

Hochschule Fresenius

Fachbereich Gesundheit & Soziales

Studiengang: Psychologie (B.Sc.)

Studienort: Frankfurt am Main

**Einfluss von Prozess- & Embodimentfokussierter  
Psychotherapie auf die Selbstwirksamkeitserwartung von  
Depressions- & Angststörungspatienten**

Genehmigte Bachelorthesis zur Erlangung des akademischen Grades eines  
Bachelor of Science (B.Sc.)

Laura Grabener (Matr.-Nr.: 400223756)

6. Fachsemester

Erstgutachter: Frau Dr. Anne Martinelli

Zweitgutachter: Herr Dipl. -Psych. Can Kulens

**Abgabedatum: 14.12.2021**

## **Kurzzusammenfassung**

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Wirksamkeit der Prozess- & Embodimentfokussierten Psychotherapie auf die Symptomatik, die generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung und den Coping-Stil von Depressions- & Angststörungspatienten. Dazu wurde eine Stichprobe 25 erwachsener Personen per Fragebögen zu depressions- & Angststörungssymptomen befragt. Zusätzlich wurden Daten zur generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung und zu Coping-Stilen erhoben. Verglichen wurde die Behandlung mit PEP durch einen zertifizierten PEP-Coach mit einer literaturbasierten Informationsperiode zu PEP. Die Studie umfasste zwei Messzeitpunkte (jeweils vor- & nach der Intervention). In beiden Gruppen kam es nach der Anwendung von PEP zu einer signifikanten Symptomreduktion von Depressionen und Angstsymptomen. Außerdem konnte eine signifikante Erhöhung der generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung festgestellt werden. Auch im Bereich des Copings kam es zu teilweise signifikanten Veränderungen. Die Ergebnisse der Studie sollten als Anreiz für weitere Forschung zu PEP dienen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>5</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>6</b>
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>8</b>
<b>2. Theoretischer und empirischer Hintergrund .....</b>	<b>10</b>
2.1 Die Klopftechniken und ihre unterschiedlichen Paradigmen .....	10
2.2 Inwiefern hebt sich PEP von anderen Klopftechniken ab? .....	11
2.3 Grundlegende Prinzipien des therapeutischen Vorgehens bei den Klopftechniken .....	12
2.4 Selbstwirksamkeitserwartung .....	14
2.4.1 Quellen der Selbstwirksamkeit nach der sozial-kognitiven Theorie nach Bandura .....	14
2.5 Coping .....	15
2.6 Empirische Befunden und Theoriebildung zu den Klopftechniken .....	16
2.6.1 Wirksamkeit von Klopftechniken bei Angststörungen, Phobien, PTBS und Depressionen .....	16
2.6.2 Einfluss von PEP auf die generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung von Patienten mit Angststörungen, Phobien, PTBS und Depressionen .....	19
2.6.3 Copingstrategien von Patienten mit Angststörungen, Phobien, PTBS und Depressionen und mögliche Veränderung dieser Strategien nach der Behandlung mit PEP .....	21
2.7 Fragestellungen und Hypothesen .....	23
<b>3. Methode .....</b>	<b>24</b>
3.1 Untersuchungsdesign und Durchführung .....	24
3.2 Stichprobe .....	24
3.3 Untersuchungsmaterial .....	27
3.3.1 Coping-Inventar zum Umgang mit Stress-Situationen (CISS) .....	28
3.3.2 Erhebung der generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung (GSWE) .....	29
3.3.3 Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II) .....	29
3.3.4 Beck-Angst-Inventar (BAI) .....	30
3.4 Versuchsablauf .....	30
<b>4. Ergebnisse .....</b>	<b>33</b>
4.1 vorbereitende Datenanalyse .....	33

4.2 Befunde zu den Hypothesen .....	34
4.3 weiterführende Analysen .....	41
<b>5. Diskussion .....</b>	<b>42</b>
5.1 Fazit .....	49
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>51</b>
<b>Anhangsverzeichnis .....</b>	<b>55</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

<b>Abbildung 1.</b> Grafische Veranschaulichung des Versuchsablaufs.....	32
<b>Abbildung 2.</b> Veränderung der Mittelwerte der Generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung (GSWE) aufgeteilt nach Gruppen (KG & EG) und Messzeitpunkten (Messzeitpunkt 1 & Messzeitpunkt 2) .....	36
<b>Abbildung 3.</b> Veränderung der Mittelwerte des Beck Depression Inventar (BDI-II) aufgeteilt nach Gruppen (KG & EG) und Messzeitpunkten (Messzeitpunkt 1 & Messzeitpunkt 2) .....	38
<b>Abbildung 4.</b> Veränderung der Mittelwerte des Beck-Angst-Inventars (BAI) aufgeteilt nach Gruppen (KG & EG) und Messzeitpunkten (Messzeitpunkt 1 & Messzeitpunkt 2).....	40

## **Abkürzungsverzeichnis**

EFT – Emotional Freedom Technique

EDxTM - Energy Diagnostik and Treatment Methods

TFT – Thought Field Theory

PEP - Prozess- & Embodimentfokussierte Psychotherapie

EP – energetische Psychotherapie

TCM – Traditionelle Chinesische Medizin

SWE – Selbstwirksamkeitserwartung

KKT – Kognitions-Kongruenz-Test

SUD - Subjective Units of Disturbance

SSWE – situationsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung

GSWE – Generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung

fMRT – funktionelles MRT

KVT – kognitive Verhaltenstherapie

PTBS – posttraumatische Belastungsstörung

RCTs – randomisierte Kontrollstudien

BDI – Beck-Depressions-Inventar

BDI-II – Beck-Depressions-Inventar Revisiom

CISS – Coping-Inventar zum Umgang mit Stres-Situationen

BAI – Beck-Angst-Inventar

EG – Experimentalgruppe

KG – Kontrollgruppe

T1 – Testzeitpunkt 1

T2 – Testzeitpunkt 2

## Formale Hinweise

Für die Manuskriptgestaltung der vorliegende Arbeit wurde sich an dem *Leitfaden für wissenschaftliches Arbeiten: Psychology School Frankfurt* Stand: 10.09.2018 orientiert. Ergänzend wurde die Literatur „Schreiben und Gestalten von Abschlussarbeiten in der Psychologie und den Sozialwissenschaften (Peters & Dörfler, 2019) herangezogen. Es kamen folgende Programme zum Einsatz: Excel und Word in *Microsoft Office Professional Plus 2019* Version: 2110 und *IBM SPSS Statistics* Version: 28.0.1.0 (142). Ausschließlich aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit, wird in den folgenden Kapiteln auf die genderneutrale Sprache verzichtet, jedoch werden Personen jeglichen Geschlechtes beschrieben und angesprochen.

# 1. Einleitung

*„Der Körper ist die Bühne der Gefühle“*

*- Antonio Damasio*

Die WHO schätzt die Prävalenz psychischer Störungen im Jahr 2015 in der EU auf 110 Millionen Menschen. Das entspricht 12% der europäischen Gesamtbevölkerung. Depressionen und Angstzustände gehören dabei mit 44,3 Millionen Betroffenen mit Depressionen und 37,3 Millionen Betroffenen mit Angstzuständen zu den häufigsten psychischen Störungen (GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2016). Jeder Mensch macht sich Sorgen und hat Ängste. Führen diese jedoch zu einem untragbaren Leidensdruck, kann sich das auf diverse Lebensbereiche der betroffenen Personen auswirken. Mit besonderem Blick auf den Mangel an Psychotherapieplätzen und langen Wartezeiten auf diese (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018), erscheint es sinnvoll sich nach Behandlungsmethoden umzuschauen die einerseits schnelle Wirksamkeit und andererseits stabile Effekte zeigen.

Prozess- & Embodimentfokussierte Psychotherapie (PEP) stellt eine Weiterentwicklung bekannter Klopftechniken dar und ist eine Behandlungs- & Selbsthilfemethode zur Regulation von Ängsten. Der Fokus liegt auf der Bearbeitung negativer Emotionen während des Beklopfens von Hautpunkten. Der Vorteil der Methode soll nicht nur in einer schnellen Wirksamkeit auf Symptomebene, sondern auch in der Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung von Depressions- & Angststörungspatienten liegen (Bohne, 2021).

Das Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung ist ein Teil der sozial-kognitiven-Lerntheorie von Bandura (1977). Es zählt zu den bedeutendsten Konstrukten der kognitiven Psychologie und ist ein wichtiges Konzept zur Erklärung von Verhalten in bestimmten Situationen und zur Erklärung von Verhaltensänderungen. In empirischen Untersuchungen stellte sich die Selbstwirksamkeit als protektiver Faktor für Depressionen und Angststörungen heraus (Egger, 2015). Unter Berücksichtigung dieses Faktors ist ein weiterer Teilaspekt der vorliegenden Studie zu untersuchen, ob die Selbstwirksamkeitserwartung von Depressions- & Angststörungspatienten nach der Behandlung mit PEP steigt und somit protektiv gegen ein Wiederkehren der Symptomatik wirken kann.



Empirische Untersuchungen zeigen auch eine verminderte Anwendung selbstwertdienlicher Copingstrategien bei Depressions- & Angststörungspatienten. Unter der Betrachtung dieses Aspektes, stellt sich dir Frage, ob sich die Bewältigungsstrategien von Personen mit Depressionen- & Angstzuständen nach einer Intervention mit PEP verändern.

In der vorliegenden Arbeit wird anhand einer Studie mit Personen die an einer Depression und / oder einer Angststörung leiden, die Wirksamkeit von PEP auf die störungsspezifischen Symptomatik, der generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung und das Copings untersucht.

## **2. Theoretischer und empirischer Hintergrund**

### **2.1 Die Klopftechniken und ihre unterschiedlichen Paradigmen**

Weltweit gibt es über 20 Klopftechniken. Zu den bekanntesten Vertretern dieser Techniken zählen die Emotional Freedom Technique (EFT), EDxTM (Energy Diagnostik and Treatment Methods), die Thought Field Therapy (TFT) und die in Deutschland vorherrschende Technik, die Prozess- & Embodimentfokussierte Psychotherapie (PEP) (Pfeiffer, 2018). Die Klopftechniken werden durch den Oberbegriff der Energetischen Psychotherapie (EP) geprägt (Eschenröder, 2012). Grundsätzlich ist der therapeutische Ablaufplan bei den verschiedenen Klopftechniken sehr ähnlich und strukturiert. Die Unterschiede liegen eher in Details und den verschiedenen Paradigmen aus denen ihre Wirkhypothesen abgeleitet werden. Die Ansätze der EFT, der EDxTM und der TFT beruhen auf dem energetischen Paradigma. Craig (Begründer der EFT), Gallo (Begründer der EDxTM) und Callahan (Begründer der TFT) interpretieren die Wirksamkeit Ihrer Techniken auf Basis der Meridianlehre der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) (Eschenröder, 2018). Nach dem Prinzip der Meridianlehre führen Störungen im Fluss subtiler Energien durch das Meridiansystem zu psychischen Störungen. Durch das Beklopfen von Akupunkturpunkten werden die Störungen im Fluss subtiler Energien abgeschwächt oder aufgelöst, wodurch es zu einer positiven Wirkung auf kognitiver, emotionaler und behavioralen Ebene kommen soll (Eschenröder, 2018). Die eben beschriebenen Annahmen über den Fluss von subtilen Energien können mit den gegenwärtigen wissenschaftlichen Methoden nicht überprüft werden, was dazu führt, dass viele Psychotherapeuten den Klopftechniken kritisch gegenüberstehen (Eschenröder, 2012). Auch wenn PEP als Klopftechnik dem Gebiet der EP zugeordnet wird, grenzt sich PEP bewusst von den damit in Verbindung stehenden Wirkhypothesen zum körpereigenen Meridiansystem ab (Bohne, 2013). Somit kann die Sinnhaftigkeit des Oberbegriffs der EP fraglich gesehen werden (Eschenröder, 2018). Aufgrund dessen wird im Folgenden nur noch dann der Begriff EP verwendet, wenn es sich um Methoden handelt, die dem energetischen Paradigma unterliegen. Alle Klopftechniken insgesamt, unabhängig davon welchem Paradigma sie unterliegen, werden ab hier mit den Begriffen Klopftechniken oder bifokale Methoden beschrieben. Der Begriff bifokale Methode beschreibt, dass der Fokus einerseits auf eine negative Emotion gelenkt ist und gleichzeitig auf der Stimulation von Hautpunkten liegt (Eschenröder, 2012). Dabei sei zu erwähnen, dass der Prozess des Beklopfens von Körperpunkten nur ein Teilaspekt in einem

therapeutischen Gesamtprozess darstellt (Eschenröder, 2018). Im Folgenden werden einige Wirkhypothesen zu PEP aus psychologischer und neurophysiologischer Sichtweise dargestellt. Eine Hypothese zur Wirksamkeit von PEP beruht auf dem Prinzip der neuronalen Plastizität (Bohne, 2021). Durch die bifokale Aktivierung (gleichzeitiges Beklopfen von Hautpunkten, Aussprechen von selbstwertdienlichen Sätzen und ggfls. noch das Summen von Melodien und Zählen) werden mehrere neuronale Zentren aktiviert. Dadurch könnte es zu einer Verstärkung der Erlebnisverarbeitung und alter Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster kommen und neue neuronale Netzwerke aktiviert werden (Bohne, 2021). Eine andere Hypothese beruht auf dem Prinzip der reziproken Hemmung. Nach diesem Prinzip ist ein gleichzeitig stattfindender Zustand hoher Selbstwirksamkeit und Angst affektlogisch nicht sinnvoll (Schlippe, 2019). Durch die bifokale Aktivierung könnte ein Zustand der Entspannung entstehen, der den Stress reduziert (Bohne, 2021). Es sei an dieser Stelle insbesondere die Verwendung von selbstwertdienlichen Affirmationen zu nennen. Durch die klar formulierte Selbstbestätigung könnten das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) gestärkt werden (Bohne, 2021).

## **2.2 Inwiefern hebt sich PEP von anderen Klopftechniken ab?**

Die Methode PEP kombiniert Teile der systemischen Therapie, der Hypnotherapie und dem neurolinguistischen Programmieren (Pfeiffer, 2018). PEP unterscheidet sich von den anderen bifokalen Methoden insbesondere durch seine prozessorientierte Grundhaltung (Bohne, 2021). Es wird individuell und bedürfnisorientiert an die Problematik der Betroffenen herangetreten. Außerdem liegt ein großer Fokus auf der Analyse von selbstwertreduzierenden Glaubenssätzen und auf der Arbeit mit selbstwertdienlichen Affirmationen. Ein weiteres Alleinstellungsmerkmal sind die „Big 5 Lösungsblockaden“. Zu den Big 5 Lösungsblockaden gehören:

### (1) Selbstvorwürfe

Ein Selbstvorwurf beschreibt den Umstand, dass sich eine Person etwas vorwirft was sie sich selbst noch nicht verziehen hat. In diesem Zustand ist es schwer zur eine Stressreduktion zu erzielen (Bohne, 2021).

### (2) Vorwürfe anderen gegenüber

Hier sei zu erwähnen das Vorwürfe gegenüber anderen oft auch richtig sind. Dennoch birgt der Vorwurf die Gefahr, dass sich seitens der vorwerfenden Person eine Opferrolle manifestiert (Bohne, 2021).

### (3) Erwartungshaltungen anderen Menschen gegenüber

Durch Erwartungshaltungen gegenüber anderen Personen macht sich die betroffene Person von anderen abhängig (unabhängig davon ob die Erwartung begründet oder nicht begründet ist) (Bohne, 2021).

### (4) Altersregression (inneres Schrumpfen)

Bei dem Phänomen der Altersregression fühlt sich die Person oft jünger und oder physisch kleiner als sie eigentlich ist (Bohne, 2021).

### (5) parafunktionale Loyalitäten

Parafunktionale Loyalitäten können gegenüber nahestehenden Personen und / oder ihren Werten gegenüber entstehen. Dieser Zustand kann zu einer innerlichen Blockade führen, welche die eigentliche Zielerreichung blockiert (Bohne, 2021).

Der Entwickler der Methode weist darauf hin, dass bei einem nicht Ansprechen auf die diversen Module von PEP, immer nochmal geschaut werden sollte, ob eine der Big 5 Lösungsblockaden noch nicht identifiziert und aufgelöst worden ist. Bei der Identifikation von Blockaden und Unstimmigkeiten könnte der Der Kognitions-Kongruenz-Test (KKT) hilfreich sein (Schlippe, 2019). Der KKT dient dem Patienten als Hilfestellung um mögliche Affirmationen als Testsätze auszuprobieren und in sich hinein zu fühlen, ob sich der der Inhalt des ausgesprochene Satzes mit dem Gefühlsleben der Person kongruent anführt (Bohne,2021).

## **2.3 Grundlegende Prinzipien des therapeutischen Vorgehens bei den Klopftechniken**

Das grundlegende therapeutische Vorgehen bei den bifokalen Methoden ist sich sehr ähnlich und besteht aus den folgenden fünf Aspekten:

### (1) Exposition (in vivo oder in sensu<sup>1</sup> möglich)

---

<sup>1</sup> Eine in vivo Exposition ist eine Konfrontation mit einem äußeren Reiz in der tatsächlichen Situation, während eine in sensu Exposition eine gedankliche Konfrontation mit einer Reizbedingung darstellt.

Aktivierung eines negativen Gefühls, indem an ein vergangenes oder zukünftig belastendes Ereignis gedacht wird, oder indem der Patient in vivo mit der negativen Emotion konfrontiert wird. Anschließend wird der Grad der Belastung auf der Subjective Units of Disturbance (SUD) Skala eingeschätzt. Die Skala reicht von 0-10 wobei 0 für „keine Belastung“ und 10 für die „höchstmögliche Belastung“ steht (Eschenröder, 2018).

#### (2) Selbstwertfördernde Affirmation in Kombination mit klopfen

Der Patient wird dazu angeregt eine selbstwertförderliche Affirmation, passend zu seiner Situation, zu finden und auszusprechen, während einige Körperpunkte beklopft werden (Eschenröder, 2018). Solch eine Affirmation könnte im Fall von einer Agoraphobie wie folgt lauten: „Auch wenn ich eine riesigen Angst vor dem nächsten Großstadtbesuch habe, liebe und akzeptiere ich es das ich so bin.“.

#### (3) Einsatz bifokaler Methode(n)

Nun wird in Kombination an die belastende Situation gedacht und währenddessen eine Reihe von Körperpunkten beklopft (meistens sind dies klassische Akupunkturpunkte). Zusätzlich ist eine Reihe von Nebenbehandlungen möglich, aber nicht zwingend notwendig, die aus einer Kombination von Summen und Zählen besteht. Nach Abschluss der Klopfsequenz wird erneut auf der SUD-Skala der Grad der Belastung abgefragt. Die Klopfsequenzen, und damit die Koppelung von belastenden Emotionen und taktiler Stimulation, wird so oft wiederholt bis sich die emotionale Belastung bei dem Patienten mindestens verringert hat und im besten Fall ganz verschwunden ist (Eschenröder, 2018).

#### (4) Positive Emotionen verankern

Nach demselben Kopplungsprinzip wie in den vorherigen Schritten, werden in diesem Schritt positive Emotionen mit taktiler Stimulation gekoppelt und somit verankert (Eschenröder, 2018).

#### (5) Bifokale Techniken als Selbsthilfemethode im Alltag anwenden

Der Patient wird dazu angeregt die erlernten Methoden im Alltag, vor angstausslösenden Situationen oder während des Gefühls negativer Emotionen anzuwenden. (Eschenröder, 2018).

## **2.4 Selbstwirksamkeitserwartung**

In Kapitel 2.1 wurden bereits bestehende Hypothesen zu einem möglichen Zusammenhang von SWE und PEP aufgegriffen. Nun soll eine Definition des Konstruktes folgen. Das Konstrukt der SWE kann als Vertrauen in das eigene Können, eine herausfordernde Situation zu meistern und somit ein gewünschtes Ziel zu erreichen, beschrieben werden (Bandura, 1977). Im Rahmen verschiedener Theorien kann zwischen der bereichsspezifischen Selbstwirksamkeitserwartung (SSWE) und der allgemeinen bzw. generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung (GSWE) unterschieden werden. Bandura (1977) definiert die SWE dabei als SSWE. SSWE bedeutet das situationsspezifische Vertrauen in seine Fähigkeiten in eng umschriebenen Situationen. Sherer et al. (1982) führten die Theorie Banduras bedeutend weiter und definierten die SWE als eine GSWE. Deshalb wird ab hier auch von der GSWE gesprochen. GSWE beschreibt ein globales Persönlichkeitskonstrukt und umfasst ein generalisiertes Vertrauen in seine Fähigkeiten über viele Lebensbereiche und Situationen hinweg. Die Selbstwirksamkeit ist durch Interventionen beeinflussbar (Bandura, 1977). Personen, die selbstwirksam sind, setzen sich u.a. höhere Ziele und erholen sich schneller von Rückschlägen (Knoll et al., 2013). Banduras sozial-kognitive Theorie ist das einzige motivationale Modell, dass mögliche Quellen für SWE definiert und darauf eingeht, wie die genannten Quellen den Entscheidungsprozess von Personen beeinflussen könnten (Kalch, 2019).

### **2.4.1 Quellen der Selbstwirksamkeit nach der sozial-kognitiven Theorie nach Bandura**

Nach der sozial-kognitiven Theorie von Bandura kann der Erwerb und die Veränderung der Selbstwirksamkeit durch die folgenden vier Quellen beeinflusst werden: Die erfolgreiche Ausführung einer Handlung (direkte Erfahrung), eine stellvertretende Erfahrung (Modelllernen), persuasive Botschaften sowie physiologische und affektive Reaktionen (Knoll et al. 2013). Die Quellen unterscheiden sich in ihrer Art der Entstehung und in der Stärke ihrer Wirksamkeit (Kalch, 2019).

Erfolgreiche Ausführung einer Handlung (direkte Erfahrung): Eine Handlung wirkt weniger ungreifbar, wenn die bestimmte oder eine ähnliche Handlung schon einmal erfolgreich durchgeführt wurde (Bandura, 1977). Damit sich die eigene Erfahrung aber auch wirklich auf die SWE auswirkt ist nicht der reine Versuch der Durchführung einer Handlung bedeutsam,

sondern erst die erfolgreiche Ausführung der Handlung (Kalch, 2019). Die erfolgreiche Ausführung einer Handlung ist im Vergleich zu den anderen Quellen der Selbstwirksamkeit diejenige mit der stärksten Wirksamkeit in Bezug auf die SWE (Bandura, 1977).

Stellvertretende Erfahrungen sind die zweitwichtigste Quelle für die Entstehung von SWE (Kalch, 2019). Sie sind vor allem dann relevant und hilfreich, wenn noch keine persönlichen Erfahrungen gemacht werden konnten (Kalch, 2019). Stellvertretende Erfahrungen vermitteln Strategien und Wissen um ein bestimmtes Verhalten umsetzen zu können (Kalch, 2019).

Auch persuasive Botschaften können sich förderlich auf die Selbstwirksamkeit auswirken. Wenn eine Person einer anderen Person zuspricht, die Fähigkeit eine Handlung durchzuführen zu können (persuasive Botschaft), kann Selbstwirksamkeit vermittelt werden (Kalch, 2019). Damit eine persuasive Botschaft eine Wirkung auf die SWE hat, sollten zwei grundlegende Voraussetzungen erfüllt sein. 1. Der Empfänger der persuasiven Botschaft sollte wirklich dazu in der Lage sein die Handlung erfolgreich durchzuführen. 2. Der Vermittler der persuasiven Botschaft sollte Wissen darüber besitzen, welche Kompetenzen vorhanden sein müssen, um die Handlung auszuführen und unter welchen Bedingungen die Person die Handlung ausführen muss. Wenn der Vermittler über dieses Wissen verfügt, sei er als glaubwürdig einzuschätzen (Kalch, 2019). Um die Chancen auf eine Erhöhung der SWE zu verbessern sollten zusätzlich Maßnahmen zur Unterstützung der Handlungsplanung- oder Ausführung erfolgen (Kalch, 2019).

Physiologische und affektive Reaktionen werden an dieser Stelle im Hinblick auf ihre negative Wirkung in Form von Stress thematisiert (Kalch, 2019). Handlungen, die Stress hervorrufen, können sich negativ auf die SWE auswirken (Kalch, 2019). Um SWE fördern zu können muss Stress reduziert werden.

## **2.5 Coping**

Lazarus und Folkman (1984) definieren Coping (bzw. Bewältigung) in ihrem transaktionalen Stressmodell als „constantly changing cognitive and behavioural efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraise a taxing or exceeding the resources of the person“.

In der Regel wird Coping als situationaler, kognitiver und behavioraler versuch definiert effektiv mit negativen Situationen umzugehen (Anshel, 2012). In den meisten Theorien zu

Coping wird der Bewältigungsprozess als versuch verstanden, durch ein großes Spektrum an Emotionen, Gedanken und Taten Stress zu reduzieren. Der Bewältigungsprozess ist multidimensional und jede Dimension umfasst verschiedene Strukturen und Konzepte (Anshel, 2012). Es gibt situationale, dispositionale und transaktionale Modelle aus denen Coping betrachtet werden kann. Außerdem kann zwischen Coping-Stilen und Copingstrategien unterschieden werden. Copingstrategien zeigen den situationalen Umgang mit Stress. Der Coping-Stil hingegen ist dispositional und eher voraussagbar als die Copingstrategie. Jedoch lässt sich der angewendeten Coping-Stil in Stresssituationen durch die Copingstrategie vorhersagen. Coping-Stile- und Strategien werden in unterschiedlichen Theorien verschieden kategorisiert (Anshel, 2012).

## **2.6 Empirische Befunden und Theoriebildung zu den Klopftechniken**

Dadurch, dass das therapeutische Vorgehen innerhalb der Klopftechniken sehr ähnlich ist kann der reine Part des Klopfens, aufgrund mangelnder Datenlage zu PEP, aus Studien zu den Methoden TFT und EFT abgeleitet werden (Eschenröder, 2018). Da PEP jedoch mehr Behandlungselemente als das reine Klopfen beinhaltet, werden in den Kapiteln 2.6.2 und 2.6.3 bestehende Theorien aufgegriffen und weitergeführt und einige Hypothesen in der vorliegenden Studie auf diesen theoretischen Annahmen begründet aufgestellt und überprüft.

### **2.6.1 Wirksamkeit von Klopftechniken bei Angststörungen, Phobien, PTBS und Depressionen**

Wie in der Einleitung bereits erwähnt, wurde zu PEP noch nicht viel Forschung betrieben. Dementsprechend gibt es zu PEP erst eine veröffentlichte Studie (Wittfoth, D., Bohne, Lanfermann, & Wittfoth, M., 2020). Die EP-Methoden EFT und TFT sind im Gegensatz dazu um einiges besser erforscht. Die Studie von D. Wittfoth et al. (2020) mit dem Titel „Emotional regulation through bifocal processing of fear inducing and disgust inducing stimuli“, ist die weltweit erste veröffentlichte funktionelle MRT (fMRT) Studie, bei der eine Klopftechnik untersucht wurde. Die Ergebnisse dieser Studie weisen auf eine ganz neue Art der Emotionsregulation hin. Da es in der vorliegenden Arbeit aber nicht um die Überprüfung biologischer Wirkhypothesen geht wird hierauf nicht weiter eingegangen.

Mehrere Studien geben Hinweise auf die Wirksamkeit von bifokalen Methoden bei Störungen, die mit einem hohen körperlichen Arousal einhergehen (Pfeiffer, 2018). Am besten ist die Wirksamkeit von Klopftechniken am Störungsbild der posttraumatischen Belastungsstörung



(PTBS) untersucht (Pfeiffer, 2018). Church et al. (2013) führten eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT) mit Veteranen durch, welche die Kriterien einer klinischen PTBS erfüllten. Sechs Sitzungen EFT wurden mit der allgemeinen regulären Versorgung verglichen. Auch die Gruppe der allgemeinmedizinischen Versorgung erhielt nach Ablauf der Wartezeit sechs Einzelsitzungen EFT (Church, 2014). Nach der Behandlung mit EFT kam es zu einer signifikanten Reduktion von Depressionen, Ängsten und Schmerzen. Bereits nach drei Sitzungen EFT erfüllten 60 % der Probanden und nach insgesamt sechs Sitzungen 86 % aller Probanden nicht mehr die Kriterien einer PTBS. Die Effekte blieben auch nach drei Monaten konstant. Nach sechs Monaten war die Quote immer noch bei 80 % von Probanden, die nicht mehr die Kriterien einer PTBS erfüllten (Church et al., 2013). Church konnte die Ergebnisse der Studie aus dem Jahr 2013, im Jahr 2016 in zwei weiteren Studien replizieren (Church, Sparks & Clond, 2016a; Church, Yount, Rachlin, Fox & Nelms, 2016b). Die Studien von Church, Sparks et al. (2016a) und Church, Yount et al. (2016b) wurden jedoch mit sehr kleinen Stichproben durchgeführt ( $N = 21$  &  $N = 16$ ).

Church et al. (2012) haben anhand des Beck-Depression-Inventory (BDI) 18 depressive College Studenten identifiziert und mit Ihnen eine RCT durchgeführt. Die Hälfte der Probanden nahm an einer EFT Gruppensitzung teil, die restlichen Probanden bekamen keine Intervention. Drei Wochen später wurden allen Probanden nochmal das BDI vorgelegt. Es kam zu einer signifikanten Reduktion der Depressionssymptomatik bei der Gruppe, die an der EFT Sitzung teilgenommen hat (Church et al., 2012).

Nelms und Castel (2016) führten eine Metaanalyse zur Wirksamkeit von EFT bei Depressionen durch und berücksichtigten dabei zwölf randomisierte und acht nicht randomisierte Studien mit insgesamt  $N = 850$  Teilnehmern. Die Metaanalyse ergab hohe Effektstärken bei der Symptomreduktion von Depressionen in den RCTs und mittlere Effektstärken in den nicht randomisierten Studien. Die Effektstärken waren auch bei Nachuntersuchen nach mehr als 90 Tagen noch sehr hoch. Die Behandlung mit EFT erwies sich als effektiver als die Zwerchfellatmung und das strukturierte Interview. Zwischen den Behandlungsmethoden EFT und EMDR konnte jedoch kein signifikanter Effekt festgestellt werden (Nelms & Castel, 2016).

Im Jahr 2018 führten Jasubhai und Mukundan eine Studie durch, in der sie die Effektivität der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und EFT bei der Behandlung von Angststörungen und Depressionen bei erwachsenen indischen Bürgern verglichen. Als Messinstrumente kamen die Depression Anxiety and Stress scale (DAS21) und das Beck-Depression-Inventory Revision (BDI-II) zum Einsatz. Zehn zufällig ausgewählte Personen (neun davon waren weiblich) aus

einer indischen Großstadt, die die Kriterien einer Angststörung und einer Depression erfüllten, wurden randomisiert entweder einer EFT oder einer KVT Gruppe zugeordnet. Die Teilnehmer bekamen jede Woche eine Sitzung (je nach Gruppe KVT oder EFT) über einen Zeitraum von acht Wochen. Alle Teilnehmer wurden nach drei, fünf und acht Sitzungen, sowie ein Monat nach Abschluss der Behandlung nochmals auf das Vorliegen der Symptome einer Angststörung und einer Depression untersucht. Bei beiden Gruppen kam es zu einer signifikanten Symptomreduktion. Bei der Behandlung mit EFT kam es bereits nach drei Sitzungen zu einer signifikanten Symptomreduktion und auch vier Wochen nach Abschluss der Behandlung mit EFT blieb die Symptomreduktion signifikant. In der KVT Gruppe kam es nach acht Sitzungen zu einer signifikanten Symptomreduktion (Jasubhai & Mukundan, 2018).

Irgens et al. (2017) führten eine Studie mit Agoraphobikern durch. Als Messskala wurde u.a. das BDI verwendet. Verglichen wurde die Wirkung von EFT, KVT und die Symptomveränderung von Patienten auf einer Warteliste (die keine Therapie erhalten haben) auf das Störungsbild der Agoraphobie. Beide Gruppen (EFT & KVT) führten zu einer signifikanten Verbesserung im Vergleich zu der Warteliste. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen EFT und KVT gefunden werden, jedoch wurden bei der EFT Gruppe nur fünf Sitzungen und in der KVT Gruppe zwölf Sitzungen durchgeführt, und ähnliche Effekte erzielt.

Eine Metaanalyse von Clond (2016) analysierte 14 RCTs in welchen der Effekt von einer oder drei bis mehr EFT Sitzungen untersucht wurden. Die Metaanalyse zeigte sehr hohe Effekte bei der Behandlung von Angstsymptomen mittels EFT (Clond, 2016). Insbesondere PTBS Patienten und Patienten mit spezifischen Phobien sprachen sehr gut auf die Behandlung an (Clond, 2016). Um die Effektivität der Behandlungsform der Klopftechniken mit einer anderen Methode zu vergleichen wurden die Daten der Metaanalyse von Hoffmann und Smits (2008) zur Wirksamkeit der KVT herangezogen. Klammert man die Studien mit PTBS Patienten und Phobikern aus, kamen Hoffmann und Smits (2008) zu ähnlich hohen Effekten bei der Behandlung von Angststörungen mittels KVT. Die Effektstärken für Phobiker und PTBS Patienten lagen bei der Behandlung mit EFT jedoch deutlich höher (Pfeiffer, 2018).

*Daraus ergibt sich die folgende Fragestellung: Verbessert sich die störungsspezifische Symptomatik von Depressions- & Angststörungspatienten durch die Anwendung von PEP?*

## **2.6.2 Einfluss von PEP auf die generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung von Patienten mit Angststörungen, Phobien, PTBS und Depressionen**

Zur Wirkung von Klopftechniken auf die GSWE gibt es noch keine Studien (Stand: November 2021). Deshalb soll im folgenden Abschnitt die theoretische Wirksamkeit von PEP auf die GSWE anhand der Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung aus der sozial kognitiven Theorie von Bandura erläutert werden. So soll eine Grundlage geschaffen werden, um die Wirksamkeit von PEP auf die SWE theoretisch zu begründen, um sie in der folgenden Studie empirisch überprüfen zu können.

Als wichtigste Quelle der SWE wird die direkte Erfahrung gesehen. Bei PEP wird der betroffenen Person eine Strategie vermittelt, nach der diese vorgehen kann, um unangenehme Emotionen und physiologische Reaktionen zu verringern. Wenn die Behandlung mit PEP bei einem zertifizierten PEP Anwender stattfindet, wird die Methode zusätzlich individuell auf die vorhandene Problematik der Person übertragen. Dadurch könnte der direkte Transfer auf die eigene, individuelle Situation gegeben sein. Die Methode kann somit direkt im Rahmen der Behandlung an dem individuellen Problem angewendet werden und die Veränderung der Belastung kann auf der SUD-Skala eingeschätzt werden. Durch dieses Vorgehen kann die betroffene Person die direkte Erfahrung machen, dass durch die Anwendung der Methode die emotionale und physiologische Belastung verringert wird. Bekommt eine Person jedoch nur Informationen über die Methode in Form von Literatur, ohne professionelle Anleitung, muss erst ein Transfer auf die eigene Situation erfolgen. Erst dann kann eine direkte Erfahrung erfolgen. Das Gelingen dieses Transfers ist von verschiedenen personellen Faktoren, wie z.B. der Interozeptionsfähigkeit der Person abhängig. Sobald dieser Transfer jedoch gelingt, kann auch hier die direkte Erfahrung gemacht werden, dass sich die Symptomatik durch Anwendung der Methode verringert. Die hypothetisch-logische Schlussfolgerung daraus ist, dass Personen die PEP unter professioneller Anleitung lernen, stärker auf die Methode ansprechen werden als Personen, die PEP als reine Selbsthilfemethode versuchen anzuwenden. Die unterschiedliche Wirksamkeit könnte auf den Transfer der Strategie auf die Realität und auf die individuelle Problematik zurückzuführen sein. Ein weiteres Hindernis das ggfls. überwunden werden muss, ist das Erkennen der Big 5 Lösungsblockaden. Liegt bei der anwendenden Person eine Lösungsblockade vor, muss diese erst erkannt werden, bevor die Wirksamkeit der Methode einsetzen kann. Auch hier könnte das Gelingen des Erkennens wieder an der Interozeptionsfähigkeit der Person scheitern.

Auch eine stellvertretende Erfahrung als Quelle für SWE könnte bei der Behandlung mit PEP eine Rolle spielen, wenn auch eher im angeleiteten Behandlungssetting. PEP Coaches wird empfohlen bei den Behandlungssitzungen bei sich selbst mit zu klopfen. Das Mitklopfen des Behandlers könnte den Klienten dabei helfen sich bei einer solchen „kulturfremden“ Übung wohler zu fühlen. Ganz automatisch machen die Lernenden der Methode somit eine stellvertretende Erfahrung, welche sich förderlich auf die SWE auswirken könnte. Wendet eine Person PEP jedoch als Selbsthilfemethode an, ohne die Strategie jemals in einem professionellen Setting beigebracht bekommen zu haben, kann hier nicht von einer stellvertretenden Erfahrung gesprochen werden. Es sei denn, eine Person macht eine stellvertretende Erfahrung durch eine andere Person, mit ähnlichen Problemen, die PEP erfolgreich anwendet.

Wie in Kapitel 2.2.1.3 erläutert, müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein, damit eine persuasive Botschaft eine Wirkung auf die SWE haben kann. Die erste Voraussetzung ist die Fähigkeit einer Person die gewünschte Handlung auch wirklich ausführen zu können. PEP wird bewusst nur bei bestimmten Störungsbildern angewendet. Die zu bewältigenden Aufgaben der zu behandelnden Person sind die Fähigkeit seine Arme zu verwenden um seinen Körper zu beklopfen, bereit zu sein sich seinen Problemen zu stellen und sich auf die Methode einzulassen. Wenn diese Punkte erfüllt sind, und eine passende Indikation vorliegt, steht der Behandlung mit PEP nichts im Weg. Die zweite Voraussetzung bezieht sich auf den Behandler. Seitens des Behandlers muss Wissen darüber verfügbar sein, welche Kompetenzen vorhanden sein müssen um die Methode erfolgreich auszuführen. Wenn PEP bei einem zertifizierten PEP Coach durchgeführt wird, ist auch diese Voraussetzung gegeben. Die Glaubwürdigkeit des PEP Coaches kann sich dadurch erhöhen, dass er auch andere Techniken erfolgreich ausführt (Bsp.: Der PEP Coach ist auch ein psychologischer Psychotherapeut und hat somit eine umfangreiche Expertise im Bereich der Behandlung psychischer Erkrankungen).

Auch physiologische Reaktionen sind eine Quelle von SWE. Stress löst physiologische Reaktionen aus. Viele psychische Störungen werden u.a. durch verschiedene Stressoren verursacht und aufrechterhalten. PEP versucht über einen embodimentfokussierten Ansatz genau dort anzusetzen und die physiologischen Reaktionen abzuschwächen, eben durch das Beklopfen von Hautpunkten. Schon Föten im Mutterleib nutzen Berührungen zur Beruhigung. Der Hirn- und Haptikforscher Martin Grunwald sagt zur selbstberuhigenden Wirkung von Berührungen folgendes: „ Die derzeit vorliegenden Befunde sprechen demnach dafür, eine direkte Beziehung zwischen dem Auftreten von Selbstberührung und dem emotionalen Status

des handelnden Subjekts anzunehmen“ (Grunwald, 2012, S.48). Die beschriebenen Beobachtungen führten zur Aufstellung einer haptisch-taktilen Wirkhypothese zu PEP (Bohne, 2021).

*Daraus ergibt sich die folgende Fragestellung: Wie wirkt sich die Behandlung mit PEP auf die generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung von Depressions- & Angststörungspatienten aus?*

### **2.6.3 Copingstrategien von Patienten mit Angststörungen, Phobien, PTBS und Depressionen und mögliche Veränderung dieser Strategien nach der Behandlung mit PEP**

Die im folgenden Absatz beschriebenen Veränderungen der Copingstile von Depressions- & Angststörungspatienten nach der Behandlung mit PEP ist eine Fortsetzung der in den Kapitel 2.6.1-2.6.2 erfolgten Theoriebildung zur Wirksamkeit von PEP, unter Berücksichtigung empirischer Befunden zu Coping bei Depressions- & Angststörungspatienten.

McWilliams, Cox und Enns (2013) fanden im Rahmen einer Vergleichsstudie zu dem *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS) bei einer klinischen Stichprobe depressiver Patienten eine Beziehung zwischen bestimmten Copingstrategien und einigen Persönlichkeitsstrukturen. Probanden mit Persönlichkeitsstrukturen wie Neurotizismus und Symptomen von Depressionen verwendeten einen weniger adaptiven, emotionsorientierten Coping-Stil. Personen mit geringen Werten in Neurotizismus und ohne Anzeichen von Depressionen zeichneten sich durch einen adaptiven, aufgabenorientierten Copingstil aus (McWilliams et al., 2013).

Eine Studie von Nagase et al. (2009), untersuchte Korrelate von Copingstrategien und Depressionen in der japanischen Bevölkerung anhand der Daten  $N = 24.551$  Personen. Die Ergebnisse zeigten positive Korrelationen zwischen Depressionen und Vermeidungsstrategien und negative Zusammenhänge zwischen Depressionen und Problemlösestrategien.

Man, Dougan und Rector (2012) untersuchten das Bewältigungsverhalten von Personen mit einer Angststörung und einer komorbiden Depression. Zum Einsatz kam unter anderem wieder das CISS. Die Ergebnisse zeigten eine erhöhte Anwendung eines emotionsorientierten Coping-Stils bei Personen mit einer komorbiden Angststörung und Depression und eine verringerte Anwendung des aufgabenorientierten Copingstils bei Personen mit einer diagnostizierten Angststörung ohne komorbide Depression.

Die Studienlage weißt auf unterschiedliche Bewältigungsstrategien bei Personen mit und ohne Angststörung und / oder Depression hin. Zur direkten Wirkung von PEP auf das Coping konnten keine Studien gefunden werden. Hypothetisch-logisch könnten jedoch Veränderungen im Coping entstehen, durch die Symptomreduktion nach der Intervention mit PEP (für empirischen Hinweise zur Wirksamkeit von Klopftechniken auf Symptomebene siehe Kapitel 2.6.1). Die Hypothese, dass PEP eine Wirkung auf den Coping-Stil von Depressions- & Angststörungspatienten hat, setzt also eine Symptomreduktion voraus, die wiederum eine Wirkung auf das Coping der Patienten hat.

*Daraus ergibt sich die folgende Fragestellung: Verändert sich der Copingstil von Depressions- & Angststörungspatienten nach einer Behandlung mit PEP?*

## 2.7 Fragestellungen und Hypothesen

Die folgenden werden die aus der Theorie und Empirie abgeleiteten Fragestellungen mit den dazugehörigen Hypothesen überblicksartig dargestellt.

**Fragestellung 1:** Wie wirkt sich die Behandlung mit PEP auf die generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung von Depressions- & Angststörungspatienten aus?

*H1.1:* Die GSWE von Depressions- & Angststörungspatienten erhöht sich nach der Behandlung mit PEP

*H1.2:* Die Erhöhung der GSWE ist nach einer professionellen Behandlung mit PEP (EG) stärker als nach einer Literatur-basierten Informationsperiode (KG)

**Fragestellung 2:** Verbessert sich die störungsspezifische Symptomatik von Depressions- & Angststörungspatienten durch die Anwendung von PEP?

*H2.1:* Durch die Behandlung mit PEP verringert sich die Depressionssymptomatik von Depressionspatienten

*H2.2:* Die Reduktion der Depressionssymptomatik ist nach einer professionellen Behandlung mit PEP (EG) stärker als nach einer Literatur-basierten Informationsperiode (KG)

*H2.3:* Durch die Behandlung mit PEP reduziert sich die Angstsymptomatik von Angststörungspatienten

*H2.4:* Die Reduktion der Angstsymptomatik ist nach einer professionellen Behandlung mit PEP (EG) stärker als nach einer Literatur-basierten Informationsperiode (KG)

**Fragestellung 3:** Verändert sich der Copingstil von Depressions- & Angststörungspatienten nach einer Behandlung mit PEP?

*H3.1:* Der Coping Stil von Depressions- & Angststörungspatienten verändert sich nach der Behandlung mit PEP in Form von verringerter Anwendung des emotionsorientierten Copingstils

*H3.2:* Der Coping Stil von Depressions- & Angststörungspatienten verändert sich nach der Behandlung mit PEP in Form von erhöhter Anwendung eines aufgabenorientierten Copingstils

### 3. Methode

In diesem Kapitel wird das Vorgehen der Studie detailliert beschrieben. Wenn im folgenden Abschnitt von „Gruppen“ gesprochen wird, ist damit die Unterscheidung in Experimentalgruppe (EG) und Kontrollgruppe (KG) gemeint.

#### 3.1 Untersuchungsdesign und Durchführung

Bei der durchgeführten Studie handelte es sich um eine Längsschnittstudie mit zwei Testzeitpunkten. Der Datenerhebungszeitraum erstreckte sich vom 17.05.2021 bis zum 04.10.2021. Die Studie wurde in Form eines quasiexperimentellen Forschungsdesigns durchgeführt und die Gruppen unterschieden sich in der Bedingung Behandlung vs. informationsbasierter Literaturperiode.

#### 3.2 Stichprobe

Die Gesamtstichprobe setzt sich aus  $N = 25$  Versuchsteilnehmern zusammen. Alle Teilnehmer erfüllten vor Beginn der Studie mindestens das Kriterium einer minimalen Depression. 14 der Probanden erfüllten die Kriterien einer schweren Depression (56 %), neun die Kriterien einer mittelschweren Depression (36 %) und jeweils eine Person erfüllte das Kriterium einer minimalen bzw. einer leichten Depression. Bei 15 der 25 Teilnehmern kam eine komorbide Angststörung hinzu. Die Altersspanne der Probanden reichte von 18 Jahren bis 58 Jahren ( $MW = 43,48$ ,  $SD = 11,51$ ). Die Gesamtstichprobe setzte sich aus 14 Frauen und 11 Männern zusammen, davon waren  $n = 12$  Personen der Experimentalbedingung und  $n = 13$  Personen der Kontrollbedingung zuzuordnen. Keiner der Probanden gab an sich dem diversen Geschlecht zugehörig zu fühlen. Die Spannweite des Alters in der KG entspricht einer Altersspanne von 18 Jahren bis 55 Jahren. Mittelwert und Standardabweichung sahen in der KG wie folgt aus: ( $MW = 39,69$ ,  $SD = 13,34$ ). In der EG war die älteste Person 58 Jahre alt und die jüngste Person in der EG war mit 34 Jahren 16 Jahre älter als der jüngste Teilnehmer der KG. In der EG lag der Mittelwert bei  $MW = 47,58$  Jahren und die Standardabweichung bei  $SD = 7,98$ . Die Patienten machten Angaben darüber welche Störung bei ihnen vorlagen oder vermutet wurden. Die Angaben zu den Störungen können Tabelle A.1 entnommen werden. Jeweils ein Versuchsteilnehmer der EG und ein Proband der KG machte die Angabe während des Zeitraums der Studie Psychopharmaka einzunehmen. Alle Probanden der EG wurden von einem akkreditierten psychologischen Psychotherapeuten und zertifizierten PEP Coach



behandelt. Von Personen ohne Haupt-/ Volksschulabschluss (eine Person in der gesamten Stichprobe) bis zum abgeschlossenen Hochschulstudium (zwei Personen in der gesamten Stichprobe) nahmen Personen mit unterschiedlichen Bildungsabschlüssen an der Studie teil. Teilnehmer mit der Mittleren Reife/ Realschulabschluss/ POS waren mit acht Probanden am häufigsten vertreten. Jeweils sieben Teilnehmer gaben an, einen Haupt-/ Volksschulabschluss oder ein Fachabitur/ Abitur gemacht zu haben. Die Verteilung der Bildungsabschlüsse aufgeteilt nach Gruppen kann den Abbildungen B.1 (KG) und B.2 (EG) im Anhang B entnommen werden. In der EG nahmen sieben männliche (58.3 %) und fünf weibliche Probanden (41.7 %) teil. In der KG hingegen waren es neun weibliche (69.2 %) und nur vier männliche Probanden (30.8 %). 14 der 25 Versuchsteilnehmer (56 %) leben in Kelkheim (Taunus). Insgesamt leben alle Versuchsteilnehmer im erweiterten Taunus Kreis oder in Frankfurt am Main. Die genaue Verteilung der Wohnorte kann Abbildung B.3 in Anhang B entnommen werden. Als Anreiz zur Teilnahme bestand die Möglichkeit, nach Abschluss der Studie eine Zusammenfassung der Ergebnisse und einen Tassenuntersetzer zu erhalten. Da nur in der EG von einer gesicherten Diagnose ausgegangen werden konnte (da sich alle Probanden in Behandlung eines Therapeuten befanden, bei dem die Versuchsleiterin arbeitet und Zugriff auf die Akten der Patienten hat), mussten alle Probanden durch das BDI-II und das BAI in die Kategorien: depressive Symptomatik vorhanden vs. keine depressive Symptomatik vorhanden und / oder Symptome einer klinisch relevanten Angstsymptomatik vorhanden vs. Symptome einer klinisch relevanten Angststörung nicht vorhanden eingeteilt werden. Konnte nicht wenigstens eine der beiden Kategorien als vorhanden angesehen werden, war die Grundvoraussetzung an der Studie teilzunehmen nicht erfüllt und die Daten des Probanden konnten nicht mit in den Fragebogen einfließen. Ein Teilnehmer wies im BDI-II einen Summenwert von 8 und im BAI einen Summenwert von 0 auf. Somit ist der Proband nach Klassifizierung der Wertebereiche der jeweiligen Manuale (siehe Kapitel 3.3.3 und 3.3.4) weder als depressiv noch als klinisch relevant ängstlich einzustufen. Damit erfüllte er nicht die Kriterien zur Teilnahme an der Studie und die Daten des Probanden wurden aus der Bewertung für die Studie ausgeschlossen. Zusätzlich mussten die Daten eines weiteren Versuchsteilnehmers ausgeschlossen werden, da dieser beim ersten Testzeitpunkt 13 von 21 Items des BAI nicht ausgefüllt hat und somit nicht festgestellt werden konnte, ob bei dem Teilnehmer eine klinisch relevante Angststörung vorlag. Nach Ausschluss der beiden eben erläuterten Fällen, ergab sich die Grundgesamtheit von  $N = 25$  Versuchsteilnehmer.

Ein Einschlusskriterium für alle Personen war es mindestens das 18. Lebensjahr erreicht zu haben. Weitere Ein- und Ausschlusskriterien waren gruppenspezifisch.

Einschlusskriterien für die Experimentalgruppe:

- Beginn einer Behandlung mit PEP aufgrund von (1) Symptomen die auf eine Angst- oder Panikstörung, Phobie, PTBS oder Depression hinweisen oder (2) einer diagnostizierten Angst- oder Panikstörung, Phobie, PTBS oder Depression gemäß ICD-10-GV-2015 (F40.X, F41.X, F43.X, F 32.X, F33.X) (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015)
- Bei Beginn der Teilnahme an der Studie durfte die Behandlung mit PEP noch nicht begonnen haben, da der erste Testzeitpunkt vor Beginn der Therapie mit PEP lag

Ausschlusskriterien für die Experimentalgruppe:

- Wenn (1) keine Symptome einer Angst- oder Panikstörung, Phobie, PTBS-, oder Depression vorhanden waren oder (2) das Vorliegen einer Angst- oder Panikstörung, Phobie, PTBS oder Depression gemäß ICD-10- GV-2015 (F40.X, F41.X, F43.X, F 32.X, F33.X) ausgeschlossen werden konnte (Dilling et al., 2015).

Einschlusskriterien für die Kontrollgruppe:

- Symptome, die auf eine Angst- oder Panikstörung, Phobie, PTBS oder Depression hinweisen oder eine diagnostizierte Angst- oder Panikstörung, Phobie, PTBS oder Depression gemäß ICD-10-GV-2015 (F40.X, F41.X, F43.X, F 32.X, F33.X) (Dilling et al., 2015).

Ausschlusskriterien für die Kontrollgruppe:

- Sich zum Zeitpunkt des Datenerhebungszeitraums wegen der oben genannten Symptomatik oder Diagnose in Behandlung befinden (unabhängig davon, ob diese Behandlung von einem Coach, Heilpraktiker oder Psychotherapeuten durchgeführt wurde)

Die Probanden wurden je nach Gruppe auf unterschiedlichen Wegen rekrutiert. Die Probanden für die KG wurden auf drei Wegen rekrutiert. (1.) Über die Warteliste einer psychotherapeutischen Praxis. Da die Versuchsleiterin die Warteliste selbst verwaltet, konnten potentielle Probanden auf direktem Weg (d.h. bei Anfragen auf einen Therapieplatz) auf die Studie aufmerksam gemacht werden. (2.) Der Flyer (siehe Anhang C) wurde über die Plattformen Instagram, Whats-App und Facebook geteilt. (3.) Es wurden Flyer in

verschiedenen Allgemeinarztpraxen als auch in psychotherapeutischen Praxen ausgehängt. Das Anschreiben an die Allgemeinmediziner kann Anhang D entnommen werden und das Anschreiben für die Psychotherapeuten kann Anhang E entnommen werden.

Der nächste Schritt für alle Probanden umfasste ein kurzes Telefonat mit der Versuchsleiterin. Zweck des Telefonats war eine Voreinschätzung, ob die Interessenten geeignete Kandidaten für die Studie sind. Dazu befragte die Versuchsleiterin die potentiellen Probanden zu ihren Symptomen. Darauf folgte eine kurze Absprache zwischen der Versuchsleiterin und einem akkreditierten Psychotherapeuten. Das Gespräch mit dem Psychotherapeuten diente der professionellen Einschätzung, ob der Proband in Bezug auf sein Symptombild einen geeigneten Versuchsteilnehmer darstellte. Danach bekamen die Probanden die Rückmeldung, ob sie in die Studie aufgenommen werden könnten.

Probanden für die EG wurden über die Terminanfragen bei dem behandelnden Therapeuten rekrutiert. Wenn sich bei den psychotherapeutischen Sprechstunden herausstellte, dass ein Patient eine für die Studie in Frage kommende Behandlungsindikation aufwies wurde mit dem potentiellen Probanden besprochen, ob Interesse an der Teilnahme der Studie bestehe. Wenn dies der Fall war, wurde dem Probanden der Flyer für die EG (siehe Anhang F), die Einwilligungserklärung, die Checkliste und der erste Satz Fragebögen ausgehändigt. Die Unterlagen mussten zur nächsten Sitzung (zur ersten Behandlungssitzung mit PEP) wieder mitgebracht und abgegeben werden. Das Stammdatenblatt und den zweiten Satz Fragebögen bekam der Proband erst nach Beendigung der Behandlung mit PEP oder spätestens am 04.10.2021 (auch wenn hier die Behandlung noch nicht abgeschlossen war).

Da die Gruppenzuordnung nicht durch einen Zufallsmechanismus zustande kam, handelt es sich nicht um eine randomisierte Stichprobe. Da Menschen mit Angst- & Panikstörungen, Phobien, PTBS und / oder Depressionen untersucht wurden, handelt es sich um eine Untersuchung einer klinischen Population.

### **3.3 Untersuchungsmaterial**

Beiden Gruppen wurden teils gleiche, teils unterschiedliche Materialien für die Studie zur Verfügung gestellt. Neben dem Buch „*Bitte klopfen! Anleitung zur emotionalen Selbsthilfe*“ (Bohne, 2013) umfasste das Paket für die KG folgende Unterlagen: eine Einwilligungserklärung, eine Checkliste, die in Kapitel 3.3.1-3.3.5 beschriebenen Fragebögen in doppelter Ausführung, ein Stammdatenblatt und einen schon frankierten

Rücksendeumschlag (siehe Anhang G). Das Paket für die EG umfasste ebenfalls die im Kapitel 3.3.1-3.3.5 beschriebenen Fragebögen in doppelter Ausführung, einen schon frankierten Rücksendeumschlag, ein Stammdatenblatt, eine Checkliste und eine Einwilligungserklärung (siehe Anhang H). In den folgenden Unterkapiteln werden die verwendeten Fragebögen kurz vorgestellt und auf ihre statistischen Kennwerte eingegangen.

### **3.3.1 Coping-Inventar zum Umgang mit Stress-Situationen (CISS)**

Das CISS ist die deutschsprachige Übersetzung des *Coping Inventory for Stressful Situations* von Endler und Parker (Kälin & Semmer, 2020). Das im Jahr 2020 veröffentlichte Erhebungsinstrument umfasst 21 Items. Ein Beispielitem ist das Folgende: „Ich konzentriere mich auf das Problem, um eine Lösung zu finden.“. Die Items werden anhand einer fünfstufigen Likert-Skala von 1 = „sehr untypisch“ bis 5 = „sehr typisch“ beantwortet. Die Bearbeitungsdauer liegt bei ca. 10-15 Minuten. Anhand der Ergebnisse kann eine Einteilung in die folgenden drei Copingstile im Umgang mit Stress erfolgen (Kälin & Semmer, 2020).

- Aufgabenorientiertes Coping

Aufgabenorientiertes Coping zeichnet sich dadurch aus, dass versucht wird, das Problem zu lösen (Problemlösung). Dazu kann der direkte Versuch der Problemlösung gehören, aber auch die Planung geeigneter Schritte, um gegen die stressverursachenden Bedingungen vorzugehen. Cronbachs Alpha liegt bei .83 (Kälin & Semmer, 2020).

- Emotionsorientiertes Coping

Emotionsorientiertes Coping wird hier als emotionale Reaktionen, die auf die eigene Person bezogen sind, definiert. Cronbachs Alpha liegt bei .80 (Kälin & Semmer, 2020).

- Vermeidungsorientiertes Coping

Vermeidungsorientiertes Coping beschreibt das Vermeiden davon, sich mit Stresssituationen auseinanderzusetzen. Es kann in Form allgemeiner Ablenkung vom Problem oder in Form von Ablenkung durch soziale Kontakte auftreten. Cronbachs Alpha liegt bei .79 (Kälin & Semmer, 2020).

Ein hoher Summenwert auf der jeweiligen Subskala steht für eine hohe Ausprägung des jeweiligen Copingstils.

### 3.3.2 Erhebung der generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung (GSWE)

Die von Collani und Schyns 1999 entwickelte Skala beschreibt SWE als ein globales Persönlichkeitskonstrukt (Collani & Schyns, 2014). Entwickelt wurde die Skala aus mehreren und unterschiedlichen Skalen zur generellen Selbstwirksamkeitserwartung und zu verwandten Konstrukten (Collani und Schyns, 2014). Es kommen 41 Items auf einer eindimensionalen Skala zum Einsatz, jedoch wurden die Items 3, 8, 15 und 22 aufgrund teststatistischer Befunde zur Trennschärfe und den Faktorladungen ausgeschlossen, wodurch nur noch 37 Items in die Auswertung mit einfließen (Collani & Schyns, 2014). Ein Beispielitem lautet wie folgt: „Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen“. Die Items werden anhand einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 = "stimmt völlig" bis 6 = "stimmt überhaupt nicht" beantwortet. Damit ein hoher Summenwert aller Items für eine hohe SWE stehen kann, müssen die positiv formulierten Items erst invertiert werden. Der Mittelwert bei der Normierungsstichprobe des Instrumentes lag bei  $MW = 86,7$  mit einer Standardabweichung von  $SD = 24,1$  (Collani & Schyns, 2014). Cronbachs Alpha liegt bei der hier verwendeten Langform bei  $.94$ . Die Split-half-Reliabilität liegt bei  $r = .94$ . (Collani & Schyns, 2014). Die Bearbeitungszeit beträgt ca. 10 Minuten.

### 3.3.3 Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II)

Bei der vorliegenden Version handelt es sich um die deutschsprachige Adaptation des *Beck Depression Inventory* von Beck, Steer und Brown (Hautzinger, Keller & Kühner, 2009). Anhand des BDI-II kann die Schwere einer Depression erfasst werden. Das BDI-II umfasst 21 Aussagen mit jeweils vier Antwortmöglichkeiten. Der Proband soll diejenige Antwortmöglichkeit wählen, welche seinen Zustand innerhalb der letzten zwei Wochen am besten beschreibt. Den Aussagen sind Zahlen zwischen null und drei zugeordnet. Depressionen werden als ein eindimensionales Konstrukt beschrieben (Hautzinger et al., 2009). Ein Beispiel einer Gruppe von Antwortmöglichkeiten zu dem Oberbegriff „Selbstablehnung“ lautet wie folgt: 0= Ich halte von mir genauso viel wie immer, 1= Ich habe Vertrauen in mich verloren, 2= Ich bin von mir enttäuscht und 3= Ich lehne mich völlig ab (Hautziger et al., 2009). Anhand der Auswahl der Aussagen kann ein Summenscore gebildet werden. Das Manual schlägt folgende Einordnung der Summenwerte vor: 0-8 = keine Depression, 9-13 = minimale Depression, 14-19 = leichte Depression, 20-28 = mittelschwere Depression und 29-63 = schwere Depression (Hautzinger et al., 2009). Cronbachs Alpha beträgt  $.93$  bei Stichproben depressiver Patienten, die sich in Behandlung befinden. Bei Patienten mit primär anderen

Symptomen beträgt Cronbachs Alpha .92 und bei gesunden Probanden .90. Die Retest-Reliabilität beträgt  $r_{tt} = .78$ . Die Bearbeitungszeit beträgt ca. 5-10 Minuten (Hautzinger et al., 2009).

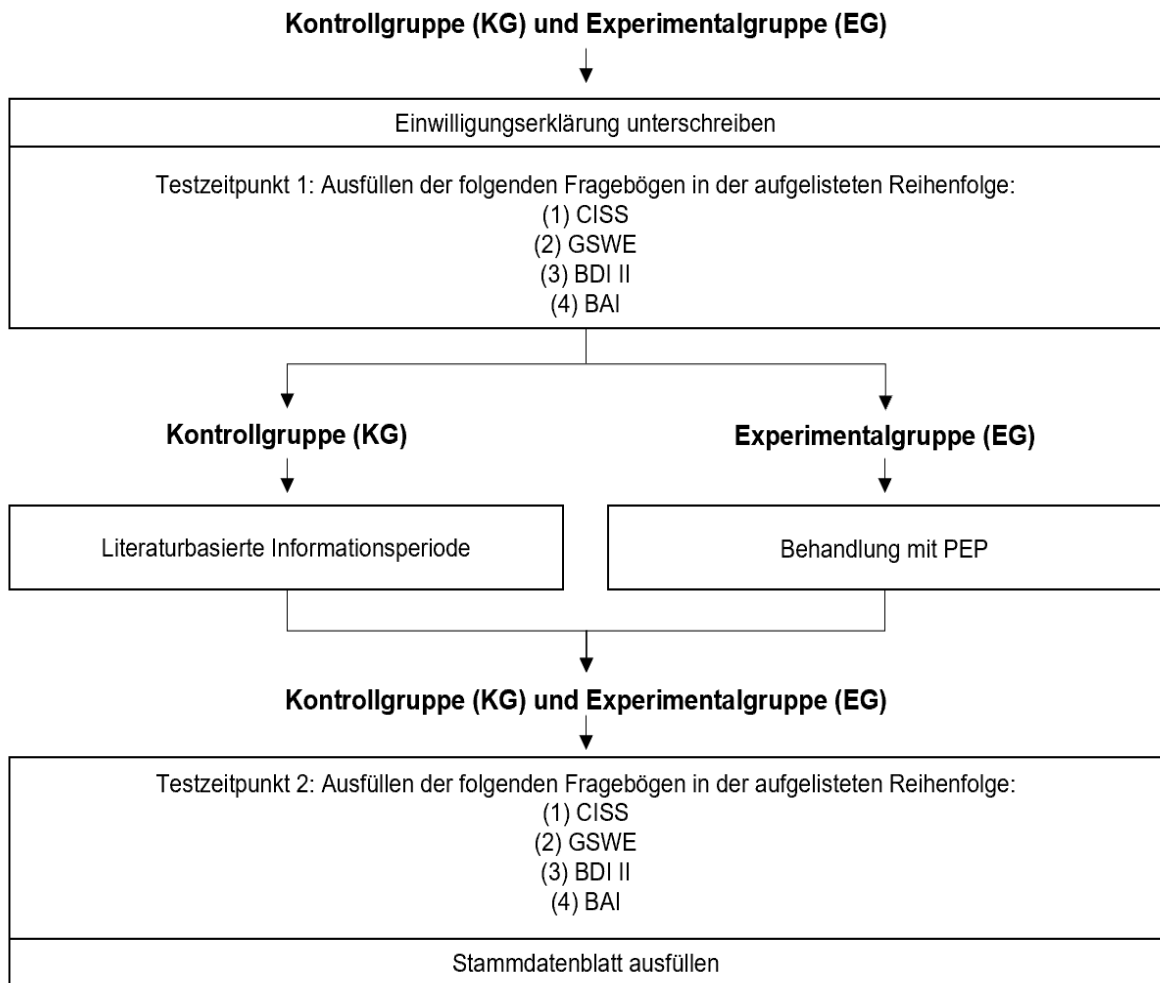
### **3.3.4 Beck-Angst-Inventar (BAI)**

Das BAI erfasst die Schwere von Angst anhand der Schwere des Auftretens der Angst innerhalb der letzten sieben Tage durch 21 Aufstellungen von Empfindungen die auf einer vierstufigen Likert-Skala von 0 = „überhaupt nicht“ bis 3= „stark“ bewertet werden (Markgraf & Ehlers, 2007). Es wird beispielsweise nach dem Empfinden von Magen- oder Darmbeschwerden gefragt. Es handelt sich bei der vorliegenden Form um die deutschsprachige Bearbeitung des *Beck Anxiety Inventory* von Beck und Steer (Markgraf & Ehlers, 2007). Angst wird in Form eines eindimensionalen Konstruktes definiert. Neben physiologischen Aspekten von Angst umfassen die Items kognitive und somatische Aspekte von Angst. Anhand von Summenwerten kann eine Einschätzung der Angst des Probanden erfolgen. Das Manual schlägt folgende Klassifizierung der Wertebereiche vor: 0-7 = minimale Angst, 8-15 = milde Angst, 16-25 = moderate Angst und 26-63 = klinisch relevante Angst. Cronbachs Alpha liegt bei Personen mit Angststörungen bei .90. Bei nicht klinischen Populationen liegt Cronbachs Alpha zwischen .85 und .90. Die Bearbeitung des Fragebogens dauert ca. 5-10 Minuten (Markgraf & Ehlers, 2007).

## **3.4 Versuchsablauf**

Die Daten wurden per „paper-pencil“ Test erhoben. Dazu wurde jedem Probanden ein Umschlag mit allen in Kapitel 3.3 beschriebenen Materialien zur Verfügung gestellt. Die Probanden der EG bekamen die Materialien von dem betreuenden Behandler. Die Unterlagen für die KG wurden den Probanden per Post zugesandt. Da für die Zusendung auf postalischem Weg personenbezogene Daten erhoben werden mussten, liegt von allen Probanden eine unterschriebene Einwilligungserklärung vor. Vor Beginn der Behandlung mit PEP (EG) bzw. vor der informationsbasierten Literaturperiode (KG) füllten beide Gruppen als erstes die Einwilligungserklärung aus, bevor die in den Kapiteln 3.3.1-3.3.4 beschriebenen Fragebögen in folgender Reihenfolge ausgefüllt wurden: CISS, GSWE, BDI-II, BAI. Daraufhin folgte in der EG die Behandlung mit PEP bei dem zertifizierten PEP Coach. Die KG bekam folgende Literatur zur Verfügung gestellt: *Bitte klopfen! Anleitung zur emotionalen Selbsthilfe* (Bohne, 2013). Nach Abschluss der Behandlung mit PEP (EG) oder nach der Literaturbasierten Informationsperiode (KG) wurden die in den Kapiteln 3.3.1-3.3.4 beschriebenen Fragebögen

nochmals in der gleichen Reihenfolge wie beim ersten Testzeitpunkt ausgefüllt. Die Probanden der KG erhielten die Anweisung zwischen den Testzeitpunkten ca. sechs Wochen vergehen zu lassen bzw. spätestens am 04.10.2021 (auch wenn zu dem Zeitpunkt noch keine sechs Wochen vergangen waren). Die Probanden der EG sollten die Fragebögen zum zweiten Mal nach Abschluss der Behandlung oder auch spätestens am 04.10.2021 ausfüllen. In der Realität lagen die Zeiträume zwischen den Messzeitpunkten in der KG zwischen zwei und zwölf Wochen und in der EG zwischen vier und 16 Wochen. Eine detaillierte Veranschaulichung der Zeitdifferenzen zwischen den Messzeitpunkten aufgeteilt nach Gruppen kann den Abbildungen B.4 (KG) und Abbildung B.5 (EG) in Anhang B entnommen werden. Die Probanden der EG erhielten zwischen 14 und 35 Sitzungen PEP. An wie vielen Sitzungen PEP die Probanden jeweils teilgenommen haben kann Abbildung B.6 entnommen werden. In der Zwischenzeit sollten die Probanden beider Gruppen PEP als Selbsthilfemethode, wenn nötig, im Alltag anwenden. Zum Schluss füllten beide Gruppen noch das jeweilige Stammdatenblatt aus. Um bei den Fragebögen eine richtige Zuordnung zu den Testzeitpunkten gewährleisten zu können, wurden diese mit einem Textmarker farblich markiert. Alle grün markierten Fragebögen waren dem Testzeitpunkt eins zuzuordnen. Alle rosa markierten Fragebögen gehörten zum Testzeitpunkt zwei. Um sich zusätzlich abzusichern, damit es trotz der farblichen Markierungen nicht zu Verwechslungen der Testzeitpunkte kommt, wurde auf jeder Seite der einzelnen Fragebögen, wenn nicht schon vorhanden, ein Feld für das Datum ergänzt. In der Checkliste wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, auf mindestens einer Seite des Fragebogenpaketes das Datum kenntlich zu machen. Um die Daten unabhängig von EG oder KG miteinander vergleichen zu können, lagen beiden Gruppen dieselben Fragebögen vor. Die Einwilligungserklärung war auch dieselbe. Stammdatenblatt und Checkliste waren für beide Gruppen gleich aufgebaut, unterschieden sich jedoch leicht durch die unterschiedlichen Aufgaben der Gruppen (vergleiche Anhang G und Anhang H). Um die Daten anonymisiert weiterverarbeiten zu können wurde jedem Rückumschlag bei Ankunft bei der Versuchsleiterin randomisiert eine Nummer zugeordnet und getrennt von der Einwilligungserklärung aufbewahrt



**Abbildung 1.** Grafische Veranschaulichung des Versuchsablaufs



## 4. Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Studie präsentiert. Alle Ergebnisse wurden mit dem Statistik Programm *IBM SPSS Statistics* Version: 28.0.1.0 (142) berechnet.

### 4.1 vorbereitende Datenanalyse

Nach Abschluss des Erhebungszeitraums wurden alle „paper-pencil“ Daten in eine Excel Tabelle übertragen und in SPSS importiert. Bereits bei der Übertragung in die Excel Datei wurden die Variablen möglichst klar benannt und bei Bedarf noch zusätzliche Beschriftungen angelegt. Nach dem Datenimport in das Statistik Programm SPSS wurde das Skalenniveau jeder Variable überprüft. Für kategorische Variablen wie das Geschlecht oder den Schulabschluss wurden numerische Codes festgelegt und um eine eindeutige Zuordnung zu den Codes zu gewährleisten wurden die Variablencodes beschriftet (Bsp.: 1= männlich, 2=weiblich, 3= divers). Anschließend wurde überprüft ob die Variablentypen korrekt eingestellt waren. Fehlende Werte wurden durch den benutzerdefinierten numerischen Code „999“ definiert. Anschließend wurden die fehlenden Werte auf Basis der vorliegenden Stichprobe durch den Mittelwert der jeweiligen Variable ersetzt. Nachdem die Datenbereinigung abgeschlossen war konnten Summenwerte gebildet werden.

Um zu überprüfen ob die interne Konsistenz auch für eine klinische Population von Depressions- & Angststörungspatienten gegeben ist, wurde eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt. Als Maß für die interne Konsistenz wurde Cronbachs Alpha berechnet. Die Ergebnisse können Tabelle 1 entnommen werden. Für die Skalen GSWE, BAI und BDI-II waren sehr gute Reliabilitätswerte zu erkennen ( $> .9$ ). Für die Subskala aufgabenorientiertes Coping des CISS kann von einer guten Reliabilität gesprochen werden ( $> .8$ ). Die Subskala aufgabenorientiertes Coping des CISS kann als fragwürdig gesehen werden und die Subskala vermeidungsorientiertes Coping des CISS ist mit einem Wert von  $.16$  als inakzeptabel zu bewerten (Blanz, 2015).

**Tabelle 1.** Skalenmittelwert, Standardabweichung und interne Konsistenz des BDI-II, des BAI, der GSWE und des CISS

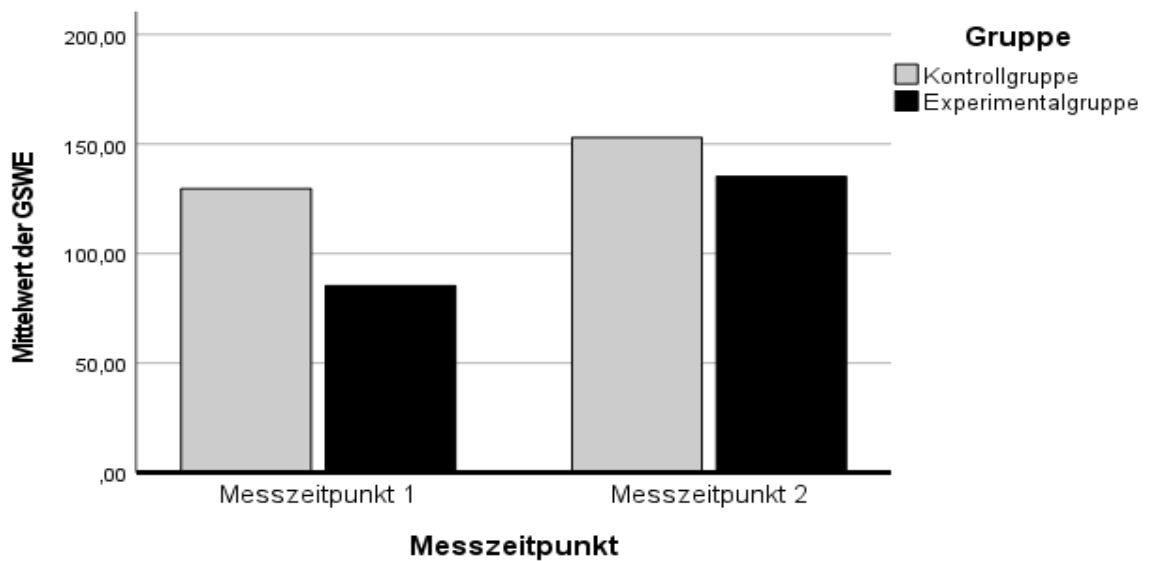
Skala	M	SD	Cronbachs Alpha
T1 BDI II	34.01	12.61	.93
T2 BDI II	14.47	9.39	
T1 BAI	31.80	14.63	.94
T2 BAI	14.77	8.04	
T1 GSWE	108.42	33.86	.97
T2 GSWE	144.46	24.67	
T1 CISS_A	16.80	6.17	.84
T2 CISS_A	23.13	4.43	
T1 CISS_E	23.20	5.39	.62
T2 CISS_E	21.08	5.51	
T1 CISS_V	18.56	4.10	.16
T2 CISS_V	20.71	4.96	

*Anmerkungen.* T= Testzeitpunkt, M= Skalenmittelwert und SD= Standardabweichung, BDI-II: Beck Angst Inventar II  
BAI: Beck Angst Inventar, CISS: Coping-Inventar für Stress-Situationen A: aufgabenorientiertes Coping,  
E: emotionsorientiertes Coping V: vermeidungsorientiertes Coping

## 4.2 Befunde zu den Hypothesen

Zur Überprüfung der H1.1: „Die GSWE von Depressions- & Angststörungspatienten erhöht sich nach der Behandlung mit PEP“ und der H1.2: „Die Erhöhung der GSWE ist nach einer professionellen Behandlung mit PEP (EG) stärker als nach einer Literatur-basierten Informationsperiode (KG)“ wurde eine zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung mit dem Innersubjektfaktor Messzeitpunkt, also Testzeitpunkt 1 und Testzeitpunkt 2 (T1 & T2) und dem Zwischensubjektfaktor Gruppe (KG & EG) durchgeführt. Die Werte der GSWE waren nach Shapiro-Wilk-Test normalverteilt (T1:  $p = .429$  und T2:  $p = .359$ ). Die Varianzanalyse zur GSWE ergab einen signifikanten Haupteffekt des Messzeitpunktes  $F(1,23) = 41.97, p < .001$ , partielles  $\eta^2 = .65$ . Somit konnte die H1.1 bestätigt werden. Des Weiteren ergab die Analyse noch einen Haupteffekt für die Gruppenzugehörigkeit  $F(1,23) = 14.74, p < .001$ , partielles  $\eta^2 = .39$ . Zwischen den Bedingungen Gruppenzugehörigkeit und Messzeitpunkt gab es einen Interaktionseffekt  $F(1,23) = 5.51, p = .028$ , partielles  $\eta^2 = .19$ . Die Mittelwerte für die GSWE aufgeteilt nach Messzeitpunkt und Gruppe sind in Abbildung 2 dargestellt. Es fällt auf, dass beide Gruppen beim zweiten Testzeitpunkt höhere Werte der GSWE erzielten und dass die Differenz der GSWE-Werte beim ersten Messzeitpunkt zwischen den Gruppen weiter auseinander lagen als bei Messzeitpunkt zwei. Im Folgenden sollen die Optionen geprüft werden, wie es zu dem Interaktionseffekt kommen konnte. Zur Überprüfung werden post-hoc t-Tests verwendet. Um Zufallsbefunde zu vermeiden wurde eine Bonferroni-Korrektur durchgeführt. Das Signifikanzniveau beträgt für die folgenden t-Tests .013.

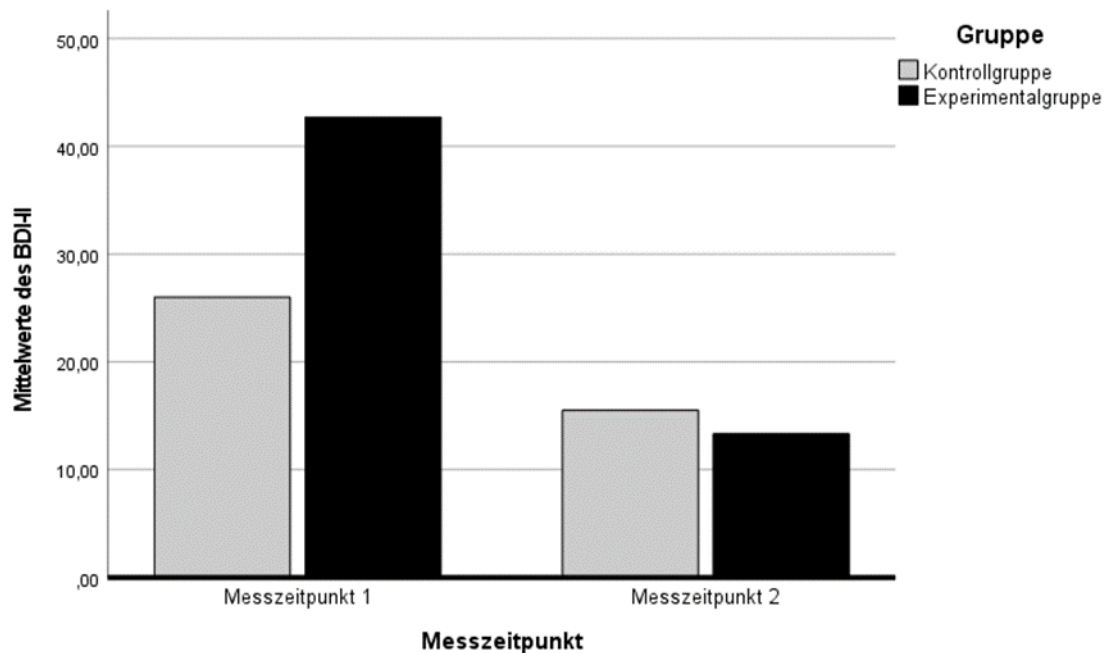
Erklärungsmöglichkeit 1: Die GSWE nahm in der EG signifikant zu, in der KG jedoch nicht. Zur Überprüfung wurde ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt. Die Normalverteilung der Differenz der GSWE-Werte nach Shapiro-Wilk-Test war gegeben (KG: T1  $p = .469$ ; EG:  $p = .255$ ). Es gab keine Ausreißer. Dieser wurde jedoch im Datensatz belassen, da es sich um einen leichten Ausreißer handelte. Der t-Test ergab signifikante Ergebnisse in der EG als auch in der KG. EG: T1 ( $M = 85.39$ ;  $SD = 22.77$ ) und EG: T2 ( $M = 135.22$ ;  $SD = 18.44$ ),  $t(11) = -6.71$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.93$ . KG: T1 ( $M = 129.67$ ;  $SD = 28.24$ ) und KG: T2 ( $M = 153.00$ ;  $SD = 27.23$ ),  $t(12) = -2.78$ ,  $p = .012$ ,  $d = .77$ . Die Ergebnisse widersprechen der Erklärungsmöglichkeit 1, weshalb nach einer Alternativerklärung für den Interaktionseffekt gesucht werden muss. Erklärungsmöglichkeit 2: Die Werte der GSWE sind zu T1 zwischen EG und KG signifikant unterschiedlich und beim zweiten Messzeitpunkt haben sich die GSWE-Werte einander angeglichen und unterscheiden sich nicht mehr signifikant. Zur Überprüfung dieser Option wurde jeweils ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Die Normalverteilung nach Shapiro-Wilk-Test war gegeben (T1:  $p = .961$ ; T2:  $p = .957$ ). Es gab einen Ausreißer bei T2, da es sich hier aber nur um einen leichten Ausreißer handelt, wurde er im Datensatz gelassen. Der Levene-Test ergab Varianzhomogenität bei beiden Messzeitpunkten (T1:  $p = .299$ ; T2:  $p = .411$ ). Zum Messzeitpunkt eins konnte ein signifikanter Unterschied der GSWE-Werte zwischen EG und KG nachgewiesen werden (KG:  $M = 129.67$ ;  $SD = 28.24$  & EG:  $M = 85.39$ ;  $SD = 22.77$ )  $t(23) = 4.29$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.31$ . Beim Messzeitpunkt zwei konnte kein signifikanter Unterschied der GSWE-Werte zwischen EG und KG festgestellt werden (KG:  $M = 153.00$ ;  $SD = 27.23$  & EG:  $M = 135.22$ ;  $SD = 18.44$ )  $t(23) = 1.90$ ,  $p = .070$ . Somit konnte durch die Ergebnisse auch die H1.2 bestätigt werden.



**Abbildung 2.** Veränderung der Mittelwerte der Generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung (GSWE) aufgeteilt nach Gruppen (KG & EG) und Messzeitpunkten (Messzeitpunkt 1 & Messzeitpunkt 2)

Um die Hypothesen H2.1: „Durch die Behandlung mit PEP verringert sich die Depressionssymptomatik von Depressionspatienten“ und H2.2: „Die Reduktion der Depressionssymptomatik ist nach einer professionellen Behandlung mit PEP (EG) stärker als nach einer Literatur-basierten Informationsperiode (KG)“ zu überprüfen wurde wieder eine zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung durchgeführt. Im Datensatz befanden sich keine Ausreißer. Die Daten des BDI-II waren nach Shapiro-Wilk-Test zum ersten Messzeitpunkt normalverteilt ( $p = .301$ ). Zum Messzeitpunkt 2 waren die Daten nicht normalverteilt ( $p = .046$ ). Da sich Varianzanalysen jedoch in Simulationsstudien als relativ robust gegenüber der Normalverteilungsverletzung erwiesen haben (Vasey & Thayer, 1987), wurde mit der ANOVA unverändert fortgefahren. Es wurde ein statistisch signifikanter Haupteffekt für den Messzeitpunkt der BDI-II Werte gefunden  $F(1,23) = 121.15$   $p < .001$ , partielles  $\eta^2 = .84$ . Somit konnte die H2.1 bestätigt werden. Des Weiteren wurde auch ein Haupteffekt für die Gruppenzugehörigkeit gefunden  $F(1,23) = 4.68$ ,  $p = .041$ , partielles  $\eta^2 = .17$ . Zwischen den Faktoren Messzeitpunkt und Gruppenzugehörigkeit gab es einen Interaktionseffekt  $F(1,23) = 27.23$   $p < .001$ , partielles  $\eta^2 = .54$ . Die Mittelwerte des BDI-II aufgeteilt nach Messzeitpunkt und Gruppe sind in Abbildung 3 dargestellt. Es fällt auf, dass die Werte zu T1 in der EG deutlich höher sind als in der KG. Zu T2 sind die BDI-II-Werte in beiden Gruppen gesunken und auch die Differenz der BDI-II-Werte zwischen den Gruppen scheint nicht mehr so groß wie bei T1. Um zu überprüfen wie der Interaktionseffekt zustande

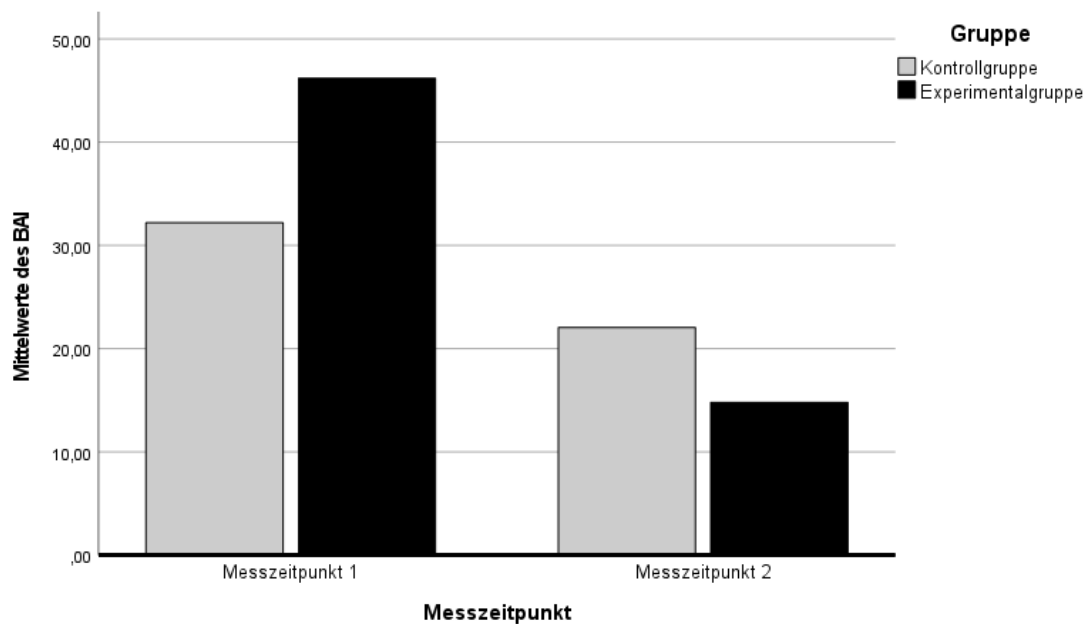
gekommen ist, wurden post-hoc t-Tests durchgeführt. Auch hier wurde eine Bonferroni-Korrektur durchgeführt um Zufallsbefunde zu vermeiden. Das Signifikanzniveau beträgt für die folgenden t-Tests .013. Möglichkeit 1: Die BDI-II-Werte nahmen in der EG signifikant ab, in der KG jedoch nicht. Um diese Option zu überprüfen wurde ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt. Die Normalverteilung nach Shapiro-Wilk-Test war in beiden Gruppen gegeben (KG:  $p = .807$ ; EG:  $p = .182$ ). Es gab keine Ausreißer im Datensatz. Der t-Test ergab signifikante Ergebnisse sowohl in der EG als auch in der KG. EG: T1 ( $M = 42.70$ ;  $SD = 10.50$ ) und EG: T2 ( $M = 13.32$ ;  $SD = 8.65$ ),  $t(11) = 10.55$ ,  $p < .001$ ,  $d = 3.05$ . KG: T1 ( $M = 26.00$ ;  $SD = 8.50$ ) und KG: T2 ( $M = 15.52$ ;  $SD = 10.25$ ),  $t(12) = 4.47$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.24$ . Der Interaktionseffekt kann also nicht durch Möglichkeit 1 erklärt werden. Um eine zweite Möglichkeit zu überprüfen, wurde durch einen t-Test für unabhängige Stichproben überprüft ob es zu dem Interaktionseffekt gekommen ist, weil sich die Werte des BDI-II zu T1 zwischen EG und KG signifikant und bei T2 nicht mehr signifikant unterschieden haben. Die Normalverteilung nach Shapiro-Wilk-Test war gegeben (T1:  $p = .301$ ; T2:  $p = .046$ ). Es gab keine Ausreißer. Der Levene-Test ergab Varianzhomogenität bei beiden Messzeitpunkten (T1:  $p = .725$ ; T2:  $p = .443$ ). Zum Messzeitpunkt eins konnte ein signifikanter Unterschied der BDI-II-Werte zwischen EG und KG nachgewiesen werden (KG:  $M = 26.00$ ;  $SD = 8.50$  & EG:  $M = 42.70$ ;  $SD = 10.51$ )  $t(23) = 4.39$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.83$ . Beim Messzeitpunkt zwei konnte kein signifikanter Unterschied der BDI-II-Werte zwischen den Gruppen festgestellt werden (KG:  $M = 15.52$ ;  $SD = 10.25$  & EG:  $M = 13.32$ ;  $SD = 8.65$ )  $t(23) = .58$ ,  $p = .570$ . Somit konnte die H2.2 bestätigt werden.



**Abbildung 3.** Veränderung der Mittelwerte des Beck Depression Inventar (BDI-II) aufgeteilt nach Gruppen (KG & EG) und Messzeitpunkten (Messzeitpunkt 1 & Messzeitpunkt 2)

Um die Hypothesen H2.3: „Durch die Behandlung mit PEP reduziert sich die Angstsymptomatik von Angststörungspatienten“ und die H2.4: „Die Reduktion der Angstsymptomatik ist nach einer professionellen Behandlung mit PEP (EG) stärker als nach einer Literatur-basierten Informationsperiode (KG)“ zu überprüfen, wurde erneut eine zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung durchgeführt. Es sei kurz angemerkt, dass bei dieser ANOVA nur noch die Daten der 15 Probanden berücksichtigt wurden, die die Kriterien einer klinisch relevanten Angststörung (nach BAI) erfüllten. Die Daten des BAI zum T1 nach Shapiro-Wilk-Test waren nicht normalverteilt ( $p = .021$ ). Da sich Varianzanalysen jedoch in Simulationsstudien als relativ robust gegenüber der Normalverteilungsverletzung erachtet haben, wurde mit der ANOVA unverändert fortgefahren (Vasey & Thayer, 1987). Zum T2 waren die Daten nach Shapiro-Wilk-Test normalverteilt ( $p = .108$ ). Es gab keine Ausreißer im Datensatz. Für den Messzeitpunkt konnte ein signifikanter Haupteffekt gefunden werden  $F(1,13) = 89.08$ ,  $p < .001$ , partielles  $\eta^2 = .87$ . Somit konnte die H2.3 durch die Ergebnisse bestätigt werden. Für den Zwischensubjektfaktor Gruppe konnte kein signifikanter Haupteffekt gefunden werden  $F(1,13) = 1.10$ ,  $p = .313$ . Für die Faktoren Messzeitpunkt und Gruppe konnte ein signifikanter Interaktionseffekt gefunden werden  $F(1,13) = 323.00$ ,  $p < .001$ , partielles  $\eta^2 = .96$ . Die Mittelwerte des BAI aufgeteilt nach Messzeitpunkten und Gruppen kann Abbildung

4 entnommen werden. Durch Anwendung der Bonferroni-Korrektur wurde das Signifikanzniveau auf .013 gesetzt. Um zu überprüfen wie der Interaktionseffekt zustande gekommen ist wurden post-hoc t-Tests durchgeführt. Möglichkeit 1: Es kam zu einer signifikanten Reduktion der BAI-Werte in der EG, in der KG jedoch nicht. Um diese Option zu überprüfen wurde ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt. Es befanden sich keine Ausreißer im Datensatz. Die Normalverteilung nach Shapiro-Wilk-Test war in beiden Gruppen gegeben (KG: T1  $p = .554$ ; T2  $p = .526$ ). Der t-Test ergab signifikante Ergebnisse in der EG als auch in der KG. EG: T1 ( $M = 41.99$ ,  $SD = 12.57$ ) und EG: T2 ( $M = 14.42$ ,  $SD = 6.92$ ),  $t(11) = 8.01$ ,  $p < .001$ ,  $d = 2.31$  KG: T1 ( $M = 22.38$ ;  $SD = 9.14$ ) und KG: T2 ( $M = 15.10$ ,  $SD = 9.22$ ),  $t(12) = 4.20$ ,  $p < .001$   $d = 1.24$ . Die Ergebnisse widersprachen der untersuchten Begründung für den Interaktionseffekt. Durch einen t-Test für unabhängige Stichproben wurde überprüft, ob es zu dem Interaktionseffekt gekommen ist, weil sich die BAI-Werte zu T1 zwischen KG und EG signifikant und sich zu T2 nicht mehr signifikant unterschieden haben. Die Normalverteilung nach Shapiro-Wilk-Test war gegeben (T1:  $p = .053$ ; T2:  $p = .512$ ). Es gab keine Ausreißer in dem Datensatz. Der Levene-Test ergab Varianzhomogenität zu beiden Messzeitpunkten (T1:  $p = .182$ ; T2:  $p = .478$ ). Zu T1 konnte ein signifikanter Unterschied der BAI-Werte zwischen den Gruppen nachgewiesen werden  $t(23) = -4.49$ ,  $p < .001$   $d = 1.87$  Beim Messzeitpunkt zwei konnte kein signifikanter Unterschied der BAI-Werte mehr zwischen den Gruppen festgestellt werden  $t(23) = .21$ ,  $p = .836$ . Somit konnte die H2.4 bestätigt werden.



**Abbildung 4.** Veränderung der Mittelwerte des Beck-Angst-Inventars (BAI) aufgeteilt nach Gruppen (KG & EG) und Messzeitpunkten (Messzeitpunkt 1 & Messzeitpunkt 2)

Zur Überprüfung der H3.1: „Der Coping Stil von Depressions- & Angststörungspatienten verändert sich nach der Behandlung mit PEP in Form von verringerter Anwendung des emotionsorientierten Copingstils“ wurde ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt. Durch Anwendung der Bonferroni Korrektur wurde das Signifikanzniveau für den folgenden t-Test auf .025 gesetzt. Dazu wurde ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt. Die Daten waren nach Shapiro-Wilk-Test normalverteilt ( $p = .193$ ). Es wurden zwei Ausreißer im Datensatz gefunden, die jedoch so leicht waren, dass sie im Datensatz gelassen wurden. Zum Messzeitpunkt 1 liegen höhere Werte für emotionsorientiertes Coping vor ( $M = 23.20$ ,  $SD = 5.39$ ) als bei Messzeitpunkt 2 Test ( $M = 21.08$ ,  $SD = 5.51$ ). Der Unterschied der Werte, in Form einer Verringerung, konnte nicht als signifikant nachgewiesen werden  $t(24) = 2.26$ ,  $p = .033$ . Die Effektstärke lag bei  $d = .45$ . Damit wird die H3.1 verworfen und die H0 beibehalten.

Anschließend wurde die H3.2: „Der Coping Stil von Depressions- & Angststörungspatienten verändert sich nach der Behandlung mit PEP in Form von erhöhter Anwendung eines aufgabenorientierten Copingstils“ mit einem t-Test für abhängige Stichproben überprüft. Durch Anwendung der Bonferroni-Korrektur wurde das Signifikanzniveau für den folgenden t-Test auf .025 gesetzt. Die Differenzen der Testwerte für aufgabenorientiertes Coping waren gemäß des Shapiro-Wilk-Test normalverteilt ( $p = .366$ ). Als Analyseverfahren kam wieder ein t-Tests



für abhängige Stichproben zum Einsatz. Zum ersten Messzeitpunkt wurden niedrigere Werte für aufgabenorientiertes Coping verzeichnet ( $M = 16.80$ ,  $SD = 6.17$ ) als beim zweiten Messzeitpunkt ( $M = 23.13$ ,  $SD = 4.43$ ). Der Unterschied der Mittelwerte für aufgabenorientiertes Coping konnte als signifikant nachgewiesen werden  $t(24) = -4.12$ ,  $p < .001$ . Die Effektstärke nach Cohen (1988) lag bei  $d = 1.18$ . Die H3.2 konnte durch die Ergebnisse bestätigt werden.

### 4.3 weiterführende Analysen

Da im CISS nicht nur nach emotionsorientiertem- und aufgabenorientiertem Coping unterteilt wird, sondern auch noch das vermeidungsorientierte Coping hinzukommt, wurde zusätzlich untersucht, ob sich die Behandlung mit PEP auf das vermeidungsorientierte Coping auswirkte. Die Differenzen der Testwerte der Subskala für vermeidungsorientiertes Coping des CISS waren gemäß des Shapiro-Wilk-Tests normalverteilt ( $p = .359$ ). Entgegen der H3.1 liegen zu T1 niedrigere Werte für vermeidungsorientiertes Coping vor ( $M = 18.56$ ,  $SD = 4.10$ ) als zu T2 ( $M = 20.71$ ,  $SD = 4.96$ ). Der Unterschied der vermeidungsorientierten Coping Werte, in Form einer Erhöhung, konnte als signifikant nachgewiesen werden  $t(24) = -3.15$ ,  $p = .002$ . Die Effektstärke nach Cohen (1988) lag bei  $d = 0.63$ .

Da alle Hypothesen der vorliegenden Arbeit zusätzlich nach Gruppen aufgeteilt untersucht wurde, stellte sich die Frage, ob bezüglich des Copings gruppenspezifische Unterschiede zu erkennen sind. Es wurden für alle drei Subskalen des Copings t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Zuerst wurde der t-Test für vermeidungsorientiertes Coping durchgeführt. Es gab keine Ausreißer im Datensatz. Die Differenzen der Testwerte waren nach Shapiro-Wilk-Test in beiden Gruppen normalverteilt (KG:  $p = .155$ ; EG:  $p = .766$ ). In beiden Gruppen kam es zu einer Erhöhung der Mittelwerte KG (T1:  $M = 20.08$ ,  $SD = 4.59$ ; T2:  $M = 22.14$ ,  $SD = 5.81$ ) und EG (T1:  $M = 16.92$ ,  $SD = 2.84$ ; T2:  $M = 19.17$ ,  $SD = 3.43$ ). In der KG konnte die Veränderung nicht als signifikant nachgewiesen werden  $t(12) = -2.16$ ,  $p = .052$ . In der EG liegt der Wert genau auf dem Grenzwert des Signifikanzniveaus, wird somit aber dennoch nicht signifikant.  $T(12) = -2.20$   $p = .050$ .

Als nächstes wurde ein t-Test für abhängige Stichproben für aufgabenorientiertes Coping durchgeführt. Es gab keine Ausreißer in dem Datensatz. Die Differenzen der Werte waren nach Shapiro-Wilk-Test normalverteilt (KG:  $p = .186$ ; EG:  $p = .490$ ). In beiden Gruppen kam es zu

einem signifikanten Anstieg der Werte für aufgabenorientiertes Coping. KG (T1:  $M = 19.46$ ,  $SD = 6.13$ ; T2:  $M = 23.71$ ,  $SD = 5.16$ ),  $t(12) = -3.18$ ,  $p = .008$ ,  $d = .88$ . EG (T1:  $M = 13.92$ ,  $SD = 4.96$ ; T2:  $M = 22.50$ ,  $SD = 3.61$ )  $t(11) = -5.76$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.66$ .

Abschließend wurde noch ein t-Test für abhängige Stichproben für emotionsorientiertes Coping durchgeführt. Es gab drei Ausreißer in dem Datensatz. Da es sich bei den Ausreißern um zwei leichte und einen extremen Ausreißer handelte, wurden die Daten im Datensatz belassen. Die Differenzen der Testwerte waren nach Shapiro-Wilk-Test in beiden Gruppen normalverteilt (KG:  $p = .527$ ; EG:  $p = .175$ ). Es kam zu einer Reduktion der Mittelwerte in beiden Gruppen, jedoch war die Veränderung in beiden Gruppen nicht signifikant KG (T1:  $M = 23.31$ ,  $SD = 4.71$ ; T2:  $M = 22.38$ ,  $SD = 5.30$ ),  $t(12) = 1.01$ ,  $p = .334$  und EG (T1:  $M = 23.08$ ,  $SD = 6.26$ , T2:  $M = 19.67$ ,  $SD = 5.60$ ),  $t(11) = 2.08$ ,  $p = .062$ .

## 5. Diskussion

In folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Hypothesenprüfung interpretiert und unter Einbezug der in Kapitel 2 vorgestellten Theorie diskutiert. Es wird auf methodische Mängel und auf die Limitation der Studie eingegangen und es werden mögliche Implikationen für zukünftige Untersuchungen abgeleitet. Abgeschlossen wird das Kapitel mit einem Fazit zu der vorliegenden Studie.

Die Ergebnisse konnten die Hypothesen zur GSWE bestätigen. Nach der Auseinandersetzung mit PEP kam es zu einer signifikanten Erhöhung der GSWE, und zwar durch die Behandlung bei einem zertifizierten PEP Coach als auch durch eine literaturbasierte Informationsperiode. Die Probanden der EG und der KG unterschieden sich schon vor Beginn der Intervention in der GSWE. Die Probanden der EG starteten mit einer signifikant geringeren GSWE in die Studie als die KG. Da die Probanden der EG zu T1 auch schwerere Symptome einer Depression und / oder einer Angststörung aufwiesen ist es nach aktuellem Stand der Forschung nicht verwunderlich, dass bei der Gruppe mit der schwereren Symptomatik auch eine geringere GSWE vorliegt. Schaut man auf die Effektstärken, kann man erkennen, dass die Erhöhung der GSWE in der EG als sehr stark einzuschätzen ist ( $d = 1.93$ ), in der KG kam es zu mittelgroßen Effekten ( $d = .77$ ). Außerdem war der signifikante Unterschied der GSWE zwischen den Gruppen bei T2 nicht mehr vorzufinden. Die Werte der GSWE sind also in beiden Gruppen gestiegen und auch die Differenz der GSWE zwischen den Gruppen hat sich nach der

Intervention mit PEP verringert. Somit konnten anhand der Ergebnisse der vorliegende Studie bestätigt werden, dass sich die GSWE von Depressions- & Angststörungspatienten nach der Behandlung mit PEP erhöht und, dass die Effekte auf die GSWE durch eine professionelle Behandlung von einem zertifizierten PEP Coach größer sind als bei der Anwendung von PEP als Selbsthilfemethode.

Zusammenfassend konnten aus der Studienlage Hinweise abgeleitet werden, dass bifokale Methoden bei bestimmten Störungsbildern wie PTBS, Depressionen, Phobien und Angststörungen zu einer signifikanten Symptomreduktion beitragen. Diese Hinweise konnten in der vorliegenden Arbeit bestätigt werden, den auch auf Symptomebene können signifikante Veränderungen berichtet werden. Alle 25 Testteilnehmer erfüllten nach BDI-II das Kriterium einer Depression. Die Depressionssymptomatik verringerte sich nach der Anwendung von PEP in beiden Gruppen signifikant. Vor der Anwendung von PEP erfüllten neun Probanden die Kriterien einer mittelschweren Depression und 14 Teilnehmer die Kriterien einer schweren Depression. Nach der Anwendung von PEP erfüllten nur noch drei der Probanden die Kriterien einer mittelschweren- und vier die Kriterien einer schweren Depression (-66 % mittelschwere Depressionen & -71 % schwere Depressionen). Die Depressionssymptomatik verringerte sich nach der Intervention mit PEP abhängig von der Gruppenzugehörigkeit und dem Messzeitpunkt. In der EG waren die Depressionssymptome zu T1 um einiges stärker ausgeprägt als in der KG. Zu T2 waren die Symptome in beiden Gruppen deutlich gesunken und auch die Ausprägung der Depressionssymptomatik zwischen den Gruppen unterschied sich nicht mehr signifikant. Die berichteten Ergebnisse werden auch nochmal über die Effektstärken gestützt, denn die Effektstärke für die Reduktion der Depressionssymptomatik ist für die EG deutlich höher als für die KG (EG:  $d = 3.05$ ) und KG;  $d = 1.24$ ). Die vorliegenden Ergebnisse konnten somit sowohl die Hypothese bestätigen, dass es durch eine Intervention mit PEP zu einer Verringerung der Symptomatik von Depressionspatienten kommt als auch, dass die Effekte bei einer angeleiteten Therapie bei einem zertifizierten PEP Coach stärker sind als bei der Anwendung als Selbsthilfemethode.

Bei 15 der 25 Versuchsteilnehmern kam eine komorbide Angststörung zu der Depression hinzu. Auch die Angstsymptomatik nach BAI konnte signifikant reduziert werden. Nach der Anwendung von PEP erfüllten nur noch 2 der 15 Probanden die Kriterien einer klinisch relevanten Angststörung (-86 %). Die Angstsymptomatik nahm nach der Intervention mit PEP signifikant ab. Jedoch konnte kein signifikanter Unterschied in der Angstsymptomatik zwischen den Gruppen KG und EG (unabhängig vom Messzeitpunkt) gefunden werden.

Dennoch zeigte sich auch auf Ebene der Angstsymptomatik (ähnlich wie auf der Ebene der Depressionssymptomatik und der Ebene der GSWE) der Effekt, dass der signifikante Unterschied in der Angstsymptomatik zwischen den Gruppen bei T1, zu T2 verschwindet. Somit konnten auch auf Ebene der Angstsymptomatik die Hypothesen bestätigt werden, dass es nach einer Intervention mit PEP zu einer Reduktion der Angstsymptomatik kommt. Die Effekte waren zwar auch hier in beiden Gruppen signifikant, jedoch waren sie in der EG stärker. Auch hier können zusätzlich wieder die Effektstärken herangezogen werden. In der EG lag eine Effektstärke von  $d = 2.31$  und in der KG eine Effektstärke von  $d = 1.24$  vor.

Vergleicht man die Effektstärken auf Symptomebene fällt auf, dass die Intervention in der KG für die Depressionssymptomatik und die Angstsymptomatik ähnlich effektiv war ( $d = 1.24$  in beiden Gruppen). In der EG ist eine höhere Effektstärke bei der Behandlung der Depressionssymptomatik vorgefunden worden ( $d = 4.47$ ), als bei der Behandlung der Angstsymptomatik ( $d = 2.31$ ). Die Effekte auf Ebene der GSWE waren etwas geringer als auf Symptomebene (EG:  $d = 1.93$ ; KG:  $d = .1.24$ ).

Beim emotionsorientierten Coping konnte zwar eine verringerte Anwendung des Copingstils festgestellt werden jedoch wurde diese Veränderung nicht signifikant. Es sei hier zu erwähnen, dass durch Anwendung der Bonferroni ein sehr strenges Signifikanzniveau von .025 festgelegt wurde. Mit einem Wert von  $p = .033$  liegt der Wert unter dem eigentlichen Signifikanzniveau von .05. Würde man an dieser Stelle das strenge Signifikanzniveau von .025 außer Acht lassen und sich an dem Signifikanzniveau von .05 orientieren, könnte man den Effekt mit den Ergebnissen der Studie von McWilliams et al. (2013) vergleichen, in der depressive Personen eher zu einem emotionsorientierten Copingstil neigten.

Für die Subskala aufgabenorientiertes Coping, konnte die aufgestellte Hypothese bestätigt werden. Nach der Behandlung oder nach der literaturbasierten Informationsperiode konnte eine statistisch signifikant erhöhte Anwendung des aufgabenorientierten Copings verzeichnet werden. Bei der gruppenspezifischen Betrachtung kommt es in beiden Gruppen zu einer statistisch signifikant erhöhten Verwendung des aufgabenorientierten Coping. Auch hier ist interessant zu sehen das die Effektstärken in der EG ( $d = 1.66$ ) größer ist als in der KG ( $d = .88$ ).

Bezüglich des vermeidungsorientierten Coping wurden zwar keine Hypothesen aufgestellt, jedoch wurden die Daten im Rahmen weiterführender Untersuchungen analysiert. Die Ergebnisse zeigten eine vermehrte Anwendung des vermeidungsorientierten Coping nach der Intervention mit PEP. Jedoch sei hier drauf hingewiesen das die Reliabilitätswerte für

vermeidungsorientiertes Coping inakzeptabel waren (Blanz, 2015). Dadurch, dass sich das Testverfahren somit als nicht geeignet für die vorliegende Stichprobe herausgestellt hat, muss dies bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Zusätzlich ist es interessant zu betrachten, dass die Werte bei einer getrennten Auswertung nach Gruppen nicht signifikant geworden sind. Auch in der Literatur zeigen sich widersprüchliche Ergebnisse bezüglich des vermeidungsorientierten Copings. Während die Studie von Man et al. (2012) keinen Zusammenhang zwischen vermeidungsorientiertem Coping und Depressions- bzw. Angstsymptomen finden konnte, wurden in der Studie von Nagase et al. (2009) Zusammenhänge zwischen Depressionen und Vermeidungsverhalten gefunden.

Optimal vergleichbar sind die Studien zu Coping mit der vorliegenden Studie jedoch nicht, da in den Studien zu Coping zwischen depressiven und nicht depressiven und vorliegen einer Angststörung bzw. nicht vorliegen einer Angststörung getrennt wurde. In der vorliegenden Studie wurden die Coping-Stile nach einer Intervention (mit PEP) untersucht. Es kam in der Stichprobe zwar zu eindeutigen Symptomreduktion, um jedoch eine bessere Vergleichbarkeit zu anderen Coping Studien zu schaffen, hätten Probanden bei denen es zwar zu einer Symptomreduktion kam, die zu T2 aber noch immer die Kriterien einer Depression und / oder Angststörung erfüllten, von den Analysen zu Coping ausgeschlossen werden müssen.

Um zu untersuchen, ob sich die Effekte der Methode (auf Symptomebene, auf die GSWE und auf den Copingstil) störungsspezifisch unterscheiden, wäre eine größere Stichprobe nötig, die verschiedenen Symptom- & Störungsbilder abdeckt. Hier wären Folgestudien mit einer größeren Stichprobengröße wünschenswert. Dann könnten die Effektstärken von PEP bei den jeweiligen Störungen mit den Effektstärken von anderen bifokalen Methoden als auch mit Effektstärken von evidenzbasierten Verfahren verglichen werden.

Da die Studie in Form von „paper pencil“ Testverfahren durchgeführt wurde, mussten alle Daten händisch in eine Excel Tabelle eingegeben werden. Dieses Vorgehen ist durch die manuelle Eingabe anfälliger für Fehler und nicht so ökonomisch, wie die Tests über einen online Fragebogen am Laptop oder PC ausfüllen zu lassen. Hätten die Teilnehmer die Fragebögen computergestützt ausgefüllt, wäre ein weiterer Vorteil gewesen, dass die Teilnehmer der KG ihre Antworten vom ersten Testzeitpunkt nicht beim zweiten Testzeitpunkt vorliegen gehabt hätten. Somit wäre das Risiko geringer gewesen, dass Probanden sich an den Antworten des ersten Testzeitpunktes orientieren und je nach dem was sie erreichen wollen bewusst schlechtere oder bewusst bessere Einschätzungen ihres Zustandes hätten abgeben können. Dieser Fehlerquelle hätte kontrolliert werden können, indem den Probanden der KG

die Fragebögen für den zweiten Testzeitpunkt erst nach Abgabe der Fragebögen vom ersten Testzeitpunkt bekommen hätten oder indem man den Test in Form eines online-Fragebogens durchgeführt hätte. Durch einen online-Fragebogen hätten auch fehlende Werte vermieden werden können, indem die Probanden die Studie nur hätten abschließen können, nachdem alle Felder ausgefüllt wurden.

Für jede Gruppen wurde ein gruppenspezifisches Stammdatenblatt entworfen. Die Versuchsleiterin erhoffte sich durch diesen Mehraufwand eine bessere Verständlichkeit für die jeweiligen Probanden. Leider kam es trotzdem zu Verständnis Schwierigkeiten bei Frage 8 des Stammdatenblatts der KG „Wurden Sie schonmal von einer dafür ausgebildeten Person mit PEP® behandelt?“. Durch die Frage sollten Probanden ausgeschlossen werden, die schonmal in der Vergangenheit mit PEP behandelt wurden. Da viele Versuchsteilnehmer die Frage nicht ausgefüllt haben, kann davon ausgegangen werden, dass die Frage nicht verständlich genug formuliert war. Aufgrund der fehlenden Antwort auf die Frage 8 bei vielen Probanden konnte die Variable bei der Auswertung nicht berücksichtigt werden und es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Probanden der KG in der Vergangenheit schonmal mit PEP behandelt wurden. Solche Fehler wären ggfls. früher aufgefallen, wenn eine Pilotierungsphase durchgeführt worden wäre. Des Weiteren ist es zu einem Fehler bei einer Anweisung im Stammdatenblatt bei der EG gekommen. Wurde Frage 7: „Haben Sie sich schonmal in einer Therapie/ Behandlung wegen der oben genannten Problematik befunden?“ mit Ja beantwortet, hätte die Versuchsperson mit Frage 7.1: „Welche Therapieerfahrungen haben Sie schon gemacht und in welchem Umfang?“ fortfahren sollen. In der Anweisung stand jedoch fälschlicherweise, dass bei der Antwort Nein auf die Frage 7 mit der Frage 7.1 weitergemacht werden soll. Die Antworten zu den jeweiligen Therapieerfahrungen wurden daraufhin sicherheitshalber nicht mit ausgewertet, da es durch die falsche Anweisung zu unvollständigen oder falschen Antworten gekommen sein könnte.

In dem Buch *Bitte klopfen! Anleitung zur emotionalen Selbsthilfe* (Bohne, 2013) betont der Entwickler der Methode PEP bereits auf den ersten Seiten immer wieder das PEP nur eine Zusatztechnik sei (Bohne, 2013, S. 12). Diese Ansicht hat sich mittlerweile jedoch geändert. Der Entwickler von PEP schätzt die Technik bei bestimmten Störungsbildern als wirksame Methode ein, ohne dass zusätzliche Methoden angewendet werden müssen (Bohne, 2021). Diese Information haben die Probanden der KG nicht erhalten. Die Sichtweise auf PEP als reine Zusatztechnik könnte die Teilnehmer verunsichert und somit ihre Erwartungshaltung beeinflusst haben. Ob diese Grundhaltung aber wirklich Einfluss auf die Wirksamkeit hat, kann

anhand der vorliegenden Daten nicht beurteilt werden. Ggfls. wäre es sinnvoller gewesen eine neuere und umfassendere Quelle für die Literaturperiode der KG zu verwenden. Dazu hätte man beispielsweise einige Kapitel aus dem Buch: *Psychotherapie und Coaching mit PEP: Prozess- & Embodimentfokussierte Psychologie in der Praxis* (Bohne, 2021) verwenden können.

Da alle Probanden der EG von einem diplomierten Psychotherapeuten behandelt wurden, kann in der EG von gesicherten Diagnosen gesprochen werden. In der KG ist dies nicht der Fall. In der KG wird die Zuordnung zu „depressive- und/oder Angststörungssymptomatik (nicht) vorhanden“ nur anhand der Fragebogendaten des BDI-II und des BAI gestellt. So würde und sollte im klinischen Alltag niemals vorgegangen werden. Bei der Diagnostik von psychischen Störungen sollten neben evaluierten Messinstrumenten wie Fragebögen immer auch ein Urteil einer Fachperson (psychologischer Psychotherapeut) hinzugezogen werden. In Folgestudien sollten auch in der KG nur Probanden mit einbezogen werden für die eine gesicherte Diagnose einer Fachperson vorliegt. Da der Behandler der EG ein erfahrener psychologischer Psychotherapeut ist, ist nicht gewährleistet, dass die Effekte rein durch die Methode PEP zustande gekommen sind. Der Einfluss anderer psychotherapeutischer Effekte kann nicht ausgeschlossen werden. Alleine das Ansehen, dass mit dieser beruflichen Qualifikation einhergeht, kann zu Placeboeffekten führen.

Die Probanden der EG nahmen zwischen 14 und 35 Einzelsitzungen PEP in Anspruch. Insbesondere dadurch, dass sich bifokale Methoden nach derzeitigem Stand der Forschung nicht gegenüber evidenzbasierten Verfahren wie der KVT oder EMDR behaupten konnten (Irgens et al., 2017; Jasubhai & Mukundan, 2018; Nelms & Castel, 2016), sondern durch ihr schnelles Ansprechen, nach nur wenigen Sitzungen bewährt haben (Irgens et al., 2017; Jasubhai & Mukundan, 2018), wäre es sinnvoll gewesen den zweiten Messzeitpunkt bereits nach wenigen Sitzungen anzusetzen (beispielsweise nach drei oder sechs Sitzungen). Wenn die Testzeitpunkte in vorgeschriebenen Intervallen festgelegt worden wären (wie in dem Beispiel von eben nach drei und nach sechs Sitzungen) hätten die Ergebnisse besser miteinander verglichen werden können. Um eine differenziertere Betrachtung zu haben, hätten auch mehr als zwei Messzeitpunkte durchgeführt werden können, wie es auch in vielen anderen Studien zu EFT gemacht wurde (Jasubhai & Mudundan, 2018). Studien zu anderen Klopftechniken konnten in follow-up Studien durch signifikant bleibende Effekte auf Symptomebene überzeugen (Church, 2014; Jasubhai & Mukundan, 2018; Nelms & Castel, 2016). Da es im

Rahmen der vorliegenden Arbeit leider nicht möglich war eine follow-up Studie durchzuführen, wäre das für zukünftige Studien zu PEP wünschenswert.

Einige Studien geben Hinweise für eine vergleichbare Wirksamkeit von bifokalen Methoden und evidenzbasierten Verfahren wie die KVT und EMDR, jedoch sind weniger EFT / TFT Sitzungen nötig, um ähnliche Effekte zu erzielen, wie zum Beispiel eine KVT. Außerdem weist die Studienlage daraufhin, dass bestimmte Krankheitsbilder, wie eine PTBS und Phobien besser auf Klopftechniken ansprechen als auf eine KVT, was sich durch höhere Effektstärken auszeichnet. Da in der vorliegenden Studie keine Vergleichsgruppe an einem evidenzbasierten Verfahren teilgenommen hat können auf dieser Ebene keine Vergleiche gezogen werden. Viele der Studien zu den bifokalen Methoden weisen methodische Mängel auf (Pfeiffer, 2018). Viele Untersuchungen wurden mit sehr kleinen Stichproben durchgeführt ( $N < 20$ ), weshalb oft erst durch eine kumulierte Auswertung der Ergebnisse in Form von Metaanalysen Aussagen zur Wirksamkeit getroffen werden können. Leider ist die Stichprobe der vorliegenden Studie auch relativ klein gewesen ( $N < 30$ ). Auch die Verwendung unterschiedlicher Messinstrumente in zur Operationalisierung der Konstrukte in den verschiedenen Studien erschwer die Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Einige Studie wurden mit spezifischen Personengruppen durchgeführt (Bsp.: College Studenten), was eine Übertragung der Ergebnisse auf die vorliegende Ergebnisse als auch auf die Gesamtpopulation erschwert.

Der Zeitraum zwischen den Messzeitpunkten war bei den Probanden der KG sehr unterschiedlich (siehe Abbildung B.4). Insgesamt lag zwischen den Messzeitpunkten je nach Probanden zwischen 2 und 12 Wochen. Eigentlich war es angedacht, dass zwischen den Messzeitpunkten bei allen Probanden der KG ca. Sechs Wochen liegen sollen. Zukünftige Untersuchungen sollten diesbezüglich einen Kontrollprozess einbauen, damit Zeitabstände zwischen den Messzeitpunkten relativ gleichbleiben. Beispielsweise indem die Probanden alle zwei Wochen eine Benachrichtigung erhalten, dass nun zwei/ vier/ sechs Wochen seit Beginn der Studie vergangen sind. An dieser Stelle zeigte sich ein weiteres Problem der vorliegenden Studie auf. Die Probandenrekrutierung, insbesondere der KG, gestaltete sich schwierig. Personen zu finden, die Symptome einer Depression und / oder Angststörung aufweisen, sich aktuell nicht in Behandlung befinden aber Interesse daran haben an einer Studie zu einer Klopftechnik teilzunehmen war nicht einfach. Deshalb kam es in der vorliegenden Studie leider auch zu einer relativ kleinen Stichprobe von 25 Teilnehmern.

In der EG zeigte sich eine leicht erhöhte Anzahl an männlichen Teilnehmern (58,3 %) im Vergleich zu einem leicht erhöhten Frauenanteil in der KG (69,2 %). Um zu überprüfen ob die



Intervention für beide Geschlechter gleich hilfreich ist, müssten weitere Studien durchgeführt werden, da in der vorliegenden Studie nicht auf Geschlechtereffekte geprüft wurde. Bezüglich der Stichprobe fällt auf, dass alle Probanden aus dem erweiterten Taunus Kreis bzw. aus Frankfurt am Main kommen. Das entspricht in etwa einem Radius von 25 KM. Das muss nicht zwingend einen Einfluss gehabt haben, sollte jedoch erwähnt werden.

Die vorliegende Thesis wurde während der Zeit der Covid-19 Pandemie verfasst. Leider kam es dadurch zu beschränktem Zugang zu Literatur, da viele Bibliotheken nur begrenzt zugänglich waren.

Leider war die Stichprobe der vorliegenden Studie zu klein um Effektstärken störungsspezifisch miteinander zu vergleichen. Außerdem hätten dafür auch weitere Messinstrumente mit einbezogen werden müssen, um die Art und Schwere der Störungen der Probanden miteinander vergleichen zu können. Für weitere Studien wäre es wünschenswert eine größere Stichprobe mit unterschiedlichen Störungsbildern zu rekrutieren, um zu überprüfen, ob die Behandlung mit PEP bei manchen Störungsbildern bessere Effekte erzielt hätte als bei anderen Störungsbildern. Außerdem darf bei all den Vergleichen zu Studien die sich mit bifokalen Methoden befassen, nicht außer Acht gelassen werden, dass es sich bei den Vergleichsstudien immer um Studien handelt die mit EFT und TFT durchgeführt wurden und sich nur auf die Symptomebene bezogen haben.

## **5.1 Fazit**

Die vorliegende Studie ist die erste die sich mit den Behandlungseffekten von PEP auf die Symptome, auf die GSWE und auf das Coping von Depressions- & Angststörungspatienten befasst hat. Es konnte auf Ebene der GSWE und auf Symptomebene klare Effekte nach der Anwendung von PEP, sowohl in der EG als auch in der KG gefunden werden. In den meisten Fällen war der Effekt in der EG jedoch stärker als in der KG. Die Ergebnisse zu Coping sind teilweise widersprüchlich. Trotz der vielen signifikanten Effekte weißt die vorliegende Studie methodische Mängel, wie eine kleine Stichprobengröße, und mögliche psychotherapeutische Effekte auf. Da bis jetzt wenig Forschung zu PEP betrieben wurde und viele Wirkhypothesen aus den Ergebnissen zu besser untersuchten Klopftechniken wie der EFT abgeleitet werden müssen, wäre es wünschenswert, dass weitere Studien zu PEP folgen. Insbesondere da PEP weitaus mehr Behandlungselemente als das reine Beklopfen von Hautpunkten mit einbezieht

und sich bewusst von den Hypothesen der energetischen Psychologie abgrenzt. Für Folgestudien wäre es wichtig die methodischen Mängel der vorliegenden Studie zu beheben, damit eine wissenschaftlich hochwertige Betrachtungsweise der Methode und deren Wirksamkeit auf verschiedenen Ebenen entstehen kann. Denn erst mit einer größeren Stichprobe und mehr vergleichbaren Studien können die Effekte wirklich gedeutet werden. Eine größer angelegte Studie, in Zusammenarbeit mit dem Entwickler der Methode (Dr. Michael Bohne) ist bereits in Planung.

## Literaturverzeichnis

- Anshel, M. H. (2012). Coping with Stress. In: N.M. Seel (Hrsg.), *Encyclopedia of the Sciences of Learning* S.44. Boston: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1428-6\\_473](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1428-6_473)
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Blanz, M. (2015). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit: Grundlagen und Anwendungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bohne, M. (2013). *Bitte klopfen! Anleitung zur emotionalen Selbsthilfe*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Bohne, M. (2016). *Klopfen mit PEP. Prozess- & Embodimentfokussierte Psychologie in Therapie und Coaching*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Bohne, M. (2021). *Psychotherapie und Coaching mit PEP: Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie in der Praxis*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2018). *Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie: Wartezeiten 2018*. Verfügbar unter: [https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411\\_bptk\\_studie\\_wartezeiten\\_2018.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf)
- Church, D. (2014). Reductions in pain, depression, and anxiety symptoms after PTSD remediation in veterans. *Elsevier*, 10(3), 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2014.02.005>
- Church, D., De Asis, M. A., Brooks, A. J. (2012). Brief Group Intervention Using Emotional Freedom Techniques for Depression in College Students: A Randomized Controlled Trial. *Hindawi Publishing Corporation*, 2012, 1-7. doi:10.1155/2012/257172
- Church, D., Hawk, C., Brooks, A. J., Toukolehto, O., Wren, M., Dinter, I., & Stein, P. (2013). Psychological trauma symptom improvement in veterans using emotional freedom techniques: A randomized controlled trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(2), 153–160. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827f6351>
- Church, D., Sparks, T., & Clond, M. (2016a). EFT (emotional freedom techniques) and resiliency in veterans at risk for PTSD: A randomized controlled trial. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 12(5), 355-365

- Church, D., Yount, G., Rachlin, K., Fox, L., & Nelms, J. (2016b). Epigenetic Effects of PTSD Remediation in Veterans Using Clinical Emotional Freedom Techniques: A Randomized Controlled Pilot Study. *American Journal of Health Promotion*, 32, 112-122. <https://doi.org/10.1177/0890117116661154>
- Clond, M. (2016). *Emotional Freedom Techniques for Anxiety: A Systematic Review With Meta-analysis*. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 204, 388-395. doi: 10.1097/NMD.0000000000000483
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Collani, G. & Schyns, B. (2014). *Generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung: Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS)*. <https://doi.org/10.6102/zis17>
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (10. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Egger J. W. (2015) Selbstwirksamkeit. In: J. W. Egger (Hrsg.), *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung* (S. 283-294). Springer, Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-06803-5\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-658-06803-5_12)
- Eschenröder, C. T. (2018). Angstreduktion und Traumabewältigung durch Klopfen: Imaginative Konfrontation mit sensorischer Stimulierung und kognitiver Umstrukturierung als wirksame Behandlungsmethode. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 50, 669-684.
- Franke, G. H. (2014). *SCL-90-S Symptom-Checkliste 90-Standard*. Göttingen: Hogrefe.
- GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2016). *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015*. London: Lancet, 388(10053), 1545–1602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)
- Grunwald, M. (2012). Das Sinnessystem Haut und sein Beitrag zur Körper-Grenzerfahrung. In: R. B. Schmidt u. M. Schetsche (Hrsg.) (2012). *Körperkontakte: Interdisziplinäre Erkundung*, (S.48). Gießen: Psychosozial.
- Pfeiffer, A. (2018). Was ist dran am Klopfen?: Eine Überblicksarbeit. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 235-243.

- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, Ch. (2009). *BDI-II Beck-Depressions-Inventar Revision*. Frankfurt: Pearson Assessment.
- Hofmann, S. G. & Smits J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (4), 621-632.
- Irgens, A. C., Hoffart, A., Nysæter, T. E., Haaland V. O., Borge F. M., Pripp, A. H. et al. (2017). Thought Field Therapy Compared to Cognitive Behavioral Therapy and Wait-List for Agoraphobia: A Randomized, Controlled Study with a 12-Month Follow-up. *Frontiers in Psychology*, 8, 1027.
- Jasubhai, S. & Mukundan, C. R. (2018). Cognitive Behavioral Therapy and Emotional Freedom Techniques in reducing anxiety and depression in Indian adults. *International Journal of Emergency Mental Health*, 20(2), 403-410. DOI: 10.4172/1522-4821.1000403
- Kälin, W. & Semmer, N. K. (2020). *CISS Coping Inventar zum Umgang mit Stress Situationen. Deutschsprachige Adaptation des Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) von Norman S. Endler und James D. Parker*. Göttingen: Hogrefe.
- Kalch A. (2019) Selbstwirksamkeit in Gesundheitsinterventionen. In A. Kalch, *Persönliche Erfahrungen in Gesundheitsbotschaften: Die Wirkung von Narrationen auf Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 39-66). Wiesbaden: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-26966-1\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-658-26966-1_3)
- Knoll, N., Scholz, U., Rieckmann, N. (2017). *Einführung Gesundheitspsychologie* (4. Aufl.). München: Reinhardt.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Co.
- Man, Y. V., Dougan, C. M. & Rector, N. A. (2012). Examination of Coping in the Anxiety Disorders With and Without Comorbid Depression. *International Journal of Cognitive Therapy*. 5(2). <https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.2.186>
- Markgraf, J. und Ehlers, A. (2007). *BAI Beck-Angst-Inventar Manual*. Frankfurt: PsychCorp.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Use of the Coping Inventory for Stressful Situations in a clinically depressed sample: factor structure, personality correlates, and

- prediction of distress. *Journal of clinical psychology*, 59(4), 423–437. <https://doi.org/10.1002/jclp.10080>
- Nagase, Y., Uchiyama, M., Kaneita, Y., Li, L., Kaji, T., Takahashi, S., Konno, M., Mishima, K., Nishikawa, T. & Ohida, T. (2009). Coping strategies and their correlates with depression in the Japanese general population. *Elsevier Psychiatry Research*, 168(1), 7-66. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.03.024>
- Peters, J. H. & Dörfler, T. (2019). *Schreiben und Gestalten von Abschlussarbeiten in der Psychologie und den Sozialwissenschaften*. Hallbergmoos: Pearson.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Nelms, J. A. & Casel, L. (2016). A Systematic review and Meta-Analysis if Randomized and nonrandomized Trials of Clinical Emotional Freedom Techniques (EFT) for Treatment of Depression. *Elsevier*. 12, 416-426. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.08.001>
- Schlippe, A. von. (2019). »Ein »psychotherapeutischer Brühwürfel sozusagen...«: Arist von Schlippe im Gespräch mit Michael Bohne über das »Klopfen« und die Prozess- und Embodimentfokussierte Psychologie. *Familiendynamik – Systemische Praxis und Forschung* (44), 71-75. DOI 10.21706/fd-44-1
- Uehara, T., Sakado, K., Sato, T. & Takizawa, R: Coping Measurement and the State Effect of Depression and Anxiety in Psychiatric Outpatients. *Psychopathology* 2002;35, 48-51. doi: 10.1159/000056215
- Vasey, M. W., & Thayer, J. F. (1987). The Continuing Problem of False Positives in Repeated Measures ANOVA in Psychophysiology: A Multivariate Solution. *Psychophysiology*, 24(4), 479–486. doi:10.1111/j.1469-8986.1987.tb00324.x
- Wittfoth, D., Pfeiffer, A., Bohne, M., Lanfermann, H. & Wittfoth, M. (2020). Emotion regulation through bifocal processing of fear inducing and disgust inducing stimuli. *BMC Neuroscience*. 47, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12868-020-00597-x>

# Anhangsverzeichnis

Anhang A: Tabellen.....	56
Anhang B: Abbildungen .....	57
Anhang C: Flyer KG .....	60
Anhang D: Anschreiben Allgemeinmediziner .....	61
Anhang E: Anschreiben Psychotherapeuten .....	62
Anhang F: Flyer EG .....	63
Anhang G: Untersuchungsmaterial KG .....	64
Anhang H: Untersuchungsmaterial EG .....	69
Anhang I: Vermeidung von Plagiarismus.....	73
Anhang J: Eidesstaatliche Erklärung.....	74

## Anhang A: Tabellen

**Tabelle A.1.** Angaben der Versuchsteilnehmer zu vorliegenden Störungen (mehrfachangaben möglich)

Störung	Gesamtstichprobe	KG	EG
Zwangsstörung	4	1	3
PTBS	6	1	5
Agoraphobie	10	0	10
spezifische Phobie	2	2	0
soziale Phobie	2	1	1
Depression	16	6	10
Burnout	1	1	0
andere Störung	0	0	0
keine Störung	3	3	0
ich weiß es nicht	4	4	0
GAS	3	3	0



## Anhang B: Abbildungen

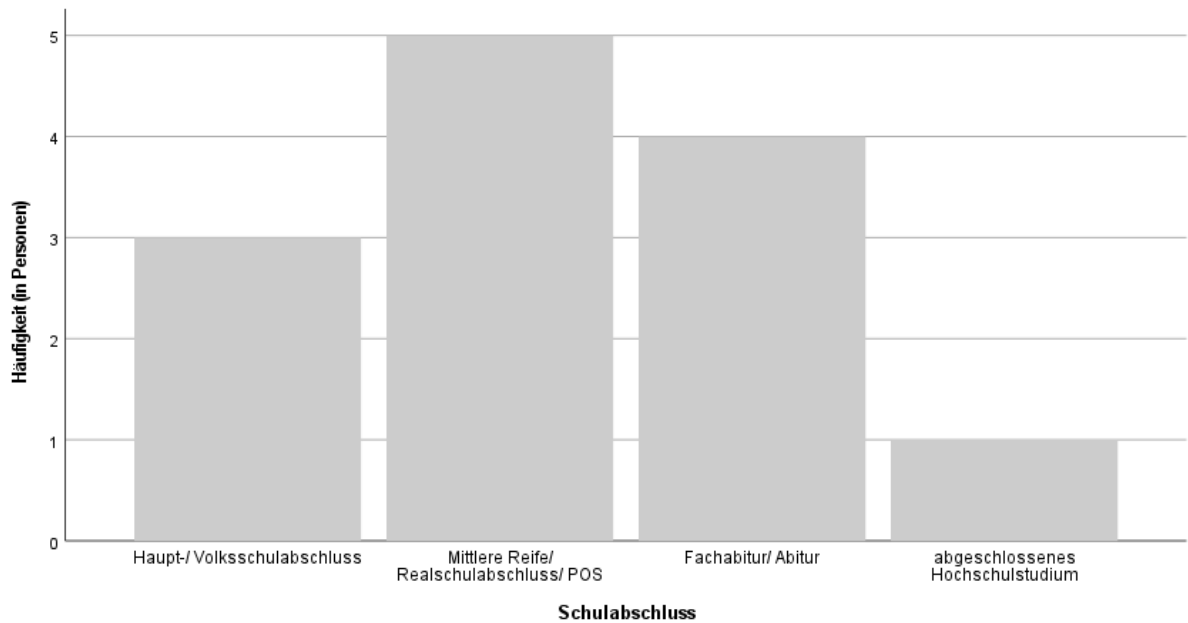


Abbildung B.1 Verteilung der Bildungsabschlüsse der Probanden der Kontrollgruppe (KG)

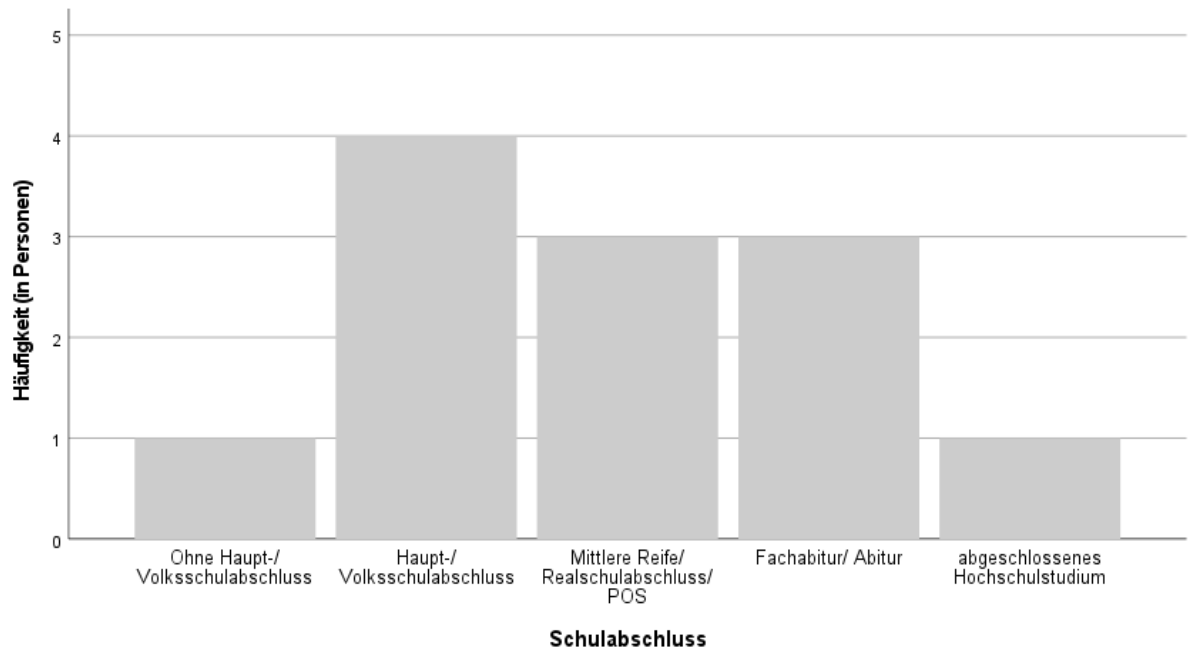


Abbildung B.2 Verteilung der Bildungsabschlüsse der Probanden der Experimentalgruppe (EG)

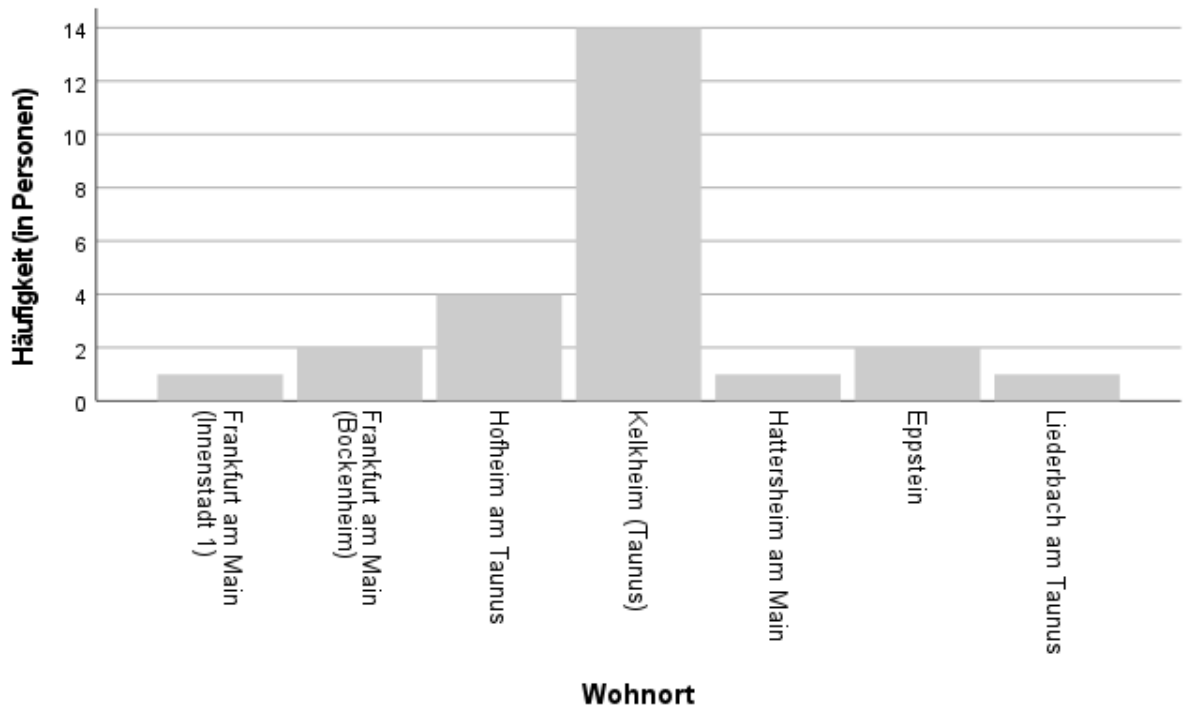


Abbildung B.3 Verteilung der Wohnorte der Probanden

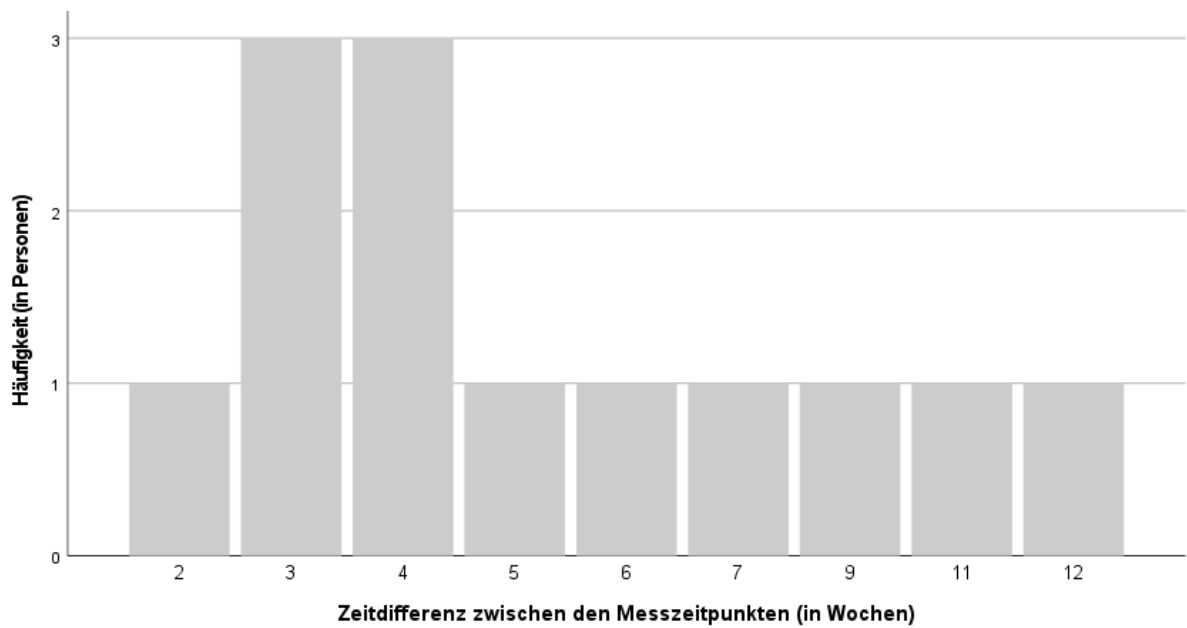
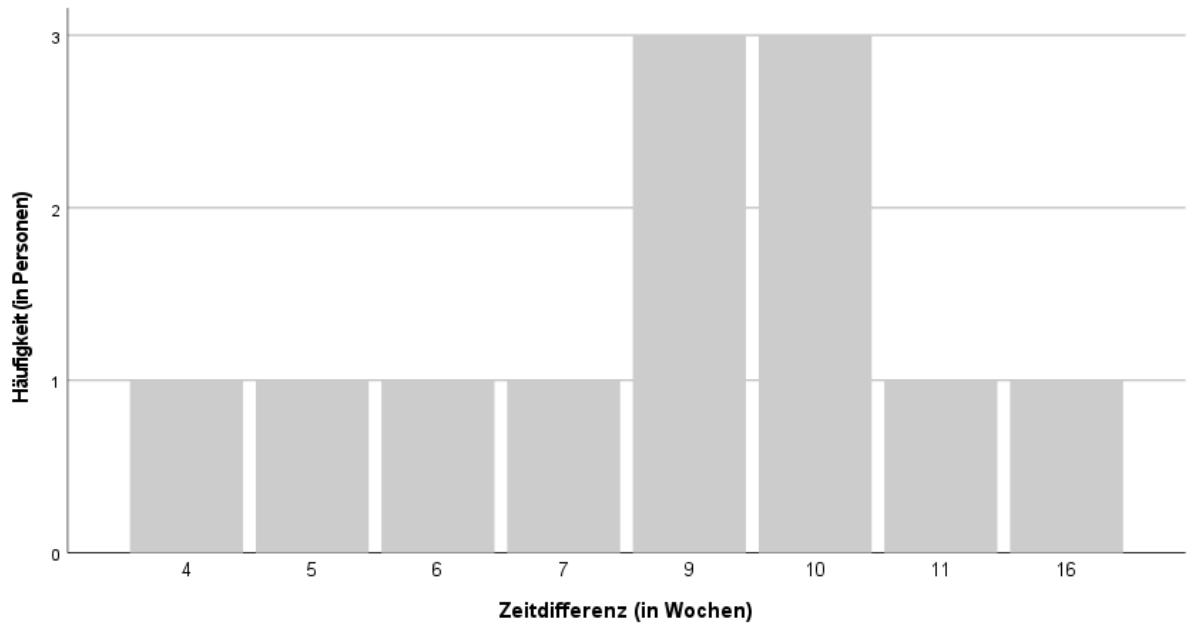
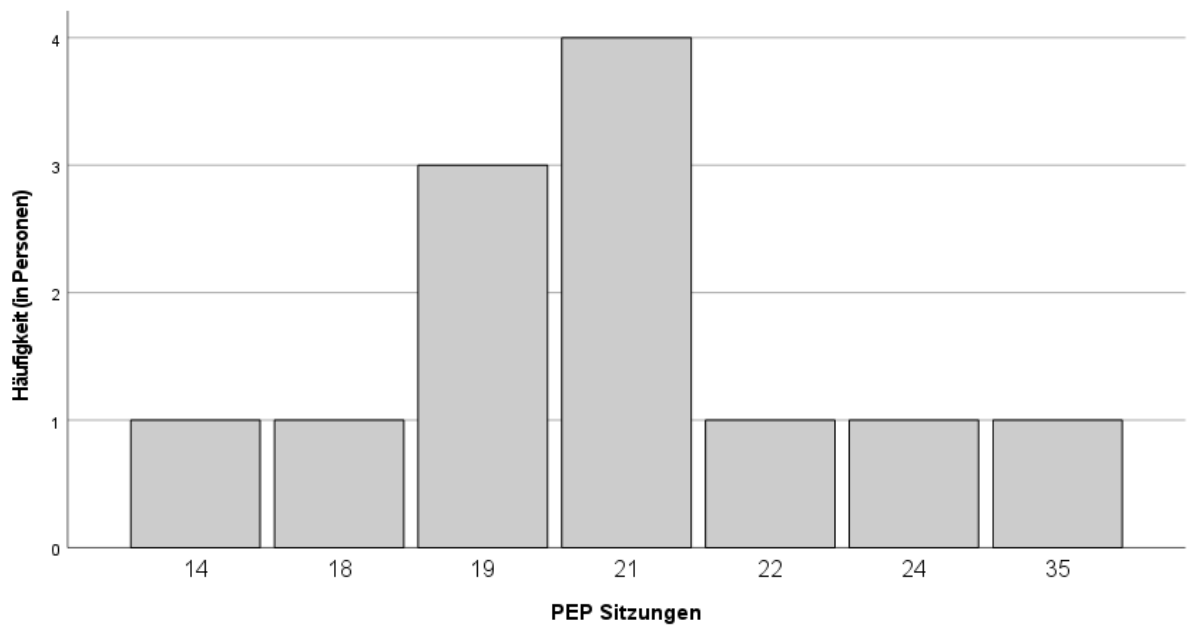


Abbildung B.4. Verteilung der Zeitdifferenzen in Wochen zwischen den Messzeitpunkten bei den Probanden der Kontrollgruppe (KG)



**Abbildung B.5** Verteilung der Zeitdifferenzen in Wochen zwischen den Messzeitpunkten bei den Probanden der Experimentalgruppe (EG)



**Abbildung B.6** Anzahl der PEP Sitzungen pro Proband der Experimentalgruppe (EG)

## Anhang C: Flyer KG

# Probanden für eine Studie über PEP® gesucht

PEP® bezeichnet die Prozess- & Embodimentfokussierte Psychotherapie und stellt eine Behandlungs- & Selbsthilfemethode dar, die in verschiedenen Bereichen, wie der Psychotherapie und dem Coaching angewendet wird. Mit dieser Methode möchte ich mich im Rahmen meiner Bachelorthesis im Fach Psychologie zusammen mit der psychotherapeutischen Praxis von Herrn Dipl.- Psych. Can Kulens auseinandersetzen. Für diese wissenschaftliche Studie suchen wir Personen, die...

...sich aufgrund eines psychischen Problems bei einem Psychotherapeuten/ Coach/ Heilpraktiker o.ä. auf einer Warteliste befinden.

...Interesse daran haben, sich während Ihrer Wartezeit mit Literatur zu PEP® auseinanderzusetzen.

Bei der Teilnahme an der Studie, wird Ihnen kostenfrei Literatur zur PEP® Methode zur Verfügung gestellt und Sie sollen zu 2 Zeitpunkten (Vor- & nach dem auseinandersetzen mit der Literatur zu PEP®) jeweils 5 Fragebögen ausfüllen. Der Zeitaufwand für das Ausfüllen der Fragebögen beläuft sich insgesamt auf ca. 1-2 Stunden.

Als Dank für die Teilnahme erhalten Sie die Ergebnisse der Studie und ein kleines Dankeschön von der Studienleiterin.

Bei Interesse zur Teilnahme oder weiteren Infos  
melden Sie sich gerne unter:

**E-Mail:** [grabener.laura@stud.hs-fresenius.de](mailto:grabener.laura@stud.hs-fresenius.de)

**Mobiltelefon:** 015234514500

**E-Mail:** [info-praxis@kulens.de](mailto:info-praxis@kulens.de)

**Telefon:** 06195-675250

# Anhang D: Anschreiben Allgemeinmediziner

Sehr geehrte Ärzte & Ärztinnen,

im Rahmen meines Psychologiestudiums und bevorstehender Bachelorthesis setze ich mich mit der Frage des Einflusses der Behandlung mit der (Selbsthilfe)-Methode PEP® auf die Selbstwirksamkeitserwartung von Angststörungspatienten auseinander. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit der psychotherapeutischen Praxis von Herrn Dipl.- Psych. Can Kulens.

Möglicherweise haben einige von Ihnen bereits mitbekommen, dass sowohl ambulante psychotherapeutische Praxen, als auch (teil-)stationäre Einrichtungen zur Zeit überlastet sind. Somit ist die Hoffnung auf einen Therapieplatz mit längeren Wartezeiten verbunden. Nichtsdestotrotz haben diese Personen das Bedürfnis in der Zwischenzeit etwas für sich und ihre Psyche zu tun. An dieser Stelle kommen Sie als betreuende Ärzte ins Spiel. Da Sie häufig die erste Anlaufstelle für psychisch überlastete Menschen sind, kennen Sie womöglich Patienten, die eine Therapie in Anspruch nehmen wollen würden, aber aktuell keinen Platz erhalten. Diese Personen suche ich für meine Studie.

Die Voraussetzungen für die Teilnahme lauten wie folgt:

- Symptome, wie Angstzustände oder Niedergeschlagenheit (Es muss *keine* diagnostizierte Störung vorliegen)
- Mindestalter: 18 Jahre
- Interesse daran haben sich mit einer Selbsthilfemethode auseinanderzusetzen
- Sich aktuell *nicht* in psychotherapeutischer Behandlung befinden

Dabei bekommen die Teilnehmer Literatur über die vorherig angesprochene Selbsthilfemethode PEP® und sollen sich anschließend mit dieser auseinandersetzen und bei sich selbst anwenden. Die Teilnehmer erhalten Fragebögen, welche sie im Voraus und nach der Auseinandersetzung mit der Selbsthilfemethode ausfüllen sollen.

PEP® stellt dabei eine Weiterentwicklung bekannter Klopftechniken/ bifokaler Techniken dar und hat den Fokus der Bearbeitung negativer Emotionen. Es wird mit haptischen Stimuli, sowie kognitiven Interventionen gearbeitet, um Ängste zu regulieren. Der Vorteil liegt hierbei in der schnellen Wirksamkeit. Aktuell liegt der Forschungsfokus des Forschungsteams um Dr. rer. nat. Dina & Matthias Wittfoth und Antonia Pfeiffer in Hannover darauf die biologischen Wirkungshypothesen zu überprüfen. Nachfolgend 2 Links zu aktuellen fMRT Studien zu PEP®.

einer bereits abgeschlossenen fMRT Studie:

[https://www.researchgate.net/publication/346536540\\_Emotion\\_regulation\\_through\\_bifocal\\_processing\\_of\\_fear\\_inducing\\_and\\_disgust\\_inducing\\_stimuli](https://www.researchgate.net/publication/346536540_Emotion_regulation_through_bifocal_processing_of_fear_inducing_and_disgust_inducing_stimuli)

einen noch laufenden fMRT Studie:

[Medizinische Hochschule Hannover : AG "Neuropsychophysiologie der Emotionsregulation" \(mhh.de\)](#)

Da Herr Dr. Bohne (Entwickler der Methode) von einer Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung im Kontext mit PEP® spricht, widmet sich meine Arbeit diesem psychologischen Konstrukt. Selbstwirksamkeitserwartung wird hier definiert als die Erwartung einer Person eine Handlung erfolgreich ausführen zu können.

Meine Frage und Bitte an Sie wäre es den Flyer für die Studie in Ihrer Praxis aufzuhängen, sowie potentiell passende Patienten auf meine Studie aufmerksam zu machen.

Gerne können sich die Patienten zunächst in der Praxis von Herrn Kulens melden und wir überprüfen gemeinsam, ob wir einen Sprechstundentermin ermöglichen können. In der Zwischenzeit wäre dann eine Teilnahme an der Studie möglich, insofern Interesse seitens der Patienten besteht.

Falls Sie noch weitere Fragen zu meiner Studie haben, können Sie mich gerne unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

E-Mail: [lauragrabener@outlook.com](mailto:lauragrabener@outlook.com)

oder [info-praxis@kulens.de](mailto:info-praxis@kulens.de)

Telefon: +49 152 34514500 (Laura Grabener, Mobiltelefonnummer)

+49 6195-675250 (Praxis Herrn Dipl.- Psych. Can Kulens)

Ich danke Ihnen im Voraus und bleiben Sie gesund.

Mit freundlichen Grüßen,

Laura Grabener

# Anhang E: Anschreiben Psychotherapeuten

## Sehr geehrte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen,

im Rahmen meines Psychologiestudiums und bevorstehender Bachelorthesis setze ich mich mit der Frage des Einflusses der Behandlung mit der (Selbsthilfe)-Methode PEP® auf die Selbstwirksamkeitserwartung von Angststörungspatienten auseinander. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit der psychotherapeutischen Praxis von Herrn Dipl.- Psych. Can Kulens.

Möglicherweise haben einige von Ihnen bereits mitbekommen, dass sowohl ambulante psychotherapeutische Praxen, als auch (teil-)stationäre Einrichtungen zur Zeit überlastet sind. Somit ist die Hoffnung auf einen Therapieplatz mit längeren Wartezeiten verbunden. Nichtsdestotrotz haben diese Personen das Bedürfnis in der Zwischenzeit etwas für sich und ihre Psyche zu tun. An dieser Stelle kommen Sie als PsychotherapeutInnen in Spiel. Da Sie häufig die erste Anlaufstelle für psychisch überlastete Menschen sind, kennen Sie womöglich Patienten, die eine Therapie in Anspruch nehmen wollen würden, aber aktuell keinen Platz erhalten und somit ggfls. auf Ihrer Warteliste stehen. Diese Personen suche ich für meine Studie.

Die Voraussetzungen für die Teilnahme lauten wie folgt:

- Symptome, wie Angstzustände oder Niedergeschlagenheit (Es muss keine diagnostizierte Störung vorliegen)
- Mindestalter: 18 Jahre
- Interesse daran haben sich mit einer Selbsthilfemethode auseinanderzusetzen
- Sich aktuell nicht in psychotherapeutischer Behandlung befinden

Dabei bekommen die Teilnehmer Literatur über die vorherig angesprochene Selbsthilfemethode PEP® und sollen sich anschließend mit dieser auseinandersetzen und bei sich selbst anwenden. Die Teilnehmer erhalten Fragebögen, welche sie im Voraus und nach der Auseinandersetzung mit der Selbsthilfemethode ausfüllen sollen.

PEP® stellt dabei eine Weiterentwicklung bekannter Klopftechniken/ bifokalen Techniken dar und hat den Fokus der Bearbeitung negativer Emotionen. Es wird mit haptischen Stimuli, sowie kognitiven Interventionen gearbeitet, um Ängste zu regulieren. Der Vorteil liegt hierbei in der schnellen Wirksamkeit. Aktuell liegt der Forschungsfokus darauf die biologischen Wirkungshypothesen zu überprüfen. Da Herr Dr. Bohne (Entwickler der Methode) von einer Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung im Kontext mit PEP® spricht, widmet sich meine Arbeit diesem psychologischen Konstrukt. Selbstwirksamkeitserwartung wird hier definiert als die Erwartung einer Person eine Handlung erfolgreich ausführen zu können.

Meine Frage und Bitte an Sie wäre den angehängten Flyer in Ihrer Praxis aufzuhängen, sowie potentiell passende Patienten auf meine Studie aufmerksam zu machen.

Gerne können sich die Patienten zunächst in der Praxis von Herrn Kulens melden und wir überprüfen gemeinsam, ob wir einen Sprechstundentermin ermöglichen können. In der Zwischenzeit wäre dann eine Teilnahme an der Studie möglich, insofern Interesse seitens der Patienten besteht.

Falls Sie noch weitere Fragen zu meiner Studie haben, können Sie mich gerne unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

E-Mail: [lauragrabener@outlook.com](mailto:lauragrabener@outlook.com)

oder [info-praxis@kulens.de](mailto:info-praxis@kulens.de)

Telefon: +49 152 34514500

(Laura Grabener, Mobiltelefonnummer)

+49 6195-675250

(Praxis Herrn Dipl.- Psych. Can Kulens)

Ich danke Ihnen im Voraus und bleiben Sie gesund.

Mit freundlichen Grüßen,

Laura Grabener

## Anhang F: Flyer EG

# Probanden für eine Studie über PEP® gesucht

PEP® bezeichnet die Prozess- & Embodimentfokussierte Psychotherapie und stellt eine Behandlungs- & Selbsthilfemethode dar, die in verschiedenen Bereichen wie der Psychotherapie und dem Coaching angewendet wird. Mit dieser Methode möchte ich mich im Rahmen meiner Bachelorthesis im Fach Psychologie zusammen mit der psychotherapeutischen Praxis von Herrn Dipl.- Psych. Can Kulens auseinandersetzen. Für diese wissenschaftliche Studie suchen wir Personen, die...

...sich aufgrund eines psychischen Problems bei einem Psychotherapeuten/ Coach/ Heilpraktiker o.ä. in Behandlung befinden.

...mit PEP® behandelt werden.

Bei Teilnahme an der Studie, sollen zu 2 Zeitpunkten (vor Beginn der Behandlung mit PEP® und nach Beendigung der Behandlung mit PEP®) 5 Fragebögen ausgefüllt werden. Der Zeitaufwand für das Ausfüllen der Fragebögen beläuft sich insgesamt auf ca. 1-2 Stunden.

Als Dank für die Teilnahme erhalten Sie die Ergebnisse der Studie und ein kleines Dankeschön von der Studienleiterin.

Bei Interesse zur Teilnahme oder weiteren Infos  
melden Sie sich gerne unter:

**E-Mail:** [grabener.laura@stud.hs-fresenius.de](mailto:grabener.laura@stud.hs-fresenius.de)

**Mobiltelefon:** 015234514500

**E-Mail:** [info-praxis@kulens.de](mailto:info-praxis@kulens.de)

**Telefon:** 06195-675250

# Anhang G: Untersuchungsmaterial KG

## Einwilligungserklärung

Sehr geehrte\*r Teilnehmer\*in,

vielen Dank, dass Sie sich entschieden haben, an der Forschung für meine Bachelorarbeit teilzunehmen. In dieser Untersuchung geht es um die Prozess- & Embodimentfokussierte Psychotherapie (PEP®).

Hierfür werden Sie verschiedene Fragebögen ausfüllen, in denen es um Ihre Gefühle und Wahrnehmungen geht. Bitte versuchen Sie jede Aussage in den folgenden Fragebögen so wahrheitsgetreu wie möglich zu beantworten. „Falsche“ Antworten gibt es nicht.

Es sollen 5 Fragebögen zu zwei Testzeitpunkten ausgefüllt werden. Einmal bevor Sie sich mit der Ihnen zur Verfügung gestellten Literatur auseinandergesetzt haben und einmal danach. Bitte senden Sie alle Unterlagen spätestens am 05.09.2021 in dem beigelegten, schon frankierten Umschlag an mich zurück.

Die 5 Fragebögen auszufüllen dauert zusammen ca. 35-60 Minuten. Da Sie diese wie oben erklärt zweimal ausfüllen sollen beläuft sich der zeitliche Aufwand insgesamt auf ca. 1-2 Stunden.

Ihre Daten werden vertraulich und anonym behandelt. Es wird im Nachhinein nicht mehr möglich sein, nachzuvollziehen welche Ihre Antworten waren.

Das Forschungsprojekt wird durchgeführt von:

Laura Grabener

In Zusammenarbeit mit Praxis Kulens (psychologischer Psychotherapeut)

Bei Fragen oder Anmerkungen wenden Sie sich gerne an uns:

E-Mail: [grabener.laura@stud.hs-fresenius.de](mailto:grabener.laura@stud.hs-fresenius.de) Handy: 015234514500

E-Mail: [info-praxis@kulens.de](mailto:info-praxis@kulens.de) Telefon: 06195-675250

Wenn Sie an den Ergebnissen der Studie interessiert sind informieren Sie mich bitte per E-Mail darüber und ich lasse Ihnen die Ergebnisse nach Beendigung der Studie zukommen. Sind Sie zusätzlich an einem kleinen Dankeschön für Ihre Teilnahme interessiert, teilen Sie mir gerne über eine E-Mail Ihre Postadresse mit.

Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten gemäß den hier aufgeführten Angaben verarbeitet werden.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_

Name (Vor- & Nachname)



# Checkliste

Studie PEP

Datum  Aufgabe

---

Einwilligungserklärung durchlesen & unterschreiben

---

Fragebogenpaket 1 ausfüllen  
→ alle GRÜN markierten Fragebögen

- **BEVOR** die Literatur gelesen wurde!
- Datum an dem die Fragebögen ausgefüllt wurden, auf mindestens 1 Seite notieren (gerne aber auf allen Seiten)

---

Zur Verfügung gestellte Literatur lesen

---

Mindestens 6 Wochen vergehen lassen  
(die vorgestellte Selbsthilfemethode ggfls. anwenden)

---

Fragebogenpaket 2 ausfüllen  
→ alle ROSA markierten Fragebögen

- Datum an dem die Fragebögen ausgefüllt wurden auf mindestens 1 Seite notieren (gerne aber auf allen Seiten)

---

Stammdatenblatt ausfüllen (als letztes ausfüllen)

- Datum angeben

---

Spätestens am 05.09.21  Alle Fragebögen, das Stammdatenblatt und die Einwilligungserklärung zurück an die Studienleiterin schicken (frankierter Umschlag wurde mitgeliefert)

---

## Stammdatenblatt

1) **Geschlecht:** männlich  weiblich  divers

2) **Alter (in Jahren):** \_\_\_\_\_

3) **Postleitzahl:** \_\_\_\_\_

4) **Befinden Sie sich momentan aufgrund Ihrer psychischen Verfassung in Behandlung?**

Ja  Nein

(Falls die Frage mit Ja beantwortet wurde, weiter zu Frage 4.1)

4.1) **Bei welcher Art von Behandler befinden Sie sich momentan in Behandlung?**

Psychotherapeut  Coach  Heilpraktiker

Andere: \_\_\_\_\_

5) **Welche der folgenden Störung(en) wurde bei Ihnen festgestellt / wird bei Ihnen vermutet**   
:

- Generalisierte Angststörung (GAS)
- Zwangsstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Agoraphobie (mit oder ohne Panik)
- Spezifische Phobie: Kleintierphobie, Flugangst, Prüfungsangst
- Soziale Phobie: Redeangst, Prüfungsangst
- Depressionen

- Andere: \_\_\_\_\_
- Keine
- Ich weiß es nicht

**6) Nehmen Sie aktuell Psychopharmaka/ Medikamente zur Behandlung der oben genannten Störung ein?**

Ja  Nein

(Wenn die Frage mit Ja beantwortet wurde, weiter zu Frage 6.1)

**6.1) Wenn Sie aktuell Psychopharmaka/ Medikamente zur Behandlung der oben genannten Störung einnehmen, benennen Sie diese hier:**

\_\_\_\_\_

**7) Haben Sie sich schonmal in einer Therapie/ Behandlung wegen der oben genannten Problematik befunden?**

Ja  Nein

(Falls die Frage mit Nein beantwortet wurde, weiter zu Frage 7.1)

**7.1) Welche Therapieerfahrungen haben Sie schon gemacht und in welchem Umfang?**

Bsp.: Kognitive Verhaltenstherapie 5 Sitzungen oder Behandlung bei 2 anderen Coaches etc.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**8) Wurden Sie schonmal von einer dafür ausgebildeten Person mit PEP® behandelt?**

Ja  Nein

(Wenn die Frage mit Ja beantwortet wurde, weiter zu Frage 8.1)

**8.1) Wie viele Sitzungen PEP® haben Sie insgesamt schon in Anspruch genommen?  
& wann hat die letzte Sitzung PEP® ca. stattgefunden? (Monat + Jahr)**

\_\_\_\_\_ Sitzungen PEP®

\_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr)

# Anhang H: Untersuchungsmaterial EG

## Einwilligungserklärung

Sehr geehrte\*r Teilnehmer\*in,

vielen Dank, dass Sie sich entschieden haben, an der Forschung für meine Bachelorarbeit teilzunehmen. In dieser Untersuchung geht es um die Prozess- & Embodimentfokussierte Psychotherapie (PEP\*).

Hierfür werden Sie verschiedene Fragebögen ausfüllen, in denen es um Ihre Gefühle und Wahrnehmungen geht. Bitte versuchen Sie jede Aussage in den folgenden Fragebögen so wahrheitsgetreu wie möglich zu beantworten. „Falsche“ Antworten gibt es nicht.

Es sollen 5 Fragebögen zu zwei Testzeitpunkten ausgefüllt werden. Einmal vor Beginn der Behandlung mit PEP\* und einmal nach Beendigung der Behandlung mit PEP\*. Sollte die Behandlung am 05.09.2021 noch nicht abgeschlossen sein füllen Sie die Fragebögen zum zweiten Mal spätesten am 05.09.2021 aus und senden Sie alle Unterlagen in dem beigelegten, schon frankierten Umschlag an mich zurück.

Die 5 Fragebögen auszufüllen dauert zusammen ca. 35-60 Minuten. Da Sie diese wie oben erklärt zweimal ausfüllen sollen beläuft sich der zeitliche Aufwand insgesamt auf ca. 1-2 Stunden.

Ihre Daten werden vertraulich und anonym behandelt. Es wird im Nachhinein nicht mehr möglich sein, nachzuvollziehen welche Ihre Antworten waren.

Das Forschungsprojekt wird durchgeführt von:

Laura Grabener

In Zusammenarbeit mit Praxis Kulens (psychologischer Psychotherapeut)

Bei Fragen oder Anmerkungen wenden Sie sich gerne an uns, unter:

E-Mail: [grabener.laura@stud.hs-fresenius.de](mailto:grabener.laura@stud.hs-fresenius.de) Handy: 015234514500

E-Mail: [info-praxis@kulens.de](mailto:info-praxis@kulens.de) Telefon: 06195-675250

Wenn Sie an den Ergebnissen der Studie interessiert sind informieren Sie mich bitte per E-Mail darüber und ich lasse Ihnen die Ergebnisse nach Beendigung der Studie zukommen. Sind Sie zusätzlich an einem kleinen Dankeschön für Ihre Teilnahme interessiert, teilen Sie mir gerne über eine E-Mail Ihre Postadresse mit.

Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten gemäß den hier aufgeführten Angaben verarbeitet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name (Vor- & Nachname)

# Checkliste

Studie PEP

Datum  Aufgabe

---

Einwilligungserklärung durchlesen & unterschreiben

---

Fragebogenpaket 1 ausfüllen  
→ alle GRÜN markierten Fragebögen

- **Bevor** die Behandlung mit PEP begonnen wurde!
- Datum an dem die Fragebögen ausgefüllt wurden, auf min. 1 Seite notieren (gerne aber auf allen Seiten)

---

Behandlung mit PEP

---

Fragebogenpaket 2 ausfüllen  
→ nach Abschluss der Behandlung mit PEP bzw. spätestens am 05.09.2021 (auch wenn die Behandlung zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen sein sollte)

→ alle ROSA markierten Fragebögen

- Datum an dem die Fragebögen ausgefüllt wurden auf min. 1 Seite notieren (gerne aber auf allen Seiten)

---

Stammdatenblatt ausfüllen (als letztes ausfüllen)

- Datum angeben

---

Spätestens am 05.09.21  Alle Fragebögen, das Stammdatenblatt und die Einwilligungserklärung zurück an die Studienleiterin schicken (frankierter Umschlag wurde mitgeliefert)

---

## Stammdatenblatt

1) **Geschlecht:** männlich  weiblich  divers

2) **Alter:** \_\_\_\_\_

3) **Postleitzahl:** \_\_\_\_\_

4) **Bei welcher Art von Behandler befinden Sie sich momentan in Behandlung mit PEP®:**

Psychotherapeut  Coach  Heilpraktiker

Andere: \_\_\_\_\_

5) **Welche der folgenden Störung(en) wurde bei Ihnen festgestellt  / wird bei Ihnen vermutet** :

- Generalisierte Angststörung (GAS)
- Zwangsstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Agoraphobie (mit oder ohne Panik)
- Spezifische Phobie: Kleintierphobie, Flugangst, Prüfungsangst
- Soziale Phobie: Redeangst, Prüfungsangst
- Depressionen
- Andere: \_\_\_\_\_
- Keine
- Ich weiß es nicht

**6) Nehmen Sie aktuell Psychopharmaka/ Medikamente ein?**

Ja     Nein

(Wenn die Frage mit Ja beantwortet wurde, weiter zu Frage 6.1)

**6.1) Wenn Sie aktuell Psychopharmaka/ Medikamente einnehmen, benennen Sie diese hier:**

---

**7) Ist dies die erste Therapie/ Behandlung in der Sie sich wegen der oben genannten Problematik befinden?**

Ja     Nein

(Wenn die Frage mit Nein beantwortet wurde, weiter zu Frage 7.1)

**7.1) Wenn dies nicht die erste Therapie/ Behandlung ist, die Sie wegen der oben genannten Problematik aufsuchen, welche Therapieerfahrungen haben Sie schon gemacht und in welchem Umfang?**

Bsp.: Kognitive Verhaltenstherapie 5 Sitzungen oder Behandlung bei 2 anderen Coaches etc.

---

---

---

---

**8) Wie viele Behandlungssitzungen mit PEP® wurden bei Ihnen bei Abschluss dieser Studie (also spätestens am 05.09.2021) insgesamt durchgeführt?**

\_\_\_\_\_ Sitzungen PEP®



## **Anhang I: Vermeidung von Plagiarismus**

Hiermit bestätigen ich, Laura Grabener, dass ich das Merkblatt Vermeidung von Plagiarismus zur Kenntnis genommen und in den beigefügten Dokumenten beherzigt habe. Alle Angaben in dieser Arbeit sowie in den beigefügten Anhängen sind nach meinem besten Wissen zutreffend. Bewusst falsche Angaben und Plagiarismus im Zusammenhang mit einer studentischen Arbeit werden als Täuschungsversuch gewertet und können zur Aberkennung von Prüfungsleistungen führen.

Frankfurt, den 12.12.2021

Laura Grabener

## **Anhang J: Eidesstaatliche Erklärung**

Hiermit versichere ich, Laura Grabener, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel „Einfluss von Prozess- & Embodimentfokussierter Psychotherapie auf die Selbstwirksamkeitserwartung von Depressions- & Angststörungspatienten“ selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe.

Die Stellen der Arbeit, einschließlich der Tabellen und Abbildungen, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Fall kenntlich gemacht und die Herkunft nachgewiesen.

Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen und wurde auch noch nicht veröffentlicht.

**Ort, Datum**

Frankfurt am Main, 12.12.2021

**Unterschrift**