

Disseminationsforschung: Der Einfluss von ausbildungsbezogenen Faktoren auf den Einsatz von Expositionsverfahren in der therapeutischen Praxis

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades

der humanwissenschaftlichen Fakultät

der Universität zu Köln im Fach Psychologie

nach der Promotionsordnung vom 10.05.2010

vorgelegt von

Thomas Broicher

geboren am 19.06.1985

in Krefeld

im September des Jahres 2016

Ich danke allen, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.
Ganz besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Alexander L.
Gerlach.

- Frustration entsteht durch Inkompetenz -

Inhalt

1. Einleitung	- 3 -
1.1 Was ist Expositionstherapie?	- 3 -
1.2 Die Studienlage zur Wirksamkeit der Expositionstherapie	- 3 -
1.2.1 Spezifische Phobien	- 5 -
1.2.2 Panikstörung und Agoraphobie	- 5 -
1.2.3 Generalisierte Angststörung (GAS)	- 6 -
1.2.4 Soziale Angststörung	- 7 -
1.2.5 Zwangsstörung	- 8 -
1.2.6 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	- 9 -
1.2.7 Zusammenfassende Bewertung	- 10 -
1.3 Disseminationsforschung: die Versorgungsrealität hinsichtlich evidenzbasierter Expositionstherapie	- 11 -
1.3.1 Die Quantität der Behandlung	- 11 -
1.3.2 Die Qualität der Behandlung	- 14 -
1.3.3 Zusammenfassende Problemstellung	- 15 -
1.4 Stand der Disseminationsforschung: Welche Faktoren beeinflussen den Einsatz von Expositionsverfahren?	- 16 -
1.4.1 Merkmale des Behandlers als Prädiktoren für den Einsatz von Expositionsverfahren	- 17 -
1.4.2 Merkmale der Ausbildung als Prädiktor für den Einsatz von Expositionsverfahren	- 30 -
1.4.3 Merkmale des Ausbildungskontextes als Prädiktoren für den Einsatz von Expositionsverfahren ..	- 30 -
1.5 Zusammenfassung und Ableitung der Fragestellung	- 32 -
2. Methode	- 35 -
2.1 Teilnehmer	- 35 -
2.2 Materialien	- 35 -
2.2.1 Fragebogen für die Institutsleiter	- 36 -
2.2.2 Fragebogen für die Ausbildungsabsolventen	- 37 -
2.3 Prozedere	- 41 -
2.4 Datenanalyse	- 42 -
3. Resultate	- 43 -
3.1 Auswahl der Stichprobe	- 43 -
3.2 Ergebnisse	- 44 -
3.2.1 Deskriptive Statistiken hinsichtlich des Einsatzes von Expositionsverfahren	- 44 -
3.2.2 Vorbereitende Analysen	- 44 -
3.2.3 Erstellung des Regressionsmodells	- 46 -
3.2.4 Berechnung der Varianzaufklärung	- 54 -

4. Diskussion	- 55 -
4.1 Zusammenfassung	- 55 -
4.2 Diskussion der Anwendungshäufigkeit.....	- 57 -
4.3. Diskussion des Regressionsmodells.....	- 58 -
4.4 Diskussion der signifikanten Faktoren auf individueller Ebene.....	- 59 -
4.5 Diskussion der signifikanten Faktoren auf kontextueller Ebene	- 68 -
4.6 Diskussion der moderierenden Effekte	- 69 -
4.7 Diskussion der Betagewichte	- 72 -
4.8 Konsequenzen für die Praxis.....	- 73 -
4.9 Schwächen der Studie	- 77 -
5. ZUSAMMENFASSUNG	- 78 -
6. ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS-	80 -
7. LITERATURVERZEICHNIS	- 81 -
8. ANLAGEN.....	- 95 -

1. Einleitung

1.1 Was ist Expositionstherapie?

Die Methode der Reizkonfrontation (auch Stimuluskonfrontation oder Expositionstherapie) ist eine zentrale Behandlungskomponente der kognitiven Verhaltenstherapie von klinischen Störungsbildern, bei denen das unverhältnismäßige Erleben von Angst im Mittelpunkt steht (z. B. Norton & Price, 2007). Hand (2000) fasst Expositionen als „Übungen zur Aufhebung von Meidungsverhalten mit Abbau der negativen kognitiv-emotionalen Reaktionen auf bestimmte Situationen, Objekte, Problemfelder oder Personen“ zusammen (S. 164). Im Rahmen dieser Übungen werden Patienten angeleitet, sich wiederholt bewusst und systematisch mit angstauslösenden Stimuli zu konfrontieren und dabei auf Vermeidungs- und Sicherheitsstrategien zu verzichten: Durch dieses Vorgehen lernen Patienten, die Unverhältnismäßigkeit ihrer Befürchtungen zu erleben, was im zeitlichen Verlauf zu einer signifikanten Reduktion des Angstlevels führt. Folglich ermöglicht die Methode der Reizkonfrontation dem Patienten eine korrigierende Lernerfahrung bezüglich seiner Erwartungshaltung in Hinsicht auf das Erleben von Angst und ihren Auslösern (Abramowitz, Deacon & Whiteside, 2011; Richard & Lauterbach, 2007).

1.2 Die Studienlage zur Wirksamkeit der Expositionstherapie

In den letzten 30 Jahren wurden große Fortschritte bei der Erforschung wirksamer Behandlungsstrategien für psychische Störungen gemacht (Shafran et al., 2009). Auch die beschriebene Methode der Expositionstherapie wurde vielfach untersucht: Reizkonfrontation gehört zu den am besten untersuchten psychologischen Behandlungsstrategien, meist im Rahmen von Behandlungsprotokollen für die Behandlung verschiedener Angststörungen auf der Basis von kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) (Barlow, 2002).

Grawe, Donati und Bernauer forderten bereits 1994 nachdrücklich, Reizkonfrontationsverfahren vermehrt in der Praxis einzusetzen, denn „Therapeuten, die dies – aus welchen Gründen auch immer – nicht tun, legen ihren Patienten völlig unnötig ein verlängertes oder nie endendes Leiden auf und verstoßen, das kann man heute so sagen, gegen die Regeln der Kunst.“ (S. 344). Diese Forderung stand exemplarisch für eine verstärkte empirische Orientierung bei der Auswahl eines psychotherapeutischen Verfahrens zur Behandlung individueller Patienten. Mitte der 90er-Jahre begannen einzelne Fachgesellschaften die Ergebnisse psychologischer Wirkungsforschung aufzunehmen und förderten einen Wandel hin zu einer evidenzbasierten Psychotherapie (z. B. NIMH, 1998). So bildete die amerikanische psychologische Gesellschaft (APA) 1993 eine Arbeitsgruppe, um die Verbreitung und Nutzung von leitliniengerechter Psychotherapie in der klinischen Praxis zu stärken. Leitliniengerechte Psychotherapie wurde dabei definiert als die Nutzung einer Reihe von Techniken, deren Effektivität gut dokumentiert sei (die zuvor genannte Evidenz-Basierung) und somit eine Behandlung nach wissenschaftlichen Erkenntnissen gewährleistete (APA Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Aus der Vielzahl von Behandlungsoptionen sollten Patienten in Zukunft also die therapeutischen Interventionen erhalten, welche im Rahmen von wissenschaftlichen Studien die höchste Wirksamkeit belegt hatten.

Diese Absicht einer verstärkten Integration von empirischen Erkenntnissen in die Versorgungspraxis (der sogenannte „*evidence-shift*“) spiegelte dabei den Wandel der psychologischen Konfession zur Profession wieder, welche den Wert und die Bedeutung der Forschung für die Praxis zunehmend anerkannte (Grawe, Donati & Bernauer, 1994).

Die zitierte Forderung von Grawe, Donati und Bernauer nach einem verstärkten Einsatz von Expositionstherapie beruhte auf den Ergebnissen einer Vielzahl von empirischen Wirksamkeitsstudien. In der folgenden Übersicht wird anhand der jeweils neuesten

Metaanalysen dargestellt, welche Wirksamkeit die Methode der Expositionstherapie für die Behandlung klinischer Störungsbilder besitzt (für eine Einordnung der Wirkung werden Effektstärken (ES) von 0.2, 0.5 und 0.8 jeweils als kleine, mittlere und große Effekte (oder auch Wirkung) interpretiert (Cohen, 1977)).

1.2.1 Spezifische Phobien

Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers und Telch (2008) untersuchten im Rahmen einer Meta-Analyse 33 Wirksamkeitsstudien zur Behandlung von spezifischen Phobien bei Erwachsenen, die zwischen 1977 und 2004 durchgeführt worden waren.

Insgesamt zeigten die expositionsbasierten Behandlungsstrategien eine signifikant höhere Wirksamkeit gegenüber einer Nicht-Behandlung, mit einer Effektstärke zwischen den Gruppen von 1.03. Zusätzlich zeigten die expositionsbasierten Ansätze ihre Überlegenheit gegenüber Placebointerventionen und nicht-expositionsbasierten Interventionen zum Zeitpunkt nach der Behandlung (Posttreatment: ES = 0.48 und 0.44) und im Follow-Up (ES = 0.80 und 0.35). Die Autoren schlussfolgern, dass expositionsbasierte Verfahren in ihrer Kürze und direktiven Vorgehensweise die potenteste und wirkstabilste Intervention zur Behandlung spezifischer Phobien sind und somit das Mittel der Wahl darstellen.

Die Ergebnisse der Metastudie decken sich mit den qualitativen Übersichtsarbeiten von Barlow, Moscovitch und Micco (2004) sowie Choy, Fyer und Lipsitz (2007).

1.2.2 Panikstörung und Agoraphobie

Abramowitz, Deacon und Whiteside (2011) fassen die Befundlage publizierter Metaanalysen dahingehend zusammen, dass grundsätzlich kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungen die wirksamste Methodik zur Behandlung von Panikstörungen und Agoraphobie darstellen.

So untersuchten Weston und Morrison (2001) an Hand qualitativ hochwertiger Studien aus den Jahren 1990-1998 die Wirksamkeit manualbasierter kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychotherapien für die Behandlung der Panikstörung, der generalisierten Angststörung und der Major Depression. Im Rahmen der 17 Studien, die sich auf die Panikstörung bezogen, wiesen sie eine Effektstärke von 0.8 zwischen den Gruppen für den direkten Zeitpunkt nach der Behandlung nach. Dieser große Effekt zeigte sich bei knapp 50% auch noch 2 Jahre nach der Behandlung. Die Autoren sprechen in diesem Kontext von beeindruckenden Resultaten für eine kurze und kosteneffektive Behandlung einer psychischen Störung, die meist chronisch verlaufe.

Sanchez-Meca, Rosa-Alcazar, Marin-Martinez und Gomez-Conesa (2010) lieferten mit Hilfe einer Metaanalyse über 42 Studien erste Hinweise, dass der gezielte Einsatz von Expositionsverfahren besonders erfolgsversprechend sei: Interozeptive und in-vivo Exposition stellten die wirksamsten Methoden zur Behandlung einer Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie dar. Für eine rein kognitive Therapie wurde eine Effektstärke von 0.34, für Expositionstherapie von 1.53 und für die Kombination aus Exposition und kognitiver Therapie wurde eine Effektstärke von 1.29 gefunden. Allerdings weisen die Autoren darauf hin, dass auf Grund methodischer Einschränkungen (großer Type-1-Error in den metaanalytischen Tests) die statistischen Ergebnisse nur vorsichtig interpretiert werden sollten.

1.2.3 Generalisierte Angststörung (GAS)

Mitte (2005) untersuchte 65 Studien mit insgesamt 7739 Patienten, um die Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie und medikamentöser Interventionen in der Behandlung der Generalisierten Angststörung zu vergleichen. KVT wies eine höhere Wirksamkeit gegenüber keiner Behandlung ($ES = 0.82$) und gegenüber einer Placebobehandlung ($ES = 0.57$) auf. Im Vergleich zu einer medikamentösen Behandlung

zeigten sich unterschiedliche Ergebnisse in Abhängigkeit von der metaanalytischen Methode. Die sechs Studien, die einen direkten Vergleich vorgenommen hatten, zeigten jedoch eine Überlegenheit von KVT (ES = 0.33).

Die aktuellste Metaanalyse von Cuijpers, Sijbrandij, Koole, Huibers, Berking und Andersson (2014) untersuchte an Hand von 41 Studien die Wirksamkeit von KVT zur Behandlung der GAS. Sie fanden eine ähnliche Effektstärke von 0.84 gegenüber verschiedener Kontrollgruppen. Zusätzlich fanden sich Hinweise, dass KVT langfristig stabilere und bessere Effekte gegenüber anderen Behandlungsformen liefert.

Covin, Ouimet, Seeds und Dozois (2008) bemängelten in ihrer Metaanalyse, dass viele Studien mit Messinstrumenten arbeiteten, welche allgemeine Symptombelastung erfassen (z. B. das State-Trait Anxiety Inventory), um Veränderungen im Rahmen von Behandlungen zu überprüfen. Im Kontrast dazu, fassten sie nur Studien zusammen, die ein spezifisches Messinstrument (Penny State Worry Questionnaire) zur Erfassung des Kernsymptoms (pathologisches sich-Sorgen-machen) der generalisierten Angststörung nutzten. An Hand von 10 Studien zeigten sie auf, dass KVT die wirksamste Methode zur Reduktion der Kernsymptomatik darstellt.

Die zitierten Metaanalysen untersuchten nicht direkt die mögliche Überlegenheit der Expositionstherapie gegenüber anderen KVT-Behandlungen bei der Behandlung der GAS. Grundsätzlich ist die Methodik vor allem der in-sensu Exposition jedoch Bestandteil der meisten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsmanuale zur Behandlung der GAS (z. B. Becker & Margraf, 2016).

1.2.4 Soziale Angststörung

Acatürk, Cuijpers, van Straten und de Graaf (2009) untersuchten in einer Metaanalyse 29 randomisierte Studien mit insgesamt 1628 Personen zur psychologischen Behandlung der

sozialen Angststörung. Sie konnten eine Effektstärke gegenüber einer Warteliste von 0.70 nachweisen und kamen zu dem Ergebnis, dass psychologische Behandlungsstrategien eine effektive Methode zur Bewältigung von sozialen Ängsten darstellen. Dieser Effekt zeigte sich nicht nur kurzfristig, sondern auch im Rahmen von Follow-up-Messungen.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Powers, Sigmarsson und Emmelkamp (2008): sie untersuchten 32 randomisierte kontrollierte Studien mit insgesamt 1479 Teilnehmern. Die Befundlage zeigte eindeutige Vorteile der expositionsbasierten Therapie gegenüber einer Warteliste (ES = 0.86), einem psychologischen Placebo (ES = 0.34) und einem medikamentösen Placebo (ES = 0.36). Im Durchschnitt erzielten die Patienten, die mit Exposition behandelt wurden, ein besseres Ergebnis als 80% der Warteliste und 66% der Placeboteilnehmer. Mit diesen Ergebnissen werden nach Meinung der Autoren frühere Studien unterstützt, die expositionsbasierte Verfahren als Mittel der Wahl bei sozialer Phobie ansehen.

Auch Ruhmland und Margraf (2001) hatten die Wirksamkeit von expositionsbasierter Behandlung im Vergleich zu anderen KVT-Behandlungen im Rahmen der sozialen Phobie untersucht. An Hand von 15 Studien zeigten Sie ebenfalls auf, dass reine Konfrontation die wirksamste Verbesserung liefert (ES = 1.76) im Vergleich zu den Effekten kognitiv-verhaltenstherapeutischer Therapie (ES = 1.07).

1.2.5 Zwangsstörung

Im DSM-IV wurde die Zwangsstörung noch unter den Angststörungen subsummiert, seit dem DSM-V wurden die Zwangsstörung und verwandte Störungen in eine eigene Störungskategorie eingeordnet (APA, 2013). Nichtsdestotrotz werden auch Zwangsstörungen mit expositionsbasierten Verfahren behandelt (Emmelkamp & van Oppen, 2000). Die Wirksamkeit dieser Verfahren konnte ebenfalls in verschiedenen Metaanalysen nachgewiesen werden: so fanden Abramowitz, Franklin und Foa (2002) in einer Zusammenfassung von 16

Studien bei den expositionsbasierten Verfahren eine Effektstärke von 1.5 gegenüber einer Kontrollgruppe. Verglichen mit kognitiver Therapie (ES = 1.19) und einer Kombination aus Exposition und kognitiver Therapie (ES = 0.99) zeigte sich die damit die Überlegenheit expositionsbasierter Ansätze bei der Behandlung der Zwangsstörung.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Rosa-Alcázar, Sánchez-Meca, Gómez-Conesa und F. Marín-Martínez (2008) in ihrer Analyse von 19 Studien, die zwischen 1980 und 2006 veröffentlicht wurden. Bei den ausschließlich expositionsbasierten Verfahren wiesen sie eine Effektstärke von 1,12 nach: dies war den andere Varianten kognitiver Therapie (ES = 1.09) und der Kombination (ES = 0.99) überlegen. Sanchez-Meca, Gomez-Conesa und Mendez (2003) untersuchten 43 Studien zur Behandlung von Zwangsstörungen. Sie fanden eine vergleichbare Effektstärke in Höhe von 1.43 für die Behandlung mit expositionsbasierten Verfahren.

1.2.6 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Wie die Zwangsstörung wurde auch die PTBS im DSM-IV unter den Angststörungen subsummiert, wurde seit dem DSM-5 aber in eine eigene Störungskategorie eingeordnet (Trauma- und belastungsbezogene Störungen; APA, 2013). In einer umfangreichen Studie untersuchten Watts, Schnurr, Mayo, Young-Xu, Weeks und Friedmann (2013) an Hand von 112 Studien die Wirksamkeit unterschiedlicher psychologischer und medikamentöser Behandlungsmethoden. Die psychotherapeutischen Verfahren erzielten eine Effektstärke von 1.14 und lagen damit deutlich über den Effekten von medikamentöser Therapie (ES = 0.42). Innerhalb der psychologischen Verfahren wurde zusätzlich eine Unterteilung vorgenommen: die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren waren den übrigen Verfahren überlegen (ES = 1.26).

1.2.7 Zusammenfassende Bewertung

Die empirischen Untersuchungen verschiedener Behandlungsoptionen bei der Behandlung verschiedener Angststörungen, der Zwangsstörung sowie von PTBS zeigen also auf, dass die Methode der Exposition hinsichtlich der Wirksamkeit anderen Methoden häufig überlegen und immer integraler Bestandteil evidenzbasierter KVT Behandlungen ist. Die Kombination mit weiteren Behandlungstechniken liefert oftmals keinen Mehrwert hinsichtlich der Wirksamkeit, stattdessen kann ein Mehr an Exposition den Effekt einer Behandlung verstärken. (Ramnerö, 2012; Klan & Hiller, 2014).

Entsprechend wird in gängigen Behandlungsleitlinien länderübergreifend das expositionsbasierte Vorgehen als *das* Verfahren zur Behandlung der beschriebenen Störungsbilder im klinischen Kontext genannt (international: siehe APA, 2013; NICE, 2011). In einer 2013 neu veröffentlichten S3-Leitlinie aus Deutschland zur Behandlung von Angststörungen wird die kognitive Verhaltenstherapie als Intervention mit der höchsten Evidenzklasse Ia (Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens drei randomisierten kontrollierten Studien (RCTs)) empfohlen (Bandelow et al., 2014). Ebenso stellt KVT die Erstempfehlung für die Behandlung von Zwangsstörungen (Hohagen, Kordon, Lotz-Rambaldi & Mücke-Borowski, 2013) und der PTBS dar (Flatten et al., 2011).

Die zitierte S3-Leitlinie für Angststörungen weist für die Behandlung der spezifischen Phobie, der sozialen Angststörung und der Panikstörung und Agoraphobie die Expositionstherapie als zentrale Wirkkomponente und unverzichtbaren Bestandteil der Behandlung auf. Zum gleichen Ergebnis kommen die Leitlinien für die Behandlung der Zwangsstörung (Hohagen, Kordon, Lotz-Rambaldi & Mücke-Borowski, 2013). Hinsichtlich der Behandlung der PTBS bildet Expositionstherapie den zentralen Bestandteil innerhalb eines gesamttherapeutischen Konzeptes (Flatten et al., 2011).

Somit bleibt festzuhalten, dass die Expositionstherapie als wirksamste Behandlungsmethodik für unverhältnismäßige Ängste über empirische Forschungsarbeit identifiziert wurde und deswegen entsprechend den Weg in die Leitlinien gefunden hat. In einem weiteren Schritt begann die Disseminationsforschung zu untersuchen, in welchem Ausmaß die Leitlinien in der Praxis umgesetzt werden: erhalten Patienten aus der Vielzahl der Behandlungsmöglichkeiten eine hochwirksame expositionsbasierte Behandlung?

1.3 Disseminationsforschung: die Versorgungsrealität hinsichtlich evidenzbasierter Expositionstherapie

Wie im Folgenden zu zeigen sein wird, bilden die zentralen Ergebnisse der Disseminationsforschung ab, dass 1) Expositionstherapie als die am besten evidenzbasierte Psychotherapie in der Praxis unterrepräsentiert ist und 2) Expositionstherapie bei Anwendung häufig nicht leitliniengerecht angewandt wird.

1.3.1 Die Quantität der Behandlung

Külz, Hassenpflug, Riemann, Linster, Dornberg und Voderholzer (2010) untersuchten die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Zwangspatienten in Deutschland und befragten hierzu 174 Therapeuten aus unterschiedlichen Orientierungen (Psychodynamisch: 104, Verhaltenstherapie (VT): 57, beide: 13) mit Hilfe eines Fragebogens. 79.7% der psychodynamisch orientierten Therapeuten gaben Konfliktbearbeitung als hilfreich empfundene Technik an (im Gegensatz zur Exposition mit 18.8%) und immerhin noch 40.4% der Verhaltenstherapeuten (Exposition: 74.5%). Bezüglich der Durchführung gaben 77.9% der Psychodynamiker an, diese gar nicht durchzuführen, ebenso 21.1% der Verhaltenstherapeuten. Somit setzten insgesamt über die Hälfte der befragten Therapeuten bei der Behandlung von Zwangspatienten keinerlei Expositionsverfahren ein.

Zu einem vergleichbaren Ergebnis kamen Kröger, Kliem, Sarmadi und Kosfelder (2010), die die Versorgungsrealität in Deutschland für die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung untersuchten. 126 niedergelassene Psychotherapeuten wurden zu ihren Behandlungsmethoden befragt. Hierbei wurden sowohl Verhaltenstherapeuten (N = 74) als auch psychodynamisch orientierte Behandler (N = 52) über einen Fragebogen befragt. Unabhängig von der Grundorientierung wurden Audiokassetten zur Exposition im Selbstmanagement oder Exposition in-vivo kaum genutzt. Stattdessen wurde auf Techniken zurückgegriffen, für die keine empirische Evidenz vorliegt. Hierunter zählten stabilisierende und distanzierende Elemente neben Affektregulation und Stoppsignalen. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Expositionsübungen von den befragten Therapeuten grundsätzlich vernachlässigt werden. Vielmehr würden aus anderen Therapieströmungen eklektische Behandlungen zusammengestellt, deren Wirksamkeitsnachweis nicht bestünde.

Auch bei Becker, Zayfert und Anderson (2004) wurde die leitliniengerechte imaginierte Exposition zur Behandlung einer PTBS kaum eingesetzt: Sie werteten 207 Fragebögen aus, die von 852 angeschriebenen lizenzierten Psychologen zurückgeschickt worden waren (37% eklektisch, 28% psychodynamisch, 21.3% KVT und 9% kognitiv). 83.1% gaben an, keine Patienten mit leitliniengerechter imaginiertes Exposition zu behandeln und die Methodik demzufolge niemals anzuwenden. Gerade einmal 9% der Befragten nutzten diese Form der Exposition bei knapp der Hälfte ihrer Patienten. Die Autoren holten zusätzlich noch die Daten von 29 Spezialisten aus einer nationalen verhaltenstherapeutischen Vereinigung ein, die sich auf die Behandlung der PTBS fokussierten. Selbst in dieser Stichprobe kamen bei 34.5% der Spezialisten keine Expositionen zum Einsatz.

Weitere Studien (vgl. Hipol & Deacon, 2013; Van Minnen, Hendriks & Olf, 2010) bestätigten die Erkenntnis, dass Expositionstherapie trotz des empirischen Nachweises und der Empfehlung in den Leitlinien in der Praxis unterrepräsentiert ist: bei Freiheit, Vye, Swan

und Cady (2004) gaben 78 Psychologen (71% KVT, 4% systemisch, 3% narrativ, 3% lösungsorientiert, 1% psychodynamisch, 14% sonstige) an, im Rahmen der Zwangsstörung am häufigsten auf die Methode der kognitiven Umstrukturierung, Entspannungstraining und Bibliotherapie zu setzen. Die leitliniengerechte Expositionsbehandlung mit Reaktionsverhinderung wurde von 37% häufig eingesetzt, 26% gaben an, die Methode selten oder niemals zu nutzen. Zur Behandlung der Panikstörung setzten zwei Drittel auf kognitive Restrukturierung, Entspannungs- und Atemtechniken. 12% nutzten nach eigener Angabe häufig interozeptive Exposition, 76% griffen selten oder niemals auf diese Methode zurück. Im Rahmen einer sozialen Angststörung griffen 69% regelmäßig auf kognitive Restrukturierung zurück, neben Entspannungs- (59%) und Atemtechniken (47%). Gerade einmal 7% griffen auf Exposition in-vivo unter Anleitung des Behandlers zurück.

Nur wenige Studien kommen hinsichtlich der Versorgungsrealität zu einem positiverem Ergebnis: Roth, Siegl, Aufdermauer und Reinecker (2004) befragten 138 niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten (Verhaltenstherapie) nach dem Einsatz von Expositionsverfahren: bei Patienten mit Angsterkrankungen wendeten 26.8% immer und 37% meistens Konfrontation mit Reaktionsverhinderung an. 26.1% der Befragten taten dies gelegentlich (18.8%), selten (5.1%) oder nie (2.2%). Im Rahmen von Zwangsstörungen führten 33.3% der Befragten immer und 39.1% meistens Konfrontation mit Reaktionsverhinderung durch. Gelegentlich (8.7%), selten (4.3%) oder nie (3.6%) griffen 16.6% darauf zurück.

Sars und van Minnen (2012) kommen in ihrer Befragung von 490 kognitiven Verhaltenstherapeuten zu dem Ergebnis, dass 97.8% der befragten Behandler bei der Behandlung von Angststörungen im ambulanten Setting auf grundsätzliche Formen von Expositionsverfahren zurückgreifen. So setzten 35.1% der Behandler regelmäßig Exposition in-vivo unter Anleitung des Behandlers im Rahmen einer sozialen Phobie ein, bei der

spezifischen Phobie waren es 52.2%, bei Zwangsstörungen 39.1% und bei Panikstörungen 52.3%. Klan und Hiller (2014) untersuchten an Hand eines standardisierten Evaluationssystems die Behandlung von 84 Patienten in einer Hochschulambulanz auf die Anwendungshäufigkeit von Expositionstherapie und fanden vergleichbare Zahlen (vgl. auch Klan, Jasper & Hiller, 2015). Die Autoren der Studien stellen vor diesem Hintergrund heraus, dass angesichts der nachgewiesenen Wirksamkeit der Methodik die Zahl der Anwender bei weitem nicht zufriedenstellend sei.

1.3.2 Die Qualität der Behandlung

Zusätzlich zu der geringen Verbreitung weist die Studienlage noch darauf hin, dass auch die Qualität der Behandlung häufig von den entsprechenden Leitlinien abweicht. So wurden bei der Behandlung einer Zwangsstörung mit kognitiver Verhaltenstherapie in 60% der Fälle nicht die minimalen Kriterien für eine leitliniengerechte Behandlung erreicht (Stobie, Taylor, Quigley, Ewing & Salkovskis, 2007). Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Böhm, Förstner, Külz und Voderholzer (2008), die 57 Patienten mit Zwangsstörungen in strukturierten Interviews nach ihren Behandlungserfahrungen bei insgesamt 111 Psychotherapeuten befragten: 70% gaben an, keine Beobachtungsprotokolle erstellt zu haben und 81% berichteten, keine Zwangshierarchie erarbeitet zu haben (vgl. auch Roth, Siegl, Aufdermauer & Reinecker, 2004).

Wenn Praktiker somit Expositionstherapie einsetzen, weicht die Anwendung häufig stark von der empfohlenen anhaltenden und intensiven Durchführung aus Therapiemanualen ab (Deacon, Lickel, Farrell, Kemp & Hipol, 2013; Freiheit, Vye, Swan & Cady, 2004; Hipol & Deacon, 2013). Von den Patienten, die Expositionstherapie erhalten, erhält wiederum nur ein geringer Teil kompetent durchgeführte Expositionstherapie (Böhm, Förstner, Külz & Voderholzer, 2008; Young, Klap, Shoai & Wells, 2008).

1.3.3 Zusammenfassende Problemstellung

Die dargestellte Studienlage zeigt eine deutliche Diskrepanz bezüglich der empirischen Datenlage und der Verbreitung und Nutzung von Expositionsverfahren in der Praxis auf: obwohl diese wirksamste Methode inzwischen gut bekannt ist und das leitliniengerechte Vorgehen Expositionstherapie vorsieht, wird in der Praxis zu wenig damit gearbeitet (der sogenannte „*research-practice-gap*“).

Zwar benennt eine große Mehrheit der Behandler schulenübergreifend in den zitierten Studien die kognitive Verhaltenstherapie im Allgemeinen oder auch konfrontative Verfahren im Speziellen auf Grund des empirischen Hintergrundes als Mittel der Wahl zur Behandlung der genannten Störungsbilder (Becker, Zayfert & Anderson, 2004: 88%; Hipol & Deacon, 2013: 98%; Schubert, Siegl & Reinecker, 2013: 91%), in der Praxis werden dann jedoch entweder Behandlungsstrategien angewandt, für die keine empirische Unterstützung besteht, oder es wird auf allgemeine verhaltenstherapeutische Methoden (vgl. Hipol und Deacon, 2013: u.a. kognitive Restrukturierung, Entspannung und Atemtraining) zurückgegriffen. Das besonders wirksame Element der Exposition ist in der Praxis damit deutlich unterrepräsentiert. Dies ist vor dem Hintergrund der Wirksamkeitsforschung (vgl. Ramnerö, 2012; Klan & Hiller, 2014) besonders kritisch zu sehen. Die große Mehrheit der Patienten mit Angst-, Zwangs-, und Posttraumatischen Belastungsstörungen erhält also keine evidenzbasierte und leitliniengerechte Psychotherapie und somit keinen Zugang zu expositionsbasierten Verfahren (Stein et al., 2004). Zusätzlich zeigt sich, dass es bei einem Einsatz von Expositionsverfahren häufig qualitative Mängel hinsichtlich der Durchführung gibt.

Diese bestehende Diskrepanz führt zu der Frage, weshalb die wirksamste Methodik zur Behandlung unverhältnismäßiger Ängste in der Praxis so wenig angewandt wird? Vor diesen Hintergrund bemängelt die Disseminationsforschung die fehlende Wirksamkeit der

Strategien zur Verbreitung und Implementierung von evidenzbasierter Psychotherapie: während die Behandlungsmethoden empirisch hinreichend abgesichert seien, mangle es an empirischen Untersuchungen, wie diese am besten in die Praxis übertragen werden können (Fixsen, Naom, Blase, Friedman & Wallace, 2005; Carroll, 2001). Das National Institute of Mental Health (NIMH) forderte deswegen bereits 1998 stellvertretend, dass an diesem Punkt die Datenlage deutlich verbessert werden müsse. Von besonderer Bedeutung seien dabei Untersuchungen in der Praxis, um konkrete Rückmeldungen der Behandler zu erhalten. Zentral solle dabei die Frage stehen, warum manche Behandler eine entsprechende Methodik anwenden, während andere darauf verzichten und welche Faktoren diese Entscheidung beeinflussen (NIMH, 1998). Genau an dieser Fragestellung setzt die hier vorliegende Studie an: Mit Hilfe von zwei Fragebögen wurden die Leiter von Ausbildungsinstituten und deren ehemaligen Absolventen befragt, um ein besseres Verständnis von ausbildungsbezogenen Einflussfaktoren für die Anwendung von Expositionsverfahren in der Praxis zu bekommen.

1.4 Stand der Disseminationsforschung: Welche Faktoren beeinflussen den Einsatz von Expositionsverfahren?

Disseminationsforscher gehen von multifaktoriellen Modellen aus, d.h. die Übertragung und Verbreitung von Wissen und Kompetenzen ist von einer Vielzahl von Faktoren abhängig (Balas & Boren, 2000; Addis & Krasnow, 2002). Verschiedene Modelle – vorwiegend aus dem Bereich der Arbeits- und Organisationspsychologie (zur Übersicht: Ford & Weissbein, 1997) - konzeptualisieren den Disseminationsprozess. Zentral und modellübergreifend werden hierbei Merkmale auf drei Ebenen genannt: 1) Merkmale auf der Ebene der individuellen Behandler, 2) Merkmale auf der Ebene der Ausbildung und 3) Merkmale auf der Ebene des Ausbildungskontextes. Es herrscht zunehmende Einigkeit, dass diese Ebenen nur im dynamischen Zusammenspiel zu einer gelungenen und nachhaltigen

Dissemination und Implementierung beitragen (Beidas & Kendall, 2010; Herschell, Kolko, Baumann & Davis, 2010).

In der hier vorliegenden Untersuchung wurde vor diesem Hintergrund darauf geachtet, diese drei Ebenen abzubilden und pro Ebene die relevanten Faktoren nach Stand der Literatur zu erfassen. Dieser Stand wird im Folgenden aufgezeigt, hieraus leiten sich die entsprechenden Hypothesen ab. Im Rahmen der späteren statistischen Bearbeitung erfolgte eine Unterteilung in individuelle (Merkmale auf der Ebene der individuellen Behandler) und kontextuelle (Merkmale auf der Ebene der Ausbildung und des Ausbildungskontextes) Faktoren.

1.4.1 Merkmale des Behandlers als Prädiktoren für den Einsatz von Expositionsverfahren

1.4.1.1 Geschlecht

In verschiedenen Studien wurde der Einfluss des Geschlechts der Behandler hinsichtlich Einstellungen bezüglich und Anwendung von Expositionstherapien untersucht. Hierbei wurden größtenteils Untersuchungen hinsichtlich der Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen durchgeführt. Frauen bewerteten dabei den Einsatz von konfrontativen Übungen im Rahmen einer PTBS als signifikant belastender im Vergleich zu Männern (Deville & Huther, 2007), gleichzeitig wählten sie häufiger eine eklektische Behandlungsstrategie und entschieden sich weniger häufig für kognitive Verhaltenstherapie (Sprang, Craig & Clark, 2008). Männliche Behandler neigten dazu, eher Exposition anzuwenden und gaben weniger Hindernisse und Hürden bezüglich einer konfrontativen Behandlung an (Van Minnen, Hendriks & Olf, 2010; Deacon, Farrell, Kemp, Dixon, Sy, Zhang & McGrath, 2013). Es wird diskutiert, dass dieser Geschlechtsunterschied beim Einsatz von Expositionsverfahren durch das höhere Empathievermögen von Frauen bedingt

sein könnte, welches als Prädiktor für einen Nichteinsatz oder für einen vorsichtigen Einsatz identifiziert wurde (Farrell, Deacon, Kemp, Dixon & Sy, 2013).

1.4.1.2 Ausbildungsabschluss

Im Rahmen der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten können die Behandlungsermächtigungen für Erwachsene oder für Kinder und Jugendliche erworben werden. Die Studienlage weist in die Richtung, dass im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie evidenzbasierte Verfahren noch weniger eingesetzt werden als im Erwachsenenbereich und die Lücke zwischen Forschung und Praxis entsprechend größer sei (Weisz, Jensen-Doss & Hawley, 2006): zum Beispiel nutzten bei Jensen-Doss, Cusack und de Arellano (2007) von den 66 befragten Behandlern 0% Expositionstherapie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. Auch für die Behandlung von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter zeigte sich bei Valderhaug, Gotestam und Larsson (2004) ein deutlicher Untergebrauch von Expositionsverfahren. Obwohl von den 79 befragten stationären Behandlern (21 Psychiater, 34 Psychologen, 10 Sozialarbeiter, 10 Sonderschullehrer und 4 aus anderen Professionen) die Mehrheit nach eigenen Angaben einen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz wählte, wurden in der Praxis häufig ausschließlich kognitive Interventionen durchgeführt. Die Autoren schlussfolgern, dass nur eine Minderheit der Behandler von Kindern und Jugendlichen bei Zwangsstörungen auf Expositionsverfahren zurückgreift.

1.4.1.3 Jahr des Ausbildungsbeginns

Vor dem Hintergrund der Bemühungen zur Verbreitung und Implementierung von evidenzbasierter Psychotherapie seit Mitte der 90er-Jahre sprechen Beidas und Kendall (2010) davon, dass ein späterer Ausbildungsbeginn die Chance erhöhe, entsprechende Verfahren vermittelt zu bekommen und diese dann in der Praxis einzusetzen. Die

Disseminationsforschung habe erste wichtige Erkenntnisse geliefert und zu einem verbesserten Bewusstsein bezüglich evidenzbasierter Psychotherapie beigetragen. Die Bemühungen würden beständig verbessert und ihren Weg in das Ausbildungs- und Versorgungssystem finden.

1.4.1.4 Behandlungshäufigkeit

Sars und van Minnen (2012) zeigten auf, dass die Anzahl der Behandlungsfälle positiv mit dem Einsatz von Expositionsverfahren zusammenhing: Je mehr Patienten behandelt wurden, desto eher setzten die Behandler Expositionsverfahren ein. Dieser signifikante Zusammenhang zeigte sich für alle vier Krankheitsbilder (soziale Phobie, spezifische Phobie, Zwangsstörung, Panikstörung). Zu ähnlichen Ergebnissen hinsichtlich der Behandlungserfahrung und dem Einsatz von Expositionsverfahren kamen auch Becker et al. (2004): Von den erfahrenen Behandlern (>26 Fälle) setzten 37% konfrontative Techniken ein, bei den weniger erfahrenen Behandlern (<10 Fälle) waren es 3%. Im Gegensatz dazu zeigte sich bei Nelson und Steele (2007) kein Zusammenhang zwischen den Jahren an klinischer Erfahrung und dem Einsatz von Expositionsverfahren.

Eine mögliche Erklärung liefern James, Blackburn, Milne und Reichfelt (2001): sie untersuchten die Effekte eines Training zur Stärkung der Kompetenzen in kognitiver Therapie. Hierbei zeigte sich, dass allgemeine klinische Vorerfahrung keinen Effekt auf die Kompetenzentwicklung während des Trainings hatte. Einen Einfluss hatten allerdings spezifische Vorerfahrungen mit Kognitiver Therapie: Die Behandler mit entsprechender Vorerfahrung zeigten eine größere Verbesserung im Vergleich zu den Behandlern ohne spezifische Vorerfahrung. Möglicherweise lässt sich diese Vermutung auch auf die Anwendung von Expositionstherapie übertragen: Behandler profitieren besonders von der direkten Arbeit mit Krankheitsbildern, die ein expositionsbasiertes Vorgehen erfordern.

1.4.1.5 Arbeitsort

Nelson und Steele (2007) zeigten über die Befragung von 214 Behandlern auf, dass unterschiedliche Arbeitsorte einen bedeutsamen Einfluss auf die Anwendung von Expositionsverfahren darstellten: Sie unterschieden unter anderem zwischen ambulanter Praxis und stationärem Setting. Hierbei konnten Sie nachweisen, dass im stationären Kontext häufiger Expositionsverfahren angewandt wurden als im ambulanten Kontext. Sie begründen dies damit, dass die evidenzbasierte Bewegung in stationären Kontexten viel stärker verbreitet sei als in ambulanten Kontexten. Auch bei Aarons (2004) zeigten sich bei den 372 befragten Behandlern in einem stationären Kontext positivere Einstellungen gegenüber dem Einsatz von evidenzbasierten Methoden im Vergleich zu Behandlern in einem nicht-stationären Kontext.

1.4.1.6 Kognitive Vorbereitung

Im Rahmen einer Behandlung mit Konfrontationstherapie spielt möglicherweise die Qualität der sogenannten „kognitiven Vorbereitung“ eine entscheidende Rolle für die Motivation und Compliance der Patienten: diese Vorbereitung umfasst verschiedene Aspekte, zentral steht die Erarbeitung eines patientengerechten Erklärungsmodells. Zusammen mit dem Klienten wird ein individuelles Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung erarbeitet. Klienten erfahren hierbei, wie sie mit ihrem Verhalten zur Aufrechterhaltung der Angstproblematik beitragen. Am Ende der kognitiven Vorbereitung wird auf der Basis des Erklärungsmodells das therapeutische Rational der konfrontativen Behandlung abgeleitet (Fiegenbaum & Tuschen, 2000).

Die Bedeutung der kognitiven Vorbereitung für eine Konfrontationsübung und das Erarbeiten eines plausiblen Erklärungsmodells wurden von verschiedenen Autoren betont (vgl. Frank & Feigenbaum, 2000): Kein Patient würde sich seiner Angst stellen, ohne eine für sich einleuchtende und nachvollziehbare Erklärung zu besitzen, wieso er diesen Schritt

durchführen solle (Hautzinger, 1997). Neudeck (2007, zitiert in Neudeck & Einsle, 2012) befragte Studenten, Ausbildungskandidaten und Praktiker nach Hürden bei der Durchführung von Expositionsverfahren. Ein zentraler Punkt, der in allen Gruppen genannt wurde, war die Tatsache, dass Patienten häufig Schwierigkeiten hätten, die Inhalte der kognitiven Vorbereitung zu verstehen und deswegen keine Motivation zu einer konfrontativen Behandlung entstehen würde. Bei Richard und Gloster (2007) gaben 20% der befragten Behandler (73.8% kognitiv-verhaltenstherapeutisch, 14.3% eklektisch, 4.8% behavioral, 2.4% humanistisch, 1.2% medizinisch/biologisch und 3.6% sonstige; alle waren Mitglieder der amerikanischen Vereinigung für Angststörungen) an, Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Durchführung von Expositionstherapie erlebt zu haben: Am häufigsten wurden hierbei Probleme auf Klientenseite mit dem Verstehen der Instruktion genannt.

Neudeck und Einsle (2012) fordern von daher ein besseres Verständnis hinsichtlich der kognitiven Vorbereitung: Die zeitliche Investition in das Erarbeiten eines patientengerechten Störungsmodells könne einen wichtigen Einflussfaktor für die spätere Durchführung und das Gelingen einer Konfrontationsübung darstellen. Deswegen müsse genauer untersucht werden, ob das Einrichten eines entsprechenden zeitlichen Raumes einen Zusammenhang mit der späteren Durchführung einer Expositionsübung besitze.

Zusätzlich gehen Neudeck und Einsle (2012) noch auf die Ableitung des Rationals zur konfrontativen Behandlung ein. Dies könne auf verschiedene Weisen erfolgen: Der Behandler könne als Experte auftreten und den Klienten von der Methodik überzeugen oder der Klient könne dabei unterstützt werden, selber das Rational ableiten. Auch hier gebe es noch keine Untersuchungen, ob Unterschiede in der Ableitung einen Einfluss auf die spätere Durchführung von Expositionsübungen besäßen. Allerdings muss herausgestellt werden, dass bis heute keine empirischen Belege dafür vorliegen, dass die kognitive Vorbereitung zu einem besseren Therapieerfolg bzw. zu grösserer Compliance bei den Patienten führt.

1.4.1.7 Einstellungen gegenüber Expositiosverfahren

Die Haltung der Behandler gegenüber Expositionsverfahren stellt einen signifikanten Prädiktor für die spätere Anwendung dar (Nelson & Steele, 2007). Sowohl negative als auch positive Einstellungen beeinflussen das Behandlungsprozedere der Therapie durchführenden Psychotherapeuten und wurden in einer Vielzahl von Studien untersucht. Die Disseminationsforschung hatte den Fokus dabei meist auf die Erforschung negativer Einstellungen gerichtet, da verschiedene Autoren bei der Reizkonfrontation ein entsprechendes Imageproblem vermuteten. Der Reizkonfrontationstherapie haften noch immer der Ruf an, ein „gefährliches, teures und zeitaufwendiges Verfahren zu sein“ (S.7), welches ein Problem in der öffentlichen Wahrnehmung habe (Richard & Gloster, 2007). Eine entsprechende Vielzahl von Punkten hinsichtlich wissenschaftlicher (Levant, 2004), logistischer (Neudeck, 2007; zitiert in Neudeck & Einsle, 2012), inhaltlicher (Deacon & Farrell, 2013), ethischer und rechtlicher (Richard & Gloster, 2007) Aspekte wurden untersucht. Behandler sorgen sich beispielsweise um eine mögliche übermäßige Belastung der Patienten durch Expositionsverfahren oder befürchten sogar, bei diesem Vorgehen möglicherweise ethische Grenzen (wie die Aufrechterhaltung angemessener Grenzen oder auch die Unterscheidung zwischen legitimen Gründen für die Verlegung einer Konfrontationssitzung oder aber der Unterstützung des Vermeidungsverhaltens, vgl. Richard & Gloster, 2007) zu überschreiten. Solche weit verbreiteten Unsicherheiten wurden als Hindernis für die Dissemination und Implementierung von Expositionsverfahren identifiziert: Je stärker entsprechende Zweifel ausgeprägt sind, desto eher neigen Behandler dazu, Reizkonfrontationen nicht anzuwenden oder in ihrer Umsetzung abzuwandeln (Deacon et al., 2013). Die Studienlage suggeriert, dass Klienten nicht wegen empirisch gestützter Kontraindikationen von Expositionstherapie ausgenommen werden, sondern wegen der fehlerhaften Annahmen der Behandler hinsichtlich der Gefährlichkeit und Tolerierbarkeit von

konfrontativen Behandlungsmaßnahmen (Meyer, Farrell, Kemp, Blakey & Deacon, 2014). Insgesamt ist festzuhalten, dass eine negative Haltung gegenüber Expositionsverfahren eine Hürde für deren Anwendung darstellt.

Dieser Zusammenhang konnte in einer Studie auch kausal bestätigt werden: Farrell, Deacon, Kemp, Dixon und Sy (2013) unterteilten 53 Behandler in zwei Gruppen. In der ersten Gruppe wurde eine eher negative Einstellung induziert, bei der anderen Gruppe eine eher positive. Die Behandler mit der negativen Einstellung neigten stärker zu einer nicht evidenzbasierten Ausführung als die Behandler mit der positiven Einstellung. Somit stellen negative Einstellungen einen kausalen Faktor für die eingeschränkte Durchführung von Expositionsverfahren dar: Entsprechende Behandler stellten weniger ambitionierte Angsthierarchien auf, wählten weniger angstauslösende Übungen aus und neigten dazu, Patienten während der Übungen eher zu beruhigen, um das Angstlevel zu minimieren. Gleichzeitig haben verschiedene Autoren aufzeigen können, dass die erlebte Intensität der Angst im Rahmen von Reizkonfrontationstherapien mit der späteren Wirksamkeit korreliert (Schmidt et al. 2000; Lang & Helbig-Lang, 2012). Eine Therapie, die nicht auf eine Maximierung des Angsterlebens abzielt, ist somit möglicherweise eine weniger wirksame Psychotherapie und es besteht die Gefahr, dass eine nachhaltige Verbesserung von Betroffenen durch das modifizierte Vorgehen erschwert oder sogar verhindert wird (Deacon et al., 2012).

Im Folgenden werden auf Basis der Literatur verschiedene Meinungen von Behandlern dargestellt, bei denen ein Einfluss auf die Anwendung von Expositionsverfahren vermutet wird:

Einschätzungen zur Wirksamkeit von Expositionsverfahren

Behandler die mit Reizkonfrontation arbeiten sind sich der hohen Wirksamkeit von Expositionsverfahren typischerweise bewusst. Befragt nach den Gründen für den geplanten

Einsatz von Expositionsverfahren gaben bei Hipol & Deacon (2013) 96% der befragten lizenzierten Psychotherapeuten (64.7% davon Kognitive Verhaltenstherapeuten) aus verschiedenen Fachbereichen die überzeugende empirischen Belege an. Bei Freiheit et al. (2004) waren es ebenfalls 74%, die die erwiesene Wirksamkeit der Methode betonten und dies als Grund für einen Einsatz anführten.

Eine weitere Studie befragte Psychotherapeuten direkt, welche Methoden aus ihrer Sicht die höchste Wirksamkeit zur Behandlung von Angststörungen besitzen: Auch hierbei wurden kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze am höchsten bewertet im Vergleich zu allen anderen Behandlungsmethoden (Jensen-Doss, Cusack & de Aranello, 2007).

Expositionsverfahren sind eine wichtige Behandlungsmethode

Die Bedeutung der Expositionsverfahren wird von Behandlern anerkannt: So gaben in der Studie von Becker et al. (2004) 88% der befragten lizenzierten Psychotherapeuten (37% eklektisch, 28% psychodynamisch, 21.3% KVT und 9% kognitiv) an (bei Hipol & Deacon, 2013: 98% der befragten lizenzierten Psychotherapeuten (64.7% davon kognitive Verhaltenstherapeuten)), sich bei der Behandlung von Angststörungen an Expositionstherapie zu orientieren.

Schubert, Siegl und Reinecker (2003) untersuchten die Fragestellung, welche kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsmethoden von Psychotherapeutinnen im Rahmen der ambulanten Versorgung bei Angst- und Zwangsstörungen angewendet werden. Hierfür wurden 300 Therapieanträge von niedergelassenen (62%) und in der Ausbildung befindlichen (38%) kognitiven Verhaltenstherapeuten zur Genehmigung von Verhaltenstherapie untersucht. In 91% der Anträge wurden für die Behandlung der Patienten Konfrontations- und Bewältigungsverfahren geplant.

Sind Expositionsverfahren in der Praxis schwer durchzuführen?

Neudeck und Einsle (2012) beschreiben strukturelle Hindernisse bei der Durchführung von Expositionsübungen. Hierbei gehen Sie besonders auf Übungen außerhalb des Therapieraumes ein, welche u.a. bei der Behandlung von Zwangsstörungen eine zentrale Rolle spielen. Dieses Vorgehen stelle erhöhte Anforderungen an Logistik mit einer entsprechenden Vorbereitung. In einer Studie zu den Gründen für die Nichtanwendung von Expositionsverfahren nannten 40% der Befragten die zu geringe Zeit, neben Versicherungsaspekten und der Logistik (37%) (Neudeck, 2007; zitiert in Neudeck & Einsle, 2012). Auch bezüglich der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung gaben 38% „schlechte Rahmenbedingungen“ als Grund für eine Nichtanwendung von Expositionsverfahren an (Becker et al., 2004; vgl auch Harned, Dimeff, Woodcock & Contreras, 2013).

Sind Expositionsverfahren für Patienten besonders unangenehm?

Richard und Gloster (2007) fragten 84 Behandler (alle waren Mitglieder der amerikanischen Vereinigung für Angststörungen) um eine Einschätzung verschiedener Therapieverfahren bezüglich ihrer Aversivität. Auf den ersten sechs Plätzen fanden sich fünf expositionsbasierte Therapieformen, das heißt, dass diese von den Behandlern am aversivsten eingeschätzt wurden. Behandler schätzen dieses therapeutische Vorgehen für den Patienten teils als unerträglich und nicht zumutbar ein (Rosqvist, 2005), weswegen auf graduierte Angstreduktionstechniken zurückgegriffen oder vollständig auf die Konfrontation verzichtet werde.

Expositionsverfahren können zu einer Retraumatisierung führen

Gerade im Hinblick auf die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bestehen Befürchtungen über Nebeneffekte einer konfrontativen Behandlung bis hin zu einer Retraumatisierung (Foa, Zoellner, Feeny, Hembree & Alvarez-Conrad, 2002). So nannten bei Becker et al. (2004) 22% der Therapeuten die Sorge, dass der Patient während der Exposition

dekompensieren könnte, als Grund für eine Nichtanwendung. Obwohl diese Befürchtung nicht empirisch gestützt werden konnte (vgl. Hembree & Cahill, 2006), gibt es weiterhin Behandlungsmanuale, die Stabilisierungstechniken im Kontext einer Expositionsbehandlung empfehlen, um negative Behandlungseffekte zu vermeiden (z. B. Reddemann, 2007). Die spezielle Folge einer möglichen Retraumatisierung steht im übergeordneten Kontext von Befürchtungen, Expositionsverfahren könnten schädlich sein und deswegen ein unakzeptables Risiko für den Patienten darstellen (vgl. Farrell, Deacon, Dixon & Lickel, 2013).

Sind Expositionsverfahren nur für erfahrene Behandler geeignet?

In der psychotherapeutischen Versorgung wird dem Faktor 'Erfahrung' eine besonders große Bedeutung beigemessen: Erfahrene Behandler werden grundsätzlich als kompetenter angesehen und häufig wird für die Entwicklung von fähigen Behandler auf klinische Erfahrungen gesetzt (Garb & Boyle, 2015). Da hinsichtlich der Anwendung von Expositionsverfahren bei Behandlern deutlich mehr Bedenken im Vergleich zu anderen Interventionen bestehen (vgl. Richard & Gloster, 2007), könnten Behandler zu der Einstellung gelangen, dass die Durchführung von Expositionsverfahren nur vor dem Hintergrund einer umfangreichen klinischen Erfahrung möglich sei.

Reichen Expositionsverfahren alleine für den Behandlungserfolg nicht aus?

Addis und Krasnow (2000) benennen die Einstellung, dass mehr Behandlungselemente zu einem besseren Ergebnis führen, als mögliches Hindernis für die Durchführung von Expositionsverfahren. Die dahinter stehende Vermutung besagt, dass ein konfrontatives Vorgehen bei komplexen Fällen nicht ausreichen könnte und dass das Hinzufügen weiterer Behandlungselemente das Ergebnis verbessert und zu weniger Therapieabbrüchen beiträgt. Vor diesem Hintergrund wird die Anwendung konfrontativer Elemente zugunsten weiterer Interventionsformen möglicherweise zum Teil vernachlässigt. Obwohl diese Einschätzung von der Forschung empirisch nicht unterstützt wird, ist diese Annahme unter Behandlern

häufig vertreten: der Ansatz des „weniger ist mehr“ wird entsprechend in der Praxis kaum angewandt (Feeny, Hemdree & Zoellner, 2003).

Ist die Ausbildung für die Durchführung von Expositionsverfahren nicht ausreichend?

In der Studie von Becker et al. (2004) wurde am häufigsten ein Mangel an Ausbildung und Training als Grund für die Entscheidung gegen den Einsatz von Expositionstherapie genannt. 70% der Befragten berichteten, keine formale Ausbildung bezüglich imaginierter Exposition zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung erhalten zu haben (vgl auch Richard & Gloster, 2007). Zu einem gleichen Ergebnis kamen Nelson, Steele und Mize (2006), die 19 Behandler in offenen Interviews nach ihren Einstellungen hinsichtlich evidenzbasierter Methoden befragten. Die Behandler gaben an, dass es ihnen an Ausbildung und Training mangle und deswegen eine entsprechende Methodik nicht eingesetzt werde.

1.4.1.8 Gewichtung von Expositionsverfahren innerhalb der Ausbildung

Die Vermittlung von Expositionstherapie innerhalb der Ausbildung erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass diese auch entsprechend angewandt wird. Behandler, die entsprechende Trainingseinheiten erhalten hatten, griffen signifikant häufiger auf evidenzbasierte Methoden zurück (Becker et al., 2004). Der positive Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Training und der Anwendung von Expositionsverfahren wurde auch von Sars und van Minnen (2012) bestätigt: Unterricht hinsichtlich konfrontativer Verfahren (sowohl praktisch, diagnostisch als auch empirisch) korrelierte positiv und signifikant mit der Anwendung (vgl auch Sprang, Craig & Clark, 2008). Die Verfügbarkeit von evidenzbasierten Inhalten zu konfrontativen Techniken konnte als spezifischer Prädiktor für den Einsatz von Expositionstherapie identifiziert werden (Nelson & Steele, 2007) und stellt dementsprechend einen zentralen Qualitätsfaktor für die Ausbildung von Psychotherapeuten dar (Beidas & Kendall, 2010).

Verschiedene Autoren betonen hierbei auch die Bedeutung der Supervision für die Dissemination und Implementierung von Expositionsverfahren: Supervisoren können als geschulte Experten die Auszubildenden dabei unterstützen, Methoden konsequent anzuwenden, Rückmeldung geben und dadurch die therapeutische Fertigkeiten erhöhen. In einer Studie erhielten Behandler nach einem Seminar zur Behandlung der PTBS eine wöchentliche Supervisionseinheit, eine Kontrollgruppe besuchte nur das Seminar. Die Ergebnisse zeigten auf, dass die zusätzliche Supervision die Behandler in ihrem Selbstvertrauen hinsichtlich der Durchführung des Verfahrens signifikant mehr stärkt als eine Kontrollgruppe ohne diese Supervision (Karlin et al., 2010). Diese Ergebnisse decken sich mit der zunehmend vertretenen Einschätzung, dass Seminare alleine keine nachhaltige Veränderung bei den Auszubildenden bewirken ohne zusätzliche Supervision (Beidas & Kendall, 2010; Herschell, Kolko, Baumann & Davis, 2010). Eine ergänzende Supervision führt zu einer vermehrten Anwendung (Kelly, Heckman, Stevenson, Williams, Ertl & Hays, 2000) und sorgt dafür, dass die Aneignung einer therapeutischen Fertigkeit stabil beibehalten wird (Miller, Yahne, Moyers, Martinez & Pirritano, 2004).

Eine entsprechende Gewichtung von Inhalten innerhalb der Ausbildung und Supervision erhöht dabei nicht nur die Wahrscheinlichkeit einer späteren Anwendung, sondern auch deren Qualität (Shafran et al., 2012): So erhöhte sich die Erfolgsrate für die Behandlung einer Panikstörung nach einem Training von 10% auf 60% (Grey, Salkovskis, Quigley, Clark & Ehlers, 2008). Wenn Behandler mehr Expertise in der Durchführung einer Behandlung erlangen, verbessern sich somit auch die Ergebnisse (DeRubeis et al., 2005).

In welchem Ausmaß Faktoren der inhaltlichen Gestaltung der Seminare und der Supervision zu einer vermehrten Anwendung führen können, ist ebenfalls untersucht worden (Beidas & Kendall, 2010). Das typische Seminar im Rahmen der Ausbildung umfasst im Regelfall Frontalunterricht mit audiovisuellem Material und einem Handout für die

Teilnehmer (Jensen-Doss, Cusack & Arenallo, 2007). Solche passiven didaktischen Lehrstrategien können das Wissen hinsichtlich Expositionsverfahren deutlich stärken und dahingehend einen wichtigen Beitrag für die theoretische Vermittlung des jeweils aktuellsten Forschungswissens liefern. Gega, Norman und Marks (2007) führten bei 92 Behandlern ein 8-stündiges Seminar durch, welches ausschließlich passive Lehrstrategien beinhaltete (Präsentation, Fragen und Antworten). Mit Hilfe eines Multiple-Choice-Tests wurde danach die Entwicklung des Wissens überprüft: Es ergab sich eine signifikante Verbesserung hinsichtlich des Wissens bezüglich Expositionstherapie. Obwohl solche theorielastigen Seminare das Wissen hinsichtlich Expositionsverfahren deutlich stärken können, führt ein vermehrtes Wissen nicht automatisch zu einer Verhaltensänderung (Jensen-Doss, Cusack & de Arenallo, 2007; Miller, Sorensen, Selzer & Brigham, 2006; Sholomskas, Syracuse-Sievert, Rousaville, Ball, Nuro & Carroll, 2005). Stattdessen sprechen verschiedene Autoren eher von prädisponierenden Faktoren, zusätzliche Elemente seien nötig, um eine Veränderung in der Praxis zu erreichen (Davis, O'Brien, Freemantle, Wolf, Mazmanian & Taylor-Vaisey, 1999).

Da es sich bei der Expositionstherapie um eine komplexe Fertigkeit handelt, fordern Cross, Matthieu, Cerel und Knox (2007) neben theorielastigen Seminaren aktive Lernstrategien mit einem stärkeren praktischen Anteil: Behandler sollen ihre Kompetenz durch wiederholte Handlungen und Reflektionen in einem interaktiven Prozess vermittelt bekommen. Das Hinzufügen von praktischen Übungen konnte das Fertigungslevel in einer Studie zur Suizidprävention signifikant erhöhen im Vergleich zu einem rein didaktischen Training (Pasco, Wallack, Sartin & Dayton, 2012). Bei Wyman et al. (2008) zeigte sich durch die Durchführung von praktischen Übungen eine stabilere Verhaltensänderung im Vergleich zu reinen Theorieprogrammen. Beidas und Kendall (2010) nennen in ihrer Übersichtsarbeit aktive Lernstrategien mit praktischen Übungen in der Ausbildung von Behandlern als verlässlichsten Faktor für eine spätere messbare Veränderung bei den behandelten Klienten.

1.4.2 Merkmale der Ausbildung als Prädiktor für den Einsatz von Expositionsverfahren

Ausbildungsinstitute stellen entsprechende Lerneinheiten zur Verfügung, in denen Praktikern das Wissen vermittelt wird. Weissmann et al. (2006) untersuchten psychiatrische, psychologische und soziale Ausbildungsprogramme bezüglich ihrer Inhalte und stellten die Frage, in wie weit evidenzbasierte Verfahren vermittelt wurden. In allen Ausbildungsprogrammen waren evidenzbasierte Verfahren deutlich unterrepräsentiert. Crits-Christoph, Frank, Chambless, Brody und Karp (1995) fanden in ihrer Studie, dass das Erlernen der Expositionstherapie für Phobien und Posttraumatische Belastungsstörung sogar nur in 16% der Curricula gefordert war. Bei der Behandlung von Zwangsstörungen mit konfrontativer Therapie waren es sogar nur 4%. Gleichzeitig zeigte sich hierbei auch, dass das Ausmaß an Lerneinheiten auf curriculärer Ebene einen signifikanten Zusammenhang mit der Anwendung zeigt: wurden mehr Unterrichtseinheiten angeboten, erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit einer Anwendung. Grundsätzlich unterstützen diese Studien die Vermutung, dass die curriculäre Verankerung von evidenzbasierten Inhalten deren spätere Anwendung fördert.

1.4.3 Merkmale des Ausbildungskontextes als Prädiktoren für den Einsatz von Expositionsverfahren

Psychotherapeuten werden in Ausbildungsinstituten theoretisch und praktisch geschult: Den Instituten kommt dabei eine besondere Rolle zu, da in der präprofessionellen Phase eine starke Beeinflussung der Teilnehmer möglich ist (Day, Arthur & Gettman, 2001). Gleichzeitig weisen Glisson und Schoenwald (2005) darauf hin, dass die Effekte eines Trainings auf die spätere Praxis stets auch vor dem Hintergrund kontextueller Faktoren gesehen werden sollten. Psychotherapie wird innerhalb eines sozialen Ausbildungskontextes gelehrt und die spezifische Kultur von Instituten mit ihren Kooperationskliniken und –praxen stellen einen entsprechenden Einflussfaktor für die Prägung der Absolventen dar. Die Bedeutung von sozialen Dynamiken innerhalb von Lehrkontexten wird durch die Erkenntnis

gestützt, dass individuelle Praktiker stark durch die Meinungen und Inhalte von Kollegen und Supervisoren beeinflusst werden (Nelson et al., 2006). Für ein breites Verständnis der Dissemination und Implementierung müssen somit auch organisatorische Kontextvariablen berücksichtigt werden, um eine nachhaltige Veränderung erreichen zu können: Evidenzbasierte Lerninhalte könnten erst im Zusammenspiel mit einem unterstützenden Lehrkontext Behandler langfristig zu einer entsprechenden Praxis führen. Ein solcher holistischer Ansatz biete die Grundlage, um die Auswirkungen der Ausbildung von individuellen Praktikern innerhalb eines Systems zu verstehen (Beidas & Kendall, 2010).

Nelson, Steele und Mize (2006) befragten 19 Behandler aus zwei Versorgungseinrichtungen in offenen Interviews nach ihrer Meinung zu evidenzbasierter Psychotherapie. Hierbei zeigte sich, dass die Unterschiede innerhalb der Personen einer Versorgungseinrichtung deutlich geringer waren als zwischen den Einrichtungen. Die Autoren schlagen vor, dass diese Unterschiede möglicherweise auf spezifische institutionelle Kulturen oder Einstellungen bzgl. evidenzbasierter Psychotherapie zurückgeführt werden können. Eine Studie von Aarons (2004) unterstützte diese Ansicht: Die Einstellungen von Behandlern gegenüber dem Einsatz evidenzbasierter Psychotherapie war zu einem großen Teil abhängig vom klinischen Arbeits- und Lehrsetting (vgl. auch Baer, Rosengreen, Dunn, Wells & Ogle, 2004). Bei Nelson und Steele (2007) war die Offenheit von Kliniken gegenüber evidenzbasierter Psychotherapie ein signifikanter Prädiktor für den Einsatz von Expositionstherapie. Der Arbeits- und Lehrkontext ist somit ebenfalls ein bedeutsamer Faktor für die inhaltliche Prägung der Absolventen.

Eine stärkere evidenzbasierte Prägung und Ausrichtung wurde unter anderem mit universitären Ausbildungsinstituten in Verbindung gebracht (Peterson, 1997). Diese bieten eine besonders enge Verzahnung von wissenschaftlicher Theorie und Praxis und könnten deshalb eine Entscheidung für eine evidenzbasierte Psychotherapie positiv beeinflussen. Eine

entsprechende Studie zeigte auf, dass die Arbeit in einem universitären Kontext die Anwendung von empirisch überprüften Methoden fördert (Nelson & Steele, 2007).

Aarons (2004) wies zusätzlich darauf hin, dass Ausbildungsinstitute progressiv auf Innovationen reagieren müssen, um auf dem Ausbildungsmarkt konkurrenzfähig zu bleiben. Institute stehen auch in Konkurrenz mit anderen Instituten hinsichtlich der Rekrutierung neuer Auszubildender. Aarons vermutet, dass vermehrt neue und innovative Methoden präsentiert und gelehrt werden, um die Attraktivität der Ausbildungsinstitute für (zahlende) Ausbildungsteilnehmer zu erhöhen. Neue Methoden sind aber nicht per se besser oder wirksamer als die „altbewährten“ (evidenzbasierten) Methoden. Der Innovationsdruck fördert folglich die Möglichkeit, dass sich innerhalb der Institute eine Kultur ausbilde, welche sich weniger an der Wirksamkeit der Methodik orientiert, sondern an deren Neuartigkeit. Bei der Gewichtung der Inhalte könnten evidenzbasierte Methoden zunehmend in einem Wettstreit mit innovativen Methoden stehen. Progressive Institute sind demnach als Institute zu verstehen, welche neuartigen Methoden eine höhere Bedeutung beimessen als weniger progressive Institute. Aarons leitet aus diesen Überlegungen die Hypothese ab, dass die Ausbildung an einem progressiven Institut eine geringere Betonung von evidenzbasierten Methoden beinhalte und deswegen in der Praxis zu einer geringeren Anwendung führe.

1.5 Zusammenfassung und Ableitung der Fragestellung

Die Evidenz-Bewegung beschreibt den Wandel der Psychotherapie hin zu einer evidenzbasierten Psychotherapie: nachhaltige Ergebnisse zur Wirksamkeit sollen das Kernkriterium für die Auswahl einer Methodik zur Behandlung psychischer Störungsbilder sein. Expositionsverfahren stellen nach Studienlage die wirksamste Methodik zur Behandlung von Angst-, Zwangs- und Posttraumatischen Belastungsstörungen dar. Trotz der erwiesenen Wirksamkeit zeigt sich in der Praxis jedoch ein deutlicher Untergebrauch von Expositionsverfahren.

Die Disseminationsforschung untersucht Einflussgrößen, um die Verbreitung von Expositionsverfahren nachhaltiger gestalten zu können. Wie oben dargestellt, wurden bereits verschiedene Faktoren in einzelnen Studien hinsichtlich Ihres jeweiligen Einflusses untersucht. Der Ausbildung kommt dabei eine besondere Rolle zu, da in dieser Phase ein zentraler Einflussfaktor für die spätere Anwendung liegt (Day, Arthur & Gettman, 2001). Gleichzeitig ist eine fundierte Datenlage zu dem Einfluss dieser prägenden Phase nicht vorhanden. Vor diesem Hintergrund wurde in der hier vorgestellten Studie die Untersuchung im Ausbildungskontext durchgeführt, um ein besseres Verständnis von ausbildungsbezogenen Einflussfaktoren für die spätere Anwendung von Expositionsverfahren zu erhalten.

Um diese zentrale Fragestellung zu beantworten, wurde eine bundesweite Umfrage unter Institutsleitern und ihren Absolventen durchgeführt. Neben einem umfangreichen Datensatz aus der Praxis der Behandler wurden somit auch Informationen erhoben, die Besonderheiten der Ausbildungsinstitute charakterisieren. Hierdurch ergab sich erstmals die Möglichkeit, Einflussfaktoren sowohl auf individueller als auch auf kontextueller Ebene sowie deren Interaktion zu untersuchen.

Insbesondere wurden aus der oben dargestellten theoretischen Übersicht die folgenden Hypothesen abgeleitet:

- I. auf individueller Ebene:
 - a) Das Geschlecht hat einen Einfluss auf die Anwendung: Männer setzen Expositionstherapie häufiger ein.
 - b) Die Art der Behandlungsermächtigung (für Erwachsene vs. für Kinder und Jugendliche) hat einen Einfluss auf die spätere Anwendung: Erwachsenenpsychotherapeuten setzen Expositionstherapie häufiger ein.
 - c) Das Jahr des Ausbildungsbeginns hat einen Einfluss auf die spätere Anwendung: Behandler mit späterem Ausbildungsbeginn setzen Expositionstherapie häufiger ein.

- d)** Das Ausmaß an Erfahrung in der Anwendung von Expositionstherapie (Häufigkeit des früheren Einsatzes) hat einen positiven Einfluss auf die Anwendungshäufigkeit
- e)** Der derzeitige Arbeitsort der Behandler (stationär vs. ambulant) hat einen Einfluss auf die Anwendung von Expositionsverfahren: Behandler in stationärem Umfeld setzen Expositionstherapien häufiger ein.
- f)** Die Art und Weise der erlernten Form der kognitive Vorbereitung der Patienten (zeitlicher Umfang und Ableitung des Rationals) hat einen positiven Einfluss auf die spätere Anwendung
- g)** Behandler mit positiven Einstellungen gegenüber Expositionsverfahren wenden diese häufiger an als Behandler mit weniger positiven Einstellungen
- h)** Von den Teilnehmern erlebter Fokus im Rahmen der Ausbildung auf Expositionstherapie (Menge der Fortbildung zu Expositionsverfahren / ein eigenes Seminar zu Expositionsverfahren) hat einen positiven Einfluss auf die spätere Anwendung

II. auf kontextueller Ebene:

- a)** Die von den Ausbildungseinrichtungen angegebenen Ausbildungsinhalte (Anzahl der Unterrichtseinheiten und ein eigenes Seminar zu Expositionsverfahren) haben einen positiven Einfluss auf die spätere Anwendung von Expositionstherapien.
- b)** Der Ausbildungskontext (universitäre Anbindung sowie das von den Ausbildungsinstituten angegebene Ausmaß der Progressivität des Curriculums) hat einen positiven (universitäre Anbindung) bzw. negativen (Progressivität) Einfluss auf die spätere Anwendung von Expositionstherapien.

2. Methode

2.1 Teilnehmer

Insgesamt wurden 62 staatlich anerkannte Ausbildungsstätten nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie kontaktiert (Selektionskriterium war hierbei die Möglichkeit der direkten Kontaktaufnahme mit den Institutsleitern via E-Mail) und eingeladen, an der Studie teilzunehmen. 24 Institute nahmen teil: Dies ergibt eine Responserate von 38.7% und liegt somit leicht über der Responserate von vergleichbaren Studien (27.3% in Becker et al., 2004; 30% in Addis & Krasnow, 2000). 24 Institutsleiter (13 Männer, 11 Frauen; Durchschnittsalter = 49.20 Jahre) und 404 Ehemalige (62 Männer, 342 Frauen; Durchschnittsalter = 37.31 Jahre) füllten die jeweiligen Fragebögen vollständig aus. Für die Ehemaligen konnte keine Responserate bestimmt werden, da die Kontaktaufnahme über die Institute erfolgte. Weder die Institute noch die Ehemaligen erhielten eine Entschädigung für die Teilnahme.

2.2 Materialien

Für die Durchführung der Studie wurden zwei Fragebögen entwickelt. Ein Fragebogen richtete sich an die Institutsleiter (Anhang 1), ein weiterer Fragebogen richtete sich an die ehemaligen Ausbildungskandidaten (Anhang 2). Beide Fragebögen wurden mit dem Ziel entwickelt, nach Auswertung der bestehenden Literatur Einflussfaktoren für die Anwendung von Expositionsverfahren in der Praxis zu erfassen. Folgende Einflussfaktoren waren vorher identifiziert worden:

(1) Merkmale der Auszubildenden

- a. Geschlecht
- b. Ausbildungsabschluss
- c. Jahr des Ausbildungsbeginns
- d. Behandlungshäufigkeit

- e. Arbeitsort
 - f. Kognitive Vorbereitung
 - g. Ableitung Rational
 - h. Einstellungen gegenüber Expositionsverfahren
 - i. Gewichtung von Expositionsverfahren innerhalb der Ausbildung
 - j. Eigenes Seminar zu Expositionsverfahren
- (2) Von den Ausbildungsabsolventen berichtete Merkmale der Ausbildung
- a. Anzahl der Unterrichtseinheiten
 - b. Eigenes Seminar zu Expositionsverfahren
- (3) Von den Ausbildungseinrichtungen berichtete Merkmale des Ausbildungskontextes
- a. Universitäre Anbindung
 - b. Progressiver Institutskontext

2.2.1 Fragebogen für die Institutsleiter

Der Fragebogen für die Institutsleiter bestand aus 18 Items, die sich in drei Teile gliederten: (1) demographische Variablen (4 Items), (2) Curriculum (4 Items) und (3) Inhalte repräsentieren (10 Items).

Demographische Variablen

Unter den demographischen Variablen wurden das Alter, das Geschlecht, das geleitete Institut und der Standort des Institutes erfragt. Weiter wurde die Anbindung an eine Universität kodiert, indiziert durch die Mitgliedschaft im Verbund universitärer Ausbildungsgänge für Psychotherapie (12 Institute).

Curriculum

Dieser Teil umfasste Fragen mit offenen Antwortmöglichkeiten nach der Anzahl der Unterrichtseinheiten innerhalb des Curriculums zu den Themen 'Angststörungen',

‘Zwangsstörungen’ und ‘PTSD’. Die Antworten wurden zur Variable ‘UE_All’ aufsummiert: Höhere Scores standen für mehr Unterrichtseinheiten.

Zusätzlich wurde noch gefragt, ob es spezielle Unterrichtseinheiten zum Thema ‘Expositionsverfahren’ im Rahmen eines Seminars gab (ja/nein). Bei einer positiven Antwort bestand eine offene Antwortkategorie zur Angabe der Unterrichtseinheiten. Obwohl drei Institutsleiter die Frage nach einem gesonderten Seminar mit ‘ja’ beantworteten, machten Sie keine weitere Angabe hinsichtlich der Unterrichtseinheiten.

Inhalte repräsentieren

Im letzten Teil des Fragebogens gaben die Institutsleiter an, wie wichtig es dem Institut sei, dass das Curriculum bestimmte Inhalte repräsentiere. 10 Inhalte (Verhaltenstherapie; Evidenzbasierte Verfahren; Interaktionsskills; Kognitive Verfahren; Emotionszentrierte Verfahren; Akzeptanzbasierte Verfahren; CBASP; Integrative Verfahren; EMDR; Schematherapeutische Verfahren) wurden vorgegeben, diese konnten mit Hilfe einer 5er-Likert-Skala (0 = ‘nicht wichtig’; 5 = ‘sehr wichtig’) bewertet werden. Die Antworten wurden zur Variable ‘Progressiv_Institut’ aufsummiert: ein höherer Score bedeutete, dass die Institute hinsichtlich der inhaltlichen curriculären Gewichtung neuartigen Methoden eine höhere Bedeutung beimessen.

2.2.2 Fragebogen für die Ausbildungsabsolventen

Für den Fragebogen für die Ausbildungsabsolventen wurden 55 Items zusammengestellt, die sich in fünf Teile gliederten: (1) demographische Variablen (6 Items), (2) Häufigkeit der Behandlung und Einschätzungen zur Wirksamkeit (6 Items), (3) Ausbildung (25 Items), (4) Störungsbilder (11 Items) und (5) eigene Meinung (7 Items).

Demographische Variablen

Unter den demographischen Variablen wurden das Alter, das Geschlecht, das Jahr des Ausbildungsbeginns, das Institut, der Institutsstandort und der Ausbildungsabschluss (Erwachsene/Kinder und Jugendliche/beides) erfragt.

Häufigkeit der Behandlung und Einschätzungen zur Wirksamkeit

Hiernach folgten Einschätzungen, wie häufig Expositionsverfahren jeweils zur Behandlung von 'Angststörungen', 'Zwangsstörungen' und 'PTSD' eingesetzt werden. Diese Einschätzung wurde mit Hilfe einer 5er-Likert-Skala (0 = gar nicht; 5 = sehr häufig) vorgenommen und zur zentralen Variable „Häufigkeit des Einsatzes von Expositionstherapie ('Einsatz_Expo')“ als arithmetisches Mittel aufsummiert (Cronbachs $\alpha = 0.732$).

Ebenfalls wurde eine Einschätzung (0 = gar nicht wirksam; 5 = sehr wirksam) für die Wirksamkeit von Expositionsverfahren zur Behandlung der genannten Störungsbilder erfragt und zur Variable 'Wirkung_Expo' als arithmetisches Mittel aufsummiert (Cronbachs $\alpha = 0.527$). Höhere Scores standen für einen häufigeren Einsatz respektive einer höheren Einschätzung der Wirksamkeit.

Ausbildung

Unter 'Ausbildung' sollten die Ehemaligen eine Einschätzung mit einer 5er-Likert-Skala (0 = gar nicht; 5 = sehr stark) vornehmen, welche Gewichtung Expositionsverfahren innerhalb der Seminare zu den Themen Angststörungen, Zwangsstörungen, Posttraumatischer Belastungsstörung und insgesamt während der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten ihrer jeweiligen Erinnerung nach hatten. Pro Block wurde noch eine Unterteilung in 'Theorie', 'Lehrbeispiele (Video, Text)', 'Praktische Übungen' und 'Insgesamt' vorgenommen. Die gleiche Einschätzung wurde für die Einzel- und Gruppensupervision erfragt. Aus diesen Einschätzungen wurden drei Variablen als arithmetisches Mittel aufsummiert: die Gewichtung von Expositionsverfahren innerhalb der Seminare ('GewExAus', Cronbachs $\alpha = 0.941$), die Gewichtung von Expositionsverfahren

innerhalb der Supervision ('GewExSV', Cronbachs $\alpha = 0.941$) und eine zusammenfassende Variable 'Expo_Insgesamt' (Cronbachs $\alpha = 0.940$). Höhere Rohwerte bedeuteten, dass Inhalte zu Expositionsverfahren eine höhere Gewichtung hatten.

Zusätzlich wurde die Frage gestellt, ob es nach Erinnerung der Teilnehmer ein spezielles Seminar zu dem Thema 'Expositionsverfahren' gegeben habe (ja/nein).

Störungsbilder

Bei den Störungsbildern wurde der derzeitige Arbeitsort erfragt (Mehrfachantworten waren möglich). Hierfür standen vier Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: ambulante Praxis, Klinikambulanz, psychiatrisches Krankenhaus und eine offene Antwortkategorie. Wurde 'psychiatrisches Krankenhaus' ausgewählt, wurde zusätzlich nachgefragt, ob es sich um eine gemischte, geschützte oder störungsspezifische Station handelt. Die Antworten wurden in die Variable 'Arbeitsort' zusammengefasst und in ambulante, teilstationäre und stationäre Arbeitsorte unterteilt.

Die frühere Behandlungshäufigkeit wurde über drei verschiedene Weisen erfragt: Zum einen mussten die Absolventen mit einer 5er-Likert-Skala angeben, wie häufig sie die genannten Störungsbilder behandelten (0 = gar nicht; 5 = sehr viel). Zusätzlich gab es noch offene Antwortmöglichkeiten hinsichtlich der letzten 6 Monate und insgesamt seit Beginn der Ausbildung. Die Ergebnisse der Likert-Skala wurden zu 'Häufigkeit Behandlung' als arithmetisches Mittel aufsummiert (Cronbachs $\alpha = 0.535$). Aus den 6-Monatsangaben und den totalen Behandlungszahlen wurden die Variablen 'Häufigkeit_letzte_6_Monate' (Cronbachs $\alpha = 0.648$) und 'Häufigkeit_insgesamt' (Cronbachs $\alpha = 0.732$) als arithmetische Mittel summiert. Höhere Scores standen für eine höhere Fallzahl hinsichtlich der Behandlung der interessierenden Störungsbilder.

Danach folgten Fragen, wieviel Zeit jeweils der kognitiven Vorbereitung der Patienten und wieviel Zeit während der Vorbereitung des Thema 'Vermeidungs- und

Sicherheitsstrategien von Patienten´ gewidmet wird. Beide Fragen wurden ebenfalls mit einer 5er-Likert-Skala (0 = gar nicht; 5 = sehr viel) beantwortet und zur Variable ´Zeit_Vorbereitung´ als arithmetisches Mittel aufsummiert (Cronbachs $\alpha = 0.690$). Eine weitere Frage betraf die Methodik, mit der das Rational in den Therapien abgeleitet wird (Mehrfachantworten waren möglich): Hierfür standen vier geschlossene (1. ich erkläre dem Patienten die Vor- und Nachteile und lasse sie dann entscheiden; 2. Der Patient informiert sich mit Büchern, Internet und ähnlichem; 3. durch ein „Gedankenexperiment“; 4. durch geleitetes Entdecken) und eine offene Antwortkategorie zur Verfügung. Die vier geschlossenen Antworten wurden zur Variable ´Ableitung_Rational´ aufsummiert.

Haltung der Ausbildungsabsolventen zum Thema Reizkonfrontationstherapie

Bei der eigenen Meinung gaben die Absolventen mit Hilfe einer 5er-Likert-Skala (0 = gar nicht; 5 = stimme zu) ihre Zustimmung zu den sieben Aussagen an, welche in der Einleitung beschrieben wurden (z.B. ´Expositionsverfahren sind eine wichtige Behandlungsmethode´, ´Expositionsverfahren alleine reichen für den Behandlungserfolg nicht aus´).

Somit ergab sich aus den Fragebögen das in Tabelle 1 dargestellte konzeptuelle Modell für die Regressionsanalysen.

Tabelle 1: Konzeptuelle Übersicht des Regressionsmodells

Praktiker	Institute	Outcome-Variable
• Geschlecht	• UE_All	• Einsatz_Expo
• Jahr_Ausbildung	• Seminar_Expo UE_Speziell_Expo	
• Typ_Ausbildung	• Universitäre Anbindung	
• Gewichtung_Expo Innerhalb Seminare Innerhalb Supervision Insgesamt	• Progressiv_Institut	
• Eigenes_Seminar_Expo		
• Arbeitsort		
• Häufigkeit_Behandlung Likertskala Letzte 6 Monate Insgesamt		
• Zeit_Vorbereitung		
• Ableitung_Rational		
• Eigene_Meinung		

Anmerkungen: Jahr_Ausbildung = Jahr des Ausbildungsbeginns; Typ_Ausbildung = Typ des Ausbildungsabschlusses (Kinder- und Jugendliche, Erwachsene, beides); Gewichtung_Expo = inhaltliche Gewichtung von Expositionsverfahren; Eigenes_Seminar_Expo = eigenes Seminar zu Expositionsverfahren auf Behandlerenebene; Häufigkeit_Behandlung = Häufigkeit der Behandlung der Störungsbilder; Zeit_Vorbereitung = zeitliches Ausmaß der kognitiven Vorbereitung; Ableitung_Rational = gewählte Methodik für die Ableitung des Therapierationals; Eigene_Meinung = Grad der Zustimmung zu verschiedenen Meinungen hinsichtlich Expositionsverfahren; UE_All = Anzahl der Unterrichtseinheiten; Seminar_Expo = eigenes Seminar zu Expositionsverfahren auf Institutsebene; UE_Speziell_Expo = Anzahl der Unterrichtseinheiten des eigenen Seminars zu Expositionsverfahren auf Institutsebene; Progressiv_Institut = Ausmaß der curriculären Progressivität des Instituts; Einsatz_Expo = Einsatz von Expositionsverfahren zur Behandlung der Störungsbilder;

2.3 Prozedere

Die Auswahl der Institute erfolgte bundesweit über die Angaben der Bundespsychotherapeutenkammer (BptK), der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) und des Verbundes universitärer Ausbildungsgänge für Psychotherapie (Unith). Ausschließlich verhaltenstherapeutische Institute wurden ausgewählt. Es wurden alle Institute angeschrieben, bei denen eine direkte Kontaktaufnahme mit den Institutsleitern via E-Mail möglich war.

Der Kontakt wurde via E-Mail und bei fehlender Rückmeldung auch telefonisch hergestellt. In einem ersten Schritt wurde eine E-Mail mit den standardisierten Anschreiben für die Institutsleiter an diese geschickt. Zusätzlich enthielt die E-Mail die geplanten Fragebögen als Anhang, um Transparenz zu gewährleisten. Eine zweite Mail enthielt das Anschreiben an die Ehemaligen. Der Kontakt der ehemaligen Ausbildungskandidaten erfolgte dann jeweils vermittelt über die E-Mail-Verteiler der Institute. Um die Rücklaufquoten der Ehemaligen zu erhöhen, wurden die Institute 10 Tage nach dem ersten Versenden erneut gebeten, die Anfrage weiterzuleiten. In diesem Fall wurde das Anschreiben an die Ehemaligen mit dem Zusatz versehen, dass bei einer erfolgten Bearbeitung des Fragebogens das Schreiben als nicht versandt angesehen werden sollte, um doppelte Bearbeitungen zu verhindern. Die Bearbeitung der beiden Fragebögen wurde ausschließlich online (mit Hilfe der Software „EFS-Survey“ von der Firma QuestBack GmbH) durchgeführt. Der telefonische Kontakt erfolgte zur Klärung von eventuellen Fragen.

2.4 Datenanalyse

In einem ersten Analyseschritt wurden die einzelnen Faktoren mit Hilfe von Regressionsanalysen oder ANOVAs auf ihren Einfluss hinsichtlich des Einsatzes von Expositionsverfahren getestet. Hieraus ergaben sich erste Hinweise darauf, welche Faktoren einen signifikanten Einfluss besaßen und deswegen in der nachfolgenden Regressionsanalyse als Prädiktoren verwendet werden sollten. Da es sich um ein Mehrebenenmodell mit einer geschachtelten Datenstruktur handelte, wurde zudem die Intraklassenkorrelation berechnet. Im weiteren Verlauf wurde das Statistikprogramm HLM7 für die Analyse von Multilevelmodellen verwendet. Die Berechnungen wurden mit Full-Maximum-Likelihood-Schätzungen durchgeführt: 7 Iterationen wurden bis zur optimalen Modellpassung für die Daten durchgeführt. Auf Level 1 wurden alle Faktoren am Gruppenmittelwert zentriert, auf Level 2 erfolgte eine Zentrierung am Gesamtmittelwert.

Die vorliegende Studie weist ein quasi-experimentelles Design auf: Es wurden Regressionsanalysen auf der Basis von Multilevelmodellen mit der Häufigkeit des Einsatzes von Expositionsverfahren als abhängiger Variable durchgeführt. Random-Intercept- und Random-Slopes-Modelle mit Prädiktorvariablen auf Level 1 und Level 2 überprüften die Fragestellung, welches Modell am besten auf die Daten passt. Zusätzlich wurden Cross-Level-Interaktionen überprüft. Als Signifikanz-Level wurde ein Alpha von 0.05 festgelegt.

3. Resultate

3.1 Auswahl der Stichprobe

Von drei Ausbildungsinstituten lagen ausschließlich die Fragebögen der Leiter vor, ohne dass eine Weiterleitung an die Ehemaligen erfolgt war. Bei einem Institut handelte es sich um ein psychoanalytisches Institut, weswegen es ebenfalls inklusive der sechs Ausbildungsabsolventen aus der Stichprobe entfernt wurde. Bei 29 Ehemaligen konnte keine klare Zugehörigkeit (wegen mehrerer Institute oder fehlender Angaben) zu einem Ausbildungsinstitut codiert werden. Diese 29 Teilnehmer wurden bei den Analysen, welche eine entsprechende Zuordnung benötigten, automatisch aus der Analyse entfernt.

Insgesamt bestand der Datensatz für die Analysen somit aus 398 Ehemaligen (62 Männer: Durchschnittsalter 39.95 Jahre (Standardabweichung (SD) = 5.94); 336 Frauen: Durchschnittsalter 36.79 Jahre (SD = 6.70)) von 20 Ausbildungsinstituten. Es lagen pro Institut im Durchschnitt 12.27 (SD = 6.3) Fragebögen von Ehemaligen vor.

Von den 398 ehemaligen hatten 13 die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichentherapeuten abgeschlossen, 361 die Ausbildung für Erwachsene und 17 hatten eine Abrechnungszulassung für beide Patientengruppen. 7 Teilnehmer hatten keine Angabe gemacht. Im Durchschnitt hatten die Kandidaten 2004 (SD = 3.02) mit der Ausbildung begonnen. Bezüglich des Arbeitsortes (Mehrfachantworten waren möglich) wurde 221 Mal

eine ambulante Praxis angegeben, 52 Mal eine Klinikambulanz, 75 Mal ein psychiatrisches Krankenhaus und 118 Mal eine sonstige Arbeitsstelle.

3.2 Ergebnisse

3.2.1 Deskriptive Statistiken hinsichtlich des Einsatzes von Expositionsverfahren

Expositionsverfahren wurden nach Werten auf der Likertskala im Durchschnitt am häufigsten zur Behandlung von Angststörungen eingesetzt ($M = 4.19$, $SD = 1.04$). Danach folgten die Zwangsstörungen ($M = 3.83$, $SD = 1.34$) und die Posttraumatische Belastungsstörung ($M = 3.05$, $SD = 1.44$). Insgesamt ergab sich für den Einsatz von Expositionsverfahren zur Behandlung der Störungsbilder ein Durchschnittswert von 3.69 ($SD = 1.03$; Cronbachs Alpha = 0.73).

3.2.2 Vorbereitende Analysen

Um mögliche Unterschiede im Einsatz von Expositionsverfahren in Abhängigkeit von den beschriebenen Faktoren zu überprüfen, wurde via SPSS per Faktor wahlweise eine einfaktorielle Regressionsanalyse (bei einem dimensionalen Prädiktor) oder eine einfaktorielle ANOVA (bei einem kategorialen Prädiktor) durchgeführt. Eine Übersicht der Ergebnisse ist in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Ergebnisse der einfaktoriellen Regressionsanalysen/ANOVAs

Prädiktoren auf der Ebene der Auszubildenden

- (1) Alter: $F(1,396) = 2.692$, $ES = .007$, n. s.
- (2) Geschlecht: $F(1,396) = .692$, $ES = .002$, n. s.
- (3) Jahr_Ausbildung: $F(1,392) = .166$, $ES = .000$, n. s.
- (4) Typ_Ausbildung: $F(1,372) = 6.732$, $ES = .016$, $p = .010$
- (5) Wirkung_Expo: $F(1,396) = 180.656$, $ES = .313$, $p < .001$
- (6) Gewichtung_Expo_Insgesamt: $F(1,396) = 66.305$, $ES = .143$, $p < .001$
 - a. Gewichtung_Expo_Ausbildung: $F(1,396) = 60.236$, $ES = .132$, $p < .001$
 - b. Gewichtung_Expo_Supervision: $F(1,396) = 36.508$, $ES = .084$, $p < .001$
- (7) Eigenes_Seminar_Expo (Ehemalige): $F(1,389) = .135$, $ES = .000$, n. s.
- (8) Arbeitsort: $F(2,309) = 4.904$, $ES = .030$, $p = .008$
- (9) Häufigkeit_Behandlung
 - a. Likert-Skala: $F(1,396) = 54.246$, $ES = .121$, $p < .001$
 - b. letzte 6 Monate: $F(1,353) = 4.431$, $ES = .012$, $p = .036$
 - c. insgesamt: $F(1,381) = 1.398$, $ES = .004$, n. s.
- (10) Zeit_Vorbereitung: $F(1,396) = 8.412$, $ES = .021$, $p = .004$
- (11) Ableitung_Rational: $F(1,396) = 1.627$, $ES = .004$, n. s.
 - a. Vor-/Nachteile: $F(1,396) = 1.437$, $ES = .004$, n. s.
 - b. Patient informiert: $F(1,396) = .348$, $ES = .001$, n. s.
 - c. Gedankenexperiment: $F(1,396) = 4.282$, $ES = .011$, $p = .039$
 - d. Geleitetes Entdecken: $F(1,396) = .067$, $ES = .000$, n. s.
- (12) Eigene Meinung
 - a. Expo wichtig: $F(3,394) = 24.752$, $ES = .157$, $p < .001$
 - b. Expo schwierig: $F(4,393) = 3.841$, $ES = .033$, $p = .004$
 - c. Expo unangenehm: $F(4,393) = .779$, $ES = .000$, n. s.
 - d. Expo Retraumatisierung: $F(4,393) = 7.778$, $ES = .068$, $p < .001$
 - e. Expo erfahrene Therapeuten: $F(4,393) = 4.643$, $ES = .031$, $p = .001$
 - f. Expo nicht ausreichend: $F(4,393) = 1.976$, $ES = .006$, n. s.
 - g. Expo-Ausbildung nicht ausreichend: $F(4,393) = 3.868$, $ES = .029$, $p = .004$

Prädiktoren auf der Ebene der Ausbildungsinstitute

- (13) UE_All: $F(1,367) = 4.410$, $ES = .012$, $p = .036$
- (14) Eigenes_Seminar_Expo (Institute): $F(1,367) = .441$, $ES = .001$, n. s.

Prädiktoren auf der Ebene des Ausbildungskontextes

- (15) Universitäre Anbindung: $F(1,367) = 17.520$, $ES = .046$, $p < .001$
 - (16) Progressiv_Institut: $F(1,367) = .008$, $ES = .000$, n. s.
-

Anmerkungen: Jahr_Ausbildung = Jahr des Ausbildungsbeginns; Typ_Ausbildung = Typ des Ausbildungsabschlusses (Kinder- und Jugendliche, Erwachsene, beides); Wirkung_Expo = Einschätzungen zur Wirksamkeit; Gewichtung_Expo_Insgesamt = inhaltliche Gewichtung von Expositionsverfahren innerhalb des gesamten Ausbildungskontextes; Gewichtung_Expo_Ausbildung = inhaltliche Gewichtung von Expositionsverfahren innerhalb der Ausbildungsseminare; Gewichtung_Expo_Supervision = inhaltliche Gewichtung von Expositionsverfahren innerhalb der Supervision; Eigenes_Seminar_Expo = eigenes Seminar zu Expositionsverfahren auf Behandlungsebene; Häufigkeit_Behandlung = Häufigkeit der Behandlung der Störungsbilder; Zeit_Vorbereitung = zeitliches Ausmaß der kognitiven Vorbereitung; Ableitung_Rational = gewählte Methodik für die Ableitung des Therapierationals (Vor-/Nachteile = ich erkläre dem Patienten die Vor- und Nachteile und lasse Sie dann entscheiden; Patient_informiert = der Patient informiert sich mit Büchern, Internet und ähnlichem); Eigene_Meinung = Grad der Zustimmung zu verschiedenen Meinungen hinsichtlich Expositionsverfahren (Expo wichtig = Einschätzung zur Wichtigkeit von Expositionsverfahren ; Expo schwierig

= Einschätzung zur Schwierigkeit der praktischen Durchführung von Expositionsverfahren ; Expo unangenehm
= Einschätzung, dass Expositionsverfahren für Patienten besonders unangenehm seien ; Expo Retraumatisierung
= Einschätzung, dass die Anwendung von Expositionsverfahren zu einer Retraumatisierung führen können ;
Expo erfahrene Therapeuten = Einschätzung, dass die Anwendung von Expositionsverfahren nur für erfahrene
Therapeuten geeignet sei ; Expo nicht ausreichend = Einschätzung, dass Expositionsverfahren alleine für den
Behandlungserfolg nicht ausreichen; Expo-Ausbildung nicht ausreichend = Einschätzung, dass die Ausbildung
für den Einsatz von Expositionsverfahren nicht ausreichend sei); UE_All = Anzahl der Unterrichtseinheiten;
Eigenes Seminar Expo (Institute) = eigenes Seminar zu Expositionsverfahren auf Institutebene;
Progressiv_Institut = Ausmaß der curriculären Progressivität des Instituts; ES = Effekstärke

Diese Analysen lieferten Hinweise für die weitere Erstellung des finalen Regressionsmodells. Ziel war es, schrittweise ein Modell aufzubauen, welches am besten auf den bestehenden Datensatz passt und das höchste Maß an Varianzaufklärung besitzt. Da es sich um einen Mehrebenen-Datensatz handelte, wurde die Erstellung des Regressionsmodells mit dem Statistikprogramm HLM7 durchgeführt. Bezüglich der Schritte hinsichtlich der Datenanalyse für die Modellerstellung wurde den Überlegungen von Luhmann (2010) gefolgt.

3.2.3 Erstellung des Regressionsmodells

Berechnung der Intraklassenkorrelation (ICC)

Zu Beginn stand die Frage zentral, ob es systematische Varianz innerhalb der abhängigen Variablen (Einsatz von Expositionsverfahren) gebe, die auf Unterschiede innerhalb oder zwischen den Gruppen zurückzuführen sei. Hierzu wurde die Intraklassenkorrelation berechnet: Diese beschreibt die Korrelation zwischen Werten auf der Kriteriumsvariable von zwei zufällig gezogenen L1-Einheiten aus derselben (zufällig gezogenen) L2-Einheit. Das Ergebnis stellt den Anteil an der Gesamtvarianz der Kriteriumsvariable dar, der auf die Zugehörigkeit zu einer L2-Einheit zurückgeführt werden kann.

Zur Berechnung der Intraklassenkorrelation wurde nur die Outcome-Variable zur Erfassung des habituellen Einsatzes von Expositionstherapie (EinsatzExpo) in die Analyse aufgenommen, danach wurde das Modell als Nullmodell analysiert. Für σ^2

(Residualvarianz auf Level 1) ergab sich ein Wert von 0.99640 (Streuung individueller Werte um die Gruppenmittelwerte), für *Tau* (Residualvarianz auf Level 2) lag ein Wert von 0.06617 (Streuung der Gruppenmittelwerte um den Gesamtmittelwert) vor. Hieraus wurde die Intraklassenkorrelation mit einem Ergebnis von 0.0623 berechnet, dies stellt einen kleinen Wert für die Intraklassenkorrelation dar (Hox, 2002). Gleichzeitig weicht der Wert 0.0623 von 0 ab und gibt somit einen klaren Hinweis, dass für die Analyse ein Multilevelmodell benötigt wird. 6.23% der Gesamtvarianz der Kriteriumsvariable (Häufigkeit der Anwendung von Expositionsverfahren zur Behandlung von Angst-, Zwangs- und Posttraumatischen Belastungsstörungen) lassen sich also auf die Zugehörigkeit zu einer Level-2-Einheit zurückführen.

Berechnung des Random-Intercept-Modells

Das Random-Intercept-Modell untersuchte die Frage, mit welchen Prädiktoren sich das Intercept der abhängigen Variable (EinsatzExpo) auf Level 1 am besten vorhersagen lässt. In der Einleitung waren die Haupteffekte der Prädiktoren auf Ebene der Absolventen mit der entsprechenden Richtung des Zusammenhanges beschrieben worden, nun wurden diese statistisch hinsichtlich ihrer Signifikanz überprüft.

Zur Varianzaufklärung hinsichtlich des Intercepts wurden die Slopes als „fixed effects“ betrachtet (es wurden also die Gesamtmittelwerte aufgenommen). Hierbei erfolgt die Bestimmung der Streuung individueller Werte um die institutsspezifischen Regressionsgeraden.

Folgende Faktoren zeigten einen signifikanten Zusammenhang mit dem Einsatz von Expositionsverfahren (in Klammern jeweils der Koeffizient und der dazugehörige p-Wert):

- (1) Einschätzungen zur Wirksamkeit von Expositionsverfahren (0.46; $p = <0.001$)
- (2) Gewichtung von Expositionsverfahren innerhalb der Ausbildung (0.12; $p = 0.102$)

- (3) Seminar zu Expositionsverfahren bei den Ehemaligen (0.24; $p = 0.009$)
- (4) Häufigkeit der Behandlung (0.30; $p = <0.001$)
- (5) Arbeitsort (-0.11; $p = 0.082$)
- (6) Einschätzung, dass Expositionsverfahren eine wichtige Behandlungsmethode darstellen (0.15; $p = 0.013$)
- (7) Einschätzung, dass Expositionsverfahren in der Praxis besonders schwer durchzuführen sind (-0.14; $p = <0.001$)

Mit diesen Level-1-Prädiktoren verringerte sich Sigma^2 auf 0.56461 (dies stellt die Streuung individueller Werte um die gruppenspezifischen Regressionsgeraden dar), tau lag bei 0.09653 (dies stellt die Streuung der gruppenspezifischen Intercepts um den durchschnittlichen Intercept dar). Diese hier dargestellten Faktoren bilden die Haupteffekte auf Level 1 ab: entsprechend fällt der Zusammenhang zwischen den Prädiktoren und der Anwendung von Expositionsverfahren signifikant aus.

Da die p-Werte sich im Rahmen zusätzlicher Analysen weiter verringern können, wurden zwei Prädiktoren (‘Expo_Insgesamt’ und ‘Arbeitsort’) in den Analysen belassen, die leicht über dem Signifikanzniveau lagen.

Berechnung des Random-Slopes-Modells

Im folgenden Analyseschritt wurden Random-Slopes-Modelle berechnet, um zu überprüfen, ob sich Level-2-Einheiten in den Slope-Koeffizienten eines Level-1-Prädiktors unterschieden. Hierbei wurde die Steigung der Regressionsgeraden in Abhängigkeit zur Zugehörigkeit zu einem bestimmten Institut untersucht. Weiter wurde geprüft, ob die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Institut die Steigung der Regressionsgeraden beeinflusst. Hierzu wurden Devianztestungen genutzt: Devianztestungen erlauben einen Vergleich zwischen einem restriktiven Ausgangsmodell (random-intercept-model, ohne dass Varianz in

den Slopes zugelassen wird) und einem weniger restriktiven Modell (hierbei wird Varianz in den Slopes zugelassen).

Der Devianztest wurde für die Simultantestung der sechs signifikanten Parameter durchgeführt, d.h. die Devianztestung wurde für die Testung mehrerer fester Parameter verwendet. Deswegen wurde auf die Full Maximum Likelihood Schätzung zurückgegriffen. Das restriktive Ausgangsmodell besaß bei 10 geschätzten Parametern einen Devianzwert von 681.56. Nach Zulassen der Zufallseffekte wurde bei nun 45 zu schätzenden Parametern ein Devianzwert von 675.14 erreicht. Hieraus ergab sich ein χ^2 -Wert von 6.42667 ($df = 35$) und ein p-Wert von $>.500$.

Die Testung zeigte also kein signifikantes Ergebnis: die weniger restriktiven Modelle passten folglich nicht besser als das restriktive Ausgangsmodell. Somit wurde das restriktive Modell beibehalten, es bestanden keine signifikanten Unterschiede in den Slope-Koeffizienten eines Level-1-Prädiktors zwischen den Instituten: Zwischen den einzelnen Instituten zeigen sich keine signifikanten Unterschiede, die gesondert berücksichtigt werden mussten.

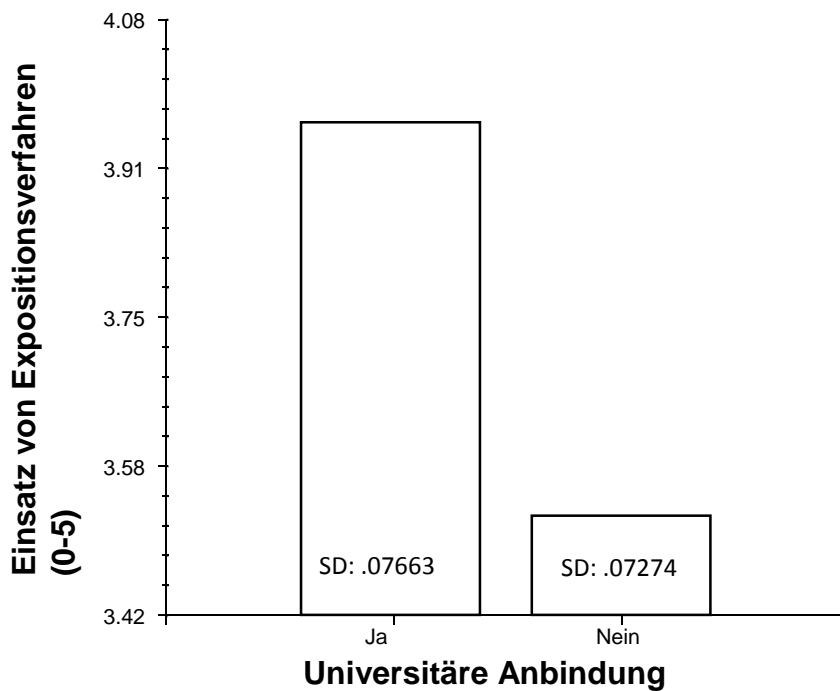
Überprüfung von Level-2-Prädiktoren

Auf Level 2 waren vier Prädiktoren erhoben worden: (1) universitäre Anbindung, (2) die Gesamtzahl an Unterrichtseinheiten, (3) ob ein extra Seminar zu Expositionsverfahren angeboten wurde und (4) der progressive Charakter des Institutes.

Die statistische Überprüfung zeigte einen signifikanten Einfluss der universitären Anbindung (Koeffizient: 0.48; $p = 0.022$; Abbildung 1). Die übrigen Faktoren zeigten keinen signifikanten Einfluss. Eine Gruppenzugehörigkeit zu einem Institut mit universitärer Anbindung erhöhte entsprechend die Wahrscheinlichkeit deutlich, dass Absolventen dieser

Ausbildung Expositionsverfahren in der Praxis anwenden werden (hier liegt also eine entsprechende Auswirkung auf die Höhe des Intercepts vor).

Abbildung 1: Universitäre Anbindung als Haupteffekt für den Einsatz von Expositionsverfahren



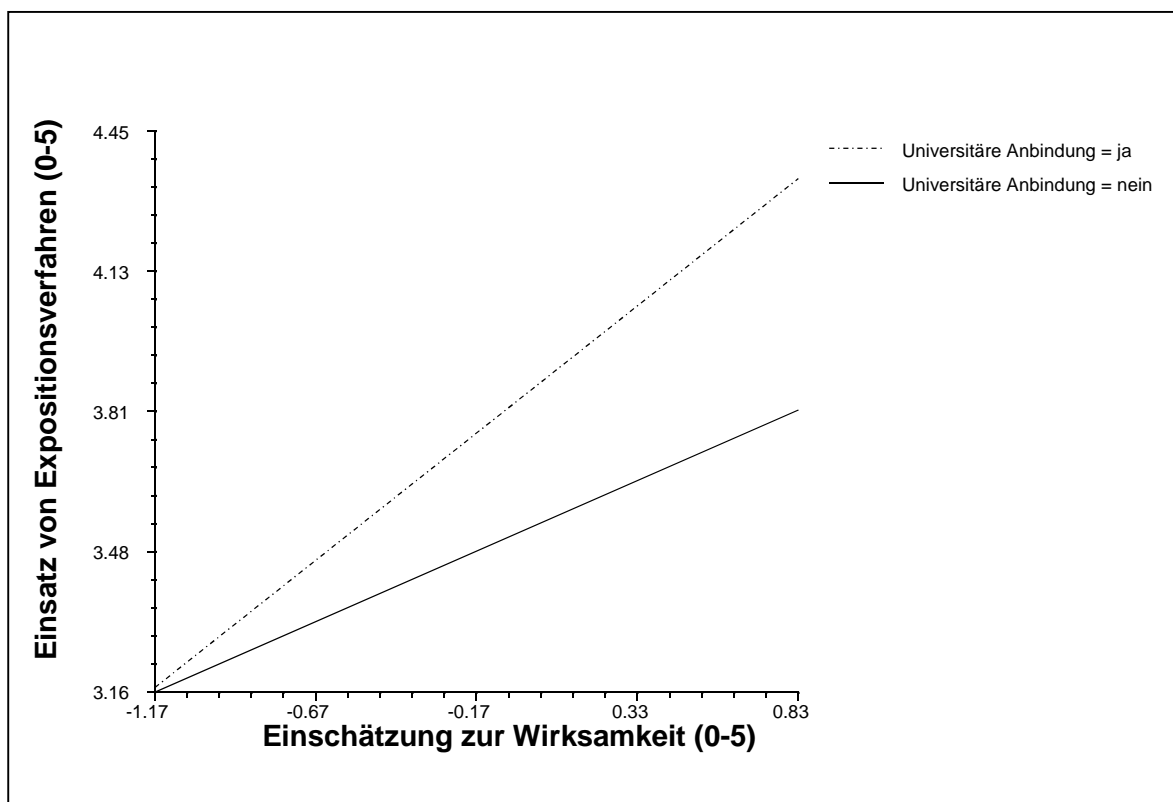
Überprüfung von Cross-Level-Interaktionen

Um zu überprüfen, ob ein Level-2-Faktor einen moderierenden Einfluss auf den Zusammenhang zwischen einem Level-1-Faktor und der abhängigen Variablen hat, wurde das Modell hinsichtlich Cross-Level-Interaktionen überprüft. Bei drei Faktoren konnte eine entsprechende Interaktion mit Level-2-Faktoren gefunden werden: (1) WirkExpo, (2) Eigenes Seminar Kandidaten und (3) ExpoInsgesamt.

- (1) Bei dem Zusammenhang zwischen den Einschätzungen zur Wirksamkeit von Expositionsverfahren und dem Einsatz von Expositionsverfahren zeigten sich

moderierende Einflüsse von einem universitären Kontext und der Gesamtzahl an Unterrichtseinheiten. Der universitäre Kontext verstärkte diesen Effekt noch (Koeffizient: 0.28, $p = 0.013$; Abbildung 2), die Gesamtzahl an Unterrichtseinheiten schwächte diesen Zusammenhang minimal ab (Koeffizient: -0.008, $p = <0.001$).

Abbildung 2: Universitäre Anbindung als Moderator für den Zusammenhang zwischen der Einschätzung zur Wirksamkeit und dem Einsatz von Expositionsverfahren



- (2) Bei dem Zusammenhang zwischen einem eigenen Seminar zu Expositionsverfahren und dem Einsatz von Expositionsverfahren zeigte sich ein moderierender Einfluss durch die Gesamtzahl an Unterrichtseinheiten. Diese verstärkt den Effekt noch (Koeffizient: 0.011, $p = < 0.001$).
- (3) Bei dem Zusammenhang zwischen der Gewichtung von Expositionsverfahren innerhalb der Ausbildung und dem Einsatz von Expositionsverfahren zeigte sich ein moderierender Einfluss durch ein zusätzliches Seminar zu Expositionsverfahren auf

Institutsebene. Dieses verstärkt diesen Zusammenhang noch (Koeffizient: 0.33, $p = 0.012$).

Überprüfung der Modellgüte

In einem letzten Schritt wurde noch einmal überprüft, ob sich die Modellgüte verbessert, wenn weitere Prädiktoren auf Level 1 aufgenommen. Das Ausgangsmodell zeigte eine Devianz von 658.92 bei 15 Prädiktoren. Nach Hinzunahme des Prädiktors Typ_Ausbildung (Koeffizient: 0.21; $p = 0.065$) zeigte sich eine Devianz von 651.9 bei nun 16 Prädiktoren. Im Vergleich der beiden Modelle zeigte sich ein χ^2 -Wert von 7.0162 ($df = 1$), was einen p -Wert von 0.008 ergab. Dieses Modell zeigte also eine signifikant noch höhere Passung als das Ausgangsmodell.

Darstellung des Gesamtmodells

Für den gesamten Datensatz ergibt sich damit das folgende Modell (Tabelle 3), welches die beste Passung für die Daten darstellte. Im Rahmen der signifikanten Cross-Level-Interaktionen wurden auch die Level-2-Faktoren als Haupteffekte aufgenommen, obwohl diese keine Signifikanz zeigten, um Fehlinterpretationen zu vermeiden (vgl. Luhmann, 2010).

Tabelle 3: Zusammenfassung des Regressionsmodells

Fixed Effect	Coefficient	SE	t-Ratio	Approx. d.f.	p-Wert
For INTRCPT1, β_0					
INTRCPT2, γ_{00}	3.775370	0.079185	47.678	16	<0.001
UNI, γ_{01}	0.529997	0.198106	-2.675	16	0.017
UEALL, γ_{02}	-0.002329	0.003126	-0.745	16	0.467
SEMIEXPO, γ_{03}	0.081749	0.182576	0.448	16	0.660
For TYPUSB slope, β_1					
INTRCPT2, γ_{10}	0.215228	0.116171	1.853	251	0.065
For WIRKEXPO slope, β_2					
INTRCPT2, γ_{20}	0.481092	0.046832	10.273	251	<0.001
UNI, γ_{21}	0.280748	0.094492	-2.971	251	0.003
UEALL, γ_{22}	-0.008081	0.001651	-4.895	251	<0.001
For EIGSEMKA slope, β_3					
INTRCPT2, γ_{30}	0.212768	0.062529	3.403	251	<0.001
UEALL, γ_{31}	0.011405	0.002289	4.983	251	<0.001
For EXPOINSG slope, β_4					
INTRCPT2, γ_{40}	0.150565	0.069135	2.178	251	0.030
SEMIEXPO, γ_{41}	0.332606	0.137314	2.422	251	0.016
For ARBORT slope, β_5					
INTRCPT2, γ_{50}	-0.121409	0.062861	-1.931	251	0.055
For AZPLIKER slope, β_6					
INTRCPT2, γ_{60}	0.281265	0.067220	4.184	251	<0.001
For EXPOWICH slope, β_7					
INTRCPT2, γ_{70}	0.198034	0.070959	2.791	251	0.006
For EXPOSCHW slope, β_8					
INTRCPT2, γ_{80}	-0.123174	0.036768	-3.350	251	<0.001

Anmerkung: UNI: universitäre Anbindung; UEALL: Anzahl der Unterrichtseinheiten; SEMIEXPO: eigenes Seminar zu Expositionsverfahren auf Institutsebene; TYPUSB: Typ des Ausbildungsabschlusses; WIRKEXPO: Einschätzungen zur Wirksamkeit; EIGSEMKA: eigenes Seminar zu Expositionsverfahren auf Behandlersebene; EXPOINSG: Gewichtung von Expositionsverfahren in der Ausbildung; ARBORT: Arbeitsort; AZPLIKER: Häufigkeit der Behandlung; EXPOWICH: Einschätzung zur Wichtigkeit von Expositionsverfahren; EXPOSCHW: Einschätzungen zur Schwierigkeit der praktischen Durchführung von Expositionsverfahren

Betagewichte der einzelnen Prädiktoren

In Tabelle 4 werden die einzelnen Betagewichte der Prädiktoren auf sowohl der kontextuellen als auch der individuellen Ebene zusammen dargestellt. Hierüber lässt sich die Stärke des Zusammenhanges zwischen dem jeweiligen Prädiktor und dem Einsatz von Expositionsverfahren erkennen.

Tabelle 4: Betagewichte der einzelnen Prädiktoren

Prädiktoren auf kontextueller Ebene	Beta-Gewicht
Universitäre Anbindung (nein/ja)	0.52*

Prädiktoren auf individueller Ebene	
Einschätzungen zur Wirksamkeit	0.48***
Häufigkeit der Behandlung	0.28***
Typ Ausbildung (Kinder, Erwachsene, beide)	0.21
Eigenes Seminar zu Expositionsverfahren (nein/ja)	0.21***
Einschätzung zur Wichtigkeit von Expositionsverfahren	0.19**
Gewichtung von Expositionsverfahren in der Ausbildung	0.15*
Arbeitsort (amb., teilstationär, stationär)	-0.12
Einschätzung zur Schwierigkeit der Durchführung	-0.12***

*Anmerkung: $p < .10$ * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$*

3.2.4 Berechnung der Varianzaufklärung

Für die Berechnungen hinsichtlich der Varianzaufklärung in Multilevelmodellen (Pseudo R^2) wurde auf die Formeln von Hox (2010) und Snijders und Boskers (1999) zurückgegriffen.

Mit Hilfe der Faktoren auf individueller Ebene konnten 41% der Residualvarianz auf Level 1 aufgeklärt werden, verglichen mit 35.6% Reduktion der Gesamtvarianz. Auf der Ebene der Institute konnte mit dem signifikanten Faktor eine Reduktion der Level-2-Residualvarianz von 60% erreicht werden, bezüglich der Gesamtvarianz gab es keine Veränderung. Unter Anlage 5 sind die Berechnungen hinsichtlich der Varianzaufklärung zu finden.

4. Diskussion

4.1 Zusammenfassung

Die vorliegende Studie untersuchte den Einfluss von individuellen und kontextuellen Faktoren auf den Einsatz von Expositionsverfahren in der Praxis. Zentrale Fragestellungen betrafen das Ausmaß der Anwendung und den Zusammenhang mit erhobenen Prädiktoren. Expositionsverfahren wurden am häufigsten im Rahmen von Angsterkrankungen eingesetzt, danach folgten Zwangserkrankungen und zuletzt Posttraumatische Belastungsstörungen. Die Hypothesen bestätigend, zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Prädiktoren auf individueller und kontextueller Ebene und dem Einsatz von Expositionsverfahren in der Praxis. Zu den signifikanten Prädiktoren auf individueller Ebene gehörten:

- (1) der Typ der Ausbildung (PP, KJP, beides)
- (2) ob es im Rahmen der Ausbildung in Erinnerung der Teilnehmer ein eigenes Seminar zu Expositionsverfahren gegeben hatte (nein/ja)
- (3) die inhaltliche Gewichtung von Expositionsverfahren innerhalb der Ausbildung
- (4) der Arbeitsort (ambulant, teilstationär, stationär)
- (5) die Erfahrung (Häufigkeit) in der Behandlung von Angst-, Zwangs- und posttraumatischen Belastungsstörungen
- (6) die Einschätzungen der ausgebildeten Psychotherapeutinnen zur Wirksamkeit von Expositionsverfahren
- (7) die Einschätzung der ausgebildeten Psychotherapeutinnen bezüglich der Wichtigkeit der Behandlungsmethode 'Expositionsverfahren'
- (8) die Einschätzung der ausgebildeten Psychotherapeutinnen bezüglich der Schwierigkeit der Umsetzung der Behandlungsmethode 'Expositionsverfahren'

Für die ersten sieben Faktoren konnte ein positiver Zusammenhang aufgezeigt werden, das heißt eine verstärkte Ausprägung bei diesen Faktoren erhöhte die Chance, dass in der Praxis Expositionsverfahren eingesetzt werden. Für den achten Faktor zeigte sich ein negativer Zusammenhang, das heißt, wenn die Absolventen den Einsatz von Expositionstherapie als besonders schwierig einschätzten verringert dies die Chance, dass Expositionsverfahren in der Praxis eingesetzt werden. Mit den hier aufgezeigten Faktoren ließen sich auf der individuellen Ebene 41% der Residualvarianz aufklären. Dieser Wert liegt leicht unter einer vergleichbaren Studie von Nelson und Steele (2007: 44.3%).

Auf der kontextuellen Ebene zeigte sich ein signifikanter Prädiktor:

(1) die universitäre Anbindung des Ausbildungsinstitutes

Dieser Zusammenhang war positiv, das heißt, eine universitäre Anbindung erhöht die Chance, dass Expositionsverfahren in der Praxis eingesetzt werden. Mit diesem Prädiktor ließen sich 60% der Residualvarianz auf der kontextuellen Ebene erklären.

Insgesamt konnte das hier vorgestellte Modell 35% der Gesamtvarianz aufklären.

Für den Zusammenhang zwischen den Einschätzungen zur Wirksamkeit von Expositionsverfahren und dem Einsatz von Expositionsverfahren konnten zwei moderierende Effekte auf kontextueller Ebene nachgewiesen werden: Die universitäre Anbindung des Ausbildungsinstitutes verstärkte diesen Zusammenhang, die Gesamtzahl an Unterrichtseinheiten schwächte diesen Effekt ab. Zusätzlich verstärkte ein Seminar zu Expositionsverfahren auf kontextueller Ebene den Zusammenhang zwischen der inhaltlichen Gewichtung von Expositionsverfahren innerhalb der Ausbildung und dem Einsatz von Expositionsverfahren in der Praxis.

4.2 Diskussion der Anwendungshäufigkeit

Insgesamt gaben die Praktiker an, regelmäßig auf Expositionsverfahren zur Behandlung der Störungsbilder zurückzugreifen. Dieses Ergebnis weicht von den Resultaten aus verschiedenen Studien ab, die besonders im amerikanischen Raum einen deutlichen Untergebrauch von Expositionsverfahren berichtet haben (vgl. Becker, Zayfert & Anderson, 2004; Freiheit, Vye, Swan & Cady, 2004; Hipol & Deacon, 2012). Für den europäischen Raum fanden sich im Rahmen einer niederländischen Studie deutlich höhere Anwendungen (Sars & van Minnen, 2012). Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass kognitive Verhaltenstherapie in Deutschland wie in den Niederlanden die dominante Therapierichtung ist und Expositionsverfahren entsprechend häufiger angewandt werden. Im amerikanischen Raum ist die psychotherapeutische Versorgung noch deutlich stärker durch die Psychoanalyse und verwandte Therapierichtungen beeinflusst (Lilienfeld, Lynn & Lohr, 2015, S. xiv).

Die Daten zeigen auf, dass Expositionsverfahren am häufigsten im Rahmen von Angsterkrankungen eingesetzt werden, danach folgen Zwangsstörungen. Am seltensten werden konfrontative Techniken bei Posttraumatischen Belastungsstörungen eingesetzt. Diese Verhältnismäßigkeit zeigt sich ebenfalls in einer vergleichbaren Studie von Hipol und Deacon (2012). Eine solche Unterschiedlichkeit in der Anwendungshäufigkeit zwischen den Störungsbildern ist durchaus kritisch zu sehen, da dies vor dem Hintergrund der Wirksamkeitsstudien und der Empfehlungen in den Leitlinien nicht nachvollziehbar ist. Einen möglichen Erklärungsansatz liefern Cook, Schnurr und Foa (2004), die darauf hinweisen, dass für Disseminationsstrategien hinsichtlich der Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen möglicherweise individuelle Barrieren gelten, die für andere Störungsbilder nicht gelten. So könnten störungsspezifische Hindernisse bezüglich der Dissemination zu unterschiedlichen Anwendungshäufigkeiten per Krankheitsbild führen.

4.3. Diskussion des Regressionsmodells

Die hier vorgestellte Studie mit dem erarbeiteten Regressionsmodell unterstützt die Annahme, dass Dissemination ein dynamisches Konstrukt darstellt, welches auf individueller und kontextueller Ebene erfasst und verstanden werden muss. Entscheidungen für oder gegen die Nutzung von Expositionsverfahren werden nicht innerhalb eines sozialen Vakuums getroffen, sondern durch Faktoren auf verschiedenen Ebenen beeinflusst. Da das hier vorgestellte Modell auf Grund einer intensiven Literaturstudie erstellt worden war, zeigt die Signifikanz des Modells auf, dass die Disseminationsforschung bereits eine profunde Wissensbasis geschaffen hat und die Forschungsfragen der Zukunft in einer zunehmenden Ausdifferenzierung der Modellkomponenten liegen.

Im Regressionsmodell zeigten sich signifikante Prädiktoren auf beiden Ebenen, welche teilweise miteinander interagierten. Vor diesem Hintergrund werden Studien unterstützt, die auf die Bedeutung kontextueller Faktoren bei der Verbesserung des Disseminationsprozesses hinweisen (Glisson & Schoenwald, 2005; Beidas & Kendall, 2010). Werden für ein Verständnis des Disseminationsprozesses nur Faktoren auf individueller Ebene erfasst, greifen diese möglicherweise zu kurz und lassen wichtige Einflussfaktoren außer Acht. Für ein zunehmend ganzheitliches Verständnis müssen von daher in jedem Falle kontextuelle Faktoren mit erfasst und in die Modelle aufgenommen werden.

Diese Einschätzung steht im Kontrast zur Studie von Harned, Dimeff, Woodcock und Contreras (2013): diese Autoren untersuchten Faktoren auf organisatorischer, Klienten- und Therapeutenebene, die die Anwendung von Expositionstherapie nach einem Training vorhersagten. Das zentrale Ergebnis zeigte auf, dass Prädiktoren auf Behandlerenebene am besten die Anwendung vorhersagten. Auf kontextueller Ebene konnten keine signifikanten Prädiktoren gefunden werden. Betrachtet man dieses Ergebnis, erscheint die Auswahl der kontextuellen Faktoren besonders wichtig. Grundsätzlich bieten diese die Möglichkeit eines

breiteren Verständnisses, dabei muss aber exakt geprüft werden, bei welchen Faktoren ein Zusammenhang mit der Anwendung von evidenzbasierten Methoden vorliegt. Statt kontextuelle Faktoren grundsätzlich als nicht relevant zu klassifizieren, müssen die Bemühungen offensichtlich in der Unterscheidung von signifikanten und nicht signifikanten Kontextfaktoren liegen.

4.4 Diskussion der signifikanten Faktoren auf individueller Ebene

Typ der Ausbildung

Erwartungsgemäß zeigte sich bei Behandlern mit einer Behandlungsermächtigung für den Erwachsenenbereich ein höherer Einsatz von Expositionsverfahren im Vergleich zu Behandlern mit einer Behandlungsermächtigung für den Kinder- und Jugendbereich. Dies deckt sich mit der Studienlage (vgl. Weisz, Jensen-Doss & Hawley, 2006; Jensen-Doss, Cusack & de Aranello, 2007) und zeigt dementsprechend auf, dass der Disseminationsprozess für Expositionstherapie im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bisher noch nicht die Wirksamkeit wie im Erwachsenenbereich gezeigt hat. Gleichzeitig ist hierbei kritisch anzumerken, dass eine solche Unverhältnismäßigkeit inhaltlich nicht zu rechtfertigen ist, da evidenzbasierte Behandlungen auch im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eine ähnlich hohe Wirksamkeit wie im Erwachsenenbereich besitzen (Weisz & Jensen, 2001). Dies gilt explizit auch für den Einsatz von Expositionsverfahren (James, Soler & Weatherall, 2009; Watson & Rees, 2008).

Möglicherweise könnte dies auch dadurch bedingt sein, dass in Deutschland für den Zugang zur Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andere Aufnahmebedingungen gelten und auch Bachelorabsolventen diese Behandlungsermächtigung erlangen können. Für den Zugang zu einer Ausbildung für die Behandlung von Erwachsenen ist ein Masterabschluss nötig. Bezüglich des akademischen Grades konnte jedoch ein Einfluss auf den Einsatz von Expositionsverfahren nachgewiesen

werden: Je höher der akademische Grad war, desto eher wurden Expositionsverfahren angewandt (Harned, Dimeff, Woodcock & Contreras, 2013), beziehungsweise desto weniger wurden Klienten ausgenommen (Meyer, Farrell, Kemp, Blakey & Deacon, 2014). Dies könnte einen Erklärungsansatz liefern, weshalb im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie weniger Expositionsverfahren angewandt werden als im Erwachsenenbereich.

Abramowitz, Deacon und Whiteside (2011) argumentierten, dass gerade im Kinder- und Jugendlichenbereich möglicherweise eine höhere Hemmschwelle für die Anwendung von Expositionsverfahren bestünde: Behandler hätten den Wunsch, Angst zu reduzieren und nicht diese bewusst zu provozieren, so dass auf Techniken zurückgegriffen werde, welche keine temporäre Angstprovokation beinhalten.

Etwas überraschend zeigte sich die höchste Wahrscheinlichkeit für den Einsatz von Expositionsverfahren bei einer Behandlungsermächtigung für beide Gruppen. Möglicherweise wird eine solche doppelte Ausbildung von Personen gewählt, die eine hohe Leistungsbereitschaft mitbringen und ein ausgeprägtes Bewusstsein für eine qualitativ hochwertige Behandlung haben und sich deswegen stärker an Forschungsergebnissen und Leitlinien orientieren.

Inhalte der Ausbildung

Grundsätzlich konnte die Bedeutung der inhaltlichen Ausbildung hinsichtlich Expositionsverfahren für die spätere Anwendung aufgezeigt werden. Wie in den Hypothesen vermutet, zeigte sich sowohl für ein eigenes Seminar zu Expositionsverfahren (berichtet von den Ausbildungsabsolventen) als auch für die inhaltliche besondere Gewichtung von Expositionsverfahren während der Ausbildung ein signifikanter Zusammenhang für die spätere Anwendung. Eine stärkere Gewichtung innerhalb der störungsspezifischen Seminare und auch der Besuch eines methodenspezifischen Verfahrens erhöhen folglich die Chance, dass in der späteren Praxis Expositionsverfahren zum Einsatz kommen. Dies deckt sich mit

Studien, die der Verfügbarkeit von Wissen bezüglich evidenzbasierten Verfahren eine große Bedeutung beimessen (Becker et al. 2004; Sars & van Minnen, 2012; Nelson & Steele, 2007). In der hier vorliegenden Studie wurden zur Beurteilung der erlebten inhaltlichen Gewichtung von den Absolventen sowohl Einschätzungen zu den Seminaren als auch zur Supervision vorgenommen. Beide Aspekte flossen in die Prädiktorvariable der inhaltlichen Gewichtung von Expositionsverfahren während der Ausbildung ein. Die besondere Bedeutung der Supervision war bereits in der Einleitung dargestellt worden (vgl. Miller, Yahne, Moyers, Martinez & Pirritano, 2004 und Kelly, Heckman, Stevenson, Williams, Ertl & Hays, 2000). Für weitere Studien könnte es interessant sein, den jeweiligen Beitrag der beiden Aspekte für den Disseminationsprozess genauer zu untersuchen.

Damit spätere Behandler Expositionsverfahren anwenden, erscheint es notwendig, entsprechende Inhalte im Rahmen der Ausbildung direkt an die Auszubildenden weiterzugeben. Die Dissemination von Expositionsverfahren muss dahingehend als aktiver Prozess verstanden werden, der über die vermittelten Inhalte innerhalb der Ausbildung beeinflusst werden kann (Beidas & Kendall, 2010). Interessant ist die Tatsache, dass in der hier vorgestellten Studie die durch die Ausbildungsinstitute genannte Anzahl der Unterrichtseinheiten kein grundsätzlich signifikanter Prädiktor für die Anwendung von Expositionsverfahren darstellt. Möglicherweise ist dies ein Hinweis dafür, dass nicht die Anzahl der Unterrichtseinheiten per se entscheidend ist, sondern vielmehr inhaltlichen Aspekten eine größere Rolle zukommt. Davis, Thomson, Oxman und Haynes (1992) argumentierten, dass besonders die Intensität des Lehrangebots den entscheidenden Faktor für eine erfolgreiche Implementierung in der Praxis darstelle. In eine ähnliche Richtung weist eine Studie von DeViva (2004): hierbei zeigten sich keine Unterschiede in den Auswirkungen auf die Teilnehmer zwischen einem 3-stündigen und einem 6-stündigen Seminar. Gleichzeitig erscheint es logisch, dass die grundsätzliche Verfügbarkeit eines ausreichenden zeitlichen

Rahmens eine notwendige Bedingung für die Vermittlung von Inhalten darstellt. Vor diesem Hintergrund könnte es für zukünftige Studien interessant sein, genauer zu untersuchen, welcher zeitliche Rahmen eine optimale Ergänzung zu inhaltlichen Aspekten bietet (vgl. Beidas & Kendall, 2010). Die Tatsache, dass die Anzahl der Unterrichtseinheiten in der hier vorgestellten Studie als Moderatorvariable auf (1) den Zusammenhang zwischen den Einschätzungen zur Wirksamkeit und der Anwendungshäufigkeit von Expositionsverfahren und (2) den Zusammenhang zwischen einem eigenen Seminar zu Expositionsverfahren und der Anwendungshäufigkeit von Expositionsverfahren fungiert, unterstützt die Einschätzung, dass eine differenziertere Betrachtung des zeitlichen Aspekts sinnvoll ist. Beispielsweise könnte es interessant sein, zu untersuchen, ab welcher zeitlichen Dauer ein Sättigungseffekt bei den Auszubildenden auftritt und welche zeitlichen Einheiten dahingehend die günstigste Grundlage für ein optimales Lernergebnis liefern.

Arbeitsort

Für den Arbeitsort konnte aufgezeigt werden, dass sich signifikante Unterschiede in der Anwendung von Expositionsverfahren in Abhängigkeit vom Arbeitsort zeigten. Gleichzeitig entsprach die Richtung dem Gegenteil von früheren Studien, auf welchen die hier geprüfte Hypothese basierte. Die Arbeit in einer ambulanten Praxis bringt die größte Wahrscheinlichkeit mit sich, Expositionsverfahren einzusetzen, danach folgen teilstationäre und stationäre Arbeitsorte. Dies deckt sich nicht mit den Ergebnissen von Nelson und Steele (2007), welche das exakte Gegenteil herausgefunden hatten. Auch bei Aarons (2004) zeigten sich bei Personen in einem stationären Kontext positivere Attitüden gegenüber dem Einsatz von evidenzbasierten Methoden im Vergleich zu Personen in einem nicht-stationären Kontext (vgl. auch Meyer et al., 2014). Nelson und Steele (2007) begründeten dies mit der Tatsache, dass die Evidenz-Bewegung in einem stationären Kontext eher angenommen werde.

Möglicherweise könnten arbeitskulturspezifische Faktoren einen Erklärungsansatz liefern. Das stationäre Kliniksetting ist primär ärztlich geprägt, während im ambulanten Setting therapeutische Entscheidungen überwiegend von den Psychologischen Psychotherapeuten selbst getroffen werden. In Deutschland ist die psychotherapeutische Ausbildung der psychologischen Psychotherapeuten deutlich zeitintensiver und umfangreicher im Vergleich zu der psychotherapeutischen Ausbildung der ärztlichen Psychotherapeuten. Möglicherweise führt dies dazu, dass in der hier vorgestellten Studie im ambulanten Setting häufiger Expositionsverfahren angewandt werden als im stationären Setting. In den USA ist wiederum die Ausbildung der ärztlichen Psychotherapeuten sehr viel intensiver und umfangreicher im Vergleich zu den im ambulanten Setting arbeitenden Psychotherapeuten, die zumal oft keine psychologische Grundbildung aufweisen. Vor diesem Hintergrund erscheint es nachvollziehbar, dass in den zitierten Vergleichsstudien eine stärkere Anwendung von Expositionsverfahren im stationären Kontext gefunden wurde.

Möglicherweise könnten die hier vorgestellten Ergebnisse auch mit Unterschieden in den Arbeitsbedingungen zwischen den verschiedenen Behandlungssettings zusammenhängen. So bestehen im ambulanten Kontext im Regelfall deutlich häufigere Kontakte, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken, als im stationären Kontext. Zusätzlich bestehen bei einem (teil)stationären Arbeitsort häufiger Behandlerwechsel. Vor dem Hintergrund, dass Expositionsverfahren eine Zeit der Vorbereitung benötigen (Frank & Fiegenbaum, 2000) und auf eine stabile Beziehung zum Behandler bauen (Abramowitz, Deacon & Whiteside, 2011), erscheinen die Bedingungen in Deutschland für eine Arbeit mit konfrontativen Verfahren in einem ambulanten Kontext günstiger.

Häufigkeit der Behandlung

Erwartungsgemäß zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Häufigkeit mit der ein Behandler Therapien für Angst-, Zwangs- und Posttraumatischen

Belastungsstörungen angeboten hat und dem Einsatz von Expositionsverfahren. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen aus früheren Studien (Sars & van Minnen, 2012; Becker et al., 2004). Zusätzlich wird die Einschätzung unterstützt, dass besonders die direkte Erfahrung mit den Krankheitsbildern zu einem vermehrten Einsatz von Expositionstherapie führt. Dies ist besonders vor dem Hintergrund relevant, dass allgemeine klinische Erfahrung (Anzahl der Berufsjahre) keinen Zusammenhang mit der Anwendung von Expositionstherapie gezeigt hatte (Nelson & Steele, 2007). Auch in der hier vorgestellten Studie zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Jahr des Ausbildungsbeginns und dem Einsatz von Expositionsverfahren. Ein solches Ergebnis scheint nachvollziehbar, wenn bedacht wird, dass Expositionsverfahren eine störungsspezifische Methode darstellen, die in einem entsprechenden Kontext angewandt werden.

Somit werden durch die vorliegende Untersuchung implizit diejenigen Studien unterstützt, die für einen spezifischen aktiven und erfahrungsorientierten Ansatz werben, um die Implementierung von evidenzbasierten Techniken zu fördern (vgl. Farrell et al., 2013; Beidas & Kendall, 2010): Direkte Erfahrung in der Behandlung der Krankheitsbilder kann dabei helfen, Barrieren gegenüber dem Einsatz von Expositionsverfahren abzubauen und Vertrauen bezüglich der Anwendung der Methode aufzubauen (Zayfert, Becker & Gillock, 2002).

Von großer Bedeutung sind in diesem Kontext noch die Ergebnisse von DeRubeis et al. (2005) und Weertman und Arntz (2007): Beide Studien konnten nachweisen, dass erfahrene Behandler eine qualitativ hochwertigere Behandlung mit größeren Effektstärken erreichten. Somit kann eine häufige Behandlung nicht nur dabei unterstützen, Barrieren gegenüber einer Methodik abzubauen, sondern auch die Qualität der Behandlung steigern.

Einstellungen der Ausbildungsabsolventen

Die signifikanten Ergebnisse bestätigen die Bedeutung der eigenen Meinung für die Anwendung von Expositionsverfahren wie bereits einige Studien zuvor aufgezeigt hatten (Farrell, Deacon, Kemp, Dixon & Sy, 2013; Deacon, Farrell, Kemp, Dixon, Sy, Zhang & McGrath, 2013; Gray, Elhai & Schmidt, 2007).

Interessant ist die Einschätzung von Nelson und Steele (2007), bei denen sowohl positive als auch negative Einstellungen gegenüber evidenzbasierten Methoden jeweils einen eigenen Beitrag zur Varianzaufklärung beitrugen. Sie schlussfolgerten, dass negative Attitüden nicht einfach eine Abstinenz positiver Attitüden darstellten. Auch in der hier vorgestellten Studie zeigten sich signifikante Zusammenhänge sowohl für positive als auch negative Einschätzungen zur Expositionstherapie. Dies unterstützt die Ansicht, dass positive und negative Einstellungen unabhängige Konstrukte abbilden und das Eine nicht einfach die Abwesenheit des Anderen darstellt.

Einschätzungen zur Wirksamkeit

Erwartungsgemäß zeigte sich bei Behandlern mit einer höheren Einschätzung zur Wirksamkeit von Expositionsverfahren eine entsprechende höhere Anwendungshäufigkeit von Expositionsverfahren in der Praxis. Dass kognitive Verhaltenstherapie hinsichtlich der Wirksamkeit als das potenteste Mittel für die Behandlung angesehen werden, konnten bereits frühere Studien aufzeigen (Hipol & Deacon, 2013; Freiheit et al., 2004; Jensen-Doss, Cusack & de Aranello, 2007).

Neu in der hier vorgestellten Studie war der signifikante Zusammenhang zwischen den Einschätzungen zur Wirksamkeit und dem Einsatz von Expositionsverfahren. Die zitierten Studien konnten zwar die positiven Einschätzungen zur Wirksamkeit aufzeigen, gleichzeitig zeigte sich aber, dass die Behandler trotzdem nur selten auf die Methode zurückgriffen. Dies könnte darauf hindeuten, dass noch weitere Faktoren neben den Einschätzungen zur Wirksamkeit einen Einfluss auf den Einsatz von Expositionsverfahren besitzen.

Möglicherweise stellt dies einen Hinweis dar, dass in der hier präsentierten Studie die Behandler günstigere Bedingungen für den Einsatz von Expositionsverfahren vorfinden. Vor diesem Hintergrund mag es ihnen leichter fallen, ihre positiven Einschätzungen zur Wirksamkeit von Expositionsverfahren in die praktische Anwendung zu übertragen. Eine solche Argumentation würde für einen Erfolg des Disseminationsprozesses sprechen.

Möglicherweise liegt die dargestellte Diskrepanz auch darin begründet, dass in den zitierten Studien (Hipol & Deacon, 2013; Freiheit et al., 2004; Jensen-Doss, Cusack & de Aranello, 2007) etwas allgemeiner nach den Gründen für den Einsatz von kognitiver Verhaltenstherapie gefragt wurde und daraufhin die erwiesene Wirksamkeit angeführt wurde. Der Term 'kognitive Verhaltenstherapie' umfasst ein breites Repertoire von Methoden, eine davon stellen die Expositionsverfahren dar. Gleichzeitig werden die Begrifflichkeiten 'kognitive Verhaltenstherapie' und 'Expositionstherapie' häufig äquivalent gebraucht (vgl. Abramowitz, Deacon, Whiteside, 2011). Den zentralen Wirkfaktor stellen hierbei jedoch die Expositionsverfahren dar, weitere Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie fügen keine zusätzliche Wirkung hinzu (Ramnerö, 2012). Die allgemeinere Frage nach den Gründen für den Einsatz von kognitiver Verhaltenstherapie könnte dazu geführt haben, dass Behandler grundsätzlich alle Methoden der KVT als wirksam ansehen und deswegen (wie bei Freiheit et al., 2004) primär auf andere Techniken wie der 'kognitiven Restrukturierung' oder der 'systematischen Desensibilisierung' zurückgriffen. Somit könnte erklärbar sein, weshalb Behandler auf der einen Seite angeben, kognitive Verhaltenstherapie wegen der erwiesenen Wirksamkeit zu nutzen, auf der anderen Seite diese Einschätzung aber nicht zu einem vermehrten Einsatz von Expositionsverfahren führt. In der hier vorgestellten Studie wurde speziell nach den Einschätzungen zur Wirksamkeit der Expositionstherapie gefragt, so dass deswegen der Zusammenhang möglicherweise deutlicher wurde. Für die Zukunft erscheint es deswegen hilfreich, den Behandlern klarer zu vermitteln, dass Expositionsverfahren den

zentralen Wirkfaktor darstellen und nicht allgemein Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie.

Einschätzungen zur Wichtigkeit

Die Bedeutung der Einstellung der Absolventen bzgl. der Reizkonfrontationstherapie für die Anwendung von Expositionsverfahren konnte durch die Studie unterstrichen werden. Erwartungsgemäß wendeten Behandler, die den Expositionsverfahren eine höhere Bedeutung beimaßen, diese in der Praxis häufiger an als Behandler, die den Expositionsverfahren eine geringere Bedeutung beimaßen. Dies unterstützt die Schlussfolgerung aus anderen Studien (Becker et al., 2004; Hipol & Deacon, 2013).

Einschätzungen zur Schwierigkeit

Zusätzlich wurde die Hypothese bestätigt, dass Behandler, die Expositionsverfahren als schwieriger in der Praxis durchzuführen einschätzten, diese auch weniger anwendeten. Auch diese Erkenntnis unterstützt frühere Studien (Neudeck & Einsle, 2012; Becker et al., 2004), in denen Behandler auf Schwierigkeiten bei der praktischen Anwendung von Expositionsverfahren hingewiesen hatten (z.B. zu geringe Zeit oder auch logistische Probleme).

Interessant ist zu diesem Aspekt noch die Einschätzung von Meyer, Farrell, Kemp, Blakey und Deacon (2014), die in Ihrer Studie schreiben, dass Klienten nicht wegen faktischer Kontraindikationen von Expositionstherapie ausgeschlossen werden, sondern wegen der falschen Einschätzung der Expositionstherapie als bedrohlich durch die Behandler. Sie führen also an, dass Behandler hinsichtlich der eigenen Meinung zu einer verzerrten Wahrnehmung neigen und sich viele Einschätzungen entsprechend als Mythen herausstellen, welche in der Praxis nicht zu belegen seien. Übertragen auf den hier vorgestellten Zusammenhang zwischen den Einschätzungen zur Schwierigkeit für die Durchführung von Expositionstherapie in der

Praxis, sollte genauer erforscht werden, ob es sich hierbei um eine verzerrte Wahrnehmung handelt (z.B. hinsichtlich rechtlicher Bedenken bei der Durchführung, vgl. Richard & Gloster, 2007) oder ob faktische Hindernisse in der Praxis (z.B. hinsichtlich zeitlicher oder logistischer Schwierigkeiten, vgl. Neudeck & Einsle, 2012) bestehen.

Wird der Interpretation einer verzerrten Wahrnehmung gefolgt, könnte es für Behandler hilfreich sein, diese Bedenken hinsichtlich Ihres Wahrheitsgehalts in der Praxis zu überprüfen. Möglicherweise könnte auch eine vermehrte Aufklärung hinsichtlich der Bedenken zu einer realistischeren Einschätzung führen. Auch hier gilt entsprechend, dass positive Erfahrungen im Rahmen der Ausbildung einer verzerrten Sichtweise entgegenstehen sollten. Wird der Interpretation faktischer Hindernisse gefolgt, sollten Bemühungen unternommen werden, um den praktischen Alltag von Behandlern positiver für den Einsatz von Expositionsverfahren zu gestalten. Külz et al. (2010) regen beispielsweise an, dass die Krankenkassen auch Fahrtkosten und zusätzliche Aufwendungen im Falle von Hausbesuchen übernehmen könnten.

4.5 Diskussion der signifikanten Faktoren auf kontextueller Ebene

Universitäre Anbindung

Die Vermutung von Peterson (1997) konnte erwartungsgemäß bestätigt werden: Eine universitäre Anbindung der Institute erhöhte die Wahrscheinlichkeit, dass Expositionsverfahren in der Praxis angewandt wurden. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Nelson und Steele (2007). Bei Instituten mit einer universitären Anbindung ist zu vermuten, dass eine engere Verknüpfung (in diesem Sinne könnte hier von einer Verringerung des *Research-Practice-Gap* gesprochen werden) mit den Ergebnissen aus empirischer Forschung besteht und diese einen entsprechenden Einfluss auf die Praxis der Auszubildenden haben. Über eine solche Verschmelzung könnte insgesamt eine deutlich positivere Haltung zu Forschung bestehen, welche sich in einer entsprechend evidenzbasierten Orientierung

bemerkbar macht. Nelson und Steele (2007) betonen hierzu die soziale Dynamik des Disseminationsprozesses: Aufgrund des besonderen Einflusses von Kollegen und Supervisoren sollte eine wirksame Dissemination besonders bei den Personen ansetzen, welche die Meinung innerhalb der Ausbildung beeinflussen und stark prägen. Bei einer universitären Anbindung ist hierbei an in der Wissenschaft arbeitende Personen zu denken, welche zu einer positiven Haltung gegenüber Expositionsverfahren im Sinne eines nach wissenschaftlichen Kriterien evidenzbasierten Therapieangebots beitragen könnten. Möglicherweise entscheiden sich auch mehr Personen mit Promotionsabsichten für eine Ausbildung in einem universitären Institut: Der akademische Grad konnte als Prädiktor für die spätere Anwendung von Expositionstherapie identifiziert werden (Nelson & Steele, 2007). Behandler mit einem entsprechenden Promotionsabschluss zeigten gegenüber evidenzbasierten Behandlungsmethoden eine positivere Einstellung (Aarons, 2004) und schlossen weniger Klienten von Expositionsverfahren aus (Meyer, Farrell, Kemp, Blakey & Deacon, 2014).

4.6 Diskussion der moderierenden Effekte

Universitäre Anbindung moderiert den Zusammenhang zwischen den Einschätzungen zur Wirksamkeit und der Anwendungshäufigkeit von Expositionsverfahren

Ein universitärer Kontext verstärkt den Effekt der Einschätzung zur Wirksamkeit und der Anwendungshäufigkeit von Expositionsverfahren (Koeffizient: 0.28). Dieses Ergebnis legt nahe, dass Personen in einem universitären Kontext möglicherweise stärker auf die Wirksamkeit einer Intervention achten und diese dann entsprechend häufiger anwenden. Vor dem Hintergrund des universitären Kontextes erscheint dieser Zusammenhang nachvollziehbar: Gerade in einem forschungsnahen Kontext wie es bei einer universitären Anbindung der Fall ist, könnte die Entscheidung für oder gegen eine Methode stärker von den Einschätzungen zur evidenzbasierten Wirksamkeit abhängen als bei Personen aus einem

forschungsferneren Kontext. Möglicherweise sind in einem universitären Kontext die Forschungsergebnisse zu Wirksamkeiten auch einfacher verfügbar, so dass bei Absolventen ein stärkeres Bewusstsein dahingehend besteht. Diese Interpretation wird durch eine Studie von Berke, Rozell, Hogan, Norcross und Karpiak (2011) unterstützt. Sie befragten 549 klinische Psychologen hinsichtlich ihrer Kenntnisse von Forschungsmethoden und – ergebnissen. Hierbei konnten Sie aufzeigen, dass Psychologen aus einem akademischen Setting das meiste Wissen besaßen und am besten mit den gängigen Forschungsmethoden vertraut waren.

Die Anzahl der Unterrichtseinheiten moderiert den Zusammenhang zwischen den Einschätzungen zur Wirksamkeit und der Anwendungshäufigkeit von Expositionsverfahren

Etwas überraschend schwächte die Anzahl der Unterrichtseinheiten den Zusammenhang zwischen den Einschätzungen zur Wirksamkeit und der Anwendungshäufigkeit von Expositionsverfahren ab. Je mehr Unterrichtseinheiten bestehen, desto schwächer fällt der beschriebene Zusammenhang aus. Die Stärke des Zusammenhanges ist minimal (Koeffizient: -0.008). Möglicherweise werden in den störungsspezifischen Seminaren bei mehr Zeit auch mehr alternative Behandlungsmethoden vermittelt, so dass Praktiker später teils auch auf andere Elemente in der Behandlung zurückgreifen. Interessant wäre es bei diesem Ergebnis, genauer zu erfahren, welche Inhalte in den Seminaren vermittelt werden.

Die Anzahl der Unterrichtseinheiten moderiert den Zusammenhang zwischen einem eigenen Seminar zu Expositionsverfahren und der Anwendungshäufigkeit von Expositionsverfahren

Bei einer höheren Anzahl an Unterrichtseinheiten wird der Zusammenhang zwischen dem eigenen Seminar zu Expositionsinhalten und der Anwendungshäufigkeit von Expositionsverfahren noch verstärkt. Möglicherweise ergeben sich in einem solchen Fall

Synergieeffekte, dass also die Inhalte aus einem methodenspezifischen Seminar auf fruchtbaren Boden fallen und sich daraus ein verstärkter Effekt ergibt. So erscheint es beispielsweise vorstellbar, dass Praktiker in den störungsspezifischen Seminaren vermittelt bekommen, welche Krankheitsmodelle es hinsichtlich der Störungen gebe und somit Fachwissen hinsichtlich der Störungsbilder vermittelt bekommen. Die Behandlung über Expositionsverfahren könnte eher allgemein besprochen werden. In einem methodenspezifischen Seminar werden dahingehend Inhalte vertieft, so dass sich hieraus eine fruchtbare Kombination ergeben könnte.

Interessant ist hierbei noch die Tatsache, dass die Anzahl der Unterrichtseinheiten keinen Haupteffekt darstellt, sondern ausschließlich innerhalb der hier aufgezeigten Interaktionen eine Rolle spielt. Mit der beschriebenen Erklärung ist dieses Ergebnis nachvollziehbar: Ein Mehr an Unterricht führt nicht per se zu einem vermehrten Einsatz von Expositionsverfahren, sondern es benötigt eine sinnvolle inhaltliche Kombination für einen Effekt. Gleichzeitig ist die Stärke des Zusammenhanges gering (Koeffizient: 0.011).

Ein eigenes Seminar zu Expositionsverfahren moderiert den Zusammenhang zwischen der Gewichtung von Expositionsverfahren innerhalb der Ausbildung und der Anwendungshäufigkeit von Expositionsverfahren

Ein eigenes Seminar zu Expositionsverfahren auf kontextueller Ebene verstärkt den Zusammenhang zwischen der Gewichtung von Expositionsverfahren innerhalb der Ausbildung und der Anwendungshäufigkeit (Koeffizient: 0.33). Auch in diesem Falle könnte ein Synergieeffekt einen möglichen Erklärungsansatz liefern. So erscheint es nachvollziehbar, dass sich eine stärkere inhaltliche Gewichtung von Expositionsverfahren innerhalb der Ausbildung mit einem methodenspezifischen Seminar ergänzt und sich hieraus ein verstärkter Effekt für den Einsatz von Expositionsverfahren in der Praxis ergibt. Gleichzeitig besteht auch

hier die Einschränkung, dass ein eigenes Seminar zu Expositionsverfahren auf kontextueller Ebene keinen Haupteffekt darstellt.

4.7 Diskussion der Betagewichte

Das Betagewicht der universitären Anbindung liegt bei 0.52 und stellt damit das größte Betagewicht aller Prädiktoren dar. Dies unterstützt nachdrücklich Studien, welche die Bedeutung des Ausbildungskontextes betonen und diesem eine besondere Bedeutung für ein ganzheitliches Verständnis des Disseminationsprozesses beimessen (Glisson & Schoenwald, 2005; Beidas & Kendall, 2010). Ein universitärer Kontext trägt am stärksten zu einem Einsatz von Expositionsverfahren bei.

Auf individueller Ebene zeigt die Einschätzung zur Wirksamkeit den stärksten Zusammenhang mit dem Einsatz von Expositionsverfahren. Behandler, die von der Wirksamkeit der Methode überzeugt sind, werden diese in der Praxis auch vermehrt anwenden.

Interessant ist das Ergebnis, dass ein eigenes Seminar zu Expositionsverfahren einen stärkeren Zusammenhang mit der Anwendung von Expositionsverfahren besitzt als die inhaltliche Gewichtung von Expositionsverfahren innerhalb der Ausbildung. Eine vorsichtige Interpretation könnte in die Richtung gehen, dass die methodenspezifischen Inhalte mehr Wirkung erzielen als die störungsspezifischen Inhalte hinsichtlich der Anwendung von Expositionsverfahren. Abramowitz, Deacon und Whiteside (2011) bieten hierzu einen möglichen Erklärungsansatz: aus Ihrer Sicht teilen die in der hier vorliegenden Studie beschriebenen Störungsbilder die gleichen fundamentalen psychologischen Mechanismen. Innerhalb der gleichen Mechanismen besitzen die einzelnen Störungsbilder dann jedoch individuelle Inhalte. Vielleicht ist es für Praktiker einfacher, in einem methodenspezifischen Seminar die gemeinsamen Nenner von Angststörungen (die Mechanismen lassen sich

ebenfalls auf Zwangs- und posttraumatische Belastungsstörungen übertragen) zu lernen, welche mit Hilfe von Expositionsverfahren angegangen werden sollen („ (...) we approach exposure therapy as targeting the processes underlying the persistence of pathological anxiety – regardless of the specific fear triggers and cues- rather than as a treatment for a specific „disorder“ “ (Abramowitz, Deacon & Whiteside, 2011, S. 10). Ein Fokus auf die Vermittlung grundlegender Mechanismen könnte den Praktikern mehr Flexibilität in der Anwendung geben (gerade auch hinsichtlich der oft komorbiden Praxis (vgl. Zayfert, Becker, Unger & Shearer, 2002)) und somit zu einer höheren Anwendungsrate führen. Ansätze zur Vermittlung dieser sogenannten transdiagnostischen Ansätze bestehen bereits (vgl. Baer, Rosengreen, Dunn, Wells & Ogle, 2004; Gega, Norman & Marks, 2007), gleichzeitig ist noch nicht klar, ob ein solches Vorgehen Vorteile besitzt und wie sich diese auswirken (Beidas & Kendall, 2010).

4.8 Konsequenzen für die Praxis

Im Rahmen der zunehmenden Bemühungen für eine wirksame Dissemination von evidenzbasierter Psychotherapie ergeben sich aus den hier vorgestellten Ergebnissen verschiedene wichtige Konsequenzen für die Praxis hinsichtlich der wirksamen Verbreitung von Expositionsverfahren. Grundsätzlich erscheint es sinnvoll, für eine erfolgreiche Dissemination Einflussfaktoren auf verschiedenen Ebenen zu berücksichtigen: ohne eine solche Berücksichtigung kann der Disseminationsprozess nur unzureichend verstanden werden und wichtige Einflussfaktoren können nicht im Sinne einer erfolgreichen Dissemination genutzt werden. Die hier vorliegende Studie betont die Bedeutung eines forschungsnahen Kontextes, welcher erheblich zu einer Verringerung der Lücke zwischen Forschung und Praxis führen kann. Der direkte und intensive Kontakt mit empirischer Forschung kann offensichtlich wirksam dazu beitragen, den Disseminationsprozess für Expositionsverfahren zu stärken. Dies unterstützt das *Scientist-Practitioner-Model* der APA,

zukünftige Behandler dahingehend auszubilden, psychologische Forschung zu nutzen und gleichzeitig auch selber im Bereich der Forschung aktiv zu sein (American Psychological Association, 2013).

Im Rahmen des Psychologiestudiums wird ein solcher Ausbildungsauftrag im Regelfall erfüllt (Chang, Lee & Hargreaves, 2008), gleichzeitig setzen nach dem Studium nur wenige Praktiker eine wissenschaftliche Laufbahn fort. Nach dem Studium oder auch im Rahmen der beruflichen Ausbildung wird der Kontakt zu Forschung oder einem forschungsnahen Hintergrund häufig aufgegeben (Norcross & Karpiak, 2012). Für einen wirksamen Disseminationsprozess erscheint es jedoch hilfreich, Praktiker konsequent weiter an einen solchen anzubinden. Dies kann wie in der hier vorgestellten Studie über eine universitäre Anbindung der Ausbildung geschehen. Innerhalb dieses Kontextes sollten besonders Ausbilder und Supervisoren zu einer konstruktiven Haltung gegenüber evidenzbasierten Methoden beitragen (vgl. die soziale Dynamik des Disseminationsprozesses: Stirman, Crits-Christoph & DeRubeis, 2004). Zusätzlich bestehen auch bereits Ansätze, Forschung in Bereiche zu bringen, welche bisher noch stark von dieser abgekoppelt waren (LeJeune & Luoma, 2015).

Die hier vorliegende Studie betont ebenfalls die Bedeutung einer konsequenten Vermittlung von Expositionsverfahren: Je stärker diese innerhalb der Ausbildung gewichtet werden, desto wirksamer stellt sich der Disseminationsprozess dar. Vor diesem Hintergrund sollten die empirische Evidenz und die Erkenntnisse aus wissenschaftlicher Forschung den roten Faden der Ausbildung bilden. Dies gilt besonders, da viele Praktiker primär auf ihre Erfahrung und ihre Intuition vertrauen und diese Informationen dann eher in der Ausbildung weitergeben als wissenschaftliche Erkenntnisse (Garb & Boyle, 2003; Stewart & Chambless, 2007). Möglicherweise könnten computerbasierte Seminare eine Möglichkeit bieten, um in

Zukunft konsequenter auf die Vermittlung von evidenzbasierten Inhalten zu setzen im Vergleich zu persönlicher Erfahrung und Intuition (Gega, Norman & Marks, 2007).

Ein gesondertes methodenspezifisches Seminar zu Expositionsverfahren trägt zusätzlich zu einer wirksamen Dissemination bei. Praktiker sollten dahingehend angehalten werden, auch solche methodenspezifischen Seminare zu besuchen. Viele Behandler sind noch immer der Überzeugung, dass die Wirkung einer Therapie sich aus der therapeutischen Beziehung ergebe und eine gezielte Intervention keine zusätzliche Wirkung erziele (House & Loewenthal, 2008). Daten hinsichtlich der Behandlung der Panikstörung zeigten jedoch, dass 10% der Varianz im Ergebnis auf die therapeutische Beziehung zurückzuführen waren, 40% gleichzeitig auf die Technik (Huppert, Bufka, Barlow, Gorman, Shear & Woods, 2001). Vor diesem Hintergrund sollte im Rahmen der Ausbildung die Stärke der Intervention und der Methodik entsprechend betont und vermittelt werden.

Für weitere Untersuchungen erscheint es interessant, die Auswirkungen und Interaktionen von methoden- und störungsspezifischen Seminaren hinsichtlich der Anwendung von Expositionsverfahren detaillierter zu untersuchen: Möglicherweise bieten transdiagnostische Ansätze die Chance, den Disseminationsprozess noch wirksamer zu gestalten und zeitliche wie personelle Ressourcen ebenfalls wirksamer nutzen zu können.

Zusätzlich zeigte die hier vorliegende Studie die Bedeutung von praktischen Übungsmöglichkeiten: Für einen wirksamen Disseminationsprozess benötigen Behandler direkte Erfahrungen in der Behandlung der Störungsbilder. Hierbei sollten Behandler keine allgemeinen klinischen Erfahrungen sammeln, sondern ganz gezielt die Anwendung von Expositionsverfahren in konkreten und realen (Lehr)Therapien üben.

Hinsichtlich der Einstellungen der Behandler sollte in Zukunft differenzierter untersucht werden, welche Schwierigkeiten diese in der Praxis bei der Anwendung von Expositionsverfahren erleben. Hierbei sollte der Schwerpunkt auf den Rahmenbedingungen

liegen: Mit der Erleichterung der Abrechnungsmodalitäten ist bereits eine große Hürde genommen worden, gleichzeitig sollte in Zukunft weiter an der Stärkung der strukturellen Bedingungen gearbeitet werden. Zum Beispiel könnte es hilfreich sein, wenn Behandler sich innerhalb einer Stadt untereinander vernetzen, um sich gegenseitig über günstige Expositionsgelegenheiten außerhalb des Praxisraums zu informieren.

Die hier vorliegende Studie zeigt auch auf, dass die Anwendung von Expositionsverfahren im Kinder- und Jugendlichenbereich noch weiter gestärkt werden sollte. Mögliche Untersuchungen könnten in die Richtung gehen, ob sich die Disseminationsstrategien aus dem Erwachsenenbereich übertragen lassen oder ob angepasste Instrumente entwickelt werden müssen. Da die Behandlerpopulation im Kinder- und Jugendlichenbereich deutlich heterogener ist als im Erwachsenenbereich, könnte dies für die Entwicklung angepasster Disseminationswerkzeuge sprechen. Gleichzeitig soll hier noch angemerkt werden, dass die Anzahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in dieser Studie mit 13 Personen gering war und Schlussfolgerungen mit entsprechender Vorsicht betrachtet werden sollten.

Beim Arbeitsort gilt es, die Anstrengungen hinsichtlich der Dissemination von Reizkonfrontationstherapien für den stationären Kontext zu verstärken.

Weitere Forschungsarbeiten sollten neben dem Ausmaß der Verbreitung auch qualitative Aspekte hinsichtlich der Anwendung von Expositionsverfahren erfassen. So könnte ein wichtiger Beitrag geliefert werden, um nicht nur die Verbreitung von Expositionsverfahren im Allgemeinen zu stärken, sondern die Verbreitung von qualitativ hochwertiger Expositionsbehandlung. Zukünftige Studien sollten dahingehend untersuchen, von welchen Faktoren die Qualität der Expositionsbehandlung abhängig ist.

4.9 Schwächen der Studie

Neben einer Vielzahl von Stärken weist die vorliegende Studie auch Schwächen auf, welche im Folgenden aufgeführt werden sollen.

Das Anschreiben, welches die Studie vorstellte, machte deutlich, dass es sich um eine Untersuchung bezüglich Expositionsverfahren handelte: möglicherweise könnte hierdurch die Selektivität der Antworten beeinflusst worden sein. Es ist möglich, dass sich besonders Institute angesprochen gefühlt haben, die Expositionsverfahren verstärkt vermitteln. Dasselbe gilt für die Praktiker: möglicherweise haben eben vor allem jene den Fragebogen bearbeitet, die Expositionsverfahren in ihrer Arbeit einsetzen. Für die Studie wurden ausschließlich Institute angeschrieben, die sich selber als verhaltenstherapeutisch beschrieben. Vor diesem Hintergrund sind die hier vorgestellten Ergebnisse nur auf Behandler zu übertragen, welche Ihre Ausbildung an einem verhaltenstherapeutisch orientierten Institut abgeschlossen haben. Allerdings ist hierzu anzuführen, dass für Therapeuten anderer Therapierichtungen argumentiert werden könnte, dass diese entsprechend der Evidenzlage jeweils auch alternative Therapieverfahren anbieten können (z. B. Panikfokussierte Psychodynamische Therapie zur Behandlung der Panikstörung, Melrod et al., 2012).

Bei den Angaben zur Einsatzhäufigkeit der Absolventen handelte es sich um Selbsteinschätzungen: Becker, Zayfert und Anderson (2004) schränken dazu ein, dass eine Selbsteinschätzung im Vergleich zu einer systematischen Messung häufig eine Überschätzung des tatsächlichen Einsatzes beinhaltet. Somit könnten in der vorliegenden Studie Einschätzungen vorliegen, die vor allem den persönlichen Eindruck der Behandler widerspiegeln. Gerade vor dem Hintergrund der Evidenz-Bewegung könnten Behandler sich möglicherweise genötigt fühlen, Antworten in Richtung einer evidenzbasierten Psychotherapie zu geben. Obwohl diesem Effekt durch die Anonymität der Studie möglicherweise begegnet werden konnte, erscheint es für die Zukunft sinnvoll, weitere

Möglichkeiten in Betracht zu ziehen, um den Einsatz von Expositionsverfahren in der Praxis zu messen (vgl. Beidas & Kendall, 2010). Denkbar wären zum Beispiel konkrete Verhaltensbeobachtungen in der Praxis oder auch Befragungen von Patienten hinsichtlich ihrer Erfahrungen in Therapien (wie bei Böhm, Förstner, Külz & Voderholzer, 2008).

Eine weitere mögliche Schwäche der Studie lag in der fehlenden Definition von Expositionsverfahren. Innerhalb der Fragebögen wurde keine standardisierte Definition vorgegeben, so dass jeder Teilnehmer seine eigene Definition mit einbrachte. Es könnte sein, dass die Teilnehmer unterschiedliche Definitionen im Kopf hatten und vor diesem Hintergrund den Fragebogen bearbeiteten.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Die Evidenz-Bewegung beschreibt den Wandel der Psychotherapie hin zu einer evidenzbasierten Psychotherapie: nachhaltige Ergebnisse zur Wirksamkeit sollen das Kernkriterium für die Auswahl einer Methodik zur Behandlung psychischer Störungsbilder sein. Expositionsverfahren stellen nach Wirksamkeitsstudien die wirksamste Methodik zur Behandlung von Angst-, Zwangs- und Posttraumatischen Belastungsstörungen dar. Trotz der erwiesenen Wirksamkeit zeigt sich in der Praxis jedoch ein deutlicher Untergebrauch von Expositionsverfahren. Die Disseminationsforschung untersucht Einflussgrößen, um die Verbreitung von Expositionsverfahren nachhaltiger gestalten zu können. Auf Basis einer umfangreichen Literaturrecherche wurden Einflussgrößen auf individueller und kontextueller Ebene identifiziert und mit Hilfe von zwei Fragebögen erfasst: zentral stand hierbei die Untersuchung von ausbildungsbezogenen Faktoren für die spätere Anwendung von Expositionsverfahren in der Praxis. Insgesamt wurden sowohl 20 Leiterinnen von verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstituten als auch 398 von deren Absolventinnen befragt, um einen umfangreichen Datensatz der verschiedenen Ebenen zu erhalten. Mit Hilfe

einer Multilevelanalyse wurde das theoretisch formulierte Modell überprüft. Im Ergebnis zeigten sich sowohl auf individueller als auch auf kontextueller Ebene signifikante Faktoren. Besonders eine universitäre Anbindung der Ausbildungsinstitute trägt zu einer wirksamen Dissemination von Expositionsverfahren bei. Auf individueller Ebene waren weitere Faktoren signifikant: der Typ und inhaltliche Aspekte der Ausbildung, die Behandlungshäufigkeit der Störungsbilder, der Arbeitsort und die eigene Meinung der Absolventen zu Expositionsverfahren. Aspekte der Ausbildung stellten zudem wichtige moderierende Variablen dar. Die Ergebnisse werden im Rahmen der Bemühungen um einen wirksameren Disseminationsprozess und hinsichtlich ihrer Folgen für die Praxis diskutiert.

6. ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1: Universitäre Anbindung als Haupteffekt für den Einsatz von Expositionsverfahren...	- 50 -
Abbildung 2: Universitäre Anbindung als Moderator für den Zusammenhang zwischen der Einschätzung zur Wirksamkeit und dem Einsatz von Expositionsverfahren	- 51 -
Tabelle 1: Konzeptuelle Übersicht des Regressionsmodells	- 41 -
Tabelle 2: Ergebnisse der einfaktoriellen Regressionsanalysen/ANOVAs.....	- 45 -
Tabelle 3: Zusammenfassung des Regressionsmodells.....	- 53 -
Tabelle 4: Betagewichte der einzelnen Prädiktoren	- 54 -

7. LITERATURVERZEICHNIS

- Aarons, G. A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The evidence-based practice attitude scale (EBPAS). *Mental Health Services Research, 6*, 61–74.
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J. & Whiteside, S. P. H. (2011). *Exposure therapy for Anxiety - Principles and Practice*. New York: The Guilford Press.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E. & Foa, E. B. (2002). Empirical status of cognitive-behavioural therapy for obsessive–compulsive disorder: A meta-analytic review. *Romanian Journal of Cognitive and Behavioural Psychotherapies, 2*, 89–104.
- Acatürk, C., Cuijpers, P., van Straten, A. & de Graaf, R. (2008). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine, 39*, 241-254.
- Addis, M. E. & Krasnow, A. D. (2000). A National Survey of Practicing Psychologists' Attitudes Toward Psychotherapy Treatment Manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 1-8.
- American Psychological Association. (2013). *Guidelines and principles for accreditation of programs in professional psychology*. Erhalten 31 Januar, 2016 von <https://www.apa.org/ed/accreditation/about/policies/guiding-principles.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA Press.
- APA Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*, 271–285.
- Baer, J. S., Rosengren, D. B., Dunn, C. W., Wells, E. A. & Ogle, R. L. (2004). An evaluation of workshop training in motivational interviewing for addiction and mental health clinicians. *Drug and Alcohol Dependence, 73*, 99–106.

- Balas, E. A. & Boren, S. A. (2000). *Managing clinical knowledge for health care improvement. Yearbook of Medical Informatics 2000*. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health.
- Bandelow, B., Wiltink, J., Alpers, G. W., Benecke, C., Deckert, J., Eckhardt-Henn, A., Ehrig, C., Engel, E., Falkai, P., Geiser, F., Gerlach, A. L., Harfst, T., Hau, S., Joraschky, P., Kellner, M., Köllner, V., Klopp, I., Langs, G., Lichte, T., Liebeck, H., Matzat, J., Reitt, M., Rüddel, H. P., Rudolf, S., Schick, G., Schweiger, U., Simon, R., Springer, A., Staats, H., Ströhle, A., Ströhm, W., Waldherr, B., Watzke, B., Wedekind, D., Zottl, C., Zwanzger, P., Beutel, M. E. *Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen*. www.awmf.org/leitlinien.html (2014).
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Moscovitch, D. A & Micco, J. A. (2004). Psychotherapeutic interventions for phobias: A review. In M. Maj, H. S. Akiskal, J. J. Lopez-Ibor, A. Okasha (Hrsg.), *Evidence and experience in psychiatry, Phobias*, 7, 179–210.
- Becker, C. B., Zayfert, C. & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.
- Becker, E. & Margraf, J. (2016). *Generalisierte Angststörung Ein Therapiemanual*. Weinheim: Beltz.
- Beidas, R. S. & Kendall, P. C. (2010). Training therapists in evidence-based practice: a critical review of studies from a systems-contextual perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17, 1–30.
- Berke, D. M., Rozell, C. A., Hogan, T. P., Norcross, J. C. & Karpiak, C. P. (2011). What Clinical Psychologists know about Evidence-Based Practice: Familiarity with Online Resources and Research Methods. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 329-339.
- Böhm, K., Förstner, U., Külz, A. & Voderholzer, U. (2008). Versorgungsrealität der Zwangsstörungen: Werden Expositionsverfahren eingesetzt? *Verhaltenstherapie*, 18, 18-24.
- Carroll, K. M. (2001). Constrained, confounded, and confused: Why we really know so little about therapists in treatment outcome research. *Addictions*, 96, 203–206.

- Chang, K., Lee, I. L. & Hargreaves, T. (2008). Scientist versus practitioner – An abridged meta-analysis of the changing role of psychologists. *Counselling Psychology Quarterly*, 21, 267–291.
- Choy, Y., Fyer, A. J. & Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27, 266-286.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (rev. ed.). New York: Academic Press.
- Cook, J. M., Schnurr, P. P. & Foa, E. B. (2004). Bridging the gap between Posttraumatic stress Disorder Research and Clinical Practice: The Example of Exposure therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 374-387.
- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M. & Dozois, D. J. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 108-116.
- Crits-Christoph, P., Frank, E., Chambless, D. L., Brody, C. & Karp, J. F. (1995). Training in empirically validated treatments: What are the clinical psychology students learning? *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 514-522.
- Cross, W., Matthieu, M., Cerel, J. & Knox, K. (2007). Proximate outcomes of gatekeeper training for suicide prevention in the workplace. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 37, 659–670.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M. & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 130-140.
- Davis, D.A., Thomson, M.A., Oxman, A.D. & Haynes, R.B. (1992). Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Association*, 268, 1111-1117.
- Davis, D., O'Brien, T., Freemantle, N., Wolf, F. M., Mazmanian, P. & Taylor-Vaisey, A. (1999). Impact of formal continuing medical education: Do conferences, workshops, rounds, and

- other traditional continuing education activities change physician behaviour or health care outcomes? *Journal of the American Medical Association*, 282, 867–874.
- Davis, T. E., Whiting, S. E. & May, A. C. (2012). Exposure Therapy for Anxiety Disorders in Children. In P. Neudeck & H.-U. Wittchen (Hrsg.), *Exposure Therapy: Rethinking the Model – Refining the Method* (S. 111-125). Heidelberg: Springer.
- Day, E. A., Arthur, W. J. & Gettman, D. (2001). Knowledge structures and the acquisition of a complex skill. *Journal of Applied Psychology*, 86, 1022–1033.
- Deacon, B. J., Lickel, J. J., Possis, E. A., Abramowitz, J. S., Mahaffey, B. & Wolitzky-Taylor, K. (2012). Do diaphragmatic breathing and cognitive reappraisal augment interoceptive exposure for anxiety sensitivity? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26, 257–269.
- Deacon, B. J. & Farrell, N. (2013). Therapist barriers in the dissemination of exposure therapy. In: E. Storch & D. McKay (Hrsg.), *Treating Variants and Complications in Anxiety Disorders* (S. 363–373). New York: Springer Press.
- Deacon, B. J., Farrell, N. R., Kemp, J. J., Dixon, L. J., Sy, J. T., Zhang, A. R. et al. (2013). Assessing therapist reservations about exposure therapy for anxiety disorders: The Therapist Beliefs about Exposure Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 772-780.
- Deacon, B. J., Lickel, J. J., Farrell, N. R., Kemp, J. & Hipol, L. J. (2013). Therapist perceptions and delivery of interoceptive exposure for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 259-264.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M. et al. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409–416.
- Devilley, G. J. & Huther, A. (2007). Perceived distress and endorsement for cognitive or exposure based treatments following trauma. *Australian Psychologist*, 43, 1–8.

- DeViva, J. (2006). The effects of full-day and half-day workshops for health care providers in techniques for increasing resistant clients' motivation. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*, 83–90.
- Emmelkamp, P. M. G. & van Oppen, P. (2000). *Zwangsstörungen*. Hogrefe: Göttingen.
- Farrell, N. R., Deacon, B. J., Dixon, L. J. & Lickel, J. L. (2013). Theory-based training strategies for modifying practitioner concerns about exposure therapy. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 781-787.
- Farrell, N. R., Deacon, B. J., Kemp, J. J., Dixon, L. J. & Sy, J. T. (2013). Do negative beliefs about exposure therapy cause its suboptimal delivery? An experimental investigation. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 763-771.
- Feeny, N., Hembree, E. & Zoellner, L. (2003). Myths regarding exposure therapy for PTSD. *Cognitive and Behavioural Practice, 10*, 85–90.
- Fiegenbaum, W. & Tuschen, B. (2000). Reizkonfrontation. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band I: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen (S. 413-425)*. Berlin: Springer.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). Implementation Research: A Synthesis of the Literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P. et al. (2011): S3 – Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt, 3*, 202-210.
- Foa, E. B., Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Hembree, E. A. & Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 70*, 1022-1028.
- Ford, J. K. & Weissbein, D. A. (1997). Training of transfer: An updated review. *Performance Improvement Quarterly, 10*, 22–41.

- Frank, M. & Fiegenbaum, W. (2000). Wer kommt, wer geht, wer profitiert? Wirkfaktoren der kognitiven Vorbereitung auf eine massierte Konfrontationstherapie bei Angstpatienten. *Psychotherapie im Dialog*, 3, 61-66.
- Freiheit, S., Vye, C., Swan, R. & Cady, M. (2004). Cognitive-behavioural therapy for anxiety: Is dissemination working? *The Behaviour Therapist*, 27, 25-32.
- Garb, H. N. & Boyle, P. A. (2003). Understanding why some clinicians use pseudoscientific methods: Findings from research on clinical judgement. In S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn & J. M. Lohr (Hrsg.). *Science and pseudoscience in clinical psychology* (S. 17-38). New York: Guilford Press.
- Gega, L., Norman, I. & Marks, I. (2007). Computer-aided vs. tutor-delivered teaching of exposure therapy for phobia /panic: randomized controlled trial with pre-registration nursing students. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 397-405.
- Glisson, C. & Schoenwald, S. K. (2005). The ARC organizational and community intervention strategy for implementing evidence-based children's mental health treatments. *Mental Health Services Research*, 7, 243-259.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Gray, M. J., Elhai, J. D. & Schmidt, L. O. (2007). Trauma Professionals' Attitudes towards and Utilization of Evidence-Based Practices. *Behaviour Modification*, 31, 732-748.
- Grey, N., Salkovskis, P., Quigley, A., Clark, D. M. & Ehlers, A. (2008). Dissemination of cognitive therapy for panic disorder in primary care. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 509-520.
- Hand, I. (2000). Expositionsbehandlung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 164-174). Berlin: Springer.

- Harned, M. S., Dimeff, L. A., Woodcock, E. A. & Contreras, I. (2013). Predicting adoption of Exposure Therapy in a randomized controlled dissemination trial. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 754-762.
- Hautzinger, M. (1997). Exposition und Reizkonfrontation. *Psychotherapeut, 42*, 119-125.
- Hembree, E. A. & Cahill, S. P. (2006). Obstacles to Successful Implementation of Exposure Therapy. In D. S. Richard & D. L. Lauterbach (Hrsg.) *Handbook of Exposure Therapy (S. 389-409)*. London: Academic Press.
- Herschell, A. D., Kolko, D. J., Baumann, B. L. & Davis, A. C. (2010). The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: A review and critique with recommendations. *Clinical Psychology Review, 30*, 448-466.
- Hipol, L. J. & Deacon, B. J. (2013). Dissemination of Evidence-Based Practices for Anxiety Disorders in Wyoming: A Survey of Practicing Psychotherapists. *Behaviour Modification, 37*, 170-188.
- Hohagen, F., Kordon, A., Lotz-Rambaldi, W. & Muche-Borowski, C. *S3-Leitlinie Zwangsstörungen*. Erhalten 14. November, 2014, von www.awmf.org/leitlinien.html.
- House, R. & Loewenthal, D. (2008). *Against and for CBT: Towards a constructive dialogue?* Hertfordshire: PCCS Books.
- Hox, J. J. (2002). *Multilevel analysis: techniques and applications*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables and cognitive behavioural therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 747-755.
- James, I., Blackburn, I., Milne, D. & Reichfelt, F. (2001). Moderators of trainee therapists' competence in cognitive therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 40*, 131-141.
- James, A., Soler, A. & Weatherall, R. (2009). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*, CD004690.
- Janssens, J. M. A. M. (2002). *Ogen doen onderzoek (10e druk)*. Nieuwegein: Hentenaar book.

- Jenssen-Doss, A., Cusack, K. J. & De Aranello, M. A. (2007). Workshop-based Training in Trauma-focused CBT: An In-Depth Analysis of Impact on Provider Practices. *Community Mental Health Journal*, 44, 227-244.
- Karlin, B. E., Ruzek, J. I., Chard, K. M., Eftekhari, A., Monson, C. M., Hembree, E. A. et al. (2010). Dissemination of evidence-based psychological treatments for posttraumatic stress disorder in the Veterans Health Administration. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 663–673.
- Kelly, J. A., Heckman, T. G., Stevenson, L. Y., Williams, P. N., Ertl, T. & Hays, R. B. (2000). Transfer of research-based HIV prevention interventions to community service providers: Fidelity and adaptation. *AIDS Education and Prevention*, 12, 87–98.
- Klan, T. & Hiller, W. (2014). Die Wirksamkeit einzelner Therapieelemente in Routinetherapien bei Panikstörung und Agoraphobie. *Verhaltenstherapie*, 24, 157- 167.
- Klan, T., Jasper, F. & Hiller, W. (2015). Predictors of the application of exposure in vivo in the treatment of agoraphobia in an outpatient clinic: an exploratory approach. *Psychotherapy research*, 1-8.
- Kröger, C., Kliem, S., Sarmadi, N. B. & Kosfelder, J. (2010). Versorgungsrealität bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung – Eine Umfrage unter psychotraumatologisch erfahrenen Psychologischen Psychotherapeuten. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39, 116-127.
- Külz, A. K., Hassenpflug, K., Riemann, D., Linster, H. W., Dornberg, M. & Voderholzer, U. (2010). Ambulante psychotherapeutische Versorgung bei Zwangserkrankungen - Ergebnisse einer ambulanten Therapeutenbefragung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 60, 194-201.
- Lang, T. & Helbig-Lang, S. (2012). Exposure in Vivo with and without Presence of a Therapist: Does It Matter? In P. Neudeck & H.-U. Wittchen (Hrsg.), *Exposure Therapy: Rethinking the Model – Refining the Method* (S. 261-273). Heidelberg: Springer.

- LeJeune, J. T. & Luoma, J. B. (2015). The integrated scientist-practitioner: A new model for combining research and clinical practice in fee-for-service settings. *Professional Psychology: research and practice*, *46*, 421- 428.
- Levant, R. (2004). The empirically validated treatments movement: A practitioner's perspective. *Clinical psychology: Science and Practice*, *11*, 219-224.
- Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J. & Lohr, J. M (Hrsg.). (2015). *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology*. New York: The Guilford Press.
- Luhmann, M. (2010). Einführung in die Mehrebenenanalyse mit HLM. Seminar an der freien Universität Berlin.
- Meyer, J. M., Farrell, N. R., Kemp, J. J., Blakey, S. M. & Deacon, B. J. (2014). Why do clinicians exclude anxious clients from exposure therapy? *Behaviour research and therapy*, *54*, 49-53.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J. & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational learning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 1050–1062.
- Miller, W., Sorensen, J., Selzer, J. & Brigham, G. (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *31*, 25–39.
- Milrod, B., Subic-Wrana, C. & Beutel, M. (2012). *Panikfokussierte Psychodynamische Psychotherapie*. Hogrefe: Göttingen.
- Mitte, K. (2005). Meta-Analysis of cognitive-behavioural treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *The Behaviour Therapist*, *26*, 393-402.
- National Institute for Clinical Excellence. (2011). *Clinical Guidelines*. Erhalten 14. November, 2014, von <http://guidance.nice.org.uk/CG>.
- National Institute of Mental Health (1998). *Bridging science and service: A report by the National Advisory Mental Health Council's Clinical Treatment and Services Research Workgroup*. Bethesda, MD: National Institutes of Health.

- Nelson, T. D., Steele, R. G. & Mize, J. A. (2006). Practitioner attitudes toward evidence-based practice: Themes and challenges. *Administrative Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, 398–409.
- Nelson, T. D. & Steele, R. G. (2007). Predictors of Practitioner Self-reported use of evidence-based Practices: Practitioner Training, Clinical Setting, and Attitudes towards research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34, 319–330.
- Neudeck, P. (2007). Reizkonfrontation in der Praxis. Vortrag bei der Eröffnungsveranstaltung der Verhaltenstherapiewoche in Dresden.
- Neudeck, P. & Einsle, F. (2012). Dissemination of Exposure Therapy in Clinical Practice: How to Handle the Barriers?. In P. Neudeck & H.-U. Wittchen (Hrsg.), *Exposure Therapy: Rethinking the Model – Refining the Method* (S. 23-34). Heidelberg: Springer.
- Norcross, J. C. & Karpiak, C. P. (2012). Clinical psychologists in the 2010s: 50 years of the APA Division of Clinical Psychology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19, 1–12.
- Norton, P. J. & Price, E. P. (2007). A meta-analytic review of cognitive-behavioural treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 521–531.
- Pasco, S., Wallack, C., Sartin, R. M. & Dayton, R. (2012). The Impact of Experiential Exercises on Communication and Relational Skills in a Suicide Prevention Gatekeeper-Training Program for College Resident Advisors. *Journal of American College Health*, 60, 134-140.
- Peterson, D. R. (1997). *Educating Professional Psychologists*. Washington: American Psychological Association.
- Powers, M. B., Sigmarsson, S. R. & Emmelkamp, P. M. G. (2008). A meta-analytical review of psychological treatment of social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 94-113.

- Ramnerö, J. (2012). Exposure Therapy for Anxiety Disorders: Is There Room for Cognitive Interventions?. In P. Neudeck & H.-U. Wittchen (Hrsg.), *Exposure Therapy: Rethinking the Model – Refining the Method* (S. 275-91). Heidelberg: Springer.
- Reddemann, L. (2007). *Psychodynamisch imaginative Traumatherapie*. Klett-Cotta: Stuttgart.
- Richard, D. C. S. & Lauterbach, D. L. (2007). *Handbook of Exposure therapies*. London: Academic Press.
- Richard, D. C. S. & Gloster, A. T. (2007). Exposure therapy has a public relations problem: A dearth of litigation amid a wealth of concern. In D.C.S. Richard & D. Lauterbach (Hrsg.), *Handbook of exposure therapy* (S. 409-425). Amsterdam: Academic Press.
- Rosa-Alcazar, A. I., Sanchez-Meca, J., Gomez-Conesa, A. & Marin-Martinez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 28, 1310-1325.
- Rosqvist, J. (2005). *Exposure treatments for anxiety disorders*. Taylor & Francis: New York.
- Roth, C., Siegl, J., Aufdermauer, N. & Reinecker, H. (2004). Therapie von Angst- und Zwangspatienten in der verhaltenstherapeutischen Praxis. *Verhaltenstherapie*, 14, 16-21.
- Ruhmland, M. & Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie*, 11, 27-40.
- Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A. & Méndez, F. X. (2003). El tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo en Europa: Un estudio meta-analítico [The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder in Europe: A meta-analytic study.]. *Psicología Conductual*, 11, 213–237.
- Sanchez-Meca, J., Rosa-Alcazar, A.I., 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.

- Sars, D. & van Minnen, A. (2012). Het gebruik van exposure bij de behandeling van angststoornissen in Nederland: een onderzoek onder cognitieve gedragstherapeuten. *Gedragstherapie*, *45*, 295-314.
- Schmidt, N. B., Woolaway-Bickel, K., Trakowski, J., Santiago, H., Storey, J., Koselka, M. et al. (2000). Dismantling cognitive-behavioural treatment for panic disorder: Questioning the utility of breathing retraining. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 417-424.
- Schubert, K., Siegl, J. & Reinecker, H. (2003). Kognitive Verhaltenstherapie bei der Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen innerhalb der kassenärztlichen Versorgung. *Verhaltenstherapie Verhaltensmedizin*, *24*, 225-237.
- Shafran, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A. et al. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 902-909.
- Sholomskas, D. E., Syracuse-Siewert, G., Rounsaville, B. J., Ball, S. A, Nuro, K. F. & Carroll, K. M. (2005). We don't train in vain: A dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioural therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 106-115.
- Snijders, T. & Boskers, R. (1999). *Multilevel analysis: An introduction to basic and advanced multilevel modeling*. Sage: London.
- Sprang, G., Craig, C. & Clark, J. (2008). Factors impacting trauma treatment practice patterns: the convergence/divergence of science and practice. *Anxiety Disorders*, *22*, 162-174.
- 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.
- Stewart, R. E. & Chambless, D. L. (2007). Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice? *Journal of Clinical Psychology*, *63*, 267-281.
- Stirman, S. W., Crits-Christoph, C. & DeRubeis, R. J. (2004). Achieving successful dissemination of empirically supported Psychotherapies: A Synthesis of Dissemination theory. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*, 343-359.

- Stobie, B., Taylor, T., Quigley, A., Ewing, S. & Salkovskis, P. M. (2007). 'Contents may vary': a pilot study of treatment histories of OCD patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 273–282.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Valderhaug, R., Gotestam, K. G. & Larsson, B. (2004). Clinicians' view on management of obsessive-compulsive disorders in children and adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 125-132.
- Van Minnen, A., Hendriks, L. & Olf, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD clients? A controlled study of therapist and client factors. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 312-320.
- Watson, J. B. & Rees, C. S. (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 489-498.
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B. & Friedmann, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 551-557.
- Weertman, A. & Arntz, A. (2007). Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitive therapy for personality disorders: A controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories. *Behaviour research and therapy*, 45, 2133-2143.
- Weissman, M. M., Verdeli, H., Gameroff, M. J., Bledsoe, S. E., Betts, K., Mufson, L. et al. (2006). National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work. *Archives of General Psychiatry*, 63, 925–934.

- Weisz, J. R. & Jensen, A. L. (2001). Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child & Adolescent Psychiatry, 10*, 12 – 18.
- Weisz, J. R., Jensen-Doss, A. & Hawley, K. M. (2006). Evidence-based Youth Psychotherapies versus Usual clinical care. *American Psychologist, 61*, 671-689.
- Weston, D. & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 875-899.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B. & Telch, M. J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: a meta-analysis. *Clinical psychology review, 28*, 1021-1037.
- Wyman, P., Brown, C., Inman, J., Cross, W., Schmeelk-Cone, K., Guo, J. et al. (2008). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 104–115.
- Young, A. S., Klap, R., Shoai, R. & Wells, K. B. (2008). Persistent depression and anxiety in the United States. *Psychiatric Services, 59*, 1391–1398.
- Zayfert, C., Becker, C. B. & Gillock, K. L. (2002). Managing obstacles to the utilization of exposure therapy with PTSD patients. In L. Vandecreek & T. L. Jackson (Hrsg.), *Innovations in clinical practice: A sourcebook* (Vol. 20, S. 201-222). Sarasota: Professional Resource Press.
- Zayfert, C., Becker, C. B., Unger, D. L. & Shearer, D. K. (2002). Comorbid anxiety disorders in civilians seeking treatment for PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 31-38.

8. ANLAGEN

Anlage 1

Fragebogen Institutsleiter

1. Demographische Variablen

Alter:

Geschlecht: männlich weiblich

Welches Institut leiten Sie?:

In welcher Stadt befindet sich Ihr Institut?:

2. Curriculum

Wie viele Unterrichtseinheiten zum Thema „Angststörungen“ beinhaltet das Curriculum?:

Wie viele Unterrichtseinheiten zum Thema „Zwangsstörungen“ beinhaltet das Curriculum?:

Wie viele Unterrichtseinheiten zum Thema „PTSD“ beinhaltet das Curriculum?:

Gibt es spezielle Unterrichtseinheiten zum Thema „Expositionsverfahren“?

Nein

JA:

3. Inhalte repräsentieren

Uns ist wichtig, dass das Curriculum die folgenden Inhalte repräsentiert...

Verhaltenstherapie	nicht wichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr wichtig
Evidenzbasierte Verfahren	nicht wichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr wichtig
Interaktionsskills	nicht wichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr wichtig
Kognitive Verfahren	nicht wichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr wichtig
Emotionszentrierte Verfahren	nicht wichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr wichtig
Akzeptanzbasierte Verfahren	nicht wichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr wichtig
CBASP	nicht wichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr wichtig
Integrative Verfahren	nicht wichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr wichtig
EMDR	nicht wichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr wichtig
Schematherapeutische Verfahren	nicht wichtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr wichtig

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anlage 2

Fragebogen Praktiker

1. Fragebogen PP

Alter:

Geschlecht: männlich weiblich

In welchem Jahr haben Sie Ihre Ausbildung begonnen?:

An welchem Institut haben Sie Ihre Ausbildung gemacht?:

In welcher Stadt haben Sie Ihre Ausbildung gemacht?:

Für welche Gruppe haben Sie Ihre Ausbildung abgeschlossen?:

Kinder und Jugendliche Erwachsene beide Gruppen

2. Fragebogen PP Häufigkeit

Wie häufig setzen Sie „Expositionsverfahren“ zur Behandlung der Störungsbilder ein?

Angststörungen gar nicht sehr häufig

Zwangsstörungen gar nicht sehr häufig

PTBS gar nicht sehr häufig

Als wie wirksam würden Sie „Expositionsverfahren“ einschätzen zur Behandlung von....?

Angststörungen gar nicht wirksam sehr wirksam

Zwangsstörungen gar nicht wirksam sehr wirksam

PTBS gar nicht wirksam sehr wirksam

3. PP Theoretische Ausbildung

Welche Gewichtung hatten "Expositionsverfahren" in Seminaren zum Thema Angststörungen?

Theorie gar nicht sehr stark

Lehrbeispiele
(Video, Text) gar nicht sehr stark

Praktische Übungen gar nicht sehr stark

Insgesamt gar nicht sehr stark

Welche Gewichtung hatten "Expositionsverfahren" in Seminaren zum Thema Posttraumatische Belastungsstörung?

Theorie gar nicht sehr stark

Lehrbeispiele
(Video, Text) gar nicht sehr stark

Praktische Übungen gar nicht sehr stark

Insgesamt gar nicht sehr stark

Welche Gewichtung hatten "Expositionsverfahren" in Seminaren zum Thema Zwangsstörungen?

Theorie	gar nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr stark
Lehrbeispiele (Video, Text)	gar nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr stark
Praktische Übungen	gar nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr stark
Insgesamt	gar nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr stark

Welche Gewichtung hatten "Expositionsverfahren" insgesamt während Ihrer Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten?

Theorie	gar nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr stark
Lehrbeispiele (Video, Text)	gar nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr stark
Praktische Übungen	gar nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr stark
Insgesamt	gar nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr stark

Gab es ein eigenes Seminar speziell zu dem Thema „Expositionsverfahren“?

Ja nein

4. Supervision PP

Welche Gewichtung hatten "Expositionsverfahren" in Ihrer Einzelsupervision?

Theorie	gar nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr stark
Lehrbeispiele (Video, Text)	gar nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr stark
Praktische Übungen	gar nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr stark
Insgesamt	gar nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr stark

Welche Gewichtung hatten "Expositionsverfahren" in Ihrer Gruppensupervision?

Theorie	gar nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr stark
Lehrbeispiele (Video, Text)	gar nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr stark
Praktische Übungen	gar nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr stark
Insgesamt	gar nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sehr stark

5. Welche Störungsbilder?

Wo arbeiten Sie im Moment (Mehrfachantworten möglich)?

ambulante Praxis (Erwachsene)

Klinikambulanz

psychiatrisches Krankenhaus (Erwachsene)

Sonstige:

Wenn Sie 'psychiatrisches Krankenhaus' angekreuzt haben, auf was für eine Station arbeiten Sie?

gemischte Station offen

geschützte Station

störungsspezifische Station:

Welche der folgenden Störungsbilder behandeln Sie?

Angststörungen gar nicht sehr häufig

Zwangsstörungen gar nicht sehr häufig

PTBS gar nicht sehr häufig

Wie viele Patienten mit einem solchen Störungsbild haben Sie in den letzten 6 Monaten behandelt?

Angststörungen:

Zwangsstörungen:

PTBS:

Wie viele Patienten mit einem solchen Störungsbild haben sie insgesamt circa behandelt (inklusive der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten)?

Angststörungen:

Zwangsstörungen:

PTBS:

Wieviel Zeit widmen sie der Phase "Kognitive Vorbereitung der Patienten"?

gar keine sehr viel

Wieviel Zeit widmen sie während der Vorbereitung dem Thema "Vermeidungs- und Sicherheitsstrategien von Patienten"?

gar keine sehr viel

Mit welchen Methoden wird das Rational der Exposition in Ihren Therapien abgeleitet?

ich erkläre dem Patienten die Vor- und Nachteile und lasse Sie dann entscheiden

der Patient informiert sich mit Büchern, Internet und ähnlichem

durch ein „Gedankenexperiment“

durch geleitetes Entdecken

andere Möglichkeit:

6. Eigene Meinung

In wie weit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

"Expositionsverfahren" sind eine sehr wichtige Behandlungsmethode

Gar nicht stimme voll zu

"Expositionsverfahren" sind in der Praxis besonders schwer durch zu führen

Gar nicht stimme voll zu

"Expositionsverfahren" sind für Patienten sehr unangenehm

Gar nicht *stimme voll zu*

"Expositionsverfahren" können zu einer Retraumatisierung führen

Gar nicht *stimme voll zu*

„Expositionsverfahren“ sind nur für sehr erfahrene Therapeuten geeignet

Gar nicht *stimme voll zu*

„Expositionsverfahren“ alleine reichen für den Behandlungserfolg nicht aus

Gar nicht *stimme voll zu*

Für die praktische Durchführung von „Expositionsverfahren“ ist die Ausbildung nicht ausreichend

Gar nicht *stimme voll zu*

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anlage 3

Anschreiben an die Institutsleiter

Sehr geehrte/r,

im Rahmen meines Promotionsvorhabens führe ich gemeinsam mit dem Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität zu Köln (Prof. Dr. Alexander L. Gerlach) und der Praxis für Verhaltenstherapie (Dr. Peter Neudeck) eine Untersuchung zu Ausbildungsinhalten hinsichtlich der Behandlung von Angststörungen durch.

Die Studie beschäftigt sich mit der Frage, welchen Einfluss die Ausbildung auf die spätere Praxis der Ausbildungsteilnehmer nimmt. Dabei interessieren uns sowohl Aspekte wie die praktischen Übungsmöglichkeiten, die bzgl. der Angststörungen bei einzelnen Teilnehmern bestanden hat (z. B. wie viele Angstpatienten im Rahmen der Ausbildung behandelt wurden) als auch die Ausbildungsinhalte der theoretischen Ausbildung.

Um diese Frage zu beantworten, planen wir zuerst eine grobe Einschätzung der Ausbildungsinhalte verschiedener Institute zu bekommen. Dazu haben wir einen kurzen Fragebogen entwickelt, der von den Ausbildungsleitern der Ausbildungsinstitute bearbeitet werden sollte (<http://www.unipark.de/uc/ikpp/fc81/> ca. 2 Minuten). Zum anderen hoffen wir mit Ihrer Hilfe möglichst viele fertige Ausbildungskandidaten aus Ihrem Institut zu erreichen. Für die Untersuchung sind dabei die Jahrgänge der letzten Jahre bedeutsam, die auf der Grundlage des Psychotherapeutengesetzes ausgebildet wurden. Wir haben uns für das folgende Prozedere entschieden: Sie erhalten eine separate Mail (Betreff: STUDIENANFRAGE), welche das Anschreiben an die ehemaligen Ausbildungskandidaten beinhaltet (inklusive des Links zum Fragebogen). Wenn Sie sich für eine Teilnahme entscheiden, wird diese E-Mail bitte von Ihnen an die entsprechenden Personen weitergeleitet. Die komplette Befragung findet online statt. Um die Transparenz zu erhöhen, sind beide Fragebögen im pdf-Format im Anhang.

Für die Institute ergibt sich durch die Teilnahme die Möglichkeit, Informationen über den Weg Ihrer Kandidatinnen und Kandidaten von der Theorie in die Praxis zu erhalten und im Rahmen der Studie die Gelegenheit zu einer Rückmeldung.

Bei Fragen oder Unklarheiten stehe ich jederzeit unter thomas.broicher@googlemail.com zur Verfügung. Ich werde auch telefonisch Kontakt zu Ihnen aufnehmen, um einen schnellen Ablauf gewährleisten zu können.

Wir hoffen auf eine gute Zusammenarbeit und danken schon jetzt im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen,

Thomas Broicher.

Zur besseren Übersicht die wichtigsten Punkte noch einmal zusammengefasst:

1. Schritt: Sie können sich in Ruhe den Fragebogen für die Institutsleiter als pdf-Datei angucken (im Anhang dieser Mail)
2. Schritt: danach klicken Sie auf den Link in dieser Mail und füllen den Fragebogen aus
3. Schritt: damit ist der Teil für die Institutsleiter bereits abgeschlossen
4. Schritt: den Fragebogen für die ehemaligen Ausbildungskandidaten können sie sich ebenfalls als pdf-Datei angucken (im Anhang dieser Mail)
5. Schritt: Sie erhalten eine separate Mail mit dem Betreff: STUDIENANFRAGE

6. Schritt: Mail öffnen und die Funktion ´weiterleiten´ wählen
7. Schritt: in die Adressleiste die entsprechenden Mailadressen (ehemalige Weiterbildungskandidaten) eintragen
8. Schritt: Abschicken und fertig!

Anlage 4

Anschreiben an die Praktiker

Liebe/r Kollege/in,

im Rahmen einer Promotionsstudie führe ich eine Untersuchung zu Ausbildungsinhalten hinsichtlich der Behandlung von Angststörungen durch. Dafür brauche ich Ihre Unterstützung als approbierte/r Psychotherapeut/in- das Prozedere ist kurz und einfach.

Sie klicken auf den folgenden Link und füllen den Fragebogen aus (ca. 6 Minuten):

<http://www.unipark.de/uc/ikpp/cedd/>

Ich freue mich, wenn Sie mitmachen und Ihre Erfahrungen mit der Ausbildung und Ihrer praktischen Arbeit in die Untersuchung einfließen. Vielleicht können wir so einen Teil dazu beitragen, die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen in Zukunft zu verbessern.

Alle Angaben sind selbstverständlich anonym. Sollten Sie noch Fragen haben, erreichen Sie mich unter thomas.broicher@googlemail.com.

Ganz herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit,

Thomas Broicher.

Humanwissenschaftliche Fakultät
Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Prof. Dr. Alexander L. Gerlach
Pohligstr. 1
50969 Köln
<http://www.hf.uni-koeln.de/30331>

Sekretariat: Frau A. Rieschl
Telefon: [+49 221-470 5809](tel:+492214705809)
Telefax [+49 221-470 5034](tel:+492214705034)

Bei Interesse hier noch weitere Infos:

Die Untersuchung wird in Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität zu Köln (Prof. Dr. Alexander L. Gerlach) und der Praxis für Verhaltenstherapie (Dr. Peter Neudeck) durchgeführt.

Die Studie beschäftigt sich mit der Frage, welchen Einfluss die Ausbildung auf die spätere Praxis der Ausbildungsteilnehmer nimmt. Dabei interessieren uns sowohl Aspekte wie die praktischen Übungsmöglichkeiten, die bzgl. der Angststörungen bei einzelnen Teilnehmern bestanden hat (z. B. wie viele Angstpatienten im Rahmen der Ausbildung behandelt wurden) als auch die Ausbildungsinhalte der theoretischen Ausbildung.

Um diese Frage zu beantworten, planen wir zuerst eine grobe Einschätzung der Ausbildungsinhalte verschiedener Institute zu bekommen. Darüber hinaus werden Daten von Seiten approbierter Kolleginnen und Kollegen erhoben, um einen umfangreichen Datensatz aus der Praxis zu erhalten.

Anlage 5

Berechnungen zur Varianzaufklärung auf beiden Ebenen

Varianzaufklärung Level 1

Nullmodell (FML):

Sigma-squared: 0.9964

Tau: 0.06617

Gesamt: 1.06257

Random-Intercept-Modell:

Sigma-squared: 0.58662

Tau: 0.10368

Gesamt: 0.6903

Reduktion der Level-1-Residualvarianz:

$$R = (0.9964 - 0.58662) / 0.9964 = 0.41$$

Reduktion der Gesamtvarianz:

$$R = (1.06257 - 0.6903) / 1.06257 = 0.35$$

Varianzaufklärung Level 2

Nullmodell (FML):

Sigma-squared: 0.9964

Tau: 0.06617

Gesamt: 1.06257

Random-Intercept-Modell:

Sigma-squared: 0.99564

Tau: 0.02633

Gesamt: 1.02197

Reduktion der Level-2-Residualvarianz:

$$R = (0.06617 - 0.02633) / 0.06617 = 0.60$$

Reduktion der Gesamtvarianz:

$$R = (0.11195 - 0.11237) / 0.11195 = -0.0037$$

(harmonisches Mittel: 8.8340)