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

Merle Kuhlencord¹ und York Hagmayer²

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

²Georg-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.

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) Wohlbefinden/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“. Wohlbefindens-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 Kategori-

sierung 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 interpersonellen 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 Therapeutesicht 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-

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 Hauptkategorieebene 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-

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

Zielfokus	Zielinhalt (BIT-T Hauptkategorien)					Fokus (gesamt)
	problembezogen	interpersonal	Selbstentwicklung	Wohlbefinden	Orientierung	
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 $\kappa = .86$ für die BIT-T-Hauptkategorien und $\kappa = .89$ 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 $\alpha = .93$ angegeben (Franke et al., 2017). In der vorliegenden Stichprobe lag die Reliabilität des GSI bei $\alpha = .93$ für die Prämessung und $\alpha = .91$ nach der 12. Sitzung.

Statistische Analysen

Die statistischen Analysen wurden mit R (R Core Team, 2017) und den Paketen „nlme“ (Pinheiro, 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.

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, ($\text{Logit}(p[\text{Annäherungsfokus}]) = (b_{00} + u_{0j}) + b_{10} * x_{ij}$). 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, ($Y_{ij} = (b_0 + u_{0j}) + b_1 * X_{ij} + e_{ij}$), mit der eingeschätzten Zielerreichung als Kriteriumsvariable.

riable (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 interpersonellen Zielen, selbstentwicklungsbezogenen Zielen und Wohlsinnszielen. 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- ($\chi^2(4) = 2.37, p = .67, R_N^2 = .02$) und Vermeidungsziele ($\chi^2(4) = 2.1, p = .72, R_N^2 = .02$) nicht durch die Diagnose vorhersagen ließ. Für nicht problembezogene Annäherungsziele ergab sich ein Zusammenhang ($\chi^2(4) = 14, p < .01, R_N^2 = .15$), weil die Diagnose Depression prädiktiv für das Setzen von Wohlsinnszielen 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 $AIC = 804.0$, $\chi^2(6, N = 163) = 147.37, p < .001, R_N^2 = .28$). 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 ($z = 2.89, p < .01$, 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 $AIC = 772.3$, $\chi^2(3, N = 128) = 2.65, p = .45, R_N^2 = .04$). 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 ($\chi^2(1, N = 128) = 66.38, p < .001, R_N^2 = .23$).

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 $AIC = 694$, $\chi^2(3, N = 138) = 12.36, p < .01, R_N^2 = .08$). 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 nicht problembezogenen Vermeidungszielen ($t = -3.43, p < .001$) als geringer als bei problembezogenen Annäherungszielen.

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.

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 $AIC = 181.4$, $F(2, 100) = 3.13$, $p = .048$, $R_N^2 = .06$). Modellvergleiche für die einzelnen Prädik-

toren 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.

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 selbstentwicklungsbezogenen Zielen, während Wohlbefindens- 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 Therapeutesicht 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 Annäherungsziele 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, so dass 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.

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 Therapieerfolg 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>
- 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-verhaltens-therapeutischen 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