T0 der Landauer Stichprobe eine halbe Standardabweichung über dem der Vergleichsstichprobe. Diese Differenz nimmt über die Zeit ab, so beträgt er zu T1 nur noch $d = -0.05$ und zu T2 $d = -0.36$. Insgesamt reduziert sich der Abstand des PAS-Wertes von Landau zu dem aggregierten Wert der anderen Städte von einer halben über keinen Abstand zu einer viertel Standardabweichung, die Streuung wird also von T0 zu T2 geringer. Gegen Ende liegt Landau aber unter dem Gesamt-Referenzwert.

Tabelle 6

Cohens D und dessen Konfidenzintervall für den Vergleich der PAS-Werte aus den einzelnen Städten mit Landau

Landau vgl. zu	T0		T1		T2	
	<i>d</i>	95% KI	<i>d</i>	95% KI	<i>d</i>	95% KI
Aachen	-0.92	-1.79, -0.04	-0.54	-1.40, 0.31	-0.98	-1.85, -0.10
B-Adlershof	0.32	-0.30, 0.92	0.25	-0.36, 0.87	-0.04	-0.65, 0.57
B-Charité	0.52	-0.29, 1.33	-0.08	-0.89, 0.72	-0.22	-1.02, 0.58
Bremen	0.12	-0.60, 0.85	0.10	-0.62, 0.83	-0.31	-1.03, 0.42
Dresden	0.18	-0.37, 0.73	-0.08	-0.63, 0.47	-0.39	-0.95, 0.16
Greifswald	-0.18	-0.83, 0.47	-0.39	-1.05, 0.26	-0.69	-1.35, -0.02
Münster	0.47	-0.17, 1.12	0.04	-0.60, 0.68	-0.32	-0.97, 0.33
Würzburg	0.30	-0.43, 1.03	0.07	-0.65, 0.79	-0.40	-1.13, 0.33
Gesamt	0.51	-0.30, 0.60	-0.05	-0.50, 0.39	-0.36	-0.81, 0.09

Anmerkungen. B = Berlin. 95% KI ist hier das Konfidenzintervall für die Effektstärke Cohens *d*. Es ist der Bereich, der mit einer 95%-Wahrscheinlichkeit den „wahren“ Effekt überdeckt (Eid et al., 2011). Negative Vorzeichen für *d* zeigen an, dass der PAS-Wert aus Landau geringer war als der aus der Vergleichsstadt.

3.3.2 HLM.

Es wurde ein Zwei-Ebenen-Modell gerechnet, in dem der Messzeitpunkt als Vorhersage für Veränderungen auf Ebene 1 modelliert wurde, während auf Ebene 2 die Gruppenvariable „Stadt“ als Prädiktor für Personenunterschiede diente. Sämtliche Koeffizienten aller gerechneten Modelle werden in Tabelle 7 zusammengefasst dargestellt.

Das Nullmodell (Modell 1) zeigte, dass die Varianz auf Personenebene (Ebene 2) 39.13 und die Varianz der Messwiederholung (Ebene 1) 88.63 betrug. Die Gesamtvarianz der Variable PAS betrug demnach 127.76. Auf Basis dieser Werte lässt sich die Intraklassenkorrelation bestimmen. Diese beträgt $ICC = 39.13/127.76 = .31$. Demnach können 31% der Varianz der drei Messzeitpunkte der PAS auf interindividuelle Unterschiede und die restlichen 69% auf intraindividuelle Unterschiede zurückgeführt werden.

Um festzustellen, ob es interindividuelle Unterschiede in der intraindividuellen Veränderung über die Zeit gibt, wurde als Zwischenschritt die Zeitvariable als Prädiktor auf Level 1 mit in das Modell aufgenommen („Unconditional Growth Model“, Modell 2). Die Zeitvariable ist nicht zentriert mit T0 als Referenzwert gleich Null kodiert. Die Koeffizienten für die Veränderungen beziehen sich daher auf den ersten Messzeitpunkt. Die Analyse ergab,

dass über die Zeit im Mittel eine signifikante Reduktion der PAS-Werte stattfand, $\beta_{10} = -7.10$, $t(151) = -18.28$, $p < .001$. Es zeigten sich zudem individuelle Abweichungen von der mittleren Veränderung, $r_1 = 7.39$, $\chi^2(151) = 222.78$, $p < .001$. Die Abbildung 6 stellt für alle Fälle die individuellen Regressionslinien inklusive der mittleren Regressionslinie grafisch dar.

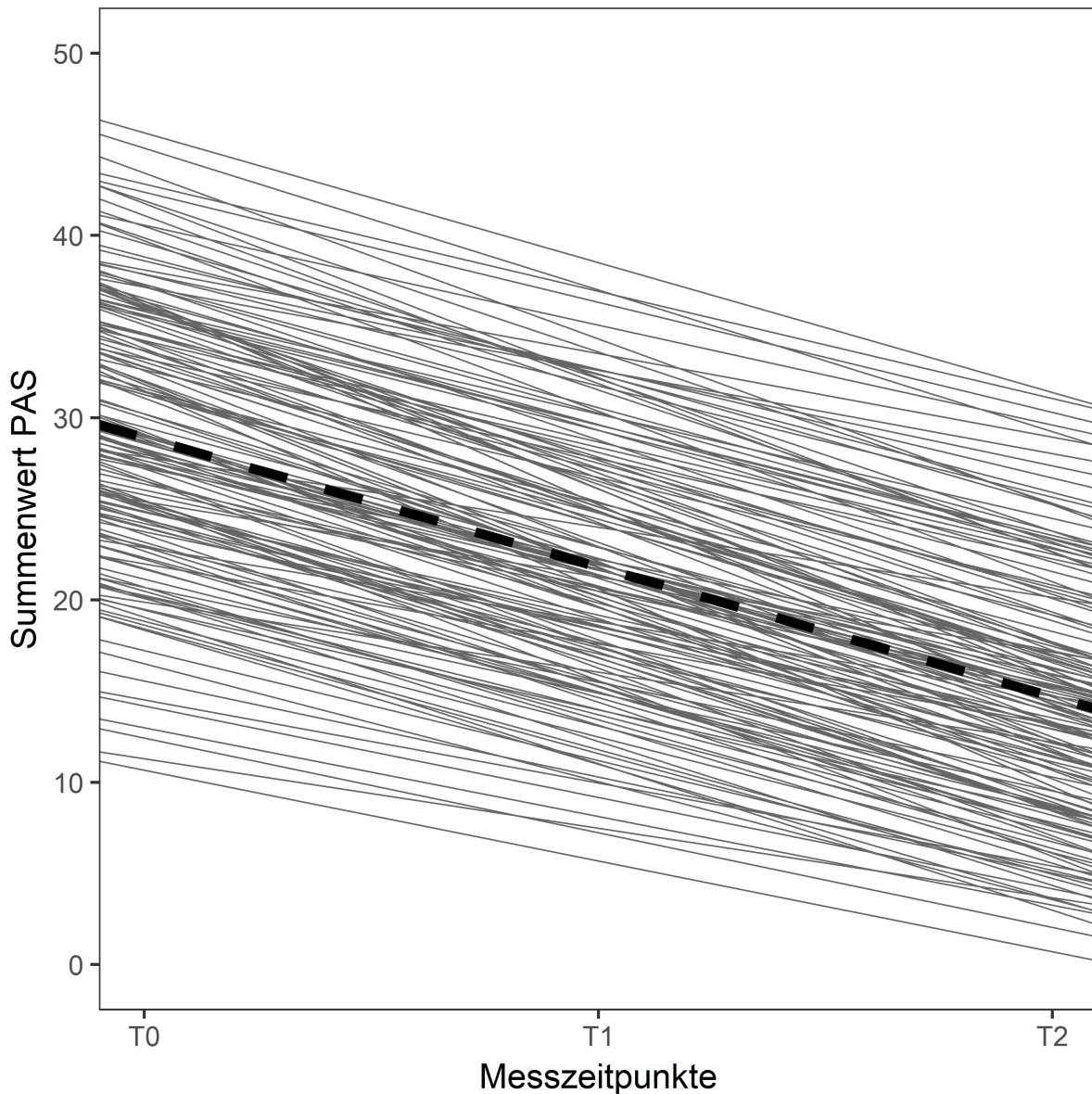


Abbildung 6. Individuelle Regressionslinien für die Veränderung der PAS über alle Messzeitpunkte.

Unter der Annahme, dass die Steigungskoeffizienten normal verteilt sind, lässt sich ein prädiktives Intervall berechnen (Hox, 2010). In diesem Intervall liegen 95% aller berechneten (nicht standardisierten) Steigungskoeffizienten. Das Intervall wird ähnlich wie „normale“ Konfidenzintervalle berechnet in der Form:

$$\beta_{10} \pm 1.96 * SD(r_1)$$

Die untere Intervallgrenze liegt in diesem Fall bei $-7.10 - 1.96 * 2.72 = -12.43$, die obere Intervallgrenze bei $-7.10 + 1.96 * 2.72 = -1.77$. In diesem Bereich befinden sich 95% aller Steigungskoeffizienten. Um eine Aussage darüber machen zu können, wie groß der Anteil der Steigungskoeffizienten ist, die eine hypothesenkonforme Richtung anzeigen, wird der mittlere Steigungskoeffizient z-standardisiert:

$$z = \frac{0 - \beta_{10}}{SD_{r_1}} = \frac{0 - (-7.10)}{2.72} = 2.61$$

In diesem Fall wird angenommen, dass die Therapie die Symptome der Patientinnen und Patienten reduziert, es gelten also alle negativen Steigungskoeffizienten als hypothesenkonform. Daher wird der Flächenanteil berechnet, der in einer z-Verteilung links vom z-Wert des Steigungskoeffizienten liegt. Im vorliegenden Fall sind das 99.6% aller Koeffizienten, das heißt für beinahe alle Personen konnte eine Reduktion der Symptome erreicht werden.

Um die eigentliche Fragestellung, ob sich die Intervention in Landau von der in den anderen Städten unterscheidet, zu untersuchen, wurde die dichotome Gruppenvariable *Stadt* als Level-2-Prädiktor mit in das Modell (Cross-Level-Interaktion, Modell 3a) aufgenommen und genutzt. Landau war die Referenzkategorie (mittlerer Achsenabschnitt β_{00}), während alle anderen Städte in einer Gruppe aggregiert wurden.

Die Ergebnisse zeigten, dass sich die Veränderungsrate zwischen Landau und der aggregierten Vergleichsgruppe signifikant unterschied $\beta_{11} = 2.42$, $t(150) = 2.25$, $p = .026$. Die Vergleichsgruppe zeigte demnach eine signifikant geringere Reduktion über die Zeit in den PAS-Werten an. Allerdings zeigen sich in diesem Modell keine signifikanten Unterschiede für das PAS-Niveau zu T0, $\beta_{01} = -1.60$, $t(150) = -0.75$, $p = .453$.

Die Ergebnisse sind nicht konsistent mit den Erkenntnissen aus den deskriptiven Statistiken. Durch die Aggregation ist jedoch unklar, zwischen welchen Städten welche Unterschiede bestehen. Tabelle 4 gibt aber einen Eindruck davon, zu welchen Städten große Differenzen vorherrschen.

Der Modellvergleich zwischen Modell 3 und Modell 2 ergab, dass die Hinzunahme des Prädiktors *Stadt* die Vorhersagequalität des Modells nicht signifikant verbessert $\chi^2(2) = 1.22$, $p = .542$. Da keine Cross-Level-Interaktion vorliegt, wird auf eine tiefere Analyse der Form der städtespezifischen Steigungskoeffizienten verzichtet.

3.3.2.1 Explorative Analyse.

Um festzustellen, ob Unterschiede in der Veränderungsrate zwischen den einzelnen Städten existieren, wurde anschließend die Gruppenvariable *Stadt* explorativ als Level-2-Prädiktor mit insgesamt neun Stufen im Modell genutzt (Cross-Level-Interaktion, Modell 3b). Der mittlere Achsenabschnitt β_{00} steht in diesem Modell für die Referenzkategorie *Landau*. Der Unterschied zu den anderen Städten ist auch hier nicht signifikant $\beta_{01} = -0.20$, $t(150) = -0.67$, $p = .503$. Da für das Ausgangsniveau keine Hypothesen aufgestellt waren, stellt diese Tatsache kein Problem dar.

Die bereits aus den deskriptiven Statistiken erhaltene Information, dass die Personen aus anderen Städten im Mittel geringere PAS-Werte aufweisen, zeigt sich auch hier. Die Veränderungsrate unterscheidet sich zwischen den Städten nicht signifikant $\beta_{11} = 0.16$, $t(150) = 1.07$, $p = .285$, das heißt für die Personen spielt es keine Rolle, in welcher der hier verglichenen Städte die Therapie stattfand.

Der Vorteil von Modell 3a gegenüber 3b ist, dass für die Gruppenunterschiede eine höhere Power vorlag, da die Stichprobe in jeder Gruppe größer war und eine Aussage darüber gemacht werden kann, ob sich das Niveau der PAS-Ausprägung Landauer Patientinnen und Patienten im Durchschnitt von dem mittleren aggregierten PAS-Wert aller anderen Städte unterscheidet. Nachteilig ist vor allem der Informationsverlust durch die Aggregation, da nicht klar ist, zwischen welchen Städten ein signifikanter Unterschied besteht. Für die Zufallseffekte wurden fast identische Werte mit denen aus Modell 3b gefunden. Die Interpretation dieser ist auch für die aus dem Modell 3a gültig.

Tabelle 7 Koeffizienten für die festen Effekte und Varianzkomponenten für die zufälligen Effekte aller Modelle des Zwei-Ebenen-Modells

Modellbezeichnung	Nullmodell		Unconditional Growth		Cross-Level-Interaktion			
	Modell 1		Modell 2		Modell 3a		Modell 3b	
Feste Effekte	Koeff.	SE	Koeff.	SE	Koeff.	SE	Koeff.	SE
Achsenabschnitt β_{00}	21.86*	0.67	28.92*	0.79	30.28*	1.71	29.69*	1.46
Messzeitpunkt (Level-1-Prädiktor) β_{10}			-7.10*	0.39	-9.15*	0.97	-7.74*	0.75
Stadt (Level-2-Prädiktor) β_{01}					-1.60	2.18	-0.20	0.29
Stadt*MZP β_{11}					2.42*	0.95	0.17	0.15
Zufällige Effekte	Koeff.	SD	Koeff.	SD	Koeff.	SD	Koeff.	SD
Achsenabschnitt σ_{r0}	39.13*	6.26	69.52*	8.33	69.80*	8.35	69.91*	8.36
Messzeitpunkt σ_{r1}			7.39*	2.72	6.74*	2.60	7.38*	2.72
Residualvarianz Level 1 σ_r	88.63	9.41	31.13	5.58	31.15	5.58	31.12	5.58
Devianz	3448.27.7		3190.90		3180.48		3192.48	

Anmerkungen. In Modell 3a wird die Stadt Landau als Referenzkategorie und alle anderen Städte als gemeinsame Kategorie kodiert. In Modell 3b werden alle 9 Städte, mit Landau als Referenzkategorie, mit eigener Kodierung in das Modell aufgenommen. Verwendete Schätzmethode ist FML, um einen Modellvergleich der festen Effekte zu ermöglichen. Dargestellt sind die robusten Werte (Software HLM, Version 7.01), (Raudenbush et al., 2013). Die Notation der Koeffizienten wurde der Darstellung aus der verwendeten Software entnommen.

* $p < .05$.

3.3.3 Testung auf Äquivalenz beziehungsweise Nichtunterlegenheit.

Ob der Therapieeffekt in Landau äquivalent oder zumindest nicht schlechter war als der Effekt, der in der Studie von Gloster et al. (2009) berichtet wurde, wurde mittels des Konfidenzintervall-Inklusionstests überprüft (Wellek & Blettner, 2012).

Zuerst wurde ein Kriterium gewählt, das festlegt, ab wann Unterlegenheit beziehungsweise Überlegenheit der Therapie vorliegt. Im vorliegenden Fall sollte die Abweichung zwischen beiden Gruppen möglichst nicht größer als 5% (das entspricht 2.58 Punkten in der PAS), aber definitiv nicht größer als 10% (entspricht 5.70 Punkten in der PAS) sein. Als nichtunterlegen gilt die Landauer Therapie, wenn die Obergrenze des Konfidenzintervalls unterhalb der Grenze von 2.58 Punkten liegt (gegeben dem 5%-Kriterium), als äquivalent, wenn beide Konfidenzgrenzen innerhalb ± 2.58 Punkten liegt.

Insgesamt wurden zwei Hypothesen geprüft, wobei für die untere Konfidenzgrenze $-\epsilon$ und für die obere Konfidenzgrenze ϵ verwendet wurde (Wellek & Blettner, 2012). Als Grenze wurde das 5%-Kriterium verwendet, das Konfidenzintervall wurde auf einem α -Niveau von 5% bestimmt.

1: die Landauer Ergebnisse sind denen der Referenzgruppe nicht unterlegen

$$H1: -\epsilon_1 < 5\%(PAS)$$

2: die Landauer Ergebnisse sind äquivalent zu denen der Referenzgruppe

$$H1: -\epsilon_1, \epsilon_2 < 5\%(PAS)$$

Als nächstes wurde in diesem Fall ein Differenzwert zwischen der mittleren Veränderung in Landau (gemessen mit der PAS, zwischen T0 und T2) und der mittleren Veränderung der Differenzgruppe (ebenfalls gemessen durch die PAS zu T0 und T2) berechnet. Die mittlere Veränderung in der PAS der Referenzgruppe beträgt $M = 13.50$ ($SD = 9.40$), die mittlere Veränderung in der PAS in Landau $M = 18.30$ ($SD = 9.72$). Die Differenz zwischen beiden beträgt -4.84 . Damit liegt bereits die Differenz unter dem 5%-Kriterium (-2.58). Deskriptiv betrachtet erzielt die Landauer Therapie damit eine stärkere Symptomreduktion als die Referenzgruppe. Die Konfidenzgrenzen für das Ergebnis liegen zwischen -8.35 und -1.27 (Abbildung 7).

Die Prüfung der beiden Hypothesen ergab, dass die Nichtunterlegenheit angenommen werden kann, da die obere Grenze des Konfidenzintervalls (-1.27) kleiner war als der Punktwert des 5%-Kriteriums (2.58).

Die Hypothese der Äquivalenz hingegen kann nicht angenommen werden, da die untere Grenze des Konfidenzintervalls mit -8.35 größer war als das 5%-Kriterium (-2.58) und auch als das 10%-Kriterium (-5.70), es bestehen demnach Unterschiede zwischen den beiden Therapien.

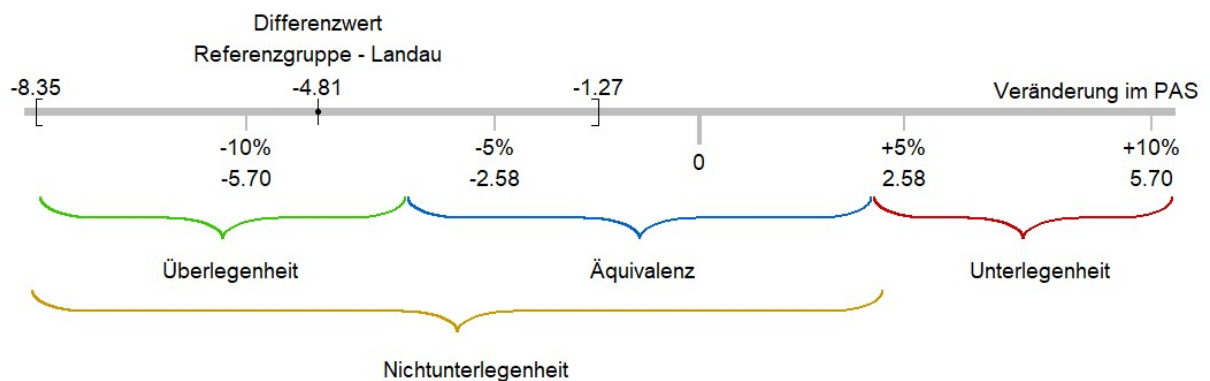


Abbildung 7. Darstellung des Tests auf Äquivalenz beziehungsweise Nichtunterlegenheit.

Anmerkungen. Als Grenzen werden sowohl die Werte für ein 5%-Kriterium (entspricht 2.58 Punkten in der PAS) als auch für ein 10%-Kriterium (entspricht 5.70 Punkten in der PAS) dargestellt. Eingezeichnet ist der Differenzwert zwischen der Referenzgruppe ($M = 13.50$, $SD = 9.40$, $n = 129$) und Landau ($M = 18.30$, $SD = 9.72$, $n = 23$) sowie die Konfidenzgrenzen (eckige Klammern). Mit den geschweiften Klammern werden die Bereiche für Unterlegenheit, Äquivalenz, Überlegenheit und Nichtunterlegenheit markiert, wenn das 5%-Kriterium genutzt wird.

3.4 Diskussion

Ziel des vorliegenden Kapitels war zu überprüfen, ob eine manualgestützte Expositionsbehandlung nach Lang et al. (2011) zur Behandlung von Panikstörung mit Agoraphobie auch in routineähnlichen Bedingungen wirksam ist. Für den Vergleich wurde das HLM mit einer Zwei-Ebenenanalyse verwendet und auf Äquivalenz beziehungsweise Nichtunterlegenheit getestet. Die großen Effektstärken ($d = 1.36$ von T1 zu T2, $d = 1.88$ von T0 zu T2), die auch in der Versorgungspraxis in Landau repliziert werden konnten, sprechen dafür. So konnte das Manual von Lang et al. (2011) der Praxiskontrolle standhalten (Krampen et al., 2008) und die Studie liefert Effektstärken reiner Expositionstherapie in einer routineähnlichen Praxis, wie sie Klan und Hiller (2014) fordern. Sowohl in Landau wie auch in der Multicenter-Studie fand mit der Zeit eine Abnahme der Belastung statt. Die Effektstärken variieren für T1 zu T2 von 0.74 bis 1.65 und für T0 zu T2 von 1.02 bis 1.90. Die Ergebnisse zeigen, dass es

keine signifikanten Unterschiede zwischen Landau und der Multicenter-Studie gibt. Landauer Patientinnen und Patienten zeigten zu T0 jedoch im Vergleich zu den anderen Städten eine eher höhere Ausprägung auf der PAS, schienen also etwas belasteter zu sein. Bei der Testung auf Äquivalenz zeigte sich ebenfalls, dass Landau mindestens gleich effektiv ist wie die Studienzentren bei Gloster et al. (2011).

Zur Umsetzung wurden die meisten Ein- und Ausschlusskriterien von Gloster et al. (2011) übernommen und auch das Manual grundsätzlich wie in der Multicenter-Studie umgesetzt. Es gab aber auch Unterschiede. So wurde die Medikamenteneinnahme nicht per se ausgeschlossen, sondern zugelassen, wenn sie konstant erfolgte (Craske et al., 2006). Dies könnte natürlich Einfluss auf das Behandlungsergebnis gehabt haben, ist der Realität im Therapiealltag jedoch näher, da einige Behandelte nicht gewillt sind, die Medikamente abzusetzen oder im Falle von Betablockern dies auch teilweise nicht von den Ärzten unterstützt wird. Bei erlaubter Medikamenteneinnahme kann man jedoch nicht unbedingt davon ausgehen, dass die Medikation tatsächlich konstant erfolgt, da die Behandelten auch die Einnahme vergessen können. Bei den Einschlusskriterien haben wir im Gegensatz zu Gloster et al. (2011) die PAS statt der HAM-A und des CGI angewandt. Durch die Verwendung unterschiedlicher Tests als Einschlusskriterium könnten sich die Stichproben etwas unterscheiden, aber große Unterschiede kann man ziemlich sicher ausschließen, da bei beiden Stichproben ein SKID-Interview vor Einschluss durchgeführt wurde. Dadurch, dass ein PAS-Wert größer gleich 18 in vorliegender Studie Einschlusskriterium war, in der Multicenter-Studie aber nicht, ergab sich das Problem, dass eine Person aus Greifswald zu Beginn einen PAS-Wert von 0 hatte. Diese wurde in der Berechnung trotzdem berücksichtigt. Beim Gegenrechnen ergab sich kein großer Unterschied mit oder ohne diesen Patienten. Sicher wäre interessant gewesen, den Patientinnen und Patienten in Landau beide Tests vorzulegen, um direkte Vergleiche zwischen den Tests ziehen zu können, aber das hätte den zeitlichen Rahmen gesprengt, da sowieso schon genügend Fragebögen ausgefüllt werden mussten. In der Multicenter-Studie wurden sowohl die HAM-A als auch die PAS durchgeführt und an genanntem Beispiel ist erkennbar, dass beide Tests die Patientinnen und Patienten nicht als gleich belastet darstellen.

In der Durchführung der Therapie gab es eine Änderung: Statt drei Standardsituationsübungen gab es nur zwei und dafür drei statt zwei individuelle Expositionsübungen. Die Standardsituation Wald wurde gestrichen, zum einen, weil der Wald nicht in der Nähe verfügbar war, zum anderen, da es sich in der Multicenterstudie

wohl gezeigt hatte, dass diese Übung bei vielen Patientinnen und Patienten unproblematisch war. Inwiefern diese Änderung Einfluss auf das Behandlungsergebnis hat, darüber lässt sich nur spekulieren. So könnte man vermuten, dass es eventuell von Vorteil für die Behandelten war, mehr Übungen speziell auf ihre Problematik und ihre Angst besetzten Situationen durchführen zu können. So war ab und an auch bei den anderen beiden Standardübungssituationen (Bus/Bahn, Kaufhaus) zu beobachten, dass die Patientinnen und Patienten konkret mit diesen Situationen keine Probleme hatten und somit auch aufgrund der fehlenden Angstaktivierung (Foa & Kozak, 1986) keine Habituation herbeigeführt werden konnte. Bei vorgegebenen Standardübungen können sich die Behandelten im Angstlevel sehr unterscheiden. Während es für den einen Patienten nicht schwierig ist und keine Angst auslöst, kann es für eine andere Patientin eine Situation ganz oben auf der Angsthierarchie sein. Und doch scheinen die Übungen Bus/Bahn und Kaufhaus nahe zu liegen, da für die meisten Betroffenen das Problem darin besteht, sich beeengt zu fühlen und nicht fliehen zu können.

Bei den Komorbiditäten gab es zwischen der Landauer Stichprobe und der Stichprobe der Multicenterstudie insofern einen Unterschied, dass in Landau mehr Personen nur die Hauptdiagnose Panikstörung mit Agoraphobie erfüllten und weniger mehrfache Komorbiditäten vorlagen. Auch dies könnte sich positiv auf das Ergebnis niedergeschlagen haben, da in diesem Fall keine anderen Störungen den Fokus der Behandlung zu verschieben drohen und die Patientinnen und Patienten nicht an mehreren Stellen zu arbeiten haben.

Da große Effektstärken erwartet wurden und die Wirksamkeit von Exposition gut belegt ist, wurde auf eine Kontrollgruppe verzichtet und die Ergebnisse mit den Daten der Multicenter-Stichprobe (Gloster et al., 2011) verglichen. Auch aufgrund der Stichprobengröße wäre eine Kontrollgruppe in der Versorgungspraxis nicht möglich gewesen.

Weiterer Forschungsbedarf besteht in der differentiellen Wirksamkeit des Manuals mit drei Gruppen, eine in massierter Form, eine prolongiert und eine als Kombination daraus, so wie in vorliegender Studie, um genauer verstehen zu können, welche Form am wirksamsten ist und welche Prozesse dahinter stecken. Eine größere Stichprobe auf Patienten- wie Therapeutenseite würde zusätzlich Sicherheit bei der Interpretation bringen. So ist die Aussagekraft vorliegender Studie trotz großer Effektstärken eingeschränkt und bedarf weiterer Überprüfung. Es ist vor allem auch wichtig, den Publikationsbias mit im Auge zu behalten und auch Studien zu veröffentlichen, die andere Ergebnisse als erwartet liefern. Dies könnte mitunter ein

Grund dafür sein, weswegen es wenige veröffentlichte Studien im naturalistischen Setting gibt.

4. Barrieren und Hindernisse bei der Umsetzung - Akzeptanz bei Therapeutinnen und Therapeuten und Patientinnen und Patienten und Einfluss therapeutischer Allianz

Das Manual von Lang et al. (2011) wurde erfolgreich in der Routineversorgung umgesetzt (Kapitel 3). Die Therapieform der Exposition ist auch in der Versorgungsroutine wirksam. Nun stellt sich die Frage, wie das Manual bei Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten akzeptiert wird. Denn nur durch eine ausreichend hohe Akzeptanz auf beiden Seiten wird das Manual auch häufig genug eingesetzt werden und Erfolg versprechen (Chambless, 1993; Hauke et al., 2014). Diese Forschungsfrage wird im nächsten Kapitel beleuchtet, da eine Therapie nur dann effektiv ist, wenn sie der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten hilft, die diese Behandlungsform ausgewählt haben und diese die Therapie nicht abbrechen.

4.1 Einleitung

Die Akzeptanz eines Behandlungsverfahrens ist sowohl seitens der Behandelten wie auch der Behandelnden wichtig. Die Studie von Edelman und Chambless (1993) zeigt, dass die Patientinnen und Patienten am Ende der Behandlung mehr profitierten, wenn sie sowohl in den Therapiesitzungen mehr compliant mit dem Vorgehen waren, als auch motivierter waren, zwischen den Sitzungen zu Hause Expositions-Übungen allein durchzuführen. Die Compliance wurde in den Sitzungen danach bewertet, wie oft sich die Patientinnen und Patienten an die Anweisungen hielten und wie oft sie ihre Hausaufgaben erledigten. Mit einer höheren Compliance gingen eine größere Reduktion der Erwartungsangst und des Vermeidungsverhaltens einher. Mausbach, Moore, Roesch, Cardenas und Patterson (2010) untersuchten in ihrer Metaanalyse die Auswirkung der Hausaufgaben-Compliance auf das Behandlungsergebnis und fanden einen kleinen bis mittleren Effekt ($r = .26$; 95%-KI = $.19 - .33$). Die Effektstärken waren robust, unterschieden sich aber je nachdem, wer die Compliance bewertete. Ein besseres Ergebnis wurde gefunden, wenn nicht nur die Therapeutinnen und Therapeuten, sondern auch die Patientinnen und Patienten die Aufgaben einschätzten, wenn der Zeitpunkt der Hausaufgabenbewertung retrospektiv erfolgte und wenn die Hausaufgabenbewertung mittels Likert-Skalen erhoben wurden statt Prozentangaben der erledigten Hausaufgaben. Cammin-Nowak et al. (2013) verglichen die Qualität und

die Quantität der Hausaufgaben in Bezug auf das Therapieergebnis. Die Qualitätseinschätzungen waren bessere Prädiktoren für den Outcome und Expositionsübungen als Hausaufgaben waren ein besserer Prädiktor als Übungen zur Psychodokumentation. Schmidt und Woolaway-Bickel (2000) achteten ebenfalls darauf, zwischen Qualität und Quantität der Hausaufgaben zu differenzieren. In dieser Studie hingen nur die Einschätzungen der Behandelnden signifikant mit dem Behandlungsergebnis zusammen und die der Behandelten nicht. Auch in dieser Studie war die Qualität ein etwas besserer Prädiktor als die Quantität der Hausaufgaben. Man sollte also genau darauf achten, wie man die Compliance der Patientinnen und Patienten definiert.

Ruhmland und Margraf (2001) gehen davon aus, dass man die Akzeptanz eines Verfahrens bei Patientinnen und Patienten mittels der Abbrecherquote bestimmen kann. In ihrer Metaanalyse fanden sie heraus, dass Konfrontation in vivo eine höhere Abbruchquote (17%) aufwies als kognitiv-behaviorale Therapie (12%). Jedoch wurde nicht zwischen massierter und graduerter Form der Expositionsbehandlung unterschieden. Häufig wird berichtet, dass Patientinnen und Patienten die massierte Art der Exposition nicht so annehmen würden wie eine prolongierte (Barlow, 1988), aber die Dropout-Rate (14%) in der Studie von Chambless (1990) war in der massierten Gruppe nicht höher als bei der prolongierten. Bei Gloster et al. (2009, 2011) finden sich Abbruchraten unter 20% für Expositionstherapien.

Hier stellt sich auch die Frage, aus welchen Gründen Patientinnen und Patienten die Behandlung abbrechen oder was sie dazu bewegt, die Behandlung motiviert zu Ende zu bringen. Bei Hauke et al. (2014) interagierte die Motivation der Patientinnen und Patienten, die Behandlung weiterzuführen, mit der Adhärenz der Therapeutinnen und Therapeuten bei der Vorhersage des Outcome. Die Adhärenz der Therapeutinnen und Therapeuten beeinflusste den Outcome also nicht an sich, aber interagierte mit der Motivation der Patienten. Die Akzeptanz der Exposition auf Seiten der Behandelnden und wie sie zu dem Therapieverfahren stehen, sind folglich wichtige Faktoren, die man mit im Blick haben sollte. Weck et al. (2016) fanden in ihrer Studie heraus, dass die Adhärenz der Therapeutinnen und Therapeuten ($r = 0.54$) und die therapeutische Beziehung ($r = 0.31$) signifikante Prädiktoren in der Veränderung des agoraphobischen Vermeidungsverhaltens der Patientinnen und Patienten sind und auch den Langzeiterfolg beeinflussen. So war die therapeutische Adhärenz der beste Prädiktor des Behandlungsergebnisses sechs Monate nach der Therapie. Weck, Grikscheit, Jakob, Höfling und Stangier (2015) fanden zudem in ihrer Studie heraus, dass der Einfluss der

therapeutischen Adhärenz auf das Behandlungsergebnis umso stärker war, je besser die therapeutische Beziehung war. Es gibt viele Studien, die einen Zusammenhang zwischen guter therapeutischer Beziehung und dem Behandlungserfolg belegen (Meta-Analysen von Horvath & Symonds, 1991 und Martin, Garske & Davis, 2000). Crits-Christoph, Gibbons, Hamilton, Ring-Kurtz und Gallop (2011) sagen, man bräuchte vier oder mehr aggregierte Erhebungen für die therapeutische Allianz seitens der Patientinnen und Patienten, um gute Zuverlässigkeiten zu erhalten. Man solle nur Werte aus den frühen Sitzungen aggregieren, um den Behandlungserfolg vorherzusagen. Zudem konnte in dieser Studie durch die Veränderung in der therapeutischen Beziehung von Sitzung zu Sitzung die Veränderung der Symptome vorhergesagt werden. Crits-Cristoph, Gibbons und Hearon (2006) betonen, dass man darauf achten sollte, wie man das Wissen über die therapeutische Beziehung nutzen könne, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern. So könne man zum Beispiel Patientinnen und Patienten, die generell schlecht Beziehungen aufbauen, mehr Selbsthilfe und Bibliothherapie anbieten oder aber auch Therapeutinnen und Therapeuten durch Feedback mehr darin schulen, bessere Beziehungen zu ihren Patientinnen und Patienten aufzubauen.

Zu Barrieren und Hindernissen bei der Umsetzung der Exposition in vivo finden sich in der Literatur keine Studien, sondern nur Reviews, wie zum Beispiel von Fiegenbaum et al. (1992), die beschreiben, dass sich die Behandelten in einer Konfrontationstherapie flexibler organisieren müssten und auch die Angst unmittelbarer erleben würden. Deswegen befasst sich folgendes Kapitel im Speziellen mit der Durchführbarkeit der Expositionstherapie.

4.2 Methode

In diesem Kapitel wurden folgende Hypothesen untersucht: Ausgegangen wurde von der Hypothese, dass das für die Routineversorgung angepasste Manual von Lang et al. (2011) auf Seiten der Patientinnen und Patienten akzeptiert wird. Dies sollte sich in der Abbrecherquote zeigen, die nicht über 15 - 22 Prozent liegen sollte (Chambless, 1990, 14.28%; Ruhmland & Margraf, 2001, 17%; Westra et al., 2007, 15.65%; Gloster et al., 2011, 19.6% über alle Bedingungen, 20.86% ausschließlich in der Bedingung mit Begleitung der Therapeutinnen und Therapeuten).

Zudem sollte sich die Akzeptanz in der Compliance niederschlagen, die mittels erfüllter Hausaufgaben und verschiedener Items mit einer 5-Punkt-Likert-Skala seitens

der Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten nach jeder Sitzung in einem Stundenbogen abgefragt wurde. Die Therapeutinnen und Therapeuten wurden sowohl nach Quantität als auch Qualität der Hausaufgaben befragt. Je mehr Hausaufgaben gemacht wurden und je besser die Qualität aus Patientensicht eingeschätzt wurde, umso niedriger war der erwartete PAS-Wert zu T2.

Die Akzeptanz und Adhärenz auf Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten wurden mit Items zur Einstellung gegenüber des Expositionsverfahrens und des Manuals abgefragt. Barrieren und Hindernisse wurden ebenfalls bei den Behandelnden erfragt. Zudem wurde die Adhärenz nach jeder Stunde mit dem Therapeuten-Stundenbogen mittels konkreter Fragen erhoben (*Dauer der Sitzung, Hatten Sie in der heutigen Sitzung Schwierigkeiten, das im Manual beschriebene Vorgehen umzusetzen beziehungsweise gab es Vorkommnisse, die nicht im Manual beschrieben wurden?*). Ein zusätzlicher Fragebogen kam bei Protokollverletzungen zum Zuge. Hier wurde nach inhaltlichen Verletzungen und Verletzungen der Dokumentationsrichtlinie unterschieden (siehe Anhang M).

Außerdem wurde angenommen, dass sich die Qualität der therapeutischen Allianz auf den Behandlungserfolg niederschlägt. Diese wurde nach jeder Sitzung mit dem HAQ bei den Behandelten und den Behandelnden abgefragt.

4.2.1 Instrumente.

Compliance mit den Hausaufgaben aus Sicht der Patientinnen und Patienten

Die Hausaufgaben in den ersten drei Sitzungen waren ein Angsttagebuch, die Lebenslinie, der Teufelskreis der Angst et cetera. Nach den Sitzungen 4 und 5 war Hausaufgabe, die interozeptive Exposition zuhause alleine durchzuführen. Ab Sitzung 6 war jeweils Aufgabe, die Expositionssituationen noch zwei mal bis zur nächsten Sitzung allein durchzuführen. Die Patientinnen und Patienten wurden gefragt, wie umsetzbar die Anforderungen der Therapie in ihrem Alltag seien und für wie wahrscheinlich sie es hielten, dass sie diese Aufgabe(n) wie besprochen erledigen. Die Patientinnen und Patienten beurteilten direkt nach jeder Sitzung ihre Hausaufgaben-Compliance für den Zeitraum von der letzten bis zur aktuellen mittels folgender Items (*In welchem Ausmaß haben Sie die Hausaufgabe(n) erledigt?, Wie schwer ist Ihnen die Erledigung der Hausaufgabe(n) gefallen?, Wie gut ist es Ihnen gelungen, diese Hausaufgabe(n) so wie besprochen umzusetzen?, Wie umsetzbar sind die*

Anforderungen der Therapie in Ihrem Alltag?, Wie hilfreich fanden Sie die Aufgabe(n) in Bezug auf die Bewältigung Ihres Problems?). Die Antwort auf die Fragen erfolgte auf einer Skala von 1 gar nicht bis 7 sehr. Die Werte auf den beiden Items In welchem Ausmaß haben Sie die Hausaufgabe(n) erledigt? und Wie hilfreich fanden Sie die Aufgabe(n) in Bezug auf die Bewältigung Ihres Problems? wurden gemittelt. Dieser Mittelwert erwies sich in der vorliegenden Untersuchung als reliabel (Cronbachs $\alpha = .87$).

Compliance mit den Hausaufgaben aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten

Die Therapeutinnen und Therapeuten gaben pro Sitzung an, wie viel Hausaufgaben vereinbart wurden und wie viele Übungen die Patientin oder der Patient seit der letzten Sitzung durchgeführt hatte. Zudem sollten die Therapeutinnen und Therapeuten bewerten, in welchem Ausmaß die Patientin oder der Patient die Übungen durchgeführt hatte (vierstufig von *mehr als vereinbart erledigt*, über *wie vereinbart erledigt*, *weniger als vereinbart erledigt* und *gar nicht erledigt*) und wie die Qualität der Übungen war (vierstufig von *sehr gut*, über *gut*, *ausreichend*, bis *nicht ausreichend*). Zusätzlich wurde gefragt, was aus der klinischen Einschätzung der Therapeutin oder des Therapeuten heraus der Grund für nicht erledigte Hausaufgaben war.

Einschätzung der Praktikabilität und Akzeptanz seitens der Therapeutinnen und Therapeuten

Im Therapeutenabschlussfragebogen sollten die Therapeutinnen und Therapeuten angeben, was konkret bei der jeweiligen Patientin oder dem jeweiligen Patienten schwierige Punkte oder Hindernisse in der Umsetzung des Manuals waren. Hier waren *Zeit/Terminfindung*, *Hausaufgaben*, *Finden von Übungssituationen* (im ländlichen Raum), *andere wichtige Themen im Vordergrund* und eine *hohe zeitliche Belastung auf Patientenseite/Therapeutenseite* angesprochene Themen. Um die Akzeptanz des Expositionsverfahrens bei den Therapeutinnen und Therapeuten zu erfragen, wurde unter anderem folgende Frage gestellt: *Wie würden Sie Ihre grundsätzliche Haltung zu Expositionsbehandlungen beschreiben?* (Skala 1-7; 7= *sehr positiv*).

HAQ-S (Helping Alliance Questionnaire – Selbstbeurteilung und Fremdbeurteilung)

Der Fragebogen besteht aus zwölf Fragen zur therapeutischen Beziehung und Prozessvariablen und kann sowohl von den Behandelten als auch von den Behandelnden beantwortet werden. *Therapeutische Beziehungszufriedenheit* und *Zufriedenheit mit dem therapeutischen Ergebnis* sind die beiden immanenten Faktoren des Instruments.

Der HAQ-S von Bassler, Potratz und Krauthauser (1995) erfragt die therapeutische Beziehung auf Seiten der Patientinnen und Patienten. Der HAQ-F erfragt die therapeutische Beziehung auf der Seite der Therapeutinnen und Therapeuten. Bassler, Potratz und Krauthauser (1995) übersetzten den Helping Alliance Questionnaire ins Deutsche. Sie fügten den 11 Fragen mit sechsstufigen Antwortskalen ein zwölftes Item hinzu, mit dem die Patientinnen und Patienten im Sinne einer direkten Veränderungsmessung den bisherigen Behandlungserfolg einschätzen. Faktorenanalytische Untersuchungen zur Itemstruktur des HAQ ergaben zwei Faktoren, von denen der eine die Beziehung der Patientinnen und Patienten zu den Therapeutinnen und Therapeuten beschreibt (*Beziehungszufriedenheit*; $\alpha = .89$) und der andere die Zufriedenheit der Patientinnen und der Patienten mit dem Erfolg der Psychotherapie (*Erfolgswzufriedenheit*; $\alpha = .84$) wiedergibt. Beide Faktoren korrelieren zu $r = .43$ miteinander. Die zur Überprüfung der Konstruktvalidität berechneten Korrelationen mit anderen klinischen Variablen bestätigen die inhaltliche Interpretation der Subskalen. Für den HAQ existieren bislang keine Normwerte.

4.2.2 Auswertung.

Die Abbruchquote wurde prozentual berechnet. Für die Analyse der Hausaufgaben-Compliance wurden Antworthäufigkeiten der Patientinnen und Patienten wie auch der Therapeutinnen und Therapeuten zu verschiedenen Items ausgezählt und Korrelationen zwischen den Einschätzungen und dem Behandlungsergebnis berechnet. In einer explorativen Analyse wurden die Therapeuten- und die Patienteneinschätzung verglichen und die Korrelationen berechnet. Die Adhärenz wurde ebenfalls mittels Antworthäufigkeiten der verschiedenen Items der Behandelnden ausgewertet. Die therapeutische Allianz wurde zu den einzelnen Sitzungen per Mittelwert und Standardabweichung des HAQ berechnet, sowohl auf Patienten- wie auf Therapeutenseite. Zusätzlich wurden die Korrelationen der einzelnen Items zwischen

Patienten- und Therapeutenseite berechnet. Der Zusammenhang zwischen dem HAQ und dem Outcome wurde ebenfalls mittels Korrelationen berechnet.

4.2.3 Bedingungsprüfung und Schätzmethode.

Stichprobengröße

Insgesamt liegen für 34 Patientinnen und Patienten und 11 Therapeutinnen und Therapeuten Informationen vor. Für Häufigkeitsangaben und Korrelationen sind die Stichprobengrößen groß genug. Einschränkungen gibt es nur, wenn man bei der Stichprobe der Behandelnden inferenzstatistische Schlüsse ziehen möchte. Hier ist die Wahrscheinlichkeit für Fehlschlüsse viel zu hoch, weswegen nur deskriptive Daten angegeben werden.

Prüfung auf Normalverteilung

Die Prüfung mittels Shapiro-Wilk-Test zeigte, dass zu allen drei Messzeitpunkten (T0, T1, T2) die Messwerte der PAS-Skala normalverteilt waren ($p \geq .084$). Die grafische Prüfung mittels Q-Q-Plot bestätigte dies. Alle Datenpunkte lagen im Konfidenzintervall. Für die Landauer Stichprobe gab es keine extremen Werte.

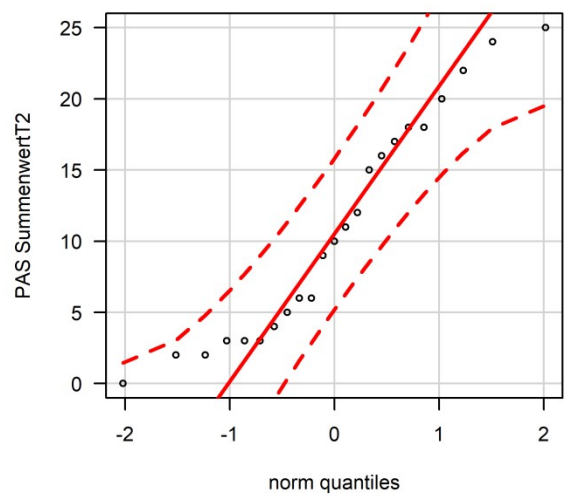
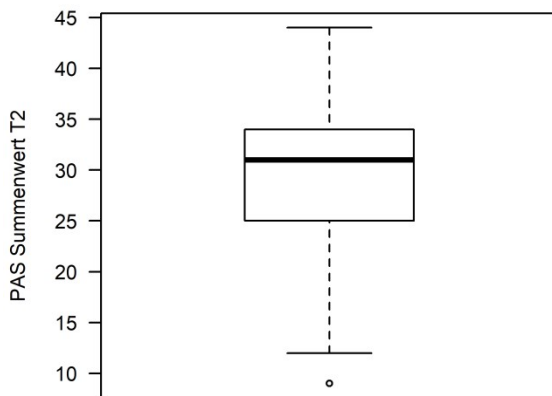
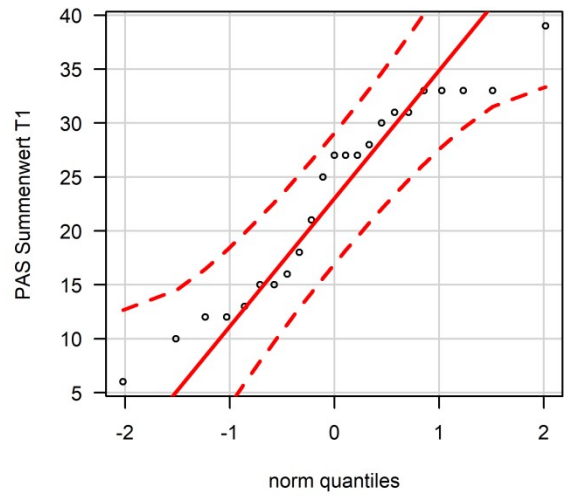
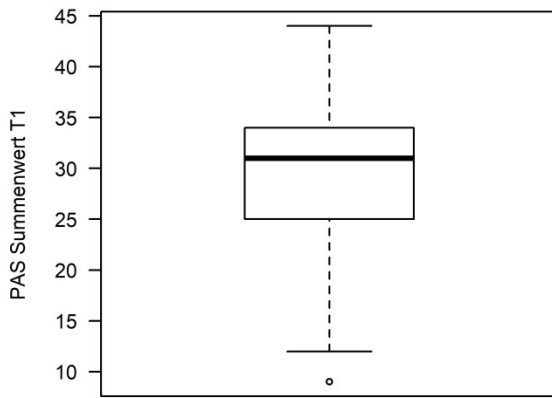
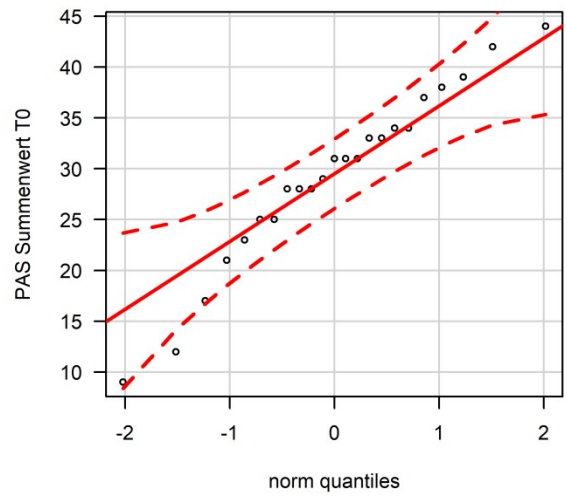
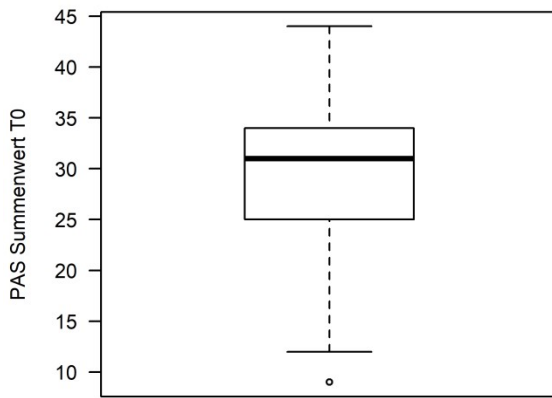


Abbildung 8: Verteilungsgrafik für die PAS in Landau zu T0, T1 und T2

4.3 Ergebnisse

4.3.1 Abbruchquote und Abbruchgründe.

Abbrüche werden häufig als fehlende Compliance der Patientinnen und Patienten gewertet und in diesem Zusammenhang als Abbruchquoten in Studien berichtet. Die Abbrecherquote in vorliegender Studie lag bei 7 von 34 Patientinnen und Patienten, was 20.59% entspricht und somit in dem erwarteten Intervall von 15-22% liegt. Somit war die Abbruchquote nicht höher als angenommen. Bei zwei Behandelten war eine Depression, die sich in den Vordergrund schob, der Abbruchgrund. Bei zwei weiteren Behandelten waren die Bedenken den Expositionsübungen gegenüber zu groß. Bei einem war die Motivation für die Übungen mangelhaft, bei einem weiteren Patienten lag Substanzmissbrauch vor (Mischung aus Abbruch und Ausschluss) und bei einer weiteren Patientin war die Medikation instabil und die Motivation alle Übungen durchzuführen nicht mehr gegeben, als es ihr besser ging (Mischung aus Abbruch und Ausschluss). Die Dropout-Rate insgesamt lag bei 32.35%, da von den 34 Patientinnen und Patienten zusätzlich im Verlauf auch noch vier Patientinnen und Patienten ausgeschlossen wurden, da nach ein paar Sitzungen klar wurde, dass andere Achse-I-Störungen vorrangig waren und deswegen nicht mehr nach dem vorgegebenen Manual vorgegangen werden konnte.

Beim Blick auf Tabelle 1 sieht man, dass sich die ITT und Completer im Alter, Familienstand und Geschlecht nicht unterscheiden. Bei der Ausbildung und den Komorbiditäten gab es leichte Unterschiede, die aber nicht groß ins Gewicht fallen.

4.3.2 Hausaufgaben-Compliance.

4.3.2.1 *Einschätzung der Übungen aus Sicht der Patientinnen und Patienten.*

Ausmaß der erledigten Hausaufgaben

Ab der zweiten Sitzung erledigten die Patientinnen und Patienten die Hausaufgaben aus ihrer Sicht meist im vollen Umfang. Ab Sitzung 5 nahm die Zahl der Patientinnen und Patienten zu, welche ihre Hausaufgaben aus ihrer eigenen Sicht nicht im vollen Umfang erledigten (Abbildung 9).

In welchem Ausmaß haben Sie die Hausaufgaben erledigt?

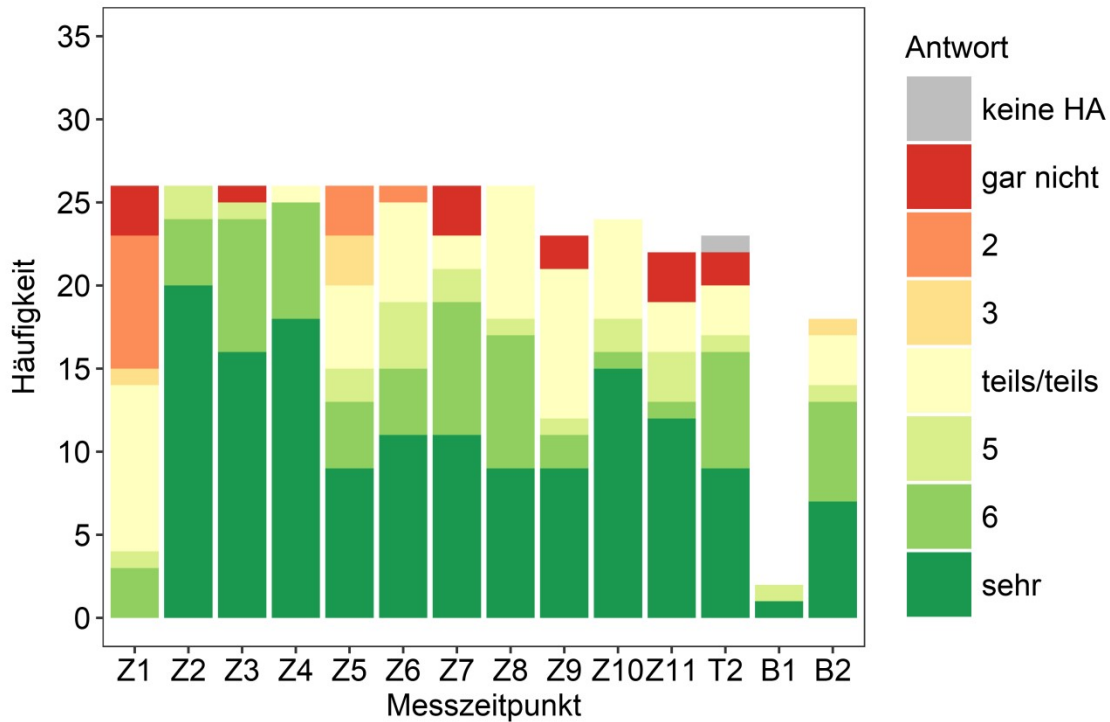


Abbildung 9. Antworthäufigkeiten auf die Frage, in welchem Ausmaß Patientinnen und Patienten ihre Hausaufgaben erledigt haben.

Anmerkungen. Messzeitpunkte: Z steht für die jeweilige Therapiesitzung, B für Booster-Sitzungen, T2 markiert die Abschlusssitzung der regulären Therapiephase Z12.

Für einen Teil der Patientinnen und Patienten (~38%) zeigte sich eine Abnahme in dem Umfang der erledigten Aufgaben. Der Großteil (~62%) hingegen erledigte seine Hausaufgaben auch weiterhin beziehungsweise zeigte einen Anstieg in dem Umfang der erledigten Hausaufgaben.

Schwierigkeit der Hausaufgaben

Nur wenige Patientinnen und Patienten nahmen die Hausaufgaben als sehr schwer wahr. Allerdings gab es bis auf eine Ausnahme keinen Zeitpunkt, zu dem die Hausaufgaben als gar nicht schwierig eingeschätzt wurden (Abbildung 10).

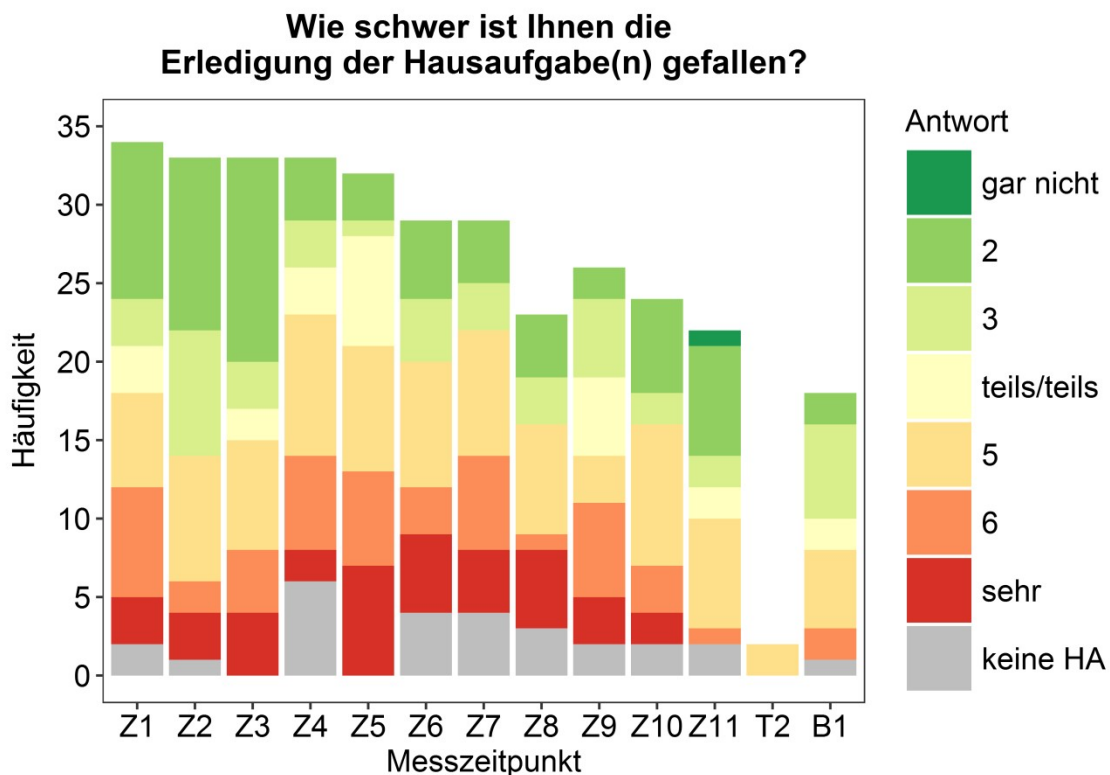


Abbildung 10. Antworthäufigkeiten auf die Frage, wie schwer die Erledigung der Hausaufgaben gefallen ist.

Anmerkungen. Dargestellt ist die absolute Häufigkeit. Messzeitpunkte: Z steht für die jeweilige Therapiesitzung, B für Booster-Sitzungen, T2 markiert die Abschlusssitzung der regulären Therapiephase Z12.

Wie gut umsetzbar waren die Hausaufgaben?

Die meisten Patientinnen und Patienten gaben an, dass sie ihre Hausaufgaben wie besprochen umsetzen konnten. Nur ein kleiner Teil gab an, dass dies gar nicht oder nur schlecht gelang (Abbildung 11). Für 56% der Patientinnen und Patienten zeigten sich negative Veränderungen, das heißt diese Patientinnen und Patienten gaben über die Zeit an, dass ihnen die Umsetzung der Hausaufgaben schlechter gelang, während für 44% positive Veränderungen zu verzeichnen waren im Sinne, dass sie die Hausaufgaben über die Zeit besser umsetzen konnten.

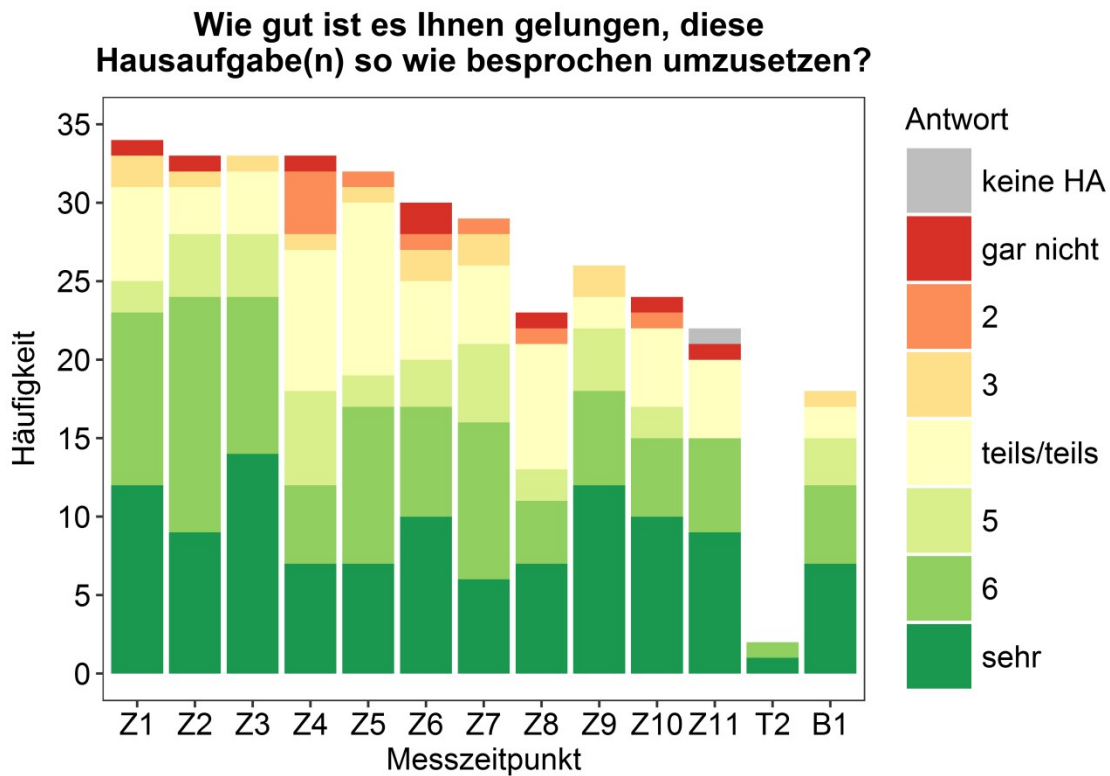


Abbildung 11. Antworthäufigkeiten auf die Frage, wie gut die besprochenen Hausaufgaben umgesetzt werden konnten.

Anmerkungen. Angegeben sind die absoluten Häufigkeiten. Messzeitpunkte: Z steht für die jeweilige Therapiesitzung, B für Booster-Sitzungen, T2 markiert die Abschlusssitzung der regulären Therapiephase Z12.

Umsetzbarkeit der Anforderungen im Alltag

Ebenso schätzte die deutliche Mehrheit der Behandelten die Umsetzbarkeit der Therapie im Alltag als sehr hoch beziehungsweise hoch ein (Abbildung 12). Für 32% zeigten sich hier negative Zusammenhänge, das heißt, diese Patientinnen und Patienten gaben über die Zeit an, dass die Umsetzbarkeit der Anforderungen im Alltag geringer wurde, während für 68% positive Zusammenhänge zu finden waren, im Sinne, dass sie die Umsetzbarkeit über die Zeit hinweg höher einschätzten.

Wie umsetzbar sind die Anforderungen der Therapie in Ihrem Alltag?

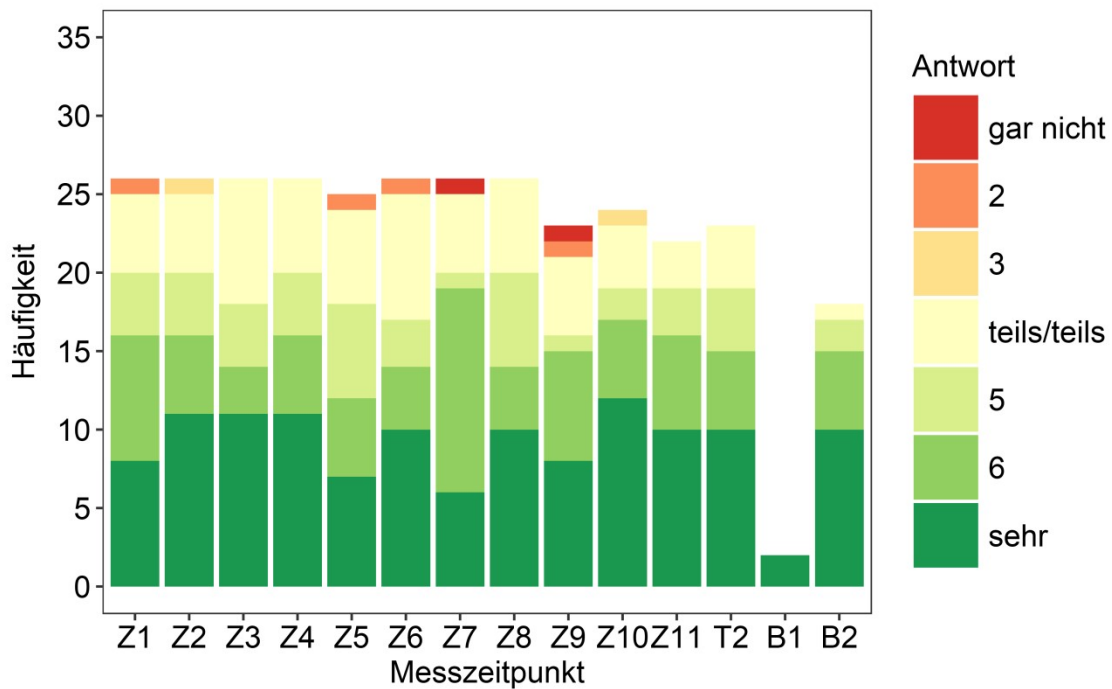


Abbildung 12. Antworthäufigkeiten auf die Frage, wie gut umsetzbar die Anforderungen der Therapie im Alltag der Patientinnen und Patienten waren.

Anmerkungen. Angegeben sind die absoluten Häufigkeiten. Messzeitpunkte: Z steht für die jeweilige Therapiesitzung, B für Booster-Sitzungen, T2 markiert die Abschlusssitzung der regulären Therapiephase Z12.

Mit Ausnahme der Frage, wie schwer die Hausaufgaben waren, zeigte sich bei allen anderen Fragen an fast jedem Messzeitpunkt ein deutlicher Deckeneffekt (Tabelle 8). Der Verlauf der mittleren Antworten ist in Abbildung 13 nochmals dargestellt. Es zeigten sich nur wenige deutliche Schwankungen. Der geringe Wert für das Ausmaß der erledigten Hausaufgaben zu Sitzung 1 erklärt sich darin, dass hier nur drei Aufgaben (Wiederholung Teufelskreis anhand aktuellem Beispiel, Lebenslinie für einen Überblick des Angstverlaufs, Führen eines Paniktagesbuches) zu dieser Sitzung absolviert werden mussten.

Tabelle 8 Mittelwerte und Standardabweichungen für die Fragen zu den Hausaufgaben aus dem Patientenstundenbogen

Messzeitpunkt	1) Wie wahrscheinlich werden Sie die Hausaufgaben erledigen?			2) Ausmaß der erledigten Hausaufgaben			3) Wie schwer waren die Hausaufgaben?			4) Umsetzbarkeit der Hausaufgaben			5) Umsetzbarkeit der Therapie im Alltag		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Sitzung Z1	34	6.50	0.75	34	3.18	1.53							34	5.47	1.35
Sitzung Z2	34	6.24	0.92	34	6.56	0.70	34	3.41	1.99	34	5.62	1.52	34	5.68	1.30
Sitzung Z3	33	6.24	1.12	33	6.39	1.20	33	2.85	1.86	33	5.73	1.33	33	5.55	1.37
Sitzung Z4	33	5.73	1.23	33	6.48	0.91	33	2.94	1.89	33	5.97	1.16	33	5.67	1.36
Sitzung Z5	32	5.84	1.32	33	5.09	1.76	33	4.21	1.92	33	4.76	1.73	31	5.42	1.31
Sitzung Z6	32	5.94	1.11	32	5.72	1.40	32	4.06	1.52	32	5.25	1.39	32	5.50	1.39
Sitzung Z7	31	6.29	1.04	31	5.68	1.81	29	4.07	2.07	30	5.23	1.85	31	5.65	1.36
Sitzung Z8	29	5.45	1.86	29	5.79	1.24	29	4.28	1.93	29	5.34	1.37	29	5.69	1.23
Sitzung Z9	24	6.21	0.98	25	5.00	2.00	23	4.09	2.09	23	5.13	1.71	25	5.44	1.66
Sitzung Z10	26	5.85	1.69	26	5.85	1.52	26	3.88	1.77	26	5.92	1.29	26	5.85	1.32
Sitzung Z11	24	6.04	1.68	24	5.50	2.06	24	3.62	1.95	24	5.54	1.72	24	5.96	1.12
Abschlusssitzung (T2)	23	6.00	1.68	23	5.39	2.13	22	2.91	1.97	22	5.45	1.99	23	5.91	1.16
Auffrischung 1 (B1)	18	6.06	1.26	2	6.00	1.41	2	4.00	0.00	2	6.50	0.71	2	7.00	0.00
Auffrischung 2 (B2)	1	6.00	–	18	5.83	1.29	18	3.17	1.58	18	5.83	1.25	18	6.33	0.91

Anmerkungen. Messzeitpunkte: Z steht für die jeweilige Therapiesitzung, B für Booster-Sitzungen, T2 markiert die Abschlusssitzung der regulären Therapiephase. Item-Formulierungen sind (Itemrange in Klammern): 1) *Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie diese Aufgabe(n) wie besprochen erledigen?* (1-7); 2) *In welchem Ausmaß haben Sie die Aufgabe(n) erledigt?* (1-7); 3) *Wie schwer ist Ihnen die Erledigung der Hausaufgabe(n) gefallen?* (1-7); 4) *Wie gut ist es Ihnen gelungen, diese Hausaufgabe(n) so wie besprochen umzusetzen?* (1-7); 5) *Wie umsetzbar sind die Anforderungen der Therapie in Ihrem Alltag?* (1-7).

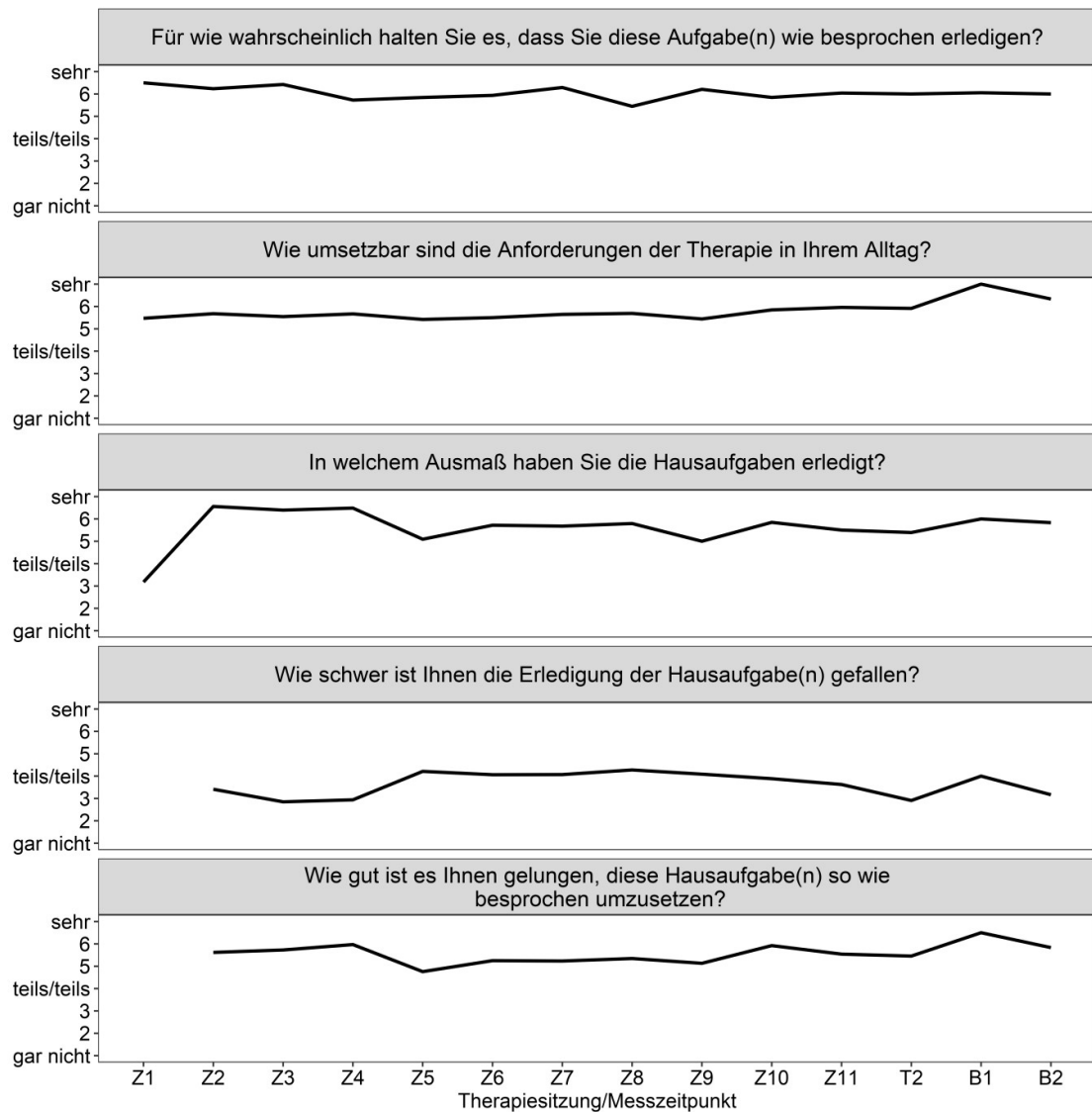


Abbildung 13. Verlauf der mittleren Antworten auf die Fragen aus dem Patientenfragebogen.

Anmerkungen. Messzeitpunkte: Z steht für die jeweilige Therapiesitzung, B für Booster-Sitzungen, T2 markiert die Abschlusssitzung der regulären Therapiephase Z12.

Zusammenhang der Einschätzung der Patientinnen und Patienten mit dem Outcome

Von Interesse sind auch die Korrelationen der Patientenvariablen mit dem Summenwert der PAS zu T2, der als Outcome genutzt wird. Zur Berechnung der Korrelation wurde, wenn nicht normalverteilte Variablen vorlagen, der Spearmans-Rho-Koeffizient berechnet. Ansonsten wurde der Pearson-Korrelationskoeffizient verwendet. Grundsätzlich wird ungerichtet getestet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 9 dargestellt. Es zeigte sich, dass Patientinnen und Patienten, die ihre Hausaufgaben im höheren Maß erledigten, signifikant geringere Werte auf der PAS zu T2 erzielten ($r_s = -.52, p = .006$). Zwischen dem Outcome und der Intention, ob die Patientinnen und Patienten die Aufgaben wie besprochen erledigen wollten, lag ein signifikanter, mittlerer Zusammenhang vor ($r_s = -.39, p = .046$). Wiederum hatten Patientinnen und Patienten höhere Werte auf der PAS zu T2, wenn sie ihre Aufgaben als schwerer wahrgenommen haben, $r = -.64, p < .001$. Ein mittlerer bis großer signifikanter Effekt zeigte sich, wenn es Patientinnen und Patienten gelang, ihre Hausaufgaben so wie besprochen umzusetzen: sie zeigten dann geringere Werte in der PAS zu T2, $r = -.49, p = .013$. Kein signifikanter aber dennoch kleiner Effekt zeigte sich, wenn die Behandelten die Anforderungen der Therapie in ihrem Alltag als gut umsetzbar ansahen, deren PAS-Summenwert zu T2 war dann geringer, $r = -.23, p = .258$.

Tabelle 9 Korrelation zwischen Patientenvariablen und PAS-Summenwert zu T2 (N = 26)

	Koeffizient	<i>p</i>
Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie diese Aufgabe(n) wie besprochen erledigen?	$r_s = -.39$.046
In welchem Ausmaß haben Sie die Hausaufgaben erledigt?	$r_s = -.52$.006
Wie schwer ist Ihnen die Erledigung der Hausaufgabe(n) gefallen?	$r = .64$	<. 001
Wie gut ist es Ihnen gelungen diese Hausaufgabe(n) so wie besprochen umzusetzen?	$r = -.49$.013
Wie umsetzbar sind die Anforderungen der Therapie in Ihrem Alltag?	$r = -.23$.258

Anmerkungen. Wenn nicht normalverteilte Variablen vorlagen, wurde Spearmans Rho berechnet, ansonsten Pearson-Korrelationskoeffizient. Die Korrelationen beziehen sich auf die Mittelwerte der jeweiligen Patientenvariable über alle Sitzungen hinweg.

Als Prädiktoren von Seite der Patientinnen und Patienten können hier das Ausmaß der erledigten Hausaufgaben, die Schwierigkeit der Hausaufgaben und das Gelingen der Hausaufgaben angesehen werden. Die einzelnen Zusammenhänge werden in Abbildung 14 noch einmal visualisiert.

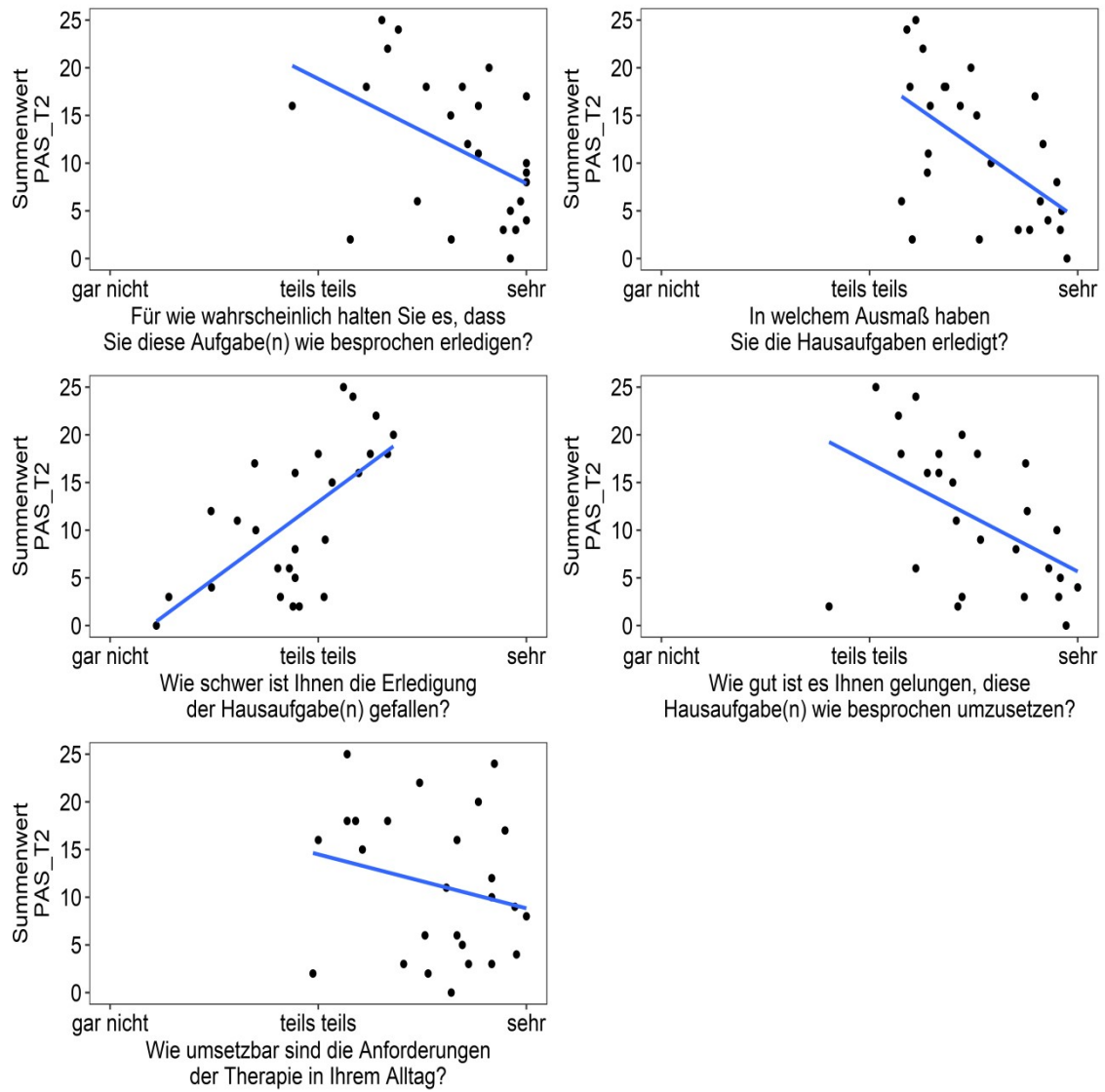


Abbildung 14. Korrelationen der Patientenvariablen mit dem Summenwert der PAS zu T2.

Anmerkungen. Zusätzlich eingezeichnet ist jeweils die Regressionslinie. Für die Patientenvariablen wurde jeweils der Mittelwert über alle Sitzungen berechnet.

4.3.2.2 Einschätzung der Übungen aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten.

Vereinbarte und erledigte Hausaufgaben Untersucht wurde, wie die Therapeutinnen und Therapeuten die von den Patientinnen und Patienten durchgeführten Übungen bewerteten. Dabei wurden Einschätzungen zur Qualität und Häufigkeit der gemachten Hausaufgaben abgegeben. In Tabelle 10 sind die mittleren Summen für die vereinbarten und gemachten Hausaufgaben aufgelistet. Die Korrelation zwischen den vereinbarten und gemachten Hausaufgaben betrug $r_s = .82$. Abbildung 15 stellt den Verlauf beider mittlerer Summenwerte grafisch dar. Die meisten Hausaufgaben wurden zum Ende der Therapie in der 12. Sitzung T2 vergeben. Während der laufenden Therapie gab es die meisten Hausaufgaben während den Sitzungen 4 und 5. Während der anderen Sitzungen gab es im Mittel etwa zwei Hausaufgaben.

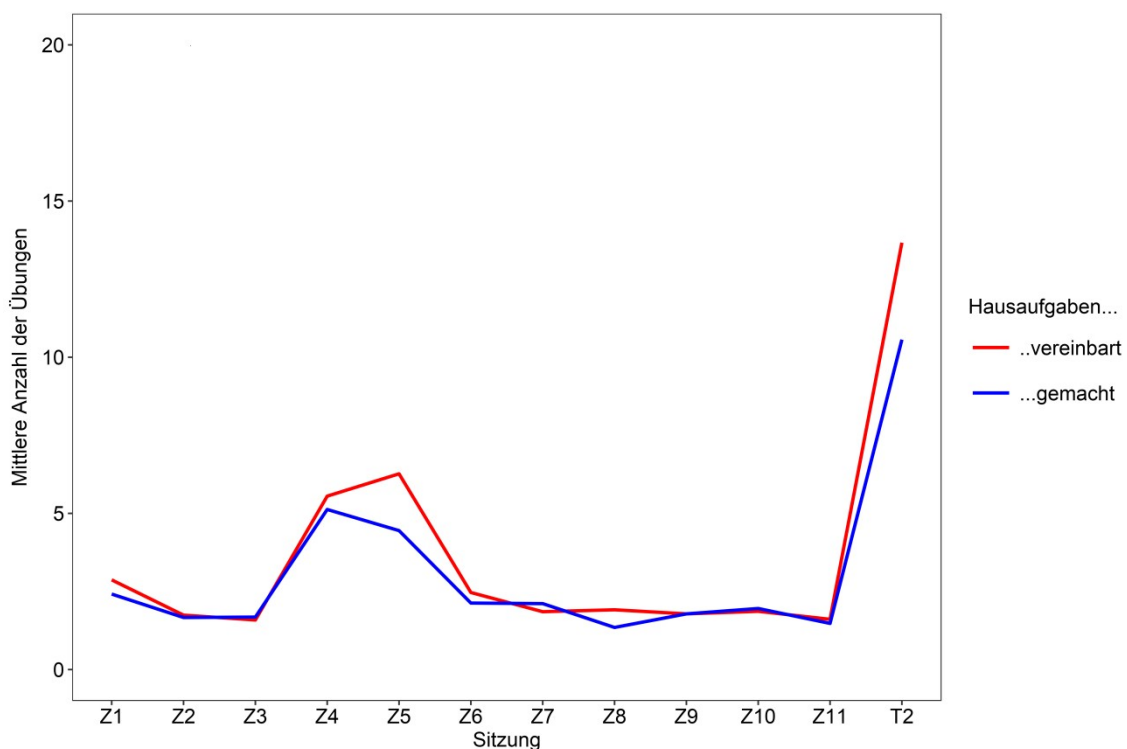


Abbildung 15. Verlauf vereinbarter und gemachter Hausaufgaben aus therapeutischer Sicht.

Tabelle 10

Mittlere Summe und Standardabweichungen für die vereinbarten und gemachten Hausaufgaben aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten zu allen Messzeitpunkten

Messzeitpunkt	Vereinbarte Hausaufgaben ^a		Gemachte Hausaufgaben ^b	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Sitzung Z1	2.87	0.56	2.42	0.87
Sitzung Z2	1.74	0.58	1.67	0.66
Sitzung Z3	1.59	0.50	1.68	0.48
Sitzung Z4	5.55	6.66	5.13	6.20
Sitzung Z5	6.27	7.82	4.45	5.42
Sitzung Z6	2.47	1.93	2.13	2.13
Sitzung Z7	1.85	0.53	2.11	1.85
Sitzung Z8	1.91	0.42	1.35	0.83
Sitzung Z9	1.78	0.60	1.78	1.13
Sitzung Z10	1.86	0.47	1.95	1.21
Sitzung Z11	1.61	0.89	1.48	1.55
Therapieabschluss T2	13.67	10.47	10.56	10.20

Anmerkungen. Der Bezug der Frage war immer retrospektiv, das heißt für Z1 sind die Werte angegeben, welche erst in Sitzung Z2 erfragt wurden.

^a „Wortlaut der Items war „Wie viele Übungen wurden als Hausaufgabe vereinbart?“

^b „Wieviele Übungen hat der Patient durchgeführt?“

Die meisten Therapeutinnen und Therapeuten lagen in der Häufigkeit der gestellten Hausaufgaben dicht beieinander (Abbildung 16). Lediglich während den Sitzungen 4 und 5 gab es einige wenige Therapeutinnen und Therapeuten, welche sehr viele Übungen ansetzten.

Die Inspektion der Differenz zwischen vereinbarten und gemachten Hausaufgaben zeigte insgesamt vier extreme Werte: Bei zwei Werten sieht man, dass mehr Aufgaben als vereinbart erfüllt wurden, bei den beiden anderen weniger als vereinbart.

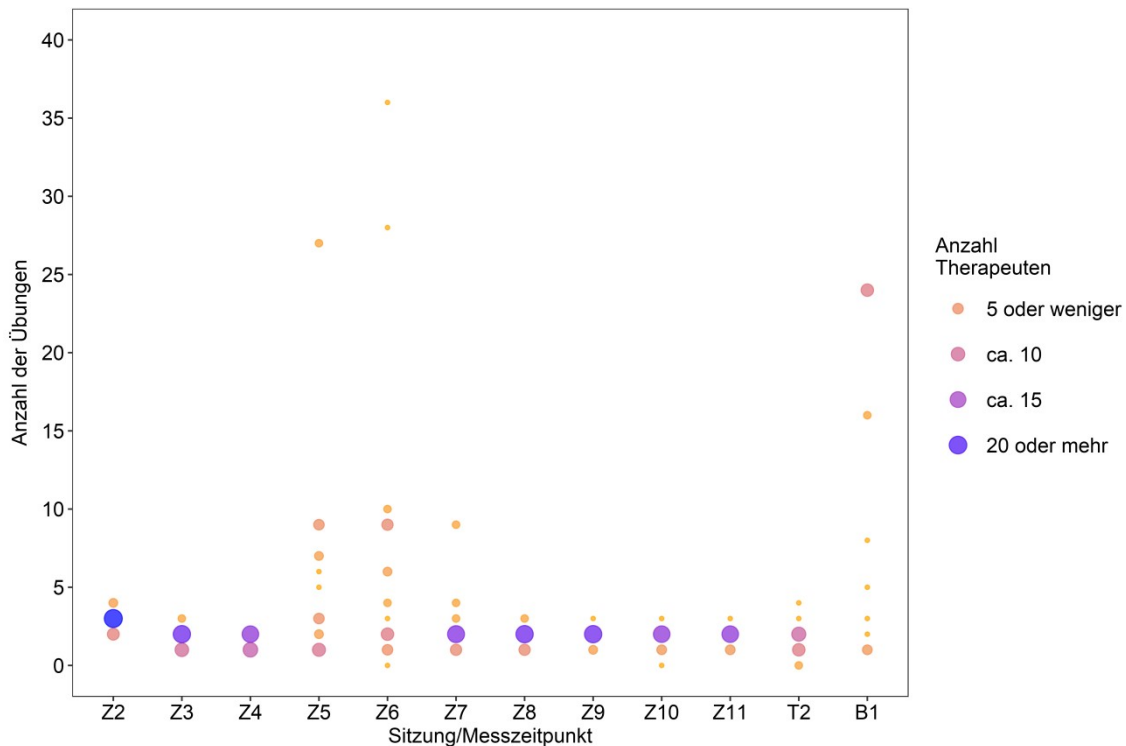


Abbildung 16. Anzahl der vereinbarten Übungen durch die Therapeutinnen und Therapeuten.

Anmerkungen. Dargestellt wird die Streuung der gestellten Aufgaben. Je größer der Punkt, desto mehr Therapeutinnen und Therapeuten vergaben diese Anzahl an Übungen.

Zusammenhang zwischen erledigten Hausaufgaben aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten und dem Outcome

Der Zusammenhang zwischen dem Differenzwert von vereinbarten und erledigten Hausaufgaben und dem Outcome PAS zu T2 wurde mittels einer Spearman-Rangkorrelation geprüft. Ein positiver Korrelationskoeffizient bedeutet, dass mehr Hausaufgaben vereinbart als gemacht wurden, ein negativer, dass Patientinnen und Patienten mehr Hausaufgaben machten als vereinbart wurde.

Es zeigte sich ein kleiner Zusammenhang zwischen dem Differenzwert und dem Outcome ($r_s = .16$), die Stichprobe der Therapeutinnen und Therapeuten ($N=11$) ist jedoch nicht ausreichend groß genug um diesen Wert vertrauenswürdig interpretieren zu können.

Auf Ebene der klinischen Signifikanz gesprochen, ermöglicht der Differenzwert eventuell eine Vorhersage für den Outcome der Paniksymptomatik. Je größer die

Differenz ist, das heißt je mehr der vereinbarten Hausaufgaben nicht gemacht wurden, desto höher ist die Ausprägung der Paniksymptomatik zum Therapieende hin.

4.3.2.2.3 Durchführung und Qualität der Übungen.

Abbildung 17 stellt die mittleren Einschätzungen der Therapeutinnen und Therapeuten über die Durchführung und die Qualität der Übungen über alle Sitzungen als Verlauf dar. Nachfolgend werden beide Fragen analysiert. Dafür wurden deskriptive Statistiken berichtet.

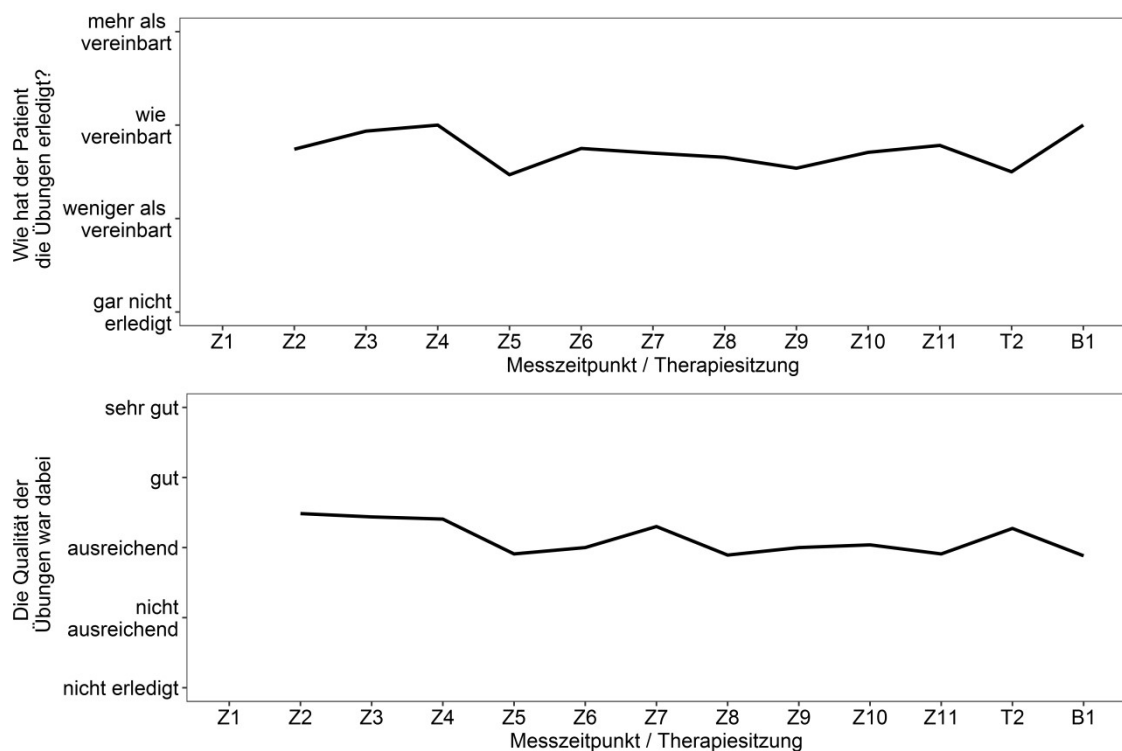


Abbildung 17. Verläufe über die Messzeitpunkte für die Fragen, wie Patientinnen und Patienten die Übungen erledigt haben und wie die Qualität der Übungen war.

Anmerkungen. Zum Zeitpunkt Z1 (1. Sitzung) wurde diese Frage nicht erhoben, da hier noch keine Übungen vorlagen. Für die Frage „Wie hat der Patient die Übungen erledigt“ wurde die Antwortoption „keine Hausaufgaben“ aus der Analyse ausgeschlossen.

Durchführung Auf die Frage, ob der Patient die Übungen wie vereinbart erledigt hat, standen den Therapeutinnen und Therapeuten die Antwortmöglichkeiten *gar nicht erledigt*, *weniger als vereinbart*, *wie vereinbart* und *mehr als vereinbart* zur Verfügung. Wenn keine Hausaufgaben aufgegeben waren, konnte auch dies ausgewählt

werden. Für die Auswertung wurde die Antwortoption *keine Hausaufgaben* als fehlender Wert kodiert, damit der berechnete Mittelwert nicht verzerrt wurde. Durchschnittlich war die Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten, dass die Aufgaben *wie vereinbart* durchgeführt wurden ($M = 2.70$, $SD = 0.73$, min. = 2.12, max. = 3.40).

Qualität der Übungen Um die Qualität der Übungen der Patientinnen und Patienten zu bewerten, standen den Therapeutinnen und Therapeuten die Antwortmöglichkeiten *nicht erledigt* (0), *nicht ausreichend* (1), *ausreichend* (2), *gut* (3) und *sehr gut* (4) zur Verfügung. Die Antworten wurden umkodiert, so dass hohe Werte gute Qualität darstellen. Im Mittel wurde die Qualität der Hausaufgaben als *ausreichend* eingestuft ($M = 2.10$, $SD = 0.48$, min. = 1.00, max. = 2.92). Am Maximum fällt auf, dass im Mittel keiner der Behandelten seine Hausaufgaben durchweg *sehr gut* gelöst hat.

4.3.2.3 Explorative Analyse.

Zusammenhänge zwischen Therapeuten- und Patienteneinschätzung der Übungen

Es zeigten sich Zusammenhänge zwischen der Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten und der Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten (Tabelle 11). Bei Patientinnen und Patienten, die angaben ihre Aufgaben im hohen Ausmaß erledigt zu haben, waren die Einschätzungen der Behandelnden sowohl für die Durchführung als auch für die Qualität höher. Es lagen hier große beziehungsweise mittlere Zusammenhänge vor. Ebenso gab es einen positiven Zusammenhang zwischen der Umsetzung der Hausaufgaben und der Einschätzung durch die Patientinnen und Patienten. Sowohl die Durchführung als auch die Qualität korrelierten im mittleren Bereich mit der Patienteneinschätzung (beide $r = .45$). Die Einschätzung der Schwierigkeit der Aufgaben korrelierte negativ mit der Therapeuteneinschätzung und das sowohl für die Durchführung als auch für die Qualität. In beiden Fällen lagen gerade noch kleine Effekte vor. Die Umsetzbarkeit der Anforderungen im Alltag korrelierte positiv mit der Therapeuteneinschätzung. Dabei zeigte sich bei der

Korrelation mit der Durchführung ein mittlerer Zusammenhang ($r = .33$) während sich für die Qualität ein kleiner Zusammenhang ($r = .19$) zeigte.

Tabelle 11

Korrelation der Patientenvariablen mit den Therapeuteneinschätzungen zu Durchführung und Qualität der Übungen

	Durchführung ^a	Qualität der Übung ^b
In welchem Ausmaß haben Sie die Hausaufgaben erledigt?	$r = .55$	$r = .41$
Wie schwer ist Ihnen die Erledigung der Hausaufgabe(n) gefallen?	$r = -.16$	$r = -.09$
Wie gut ist es Ihnen gelungen, diese Hausaufgabe(n) so wie besprochen umzusetzen?	$r = .45$	$r = .45$
Wie umsetzbar sind die Anforderungen der Therapie in Ihrem Alltag?	$r = .33$	$r = .19$

Anmerkungen.

^a Wie hat der Patient die Übungen erledigt?

^b Die Qualität der Übungen war dabei...

4.3.3 Adhärenz.

4.3.3.1 Umsetzung massierter Exposition im therapeutischen Alltag aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten.

Für diese Fragestellung wurden Informationen zu den beiden Messzeitpunkten T0 und T2 erhoben, also zu Beginn und zum Ende der Therapie. Die meisten Therapeutinnen und Therapeuten stimmten der Aussage, die Umsetzung sei nicht praktikabel, *eher nicht* oder *gar nicht* zu (73% zu T0 und 76% zu T2) und keiner der befragten Behandelnden stimmte *voll und ganz* zu (Tabelle 12).

Tabelle 12

Mittelwert, Standardabweichung und Antworthäufigkeiten auf die Frage „Die Umsetzung von massierter Exposition ist im therapeutischen Alltag nicht praktikabel“ aus dem Therapeutenfragebogen

	T0			T2		
	<i>n</i>	%	k%	<i>n</i>	%	k%
Stimme ganz und gar nicht zu	6	18%	18%	4	16%	16%
Stimme eher nicht zu	18	55%	73%	15	60%	76%
Weder noch	7	21%	94%	1	4%	80%
Stimme eher zu	2	6%	100%	5	20%	100%
Stimme voll und ganz zu	0	0%		0	0%	
Gesamt	33	100%		25	100%	
<i>M (SD)</i>	1.15 (0.80)			1.28 (0.98)		

4.3.3.2 Umsetzbarkeit des Manuals.

Insgesamt wurden zwei Aussagen bezüglich des Manuals ausgewertet. Einerseits wurde der zeitliche Aufwand abgefragt (*Der zeitliche Aufwand zur Umsetzung des Manuals ist vertretbar.*) und andererseits, ob das Manual in der Praxis auch gut umsetzbar ist (*Das vorgegebene Therapiemanual zur expositionsbasierten Therapie der Panikstörung mit Agoraphobie ist in der Praxis gut umsetzbar.*). Die Ergebnisse zu beiden Fragen sind in Tabelle 13 zusammengefasst. Beide Fragestellungen wurden nur zum Abschluss der Therapie (T2) erhoben.

Tabelle 13

Mittelwerte, Standardabweichungen und Antworthäufigkeiten auf Fragen im Therapeutenfragebogen bezüglich des Manuals

	Zeitlicher Aufwand ^a			Umsetzbarkeit Praxis ^b		
	<i>n</i>	%	k%	<i>n</i>	%	k%
Stimme ganz und gar nicht zu	1	4%	4%	0	0%	0%
Stimme eher nicht zu	4	16%	20%	2	8%	8%
Weder noch	5	20%	40%	4	16%	24%
Stimme eher zu	13	52%	92%	16	64%	88%
Stimme voll und ganz zu	2	8%	100%	3	12%	100%
Gesamt	25	100%		25	100%	
<i>M (SD)</i>	2.44 (1.00)			2.80 (0.76)		

Anmerkungen.

a „Der zeitliche Aufwand zur Umsetzung des Manuals ist vertretbar“.

b „Das vorgegebene Therapiemanual zur expositionsbasierten Therapie der Panikstörung mit Agoraphobie ist in der Praxis gut umsetzbar“.

4.3.3.3 Zeitlicher Aufwand. Auch hier war das Antwortformat *stimme gar nicht zu* (0) bis *stimme voll und ganz zu* (4). Mit $M = 2.44$ ($SD = 1.00$) lag die Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten im mittleren Bereich der Skala (*weder noch*). Der Median betrug 3 (*stimme eher zu*). Insgesamt überwog die Zustimmung (60%) gegenüber der Ablehnung (20%) und 20% waren unentschieden. Die Skalenrange wurde komplett ausgenutzt.

4.3.3.4 Umsetzbarkeit in der Praxis. Die Antwortspanne reichte wieder von *stimme ganz und gar nicht zu* (0) über *weder noch* (2) bis *stimme voll und ganz zu* (4). Der Mittelwert lag bei 2.80 ($SD = 0.76$), der Median bei 3. Der Großteil der Befragten stimmte *eher* oder auch *voll* zu (76%), während nur 8% *eher nicht* zustimmten. 16% der Befragten waren unentschieden.

4.3.3.5 Erwartungen der Therapeutinnen und Therapeuten an das Therapieverfahren zu Beginn der Behandlung.

Die Therapeutinnen und Therapeuten wurden vor der Behandlung und im laufenden Prozess zu verschiedenen Erwartungen gefragt, wie sehr sie den Aussagen zustimmen. Tabelle 14 zeigt die Antworthäufigkeiten zu Beginn der Behandlung. Hier kann man sehen, dass der Großteil der Behandelnden hinter der Expositionsbehandlung steht (*Ich bin überzeugt von der im Manual beschriebenen Methode*) und auch als umsetzbar ansieht (*Die Umsetzung von massierter Exposition ist im therapeutischen Alltag nicht praktikabel, Das vorgegebene Therapiemanual zur expositionsorientierten Therapie der Panikstörung mit Agoraphobie ist in der Praxis gut umsetzbar*).

4.3.3.6 Therapieabschluss-Fragebogen der Therapeutinnen und Therapeuten.

Im Fragebogen zum Therapieabschluss wurden diverse Fragen zur Therapie und zur Einstellung gegenüber das angewandte Therapieverfahren gestellt. Tabellen 15 und 16 geben die Ergebnisse für die einzelnen Fragen wieder und zudem auch die Korrelationen der Antworten mit dem Outcome PAS zu T2 der Patientinnen und Patienten. Es zeigte sich, dass eine Zustimmung zu den Einstellungsfragen der Therapeutinnen und Therapeuten gegenüber der Expositionsbehandlung mit einem geringeren PAS-Wert zu T2 verbunden war (Tabelle 16), während eine Zustimmung zu den dichotomen Fragen, ob es Probleme bei bestimmten Punkten (*Terminfindung, Hausaufgaben, Finden von Übungssituationen, et cetera*) gab, mit höheren PAS-Werten zu T2 einherging (Tabelle 15).

Tabelle 14

Antworthäufigkeiten für die Erwartungen der Therapeutinnen und Therapeuten an das Expositionsverfahren zu Beginn der Behandlung

Erwartung und Antwortmöglichkeit	n	%
Die massierte Exposition ist ein äußerst wirksames Verfahren zur Behandlung von Angststörungen.		
0 stimme ganz und gar nicht zu	0	0.0
1 stimme eher nicht zu	0	0.0
2 weder noch	0	0.0
3 stimme eher zu	4	36.4
4 stimme voll und ganz zu	7	63.6
Die Umsetzung von massierter Exposition ist im therapeutischen Alltag nicht praktikabel.		
0 stimme ganz und gar nicht zu	1	9.1
1 stimme eher nicht zu	5	45.4
2 weder noch	3	27.3
3 stimme eher zu	2	18.2
4 stimme voll und ganz zu	0	0.0
Expositionsverfahren sind nur für sehr erfahrene Therapeuten geeignet.		
0 stimme ganz und gar nicht zu	1	9.1
1 stimme eher nicht zu	8	72.7
2 weder noch	2	18.2
3 stimme eher zu	0	0.0
4 stimme voll und ganz zu	0	0.0
Expositionsverfahren stellen eine Zumutung für den Patienten dar		
0 stimme ganz und gar nicht zu	6	54.6
1 stimme eher nicht zu	4	36.4
2 weder noch	1	9.1
3 stimme eher zu	0	0.0
4 stimme voll und ganz zu	0	0.0
Expositionsverfahren alleine sind nicht ausreichend für einen dauerhaften Behandlungserfolg.		
0 stimme ganz und gar nicht zu	1	9.1
1 stimme eher nicht zu	2	18.2
2 weder noch	5	45.5
3 stimme eher zu	3	27.3
4 stimme voll und ganz zu	0	0.0
Das vorgegebene Therapiemanual zur expositionsbasierten Therapie der Panikstörung mit Agoraphobie ist in der Praxis gut umsetzbar.		
0 stimme ganz und gar nicht zu	0	0.0
1 stimme eher nicht zu	1	9.1
2 weder noch	1	9.1
3 stimme eher zu	5	45.5
4 stimme voll und ganz zu	4	36.4
Ich bin überzeugt von der im Manual beschriebenen Therapiemethode.		
0 stimme ganz und gar nicht zu	0	0.0
1 stimme eher nicht zu	0	0.0
2 weder noch	0	0.0
3 stimme eher zu	3	27.3
4 stimme voll und ganz zu	8	72.7

Tabelle 15

Häufigkeitstabelle für alle dichotomen Fragen aus dem Therapieabschluss-Fragebogen zu Problembereichen sowie Rangkorrelationen mit dem Outcome PAS zu T2

Frage	Zustimmung		Ablehnung		Fehlend		r_s
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
War das therapeutische Vorgehen für diesen Patienten angemessen?	22	58%	16	42%	0	0%	-.13
Gab es Probleme mit Zeit / Terminfindung?	14	37%	24	63%	0	0%	.26
Gab es Probleme mit den Hausaufgaben?	17	45%	21	55%	0	0%	.42
Gab es Probleme beim Finden von Übergangssituationen?	4	11%	33	87%	1	3%	.13
Gab es Probleme durch andere wichtige Themen im Vordergrund?	11	29%	26	68%	1	3%	.24
Gab es Probleme durch hohe zeitliche Belastung auf Patientenseite?	17	45%	20	53%	1	3%	.17
Gab es Probleme durch hohe zeitliche Belastung auf Therapeutenseite?	9	24%	28	74%	1	3%	-.03
Haben Sie Hemmungen verspürt, den Patienten in eine zunächst leidvolle Situation zu bringen?	14	37%	21	55%	3	8%	.25

Anmerkungen. Rundung erzeugt Abweichungen von 100. Zustimmung = alle Werte 1, Ablehnung = alle Werte 0. Korrelationen werden als Spearman-Rangkorrelation angegeben. Signifikanzangaben werden nicht getätigt, nach Bonferroni-Holm Korrektur ist keine der Korrelationen signifikant. Korrelationen stehen für den Wert, wenn Zustimmung zu der Frage gegeben wurde.

Tabelle 16

Mittelwerte, Standardabweichungen und Spannweite für alle mehrstufigen Einstellungs-Items aus dem Therapieabschluss-Fragebogen sowie Rangkorrelationen mit dem Outcome PAS zu T2

Frage	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>MD</i>	Min	Max	<i>r_s</i>
Wie würden Sie Ihre grundsätzliche Haltung zu Expositionsbehandlungen beschreiben?	38	6.46	0.64	7.00	5.00	7.00	-.28
Wie gut sind Sie bei diesem Patienten zurechtgekommen mit der klaren Strukturierung der Therapie?	38	5.20	1.52	5.00	1.50	7.00	-.30
Waren die Inhalte der jeweiligen Sitzung im vorgegebenen Zeitrahmen vermittelbar?	37	5.38	1.38	6.00	2.00	7.00	.12
Wie gut haben Sie sich auf die Expositionsbehandlung durch das Manual vorbereitet gefühlt?	38	5.99	0.66	6.00	4.00	7.00	-.41
Wie gut haben Sie sich auf die Expositionsbehandlung durch die Panik-Schulung vorbereitet gefühlt?	38	5.63	0.91	6.00	4.00	7.00	-.13
Haben Sie sich durch die Supervision ausreichend unterstützt gefühlt?	29	6.93	0.26	7.00	6.00	7.00	-.39
Wie ging es Ihnen bei diesem Patienten damit, Therapie außerhalb des Therapieraums zu machen?	33	6.11	1.17	6.00	2.00	7.00	-.16
Wie sind Sie klargekommen mit dem Rollenwechsel zwischen Small Talk und Professionalität?	34	5.71	1.27	6.00	2.00	7.00	-.28

Anmerkungen. Sämtliche Items hatten eine 7-stufige Skala (7 = *sehr positiv*). Korrelationen werden als Spearman-Rangkorrelation angegeben. Auf die Darstellung von Signifikanzangaben wurde aufgrund einer kleinen Stichprobe verzichtet. Nach Alpha-Korrektur (Bonferroi-Holm) ist keine der Korrelationen signifikant. Supervision bekamen nur Therapeutinnen und Therapeuten in Ausbildung.

4.3.4 Therapeutische Allianz.

Es zeigte sich, dass sich die Patientensicht und die Therapeutensicht im Mittel in der Einschätzung der therapeutischen Beziehung, wenn auch nur sehr gering, unterschieden (Tabelle 17). Die Patientinnen und Patienten erzielten über alle Sitzungen hinweg im Mittel immer etwas positivere Einschätzungen als die Therapeutinnen und Therapeuten.

Tabelle 17

Mittelwerte und Standardabweichung für den HAQ-S und HAQ-F für alle Sitzungen sowie Effektgröße und Ergebnisse des abhängigen t-Tests des Vergleichs der Therapeuteneinschätzung und Patienteneinschätzung

Sitzung	Patient (HAQ-S)			Therapeut (HAQ-F)			Testergebnisse		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Z1	34	1.91	0.60	34	2.14	0.53	.23	-1.87	.32
Z2	34	1.91	0.51	34	2.05	0.62	.33	-1.26	.22
Z3	33	1.99	0.54	33	1.99	0.51	.29	-0.02	.00
Z4	33	1.97	0.82	33	1.99	0.50	.37	-0.10	.02
Z5	33	1.85	0.58	33	1.98	0.60	.56	-1.26	.22
Z6	32	1.80	0.53	32	1.85	0.65	.56	-0.44	.08
Z7	31	1.70	0.53	31	1.83	0.59	.61	-1.35	.24
Z8	29	1.78	0.87	28	1.81	0.64	.43	-0.03	.00
Z9	25	1.59	0.53	26	1.76	0.57	.54	-1.66	.33
Z10	26	1.52	0.47	26	1.71	0.55	.40	-1.89	.37
Z11	24	1.47	0.42	23	1.68	0.54	.31	-1.71	.36
T2	23	1.54	1.02	1	1.56	NA	–	–	–
B1	19	1.49	0.55	19	1.79	0.72	.40	-1.60	.38
B2	1	1.09	NA	18	1.46	0.48	–	–	–

Anmerkungen. HAQ-Werte liegen für beide Fragebogenvarianten zwischen 1 = *sehr zutreffend* und 6 *sehr unzutreffend*. Der HAQ-S umfasst insgesamt elf, der HAQ-F neun Items. Für T2 und B2 wurde kein Vergleich berechnet, aufgrund zu kleiner beziehungsweise nicht vorhandener Stichprobe.

Die Spearman-Rangkorrelationen zwischen der Patienten- und Therapeuteneinschätzung schwankten zwischen $.23 < r_s < .61$. Die höchsten Korrelationen lagen zwischen Sitzung 5 und Sitzung 9 mit Werten $r_s > .50$, welche als große Zusammenhänge eingestuft werden können (Ausnahme Sitzung 8 mit $r_s = .43$).

Die ersten neun Items beider Fragebögen entsprechen einander. Zum Beispiel lautete ein Item bei den Patientinnen und Patienten *Ich glaube, dass mein Therapeut/meine Therapeutin mir hilft.*, während die Therapeutinnen und Therapeuten als Äquivalent dazu *Ich habe den Eindruck, dass ich meinem Patienten helfen kann.* im Sitzungsprotokoll bewerten sollten. Nachfolgend werden noch die Spearman-Rangkorrelationen zwischen den Einzelitems, die sich entsprechen, dargestellt. Insgesamt zeigten sich starke Schwankungen der Werte zwischen den verschiedenen Sitzungen über alle Fragepaare hinweg (Tabelle 18). Ein interpretierbares Muster war nicht erkennbar.

Tabelle 18

Spearman Rangkorrelationen zwischen den Itempaaren aus HAQ-S und HAQ-F für Sitzungen 1 bis 11

Fragepaar	Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9	Z10	Z11
(P) Ich glaube, dass mein Therapeut/meine Therapeutin mir hilft. & (T) Ich habe den Eindruck, dass ich meinem Patienten helfen kann.	.06	.17	.08	.37	.40	.22	.15	-.05	.25	.09	.08
(P) Ich glaube, dass mir die Behandlung hilft. & (T) Ich habe den Eindruck, dass die Behandlung meinem Patienten hilft.	.01	.24	.21	.39	.32	.43	.53	.23	.19	.39	.02
(P) Ich habe einige neue Einsichten gewonnen. & (T) Ich habe den Eindruck, dass mein Patient einige neue Einsichten gewonnen hat.	.25	.02	.32	-.17	.22	.32	.25	.23	.23	.12	.04
(P) Seit Kurzem fühle ich mich besser. & (T) Ich habe den Eindruck, dass sich mein Patient seit kurzem besser fühlt.	.39	.51	.62	.48	.48	.32	.55	.24	.51	.38	.41
(P) Ich kann bereits absehen, dass ich vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer ich zur Behandlung kam. & (T) Ich habe den Eindruck, dass mein Patient vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer er zur Behandlung kam.	.25	.32	.36	.21	.50	.52	.38	.49	.48	.55	.48
(P) Ich habe das Gefühl, mich auf den Therapeuten/die Therapeutin verlassen zu können. & (T) Ich habe den Eindruck, dass ich für meinen Patienten verlässlich bin.	-.02	.16	-.02	.09	.18	.43	.04	.15	.52	.55	.28
(P) Ich habe das Gefühl, dass mich der Therapeut/die Therapeutin versteht. & (T) Ich habe den Eindruck, dass ich meinen Patienten verstehe.	.10	-.05	.07	.06	.22	.14	.21	.29	.36	.23	.17
(P) Ich habe das Gefühl, dass der Therapeut/die Therapeutin möchte, dass ich meine Ziele erreiche. & (T) Ich habe den Eindruck, dass ich mich dafür einsetze, dass der Patient seine Ziele erreicht.	-.26	-.21	.15	.05	.13	.03	.08	.20	.21	.49	.06
(P) Ich habe das Gefühl, dass ich wie auch der Therapeut/die Therapeutin ernsthaft an einem Strang ziehen. & (T) Ich habe den Eindruck, dass mein Patient mit mir gemeinsam ernsthaft an einem Strang zieht.	.11	.19	.46	.47	.40	.46	.43	.17	.43	.52	.06

Anmerkungen. (T) = Therapeutenfragen HAQ-F, (P) = Patientenfrage HAQ-S. Spearman-Rangkorrelationen für die Sitzungen Z1 bis Z11.

4.3.4.1 Subskalen des HAQ-S.

Der HAQ-S für die Patientinnen und Patienten lässt sich in zwei Subskalen unterteilen: *Beziehungszufriedenheit* und *Erfolgswufriedenheit*. Erstere besteht aus sechs, letztere aus fünf Items. Beide Skalen korrelieren zu den jeweiligen Sitzungen hoch miteinander ($.65 < r_s < .79$), die Mittelwerte beider Skalen über alle Sitzungen korrelieren zu $r_s = .83$. Die *Beziehungszufriedenheit* zeigt im Mittel bessere Werte als die *Erfolgswufriedenheit*. Während die *Beziehungszufriedenheit* im Mittel über alle Sitzungen recht gleichbleibend ist, verbessert sich die *Erfolgswufriedenheit* im Laufe der Sitzungen deskriptiv betrachtet gering aber stetig (Tabelle 19).

Tabelle 19

Mittelwerte und Standardabweichungen für die beiden Subskalen des HAQ-S sowie Korrelation beider Skalen zu allen Sitzungen und gesamt

Sitzung	n	<i>Beziehungszufriedenheit</i>		<i>Erfolgswufriedenheit</i>		r_s
		M	SD	M	SD	
Z1	34	1.49	0.54	2.42	0.82	.65
Z2	34	1.47	0.52	2.44	0.71	.50
Z3	33	1.64	0.96	2.40	0.86	.74
Z4	33	1.64	0.96	2.38	0.77	.79
Z5	33	1.54	0.56	2.24	0.71	.71
Z6	32	1.42	0.43	2.27	0.77	.74
Z7	31	1.44	0.51	2.03	0.66	.73
Z8	29	1.51	0.91	2.10	0.93	.70
Z9	25	1.33	0.44	1.90	0.74	.63
Z10	26	1.31	0.41	1.78	0.63	.72
Z11	24	1.28	0.39	1.70	0.54	.68
T2	23	1.36	1.05	1.77	1.05	.60
B1	19	1.28	0.42	1.78	0.83	.70
B2	1	1.00	–	1.20	–	–
Gesamt	34	1.48	0.45	2.18	0.61	.83

Anmerkungen. Subskala *Beziehungszufriedenheit* besteht aus den sechs Items (1 und 6 bis 10), die Subskala *Erfolgswufriedenheit* aus fünf Items (2 bis 5 und 11) des HAQ-S. Als Korrelationen werden Spearman-Rangkorrelationen angegeben.

4.3.4.2 Zusammenhang mit PAS Outcome. Abschließend wurden noch die Korrelationen zwischen dem HAQ und dem Outcome PAS zu T2 untersucht. Dazu wurden für die Messzeitpunkte Z1 bis T2 die jeweiligen Werte des HAQ-S beziehungsweise HAQ-F zu je einem eigenen Mittelwert zusammengefasst. Da die Sitzungen B1 und B2 zeitlich nach der Erhebung des Outcomes erhoben wurden, werden diese beiden Zeitpunkte bei der Berechnung der Skalenmittelwerte nicht mit berücksichtigt. Die Spearman-Rangkorrelationen zwischen dem Outcome in Form des PAS-Summenwertes zu T2 und dem HAQ-S beträgt $r_s = .21$, während der Zusammenhang zwischen HAQ-F und dem Outcome $r_s = .37$ beträgt. Je höher die mittleren Werte über alle Sitzungen auf dem HAQ-S sind, desto höher sind die Panikwerte, die Personen zum Ende der Therapie angeben, wobei höhere Werte auf den HAQ negativere Einschätzungen bedeuten. Gleiches gilt auch für die Therapeuteneinschätzung. Die Therapeuteneinschätzung korrelierte zudem etwas höher als die Patienteneinschätzung mit den Panikwerten zum Ende der Therapie. Auf Ebene der Subskalen des HAQ-S fanden sich zwischen Outcome und *Erfolgszufriedenheit* eine Korrelation von $r_s = .23$ beziehungsweise zwischen Outcome und *Beziehungszufriedenheit* $r_s = .26$. Die gefundenen Effekte sind alle als schwache Zusammenhänge einzustufen.

4.4 Diskussion

Ziel des vierten Kapitels war es, mögliche Barrieren und Hindernisse in der Umsetzung des Manuals von Lang et al. (2011) in der Versorgungspraxis aufzudecken, um zu wissen, wo man in Zukunft ansetzen sollte, damit die Therapie effektiv Anwendung finden kann. Hier lag zum einen das Augenmerk auf der Abbrecherquote und der Compliance der Patientinnen und Patienten, aber auch auf der Einstellung der Therapeutinnen und Therapeuten zum Behandlungsverfahren und dessen Praktikabilität und dem Einfluss der therapeutischen Beziehung.

Die Akzeptanz der Exposition seitens der Patientinnen und Patienten wurde zum einen per Dropout und zum anderen mit der Hausaufgaben-Compliance definiert. Die Abbruchquote lag im erwarteten Intervall und war nicht besonders hoch (20.59%). Hier kommt es natürlich auch darauf an, wie man einen Abbruch definiert und von einem Ausschluss unterscheidet. Wenn man die zwei Beispiele mit dem Substanzmissbrauch und der instabilen Medikation als Ausschlüsse definieren würde, wären es sogar nur fünf Abbrecher von 34, was dann einer Abbruchquote von nur noch 14.71% entspräche. Auch dieser Prozentsatz würde im erwarteten Intervall von 15% - 22% liegen. Wenn man jedoch die Dropout-Rate mit 32.35% anschaut, kommt man zu der Frage,

wieso diese so hoch ausgefallen ist. Bei $N = 6$ waren nach ein paar Sitzungen andere Störungen im Vordergrund. Hier müsste eventuell die Diagnostik mittels SKID verbessert werden.

Die Einschätzung der Hausaufgaben durch die Patientinnen und Patienten fiel im Großen und Ganzen positiv aus. Zumeist wurde der Großteil der Übungen absolviert und die Schwierigkeit kaum als *sehr schwer* eingeordnet. So gaben die Patientinnen und Patienten auch an, dass sie die Hausaufgaben wie besprochen umsetzen konnten. Wider Erwarten wurde die Umsetzbarkeit im Alltag von den meisten Patientinnen und Patienten ebenfalls als *hoch* beziehungsweise *sehr hoch* eingeschätzt.

Aus therapeutischer Sicht wurden die meisten Hausaufgaben von den Patientinnen und Patienten wie vereinbart erledigt. In den Sitzungen 4 und 5 gab es einige wenige Behandelnde, welche sehr viele Übungen ansetzten. Dies könnte an der Zählweise liegen, die für die interozeptiven Expositionsübungen nicht einheitlich abgelaufen zu sein scheint. Denn durch das Manual wurde die Übungsanzahl vorgegeben und müsste also einheitlich sein. Es könnte sein, dass manche Therapeutinnen und Therapeuten nur die Anzahl der verschiedenen Übungen zählten, während andere die einzelnen Übungsdurchgänge als Übungen zählten. Das war im Nachhinein nicht mehr klar voneinander zu trennen und müsste beim nächsten Mal von Anfang an klarer benannt und definiert werden. In der Einschätzung der Qualität der Hausaufgaben waren die Therapeutinnen und Therapeuten kritischer als bei der Quantität, im Mittel stuften sie diese als *ausreichend* ein.

Die Adhärenz der Behandelnden und deren Auswirkung auf das Therapieergebnis wurde in dieser Arbeit nicht inferenzstatistisch untersucht, da die Stichprobe der Therapeutinnen und Therapeuten mit $N = 11$ doch sehr klein ist und somit die statistische Power sehr gering ist. Maiwald et al. (2017, Manuskript in Vorbereitung) nehmen sich diesem Thema in ihrem Artikel an. Sie fanden keinen Zusammenhang zwischen der Adhärenz und dem Outcome. Die meisten Therapeutinnen und Therapeuten in vorliegendem Kapitel schätzten die Umsetzung der Expositionstherapie als praktikabel im Alltag ein. Der Großteil der Therapeutinnen und Therapeuten stimmte den Aussagen, der zeitliche Aufwand zur Umsetzung des Manuals sei vertretbar und dass das Therapiemanual in der Praxis gut umsetzbar sei, *eher* zu. Da die Erwartung der Therapeutinnen und Therapeuten an das Therapieverfahren die Adhärenz beeinflusst, wurde diese auch erhoben. Hier wurde deutlich, dass die meisten Behandelnden hinter der Expositionsbehandlung als Behandlungsmethode standen und sie als umsetzbar einschätzten. In Tabelle 14 sieht man die Einstellungen der Therapeutinnen und Therapeuten zu Beginn der Behandlung. Die Tabellen 15 und 16 stellen die Ansicht der Behandelnden zu verschiedenen Fragen am Ende der Behandlung dar.

Insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass die Behandlungsform mit dem Manual praktikabel ist, sowohl für Behandelnde als auch für Behandelte. Dies sieht man zum einen daran, dass der Großteil der Patientinnen und Patienten die Therapie nicht abgebrochen hat und die Hausaufgaben meist im vollen Umfang erledigte. Nur wenige Aufgaben wurden als sehr schwer bewertet und die meisten Patientinnen und Patienten gaben an, dass sie ihre Hausaufgaben meistens wie besprochen umsetzen konnten. Die Behandelten schätzten die Umsetzbarkeit der Anforderungen im Alltag großteils als *sehr hoch* ein, was eine wichtige Voraussetzung für die Behandlung in der Routineversorgung ist. Jedoch kann man auch sehen, dass jede Patientin und jeder Patient die Anforderungen unterschiedlich wahrnimmt. So schätzten 32% mit der Zeit die Umsetzbarkeit geringer ein und 68% schätzten im Verlauf der Therapie die Umsetzbarkeit höher ein. Es könnte sein, dass bei den 32%, die die Umsetzbarkeit im Alltag zunehmend schwerer fanden, dies daran lag, dass zu Beginn noch mehr Hausaufgaben darin bestanden, Arbeitsblätter auszufüllen und später die Expositionsübungen folgten. Oder auch dass hier insgesamt einfach im Alltag mehr Aufgaben anstanden als zuvor. Bei den 68% hingegen, die die Umsetzbarkeit im Alltag im Therapieverlauf höher einschätzten, könnte es, dass sie nach und nach die Logik der Hausaufgaben verstanden und diese ihnen mit der Zeit leichter fielen. So bleibt also offen, ob und inwiefern die Art der Hausaufgaben die Einschätzung der Patientinnen und Patienten beeinflusst. Hier wäre in zukünftigen Studien interessant nachzuhaken, was die jeweiligen Gründe für die Einschätzung der Umsetzbarkeit auf Patientenseite sind.

Aus therapeutischer Sicht wurden die Hausaufgaben zum Großteil wie vereinbart erledigt, die Qualität schätzten sie im Mittel nur als *ausreichend* ein. Die Umsetzung massierter Exposition im therapeutischen Alltag wurde *eher* als praktikabel eingeschätzt. Wenn man genauer hinsieht, wird deutlich, dass die Behandelnden das Therapiemanual zwar für umsetzbar hielten, aber bei dem zeitlichen Aufwand dafür doch sehr gespalten waren. 20% der Therapeutinnen und Therapeuten stimmten der Aussage, der zeitliche Aufwand zur Umsetzung des Manuals sei vertretbar, *ganz und gar nicht* oder *eher nicht* zu und 20% waren unschlüssig. Das bedeutet, dass 60% der Behandelnden mit dem zeitlichen Aufwand einverstanden waren, 40% jedoch nicht. Die Therapeutinnen und Therapeuten gaben teilweise an, dass Patientinnen und Patienten manche Sachverhalte bei In-House-Sitzungen lange nicht verstanden hätten und deswegen mehrere Wiederholungen nötig gewesen seien. Teilweise war die Anfahrt für die Expositionsübungen zeitaufwendig. Unzufriedenheit kam auch auf, wenn die Behandelnden extra mehrere Stunden für die Patientinnen und Patienten blockten, diese dann aber kurzfristig aufgrund von Krankheit et cetera ausfielen.

Die therapeutische Allianz wurde von den Patientinnen und Patienten im Durchschnitt positiver eingeschätzt als von den Therapeutinnen und Therapeuten. Zwischen der Patientensicht und dem Outcome zeigte sich ein Zusammenhang von $r_s = .21$, mit der Therapeutensicht betrug die Korrelation $r_s = .37$. Die *Beziehungszufriedenheit* war bei den Patientinnen und Patienten größer als die *Erfolgszufriedenheit* und auch stabiler in der Einschätzung.

Bei Sichtung der Ergebnisse kommt man zu dem Schluss, dass der Standort der Therapie einen wesentlichen Faktor bei der Umsetzung der massierten Exposition spielt. In Landau ist das Busfahren nicht so problematisch für Patientinnen und Patienten, da die Busse meistens nicht voll besetzt sind und kein wirkliches Engegefühl aufkommt. Stadtbahnen gibt es gar nicht. In Großstädten ist das ganz anders. Also muss bei der Planung beachtet werden, entweder in eine größere Stadt zum Üben zu fahren, was den Zeitaufwand wieder erheblich steigert, oder aber andere Standardübungssituationen zu wählen. Was diesen Punkt betrifft, muss man also die Umgebungsfaktoren mitbetrachten bei eventuellen zukünftigen Vergleichen mit anderen Studien. Der Aufwand der Behandlungsmethode hängt nicht unerheblich mit dieser Planung zusammen.

5. Prädiktoren für den Therapieerfolg bei Panikstörung und Agoraphobie

Das Manual von Lang et al. (2011) wurde erfolgreich in der Routineversorgung umgesetzt (Kapitel 3) und die Akzeptanz erwies sich bei Therapeutinnen und Therapeuten und Patientinnen und Patienten als ausreichend gegeben (Kapitel 4), sodass die Patientinnen und Patienten in den meisten Fällen die Therapie nicht abgebrochen haben und gut davon profitieren konnten. Jedoch wurde deutlich, dass der Zeitaufwand für die zwei Doppelsitzungen pro Woche und die zeitliche Organisation gemeinsamer Zeitfenster zwischen Behandelnden und Behandelten nicht unerheblich sind und nicht zu unterschätzen sind.

Von weiterem Interesse war nun, ob man bei dieser Behandlungsform Prädiktoren für frühe Veränderungen findet, da diese einen besseren Behandlungserfolg versprechen (Crits-Cristoph et al., 2001; Penava et al., 1998) und man somit weiß, für welche Patientinnen und Patienten die Exposition besonders wirksam ist, um die Therapiemethode gezielt einsetzen und den Behandlungserfolg steigern zu können.

5.1 Einleitung

Die Prädiktion früher Veränderungen stellt ein interessantes Forschungsgebiet dar. Expositionsbehandlung ist ein wirksames Verfahren bei Angststörungen (Ruhmland & Margraf, 2001; Cox et al., 1992; Fiegenbaum et al., 1992; Clum et al., 1993; van Balkom et al., 1997; Sanchez-Meca et al., 2010), aber nicht jeder Patient und jede Patientin spricht gleich auf die Therapie an. Es gibt einige Studien, die einen besseren Outcome vorhersagen, wenn sich in der Therapie frühe Veränderungseffekte einstellen (Fairburn et al., 2004, Bulimia nervosa; Beckham, 1989, Depression; Fenell & Teasdale, 1987, Depression; Crits-Cristoph et al., 2001, Angststörungen; Penava et al., 1998, Panikstörung). Eine Frage hierbei lautet, welche Mechanismen dazu führen und woran man eine frühe Veränderung festmachen kann. Basoglu et al. (1994) fanden in ihrer Studie heraus, dass der Behandlungserfolg bei Panikstörung mit Agoraphobie durch eine frühe Reduktion des Vermeidungsverhaltens vorhergesagt werden kann, nicht jedoch durch eine Reduktion der Panikausprägung. Rachman (1999) gibt zu bedenken, dass es bei Panikattacken, im Gegensatz zur Depression, schwer zu sagen sei, ob sich zu Beginn der Behandlung die Symptomatik viel mehr bessere als gegen Therapieende. Wenn innerhalb der ersten vier Wochen die Häufigkeit der Panikattacken von dreimal pro Woche auf einmal pro Woche sinke, könne sie später nicht im selben Maße weiter sinken. Hollon (1999) äußert

außerdem den Einwand, dass häufig die Sitzungen zu Beginn einer Therapie enger getaktet seien als gegen Ende. Somit könne das schnellere Ansprechen auf die Therapie darauf zurückzuführen sein. Ilardi und Craighead (1999) stellen in diesem Zusammenhang die Frage in den Raum, inwiefern das Ansprechen der Patientinnen und Patienten abhängig von der Sitzungsanzahl versus der Behandlungswochen sei. Insgesamt gibt es jedoch immer mehr Studien, die einen positiven Effekt von frühen Veränderungen auf das Therapieergebnis finden. Deswegen ist es spannend zu untersuchen, welche Prädiktoren es für frühe Therapieveränderungen gibt, um die Therapien weiter verbessern und falls die Patientinnen und Patienten auf die Behandlungsmethode nicht früh ansprechen, eine alternative Methode einschlagen zu können (Blackburn & Bishop, 1983). Lutz, Stulz, Smart und Lambert (2007) konnten bei einer amerikanischen Stichprobe als Prädiktoren für frühe Veränderungen depressive und interpersonale Probleme, agoraphobische Symptome und Somatisierung und Probleme im Arbeitsfeld feststellen. Alter, Geschlecht und Familienstand hingegen schienen keinen Einfluss zu haben, dafür aber die Ausgangsbelastung, die Dauer der Problematik und die Einschätzung des GAF (Global assessment of functioning) durch die Behandelnden (Lutz, Martinovich & Howard, 1999). Peikert, Wagner, Tauber, Gruhn und Sobanski (2004, Panikstörung und Agoraphobie) fanden in ihrer Studie heraus, dass sich „ausgeprägte Agoraphobie, stärkere initiale Ängstlichkeit, höhere Depressivität sowie längere Erkrankungsdauer“ negativ auf das Behandlungsergebnis auswirkten.

In der Therapie treten folglich oft schon zu Beginn erste positive Effekte auf. Diese sogenannte *Early Response* ist ein wichtiger Prädiktor für die Voraussage des Behandlungserfolges. Penava et al. (1998) konnten in ihrer Studie bereits nach dem ersten Drittel der Behandlung eine signifikante Reduktion der Symptomatik bei Patientinnen und Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie verzeichnen. Lutz et al. (2014) zeigten auch einen Zusammenhang zwischen einer frühen Verbesserung in der Therapie und dem Behandlungserfolg auf und dass die Patientinnen und Patienten, die in den ersten fünf Sitzungen auf die Therapie ansprechen, signifikant häufiger die Therapie regulär beenden.

Bislang gibt es kaum Studien, die Prädiktoren für den frühen Therapieerfolg bei Panikstörung und Agoraphobie untersuchen. Im Blickfeld sind unter anderem die positive Behandlungserwartung und die Hausaufgaben-Compliance. Die positive Behandlungserwartung (die Annahme der Behandelten über die Folgen der Behandlung) scheint direkten Einfluss auf das Therapieergebnis zu haben (Cohen et al., 2015; Constantino et al., 2011; Glass, Arnkoff & Shapiro, 2001; Greenberg, Constantino & Bruce, 2006; Price & Anderson, 2012). Schulte (2005) erfragte die Behandlungserwartung über den potenziellen Gewinn beziehungsweise die erwarteten Effekte durch die Therapie. Die Metaanalyse von Constantino et al. (2011) zeigt einen kleinen

signifikanten Effekt ($d = 0.24$) zwischen der Behandlungserwartung vor der Therapie und dem Behandlungsergebnis auf. Studien legen den Schluss nahe, dass eine positivere Behandlungserwartung eine höhere Compliance und ein höheres Engagement der Patientinnen und Patienten bewirkt und es somit zu einem größeren Therapieerfolg kommt (Arnkoff et al., 2002, Chambless, Tran & Glass, 1997; Ilardi & Craighead, 1994; Westra et al. 2007).

Hausaufgaben sind in der Kognitiven Verhaltenstherapie ein fester Bestandteil geworden und werden gerade auch bei Konfrontationstherapien zu Übungszwecken genutzt. Hier stellt sich die Frage, ob es darauf ankommt, in welchem Maße die Patientinnen und Patienten ihre Hausaufgaben erledigen. Edelman und Chambless (1993) erhielten in ihrer Studie das Ergebnis, dass agoraphobische Patientinnen und Patienten, die mehr Zeit in ihre Hausaufgaben zwischen den Therapiesitzungen investierten, von einem größeren Rückgang der Erwartungsangst und des Vermeidungsverhaltens berichteten. Der Zeitpunkt, zu dem die Hausaufgaben-Compliance abgefragt wird, scheint einen Einfluss auf den Zusammenhang mit dem Endergebnis zu haben. Die ersten Sitzungen scheinen hierzu eher geeignet zu sein als die letzten (Laguna, Hope, Herbert, 1994; De Araujo, Ito & Marks, 1996).

Westra et al. (2007, Angststörungen) hatten in ihrer Studie den Fokus auf der Beziehung zwischen der Behandlungserwartung, dem frühen Ansprechen auf die Therapie, der Hausaufgaben-Compliance und den Outcomes der Angstsymptome. Dies war die erste Studie, die die frühe Hausaufgaben-Compliance im Zusammenhang mit der Symptomveränderung über die KVT untersuchte. Westra et al. (2007) untersuchten zwei Hypothesen: zum einen, ob die frühe Hausaufgaben-Compliance ein Mediator zwischen der Behandlungserwartung und der Anfangssymptomatik ist und zum anderen, ob eine anfängliche Veränderung in den Symptomen ein Mediator zwischen Hausaufgaben-Compliance und Behandlungsergebnis der Gruppen-KVT ist. Sie fanden als Prädiktoren für die frühe Veränderung die Compliance der Patientinnen und Patienten, die Hausaufgaben zu erledigen und die positive Erwartungshaltung, dass sich die Angst bessern werde. Bei Patientinnen und Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie fungierte die Hausaufgaben-Compliance als Mediator zwischen positiver Behandlungserwartung und Therapieerfolg. Dies bedeutet, dass es erst durch die Bearbeitung der Hausaufgaben zu einem Behandlungserfolg kommt und die positive Behandlungserwartung alleine nicht ausreicht. Dies wird auch in der Metaanalyse von Kazantzis et al. (2010) belegt. So verbesserten sich hier 62% der Behandelten durch die Hausaufgabenerledigung und nur 38% der Behandelten ohne Hausaufgaben. Mausbach et al. (2010) geben zu bedenken, dass der Einfluss davon abhängt, wer die Hausaufgaben beurteilt: Behandelnde oder Behandelte.

Das vorliegende Kapitel legt den Fokus darauf, die Ergebnisse von Westra et al. (2007) in modifizierter Form in der ambulanten Versorgungspraxis zu überprüfen, um Aussagen für den Therapiealltag validieren zu können und zu kontrollieren. Es wurde untersucht, ob es bei Patientinnen und Patienten mit einer hohen Hausaufgaben-Compliance und einer positiven Behandlungserwartung vor Beginn der Therapie zu einer frühen Reduktion der Panik-Symptomatik kommt. Zudem wurde geprüft, ob frühe Veränderungen durch die Compliance und Behandlungserwartung beeinflusst wurden. Katharina Senger (2016) hat in ihrer Masterarbeit dieses Thema der Prädiktion (Kapitel 5) des Forschungsprojektes in Landau beleuchtet und die Ergebnisse des Vergleichs zu Westra et al. (2007) dargestellt.

5.2 Methode

Im folgenden Kapitel ist von Interesse, welche Prädiktoren frühe Veränderungseffekte voraussagen, insbesondere werden die Behandlungserwartung und die Hausaufgaben-Compliance ins Auge gefasst und in Bezug zu Westra et al. (2007) verglichen. Es wird davon ausgegangen, dass es frühe Veränderungseffekte nach fünf Therapiestunden in der PAS und im AKV-MI gibt, die durch die Compliance mit den Hausaufgaben, durch die positive Behandlungserwartung vor Therapiebeginn (Westra et al., 2007) und durch agoraphobische Symptome (Lutz et al., 2007) vorhergesagt werden können. Es wird eine Überprüfung der Studie von Westra et al. (2007) in modifizierter Form im massierten Setting in Einzeltherapie nach einem spezifischen Manual (Lang et al., 2011) und mit homogener Stichprobe angestrebt. Der Fokus liegt darauf, ob es trotz homogener Stichprobe (diagnostiziert mittels SKID) Indikatoren für den Behandlungsverlauf gibt.

Westra et al. (2007) untersuchten vor Behandlungsbeginn die Behandlungserwartung und die frühe Hausaufgaben-Compliance in Zusammenhang mit der frühen und der gesamten Veränderung. Sie führten eine kognitive Gruppentherapie für Angst, bestehend aus 10 Sitzungen, durch. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mussten die Kriterien von mindestens einer der folgenden Angststörungen erfüllen: Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie, Soziale Phobie oder Generalisierte Angststörung. Sie erhoben als Outcomekriterium katastrophisierende Bewertungen mit dem Anxiety Sensitivity Index (ASI; Peterson & Reiss, 1992). Diese erfasst neben den angstbezogenen Kognitionen auch Merkmale der Panikattacken, das Vermeidungsverhalten und Einschränkungen im Alltag durch die Panikstörung. Westra et al. (2007) nahmen die Anxiety Change Expectancy Scale (ACES; Dozois & Westra, 2005) zur Einschätzung der Behandlungserwartung der Patientinnen und Patienten. Die Ergebnisse von Westra et al. (2007) waren folgende: Die frühe Hausaufgaben-Compliance medierte den Zusammenhang zwischen der

positiven Behandlungserwartung vor Beginn der Therapie und der frühen Veränderung in der Therapie. Die Verbesserung der kognitiven Symptome zu Beginn mediieren den Zusammenhang zwischen der Hausaufgaben-Compliance und dem Behandlungsergebnis.

In vorliegender Studie wurde die Durchführung abgeändert. Es wurden nur Patientinnen und Patienten mit einer Panikstörung und Agoraphobie eingeschlossen und Einzeltherapie durchgeführt. Als Outcomekriterium wurde in vorliegender Studie die PAS (Bandelow, 1997) statt des ASI verwendet. Denn die PAS erfasst neben den angstbezogenen Kognitionen auch Merkmale der Panikattacken, das Vermeidungsverhalten und Einschränkungen im Alltag durch die Panikstörung. Zur Einschätzung der Behandlungserwartung der Patientinnen und Patienten wurde in vorliegender Studie der PATHEV von Schulte (2005) statt der ACES genutzt. Inhaltlich sind die beiden Instrumente ähnlich. Der PATHEV wird im deutschen Sprachraum häufiger verwendet. Im Gegensatz zu Westra et al. (2007) wurde schließlich in vorliegender Studie nicht nur die Hausaufgaben-Compliance der zweiten Sitzung in der Regressionsanalyse erfasst, sondern auch der Mittelwert der ersten fünf Sitzungen herangezogen, um einen robusteren Vorhersagewert zu erhalten. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden wie bei Westra et al. (2007) nur die Daten der Completer herangezogen.

Als Completer wurden Patientinnen und Patienten eingestuft, wenn sie alle 12 Therapiesitzungen durchliefen und die Therapie regulär beendet wurde. Nicht regulär beendete Therapien zählen als Abbruch.

5.2.1 Instrumente zur Erhebung der abhängigen Variablen.

PATHEV (Patient Questionnaire on Therapy Expectation and Evaluation)

Der PATHEV von Schulte (2005) ist ein reliabler und valider Fragebogen zur Erfassung der Behandlungserwartung eines Patienten oder einer Patientin, der mittels fünf-stufiger Likert-Skala von 0 *stimmt überhaupt nicht* bis 4 *stimmt vollkommen* die Erfolgserwartung der Patientinnen und Patienten abfragt. Die Werte der vier Items (*Ich befürchte, dass mir auch durch Psychotherapie nicht geholfen werden kann.*, *Ich glaube, dass meine Probleme jetzt endlich gelöst werden können.*, *Auch durch die Therapie wird sich wohl an meinen Problemen nicht viel ändern.*, *Genau genommen bin ich eher skeptisch, ob die Therapie mir helfen kann.*) werden gemittelt. Cronbachs α für die Skala „Hoffnung auf Verbesserung“ liegt bei 0.89. In der vorliegenden Studie erreichte $\alpha = .92$.

Compliance mit den Hausaufgaben aus Sicht der Patientinnen und Patienten

Die Hausaufgaben in den ersten drei Sitzungen waren ein Angsttagebuch, die Lebenslinie, der Teufelskreis der Angst et cetera. Nach den Sitzungen 4 und 5 war Hausaufgabe, die interozeptive Exposition zuhause alleine durchzuführen. Ab Sitzung 6 war jeweils Aufgabe, die Expositionssituationen noch zwei mal bis zur nächsten Sitzung allein durchzuführen. Die Patientinnen und Patienten wurden gefragt, wie umsetzbar die Anforderungen der Therapie in ihrem Alltag seien und für wie wahrscheinlich sie es hielten, dass sie diese Aufgabe(n) wie besprochen erledigen. Die Patientinnen und Patienten beurteilten direkt nach jeder Sitzung ihre Hausaufgaben-Compliance für den Zeitraum von der letzten bis zur aktuellen Sitzung mittels folgender Items (*In welchem Ausmaß haben Sie die Hausaufgabe(n) erledigt?, Wie schwer ist Ihnen die Erledigung der Hausaufgabe(n) gefallen?, Wie gut ist es Ihnen gelungen, diese Hausaufgabe(n) so wie besprochen umzusetzen?, Wie umsetzbar sind die Anforderungen der Therapie in Ihrem Alltag?, Wie hilfreich fanden Sie die Aufgabe(n) in Bezug auf die Bewältigung Ihres Problems?*). Die Antwort auf die Fragen erfolgte auf einer Skala von 1 *gar nicht* bis 7 *sehr*. Die Werte auf den beiden Items *In welchem Ausmaß haben Sie die Hausaufgabe(n) erledigt?* und *Wie hilfreich fanden Sie die Aufgabe(n) in Bezug auf die Bewältigung Ihres Problems?* wurden gemittelt. Dieser Mittelwert erwies sich in der vorliegenden Untersuchung als reliabel (Cronbachs $\alpha = .87$).

5.2.2 Auswertungsmethode.

Die Analysen gliedern sich jeweils in zwei Teile auf. Zuerst wurde versucht, die einzelnen Schritte des Studiendesigns von Westra et al. (2007) zu übernehmen. Hierzu wurde der Mittelwert der Hausaufgaben-Compliance zur zweiten Sitzung in die multiple Regressionsanalyse aufgenommen und nur die Items der Subskala *Antizipatorische Angst* der PAS einbezogen, um sich dem Konzept der frühen Veränderung und des Behandlungsergebnisses von Westra et al. (2007), dem ASI (Peterson & Reiss, 1992), so gut es geht anzunähern. Die Ausprägung der Symptomatik *Antizipatorische Angst* zum Zeitpunkt T1 wurde als Kontrollvariable in das Modell hinzugefügt.

Anschließend wurden die Analysen ausgeweitet. Die Hausaufgaben-Compliance wurde aus dem Mittelwert der Sitzungen 1 bis 5 berechnet. Die Hausaufgaben-Compliance in den ersten Sitzungen scheint einen höheren Zusammenhang zum Outcome zu haben als zu einem späteren Zeitpunkt (Glenn et al., 2013; Addis & Jacobson, 2000; Leung & Heimberg, 1996). Um nicht einer bestimmten Sitzung besondere Bedeutung beizumessen, wurde der Mittelwert aus den ersten

fünf Sitzungen verwendet. Für die frühe Veränderung wurde der komplette PAS-Summenscore herangezogen statt nur der Skala *Antizipatorische Angst*, da die Beeinträchtigung der Patientinnen und Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie durchaus weitgreifender ist als die Angst vor körperlichen Symptomen. Die PAS fragt zum Beispiel zusätzlich auch Vermeidungsverhalten und die Schwere von Panikattacken ab. Für die frühe Veränderung wurde die Differenz des PAS-Wertes von Sitzung 5 zu T0 herangezogen und für den Behandlungserfolg der Differenzwert des PAS-Wertes von T2 zu T0. Die Differenz gibt die direkte Veränderung an und kann somit ohne Probleme herangezogen werden (Schulte, 1993). Durch die Auswertungsmodifikation im Vergleich zu Westra et al. (2007) wird ein positiver Zusammenhang zwischen der positiven Behandlungserwartung und der frühen Veränderung sowie zwischen der Hausaufgaben-Compliance und der frühen Veränderung erwartet, da eine höhere Differenz eine größere Symptomreduktion bedeutet.

Es wurde schrittweise eine moderierte Regressionsanalyse durchgeführt. Zur Überprüfung der Mediatorhypothesen wurde die Monte-Carlo-Methode (MacKinnon, Lockwood & William, 2004) herangezogen, um Supressoreffekte zu vermeiden, die nach der häufig genutzten Methode von Baron und Kenny (1986) auftreten können. Westra et al. (2007) gingen nach der Methode von Baron und Kenny (1986) vor.

In Anlehnung an Westra et al. (2007) wurde zur Analyse der frühen Veränderung die Definition des *Early Response* herangezogen: Die Therapiesitzung, in der sich der Summenwert der PAS um mindestens eine Standardabweichung im Vergleich zum Ausgangswert reduziert.

5.2.3 Bedingungsprüfung und Schätzmethode.

Stichprobengröße

Insgesamt liegen für 23 Patientinnen und Patienten aus Landau und 23 Personen aus der Studie von Westra et al. (2007) Informationen vor. Bei der Signifikanztestung der Regressionsanalysen werden wegen der kleinen Stichprobengröße sowohl das 95%-Konfidenzintervall, wie auch das 95%-Bootstrapping-Konfidenzintervall angegeben, um eine robuste Schätzung zu erhalten. Mit dieser Methode kann man auch ein Konfidenzintervall aufstellen, wenn die Stichprobenverteilung nicht spezifiziert ist.

Prüfung auf Normalverteilung

Die Prüfung mittels Shapiro-Wilk-Test zeigte, dass zu allen drei Messzeitpunkten (T0, T1, T2) die Messwerte der PAS-Skala normalverteilt waren ($p \geq .096$). Die grafische Prüfung mittels Q-Q-

Plot bestätigte dies. Alle Datenpunkte lagen im Konfidenzintervall. Für die Landauer Stichprobe gab es keine extremen Werte (siehe Abbildung 8).

5.3 Ergebnisse

5.3.1 Stichprobenbeschreibung und –vergleich.

Die 23 Completer aus Landau (Tabelle 1) waren im Schnitt 36 Jahre alt ($SD = 14.19$). Zu 73.91% waren diese weiblich. Schon mehr als zwei Jahre litten 54.55% der Patientinnen und Patienten an der Angststörung. Die Kriterien für mindestens eine weitere psychische Störung erfüllten 60.87% der Patientinnen und Patienten. Die Stichprobe der Patientinnen und Patienten bei Westra et al. (2007), die die Kriterien einer Panikstörung mit Agoraphobie erfüllten, umfasste ebenfalls 23 Patientinnen und Patienten (Tabelle 20). Hier betrug das Durchschnittsalter 43.48 Jahre ($SD = 9.45$), 65% waren weiblich und 78% hatten mindestens eine weitere psychische Störung. Die beiden Stichproben sind also demografisch gut miteinander vergleichbar.

Tabelle 20

Stichprobencharakteristika der Panikpatientinnen und –patienten des Westra-Artikels

<i>Completer (N = 23)</i>	
Alter (Mittelwert)	43.48
	%
Geschlecht	
Weiblich	65
Männlich	35
Familienstand	
Ledig	35
Verheiratet	44
geschieden	21
Erwerbstätigkeit	
Ja	48
Nein	52
Komorbiditäten	
Eine oder mehr	78

5.3.2 Effektgröße und Outcome.

Die Effektstärke nach Cohen (1988) lag bei $d = 1.88$, woran man eine deutliche Verbesserung in der PAS und somit in der Paniksymptomatik ablesen kann.

In Tabelle 21 kann man eine signifikante Reduktion in der PAS von der Baseline-Messung zum Zeitpunkt der frühen Veränderung ($t(22) = -5.18, p = .00$), wie auch vom Zeitpunkt der frühen Veränderung zum Ende der Behandlung ablesen ($t(22) = -5.80, p = .00$). Auch die Werte des ACQ zeigen von der Baseline zum Ende der Behandlung eine signifikante Verbesserung auf ($t(21) = -3.81, p = .00$).

Tabelle 21
Mittelwerte und Standardabweichungen der Messverfahren zu den verschiedenen Messzeitpunkten

Messverfahren	Baseline		Zeitpunkt der frühen Veränderung		Post-KVT	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
PAS	29.22	8.79	22	8.51	10.91	7.86
PATHEV	3.26	0.90				
Hausaufgaben Compliance			5.41	1.37	5.68	2.14
ACQ	2.27	0.58			1.90	0.57

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, KVT = Kognitive Verhaltenstherapie, PAS = Panik- und Agoraphobieskala, PATHEV = Patient Questionnaire on Therapy and Evaluation; ACQ = Agoraphobia Cognitions Questionnaire

5.3.3 Early Response.

Eine frühe Veränderung im Therapieverlauf wurde von 19 Patientinnen und Patienten erzielt. Im Durchschnitt war diese in Sitzung 5.11 ($SD = 2.94$) zu beobachten. 11 der 19 Patientinnen und Patienten mit einer Early Response im Therapieverlauf zeigten diese vor oder in der fünften Therapiesitzung. Bei vier Patientinnen und Patienten wurde im Verlauf keine Reduktion der Ausgangssymptomatik um eine Standardabweichung festgestellt. Für diese wurde in der Analyse der frühen Veränderung der PAS-Summenscore aus der fünften Sitzung verwendet. Dieselbe Methode warden Westra et al. (2007) auch an.

Abbildung 18 zeigt die Symptomausprägung der PAS über die Sitzungen hinweg getrennt für die Patientinnen und Patienten mit früher Veränderung in den ersten fünf Sitzungen ($N=11$) und Patientinnen und Patienten mit Verbesserung um eine Standardabweichung nach der fünften Sitzung ($N=12$).

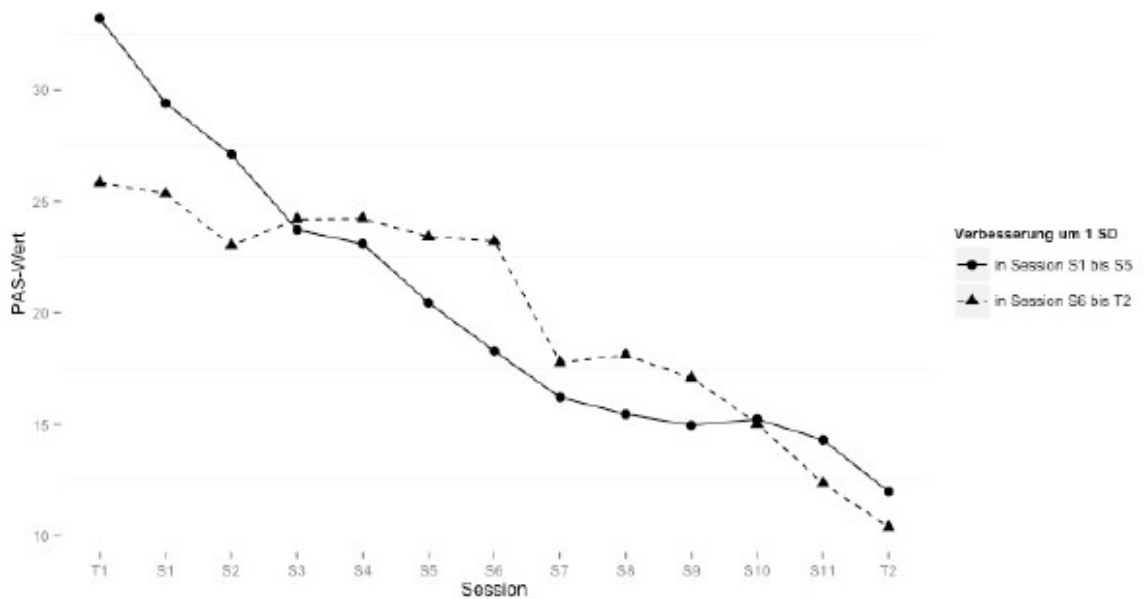


Abbildung 18. PAS-Symptomausprägung über die Behandlung hinweg.

Anmerkungen. PAS = Panik- und Agoraphobieskala (Bandelow, 1997)

5.3.4 Hausaufgaben-Compliance, Behandlungserwartung und frühe Veränderung im Vergleich zu Westra et al. (2007).

Zunächst war von Interesse, ob die Hausaufgaben-Compliance den Zusammenhang zwischen der Behandlungserwartung der Behandelten und der frühen Veränderung mediert. Hierzu wurde als erstes der Mittelwert der Hausaufgaben-Compliance nach der zweiten Sitzung in der multiplen Regressionsanalyse verwendet und nur die Items der Subskala *Antizipatorische Angst* der PAS als abhängige Variablen betrachtet, um der Durchführung von Westra et al. (2007) möglichst nahe zu kommen. Zusätzlich wurde der Summenwert der Skala *Antizipatorische Angst* zur Baseline als Kontrollvariable genutzt.

Zur Überprüfung der Multikollinearität wurde der Varianz-Inflations-Faktor (VIF) bestimmt. Je größer der VIF, desto stärker sind die Hinweise auf Multikollinearität. Werte über 10 werden als „zu hoch“ eingestuft (Eid et al., 2010). Für die positive Behandlungserwartung ergab sich ein VIF von 1.11, für die Hausaufgaben-Compliance ein VIF von 1.33 und für die PAS zur Baseline lag der VIF bei 1.26. Ein Multikollinearitätsproblem lässt sich somit ausschließen.

Die Regressionsanalyse (Tabelle 22) konnte nicht bestätigen, dass die positive Behandlungserwartung keinen signifikanten Zusammenhang mehr mit der frühen Veränderung hat, wenn die Hausaufgaben-Compliance in das Modell mit aufgenommen wurde. Patientinnen

und Patienten mit einer höheren positiven Behandlungserwartung vor Therapiebeginn hatten eine höhere Hausaufgaben-Compliance ($a = 0.235$), doch wurde der Zusammenhang auch im 95%-Bootstrap-Konfidenzintervall nicht signifikant ($-0.106, 0.450$). Modell 2 testet, ob die positive Behandlungserwartung einen Einfluss auf das Erleben einer frühen Veränderung hat ($c = 0.354$). Im 95%-Bootstrap-Konfidenzintervall wird dieser Test signifikant ($0.095, 0.606$), aber in einer anderen Richtung als vermutet. So haben Patientinnen und Patienten mit einer hohen positiven Behandlungserwartung zum Zeitpunkt der frühen Veränderung einen höheren Summenscore bei den Items der *Antizipatorischen Angst*. In Modell 3 mit der Hausaufgaben-Compliance als Mediator ist dieser Zusammenhang auch vorhanden ($c2 = 0.371$). Durch Hinzunahme der Hausaufgaben-Compliance als Mediator von Modell 2 zu Modell 3 wird nicht mehr Varianz aufgeklärt ($F(1,18) = 0.08, p = .78$). Auch das Bootstrap-Konfidenzintervall wurde nicht signifikant, weswegen die erste Hypothese zurückgewiesen wurde.

Zusätzlich wurde die Subskala *Körperliche Krise* des ACQ als abhängige Variable statt der *Antizipatorischen Angst* genutzt. Hier konnte aber die frühe Veränderung nicht berücksichtigt werden, da dieser Fragebogen nur zur Baseline und zum Therapieabschluss erhoben wurde. Es wurde getestet, ob die Hausaufgaben-Compliance nach der zweiten Sitzung den Zusammenhang zwischen der positiven Behandlungserwartung und dem Therapieerfolg in der Skala *Körperliche Krise* mediiert. Auch hier wurde der Varianzinflationsfaktor berechnet, um eine eventuelle Multikollinearität aufzudecken. Der VIF für die positive Behandlungserwartung liegt bei 1.13, für die Hausaufgaben-Compliance bei 1.13 und für die Symptomatik bei Therapiebeginn bei 1.00. Somit besteht auch hier kein Multikollinearitätsproblem. In der Zusatzanalyse wurde der Zusammenhang zwischen der positiven Behandlungserwartung und der Hausaufgaben-Compliance nicht signifikant ($a = 0.264, KIu = -0.213, KIo = 0.516$). Auch der Zusammenhang zwischen der positiven Behandlungserwartung und dem Gesamtergebnis war nicht signifikant ($c = -0.284, KIu = -0.487, KIo = 0.068$). Die Hausaufgaben-Compliance erklärte als Mediator keine weitere Varianz ($F(1,16) = 0.01, p = .91$). Auch der indirekte Effekt ($ab = -0.006$) wurde bei der Monte-Carlo-Methode nicht signifikant. ($KIu = -0.137, KIo = 0.118$).

Tabelle 22

Determinationskoeffizient, standardisierte und unstandardisierte Regressionsgewichte und Modelltests für die Prüfung der ersten Mediationshypothese

Prädiktor	R ²	F	β	B	t	95%-KI		95%-Bootstrap-KI	
						KIu	KIo	KIu	KIo
Modell 1: AV Hausaufgaben Compliance									
Baseline-Symptomatik	.17	(1,20)=4.14	-.41	-0.15	-2.04	-0.30	0.00	-0.26	-0.03
Positive Behandlungserwartung	.25	(2,19)=3.17	.28	0.23	1.41	-0.11	0.58	-0.11	0.45
Modell 2: AV Early Response									
Baseline-Symptomatik	.00	(1,20)=0.03	-.04	-0.01	-0.18	-0.18	0.15	-0.15	0.12
Positive Behandlungserwartung	.18	(2,19)=2.12	.43	0.35	2.05	-0.01	0.72	0.10	0.61
Modell 3: AV Early Response									
Baseline-Symptomatik			-.10	-0.04	-0.43	-0.21	0.14	-0.20	0.10
Positive Behandlungserwartung	.19	(3,18)=1.37	.45	0.37	1.99	-0.02	0.76	0.10	0.69
Hausaufgaben-Compliance			-.07	-0.07	-0.28	-0.58	0.45	-0.67	0.37

Anmerkungen. Hausaufgaben-Compliance = Mittelwert der 2. Sitzung; Baseline-Symptomatik = Summenwert der Subskala „Antizipatorische Angst“ auf der PAS; Early Response = Summenwert der Subskala *Antizipatorische Angst* auf der PAS nach S5; R² = erklärte Varianz; β = standardisiertes Regressionsgewicht beta; B = unstandardisiertes Regressionsgewicht beta; t = Überprüfung der statistischen Hypothese anhand der t-Verteilung; 95%-KI = 95%-Konfidenzintervall; 95%- Bootstrap -KI = 95%-Bootstrapping Konfidenzintervall; KIu = Untere Grenze des 95%-Konfidenzintervalles; KIo = Obere Grenze des 95%-Konfidenzintervalles.

Erweiterung zu Westra et al. (2007)

Als nächstes wurde für die Hausaufgaben-Compliance der Mittelwert der Sitzungen 1 bis 5 genutzt. Der Gesamtsummenscore der PAS wurde als abhängige Variable eingesetzt. Für die frühe Veränderung wurde die Differenz im PAS-Wert von der fünften Sitzung minus der ersten Sitzung genutzt. Der Varianzinflationsfaktor betrug hier für die positive Behandlungserwartung und die Hausaufgaben-Compliance 1.41, weswegen ein Multikollinearitätsproblem ausgeschlossen werden kann. Tabelle 23 stellt die Ergebnisse der Regressionsanalyse zusammenfassend dar. Die lineare Regression zeigt, dass Patientinnen und Patienten mit einer höheren positiven Behandlungserwartung auch eine höhere Hausaufgaben-Compliance aufweisen ($a = 0.410$, $KIu = 0.215$, $KIo = 0.819$), aber Patientinnen und Patienten mit einer höheren positiven Behandlungserwartung zeigten nicht signifikant öfter eine frühe Veränderung ($c = -1.586$, $KIu = -5.348$, $KIo = 1.827$). In Modell 3 mit der Hausaufgaben-Compliance als Mediator wurde dieser Zusammenhang auch nicht signifikant ($c' = -1,670$; $KIu = -6.221$, $KIo = 2.233$). Durch Hinzunahme der Hausaufgaben-Compliance als Mediator in das Modell kann nicht mehr Varianz in der AV erklärt werden ($F(1,19) = 0.01$, $p = .94$). Das 95%-Bootstrap-Intervall um den

indirekten Effekt ($ab = 0.084$) zeigt, dass der indirekte Effekt nicht signifikant ist, da das Intervall die Null mit einschließt (-1.180, 1.488).

Tabelle 23

Determinationskoeffizient, standardisierte und unstandardisierte Regressionsgewichte und Modelltests für die Prüfung der ersten Mediationshypothese mit Erweiterung

Prädiktor	R ²	F	β	B	t	95%-KI		95%-Bootstrap-KI	
						KIu	KIo	KIu	KIo
Modell 1: AV Hausaufgaben Compliance									
Positive Behandlungserwartung	.29	(1,20)=8.16	.54	0.41	2.86	0.11	0.71	0.22	0.82
Modell 2: AV Early Response									
Positive Behandlungserwartung	.04	(1,20)=0.89	-.21	-1.59	-0.94	-5.10	1.93	-5.35	1.83
Modell 3: AV Early Response									
Positive Behandlungserwartung	.04	(2,19)=0.42	-.22	-1.67	-0.81	-5.96	2.62	-6.22	2.23
Hausaufgaben-Compliance			.02	0.20	0.08	-5.43	5.84	-4.59	4.73

Anmerkungen. Hausaufgaben-Compliance = Mittelwert der Sitzungen 1-5; Early Response = Differenzwert in der PAS aus den Sitzungen T1-S5; R² = erklärte Varianz; β = standardisiertes Regressionsgewicht beta; B = unstandardisiertes Regressionsgewicht beta; t = Überprüfung der statistischen Hypothese anhand der t-Verteilung; 95%-KI = 95%-Konfidenzintervall; 95%- Bootstrap -KI = 95%-Bootstrapping-Konfidenzintervall; KIu = Untere Grenze des 95%-Konfidenzintervalles; KIo = Obere Grenze des 95%-Konfidenzintervalles.

5.3.5 Hausaufgaben-Compliance, frühe Veränderung und Therapieergebnis.

Um Westra et al. (2007) auch möglichst in der Fragestellung zu überprüfen, ob eine frühe Veränderung den Zusammenhang zwischen der Hausaufgaben-Compliance und dem Therapieergebnis mediiert, wurde die Hausaufgaben-Compliance nach der zweiten Sitzung herangezogen und nur die Items der Subskala *Antizipatorische Angst* der PAS genutzt. Es wurde kontrolliert, ob die Symptomatik zu Beginn einen Einfluss hat. Auch in dieser Testung lag keine Multikollinearität vor (Hausaufgaben-Compliance 1.86, Early Response 1.02, Symptomatik zu T1 1.17). Auch die zweite Hypothese wurde zurückgewiesen und somit konnten die Ergebnisse von Westra et al. (2007) auch hier nicht bestätigt werden (siehe Tabelle 24). Weder der Einfluss der Hausaufgaben-Compliance auf die Early Response ($a = 0.152$, $KIu = -0.366$, $KIo = 0.564$) noch der Zusammenhang zwischen der Hausaufgaben-Compliance und dem Therapieergebnis ($c = 0.081$, $KIu = -0.313$, $KIo = 0.491$) wurden signifikant. Die frühe Veränderung als Mediator brachte keine zusätzliche Varianzaufklärung im Modell 3 mit sich ($F(1,19) = 0.22$, $p = .64$). Auch

mittels 95%-Bootstrap-Intervall (-0.073, 0.130) wurde der geschätzte indirekte Effekt ($ab = 0.013$) nicht signifikant.

Tabelle 24

Determinationskoeffizient, standardisierte und unstandardisierte Regressionsgewichte und Modelltests für die Prüfung der zweiten Mediationshypothese

Prädiktor	R ²	F	β	B	t	95%-KI		95%-Bootstrap-KI	
						KIu	KIo	KIu	KIo
Modell 1: AV Early Response									
Baseline-Symptomatik	.00	(1,21)=0.00	-.01	-0.00	-0.03	-0.17	0.16	-0.14	0.13
Hausaufgaben-Compliance	.02	(2,10)=0.20	.15	0.15	0.63	-0.35	0.65	-0.37	0.56
Modell 2: AV Gesamt-Outcome									
Baseline-Symptomatik	.16	(1,21)=4.09	.40	0.12	2.02	-0.00	0.25	0.02	0.24
Hausaufgaben-Compliance	.17	(2,20)=2.06	.10	0.08	0.44	-0.31	0.47	-0.31	0.49
Modell 3: AV Gesamt-Outcome									
Baseline-Symptomatik			.43	0.13	1.94	-0.01	0.28	0.01	0.29
Hausaufgaben-Compliance	.18	(3,19)=1.39	.08	0.07	0.36	-0.33	0.47	-0.35	0.51
Early Response			.10	0.08	0.47	-0.29	0.45	-0.23	0.41

Anmerkungen. Hausaufgaben-Compliance = Mittelwert der 2. Sitzung; Baseline-Symptomatik = Summenwert der Subskala *Antizipatorische Angst* auf der PAS; Early Response = Summenwert der Subskala *Antizipatorische Angst* auf der PAS nach S5; Gesamt-Outcome = Summenwert der Subskala *Antizipatorische Angst* auf der PAS nach T2; R² = erklärte Varianz; β = standardisiertes Regressionsgewicht beta; B = unstandardisiertes Regressionsgewicht beta; t = Überprüfung der statistischen Hypothese anhand der t-Verteilung; 95%-KI = 95%-Konfidenzintervall; 95%-Bootstrap -KI = 95%-Bootstrapping-Konfidenzintervall; KIu = Untere Grenze des 95%-Konfidenzintervalles; KIo = Obere Grenze des 95%-Konfidenzintervalles.

Erweiterung zu Westra et al. (2007)

Auch bei der zweiten Hypothese wurde eine Erweiterung der Testung herangezogen. Hier war die Hausaufgaben-Compliance wieder der Mittelwert aus den Sitzungen 1 bis 5 und es wurde der Gesamtsummenscore der PAS statt nur der Subskala verwendet. Für die frühe Veränderung wurde die Differenz aus den PAS-Werten von der fünften Sitzung minus die erste Sitzung genommen und als Behandlungserfolg wurde der Differenzwert des Gesamtsummenscores der PAS von T2 minus T0 herangezogen. Der Varianzinflationsfaktor beträgt für die Hausaufgaben-Compliance und die frühe Veränderung 1.00, weswegen ein Multikollinearitätsproblem ausgeschlossen wurde.

Die lineare Regression zeigt (siehe Tabelle 25), dass eine höhere Hausaufgaben-Compliance keinen Early Response vorhersagt ($a = -0.650$, $KIu = -4.491$, $KIo = 3.310$) und der Zusammenhang zwischen der Hausaufgaben-Compliance und der Symptomatik zum

Therapieende nicht signifikant ist ($c = 0.302$, $KIu = -4.742$, $KIo = 6.730$). Die frühe Veränderung als Mediator korrelierte signifikant mit der AV ($b = 0.682$, $KIu = 0.120$, $KIo = 1.171$). Der Einfluss der Hausaufgaben-Compliance auf das Behandlungsergebnis bleibt nicht signifikant ($c' = 0.746$, $KIu = -4.294$, $KIo = 6.792$). Durch die Aufnahme der frühen Veränderung als Mediator wird signifikant mehr Varianz in der AV erklärt ($F(1,20) = 5.69$, $p = .03$). Der indirekte Effekt ($ab = -0.443$) bleibt weiterhin nicht signifikant, da das 95%-Bootstrap-Intervall die Null mit einschließt (-3.640, 2.525).

Tabelle 25

Determinationskoeffizient, standardisierte und unstandardisierte Regressionsgewichte und Modelltests für die Prüfung der zweiten Mediationshypothese mit Erweiterung

Prädiktor	R ²	F	β	B	t	95%-KI		95%-Bootstrap-KI	
						KIu	KIo	KIu	KIo
Modell 1: AV Early Response									
Hausaufgaben Compliance	.00	(1,21)=0.09	-.07	-0.65	-0.31	-5.04	3.74	-4.49	3.31
Modell 2: AV Gesamt-Outcome									
Hausaufgaben Compliance	.00	(1,21)=0.01	0.2	0.30	0.10	-6.06	6.66	-4.74	6.73
Modell 3: AV Gesamt-Outcome									
Hausaufgaben Compliance	.22	(2,20)=2.85	.05	0.75	0.27	-5.04	6.53	-4.29	6.79
Early Response			.47	0.68	2.39	0.09	1.28	0.12	1.17

Anmerkungen. Hausaufgaben-Compliance = Mittelwert der Sitzungen 1-5; Early Response = Differenzwert in der PAS aus den Sitzungen T1-S5; Gesamt-Outcome = Differenzwert in der PAS aus den Sitzungen T1-T2; R² = erklärte Varianz; β = standardisiertes Regressionsgewicht beta; B = unstandardisiertes Regressionsgewicht beta; t = Überprüfung der statistischen Hypothese anhand der t-Verteilung; 95%-KI = 95%-Konfidenzintervall; 95%-Bootstrap -KI = 95%-Bootstrapping-Konfidenzintervall; KIu = Untere Grenze des 95%-Konfidenzintervalles; KIo = Obere Grenze des 95%-Konfidenzintervalles.

5.4 Diskussion

Die Ergebnisse dieses Kapitels bringen eine neue Sichtweise auf den bisherigen Forschungsstand. Man kann nach vorliegender Studie vermuten, dass die Hausaufgaben-Compliance von Patientinnen und Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie in der KVT kein primärer Prädiktor für den Behandlungserfolg ist, sondern dass weitere Faktoren den Erfolg mitbedingen. Westra et al. (2007) fanden in ihrer Studie heraus, dass die Hausaufgaben-Compliance den Zusammenhang zwischen der Behandlungserwartung und der frühen Veränderung medierte. Außerdem medierte die anfängliche Verbesserung den Zusammenhang zwischen der Hausaufgaben-Compliance und dem Gesamt-Outcome. Diese beiden Hypothesen

konnten in vorliegender Studie mittels Regressionsanalysen nicht bestätigt werden – weder in der Berechnung, die an Westra et al. (2007) angelehnt war noch in der Erweiterung mit der Modifikation der Definitionen der Hausaufgaben-Compliance und der frühen Veränderung. Die Definitionen von Westra et al. (2007) schienen etwas eng gefasst zu sein. Die Hausaufgaben-Compliance wurde nur zur zweiten Sitzung erfasst und für die frühe Veränderung der ASI herangezogen. In vorliegender Studie wurde für die Hausaufgaben-Compliance der Mittelwert der ersten fünf Sitzungen herangezogen, um nicht einer Sitzung besondere Bedeutung beizumessen und einen stabileren Vorhersagewert zu bekommen. Die frühe Veränderung wurde auf den Gesamtsummenscore der PAS ausgeweitet, um nicht nur die Antizipatorische Angst, sondern auch die anderen Aspekte der Störung, wie Häufigkeit und Schwere der Panikattacken, Vermeidung und Einschränkungen in verschiedenen Bereichen des Lebens, miteinzubeziehen.

Dass die Ergebnisse von Westra et al. (2007) nicht bestätigt werden konnten, kann durch mehrere Gründe bedingt sein. Zunächst wurde in vorliegender Studie das Design nicht genau so übernommen, sondern statt der Gruppentherapie Einzeltherapie herangezogen und auch nur eine homogene Stichprobe an Patientinnen und Patienten genommen, die alle die Diagnosekriterien für Panikstörung mit Agoraphobie erfüllten. Somit wurden darüber hinaus keine anderen Angststörungen mit einbezogen. Bei Westra et al. (2007) waren die Therapeutinnen und Therapeuten bezüglich der Hausaufgaben-Ratings und der Werte der Fragebögen blind. In vorliegender Studie war dies nicht ganz der Fall. Zum einen schätzten nicht nur die Patientinnen und Patienten die Hausaufgaben-Compliance ein, sondern auch die Therapeutinnen und Therapeuten und zum anderen wurden die Werte in den Fragebögen nicht direkt besprochen oder in der Therapie verwendet, aber sie waren theoretisch für die Therapeutinnen und Therapeuten zugänglich. Auch war die Verblindung in der Versorgungspraxis nicht so gut durchführbar, da in der Ambulanz viele Daten routinemäßig den Therapeutinnen und Therapeuten zugänglich sind.

Wie bei Westra et al. (2007) wurde in diesem Kapitel nur die Hausaufgaben-Compliance aus Sicht der Patientinnen und Patienten herangezogen, da die Literatur vermuten lässt, dass die Einschätzungen der Patientinnen und Patienten mehr Aussagekraft haben als die der Therapeutinnen und Therapeuten (Mausbach et al., 2010). Die Ergebnisse in Kapitel 4 stützen diese Vermutung, wobei aufgrund der geringen Stichprobe bei den Behandelnden (N = 11) kein wirklicher Vergleich möglich ist. Man hätte aber sicherlich mehr als zwei Items zur Hausaufgabeneinschätzung verwenden können, um Westra et al. (2007) auch hier möglichst nahe zu kommen.

Ein weiterer Punkt ist, dass in vorliegender Studie nicht dieselben Fragebögen und Instrumente herangezogen wurden wie bei Westra et al. (2007), sondern eben nur inhaltlich

vergleichbare. Hier ist es durchaus vorstellbar, dass die Werte auch dadurch unterschiedlich ausgefallen sind und deswegen die Hypothesen nicht bestätigt werden konnten. Es ist jedoch anzumerken, dass die Ergebnisse nicht an einem Instrument festgemacht werden sollten, sondern unter der Annahme, dass die Hypothese zutrifft, sollten sich die erwarteten Ergebnisse auch mit vergleichbaren Instrumenten bestätigen lassen.

Allgemein gesehen ergibt sich bei der Forschung der Prädiktoren für frühe Veränderung bei Panikstörung mit Agoraphobie das Problem der Messbarkeit, wie es Rachmann (1999) schon anführte, da Panikattacken im späteren Behandlungsverlauf nicht im selben Maße absinken können wie zu Behandlungsbeginn. Hollon (1999) führt hier an, dass die Sitzungen zu Beginn häufig enger getaktet seien als gegen Ende, was zu konfundierten Ergebnissen führe. Ilardi (1999) schreibt, dass man genau betrachten solle, wie viele Sitzungen durchgeführt werden und wie viele Behandlungswochen genutzt werden, um bessere Schlussfolgerungen ziehen zu können.

Westra et al. (2007) fordern in ihrem Artikel, dass man eine größere Stichprobe zur Replikation brauche, um die Ergebnisse bestätigen zu können. Die Landauer Stichprobe war nicht größer, sondern was die Diagnose der Panikstörung angeht gleich groß oder die gesamte Stichprobe von Westra et al. (2007) sogar kleiner. Hier wäre sicherlich interessant, wie die Ergebnisse bei einer größeren Stichprobe ausfallen würden. In der Versorgungspraxis konnte leider keine größere Stichprobe aufgebracht werden.

Im Gegensatz zu Westra et al. (2007) wurde in vorliegendem Kapitel zur Überprüfung der Mediatorhypothese nicht die Methode von Baron und Kenny (1986) herangezogen, sondern die Methode nach MacKinnon et al. (2004), um Supressoreffekte zu vermeiden. Auch dies könnte natürlich ein Grund für die verschiedenen Ergebnisse sein. So wäre interessant, die Daten von Westra et al. (2007) mit der Methode von MacKinnon et al. (2004) zu berechnen und dann mit vorliegenden Ergebnissen zu vergleichen. Hier könnte man dann überprüfen, ob bei Westra et al. (2007) Supressoreffekte die Ergebnisse konfundiert haben.

Westra et al. (2007) hatten als Methode das „anxiety management“, eine Gruppentherapieform, gewählt, die aus insgesamt 10 Sitzungen bestand und zweimal die Woche zwei Stunden lang stattfand. In vorliegender Studie fanden im Gegensatz dazu Einzeltherapien statt. In der fünften Sitzung wurde mit allen Patientinnen und Patienten das Pro und Contra für die Exposition besprochen und Motivationsaufbau betrieben. Auf diese Weise könnte die Erwartungshaltung der Patientinnen und Patienten natürlich auch beeinflusst worden sein und gleich zu Beginn zusätzlich zu den ganzen Hausaufgaben ein großes Engagement erzeugt worden sein. In der Einzeltherapie kann man auch besser auf die Bedenken jedes einzelnen Patienten und

jeder einzelnen Patientin eingehen als in der Gruppentherapie. Das wiederum könnte dazu geführt haben, dass die Streuung unter den Patientinnen und Patienten auch hier nicht so groß war.

Nach den Ergebnissen aus dem Kapitel 5 stehen also weitere Replikationsversuche mit größeren Stichproben an. Zudem sollten weitere potenzielle Einflussfaktoren auf die frühe Veränderung untersucht werden. Die Ergebnisse in Kapitel 4 zeigen, dass das Ausmaß der erledigten Hausaufgaben, die Schwierigkeit der Hausaufgaben und das Gelingen der Hausaufgaben aus Sicht der Patientinnen und Patienten Prädiktoren für den Therapieerfolg sind. So sollte man in zukünftigen Untersuchungen eventuell genauer differenzieren, welche Aspekte der Hausaufgaben man als Prädiktor heranzieht und woran man die Hausaufgaben-Compliance der Patientinnen und Patienten festmacht.

6. Zusammenfassende Bewertung und Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde zunächst in Kapitel 3 die Expositionsorientierte Verhaltenstherapie der Panikstörung mit Agoraphobie in der Versorgungsambulanz mit den Ergebnissen der Multicenter-Studie (Gloster et al., 2011) verglichen. Danach wurden in Kapitel 4 die Hindernisse bei der Durchführung und die Akzeptanz bei Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten beleuchtet. Schließlich waren in Kapitel 5 noch die Prädiktoren für frühe Veränderungen von Interesse. Im Folgenden sollen diese Themen auf einer Metaebene betrachtet und diskutiert werden. Der Fokus liegt vor allem auf der Praktikabilität in der Versorgungspraxis.

6.1 Mit welchen Patientinnen und Patienten beschäftigt sich die Arbeit?

Vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Patientinnen und Patienten, die die Diagnosekriterien einer Panikstörung mit Agoraphobie nach DSM-IV erfüllen. Inhaltliche Unterschiede vom DSM-IV zum DSM-V ergeben sich nicht. Auch das in der Versorgungspraxis verwendete ICD-10 würde inhaltlich keine andere Stichprobe erzeugen. Deswegen ergeben sich keine Einschränkungen für die Interpretation für Patientinnen und Patienten, die die Kriterien für Panikstörung mit Agoraphobie erfüllen.

Problematisch ist bei dem Störungsbild der Panikstörung mit Agoraphobie, dass es zunächst häufig mit körperlichen Beschwerden verwechselt wird und die Patientinnen und Patienten häufiger in einer Notaufnahme als in psychotherapeutischer Behandlung landen. Deswegen ist es nicht selten, dass die Patientinnen und Patienten schon Jahre lang unter der Störung leiden oder eben aufgrund der Dauer der Störung zusätzlich komorbide Störungen ausbilden.

Die Patientinnen und Patienten in der vorliegenden Arbeit wurden in der Versorgungspraxis in einer Ambulanz rekrutiert. Hier könnten eventuell Unterschiede zu den Behandelten bei niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten bestehen. Im Großen und Ganzen sollte man aber davon ausgehen können, dass die Gruppe der Patientinnen und Patienten sich in diesen beiden Bereichen nicht groß unterscheidet. Unterschiede zwischen den Behandelnden in der Ambulanz und den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen sind hier eher anzunehmen, da man sich vorstellen kann, dass sich die Arbeitsstrukturen etwas unterscheiden.

6.2 Differentielle Wirksamkeit des Manuals

Die differentielle Wirksamkeit des Manuals von Lang et al. (2011) in der Versorgungspraxis und in abgewandelter Form stand im Fokus des Interesses. Im Gegensatz zu Gloster et al. (2011) wurde eine Medikamenteneinnahme nicht per se ausgeschlossen, um dem Therapiealltag in der Versorgungspraxis näher zu sein. Bei konstanter Medikamenteneinnahme konnten die Betroffenen an der Studie in Landau teilnehmen. Dies könnte einen Effekt auf die Behandlung gehabt haben. Die Behandelten könnten Erfolge auf die Medikation zugesprochen haben oder aber manche Situationen könnten eventuell dadurch leichter gefallen sein. Die hohen Effektstärken stehen diesen Hypothesen aber gegenüber. Ein zusätzlicher Unterschied war die PAS statt der HAM-A als Einschlusskriterium. Dadurch sind die Stichproben der vorliegenden Arbeit und der Multicenter-Studie auch nicht ganz vergleichbar, wenn aber doch sehr ähnlich. Man kann davon ausgehen, dass die PAS als Einschlusskriterium strenger ist als die HAM-A, da diese die Symptome breiter gestreut abfragt. Die HAM-A fragt nach den Körpersymptomen, während die PAS auch vermiedene Situationen, Merkmale der Panikattacken und Einschränkungen im Leben abfragt. Es wäre interessant einen Vergleich zwischen den Landauer Daten und den Daten aus dem Lang-Projekt zu berechnen, bei dem man nur die Patientinnen und Patienten in der Multicenter-Studie einschließt, die zu Beginn einen PAS-Wert von 18 oder mehr haben.

Statt drei Standardübungen wurden nur zwei und aufgrund dessen eine individuelle Übung mehr als bei Lang et al. (2011) durchgeführt. Deswegen sind die Ergebnisse vorliegender Arbeit mit denen der Multicenter-Studie nicht eins zu eins vergleichbar. Dadurch, dass es eine individuelle Übung mehr gab, könnten eventuell die Effektstärken in Landau höher ausgefallen sein, weil man mehr auf die individuellen Probleme der Patientinnen und Patienten eingehen konnte. Dies ist aber nur eine Vermutung. Um diese Hypothese zu untersuchen, müsste man die beiden Manualvarianten an einer Stichprobe gegeneinander testen. Da aber beide Varianten hohe und vergleichbare Effektstärken hervorgebracht haben, wird sich diesem Aspekt so schnell wohl keiner annehmen. Viel spannender erscheint die Frage nach der differentiellen Wirksamkeit verschieden getakteter Therapien. So sollte man in einem nächsten Schritt eine massierte, eine prolongierte und eine kombinierte Form der Exposition gegeneinander testen, um Vor- und Nachteile genauer herauszufinden. In vorliegender Studie wurde die kombinierte Form herangezogen. Eventuell könnte man in Zukunft untersuchen, welche Faktoren die Exposition für die Behandelnden praktikabler und leichter umsetzbar machen.

6.3 Barrieren und Akzeptanz der massierten Exposition

An dieser Stelle war vor allem die Integration der Konfrontationsbehandlung in die ambulante kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie sowie deren Akzeptanz interessant. So stellt dies alleine schon eine Herausforderung für Behandelnde und Behandelte dar. Wie definiert man aber die Akzeptanz auf Patienten- und Therapeutenseite?

Wenn man die Akzeptanz an der Abbrecherquote festmacht, muss man beachten, wie diese definiert wird und was einen Abbruch von einem Ausschluss unterscheidet. In den meisten Studien und Artikeln wird nicht gesondert auf die Unterschiede eingegangen, was es schwer macht, die Abbruchquote nachzuvollziehen. So wird häufig von Dropout gesprochen, ohne zu erwähnen, weshalb die Patientinnen und Patienten abgebrochen haben. In vorliegender Studie wurde ein Abbruch kodiert, wenn die Patientinnen und Patienten entschieden, die Expositionstherapie abzubrechen oder wenn die Einschlussbedingungen verletzt wurden. Die Dropout-Rate hingegen beinhaltete auch, wenn Patientinnen und Patienten nachträglich durch die Therapeutinnen und Therapeuten ausgeschlossen wurden, weil sich der Behandlungsfokus verschoben hatte.

Die Hausaufgaben-Compliance wurde auch als Zeichen der Akzeptanz auf Patientenseite herangezogen. Im Großen und Ganzen fiel die Einschätzung der Hausaufgaben durch die Patientinnen und Patienten positiv aus. Die Umsetzbarkeit im Alltag wurde als hoch eingeschätzt. Meistens wurden die Hausaufgaben erledigt und kaum als schwierig eingeschätzt. Die Therapeutinnen und Therapeuten waren bei der Bewertung der Qualität der Hausaufgaben kritischer als die Patientinnen und Patienten und stuften diese im Durchschnitt als *ausreichend* ein.

Die Auswirkung der Adhärenz der Behandelnden wurde nicht inferenzstatistisch untersucht, da die Stichprobe mit $N = 11$ dafür zu klein war. Deskriptiv lässt sich sagen, die meisten Therapeutinnen und Therapeuten in vorliegender Arbeit schätzten die Umsetzung der Expositionstherapie als praktikabel im Alltag ein. Der Großteil der Therapeutinnen und Therapeuten stimmte den Aussagen, der zeitliche Aufwand zur Umsetzung des Manuals sei vertretbar und dass das Therapiemanual in der Praxis gut umsetzbar sei, *eher* zu. Hier wäre auch noch interessant, in einer größeren Stichprobe von Behandelnden die Einstellungen zum Behandlungsverfahren zu untersuchen, um inferenzstatistische Schlussfolgerungen ziehen zu können. Der Zeitaufwand wurde von einigen Behandelnden als Barriere benannt. Die Umsetzung

von Expositionstherapie im ländlichen Raum stellt ein weiteres Hindernis für viele Therapeutinnen und Therapeuten dar. So sind hier Übungssituationen nicht so leicht verfügbar.

6.4 Potentielle Prädiktoren für frühe Veränderungen

Da einige Studien einen besseren Therapieerfolg bei frühen Veränderungseffekten fanden (Crits-Cristoph et al., 2001; Penava et al., 1998), stellt sich die Frage nach Prädiktoren für frühe Veränderungen. Von besonderem Interesse ist, woran man frühe Veränderungen bei Panikstörung mit Agoraphobie festmacht – an der Häufigkeit der Panikattacken oder der Reduktion des Vermeidungsverhaltens? Depressivität und ausgeprägte agoraphobische Symptome zum Beispiel wurden in Studien von Lutz et al. (2007) und Peikert et al. (2004) als Prädiktoren gefunden. Andere Autoren haben die positive Behandlungserwartung und die Hausaufgaben-Compliance im Fokus (Cohen et al., 2015; Constantino et al., 2011). Westra et al. (2007) schlussfolgern aus ihren Ergebnissen, dass eine positivere Behandlungserwartung eine höhere Compliance und ein höheres Engagement der Patientinnen und Patienten bewirkt und es deswegen zu einem größeren Therapieerfolg kommt.

Die Ergebnisse des fünften Kapitels konnten die Hypothesen von Westra et al. (2007) nicht bestätigen. Weder medierte die Hausaufgaben-Compliance den Zusammenhang zwischen der Behandlungserwartung und der frühen Veränderung, noch medierte die frühe Veränderung den Zusammenhang zwischen der Hausaufgaben-Compliance und dem Gesamt-Outcome. Hiernach lässt sich vermuten, dass die Hausaufgaben-Compliance kein primärer Prädiktor für den Therapieerfolg ist. Es spielte keine Rolle, ob die Berechnungen in Anlehnung an Westra et al. (2007) oder in modifizierter Form durchgeführt wurden.

Da vorliegender Studie ein anderes Design zugrunde lag als bei Westra et al. (2007), könnten Unterschiede in den Ergebnissen dadurch erklärt werden. Doch sollten die Inhalte der Hypothesen nicht an bestimmten Instrumenten liegen, die zur Messung herangezogen wurden. Die Überprüfung der Mediatorhypothesen erfolgte mittels unterschiedlicher Methoden. In vorliegender Arbeit wurde die Methode von MacKinnon et al. (2004) genutzt, um Supressoreffekte zu vermeiden. Westra et al. (2007) nutzten ein älteres Verfahren nach Baron und Kenny (1986). Hier wäre interessant, welche Ergebnisse man bei den Daten von Westra et al. (2007) mit der Methode nach MacKinnon et al. (2004) erhalten würde.

In zukünftigen Studien sollten zum einen nochmals die positive Behandlungserwartung und die Hausaufgaben-Compliance als Prädiktoren früher Veränderungen überprüft werden, aber auch nach anderen Prädiktoren Ausschau gehalten werden. Die therapeutische Beziehung könnte

zum Beispiel einen Prädiktor darstellen (Hand, 2000). Je negativer die Einschätzungen der therapeutischen Beziehung durch die Behandelten in vorliegender Studie war, umso höher waren die Panikwerte am Ende der Therapie. Es gibt viele Studien, die einen Zusammenhang zwischen einer guten therapeutischen Beziehung und dem Behandlungserfolg belegen (Meta-Analysen von Horvath & Symonds, 1991 und Martin, Garske & Davis, 2000).

Weck et al. (2016) fanden in ihrer Studie heraus, dass die Adhärenz der Therapeutinnen und Therapeuten und die therapeutische Beziehung signifikante Prädiktoren in der Veränderung des agoraphobischen Vermeidungsverhaltens der Patientinnen und Patienten sind und auch den Langzeiterfolg beeinflussen. So war in genannter Studie die therapeutische Adhärenz der beste Prädiktor des Behandlungsergebnisses sechs Monate nach der Therapie. Hier wäre interessant, ob die therapeutische Adhärenz auch Prädiktor für frühe Veränderungen ist. Weck et al. (2015) fanden zudem heraus, dass der Einfluss der therapeutischen Adhärenz größer war, wenn die therapeutische Beziehung positiver eingeschätzt wurde.

6.5 Limitationen

Im Folgenden sollen noch einmal alle bisher in den einzelnen Kapiteln genannte Limitationen zusammengefasst werden.

Die Aussagekraft der vorliegenden Arbeit beschränkt sich auf eine durch Selbstselektion entstandene Population, wie es in der Versorgungspraxis üblich ist, da sich die Patientinnen und Patienten selbst zur Behandlung meldeten und entschieden, ob sie an der Studie teilnehmen wollten. Einschlusskriterien waren die diagnostischen Kriterien des DSM-IV-TR für Panikstörung mit Agoraphobie, weswegen sich die Ergebnisse nur auf Patientinnen und Patienten generalisieren lassen, die diese Störungskriterien erfüllen und unklar ist, wie die Effektstärken bei Patientinnen und Patienten ausfallen würden, die die Kriterien für Panikstörung ohne Agoraphobie oder Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte erfüllen.

Das Fehlen einer Kontrollgruppe ist hier der Vollständigkeit wegen anzumerken. Aufgrund der hohen erwarteten Effektstärken wurde darauf verzichtet. Zudem wäre es in der Versorgungspraxis schwierig gewesen, die notwendige Stichprobengröße dafür zu erreichen. Zwischen Therapiebeginn und Therapieende gab es einen Dropout von 32.35%, was recht hoch ist. Maiwald et al. (2017, Manuskript in Vorbereitung) nahmen sich dieser Fragestellung an, indem sie den Einfluss der Adhärenz der fünften Behandlungssitzung per Video der Behandelnden aus Landau auswerteten, fanden jedoch keinen Zusammenhang. Zwischen Behandlungsende und den Follow-ups gab es einen weiteren großen Dropout, weil viele Behandelte nicht mehr dazu zu

motivieren waren, die Fragebögen auszufüllen und die Interviewtermine wahrzunehmen. Aufgrund dessen ist es schwierig, in vorliegender Stichprobe Aussagen über Langzeiteffekte zu treffen. Interessant wären natürlich auch Katamnese-Daten nach einem oder mehreren Jahren gewesen und nicht nur nach sechs Monaten. Doch fallen hier die Dropout-Raten durch verschiedene Faktoren, wie zum Beispiel Umzüge, noch höher aus, was bei der kleinen Stichprobe dann nicht mehr aussagekräftig wäre.

6.6 Ausblick

Vorliegende Arbeit hat einmal mehr die Wirksamkeit von Expositionsbehandlung gezeigt und hat Einblicke in die Barrieren der Methode geliefert. Expositionsbehandlung ist bei Panikstörung mit Agoraphobie eine wirksame Behandlungsform mit großen Effektstärken, wird jedoch in der Praxis nicht häufig genug eingesetzt. Deswegen wird der Fokus weiterer Studien auf den Barrieren und der Akzeptanz des Verfahrens liegen müssen, um die Konfrontationsbehandlung effektiv umsetzen zu können und Behandlungserfolge zu steigern.

Weitere Studien könnten hier mehrere Faktoren untersuchen, die die Barrieren verstärken oder abschwächen, den Einfluss der Taktung (massiert versus prolongiert versus eine Mischung daraus) betrachten und verstärkt Prädiktoren für einen besseren Therapieerfolg untersuchen. Methodisch ist hier vor allem auf ausreichend große Stichproben zu achten, sowohl auf Patienten- wie auch Therapeutenseite, auf Vergleichsgruppen, sowie langfristige Katamneseerhebungen, um den Langzeiterfolg kontrollieren zu können. Dies stellt gerade im naturalistischen Setting eine große Herausforderung dar, da große Stichprobengrößen hier schwer erreichbar sind.

Erfreulich ist, dass die Expositionsbehandlung in der vorliegenden Stichprobe besser angenommen wurde als erwartet. Dies spricht dafür, dass gesonderte Schulungen der Therapeutinnen und Therapeuten die Hemmungen senken und den Einsatz der Konfrontationsmethode wahrscheinlicher machen.

Ergebnisse der Kapitel:

Kapitel 3: Umsetzung der expositionsbasierten Verhaltenstherapie der Panikstörung mit Agoraphobie in der Versorgungspraxis – ein Studienvergleich an neun Standorten

- Die Expositionsbasierte Therapie nach Lang et al. (2011) ist in der Versorgungspraxis am Wipp in Landau gleich effektiv wie in der Multicenter-Studie ($d = 1.88$ versus $d = 1.30$).
- Die Testung auf Äquivalenz beziehungsweise Nichtunterlegenheit ergab, dass die Therapie in Landau nicht unterlegen ist.

Kapitel 4: Barrieren und Hindernisse bei der Umsetzung

- Die Abbruchquote liegt bei 20.59%, die Dropout-Rate jedoch bei 32.35%.
- Die Akzeptanz des Therapieverfahrens auf Patientenseite schlägt sich in der Hausaufgaben-Compliance nieder.
- Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten schätzen das Manual *eher* als praktikabel ein. Beim zeitlichen Aufwand lagen die Therapeutinnen und Therapeuten im mittleren Bereich der Skala *weder noch*. Die Umsetzbarkeit in der Praxis wurde im Mittel auch bei *weder noch* eingeschätzt. Das heißt bei beiden Items waren sich die Behandelnden nicht einig und einige schätzten den zeitlichen Aufwand als zu hoch ein.
- Je mehr Hausaufgaben aus Patientensicht gemacht wurden ($r_s = -.52$) und je besser es den Patientinnen und Patienten aus ihrer Sicht gelang, die Hausaufgaben wie besprochen umzusetzen ($r = -.49$), desto geringere Werte wurden auf der PAS zu T2 erzielt.
- Die Qualität der therapeutischen Allianz schlägt sich leicht auf den Behandlungserfolg nieder. Der Zusammenhang zwischen dem Outcome (PAS-Wert zu T2) und dem HAQ-S beträgt $r_s = .21$, der Zusammenhang zwischen dem Outcome und dem HAQ-F $r_s = .37$.

Kapitel 5: Prädiktoren für den Therapieerfolg bei Panikstörung und Agoraphobie

- Beide Mediator-Hypothesen von Westra et al. (2007) konnten nicht repliziert werden.
(1) Patientinnen und Patienten mit einer höheren positiven Behandlungserwartung vor Therapiebeginn hatten eine höhere Hausaufgaben-Compliance. Patientinnen und Patienten mit einer hohen positiven Behandlungserwartung haben zum Zeitpunkt der frühen Veränderung einen höheren Summenscore bei den Items der Antizipatorischen Angst. Durch Hinzunahme der Hausaufgaben-Compliance als Mediator wird nicht mehr Varianz aufgeklärt. Die Erweiterung brachte keine anderen Ergebnisse.
- (2) Weder der Einfluss der Hausaufgaben-Compliance auf die Early Response noch der Zusammenhang zwischen der Hausaufgaben-Compliance und dem Therapieergebnis wurden signifikant. Die frühe Veränderung als Mediator brachte keine zusätzliche Varianzaufklärung mit sich. Die Erweiterung brachte keine anderen Ergebnisse.

7. Literatur

- Abramowitz, J. S., Foa, E. B. & Franklin, M. E. (2003). Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Effects of intensive versus twice-weekly sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(2), 394-398.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.394>
- Addis, M. E. & Jacobson, N. S. (2000). A closer look at the treatment rationale and homework compliance in cognitive-behavioral therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 24*(3), 313–326. <https://doi.org/10.1023/A:1005563304265>
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R. & Shapiro, S. J. (2002). Expectations and preferences. In J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (S. 335–356). London: Oxford University Press.
- Arntz, A. (2002). Cognitive therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 40*(3), 325–341.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00014-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00014-6)
- Bakker, A., van Balkom, A. J., Spinhoven, P., Blauw, B. M. & van Dyck, R. (1998). Follow-up on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a quantitative review. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 186*(7), 414–419.
- van Balkom, A. J., Bakker, A., Spinhoven, P., Blauw, B. M., Smeenk, S. & Ruesink, B. (1997). A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *The Journal of nervous and mental disease, 185*(8), 510-6.
- Bandelow, B. (1997). *Panik- und Agoraphobieskala (PAS). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bandelow, B., Brunner, E., Broocks, A., Beinroth, D., Hajak, G., Pralle, L. et al. (1998). The use of the Panic and Agoraphobia Scale in a clinical trial. *Psychiatry Research, 77*(1), 43–49. [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781\(97\)00118-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781(97)00118-2)
- Barlow, D. H., (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173–1182.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Basoglu, M., Marks, I.M., Kilic, C., Swinson, R.P., Noshirvani, H., Kuch, K. et al. (1994). Relationship of panic, anticipatory anxiety, agoraphobia and global improvement

- in panic disorder with agoraphobia treated with alprazolam and exposure. *British Journal Of Psychiatry*, 164, 647–652. <http://doi.org/10.1192/bjp.164.5.647>
- Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40, 23-32.
- Beckham, E. E. (1989). Improvement after evaluation in psychotherapy of depression: evidence of a placebo effect? *Journal of Clinical Psychology*, 45(6), 945–50.
- Blackburn, I. M. & Bishop, S. (1983). Changes in cognition with pharmacotherapy and cognitive therapy. *British Journal of Psychiatry*, 143, 609–617.
<https://doi.org/10.1192/bjp.143.6.609>
- Bouchard, S., Gauthier, J., Laberge, B., French, D., Pelletier, M.-H. & Godbout, C. (1996). Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia, *Behaviour Research and Therapy*, 34(3), 213–224.
[http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00077-1](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(95)00077-1)
- Buller, R. & Benkert, O. (1990). Panikattacken und Panikstörung – Diagnose, Validierung und Therapie. *Nervenarzt*, 61, 647-657.
- Cammin-Nowak, S., Helbig-Lang, S., Lang, T., Gloster, A. T., Fehm, L., Gerlach, A. L. & Wittchen, H.-U- (2013). Specificity of homework compliance effects on treatment outcome in CBT: evidence from a controlled trial on panic disorder and agoraphobia. *Journal of Clinical Psychology*, 69 (6), 616-629. <https://doi.org/10.1002/jclp.21975>
- Chambless, D.L. (1990). Spacing of exposure sessions in treatment of agoraphobia & simple phobia. *Behaviour Therapy* (21), 217-229.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80278-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80278-3)
- Chambless, D. L., Caputo, C., Bright, P. & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear, of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.52.6.1090>
- Chambless, D. L., Tran, G. Q. & Glass, C. R. (1997). Predictors of response to cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(3), 221–240.
- Chaplin, E.W. & Levine, B.A. (1981). The effects of total exposure duration and interrupted versus continuous exposure in flooding therapy. *Behavior Therapy*, 12, 360-368.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(81\)80124-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(81)80124-4)
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J. & Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting*

- and *Clinical Psychology*, 67(4), 583–589. [http://dx.doi.org/ 10.1037/0022-006X.67.4.583](http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.4.583)
- Clum, G.A., Clum, G.A. & Surls, R. (1993). A meta-analysis of treatments for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 317-326.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates. [http://dx.doi.org/ 10.4324/9780203771587](http://dx.doi.org/10.4324/9780203771587)
- Cohen, M., Beard, C. & Björgvinsson, T. (2015). Examining patient characteristics as predictors of patient beliefs about treatment credibility and expectancies for treatment outcome. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(9), 1 – 10.
- Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M. & Smith, J. Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 184–192. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20754>
- Cox, B. J., Endler, N. S., Lee, P. S. & Swinson, R. P. (1992). A meta-analysis of treatments for panic disorder with agoraphobia: imipramine, alprazolam, and in vivo exposure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23(3), 175–82.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N. & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 5–27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003>
- Craske, M. G., Farchione, T. J., Allen, L. B., Barrios, V., Stoyanova, M. & Rose, R. (2006). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: more of the same or less of more? *Behaviour, Research and Therapy*, 45(6), 1095–1109. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.006>
- Crits-Christoph, P., Connolly, M.B., Gallop, R., Barber, J.P., Tu, X., Gladis, M., et al. (2001). Early improvement during manual-guided cognitive and dynamic psychotherapies predicts 16-week remission status. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 145–154.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S. & Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments: the alliance-outcome correlation is larger than you might think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 267–278. <http://doi.org/10.1037/a0023668>
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 280–285. <http://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.280>
- Deacon, B. (2007). Two-day, intensive cognitive-behavioral therapy for panic disorder: a case study. *Behavior Modification*, 31(5), 595-615. <http://doi.org/10.1177/0145445507300873>
- Deacon, B. & Abramowitz, J. (2006). A pilot study of two-day cognitive-behavioral therapy for

- panic disorder. *Behavior, Research and Therapy*, 44(6), 807–817.
<http://doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.008>
- De Araujo, L. A., Ito, L. M. & Marks, I. M. (1996). Early compliance and other factors predicting outcome of exposure for obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 169, 747–752. <http://doi.org/10.1192/bjp.169.6.747>
- Dozois, D. J. & Westra, H. A. (2005). Development of the Anxiety Change Expectancy Scale (ACES) and validation in college, community, and clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1655–1672. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2004.12.001>
- Edelman, R. E. & Chambless, D. L. (1993). Compliance during sessions and homework in exposure-based treatment of agoraphobia. *Behaviour research and therapy*, 31(8), 767–73.
- Ehlers, A. & Margraf, J. (1989). The psychophysiological model of panic attacks. In P.M.G. Emmelkamp, W.T.A.M. Everaerd, F. Kraaimaat M. J. M. Van Son (Eds.), *Fresh perspectives on anxiety disorders*. Amsterdam: Swets Zeitlinger.
- Ehlers, A. & Margraf, J. (1993). "Angst vor der Angst": Ein neues Konzept in der Diagnostik der Angststörungen. *Verhaltenstherapie*, 3, 14-24. <http://doi.org/10.1159/000258732>
- Ehlers, A., Margraf, J. & Chambless, D. (2001). *AKV. Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung*. Göttingen: Beltz Test.
- Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (2010). Multiple Regression. In *Statistik und Forschungsmethoden* (602–698). Weinheim: Beltz.
- Emmelkamp, P.M.G., Kuipers, A.C.M. & Eggeraat, J. B. (1978). Cognitive modification versus prolonged exposure in vivo: a comparison with agoraphobics as subjects. *Behaviour Research Therapy*, 16, 33–41. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(78\)90087-6](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(78)90087-6)
- Emmelkamp, P.M.G., van Linden van den Heuvel, C., Ruphan, M. & Sanderman, R. (1989). Home-based treatment of obsessive-compulsive patients: intersession interval and therapist involvement. *Behaviour Research Therapy*, 27, 89-93.
[http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(89\)90124-1](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(89)90124-1)
- Emmelkamp, P. M. G. & Mersch, P. P. (1982). Cognition and exposure in vivo in the treatment of agoraphobia: Short-term and delayed effects. *Cognitive Therapy and Research*, 6(1), 77-90. <http://doi.org/10.1007/BF01185728>
- Emmrich, A., Beesdo-Baum, K., Gloster, A. T., Knappe, S., Höfler, M., Arolt, V., Deckert, J. et al. (2012). Depression does not affect the treatment outcome of CBT for panic and agoraphobia: results from a multicenter randomized trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(3), 161–172. <http://doi.org/10.1159/0003352466>
- Fairburn, C.G., Agras, W.S., Walsh, B.T., Wilson, G.T. & Stice, E. (2004). Prediction of

- outcome in bulimia nervosa by early change in treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2322-2324. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2322>
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2014). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM 5*. Hogrefe.
- Fennell, M. J. V. & Teasdale J.D. (1987). Cognitive therapy for depression : Individual differences and the process of change 1, *Cognitive Therapy and Research*, 11(2), 253–271. <https://doi.org/10.1007/BF01183269>
- Fiegenbaum, W. (1986). *Agoraphobie: Theoretische Konzepte & Behandlungsmethoden*. Opladen: Westdeutscher Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-322-89408-3_7
- Fiegenbaum, W. (1988). Long-term efficacy of ungraded versus graded massed exposure in Agoraphobia. In: Hand, I., Wittchen, H.-U. (Hrsg.). *Panic and Phobias*, II. Heidelberg: Springer, S. 83-88.
- Fiegenbaum, W. (1990). Langzeiteffektivität von nicht-graduierter versus graduierter massierter Konfrontation bei Agoraphobikern. In W. Fiegenbaum (Ed.), *Angststörungen. Themen der 20. Verhaltenstherapiewoche 1989* (pp. 115-129). München: Röttger.
- Fiegenbaum, W., Freitag, M. & Frank, B. (1992). Konfrontative Behandlung: Erfolg ohne Akzeptanz in der Praxis. *Verhaltenstherapie*, 2, 339-340. <https://doi.org/10.1159/000258305>
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W., Davies, M., Borus, J. et al. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). Part II: multi-site test-retest reliability study, *Journal of Personality Disorders*, 9(2), 92-104. <https://doi.org/10.1521/pedi.1995.9.2.92>
- Foa, E.B., Jameson, J.S., Turner, R.M. & Payne, L. L. (1980). Massed vs. spaced exposure sessions in the treatment of agoraphobia. *Behavior Research and Therapy*, 18, 333–338. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(80\)90092-3](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(80)90092-3)
- Foa, E.B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Franke, G. H. (1995). *SCL-90-R (Symptomcheckliste von Derogatis)*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Glass, C. R., Arnkoff, D. B. & Shapiro, S. J. (2001). Expectations and preferences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 455–461. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.455>

- Glenn, D., Golinelli, D., Rose, R. D., Roy-Byrne, P., Stein, M. B., Sullivan, G. et al. (2013). Who gets the most out of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders? The role of treatment dose and patient engagement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(4), 639–649. <http://doi.org/10.1037/a0033403>
- Gloster, A.T., Wittchen, H.U., Einsle, F., Höfler, M., Lang, T., Helbig-Lang, S. et al. (2009). Mechanism of action in CBT (MAC): methods of a Multi-center randomized controlled trial in 369 patients with panic disorder and agoraphobia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience, 259*, 155–166. <http://doi.org/10.1007/s00406-009-0065-6>
- Gloster, A. T., Wittchen, H.-U., Einsle, F., Lang, T., Helbig-Lang, S., Fydrich, T. et al. (2011). Psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: A randomized controlled trial to examine the role of therapist-guided exposure in situ in CBT. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(3), 406–20. <http://doi.org/10.1037/a0023584>
- Goldstein, A. J. & Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy, 9*, 47-59. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(78\)80053-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(78)80053-7)
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J. & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review, 26*(6), 657–678. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.03.002>
- Grey, S., Rachmann, S. & Sartory, G. (1981). Return of fear: the role of inhibition. *Behaviour Research & Therapy (19)*, 135-143.
- Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Schröder, B., Frank, M. & von Witzleben, I. (2004). Klinische Brauchbarkeit der Konfrontationstherapie für agoraphobische Patienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 33*(2), 130-138. <https://doi.org/10.1026/0084-5345.33.2.130>
- Hall, R.A. & Hinkle, J. E. (1972). Vicarious desensitization of test anxiety. *Behavior Research and Therapy, 10*, 407–410.
- Hand, I. (2000). Expositionsbehandlung. In M. Linden & M. Hautzinger (Eds.), *Verhaltenstherapiemanual* (pp. 164–175). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-10777-5_30
- Hauke, C., Gloster, A.T., Gerlach, A. L., Richter, J., Kircher, T., Fehm, L. et al. (2014). Standardized treatment manuals: Does adherence matter? *Sensoria: A Journal of Mind, Brain & Culture, 10*(2), 1-13. <http://doi.org/10.7790/sa.v0i0.362>
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *BDI-II Beck-Depressions-Inventar*. Testhandbuch (2. überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.
- Hofmann, S. G. & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety

- disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621-632.
- Hollon, S. D. (1999). Rapid early response in cognitive behavior therapy : A commentary, *Clinical Psychology*, 6(3), 305–309. <http://doi.org/10.1093/clipsy.6.3.305>
- Horvath, A. O. & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- van den Hout, M., Arntz, A., Hoekstra, R. (1994). Exposure reduced agoraphobia but not panic, and cognitive therapy panic but not agoraphobia . *Behaviour Research Therapy*, 32(4), 447–451.
- Hox, J. J. (2010). *Multilevel Analysis* (2nd ed.). New York: Routledge
- Hoyer, J., Helbig, S. & Margraf, J. (2005). *Diagnostik der Angststörungen. Kompendien Psychologische Diagnostik Band 8*. Göttingen: Hogrefe.
- IBM Corp. (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Ilardi, S. S. & Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1(2), 138–155. <http://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1994.tb00016.x>
- Ilardi, S. S. & Craighead, W. E. (1999). Rapid early response, cognitive modification, and nonspecific factors in cognitive behavior therapy for depression : A Reply to Tang and DeRubeis, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(3), 295–299. <http://doi.org/10.1093/clipsy.6.3.295>
- Kazantzis, N., Whittington, C. & Dattilio, F. (2010). Meta-analysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy: A replication and extension. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(2), 144–156. <http://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01204.x>
- Kenardy, J. A, Dow, M. G. T., Johnston, D. W., Newman, M. G., Thomson, A. & Taylor, C. B. (2003). A comparison of delivery methods of cognitive-behavioral therapy for panic disorder: an international multicenter trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1068–75. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.1068>
- Klan, T. & Hiller, W. (2014). Die Wirksamkeit einzelner Therapieelemente in Routinetherapien bei Panikstörung und Agoraphobie. *Verhaltenstherapie*, 24, 157-167. <http://doi.org/10.1159/000365404>
- Klan, T., Persike & M., Hiller, W. (2016). Therapeutenbegleitete und patientengeleitete Exposition bei Panikstörung und Agoraphobie. Eine Studie zur Einsatzhäufigkeit und Effektivität in der Routineversorgung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und*

- Psychotherapie*. 45(1), 36-48. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000348>
- Kling, J.O. & Minogue, E. M. (1973). Massed “versus” spaced sessions in systematic desensitization. *Journal of Psychology*, 85(2), 301-303.
<http://dx.doi.org/10.1080/00223980.1973.9915661>
- Krampen, G., Schui, G. & Wiesenhütter, J. (2008). Evidenzbasierte Psychotherapie und Therapie-Ressourcen. Ein erweitertes 4-Phasen-Prüf-Modell und seine Anwendung auf die klinisch psychologische Fachliteratur aus dem deutschsprachigen Bereich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37 (1), 43-51. <http://doi.org/10.1026/1616-3443.37.1.43>
- Laguna, L. B., Hope, D. A. & Herbert, J. D. (1994, March). *Homework compliance and improvement in cognitive-behavioral group therapy with social phobics*. Paper presented at the meeting of the Anxiety Disorders Association of America, Santa Monica, CA.
- Lambert, M. J. (2001). Psychotherapy outcome and quality improvement: introduction to the special section on patient-focused research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 147–149. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.147>
- Lang, T., Helbig-Lang, S. & Petermann, F. (2009). Was wirkt in der Kognitiven Verhaltenstherapie der Panikstörung mit Agoraphobie? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57(3), 161–175. <https://doi.org/10.1024/1661-4747.57.3.161>
- Lang, T., Helbig-Lang, S., Westphal, D., Gloster, A.T. & Wittchen, H.-U. (2011). *Expositionsbasierte Therapie der Panikstörung mit Agoraphobie: Ein Behandlungsmanual*. Hogrefe.
- Lang, T. & Hoyer J. (2007). Massed exposure and fast remission of panic disorder with agoraphobia: A case example. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(3), 371–375. <https://doi.org/10.1017/S135246580700361X>
- Leung, A. W. & Heimberg, R. G. (1996). Homework compliance, perceptions of control, and outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34(5-6), 423–32. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00014-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(96)00014-9)
- Lutz, W. (2002). Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirically based clinical practice. *Psychotherapy Research*, 12(3), 251–272. <http://dx.doi.org/10.1093/ptr/12.3.251>
- Lutz, W., Hofmann, S. G., Rubel, J., Boswell, J. F., Shear, M. K., Gorman, J. M. et al. (2014). Patterns of early change and their relationship to outcome and early treatment termination in patients with panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 287–297. <http://doi.org/10.1037/a0035535>

- Lutz, W., Martinovich, Z. & Howard, K. I. (1999). Patient profiling: an application of random coefficient regression models to depicting the response of a patient to outpatient psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(4), 571–7. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.67.4.571>
- Lutz, W., Stulz, N., Smart, D.W. & Lambert, M. J. (2007). Die Identifikation früher Veränderungsmuster in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36(2), 93–104. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.36.2.93>
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M. & Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39(1), 99. http://doi.org/10.1207/s15327906mbr3901_4
- Maiwald, L M., Kaufmann, Y. M., Lang, T., Montini, R., Witthöft, M., Heider, J., Schröder, A. & Weck, F. (2017). *The Role of Therapist and Patient In-Session Behavior for Treatment Outcome in Exposure-Based Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder with Agoraphobia*. Manuskript in Vorbereitung.
- Margraf, J. & Poldrack, A. (2000). Angstsyndrome in Ost- und Westdeutschland: Eine repräsentative Bevölkerungserhebung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(3), 157-169. <https://doi.org/10.1026//0084-5345.29.3.157>
- Margraf, J. & Schneider, S. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 2*. 3. Auflage. Springer:Heidelberg.
- Marks, M. (1993). Gegenwärtiger Stand von Reizkonfrontation (“Exposure”) und Reizüberflutung (“Flooding”). *Verhaltenstherapie*, 3, 53-55. <https://doi.org/10.1159/000258736>
- Marks, I. (2001). Was lässt Therapie wirksam werden? Auf dem Weg zu einem breiteren Paradigma für Verhaltenstherapie, kognitive Therapie und andere Kurztherapien. *Verhaltenstherapie*, 11, 64-69 . <https://doi.org/10.1159/000050325>
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- Mathews, A., Shaw, P. (1973). Emotional arousal and persuasion effects in flooding. *Behaviour Research & Therapy* (11), 587-598. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(73\)90117-4](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(73)90117-4)
- Mausbach, B. T., Moore, R., Roesch, S., Cardenas, V. & Patterson, T. L. (2010). The relationship between homework compliance and therapy outcomes: An updates meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 34(5), 429-438.

<http://doi.org/10.1007/s10608-010-9297-z>

- Mowrer, O.H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York: Wiley.
- Neudeck, P. (2005). *Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen*. (P. Neudeck, Ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Neudeck, P. & Einsle, F. (2010). Expositionstherapie: Was hindert Praktiker an deren Anwendung in der klinischen Praxis? - Ein kritisches Review. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 31(3), 247-258.
- Neudeck, P.(Hrsg.) & Wittchen, H.-U. (2004). *Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen. Theorie und Praxis*. Hogrefe: Göttingen.
- Ning, L. & Liddell, A. (1991). The effect of concordance in the treatment of clients with dental anxiety, *Behavior Research and Therapy*, 29(4), 315-322.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(91\)90066-C](https://doi.org/10.1016/0005-7967(91)90066-C)
- Olatunji, B. O., Deacon, B. J. & Abramovitz, J. S. (2009). The crulest cure? Ethical issues in the implementation of exposure based treatments. *Cognitive & Behavioral Practice*, 16, 172-180. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.07.003>
- Öst, L.-G., Thulin, U. & Ramnerö, J. (2004). Cognitive behavior therapy vs exposure in vivo in the treatment of panic disorder with agoraphobia (corrected from agrophobia). *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1105–27. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2003.07.004>
- Peikert, G., Wagner, G., Tauber, R., Gruhn, U. & Sobanski, T. (2004). Effektivität stationärer Verhaltenstherapie bei schwerer Panikstörung und Agoraphobie. *Verhaltenstherapie*, 253-263. <http://doi.org/10.1159/000082835>
- Penava, S.J., Otto, M.W., Maki, K.M. & Pollack, M. H. (1998). Rate of improvement during cognitive-behavioral group treatment for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 665–673.
- Peterson, R. A., & Reiss, S. (1992). *Anxiety Sensitivity Index manual (2nd ed.)*. Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
- Powers, M.B., Vervilet, B., Smits, A.J. & Otto, M. W. (2010). Helping exposure succeed: Learning theory perspectives on treatment resistance and relapse. In *Avoiding Treatment Failures in the Anxiety Disorders*. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0612-0_3
- Price, M. & Anderson, P. L. (2012). Outcome expectancy as a predictor of treatment response in cognitive behavioral therapy for public speaking fears within social anxiety disorder. *Psychotherapy*, 49(2), 173–179. <http://doi.org/10.1037/a0024734>
- Rachman, S. (1999). Rapid and not-so-rapid responses to cognitive behavioral therapy. *Clinical Psychology*, 6(3), 293-294. <http://doi.org/10.1093/clipsy.6.3.293>

- Rathgeb-Fuetsch, M., Kempter, G., Feil, A., Pollmächer, T. & Schuld, A. (2011). Short- and long-term efficacy of cognitive behavioral therapy for DSM-IV panic disorder in patients with and without severe psychiatric comorbidity. *Journal of Psychiatric Research*, 45(9), 1264–1268. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.018>
- Raudenbush, S. W., Bryk, A. S. & Congdon, R. (2013). *HLM 7.01 for Windows* (Version 7.01). Skokie, IL: Scientific Software International, Inc.
- R Core Team. (2017). *R: A language and environment for statistical computing*. Wien: R Foundation for Statistical Computing. Retrieved from <http://www.R-project.org/>
- Rego, Simon Alexander, R. (2003). An examination of the impact of massed-intensive versus traditionally administered cognitive restructuring for panic disorder. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63 (8B), 3954.
- Rowe, M.K. & Craske, M.G. (1998). Effects of an expanding spaced versus massed exposure schedule on fear reduction & return of fear. *Behaviour Research & Therapy* (36 (7-8)), 701-717.
- Ruhmland, M. & Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien von GAS & sozialer Phobie; Metaanalysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie* (11), 27-40. <http://doi.org/10.1159/000050322>
- Sanchez-Meca, J., Rosa-Alcazar, A., Marin-Martinez, F. & Gomez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 37-50. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.011>
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I., (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision- DSM-IV-TR*. Hogrefe: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Schmidt, B. & Woolaway-Bickel, K. (2000). The effects of treatment compliance on outcome in cognitive-behavioral therapy for panic disorder: quality versus quantity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(1), 13-18. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.1.13>
- Schneider, S. & Margraf, J. (1998). *Agoraphobie und Panikstörung*. Fortschritte der Psychologie, Bd. 3. Göttingen: Hogrefe. <http://doi.org/10.1026/02513-000>
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie*, 22(4), 374–393.
- Schulte, D. (2005). Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATHEV). *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, 34(3), 176–187.

<https://doi.org/10.1026/1616-3443.34.3.176>.

- Segal, D.L., Hersen, M., Van Hasselt, V.B., Kabacoff, R.I. & Roth, L.(1993). Reliability of diagnosis in older psychiatric patients using the Structured Clinical Interview for DSM-III-R. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, :347-356
- Siev, J. & Chambless, D. L. (2007). Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 513–22. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.75.4.513>
- Stein, M. B., Sherbourne, C.D., Craske, M. G., Means-Christensen, A., Bystritsky, A., Katon, W. et al. (2004). Quality of care for primary care patients with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2230-2237. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2230>
- Steketee, G., Chambless, D. L. & Tran, G. Q. (2001). Effects of axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive-compulsive disorder and agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 42(1), 76–86. <http://dx.doi.org/10.1053/comp.2001.19746>
- Stern, R. & Marks, I. M. (1973). Brief and prolonged flooding: A comparison in agoraphobic patients. *Arch Gen. Psychiatry*, 28, 270-276. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1973.01750320098015>
- Strakowski, S.M., Keck, P.E., McElroy, S.L., Lonczak, H.S. & West, S.A. (1995). Chronology of comorbid and principal syndromes in first-episode psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 36,106-112. [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(95\)90104-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(95)90104-3)
- Tsao J. C. I. & Craske, M. G. (2000). Timing of treatment and return of fear: Effects of massed, uniform-, and expanding-spaced exposure schedules. *Behavior Therapy*, 31(3), 479–497. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(00\)80026-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80026-X)
- Tuschen, B. & Fiegenbaum, W. (1997). Techniques of exposure. In W. T. Roth (Ed.), *Treating anxiety disorders* (pp. 31-55). San Francisco: CA: Jossey-Bass.
- Watson, J.P. & Marks, I.M. (1971). Relevant & irrelevant fear in flooding – A crossover study of phobic patients. *Behaviour Therapy* (2), 275-293.
- Weck, F., Grikscheit, F., Höfling, V., Kordt, A., Hamm, A., Gerlach, A. et al. (2016). The role of treatment delivery factors in exposure-based cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 42, 10-18. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.05.007>
- Weck, F., Grikscheit, F., Jakob, M., Höfling, V. & Stangier, U. (2015). Treatment failure in cognitive-behavioral therapy: therapeutic alliance as a precondition for an adherent and competent implementation of techniques. *British Journal of Clinical Psychology*, 54, 91-108. <http://doi.org/10.1111/bjc.12063>

- Wellek, S., & Blettner, M. (2012). Klinische Studien zum Nachweis von Äquivalenz oder Nichtunterlegenheit. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(41), 674–679.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0674>
- Weissman, M.M. (1991). Panic disorder: Impact on quality of life. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52 (Suppl. Feb), 6–8.
- Westra, H.A., Marcus, M. & Dozois, D. J. A. (2007). Expectancy, homework compliance, and initial change in cognitive-behavioral therapy for anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 363–373. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.75.3.363>
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2012, Juni). *Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland?* Vortrag auf dem DEGS-Symposium des Robert Koch-Instituts.
Verfügbar unter:
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium_degs_psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile
- 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“. *Das Gesundheitswesen* (61), 216-222.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

8. Anhang

Anhangsverzeichnis

A Instrumente	VII
B Studienaufklärung	VIII
C Screening Fragebogen	XI
D PAS	XXI
E AKV	XXIII
F MI7	XXVI
G BDI-2	XXVII
H SCL-90-R	XXIX
I THERAPEUTENFRAGEBOGEN T1	XXXII
J PATHEV	XXXIV
K Fragebogen zur Erfassung der Hausaufgaben Compliance	XXXVI
L Stundenbogen Therapeut	XXXVIII
M Protokollverletzungen	XL

A Instrumente

Psychologisches Konstrukt	Ziel- gruppe	Instrument	Anzahl Items	SC	T1	Z1-Z11	T2/ Z12	B1	B2	T3
Schweregrad Panik/Agora	P	PAS	13	X	X	X	X			X
Psychische Störungen Achse I	P	SKID-I			X					X
Psychische Störungen Achse II	P	SKID-II-Fragebogen	117	X						
Agoraphobische Kognitionen	P	AKV-ACQ	14		X		X			X
Angst vor Körpersymptomen	P	AKV-BSQ	17		X		X			X
Vermeidungsverhalten	P	AKV-MI	28		X		X			X
Vermeidungsverhalten	P	AKV-MI7	28		X	X	X			X
Schweregrad Depressivität	P	BDI-II	21		X		X			X
Allg. Psychopathologie	P	SCL-90-R	90		X		X			X
Subj. Lebenszufriedenheit	P	FLZ	16		X		X			X
Krankheitsschwere	Th	CGI	1		X	nur Z1	X			
Compliance mit HA	P		3 bzw. 7			X	X	X	X	
Compliance mit HA	Th		3			X	X	X	X	
Behandlungserwartung	P	Items von Schulte +2	6		X					
Chronizität	P		1		X					
Allg. Fragen, Erfahrungen	Th		9		X					
Einschätzung Praktikabilität, Akzeptanz	Th		7		X					X
Zufriedenheit, Erfolg, Aufwand	P		4			X	X	X	X	
Lebensverändernde Ereignisse	P		1			X	X	X	X	
Therapeutische Beziehung	P	HAQ-S	11			nur Z1 und Z6	X			
Therapeutische Beziehung	Th	HAQ-F	11			nur Z1 und Z6	X			
Soziodemographischer FB	P		5		X					
Inanspruchnahme	P		6		X					X

B Studienaufklärung

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

vielen Dank für Ihr Interesse an unseren Angeboten zur Behandlung von Panikstörung mit Agoraphobie. Wir, die Arbeitseinheit Klinische Psychologie der Universität Koblenz-Landau, möchten Sie in diesem Schreiben über die Ziele und den Ablauf der Untersuchung informieren.

Die Teilnahme an unserer Studie bietet Ihnen die Möglichkeit, eine relativ kurze und wissenschaftlich gut fundierte Behandlung Ihrer Symptome zu erhalten. Damit können Sie selbst dazu beitragen, Ihr Wohlbefinden zu verbessern. Zudem unterstützen Sie dadurch unsere Forschungsbemühungen und tragen zur Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten von Personen mit Panikstörung mit Agoraphobie bei. Die Untersuchung wird zeitgleich an den psychotherapeutischen Ambulanzen der Universitäten Landau und Bremen durchgeführt.

Was ist das Ziel der Untersuchung?

Angststörungen gehören zu den am häufigsten auftretenden psychischen Störungen. Viele Studien haben die Wirksamkeit psychologischer Therapien, v.a. der Konfrontationsbehandlung, für Angststörungen belegt. Umso erstaunlicher ist es, dass dieses Verfahren in der alltäglichen Therapiepraxis nur selten zum Einsatz kommt. Ziel unseres Vorhabens ist es daher, die Umsetzung von Konfrontationsbehandlungen bei Panikstörung und Agoraphobie in der Alltagspraxis zu erforschen und dabei sowohl kurz- als auch langfristige Erfolge zu untersuchen.

Wie sieht der konkrete Ablauf dieser Untersuchung aus?

Sollten Sie an der Studie teilnehmen wollen, wird mit Ihnen ein Termin zu einem diagnostischen Gespräch vereinbart. Einer unserer Mitarbeiter wird im Rahmen eines ausführlichen klinischen Interviews auf Ihr Krankheitsbild und die Krankheitsentwicklung eingehen und klären, ob Sie die Voraussetzungen zur Teilnahme an der Studie erfüllen.

Wenn Sie in die Studie aufgenommen werden, wird ein Therapeut aus unserer Ambulanz rechtzeitig Kontakt mit Ihnen aufnehmen, um einen Termin zum Therapiebeginn mit Ihnen zu vereinbaren. Sie werden gebeten, einige Fragebögen auszufüllen. Ihr Therapeut wird Sie auch über die Ergebnisse der Diagnostik aufklären. Alle Behandlungen werden von speziell trainierten und erfahrenen Therapeuten durchgeführt. Die Dauer der Behandlung beträgt in der Regel zwei Monate, wobei zwei Mal wöchentlich Sitzungen stattfinden, die in der Regel ca. 100 Minuten, in einigen Fällen auch bis maximal 200 Minuten, in Anspruch nehmen. Insgesamt umfasst die Therapie 12 Sitzungen sowie zwei weitere Sitzungen, die acht bzw. 16 Wochen nach Ende der eigentlichen Behandlung zur Auffrischung der Therapieinhalte durchgeführt werden. Nach jeder Sitzung wird Sie Ihr Therapeut bitten, einen kurzen Fragebogen auszufüllen. Daneben bekommen Sie jeweils Aufgaben, die der Vertiefung und Festigung der jeweiligen Sitzungsinhalte dienen. Nach Behandlungsende wird ein zweiter Diagnostik-Termin (Dauer ca. 60 Min.) anstehen, um zu überprüfen, welche Behandlungsfortschritte erreicht wurden. Hier werden Sie gebeten, noch einmal ein größeres Fragebogenpaket auszufüllen. Ein halbes Jahr nach Behandlungsende werden wir Ihnen dann noch einmal Fragebögen zukommen lassen und Sie bitten, diese ausgefüllt und an uns zurück zu schicken.

Bei der vorgesehenen Behandlung handelt es sich um eine Einzeltherapie. Dabei werden Sie mit einer Reihe von therapeutischen Hilfen und Übungen angeleitet, Ihre Angstreaktion zu bewältigen und Situationen, die Sie bisher vermieden haben, gezielt aufzusuchen.

Bitte beachten Sie,

- dass die Therapie nach einem vorgeschriebenen Behandlungsmanual durchgeführt wird, d.h. Ihr Therapeut und Sie erhalten in schriftlicher Form für jede Stunde und ihr Verhalten zwischen den Therapiesitzungen genaue schriftliche Anweisungen.
- dass einige Therapiesitzungen auf Video aufgezeichnet werden, um eine Überprüfung der Behandlungsqualität zu ermöglichen. Die Videobänder sind nur einzelnen Studienmitarbeitern zugänglich und werden nach Beendigung der Auswertungen, spätestens jedoch nach 5 Jahren, gelöscht.
- dass Sie nach jeder Sitzung Aufgaben von Ihrem Therapeuten bekommen, die Sie zwischen den Sitzungen ausführen sollten. Diese Aufgaben dienen therapeutischen und diagnostischen Zwecken.
- dass Sie regelmäßig vor, im Verlauf, und nach Beendigung der Behandlung, Fragebögen ausgehändigt bekommen, die zur Erfassung des Behandlungserfolges dienen.
- dass es während Ihrer Teilnahme an der Therapiestudie erforderlich ist, dass Sie die Medikamente, die Sie gegebenenfalls bzgl. Ihrer Beschwerden einnehmen, in der beschriebenen Dosis bis zur letzten Befragung beibehalten. Sollte eine Abweichung nach Rücksprache mit Ihrem Arzt dennoch nicht vermeidbar sein, teilen Sie dies bitte umgehend Ihrem Therapeuten mit.

Die Studie wurde der Ethikkommission des Fachbereichs Psychologie der Universität Koblenz-Landau zur Begutachtung bezüglich ethischer Gesichtspunkte vorgelegt und von dieser positiv bewertet.

Die geschilderten Untersuchungsmaßnahmen und die Therapie sind mit keinerlei Risiken oder Belastungen verbunden, die über die einer normalen Psychotherapie hinausgehen.

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und kann zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für Sie abgebrochen werden. Die in der Untersuchung erhobenen Informationen werden nicht unter Ihrem Namen, sondern anonym gespeichert und lassen keine Rückschlüsse auf Ihre Person zu.

Zu den in der Untersuchung erhobenen Daten haben nur wissenschaftliche Mitarbeiter der Arbeitseinheit Klinische Psychologie der Universität Koblenz-Landau Zugang, die der Schweigepflicht unterliegen. Die im Interview und Fragebogen erhobenen und anonymisierten Daten werden entsprechend den wissenschaftlichen Richtlinien für 10 Jahre archiviert und sind nur berechtigten Personen zugänglich.

Eine Kopie der von Ihnen zu unterzeichnenden Einverständniserklärung finden Sie am Ende dieses Informationsblattes.

Wie können Sie Kontakt zu uns aufnehmen?

Wir würden uns freuen, wenn Sie an unserer Studie teilnehmen. Sollten Sie weitere Fragen zu unserer Untersuchung haben, oder sollten sich Fragen oder Probleme im Verlauf der Therapie ergeben, können Sie sich jederzeit an uns wenden. Wir werden Ihre Fragen umgehend beantworten. Sollten Sie später Ihr

Einverständnis zur Teilnahme in der wissenschaftlichen Auswertung zurückziehen wollen, wenden Sie sich bitte an unser Institut.

Kontakt: Dr. Jens Heider, Dr. Katharina Köck, Dipl.-Psych. Romina Montini
Psychotherapeutische Universitätsambulanz, Universität Koblenz-Landau, Ostbahnstr. 10,
76829 Landau, Tel.: 06341-280 356 22, E-Mail: wipp@uni-landau.de

Kopie der Einverständniserklärung zum Verbleib in Ihrem Besitz

Durch meine Unterschrift bestätige ich:

Ich erkläre mich bereit, an der Studie teilzunehmen. Ich wurde über Inhalte und Zielsetzungen der Untersuchung, sowie die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen informiert. Ich habe die Patienteninformation gelesen und verstanden. Meine Teilnahme an der Studie erfolgt auf rein freiwilliger Basis. Aus der Nichtteilnahme bzw. aus dem Widerruf meines Einverständnisses entstehen mir keinerlei Nachteile.

Im Einzelnen erkläre ich mich damit einverstanden,

- vor Aufnahme der Therapie an einer ausführlichen diagnostischen Untersuchung teilzunehmen. Diese besteht aus einem klinischen Untersuchungsgespräch und dem Ausfüllen von Fragebögen.
- entsprechend des Studienplanes an den vorgesehenen 12 Therapiesitzungen und an zwei Auffrischungssitzungen sowie an den diagnostischen Wiederholungsuntersuchungen teilzunehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine in der Studie erhobenen Daten (Fragebögen, elektronische Daten) verschlüsselt, d.h. in unpersönlicher Form (ohne Namens- oder Initialennennung) aufgezeichnet, in Computern gespeichert, ausgewertet und verschlüsselt an andere Studienzentren weitergegeben werden. Dabei gibt es keine Möglichkeit des Rückschlusses auf Einzelpersonen. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Studie in Gruppen zusammengefasst und ohne Bezug auf konkrete Personen wissenschaftlich veröffentlicht werden.

Ich bin damit einverstanden, dass einige Therapiesitzungen zum Zwecke der Überprüfung der Behandlungsqualität auf Video aufgezeichnet werden. Die Videos werden nach Abschluss der Auswertungen gelöscht.

Ich habe das Recht, diese Einwilligung zu widerrufen und die Teilnahme jederzeit abubrechen. Ich hatte ausreichend Zeit, mir zu überlegen, ob ich an der Studie teilnehmen möchte, sowie die Gelegenheit, das Vorhaben zu diskutieren und Fragen zu stellen. Mit den erhaltenen Antworten bin ich zufrieden. Ich habe darüber hinaus eine Patienteninformation und eine Kopie dieser Einverständniserklärung (datiert und unterschrieben) erhalten.

Name des Teilnehmers (bitte Blockbuchstaben): _____

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers

Unterschrift des aufklärenden Mitarbeiters

C Screening Fragebogen

**Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient,**

Chiffre:

Sie haben sich für die Teilnahme an unserem Behandlungsprogramm „Angststörungen – Hilfe bei Panikattacken und Agoraphobie“ in der Psychotherapeutischen Universitätsambulanz der Universität Koblenz-Landau interessiert. Die folgenden Fragen sollen uns helfen, einen Eindruck Ihrer psychischen und/oder körperlichen Beschwerden zu bekommen.

Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Heutiges Datum:

Geburtsdatum:

Geschlecht: weiblich
männlich

Wer hat Sie an uns verwiesen?

Was sind Ihre wichtigsten psychischen und/oder körperlichen Beschwerden oder Probleme, wegen derer Sie in der Psychotherapeutischen Universitätsambulanz behandelt werden wollen?

Seit wann leiden Sie unter Ihren psychischen und/oder körperlichen Beschwerden: Seit _____ Jahren

1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Haben Sie in den letzten 12 Monaten unter körperlichen Beschwerden gelitten, für die Ihr Arzt keine eindeutige Erklärung finden konnte? **Nein** **Ja**
3. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten erhebliche Sorgen gemacht, eine ernsthafte körperliche Erkrankung zu haben?

4. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslernen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.	Haben Sie in den <u>letzten 12 Monaten</u> über mehr als 2 Wochen am Stück fast täglich unter Gefühlen von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit gelitten?	Nein	Ja
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Litten Sie in den <u>letzten 12 Monaten</u> über mehr als 2 Wochen am Stück fast täglich unter Interessenverlust, Müdigkeit oder Energieverlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Waren Sie <u>jemals</u> über mehrere Tage hinweg ungewöhnlich glücklich, überdreht oder reizbar, so dass sich Freunde oder Angehörige Sorgen machten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Fragen zum Thema „Angst“	Nein	Ja
a. Hatten Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „ Nein “, gehen Sie bitte weiter zu Frage 10		
b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf – d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.	Nein	Ja
a. Bekamen Sie schlecht Luft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßig Herzsschlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Haben Sie geschwitzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Zitterten oder bebten Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage
a. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „ Überhaupt nicht “, gehen Sie bitte weiter zu Frage 11			
c. Gefühle der Unruhe, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Leichte Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Lesen oder beim Fernsehen. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | Nein | Ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 11. Litten Sie in den <u>letzten 12 Monaten</u> unter unbegründet starken Ängsten, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, in Geschäfte zu gehen, Schlange zu stehen oder sich auf öffentlichen Plätzen aufzuhalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Litten Sie in den <u>letzten 12 Monaten</u> unter unbegründet starken Ängsten in sozialen Situationen, wie mit anderen zu reden, etwas in Gegenwart anderer zu tun oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Gab es in den <u>letzten 12 Monaten</u> eine Zeitspanne, in der Sie unter einer unbegründet starken Angst vor anderen Situationen (geschlossenen Räumen) oder Gegenständen (Höhen, Unwettern, Tieren) litten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Litten Sie in den <u>letzten 12 Monaten</u> unter Gedanken, die unsinnig waren und immer wieder kamen, auch wenn Sie es gar nicht wollten? Z.B. Gedanken jemanden zu verletzen oder zu vergiften, oder etwas in der Öffentlichkeit auszurufen, was sie nicht aussprechen wollen (z.B. Obszönitäten)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Mussten Sie in den <u>letzten 12 Monaten</u> Handlungen immer wieder wiederholen, die keinen Sinn zu machen schienen und die Sie nicht ausführen wollten? Z.B. etwas immer wieder zu waschen oder Dinge zu zählen oder etwas wiederholt zu prüfen, wie verschlossene Türen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Haben Sie <u>jemals</u> ein ungewöhnlich schreckliches oder bedrohliches Ereignis oder eine ungewöhnlich schreckliche oder bedrohliche Situation erlebt, unter deren Nachwirkungen Sie noch heute leiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17. Fragen zum Thema „Essen“

- | | Nein | Ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, wie viel und was Sie essen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Essen Sie öfter – in einem Zeitraum von 2 Stunden – Mengen, die andere Leute als ungewöhnlich groß bezeichnen würden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn „Nein“ bei a oder b, gehen Sie bitte zu Frage 20 | | |
| c. Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18. Haben Sie während der letzten 3 Monate öfter eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?

- | | Nein | Ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Sich selbst zum Erbrechen gebracht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Gefastet, d.h. mindestens 24 Stunden lang nicht gegessen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie wie oben beschrieben gegessen haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | Nein | Ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 19. Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen (a bis d), die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ angekreuzt haben, kam eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. Wie groß sind Sie? _____ m

21. Wie viel wiegen Sie? _____ kg

- | | Nein | Ja |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 22. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten über mehrere Monate hinweg große Sorgen darüber gemacht, wie viel Sie essen oder darüber zu dick zu sein, zuzunehmen oder zu dick zu werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | Nein | Ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 23. Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn „Nein“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 25

24. Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate mehr als einmal eine der folgenden Situationen eingetreten?		Nein	Ja
a.	Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Sie hatten Schwierigkeiten, mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zu viel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25.	Haben Sie in den letzten 12 Monaten schon mehrmals Anregungsmittel, Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittel ohne ärztliche Verschreibung eingenommen oder in höherer Dosierung als verschrieben?	Nein	Ja
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Haben Sie in den letzten 12 Monaten schon mehrmals irgendwelche Drogen wie z.B. Haschisch, Ecstasy, Kokain oder Heroin eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Haben Sie wegen Ihrer Beschwerden / Probleme bereits eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen?	Nein	Ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls „Ja“ bitte **Therapeuten** angeben:

Jahr	Name des Therapeuten	Behandlungsgrund	Anzahl der Gespräche	Wie hilfreich war die Behandlung für Sie?			
				sehr hilfreich	hilfreich	etwas hilfreich	nicht hilfreich
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Waren Sie wegen Ihrer Beschwerden / Probleme bereits in teilstationärer bzw. stationärer Behandlung?

Nein Ja

Falls „Ja“ bitte **Einrichtung** angeben:

Jahr	Name der Einrichtung	Behandlungsgrund	Dauer in Wochen	Wie hilfreich war die Behandlung für Sie?			
				sehr hilfreich	hilfreich	etwas hilfreich	nicht hilfreich
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Persönlichkeit, also auf Ihre Empfindungen, Gefühle, Einstellungen und Verhaltensweisen in Ihrem bisherigen Leben. Bitte versuchen Sie, sich so zu beschreiben, wie Sie im Allgemeinen sind. Beziehen Sie sich dabei auf die letzten fünf bis zehn Jahre. Kreuzen Sie bitte das Zutreffende an. Wenn Sie eine Frage nicht verstehen, lassen Sie diese bitte aus.

	Nein	Ja
1. Vermeiden Sie berufliche Aufgaben oder Aufträge, bei denen Sie mit vielen Menschen zu tun haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Meiden Sie Kontakt mit anderen Menschen, es sei denn, Sie sind sicher, dass diese Sie wirklich mögen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fällt es Ihnen schwer, anderen Menschen gegenüber offen zu sein, selbst wenn diese Ihnen nahe stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wenn Sie mit anderen Menschen zu tun haben, befürchten Sie dann oft, von ihnen kritisiert oder abgelehnt zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sind Sie gewöhnlich zurückhaltend und schweigsam, wenn Sie neue Leute kennen lernen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Glauben Sie, dass Sie nicht so klug, so geschickt oder so attraktiv sind wie die meisten anderen Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie Angst davor, neue Dinge auszuprobieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Benötigen Sie häufig Ratschläge oder Bestätigung von anderen, bevor Sie alltägliche Entscheidungen treffen können, also z. B. was Sie anziehen oder in einem Restaurant bestellen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sind Sie bei der Organisation wichtiger Lebensbereiche, wie z. B. finanziellen Angelegenheiten, Kindererziehung oder der Planung des Alltags, von anderen Personen abhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fällt es Ihnen schwer, anderen zu widersprechen, selbst wenn Sie denken, dass diese im Unrecht sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nein	Ja

11.	Fällt es Ihnen schwer, Aufgaben zu beginnen oder daran zu arbeiten, wenn Ihnen niemand dabei hilft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Übernehmen Sie oft freiwillig unerfreuliche Aufgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Fühlen Sie sich im Allgemeinen unwohl, wenn Sie allein sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Wenn eine enge Beziehung endet, brauchen Sie dann schnell einen anderen Menschen, auf den Sie sich verlassen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Denken Sie oft darüber nach, allein gelassen zu werden und niemanden zu haben, der sich um Sie kümmert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Sind Sie jemand, der viel Wert auf Details, Ordnung und Organisation legt, oder machen Sie gerne Listen und Zeitpläne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Haben Sie Schwierigkeiten, Arbeiten zu Ende zu bringen, weil Sie viel Zeit darauf verwenden, alles genau und richtig zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Glauben Sie selbst oder haben andere Ihnen schon gesagt, dass Sie mit Ihrer Arbeit (mit der Schule) oft so beschäftigt sind, dass keine Zeit mehr für Freunde oder Vergnügungen bleibt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Haben Sie sehr hohe moralische Ansprüche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Fällt es Ihnen schwer, Dinge wegzuworfen, weil Sie denken, sie vielleicht irgendwann wieder gebrauchen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Fällt es Ihnen schwer, sich von anderen helfen zu lassen, wenn diese die Angelegenheit nicht genau nach Ihren Vorstellungen erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Fällt es Ihnen schwer, Geld für sich oder andere Personen auszugeben, auch wenn Sie genügend haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Sind Sie sich oft so sicher, Recht zu haben, dass Ihnen ganz gleich ist, was andere Leute sagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Hat man Ihnen schon einmal gesagt, Sie seien eigensinnig oder stur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Wenn jemand Sie um etwas bittet, das Sie eigentlich nicht tun wollen, sagen Sie zunächst zwar „ja“, arbeiten dann aber sehr langsam oder nachlässig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Neigen Sie oft dazu, etwas, was Sie nicht tun wollen, einfach zu „vergessen“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Haben Sie häufig den Eindruck, dass andere Sie nicht verstehen oder ihre Leistungen nicht ausreichend schätzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Sind Sie oft schlechter Laune und geraten dann leicht ins Streiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Haben Sie oft das Gefühl, dass die meisten Ihrer Vorgesetzten, Lehrer, Dozenten oder anderer Leute in höheren Positionen eigentlich unfähig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Erleben Sie es häufig als ungerecht, dass andere Menschen mehr besitzen als Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Beschweren Sie sich oft darüber, dass Ihnen ausschließlich nur Schlechtes passiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Passiert es Ihnen oft, dass Sie erst jemanden vor den Kopf stoßen und dann alles tun, was der andere will, um es wieder gut zumachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Fühlen Sie sich in der Regel unglücklich oder ohne Lebensfreude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Halten Sie sich im Grunde für minderwertig oder haben Sie von sich selbst eine schlechte Meinung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Machen Sie sich selbst oft schlecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Sind Sie jemand, der sich ständig Sorgen macht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nein Ja

37.	Verurteilen Sie andere häufig und haben schnell etwas an Ihnen auszusetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Denken Sie, dass die meisten Menschen im Prinzip schlecht sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Befürchten Sie fast immer das Schlimmste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Haben Sie oft Schuldgefühle, weil Sie etwas getan oder etwas unterlassen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	Müssen Sie ständig auf der Hut sein, um zu verhindern, dass andere Sie ausnutzen oder verletzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	Zweifeln Sie oft daran, ob Sie Ihren Freunden oder Arbeitskollegen trauen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	Glauben Sie, dass es besser ist, andere nicht zu viel über Sie wissen zu lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	Entdecken Sie häufig eine verborgene Bedeutung hinter dem, was andere sagen oder tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	Sind Sie sehr nachtragend, d.h. dauert es lange, bis Sie jemandem verzeihen, der Sie beleidigt oder gekränkt hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46.	Gibt es viele Leute, denen Sie nicht verzeihen können, auch wenn das, was diese gesagt oder getan haben, schon lange zurückliegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47.	Werden Sie schnell wütend oder reagieren Sie aggressiv, wenn Sie kritisiert oder beleidigt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.	Haben Sie schon öfter den Verdacht gehabt, Ihr Ehegatte oder Partner sei Ihnen untreu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49.	Wenn Sie in der Öffentlichkeit Leute sehen, die sich miteinander unterhalten, denken Sie dann häufig, dass man über Sie redet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50.	Haben Sie oft das Gefühl, dass Dinge, die augenscheinlich nichts miteinander zu tun haben, Ihnen eine besondere Botschaft vermitteln sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51.	Entdecken Sie häufig verborgene Botschaften hinter scheinbar zufälligen Ereignissen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.	Hatten Sie jemals den Eindruck, dass Sie Dinge geschehen lassen können, einfach, indem Sie sich es wünschen oder daran denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.	Haben Sie persönlich Erfahrungen mit übernatürlichen Dingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54.	Glauben Sie, einen „sechsten Sinn“ zu haben, so dass Sie - im Gegensatz zu anderen - Dinge im Voraus wissen und vorhersagen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55.	Haben Sie schon öfter Gegenstände oder Schatten gesehen und gedacht, es seien in Wirklichkeit Menschen oder Tiere, oder haben Sie Geräusche für menschliche Stimmen gehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56.	Haben Sie manchmal das Gefühl, dass eine unsichtbare Person oder Kraft Sie umgibt, obwohl Sie niemanden sehen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57.	Sehen Sie oft die Aura oder Energiefelder von anderen Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58.	Gibt es außerhalb Ihrer Familie nur sehr wenige Menschen, zu denen Sie eine wirklich enge Beziehung haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59.	Sind Sie oft nervös und ängstlich, wenn Sie mit anderen Menschen zusammen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60.	Könnten Sie ohne enge Beziehungen, wie man sie zum Beispiel in einer Familie oder mit Freunden hat, auskommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61.	Würden Sie die meisten Dinge lieber allein als mit anderen zusammen machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62.	Könnten Sie ohne sexuelle Beziehung zufrieden sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63.	Gibt es nur ganz wenige Dinge im Leben, die Ihnen wirklich Freude bereiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nein	Ja

64.	Ist es Ihnen gleichgültig, was andere über Sie denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65.	Haben Sie das Gefühl, dass es nichts gibt, was Sie sehr glücklich oder sehr traurig machen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66.	Stehen Sie gern im Mittelpunkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67.	Flirten Sie oft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68.	Kleiden Sie sich gern sexy, auch wenn Sie zum Beispiel nur zur Arbeit gehen oder Besorgungen machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69.	Versuchen Sie, durch äußere Erscheinung, wie zum Beispiel Kleidung, die Aufmerksamkeit anderer auf sich zu ziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70.	Sehen Sie sich gern als schillernde Persönlichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71.	Sind Sie oft unsicher in Ihren Meinungen und Ansichten und übernehmen daher die Meinung anderer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72.	Bekommen Sie zu fast allen Menschen, die Sie treffen, schnell engen Kontakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73.	Haben Sie das Gefühl, dass die meisten Menschen Ihre besonderen Fähigkeiten gar nicht richtig schätzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74.	Wurde Ihnen schon einmal gesagt, Sie hätten eine zu hohe Meinung von sich selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75.	Denken Sie oft an die Macht, den Ruhm oder die Anerkennung, die Sie eines Tages haben werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76.	Denken Sie oft an die ideale Liebe, die Sie eines Tages finden werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77.	Wenn Sie eine Beschwerde haben, bestehen Sie fast immer darauf, den höchsten Vorgesetzten zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78.	Glauben Sie, dass es sich nur lohnt, Zeit mit Menschen zu verbringen, die etwas Besonderes oder besonders wichtig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79.	Ist es Ihnen wichtig, dass andere Sie beachten oder Sie in irgendeiner Weise bewundern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80.	Glauben Sie, dass Sie sich bestimmten Regeln oder gesellschaftlichen Konventionen nicht unterordnen müssen, wenn diese Sie irgendwie einschränken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81.	Glauben Sie, dass es Gründe gibt, weswegen andere Leute Sie besonders zuvorkommend behandeln sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82.	Mussten Sie schon einmal andere regelrecht benutzen, um etwas zu erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83.	Sind Ihnen Ihre eigenen Bedürfnisse oft wichtiger als die anderer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84.	Sind Sie oft der Meinung, dass andere Ihren Wünschen bedingungslos nachkommen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85.	Halten Sie es oft für unwichtig, sich mit den Angelegenheiten oder Gefühlen anderer auseinanderzusetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86.	Können Sie es kaum ertragen, wenn andere erfolgreich sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87.	Haben Sie den Eindruck, dass andere oft neidisch auf Sie sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88.	Glauben Sie, dass nur sehr wenige Menschen Ihre Zeit und Ihre Aufmerksamkeit verdienen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89.	Geraten Sie aus der Fassung, wenn Sie sich vorstellen, dass jemand, der Ihnen viel bedeutet, Sie verlässt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90.	Sind Ihre Beziehungen zu Personen, an denen Ihnen viel liegt, von einem ständigen Auf und Ab gekennzeichnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nein	Ja

91.	Haben Sie schon die Erfahrung gemacht, dass sich Ihre Zielsetzungen und Ihr Gefühl, wer Sie sind, plötzlich ändern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92.	Erleben Sie häufig krasse Veränderungen dabei, wie Sie sich selbst sehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93.	Ändern Sie oft plötzlich Ihre Zielsetzungen, Ihre beruflichen Pläne, religiöse Anschauungen und Ähnliches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94.	Handeln Sie oft impulsiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95.	Haben Sie je versucht, sich selbst zu verletzen oder umzubringen oder es angedroht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96.	Haben Sie sich je absichtlich geschnitten, verbrannt oder gekratzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97.	Sind Sie launisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98.	Fühlen Sie sich oft innerlich leer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99.	Haben Sie oft Wutausbrüche oder werden so böse, dass Sie die Kontrolle verlieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100.	Schlagen Sie andere oder werfen Sie mit Gegenständen, wenn Sie wütend sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101.	Können selbst Kleinigkeiten Sie sehr wütend machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102.	Werden Sie anderen gegenüber argwöhnisch oder fühlen Sie sich manchmal unwirklich, wenn Sie unter großem Druck stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf **Verhaltensweisen, die vor Ihrem 15. Lebensjahr** aufgetreten sein könnten.

Vor Ihrem 15. Lebensjahr...

103.	...haben Sie andere Kinder schikaniert oder bedroht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104.	... haben Sie Schlägereien angefangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105.	... haben Sie in einem Kampf eine Waffe benutzt, wie zum Beispiel einen Stock, einen Stein, eine zerbrochene Flasche, ein Messer oder einen Revolver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106.	... haben Sie jemals versucht, absichtlich anderen Schmerz oder Leid zuzufügen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107.	... haben Sie manchmal absichtlich Tiere gequält?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108.	... haben Sie jemals einer anderen Person gewaltsam etwas weggenommen, indem Sie sie bedrohten, überfielen oder beraubten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109.	... haben Sie jemals einen anderen Menschen zu sexuellem Kontakt gezwungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110.	... haben Sie schon einmal absichtlich Feuer gelegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111.	... haben Sie vorsätzlich Dinge beschädigt, die nicht Ihnen gehörten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112.	... sind Sie irgendwo eingebrochen (z.B. Wohnung, Haus, Auto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113.	... haben Sie häufig gelogen oder andere betrogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114.	... haben Sie jemals etwas gestohlen, zum Beispiel in einem Kaufhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115.	... sind Sie jemals von zu Hause weggelaufen und über Nacht weggeblieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vor Ihrem 13. Lebensjahr...

116.	... sind Sie abends oft wesentlich später nach Hause gekommen als Sie durften?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117.	... haben Sie oft die Schule geschwänzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zentrum		
LD ₍₁₎	HB ₍₂₎	HGW ₍₃₎
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pat.-ID

--	--	--	--

Datum: _____

Dieser Fragebogen ist für Menschen bestimmt, die unter Panikattacken oder Agoraphobie (Platzangst) leiden. In dem Fragebogen geht es darum, wie schwer Ihre Symptome **in der letzten Woche** waren

Unter Panikattacken (Angstanfällen) versteht man das plötzliche Auftreten von Angst, verbunden mit einigen der folgenden Symptomen:

- Herzklopfen, Herzrasen oder unregelmäßiger Herzschlag
- Schwitzen
- Zittern oder Beben
- Mundtrockenheit
- Atemnot
- Erstickungsgefühl, Enge im Hals
- Schmerzen, Druck oder Enge in der Brust
- Übelkeit oder Bauchbeschwerden
- Schwindel-, Unsicherheit-, Ohnmachts- oder Benommenheitsgefühle
- Gefühl, dass Dinge unwirklich sind (wie im Traum) oder dass man selbst „nicht richtig da“ ist
- Angst, die Kontrolle zu verlieren, „wahnsinnig zu werden“ oder ohnmächtig zu werden
- Angst zu sterben
- Hitzewallungen oder Kälteschauer
- Taubheit oder Kribbelgefühle

Diese Panikattacken treten plötzlich auf und nehmen während ca. 10 Minuten an Stärke zu.

A.1 Wie häufig hatten Sie solche Panikattacken (Angstanfälle)?

- 0 keine Panikattacke in der letzten Woche
- 1 1 Panikattacke in der letzten Woche
- 2 2 oder 3 Panikattacken in der letzten Woche
- 3 4-6 Panikattacken in der letzten Woche
- 4 mehr als 6 Panikattacken in der letzten Woche

A.2 Wie schwer waren die Panikattacken in der letzten Woche?

- 0 keine Panikattacken
- 1 die Attacken waren meist leicht
- 2 die Attacken waren meist mittelschwer
- 3 die Attacken waren meist schwer
- 4 die Attacken waren meist extrem schwer

A.3 Wie lange dauerte ein Anfall durchschnittlich in der letzten Woche?

- 0 keine Panikattacken
- 1 nur 1 bis 10 Minuten
- 2 über 10 bis 60 Minuten
- 3 über 1 bis 2 Stunden
- 4 über 2 Stunden und mehr

U. Traten die meisten Attacken unerwartet oder erwartet (in gefürchteten Situationen) auf?

9 keine Panikattacken

<input type="checkbox"/> 0 meistens unerwartet	<input type="checkbox"/> 1 häufiger unerwartet als erwartet	<input type="checkbox"/> 2 teilweise unerwartet, teilweise erwartet	<input type="checkbox"/> 3 häufiger erwartet als unerwartet	<input type="checkbox"/> 4 meistens erwartet
---	--	--	--	---

B.1 Haben Sie in der letzten Woche bestimmte Situationen vermieden, aus Angst, einen Panikanfall zu erleiden, bzw. ein unwohles Gefühl zu haben?

- 0 keine Vermeidung angstauslösender Situationen (bzw. meine Panikattacken treten nicht in bestimmten Situationen auf)
- 1 selten Vermeidung angstauslösender Situationen
- 2 gelegentlich Vermeidung angstauslösender Situationen
- 3 häufig Vermeidung angstauslösender Situationen
- 4 sehr häufig Vermeidung angstauslösender Situationen

B.2 Kreuzen Sie die Situationen an, die Sie vermieden haben oder in denen Angstanfälle oder Beklemmung auftreten könnten, wenn Sie ohne Begleitung sind (Platzangst, Klaustrophobie, Agoraphobie)?

- 01 Flugzeug
- 02 U-Bahn
- 03 Bus, Bahn
- 04 Schiff
- 05 Theater/Kino
- 06 Kaufhaus
- 07 Schlange stehen
- 08 Stadion
- 09 Feste, Versammlungen
- 10 Menschenmengen
- 11 Restaurants
- 12 Museum
- 13 Fahrstühle
- 14 Geschlossene Räume (z.B. Tunnel)
- 15 Klassenzimmer, Hörsaal
- 16 Autofahren (z.B. im Stau)
- 17 Große Räume (Hallen)
- 18 Auf der Straße gehen
- 19 Große Plätze, Felder, breite Straßen
- 20 Höhen
- 21 Über Brücken gehen
- 22 Allein weit weg von zu Hause sein
- 23 Allein zu Hause sein
- 24 *Andere Situationen:*
- 25
- 26
- 27

B.3 Wie wichtig waren die Situationen, die Sie vermieden haben?

- 0 unwichtig (bzw. keine Agoraphobie)

- 1 nicht besonders wichtig
- 2 mittelgradig wichtig
- 3 sehr wichtig
- 4 extrem wichtig

C.1 Litten Sie in der letzten Woche unter der Angst, eine Panikattacke zu bekommen (Erwartungsangst oder „Angst vor der Angst“)?

- 0 keine Erwartungsangst
- 1 selten Angst, eine Panikattacke zu bekommen
- 2 manchmal Angst, eine Panikattacke zu bekommen
- 3 häufig Angst, eine Panikattacke zu bekommen
- 4 sehr häufig Angst, eine Panikattacke zu bekommen

C.2 Wie stark war diese „Angst vor der Angst“?

- 0 keine Erwartungsangst
- 1 gering
- 2 mäßig
- 3 stark
- 4 sehr stark

D.1 Fühlten Sie sich in der letzten Woche durch Ihre Ängste im familiären Bereich (Partnerschaft, Kinder usw.) eingeschränkt?

- 0 keine Einschränkung
- 1 leichte Einschränkung
- 2 mittlere Einschränkung
- 3 starke Einschränkung
- 4 maximale Einschränkung

D.2 Fühlten Sie sich in der letzten Woche durch Ihre Ängste im gesellschaftlichen Bereich oder in Ihrer Freizeit eingeschränkt (Konnten Sie z.B. nicht in Kinos oder auf Feiern gehen)?

- 0 keine Einschränkung
- 1 leichte Einschränkung
- 2 mittlere Einschränkung
- 3 starke Einschränkung
- 4 maximale Einschränkung

D.3 Fühlten Sie sich in der letzten Woche durch Ihre Ängste im beruflichen Bereich (bzw. Hausarbeit) eingeschränkt?

- 0 keine Einschränkung
- 1 leichte Einschränkung
- 2 mittlere Einschränkung
- 3 starke Einschränkung
- 4 maximale Einschränkung

E.1 Machten Sie sich in der letzten Woche Sorgen, dass sie durch Ihre Symptome gesundheitlichen Schadenerleiden könnten (z.B. einen Herzinfarkt oder eine Verletzung, wenn Sie in Ohnmacht fallen würden)?

- 0 trifft überhaupt nicht zu
- 1 trifft kaum zu
- 2 trifft teilweise zu
- 3 trifft überwiegend zu
- 4 trifft ausgesprochen zu, gesundheitlicher Schaden befürchtet

E.2 Glaubten Sie manchmal, dass Ihr Arzt sich getäuscht haben könnte, als er sagte, dass Ihre Symptome wie Herzrasen, Schwindel, Taubheitsgefühle, Luftnot usw. eine seelische Ursache haben? Glaubten Sie, dass dahinter in Wirklichkeit eine körperliche Ursache steckt, die noch nicht gefunden wurde?

- 0 trifft überhaupt nicht zu, eher seelische Ursache angenommen
- 1 trifft kaum zu
- 2 trifft teilweise zu
- 3 trifft überwiegend zu
- 4 trifft ausgesprochen zu, eher körperliche Ursache angenommen



Datum	Therapeut	Pat.	Testzeitpunkt																
			SC	T1	Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9	Z10	Z11	T2	B1	B2	T3

In diesem Fragebogen finden Sie einige Gedanken oder Ideen, die Ihnen durch den Kopf gehen könnten, wenn Sie nervös oder ängstlich sind.

- Bitte geben Sie durch Ankreuzen der entsprechenden Ziffer an, **wie oft** jeder der folgenden Gedanken vorkommt, wenn Sie nervös oder ängstlich sind.
- Bitte geben Sie auch an, welche drei Gedanken am häufigsten vorkommen, indem Sie jeweils den ganzen Satz unterstreichen.

		nie	selten	Hälfte der Zeit	gewöhn- lich	immer
1.	Ich muss mich gleich übergeben.	1	2	3	4	5
2.	Ich werde in Ohnmacht fallen.	1	2	3	4	5
3.	Ich muss einen Hirntumor haben.	1	2	3	4	5
4.	Ich werde einen Herzanfall bekommen.	1	2	3	4	5
5.	Ich werde ersticken.	1	2	3	4	5
6.	Ich werde mich lächerlich benehmen.	1	2	3	4	5
7.	Ich werde blind werden.	1	2	3	4	5
8.	Ich werde mich nicht kontrollieren können.	1	2	3	4	5
9.	Ich werde jemandem etwas antun.	1	2	3	4	5
10.	Ich werde einen Schlaganfall bekommen.	1	2	3	4	5
11.	Ich werde verrückt werden.	1	2	3	4	5
12.	Ich werde schreien.	1	2	3	4	5
13.	Ich werde Unsinn reden oder stammeln.	1	2	3	4	5
14.	Ich werde vor Angst erstarren.	1	2	3	4	5
15.	andere Gedanken, die hier nicht aufgeführt sind (bitte angeben)	1	2	3	4	5

In diesem Fragebogen finden Sie eine Liste bestimmter Körperempfindungen auftreten könnten, wenn Sie nervös sind oder wenn Sie sich in einer Situation befinden, die Ihnen Angst macht.

1. Bitte geben Sie an, **wie viel Angst** Sie vor diesen Empfindungen haben, indem Sie die entsprechende Zahl ankreuzen.
2. Bitte geben Sie durch Unterstreichen an, welche drei Körperempfindungen Sie in Ihrem Leben am schwierigsten finden. Dies wären die beunruhigenden Empfindungen, die am häufigsten vorkommen.

		gar nicht	ein wenig	mittel- mäßig	sehr	extrem
1.	Herzklopfen	1	2	3	4	5
2.	Druck oder ein schweres Gefühl in der Brust	1	2	3	4	5
3.	Taubheit in Armen und Beinen	1	2	3	4	5
4.	Kribbeln in den Fingerspitzen	1	2	3	4	5
5.	Taubheit in einem anderen Teil Ihres Körpers	1	2	3	4	5
6.	Gefühl, keine Luft zu bekommen	1	2	3	4	5
7.	Schwindel	1	2	3	4	5
8.	Verschwommene oder verzerrte Sicht	1	2	3	4	5
9.	Übelkeit	1	2	3	4	5
10.	Flaues Gefühl im Magen	1	2	3	4	5
11.	Gefühl, einen Stein im Magen zu haben	1	2	3	4	5
12.	Einen Kloß im Hals haben	1	2	3	4	5
13.	Weiche Knie	1	2	3	4	5
14.	Schwitzen	1	2	3	4	5
15.	Trockene Kehle	1	2	3	4	5
16.	Sich desorientiert oder verwirrt fühlen	1	2	3	4	5
17.	Sich abgelöst vom eigenen Körper fühlen	1	2	3	4	5
18.	Andere (bitte angeben)	1	2	3	4	5

Datum	Therapeut	Pat. Chiffre	Testzeitpunkt																
			SC	T1	Z1	Z2	Z3	Z4	Z5	Z6	Z7	Z8	Z9	Z10	Z11	T2	B1	B2	T3

- Bitte schätzen Sie in der Spalte „Häufigkeit“ ein, wie häufig Sie die folgenden Situationen in den letzten 7 Tagen insgesamt aufgesucht haben.
- Tragen Sie in der Spalte „Erlebte Angst“ ein, wie stark Sie in dieser Situation Angst erlebt haben. Nutzen Sie dabei eine Skala von „0 – überhaupt keine Angst“ bis „4 – extrem starke Angst“. Wenn Sie mehrfach in der Situation waren, geben Sie bitte einen Durchschnittswert für alle Male an. Wenn Sie nie in der Situation waren, lassen Sie diese Spalte einfach frei.
- Tragen Sie in die Spalte „Wichtigkeit“ ein, wie wichtig es für Sie ist, diese Situation aufsuchen zu können. Nutzen Sie auch dafür eine Skala von „0 – überhaupt nicht wichtig“ bis „4 – extrem wichtig“.

Plätze	Häufigkeit (7 Tage)	Erlebte Angst (0-4)	Wichtigkeit der Situation (0-4)
1 Kinos oder Theater	_____	_____	_____
2 Supermärkte	_____	_____	_____
3 Schul- oder Ausbildungsräume	_____	_____	_____
4 Kaufhäuser	_____	_____	_____
5 Gaststätten	_____	_____	_____
6 Museen	_____	_____	_____
7 Fahrstühle	_____	_____	_____
8 Säle oder Stadien	_____	_____	_____
9 Parkhäuser oder Garagen	_____	_____	_____
10 Hohe Plätze (Wie hoch?)	_____	_____	_____
11 Geschlossene Räume (z. B. Tunnel)	_____	_____	_____
12 Offene Plätze - außen (z. B. Straßen, Höfe)	_____	_____	_____
13 Offene Plätze - innen (z. B. große Räume, Hallen)	_____	_____	_____
Fahren mit			
14 Bussen	_____	_____	_____
15 Zügen	_____	_____	_____
16 Untergrundbahnen	_____	_____	_____
17 Flugzeugen	_____	_____	_____
18 Schiffen	_____	_____	_____
19 Autos - überall	_____	_____	_____
20 Autos - auf Autobahnen/Landstraße	_____	_____	_____
Situationen			
21 Schlange stehen	_____	_____	_____
22 Brücken überqueren	_____	_____	_____
23 Partys, Feste oder Zusammenkünfte	_____	_____	_____
24 Auf die Straße gehen	_____	_____	_____
25 Zuhause allein sein	_____	_____	_____
26 Weit weg von zu Hause sein	_____	_____	_____
27 Menschenmengen	_____	_____	_____
28 Andere? Welche?	_____	_____	_____

G BDI-2

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede dieser Gruppe von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe eine Aussage heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben (0, 1, 2, 3). Falls in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussage ankreuzen.

1. Traurigkeit		6. Bestrafungsgefühle	
0	Ich bin nicht traurig.	0	Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein.
1	Ich bin oft traurig.	1	Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
2	Ich bin ständig traurig.	2	Ich erwarte, bestraft zu werden.
3	Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte.	3	Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.
2. Pessimismus		7. Selbstablehnung	
0	Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft.	0	Ich halte von mir genauso viel wie immer.
1	Ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst.	1	Ich habe das Vertrauen in mich verloren.
2	Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird.	2	Ich bin von mir enttäuscht.
3	Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird.	3	Ich lehne mich völlig ab.
3. Versagensgefühle		8. Selbstvorwürfe	
0	Ich fühle mich nicht als Versager.	0	Ich kritisiere oder tadle mich nicht mehr als sonst.
1	Ich habe häufiger Versagensgefühle.	1	Ich bin mir gegenüber kritischer als sonst.
2	Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge.	2	Ich kritisiere mich für all meine Mängel.
3	Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.	3	Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert.
4. Verlust von Freude		9. Selbstmordgedanken	
0	Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.	0	Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
	Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.	1	Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
1	Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr genießen	2	Ich möchte mich am liebsten umbringen.
2	Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen	3	Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte.
3			
5. Schuldgefühle		10. Weinen	
0	Ich habe keine besonderen Schuldgefühle.	0	Ich weine nicht öfter als früher.
1	Ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen.	1	Ich weine jetzt mehr als früher.
2	Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle.	2	Ich weine beim geringsten Anlass.
3	Ich habe ständig Schuldgefühle.	3	Ich möchte gerne weinen, aber ich kann nicht.

11. Unruhe		17. Reizbarkeit	
0	Ich bin nicht unruhiger als sonst.	0	Ich bin nicht reizbarer als sonst.
1	Ich bin unruhiger als sonst.	1	Ich bin reizbarer als sonst.
2	Ich bin so unruhig, dass es mir schwerfällt still zu sitzen.	2	Ich bin viel reizbarer als sonst.
3	Ich bin so unruhig, dass ich mich ständig bewegen oder etwas tun muss.	3	Ich fühle mich dauernd gereizt.
12. Interessenverlust		18. Veränderungen des Appetits	
0	Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder Tätigkeiten nicht verloren	0	Mein Appetit hat sich nicht verändert
1	Ich habe weniger Interesse an anderen Menschen oder an Dingen als sonst.	1a	Mein Appetit ist etwas schlechter als sonst.
2	Ich habe mein Interesse an anderen Menschen oder Dingen zum größten Teil verloren.	1b	Mein Appetit ist etwas größer als sonst.
3	Es fällt mir schwer, mich überhaupt für irgendetwas zu interessieren.	2a	Mein Appetit ist viel schlechter als sonst.
		2b	Mein Appetit ist viel größer als sonst.
		3a	Ich habe überhaupt keinen Appetit.
		3b	Ich habe ständig Heißhunger.
13. Entschlussunfähigkeit		19. Konzentrationsschwierigkeiten	
0	Ich bin so entschlossfreudig wie immer.	0	Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer.
1	Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.	1	Ich kann mich nicht mehr so gut konzentrieren wie sonst.
2	Es fällt mir sehr viel schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.	2	Es fällt mir schwer, mich längere Zeit auf irgendetwas zu konzentrieren.
3	Ich habe Mühe überhaupt Entscheidungen zu treffen.	3	Ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren.
14. Wertlosigkeit		20. Ermüdung oder Erschöpfung	
0	Ich fühle mich nicht wertlos.	0	Ich fühle mich nicht müder oder erschöpfter als sonst.
1	Ich halte mich für weniger wertvoll und nützlich als sonst.	1	Ich werde schneller müde oder erschöpft als sonst.
2	Verglichen mit anderen Menschen fühle ich mich viel weniger wert.	2	Für viele Dinge, die ich üblicherweise tue, bin ich zu müde oder erschöpft.
3	Ich fühle mich völlig wertlos.	3	Ich bin so müde oder erschöpft, dass ich fast nichts mehr tun kann.
15. Energieverlust		21. Verlust an sexuellem Interesse	
0	Ich habe so viel Energie wie immer.	0	Mein Interesse an Sexualität hat sich in letzter Zeit nicht verändert.
1	Ich habe weniger Energie als sonst.	1	Ich interessiere mich weniger für Sexualität als vorher.
2	Ich habe so wenig Energie, dass ich kaum noch etwas schaffe.	2	Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sexualität.
3	Ich habe keine Energie mehr, um überhaupt noch etwas zu tun.	3	Ich habe das Interesse an Sexualität völlig verloren.
16. Schlafgewohnheiten			
0	Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht verändert.	2b	Ich schlafe viel weniger als sonst.
1a	Ich schlafe etwas mehr als sonst.	3a	Ich schlafe fast den ganzen Tag.
1b	Ich schlafe etwas weniger als sonst.	3b	Ich wache 1-2 Stunden früher auf als gewöhnlich und kann dann nicht mehr einschlafen.
2a	Ich schlafe viel mehr als sonst.		

H SCL-90-R

Sie finden im Folgenden eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie während der vergangenen sieben Tage bis heute durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.

Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich stark	stark	sehr stark
1.	Kopfschmerzen	0	1	2	3	4
2.	Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4
3.	immer wieder auftauchenden unerwünschte Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	0	1	2	3	4
4.	Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	0	1	2	3	4
5.	Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an der Sexualität	0	1	2	3	4
6.	allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	0	1	2	3	4
7.	der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	0	1	2	3	4
8.	dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind	0	1	2	3	4
9.	Gedächtnisschwierigkeiten	0	1	2	3	4
10.	Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	0	1	2	3	4
11.	dem Gefühl, leicht reizbar oder veräogerbar zu sein	0	1	2	3	4
12.	Herz- und Brustschmerzen	0	1	2	3	4
13.	Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0	1	2	3	4
14.	Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	0	1	2	3	4
15.	Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4
16.	Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	0	1	2	3	4
17.	Zittern	0	1	2	3	4
18.	dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	0	1	2	3	4
19.	schlechtem Appetit	0	1	2	3	4
20.	Neigung zum Weinen	0	1	2	3	4
21.	Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	0	1	2	3	4
22.	der Befürchtung ertappt oder erwischt zu werden	0	1	2	3	4
23.	plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4
24.	Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	0	1	2	3	4
25.	Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	0	1	2	3	4
26.	Selbstvorwürfe über bestimmte Dinge	0	1	2	3	4
27.	Kreuzschmerzen	0	1	2	3	4
28.	dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	0	1	2	3	4
29.	Einsamkeitsgefühlen	0	1	2	3	4
30.	Schwermut	0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich stark	stark	sehr stark
31.	dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	0	1	2	3	4
32.	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
33.	Furchtsamkeit	0	1	2	3	4
34.	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0	1	2	3	4
35.	der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	0	1	2	3	4
36.	dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	0	1	2	3	4
37.	dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0	1	2	3	4
38.	der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	0	1	2	3	4
39.	Herzklopfen oder Herzjagen	0	1	2	3	4
40.	Übelkeit oder Magenverstimmungen	0	1	2	3	4
41.	Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0	1	2	3	4
42.	Muskelschmerzen (Muskelschmerzen, Gliederreißen)	0	1	2	3	4
43.	dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
44.	Einschlafschwierigkeiten	0	1	2	3	4
45.	dem Zwang wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0	1	2	3	4
46.	Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0	1	2	3	4
47.	Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0	1	2	3	4
48.	Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
49.	Hitzewallungen oder Kälteschauern	0	1	2	3	4
50.	der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0	1	2	3	4
51.	Leere im Kopf	0	1	2	3	4
52.	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
53.	dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	0	1	2	3	4
54.	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
55.	Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4
56.	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
57.	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
58.	Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	0	1	2	3	4
59.	Gedanken an den Tod und ans Sterben	0	1	2	3	4
60.	dem Drang, sich zu überessen	0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich stark	stark	sehr stark
61.	einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
62.	dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	0	1	2	3	4
63.	dem Drang, jemand zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0	1	2	3	4
64.	frühem Erwachen am Morgen	0	1	2	3	4
65.	zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit, wie Berühren, Zählen, Waschen	0	1	2	3	4
66.	unruhigem oder gestörtem Schlaf	0	1	2	3	4
67.	dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0	1	2	3	4
68.	Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	0	1	2	3	4
69.	starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0	1	2	3	4
70.	Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	0	1	2	3	4
71.	einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	0	1	2	3	4
72.	Schreck- oder Panikanfällen	0	1	2	3	4
73.	Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	0	1	2	3	4
74.	der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	0	1	2	3	4
75.	Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	0	1	2	3	4
76.	mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	0	1	2	3	4
77.	Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0	1	2	3	4
78.	so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3	4
79.	dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
80.	dem Gefühl, dass Ihnen schlimme oder eigenartige Dinge passieren werden	0	1	2	3	4
81.	dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	0	1	2	3	4
82.	der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	0	1	2	3	4
83.	dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzten, wenn sie es zulassen würden	0	1	2	3	4
84.	sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	0	1	2	3	4
85.	dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0	1	2	3	4
86.	Vorstellungen oder Gedanken, die Ihnen Angst einflößen	0	1	2	3	4
87.	dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4
88.	dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0	1	2	3	4
89.	Schuldgefühlen	0	1	2	3	4
90.	dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4

I THERAPEUTENFRAGEBOGEN T1


A. Allgemeine Fragen

1. Geburtsjahr _____
2. Geschlecht: m w
3. Wann haben Sie Ihre Weiterbildung in Psychologischer Psychotherapie begonnen?
_____ (Monat/Jahr)
4. Falls zutreffend: Wann haben Sie Ihre Weiterbildung beendet? _____ (Monat/Jahr)
5. Wie viele Monate Berufserfahrung haben Sie in der Patientenbehandlung? _____
6. Wieviele Patienten haben Sie bisher in der Ausbildungsambulanz aufgenommen? _____
7. Wieviele Stunden haben Sie bisher in der Ausbildungsambulanz abgeleistet? _____
8. Wo arbeiten Sie im Moment? (Mehrfachantworten möglich)

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Ambulante Praxis | <input type="checkbox"/> | Rehaklinik | <input type="checkbox"/> |
| Klinikambulanz | <input type="checkbox"/> | Psychiatrisches Krankenhaus: | |
| Ausbildungs-/Hochschulambulanz | <input type="checkbox"/> | Station offen | <input type="checkbox"/> |
| Andere | <input type="checkbox"/> | Station geschützt | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | Tagesklinik | <input type="checkbox"/> |

B. Erfahrung mit Expositionsverfahren

1. Bei wie vielen Patienten (unabhängig vom Störungsbild) haben Sie bisher Expositionsübungen in vivo durchgeführt?
0 1-2 3-4 5-6 >6
2. Bei wie vielen Patienten mit der Diagnose Panikstörung/Agoraphobie haben Sie bisher Expositionsübungen in vivo durchgeführt?
0 1-2 3-4 5-6 >6
3. Wie sicher fühlen Sie sich in der Anwendung von Expositionsverfahren?
sehr unsicher eher unsicher weder noch eher sicher sehr sicher

 Bitte wenden

C. Erwartungen

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie folgenden Aussagen zustimmen:		Ausmaß der Zustimmung				
		stimme ganz und gar nicht zu	stimme eher nicht zu	weder noch	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
1.	Die massierte Exposition ist ein äußerst wirksames Verfahren zur Behandlung von Angststörungen.	0	1	2	3	4
2.	Die Umsetzung von massierter Exposition ist im therapeutischen Alltag nicht praktikabel.	0	1	2	3	4
3.	Expositionsverfahren sind nur für sehr erfahrene Therapeuten geeignet.	0	1	2	3	4
4.	Expositionsverfahren stellen eine Zumutung für den Patienten dar.	0	1	2	3	4
5.	Expositionsverfahren alleine sind nicht ausreichend für einen dauerhaften Behandlungserfolg.	0	1	2	3	4
6.	Das vorgegebene Therapiemanual zur expositionsbasierten Therapie der Panikstörung mit Agoraphobie ist in der Praxis gut umsetzbar.	0	1	2	3	4
7.	Ich bin überzeugt von der im Manual beschriebenen Therapiemethode.	0	1	2	3	4

Zentrum		
LD ₍₁₎	HB ₍₂₎	HGW ₍₃₎
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pat.-ID			

Datum: _____

Es gibt unterschiedliche Arten mit Angst umzugehen. Eine Möglichkeit ist, sich mit seiner Angst zu konfrontieren.

Konfrontation bedeutet hierbei, sich auf Angst besetzte Situationen (z.B. Busfahren, ins Kaufhaus gehen,..) einzulassen und starke Angst dabei zu erleben, ohne sich gedanklich davon abzulenken oder andere „Hilfsmittel“ (Notfallmedikamente, Begleitung, Talismane etc.) einzusetzen, die die Angst abmildern.

Konfrontieren Sie sich regelmäßig mit Angst besetzten Situationen, ohne sie frühzeitig zu verlassen? (Kreuzen Sie bitte eine der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten an)

- Nein, und ich habe nicht vor, mich in den nächsten 6 Monaten damit zu konfrontieren. ₁
- Nein, aber ich habe vor, mich in den nächsten 6 Monaten damit zu konfrontieren. ₂
- Nein, aber ich habe vor, mich in den nächsten 30 Tagen damit zu konfrontieren. ₃
- Ja, aber ich konfrontiere mich damit erst seit weniger als 6 Monaten. ₄
- Ja, ich konfrontiere mich damit seit mehr als 6 Monaten. ₅

Haben Sie innerhalb der letzten 6 Monate etwas Konkretes unternommen, um sich mit Angst besetzten Situationen zu konfrontieren (sich Bücher zur Selbsthilfe dazu besorgt, sich um eine Psychotherapie bemüht)? ja nein

Bitte geben Sie an, wie sehr Sie folgenden Aussagen zustimmen:		Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Stimmt zur Hälfte	Stimmt weitgehend	Stimmt vollkommen
1.	Ich befürchte, dass mir auch durch Psychotherapie nicht geholfen werden kann.	0	1	2	3	4
2.	Ich glaube, dass meine Probleme jetzt endlich gelöst werden können.	0	1	2	3	4
3.	Auch durch eine Therapie wird sich wohl an meinen Problemen nicht viel ändern.	0	1	2	3	4
4.	Genau genommen bin ich eher skeptisch, ob die Therapie mir helfen kann.	0	1	2	3	4
5.	Es wird für mich sehr schwierig sein, die Anforderungen der Therapie (mehrmals wöchentliche Sitzungen, Erledigung von Hausaufgaben) zu erfüllen.	0	1	2	3	4
6.	Ich fühle mich bereit, mich im Rahmen der Therapie in Angst auslösende Situationen zu begeben.	0	1	2	3	4

bitte wenden!

Wie lange bestehen die Probleme, aufgrund derer Sie in Behandlung kommen?

weniger als 1 Monat	1-3 Monate	3-6 Monate	6-12 Monate	1-2 Jahre	mehr als 2 Jahre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie häufig waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate aufgrund von Angst...

<i>Behandler/in</i>	<i>Häufigkeit</i>
bei der Allgemeinärztin/Praktischen Ärztin/ beim Allgemeinarzt/Praktischer Arzt (Hausarzt/in)?	
bei der Neurologin/beim Neurologen? und oder Psychiaterin/beim Psychiater?	
In der Notfallaufnahme?	
bei einer anderen Ärztin/einem anderen Arzt?	

Wie viele Tage waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate...

	<i>Tage</i>
... krankgeschrieben oder nicht arbeitsfähig (entsprechend der Krankmeldung; <6 Std. bei Selbständigkeit, mit Wochenende)?	
wenn nicht erwerbstätig: ... nicht in der Lage, Ihren Alltagstätigkeiten nachzugehen (mind. 6 Stunden pro Tag)?	

K Fragebogen zur Erfassung der Hausaufgaben Compliance

Zentrum		
LD ₍₁₎	HB ₍₂₎	HGW ₍₃₎
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pat.-ID			

PROJEKT PANIK

Datum: _____

Stundenbogen PATIENT Sitzung 2

Hatten Sie bis zur heutigen Sitzung Hausaufgaben vereinbart?

ja nein

Falls ja:

gar nicht teils/teils sehr

In welchem Ausmaß haben Sie die Aufgabe(n) erledigt?

Wie schwer ist Ihnen die Erledigung der Aufgabe(n) gefallen?

Wie gut ist es Ihnen gelungen, diese Aufgabe(n) so wie besprochen umzusetzen?

Wie hilfreich fanden Sie die Aufgabe(n) in Bezug auf die Bewältigung Ihres Problems?

Hat Ihr Therapeut heute mit Ihnen Hausaufgaben vereinbart?

ja nein

Falls ja:

gar nicht teils/teils sehr

Für wie sinnvoll halten Sie die Aufgabe(n) im Hinblick auf Ihre Therapieziele?

Wie schwierig erscheinen Ihnen die Aufgabe(n) jetzt?

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie diese Aufgabe(n) wie besprochen erledigen?

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Bezug auf die Therapie.

gar nicht teils/teils voll-kommen

Wie hilfreich fanden Sie die Therapie bis jetzt?

Wie zufrieden sind Sie mit der psychotherapeutischen Behandlung, die Sie bisher erhalten haben, im Großen und Ganzen?

Wie sicher sind Sie sich im Moment, dass Sie die Therapie fortsetzen werden?

Wie umsetzbar sind die Anforderungen der Therapie in Ihrem Alltag?

Gab es seit Beginn der Behandlung Ereignisse außerhalb der Therapie, die Ihrer Meinung nach Ihre Probleme verbessert oder verstärkt haben? Falls ja, welche? (etwa Umzug, Tod einer nahestehenden Person, Arbeitsplatzwechsel, Heirat, Geburt eines Kindes,...)

Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung (HAQ-S)

(Luborsky, 1984; Bassler, Potratz & Krauthauser, 1995)

Bitte schätzen Sie die Beziehung zu Ihrem Therapeuten anhand der unten aufgeführten Aussagen ein. Wählen Sie bitte eine der folgenden Abstufungen:

- Ja, ich halte dies für sehr zutreffend.
- Ja, ich halte dies für zutreffend.
- Ja, ich halte dies für wahrscheinlich zutreffend bzw. für eher zutreffend als nicht zutreffend.
- Nein, ich halte dies für wahrscheinlich unzutreffend bzw. für eher zutreffend als nicht zutreffend.
- Nein, ich halte dies für unzutreffend.
- Nein, ich halte dies für sehr zutreffend.

	Sehr zutreffend	Zutreffend	Wahr- scheinlich zutreffend	Wahr- scheinlich unzutreffend	Unzutreffend	Sehr unzutreffend
1. Ich glaube, dass mein Therapeut/meine Therapeutin mir hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich glaube, dass mir die Behandlung hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe einige neue Einsichten gewonnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Seit Kurzem fühle ich mich besser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich kann bereits absehen, dass ich vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer ich zur Behandlung kam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe das Gefühl, mich auf den Therapeuten/die Therapeutin verlassen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe das Gefühl, dass mich der Therapeut/die Therapeutin versteht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe das Gefühl, dass der Therapeut/die Therapeutin möchte, dass ich meine Ziele erreiche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe das Gefühl, dass ich wie auch der Therapeut/die Therapeutin ernsthaft an einem Strang ziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich glaube, dass ich und der Therapeut/die Therapeutin meine Probleme ähnlich sehen und beurteilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich habe das Gefühl, dass ich mich jetzt selbst verstehen und mich selbstständig mit mir auseinandersetzen kann (d.h. auch dann, wenn ich mit dem Therapeuten/der Therapeutin keine weiteren Gespräche mehr habe).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L Stundenbogen Therapeut

Zentrum		
LD ₍₁₎	HB ₍₂₎	HGW ₍₃₎
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pat.-ID			

PROJEKT PANIK

Datum: _____

Stundenbogen THERAPEUT Sitzung 2

Dauer der Sitzung

von _____ bis _____

Hatten Sie in der heutigen Sitzung Schwierigkeiten, das im Manual beschriebene Vorgehen umzusetzen bzw. gab es Vorkommnisse, die nicht im Manual beschrieben wurden?

nein ja

- Patient sprach andere Themen an
 - Patient versteht Inhalte auch nach mehrmaliger Erklärung nicht
 - Zeit war zu knapp bemessen
 - Sonstige:
-

Bitte beurteilen Sie, wie gut und in welchem Ausmaß der Patient die Übungen durchgeführt hat, die Sie in der letzten Sitzung vereinbart hatten.

Wieviele Übungen wurden als HA vereinbart?

Wie viele hat der Patient durchgeführt?

Der Patient hat die
Übungen

- mehr als vereinbart erledigt wie vereinbart erledigt weniger als vereinbart erledigt gar nicht erledigt

Die Qualität der Übungen war dabei

- sehr gut gut ausreichend nicht ausreichend

Wenn der Patient die Hausaufgaben nicht wie vereinbart erledigt hat; was war aus Ihrer klinischen Einschätzung heraus der Grund dafür?

- Aufgabe nicht verstanden zu viel Angst davor Sinn/Notwendigkeit nicht gesehen

Sonstiges, und zwar:

Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung (HAQ-F)

(Luborsky, 1984; Bassler, Potratz & Krauthauser, 1995)

Bitte schätzen Sie die Beziehung zu Ihrem Patienten anhand der unten aufgeführten Aussagen ein. Wählen Sie bitte eine der folgenden Abstufungen:

- Ja, ich halte dies für sehr zutreffend.

- Ja, ich halte dies für zutreffend.

- Ja, ich halte dies für wahrscheinlich zutreffend bzw. für eher zutreffend als nicht zutreffend.

- Nein, ich halte dies für wahrscheinlich unzutreffend bzw. für eher unzutreffend als zutreffend.

- Nein, ich halte dies für unzutreffend.

- Nein, ich halte dies für sehr unzutreffend.

	Sehr zutreffend	Zutreffend	Wahr- scheinlich zutreffend	Wahr- scheinlich unzutreffend	Unzutreffend	Sehr unzu- treffend
1. Ich habe den Eindruck, dass ich meinem Patienten helfen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe den Eindruck, dass die Behandlung meinem Patienten hilft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe den Eindruck, dass mein Patient einige neue Einsichten gewonnen hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe den Eindruck, dass sich mein Patient seit kurzem besser fühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe den Eindruck, dass mein Patient vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer er zur Behandlung kam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe den Eindruck, dass ich für meinen Patienten verlässlich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe den Eindruck, dass ich meinen Patienten verstehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe den Eindruck, dass ich mich dafür einsetze, dass der Patient seine Ziele erreicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe den Eindruck, dass mein Patient mit mir gemeinsam ernsthaft an einem Strang zieht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M Protokollverletzungen

Zentrum			Pat.-ID	Sitzungsnummer
LD ₍₁₎	HB ₍₂₎	HGW ₍₃₎		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

PROJEKT PANIK

Protokollverletzungen

1. Inhaltliche Verletzungen des Studienprotokolls

- Die heutige Sitzung dauerte weniger als 90 Minuten, und zwar _ Minuten.
- Die heutige Sitzung dauerte länger als 110 Minuten, und zwar _ Minuten.
(außer Expositionssitzungen)
- Die heutige Sitzung wurde nicht entsprechend des Manuals durchgeführt, Inhalte fehlten.
Welche? _____
- Die heutige Sitzung wurde nicht entsprechend des Manuals durchgeführt, zusätzliche Inhalte wurden integriert. Welche? _____
- Sonstige Manualverletzungen: _____

2. Verletzung der Dokumentationsrichtlinien

- Eine In-House-Sitzung wurde nicht auf Video aufgezeichnet. Grund: _____

- Eine Übung wurde nicht dokumentiert. Grund: _____
- Eine Hausaufgabe wurde nicht dokumentiert. Grund: _____
- Diagnostische Verfahren wurden nicht/nicht vollständig durchgeführt. Welche(s): ____

- Andere Untersuchungsmaterialien fehlen oder sind unvollständig. Welche: _____

- Andere Verletzungen der Dokumentationsrichtlinien: _____

Lebenslauf

Angaben zur Person

Name	Romina Montini
Geboren	am 05.02.1983 in Mühlacker
Staatsangehörigkeit	deutsch
Familienstand	ledig

Praktika und berufspraktische Tätigkeiten

02/2007 – 05/2007	Forschungspraktikum in der Psychiatrischen Klinik des Universitätsklinikum Heidelberg (6 Wochen)
09/2007 – 03/2008	Praktikum in der Erziehungsberatungsstelle der Hochschulambulanz Heidelberg (8 Wochen)
05/2007 – 11/2008	Praktische Tätigkeit in der Forschungsabteilung des Psychiatrischen Universitätsklinikum Heidelberg
04/2009 – 04/2010	Praktische Tätigkeit (1200 Std.) im Pfalzkrankenhaus Klingenmünster
08/2010 – 01/2011	Praktische Tätigkeit (600 Std.) in der psychotherapeutischen Universitätsambulanz Landau
09/2011 – 07/2012	wissenschaftliche Hilfskraft im WiPP Landau
SS 2012	Lehrauftrag der Universität Koblenz-Landau, Seminar „Angststörungen“
Seit 10/2012	freiberuflich an der Forschungsambulanz in Landau als Psychotherapeutin tätig
12/2012 – 11/2014	Stipendium als Doktorandin an der Universität Koblenz-Landau
WS 2013/14	Lehrauftrag der Universität Koblenz-Landau, Seminar „Konfrontationsverfahren“
SS 2014	Lehrauftrag der Universität Koblenz-Landau, Seminar „Psychotherapeutische Verfahren“
10/2014 – 06/2017	im Kostenerstattungsverfahren tätig, zunächst in Neustadt a. d. Weinstraße, ab 06/2016 in Kandel
Seit 07/2017	halber Versorgungsauftrag in Kandel

Schul- und Ausbildungsdaten

27.06.2002	Abitur am Lise-Meitner-Gymnasium in Königsbach-Stein
WS 2002 - SS 2004	Mathematik auf Diplom an der TU Karlsruhe
10/2004 – 03/2009	Psychologie auf Diplom an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg. Abschluss: Dipl.-Psych., Diplomarbeitsthema: Zur Auswirkung depressiver Störungen im Postpartalzeitraum auf die mütterliche Verbalisierung in der Mutter-Säuglings-Interaktion
04/2009 – 09/2012	Weiterbildungsstudiengang in Psychologischer Psychotherapie am WiPP in Landau; Abschluss: PPT
10/2015 – 05/2017	Weiterbildung zur Supervisorin am IFKV Bad Dürkheim; Abschluss: verhaltenstherapeutisch orientierte Supervisorin

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, die vorgelegte Arbeit selbst angefertigt und alle von mir benutzten Hilfsmittel in der Arbeit angegeben zu haben. Die vorgelegte Arbeit oder Teile hiervon wurden noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht. Ebenso wurden weder die gleiche noch eine andere Abhandlung von mir bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht. Die eingereichte schriftliche Fassung entspricht der auf dem elektronischen Speichermedium (CD-ROM).

Landau in der Pfalz, den 08.11.2017

Romina Montini