

# TÄTIGKEITSBERICHT 2017–2018

## PSYCHOTHERAPIEAMBULANZ

# SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN, LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN,

In diesem Jahresbericht möchten wir Sie über die psychotherapeutischen und wissenschaftlichen Aktivitäten in der Psychotherapieambulanz der WWU Münster in den Jahren 2017 und 2018 informieren.

In dieser Zeit haben etwa 1.245 Personen unsere Sprechstunde genutzt und in jedem Jahr etwa 560 PatientInnen unsere weitergehenden psychotherapeutischen Angebote in Anspruch genommen. Diese Patienten berichteten vorwiegend Beschwerden im Bereich der Angst- und affektiven Störungen. Neben der Untersuchung der Wirksamkeit unserer allgemeinen Routinebehandlung führten wir mehrere Forschungsaktivitäten in unseren Spezialambulanzen zur Behandlung der Körperdysmorphen Störung, der Traumafolgestörungen, der Zwangsstörungen sowie der Prokrastination durch.

Unsere kontinuierlichen Bemühungen, hochqualitative Arbeit für unsere Patienten zu leisten, wurden im Rahmen unserer erfolgreichen Rezertifizierung durch die „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (KTQ) wieder bestärkt. Das aktuell gültige KTQ-Zertifikat bescheinigte uns mit 96,3 % ein hervorragendes Ergebnis. Dieses Ergebnis bestätigt, dass unsere evidenzbasierte Vorgehensweise sich sehr gut mit den Erwartungen und Bedürfnissen der Patienten verbinden lässt. Dies wird auch durch unsere jährliche Patientenumfrage gestützt.

An dieser Stelle bedanken wir uns herzlich bei unseren Patientinnen und Patienten für ihr Vertrauen und unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für das besondere Engagement. Bei unseren Kolleginnen und Kollegen bedanken wir uns für die gute Zusammenarbeit im Sinne einer wirksamen Behandlung für unsere Patientinnen und Patienten.

”

*Das aktuell  
gültige KTQ-Zertifikat  
bescheinigte uns mit  
96,3% ein hervor-  
ragendes Ergebnis.*

“



Leitungsteam der Psychotherapie-Ambulanz v. l.:  
Dr. Fabian Andor, Prof. Dr. Ulrike Buhlmann,  
Dr. Tanja Andor, Prof. Dr. Nexhmedin Morina

Dr. Fabian Andor,  
Geschäftsführer IPP Münster

Prof. Dr. Ulrike Buhlmann,  
Wissenschaftliche Leitung

Dr. Tanja Andor,  
Geschäftsführende und  
therapeutische Leitung

Prof. Dr. Nexhmedin Morina,  
Stellv. Wissenschaftliche  
Leitung



# DIE PSYCHOTHERAPIE-AMBULANZ

**D**ie Psychotherapieambulanz (PTA) ist als Praxisstelle für Psychologische Psychotherapie und Beratung eine Betriebseinheit des Fachbereichs Psychologie und Sportwissenschaften an der Westfälischen Wilhelms-Universität (WWU) Münster. Sie bietet umfassende diagnostische und psychotherapeutische Hilfe bei psychischen Störungen sowie Beratungen und Trainings bei besonderen Problemen. Als Hochschul-

ambulanz verbindet die PTA die Durchführung von Diagnostik und Therapie mit klinisch-psychologischer Forschung und Lehre. Die PTA fungiert zudem als Ausbildungsambulanz des Instituts für Psychologische Psychotherapieausbildung (IPP) an der WWU Münster. Unsere Spezialambulanzen widmen sich der Erforschung spezifischer Problembereiche und bieten hierfür gezielte Beratungen, Diagnostik und Therapie an.



Mitarbeiter der Psychotherapieambulanz  
Unten v. l.: Johanna Schulte M.Sc., Brigitte Meiners, Prof. Dr. Ulrike Buhlmann, Dr. Carolin Thielsch, Dr. Tanja Andor; Mitte v. l.: Katharina Förster M.Sc., Dipl.-Psych. Julienne Seidemann, Dipl.-Psych. Stephan Förster, Dipl.-Psych. Kerstin Burmeister, Jasmin Wunderlich, Katrin Burkötter; Oben v. l.: Prof. Dr. Nexhmedin Morina, Dipl.-Psych. Isabelle Drenckhan, Dr. Fabian Andor, Dipl.-Psych. Julia Elen Haferkamp

## PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG UND BERATUNG

### 1 KONTAKTAUFNAHME

Um den Fragen, Anliegen und Wünschen der PatientInnen bestmöglich gerecht werden zu können, erhalten diese bei Kontaktaufnahme einen Eingangsfragebogen, der auf der Website der PTA, per Post oder E-Mail jederzeit angefordert werden kann. Nach Eingang dieses Fragebogens bei uns, werden den PatientInnen zeitnah Termine für ein Erstgespräch in unserer Sprechstunde angeboten oder ggf. andere geeignete Anlaufstellen empfohlen.

### ERSTGESPRÄCH

Die PTA bietet Erstgespräche nach individueller Terminvereinbarung an, wobei PatientInnen die Gelegenheit erhalten, ihr Anliegen zu besprechen und sich über Behandlungsmöglichkeiten zu informieren. Kann die PTA den PatientInnen ein geeignetes Behandlungsangebot machen, erhalten diese nach einer Wartezeit einen Therapieplatz. Andernfalls bieten die TherapeutInnen Unterstützung bei der Suche nach alternativen Behandlungsangeboten. Im Jahr 2017 nutzten 564 Personen und im Jahr 2018 681 Personen dieses Angebot.

### 3 WARTELISTE

Von den insgesamt 1.245 Personen, die sich in beiden Jahren in der Sprechstunde vorstellten, nahmen bisher 703 PatientInnen ein Behandlungsangebot in der PTA in Anspruch. Hierbei handelte es sich vor allem um Einzeltherapien, diagnostische Untersuchungen oder Kurzberatungen.

### THERAPIE

In den Jahren 2017 und 2018 befanden sich jeweils 1.210 bzw. 1.110 Personen mit unterschiedlichen psychischen Störungen in der PTA in Behandlung bzw. waren dort in der Sprechstunde. Davon befanden sich jeweils 565 bzw. 564 PatientInnen in Einzeltherapie. Es nahmen 32 PatientInnen an einem von fünf Gruppentrainings zur Verbesserung sozialer Kompetenzen teil. In den vergangenen beiden Jahren wurden jeweils 10.693 bzw. 11.636 Behandlungseinheiten erbracht.

# PSYCHOTHERAPIEFORSCHUNG

## EINZELTHERAPIEN AN DER PTA IN DEN JAHREN 2017 UND 2018

761 PatientInnen wurden in den Jahren 2017 und 2018 an der PTA verhaltenstherapeutisch behandelt und haben ihr Einverständnis zur anonymisierten Auswertung ihrer Behandlungsdaten gegeben. Tabelle 1 gibt einen Überblick über Alter und Geschlecht, Therapiesitzungen und Diagnosen.

Im Rahmen der Therapie erhalten die PatientInnen zu den vier Messzeitpunkten *Prä* (zu Therapiebeginn), *Post* (zum Ende der Therapie), *Follow-Up 1* (6 Monate nach Post-Messung) und *Follow-Up 2* (12 Monate nach Post-Messung) folgende störungsübergreifende Fragebögen:

**Problemfragebogen PFB:** Der PTA-eigene Problemfragebogen erfragt die Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen (Arbeit oder Ausbildung, Freizeit, soziale Kontakte, häusliche Pflichten) auf einer 5-stufigen Skala (0 gar nicht – 1 ein wenig – 2 mäßig – 3 schwer – 4 sehr schwer). Zum Zeitpunkt Post, FU1 und FU2 wird zusätzlich der subjektiv empfundene Therapieerfolg auf einer 7-stufigen Skala erfasst (1 sehr viel besser – 4 unverändert – 7 sehr viel schlechter).

**Symptom-Checkliste SCL-90:** Die SCL-90 (Derogatis, 1977, dt. Version von Franke, 2002) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der psychischen Symptombelastung. Mit Hilfe von 90 Items aus neun Subskalen werden unterschiedliche Symptombereiche erfasst. Drei globale Kennwerte geben zudem Auskunft über die grundsätzliche psychische Belastung (GSI), die Intensität der Antworten (PSDI) und die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt (PST). Bezüglich der hier zu berechnenden T-Werte gilt:  $T > 60$  = deutlich messbare psychische Belastung und  $T > 70$  = hohe bis sehr hohe psychische Belastung.

**Beck Depression Inventory BDI-II:** Das BDI II (Beck, Steer, & Brown, 1996; dt. Version von Hautzinger, Keller, & Kühner, 2006) stellt ein Instrument zur Beurteilung der depressiven Symptomatik dar. Aus jeweils 4 Aussagen zu 21 Symptomen der Depression ist jeweils die passendste auszuwählen. Es wird ein Gesamtwert berechnet, der Anhalt bezüglich der Depressionsschwere gibt.

Tabelle 1: Merkmale der Behandlungsgruppe

MERKMAL	M (SD); Spanne; Prozent
Alter zu Beginn	31,55 (11,31); 18,33–70,75
Geschlecht	59,9% weiblich
Anzahl Sitzungen (inkl. Probatorik)	37,33 (24,55); 1–95
Therapieabbruch	3,8% während Diagnostik; 0,8% während Probatorik; 8,7% während Therapie
<b>Hauptdiagnose</b>	
■ Angststörungen	31,27%
■ Affektive Störungen	29,83%
■ Anpassungsstörungen	20,36%
■ Somatoforme Störungen	5,12%
■ Essstörungen	2,50%
■ Persönlichkeitsstörungen	1,83%
■ Hyperkinetische Störungen	1,70%
■ Prokrastination	1,58%
■ Psychotische Störungen	1,45%
■ Substanzabhängigkeit/-missbrauch	0,52%
■ Sonstiges	3,84%

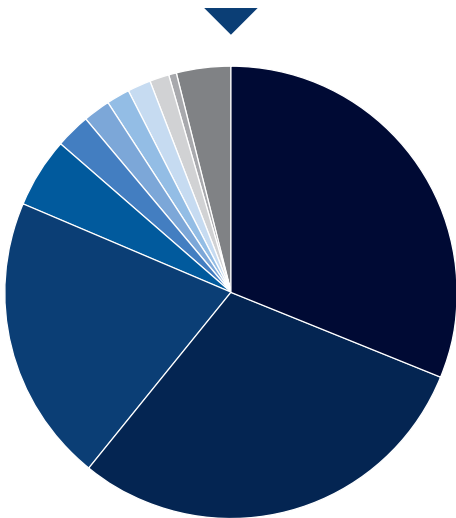


Abbildung 1: Verteilung der Hauptdiagnosen

## SYMPTOMATIK ZU THERAPIEBEGINN

Zu Beginn der Therapie berichteten die Patienten mäßige bis schwere Funktionseinschränkungen in den einzelnen Lebensbereichen, eine deutlich ausgeprägte grundsätzliche psychische Belastung sowie eine ebenfalls im Durchschnitt deutlich ausgeprägte Intensität der Antworten. Im Schnitt lag bei über der Hälfte der 90 abgefragten Symptome eine Belastung vor. Die Schwere der depressiven Symptomatik lag im Mittel zwischen einer leichten und mittelschweren Ausprägung (für einen Überblick s. Tabelle 2).

## WELCHE VERÄNDERUNGEN DER PSYCHISCHEN BESCHWERDEN ZEIGTEN SICH ZU THERAPIEENDE?

Von den 761 einzeltherapeutisch behandelten PatientInnen beendeten 372 Patienten in dem Berichtszeitraum ihre Therapien, sodass ihre diagnostischen Daten zu Therapieende mit denen zu Therapiebeginn verglichen werden konnten. Die Ergebnisse sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Über alle Patienten gemittelt ergibt sich demnach von der Prä- zur Post-Messung eine signifikante Reduktion der Symptomatik mit nach den Konventionen von Cohen (1988)

durchgängig starken Effektstärken. Die Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen reduzierte sich von einer mäßigen bis schweren zu einer leichten bis mäßigen Ausprägung. Dies stimmt mit der Einschätzung der behandelnden TherapeutInnen überein, die die Beeinträchtigung der PatientInnen in den einzelnen Lebensbereichen zum Zeitpunkt der Postmessung ebenfalls als leicht ausgeprägt einschätzen (Arbeit/Ausbildung  $M = 1,44$  ( $SD = 1,06$ ); Freizeit  $M = 1,22$  ( $SD = 0,95$ ); soziale Kontakte  $M = 1,36$  ( $SD = 1,06$ ); häusliche Pflichten  $M = 0,75$  ( $SD = 0,88$ )).

Die allgemeine psychische Belastung remittierte ebenfalls substantiell.

Die Depressionsschwere halbierte sich im Schnitt, sodass zum Post-Zeitpunkt eine minimal ausgeprägte depressive Symptomatik vorlag.

Im Mittel gaben die Patienten zudem ihren subjektiv erlebten Therapieerfolg zum Zeitpunkt der Postmessung als „viel besser“ an ( $M = 2,01$  ( $SD = 0,90$ )).

Tabelle 2: Mittelwerte zum Prä- und Post-Zeitpunkt sowie Ergebnisse der Prä-Post Analysen  
\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ ; T-Werte: <sup>1</sup> $M = 63,83$  ( $SD = 9,86$ ), <sup>2</sup> $M = 61,56$  ( $SD = 11,16$ ), <sup>3</sup> $M = 61,67$  ( $SD = 8,88$ )

MESSINSTRUMENT	<i>M (SD) prä</i>	<i>M (SD) prä</i>	<i>M (SD) post</i>	<i>t-Wert</i>	<i>d</i>
	<i>Gesamt (n = 761)</i>	<i>Vergleichsstichprobe (n = 372)</i>			
<b>PFB – Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen</b>					
› Arbeit/Ausbildung	2,48 (1,14)	2,68 (1,21)	1,56 (1,10)	13,36***	0,97
› Freizeit	2,34 (1,08)	2,56 (1,15)	1,44 (1,10)	16,87***	1,00
› soziale Kontakte	2,38 (1,15)	2,62 (1,24)	1,48 (1,13)	17,17***	0,95
› häusliche Pflichten	1,81 (1,21)	1,99 (1,25)	1,15 (1,10)	12,49***	0,72
<b>SCL-90 – Belastungen in 9 unterschiedlichen Symptombereichen</b>					
› GSI	1,15 (0,77) <sup>1</sup>	1,40 (0,85)	0,79 (0,74)	12,79***	0,76
› PSDI	1,92 (0,74) <sup>2</sup>	2,02 (0,90)	1,47 (0,61)	10,23***	0,70
› PST	50,70 (24,06) <sup>3</sup>	60,14 (26,11)	43,60 (30,88)	9,23***	0,59
<b>BDI II – Depressionsschwere</b>	19,34 (10,98)	20,14 (11,44)	9,99 (9,88)	16,64***	0,95

Tabelle 3: Stabilität von Post zu FU1

MESSINSTRUMENT	M (SD) post	M (SD) FU1	t-Wert	p
<b>PFB – Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen</b>				
› Arbeit/Ausbildung	1,49 (0,97)	1,41 (1,04)	0,87	.39
› Freizeit	1,47 (0,97)	1,41 (1,13)	0,85	.40
› soziale Kontakte	1,47 (0,99)	1,49 (1,11)	-0,23	.82
› häusliche Pflichten	1,13 (0,98)	1,08 (1,03)	0,74	.46
<b>SCL-90 – Belastungen in 9 unterschiedlichen Symptombereichen</b>				
› GSI	1,15 (0,85)	1,16(0,86)	-0,37	.71
› PSDI	1,58 (0,76)	1,56 (0,76)	0,76	.45
› PST	60,69 (33,03)	61,39 (33,11)	-0,82	.42
<b>BDI II – Depressionsschwere</b>	7,56 (8,21)	8,80 (10,56)	-1,11	.27

WELCHE VERÄNDERUNGEN DER PSYCHISCHEN BESCHWERDEN ZEIGEN SICH 6 MONATE NACH THERAPIEENDE?

148 PatientInnen absolvierten im Berichtszeitraum die erste Follow-Up-Untersuchung 6 Monate nach Therapieende. Die berichtete Remission mit durchgängig signifikanten Ergebnissen war auch für den erweiterten Zeitraum von der Prä-Messung zur ersten Follow-Up-Messung replizierbar und es zeigte sich, dass sich die berichtete Symptomatik zu Therapieende und 6 Monate danach nicht signifikant unterschied, die erzielte Symptomreduktion also stabil blieb (siehe Tabelle 3).

WELCHE VERÄNDERUNGEN BEZÜGLICH DER PSYCHISCHEN BESCHWERDEN ZEIGEN SICH 6 MONATE NACH THERAPIEENDE?

Auch bei den 64 Patienten, die im Berichtszeitraum die zweite Follow-Up-Untersuchung nach einem Jahr absolvierten, zeigte sich, dass die im Rahmen der Therapie bewirkte Remission für den abermals erweiterten Untersuchungszeitraum von der Prä-Messung zur zweiten Follow-Up-Messung ebenfalls Bestand hatte. Die Werte unterschieden sich zu Therapieende nicht signifikant von den Werten ein Jahr nach Therapieende und blieben somit stabil.

Die Ergebnisse sind für diese 64 PatientInnen, für die bereits FU2-Werte vorliegen, in den folgenden Abbildungen (1–3) grafisch dargestellt. Hierzu wurden auch die Veränderungen von FU1 zu FU2 analysiert, die ebenfalls keine Verschlechterungen im Zeitraum 6 Monate und 1 Jahr nach Therapie zeigen.

Die Ergebnisse dieser Evaluation zeigen, dass die in den letzten zwei Jahren an der PTA durchgeführten, verhaltenstherapeutisch orientierten Einzeltherapien sehr zufriedenstellende Effekte bei der Reduktion von Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen, allgemeiner psychischer Belastung und Depressionsschwere erzielen konnten. Das naturalistische Design der Untersuchung bedingt das Fehlen einer Kontrollgruppe, sodass die beobachteten Werte nicht im Vergleich zu dort erzielten Werten betrachtet werden können.

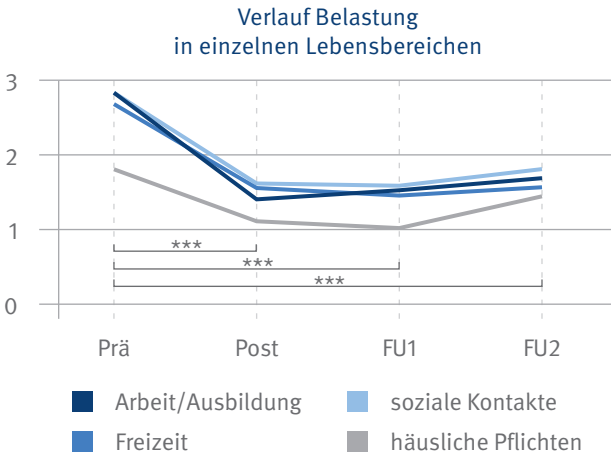
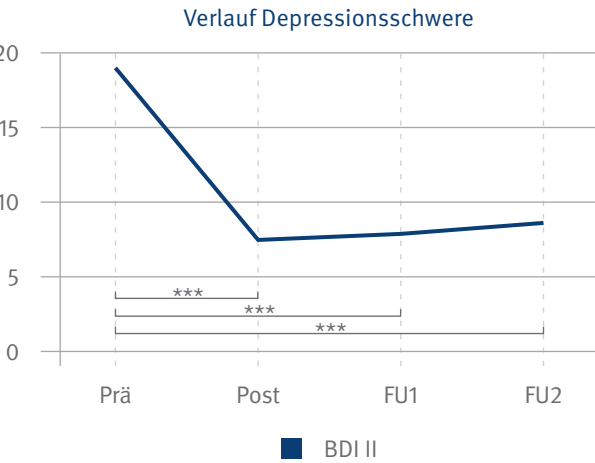
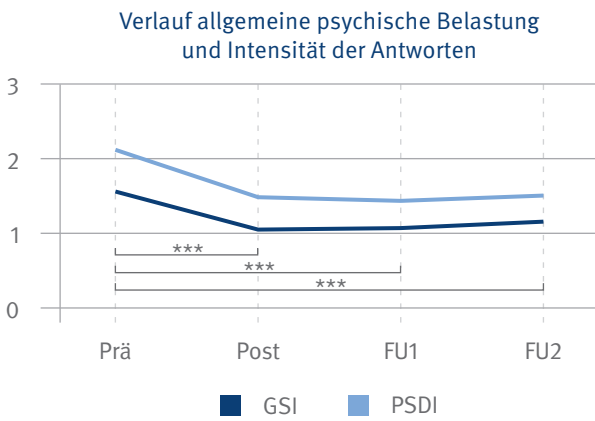


Abb. 1: Verlauf PFB von Prä zu Post  
Abb. 2: Verlauf SCL-90 – GSI und PSDI  
Abb. 3: Verlauf BDI II  
Anmerkung: Ergebnisse der Mittelwertvergleiche mittels t-Test (\*p < .05; \*\*p < .01; \*\*\*p < .001)



LITERATUR

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-Second Edition*. San Antonio, Texas, USA: The Psychological Corporation.

Derogatis, L., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the scl-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981–989.

Franke, G. (2002). SCL-90-R. *Die Symptom-Checkliste von Derogatis: deutsche Version*. Göttingen: Beltz.

Hautzinger, M., Keller, F., Kühner C. (2006). *Das Beck Depressionsinventar II. Deutsche Bearbeitung und Handbuch zum BDI II*. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services GmbH.



DIE EFFEKTIVITÄT DER KOGNITIV-BEHAVORALEN BEHANDLUNG DER SOZIALEN ANGSTSTÖRUNG

Julienne Seidemann, Tanja Andor, Lisa Richter, Paul-Christian Bürkner, Isabelle Drenckhan, Nexhmedin Morina und Ulrike Buhlmann.

Die Effektivität der kognitiv-behavioralen Behandlung der sozialen Angststörung unter Routinebedingungen wurde bislang anhand nur weniger Studien untersucht und erreichte dabei Effektstärken zwischen  $d = 0,9$  und  $d = 1,2$  für die störungsspezifische Symptomatik. Die hohe methodische Vielfalt erschwert jedoch kohärente Aussagen über die Höhe der Effektivität und deren prädiktiven Variablen. Ziel dieser Studie war die Effektivität der kognitiv-behavioralen sozialen Angststörungsbehandlung an einer Hochschulambulanz über einen Zeitraum von acht Jahren zu untersuchen und soziodemographische, klinische und therapiebezogene Prädiktoren zu identifizieren.

Hierfür wurden 231 PatientInnen mit einer sozialen Angststörung ( $n = 143$  mit Primärdiagnose; Alter  $29,12 \pm 9,37$  Jahre; 57% weiblich) zu Therapiebeginn, -ende sowie 6 und 12 Monate nach Abschluss der Behandlung (follow up, FU) untersucht. Die Therapiedauer lag bei durchschnittlich  $39 \pm 17$  Sitzungen. Die Symptomatik der PatientInnen wurde mittels Fragebögen erhoben (z.B. für die sozialängstliche Symptomatik mit SPS, SIAS und FSSS, vgl. Tabelle). Die Therapiebausteine wurden, angelehnt an das Manual von Stangier, Clark und Ehlers (2006), retrospektiv anhand von Epikrisen und Patientenakten erfasst.

Die Analysen zeigen, dass sowohl bei allen Patienten mit regulärem Therapieende als auch bei denjenigen mit Therapieabbruch die globale psychische Belastung, Depressivität und sozialängstliche Symptomatik zum Therapieende signifikant abnahm (alle  $p < .01$ ). Für Patienten mit regulärem Therapieende lagen die Effektstärken bei  $d = 0,86$  für die globale psychische Belastung und zwischen  $d = 0,87$  und  $d = 1,20$  für die störungsspezifische Symptomatik. Sie sind damit nach den gängigen Konventionen (Cohen, 1988) als

hoch zu bewerten. Je nach Messinstrument sprachen 47,8% bis 73,5% der PatientInnen auf die Behandlung an und erlebten eine Besserung ihrer Symptomatik. Nur bei einzelnen PatientInnen wurde zu Therapieende eine Verschlechterung deutlich (z.B. bezogen auf die sozialängstliche Symptomatik bei 1,9% bis 3,8%). Auch ein Jahr nach Therapieende konnten 72,7% bis 89,7% der PatientInnen ihr Therapieergebnis aufrechterhalten oder sogar noch weiter verbessern.

Durch multiple lineare Regressionsanalysen konnte die zu Behandlungsbeginn durch den Therapeuten eingeschätzte Motivation des Patienten als potenzieller positiver Prädiktor für die Verringerung der sozialängstlichen Symptomatik zum Therapieende hin identifiziert werden (vor  $\alpha$ -Korrektur). Zudem gab es Hinweise darauf, dass bei PatientInnen, die alleine leben, die depressive Symptomatik sich zum Therapieende hin tendenziell weniger verringerte als bei nicht Alleinlebenden. In den Analysen zur Vorhersage des Behandlungserfolges über alle vier Messzeitpunkte hinweg konnte kein kohärentes Muster an Interaktionen der soziodemographischen und klinischen Charakteristika sowie der Therapiebausteine mit den Veränderungen über die Zeit gefunden werden. Die durchgeführten Therapiebausteine sind in Abbildung 3 dargestellt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Therapieeffekte insgesamt als hoch und stabil sowie im Vergleich zu den naturalistischen Vorbefunden als gleichwertig einzustufen sind. Hinsichtlich der zukünftigen Forschung wäre es wünschenswert, wenn ein genaueres Augenmerk auf die Bestätigung von potenziellen Prädiktoren für den Therapieerfolg gelegt wird. Dabei sollten die verwendeten Therapiebausteine parallel zur Therapie durch Therapeuten erfasst sowie Kategorien detaillierter unterteilt und spezifiziert werden.

Tabelle 1: Effektstärken, Response-, Verschlechterungs- und Relapse-Raten (basierend auf dem RCI)

MESS-INSTRUMENT	SUB-GRUPPEN	PRÄ – POST					Post – FU2*	
		<i>n</i>	<i>d<sub>Prä</sub></i>	<i>d<sub>pool</sub></i>	Response (%)	Verschlechterung (%)	Relapse (%)	Response (%)
SCL-90-R: GSI	Completer Abbrecher ITT & imputiert	141	0,86	1,06	60,28	3,55	20,90	5,97
		25	0,60	0,64	56,00	4,00	7,14	28,57
		231	0,87	1,04	60,65	4,72	24,65	17,34
BDI	Completer Abbrecher ITT & imputiert	143	1,02	1,23	44,76	0	11,69	1,30
		26	1,13	1,05	38,46	0	7,69	13,38
		231	1,07	1,26	47,25	0,58	18,07	7,75
SPS	Completer Abbrecher ITT & imputiert	134	0,91	0,96	47,01	0,75	1,52	12,12
		24	0,84	0,90	37,50	4,17	9,09	18,18
		231	0,92	0,99	47,84	2,62	10,30	18,68
SIAS	Completer Abbrecher ITT & imputiert	134	0,87	0,93	52,24	0,75	6,06	15,15
		24	0,77	0,81	58,33	0	9,09	9,09
		231	0,90	0,96	55,28	1,86	17,12	19,68
FSSS	Completer Abbrecher ITT & imputiert	132	1,20	1,21	75,00	2,27	17,19	20,31
		25	0,97	0,98	68,00	0	18,18	45,45
		231	1,20	1,22	73,53	3,81	27,25	29,39

Anmerkungen. RCI = Reliable Change Index; SCL-90-R = Symptom-Checkliste 90-R; GSI = Global Severity Index, allgemeine psychische Belastung; BDI = Beck-Depressions-Inventar (Version I und II); SPS = Social Phobia Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale; FSSS = Fragebogen zur Selbsteinschätzung in sozialen Situationen. Für die Analysen wurden Patienten mit und ohne klinisch relevantem Anfangswert miteinbezogen.

\* Für Patienten mit Postmessung, aber ohne FU2-Messung wurden die fehlenden Daten multipel imputiert. Anzahl der vorhandenen FU2-Messungen für die Intent-To-Treat-Substichprobe lauten wie folgt:  $n = 81$  SCL-90-R,  $n = 90$  BDI,  $n = 83$  SPS/SIAS und  $n = 79$  FSSS.

# PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Wie bereits seit neun Jahren führten wir auch in den Jahren 2017 und 2018 jeweils eine Patientenbefragung durch. Diese gehört zu unserem Qualitätsmanagement-System, mit dem wir unsere Leistung prüfen und stetig verbessern möchten, um die Zufriedenheit der PatientInnen und MitarbeiterInnen der Ambulanz weiter zu erhöhen.

arbeiten gut angenommen wurden. Darüber hinaus zeigten sich keine Unterschiede, sodass wir davon ausgehen können, dass die Zufriedenheit der PatientInnen konstant auf einem hohen Niveau geblieben ist. Wir freuen uns über die konstruktiven Verbesserungsvorschläge und die zahlreichen positiven Rückmeldungen.

## ERGEBNISSE DER PATIENTENBEFRAGUNG 2018

Im Jahr 2018 haben wir im Befragungszeitraum (12.11.–16.11.2018) von 205 ausgegebenen Fragebögen 194 zurück- erhalten. Dies entspricht einer sehr hohen Rücklaufquote von 95%. Die zentralen Ergebnisse können den folgenden Abbildungen entnommen werden.

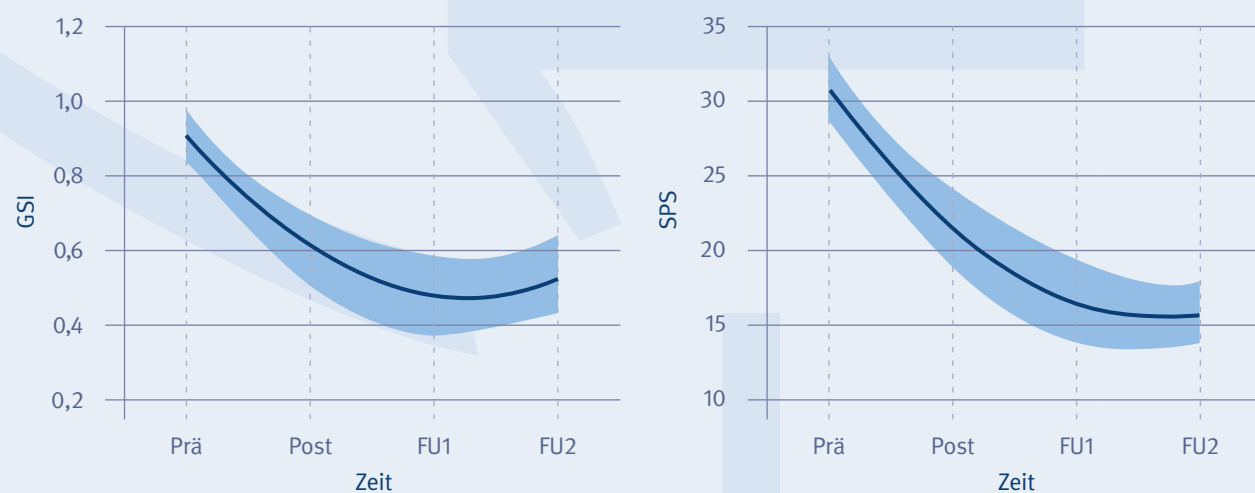
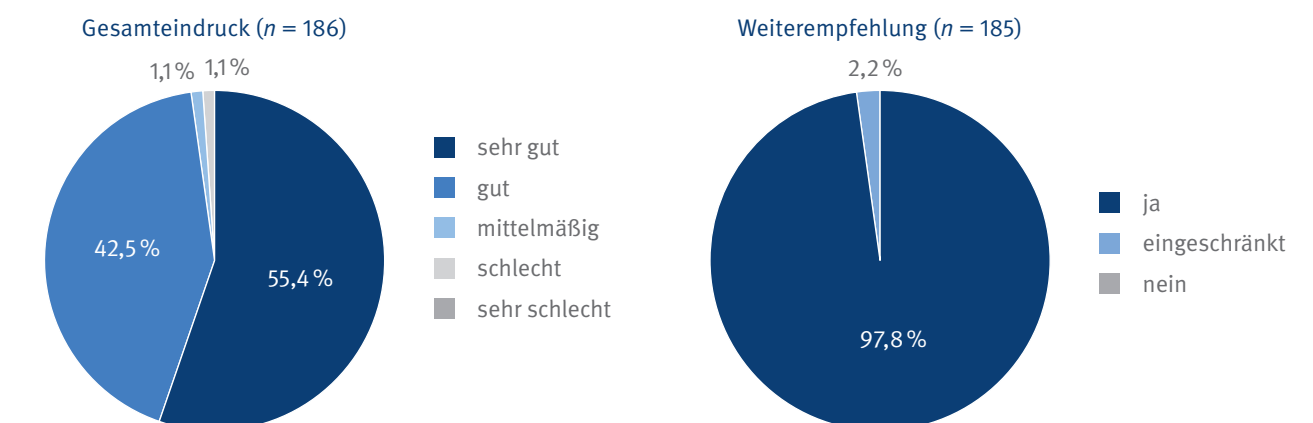
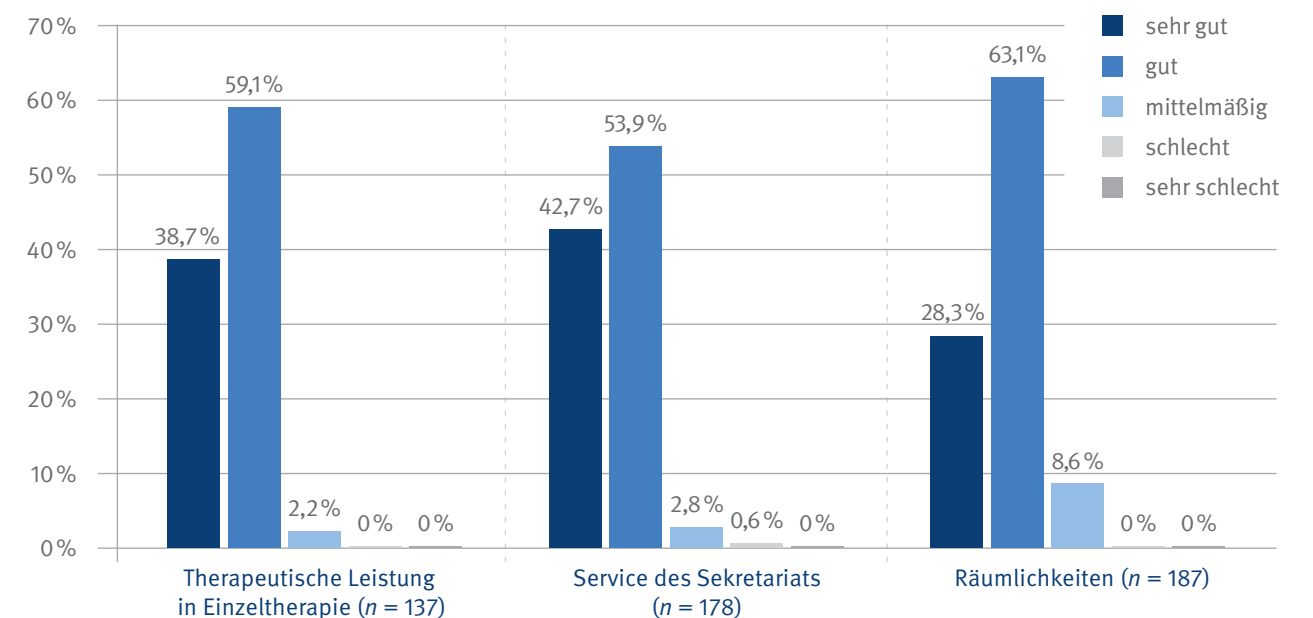


Abb. 1: Der Verlauf der globalen psychischen Belastung (GSI-Wert des SCL-90-R) für die Intent-To-Treat-Substichprobe über alle vier Messzeitpunkte hinweg.

Abb. 2: Der Verlauf der Angst vor Beobachtung (SPS) für die Intent-To-Treat-Substichprobe über alle vier Messzeitpunkte hinweg.

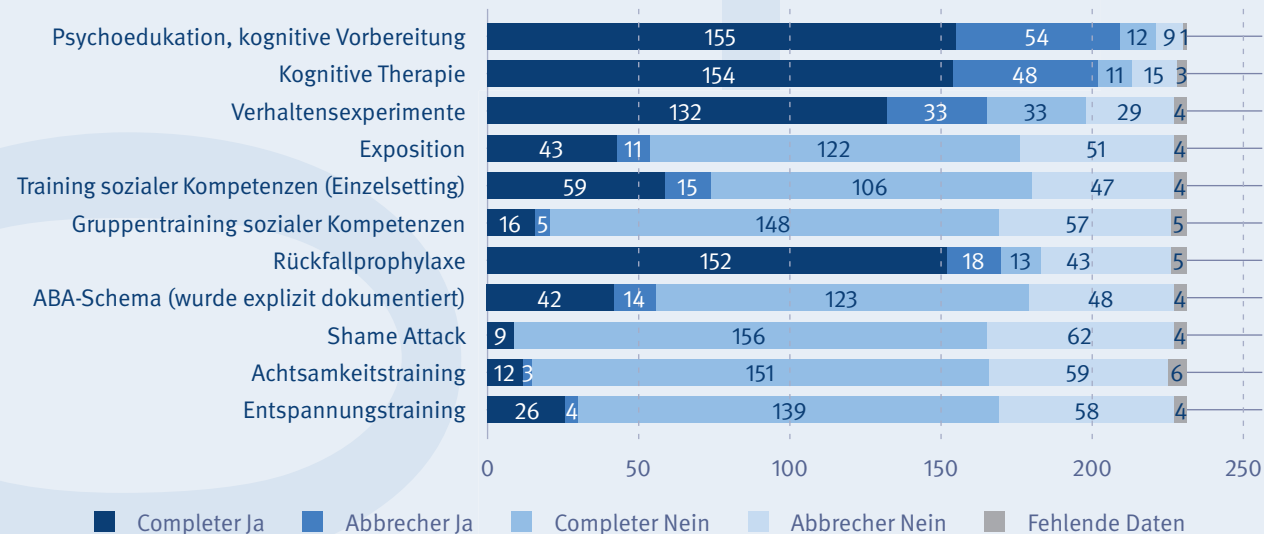


Abb. 3: Häufigkeiten von durchgeführten Therapieelementen, unterteilt für Patienten mit einem regulären Therapieende (Completer) und Patienten mit einem Therapieabbruch (Abbrecher). Absolute Zahlen an Patienten werden berichtet. „Ja“ bedeutet, dass das entsprechende Therapieelement retrospektiv berichtet wurde; „Nein“ bedeutet, dass dieses nicht berichtet wurde.

Seidemann et al. (2018). Die Effektivität der kognitiv-behavioralen Behandlung der sozialen Angststörung an einer universitären Hochschulambulanz. Poster präsentiert auf dem 36. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, 11. Mai 2018. Landau in der Pfalz, Deutschland.



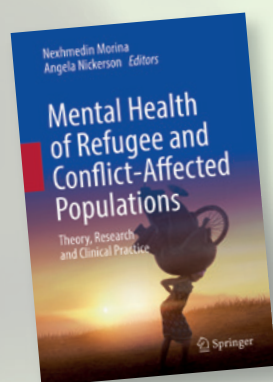
Das Team der Traumaambulanz v. l.:  
Prof. Dr. Nexhmedin Morina,  
Dr. Antje Krüger-Gottschalk



## NEUES AUS DER TRAUMAAMBULANZ

### SPEZIALAMBULANZ FÜR POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

Die Traumaambulanz bietet unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Nexhmedin Morina und der Koordination von Dr. Antje Krüger-Gottschalk Diagnostik, Beratung und psychologische Behandlung im Bereich der Traumafolgestörungen, insbesondere der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), an. Auch in akuten Notfallsituationen, wie der Amokfahrt am 7. April 2018, ist das Team der Traumaambulanz Ansprechpartner für Betroffene und bietet Unterstützung an. In den vergangenen beiden Jahren wurden mehrere Forschungsprojekte vorbereitet und durchgeführt und diese werden im Folgenden näher beschrieben.



### VERÖFFENTLICHUNGEN

In den Jahren 2017/2018 haben die Mitarbeiter der Traumaambulanz mehrere wissenschaftliche Arbeiten publiziert. So erschien kürzlich ein von Nexhmedin Morina und Angela Nickerson (University of New South Wales, Sydney, Australien) herausgegebenes Buch mit dem Titel „Mental Health of Refugee and Conflict-Affected Populations: Theory, Research and Clinical Practice“, das Abhandlungen von mehreren internationalen Experten im Bereich psychischer Gesundheit von Flüchtlingen und anderen Überlebenden von Massengewalt beinhaltet. Weitere Publikationen im Bereich von Traumafolgestörungen können der Publikationsliste auf den Seiten 30 und 31 entnommen werden.

## KOOPERATIONEN & FORSCHUNGSPROJEKTE

### MULTI-CENTER-STUDIE „IREM-FREQUENCY“

Die Traumaambulanz ist Teil einer multizentrischen randomisiert-kontrollierten Studie, in der die beiden Therapieverfahren EMDR und Imagery Rescripting bei erwachsenen PatientInnen mit einer PTBS miteinander verglichen werden. Zudem wird geprüft, welche Auswirkung die Frequenz der Sitzungen (einmal vs. zweimal pro Woche je eine Doppelsitzung) auf die Wirksamkeit der beiden Verfahren hat. Die ersten Behandlungen haben bei uns im Herbst 2018 begonnen.

Die Studie wird in Amsterdam (Prof. Dr. A. Arntz) koordiniert und umfasst zahlreiche Studienzentren in den Niederlanden, Deutschland (Lübeck, München, Münster) und Australien. Einschlussbedingung für eine Studienteilnahme ist v. a. die Primärdiagnose der PTBS auf Grund von traumatischen Erfahrungen vor dem 16. Lebensjahr.

### BMBF-Projekt ReCAP („CULTURALLY ADAPTED PSYCHOTHERAPY FOR REFUGEES“)

ReCAP ist ein vom BMBF bewilligtes Behandlungsprojekt in Kooperation mit den Universitäten in Frankfurt, Marburg, München und Münster. Zielgruppe des Projektes sind Geflüchtete mit psychischen Beschwerden, die in drei verschiedenen Subprojekten Unterstützung bzw. Behandlung erhalten. Die drei Subprojekte folgen dem stepped-care Ansatz: Subprojekt 1 (Teegarten) ist ein kurzes Gruppenprogramm von 2 Sitzungen, in denen die Teilnehmer über Hilfsangebote und Behandlungsmöglichkeiten informiert werden sowie Psychoedukation zu verschiedenen Symptombereichen erhalten. Im zweiten Subprojekt (CA-CBT) wird ein störungsübergreifendes Gruppenprogramm mit 12 Sitzungen angeboten. Das Gruppenprogramm orientiert sich an der cultural-adapted CBT nach D. Hinton und ist in einigen Studien bereits evaluiert worden. Das dritte Subprojekt (ReScript) richtet sich an Geflüchtete mit der Diagnose einer PTBS. Diesen Teilnehmern wird im Einzelsetting Imagery Rescripting angeboten. Zusätzlich findet eine ökonomische Analyse der drei untersuchten Interventionen hinsichtlich der Ressourcennutzung und -kosten statt.

Dieses sehr umfangreiche Projekt wird gerade vorbereitet und soll im Frühling 2019 beginnen. Es ist uns geglückt, das Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge Refugio Münster als wichtigen Partner zu gewinnen, worüber wir uns sehr freuen.

### FALLSTUDIE IMAGERY RESCRIPTING

In einer kleinen Einzelfallstudie mit randomisierter Warteliste untersuchen wir die Wirksamkeit von Imagery Rescripting störungsübergreifend. Unser Studiendesign basiert darauf, dass wir in einer aktuellen Metaanalyse herausfanden, dass dieses Verfahren sehr effektiv in der Behandlung von Beschwerden sein kann, die in Zusammenhang mit aversiven Erinnerungen stehen (Morina, Lancee & Arntz, 2017). Somit kann Imagery Rescripting auch als ein transdiagnostischer Ansatz verstanden und angewandt werden. Für das laufende Projekt wurden 12 PatientInnen in die Studie eingeschlossen, zwei haben sich noch vor Behandlungsbeginn gegen eine Studienteilnahme entschieden, sodass wir insgesamt 10 Proband\*innen für die Studienteilnahme gewinnen konnten. Derzeit laufen die letzten zwei Behandlungen, die Studie wird voraussichtlich im Mai 2019 abgeschlossen sein.

### AMOKFAHRT IN MÜNSTER AM 07. APRIL 2018

Nach der Amokfahrt am 07. April 2018 hat das Team der Traumaambulanz im April täglich eine Telefonsprechzeit eingerichtet, um von diesem Ereignis Betroffene zu unterstützen. Zudem begleiteten wir einzelne Betroffene therapeutisch.

Überraschend erreichte uns daraufhin eine Spende des Fanclub SC Preußen Münster, für die wir uns auch an dieser Stelle noch einmal bedanken. Die Spende floss in eine Studie, die wir im Sommer 2018 durchführten, um die Folgen des Ereignisses genauer zu untersuchen. In dieser Online-Erhebung untersuchten wir den Einfluss der Amokfahrt auf das Wohlbefinden sowie den Zusammenhang zwischen mentalen Vergleichsprozessen (z. B. dem Vergleich mit anderen Menschen) und psychischen Beschwerden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werten wir gerade aus.



# NEUES AUS DER PROKRASTINATIONSAMBULANZ

Auch in den Jahren 2017 und 2018 haben die Studierenden der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, die unter gravierenden Leistungs- und Selbstregulationsstörungen leiden, v.a. in Form von Prokrastination (behandlungsbedürftigem Aufschiebeverhalten), die speziellen Behandlungs- und Trainingsangebote der Prokrastinationsambulanz sehr gut angenommen.

Unser Angebot besteht im Einzelnen aus einem umfassenden, im Internet niederschwellig zugänglichen anonymen **Selbsttest**, einer systematischen psychopathologischen **Diagnostik** und aus darauf aufbauenden gezielten **Interventionen**. Diese sind auf die Verbesserung der Selbststeuerungskompetenzen, speziell auf die Reduktion der Prokrastination ausgerichtet. Die Behandlung wird in Form von **Einzel- und Gruppentrainings** sowie individuellen Beratungen durchgeführt.

Dabei kommen die in der Prokrastinationsambulanz entwickelten Modulen „Pünktlich Beginnen“, „Realistisch Planen“ und „Arbeitszeitrestriktion“ zum Einsatz: Die Teilnehmer lernen, die Hürde zum Beginnen einer Arbeitseinheit herabzusetzen und den Arbeitseinstieg zu erleichtern. Die Ausführungswahrscheinlichkeit einer Lerneinheit wird auch aufgrund detaillierter und realistischer Planung erhöht. Die Methode der Arbeitszeitrestriktion ist darauf angelegt, die motivationale Lage grundlegend zu verändern: Hier werden feste Arbeitszeitfenster mit Anfang und Ende definiert, um die zum Arbeiten zur Verfügung stehende Zeit durch Verknappung kostbarer zu machen. Neben der Reduktion des Aufschiebens werden auch eine stufenweise Erhöhung sowie eine effiziente Nutzung der Arbeitszeit angestrebt. Durch das Verbot, außerhalb dieser Zeitfenster zu arbeiten, gelingt zusätzlich eine bessere Trennung zwischen Arbeits- und Freizeit.

Das **MINT.projekt** hat sich das Ziel der Erhöhung des Studienerfolgs in der Studieneingangsphase naturwissenschaftlicher Bachelorstudiengänge gesetzt. In diesem Präventionsprogramm wurden 2017 und 2018 weitere Komponenten entwickelt und erprobt: Neben Inhalten zur Prokrastination wurde auf speziell zugeschnittene Beratungen zu den Themen Selbstmanagement, Studienorganisation und Studienzufriedenheit fokussiert. Unter anderem eingesetzt in Mentoren-Schulungen und Vorkursen der betreffenden Fächer wurde dieses sehr positiv aufgenommen.

Studierenden, bei denen sich nach der differentialdiagnostischen Abklärung herausstellte, dass es sich bei Ihren Anliegen nicht vorrangig um Selbstregulationsprobleme oder Arbeitsstörungen im weitesten Sinn handelte, wurden ausführliche Informationen und Empfehlungen zum Aufsuchen passender Angebote gegeben. Z. B. wurde eine psychotherapeutische Behandlung in der Psychotherapie-Ambulanz empfohlen, wenn es sich um ein komplexeres Symptombild handelte.

Des Weiteren wurden zahlreiche reguläre Therapien studentischer PatientInnen der Psychotherapie-Ambulanz begleitet, bei denen sich Prokrastination als ein Anliegen unter mehreren herausstellte. In diesen Fällen wurden die Therapeuten supervidiert und mit spezifischem Therapiematerial versorgt. Außerdem bearbeiteten wir Anfragen von KollegInnen aus ganz Deutschland, die um Informationen und Material zu Prokrastination gebeten hatten.

Die Attraktivität des Angebots der Prokrastinationsambulanz führte wieder zu zahlreichen überregionalen Anfragen. Diese Ratsuchenden wurden weiter verwiesen, da unsere Zuständigkeit sich aufgrund der QVM-Förderung auf Münsteraner Studierende beschränkt.

## ZAHLEN & FAKTEN

Im Jahr 2017 nahmen 98 Studierende, im Jahr 2018 105 Studierende die störungsspezifische Behandlung im Einzel- oder Gruppensetting im Umfang von durchschnittlich sechs Sitzungen (à 50 bzw. 90 Min.) in Anspruch.

Ein weiterer Teil von Betroffenen wurde – zumeist nach eingehender Exploration und Differentialdiagnostik – in andere passende Therapie- und Trainingsangebote innerhalb und außerhalb der PTA vermittelt.



Das Team der Prokrastinationsambulanz v. l.: Dipl.-Psych. Julia Elen Haferkamp, Dipl.-Psych. Stephan Förster, Dipl.-Psych. Margarita Engberding, Prof. Dr. Ulrike Buhlmann

ANGEBOTE	2017	2018
<b>Anfragen &amp; Erstberatung gesamt:</b>	<b>322</b>	<b>327</b>
› Studierende aus Münster	141	143
› Nicht-Studierende und überregionale Anfragen	145	138
› kollegiale Unterstützung	36	46
<b>Gruppentrainings (à 5 Doppelstunden)</b>	<b>9</b>	<b>12</b>
› TeilnehmerInnen	58 Tn	74 Tn
<b>Einzelberatungsserien (à 5–7 Sitzungen)</b>	<b>40</b>	<b>31</b>
› davon im MINT.projekt	12	12
<b>Präventionsprogramm MINT.projekt</b>		
› Vorkurse Mathematik	ca. 300 Tn	ca. 450 Tn
› MentoringWorkshops Mathematik	ca. 40 Tn	ca. 40 Tn
› MentoringWorkshops Chemie	30 Tn	29 Tn

## EVALUATION

Alle Studierenden, die an den hier beschriebenen Maßnahmen teilnahmen, wurden mit standardisierten Messinstrumenten zu ihrer Arbeitsstörung befragt. Diese Befragung wird für eine fortlaufende Evaluation der Interventionen verwendet. Die Wirksamkeit der Behandlung im Vorher-Nachher-Vergleich wurde von Anfang an auf diese Weise kontinuierlich überprüft und in wissenschaftlichen Publikationen belegt (Höcker, Engberding & Rist, 2017). Die erzielten Effektstärken (Modul Pünktlich

Beginnen und Realistisch Planen:  $d = 1,45$  für die State-Prokrastination sowie Modul Arbeitszeitrestriktion und Bedingungsmanagement:  $d = 2,24$  für die State-Prokrastination) sind beeindruckend und erheblich besser, als die anderer in der Literatur beschriebener Interventionen gegen Prokrastination und auch gegen Selbstregulationsprobleme im weiteren Sinne.



## WEITERBILDUNG

Die Mitarbeiter der Prokrastinationsambulanz waren auf unterschiedlichen Kongressen mit Workshops, Vorträgen und Postern vertreten (s. Kasten 1). Auch in den Jahren 2017 und 2018 wurde je ein Workshop zu unserem Behandlungsangebot auf dem Jahreskongress Psychotherapie in Bochum angeboten.

## PRESSE & ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

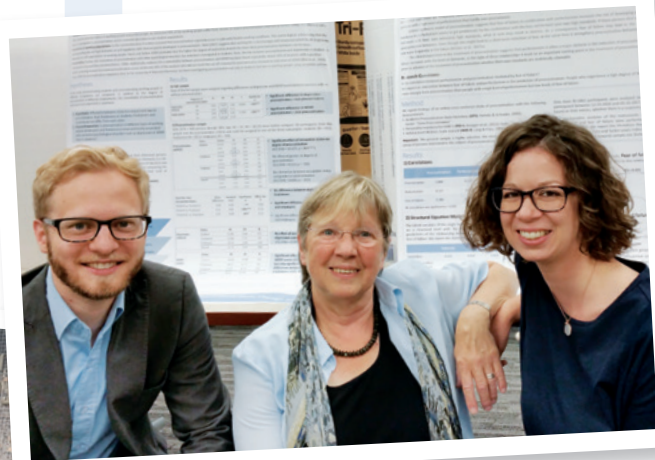
U. a. für New York Times, Welt, Kurier, Bild der Wissenschaft, WAZ, Westfälische Rundschau, WDR, ORF, Bayerischer Rundfunk

Jeweils 2017 und 2018 vertreten mit einem eigenen Stand auf der Gremien- und Initiativenmesse der WWU Münster.

## FORSCHUNGSPROJEKTE

Neben den Angeboten zur Diagnostik, Beratung und Therapie von Prokrastination finden in der Prokrastinationsambulanz verschiedene Forschungsprojekte statt, die zu einem besseren Verständnis der Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung von pathologischem Aufschiebeverhalten beitragen sollen.

Im Folgenden geben wir Ihnen einen kleinen Einblick in die aktuellen Forschungsfragen der Prokrastinationsambulanz, welche die Mitglieder des Teams u. a. auf der internationalen „Procrastination Research Conference“ präsentierten, welche im Jahr 2017 in Chicago, IL, USA, stattfand:



V. l.: Dipl.-Psych. Stephan Förster, Dipl.-Psych. Margarita Engberding und Dipl.-Psych. Julia Elen Haferkamp



Gruppenfoto der "Procrastination Research Conference" im Juli 2017 in Chicago, IL, USA

**PROKRASTINATION IM KLINISCHEN KONTEXT: PRÄVALENZ UND DIAGNOSTISCHE BEFUNDE BEI PATIENTEN EINER PSYCHOTHERAPIE-AMBULANZ**  
Engberding, M., Thomas, L., Höcker, A., Haferkamp, J., Förster, S., Rist, F. & Buhlmann, U. (2017). *Procrastination in clinical context: Prevalence and diagnostic findings in psychotherapy outpatients. Poster präsentiert auf der 10<sup>th</sup> Biennial Conference on Procrastination, 13.–14. Juli 2017, Chicago, IL, USA.*

Die Aussagen zur Häufigkeit von Prokrastination schwanken sehr stark, denn eine einheitliche kategoriale Definition fehlt. Daher wurden in unserer Arbeitseinheit Diagnosekriterien in Anlehnung an DSM-Kriterien entwickelt, die eine kategoriale Diagnostik ausgeprägter und behandlungsbedürftiger Prokrastination ermöglichen: Diese wurden in einem Fragebogeninstrument (DKP) umgesetzt: Damit wurde untersucht a) wie häufig Prokrastination bei den Patienten unserer psychotherapeutischen Ambulanz auftritt, b) mit welchen psychischen Störungen Prokrastination einhergeht und c) wie behandlungsbedürftig ihre Beeinträchtigung von den Patienten selbst eingeschätzt wird. Über 12 Monate hinweg wurden alle Patienten, die an der PTA eine ambulante Psychotherapie begannen, gebeten, die DKP sowie die üblichen Prä-Fragebögen SCL-90, BDI, AUDIT und CUDIT auszufüllen. Insgesamt 269 Patienten füllten alle Instrumente vollständig aus. Die Ergebnisse zeigten: Mit einer Prävalenz von 25 % trat Prokrastinationsverhalten in dieser Stichprobe deutlich häufiger auf als bei den Befragten einer früheren nicht-klinischen Querschnittstudie (9 %), aber seltener als unter den Teilnehmern unseres Selbsttests für Prokrastination (33 %). Patienten mit auffälligen Prokrastinationswerten litten hauptsächlich unter komorbiden affektiven Störungen (48 %) und Angst-, Belastungs- sowie somatoformen Störungen (32 %). Im Vergleich zu Patienten ohne auffällige Prokrastinationswerte fanden wir bei Prokrastinationspatienten eine stärkere Depressivität (laut BDI), sowie schwerere Symptome (laut SCL), sowie mehr Alkoholkonsum (laut AUDIT). Nur etwa ein Drittel der Patienten mit ausgeprägter Prokrastination benannte diese aus eigener Initiative als Hauptanliegen

für die Therapie; zusätzliche 16 % gaben dieses als ein untergeordnetes Problem an. 53 % der Patienten mit diagnostizierter starker Prokrastination zählten das exzessive Aufschieben also nicht ausdrücklich zu ihren primären Problemen. Dennoch ist dieses nach klinischer Erfahrung für den therapeutischen Prozess doch von hoher Relevanz. Es empfiehlt sich deshalb und wegen der sehr hohen Prävalenz dieser Störung, bei allen Patienten regelmäßig vor Therapiebeginn mithilfe von spezifischen Explorationsfragen oder Fragebögen wie dem DKP ein kurzes Prokrastinations-Screening durchzuführen.

## PROKRASTINATION JENSEITS DER UNIVERSITÄT?! EIN VERGLEICH ZWISCHEN STUDIERENDEN UND BERUFSTÄTIGEN

Förster, S., Höcker, A., Engberding, M. & Rist, F. (2017). *Procrastination beyond University?! – A comparison of students and working people. Poster präsentiert auf der 10<sup>th</sup> Biennial Conference on Procrastination, 13.–14. Juli 2017, Chicago, IL, USA.*

Während die Prokrastination Studierender mittlerweile gut untersucht scheint, gibt es noch wenig belastbare Zahlen zum pathologischen Aufschiebeverhalten Berufstätiger. Dennoch wird von Prävalenzraten um 20 % in der Allgemeinbevölkerung ausgegangen (Harriott & Ferrari, 1996). Auch in der PTA stellen sich längst nicht nur Studierende vor, die unter erheblicher Aufschiebeproblematik leiden. Aber wie steht es um verschiedene Formen der Berufstätigkeit, gibt es vielleicht besondere Risikoberufe? Und wie betroffen sind berufstätige Aufschieber von komorbiden Erkrankungen wie Depression oder ADHS?

Diesen Fragen sind wir mit Hilfe unseres Online-Selbsttests nachgegangen und konnten damit insgesamt 940 Prokrastinatoren in drei verschiedenen Tätigkeitsfeldern untersuchen: Studierende, Angestellte und Selbstständige. Die Ergebnisse zeigten, dass die Art der beruflichen Tätigkeit einen signifikanten Einfluss auf die Ausprägung der Prokrastination und das Leiden darunter hat: Prokrastinierende Angestellte zeigten signifikant geringere Prokrastinationswerte als Selbstständige und Studierende.

Dies weist darauf hin, dass die zumeist freiere und selbstbestimmtere Tätigkeit in beruflicher Selbstständigkeit und Studium mit höherer Prokrastinationsausprägung zusammenhängt. Die Komorbidität mit Depression war in allen drei Gruppen auf gleich hohem Niveau, unter Angestellten gab es die höchsten ADHS-Werte. Ob dies nun an einer Selbstselektion Betroffener liegt, die sich weniger in Studium bzw. berufliche Selbstständigkeit begeben, bedarf weiterer Forschung zu diesem Thema.

Nicht zuletzt wurde allerdings deutlich, dass Prokrastination auch im Beruf eine zentrale Rolle spielt. Doch sind zugeschnittene Maßnahmen für verschiedene Tätigkeitsfelder notwendig, in denen auch unterschiedliche Ausprägungen der Prokrastination zu erwarten sind. Diese Diversität wird in der PTA berücksichtigt, wo neben Studierenden auch Berufstätige mit speziellen Angeboten versorgt werden.

#### PERFEKTIONISTISCH UND TROTZDEM PROKRASTINIEREN? FÜHRT PERFEKTIONISMUS IN DER KOMBINATION MIT VERSAGENSANGST ZU PROKRASTINATION?

*Haferkamp, J. E., Höcker, A., Engberding, M., Rist, F. & Buhlmann, U. (2017). Does perfectionism combined with fear of failure lead to procrastination? Poster präsentiert auf der 10<sup>th</sup> Biennial Conference on Procrastination, 13.–14. Juli 2017, Chicago, IL, USA.*

In unserer klinischen Arbeit in der Prokrastinationsambulanz haben wir immer wieder die Erfahrung gemacht, dass es eine Untergruppe an Patienten gibt, die perfektionistisch veranlagt ist und gleichzeitig stark prokrastiniert. In der Literatur gibt es bisher jedoch recht gemischte Befunde zum Zusammenhang zwischen Perfektionismus und Prokrastination. Beispielsweise schützt der Persönlichkeitszug Gewissenhaftigkeit vor Prokrastination. Ein lerntheoretisches Modell der Prokrastination geht aber davon aus, dass die Kombination aus Versagensängsten und Perfektionismus das Risiko erhöht, Prokrastinationsverhalten zu entwickeln (Höcker et al., 2013). Wir wollten diese Hypothese einmal genauer testen. Denn es scheint

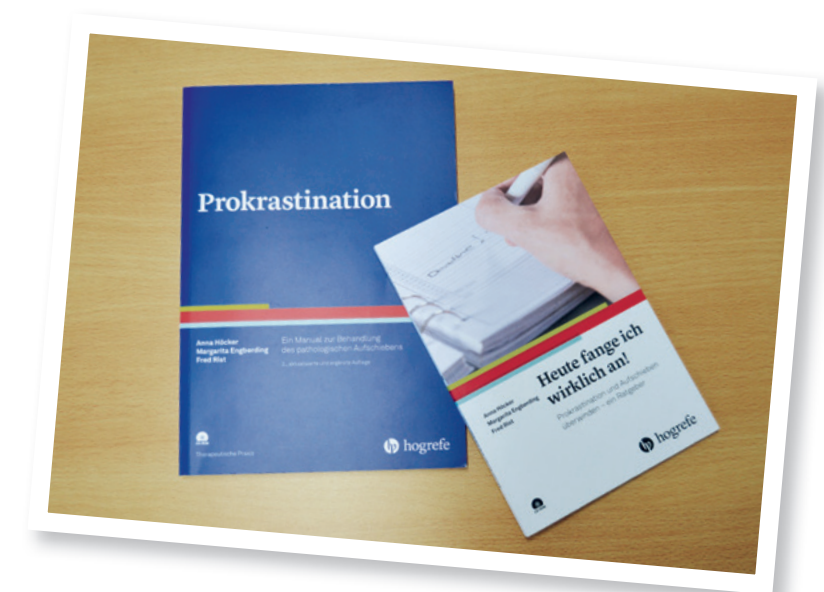
plausibel, dass eine hohe eigene Anspruchshaltung mit gleichzeitiger Angst vor dem Versagen dazu führen kann, dass wir die Auseinandersetzung mit der entsprechenden Aufgabe durch das Aufschiebeverhalten vermeiden.

Wird also der Zusammenhang zwischen Perfektionismus und Prokrastination durch Versagensangst vermittelt?

Die Ergebnisse einer großen Online-Querschnittsstudie eines Selbsttests zum Thema Prokrastination bestätigen die Hypothese und unseren klinischen Eindruck, dass es Personen gibt, bei denen sich durch einen Hang zu Perfektionismus in der Kombination mit Versagensängsten die Aufschiebetendenz erhöht.

Diese ersten Ergebnisse sind für die Behandlung von Prokrastination sehr relevant. Sie geben deutliche Hinweise darauf, dass Perfektionismus und Versagensangst in der Diagnostik und Behandlung als potentielle aufrechterhaltende Faktoren berücksichtigt werden sollten, insbesondere in der Bedingungsanalyse und der kognitiven Arbeit an prokrastinationsfördernden Gedanken und Überzeugungen.

Manual und Ratgeber zum Thema Prokrastination



## VERÖFFENTLICHUNGEN

### NEUAUFLAGE: MANUAL ZUR BEHANDLUNG DES PATHOLOGISCHEN AUFSCHIEBENS

*Höcker, A., Engberding, M. & Rist, F. (2017). Prokrastination: Ein Manual zur Behandlung des pathologischen Aufschiebens. Göttingen: Hogrefe, 2., aktualisierte und ergänzte Auflage. ISBN: 9783801728427.*

Die 2. Auflage des Bandes „Prokrastination – Ein Manual zur Behandlung des pathologischen Aufschiebens“ von Anna Höcker, Margarita Engberding und Fred Rist ist im Juni 2017 in der Reihe „Therapeutische Praxis“ im Hogrefe-Verlag erschienen. Das Manual enthält ausführliche Darstellungen der Symptomatik, der psychologischen Befunde, Störungsmodelle und der Behandlung. Das therapeutische Vorgehen in den einzelnen Sitzungen – auf der Basis der in der Prokrastinationsambulanz entwickelten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsmodule – wird konkret beschrieben. In der zweiten Auflage wird auch ausführlicher auf die kognitive Perspektive eingegangen. Die Wirksamkeit des Vorgehens ist empirisch gesichert. Arbeitsmaterialien für die praktische Anwendung während der Therapiesitzungen werden auf einer CD-ROM und im Anhang des Manuals mitgeliefert.

### NEUERSCHEINUNG: RATGEBER ZUM THEMA PROKRASTINATION

*Höcker, A., Engberding, M. & Rist, F. (2017). Heute fange ich wirklich an! Prokrastination und Aufschieben überwinden – Ein Ratgeber. Göttingen: Hogrefe. ISBN: 9783801727062.*

Im Jahre 2017 erschien außerdem im Hogrefe-Verlag der Ratgeber „Heute fange ich wirklich an! Prokrastination und Aufschieben überwinden – ein Ratgeber“ unseres Autorenteamteams Anna Höcker, Margarita Engberding und Fred Rist. Auf 142 Seiten klärt dieser Ratgeber Betroffene darüber auf, unter welchen Bedingungen Prokrastination entsteht und wie man damit aufhören kann. Er enthält ein Anti-Prokrastinations-Programm mit konkreten Anleitungen zur Selbstbeobachtung und Selbststeuerung, mit Hilfe derer die Leser aus ihrem individuellen Störungsmodell Strategien zur Verhaltensänderung ableiten und umsetzen können. Die Betroffenen werden angeleitet, ihre Arbeitszeiten und ihr Arbeitspensum realistisch zu planen, rechtzeitig mit der Bearbeitung von Aufgaben zu beginnen und stabile, effektive Arbeitsgewohnheiten zu entwickeln. Eine CD-ROM mit zahlreichen Arbeitsmaterialien unterstützt bei der Umsetzung der Strategien im Alltag. Die Berliner Morgenpost und das Hamburger Abendblatt kürten den Ratgeber bereits zum „Buch der Woche“.



## NEUES AUS DER KDS-AMBULANZ

### SPEZIALAMBULANZ FÜR KÖRPERDYSMORPHE STÖRUNGEN

**D**ie KDS-Ambulanz ist auf die Diagnostik, Beratung, Therapie und Erforschung der Körperdysmorphen Störung (KDS) spezialisiert und richtet ihr Angebot an Betroffene, Angehörige und TherapeutInnen. Auch in den Jahren 2017 und 2018 wurden die unterschiedlichen Angebote der KDS-Ambulanz, wie z.B. die Spezialsprechstunde für Jugendliche und Erwachsene oder das Supervisionsangebot regelmäßig in Anspruch genommen. Im September 2018 verabschiedeten wir Dipl.-Psych. Anne Möllmann als Koordinatorin der KDS-Ambulanz und M.Sc.-Psych. Johanna Schulte übernahm diese Tätigkeit. Einen Überblick über die Angebote der KDS-Ambulanz sowie Informationen zur KDS bietet unsere Webseite ([www.kds-muenster.de](http://www.kds-muenster.de)).



*Das Team der KDS-Ambulanz v. l.:  
Johanna Schulte M.Sc.,  
Prof. Dr. Ulrike Buhlmann*

## KOOPERATIONEN

Die KDS-Ambulanz steht in engem Austausch mit anderen Behandlungs- und Forschungseinrichtungen, um die Behandlung und Beratung von Betroffenen langfristig zu optimieren. So wurde die Zusammenarbeit mit der Schön Klinik in Bad Bramstedt, die eine stationäre Behandlung der KDS anbietet, in den vergangenen zwei Jahren erfolgreich fortgesetzt. Die galt auch für die Kooperation mit Prof. Dr. Sabine Wilhelm vom Massachusetts General Hospital und der Harvard Medical School, Boston, MA, USA. Unsere Forschungsk Kooperationen zur KDS wurden zudem von Seiten der Universität Münster in Form von Stipendien an Doktorandinnen im Rahmen des Projekts „IP@WWU – International Promovieren an der WWU“ gefördert.

Das im Jahr 2016 gegründete wissenschaftliche Netzwerk Körperdysmorphie Störung (KDS-Net) hat seine Arbeit fortgesetzt. Es besteht neben Prof. Dr. Ulrike Buhlmann aus sechs weiteren Forscherinnen aus Deutschland, die an fünf weiteren Universitäten verortet sind. Die gemeinsamen Ziele sind, Forschungsk Kooperationen zu stärken, die Versorgungssituation von Menschen mit einer KDS zu verbessern sowie Stigmatisierung von Betroffenen entgegen zu wirken. Zwei gemeinsame Forschungsprojekte sind gestartet. Zum einen wird eine Validierungsstudie zu einem diagnostischen Interview zur Schweregradbestimmung der KDS-Symptomatik (BDD-YBOCS) durchgeführt. Zum anderen ist in 2017 als Kooperationsprojekt des KDS-Netzwerks eine Studie unter der Leitung von Juniorprof. Dr. Andrea Hartmann Firnkorn zur Klassifizierung der KDS gestartet. Es fanden außerdem internationale KDS-Treffen statt, zu denen in Europa führende KDS-Forscher eingeladen wurden: Im Jahr 2017 besuchten Prof. David Veale, King's College, London, sowie Prof. David Mataix-Cols, Karolinska Institut, Stockholm, das Treffen an der Bergischen Universität in Wuppertal. In 2018 stellten Prof. Dr. Christian Rück und Dr. Jesper Enander, Karolinska Institut, Stockholm, ihre aktuelle Forschung in Münster vor. Weitere Informationen über das KDS-Net finden Sie online ([www.kds-net.com](http://www.kds-net.com)).

Zudem wurden neue Forschungsk Kooperationenprojekte begonnen, von den wir Ihnen zwei im Folgenden kurz vorstellen möchten:

### NEUROBIOLOGISCHE KORRELATE DER KÖRPERDYSMORPHEN STÖRUNG: EINE TRANSLATIONALE PERSPEKTIVE AUF HIRNSTRUKTUR UND -FUNKTION

Die Arbeitsgruppe von Prof. Dr. Udo Dannlowski aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKM hat dieses Projekt in Zusammenarbeit mit der KDS-Ambulanz im Jahr 2017 geplant und mit der Durchführung begonnen. Ein Ziel dieser von Dr. Ronny Redlich betreuten Studie ist es, die neuronalen Grundlagen der KDS mittels struktureller und funktioneller Magnetresonanztomographie (MRT) zu untersuchen.

### INTERNETBASIERTE KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE ZUR BEHANDLUNG DER KÖRPERDYSMORPHEN STÖRUNG

Prof. Dr. Birgit Watzke, die Leiterin der Abteilung für Klinische Psychologie der Universität Zürich, und Prof. Dr. Ulrike Buhlmann haben im Jahr 2017, in Kooperation mit Prof. Dr. Sabine Wilhelm, Massachusetts General Hospital und der Harvard Medical School, Boston, MA, USA, sowie Prof. Dr. Christian Rück und Dr. Jesper Enander, Karolinska Institut, Stockholm, die Planung für eine randomisiert-kontrollierten Therapiestudie begonnen. Ziel dieser Therapiestudie ist es, die Wirksamkeit einer internetbasierten kognitiven Verhaltenstherapie zur Behandlung der KDS im deutschsprachigen Raum zu untersuchen. Die sehr gute Wirksamkeit der Therapie konnte bereits für die schwedischsprachige Version gezeigt werden, sodass das Therapieangebot in Schweden nun national verfügbar ist. Wir hoffen, mit der internetbasierten Therapie auch in Deutschland die Versorgungssituation von Betroffenen mit einer KDS langfristig verbessern zu können.



## FORSCHUNGSPROJEKTE

Wir möchten uns ganz herzlich bei allen Betroffenen und TherapeutInnen bedanken, die in den vergangenen zwei Jahren bereit waren, sich an Forschungsprojekten zu beteiligen. Nur mit dieser wertvollen Unterstützung können wir unsere Forschungsprojekte realisieren und damit langfristig zu einer Verbesserung der Behandlungen und der Versorgungssituation von Menschen mit einer KDS beitragen.

### SWAP: EIN ONLINE-TRAINING BEI KÖRPERUNZUFRIEDENHEIT

Für diese Studie suchen wir Betroffene mit einer (Verdachts-) Diagnose einer KDS, die aktuell nicht in psychotherapeutischer Behandlung sind, weil sie bspw. auf einen Therapieplatz warten, eine Behandlung abgeschlossen haben oder aktuell nicht geplant ist. Informationen zur Studie und zur Studienregistrierung finden Sie online unter: [www.gedanken-studie.de](http://www.gedanken-studie.de). Die Studienteilnahme wird mit durchschnittlich 96 Euro vergütet.

Die negative Interpretation mehrdeutiger Situationen spielt bei der Aufrechterhaltung der KDS eine wichtige Rolle. Sie stellt somit einen Ansatzpunkt für gezielt wirkende Behandlungsmodule, sog. Interpretationsretrainings, dar, die Betroffenen dabei helfen können, negative Interpretationsmuster gezielt zu verändern.

Mögliche Effekte eines solchen Interpretationsretrainings bei Körperunzufriedenheit wurden in einer im Januar 2017 abgeschlossenen Studie von Dipl.-Psych. Fanny Dietel und Prof. Dr. Ulrike Buhlmann untersucht. Hierbei wurden Studierende mit erhöhter Körperunzufriedenheit auf unserer Online-Plattform entweder einer zweiwöchigen Trainings-, einer Placebo-, oder einer Wartebedingung zufallsgesteuert zugewiesen (sog. randomisiert kontrollierte Studie). TeilnehmerInnen konnten flexibel trainieren und wurden im Trainingsablauf durch ProjektkoordinatorInnen begleitet. Hierbei zeigten sich in einer Teilauswertung (N = 139) signifikant positivere Interpretationsmuster sowie ein gesteigerter Selbstwert und eine höhere körperbezogene Lebensqualität nach mind. vier Trainingssitzungen im Vergleich zu der Kontroll- und Wartebedingung. Das Training erwies sich anhand der Rückmeldungen als nutzerfreundlich und gut integrierbar in den Alltag.

Seit Ende 2017 überprüfen wir diese vielversprechenden Befunde nun in einer weiteren randomisiert-kontrollierten Studie bei Personen mit einer KDS. Neben der Frage, ob das Training nicht nur Personen mit einer hohen Körperunzufriedenheit, sondern auch KDS-Betroffenen helfen kann, interessieren wir uns für Bedingungen, die ein solches Online-Training für Betroffene besonders wirksam und gleichzeitig sicher machen können. Dies ist insbesondere für den künftigen Einsatz als Modul vor, während und nach einer Therapie hochrelevant.

### SPIEGELRITUALE BEI DER KÖRPER-DYSMORPHEN STÖRUNG

Möllmann, A., Hunger, A., Schulz, C., Wilhelm, S. & Buhlmann, U. (2018). *Gazing rituals in body dysmorphic disorder. Manuskript zur Veröffentlichung eingereicht.*

Personen mit einer KDS beschäftigen sich stark mit wahrgenommenen Makeln indem sie u. a. ihr Aussehen im Spiegel oder auf Fotos überprüfen oder ihr eigenes Aussehen mit dem von anderen Personen vergleichen. Dieses Überprüfen, sog. checking, zeichnet sich durch das Fokussieren bestimmter Körperregionen und das übermäßig lange Anschauen dieser Regionen aus. Es wird angenommen, dass Rituale wie das checking dazu beitragen, dass eine KDS aufrechterhalten wird. Wie genau dies funktionieren könnte, ist jedoch weitestgehend unbekannt.

Um zu untersuchen, wie diese Rituale zu einem Aufrechterhalten der KDS beitragen könnten, haben Dipl.-Psych. Anne Möllmann und Prof. Dr. Ulrike Buhlmann in einer Studie die Auswirkungen verschiedener checking-Varianten untersucht. Dabei sollten 115 Studentinnen die Nasen verschiedener Gesichter unterschiedlich lang fokussieren, entweder auf einem Foto eines unbekannten Gesichts, auf einem Foto des eigenen Gesichts oder im eigenen Spiegelbild. Zusätzlich wurden den Teilnehmerinnen manipulierte Fotos dieser Gesichter gezeigt, auf denen die Nase jeweils größer oder kleiner dargestellt wurde, als auf dem vorher betrachteten Originalbild. Es zeigte sich, dass erst die in dieser Studie maximale Dauer von fünf Minuten des Anschauens negativ zusammenhing mit ungünstigen Informationsverarbeitungs-

und Interpretationsprozessen: Die Teilnehmerinnen berichteten eine signifikante Zunahme an Dissoziationserleben, z. B. eine weniger klare Wahrnehmung, und bewerteten die Gesichter nach dem längeren Betrachten signifikant unattraktiver als vorher. Veränderungen in den manipulierten Bildern wurden am häufigsten richtig erkannt, wenn die Teilnehmerinnen zuvor ihr Spiegelbild betrachtet haben. Auffällig war außerdem, dass die Teilnehmerinnen das Foto ihres eigenen Gesichts signifikant unattraktiver bewerteten als ihr Spiegelbild und noch unattraktiver als das Foto des unbekannten Gesichts. Wir nehmen daher einen potenziell negativen Zusammenhang zwischen den hier untersuchten checking-Formen und dem Körperbild an. Das Überprüfen des eigenen Aussehens auf Fotos scheint sich dabei mög-

licherweise noch negativer auszuwirken als das Überprüfen im Spiegel. Diese Befunde möchten wir in zukünftigen Studien, u. a. mit Betroffenen, weiter untersuchen, um langfristig Empfehlungen zum Umgang mit Fotos und dem eigenen Spiegelbild ableiten zu können.

### ÜBERZEUGUNG ÜBER DIE WAHNGENOMMENEN MAKEL BEI DER KDS

Die KDS ist durch starke negative Überzeugungen hinsichtlich des Vorliegens wahrgenommener nur leicht oder nicht vorhandener körperlicher Makel gekennzeichnet. Dies hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass bei Personen mit einer KDS mitunter auch eine wahnhaftige Störung mit körperbezogenem Wahn diagnostiziert wurde. Es besteht jedoch eine

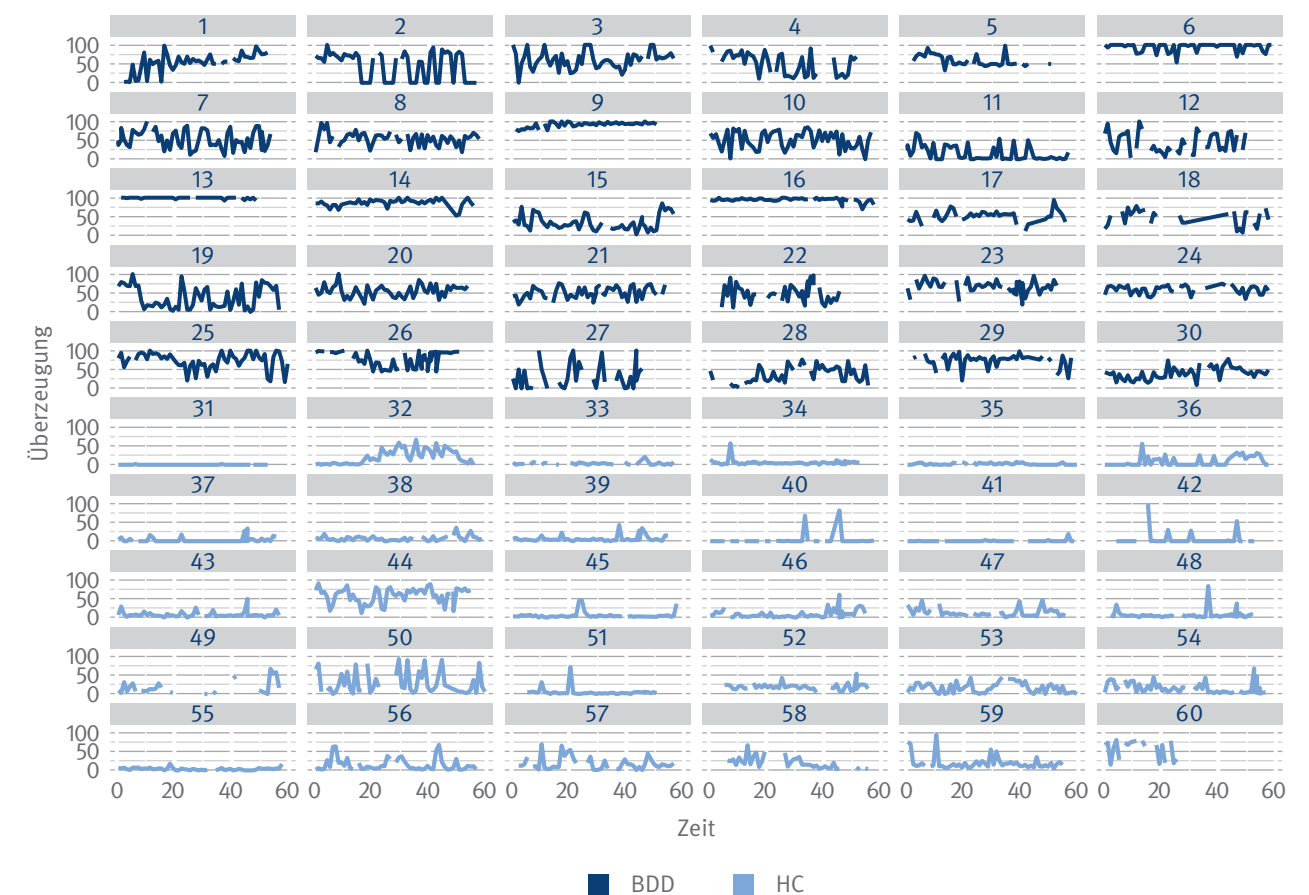


Abbildung 1. Verlauf der Überzeugung über das Vorliegen von wahrgenommenen Makeln pro TeilnehmerIn.

## ANKÜNDIGUNG

gute Studienlage, die unterstützt, dass es keine grundlegenden Unterschiede zwischen Personen mit oder ohne einer wahnhaften KDS gibt. In der Neuauflage des Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-5; 2013) wird diese Einsicht deswegen nicht mehr kategorial als „gut“ oder entsprechend einer wahnhaften Störung als „fehlend“ betrachtet, sondern der Grad der Einsicht bei Vergabe der KDS-Diagnose bestimmt („gut/angemessen“, „wenig“, „fehlend/wahnhaft“). Tatsächlich sieht man in der klinischen Praxis, dass die Überzeugungsstärke selbst innerhalb einer Person im Verlauf unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann. Dies wurde bislang jedoch noch nicht durch Daten unterstützt.

Aus diesem Grund haben M.Sc.-Psych. Johanna Schulte und Prof. Dr. Ulrike Buhlmann die Studie „Beschäftigung mit dem Aussehen im Alltag“ durchgeführt, in der mittels Smartphones unter anderem die Überzeugungsstärke bzgl. der wahrgenommenen Makel über sechs Tage bis zu zehn Mal am Tag abgefragt wurde. Insgesamt lagen bei einem sehr guten Rücklauf von 91,9% von jedem Teilnehmer im Mittel 51,25 ( $SD = 7,22$ ) Messungen vor. Dabei zeigte sich bei 30 teilnehmenden Personen mit einer KDS, dass die Überzeugung über das Vorliegen der wahrgenommenen Makel bei einigen Personen durchgehend sehr stark ausgeprägt war, bei anderen hingegen deutlich schwankte (s. Abbildung 1). Interessant ist, dass auch durchaus einige der 30 psychisch gesunden TeilnehmerInnen von der Unattraktivität einzelner Körperbereiche mitunter stark überzeugt waren. Diese Befunde verdeutlichen, dass das Ausmaß aussehensbezogener Sorgen auf einem Kontinuum liegt. Dies wird durch die weiteren Ergebnisse der Studie u.a. zur Körperunzufriedenheit verdeutlicht. Personen mit einer KDS, die besonders davon überzeugt sind, dass die Makel tatsächlich entsprechend der eigenen negativen Wahrnehmung vorliegen, können sich häufig weniger auf eine Psychotherapie einlassen und bevorzugen beispielsweise eher kosmetische Behandlungen, die in der Regel nicht zu einer Verbesserung der Symptomatik und Belastung führen. Behandler sollten daher die aktuellen, ggf. schwankenden Überzeugungen berücksichtigen und bei Bedarf beispielsweise motivierende Strategien einsetzen.

Hartmann, A. S., Grocholewski, A., & Buhlmann, U. (2019). *Körperdysmorphie Störung (1. Auflage). Reihe Fortschritte der Psychotherapie, Band 72. Göttingen: Hogrefe. ISBN: 9783801726690.*

Wir freuen uns, dass im Januar 2019 das deutschsprachige Verhaltenstherapiemanual zur Behandlung der KDS veröffentlicht wurde. Neben den aktuellen Forschungsbefunden zur Häufigkeit, Komorbidität und Entstehung der KDS werden die Diagnostik und Behandlung der KDS behandelt. Besonders ausführlich und praxisnah wird das kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehen beschrieben. So wird u.a. verdeutlicht, wie negative Gedanken und Grundannahmen bezüglich des Aussehens verändert, Aufmerksamkeitsprozesse günstiger gelenkt und Verhaltensexperimente und Exposition mit Reaktionsverhinderung durchgeführt werden können. Der Umgang mit schwierigen Therapiesituationen wird erläutert. Ergänzend werden weitere Behandlungsbausteine wie die pharmakologische Behandlung dargestellt.



Manual zur Behandlung der Körperdysmorphen Störung

## AUSGEWÄHLTE KONGRESSBEITRÄGE

Dietel, F. A., Zache, C., Hartleb, X., Bischof, A., Wilhelm, S., & Buhlmann, U. (2018). *Internetbasierte Interpretation Bias Modification (CBM-I) in einer analogen KDS-Stichprobe: eine randomisiert-kontrollierte Studie.* 52<sup>nd</sup> Annual Convention (ABCT), Washington D.C., USA, 18.11.2018.

Dietel, F. A., Zache, C., Hartleb, X., Bischof, A., Wilhelm, S., & Buhlmann, U. (2018). *SWAP your body image: Effekte und Wirksamkeitsprädiktoren eines Online-Reinterpretations-trainings für Körperunzufriedenheit.* 25<sup>th</sup> Annual OCD Conference, Washington D.C., USA, 28.07.2018.

Dietel, F. A., Zache, C., Wilhelm, S., & Buhlmann, U. (2017). *Effects of a multi-session online CBM-I program for body dissatisfaction (SWAP).* 47<sup>th</sup> Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Ljubljana, Slowenien, 16.09.2017.

Dietel, F. A., Zache, C., Wilhelm, S., & Buhlmann, U. (2017). *SWAPing your body image? – Effects of an online CBM-I intervention for BDD: a randomized-controlled trial.* 24<sup>th</sup> Annual OCD Conference der IOCDF, San Francisco, USA, 06.07.2017.

Möllmann, A., Hunger, A., & Buhlmann, U. (2018). *Effekte selektiven Betrachtens von Gesichtern auf Dissoziation, Unsicherheit und Attraktivitätseinschätzung – eine Analogstudie zu einem häufigen Ritual bei der Körperdysmorphen Störung.* 36. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, Landau in der Pfalz, Deutschland, 10.05.2018.

Möllmann, A., Ruholl, D., Hunger, A., & Buhlmann, U. (2017). *Mirror gazing – Einfluss auf Dissoziation, Unsicherheit und Attraktivitätseinschätzung.* 35. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, Chemnitz, Deutschland, 25.05.2017.

Schulte, J., Vollmers, E., Wilhelm, S., & Buhlmann, U. (2018). *Fluktuation von Einsicht und Affekt bei der Körperdysmorphen Störung – Eine Ecological Momentary Assessment Studie.* 36. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, Landau in der Pfalz, Deutschland, 11.05.2018.

Schulz, C., Schulte, J., & Buhlmann, U. (2017). *Behandlungssituation und -barrieren von Betroffenen mit einer Körperdysmorphen Störung in Deutschland – Aktuelle Ergebnisse eines internetbasierten Selbsttests.* Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Berlin, Deutschland, 24.03.2017.



Leitung der  
Zwangsstörungsambulanz:  
Prof. Dr. Ulrike Buhlmann



## NEUES AUS DER ZWANGSSTÖRUNGSAMBULANZ

Die Ambulanz für Zwangsstörungen bietet unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Ulrike Buhlmann Diagnostik, Beratung und Therapien im Bereich der Zwangsstörungen an. Bis zum Mai 2018 wurde die Ambulanz für Zwangsstörungen von Dr. Claudia Schulz koordiniert. Das Ziel der Spezialambulanz ist, mit einem großen Pool von Therapeuten und einem Einzugsgebiet über die Grenzen Münsters hinaus die ambulante, intensivtherapeutische Versorgungssituation für dieses Störungsbild verbessern. Seit Herbst 2015 bieten wir eine spezielle Sprechstunde für das Störungsbild an, die regelmäßig genutzt wird. Hinzu kamen telefonische Beratungen Betroffener und ggf. die Unterstützung bei der Suche einer heimatnahen Behandlungsoption. Die Therapien im Rahmen der Spezialambulanz werden durch eine störungsspezifische Supervision betreut. Zudem wird die Effektivität der Therapien durch kontinuierliche Verlaufsmessungen evaluiert. Auch die Beratung externer Behandler gehört zu den Aufgaben der Spezialambulanz. Einen Überblick über das Störungsbild und das Angebot der Ambulanz bietet unsere Website ([www.zwang.wvu.de](http://www.zwang.wvu.de)).

### AUSGEWÄHLTE KONGRESSBEITRÄGE

Dusend, C. & Buhlmann, U. (2017). „Ein Griff ins Klo – Auswirkungen eines Interpretationstrainings auf Aufmerksamkeit und Annäherungsverhalten in kontaminationsbezogenen Situationen“. 35. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie & Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Chemnitz, Deutschland, 27.05.2017.

Dusend, C. & Buhlmann, U. (2018). „Mechanismen der Aufmerksamkeitslenkung bei Menschen mit Waschzwang und Kontaminationsangst: Eine Online-Studie“. 36. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, Landau in der Pfalz, Deutschland, 12.05.2018.

## FORSCHUNGSPROJEKTE

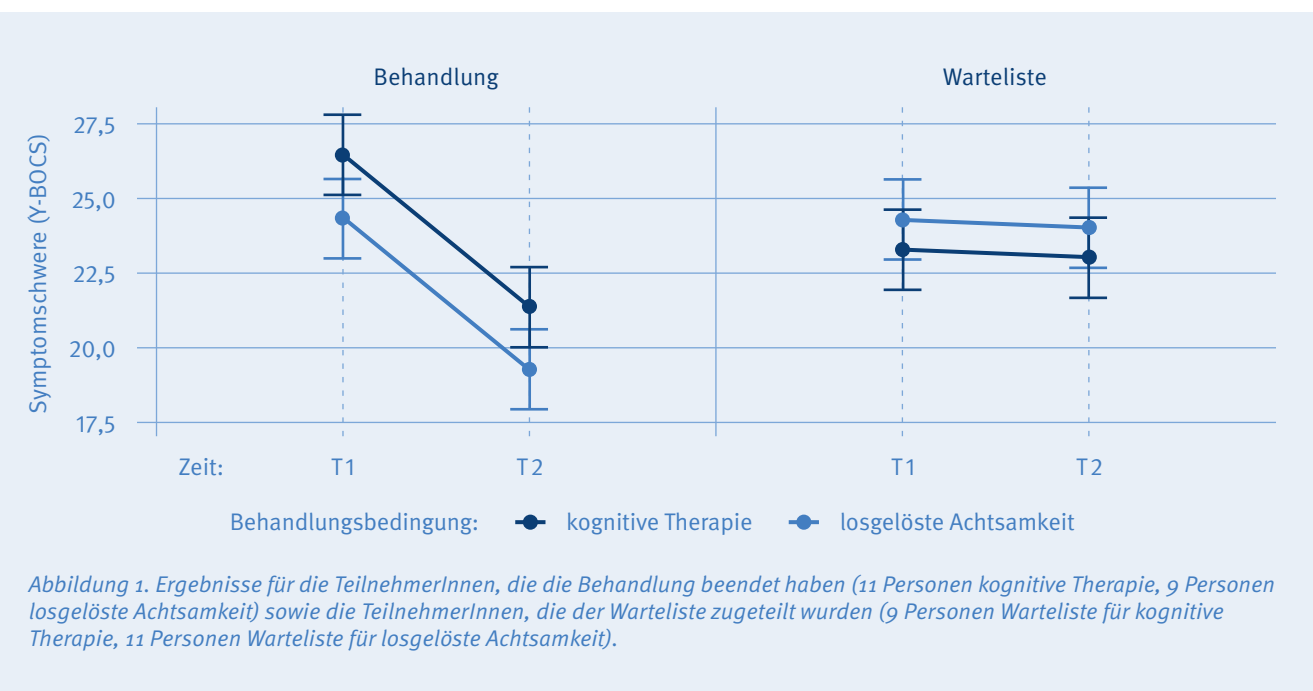
### ERGEBNISSE DER THERAPIESTUDIE ZU KOGNITIVEN UND METAKOGNITIVEN BEHANDLUNGSANSÄTZEN FÜR BETROFFENE MIT EINER ZWANGSSTÖRUNG

C. Rupp, C. Jürgens, P. Doebl, F. Andor, & U. Buhlmann, (2018). *A randomized waitlist-controlled trial comparing detached mindfulness and cognitive restructuring in obsessive-compulsive disorder. Manuskript eingereicht zur Veröffentlichung.*

Charlotte Jürgens und Christian Rupp führten im Zeitraum von Januar 2017 bis Juli 2018 im Rahmen ihrer Promotionen an der Christoph-Dornier-Stiftung (CDS) in Münster unter der Betreuung von Prof. Ulrike Buhlmann und Dr. Fabian Andor eine groß angelegte Therapiestudie durch, in der die Wirksamkeit kognitiver und metakognitiver Interventionen in der Behandlung von Zwangsstörungen verglichen wurde.

Die Therapie im Rahmen der Studie umfasste vier Doppelsitzungen Intensivtherapie verteilt auf nur zwei Wochen. Betrof-

fene mit einer Zwangsstörung wurden einer von zwei innovativen Therapiebedingungen (von denen weder die eine noch die andere Expositionselemente enthielt) zugeteilt. In der so genannten metakognitiven Bedingung erlernten die Betroffenen die Technik der Losgelösten Achtsamkeit. Konkret bedeutete dies, dass die Therapeuten mit den Betroffenen anhand bestimmter Instruktionen übten, sich in der Vorstellung von Zwangsgedanken zu distanzieren und diese lediglich zu beobachten, anstatt sofort auf diese zu reagieren. Betroffene lernten also in dieser Bedingung, sich den Zwangsgedanken gegenüber passiv zu verhalten, während die Betroffenen in der anderen, als kognitiv bezeichneten Therapiebedingung einen aktiven Umgang erlernten. Dieser aktive Umgang umfasste das kritische Hinterfragen der Befürchtungen, die an Zwangsgedanken gekoppelt sind (z. B. dass etwas Schlimmes passieren wird, wenn man die Zwangshandlung unterlässt) und somit die Korrektur von z. B. einer Tendenz zur Überschätzung von Risiken oder der eigenen Verantwortung – durch eine aktive Auseinandersetzung mit diesen Gedanken.





# PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPIE-AUSBILDUNG AM IPP

Interessanterweise schnitten beide Therapiebedingungen, obwohl von der Konzeption her grundlegend unterschiedlich, nahezu gleich gut ab. In beiden Therapiebedingungen ergab sich ein als hoch einzustufender Effekt in Form einer deutlichen Reduktion der Symptomatik (Cohen's  $d = 1.55$  in der metakognitiven und  $d = 1.67$  in der kognitiven Bedingung), was die Reduktion von Zwangshandlungen einschließt, zu der die Teilnehmenden gar nicht aufgefordert worden waren. Vier Wochen nach Ende der kurzen Therapie (während dieser Zeit waren die Teilnehmenden angehalten, die neu erlernte Technik weiter zu üben) wurden die Teilnehmenden noch einmal zur diagnostischen Beurteilung eingeladen. Zu diesem Zeitpunkt waren die Therapieeffekte nicht nur stabil geblieben, sondern die Symptomatik hatte sich im Mittel sogar noch weiter reduziert.

Die Ergebnisse sind somit als vielversprechend dahingehend einzuordnen, dass beide therapeutischen Ansatzpunkte sinnvolle und wirksame Alternativen in der Behandlung von Zwangsstörungen darstellen können – gerade wenn ein Expositionsverfahren keine Verbesserungen erzielt oder Betroffene sich hiergegen entscheiden. Christian Rupp und Charlotte Jürgens bedanken sich bei allen Betroffenen, die an der Studie teilgenommen und so zu diesen neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen beigetragen haben.

## ERGEBNISSE EINES ONLINE-EXPERIMENTS ZUR AUFMERKSAMKEITSVERZERRUNG BEI WASCHZWANG

Dusend, C., Koster, E. H. W., Schulte, J., de Putter, L. M. S., & Buhlmann, U. (2018). *Attentional bias in obsessive-compulsive washers: a pilot investigation of temporal dynamics*. Manuskript eingereicht zur Veröffentlichung.

Modelle der Informationsverarbeitung bei Angst legen nahe, dass beeinträchtigte Prozesse in der Aufmerksamkeitsausrichtung einen wichtigen Faktor bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen spielen. Während der Effekt bei Angststörungen gut untersucht ist, zeigen sich für die Zwangsstörung uneinheitliche Befunde. Inkonsistenzen bisheriger Forschung lassen sich auf das heterogene Störungsbild sowie auf die Unterschiedlichkeit

der eingesetzten experimentellen Paradigmen zur Untersuchung dieser Aufmerksamkeitsverzerrungen zurückführen. Unklar bleibt, bei welchen Unterformen des Zwangs Aufmerksamkeitsverzerrungen auftreten und durch welche Mechanismen diese definiert sind.

M.Sc.-Psych. Christina Dusend und Prof. Dr. Ulrike Buhlmann haben daher in den letzten Jahren Aufmerksamkeitsverzerrungen bei Waschzwang und Kontaminationsangst untersucht, da diese Form eine der häufigsten darstellt und den Angststörungen in den betreffenden Prozessen ähnlich ist. Mit einem computerbasierten Experiment wurden Mechanismen der Aufmerksamkeitslenkung sowohl auf früher, automatischer als auch auf später, bewusster Verarbeitungsebene differenziert erfasst. Es interessierte einerseits eine allgemeine Verzerrung der Aufmerksamkeitsausrichtung, z.B. hin zu oder weg von spezifischen Gefahrenreizen, die Angst auslösen. Andererseits interessierte der Aufmerksamkeitsprozess im Verlauf des Experiments. Daher wurden zusätzlich die zeitliche Dynamik sowie die Variabilität der Aufmerksamkeitsausrichtung betrachtet.

In einer Online-Erhebung wurden bei Menschen mit Waschzwang die Aufmerksamkeitsverzerrungen gemessen und mit denen einer Gruppe psychisch gesunder Kontrollpersonen verglichen. Die finale Stichprobe umfasste 34 Probanden im Alter von 18–51 ( $M = 32.12$ ,  $SD = 10.28$ ), davon 22 weiblich.

Während sich keine Unterschiede in der allgemeinen Auslenkung der Aufmerksamkeit hin zu oder weg von Gefahrenreizen zeigten, konnte in der genaueren Betrachtung der Dynamik bei Personen mit Waschzwang eine höhere Variabilität in den Aufmerksamkeitsverzerrungen festgestellt werden. Die Ergebnisse legen nahe, dass beeinträchtigte Prozesse der Verarbeitung von spezifischen Gefahrenreizen bei Betroffenen mit Waschzwang einen relevanten Faktor darstellen.

In weiteren Studien muss überprüft werden, ob die Regulation dieser Aufmerksamkeitsverzerrungen eine Regulation der Symptomatik bedingen kann. Falls ja, könnten gezielte Trainings digital oder online einen zusätzlichen Nutzen zur psychotherapeutischen Behandlung darstellen.

Neben den an der PTA tätigen approbierten Psychologischen PsychotherapeutInnen werden die meisten Therapien in der PTA von Psychologen und Psychologinnen durchgeführt, die sich in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten am IPP Münster – Institut für Psychologische Psychotherapieausbildung an der WWU Münster – befinden. Am Stichtag 31.12.2018 befanden sich 74 TherapeutInnen (58 Frauen, 16 Männer) am IPP in der Ausbildung und führten in der PTA Therapien durch. Die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten am IPP Münster gibt es seit dem Wintersemester 1999/2000. Bis Ende 2018 haben 251 AusbildungsteilnehmerInnen die staatliche Abschlussprüfung erfolgreich abgeschlossen und die Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten erhalten. Ein erfreulich großer Teil der TherapeutInnen nutzt die Möglichkeit der Doppelqualifikation aus Approbation und Promotion, deren Förderung ein besonderes Angebot des IPP Münster ist. In enger Zusammenarbeit mit anderen Arbeitseinheiten der Psychologie und Medizin, insbesondere denen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster sowie des Instituts für Medizinische Psychologie und Systemneurowissenschaften konnten bisher 95 AusbildungsteilnehmerInnen während oder nach Abschluss der Ausbildung am IPP ihre Promotion abschließen. Momentan arbeiten ca. 25 aktuelle oder ehemalige AusbildungsteilnehmerInnen an einer Promotion.

Jährlich veranstaltet das IPP ein Doktoranden-Symposium, in dem die promovierenden Ausbildungsteilnehmer die Gelegenheit haben, ihre wissenschaftlichen Projekte ab der Konzeptionsphase vorzustellen. Beim Symposium im Berichtszeitraum wurden klinische Promotionsprojekte aus

dem Bereich der Zwangsstörung, körperdysmorphen Störung, Depression und sozialer Angststörung sowie interkulturell-psychologische und sportpsychologische Arbeiten vorgestellt. Als Gastredner waren Dr. Thomas Meyer (WWU) und Prof. Dr. Dieter Seifert (Alexianer Christophorus Klinik Münster) eingeladen. Sie hielten Vorträge zu den Themen „Looking at traumatic memories from another angle: The role of spatial memory in the development of analogue traumatic intrusions“ (Meyer) sowie „Das komplexe Arbeitsfeld der Forensischen Psychiatrie“ (Seifert).



Neuapprobierte Psychologische PsychotherapeutInnen und PrüferInnen

# AUSGEWÄHLTE PUBLIKATIONEN

A-Tjak J. G. L., Morina N., Topper, M., & Emmelkamp P. M. G. (2018). A Randomized Controlled Trial in Routine Clinical Practice Comparing Acceptance and Commitment Therapy with Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Major Depressive Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(3), 154–163. doi: 10.1159/000486807

Beer, U. M., Neerincx, M.A., Morina, N., & Brinkman, W. P. (in press). *Computer-based perspective broadening support for appraisal training: Acceptance and Effects. International Journal of Technology and Human Interaction.*

Beer, U. M., Neerincx, M. A., Morina, N., & Brinkman, W. P. (2017). Virtual agent-mediated appraisal training: a single case series among Dutch firefighters. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 1378053. doi: 10.1080/20008198.2017.1378053

Böttche, M., Ehring, T., Krüger-Gottschalk, A., Rau, H., Schäfer, I., Schellong, J., ... & Knaevelsrud, C. (2018). Testing the ICD-11 proposal for complex PTSD in trauma-exposed adults: factor structure and symptom profiles. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1512264. doi: 10.1080/20008198.2018.1512264

Bürkner, P.-C., Bittner, N., Holling, H., & Buhlmann, U. (2017). D-cycloserine augmentation of behavior therapy for anxiety and obsessive-compulsive disorders: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 12(3), 1–19. doi: 10.1371/journal.pone.0173660

Burmeister, K., Barenbrügge, J., Rist, F., Höschel, K., Chrysanthou, C., Neacsiu, A. D., & Pedersen, A. (2017). Die Dialectical Behavioral Therapy Ways of Coping Checklist (DBT-WCCL). Deutsche Übersetzung und Erstvalidierung. *Diagnostica*, 63(1), 29–41. doi: 10.1026/0012-1924/a000164

Dietel, F. A., & Buhlmann, U. (2017). Body Dysmorphic Disorder. In A. Wenzel (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology* (pp. 539–542). Thousand Oaks: SAGE Publications. doi: 10.4135/9781483365817.n205.

Dietel, F. A., Möbius, M., Steinbach, L., Dusend, C., Wilhelm, S., & Buhlmann, U. (2018). Effects of induced appearance-related interpretation bias: A test of the cognitive-behavioral

model of body dysmorphic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 61, 180–187. doi: 10.1016/j.jbtep.2018.07.003

Dijk, C., Fischer, A. H., Morina, N., van Eeuwijk, C., & van Kleef, G. A. (2018). Effects of Social Anxiety on Emotional Mimicry and Contagion: Feeling Negative, but Smiling Politely. *Journal of Nonverbal Behavior*, 42(1), 81–99. doi: 10.1007/s10919-017-0266-z

Engberding, M., Höcker, A., & Rist, F. (2017). Prokrastination: Ursachen, Auswirkungen, Behandlungsmodule. *Psychotherapeut*, 62 (5), 417–421. doi: 10.1007/s00278-017-0219-3

Fernández-Álvarez, J., Rozental, A., Carlbring, P., Colombo, D., Riva, G., Anderson, P. L., ... Botella, C. (2018). Deterioration rates in Virtual Reality Therapy: An individual patient data level meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.06.005 [in press]

Höcker, A., Engberding, M., & Rist, F. (2017). *Heute fange ich wirklich an! Prokrastination und Aufschieben überwinden – ein Ratgeber*. Göttingen: Hogrefe.

Höcker, A., Engberding, M., & Rist, F. (2017). *Prokrastination: Ein Manual zur Behandlung pathologischen Aufschiebens*. Therapeutische Praxis. Göttingen: Hogrefe.

Hoppen, T. H., & Chalder, T. (2018). Childhood adversity as a transdiagnostic risk factor for affective disorders in adulthood: A systematic review focusing on biopsychosocial moderating and mediating variables. *Clinical Psychology Review*, 65, 81–151. doi: 10.1016/j.cpr.2018.08.002

Kampmann, I. L., Emmelkamp, P. M. G., & Morina, N. (2018). Does exposure therapy lead to changes in attention bias and approach-avoidance bias in patients with social anxiety disorder? *Cognitive Therapy and Research*, 42(6), 856–866. doi: 10.1007/s10608-018-9934-5

Kampmann, I. L., Emmelkamp, P. M. G., & Morina, N. (2018). Self-report questionnaires, behavioral assessment tasks, and an implicit behavior measure: do they predict social anxiety in everyday life? *PeerJ*, 6, e5441. doi: 10.7717/peerj.5441

Krüger-Gottschalk, A., Knaevelsrud, C., Rau H., Dyer, A., Schäfer I., Schellong, J., & Ehring, T. (2017). The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): psychometric properties and diagnostic utility. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1–9. doi: 10.1186/s12888-017-1541-6

Kuester, A., Köhler K., Ehring, T., Knaevelsrud, C., Kober, L., Krüger-Gottschalk, A., ... Rau, H. (2017). Comparison of DSM-5 and proposed ICD-11 criteria for PTSD with DSM-IV and ICD-10: changes in PTSD prevalence in military personnel. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 1386988. doi: 10.1080/20008198.2017.1386988

Kunze, A. E., Arntz, A., Morina, N., Kindt, M., & Lancee, J. (2017). Efficacy of imagery rescripting and imaginal exposure for nightmares: A randomized wait-list controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 14–25. doi: 10.1016/j.brat.2017.06.005

Lin, H., Schulz, C., & Straube, T. (2017). Contextual effects of surprised expressions on the encoding and recognition of emotional target faces: An event-related potential (ERP) study. *Biological Psychology*, 129, 273–28. doi: 10.1016/j.biopsycho.2017.09.011

Meyerbröker, K., Morina, N., & Emmelkamp, P. M. G. (2018). Enhancement of exposure therapy in participants with specific phobia: A randomized controlled trial comparing yohimbine, propranolol and placebo. *Journal of Anxiety Disorders*, 57, 48–56. doi: https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.05.001

Möllmann, A., & Buhlmann, U. (2017). Body Dysmorphic Disorder: Treatment. In A. Wenzel (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology* (pp. 543–546). Thousand Oaks: SAGE Publications. doi: http://dx.doi.org/10.4135/9781483365817.n206

Möllmann, A., Dietel, F. A., Hunger, A., & Buhlmann, U. (2017). Prevalence of body dysmorphic disorder and associated features in German adolescents: A self-report survey. *Psychiatry Research*, 254, 263–267. doi: 10.1016/j.psychres.2017.04.063

Morina, N., Lancee, J., & Arntz, A. (2017). Imagery rescripting as a clinical intervention for aversive memories: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 6–15. doi: 10.1016/j.jbtep.2016.11.003

Morina, N., Malek, M., Nickerson, A., & Bryant, R.A. (2017). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and depression in young survivors of mass violence

in low- and middle-income countries: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(4), 247–254. doi: 10.1192/bjp.bp.115.180265

Morina, N., Malek, M., Nickerson, A., & Bryant, R.A. (2017). Meta-analysis of interventions for posttraumatic stress disorder and depression in adult survivors of mass violence in low- and middle-income countries. *Depression and Anxiety*, 34(8), 679–691. doi: 10.1002/da.22618

Morina, N., & Nickerson A. (2017). *Mental Health of Refugee and Conflict-Affected Populations: Theory, Research and Clinical Practice*. Cham: Springer. ISBN-13: 978-3319970455

Morina, N., Stam, K., Pollet, T., & Priebe, S. (2018). Prevalence of depression and posttraumatic stress disorder in adult civilian survivors of war who stay in war-afflicted regions. A systematic-review and meta-analysis of epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 239, 328–338. doi: 10.1016/j.jad.2018.07.027

Nelson, J., Klumpparendt, A., Doeblner, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(02), 96–104. doi: 10.1192/bjp.bp.115.180752

Nelson, J., Klumpparendt, A., Doeblner, P., & Ehring, T. (in press). Everyday emotional dynamics in major depression. *Emotion*.

Normann, N., & Morina, N. (2018). The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 9(2211). doi: 10.3389/fpsyg.2018.02211

Priebe, K., Kleindienst, N., Schropp, A., Dyer, A., Krüger-Gottschalk, A. Schmahl, C., ... & Bohus, M. (2018). Defining the index trauma in post-traumatic stress disorder patients with multiple trauma exposure: Impact on severity scores and treatment effects of using worst single incident versus multiple traumatic events. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1). doi: 10.1080/20008198.2018.1486124

Thielsch, C., Andor, T., & Ehring, T. (2018). Assessing meta-cognitive beliefs about worry: validation of German versions of the Why Worry Scale II and the Consequences of Worry Scale. *PeerJ*, 6, e5177. doi: 10.7717/peerj.5177

Thielsch, M., & Thielsch, C., (2018). Depressive symptoms and web user experience. *PeerJ*, 6, e4439. doi: 10.7717/peerj.4439



# THERAPEUTEN IN DEN JAHREN 2017 UND 2018

› Andor, F.	› Haferkamp, J.	› Rosenberger, L.
› Andor, T.	› Häßelbarth, M.	› Rupp, C.
› Auffenberg, C.	› Heitmann, C.	› Schauenberg, S.
› Basmaji Rupp, M.	› Hinnersmann, P.	› Scherer, S.
› Beckmann, C.	› Hohmann, E.	› Schnor, M.
› Beyer, J.	› Hoppen, T.	› Scholz, B.
› Bieda, A.	› Huebner, A.	› Schreier, D.
› Böhnlein, J.	› Hülsmann, C.	› Schubert, T.
› Bölte, K.	› Janßen, M.	› Schulte, J.
› Bozer, E.	› Johnen, A.	› Schultze, G.-T.
› Brand, M.	› Jost, J.	› Schulz, C.
› Breuer, F.	› Jürgens, C.	› Schwarz, M.
› Bröckelmann, A.-K.	› Justa, S.	› Schwieren, J.
› Buff, C.	› Kleß, A.	› Seidemann, J.
› Bürger, C.	› Klink, M.	› Seip, S.
› Burmeister, K.O.	› Kloth, N.	› Shushakova, A.
› Burmeister, K.	› Klumparendt, A.	› Skodzik, T.
› Busch, L.	› Koß, H.	› Slump, T.
› Christians, B.	› Kuhl, H.	› Surina, V.
› Christians, G.	› Kühn, S.	› Thielsch, C.
› Deres, T.	› Landmeyer, N.	› Thomas, L.
› Dietel, F.	› Lau, P.	› Todorova, M.
› Dohm, K.	› Lühring, F.	› Tsenova, V.
› Drenckhan, I.	› Markwitz, M.	› Tupak, S.
› Dusen, C.	› Mayer, K.	› Uzungelis, G.
› Düvel, R.	› Meinert, S.	› Voegler, R.
› Eden, C.	› Michaelis, C.	› vom Brocke, M.
› Egbers, L.	› Mirau, A.	› Voß, S.
› Eickelmann, M.	› Möllmann, A.	› Voßbeck-Elsebusch, A.
› Engell, A.	› Morina, N.	
› Enneking, V.	› Muck, C.	› Wahl, L.
› Feldker, K.	› Müller Bardorff, M.	› Weber, N.
› Fey, F.	› Nelson, J.	› Wehnes, J.
› Förster, K.	› Neumeister, P.	› Wiczorek, K.
› Förster, S.	› Nohr, L.	› Wiemers, U.
› Goltermann, J.	› Pudritz, I.	› Wittmann, H.
› Goos, J.	› Quittkat, H.	› Wojcik, A.
› Götze, C.	› Redlich, R.	› Wolff, B.
› Griggel, N.	› Redzinski, M.	› Wunderlich, R.
› Große, T.	› Richter, L.	› Zaremba, D.
	› Roos, F.	› Zimmermann, L.

Westfälische Wilhelms-Universität Münster  
Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaft  
– Psychotherapie-Ambulanz –  
Praxisstelle für psychologische Therapie und Beratung  
Fliegerstr. 21, Pavillon V  
48149 Münster

Telefon: 0251 83-34140 | Fax: 0251 83-31333

[www.psychotherapie-ambulanz-muenster.de](http://www.psychotherapie-ambulanz-muenster.de)  
[pta@uni-muenster.de](mailto:pta@uni-muenster.de)

Gestaltung: goldmarie design

Bildnachweis:  
Vaclav Volrab/Shutterstock.com (Titel)  
Acambium64/Shutterstock.com (S. 12)  
Billion Photos/Shutterstock.com (S. 14)  
Slavko Sereda/Shutterstock.com (S. 20)  
lily\_of\_the\_valley/Shutterstock.com (S. 26)  
fizkes/Shutterstock.com (S. 32)

