

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Verfahrensdokumentation:

AAVA

„Absicht“ und „Ausführung“ bei der Verhaltensänderung im Rahmen der Angstbehandlung

Geissner, E. & Ivert, P. M. (2022)

Geissner, E. & Ivert, P. M. (2022). AAVA. „Absicht“ und „Ausführung“ bei der Verhaltensänderung im Rahmen der Angstbehandlung [Verfahrensdokumentation und Fragebogen]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.5249>

Alle Informationen und Materialien zu dem Verfahren finden Sie im Testarchiv unter:
<https://www.testarchiv.eu/de/test/9008347>

Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID)

Universitätsring 15
54296 Trier

www.leibniz-psychology.org

Inhaltsverzeichnis

1. Testkonzept.....	2
1.1 Theoretischer Hintergrund	2
1.2 Testaufbau	2
1.3 Auswertungsmodus	2
1.4 Auswertungshilfen	2
1.5 Auswertungszeit	2
1.6 Itembeispiele	3
1.7 Items	3
2. Durchführung.....	5
2.1 Testformen.....	5
2.2 Altersbereiche.....	5
2.3 Durchführungszeit.....	5
2.4 Material.....	5
2.5 Instruktion.....	5
2.6 Durchführungsvoraussetzungen.....	5
3. Testkonstruktion	5
4. Gütekriterien.....	6
4.1 Objektivität	6
4.2 Reliabilität	6
4.3 Validität.....	6
4.4 Normierung.....	7
5. Anwendungsmöglichkeiten.....	7
6. Kurzfassung	7
Diagnostische Zielsetzung.....	7
Aufbau.....	8
Grundlagen und Konstruktion	8
Empirische Prüfung und Gütekriterien	8
7. Bewertung.....	8
8. Literatur	9

1. Testkonzept

1.1 Theoretischer Hintergrund

Der Fragebogen „Absicht“ und „Ausführung“ bei der Verhaltensänderung im Rahmen der Angstbehandlung (AAVA; Ivert & Geissner, 2021) dient der Erfassung von Absicht und Ausführung, die besonders in der Behandlung klinischer Angst Änderungsprozesse, sinnvoll unterstützende, motivationsnahe Kognitionen und Überzeugungen darstellen (Ivert & Geissner, 2021, S. 15). Damit eine Therapie erfolgreich ist, muss eine Änderungsmotivation seitens der Patient/-innen gegeben sein. So werden seit einiger Zeit änderungsbezogene Aspekte wie Kognitionen und Überzeugungen der Patient/-innen im Bereich der Psychotherapieforschung thematisiert. So bietet das „Transtheoretische Modell der Verhaltensveränderung“ (Prochaska & DiClemente, 1982, 1984; Prochaska & Norcross, 2010) einen ersten Ansatz, anhand dessen ein zeitlicher Ablauf von änderungsbezogenen Verhaltensweisen abgebildet werden kann. Daraufhin kam der Ansatz der Unterteilung in eine Vorher- und eine Während-/Nachher-Phase auf, welche von dem vorliegenden Fragebogen als „Absicht“ und „Ausführung“ bezeichnet und adaptiert wird. Insbesondere änderungsbezogene Kognitionen für problematisch-defizitäres Verhalten, speziell in dem Bereich der klinischen Angst, könnten so besser untersucht werden (Ivert & Geissner, 2021, S. 7). Als eine Arbeitsvorlage wurde die für den deutschsprachigen Raum etablierte Version zu Schmerz (Maurischat, Härter & Bengel, 2002) der University of Rhode Island Change Assessment Scale (McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983) verwendet (Ivert & Geissner, 2021, S. 7).

1.2 Testaufbau

Das Verfahren besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil „Absicht“ besteht aus 19 Aussagen, die den Skalen (1) Problemexternalisierung, (2) Initiales Problembewusstsein und (3) Handlungsabsicht zugeordnet werden. Der zweite Teil „Ausführung“ beinhaltet 16 Aussagen. Die Skalen lauten (4) Lernen, (5) Aufrechterhalten und (6) Zuversicht. Die Beantwortung der Aussagen erfolgt anhand einer dreistufigen Likert-Skala in der folgenden Reihenfolge: 3 = Trifft genau zu - 2 = Trifft etwas zu - 1 = Trifft gar nicht zu.

1.3 Auswertungsmodus

Für die Auswertung werden die Werte einer jeden Skala summiert und durch die Aussagenanzahl dividiert. Ein Gesamtwert wird nicht berechnet.

1.4 Auswertungshilfen

Auf dem Fragebogen kann für jede Skala der Summenwert eingetragen werden. Eine Anleitung für die Berechnung der Summenwerte befindet sich auf dem Bogen.

1.5 Auswertungszeit

Es kann angenommen werden, dass die Auswertung 5-10 Minuten dauert.

1.6 Itembeispiele

Anmerkung: Im Folgenden werden beispielhaft Items aus den jeweiligen drei Subskalen der zwei Bereiche präsentiert. In Klammern steht die Skalenzugehörigkeit.

Bereich Absicht:

1. Ich habe alles versucht, was Andere mir zur Bewältigung meiner Ängste oder Panikattacken empfohlen haben, doch nichts hilft. (Problemexternalisierung)
8. Ab und an überlege ich mir, ob ich eventuell selbst etwas tun könnte, um mit meinen Ängsten oder Panikattacken besser umzugehen. (Initiales Problembewusstsein)
14. Ich habe in letzter Zeit erfahren, dass es keine ausschließlich medizinische Heilung meiner Ängste oder Panikattacken gibt. Deshalb möchte ich jetzt lernen, wie ich mit ihnen anders umgehen kann. (Handlungsabsicht)

Bereich Ausführung:

1. Ich gehe neue Wege, um mit meinen Ängsten oder Panikattacken besser umzugehen. (Lernen)
6. Vorschläge, wie ich besser mit meinen Ängsten oder Panikattacken leben kann, habe ich seit mehreren Monaten umgesetzt. (Aufrechterhalten)
13. Wenn Symptome meiner Ängste oder Panikattacken auftreten, lasse ich mich nicht aus der Ruhe bringen und gehe meinem Alltag weiter nach. (Zuversicht)

1.7 Items

Absicht (vor Behandlungsbeginn):

Skala Problemexternalisierung

1. Ich habe alles versucht, was Andere mir zur Bewältigung meiner Ängste oder Panikattacken empfohlen haben, doch nichts hilft.
2. Meine Ängste oder Panikattacken sind ausschließlich ein medizinisches Problem und deswegen die Sache von Ärzten.
3. Trotz allem was die Ärzte sagen, bin ich davon überzeugt, dass es ein Medikament geben muss, mit dessen Hilfe ich meine Ängste oder Panikattacken loswerden kann.
4. Das Beste für mich ist es, einen Arzt zu finden, der herausfindet, wie ich meine Ängste oder Panikattacken ein für alle Mal loswerde.
5. Ich frage mich, warum kann nicht irgendjemand etwas tun, um meine Ängste oder Panikattacken zu beseitigen.
6. All das Gerede darüber, wie man selbst mit Ängsten oder Panikattacken besser umgehen kann, ist reine Zeitverschwendung für mich.
7. Ich vermute, dass meine Ängste oder Panikattacken ein langwieriges Problem sind. Aber es gibt nichts, was ich selbst wirklich verändern kann.

Skala Initiales Problembewusstsein

8. Ab und an überlege ich mir, ob ich eventuell selbst etwas tun könnte, um mit meinen Ängsten oder Panikattacken besser umzugehen.
9. Ich frage mich insgeheim, ob es nicht auch meine Aufgabe ist, die Ängste oder Panikattacken unter Kontrolle zu bringen, anstatt mich auf die Ärzte zu verlassen.
10. Ich beginne zu vermuten, dass es keine ausschließlich medizinische Antwort auf mein Angstproblem gibt.

11. Vielleicht gibt es noch andere Wege, mit Ängsten oder Panikattacken umzugehen, aber ich weiß nicht wie.
12. Gelegentlich frage ich mich, ob es neben der medizinischen Behandlung noch andere Wege gibt, mit Ängsten oder Panikattacken umzugehen.
13. Ich ahne, dass Ärzte mir nur bis zu einem gewissen Grad bei der Bewältigung meiner Ängste oder Panikattacken helfen können und alles Weitere dann bei mir.

Skala Handlungsabsicht

14. Ich habe in letzter Zeit erfahren, dass es keine ausschließlich medizinische Heilung meiner Ängste oder Panikattacken gibt. Deshalb möchte ich jetzt lernen, wie ich mit ihnen anders umgehen kann.
15. Selbst wenn die Symptome meiner Ängste oder Panikattacken nicht mehr gänzlich weggehen sollten, bin ich bereit, die Art, wie ich damit umgehe, zu ändern.
16. Ich werde innerhalb des nächsten Monats damit beginnen, Einfluss auf meine Ängste oder Panikattacken zu nehmen, bevor sie mein Leben ruinieren.
17. Ich habe die ernsthafte Absicht, in naher Zukunft mit meinen Ängsten oder Panikattacken anders als bisher umzugehen.
18. Ich werde in nächster Zeit Hilfe in Anspruch nehmen, um herauszufinden, was ich selbst tun könnte, damit ich mich besser fühle.
19. Ich habe mich informiert, was ich selbst tun kann, um meine Ängste oder Panikattacken zu beeinflussen und werde in den nächsten Wochen damit anfangen.

Ausführung (während und am Ende der Behandlung):

Skala Lernen

1. Ich gehe neue Wege, um mit meinen Ängsten oder Panikattacken besser umzugehen.
2. Ich habe vor einigen Wochen damit begonnen, Strategien anzuwenden, die mir helfen, meine Ängste oder Panikattacken besser zu kontrollieren.
3. Ich lerne seit einigen Wochen verschiedene Strategien, um meine Ängste oder Panikattacken zu beeinflussen.
4. Ich werde seit einigen Wochen darin unterstützt, Strategien zur besseren Bewältigung meiner Ängste oder Panikattacken zu erlernen.
5. Ich arbeite bereits seit mehr als einem Monat aktiv daran, Fähigkeiten zur besseren Handhabung meiner Ängste oder Panikattacken zu erlernen.

Skala Aufrechterhalten

6. Vorschläge, wie ich besser mit meinen Ängsten oder Panikattacken leben kann, habe ich seit mehreren Monaten umgesetzt.
7. Ich weiß seit längerem, dass ich meine Ängste oder Panikattacken beherrschen kann.
8. Seit mehreren Monaten werde ich in meinem Alltag nur noch wenig von meinen Ängsten oder Panikattacken beeinflusst.
9. Selbstverständlich sind Angstbewältigungsstrategien ein fester Bestandteil meines Alltags.
10. Seit längerem wende ich regelmäßig Bewältigungsstrategien an, um zu verhindern, dass meine Ängste oder Panikattacken mein Leben zerstören.

11. Ich habe meine Ängste oder Panikattacken und ihre Auswirkungen auf mein Leben 100%ig im Griff.
12. Strategien zur Bewältigung meiner Ängste oder Panikattacken wende ich bereits seit mehr als einem halben Jahr regelmäßig an.

Skala Zuversicht

13. Wenn Symptome meiner Ängste oder Panikattacken auftreten, lasse ich mich nicht aus der Ruhe bringen und gehe meinem Alltag weiter nach.
14. Meine Ängste oder Panikattacken werden mein Leben nie mehr so beeinträchtigen, wie sie es früher getan haben.
15. Ich bin mir absolut sicher, die erlernten Strategien zur Bewältigung meiner Ängste oder Panikattacken in den nächsten Jahren auch weiterhin anzuwenden.
16. Egal was Andere von mir denken, aus eigener Erfahrung werde ich Strategien zur Bewältigung meiner Ängste oder Panikattacken uneingeschränkt weiterempfehlen.

2. Durchführung

2.1 Testformen

Übersetzungen und weitere Testformen sind bislang nicht bekannt.

2.2 Altersbereiche

Der Fragebogen wird mit erwachsenen Personen durchgeführt.

2.3 Durchführungszeit

Der Zeitaufwand liegt geschätzt bei 5 bis 7 Minuten.

2.4 Material

Der AAVA ist einsetzbar in der Paper-Pencil-Form.

2.5 Instruktion

Die untenstehende Instruktion erfolgt schriftlich und wird von den Proband/-innen selbst gelesen:

„Bitte in jeder Zeile die Zahl ankreuzen, die am besten passt.“

2.6 Durchführungsvoraussetzungen

Die Durchführungsvoraussetzungen beinhalten eine klinisch-diagnostizierte Angststörung, wie beispielsweise Agoraphobie oder Panikstörung.

3. Testkonstruktion

Die Konstruktion des AAVA basiert auf einer deutschsprachigen Version der University of Rhode Island Change Assessment Scale (McConaughy et al., 1983), die für Schmerzpatienten entwickelt wurde (Maurischat et al., 2002). Für eine erste Arbeitsvorlage wurden 29 Items „Vor

der Behandlung“ und 27 Items „Während der Behandlung“ dieser Skala verwendet. Allerdings wurde die Formulierung für Angststörungen angepasst (Geissner & Ivert, 2021, S. 9). Nach einer Voruntersuchung der Itemliste anhand von 30 Angstpatient/-innen, wurden 24 Aussagen für Absicht und 20 Aussagen für Ausführung ausgewählt. Die anschließende Hauptuntersuchung (N = 117-121) beinhaltet unter anderem eine Faktorenanalyse, aus welcher 19 Items für „Absicht“ und 16 für „Ausführung“ resultierten. Die Trennschärfen der Items, die dem Bereich „Absicht“ zugehörig sind, liegen zwischen $r_{it} = .35$ und $r_{it} = .55$. Die Trennschärfen der Items des Bereichs „Ausführung“ Microsoft Word - Auswertungsschablone Örebro.docx liegen zwischen $r_{it} = .39$ und $r_{it} = .66$ (Geissner & Ivert, 2021, S. 10-11).

4. Gütekriterien

4.1 Objektivität

Bezüglich Durchführung und Auswertung kann das Verfahren als weitgehend objektiv gelten.

4.2 Reliabilität

Die interne Konsistenz im Bereich „Absicht“ beträgt für die Subskala Problemexternalisierung $\alpha = .78$, für die Subskala Initiales Problembewusstsein $\alpha = .73$ und für die Subskala Handlungsabsicht $\alpha = .70$. Die interne Konsistenz im Bereich „Ausführung“ beträgt für die Subskala Problemexternalisierung $\alpha = .75$, für die Subskala Initiales Problembewusstsein $\alpha = .80$ und für die Subskala Problemexternalisierung $\alpha = .68$.

Die Split-half-Reliabilität beträgt für den Bereich „Absicht“ für die Subskala Lernen $r_{tt} = .76$, für die Subskala Aufrechterhalten $r_{tt} = .66$ und für die Subskala Zuversicht $r_{tt} = .67$. Die Split-half-Reliabilität für den Bereich „Ausführung“ beträgt für die Subskala Lernen $r_{tt} = .78$, für die Subskala Aufrechterhalten $r_{tt} = .81$ und für die Subskala Zuversicht $r_{tt} = .65$ (Geissner & Ivert, 2021, S. 10-11).

4.3 Validität

Zur Überprüfung der Validität wurden Korrelationen mit anderen Angstmaßen wie den Fragebögen des Fragebogensets AKV – Angstreaktionen, Kognitionen und Verhalten (Ehlers, Margraf & Chambless, 2001), welches den ACQ, den BSQ, den MI-A und MI-B umfasst, sowie dem BAI – Beck Anxiety Inventory (Geissner & Hütteroth, 2018; Margraf & Ehlers, 2007) erhoben. Die Subskala Problemexternalisierung des Bereichs „Absicht“ hing mit höheren Werten der Angstmaße zusammen. So beträgt die Korrelation mit den Fragebögen des AKV $r = .28$ (ACQ), $r = .18$ (BSQ), $r = .17/.19$ (MI) und mit dem BAI $r = .22$ (Geissner & Ivert, 2021, S. 12). Für die anderen Subskalen zu Initialem Problembewusstsein und Handlungsabsicht ließen sich keine Zusammenhänge finden. In dem Bereich „Ausführung“ hing die Subskala Zuversicht mit niedrigeren Werten der Angstmaße zusammen. So beträgt die Korrelation mit dem ACQ $r = -.41$, mit dem BSQ $r = -.32$, mit dem MI $r = -.27/-.22$ und mit dem BAI $r = -.29$. Auch hier wurden für die anderen Subskalen zu Lernen und Aufrechterhalten keine Zusammenhänge mit den Angstmaßen gefunden.

4.4 Normierung

Es liegt keine Normierung vor. Der AAVA wurde an einer Stichprobe von 121 stationären Proband/-innen zu T0 und T1 und anhand von 117 Proband/-innen zu T2 und T3 validiert (Geissner & Ivert, 2021, S. 8, S. 10). In der Tabelle 1 finden sich Mittelwerte und Standardabweichungen.

Tabelle 1

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) (modifiziert nach Geissner & Ivert, 2021, S. 12, Tabelle 3)

Skala	M		SD	
	t0	t1	t0	t1
Absicht (N = 121)				
Problemexternalisierung	1.73	1.51	0.34	0.44
Initiales Problembewusstsein	2.54	2.51	0.38	0.38
Handlungsabsicht	2.61	2.75	0.36	0.34
Ausführung (N = 117)				
Lernen	2.76	2.43	0.31	0.54
Aufrechterhalten	1.87	2.41	0.46	0.44
Zuversicht	2.51	2.56	0.45	0.46

Anmerkungen. N = Stichprobengröße. t0 = Anmeldung, t1 = Aufnahme, t2 = Entlassung, t3 = Sechs-Monats-Follow-up.

5. Anwendungsmöglichkeiten

Durch die Kürze der Itemanzahl geht von dem AAVA keine wesentliche Zusatzbelastung aus, und der Fragebogen ist vor Beginn und gegen Ende der Therapie einsetzbar. Der AAVA bietet eine Ergänzung störungsspezifischer Verfahren, speziell im Bereich der klinischen Angststörungen. Dies kann helfen, Probleme bzw. Hindernisse im Therapieverlauf kenntlich zu machen, um dort gezielt zu intervenieren (Geissner & Ivert, 2021, S. 14-15).

6. Kurzfassung

Diagnostische Zielsetzung:

Der Fragebogen „Absicht“ und „Ausführung“ bei der Verhaltensänderung im Rahmen der Angstbehandlung (AAVA; Ivert & Geissner, 2021) ermöglicht die Erfassung von Absicht und Ausführung in der Behandlung klinischer Angststörungen. Absicht und Ausführung stellen Bereiche von Änderungsprozessen dar, deren Erfassung in der Therapie Möglichkeiten zur Identifizierung von Hindernissen aufzeigt, an denen angesetzt werden kann.

Aufbau:

Das Verfahren erfasst zwei Bereiche aus der Behandlung der Angststörung, den „Absicht“-Teil mit 19 Aussagen, dem die drei Subskalen Problemexternalisierung, Initiales Problembewusstsein und Handlungsabsicht zugeordnet werden. Der „Ausführung“-Teil besteht aus 16 Aussagen, dem die drei Subskalen Lernen, Aufrechterhalten und Zuversicht zugeordnet werden. Die Beantwortung erfolgt auf einer dreistufigen Likert-Skala (1 = „Trifft gar nicht zu“ bis 3 = „Trifft genau zu“).

Grundlagen und Konstruktion:

Der AAVA basiert auf der ursprünglich für Schmerzpatienten entwickelten deutschsprachigen Version der University of Rhode Island Change Assessment Scale (Maurischat et al., 2002). Die Itemauswahl durchlief ein Verfahren, bei dem vorerst 29 Items für den Bereich Absicht und 27 Items für den Bereich Ausführung ausgewählt wurden. Nach einer Überarbeitung resultierten die schlussendlichen 19 und 16 Items der zwei Bereiche.

Empirische Prüfung und Gütekriterien:

Reliabilität: Die interne Konsistenz der Subskalen des Bereichs Absicht liegt zwischen $\alpha = .70$ und $\alpha = .78$. Die interne Konsistenz der Subskalen des Bereichs Ausführung liegt zwischen $\alpha = .69$ und $\alpha = .80$. Die Split-half-Reliabilität für den Bereich Absicht liegt zwischen $r_{tt} = .66$ und $r_{tt} = .76$, während die Split-half-Reliabilität für den Bereich Ausführung zwischen $r_{tt} = .65$ und $r_{tt} = .81$ liegt.

Validität: Zur Überprüfung der Validität wurden Korrelationen mit anderen Angstmaßen gebildet. Für den Bereich Absicht gab es einen Zusammenhang der Subskala Problemexternalisierung mit den Angstmaßen. Für die Subskalen des Bereichs Ausführung zeigte sich eine negative Beziehung der Subskala Zuversicht mit den Angstmaßen.

Normen: Das Testinstrument wurde keiner Normierung unterzogen. Als Referenzwerte werden Mittelwerte und Standardabweichungen angegeben (Geissner & Ivert, 2021, S. 12, Tabelle 3, siehe auch Tabelle 1 unter Normierung).

7. Bewertung

Der AAVA bietet ein reliables und valides Instrument zur Erhebung der am Änderungsprozess beteiligten Kognitionen Absicht und Ausführung in Bezug auf klinische Angststörungen. Zudem ist er ökonomisch in der Durchführung und Auswertung und sollte bei der Zielgruppe Akzeptanz finden.

8. Literatur

- Ehlers, A., Margraf, J. & Chambless, D. (2001). Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV) (2., überarbeitete und neunormierte Auflage). Göttingen: Beltz.
- Geissner, E. & Hütteroth, A. (2018). Beck Anxiety Inventory deutsch – Ein reliables, valides und praxisgeeignetes Instrument zur Messung klinischer Angst. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 68, 118-125. <https://doi.org/10.1055/s-0043-122941>
- Geissner, E. & Ivert, P. (2021). Absicht und Ausführung im Prozess der Verhaltensänderung – am Beispiel Angstbehandlung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 42 (1), 5-19.
- Margraf, J. & Ehlers, A. (2007). Beck Angst Inventar – BAI (Manual). Frankfurt a. M.: Harcourt.
- Maurischat, C., Härter, M. & Bengel, J. (2002). Der Freiburger Fragebogen - Stadien der Bewältigung chronischer Schmerzen (FF-STABS): Faktorenstruktur, psychometrische Eigenschaften und Konstruktvalidierung. *Diagnostica*, 48 (4), 190-199. <https://doi.org/10.1026//0012-1924.48.4.190>
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy – Theory, Research, and Practice*, 20, 368-375. <https://doi.org/10.1037/h0090198>
- Prochaska, J. O. & Di Clemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19 (3), 276–288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Prochaska, J. O. & Di Clemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach – crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones & Irwin.
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (2010). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Belmont, CA: Thomson Brooks.