Prädiktoren erfolgreicher Therapieverläufe.

Therapeutische Interventionen und Therapieziele in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Praxis.

Dissertation

zur Erlangung des mathematisch-naturwissenschaftlichen Doktorgrades

"Doctor rerum naturalium"

der Georg-August-Universität Göttingen

im Promotionsprogramm Biologie (Basisprogramm)

der Georg-August University School of Science (GAUSS)

vorgelegt von Merle Kuhlencord, M. Sc.

aus Göttingen

Göttingen, 14.05.2021

Betreuungsausschuss

Prof. Dr. York Hagmayer, Abteilung für Kognitionswissenschaften und Entscheidungspsychologie, Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie, Georg- August-Universität Göttingen

Prof. Dr. Timo Brockmeyer, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie, Georg-August- Universität Göttingen

Prof. Dr. Hannes Rakoczy, Abteilung für Kognitive Entwicklungspsychologie, Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie, Georg-August-Universität Göttingen

Mitglieder der Prüfungskommission

Referent:
Prof. Dr. York Hagmayer, Abteilung für Kognitionswissenschaften und Entscheidungspsychologie, Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie, Georg- August-Universität Göttingen

Korreferent:
Prof. Dr. Timo Brockmeyer, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie, Georg-August- Universität Göttingen

Weitere Mitglieder der Prüfungskommission

Prof. Dr. Hannes Rakoczy, Abteilung für Kognitive Entwicklungspsychologie, Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie, Georg-August-Universität Göttingen

Prof. Dr. Lars Penke, Biologische Persönlichkeitspsychologie, Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie, Georg- August-Universität Göttingen

Prof. Dr. Eric Leibing, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, UMG, Georg-August-Universität Göttingen

Prof. Dr. Thomas Probst, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Donau-Universität Krems

Tag der mündlichen Prüfung: 16.06.2021

Selbstständigkeitserklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Wörtlich und sinngemäß aus anderen Werken entnommene Stellen habe ich unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht. Die Richtlinien zur Sicherung der guten wissenschaftlichen Praxis an der Universität Göttingen wurden von mir beachtet.

Danksagung

Ganz herzlich möchte ich mich bei den drei Beteuern dieser Dissertation bedanken: An erster Stelle möchte ich Prof. Dr. York Hagmayer für die wissenschaftliche Unterstützung und verlässliche Begleitung über den gesamten Verlauf der Arbeit hinweg danken. Mein Dank gilt darüber hinaus Prof. Dr. Timo Brockmeyer, der als Bereicherung in die Betreuung des bereits laufenden Promotionsprojekts eingestiegen ist und mich von da an mit gefordert und konstruktiv gefördert hat. Ebenfalls möchte ich mich bei Prof. Dr. Hannes Rakozcy für die stets ermutigende Unterstützung bedanken.

Darüber hinaus möchte ich Prof. Dr. Thomas Probst dafür danken, dieses Projekt besonders in der Anfangsphase mit vorangetrieben zu haben.

Auch meiner Familie danke ich herzlich dafür, mir stets den Rücken gestärkt und freigehalten zu haben.

„Zu lieben. Geliebt zu werden. Nie zu vergessen, dass du unwichtig bist. Sich nie an die unsagbare Gewalt und gewöhnliche Ungleichheit des Lebens um dich herum gewöhnen. Freude auch an den traurigsten Orten suchen. Die Schönheit bis in Ihren Kern verfolgen. Nie zu vereinfachen, was kompliziert, und nie zu verkomplizieren, was einfach ist. Stärke zu respektieren aber niemals schiere Macht. Vor allem aber hinzuschauen. Versuchen hinter die Dinge zu schauen. Nie den Blick abwenden. Und niemals zu vergessen."

Arundhati Roy (2002)

Inhaltsverzeichnis

Abstract - Deutsch 1

Abstract - English 3

1. Einleitung 5

1.1 Einordung der Themenschwerpunkte und des Vorgehens in den Kontext klinisch-psychologischer Forschung 6

1.2 Zielsetzung der Arbeit 15

1.3 Übergeordnete Fragestellungen und allgemeines Vorgehen 16

2. Beschreibung der Themenschwerpunkte 19

2.1 Interventionen 19

2.1.1 Begriffsklärung „therapeutische Interventionen“. 19

2.1.2 Einordnung ins aktuelle Forschungsfeld. 20

Anwendung spezifischer Interventionen in der Praxis. 21

Empfehlungen zum Einsatz von Interventionen in der Praxis. 22

Wirksamkeit spezifischer Interventionen. 23

Untersuchung der Wirksamkeit spezifischer Interventionen in der Praxis. 24

Bestehende Methoden zur Erfassung therapeutischer Interventionen. 26

2.1.3 Fazit zur Forschung zu Interventionen in der Praxis. 28

2.1.4 Fokus der im Rahmen der Dissertation durchgeführten Studie (Studie 1). 30

Fokus Studie 1: Kuhlencord, M. & Hagmayer, Y. (unveröffentlichtes Manuskript). . 30

2.1.5 Studie 1: Kuhlencord, M. & Hagmayer, Y. (unveröffentlichtes Manuskript) 32

2.2 Therapieziele 65

2.2.1 Einordnung ins aktuelle Forschungsfeld. 65

Empfehlungen zum Setzen von Therapiezielen. 65

Therapieziele in der Praxis. 67

Therapieziele und Therapieerfolg. 68

2.2.2 Fazit zur Forschung zu Therapiezielen in der Praxis. 69

2.2.3 Fokus der im Rahmen der Promotion durchgeführten Studien (Studie 2 und 3). ... 70

Fokus Studie 2: Kuhlencord, M., Bethan, I. & Hagmayer, Y. (2018). 70

Fokus Studie 3: Kuhlencord, M. & Hagmayer, Y. (2020). 71

2.2.4 Studie 2: Kuhlencord, M., Bethan, I. & Hagmayer, Y. (2018). 73

2.2.5 Studie 3: Kuhlencord, M., Hagmayer, Y. (2020) 95

3. Diskussion 105
3.1 Zusammenfassung der Studien 105
3.1.1 Therapeutische Interventionen. 105
Zusammenfassung Studie 1: Kuhlencord & Hagmayer (unveröffentlichtes Manuskript). 105
3.1.2 Therapieziele. 110
Zusammenfassung Studie 2: Kuhlencord at al. (2018). 110
Zusammenfassung Studie 3: Kuhlencord & Hagmayer (2020). 112
3.2 Zusammenfassende Betrachtung und Diskussion 114
3.2.1 Welche Interventionen werden in der Praxis angewendet und welche Therapieziele werden gesetzt? 114
3.2.2 Inwiefern entspricht die Anwendung von Interventionen und die Formulierung von Therapiezielen Empfehlungen in der Literatur? 118
3.2.3 Welche Zusammenhänge zeigten sich zwischen der Anwendung bestimmter Interventionen bzw. der Art der Therapieziele mit Therapiefortschritt? 121
3.3 Schlussfolgerung und Ausblick 123
4. Literaturverzeichnis zu Rahmentext 128
Appendix 142
Appendix A: Liste therapeutischer Interventionen (LTI) – FRAGEBOGEN 143
Appendix B: Liste therapeutischer Interventionen (LTI) - AUSFÜLLANLEITUNG 157

Abstract - Deutsch

Im Kontext unterschiedlicher Forschungsansätze wurde in einer Vielzahl von Studien untersucht, wodurch erfolgreiche Psychotherapieverläufe bedingt sind. Daraus resultierende Evidenzen stellen die Basis für eine Verbesserung von psychotherapeutischen Behandlungen in der Praxis dar. Allerdings zeigt sich eine Forschungslücke in Bezug auf die differenzierte Erforschung des tatsächlichen Vorgehens in der Praxis: Zum einen wurde erst in Ansätzen untersucht, welche therapeutischer Interventionen in der Praxis Anwendung finden und wie dies mit Therapiefortschritt in Verbindung steht. Hierbei mangelt es auch an geeigneten Instrumenten zur Erfassung des Einsatzes therapeutischer Interventionen im therapeutischen Prozess. Zum anderen wurde wenig untersucht, welche Therapieziele in der therapeutischen Praxis gesetzt werden sowie die Assoziation unterschiedliche Therapiezielarten mit Fortschritt in der Therapie. Inwiefern die Anwendung von Interventionen und die Formulierung von Therapiezielen in der Praxis Empfehlungen aus der Literatur entsprechen, ist bislang ebenfalls unbeantwortet geblieben. Diese Fragestellungen wurden in dieser Dissertation im Rahmen von drei Studien adressiert, wobei Daten aus der psychotherapeutischen Routineversorgung ausgewertet wurden. In Studie 1 wurde mittels eines neu entwickelten Fragebogens die Anwendung einzelner allgemeiner und KVT-spezifischer Interventionen im Zusammenhang mit Therapiefortschritt in der Praxis untersucht. Basierend auf einer Analyse (deutschsprachiger) Leitlinien und Behandlungsmanuale zur Behandlung von Depression und Angststörungen wurde geprüft, ob die Anwendung von Interventionen den Empfehlungen entsprach und ob konsistent empfohlene Interventionen positiv mit Therapiefortschritt assoziiert waren. In Studie 2 wurde untersucht, welche Themen freiformulierte Therapieziele in der Praxis zum Inhalt hatten, wie sie formuliert waren (Annäherungs- vs. Vermeidungsfokus) und ob Inhalt und Fokus assoziiert waren. Zudem wurde untersucht, ob sich die Arten der Ziele von Patient*innen mit einer Angststörung von denen anderer Patient*innen unterschieden. In Studie 3 wurde in einer erweiterten Stichprobe die Assoziation zwischen Inhalt und Fokus

freiformulierter Therapieziele repliziert und der Zusammenhang der verschiedener Therapiezielarten mit dem Therapiefortschritt untersucht.

Die Ergebnisse zeigten, dass ein großes Spektrum allgemeiner und KVT-spezifischer Interventionen angewendet wurde, wobei die Anwendungshäufigkeiten der verschiedenen Interventionen deutlich variierten (Studie 1). Ebenso hatten die Therapieziele vielfältige Themen zum Inhalt, welche mit dem Ausrichtungsfokus assoziiert waren (Studie 2 & Studie 3). Die Zielarten von Patient*innen mit einer Angststörung unterschieden sich nicht von denen anderer Patient*innen (Studie 2). Sowohl die Anwendung der Interventionen als auch die Formulierung der Ziele war insgesamt grob an den Empfehlungen aus der Literatur orientiert, wobei teilweise auch Abweichungen deutlich wurden (Studie 1-3). In Bezug auf den Therapiefortschritt wurden Assoziationen einzelner Interventionen sowie der Art der gesetzten Therapieziele deutlich. Die Ergebnisse variierten jedoch je nach Outcome. Dass der Einsatz von konsistent empfohlenen Interventionen bzw. eine positive Formulierung von Therapiezielen entsprechend der Empfehlungen klar positiv mit dem Therapiefortschritt assoziiert war, zeigte sich nicht einheitlich (Studie 1 & 3). Insgesamt ergab sich eine große Heterogenität der angewendeten therapeutischen Interventionen und gesetzten Therapieziele in der Praxis. Die vorgestellten Studien liefern Hinweise darauf, dass diese Therapieelemente auf komplexe Weise mit dem Therapiefortschritt in Zusammenhang zu stehen scheinen. Da der Einsatz von Interventionen und die Art der Therapiezielformulierung in der Praxis direkt durch die Therapeut*innen adaptiert werden können, liefert ein genaueres Verständnis, darüber wie diese einzelnen Therapieelemente mit einem erfolgreichen Therapieverlauf in Verbindung stehen, konkrete Implikationen für die Praxis. Für eine genaueres Erforschung dieser Zusammenhänge sind weitere Studien nötig, die auf Grund der Komplexität der Zusammenhänge und des Umfangs der zu untersuchenden Variablen große Stichproben einbeziehen sollten.

Abstract - English

In the context of different research approaches, a large number of studies have investigated what conditions successful psychotherapy outcomes. The resulting evidence provides the basis for improving psychotherapeutic treatments in practice. However, a research gap exists concerning the differentiated research of the actual procedure in practice: First, there is a lack of knowledge on which therapeutic interventions are used in practice and their relation to the therapy progress. Additionally, there is a lack of suitable instruments for recording the use of therapeutic interventions in the therapeutic process. Second, little research has been done on what therapeutic goals are set in therapeutic practice but also the association of their different types with progress in therapy. Consequently, the extent to which both, the use of interventions and the formulation of therapeutic goals in practice, correspond to recommendations from the literature also remains unanswered. These questions were addressed in this dissertation in the context of three studies analyzing the data from routine psychotherapeutic care. In study 1, a newly developed questionnaire was used to examine the use of individual general and CBT-specific interventions in relation to therapy progress in practice. Based on an analysis of (German-language) guidelines and treatment manuals for the treatment of depression and anxiety disorders, it was examined whether the application of interventions was in line with recommendations and whether consistently recommended interventions were positively associated with therapy progress. Study 2 examined the topics of free-formulated treatment goals in practice, how they were framed (approach vs. avoidance focus), and whether content and focus were associated. In addition, it was examined whether the types of goals set by patients with an anxiety disorder differed from those followed by other patients. Study 3 replicated the association between content and focus of free-formulated treatment goals in an expanded sample and examined the association of different goal types with therapy progress.

Results showed that a wide range of general and CBT-specific interventions were applied, with significant variation in the frequencies of application of the different interventions

(Study 1). Similarly, treatment goals had multiple themes, which were associated with the focus (Study 2 & Study 3). The goal types of patients with an anxiety disorder did not differ from those of other patients (Study 2). Both the application of interventions and the framing of goals were overall roughly aligned with recommendations from the literature, although deviations were also evident in some cases (Study 1-3). In terms of therapy progress, associations between the application of single interventions as well as the type of treatment goals became apparent. However, results differed between outcomes. A positive association between therapy progress and the use of consistently recommended interventions or a positive framing of treatment goals didn't clearly appear (study 1 & 3). Overall, there was a large heterogeneity of applied therapeutic interventions and set treatment goals in practice. The studies presented provide evidence that these therapy elements appear to be associated with therapy progress in complex ways. Because the use of interventions and the way of framing treatment goals in practice can be directly adapted by therapists, a more detailed understanding of how these individual therapy elements are related to successful therapy progress provides concrete implications for practice. Further studies are needed to explore these relationships in more detail, and these should involve large samples due to the complexity of the potential relationships of the numerous variables under investigation.

1. Einleitung

Es ist ein Kernziel klinisch psychologischer Forschung, dazu beizutragen, dass möglichst vielen Menschen bestmöglich geholfen werden kann. Im Sinne des mittlerweile weit verbreiteten Konzepts der „evidence based practice“ liegt deshalb ein großer Schwerpunkt darauf, die Wirksamkeit von therapeutischen Verfahren empirisch zu evaluieren und abzusichern. Die daraus resultierende Evidenz, zusammen mit der klinischen Erfahrung der Behandlerin oder des Behandlers bilden die Grundlage, um im Einzelfall evidenzbasierte Entscheidungen zu treffen (Sackett, 1996).

Mittlerweile existiert eine Vielzahl von Ansätzen, um zu untersuchen, wodurch eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung bedingt wird, um dadurch die für die psychotherapeutische Praxis nutzbare Evidenz zu erweitern.

Eine weit verbreitete Herangehensweise ist es hierbei, mittels der Durchführung von Efficacy-Studien die Wirksamkeit von Therapieverfahren oder Therapieelementen unter bestmöglich kontrollierten Bedingungen zu untersuchen (Tolin, McKay, Forman, Klonsky, & Thombs, 2015). Davon abgrenzen lassen sich Effectiveness-Studien, in welchen aufbauend auf den Ergebnissen von Efficacy-Studien, die Wirksamkeit von Therapieverfahren/ Therapieleitfäden, die sich unter kontrollierten Bedingungen als wirksam erwiesen haben, unter naturalistischen Bedingungen in der Praxis überprüft werden (z.B. Shadish, Navarro, Matt, & Phillips, 2000). Daneben finden sich stärker an der Routinepraxis orientierte Herangehensweisen (Castonguay, Barkham, Lutz, & Mc Aleavey, 2013). Ein Schwerpunkt hierbei ist beispielsweise die Untersuchung der Bedeutung von „common factors“ (allgemeinen Wirkfaktoren) für den Therapieerfolg. Im Gegensatz zu Efficacy- und Effectiveness-Studien, in denen die Wirksamkeit von voneinander abgrenzbaren therapeutischen Vorgehensweisen verglichen werden, wird hier die Rolle von allgemeinen Wirkfaktoren untersucht, d.h. von Therapiebausteinen oder -Variablen, die therapieverfahrens- oder therapieschulenübergreifend im therapeutischen Prozess zu erwarten sind (vgl. Norcross & Lambert, 2018). Ein weiterer

Schwerpunkt ist daneben der Versuch, in den Studien in der Routinepraxis gezielt mögliche prädiktive und moderierende Variablen zu erfassen und deren Bedeutung für den Therapieerfolg zu untersuchen (Delgadillo, Moreea, & Lutz, 2016; Schibbye et al., 2014; Shimokawa, Lambert, & Smart, 2010).

Auch in den Forschungsarbeiten im Rahmen dieser Promotion wurde ein praxisorientiertes Vorgehen verfolgt. Alternativ zu der Analyse einzelner Prädiktoren war der Ansatz hier, den Therapieprozess in der Praxis zunächst genauer zu erfassen und zu analysieren. Ziel hierbei war es, über die Erfassung des tatsächlichen Vorgehens in der Praxis, herauszufinden, was den erfolgreichen Verlauf einer Therapie vorhersagt.

Schwerpunktthemen der Forschungsprojekte dieser Promotion waren dabei zum einen die Untersuchung von spezifischen und allgemeinen therapeutischen Interventionen im Therapieverlauf und zum anderen die Untersuchung von Therapiezielen sowie deren Zusammenhang mit Therapiefortschritt in der Routinepraxis.

Zur Einordnung der hier verfolgten Themenschwerpunkte und der verwendeten Methodik werden im Folgenden zunächst aktuell relevante klinisch psychologische Forschungsansätze und dort behandelte Themenschwerpunkte ausführlicher gegenübergestellt und jeweilige Stärken und Limitationen kritisch beleuchtet, wodurch die Bedeutsamkeit des Themas dieser Dissertation unterstrichen wird. Zudem werden bestehende Forschungslücken hervorgehoben, welche als Ansatzpunkte für die hier verfolgten Forschungsfragen dienten.

1.1 Einordung der Themenschwerpunkte und des Vorgehens in den Kontext klinisch-psychologischer Forschung

Die Zahl an kontrollierten klinischen Efficacy-Studien ist in den letzten Jahrzehnten insbesondere im Kontext der kognitiven Verhaltenstherapie stark angestiegen (Tolin et al., 2015). Bereits im Jahr 2012 konnten Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer und Fang für den Zeitraum der vergangenen 12 Jahre 269 Metaanalysen identifizieren, welche die Efficacy von

kognitiver Verhaltenstherapie zur Behandlung unterschiedlicher psychischer Störungen untersuchten (Hofmann, et al., 2012). Im Jahr 2015 wurden bereits mehr als 350 randomisierte kontrollierte Studien zur Untersuchung der Efficacy von kognitiver Verhaltenstherapie allein zur Behandlung depressiver Störungen publiziert (Lutz, Schiefele, Wucherpfennig, Rubel, & Stulz, 2016). Neben der Untersuchung der Efficacy von bestehenden Therapieverfahren ist auch die Entwicklung neuer, besserer psychotherapeutischer Ansätze und Interventionen zur Behandlung verschiedener psychischer Störungen ein vielbeforschtes Themenfeld. Die Entwicklung neuer Interventionen erfolgt dabei beispielsweise basierend auf Erkenntnissen der empirisch medizinischen Forschung (Field et al., 2019), auf Basis von bestehenden oder neuen Störungstheorien und –modellen (z.B. Lewis & Neighbors, 2006) oder im Rahmen von etablierten oder sich neu entwickelnden therapeutischen Orientierungen (z.B. Taubner, Fonagy, & Bateman, 2019).

Viele neue Therapieprogramme zeigen sich in kontrollierten Studien als gleichermaßen oder sogar stärker wirksame Behandlungsalternativen zu „gängigen“ Behandlungsansätzen (z.B. Arch, Eifert, Davies, Plumb Vilardaga, Craske, 2012; Resick, Nishith, Weaver, Astin & Feuer, 2002). Daneben erweisen sich bestimmte neu entwickelte Interventionen als hilfreiche Zusätze zum „treatment as usual“ und können dazu beitragen, den Behandlungserfolg der Standardbehandlungen signifikant zu erhöhen oder länger aufrechtzuerhalten. Beispielsweise konnten Eberl und Kollegen (2013) für die Behandlung alkoholabhängiger Patient*innen zeigen, dass bei einem additiven Training zur Modifikation des automatischen Approach Bias gegenüber alkoholischen Getränken die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls ein Jahr nach der Behandlung signifikant reduziert war.

Die hohe Zahl an kontrollierten klinisch-psychologischen Studien hat mittlerweile allerdings ein Ausmaß erreicht, welches es sowohl praktisch als auch wissenschaftlich arbeitenden Kolleginnen und Kollegen schwer möglich macht, diese Studien in Gänze zu lesen, geschweige denn, deren Ergebnisse selbst zu einem Gesamtbild zusammenzufassen. So werden

zunehmend mehr Metaanalysen und Reviews veröffentlicht, um Schlussfolgerungen und Implikationen aus der Fülle an Einzelstudien ableiten zu können (z.B. Hofmann et al., 2012). Ein weiterer Ansatz dazu, die Vielzahl an Befunden zusammenzuführen und für die Praxis nutzbar zu machen, ist die Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien.

Zusammenfassend zeigen Übersichtsarbeiten erfreulicherweise, dass kognitive Verhaltenstherapie wirksam in der Behandlung psychischer Störungen ist (Hofmann et al., 2012). Die Gültigkeit dieser Aussage wird von Effectiveness-Studien, die die Wirksamkeit von Behandlungsansätzen im Praxissetting untersuchen, gestützt (Clark, 2018; Lutz et al., 2016; Mc Aleavey et al., 2019; Shadish et al., 2000). Auch evidenzbasierte Leitlinien stellen Kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung verschiedener psychischer Beeinträchtigungen als indiziert dar (z.B. DGPPN, 2015; Heinrichs, 2010; de Jong-Meyer, 2007; NICE, 2011).

Dennoch bleibt anzumerken, dass diese evidenzbasierten Empfehlungen vergleichsweise allgemein sind. Die mangelnde Spezifität der Empfehlungen auf Basis der aktuellen Forschungsergebnisse spiegelt sich auch in praxisrelevanten Behandlungsleitfäden eindrücklich wider. Selbst gut etablierte Leitlinien, wie beispielsweise die Leitlinien des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) oder der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) bleiben in ihren Empfehlungen meist sehr global. Zur Behandlung einer, zu einem gewissen Schweregrad ausgeprägten Störung, stellen sie in der Regel ein gesamtes Therapieverfahren oder mehrere Therapieverfahren (als Ganze) als indiziert dar. Sie beinhalten nur wenig konkrete Empfehlungen zum Vorgehen oder zu spezifischen Interventionen. Beispielsweise wird in der NICE-Leitlinie zur Behandlung von Panikstörung mit bzw. ohne Agoraphobie allgemein Kognitive Verhaltenstherapie in einer optimalen Dauer von 7-14 Sitzungen empfohlen. Auch in der S3 Leitlinien der DGPPN zur Behandlung von Depression werden konkrete Interventionen nur innerhalb von groben Definitionen verschiedener Psychotherapieverfahren erwähnt (Vgl. DGPPN, 2015; NICE, 2011). Auch Tolin und Kollegen 2015 kritisieren diese

mangelnde Konkretheit der Empfehlungen in Leitlinien und betonen, dass derart allgemeine Empfehlungen unzureichend sind, um in der Praxis informierte Behandlungsentscheidungen im Sinne der evidence based practice treffen zu können.

Trotzdem weisen Studien darauf hin, dass eine Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien den Therapieerfolg von Behandlungen im Mittel positiv beeinflusst: Die Evaluation eines großangelegten auf National Institute for Health and Care Excellence (NICE)-Leitlinien basierenden Trainingsprogramms, dem IAPT Programm, konnte zeigen, dass eine höhere therapeutische Kompetenz entsprechend der Leitlinie bei depressiven Patienti*nnen eine etwas stärkere Verbesserung vorhersagte, auch wenn dies bei Behandlungen von Angststörungen nicht der Fall war (Liness et al., 2019). Naheliegend ist, dass spezifischeres Wissen darüber, was genau in der Therapie hilfreich ist, dazu beitragen kann, dass die Behandlungsqualität in der Praxis weiter erhöht wird, da dementsprechend auch spezifischere Empfehlungen formuliert werden können.

Dies unterstreicht, weshalb mittlerweile auch praxisorientierte Studien, die über die Untersuchung der Wirksamkeit gesamter Therapieverfahren hinausgehen, neben Efficacy-Studien und Effectiveness- Studien als notwendig angesehen werden (Castonguay et al. 2013; Tolin et al., 2015). So betonen Castonguay und Kollegen (2013) beispielsweise, dass die Erfassung und Analyse von Daten, die durch praxisorientierte Forschung gewonnen werden, zunehmend zu einem besseren Verständnis von komplexen Strukturen und Prozessen von Psychotherapie in der Praxis beitragen und eine wichtige Ergänzung zu kontrollierten Studien darstellen. Die Gemeinsamkeit praxisorientierter Studien liegt nach Castonguay und Kollegen (2013) darin, dass die Sammlung von Daten in natürlichen Settings erfolgt. Dabei wird einerseits die natürliche Variation verschiedener Variablen untersucht, während andererseits auch kontrollierte Forschungsdesigns in der Praxis Anwendung finden.

Leichsenring und Rüger 2004 betonen darüber hinaus, dass zur Untersuchung der Wirksamkeit von Behandlungen in der Praxis in erster Linie naturalistische Studien erforderlich seien, da sich die in Laborstudien untersuchten Fragestellungen auf den Kontext der Laborbedingungen beziehen und nicht auf die Wirksamkeit unter naturalistischen Bedingungen. Darüber hinaus weiche der Rahmen der in Laborstudien untersuchten Hypothesen (Randomisierung, Standardisierung, usw.) vielfach von den Rahmenbedingungen in der Praxis ab, weshalb Wirksamkeitsbelege aus Laborstudien nicht unmittelbar auf die Wirkung einer entsprechenden Behandlung in der Praxis übertragbar seien (Leichsenring & Rüger, 2004).

Im Rahmen von praxisorientierten Studien wurden mittlerweile eine Vielzahl von Fragestellungen adressiert (Castonguay et al 2013). Beispielsweise wurden in den letzten Jahren zunehmend mehr Studien durchgeführt, welche die Prädiktivität von Patient*innencharakteristika für das Therapieergebnis untersucht haben (z.B. Delgadillo et al., 2016). Auch wurde untersucht, ob sich das Therapieendergebnis jeweils durch den individuellen Therapiefortschritt, wie beispielsweise durch ein frühes Ansprechen auf die Therapie, vorhersagen lässt (z.B. Lewis, Simons, & Kim, 2012; Schibbye et al., 2014; Stulz, Lutz, Leach, Lucock, & Barkham, 2007). Um Ergebnisse dieser Untersuchungen für die Praxis nutzbar zu machen, wurden auf Basis der darin gewonnenen Ergebnisse beispielsweise der Effekt von „routine outcome monitoring“ untersucht, wobei Informationen über den Therapiefortschritt und –Verlauf an die Behandlerinnen und Behandler zurückgemeldet werden. Die Befundlage bezüglich des Nutzens des Einsatzes derartiger Feedback- Systeme ist gemischt (Østergård, Randa, & Hougaard, 2018). Während sich zwar mehrfach gezeigt hat, dass Feedback- Systeme sich positiv auf das Therapieendergebnis auswirken, besonders bei Patient*innen, deren Symptomatik sich im Laufe einer Therapie zunächst nicht wie erwartet verbessert (Shimokawa et al., 2010), konnten nicht in allen Studien durchgehend positive Effekte des Einsatzes von Verlaufsfeedback für den Therapieerfolg nachgewiesen werden

(Østergård et al., 2018; Schöttke, Unrath, & Uhlmann, 2020). Daneben wurden sogenannte „clinical support tools“ (CST) entwickelt und auf ihre Wirkung hin untersucht. Diese stellen, über die Rückmeldung des Fortschritts hinaus, Hinweise für das weitere Vorgehen bereit, um die behandelnden Therapeut*innen bei klinischen Entscheidungen zu unterstützen. Für den Einsatz von CSTs zeigten sich bei Patient*innen, welche im Laufe der Therapie keinen erwartungsgemäßen Therapiefortschritt hatten, positive Effekte in Bezug auf das Therapieergebnis (Simon, Lambert, Harris, Busath, Vazquez, 2012; Slade, Lambert, Harmon, Smart & Bailey, 2008). Dies war hingegen bei Patient*innen, welche im Verlauf der Therapie keine bedeutsamen Rückschritte machten, nicht der Fall (Probst, Lambert, Dahlbender, Loew, & Tritt, 2014)

Neben Patient*innenvariablen sind weitere Schwerpunkte praxisorientierter Studien beispielsweise Therapeut*inneneffekte, Auswirkungen der Behandlungsdosis und der Vergleich von therapeutischen Ansätzen unterschiedlicher Therapieschulen (Castonguay et al., 2013). Aber auch allgemeine Wirkfaktoren, wie z.B. die therapeutische Beziehung (Falkenström, Granström, & Holmqvist, 2013; Flückiger, Del Re, Wampold, & Horvath, 2018; Norcross & Lambert, 2018) oder die Auswirkungen der Rahmenbedingungen von Therapie, wie z.B. die Wartezeit (Clark et al., 2018), und die zusätzlichen Behandlungselemente, wie z.B. additive oder parallele medikamentöse Behandlung (Kamenov, Twomey, Cabello, Prina, & Ayuso-Mateos, 2017; Mataix-Cols et al., 2017), haben sich als relevante Aspekte erwiesen, um Therapieerfolg vorherzusagen bzw. diesen zu erhöhen.

Auch wenn praxisorientierte (naturalistische) Studien in den untersuchten Fragestellungen und verwendeten Designs meist von kontrollierten Studien abweichen, ähnelt der Fokus praxisorientierter Studien dem von klassischen RCT- Studien: Schwerpunktmäßig wird in beiden Ansätzen Therapie häufig global betrachtet. Während sowohl in klassischen Efficacy-Studien meist die Wirksamkeit von (unterschiedlichen) Therapieverfahren als globale Einheit evaluiert wird, wird auch in praxisorientierten Studien Therapie oftmals ebenfalls als

globale Einheit behandelt. So wird hier untersucht, wie die Wirksamkeit von „Therapie“ (als Ganzes) von einzelnen Aspekten, wie z.B. Patient*innenvariablen, zusätzlicher Medikation, der Wartezeit, der therapeutischen Beziehung, etc. abhängt (s.o.), bzw. wie die Wirksamkeit ggf. durch die Modifikation dieser Aspekte (z.B. Verkürzung der Wartezeit, Einsatz zusätzlicher Medikation, Arbeit an der Therapeutischen Beziehung) verbessert werden kann.

Zweifelsohne konnte, wie bereits angeklungen, durch die Nutzung von Forschungsergebnissen die Effektivität und Qualität von Behandlungen in der Praxis verbessert werden. Gleichwohl wird der globale Fokus der gängigen Forschungspraxis mittlerweile in der Literatur kritisch hinterfragt und es werden Erweiterungen vorgeschlagen bzw. neue Herangehensweisen verfolgt (D’Errico, Call, Vogel, Bents, & Mander, 2018; Hofmann & Hayes, 2019; Rubel & Lutz, 2016).

So kritisieren beispielsweise Rubel und Lutz (2016), dass Wirksamkeitseinschätzungen aus klassischer Forschung zwar für den „durchschnittlichen Patienten“ gelten, die Wirksamkeit im Einzelfall jedoch durchaus variabel sei. Studien fänden teilweise deutliche Unterschiede im Ausmaß, in dem Patient*innen im Einzelfall von ihrer Behandlung profitierten und wie lange einmal erzielte Behandlungserfolge jeweils anhielten. Während ein Teil von Psychotherapiepatient*innen erfolgreich auf die Therapie anspricht, zeigen Studien andererseits auch, dass sich bei ca. 1/3 der Patient*innen (Lambert 2013) keine signifikante Verbesserung zeigt, während es bei ca. 5% - 10% im Laufe der Therapie sogar Verschlechterungen gibt (Lambert & Ogles 2004). Darauf aufbauend sprechen sich Rubel und Lutz (2016) für eine stärker personalisierte Therapieforschung aus, deren Fokus nicht auf der empirischen Untersuchung der Wirksamkeit von neuen Verfahren liegen solle, sondern darauf, zu untersuchen, welche der bereits evaluierten Angebote auf der Ebene individueller Patient*innen am wirksamsten sind. Der Nutzen dieser Forschungsergebnisse für evidenzbasierte klinische Entscheidungen im Einzelfall wäre gegenüber verallgemeinernden Ergebnissen vergleichsweise gesteigert (vgl. Tolin et al., 2015).

Hofmann und Hayes (2019) kritisieren außerdem, dass in der aktuellen Forschungsrealität vernachlässigt werde, welche Mechanismen für die Wirksamkeit von Behandlungen relevant seien. So fordern sie, Forschung stärker auf für die Wirksamkeit relevante Prozesse zu fokussieren (Hofmann & Hayes, 2019).

Ferner wird gefordert, in Studien und Meta-Analysen die untersuchten Interventionen spezifischer und eindeutiger zu beschreiben, da die Beschreibung von Interventionen häufig erhebliche Mängel in der Genauigkeit aufweisen (Hoffmann et al., 2014; Leichsenring, Steinert, & Ioannidis, 2019). Dadurch würde die Möglichkeit der Replikation und Integration von Studienergebnissen erhöht. Indem so die Ableitung spezifischerer Implikationen erleichtert werden würden, wäre es auch für Therapeut*innen leichter realisierbar, effektive Interventionen in der Praxis zu implementieren (Leichsenring, et al., 2019).

Darüber hinaus wird betont, dass sich auf Basis des aktuellen Forschungsstands bislang wenig über das spezifische Therapiegeschehen und das tatsächliche therapeutische Vorgehen sagen lässt (vgl. D'Errico et al., 2018). Insbesondere vor dem Hintergrund, dass zunehmend mehr neue oder modifizierte spezifische Therapieverfahren, wie beispielsweise Dritte Welle Verfahren oder auch integrative Ansätze, entwickelt, untersucht und in spezifischen Manualen propagiert werden (z.B. Churchill et al., 2013; Kahl, Winter, Schweiger, & Sipos, 2011; Michalak, Heidenreich, & Williams, 2012), erscheint dies problematisch. Die wachsende Zahl an propagierten therapeutischen Ansätzen und Verfahren - selbst innerhalb der kognitiven Verhaltenstherapie – lässt erwarten, dass die Behandlungen in der Praxis und dementsprechend auch das Vorgehen in naturalistischen Studien letztlich heterogen sind. Diese zu erwartende und wahrscheinlich weiter ansteigende Varianz in den Therapien wird von den derzeit dominierenden Forschungsansätzen kaum erfasst. Folglich erscheint es notwendig, ergänzend zu den oben erwähnten Forschungsansätzen, Ansätze zu wählen, welche der Variation in der Praxis stärker gerecht werden.

Ein möglicher alternativer Ansatz ist es, die Vorgehensweisen und Prozesse in der Praxis mehr im Detail zu untersuchen, um zu einem besseren Verständnis dessen beizutragen, was genau Therapien in der Praxis erfolgreich macht. Als wichtiger erster Schritt müssen dazu die Vorgehensweisen in der Praxis über den gesamten Therapieverlauf zunächst genau erfasst und analysiert werden. Dann können diese mit dem Therapieerfolg in Beziehung gesetzt werden. Nur so wird Therapie nicht mehr als globale Einheit betrachtet. Besonders aufschlussreich kann es hierbei sein, den Therapieprozess im Detail und gleichzeitig möglichst umfangreich zu erfassen und diese Analyse nicht durch spezifische Fragestellungen, wie beispielsweise die Untersuchung von Adhärenz, das Vorliegen einzelnen Prädiktoren/ Moderatoren oder einzelnen Prozessvariablen, zu verengen. Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn insgesamt eher ein heterogenes Vorgehen und Unterschiede zwischen Patient*innen zu erwarten sind. Denn nur, wenn bekannt ist, was in der Therapie in der Praxis passiert, d.h. wo ggf. Unterschiede oder Gemeinsamkeiten zwischen den Therapieinhalten oder im therapeutischen Vorgehen liegen, ist es möglich nachzuforschen, wodurch unterschiedliche - und unterschiedlich erfolgreiche - Therapieverläufe bedingt sind.

In der Routineversorgung ist einerseits Heterogenität im therapeutischen Vorgehen zu erwarten, welche beispielsweise durch unterschiedliche Präferenzen und Erfahrungen der behandelnden Therapeuten und Therapeutinnen, durch einen unterschiedlichen Informationsstand in Bezug auf die empirische Untermauerung von therapeutischen Interventionen oder durch die Beeinflussung und Orientierung an unterschiedlichen Behandlungsmanualen und Leitlinien bedingt werden könnte. Insofern liegt es nahe, schwerpunktmäßig zum einen zu untersuchen, welche Interventionen Therapeut*innen Therapieverlauf durchführen und wie diese mit Therapieerfolg im Zusammenhang stehen.

Andererseits ist davon auszugehen, dass sich in der Behandlung unterschiedlicher Patient*innen mit jeweils unterschiedlichen Lebensgeschichten- und Situationen, Erwartungen und Erfahrungen, Unterschiede in den konkret adressierten Anliegen darstellen, welche die

individuellen Therapieprozess, so wie ebenfalls das Therapieergebnis prägen können. Somit ist auch eine genauere Untersuchung der in der Therapie verfolgten Therapieziele und ihrer Erreichung ein bedeutsamer Forschungsschwerpunkt. Die Untersuchung von Therapiezielen, kann zudem zu einem differenzierteren Verständnis von Therapieerfolg beitragen, indem, wie beispielsweise auch von Tolin 2015 und Cuijpers 2019 gefordert wird, neben typischen symptomorientierten Maßen die Zielerreichung aus Sicht von Patient*innen als Maß für den Therapieerfolg herangezogen wird.

1.2 Zielsetzung der Arbeit

Aus den im vorherigen Abschnitt genannten Gründen wurde in den Forschungsarbeiten, die im Rahmen dieser Dissertation durchgeführt wurden, eine Herangehensweise gewählt, bei der das Vorgehen im Rahmen kognitive-verhaltenstherapeutischer Routinebehandlung zunächst möglichst differenziert erfasst wurde, um darauf aufbauend mögliche Assoziationen spezifischer Elemente mit dem Therapieverlauf zu untersuchen. Dabei lag der Fokus auf der Untersuchung der in der Routineversorgung angewandten therapeutischen Interventionen sowie der Untersuchung von in der Praxis frei formulierten Therapiezielen. Durch die Erforschung dieser - insbesondere in der Praxis - bislang wenig untersuchten Themengebiete leisten die Arbeiten einen ergänzenden Beitrag zu einem umfassenderen und spezifischeren Verständnis von Prozessen und Prädiktoren, die für erfolgreiche Therapieverläufe relevant sein könnten.

Die Relevanz der Untersuchung dieser Themen wird dadurch deutlich, dass sich verglichen mit anderen Fragestellungen im klinisch-psychologischen Forschungsfeld (z.B. Allgemeine Wirkfaktoren, Wirksamkeit gesamter Therapieverfahren, etc.) mögliche resultierenden Schlussfolgerungen dadurch auszeichnen, dass sie gut dazu genutzt werden können, vergleichsweise konkrete und einfach umsetzbare Empfehlungen abzuleiten, wie sich der Therapieverlauf positiv beeinflussen lässt:

So hilft ein erweitertes Wissen darüber, welche Interventionen in der Routinepraxis Anwendung finden und wie diese mit Therapieerfolg assoziiert sind, dabei zu differenzieren, was Therapie wirksam macht, bzw. welche Bestsandteile bestimmter therapeutischer Ansätze wirksam sind oder nicht. Damit ist spezifischeres Wissen darüber, welche Interventionen besonders mit Behandlungserfolg assoziiert sind, auch für die Verbesserung der Behandlungspraxis nutzbar. Denn insbesondere der Einsatz bestimmter Interventionen ist etwas, was in der Praxis einfach und direkt modifiziert werden kann. Vielversprechende Interventionen können so gezielt eingesetzt werden. Therapeutinnen und Therapeuten können ebenfalls gezielt ihr Wissen über den Einsatz von bestimmten Interventionen und dementsprechend ihr Repertoire an Techniken erweitern.

Auch spezifisches Wissen darüber, welche Ziele in Therapien von welchen Patientengruppen verfolgt werden und welche Ziele leichter oder schwerer erreicht werden, kann dazu dienen, Behandlungsempfehlungen konditional auf diese Ziele zu spezifizieren. Dies ist wiederum hilfreich dafür, im Einzelfall bestimmte Behandlungselemente individualisiert auszuwählen, insbesondere, da Therapieziele von Behandlerinnen und Behandlern routinemäßig erfasst werden und somit als Informationsquelle unmittelbar zur Verfügung stehen.

Insofern sind Ergebnisse darüber, ob die Anwendung bestimmter Interventionen und das Setzen bestimmter Therapieziele positiv oder negativ mit dem Therapieerfolg assoziiert sind, sehr praxisrelevant. Die im Rahmen dieser Dissertation durchgeführten Forschungsprojekte lassen sich also klar als „Forschung aus der Praxis, für die Praxis“ umschreiben.

1.3 Übergeordnete Fragestellungen und allgemeines Vorgehen

Die erste übergeordnete Fragestellung der Forschungsprojekte war, zu untersuchen, was genau im Verlauf der Therapie in der Routineversorgung passiert, also welche Interventionen

in der Praxis Anwendung finden und worum es in inhaltlich geht, also welche Therapieziele gesetzt werden.

Dabei ging sowohl die Erfassung als auch die Analyse der Interventionen und Ziele in ihrer Umfänglichkeit über bisherige Studien hinaus: Die Interventionen wurden zum einen mittels eines neu entwickelten Fragebogens erfasst. Dieser erfasst sowohl allgemeine Interventionen als auch KVT-spezifische Interventionen und fragt darüber hinaus auch nicht klassisch KVT-spezifische Interventionen ab, die beispielsweise neueren Entwicklungen der KVT oder assoziierten Therapieverfahren zuzuordnen sind. Zum anderen wurden die Interventionen anders als in früheren Studien nicht retrospektiv und darüber hinaus auf quantifizierbare Weise erfasst, indem sie in kurzen, regelmäßigen Abständen im Therapieverlauf erhoben wurden.

Bei den frei formulierten Therapiezielen wurden erstmalig innerhalb einer Studie sowohl der Inhalt der Ziele als auch deren Ausrichtungsfokus (Annäherung an einen erstrebenswerten Zustand vs. Vermeidung eines aversiven Zustands) erfasst und analysiert, während diese Aspekte bislang lediglich separat voneinander untersucht wurden und mögliche Interaktionen vernachlässigt wurden.

Die zweite übergeordnete Fragestellung war, ob die angewendeten Interventionen und gesetzten Therapieziele mit Empfehlungen in der Literatur übereinstimmen oder ob sie von diesen abweichen. Dabei bildete bei den Interventionen eine umfangreiche Analyse und systematische Zusammenfassung aktueller Behandlungsempfehlungen aus 19 deutschsprachigen Leitlinien und Manualen zur Behandlung von Depression und Angststörung die Grundlage. Bei den Therapiezielen lag der Fokus auf der Empfehlung dazu, Therapieziele positiv zu formulieren, welche in der Literatur häufig formuliert wird. Dieser Aspekt wurde, wie oben erwähnt, erstmalig mit den spezifischen Inhalten der Therapieziele in Zusammenhang gebracht.

Die dritte übergeordnete Fragestellung war, inwiefern die Interventionen, die angewendet wurden sowie die Ziele, die gesetzt wurden, mit einem erfolgreichen Verlauf der Therapie in Zusammenhang stehen. Zur Erfassung des Fortschritts in der Therapie wurden hierbei jeweils mehrere Maße einbezogen. So wurden für die therapeutischen Interventionen einerseits die Symptomreduktion und andererseits die Erfolgszufriedenheit aus Patient*innensicht jeweils zu zwei Messzeitpunkten erfasst. Bei den Therapiezielen wurde neben der Symptomreduktion auch die Zielerreichung aus verschiedenen Perspektiven (Selbsteinschätzung der Patient*innen und Fremdeinschätzung aus Sicht der Therapeut*innen) berücksichtigt.

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden Therapieverlaufsdaten analysiert, welche im Rahmen der Standardverlaufsdiagnostik an der Ausbildungsambulanz des Therapie- und Beratungszentrums Göttingen erhoben wurden.

2. Beschreibung der Themenschwerpunkte

Das folgende Kapitel ist in zwei Abschnitte gegliedert. Der erste Abschnitt beschäftigt sich mit therapeutischen Interventionen. Hier werden nach einer Begriffsklärung des Begriffs „Interventionen“ der aktuelle Forschungsstand zur Anwendung therapeutischer Interventionen in der Praxis sowie deren Zusammenhängen mit Therapiefortschritt dargestellt. Desweitern folgt ein kritischer Überblick über bestehende Instrumente zur Erfassung der Anwendung von Interventionen. Anschließend werden der Schwerpunk sowie Fragestellungen und Hypothesen der Studie, die im Rahmen dieser Dissertation zu Interventionen durchgeführt wurde, zusammengefasst.

Der zweite Abschnitt widmet sich freiformulierten Therapiezielen, so wie der Darstellung der zu diesem Thema durchgeführten Studien.

2.1 Interventionen

2.1.1 Begriffsklärung „therapeutische Interventionen“.

Der Begriff „Intervention“ im Kontext der Psychotherapie ist zwar geläufig und wird sowohl im Bereich der Praxis als auch im Bereich der Forschung häufig verwendet. Dennoch variiert oft die dahinterstehende Bedeutung. Teilweise wird der Begriff „Intervention“ vergleichsweise weit gefasst und im Sinne eines Überbegriffs für die Behandlung von Patient*innen mit psychischen Störungen verwendet, welcher Psychotherapie als „eine, wenn auch (...) besonders wichtige, Variante“ einschließt (Wittchen, Hoyer, Fehm, Jacobi, und Junge-Hoffmeister 2011, S. 450). Ebenfalls vergleichsweise allgemein wird der Begriff „Intervention“ im Wörterbuch der American Psychological Association (APA), als “generally, any action intended to interfere with and stop or modify a process, as in treatment undertaken to halt, manage, or alter the course of the pathological process of a disease or disorder.” definiert (https://dictionary.apa.org/intervention). Gemäß APA-Wörterbuch lassen sich hiervon „Psychologische Interventionen“ abgrenzen, welche spezifiziert werden als

„action on the part of a psychotherapist to deal with the issues and problems of a client". An anderer Stelle wird der Begriff teilweise synonym mit dem Begriff „Technik" verwendet, welche sich als „explizit in einem bestimmten Psychotherapieansatz verankerte Vorgehensweise" definieren lässt (Pfaffmatter, Junghan & Tschacher, 2012, S. 19). In dieser Arbeit wird unter dem Begriff „Intervention" *ein durch den Therapeuten/ die Therapeutin initiiertes Therapieelement verstanden, in dessen Rahmen, zur Erreichung eines bestimmten Behandlungsziels auf den Einsatz einzelner/ mehrerer Techniken zurückgegriffen wird.* Damit kommt der Begriff dem ebenfalls nicht immer einheitlich verwendeten Begriff der „specific ingredients" nahe, ist jedoch in dem Fall von diesem abzugrenzen, wenn damit ein spezifischer Therapiemechanismus und nicht ein spezifisches therapeutisches Vorgehen gemeint ist.

2.1.2 Einordnung ins aktuelle Forschungsfeld.

Insgesamt zeigt sich nach Jahrzehnten von engagierter klinischer Forschung mit zunehmend steigender Qualität und höher werdenden Qualitätsstandards bei der Entwicklung effektiver Interventionsmöglichkeiten (vgl. Tolin et al., 2015) an der immer länger werdenden Liste an Interventionen und Therapieprogrammen, die von der APA als Empiricly Supportet Treatment (ESTs) aufgeführt wurden (APA Dividion 12, 2016), dass mittlerweile schon eine Vielzahl Therapieansätzen und Interventionen zur Verfügung stehen, die vorrangig auf Basis von Erkenntnissen aus Efficacy-Studien als Wirksam eingestuft werden.

Gleichzeitig ist die Zahl an Studien, die untersucht haben, welche spezifischen (neuen oder auch „etablierten") Interventionen in der großen Fülle an Behandlungen in der Praxis Anwendung finden und inwiefern Unterschiede im Behandlungserfolg mit dem tatsächlichen Einsatz von spezifischen therapeutischen Interventionen im Zusammenhang stehen, jedoch noch vergleichsweise gering (vgl. Löffler, Sakalli, Stopsack, Mander, Bents & Barnow, 2015; D´Errico, 2018).

Anwendung spezifischer Interventionen in der Praxis.

Der folgende Abschnitt gibt eine Übersicht über bereits vorliegende Befunde zur Anwendung spezifischer Interventionen in der Praxis. Da die Untersuchung der Wirksamkeit von Interventionen, so wie auch die Empfehlungen des Einsatzes von Interventionen meist auf bestimmte Störungen bezogen werden, werden die Befunde ebenfalls getrennt für die Diagnosen Depression und Angststörungen betrachtet.

Für den Bereich der Angststörungen wurde in einigen Studien untersucht, in welchem Ausmaß Konfrontationsmethoden in der Praxis Anwendung finden. Schumacher, Weiss und Knaevelsrud (2018) fanden in einer Online-Befragung von 331 kognitiven Verhaltenstherapeuten, dass zwar über 80% der Befragten interozeptive oder in vivo Exposition zur Behandlung von Panikstörungen oder Phobien anwenden, wobei nur weniger als die Hälfte der Befragten angaben, diese Interventionen häufig einzusetzen. Dies entspricht den Ergebnissen von Roth, Siegel, Aufdermauer und Reinecker (2004), bei denen sich ergab, dass gut 80% der in dieser Studie befragten niedergelassene Verhaltenstherapeuten (N=138) angaben, bei der Behandlung von Angststörungen zumindest irgendeine Form der Exposition zu nutzen. Niedrigere Häufigkeiten für den Einsatz von Konfrontationsmethoden zur Behandlung von Angststörungen zeigten sich allerdings sowohl bei Pittig und Hoyer (2018), wo weniger als 50% der befragten Therapeut*innen (N=684) angaben Exposition zu nutzen, als auch bei Klan und Hiller (2014), welche mittels einer retrospektiven Aktenanalyse (N=104) nur bei 62% der analysierten Therapien Hinweise für den Einsatz von interozeptiver Exposition, bzw. nur bei 60% Hinweise auf den Einsatz von in vivo Exposition fanden, während der Anteil an Therapien, bei denen ein Einsatz in angemessener Form anzunehmen war, jeweils geringer war. Klan und Hiller (2014) untersuchten ferner, den Einsatz weiterer Interventionen zur Behandlung von Angststörungen und fanden, dass Psychoedukation in der großen Mehrheit der analysierten Therapie zum Einsatz kam (93%) und auch kognitive Therapieelemente häufig,

bei knapp 2/3 der Therapien, zumindest randständig eingesetzt wurden. Zusätzlich wurden in knapp 70% der Therapien Entspannungsverfahren verwendet.

Für die Behandlung von Depressionen wurde in einer Studie (N = 109) von Löffler und Kollegen (2015) die Anwendungsintensität von 10 verschiedenen kognitiv verhaltenstherapeutischen Techniken im Rahmen von Ausbildungstherapien untersucht. Diese wurde einmalig zu Therapieende durch die Therapeut*innen eingeschätzt. Zu den Interventionen, welche am häufigsten in hoher Intensität durchgeführt wurden, zählte der Aufbau von positiven Aktivitäten (bei rund 60% der Therapien) und der sokratische Dialog, der in 45% der Therapien in hoher Intensität angewendet wurde. Recht häufig mit geringer Anwendungsintensität eingesetzt, wurden dagegen Entspannungsverfahren (in 73% der Therapien), Problemlösetraining (in 67% der Therapien), Modelllernen (in 59% der Therapien) sowie Mehrspaltentechniken, welche in 45% der Therapien nur in geringer Intensität angewendet wurden.

Empfehlungen zum Einsatz von Interventionen in der Praxis.

Für die Praxis liefern Therapiemanuale und Leitlinien konkrete Empfehlungen für das therapeutische Vorgehen bei der Behandlung bestimmter psychischer Störungen. Wie die oben erwähnten Studien zeigen, werden einzelne Interventionen in der Praxis jeweils unterschiedlich häufig eingesetzt. Auch in Therapien zur Behandlung derselben Störung scheint das therapeutische Vorgehen nicht immer einheitlich zu sein, da einzelne Interventionen jeweils nur in einem gewissen Teil der Therapien angewendet wurden.

In welchem Ausmaß der Einsatz von Interventionen in der Routinepraxis mit Empfehlungen in Leitlinien und (kognitiv verhaltenstherapeutischen) Behandlungsmanualen übereinstimmen, welche Interventionen ggf. über die Empfehlungen hinausgehend eingesetzt werden und, ob präskriptiv empfohlene Interventionen positiv mit Therapieerfolg assoziiert sind, wurde bislang nicht weitergehend untersucht. Ebenso wurde nicht geprüft, in welchem

Ausmaß verschiedene Leitlinien und Behandlungsmanuale in ihren Empfehlungen übereinstimmen.

Wirksamkeit spezifischer Interventionen.

Einige Studien liefern darüber hinaus Hinweise darauf, dass spezifische (kognitiv verhaltenstherapeutische) Therapieelemente mit einem erhöhten Therapierfolg in Zusammengang stehen.

Kazantzis et al. (2018) fanden in ihrem Review von 30 Metaanalysen Evidenz für eine Assoziation von verschiedenen kognitiven aber auch behavioralen Interventionen sowie von Hausaufgaben und einem positiven Therapie-Outcome bei der Behandlung verschiedener Störungen. So zeigten kognitive Interventionen, wie Kognitive Umstrukturierung, Neubewertung oder Reframing in acht Metaanalysen kleine bis hohe Effekte zur Behandlung von Angststörungen, Depressionen und Posttraumatischer Behandlungsstörung, wobei sich vergleichsweise große Effekte, in je einer Metaanalyse für eine Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung bei Panikstörungen und für kognitive Techniken bei Sozialphobie zeigten. In drei Metaanalysen zeigten sich für behaviorale Interventionen, wie Aktivitätenaufbau, Tagestrukturierung, Kontingenzmanagement oder Exposition ebenfalls kleine bis große Effekte für Depressionen und Angststörungen.

Darüber hinaus liefern einige Metaanalysen Hinweise auf die Wirksamkeit von spezifischen Therapieansätzen, welche auf Interventionen fokussiert sind, die im Rahmen der Routieneversorgung auch als Einzelinterventionen bzw. Interventionseinheiten eingesetzt werden können.

Beispielsweise weisen Befunde darauf hin, dass auf Verhaltensaktivierung und Aktivitätenplanung fokussierte Therapieansäte im Vergleich zu Kontrollbedingungen hohe Effektstärken bei der Behandlung von Depressionen aufwiesen. Die Höhe der Effektstärken unterschieden sich nicht signifikant von den ebenfalls hohen Effektstärken, die sich für kognitiv

fokussierte Therapien bei Depressionen zeigten (Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007, Mazzucchelli, Kane, & Rees, 2009). Darüber hinaus konnten Cuijpers, van Straten, Andersson und van Oppen (2008) in einer Metaanalyse zeigen, dass die Dropoutraten bei depressiven Patient*innen, bei Therapieansätzen, die auf Problemlösen fokussiert waren, bei vergleichbarer Therapieeffektivität kleiner waren als bei allgemein kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapien.

Bei der Behandlung von Angststörungen fanden Norton und Pince (2007) keine Unterschiede in den Effektstärken für unterschiedlichen Kombinationen von kognitiv verhaltenstherapeutischen Therapieelementen, was sich bei Ougrin (2011) bestätigen ließ, mit der Ausnahme der Behandlung der sozialen Phobie, wo eine stärker auf kognitive Methoden fokussierte Therapie mit besseren Ergebnissen assoziiert war als Therapien mit einem stärkeren Fokus auf Exposition.

Untersuchung der Wirksamkeit spezifischer Interventionen in der Praxis.

Deutlich weniger Studien haben bislang einen möglichen Zusammenhang von Einsatz und Wirksamkeit einzelner therapeutischen Interventionen in der Praxis untersucht. In der oben erwähnten Studie von Löffler und Kollegen (2015) zeigten sich bei der Depressionsbehandlung, in jeweils separaten Analysen, für mehrere Interventionen Zusammenhänge mit dem Ansprechen auf die Therapie sowie mit der Remission. Im Einzelnen waren hier bei mittlerer Anwendungsintensität die Interventionen Entspannungsverfahren, Rollenspiele und Modelllernen positiv mit Response und Remission assoziiert. Zudem stand eine mittlere Anwendungsintensität von Aktivitätenaufbau mit Remission alleine und von Problemlösetraining mit Response alleine in positiven Zusammenhang. Daneben zeigten sich, bei hoher Anwendungsintensität, positive Zusammenhänge der kognitiven Therapieelemente, wie dem Sokratischer Dialog, Entpathologisierungstechniken oder Mehrspaltentechniken mit Response und Remission. Darüber hinausgehend fanden die Autoren, dass sich von den

Interventionen, welche sich in den Einzelanalysen als bedeutsame Prädiktoren erwiesen hatten, insbesondere der Einsatz von Entspannung und Entpathologisierungstechniken prädiktiv für das Ansprechen auf die Therapie depressiver Patient*innen zeigten, während die Anwendung des Sokratischen Dialogs, Problemlösetraining, Modelllernen, sowie abermals der Einsatz von Entspannungsverfahrenen mit erhöhten Remissionsraten assoziiert waren.

Klan und Hiller (2014) berichten, dass in Therapien zur Behandlung von Patient*innen mit Panikstörung/ Agoraphobie, in denen Exposition in vivo eingesetzt wurde, erheblich bessere Therapieergebnissen erzielt wurden als beim Einsatz von kognitiven Therapieelementen und in interozeptiver Exposition, während sich der Einsatz von Entspannungsverfahren als unbedeutsam für das Therapieergebnis zeigte.

Demgegenüber zeigten sich bei D´Errico und Kollegen (2018) an einer Untersuchung von 767 Ausbildungstherapien über alle behandelten Störungen hinweg keine Zusammenhänge zwischen dem Einsatz von 33 verschiedenen verhaltenstherapeutischen Techniken und symptomatischen Outcomes.

Zwischenfazit: Auch wenn diese Studien einen Beitrag dazu liefern, den Einsatz und die Wirksamkeit von therapeutischen Interventionen in der Routineversorgung besser zu verstehen, ist die Befundlage bei Weitem nicht ausreichend für eindeutige Schlussfolgerungen. Der Fokus der Studien liegt häufig auf einzelnen Interventionen (z.B. Exposition) oder einem eher kleinen Spektrum an Interventionen, sodass die Vielzahl an möglichen Interventionen bislang noch nicht erfasst wurde. Neben Unterschieden darin, für welches Spektrum an Interventionen und Techniken die Anwendung untersucht wurde, unterschieden sich auch die untersuchten Störungspopulationen sowie die Erfassung der Interventionsanwendung. Zudem wurde darüber hinaus der Einsatz der Interventionen häufig nicht hinreichend präzise erfasst. Bei Löffler und Kollegen (2015) wurde der Einsatz der Techniken einmalig zu Therapieende retrospektiv subjektiv eingeschätzt und auf einer 3-Stufigen Skala beurteilt; bei D´Errico zu zwei Messzeitpunkten auf einer 5-stufigen Skala. Bei Schumacher und Kollegen (2018), Roth und

Kollegen (2004) und Pitting und Hoyer (2017) wurden noch allgemeiner der von den Therapeutinnen und Therapeuten subjektiv eingeschätzte Anteil an Therapien, in welchen Exposition eigesetzt wurde, erfasst. Die so erfasste Anwendungshäufigkeit und Intensität des Einsatzes von Interventionen ist ungenau und ermöglicht es nicht die tatsächliche Variabilität des Einsatzes abzubilden. Zudem sind die vielfach verwendeten retrospektiven subjektiven Einschätzungen nach Therapieabschluss, bzw. allgemeinen Einschätzungen der persönlichen Anwendungshäufigkeit möglicherweise durch Erinnerungseffekte verzerrt.

Insgesamt lässt sich also sagen, dass es bislang noch an systematischem Wissen über den Einsatz therapeutischer Interventionen in der Praxis mangelt, ebenso wie über die Assoziation von therapeutischen Interventionen und Unterschieden im Behandlungserfolg, wie auch Gumz, Treese, Marx, Strauss & Wendt (2015) betonen.

Bestehende Methoden zur Erfassung therapeutischer Interventionen.

Dass die Anwendung von Interventionen in der Praxis bislang eher wenig erforscht wurde, spiegelt sich auch darin wider, dass die Verfügbarkeit von spezifischen und erprobten Instrumenten zur Erfassung therapeutischer Interventionen (insbesondere aus Sicht von Therapeutinnen und Therapeuten) bislang ebenfalls eingeschränkt ist (vgl. D´Errico, 2018).

Dennoch sind mittlerweile einige Instrumente entwickelt worden, mit denen sich therapeutische Interventionen in der Praxis erfassen lassen.

Dazu zählen die Multitheoretical List of Therapeutic interventions (*MULTI*, Mc Carthy & Barber, 2009) mit 30 bzw. 60 Items, die acht verschiedenen therapeutischen Ausrichtungen zuzuordnen sind und als Version für Therapeut*innen, Patient*innen und externe Rater*innen vorliegt; die Cognitive Therapy Scale (*CTS-R*, Weck et al., 2010), welche 13 Items zur Fremdeinschätzung der therapeutischen Kompetenz im Bereich der Kognitiven Verhaltenstherapie enthält; die Comparative Psychotherapy Process Scale (*CPPS*, Hilsenroth et al., 2005), mit 20 Items zur Erfassung von kognitiv verhaltenstherapeutischen sowie

psychodynamisch interpersonellen Techniken aus Sicht von Patient*innen und externen Ratern; die Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale (*CTACS*, Barber et al., 2003), mittels derer die kognitiv verhaltenstherapeutische Kompetenz und Adhärenz mit 21 Items aus Fremdsicht erfasst werden kann sowie das Rating Manual der Praxisstudie ambulante Psychotherapie (*PAP-S*, Tschuschke et al. 2014), welches 100 Items zum Fremdrating der Anwendung von Interventionen aus 13 therapeutischen Ansätzen und therapieschulenübergreifenden Techniken beinhaltet.

Ein weiteres etwas neueres Instrument stellt das Inventar Kognitiv-Behavioraler Interventionen (HIKBI; D´Errico et al., 2018) dar. Das HIKBI wurde konzipiert, um kognitiv verhaltenstherapeutische Techniken im Kontext der Psychotherapieausbildung aus Therapeut*innensicht zu erheben und umfasst Items zu insgesamt 18 Techniken.

Wie an der Übersicht deutlich wird, liegt die Mehrheit der Instrumente lediglich in Versionen vor, die von externen Beobachtern auszufüllen sind. Die beiden einzigen Ausnahmen, welche in Versionen vorliegen, die von Therapeutinnen und Therapeuten ausgefüllt werden können, sind die MULTI, so wie das HIKBI. Die MULTI weist mit Werten von $\alpha < .70$ bis $\alpha < .90$ moderate bis hohe Werte für die interne Konsistenz der verschiedenen Subskalen auf (Mc Carthy & Barber, 2009). Die interne Konsistenz der verschiedenen Subskalen ergab beim HIKBI eingeschränkte bis zufriedenstellende Werte von $\alpha < .70$ bis $\alpha =. 82$ (D´Errico et al., 2018). Während die MULTI, mit schulenübergreifenden Interventionen aus acht verschiedenen therapeutischen Orientierungen insgesamt ein breites Spektrum an Interventionen abdeckt, ist die Erfassung von für die kognitive Verhaltenstherapie charakteristischen Interventionen nicht sehr umfangreich. Auch in der auf die kognitive Verhaltenstherapie fokussierten HIKBI sind dennoch einige typische kognitiv verhaltenstherapeutische Interventionen, wie beispielsweise der Einsatz von Verhaltensexperimenten oder der Aufbau positiver Aktivitäten, nicht enthalten. Abgesehen von einigen Items zur Beziehungsgestaltung (Item 1, 7, 12 und 17) und dem Einsatz von

Zielerreichungsskalen (Item 5) werden keine weiteren Therapieschulen-übergreifenden allgemeineren Interventionen, wie beispielsweise Psychoedukation oder das Aktivieren von Ressourcen erfasst. Zudem sind einige Items hochspezifisch, wie beispielsweis Item 11 „Motivationsklärung mit der 4-Felder Heuristik (Vor- und Nachteile von Änderung und Status Quo“, sodass andere Techniken nicht abgebildet werden, die im Rahmen einer assoziierten Intervention (in dem Beispiel die Stärkung der Therapiemotivation) eingesetzt werden können.

Während die Beurteilung der Items in der MULTI jeweils auf eine Therapiesitzung bezogen ist, ist die Beurteilung in der HIKBI bezogen auf die letzten 10 – 15 Sitzungen, wobei hier die Häufigkeit der Anwendung der Techniken auf einer 5-Studigen Skala eingeschätzt wird. Mit dieser retrospektiven Erfassung wird das Vorgehen nicht nah am tatsächlichen Prozess erfasst und ist möglicherweise retrospektiv verzerrt.

Insgesamt wird also deutlich, dass bislang keine geeigneten Instrumente vorliegen, um die Anwendung eines breiten Spektrums an Interventionen im Therapieverlauf quantitativ und ausreichend präzise zu erfassen, um damit den therapeutischen Prozess treffend abzubilden.

2.1.3 Fazit zur Forschung zu Interventionen in der Praxis.

Zusammenfassen lässt sich insgesamt also, dass sich eine deutliche Forschungslücke in Bezug auf therapeutische Interventionen in der Praxis zeigt. Diese Forschungslücke umfasst einerseits Instrumente zur Erfassung der Anwendung therapeutischer Interventionen im Therapieprozess. Andererseits bezieht sich die Forschungslücke auch auf spezifische Erkenntnisse bezüglich des praktischen Einsatzes konkreter therapeutischer Interventionen und deren Zusammenhang mit erfolgreichen Therapieverläufen, so wie ebenfalls auf die damit verbundene Frage danach, in welchem Ausmaß die Anwendung von Interventionen in der Praxis den bestehenden Behandlungsempfehlungen entspricht bzw. davon abweicht.

Im Rahmen der in dieser Dissertation durchgeführten Studie, wurde zur Erfassung der Anwendung von Interventionen ein neuentwickelter Fragebogen, die Liste therapeutischer

Interventionen (LTI), eingesetzt. Die Entwicklung erfolgte dabei auf Basis bestehender Fragebögen, Taxonomien und Übersichten. (Weiterführende Informationen zu Entwicklung der LTI finden sich im Manuskript Kuhlencord & Hagmayer (unveröffentlicht) im Abschnitt 2.1.5.)

Die LTI zeichnet sich dadurch aus, dass sie die Anwendung eines großen Spektrums an allgemeinen und KVT-spezifischen Interventionen quantitativ und nah am therapeutischen Prozess erfasst. Die Anwendungshäufigkeit von 50 einzelnen Interventionen wird dabei alle vier Sitzungen aus Therapeut*innenperspektive erhoben. Der vollständige Fragebogen sowie eine Ausfüllanleitung sind in Apendix A und Apendix B zu finden.

2.1.4 Fokus der im Rahmen der Dissertation durchgeführten Studie (Studie 1).

Fokus Studie 1: Kuhlencord, M. & Hagmayer, Y. (unveröffentlichtes Manuskript).

Auf Basis einer Analyse von Therapieverlaufsdaten von 302 konsekutiven Patient*innen aus der ambulanten KVT untersuchte diese Studie, entsprechend der übergeordneten Fragestellungen, erstens welche Interventionen in der Praxis eingesetzt wurden. Zweitens wurde, basierend auf einer ausführlichen Analyse 19 verschiedener (deutschsprachiger) Leitlinien und KVT-orientierter Behandlungsmanuale zur Behandlung von Depression und Angststörungen, geprüft, wie häufig konsistent empfohlene Interventionen in der Praxis angewendet wurden. Drittens wurde der Zusammenhang von konsistent empfohlenen Interventionen mit dem Therapiefortschritt analysiert. Dabei wurden als Maße für den Therapieverlauf die Symptomreduktion und die Erfolgszufriedenheit aus Patient*innensicht nach jeweils zwölf bzw. 24 regulären Therapiesitzungen herangezogen.

Konkret wurden die folgenden Forschungsfragen adressiert:

1. Welche allgemeinen und KVT-spezifischen Interventionen werden in der Routinepraxis der ambulanten KVT eingesetzt (und wie häufig) ?
2. Entsprechen die eingesetzten Interventionen bei Patient*innen mit Depressionen bzw. Angststörungen den Empfehlungen in entsprechenden Leitlinien und Behandlungsmanualen?
3. Ist die Anwendung der empfohlenen Interventionen und/oder deren Häufigkeit mit dem Therapiefortschritt (Symptomreduktion und Erfolgszufriedenheit aus Patient*nnensicht nach 12. Bzw. 24 Sitzungen) assoziiert?

In Bezug auf Fragestellung 3 wurde die Hypothese geprüft, dass eine Anwendung der konsistent empfohlenen Interventionen (jeweils für Depressionen bzw. Angststörungen getrennt) positiv mit dem Therapiefortschritt assoziiert ist. Darüberhinausgehend wurde explorativ analysiert, ob und wenn ja welche Interventionen über alle Störungen hinweg mit dem Therapiefortschritt assoziiert waren.

Das vollständige Manuskript ist in Abschnitt 2.1.5 zu finden. Die Kernergebnisse werden zudem in Abschnitt 3.1.1 zusammenfassend dargestellt.

2.1.5 Studie 1: Kuhlencord, M. & Hagmayer, Y. (unveröffentlichtes Manuskript)

Kuhlencord, M. & Hagmayer, Y. (N. D.) General and specific psychotherapeutic interventions in routine CBT practice and their correspondence with prescriptive recommendations and treatment progress. Unpublished Manuscript.

Titel

General and specific psychotherapeutic interventions in routine CBT practice and their correspondence with prescriptive recommendations and treatment progress

Autoren

Merle Kuhlencord[1], York Hagmayer[2]

Autorenhinweis

[1] Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie, DE

[2] Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie, Abteilung Kognitionswissenschaften und Entscheidungspsychologie, DE

Kontakt
Merle Kuhlencord, MSc.
Abteilung für klinische Psychologie und Psychotherapie, Therapie und Beratungszentrum, Georg-August-Universität Göttingen, Gosslerstraße 14, D-37073 Göttingen, Germany. Email: merle.kuhlencord@uni-goettingen.de

Abstract

Studies on the application of psychotherapeutic interventions in practice and their association with treatment outcome are rare. This study investigated which general and specific interventions were applied in routine practice and how they predicted treatment progress in a sample of 302 therapies conducted in an outpatient CBT-counselling center in Germany. Additionally, it was explored, to which extend interventions in the treatment of depression and anxiety disorders corresponded with recommendations in guidelines and treatment manuals.

Application of 50 interventions was assessed with a newly developed instrument (the "List of Therapeutic Interventions" (LTI)). As outcomes, symptom reduction and patient-rated satisfaction with progress after 12 and 24 sessions were measured. Recommendations from 15 treatment manuals and four guidelines were summarized and compared to applied interventions. Results showed that a large range of general and CBT-specific interventions were applied. Cognitive restructuring, homework assignment, and activating patients' resources had the highest application frequencies. Usage correlated moderately with recommendations. There was an association between the application of interventions and therapeutic progress, but associations varied between outcomes, therapy stage, and diagnoses. No simple picture emerged.

In conclusion, interventions in actual therapeutic practice show high variety, and partly deviate from recommendations. A comprehensive assessment of general and CBT-specific interventions in practice is necessary to picture the therapeutic process. Further investigations on the impact of single interventions on treatment progress and outcome are needed to allow for evidence-based recommendations from practice and improve treatment quality.

Keywords: general vs. specific interventions, application, practice, questionnaire, treatment progress/ outcome, guideline

General and specific psychotherapeutic interventions in routine CBT practice and their correspondence with prescriptive recommendations and treatment progress

While the number of studies investigating the efficacy of treatment programs in randomized controlled trials (RCTs) is high (Tolin, McKay, Forman, Klonsky & Thombs, 2015), considerably fewer studies investigated which specific interventions are used in practice and how they are associated with the outcome (Löffler, et al., 2015; D´Errico, Call, Vogel, Bents & Mander, 2018). These questions are particularly relevant in countries and settings in which therapists are not bound to mandatory guidelines or prescribed treatment manuals. In Germany, for example, there is a multitude of guidelines and treatment manuals (see www.awmf.org for current evidence-based guidelines), which make recommendations, but none of them is compulsory. In consequence, therapists may use a large variety of different intervention (techniques), which may deviate from recommendations, and which may be differentially effective.

Interventions applied in practice. For the treatment of anxiety disorder, survey data from Germany suggest that around 80% of CBT-therapists use exposure (Schuhmacher, Weiss & Knaevelsrud, 2018; Roth, Siegel, Aufdermauer & Reinecker, 2004). However, less than 50% of therapists claimed to use this intervention frequently (Schuhmacher et al., 2018). Pittig and Hoyer (2018) reported that less than 50% of therapists use exposure. Klan and Hiller (2014) found indications of exposure in around 60% of the therapies when analyzing case files. The same authors found that psychoeducation was applied in more than 90% of the therapies, relaxation in a bit less than 70%, and cognitive interventions in around two-thirds of the therapies.

For depression, a German study by Löffler and colleagues (2015) asking therapists in training retrospectively about their treatments, found that behavioral activation was used in 60%

of the therapies and cognitive techniques (Socratic method) in 45% of the therapies with a high frequency. In contrast, other interventions were applied with a low frequency: relaxation techniques (in 73% of the therapies), problem-solving (67% of therapies), model learning (59% of therapies), or other cognitive techniques (multi-columns techniques, 45% of the therapies).

Association between specific interventions and treatment progress or outcome. Some studies investigated the association between the application of specific interventions in practice and progress or outcome.

For specific anxiety disorders (panic disorder and agoraphobia), Klan and Hiller (2014) found a strong positive association between the application of exposure (in vivo) and the outcome of therapy, while cognitive interventions and interoceptive exposure had only small positive associations with the outcome. There was no association with the outcome for the application of relaxation.

For depression, Löffler and colleagues (2015) found a positive association between response and remission and a frequent application of cognitive interventions like the Socratic method or decatastrophizing and a positive association to a moderate application of relaxation and model learning. Furthermore, a moderate application of behavioral activation and multi-columns-techniques was associated with response alone. A moderate frequency of promoting social and problem-solving skills as well as a frequent application of behavioral experiments were associated with remission alone.

In contrast, D´Errico and colleagues (2018) found no associations between the application of different CBT-specific interventions and symptomatic outcome measures across different diagnoses.

These studies provide first evidence that the application of specific interventions in routine practice may be differentially related to the effectiveness of a cognitive behavioral treatment. Still, the number of studies is small, and among them, sample populations, like

disorders or settings, differ. In addition, there were substantial differences in research methods. The range of assessed interventions ranged from a single intervention (exposure) (Schuhmacher et al., 2018; Roth et al., 2004; Pittig & Hoyer, 2018) to 18 interventions (D´Errico et al. 2018). Intervention application and its frequency was assessed only retrospectively and quite undifferentiated, using a maximum of five categories of application frequency and few measurements during or after a therapy (e.g., one measurement by Löffler et al., 2015, two measurements by D´Errico et al., 2018). Others just inquired about the usual application-frequency across therapies (Schuhmacher et al., 2018; Roth et al., 2004; Pittig & Hoyer, 2017).

Instruments for assessing intervention application. Tools to assess the usage of therapeutic interventions in practice are rare. Most instruments were developed for research purposes and require an assessment by an external and trained observer (CTS-R, Weck, Hautzinger, Heidenreich & Stangier, 2010; CPPS, Hilsenroth, Blagys, Ackerman, Bonge & Blais, 2005; CTACS, Barber, et al., 2003, PAP-S, Tschuschke, Schlegel, & Koemeda, 2014). The necessity of an observer, however, prevents a widespread collection of data in practice. Only two instruments include versions for self-rating from the therapist's perspective: the Multitheoretical List of Therapeutic interventions (MULTI, Mc Carthy & Barber, 2009) and the Heidelberg Inventory of Cognitive-Behavioural Interventions (HIKBI; D'Errico et al., 2018). The MULTI includes 60 items referring to specific techniques that can be assigned to eight different therapeutic orientations. There are different versions for therapists, patients, and external raters. The HIKBI was designed to survey cognitive-behavioral therapy techniques in the context of psychotherapy training from the therapist's perspective. It includes items on 18 techniques (CBT-specific or focused on the therapeutic relationship). Unfortunately, neither of these instruments is comprehensive even in the context of CBT. Some typical CBT-interventions, such as behavioral experiments or behavioral activation, are not included. Not included are also some general techniques like psychoeducation or activating resources.

Thus, there is a lack of self-rating instruments to assess the application of an adequate range of interventions (CBT-specific and general) in the course of therapy which reflects the therapeutic process in practice. Therefore, we developed a new instrument, the List of Therapeutic Interventions (LTI), to quantitively assess the application of a more extensive range of CBT-specific and general interventions, as well as interventions from other therapeutic orientations.

Research questions and Hypotheses. The aim of the present research was to investigate the following questions.

1. Which interventions are used and how frequently are these interventions used in the routine practice of outpatient CBT?
2. Do the interventions used for patients with depression and/or anxiety disorders correspond to recommendations in respective guidelines and treatment manuals?
3. Is the application of a recommended intervention and/or their frequency associated with treatment progress?

To address RQ1, therapists working at the outpatient therapy and counseling center of the department of clinical psychology at the University of Goettingen were asked to record the interventions they used with the List of Therapeutic Interventions. Data from consecutive patients in routine care were collected.

To address RQ2, we first conducted an analysis of the recommendations of 19 guidelines and treatment manuals for depression and anxiety to find out which interventions are recommended in Germany. The recommendations were compared to the actual usage of interventions in the sample of patients with anxiety and/or depression.

To address RQ3, we analyzed the association of the application of interventions with treatment progress (i.e., symptom reduction and patients' satisfaction with treatment progress)

after 12 and 24 sessions after the probatory phase. We tested the hypothesis that an application of recommended interventions is positively associated with treatment progress.

Methods

Participants and setting. The sample included 376 patients, who started psychotherapeutic treatment at the CBT-outpatient therapy and counseling center of the University of Goettingen, Germany, between April 2017 and April 2020. Analyzed Data was collected as part of the routine progress monitoring, which is carried out at pre-treatment and the end of the probatory period, every fourth treatment session, and post-treatment. All patients gave written informed consent to their data being used anonymously for scientific research purposes.

In line with the standard therapy process in Germany, the therapies covered five probatory sessions plus an additional number of therapy sessions, which depends on the individual case and has to be approved by the patient's health insurance. If needed up to three additional sessions were possible. Data were analyzed after the probatory, i.e. preparatory, sessions (T1), after 12 (T2), and 24 (T3) treatment sessions. These are the number of sessions usually covered by health insurances in Germany for short-term CBT.

Patients, who did not complete the first monitoring after the end of the probatory sessions, were excluded. The resulting sample consisted of 302 patients treated by 56 therapists in the post-graduate training program in CBT. Of these, 51 patients completed their therapy within 24 sessions, 26 of them before the 12th session. Patients' mean age at pre-treatment was M = 37.9 years (SD = 13.2), 58.9% of the patients were female.

Diagnoses were assigned by the therapist, based on the ICD-10 (WHO, 1992). The mean number of diagnoses was 2.7 (SD=1.3), 82.8% of patients had at least one comorbid diagnosis. The most common diagnosis was depressive disorders (N= 250, 82.8%) and anxiety disorders (N=162, 53.6%), while other disorders were diagnosed in less than 15 % of the patients.

Progress monitoring was complete for 179 (72%) of the depressive patients up to T2 and for 128 (51%) until T3; for patients with an anxiety disorders, this was the case for 116 (72%) until T2 and 90 (56%) until T3.

Application of Interventions. The application of interventions was assessed with the List of Therapeutic Interventions (LTI). The LTI is an instrument to routinely collect the interventions that have been applied in each therapy session. It was developed in a stepwise process: first, to generate the items, we clustered interventions mentioned in (i) existing instruments (Tschuschke et al., 2014; Weck et al., 2010; McCarthy & Barber, 2009; Hilsenroth et al., 2005; Barber et al., 2003) (ii) taxonomies or overviews of interventions (Kritz (AGHPT), n.d.; Pfaffenmatter & Tschacher, 2016; Psychotherapie-Richtlinie des GBA; Tschacher, Junghan & Pfammatter; 2014, Vandenbos 2014) and (iii) other reviews (Blagys & Hilsenroth 2002; Gumz Treese, Marx, Strauss & Wendt, 2015). Clusters referring to the same intervention were translated into a single item. In a second step, the items were evaluated and if necessary rephrased using popular German textbooks to ensure that therapists would be familiar with the wording (Batra, Buchkremer & Wassmann, 2006; Dross, 2001; Eifert 2011; Kandale & Rugenstein, 2016; Linden & Hautzinger, 2015; Margraf & Schneider, 2009). The resulting items were assigned to six categories: cognitive interventions, behavior modifying interventions, exposure, promoting skills, general interventions, and one category for interventions from other therapeutic orientations. For all items, descriptions and examples were added to prevent confusion with other similar interventions. In a third step, items were discussed with experts (cognitive-behavioral therapists working in practice and as supervisors of trainees) and revised if necessary. The final version of the LTI consists of 50 items to assess interventions. It is designed to be used every fourth session. Therapists are asked to indicate in how many of the four sessions the respective intervention was used.

Therapy progress. To measure therapy progress, symptom reduction after 12 and 24 sessions, and patient satisfaction with the treatment progress at the 12th and 24th session were assessed. Both are part of the routine outcome monitoring.

Symptom distress was assessed with the German version of the Brief Symptom Inventory 18 (Franke et al., 2017), which measures symptom distress from depression, anxiety, and somatization. The 18 items are answered on a five-point Likert scale ranging from "not at all" to "very strongly". The general severity index (GSI) was determined as a measure of symptom burden by averaging the 18 items. Symptom reduction was calculated as the difference in GSI score at baseline and after the 12th and 24th sessions. The BSI 18 has good values for validity and reliability; for the GSI, Franke, and colleagues (2017) report a Cronbach's α of .93.

The German version of the Helping Alliance Questionnaire - Self-Assessment (HAQ-S; Bassler, Portratz, & Krathauser, 1995) was used to measure patients' subjective satisfaction with treatment progress. The HAQ-S consists of 12 items and has two subscales: relationship satisfaction (six items) and success satisfaction (five items + one global item). Patients rate items on a six-point Likert scale from "not true at all" to "very true". We used the sum score of the subscale success satisfaction for our study. The HAQ-S showed good reliability in a German clinical sample, with a Cronbach's α of .84 for the success satisfaction subscale (Bassler, et al., 1995).

Recommended interventions. To extract recommendations, guidelines and CBT-specific treatment manuals for depression and anxiety disorders in German were analyzed. These guidelines and manuals are used or mentioned in the therapists' training. For depression nine treatment manuals (Brakemeier, Schramm, & Hautzinger, 2012; Faßbinder, Klein, Sipos, & Schweiger, 2015; Hautzinger, 1998; Hautzinger, 2010; Hautzinger, 2013; Hoffmann, Schauenburg, & Beutel, 2007; Hofmann, 2002; Konrad, 2017; Schaub, Roth, & Goldmann,

2006) and one guideline (AWMF, 2015) were considered. For anxiety disorders six treatment manuals (Becker & Margraf, 2016; Hamm, 2006; Lang, Helbig-Lang, Westphal, Gloster, & Wittchen, 2018; Schmidt-Traub, 2014; Schneider & Margraf, 2017; Stangier, Clark, Ginzburg, & Ehlers, 2016) and three guidelines (Bandelow et al., 2014; Heinrichs, Alpers, & Gerlach, 2009; Heinrichs, Stangier, Gerlach, Willutzki, & Fydich, 2010) were considered. Recommended interventions were classified based on the items of the LTI to allow for an easy comparison with the interventions used in practice.

For the purpose of the present study, interventions were considered as recommended if they were suggested in at last 50% of the analyzed manuals or guidelines. Since anxiety disorder manuals and guidelines often targeted a specific anxiety disorder, interventions were also considered as recommended if they were advised in 100% of the specific manuals or guidelines.

If manuals or guidelines contained several separate sections for specific depressive and specific anxiety disorders, these sections were considered separately. For depression, this was the case for one manual (Hautzinger, 2013), which contains separate sections for depression, recurrent depression, and chronic depression, while for anxiety, the guideline of the AWMF (Bandelow et al., 2014) includes separate sections for panic disorder, specific phobia, and generalized anxiety disorder. This resulted in a total number of 12 sources considered for depression and 11 references for anxiety disorder.

Statistical analyses were conducted using R (R Core Team, 2020) and the package “psych” (Revelle, v. 2.0.7).

For the analyses, items referring to specific aspects or sub-types of an intervention were collated and considered as one intervention (e.g., different forms of exposure, see Table 1 for details).

Table 1

Interventions considered in analyses (and corresponding items in the LTI).

General interventions

-Psychoeducation *(Psychoeducation (I1))*
-Th. Relationship *(Working on therapeutic relationship (I3))*
-Therapy contract *(Negotiating th. contract (I4))*
-Goal setting *(Setting/ discuss. treatment goals (I5))*
-Resource Activation *(Resource activation (I6))*
-Motivation *(Enhancing therapy motivation (I7))*
-Behavioral analysis *(Behavioral analysis (I8))*
-Address acute crisis† *(Address acute crisis (I9), Interventions for acute suicidality (I11))*
-Homework *(Homework assignment (I12), Discussing homework from last session (I14))*
-Involve other persons in session† *(Involving other persons during session (I15))*

Behavior modifying interventions

-positive reinforcement *(pos. reinforcement by therapist (I 20))*
-Behavior activation *(Behavior activation (I 27))*
-Behavior modifying interventions *(Improve contingency management (I21), (Change stimulus control 22), Extinction (I25), Habit reversal (26))*

Exposure

-Exposure† *(Exposure in sensu (I29), Exposure in vivo (I39))*

Cognitive interventions

-Cognitive restructuring *(Identification (I16), Questioning (I17), Replacing (I18) dysfunctional thoughts/ beliefs)*
-Self-efficacy *(Enhancing self-efficacy (I19))*
-Behavioral experiments† *(Behavioral experiments during session (I23), Behavioral experiments outside (I24))*

Promoting skills

-Selfmanagement *(Selfmanagement (I33),*
-Social competencies† *(Social competencies (I37))*
-Cognitive functions†† *(Cognitive functions (I38))*
-Relaxation† *(relaxation (I 40)*
-Promoting other skills †† (*Problem-solving (I 34), Emotion regulation (I35), Coping with symptoms (I36), Imaginative techniques (I39)*

Interventions from other orientations

-Other interventions†† *(Awareness (I41), Acceptance (42), Euthymic experience (I43), Hypnosis (I44), Biofeedback (I45), Systemic Interventions (I46), Couples therapy (I47), Schema therapy (I48), Narrative Techniques (I49), Sex therapeutic techniques (I50))*

Note. †: included as dichotomous predictors; †† not included in exploratory analyses due to extremely low usage

To test the hypothesis that the application of recommended interventions is positively associated with treatment progress, we conducted backward stepwise linear regression analyses with symptom reduction and subjective satisfaction with progress as outcomes. Analyses were conducted separately for the subset of depressed patients and the subset of patients with anxiety. As a reference, we used a model containing the initial symptom distress (measured by the GSI at baseline) as a covariate, because first analyses showed that initial symptom distress was a strong predictor. Predictors were the frequencies of recommended interventions. Interventions having a very low frequency (a median of zero after 12 sessions) were included as dichotomous predictors in the model (see Table 1). If recommended interventions are positively associated

with progress (as hypothesized), the final model should contain recommended interventions as significant positive predictors and explain outcome variance significantly better than the model containing the covariate only. In order to find out whether other interventions would also be predictive of the two outcomes, we also ran exploratory analyses with all patients and all interventions that have been used at least sometimes (see Table 1 for interventions considered).

Results

Recommendations. The analysis of guidelines and treatment manuals found a wide range of interventions (see Appendix 1 for details). Forty-four interventions (counted based on the LTI-framework), were mentioned at last in one of the 19 guidelines and manuals. The recommendations, however, were only consistent for some interventions. Table 2 shows the interventions recommended in the majority of the sources for at least one of the two disorders. Only three interventions (cognitive restructuring, behavioral experiments, and relapse preventions) were consistently recommended for both disorders. Half of the interventions recommended consistently were general interventions (for depression: psychoeducation, behavior analysis, relapse prevention and including other persons in the session; for anxiety disorders: goal setting, relapse prevention, and homework assignment). Interventions recommended most consistently were CBT-specific: For depression, behavior activation, and self-management (91,7% of the sources), and cognitive restructuring (83,3% of the sources). For anxiety disorders, exposure was recommended in 81,8% of the sources.

Table 2

Interventions recommended in the majority of German guidelines and treatment manuals for depression and anxiety disorders.

	Depression (N = 12)	**Anxiety** (N = 11)		**Depression** (N = 12)	**Anxiety** (N = 11)
General Interventions			**CBT-Specific Interventions**		
Psychoeducat.	75%	45,5%	Cognitive restruct.	83,3%	63,6% **SoP**
Goal setting	33,3%	54,5%	Behav. Experiments	58,3%	36,4% **SoP**
Behav.analysis	58,3%	45,5%	Behavior activat.	91,7%	0%
Relapse prev.†	66,7%	54,5%	Exposure	8,3%	81,8% **Ag; SpP**
Homework	41,7%	54,5%	Self-management	91,7%	18,2%
other persons	58,3%	9,1%	Social competence	75%	18,2%
Other Interventions			Cognitive training	16,7%	18,2% **SoP**
Relaxation	8,3%	36,4% **GAS**			

Note. Percentages refer to the proportion of sources that recommend the intervention. Ag: recommended in all guidelines/ manuals for agoraphobia and panic disorder; SoP: Recommended in all guidelines/ manuals for social phobia; SpP: recommended in all guidelines/ manuals for specific phobia; GAS: recommended in all guidelines/ manuals for generalized anxiety disorder; †: Since the majority of therapies were not yet ended relapse prevention was not included for the analysis.

Application of interventions. Figure 1 gives an overview of application frequencies of the different interventions. Analysis of the application of interventions at the different time points indicated that some general interventions were applied in all therapies. This was the case for psychoeducation, goal setting, resource activation, behavior analysis, and homework assignment.

In the initial sessions (T1), psychoeducation and goal setting showed the highest application frequency in the majority of therapies (highest median). In the following sessions (T2/ T3), cognitive restructuring, homework assignment, resource activation, enhancing motivation, and psychoeducation were the interventions with the highest frequency of application in the majority of the therapies.

At the same time, some interventions showed a high variability of application frequencies across therapies: At T3 resource activation, cognitive restructuring, enhancing self-

efficacy, positive reinforcement, and behavior-modifying interventions were sometimes applied in no or only one session and in more than 30 sessions in other therapies.

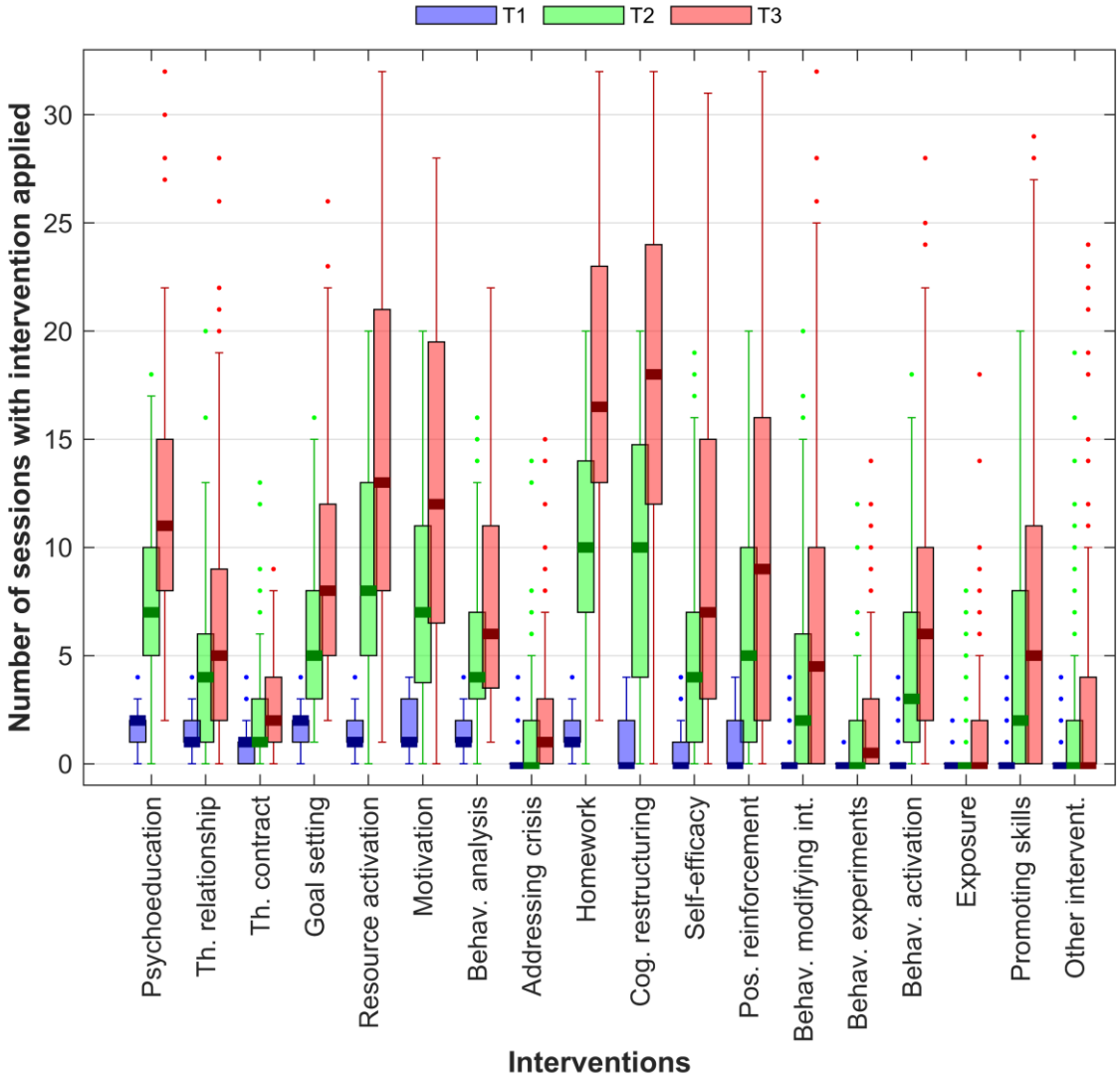

Figure 1. Cumulated application frequencies of interventions across the different phases of therapy (complete sample).Boxes show the Median and first and third quartiles. T1 = probatory, i.e. preparatory, sessions, T2 = first 12 treatment sessions, T3 = first 24 treatment sessions. See Table 1 for interventions.

Application of recommended interventions. Figure 2 shows the cumulative application frequency of interventions consistently recommended for depression (2a) and anxiety disorders (2b). The figure shows for the three measurement points in how many of the therapies the respective intervention was used in at least 75% of the sessions, in 50% to 75%, in 25% to 50%,

at least once and up to 25% of the sessions, or never (white bar). In other words, Figure 2 depicts in how many therapies the recommended interventions were used and if they were used, how often.

Most of the consistently recommended interventions were applied in the majority of therapies at least once. Exceptions were for depression behavioral experiments (not applied in 50% of the therapies), training of social competencies (not applied in more than 70% of the therapies), and working with other persons (not done in more than 80% of the therapies). For anxiety disorders an exception was exposure, the intervention recommended most consistently, which was not done in more than 60% of the therapies at T3. Despite these exceptions, the proportion of recommendations for the interventions and the percentage of therapies in which the interventions were applied at least once until T3 showed a positive correlation of r =.52 for depression and r = .55 for anxiety.

Recommended interventions were often used in several sessions, with a substantial variability between therapies. For depression, the intervention, most often applied with a high frequency was cognitive restructuring. It was applied in more than 60% of the therapies in more than half of the sessions at T3. In more than 25% of the sessions were applied psychoeducation (nearly 70% of therapies), and behavioral activation and behavior analysis (about 40% of the therapies).

For anxiety disorders, interventions that were most often applied with a high frequency (in more than half of the sessions at T3) were also cognitive restructuring (applied in 50% of the therapies) and homework assignment (in 45% of the therapies). In at least 25% of the sessions (at T3) in around 90% of the therapies homework were assigned, while in around 40% of the therapies goals were set or discussed.

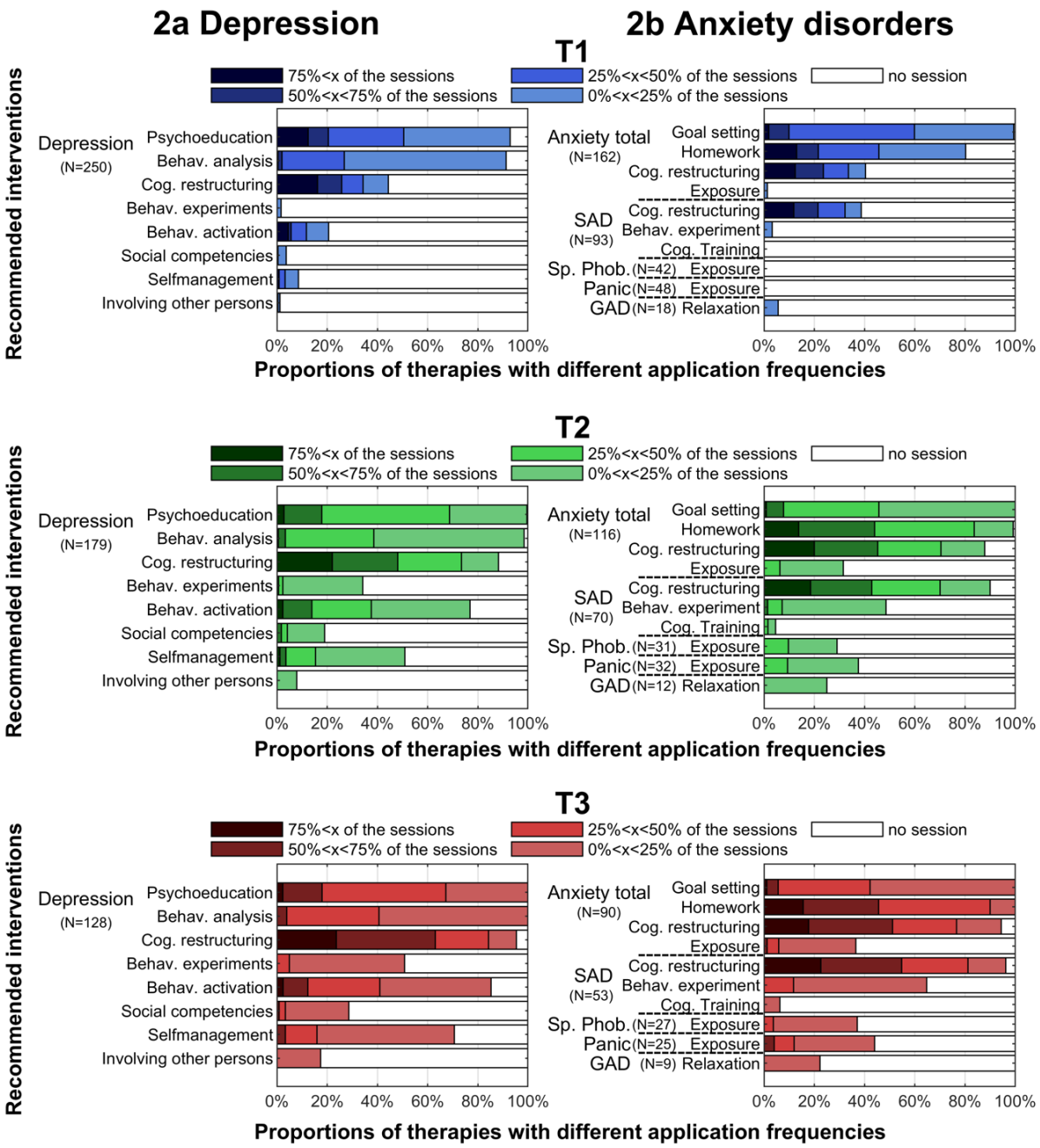

Figure 2. Cumulated application frequencies of interventions recommended for depression and anxiety disorders. **T1** = probatory, i.e. preparatory, sessions, **T2** = first 12 treatment sessions, **T3** = first 24 treatment sessions.. Respective sample sizes are shown next to the graphs. White bars indicate the percentage of therapies, in which the respective intervention was never applied, colored bars the percentage of sessions, in which they were applied. **SAD** = Social Anxiety Disorder; **Sp. Phob.** = Specific Phobia; **Panic** = Panic Disorder with / without Agoraphobia; **GAD** = Generalized Anxiety disorder.

Association of interventions and treatment progress. Table 3 gives an overview of the results of the ***model comparisons testing whether recommended interventions predict treatment progress*** for depression and anxiety disorders (upper half). The predictors included by the stepwise procedure, and their significance are shown in the right column, whenever they were at last marginally significant. In addition, the results of two exploratory analyses for all interventions and therapies (regardless of the patient's diagnosis) are shown (see lower half).

For depression and anxiety, results indicated low to non-existing associations between the application of consistently recommended interventions and treatment progress. For depression, only one of four model comparisons found a significant result. Behavior analysis was a significant positive predictor ($p < .001$) for symptom reduction T2.

For anxiety disorders, only for subjective progress satisfaction at T2, a model containing recommended interventions had a better predictive value for the outcome than the covariate-model. Within the model, behavior experiments ($p = .08$) turned out as a marginally significant positive predictor, while (repeated) goal setting or discussion of goals: ($p < .05$) had a significant negative predictive value.

Table 3

Associations between the application of interventions and therapy progress measured as symptom reduction (SR) and patient satisfaction with progress (PS).

Outcomes			Model comparison $M^{Cov.}$ vs. $M^{Inter.}$	Multiple R^2 $M^{Cov.}$	Multiple R^2 $M^{Inter.}$	Predictors included in $M^{Inter.}$ [t; p]
depression	T2	SR	$F(2, 102) = 5.6$ ($p < .01^*$)	16.5	24.8	Behav. Analysis [3.4; < .001*]
		PS	$F(2, 103) = 2.5$ ($p = .12$)	9.2	11.4	-
	T3	SR	$F(2,70) = 2.4$ ($p = .10$)	14.6	20.1	Behav. Activation [-1.8; 08] Self-management [1.7; .09]
		PS	$F(2, 69) = 2.6$ ($p = .08$)	15.9	21.8	Self-management [1.8; .07] Involve oth. Persons [1.8; .08]
anxiety	T2	SR	NA	13.8	NA	-
		PS	$F(2, 85)$ 3.0, $p<.05^*$)	7.2	13.6	Goal Setting [-2.0; <.05*] Behav. Experiments [1.8; .08]
	T3	SR	NA	15.4	NA	-
		PS	NA	16.6	NA	-
All diagnoses	T2	SR	$F(6, 122) = 3.2$ ($p = <.01^*$)	16.3	27.7	Psychoeducation [-2.3; .02*] Ressource Activat. [2.0; .04*] Behav. Analysis [1.8 ; .07] Adressing Crisis [-2.1; .04*]
		PS	$F(6, 122) = 8.7$ ($p <.01^*$)	8.8	21.7	Th. Contract [-2.3; .02*] Motivation [2.0; .05] Homework [2.1; .04*] Self-efficacy [2.1; .04*] Behav. Activation [-1.7; .09]
	T3	SR	$F(5, 80) = 3.0$ ($p = .02^*$)	16.4	29.5	Goal Setting [2.0; <0.5*] Motivation [-2.1; .04*] Behav. Activation [-2.6; <.01*] Self-management. [2.2 ; 03*]
		PS	$F(7, 77) = 2.8$ ($p = .01^*$)	17.2	33.7	Ressource Activat. [2.5; .01*] Motivation [-2.4; .02*] Behav. Activation [-1.7; .09] Selfmanagement [2.5; .01*] Involve oth. Person[2.1; .03*]

Note. In the upper half results with respect to recommended interventions for patients with depression and anxiety disorders are shown. In the lower half results with respect to all interventions and all patients are given. **T2** = first 12 treatment sessions, **T3** = first 24 treatment sessions. $\mathbf{M^{Cov}}$: Model including covariate only; $\mathbf{M^{Inter}}$: Model resulting from stepwise regression including recommended interventions as predictors (see Table 1 for details); **SR**: Symptom reduction (reduction of BSI 18 - GSI since baseline); PS: Progress satisfaction (subjective satisfaction with treatment progress (HAQ-S). NA indicates that the final $\mathbf{M^{Inter.}}$ didn´t contain other predictors than the initial symptom distress. Shown are only significant or marginally significant predictors included in $\mathbf{M^{Inter.}}$ in addition to initial symptom distress.

Since advising an intervention in guidelines and manuals does not necessarily mean to apply them with a high frequency, we conducted additional analyses of the association between the application of consistently recommended interventions as dichotomous predictors and therapy progress (see Appendix 2). Results indicated similar findings for anxiety disorder, were outcomes were not predicted by the interventions, while for depression at T2 behavior activation turned out to be a positive predictor for both outcomes and behavior analysis and training social competencies were positive predictors for symptom reduction, cognitive restructuring was as a negative predictor at T3.

Our ***exploratory analyses*** conducted with the whole sample and all interventions in the initial models showed a significant better prediction of progress for all outcomes at all time points (see Table 3). Between eleven and 16 percent of variance in the two outcomes could be explained by the interventions. At T2 positive predictors of symptom reduction were a higher frequency of activating resources and behavior analyses; negative predictors were applying psychoeducation more often and crisis management. At T3 working on setting goals and promoting self-management were positive predictors, while enhancing therapy motivation and using behavior activation more often were negative predictors.

For subjective satisfaction with treatment progress, promoting self-efficacy, homework assignment, and enhancing motivation for therapy were positive predictors at T2, while negotiating the therapy contract more than average and more frequent behavior activation were negative predictors. At T3 resource activation, the promotion of self-management, and involving other persons were positive predictors; working on the patient's motivation and using behavior activation were negative.

Discussion

This study aimed to increase our knowledge about the application of general and CBT-specific interventions in routine practice and about their association with treatment progress.

Data on a wide range of interventions were collected during the course of CBT. A special focus was the interventions in the treatment of depression and anxiety disorders, which are common diagnoses in outpatient psychotherapy. These interventions were compared to the recommendations in guidelines and treatment manuals.

Recommended interventions. An analysis of 19 guidelines and treatment manuals showed that some interventions were consistently recommended. For depression, general interventions consistently recommend were psychoeducation, behavior analysis, relapse prevention, and working with other persons during sessions. CBT-specific interventions recommended consistently for depression were cognitive restructuring, behavior experiments, behavior activation, promoting self-management skills, and social competence skills. For anxiety disorders, goal setting, homework assignment, and relapse prevention were general interventions consistently recommended, as were the CBT-specific interventions exposure and cognitive restructuring. Nonetheless, the analysis also indicated a rather high heterogeneity of recommendations (see Appendix 1 for details).

Application of interventions in practice. Results indicated that psychoeducation, goal setting, activating patients resources, behavior analysis, and homework assignment were applied in all of the 302 therapies of the sample. General interventions also had the highest application frequency in the majority of the therapies. The only CBT-specific intervention with a high application frequency in the majority of the therapies was cognitive restructuring.

The application frequency of many interventions varied substantially between therapies. The highest variability was found for activating patients´ resources, cognitive restructuring, enhancing self-efficacy, positive reinforcement, and behavior-modifying interventions. This variability is not unexpected, as therapists adapt their treatments to the problems, goals, and needs of their individual patients.

Application of recommended interventions. On the one hand, the positive correlation between recommendations and application of recommended interventions indicate a moderate association between advice in the literature and routine practice. Especially general interventions recommended were applied in basically all therapies.

On the other hand other interventions were omitted completely in a considerable number of therapies: for depression, behavior experiments, training social competences and working with other persons in the session were omitted in 50% of the therapies or more. Also enhancing self-management techniques, one of the most consistently recommended interventions, was applied rarely or not at all in the majority of therapies. For anxiety as well, exposure, the most often recommended intervention, was used only rarely and was neglected completely in 60% of the therapies.

In Addition, for depression, only four of nine consistently recommended interventions (cognitive restructuring, psychoeducation, behavior activation, behavioral analysis) showed a somewhat higher application frequency and were used in at least one-quarter of the sessions in more than 40% of the therapies. For anxiety disorders, three of the four interventions consistently recommended (cognitive restructuring, goal setting, and homework assignment) were at least used in one-quarter of the sessions in more than 40% of the therapies. These findings point to a (at least partial) gap between theory and practice.

To interpret the findings, it has to be considered that most of the patients also had comorbid disorders and that the majority of therapies were still ongoing. Hence, it could be that depression or anxiety had not been the (only) focus of the therapy and would be addressed in later sessions. However, the relatively high application frequencies of other disorder-specific recommended interventions suggest that the two disorders were already addressed. Thus, the results probably reflect realistic application frequencies of the different interventions. Nevertheless, recommended interventions (like self-management or exposure) could be more

frequent if completed therapies would be considered. It is also possible that some interventions like exposure were assigned as homework to patients and therefore appear to be less frequent than they were.

Nonetheless, our findings are in line with the literature for Germany. For depression, Löffler and colleagues (2015), who considered completed therapies, also found a higher application intensity for behavioral activation and cognitive interventions. For anxiety disorder, former studies (considering completed therapies) found a comparably high frequency of cognitive interventions (Klan & Hiller, 2014) and a similarly high percentage of therapies in which exposure was not used (Pittig & Hoyer, 2018; Klan and Hiller, 2014). By contrast, a higher frequency of relaxation methods was reported. Since the other interventions studied here go beyond the interventions examined in the literature, other application frequencies cannot be compared to previous findings. They constitute new findings.

Application of interventions and treatment progress. The analyses to ***test the hypothesis*** that the application of disorder-specific recommended interventions is a positive predictor of treatment outcome, was not clearly supported. For depression, the only intervention having a positive relation to treatment progress after 12 sessions was behavior analysis when applied in an above-average frequency. For anxiety, only behavior experiments were a marginally significant positive predictor of subjective progress satisfaction after 12 sessions, while goal setting had a negative predictive value, when applied with an above-average frequency.

Results of ***the exploratory analyses*** indicated that an above-average application frequency of four general interventions (activating resources (T2 & T3), homework-assignment (T2), goal setting (T3), and including other persons in the sessions (T3)) had a positive predictive value for progress measures, as did two CBT-specific interventions (enhancing self-efficacy (T2) and promoting self-management skills (T3, both outcomes)). At the same time, progress-outcome was negatively predicted by an above-average application frequency of four

general interventions (psychoeducation (T2), crisis intervention (T2), negotiating the therapeutic contract (T2) and enhancing motivation (T3, both outcomes),) as well as also a higher application frequency of one CBT-specific intervention (behavior activation (T3).

Thus, some interventions were associated with treatment progress, however they mainly impacted only few or single progress measurers or only at one time point. This finding corresponds to earlier findings, indicating an association of the application of CBT-specific interventions and different outcomes in the treatment of depression and anxiety disorder (Klan & Hiller, 2014; Löffler, et al., 2015). Yet, partially other interventions were associated with the outcome, which is probably related to differences in the design and the selection of interventions studied. Also, in the studies mentioned, negative associations between the application of single interventions and the outcome were not reported. Though being an interesting finding, a negative predictive value of an intervention is hard to interpret, because it could indicate that a higher frequency of application is due to a lack in progress or less competence of the therapist.

To conclude, findings suggest, that the application of single interventions seems to be associated with the therapeutic progress, but in the form of complex interplay that has not yet been researched and understood a lot. Associations between the application of interventions and therapeutic progress depend on several factors, like the diagnosis, the specific outcome, the treatment phase and the frequency of their usage and potentially others. At the same time, more evidence in the field could bring promising implications to increase treatment efficiency in practice because the application of interventions in practice can be adjusted easily by the therapists.

Limitations. There are some limitations of the present study that should be mentioned. The first one is, the sample size was limited (especially for the subgroup-analyses for depression and anxiety), while predictors were numerous and data showed rather high variability for the

application of some interventions. Thus smaller effects have possibly not been detected in this study.

Additionally, it would have been interesting to also consider the associations between the application of interventions and the outcome at the end of the therapy, which wasn´t possible due to the inclusion of therapies that were not ended.

Like in other studies, using the therapists' perspective for data collection, the adherence to specific guidelines or manuals and the competence in delivering interventions could not be assured. It would be interesting to consider them in future studies.

Still, this study is one of the first ones, examining the application of general and CBT-specific interventions in practice and their association with therapeutic progress in a comprehensive way and using direct and quantitative measures instead of overall retrospective measures.

Implications. Guidelines and manuals provide guidance for therapists, especially those in training. They describe which of the many available treatments and specific interventions should be used based on empirical evidence and theories of psychopathology.

As shown here, a wide range of interventions is recommended in the prescriptive literature for the treatment of depression and anxiety disorders with a considerable heterogeneity among them. Therefore, it is not surprising that numerous interventions are applied in practice. Interestingly, guidance on how often an intervention should be applied is generally missing. This is mirrored by the large variation in application frequencies in practice.

The present findings have some implications for future research on the efficacy and effectiveness of specific interventions. When studied in practice, general, as well as therapy-, and disorder specific interventions have to be considered. Information on their application, application frequency, and quality of application should be collected. In addition, it seems advisable to monitor the progress of treatment closely to be able to delineate whether

interventions are chosen due to lack or progress or not. In addition, the content of homework assignments and their fulfillment should be monitored. Overall, it seems necessary to collect comprehensive data on many more therapies, so that a clearer picture can emerge, which interventions or combination of interventions contribute to a patient's progress. Additionally findings are relevant for efficacy studies comparing the benefit of interventions with the treatment as usual. The high number of interventions applied, and the variation of their application frequency shows that without a clear assessment of the interventions delivered in the "usual" treatment in might stay unclear to what single interventions are compared.

For practice, no conclusions are yet possible for a high number of interventions on the basis of the present data. There are, however, a few tentative conclusions: First, a high frequency of promoting selfmanagement skills (a strongly recommended intervention to treat depression), showed only positive associations with both outcomes considered in the present study and it also was a marginally significant positive predictor for progress in the depressive sample. This supports its application. Second, frequently activating patients' resources showed a positive association with different progress measures in the different treatment phases, which implicates a potential benefit of this intervention. Both interventions should be investigated in further studies. For other interventions it seems, that their benefit for treatment progress might be related to a more complex interplay of factors like the specific set of diagnoses, treatment progress, and potentially other factors like the dose, the treatment phase, or even the specific sequence in which the interventions are applied. As said before, more research in practice is needed to provide the necessary evidence from practice to be able to add recommendations to treatment manuals and guidelines regarding these factors.

References

Revelle, W. (2020). Psych: Procedures for personality and psychological research. Evanston, IL: Northwestern University. Retrieved from *https://CRAN.R-project.org/package=psych* Version=2.0.7.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2015). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression: Langfassung (2nd ed., Version 5.). Retrieved from *https://www.depression.versorgungsleitlinien.de.* doi: 10.6101/AZQ/000364

Bandelow, B., Wiltink, J, Alpers, G. W., Benecke, C., Deckert, J., Eckhardt-Henn, A, ...Beutel M., E. Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. Langfassung. (2014, October 28). Retrieved from *https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/*

Barber, J. P. (2003). Development of the Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale. *Psychotherapy Research, 13 (2),* 205–221. doi: 10.1093/ptr/kpg019

Bassler, M., Potratz, B., & Krauthauser, H. (1995). Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie [The "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) by Luborsky]. *Psychotherapeut, 40(1),* 23–32.

Batra, A., Buchkremer, G., & Wassmann, R. (2006). *Verhaltenstherapie: Grundlagen - Methoden - Anwendungsgebiete* (Klinische Psychologie und Psychiatrie) (2nd ed.). Stuttgart: Thieme.

Becker, E., & Margraf, J. (2016). *Generalisierte Angststörung. Ein Therapieprogramm.* Weinheim: Beltz.

Blagys, M. D., Hilsenroth, M. J. (2002). Distinctive activities of cognitive–behavioral therapy. Behavioral therapy. *Clinical psychology review, 22 (5),* 671–706. doi: 10.1016/S0272-7358(01)00117-9

Brakemeier, E.-L., Schramm, E., & Hautzinger, M. (2012). *Fortschritte der Psychotherapie: Chronische Depression*. Göttingen: Hogrefe.

"D'Errico, L., Call, M., Vogel, E., Bents, H., & Mander, J. (2018) Spezifische Techniken in kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ausbildungstherapien. Entwicklung und Validierung eines Fragebogens. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 47 (4),* 252-263. doi: 10.1026/1616-3443/a000489"

Dross, M. (2001). *Krisenintervention.* Göttingen: Hogrefe.

Eifert, G. H. (2011). *Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT): Fortschritte der Psychotherapie.* Göttingen: Hogrefe.

Faßbinder, E., Klein, J. P., Sipos, V., & Schweiger, U. (2015). *Therapie-Tools Depression.* Basel: Beltz.

Franke, G. H., Jäger, S., Glaesmer, H., Barkmann, C., Petrowski, K., & Braehler, E. (2017): Psychometric analysis of the brief symptom inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample. *BMC Medical Research Methodol*ogy*, 17(1), 14.* doi:10.1186/s12874-016-0283-3

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2009, 2017): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses über die Durchführung der Psychotherapie. Bundesanzeiger (58). Retrieved from *https://www.gba.de/downloads/62-492-1266/PTRL_2016-06-16_iK-2016-1008_WZ.pdf*

Gumz, A., Treese, B. Marx, C., Strauss, B., & Wendt, H. (2015). Measuring Verbal Psychotherapeutic Techniques – A Systematic Review of Intervention Characteristics and Measasures. *Frontiers in Psychology, 6 (1707).* doi:10.3389/fpsyg.2015.01705

Hamm, A. (2006). *Spezifische Phobien.* Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, M. (1998). *Depression: Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, M. (2010). *Akute Depression: Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, M. (2013). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (7th ed.). Basel: Beltz.

Heinrichs, N., Alpers, G. W., & Gerlach, A. L. (2009). *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie der Panikstörung und Agoraphobie.* Göttingen: Hogrefe.

Heinrichs, N., Stangier, U., Gerlach, A.L., Willutzki, U., & Fydich, T. (2010). *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie der sozialen Angststörung.* Göttingen: Hogrefe.

Hilsenroth, M. J., Blagys, M. D., Ackerman, S. J., Bonge, D. R., & Blais, M. A. (2005): Measuring Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Techniques. Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 42 (3), S. 340–356. doi: 10.1037/0033-3204.42.3.340

Hoffmann, N., Schauenburg, H., & Beutel M. E. (2007). *Psychotherapie der Depression: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend.* Stuttgart: Thieme.

Hofmann, P. (2002*). Dysthymie: Diagnostik und Therapie der chronisch depressiven Verstimmung.* Wien: Springer.

Kandale, M., & Rugenstein, K. (2016): *Das Repetitorium. Lehr- und Lernbuch für die schriftlichen Abschlussprüfungen zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten* (2nd ed.). Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.

Klan, T., & Hiller, W. (2014). Die Wirksamkeit einzelner Therapieelemente in Routinetherapien bei Panikstörung und Agoraphobie. *Verhaltenstherapie, 24(3),* 157–167. doi:10.1159/000365404

Konrad C. (2017). *Therapie der Depression: Praxisbuch der Behandlunsmethoden*. Berlin: Springer.

Kritz, J. (n.d) Berufspolitik Methoden und Techniken der Psychotherapieverfahren. AGHPT - Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie. Retreived on 12.01.2017, from *http://www.aghpt.de/index.php/texte/63-eberweinmethodenundtechniken.*

Lang, T., Helbig-Lang, S., Westphal, D., Gloster, A. T., & Wittchen, H. U. (2018). *Expositionsbasierte Therapie der Panikstörung mit Agoraphobie: Ein Behandlungsmanual* (2nd ed.). Göttingen: Hogrefe.

Linden, M. & Hautzinger, M. (Eds.). (2015). *Verhaltenstherapiemanua*l (8th ed.). Psychotherapie: Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-55210-6

Löffler, U., Sakalli, B., Stopsack, M., Mander, J., Bents, H., & Barnow, S. (2015). Subjektive Therapeuteneinschätzungen angewandter KVT-Techniken im Zusammenhang mit der Response und Remission depressiver Störungen: Eine naturalistische Studie an einer Ausbildungsambulanz. *Verhaltenstherapie, 25,* 201–210. doi:10.1159/000438908

Margraf, J. & Schneider, S. (Eds.). (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3rd ed.). Heidelberg, Springer Medizin.

McCarthy, K. S.; Barber, J. P. (2009): The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI): initial report. *Psychotherapy Research 19 (1),* 96–113. doi: 10.1080/10503300802524343.

Pfammatter, Mario; Tschacher, Wolfgang (2016): Klassen allgemeiner Wirkfaktoren der Psychotherapie und ihr Zusammenhang mit Therapietechniken. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 45(1),* S. 1–13. DOI: 10.1026/1616-3443/a000331."

Pittig, A., & Hoyer, J. (2017). Exposition aus Sicht niedergelassener Verhaltenstherapeutinnen und Verhaltenstherapeuten: Anwendung und systemische

Barrieren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie,* 46(4), 223–235. doi:10.1026/1616-3443/a000441

R Core Team. (2020). R: A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing. *Retrieved from https://www.R-project.org/* Version 4.0.2

Roth, C., Siegl, J., Aufdermauer, N., & Reinecker, H. (2004). Therapie von Angst- und Zwangspatienten in der verhaltenstherapeutischen Praxis. *Verhaltenstherapie, 14(1),* 16–21. doi:10.1159/000078027

Schaub, A., Roth, E., & Goldmann, U. (2006). *Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depression: Ein Therapiemanual.* Göttingen: Hogrefe.

Schmidt-Traub, S. (2014). *Panikstörung und Agoraphobie: Ein Therapiemanual* (4th ed.). Göttingen: Hogrefe.

Schneider, S., & Margraf, J. (2017). *Agoraphobie und Panikstörung* (2nd ed.). Göttingen: Hogrefe.

Schumacher, S., Weiss, D., & Knaevelsrud, C. (2018). Dissemination of exposure in the treatment of anxiety disorders and post-traumatic stress disorder among German cognitive behavioural therapists. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 25(6),* 856–864. doi:10.1002/cpp.2320

Stangier, U., Clark, D. M., Ginzburg, D. M., & Ehlers, A. (2016). *Soziale Phobie.* Göttingen: Hogrefe.

Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. M., Thombs, B.D. (2015). Empirically Supported Treatment: Recommendations for a New Model. *Clin Psychol Sci Prac, 22,* 317– 338. doi:10.1111/cpsp.12122

Tschacher, W., Junghan, U. M., Pfammatter, M. (2014): Towards a taxonomy of common factors in psychotherapy-results of an expert survey. *Clinical psychology & psychotherapy 21 (1),* S. 82–96. doi: 10.1002/cpp.1822.

Tschuschke, V., Schlegel, M., Koemeda, M. (2014): *PAP-S-Rating-Manual (PAP-S-RM). Rating Manual zur objektiven Einschätzung therapeutischer Interventionen von Psychotherapeuten unterschiedlicher schultheoretischer Konzepte.* Zürich: Schweizer Charta für Psychotherapie.

Vandenbos, Gary R. (Hg.) (2014): *Psychotherapy theories and techniques. A reader.* 1. ed. Washington DC: American Psychological Association.

Weck, F., Hautzinger, M., Heidenreich, T., Stangier, U. (2010): Erfassung psychotherapeutischer Kompetenzen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 39 (4)*, S. 244–250. doi: 10.1026/1616-3443/a000055.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.* Geneva: WHO. Retrieved from http://www.who.int/classifications/ icd/en/bluebook.pdf

Appendix 1.

Overview of Recommendations for interventions to be included in the treatment of depression and anxiety disorder

	Depression														**Anxiety Disorders**												
Interventions†	*Guideline AWMF (2015)* [Dep.]	*Brakemeier et al. (2012)* [Dep.]	*Faßbinder et al. (2015)* [Dep.]	*Hautzinger (1998)* [Dep.]	*Hautzinger (2010)* [Dep.]	*Hautzinger (2013)* [Dep.]	*Hoffmann & Schauenburg (2007)* [Dep.]	*Hofmann (2002)* [Dep.]	*Konrad (2017)* [Dep.]	*Schaub et al. (2006)* [Dep.]	*Hautzinger (2013)* [Recurrent Dep.]	*Hautzinger (2013)* [Chronic Dep.]	**Totel number**	**Percent**	*Guideline AWMF (2014)* [Panic]	*Guideline DGPs (2009)* [Panic]	*Schmidt-Traub (2014)* [Panic]	*Schneider & Margraf (2017)* [Panic]	*Lang et al. (2018)* [Panic]	*Guideline AWMF (2014)* [Sp. Phob.]	*Hamm, 2006* [Sp. Phob.]	*Guideline AWMF (2014)* [GAD]	*Becker & Margraf (2016)* [GAD]	*Guideline DGPs (2010)* [SAD]	*Stangier, et al. (2016)* [SAD]	**Totel number**	**Percent**
General Interventions																											
Psychoeducation	*1*		*1*	*1*	*1*		*1*		*1*	*1*	*1*	*1*	**9**	**75,0%**		*1*	*1*	*1*	*1*				*1*			5	45,5%
Working on alliance	*1*			*1*	*1*				*1*			*1*	5	41,7%							*1*					1	9,1%
Goal setting	*1*		*1*			*1*						*1*	4	33,3%			*1*	*1*	*1*		*1*		*1*		*1*	**6**	**54,5%**
Activating resources	*1*			*1*		*1*			*1*			*1*	5	41,7%										*1*		1	9,1%
Enhance therapy motivation	*1*				*1*				*1*				3	25,0%			*1*	*1*	*1*				*1*		*1*	5	45,5%
Behavior analysis	*1*	*1*	*1*	*1*		*1*		*1*				*1*	**7**	**58,3%**			*1*		*1*		*1*		*1*		*1*	5	45,5%
Relapse prevention			*1*	*1*	*1*	*1*			*1*	*1*	*1*	*1*	**8**	**66,7%**			*1*	*1*	*1*		*1*		*1*		*1*	**6**	**54,5%**
Address acute crisis	*1*		*1*									*1*	3	25,0%												0	0,0%
Homework		*1*		*1*	*1*	*1*						*1*	5	41,7%			*1*	*1*	*1*		*1*		*1*		*1*	**6**	**54,5%**
Involving other persons	*1*		*1*	*1*	*1*			*1*	*1*			*1*	**7**	**58,3%**									*1*			1	9,1%
Cognitive Interventions																											
Cognitive restructuring	*1*		*1*	*1*	*1*		*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	**10**	**83,3%**		*1*	*1*	*1*	*1*				*1*	*1*	*1*	**7**	**63,6%**
Enhance self-efficacy expec.			*1*	*1*	*1*		*1*		*1*				5	41,7%												0	0,0%
Behavioral experiments	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*		*1*				*1*		**7**	**58,3%**				*1*					*1*	*1*	*1*	4	36,4%
Modification of Behavior																											

Reinforcement by therapist		*1*		*1*		*1*							3	25,0%													*1*	1	9,1%
Behavior activation	*1*		*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	**11**	**91,7%**														0	0,0%
Model learning		*1*											1	8,3%			*1*				*1*							2	18,2%
Behavior modifying int.	*0*	*0*	*1*	*0*	*0*	*1*	*1*	*0*	*1*	*1*	*0*	*0*	5	42,7%				*1*									*1*	2	18,2%
Exposure																														
Exposure (all kinds)							*1*						1	8,3%	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*			*1*	*1*		**9**	**81,8%**
Specific Techniques / Training																														
Selfmanagement	*1*		*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	**11**	**91,7%**			*1*		*1*									2	18,2%
Problem solving	*1*		*1*			*1*						*1*	4	33,3%			*1*											1	9,1%
Emotion regulation			*1*				*1*						2	16,7%														0	0,0%
Function coping strategies			*1*			*1*			*1*			*1*	4	33,3%			*1*											1	9,1%
Social competencies	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*		*1*			*1*	*1*	**9**	**75,0%**			*1*								*1*			2	18,2%
Cognitive trainings			*1*				*1*						2	16,7%											*1*	*1*	2	18,2%
Imagination techniques							*1*						1	8,3%			*1*		*1*				*1*			*1*	4	36,4%
Relaxation	*1*												1	8,3%		*1*	*1*					*1*	*1*				4	36,4%
Mindfulness	*1*		*1*			*1*					*1*	*1*	5	41,7%											*1*		1	9,1%
Acceptance	*1*		*1*		*1*						*1*	*1*	5	41,7%											*1*		1	9,1%
Euthymic therapy			*1*			*1*						*1*	3	*25,0%*													0	0,0%

Note. †: Shown are all interventions mentioned in at last two sources.

Appendix 2

Results of additional analyses with respect to recommended interventions for depression and anxiety disorder as dichotomous predictors for symptom reduction (SR) and patient satisfaction with therapy progress (PS).

Outcomes			Model comparison $M^{Cov.}$ vs. $M^{Dich.}$	Multiple R^2 $M^{Cov.}$	Multiple R^2 $M^{Dich.}$	Predictors included in ($M^{Dich.}$) [t; p]
depressoion	T2	SR	$F(4, 100) = 4.8$ ($p < .01^*$)	16.5	30.0	Behav. Analysis [2.8; < .01*] Behav. Activation [2.4; 02*] Social Competencies [2.3; 02*]
		PS	$F(1, 103) = 6.0$ ($p = .02^*$)	9.2	14.2	Behav. Activation [2.4; 02*]
	T3	SR	$F(1,71) = 3.9$ ($p = .05$)	14.6	19.1	Cognitive Restruct. [-2.0; .05]
		PS	$F(1, 70) = 6.2$ ($p = .02^*$)	15.9	22.7	Cognitive Restruct. [-2.5; .02*]
anxiety	T2	SR	NA	13.8	NA	-
		PS	$F(2, 85) = 2.9$, $p < .06$)	7.2	13.1	Homework [1.9; .06]
	T3	SR	NA	15.4	NA	-
		PS	NA	16.6	NA	-

Note. $\mathbf{M^{Cov.}}$: Model including covariate only; $\mathbf{M^{Dich.}}$: Final model resulting by stepwise regression including application of interventions as dichotomus predictors (applied vs. not applied at all); **SR**: Symptom reduction (reduction of BSI 18 - GSI since the first session); PS: Progress Satisfaction (Subjective estimated satisfaction with treatment progress (HAQ-S) at T2/ T3. NA indicates that the final $\mathbf{M^{Dich.}}$ didn´t contain other predictors than the initial symptom distress. Shown are only significant or marginally significant predictors included in $\mathbf{M^{Dich.}}$ additionally, to initial Symptom distress (being included in all models as negative predictor).

2.2 Therapieziele

Neben therapeutischen Interventionen sind auch die jeweiligen Ziele, die während und durch die Therapie zu erreichen versucht werden, entscheidend für die Gestaltung des therapeutischen Prozesses. Dennoch sind Therapieziele und ihr Zusammenhang mit dem Therapiefortschritt ebenfalls nur wenig untersucht worden. Der zweite Abschnitt dieses Kapitels beschäftigt sich, wie oben angekündigt, mit freiformulierten Therapiezielen. Nach einer Darstellung des aktuellen Forschungsstands zu Therapiezielen in der Praxis und Assoziationen mit Therapiefortschritt werden die Schwerpunkte, Fragestellungen und Hypothesen der beiden Studien, die im Rahmen dieser Dissertation zu Therapiezielen durchgeführt wurden, zusammengefasst.

2.2.1 Einordnung ins aktuelle Forschungsfeld.

Nach Cuijpers (2019) kann die Adressierung des Anliegens der Patientinnen und Patienten als ein Hauptziel psychotherapeutischer Behandlung aufgefasst werden. Zu untersuchen, welche Therapieziele in der Praxis gesetzt werden und wie diese mit Therapieerfolg im Zusammenhang stehen, sind somit auch für die Psychotherapieforschung essenzielle Themen. Da das Herausarbeiten von Therapiezielen ein Kernbestandteil in der Anfangsphase psychotherapeutischer Behandlung ist, sind Erkenntnisse zu diesem Thema zudem sehr praxisrelevant und potenziell relevant für alle Therapien, d.h. auch Diagnose- und Setting – übergreifend.

Empfehlungen zum Setzen von Therapiezielen.

In der Literatur finden sich Empfehlungen dazu, wie Therapieziele idealerweise formuliert werden sollten (z.B.: Brakemeier & Jacobi, 2017; Kanfer, Reinecker, & Schmelzer, 2012; Michalak, Grosse Holtforth, & Veith, 2005). Empfohlen wird hier unter anderem, dass Ziele persönlich relevant, so spezifisch wie möglich und in der Sprache des Patienten/ der

Patientin formuliert sein sollten (Brakemeier & Jacobi, 2017). Darüber hinaus wird beispielsweise nahegelegt, dass die Zielformulierung situations- und verhaltensspezifisch sein sollte und Beobachtungsbegriffe an Stelle von Eigenschaftsbegriffen verwendet werden sollten, wodurch die Zielerreichung beobachtbar und damit im Rahmen des Goal Attainment Scaling (GAS) messbar werde (Michalak et al., 2005). Besonders häufig wird empfohlen, dass Ziele positiv in Form von Annäherungszielen und nicht negativ als Vermeidungsziele formuliert werden sollten (Brakemeier & Jacobi, 2017; Kanfer et al., 2012; Michalak et al., 2005).

Diese Empfehlungen mögen gut nachvollziehbar und intuitiv sinnvoll erscheinen, die empirische Untermauerung ist allerdings dünn.

In Bezug auf den Ausrichtungsfokus von Zielen (Annäherung vs. Vermeidung) wurden Zusammenhänge mit verschiedenen Variablen untersucht (z.B. Holtforth, Grawe, Egger & Berking, 2005; Strachman & Gable, 2006). So wurde beispielsweise der Zusammenhang zwischen der Formulierung von persönlichen (Annäherungs- vs. Vermeidungs-) Zielen und dem subjektiv eingeschätzten Wohlbefinden, Selbstwert oder den selbst eingeschätzten Fähigkeiten untersucht (Coats, Janoff-Bulman, & Alpert, 1996; Elliot, Sheldon, & Church, 1997), so wie auch der Zusammenhang von (persönlichen und auch experimentell manipulierten) Annäherungs- bzw. Vermeidungszielen und Informationsverarbeitung und Gedächtnis (z.B. Strachman & Gable, 2006). Ebenso beschäftigten sich einige Studien mit der Beziehung motivationaler (Annäherungs- vs. Vermeidungs-) Ziele bei Psychotherapiepatient*innen und dem Therapieergebnis und konnten zeigen, dass motivationale Vermeidungsziele im Laufe einer psychotherapeutischen Behandlung abnahmen und eine Reduktion von motivationalen Vermeidungszielen verschiedene Therapieoutcomes, wie interpersonale Probleme, Optimismus und auch die mittlere Zielerreichung (allerdings nicht die Symptomreduktion) positiv beeinflusste (Holtforth, et al., 2005). Anzumerken bleibt hier jedoch, dass diese Studien sich nicht direkt auf Therapieziele beziehen und resultiere Befunde insofern nicht direkt auf Therapieziele übertragbar sind.

Therapieziele in der Praxis.

Die Zahl an Studien, welche sich explizit mit den frei formulierten Therapiezielen in der Routineversorgung beschäftigt haben, ist demgegenüber eher klein (vgl. Wollburg & Braukhaus, 2010).

Schwerpunkt vergangener Studien, die sich thematisch mit Therapiezielen beschäftigt haben, war, abgesehen von der Untersuchung des Zielfokus (vgl. Elliot & Church, 2002; Wollburg & Braukhaus, 2010) der Inhalt der Ziele (z.B. Berking et al., 2004; Berking, Grosse Holtforth, Jacobi, & Kröner-Herwig, 2005; Grosse Holtforth, 2001; Grosse Holtforth, Reubi, Ruckstuhl, Berking, & Grawe, 2004; Grosse Holtforth, Wyss, Schulte, Trachsel, & Michalak, 2009; Schöttke, Trame, & Sembill, 2014; Trachsel, Itten, Stauffer, Holtforth, & Hofer, 2008).

Vor einer Darstellung der Befunde zu Therapiezielen in der Praxis soll zunächst kurz auf die verwendeten Klassifikationen für den Therapiezielfokus und den Therapiezielinhalt eingegangen werden.

In Bezug auf den Therapiezielfokus können nach Wollburg und Braukhaus (2010) Ziele als Annäherungsziele aufgefasst werden, wenn sie auf einen positiven Endzustand fokussiert sind und darauf ein erwünschtes Ergebnis zu erreichen bzw. aufrechtzuerhalten, wohingegen Vermeidungsziele sich dadurch auszeichnen, dass sie auf einen als negativ erlebten Zustand bzw. dessen Vermeidung oder die Distanzierung davon fokussiert sind (vgl. Wollburg & Braukhaus, 2010, S. 488).

Zur Kategorisierung der Therapiezielinhalte wurde häufig die Taxonomie des *Berner Inventar für Therapieziele* (BIT-T, Grosse Holtforth, 2001; Grosse Holtforth & Grawe, 2002) eingesetzt. Mit der BIT-T lassen sich Therapieziele auf drei Abstraktionsebenen kategorisieren. Auf der höchsten Abstraktionsebene werden fünf Hauptkategorien und eine Restkategorie voneinander unterschieden: (1) Problem- und Symptombewältigung, (2) Interpersonale Ziele, (3) Wohlsein/better functioning, (4) Orientierung und (5) Selbstentwicklung. (Grosse Holtforth & Grawe, 2002).

In Bezug auf den Inhalt und Ausrichtungsfokus von Therapiezielen in der Praxis zeigten sich – separat voneinander betrachtet – in einigen Studien Zusammenhänge zu bestimmten Patient*innenvariablen. Beispielsweise gibt es erste Hinweise auf eine Beziehung zwischen der Behandlungsdiagnose und dem Therapiezielfokus (Wollburg & Braukhaus, 2010). Daneben zeigten sich deutlichere Unterschiede zwischen den Inhalten von Therapiezielen bei Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Diagnosen (Berking et al., 2004; Berking, 2004; Dirmaier, Harfst, Koch, & Schulz, 2006; Grosse Holtforth, 2001; Grosse Holtforth et al., 2009; Grosse Holtforth & Grawe, 2002; Jansson, Tham, & Ramnerö, 2015). So zeigte sich mehrfach, dass die Therapieziele von Patient*innen mit Angststörungen in Bezug auf den Inhalt weniger heterogen und am häufigsten auf Probleme und Symptome bezogen waren (Berking et al., 2004; Berking, 2004; Grosse Holtforth et al., 2009; Grosse Holtforth & Grawe, 2002). Jedoch unterschieden sich die Ergebnisse in Hinblick darauf, welche Zielinhalte bei Patientinnen und Patienten mit anderen Störungen, wie z.B. Depression, am häufigsten waren. (Berking et al., 2004; Berking, 2004; Grosse Holtforth, 2001; Grosse Holtforth et al., 2009; Grosse Holtforth & Grawe, 2002). Auch wurde ein Zusammenhang zwischen den Inhalten von Therapiezielen und der psychischen Belastung/ Symptomschwere (Berking, 2004; Jansson et al., 2015) und bestimmten soziodemographischen Variablen deutlich (Berking, 2004).

Therapieziele und Therapieerfolg.

Darüber hinaus zeigten sich Zusammenhänge zwischen Fokus bzw. Inhalt von Therapiezielen und dem Ausmaß der Zielerreichung sowie dem Therapieerfolg. Bezüglich des Zielfokus ergab sich im Sinne der Empfehlung, Ziele entsprechend eines Annäherungsfokus zu formulieren, dass das Formulieren von Vermeidungszielen im Vergleich zu Annäherungszielen mit einer geringeren Symptomreduktion (Wollburg & Braukhaus, 2010) und einem geringeren Zuwachs im subjektiv erlebtem Wohlbefinden im Verlauf der Therapie verknüpft war (Elliot

& Church, 2002). Demgegenüber zeigten sich keine Unterschiede in der Zielerreichung im Zusammenhang mit dem Fokus der Ziele (Wollburg & Braukhaus, 2010).

In Bezug auf den Zielinhalt fanden Trachsel et al., 2008 und (Grosse Holtforth et al., 2004) eine höhere Zielerreichung bei Zielen, welche die konkrete Probleme und Symptome zum Inhalt hatten, wohingegen die Zielerreichung bei (Berking, 2004) und (Berking et al., 2005) bei diesen Zielen am geringsten war.

Auch in Bezug auf den Therapieerfolg wurden signifikante Zusammenhänge zu den Therapiezielinhalten deutlich, wenngleich die Ergebnisse der verschiedenen Studien auch hier heterogen sind (Berking et al., 2004; Ramnerö & Jansson, 2016; Schöttke et al., 2014; Schöttke, Sembill, Eversmann, Waldorf, & Lange, 2011).

Da ein Ziel immer sowohl einen Inhalt als auch einen Fokus hat, ist es denkbar, dass die Heterogenität der Befunde möglicherweise auch damit zu tun haben könnte, dass es eine Assoziation zwischen dem Fokus und den Inhalten der Ziele gibt. Denkbar ist, dass sich bei der Betrachtung der Zusammenhänge verschiedener Kombinationen von Inhalt und Fokus mit bestimmten Prädiktoren bzw. Therapieerfolgsmaßen eindeutigere Assoziationen zeigen, als wenn diese Aspekte einzeln betrachtet werden. Ebenso könnte es sein, dass Assoziationen von Zielfokus und bestimmten Prädiktoren bzw. Therapieerfolgsmaßen nicht deutlich wurden, da sie möglicherweise durch eine stärkere Assoziation von Zielinhalt mit den jeweiligen Variablen überlagert wurden. Diese Fragen konnten bislang nicht beantwortet werden, da Zielfokus und –Inhalt in vorherigen Studien nicht innerhalb einer Stichprobe untersucht wurden und eine mögliche Assoziation von Fokus und Inhalt bislang vernachlässigt wurde.

2.2.2 Fazit zur Forschung zu Therapiezielen in der Praxis.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass die Zahl an Studien, welche sich mit konkreten Therapiezielen in der Praxis beschäftigen, gering ist. Bezüglich des Ausrichtungsfokus finden sich ein paar wenige Studien, welche einen Zusammenhang mit dem

Therapieergebnis bzw. der Zielerreichung untersucht haben. Diese liefern unterschiedliche Befunde, je nach untersuchtem Outcome. Der Ausrichtungsfokus wurde in diesen Studien jeweils unabhängig vom Therapiezielinhalt betrachtet, was möglicherweise die unterschiedlichen Befunde erklären könnte. Zudem wurde bislang auch kaum untersucht, ob Therapieziele in der Praxis entsprechend der Empfehlungen aus der Literatur formuliert werden. Gerade da Therapieziele in praktisch jeder psychotherapeutischen Behandlung relevant sind, hat eine Erweiterung des Kenntnisstands darüber, ob bestimmte Arten von Therapiezielen in einem günstigen Zusammenhang mit dem Therapieverlauf stehen, eine besondere Tragweite.

2.2.3 Fokus der im Rahmen der Promotion durchgeführten Studien (Studie 2 und 3).

Entsprechend der übergeordneten Fragestellungen wurde in zwei Studien einerseits untersucht, welche Ziele in der Praxis gesetzt wurden, ob die gesetzten Ziele in Hinblick auf ihren Ausrichtungsfokus den Empfehlungen entsprachen und ob die verschiedenen Zielarten im Therapieverlauf, nach 12 Sitzungen, unterschiedlich stark mit Symptomreduktion assoziiert waren, sowie ob die verschiedenen Zielarten aus Sicht von Patient*innen und Therapeu*innen unterschiedlich gut erreicht wurden. Dabei wurden Inhalt und Fokus von Therapiezielen erstmals innerhalb derselben Stichprobe untersucht und eine mögliche Assoziation des Inhalts und des Fokus von Therapiezielen erstmals mitberücksichtigt. Die beiden Studien wurden im Rahmen zweier Paper publiziert.

Fokus Studie 2: Kuhlencord, M., Bethan, I. & Hagmayer, Y. (2018).

Die erste Zielsetzung von Studie 2 war es, zum einen innerhalb einer Stichprobe von 109 konsekutiven Patient*innen in ambulanter kognitiver Verhaltenstherapie die dort gesetzten Therapieziele hinsichtlich ihres Zielfokus und ihres Inhalts zu klassifizieren sowie zu untersuchen, ob Fokus und Inhalt in Zusammenhang standen. Eine weitere Zielsetzung der Studie war, vorherige Befunde von Grosse Holtforth und Kollegen (2009) zu replizieren, und

zwar, dass sich die Therapiezielinhalte von Patient*innen mit einer Angststörung von denen anderer Patient*innen unterscheiden und häufiger problembezogen sind als bei anderen Diagnosen. Darüber hinaus ging es darum, zu prüfen, ob sich diese Patientengruppen auch in Hinblick auf den Zielfokus unterscheiden. Dazu wurden die Therapieziele von Patient*innen (a) mit einer Angststörung, (b) einer Angst- und einer komorbiden depressiven Störung und (c) ohne die Diagnose einer Angststörung miteinander verglichen.

Die erste Hypothese aufbauend auf die oben zusammengefassten Erkenntnisse war, dass (1) die verschiedenen Inhalte der Therapieziele unterschiedlich häufig vorkommen würden, mit problem- und symptombezogenen Zielen als häufigster Zielkategorie. Die zweite Hypothese war, dass entsprechend der Empfehlungen in der Literatur (2) die Therapieziele häufiger einen Annäherungsfokus als einen Vermeidungsfokus haben würden. Über die bisherige Forschung hinausgehend, nahmen wir an, dass es (3) einen Zusammenhang von Zielfokus und Zielinhalt geben würde, da bei dem Setzen von problem- und symptombezogenen Zielen ein Vermeidungsfokus naheliegender erscheint als beispielsweise bei Orientierungs- und Selbstentwicklungszielen. In Bezug auf Unterschiede zwischen den Störungsgruppen waren die Hypothesen zum einen, dass Patient*innen mit einer Angststörung mehr problem- und symptombezogene Ziele formulieren als Patient*innen ohne eine Angststörung (4). Zum anderen vermuteten wir, dass sich auch die Häufigkeit der beiden Zielfokusse zwischen den Störungsgruppen unterscheidet (5).

Die vollständige Publikation ist in Abschnitt 2.2.4 zu finden. Die Kernergebnisse werden zudem in Abschnitt 3.1.2 zusammenfassend dargestellt.

Fokus Studie 3: Kuhlencord, M. & Hagmayer, Y. (2020).

Die erste Zielsetzung von Studie 3 war, in einer erweiterten Stichprobe von 163 Patient*innen aus der ambulanten KVT, wie in Studie 2, die frei formulierten Therapieziele deskriptiv in Hinblick auf ihren Inhalt und ihren Fokus zu beschreiben sowie den

Zusammenhang zwischen Inhalt und Fokus zu untersuchen. Darüberhinausgehend war die zweite Zielsetzung, zu untersuchen, ob eine Assoziation zwischen den verschiedenen Kombinationen von Inhalt und Fokus mit dem anfänglichen Fortschritt der Therapie bestand. Hierbei wurde einerseits eine mögliche Assoziation zwischen Therapiezielart und der anfänglichen Zielerreichung und andererseits zur anfänglichen Symptomreduktion nach jeweils 12 Sitzungen untersucht.

Die Hypothesen waren, neben der Erwartung eines Zusammenhangs von Zielinhalt und Fokus wie in der vorherigen Studie 2 (1), dass Ziele mit verschiedenen Inhalten und Fokussen unterschiedlich stark erreicht werden (2). Ferner bestand die Annahme, dass das Vorliegen problembezogener Ziele je nach Fokus mit einer unterschiedlich starken Symptomreduktion einhergehen würde (3).

Die vollständige Publikation ist in Abschnitt 2.2.5 zu finden. Die Kernergebnisse werden zudem in Abschnitt 3.1.2 zusammenfassend dargestellt.

2.2.4 Studie 2: Kuhlencord, M., Bethan, I. & Hagmayer, Y. (2018).

Kuhlencord, M., Bethan, I. & Hagmayer, Y. (2018). Therapieziele bei Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung in ambulanter kognitiver Verhaltenstherapie. *E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung, 6(*2), 26-46. Verfügbar unter https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/413.

Titel

Therapieziele bei Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung in ambulanter kognitiver Verhaltenstherapie

Autoren

Merle Kuhlencord[1], Inga Bethan[2] York Hagmayer[3]

Autorenhinweis

[1] Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie, DE

[2] Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie, DE

[3] Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie, Abteilung Kognitionswissenschaften und Entscheidungspsychologie, DE

Kontakt

Merle Kuhlencord, MSc.

Abteilung für klinische Psychologie und Psychotherapie, Therapie und Beratungszentrum, Georg-August-Universität Göttingen, Gosslerstraße 14, D-37073 Göttingen, Germany. Email: merle.kuhlencord@uni-goettingen.de

www.resonanzen-journal.org

resonanzen

DIALOGE IN PSYCHOSOMATISCHER MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND BERATUNG

Therapieziele bei Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung in ambulanter kognitiver Verhaltenstherapie

Merle Kuhlencord, Inga Bethan und York Hagmayer

Zusammenfassung: Therapieziele bei Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung in ambulanter kognitiver Verhaltenstherapie

Zu Beginn einer Verhaltenstherapie legen Therapeutinnen und Therapeuten gemeinsam mit ihren Patientinnen und Patienten Therapieziele fest. Der vorliegende Artikel liefert eine Übersicht darüber, welche Funktionen Therapieziele haben, wie diese formuliert werden sollten und welche Arten von Zielen in der Praxis bei verschiedenen Diagnosen formuliert werden. Die potentielle Relevanz von Therapiezielen für den Therapieerfolg wird dargestellt. Darüber hinaus wird eine Studie präsentiert, in der die Therapieziele von 113 ambulanten Patientinnen und Patienten untersucht wurden. Die Ziele wurden erstmals sowohl inhaltlich anhand der Taxonomie für Therapiezielinhalte des Berner Inventars für Therapieziele als auch nach ihrem Fokus (Annäherung versus Vermeidung) klassifiziert. Ziele von Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung wurden mit denen von Patientinnen und Patienten ohne Angststörung verglichen. Unabhängig von der Diagnose bezogen sich die meisten Therapieziele auf Probleme und Symptome, während andere Bereiche wie Selbstentwicklung, Wohlsein und Orientierung häufig nicht berücksichtigt wurden. Insgesamt wurden mehr Annäherungs- als Vermeidungsziele formuliert. Es zeigte sich, dass symptombezogene Ziele häufig als Vermeidungsziele definiert wurden, während es sich bei anderen Zielen fast ausschließlich um Annäherungsziele handelte. Im Gegensatz zu früheren Studien zeigten sich keine Unterschiede bei verschiedenen Störungsbildern. Diese und frühere Befunde implizieren, dass in der Praxis nicht problem- und symptombezogenen Zielen mehr Beachtung geschenkt werden sollte und die Ziele im Hinblick auf die Annährung an einen positiven Endzustand formuliert werden sollten.

Schlüsselwörter: Therapieziele, Annäherungs- und Vermeidungsziele, Angststörung

Abstract: Treatment goals of patients diagnosed with an anxiety disorder in outpatient cognitive behavior therapy

At the beginning of a cognitive behavioral treatment, therapists and patients usually define mutually agreed treatment goals. The present article provides a summary of the functions of therapy goals, outlines how they should be framed, and describes which categories of goals are commonly found for different types of disorders. The potential relevance of therapy goals for a positive treatment outcome is discussed. An empirical study is presented, in which therapy goals of 113 patients in outpatient psychotherapy were analyzed. Goals were categorized based on the taxonomy of treatment goal themes of the Bern Inventory of Treatment Goals and – for the first time – also with respect to their outcome focus (approach versus avoidance). Goals of patients with and without an anxiety disorder were compared. Irrespective of diagnosis, most goals referred to problems and symptoms, while other domains like personal growth, well-being and existential issues were often not considered. Approach-focused goals were more frequent than avoidance-focused goals. It also turned out that symptom-related goals were frequently framed as avoidance goals, while other goals usually had an approach focus. Counter to previous findings, no differences in goals among patients with different diagnoses were found. These and prior findings imply that non-symptom related goals should be considered more often in clinical practice and that goals should be framed in terms of approaching a positive end-state.

Keywords: Treatment goals, approach- and avoidance goals, anxiety disorders

www.resonanzen-journal.org

resonanzen

DIALOGE IN PSYCHOSOMATISCHER MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND BERATUNG

Einleitung

Personen, die sich für eine Psychotherapie anmelden, wollen in der Regel etwas in ihrem Leben verändern. Die Frage „Was möchten Sie in der Therapie erreichen?“ steht daher meist am Beginn einer Therapie. Die Ziele sind dabei so unterschiedlich und facettenreich wie die Patientinnen und Patienten selbst. Die Bandbreite reicht von konkreten symptombezogenen Zielen wie „Ich möchte wieder ohne Angst unter Leute gehen können“ bis hin zu globalen Zielen der Art „Ich möchte wieder Freude am Leben haben können“. Diese Ziele des Patienten/der Patientin bilden die Grundlage für die Festlegung von Therapiezielen für die Behandlung. Therapieziele lassen sich allgemein definieren als „gerichtete Veränderungen des Verhaltens und Erlebens, die ein Patient zu Beginn einer Psychotherapie mit dem Therapeuten vereinbart und mit Hilfe der Therapie zu erreichen versucht“ (Grosse Holtforth, 2001, S. 4).

Der vorliegende Artikel widmet sich sowohl theoretischen als auch praktischen Fragen zu Zielen in der Psychotherapie. Zunächst wird aus einer theoretischen Perspektive heraus betrachtet, welchen Zwecken Ziele in der Therapie dienen können. Anschließend wenden wir uns der Frage zu, worauf Therapeutinnen und Therapeuten und Patientinnen und Patienten bei der Formulierung von Therapiezielen achten sollten. Darauf folgt ein Einblick in die bisherige Forschung zu Therapiezielen, bevor eine aktuelle Studie zu Therapiezielen vorgestellt wird.

Welche Funktionen erfüllen Therapieziele?

Die Formulierung von Therapiezielen stellt aus verschiedenen Gründen einen wichtigen Bestandteil der Therapie dar. Zu Beginn sollen sie den Patientinnen und Patienten helfen, die erforderliche Therapiemotivation aufzubauen (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012). Im Gegensatz zur Negativmotivation durch den vorherrschenden Leidensdruck soll durch die Zielklärung eine positiv orientierte „Zug“-Motivation erzeugt werden (Kanfer et al., 2012). Außerdem helfe die Formulierung von Therapiezielen, Fokus und Orientierung innerhalb der Behandlung herzustellen (Sack, Schmid-Ott, Lempa & Lamprecht, 1999). Durch die Fokussierung des Patienten/der Patientin auf die eigenen Ziele soll die Aufmerksamkeit auf Verhaltensweisen, Gefühle, Kognitionen, Ereignisse und Situationen gelenkt werden, die für die angestrebten Veränderungen relevant sind (Kanfer et al., 2012). Die Konzentration auf wichtige Ziele ist auch für den Therapeuten/die Therapeutin hilfreich und kann ihn/sie bei der Therapieplanung unterstützen (Watzke, Schulz & Dirmaier, 2014). Die persönlich relevanten Ziele eines Patienten/einer Patientin können dem Therapeuten/der Therapeutin zudem Anhaltspunkte für die Methodenauswahl geben, was wiederum die Motivation des Patienten/der Patientin zur aktiven Mitarbeit fördert (Kanfer et al, 2012).

www.resonanzen-journal.org
resonanzen
DIALOGE IN PSYCHOSOMATISCHER MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND BERATUNG

Darüber hinaus können die Festlegung von Therapiezielen und die Messung der Zielerreichung ein Mittel der Qualitätssicherung darstellen und auch für die Evaluation von Therapieerfolg herangezogen werden (Sack, Schmid-Ott, Lempa & Lamprecht, 1999; Watzke et al., 2014). Eine Methode der individualisierten Messung der Zielerreichung stellt das *Goal Attainment Scaling* (Kiresuk & Sherman, 1968) dar. Eine zielorientierte Ergebnisevaluation bietet dabei den Vorteil, dass sie sich auf einzelne Patientinnen und Patienten und nicht auf globale Erfolgsmaße bezieht (Watzke et al., 2014).

Wie sollten Therapieziele gesetzt werden?

Therapieziele werden in der Regel von Patientinnen und Patienten zusammen mit ihren Therapeutinnen und Therapeuten festgelegt. Dabei werden individuelle Ziele des Patienten/der Patientin in gemeinsame Therapieziele von Patient/in und Therapeut/in umgeformt (Grosse Holtforth, 2001). Dieses Aushandeln stellt einen wichtigen Prozess dar, da Patientinnen und Patienten zunächst oftmals eher vage und globale Zielvorstellungen wie „im Alltag zufriedener sein", „Stressbewältigung" oder „Ängste abbauen" haben (Berking, Grosse Holtforth, Jacobi & Kröner-Herwig, 2005; Kanfer et al., 2012). Im gemeinsamen Zielfindungsprozess ist es die Aufgabe des Therapeuten/der Therapeutin, zu überprüfen, ob die vom Patienten/von der Patientin vorgeschlagenen Ziele tatsächlich die Kriterien von *Therapie*zielen erfüllen (Berking et al., 2005).

In der Literatur finden sich relativ genaue Beschreibungen dazu, wie Therapieziele idealerweise formuliert werden sollten (siehe auch Brakemeier & Jacobi, 2017; Kanfer et al., 2012; Michalak, Grosse Holtforth & Veith, 2005). Sie sollten unter anderem positiv, persönlich relevant, so spezifisch wie möglich und in der Sprache des Patienten/der Patientin formuliert sein (Brakemeier & Jacobi, 2017). Michalak, Grosse Holtforth und Veith (2005) fordern, dass die Zielformulierung situations- und verhaltensspezifisch sein sollte. Außerdem sollten anstelle von Eigenschaftsbegriffen („selbstsicherer werden") Beobachtungsbegriffe verwendet werden („Ich möchte eine aufrechte Körperhaltung einnehmen und mit lauter Stimme sprechen"). Dadurch werde die Zielerreichung beobachtbar, was eine notwendige Bedingung für die Messung der Zielerreichung im Rahmen des Goal Attainment Scaling (GAS) darstelle (Michalak et al., 2005). Darüber hinaus sollten die Ziele positiv in Form von Annäherungszielen und nicht negativ als Vermeidungsziele formuliert werden (Kanfer et al., 2012; Michalak et al., 2005).

Welche Arten von Therapiezielen spielen in der Praxis eine Rolle?

Therapieziele lassen sich anhand verschiedener Kriterien klassifizieren. Vor allem eine Klassifizierung der Zielinhalte scheint sinnvoll zu sein, da man dadurch die für Patientinnen und

www.resonanzen-journal.org
resonanzen
DIALOGE IN PSYCHOSOMATISCHER MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND BERATUNG

Patienten relevanten Veränderungsbereiche bestimmen kann (Kazdin, 2001). Zur Kategorisierung der Therapiezielinhalte hat sich die *Taxonomie für Therapiezielinhalte* des *Berner Inventar für Therapieziele* (BIT-T; Grosse Holtforth, 2001; Grosse Holtforth & Grawe, 2002) bewährt. Das *Berner Inventar für Therapieziele* (BIT) besteht aus zwei Teilen: der Taxonomie für Therapiezielinhalte (BIT-T) und der Therapiezielcheckliste (BIT-C), welche auf dem Kategoriensystem der BIT-T aufgebaut ist. Die BIT-T stellt ein empirisch entwickeltes Klassifikationssystem dar. Die Entwicklung der BIT-T basiert auf 1.031 Therapiezielen, welche in der Universitätsklinik Bern von insgesamt 300 Patientinnen und Patienten gemeinsam mit ihren Therapeutinnen und Therapeuten festgelegt wurden. Diese frei formulierten Therapieziele wurden von 22 praktisch tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in selbst definierte Kategorien eingeordnet, welche im Anschluss clusteranalytisch zusammengefasst wurden. Auf dieser Grundlage wurde eine erste Version eines gemeinsamen Kategoriensystems (BIT-T Version 1.0) erstellt (Grosse Holtforth, 2001). Anschließend wurde dieses System empirisch überprüft und anhand von Therapiezielen zusätzlicher ambulanter und stationärer Patientinnen und Patienten weiterentwickelt (Grosse Holtforth & Grawe, 2002), was schließlich zur Erstellung der aktuellen Version der BIT-T (Version 4.0) führte.

Die BIT-T ist hierarchisch gegliedert. Auf der höchsten Abstraktionsebene werden fünf Hauptkategorien und eine Restkategorie voneinander unterschieden: (1) Problem- und Symptombewältigung, (2) Interpersonale Ziele, (3) Wohlsein/better functioning, (4) Orientierung und (5) Selbstentwicklung. Unter Problem- und Symptombewältigung fallen – wie der Titel bereits sagt – alle Ziele, die Bezug auf akute Probleme oder Symptome des Patienten/der Patientin nehmen (z. B. „Ich möchte ohne Angst durch die Fußgängerzone gehen“). Zu interpersonalen Zielen gehören Ziele, die sich auf den zwischenmenschlichen Kontakt im Allgemeinen und konkrete Beziehungen im Besonderen beziehen (z. B. „Ich möchte auf fremde Menschen zugehen“). In der Zielkategorie Wohlsein sind neben Zielen, die sich auf das psychische Wohlbefinden beziehen, auch Ziele bezüglich Bewegung, Aktivität, Entspannung und Gelassenheit einzuordnen (z. B. „Ich möchte lernen, mich besser zu entspannen“). Die Klärung der eigenen Zukunftsperspektive und Selbstreflexion sind zentrale Themen der Zielkategorie Orientierung (z. B. „Ich will eine Perspektive für mich entwickeln und herausfinden, wie ich meine Zukunft gestalten kann“). Die Zielkategorie Selbstentwicklung umfasst unter anderem Ziele, die eine Steigerung des Selbstwertgefühls und die persönliche Selbstverwirklichung betreffen (z. B. „Ich möchte meine Ansprüche an mich selbst reduzieren“). Nachdem ein Ziel einer dieser *Hauptkategorien* zugeordnet wurde, kann dessen Inhalt dann auf zwei weiteren Ebenen feiner kategorisiert werden (Grosse Holtforth & Grawe, 2002).

Neben dieser inhaltlichen Kategorisierung lassen sich Therapieziele auch hinsichtlich ihres Zielfokus klassifizieren. Der Fokus eines Ziels kann dabei entweder auf Annäherung oder Vermeidung liegen. Für die Unterscheidung sind die emotionalen Zustände, die mit der Zielerreichung

www.resonanzen-journal.org
resonanzen
DIALOGE IN PSYCHOSOMATISCHER MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND BERATUNG

verbunden sind, entscheidend. Bei Annäherungszielen erwartet die Person, dass sie sich bei der Erreichung des Ziels wohlfühlen wird: stolz, bestätigt, akzeptiert, überlegen – oder welcher emotionale Zustand auch immer als erstrebenswert angenommen wird. Bei Vermeidungszielen hingegen erwartet die Person, dass ihr durch die Zielerreichung negative, unerwünschte emotionale Zustände wie Beschämung, Versagen oder Niederlagen erspart bleiben oder reduziert werden (Schulte, 2015).

Die Unterscheidung von Annäherungs- und Vermeidungszielen lässt sich auch psychopathologisch begründen. Nach der Konsistenztheorie von Grawe (1998) tragen insbesondere starke Vermeidungsziele einer Person zur Entwicklung von Psychopathologie und schlechtem Wohlbefinden bei. Verschiedene Studien stützen diese Annahme. So untersuchten Elliot und Church (2002) den Zusammenhang zwischen Vermeidungszielen und subjektivem Wohlbefinden. Es zeigte sich, dass Patientinnen und Patienten, die mehr Vermeidungsziele formulierten, einen geringeren Zuwachs an subjektivem Wohlbefinden über die Therapie hinweg erzielten als Patientinnen und Patienten mit weniger Vermeidungszielen.

Welche Therapieziele werden in der Praxis formuliert?

Studien zeigen, dass sich die Therapieziele von Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Diagnosen unterscheiden. So fanden Grosse Holtforth, Wyss, Schulte, Trachsel und Michalak (2009), dass Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Angststörung gemeinsam mit ihren Therapeutinnen und Therapeuten überwiegend problem- und symptombezogene Ziele formulierten, während die Ziele von depressiven Patientinnen und Patienten inhaltlich heterogener waren. Außerdem wurden Unterschiede in den Zielinhalten für verschiedene Angststörungen festgestellt. Beispielweise formulierten Patientinnen und Patienten mit einer sozialen Phobie mehr Ziele in Hinblick auf Kontakt und Nähe, während Patientinnen und Patienten mit einer Zwangsstörung primär die Bewältigung der Zwangssymptome als Ziel definierten (Grosse Holtforth et al., 2009). Ähnliche Befunde fanden sich in der Studie von Berking, Grosse Holtforth, Jacobi und Kröner-Herwig (2004). Die Therapieziele von Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen waren deutlich heterogener als die von Patientinnen und Patienten mit Angststörungen, deren Therapieziele wiederum deutlich heterogener waren als die der Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzstörungen. Bislang noch nicht untersucht wurde jedoch der Zielfokus (Annäherung versus Vermeidung) von Therapiezielen von Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung. Ebenfalls nicht untersucht wurde, wie die inhaltlichen Zielkategorien mit dem Zielfokus zusammenhängen. Dies zu untersuchen, waren die Ziele der hier berichteten Studie.

www.resonanzen-journal.org
resonanzen
DIALOGE IN PSYCHOSOMATISCHER MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND BERATUNG

Empirische Studie

Das erste Ziel der vorliegenden Studie war es, die Therapieziele von ambulanten Patientinnen und Patienten in kognitiver Verhaltenstherapie hinsichtlich ihres Zielfokus und ihres Inhalts zu analysieren und zu klassifizieren. Wir vermuteten, dass (1) wie in vorherigen Studien die Inhalte der Therapieziele unterschiedlich häufig sein würden, mit problem- und symptombezogenen Zielen als häufigster Zielkategorie. Entsprechend der Empfehlungen in der Literatur nahmen wir an, dass (2) insgesamt mehr Ziele mit Annäherungsfokus als mit Vermeidungsfokus formuliert werden. Über die bisherige Forschung hinausgehend vermuteten wir, dass es (3) einen Zusammenhang von Zielfokus und Zielinhalt geben würde. Gerade bei der Formulierung von problem- und symptombezogenen Zielen liegt möglicherweise ein Vermeidungsfokus nahe, während dies bei Orientierungs- und Selbstentwicklungszielen nicht der Fall zu sein scheint.

Das zweite Ziel der Studie war es, die berichteten Befunde in Bezug auf Unterschiede in den Therapiezielinhalten in Abhängigkeit von der Diagnose (siehe Berking et al., 2004) anhand einer neuen Stichprobe zu prüfen und zu ermitteln, wie sich die Ziele von Angstpatientinnen und –patienten von denen ohne eine solche Diagnose unterscheiden. Hierzu wurden die Therapieziele von Patientinnen und Patienten (a) mit einer Angststörung, (b) einer Angst- und einer komorbiden depressiven Störung, und (c) ohne die Diagnose einer Angststörung miteinander verglichen. Die Hypothesen waren, dass (4) Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung mehr problem- und symptombezogene Ziele formulieren als Patientinnen und Patienten ohne eine Angststörung. Außerdem vermuteten wir, dass sich (5) auch der Zielfokus von Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung von Patientinnen und Patienten ohne eine Angststörung unterscheidet.

Methode

Stichprobe

Untersucht wurden die Therapieziele von 113 Patientinnen und Patienten, welche von April 2017 bis März 2018 in der Ausbildungsambulanz für kognitive Verhaltenstherapie des Therapie- und Beratungszentrums der Georg-August-Universität Göttingen eine Therapie begonnen hatten. Alle Patientinnen und Patienten gaben schriftlich ihr Einverständnis zur anonymen Auswertung ihrer Daten.

Das mittlere Alter der Patientinnen und Patienten betrug 38,3 Jahre (SD=13,7), 63 % waren weiblich. Behandelt wurden die Patientinnen und Patienten von 25 Therapeutinnen und Therapeuten in Ausbildung, welchen im Durchschnitt 4,5 Patientinnen und Patienten zugeordnet waren (SD=3,9).

www.resonanzen-journal.org

resonanzen

DIALOGE IN PSYCHOSOMATISCHER MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND BERATUNG

Für die Analysen wurden die von den Therapeutinnen und Therapeuten am Ende der Probatorik nach ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2016) vergebenen Behandlungsdiagnosen zu Grunde gelegt. Die Diagnosen basierten auf einer standardmäßig durchgeführten Diagnostik anhand des Composite International Diagnostic Interview (World Health Organization, 1990) sowie dem klinischen Urteil der Therapeutinnen und Therapeuten unter Zuhilfenahme der Internationalen Diagnose Checklisten für ICD-10 und DSM-IV (Hiller, Zaudig & Mombour, 2012).

Um Diagnosegruppen mit ausreichender Größe zu generieren, wurden Einzeldiagnosen zusammengefasst. Es ergab sich eine Gruppe von Patientinnen und Patienten mit „Angststörungen“ (N=57), worin Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen Agoraphobie mit oder ohne Panikstörung, (ICD10: F40.0), Soziale oder Spezifische Phobien (ICD10: F40.1, F40.2), Panikstörung, Generalisierte Angststörung, Angst und depressive Störung, gemischt und sonstige spezifische Angststörungen (ICD10: F41.0, F41.1, F41.2, F41.8) zusammengefasst wurden. Diese Diagnosegruppe wurde nochmals in Hinblick auf das Vorliegen einer komorbiden depressiven Störung in zwei Untergruppen unterteilt. Patientinnen und Patienten, bei denen zusätzlich die Diagnose einer einzelnen depressiven Episode (ICD10: F32.0 - F32.9) oder einer gegenwärtig nicht remittierten rezidivierenden depressiven Episode (ICD10: F33.0 – F33.3) vergeben wurde, wurden der Untergruppe „Angststörung mit Depressiver Störung“, kurz „AmD“, (N=22) zugeordnet. Die Patientinnen und Patienten, welche neben einer Angststörung keine der genannten affektiven Diagnosen hatten, fielen in die Untergruppe „Angststörung ohne Depressive Störung“, kurz „AoD“, (N=35). Die restlichen Patientinnen und Patienten wurden zur Diagnosegruppe „keine Angststörung“, kurz „kA“, (N=56) zusammengefasst. Die deskriptiven Merkmale, so wie die mittlere Anzahl der Diagnosen und gesetzten Ziele in den jeweiligen Diagnosegruppen ist in Tabelle 1 dargestellt. Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen in Hinblick auf Alter, Geschlecht und Anzahl der Ziele (siehe Tabelle 1 für das Ergebnis der statistischen Analysen mit Chi^2-Test [Geschlecht] oder Varianzanalyse). Die signifikant höhere Anzahl an Diagnosen in der Diagnosegruppe AmD ist darauf zurückzuführen, dass für die Zuordnung zu dieser Gruppe eine komorbide depressive Störung zusätzlich gegeben sein musste.

www.resonanzen-journal.org
resonanzen
DIALOGE IN PSYCHOSOMATISCHER MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND BERATUNG

Deskriptive Stichprobenmerkmale sowie die Anzahlen an Diagnosen und Therapiezielen in den Störungsgruppen „keine Angststörung", „Angststörung ohne affektive Störung" und „Angststörung und Affektive Störung".

Diagnosegruppen	N	Geschlecht	Alter Mittel (SD)	Anzahl Diagnosen Mittel (SD)	Anzahl Ziele Mittel (SD)
Keine Angststörung (kA)	56	W=66% M=34%	38,9 (14,1)	2,3 (1,43)	4,55 (1,76)
Angststörung ohne Depressive Störung (AoD)	22	W=59% M=41%	35,8 (13,4)	2,68 (1.43)	4,82 (1,99)
Angststörung mit Depressiver Störung (AmD)	35	W=60% M=40%	38,6 (13,5)	3,4 (1,06)	4,63 (1,7)
***p*-Wert Analyse Gruppenvergleich**		*p*=0,75	*p*=0,66	*p*<0,001	*p*=0,84

Tabelle 1

Erfassung und Kodierung der Therapieziele

Bei den Therapiezielen handelt es sich um frei formulierte Ziele, welche konsensuell geklärt und dann zum Ende der Probatorik schriftlich festgehalten wurden. Es konnten maximal zehn Ziele festgelegt werden. Insgesamt wurden in den 113 Therapien 523 Therapieziele formuliert. Die mittlere Anzahl war 4,63 (SD=1,77) Ziele pro Therapie.

Für die weitere Analyse wurden die Therapieziele in Hinblick auf ihren Inhalt entsprechend der Hauptkategorien (Problem- und Symptombewältigung, Interpersonale Ziele, Wohlsein/better functioning, Orientierung und Selbstentwicklung) der Taxonomie für Therapiezielinhalte des Berner Inventars für Therapieziele (BIT-T Version 4.0) kategorisiert (Grosse Holtforth, 2001; Grosse Holtforth & Grawe, 2002). Zusätzlich wurden die Therapieziele entsprechend ihrem Fokus den Kategorien „Annäherungsfokus" und „Vermeidungsfokus" zugeordnet. In Anlehnung an Wollburg und Braukhaus (2010) und Elliot und Sheldon (1997) wurden Annäherungsziele über das Kriterium „fokussiert auf einen positiven Endzustand/Ziel in der Zukunft und dessen

www.resonanzen-journal.org
resonanzen
DIALOGE IN PSYCHOSOMATISCHER MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND BERATUNG

Erreichung“ definiert, was in der Regel mit einer positiven Formulierung einherging und Vermeidungsziele über die Kriterien „fokussiert auf einen als negativ erlebten Zustand und dessen Vermeidung oder Distanzierung davon“, was meist mit einer negativen Formulierung einherging. Die Kategorisierung erfolgte durch zwei in der BIT-T geschulte und in die Kriterien zur Kategorisierung des Zielfokus eingearbeitete Raterinnen. Es ergab sich eine Übereinstimmung von 87,8 % bei den BIT-T-Hauptkategorien und von 92,7 % beim Fokus. Uneinigkeiten wurden mit der Erstautorin diskutiert. Die Klassifikation für die weitere Analyse wurde einvernehmlich bestimmt.

Statistische Analysen

Basis der deskriptiven Analysen war, dass zunächst für jede Therapie die Anzahl an Zielen in den inhaltlichen Zielkategorien des BIT-T und den Fokuskategorien Annäherung versus Vermeidung berechnet wurde. Zusätzlich wurde für jede Therapie, in Relation zur jeweiligen Gesamtzahl der formulierten Ziele, der prozentuale Anteil für die verschiedenen Inhalts- und Fokuskategorien ermittelt. Die Anzahlen und die prozentualen Anteile wurden anschließend über die Therapien hinweg gemittelt.

Zur statistischen Prüfung der Hypothesen wurden Varianzanalysen mit und ohne Messwiederholung sowie t-Tests gerechnet. Als Kriteriumsvariable fungierte die Anzahl der Ziele und als Prädiktoren die in der jeweiligen Hypothese genannten Faktoren. Bei zusätzlichen explorativen Analysen wurden exakte Tests nach Fisher (Field, Miles & Field, 2012) verwendet, um mögliche Zusammenhänge dichotomer Variablen auf Signifikanz zu testen. Ein Signifikanzniveau von 5 % wurde zu Grunde gelegt.

www.resonanzen-journal.org
resonanzen
DIALOGE IN PSYCHOSOMATISCHER MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND BERATUNG

Ergebnisse

Zielinhalte und Zielfokus unabhängig von der Diagnose

Ergebnisse zu Zielkategorien und Zielfokus unabhängig von der Diagnose des Patienten/der Patientin. Zahlen geben mittlere Anzahlen (und mittlere prozentuale Anteile) an.

	Hauptkategorien der Taxonomie für Therapiezielinhalte (BIT-T)					
Zielfokus	***Symptom-bezogen***	***Selbst-entwicklung***	***Interpersonal***	***Orientierung***	***Wohlsein***	***Gesamt Zielfokus***
Annäherung	0,8 (16,9%)	0,7 (14,8%)	0,8 (17,5%)	0,1 (1,9%)	0,6 (13,2%)	3,1 (66,9%)
Vermeidung	1,1 (23,4%)	0,1 (2,7%)	0,1 (1,5%)	<0,1 (1,0%)	<0,1 (0,3%)	1,4 (30,5%)
Gesamt Kategorien	1,9 (41%)	0,8 (17,4%)	1,0 (20%)	0,1 (3%)	0,6 (13,5%)	
***p*-Werte Varianzanalyse Mittlere Anzahlen**	Zielkategorien: $p<0{,}001$ Zielfokus: $p<0{,}001$ Interaktion (Kategorie:Fokus): $p<0{,}001$					

Anmerkung. Die prozentualen Anteile der BIT-T Hauptkategorien summieren sich mit der nicht dargestellten Restkategorie zu 100%, die Anteile von Annäherung und Vermeidung zusammen mit den unklaren Fällen.

Tabelle 2

Tabelle 2 fasst die entsprechenden Ergebnisse zusammen. Über alle Therapien hinweg betrug der mittlere Anteil der problem- und symptombezogenen Ziele 41,0 %. Der mittlere Anteil für die Zielkategorie Interpersonale Ziele lag bei 20,0 %, für die Zielkategorie Selbstentwicklung bei 17,4 % und für die Zielkategorie Wohlsein bei 13 %. Am geringsten war mit einem prozentualen Anteil von 3,0 % die Zielkategorie Orientierungsziele besetzt. Wie in Hypothese 1 vermutet

www.resonanzen-journal.org
resonanzen
DIALOGE IN PSYCHOSOMATISCHER MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND BERATUNG

und in vorherigen Studien bereits gefunden, waren die problem- und symptombezogenen Ziele am häufigsten. Eine Varianzanalyse mit der abhängigen Variable Anzahl Ziele, der inhaltlichen Zielkategorie (ohne Restkategorie) und dem Zielfokus als Messwiederholungsfaktoren ergab, dass sich die Besetzung der Ziel- und Fokuskategorien wie in Hypothese 1 vermutet signifikant voneinander unterschied. Für den Faktor Zielkategorie ergab sich ein signifikanter Haupteffekt, $F(4, 448) = 45{,}29$, $p<0{,}001$.

In Bezug auf den Zielfokus zeigte sich, dass die meisten Ziele einen Annäherungsfokus hatten. Die Anzahl an Annäherungszielen betrug im Durchschnitt 3,1 (95%-CI: 2,8-3,4), der mittlere Anteil lag damit bei 66,9 %. Die mittlere Anzahl an Zielen mit Vermeidungsfokus betrug hingegen 1,4 (95 %-CI:1,2-1,7) der mittlere Anteil lag bei 30,5 %. Der Zielfokus ließ sich bei 2,6 % der Ziele nicht eindeutig klären. Die oben genannte Varianzanalyse ergab, dass wie in Hypothese 2 vermutet signifikant mehr Annäherungsziele definiert wurden, $F(1, 112) = 53{,}48$, $p<0{,}001$.

Im letzten Schritt wurde analysiert, wie die inhaltlichen Zielkategorien und der Zielfokus der Therapieziele zusammenhängen. Wie Tabelle 2 zeigt, wurden in der Zielkategorie problem- und symptombezogene Ziele zu ungefähr gleichen Teilen Ziele mit Annäherungs- und Vermeidungsfokus vereinbart. In allen anderen Zielkategorien wurden deutlich mehr Ziele mit Annäherungsfokus festgelegt. Durch die Berücksichtigung der Interaktion von Fokus und Zielkategorie wurde mit der erwähnten Varianzanalyse statistisch getestet, ob bestimmte Kombinationen von Fokus und Zielkategorie zu höheren Zahlen an Zielen führten. Es resultierte eine signifikante Interaktion von Fokus und Zielkategorie, $F(4, 448) = 24{,}56$, $p<0{,}001$, was für Hypothese 3 sprach.

www.resonanzen-journal.org
resonanzen
DIALOGE IN PSYCHOSOMATISCHER MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND BERATUNG

Zielinhalte und Zielfokus bei Patientinnen und Patienten mit Angst- und anderen Störungen

Ergebnisse zu den Zielkategorien der Taxonomie für Therapiezielinhalte (BIT-T) in Abhängigkeit von den Störungsgruppen.

	Diagnosegruppen						
	Keine Angststörung (kA)		Angststörung ohne Depressive Störung (AoD)		Angststörung mit Depressiver Störung (AmD)		p-Wert Varianzanalysen Mittlere Anzahlen
BIT-T Haupt-kategorien	*Mittl. Anzahl (95%-KI)*	*Mittl. Anteil*	*Mittl. Anzahl (95%-KI)*	*Mittl. Anteil*	*Mittl. Anzahl (95%-KI)*	*Mittl. Anteil*	
Symptom-bezogen	1,8 (1,4-2,1)	39,2%	2,5 (1,6-3,4)	50,3%	1,8 (1,3-2,3)	38,2%	*p*=0,1
Selbstent-wicklung	0,8 (0,6-1,0)	17,3%	0,6 (0,2-1,0)	11,6%	0,9 (0,6-1,2)	21,3%	*p*=0,4
Inter-personal	1,0 (0,7-1,2)	20,3%	1,0 (0,4-1,6)	21,8%	0,9 (0,6-1,2)	18,4%	*p*=1
Orien-tierung	0,1 (<0,1-0,2)	3,4%	0,1 (<0,1-0,2)	2,4%	0,1 (<0,1-0,2)	2,6%	*p*=0,7
Wohlsein	0,7 (0,5-0,9)	15,5%	0,4 (0,1-0,8)	7,9%	0,7 (0,4-0,9)	13,7%	*p*=0,4
Rest	0,2 (0,1-0,3)	4,3%	0,2 (<0,1-0,4)	6,0%	0,3 (0,1-0,4)	5,8%	*p*=0,8

Tabelle 3

In Tabelle 3 sind die Verteilungen der Therapieziele gemäß der Hauptkategorien der BIT-T in den drei Diagnosegruppen dargestellt. Das Muster der Ergebnisse in den drei Diagnosegruppen war

www.resonanzen-journal.org
resonanzen
DIALOGE IN PSYCHOSOMATISCHER MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND BERATUNG

sehr ähnlich. Separate Varianzanalysen in den einzelnen Zielkategorien mit der Anzahl der Ziele als abhängige Variable und den Diagnosegruppen als Faktor ergaben mit p-Werten zwischen p=0,14 und p=0,95 keine signifikanten Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen. Dieses Ergebnis widerspricht Hypothese 4, welche Unterschiede in den Inhalten der Therapieziele zwischen den Diagnosegruppen vermutete.

Prozentualer Anteil der Therapien, bei denen in den jeweiligen Zielkategorien der Taxonomie für Therapiezielinhalte (BIT-T) gar keine Ziele gesetzt wurden in Abhängigkeit von den Störungsgruppen.

	BIT-T Hauptkategorien				
Diagnosegruppen	***Symptom-bezogen***	***Selbst-entwicklung***	***Interpersonal***	***Orientierung***	***Wohlsein***
Keine Angststörung (kA)	23%	45%	43%	86%	52%
Angststörung ohne Depressive Störung (AoD)	14%	59%	50%	91%	73%
Angststörung mit Depressiver Störung (AmD)	14%	31%	37%	91%	54%
***p*-Wert für Gruppenvergleich kA vs. AoD & AmD [a]**	p=0,2	p=0,9	p=1	p=0,4	p=0,3
***p*-Wert für Gruppenvergleich AoD vs. AmD [a]**	p=1	p=0,06	p=0,4	p=0,6	p=0,3

Anmerkung. Die Werte der Restkategorie sind hier nicht dargestellt.

[a] Es wurden exakte Tests nach Fisher gerechnet.

Tabelle 4

Die Verteilung der Therapieziele deutet darauf hin, dass gewisse inhaltliche Zielkategorien nur selten oder gar nicht vergeben wurden. Um dies genauer zu analysieren, wurde die Häufigkeit von Therapien ermittelt, in denen keine Ziele in der jeweiligen Zielkategorie vergeben wurden. Die prozentualen Anteile (d. h. die relativen Häufigkeiten) der Therapien, in denen die jeweilige Zielkategorie nicht vorkam, sind in Tabelle 4 zu sehen. Erneut sehen die Ergebnisse in den drei

www.resonanzen-journal.org
resonanzen
DIALOGE IN PSYCHOSOMATISCHER MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND BERATUNG

Diagnosegruppen ähnlich aus. In rund 90 % der Therapien wurden keine Orientierungsziele festgelegt, in mehr als 50 % wurden keine Ziele in dem Bereich Wohlbefinden/Wohlsein gesetzt. Eher überraschend ist, dass es auch einige wenige Therapien gab, in denen keine problem- und symptombezogenen Ziele festgelegt wurden. Zur Untersuchung der Frage, ob die jeweiligen Zielkategorien in den verschiedenen Diagnosegruppen unterschiedlich häufig gar nicht besetzt waren, wurden exakte Tests nach Fisher gerechnet. Hier ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Diagnosegruppen.

Ein tendenzieller, aber nicht signifikanter Unterschied zwischen den Diagnosegruppen deutete sich für die Zielkategorie Selbstentwicklung an: Während in der Diagnosegruppe „Angststörung ohne depressive Störung“ bei 59 % der Therapien keine entsprechenden Ziele formuliert wurden, war dies nur bei 31 % der Therapien bei einer Angststörung mit depressiver Störung der Fall. Es ergab sich ein Odds Ratio von 0,32 mit einem ein *p*-Wert von 0,06.

Ergebnisse zum Zielfokus der Therapieziele in Abhängigkeit von den Störungsgruppen.

	Diagnosegruppen					
	Keine Angststörung (kA)		**Angststörung ohne Depressive Störung (AoD)**		**Angststörung mit Depressiver Störung (AmD)**	
Zielfokus	***Mittl. Anzahl (95%-KI)***	***Mittl. Anteil***	***Mittl. Anzahl (95%-KI)***	***Mittl. Anteil***	***Mittl. Anzahl (95%-KI)***	***Mittl. Anteil***
Annäherung	3,1 (2,7-3,6)	69,0%	3,2 (2,3-4,0)	65,9%	3,0 (2,4-3,5)	64,2%
Vermeidung	1,3 (1,0-1,7)	27,9%	1,4 (0,8-2,0)	29,7%	1,6 (1,1-2,1)	35,0%
***p*-Wert Varianzanalyse Mittlere Anzahlen**	Zielfokus: $p<0{,}001$ Störungsgruppe: $p=0{,}94$ Interaktion (Zielfokus:Störungsgruppe): $p=0{,}68$					

Tabelle 5

www.resonanzen-journal.org
resonanzen
DIALOGE IN PSYCHOSOMATISCHER MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND BERATUNG

In Tabelle 5 sind die Ergebnisse der Analyse des Zielfokus in den verschiedenen Diagnosegruppen dargestellt. Es zeigte sich, dass das Verhältnis, in dem Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung Ziele mit Annäherungs- bzw. Vermeidungsfokus definierten, dem Verhältnis von Annäherungs- und Vermeidungszielen bei Patientinnen und Patienten ohne Angststörung ähnelte. Eine Varianzanalyse für die abhängige Variable Anzahl der Ziele mit dem Zwischengruppenfaktor Diagnosegruppe und dem Messwiederholungsfaktor Zielfokus ergab nur einen signifikanten Effekt für den Faktor Zielfokus, $F(1,110) = 53,31$, $p=<0,001$. In allen Diagnosegruppen wurden mehr Annäherungs- als Vermeidungsziele festgelegt. Es zeigten sich jedoch keine Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen, $F(2,110) = 0,06$, $p=0,94$, und keine Interaktion, $F(2, 110) = 0,39$, $p=0,68$. Dieser Befund widerspricht Hypothese 5.

Diskussion

Die erste Zielsetzung der hier berichteten Studie war es, erstmals innerhalb derselben Stichprobe sowohl die Inhalte als auch den Fokus von Therapiezielen von Patientinnen und Patienten im ambulanten verhaltenstherapeutischen Setting zu klassifizieren und analysieren. Dazu wurde der Inhalt jedes Therapieziels anhand der Taxonomie für Therapiezielinhalte des BITs (Grosse Holtforth & Grawe, 2002) kategorisiert und jedes Ziel einem Annäherungsfokus und Vermeidungsfokus zugeordnet. Dabei zeigte sich erstens, dass die meisten Therapieziele Probleme und Symptome zum Inhalt hatten, und zweitens, dass mehr Annäherungs- als Vermeidungsziele formuliert wurden. Ebenso wurde ein Zusammenhang zwischen dem Inhalt und dem Fokus der Therapieziele deutlich. Während Therapieziele zu Problemen und Symptomen zu einem erheblichen Teil als Vermeidungsziele formuliert wurden, wurden andere Typen von Zielen fast ausschließlich als Annäherungsziele formuliert.

Die zweite Zielsetzung der vorliegenden Studie war, den Inhalt und Fokus der Therapieziele von Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Angststörung im Vergleich zu Patientinnen und Patienten ohne die Diagnose einer Angststörung zu analysieren. Dabei zeigten sich jedoch keine Unterschiede in Abhängigkeit von der Diagnose.

In Bezug auf unsere Hypothesen ergaben sich im Einzelnen folgende Befunde. Unsere erste Hypothese war, dass die inhaltlichen Zielkategorien unterschiedlich häufig sind, wobei wir erwarteten, dass die meisten Ziele problem- und symptombezogene Ziele sein würden. Diese Hypothese steht im Einklang mit den Ergebnissen der statistischen Analysen. Unabhängig von der Diagnose wurden im Schnitt am häufigsten problem- und symptombezogene Ziele festgelegt. Dies entspricht auch den Ergebnissen früherer Studien (siehe Berking et al., 2004). Die hohe Anzahl problem- und symptombezogene Ziele ist vermutlich durch den vorherrschenden Leidensdruck erklärbar. Dieser scheint die Aufmerksamkeit von Patientinnen und Patienten wie Therapeutinnen und Therapeuten auf die Bearbeitung der aktuellen Probleme und Symptome zu lenken.

www.resonanzen-journal.org
resonanzen
DIALOGE IN PSYCHOSOMATISCHER MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND BERATUNG

Im Gegensatz hierzu wurden sehr wenige Ziele in Bezug auf Wohlsein und Orientierung formuliert. Dies ist überraschend, denn ein großes Repertoire an Interventionen und Techniken im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie dienen dazu, diese beiden Aspekte zu verbessern. Es seien als Beispiele nur Entspannung- und Genusstrainings für Wohlsein und Selbstbeobachtung zur Selbstreflexion für Orientierung genannt. Daher spricht der Befund dafür, dass diese beiden wichtigen Arten von Zielen bei der Festlegung von Therapiezielen häufig vernachlässigt werden. Auch interpersonale und selbstentwicklungsbezogene Ziele fehlen in rund 40 % der Therapien, was ebenfalls bedenkenswert erscheint.

Passend zu Hypothese 2, dass die Ziele häufiger einen Annäherungsfokus als einen Vermeidungsfokus haben, fanden wir, dass in den Therapien überwiegend Ziele mit Annäherungsfokus formuliert wurden. Dies steht im Einklang mit Empfehlungen in der Literatur, dass Therapieziele als Annäherungsziele formuliert werden sollten (siehe Brakemeier & Jacobi, 2017; Kanfer et al. 2012). Dennoch zeigte sich, dass Vermeidungsziele mit rund 30 % der Ziele noch einen beträchtlichen Anteil der Ziele ausmachten. Nur in wenigen Therapien wurde ganz auf die Verwendung von Vermeidungszielen verzichtet.

Erstmals wurde in der hier beschriebenen Studie der Zusammenhang von Zielfokus und Zielinhalt untersucht. In Hypothese 3 vermuteten wir, dass es einen solchen Zusammenhang gibt. Die Ergebnisse sprachen für diese Hypothese. Bei problem- und symptombezogenen Zielen wurden in etwa gleich viele Annäherungs- und Vermeidungsziele formuliert, tendenziell sogar mehr Ziele mit Vermeidungsfokus. In allen anderen Zielkategorien dominierten demgegenüber sehr deutlich die Ziele mit Annäherungsfokus. Dies ist umso bemerkenswerter als die meisten Ziele problem- und symptombezogen waren. Hier deutet sich ein Ansatzpunkt für Verbesserungen bei der gemeinsamen Festlegung von Zielen an. Wie die vorliegenden und früheren Befunde belegen, lassen sich auch problem- und symptombezogene Ziele mit einem Annäherungsfokus formulieren. Dies scheint aber häufig zu unterbleiben.

Hinsichtlich des Vergleichs der Therapieziele von Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Angststörung im Vergleich zu Patientinnen und Patienten ohne diese Diagnose, zeigten die statistischen Analysen Folgendes: Bedeutsame Unterschiede in den Inhalten der Ziele zwischen Patientinnen und Patienten mit Angststörung und Patientinnen und Patienten mit anderen Diagnosen, wie sie beispielsweise von Berking et al. (2004) oder Grosse Holtforth et al. (2009) berichtet wurden, wurden in dieser Studie nicht gefunden. Dieser Befund widerspricht unserer in Hypothese 4 formulierten Erwartung. Zur Einordnung dieser Diskrepanz ist es hilfreich, sich die Methode der Studien von Berking et al. (2004) und Grosse Holtforth et al. (2009) genauer vor Augen zu führen. So gibt es Unterschiede in der Methodik, die dazu geführt haben könnten, dass Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen in den zitierten Studien deutlicher wurden als in der von uns durchgeführten Studie. Hierzu zählt zum einen, dass in der von uns analysierten

www.resonanzen-journal.org
resonanzen
DIALOGE IN PSYCHOSOMATISCHER MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND BERATUNG

Stichprobe Komorbiditäten kein Ausschlusskriterium für die Zuordnung zu den Diagnosegruppen waren, wie es bei Grosse Holtforth et al. (2009) beispielsweise der Fall war. Daher waren die Diagnosegruppen bei Grosse Holtforth et al. (2009) in Bezug auf die Diagnosen in sich homogener als in unserer Studie. Bei Berking et al. (2004) waren Komorbiditäten kein Ausschlusskriterium, aber es wurde jeweils nur ein „Hauptziel" von insgesamt maximal fünf möglichen Zielen für die Analyse verwendet (Berking et al, 2004), was ebenfalls die Unterschiede zwischen Diagnosegruppen verstärkt haben könnte. Im Gegensatz dazu wurden in der hier berichteten Studie alle zu Beginn der Therapie festgelegten Ziele analysiert.

In Bezug auf unsere fünfte Hypothese widersprachen die Ergebnisse erneut unseren Erwartungen, denn auch hinsichtlich des Zielfokus zeigte sich kein bedeutsamer Unterschied zwischen den Diagnosegruppen. Da dies die erste Studie ist, welche den Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer Angstdiagnose und dem Fokus von Therapiezielen untersucht hat, kann dieser Befund nicht weiter eingeordnet werden.

Limitationen der Studie

Eine Limitation der hier berichteten Studie ist die begrenzte Stichprobe. Obwohl mehr als 500 Ziele von über 100 Patientinnen und Patienten aus der ambulanten Psychotherapie analysiert wurden, waren die aufgrund der Diagnosen resultierenden Diagnosegruppen vom Umfang her beschränkt. Dies betraf vor allem die Gruppe der Patientinnen und Patienten, welche eine Angst- aber keine depressive Störung hatten. Dieser Umstand hat dazu beigetragen, dass möglicherweise vorhandene kleine Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen in den Inhalten und im Fokus der Ziele nicht statistisch nachgewiesen werden konnten. Es ist aber zu betonen, dass die Verteilung der Ziele auf die verschiedenen inhaltlichen Zielkategorien und die Fokuskategorien in den verschiedenen Diagnosegruppen sehr ähnlich war, was gegen das Vorliegen von Unterschieden in den formulierten Zielen sprach.

Eine zweite Limitation ist, dass nur die Ziele zu Beginn der Therapie untersucht wurden. So ist es möglich, dass im Verlauf einer Therapie Ziele wegfallen, weil diese rasch erreicht werden oder sich als weniger wichtig herausstellen. Ebenso ist es möglich, dass neue Ziele hinzukommen. Diese möglichen Veränderungen zu untersuchen, wäre mit Sicherheit interessant, ginge aber über die Studie hinaus, die sich auf die gemeinsam zum Ende der Probatorik definierten Therapieziele konzentrierte.

Auch nicht untersucht wurde in dieser Arbeit, ob und wie Inhalte und Fokus von Therapiezielen mit dem Behandlungsergebnis zusammenhängen. Grund hierfür war, dass die Therapien der Patientinnen und Patienten, deren Ziele analysiert wurden, noch nicht abgeschlossen waren. Dennoch ist es natürlich eine wichtige Frage, sowohl für die Forschung als auch für die Praxis,

www.resonanzen-journal.org
resonanzen
DIALOGE IN PSYCHOSOMATISCHER MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND BERATUNG

ob die festgelegten Therapieziele, ihre Inhalte und ihr Fokus, mit dem Erfolg einer Therapie in Zusammenhang stehen. Verschiedene Studien weisen auf einen solchen Zusammenhang hin. So waren in anderen Studien Annäherungsziele im Vergleich zu Vermeidungszielen mit einer höheren Symptomreduktion assoziiert (Wollburg & Braukhaus, 2010). Auch standen Annäherungsziele mit einem größeren Zuwachs im subjektiv erlebten Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten in Zusammenhang (Elliot & Church, 2002). Betreffend den Inhalt von Therapiezielen wurde gezeigt, dass das Ausmaß der Zielerreichung sich zwischen verschiedenen inhaltlichen Zielkategorien unterschied (Berking et al., 2005), und, dass der Therapieerfolg unterschiedlich stark mit den verschiedenen Zielkategorien der Therapieziele assoziiert war (Schöttke, Sembill, Eversmann, Waldorf & Lange, 2011). Diese Befunde sprechen dafür, dass verschiedene Ziele unterschiedlich leicht zu erreichen sind.

In zukünftiger Forschung sollte der Zusammenhang zwischen Inhalt und Fokus von Therapiezielen und dem Therapieergebnis noch weiter untersucht werden. Hierzu sollten innerhalb einer Stichprobe von Therapien die Zielinhalte, der Zielfokus sowie auch die Kombinationen von Inhalt und Fokus zur Vorhersage des Therapieergebnisses verwendet werden. Besonders aufschlussreich wäre es dabei außerdem, den Therapieerfolg über mehrere Maße zu operationalisieren. Neben der eingeschätzten Zielerreichung wären hier beispielsweise auch die Symptomreduktion, die Lebenszufriedenheit, die klinisch signifikante Verbesserung oder die Behandlungsdauer zu nennen. Auf diese Weise ließen sich differenziertere Rückschlüsse darüber ziehen, welche Arten von Therapiezielen möglicherweise im Zusammenhang mit Therapieerfolg stehen.

Was bedeuten die vorliegenden Erkenntnisse aus den verschiedenen Studien zu Therapiezielen für die Praxis?

Die hier vorgestellten und diskutierten Befunde belegen eine große Vielfalt unterschiedlicher Ziele bei verschiedenen Patientinnen und Patienten. Diese spiegeln die unterschiedlichen Probleme und individuellen Ziele wider, mit denen Patientinnen und Patienten eine Therapie beginnen. Trotzdem lassen sich Gemeinsamkeiten im Hinblick auf die Inhalte und die Fokussierung der Ziele ausmachen. Nicht nur in der hier berichteten Studie scheinen Ziele in Bezug auf die Orientierung und das Wohlsein eher selten explizit in die Therapieziele aufgenommen zu werden. Auch interpersonale Ziele werden in einem erheblichen Teil der Therapien nicht definiert. Nicht zuletzt werden entgegen den Empfehlungen in der Literatur zu einem erheblichen Teil Ziele mit einem Vermeidungs- anstelle eines Annäherungsfokus formuliert. Dies erscheint deswegen besonders wichtig, weil Annäherungsziele mit einem positiveren Ausgang der Therapie in Zusammenhang stehen.

www.resonanzen-journal.org

resonanzen

DIALOGE IN PSYCHOSOMATISCHER MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND BERATUNG

Für die Praxis ergeben sich hieraus zwei konkrete Empfehlungen. Erstens sollte der Erarbeitung von Therapiezielen genügend Raum im Therapieprozess gegeben werden und interpersonale, selbstentwicklungsbezogene, auf das Wohlsein bezogene und Orientierungsziele bedacht werden. Das heißt nicht, dass die letztgenannten Arten von Zielen in allen Fällen als Therapieziele definiert werden sollten, sie sollten aber zumindest in Betracht gezogen werden. Zweitens erscheint es empfehlenswert, auf die Verwendung eines Annährungsfokus bei der Formulierung der Therapieziele zu achten. Auch wenn wir noch keine experimentellen Belege für die Wirkung der Formulierung haben, so sprechen sowohl theoretische Überlegungen zur höheren motivierenden Wirkung von Annäherungszielen als auch die in anderen Arbeiten gefundenen positiven Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg dafür.

Literatur

Berking, M., Grosse Holtforth, M., Jacobi, C. & Kröner-Herwig, B. (2004). Sage mir Deine Diagnose, und ich sage Dir, was Du willst: Inwieweit sind Therapiezielinhalte störungsspezifisch? *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, *52*(3), 223-236.

Berking, M., Grosse Holtforth, M., Jacobi, C. & Kröner-Herwig, B. (2005). Empirically based guidelines for goal-finding procedures in psychotherapy: Are some goals easier to attain than others? *Psychotherapy Research, 15*(3), 316-324.

Brakemeier, E.-L. & Jacobi, F. (2017). *Verhaltenstherapie in der Praxis.* Weinheim: Beltz.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2016). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F): diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (6. Auflage). Bern: Hogrefe.

Elliot, A. J. & Church, M. A. (2002). Client-Articulated Avoidance Goals in the Therapy Context. *Journal of Counseling Psychology, 49*(2), 243-254.

Elliot, A. J. & Sheldon, K. M. (1997). Avoidance achievement motivation: A personal goals analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*(1), 171-185.

Field, A., Miles, J. & Field, Z. (2012). Discovering Statistics using R. London: Sage Publications

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grosse Holtforth, M. (2001). Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 33*(2), 241-258.

Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2002). Bern inventory of treatment goals: Part 1: Development and first application of a taxonomy of treatment goal themes. *Psychotherapy Research, 12*(1), 79-99.

www.resonanzen-journal.org

resonanzen

DIALOGE IN PSYCHOSOMATISCHER MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND BERATUNG

Grosse Holtforth, M., Wyss, T., Schulte, D., Trachsel, M. & Michalak, J. (2009). Some like it specific: The difference between treatment goals of anxious and depressed patients. *Psychology and Psychotherapy, 82*(3), 279-290.

Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (2012). *Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV* (Nachdruck der 2. Auflage, 2004). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5. Auflage). Heidelberg: Springer.

Kazdin, A. E. (2001). Progression of therapy research and clinical application of treatment require better understanding of the change process. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*(2), 143-151.

Kiresuk, T. J. & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal, 4*(6), 443–453.

Michalak, J., Grosse Holtforth, M. & Veith, A. (2005). Wo soll's denn nun eigentlich hingehen? Die Zielperspektive in der Psychotherapie. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg). *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 49–80). Göttingen: Hogrefe.

Sack, M., Schmid-Ott, G., Lempa, W. & Lamprecht, F. (1999). Individuell vereinbarte und fortgeschriebene Therapieziele. Ein Instrument zur Verbesserung der Behandlungsqualität in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 45*(2), 113-127.

Schöttke, H., Sembill, A. Eversmann, J., Waldorf, M. & Lange, J. (2011). Therapieziele in der ambulanten kognitiv-verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Psychotherapie – notwendig oder irrelevant? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 40*(4), 257-266.

Schulte, D. (2015). *Therapiemotivation. Widerstände analysieren, Therapieziele klären, Motivation fördern*. Göttingen: Hogrefe.

Watzke, B., Schulz, H. & Dirmaier, J. (2014). Zielorientierte Veränderungsmessungen als Möglichkeit einer individualisierten Ergebnisevaluation in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 62*(2), 113–121.

World Health Organization (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a) CIDI Interview (version 1.0), b) CIDI–User Manual, c) CIDI–Training Manual, d) CIDI-Computer Programs.* Geneva: World Health Organization.

Wollburg, E. & Braukhaus, C. (2010). Goal setting in psychotherapy. The relevance of approach and avoidance goals for treatment outcome. *Psychotherapy research journal of the Society for Psychotherapy Research, 20*(4), 488-494.

www.resonanzen-journal.org

DIALOGE IN PSYCHOSOMATISCHER MEDIZIN, PSYCHOTHERAPIE, SUPERVISION UND BERATUNG

Angaben zu den Autorinnen und dem Autor

Merle Kuhlencord, M. Sc. Psychologie, Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Psychotherapeutin in Ausbildung, Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Therapie- und Beratungszentrum,
Kontakt: merle.kuhlencord@uni-goettingen.de
Telefon: +49 551 399262
Korrespondenzadresse:
Georg-August-Universität Göttingen
Goßlerstraße 14
37073 Göttingen
Deutschland

Inga Bethan, B. Sc. Psychologie, Masterstudentin, Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie
Kontakt: inga.bethan@stud.uni-goettingen.de

York Hagmayer, Prof. Dr. Dipl. Psych., Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie, Abteilung Kognitionswissenschaft und Entscheidungspsychologie
Kontakt: york.hagmayer@bio.uni-goettingen.de
Telefon: 0551/39-8293 und Psychotherapeutin in Ausbildung
Korrespondenzadresse:
Georg-August-Universität Göttingen
Goßlerstraße 14
37073 Göttingen
Deutschland

Zitationsempfehlung

Kuhlencord, M., Bethan, I. & Hagmayer, Y. (2018). Therapieziele bei Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung in ambulanter kognitiver Verhaltenstherapie. *E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung, 6*(2), S. 26-46. Zugriff am 15.11.2018. Verfügbar unter http://www.resonanzen-journal.org

2.2.5 Studie 3: Kuhlencord, M., Hagmayer, Y. (2020)

Kuhlencord, M., Hagmayer, Y. (2020) Therapieziele und ihr Zusammenhang mit frühem Therapiefortschritt im ambulanten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Setting. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie. 49*(4), 241–249 Verfügbar unter https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000603.

Titel

Therapieziele und ihr Zusammenhang mit frühem Therapiefortschritt im ambulanten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Setting

Treatment goals and early treatment progress in cognitive behavioral therapy

Autoren

Merle Kuhlencord[1], York Hagmayer[2]

Autorenhinweis

[1] Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie, DE

[2] Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie, Abteilung Kognitionswissenschaften und Entscheidungspsychologie, DE

Kontakt
Merle Kuhlencord, MSc.
Abteilung für klinische Psychologie und Psychotherapie, Therapie und Beratungszentrum, Georg-August-Universität Göttingen, Gosslerstraße 14, D-37073 Göttingen, Germany. Email: merle.kuhlencord@uni-goettingen.de

Originalarbeit

Therapieziele und ihr Zusammenhang mit frühem Therapiefortschritt im ambulanten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Setting

Merle Kuhlencord[1] und York Hagmayer[2]

[1]Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie, Georg-August-Universität Göttingen
[2]Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie, Abteilung Kognitionswissenschaften und Entscheidungspsychologie, Georg-August-Universität Göttingen

Zusammenfassung: *Hintergrund.* Der Zusammenhang zwischen Inhalt und Ausrichtungsfokus von Therapiezielen und erfolgreichem Therapieverlauf ist wenig erforscht, wobei insbesondere eine mögliche Assoziation von Inhalt und Fokus vernachlässigt wurde. *Fragestellung.* Untersucht wurde die Assoziation von Therapiezielinhalt und -fokus und deren Zusammenhang mit frühem Therapiefortschritt. *Methode.* 716 Therapieziele von 163 Patientinnen und Patienten in ambulanter KVT wurden nach Inhalt und Fokus (Annäherung vs. Vermeidung) kategorisiert und der Zusammenhang von Zielart und Zielerreichung sowie Symptomreduktion nach 12 Sitzungen analysiert. *Ergebnisse.* Zielinhalt und –fokus waren assoziiert. Die fremdbeurteilte Zielerreichung war bei problembezogenen Annäherungszielen am höchsten. Die Symptomreduktion war dagegen am höchsten, wenn problembezogene Vermeidungsziele vorlagen. *Schlussfolgerung.* Therapiefortschritt steht im Zusammenhang mit den gesetzten Therapiezielen. Welche Therapiezielart, insbesondere welcher Fokus Therapiefortschritt und -erfolg begünstigt, bleibt weiterer zu erforschen. Dabei sollten zukünftig Zielinhalt und –fokus gemeinsam untersucht werden.

Schlüsselwörter: Therapieziele, Inhalt, Annäherung vs. Vermeidung, früher Therapiefortschritt

Treatment Goals and Early Treatment Progress in Cognitive Behavioral Therapy

Abstract: *Background:* The relationship between the therapy progress and the themes and focus (approach vs. avoidance) of treatment goals has been studied only rarely. In particular, the possible association of the themes and the focus has been neglected. *Objective:* This article investigates the association of themes and focus of treatment goals with early therapy progress. *Methods:* 716 treatment goals of 163 patients in outpatient CBT were categorized according to their content and focus (approach vs. avoidance). The association of the goal type with goal achievement as well as with symptom reduction after 12 sessions was analyzed. *Results:* Goal themes and focus were associated with problem-related goals having an avoidance focus more often than nonproblem-related goals. Goal achievement was highest for problem-related approach goals. In contrast, symptom reduction was highest in the presence of problem-related goals with an avoidance focus. *Conclusions:* Therapy progress is related to the set goals. Further research considering both the themes and the focus of therapy goals is needed to identify which type of treatment goals, particularly which focus, relates to therapy progress and success.

Keywords: treatment goals, goal themes, approach vs. avoidance, early treatment progress

Individuell und konsensuell Therapieziele zu formulieren, gehört zum routinemäßigen Vorgehen bei einer Psychotherapie. Dennoch sind Therapieziele und ihr Einfluss auf den Behandlungserfolg bisher wenig erforscht (vgl. Wollburg & Braukhaus, 2010). Ziel dieser Arbeit ist es, den Erkenntnisstand zu erweitern und zu untersuchen, welche Arten von Therapiezielen in Zusammenhang mit dem anfänglichen Behandlungsfortschritt in Verbindung stehen.

© 2021 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/CC BY-NC-ND 4.0)

Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie (2020), 49 (4), 241–249
https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000603

Klassifikation von Therapiezielen

In der Literatur finden sich zwei Ansätze zur Kategorisierung von Therapiezielen. Erstens werden diese inhaltlich kategorisiert (z. B. Grosse Holtforth, 2001b; Schöttke, Sembill, Eversmann, Waldorf & Lange, 2011). Vielfach wird die *Taxonomie für Therapiezielinhalte* des *Berner Inventar für Therapieziele* (BIT-T, Grosse Holtforth, 2001b; Grosse Holtforth & Grawe, 2002) verwendet. Zur Entwicklung der BIT-T wurden freiformulierte Therapieziele von 300 Patient_innen von Psychotherapeut_innen in selbst definierte Kategorien eingeordnet, welche dann clusteranalytisch zum Kategoriensystem der BIT-T zusammengefasst und anhand weiterer Therapieziele überprüft wurden (Grosse Holtforth, 2001b). Mit der BIT-T lassen sich Therapieziele auf drei Abstraktionsebenen kategorisieren. Auf der höchsten Ebene werden fünf Hauptkategorien und eine Restkategorie differenziert: (1) Problem- und Symptombewältigung, (2) Interpersonale Ziele, (3) Wohlsein / better functioning, (4) Orientierung und (5) Selbstentwicklung (Grosse Holtforth & Grawe, 2002). Zur Kategorie Problem- und Symptombewältigung zählen Ziele, die sich auf konkrete Symptome verschiedener Diagnosen beziehen, wie z. B. „ohne Sicherheitsverhalten vor einer Gruppe sprechen“ bei Sozialphobie. Interpersonale Ziele beziehen sich auf zwischenmenschlichen Kontakt und konkrete Beziehungen, wie z. B. „unter Leute gehen“. Wohlseins-Ziele sind auf das (psychische) Wohlbefinden bezogen und umfassen Aspekte wie Gelassenheit, Entspannung, (körperliche) Aktivität. Orientierungsziele befassen sich mit Themen wie Selbstreflexion oder Sinnfindung, wie z. B. „eigene Interessen herausfinden“. Für die Kategorie „Selbstentwicklung“ sind Selbstwert, Selbstkontrolle und Selbstverwirklichung zentrale Themen, ein Beispiel wäre „das Selbstvertrauen steigern“. Diese Hauptkategorien lassen sich in der BIT-T (Version 4.0) in 31 Kategorien und 50 Unterkategorien untergliedern (Grosse Holtforth, 2001a). Es zeigten sich mit Cohen's Kappa von $\kappa = .70$ bis $\kappa = .83$ zufriedenstellende bis sehr gute Interrater-Reliabilitäten für die unterschiedlichen Abstraktionsebenen (Berking, Grosse Holtforth, Jacobi & Kröner-Herwig, 2004, 2005; Grosse Holtforth, Wyss, Schulte, Trachsel & Michalak, 2009; Schöttke et al., 2011).

Eine zweite Klassifikationsmöglichkeit ist der Ausrichtungsfokus der Ziele. Entsprechend des motivationalen Prinzips, angenehme Zustände anzustreben und aversive Zustände zu vermeiden, können Therapieziele auf die Annäherung an einen positiven Zustand, wie z. B. das Gewinnen von mehr Selbstvertrauen oder auf die Vermeidung eines unangenehmen Zustands, wie z. B. das Ablegen von Selbstzweifeln, fokussiert sein (Elliot & Church, 2002; Wollburg & Braukhaus, 2010). Bei einer Kategorisierung anhand dieses Kriteriums zeigte sich bei Wollburg und Braukhaus (2010) eine sehr gute Interrater-Reliabilität ($\kappa = .89$) und bei Elliot und Church (2002) eine 99,9 % Übereinstimmung der Rater.

Die beiden Ansätze schließen sich nicht gegenseitig aus. Ziele lassen sich sowohl nach Inhalt als auch Fokus klassifizieren. Erstaunlicherweise gibt es kaum entsprechende Studien. Lediglich eine Studie von Kuhlencord, Bethan und Hagmayer (2018) zu den Therapiezielen von Angstpatient_innen berichtete, dass es einen Zusammenhang zwischen Inhalt und Fokus gibt.

Therapieziele und Therapieerfolg

In einer Reihe von Studien wurden die Zusammenhänge zwischen Zielinhalt und -fokus und der Zielerreichung sowie dem Therapieerfolg untersucht. Beim Inhalt sind die Befunde heterogen. Hinsichtlich der Zielerreichung fanden Berking (2004) und Berking et al. (2005), dass diese bei Wohlbefindenszielen am höchsten und bei problembezogenen Zielen am geringsten war. Grosse Holtforth, Reubi, Ruckstuhl, Berking und Grawe (2004) fand jedoch, dass die Zielerreichung aus Sicht von Patient_innen bei problembezogenen Zielen und Wohlbefindenszielen höher ausfiel als bei interpersonalen Zielen. Auch Trachsel, Itten, Stauffer, Holtforth & Hofer (2008) berichten von einer höheren Zielerreichung bei problembezogenen Zielen im Vergleich zu nicht symptombezogenen Zielen.

In Bezug auf den Therapieerfolg fanden Schöttke et al. (2011), dass die Anzahl an problembezogenen Zielen aus Therapeutensicht positiv mit dem Erfolg assoziiert war. Bei Berking et al. (2004) ergab sich bei Angstpatient_innen ein positiver Zusammenhang zwischen der Formulierung eines problembezogenen ersten Ziels und dem von Therapeut_innen eingeschätzten Therapieerfolg. Demgegenüber zeigte sich bei Schöttke et al. (2011) und Schöttke, Trame und Sembill (2014), dass die Anzahl problembezogener Ziele aus Sicht der Patient_innen negativ mit Therapieerfolg assoziiert war. Ramnerö und Jansson (2016) fanden keinen Zusammenhang von Zielinhalten und der Reduktion von Ängstlichkeit und Depressivität sowie Lebensqualität.

Bezüglich des Zielfokus ergab sich, dass das Formulieren von Vermeidungszielen im Vergleich zu Annäherungszielen mit einer geringeren Symptomreduktion verknüpft war, auch wenn sich keine Unterschiede in der Zielerreichung zeigten (Wollburg & Braukhaus, 2010). Auch wiesen Patient_innen mit mehr Vermeidungszielen einen geringeren Zuwachs im selbstberichteten Wohlbefinden auf (Elliot & Church, 2002).

Wie diese Übersicht zeigt, haben bisherige Studien entweder die Assoziation der Zielinhalte oder des Zielfo-

© 2021 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/CC BY-NC-ND 4.0)

kus mit Zielerreichung und / oder Therapieerfolg untersucht. Zielinhalt und -fokus existieren aber nicht losgelöst voneinander. Wenn es einen Zusammenhang zwischen Inhalt und Fokus gibt, dann sollten diese gleichzeitig betrachtet werden, um Konfundierungen zu vermeiden. Eine solche differenzierte Betrachtung könnte dazu beitragen, die heterogene Befundlage besser zu verstehen. Dies gilt insbesondere für den Zusammenhang von Therapiezielen und -erfolg. Hier soll über bisherige Arbeiten hinausgehend der Zusammenhang von Inhalt und Ausrichtungsfokus auf der einen Seite und frühem Therapiefortschritt auf der anderen Seite untersucht werden. Dies ist deshalb interessant, weil die frühen Veränderungen ein starker Prädiktor für das Therapieergebnis sind (Lewis, Simons & Kim, 2012; Schibbye et al., 2014) und auch mit dem Therapieabbruch in Zusammenhang stehen (Schindler, Hiller & Witthöft, 2013).

Zielsetzung und Hypothesen

Die vorliegende Studie hatte zwei Zielsetzungen. Erstens sollten die Therapieziele von Patient_innen im ambulanten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Setting deskriptiv in Hinblick auf ihren Inhalt und ihren Fokus klassifiziert und der Zusammenhang zwischen diesen ermittelt werden. Aufbauend auf unseren früheren Ergebnissen (Kuhlencord et al. 2018) war unsere Hypothese 1, dass ein solcher Zusammenhang besteht.

Die zweite Zielsetzung war es, mögliche Assoziationen von Zielinhalten und Fokus mit dem anfänglichen Therapiefortschritt, gemessen an der Zielerreichung und der Symptomreduktion nach 12 Sitzungen, zu untersuchen. Unsere Hypothese 2 war, dass Ziele mit verschiedenen Inhalten und Fokussen unterschiedlich stark erreicht werden. Da die oben diskutierten Befunde ein heterogenes Bild zeigen, wurde die Hypothese ungerichtet formuliert.

Unsere Hypothese 3 war, dass das Vorliegen problembezogener Ziele je nach Fokus mit Unterschieden in der Symptomreduktion in Zusammenhang steht. Auch für die Symptomreduktion lässt sich auf Basis der vorliegenden Studien keine eindeutige Richtung der Hypothese ableiten. Da problembezogene Ziele inhaltlich eng mit der Symptombelastung verknüpft sind, ist es für diese Zielkategorie aufschlussreich zu untersuchen, inwiefern ein Annäherungs- oder Vermeidungsfokus mit der Symptomreduktion in Zusammenhang steht. Dies ist eine besonders praktisch relevante Frage, da problembezogene Ziele in der Praxis einen Großteil der gesetzten Ziele ausmachen (z. B. Berking et al. 2004; Schöttke et al. 2011).

Methode

Stichprobe

Frei formulierte Therapieziele von 163 konsekutiven Patient_innen wurden analysiert, welche von April 2017 bis November 2018 in der Ausbildungsambulanz für kognitive Verhaltenstherapie des Therapie- und Beratungszentrums der Georg-August-Universität Göttingen eine Therapie begonnen hatten. Zur anonymen Auswertung der routinemäßig erhobenen Daten wurde zu Therapiebeginn ein schriftliches Einverständnis gegeben.

Das mittlere Alter betrug 38.47 Jahre (SD = 13.64), 38.65 % waren männlich. Die Behandlungen wurden von insgesamt 32 Therapeut_innen in Ausbildung durchgeführt, welche im Mittel 5.09 Patient_innen (SD = 4.14) behandelten. Die Behandlungsdiagnosen wurden auf Basis des klinischen Urteils der Therapeut_innen unter Zuhilfenahme der Internationalen Diagnose Checklisten für ICD-10 und DSM-IV (Hiller, Zaudig & Mombour, 2012) und einer Standarddiagnostik anhand des Composite International Diagnostic Interview (World Health Organization, 1990) gestellt. Die Anzahl an Behandlungsdiagnosen betrug im Mittel 2.24 (SD = 1.23), 72, 39 % der Patient_innen hatten mindestens eine komorbide Diagnose. Am häufigsten wurden mit 65,03 % depressive Störungen, gefolgt von Angststörungen (45, 40 %), somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen (jeweils 11.04 %) und Substanzstörungen (10.43 %) vergeben. Alle weiteren Störungsgruppen wurden bei weniger als 10 % der Patient_innen diagnostiziert.

Erfassung und Kodierung der Therapieziele

Die Therapieziele wurden von Patient_in und Therapeut_in gemeinsam erarbeitet und frei formuliert. Am Ende der Probatorik wurden ein bis zehn Ziele schriftlich festgelegt. Insgesamt wurden in den 163 Therapien 716 Therapieziele gesetzt. Die mittlere Anzahl betrug 4.39 (SD = 1.69).

Der Zielinhalt wurde anhand des BIT-T (Version 4.0, Grosse Holtforth, 2001a) auf der Hauptkategorienebene kategorisiert. Zur Kategorisierung des Fokus wurden die Ziele in Anlehnung an Wollburg und Braukhaus (2010) den Kategorien „Annäherungsfokus“ und „Vermeidungsfokus“ zugeordnet. Annäherungsziele waren hierbei definiert als „fokussiert auf einen positiven Endzustand / Ziel in der Zukunft und dessen Erreichung“, was in der Regel mit einer positiven Formulierung einherging und Vermeidungsziele als „fokussiert auf einen als negativ erlebten Zustand und dessen Vermeidung oder Distanzierung da-

© 2021 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/CC BY-NC-ND 4.0)

Tabelle 1. Mittlere Anzahlen (und mittlere prozentuale Anteile) von Zielen in Inhalts- und Zielfokuskategorien

Zielfokus	Zielinhalt (BIT-T Hauptkategorien)					
	problembezogen	*interpersonal*	*Selbstentwicklung*	*Wohlsein*	*Orientierung*	*Fokus (gesamt)*
Annäherung	0.8 (17.9 %)	0.8 (17.1 %)	0.7 (14.9 %)	0.5 (12.2 %)	0.1 (2.7 %)	3.0 (68.4 %)
Vermeidung	0.9 (20.7 %)	0.1 (1.8 %)	0.1 (3.1 %)	< 0.1 (0.7 %)	< 0.1 (0.6 %)	1.3 (28.5 %)
Inhalt (gesamt)	1.7 (39.5 %)	0.9 (19.7 %)	0.8 (18.2 %)	0.6 (13.4 %)	0.1 (3.3 %)	

Anmerkungen: Die prozentualen Anteile der Zielinhalte summieren sich mit der nicht gezeigten Restkategorie zu 100 %, die prozentualen Anteile des Zielfokus ergeben zusammen mit den nicht eindeutig kategorisierbaren Fällen 100 %.

von“, was meist mit einer negativen Formulierung einherging.

Inhalt und Fokus wurden von zwei Personen unabhängig voneinander kategorisiert. Uneinigkeiten wurden mit der Erstautorin einvernehmlich gelöst. Für die Beobachterübereinstimmung ergaben sich Cohen’s Kappa Werte von κ = .86 für die BIT-T-Hauptkategorien und κ = .89 für den Fokus, was einer fast vollkommenen Übereinstimmung entspricht.

Messung von frühem Therapiefortschritt

Die Zielerreichung und Symptomverbesserung wurden zur zwölften Sitzung nach der Probatorik erfasst. Dieser Zeitraum entspricht dem kürzesten regulär zu beantragenden Stundenkontingent (KZT I) für ambulante Psychotherapie und ist bei einer mittleren Therapielänge von 48.06 Sitzungen (*SD* = 23.50) zum ersten Drittel der Behandlung zu zählen. Eine Sitzung umfasste jeweils 50 Minuten.

Zielerreichung

Diese wurde für jedes Ziel einzeln von Patient_innen (Selbstsicht) sowie den Therapeut_innen (Fremdsicht) auf einer 6-stufigen Likert-Skala von -1 („vom Ziel entfernt“) über 0 („Ausgangspunkt“) bis hin zu 4 („Ziel zu 100 % erreicht“) eingeschätzt. Die Einzelratings wurden über alle Ziele einer Kategorie gemittelt, sofern mehr als ein Ziel vorhanden war. In der überwiegenden Mehrheit der Therapien wurde pro Zielkategorie maximal 1 Ziel definiert (vgl. Tabelle 1). Lediglich bei problembezogenen Vermeidungszielen wurde in 24 % der Therapien mehr als ein Ziel definiert. Für alle anderen Zielkategorien lag dieser Anteil im Schnitt bei 6 % der Therapien.

Symptomreduktion

Die Patient_innen füllten zu Beginn der Probatorik und im weiteren Verlauf der Therapie jede 4. Sitzung das Brief-Symptom-Inventory 18 (Franke et al., 2017) im Rahmen eines Routine-Outcome-Monitorings aus. Der BSI-18 erfasst die Belastung durch Symptome aus den Störungsbereichen Depression, Angst und Somatisierung. Die 18 Items werden jeweils auf einer fünfstufigen Likert-Skala („überhaupt nicht“ (= 0), bis „sehr stark“ (= 4) beantwortet. Als Maß für die Symptombelastung wurde der General-Severity-Index (GSI) bestimmt, indem die 18 Items gemittelt wurden. Die Symptomreduktion wurde berechnet als die Differenz des GSI-Werts zu Beginn der Probatorik und nach der 12. Sitzung. Der BSI 18 weist gute Werte für Validität und Reliabilität auf; für den GSI wird ein Cronbach’s α = .93 angegeben (Franke et al., 2017). In der vorliegenden Stichprobe lag die Reliabilität des GSI bei α = .93 für die Prämessung und α = .91 nach der 12. Sitzung.

Statistische Analysen

Die statistischen Analysen wurden mit R (R Core Team, 2017) und den Paketen „nlme“ (Pinherio, et al., 2020, v3.1–148), „lme4” (Bates et al., 2015, v1.1–7), „rcompanion” (Mangiafico, 2020, v2.3.25), „lmerTest“ (Kuznetsova, Brockhoff & Christensen, 2017, v3.1–0), und „car” (Fox und Weisberg, 2019, v3.0–3) durchgeführt. **[Autorin: Jahresangabe der Referenzen fehlt hier]**

Deskriptiv wurden pro Therapie die mittleren Anzahlen an Zielen in den Inhalts- und Fokuskategorien ermittelt. Ebenso wurden pro Therapie die Anteile der verschiedenen Zielkategorien relativ zur Gesamtzahl der Ziele bestimmt und dann gemittelt.

Zur Prüfung von Hypothese 1 (Zusammenhang zwischen Zielinhalt und -fokus) wurde eine Multilevel logistische Regression berechnet, ($Logit(p[Annäherungsfokus]) = (b_{00} + u_{0j}) + b_{10} * x_{ij}$). Die jeweilige Dyade aus Patient_in und Therapeut_in war hierbei die Gruppierungsvariable (Index j), der jeweilige Zielfokus (Annäherung vs. Vermeidung) die Kriteriumsvariable und der Zielinhalt der Prädiktor (X). Wenn Hypothese 1 zutrifft, sollte ein Modell mit Zielinhalt als Prädiktor einem Nullmodell mit random intercept signifikant überlegen sein. Für diesen und alle weiteren Modellvergleiche wurden likelihood-ratio Tests verwendet und die AICs sowie die Pseudo-$R^2_{\text{Nagelkerke}}$ verglichen.

Zur Prüfung von Hypothese 2 (Unterschiedliche Zielerreichung bei verschiedenen Zielarten) wurden Multilevel-Analysen gerechnet, ($Y_{ij} = (b_0 + u_{0j}) + b_1 * X_{ij} + e_{ij}$),

© 2021 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/CC BY-NC-ND 4.0)

mit der eingeschätzten Zielerreichung als Kriteriumsvariable (Y) (jeweils getrennt für Selbst- und Fremdsicht), den Kombinationen von Zielinhalt und Zielfokus als Prädiktor (X) und der Dyade aus Patient_in und Therapeut_in als Gruppierungsvariable (Index j). Aufgrund ihrer geringen Anzahl wurden alle nicht problembezogenen Ziele für die Analyse zusammengefasst, sodass ein vierstufiger Faktor als Prädiktor resultierte (problembezogene Annäherungsziele, problembezogene Vermeidungsziele, nicht problembezogene Annäherungsziele und nicht problembezogene Vermeidungsziele). Wenn Hypothese 2 zutrifft, dann sollte das Modell mit der Prädiktorvariable Zielart einem Nullmodell mit random intercept überlegen sein.

Für Hypothese 3 (Unterschiede in der Symptomreduktion bei problembezogenen Annäherungs- und Vermeidungszielen) wurden nur Patient_innen mit der Diagnose einer Depression, Angst- oder Somatoformen Störung einbezogen, da sich der BSI-18 lediglich auf diese Symptome bezieht. Zur Prüfung der Hypothese wurde ein Modell mit der Symptomreduktion als Kriterium und den zwei Prädiktoren „Vorliegen problembezogener Annäherungsziele“ (ja vs. nein) und „Vorliegen problembezogener Vermeidungsziele“ (ja vs. nein) mit einem Nullmodell ohne Prädiktoren verglichen und Modellvergleiche für die zwei Prädiktoren durchgeführt. Wenn Hypothese 3 zutrifft, sollte das Modell mit Prädiktorvariablen dem Nullmodell überlegen sein.

Ergebnisse

Die mittleren Anzahlen und prozentualen Anteile der Zielinhalts- und Fokuskategorien sind in Tabelle 1 dargestellt. Problem- und symptombezogene Ziele wurden am häufigsten gesetzt, gefolgt von interpersonalen Zielen, selbstentwicklungsbezogen Zielen und Wohlseins-Zielen. Am seltensten wurden Orientierungsziele formuliert. Zum Zielfokus ergab sich, dass ein Annäherungsfokus wesentlich häufiger als ein Vermeidungsfokus vorlag. Problem- und symptombezogene Ziele hatten zu ungefähr gleichen Teilen einen Annäherungs- wie einen Vermeidungsfokus. Bei allen anderen Zielinhalten überwog ein Annäherungsfokus deutlich.

Eine explorative Analyse des Zusammenhangs der oben genannten Behandlungsdiagnosen und der Zielart mittels Logistischer Regressionen zeigte, dass sich das Vorliegen problembezogener Annäherungs- ($\chi^2(4) = 2.37,\ p = .67,\ R^2_N = .02$) und Vermeidungsziele ($\chi^2(4) = 2.1,\ p = .72,\ R^2_N = .02$) nicht durch die Diagnose vorhersagen ließ. Für nicht problembezogene Annäherungsziele ergab sich ein Zusammenhang ($\chi^2(4) = 14, p < .01, R^2_N = .15$), weil die Diagnose Depression prädiktiv für das Setzen von Wohlseinszielen war.

Zusammenhang Zielinhalt und Zielfokus

Bezüglich des Zusammenhangs von Zielinhalt und Zielfokus zeigte sich eine bessere Anpassungsgüte für das Modell mit dem Prädiktor Zielinhalt im Vergleich zum Nullmodell (Modell Zielinhalt $AIC = 664.7$, Nullmodell $AIC = 804.0$, $\chi^2(6,\ N = 163) = 147.37,\ p < .001,\ R^2_N = .28$). Der Fokus ließ sich also durch den Inhalt vorhersagen, was für Hypothese 1 spricht, die diesen Zusammenhang vermutete.

Innerhalb des Modells hatten die problembezogenen Ziele eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit für einen Annäherungsfokus als andere Zielinhalte ($z = 2.89,\ p < 0,01,\ bis\ z = 7.64,\ p < 0.001,$ siehe Tabelle 1 für relative Häufigkeiten).

Zusammenhang Zielinhalt und Zielfokus mit frühem Therapiefortschritt

Zielerreichung

In Tabelle 2 ist die mittlere Zielerreichung (Selbst- und Fremdsicht) bei den verschiedenen Zielkategorien dargestellt. Die Werte aller Zielarten sind mit großen Effekten positiv von Null verschiedenen, was für eine zumindest teilweise Zielerreichung aus beiden Perspektiven spricht.

Für die selbsteingeschätzte Zielerreichung erwies sich entgegen der Erwartung ein Modell mit dem Faktor Zielart nicht als signifikant besser als ein Modell ohne diesen Faktor (Modell Zielart $AIC = 775.6$, Nullmodell $AIC = 772.3$, $\chi^2(3,\ N = 128) = 2.65,\ p = .45,\ R^2_N = .04$). Dies spricht dafür, dass die verschiedenen Zielarten aus Sicht der Patient_innen tendenziell gleichermaßen erreicht werden. Zudem zeigte sich, dass es erhebliche Unterschiede in der Zielerreichung zwischen den Patient_innen gab. So war ein Modell mit einem random intercept einem Modell mit einem fixed intercept überlegen ($\chi^2(1, N = 128) = 66.38, p < .001, R^2_N = .23$).

Für die fremdeingeschätzte Zielerreichung hatte jedoch das Modell mit dem Prädiktor Zielart eine signifikant bessere Vorhersagekraft als das prädiktorlose Modell (Modell *Zielart* $AIC = 687.6$, *Nullmodell* $AIC = 694$, $\chi^2(3,\ N = 138) = 12.36,\ p < .01,\ R^2_N = .08$). Dies spricht für die bei Hypothese 2 angenommenen Unterschiede in der Zielerreichung bei verschiedenen Zielarten. Innerhalb des Modells mit dem Prädiktor Zielart erwies sich die Zielerreichung bei problembezogenen Vermeidungszielen ($t = -3.59,\ p < .001$), bei nicht problembezogenen Annäherungszielen ($t = -4.06,\ p < .001$) und bei

© 2021 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/CC BY-NC-ND 4.0)

Tabelle 2. Mittlere Zielerreichung (Selbst- und Fremdsicht) in den Zielkategorien

Zielart (Inhalt & Fokus)		Patientenrating			Therapeutenrating		
		M *(95 % – KI)*	d	N	M *(95 % – KI)*	d	N
problembezogen, Annäherung		1.49 *(1.21 – 1.77)*	1.25	70	1.35 *(1.14 – 1.56)*	1.50	71
problembezogen, Vermeidung		1.20 *(0.97 – 1.44)*	1.14	81	1.00 *(0.80 – 1.20)*	1.13	80
Annäherung	nicht problembezogen ges.*	1.11 *(0.94 – 1.29)*	1.20	108	0.96 *(0.83 – 1.09)*	1.34	115
	Selbstentwicklung	1.06 *(0.82 – 1.30)*	1.13	61	0.89 *(0.72 – 1.07)*	1.25	64
	Interpersonal	1.09 *(0.83 – 1.35)*	1.01	67	0.80 *(0.63 – 0.98)*	1.10	70
	Orientierung	1.62 *(0.89 – 2.34)*	1.35	13	0.92 *(0.59 – 1.24)*	1.78	12
	Wohlsein	1.04 *(0.79 – 1.28)*	1.18	52	1.32 *(1.08 – 1.55)*	1.51	55
Vermeidung	nicht problembezogen ges.*	0.88 *(0.47 – 1.29)*	0.90	25	0.82 *(0.54 – 1.11)*	1.07	30
	Selbstentwicklung	0.73 *(0.16 – 1.31)*	0.71	15	0.82 *(0.40 – 1.25)*	0.99	17
	Interpersonal	0.89 *(0.08 – 1.70)*	0.84	9	0.73 *(0.20 – 1.26)*	0.92	11
	Orientierung	1.33 *(-0.10 – 2.77)*	2.30	3	1.00 *(-1.48 – 3.48)*	1.00	3
	Wohlsein	1.00 *(1.00 – 1.00)*	–	2	0.60 *(-0.08 – 1.28)*	1.10	5

Anmerkungen: In den Analysen wurde die Restkategorie der BIT-Ts nicht berücksichtigt. *Auf Grund der geringen Häufigkeiten und der vergleichbaren Zielerreichung der einzelnen nicht problembezogenen Ziele wurden diese für die statistischen Analysen zusammengefasst. Die Effektstärke (Cohen's d) bezieht sich auf den Zuwachs der Zielerreichung gegenüber dem „Ausgangspunkt".

Tabelle 3. Symptombelastung im Verlauf der Therapie

Zielart (Kombination Inhalt & Fokus)	N	Symptombelastung (BSI 18 – GSI)		
		Prä M (SD)	12. Sitzung M (SD)	Symptomreduktion Cohen's d
problembezogen, Vermeidung	28	1.05 (.73)	.81 (.60)	.63
problembezogen, Annäherung & Vermeidung	39	1.14 (.73)	.91 (.68)	.36
problembezogen, Annäherung	16	.79 (.31)	.76 (.72)	.05
keine problembezogenen Ziele	20	.87 (.57)	.99 (.59)	.26

Anmerkungen: In den Analysen wurde die Restkategorie der BIT-Ts nicht berücksichtigt.

nicht problembezogenen Vermeidungszielen ($t = -3.43$, $p < .001$) als geringer als bei problembezogenen Annäherungszielen.

Symptomreduktion

Depression, Angststörungen und / oder Somatoforme Störungen lagen bei 133 der 167 Patient_innen vor. Eine vollständige Prä- und Verlaufsmessung lag bei 103 von diesen vor. Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die Symptombelastung an den beiden Messzeitpunkten. Die Symptomreduktion bis zur 12. Sitzung war am höchsten bei Personen, die entweder ausschließlich problembezogene Ziele mit Vermeidungsfokus oder sowohl problembezogene Annäherungs- als auch Vermeidungsziele hatten. Personen mit ausschließlich problembezogenen Annäherungszielen hatten im Mittel keine Symptomreduktion, während Personen ohne problembezogene Ziele tendenziell sogar eine Symptomverschlechterung hatten. Statistisch erwies sich das Modell mit problembezogenen Annäherungs- und Vermeidungszielen als besser als das Nullmodell (Modell *problembezogene Ziele* $AIC = 179.2$, *Nullmodell* $AIC = 181.4$, $F(2,\ 100) = 3.13$, $p = .048$, $R^2_N = .06$). Modellvergleiche für die einzelnen Prädiktoren ergaben, dass das Vorliegen problembezogener Vermeidungsziele ($F(1, 100) = 5.7$, $p = .02$) mit höherer Symptomreduktion assoziiert war, während das Vorliegen von problembezogenen Annäherungszielen keinen Effekt auf die Symptomreduktion hatte ($F(1, 100) = 0.2$, $p = .66$). Diese Ergebnisse sprechen für Hypothese 3, nach der beim Vorliegen von problembezogenen Zielen je nach Fokus Unterschiede in der Symptomreduktion erwartet wurden.

© 2021 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/CC BY-NC-ND 4.0)

Diskussion

Die erste Zielsetzung dieser Studie war es, den Inhalt und den Ausrichtungsfokus von Therapiezielen zu untersuchen und zu prüfen, ob diese in Zusammenhang stehen. Die Ergebnisse zeigten, dass die inhaltlichen Schwerpunkte unterschiedlich häufig vorkamen. Am häufigsten wurden problembezogene Ziele formuliert, gefolgt von interpersonalen und selbstenwicklungsbezogenen Zielen, während Wohlseins- und Orientierungsziele nur selten gesetzt wurden. Auch frühere Studien zeigten, dass problembezogene Ziele häufig einen bedeutenden Anteil ausmachten (z. B. Berking 2004). Ferner wurden häufiger Ziele mit Annäherungsfokus formuliert als mit Vermeidungsfokus, was allgemeinen Empfehlungen zur Zielformulierung entspricht (z. B. Brakemeier & Jacobi, 2017). Entsprechend unserer Hypothese 1 zeigte sich eine Assoziation von Therapiezielinhalt und -fokus. Während problembezogene Ziele in etwa der Hälfte der Fälle einen Vermeidungsfokus hatten, überwog bei allen anderen Zielinhalten deutlich ein Annäherungsfokus. Ein solcher Zusammenhang wurde bis dato nur in einer Studie untersucht (Kuhlencord et al., 2018), welche sehr ähnliche Befunde für die Ziele von Patient_innen mit Angststörungen berichtet.

Die zweite Zielsetzung war es, den Zusammenhang von Zielinhalten und Fokus mit dem anfänglichen Therapiefortschritt zu analysieren. Die Hypothese 2, dass innerhalb der ersten 12 Sitzungen die verschiedenen Arten von Zielen unterschiedlich stark erreicht werden, wurde nur teilweise bestätigt. Problembezogene Annäherungsziele wurden nach Meinung der Therapeut_innen besser erreicht als andere Ziele. Ein möglicher Grund für dieses Ergebnis könnte sein, dass die Zielerreichung bei diesen Zielen aus Therapeutensicht leichter einzuschätzen ist als bei nicht problembezogenen Zielen. Aus Sicht der Patient_innen gab es jedoch diesen Unterschied nicht. Trotz deutlicher Unterschiede in der Zielerreichung zwischen Patient_innen gab es keine Unterschiede zwischen verschiedenen Zielarten. Auch wenn in einigen anderen Studien, die jedoch nicht den Fokus der Ziele berücksichtigt haben, eine höhere selbsteingeschätzte Zielerreichung bei problembezogenen Zielen gefunden wurde (Grosse Holtforth et al., 2004; Trachsel et al., 2008), entspricht unser Ergebnis dem Befund von Wollburg und Braukhaus (2010), welche keine Unterschiede in der selbsteingeschätzten Zielerreichung zwischen Annäherungs- und Vermeidungszielen fanden.

Die Hypothese 3, dass das Setzen von problembezogenen Annäherungs- und Vermeidungszielen mit der Stärke der Symptomreduktion nach 12 Sitzungen assoziiert ist, wird durch die Ergebnisse gestützt. Es zeigte sich, dass vor allem das Vorliegen problembezogener Vermeidungsziele prädiktiv für die Symptomreduktion war. Gegenteilig zeigte sich bei Wollburg und Braukhaus (2010) eine geringere Symptomreduktion bei Vermeidungszielen. Möglicherweise erklären sich die Unterschiede damit, dass hier der frühe Therapiefortschritt und nicht das Endergebnis der Therapie untersucht wurde. Denkbar wäre, dass sich der Zusammenhang zum Ende der Therapie hin umkehrt. Während problembezogene Vermeidungsziele am Beginn der Therapie möglicherweise das therapeutische Handeln auf die akuten Probleme konzentrieren, lenken Annährungsziele möglicherweise den Blick auf eine langfristige positive Entwicklung.

Zusammengenommen deuten die Befunde auf eine interessante Dissoziation hin. Während problembezogene Annäherungsziele aus Sicht von Therapeut_innen in den ersten 12 Sitzungen am besten erreicht wurden, war das Vorliegen problembezogener Vermeidungsziele mit einer stärkeren Symptomreduktion assoziiert. Dieser Befund sollte in weiteren Studien geprüft werden, denn eine Replikation des positiven Zusammenhangs zwischen dem Setzen von Vermeidungszielen und Symptomreduktion würde der Empfehlung, Ziele entsprechend eines Annäherungsfokus zu formulieren, widersprechen.

Limitationen

Eine Limitation ist der begrenzte Stichprobenumfang, sodass separate Analysen für einzelne Diagnosen nicht möglich waren. Während frühere Studien Unterschiede in den Zielen bei verschiedenen Diagnosen zeigten (z. B. Grosse Holtforth et al., 2009), war jedoch in dieser Studie das Setzen problembezogener Annäherungs- und Vermeidungsziele von der Diagnose unabhängig.

Eine zweite Limitation ist, dass nicht das endgültige Behandlungsergebnis, sondern die Symptomreduktion in den ersten 12 Sitzungen untersucht wurde. Grund hierfür war, dass in dieser Studie auch Ziele aus noch nicht abgeschlossenen Therapien berücksichtigt wurden. So liefert diese Studie nur Belege für einen möglichen Zusammenhang zwischen den Therapiezielen und dem anfänglichen Therapiefortschritt.

Zudem ist kritisch anzumerken, dass die Skala zur Erfassung der Zielerreichung differenziertere Möglichkeiten bot, eine Annäherung zum Ziel abzubilden als eine Verschlechterung. Hierdurch könnte der Zuwachs der Zielerreichung möglicherweise überschätzt werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich dies bei allen Zielarten in gleicher Weise auswirkte, sodass sich die Unterschiede in der Zielerreichung zwischen verschiedenen Zielarten trotzdem untersuchen ließen.

© 2021 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/CC BY-NC-ND 4.0)

Eine letzte Limitation ist, dass hier nur subjektive Einschätzungen zum Therapiefortschritt und keine objektiven Maße für den langfristigen Therapieerfolg erhoben wurden. Dennoch bleibt anzumerken, dass gerade subjektive Einschätzungen aus Sicht von Patient_innen und Therapeut_innen in der Praxis ausschlaggebend dafür sind, ob eine Therapie als hilfreich wahrgenommen, motiviert fortgesetzt, zufrieden abgeschlossen oder abgebrochen wird.

Implikationen für Forschung und Praxis

Ein Hauptergebnis der Studie war, dass die Inhalte von Therapiezielen mit dem Fokus derselben assoziiert waren. Problem- und symptombezogene Ziele wurden am häufigsten gesetzt, wobei diese ungefähr zur Hälfte mit einem Annäherungs- und einem Vermeidungsfokus formuliert wurden. Diese Dominanz problembezogener Ziele stützt den Einsatz von symptom- und störungsspezifischen Manualen. Daneben wurde aber deutlich, dass auch nicht problembezogene Ziele in einem Großteil der Therapien relevant waren, was bei der individuellen Therapieplanung berücksichtigt werden sollte. Bei einer einseitigen Konzentration auf problembezogene Ziele können u. U. wichtige Ziele in Bezug auf die Selbstentwicklung, Orientierung, interpersonelle Beziehungen oder das Wohlbefinden übersehen werden. Für die Forschung impliziert der gefundene Zusammenhang von Zielinhalt und -fokus, dass in künftigen Studien zu Therapiezielen beides untersucht werden sollte.

In Bezug auf den Zusammenhang der Therapieziele mit einem erfolgreichen Therapieverlauf zeigten sich heterogene Ergebnisse. Während problembezogene Annäherungsziele mit einer höher eingeschätzten Zielerreichung aus Sicht von Therapeut_innen assoziiert waren, waren problembezogene Vermeidungsziele mit einer stärkeren Symptomreduktion zu Beginn der Therapie aus Sicht der Patient_innen assoziiert. Um aus diesen Befunden Empfehlungen für oder gegen das Setzen bestimmter Ziele abzuleiten, bedarf es weiterer Forschung. Um zukünftige Befunde generalisieren zu können, sollten möglichst verschiedene Maße für den Therapieerfolg verwendet werden, da sich in dieser Studie unterschiedliche Ergebnisse je nach Erfolgskriterium und Beurteilungsperspektive zeigten.

Da sich keine deutliche Überlegenheit bestimmter Zielarten für den anfänglichen Therapierfolg erkennen lässt, erlauben die Ergebnisse zunächst keine andere Empfehlung als im Einzelfall die Patient_innen in ihrem persönlichen Zielfindungsprozess zu unterstützen und sich beim Festlegen von Therapiezielen in erster Linie an der individuellen Schwerpunktsetzung und Formulierung der Patient_innen zu orientieren.

Literatur

Bates, D., Maechler, M., Bolker B., Walker, S. (2015). Fitting Linear Mixed-Effects Models Using lme4. *Journal of Statistical Software, 67*(1), 1 – 48. https://doi.org/10.18637/jss.v067.i01

Berking, M. (2004). *Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation.* Dissertation. Georg-August-Universität, Göttingen.

Berking, M., Grosse Holtforth, M., Jacobi, C. & Kröner-Herwig, B. (2004). Sage mir Deine Diagnose und ich sage Dir was Du willst. Inwieweit sind Therapiezielinhalte störungsspezifisch? *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 52*(3), 223 – 236.

Berking, M., Grosse Holtforth, M., Jacobi, C. & Kröner-Herwig, B. (2005). Empirically based guidelines for goal-finding procedures in psychotherapy: Are some goals easier to attain than others? *Psychotherapy Research, 15* (3), 316 – 324. https://doi.org/10.1080/10503300500091801

Brakemeier, E.-L. & Jacobi, F. (Hrsg.). (2017). *Verhaltenstherapie in der Praxis* (1. Auflage). Weinheim: Beltz.

Elliot, A. J. & Church, M. A. (2002). Client articulated avoidance goals in the therapy context. *Journal of Counseling Psychology, 49*(2), 243 – 254. https://doi.org/10.1037//0022-0167.49.2.243

Franke, G. H.; Jäger, S; Glaesmer, H.; Barkmann, C; Petrowski, K.; Braehler, E. (2017): Psychometric analysis of the brief symptom inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample. *BMC Medical Research Methodology, 17*(1), 14. https://doi.org/10.1186/s12874-016-0283-3

Fox, J & Weisberg, S. (2019). *An R Companion to Applied Regression* (3rd ed.) Thousand Oaks CA: Sage. https://socialsciences.mcmaster.ca/jfox/Books/Companion/

Grosse Holtforth, M. (2001a). *BIT-T 4.0*, unveröffentlichtes Manuskript. Universität Bern.

Grosse Holtforth, M. (2001b). Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 14*(33), 241 – 258.

Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2002). Bern Inventory of Treatment Goals: Part 1. Development and first application of a taxonomy of treatment goal themes. *Psychotherapy Research, 12*(1), 79 – 99. https://doi.org/10.1080/713869618

Grosse Holtforth, M., Reubi, I., Ruckstuhl, L., Berking, M. & Grawe, K. (2004). The value of treatment-goal themes for treatment planning and outcome evaluation of psychiatric inpatients. *The International Journal of Social Psychiatry, 50*(1), 80 – 91. https://doi.org/10.1177/0020764004040955

Grosse Holtforth, M., Wyss, T., Schulte, D., Trachsel, M. & Michalak, J. (2009). Some like it specific: the difference between treatment goals of anxious and depressed patients. *Psychology and Psychotherapy, 82* (3), 279 – 290. https://doi.org/10.1348/147608308X397040

Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (2012). *Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV* (Nachdruck der 2. Auflage, 2004). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Kuhlencord, M., Bethan, I. & Hagmayer, Y. (2018). Therapieziele bei Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung in ambulanter kognitiver Verhaltenstherapie. *E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung, 6*(2), 26 – 46. Verfügbar unter http://www.resonanzen-journal.org

© 2021 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/CC BY-NC-ND 4.0)

Kuznetsova, A., Brockhoff, P. B., & Christensen, R. H. B. (2017). lmerTest Package: Tests in Linear Mixed Effects Models. *Journal of Statistical Software, 82*(13). https://doi.org/10.18637/jss.v082.i13

Lewis, C. C., Simons, A. D. & Kim, H. K. (2012). The role of early symptom trajectories and pretreatment variables in predicting treatment response to cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 525–534. https://doi.org/10.1037/a0029131

Mangiafico, S. (2020). rcompanion: *Functions to Support Extension Education Program Evaluation.* R package version 2.3.25. https://CRAN.R-project.org/package=rcompanion

Pinheiro J, Bates D., DebRoy S., Sarkar D., R Core Team (2020). *nlme: Linear and Nonlinear Mixed Effects Models.* R package version 3.1–148. https://CRAN.R-project.org/package=nlme

Ramnerö, J. & Jansson, B. (2016). Treatment goals and their attainment: a structured approach to assessment and evaluation. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 9. https://doi.org/10.1017/S1754470X15000756

R Core Team (2017). *R: A language and environment for statistical computing.* R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. https://www.r-project.org

Schibbye, P., Ghaderi, A., Ljótsson, B., Hedman, E., Lindefors, N., Rück, C. et al. (2014). Using early change to predict outcome in cognitive behaviour therapy: exploring timeframe, calculation method, and differences of disorder-specific versus general measures. *PLOS ONE, 9*(6). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100614

Schindler, A., Hiller, W. & Witthöft, M. (2013). What predicts outcome, response, and drop-out in CBT of depressive adults? a naturalistic study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 41*(3), 365–370. https://doi.org/10.1017/S1352465812001063

Schöttke, H., Sembill, A., Eversmann, J., Waldorf, M. & Lange, J. (2011). Therapieziele in der ambulanten kognitiv-verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Psychotherapie – notwendig oder irrelevant? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 40*(4), 257–266. https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000123

Schöttke, H., Trame, L. & Sembill, A. (2014). Relevance of therapy goals in outpatient cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research, 24*(6), 711–723. https://doi.org/10.1080/10503307.2014.881578

Trachsel, M., Itten, S., Stauffer, B., Holtforth, M. G. & Hofer, D. (2008). Erreichung störungsübergreifender Therapieziele in einer störungsspezifischen ambulanten Gruppenpsychotherapie phobischer Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 58*(9–10), 359–365. https://doi.org/10.1055/s-2007-986292

Wollburg, E. & Braukhaus, C. (2010). Goal setting in psychotherapy: the relevance of approach and avoidance goals for treatment outcome. *Psychotherapy Research, 20*(4), 488–494. https://doi.org/10.1080/10503301003796839

World Health Organization (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a) CIDI Interview (version 1.0), b) CIDI–User Manual, c) CIDI–Training Manual, d) CIDI-Computer Programs.* Geneva: World Health Organization.

Förderung
Open Access-Veröffentlichung ermöglicht durch die Georg-August-Universität Göttingen.

Merle Kuhlencord
Georg-Elias-Müller Institut für Psychologie
Abteilung Klinische Psychologie
Georg-August-Universität Göttingen
Gosslerstraße 14
37073 Göttingen
merle.kuhlencord@uni-goettingen.de

© 2021 The Author(s). Distributed as a Hogrefe OpenMind article under the license CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/CC BY-NC-ND 4.0)

3. Diskussion

3.1 Zusammenfassung der Studien

In den folgenden Abschnitten (3.1.1 – 3.1.2) werden die Ergebnisse der drei Studien zusammengefasst und jeweils kurz eingeordnet. Im darauffolgenden Abschnitt 3.2 werden die Ergebnisse in Bezug zu den übergeordneten Forschungsfragen gebracht und zusammenfassend diskutiert und es werden Implikationen abgeleitet.

3.1.1 Therapeutische Interventionen.

Zusammenfassung Studie 1: Kuhlencord & Hagmayer (unveröffentlichtes Manuskript).

Im Rahmen dieser Studie wurde die Anwendung allgemeiner und KVT-spezifischer Interventionen in der kognitiv verhaltenstherapeutischen Routinepraxis untersucht. Dazu wurde in 302 ambulanten Therapien die Anwendung eines weiten Spektrums an Interventionen mittels eines neu entwickelten Fragebogens währen des Therapieverlaufs erfasst.

Hier zeigte sich, dass einige Interventionen (Psychoedukation, Ziele setzen, Ressourcenaktivierung, Verhaltensanalyse und Hausaufgaben) in allen Therapien bis zur 24. Sitzung mindestens einmal angewendet wurden. Insgesamt am häufigsten wurden kognitive Umstrukturierung und die allgemeinen Interventionen Hausaufgaben und Ressourcenaktivierung eingesetzt. Die größten Unterscheide in der Anwendungshäufigkeit wiesen die Interventionen Ressourcenaktivierung, Kognitive Umstrukturierung, Stärkung der Selbstwirksamkeit und positive Verstärkung durch den Therapeuten/ die Therapeutin auf.

Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass insbesondere die Anwendung allgemeiner Interventionen zum Standardvorgehen in der Therapie gehört. Dass zudem allgemeine und spezifische Interventionen zwischen den Therapien unterschiedlich häufig angewendet werden, spricht dafür, dass der jeweilige Verlauf der Therapie an die Bedürfnisse, Problem oder Ziele

der Patient*innen angepasst wird und möglicherweise auch durch unterschiedliche Präferenzen der Therapeut*innen mitbestimmt wird.

In Bezug auf die Anwendung der Interventionen wurde zudem geprüft, ob Interventionen, die in der Therapie zur Behandlung von Depressionen und Angststörungen eingesetzt wurden, den Empfehlungen aus Leitlinien und Manualen entsprechen. Dem voran ging eine umfangreiche Analyse deutschsprachiger Leitlinien und Manuale für Depression bzw. Angststörung. Insgesamt zeigte sich, in den verschiedenen Manualen und Leitlinien eine große Zahl unterschiedlicher empfohlener Interventionen. Die Analyse ergab zudem, dass einige Interventionen konsistent, d.h. hier in jeweils mindestens 50% der verschiedenen Quellen, empfohlen wurden. Dies war bei Depression der Fall für vier allgemeine Interventionen (Psychoedukation, Verhaltensanalyse, Arbeit mit weiteren Personen und Rückfallprophylaxe) und fünf KVT-spezifische Interventionen (Kognitive Umstrukturierung, Verhaltensexperimente, Aktivitätenaufbau, sowie für die Vermittlung von Selbstmanagement-Skills und dem Training sozialer Kompetenzen). Für Angststörungen wurden 3 allgemeine Interventionen (Zielsetzung, Hausaufgaben und Rückfallprophylaxe), so wie die beiden KVT-spezifischen Interventionen (Exposition und Kognitive Umstrukturierung) konsistent empfohlen.

Die Anwendung der Interventionen in der Praxis korrelierte mit r= .52 bei der Behandlung von Depressionen und r = .55 bei der Behandlung von Angststörungen mit den Empfehlungen. Besonders wurden allgemeine empfohlene Interventionen für beide Störungen angewendet. Von den empfohlenen Interventionen wurden bei Depressionen Kognitive Umstrukturierung, Psychoedukation, Aktivitätenaufbau und Verhaltensanalyse vergleichsweise häufig eingesetzt und bei Angststörungen kognitive Umstrukturierung, Ziele setzen und Hausaufgaben. Demgegenüber gab es bei beiden Störungen auch konsistent empfohlene Interventionen, die in einem Teil der Therapien gar nicht angewendet wurden. Dies war bei Depression der Fall für Verhaltensexperimente, das Training von sozialen

Kompetenzen und die Arbeit mit weiteren Personen. Auch an der Verbesserung von Selbstmanagementstrategien wurde oftmals nicht oder wenn ja nur sehr wenig gearbeitet. Bei Angststörungen wurde demgegenüber in einem Großteil der Therapien Exposition nicht verwendet. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass das therapeutische Vorgehen in der Praxis zwar im Großen und Ganzen an den Empfehlungen aus der Literatur orientiert zu sein scheint, aber dennoch teilweise davon abweicht.

Dennoch muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass es sein kann, dass manche Interventionen, wie Exposition oder die Verbesserung von Selbstmanagement im Rahmen von Hausaufgaben stattgefunden haben, so dass die tatsächlichen Anwendungshäufigkeiten ggf. höher waren. Darüber hinaus hatten ca. 80% der Behandelten Patient*innen zusätzlich komorbide Diagnosen und die Therapien waren zu einem Großteil noch nicht abgeschlossen, so dass es sein kann, dass die Behandlung der Depression bzw. der Angstsymptomatik in dem untersuchten Zeitraum (noch) nicht der (einzige) Fokus war und manche eher störungsspezifische Interventionen möglicherweise erst im weiteren Verlauf der Therapie (häufiger) eingesetzt wurden.

Insgesamt entsprechen die Ergebnisse in Bezug auf die Anwendungshäufigkeiten aber bereits früheren Studien, in denen abgeschlossene Therapien untersucht wurden. So zeigten sich zumindest in Bezug auf den Einsatz von Kognitiver Umstrukturierung und Aktivitätenaufbau bei Depressionen (Löffler, et al. 2015) bzw. von Exposition und kognitiver Umstrukturierung bei Angststörungen (Pittig & Hoyer, 2018; Klan & Hiller, 2014) ähnliche Häufigkeiten. Klan und Hiller, 2014 fanden jedoch eine höhere Anwendungshäufigkeit für Entspannungsverfahren bei Angststörungen. Da der Umfang der hier untersuchten Interventionen über den früherer Studien hinaus geht, können die Ergebnisse in Bezug auf weitere Interventionen nicht mit früheren Befunden in Beziehung gesetzt werden.

Ein weiteres Ziel der Studie war zudem, den Zusammenhang zwischen dem Einsatz empfohlener Interventionen bei Depressionen und Angststörungen mit dem Therapiefortschritt

(Symptomreduktion in Bezug auf die Belastung durch depressive, angstbezogene und somatische Symptome und Erfolgszufriedenheit aus Patient*innensicht) nach 12 bzw. 24 Sitzungen nach der Probatorik zu untersuchen. Hier wurde die Hypothese, dass die Anwendung konsistent empfohlener Interventionen bei der Behandlung von Depressionen und Angststörungen ein positiver Prädiktor für den Therapieerfolg sind, nicht klar durch die Ergebnisse gestützt. So zeigten sich jeweils nur für einzelne Interventionen Assoziationen zwischen ihrem Einsatz bzw. der jeweiligen Anwendungshäufigkeit und dem Therapiefortschritt und das jeweils nur zu einem Messzeitpunkt für eines der beiden untersuchten Outcomes. Auch bei der Berücksichtigung der Anwendung von Interventionen als dichotome Prädiktoren zeigte sich kein klareres Bild.

Die weiteren explorativen Analysen, welche die Assoziation eines größeren Spektrums an Interventionen über alle Störungen hinweg mit Therapiefortschritt untersuchten, zeigten hingegen Assoziationen zwischen dem Einsatz bestimmter Interventionen mit allen untersuchten Outcomes, jeweils zu beiden Messzeitpunkten. Dies ist möglicherweise auch darauf zurückzuführen, dass der Stichprobenumfang für diese Analysen etwas größer war. Dennoch ist anzumerken, dass auch hier der Stichprobenumfang für die vergleichsweise zahlreichen Prädiktoren eher klein war, so dass kleine Effekte möglicherweise nicht deutlich wurden. Eine Sensitivitätsanalyse ergab jedoch für eine Teststärke von T = .80 und ein Alpha von $\alpha = .05$ (adjustiert für die 18 Prädiktoren), dass bei den jeweiligen Stichprobenumfängen, für den Messzeitpunkt nach 12 Sitzungen kleine bis mittlere Effekte ($f^2 = .12$) nachweisbar waren, während für den Messzeitpunkt nach 24 Sitzungen zumindest noch mittlere Effekte ($f^2 = .19$) nachweisbar waren. Im Einzelnen zeigte sich, dass eine überdurchschnittlich hohe Anwendungshäufigkeit von Ressourcenaktivierung, Hausaufgaben, Arbeit an Therapiezielen, Selbstmanagement-Techniken und Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung sowie der Einbezug weiter Personen sich insgesamt als positive Prädiktoren für einzelne Fortschrittsmaße herausstellten. Demgegenüber stand eine überdurchschnittlich hohe Anwendungshäufigkeit

von Psychoedukation, Besprechen des Therapiekontrakts, Stärkung der Therapiemotivation, Aktivitätenaufbau sowie die Anwendung von Maßnahmen zur Krisenintervention negativ mit einzelnen Fortschrittsmaßen in Beziehung. Dass sich jeweils zumindest in Bezug auf einzelne Maße des Therapiefortschritts ein Zusammenhang mit dem Einsatz bzw. der Anwendungshäufigkeit einzelner Interventionen zeigte, entspricht früheren Befunden von Klan und Hiller (2014) und Löffler (2015). Dennoch wich das Design dieser Studien in Bezug auf die Störungspopulation, den untersuchten Zeitraum, die Outcomemaße sowie teilweise auch in Bezug auf die untersuchten Interventionen von dem hier verwendenden Vorgehen ab, was erklären kann, dass sich die spezifischen Zusammenhänge teilweise für andere Interventionen zeigten.

Ohne weitere Befunde zu diesem Thema bleibt zudem die Richtung der Zusammenhänge bislang schwer zu interpretieren. So ist bislang unklar, ob der Einsatz bestimmter Interventionen direkt den Fortschritt in der Therapie bedingt oder ob andersherum positiver bzw. negativer Verlauf den Einsatz bestimmter Interventionen begünstigt, indem der Verlauf den Einsatz bestimmter Interventionen erforderlich oder überhaupt erst möglich macht.

Dass sich die Assoziationen mit dem Therapieverlauf je nach Interventionen unterschieden, entspricht zudem den Ergebnissen von Kazantzis und Kollegen (2018). Auch, wenn die dort zusammengefassten Metaanalysen nicht spezifisch auf die Untersuchung der Wirksamkeit von Therapieelementen in der Praxis bezogen waren, ergab sich ebenfalls, dass die Effektstärken in Bezug auf Zusammenhänge mit dem Therapieoutcome von den einzelnen verwendeten Interventionen abhingen.

Zusammengenommen lässt sich sagen, dass der Einsatz bestimmter Interventionen mit dem Fortschritt in der Therapie assoziiert zu sein scheint. Die unterschiedlichen Ergebnisse, die sich je nach Outcome, Messzeitpunkt und Diagnose - sowie ebenfalls teilweise bei der Berücksichtigung der Interventionsanwendung als dichotome Prädiktoren abzeichneten, sprechen dafür, dass der sich Zusammenhang zwischen dem Einsatz einzelner Interventionen

und dem Therapiefortschritt in einer komplexen Weise darstellt, welche bei dem jetzigen Forschungsstand keine klaren oder generalisierenden Schlussfolgerungen erlaubt.

3.1.2 Therapieziele.

Zusammenfassung Studie 2: Kuhlencord at al. (2018).

Ziel der Studie von Kuhlencord und Kollegen (2018) war es, erstmals innerhalb einer Stichprobe, Inhalte und Ausrichtungsfokus von freiformulierten Therapiezielen in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Routinepraxis zu untersuchen. Hierzu wurden 523 freiformulierte Therapieziele von 113 Patient*innen entsprechend ihres Inhalts und ihres Ausrichtungsfokus kategorisiert. Zur Kategorisierung des Zielinhalts wurde die Taxonomie für Therapiezielinhalte des BITs (Grosse Holtforth & Grawe, 2002) verwendet. Zudem wurde klassifiziert, ob die Ziele entsprechend eines Annäherungs- oder Vermeidungsfokus formuliert waren.

Wie in den Hypothesen erwartet, wurde in Bezug auf den Ausrichtungsfokus deutlich, dass entsprechend der Empfehlungen aus der Literatur, Ziele häufiger entsprechend eines Annäherungsfokus formuliert wurden. Diese machten 67% der Ziele aus. Dennoch wies ein beträchtlicher Anteil der Ziele (ca. 1/3) einen Vermeidungsfokus auf. Dies entspricht früheren Studien, die ebenfalls jeweils vergleichsweise höhere Anteile an Zielen mit Annäherungsfokus berichten (Elliot & Church, 2002; Wollburg & Braukhaus, 2010).

In Bezug auf den Inhalt zeigte sich ebenfalls, wie erwartet, dass die meisten Therapieziele (41%) auf konkrete Probleme und Symptome bezogen waren, was möglicherweise mit dem Leidensdruck der Patient*innen zu Therapiebeginn zusammenhängt. Andere Zielinhalte machten zusammengenommen jedoch über die Hälfte aller Ziele aus. Am zweithäufigsten waren mit 20% interpersonale Ziele, gefolgt von Selbstentwicklungszielen (17%) und Wohlseinszielen (14%). Am seltensten waren mit nur 3% Orientierungsziele. Deutlich wurde neben der Dominanz problembezogener Ziele also, dass es insgesamt eine

große Bandbreite verschiedener Zielinhalte gab. Diese zeigte sich auch in früheren Studien (z.B. Berking 2004).

Desweitern zeigte sich, wie erwartet, ein Zusammenhang zwischen dem Fokus und dem Inhalt der Therapieziele. Während ein erheblicher Teil der Therapieziele, welche auf Probleme und Symptome bezogen waren, als Vermeidungsziele formuliert wurden, wurden Zielen mit anderen Inhalten fast ausschließlich entsprechend eines Annährungsfokus formuliert. Dieser Zusammenhang wurde in früheren Studien nicht untersucht.

Dass ein Vermeidungsfokus insbesondere bei der Inhaltskategorie auftrat, welche den größten Teil der Ziele ausmachte, zeigt, dass es wichtig ist, die Assoziation von Inhalt und Fokus zu berücksichtigen und diese Aspekte nicht unabhängig voneinander zu betrachten. Zum einen ergibt sich hieraus, dass, wenn es um die Umsetzung der Empfehlungen geht, Ziele „positiv“ zu formulieren, ein besonderes Augenmerk auf problembezogene Ziele gelegt werden muss. Wie die Befunde zeigen, ist auch bei problembezogenen Zielen eine Formulierung entsprechend eines Annäherungsfokus möglich, aber scheinbar weniger verbreitet, möglicherweise weil es für diese Ziele schwieriger ist. Zum anderen ist dieses Ergebnis relevant für die Frage danach, ob Ziele entsprechend der Empfehlungen formuliert werden, da sie zeigen, dass eine Abweichung von den Empfehlungen von dem Inhalt der Ziele und somit auch von den spezifischen Anliegen der Patient*innen abzuhängen scheint.

Darüber hinaus wurde in der Studie untersucht, ob sich, wie sich in früheren Studien gezeigt hatte, der Zielinhalt und Fokus zwischen Patient*innen mit bzw. ohne die Diagnose einer Angststörung unterschieden. Anders als erwartet wurde, zeigte sich in der vorliegenden Stichprobe ein solcher Zusammenhang weder für den Inhalt noch für den Fokus der Ziele. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass Komorbiditäten in der hier durchgeführten Studie kein Ausschlusskriterium für die Zuordnung zu den Diagnosegruppen waren und sie dadurch in sich heterogener waren.

Zusammenfassung Studie 3: Kuhlencord & Hagmayer (2020).

In dieser Studie sollte zum einen in einer erweiterten Stichprobe von 163 Patient*innen der Inhalt und der Ausrichtungsfokus von Therapiezielen und deren Assoziation untersucht werden, um damit die Ergebnisse aus Studie 2 zu replizieren. Die Kategorisierung der insgesamt 716 Ziele erfolgte analog zu Studie 2.

Die Ergebnisse zeigten wieder, dass die inhaltlichen Schwerpunkte unterschiedlich häufig waren und vergleichbar große Anteile aufwiesen. Wieder waren konkrete Probleme und Symptome der häufigste Zielinhalt (40%), am zweithäufigsten waren interpersonale Ziele (20%), während selbstentwicklungsbezogene Ziele 18%, Wohlseinsziele 13% und Orientierungsziele 3% der Ziele ausmachten. Auch der Anteil der Ziele mit Annäherungsfokus, welcher mit 68% ungefähr doppelt so häufig vorkam wie ein Vermeidungsfokus, ähnelte den Ergebnissen aus Studie 1.

Entsprechend der Hypothese wurde auch in der erweiterten Stichprobe deutlich, dass Therapiezielinhalt und -fokus assoziiert waren, wobei ca. die Hälfte der problembezogenen Ziele einen Vermeidungsfokus hatten. Bei allen anderen Zielinhalten überwog ein Annäherungsfokus deutlich.

Darüber hinaus ging es in dieser Studie zum anderen um die Untersuchung eines möglichen Zusammenhangs zwischen der Zielart und dem anfänglichen Therapiefortschritt, 12 Sitzungen nach der Probatorik. Untersucht wurden hier die Zielerreichung aus Sicht von Patient*innen und Therapeut*innen sowie die Symptomreduktion in Bezug auf die Belastung durch depressive, angstbezogene und somatische Symptome. In Bezug auf die Zielerreichung war die Hypothese, dass die verschieden Zielarten unterschiedlich gut erreicht würden. Dies zeigte sich nur für die Zielerreichung aus Sicht der Therapeut*innen, während es aus Sicht der Patient*innen keine Unterschiede in der Zielerreichung gab. Aus Therapeut*innensicht wiesen Annäherungsziele eine höhere Zielerreichung auf als andere Ziele, möglicherweise weil bei

diese Zielen Verbesserungen für die Therapeut*innen leichter direkt aus der Außensicht wahrzunehmen sind als z.B. bei Wohlseins- oder Orientierungszielen und sie nicht, so wie interpersonale Ziele, vordergründig auf Situationen und Interaktionen außerhalb der Therapiesitzung bezogen sind.

Auch wenn Studien, in denen jedoch der Fokus der Ziele unberücksichtigt blieb, eine höhere selbsteingeschätzte Zielerreichung bei problembezogenen Zielen berichten (Grosse Holtforth et al., 2004; Trachsel et al., 2008), fanden Wollburg und Braukhaus (2010) keine Unterschiede in der selbsteingeschätzten Zielerreichung zwischen Annäherungs- und Vermeidungszielen, was den Ergebnissen dieser Studie entspricht.

In Bezug auf die Symptomreduktion zeigte sich, wie erwartet, eine Assoziation zwischen dem Setzen von problembezogenen Annäherungs- und Vermeidungszielen mit der Stärke der Symptomreduktion. So waren das Vorliegen problembezogener Vermeidungsziele prädiktiv für eine höhere Symptomreduktion. Dieses Ergebnis widerspricht den Ergebnissen von Wollburg und Braukhaus (2010), die eine geringere Symptomreduktion bei Vermeidungszielen berichten. Diese Diskrepanz lässt sich möglicherweis dadurch erklären, dass in der vorliegenden Studie nicht das Endergebnis, sondern der frühe Therapiefortschritt untersucht wurde. Möglicherweise sind je nach Therapiephase unterschiedliche Zielarten bedeutsam.

Neben der Replikation eines Zusammenhangs von Therapiezielinhalt und Fokus in einer größeren Stichprobe zeigen die Ergebnisse, dass die Assoziation auch bei der Betrachtung des Zusammenhangs mit Therapiefortschritt relevant war. Die Dissoziation, die sich hier zeigte, nämlich dass problembezogene Annäherungsziele eine höhere Zielerreichung aus Therapeut*innensicht aufwiesen, während aus Patient*innensicht die Symptomreduktion größer war, wenn problembezogene Vermeidungsziele vorlagen, steht im Gegensatz zu einer allgemeingültigen Empfehlung, Therapieziele in jedem Fall entsprechend eines Annäherungsfokus zu formulieren.

3.2 Zusammenfassende Betrachtung und Diskussion

Bislang wurde die Anwendung von einzelnen therapeutischen Interventionen und freiformulierten Therapiezielen in der Routinepraxis sowie ihr Zusammenhang mit erfolgreichen Therapieverläufen erst in Ansätzen untersucht. Einige Studien liefern jedoch erste Hinweise darauf, dass diese Elemente mit unterschiedlichen Outcomemaßen eines erfolgreichen Therapieverlaufs in Zusammenhang stehen (Berking, 2004; Berking et al., 2004; Berking et al., 2005; D´Errico et al., 2018; Elliot & Church, 2002; Grosse Holtforth et al., 2004; Klan & Hiller, 2014; Löffler et al., 2015; Ramnerö & Jansson, 2016; Schöttke et al., 2014; Schöttke, et al., 2011; Trachsel et al., 2008; Wollburg & Braukhaus, 2010). Für ein umfassenderes Verständnis dieser Themen wurde im Rahmen von insgesamt drei Studien die Anwendung therapeutischer Interventionen bzw. freiformulierter Therapieziele in der Routinepraxis untersucht sowie deren Zusammenhang mit Therapiefortschritt. Darüber hinaus wurde untersucht, ob angewendete Interventionen und die Formulierung der Therapieziele Empfehlungen aus der Literatur entsprechen. Die Erfassung der therapeutischen Interventionen war dabei umfangreicher und genauer als in vorherigen Studien, indem ein größeres Spektrum an Interventionen näher am therapeutischen Prozess untersucht wurde. Auch die Untersuchung der Therapieziele war spezifischer als in früheren Studien, da jeweils die Assoziation von Therapiezielfokus und Inhalt berücksichtigt wurde. Des Weiteren wurden jeweils mehrere Outcomemaße verwendet.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studien, gegliedert nach den drei übergeordneten Forschungsfragen zusammenfassend diskutiert.

3.2.1 Welche Interventionen werden in der Praxis angewendet und welche Therapieziele werden gesetzt?

In der therapeutischen Routinepraxis wird insgesamt ein großes Spektrum an Interventionen angewendet. Die Untersuchung der Therapieverlaufsdaten in diesem

Promotionsprojekt ergab, dass, manche (hauptsächlich allgemeine) Intervention in allen Therapien eingesetzt wurden, während andere Interventionen nur in einem Teil der Therapien angewendet wurden. Zudem variierte die Anwendungshäufigkeit bei einigen Interventionen stark zwischen den Therapien. Für einige Interventionen liegen frühere Befunde zur Anwendung in der Praxis vor. Hier zeigten sich weitestgehend ähnlich große Anteile an Therapien, in denen die jeweiligen Interventionen durchgeführt wurden.

Zudem werden unterschiedliche Arten von Therapiezielen gesetzt. In dieser sowie auch in früheren Studien wurde deutlich, dass die untersuchten Therapieziele vielfältige Themen zum Inhalt hatten, wobei problembezogene Ziele einen vergleichsweise großen Anteil ausmachen. Hier ergab sich darüber hinaus, dass der Inhalt der Ziele mit dem Ausrichtungsfokus im Zusammenhang stand.

Die Heterogenität im Einsatz von Interventionen und die diversen Therapiezielarten in der Routinepraxis sind nicht unerwartet. Denn wie eingangs erwähnt, ist anzunehmen, dass insbesondere in der Routinepraxis vielfältige unterschiedliche Faktoren und Bedingungen, wie z.B. Präferenzen der Patient*innen und/ oder der Therapeut*innen, Patient*innencharakteristika oder Erfahrungen und Kompetenzen der Therapeut*innen, Unterschiede im jeweiligen therapeutischen Prozess bedingen. Davon ausgehend wurde im Rahmen dieser Dissertation, ergänzend zu anderen Forschungsansätzen, dem Ansatz gefolgt, den therapeutischen Prozess möglichst präzise zu erfassen, um darauf aufbauend untersuchen zu können, welche spezifischen Elemente einen erfolgreichen Therapieverlauf bedingen. Dass die Ergebnisse nun, wie erwartet, deutliche Abweichungen zwischen verschiedenen therapeutischen Vorgehensweisen widerspiegeln, unterstreicht, dass Ansätze, die versuchen Heterogenität in der Behandlungspraxis zu berücksichtigen, eine wichtige ergänzende Rolle im Bereich der klinisch-psychologischen Forschung darstellen. Denn es wird deutlich, dass eine differenzierte Betrachtung mit weitem Fokus nötig ist, um das Therapiegeschehen in der Praxis treffend erfassen und abbilden zu können.

Durch eine differenzierte und umfangreiche Erfassung der Anwendung einzelner therapeutischer Interventionen in der Routineversorgung, im Rahmen weiterer Studien, kann neben dem Aufzeigen von Abweichungen im therapeutischen Vorgehen, auch weiter geklärt werden, in welchem Ausmaß sich Gemeinsamkeiten zwischen verschiedenen Therapien abzeichnen. Auch in der hier berichteten Studie zeigte sich, dass einzelne Interventionen in allen Therapien eingesetzt wurden. Während in der hier dargestellten Untersuchung die kumulierten Anwendungshäufigkeiten von Interventionen betrachtet wurden, wäre es darüberhinausgehend auch interessant in weiteren Studien die Kombination oder auch den Zeitpunkt oder die Reihenfolge der Anwendung bestimmter Interventionen stärker zu berücksichtigen. Ein möglicher Ansatz wäre hier beispielsweise zu untersuchen, ob sich in Bezug auf die Anwendung von Interventionen charakteristische Kombinationsmuster oder Sequenzen abzeichnen und sich hierbei möglicherweise auch „typische“ Therapieverlaufsklassen erkennen lassen. Hierfür wären allerdings große Datensätze nötig.

Insgesamt trägt eine weitere Untersuchung der Anwendung von Interventionen in der Praxis dazu bei, besser zu verstehen, wie der Therapieprozess in der Routineversorgung üblicherweise gestaltet wird.

Damit spielt eine ausführliche Erforschung der Anwendung von Interventionen in der Behandlungspraxis auch für eine qualitativ hochwertige Erforschung von (neuen) Interventionen und Behandlungskonzepten im Rahmen von kontrollierten Studien eine bedeutende Rolle. Eine in Wirksamkeitsstudien häufig verwendete Vergleichsbedingung ist die Behandlung entsprechend des Routinevorgehens, des „treatment as usual“ (TAU). Die Ergebnisse der hier präsentierten Forschungsarbeiten unterstreichen allerdings, dass davon ausgegangen werden kann, dass „treatment as usual“- Bedingungen sich zwar wahrscheinlich in Bezug auf einzelne (vor allem allgemeine) Interventionen ähneln, aber möglicherweise trotzdem in sich heterogen sind, wodurch auch die resultierenden Effektgrößen beeinflusst

werden können (vgl. Watts, Turnell, Kladnitski, Newby, & Andrews, 2015). Solange nur wenig über die Anwendung von Interventionen in der Routinepraxis bekannt ist, bleibt für den Vergleich einer Versuchsbedingung mit TAU unklar, womit genau eine Versuchsbedingung verglichen wurde. Dies stellt jedoch eine wichtige Voraussetzung für eine valide Beurteilung der Effektivität bzw. der Überlegenheit von bestimmten Interventionen oder Therapieansätzen dar und erleichtert den Vergleich bzw. die Integration von verschiedenen Einzelstudien im Rahmen von Meta-Analysen.

Eine wesentliche Grundlage für eine differenzierte Untersuchung der Anwendung therapeutischer Interventionen in der Praxis ist die (Weiter-)Entwicklung geeigneter Instrumente, um zu erfassen, welche Interventionen im Verlauf einer Therapie eingesetzt werden. Hierzu leistet der im Rahmen dieser Dissertation entwickelte Fragebogen (LTI) einen Beitrag. Da sich mit der LTI, die praktische Anwendung eines großen Umfangs von Interventionen nah am therapeutischen Prozess erfassen lässt, kann damit das therapeutische Vorgehen genauer abgebildet werden als mit bestehenden Instrumenten. Anzumerken bleibt jedoch, dass der Einsatz der LTI im Rahmen dieser Arbeit das erst Mal erprobt wurde. Für die weitere Verwendung des Fragebogens sollte zuvor die Validität und Reliabilität der LTI in weiteren Studien geprüft werden.

Bessere Möglichkeiten, die Anwendung von therapeutischen Interventionen im Therapieverlauf zu erfassen, hätten darüber hinaus auch einen Nutzen für den Kontext kontrollierter Interventionsstudien. Neben einer Untersuchung der Adhärenz bei der Durchführung vorgesehener Interventionen oder Therapieprogramme, welche in Interventionsstudien häufig unzureichend überprüft wird (vgl. Cox, Martinez & Southam-Gerow, 2018), könnten entsprechende Instrumente hier zudem auch dafür eingesetzt werden, zu untersuchen, welche Interventionen im Rahmen von Interventionsstudien ggf. alternativ oder über die Vorgaben hinaus durchgeführt wurden.

Im Kontext der Untersuchung des therapeutischen Vorgehens in der Praxis, lassen sich auch weitere Fragestellungen ansprechen. Dazu zählt beispielsweise der systematische Vergleich des praktischen Vorgehens in der Routineversorgung in der Therapie verschiedener Therapieschulen. Dass sich in den hier durchgeführten Analysen zeigte, dass es insbesondere allgemeine Interventionen waren, die im Rahmen der kognitive verhaltenstherapeutischen Routineversorgung über alle Therapien hinweg angewendet wurden, macht diese Frage besonders interessant. Hierfür wären jedoch Instrumente nötig, die neben allgemeinen Interventionen die jeweiligen therapieschulen-spezifischen Interventionen in einem vergleichbaren Umfang erfassen.

3.2.2 Inwiefern entspricht die Anwendung von Interventionen und die Formulierung von Therapiezielen Empfehlungen in der Literatur?

Zusammengenommen ist sowohl die Anwendung der Interventionen in der Praxis als auch die Formulierung der Ziele, grob an den Empfehlungen aus der Literatur orientiert. In den hier durchgeführten Studien zeigte sich, dass, entsprechend der Empfehlung, insgesamt häufiger Annäherungsziele formuliert wurden, was auch früheren Befunden entspricht. Dennoch wich die Formulierung bei etwa einem Drittel der hier analysierten Therapieziele von der Empfehlung ab. Die Entsprechung der Zielformulierung in der Praxis in Bezug auf andere Empfehlungen wurde bislang nicht untersucht. In Bezug auf die Interventionen ist die hier durchgeführte Studie die erste, welche die Entsprechung der Anwendung von Interventionen mit Empfehlungen in der Literatur systematisch untersucht hat. Während die Anwendung der Interventionen hier insgesamt grob den Empfehlungen entsprach, ging allerdings die Vielfalt der angewendeten Interventionen über die, der konsistent empfohlenen Interventionen, hinaus und einzelne Interventionen wurden, auch wenn ihr Einsatz konsistent empfohlen wurde, in einem beträchtlichen Anteil der Therapien nicht eingesetzt.

Zur Interpretation der Ergebnisse ist in Bezug auf die therapeutischen Interventionen zu berücksichtigen, dass bereits die Empfehlungen in der untersuchten Literatur Heterogenität aufwiesen. So kann das Vorgehen nach einem bestimmten Manual gleichzeitig bedeuten von den Empfehlungen eines anderen Manuals abzuweichen. Die unterschiedlichen Inhalte der Therapieziele, welche sich selbst bei Patient*innen mit derselben Diagnose (siehe z.B. Kuhlencord at al. (2018)) zeigten, sprechen zudem dafür, dass es nicht unbedingt als problematisch aufzufassen ist, im Einsatz von Interventionen von Empfehlungen in Leitlinien und Manualen abzuweichen. Insbesondere da Leitlinien und Manuale häufig vergleichsweise allgemeine Empfehlungen aussprechen, kann eine Abweichung von den Empfehlungen auch eine angemessene Form der Individualisierung darstellen.

Im Sinne des Konzepts der Evidenzbasierten Praxis (Englisch: evidence based medicine (EbM)) nach Sackett und Kollegen (1996) sowie ebenfalls im Sinne des neueren Verständnises von Evidenced-Based Practice in Psychology (EBPP) entsprechend der APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (im Folgenden APA Task Force), kann ein gewisses Maß an Heterogenität im therapeutischen Vorgehen, bzw. Abweichungen von den Empfehlungen der Literatur, darüberhinausgehend sogar als Erfüllung der Idee evidenzbasierter Praxis aufgefasst werden. Sackett und Kollegen definiten EbM 1996 mit den Worten „EbM is the conscientious, explicit, and judicious use of best evidence making decisions about the care of individual patients. The practice of EbM means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research.“ (Sackett, et al., 1996, S.71). Diese Definition ähnelt der Beschreibung von EBPP durch die APA Task Force: „EBPP starts with the patient and asks what research evidence (including relevant results from RCTs) will assist the psychologist in achieving the best outcome.” (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, S.273). Indem in den Definitionen spezifisch auf die Anpassung an den Patienten/ die Patientin und den Therapeuten/ die Therapeutin verwiesen

wird, wäre ein vollständig adhärentes Vorgehen über eine Vielzahl an Therapien hinweg als kritisch zu werten.

Insofern ist die allgemeine Frage danach, ob das Vorgehen in der Praxis adhärent zu Empfehlungen ist oder nicht, für das Verständnis Evidenzbasierter Praxis zu allgemein. Wenn, dann wäre für weitere Adhärenzforschung wohl die Frage passender, welches Ausmaß an Adhärenz bzw. Abweichung von Empfehlungen noch angemessen ist, d.h. z.B. positiv mit dem Therapieverlauf assoziiert ist. Dies könnte in weiteren Studien untersucht werden. Da sich insbesondere bereits zwischen den verschiedenen Quellen Abweichungen in den Empfehlungen gezeigt haben, wäre es hierbei eine interessante Frage zu untersuchen, ob Adhärenz bzw. Abweichung von den Empfehlungen bei verschiedenen Interventionen unterschiedlich mit dem Therapieverlauf assoziiert ist.

Im Rahmen der hier durchgeführten Studie (Kuhlencord & Hagmayer, unveröffentlichtes Manuskript) wurde auf Basis einzelner Interventionen untersucht, in welchem Ausmaß, über verschiedene Leitlinien und Manuale hinweg, die Anwendung der Interventionen in der Praxis den Empfehlungen entsprach. Für eine der ersten Studien, die dieses Thema untersucht hat, war dieses Vorgehen hilfreich, um einen Überblick über die Anwendung von Interventionen in der Praxis sowie die Entsprechung von Praxis und Empfehlungen zu erlangen. In Bezug auf die Untersuchung von Adhärenz zu Empfehlungen in der Literatur ist anzumerken, dass, auch wenn in den analysierten Quellen die Empfehlungen häufig allgemein waren, einzelne Quellen spezifischere Hinweise enthielten, z.B. Informationen dazu in welcher Reihenfolge Interventionen durchgeführt werden sollten (siehe z.B. Stangier, Clark, Ginburg & Ehlers, 2016). Für weitere Studien im Sinne der Adhärenzforschung wäre es insofern eine interessanter Ansatz, über die hier vorgestellte Forschungsarbeit hinausgehend, diese spezifischen Informationen zu berücksichtigen, falls vorhanden.

Mögliche Schlussfolgerungen, die sich auf der Basis solcher Studien ziehen lassen, beispielsweise, dass die Einhaltung einer bestimmten Empfehlung sich als besonders förderlich für den Therapiefortschritt erweist oder dass die Durchführung von bestimmten Interventionen in empfohlener Reihenfolge den Therapieverlauf positiv beeinflusst, können dazu beitragen, dass Empfehlungen differenzierter werden, was insgesamt hilfreich für die Praxis wäre.

Es bleibt jedoch anzumerken, dass auch immer spezifischere Empfehlungen noch eine Form der Verallgemeinerung darstellen. Auch wenn sich im Rahmen von Studien Regelmäßigkeiten feststellen lassen, welches Vorgehen in der Praxis den Therapieerfolg positiv beeinflusst, ist anzunehmen, dass im Einzelfall neben der jeweiligen Diagnose der Patient*innen und den individuellen Zielen, die verfolgt werden, aber noch vielfältige weitere Aspekte eine Rolle dafür spielen können, welches Vorgehen im Einzelfall das hilfreichste ist. Die Zahl an potenziellen Einflussfaktoren und Bedingungen (wie z.B. der Kontext der Therapie, die Erfahrungen der Patient*innen in der Vergangenheit, die Erwartungen und aktuelle Befindlichkeiten) könnten hier so vielfältig sein, dass die Frage danach, in welchem Ausmaß das Vorgehen im Einzelfall an Empfehlungen orientiert sein sollte, möglicherweise ganz unterschiedlich beantwortet werden kann. Denkbar ist, dass sich trotz weiterer spezifischer Erkenntnisse nicht alle dieser Zusammenhänge vollständig in Form von (komplizierten) Algorithmen vorhersagen lassen werden.

Dies zeigt auch die Grenzen von hoch differenzierten Untersuchungsansätzen auf. Im Konzept der Evidenzbasierten Praxis sind diese Grenzen bereits berücksichtigt, indem hier jeweils eine Anpassung von allgemeinen Empfehlungen und Einzelfall vorgesehen ist.

3.2.3 Welche Zusammenhänge zeigten sich zwischen der Anwendung bestimmter Interventionen bzw. der Art der Therapieziele mit Therapiefortschritt?

Einzelne Interventionen sowie die Art der gesetzten Therapieziele weisen Assoziationen zu unterschiedlichen Outcomes bezüglich des Therapiefortschritts auf. Darauf weisen sowohl

frühere Befunde als auch die Ergebnisse der hier durchgeführten Studien hin. In den hier durchgeführten Studien zeichnete sich hierbei allerdings nicht klar ab, dass der Einsatz von konsistent empfohlenen Interventionen bzw. eine positive Formulierung von Therapiezielen entsprechend der Empfehlungen deutlich positiv mit dem Therapiefortschritt assoziiert war. Bei den Interventionen zeigte sich hier, dass während einige Interventionen positiv mit dem Therapiefortschritt assoziiert waren, wiederum andere auch in negativer Beziehung mit dem Therapiefortschritt standen. Insgesamt variierten die Zusammenhänge zwischen der Anwendung, bzw. Anwendungshäufigkeit einzelner Interventionen und dem Vorliegen bestimmter Therapieziele jeweils zwischen den verschieden Fortschrittsmaßen, Untersuchungszeitpunkten oder der Beurteilungsperspektive der Fortschrittsmaße.

Diese einzelnen (wenn auch teilweise unterschiedlichen) Assoziationen deuten darauf hin, dass die Untersuchung des Zusammenhangs einzelner Interventionen, aber auch der Formulierung von Therapiezielen, ein vielversprechender Forschungsansatz ist.

Auf Basis der vorliegenden Befunde ist bislang dennoch keine zusammenfassende klare Deutung möglich. Die Ergebnisse, die sich bei einer differenzierten Betrachtung zeigten, deuten darauf hin, dass die Assoziationen zwischen den einzelnen Interventionen und Therapiezielarten mit dem Therapiefortschritt in der Praxis komplex zu sein scheint und sich möglicherweise auch zwischen den verschiedenen Interventionen bzw. Therapiezielen anders gestalten mag. Hier ist weitere Forschung nötig, um die einzelnen Zusammenhänge besser zu verstehen.

Für die Überprüfung der Wirksamkeit störungsspezifisch empfohlener Interventionen empfiehlt es sich hier besonders, auch störungsspezifischere Outcomemaße zu berücksichtigen.

Da sich in den hier durchgeführten Studien Unterschiede zwischen den verschiedenen Fortschrittsmaßen zeigten, ist zudem zu empfehlen, dass in weiterer Forschung, wie beispielsweise auch von Tolin (2015) gefordert, jeweils mehrere Outcomemaße berücksichtigt werden sollten. Dies wird auch dadurch gestützt, dass sich auch in früheren Studien zeigte, dass

beispielsweise der Zusammenhang zwischen Psychopathologie und Wohlbefinden bislang noch nicht abschließend geklärt ist (Vatne & Bjørkly, 2008).

Daneben sollte in weiteren Studien auch das Therapieendergebnis betrachtet werden.

Zusätzlich sollte in weiterer Forschung einer differenzierten Untersuchung der jeweiligen Richtung der Zusammenhänge besondere Beachtung geschenkt werden. Hier könnte beispielsweise eine noch engmaschigere Untersuchung des Fortschritts und des Einsatzes bestimmter Interventionen (z.B. jede Sitzung) helfen, um zu verstehen, ob bestimmte Interventionen in Folge von Verbesserungen bzw. Verschlechterungen eingesetzt werden oder ob sich der Fortschritt direkt durch den Einsatz bestimmter Interventionen beeinflussen lässt.

Eine weitere Fragestellung könnte hier zudem sein, zu untersuchen, wie bestimmte (typische) Kombinationsmuster oder Sequenzen angewendeter Interventionen mit Therapieerfolg assoziiert sind.

Darüber hinaus wäre es auch interessant, die Beziehung zwischen dem Therapieerfolg und dem Einsatz bestimmter Interventionen in Zusammenhang mit bestimmten Therapiezielen zu untersuchen.

Um die Bedeutung einzelner Interventionen für eine erfolgreiche Therapie in der Praxis besser zu verstehen, wäre es zudem denkbar, ergänzend dazu auch direktes Feedback von Patient*innen in Bezug darauf zu sammeln, welche Interventionen sie als besonders hilfreich erlebt haben, und dies systematisch auszuwerten.

3.3 Schlussfolgerung und Ausblick

Abschließend sollen im folgenden Abschnitt einige Schussfolgerungen gezogen werden.

Leitlinien und Behandlungsmanuale stellen eine wichtige Brücke zwischen der Erforschung der Wirksamkeit einzelner Interventionen und der Anwendung dieser in der Praxis

dar, da sie (bestenfalls) auf Basis vorliegender Evidenzen konkrete Behandlungsempfehlungen für Behandlerinnen und Behandler aussprechen.

Insbesondere solange diese Empfehlungen aber noch wenig konkret sind, sich zwischen verschieden Quellen unterscheiden und auch in der Praxis nur wenig untermauert sind, scheint es angemessen, derartige Empfehlungen nicht im Sinne von verbindlichen Präskriptionen zu verstehen, sondern sie stattdessen als orientierunggebend aufzufassen.

Auch wenn konkretere, bessere in der Praxis abgesicherte Empfehlungen für ein bestimmtes Vorgehen in der Praxis nicht für jeden Einzelfall gelten können und somit immer nur eine Annäherung darstellen, sollten sich Kliniker*innen dennoch möglichst umfassend mit diesen Empfehlungen auseinandersetzen, um die jeweils beste (verfügbare) Evidenz in den jeweiligen Einzelfallentscheidungen berücksichtigen zu können.

Für die (Weiter-) Entwicklung von Leitlinien und Behandlungsmanualen wäre es für Praktiker*innen hilfreich, wenn die verschiedenen Quellen untereinander angepasst würden, d.h. z.B. auch in Hinblick auf den Auflösungsgrad der Empfehlungen, da sie so leichter zu vergleichen wären. Die Integration der unterschiedlichen Empfehlungen könnte zudem dadurch erleichtert werden, dass die unterschiedlichen Leitlinien sich stärker aufeinander beziehen und sich ggf. auch explizit von Empfehlungen in anderen Quellen abgrenzen.

Um die Grundlage für die Evidenzbasierung konkreter praxisbezogener Behandlungsempfehlungen zu erweitern, ist es ausschlaggebend die Wirksamkeit konkreter Interventionen in spezifischen Kontexten in der Praxis weiter zu untersuchen. Damit fällt der Forschung in der Praxis für die Praxis eine bedeutende Rolle zu.

In den Forschungsarbeiten im Rahmen dieser Dissertation wurde solch ein praxisorientiertes Vorgehen gewählt.

In Zusammenschau mit Befunden früherer Studien deuten die Ergebnisse darauf hin, dass der Zusammenhang einzelner Therapieelemente, wie therapeutische Interventionen oder

Therapieziele, auf komplexe Weise mit Therapiefortschritt oder Erfolg assoziiert zu sein scheint. Um derartig komplexe Zusammenhänge Stück für Stück besser zu verstehen, ist noch deutlich mehr differenzierte Forschung nötig. Dass sich hieraus zum jetzigen Zeitpunkt noch keine eindeutigen oder gar allgemeingültigen Schlussfolgerungen ableiten lassen und sich allgemeingültige Zusammenhänge vielleicht auch zukünftig auf Grund der Komplexität nicht immer ergeben werden, rechtfertigt jedoch nicht, stattdessen Zusammenhänge zu vereinfachen oder gar auf eine differenzierte Untersuchung von Zusammenhängen zu verzichten.

Spezifischere Evidenzen darüber, welche Interventionen sich bei welcher Diagnose, in welcher Dosis, in welchem Therapieabschnitt oder bei welchen Zielen positiv darauf auswirken, dass Patientinnen und Patienten sich möglichst schnell wieder besser fühlen und ihrer Ziele erreichen, könnten einen bedeutsamen Beitrag zur Verbesserung der Behandlungsqualität in der Praxis leisten.

Zum jetzigen Stand der Forschung in der Praxis lassen sich in der Summe noch keine eindeutigen Implikationen in Bezug darauf zusammenfassen, welche Interventionen im Einzelnen im Rahmen einer erfolgreichen Therapie in der Praxis eingesetzt werden sollten oder, dass zur Steigerung des Therapieerfolgs eine Zielformulierung in Form von Annäherungszielen für alle oder bestimmte Arten von Therapiezielen deutlich von Vorteil ist.

Dennoch sollen auf Basis der bereits vorliegenden Befunde einige vorsichtige Implikationen für die Praxis abgeleitet werden.

In Bezug auf einzelne therapeutische Interventionen ergaben sich in der hier durchgeführten Studie für das Training von Selbstmanagement und Ressourcenaktivierung die deutlichsten positiven Zusammenhänge mit dem Therapiefortschritt bei verschiedenen Diagnosen. Somit wird die Empfehlung des Einsatzes dieser Interventionen zumindest in ersten Ansätzen durch Befunde aus der Praxis gestützt. Dies gilt auf Basis früher Befunde aus der Praxis auch für den Einsatz von Exposition.

Überdies spiegelte die Analyse der Leitlinie und Manuale neben einzelnen konsistent empfohlenen Interventionen deutliche Heterogenität zwischen den Quellen wider. Für evidenzbasierte klinische Entscheidungen, impliziert dies, dass es mitunter nicht ausreichend ist, nur eine einzelne Evidenzquelle zu berücksichtigen, sondern dass sich Therapeut*innen in der Praxis stattdessen mit mehreren Quellen auseinandersetzen sollten. Die bei der hier durchgeführten Analyse der Leitlinien und Manuale entstandene Zusammenfassung der Empfehlungen kann dies erleichtern. Hier kann insbesondere auf die Übersicht der einzelnen Empfehlungen in Apendix 1 in Kuhlencord und Hagmayer (unveröffentlichtes Manuskript) verwiesen werden.

Zudem zeigten die hier durchgeführten Analysen Abweichungen zwischen Empfehlungen und Vorgehen in der Praxis. Dies betraf selbst sehr konsistent empfohlene Interventionen wie Exposition. Diese Abweichung darf für praktisch arbeitende Therapeut*innen als Anlass dazu genommen werden, das eigene Vorgehen zu reflektieren und ggf. kritisch zu hinterfragen.

In Bezug auf die Therapieziele zeigte sich außerdem, dass neben Problemen und Symptomen für die Patient*innen auch andere Themen relevant waren. Für die Praxis impliziert dies, dass nicht außeracht gelassen werden sollte, auch ggf. vielfältige andere Ziele in die Therapieplanung einzubeziehen.

Ein weiter interessanter Befund war, dass sich zwischen Therapeut*innen und Patient*innen Diskrepanzen in der Einschätzung der Zielerreichung zeigten, wobei Therapeut*innen spezifisch für problembezogene Ziele mit Annäherungsfokus eine höhere Zielerreichung angaben. Auch hiervon lässt sich eine Implikation für die Praxis ableiten. So kann es nützlich sein sich dieser möglichen Diskrepanz im Einzelfall bewusst zu bleiben oder ihr ggf. auch gezielt nachzugehen: Möglicherweise könnte es hier nötig sein, dass Therapeut*innen prüfen, ob ihre Einschätzungen zu optimistisch waren und angepasst werden

können. Alternativ wäre es denkbar, dass in diesem Fall Patient*innen dabei unterstützt werden könnten, spezifische (Teil-)Erfolge differenzierter wahrzunehmen.

4. Literaturverzeichnis zu Rahmentext

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, *61*(4), 271-285. https://doi.org/10.1037/0003-066x.61.4.271

Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(5), 750–765. https://doi.org/10.1037/a0028310

Barber, J. P. (2003). Development of the Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale. *Psychotherapy Research*, *13*(2), 205–221. https://doi.org/10.1093/ptr/kpg019

Berking, M. (2004). *Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation* (Dissertation). Georg-August-Universität, Göttingen.

Berking, M., Grosse Holtforth, M., Jacobi, C., & Kroner-Herwig, B. (2004). Sage mir Deine Diagnose, und ich sage Dir, was Du willst: Inwieweit sind Therapiezielinhalte storungsspezifisch?. *Zeitschrift für Klinische Psychologie Psychiatrie und Psychotherapie*, *52(*3*)*, 223-236.

Berking, M., Grosse Holtforth, M., Jacobi, C., & Kröner-Herwig, B. (2005). Empirically based guidelines for goal-finding procedures in psychotherapy: Are some goals easier to attain than others? *Psychotherapy Research*, *15*(3), 316–324. https://doi.org/10.1080/10503300500091801

Brakemeier, E.-L., & Jacobi, F. (Hrsg.) (2017). *Verhaltenstherapie in der Praxis* (1. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.

Castonguay, L. G., Barkham, M., Lutz, W., & Mc Aleavey, (2013) A. Practice-oriented research: Approaches and applications. In Lambert, M. J. (Ed.) *Bergin and Garfield´s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Vol. 6, pp. 85–133). New York: Wiley & Sons.

Churchill, R., Moore, T. H., Furukawa, T. A., Caldwell, D. M., Davies, P., Jones, H., ... & Hunot, V. (2013). 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). CD008705. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008705.pub2

Clark, D. M. (2018). Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, *14*, 159–183. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833

Clark, D. M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, S., & Janecka, M. (2018). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *The Lancet*, *391*(10121), 679–686. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32133-5

Coats, E. J., Janoff-Bulman, R., & Alpert, N. (1996). Approach Versus Avoidance Goals: Differences in Self-Evaluation and Well-Being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *22*(10), 1057–1067. https://doi.org/10.1177/01461672962210009

Cuijpers, P. (2019). Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: An overview. *World Psychiatry*, *18*(3), 276–285. https://doi.org/10.1002/wps.20661

Cuijpers, P., Van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, *27*(3), 318-326. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.001

Cuijpers, P., Van Straten, A., Andersson, G., & Van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, *76*(6), 909. https://doi.org/10.1037/a0013075

D'Errico, L., Call, M., Vogel, E., Bents, H., & Mander, J. (2018). Spezifische Techniken in kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ausbildungstherapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, *47*(4), 252–263. https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000489

Delgadillo, J., Moreea, O., & Lutz, W. (2016). Different people respond differently to therapy: A demonstration using patient profiling and risk stratification. *Behaviour Research and Therapy*, *79*, 15–22. https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.02.003

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 2. Auflage, Version 1, November 2015. https://doi.org/10.6101/AZQ/000262

Dirmaier, J., Harfst, T., Koch, U., & Schulz, H. (2006). Therapy goals in inpatient psychotherapy: Differences between diagnostic groups and psychotherapeutic orientations. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *13*(1), 34–46. https://doi.org/10.1002/cpp.470

Division 12 of the American Psychological Association (2016). Psychological Treatments. Retrieved from https://div12.org/treatments/

Eberl, C., Wiers, R. W., Pawelczack, S., Rinck, M., Becker, E. S., & Lindenmeyer, J. (2013). Approach bias modification in alcohol dependence: Do clinical effects replicate and for whom does it work best? *Developmental Cognitive Neuroscience*, *4*, 38–51. https://doi.org/10.1016/j.dcn.2012.11.002

Elliot, A. J., & Church, M. A. (2002). Client articulated avoidance goals in the therapy context. *Journal of Counseling Psychology*, *49*(2), 243–254. https://doi.org/10.1037/0022-0167.49.2.243

Elliot, A. J., Sheldon, K. M., & Church, M. A. (1997). Avoidance Personal Goals and Subjective Well-Being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *23*(9), 915–927. https://doi.org/10.1177/0146167297239001

Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology*, *60*(3), 317–328. https://doi.org/10.1037/a0032258

Field, M., Christiansen, P., Hardman, C. A., Haynes, A., Jones, A., Reid, A., & Robinson, E. (2020). Translation of findings from laboratory studies of food and alcohol intake into behavior change interventions: The experimental medicine approach. *Health Psychology*. Advance online publication. https://doi.org/10.1037/hea0001022

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, *55*(4), 316–340. https://doi.org/10.1037/pst0000172

Grosse Holtforth, M. (2001). Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? - Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie Und Psychosoziale Praxis*, *14*(33), 241–258.

Grosse Holtforth, M., & Grawe, K. (2002). Bern Inventory of Treatment Goals: Part 1. Development and first application of a taxonomy of treatment goal themes. *Psychotherapy Research*, *12*(1), 79-99. https://doi.org/10.1080/713869618

Grosse Holtforth, M., Reubi, I., Ruckstuhl, L., Berking, M., & Grawe, K. (2004). The value of treatment-goal themes for treatment planning and outcome evaluation of psychiatric inpatients. *The International Journal of Social Psychiatry*, *50*(1), 80–91. https://doi.org/10.1177/0020764004040955

Grosse Holtforth, M., Wyss, T., Schulte, D., Trachsel, M., & Michalak, J. (2009). Some like it specific: The difference between treatment goals of anxious and depressed patients. *Psychology and Psychotherapy*, *82*(3), 279–290. https://doi.org/10.1348/147608308X397040

Gumz, A., Treese, B., Marx, C., Strauss, B., & Wendt, H. (2015). Measuring verbal psychotherapeutic techniques—A systematic review of intervention characteristics and measures. *Frontiers in psychology*, *6*, 1705. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01705

Heinrichs, N., Stangier, U., Gerlach, A. L., Willutzki, U., & Fydrich, T. (2010). *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie der Sozialen Angststörung*. Göttingen: Hogrefe.

Hilsenroth, M. J., Blagys, M. D., Ackerman, S. J., Bonge, D. R., & Blais, M. A. (2005): Measuring Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Techniques. Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 42 (3), S. 340–356. https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.3.340

Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., … Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: Template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *348*, g1687. https://doi.org/10.1136/bmj.g1687

Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*, *7*(1), 37–50. https://doi.org/10.1177/2167702618772296

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, *36*(5), 427–440. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1

Holtforth, M. G., Grawe, K., Egger, O., & Berking, M. (2005). Reducing the dreaded: Change of avoidance motivation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *15*(3), 261–271. https://doi.org/10.1080/10503300512331334968

Intervention. In *APA Dictionary of Psychology* Verfügbar unter: https://dictionary.apa.org/intervention

Jansson, B. , Tham, K., & Ramnerö, J. (2015). A Structured Approach to Goal Formulation in Psychotherapy: Differences between Patients and Controls. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *15*(2), 181–190.

de Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Kühner, C., & Schramm, E. (2007). *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie affektiver Störungen*. *Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie: Bd. 1*. Göttingen: Hogrefe.

Kahl, K. G., Winter, L., Schweiger, U., & Sipos, V. (2011). Die Dritte Welle der Verhaltenstherapie *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 79*(6), 330–339. https://doi.org/10.1055/s-0029-1245963

Kamenov, K., Twomey, C., Cabello, M., Prina, A. M., & Ayuso-Mateos, J. L. (2017). The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: A meta-analysis. *Psychological Medicine, 47*(3), 414–425. https://doi.org/10.1017/S0033291716002774

Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-642-19366-8

Kazantzis, N., Luong, H. K., Usatoff, A. S., Impala, T., Yew, R. Y., & Hofmann, S. G. (2018). The processes of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, *42*(4), 349-357. https://doi.org/10.1007/s10608-018-9920-y

Klan, T., & Hiller, W. (2014). Die Wirksamkeit einzelner Therapieelemente in Routinetherapien bei Panikstörung und Agoraphobie. *Verhaltenstherapie, 24*(3), 157–167. https://doi.org/10.1159/000365404

Kuhlencord, M., Bethan, I., & Hagmayer, Y. (2018). Therapieziele bei Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung in Theorie und Praxis. *Resonanzen–E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung*, *6*(2), 26-46. https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/413

Kuhlencord, M., & Hagmayer, Y. (2020). Therapieziele und ihr Zusammenhang mit frühem Therapiefortschritt im ambulanten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Setting. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie. 49* (4), 241-249. https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000603

Lambert, M. J., Ogles, B. M. (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert M. J., (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 139–193). New York: Wiley

Lambert, M. J. (2013) The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In: Lambert MJ, (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp 169– 218). New York: John Wiley & Sons

Leichsenring, F., & Rüger, U. (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM) Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien-Gibt es nur einen Goldstandard?. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *50*(2), 203-217. https://doi.org/10.13109/zptm.2004.50.2.203

Leichsenring, F., Abbass, A., Beutel, M., Gündel, H., Heuft, G., Hoffmann, S. O., … Steinert, C. (2019). Vom Sinn des Verfahrenskonzepts und der Verfahrensvielfalt – und warum das Baukasten-System in der Psychotherapie nicht funktioniert. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *65*(4), 321–340. https://doi.org/10.13109/zptm.2019.65.4.oa1

Leichsenring, F., Steinert, C., & Ioannidis, J. P. A. (2019). Toward a paradigm shift in treatment and research of mental disorders. *Psychological Medicine, 49*(13), 2111–2117. https://doi.org/10.1017/S0033291719002265

Lewis, C. C., Simons, A. D., & Kim, H. K. (2012). The role of early symptom trajectories and pretreatment variables in predicting treatment response to cognitive behavioral

therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(4), 525–534. https://doi.org/10.1037/a0029131

Lewis, M. A., & Neighbors, C. (2006). Social norms approaches using descriptive drinking norms education: A review of the research on personalized normative feedback. *Journal of American College Health*, *54*(4), 213-218. https://doi.org/10.3200/JACH.54.4.213-218

Liness, S., Beale, S., Lea, S., Byrne, S., Hirsch, C. R., & Clark, D. M. (2019). Multi-professional IAPT CBT training: Clinical competence and patient outcomes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *47*(6), 672–685. https://doi.org/10.1017/S1352465819000201

Löffler, U., Sakalli, B., Stopsack, M., Mander, J., Bents, H., & Barnow, S. (2015). Subjektive Therapeuteneinschätzungen angewandter KVT-Techniken im Zusammenhang mit der Response und Remission depressiver Störungen: Eine naturalistische Studie an einer Ausbildungsambulanz. *Verhaltenstherapie, 25*(3), 201-210. https://doi.org/10.1159/000438908

Lutz, W., Leach, C., Barkham, M., Lucock, M., Stiles, W. B., Evans, C.,. Iveson, S. (2005). Predicting change for individual psychotherapy clients on the basis of their nearest neighbors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(5), 904–913. https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.904

Lutz, W., Schiefele, A.-K., Wucherpfennig, F., Rubel, J., & Stulz, N. (2016). Clinical effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression in routine care: A propensity score based comparison between randomized controlled trials and clinical practice. *Journal of Affective Disorders, 189*, 150–158. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.072

Mataix-Cols, D., De La Cruz, L. F., Monzani, B., Rosenfield, D., Andersson, E., Pérez-Vigil, A., ... & DCS Anxiety Consortium. (2017). D-cycloserine augmentation of exposure-

based cognitive behavior therapy for anxiety, obsessive-compulsive, and posttraumatic stress disorders: a systematic review and meta-analysis of individual participant data. *JAMA psychiatry*, *74*(5), 501-510. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3955

Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: a meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *16*(4), 383-411. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01178.x

Mc Aleavey, A. A., Youn, S. J., Xiao, H., Castonguay, L. G., Hayes, J. A., & Locke, B. D. (2019). Effectiveness of routine psychotherapy: Method matters. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, *29*(2), 139–156. https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1395921

Mc Carthy, K. S.; Barber, J. P. (2009): The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI): initial report. *Psychotherapy Research 19 (1)*, 96–113. https://doi.org/10.1080/10503300802524343

Michalak, J., Grosse Holtforth, M., & Veith, A. (2005). Wo soll's denn nun eigentlich hingehen?: Die Zielperspektive in der Psychotherapie In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 54-88). Göttingen: Hogrefe.

Michalak, J., Heidenreich, T., & Williams, J. M. G. (2012). *Achtsamkeit*. *Fortschritte der Psychotherapie: Bd. 48*. Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe.

National Institute for Health and Care Excellence (2011) *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management Clinical guideline [CG113]* (2011, January 2011) Retrieved from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg113

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, *55*(4), 303–315. https://doi.org/10.1037/pst0000193

Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, *195*(6), 521-531. https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000253843.70149.9a

Østergård, O. K., Randa, H., & Hougaard, E. (2018). The effect of using the Partners for Change Outcome Management System as feedback tool in psychotherapy-A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, *30*(2), 195-212. https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1517949

Ougrin, D. (2011). Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, *11*(1), 200. https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-200

Pfammatter, M., Junghan, U. M., & Tschacher, W. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. *Psychotherapie*, *17*(1), 17-31. https://doi.org/10.7892/boris.93053

Probst, T., Lambert, M. J., Dahlbender, R. W., Loew, T. H., & Tritt, K. (2014). Providing patient progress feedback and clinical support tools to therapists: Is the therapeutic process of patients on-track to recovery enhanced in psychosomatic in-patient therapy under the conditions of routine practice? *Journal of Psychosomatic Research*, *76*(6), 477–484. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.03.010

Ramnerö, J., & Jansson, B. (2016). Treatment goals and their attainment: a structured approach to assessment and evaluation. *The Cognitive Behaviour Therapist*, *9*, 83. https://doi.org/10.1017/S1754470X15000756

Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal*

of consulting and clinical psychology, *70*(4), 867. https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.4.867

Roth, C., Siegl, J., Aufdermauer, N., & Reinecker, H. (2004). Therapie von Angst- und Zwangspatienten in der verhaltenstherapeutischen Praxis. *Verhaltenstherapie*, *14*(1), 16–21. https://doi.org/10.1159/000078027

Roy, A. (2002). *Die Politik der Macht*. Dt. Erstausg., 1. München. Goldmann: btb. ISBN 3-442-72987-4

Rubel, J. A., & Lutz, W. (2016). „Personalisierung statt Verfahrensinflation" – Oder: Warum die Psychotherapieforschung in Deutschland ausgebaut werden sollte/könnte/müsste? Teil 2 *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, *66*(12), 463–464. https://doi.org/10.1055/s-0042-119573

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, *312*, 71–72. https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71

Schibbye, P., Ghaderi, A., Ljótsson, B., Hedman, E., Lindefors, N., Rück, C., & Kaldo, V. (2014). Using early change to predict outcome in cognitive behaviour therapy: Exploring timeframe, calculation method, and differences of disorder-specific versus general measures. *PloS One*, *9*(6), e100614. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100614

Schöttke, H., Sembill, A., Eversmann, J., Waldorf, M., & Lange, J. (2011). Therapieziele in der ambulanten kognitiv-verhaltenstherapeutischen oder psychodynamischen Psychotherapie – notwendig oder irrelevant? *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, *40*(4), 257–266. https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000123

Schöttke, H., Trame, L., & Sembill, A. (2014). Relevance of therapy goals in outpatient cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *24*(6), 711–723. https://doi.org/10.1080/10503307.2014.881578

Schöttke, H., Unrath, M., & Uhlmann, C. (2020). Einfluss von Verlaufsfeedback auf die Behandlungseffektivität ambulanter Psychotherapien. *Verhaltenstherapie*, *30*(3), 222-233. https://doi.org/10.1159/000501176

Schumacher, S., Weiss, D., & Knaevelsrud, C. (2018). Dissemination of exposure in the treatment of anxiety disorders and post-traumatic stress disorder among German cognitive behavioural therapists. *Clinical psychology & psychotherapy*, *25*(6), 856-864. https://doi.org/10.1002/cpp.2320

Shadish, W. R., Navarro, A. M., Matt, G. E., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *126*(4), 512–529. https://doi.org/10.1037//0033-2909.126.4.512

Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*(3), 298–311. https://doi.org/10.1037/a0019247

Simon, W., Lambert, M. J., Harris, M. W., Busath, G., & Vazquez, A. (2012). Providing patient progress information and clinical support tools to therapists: Effects on patients at risk of treatment failure. *Psychotherapy research*, *22*(6), 638-647. https://doi.org/10.1080/10503307.2012.698918

Slade, K., Lambert, M. J., Harmon, S. C., Smart, D. W., & Bailey, R. (2008). Improving psychotherapy outcome: The use of immediate electronic feedback and revised clinical support tools. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *15*(5), 287-303. https://doi.org/10.1002/cpp.594

Strachman, A., & Gable, S. L. (2006). What you want (and do not want) affects what you see (and do not see): Avoidance social goals and social events. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *32*(11), 1446–1458. https://doi.org/10.1177/0146167206291007

Stulz, N., Lutz, W., Leach, C., Lucock, M., & Barkham, M. (2007). Shapes of early change in psychotherapy under routine outpatient conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(6), 864–874. https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.864

Taubner, V., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2019). *Mentalisierungsbasierte Therapie* (Bd. 75). Hogrefe Verlag.

Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D., & Thombs, B. D. (2015). Empirically Supported Treatment: Recommendations for a New Model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *22*(4), 317–338. https://doi.org/10.1111/cpsp.12122

Trachsel, M., Itten, S., Stauffer, B., Holtforth, M. G., & Hofer, D. (2008). Erreichung störungsübergreifender Therapieziele in einer störungsspezifischen ambulanten Gruppenpsychotherapie phobischer Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, *58*(9-10), 359–365. https://doi.org/10.1055/s-2007-986292

Tschuschke, V., Schlegel, M., Koemeda, M. (2014): *PAP-S-Rating-Manual (PAP-S-RM).* Zürich: Schweizer Charta für Psychotherapie.

Vatne, S., & Bjørkly, S. (2008). Empirical evidence for using subjective quality of life as an outcome variable in clinical studies A meta-analysis of correlates and predictors in persons with a major mental disorder living in the community. *Clinical Psychology Review*, *28*(5), 869–889. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.01.001

Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M., & Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: A meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, *175*, 152–167. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.025

Weck, F., Hautzinger, M., Heidenreich, T., Stangier, U. (2010): Erfassung psychotherapeutischer Kompetenzen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 39 (4)*, S. 244–250. https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000055

Wittchen, H. U., Hoyer, J., Fehm, L., Jacobi, F., & Junge-Hoffmeister, J. (2011). Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Verfahren im Überblick. In *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 449-475)., Berlin: Springer

Wollburg, E., & Braukhaus, C. (2010). Goal setting in psychotherapy: The relevance of approach and avoidance goals for treatment outcome. *Psychotherapy*, *20*(4), 488–494. https://doi.org/10.1080/10503301003796839

Appendix

Appendix A: Liste therapeutischer Interventionen (LTI) – FRAGEBOGEN

Appendix B: Liste therapeutischer Interventionen (LTI) – AUSFÜLLANLEITUNG

Appendix C: Lebenslauf

Appendix A: Liste therapeutischer Interventionen (LTI) – FRAGEBOGEN

GEORG-AUGUST-UNIVERSITÄT GÖTTINGEN

Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie
Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie

TBZ THERAPIE- UND BERATUNGSZENTRUM

Liste therapeutischer Interventionen (LTI)

Fragebogen zur Erfassung therapeutischer Interventionen im Therapieverlauf

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & **Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ)**, **Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie**
GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Liste therapeutischer Interventionen (LTI)

Fragebogen zur Erfassung therapeutischer Interventionen im Therapieverlauf

Bitte geben Sie an, in wie vielen der letzten vier Sitzungen Sie die jeweilige Intervention durchgeführt haben. Pro Sitzung können Sie hierbei natürlich mehrere Interventionen durchgeführt haben.

Kategorie 0: Allgemeine Interventionen und Behandlungselemente

1. Psychoedukation
(z.B.: Vermitteln von sachlichen Informationen über die Störung oder die Symptome oder Störungsursachen, Aufklären über den Therapieansatz/ das Behandlungskonzept/ bestimmte Techniken/ Sachverhalte um und über die Behandlung (ggf. auch an Angehörige))
Abzugrenzen von: Beratung

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

2. Beratung
(z.B.: konkrete Ratschläge für den Lebensalltag geben, Erziehungsberatung)
Abzugrenzen von: Psychoedukation

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

3. Therapiebeziehung bearbeiten
(z.B.: Klären Ihrer Rolle und Aufgaben als Therapeutin/ Therapeut, Klären der Rolle und Aufgaben der/ des Pat., Auftragsklärung, Thematisieren der therapeutischen Beziehung oder Elementen davon, Besprechen/ Bearbeiten von ggf. aufgetretenen Konflikten/ Missverständnissen oder Problemen in der therapeutischen Beziehung, ein therapeutisches Angebot machen)
Abzugrenzen von: Therapiekontrakt aushandeln

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

4. Therapiekontrakt aushandeln
(z.B.: Aushandeln eines gemeinsamen Therapiekontrakts/ einer Therapievereinbarung mit der/ dem Pat. Ansprechen des Therapiekontrakts oder Elementen davon, Bearbeiten ggf. aufgetretener Verletzungen des Therapiekontrakts oder damit verbundener Missverständnisse)
Abzugrenzen von:Therapeutische Beziehung bearbeiten

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

5. Ziele setzten/ thematisieren oder überprüfen
(z.B. konsensuelles Klären, Festlegen und Priorisieren von Zielen (gemeinsam mit Pat.), Definieren von Kriterien zur Messung der Zielerreichung, Ansprechen und Thematisieren von Zielen, Überprüfen der Erreichung von Zielen)

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

6. Ressourcen aktivieren
(z.B.: Betonen/ Herausarbeiten oder Stärken konkreter Ressourcen/ Fähigkeiten und Fertigkeiten oder Stärken der/ des Pat.)
Abzugrenzen von: Selbst (als Therapeut) positiv/ negativ verstärken (siehe Kategorie 2 „Verhaltensmodifizierende Interventionen“)

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

7. Therapiemotivation und Veränderungsbereitschaft stärken
(z.B.: Rückmelden von Erfolgen, Aufzeigen negativer Konsequenzen von Problemverhalten/ positiver Konsequenzen einer Veränderung, Reduzieren von Widerstand, Durchführen von Motivational Interviewing)

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

8. Verhaltensanalyse durchführen
(z.B.: Explorieren der Funktion eines bestimmten Verhaltens, Herausarbeiten der Bedingungen, in denen ein bestimmtes Erleben und/ oder Verhalten auftritt/ der Konsequenzen oder der Ursachen eines Verhaltens, Analysieren möglicher aufrechterhaltender Faktoren oder Mechanismen eines Verhaltens)
Abzugrenzen von: Dysfunktionale Gedanken/ Bewertungen/ Grundannahmen herausarbeiten (siehe Kategorie 1 „Interventionen zur kognitiven Umstrukturierung“)

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

9. Kriseninterventionen durchführen
(z.B.: Krisenklärung, Stabilisieren, Aktivieren von Selbsthilfemöglichkeiten, Verschaffen emotionaler Entlastung/ Beruhigen, Würdigen der Krise, Pat. unterstützen sich von Krise zu distanzieren)

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

10. Rückfallprophylaxe erarbeiten
(z.B.: Erarbeiten von Rückfallmodellen, Thematisieren von möglichen Rückfallsituationen, Entdramatisieren von Rückfällen, Stärken von Selbstverantwortung und Selbstkontrolle im Umgang mit Risikosituationen, Erarbeiten von Notfallplänen)

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

11. Prävention bei akuter Suizidalität
(z.B.: Vereinbaren von Non-Suizid-Pakt, Erarbeiten von Notfallkarten, Weiterlebensvertrag schließen, sich in die Hand versprechen lassen)

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

12. Hausaufgaben geben
(z.B.: Hausaufgaben vereinbaren, planen und ggf. während der Sitzung beginnen diese einzuüben)

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

13. Art der Hausaufgaben *(Nur auszufüllen, wenn bei 12. angegeben wurde, dass mindestens einmal Hausaufgaben gegeben wurden, sonst bitte weiter bei „14. Hausaufgaben besprechen".)*

☐ *Selbstbeobachtung* ☐ *Einüben von Verhalten/ Kognitionen* ☐ *Konfrontation* ☐ *Ande*

14. Hausaufgaben besprechen
(z.B.: Hausaufgaben besprechen und/ oder auswerten)

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

15. Therapeutische Arbeit mit weiteren Personen (gleichzeitig mit Pat. in der Sitzung anwesend)
(z.B. mit Partner/ Partnerin, Eltern, Kindern)

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Kategorie 1: Interventionen zur kognitiven Umstrukturierung

Haben Sie in den letzten vier Sitzungen einzelne der folgenden Interventionen durchgeführt?

- Dysfunktionale Gedanken/ Bewertungen/ Grundannahmen herausarbeiten
- Dysfunktionale Gedanken/ Bewertungen/ Grundannahmen hinterfragen
- Neue, funktionale Kognitionen erarbeiten/ festigen
- Selbstwirksamkeitserwartung/ Kontrollüberzeugung erhöhen

☐ ***nein**, in keiner der letzten vier Sitzungen* ☐ ***ja**, mindestens in einer der letzten Sitzungen*

Wenn „nein", Fragebogen bitte bei „Kategorie 2: Verhaltensmodifizierende Interventionen" fortsetzen.

16. Dysfunktionale Gedanken/ Bewertungen/ Grundannahmen herausarbeiten
(z.B.: Herausarbeiten (gemeinsam mit Pat.) von problemrelevanten automatischen Gedanken/ dysfunktionalen Gedanken, Grundüberzeugungen oder kognitiven Schemata der/ des Pat., gemeinsam mit Pat. herausarbeiten, wie die/der Pat. spezifische Situationen/ Ereignisse versteht/ bewertet, Thematisieren des Zusammenhangs von Kognitionen, Emotionen und Verhalten, ABC-Modelle)
Abzugrenzen von: Verhaltensanalyse (siehe Kategorie 0 „allgemeine Interventionen und Behandlungselemente")

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

17. Dysfunktionale Gedanken/ Bewertungen/ Grundannahmen hinterfragen
(z.B.: mittels Sokratischem Dialog/ Disputation/ geleitetem Entdecken, Realitätstests, Perspektivwechsel, befürchtete Konsequenzen zu Ende denken, Humor/ Provokation)
Hinweis: Verhaltensexperimente werden in Kategorie 2 „Verhaltensmodifizierende Interventionen" abgefragt

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

18. Neue, funktionale Kognitionen erarbeiten/ festigen
(z.B.: Anregen von Neubewertungen, Realitätstests, Selbstverbalisation)
Hinweis: Verhaltensexperimente werden in Kategorie 2 „Verhaltensmodifizierende Interventionen" abgefragt

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

19. Selbstwirksamkeitserwartung/ Kontrollüberzeugung erhöhen
(z.B.: Unterstützen, dass die/ der Pat. Sich als selbstwirksam erlebt und wahrnimmt, dass sie/ er ihr/ sein Leben/ Erleben und Verhalten beeinflussen/ kontrollieren kann.)

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Kategorie 2: Verhaltensmodifizierende Interventionen

Haben Sie in den letzten vier Sitzungen einzelne der folgenden Interventionen durchgeführt?

- Selbst (als Therapeut) positiv/ negativ verstärken
- Kontingenzmanagement verbessern
- Stimuluskontrolle verändern
- Verhaltensexperimente oder Rollenspiele im geschützten therapeutischen Kontext
- Verhaltensexperimente oder Rollenspiele im Feld
- Vermeidungs- oder Sicherheitsverhalten verhindern (Löschung)
- Habit Reversal
- Neue Aktivitäten aufbauen oder festigen
- Modelllernen ermöglichen/ ein Modell darbieten

☐ ***nein**, in keiner der letzten vier Sitzungen* ☐ ***ja**, mindestens in einer der letzten Sitzungen*

Wenn „nein“, Fragebogen bitte bei „Kategorie 3: Expositions-/ Konfrontationsmethoden“ fortsetzen.

20. Selbst (als Therapeutin/ Therapeut) positiv/ negativ verstärken
(z.B.: durch reizkontingentes Darbieten positiver Konsequenzen (z.B. Lob/ Belohnung) oder den Wegfall negativer Konsequenzen dafür sorgen, dass ein neues Verhalten etabliert wird bzw. sich die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens erhöht)
Abzugrenzen von: Kontingenzmanagement verbessern

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

21. Kontingenzmanagement verbessern
(z.B.: dafür sorgen, dass durch die/ den Pat selbst oder ihr/ sein (soziales) Umfeld positive Konsequenzen eines dysfunktionalen Verhaltens reduziert werden, wobei positive Konsequenzen eines funktionalen Verhaltens erhöht werden)
Abzugrenzen von: Selbst (als Therapeutin/ Therapeut) positiv/ negativ verstärken

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

22. Stimuluskontrolle verändern
(z.B.: die /den Pat. dabei unterstützen/ dazu anregen, Stimuli zu verändern oder zu reduzieren, die ein Problemverhalten kontrollieren, die/ den Pat. dazu anregen, Stimuli bewusst einzusetzen, um eine Verhaltensänderung (auch Verhaltensaufbau) zu unterstützen)

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

23. Verhaltensexperimente oder Rollenspiele im geschützten therapeutischen Kontext
Abzugrenzen von: Verhaltensexperimente/ Rollenspiele im Feld und Hausaufgaben (siehe: Kategorie 0 „Allgemeine Interventionen und Behandlungselemente“)

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

24. Verhaltensexperimente oder Rollenspiele im Feld
Abzugrenzen von: Verhaltensexperimente/ Rollenspiele im geschützten therapeutischen Kontext und Hausaufgaben (siehe: Kategorie 0 „Allgemeine Interventionen und Behandlungselemente“

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

25. Vermeidungs- oder Sicherheitsverhalten verhindern (Löschung)
(z.B.: Verhindern eines unerwünschten Verhaltens (beim Pat.) durch die/ den Pat. selbst oder die/den Th., bewusstes Ignorieren unangemessenen Verhaltens)
Abzugrenzen von: Reaktionsverhinderung (bei Konfrontation) (siehe: Kategorie 3 „Expositions-/ Konfrontationsmethoden“)

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

26. Habit Reversal
(z.B.: daran arbeiten, dass ein problematisches (automatisches) Verhalten/ Gewohnheit durch die Einübung eines inkompatiblen Verhaltens ersetzt/ verhindert wird)

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

27. Neue Aktivitäten aufbauen oder festigen
(z.B.: Daran arbeiten, dass Pat. neue (eigeninitiierte) Aktivitäten/ Verhaltensweisen ausführt und/ oder einübt)

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

28. Modelllernen ermöglichen/ ein Modell darbieten

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Kategorie 3: Expositions-/ Konfrontationsmethoden

Haben Sie in den letzten vier Sitzungen einzelne der folgenden Interventionen durchgeführt?

- Konfrontation *in sensu*
- Konfrontation *in vivo*
- Systematische Desensibilisierung
- Reaktionsverhinderung

☐ ***nein**, in keiner der letzten vier Sitzungen* ☐ ***ja**, mindestens in einer der letzten Sitzungen*

Wenn „nein", Fragebogen bitte bei „Kategorie 4: Training von Skills/ Vermittlung spezifischer Techniken" fortsetzen.

29. Konfrontation *in sensu*
(z.B.: eine Konfrontation in sensu vorbereiten/ planen, durchführen oder auswerten)

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

30. Konfrontation *in vivo*
(z.B.: eine Konfrontation in vivo vorbereiten/ planen, durchführen oder auswerten)

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

31. Systematische Desensibilisierung
(z.B.: Systematische Desensibilisierung vorbereiten/ planen, durchführen oder auswerten)

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

32. Reaktionsverhinderung
(z.B.: Verhindern einer ungünstigen erlernten Reaktion/ Verhaltensweise (z.B. Sicherheitsverhalten/ Ausweichen eines Stimulus/ kognitive Vermeidung) im Rahmen einer Konfrontation
Abzugrenzen von: Vermeidungs- oder Sicherheitsverhalten verhindern (Löschung) (siehe: Kategorie 2 „Verhaltensmodifizierende Interventionen")

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Kategorie 4: Training von Skills/ Vermittlung spezifischer Techniken

Haben Sie in den letzten vier Sitzungen einzelne der folgenden Interventionen durchgeführt?

- Techniken zum Selbstmanagement
- Problemlösetraining
- Techniken zur Emotionsregulation
- Vermittlung spezifischer Bewältigungsstrategien/ Techniken zum Coping mit spezifischen Symptomen oder Stress/ Spannungszuständen
- Soziales Kompetenztraining
- Kognitive Funktionstrainings
- Imaginative Techniken
- Entspannungstechniken

☐ ***nein**, in keiner der letzten vier Sitzungen*

☐ ***ja**, mindestens in einer der letzten Sitzungen*

Wenn „nein", Fragebogen bitte bei „Kategorie 5: Sonstige Interventionen" fortsetzen.

33. Techniken zum Selbstmanagement vermitteln
(z.B.: Vermitteln/ Erarbeiten/ Üben von Selbstinstruktion/ Selbstverbalisation, Arbeit an und mit Tagesstrukturierung/ Wochenplänen/ Essensplänen/ Schlafhygiene)

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

34. Problemlösetraining
(z.B.: Vermitteln, wie Pat. systematisch Probleme identifizieren und (alternative) Problemlösungen generieren kann, Vermitteln, wie Pat. in systematischer Weise Entscheidungen treffen, implementieren und überprüfen kann, Maximieren der Wahrscheinlichkeit, dass Pat. Die effektivste Reaktionsmöglichkeit auswählt und umsetzt)

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

35. Techniken zur Emotionsregulation
(z.B.: die/ den Pat. dabei unterstützen, wie sie/ er lernen kann, Emotionen adäquat wahrzunehmen, auszudrücken und zu regulieren)

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

36. Vermittlung spezifischer Bewältigungsstrategien/ Techniken zum Coping mit spezifischen Symptomen (wie z.B. Tinnitus/ Schmerz), Stress oder anderen Spannungszuständen (wie z.B. Ängste/ Zwänge)

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

37. Soziales Kompetenztraining
(z.B.: Beibringen von Fertigkeiten für den sozialen Umgang mit anderen Menschen und zur Erhöhung der Selbstsicherheit (dies kann einerseits nonverbale Komponenten (wie Mimik, Gestik) und andererseits verbale Komponenten beinhalten))

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

38. Kognitive Funktionstrainings
(z.B.: Aufmerksamkeitstraining, Gedächtnistraining)

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

39. Imaginative Techniken
(z.B.: Sicherer Ort)

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

40. Entspannungstechniken vermitteln

(z.B.: Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training, Atementspannung, Meditation/ Yoga)

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Kategorie 5: Sonstige Interventionen

Haben Sie in den letzten vier Sitzungen einzelne der folgenden Interventionen durchgeführt?

- Achtsamkeitsinterventionen
- Akzeptanzinterventionen
- Euthyme Verfahren
- Hypnose
- Biofeedback/ Neurofeedback
- Familientherapeutische/ Systemische Interventionen
- Paartherapeutische Interventionen
- Schematherapeutische Interventionen
- Narrative Techniken
- Sexualtherapeutische Interventionen
- Pharmakologische Interventionen anregen/ überprüfen oder ausschleichen

☐ ***nein**, in keiner der letzten vier Sitzungen* ☐ ***ja**, mindestens in einer der letzten Sitzungen*

Wenn „nein", Fragebogen bitte bei „53. Manuale"fortsetzen.

41. Achtsamkeitsinterventionen
(z.B.: Unterstützen, dass Pat. die Fähigkeit entwickelt, ihre/ seine Gefühle/ Gedanken/ Wahrnehmungen wahrzunehmen, nicht zu bewerten und nicht daran festzuhalten)

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

42. Akzeptanzinterventionen
(z.B.: Abbauen unwirksamer (emotionaler) Erlebnisvermeidung und –kontrolle (wie z.B.: der Versuch, keine Angst zu haben), Hinterfragen und Reduzieren von verhaltensregulierenden Funktionen, nichtlebenszielförderlicher Kognitionen, Förderung engagierten lebenszielorientierten Handelns)

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

43. Euthyme Verfahren
(z.B.: positives Erleben und Verhalten der/des Pat. anregen, Anwenden konkreter Verfahren und Übungen zum Genusserleben (wie z.B. „die kleine Schule des Genießens"), Fördern von Selbstfürsorge der/ des Pat. und, dass Pat. sich selbst Genuss erlauben kann, Thematisieren von Genussregeln)

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

44. Hypnose

☐ *in keiner Sitzung* ☐ *in einer Sitzung* ☐ *in zwei Sitzungen* ☐ *in drei Sitzungen* ☐ *in allen vier Sitzungen*

45. Biofeedback/ Neurofeedback

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

46. Familientherapeutische/ Systemische Interventionen
(z.B.: Zirkuläres Fragen (in der Gruppe), Familienskulptur, Unterschiedsfragen, Problemlösen in der Gruppe, Paradoxe Intervention, Paradoxe Intention, Metaphernarbeit, Genogrammarbeit, Fragen zu Wirklichkeits-/ Möglichkeitskonstruktion)

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

47. Paartherapeutische Interventionen
(z.B.: Techniken der Imago-Therapie)

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

48. Schematherapeutische Interventionen
(z.B.: Identifikation von Schemadomänen, Distanzierung vom eigenen Erleben und Verhalten, Reparenting)

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

49. Narrative Techniken
(z.B.: Therapeutisches Schreiben, Lebensrückblick, wiederholtes Erzählen des eigenen Lebens und/ oder erlebter Traumata)

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

50. Sexualtherapeutische Interventionen
(z.B.: Sensate focusing)

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

51. Pharmakologische Interventionen anregen/ überprüfen oder ausschleichen

☐	☐	☐	☐	☐
in keiner Sitzung	*in einer Sitzung*	*in zwei Sitzungen*	*in drei Sitzungen*	*in allen vier Sitzungen*

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

52. Manuale

Wurde in den letzten vier Sitzungen ein spezifisches Manual angewendet?

Wenn ja, bitte angeben mit Titel, Autor, Jahr: _____
_____

53. Weitere Interventionen

Wurden in den letzten vier Sitzungen weitere Interventionen angewendet, die nicht in dieser Liste enthalten sind?

(Dazu zählen u. A. psychodynamische oder psychoanalytische Interventionen, sozialpsychiatrische Maßnahmen)

Wenn ja, bitte angeben: _____
_____

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Appendix B: Liste therapeutischer Interventionen (LTI) - AUSFÜLLANLEITUNG

GEORG-AUGUST-UNIVERSITÄT GÖTTINGEN

Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie
Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie

TBZ THERAPIE- UND BERATUNGSZENTRUM

Ausfüllanleitung

zur Liste therapeutischer Interventionen (LTI)

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & **Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ)**, **Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie**
GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Liste therapeutischer Interventionen (LTI)
Ausfüllanleitung

Allgemeiner Hinweis:

Nachfolgend finden sich für alle Interventionen der LTI Definitionen und Hinweise (verhaltensnahe Beispiele und ggf. konkrete Ausfüllhinweise), welche das Ausfüllen der LTI erleichtern und eine eindeutige Angrenzung der verschiedenen Items (Interventionen) untereinander ermöglichen sollen.

Die Definitionen beinhalten neben einer kurzen Beschreibung der jeweiligen Intervention und einer Auflistung ggf. zugehöriger Teilinterventionen/ spezifischer Techniken auch die Absicht/ generelle Ziele, die durch den Einsatz der jeweiligen Intervention verfolgt werden können.

Für die Codierung von in der Praxis durchgeführten Interventionen sind insbesondere auch die Ziele/ Absichten der Intervention relevant, da einige Techniken für unterschiedliche Zwecke einsetzbar sind.

Kategorie 0: Allgemeine Interventionen und Behandlungselemente

Diese Kategorie beinhaltet allgemeine Interventionen und Behandlungselemente, die therapieschulenübergreifend Anwendung finden.

1. Psychoedukation

Definition im Sinne der LTI: Die Psychoedukation ist eine didaktische Intervention, bei der der Therapeut aktiv Wissen über eine psychische Erkrankung sowie die damit einhergehenden Symptome, ihre Ursache oder aufrechterhaltende Faktoren vermittelt. Die Wissensvermittlung kann auch sachliche Informationen über die Diagnostik, Behandlungsmöglichkeiten und –konzepte, den Therapieansatz oder bestimmte Techniken umfassen (vgl. Kandale & Rugenstein, 2017, S.259).

Ziel der Psychoedukation ist, dass die Betroffenen (oder auch Angehörige) ihre Erkrankung besser verstehen und angemessener/ eigenverantwortlicher mit ihr umgehen können (vgl. Kandale & Rugenstein, 2017, S.259). Sie kann auch dazu dienen, die Mitarbeit im Behandlungsprozess zu verbessern (Hilsenroth, Blagys, Ackerman, Bonge & Blais, 2005; vgl. Linden & Hautzinger, 2015, S.383). Nicht zuletzt, können Patienten die vermittelten Informationen für ihre Entscheidung für oder gegen die jeweilige Psychotherapie nutzen (Brakemeier & Jacobi, 2017, S.200).

Anwendungsbeispiele:

- Vermitteln von sachlichen Informationen über die Störung oder die Symptome oder Störungsursachen
- Aufklären über den Therapieansatz/ das Behandlungskonzept/ bestimmte Techniken und Sachverhalte um und über die Behandlung
- Die Aufklärung und Vermittlung richtet sich an Patienten und ggf. auch an Angehörige

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Ausfüllhinweis: Psychoedukation ist abzugrenzen von Beratung.

2. Beratung

Definition im Sinne der LTI: Die Beratung unterstützt durch das Formulieren konkreter Ratschläge und Empfehlungen sowie durch die Vermittlung von Fachwissen Personen bei der Bewältigung konkreter Lebensprobleme und –fragen (Hilsenroth et al., 2005; Linden & Hautzinger, 2015).

Ziel der Beratung ist es, dass die Probleme bewältigt werden. Das Erlernen einer eigenen Problemlösefähigkeit steht dabei im Hintergrund.

Anwendungsbeispiele:

- Konkrete Ratschläge für den Lebensalltag geben
- Orientierung geben
- Vermittlung von praktischem Wissen
- Lösungen für bestimmte Probleme anbieten

Ausfüllhinweis: Beratung ist abzugrenzen von Psychoedukation, Problemlösetraining

3. Therapiebeziehung bearbeiten

Definition im Sinne der LTI: Unter der Bearbeitung der Therapiebeziehung ist zu verstehen, dass Therapeut und Patient explizit daran arbeiten, ein gemeinsames Verständnis ihrer jeweiligen Rollen sowie den damit verbundenen Erwartungen, Bedingungen und Aufgaben zu erzielen bzw. Missverständnisse aufzuklären, sowie dass Konflikte/ Probleme der Kooperation oder Irritationen in der Zusammenarbeit geklärt werden.

Das Ziel der Arbeit an der Therapiebeziehung ist es, dass eine vertrauensvolle, kooperative Arbeitsbeziehung entsteht, bestehen bleibt, wiederhergestellt wird oder zum Therapieende auch wieder beendet wird (Linden & Hautzinger, 2015; Margraf & Schneider, 2009; Tschacher, Junghan & Pfammatter, 2014).

Anwendungsbeispiele::

- Klären Ihrer Rolle und Aufgaben als Therapeutin/ Therapeut
- Klären der Rolle und Aufgaben der/ des Pat.
- Auftragsklärung
- Thematisieren der therapeutischen Beziehung oder von Elementen davon
- Besprechen/ Bearbeiten von ggf. aufgetretenen Konflikten/ Missverständnissen oder Problemen in der therapeutischen Beziehung
- ein therapeutisches Angebot machen

4. Therapiekontrakt aushandeln

Definition im Sinne der LTI: Unter dem Aushandeln eines Therapiekontrakts ist zu verstehen, dass die (formalen) Rahmenbedingungen der Therapie gemeinsam geklärt/ ausgehandelt und in Form eines Therapiekontrakts/ Behandlungsvertrags (schriftlich) festgehalten werden. Ebenso zählt zum Aushandeln eines Therapiekontrakts, dass auch im Laufe der Therapie (beispielsweise durch erneutes Thematisieren des Kontrakts) sichergestellt wird, dass diese konsensuell festgelegten

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Rahmenbedingungen eingehalten werden (vgl.Tschuschke, Schlegel & Koemeda, 2014). Nach Kanale und Rugenstein, 2017 handelt es sich beim Behandlungsvertag um einen „wirksamen Dienstvertrag", der festlegt, dass der Therapeut dem Patienten eine „sorgfältige, dem gegenwärtigen Kenntnisstand entsprechende Leistung" und der Patient dem Therapeuten im Gegenzug ein Honorar schuldet (Kandale & Rugenstein, 2017, S.72).

Ziel des Aushandelns eines Therapiekontrakts ist es, dass neben der Klärung der Rahmenbedingungen der Therapie auch eine rechtliche Grundlage geschaffen wird.

Anwendungsbeispiele::

- Aushandeln eines gemeinsamen Therapiekontrakts/ einer Therapievereinbarung mit der/ dem Pat.
- Ansprechen des (bereits bestehenden) Therapiekontrakts oder von Elementen davon
- Bearbeiten ggf. aufgetretener Verletzungen des Therapiekontrakts oder damit verbundener Missverständnisse

Ausfüllhinweis: Das Aushandeln des Therapiekontrakts ist abzugrenzen vom Bearbeiten der therapeutischen Beziehung.

5. Ziele setzen/ thematisieren oder überprüfen

Definition im Sinne der LTI: Das Setzen/ Thematisieren und Überprüfen von Zielen umfasst verschiedene Teilinterventionen, die zu verschiedenen Zeitpunkten in der Therapie relevant sein können. Dazu zählt zum einen das konsenuelle Erarbeiten und Besprechen von Zielen, die in der Therapie verfolgt werden sollen (vgl. Kandale & Rugenstein, 2017, S.231), sowie deren Priorisierung und Festlegung. Dies kann einerseits dadurch geschehen, dass der Therapeut den Patienten direkt nach seinen Zielen/ der Zielerreichung befragt, ihn daran erinnert oder ihn darauf hinweist (vgl. Tschuschke et al., 2014) oder dadurch, dass verschiedene Techniken (z.B. Gedankenspiele) eingesetzt werden (vgl. Leibing & Hiller, 2005, S.95). Zum anderen zählt auch das Festlegen von Kriterien zur Messung der Zielerreichung dazu oder das Überprüfen des Erreichens von Therapiezielen. Nach Batra, 2006 wird „im Rahmen der Zielanalyse (…) jedes Ziel operationalisiert und verschiedene Grade der Zielerreichung (…) auf konkreter Verhaltensebene formuliert." (Batra, Buchkremer & Wassermann, 2006, S.61, f.).

Das Setzen/ Thematisieren und Überprüfen von Zielen zielt darauf ab, dass dem Patienten seine eigenen Ziele bewusst werden und dass daraus die Behandlungsziele abgeleitet werden können. Damit ist diese Intervention einerseits relevant dafür, die Selbstreflexion von Patienten zu fördern, aber andererseits auch bedeutsam für die Behandlungsplanung und die Messung von Therapieerfolg.

Anwendungsbeispiele:

- konsensuelles Klären, Festlegen und Priorisieren von Zielen (gemeinsam mit Pat.)
- Definieren von Kriterien zur Messung der Zielerreichung
- Ansprechen und Thematisieren von Zielen, Überprüfen der Erreichung von Zielen

6. Ressourcen aktivieren

Definition im Sinne der LTI: Ressourcenaktivierung entspricht „der Fokussierung von (a) Inhalten, die auf der evaluativen Ebene für Patienten positiv konnotiert sind, und (b) Merkmalen, die sich die

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Person selbst zuschreibt: positive erlebte eigene Verhaltensweisen, Fertigkeiten, Selbstanteile und Ziele, soziale Beziehungen, von der Person gestaltete Lebensbedingungen sowie positive Perspektiven auf sich selbst und die eigenen Möglichkeiten“ (Brakemeier & Jacobi, 2017, S.225).

Ziel dieser Intervention ist es, Stärken, Fähigkeiten und Ressourcen des Patienten zu betonen, so dass diese dem Patienten selbst zugänglich und damit belebt bzw. im Sinne der eigenen Ziele nutzbar werden (vgl. Brakemeier & Jacobi, 2017, S.228; vgl. Tschacher et al., 2014).

Anwendungsbeispiele:

- Betonen/ Herausarbeiten oder Stärken konkreter Ressourcen/ Fähigkeiten und Fertigkeiten oder Stärken der/ des Pat.

Ausfüllhinweis: Ressourcen aktivieren ist abzugrenzen von selbst (als Therapeut) positiv/ negativ verstärken (siehe Kategorie 2 „verhaltensmodifizierende Interventionen“).

7. Therapiemotivation und Veränderungsbereitschaft stärken

Definition im Sinne der LTI: Therapiemotivation bezeichnet „die Motivation, eine Therapie zu beginnen und fortzuführen. Änderungsmotivation hingegen meint die Bereitschaft, aktiv an den eigenen Symptomen und Problemen zu arbeiten und hierfür auch kurzfristig unangenehme emotionale Zustände in Kauf zu nehmen“ (Kandale & Rugenstein, 2017, S.40). Möglichkeiten, dies zu fördern, können beispielsweise sein, die Resignation des Patienten zu reduzieren, den Patienten zu ermutigen, sich positive Konsequenzen einer Veränderung zu überlegen, Ziel- und Wertklärung vorzunehmen (vgl. Kanfer et al. 2012 in Kandale & Rugenstein, 2017, S.233) oder an bestehende wichtige Ziele/ Motive anzuknüpfen, Leidensdruck/ Spannung zu vergrößern, die Veränderungsperspektive zu konkretisieren, Hindernisse für eine Veränderung zu verkleinern, Sicherheit und Zuversicht zu vermitteln, schnelle Erfolge zu ermöglichen und zu verstärken (vgl. Leibing & Hiller, 2005, S.72) oder Motivational Interviewing durchzuführen. Eine ausführlichere Beschreibung der Vorgehensweise beim Motivational Interviewing findet sich in Linden und Hautzinger, 2015 (Linden & Hautzinger, 2015, S. 193 ff.).

Ziel dieser Intervention ist es, dass Patienten, (die (noch) nicht klar motiviert oder ambivalent sind, das nötige Maß an Motivation erreichen, um effektiv am therapeutischen Prozess mitzuarbeiten.

Anwendungsbeispiele:

- Rückmelden von Erfolgen
- Aufzeigen negativer Konsequenzen von Problemverhalten/ positiver Konsequenzen einer Veränderung
- Reduzieren von Widerstand, Durchführen von Motivational Interviewing

8. Verhaltensanalyse durchführen

Definition im Sinne der LTI: Unter der Durchführung einer Verhaltensanalyse wird verstanden, dass (entsprechend der Mikro- und Makroebene) ein (Problem-) Verhalten und dessen auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen, Dauer, Häufigkeit und Intensität des Auftretens, Konsequenzen, Entstehungsbedingungen und Funktionen exploriert und präzise beschrieben wird. Hierbei kann für die situationsspezifische Analyse als Strukturierungshilfe beispielsweise auf das SORCK-Modell zurückgegriffen werden (vgl. Brakemeier & Jacobi, 2017, S.153); ebenso kann die Analyse auf

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

übergeordnete Pläne und Regeln des Patienten erweitert werden, z.B. mit Hilfe der Plananalyse (vgl. Kandale & Rugenstein, 2017, S.225).

Ziel der Verhaltensanalyse ist „mit Hilfe lernpsychologischer Erkenntnisse die Bedingungen und Wirkungen von (Problem-) Verhalten zu analysieren, um auf diesem Hintergrund ein für den Patienten nachvollziehbares Störungskonzept sowie adäquate Veränderungsziele zu entwickeln, entsprechende Therapiepläne und –methoden abzuleiten und schließlich eine passgenaue individualisierte Verhaltensmodifikation durchzuführen“ (Brakemeier & Jacobi, 2017, S.152). Darüber hinaus ermöglicht die Verhaltensanalyse für den Patienten auch „eine Entpathologisierung des Problems und damit eine Distanzierung“ (vgl. Batra et al., 2006, S.38).

Anwendungsbeispiele:

- Explorieren der Funktion eines bestimmten Verhaltens
- Herausarbeiten der Bedingungen, in denen ein bestimmtes Erleben und/ oder Verhalten auftritt/ der Konsequenzen oder der Ursachen eines Verhaltens
- Analysieren möglicher aufrechterhaltender Faktoren oder Mechanismen eines Verhaltens

Ausfüllhinweis: Verhaltensanalyse durchführen ist abzugrenzen von Dysfunktionale Gedanken/ Bewertungen/ Grundannahmen herausarbeiten (siehe Kategorie 1 „Interventionen zur kognitiven Umstrukturierung“).

9. Kriseninterventionen durchführen

Definition im Sinne der LTI: Krisenintervention bezeichnet eine unverzügliche und zeitlich begrenzte Einflussnahme in einer bedrohlichen Notfallsituation. Zentrale Maßnahmen sind beispielsweise Krisenklärung, Stabilisierung, das Aktivieren von Selbsthilfemöglichkeiten, das Verschaffen emotionaler Entlastung/ Beruhigen, Würdigen der Krise und die Unterstützung des Patienten, sich von der Krise zu distanzieren (Dross, 2001), sowie darüber hinaus Ermutigung zum Zulassen von Gefühlen, Aktivierung von Ressourcen und Psychoedukation (vgl. Kandale & Rugenstein, 2017, S.335).

Das Ziel der Krisenintervention besteht darin, die Handlungskompetenz des Patienten wiederherzustellen und eine „kritische Entwicklung aufzuhalten und zu bewältigen“. Die primäre Zielsetzung ist hierbei, „eine emotionale Entlastung des Patienten herbeizuführen und eine anhaltende Selbst- oder Fremdgefährdung zu vermeiden“ (Kandale & Rugenstein, 2017, S.335; Leibing & Hiller, 2005, S.452).

Anwendungsbeispiele:

- Krisenklärung
- Stabilisieren
- Aktivieren von Selbsthilfemöglichkeiten
- Verschaffen emotionaler Entlastung/ Beruhigen
- Würdigen der Krise
- Pat. unterstützen, sich von der Krise zu distanzieren

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

10. Rückfallprophylaxe erarbeiten

Definition im Sinne der LTI: Zu der Erarbeitung einer Rückfallprophylaxe zählen auf praktischer Ebene u.a. das Entdramatisieren von Rückfällen, das Entpathologisieren von rückfälligen Patienten, das Üben von konkreten Risikosituationen, die Stärkung von Selbstkontrolle und Selbstverantwortung im Umgang mit Risikosituationen, wozu beispielsweise mit Bewältigungstonbändern, Ablenkungstrainings, Konfrontation in vivo oder Notfallplänen gearbeitet werden kann.

Die Erarbeitung einer Rückfallprophylaxe zielt darauf ab, die „spezifischen Kompetenzen von Patienten zur erfolgreichen Bewältigung von Rückfallsituationen zu erhöhen". Im Einzelfall können verschiedene Unterziele relevant sein, wie z.B. das Vermeiden unnötiger bzw. überfordernder Rückfallsituationen bzw., dass sich Patienten auf unvermeidbare Risikosituationen einstellen, so dass diese erfolgreich bewältigt werden können, oder dass bereits eingetretene Rückfälle überwunden werden (Margraf & Schneider, 2009, S.731 ff).

Anwendungsbeispiele:

- Erarbeiten von Rückfallmodellen
- Thematisieren von möglichen Rückfallsituationen
- Entdramatisieren von Rückfällen
- Stärken von Selbstverantwortung und Selbstkontrolle im Umgang mit Risikosituationen
- Erarbeiten von Notfallplänen

11. Prävention bei akuter Suizidalität

Definition im Sinne der LTI: Die Prävention bei akuter Suizidalität umfasst das direkte Ansprechen von Suizidalität sowie das Herstellen von Rapport sowie, dass das Suizidrisiko abgeschätzt wird, dass die Ambivalenz bezüglich des Entschlusses des Patienten gefördert wird und somit Zeit gewonnen wird, dass die Selbstkontrolle des Patienten gestärkt wird (z.B.: durch den Einsatz von (Weiterlebens-) Verträgen oder Selbstverpflichtungen in schriftlicher oder mündlicher Form), so wie das Klären des Settings (Kandale & Rugenstein, 2017, S.336 f). Darüber hinaus können aber beispielsweise auch allgemeine Interventionen der Krisenintervention (wie Notfallkarten/ -pläne) eingesetzt werden (Brakemeier & Jacobi, 2017, S.355).

Ziel dieser Intervention ist, dass sich Patienten von einer akuten suizidalen Absicht distanzieren.

Anwendungsbeispiele:

- Vereinbaren eines Non-Suizid-Pakts
- Erarbeiten von Notfallkarten
- Weiterlebensvertrag schließen
- sich in die Hand versprechen lassen

12. Hausaufgaben geben

Definition im Sinne der LTI: Therapeutische Hausaufgaben sind definiert als Aktivitäten oder „Aufgaben, die der Klient außerhalb des Therapiezimmers zwischen den therapeutischen Sitzungen durchführt um das in der Therapie Gelernte einzuüben und zu vertiefen, auf seien konkreten Lebensbereich zu übertragen oder Beobachtungsmaterial für die nächste Therapiesitzung zu sammeln" (Bogart u. Kemmler, 1989 in Margraf & Schneider, 2009, S.711).

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Unter der Vergabe von Hausaufgaben sind in der LTI unter anderem folgende Aspekte eingeschlossen: Die Entwicklung und Planung der Aufgabe innerhalb der Therapiesitzung, die Vergabe der Aufgabe durch den Therapeuten, d.h. dass spezifiziert wird, „was, wann, wo, wie oft bzw. wie lange gemacht werden soll“ (Brakemeier & Jacobi, 2017, S.216), dass die Hausaufgabe vorbereitet oder ggf. diskutiert, eingeübt oder schon begonnen wird oder dass sie durch den Patienten angenommen wird, d.h. dass „explizit das Feedback des Patienten zur Aufgabe eingeholt“ wird (Brakemeier & Jacobi, 2017, S.216) (z.B. in Form einer Schwierigkeitseinschätzung oder einer Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, dass die Aufgabe tatsächlich gemacht wird) (vgl. auch Barber, 2003).

Diese Teilkomponenten, die unter die Intervention „Hausaufgaben geben“ fallen, sollen in erster Linie dazu dienen, Probleme bei der Durchführung der Aufgaben zu vermeiden.

Anwendungsbeispiele:

- Hausaufgaben vereinbaren, planen
- ggf. während der Sitzung beginnen, Hausaufgaben einzuüben

Ausfüllhinweis: „Hausaufgaben geben“ ist abzugrenzen von „Hausaufgaben vereinbaren“

13. Art der Hausaufgaben

Antwortmöglichkeiten:

- Selbstbeobachtung
- Einüben von Verhalten/Kognitionen
- Konfrontation

Ausfüllhinweis: An dieser Stelle soll die Art von vergebenen Hausaufgaben angegeben werden. Sollten Sie in den letzten vier Sitzungen mehrere (verschiedene) Hausaufgaben vergeben haben, geben sie hier bitte an, welche Art an Hausaufgaben Sie am häufigsten vergeben haben, bzw., wenn alle gleich oft vergeben wurden, die Hausaufgabenart, die Ihnen am wichtigsten erschienen ist. Für eine Definition von Selbstbeobachtung siehe Kategorie 4, „33. Techniken zum Selbstmanagement“, für eine Definition von Konfrontation siehe die verschiedenen Interventionen in Kategorie 3 „Expositions-/ Konfrontationsmethoden“

14. Hausaufgaben besprechen

Definition im Sinne der LTI: Das Besprechen von Hausaufgaben umfasst folgende Teilaspekte: Das Ansprechen und Auswerten von Hausaufgaben sowie dass die Ergebnisse mit Themen oder Zielen der Therapie in Beziehung gesetzt werden, die Würdigung der Aufgabenerledigung bzw. das Besprechen von unvollständig oder nicht erledigten Aufgaben bzw. das Thematisieren von ggf. aufgetretenen Schwierigkeiten (vgl. auch Barber, 2003; vgl. Brakemeier & Jacobi, 2017, S.219).

Ziel der Nachbesprechung von Hausaufgaben ist auf der einen Seite die Verstärkung der Aufgabenerledigung und damit die Erhöhung der Bereitschaft, Hausaufgaben (auch) in Zukunft (in beabsichtigter Weise) zu machen und auf der anderen Seite, den Nutzen der Aufgaben zu reflektieren und zu unterstützen, so dass Patienten von den Erfahrungen, die sie bei der Durchführung der Aufgabe gemacht haben, im Sinne des Therapiefortschritts profitieren können (vgl. Brakemeier & Jacobi, 2017, S.219; vgl. Linden & Hautzinger, 2015, S.141).

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Anwendungsbeispiele:

- Hausaufgaben besprechen und/ oder auswerten

Ausfüllhinweis: Hausaufgaben besprechen ist abzugrenzen von Hausaufgaben geben.

15. Therapeutische Arbeit mit weiteren Personen (gleichzeitig mit Pat. in der Sitzung anwesend)

Definition im Sinne der LTI: Mit „Therapeutischer Arbeit mit weiteren Personen" ist gemeint, dass weitere Personen, wie Partner/ Partnerin, Eltern, Kinder, Betreuer in die Therapie einbezogen werden und in der Therapie anwesend sind, beispielsweise im Rahmen von Psychoedukation, der Besprechung von Unterstützung des Patienten durch weitere (z.B. cotherapeutisch agierende) Personen, Paartherapie oder Diagnostik.

Anwendungsbeispiele:

- Arbeit mit Partner/ Partnerin, Eltern, Kindern

Ausfüllhinweis: Bei mit Angehörigen durchgeführten Interventionen, die ebenfalls in der LTI aufgeführt sind (z.B. 1. „Psychoedukation", 21. „Kontingenzmanagement verbessern", Stimuluskontrolle verändern", 47. „Paartherapeutische Interventionen") bitte doppelt kodieren, d.h. sowohl unter 15. angeben, wie oft mit weiteren Personen gearbeitet wurde, und für die jeweilige Intervention, die mit weiteren Personen durchgeführt wurde, an entsprechender Stelle angeben, wie oft diese durchgeführt wurde.

Kategorie 1: Interventionen zur kognitiven Umstrukturierung

Diese Kategorie beinhaltet Interventionen zur kognitiven Umstrukturierung. Relevant für die Einordnung von durchgeführten Interventionen ist besonders auch das Ziel/ die Phase der kognitiven Umstrukturierung, da einige Techniken für unterschiedliche Zwecke/in verschiedenen Phasen der kognitiven Umstrukturierung einsetzbar sind.

16. Dysfunktionale Gedanken/ Bewertungen/ Grundannahmen herausarbeiten

Definition im Sinne der LTI: Beim Herausarbeiten von dysfunktionalen Gedanken/ Bewertungen/ Grundannahmen geht es darum, dysfunktionale Kognitionen im Sinne der klassischen Ansätze der kognitiven Therapie nach Ellis und Beck herauszuarbeiten, zu identifizieren oder zu beobachten (Für eine Gegenüberstellung der Ansätze von Ellis und Beck siehe z.B. Brakemeier, 2017, S.280, f.). Techniken, die hier Einsatz finden können, sind beispielsweise die Vermittlung des Zusammenhangs zwischen Kognitionen, Emotionen und Verhalten, die Einführung des ABC- Schemas, der Einsatz von Spalten- Techniken oder Gedankenprotokollen sowie die Auseinandersetzung mit den Gedanken im Rahmen einer Analyse von Problemsituationen (vgl. z.B.Leibing & Hiller, 2005, S.142; vgl. z.B. Margraf & Schneider, 2009, S.618).

Das gemeinsame Ziel der Techniken und Behandlungselemente, die zu dieser Intervention zählen, besteht darin, dysfunktionale Kognitionen zunächst zu Identifizieren (aber noch nicht zu hinterfragen

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

bzw. zu verändern) bzw. theoretische Grundlagen zu vermitteln und somit die Basis für das weitere Vorgehen der kognitiven Umstrukturierung zu schaffen.

Anwendungsbeispiele:

- Herausarbeiten (gemeinsam mit Pat.) von problemrelevanten automatischen Gedanken/ dysfunktionalen Gedanken, Grundüberzeugungen oder kognitiven Schemata der/ des Pat.
- gemeinsam mit Pat. herausarbeiten, wie die/der Pat. spezifische Situationen/ Ereignisse versteht/ bewertet
- Thematisieren des Zusammenhangs von Kognitionen, Emotionen und Verhalten
- ABC-Modelle

Ausfüllhinweis: An dieser Stelle nicht gemeint ist das Hinterfragen dysfunktionaler Kognitionen bzw. das Erarbeiten funktionaler Kognitionen, siehe 17. Dysfunktionale Gedanken/ Bewertungen/ Grundannahmen hinterfragen & 18. Neue, funktionale Kognitionen erarbeiten/ festigen. Dysfunktionale Gedanken/ Bewertungen/ Grundannahmen herausarbeiten ist abzugrenzen von 8. Verhaltensanalyse (siehe Kategorie 0 „allgemeine Interventionen und Behandlungselemente“).

17. Dysfunktionale Gedanken/ Bewertungen/ Grundannahmen hinterfragen

Definition im Sinne der LTI: Unter der Intervention „Dysfunktionale Gedanken/ Bewertungen/ Grundannahmen hinterfragen“ sind in der LTI Techniken und Behandlungselemente eingeschlossen, mit denen darauf hingearbeitet wird, dass als dysfunktional identifizierte Kognitionen infrage gestellt und vom Patienten hinterfragt werden. Wichtige Techniken hierzu sind: das Austesten von Kognitionen/ Realitätstesten, Verhaltensexperimente, alternative Erklärungen überlegen, Entkatastrophisieren, Zeitprojektionsfragen, Distanzieren, Hinterfragen absoluter Prämissen und mussturbatorischer Forderungen, Reattribuieren, Sokratischer Dialog, Disputtechniken wie die empirische Disputation, die hedonistische Disputation oder die logische Disputation, die ABCD-Technik, Vorstellungstechniken, Humor und Provokation, Selbstöffnung, Risikoübungen, Sprichwörter, Lieder, Gedichte (vgl. Kandale & Rugenstein, 2017, S.242-244; vgl. Leibing & Hiller, 2005, S.142–146).

Mit dem Hinterfragen von dysfunktionalen Kognitionen wird angestrebt, dass Patienten selbst die Realitätsangemessenheit von dysfunktionalen Kognitionen prüfen und diese auf mögliche Verzerrungen und Fehler hin untersuchen. Letztendlich wird dadurch darauf abgezielt, dass es Patienten selbst gelingt, dysfunktionale Kognitionen zu relativieren und sich davon zu distanzieren (Margraf & Schneider, 2009, S.619).

Anwendungsbeispiele:

- Sokratischer Dialog/ Disputation/
- geleitetes Entdecken
- Realitätstests
- Perspektivwechsel
- befürchtete Konsequenzen zu Ende denken
- Humor/ Provokation)

Ausfüllhinweis: An dieser Stelle nicht gemeint ist das Herausarbeiten dysfunktionaler Kognitionen bzw. das Erarbeiten funktionaler Kognitionen, siehe 16. Dysfunktionale Gedanken/ Bewertungen/ Grundannahmen herausarbeiten & 18. Neue, funktionale Kognitionen erarbeiten/ festigen.

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Dysfunktionale Gedanken/ Bewertungen/ Grundannahmen hinterfragen ist abzugrenzen von Verhaltensexperimenten mit einem anderen Ziel. Verhaltensexperimente werden in Kategorie 2 „Verhaltensmodifizierende Interventionen“ abgefragt.

18. Neue, funktionale Kognitionen erarbeiten/ festigen

Definition im Sinne der LTI: Die Intervention „Neue, funktionale Kognitionen erarbeiten/ festigen“ umfasst Techniken und Behandlungselemente, mit denen aufbauend auf die Ergebnisse des Hinterfragens von dysfunktionalen Kognitionen funktionalere, realistischere Kognitionen erarbeitet und in Verhalten umgesetzt bzw. diese neuen, funktionaleren Kognitionen gefestigt werden.

Margraf und Schneider, 2009 betonen, „dass nicht einfach eine Umformulierung negativer, dysfunktionaler Gedanken ins Positive angestrebt wird, sondern dass ein Gedanke, eine Bewertung, ein neues Bild entstehen soll, mit dem die erlebte Situation möglichst verzerrungsfrei, aber glaubwürdig für den Betroffenen repräsentiert wird. Die angeregte Neubewertung des Gefühls/ der Stimmung soll dieser realistischeren, funktionalen Einschätzung gerecht werden.“ (Margraf & Schneider, 2009, S.619). Wichtige Therapiestrategien sind hierbei: Konkrete Übungen und Verhaltensexperimente, die Arbeit mit Gedankenprotokollen, die Beobachtung/ Befragung anderer Personen, Verstärkung, Übernahme fixer Rollen/ Rollentausch, Selbstinstruktion, die Suche nach Alternativen (vgl. Leibing & Hiller, 2005, S. 143, ff.; vgl. Margraf & Schneider, 2009, S.619).

Ziel dieser Intervention ist, dass es Patienten gelingt, eine funktionalere Sichtweise (Gedanken/ Bewertungen/ Überzeugungen) zu verinnerlichen.

Anwendungsbeispiele:

- Anregen von Neubewertungen
- Realitätstests
- Selbstverbalisation

Ausfüllhinweis: An dieser Stelle nicht gemeint ist das Herausarbeiten oder Hinterfragen dysfunktionaler Kognitionen, siehe 16. Dysfunktionale Gedanken/ Bewertungen/ Grundannahmen herausarbeiten & 17. Dysfunktionale Gedanken/ Bewertungen/ Grundannahmen hinterfragen. Neue, funktionale Kognitionen erarbeiten/ festigen ist abzugrenzen von Verhaltensexperimenten mit einem anderen Ziel. Verhaltensexperimente werden in Kategorie 2 „Verhaltensmodifizierende Interventionen“ abgefragt.

19. Selbstwirksamkeitserwartung/ Kontrollüberzeugung erhöhen

(z.B.: Unterstützen, dass die/ der Pat. sich als selbstwirksam erlebt und wahrnimmt, dass sie/ er ihr/ sein Leben/ Erleben und Verhalten beeinflussen/ kontrollieren kann.)

Anwendungsbeispiele:

- Unterstützen, dass die/ der Pat. sich als selbstwirksam erlebt und wahrnimmt, dass sie/ er ihr/ sein Leben/ Erleben und Verhalten beeinflussen/ kontrollieren kann

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Kategorie 2: Verhaltensmodifizierende Interventionen

Diese Kategorie beinhaltet verhaltensmodifizierende Interventionen, welche in den Kontext der klassischen Verhaltenstherapie einzuordnen sind und vorrangig im Zusammenhang mit den Prinzipien der klassischen Lerntheorie stehen.

20. Selbst (als Therapeutin/ Therapeut) positiv/ negativ verstärken

Definition im Sinne der LTI: Mit „Selbst (als Therapeutin/ Therapeut) positiv/ negativ verstärken“ sind verstärkende Verhaltensweisen (im Sinne von reizkontingenten Konsequenzen) des Therapeuten selbst gemeint.
Positive Verstärkung wird von den Betroffenen als Belohnung oder Bekräftigung wahrgenommen und ist das Resultat der Darbietung von positiven Reizen oder Ereignissen. Zu positiven Verstärkern zählen u.a. soziale Verstärker (z.B. Lob, Zuwendung, Aufmerksamkeit), materielle Verstärker (z.B. Süßigkeiten oder kleines Spielzeug bei Kindern; Wertmarken, die später in konkrete Belohnungen umgesetzt werden können, bei Erwachsenen) oder positiv verstärkende Aktivitäten (z.B., dass dem Patienten die Ausführung einer für ihn attraktiven Tätigkeit ermöglicht wird). Spezielle Möglichkeiten der positiven Verstärkung sind beispielsweise: Shaping, Chaining, Fading, Prompting oder Token Economies.
Negative Verstärkung bezeichnet ebenfalls angenehme Konsequenzen, weil sie durch die Wegnahme von negativen Reizen oder Ereignissen (z.B. Bewegungseinschränkung oder Verbote), also die Aufhebung eines negativen Ausgangszustands gekennzeichnet ist (vgl. Linden & Hautzinger, 2015, S.303; vgl. Margraf & Schneider, 2009, S.670).

Ziel der Verstärkung durch den Therapeuten ist, die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens des Patienten zu erhöhen oder ein neues Verhalten des Patienten zu etablieren (vgl. Tschuschke et al., 2014).

Anwendungsbeispiele:

- Durch reizkontingentes Darbieten positiver Konsequenzen (z.B. Lob/ Belohnung) dafür sorgen, dass ein neues Verhalten etabliert wird bzw. sich die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens erhöht
- Durch den Wegfall negativer Konsequenzen dafür sorgen, dass ein neues Verhalten etabliert wird bzw. sich die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens erhöht)

Ausfüllhinweis: Selbst (als Therapeutin/ Therapeut) positiv/ negativ verstärken ist abzugrenzen von Kontingenzmanagement verbessern.

21. Kontingenzmanagement verbessern

Definition im Sinne der LTI: „Kontingenzmanagement meint die systematische Anwendung operanter Strategien, d.h. die Darbietung oder Entfernung positiver bzw. aversiver Stimuli bei der Veränderung /Aufbau/ Abbau konkreter Verhaltensmuster. Kontingenzmanagement kann vom Therapeuten, vom Betroffenen selbst (…) oder von Personen der natürlichen Umgebung eingesetzt werden“ (Leibing & Hiller, 2005, S.136, f.).
Zu den bekanntesten dieser komplexen Verstärkungssysteme zählen die folgenden:
Mediatorentraining (Co-therapeutische Unterstützung zur Beeinflussung von Verhaltensweisen und

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Konsequenzen durch Personen der natürlichen Umgebung), Verhaltens- oder Kontingenzverträge (schriftlich fixierte Abmachungen zwischen Interaktionspartnern, in denen gewünschte Verhaltensweisen, Bedingungen und dafür erhältliche Verstärker festgelegt werden) und Token Economy (Arbeit mit sekundären generalisierten Verstärkern, für die andere Verstärker eingetauscht werden können).

Ziel der Verbesserung von Kontingenzmanagement ist die gleichzeitige Beeinflussung von Verhaltensweisen einer oder mehrerer Personen sowie die Steuerung des eigenen Verhaltens durch den Einsatz gezielter, selbst gesetzter Kontingenzen (vgl. Batra et al., 2006, S.82; vgl. Kandale & Rugenstein, 2017, S.254).

Anwendungsbeispiele:

- dafür sorgen, dass durch die/ den Pat selbst oder ihr/ sein (soziales) Umfeld positive Konsequenzen eines dysfunktionalen Verhaltens reduziert werden, wobei positive Konsequenzen eines funktionalen Verhaltens erhöht werden)

Ausfüllhinweis: Kontingenzmanagement verbessern ist abzugrenzen von selbst (als Therapeutin/ Therapeut) positiv/ negativ verstärken.

22. Stimuluskontrolle verändern

Definition im Sinne der LTI: „Stimuluskontrolle ist die Veränderung der Auslösebedingungen eines problematischen Verhaltens, d.h. die nähere Umgebung (soziale und physikalische Umgebungsvariablen) wird von der Person selber so verändert, dass eine ungünstige automatisierte Handlungskette unterbrochen wird“ (Kandale & Rugenstein, 2017, S.254).

Mit der Veränderung von Stimuluskontrolle wird entweder angestrebt, ein gewünschtes Verhalten gezielt zu fördern, indem situative Bedingungen hergestellt werden, unter denen nur das erwünschte Verhalten auftritt, oder ein unerwünschtes Verhalten zu reduzieren, indem die situativen Bedingungen seines Auftretens beseitigt werden.

Anwendungsbeispiele:

- die /den Pat. dabei unterstützen/ dazu anregen, Stimuli zu verändern oder zu reduzieren, die ein Problemverhalten kontrollieren
- die/ den Pat. dazu anregen, Stimuli bewusst einzusetzen, um eine Verhaltensänderung (auch Verhaltensaufbau) zu unterstützen)

23. Verhaltensexperimente oder Rollenspiele im geschützten therapeutischen Kontext

Definition im Sinne der LTI: Verhaltensexperimente oder Rollenspiele im geschützten therapeutischen Kontext sind Methoden, bei denen in einer risikofreien Übungssituation ein zuvor besprochenes Verhalten szenisch erprobt werden kann.
Von der Verhaltensprobe unterscheidet sich ein klassisches Rollenspiel dadurch, „dass man bei einem Rollenspiel in die Position eines anderen schlüpft, die Handlungsweisen sozusagen geliehen werden, und bei einer Verhaltensprobe ausdrücklich auf die kommende Anwendung in der Realität verwiesen wird.“ (Margraf & Schneider, 2009, S.580).
Spezifische Techniken für Rollenspiele sind z.B. Rollentausch, Beiseitereden (Rollenspielpartner geben

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

leise an, was sie gerade empfinden) oder Doppeln (Therapeut sagt für Patienten, was dieser vermutlich gerade empfindet). (Kandale & Rugenstein, 2017, 261,f.). „Verhaltensexperimente dienen wie ein wissenschaftliches Experiment dazu, Daten zu sammeln, um eine Theorie zu prüfen. Dabei kann explorativ (>> Was ist eigentlich, wenn…?<<) oder hypothesengeleitet (>>Stimmt es eigentlich, dass…?<<) vorgegangen werden“ (Brakemeier & Jacobi, 2017, S. 284).

Verhaltensexperimente und Rollenspiele können je nach Situation unterschiedlichen Zwecken dienen, z.B. der Erleichterung der Erinnerungen an konkrete Situationen und Gefühle, der Diagnostik (von Verhaltensmöglichkeiten und Kognitionen) oder dem Hinterfragen von Kognitionen bzw. der Einübung neuer, flexibler oder günstiger kognitiver Grundannahmen oder neuer Verhaltensweisen (vgl.Batra et al., 2006, S.97).

Ausfüllhinweis: Verhaltensexperimente/ Rollenspiele im geschützten therapeutischen Kontext sind abzugrenzen von Verhaltensexperimente/ Rollenspiele im Feld und Hausaufgaben (siehe: Kategorie 0 „Allgemeine Interventionen und Behandlungselemente“).

24. Verhaltensexperimente oder Rollenspiele im Feld

Definition im Sinne der LTI: Verhaltensexperimente oder Rollenspiele im Feld sind Methoden zur szenischen Erprobung eines zuvor besprochenen Verhaltens in realer Umgebung.

Die wichtigste Funktion von Verhaltensexperimenten oder Rollenspielen im Feld ist, dass Patienten auf verschiedenen Ebenen (motorisches Verhalten, subjektive und physiologische Gefühlsindikatoren) Erfahrungen mit einem bestimmten Verhalten im konkreten situationalen Kontext sammeln können. Hierbei können sowohl explorativ die realen Konsequenzen eines Verhaltens erlebt oder hypothesengeleitet bestimmte Annahmen/ Erwartungen überprüft werden (vgl. Brakemeier & Jacobi, 2017, S.284; vgl. Margraf & Schneider, 2009, S.620).

Ausfüllhinweis: Verhaltensexperimente/ Rollenspiele im Feld sind abzugrenzen von Verhaltensexperimente/ Rollenspiele im geschützten therapeutischen Kontext und Hausaufgaben (siehe: Kategorie 0 „Allgemeine Interventionen und Behandlungselemente“

25. Vermeidungs- oder Sicherheitsverhalten verhindern (Löschung)

Definition im Sinne der LTI: Unter Löschung ist zu verstehen, dass eine positive Verstärkung entfernt wird, die bislang ein Problemverhalten aufrechterhalten hat (Batra et al., 2006, S.81).

Ziel ist, dadurch zukünftig die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Problemverhaltens zu reduzieren (Leibing & Hiller, 2005, S.135).

Anwendungsbeispiele::

- Verhindern eines unerwünschten Verhaltens (beim Pat.) durch die/ den Pat. selbst oder die/den Th.
- bewusstes Ignorieren unangemessenen Verhaltens)

Ausfüllhinweis: Löschung ist abzugrenzen von selbst (als Therapeutin/ Therapeut positiv/ negativ Verstärken und Reaktionsverhinderung (bei Konfrontation) (siehe: Kategorie 3 „Expositions-/ Konfrontationsmethoden“)

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

26. Habit Reversal

Definition im Sinne der LTI: „Habit-Reversal-Training zielt auf eine Unterbrechung einer unerwünschten Verhaltensweisen ab, indem anstelle der gewohnheitsmäßigen Bewegungen eine andere weniger störende Verhaltensgewohnheit meist eine nicht zu vereinbarende Bewegung ausgeführt wird – die Competing Response“ (Margraf & Schneider, 2009, S.681). „Sobald der Impuls auftritt, das Problemverhalten zu zeigen, soll der Patient inkompatibles Verhalten zeigen“ (Kandale & Rugenstein, 2017, S.237).

Ziel des Verfahrens ist die systematische Unterbrechung eines (automatischen) Verhaltens durch eine konkurrierende Reaktion (Kandale & Rugenstein, 2017, S.237).

Anwendungsbeispiele:

- daran arbeiten, dass ein(e) problematische(s) (automatische(s)) Verhalten/ Gewohnheit durch die Einübung eines inkompatiblen Verhaltens ersetzt/ verhindert wird

27. Neue Aktivitäten aufbauen oder festigen

Definition im Sinne der LTI: Bei dem Aufbau neuer Aktivitäten bzw. bei der Festigung neuer Aktivitäten wird ausgehend von den bestehenden Tagesabläufen der Patienten schrittweise versucht, die Initiative von Patienten zu fördern, aktiv zu handeln.

Folgende Teilschritte sind zu dieser Intervention zu zählen: die Instruktion und Messung des Aktivitätsniveaus (wie beispielsweise die Vermittlung der Notwendigkeit und Nützlichkeit des Aktivitätsaufbaus, die Festsetzung von Kriterien für Aktivität, die formale Registrierung des aktuellen Aktivitätsniveaus von Patienten, z.B. mit Aktivitätenprotokollen); die Erhöhung des allgemeinen Aktivitätsniveaus (wie beispielsweise die Auswahl von Aktivitäten, deren Steigerung und die Verstärkung von Aktivität); der Aufbau von Aktivitäten mit spezieller Therapierelevanz sowie die Aufrechterhaltung des Aktivitätsniveaus und spezifischer Aktivitäten (beispielsweise durch eine fortlaufende Kontrolle der Aktivität). Ebenso zählt dazu, mit dem Patienten zu erarbeiten, wie er die aufgebauten Aktivitäten zur Erreichung spezifischer Ziele anwenden kann (vgl. Linden & Hautzinger, 2015, S.55).

„Aktivitätsaufbau hat das Ziel, dass der Patient lernt, häufiger als bisher eigeninitiiert Aktivitäten, v.a. solche, die verstärkenden Charakter haben, auszuführen“. (Kandale & Rugenstein, S.259)

Anwendungsbeispiele:

- Daran arbeiten, dass Pat. neue (eigeninitiierte) Aktivitäten/ Verhaltensweisen ausführt und/ oder einübt

28. Modelllernen ermöglichen/ ein Modell darbieten

Definition im Sinne der LTI: Das Grundprinzip des Modelllernens besteht darin, dass ein Modell ein bestimmtes Verhalten in Gegenwart eines Patienten zeigt, welches dieser genau beobachtet.

Das Ziel von Modelllernen ist, dass der Patient das beobachtete Verhalten übernimmt und später zeigt (vgl. Linden & Hautzinger, 2015, S.189).

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Kategorie 3: Expositions-/ Konfrontationsmethoden

Diese Kategorie beinhaltet verschiedene Expositions-/ Konfrontationsmethoden oder damit verbundene Therapieelemente.

29. Konfrontation in sensu

Definition im Sinne der LTI: Die Konfrontation in sensu „beinhaltet eine Exposition mit Vorstellungsbildern. Der Patient wird angeleitet, sich mit einer für ihn negativen Emotion verbundenen Vorstellung auseinanderzusetzen, indem er sich das Vorstellungsbild bewusst lebhaft vorstellen soll“ (Brakemeier & Jacobi, 2017, S.254), bis sich die negativen Emotionen (z.B. Angst) auf ein erträgliches Maß reduziert. Bei der Reizkonfrontation in sensu wird keine Entspannung induziert (vgl.Tschuschke et al., 2014).

Das Ziel der Konfrontation in sensu ist es, sich mit einer belastenden Situation (welche in der Realität nicht aufgesucht werden kann) zu konfrontieren, sich mit dieser aktiv auseinanderzusetzen und deren Bewältigung zu erlernen (vgl. Kandale & Rugenstein, 2017, S.237).

Anwendungsbeispiele:

- eine Konfrontation in sensu vorbereiten/ planen, durchführen oder auswerten

30. Konfrontation in vivo

Definition im Sinne der LTI: Die Konfrontation in vivo „meint die Exposition mit realen externen oder internen Reizen und Situationen. Dabei wird der Patient entweder Situationen und Orte (…) oder Objekten (…) ausgesetzt, die mit negativen Emotionen verbunden sind“ (Brakemeier & Jacobi, 2017, S.255). Während der Darbietung des Reizes soll der Patient auf die emotionalen und körperlichen Reaktionen fokussieren. Die Darbietung des Reizes erfolgt dabei solange, bis sich die negativen Emotionen (z.B. Angst) auf ein erträgliches Maß reduzieren (vgl. Leibing & Hiller, 2005, S.126).

Das Ziel der Konfrontation in vivo ist es, sich mit einer belastenden Situation zu konfrontieren, sich mit dieser aktiv auseinanderzusetzen und deren Bewältigung zu erlernen. (vgl. Kandale & Rugenstein, 2017, S.237).

Anwendungsbeispiele:

- eine Konfrontation in vivo vorbereiten/ planen, durchführen oder auswerten

31. Systematische Desensibilisierung

Definition im Sinne der LTI: Die Systematische Desensibilisierung ist ein Verfahren, bei dem Patienten sich unter gleichzeitiger Entspannung mehrfach angstauslösende Reize vorstellen. Diese Reize werden zuvor in einer individuellen Angsthierarchie erfasst. Bei der Systematischen Desensibilisierung wird mit der Darbietung gering angstauslösender Reize in der Vorstellung begonnen. Die Darbietung der angstauslösenden Reize wird mit stufenweise stärker angstauslösenden Reizen wiederholt, wobei lediglich ein erträgliches Ausmaß an Angst hervorrufen werden soll.

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Das Ziel der Systematischen Desensibilisierung ist es, eine aversive emotionale Reaktion durch Kopplung an eine antagonistische Reaktion (Entspannung) zu hemmen und schrittweise abzubauen (vgl. Kandale & Rugenstein, 2017, S.239; vgl. Leibing & Hiller, 2005, S.125).

Anwendungsbeispiele:

- Systematische Desensibilisierung vorbereiten/ planen, durchführen oder auswerten

31. Systematische Desensibilisierung

Definition im Sinne der LTI: Die Systematische Desensibilisierung ist ein Verfahren, bei dem Patienten sich unter gleichzeitiger Entspannung mehrfach angstauslösende Reize vorstellen. Diese Reize werden zuvor in einer individuellen Angsthierarchie erfasst. Bei der Systematischen Desensibilisierung wird mit der Darbietung gering angstauslösender Reize in der Vorstellung begonnen. Die Darbietung der angstauslösenden Reize wird mit stufenweise stärker angstauslösenden Reizen wiederholt, wobei lediglich ein erträgliches Ausmaß an Angst hervorgerufen werden soll.

Das Ziel der Systematischen Desensibilisierung ist es, eine aversive emotionale Reaktion durch Kopplung an eine antagonistische Reaktion (Entspannung) zu hemmen und schrittweise abzubauen (vgl. Kandale & Rugenstein, 2017, S.239; vgl. Leibing & Hiller, 2005, S.125).

Anwendungsbeispiele:

- Systematische Desensibilisierung vorbereiten/ planen, durchführen oder auswerten

32. Reaktionsverhinderung

Definition im Sinne der LTI: Reaktionsverhinderung ist eine Maßnahme, bei welcher eine gelernte Verhaltensweise/ Reaktion auf einen Stimulus, (wie z.B. Sicherheisverhalten/ Fluch/ Ausweichen/ kognitive Vermeidung im Rahmen einer Konfrontation) verhindert wird.

Ziel ist, dadurch eine gelernte Assoziation zwischen Stimulus und Reaktion zu unterbrechen. Ein weiteres Ziel, besonders, wenn Reaktionsverhinderung einen Teil einer Reizkonfrontation darstellt, besteht darin durch Reaktionsverhinderung die Lernerfahrung zu ermöglichen, dass ein (angstauslösender) Stimulus auch ohne Vermeidung/ Flucht oder Sicherheitsverhalten bewältigt werden kann und befürchtete Konsequenzen nicht wie erwartet eintreten (vgl. Brakemeier & Jacobi, 2017, S.254; vgl. Tschuschke et al., 2014).

Anwendungsbeispiele:

- Verhindern einer ungünstigen erlernten Reaktion/ Verhaltensweise (z.B. Sicherheitsverhalten/ Ausweichen eines Stimulus/ kognitive Vermeidung) im Rahmen einer Konfrontation

Ausfüllhinweis: Reaktionsverhinderung ist abzugrenzen von **Vermeidungs- oder Sicherheitsverhalten verhindern (Löschung)** (siehe: Kategorie 2 „Verhaltensmodifizierende Interventionen“)

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Kategorie 4: Training von Skills/ Vermittlung spezifischer Techniken

In dieser Kategorie sind Interventionen zusammengefasst, welche das gemeinsame Oberziel haben Patienten spezifische Fertigkeiten, Techniken oder Strategien zu vermitteln, die Patienten gezielt einsetzen können, um mit konkreten Anforderungen/ Symptomen umgehen zu können.

33. Techniken zum Selbstmanagement vermitteln

Definition im Sinne der LTI: „Selbstmanagement ist ein Sammelbegriff für Methoden, die Patienten zu einer besseren Selbstregulation befähigen sollen. Methoden des Selbstmanagements unterstützen dabei, das Leben selbstbestimmt und in Einklang mit eigenen Werten und Zielen zu gestalten". Wichtigsten Methoden der Selbstkontrolle sind: Selbstbeobachtung und Aufzeichnung des eigenen Verhaltens, Kontingenzkontrolle (Selbstverstärkung/ Selbstbestrafung), Stimuluskontrolle, Contract-Management. Auch weitere Methoden wie z.B. Selbstinstruktion oder Tagesstrukturierung können als Selbstmanagementtechnik vermittelt werden.

Ziel der Vermittlung von Techniken zum Selbstmanagement ist es, dass Patienten durch die vermittelten Hilfestellungen/ Techniken dazu befähigt werden, ihr eigenes Verhalten im Alltag selbst zu steuern um damit ein höheres Ausmaß an Selbstkontrolle zu erlangen (vgl. Brakemeier & Jacobi, 2017, 343, f.; vgl. Leibing & Hiller, 2005, S.152; vgl. Margraf & Schneider, 2009, S.630).

Anwendungsbeispiele:

- Vermitteln/ Erarbeiten/ Üben von Selbstinstruktion/ Selbstverbalisation
- Arbeit an und mit Tagesstrukturierung/ Wochenplänen/ Essensplänen/ Schlafhygiene

34. Problemlösetraining

Definition im Sinne der LTI: „Unter Problemlösetraining verstehen wir eine therapeutische Technik zur Verbesserung der Selbsteffizienz eines Individuums, eines Paares oder einer Gruppe im Umgang mit Problemen" (Margraf & Schneider, 2009, S.603). Auch wenn sich einzelne Problemlösetrainings in Bezug auf die im Detail vorgesehenen Schritte etwas unterscheiden, bestehen jedoch Ähnlichkeiten in den wesentlichen Kernaspekten. Zu diesen zählt, einerseits die Erfassung von Problemlösefertigkeiten und andererseits die Vermittlung einer Struktur, nichthandhabbar erscheinende Probleme zu strukturieren und in mehreren Schritten zu lösen (z.B.: Die Erarbeitung einer Problemdefinition und Problembeschreibung, die Erarbeitung von Lösungsalternativen, die Bewertung der Lösungsalternativen und Entscheidung für einen Lösungsweg, die Planung der Umsetzung eines Lösungsversuchs und die Bewertung des Lösungsversuchs) (vgl.Brakemeier & Jacobi, 2017, S.313–317).

„Ziel des Problemlösetrainings im therapeutischen Setting ist eine Verbesserung bereits vorhandener Problemlösekompetenzen durch Erlernen eines systematischen Vorgehens. Bereits vorhanden wirksame Lösungsstrategien sollen gefördert und ineffektive Strategien modifiziert werden" (Batra et al., 2006, S.119).

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Anwendungsbeispiele:

- Vermitteln, wie Pat. systematisch Probleme identifizieren und (alternative) Problemlösungen generieren kann
- Vermitteln, wie Pat. in systematischer Weise Entscheidungen treffen, implementieren und überprüfen kann
- Maximieren der Wahrscheinlichkeit, dass Pat. die effektivste Reaktionsmöglichkeit auswählt und umsetzt

35. Techniken zur Emotionsregulation

Definition im Sinne der LTI: Unter Techniken zur Emotionsregulation werden solche Techniken und Übungen zusammengefasst, welche dazu dienen, verschiedene Prozessen, welche unter dem Oberbegriff Emotionsregulation zusammengefasst werden, zu modifizieren, wie beispielsweise das Monitoring, die Evaluation und die (zielgerichtete) Modifikation emotionaler Reaktionen – insbesondere deren Intensität und zeitliche Dauer (vgl. Brakemeier & Jacobi, 2017, S.433). Beispiele hierfür sind u.a. Übungen zum Identifizieren und benennen von Gefühlen, Übungen zur Steigerung der Achtsamkeit für gegenwärtige Gefühle, die Vermittlung von Strategien, welche das Akzeptieren und Tolerieren negativer Emotionen erleichtern können.

Das Ziel von Techniken zur Emotionsregulation ist, dass der Patient lernt, die eigenen Emotionen besser wahrzunehmen und adäquater auszudrücken und zu regulieren (vgl. Tschacher et al., 2014).

Anwendungsbeispiele:

- die/ den Pat. dabei unterstützen, wie sie/ er lernen kann, Emotionen adäquat wahrzunehmen, auszudrücken und zu regulieren

36. Vermittlung spezifischer Bewältigungsstrategien/ Techniken zum Coping mit spezifischen Symptomen (wie z.B. Tinnitus/ Schmerz), Stress oder anderen Spannungszuständen (wie z.B. Ängste/ Zwänge)

Definition im Sinne der LTI: Durch die Vermittlung von Bewältigungsstrategien/ Techniken zum Coping mit spezifischen Symptomen, Stress oder anderen Spannungszuständen werden Patienten emotionale, körperbezogene, gedankliche oder handlungsbezogene Fertigkeiten beigebracht, die sie einsetzen können, um mit Symptomen, wie Tinitus, Schmerz, Ängsten, Zwängen oder Stress umzugehen.

Ziel der Vermittlung von Bewältigungsstrategien und Copingtechniken ist es, Patienten in die Lage zu versetzen, belastenden Situationen selbst „in die Hand nehmen“ bzw. „managen“ können, anstatt diesen „schutzlos ausgesetzt“ zu sein (vgl. Batra et al., 2006, S.153).

37. Soziales Kompetenztraining

Definition im Sinne der LTI: Soziale Kompetenztrainings umfassen eine Reihe von Interventionen und Techniken. Dazu zählt beispielsweise psychoedukativ Informationen zu sozialer Kompetenz zu gegeben und individuelle Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodelle zu erarbeiten oder im weiteren Verlauf sozial kompetente Verhaltensweisen im Rahmen von Verhaltensübungen einzuüben,

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

welche sowohl in der Therapiesituation (Rollenspiel) als auch in der Realität (in-vivo-Übungen) durchgeführt werden können. Häufig werden dabei z.B. folgende Aspekte thematisiert, auch, wenn die inhaltlichen Schwerpunkte je nach Training etwas variieren können: sich erlauben eigene Ansprüche zu haben, sich trauen, diese auch zu äußern und durchzusetzen oder bei Menschen Sympathie wecken

Das Ziel sozialer Kompetenztrainings ist es, Menschen in ihren interaktionalen Fertigkeiten (d.h. ihre kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen) so zu unterstützen, dass ihnen eine effektive und sozial angemessene Verfolgung ihrer eigenen Bedürfnisse möglich wird (vgl. Brakemeier & Jacobi, 2017, 239, 294; vgl. Linden & Hautzinger, 2015, S.313; vgl. Margraf & Schneider, 2009, S.595).

Anwendungsbeispiele:

- Beibringen von Fertigkeiten für den sozialen Umgang mit anderen Menschen und zur Erhöhung der Selbstsicherheit (dies kann einerseits nonverbale Komponenten (wie Mimik, Gestik) und andererseits verbale Komponenten beinhalten)

Ausfüllhinweis: Abgrenzung zu Rollenspielen

38. Kognitive Funktionstrainings

Definition im Sinne der LTI: Zu kognitiven Funktionstrainings zählt der Einsatz bestimmter Techniken und Übungen, um spezifische kognitive Funktionen wie Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis, oder Diskriminationsfähikeit zu schulen und zu trainieren.

Ziel kognitiver Funktionstrainings ist es, die Fähigkeit einer Person zur selbstständigen Ausführung der jeweiligen kognitiven Funktionen zu verbessern (vgl. Linden & Hautzinger, 2015, 38, 97, 363).

Anwendungsbeispiele:

- Aufmerksamkeitstraining
- Gedächtnistraining

39. Imaginative Techniken

Definition im Sinne der LTI: Im Rahmen imaginativer Techniken wird mit mentalen Inhalten gearbeitet, die sensorische Eigenschaften besitzen, sogenannten mentalen Bildern. Häufig gibt der Therapeut dem Patienten Anleitungen für die Imagination, z. B., sich eine bestimmte Szene (noch einmal) innerlich deutlich zu vergegenwärtigen, indem er dem Patienten Anstöße dazu gibt, sich eine Situation und das eigene Verhaltens möglichst vollständig in den verschiedenen Sinnesmodalitäten vorzustellen. Beispiele für spezifische Imaginative Techniken sind u.a. „Imagery Rescripting“ oder „Sicherer Ort“.

Durch die Arbeit mit Imagination in der Therapie können mentale Bilder bewusst gemacht, modifiziert oder gezielt aufgebaut werden (vgl. Brakemeier & Jacobi, 2017, S.407, f.; vgl. Linden & Hautzinger, 2015, S.155).

Anwendungsbeispiele::

- Sicherer Ort

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

40. Entspannungstechniken vermitteln

Definition im Sinne der LTI: „Entspannungsverfahren sind Techniken oder Induktionsmethoden, mit denen eine Entspannungsreaktion schnell und bewusst in Gang gesetzt werden kann“ (Linden & Hautzinger, 2015, S.117). Zu den am häufigsten eingesetzten Entspannungsverfahren zählen das „Autogene Training“ und die „Progressive Muskelrelaxation“. Weitere Entspannungsverfahren sind z.B. die „angewandte Entspannung“, „Atementspannung“/ Atemtechniken, Imagination, Meditation und Yoga (vgl. Kandale & Rugenstein, 2017, S.257, ff.; vgl. Margraf & Schneider, 2009, S.500, ff.).

„Entspannungsverfahren dienen der Herstellung eines als angenehm erlebten Zustands oder der Vermittlung von Bewältigungsstrategien für Angstreaktionen bzw. psychophysiologische Spannungszustände“ (Linden & Hautzinger, 2015, S.177).

Ausfüllhinweis: Das Vermitteln von Entspannungstechniken umfasst im Sinne der LTI neben dem Beibringen von Techniken auch das Üben der Techniken oder deren gezielter Einsatz im Rahmen anderer Interventionen.

Anwendungsbeispiele:

- Progressive Muskelrelaxation
- Autogenes Training
- Atementspannung
- Meditation
- Yoga

Kategorie 5: Sonstige Interventionen

Diese Kategorie beinhaltet Interventionen oder Interventionsgruppen verschiedener therapeutischer Richtungen und Konzepte.

41. Achtsamkeitsinterventionen

Definition im Sinne der LTI: Achtsamkeitsinterventionen umfassen die Vermittlung des Konzepts der Achtsamkeit als einer nicht wertenden, absichtsvollen Aufmerksamkeitslenkung auf den aktuellen Moment und die Vermittlung von Achtsamkeitsübungen. „Grundsätzlich lassen sich zwei Arten von Achtsamkeitsübungen unterscheiden: informelle und formelle Achtsamkeitsübungen. Informelle Übungen bestehen darin, möglichst viele Routinetätigkeiten (…) mit einer achtsamen Haltung durchzuführen (…) Die formelle Mediationspraxis ist dadurch charakterisiert, dass über einen vorher festgelegten Zeitraum eine ausschließlich der Kultivierung von Achtsamkeit dienende Übung durchgeführt wird“ (Brakemeier & Jacobi, 2017, S.403). Mögliche Übungen können beispielsweise sein: Körperreisen, achtsames Wahrnehmen des Atems, Body- Scan, Yogastellungen, Sitzmeditation (vgl. Brakemeier & Jacobi, 2017, S.672; vgl. Kandale & Rugenstein, 2017, S.283).

Das Ziel von Achtsamkeitsinterventionen ist es, dass Patienten die Fähigkeit entwickeln, ihre Aufmerksamkeit im gegenwärtigen Augenblick bewusst und absichtsvoll auf ihre Gedanken, Wahrnehmungen und Gefühle zu lenken und diese nicht- wertend wahrzunehmen (vgl. Brakemeier & Jacobi, 2017, S.397; vgl. Tschacher et al., 2014).

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Anwendungsbeispiele:

- Unterstützen, dass Pat. die Fähigkeit entwickelt, ihre/ seine Gefühle/ Gedanken/ Wahrnehmungen wahrzunehmen, nicht zu bewerten und nicht daran festzuhalten

42. Akzeptanzinterventionen

Definition im Sinne der LTI: Akzeptanz bezeichnet die Bereitschaft bzw. Haltung, Ereignisse und Situationen aktiv und offen zu erleben und Erfahrungen zunächst so anzunehmen, wie sie sind, ohne die Erfahrung vermeiden oder verändern zu wollen – unabhängig davon, ob sie angenehm oder unangenehm sind (vgl. Brakemeier & Jacobi, 2017, S.297). Im Rahmen von Akzeptanzinterventionen wird „explizit keine Umstrukturierung der Gedankeninhalte angestrebt, sondern vielmehr die Weise der Betrachtung dieser Gedanken zu ändern versucht“ und Vermeidungs- und Kontrollstrategien des Patienten werden abgebaut.

Ziel von Akzeptanzinterventionen ist es, „als unangenehm Erlebtes nicht mehr durch dysfunktionale Strategien wie Vermeidung oder Sicherheitsverhalten kontrollieren zu müssen, sondern zu lernen, dieses in der Haltung der Achtsamkeit zu beobachten, ohne sich damit zu identifizieren“ (vgl. Kandale & Rugenstein, 2017, S.283).

Anwendungsbeispiele:

- Abbauen unwirksamer (emotionaler) Erlebnisvermeidung und –kontrolle (wie z.B.: der Versuch, keine Angst zu haben)
- Hinterfragen und Reduzieren von verhaltensregulierenden Funktionen, nichtlebenszielförderlicher Kognitionen,
- Förderung engagierten lebenszielorientierten Handelns

43. Euthyme Verfahren

Definition im Sinne der LTI: Kern euthymer Verfahren ist es bei den Patienten ein positives Erleben anzuregen und einen sinnlichen Umgang mit Positiva zu vermitteln. Eine häufig verwendete Methode ist beispielsweis das Durchführens von Genusstrainings, wie z.B. „die kleine Schule des Genießens“

Euthyme Verfahren haben das Ziel die Genussfähigkeit von Patienten zu steigern und positives Erleben aufzubauen (vgl. Kandale & Rugenstein, 2017, S.260; vgl. Linden & Hautzinger, 2015, S.245).

Anwendungsbeispiele:

- positives Erleben und Verhalten der/des Pat. anregen
- Anwenden konkreter Verfahren und Übungen zum Genusserleben (wie z.B. „die kleine Schule des Genießens“)
- fördern, dass Pat. sich selbst Genuss erlauben kann
- Thematisieren von Genussregeln
- Fördern von Selbstfürsorge der/ des Pat.

44. Hypnose

Definition im Sinne der LTI: Unter Hypnose ist das Verfahren zur Einleitung (Induktion) einer hypnostischen Trance zu verstehen.

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Unter Hypnotherapie wird die Anwendung des Verfahrens verstanden, um psychotherapeutische Veränderungen hervorzurufen (vgl. Batra et al., 2006, S.192).

Ziele der Hypnotherapie können sein: Aktivierung der Vorstellung, Veränderung psychologischer Prozesse, Veränderung der Sensorik, Unterbrechung gewohnter Schemata, Dissoziation und Assoziation, Anregung von Suchprozessen, Nutzbarmachung von Ressourcen oder Umdeutung (…)

45. Biofeedback/ Neurofeedback

Definition im Sinne der LTI: „Mittels Biofeedback werden Veränderungen von Zustandsgrößen biologischer Vorgänge, die der unmittelbaren Sinneswahrnehmung nicht zugänglich sind, mit technischen (oft elektrischen) Hilfsmitteln rückgemeldet und werden somit beobachtbar und auch dem eigenen Bewusstsein zugänglich gemacht (…) Das „Neurofeedback" ist die Anwendung von Biofeedback auf die Beeinflussung von Funktionen des Zentralnervensystems" (vgl. Brakemeier & Jacobi, 2017, S. 377, ff.).

Unter anderem kann beim Biofeedback beispielsweise die Muskelaktivität, die Oberflächentemperatur, die elektrische Hautleitfähigkeit, die periphere Durchblutung, der Blutdruck oder die Atemfunktion rückgemeldet werden.

Bio- bzw. Neurofeedback kann zum Zweck verschiedener Ziele eingesetzt werden, z.B. im Rahmen von Psychoedukation um den Zusammenhang von physiologischen und kognitiven Prozessen zu verdeutlichen, um zu ermöglichen, dass Patienten lernen können, Körperfunktionen zu beeinflussen oder um mit Hilfe einer objektiven Rückmeldung physiologischer Parameter Annahmen oder Befürchtungen über physiologische Prozesse zu überprüfen (vgl. Margraf & Schneider, 2009, S.674).

46. Familientherapeutische/ Systemische Interventionen

Definition im Sinne der LTI: Unter Familientherapeutische/ Systemische Interventionen fällt im Sinne der LTI eine Vielzahl von Methoden und Techniken, die Ihren Ursprung in der Systemischen/ Familientherapie haben oder in diesem Kontext vermehrt eingesetzt werden. Beispielhaft sollen hier folgende genannt werden: Zirkuläres Fragen, Skalierungsfragen, Genogramm, Reflecting Team, Paradoxe Interventionen (z.B. Refraiming (Umdeutung), Relabeling (Umetikettierung), Symptomverschreibung, Advocatus diaboli, Eingeständnis der endgültigen Hoffnungslosigkeit, Vorhersage oder Verschreibung eines Rückfalls, Standortfestlegung), Allparteilichkeit, Paradoxe Intention (vgl. Kandale & Rugenstein, 2017, S.332, f.; vgl. Tschacher et al., 2014).

Anwendungsbeispiele:

- Zirkuläres Fragen (in der Gruppe)
- Familienskulptur
- Unterschiedsfragen
- Problemlösen in der Gruppe
- Paradoxe Intervention
- Paradoxe Intention
- Metaphernarbeit
- Genogrammarbeit
- Fragen zu Wirklichkeits-/ Möglichkeitskonstruktion

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

47. Paartherapeutische Interventionen

Definition im Sinne der LTI: Unter Paartherapeutische Interventionen fallen im Sinne der LTI eine Vielzahl von Methoden und Techniken, die Ihren Ursprung in der Paartherapie haben oder in diesem Kontext vermehrt eingesetzt werden.

Anwendungsbeispiele:

- z.B.: Techniken der Imago-Therapie

48. Schematherapeutische Interventionen

Definition im Sinne der LTI: Unter Schematherapeutische Interventionen fällt im Sinne der LTI eine Vielzahl von Methoden und Techniken, die Ihren Ursprung in der Schematherapie haben oder in diesem Kontext vermehrt eingesetzt werden. Beispielhaft sollen hier folgende genannt werden:

Stuhlarbeit, Imaginationsübungen, „Limited Reparenting“ (vgl. Brakemeier & Jacobi, 2017, 700, 766).

Anwendungsbeispiele:

- Identifikation von Schemadomänen
- Distanzierung vom eigenen Erleben und Verhalten
- Reparenting

Ausfüllhinweis: Abgrenzung zu Imaginative Techniken

49. Narrative Techniken

Anwendungsbeispiele:

- Therapeutisches Schreiben
- Lebensrückblick
- wiederholtes Erzählen des eigenen Lebens und/ oder erlebter Traumata

Ausfüllhinweis: Abgrenzung zu Imaginative Techniken

50. Sexualtherapeutische Interventionen

Definition im Sinne der LTI: Unter Sexualtherapeutische Interventionen fällt im Sinne der LTI konkrete Techniken, die Ihren Ursprung in der Sexualtherapie haben oder in diesem Kontext vermehrt eingesetzt werden. Beispielhaft sollen hier folgende genannt werden:

Das Sensualitätstraining (engl. „sensate focusing“), Ejakulationskontrolle (z.B. Squeeze- Technik oder „Stop- Start- Methode“, Hegarstifttraining (vgl. Linden & Hautzinger, 2015, 101, 143, 243, ff.).

Anwendungsbeispiele:

- Sensate focusing

Ausfüllhinweis:

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

51. Pharmakologische Interventionen anregen/ überprüfen oder ausschleichen

Definition im Sinne der LTI: Zu Pharmakologische Interventionen anregen/ überprüfen oder ausschleichen zählt im Sinne der LTI das Thematisieren einer Pharmakologischen Behandlung, entweder mit dem Ziel einen Patienten zu ermutigen eine pharmakologische Behandlung zu beginnen, oder sich mit einer laufenden pharmakologischen Behandlung auseinanderzusetzen ((z.B. Complianz thematisieren, Verträglichkeit/ Nebenwirkungen thematisieren/ Änderung der Einstellung durch behandelnden Arzt besprechen) oder das Absetzen/ Ausschleichen einer pharmakologischen Behandlung anzuregen.

52. Manuale

Ausfüllhinweis: Unter Manuale sind mit Titel, Autor, Jahr spezifische Manuale anzugeben, welche in den letzten vier Sitzungen verwendet wurden.

53. Weitere Interventionen

Anwendungsbeispiele:

- z.B. psychodynamische oder psychoanalytische Interventionen
- z.B. sozialpsychiatrische Maßnahmen

Ausfüllhinweis: Unter weitere Interventionen können Techniken oder Methoden angegeben werden, welche nicht in LTI enthalten sind.

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen

Literaturverzeichnis

Barber, J. P. (2003). Development of the Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale. *Psychotherapy Research, 13* (2), 205–221. https://doi.org/10.1093/ptr/kpg019

Batra, A., Buchkremer, G. & Wassermann, R. (2006). *Verhaltenstherapie. Grundlagen - Methoden - Anwendungsgebiete* (Klinische Psychologie und Psychiatrie, 2., neu bearbeitete Auflage).

Brakemeier, E.-L. & Jacobi, F. (Hrsg.). (2017). *Verhaltenstherapie in der Praxis* (1. Auflage). Weinheim: Beltz.

Dross, M. (2001). *Krisenintervention*. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.

Hilsenroth, M. J., Blagys, M. D., Ackerman, S. J., Bonge, D. R. & Blais, M. A. (2005). Measuring Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Techniques. Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42* (3), 340–356. https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.3.340

Kandale, M. & Rugenstein, K. (2017). *Das Repetitorium. Lehr- und Lernbuch für die schriftlichen Abschlussprüfungen zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Berlin: dpv Deutscher Psychologen Verlag GmbH.

Leibing, E. & Hiller, W. (Hrsg.). (2005). *Verhaltenstherapie* (Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen PsychotherapeutIn und für die ärztliche Weiterbildung, / Wolfgang Hiller … (Hrsg.) ; Bd. 3, Nachdr). München: CIP-Medien.

Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.). (2015). *Verhaltenstherapiemanual* (Psychotherapie: Praxis, 8., vollst. überarb. Aufl. 2015). Berlin Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.). (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3., vollst. bearb. und erw. Aufl., [Neuaufl.]. Heidelberg: Springer Medizin.

Tschacher, W., Junghan, U. M. & Pfammatter, M. (2014). Towards a taxonomy of common factors in psychotherapy-results of an expert survey. *Clinical psychology & psychotherapy, 21* (1), 82–96. https://doi.org/10.1002/cpp.1822

Tschuschke, V., Schlegel, M. & Koemeda, M. (2014). *PAP-S-Rating-Manual (PAP-S-RM). Rating Manual zur objektiven Einschätzung therapeutischer Interventionen von Psychotherapeuten unterschiedlicher schultheoretischer Konzepte* (Schriftenreihe der Schweizer Charta für Psychotherapie Forschung, Psychotherapie, Bd. 2). Zürich: Schweizer Charta für Psychotherapie.

Urheberechtlich geschützt.
© Kuhlencord, M., Y. Hagmayer, Y. (2017) & Therapie- u. Beratungszentrum Göttingen (TBZ), Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie GEMI f. Psych. TBZ Goßlerstr. 14 D-37073 Göttingen