



Exposition; ein transdiagnostischer Ansatz

Vortrag beim Symposium der Somnia-Klinik Hürth

**DR. PETER NEUDECK,
PRAXIS AM VOLKSGARTEN ,
D-50677 KÖLN**

WWW.VERHALTENSTHERAPIE-KÖLN.DE

Der Weg zur transdiagnostischen Perspektive „Die Vermehrung der Angststörungen“



DSM I: 2 Angststörungen

DSM V :
11 Angststörungen
9 Zwangsstörungen
7 Traumafolgestörungen

Andererseits gibt es
Gemeinsamkeiten über die
Angststörungen hinweg in
Bezug auf:

- Entstehung,
Aufrechterhaltung
- Symptombereiche:
Kognitionen, Emotionen,
Physiologie, Verhalten
- Vermeiderverhalten

Der Weg zur transdiagnostischen Perspektive „Viele Manuale eine Störung“ Bsp: GAS



- Cognitive Behavioral Treatment (Dugas & Robichaud, 2007)
- Applied Relaxation (Borkovec et al., 1993)
- Cognitive Behavioral Treatment (Craske & Barlow, 2006)
- Acceptance-Based Behavior Therapy (Roemer et al., 2008)
- Integrative Therapy for GAD (Newman et al., 2008)
- Metacognitive Therapy (Wells, 2008)
- Sorgenexposition (Becker & Hoyer 2005)

Der Weg zur transdiagnostischen Perspektive „Eine Methode viele Störungen“ Bsp: Exposition



- Exposition bei körperdysmorphen Störungen und Hypochondrie (Weck, Ritter, Stangier 2013, Weck & Bleichardt, 2014)
- Exposition bei depressiven Störungen (Neudeck, Pemberthy & Schöpf, 2011, Neudeck, Walther & Schöpf, 2012)
- Exposition bei Borderlinestörungen (Dyer, Steil & Bohus, 2013, 2018)
- Exposition bei dissoziativem und selbstverletzendem Verhalten (Harned, 2013, Granato et al 2015)
- Exposition bei Tabakabhängigkeit (Unrod et al. 2014, Giovancarli et al. 2016)

Der Weg zur transdiagnostischen Perspektive „Komorbidität“



- Komorbidität ist nicht die Ausnahme sondern der Normalfall.
- Patienten mit komorbiden Angststörungen (Brown et al., 2001):
 - Panic Disorder (53%)
 - Panic Disorder with Agoraphobia (56%)
 - Social Phobia (37%)
 - Generalized Anxiety Disorder (71%)
 - Obsessive Compulsive Disorder (45%)
 - Specific Phobia (45%)
 - Posttraumatic Stress Disorder (69%)

Komorbidität



- ❖ *„Klärung der Komorbidität mit anderen psychischen Störungen. Eine Hierarchisierung dieser Störungen (z. B. Depression bei Agoraphobie: deren Mitursache oder Folge? Eheprobleme bei Zwangsstörungen: Ursache oder Folge?) ist unbedingt erforderlich, da sich daraus weitgehende Konsequenzen sowohl für die Indikation zur Exposition als auch für den Gesamtbehandlungsplan ergeben (Hand 2008 [10]).“*
- **Hand, I. (2013). Expositionstraining (Konfrontationstraining). In W. Senf, M. Broda & B. Wilms (Hrsg.), *Techniken der Psychotherapie: Ein methodenübergreifendes Kompendium* (S.164-171). Stuttgart: Thieme.**
 - Modelle wie die oben beschriebene Hierarchisierung postulieren Kausalitäten Zusammenhang, wo es möglicherweise zielführender ist, von korrelativen Zusammenhängen, Prädiktoren, Dispositionen oder Vulnerabilitäten sprechen müssen.
 - Klinische Psychologische Störungsmodelle sind immer probabilistische Modelle

Komorbidity



- Übersichtsarbeit von Neudeck, im Brahm u. Hamm (2017):
 - Expositions-basierte Transdiagnostische Behandlungskonzepte sind eine Alternative und zeigen vergleichbar gute Ergebnisse wie störungsspezifische Behandlungskonzepte bei der Therapie von Ängsten und komorbiden Störungen.
- Neudeck, im Brahm & Hamm (2017): Transdiagnostische expositions-basierte Behandlung von Angststörungen. Implikationen für die Praxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie (2017), 46, pp. 248-262. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000446>.

Depression Does Not Affect the Treatment Outcome of CBT for Panic and Agoraphobia: Results from a Multicenter Randomized Trial

Angela Emmrich^a Katja Beesdo-Baum^a Andrew T. Gloster^a Susanne Knappe^a
Michael Höfler^a Volker Arolt^b Jürgen Deckert^d Alexander L. Gerlach^{c, e}
Alfons Hamm^f Tilo Kircher^g Thomas Lang^{a, h} Jan Richter^f Andreas Ströhleⁱ
Peter Zwanzger^b Hans-Ulrich Wittchen^a

^aInstitute of Clinical Psychology and Psychotherapy, Technische Universität Dresden, Dresden; ^bDepartment of Psychiatry and ^cInstitute of Clinical Psychology and Psychological Assessment, University of Münster, Münster; ^dDepartment of Psychiatry, University of Würzburg, Würzburg; ^eDepartment of Psychology, University of Cologne, Cologne; ^fDepartment of Biological and Clinical Psychology, Ernst-Moritz-Arndt University, Greifswald; ^gDepartment of Psychiatry and Psychotherapy, Philipps University, Marburg; ^hDepartment of Psychology, University of Bremen, Bremen; ⁱDepartment of Psychiatry and Psychotherapy, Campus Charité Mitte, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

Key Words

Panic disorder · Agoraphobia · Depression · Comorbidity · Cognitive-behavioral therapy · Exposure · Randomized controlled trial

Abstract

Background: Controversy surrounds the questions whether co-occurring depression has negative effects on cognitive-behavioral therapy (CBT) outcomes in patients with panic disorder (PD) and agoraphobia (AG) and whether treatment for PD and AG (PD/AG) also reduces depressive symptomatology. **Methods:** Post-hoc analyses of randomized clinical trial data of 369 outpatients with primary PD/AG (DSM-IV-TR criteria) treated with a 12-session manualized CBT (n = 301) and a waitlist control group (n = 68). Patients with comorbid depression (DSM-IV-TR major depression, dysthymia, or both: 43.2% CBT, 42.7% controls) were compared to patients without depression regarding anxiety and depression out-

comes (Clinical Global Impression Scale [CGI], Hamilton Anxiety Rating Scale [HAM-A], number of panic attacks, Mobility Inventory [MI], Panic and Agoraphobia Scale, Beck Depression Inventory) at post-treatment and follow-up (categorical). Further, the role of severity of depressive symptoms on anxiety/depression outcome measures was examined (dimensional). **Results:** Comorbid depression did not have a significant overall effect on anxiety outcomes at post-treatment and follow-up, except for slightly diminished post-treatment effect sizes for clinician-rated CGI (p = 0.03) and HAM-A (p = 0.008) when adjusting for baseline anxiety severity. In the dimensional model, higher baseline depression scores were associated with lower effect sizes at post-treatment (except for MI), but not at follow-up (except for HAM-A). Depressive symptoms improved irrespective of the presence of depression. **Conclusions:** Exposure-based CBT for primary PD/AG effectively reduces anxiety and depressive symptoms, irrespective of comorbid depression or depressive symptomatology.

Copyright © 2012 S. Karger AG, Basel

KARGER

Fax +41 61 306 12 34
E-Mail karger@karger.ch
www.karger.com

© 2012 S. Karger AG, Basel
0033-3190/12/0813-0161\$38.00/0

Accessible online at:
www.karger.com/ppa

Hans-Ulrich Wittchen
Technische Universität Dresden, Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy
Chemnitz Strasse 46
DE-01187 Dresden (Germany)
Tel. +49 351 4633 6983, E-Mail wittchen@psychologie.tu-dresden.de

Angstfokussierte KVT ist auch
effektiv zur Reduktion der
komorbiden
Depressionssymptomatik

TRINKSPORTHALLE DER KG HEIMBACH



Jenseits der Höhenangst

Transdiagnostische Konzepte



- Es gibt wesentliche Überschneidungen der Behandlungsmanuale für Angststörungen:
 - **Kognitive Strategien** (Kognitive Vorbereitung auf Exposition, Disputation verzerrter Annahmen und Überzeugungen)
 - **Exposition** an externe Reize (Situationen, Orte, Objekte) und interne Reize (Gedanken, Erinnerungen, Vorstellungen, Emotionen, körperliche Empfindungen)
 - **Reduktion von Vermeideverhalten** u. Sicherheitsstrategien
 - **Entspannungstechniken** (PMR, Applied Tension, Applied Relaxation)
 - **Skills Training** (Soziales Kompetenztraining, Problemlösetechniken)
 - **Medikamentöse Therapie**

Exposition als transdiagnostisches Konzept



- ▶ (...) we approach exposure 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)
- ▶ (...) Exposure is **a component** of a treatment package in which the patient is educated about the disorder, prepared and provided with rationale of the therapeutic change and exposed to avoided and feared external and internal stimuli.
(Neudeck & Wittchen, 2012)

Jenseits der Höhenangst

Transdiagnostische Konzepte



- ▶ Das wohl bekannteste Beispiel für transdiagnostische Störungskonzepte:
 - ▶ **Barlows „Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders“**
 - ▶ Geeignet für Angststörungen und depressive Störungen → **Emotional Disorders**
 - ▶ Im Zentrum steht der Gedanke, dass Patienten mit diesen Störungen starke unangenehme/negative Emotionen vermeiden → **Emotional Avoidance/Emotional Driven Behavior**

Jenseits der Höhenangst

Transdiagnostische Konzepte



- **Unified Protocol for Transdiagnostic Treatments of Emotional Disorders ; 12-18 Sitzungen 50-60 min Dauer**
- **D. Barlow et al, 2014**
 - Psychoedukation und besseres Verständnis für Emotionen (3 Faktoren Modell)
 - Emotionsbezogenes Wahrnehmungstraining (Achtsamkeitsbasiert)
 - Kognitive Umstrukturierung (Fokus auf appraisals/Automat. Gedanken)
 - Verringerung von Vermeidungsverhalten (Emotional Driven Behavior)
 - Wahrnehmung und Tolerierung körperlicher Empfindungen
 - Interozeptive und situationsbezogene Exposition

Emotional Avoidance

War's das?

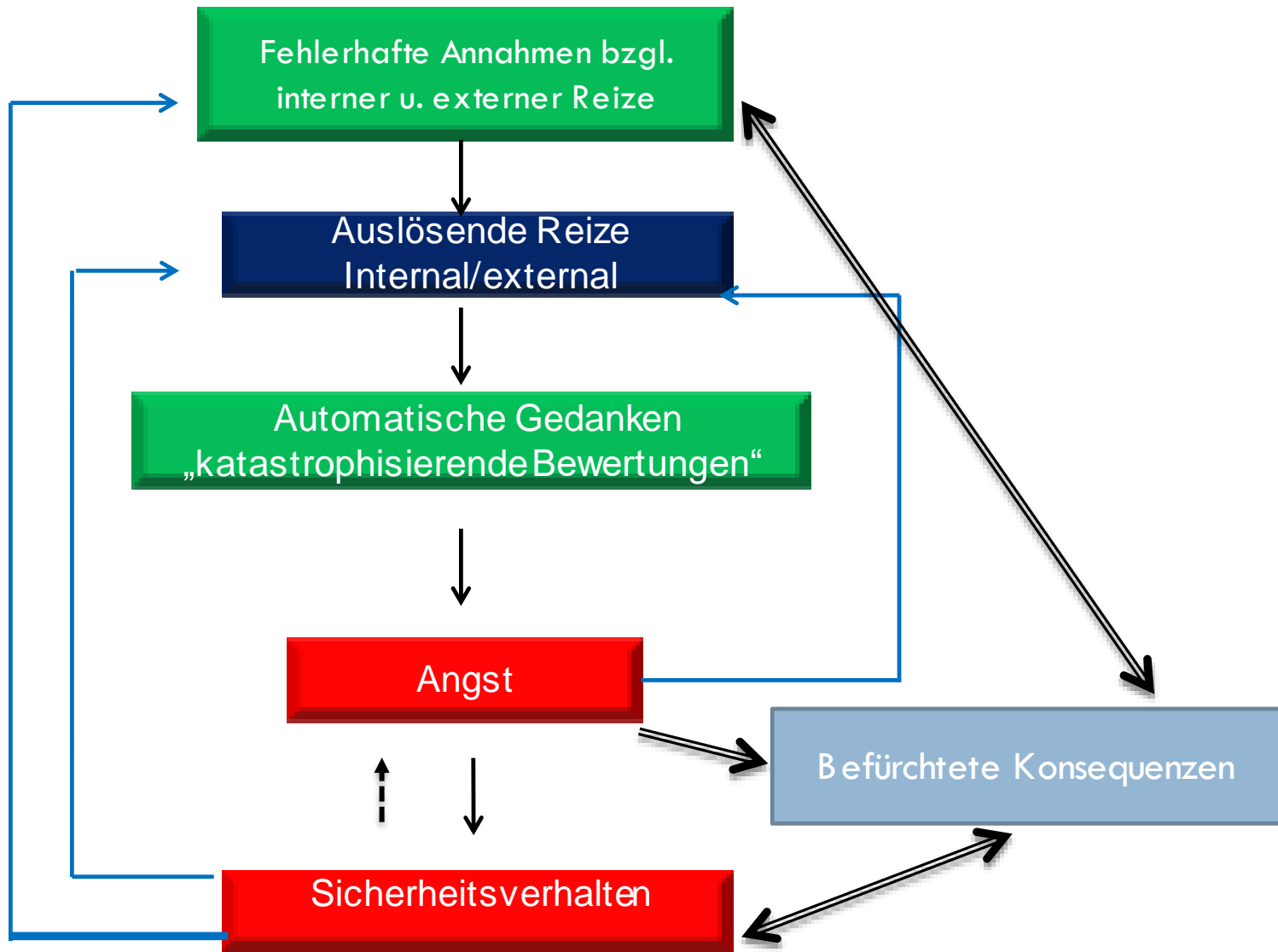


- ▶ **Vermeiden Patienten mit Angststörungen unangenehme/aversive Emotionen?**

▶ **JA.....aber.....**

.....Patienten haben verzerrte Annahmen und befürchten

- ▶ ...von allen ausgelacht und gemieden zu werden. (Überschätzung von Kosten)
- ▶ ...dass der Hund beißt. (Überschätzen von Gefahr)
- ▶ ...jemanden ernsthaft zu schaden (Gedanken-Handlung-Fusion).
- ▶ ...dass der Herzmuskel Schaden nimmt (Angst ist gefährlich).
- ▶ ...eine schlimme unheilbare Krankheit zu haben (Intoleranz gegen Unsicherheit).





Optimiertes Extinktionslernen als Strategie für eine effektivere Therapie von Angst- und depressiven Störungen

Providing Tools for Effective Care & Treatment of Anxiety Disorders
(PROTECT-AD)

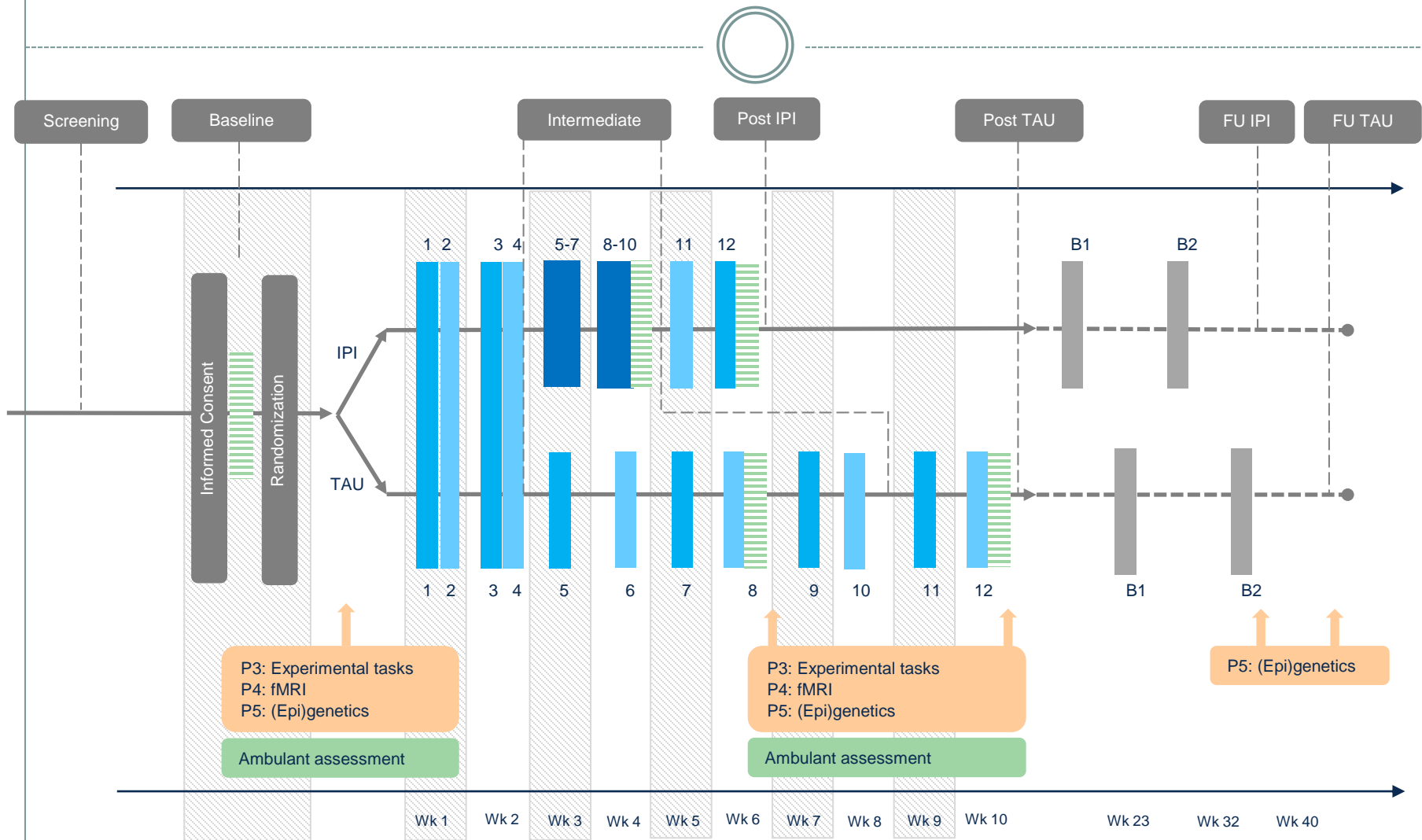
Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen
Koordinator des Verbunds PROTECT

**Institut für Klinische Psychologie und
Psychotherapie**

Technische Universität Dresden



P1: Intensivierte Expositionstherapie bei Angst



Therapieablauf



Phase	Sitzung	Inhalt
Vorbereitungsphase	1	Psychoedukation, Verhaltensanalyse
	2	Entstehungsmodell
	3	Aufrechterhaltung
	4	Gedankenexperiment, Rationalableitung
Exposition	5-6	Standardübungen
	7	Zwischenbesprechung
	8-10	Individualisierte Übungen
Nachbereitung	11	Komorbide Probleme
	12	Rückfallprophylaxe
Selbstmanagement	13-14	Übungspläne

Methods

Outcome Measures



Type	Measure	
Primary Outcomes	HAMA CGI	Hamilton Anxiety Rating Scale Clinical Global Impression Scale
Secondary Outcomes	BSI PAS MI LSAS DSM5-SP disability BDI	Brief Symptom Inventory Panic and Agoraphobia Scale Mobility Inventory Liebowitz Social Anxiety Scale DSM-5 Specific Phobia Scale Days with health-related disability during last month Beck Depression Inventory

Methods

Eligibility Criteria



Inclusion criteria

- Outpatients
- Aged 15-70 years
- Primary DSM IV panic disorder (PD), agoraphobia (AG), social anxiety disorder (SOC) and/or multiple specific phobias (SPEC)
- At least moderate severity (HAMA > 18 and CGI > 3)

Exclusion criteria

- Primary depressive disorder (comorbid depression allowed)
- Substance dependence (w/a tobacco),
- Concomittant psychological or acute psychiatric treatment (pharmacological maintenance therapy allowed)
- Acute suicidality
- Medical contraindications

Methods

Sample (N=726)



	TAU (N = 367)	IPI (N = 359)
Age (years)	34.1 (11.9)	32.7 (11.1)
Gender (male)	51.8 %	40.9 %
Higher education	69.5 %	72.7 %
In education	10.4 %	16.7 %
Employed	70.6 %	66.9 %
Primary diagnosis		
PD	52.9 %	54.9 %
AG	50.1 %	48.2 %
SOC	30.5 %	29.8 %
SPEC	10.1 %	10.3 %
Age of onset	20.4 (11.8)	19.3 (10.8)
Baseline HAMA	24.4 (5.3)	24.7 (5.3)
Comorbid depression	46.3 %	46.8 %

Über die Diagnosen hinweg: Beispiel: PROTECT_AD Therapiemanual



Behandlungsmanual: 14 Sitzungen, 90- 100min Dauer

PROTECTAD

Behandlungselemente:

Psychoedukation und Kognitive Vorbereitung auf Exposition

Durchführung von Expositionen unter Berücksichtigung des Inhibitionslernens

- a. Überprüfen und Widerlegen von Befürchtungen,
 - b. Variationen von Kontext, vertiefte Extinktion, Stimulusvariation, verstärkte Extinktion
-
- a. Evaluation und Transfer

Über die Diagnosen hinweg: Beispiel: PROTECT_AD Therapiemanual

PROTECTAD

Exposition als Methode zur Überprüfung von Befürchtungen verlangt in der Vorbereitung und Durchführung:

- I. Erarbeiten der Befürchtungen und Erstellen einer *Befürchtungshierarchie*
- II. Vermittlung der Funktion des Vermeideverhaltens (negative Verstärkung)
- III. In Bezug setzen von Befürchtungen und Vermeideverhalten zum Modell der Aufrechterhaltung
- IV. Keine kognitive Umstrukturierung, sondern Neulernen durch Erfahrung (Exposition)

Der Transdiagnostische Ansatz: Strategien zur optimierten Durchführung von Expositionen



- ▶ **Störungsübergreifende Strategien, für die erfolgreiche Durchführung von Expositionen betreffen:**
 - ▶ Intensität: graduierte vs. massierte Exposition
 - ▶ Vermeidung/Angstkontrollstrategien
 - ▶ Instruktionen und Gestaltung der Exposition
 - ▶ Zumutbarkeit

Intensität



„Aus vielen wissenschaftlichen Studien wissen wir, dass das massierte Vorgehen, also das Flooding, dem graduierten Vorgehen überlegen ist.“

Intensität



- Graduiert oder massiert? Ist doch klar...oder?
 - Es gibt sehr wenige empirische Untersuchungen zum Thema massierte vs. graduierte Reizexposition.
 - Eine Studie (N= 14) zeigt keine signifikanten Unterschiede im Behandlungserfolg zwischen Flooding und „Successive Approximation“ (Everaerd, Rijken & Emmelkamp, 1973).
 - Zwei Studien (N = 127) zeigen besseren Erfolge des massierten Vorgehens (Fiegenbaum, 1987,1988).

Intensität



- Graduiert oder massiert?
- Aus empirischer Sicht spricht nichts gegen ein graduiertes oder massiertes Vorgehen.
 - Man kann mit Carey (2011) feststellen, dass für einige Patienten ein graduiertes Vorgehen zu präferieren ist, während andere Patienten mehr davon profitieren, den Sprung ins kalte Wasser zu wagen.
- Vor dem Hintergrund moderner Modelle expositionsbasierter Behandlung (Inhibitionslernen, Craske et al. 2012, 2015 PROTECT_AD, Heinig, Pittig et al. 2017) ist die Frage nicht mehr relevant.



**METABOTSCHAFT DER EXPOSITION
LAUTET:**

**INVESTIERE IN DEINE ANGST
UM EIN RUHIGERES LEBEN ZU
HABEN!**

Vermeidung Anxiety Control Strategies



- ▶ Generelles Problem:
- ▶ Es gibt keine einheitliche wissenschaftliche Definition von Vermeideverhalten, Sicherheitsverhalten, Sicherheitsstrategien, Sicherheitssignalen oder:
- ▶ **Vermeideverhalten ist „das, was die Texas Safety Manouver Scale misst“?**
- ▶ ..Warum ist Sicherheitsverhalten so problematisch?
 - ▶ ...Sicherheitsverhalten führt lediglich zum Lernen einer
 - ▶ „bedingten“ Sicherheit;
misattribution of safety (Salkovskis, 1991)

Vermeidung Anxiety Control Strategies



- Vielbeachteter Review von Rachman, Radomsky, Shafran (2008):
 - Klinische Studien zeigen, dass Sicherheitsstrategien zu Beginn von Expositionstherapie den Erfolg verbessern:
 - erhöhen das Gefühl von Kontrolle beim Vorgehen
 - erhöhen die Toleranz und Akzeptanz der Patienten gegenüber der Behandlung
 - helfen die Dauer der Exposition zu verlängern
 - weniger dropouts
- ▶ Liest man allerdings das Kleingedruckte erkennt man: Diese Schlussfolgerungen gelten vor allem für die Behandlung von Spezifischen Phobien, „Tier Typus“.

Table 3. Studies experimentally examining the effects of fading safety behaviors during treatment.

Michael J. Telch: "Is there room for safety behaviors in exposure therapy for anxiety disorders",

in: Neudeck & Wittchen, Exposure Therapy, 2012, Springer

Study	Anxiety Problem	Outcome
Bandura et al (1974)	Snake Phobia	Enhanced Outcome
Wells et al (1995)	Social Phobia	Enhanced Outcome
Salkovskis et al (1999)	Agoraphobia	Enhanced Outcome
Kim (2005)	Social Phobia	Enhanced Outcome*
Salkovskis et al (2007)	Agoraphobia	Enhanced Outcome
Isa (2008)	Social Phobia	Enhanced Outcome
Taylor & Alden (2010)	Social Phobia	Enhanced Outcome

Es ist nicht das primäre Ziel der Exposition möglichst viel Panik- oder Angstanfälle bei Patienten zu provozieren.



**ABER ES BESTEHT AUCH KEIN GRUND
DIESE ZU VERMEIDEN.**

Alles klar?

Die Bedeutung der Instruktion



Instruktion und Gestaltung von Expositionen



- Werden Patienten lediglich instruiert, eine spezifische Situation zu üben oder eine Handlung in einer spezifischen Situation zu unterlassen, folgern sie
 - das „Busfahren bewältigt“ oder
 - „das Nicht-Kontrollieren des Gasherds gelernt“ zu haben.
 - „Achten Sie dabei auf ihre Angst“
 - Hören Sie dabei in sich hinein“
- Die Instruktion, sich auf die Situation, die eigenen Bedürfnisse oder die Realität zu fokussieren, erschwert den Transfer auf andere Situationen. Instruktionen müssen konkret und umsetzbar sein. (Neudeck u. Einsle, 2009, 2012, Neudeck 2015).

Instruktion und Gestaltung von Expositionen



▶ Instruktion als Intervention und informed consent:

Die Instruktion der Patienten vor einer Exposition sollte Hinweise und Informationen hinsichtlich

- ▶ Sinn und Zweck der Übung
 - ▶ Erwartungen/Befürchtungen
 - ▶ Sicherheitsverhalten
 - ▶ Angststärke/Verlauf
 - ▶ Expositionsprotokoll
- beinhalten.

Instruktion: Beispiel: Interozeptive Exposition



- Fokus auf:
- Wahrnehmung/Achtsamkeit: „Was nehmen Sie wahr (kognitiv, affektiv) wenn wir Symptome provozieren“ → Exploration
- Symptomtoleranz/emotional: „Ist es möglich die Bereitschaft zu erhöhen, Symptome zu ertragen?“ → Exposition
- Erwartungen/kognitiv: „Was erwarten Sie in bezug auf Ihre Angst und Ihre Befürchtungen wenn wir im TP Raum Symptome provozieren?“ → Verhaltensexperiment

Instruktion und Stimulusexposition



- „Reiz-(Stimulus-) ohne hinreichende Reaktionsexposition. Bei Agoraphobikern zum Beispiel die Vorgabe, U-Bahn-Fahrten beim ersten Mal über eine, dann drei und dann immer mehr Stationen durchzuführen statt der **Instruktion, so lange in einer U-Bahn zu bleiben, bis die Angst ihren Kulminationspunkt erreicht hat und deutlich wieder abgefallen ist**. Steigt der Patient noch auf der Höhe seiner Panik aus, tritt eine negative Verstärkung seiner Phobie ein. Alleinige Stimulusexposition macht allenfalls Sinn bei Phobien ohne Panikattacken.“
- Hand, I. (2013). Expositionstraining (Konfrontationstraining). In W. Senf, M. Broda & B. Wilms (Hrsg.), *Techniken der Psychotherapie: Ein methodenübergreifendes Kompendium* (S.164-171). Stuttgart: Thieme.
- Alternative Instruktion:
- „Fahren sie U-Bahn und prüfen Sie Ihre Erwartungen/Befürchtungen. Tolerieren Sie dabei auftretenden körperliche Erregungen und unangenehme Gefühle!“

Instruktion und Gestaltung von Expositionen



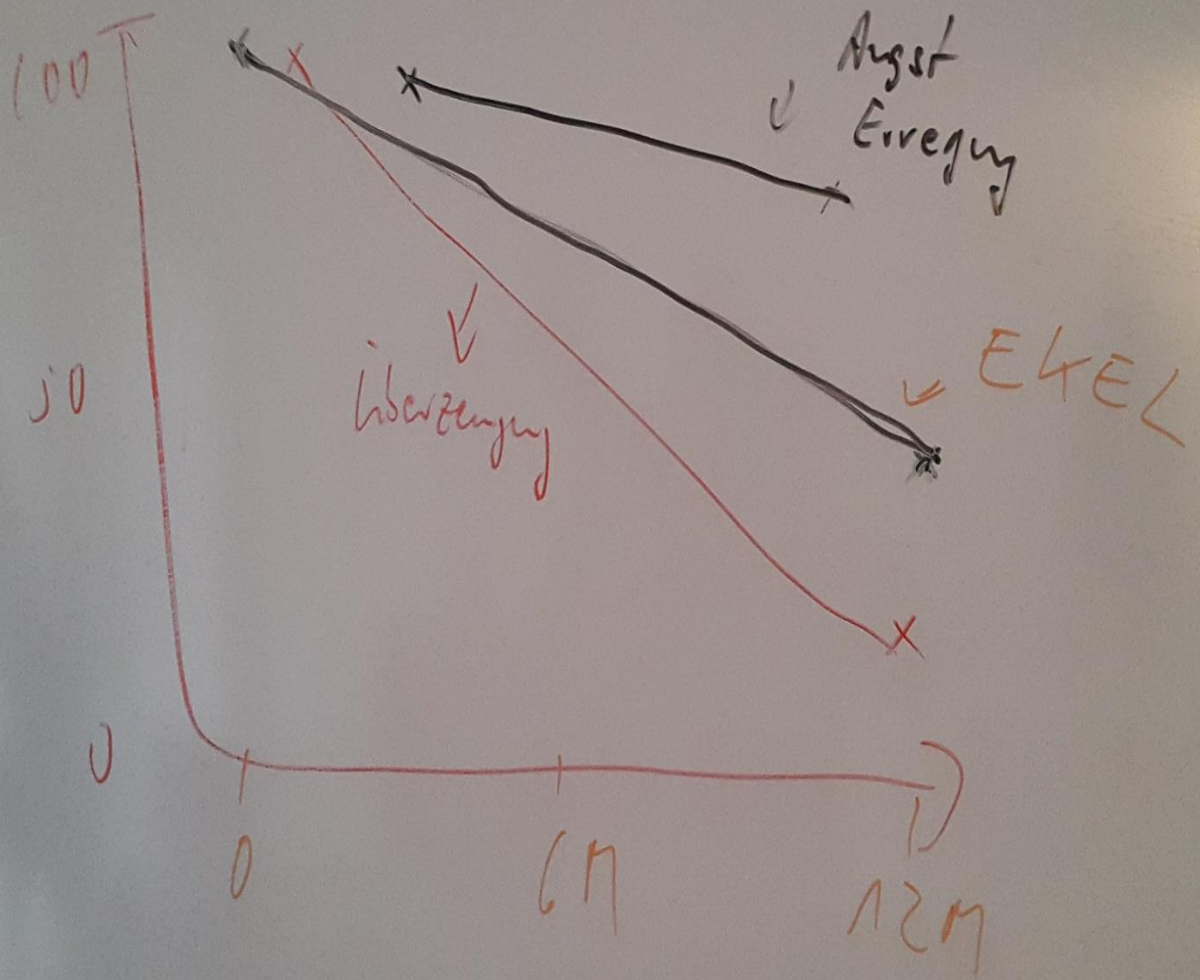
- ▶ **Gute Expositionsübungen sind:**
 - entsprechend der Bedingungsanalyse geeignet, die spezifischen Befürchtungen des Patienten und damit eine Angstreaktion auszulösen
 - logistisch machbar
(Ort/Zeit/Rahmenbedingungen)
 - patientengerecht gestaltet:
„Meet the patient where he is!“
 - bei Therapeutenbegleitung zeiteffizient und auch vom Patienten alleine durchführbar

Instruktion und Gestaltung von Expositionen



▶ **Zentrale Prinzipien bei der Durchführung von Expositionen:**

- Reduktion von Vermeideverhalten und Sicherheitsstrategien
- Überprüfen und Widerlegen von Befürchtungen
- Tolerieren unangenehmer Gedanken, Emotionen u. körperlicher Symptome
- Tolerieren von Restunsicherheit
- **→ Es geht nicht darum möglichst viel Angst zu erleben**



Zumutbar?



- ▶ Risiko eingehen und Zumutbarkeit prüfen:
„*Do at least some people ordinarily confront the situation/stimulus in the course of everyday life without adverse consequences?*“
(B.Deacon)

- ▶ Zumutbar ist
 - ▶ was gesetzlich erlaubt,
 - ▶ medizinisch unbedenklich und
 - ▶ zumindest von einer Gruppe von Menschen im Alltag getan wird (ohne, dass die von Patienten befürchteten Konsequenzen eintreten),
 - ▶ vom Patienten als zumutbar angesehen wird.

- ▶ (Deacon, 2012, Neudeck & Einsle, 2012, Neudeck, 2015)



Die Behandlerseite/Ausbildung



- **Therapeuten Kompetenz**
 - Exposition ist nicht nur Stress für Patienten (Schumacher et al, 2015).
 - Therapeuten sollten intellektuell und emotional in der Lage sein Exposition durchzuführen.
 - Sie spinnen nicht, wenn Sie Angst vor Spinnen haben, aber Sie spinnen, wenn sie mit Spinnenangst einen Spinnenphobiker behandeln.
 - ✦ Training und Anleitung durch erfahrene Therapeuten sind unerlässlich!
 - ✦ Verbesserung der Aus-und Weiterbildung; was nehmen die Teilnehmer mit?

Aus- und Weiterbildung:

Fragebogenstudie mit Absolventen von Weiterbildungsinstituten in Deutschland (n= 398):



- ▶ *Aus- und Weiterbildung im Zusammenhang mit der Anwendung von Exposition*

Tabelle 3: Betagewichte der einzelnen Prädiktoren

Beta-Gewicht

Prädiktoren auf individueller Ebene

Eigenes Seminar zu Expositionsverfahren (nein/ja)

0.21***

Gewichtung von Expositionsverfahren in der Ausbildung

0.15*

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

- ▶ „Eine vorsichtige Interpretation könnte in die Richtung gehen, dass die methodenspezifischen Inhalte mehr Wirkung erzielen als die störungsspezifischen Inhalte hinsichtlich der Anwendung von Expositionsverfahren.“
- ▶ Broicher, Gerlach & Neudeck 2016, ZKPP

Exposition als transdiagnostischer Prozess



- ▶ **Ein primäres Ziel der Exposition ist es, Patienten dabei zu helfen ihr Leben zu leben und sich gefürchteten Situationen ohne Garantien zu stellen.**

