

# **Therapeutische Beziehung und Interaktion bei Panikstörung und Agoraphobie**

Eine Serie von sieben Einzelfallanalysen

Inaugural-Dissertation

in der Fakultät Humanwissenschaften  
der Otto-Friedrich-Universität Bamberg

vorgelegt von

Miriam Leyh

aus Pegnitz

Bamberg, den 28.10.2012

Tag der mündlichen Prüfung: 22.06.2012

Dekan: Universitätsprofessor Prof. Dr. Stefan Lautenbacher

Erstgutachter: Universitätsprofessor Prof. Dr. Hans Reinecker

Zweitgutachter: Apl. Prof. Dr. Ludwig Schindler

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die mich in der Zeit der Doktorarbeit unterstützt haben:

Prof. Hans Reinecker hat mich durch seine Betreuung der Doktorarbeit unterstützt, indem er mir große Freiheiten ließ, meine eigenen Interessen in dieser Arbeit umzusetzen, mich aber bei jedem neuen Schritt in Freiheit unterstützt hat. Vielen Dank!

Herrn Prof. Dr. Ludwig Schindler danke ich für seine freundliche Bereitschaft zur Tätigkeit als Zweitgutachter und für die Klärung offener Fragen zu Anfang meiner Arbeit.

Frau Dr. Judith Siegl möchte ich danken, dass sie mir die praktische Umsetzung meiner Fragestellung ermöglichte sowie mir den ganzen Zeitraum über bei Fragen geholfen hat!

Großer Dank geht an die Therapeuten und Therapeutinnen der CIP Ambulanz, die mir erlaubt haben, Einblick in ihre therapeutische Arbeit zu gewinnen. Ich habe hiervon therapeutisch und wissenschaftlich sehr profitiert, ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Meinen Diplomandinnen Melike Öztanir, Sabine Dorner und Nadja Winkler möchte ich nicht nur für die Unterstützung beim Kodieren und Transkribieren danken, sondern auch für die kritischen Rückfragen und Anregungen, die mir bei der Entwicklung meiner Studie geholfen haben!

Allen Patienten und Patientinnen die zusätzlichen Aufwand in ihren Therapien auf sich genommen haben bin ich ebenfalls zu Dank verpflichtet.

Für das kritische Hinterfragen einzelner Fragestellungen möchte ich Katharina Eckert, Markus Gmelch, Kathrin Röder und Claudia Trebes danken.

Für die Unterstützung bei Korrektur und Layout bin ich meiner Mutter Renate Leyh und meinem Mann Jörg Leyh dankbar.

Abschließend ist so eine Arbeit nur mit viel Zuspruch und Unterstützung während der gesamten Zeit zu bewältigen, hierfür möchte ich mich bei meiner Familie und Freunden bedanken die mich begleitet haben. Besonders möchte ich meinem Mann Jörg danken, der immer ein offenes Ohr für mich hatte und mich immer unterstützt hat.

## Inhaltsverzeichnis

<b>I THEORETISCHER TEIL</b> .....	<b>1</b>
<b>VORBEMERKUNGEN</b> .....	<b>2</b>
<b>1. EINFÜHRUNG</b> .....	<b>3</b>
<b>2. THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG UND THERAPEUTISCHE INTERAKTION</b> .....	<b>6</b>
2.1 BEGRIFFSBESTIMMUNG THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG – THERAPEUTISCHE INTERAKTION.....	6
2.2 THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG UND INTERAKTION IN DER VERHALTENSTHERAPIE .....	9
2.2.1 <i>Geschichtliche Entwicklung</i> .....	9
2.2.2 <i>Theorien zur therapeutischen Beziehung und Interaktion in der Verhaltenstherapie</i>	11
2.2.3 <i>Integrative Prozessmodelle</i> .....	15
2.3 EMPIRISCHE ERGEBNISSE ZUR THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG UND INTERAKTION.....	24
2.3.1 <i>Studien zur therapeutischen Beziehung</i> .....	24
2.3.2 <i>Studien zur therapeutischen Interaktion</i> .....	27
2.4 MOTIVATION UND THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG .....	30
2.4.1 <i>Therapie- und Änderungsmotivation</i> .....	30
2.4.2 <i>Therapieabbruch, hemmendes Verhalten und Widerstand</i> .....	31
<b>3. PANIKSTÖRUNG UND AGORAPHOBIE</b> .....	<b>33</b>
3.1 DIAGNOSEN NACH ICD-10 UND DSM-IV .....	33
3.1.1 <i>Panikattacken</i> .....	33
3.1.2 <i>Panikstörung</i> .....	34
3.1.3 <i>Agoraphobie</i> .....	35
3.1.4 <i>Differentialdiagnostik</i> .....	38
3.2 EPIDEMIOLOGIE .....	39
3.2.1 <i>Prävalenz</i> .....	39
3.2.2 <i>Komorbidität</i> .....	40
3.2.3 <i>Verlauf und Alter zu Erkrankungsbeginn</i> .....	41
3.3 ÄTIOLOGIE .....	42
3.3.1 <i>Prädisponierende Faktoren</i> .....	42
3.3.2 <i>Auslösende Faktoren</i> .....	44
3.3.3 <i>Aufrechterhaltende Faktoren</i> .....	47
3.4 BEHANDLUNG .....	48
3.4.1 <i>Kognitive Verhaltenstherapie bei Panikstörung und/oder Agoraphobie</i> .....	48
3.4.2 <i>Wirksamkeit und Effektivität der Behandlung</i> .....	52
3.4.3 <i>Übertragbarkeit in die Praxis</i> .....	54
3.5 THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG UND INTERAKTION.....	54
3.5.1 <i>Theoretische Überlegungen</i> .....	55
3.5.2 <i>Empirische Ergebnisse</i> .....	59

---

<b>4. PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOTHERAPIEFORSCHUNG .....</b>	<b>62</b>
4.1 BEGRIFFSBESTIMMUNG PSYCHOTHERAPIE.....	62
4.2 PROZESS- UND ERFOLGSFORSCHUNG .....	64
4.2.1 <i>Begriffsbestimmung</i> .....	64
4.2.2 <i>Wichtige Aspekte der Forschungsparadigmen</i> .....	66
4.3 LABOR- UND FELDFORSCHUNG, EFFICACY UND EFFECTIVENESS.....	72
4.3.1 <i>Labor- und Feldforschung</i> .....	72
4.3.2 <i>Efficacy und Effectiveness</i> .....	72
4.4 EINZELFALLFORSCHUNG .....	74
4.4.1 <i>Definition und Begriffsklärung</i> .....	75
4.4.2 <i>Anwendungsbereiche</i> .....	76
4.4.3 <i>Argumente für Einzelfallstudien</i> .....	76
4.4.4 <i>Replikation von Befunden und Generalisierung</i> .....	77
4.5 SYSTEMATISCHE VERHALTENSBEOBSACHTUNG.....	79
4.5.1 <i>Methodische Aspekte von Verhaltensbeobachtung</i> .....	79
4.5.2 <i>Das Kategoriensystem zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP)</i> .....	83
4.5.3 <i>Empirische Ergebnisse zum CIP</i> .....	88
<b>II EMPIRISCHER TEIL.....</b>	<b>105</b>
<b>5. FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN.....</b>	<b>106</b>
5.1 FRAGESTELLUNG.....	106
5.2 HYPOTHESEN .....	106
5.2.1 <i>Hypothesen zu den subjektiven Maßen</i> .....	107
5.2.2 <i>Hypothesen zu den Verhaltensweisen</i> .....	107
5.2.3 <i>Hypothesen zur gegenseitigen Interaktionssteuerung</i> .....	108
<b>6. METHODIK .....</b>	<b>109</b>
6.1 BESCHREIBUNG DER THERAPIEN .....	109
6.1.1 <i>Voraussetzungen für die Teilnahme an der Studie</i> .....	110
6.1.2 <i>Auswahl der Therapien</i> .....	110
6.1.3 <i>Beschreibung von Therapeutenmerkmalen</i> .....	112
6.1.4 <i>Beschreibung von Patientenmerkmalen</i> .....	112
6.1.5 <i>Beschreibung der Therapien</i> .....	114
6.2 STUDIENDESIGN .....	115
6.2.1 <i>Versuchsaufbau</i> .....	115
6.2.2 <i>Verhaltensbeobachtung</i> .....	117
6.2.3 <i>Erhobenes Datenmaterial</i> .....	122

---

6.3 MESSINSTRUMENTE .....	123
6.3.1 <i>Diagnosestellung</i> .....	123
6.3.2 <i>Erfolgsmaße</i> .....	125
6.3.3 <i>Prozessmaße</i> .....	130
6.4 AUSWERTUNG .....	134
6.4.1 <i>Bestimmung des Therapieerfolges</i> .....	135
6.4.2 <i>Auswertung der Prozessdaten</i> .....	138
6.4.3 <i>Sequenzanalysen</i> .....	140
<b>7. ERGEBNISSE .....</b>	<b>145</b>
7.1 BESTIMMUNG DES THERAPIEERFOLGES .....	145
1TH .....	145
2TH .....	146
3TH .....	147
4AG .....	147
5PDA .....	148
6ABB .....	149
7KOM .....	150
7.2 EINZELFALLANALYSE 1TH – 2TH .....	152
7.2.1 <i>Spezifische Hypothesen</i> .....	152
7.2.2 <i>Subjektive Maße</i> .....	152
7.2.3 <i>Verhaltensweisen</i> .....	154
7.2.4 <i>Gegenseitige Gesprächssteuerung</i> .....	156
7.2.5 <i>Diskussion und Zusammenfassung</i> .....	163
7.3 EINZELFALLANALYSE 1TH UND 2TH MIT 3TH .....	167
7.3.1 <i>Spezifische Hypothesen</i> .....	167
7.3.2 <i>Subjektive Maße</i> .....	168
7.3.3 <i>Verhaltensweisen</i> .....	170
7.3.4 <i>Gegenseitige Gesprächssteuerung</i> .....	171
7.3.5 <i>Diskussion und Zusammenfassung</i> .....	176
7.4 EINZELFALLANALYSE 4AG MIT 2TH UND 3TH .....	181
7.4.1 <i>Spezifische Hypothesen</i> .....	181
7.4.2 <i>Subjektive Maße</i> .....	182
7.4.3 <i>Verhaltensweisen</i> .....	184
7.4.4 <i>Gegenseitige Gesprächssteuerung</i> .....	186
7.4.5 <i>Diskussion und Zusammenfassung</i> .....	192

---

7.5 EINZELFALLANALYSE 5PDA MIT 2TH UND 4AG .....	197
7.5.1 <i>Spezifische Hypothesen</i> .....	197
7.5.2 <i>Subjektive Maße</i> .....	197
7.5.3 <i>Verhaltensweisen</i> .....	200
7.5.4 <i>Gegenseitige Gesprächssteuerung</i> .....	202
7.5.5 <i>Diskussion und Zusammenfassung</i> .....	206
7.6 EINZELFALLANALYSE 6ABB MIT 1TH UND 2TH .....	211
7.6.1 <i>Spezifische Hypothesen</i> .....	211
7.6.2 <i>Subjektive Maße</i> .....	212
7.6.3 <i>Verhaltensweisen</i> .....	213
7.6.4 <i>Gegenseitige Gesprächssteuerung</i> .....	215
7.6.5 <i>Diskussion und Zusammenfassung</i> .....	218
7.7 EINZELFALLANALYSE 7KOM MIT 1TH UND 2TH .....	222
7.7.1 <i>Spezifische Hypothesen</i> .....	222
7.7.2 <i>Subjektive Maße</i> .....	222
7.7.3 <i>Verhaltensweisen</i> .....	225
7.7.4 <i>Gegenseitige Gesprächssteuerung</i> .....	226
7.7.5 <i>Diskussion und Zusammenfassung</i> .....	229
<b>8. DISKUSSION .....</b>	<b>233</b>
8.1 DISKUSSION DER ERGEBNISSE .....	233
8.1.1 <i>Diskussion der Güte der Beobachterübereinstimmung</i> .....	233
8.1.2 <i>Therapieerfolg</i> .....	236
8.1.3 <i>Prozessmaße und Entscheidung über Hypothesen</i> .....	238
8.2 DISKUSSION DES METHODISCHEN VORGEHENS .....	249
8.3 AUSBLICK UND EMPFEHLUNGEN FÜR WEITERE FORSCHUNG .....	253
<b>9. ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>255</b>
<b>10. LITERATUR .....</b>	<b>257</b>
<b>ANHANG A: KURZDEFINITIONEN DER CIP-KATEGORIEN (SCHINDLER, 1991).....</b>	<b>272</b>
<b>ANHANG B: MESSINSTRUMENTE.....</b>	<b>276</b>
FRAGEBOGEN ZUM GOAL ATTAINMENT SCALING .....	276
PROZESSMAßE NACH SCHINDLER (1991).....	279
<b>ANHANG C: AUSWERTUNGSPLAN UND VORHANDENES DATENMATERIAL .....</b>	<b>283</b>
<b>ANHANG D: WERTE DER BEOBACHTERÜBEREINSTIMMUNG.....</b>	<b>284</b>
<b>ANHANG E: ÜBERGANGSWAHRSCHEINLICHKEITEN 1. ORDNUNG .....</b>	<b>286</b>

## Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 2-1: Merkmale der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der Verhaltenstherapie (aus Laireiter, 2008) .....</i>	8
<i>Abbildung 2-2 Das 7-Phasen-Modell im Überblick (Kanfer et al., 2006).....</i>	19
<i>Abbildung 2-3: Generic Model of Psychotherapy: Integration of input, process and output variables (Orlinsky et al., 2004) .....</i>	23
<i>Abbildung 3-1: Psychophysiologisches Modell der Panikattacken, aus Margraf und Schneider (1989) .....</i>	45
<i>Abbildung 3-2: Teufelskreis der Angst, aus Margraf und Schneider (1990) .....</i>	50
<i>Abbildung 6-1: Zeitlicher Ablauf der Studien inklusive erhobene Messinstrumente.....</i>	117
<i>Abbildung 7-1: Vergleich der Stundenbeurteilung des Patienten der Therapien 1TH und 2TH.....</i>	153
<i>Abbildung 7-2: Vergleich der Stundenbeurteilung des Therapeuten der Therapien 1TH und 2TH.....</i>	153
<i>Abbildung 7-3: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Therapeuten in den Therapien 1TH und 2TH .....</i>	155
<i>Abbildung 7-4: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Patienten in den Therapien 1TH und 2TH .....</i>	156
<i>Abbildung 7-5: Übergänge erster und zweiter Ordnung ausgehend von der Äußerung des Therapeuten bei Therapie 1TH.....</i>	158
<i>Abbildung 7-6: Übergänge erster Ordnung ausgehend von der Äußerung des Patienten bei Therapie 1TH.....</i>	159
<i>Abbildung 7-7: Übergänge erster und zweiter Ordnung ausgehend von der Äußerung des Therapeuten bei Therapie 2TH. ....</i>	160
<i>Abbildung 7-8: Übergänge erster Ordnung ausgehend von der Äußerung des Patienten bei Therapie 2TH.....</i>	161
<i>Abbildung 7-9: Vergleich der Kooperationssequenz der Therapien 1TH und 2TH .....</i>	163
<i>Abbildung 7-10: Vergleich der Stundenbeurteilung des Patienten der Therapien 1TH, 2TH und 3TH .....</i>	168
<i>Abbildung 7-11: Vergleich der Stundenbeurteilung des Therapeuten der Therapien 1TH, 2TH und 3TH.....</i>	169
<i>Abbildung 7-12: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Therapeuten in den Therapien 1TH, 2TH und 3TH .....</i>	170
<i>Abbildung 7-13: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Patienten in den Therapien 1TH, 2TH und 3TH.....</i>	171

---

<i>Abbildung 7-14: Übergänge erster und zweiter Ordnung ausgehend von der Äußerung des Therapeuten bei Therapie 3TH</i> .....	173
<i>Abbildung 7-15: Übergänge erster Ordnung ausgehend von der Äußerung des Patienten bei Therapie 3TH</i> .....	174
<i>Abbildung 7-16: Vergleich der Kooperationssequenz der Therapien 1TH, 2TH und 3TH</i> .....	176
<i>Abbildung 7-17: Vergleich der Stundenbeurteilung des Patienten der Therapien 2TH, 3TH und 4AG</i> .....	182
<i>Abbildung 7-18: Vergleich der Stundenbeurteilung des Therapeuten der Therapien 2TH, 3TH und 4AG</i> .....	183
<i>Abbildung 7-19: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Therapeuten in den Therapien 2TH, 3TH und 4AG</i> .....	185
<i>Abbildung 7-20: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Patienten in den Therapien 2TH, 3TH und 4AG</i> .....	186
<i>Abbildung 7-21: Übergänge erster und zweiter Ordnung ausgehend von der Äußerung des Therapeuten bei Therapie 4AG</i> .....	188
<i>Abbildung 7-22: Übergänge erster und zweiter Ordnung ausgehend von der Äußerung des Patienten bei Therapie 4AG</i> .....	190
<i>Abbildung 7-23: Vergleich der Kooperationssequenz der Therapien 2TH, 3TH und 4AG</i> .....	191
<i>Abbildung 7-24: Vergleich der Stundenbeurteilung des Patienten der Therapien 2TH, 4AG und 5PDA</i> .....	198
<i>Abbildung 7-25: Vergleich der Stundenbeurteilung des Therapeuten der Therapien 2TH, 4AG und 5PDA</i> .....	199
<i>Abbildung 7-26: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Therapeuten in den Therapien 2TH, 4AG und 5PDA</i> .....	201
<i>Abbildung 7-27: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Patienten in den Therapien 2TH, 4AG und 5PDA</i> .....	202
<i>Abbildung 7-28: Übergänge erster und zweiter Ordnung ausgehend von der Äußerung des Therapeuten bei Therapie 5PDA</i> .....	203
<i>Abbildung 7-29: Übergänge erster und zweiter Ordnung ausgehend von der Äußerung des Patienten bei Therapie 5PDA</i> .....	204
<i>Abbildung 7-30: Vergleich der Kooperationssequenz der Therapien 2TH, 4AG und 5PDA</i> .....	206
<i>Abbildung 7-31: Vergleich der Stundenbeurteilung des Patienten der Therapien 1TH, 2TH und 6ABB</i> .....	212
<i>Abbildung 7-32: Vergleich der Stundenbeurteilung des Therapeuten der Therapien 1TH, 2TH und 6ABB</i> .....	212

---

<i>Abbildung 7-33: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Therapeuten in den Therapien 1TH, 2TH und 6ABB .....</i>	<i>214</i>
<i>Abbildung 7-34: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Patienten in den Therapien 1TH, 2TH und 6ABB .....</i>	<i>215</i>
<i>Abbildung 7-35: Übergänge erster Ordnung ausgehend von der Äußerung des Therapeuten bei Therapie 6ABB .....</i>	<i>216</i>
<i>Abbildung 7-36: Übergänge erster Ordnung ausgehend von der Äußerung des Patienten bei Therapie 6ABB .....</i>	<i>217</i>
<i>Abbildung 7-37: Vergleich der Kooperationssequenz der Therapien 1TH, 2TH und 6ABB .....</i>	<i>218</i>
<i>Abbildung 7-38: Vergleich der Stundenbeurteilung des Patienten der Therapien 1TH, 2TH und 7KOM.....</i>	<i>223</i>
<i>Abbildung 7-39: Vergleich der Stundenbeurteilung des Therapeuten der Therapien 1TH, 2TH und 7KOM.....</i>	<i>224</i>
<i>Abbildung 7-40: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Therapeuten in den Therapien 1TH, 2TH und 7KOM .....</i>	<i>225</i>
<i>Abbildung 7-41: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Patienten in den Therapien 1TH, 2TH und 7KOM .....</i>	<i>226</i>
<i>Abbildung 7-42: Übergänge erster Ordnung ausgehend von der Äußerung des Therapeuten bei Therapie 7KOM.....</i>	<i>227</i>
<i>Abbildung 7-43: Übergänge erster Ordnung ausgehend von der Äußerung des Patienten bei Therapie 7KOM .....</i>	<i>228</i>
<i>Abbildung 7-44: Vergleich der Kooperationssequenz der Therapien 1TH, 2TH und 7KOM .....</i>	<i>229</i>

## Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 4-1: Übersicht über die Kategorien des CIP (Schindler, 1991)</i> .....	86
<i>Tabelle 4-2 Zusammenfassung des CIP zur Reduktion der Kategorienzahl (Schindler, 1991)</i> .....	87
<i>Tabelle 4-3: Ergebnisse von Kaimer, Reinecker und Schindler (1989) zusammengefasst</i> .....	101
<i>Tabelle 4-4: Ergebnisse der subjektiven Daten aus Schindler (1987) zusammengefasst</i> .....	101
<i>Tabelle 4-5: Ergebnisse der Verhaltensdaten aus Schindler (1987) zusammengefasst</i> .....	102
<i>Tabelle 4-6: Ergebnisse der subjektiven Daten aus Schindler (1991) zusammengefasst</i> .....	102
<i>Tabelle 4-7: Ergebnisse der Verhaltensdaten aus Schindler (1991) zusammengefasst</i> .....	103
<i>Tabelle 4-8: Ergebnisse aus Brandl (2005) zusammengefasst</i> .....	104
<i>Tabelle 4-9: Ergebnisse aus Brandl und Kammer (1999) zusammengefasst.</i>	104
<i>Tabelle 6-1: Bezeichnungen der Therapien, Patienten und Therapeuten</i> .....	112
<i>Tabelle 6-2: Demographische Daten der Patienten</i> .....	114
<i>Tabelle 6-3: Länge der Therapien</i> .....	114
<i>Tabelle 6-4: Durchschnittliche Beobachterübereinstimmung</i> .....	121
<i>Tabelle 7-1: Psychometrische Daten von P1 zu Studienbeginn und -ende</i> ....	145
<i>Tabelle 7-2: Psychometrische Daten von P2 zu Studienbeginn und -ende</i> ....	146
<i>Tabelle 7-3: Psychometrische Daten von P3 zu Studienbeginn und -ende</i> ....	147
<i>Tabelle 7-4: Psychometrische Daten von P4 zu Studienbeginn und -ende</i> ....	147
<i>Tabelle 7-5: Psychometrische Daten von P5 zu Studienbeginn und -ende</i> ....	148
<i>Tabelle 7-6: Psychometrische Daten von P6 zu Studienbeginn</i> .....	149
<i>Tabelle 7-7: Psychometrische Daten von P7 zu Studienbeginn und -ende</i> ....	150
<i>Tabelle 7-8: Personenbeurteilung der Therapien 1TH und 2TH</i> .....	154
<i>Tabelle 7-9: Personenbeurteilung der Therapien 2TH und 3TH</i> .....	169
<i>Tabelle 7-10: Personenbeurteilung der Therapien 2TH und 4AG</i> .....	183
<i>Tabelle 7-11: Personenbeurteilung der Therapien 3TH und 4AG</i> .....	184
<i>Tabelle 7-12: Personenbeurteilung der Therapien 2TH und 5PDA</i> .....	199
<i>Tabelle 7-13: Personenbeurteilung der Therapien 4AG und 5PDA</i> .....	200
<i>Tabelle 7-14: Personenbeurteilung der Therapien 2TH und 6ABB</i> .....	213

---

<i>Tabelle 7-15: Personenbeurteilung der Therapien 2TH und 7KOM</i> .....	224
<i>Tabelle C-1: Auswertungsplan</i> .....	283
<i>Tabelle C-2: Ausgewertetes Rohmaterial</i> .....	283
<i>Tabelle D-1: Beobachterübereinstimmung Beobachter 1</i> .....	284
<i>Tabelle D-2: Beobachterübereinstimmung Beobachter 2</i> .....	284
<i>Tabelle D-3: Beobachterübereinstimmung Beobachter 3</i> .....	285
<i>Tabelle E-1: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Therapeut (t) – Patient (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.</i> .....	286
<i>Tabelle E-2: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Patient (t) – Therapeut (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.</i> .....	286
<i>Tabelle E-3: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Therapeut (t) – Patient (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.</i> .....	287
<i>Tabelle E-4: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Patient (t) – Therapeut (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.</i> .....	287
<i>Tabelle E-5: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Therapeut (t) – Patient (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.</i> .....	288
<i>Tabelle E-6: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Patient (t) – Therapeut (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.</i> .....	288
<i>Tabelle E-7: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Therapeut (t) – Patient (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.</i> .....	289
<i>Tabelle E-8: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Patient (t) – Therapeut (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.</i> .....	289
<i>Tabelle E-9: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Therapeut (t) – Patient (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.</i> .....	290
<i>Tabelle E-10: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Patient (t) – Therapeut (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.</i> .....	290
<i>Tabelle E-11: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Therapeut (t) – Patient (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.</i> .....	291
<i>Tabelle E-12: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Patient (t) – Therapeut (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.</i> .....	291
<i>Tabelle E-13: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Therapeut (t) – Patient (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.</i> .....	292
<i>Tabelle E-14: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Patient (t) – Therapeut (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.</i> .....	292

# **I Theoretischer Teil**

---

## Vorbemerkungen

In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der Einheitlichkeit auf die Bezeichnung „Patient“ zurückgegriffen, da es sich um Psychotherapien handelt, die im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie von gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Die Bezeichnung „Klient“ wird nur bei der Beschreibung des Selbstmanagementansatzes verwendet.

Bei den Begriffen „Therapeut“ und „Patient“ wird der Lesbarkeit halber in der Regel auf die männliche Form zurückgegriffen, es sind aber immer auch weibliche Therapeutinnen und Patientinnen gemeint. Im Ergebnisteil hingegen wird zwischen der männlichen und weiblichen Form unterschieden. Eine Ausnahme stellt die Beschreibung der Interaktion dar: Hier wird aufgrund der Bezeichnungen „Therapeuten-Kategorien“ und „Patienten-Kategorien“, bei denen das Geschlecht nicht unterschieden wird, der Lesbarkeit halber wiederum auf die neutrale (männliche) Formulierung zurückgegriffen.

## 1. Einführung

Heute gibt es wohl kaum noch irgendeinen prominenten Verhaltenstherapeuten, der daran glaubt, man könne psychotherapeutische Verfahren weiterentwickeln, deren Wirksamkeit unabhängig wäre von der Beziehung des Patienten zu seinem Therapeuten bzw. der therapeutischen Institution. Die eminente Bedeutung der Interaktion zwischen Therapeut und Patient ist für den Verlauf jeglicher Behandlung unumstritten ... (Cohen, 1984)

Mit diesem Zitat betonte Ruth Cohen schon im Jahr 1984, wie groß die Bedeutung der therapeutischen Beziehung und Interaktion auch in der Verhaltenstherapie ist. Dieser Aussage muss heute umso mehr zugestimmt werden, Bastine (2008) schlussfolgert sogar, dass die therapeutische Beziehung das wichtigste Prozessmerkmal für den Behandlungserfolg ist, und auch in der empirischen Forschung ergeben sich zunehmend Nachweise für die Bedeutung dieser Faktoren (z.B. Orlinsky, Rønnestadt & Willutzki, 2004; Norcross, 2001).

Obwohl der Zusammenhang mit dem Therapieerfolg nachgewiesen ist, fehlt es noch an einem empirisch abgesicherten Konzept, wie in der Praxis tatsächlich die Beziehung und Interaktion in der Therapie gestaltet werden sollen. Ein Grund hierfür ist, dass in der Therapieforschung häufig standardisierte Manuale verwendet werden, jedoch gibt es mittlerweile Hinweise, dass erfolgreiche Therapeuten in Studien von Manualen abweichen (Strupp & Anderson, 1997) und das Befolgen von Manualen sogar das Ausbilden einer guten therapeutischen Beziehung (Henry, Strupp, Butler, Schacht & Binder, 1993) oder Therapieerfolg (Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue & Hayes, 1996) behindert. Dies verdeutlicht, wie wichtig es ist, das tatsächliche therapeutische Geschehen zu erforschen. Ein weiterer Grund ist die Diskrepanz zwischen der Anforderung an praktisch tätige Therapeuten, ihr Vorgehen nach wissenschaftlich standardisierten Manualen auszurichten und andererseits den Anforderungen in der Praxis, in der Therapien komplexer und daher variabler zu gestalten sind (z.B. Hoffmann, 1992).

Die Behandlung in der Praxis ist stark davon abhängig, unter welchem Störungsbild der Patient leidet. In der Verhaltenstherapie nehmen hierbei Angststörungen eine besondere Rolle ein: Ein Grund hierfür ist das unbestreitbar gute Ansprechen der Patienten auf kognitive Verhaltenstherapie (Margraf & Schneider, 1992). Weiterhin handelt es sich um eine der häufigsten Störungen in der Bevölkerung (nach Jacobi et al., 2004, haben im Bundesgesundheitsurvey 14.5 % aller Personen in den vorherigen 12 Monaten eine Angststörung). Darüber hinaus prägen Konfrontationsverfahren, die häufig bei Angststörungen durchgeführt werden, das Bild der klassischen verhaltenstherapeutischen Behandlung. Als Störungsbild wird hierbei spezifisch Panikstörung und Agoraphobie ausgewählt, auf das alle soeben geschilderten Aspekte zutreffen.

Ein weiterer Faktor macht Angststörungen besonders interessant: Entgegen der Annahmen zu anderen Störungen wird aktuell noch diskutiert, ob bei Angststörungen die therapeutische Beziehung und die therapeutische Interaktion ein ebenso bedeutender Wirkfaktor ist wie bei anderen Störungen. Barlow (2006) führt aus, dass sich der Einfluss der therapeutischen Beziehung primär bei Einschätzung des Therapieerfolges durch den Patienten, nicht aber bei objektiven Daten zeige. Dennoch ist bei der Entscheidung für eine konfrontative Behandlung die Bedeutung der Gestaltung der Interaktion nicht zu unterschätzen: So kann die kognitive Vorbereitung eine wichtige Rolle bei der Entscheidung für eine Konfrontationstherapie spielen (Margraf & Schneider, 1992). Dass es trotz der erwiesenen Wirksamkeit wichtig ist, die kognitive Verhaltenstherapie weiterzuentwickeln, verdeutlichen auch die hohen Dropout-Zahlen in Therapiestudien bei Panikstörung bzw. Panikstörung mit Agoraphobie (durchschnittlich zwischen 15 und 20 %; Cox, Endler, Lee & Swinson, 1992; Clum, Clum & Surls, 1993; van Balkom et al., 1997). Gerade bei Panikstörung und Agoraphobie ist also die störungsspezifische Betrachtung der therapeutischen Beziehung und Interaktion von besonderer Bedeutung (Hermer & Röhrle, 2008).

In der vorliegenden Arbeit soll daher der Einfluss der therapeutischen Beziehung und Interaktion zwischen Therapeut und Patient spezifisch bei Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie untersucht werden. Gegenstand ist die tatsächliche Interaktion, erhoben durch Verhaltensbeobachtung in

---

Kombination mit der subjektiven Wahrnehmung von Therapeut und Patient. Hierbei werden Einzelfallanalysen durchgeführt, bei denen der Prozess in Relation zum Therapieerfolg gesetzt wird. Ausgehend von einer Darstellung wesentlicher Literatur zu den Bereichen therapeutische Beziehung und Interaktion, Panikstörung und Agoraphobie sowie der verwendeten Methodik wird im empirischen Teil Fragestellung und Hypothesen abgeleitet, nach der Darstellung der verwendeten Methodik werden die Ergebnisse zunächst dargestellt und anschließend diskutiert.

## **2. Therapeutische Beziehung und therapeutische Interaktion**

Die zunehmende Beschäftigung mit der therapeutischen Beziehung und Interaktion führt dazu, dass die Literatur hierzu mittlerweile so vielfältig geworden ist, dass sich ganze Überblicksbände damit beschäftigen (v.a. Hermer & Röhrle, 2008). Aus diesem Grund kann eine Dissertation nicht dem Anspruch genügen, einen kompletten Überblick über das gesamte Themengebiet zu liefern. Daher setzt die vorliegende Arbeit den Schwerpunkt auf die Darstellung der therapeutischen Beziehung und Interaktion in der kognitiven Verhaltenstherapie, da alle untersuchten Therapien in diesem Verfahren durchgeführt wurden.

Ausgehend von einer Begriffsbestimmung sollen wichtige historische und aktuelle Modelle ebenso wie empirische Ergebnisse dargestellt werden und der Einfluss der Therapiemotivation betrachtet werden.

### **2.1 Begriffsbestimmung therapeutische Beziehung – therapeutische Interaktion**

Es gibt eine Vielfalt von Begriffen, die in der Literatur verwendet werden, „therapeutische Beziehung“, „Allianz“, „Arbeitsbündnis“ und viele andere. Dies verdeutlicht auch die Vielzahl von zugrundeliegenden Konzepten. Eine wichtige Unterscheidung ist dabei zwischen dem „working bond“, der sich in den Begriffen „Allianz“ und „Arbeitsbeziehung“ ausdrückt, und einer emotionalen Beziehung, „real relationship“ nach Gelso (2011). Gelso unterscheidet dabei eine persönliche Beziehung, die durch Realismus und Echtheit gekennzeichnet ist, aus der sich die Arbeitsbeziehung entwickelt. Weiterhin wird die Übertragungsbeziehung von Therapeut und Patient als dritte Komponente beschrieben. Alle diese drei Komponenten zusammen ergeben die „therapeutische Beziehung“. In der vorliegenden Arbeit wird diese Unterscheidung zum Verständnis unterschiedlicher Definitionen herangezogen. Da die Übertragungsbeziehung in verhaltenstherapeutischen Konzeptionen keine entscheidende Rolle spielt, wird hierzu nicht ausführlicher eingegangen.

Norcross (2001), der sich mit einer Arbeitsgruppe der American Psychological Association (APA) mit empirisch nachgewiesenen Komponenten der

therapeutischen Beziehung beschäftigt, verwendet die breite Definition der therapeutischen Beziehung nach Gelso und Carter (1994): "The relationship is the feelings and attitudes that therapist and client have toward one another, and the manner in which these are expressed." Dies umfasst vermutlich alle drei Komponenten der therapeutischen Beziehung.

Auch Martin, Garske und Davis (2007) betonen in ihrer Metaanalyse die Unterschiede in den Konzeptionen über therapeutische Beziehung, die sich in den unterschiedlichen Begrifflichkeiten zeigt. Nach diesen Autoren sind folgende Punkte aus verschiedenen Definitionen gemeinsam:

- a) Die gemeinschaftliche Natur der Beziehung,
- b) die emotionale Beziehung zwischen Therapeut und Patient und
- c) die Fähigkeit von Therapeut und Patient, sich über Behandlungsziele und –aufgaben zu einigen.

Orlinsky et al. (2004) setzen ähnliche Schwerpunkte. Diese Autoren verstehen die therapeutische Beziehung als eine Komponente im generischen Modell der Psychotherapie und definieren sie folgendermaßen: "The quality of involvement between the particular persons who occupy the normatively specified roles of patient and therapist, as reflected in their *personal rapport* expressive attunement and affective attitude and in their *task-teamwork* reciprocal investment and task coordination."

Ein Kennzeichen der Verhaltenstherapie ist dabei die Betonung der Bedeutung der Arbeitsbeziehung, sie wird von verschiedenen Autoren als wichtigstes Element der therapeutischen Beziehung angesehen (Laireiter, 2008). Sie umfasst dabei emotionale-qualitative, inhaltliche und strukturelle Vorgaben, Rollenvorgaben für Therapeut und Patient, funktionale und differenzielle Vorgaben (siehe Abbildung 2-1). Die spezifische Rollenverteilung entspricht der Rollenverteilung von Therapeut und Klient in der Selbstmanagementtherapie (siehe separates Kapitel).

In der vorliegenden Arbeit wird auf die umfassenden Definitionen nach Norcross, Martin et al. und Orlinsky et al. zurückgegriffen. Hierbei werden große Überschneidungen und Gemeinsamkeiten gesehen, die bedeutsamer sind als Unterschiede im Detail.

<p>1. Beziehungsqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Loyale Allianz</li> <li>• Freundlichkeit und positive Emotionalität</li> <li>• Offenheit und Wärme</li> <li>• Respekt und Anerkennung für den Patienten</li> </ul>
<p>2. Inhaltliche Charakterisierung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionalität <ul style="list-style-type: none"> <li>– Beziehung zur Erreichung spezifischer Ziele (Instrumentalität/Funktionalität)</li> <li>– Abgrenzung gegenüber Arzt-Patient- und sonstigen professionellen Beziehungen</li> <li>– Abgrenzung gegenüber Alltagsbeziehungen</li> <li>– Gestaltung nach professionellen, rechtlichen und ethischen Vorgaben</li> </ul> </li> <li>• Arbeitscharakter <ul style="list-style-type: none"> <li>– Problem- und Aufgabenorientierung</li> <li>– Zielorientiertheit</li> <li>– Partnerschaftliche Kooperation/Arbeitsbündnis</li> <li>– Spezifische Rollenverteilung</li> </ul> </li> </ul>
<p>3. Strukturmerkmale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrenztheit hinsichtlich Zeit und Ort</li> <li>• Hierarchie und Asymmetrie</li> <li>• Einseitigkeit in der Selbstöffnung</li> <li>• Funktionale Komplementarität (Kooperativität)</li> </ul>
<p>4. Rollenvorgaben für Therapeut und Klient (s. Tabellen 2 und 3)</p>
<p>5. Funktionen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prozessuale Funktionen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kooperationsbasis</li> <li>– Gestaltung des Therapieprozesses</li> <li>– Voraussetzung für therapeutische Interventionen</li> <li>– Motor für therapeutische Veränderungen</li> <li>– Motivator für Compliance und Kooperation</li> <li>– Störungs- und prozessbezogene Funktionen</li> </ul> </li> <li>• Therapeutische Funktionen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hilfe für den Patienten</li> <li>– Problembewältigung</li> <li>– Ressourcenaktivierung und Selbstwertsteigerung</li> <li>– Korrigierende emotionale Erfahrung</li> </ul> </li> </ul>
<p>6. Differenzielle Merkmale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Phasenhaftigkeit in den Aufgaben und Funktionen</li> <li>• Störungsspezifische Modifikationen</li> <li>• Methodenspezifische Modifikationen</li> <li>• Determination durch Therapeuten- und Klientenmerkmale</li> </ul>

*Abbildung 2-1: Merkmale der therapeutischen Arbeitsbeziehung in der Verhaltenstherapie (aus Laireiter, 2008)*

In der Literatur wird häufig nicht unterschieden, ob sich Arbeiten auf die therapeutische Beziehung oder die Interaktion von Therapeut und Patient beziehen. Häufig kann die Interaktion als Verhaltensaspekt der therapeutischen Beziehung angesehen werden, beide Konstrukte ergänzen und überschneiden

sich also teilweise. Daher wird im Folgenden Literatur zu beiden Konstrukten dargestellt, um die Unterschiede zu verdeutlichen und die Begriffe genau zu verwenden wird jedoch der passende Begriff, bei Bedarf beide Begriffe, verwendet.

Die therapeutische Interaktion wird weiterhin in der vorliegenden Arbeit in Abgrenzung zur Kommunikation definiert. Kommunikation ist dabei das übergeordnete Konzept, sie kann auch einseitig erfolgen, während Interaktion immer im Wechselspiel zwischen zwei Akteuren stattfindet (Auhagen, 2008). Interaktion kann dabei größere Verhaltens- und Handlungssequenzen oder ganze Verhaltensepisoden umfassen.

## **2.2 Therapeutische Beziehung und Interaktion in der Verhaltenstherapie**

Nach der Darstellung wesentlicher Definitionen werden wichtige theoretische Beiträge zur therapeutischen Beziehung und Interaktion in der Verhaltenstherapie dargestellt. Nach der Darstellung geschichtlicher und theoretischer Aspekte werden integrative Prozessmodelle dargestellt. Die Ausführungen zur geschichtlichen Entwicklung und historischen Theorien orientieren sich an den Darstellungen von Schaap, Bennun, Schindler und Hoodguin (1993) und Schindler (1991).

### **2.2.1 Geschichtliche Entwicklung**

Lange Zeit wurde bei der Betrachtung psychotherapeutischer Verfahren von einer Dualität von Beziehung und Technik ausgegangen, wobei die Verhaltenstherapie auf Seiten der Technik verankert war. Dies geschah in Abgrenzung zu einem hermeneutischen Therapiemodell anderer Schulen, weswegen in der Verhaltenstherapie die strukturellen und technischen Aspekte des Therapieprozesses in den Vordergrund gestellt und erforscht wurden (auch Schaap et al., 1993; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006). Frühe Verhaltenstherapeuten sahen sich als Wissenschaftler, als Trainer oder sogar „Verhaltensingenieure“. Sie sahen die Interventionstechnik als einzigen Faktor an, der für den Therapieerfolg verantwortlich war. Die Person des Therapeuten

wurde ebenso wie dessen Verhalten als irrelevant angesehen. Das Therapeutenverhalten fand kaum Erwähnung und wurde als homogen angesehen (Schindler, 1991; Schaap et al., 1993).

Jedoch zeigte sich bei näherer Betrachtung, dass schon frühe Verhaltenstherapeuten eine positive Beziehung zum Patienten herstellten (z.B. Klein, Dittman, Parloff & Gill, 1969). Beispielsweise berichtet Wolpe (1958), dass vor Anwendung der effektiven Interventionstechnik eine positive Beziehung zwischen Therapeut und Patient aufgebaut wurde. Weiterhin stellte sich heraus, dass nach dem Aufbau einer positiven Beziehung sich oft bereits positive Veränderungen einstellten, obwohl noch keine spezifischen Techniken zum Einsatz gekommen waren. Darüber hinaus konnte im Gegensatz zum selbst gestellten Anspruch die Arbeit von Verhaltenstherapeuten nicht allein in Termini des Verhaltens beschrieben werden, auch Verhaltenstherapeuten setzten Suggestionen und einen empathischen Interaktionsstil mit ihren Patienten ein (z.B. Locke, 1971; Patterson, 1968).

Diese Beobachtungen wurden jedoch lange vom Großteil der wissenschaftlichen Vertreter der Verhaltenstherapie ignoriert. Dies änderte sich erst, als die Verhaltenstherapie als eigene therapeutische Schule etabliert war und ihre Interventionstechniken verfeinert hatte. Nun zeigte sich zunehmend, dass die Fokussierung auf den technischen Aspekt eine selbstauferlegte Begrenzung des Erklärungswertes des Therapiemodells war (Shapiro & Morris, 1978). Weiterhin ergab sich neue Aufmerksamkeit dafür, dass Verhaltenstherapeuten ausgesprochen positive therapeutische Beziehungen zu ihrem Patienten herstellten (Schindler, 1991; Zimmer, 1983). Ein entscheidender Punkt war weiterhin die Veröffentlichung von Orlinsky und Howard (1986), in der nachgewiesen wurde, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung die zentrale Wirkgröße für den Therapieerfolg darstellt und dieser Effekt den von spezifischen therapeutischen Techniken übertrifft.

In Folge wurde ein gemischt technologisch-interaktionelles Verständnis von Psychotherapie entwickelt. Weiterhin eröffnete sich ein neues Feld experimenteller Forschung, als erkannt wurde, dass Verhalten sowohl durch Techniken als auch durch interpersonelle Faktoren beeinflusst werden kann

(Schindler, 1991). Ziel ist nach Schindler (1991), „eine Systematik der Gesprächsführung zu erarbeiten, welche Strategie der sozialen Beeinflussung für den Therapeuten bereitstellt. Die Grenzen zwischen Technik und Gesprächsführung sind sicher fließend.“ Dies ist noch heute Ziel empirischer Forschung. So ergibt sich die Gelegenheit, das Verständnis sowohl des therapeutischen Prozesses als auch der Wirksamkeit von Psychotherapie zu verbessern und die Effizienz des therapeutischen Vorgehens zu erhöhen.

### **2.2.2 Theorien zur therapeutischen Beziehung und Interaktion in der Verhaltenstherapie**

Nach der Darstellung der historischen Entwicklung werden einzelne wichtige Theorien der therapeutischen Beziehung ausführlicher dargestellt. Ausgehend von historisch bedeutsamen Theorien werden sozialpsychologische Modelle sowie integrative Prozessmodelle ausgeführt.

#### Historisch bedeutsame Theorien

In den frühen Jahren der Verhaltenstherapie wurde angenommen, dass bei der Diskussion von angstauslösenden Themen durch einen Patienten mit einem warmen und empathischen Therapeuten ein Prozess der Desensibilisierung stattfinden würde. Die Angst würde reduziert, wenn der Therapeut nicht strafend reagiert. Diese Annahme wurde zuerst von Dollard und Miller (1966) und später von Martin (1975) aufgestellt. Dies stellt nach heutigem Verständnis keine ausreichende Erklärung für andere Therapieprozesse und -interaktionen dar, kann jedoch am Anfang einer Therapie ein wichtiger Faktor sein.

Die „Verhaltensingenieure“ der 60er Jahre versuchten wiederum, die Therapieprozesse mit dem operanten Paradigma zu erklären. Dies kulminierte in der Publikation von Krasner (1962; zitiert nach Schindler, 1991) der den Therapeuten als „soziale Verstärkungsmaschine“ beschrieb, abgeleitet aus Experimenten zum verbalen Konditionieren, bei denen das Auftreten einer bestimmten Wortklasse durch Verstärkung beeinflusst werden konnte. Aus heutiger Perspektive ist dies kritisch zu sehen. Einerseits wird das Konzept der Verstärkung in diesem Zusammenhang falsch verwendet, da nicht vorhergesagt

werden kann, ob das Verhalten des Therapeuten tatsächlich die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von anschließendem Verhalten des Patienten erhöht. Hierbei scheint das Konzept des positiven Feedbacks oder positiver Rückmeldung treffender zu sein. Weiterhin wurden alternative Erklärungen für verbales Konditionieren aufgestellt (z.B. im Informationsverarbeitungsprozess als Quelle von Informationen und Anreiz; Bandura, 1977). Auch wenn dies nicht von allen Lerntheoretikern geteilt wurde (Kanfer & Phillips, 1970), erschütterte es die Annahme Krasners, dass sich die therapeutische Interaktion vollständig als operanter Konditionierungsprozess darstellen ließe.

Nach Bandura (1971) ist zusätzlich zur verbalen Einflussnahme die Beeinflussung durch Modell-Lernen entscheidend. Daher muss der Therapeut als attraktiv sowie als Experte mit hohem Status angesehen werden, damit der Patient ihn als Modell ansieht. Weiterhin ist eine vom Patienten wahrgenommene Ähnlichkeit der Person hilfreich. Meichenbaum (1971) unterscheidet dabei zwischen Mastery und Coping Modellen und betonte, dass auch Therapeuten Coping Modelle darstellen sollten. Sie sollten also nicht perfekt erscheinen (als Mastery Modell), sondern angemessene Bewältigungsstrategien vermitteln (als Coping Modelle).

### Sozialpsychologisches Modell

Obwohl Angstreduktion, operante Prozesse sowie Modelllernen wichtige Aspekte der therapeutischen Beziehung sind, konnte dies keine vollständige Erklärung interaktioneller Prozesse sowie der Ausbildung der therapeutischen Beziehung liefern. Im Weiteren versuchte daher Schindler (1991), durch die Integration der Befunde aus sozialpsychologischen Untersuchungen ein Prozessmodell zu entwickeln. Grundlage waren die Werke von Strong und Clairborn (1982), Maddux, Stoltenberg und Rosenwein (1987), Dorn (1986) und Janis (1982). Ziel eines solchen Prozessmodells ist es, dem Therapeuten Handlungsanweisungen für konkrete Situationen zur Verfügung zu stellen. Das Modell geht von einer interpersonellen Beeinflussung aus. Dabei werden Therapeut und Patient als sich gegenseitig reziprok beeinflussende Individuen angesehen. Daher wird Veränderung im Verhalten eines der beiden Akteure als

Funktion der Variablen gesehen, die in der Interaktion entstehen (Strong & Clairborn, 1982).

Nach Strong und Clairborn (1982) ist grundlegend für Veränderung die Überzeugung des Patienten, dass durch Interaktion mit einem Helfer Veränderung eintreten wird. Die Situation des Patienten ist dabei gekennzeichnet durch Demoralisierung (Frank, 1985), er sieht sich außer Stande, seine Ziele selbstständig zu erreichen. Im Gegensatz dazu ist der Therapeut Experte in der Behebung von emotionalen Problemen, ihm wird zu Beginn der Therapie Expertenstatus zugeschrieben. Therapeut und Patient gehen zu Beginn der Therapie meist eine inkongruente und instabile Beziehung ein. Inkongruenz ergibt sich dabei, wenn einer oder beide der Interaktionspartner Diskrepanz in der Beziehung erleben, wohingegen sich Stabilität darauf bezieht, ob eine Beziehung beibehalten oder abgebrochen wird. Wenn eine vorzeitige Beendigung verhindert wird, bieten inkongruente instabile Beziehungen das Potential für Einstellungs- und Verhaltensänderungen.

Zu Beginn der Therapie begibt sich der Patient freiwillig in Behandlung. Da er Wert auf die Aufrechterhaltung der Beziehung legt, ist er bereit, seine Einstellungen oder sein Verhalten zu verändern. Ziel ist dabei die Reduktion von Demoralisierung, die zum Aufbau von Selbstwirksamkeit führt, und der Abbau von Bedingungen, die zu Entstehung und Aufrechterhaltung dieses Verhaltens beitragen (Schindler, 1996).

Der Gesamtprozess wird von Strong und Clairborn (1982) in einem Phasenmodell dargestellt: In der ersten Phase begibt sich der Therapeut in das Begriffssystem des Patienten und akzeptiert seine Vorstellungen, um ihn näher kennenzulernen. Dadurch fasst der Patient Vertrauen und akzeptiert die Rollenverteilung. In der zweiten Phase beginnt der Therapeut dann, sich in Richtung seines eigenen, neuen Bezugssystems zu bewegen. Hierbei schlägt er dem Patienten Veränderungen vor oder präsentiert Informationen, was für den Patienten Inkongruenz erzeugt und Diskrepanz mit sich bringt. Dabei ist es wichtig, dass die Toleranz des Patienten nicht überschritten wird. Während des Therapieverlaufs werden sukzessive Änderungsschritte eingeführt, welche langsam unter Beachtung der Toleranz des Patienten für Diskrepanz in

Richtung der gewünschten Definition der Beziehung führen. Hierbei ist auch zu beachten, dass die Dissonanz nicht zu gering ist und innerhalb des Toleranzspielraums des Patienten liegt. Je mehr der Patient seine Ziele erreicht, desto weniger benötigt er den Therapeuten; deswegen sinkt sein Einfluss innerhalb einer erfolgreichen Therapie stetig. Dementsprechend geht die Beziehung am Ende in einen kongruenten Zustand über, der Patient ist zufrieden, die Therapie wird beendet.

### Aktuell einflussreiche Theorien

Neben historisch bedeutsamen und sozialpsychologischen Modellen wurden Theorien entwickelt, die eine Integration von technologischen und Beziehungsaspekten enthielten. Dies wurde international durch Beck, Goldfried, Kanfer, Safran und Segal getragen, im deutschsprachigen Raum von Grawe, Ambühl, Casper, Kanfer, Schulte und Zimmer (Laireiter, 2008). Dabei ist zu unterscheiden zwischen Ansätzen, die ein interpersonales Konzept vertreten und davon ausgehen, dass die therapeutische Beziehung ein eigenständiger Wirkfaktor ist (Beck, Goldfried, Safran, Grawe) und solchen, die ein modifiziertes technologisches Verständnis der therapeutischen Beziehung umfassen. Diese historisch ältere Richtung setzt dabei voraus, dass eine gute Beziehung eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für den Therapieerfolg darstellt, wichtige Autoren sind Beck, Kanfer, Schulte und Zimmer. Aus Platzgründen können nicht alle erwähnten Autoren ausführlich dargestellt werden. Daher werden die beiden im deutschsprachigen Raum einflussreichsten Autoren ausführlicher erwähnt, Kanfer und Grawe. Für ein extensiveres Studium wird auf Überblickswerke (z.B. Laireiter, 2008) sowie die Primärarbeiten der genannten Autoren verwiesen.

Allgemein ist mittlerweile die Bedeutung des Basisverhaltens des Therapeuten anerkannt (Hermer & Röhrle, 2008). Diese sind Wärme, im Sinne von Sympathie und Wertschätzung, weiterhin Echtheit, also Offenheit des Therapeuten sowie Empathie. Diese Variablen stammen aus der Gesprächspsychotherapie (Rogers, 1957) und werden als notwendig, aber nicht als hinreichend für therapeutische Veränderungen angesehen.

Das Modell von Grawe stellt eine Weiterentwicklung der anfänglichen verhaltenstherapeutischen Theorien dar (Grawe, 1980). Danach folgt das Verhalten des Patienten Plänen, die für diesen nur zum Teil verbalisierbar sind, jedoch anhand des konkreten Verhaltens überprüft werden können. Auf das Verhalten der Menschen beziehen sich interaktionelle Pläne. Daher sollten Therapeuten ihre Interaktion nach den Plänen der Patienten ausrichten, zuerst im Sinne einer komplementären Beziehungsgestaltung, später in der Therapie stärker in Konfrontation zu den Plänen des Patienten. Als Methode wurde die vertikale Verhaltensanalyse oder Plananalyse entwickelt (zum aktuellen Stand der Plananalyse siehe auch Caspar, 2007).

Weiterhin ist die Theorie der Selbstregulation, die von Kanfer entwickelt wurde, sehr einflussreich. Dies ist heute noch ein wichtiger Ansatz innerhalb der Verhaltenstherapie, in Form der Selbstmanagementtherapie, die in einem eigenen Kapitel behandelt wird.

Ein weiterer wichtiger Schritt in der Anerkennung der Bedeutung der therapeutischen Beziehung war die Sektion 29 der American Psychological Association (APA) unter der Leitung von Norcross, die sich speziell damit beschäftigte, welche Elemente von therapeutischen Beziehungen als empirisch gesichert nachgewiesen wurden und wie effektive Methoden an den individuellen Patienten angepasst werden können. Dabei wurden nach Ackerman et al. (2001) folgende Elemente als empirisch abgesichert nachgewiesen: Als effektiv, also gut belegt, gelten aktuell die Effekte der therapeutischen Allianz, von Kohäsion in Gruppentherapien und von Empathie. Als vermutlich hilfreich, also mäßig belegt, gelten die Effekte von Wertschätzung, Kongruenz/Echtheit, Feedback, Wiederherstellung von Beziehungsbrüchen, Selbstöffnung, Handhabung der Gegenübertragung, Beziehungsinterpretationen.

### **2.2.3 Integrative Prozessmodelle**

Alle diese Theorien haben zu einem deutlichen Fortschritt des Wissens geführt, sie erklären jedoch noch nicht ausreichend, wie die therapeutische Beziehung und Interaktion in unterschiedlichen Therapiephasen gestaltet werden sollte. Um dies individuell auf den Patienten und aktuell auf den Stand im

Therapieprozess abgestimmt zu gestalten, ist innerhalb der Verhaltenstherapie eine Prozesstheorie notwendig, nach der Veränderungsprozesse beschrieben, geklärt und vorhergesagt werden können sowie klare Aussagen für das interaktionelle Verhalten des Therapeuten ableitbar sind. Diese muss empirisch fundiert sein. Weiterhin sollen die Rollen von Patient und Therapeut und die Phasen des Therapieprozesses beschrieben werden. Hierzu stehen mittlerweile zwei Modelle zur Verfügung, das 7-Phasen Modell, im deutschsprachigen Raum herausgegeben von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2006), das auch dem therapeutischen Vorgehen in den untersuchten Therapien zugrunde lag sowie das „Generic Model of Psychotherapy“ von Orlinsky et al. (2004), die nun anschließend vorgestellt werden, um die empirischen Ergebnisse anschließend einzuordnen.

#### Prozessmodell von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2006)

Das Prozessmodell von Kanfer et al. (2006) basiert auf dem Selbstmanagementansatz, der von Kanfer zunächst in englischer Sprache veröffentlicht wurde und gemeinsam mit Reinecker und Schmelzer weiterentwickelt und auf den deutschsprachigen Raum angepasst wurde. Unter Selbstmanagement sind Ansätze gemeint, in denen das Ziel ist, den Klienten zu besserer Selbststeuerung anzuleiten und möglichst aktiv zu einer eigenständigen Problembewältigung zu befähigen. Für eine ausführliche Darstellung des Selbstmanagementansatzes wird auf Kanfer et al. (2006) verwiesen.

Aus den spezifischen Menschenbildannahmen der Selbstmanagementtheorie ergeben sich als Richtlinien für die Praxis die Maximierung der Entscheidungsfreiheit und Eigenverantwortung der Klienten, das Prinzip der minimalen Intervention, d.h. Hilfe durch geringstmögliche Mittel, die gemeinsame Suche nach und Definition von Problemen und Zielen, die ganzheitliche Betrachtung aus systembezogener Perspektive unter Konstellationen von verschiedenen Auflösungsstufen, die prinzipielle Änderbarkeit der Ziele, die professionelle Interaktion zwischen Therapeut und Klient sowie die enge Verbindung zwischen Theorie und Praxis.

Viele Angstbewältigungsprogramme enthalten Elemente, die sich auch in Selbstmanagement-Ansätzen finden, da das Ziel ist, dass sich Patienten selbstständig mit ihren Ängsten konfrontieren.

### *Rolle der Therapeut-Klient-Beziehung*

Bezüglich der therapeutischen Beziehung sehen sich Kanfer et al. in der Nähe neuerer verhaltenstherapeutischer Ansätze. Diese sehen die positive Beziehung zwischen Therapeut und Klient als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung an. Merkmale der therapeutischen Beziehung im Selbstmanagement-Ansatz sind hierbei die zweckbestimmte, zielgerichtete Beziehung, die eine Arbeitsbeziehung darstellt. Diese ist eine zeitlich begrenzte Beziehung mit Variation der Schwerpunkte über die Zeit mit einer spezifischen Rollenverteilung (professioneller Helfer/ Hilfe suchender) und stellt die Rahmensituation für den Einsatz spezifischer Interventionen dar. Es ergibt sich ein wechselseitiger Einflussprozess mit einseitiger Zielrichtung (Änderung des Klienten). Die Beziehung ist per se asymmetrisch, es ist Aufgabe des Therapeuten, eine bestimmte Art der Kommunikation herzustellen.

Bei der Entwicklung einer therapeutischen Allianz bringt jeder der Partner sein spezielles Wissen ein, der Therapeut das Fachwissen sowie der Klient das Wissen über sich selbst und seine Erfahrungen. Der Therapeut unterstützt als „Katalysator“ bei Änderungsversuchen, kann jedoch keine Änderungen für den Klienten vollziehen. Er ist ein professioneller Helfer, der zur Hilfe zur Selbsthilfe anleitet. In der Umsetzung ist die Realisierung der therapeutischen Basisvariablen die Grundlage (Wärme, Echtheit, Kongruenz). Der Therapeut ist für den technisch-fachlichen Teil des Änderungsprozesses notwendig. Wichtig ist hierbei maximale Transparenz des Vorgehens und eine kontinuierliche Bereitschaft, diagnostisch-therapeutische Hypothesen zu formulieren und zu überprüfen. Er sollte als Modell für positives Bewältigungsverhalten zur Verfügung stehen und sich zu kontinuierlicher Fort- und Weiterbildung verpflichten.

Die Rolle des Klienten ist hingegen gekennzeichnet durch das Einhalten der Spielregeln der Therapie (z.B. aktive Mitarbeit), die Kooperation mit dem Therapeuten, die Akzeptanz des Arbeitscharakters der therapeutischen

Beziehung sowie die Bereitschaft, therapeutischen Aktivitäten eine hohe Priorität im Leben einzuräumen und sich auf internale oder externale Änderungen der Lebenssituation einzulassen. Weiterhin hat er das Recht auf Widerstand sowie die Aufgabe, die Effektivität eigenen Handelns in der Realität zu überprüfen.

Die Aufgabe der Rollenstrukturierung und des Aufbau der therapeutischen Beziehung stellt sich vor allem in den ersten Sitzungen, besteht aber auch weiterhin im Verlauf der Therapie, wenn dies zum Thema wird. Dies hat auch Vorrang vor der Lösung von Problemen der Klienten.

### *Das 7-Phasen-Modell*

Weiterhin wurde von den Autoren das 7-Phasen-Modell entwickelt. Es stellt ein Problemlösemodell dar, das als Meta-Modell für den diagnostisch-therapeutischen Prozess dient sowie als heuristisches Rahmenmodell zur Orientierung. Weiterhin beschäftigt es sich mit den prinzipiellen Abläufen (Prozessen) und weniger mit konkreten Inhalten des Falles. Es stellt ein rekursives Phasenmodell dar. Hierbei sind für den Übergang von einer Phase zur nächsten bestimmte Kriterien zu erfüllen. Weiterhin bestehen trotz klarer Schwerpunkte Überlappungen.

Beim 7-Phasen-Prozessmodell sind die Schwerpunkte der Phasen jeweils durch die Ziele und Aufgaben des Therapeuten für die entsprechenden Abschnitte bestimmt. Die Phasen werden im Idealfall von oben nach unten durchlaufen (siehe Abbildung 2-2), es kann jedoch jederzeit bei Nichterreichen der Phasenziele zu Schwerpunkten früherer Phasen zurückgekehrt werden. Annahme ist hierbei, dass eine Reihe notwendiger Grundvoraussetzungen geschaffen werden muss, bevor eine Verhaltensänderung beginnen kann. Es sind hier also nicht zeitliche Grenzen entscheidend, sondern ob die konkreten Schwerpunktziele in den jeweiligen Phasen erfüllt wurden.

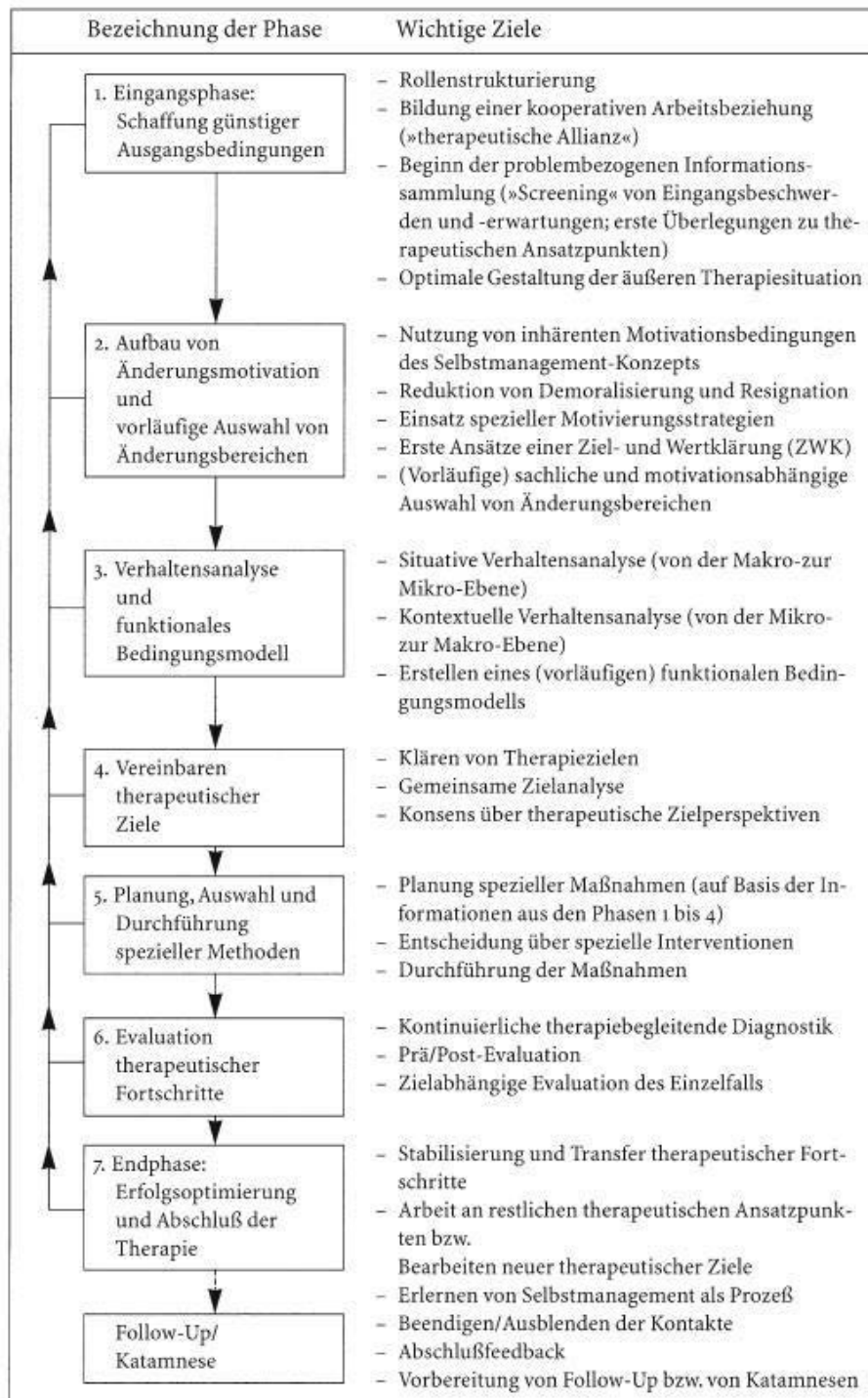


Abbildung 2-2 Das 7-Phasen-Modell im Überblick (Kanfer et al., 2006)

Im Folgenden werden wichtige ergänzende Inhalte der einzelnen Phasen ausführlicher beschrieben.

Die erste Phase ist häufig entscheidend für die Therapie: Oft scheitert diese, weil die grundlegenden therapeutischen Voraussetzungen nicht bestehen. Die erste Phase beginnt zwar mit dem Erstkontakt, erstreckt sich jedoch oft wesentlich länger. Hier liegt die Betonung auf der Bildung einer therapeutischen

Allianz, also einer kooperativen Therapeut-Klient-Beziehung sowie dem Screening der Beschwerden. Ziel am Ende der ersten Phase ist, dass der Klient den Therapeuten als Vertrauensperson akzeptiert, um gemeinsam die Arbeit an seinen Schwierigkeiten zu beginnen. Empirische Ergebnisse zeigen, dass sich die therapeutische Beziehung bereits in den ersten Stunden herausbildet und im Verlauf relativ konstant bleibt (siehe auch Schindler, 1991) was die Bedeutung dieser Therapiephase unterstreicht.

In der zweiten Phase sollte die Therapiemotivation geklärt und gefördert werden sowie die Auswahl von Änderungsbereichen geschehen, falls ausreichende Änderungsmotivation besteht.

Nach der Durchführung der situativen und kontextuellen Verhaltensanalyse und eines funktionalen Bedingungsmodells in der dritten Phase werden in Phase 4 die Ziele der Therapie ausgewählt. Hierbei werden in einer intensiveren Ziel-Wertklärung aus den Lebenszielen des Klienten die Therapieziele abgeleitet, um im Anschluss Perspektiven für die nächste Zeit sowie konkrete Prioritäten zu bestimmen.

Im Anschluss werden in der fünften Phase die bisher vorliegenden Informationen zur Planung therapeutischer Schritte genutzt um eine individuelle „maßgeschneiderte“ Therapie zu planen. Nach aktuellen empirischen Daten werden Interventionen ausgewählt und im Anschluss durchgeführt. Nach Laireiter (2008) ist in dieser Phase häufig eine alternative Gestaltung der therapeutischen Beziehung notwendig, die auch häufiger zu Krisen der Beziehung führt. Dies unterscheidet sich jedoch stark je nachdem, welche therapeutischen Methoden eingesetzt werden (Aufbau verstärkender Aktivitäten, Konfrontation). Es müssen also flexible Beziehungsqualitäten des Therapeuten vorhanden sein.

In Phase 6 wird anhand von konkreten Ereignissen und Abläufen der therapeutische Fortschritt überprüft. Ziel ist es, dabei mögliche Fehler zu entdecken, um in diesem Fall eine Störfallanalyse durchzuführen und zu früheren Stufen des Modells zurückzukehren.

Wenn die Therapie günstig verlaufen ist, besteht die Aufgabe der Endphase primär in der Maximierung der therapeutischen Erfolge. Hierbei sind v.a. die Stabilisierung und der Transfer von Veränderungen entscheidend. Bezüglich

vorher nicht behandelte Restprobleme kommt es u. U. zu einem erneuten Durchlauf des gesamten Modells. Spätestens in dieser Phase sollte der Klient entsprechende Problemlöse- und Selbstmanagementkompetenzen erworben haben, v.a. eine Vorbereitung auf den Umgang mit Rückfällen und Risikosituationen ist entscheidend.

Neben dem Erreichen der jeweiligen Schwerpunktziele muss ab Phase 2 auch auf die Aufrechterhaltung der Schwerpunktziele früherer Phasen geachtet werden. Daraus lässt sich ableiten, dass immer auf die kooperative Therapeut-Klienten-Beziehung geachtet werden muss und deren Klärung im Zweifelsfall Priorität hat.

### Generic Model of Psychotherapy

Ein weiteres wichtiges Prozessmodell stellt das 'Generic Model of Psychotherapy' von Orlinsky et al. (2004) dar. Dieses wurde im bekannten „Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ von Lambert (2004) veröffentlicht. Die Autoren versuchen, die wachsenden Daten zur Psychotherapieforschung in einem Modell zu vereinen. Hierdurch sollen klare kohärente Kategorien entwickelt werden, um bisherige empirische Ergebnisse integrieren und neue Hypothesen zu formulieren. Dieses Modell wird im Folgenden dargestellt, um in einem späteren Abschnitt die empirischen Ergebnisse dementsprechend einzuordnen (graphische Darstellung des Modells siehe Abbildung 2-3).

Eine wichtige Unterscheidung ist die des psychotherapeutischen Prozesses und seiner Umwelt. Es werden drei große Bereiche unterschieden: Input, Prozess und Output. Das Modell bezieht sich auf ein System wechselseitig aufeinander bezogener sozialer Rollen, d.h. Therapeut und Patient. Dabei gestaltet die Interaktionen zwischen Therapeut und Patient den Prozess, beide Personen sind jedoch auch zusätzlich Teil der funktionalen Umgebung der Therapie. In der vorliegenden Arbeit werden nur die grundlegenden Teile des Modells, die den Behandlungsprozess beschreiben, erläutert. Hierbei umfasst der Begriff „Prozess“ alle Interaktionen zwischen Therapeut und Patient; welche dabei für die Veränderung verantwortlich sind, ist eine noch zu klärende empirische Frage.

Es werden sechs Aspekte des Prozesses unterschieden:

1. Der *therapeutische Vertrag* bestimmt die Rollen von Therapeut und Patient ebenso wie das Setting entsprechend der Orientierung des Therapeuten. Es werden vertragliche Bestimmungen (Ziele, Methoden, Gebühren etc.) von deren Umsetzungen unterschieden.
2. Weiterhin sind die *therapeutischen Operationen* eine wichtige Komponente. Diese werden unterteilt, wie sie sich auch in der Transaktion entwickeln: Die Präsentation des Patienten, das Verständnis des Therapeuten als Experte, Interventionen des Therapeuten und Reaktion des Patienten.
3. Die *therapeutische Beziehung* besteht aus persönlicher Verbindung und gegenseitiger Abstimmung, die empathische kommunikative Abstimmung aufeinander ebenso wie der aufgaben- und teambezogene reziproke Einsatz und die Aufgabenkoordination.
4. Die *Selbstbezogenheit* von Patient und Therapeut in ihren Rollen, bezogen auf Selbst-Bewusstsein, Selbst-Kontrolle und Selbstwert, ist ein eigener Aspekt des Prozesses.
5. Die *therapeutische Auswirkungen innerhalb der Sitzung* sind weiterhin ein wichtiger Aspekt, diese können sowohl bei Therapeut als auch Patient positiv oder negativ sein.
6. *Zeitliche Muster*, die sich innerhalb der Sitzung, in verschiedenen Stadien der Behandlung oder dem gesamten Behandlungsverlauf herausstellen.

Die ersten fünf Aspekte werden dabei als gleichzeitig ablaufende Faktoren eines komplexen Phänomens angesehen und sind dabei funktional miteinander verbunden. Es wird dabei angenommen, dass jede Therapieform eine bestimmte Konfiguration dieser Prozess-Aspekte umfasst, d.h. einen bestimmten Behandlungsvertrag, therapeutische Operationen etc.

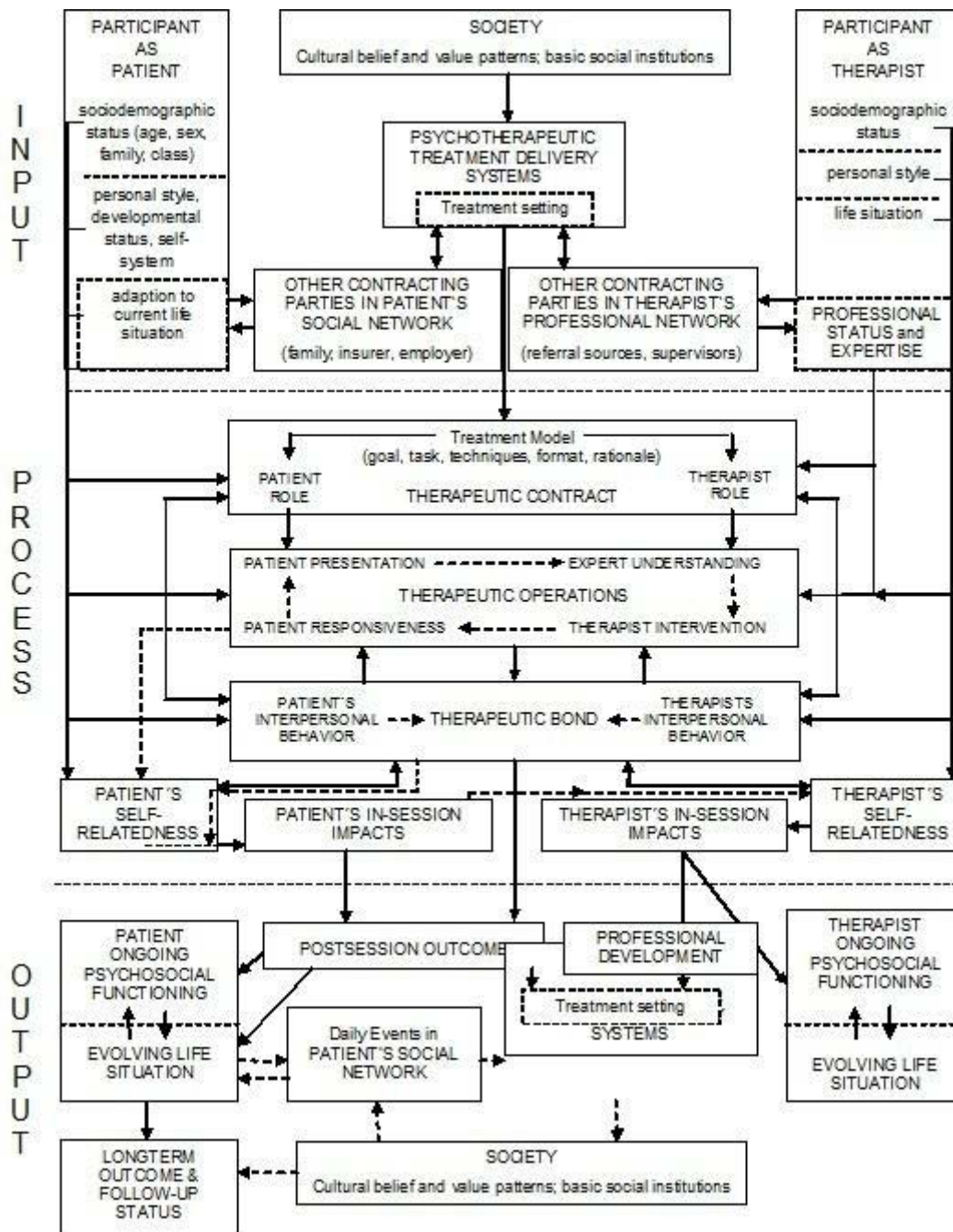


Abbildung 2-3: Generic Model of Psychotherapy: Integration of input, process and output variables (Orlinsky et al., 2004)

## **2.3 Empirische Ergebnisse zur therapeutischen Beziehung und Interaktion**

Nach der Darstellung verschiedener Modelle sollen nun wesentliche Forschungsergebnisse zur Frage dargestellt werden, wie groß der Einfluss der therapeutischen Beziehung und Interaktion auf den Therapieerfolg ist.

### **2.3.1 Studien zur therapeutischen Beziehung**

Einen ersten Eindruck über die Charakteristik der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie kann aus Studien gewonnen werden, die Vertreter unterschiedlicher Therapieschulen miteinander vergleichen. Hierbei zeigt sich, dass Verhaltenstherapeuten in den Beziehungsvariablen Empathie und Kongruenz höher eingeschätzt werden als Psychoanalytiker oder Gestalttherapeuten. Weiterhin werden sie als aktiver und direkter als Vertreter anderer Therapierichtungen eingeschätzt (Sloane, Staples, Cristol & Whipple, 1975; Brunink & Schroeder, 1979; Greenwald, Kornblith, & Hersen, 1981). Im Weiteren soll sich die Darstellung der Forschungsergebnisse sich insbesondere darauf konzentrieren, was für die Verhaltenstherapie wesentlich ist.

#### Metaanalysen

Eine wichtige Quelle, um einen Überblick über das Forschungsgebiet der therapeutischen Beziehung zu gewinnen, sind Metaanalysen.

Horvath und Symonds errechneten 1991 unter Einbeziehung von 24 Studien eine Korrelation von  $r = .26$  und eine Effektstärke  $d = 0.54$  zwischen therapeutischer Allianz und Therapieerfolg; die Nullhypothese, es gäbe keinen Einfluss der therapeutischen Allianz auf den Therapieerfolg, wurde von den Autoren daher abgelehnt. Der gefundene Zusammenhang war höher bei den Einschätzungen des Patienten oder eines unabhängigen Beobachters als bei Einschätzungen des Therapeuten. Weiterhin zeigte sich kein Unterschied zwischen einer frühzeitigen Einschätzung der Allianz in der Therapie sowie einer späten Einschätzung oder kurzen und langen Therapien.

Martin et al. (2000) konnten über 79 Studien eine gewichtete Korrelation zwischen therapeutischer Allianz und Therapieerfolg von  $r = .22$  errechnen. Sie schlussfolgern, dass ein mittlerer Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg besteht, der konsistent ist und nicht durch Moderatorvariablen beeinflusst wird. Es handelt sich scheinbar um ein homogenes Maß, das von Patienten als konsistenter eingeschätzt wird, während die Bewertungen von Therapeuten und Beobachter stärkeren Schwankungen unterliegen. Die von ihnen gefundene Effektstärke ist zwar etwas niedriger als die von Horvath und Symonds ermittelte Größe, hat jedoch einen sehr kleinen Standardfehler (nahe null). Aufgrund der größeren Anzahl an Studien (24 zu 79!) sind die Werte von Martin et al. vermutlich die zuverlässigeren.

Horvath und Bedi (2008) bezogen zusätzlich zu den von Horvath und Symonds sowie Martin et al. verwendeten Studien noch zehn zusätzliche Studien seit 1997 ein und errechneten dabei einen durchschnittlichen Zusammenhang zwischen Allianz und dem Therapieergebnis von  $r = .21$ , die mittlere Effektstärke betrug  $d = 0.25$ . Sie finden starke Ähnlichkeiten zwischen der Allianz aus Patienten- und Beobachtersicht, die Allianz aus Therapeutesicht wird geringer eingeschätzt. Weiterhin ist der Zusammenhang zwischen Allianz und Therapieerfolg am Anfang und am Ende höher als in der Mitte der Therapie.

Nach einem Überblick von Orlinsky et al. (2004) gibt es bis 2001 132 Befunde zum Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg. Hier findet sich, dass ein globales Maß der Allianz konsistent (aber nicht ausnahmslos) mit Erfolg in der Psychotherapie verknüpft ist. Die therapeutische Beziehung ist das Prozessmerkmal mit dem stärksten Nachweis für einen positiven Zusammenhang mit dem Therapieerfolg. Es gibt eine große Anzahl an signifikanten Assoziationen sowohl für die therapeutische Beziehung allgemein als auch für einzelne Komponenten, z.B. der Beitrag der Patienten zur Beziehung, die Mitarbeit in der Interaktion, Bekräftigung des Patienten durch den Therapeuten und gegenseitige Bestätigung. Hierbei sind die Ergebnisse besonders konsistent bei Betrachtung aus der Patientenperspektive.

Asay und Lambert (2001) schrieben nach einer Sichtung von Ergebnissen 30 % des Therapieerfolges einer gelungenen therapeutischen Beziehung zu, 15 %

führen sie auf methodenspezifische Interventionen zurück, 15 % auf Erwartungs- bzw. Placebo-Effekte und 40 % auf extratherapeutische Faktoren. Diese Ergebnisse beruhen jedoch auf rechnerischen Schätzungen, die nicht metaanalytisch abgeleitet sind.

Zwischenzeitlich hat es jedoch auch eine Diskussion der kausalen Interpretation einer Beziehung zwischen therapeutischer Allianz und Therapieerfolg gegeben, diskutiert wird insbesondere der Einfluss von frühzeitigen Therapieerfolgen auf die therapeutische Beziehung. Anzeichen für den unabhängigen Beitrag der therapeutischen Beziehung lieferten jedoch z.B. Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis und Siqueland (2000), in deren Studie die therapeutische Allianz bei Depressiven den Therapieerfolg auch dann vorhersagt, wenn frühe Therapieerfolge kontrolliert werden.

Zusammenfassend kann man große Übereinstimmungen zwischen den Überblicksartikeln finden, die auch zum Teil unterschiedliche Studien mit einbeziehen. Gute Belege gibt es für den Einfluss der Beobachterperspektive auf den Zusammenhang zwischen therapeutischer Allianz und Therapieerfolg. Es scheinen Einschätzungen des Patienten (eingeschränkt eines unabhängigen Beobachters) den Therapieerfolg besser vorherzusagen als Einschätzungen des Therapeuten. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass Therapeuten die therapeutische Beziehung nach anderen Kriterien einschätzen als Patienten. Dabei kann vermutet werden, dass Patienten ähnliche Kriterien an diese anlegen wie an persönliche Beziehungen. Die Einschätzung von Therapeut und Patient nähert sich einander an, einerseits im Verlauf der Therapie, andererseits auch mit der Erfahrung des Therapeuten. Insgesamt ist das Urteil des Patienten aber stabiler, während das des Therapeuten stärker Wechseln unterworfen ist (Hermer & Röhrle, 2008).

Eine weitere wichtige Frage ist die des Zusammenhanges zwischen dem Zeitpunkt, an dem die Allianz gemessen wird und dem Therapieerfolg. Hierbei zeigte, wie oben erwähnt, die Studie von Horvath und Symonds (1991) keinen signifikanten Unterschied zwischen früher oder später Allianz. Auch Barber et al. (2000) errechnen keinen Unterschied zwischen der Allianz in den Stunden 2, 5 und 10 und der Korrelation mit dem Therapieerfolg. Die frühe Allianz sagt den

Therapieerfolg also mindestens so gut voraus wie spätere Messungen. Schlechte Allianzwerke zu Beginn der Therapie scheinen eine Gefahr der frühzeitigen Beendigung zu besitzen (Horvath & Bedi, 2008).

### **2.3.2 Studien zur therapeutischen Interaktion**

Nach der Darstellung der Ergebnisse zur therapeutischen Beziehung werden im Weiteren empirische Ergebnisse zur Gestaltung der therapeutischen Interaktion ausgeführt. Orlinsky et al. (2004) fassen im „Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ Ergebnisse zusammen, die sich nach Durchsicht vergangener und aktueller Studien zum Einsatz von therapeutischen Operationen ergeben, d.h. zu Interventionen, die in der therapeutischen Interaktion stattfinden. Auch Beutler et al. (2004) fassen im gleichen Überblickswerk Befunde zu Therapeutenvariablen zusammen. Beide Autoren verwenden unterschiedliche Methoden. Hierdurch sowie durch die unterschiedliche Gewichtung von Studien sind im Folgenden unterschiedliche Ergebnisse zu erklären. Aus Platzgründen werden die zusammengefassten Ergebnisse und nur ausnahmsweise Primärstudien zitiert. Ausführlichere Darstellungen zu Studien speziell zum verwendeten Kategoriensystem folgen nach der Darstellung der methodischen Voraussetzungen in Teil 4.5.

In mehreren Studien wurde kooperatives Verhalten des Therapeuten mit direktivem Verhalten verglichen. Beutler et al. (2004) finden eine starke Variabilität von Effektstärken zwischen direktivem Verhalten des Therapeuten und Therapieerfolg, die zwischen  $d = -0.17$  und  $d = 0.79$  liegt. Daher wird nach Beutler, Moleiro und Talebi (2002) der Einfluss von Mediatoren angenommen. Hierbei wird v.a. die Passung zwischen dem Stil des Therapeuten (direktiv vs. nondirektiv) und der Resistenz des Patienten (niedrig vs. hoch) als entscheidender Faktor diskutiert, so dass niedrig resistente Patienten am besten von direktiven und hoch resistente Patienten am besten von nondirektiven Therapien profitierten. Bischoff und Tracey (1995) untersuchten weiterhin die Abfolge von Therapeuten- und Patientenverhalten in Dyaden. Hierbei zeigte sich, dass folgend auf direktives Verhalten des Therapeuten häufiger Widerstand des Patienten auftrat, jedoch nicht umgekehrt. Widerstand des Patienten führte nicht häufiger zu direktivem Verhalten des Therapeuten.

Weiterhin zeigt sich nach Orlinsky et al. (2004) ein stark positiver Effekt für den Einsatz von Interpretationen, wenn es auch negative Ergebnisse für den Einsatz von Übertragungsinterpretationen aus der psychoanalytischen Tradition in kurzen Therapien gibt. Beutler et al. (2004) hingegen können keinen klaren Effekt von Interpretationen finden. Nach McCollough et al. (1991) sind Interpretationen dann mit Therapieerfolg verknüpft, wenn in der Sequenz eine affektive Reaktion auf die Interpretation folgt; folgt hingegen eine verteidigende Reaktion, sind Interpretationen negativ mit dem Therapieerfolg verknüpft. Insgesamt muss beachtet werden, dass sich die Definition von Interpretationen in verschiedenen Studien stark unterscheidet.

Für Selbstöffnung des Therapeuten ergeben sich nach Orlinsky et al. mehr neutrale Ergebnisse, was nur für einen gelegentlichen, nicht generellen Nutzen spricht. Beutler et al. (2004) konnten einen statistisch signifikanten, aber klinisch schwachen Effekt feststellen. Hierbei gehen die Autoren aufgrund der Variabilität der Effektstärken von moderierenden Faktoren aus. Paradoxe Interventionen waren konsistent mit Erfolg verknüpft, der Einsatz von Vorschriften, Hilfe und Anweisungen war jedoch konsistent nicht hilfreich. Unterstützung und Ermutigung wurde als nicht generell hilfreich, aber gelegentlich wirksam ermittelt. Der Einsatz von Exploration war in mittlerer Höhe mit Erfolg verknüpft.

In einem weiteren Übersichtsartikel stellen Clarkin und Levy (2004) als wichtigstes Verhalten des Patienten die Bereitschaft und Fähigkeit heraus, sich aktiv in der Therapie zu beteiligen (Gomes-Schwartz, 1978). Diese hängt signifikant mit der Zufriedenheit mit der Therapie und der Reduktion von Ängstlichkeit in der Selbstbeobachtung bei Patienten mit Generalisierter Angststörung zusammen (Nelson & Borkovec, 1989).

Sexton, Littauer, Sexton und Tømmerås (2005) konnten in einer Studie mit Verhaltensbeobachtung den schon im vorherigen Teil geschilderten Befund aus subjektiven Daten bestätigen, dass sich die therapeutische Beziehung früh in der Therapie bildet und anschließend stabil ist. Die Autoren konnten weiterhin in einer Mikroprozess-Analyse feststellen, dass Patienten, die aktiv waren, über sich redeten und sich emotional beteiligten, weniger wahrscheinlich

Verschlechterungen in der Beziehung mit dem Therapeuten zeigten, im Gegensatz zu Patienten, die oft schwiegen.

Zur gegenseitigen Interaktionssteuerung fanden Terraz, de Roten, Crettaz de Roten, Drapeau und Despland (2004) bei der Untersuchung von Sequenzen mit der Lag Sequential Analysis, dass Therapeuten häufig lange Ketten mit gleichen Kategorien haben (Fragen, Assoziationen, Klarifizierungen). Dies finden die Autoren jedoch nicht bei Interpretationen und supportiven Gesprächsstrategien. Therapeuten haben also meist eine Strategie, die sie verfolgen, wenn sie fragen, assoziieren und klarifizieren.

Eine weitere entscheidende Studie war die erste Einzelfallanalyse von Strupp (1980a), der einen erfolgreichen und einen nicht-erfolgreichen Falles des gleichen Therapeuten verglich. Das Ergebnis war, dass das Verhalten des Therapeuten in beiden Fällen ähnlich eingeschätzt wurde, Unterschiede im Verhalten des Therapeuten wurden als Reaktion auf das unterschiedliche Verhalten der beiden Patienten gesehen. Es konnte erstmals durch diese Studie gezeigt werden, dass Verlauf und Erfolg einer Therapie durch den Charakter der Interaktion zwischen Therapeut und Patient vorhergesagt werden kann. Unterschiede im Nutzen der Therapie wurden auf Charakteristika der Patienten zurückgeführt, vermutlich handelte es sich bei dem nicht-erfolgreichen Fall um einen verspäteten Dropout. Auch in einer zweiten Einzelfallanalyse von Strupp (1980b) wurden diese Ergebnisse bestätigt. Hier wurde ebenfalls das Verhalten des Therapeuten als ähnlich eingeschätzt. Auffällig war die bessere therapeutische Beziehung zum erfolgreichen Patienten, dieser fühlte sich stärker verstanden, während der nicht-erfolgreiche Patient den Therapeuten als aktiver bei der Konfrontation des Widerstandes einschätzte.

Zusammenfassend gibt es scheinbar differenzielle Ergebnisse für den Einsatz von Direktiven des Therapeuten. Interpretationen sind möglicherweise wirksam, wenn eine affektive Reaktion folgt. Paradoxe Interventionen waren weiterhin eindeutig mit Erfolg verknüpft, Exploration nur mittelstark. Wenn Therapeuten fragen, assoziieren und klarifizieren, scheinen sie längere Zeit die gleiche

Strategie zu verfolgen. Auf Patientenseite ist die Mitarbeit entscheidend, Patienten profitieren mehr wenn sie sich emotional und aktiv beteiligen.

## **2.4 Motivation und therapeutische Beziehung**

### **2.4.1 Therapie- und Änderungsmotivation**

Neben der therapeutischen Beziehung und Interaktion wird von vielen Autoren die Bedeutung von Therapiemotivation bzw. Änderungsmotivation betont. Dieses Konstrukt ist nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit, es sollen aber im nächsten Abschnitt Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Konstrukte definiert werden. Nach Zimmer (1983) bedeutet die „Bereitschaft zur kooperativen Mitarbeit in der Therapie ... , daß der Klient bereit ist, kurzfristig aversive Umstände in Kauf zu nehmen ... um langfristig positive Konsequenzen zu erreichen.“ Dabei ist der Aufbau von Motivation eine langfristige Aufgabe des Therapeuten während der gesamten Therapie.

Nach der „self-determination theory“ von Ryan und Deci (2000) sind Beziehungsfaktoren eine zentrale Bedingung zur Integration von Zielen des Selbst der Person und die Internalisation von extrinsisch motivierten Handlungen und Zielen. Im Dualen Modell (Schulte & Eifert, 2002) werden wiederum Beziehungsfaktoren als wichtige Determinante von Therapiemotivation genannt. Die Autoren gehen dabei davon aus, dass die therapeutische Beziehung die Erwartungen des Patienten gegenüber der Behandlung beeinflusst, was die Behandlungsmotivation beeinflusst und somit das grundlegende Basisverhalten des Patienten.

Insgesamt scheinen sich also therapeutische Beziehung und Motivation gegenseitig zu beeinflussen, alleine zum Konstrukt Motivation gibt es unzählige Veröffentlichungen. In der vorliegenden Arbeit wird auf eine ausführlichere Diskussion verzichtet, da dies den Rahmen sprengen würde. Zusammenfassend und in Übereinstimmung mit den dargestellten Theorien gehen wir davon aus, dass die therapeutische Beziehung eine wichtige Grundlage für den Aufbau von Änderungsmotivation (im Sinne von integriert regulierter extrinsischer Motivation) darstellt. Verhaltensweisen, die auf Verhaltensänderung hinweisen, werden im Rahmen der therapeutischen Beziehung und der therapeutischen Interaktion betrachtet.

### **2.4.2 Therapieabbruch, hemmendes Verhalten und Widerstand**

Ein wichtiger Indikator für fehlende Therapiemotivation ist der Abbruch von Therapien, hemmendes Verhalten sowie das Auftreten von Widerstand. Aus diesem Grund wird im Folgenden spezifisch auf diese Phänomene eingegangen.

Für Misserfolge im Rahmen der Psychotherapie ergeben sich nach Reinecker (2009) vier Stufen: Misserfolg im Vorfeld der Therapie, Ablehnung oder Abbruch der Behandlung, Misserfolg im engeren Sinne (d.h. bei abgeschlossener Behandlung kein Erfolg) und therapeutische Rückfälle.

Abbruch oder Ablehnung der Behandlung stellt vermutlich ein häufiges Phänomen in der Psychotherapie-Praxis dar: In der ambulanten Psychotherapie schätzt Frohburg (2008) die Häufigkeit nach Durchsicht mehrerer Metaanalysen auf zwischen 20 und 50 Prozent aller begonnenen Behandlungen. Hier tritt Therapieabbruch häufiger bei geringem Bildungsstand oder Angehörigkeit zu einer Minderheit auf, weiterhin ist die Symptombelastung häufig geringer in psychometrischen Daten ausgeprägt als bei regulär beendeten Therapien. Retrospektiv wurden darüber hinaus Gründe für den Abbruch gesammelt: Der häufigste Grund war ausbleibender Therapieerfolg, wobei meist ein Bezug zur therapeutischen Beziehung hergestellt wurde. Hierbei wurde z.B. das Fehlen von Erklärungen und Ratschlägen sowie Gründe die in der Person des Therapeuten lagen (wie das Gefühl, nicht verstanden worden zu sein oder mangelndes Vertrauen) genannt. Dies zeigt wiederum die zentrale Bedeutung einer ausreichend guten Beziehung zwischen Therapeut und Patient als notwendige Voraussetzung, damit Patienten die Therapie fortsetzen.

Ein weiteres wichtiges Phänomen stellt Widerstand innerhalb der Therapie dar. Hierbei soll auf eine Darstellung des traditionell psychoanalytischen Konstrukts verzichtet werden. Widerstand zeigt sich in der Verhaltensbeobachtung in hemmendem Verhalten. Dabei wird im Gegensatz zum psychoanalytischen Konzept nicht angenommen, dass Widerstand den therapeutischen Prozess fördert, sondern dass hemmendes Verhalten besser vermieden werden soll, da dieses den Prozess behindert. (Beutler, Moleiro & Talebi, 2008). Die objektive Beobachtung von hemmendem Verhalten ist auch wichtig, um nicht dem Zirkelschluss zu unterliegen, dass sich der Patient aufgrund des Widerstandes

nicht verändert, sondern um unabhängige Verhaltensweise zu identifizieren, mit deren Hilfe positiv mit hemmendem Verhalten umgegangen werden kann.

Ein weiteres Konstrukt ist das der Brüche in der therapeutischen Allianz. Safran und Muran (1996) definieren dabei die Verschlechterung der therapeutischen Beziehung als „Rupture“ (Bruch). Hierbei zeigte es sich nach Safran, Muran, Wallner Samstag und Stevens (2008) als weniger hilfreich, wenn die Therapeuten auf ihrem Behandlungsmodell verharren, während sich ein Achten auf die Allianz und eine entsprechende Modifikation des Verhaltens durch den Therapeuten als hilfreich herausstellte. Das Reparieren von Brüchen in der Allianz scheint sich günstig auf den Therapieverlauf auszuwirken.

In der vorliegenden Arbeit ist insbesondere das Auftreten von hemmendem Verhalten in der wechselseitigen Interaktion sowie Interaktionsstrategien, die bei vorzeitigem Abbruch auftreten, von Interesse, da hier ein enger Zusammenhang mit der therapeutischen Beziehung vermutet wird. Aus diesem Grund werden diese im Rahmen der Einzelfallanalysen besonders betrachtet.

Nachdem in diesem Abschnitt wichtige theoretische und empirische Grundlagen zu den untersuchten Konstrukten „therapeutische Beziehung und Interaktion“ dargestellt wurden, folgt im nächsten Teil die Beschreibung des untersuchten Störungsbildes „Panikstörung und Agoraphobie“.

### **3. Panikstörung und Agoraphobie**

Nach der Darstellung der Diagnosekriterien sowie differentialdiagnostischer Überlegungen zu Panikstörung und Agoraphobie werden im Folgenden Epidemiologie, Erkrankungsverlauf und Prognose dargestellt, gefolgt von Ausführungen zu Ätiologie und Behandlung. Abschließend werden Spezifika zur Gestaltung der therapeutischen Interaktion und Beziehung ausgeführt.

#### **3.1 Diagnosen nach ICD-10 und DSM-IV**

Bei der Darstellung der diagnostischen Kriterien sollen ausgehend von der Beschreibung von Panikattacken die Kriterien von Panikstörung und Agoraphobie sowie differentialdiagnostische Überlegungen dargestellt werden.

##### **3.1.1 Panikattacken**

Bei einer Panikattacke handelt es sich um eine klar abgrenzbare Episode intensiver Angst und Unbehagens, bei der nach DSM-IV (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) mindestens vier der nachfolgenden genannten Symptome abrupt auftreten und innerhalb von 10 Minuten einen Höhepunkt erreichen:

1. Palpationen, Herzklopfen oder beschleunigter Herzschlag,
2. Schwitzen,
3. Zittern oder Beben,
4. Gefühl der Kurzatmigkeit oder Atemnot,
5. Erstickungsgefühle,
6. Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust,
7. Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden,
8. Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit oder der Ohnmacht nahe sein,
9. Derealisation (Gefühl der Unwirklichkeit) oder Depersonalisation (sich losgelöst fühlen),
10. Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden,
11. Angst zu sterben,
12. Parästhesien (Taubheit oder Kribbelgefühle),
13. Hitzewallungen oder Kälteschauer.

Schneider und Margraf (1998) beschreiben Panikattacken genauer: Patienten erleben häufig eine abrupte Zunahme der Angst und der vegetativen Symptome. Die durchschnittliche Dauer eines Panikanfalles beträgt 30 Minuten mit starken Variationen. Meist sind die tatsächlichen körperlichen Veränderungen nur schwach, der Herzschlag nimmt nur zwischen 8 und 11 Schlägen pro Minute zu, diese Reaktionen werden jedoch als bedrohlich interpretiert. Für die meisten Panikanfälle, auch wenn diese spontan auftreten, sind Auslöser erkennbar, die oft körperinterne Reize oder Gedanken sein können.

### **3.1.2 Panikstörung**

Eine Panikstörung ist durch wiederkehrende schwere Angstattacken gekennzeichnet sowie durch eine Vermeidung von internen, körperlichen Reizen die einen Panikanfall auslösen können (Neudeck, 2005). Der entscheidende Unterschied zwischen (nichtklinischen) Panikattacken und der Entwicklung einer Panikstörung liegt nach Neudeck (2005) darin, dass sich Menschen mit einer Panikstörung Sorgen über das Auftreten weiterer Panikattacken oder über die Bedeutung der Attacke oder ihre Konsequenzen machen, oder deutliche Verhaltensänderungen infolge der Attacken zeigen. Darüber hinaus unterscheidet sich die Panikstörung von anderen Störungen mit Panikattacken dadurch, dass Panikattacken scheinbar ohne Auslösereize, unerwartet, „out of the blue“ auftreten.

Zur Diagnose einer Panikstörung F41.0 (oder auch episodisch paroxysmale Angst) müssen nach ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2010) folgende Kriterien erfüllt sein:

Das Auftreten mehrerer schwerer vegetativer Angstattacken, die innerhalb des Zeitraumes von einem Monat aufgetreten sind

1. In Situationen, in denen keine objektive Gefahr besteht;
2. Wenn die Angstanfälle nicht auf bekannte oder vorhersagbare Situationen begrenzt sind;
3. Zwischen den Attacken müssen weitgehend angstfreie Zeiträume liegen (Erwartungsangst ist jedoch häufig).

Im DSM-IV ist eine Panikstörung ohne Agoraphobie 300.01 wie folgt definiert:

A. Sowohl (1) als auch (2):

1. Wiederkehrende unerwartete Panikattacken;
2. Bei mindestens einer der Attacken folgt mindestens ein Monat mit mindestens einem der nachfolgend genannten Symptome:
  - a) Anhaltende Besorgnis über das Auftreten weiterer Panikattacken,
  - b) Sorgen über die Bedeutung der Attacke oder ihre Konsequenzen (z.B. die Kontrolle zu verlieren, einen Herzinfarkt zu erleiden, verrückt zu werden),
  - c) Deutliche Verhaltensänderungen infolge der Attacken.

B. Es liegt keine Agoraphobie vor.

C. Die Panikattacken gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hyperthyreose) zurück.

D. Die Panikattacken werden nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt, wie z.B. soziale Phobie, spezifische Phobie, Zwangsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung oder Störungen mit Trennungsangst.

Die Diagnose einer Panikstörung mit Agoraphobie 300.21 unterscheidet sich nur insofern, als Kriterium B formuliert ist, dass eine Agoraphobie vorliegt.

### **3.1.3 Agoraphobie**

Agoraphobie und Panikstörung treten häufig gemeinsam auf. Bei Agoraphobie handelt es sich um ein generelles phobisches Syndrom, bei dem verschiedene phobische Ängste gemeinsam vorkommen (Schmidt-Traub, 2008).

Viele Menschen mit einer Panikstörung entwickeln im Verlauf ihres Lebens Vermeidungsverhalten, da sie Plätze vermeiden, in denen beim Auftreten einer Panikattacke die Flucht schwierig oder peinlich wäre, oder an denen schon einmal eine Panikattacke aufgetreten ist. Dieses Vermeidungsverhalten kann stark umgrenzt sein oder sich breit generalisieren, so dass die Betroffenen das Haus nicht mehr verlassen. Manche Betroffene ertragen die Situation unter starker Angst, dies tritt jedoch selten auf. Typische Situationen sind Kaufhäuser,

Kinos, öffentliche Verkehrsmittel. Bei den meisten Patienten verringert die Begleitung durch eine andere Person oder das Mitführen von Gegenständen die Angst, da dies Sicherheitssignale aussendet (Schneider & Margraf, 1998). Aufgrund der Generalisierung der Angst bei Vermeidungsverhalten ist die Störung stark von Chronifizierung betroffen und führt möglicherweise zu einer starken Beeinflussung der Lebensführung (Schmidt-Traub, 2008).

Agoraphobie ohne Panikstörung oder Panikattacken in der Vorgeschichte ist nach Schmidt-Traub (2008) extrem selten, meist kann bei genauer Exploration mindestens ein Panikanfall identifiziert werden. Weiterhin ist nach White und Barlow (2002) bei Panikstörung so gut wie immer eine leichte Form der Agoraphobie vorhanden.

Nach ICD-10 ist eine Agoraphobie ohne Panikstörung F40.00 eine zusammenhängende und sich häufig überschneidende Gruppe von Phobien, die besonders einschränkend ist. Zur Diagnose müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

1. Die psychischen und vegetativen Symptome müssen primäre Manifestationen der Angst sein und nicht auf andere Symptome wie Wahn- oder Zwangsgedanken beruhen.
2. Die Angst muss in mindestens zwei der folgenden umschriebenen Situationen auftreten: in Menschenmengen, auf öffentlichen Plätzen, bei Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause oder bei Reisen allein.
3. Vermeidung der phobischen Situation muss ein entscheidendes Symptom sein oder gewesen sein.

Agoraphobie ist im DSM-IV definiert als

- A. Angst, an Orten zu sein, von denen eine Flucht schwierig (oder peinlich) sein könnte oder wo im Fall einer unerwarteten oder durch die Situation begünstigten Panikattacke oder panikartiger Symptome Hilfe nicht erreichbar sein könnte. Agoraphobische Ängste beziehen sich typischerweise auf charakteristische Muster von Situationen: z.B. alleine außer Haus zu sein, in

einer Menschenmenge zu sein, in einer Schlange zu stehen, auf einer Brücke zu sein, Reisen im Bus, Zug oder Auto.

- B. Die Situationen werden vermieden oder sie werden nur mit deutlichem Unbehagen oder mit Angst vor dem Auftreten einer Panikattacke oder panikähnlicher Symptome durchgestanden bzw. können nur in Begleitung aufgesucht werden.
- C. Die Angst oder das phobische Vermeidungsverhalten werden nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt, wie z.B. soziale Phobie, spezifische Phobie, Zwangsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung oder Störungen mit Trennungsangst.

Die Kriterien einer Agoraphobie ohne Panikstörung 300.22 sind:

- A. Es liegt eine Agoraphobie vor, die sich auf die Angst vor dem Auftreten panikähnlicher Symptome bezieht (z.B. Benommenheit oder Durchfall).
- B. Die Kriterien einer Panikstörung waren nie erfüllt.
- C. Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.
- D. Falls ein medizinischer Krankheitsfaktor vorliegt, so ist die unter Kriterium A beschriebene Angst deutlich ausgeprägter, als dies normalerweise bei diesem Krankheitsfaktor zu erwarten wäre.

Agoraphobie kann nach ICD-10 sowohl alleine (Agoraphobie ohne Panikstörung F40.00) als auch in Kombination mit einer Panikstörung auftreten (Agoraphobie mit Panikstörung F40.01). Weiterhin ist auch die alleinige Diagnose einer Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) F41.0 möglich. Nach DSM-IV kann im Gegensatz zu ICD-10 zwischen einer Panikstörung ohne Agoraphobie 300.01, einer Panikstörung mit Agoraphobie 300.21 und einer Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte 300.22 unterschieden werden. Es liegen gesonderte Definitionskriterien für Panikattacken und Agoraphobie vor, wobei Panikattacken keine codierbare Störungen umfassen. Die Priorität der Diagnose liegt im DSM-IV also bei der Panikstörung, im ICD-10 hingegen bei der Agoraphobie.

Da beide Störungen also häufig komorbide auftreten und deutliche Überschneidungen bestehen, wird im Folgenden von Panikstörung und Agoraphobie gesprochen, wenn dies in der Literatur nicht explizit unterschieden wird, wobei sowohl die reine Diagnose einer Panikstörung und einer Agoraphobie gemeint ist als auch das komorbide Auftreten.

### 3.1.4 Differentialdiagnostik

Bei differentialdiagnostischen Überlegungen ist zunächst die Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen entscheidend, bei denen Panikattacken auftreten können. Es werden daher die definierenden Kriterien zur Unterscheidung genannt (im Folgenden nach Schneider und Margraf, 1998).

Die soziale Phobie ist gekennzeichnet durch die Angst vor Bewertung, Peinlichkeit oder Blamage und nicht durch Angst vor dem Vorliegen einer körperlichen oder geistigen Katastrophe, auch wenn dies in der Praxis nicht immer eindeutig zu unterscheiden ist. Bei der spezifischen Phobie stehen die Aspekte der gefürchteten Situation im Vordergrund, bei agoraphobischen Ängsten hingegen die Furcht vor Panik und ihren Folgen. Weiterhin gibt es typische Auslösesituationen für spezifische Phobien die dem Gegenstand der Phobie entsprechen, wie z.B. Tiere, Höhen, Anblick von Blut oder Verletzung. Bei der posttraumatischen Belastungsstörung wird Angst durch Reize ausgelöst, die an das Trauma erinnern. Bei Zwangsstörungen steht Angst vor der Konfrontation mit dem Zwangsobjekt im Mittelpunkt.

Hypochondrie unterscheidet sich durch die Furcht oder Überzeugung, an einer schweren körperlichen Krankheit zu leiden. Bei der Somatisierungsstörung steht die Beschäftigung mit multiplen körperlichen Symptomen im Mittelpunkt. Bei beiden Störungsbildern treten Körpersymptome jedoch nicht abrupt und anfallweise auf.

Weiterhin kann es auch bei anderen psychischen Störungen zur Einschränkung des Aktionsradius wie bei der Agoraphobie kommen, bei Depression ist die Ursache hierfür jedoch meist Überforderung.

Darüber hinaus können Panikattacken nach Heinrichs, Alpers und Gerlach (2009) auch verursacht sein durch körperliche Erkrankungen (Herz-Kreislauf-

Erkrankungen wie paroxysmaler Arrhythmie, Atemwegserkrankungen wie Lungenembolien, endokrinologische Erkrankungen wie Hyperthyreose, andere internistische Erkrankungen wie Anämie und neurologische Störungen wie Hirntumore) sowie verschiedene psychoaktive Substanzen (wie Amphetamine, Schilddrüsenpräparate, Koffein oder illegale Drogen wie Kokain). Aus diesem Grund ist eine organische Differentialdiagnose wichtig, wobei auch nach DSM-IV eine „Angststörung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors mit Panikattacken“ diagnostiziert werden kann. Dieses Störungsbild wird jedoch in der vorliegenden Arbeit nicht untersucht.

## **3.2 Epidemiologie**

Nach diagnostischen und differentialdiagnostischen Überlegungen sollen als nächstes Daten zur Epidemiologie dargestellt werden. Hierbei folgen auf die Darstellung von Daten zur Prävalenz Ausführungen zu komorbiden Störungen sowie Verlauf und Prognose der Störungsbilder.

### **3.2.1 Prävalenz**

Angststörungen sind allgemein häufige Störungsbilder, ebenso wie Panikstörung und Agoraphobie im Speziellen. Die Schätzungen für die Prävalenz sind abhängig von der Methodik sowie den angewandten Diagnosekriterien (ICD-9 bis ICD-10, DSM-III bzw. DSM-III-R bis DSM-IV). Daraus sind Unterschiede in den dargestellten Untersuchungen zu erklären.

Nach dem Bundesgesundheitsurvey besteht eine kombinierte Lebenszeitprävalenz von 3.9 % für Panikstörung mit und ohne Agoraphobie (Jacobi et al., 2004) (Männer 2.2 %, Frauen 5.5 %).

In der TACOS-Studie (Meyer, Rumpf, Hapke, Dilling & John, 1998) findet sich eine Aufschlüsselung nach Geschlecht und Störungsbildern: Hierbei fand sich die höchste Lebenszeitprävalenz für Panikstörung mit Agoraphobie mit 1.3 % (Männer 0.6 %. Frauen 2.0 %), gefolgt von Agoraphobie ohne Panikstörung mit 1.1 % (Männer 0.6 %. Frauen 1.5 %) sowie Panikstörung ohne Agoraphobie mit 0.9 % (Männer 0.7 %. Frauen 1.2 %).

Kessler et al. (2006) fanden in der National Comorbidity Survey Replication in den USA Lebenszeitprävalenzen von 22.7 % für Panikattacken, 0.8 % für Panikattacken und Agoraphobie, 3.7 % für reine Panikstörung und 1.1 % für Panikstörung mit Agoraphobie.

Weissman et al. (1997) konnten zeigen, dass die Prävalenz in 10 Ländern zwischen 1.4 % und 2.9 % für Panikstörung lag; die einzige Ausnahme war dabei Taiwan, wo die Prävalenz für alle psychischen Störungen außergewöhnlich niedrig lag.

Zusammenfassend liegt die Lebenszeitprävalenz vermutlich weltweit in einem Bereich zwischen 1.4 % und 2.9 %, in Deutschland in einem Bereich zwischen 1 % und 6 %. Dies zeigt, dass es sich um ein häufiges Störungsbild handelt.

### **3.2.2 Komorbidität**

Es finden sich bei Panikstörung und/oder Agoraphobie hohe Komorbiditätsraten, wobei nach Jacobi et al. (2004) nur 11.7 % der Betroffenen keine zusätzliche Diagnose erhalten, bei 49.0 % finden sich sogar drei oder mehr Diagnosen. Auch Wittchen (1991) fand in einer Nachuntersuchung einer bevölkerungsrepräsentativen Untersuchung in der BRD Komorbiditäten mit affektiven Störungen und anderen Angststörungen sowie mit Missbrauch/Abhängigkeit von Medikamenten/Alkohol oder auch illegalen Drogen (was meist als missverstandener Behandlungsversuch verstanden wird). Schmidt-Traub (2008) führt darüber hinaus noch die somatoformen Störungen als häufig komorbide auftretende Störung auf. Eine aktuell noch nicht geklärte Frage ist die Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen (White & Barlow, 2002).

Auch Kessler et al. (2006) zeigten hohe Komorbiditätsraten, wobei diese bei reinen Panikattacken am niedrigsten waren und am höchsten bei Panikstörung mit Agoraphobie. Dies verdeutlicht den hohen Leidensdruck, unter dem Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie vermutlich leiden.

### 3.2.3 Verlauf und Alter zu Erkrankungsbeginn

Der Beginn der Störung liegt nach Wittchen (1991) meist zwischen 25 und 35 Jahren, im Alter von 40 Jahren erfüllen bereits 75 % der Patienten mit Angststörungen die relevanten Diagnosekriterien. Eaton, Kessler, Wittchen und Magee (1994) fanden hingegen in den USA eine bimodale Verteilung der Ersterkrankungskurve mit einer frühen Erkrankung zwischen 15 und 24 Jahren sowie einem späten Beginn zwischen 45 und 55 Jahren.

Der Verlauf ist meist gekennzeichnet durch starke Fluktuationen mit kurz- und langfristigen Verbesserungen und Verschlechterungen der Symptomatik. In der Nachuntersuchung einer bevölkerungsrepräsentativen Untersuchung trat nach Wittchen (1991) eine Spontanremission nur in 14 % der Fälle mit Panikstörung und bei 19 % der Patienten mit Agoraphobien auf. Dies betont die dringende Therapiebedürftigkeit der häufig chronisch verlaufenden Störung.

Dies wird auch durch die Befunde von Massion, Warshaw und Keller (1993) unterstützt: In einer Stichprobe von 357 psychiatrischen Patienten mit Panikstörung und/oder Agoraphobie und/oder Generalisierte Angststörung berichteten 71 % der Patienten von eingeschränkter emotionaler Gesundheit, ein Drittel erhielt öffentliche Unterstützung, nur die Hälfte arbeitete Vollzeit und 9 % berichteten von früheren Suizidversuche.

Weiterhin besteht nach Noyes (1991) ein erhöhtes Risiko für Suizidversuche oder vollzogenen Suizid bei schwerer erkrankten Patienten mit komorbider Depression und Substanzmissbrauch. Auch komorbide Persönlichkeitsstörungen können das Risiko erhöhen (Friedman, Jones, Chernen, & Barlow, 1992).

Die Betroffenen zeigen starke psychosoziale Beeinträchtigungen und ein starkes Inanspruchnahmeverhalten des Gesundheitssystems (Schneider & Margraf, 1998). Nach Jacobi et al. (2004) unternehmen 75.4 % der deutschen Bevölkerung mit der Diagnose einer Panikstörung mindestens einen Behandlungsversuch oder bekamen eine Empfehlung durch einen Arzt. Weiterhin nennen sie Panikstörung im Rahmen ihrer Studie als die am häufigsten behandelte Störung, d.h. Personen in Deutschland, die diese Diagnose erhalten, waren mit der höchsten Wahrscheinlichkeit schon einmal in Behandlung oder diese war empfohlen.

Angststörungen insgesamt und Panikstörungen im Besonderen führen auch zu stark erhöhten Kosten: Greenberg et al. (1999) berechneten Kosten in den USA in den 90er Jahren von 1542 Dollar pro Betroffener, wobei 54 % auf nicht-psychiatrische Medikamentenkosten zurückgingen, 31 % auf psychiatrische Behandlungskosten. 256 Dollar sind pro betroffenen Arbeiter Kosten am Arbeitsplatz, wobei 88 % davon Kosten wegen verlorener Produktivität aufgrund von Abwesenheit waren. Patienten mit Panikstörung nahmen am meisten Behandlungsangebote in Anspruch. Aufgrund der Unterschiede im Gesundheitswesen und der sozialen Sicherungssysteme sind in Deutschland tendenziell höhere Kosten pro Betroffenen zu erwarten.

Zusammenfassend handelt es sich um ein häufiges Störungsbild, das mit einer hohen Komorbiditätsrate, unbehandelt mit einer schlechten Prognose und hohen Kosten verbunden ist. Dies verdeutlicht, wie wichtig die Erforschung von Faktoren ist, die einen Einfluss auf die Wirksamkeit der Behandlung nehmen können.

### **3.3 Ätiologie**

Nach der Darstellung der Epidemiologie werden kurz relevante Überlegungen zur Ätiologie zusammengefasst. Hierbei werden prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren unterschieden.

#### **3.3.1 Prädisponierende Faktoren**

Allgemein bestehen prädisponierende genetische, allgemeine biologische sowie psychologische Faktoren. Von Kendler, Neale, Kessler, Heath und Eaves (1992) wurde hierbei ein Modell entwickelt nach dem sowohl genetische als auch Umweltfaktoren verantwortlich sind für die Entwicklung von Phobien. Agoraphobien entstehen demnach aus einer Kombination von einem etwas stärkeren genetischen Einfluss und unspezifischen Umweltfaktoren.

Aufgrund der familiären Häufung von Panikstörungen (Biedermann et al., 2001) werden erbliche Komponenten der Panikstörung im Sinne einer Vulnerabilität

vermutet. Hierbei gibt es Hinweise auf die Kombination einer spezifischen erblichen Tendenz zu Panikattacken sowie einer allgemeinen genetischen Veranlagung zu negativer Emotionalität (White & Barlow, 2002). Eine mögliche allgemeine Komponente ist die Temperamentsvariable „Behavioral Inhibition“, die Tendenz, auf neue Reize mit Rückzug zu reagieren und Unterstützung zu suchen (Barlow, 2002).

Darüber hinaus bestehen weitere Faktoren im Sinne einer biologischen Prädisposition: Betroffene mit Angststörungen sind schneller konditionierbar und die Reaktionen werden auch langsamer gelöscht als bei Kontrollpersonen (Barlow, 2002).

Als weiterer prädisponierender Faktor ist die Angstsensitivität, d.h. die Tendenz, körperliche Veränderungen genau zu beobachten und als bedrohlich zu bewerten, anzunehmen (Reiss & McNally, 1985). In verschiedenen Studien zeigte sich, dass Angstsensitivität die Entwicklung späterer Panikattacken vorhersagen kann (z.B. Plehn & Peterson, 2002). Diese Unterschiede können sowohl durch genetische Faktoren (Stein, Jang & Livesley, 1999) als auch als Folge von Lernerfahrungen entstehen (Angstsensitivität als „Narbe“ bedingt durch Stresserfahrungen, z.B. Schmidt, Lerew & Joiner, 2000). Passend dazu scheinen Panik- und Agoraphobepatienten allgemein einen Aufmerksamkeits- und Gedächtnisbias für bedrohliche Informationen zu haben (Becker, Roth, Andrich & Margraf, 1999). Auch Untersuchungen zum Modelllernen sind hierzu passend, z.B. die Befunde von Schneider, Unnewehr, Florin und Margraf (2002), dass Kinder von Panikpatienten Paniksymptome an einem Modell als bedrohlicher wahrnehmen.

Weiterhin erleben Panik- und Agoraphobepatienten die stärkste Zunahme der Symptomatik unter Stress. Dennoch zeigen empirische Untersuchungen (z.B. Hoehn-Saric, McLeod, Funderburk, & Kowalski, 2004) dass ihre physiologische Reaktion unter Stress vergleichbar ist zu Patienten mit generalisierter Angststörung oder Kontrollpersonen; allerdings scheint eine geringere Flexibilität der physiologischen Reaktionsbereitschaft aufzutreten, was die Autoren mit dysfunktionaler Informationsverarbeitung erklären.

Weitere prädisponierende Faktoren, die bei Patienten mit Panikstörung in der Kindheit gefunden wurden, waren Verlusterlebnisse (z.B. Scheidung der Eltern),

Psychopathologie der Eltern wie mütterliche Depression, traumatische Erlebnisse wie Vergewaltigung sowie andere belastende Erlebnisse (Kessler, Davis, & Kendler, 1997). Diese waren mit dem Auftreten, aber nicht mit dem Verlauf von Panikstörung verknüpft, wurden retrospektiv berichtet und sind nicht spezifisch für Angststörungen, sondern traten auch bei anderen Störungsbildern wie Depressionen auf. Es ist ein klarer Hinweis, dass auch Lebensereignisse eine prädisponierende Funktion darstellen können, auch wenn dies nicht spezifisch für Panikstörungen ist.

Zusammenfassend muss also von einer multifaktoriellen Prädisposition ausgegangen werden, bei der genetische, biologische und psychologische Faktoren Einfluss nehmen.

### **3.3.2 Auslösende Faktoren**

Auch zu auslösenden Faktoren wurden mehrere Modelle entworfen, bei denen die Entstehung von Panikattacken, einer Panikstörung sowie von Agoraphobie unterschieden wird.

Die Entstehung von Panikattacken wird von Clark (1988) durch ein psychologisches Modell erklärt (siehe auch psychophysiologisches Modell der Panik nach Ehlers & Margraf, 1989). Panikattacken entstehen, da Betroffene dazu neigen, ihre Wahrnehmung auf physische Abläufe zu richten. So nehmen sie z.B. ihre Herzfrequenz sensibler wahr. Sie missinterpretierten darüber hinaus leichte Symptome der Aufgeregtheit und der erhöhten Anspannung (z.B. erhöhte Herzschlagfrequenz oder Schwitzen) für höchst gefährlich. Dadurch wird die Angst immer intensiver und in Folge verstärken sich die Angstsymptome. Hierdurch wird wiederum die Fehlinterpretation bestätigt, dass Angstsymptome gefährlich sind, der Teufelskreis schaukelt sich immer weiter auf. Als Auslöser für den Kreislauf sind internale oder externale Reize möglich. Im Falle von Panikattacken, die ganz plötzlich „out of the blue“ kommen, nimmt das Modell an, dass auslösende Reize vom Patienten selbst nicht wahrgenommen werden und daher die Panikattacken scheinbar ohne Auslöser auftreten (graphische Darstellung des Modells siehe Abbildung 3-1).

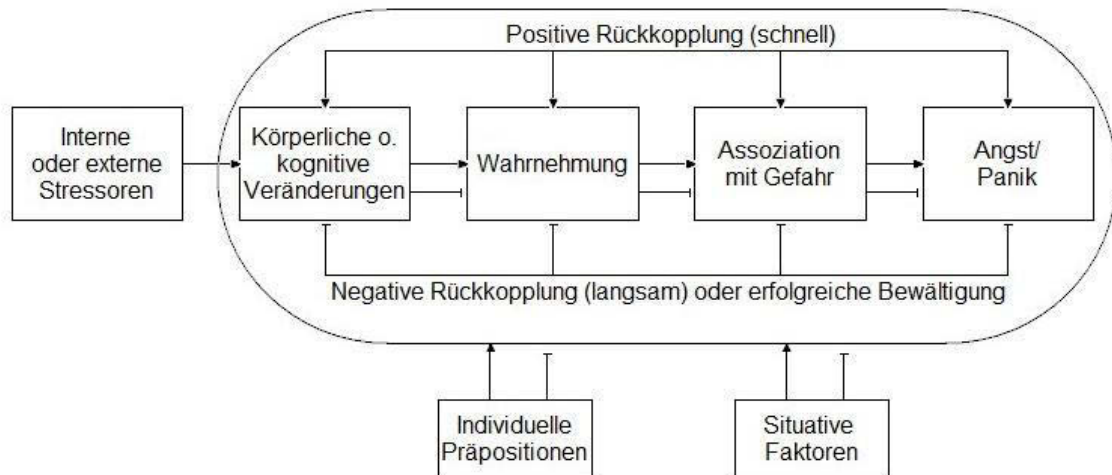


Abbildung 3-1: Psychophysiologisches Modell der Panikattacken, aus Margraf und Schneider (1989)

Die Entstehung einer Panikstörung erklärt Clark (1988) damit, dass nach einer ersten Panikattacke keine adäquate Erklärung für die körperlichen Empfindungen vorhanden ist und daher der Patient diese als gefährlich wahrnimmt. Daher werden zukünftige körperliche Vorgänge missinterpretiert. Weiterhin führt die traumatisierende Wirkung des initialen Panikanfalls zu einer anhaltenden Furcht vor einem erneuten Angstanfall (Schmidt-Traub, 2008). Als beteiligte Konditionierungsprozesse bei der Entstehung einer Panikstörung wird angenommen, dass bei einer Panikattacke interozeptive und exterozeptive Reize mit Angst bzw. Panik verknüpft werden im Sinne einer klassischen Konditionierung (Bouton, Mineka & Barlow, 2001).

Als ein weiterer wichtiger Auslöser werden Lebensereignisse angesehen. So fanden z.B. Faravelli und Paranti (1989), dass Personen mit Panikstörung im Jahr vor dem Beginn der Störung signifikant mehr kritischen Lebensereignissen ausgesetzt waren als psychisch gesunde Personen. Dieser Zusammenhang ist jedoch nicht spezifisch für die Panikstörung. Auch als akute Auslöser für initiale Panikattacken wird Stress diskutiert, häufig nehmen Betroffene diesen Zusammenhang jedoch nicht wahr (Barlow, 2002).

Grundlegendes Erklärungsmodell für die Entstehung von Agoraphobie ist das Zwei-Faktoren-Modell von Mowrer (1960). Danach werden ursprünglich neutrale Reize aufgrund eines traumatischen Erlebnisses mit Angst verknüpft

(klassische Konditionierung), die darauf folgende Vermeidung der Reize verstärkt diese Verknüpfung noch (operante Konditionierung). Da dieses Erklärungsmodell die Entstehung von Phobien nicht ausreichend erklärte (Gründe sind, dass häufig traumatische Ereignisse als Auslöser fehlen und die fehlende Äquipotentialität der Reize), entwarfen Goldstein und Chambless (1978) eine Reanalyse zur Ätiologie der Agoraphobie. Sie unterschieden hierbei zwischen zwei Formen der Agoraphobie: Der selteneren „einfachen“ und der häufigeren „komplexen“ Form. Bei der einfachen Agoraphobie nahmen sie an, dass die Patienten die phobische Situation an sich fürchteten, als Auslöser waren in der Regel traumatische Erfahrungen mit der gefürchteten Situation zu finden. Bei der komplexen Agoraphobie fürchten die Patienten vor allem die Konsequenzen der Angst, kennzeichnend ist also die „Angst vor der Angst“. Dieses Konzept wurde gut empirisch bestätigt und hat weiterhin Bestand. Das Zwei-Faktoren-Modell wird, trotz der beschriebenen Schwierigkeiten, weiterhin als Erklärungsmodell für die Ableitung von Reizkonfrontation als Interventionsmethode genutzt. Weiterhin beeinflussen die situativen Bedingungen bei der ersten Panikattacke die Entwicklung einer Agoraphobie; diese entwickelt sich eher, wenn die erste Panikattacke außerhalb des Hauses stattfindet, beim Auftreten zu Hause entwickelt sich eher keine Agoraphobie (Sartory, 2005).

White und Barlow (2002) fassen die Befunde zur Entstehung von Panikstörung und Agoraphobie folgendermaßen zusammen:

- Manche Individuen sind empfänglich für Stress, der durch negative Lebensereignisse produziert wird.
- Grund dafür sind konstitutionelle Faktoren, geringe soziale Unterstützung und/oder eine Kombination von Persönlichkeit und kognitiven Dispositionen.
- Individuen reagieren auf negative Lebensereignisse so, wie sie auf physische Bedrohungen reagieren würden.
- Stressreaktionen des Körpers wirken als Mediator, daher wird kein Zusammenhang zum negativen Lebensereignis hergestellt, sondern die Reaktion mit den Körperempfindungen verknüpft.
- Angst und Panik tritt auf, noch keine klinisch relevante Störung.

- Wenn die Betroffenen früh im Leben gelernt haben, dass unerklärliche Körperempfindungen gefährlich sind, richten sie die ängstliche Erwartung auf Körperempfindungen.
- Abhängig von kulturellen, sozialen und Erfahrungsfaktoren und der Anwesenheit von Sicherheitssignalen entwickelt sich mehr oder weniger ausgeprägtes Vermeidungsverhalten: Entwicklung einer reinen Panikstörung oder Panikstörung mit Agoraphobie.

Allgemein kann das Auftreten einer Störung als Auslöser für die Entwicklung der anderen Störung dienen. Entgegen früherer Ansichten begünstigt dabei nicht nur die Panikstörung das nachfolgende Auftreten einer Agoraphobie, da vieles aufgrund der Befürchtung des Auftretens von Panikattacken vermieden wird, sondern auch das Auftreten einer Agoraphobie die Entwicklung einer Panikstörung (Heinrichs et al., 2009).

### **3.3.3 Aufrechterhaltende Faktoren**

Abschließend sollen aufrechterhaltende Faktoren betrachtet werden, da diese insbesondere für die Behandlungsplanung wichtig sind. Insgesamt überschneiden sich auslösende und aufrechterhaltende Faktoren etwas, wichtige Faktoren sollen jedoch ausdrücklich an beiden Stellen dargestellt werden. Weiterhin gehen bei den Störungsbildern auslösende und aufrechterhaltende Faktoren schnell ineinander über.

Auch für die Aufrechterhaltung der Panikstörung wird der Angstsensitivität eine wichtige Rolle zugeschrieben, da sie beeinflusst, inwieweit Personen nach einem Panikanfall Angst vor weiteren Panikanfällen bekommen. Daher ist Angstsensitivität auch als Risikofaktor für die Entwicklung einer Agoraphobie anzusehen. Amering et al. (1997) konnten z.B. zeigen, dass erlebte Peinlichkeit beim ersten Angstanfall die Ausbildung einer Agoraphobie wahrscheinlicher macht.

Darüber hinaus spielt auch für die Aufrechterhaltung der Störung die Erwartungsangst eine wichtige Rolle: Aufgrund der Erwartungsangst werden bestimmte Situationen vermieden und die Angst somit aufrechterhalten. Margraf und Ehlers (1991) konnten zeigen, dass die Stärke der Erwartungsangst bei

Patienten mit Panikstörung und Patienten mit schwerer Agoraphobie die Reaktion auf einen biologischen Stimulus bestimmte (Hyperventilation), nicht die Stärke der Hyperventilation.

Darüber hinaus werden Ängste durch den Gebrauch von Sicherheitssignalen aufrechterhalten (Rachman, 1984). Diese führen Betroffene mit Agoraphobie mit sich, um das Gefühl von Sicherheit zu verstärken.

Zusammenfassend sind für die Behandlungsplanung insbesondere Erwartungsangst und Sicherheitssignale wichtig, da sie in einer fachgerechten Behandlung möglichst reduziert werden sollten.

### **3.4 Behandlung**

Nach der Darstellung von ätiologischen Faktoren soll im Folgenden die Behandlung der Panikstörung und Agoraphobie vorgestellt werden. Es werden ausschließlich psychotherapeutische Verfahren dargestellt. Die Wirksamkeit pharmakologischer Verfahren ist nicht Gegenstand der vorliegenden Studie, weiterhin würde die Darstellung dieses Themas den vorhandenen Rahmen sprengen. Es werden wiederum ausschließlich Ergebnisse zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung beschrieben.

#### **3.4.1 Kognitive Verhaltenstherapie bei Panikstörung und/oder Agoraphobie**

Im deutschsprachigen Sprachraum liegen manualisierte Behandlungen von Margraf und Schneider (1989) sowie Schneider und Margraf (1998) und von Schmidt-Traub (2008) vor. Margraf und Schneider kombinieren dabei nach Neudeck (2005) die Panic Control Therapy nach Barlow (z.B. White & Barlow, 2002) und die kognitive Therapie nach Clark (z.B. Clark, 1986). Zusammenfassend sind nach Heinrichs et al. (2009) bei den beschriebenen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen zur Behandlung von Panikstörung und Agoraphobie folgende Bausteine enthalten:

### Diagnostik

Wie in der Verhaltenstherapie allgemein üblich wird zu Therapiebeginn Diagnostik mit Hilfe von Problemanalysen, klinischen Fragebögen sowie Tagebüchern zur Selbstbeobachtung durchgeführt. Weiterhin werden horizontale und vertikale Verhaltensanalysen durchgeführt. Hierbei ist nach Schneider und Margraf (1998) eine Konfrontationsbehandlung unabhängig von der Verhaltensanalyse das Mittel der Wahl; diese dient primär der Feststellung der Besonderheiten der angstauslösenden Situation. Weiterhin wird bei Anzeichen auf Hyperventilation beim Panikanfall ein Hyperventilationstest durchgeführt sowie allgemeine Symptominduktionstests zur Identifikation von Auslösern und Symptomen der Panikattacken.

### Psychoedukation

Psychoedukation ist ein weiterer wichtiger Baustein zu Therapiebeginn. Hierbei werden neben allgemeinen Informationen zur Angst die Grundlagen des psychophysiologischen Modells der Panikstörung mit und ohne Agoraphobie vermittelt, einerseits das „Teufelskreismodell der Angst“ (siehe Abbildung 3-2), bei dem der Zusammenhang zwischen Wahrnehmungsprozessen und der Interpretation körperlicher Angstsymptome erklärt wird sowie das „Stressmodell“, dessen Inhalt die veränderte Wahrnehmungsschwelle körperlicher Symptomatik ist. Dies wird auf individuelle Symptome, Verhaltensweisen und Befürchtungen des Patienten zugeschnitten und es wird das therapeutische Rational abgeleitet. Ein weiterer Inhalt können auch Angstkurven zum Verlauf der Angst bei Vermeidung und Exposition oder Gedankenexperimente zum Verlauf der Angst sein. Gemeinsam wird ein individuelles Genese-Modell erarbeitet.

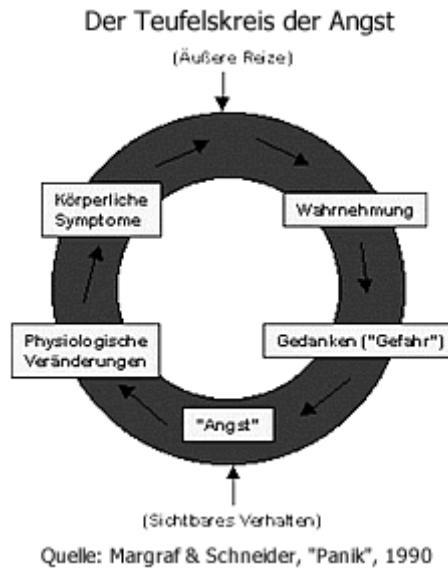


Abbildung 3-2: Teufelskreis der Angst, aus Margraf und Schneider (1990)

### Kognitive Therapie

Ein weiterer wichtiger Baustein ist kognitive Therapie. Gegenstand sind dabei Fehlinterpretationen von eigentlich harmlosen körperlichen Symptomen, was eine Besonderheit in der Informationsverarbeitung von Panikpatienten darstellt (siehe Abschnitt zur Ätiologie). Diese sind Gegenstand von kognitiven Interventionen sowie Verhaltenstests zur Überprüfung und Korrektur von Fehlinterpretationen. Die Patienten lernen, sich selbst positiv zu instruieren, weiterhin können auch Vorstellungsbildungen zum Entkatastrophisieren durchgeführt werden.

### Interozeptive Exposition

Aufgrund der Konditionierung von körperlichen Symptomen mit der Furchtreaktion, die nach dem lerntheoretischen Modell der Panikstörung während einer (initialen) Panikattacke geschieht, werden bei interozeptiver Exposition die körperlichen Symptome ohne Vermeidung provoziert und so eine Extinktion und Habituation an die Körpersymptome angestrebt. Die Betroffenen sollen lernen, dass diese nicht gefährlich sind. Beispiele sind z.B. Hyperventilation oder schnelles Treppenlaufen. Eine weitere Folge dieses Lernprozesses ist auch die Korrektur der Fehlinterpretationen.

### In-vivo Exposition

Weiterhin sollte zur Reduktion von Vermeidungsverhalten gegenüber verschiedenen Situationen in-vivo Exposition durchgeführt werden. Dies bedeutet, dass die Patienten in einer angstauslösenden Situation bleiben, bis eine Reduktion der Angst stattgefunden hat. Hierbei ist nicht die vollständige Angstreduktion notwendig, sondern die Wahrnehmung der Angstreduktion durch den Patienten. Es wird ein graduelles und massiertes Vorgehen unterschieden. Die Übungen sollten möglichst bald im Selbstmanagement durchgeführt werden, Patienten werden für die Durchführung dieser Übungen verstärkt.

Grundsätzliche Kontraindikationen gegen eine Reizkonfrontation sind dabei nach Neudeck (2005) psychotische Symptome (gegenwärtig oder in der Vorgeschichte) sowie Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. Als Wirkfaktoren der Reizkonfrontation werden einerseits Habituation und Extinktion (Marks, 1987) diskutiert, andererseits auch die Modifikation semantischer Netzwerke (Foa & Kozak, 1986).

### Angstbewältigung

Ein alternativer Ansatz zur Behandlung der Ängste ist das Konzept der Angstbewältigung, das nach Sartory (2005) im Kontrast zur Konfrontationsbehandlung darauf ausgelegt ist, Fertigkeiten zu vermitteln, um zu lernen, Paniksymptome selbst zu lindern oder zu kontrollieren. Dazu werden z.B. Entspannungsübungen, Atemübungen oder pulssenkende Strategien wie Valsalva bei Herzrasen eingeübt. Ziel ist dabei, dass durch die Erfahrung der Kontrolle über interozeptive Reize, die Panik auslösen, die Angst gesenkt wird.

### Angewandte Entspannung, Entspannungsverfahren und Sport

Auch Entspannungsverfahren und Sport sind häufige Therapiebausteine. Bei Entspannungsverfahren wird meist die progressive Muskelrelaxation verwendet. Ein weiterer eigenständiger Ansatz ist die angewandte Entspannung nach Öst (1988). Dabei lernen Patienten, die ersten Signale der Angst zu identifizieren und sie anschließend zu bewältigen, statt sich von ihr überwältigen zu lassen.

Nach einer Phase der Selbstbeobachtung lernen sie progressive Muskelentspannung. Danach üben sie, sich auf das Kommando „Relax“ hin zu entspannen und dies bei den ersten Anzeichen einer Panikattacke angewandte Entspannung anzuwenden bevor sich die Attacke komplett ausgebildet hat.

Woody und Ollendick (2006) untersuchten Empirically Supported Treatments (EST) für Angststörungen, also Behandlungen, bei denen die Wirksamkeit in kontrollierter Forschung mit einer beschriebenen Population nachgewiesen wurde (Chambless & Hollon, 1998). Hierbei fassten sie als Gemeinsamkeiten der unterschiedlichen Behandlungsansätze folgende Interventionen zusammen: Auf der kognitiven Ebene: Das Anzweifeln falscher Vorstellungen durch Diskussion und in Frage stellen der Beweise sowie die Durchführung von Verhaltensexperimenten zu dysfunktionalen Grundannahmen. Auf der emotionalen Ebene: Die wiederholte Exposition an gefürchtete Situationen zur Reduktion der Angst. Auf der Verhaltensebene: Das Unterbinden von Vermeidung bei gefürchteten Situationen und die Verbesserung von Skills zum Bewältigen von gefürchteten Situationen (z.B. durch soziales Kompetenztraining, angewandte Entspannung oder dem Aufbau von Problemlösefertigkeiten). Sie charakterisieren ESTs als direktiv, strukturiert und handlungsorientiert, ausgerichtet auf Verhaltensänderung (weniger auf Einsicht), eine zeitbegrenzte intensive Behandlung, die Emotionen aktiviert, mit einem interpersonalen Fokus. Dies steht im Einklang mit den beschriebenen Interventionen der auf Deutsch publizierten Manuale.

### **3.4.2 Wirksamkeit und Effektivität der Behandlung**

Nachdem die unterschiedlichen Therapiebausteine dargestellt wurden, soll nun im Weiteren die Wirksamkeit der vorgestellten Therapieformen erörtert werden.

Als erste Angststörung wurde für Panikstörung und Agoraphobie eine evidenzbasierte Leitlinie durch die Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGP) herausgegeben (Heinrichs et al., 2009). Hierbei wurde nur Therapieforschung mit dem Evidenzgrad Ia herangezogen, so dass der wissenschaftlichen

Absicherung der Wirksamkeit die Priorität bei der Leitlinienerstellung eingeräumt wurde. Evidenzgrad Ia bedeutet, dass Metaanalysen über mehrere randomisierte kontrollierte Studien durchgeführt wurden. Nach Heinrichs et al. (2009) hat die kognitive Verhaltenstherapie das Evidenzniveau Ia und wird für alle drei Störungen (Agoraphobie ohne Panikstörung, Panikstörung ohne Agoraphobie, Panikstörung mit Agoraphobie) als „wirksam“ angesehen (siehe auch Clum, Clum & Surls, 1993; Chambless & Gillis, 1993; Gould, Otto & Pollack, 1995; Van Balkom et al., 1997). Weiterhin gibt es nach Heinrichs et al. (2009) Nachweise für eine langfristige Wirksamkeit der Behandlung, im Fall der Panikstörung mit Agoraphobie ist auch eine langfristige Überlegenheit gegenüber der medikamentösen Behandlung nachgewiesen. Hierbei ist kognitive Verhaltenstherapie das Verfahren, das bevorzugt für alle drei Störungsbereiche angewandt werden sollte.

In verschiedenen Metaanalysen wurden Effektstärken der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung berechnet. Diese betrug nach Gould et al. (1995) über 43 Studien mit Patienten mit Panikstörung mit/ohne Agoraphobie zwischen  $d = 0.68$  (reine kognitive Verhaltenstherapie) und  $d = 0.88$  (reiner Verhaltenstherapie und Kombination von interozeptiver Konfrontation und kognitiver Umstrukturierung). Van Balkom et al. (1997) hingegen errechneten mit 106 Studien Effektstärken von  $d = 0.79$  für Panik und  $d = 1.38$  für Agoraphobie bei Exposition in vivo sowie  $d = 1.25$  für Panik und  $d = 0.91$  für Agoraphobie bei kognitiver Verhaltenstherapie. Ruhmland und Margraf (2001) errechneten die höchsten Effektstärke bei Panikstörung mit Agoraphobie für Konfrontation in vivo ( $d = 1.64$ ) sowie bei Panikstörung ohne Agoraphobie für kognitive Verhaltenstherapie ( $d = 1.32$ ) und angewandter Entspannung ( $d = 1.12$ ).

Zusammenfassend liegen die Effektstärken im mittleren bis hohen Bereich, wobei die Werte für kognitive Verhaltenstherapie zwischen 0.68 und 1.32 liegt, für Konfrontationsverfahren schwanken sie zwischen 0.88 und 1.64.

Die Schwere der Einschränkung durch die Agoraphobie hatte dabei einen signifikanten Einfluss auf die Effektivität der Behandlung: In einer Studie von Williams und Falbo (1996) waren 94 % der Patienten mit geringer Agoraphobie

frei von Panik nach der Behandlung, jedoch nur 52 % der Patienten mit schwerer Agoraphobie. Es konnte nicht gefunden werden, dass komorbide Depression oder Persönlichkeitsstörung mit einem geringeren Therapieerfolg verknüpft sind (Emmelkamp, 2004).

### **3.4.3 Übertragbarkeit in die Praxis**

Neben der Wirksamkeit in kontrollierten Studien ist auch die Frage wichtig, ob eine Behandlungsform auch in der Versorgungsrealität effektiv ist. Für Panikstörung und Agoraphobie wurde dies in naturalistischen Studien nachgewiesen (Martinsen, Olsen, Tønset, Nyland & Aarre, 1998; Stuart, Treat & Wade, 2000). Diese Belege bestehen sowohl für ambulante (z.B. Stuart et al., 2000) als auch stationäre kognitive Verhaltenstherapie (z.B. Peikert, Wagner, Tauber, Gruber & Sobanski, 2004). Bestätigt wurde dies von van Ingen, Freiheit und Vye (2009) in einer Metaanalyse: Sie errechneten Effektstärken von  $d = 1.32$  direkt nach der Behandlung und von  $d = 1.14$  zum Follow-up bei 11 Studien mit Angstpatienten, die dem „realen“ Alltag nahe kamen.

Schwierigkeiten in der Praxis stellen die Ablehnung einer konfrontativen Behandlung durch die Patienten sowie die geringe Durchführungsquote in der Praxis dar (Schneider & Margraf, 1998), was jedoch nicht in allen Untersuchungen gefunden wird, nach Roth, Siegl, Aufdermauer und Reinecker (2004) nutzen in einer Umfrage unter niedergelassenen Psychotherapeuten 60.9 % bei Angststörungen Expositionsverfahren, nur 13.8 % geben an, keinerlei Expositionsverfahren zu nutzen.

### **3.5 Therapeutische Beziehung und Interaktion**

Nachdem zur Störungsbildung Panikstörung und Agoraphobie die diagnostischen Kriterien und epidemiologische Daten ebenso dargestellt wurden wie ätiologische Überlegungen sowie die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung und deren Wirksamkeit, soll im Weiteren die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und Interaktion erörtert werden. Allgemein gibt es im Bereich der Angststörungen derzeit primär Forschung zum Therapieerfolg und wenig Prozessforschung (Stiles & Wolfe, 2006). In vielen

Therapieerfolgsstudien wird berichtet, dass die therapeutische Beziehung ein wichtiger Faktor ist, auch wenn dies nicht explizit untersucht wurde.

Laut dem aktuellen Forschungsstand ist die therapeutische Beziehung bei kognitiven Verhaltenstherapien genauso wichtig wie in anderen Therapie-richtungen (siehe auch Ausführungen in Teil 2). Mittlerweile gehen jedoch nach Laireiter (2008) viele Vertreter der Verhaltenstherapie davon aus, dass manche spezifische Störungen die Beziehungsgestaltung stark beeinflussen bei Therapiebeginn, in der Interventionsphase und bei der Therapiebeendigung. Es sind also gewisse Gemeinsamkeiten in der Interaktion für bestimmte Störungsbilder anzunehmen.

Ausgehend von theoretischen Überlegungen werden im Weiteren aktuelle empirische Befunde vorgestellt.

### **3.5.1 Theoretische Überlegungen**

Die theoretischen Überlegungen zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung bei Panikstörung und Agoraphobie beziehen sich auf Kapitel zu Angststörungen in Überblickswerken zur therapeutischen Beziehung (Zimmer, 1983; Fiegenbaum, Freitag & Frank sowie Margraf & Schneider in Margraf & Brengelmann, 1992; Heidenreich, Junghanns-Royack & Noyon in Hermer & Röhrle, 2008) und auf Ausführungen zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung in Therapiemanualen (Schneider & Margraf, 1998) sowie allgemeinen Überblickswerken (Linden, 2008). Laut Heidenreich et al. (2008) ist bei der Gestaltung der Interaktion bei Angststörungen nicht die „Behandlung durch Beziehung“ im Vordergrund, sondern die Gestaltung des therapeutischen Arbeitsbündnisses, weil nicht davon ausgegangen wird, dass bei Angststörungen in der Regel behandlungsbedürftige Interaktionsprobleme vorliegen. Die theoretischen Überlegungen beruhen meist auf praktischen Erfahrungen und werden entsprechend des Therapieprozesses dargestellt.

Zimmer (1983) betont in seinem Beitrag spezifisch zu Phobien, der auf Panikstörung und Agoraphobie anwendbar ist, dass zu Beginn der Therapie vor einer eigentlichen Interventionsphase wichtige notwendige Voraussetzungen sicher gestellt werden müssen: So müssen wichtige interaktionelle Bedürfnisse

befriedigt werden, was mit einer Akzeptanz des abhängigen, hilfeschuchenden Verhaltens einhergeht. Hierbei ist die Aufgabe des Therapeuten, Hilfe und Unterstützung anzubieten. Weiterhin sollte Demoralisierung abgebaut werden, wobei die Sicherheit des Therapeuten sowie die sich entwickelnde vertrauensvolle Beziehung schon angstreduzierend wirken. Die Bedeutung dieser Punkte wurde auch von Heidenreich et al. (2008) herausgestellt. Linden (2008) betont die Bedeutung des empathischen Verstehens, da Patienten in ihrem sozialen Umfeld häufig mit Unverständnis begegnet wird. Darüber hinaus sollen nach Zimmer (1983) Motivation und Arbeitshaltung gesichert werden, um ein kooperatives Arbeitsbündnis herzustellen. Verhaltensanalysen können darüber hinaus dabei helfen, aus diffusem Leiden konkrete behandelbare Probleme zu machen. Schneider und Margraf (1998) stellen den Aufbau einer Erwartung von Expertise zu Therapiebeginn heraus.

Die therapeutische Beziehung sollte nach Zimmer bei unterschiedlichen Methoden der Angstbehandlung verschieden gestaltet werden. Nach dieser Anfangsphase, in der Abhängigkeit und Anlehnungsbedürfnis akzeptiert werden, soll mit der gezielten Problemlösung begonnen werden, die zunehmende Eigenaktivität des Patienten fordert und die Therapie gegen Ende in eine Selbstbehandlungs-Phase übergehen.

Nachdem die Reizkonfrontationstherapie einen wichtigen Teil der Behandlung darstellt, der für die Patienten jedoch oft auch anstrengend ist, liegt besondere Bedeutung auf der Vorbereitung hierauf. Nach Schneider und Margraf (1998) sollten schon in einem Erstgespräch Übungen angekündigt werden, ohne zu starke Erwartungsängste zu schüren. Weiterhin sollte sich die Vermittlung von Interventionen nach Margraf und Schneider (1992) logisch aufgrund des Erklärungsmodells ergeben. Nach Fiegenbaum, et al. (1992) stellt die Vermittlung eines widerspruchsfreien Modells, aus dem alle bisherigen Erfahrungen des Patienten abgeleitet werden können und das möglichst nicht falsifizierbar sein sollte, eine erste Bewährungsprobe für die therapeutische Beziehung dar. Weiterhin sollte das Modell zur subjektiven Wahrnehmung des Patienten passen. Auch Heidenreich et al. (2008) vermuten, dass sich die Vermittlung eines Erklärungsmodells positiv auf die Ausbildung einer kooperativen Arbeitsbeziehung auswirkt. Hierbei ist nach Fiegenbaum et al. (1992) besonders die Reaktion auf die Ausführungen entscheidend

(Bestätigung oder Desinteresse/ „ja aber“). Nach Margraf und Schneider (1992) kann Widerstand vermieden werden, indem sich nach der Vermittlung von Zusammenhängen nicht direkt die Ableitung von Veränderungsmöglichkeiten anschließt. Dies kann nach einiger Zeit geschehen. Durch diese Trennung wird auch eine Überforderung der Patienten vermieden.

Weiterhin ist nach Fiegenbaum et al. (1992) die Vorbereitung auf die Reizkonfrontation in einer vorausgehenden Sitzung von besonderer Bedeutung. Dabei sollte der Patient auf das Verhalten des Therapeuten vorbereitet werden, da dies andernfalls ebenfalls zu einer Belastung der therapeutischen Beziehung führen könnte. Hierbei fordert Zimmer (1983) einen strengen, aber freundlichen Therapeuten, der bei Abbruchtendenzen die Erlaubnis hat, dies zu unterbinden. Fiegenbaum et al. (1992) stellen heraus dass der Therapeut Hilfen zur Angstbewältigung und nicht zur Angstreduktion gibt. Es ist die Aufgabe des Therapeuten, den Patienten immer wieder an eine subjektive Grenze zu führen. Er muss sich manchmal direktiv verhalten wenn in der Sitzung Widerstände auftreten. Bei schlechter therapeutischer Beziehung kann massive Reaktanz auftreten. Weiterhin ist soziale Verstärkung für Anstrengung entscheidend.

Nach Heidenreich et al. (2008) ist auch die Identifikation von Sicherheitsverhaltensweisen entscheidend, mit denen der Patient versucht die Angst in den Situationen zu reduzieren. Potentielle Probleme können durch das Auftreten von Rückversicherungsverhalten auftreten, bei dem die Patienten in der Umgebung nach Hinweisen suchen, dass bestimmte Dinge nicht so gefährlich sind. Dadurch kann der Therapeut ungewollt zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen. Auch das erneute Vermeidungsverhalten nach erfolgreicher Bewältigung von Angstsituationen ist ein Problem. Darüber hinaus stellt die Generalisierung der Therapieeffekte im Therapieverlauf häufig die Therapeuten vor Schwierigkeiten.

Auch kognitive Interventionen erfordern ein spezielles Vorgehen. Dabei werden die Patienten dazu angeleitet, selbstständig neue Alternativen zu ihren irrationalen Gedanken zu finden. Hierbei sollte eine Diskussion mit vielen „Ja, aber...“ vermieden werden. Auch nach Margraf und Schneider (1992) ist bei den Therapiestrategien des „geleiteten Entdeckens“ wichtig, dass der Therapeut nicht als Besserwisser dasteht, der Denkfehler nachweisen will und

immer Recht hat. Dies kann sonst eine Belastung der Beziehung darstellen. Daher ist es hilfreich, den Patienten durch geschickte Fragen selbst zum Entdecken der Zusammenhänge anzuleiten. Dies hat weiterhin den Effekt, dass das Wissen besser gemerkt wird als wenn es im „Frontalunterricht“ vorgetragen wird. Darüber hinaus wird das Auftreten von Widerstand vermieden. Weiterhin sollte beachtet werden, den Patienten nicht ins „Kreuzverhör“ zu nehmen und dadurch in die Defensive zu drängen. Zur Minderung von Widerstand sollte ein Patient immer die Möglichkeit haben, alle seine Ängste und Befürchtungen zu äußern, bevor Argumente gegen die bisherigen Vorstellungen des Patienten gesucht werden. Auch bei krassen Fehleinschätzungen ist es sinnvoll, nicht sofort mit der Korrektur zu beginnen. Weiterhin sollte bei kognitiver Umstrukturierung zuerst nur eine Fehlinterpretation bearbeitet werden, um Verwirrung zu vermeiden. Eine alternative Erklärung sollte mit allen gesammelten Argumenten vereinbar sein. Da sich Patienten durch dieses Vorgehen ernst genommen fühlen, tritt hierbei deutlich weniger Widerstand bei der Diskussion der Annahmen auf.

Ermutigung von Fragen und Zweifeln ist auch darüber hinaus ein wichtiges Element, um dem Patienten Gelegenheit zu geben, über diese Faktoren schon in der Sitzung nachzudenken und ihn nicht in der Sitzung zu „überrollen“. Hierzu können auch weitere Interventionstechniken wie z.B. das Aufnehmen von Sitzungen auf Tonband mit Ermutigung zum Fragen sowie Rollenspiele, bei denen einem guten Freund die Therapie erklärt wird. Dies ist besonders hilfreich bei scheinbar guten Beziehungen ohne Konflikte, bei denen die Patienten besonders gut mitarbeiten möchten. Weiterhin stellen Zusammenfassungen und Rückmeldungen ein weiteres Element zum Vermeiden von Missverständnissen und zur Sicherung des Wissens dar.

Die dargestellten Überlegungen stellen konkrete Hinweise dar, wie eine Gestaltung der therapeutischen Beziehung geschehen sollte. Diese sind erst zum Teil so spezifisch, dass eine Vorhersage für das konkrete Verhalten des Therapeuten getroffen werden kann. Weiterhin ist hierbei eine empirische Überprüfung wichtig. Die bisherigen Ergebnisse sollen im nächsten Teil dargestellt werden.

### 3.5.2 Empirische Ergebnisse

Aktuell existieren nur sehr wenige Ergebnisse zur therapeutischen Beziehung bei Angststörungen. Dies verdeutlichen Ramnerö und Öst, die 2007 keine weitere Studie fanden, die sich mit der Arbeitsbeziehung bei Expositionstherapie bei Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie beschäftigte. Auch Stiles und Wolfe (2006) betonen bei der Darstellung von empirischen Ergebnissen zur therapeutischen Beziehung, dass bei Angststörungen aktuell noch keine spezifischen Ergebnisse zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung in ausreichendem Ausmaß vorliegen. Wichtige Forschungsergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

In einer Studie von Margraf und Schneider (1992) wurde der Zusammenhang der Therapeut-Patient-Beziehung aus der Sicht von Patient und Therapeut (gemessen mit Stundenbogen und Fragebogen zur therapeutischen Beziehung nach Schindler) mit dem Therapieerfolg erhoben. Die 34 Patienten litten unter Panikstörung nach DSM-III-R und wurden nach einem 15 Stunden umfassenden kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehen behandelt. Der Therapieerfolg wurde mit verschiedenen subjektiven, physiologischen und Verhaltensmaßen gemessen. Hierbei zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen der therapeutischen Beziehung und dem Erfolg sowohl aus der Sicht des Patienten ( $r = .56$ ) als auch aus Sicht des Therapeuten ( $r = .52$ ).

Williams und Chambless (1990) untersuchten den Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung des Therapeuten aus der Sicht des Patienten zu Beginn der Therapie (4. Therapiesitzung) und der Symptomverbesserung in einem Vermeidungstest zu Therapieende bei 33 Patienten mit Agoraphobie, bei denen eine in-vivo Konfrontation durchgeführt wurde. Hierbei wurden positive Zusammenhänge gefunden mit der Wahrnehmung des Therapeuten als fürsorglich und beteiligt sowie als Modell für Selbstvertrauen. Keine Zusammenhänge wurden gefunden mit bedingungsloser Anerkennung, der Sicht des Therapeuten als anspruchsvoll, eindeutig und jemand, der bekannt sein möchte.

Gustavson, Jansson, Jerremalm und Öst (1985) untersuchten 12 agoraphobische Patienten bei denen eine 11 Sitzungen dauernde Behandlung mit in-vivo Exposition durchgeführt wurde. Es wurde Verhaltensbeobachtung

von drei Sitzungen durchgeführt, bei denen Exposition durchgeführt wurde. Hierbei zeigten sich signifikante negative Zusammenhänge zwischen dem Verhandeln des Therapeuten und einem Gesamtveränderungswert nach der Therapie und zum Follow-up sowie zwischen dem Erinnern an negative Konsequenzen und dem Gesamtveränderungswert nach der Therapie. Keine signifikanten Zusammenhänge wurden gefunden für Aufmunterung, Humor, Empathie, Versicherung, Instruktion, Feedback, explizite Anforderungen, Lob, Erklärung, Zugeständnis, Herausforderung, verbale Bestrafung und Ablenkung. Der Aussagewert dieser Daten ist durch die kleine Stichprobe beschränkt.

In einer Studie von Ramnerö und Öst (2007) erhielten 73 Patienten mit Panikstörung mit Agoraphobie 16 Sitzungen von Expositionstherapie oder kognitiver Verhaltenstherapie. Es wurde der Zusammenhang zwischen der gegenseitigen Beurteilung von Therapeut und Patient im TCRS (Therapist-Client Rating Scale), einem Maß zur therapeutischen Allianz (Working Alliance Inventory) und dem Therapieerfolg untersucht. Patienten und Therapeuten schätzten sich gegenseitig mit dem TCRS in Stunde 4, 8 und 12 ein. Außerdem schätzten sie die Working Allianz mit dem WAI zusätzlich in Stunde 8 ein.

Dabei wurde der Therapeut positiver eingeschätzt als der Patient mit einer leichten Zunahme über die Stunden hinweg. Die Variablen von Patient und Therapeut waren zu Beginn unabhängig voneinander, zeigten jedoch im Verlauf stärkere Zusammenhänge. Es zeigten sich entgegen anderer Befunde keine positiven Korrelationen zwischen der Wahrnehmung des Therapeuten durch den Patienten und dem Therapieerfolg. Bei der Einschätzung des Patienten durch den Therapeuten zeigten sich signifikante Zusammenhänge in Sitzung 4 zwischen der „aktiven Teilnahme“ und Therapieerfolg nach der Behandlung sowie „Zielausrichtung“ und dem Erfolg am Follow-up. Diese Zusammenhänge werden in Sitzung 8 und 12 stärker und zeigen sich sowohl zu Posttreatment als auch zum Follow-up Zeitpunkt mit diesen beiden Skalen.

Die Autoren interpretieren diese Ergebnisse so, dass zwischen Therapeut und Patient mit der Zeit zunehmend eine positive Anerkennung wächst, die jedoch bei Angststörungen nicht in Zusammenhang mit dem Therapieerfolg steht. Dieser hängt mehr mit der aktiven Teilnahme und Zielorientierung des Patienten zusammen. Dieser Befund ähnelt der Unterscheidung zwischen der

Arbeitsbeziehung „working bond“ und der emotionalen Beziehung, „real relationship“ nach Gelso (2011). Scheinbar könnten bei der Expositionstherapie bei Panikstörung mit Agoraphobie die aktive Teilnahme und Zielorientierung wichtiger sein als die persönliche Beziehung. Es war jedoch keine kausale Interpretation dieser Daten möglich, insbesondere auf einen Einfluss von Compliance mit der Expositionstherapie oder einer frühen Therapiereaktion hin.

Bei der Identifikation von Aspekten der therapeutischen Beziehungsgestaltung spezifisch für Angststörungen in einem Überblicksartikel verweisen Stiles und Wolfe (2006) aufgrund der fehlenden empirischen Befundlage auf die Anwendung der allgemeinen Ergebnisse der Task Force zur therapeutischen Beziehung (Ackerman et al., 2001, siehe Kapitel 2). Weiterhin betonen sie die Bedeutung der Ansprechbarkeit des Patienten auf die durchgeführten Interventionen, die sowohl abhängig vom Kontext als auch von der Wahrnehmung des anderen und dessen Verhalten ist. „Appropriate responsiveness“ charakterisieren sie dabei als Anpassung der durchgeführten Interventionen, so dass sie einen positiven oder gewünschten Effekt hervorrufen. Dies ist ein interessantes Konzept, gibt jedoch keine konkreten Hinweise auf die Gestaltung der zwischenmenschlichen Interaktion.

Schlussfolgernd kann zusammengefasst werden, dass vermutlich auch bei Panikstörung und Agoraphobie ein Einfluss der therapeutischen Beziehung besteht, wobei noch ausführlichere Forschungsarbeiten für einen eindeutigen Nachweis benötigt werden. Es gibt Hinweise, dass die Ausbildung von aktiver Teilnahme und Zielausrichtung bei diesem Störungsbild besonders stark beachtet werden muss. Für die aktuelle Studie kann jedoch geschlussfolgert werden, dass diese Aspekte besonders in subjektiver Einschätzung und Verhaltensbeobachtung beachtet werden müssen.

## 4. Psychotherapie und Psychotherapieforschung

Nachdem nun der Forschungsgegenstand beschrieben wurde, soll nun die Forschungsmethode dargestellt werden. Dabei folgt auf eine Bestimmung wesentlicher Begriffe die Unterscheidung zwischen Prozess- und Erfolgsforschung sowie Labor- und Feldforschung, die Darstellung der Methode der Einzelfallforschung und der systematischen Verhaltensbeobachtung.

### 4.1 Begriffsbestimmung Psychotherapie

Bei der Begriffsbestimmung sollen nun zunächst die Begriffe Psychotherapie und Verhaltenstherapie kurz spezifiziert werden.

Allein zum Begriff Psychotherapie gibt es unzählige Definitionen. Die Gemeinsamkeiten unterschiedlicher Definitionen fasst Zimmer (1983) folgendermaßen zusammen:

Therapie ist eine freiwillige, zeitlich begrenzte Beziehung zwischen einem Hilfesuchenden, der lernen möchte, mit Problemen auf eine neue Art umzugehen, und einem Helfenden, der in der Regel professionelle Kompetenzen besitzt. Gemeinsam werden für den Lernprozeß Ziele definiert, auf die sich die Änderungen im Erleben und Verhalten ausrichten sollen. Allgemeines Ziel ist in der Regel die Hilfe zur Selbsthilfe und damit die zunehmende Unabhängigkeit von therapeutischer Hilfe. Auf der Basis einer intensiven, vertrauensvollen Beziehung kommen spezifische therapeutische Verfahren zum Einsatz.

Eine weitere wichtige Definition wurde von Kanfer et al. (2006) verfasst. Diese soll hier aufgeführt werden, da sie Grundlage der Selbstmanagementtherapie ist, die den durchgeführten Therapien zugrundeliegt. Danach ist Therapie

die Umsetzung eines systematischen Veränderungsprozesses, der an den Problemen von Klienten ansetzt, deren jeweilige Bedingungen analysiert, auf (zunächst noch zu klärende) Therapieziele gerichtet ist und sich anhand der jeweils eintretenden Ergebnisse kontinuierlich selbst steuert, bis ein Optimum erreicht ist. Therapie ist somit *zielgerichtet*,

*problemorientiert*, nicht immer kurz, aber doch *zeitlich begrenzt*. Sie soll die Klienten wieder zu alltäglichem Selbstmanagement ermöglichen.

Neben der Definition der Psychotherapie im Allgemeinen ist auch die Verhaltenstherapie im Speziellen zu definieren und zu spezifizieren. Sie ist eines der drei in Deutschland zugelassenen Richtlinienverfahren, die in Deutschland in der ambulanten Krankenversorgung durch Krankenkassen bezahlt werden. Die zugrundeliegende Definition des Gemeinsamen Bundesausschusses lautet folgendermaßen:

(1) Die Verhaltenstherapie als Krankenbehandlung umfasst Therapieverfahren, die vorwiegend auf der Basis der Lern- und Sozialpsychologie entwickelt worden sind. Unter den Begriff „Verhalten“ fallen dabei beobachtbare Verhaltensweisen sowie kognitive, emotionale, motivationale und physiologische Vorgänge. Verhaltenstherapie im Sinne dieser Richtlinie erfordert die Analyse der ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen des Krankheitsgeschehens (Verhaltensanalyse). Sie entwickelt ein entsprechendes Störungsmodell und eine übergeordnete Behandlungsstrategie, aus der heraus die Anwendung spezifischer Interventionen zur Erreichung definierter Therapieziele erfolgt.

(2) Aus dem jeweiligen Störungsmodell können sich folgende Schwerpunkte der therapeutischen Interventionen ergeben:

1. Stimulusbezogene Methoden (z.B. systematische Desensibilisierung),
2. Responsebezogene Methoden (z.B. operante Konditionierung, Verhaltensübung),
3. Methoden des Modelllernens,
4. Methoden der kognitiven Umstrukturierung (z.B. Problemlösungsverfahren, Immunisierung gegen Stressbelastung),
5. Selbststeuerungsmethoden (z.B. psychologische und psychophysiologische Selbstkontrolltechniken).

(3) Die Komplexität der Lebensgeschichte und der individuellen Situation der oder des Kranken erfordert eine Integration mehrerer dieser Interventionen in die übergeordnete Behandlungsstrategie. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011)

Nach der Definition der Begriffe soll als nächstes die Forschungsparadigmen Prozess- und Erfolgsforschung definiert und näher ausgeführt werden.

## **4.2 Prozess- und Erfolgsforschung**

Zunächst aus dem Wunsch, die Überlegenheit der eigenen Therapierichtung gegenüber anderen Richtungen nachzuweisen, entwickelte sich die Psychotherapieforschung, bei der verschiedene Forschungsparadigmen unterschieden werden: Erfolgs- und Prozessforschung. Hierbei ist nach Hill und Lambert (2004) der Prozess der Therapie das Geschehen in der Therapiesituation (z.B. Interpretationen des Therapeuten), während das Ergebnis sich auf die kurz- oder langfristigen Veränderungen bezieht, die das Resultat der Psychotherapie sind (z.B. Abnahme der Symptomatik).

Lange Zeit wurde Psychotherapieforschung mit Erfolgsforschung gleichgesetzt. Grund dafür war, dass Prozessforschung lange Zeit als unwissenschaftlich angesehen wurde. Ein zunehmendes Interesse entwickelte sich nach Schindler (1996) erst in den 80er und 90er Jahren. Und auch wenn es in den letzten Jahren immer wieder Aufforderungen zu vermehrter Prozessforschung bzw. Prozess-Erfolgs-Forschung gegeben hat (Pachankis & Goldfried, 2007), wird auch aktuell deutlich mehr Erfolgsforschung betrieben. Im Weiteren sollen zunächst die einzelnen Begriffe definiert sowie wichtige Aspekte erörtert werden, um die Forschungsarbeit hierin einordnen zu können.

### **4.2.1 Begriffsbestimmung**

#### Prozessforschung

Zunächst ist die Definition des Begriffes „Prozess“ wichtig. Hierbei ergibt sich zunächst die Unterscheidung zwischen einem Veränderungsprozess, bei dem die Veränderungen des Patienten im Mittelpunkt stehen, der innerhalb des Patienten inner- und außerhalb der Sitzung stattfinden kann sowie dem Begriff „Prozess“ im Sinne von Therapieprozess, der alle Ereignisse der Therapie umfasst, die Teil der Therapiesitzung sind, ohne Unterscheidung zwischen neutralen, hilfreichen und weniger hilfreichen Ereignissen a priori (Orlinsky et al., 2004). Bei dieser Definition bezieht sich „Prozess“ auf die Handlungen,

Wahrnehmungen, Intentionen, Gedanken und Gefühle von Patient und Therapeut ebenso wie auf die Therapeut-Patient-Beziehung. Hierbei ist das Ziel der vorliegenden Arbeit, sich auf die Interaktion und das tatsächliche Geschehen in der Therapie zu beziehen, also den Therapieprozess, ohne Vorannahmen zu stellen, ob es zu Veränderungen beim Patienten kommt.

Auch bei Schindler (1991) wird Prozessforschung definiert als „die Analyse der Interaktion zwischen den Systemen Therapeut und Patient. Ihr Ziel ist, den Veränderungsprozeß innerhalb der Interaktion der beiden Systeme zu identifizieren.“ Dabei wird die Erforschung des Prozesses genutzt um in einem zweiten Schritt Rückschlüsse auf den Veränderungsprozess und für Veränderungen wichtige Sequenzen zu bekommen.

### Erfolgsforschung

Erfolgsforschung ist und war über mehrere Jahrzehnte die vorherrschende Forschungsrichtung. Hierbei ist die zentrale Frage „Wirkt eine Behandlung?“ sowie der Vergleich mehrerer Behandlungsformen. Randomisierte kontrollierte Studien wurden entsprechend den Methoden der Medikamentenforschung entwickelt (Pachankis & Goldfried, 2007) und damit Kriterien für „empirically supported treatments“ geschaffen (Weisz, Hawley, Pilkonis, Woody & Follette, 2000). Randomisierte kontrollierte Studien gelten aktuell als die besten Studien zum Nachweis der Wirksamkeit von Psychotherapie und werden am stärksten bei der Entscheidung darüber, ob eine Behandlung oder Therapieform als wissenschaftlich anerkannt gilt, berücksichtigt (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2010).

### Prozess-Erfolgs-Forschung

Nachdem sich Prozess- und Erfolgsforschung zunächst unabhängig voneinander entwickelt hatten, wurden beide Richtungen schon seit 50 Jahren zunehmend in Forschungsarbeiten verknüpft. Hieraus hat sich eine eigene Forschungstradition entwickelt. Über die Verknüpfung von Prozess und Ergebnis sollen Informationen erhalten werden, welche Strategien besonders hilfreich für den Therapieerfolg sind (z.B. Orlinsky et al., 2004). Hierfür werden

die bisher dargestellten Forschungsmethoden kombiniert, es werden sowohl Prozess- als auch Erfolgsparameter erhoben.

In der Praxis ist die Unterscheidung zwischen Prozess- und Erfolgsparameter nicht immer einfach, da Veränderungen im Prozess auch Indikatoren für Ergebnisse sein können (z.B. das Gewinnen von Einsicht ist häufig ein Prozess und ein Therapieziel). Weiterhin müssen diese von Input-Variablen (Therapeuten- und Patienten-Charakteristika) ebenso unterschieden werden wie von außertherapeutischen Variablen (z.B. Ereignissen außerhalb der Therapie).

Die vorliegende Arbeit sieht sich in der Tradition der Prozess-Erfolgs-Forschung, weswegen wichtige Aspekte sowohl der Prozess- als auch der Erfolgsforschung beachtet werden müssen. Nach der Unterscheidung der Forschungsparadigmen sollen nun wichtige Aspekte dargestellt werden, anhand derer Forschungsarbeiten eingeteilt werden können und die vorliegende Arbeit abschließend eingeordnet wird.

#### **4.2.2 Wichtige Aspekte der Forschungsparadigmen**

##### Prozessforschung

Allgemein kann auch bei Prozessforschung zwischen qualitativer und quantitativer Forschung unterschieden werden, wobei unterschiedliche Methoden verwendet werden (Hill & Lambert, 2004). Die vorliegende Arbeit versteht sich dabei in der Tradition der quantitativen Forschung.

Weiterhin können Studien in explorative und theoriegeleitete Forschung (Schindler, 1996) eingeteilt werden, wobei in der Praxis meist eine Kombination beider Forschungslinien besteht. Auch bei explorativer Forschung liegen bei der Anwendung von systematischer Beobachtung meist theoretische Aspekte implizit dem Beobachtungssystemen zugrunde, weiterhin liegen für eine rein theoriegeleitete Forschung noch nicht genug Forschungsergebnisse vor. Daher plädiert Schindler (1996) für eine Kombination der beiden Strategien, d.h. einerseits das Testen von Hypothesen kombiniert mit explorativer Einzelfallforschung.

Neben diesen allgemeinen wissenschaftstheoretischen Aspekten müssen bei der Planung von wissenschaftlichen Arbeiten zur Prozessforschung zahlreiche Aspekte beachtet und entschieden werden. In einer grundlegenden Arbeit zu diesem Thema wurde von Greenberg (1986) ein konzeptueller Rahmen für systematische und koordinierte Prozessforschung entwickelt. Sie unterschied dabei die Prozessebenen Inhalt, Sprechakt, Episode und Beziehung. Inhalt bezieht sich hierbei auf den Inhalt der Nachricht ohne Bezug auf die Art der Nachricht. Sprechakte repräsentieren, was eine Person einer anderen signalisiert durch Sprechen oder weitere Signale. (Beispiele dafür sind z.B. Versprechen, Beleidigung, Bedrohung etc.) Episoden sind kommunikative Routinen, die vom Sender als unterscheidbares Ganzes angesehen werden, häufig durch erkennbare Öffnungs- oder Schlussequenzen zu erkennen. Speziell in der therapeutischen Interaktion umfassen sie Einheiten, die eine Bedeutung für den therapeutischen Prozess haben und darauf angelegt sind, ein mittelfristiges therapeutisches Ziel zu erreichen. Die Beziehungsebene beschreibt die besondere Qualität, die Personen einer bestehenden Beziehung zuschreiben und die über bestimmten Inhalt oder eine Episode hinausgeht. Dieses Verständnis ist in der Regel implizit und beschreibt das „Wir“-Gefühl.

Diese Unterscheidung hilft auch, wichtige Parameter der Fragestellung zu klären. In der vorliegenden Arbeit wird die Interaktion in der Therapie betrachtet, es werden zahlreiche Sprechakte analysiert und mit der Daten zur therapeutischen Beziehung verknüpft.

Auch Hill und Lambert (2004) entwickelten ein Schema zur Einordnung quantitativer Prozessforschung: So unterscheiden sie den Fokus der Evaluation (Patient, Therapeut, Patient-Therapeut-Beziehung, Supervisor, Therapeut-Supervisor-Beziehung), den Aspekt des Prozesses (offenes oder verdecktes Verhalten, thematischer Inhalt, Stil, Qualität/Kompetenz des Sprechers/Verhaltens), die theoretische Basis (atheoretisch, psychodynamisch, humanistisch, behavioral), das Niveau des Maßes (Intervall, Nominal, Q-Sort), das Ausmaß an Inferenzen (ohne und mit Inferenzen) und das benötigte Stimulus-Material (Teilnahme oder Live-Beobachtung, Transkript, Audio- oder Videoaufnahme, Kombination von Transkript und Videoaufnahme). Ein weiterer

Aspekt ist die Perspektive der Evaluation (Patient, Therapeut, Supervisor, Beobachter), wobei es nach Orlinsky et al. (2004) zahlreiche Hinweise gibt, dass sich die Perspektiven zwischen Therapeut, Patient und Beobachter stark unterscheiden. Nachdem aber für jede der Perspektiven Nachweise für eine Reliabilität und Validität der Ergebnisse gibt, wird mittlerweile angenommen, dass sich der Prozess in unterschiedlichen Perspektiven völlig unterschiedlich gestaltet. Abschließend kann sich die untersuchte Einheit auf Abstufungen vom Mikroprozess (von einzelnen Wörtern, Sätzen, Sprecherwechseln, bis zur gedanklichen Einheit) und den Makroprozess (z.B. willkürliche Zeiteinheiten wie 5 Minuten, ein Ereignis, eine Sitzung, ein Behandlungs-Stadium, die gesamte Behandlung) beziehen. Ein weiterer wesentlicher Gesichtspunkt ist nach Orlinsky et al. (2004) die Unterscheidung von zeitlicher und kausaler Sequenz. Hierbei wird einerseits der zeitliche Aspekt des Prozesses betrachtet, was in Längsschnittuntersuchungen im Mittelpunkt steht und andererseits die kausale Sequenz oder kausale Beeinflussung, die bei Querschnittstudien im Mittelpunkt steht.

In der vorliegenden Arbeit ist der Fokus der Evaluation die Patient-Therapeut-Beziehung und Interaktion, der untersuchte Aspekt ist offenes Verhalten, die theoretische Basis behavioral, das Kategoriensystem hat Nominalniveau, es werden leichte Inferenzen gezogen, das Stimulusmaterial sind Videoaufnahmen und Transkripte. Es werden alle drei Beobachterebenen einbezogen, Therapeut und Patient mit ihrer jeweiligen subjektiven Wahrnehmung sowie der unabhängige Beobachter bei Verhaltensbeobachtung. Als untersuchte Einheit wird die Sinneinheit gewählt; diese wird an späterer Stelle noch genauer spezifiziert. Weiterhin wird die zeitliche Sequenz untersucht, um in einem zweiten Schritt Rückschlüsse auf eine kausale Beeinflussung zu erhalten.

### Erfolgsforschung

Auch bei der Betrachtung des Therapieerfolges können mehrere Aspekte unterschieden werden: Am zentralsten ist die Unterscheidung, die Greenberg und Pinsof (1986) zwischen dem langfristigen Therapieerfolg am Ende der Behandlung, auch „big O“ (für „big outcome“), und die Messung von Therapieerfolg zu mehreren Zeitpunkten während der Therapie und zum

Follow-up-Zeitpunkt, kurzfristigen Konsequenzen, auch „little o“ (für „little outcome“), benannt haben. An anderer Stelle beschreibt Greenberg (1986) dies auch als sofortigen (immediate), intermediate (indirekt) und Ergebnis am Ende der Behandlung (final) Outcome.

In der vorliegenden Arbeit wird Therapieerfolg am Ende des Beobachtungszeitraumes gemessen, also „big O“, aber es werden auch die direkten Reaktionen von Therapeut/Patient auf einzelne Äußerungen beachtet, also auch „little o“.

Weiterhin ist nach Hill und Lambert (2004) die Auswahl der Maße für den Therapieerfolg wichtig. Es wird zwischen Multitrait, Monotrait und individuellen Erfolgsmaßen unterschieden, wobei Multitrait-Maße primär bei heterogenen, Monotrait-Maß bei homogenen Populationen eingesetzt werden sollten. Individuelle Erfolgsmaße sind den Autoren zufolge noch schwer vergleichbar. Die Bedeutung der Auswahl der Maße zeigt eine Studie von Garfield, Prager und Bergin (1971): Hier schätzten Patienten den Therapieerfolg mit Hilfe von globalen Ratings deutlich positiver ein als mit anderen Maßen (z.B. spezifischen Symptomratings). Weiterhin konnten z.B. Lambert, Hatch, Kingston und Edwards (1986) in einer Metaanalyse zeigen, dass auch unterschiedliche subjektive Maße für Depressivität (BDI, Zung Self-Rating Depression Scale und Hamilton Rating Scale für Depressionen) reliabel unterschiedliche Veränderungswerte messen, was ein Indikator für unterschiedliche Aspekte der Veränderung sein könnte. Daher wird empfohlen, unterschiedliche Maße heranzuziehen. So ist typischerweise Verhaltensbeobachtung das empfohlene Maß für beobachtbare Phänomene, während das innere Erleben hilfreich mit subjektiven Maßen erhoben wird.

In der vorliegenden Arbeit werden Multitrait- und Monotrait-Maße mit direkten Maßen der Veränderung kombiniert.

Hill und Lambert (2004) teilen darüber hinaus Erfolgsmaße ebenso wie Prozessmaße nach unterschiedlichen Aspekten ein. Hierbei wird nach Inhalt (intrapersonal, interpersonal und Sozialrolle), zeitlicher Bezug (einmalige

Messung, Wiederholungsmessung und die Identifikation von Pattern), Quelle (Selbstberichtsmaßen, Beobachter, Therapeut, Bezugspersonen und institutionell - d.h. gesellschaftliche oder physiologische Maße) und Methode (globale Ratings, spezifischer Symptomindex, Beobachterratings, psychologische Maße, life records) unterschieden.

In der vorliegenden Arbeit werden intrapersonale Inhalte in Wiederholungsmessung gemessen, Quelle sind Patient, Therapeut und Beobachter, es werden spezifische Symptomindices errechnet.

Ein letzter Aspekt ist die Unterscheidung von statistischer und klinischer Signifikanz. Dies ist besonders wegen dem Einfluss der Stichprobengröße auf die statistische Signifikanz wichtig. Da statistische Signifikanz nicht immer bedeutet, dass der gefundene Effekt auch relevant in der therapeutischen Praxis ist (Jacobson & Truax, 1991), wurde das Konzept der klinischen Signifikanz entwickelt. Dies umfasst nach Jacobson, Roberts, Berns und McGlinchey (1999) eine statistisch reliable Veränderung, bei der Patienten am Ende der Therapie in einem Bereich sind, in dem sie von „well-functioning“ Personen nicht mehr unterschieden werden können.

In der vorliegenden Arbeit wird neben der statistischen Signifikanz auch besonders die klinische Signifikanz beachtet.

#### Prozess-Erfolgs-Forschung

Zuletzt sollen Aspekte der Prozess-Erfolgs-Forschung unterschieden werden. Nach Zimmer (1983) kann man Studien zur Prozess-Erfolgs-Forschung nach den verwendeten Forschungsstrategien in das folgende Schema einordnen:

1. In *Posthoc Analysen* wird die gegenseitige Einschätzung von Therapeut und Patient am Ende der Behandlung zu Erfolgsmaßen in Beziehung gesetzt. Hierbei werden nur sehr globale Unterschiede festgestellt, weiterhin wird die Einschätzung der Person höchstwahrscheinlich durch den Erfolg der Behandlung verfälscht.

2. In *naturalistischen Vergleichsstudien* werden Therapien verglichen, ohne bestimmte Variablen konstant zu halten. Hierbei stellt sich das Problem der Vergleichbarkeit unterschiedlicher Behandlungen.
3. In *Analog-Studien* werden einzelne Variablen (individuelle Verhaltenspattern) standardisiert und experimentell variiert. Dies führt jedoch zu einem Verlust von Relevanz für die klinische Situation und Ergebnisse sollten daher in klinischen Studien repliziert werden. Weiterhin können nur frühe Therapiephasen simuliert werden.
4. In *Prozess-Ergebnis-Studien mit verschiedenen Mess-Ebenen* werden vergleichbare Patienten mit dem gleichen Behandlungsprogramm behandelt, wobei das tatsächliche Verhalten analysiert wird in Verbindung mit der subjektiven Einschätzung der Sitzung durch Patient und Therapeut. Weiterhin wird der Therapieerfolg mit den Prozessmerkmalen in Verbindung gesetzt.
5. Bei *systematischer Variation von Therapeutenverhalten* werden zwei unterschiedliche therapeutische Stile durch den gleichen Therapeuten durchgeführt (ein Beispiel ist z.B. warmer – kalter Therapeutenstil). Hierbei ist jedoch fraglich, ob der Therapeut dazu wirklich in der Lage ist. Es stellen sich weiterhin ethische Fragen; die Anwendung von nichtklinischen Probanden führt jedoch zu Problemen der Generalisierbarkeit.
6. In *Interaktionsanalysen* werden die unmittelbaren Auswirkungen von definierten Verhaltens-Einheiten bestimmt, was die Kodierung von Interaktionssequenzen voraussetzt. Es kann die Wahrscheinlichkeit einer Antwort berechnet werden.

Natürlich stellen Prozess-Ergebnisstudien vom forschungstheoretischen Standpunkt aus die geringste Art der Verfälschung dar, sind aber auch nur mit sehr viel Aufwand durchzuführen. In der vorliegenden Arbeit wird kein gleiches Behandlungsprogramm durchgeführt, die vorliegende Studie ist daher eine Kombination aus Prozess-Ergebnisstudien und Interaktionsanalysen.

Ein wichtiger Anwendungsbereich von Prozess-Erfolgs-Forschung ist die Identifikation von Veränderungsepisoden nach Greenberg (1986). Dabei

werden Episoden in Bezug zu ihren mittelfristigen Auswirkungen gesetzt. Dafür ist eine Kombination von systematischer Verhaltensbeobachtung sowie der Erfassung der subjektiven Erfahrung von Therapeut und Patient notwendig. Hilfreiche und weniger hilfreiche Pattern können erschlossen werden, wenn diese in bedeutsamer Weise mit dem Ergebnis der Sitzung, der Therapie, oder spezifischen Unterzielen zusammenhängen. Werden diese Veränderungs-episoden wiederholt identifiziert, handelt es sich dabei um ein festes Veränderungsmuster. Um diese Veränderungsmuster zu identifizieren, ergeben sich zwei Methoden: Entweder werden aufgezeichnete Sitzungen daraufhin analysiert, wo änderungsrelevante Ereignisse stattfinden, z.B. mit Hilfe der Task Analysis (Rice & Greenberg, 1984) oder es werden durch eine sequentielle Analyse von Beobachtungsdaten und statistische Verfahren änderungsrelevante Episoden identifiziert. Hierbei wird in der vorliegenden Arbeit die zweite Variante, die sequentielle Analyse von Beobachtungsdaten, gewählt.

### **4.3 Labor- und Feldforschung, Efficacy und Effectiveness**

#### **4.3.1 Labor- und Feldforschung**

Neben der Charakterisierung von Prozess- und Erfolgsforschung ist es weiterhin wichtig, Feld- und Laborforschung zu unterscheiden. Bei Feldforschung wird der Gegenstand in seiner natürlichen Umgebung untersucht, der Forscher begibt sich hierbei „ins Feld“. Im Gegensatz hierzu wird bei Laborforschung der Gegenstand in künstlicher Umgebung beobachtet, um das Umfeld optimal kontrollieren zu können. Es gibt jedoch einen fließenden Übergang zwischen Feld- und Laborforschung, bei dem verschiedene Faktoren beeinflusst werden (Mayring, 2002). Feldforschung hat dabei den Vorteil, dass Veränderungen der natürlichen Situation möglichst vermieden werden, wie sie durch Laborforschung vorgenommen werden. Im Gegensatz hierzu ist die experimentelle Kontrolle in Laborexperimenten höher.

#### **4.3.2 Efficacy und Effectiveness**

Angewendet auf den Bereich der Psychotherapieforschung, wird zwischen Studien unter standardisierten Bedingungen unterschieden, die dem Nachweis

der Wirksamkeit eines Verfahrens unter optimalen Bedingungen (im Englischen Efficacy) dienen und Studien unter natürlichen Bedingungen zum Nachweis der Wirksamkeit eines Verfahrens unter Versorgungsbedingungen (im Englischen Effectiveness) (Reinecker, 2009). Es werden also unterschiedliche Aspekte des Therapieerfolgs betrachtet.

Dabei werden bei Efficacy Studien viele Variablen kontrolliert, um die interne Validität zu sichern, d.h. sicherzustellen, dass der Erfolg eindeutig auf die Behandlung zurückzuführen ist. In Effectiveness Studien hingegen findet Therapie unter klinischen Bedingungen statt, um die externe Validität zu sichern, d.h. dass Behandlungen auch unter Praxisbedingungen wirksam sind (Lambert & Ogles, 2004). Daher werden meist Patienten nicht vorausgewählt, die Länge der Therapie nicht kontrolliert und die Behandlungsintegrität nicht überwacht, wie dies bei vielen Efficacy-Studien der Fall ist. Weiterhin wird die Therapie flexibler vermittelt, es kommen weniger Ausschlusskriterien zum Tragen als bei randomisierten kontrollierten Studien. Forschung findet häufig an Therapien im Rahmen der Routineversorgung statt.

Überblicksarbeiten zeigen ein Fehlen von Studien, die eng an die klinische Realität angebunden waren. Ein Review von Weisz, Donenberg, Han und Weiss (1995) untersuchte 23 Journals in einem Zeitraum von 20 Jahren und fand nur 9 Studien, die die Kriterien für klinisch relevante Therapie erfüllten. Dies bedeutete u. a., dass die Therapien in der klinische Standardversorgung von Praktikern durchgeführt werden. Eine weitere Studie von Shadish et al. (1997) identifizierte nur 56 aus mehr als 1000 Studien, die das niedrigste Niveau für klinische Relevanz der Autoren erfüllten (unbehandelte Kontrollgruppe, Therapien in nichtuniversitären Settings, Patienten wurden durch klinische Routine überwiesen, erfahrene professionelle Therapeuten mit regulären Fallzahlen) und nur 1 Studie, die ihre strengsten Kriterien erfüllte.

Generell wurden bisher primär Efficacy-Studien durchgeführt, da diese als zentral als für den Nachweis der Wirksamkeit von Psychotherapie angesehen und damit naturalistischen Studien als überlegen angesehen wurden, obwohl es hierzu auch andere Ansichten gibt (Leichsenring, 2004). Daher ist die Wirksamkeit von Psychotherapie unter kontrollierten Bedingungen deutlich besser abgesichert als unter Praxisbedingungen, dennoch gibt es auch hier

Hinweise auf eine Effektivität von Psychotherapie (Lambert & Ogles, 2004). Zur Sicherung der externalen Validität hat die APA in ihre Kriterien von Evidence based Practice nun auch Effektivitäts-Forschung aufgenommen (van Ingen et al., 2009).

Die vorliegende Studie sieht sich in der Tradition der Effektivitätsforschung. Auch wenn die strengen Kriterien der eben aufgeführten Reviews nicht erfüllt werden können (da es sich um Therapeuten handelt, die sich noch in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten befinden) handelt es sich um sehr praxisnahe Forschung, da tatsächliche Therapie ohne Vorauswahl oder Standardisierung der Behandlung untersucht werden sollen.

#### **4.4 Einzelfallforschung**

Nach der Festlegung auf Prozess-Erfolgs-Forschung sowie Effektivitätsforschung soll als nächstes die Methode der Einzelfallforschung beschrieben und von Gruppenuntersuchungen abgegrenzt werden. Bei Einzelfallforschung handelt es sich um eine wichtige methodische Variante mit eigenen Forschungszielen. Dies verdeutlicht auch das Zitat von Grawe (1988):

Wenn das Ziel ist, besser zu verstehen, was in Psychotherapien geschieht, dann erscheint es zweckmäßig, sich erst einmal mit einer oder wenigen Therapien sehr gründlich zu beschäftigen, bis man glaubt, sie einigermaßen verstanden zu haben. Denn wie sollte man zu einem besseren Verständnis des therapeutischen Geschehens gelangen, wenn man von einer Therapie, die man noch nicht verstanden hat, zur nächsten und dann noch weiteren überginge, die man auch nicht ganz versteht? Es erscheint beim gegenwärtigen Stand der Forschung offensichtlich sinnvoller, eine (oder wenige) Therapie(n) mit möglichst vielen Methoden zu analysieren – um sie möglichst vollständig zu verstehen – als viele Therapien mit einer (oder wenigen) Methode(n).

An diesen Aussagen hat sich leider in den letzten 20 Jahren nur wenig geändert, auch heute haben wir wenig empirische Nachweise über die tatsächlichen Prozesse innerhalb einer Therapie und einer Sitzung. Aus diesem

Grund wird für die vorliegende Arbeit das Forschungsdesign der Einzelfallstudie gewählt, das im Weiteren ausführlicher spezifiziert wird.

#### 4.4.1 Definition und Begriffsklärung

Dazu stellt sich zunächst die Frage der Definitionen von Einzelfallanalysen. Bei diesen handelt es sich immer um quasi-experimentelle Untersuchungen. Petermann (1996) definiert drei Bestandteile der Einzelfallanalyse:

- (1) Die Einzelfallanalyse geht von einer Betrachtung einer einzelnen Untersuchungseinheit aus...
- (2) Ein sinnvoller Einsatz einer Einzelfallanalyse liegt vor, wenn die Fragestellung sich auf die Untersuchungseinheit als Ganzes und nicht auf Untereinheiten bezieht. ...
- (3) Die Untersuchungseinheit kann ... (b) bezüglich ihrer Veränderbarkeit durch das Einwirken einer unabhängigen Variablen ... untersucht werden.

Hilliard (1993) beschreibt Einzelfalluntersuchungen als Unterklasse intra-subjektiver Forschung, bei der die Aggregation von Daten über Fälle hinweg vermieden wird und Generalisierung durch Replikation auf Fall-Basis angestrebt wird.

In der vorliegenden Studie ist die Untersuchungseinheit die einzelne Therapie.

Eine Untergruppe der Einzelfalluntersuchungen ist dabei die Klein-N-Studie. Diese soll jedoch nur angewendet werden, wenn die Varianz in Ausgangswert und Zeitverlauf klein ist. (Petermann, 1996) Da dies in der vorliegenden Studie nicht zu erwarten ist, wird eine Serie von Einzelfalluntersuchungen vorgenommen. Dabei ist nach Schindler (1987) sowohl eine Folge von Einzelfällen als auch der Vergleich von Extremfällen hilfreich.

Eine wichtige Unterscheidung besteht zwischen quantitativen und qualitativen Einzelfalluntersuchungen. Diese unterscheiden sich darin, ob untersuchte Variablen mit Hilfe von Zahlen quantifiziert werden (wie bei der quantitativen Einzelfallanalyse) oder ob dies bei der qualitativen Einzelfallanalyse nicht der

Fall ist. Im vorliegenden Fall handelt es sich, wie schon zuvor ausgeführt, um eine quantitative Studie (Köhler, 2008).

#### **4.4.2 Anwendungsbereiche**

Weiterhin stellt sich die Frage der Indikation von Einzelfallanalysen. Viele Autoren vertreten die Meinung, dass Einzelfallanalysen Gruppenanalysen vorgeschaltet sein sollten um für diese Hypothesen zu generieren. Schmitz (2000) empfiehlt z.B. zuerst eine getrennte Analyse der intraindividuellen Prozesse und anschließend die Berechnung von gruppenstatistischen Kennwerten. Dem widerspricht Westmeyer (1996), mit Einzelfall- und Gruppenuntersuchungen sollen unterschiedliche Erkenntnisziele untersucht werden: „Einzelfallanalysen sind die Methode der Wahl bei der Prüfung aller Hypothesen, die direkt Aussagen über einzelne Individuen ... machen.“

Krauth (1986) beschreibt als Ziele der Einzelfallanalyse die Beobachtung und Beschreibung von individuellem Verhalten einer Person im Zeitverlauf, die Analyse der zeitlichen Abhängigkeitsstruktur der Beobachtungen mit dem Ziel Rückschlüsse auf die Struktur der zugrundeliegenden Prozesse zu ziehen, zur Kontrolle eines psychologischen Prozesses und zur Untersuchung der Wirkung einer Intervention auf einen Prozess mit dem Ziel, Vorhersagen treffen zu können. Dieses Ziel wird in der vorliegenden Arbeit verfolgt.

#### **4.4.3 Argumente für Einzelfallstudien**

Einzelfallstudien haben einige Vorteile: Es ist eine feldnahe und geschehensnahe Forschung, die die detaillierte Beschreibung eines Einzelfalles erlaubt (Petermann, 1996). Dies entspricht mehr der tatsächlichen Praxis.

Wenn in Hypothesen Aussagen über Individuen oder Parameter von Individuen gemacht, werden, so ist die Einzelfallanalyse eine adäquate Untersuchungsform (Reinecker, 1999; Westmeyer, 1996), da vermieden wird, dass interessierende Effekte „herausgemittelt“ werden.

Weiterhin ist bei Aggregation von Befunden nicht nachgewiesen, dass die Behandlung auch im Einzelfall wirksam ist, d.h. die Übertragung von Befunden an einer Gruppe von Individuen auf ein einzelnes Individuum ist statistisch nicht

legitim (Reinecker, 1999). So zeigte sich in einer Studie von Hautzinger, Baumgartner, Neßhöver und Schmitz (1987) trotz signifikantem Gruppeneffekt eine geringere Wirksamkeit der Behandlung im Einzelfall.

Ein weiterer Anwendungsgrund für Einzelfallanalysen ist, wenn nicht die Möglichkeiten einer Zufallsstichprobe gegeben sind, was eine wichtige Grundlage für gruppenstatistische Untersuchungen darstellt (Reinecker, 1999). Eine Kontrolle der Messfehler über die Zeit ist durch Messwiederholungen möglich.

Darüber hinaus ist für die korrekte statistische Auswertung in Gruppenstudien meist Unabhängigkeit von Beobachtungswerte notwendig, die häufig nicht vorliegt. Dies kann in Einzelfallstudien durch spezifische Verfahren berücksichtigt werden (Reinecker, 1999).

Darüber hinaus sprechen ökonomische Gründe für die Durchführung von Einzelfallanalysen: Es ist sinnvoller, zunächst die Wirksamkeit von Methoden an wenigen Fällen zu erproben. Weiterhin ist es zur Bestimmung der Wirksamkeit von Therapien notwendig, zunächst einmal im Einzelfall die genaue Wirksamkeit zu verstehen, bevor man dies verallgemeinern kann (Grawe, 1988).

Abschließend sind Einzelfallanalysen ein geeignetes Verfahren zur Generierung von Hypothesen.

Zusammenfassend wird in der vorliegenden Arbeit eine Serie von Einzelfallstudien unternommen, da hierfür mehrere Gründe vorliegen: Es werden direkte Aussagen über Individuen getroffen. Es ist realitätsnahe Forschung. Weiterhin ist es eine ökonomische Methode zur Replikation bereits bestehender Ergebnisse.

#### **4.4.4 Replikation von Befunden und Generalisierung**

Auch Einzelfallanalysen können repliziert werden. Dabei kann der Versuch unternommen werden, universelle Hypothesen durch Prüfung dieser Hypothesen an einer Reihe von Personen zu bestätigen. Es geht also um eine deduktive Bestätigung von Hypothesen (Huber, 2008). Dies bedeutet, dass sich eine Hypothese relativ zum Hintergrundwissen an den Ergebnissen von

Einzelfalluntersuchungen bewähren kann, was nicht mit einem Beweis zu verwechseln ist (Westmeyer, 1996). Die Replikation kann eine Hypothese also bestätigen oder entkräften.

Laut Reinecker (1999) können universelle Hypothesen durch einen negativen Befund widerlegt werden (im Gegensatz zur Ansicht von Westmeyer, 1996). Dies spielt jedoch in der Praxis keine große Rolle da selten universelle Hypothesen untersucht werden (wie auch in diesem Fall).

Voraussetzungen zur Generalisierung von Einzelfallbefunden sind nach Kennedy (1979), dass innerhalb einer Stichprobe ein weiter Bereich des Kriteriums erfasst wird, das untersucht wird. Weiterhin müssen zwischen der Stichprobe und der Gesamtheit viele Merkmale gemeinsam sein, es darf nur wenige einzigartige Merkmale in der Stichprobe geben und alle Merkmale müssen relevant sein. Generalisierung geschieht durch Replikation. Bei Variation der Merkmale, um den Nutzen im praktischen Kontext zu zeigen, bei gleichzeitig gemeinsamen Mustern an Behandlungserfolg über die Behandlungen hinweg, stärkt dies die Annahme eines Kausalzusammenhangs. Desweiteren spricht eine gemeinsame Funktion der Behandlung über die Fälle hinweg stark für die Generalisierbarkeit. Hierbei muss jedoch beachtet werden, dass dieses Vorgehen nicht zur Entdeckung kausaler Zusammenhänge verwendet werden sollte. Es geht im Gegensatz dazu darum, eine rationale Rechtfertigung von praktischem Handeln herzustellen.

Bei der praktischen Durchführung muss die direkte Replikation von der systematischen Replikation unterschieden werden (Petermann, 1996). Bei einer systematischen Replikation werden die Ergebnisse einer Studie unter wechselnden Situationsbedingungen wiederholt mit dem Ziel einer Generalisierung der Aussagen (Barlow, Nock & Hersen, 2009). Im Gegensatz dazu müssen bei einer direkten Replikation situative Bedingungen, Variablen des Versuchsleiters und der Versuchsperson denen der Primärstudie entsprechen. Beachtet werden muss, dass bei zunehmenden Replikationen immer mehr Aspekte vergleichbar bleiben müssen, was die praktische Durchführung erschwert (Petermann, 1996).

In der vorliegenden Studie wird eine systematische Replikation von Befunden mit dem Ziel der deduktiven Bestätigung von Hypothesen zur anschließenden

Generalisierung versucht. Weiterhin wird eine breite Variation von Merkmalen untersucht.

Nachdem die vorliegende Arbeit in die unterschiedlichen Forschungsparadigmen Prozess-Erfolgs-Forschung, Effektivitäts- und Einzelfalluntersuchung beschrieben und die vorliegende Arbeit eingeordnet wurde ist nun abschließend eine Beschreibung der Methode der systematischen Verhaltensbeobachtung notwendig um anschließend wichtige Fragestellungen und Hypothesen der empirischen Arbeit abzuleiten.

## **4.5 Systematische Verhaltensbeobachtung**

Bei der Darstellung der systematischen Verhaltensbeobachtung werden zunächst methodische Aspekte dargestellt, anschließend wird das in der vorliegenden Arbeit verwendete Kategoriensystem dargestellt sowie wichtige empirische Arbeiten zitiert, um anschließend zur eigenen Studie überzuleiten.

### **4.5.1 Methodische Aspekte von Verhaltensbeobachtung**

#### Allgemeine Aspekte der Verhaltensbeobachtung

Verhaltensbeobachtung ist eine der zentralen Methoden der wissenschaftlichen Psychologie. Dabei ist wissenschaftliche Beobachtung gekennzeichnet durch Zielgerichtetheit, d.h. es wird nur ein Ausschnitt der Wirklichkeit beobachtet. Weiterhin ist methodische Kontrolle kennzeichnend, die durch die Kontrolle von Störfaktoren, die Speicherung von Daten und der Beachtung von möglichen Einflussfaktoren durch die Tatsache, dass es sich bei Beobachtung um einen aktiven Wahrnehmungsprozess handelt, hergestellt wird (Huber, 1999).

Wissenschaftliche Beobachtung kann in unterschiedlichen Formen erfolgen; dabei können die folgenden Aspekte unterschieden werden (Westmeyer & Nell, 2005): Erstens unterscheidet sich die Person der Beobachtung, Selbst- oder Fremdbeobachtung. Weiterhin kann freie von systematischer Verhaltensbeobachtung unterschieden werden, wobei bei freier Verhaltensbeobachtung die Verhaltensdeskriptoren und Zeitabschnitte im Gegensatz zur systematischen Verhaltensbeobachtung zu Beginn der Beobachtung nicht verbindlich festgelegt sind. Darüber hinaus kann das Verhalten einer Person oder die

Interaktion mehrerer Personen in Dyaden beobachtet werden. Es kann die Ausprägung von Verhalten eingeschätzt werden, während bei Verhaltensregistrierung auf Nominalniveau das Auftreten von Verhalten beschrieben wird. Dies kann umfassend geschehen, d.h. alle Verhaltensweisen werden registriert, oder selektiv, bei dem nur wenige Verhaltensweisen registriert werden. Weiterhin kann Verhalten in natürlicher Umgebung oder in ähnlichen, analogen Situationen beobachtet werden, dies entspricht der Unterscheidung zwischen Labor- und Feldforschung. Nach Krohne und Hock (2007) ergibt sich weiterhin die Unterscheidung zwischen aktiv-teilnehmender Beobachtung, bei der der Beobachter ins Geschehen eingreift, passiv-teilnehmender Beobachtung, bei der der Beobachtete über die Verhaltensbeobachtung informiert ist, aber nicht ins Geschehen eingreift, und nichtteilnehmender Beobachtung, bei der diese ohne Wissen der Beobachteten geschieht. Darüber hinaus ergibt sich die Unterscheidung, ob der Beobachtete weiß, dass er beobachtet wird (wissentliche, offene Beobachtung) oder dies nicht weiß (unwissentliche, verdeckte Beobachtung) (Huber, 1999). Wenn bei wissentlicher Beobachtung Videoaufnahmen vorgenommen werden, geht man davon aus, dass sich Probanden leichter an ein Gerät gewöhnen als an einen menschlichen Beobachter.

In der vorliegenden Studie wird systematische Verhaltensbeobachtung, passiv-teilnehmende Verhaltensregistrierung durch Fremdbeobachtung durchgeführt, Gegenstand ist die Interaktion zwischen Therapeut und Patient in Dyaden. Das Verhalten wird umfassend in der natürlichen Situation registriert. Aus ethischen Gründen wird wissentliche Beobachtung durchgeführt, die jedoch zur Verringerung reaktiver Effekte durch Videoaufnahmen geschieht.

Darüber hinaus können unterschiedliche Ebenen des Interaktionsverhaltens bei systematischer Verhaltensbeobachtung unterschieden werden, insbesondere die verbale und nonverbale Ebene. Dabei schlagen Schaap et al. sowie Schindler (1996) vor, zuerst die verbale und anschließend, nach Identifikation von Veränderungspatterns, die nonverbale Ebene zu untersuchen. Da nach dem aktuellen Forschungsstand für die verbale Ebene noch nicht ausreichende Befunde für die Identifikation klarer Veränderungspatterns vorliegen, wird diese

Strategie auch in der vorliegenden Arbeit weiterverfolgt. Da sie auch methodisch einfacher zugänglich ist, wird dabei davon ausgegangen, dass anschließend der Übertrag der Ergebnisse auf die nonverbale Ebene geprüft werden müsste.

Nachdem allgemeine Aspekte und der Gegenstand der Verhaltensbeobachtung definiert wurden, muss als nächstes definiert werden, wie genau das Verhalten beobachtet wird. Als erstes kann nach Krohne und Hock (2007) die Stichprobe des Verhaltens, Zeit- oder Ereignisstichprobenplan unterschieden werden. Beim Zeitstichprobenplan wird vorab festgelegt, zu welchen Zeitpunkten Verhalten registriert wird. Beim Ereignisstichprobenplan wird hingegen erst protokolliert, wenn ein kritisches Ereignis auftritt. Darüber hinaus wird bei isomorpher Beschreibung das gesamte Verhalten möglichst vollständig wiedergegeben, während bei reduktiver Beschreibung sich die Registrierung auf interessierende Aspekte konzentriert. Eine weitere Unterscheidung besteht zwischen einem Kategoriensystem, bei dem einzelne Kategorien sich gegenseitig ausschließen und voneinander verschieden sind, also ein geschlossenes, vollständiges System bilden (Faßnacht, 1995), und einem Zeichensystem, bei dem mehrere Codes zueinander in nicht definierter Beziehung stehen und auch gleichzeitig mehr als ein Code registriert werden kann. Weiterhin sind nach Hill (1982) mehrere Foki der Beobachtung möglich: Der erste ist die Beschreibung des Verhaltens während der Therapiesitzung, der zweite die Beschreibung des gegenseitigen Einflusses in der Interaktion und die Mechanismen der Verhaltensänderung von Patienten. Drittens können Verhaltenspattern mit Erfolgskriterien verknüpft werden.

Hierbei wird auf einen Zeitstichprobenplan aus praktischen Erwägungen zurückgegriffen. Es handelt sich um isomorphe Beschreibung aller Verhaltensweisen während der therapeutischen Sitzung. Weiterhin wird in der vorliegenden Studie ein Kategoriensystem verwendet und es werden alle drei Foki betrachtet (Beschreibung des Verhaltens, der gegenseitigen Beeinflussung und die Verknüpfung mit Erfolgskriterien).

Bei systematischer Verhaltensbeobachtung müssen auch häufige Beobachterfehler beachtet werden (Huber, 1999): Einerseits müssen die Grenzen der

Leistungsfähigkeit der Beobachter beachtet werden, die u. a. von Zeit, Situation, aber auch den Anforderungen des Kategoriensystems abhängen. Weiterhin müssen Fehler durch Unklarheit über das Ziel der Beobachtung oder unzureichend definierte Kategorien vermieden werden, ebenso wie durch mangelnde Beherrschung des Kategoriensystems oder der Aufzeichnungswerkzeuge oder durch Erwartungen über Häufigkeiten oder Konsequenzen von Kategorisierungen. Hierfür wurde ein Beobachtertraining und die Überprüfung der Beobachterübereinstimmung durchgeführt. Der Aufwand war für alle Beobachter vergleichbar und es wurden möglichst optimale Bedingungen für die Kodierung hergestellt (freie Zeiteinteilung, helle Räume, Hinweise auf maximale Zeit bei Kodierung, Versuchsleiterin nimmt wegen Erwartungseffekten nicht an eigenständiger Kodierung teil).

### Kategoriensysteme

Nach der Festlegung auf ein Kategoriensystem zur verbalen Ebene der Interaktion soll nun als nächstes definiert werden, was für Anforderungen methodisch an ein Kategoriensystem gestellt werden (Schindler, 1991):

Erstens ist ein Kategoriensystem dadurch gekennzeichnet, dass das gesamte zu beobachtende Verhalten mit den zur Verfügung stehenden Kategorien erschöpfend abgebildet werden können. Dafür müssen also alle Verhaltensweisen kodiert werden (Cranach & Frenz, 1969) und jedes Verhalten sollte eindeutig einer Kategorie zugeordnet werden können. Um Gesetzmäßigkeiten der gegenseitigen Beeinflussung in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient zu erfassen, muss das Verhalten beider Interaktionspartner sequentieller Abfolge kodiert werden (Mees & Selg, 1977). Weiterhin sollen die Kategorien voneinander unabhängig sein, d.h. sie sollten sich gegenseitig ausschließen. Darüber hinaus müssen Kategorien theoretisch abgeleitet werden. Grund dafür ist, dass Beobachtungsprozessen immer Theorien und Ansichten zugrunde liegen, weiterhin können dann Beobachtungen theoretisch integriert werden. Neben theoretischen Erwägungen sollte auch die pragmatische Notwendigkeit von möglichst wenigen Kategorien abgewogen werden (Huber, 1999). Abschließend sollten die Kategorien verhaltensnah und positiv beschrieben werden.

Weiterhin können Kategoriensysteme anhand der Art der Kategorien sowie der Kodierstrategie unterschieden werden. Russell und Stiles (1979) unterscheiden in ihrem Klassifikationssystem inhaltliche, intersubjektive und extralinguistische Kategorien. Bei inhaltlichen Kategorien wird die thematische Repräsentation des Therapieprozesses erhoben, sowohl manifester als auch latenter Inhalt. Solche Kategorien sind jedoch nicht geeignet für die Erhebung reziproker Interaktion. Intersubjektive Kategorien beschreiben eine syntaktische oder andersartige implizierte Beziehung zwischen Sender und Empfänger, z.B. enthält die Kategorie „Frage“ die Information, dass die Person Informationen vom Interaktionspartner erhalten will und erwartet, dass dieser die Informationen auch besitzt. Diese Ebene enthält die wertvollste Information zur Beschreibung und Analyse der therapeutischen Situation und wird daher nach Schaap et al. (1993) auch von den meisten Kategoriensystemen verwendet. Extralinguistische Kategorien enthalten nonverbale Aspekte des Sprechaktes, wie Lachen, Stottern oder Betonung. Sie werden ohne Bezug zu Semantik oder Syntax bestimmt.

Bei der Bestimmung der Kategorien gibt es weiterhin zwei Kodierstrategien: Klassischer und pragmatischer Kodierstrategie. In der klassischen Strategie nach Berelson (1952) werden manifeste Inhalte von verbalen Äußerungen erhoben. Dabei ist die Objektivität von größter Bedeutung, Beobachter sollen mit minimalem Training Inhaltsanalysen durchführen können. Die pragmatische Strategie spricht nach Marsden (1965) den latenten Inhalt an und fokussiert sich auf die Beziehung der Personen sowie deren Kommunikation. Da Rückschlüsse beim Kodieren gemacht werden, ist mehr Training für die Beobachter notwendig um Reliabilität zu erreichen.

Dabei werden in der vorliegenden Arbeit intersubjektive Kategorien mit einer Kodierstrategie identifiziert, die zwischen die Pole „klassisch“ und „pragmatisch“ fällt.

#### **4.5.2 Das Kategoriensystem zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP)**

Nach der Darstellung von methodischen Aspekten der Verhaltensbeobachtung und der Anwendung auf die vorliegende Arbeit soll nun im Weiteren das Kategoriensystem dargestellt werden, das in der vorliegenden Arbeit verwendet

wird. Nach einer kurzen Darstellung der Entwicklung und methodischer Besonderheiten werden wichtige empirische Ergebnisse dargestellt.

Bei einem Überblick über Ergebnisse zur systematischen Verhaltensbeobachtung wird deutlich, dass unterschiedliche Kategoriensysteme mit verschiedenen Definitionen der Kategorien existieren, deren Ergebnisse miteinander kaum vergleichbar sind. Dies zeigt sich auch in einer Studie von Elliott et al. (1987), in der unterschiedliche Therapien mit mehreren Kategoriensystemen kodiert wurden. Hierbei zeigten sich zwar generelle Gemeinsamkeiten über die Kategoriensysteme hinweg; dennoch finden sich unterschiedliche Definitionen, selbst wenn ähnliche Begriffe verwendet wurden. Insgesamt gibt es auch nur wenige Kategoriensysteme, die sich für die Analyse der sequentiellen Beeinflussung eignen und Kategorien für Therapeuten- und Patientenverhalten enthalten (z.B. Stiles, 1981; Hill, 1978).

Für die vorliegende Arbeit wird das Kategoriensystem von Schindler (1987; 1991) ausgewählt da es einige Vorteile hat: Es wurde schon in einigen Studien verwendet, so dass vorhandene Forschungsergebnisse zur Hypothesengenerierung und -überprüfung genutzt werden können, insbesondere in Kombination mit subjektiven Daten. Diese Studien beruhen ebenfalls auf kognitiven Verhaltenstherapien, ebenso wie in der vorliegenden Arbeit. Weiterhin ist es besonders für die sequentielle Analyse von Beobachtungsdaten geeignet und speziell für die therapeutische Interaktion entwickelt worden, nicht allgemein für alle sozialen Interaktionen.

Da in der vorliegenden Arbeit dieses Kategoriensystem verwendet wird, wird auf eine Darstellung anderer Beobachtungssysteme verzichtet. Die folgenden Ausführungen beruhen auf den Veröffentlichungen von Schindler (1989 und 1991 sowie Schindler, Müller, Hohenberger-Sieber & Hahlweg, 1988).

#### Entwicklung des CIP

Schindler kritisierte 1989, dass alle bestehenden Kategoriensysteme zur systematischen Verhaltensbeobachtung der therapeutischen Interaktion entweder für alle sozialen Interaktionen entwickelt worden waren (und nicht speziell für die spezifische Interaktion in der Psychotherapie), nur auf einen

Interaktionspartner ausgerichtet waren oder die Beobachtungseinheit der einzelne Satz war. Ausgehend von dieser Kritik entwickelte Schindler sein eigenes Kategoriensystem, das Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie (im Folgenden: CIP). Es soll dazu dienen, Gesprächsstrategien in der sozialen Interaktion zu identifizieren, die in einem Therapieprozess zu einem bestimmten Zeitpunkt hilfreich sind, um eine Wirkung zu erzielen und gleichzeitig auch dem Anspruch einer theoretischen Ableitung genügen.

Wichtig war die Entscheidung für eine Beobachtungseinheit. In anderen Kategoriensystemen wird am häufigsten der grammatikalische Satz verwendet. Dieser hat den Vorteil, dass recht eindeutige Kriterien für die Abgrenzung einer Einheit zur Verfügung stehen. Ein Nachteil ist allerdings, dass im Sozialkontakt sich Äußerungen meist aus mehreren Sätzen zusammensetzen. Daher werden bei der Verwendung des Satzes als Beobachtungseinheit Äußerungen künstlich auseinandergerissen, wodurch sich der Sinn ändern kann. Weiterhin geht. Eine alternative Beobachtungseinheit ist nach Schaffer (1982) die Sinneinheit. Hierbei beginnt eine neue Einheit, wenn sich die Art des Verhaltens ändert (also sich die Kategorie ändert) oder der Interaktionspartner zu sprechen beginnt. Die Wahl der Sinneinheit als Beobachtungseinheit ist nach Schindler (1991) zu präferieren, da es einen Zuwachs an klinischer Bedeutung im Vergleich zum Satz als Beobachtungseinheit bedeutet, auch wenn es ausführlicheres Beobachtertraining erfordert. Daher wurde im CIP die Sinneinheit ausgewählt.

### Kategorien des CIP

In seiner Endfassung umfasst das CIP 20 Kategorien zum Therapeuten- und 19 Kategorien zum Patientenverhalten, es ist somit ein sehr differenziertes System (siehe Tabelle 4-1). Jede Äußerung von Patient und Therapeut wird erfasst, das System ist also vollständig. Somit wird das Gesamtgeschehen der Therapiesitzung abgebildet. Die Kategorien sind so formuliert, dass sie sich gegenseitig ausschließen.

Die Kategorien können für die weitere Auswertung zu übergeordneten Dimensionen zusammengefasst werden (6 Dimensionen für das Therapeuten- und 7 für das Patientenverhalten). Diese Zusammenfassung ist notwendig, da für Sequenzanalysen ausreichendes Datenmaterial zur Verfügung stehen

muss. Die Dimensionen stellen dabei einen Kompromiss dar zwischen der praktischen Notwendigkeit von möglichst wenigen Kategorien und dem Wunsch, eine möglichst differenzierte Aussage über das Therapieverhalten treffen zu können.

*Tabelle 4-1: Übersicht über die Kategorien des CIP (Schindler, 1991)*

<b>Therapeutenkategorien</b>	<b>Patientenkategorien</b>
<b>1 Einfühlung (EF)</b> - Gefühlsansprache (GA) - Reformulierung (RF) - Verständnis (VE)	<b>1 Emotionale Öffnung (EO)</b> - Beschreibung positiver Gefühle (PG) - Beschreibung negativer Gefühle (NG)
<b>2 Unterstützung (UN)</b> - Zuspruch (ZP) - positive Rückmeldung (PR) - minimale Unterstützung (MU)	<b>2 Problembeschreibung (PB)</b> - sachlicher Bericht (SB) - spezifisches Problem (SP)
<b>3 Exploration (EX)</b> - Informationsfrage (IF) - Zusammenfassung (ZF)	<b>3 Einfache Antworten</b> - Kurzantwort (KA)
<b>4 Erklärung (EK)</b> - sachliche Feststellung (SF) - Strukturierung (ST) - Erklärung (EK) - Selbstöffnung (SO)	<b>4 Änderungsbericht (ÄB)</b> - Selbstkontrollversuch (SK) - Erfolgsbericht (EB) - Einsicht (ES)
<b>5 Direktiven (DT)</b> - direktive Führung (DF) Aufgabenstellung (AS)	<b>5 Mitarbeit/Initiative (MI)</b> - Wunsch/Zielvorstellung (WZ) - Zuversicht (ZV) - Änderungsvorschlag (AN)
<b>6 Klassifikation (KF)</b> - Konfrontation (KO) - Interpretation (IP) - Kritik (KR)	<b>6 Klärung (KL)</b> - Ansprechen der therapeutischen Beziehung (TB) - Informationsfrage/ Ratsuche (IR)
	<b>7 Hemmendes Verhalten (HV)</b> - Ablehnung/Verweigerung (AV) - Kritik/Provokation (KP) - Resignation (RS)
Zusatzkategorien (ZK): Restkategorie (RK), Pause (PA), Zuhören (ZH)	

Mit dem CIP werden nur Gesprächsanteile der Sitzung, nicht die Durchführung von Interventionsstrategien, kodiert. Damit kann dem Ansatz von Schindler

(1991; vergleiche auch Zimmer, 1983) entsprochen werden: „Wenn allerdings Techniken präziser beschrieben werden, ... so läßt sich das interaktionelle Verhalten als „Rest“ bestimmen und systematisch untersuchen.“ Eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Kategorien sowie deren Definitionen und die Kodierregeln findet sich bei Schindler et al. (1988), Kurzdefinitionen der Kategorien siehe Anhang A.

Die Dimensionen könne weiterhin in Sammelkategorien in den Reduktionsformen I und II zusammengefasst werden (siehe Tabelle 4-2). Dabei werden bei den Therapeuten-Kategorien eine Sammelkategorie, die das Einholen und Geben von Informationen umfasst („Exploration/Erklärung“), eine Kombination aus „Einfühlung“ und „Unterstützung“ sowie eine dritte Sammelkategorie für die Zusammenfassung von Anleitung und Stellungnahme („Direktivität/Klassifikation“) kombiniert. Die letzten beiden Sammelkategorien umfassen dabei für die therapeutische Veränderung wichtige Anteile der Sitzung und werden dem konstruktiven Verhalten (+) zugeordnet. Exploration und Erklärung werden der neutralen Kategorie (0) zugeordnet, es wird bei den Therapeutenkategorien keine negative Kategorie definiert. Bei den Patienten-Kategorien werden Selbstöffnung, Änderungsberichte, Mitarbeit und Ratsuche in der Sammelkategorie als „Initiative/Kooperation“ sowie als konstruktives Verhalten (+) zusammengefasst, Problembeschreibung und Kurzantworten zählen als „Problembeschreibung“ zur neutralen Kategorie (0) und hemmendes Verhalten (-) bleibt eine eigene Kategorie. Mit solch einer Darstellung ist es möglich, die Interaktionsstruktur der Therapiesitzung graphisch abzubilden.

*Tabelle 4-2 Zusammenfassung des CIP zur Reduktion der Kategorienganzahl (Schindler, 1991)*

Überkategorien	Therapeuten-Kategorien	
	Reduktionsform I	Reduktionsform II
Exploration Erklärung	Exploration/Erklärung	0
Einfühlung Unterstützung	Einfühlung/Unterstützung	
Direktivität Klassifikation	Direktivität/Klassifikation	+

Überkategorien	Patienten-Kategorien	
	Reduktionsform I	Reduktionsform II
Problembeschreibung Kurzantwort	Problembeschreibung	0
Selbstöffnung Änderungsberichte Mitarbeit Klärung	Initiative/Kooperation	+
Hemmendes Verhalten	Hemmendes Verhalten	-

### 4.5.3 Empirische Ergebnisse zum CIP

Nun sollen im Weiteren wesentliche empirische Ergebnisse zum CIP dargestellt werden. Dies dient als Ergänzung zu den bisher beschriebenen allgemeinen empirischen Ergebnissen in Teil 2.3 und erfolgt erst an dieser Stelle, da Voraussetzung eine Darstellung von Grundlagen zu Kategoriensystemen im Allgemeinen und zum CIP im Speziellen war. Ausgehend von den Ergebnissen der ersten Studien mit dem CIP werden eine Studie zu Panikstörung mit Agoraphobie und abschließend weitere Einzelfallanalysen dargestellt. Die Ergebnisse sind auch verkürzt in einer Zusammenstellung am Ende des Kapitels zusammengefasst (siehe Tabellen 4-3 bis 4-9).

#### Erste Einsätze des CIP (Schindler, 1987 & 1991; Kaimer et al., 1989)

Nach der Entwicklung des CIP wurde es in einer Einzelfallanalyse von Kaimer, Reinecker und Schindler (1989) sowie von Schindler (1991) bei der Analyse von vollständigen Therapieverläufen bei 31 Patienten mit chronischen Schlafstörungen eingesetzt. Dabei wurde sowohl ein Gruppenvergleich als auch eine Einzelfallanalyse anhand von zwei Extremfällen durchgeführt.

Kaimer et al. (1989) verglichen in einer Einzelfallstudie zwei Therapien des gleichen Therapeuten mit depressiven Patienten miteinander; eine wurde mit Erfolg, die andere nur mit geringem Erfolg abgeschlossen. In beiden Fällen wurde eine verhaltenstherapeutische Kurzzeittherapie nach dem Selbstmanagementansatz im Umfang von maximal 12 Sitzungen durchgeführt. Die Patientinnen waren in vielen Faktoren miteinander vergleichbar (Problemlage,

Therapieziele, Geschlecht, Alter, soziale Situation, anfängliche Therapiemotivation). Die Beobachterübereinstimmung lag dabei bei  $\kappa = .69$  für die Therapeuten- und  $\kappa = .74$  für die Patientenkategorien.

Es zeigten sich sowohl Unterschiede im Therapeuten- als auch im Patientenverhalten: Der Therapeut verwendete signifikant mehr Erklärung und Unterstützung im erfolgreichen Fall, während er im weniger erfolgreichen Fall mehr Exploration und Einfühlung einsetzte. Die erfolgreiche Patientin zeigte mehr Problembeschreibung und Änderungsberichte, während die weniger erfolgreiche Patientin mehr Kurzantworten äußerte. Diese Unterschiede zeigten die höhere Bereitschaft zur Aktivität bei der erfolgreichen Patientin.

Auch in den Sequenzanalysen ergaben sich Unterschiede: Die weniger erfolgreiche Patientin reagierte auf Einfühlung oft mit emotionaler Öffnung, ebenso reagierte der Therapeut bei diesem Fall öfter mit Einfühlung. Im erfolgreichen Fall reagierte er auf emotionale Öffnung hingegen häufig mit Unterstützung. Die kontingente Reaktion der Patientin könnte dabei zu einer kontingenten Verstärkung dieses Musters beim Therapeuten geführt haben. Weiterhin reagierte die erfolgreiche Patientin auf Erklärungen mit Problembeschreibungen, während bei der weniger erfolgreichen Patientin auf Erklärungen Kurzantworten folgten. Die erfolgreiche Patientin reagierte weiterhin signifikant häufiger auf Unterstützung mit Änderungsberichten sowie, noch stärker, mit Mitarbeit/Initiative. Ebenso antwortete der Therapeut bei ihr wesentlich häufiger auf Änderungsberichte und Mitarbeit mit Unterstützung im Vergleich zur weniger erfolgreichen Patientin. Möglicherweise führte das seltenere Auftreten von Änderungsberichten auf Unterstützung zu einer Reduktion von Unterstützung durch den Therapeuten.

Für die Analysen höherer Ordnung wurden die Kategorien zu Sammelkategorien zusammengefasst. Hierbei wurde eine Folge von Initiative/Kooperation und Einfühlung/Unterstützung als Kooperationssequenz bezeichnet, da diese Sequenz kennzeichnend für konstruktives Verhalten ist und für Veränderungen als bedeutsam angesehen werden kann. Durch die Kooperationssequenz wird nach Schindler (1987) das Herausarbeiten spezifischer Probleme ebenso repräsentiert wie das Erarbeiten von Therapiezielen oder Einstellungsänderungen. Für diese Prozesse ist notwendig,

dass es sich nicht um isolierte Äußerungen handelt, sondern dass längere Verhaltensketten ablaufen. Ist die Kooperationssequenz kürzer, wird dabei möglicherweise ein wichtiges Thema weniger intensiv bearbeitet und schneller zu anderen Themen übergegangen.

In der Studie von Kaimer et al. (1989) war die Kooperationssequenz bei der erfolgreichen Patientin deutlich länger als bei der weniger erfolgreichen Patientin, diese Unterschiede nahmen im Verlauf der Therapie zu.

Die Kooperationssequenz scheint ein für den Therapieerfolg kritisches Interaktionsmuster zu sein. Da die Unterschiede sich schon in der Anfangsphase der Therapie zeigten, wurde von den Autoren ein prognostischer Wert vermutet. Es etabliert sich hierbei scheinbar ein Interaktionsstil, der in weiteren Sitzungen schwer wieder zu ändern ist. Daher ist nach Kaimer et al. (1989) von einer besonderen Bedeutung der ersten Stunden für die Etablierung der therapeutischen Interaktion und Beziehung auszugehen.

In einer weiteren grundlegenden Studie wurden von Schindler (1991; 1987) die vollständigen Therapieverläufe bei 31 Patienten mit chronischen Schlafstörungen analysiert. Es handelte sich um ein standardisiertes und empirisch überprüfbares Therapieprogramm mit einer Länge von 14 Sitzungen, die Patienten litten meist seit mehreren Jahren unter Ein- und/oder Durchschlafstörungen. Acht Therapeuten behandelten im Schnitt vier Patienten bei sechs Therapieabbrüchen. Jede Sitzung wurde vollständig auf Tonband aufgenommen, weiterhin wurden nach jeder Sitzung die Fragebögen zur Stunden- und Personenbeurteilung von Therapeut und Patient ausgefüllt. Der Therapieerfolg wurde direkt am Therapieende und nach 6, 12 und 18 Monaten gemessen.

Zuerst wurden zwei Extremfälle, ein Therapieabbruch und eine erfolgreich abgeschlossene Therapie bei der gleichen Therapeutin, verglichen (Schindler 1987), um anschließend Hypothesen über Interaktionsmuster zu generieren und an der Gesamtstichprobe zu überprüfen. Der Therapieabbruch fand nach der sechsten Sitzung statt. Hierbei stellte der Patient die therapeutische Rollenverteilung in Frage und versuchte, das Therapieprogramm zu unterlaufen.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse zeigten sich zahlreiche Unterschiede. Beim Vergleich der Stundenbeurteilung des Patienten zeigte sich eine deutlich höhere Bewertung der erfolgreichen Therapie im Vergleich zum Therapieabbruch von der ersten Stunde an. In der Stundenbeurteilung des Therapeuten hingegen zeigten sich diese Unterschiede nicht. In der Personenbeurteilung schätzte der später abbrechende Patient die Therapeutin als weniger sympathisch, kompetent und direktiv ein, die Therapeutin hingegen bewertete den nicht erfolgreichen Patienten als weniger sympathisch, aber genauso hoch in „Mitarbeit“ und „Selbstöffnung“.

Bei der Betrachtung der Auftretenshäufigkeiten einzelner Kategorien setzte die Therapeutin beim Therapieabbruch deutlich mehr Erklärungen und Strukturierungen, Konfrontation und Kritik ein, bei der erfolgreichen Therapie hingegen mehr Einfühlung, Unterstützung, Direktivität und Exploration. Der Therapieabbrucher wiederum zeigte mehr Klärung, weniger Mitarbeit, Änderungsberichte und Selbstöffnung. Hemmendes Verhalten wie Verweigerung und Kritik machten einen beträchtlichen Anteil der Äußerungen aus, wohingegen sie im erfolgreichen Fall gar nicht auftraten.

Bei der Betrachtung der gegenseitigen Interaktion war bei beiden Therapien die häufigste Aufeinanderfolge von Einfühlung/Unterstützung und Problembeschreibung, jedoch reagierte der erfolgreiche Patient etwas seltener mit Problembeschreibung auf Einfühlung/Unterstützung. Hemmendes Verhalten des Patienten trat am häufigsten nach Erklärung/Direktivität, aber am seltensten nach Einfühlung/Unterstützung auf. Die Therapeutin reagierte weiterhin auf hemmendes Verhalten am häufigsten mit Exploration, Einfühlung/Unterstützung und Klassifikation. Dies kann als Rechtfertigung oder Bemühen, Widerstände durch sachliche Informationen zu beseitigen, verstanden werden.

Wie schon bei Kaimer et al. (1989) wurde die Kooperationssequenz betrachtet. Auch in dieser Einzelfallanalyse stellte sich heraus, dass die Kooperationssequenz im erfolgreichen Fall länger war. Insgesamt reagierte der Patient im erfolgreichen Fall dreimal so häufig auf Einfühlung/Unterstützung mit Mitarbeit/Initiative als beim Therapieabbruch und zeigte auch eine höhere unbedingte Grundrate von Mitarbeit/Initiative. Der Therapeut antwortete auf Mitarbeit/Initiative im erfolgreichen Fall häufiger mit Einfühlung/Unterstützung und

seltener mit Exploration. In der weniger erfolgreichen Therapie reagierte die Therapeutin also seltener mit Unterstützung, der Patient war jedoch ebenso seltener kooperativ und zeigte manchmal sogar provokatives oder ablehnendes Verhalten auf Einfühlung und Unterstützung, was möglicherweise eine Löschung oder Bestrafung des Verhaltens der Therapeutin darstellt. Im erfolgreichen Fall hingegen nahm die Wahrscheinlichkeit, dass die Kette fortgesetzt wird, immer mehr mit der Länge der Kette zu, wozu beide Interaktionspartner beitrugen. Somit interpretiert Schindler (1987) dies als ein weniger konzentriertes Arbeiten beim Therapieabbruch und vermutet, dass solch ein Interaktionsmuster ein Prognosekriterium für den erfolgreichen Therapieverlauf sein könnte.

Diese Ergebnisse wurden zum Ausgangspunkt genommen bei der Betrachtung der Gesamtstichprobe (Schindler, 1991). 77 % der Patienten zeigten einen deutlichen Therapieerfolg. Es wurde der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV als Erfolgskriterium herangezogen und die Stichprobe in zwei Gruppen mit geringem vs. hohem Therapieerfolg getrennt. Zur Überprüfung der Beobachterübereinstimmung wurden 44 von 407 Tonbänder ausgewählt (10 % der Sitzungen), die transkribiert und anschließend kodiert wurden. Hierbei ergab sich ein mittlerer Kappa Koeffizient von  $\kappa = .75$  für die Therapeutenkategorien und von  $\kappa = .76$  für die Patientenkategorien.

Beim Vergleich der Stundenbewertung zeigte sich wiederum der Unterschied, dass die Patienten in der erfolgreichen Gruppe den Gewinn höher einschätzten als in der nicht erfolgreichen Gruppe. Beim Therapeuten hingegen zeigten sich keinerlei Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Weiterhin ergaben sich nur in wenigen Stunden Zusammenhänge zwischen der Bewertung des Therapeuten und der Bewertung des Patienten. Diese Ergebnisse bestätigen die Ergebnisse aus der Einzelfallanalyse. Patienten mit höherem Therapieerfolg ziehen scheinbar einen stärkeren subjektiven Gewinn aus jeder Sitzung.

Bei der Personenbeurteilung zeigte sich beim Vergleich der beiden Gruppen am Anfang Unterschiede in der Richtung, dass die Patienten in der erfolgreichen Gruppe ihren Therapeuten sympathischer, direkter und kompetenter einschätzten. Im Therapieverlauf glichen sich die beiden Gruppen an und beide

zeigten einen positiven Trend. In der Einschätzung des Patienten ergaben sich in der ersten Stunde signifikante Unterschiede in den Faktoren „Mitarbeit“ und „Selbstöffnung“, die erfolgreicherer Patienten wurden also als kooperativer eingeschätzt. Während „Mitarbeit“ weitgehend gleich blieb, schwankte die Einschätzung der „Selbstöffnung“. Erst gegen Ende wurden die erfolgreichen Patienten signifikant sympathischer eingeschätzt. Weiterhin wurden gegen Ende der Therapie bei den nicht erfolgreichen Therapien die Therapeuten weniger kompetent eingeschätzt, was als Enttäuschung über das Therapieergebnis interpretiert werden kann.

Darüber hinaus bestand bei der Einschätzung des Patienten ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Person und der Sitzung, während dies beim Therapeuten unabhängig voneinander war. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass der Therapeut in der Beurteilung der Sitzung eher ziel- und aufgabenorientiert ist, während beim Patienten die Einschätzung der Person des Therapeuten auch für die Sitzung eine wichtige Rolle spielt.

Bei den Auftretenshäufigkeiten einzelner Verhaltensweisen des Therapeuten nahmen Minimale Unterstützung (MU) und Zuspruch (ZP) mit der Zeit deutlich zu, während explorative Äußerungen sowie Sachliche Feststellung (SF), Erklärung (EK) und Strukturierung (ST) abnehmende Tendenz zeigten. Dieser Verlauf ergab sich ebenso aus der Struktur der Therapie wie das häufigste Auftreten von direktiven Äußerungen in der ersten Therapiephase. Beim Vergleich des Auftretens der Dimensionen in den beiden Gruppen trat in den ersten und letzten Therapiestunden signifikant häufiger Unterstützung in der erfolgreichen Gruppe auf, während in der mittleren Therapiephase signifikant häufiger klassifizierende Äußerungen verwendet wurden.

Bei den Kategorien des Patienten zeigte sich, dass alle Kategorien, die für erfolgreiches Verhalten relevant sind (also die Kategorien der Dimensionen Änderungsberichte und Mitarbeit/Initiative), im Therapieverlauf zunahmten. Dies sind Muster, die in einer erfolgreichen Therapie erwartet werden. Nach der Bearbeitung der Probleminhalte folgen änderungsrelevante Kategorien. Ebenso nahm hemmendes Verhalten (HV) leicht zu. Kurzantworten (KA) traten insgesamt am häufigsten auf. Beim Vergleich der beiden Gruppen beschreibt Schindler (1991) signifikante Unterschiede im häufigeren Auftreten von

Mitarbeit in den ersten Stunden und der letzten Therapiephase sowie das seltenere hemmende Verhalten in der erfolgreichen Gruppe. Diese Befunde stehen in Übereinstimmung zu den Befunden in den Einzelfallanalysen.

Bei der Analyse der sequentiellen Zusammenhänge zeigte sich, dass auf Einfühlung des Therapeuten der Patient mit emotionaler Öffnung reagierte, aber kein signifikanter Effekt auf änderungsrelevante Äußerungen der Patienten ausgeübt wurde. Mit Unterstützung wurde ebenfalls emotionale Öffnung beim Patienten gefördert, weiterhin traten anschließend häufiger Änderungsberichte oder Mitarbeit auf. Die höhere Kontingenz zwischen Unterstützung und Mitarbeit/Änderungsberichten war ein wichtiger Unterschied zwischen der erfolgreichen und der weniger erfolgreichen Gruppe: In der weniger erfolgreichen Gruppe zeigte sich änderungsrelevantes Verhalten kontingent häufiger auf Exploration und umgekehrt. Direktiven des Therapeuten führten zu Mitarbeit, aber auch klärende Äußerungen. Am häufigsten reagierte der Patient jedoch mit kontingentem Widerstand. Exploration diente v.a. zum Erfragen von sachlichen Informationen. Der Therapeut reagierte häufig auf wichtige Beiträge kontingent, während bei Problembeschreibung oder Kurzwort scheinbar eine Tendenz bestand, mit dem anfänglichen Verhalten fortzufahren.

Bei der Betrachtung längerer Interaktionsmuster konnten weitere Befunde herausgestellt werden: Kontingent auf Direktivität reagierte der Patient mit Kurzwort, hemmendem Verhalten oder Ratsuche, worauf der Therapeut kontingent mit Erklärung und Direktivität reagierte. Hierbei bestand als Unterschied, dass in der erfolgreichen Gruppe der Therapeut häufiger mit Direktivität auf hemmendes Verhalten reagierte, während in der weniger erfolgreichen Gruppe Erklärung folgte, scheinbar verlieh er also seinen Direktiven weniger Nachdruck. Weiterhin waren in der erfolgreichen Gruppe nach klassifizierenden Stellungnahmen die Sequenzen länger, woraufhin der Patient mit Problembeschreibung reagierte, d.h. in der erfolgreichen Gruppe werden klassifizierende Stellungnahmen intensiver vorgenommen.

Schindler (1991) schlussfolgert, dass in den ersten Sitzungen ein spezifischer Interaktionsstil gebildet wird, der im Weiteren schwierig zu beeinflussen ist und der über den Therapieerfolg mitbestimmt. Anfangs sind aber Möglichkeiten einer unmittelbaren Gesprächssteuerung gegeben. Daher ist als Folgerung

abzuleiten, dass bei Patienten, die sich eher auf Probleme konzentrieren, die Therapie besser so gestaltet wird, dass vermehrt änderungsrelevanten Aspekten Raum gewährt wird. Die Ergebnisse erlauben weiterhin, sich in zukünftigen Untersuchungen auf die Anfangsphase der Therapie zu beschränken, da sich hier die Interaktionsmuster ausbilden. Dies wird in der vorliegenden Arbeit verfolgt.

#### Panikstörung mit Agoraphobie

Weiterhin untersuchten Keijsers, Schaap, Hoogduin und Lammers (1995) 30 Patienten mit Panikstörung mit Agoraphobie, die mit einem standardisierten Manual von 12 Sitzungen behandelt wurden. Dieses enthielt 2 Sitzungen mit Entspannungstraining, 2 Sitzungen mit interozeptiver Exposition und Stressmanagement sowie 8 Sitzungen mit graduierter Exposition in vivo. Drei Sitzungen wurden auf Kassette aufgenommen und mit dem CIP kodiert. Hierbei wurde eine Beobachterübereinstimmung von  $\kappa = .79$  für die Therapeuten und  $\kappa = .74$  für die Patientenkategorien berechnet. Signifikante Symptomreduktion zeigte sich in der agoraphobischen Vermeidung, der Häufigkeit von Panikattacken und körperlichen Paniksymptomen mit Effektstärken zwischen 1.18 und 1.55. Untersucht wurde der Zusammenhang zwischen interaktionellem Verhalten und Therapieerfolg.

Bei den Therapeutenkategorien fanden sich in Sitzung 1 häufig Exploration und Empathie, in Sitzung 3 viel Erklärung und Direktivität sowie wenig Empathie und Exploration. Sitzung 10 wiederum war durch häufige Klassifikationen und Restkategorien gekennzeichnet. In Sitzung 1 korrelierte Direktivität und Erklärungen mit niedrigerer Reduktion von Vermeidungsverhalten, jedoch nicht mehr in Sitzung 3. Für Einfühlung ergab sich ein gemischtes Bild.

Bei den Patientenkategorien umfassten Problembeschreibungen und Kurzantworten zwischen 60 % und 70 % aller Äußerungen. Sitzung 1 war gekennzeichnet durch häufige Emotionale Öffnung und Problembeschreibung sowie wenige Änderungsberichte. In Sitzung 3 nahmen Problembeschreibungen ab sowie Pausen zu. Änderungsberichte, Hemmendes Verhalten und Restkategorien traten in Sitzung 10 häufiger auf. Emotionale Öffnung in Sitzung 1 korrelierten positiv mit reduziertem Vermeidungsverhalten allein, Problem-

beschreibung ebenso in Sitzung 1 und 3. Kurzantworten zeigten hingegen in beiden Sitzungen einen negativen Zusammenhang.

Die Befunde bestätigen größtenteils die Annahmen über die Verhaltensweisen in den einzelnen Sitzungen. Insgesamt konnte in dieser Studie der Einfluss von interpersonalem Verhalten auf den Therapieerfolg nachgewiesen werden. Weiterhin konnte bestätigt werden, dass der Aufbau einer therapeutischen Beziehung von einer empathischen und nondirektiven Haltung des Therapeuten zu profitieren scheint und mit Selbstöffnung des Patienten verbunden ist. Dieses Bild änderte sich in Sitzung 3, jedoch waren entgegen der Annahme hier direktive Äußerungen oder Erklärungen nicht signifikant mit dem Therapieerfolg verknüpft. Weiterhin schien Problembeschreibung mit reduziertem Vermeidungsverhalten, Kurzantwort, mit weniger reduziertem Vermeidungsverhalten verknüpft zu sein.

#### Weitere Einzelfallstudien mit anderen thematischen Schwerpunkten

Ausgehend von diesen Befunden wurden weitere Studien durchgeführt. So analysierte Brandl (2005) in einer Serie von Einzelanalysen sieben Therapien mit depressiven Männern in der alltäglichen Versorgungspraxis, darunter zwei Verhaltenstherapien. Alle Therapien wurden im Rahmen der Münchner Psychotherapiestudie (MPS) durchgeführt, bei der Depressionsbehandlungen mit Psychoanalyse (PA), tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (TFP) und kognitive Verhaltenstherapie (KVT) verglichen wurden. Es wurden jeweils 5 Sitzungen zu Anfang, Mitte und Ende der Therapien ausgewertet. Im Weiteren werden nur Befunde dargestellt, die für die vorliegende Arbeit relevant sind.

Bei der Betrachtung aller sieben Fälle zeigte sich in vier Fällen eine kontingente Reaktion des Therapeuten auf Änderungsberichte des Patienten mit Unterstützung. Weiterhin reagierte der Patient umgekehrt mit Änderungsberichten auf Unterstützung. Auf Exploration des Therapeuten folgt überzufällig häufig Problembeschreibung des Patienten.

Die beiden verhaltenstherapeutischen Fälle waren eine teilweise erfolgreiche Therapie mit 66 Sitzungen und eine nicht erfolgreiche Behandlung mit 75 Sitzungen, beide Patienten wurden von verschiedenen Therapeutinnen

behandelt. Insgesamt zeigten sich beim Vergleich der beiden Therapien kaum Ähnlichkeiten. Brandl (2005) vermutete daher, dass in beiden Therapien grundlegend andere Interaktionsprozesse ablaufen.

Beim Vergleich der Auftretenshäufigkeit der Verhaltensweisen zeigte sich, dass im erfolglosen Fall der Anteil an Explorationen, Erklärungen, Direktiven, Klassifikationen und den zusätzlichen Kategorien höher war, der Anteil an Einfühlung und Unterstützungen hingegen niedriger. Bei den Verhaltensweisen des Patienten war beim teilweise erfolgreichen Fall der Anteil an emotionaler Öffnung, Problembeschreibungen, Änderungsberichten und Mitarbeit höher, beim nicht erfolgreichen Fall hingegen der Anteil von Kurzantworten, Klärung, hemmendem Verhalten und an den zusätzlichen Kategorien.

Im teilweise erfolgreichen Fall wurde als dominante Interaktionssequenz die Folge von emotionaler Öffnung oder Problembeschreibung des Patienten mit Einfühlung der Therapeutin herausgearbeitet, woraufhin der Patient wiederum mit einer emotionalen Öffnung oder einer Problembeschreibung reagierte. Des Weiteren zeigte sich in beiden Richtungen eine Kontingenz zwischen Änderungsberichten des Patienten und Unterstützungen der Therapeutin.

Im erfolglosen Fall hingegen war die Therapeutin dominanter als der Patient. Die Therapeutin reagierte nicht kontingent mit Unterstützung auf Änderungsberichte, während der Patient auf Unterstützungen kontingent mit Änderungsberichten antwortete. Die Interaktion entwickelte sich schon in den ersten Stunden ungünstig und verbesserte sich im weiteren Verlauf nicht entscheidend. Die kennzeichnende Interaktionssequenz war eine Folge von Informationsfrage der Therapeutin und Problembeschreibung des Patienten, wiederum gefolgt von einer Informationsfrage. Nach Kurzantworten folgten meist Direktiven des Therapeuten. Auf Änderungsberichte reagierte die Therapeutin häufig mit einer zusätzlichen Kategorie und auf Klärungen meist mit Erklärungen.

In einer weiteren Studie (Brandl & Kammer, 1999) wurden zwei Therapien verglichen, in denen eine Tierphobie von derselben Therapeutin mit einem identischen Behandlungsprogramm auf der Grundlage des Neuro-Linguistischen Programmierens behandelt wurden. Die beiden Patientinnen

glichen sich in soziodemographischen Merkmalen, die beiden Therapien waren jedoch unterschiedlich erfolgreich. Es handelte sich um sechs Sitzungen lange Therapien. Nur bei einer Patientin lag nach Abschluss der Therapie noch eine spezifische Phobie vor.

Beim Vergleich der Einzelkategorien fallen zahlreiche Unterschiede auf: Allgemein gab es mehr Redebeiträge in der erfolgreichen Therapie. Die Therapeutin äußerte mehr Gefühlsansprachen, stellte mehr Informationsfragen und machte häufiger sachliche Feststellungen oder minimale Unterstützung, während in der erfolgreichen Therapie mehr Reformulierungen, Zuspruch, positive Rückmeldung und Interpretationen vorkamen. Direktive Führung hatte in der erfolgreichen Therapie einen kurvenförmigen Verlauf, nahm zur Mitte hin zu und wieder ab, während sie in der nicht erfolgreichen Therapie schon am Anfang recht hoch war und erst gegen Ende abnahm.

Auf Seiten der Patientin traten in der nicht erfolgreichen Therapie signifikant mehr Kurzantworten und sachlicher Bericht, hingegen signifikant weniger Problembeschreibung auf. Dies scheint ein Anzeichen für die verstärkte Problemaktualisierung in der erfolgreichen Therapie zu sein. Weiterhin zeigte die Patientin mehr Ablehnung/Verweigerung, sie stellte häufiger Informationsfragen, der Anteil an negativen Emotionen war signifikant größer. Im erfolgreichen Fall traten hingegen signifikant mehr Änderungsvorschläge auf, die Patientin äußerte mehr Zuversicht und berichtet mehr Selbstkontrollversuche. Weiterhin zeigte sich bei der nicht erfolgreichen Therapie nach der ersten Sitzung nur noch sehr wenig Mitarbeit/Initiative, in der erfolgreichen Therapie hingegen ein kontinuierlicher Anstieg von Änderungsvorschlägen.

Weiterhin ergaben sich Unterschiede in der wechselseitigen Beeinflussung: Bei Direktiven zeigte sich eine positive Kontingenz für Informationsfrage/Ratsuche und Pausen in beiden Therapien. Bei Pausen zeigte sich hingegen in der erfolgreichen Therapie häufig anschließend Mitarbeit/Initiative, während in der nicht erfolgreichen Therapie häufig hemmendes Verhalten folgte. Vermutlich handelte es sich bei diesen Pausen um Vorstellungsbungen, auf die die beiden Patientinnen unterschiedlich reagierten. Insgesamt scheint sich nach Brandl und Kammer (1999) der unterschiedliche Therapieerfolg zum Teil durch die unterschiedliche Interaktion erklären zu lassen.

In einer weiteren Arbeit untersuchte Hartung (1990) u. a., ob sich bei Verhaltenstherapie eine Veränderung im kognitiven Kontrollmodus finden lässt und versuchte, einen Zusammenhang zu Prozessen der Gesprächssteuerung herzustellen. Sie analysierte Therapien, die im Rahmen des Bochumer Angsttherapie-Projektes mit Patienten mit phobischen Störungen durchgeführt wurden. Der in der Therapiesituation aktivierte Kontrollmodus (Handlungsorientierung) stellte hierbei einen Prädiktor für den Therapieerfolg dar. Da die Ergebnisse aufgrund der methodischen Unterschiede nicht zur Hypothesenbildung für die vorliegende Arbeit herangezogen werden können, wird auf eine Darstellung verzichtet.

Weiterhin wurde eine Studie durchgeführt, in denen eine Verhaltenstherapie (die erfolgreiche Therapie in der Studie von Kaimer et al., 1989) mit einer Therapie nach dem lösungszentrierten Ansatz verglichen wurde, beide wurden vom gleichen Therapeuten durchgeführt. Es handelte sich um 8 bzw. 9 Sitzungen lange Behandlungen wegen Partnerschaftsproblemen, die beide erfolgreich abgeschlossen wurden (Schiepek & Schulte, 2001). Die Beobachterübereinstimmung, berechnet mit Cohens Kappa, lag zwischen  $\kappa = .60$  und  $\kappa = .94$ . Da diese Fragestellung nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist und die Verhaltenstherapie schon ausführlicher in den Ausführungen zu Kaimer et al. dargestellt wurde, wird darauf verzichtet, die gefundenen Unterschiede darzustellen.

Schindler (1991) fasst die Befunde folgendermaßen zusammen:

- Zentrale Bereiche der Änderung sind scheinbar Unterstützung beim Therapeuten sowie Mitarbeit/Änderungsberichte beim Patienten.
- Die Kooperationssequenz unterscheidet schon zu Beginn der Therapie zwischen erfolgreichen und weniger erfolgreichen Therapien.
- Beide Interaktionspartner tragen zu diesem Interaktionsstil bei.
- Schon in den ersten Sitzungen etabliert sich ein Interaktionsstil, der im Weiteren schwer modifizierbar ist.
- Die Stundenbeurteilung ist von Anfang an bei erfolgreichen Patienten höher, dies bestätigt die starke Bedeutung der Anfangsphase.

- Bei Direktivität muss auf einem Ausgleich zwischen zu viel und zu wenig geachtet werden, da übermäßig direktives Verhalten hemmendes Verhalten beim Patienten hervorruft.
- Einfühlung fördert zwar keine änderungsrelevanten Verhaltensweisen, allerdings kann emotionale Öffnung hierdurch verstärkt werden.

Die Ergebnisse der ergänzenden Arbeiten können wie folgt zusammengefasst werden:

- Insgesamt zeigt sich die beschriebene Bedeutung von Mitarbeit/Änderungsberichten.
- Für die Verhaltensweisen des Therapeuten scheint sich nur für Unterstützung ein Trend zu zeigen, dass dies mit höherem Therapieerfolg zusammenhängt.
- Weiterhin scheinen Problembesicht und Emotionale Öffnung eher mit höherem, Kurzantworten und Hemmendes Verhalten eher mit niedrigerem Therapieerfolg verknüpft zu sein.
- Weiterhin könnte nach Brandl (2005) die nicht-kontingente Verstärkung von Änderungsberichten durch Unterstützung im Zusammenhang mit niedrigerem Therapieerfolg stehen.
- Nach Schindler (1991) unterscheiden sich erfolgreiche und weniger erfolgreiche Gruppen in der Reaktion auf Hemmendes Verhalten durch Direktiven (erfolgreiche Gruppe) oder Erklärung (weniger erfolgreiche Gruppe).

Diese sowie weitere Detailergebnisse werden zur besseren Übersicht im Überblick dargestellt (siehe Tabellen 4-3 bis 4-9).

Ausgehend hiervon sollen nun die Fragestellung und Hypothesen der empirischen Arbeit abgeleitet werden, bevor die Methodik und die Ergebnisse der Studie dargestellt sowie abschließend diese in der Diskussion in den aktuellen Forschungsstand eingeordnet werden.

**Verkürzte Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse zum CIP***Tabelle 4-3: Ergebnisse von Kaimer, Reinecker und Schindler (1989) zusammengefasst*

	Verhaltensweisen Therapeut	Verhaltensweisen Patient	Sequenz 1. Ordnung Therapeut	Sequenz 1. Ordnung Patient	Längere Sequenz
Therapieerfolg +	EK, UN	PB, ÄN	UN – ÄB, UN – MI, EK – PB	EO – UN, AB – UN, MI – UN	Kooperationssequenz länger
Therapieerfolg -	EX, EF	KA	EF – EO EK – KA	EO – EF	Kooperationssequenz kürzer

*Schindler, 1987 und 1991*

## 1. Einzelfallanalyse

*Tabelle 4-4: Ergebnisse der subjektiven Daten aus Schindler (1987) zusammengefasst*

	Stundenbeurteilung	Personenbeurteilung
Therapeut	Kein Unterschied	Abbruch: Patient weniger Sympathie, Kompetenz, Direktivität
Patient	Erfolgreiche Therapie > Abbruch	Abbruch: Therapeut weniger Sympathie

Tabelle 4-5: Ergebnisse der Verhaltensdaten aus Schindler (1987) zusammengefasst

	Verhaltensweisen Therapeut	Verhaltensweisen Patient	Sequenz 1. Ordnung Therapeut	Sequenz 1. Ordnung Patient	Längere Sequenz
Insgesamt			EF/UN – PB    EK/DT - HV	HV – EX, EF/UN, KL	
Therapieerfolg	EF, DT, UN, EX	MI, ÄN, EO	EF/UN – MI +++ <sup>1</sup>	MI – EF/UN	Kooperationssequenz länger
Therapieabbruch	EK, ST, KO, KR	KL, HV++ <sup>2</sup>	EF/UN – PB		Kooperationssequenz kürzer

## 2. Gruppenanalyse

Tabelle 4-6: Ergebnisse der subjektiven Daten aus Schindler (1991) zusammengefasst

	Stundenbeurteilung	Personenbeurteilung
Therapeut	Kein Unterschied	T-: Anfang: Patient weniger Sympathie, Kompetenz, Direktivität
Patient	T+>T-	T+: Therapeut: mehr Mitarbeit, Beginn: + Selbstöffnung; Ende: + Sympathie

<sup>1</sup> 3x so häufig<sup>2</sup> deutlich häufiger

Tabelle 4-7: Ergebnisse der Verhaltensdaten aus Schindler (1991) zusammengefasst

	Verhaltensweisen Therapeut	Verhaltensweisen Patient	Sequenz 1. Ordnung Therapeut	Sequenz 1. Ordnung Patient	Längere Sequenz
Insgesamt		KA am häufigsten	EF – EO, UN – EO, UN – ÄB, UN – MI, DT – MI, DT – KL, DT – HV, EX - PB		DT – KA/HV/IR – EK/DT
Therapieerfolg +	Beginn + Ende UN Mitte                      KL	Anfang: MI	UN - MI/ÄB	HV – DT	KL – PB – KL – PB länger
Therapieerfolg -		Ende: HV	EX – MI/ÄB	ÄB/MI – EX, HV - EK	

*Keijsers et al. (1995)*

- Direktiven und Erklärungen sind nicht mit Therapieerfolg verknüpft
- Problembeschreibung: höherer Therapieerfolg als Kurzantworten

*Brandl, 2005*

*Tabelle 4-8: Ergebnisse aus Brandl (2005) zusammengefasst*

	Verhaltensweisen Therapeut	Verhaltensweisen Patient	Sequenz 1. Ordnung Therapeut	Sequenz 1. Ordnung Patient	Längere Sequenz
Insgesamt			UN – ÄB, EX – PB	ÄB – UN	
Teilweise Erfolgreich	EF, UN	EO, PB, ÄB, MI	UN – ÄB	ÄB – UN	EO/PB – EF – EO/PB
Nicht erfolgreich	EX, EK, DT, KL	KA, KL, HV	UN – ÄB	KA – DT, KL – EK, ÄB – RK	IF – PB - IF

*Brandl & Kammer, 1999*

*Tabelle 4-9: Ergebnisse aus Brandl und Kammer (1999) zusammengefasst*

	Verhaltensweisen Therapeut	Verhaltensweisen Patient	Sequenz 1. Ordnung Therapeut	Sequenz 1. Ordnung Patient
Insgesamt			DT – IR/PA	
Therapieerfolg +	RF, ZP, PR, IP	SP, ÄN, ZV, SK		PA – MI
Therapieerfolg -	GA, IF, SF, MU	SB, KA, AV, IF, NG		PA – HV

## **II Empirischer Teil**

## **5. Fragestellungen und Hypothesen**

### **5.1 Fragestellung**

Wie schon zuvor beschrieben, soll in der vorliegenden Arbeit die therapeutische Beziehung und Interaktion bei Panikstörung und Agoraphobie untersucht werden, wobei subjektive Maße sowie Verhaltensbeobachtung mit Hilfe des CIP einbezogen wird.

Hierbei ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Wie unterscheiden sich erfolgreiche und weniger erfolgreiche Therapien in der subjektiven Wahrnehmung und dem Verhalten von Therapeut und Patient sowie der gegenseitigen Beeinflussung des Interaktionsverhaltens?
- Welche Spezifika sind kennzeichnend für Therapien bei Panikstörung und Agoraphobie?
- Welchen Einfluss hat die Therapiedauer auf die Gestaltung der Beziehung und der Interaktion?
- Besteht ein Einfluss durch Komorbiditäten auf Beziehung und Interaktion im Vergleich zu Therapien mit reinen Angststörungen?
- Welche Muster sind prädiktiv für einen Therapieabbruch?

### **5.2 Hypothesen**

Aufbauend auf der vorliegenden Datenlage werden im Folgenden allgemeine Hypothesen für alle Einzelfallanalysen formuliert. Hypothesen, die spezifisch für eine Einzelfallanalyse sind, werden im entsprechenden Kapitel abgeleitet. Aufgrund der vorliegenden Datenlage ist davon auszugehen, dass bisherige Ergebnisse repliziert werden können, da angenommen wird, dass diese grundlegende Merkmale erfolgreicher Therapien darstellen und bei Panikstörung und Agoraphobie kein grundsätzlicher Unterschied zur Interaktion bei Patienten mit anderen Störungsbildern besteht. Die Hypothesen werden auf das Störungsbild angepasst und getrennt für die unterschiedlichen Maße dargestellt. Ausgehend von den in Teil 4.5.3 dargestellten empirischen Ergebnissen (insbesondere von Schindler, 1987 & 1991, Kaimer et al., 1989 und Keijsers et al., 1995) werden folgende Hypothesen aufgestellt:

### 5.2.1 Hypothesen zu den subjektiven Maßen

1. In erfolgreichen Therapien ist die Stundenbewertung des Patienten höher als in weniger erfolgreichen Therapien.
2. Es finden sich keine Unterschiede in der Bewertung der Stunde durch den Therapeuten.
3. Die Patienten schätzen den Therapeuten in den erfolgreichen Therapien als sympathischer und kompetenter ein.
4. Die Therapeuten schätzen die Patienten in erfolgreichen Therapien als sympathischer ein.

Aufgrund der Befunde von Keijsers et al. (1995) zu Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie, dass eine nondirektive Haltung des Therapeuten hilfreich ist, wird die Hypothese zur Personenbeurteilung des Patienten im Vergleich zu den Befunden von Schindler abgewandelt:

5. Die Patienten schätzen den Therapeuten in den erfolgreichen Therapien als weniger direktiv ein.

Entsprechend der Ergebnisse von Ramnerö und Öst (2007), die ebenfalls mit Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie durchgeführt wurden, wird weiterhin davon ausgegangen, dass sich die Befunde zur Personenbeurteilung des Patienten durch den Therapeuten unterscheiden:

6. Der Therapeut schätzt den Patienten in den erfolgreichen Therapien höher in „Mitarbeit“ und „Selbstöffnung“ ein.

### 5.2.2 Hypothesen zu den Verhaltensweisen

7. In erfolgreichen Therapien tritt mehr Unterstützung durch den Therapeuten auf als in weniger erfolgreichen Therapien.

Weiterhin wird davon ausgegangen, dass in einer erfolgreichen Therapie Direktiven erst dann gewinnbringend sind, wenn vorher eine tragfähige Beziehung aufgebaut werden konnte. Entgegen der Befunde von Keijsers et al. (1995) wird vermutet, dass zu frühe direktive Anweisungen, z.B. zur Notwendigkeit der Durchführung einer Exposition, in der Anfangsphase der Therapie kontraproduktiv sind. Da nur diese Phase der Therapie beobachtet wird, wird entsprechend der Ergebnisse von Brandl und Kammer (1999) folgende Hypothese aufgestellt:

8. In erfolgreichen Therapien ist die Häufigkeit von Direktiven durch den Therapeuten niedrig. Therapien mit einem hohen Anteil an Direktiven sind weniger erfolgreich.
9. In weniger erfolgreiche Therapien treten mehr Einfache Antworten des Patienten auf.
10. In erfolgreichen Therapien wiederum äußert der Patient mehr Änderungsberichte und mehr Mitarbeit/Initiative.
11. In erfolgreichen Therapien tritt weniger hemmendes Verhalten auf als in weniger erfolgreichen Therapien.
12. In erfolgreichen Therapien tritt mehr Problembeschreibung und Emotionale Öffnung auf.

### **5.2.3 Hypothesen zur gegenseitigen Interaktionssteuerung**

13. Entsprechend der Befunde von Brandl (2005) wird vermutet, dass in erfolgreichen Therapien der Therapeut kontingent überzufällig häufig das Auftreten von Änderungsberichten mit Unterstützung verstärkt, während die Kontingenz in weniger erfolgreichen Therapien nicht häufiger ist als erwartet.
14. Nach Bischoff und Tracey (1995) ist anzunehmen, dass hemmendes Verhalten allgemein kontingent häufiger nach Direktiven auftritt (beginnend mit dem Therapeutenverhalten).

Entgegen Bischoff und Tracey (1995) wird jedoch von den Befunden von Schindler (1991) zum Zusammenhang von hemmendem Verhalten und Direktiven ausgegangen:

15. In erfolgreichen Therapien reagiert der Therapeut auf hemmendes Verhalten des Patienten signifikant häufiger mit Direktiven.
16. Erfolgreiche Therapien sind durch längere Kooperationssequenzen gekennzeichnet als weniger erfolgreiche Therapien.

Nach der Darstellung der Fragestellung und Hypothesen wird im Folgenden das methodische Vorgehen im Detail beschrieben bevor zur Darstellung der Ergebnisse und Diskussion übergegangen wird.

## **6. Methodik**

Ausgehend von den Forderungen von Schindler (1991), seine Ergebnisse an einem anderen Störungsbild zu replizieren und sich ggfs. aus ökonomischen Gründen auf die Anfangsphase der Therapie zu beschränken, soll dies in der vorliegenden Arbeit anhand des Störungsbildes Panikstörung und Agoraphobie umgesetzt werden. Dazu sollen drei Therapien des gleichen Therapeuten sowie vier Therapien weiterer Therapeuten miteinander verglichen werden.

Hierfür werden die ersten acht Sitzungen von sieben Therapien untersucht. Es werden sowohl subjektive Daten erhoben als auch Verhaltensbeobachtung durchgeführt, weiterhin findet Diagnostik zu Therapie-beginn und -ende statt, um den Therapieerfolg zu bestimmen.

Ausgehend von einer detaillierteren Darstellung der untersuchten Therapien sowie des Studiendesigns werden im Weiteren die verwendeten Messinstrumente ebenso genauer beschrieben wie die Auswertungsmethoden.

### **6.1 Beschreibung der Therapien**

In der vorliegenden Studie soll wie in Kapitel 4.3 dargestellt praxisnahe Effektivitätsforschung betrieben werden. Daher werden Psychotherapien untersucht, die in der Routineversorgung stattfinden und daher nicht rein mit standardisierten Manualen durchgeführt werden. Andererseits sollten sich die Therapeuten hinsichtlich ihrer Vorkenntnisse und ihres therapeutischen Vorgehens nicht zu sehr unterscheiden, damit die Therapien zur Sicherung der internen Validität vergleichbar sind. Aus diesem Grund wurden kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapien verwendet, die im Rahmen der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten unter Supervision durchgeführt wurden. Dies führt dazu, dass sich alle Therapeuten hinsichtlich ihrer therapeutischen Erfahrung und ihres Ausbildungsstandes ähneln. Dafür bot die CIP-Ambulanz Bamberg des Ausbildungsinstitutes CIP Bamberg exzellente Voraussetzungen, insbesondere da alle Sitzungen routinemäßig gefilmt werden und daher keine außergewöhnliche Beeinflussung der Therapien durch die

Anwesenheit der Filmkamera zu befürchten war. Alle Therapien der vorliegenden Studie wurden in dieser Einrichtung durchgeführt.

### **6.1.1 Voraussetzungen für die Teilnahme an der Studie**

Damit Therapien in die Studie mit eingeschlossen werden konnten, mussten einige Voraussetzungen erfüllt werden:

Als erstes mussten sich sowohl Therapeut als auch Patient unabhängig voneinander zur Teilnahme bereit erklären, alle Patienten teilten dies schriftlich in einer Schweigepflichtsentbindung mit. Die Teilnahme an der Studie konnte jederzeit beendet werden.

Weiterhin war eine Voraussetzung, dass als Hauptdiagnose Agoraphobie mit/ohne Panikstörung oder eine Panikstörung diagnostiziert werden konnte, was mit Hilfe eines standardisierten Interviews mit dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV (SKID; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) bestätigt wurde.

Die Therapie musste in der CIP Ambulanz Bamberg von einem Ausbildungsteilnehmer unter Supervision durchgeführt werden.

Abschließend mussten Videoaufnahmen von der ersten Sitzung sowie mindestens vier weiteren Sitzungen bis zur achten Sitzung vorliegen. Bei den Fragebogendaten zum Therapieprozess durfte maximal ein Termin fehlen.

### **6.1.2 Auswahl der Therapien**

Im Untersuchungszeitraum (August 2009 bis Oktober 2010) wurden nur wenige Therapien in der CIP Ambulanz neu begonnen. Daher wurden zu Anfang Therapien von Patienten mit jeglichen Angststörungen in die Studie aufgenommen (Panikstörung mit und ohne Agoraphobie, soziale und spezifische Phobie, Generalisierte Angststörung). Da bei einer Bilanzierung dennoch am Ende der Rekrutierung die Mehrzahl der Angstpatienten die Diagnosekriterien der Störungsbilder Panikstörung und Agoraphobie erfüllten, wurde in einem zweiten Schritt eine Beschränkung auf diese Störungen vorgenommen. Es wurde kein Ausschluss wegen Komorbiditäten und

medikamentöser Behandlung vorgenommen, um die Übertragbarkeit auf die klinische Praxis zu gewährleisten. Weiterhin ist bei diesen Störungsbildern aufgrund der nachgewiesenen Wirksamkeit der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung (siehe Kapitel 3) von einem eigenständigen Effekt der psychotherapeutischen Behandlung auszugehen.

Auf der Grundlage des Eindrucks des Vorgesprächs, das standardmäßig von der Ambulanzleitung vor der Zuteilung auf bestimmte Therapeuten geführt wird sowie der Verdachtsdiagnose wurden alle für die Studie in Frage kommenden Therapien identifiziert und sowohl Therapeut als auch Patient angefragt, ob sie mit der Teilnahme an der Studie einverstanden wären. Insgesamt wurden 18 mögliche Therapien identifiziert, wonach in 7 Fällen die Therapien in die Studie mit eingeschlossen werden konnten. In den anderen 11 Fällen lagen folgende Gründe vor:

- Trotz Bericht von Ängsten im Erstgespräch konnte keine Angststörung diagnostiziert werden (1 Mal).
- Patient war in die private Krankenversicherung gewechselt und daher konnte keine Therapie an der Ambulanz durchgeführt werden (1 Mal).
- Patienten erklärten sich nicht zu einer Teilnahme an der Studie bereit (5 Mal).
- Im Erstgespräch wurde kein Video aufgezeichnet, aus technischen Gründen oder durch den Therapeuten vergessen (2 Mal).
- Weiterhin wurde ein Fall ausgeschlossen, bei dem die Diagnose einer Generalisierten Angststörung vorlag, da alle anderen Fälle unter dem Störungsbild Panikstörung und/oder Agoraphobie litten.
- In einem Fall erlaubte die Patientin nur, Videoaufnahmen mit Ton, aber ohne Bild zu machen. Da dies jedoch einen zu großen Einfluss auf die Kodierung haben könnte, wurde die Therapie nicht im Rahmen der Studie analysiert.

Dies führte zu einer Stichprobe von 7 Therapien, bei denen das Störungsbild Panikstörung und/oder Agoraphobie im Vordergrund stand und somit zu einer homogenen Stichprobe.

Anschließend soll die untersuchte Stichprobe genauer beschrieben werden. In Tabelle 6-1 ist sie hinsichtlich Patienten- und dargestellt, diese werden anschließend ausführlicher beschrieben. Die Bezeichnungen geben Hinweise

auf die untersuchten Fragestellungen, dies wird in Teil 7 ausführlicher dargestellt.

*Tabelle 6-1: Bezeichnungen der Therapien, Patienten und Therapeuten*

<b>Bezeichnung</b>	<b>Patient</b>	<b>Therapeut</b>
1TH	P1	T1
2TH	P2	T1
3TH	P3	T1
4AG	P4	T2
5PDA	P5	T3
6ABB	P6	T4
7KOM	P7	T5

### **6.1.3 Beschreibung von Therapeutenmerkmalen**

Zunächst sollen die Therapeutenmerkmale beschrieben werden. Es handelte sich um zwei männliche Therapeuten (Therapeuten T3 und T4) sowie drei weibliche Therapeutinnen (Therapeuten T1, T2 und T5). Das Alter der Therapeuten lag zu Therapiebeginn zwischen 28 und 34 Jahren mit einem Durchschnitt von 31 Jahren. Sie hatten zwischen 3 und 6 Jahre Berufserfahrung und waren zwischen 2.5 und 5 Jahre in verhaltenstherapeutischer Ausbildung (im Durchschnitt 3.8 Jahre). Alle absolvierten die Ausbildung und Teilzeit und waren zusätzlich angestellt in verschiedenen stationären Einrichtungen. Eine Therapeutin führte drei Therapien durch, die weiteren vier Therapien wurden von jeweils vier unterschiedlichen Therapeuten durchgeführt.

### **6.1.4 Beschreibung von Patientenmerkmalen**

#### Patienten P1, P2, P3

Die Patienten P1, P2 und P3 wurden von der gleichen Therapeutin behandelt, weswegen diese Therapien als 1TH, 2TH, 3TH gekennzeichnet wurden.

Bei P1 handelte es sich um eine zu Therapiebeginn 36jährige Frau, die nach Interview mit dem SKID unter den Diagnosen Panikstörung ohne Agoraphobie 300.01 (im ICD-10 F41.0) und einer Dysthymen Störung 300.4 (im ICD-10 Dysthymia F34.1) litt.

P2 war ein zu Therapiebeginn 33jähriger Mann, der unter einer Agoraphobie 300.22 (im ICD-10 F40.00) litt.

P3 war ein zu Therapiebeginn 69jähriger Mann, der unter einer Panikstörung ohne Agoraphobie 300.01 (im ICD-10 F41.0) litt.

#### Patient P4

Patientin P4 war eine zu Therapiebeginn 33jährige Frau, die unter einer Agoraphobie 300.22 (im ICD-10 F40.00) litt.

#### Patient P5

Patientin P5 war eine zu Therapiebeginn 28jährige Frau, die unter einer Panikstörung mit Agoraphobie 300.21 (im ICD-10 F40.01) litt.

#### Patient P6

Patientin P6 war eine zu Therapiebeginn 29jährige Frau, die nach Interview mit dem SKID unter den Diagnosen Agoraphobie 300.22 (im ICD-10 F40.00) sowie einer Zwangsstörung 300.3 (im ICD-10 F42) und einer Somatisierungsstörung 300.81 (im ICD-10 F45.0) litt.

#### Patient P7

Patientin P7 war eine zu Therapiebeginn 27jährige Frau, die nach Interview mit dem SKID unter den Diagnosen Panikstörung mit Agoraphobie 300.21 (im ICD-10 F40.01), einer Posttraumatischen Belastungssituation 309.81 (im ICD-10 Posttraumatische Belastungsstörung F43.1), einer Zwangsstörung 300.3 (im ICD-10 F42) sowie einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung 301.82 (im ICD-10 ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung F60.6) litt.

Für einen besseren Überblick sind die demographischen Daten in Tabelle 6-2 zusammengefasst:

*Tabelle 6-2: Demographische Daten der Patienten*

<b>Patient</b>	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>	<b>P7</b>
Geschlecht	w	m	m	w	w	W	w
Alter (Jahre)	36	33	69	33	28	29	27
Angst- störung	Panik	AG	Panik	AG	PDA	AG	PDA
Weitere Diagnosen	Dys- thymie	keine	keine	keine	keine	Zwang, Somati- sierung	PTBS, Zwang, selbst- unsiche- re PS

### 6.1.5 Beschreibung der Therapien

Die ausgewerteten Sitzungen fanden zwischen dem Oktober 2009 und dem Dezember 2010 statt. Die Inhalte und der Verlauf der untersuchten Sitzungen werden nun im Folgenden dargestellt, der Therapieerfolg wird nach der Erörterung der rechnerischen Bestimmung in Kapitel 6.4 im Ergebnisteil beschrieben. In Tabelle 6-3 erfolgt eine Übersicht der Länge der Therapien in Sitzungen und Monaten.

*Tabelle 6-3: Länge der Therapien*

<b>Therapie</b>	<b>1TH</b>	<b>2TH</b>	<b>3TH</b>	<b>4AG</b>	<b>5PDA</b>	<b>6ABB</b>	<b>7KOM</b>
Anzahl Sitzungen	34	37	8	28	33	2	30
Dauer (Monate)	15	12	3.5	13	13	1	12

## 6.2 Studiendesign

Nach der Darstellung der untersuchten Therapien soll im Weiteren das Studiendesign genauer ausgeführt werden, bevor die Messinstrumente und Auswertungsmethoden beschrieben werden. Hierbei schließt sich einer Schilderung des Versuchsaufbaus die Darstellung des Vorgehens bei der Verhaltensbeobachtung sowie des ausgewerteten Datenmaterials an.

### 6.2.1 Versuchsaufbau

Bei der Untersuchung der therapeutischen Beziehung wurde die Anfangsphase der Therapie ausgewählt, da aus ökonomischen Gründen eine Beobachtung des gesamten Therapiezeitraumes nicht möglich war. Hierfür gab es mehrere Gründe:

Erstens bilden sich entscheidende Mechanismen der Interaktion in den ersten Stunden heraus (siehe vorherige Ausführungen, insbesondere Schindler, 1991), was für die Auswahl dieses Zeitraumes spricht. Vorherige Studien haben gezeigt, dass die Auswahl der ersten Sitzungen zu keiner Veränderung der Ergebnisse führt (siehe Schindler, 1991). Darüber hinaus sind bei den ersten Sitzungen die Inhalte stärker vergleichbar als wenn spätere Sitzungen ausgewählt worden wären, da die Unterschiede zwischen nicht-standardisierten Therapien vermutlich im Verlauf der Zeit zunehmen. Weiterhin hat sich ein Dosis-Reaktions-Effekt in der Psychotherapie gezeigt (Kazdin, 1994): Je mehr Sitzungen stattfinden, desto mehr Patienten profitieren von einer Therapie; aber der stärkste Anstieg findet in den ersten Therapiestunden statt, nach acht Therapiestunden hat sich schon bei etwa 50 % aller Patienten der Zustand verbessert (Howard, Kopta, Krause & Orlinsky, 1986). Daher wird der Zeitraum ausgesucht, in dem dieser frühzeitige Therapieerfolg erzielt wird, die ersten acht Sitzungen der Therapien. Dies ermöglicht die Kombination einer gewissen Breite der Inhalte (Anfangsphase der Therapie plus erste Stunden, in denen inhaltlich gearbeitet wird) mit einem ökonomischen Vorgehen.

Für die Analyse des therapeutischen Prozesses ist es nach Schindler (1991) hilfreich, Verhaltensdaten mit subjektiven Einschätzungen der Therapie aus Sicht von Therapeut und Patient zu verknüpfen, um relevante

Interaktionsmuster zu erkennen und damit änderungsrelevante Episoden zu identifizieren. Dafür wurden als subjektive Daten direkt nach jeder Stunde durch Patient und Therapeut sowohl ein Bogen zur Stunden- als auch ein Fragebogen zur Personenbeurteilung ausgefüllt und anschließend in einem verschlossenen Briefumschlag abgegeben (ausführlichere Beschreibung aller Maße siehe Teil 6.3). Diese Bögen wurden zentral durch die Untersuchungsleiterin gesammelt, die Therapeuten erhielten keine Einsicht in die Fragebögen der Patienten um eine Beeinflussung der Therapeuten zu vermeiden. Für die Verhaltensbeobachtung wurde jede Sitzung durch die Therapeuten auf DVD aufgenommen und von der Untersuchungsleiterin für die Auswertung zentral gesammelt. Die Aufnahmen waren für die Therapeuten auch für die Supervision nutzbar, wie dies auch bei anderen Therapien an der CIP Ambulanz üblich ist.

Für die Bestimmung des Therapieerfolges wurde weiterhin zu Beginn der Therapie zusätzlich zur Standarddiagnostik der Ambulanz (Fragebogen zur Lebensgeschichte FLL - einem Anamnesebogen, der Symptom-Checkliste von Derogatis SCL-90-R, dem Fragebogen zur Lebenszufriedenheit FLZ<sup>M</sup> und dem Behandlungszielbogen) das Beck Angst-Inventar (BAI) ausgefüllt. BAI und SCL-90-R sowie Rückmeldebogen (der ein Goal Attainment Scaling erfasste) wurden auch zu Studienende erhoben.

Für die Auswertung im Rahmen der Studie wurde die SCL-90-R und das BAI herangezogen, da für die Studie diese die aussagekräftigsten Maße waren und eine Kombination von Mono- und Multitrait-Maßen ermöglichten, also sowohl die allgemeine Symptombelastung als auch die spezifische Angstsymptomatik erfassten. Weiterhin lagen für diese Maße genügend Daten zur Reliabilität und Validität vor. Ergänzend schätzte auch der Therapeut am Therapieende die Zielerreichung mit einem eigenen Bogen ein. Dies wurde ebenso wie der Rückmeldebogen zur Beurteilung der Zielerreichung herangezogen. Da hierdurch mehrere wichtige Aspekte des Therapieerfolges erfasst wurden, wurde das Einbeziehen des FLZ<sup>M</sup> (Henrich & Herschbach, 2000) nicht mehr als notwendig angesehen, der ein völlig andersartiges Konstrukt misst.

Da es sich bei Angststörungen in der Regel um kürzere Behandlungen handelt und der Einfluss der ersten Sitzungen sichergestellt werden sollte, wurde die Erhebung des Therapieerfolges spätestens nach 30 bis 37 Sitzungen, also dem

Zeitraum einer Kurzzeittherapie (mit ein paar Sitzungen zur Nachbehandlung maximal) betrachtet, auch wenn die Therapie danach weiter fortgesetzt wurde.

Darüber hinaus wurde zu Beginn der Therapie zur Sicherung der Diagnose ein diagnostisches Interview mit Hilfe des SKID-I und SKID-II durch die Versuchsleiterin oder eine Diplomandin durchgeführt. Versuchsleiterin und Diplomandin waren dabei beide durch das Manual geschult sowie in der Durchführung des Interviews geübt. Das Studiendesign ist in Abbildung 6-1 ersichtlich:

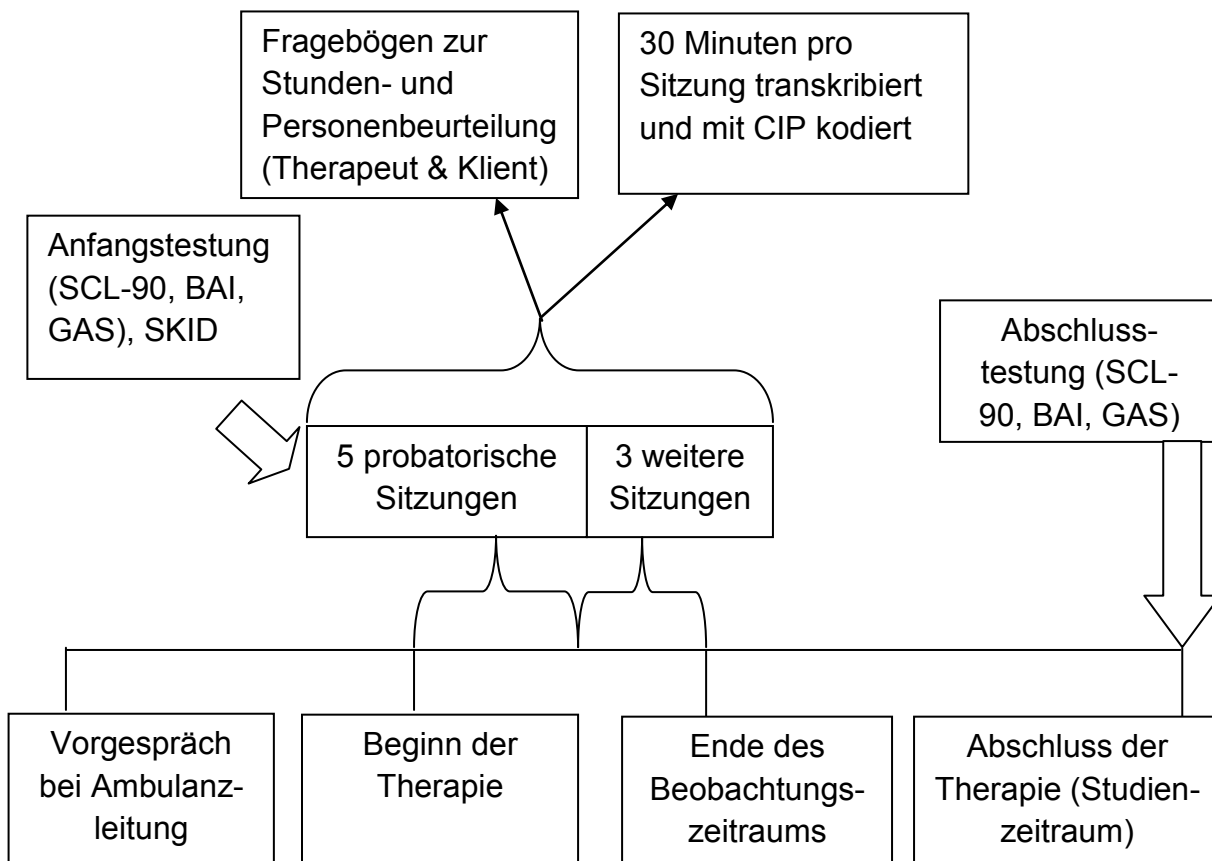


Abbildung 6-1: Zeitlicher Ablauf der Studien inklusive erhobene Messinstrumente

### 6.2.2 Verhaltensbeobachtung

Nach der Darstellung des Versuchsaufbaus soll das methodische Vorgehen bei der Verhaltensbeobachtung beschrieben werden, anschließend an die theoretischen Ausführungen in Kapitel 4.5. Im Weiteren folgen nach der Auswahl der Ausschnitte das Vorgehen bei Transkription und Kodieren sowie das Beobachtertraining. Die Sitzungen wurden zuerst transkribiert, die

Kodierung mit dem CIP erfolgt auf der Grundlage des transkribierten Textes und des Videos.

### Auswahl der Verhaltensstichprobe (Ausschnitte der Sitzungen)

Bei der Auswahl der Verhaltensstichproben ist als erstes die Entscheidung zu treffen, ob ganze Sitzungen oder nur Ausschnitte Untersuchungsgegenstand sind. Generell sind hierbei ganze Sitzungen vorzuziehen; andererseits führt dies jedoch zu einem großen Aufwand, der dafür möglicherweise mit einem kürzeren Beobachtungszeitraum bezüglich der Sitzungszahl einhergeht. Weiterhin unterscheiden sich Therapien in der Länge der Sitzungen, v.a. bezüglich der therapeutischen Inhalte (im Gegensatz zu rein organisatorischen Vorgängen, die nicht kodiert wurden), was zu unterschiedlich langen Ausschnitten geführt hätte. Daher wurden in einem Kompromiss in der vorliegenden Studie relevante Ausschnitte ausgewählt, um zumindest die ersten acht Sitzungen beobachten zu können und damit einen breiten Ausschnitt an therapeutischen Inhalten zu erhalten sowie die untersuchte Zeit pro Sitzung möglichst konstant zu halten.

Bei der Auswahl der untersuchten Ausschnitte ist wichtig, dass klare Kriterien herangezogen werden, die sich auf in der Untersuchung relevante Inhalte beziehen. Diese sollten weiterhin dem Anspruch genügen, möglichst repräsentativ für die gesamte Sitzung und zwischen den unterschiedlichen Therapien vergleichbar zu sein. Daher wurde entschieden, den Anfang, Mittelteil und Ende der Sitzung auszuwerten, da hier entscheidende therapeutische Vorgänge vermutet wurden. Am Anfang der Sitzung zeigen sich ebenso wie am Ende häufig Vorgänge, die kennzeichnend für die therapeutische Beziehung sind (z.B. Störungen durch den Patienten). Weiterhin wird hier das Vorgehen in der Sitzung und den weiteren Stunden besprochen. Der Mittelteil wird als repräsentativ für die therapeutische Arbeit ausgesucht.

Praktisch wurde hierbei folgende Regelung vorgegeben: Ein Abschnitt beginnt immer mit einer Therapeutenäußerung. Es werden die ersten sowie die letzten 10 Minuten jeder Sitzung unabhängig von der Gesamtlänge ausgewählt, ausschließlich rein organisatorischer Inhalte. Beim Mittelteil gilt die Regel, dass die die mittleren 10 Minuten einer Sitzung ausgewählt werden (z.B. bei einer

Länger von 47 Minuten: 0-10; 37-47; 18-28). Spricht der Therapeut, wird mit dem Beginn des Ausschnittes zum Beginn von dessen Äußerung zurückgegangen. Spricht der Patient, wird zum Beginn der nachfolgenden Therapeutenäußerung gegangen, außer wenn der Therapeut nicht innerhalb von 30 Sekunden zu sprechen beginnt, dann wird die vorherige Therapeutenäußerung als Beginn festgesetzt. Wichtig ist hierbei, dass nicht mit reinen Füllwörtern (also z.B. „hmm“) oder Zuhören durch den Therapeuten ein Teil begonnen wird, sondern mit inhaltlichen Aussagen oder Fragen.

### Transkription

Nach der Festlegung der ausgewerteten Videostellen wurden diese auf der Basis der Regeln von Mergenthaler (1992) transkribiert. Grundlage ist die literarische Umschrift (Mayring, 2002). Entscheidend war hierbei, dass sowohl verbale, also „alle ganz oder teilweise ausgesprochenen Wörter und Wortfolgen“ (Mergenthaler, 1992) als auch paraverbale Äußerungen, „alle Laute oder Lauffolgen, die nicht als Wörter bezeichnet werden können“ (Mergenthaler, 1992) sowie nicht-verbale Äußerungen wie Husten oder Lachen korrekt wiedergegeben wurden, da diese die Grundlage für die anschließende Kodierung bildeten. Ungenauigkeiten im Transkript könnten für Verfälschungen in der Kodierung führen, insbesondere paraverbale Äußerungen, die häufig z.B. als Pausenfüller oder Ausdruck der Bestätigung dienen, wichtige Kategorien repräsentieren (z.B. als „Minimale Unterstützung“). Weiterhin ist es wichtig, dass alle Eigen- und Städtenamen kursiv geschrieben und durch einen anderen Eigen- bzw. Städtenamen ersetzt wurden, die Ersetzung erfolgte alphabetisch. Ziel dieses Vorgehens war es, eine Anonymisierung der Patienten zu ermöglichen und deren Persönlichkeitsrechte zu schützen. Organisatorisches und Übungen (z.B. Entspannung, Rollenspiele) wurden von Transkription und Kodierung ausgespart. Weiterhin wurden Äußerungen des Therapeuten mit „T“, Äußerungen des Patienten mit „K“ gekennzeichnet. Jedes Transkript beginnt mit einer Äußerung des Therapeuten, um eine Einheitlichkeit für die anschließende Auswertung zu gewährleisten. Es wurde darauf geachtet, dass die alternierende Sequenz T-K-T-K aufrechterhalten bleibt, da diese Grundlage für die Interaktionsanalyse ist. In der Regel endet die Sequenz mit einer

Patientenäußerung, außer das Video endet an dieser Stelle tatsächlich mit einer (nicht-organisatorischen) Therapeutenäußerung.

### Beobachtertraining und Beobachterübereinstimmung

Bevor die Kodierung der gesamten Transkripte begonnen wurde, wurde mit den Beobachtern ein Beobachtertraining durchgeführt, das insgesamt 54 Stunden umfasste. Dabei übernahm die Versuchsleiterin die Trainings für die drei Beobachter, die aus Diplomanden rekrutiert wurden, die im Rahmen des Gesamtprojektes ihre Arbeiten schrieben. Leider gibt es kein standardisiertes Vorgehen beim Beobachtertraining (Faßnacht, 1995), weiterhin lagen keine kodierten Videoausschnitte aus anderen Studien vor, weswegen eine Beobachterschulung mit eigenen Videos durchgeführt wurde (siehe auch Bortz & Döring, 2002). Diese war an den allgemeinen Empfehlungen von Bortz und Döring (2002) und Marmar (1990) orientiert. Sitzungen zur Rekalibrierung waren aufgrund der Zeitverzögerung des Beginns des Beobachtertrainings der einzelnen Kodierer nicht extra nötig, da das Beobachtertraining des einen Kodierers dem Rekalibrieren eines anderen Raters diene.

Zu Beginn wurden die Beobachter theoretisch in das Themengebiet sowie das Kategoriensystem eingeführt. Als erstes wurde ein Video zum Training verwendet das nicht aus der Studie stammte. Die weiteren Videos stammten aus der Studie und wurden damit gleichzeitig zur Überprüfung der Beobachterübereinstimmung genutzt. Zunächst kodierten die Beobachter das gleiche Transkript. Anschließend wurden alle Stellen mit unterschiedlichen Kodierungen besprochen, um sich auf eine möglichst zutreffende Lösung zu einigen und Unklarheiten bezüglich der Kategorien auszuräumen. Um eine möglichst exakte Übereinstimmung zu erreichen, wurden Stellen mit identischen Kategorien, aber unterschiedlichem Textbezug, ebenfalls als Nicht-Übereinstimmung gewertet. Dies ist eine sehr aufwendige Methode, die tendenziell zu niedrigeren Werten der Beobachterübereinstimmung führt.

Jeder Beobachter wurde so lange geschult, bis die durchschnittliche Beobachterübereinstimmung von  $\kappa = .70$  erreicht war, die Mindestanforderung nach Hill und Lambert (2004) für die Reliabilität, erst dann durften sie

selbstständig kodieren. Diese Grenze wurde gewählt, da es sich beim CIP um ein sehr detailliertes Kategoriensystem handelt. Weiterhin wurde die Bestimmung der Beobachterübereinstimmung auf der Ebene der Kategorien vorgenommen und ein sehr genaues Maß für Übereinstimmung gewählt, weswegen die Grenze von  $\kappa = .70$  dem Vorgehen als angemessen angesehen wurde.

Von den vorliegenden 49 Sitzungen wurden 11 zur Testung der Beobachterübereinstimmung von mehreren Beobachtern kodiert, wobei es sich in 4 Fällen um zwei Beobachter, in 4 Fällen um 4 Beobachter und in 3 Fällen um 3 Beobachter handelte. Analog dem Vorgehen von Wirtz und Caspar (2002) wurde Cohens Kappa  $\kappa$  zur Prüfung der Beobachterübereinstimmung gegen zufällige Übereinstimmungen verwendet. Werte von Kappa liegen zwischen 1.0 (perfekte Übereinstimmung) und -1.0 (keinerlei Übereinstimmung). Die Berechnungen wurden mit SPSS Statistics für jeden Beobachter getrennt berechnet durchgeführt. Hierbei ergaben sich folgende durchschnittliche Beobachterübereinstimmung (siehe Tabelle 6-4, individuelle Werte pro Sitzung siehe Anhang D):

*Tabelle 6-4: Durchschnittliche Beobachterübereinstimmung*

<b>Beobachter</b>	<b>Übereinstimmung (<math>\kappa</math>) Therapeutenkategorien</b>	<b>Übereinstimmung (<math>\kappa</math>) Patientenkategorien</b>
Beobachter 1	.71	.71
Beobachter 2	.70	.72
Beobachter 3	.71	.72
<b>Durchschnitt</b>	<b>.71</b>	<b>.72</b>

Von allen drei Beobachtern wurde die minimale Übereinstimmung von  $\kappa = .70$  erreicht. Die Werte unterscheiden sich am Ende des Beobachtertrainings und im Durchschnitt nur gering zwischen den einzelnen Beobachtern. Insgesamt waren für das Erreichen des Kriteriums einer Übereinstimmung von mindestens  $\kappa = .70$  zwischen 6 und 9 Sitzungen notwendig. Diese Beobachterübereinstimmung ist als ausreichend anzusehen, um die Daten für die Entscheidung über die Hypothesen heranzuziehen. Eine Diskussion der Werte und Vergleich mit den bisherigen Studien erfolgt in Kapitel 8.

### Kodieren

Die transkribierten Ausschnitte wurden anschließend mit dem in Kapitel 4.5 beschriebenen „Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie“ auf der Grundlage des Transkriptes und der Videoaufnahme von drei Beobachtern kodiert. Aus praktischen Gründen, und um eine Einheitlichkeit innerhalb einer Therapie zu gewährleisten, war dabei ein Beobachter schwerpunktmäßig an der Kodierung einer Therapie beteiligt, der Aufwand war unter allen Beobachtern insgesamt vergleichbar (siehe Auswertungsplan, Anhang C). Dies ist auch in Bezug auf die Qualität der Kodierungen wichtig, die als vergleichbar angenommen werden kann. Die Versuchsleiterin, die auch die Autorin der vorliegenden Arbeit ist, war am Beobachtertraining beteiligt, aber nicht an der Kodierung der einzelnen Sitzungen. Bei jeder Therapie wurden ein bis zwei Sitzungen von mehreren Beobachtern kodiert, um einen Beobachterdrift und Unterschiede im Verständnis der Kategorien und der Interpretation der Äußerungen von Therapeut und Patient zu vermeiden. Die kodierten Transkripte waren Grundlage der anschließenden statistischen Auswertung.

#### **6.2.3 Erhobenes Datenmaterial**

Insgesamt wurden 44 Sitzungen von 50 durchgeführten Sitzungen aufgezeichnet und anschließend kodiert und transkribiert. Fehlende Videoaufzeichnungen waren vor allem auf technische Ausfälle zurückzuführen. In Anhang C ist eine Übersicht des ausgewerteten Rohmaterials beigefügt. Die Fragebogendaten waren vollständig vorhanden, nur bei Therapie 7KOM fehlten die Daten aus Sitzung 7.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass notwendige Maßnahmen zur Verminderung von Beobachtereffekten ergriffen wurden, ohne den Aufwand unökonomisch hoch zu gestalten. Kleinere Ungenauigkeiten bei den Kodierungen werden erwartet, allerdings sollten diese sich bei der Anzahl der Kodierungen nicht signifikant auf die Ergebnisse auswirken.

## **6.3 Messinstrumente**

Nach der Darstellung des Untersuchungsdesigns folgt eine ausführlichere Beschreibung der verwendeten Maße. Hierbei kann unterschieden werden zwischen Maßen zur Diagnosestellung, zum Therapieerfolg und zum Therapieprozess.

### **6.3.1 Diagnosestellung**

Zur Sicherung der Diagnose wurde zu Therapiebeginn ein strukturiertes Interview nach dem SKID (SKID-I und SKID-II) durchgeführt.

#### SKID

Das SKID wurde ausgewählt, da es einen vollständigen Überblick über viele relevante Störungsbereiche liefert, eine Beurteilung von Achse I und II vorliegt und es somit für die Durchführung von Studien sehr gut geeignet ist. Es wurde das Interview für SKID-I in der Forschungsversion sowie der SKID-II Fragebogen und Interview verwendet. Entsprechend der Vorgaben der Handanweisung (Wittchen et al., 1997) wurde ein strukturiertes Interview mit allen Patienten durchgeführt.

Die Abfolge der Sektionen im SKID-I ist dem DSM-IV angeglichen. Hierbei gibt es neun Sektionen: Affektive Syndromen, psychotische und assoziierte Symptome, Differentialdiagnose psychotischer Störungen, Differentialdiagnose affektiver Störungen, Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörung (derzeit).

Das SKID-I Interview enthält viele offene Fragen, die dem Patienten ermöglichen, seine Symptome ausführlich zu schildern. Dabei trifft der Interviewer eine klinische Entscheidung, die auch von der Antwort des Patienten abweichen kann. Entscheidend ist das Vorliegen des diagnostischen Kriteriums. Dies kann mit „?“ für „unzureichende Information/zusätzliche Informationen erforderlich“, „1“ für „nicht vorhanden oder falsch“, „2“ für „unterschwellig vorhanden“ und „3“ für „vorhanden oder richtig“ kodiert werden. Abweichungen von der Reihenfolge ergeben sich durch Sprungbefehle die

erlauben, bei Nicht-Vorliegen von einem oder mehreren Kriterien zu einer späteren Frage überzugehen wenn bestimmte Diagnosekriterien im Einzelfall nicht relevant sind. Bei mehreren Störungen (u. a. Angststörungen) wird beurteilt, ob die Störung auf einen medizinischen Krankheitsfaktor oder die Wirkung einer psychotropen Substanz zurückzuführen ist. Bei Unklarheiten liegt hierzu ein gesondertes Modul zur Abklärung vor. Abschließend werden die Diagnosen zusammengefasst sowie die Sicherheit der Diagnosestellung beurteilt. Das Interview ermöglicht nach Wittchen et al. (1997) eine valide Diagnosestellung mit einer durchschnittlichen Durchführungsdauer von 74 Minuten.

Bei der Beurteilung der Achse II wird in einem zweistufigen Verfahren zunächst der Fragebogen zum Screening ausgefüllt. Im anschließenden Interview müssen nur noch diejenigen Fragen beantwortet werden, für die im Fragebogen eine „ja“-Antwort angekreuzt wurde. Wurde keine „ja“-Antwort angekreuzt oder werden die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung im Fragebogen nicht erfüllt, kann dieser Abschnitt übersprungen werden. Am Schluss werden die Diagnosen nach der Anzahl erfüllter Antworten im Interview ausgewertet. Die durchschnittliche Durchführungsdauer beträgt 30 Minuten.

Die Reliabilität des SKID wurde in mehreren Studien überprüft (z.B. Williams et al., 1992; Segal, Hersen, Hasselt, Kabacoff, Roth, 1993) und wird von Wittchen et al. (1997) als befriedigend zusammengefasst.

In der vorliegenden Studie arbeiteten alle Interviewer die Handanweisung gründlich durch und führten das Interview mindestens einmal, bevor sie es mit den Patienten der vorliegenden Studie anwendeten. Das Interview wurde von der Versuchsleiterin oder einem der Beobachter der Videos durchgeführt.

Hierbei wurde eine kurze Exploration mit dem Explorationsleitfaden vor den Screening Fragen eingeleitet, die jedoch so kurz wie möglich gehalten wurde, da durch das Umfeld (Studie zu Angsterkrankungen, ambulante Psychotherapie) viele wichtige Rahmendaten schon geklärt waren und wichtige Bereiche (z.B. Vorbehandlungen) von den behandelnden Therapeuten erhoben wurden. Anschließend wurde anhand der Screening-Fragen zum SKID-I zu Beginn bestimmt, welche Gebiete exploriert werden müssen, und diese wurden anschließend erfragt. Nach Wittchen et al. (1997) liegt die Wahrscheinlichkeit,

dass eine Diagnose trotz Verneinen der Antwort trotzdem tatsächlich vorliegt, bei 15 %, was als ausreichende Sicherheit angesehen wurde. Es wurde nur Achse I (Psychische Störungen) und II (Persönlichkeitsstörungen) des DSM-IV beurteilt, von den Möglichkeiten der Beurteilung von Achse IV (Psychosoziale Beeinträchtigungen) und Achse V (Globale Beurteilung der Leistungsfähigkeit) durch den SKID wurde kein Gebrauch gemacht. Weiterhin wurden nur aktuelle Diagnosen vergeben, die Möglichkeit von „lifetime“ Diagnosen und der Bestimmung des zeitlichen Verlaufes oder der Schwere der Störung wurde nicht genutzt. Die Diagnosen wurden sowohl entsprechend DSM-IV als auch, als Erleichterung für den behandelnden Therapeuten, nach ICD-10 gestellt.

### **6.3.2 Erfolgsmaße**

Erfolgsmaße können nach Hill und Lambert (2004) in unterschiedlichen Kategorien eingeteilt werden (siehe Kapitel 2). In der vorliegenden Studie wurden, um eine Diversität der Maße zu gewährleisten, Multi- und Monotrait-Maße ebenso herangezogen wie in individuellen Erfolgsmaße. Es werden Standardmaße mit etablierter Reliabilität und Validität sowie Änderungssensitivität verwendet. Wie beschrieben wurden die SCL-90-R, das BAI und die Zielerreichung durch Therapeut und Patient ausgewählt.

#### Die Symptom-Checkliste SCL-90-R

Als Multitrait-Maß wurde die SCL-90-R herangezogen, die auch standardmäßig in der Ambulanz in allen Therapien verwendet wird. Weiterhin ist die SCL-90-R nach Hill und Lambert (2004) änderungssensitiv und kann problemlos wegen ihrer Kürze mit anderen Maßen kombiniert werden. Es handelt sich um eines der am häufigsten eingesetzten Erfolgsmaße (Lutz & Grawe, 2004), das bei Erwachsenen in unterschiedlichen Settings bei deutlicher psychischer Belastung einsetzbar ist und sich zur Messwiederholung eignet.

Der Fragebogen erfasst die symptomatische Belastung von Patienten (diese und weitere Ausführungen nach Franke, 2002). Hierbei werden 90 Items auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 0 „überhaupt nicht“ bis 4 „sehr stark“ eingeschätzt. Aus den 90 Items werden 3 Globale Kennwerte und 9 Primär-

skalen berechnet: Die grundsätzliche psychische Belastung, gemessen mit dem „Global Severity Index“ (GSI), die Intensität der Antworten, gemessen mit dem „Positive Symptom Distress Index“ (PSDI), und die Anzahl der Symptome mit Belastung, gemessen mit dem „Positive Symptom Total“ (PST). Als Primärskalen werden „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität/Feindseligkeit“, „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“ erhoben.

In der vorliegenden Studie wird von den berechneten Indices als globales Maß der GSI für die Bestimmung des Therapieerfolges herangezogen, der die grundsätzliche psychische Belastung misst, also Informationen über die Anzahl der Symptome mit der Intensität verknüpft. Weiterhin werden die Primärskalen „Ängstlichkeit“, die manifeste Angst mit Nervosität, Spannung und Zittern, Panikattacken und Schreckgefühle erfasst, und die Skala „Phobische Angst“ herangezogen, die nach Franke (2002) leichte Gefühle der Bedrohung bis zur massiven phobischen Angst beschreibt.

Die interne Konsistenz der SCL-90-R liegt in unterschiedlichen Stichproben mit unterschiedlichem Klientel zwischen  $\alpha = .80$  und  $\alpha = .88$  für „Ängstlichkeit“, zwischen  $\alpha = .64$  und  $\alpha = .83$  für „Phobische Angst“ sowie zwischen  $\alpha = .96$  und  $\alpha = .98$  für den GSI und kann daher insgesamt als gut bewertet werden. Die Test-Retest-Reliabilitäten liegen nach Franke (2002) für die Skala „Ängstlichkeit“ zwischen  $r = .61$  und  $r = .85$ , für die Skala „Phobische Angst“ zwischen  $r = .65$  und  $r = .90$  und für die Gesamtskala GSI zwischen  $r = .79$  und  $r = .90$  und kann insgesamt ebenfalls als gut eingeschätzt werden.

Die Inhaltsvalidität bewertet Franke (2002) als gut, die faktorielle Validität gilt hingegen als umstritten. Sowohl „Phobische Angst“ als auch „Ängstlichkeit“ wurden durch zwei unterschiedliche faktorenanalytische Prüfungen bestätigt (Kaiser, 1958 und 1970 sowie Hurley & Cattell, 1962, nach Franke, 2002), was für die Verwendung in der gegenwärtigen Studie als ausreichend betrachtet wird, obwohl diese faktorielle Struktur z.B. durch Hessel, Schumacher, Geyer und Brähler (2001) nicht bestätigt werden konnte. Da jedoch ein weiteres spezifisches Angstmaß zur Verfügung steht, reichen die Grundlagen aus, um die Primärskalen als ein Maß in der vorliegenden Studie zu verwenden, da in die Beurteilung mehrere Maße einbezogen werden.

Für die Symptom-Checkliste SCL-90-R stehen Normwerte aus unterschiedlichen Gruppen zur Verfügung. Zur Einordnung der Werte in der aktuellen Studie werden dabei zum Vergleich eine repräsentative Stichprobe (Hessel et al., 2001) und eine Stichprobe mit stationären Psychotherapiepatienten als klinische Vergleichsgruppe ausgewählt. Diese können als Grundlage für die Berechnung der klinischen Signifikanz herangezogen werden, was der Alternative der Berechnung von standardisierten T-Werten vorgezogen wird. Dabei beträgt in der Repräsentativen Eichstichprobe nach Hessel et al. (2001) mit 2 179 Personen der Mittelwert für die Skala „Ängstlichkeit“ 0.34 und die Standardabweichung 0.45, für die Skala „Phobische Angst“ errechnet sich ein Mittelwert von 0.22 und eine Standardabweichung von 0.38 sowie für den GSI ein Mittelwert von 0.38 und eine Standardabweichung von 0.39. In einer Stichprobe mit 5 057 stationären Psychotherapiepatienten der Kliniken Bad Grönenbach und Schwedenstein Pulsnitz (Franke, 2002) werden für die Diagnosegruppe Angststörung mit Zwangsstörung mit 362 Patienten für die Skala „Ängstlichkeit“ ein Mittelwert von 1.54 und eine Standardabweichung von 0.85, für die Skala „Phobische Angst“ ein Mittelwert von 1.18 und eine Standardabweichung von 0.99 sowie für den GSI ein Mittelwert von 1.21 und eine Standardabweichung von 0.61 angegeben.

#### Das Beck-Angst-Inventar (BAI)

Darüber hinaus sollen Informationen spezifisch für Angststörungen gewonnen werden, wofür ein etabliertes Maß herangezogen werden soll, das kurz und schnell anwendbar ist (Hill & Lambert, 2004). Dabei wird das Beck-Angstinventar (BAI) ausgewählt, da dieses gegenüber anderen Angstmaßen (z.B. State-Trait-Angstinventar STAI) den Vorteil hat, dass es zwischen Depression und Angst unterscheidet und änderungssensitiv ist. Weiterhin sinken die BAI-Werte durch die Therapie der Angststörung (Margraf & Ehlers, 2007). Weiterhin wurde es nicht für eine Angststörung spezifisch entwickelt, was zu Studienbeginn ein entscheidender Gesichtspunkt war, da Therapien unterschiedlicher Angststörungen einbezogen werden sollten, bevor die Beschränkung auf Panikstörung und Agoraphobie vorgenommen wurde.

Die deutsche Version des Beck Angstinventar wurde aufbauend auf der englischen Version von Beck entwickelt (diese und alle weiteren Ausführungen nach Margraf & Ehlers, 2007). Für die deutsche Version wurden die 21 Originalitems aus dem Englischen übersetzt. Alle Aussagen werden auf einer vierstufigen Likert-Skala eingeschätzt hinsichtlich des Auftretens in den letzten 7 Tagen. Hierbei bestehen die Abstufungen 0 („überhaupt nicht“), 1 („wenig, stört mich nicht sehr“), 2 („mittel, es war sehr unangenehm, aber ich konnte es aushalten“) und 3 („stark, ich konnte es kaum aushalten“). Von den 21 Items beziehen sich 13 auf physiologische Symptome der Angst, 5 auf kognitive Aspekte und 3 sowohl auf somatische als auch auf kognitive Symptome. Einsatzbereiche sind Diagnostik, Differentialdiagnostik, Therapieindikation, Therapieverlauf, Katamnese und Qualitätssicherung bei klinisch relevanten Ängsten.

Die Werte des BAI sind linksschief verteilt in repräsentativen Normstichproben, in klinischen Stichproben jedoch normalverteilt. Die Reliabilität des Verfahrens ist gut, es finden sich Werte für die interne Konsistenz, die in klinischen Stichproben bei  $\alpha = .90$  oder darüber, bei nicht klinischen Stichproben zwischen  $\alpha = .85$  und  $\alpha = .90$  liegen. Retest-Reliabilitäten liegen zwischen  $r = .62$  und  $r = .92$  für den Bereich einer Woche. Dies kann angesichts der starken Schwankung der klinischen Symptomatik als sehr zufriedenstellend eingeschätzt werden. In deutschsprachigen Stichproben wurden Retest-Reliabilitäten von  $r = .68$  bzw.  $r = .71$  für Tests nach 7 Tagen berechnet.

Zur Bestimmung der Validität wurden Korrelationen zu verschiedenen Angstmaßen, zu Maßen für Depressivität und zu anderen klinischen Maßen berechnet. Hierbei liegt die Korrelation zu Angstmaßen im Bereich zwischen  $r = .46$  und  $r = .72$ . Konstruktferne Maße zeigen deutlich geringere Korrelationen (z.B. Paranoia im SCL-90). Weiterhin zeigt sich eine Korrelation mit Depressivität, gemessen mit dem BDI, die deutlich geringer ist als bei anderen Angstmaßen (STAI: Korrelation zwischen  $.80$  und  $.82$ , das BAI hingegen korreliert nur zwischen  $.44$  und  $.51$  in Angststichproben; ähnliche Werte ergaben sich auch für andere klinische Stichproben).

Beim BAI existieren Referenzwerte einer repräsentativen Normstichprobe (2955 Personen, davon 1 565 Frauen und 1 390 Männer) mit einem Mittelwert von 3.4

und einer Standardabweichung von 5.8. Weiterhin gibt es zum Vergleich eine klinische Stichprobe von 560 Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie mit einem Mittelwert von 25.6 und einer Standardabweichung von 10.9.

### Zielerreichung

Als individuelles Veränderungsmaß soll Goal Attainment Scaling (GAS) eingesetzt werden. Dieses wurde von Kiresuk und Sherman (1968) publiziert und seitdem in vielen weiteren Studien untersucht (Scholz, 1996). Hierbei wird vor der Therapie von Therapeut und Patient gemeinsam ein Ziel formuliert; dieses sollte möglichst präzise formuliert sein, Ziele mit höherer Priorität sollen in der Behandlung mehr Gewicht bekommen als Ziele mit niedrigerer Priorität (Hill & Lambert, 2004). Die tatsächliche Erreichung der Ziele wird zu einem späteren Zeitpunkt eingeschätzt.

In der praktischen Umsetzung wird für die Bewertung der Zielerreichung durch den Patienten der in der Ambulanz verwendete Rückmeldebogen herangezogen. Dieser wird am Ende der Behandlung bzw. des für die Studie wesentlichen Zeitraums erhoben (Fragebögen siehe Anhang B). Hierbei soll auf einer Skala von 1 bis 10 eingeschätzt werden, in wieweit die Erwartungen an die Therapie erfüllt wurden und wie sehr sie genützt hat. Weiterhin wird die Erreichung von drei Therapiezielen auf einer Skala von 1 bis 10 bewertet, diese wurden zu Beginn der Therapie gemeinsam und mit Hilfe des Behandlungszielbogens vereinbart und der Patient kann abschließend weitere Kommentare beifügen.

Um die subjektive Einschätzung des Therapeuten zu erfassen, wurde weiterhin für die vorliegende Studie ein Rückmeldebogen des Therapeuten entwickelt, in dem dieser ebenso die Zielerreichung einschätzt. Hierbei wird einleitend zur Erhebung von demographischen Faktoren gefragt, der wievielte Fall die Therapie im Rahmen der Ausbildung ist und wie viel Berufserfahrung der Therapeut gegenwärtig hat. Anschließend schätzt der Therapeut den Therapieerfolg und die in der bisherigen Therapie erzielten Veränderungen ebenfalls auf einer Skala von 1 bis 10 ein. Nach der Angabe, wie viele der vereinbarten Therapieziele erreicht werden konnten und die Benennung der

Therapieziele, kann der Therapeut weiterhin wichtige Kommentare zum Fall und zur Studie abgeben. Der Fragebogen wurde so formuliert, dass die Zielerreichung aus Sicht des Therapeuten und des Patienten verglichen werden kann. Da es sich um eine abschließende Beurteilung handelt, wird nicht der Grad der Zielerreichung abgefragt, sondern welche Ziele erreicht wurden.

### **6.3.3 Prozessmaße**

Nach der Darstellung der Maße zur Sicherstellung der Diagnose und zur Bestimmung des Therapieerfolges sollen hier die Prozessmaße beschrieben werden. Dabei wird, wie beschrieben, sowohl die Bewertung der Sitzung als auch die gegenseitige Einschätzung der Personen nach jeder Sitzung erhoben. Da in der vorliegenden Studie Ergebnisse aus der Studie von Schindler (1991) repliziert werden sollen, werden die identischen Fragebögen verwendet (siehe Anhang B). Weiterhin wird das CIP zur Kodierung der ausgewählten Ausschnitte der Sitzung verwendet. Zunächst folgt die Beschreibung der verwendeten Fragebögen, anschließend folgen ergänzende Angaben zum Kategoriensystem CIP.

#### Erleben der Sitzung

Das Erleben der Sitzung ist ein wichtigster Aspekt, da hierdurch determiniert wird, welche Effekte einer Therapie erzielt werden können. In der vorliegenden Arbeit wurde der Fragebogen zur Stundenbeurteilung von Schindler, Hohenberger-Sieber und Hahlweg (1990) in der Version verwendet, die in Schindler (1991) veröffentlicht wurde (siehe Anhang B). Es liegt jeweils eine Version aus Sicht des Therapeuten und eine Version aus Sicht des Patienten vor. Beide Versionen enthalten 20 Items, die bei Patient und Therapeut weitgehend die gleichen Aspekte behandeln. Die Items werden in der Abstufung „stimmt gar nicht“ (0) bis „stimmt vollkommen“ (4) eingeschätzt. Nach Schindler et al. (1990) werden folgende Aspekte im Fragebogen aus der Sicht des Patienten erfragt: Erwartung an die Sitzung, Transparenz des Vorgehens, Aktivität und Zusammenarbeit, Aufbau von Selbstkontrolle, Zuversicht und Vertrauen. Aus der Sicht des Therapeuten ergeben sich die Inhalte Erwartung

an die Sitzung, Struktur und Stringenz, Motivierung und Anleitung, Information und neue Erkenntnisse, Fortschritt und Bestätigung.

Bei der Auswertung wird die Verwendung von Summenwerten vorgeschlagen, wobei eine Summe von weniger als 45 beim Therapeuten und weniger als 42 beim Patienten auf eine geringe Zufriedenheit mit der Qualität der Stunde hinweisen soll.

Nach der Konstruktion der Fragebögen wurde eine Faktorenanalyse auf der Basis von 37 Erstgesprächen berechnet, die mit Patienten geführt wurden, die an Schlafstörungen litten (Schindler, 1991). Hierbei ergab die Faktorenanalyse einen Hauptfaktor, weswegen die ursprüngliche Form mit 20 Items beibehalten wurde. Die innere Konsistenz wurde hoch eingeschätzt: Für die Therapeutenform ergaben sich eine interne Konsistenz von  $\alpha = .93$ , in der Patientenform von  $\alpha = .88$ . Schulte und Künzel (1989) setzten den Fragebogen in einer Prozessstudie mit 38 phobischen Patienten ein. Sie berechneten daraufhin in einer Faktorenanalyse die Faktoren „Zuversicht“, „Fortschritte“, „Beziehung zum Therapeuten“ und „Autonomie“. Beim Therapeuten ergaben sich die Faktoren „Zuversicht und Fortschritte“, „Neue Einsichten“ und „Kontrolle“. Leider berichten die Autoren weder die genaue Methode der Extraktion der Faktoren noch die Zuordnung der Items zu den einzelnen Skalen. Aus diesem Grund und der hohen internen Konsistenz der Items wird in der vorliegenden Studie davon ausgegangen, dass das Erleben der Sitzung als ein Hauptfaktor anzusehen ist und der Fragebogen wird als eine Gesamtskala angesehen.

Die Validität des Fragebogens wurde durch Zusammenhang der Stundenbeurteilung mit der Einschätzung der Zufriedenheit mit der Sitzung sowie mit der Personenbeurteilung berechnet. Es ergaben sich bei der Therapeutenform signifikante Korrelationen mit der Zufriedenheits-Einschätzung ( $r = .77$ ;  $p = .001$ ), der Skala „Sympathie“ ( $r = .77$ ;  $p = .001$ ) sowie der Skala „Mitarbeit“ ( $r = .51$ ;  $p = .001$ ) mit der Personenbeurteilung des Patienten. Niedriger waren die Zusammenhangsmaße der Patientenform, hier korrelierte die Zufriedenheits-Einschätzung mit der Stundenbeurteilung nur zu  $r = .38$  ( $p = .01$ ), es ergaben sich keine signifikanten Korrelationen mit den Faktoren der Personenbeurteilung, woraus der Autor schlussfolgert, dass

weitere Faktoren wie die Erwartung an das Gespräch und die Therapie in die Bewertung der Sitzung durch den Patienten mit eingehen.

Weiterhin liefert nach Schindler et al. (1990) das Vorgehen bei der Fragebogenkonstruktion anhand von Expertenratings ebenso Hinweise auf die inhaltliche Validität wie signifikante Zusammenhänge zwischen den einzelnen Skalen und den entsprechenden Kategorien des CIP, worauf aus Platzgründen an dieser Stelle nicht mehr ausführlicher eingegangen wird.

Darüber hinaus sind die Ergebnisse von Volkmann (1985; zitiert nach Schindler, 1987) als weiterer Hinweis auf die Validität zu sehen: Dabei wurde Interkorrelation zwischen dem Erleben der Stunde und dem Erleben der Person erhoben. Für den Therapeuten betrug die Korrelation zwischen  $r = .29$  und  $r = .76$ , für den Patienten betrug die Korrelationen zwischen  $r = .34$  und  $r = .86$ . Zusammenfassend wertet Schindler (1991) diese Ergebnisse als Beleg für die Validität des Instrumentes, die Stundenbeurteilung misst den subjektiven Eindruck über das Geschehen sowie den Gewinn einer Therapiesitzung. Es steht ein ausreichend erprobtes Inventar zum Einsatz in der vorliegenden Studie zur Verfügung.

### Erleben der Person

Neben der Einschätzung der Sitzung soll in der vorliegenden Studie die gegenseitige Bewertung von Therapeut und Patient erhoben werden. Dabei wird aus Gründen der Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit Schindler (1991) auf den von ihm verwendeten Fragebogen zur gegenseitigen Wahrnehmung von Therapeut und Patient zurückgegriffen. Dieser wurde in mehreren Schritten entwickelt:

Zunächst wurde von Schindler (Ausführungen im Folgenden nach Schindler, 1991) aufbauend auf dem „Fragebogen zur Beurteilung des Therapeuten“ der „Münchener Egetherapie-Studie“ (Schindler, Revenstorf, Hahlweg & Brengelmann, 1983) ein Fragebogen mit 41 bzw. 40 Items mit entwickelt. Diese Version des Fragebogens wurde 115 Patienten einer psychosomatischen Klinik zu Therapieende vorgelegt. Nach einer Faktorenanalyse ergaben sich in der Beurteilung des Therapeuten durch den Patienten drei Faktoren, die hohe innere Konsistenz aufwiesen: „Sympathie/Interesse“ ( $\alpha = .91$ ), „Kompetenz“

( $\alpha = .84$ ) und „Direktivität“ ( $\alpha = .89$ ). Auch für die Beurteilung des Patienten durch den Therapeuten ergaben sich drei Faktoren mit hoher innerer Konsistenz, „Sympathie“ ( $\alpha = .92$ ), „Selbstöffnung“ ( $\alpha = .87$ ) und „Mitarbeit/Zielorientierung“ ( $\alpha = .89$ ) (Bennun, Hahlweg, Schindler & Langlotz, 1986). Die Faktoren interkorrelierten stark miteinander. Diese Faktorenstruktur wurde in einer zweiten Studie im gleichen Artikel mit einer übersetzten englischen Version des Fragebogens mit 49 ambulanten psychiatrischen Patienten repliziert, was als Beleg für die Reliabilität des Fragebogens dienen kann.

Weiterhin konnte der Zusammenhang der Therapeuten- und Patientenfaktoren mit dem Therapieerfolg nachgewiesen werden, einmal bei einer retrospektiven Beurteilung (Bennun, et al. 1986), bei der allerdings die Personenbeurteilung und die Erfolgsmaße gleichzeitig am Ende der Therapie erhoben wurden. In einer Studie von Bennun und Schindler (1988) war wiederum eine prognostische Aussage möglich: Bei 35 ambulanten Patienten mit Vermeidungsverhalten korrelierten die Werte im Personenbeurteilungsfragebogen in der zweiten Stunde signifikant mit dem Therapieerfolg nach der durchschnittlich zwölften Stunde. Weiterhin zeigte sich auch in einer Studie von Volkmann (1985; zitiert nach Schindler, 1987) eine signifikante Korrelation zwischen der Einschätzung im Personenfragebogen und Maßen für den Therapieerfolg. Zusammenfassend konnte also der Zusammenhang mit dem Therapieerfolg sowohl retrospektiv als auch prospektiv nachgewiesen werden.

Um das Instrument ökonomischer zu gestalten, entwickelte Schindler (1987) zur Überprüfung der Validierung des Instruments (siehe auch Schindler et al., 1989) eine verkürzte Version mit je 29 bzw. 30 Eigenschaften. Eine Überprüfung der veränderten Skalen ergab eine befriedigende innere Konsistenz von  $\alpha = .86$ ,  $\alpha = .77$  und  $\alpha = .78$  für die Therapeutenbeurteilung und  $\alpha = .89$ ,  $\alpha = .81$  und  $\alpha = .83$  für die Patientenbeurteilung. Diese Version des Fragebogens wird in der vorliegenden Untersuchung verwendet (siehe Anhang B).

#### Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP)

Neben der Erhebung der subjektiven Wahrnehmung wird in der vorliegenden Arbeit, wie ausführlich erläutert, auch die Methode der systematischen

Verhaltensbeobachtung eingesetzt. Hierbei wird das Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP) verwendet, das in Kapitel 4.5 beschrieben wurde. Weiterhin wurden bereits relevante Studien zum Kategoriensystem erörtert. An dieser Stelle werden daher ergänzend die Gütekriterien des Kategoriensystems dargestellt.

Das CIP wurde in einer Studie von Schindler et al. (1989) mit 64 strukturierten Erstgesprächen zur Auswahl von Patienten für eine Therapiestudie bei chronischen Schlafstörungen eingesetzt (siehe auch Schindler, 1987). Drei Beobachter kodierten zehn zufällig ausgewählte Gespräche zur Überprüfung der Beobachterübereinstimmung. Hierbei zeigten die Therapeutenkategorien eine Reliabilität von  $r = .80$  und die Patienten-Kategorien eine Reliabilität von  $r = .79$ , was von den Autoren als gut eingeschätzt wurde. Weiterhin ergaben sich signifikante Korrelationen zwischen den subjektiven Beurteilungen von Therapeut und Patient sowie den entsprechenden Beobachtungskategorien, was als Hinweis für eine hinreichende Inhaltsvalidität gewertet wurde: Zum Beispiel korrelierte die Dimension „Selbstöffnung“ des Patienten signifikant mit der Häufigkeit der Kategorien Positive Gefühle (PG) und Negative Gefühle (NG). Weiterhin entsprachen die beobachteten Kategorien bei Therapeut und Patient den Erwartungen der Autoren aufgrund der Struktur des standardisierten Erstgesprächs, was ebenfalls als Hinweis auf die Inhaltsvalidität des Kategoriensystems gewertet wurde. Zusammenfassend gibt es also nach Schindler (1991) ausreichende Hinweise für die Reliabilität und Validität des verwendeten Kategoriensystems.

#### **6.4 Auswertung**

Nach der Darstellung der verwendeten Maße soll nun abschließend das Vorgehen bei der Auswertung der Daten erläutert werden. Hierbei soll nach einer kurzen Erläuterung zum allgemeinen Vorgehen bei Einzelfallanalysen zuerst die Bestimmung des Therapieerfolges vorgestellt werden, bevor eine Darstellung der Auswertung der Prozessmaße folgt. In einem eigenen Teil wird die Auswertung der Sequenzanalysen beschrieben.

In der Literatur zu Einzelfallanalysen wurden zahlreiche Argumente für und gegen die statistische Auswertung von Daten gesammelt, die in Einzelfallanalysen gewonnen wurden. Einerseits wird davon ausgegangen, dass statistische Verfahren nicht notwendig sind, wenn sich klare Effekte zeigen. Reinecker (1999) wägt dabei die Gefahr von Fehlern Typ II (Übersehen realer Gesetzmäßigkeiten), der deutlich erhöht ist bei Einzelfalluntersuchungen, gegenüber dem selteneren Fehler Typ I ab, dass real nicht existierende Gesetzmäßigkeiten entdeckt werden.

Für die Anwendung von statistischen Verfahren spricht hingegen, dass bei nicht stabiler Ausgangsrate der abhängigen Variable ohne statistische Verfahren nur schwer Trends entdecken lassen. Weiterhin geben Effekte, die zwar nur statistisch signifikant werden, aber noch nicht groß genug für praktisch relevante Unterschiede sind, wichtige Hinweise für zukünftige Forschung. Zuletzt können deutliche Effekte nur durch statistische Verfahren ermittelt werden, wenn die Intra-Subjekt-Variabilität hoch ist. (Reinecker, 1999)

Aus diesem Grund soll in der vorliegenden Studie auf statistische Methoden zurückgegriffen werden, wobei die Schwierigkeiten, die durch die niedrige Stichprobengröße entstehen, beim Vorgehen berücksichtigt werden.

#### **6.4.1 Bestimmung des Therapieerfolges**

Nach Kendall, Holmbeck und Verduin (2004) ist es leider nicht möglich, die Fort- oder Rückschritte eines Patienten mit einem einzigen Maß zu bestimmen. Dafür ist eine Vielzahl von Methoden und Maßen sowie Datenquellen notwendig. Aus diesem Grund werden in der vorliegenden Arbeit bei der Bestimmung des Therapieerfolges mehrere Maße herangezogen: Wie schon in Teil 6.3 beschrieben, wird als Multitrait-Maß der SCL-90-R kombiniert mit dem BAI als Monotrait-Maß sowie die Einschätzung der Zielerreichung durch Therapeut und Patient. Alle diese drei Aspekte werden zusammenfassend betrachtet, um abschließend den Erfolg einer Therapie in den Kategorien „nicht erfolgreich“, „teilweise erfolgreich“ oder „erfolgreich“ einzuschätzen. Dies geschieht bei jeder Therapie im Einzelfall.

Um die Veränderung in psychometrischen Daten auf ihre praktische Relevanz und damit Bedeutsamkeit für das Leben des Patienten (Reinecker, 2009) hin einzuschätzen, ist es wichtig, statistische und klinische Signifikanz zu unterscheiden. Klinische Signifikanz wird dabei definiert „as returning to normal functioning“ (Jacobson, Roberts, Berns & McGlinchey, 1999). Da in der vorliegenden Studie die praktische Relevanz entscheidend ist, wird die Bestimmung der klinischen Signifikanz einer reinen signifikanzstatistischen Prüfung von Veränderungen vorgezogen.

Das Vorgehen bei der Bestimmung der klinischen Signifikanz besteht nach Jacobson und Truax (1991) aus zwei Schritten: Zuerst sollte bestimmt werden, ob sich der Messwert eines Patienten vor der Therapie innerhalb einer klinischen Population und nach der Therapie innerhalb einer Normalpopulation befindet. Anschließend wird bestimmt ob die Veränderung reliabel ist.

Bei der Bestimmung, ob die Messwerte innerhalb der Normal- oder der dysfunktionalen Population liegen, wird Kriterium C nach Jacobson und Truax (1991) herangezogen: „The level of functioning subsequent to therapy places that client closer to the mean of the functional population than it does to the mean of the dysfunctional population.“ Dieses Vorgehen ist möglich, wenn Daten sowohl einer klinischen als auch einer Normalstichprobe vorliegen. Dies ist sowohl für das BAI als auch die SCL-90-R der Fall. Es wird ein Kriterium für jedes ausgewählte Maß berechnet und danach individuell bestimmt, in welchem Bereich die Werte des Patienten zu Beginn und Ende des Studienzeitraumes liegen.

Die Berechnung des Kriteriums erfolgt nach der Formel von Jacobson und Truax (1991):

$$C = \frac{s_0 M_1 + s_1 M_0}{s_0 + s_1} \quad (1)$$

Dabei sind  $M_0$  Mittelwert und  $s_0$  Standardabweichung der Normpopulation und  $M_1$  Mittelwert und  $s_1$  Standardabweichung der klinischen Population.

Zur Bestimmung, ob die Veränderung auf Zufall zurückzuführen sein könnte oder statistisch reliabel ist, wird in einem zweiten Schritt der „Reliable Change Index RC“ nach der Formel von Jacobson und Truax (1991) berechnet:

$$RC = \frac{x_{Post} - x_{Prä}}{S_{diff}} \quad (2)$$

Dabei ist  $x_{Post}$  der Wert zum Ende des Studienzeitraumes,  $x_{Prä}$  der Wert zu Therapiebeginn und  $S_{diff}$  die kritische Differenz, die folgendermaßen berechnet wird:

$$S_{diff} = \sqrt{2s_e^2} \quad (3)$$

Der Standardmessfehler  $s_e$  kann mit Hilfe der Formel

$$s_e = s_1 * \sqrt{1 - r_{tt}} \quad (4)$$

berechnet werden. Dabei ist  $r_{tt}$  die Retest-Reliabilität und  $s_1$  wiederum die Standardabweichung der klinischen Population. Damit ist

$$S_{diff} = s_1 * (1 - r_{tt}) * \sqrt{2} \quad (5)$$

Wenn  $RC$  größer als 1.96 oder kleiner als -1.96 ist (je nach Skalierung der Maße), kann von einer reliablen Veränderung ausgegangen werden. Dabei wird für jedes Maß ein  $RC$  berechnet und anschließend bestimmt, ob eine Veränderung statistisch reliabel ist.

In der vorliegenden Studie wird die klinische Signifikanz für die Maße BAI, die beiden Primärskalen „Ängstlichkeit“ und „Phobische Angst“ sowie den GSI der SCL-90-R die individuell bestimmt. Dafür werden zunächst für die einzelnen Maße Kennwerte durch Einsetzen in die Formeln (1) bis (5) errechnet. Für das Kriterium  $c$  ergeben sich folgende Ergebnisse:

BAI	$c$	$= (s_0M_1 + s_1M_0)/(s_0+s_1)$ $= (5.8 * 25.6 + 10.9 * 3.4) / (5.8 + 10.9) = 11.11$
Ängstlichkeit	$c$	$= (0.45 * 1.54 + 0.85 * 0.34) / (0.45 + 0.85) = 0.76$
Phobische Angst	$c$	$= (0.38 * 1.18 + 0.99 * 0.22) / (0.38 + 0.99) = 0.49$
GSI	$c$	$= (0.39 * 1.21 + 0.61 * 0.38) / (0.39 + 0.61) = 0.70$

In allen Skalen gehen höhere Werte mit höherer Symptombelastung einher; dabei trennt das Kriterium  $c$  den Bereich der klinischen Population (mit erhöhten Skalenwerten) vom Bereich der Normalpopulation.

Weiterhin wird für jedes Maß die kritische Differenz  $S_{diff}$  berechnet:

BAI	$S_{diff} = s_1 * (1 - r_{tt}) * \sqrt{2} = 10.9 * (1 - 0.68) * \sqrt{2} = 4.93$
Ängstlichkeit	$S_{diff} = 0.85 * (1 - 0.61) * \sqrt{2} = 0.47$

$$\text{Phob. Angst} \quad S_{\text{diff}} = 0.99 * (1 - 0.65) * \sqrt{2} = 0.49$$

$$\text{GSI} \quad S_{\text{diff}} = 0.61 * (1 - 0.79) * \sqrt{2} = 0.18$$

Es ergeben sich insgesamt bei der Einschätzung der klinischen Signifikanz die die Abstufungen „klinisch signifikante Verbesserung“, „reliable Verbesserung“, „keine Veränderung“ sowie die entsprechenden Verschlechterungen.

Nach der Darstellung der Auswertung zum Therapieerfolg wird als nächstes die Auswertung der Prozessdaten dargestellt.

#### **6.4.2 Auswertung der Prozessdaten**

Bei der Analyse der Daten zum Therapieprozess ergibt sich die Schwierigkeit, dass ein Vergleich von Daten immer nur paarweise geschehen kann. In der vorliegenden Arbeit sollen jedoch sieben verschiedene Therapien ausgewertet und die Ergebnisse eingeordnet werden. Daher wird folgendes Vorgehen gewählt: Zuerst wurden zwei Therapien der gleichen Therapeutin miteinander verglichen und in einem zweiten Schritt die dritte Therapie dieser Therapeutin paarweise zu den beiden anderen Therapien in Relation gesetzt. Anschließend wurde für jede weitere Therapie, die analysiert wurde, zwei Therapien identifiziert bei denen sich relevante Ähnlichkeiten ergaben. Diese wurden ebenfalls paarweise gegenübergestellt. Die Auswahl der zum Vergleich herangezogenen Therapien wird jeweils zu Beginn der Einzelfallanalyse begründet.

Bei der Auswertung der Prozessdaten wird zunächst die Analyse der subjektiven Daten beschrieben, anschließend folgt die Beschreibung der Datenauswertung der Verhaltensbeobachtung inklusive der Auswertung der Sequenzanalysen.

##### Subjektive Daten

Bei der Auswertung der subjektiven Daten wurden die Werte des Stundenbeurteilungsbogens summiert. Beim Personenbeurteilungsbogen wurden die Skalenwerte der Faktoren „Sympathie/Interesse“, „Kompetenz“ und „Direktivität“ bei der Beurteilung des Therapeuten sowie „Sympathie“, „Selbstöffnung“ und „Mitarbeit/Zielorientierung“ bei der Beurteilung des Patienten bestimmt. Hierbei wurden Mittelwerte berechnet, um Verzerrungen durch leicht unterschiedliche

Itemzahlen der unterschiedlichen Faktoren zu vermeiden. Weiterhin wurden Fragebögen, bei denen einheitlich maximale Werte angekreuzt wurden, von der Auswertung aus Gründen der Verfälschung durch übermäßige soziale Erwünschtheit ausgeschlossen. Die Auswertung erfolgte bei beiden Fragebögen also analog zum Vorgehen bei Schindler (1987) und (1991).

Für jede Sitzung wurden individuelle Werte berechnet und Mittelwertsunterschiede zwischen den Therapien untersucht. Dabei kann zwischen parametrischen und nonparametrischen Testverfahren gewählt werden. Der t-Test für eine Stichprobe als parametrisches Verfahren sollte jedoch nach Leonhart (2009) nicht verwendet werden, wenn die zugrundeliegenden Annahmen zu stark verletzt werden (Normalverteilung, Zufallsstichprobe und Intervallniveau). Da in der vorliegenden Arbeit nicht von einer Normalverteilung ausgegangen werden kann (die Werte sind in vorherigen Stichproben eher rechtsschief verteilt, siehe z.B. Schindler, 1991), wird ein nonparametrisches Verfahren gewählt. Aus den nonparametrischen Verfahren wird der Mann-Whitney-U-Test ausgewählt, da dieser teststärker ist als der ebenfalls zur Verfügung stehende Mediantest. Beide Verfahren setzen mindestens ein Ordinalniveau der Daten aus, was durch die vorliegenden Daten erfüllt wird (Leonhart, 2009).

#### Daten der Verhaltensbeobachtung

Weiterhin soll die Auftretenshäufigkeit der einzelnen Verhaltensweisen zwischen den verschiedenen Therapien verglichen werden. Damit diese nicht übermäßig durch unterschiedliche Gesamtzahl an Äußerungen verzerrt wird, und um eine Vergleichbarkeit gegenüber anderen Studien herzustellen, werden relative Häufigkeiten berechnet. Weiterhin erfolgt aufgrund der geringen Datenmenge und um nicht zu viele Einzeltests durchzuführen die Auswertung auf Ebene der Dimensionen.

Ein Vergleich von Beobachtungsdaten zeigte, dass bei der Aggregation von Daten aus unterschiedlichen Dyaden über mehrere Sitzungen hinweg (7-12 Sitzungen) ähnliche Aussagen möglich sind wie bei der Analyse vollständiger Sitzungen (Friedlander et al., 1988). Daher erscheint es zulässig, bei der

Anzahl an Sitzungen über mehrere Dyaden hinweg die Daten zusammenzufassen.

Bei der Auswertung der relativen Häufigkeitsdaten ist von einer vergleichbaren Argumentation wie bei der Auswertung der subjektiven Daten auszugehen (Verletzung der Annahmen der Normalverteilung und Zufallsstichprobe), da bestimmte Kategorien sehr häufig, andere sehr selten auftreten. Daher wird auch hier der Mann-Whitney-U-Test für die statistische Analyse ausgewählt.

Nach der Darstellung der Auswertung der Prozessdaten soll das Kapitel mit der Beschreibung der Auswertung von Sequenzanalysen abgeschlossen werden.

### **6.4.3 Sequenzanalysen**

Wie schon ausführlich beschrieben, ist in der vorliegenden Arbeit insbesondere die gegenseitige Beeinflussung von Therapeut und Patient Gegenstand. Dabei sind kürzere und längere Sequenzen ebenso von Interesse wie die Steuerung des Therapeuten durch den Patienten und umgekehrt.

Methodisch kann zwischen einer Sequenz, einer Abfolge diskreter Ereignisse über die Zeit, wie sie mit Kategoriensystemen erhoben werden und Zeitreihen unterschieden werden, bei denen quantitative Daten über die Zeit erhoben werden. Soziale Interaktion ist gekennzeichnet durch die Sequenz (Lichtenberg & Heck, 1986), eine Serie von Äußerungen des Therapeuten, des Patienten usw. Hierbei geht man davon aus, dass das vorherige Verhalten bis zu einem gewissen Punkt kontingent ist, d.h. beeinflusst ist durch das vorherige Verhalten. Dies ist ein Prozess 1. Ordnung, wohingegen es sich um einen Prozess 2. Ordnung handelt, wenn eine Äußerung durch die vorherige Reaktion des Interaktionspartners als auch durch die eigene vorherige Reaktion beeinflusst wird usw. Um diese Sequenzen zu bestimmen ist es notwendig, dass Sinnzusammenhänge nicht zerschnitten werden. Weiterhin muss in jedem Fall eine alternierende Sequenz bestehen bleiben; beides ist durch die Struktur des CIP gewährleistet.

Mathematische Grundlage bei der Analyse der Sequenz sind Markoff-Modelle. Hierbei liegt die Annahme vor, dass erstens Übergangswahrscheinlichkeiten stationär sind (d.h. dass sie nicht abhängig sind von ihrer Stellung innerhalb des

Prozesses), und dass zweitens das Auftreten eines Verhaltens von den zuvor aufgetretenen Verhaltensweisen abhängig ist und nicht von dem gesamten Verhalten seit Beginn der Psychotherapie (Lichtenberg & Hummel, 1976). Dies wurde von Lichtenberg und Hummel an einer Serie für klinische Interviews nachgewiesen; daher werden in dieser Arbeit ebenso wie in den vorhergehenden Arbeiten Markoff-Ketten als zugrundeliegende Struktur angenommen.

Im Weiteren werden Möglichkeiten zur Bestimmung von Übergängen erster und höherer Ordnung dargestellt.

### Die Berechnung von Übergängen 1. Ordnung

Für die Bestimmung der sequentiellen Häufigkeit wird die Kontingenz verschiedener Verhaltensklassen bestimmt und diese gegenüber der Basisrate nachfolgenden Verhaltens getestet (z.B. Revenstorf, Hahlweg, Schindler & Vogel, 1984). Hierdurch kann überprüft werden, ob z.B. der Übergang von Emotionale Öffnung überzufällig häufig auf Einfühlung folgt.

Der Test, ob dieser Zusammenhang statistisch signifikant wird, kann durch die Berechnung des z-Wert erfolgen (siehe Schindler, 1991; Revenstorf et al., 1984; Bakeman & Gottman, 1986):

$$z = \frac{F - NP}{\sqrt{NP(1-P)}} \quad (6)$$

Hierbei ist  $F$  die beobachtete Wahrscheinlichkeit von Emotionaler Öffnung kontingent nach Einfühlung,  $N$  ist die beobachtete Häufigkeit des vorausgehenden Ereignisses Einfühlung und  $P$  ist die unbedingte Wahrscheinlichkeit von Emotionaler Öffnung; es wird also die Differenz von beobachteter und erwarteter Häufigkeit geteilt durch die Standardabweichung der erwarteten Häufigkeit berechnet.

Margolin und Wampold (1981) empfehlen statt der dargestellten Methode die Verwendung eines normierten z-Wertes; nach Revenstorf et al. (1984) führt dies jedoch bei großen Stichproben zum gleichen Ergebnis.

### Berechnung längerer Sequenzen

Zur Identifikation längerer Sequenzen wird die N-Gramm Analyse nach Revenstorf, Vogel, Wegener, Hahlweg & Schindler (1980) ausgewählt, da sie in allen vorherigen Arbeiten verwendet wurde. Aufgrund unterschiedlicher Annahmen wären gefundene Ergebnisse nicht miteinander vergleichbar, sollte auf eine andere Methode der Berechnung zurückgegriffen werden (z.B. Lag Sequential Analysis nach Sackett, 1979; ARIMA Modelle Revenstorf, 1979; Nonlineare Modelle von Scheier & Tschacher, 1994). Weiterhin hat insbesondere die Lag Sequential Analysis nach Revenstorf, et al. (1984) den Nachteil, dass hierbei voneinander entfernte Ereignisse betrachtet werden und die dazwischen stattfindenden Äußerungen ignoriert werden; es werden also keine tatsächlichen Ketten von Ereignissen betrachtet (z.B. bei der Kette A-B-C-D-E wird nur A und E in die Berechnung mit einbezogen). Dies ist jedoch für das Studium der tatsächlichen Interaktionssteuerung im Detail nicht sinnvoll, weswegen mit Hilfe der N-Gramm Analyse versucht wird, generalisierte Interaktionsmuster zu identifizieren.

Bei einer Kette A-B-C wird ein Übergang 2. Ordnung nur berechnet, wenn der Übergang 1. Ordnung A-B signifikant häufiger als erwartet stattgefunden hat. In diesem Fall werden alle Folgen von A und B als vorausgehende Ereignisse von C ausgewertet und ein entsprechender z-Wert berechnet. Dies hat den Vorteil, dass es sehr nah an der Realität ist, jedoch den Nachteil, dass die Anzahl der Beobachtungen mit der Länge der Sequenz geringer wird. Natürlich muss der Einfluss der geringen Datenmengen beachtet werden, v.a. da Homogenität der Muster vorausgesetzt wird. Daher sind die Daten explorativ zu betrachten und Signifikanzen mit Vorsicht zu interpretieren.

In der vorliegenden Studie werden die Übergänge auf dem Niveau der Dimensionen berechnet, damit genug Beobachtungen zur Verfügung stehen; dies ist ein Kompromiss zwischen Genauigkeit der Aussage und Anzahl von Beobachtungen. Auch hier liegt die im vorherigen Abschnitt beschriebene Rechtfertigung der Verwendung der Aggregation von Daten unterschiedlicher Dyaden zugrunde.

Auch auf der Ebene der Dimensionen muss beachtet werden, dass aufgrund der Vielzahl von statistischen Tests die Gefahr von falsch positiven Ergebnissen

steigt. Daher wird für die vorliegende Studie das 1 % Niveau als Kriterium herangezogen, d.h. Zusammenhänge sind erst dann überzufällig wahrscheinlich, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner 1 % ist. Dies birgt zwar die Gefahr, tatsächlich vorhandene Zusammenhänge zu übersehen, bei 56 möglichen Kombinationen der Abfolge von Dimensionen (7 Therapeuten- und 8 Patientendimensionen) wird dies jedoch als weniger kritisch eingeschätzt als falsch positive Ergebnisse. Daher sind z-Werte größer als 2.5758 bzw. kleiner als -2.5758 als signifikant anzusehen. Es werden nur Übergänge interpretiert, die überzufällig häufig oder selten sind.

Darüber hinaus sollten eine Mindestzahl an Beobachtungen vorliegen, um die Werte interpretieren zu können. Schindler (1991) legte eine Mindestzahl der beobachteten Übergänge von 10 fest. Bei Brandl (2005) betrug die Anzahl der beobachteten oder erwarteten Häufigkeiten mindestens 15, was die Auswertung deutlich erschwerte. In der vorliegenden Arbeit werden daher als Kompromiss Übergänge interpretiert, bei denen die beobachtete oder erwartete Häufigkeit mindestens 10 beträgt.

### Kooperationssequenz

Neben der Bestimmung von Übergängen erster und höherer Ordnung auf der Ebene der Dimensionen soll auch die Länge der Kooperationssequenz (1991; siehe Teil 4.5) verglichen werden, wobei die Reduktionsform I des CIP herangezogen wird: Dabei werden die Dimensionen zu Sammelkategorien zusammengefasst und anschließend die relative Übergangswahrscheinlichkeit der Kategorien „Initiative/Kooperation“ und „Einfühlung/Unterstützung“ beginnend mit der Patientenäußerung so lange bestimmt, bis die Kette endet bzw. es sich nur noch um eine einzelne Äußerung handelt. Diese Kooperationssequenz wird anschließend grafisch dargestellt. Hier wird eine rein deskriptive Vorgehensweise gewählt, da die reine Wahrscheinlichkeit der gegenseitigen Verstärkung therapieförderlicher Verhaltensweisen entscheidend ist. Diese müssen nicht statistisch häufiger als erwartet sein.

---

Nachdem die Fragestellung und das methodische Vorgehen ausführlich dargestellt wurden, sollen sich nun die Beschreibung der Ergebnisse der Einzelfallanalysen und deren Diskussion anschließen.

## 7. Ergebnisse

Bei der Darstellung der Ergebnisse soll zunächst der Therapieerfolg für jede Therapie individuell bestimmt werden, um auf dieser Grundlage die Ergebnisse der einzelnen Einzelfallanalysen zu beschreiben.

### 7.1 Bestimmung des Therapieerfolges

#### 1TH

*Tabelle 7-1: Psychometrische Daten von P1 zu Studienbeginn und -ende*

Maß	Skala	Studienbeginn	Studienende	RC
SCL-90-R	GSI	0.86	0.83	-0.17
	Ängstlichkeit	1.10	1.20	0.21
	Phobische Angst	1.14	0.71	-0.88
BAI		30	18	-2.43*
Rückmeldebogen Patient	Nutzen der Therapie	80 %		
	Ziel A	30 %		
	Ziel B	100 %		
Rückmeldebogen Therapeut	Therapieerfolg	40 %		
	Erreichte Ziele	2/4		

Anmerkung: \* bedeutet statistisch signifikant

Bei Therapie 1TH zeigt sich im BAI eine reliable Reduktion der Werte (RC ist kleiner als -1.96, siehe Tabelle 7-1), die Werte liegen jedoch sowohl zu Studienbeginn als auch Studienende im Bereich der klinischen Population. Es handelt sich also um eine reliable Verbesserung. In der SCL-90-R liegen die Werte in allen Skalen („Ängstlichkeit“, „Phobische Angst“, GSI) zu Studienbeginn und -ende im klinischen Bereich, es handelt sich nicht um reliable Veränderungen ( $-1.96 < RC < 1.96$ , siehe Tabelle 7-1).

In Verbindung mit den Werten der Zielerreichung, die im Bereich zwischen 40 % und 80 % liegen sowie mit der Information, dass die Therapie nach dem Stundenzeitraum beendet wurde, ist sie insgesamt als „teilweise erfolgreich“ anzusehen, was sich somit auch mit dem Urteil von Therapeut und Patient deckt.

**2TH***Tabelle 7-2: Psychometrische Daten von P2 zu Studienbeginn und -ende*

<b>Maß</b>	<b>Skala</b>	<b>Studienbeginn</b>	<b>Studienende</b>	<b>RC</b>
SCL-90-R	GSI	1.20	0.30	-5.00*
	Ängstlichkeit	1.50	0.90	-1.28
	Phobische Angst	2.14	0.00	-4.37*
BAI		28	11	-3.45*
Rückmeldebogen Patient	Nutzen der Therapie	90 %		
	Ziel A	90 %		
	Ziel B	90 %		
	Ziel C	85 %		
Rückmeldebogen Therapeut	Therapieerfolg	65 %		
	Erreichte Ziele	2/4		

Anmerkung: \* bedeutet statistisch signifikant

Bei Therapie 2TH zeigt sich im BAI eine reliable Reduktion der Werte (siehe Tabelle 7-2), der Ausgangswert liegt im klinischen Bereich, der Wert zu Studienende im Normbereich, es ist also eine klinisch signifikante Verbesserung zu beobachten. In der SCL-90-R befinden sich die Werte der Skala „Ängstlichkeit“ zu Studienbeginn und -ende im klinischen Bereich, es handelt sich nicht um eine reliable Veränderung. Eine klinisch signifikante und reliable Verbesserung findet sich hingegen in der Skala „Phobische Angst“ und dem GSI.

Der Patient berichtet eine sehr hohe Einschätzung des Therapieerfolges (durchschnittlich 89 %). Die Therapeutin hingegen schätzt den Therapieerfolg im mittleren Bereich ein, da nach der erfolgreichen Behandlung der Angststörung aufgrund einer Symptomverschiebung sich eine neue Störung (Zwangsstörung) entwickelte, die zu Therapiebeginn noch nicht vorgelegen hatte. Aus diesem Grund ist die Therapie trotz der Veränderungen der psychometrischen Daten insgesamt als „teilweise erfolgreich“ anzusehen.

**3TH***Tabelle 7-3: Psychometrische Daten von P3 zu Studienbeginn und -ende*

Maß	Skala	Studienbeginn	Studienende	RC
SCL-90-R	GSI	0.41	0.22	-1.06
	Ängstlichkeit	0.20	0.11	-0.19
	Phobische	0.00	0.00	0
	Angst			
BAI		7	0	-1.42
Rückmeldebogen Patient	Nutzen der Therapie	100 %		
	Ziel A	90 %		
	Ziel B	90 %		
Rückmeldebogen Therapeut	Therapieerfolg	85 %		
	Erreichte Ziele	1/1		

Anmerkung: \* bedeutet statistisch signifikant

Im BAI zeigt sich bei Therapie 3TH keine reliable Reduktion der Werte (siehe Tabelle 7-3), die Messwerte liegen sowohl zu Studienbeginn als auch -ende im Bereich der Normpopulation. Es ist also keine Veränderung zu beobachten. In der SCL-90-R liegen die Werte der Skala „Ängstlichkeit“ und „Phobische Angst“ sowie der GSI zu Studienbeginn und -ende im Normbereich, die Veränderungen sind nicht reliabel.

Wie in Kapitel 6-1 beschrieben lag trotz der geringen Ausprägung der Symptome eine klinisch relevante Störung vor; es handelte sich um eine kurze Verhaltenstherapie. Die Therapie wurde von Therapeut und Patient als sehr erfolgreich eingeschätzt. Die geringen Veränderungen der psychometrischen Daten ist mit Bodeneffekten zu erklären. Daher ist die Therapie zusammenfassend als „erfolgreich“ anzusehen.

**4AG***Tabelle 7-4: Psychometrische Daten von P4 zu Studienbeginn und -ende*

Maß	Skala	Studienbeginn	Studienende	RC
SCL-90-R	GSI	0.39	0.29	-0.56
	Ängstlichkeit	0.30	0.10	-0.43
	Phobische	0.43	0.00	-0.88
	Angst			
BAI		23	8	-3.04*

Rückmeldebogen Patient	Nutzen der Therapie	90 %
	Ziel A	80 %
	Ziel B	90 %
Rückmeldebogen Therapeut	Therapieerfolg Erreichte Ziele	90 % 3/3

Anmerkung: \* bedeutet statistisch signifikant

Bei Therapie 4AG zeigt sich im BAI eine reliable Reduktion der Werte (siehe Tabelle 7-4), der Ausgangswert liegt im klinischen Bereich, der Wert zu Studienende im Normbereich, es ist also eine klinisch signifikante Verbesserung zu beobachten. In der SCL-90-R liegen die Werte der Skalen „Ängstlichkeit“, „Phobische Angst“ sowie der GSI zu Studienbeginn und -ende im Normbereich, die Veränderungen sind nicht reliabel.

Patientin und Therapeutin gaben zu Therapieende an, dass alle drei Therapieziele, die Reduktion von Ängsten und Vermeidungsverhalten sowie das Äußern von Bedürfnissen in zwischenmenschlichen Beziehungen im Therapieverlauf erreicht werden konnten. Daher schätzen sowohl Patientin als auch Therapeutin den Therapieerfolg als hoch ein, die Therapie wurde zu Ende des Studienzeitraumes abgeschlossen. Zusammenfassend ist aufgrund der gemeinsamen Einschätzung von Therapeutin und Patientin in Verbindung zu der klinisch signifikanten Verbesserung im BAI die Therapie als „erfolgreich“ zu betrachten. Dabei wird das BAI als aussagekräftiger als die SCL-90-R angesehen (das BAI ist spezifischer für beobachtete Symptomatik und misst Angststörung zuverlässiger als Primärskalen der SCL-90-R). Weiterhin können bei den Werten des SCL-90-R Bodeneffekte vermutet werden.

### 5PDA

Tabelle 7-5: Psychometrische Daten von P5 zu Studienbeginn und -ende

Maß	Skala	Studienbeginn	Studienende	RC
SCL-90-R	GSI	0.57	0.16	-2.28*
	Ängstlichkeit	0.60	0.20	-0.85
	Phobische Angst	1.86	0.00	-3.80*
BAI		23	2	-4.26*

Rückmeldebogen Patient	Nutzen der Therapie	80 %
	Ziel A	90 %
	Ziel B	70 %
Rückmeldebogen Therapeut	Therapieerfolg Erreichte Ziele	80 % 4/5

Anmerkung: \* bedeutet statistisch signifikant

Im BAI zeigt sich bei Therapie 5PDA eine reliable Reduktion der Werte (siehe Tabelle 7-5), der Ausgangswert liegt im klinischen Bereich, der Wert zu Studienende im Normbereich, so dass von einer klinisch signifikanten Verbesserung auszugehen ist. In der SCL-90-R liegen die Werte der Skala „Ängstlichkeit“ und im GSI zu Studienbeginn und -ende im Normbereich, in der Skala „Phobische Angst“ lässt sich hingegen eine klinisch signifikante und reliable Verbesserung finden.

Der Therapieerfolg wurde von Patientin und Therapeut als hoch eingeschätzt (durchschnittlich 80 %). Die Therapie wurde nach Studienende abgeschlossen. In Verbindung mit der klinisch signifikanten Verbesserung in zwei Skalen kann die Therapie als „erfolgreich“ eingeschätzt werden.

## 6ABB

*Tabelle 7-6: Psychometrische Daten von P6 zu Studienbeginn*

Maß	Skala	Studienbeginn
SCL-90-R	GSI	1.39
	Ängstlichkeit	2.00
	Phobische Angst	2.86
BAI		31

Nachdem es sich um einen Therapieabbruch handelt, ist Therapie 6ABB als „nicht erfolgreich“ einzuordnen. Der Messwert im BAI zu Therapiebeginn liegt im Bereich der klinischen Population (siehe Tabelle 7-6), auch in der SCL-90-R liegen die Werte aller Skalen zu Studienbeginn im klinischen Bereich, was die klinische Bedeutsamkeit der Störung verdeutlicht. Obwohl im Mittel die Symptombelastung bei Therapieabbrüchen niedriger ist als bei abgeschlossenen Therapien (Frohburg, 2008, siehe auch Kapitel 2.4), kann die

Belastung bei dieser Therapie als ebenso hoch sowie zum Teil höher als in den anderen Therapien der vorliegenden Studie eingeschätzt werden.

## 7KOM

*Tabelle 7-7: Psychometrische Daten von P7 zu Studienbeginn und -ende*

Maß	Skala	Studienbeginn	Studienende	RC
SCL-90-R	GSI	1.37	0.81	-3.11*
	Ängstlichkeit	1.80	0.80	-2.13*
	Phobische Angst	2.00	0.43	-3.20*
BAI		28	17	-2.23*
Rückmeldebogen Patient	Nutzen der Therapie	80 %		
	Ziel A	60 %		
	Ziel B	80 %		
	Ziel C	80 %		
Rückmeldebogen Therapeut	Therapieerfolg Erreichte Ziele	70 %	5/8	

Anmerkung: \* bedeutet statistisch signifikant

In Therapie 7KOM zeigt sich im BAI eine reliable Reduktion der Werte (siehe Tabelle 7-7), die Werte liegen zu Studienbeginn und -ende im klinischen Bereich. Es handelt sich also um eine reliable Verbesserung. In der SCL-90-R werden in allen Skalen reliable Reduktionen der Werte beobachtet, die Werte der Skala „Ängstlichkeit“ und des GSI liegen zu Studienbeginn und -ende im klinischen Bereich, es sind also reliable Verbesserungen. In der Skala „Phobische Angst“ liegt der Wert zu Therapiebeginn im klinischen, zu Studienende im Normbereich, weswegen von einer klinisch signifikanten Verbesserung auszugehen ist.

Die Patientin und der Therapeut schätzen den Therapieerfolg mittel bis hoch ein (75 % durchschnittliche Zielerreichung der Patientin sowie 70 % des Therapeuten). Weiterhin wurde die Therapie bei teilweiser Zielerreichung über den Studienzeitraum hinaus fortgesetzt. Daher ist die Therapie zusammenfassend als „teilweise erfolgreich“ anzusehen.

---

Nach der Bestimmung des Therapieerfolges soll nun zur inhaltlichen Beantwortung der Fragestellung die Prozessdaten zu den Ergebnissen zum Therapieerfolg in Relation gesetzt werden. Dabei werden zunächst zwei Therapien des gleichen Therapeuten verglichen und der dritten Therapie dieses Therapeuten gegenübergestellt. Anschließend folgt ein Einzelvergleich der weiteren vier Therapien.

## **7.2 Einzelfallanalyse 1TH – 2TH**

Als Ausgangspunkt für die weiteren Einzelfallvergleiche sollen nun die Therapien 1TH und 2TH der gleichen Therapeutin verglichen werden. Beide Therapien sind als „teilweise erfolgreich“ anzusehen, es liegt also ein vergleichbarer Therapieerfolg vor. Beide Therapien sind längere Behandlungen. Wie in allen folgenden Einzelfallanalysen wird nach einem Vergleich der deskriptiven Daten der beiden Therapien eine Anpassung der in Kapitel 5 aufgestellten Hypothesen vorgenommen, anschließend werden die Ergebnisse dargestellt und diskutiert.

Bei P1 und P2 handelt es sich um zwei Patienten ähnlichen Alters, P1 ist 36 Jahre alt und P2 33jährig, die sich sowohl im Geschlecht (P1 ist weiblich, P2 männlich) als auch in der Komorbidität unterscheiden (P1 leidet komorbide unter einer Dysthymie, bei P2 gibt es zu Therapiebeginn keine komorbiden Störungen). Während bei P1 eine reine Panikstörung vorliegt, leidet zu Therapiebeginn 2TH unter einer reinen Agoraphobie. Therapie 2TH wurde nach Studienende weiter fortgesetzt, Therapie 1TH abgeschlossen.

### **7.2.1 Spezifische Hypothesen**

Die beiden Therapien 1TH und 2TH wurden durch die gleiche Therapeutin mit vergleichbarem Erfolg durchgeführt. Daher ist davon auszugehen, dass sich bezüglich der Hypothesen aus Kapitel 5 in den subjektiven Maßen, den Verhaltensweisen von Therapeut und Patient sowie der gegenseitigen Interaktionssteuerung, keine Unterschiede finden lassen. Ergeben sich dennoch einzelne statistisch signifikante Befunde, so ist der Einfluss der Komorbidität ebenso zu beachten wie individuelle Spezifika der beiden Therapien.

### **7.2.2 Subjektive Maße**

Beim Vergleich der Prozessdaten ist zunächst die subjektive Einschätzung der Therapie von Interesse. Die beiden Therapien unterscheiden sich signifikant in der Stundenbeurteilung durch den Patienten (Mann-Whitney-U Test signifikant mit  $p < .000$ , siehe Abbildung 7-1). Der Gewinn aus der Sitzung wird durch P2 signifikant höher eingeschätzt als durch P1.

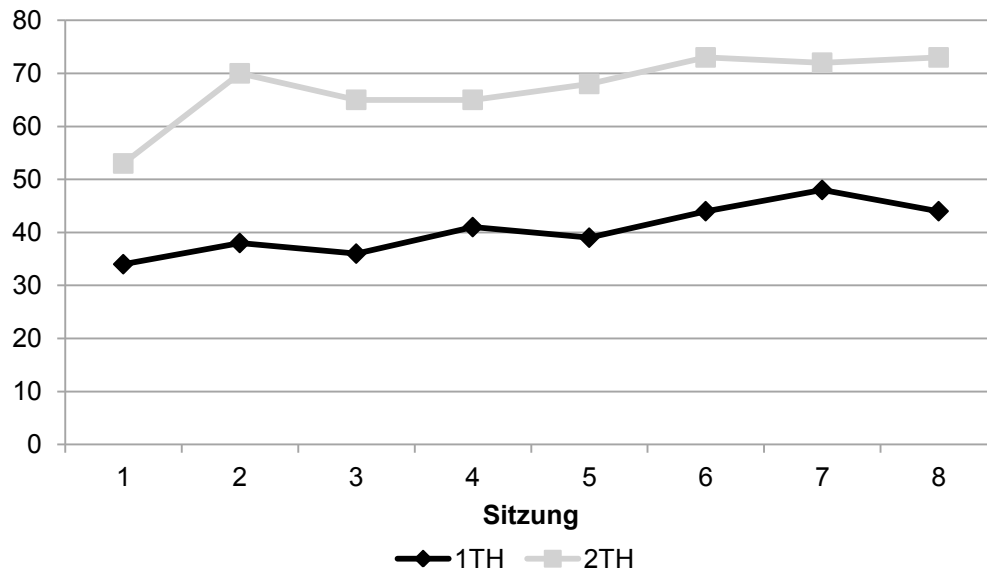


Abbildung 7-1: Vergleich der Stundenbeurteilung des Patienten der Therapien 1TH und 2TH

Die Stundenbeurteilung des Therapeuten unterscheidet sich hingegen nicht signifikant zwischen 1TH und 2TH ( $p = .234$ , siehe Abbildung 7-2).

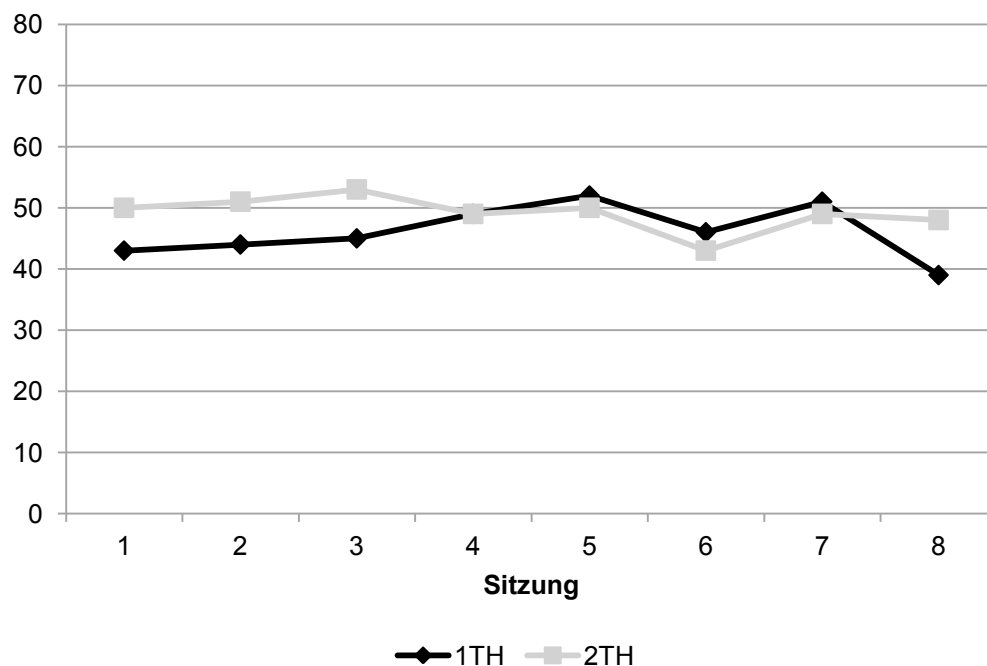


Abbildung 7-2: Vergleich der Stundenbeurteilung des Therapeuten der Therapien 1TH und 2TH

Bei der Personenbeurteilung können die Einschätzungen der Patientin P1 nicht zum Vergleich herangezogen werden, da sie ab der vierten Stunde (fast) alle Bereiche maximal einschätzte (Summenwerte zwischen 115 und 116 bei einer

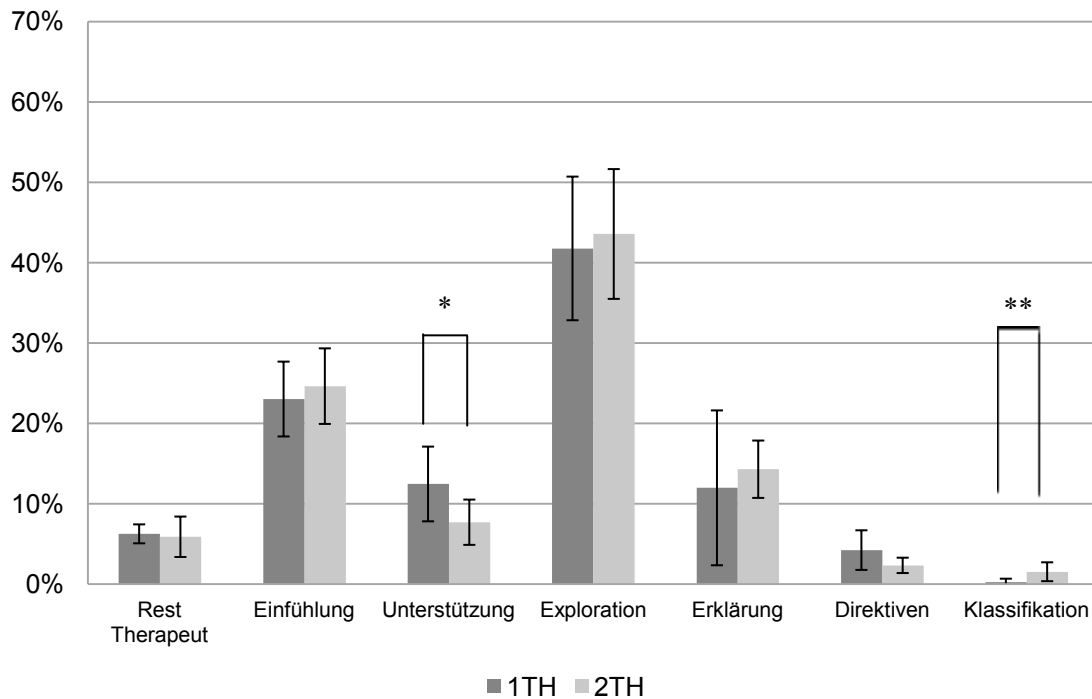
maximalen Summe von 116). Da vermutet werden muss, dass sie aus Gründen der sozialen Erwünschtheit die Therapeutin nicht differenziell beurteilte, wird auf eine vergleichende Beurteilung der beiden Therapien verzichtet. Daher wird nur die Einschätzung des Patienten durch den Therapeuten verglichen. Dabei schätzt die Therapeutin Patientin P1 signifikant weniger sympathisch ein als Patient P2 (siehe Tabelle 7-8).

*Tabelle 7-8: Personenbeurteilung der Therapien 1TH und 2TH*

		<b>1TH</b>		<b>2TH</b>		<i>p</i>
		<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>	
Bewertung	Sympathie	2.60	0.22	2.83	0.10	.010
Patient	Selbstöffnung	2.33	0.26	2.32	0.15	.878
durch	Mitarbeit	2.18	0.27	2.19	0.12	.382
Therapeut						

### **7.2.3 Verhaltensweisen**

Nach dem Vergleich der subjektiven Einschätzung ist weiterhin wichtig, ob sich das Verhalten von Therapeut und Patient zwischen den beiden Therapien unterscheidet. Hierbei zeigen sich beim Vergleich der relativen Auftretenshäufigkeiten der einzelnen Verhaltensweisen der Therapeutin signifikante Unterschiede im selteneren Auftreten von Unterstützung in 2TH im Vergleich zu 1TH ( $p = .038$ ) sowie dem häufigeren Auftreten von Klassifizierung ( $p = .007$ ). Insgesamt ist also das Verhalten der Therapeutin in beiden Therapien eher als ähnlich anzusehen (siehe Abbildung 7-3).



*Abbildung 7-3: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Therapeuten in den Therapien 1TH und 2TH*

Anmerkung: \* bedeutet signifikant auf 5 %-Niveau, \*\* bedeutet signifikant auf 1 %-Niveau.

Das Verhalten der Patienten unterscheidet sich hingegen stärker: Hier zeigen sich beim Vergleich der relativen Auftretenshäufigkeiten der einzelnen Verhaltensweisen signifikante Unterschiede im häufigeren Auftreten von Problembeschreibung ( $p = .011$ ) und Klärung ( $p = .011$ ) sowie dem selteneren Auftreten von Einfachen Antworten ( $p = .038$ ) bei 2TH im Vergleich zu 1TH (siehe Abbildung 7-4). Problembeschreibung und Einfache Antworten gemeinsam umfassen bei 1TH 72.7 %, bei 2TH sogar 80.7 % aller Äußerungen.

Insgesamt sollte bei der Interpretation der Signifikanzen jedoch beachtet werden, dass sich diese auf relativ wenige Ereignisse beziehen und sie daher mit Vorsicht zu interpretieren sind.

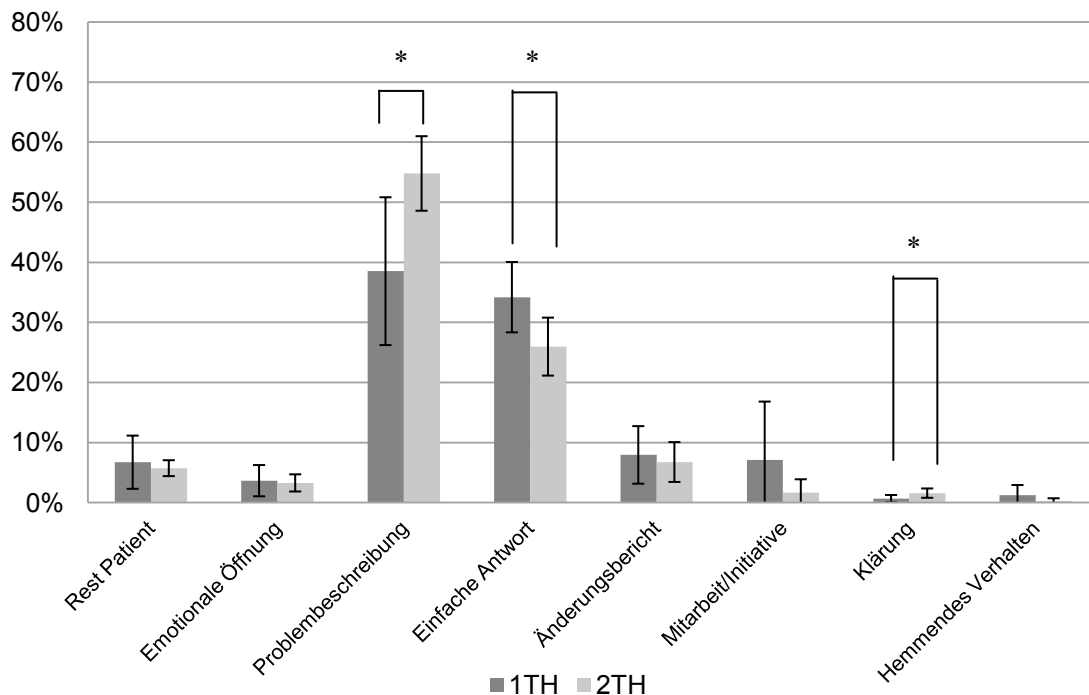


Abbildung 7-4: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Patienten in den Therapien 1TH und 2TH

Anmerkung: \* bedeutet signifikant auf 5 %-Niveau.

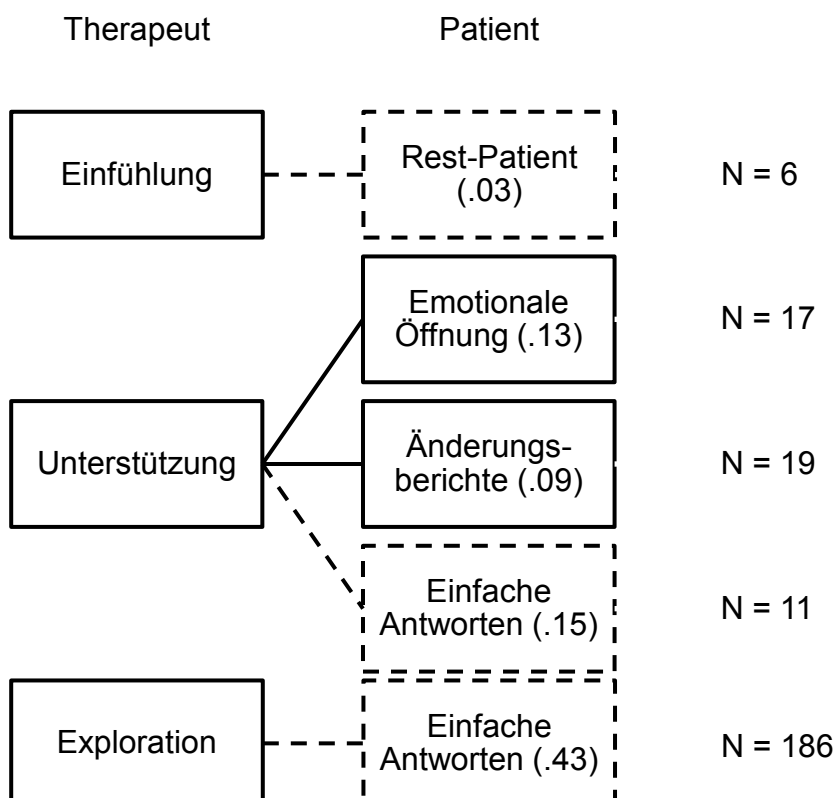
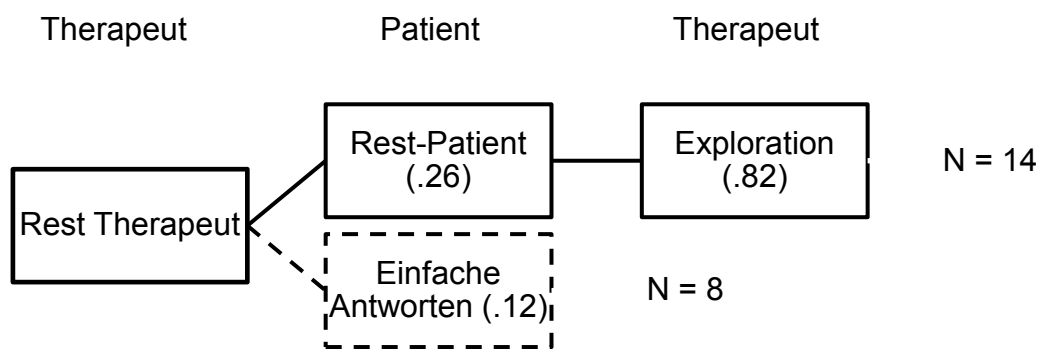
#### 7.2.4 Gegenseitige Gesprächssteuerung

Nach der Analyse der Auftretenshäufigkeit der einzelnen Verhaltensweisen ist besonders die wechselseitige Interaktionssteuerung von Interesse. Dabei werden zunächst die Übergänge erster und zweiter Ordnung für jede Therapie getrennt beschrieben, bevor die Therapien miteinander verglichen werden. Abschließend wird als charakteristisches Verhaltensmuster die Kooperationssequenz der beiden Therapien dargestellt.

##### 1TH

Bei Therapie 1TH wurden insgesamt 1 027 Übergänge von Therapeut auf Patient und 1 008 Übergänge von Patient auf Therapeut berechnet. Aufgrund der niedrigen Auftretenshäufigkeit konnten für die Dimensionen Klassifikation und Klärung sowie Hemmendes Verhalten keine Übergangswahrscheinlichkeiten berechnet werden (siehe Voraussetzungen in Kapitel 6.5).

Mit Beginn durch eine Äußerung des Therapeuten wurden dabei folgende signifikante Übergänge gefunden (siehe Abbildung 7-5): Auf Restkategorie des Therapeuten folgt signifikant häufiger Restkategorie des Patienten ( $z = 6.19$ ), worauf wiederum häufiger Exploration folgt ( $z = 2.99$ ). Überzufällig selten ist der Zusammenhang zwischen Restkategorie des Therapeuten und Einfachen Antworten ( $z = -3.82$ ). Auf Einfühlung des Therapeuten folgt überzufällig selten Restkategorie des Patienten ( $z = -2.65$ ). Auf Unterstützung des Therapeuten ist die Wahrscheinlichkeit von Emotionaler Öffnung ( $z = 5.37$ ) und Änderungsberichten ( $z = 3.10$ ) erhöht sowie von Einfachen Antworten ( $z = -6.24$ ) erniedrigt. Auf Exploration folgen signifikant häufiger Einfache Antworten ( $z = 3.54$ ), auf Erklärung Restkategorie des Patienten ( $z = 3.60$ ) sowie signifikant seltener Problembeschreibung ( $z = -5.86$ ).



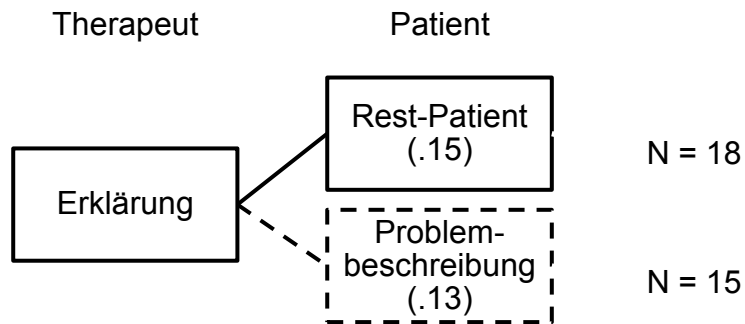
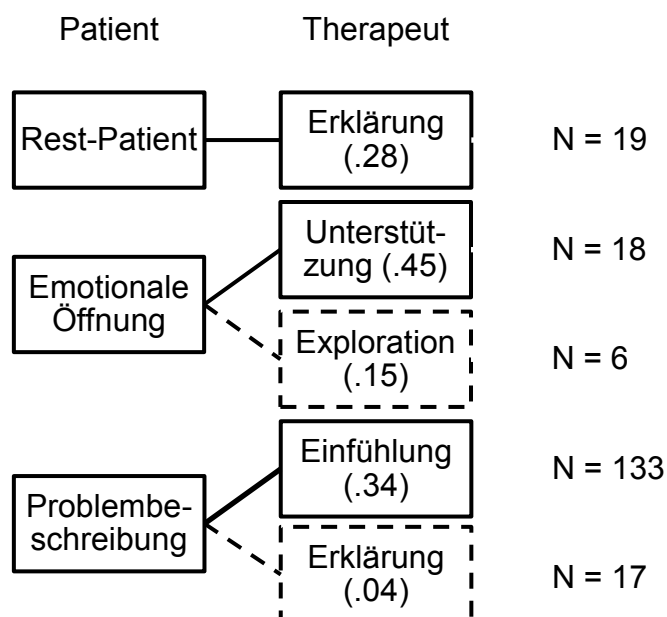


Abbildung 7-5: Übergänge erster und zweiter Ordnung ausgehend von der Äußerung des Therapeuten bei Therapie 1TH

(Anmerkung: Durchgestrichene Linie bedeutet überzufällig wahrscheinliche, gestrichelte Linie unterzufällig wahrscheinliche Zusammenhänge. In Klammern stehen die Übergangswahrscheinlichkeiten.)

Beginnend mit einer Äußerung des Patienten wurden wiederum folgende signifikante Übergänge gefunden (siehe Abbildung 7-6): Auf Restkategorie des Patienten folgt überzufällig häufig Erklärung des Therapeuten ( $z = 4.25$ ), auf Emotionale Öffnung wiederum signifikant häufiger Unterstützung ( $z = 6.14$ ) und seltener Exploration ( $z = -3.43$ ). Die Wahrscheinlichkeit ist ausgehend von Problembeschreibung des Patienten erhöht für Einfühlung ( $z = 4.97$ ) und erniedrigt für Erklärung ( $z = -4.41$ ). Auf Einfache Antworten folgt signifikant häufiger Exploration ( $z = 3.79$ ) und Direktiven ( $z = 2.69$ ) sowie signifikant seltener Einfühlung ( $z = -4.79$ ) und Unterstützung ( $z = -2.71$ ). Weiterhin ist die Wahrscheinlichkeit für Exploration nach Änderungsberichten erniedrigt ( $z = -3.20$ ) und für Erklärung nach Mitarbeit/Initiative erhöht ( $z = 3.13$ ).



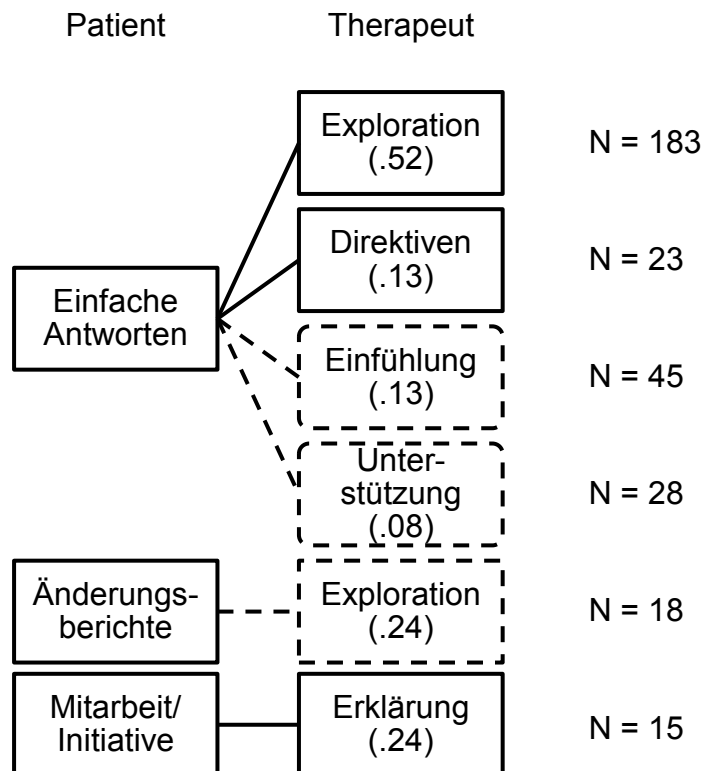


Abbildung 7-6: Übergänge erster Ordnung ausgehend von der Äußerung des Patienten bei Therapie 1TH

(Anmerkung: Durchgestrichene Linie bedeutet überzufällig wahrscheinliche, gestrichelte Linie unterzufällig wahrscheinliche Zusammenhänge. In Klammern stehen die Übergangswahrscheinlichkeiten.)

## 2TH

Bei Therapie 2TH wurden insgesamt 1839 Übergänge von Therapeut auf Patient und 1822 von Patient auf Therapeut berechnet. Aufgrund der zu niedrigen Auftretenshäufigkeit konnte für die Dimension Hemmendes Verhalten des Patienten keine Übergangswahrscheinlichkeiten berechnet werden.

Mit Beginn Therapeut wurden dabei folgende signifikante Übergänge gefunden (siehe Abbildung 7-7): Auf Restkategorie des Therapeuten folgt signifikant häufiger Restkategorie des Patienten ( $z = 4.45$ ), überzufällig selten folgen Einfache Antworten ( $z = -4.88$ ). Die Wahrscheinlichkeit für Einfühlung des Therapeuten und einer anschließenden Restkategorie des Patienten ist überzufällig selten ( $z = -2.62$ ). Auf Unterstützung des Therapeuten wiederum folgen überzufällig häufig Änderungsberichte ( $z = 7.28$ ) sowie überzufällig selten Einfache Antworten ( $z = -5.34$ ). Signifikant erhöht ist der Zusammenhang von Exploration und Einfachen Antworten ( $z = 4.36$ ) sowie darauf

folgender Exploration ( $z = 2.87$ ). Seltener als erwartet folgen Restkategorie des Patienten ( $z = -2.71$ ) und Änderungsberichte ( $z = -3.16$ ) auf Exploration. Die Wahrscheinlichkeit ist erhöht für eine Restkategorie des Patienten ( $z = 4.07$ ) oder Klärung ( $z = 3.44$ ) nach Erklärung des Therapeuten.

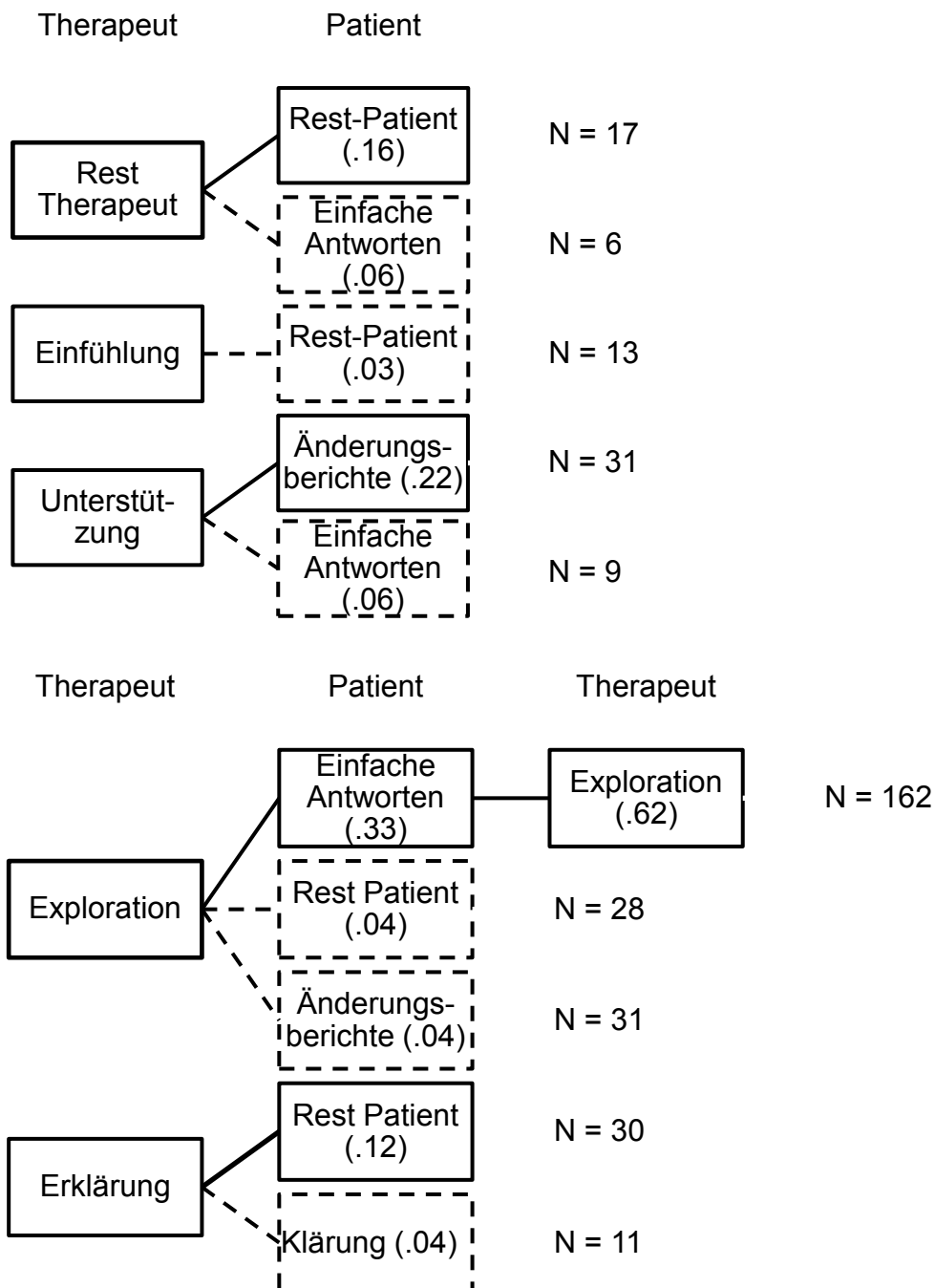


Abbildung 7-7: Übergänge erster und zweiter Ordnung ausgehend von der Äußerung des Therapeuten bei Therapie 2TH.

(Anmerkung: Durchgestrichene Linie bedeutet überzufällig wahrscheinliche, gestrichelte Linie unterzufällig wahrscheinliche Zusammenhänge. In Klammern stehen die Übergangswahrscheinlichkeiten.)

Bei der Berechnung mit Beginn des Patienten wurden wiederum folgende signifikante Übergänge gefunden (siehe Abbildung 7-8): Auf Rest des Patienten folgt signifikant häufiger Erklärung ( $z = 3.89$ ) und Direktiven des Therapeuten ( $z = 5.69$ ) sowie signifikant seltener Exploration ( $z = -3.48$ ). Auf Emotionale Öffnung folgt überzufällig häufig Einfühlung ( $z = 3.78$ ). Der Zusammenhang von Einfachen Antworten und Exploration ist erhöht ( $z = 3.63$ ), zu Einfühlung hingegen erniedrigt ( $z = -3.45$ ). Auf Änderungsberichte folgt überzufällig häufig Unterstützung ( $z = 5.57$ ), auf Klärung wiederum signifikant häufiger Erklärung ( $z = 4.69$ ) und seltener Exploration ( $z = -2.85$ ).

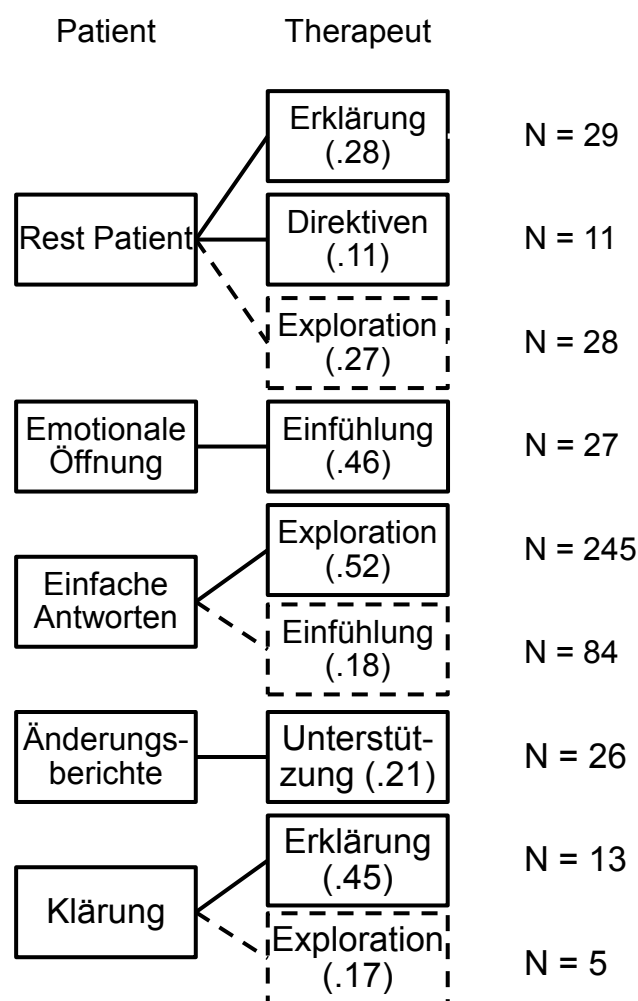


Abbildung 7-8: Übergänge erster Ordnung ausgehend von der Äußerung des Patienten bei Therapie 2TH

(Anmerkung: Durchgestrichene Linie bedeutet überzufällig wahrscheinliche, gestrichelte Linie unterzufällig wahrscheinliche Zusammenhänge. In Klammern stehen die Übergangswahrscheinlichkeiten.)

### Vergleich 1TH-2TH

Beim Vergleich der Übergangswahrscheinlichkeit erster und zweiter Ordnung der beiden Therapien 1TH und 2TH zeigt sich eine identische Kontingenz erster Ordnung ausgehend der Dimension Rest-Therapeut: Die Patienten reagieren beide mit erhöhter Wahrscheinlichkeit mit Restkategorie des Patienten und mit erniedrigter Wahrscheinlichkeit mit Einfachen Antworten. Auch bei Einfühlung zeigt sich in beiden Fällen die gleiche Kontingenz, nämlich eine niedrigere Wahrscheinlichkeit von Restkategorie des Patienten. Weiterhin finden sich bei beiden Therapien ein erhöhter Zusammenhang von Unterstützung und Änderungsberichten sowie ein erniedrigter Zusammenhang zu Einfachen Antworten. Darüber hinaus folgen in beiden Fällen mit höherer Wahrscheinlichkeit auf Exploration Einfache Antworten, nur bei 2TH erhöht dies wiederum die Wahrscheinlichkeit von Exploration signifikant. Auf Erklärung reagieren beide Patienten mit erhöhter Wahrscheinlichkeit mit einer Restkategorie.

Beginnend mit einer Äußerung des Patienten findet sich wiederum in beiden Fällen ein erhöhter Zusammenhang von Rest-Patient und Erklärung. Auch die erhöhte Wahrscheinlichkeit von Exploration nach Einfachen Antworten sowie die erniedrigte Wahrscheinlichkeit von anschließender Einfühlung finden sich in beiden Therapien. Sonst zeigen sich keine Gemeinsamkeiten.

Weiterhin finden sich auch zahlreiche interessante Unterschiede: Nur in Therapie 1TH reagiert die Patientin auf Unterstützung mit erhöhter Wahrscheinlichkeit mit Emotionaler Öffnung, weiterhin reagiert die Therapeutin beginnend mit der Äußerung des Patienten bei 1TH mit Unterstützung auf Emotionale Öffnung, bei 2TH jedoch mit Einfühlung. Auf Einfache Antworten ist die Wahrscheinlichkeit von Direktiven nur bei 1TH erhöht. Nur bei 2TH reagiert die Therapeutin kontingent mit Unterstützung auf Änderungsberichte. Auf Mitarbeit/Initiative reagiert sie bei 1TH kontingent mit Erklärungen. Während bei 2TH auf Erklärung signifikant seltener Klärung folgt, antwortet die Therapeutin auf Klärung häufiger mit Erklärung.

### Kooperationssequenz

Beim Vergleich der Länge der Kooperationssequenz zeigt sich zwischen 1TH kein Unterschied zu 2TH (siehe Abbildung 7-9). Bei der Betrachtung muss beachtet werden, dass eine einzelne Kette neun Einheiten länger war; da es sich hierbei aber um eine einzelne Interaktion im Rahmen der gesamten beobachteten Zeiträume handelt, ist diese als nicht charakteristisch für die gesamte Interaktion anzusehen und wird darum auch nicht dargestellt. Die gegenseitige Beeinflussung liegt bei beiden Therapien etwa in ähnlichen Bereichen.

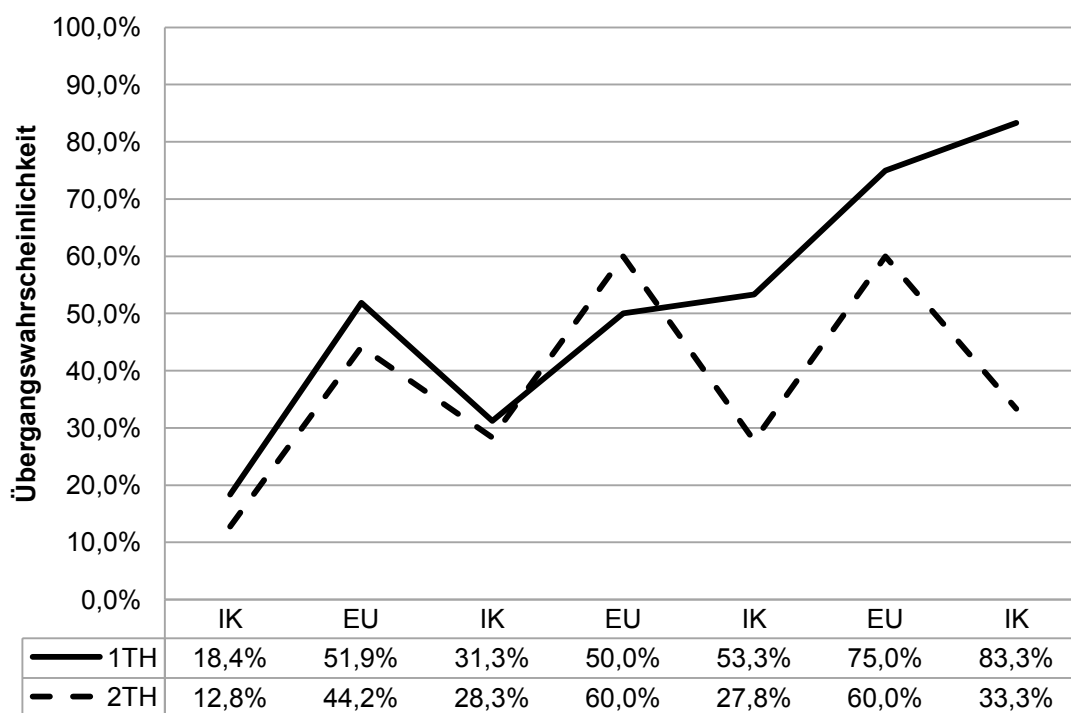


Abbildung 7-9: Vergleich der Kooperationssequenz der Therapien 1TH und 2TH  
EU bedeutet Einfühlung/Unterstützung, IK bedeutet Initiative/Kooperation

### 7.2.5 Diskussion und Zusammenfassung

Zunächst sollen die Hypothesen zu subjektiven Maßen diskutiert werden. Der Befund, dass die Stundenbeurteilung beim Patienten P2 signifikant höher ausfällt als bei P1 steht im Gegensatz zum vergleichbaren Therapieerfolg der beiden Therapien. Dennoch scheint P2 insgesamt gesehen mehr von der Therapie zu profitieren als P2. Hierbei ist es möglich, dass zu Beginn der Therapie die therapeutische Veränderung bei Patient P2 größer war, der Therapieerfolg auf den längeren Zeitraum insgesamt sich aber anglich. Dieser

Befund spricht gegen *Hypothese 1*. Entsprechend *Hypothese 2* finden sich keine Unterschiede in der Stundenbeurteilung des Therapeuten. Aufgrund der Tatsache, dass die Werte des Personenbeurteilungsbogens des Patienten nicht sinnvoll auswertbar waren, können keine Aussagen zu den *Hypothesen 3 und 5* gemacht werden. Entgegen *Hypothese 4* findet sich ein signifikanter Unterschied in der Richtung, dass die Therapeutin Patient P2 als sympathischer einschätzt als Patientin P1. In „Mitarbeit“ und „Selbstöffnung“ hingegen zeigt sich entsprechend *Hypothese 6* kein Unterschied.

Bei der Auftretenswahrscheinlichkeit der Verhaltensweisen verwendet die Therapeutin entgegen *Hypothese 7* in Therapie 1TH mehr Unterstützung als in 2TH, allerdings sind die Unterschiede nur gering (12.47 % bei 1TH, 7.71 % bei 2TH), weswegen diese Unterschiede mit Vorsicht interpretiert werden müssen. Hingegen lassen sich keine Unterschiede im Auftreten von Direktiven finden, was als Bestätigung für *Hypothese 8* gewertet werden kann. Weiterhin verwendet die Therapeutin signifikant weniger Klassifikationen in 1TH als in 2TH; da die Auftretenswahrscheinlichkeiten jedoch nur im Bereich von 1 % lagen (0.24 % bei 1TH, 1.55 % bei 2TH) ist nicht von einer praktischen Relevanz auszugehen.

Patientin P1 verwendet darüber hinaus signifikant mehr Einfache Antworten als Patient P2, der Unterschied beträgt fast 10 % (34.19 % bei 1TH, 25.96 % bei 2TH). Dies spricht gegen *Hypothese 9*, nach der ein erhöhtes Auftreten von Einfachen Antworten auf einen niedrigeren Therapieerfolg hinweist, könnte auch ein Hinweis auf eine erhöhte Aktivität des Patienten P2 als P1 bei gleichem Therapieerfolg sein. Weiterhin ergeben sich bei Änderungsberichten, Mitarbeit/Initiative sowie hemmendem Verhalten keine signifikanten Unterschiede, was wiederum als Bestätigung für die *Hypothesen 10 und 11* gewertet werden kann. Entsprechend *Hypothese 12* ist die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Emotionaler Öffnung nicht signifikant verschieden zwischen den beiden Therapien, Patient P2 verwendet hingegen mehr Problem-beschreibung als P1. Dieser Unterschied ist deutlich (38.52 % bei 1TH und 54.78 % bei 2TH). In dieser Therapie scheint der Patient also mehr Raum für die intensive Beschreibung der Probleme zu haben, was entsprechend mit einer niedrigeren Häufigkeit von Einfachen Antworten und wiederum einer höheren Aktivität des Patienten P2 einhergeht. In beiden Therapien ist

Problembeschreibung die häufigste Dimension und nicht Einfache Antworten wie in Schindler (1991). Wie bei Keijsers et al. (1995) machen Problembeschreibungen und Einfache Antworten den Großteil der Äußerungen aus, sogar mehr noch als die von den Autoren angegebenen 60 bis 70 % relativen Auftretenshäufigkeit. Weiterhin zeigt P2 mehr klärendes Verhalten als P1, die allgemeine Auftretenswahrscheinlichkeit von Klärung ist jedoch sehr niedrig (0.66 % bei 1TH im Vergleich zu 1.57 % bei 2TH), weswegen nicht von einer praktischen Relevanz auszugehen ist.

Bei der Betrachtung der gegenseitigen Interaktionssteuerung zeigt sich, dass die Therapeutin nur in 2TH Änderungsberichte kontingent mit Unterstützung verstärkt, nicht aber in 1TH. Bei gleichem Therapieerfolg spricht dies gegen *Hypothese 13*. In beiden Therapien treten jedoch Änderungsberichte häufiger nach Unterstützung auf, es scheint also eine kontingente Reaktion auf Seiten der Patienten zu bestehen. Hingegen kann keine Aussage zu den *Hypothesen 14 und 15* gemacht werden, da hemmendes Verhalten in beiden Therapien zu selten auftrat, um die gegenseitige Interaktionssteuerung zu interpretieren. Beim Vergleich der Länge der Kooperationssequenz zeigen sich keine Unterschiede, was als Bestätigung für *Hypothese 16* gewertet werden kann.

Bei der explorativen Betrachtung der gegenseitigen Gesprächssteuerung zeigt sich weiterhin, dass nur in 1TH die Patientin auf Unterstützung mit erhöhter Wahrscheinlichkeit mit Emotionaler Öffnung reagiert, was nach Schindler (1991) eine überzufällig häufige Kontingenz in allen Therapien ist. Weiterhin reagiert die Therapeutin bei Patientin P1 mit Unterstützung auf Emotionale Öffnung, sie verstärkt also gezielt Gefühlsäußerungen. Dies wurde von Kaimer et al. (1989) mit höherem Therapieerfolg in Verbindung gebracht. Bei 2TH reagiert sie hingegen mit Einfühlung auf Emotionale Öffnung, was laut Kaimer et al. (1989) eher mit niedrigerem Therapieerfolg in Verbindung steht. Auffällig ist dabei die unterschiedliche Interaktionsstrategie der gleichen Therapeutin. Überraschenderweise verstärkt sie weiterhin bei Patientin P1 Mitarbeit/Initiative nicht kontingent, sondern reagiert mit Erklärung, wodurch dieses Verhalten vermutlich zukünftig nicht häufiger gezeigt wird. In beiden Therapien tritt nach Einfachen Antworten mit höherer Wahrscheinlichkeit Exploration auf, umgekehrt ist auch die Kontingenz von Exploration und Einfachen Antworten erhöht. Bei 2TH zeigt sich eine überzufällige Wahrscheinlichkeit zweiter Ordnung

ausgehend von der Äußerung des Therapeuten; dies zeigt, dass sich auch exploratives Verhalten gegenseitig bestärkt und aufrecht erhält. Eine weitere Interaktionsbesonderheit ist, dass in 2TH die Therapeutin auf Klärung mit Erklärungen reagiert, daraufhin aber der Patient seltener wiederum klärende Äußerungen tätigt, d.h. sie löscht klärendes Verhalten des Patienten mit Erklärung.

Zusammenfassend zeigen sich bei Therapie 2TH Unterschiede in der höheren Stundenbeurteilung des Patienten, der niedrigeren Quote von Einfachen Antworten, einem großen Anteil von Problembeschreibung und der gezielten Verstärkung von Änderungsberichten, die in bisherigen Studien eher mit einem höheren Therapieerfolg in Verbindung gebracht wurden, während die nicht-verschiedene Häufigkeit von Direktiven, die gleich lange Kooperationssequenz sowie die fehlenden Unterschiede in Änderungsberichten, Mitarbeit/Initiative, Emotionaler Öffnung und Hemmendem Verhalten eher für einen vergleichbaren Therapieerfolg von Therapie 2TH im Vergleich zu 1TH sprechen. Möglicherweise könnten die Unterschiede dadurch erklärbar sein, dass der Patient P2 tatsächlich anfänglich mehr profitiert. Wie beschrieben trat jedoch nach einer Reduktion der Symptome der Angststörung eine Symptomverschiebung auf, was den dennoch niedrigeren Therapieerfolg erklärt.

Weiterhin ist die gegenseitige Beeinflussung von explorativen Äußerungen kennzeichnend für beide Therapien, in 1TH scheint die Verstärkung des Gefühlsausdrucks charakteristisch zu sein. Klärende Äußerungen scheinen in 2TH eher durch Erklärung gelöscht zu werden.

Nachdem die beiden Therapien 1TH und 2TH ausführlich miteinander verglichen wurden, sollen in einem weiteren Schritt die Ergebnisse durch Gegenüberstellung mit Therapie 3TH weiter ausdifferenziert, bestätigt oder abgelehnt werden.

### 7.3 Einzelfallanalyse 1TH und 2TH mit 3TH

Wie beschrieben soll in einem nächsten Schritt die Therapie 3TH mit 1TH und 2TH verglichen werden, alle drei Therapien wurden von der gleichen Therapeutin durchgeführt. Patient P3 litt wie P1 unter einer Panikstörung ohne Agoraphobie, jedoch wie P2 nicht unter einer komorbiden Störung. Wie P2 handelt es sich um einen Mann. Im Alter unterscheidet sich P3, ein 69-jähriger Mann, von den beiden anderen Patienten, die beide zwischen 30 und 40 Jahre alt waren. Weiterhin konnte die Behandlung, die im Gegensatz zu den beiden Therapien 1TH und 2TH nur 8 Sitzungen umfasste, „erfolgreich“ abgeschlossen werden. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass gefundene Unterschiede primär auf die beiden Faktoren Therapieerfolg und Länge der Therapie zurückzuführen sind und andere Unterschiede (z.B. Alter) demgegenüber eine geringere Rolle spielen.

#### 7.3.1 Spezifische Hypothesen

Allgemein ist bei den Hypothesen aus Kapitel 5 davon auszugehen, dass 3TH den Annahmen einer erfolgreichen Therapie entspricht, 1TH und 2TH den Annahmen einer weniger erfolgreichen Therapie. Weiterhin ist aufgrund der Tatsache, dass alle drei Behandlungen von der gleichen Therapeutin durchgeführt wurden, Gemeinsamkeiten im Interaktionsverhalten von Interesse, um davon Unterschiede abzugrenzen, die entsprechend der Hypothesen aufgrund des unterschiedlichen Therapieerfolges vermutet werden. Aufgrund der kürzeren Dauer der Therapie wird weiterhin davon ausgegangen, dass es bei 3TH zu einer weniger tiefgreifenden Verarbeitung kommt. Dieser Effekt sollte sich bei der Betrachtung des gesamten Therapiezeitraumes zeigen (im Gegensatz zu Öztanir, 2011). Daher wird wie in Öztanir (2011) die folgende ergänzende Hypothese aufgestellt:

17. Es finden sich auf Seiten des Therapeuten mehr Einfühlung in längeren Therapien als in kürzeren Therapien, unabhängig vom Therapieerfolg.
18. Entgegen der Annahmen in Kapitel 5 wird daher auch mehr Emotionale Öffnung in längeren Therapien als in kürzeren Therapien vermutet, unabhängig vom Therapieerfolg.

### 7.3.2 Subjektive Maße

Beim Vergleich der subjektiven Maße soll zunächst wiederum die Stundenbeurteilung betrachtet werden. Hierbei zeigt sich beim Vergleich der Einschätzung des Patienten kein signifikanter Unterschied zwischen 2TH und 3TH ( $p = .442$ ), jedoch ein signifikanter Unterschied zwischen 1TH und 3TH ( $p < .000$ ), was auch in Abbildung 7-10 sichtbar ist: P1 schätzt den Gewinn aus der Sitzung signifikant niedriger ein als P2 und P3.

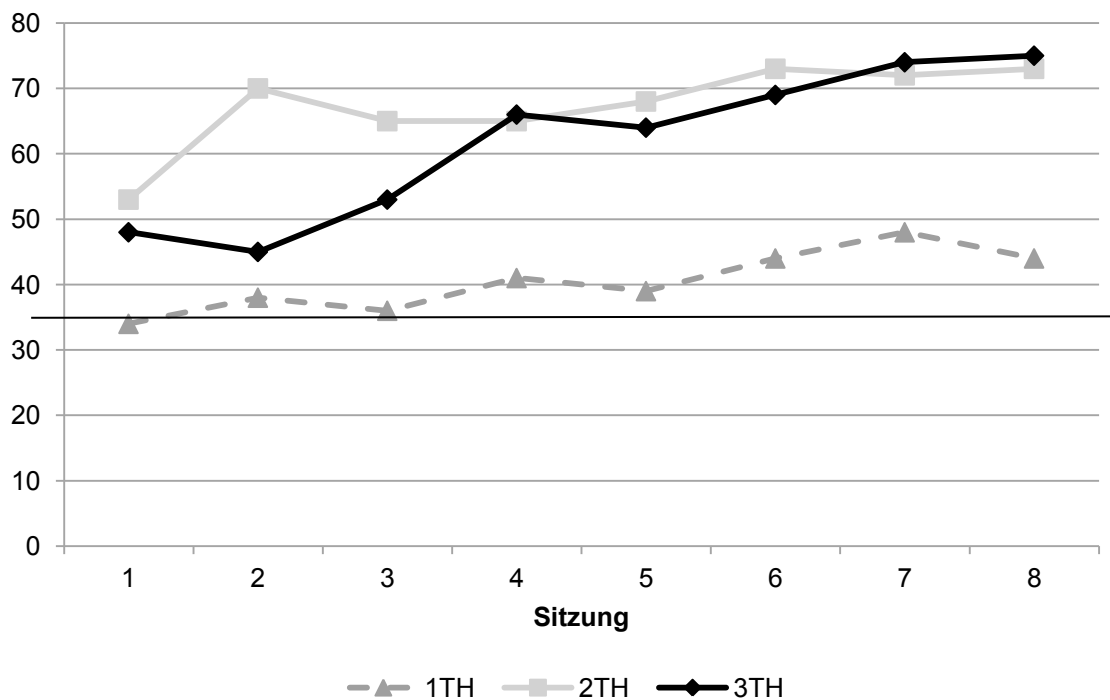


Abbildung 7-10: Vergleich der Stundenbeurteilung des Patienten der Therapien 1TH, 2TH und 3TH

Beim Vergleich der Stundenbeurteilung des Therapeuten zeigt sich wiederum weder ein signifikanter Unterschied von 3TH zu 1TH ( $p = .105$ ) noch zu 2TH ( $p = .721$ ) mit dem Mann-Whitney-U-Test (siehe Abbildung 7-11).

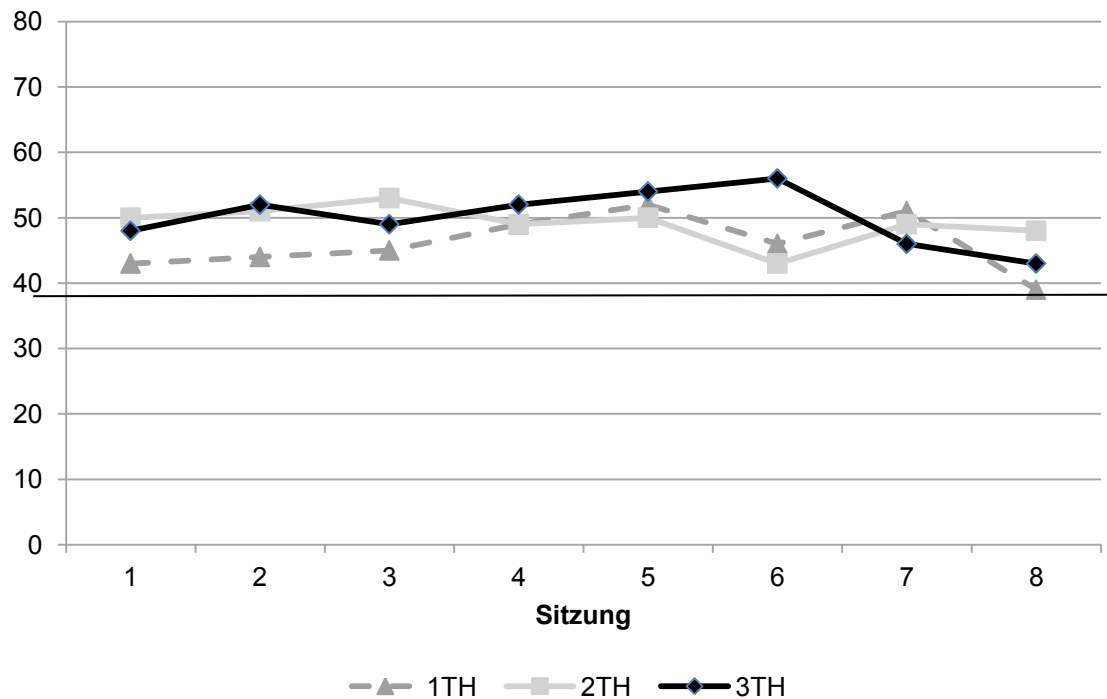


Abbildung 7-11: Vergleich der Stundenbeurteilung des Therapeuten der Therapien 1TH, 2TH und 3TH

Da wie in Einzelfallanalyse 1 beschrieben die Personenbeurteilung des Patienten bei P1 aufgrund der vermuteten sozialen Erwünschtheit nicht interpretiert wird, erfolgt an dieser Stelle ein Vergleich der Personenbeurteilung nur zwischen 2TH und 3TH. Dabei ergeben sich signifikante Unterschiede in der Richtung, dass die Therapeutin durch Patient P2 signifikant direkter eingeschätzt wird als durch Patient P3, sie im Gegenzug den Patienten P2 signifikant weniger sympathisch, als sich weniger öffnend und weniger mitarbeitend einschätzt als P3 (siehe Tabelle 7-9).

Tabelle 7-9: Personenbeurteilung der Therapien 2TH und 3TH

		2TH		3TH		
		MW	SD	MW	SD	p
Bewertung Therapeut durch Patient	Sympathie/Interesse am Patienten	3.91	0.06	3.95	0.05	.328
	Erfahrung/Kompetenz	3.57	0.16	3.54	0.09	.798
	Direktivität	3.84	0.12	3.35	0.12	<.000
Bewertung Patient durch Therapeut	Sympathie	2.83	0.10	3.08	0.25	.015
	Selbstöffnung	2.32	0.15	2.57	0.37	.010
	Mitarbeit	2.19	0.12	2.49	0.31	.038

### 7.3.3 Verhaltensweisen

Nach dem Vergleich der subjektiven Einschätzung ist weiterhin wichtig, ob sich das relative Auftreten einzelner Verhaltensweisen zwischen der Therapie 3TH und den beiden Therapien 1TH und 2TH unterscheidet (siehe Abbildung 7-12). Dabei zeigen sich bei den Verhaltensweisen des Therapeuten signifikante Unterschiede in einem häufigeren Auftreten der Restkategorie des Therapeuten bei 1TH ( $p = .009$ ) als bei 3TH, sowohl bei 1TH ( $p = .014$ ) als auch bei 2TH ( $p = .002$ ) einem häufigeren Auftreten von Einfühlung im Vergleich zu 3TH sowie dem geringeren Anteil an Direktiven bei 2TH ( $p = .029$ ). Insgesamt ist das Verhalten der Therapeutin eher als ähnlich anzusehen.

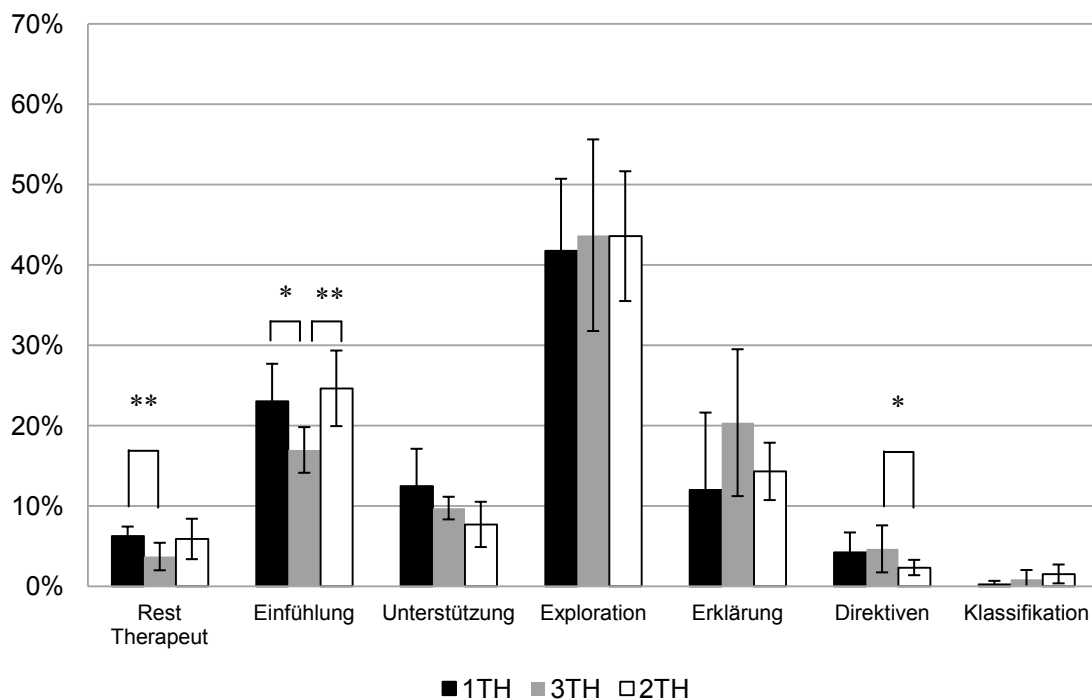


Abbildung 7-12: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Therapeuten in den Therapien 1TH, 2TH und 3TH

Anmerkung: \* bedeutet signifikant auf 5 %-Niveau, \*\* bedeutet signifikant auf 1 %-Niveau.

Weitere Unterschiede zeigen sich beim Vergleich der Verhaltensweisen des Patienten (siehe Abbildung 7-13): Die Restkategorie des Patienten tritt bei 3TH signifikant häufiger auf als bei 2TH ( $p = .040$ ), weiterhin ist der Anteil an Problembeschreibungen signifikant höher bei 2TH als bei 3TH ( $p = .001$ ). Einfache Antworten treten signifikant häufiger auf bei 3TH als bei 1TH ( $p = .009$ ) und 2TH ( $p < .000$ ). Darüber hinaus ist der Anteil von Klärungen bei 3TH überzufällig häufiger als bei 1TH ( $p = .002$ ). Wiederum machen Einfache

Antworten und Problembeschreibung gemeinsam den Großteil aller Äußerungen aus, bei 3TH sind es 79.8 %.

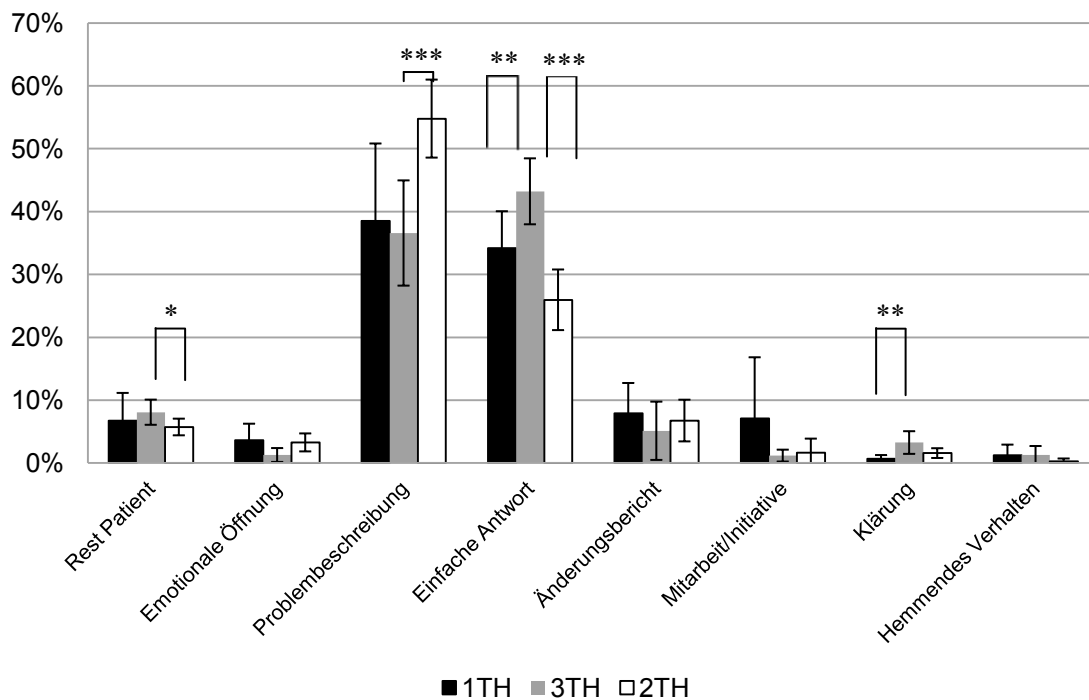


Abbildung 7-13: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Patienten in den Therapien 1TH, 2TH und 3TH

Anmerkung: \* bedeutet signifikant auf 5 %-Niveau, \*\* bedeutet signifikant auf 1 %-Niveau, \*\*\* bedeutet signifikant auf dem 0,1 %-Niveau.

### 7.3.4 Gegenseitige Gesprächssteuerung

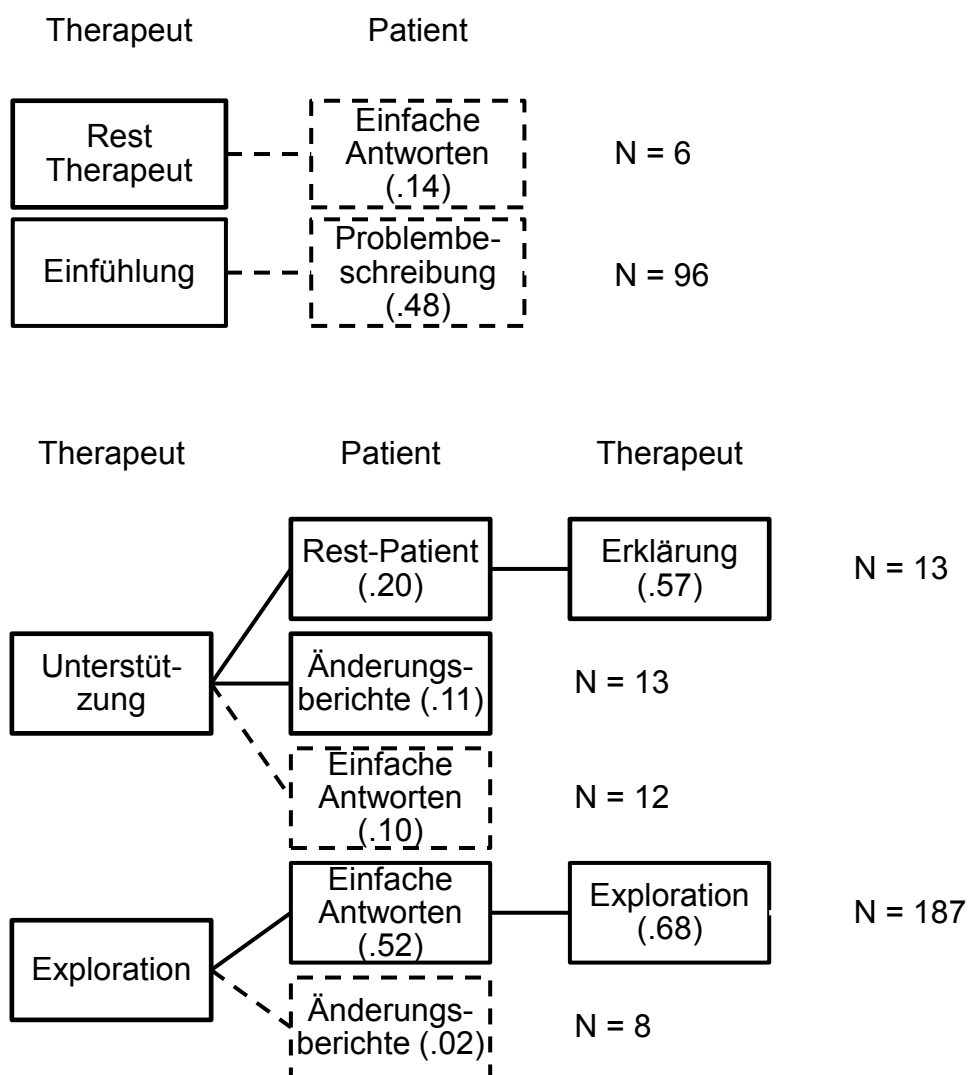
#### 3TH

Bei der Analyse der gegenseitigen Gesprächssteuerung sollen zunächst die Übergänge erster und zweiter Ordnung für die Therapie 3TH dargestellt werden, bevor ein Vergleich mit der Interaktionssteuerung der beiden Therapien 1TH und 2TH erfolgt und die Kooperationssequenz gesondert betrachtet wird.

Insgesamt wurden 1 195 Übergänge von Therapeut auf Patient und 1 172 von Patient auf Therapeut berechnet. Aufgrund der zu niedrigen Auftretenshäufigkeit konnte für die Dimensionen Klassifikation auf Seiten des Therapeuten und Mitarbeit/Initiative des Patienten keine Übergangswahrscheinlichkeiten berechnet werden.

Mit Beginn Therapeut wurden dabei folgende signifikante Übergänge gefunden (siehe Abbildung 7-14): Auf Restkategorie des Therapeuten folgen signifikant

seltener Einfache Antworten ( $z = -3.81$ ). Der Zusammenhang von Einfühlung und Problembeschreibung ist erhöht ( $z = 3.23$ ). Auf Unterstützung folgt signifikant häufiger Restkategorie des Patienten ( $z = 4.58$ ), worauf häufiger Erklärung des Therapeuten folgt ( $z = 4.14$ ), weiterhin ist nach Unterstützung die Wahrscheinlichkeit für Änderungsberichte erhöht ( $z = 3.25$ ) und für Einfache Antworten erniedrigt ( $z = -7.29$ ). Auf Exploration folgen signifikant häufiger Einfache Antworten ( $z = 3.82$ ), worauf wiederum die Wahrscheinlichkeit für Exploration erhöht ist ( $z = 3.93$ ). Der Zusammenhang von Exploration und Änderungsberichten ist erniedrigt ( $z = -3.53$ ). Nach Erklärung ist die Wahrscheinlichkeit von Klärung erhöht ( $z = 3.25$ ), was wiederum die Wahrscheinlichkeit für Erklärung des Therapeuten erhöht ( $z = 4.07$ ). Weiterhin folgen signifikant häufiger Änderungsberichte ( $z = 3.17$ ) und seltener Problembeschreibung ( $z = -4.69$ ).



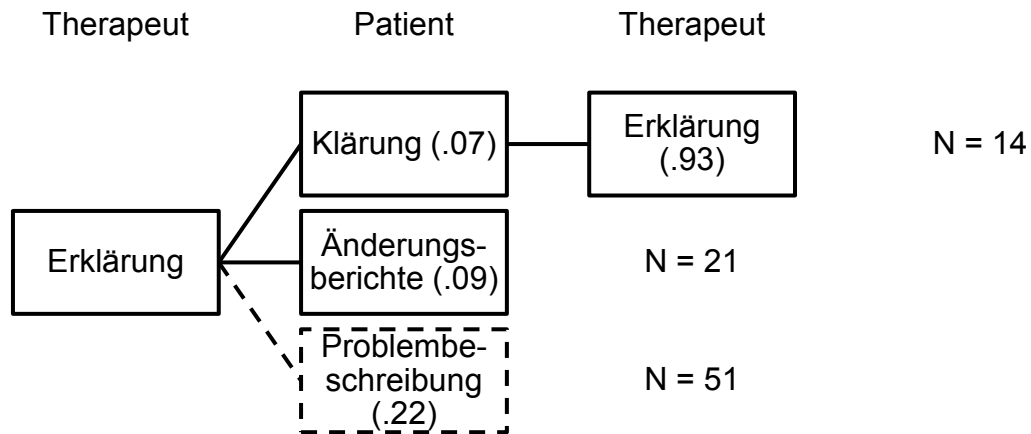
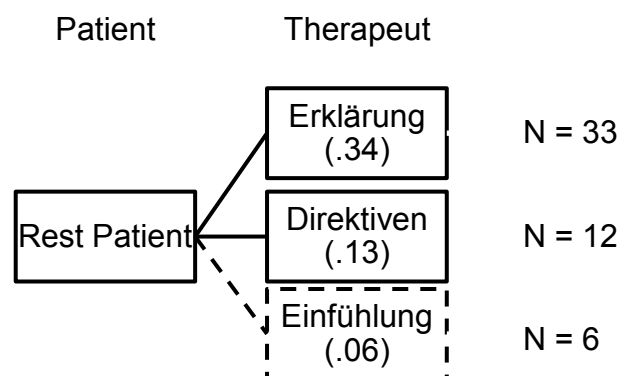


Abbildung 7-14: Übergänge erster und zweiter Ordnung ausgehend von der Äußerung des Therapeuten bei Therapie 3TH

(Anmerkung: Durchgestrichene Linie bedeutet überzufällig wahrscheinliche, gestrichelte Linie unterzufällig wahrscheinliche Zusammenhänge. In Klammern stehen die Übergangswahrscheinlichkeiten.)

Bei der Berechnung mit Beginn des Patienten wurden wiederum folgende signifikante Übergänge gefunden (siehe Abbildung 7-15): Auf Rest des Patienten folgen überzufällig häufig Erklärung ( $z = 3.78$ ) und Direktiven des Therapeuten ( $z = 3.84$ ) sowie signifikant seltener Einfühlung ( $z = -2.75$ ). Nach Problembeschreibung ist die Wahrscheinlichkeit erhöht für Einfühlung ( $z = 6.67$ ) und erniedrigt für Erklärung ( $z = -4.27$ ) und Direktiven ( $z = -3.54$ ). Auf Einfache Antworten folgt signifikant häufiger Exploration ( $z = 3.90$ ) sowie signifikant seltener Einfühlung ( $z = -4.71$ ). Weiterhin ist die Kontingenz zwischen Änderungsberichten und Unterstützung erhöht ( $z = 4.08$ ) sowie zu Exploration ( $z = -4.04$ ) erniedrigt. Auf Klärung wiederum folgt signifikant häufiger Erklärung ( $z = 8.50$ ) und seltener Exploration ( $z = -3.78$ ), auf Hemmendes Verhalten wiederum überzufällig häufig Erklärung ( $z = 4.67$ ).



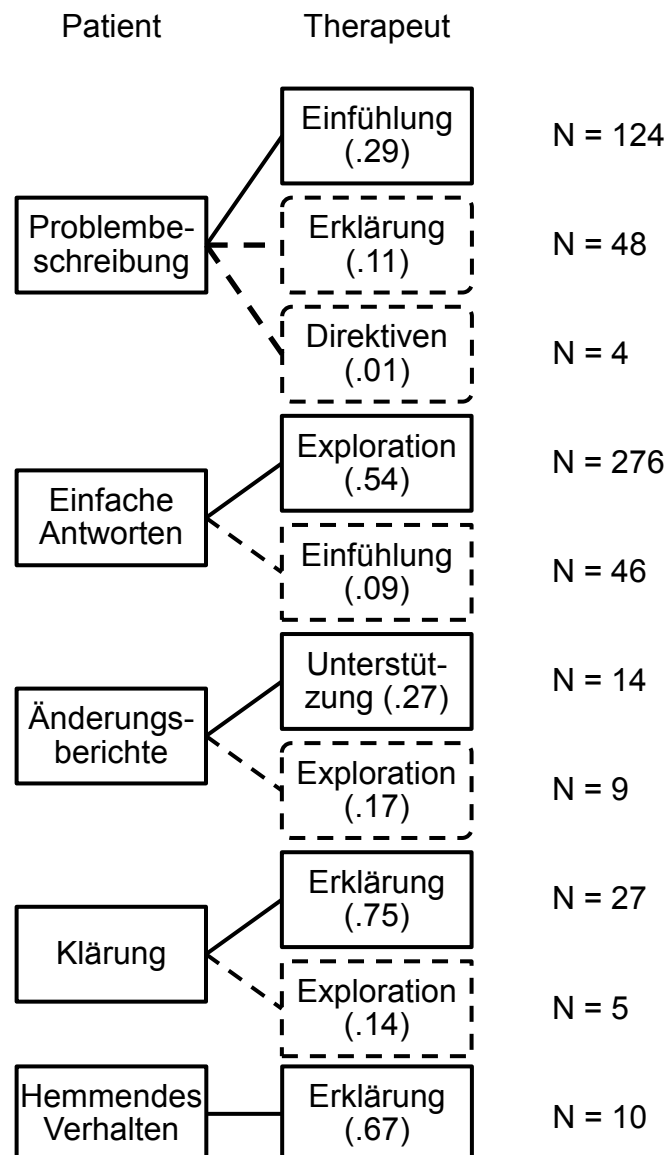


Abbildung 7-15: Übergänge erster Ordnung ausgehend von der Äußerung des Patienten bei Therapie 3TH

(Anmerkung: Durchgestrichene Linie bedeutet überzufällig wahrscheinliche, gestrichelte Linie unterzufällig wahrscheinliche Zusammenhänge. In Klammern stehen die Übergangswahrscheinlichkeiten.)

### Vergleich

Wie in den anderen beiden Therapien findet sich in 3TH eine überzufällig seltene Folge von Restkategorie des Therapeuten und Einfachen Antworten. Ebenso reagiert in allen drei Therapien der Patient überzufällig häufig auf Unterstützung mit Änderungsberichten und überzufällig selten mit Einfachen Antworten. Weiterhin findet sich ebenfalls in allen drei Therapien eine signifikant

erhöhte Wahrscheinlichkeit von Exploration und Einfachen Antworten. Wie in 2TH folgt daraufhin wieder signifikant häufiger Exploration, darüber hinaus folgen Änderungsberichte signifikant seltener auf Exploration wie in 2TH. Eine weitere Gemeinsamkeit zu 1TH ist die signifikant erniedrigte Wahrscheinlichkeit von Problembeschreibung nach Erklärung.

Beginnend mit der Äußerung des Patienten findet sich wie in 2TH eine häufigere Kopplung von Restkategorie des Patienten mit Direktiven sowie wie in beiden Therapien eine erhöhte Kontingenz zwischen der Restkategorie und Erklärung. Weiterhin reagiert ebenso wie in 1TH die Therapeutin auf Problembeschreibung überzufällig häufig mit Einfühlung sowie überzufällig selten mit Erklärung. Die häufigere Kopplung von Einfachen Antworten und Exploration sowie seltener Verknüpfung mit Einfühlung findet sich in allen drei Therapien. Auf Änderungsberichte folgt wie in 1TH seltener Exploration und wie in 2TH häufiger Unterstützung. Wie in 2TH reagiert die Therapeutin auf Klärung häufiger mit Erklärung und seltener mit Exploration.

Nur bei 3TH findet sich hingegen die Folge von Einfühlung und Problembeschreibung. Auffällig ist weiterhin, dass auf Erklärung bei 3TH signifikant häufiger Klärung folgt, aber in 2TH dies signifikant seltener geschieht. Eine weitere wichtige Kontingenz ist weiterhin, dass in Therapie 3TH auf Hemmendes Verhalten signifikant häufiger Erklärung folgt; bisher konnten keine signifikanten Kontingenzen auf Hemmendes Verhalten aufgrund der niedrigeren Grundrate in 1TH und 2TH gefunden werden.

### Kooperationssequenz

Beim Vergleich der Länge der Kooperationssequenz zeigt sich, dass diese bei 3TH kürzer ausfällt als bei 1TH und 2TH. Nach einer niedrigeren Grundrate wird Initiative/Kooperation seltener mit Einfühlung/Unterstützung verstärkt, auch die darauf folgende Reaktion ist deutlich seltener, nach einer häufigen Reaktion der Therapeutin mit Einfühlung/Unterstützung endet die Interaktionskette (siehe Abbildung 7-16).

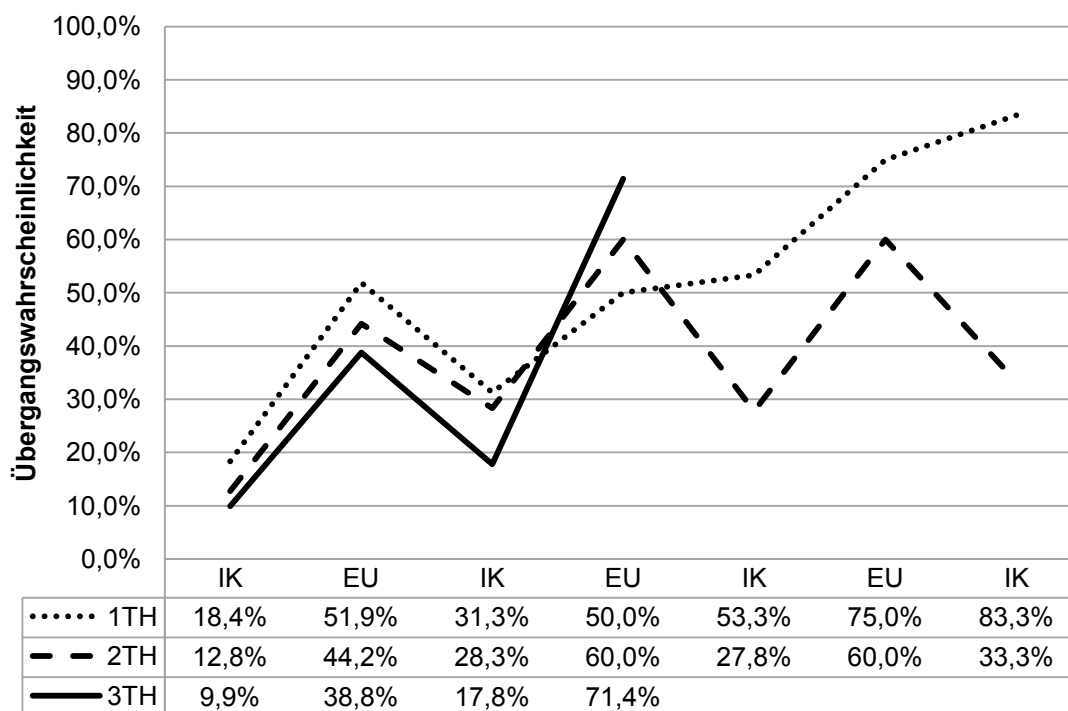


Abbildung 7-16: Vergleich der Kooperationssequenz der Therapien 1TH, 2TH und 3TH

EU bedeutet Einfühlung/Unterstützung, IK bedeutet Initiative/Kooperation

### 7.3.5 Diskussion und Zusammenfassung

Zunächst sollen die Hypothesen zu subjektiven Maßen diskutiert werden. Bei der Stundenbeurteilung des Patienten zeigt sich entsprechend *Hypothese 1* ein signifikant höherer Gewinn von P3 im Vergleich zu P1, aber entgegen der Hypothese kein signifikanter Unterschied zu P2. Dies zeigt wiederum, dass der Gewinn aus der Sitzung bei P2 anfänglich deutlich höher ist als erwartet, so hoch wie in einer erfolgreichen Therapie. Entsprechend *Hypothese 2* zeigt sich wiederum kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Therapien in der Stundenbeurteilung des Patienten. Bei der Betrachtung der Beurteilung des Therapeuten durch den Patienten wird dieser durch P2 signifikant direkter eingeschätzt als durch P3. Dies kann als Bestätigung für *Hypothese 5* und die Wirkung einer nondirektiven Haltung gewertet werden. Weiterhin schätzt die Therapeutin den Patienten P3 als sympathischer, sich mehr öffnend und mehr mitarbeitend ein, was als Beleg für die *Hypothesen 4 und 6* gelten kann. Entgegen *Hypothese 3* wird die Therapeutin durch beide Patienten als gleich

sympathisch und kompetent eingeschätzt, wobei dies von beiden als hoch eingeschätzt wird.

Bezüglich der Auftretenswahrscheinlichkeit der Verhaltensweisen beim Therapeuten findet sich entgegen *Hypothese 7* kein Unterschied im Auftreten von Unterstützung, was überraschend ist, da es sich um eine Kategorie mit klarem Zusammenhang zum Therapieerfolg handelt. Hier müssen für eine Interpretation weitere Daten aus Einzelfallvergleichen gesammelt werden. Weiterhin treten Direktiven bei 3TH signifikant häufiger auf als bei 2TH, was entgegengesetzt zu *Hypothese 8* ist und auch entgegen der Einschätzung der Patienten: Die Therapeutin wird von P2 als direkter eingeschätzt als durch P3. Möglicherweise hängt dies mit der extensiven Psychoedukation in 3TH zusammen, da Äußerungen im Rahmen der Psychoedukation nach dem CIP häufig als Direktiven kodiert werden. Weiterhin muss aufgrund der insgesamt niedrige Grundrate von Direktiven (2TH: 2.34 %; 3TH: 4.66 %) die Aussagekraft dieses signifikanten Ergebnisses mit Vorsicht betrachtet werden. Das signifikant seltenere Auftreten von Einfühlung bei 3TH (16.97 %) als bei den beiden anderen Therapien (1TH: 23.03 %; 2TH: 24.64 %) wird im Sinne der Hypothese 17 als Anzeichen für eine weniger tiefe emotionale Verarbeitung aufgrund der kürzeren Dauer der Therapie angesehen. Das signifikant häufigere Auftreten der Restkategorie des Therapeuten bei 1TH (6.26 %) als bei 3TH (3.71 %) wird wegen der niedrigen Grundrate wiederum nicht interpretiert.

Bei den Verhaltensweisen des Patienten sind entgegen *Hypothese 9* signifikant mehr Einfache Antworten bei 3TH (43.21 %) als bei 1TH (34.19 %) und 2TH (25.96%) zu finden. Dies ist genau der umgekehrte Effekt als erwartet, was insbesondere erstaunlich ist, da kurze Antworten und damit weniger Aktivität eher mit geringerem Therapieerfolg in Verbindung gebracht werden. Entgegen der *Hypothesen 10 und 11* finden sich keine Unterschiede in Änderungsberichten, Mitarbeit/Initiative und Hemmendem Verhalten, die alle in weniger als 10% der Fälle auftreten. Entgegen *Hypothese 12* findet sich ein selteneres Auftreten von Problembeschreibung bei 3TH (36.58 %) im Vergleich zu 2TH (54.78%), was ebenso für eine intensivere Beschreibung der Probleme bei 2TH spricht. Da sich dieser Unterschied jedoch auch zu 1TH findet, könnte es sich hierbei auch um ein Spezifikum der Therapie 2TH handeln. Weiterhin findet sich entgegen *Hypothese 18* kein Unterschied im Auftreten von Emotionaler

Öffnung; scheinbar ergibt sich in allen drei Therapien eine vergleichbare emotionale Verarbeitung. Die Unterschiede im Auftreten von Restkategorien (2TH: 5.73 %; 3TH: 8.08 %) und Klärung (1TH: 0.66 %; 3TH: 3.25 %) werden aufgrund der niedrigen Auftretenswahrscheinlichkeit nicht interpretiert. Wie bei Keijsers et al. (1995) machen Problembeschreibungen und Einfache Antworten den Großteil aller Äußerungen des Patienten aus, mit fast 80 % sind es wiederum sogar mehr als in der genannten Studie.

Bei der Betrachtung der gegenseitigen Interaktionssteuerung kann in der erfolgreichen Therapie 3TH, wie vermutet, die Kontingenz von Änderungsberichten und anschließender Unterstützung gefunden werden, die Therapeutin verstärkt also Änderungsberichte gezielt. Dies findet sich jedoch auch in Therapie 2TH mit teilweiseem Therapieerfolg, weswegen *Hypothese 13* nicht bestätigt werden kann. In allen drei Therapien wiederum reagiert der Patient kontingent mit Änderungsberichten auf Unterstützung (wie in Kaimer et al., 1989, Schindler, 1991, und Brandl, 2005). Hier ergibt sich kein Unterschied im Interaktionsverhalten zwischen unterschiedlich erfolgreichen Therapien. Entgegen *Hypothese 14* findet sich keine Kontingenz zwischen Direktiven und Hemmendem Verhalten; auf Hemmendes Verhalten folgt wiederum kontingent Erklärung, es ergibt sich entgegen *Hypothese 15* kein Zusammenhang zu Direktiven. Dies ist interessant, da nach Schindler (1991) die Kontingenz zwischen Hemmendem Verhalten und Erklärung eher mit niedrigerem Therapieerfolg verknüpft wird. Ein Vergleich mit anderen Therapien ist nicht möglich, da zuvor keine Kontingenzen zu Hemmendem Verhalten des Patienten berechnet werden konnten. Entgegen *Hypothese 16* ist weiterhin die Kooperationssequenz bei 3TH, einer erfolgreichen Therapie, sogar kürzer als bei den teilweise erfolgreichen Therapien 1TH und 2TH, was genau entgegengesetzt zu den bisherigen Befunden ist.

Bei der explorativen Betrachtung der gegenseitigen Gesprächssteuerung findet sich wiederum wie in den beiden Therapien 1TH und 2TH die gegenseitige Beeinflussung von explorativem Verhalten (Exploration und Einfache Antworten). Wie in 1TH reagiert die Therapeutin mit Einfühlung auf Problembeschreibung, weiterhin findet sich nur in 3TH auch die umgekehrte Kontingenz von vermehrter Problembeschreibung des Patienten nach Einfühlung, was ungewöhnlich ist, da nach den Befunden von Schindler (1991) eher ein

verstärktes Auftreten von Emotionaler Öffnung nach Einfühlung sowie von Problembeschreibung nach Exploration vermutet würde. Möglicherweise ist dies eine weitere wichtige Interaktionssequenz, dies muss jedoch noch weiter verfolgt werden. Die Kontingenz zwischen Klärung und Erklärung sowie umgekehrt scheint charakteristisch für Therapie 3TH zu sein, wobei Klärungen vermutlich Nachfragen oder Klärungen der therapeutischen Beziehung sein könnten. Dies ist überraschend da nach Brandl (2005) die Kontingenz von Klärung und Erklärung eher mit geringerem Therapieerfolg verknüpft war. Scheinbar besteht in dieser Therapie sehr viel Klärungsbedarf, der durch Erklärungen ausgeräumt wird, was möglicherweise mit der Notwendigkeit der Klärung des therapeutischen Settings und der Ziele zusammenhängt.

Zusammenfassend zeigen sich einige Besonderheiten der Therapie 3TH, die den bisherigen Befunden entsprechend eher bei einer weniger erfolgreichen Therapie zu erwarten wären. Der Patient schätzt den Gewinn aus der Stunde zwar höher ein als in der weniger erfolgreichen Therapie 1TH, aber nicht als in 2TH. Weiterhin ist der Patient P3 weniger aktiv, es zeigt sich weniger produktives therapeutisches Verhalten, was in der kürzeren Kooperationssequenz ersichtlich ist. Darüber hinaus reagiert die Therapeutin auf Hemmendes Verhalten mit Erklärung statt mit Direktiven, was wiederum eher mit einem niedrigeren Therapieerfolg in Verbindung gebracht wird, ebenso wie die gegenseitige Beeinflussung von klärendem Verhalten des Patienten und Erklärung des Therapeuten. Für einen höheren Therapieerfolg spricht hingegen die nondirektive Haltung, die sich zwar nur in der Einschätzung des Patienten und nicht dem tatsächlichen Verhalten zeigt, wobei die Wahrnehmung des Patienten im Zweifelsfall aber als das Entscheidende anzusehen ist (Schindler, 1991). Weiterhin schätzt die Therapeutin Patient P3 sympathischer, sich mehr öffnend und mitarbeitend ein; hierbei darf jedoch nicht vergessen werden, dass dies auch eine Reaktion auf den schnelleren Gewinn dieses Patienten aus der Therapie sein könnte. Weiterhin werden von der Therapeutin Änderungsberichte gezielt verstärkt. Vermutlich ist aufgrund der Kürze der Behandlung und der weniger ausgeprägten Symptomatik (siehe Kapitel 7.1) weniger typisches produktives therapeutisches Verhalten notwendig, um den Therapieerfolg herbeizuführen; dies ist vermutlich ein Charakteristikum dieser Therapie. Die Therapeutin strebte in der kürzeren Therapie erwartungsgemäß

---

eine weniger tiefe emotionale Verarbeitung an, was sich jedoch nicht im Verhalten des Patienten zeigt. Weiterhin scheint die gegenseitige Beeinflussung von Einfühlung und Problembeschreibung charakteristisch für die Therapie 3TH zu sein. Wiederum zeigt sich die gegenseitige Beeinflussung explorativen Verhaltens wie in den beiden bisherigen Therapien, dies könnte ein allgemeines Verhaltensmuster in Verhaltenstherapien sein.

Um zu bestimmen, welche der bisherigen Befunde tatsächlich mit höherem Therapieerfolg einhergehen und welche spezifisch für die vorliegende Therapie sind, sollen diese Befunde im Weiteren mit zwei weiteren erfolgreichen Therapien verglichen werden.

## **7.4 Einzelfallanalyse 4AG mit 2TH und 3TH**

In einer weiteren Einzelfallanalyse soll zur Einordnung der bisherigen Ergebnisse der Vergleich der erfolgreichen Therapie 4AG mit der erfolgreichen Therapie 3TH und der teilweise erfolgreichen Therapie 2TH erfolgen. 2TH wurde zum Vergleich ausgewählt, da sowohl P2 als auch P4 unter einer reinen Agoraphobie litten. Weiterhin handelt es sich bei beiden Behandlungen um längere Behandlungen, wobei 4AG als erfolgreich nach Studienende abgeschlossen werden konnte, während 2TH wie beschrieben noch über den Studienzeitraum hinaus verlängert wurde. 3TH wurde zum Vergleich ausgewählt, da es sich wie bei 4AG um eine erfolgreiche Behandlung handelt, auch wenn der Behandlungszeitraum deutlich kürzer war. Bei keiner der drei Therapien lag zu Therapiebeginn eine weitere komorbide Störung vor. P2 und P4 waren zu Therapiebeginn gleich alt (33 Jahre), jedoch handelt es sich bei P4 um eine Frau, während P2 und P3 Männer waren.

### **7.4.1 Spezifische Hypothesen**

Die Hypothesen sind wie in Kapitel 5 anzunehmen, wobei davon ausgegangen wird, dass 4AG wie 3TH den Annahmen von erfolgreichen Therapien entspricht, während für 2TH die Annahmen für eine weniger erfolgreiche Therapie herangezogen werden. Weitere interessante Unterschiede sind, ob sich neben den in den bisherigen Einzelfallanalysen dokumentierten Gemeinsamkeiten, die ja vermutlich teilweise auf die gleiche Therapeutin zurückzuführen sind, Unterschiede ergeben, bei denen ein Therapeuteneinfluss vermutet werden kann. Dies soll explorativ untersucht werden. Darüber hinaus soll über den Vergleich von 3TH und 4AG eingeordnet werden, welche Interaktion mit Therapieerfolg in Verbindung steht. Weiterhin können Aussagen zu den Hypothesen 17 und 18 getroffen werden, wobei für 4AG wie 1TH und 2TH die Annahmen für eine längere Behandlung zutreffen sollten.

### 7.4.2 Subjektive Maße

Beim Vergleich der subjektiven Maße soll zunächst wiederum die Stundenbeurteilung betrachtet werden. Hierbei zeigt sich beim Vergleich der Stundenbeurteilung des Patienten ein signifikanter Unterschied von 4AG zu 2TH ( $p = .028$ ), jedoch nicht zu 3TH ( $p = .442$ ). Die Patientin schätzt den Gewinn aus der Stunde niedriger ein als 2TH, jedoch nicht verschieden von 3TH (siehe Abbildung 7-17).

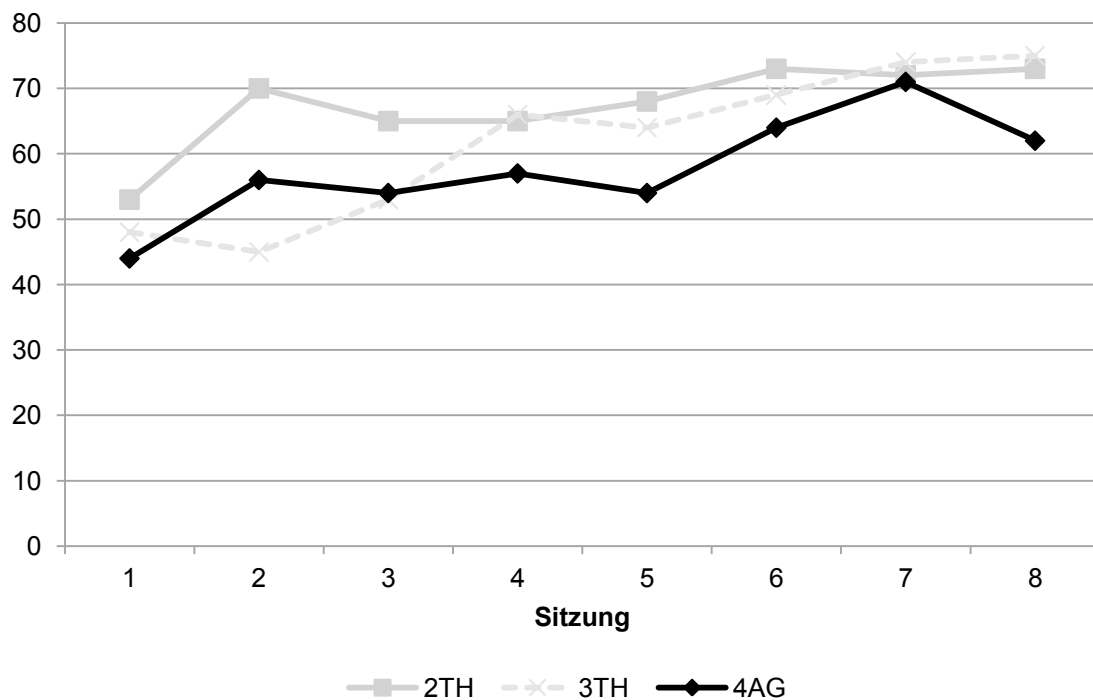


Abbildung 7-17: Vergleich der Stundenbeurteilung des Patienten der Therapien 2TH, 3TH und 4AG

Auch beim Vergleich der Stundenbeurteilung des Therapeuten zeigen sich signifikante Unterschiede sowohl zu 2TH ( $p = .010$ ) als auch zu 3TH ( $p = .010$ ); über alle Sitzungen hinweg besteht der Trend, dass die Therapeutin in 4AG den Gewinn aus den Stunden signifikant höher einschätzt als die Therapeutin in 2TH und 3TH (siehe Abbildung 7-18).

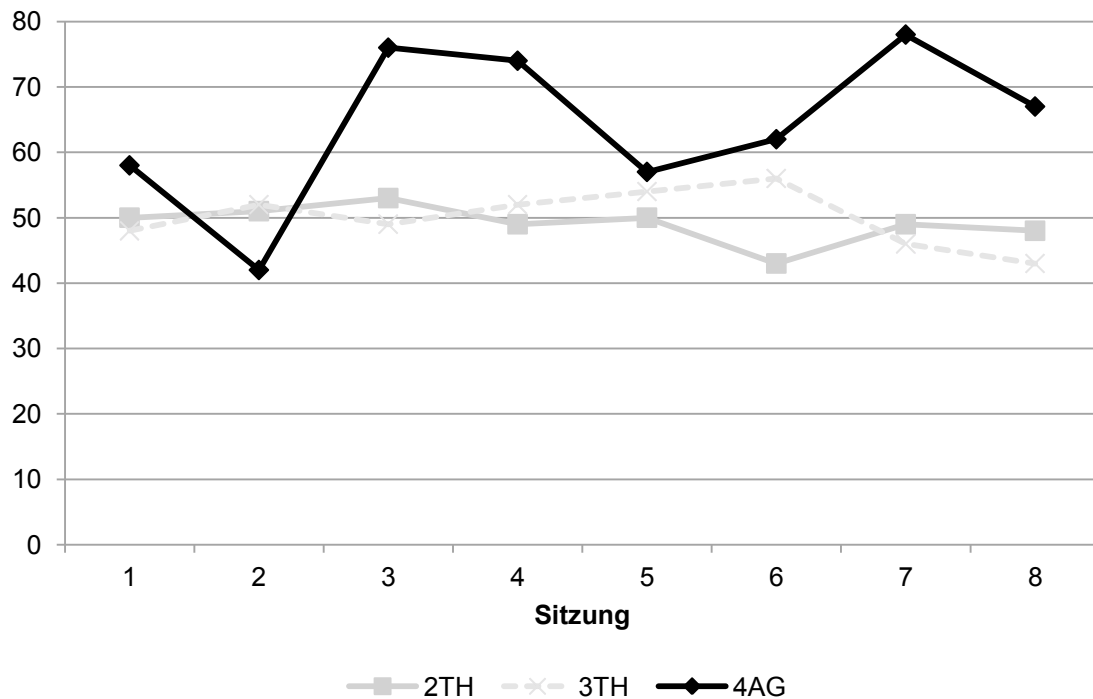


Abbildung 7-18: Vergleich der Stundenbeurteilung des Therapeuten der Therapien 2TH, 3TH und 4AG

Ein Vergleich der Personenbeurteilung wird sowohl zu 2TH als auch zu 3TH durchgeführt. Beim Vergleich von 2TH und 4AG ergeben sich signifikante Unterschiede in der Richtung, dass die Therapeutin in 4AG signifikant weniger sympathisch und weniger direktiv eingeschätzt wird als in 2TH, während die Patientin P4 als sympathischer, sich mehr öffnend und mehr mitarbeitend eingeschätzt wird als P2 (siehe Tabelle 7-10). Zu beachten ist jedoch, dass die Bewertungen durch beide Patienten sehr hoch sind.

Tabelle 7-10: Personenbeurteilung der Therapien 2TH und 4AG

		2TH		4AG		
		MW	SD	MW	SD	p
Bewertung Therapeut durch Patient	Sympathie/Interesse am Patienten	3.91	0.06	3.46	0.15	<.000
	Erfahrung/Kompetenz	3.57	0.16	3.46	0.12	.279
	Direktivität	3.84	0.12	3.54	0.15	<.000
Bewertung Patient durch Therapeut	Sympathie	2.83	0.10	3.64	0.04	.007
	Selbstöffnung	2.32	0.15	3.47	0.05	<.000
	Mitarbeit	2.19	0.12	3.40	0.07	<.000

Beim Vergleich von 3TH und 4AG wiederum ergeben sich signifikante Unterschiede in der Richtung, die Therapeutin in 4AG als weniger sympathisch eingeschätzt wird als in 3TH, die Patientin P4 wiederum wird als signifikant sympathischer, sich mehr öffnend und mehr mitarbeitend eingeschätzt wird als P3 (siehe Tabelle 7-11).

*Tabelle 7-11: Personenbeurteilung der Therapien 3TH und 4AG*

		<b>3TH</b>		<b>4AG</b>		
		<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>
Bewertung	Sympathie/Interesse	3.95	0.05	3.46	0.15	<.000
Therapeut	am Patienten					
durch	Erfahrung/Kompetenz	3.54	0.09	3.46	0.12	.328
Patient	Direktivität	3.35	0.12	3.54	0.15	.382
Bewertung	Sympathie	3.08	0.25	3.64	0.04	.028
Patient	Selbstöffnung	2.57	0.37	3.47	0.05	.001
durch	Mitarbeit	2.49	0.31	3.40	0.07	.001
Therapeut						

#### **7.4.3 Verhaltensweisen**

Nach dem Vergleich der subjektiven Einschätzung ist weiterhin wichtig, ob das Auftreten einzelner Verhaltensweisen sich zwischen der Therapie 4AG und den beiden Vergleichstherapien unterscheidet. Dabei zeigen sich bei den Verhaltensweisen des Therapeuten signifikante Unterschiede in drei Kategorien: Unterstützung tritt bei 4AG signifikant häufiger auf sowohl als bei 2TH ( $p < .000$ ) als auch bei 3TH ( $p < .000$ ), Exploration tritt dafür bei beiden Therapien signifikant häufiger auf (2TH:  $p < .000$ ; 3TH:  $p = .003$ ). Darüber hinaus tritt in 4AG signifikant häufiger Direktiven auf als in 2TH ( $p = .001$ ). Angesichts dieser Unterschiede, die bis zu 20 % der Auftretenshäufigkeit in wichtigen Dimensionen beträgt, kann das Verhalten der Therapeuten nicht als ähnlich bezeichnet werden (siehe Abbildung 7-19).

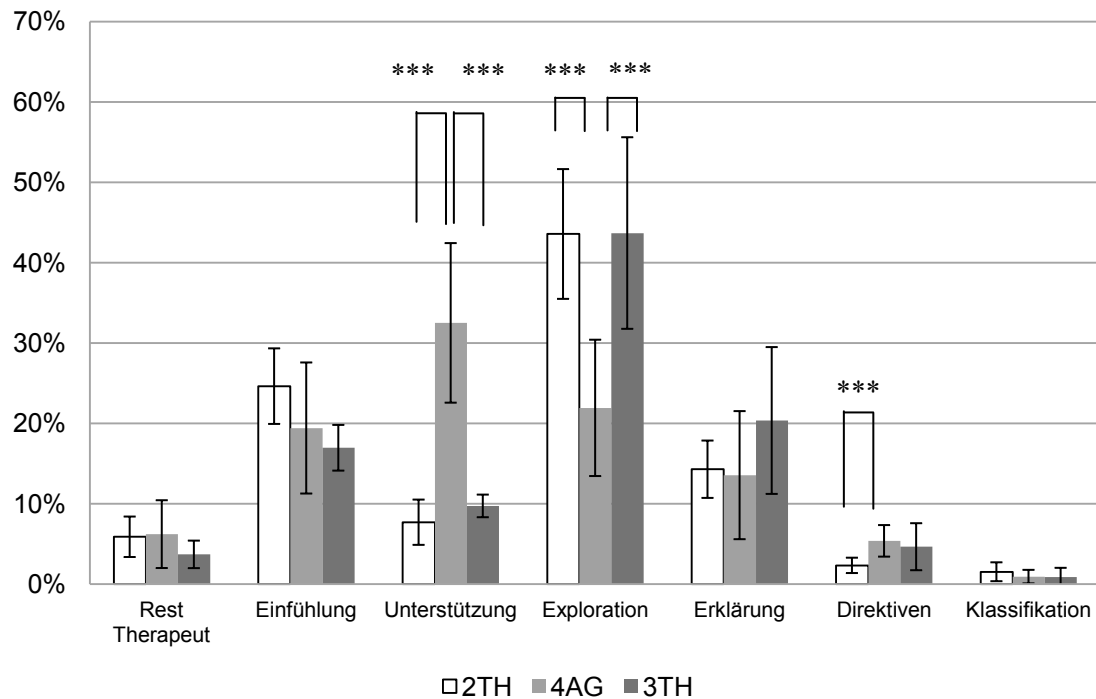


Abbildung 7-19: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Therapeuten in den Therapien 2TH, 3TH und 4AG

Anmerkung: \* bedeutet signifikant auf 5 %-Niveau, \*\* bedeutet signifikant auf 1 %-Niveau, \*\*\* bedeutet signifikant auf dem 0,1 %-Niveau.

In den Verhaltensweisen des Patienten wiederum zeigen sich signifikante Unterschiede im selteneren Auftreten der Restkategorie bei 4AG im Vergleich zu 2TH ( $p = .014$ ) und 3TH ( $p = .002$ ). Emotionale Öffnung tritt signifikant häufiger auf als in 3TH ( $p = .007$ ), Problembeschreibung seltener als in 2TH ( $p = .004$ ) als in 4AG. Der Anteil Einfacher Antworten ist niedriger bei P3 ( $p = .010$ ) ebenso wie der Anteil von Klärung ( $p = .021$ ) als bei P4. Einfache Antworten und Problembeschreibung machen wiederum einen Großteil der Äußerungen aus mit 72.8 % (siehe Abbildung 7-20).

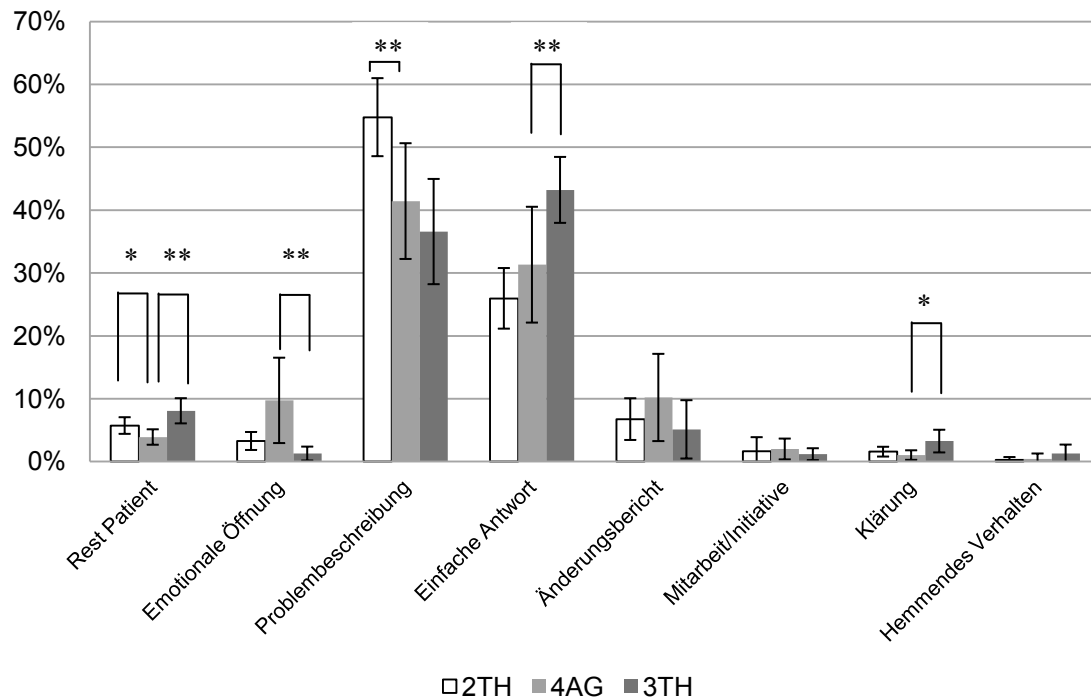


Abbildung 7-20: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Patienten in den Therapien 2TH, 3TH und 4AG

Anmerkung: \* bedeutet signifikant auf 5 %-Niveau, \*\* bedeutet signifikant auf 1 %-Niveau.

#### 7.4.4 Gegenseitige Gesprächssteuerung

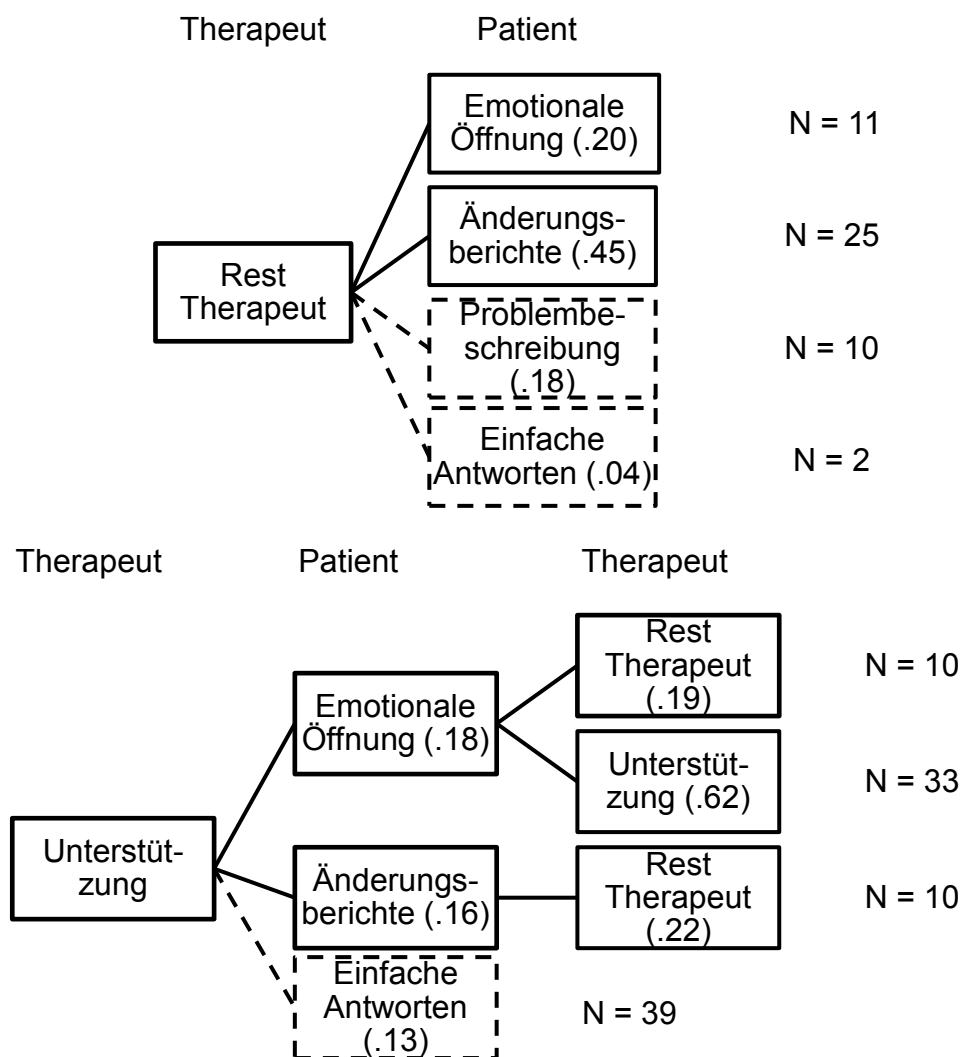
##### 4AG

Wiederum sollen bei der Analyse der Gesprächssteuerung zunächst die Übergänge erster und zweiter Ordnung für die Therapie 4AG dargestellt werden, bevor diese mit der gegenseitigen Gesprächssteuerung der beiden Therapien 2TH und 3TH, an gezielten Stellen auch 1TH, verglichen wird.

Insgesamt wurden 952 Übergänge von Therapeut auf Patient und 931 von Patient auf Therapeut berechnet. Aufgrund der zu niedrigen Auftretenshäufigkeit konnte für die Dimensionen Klassifikation auf Seiten des Therapeuten und Klärung sowie Hemmendes Verhalten des Patienten keine Übergangswahrscheinlichkeiten berechnet werden.

Mit Beginn Therapeut wurden dabei folgende signifikante Übergänge gefunden (siehe Abbildung 7-21): Auf Restkategorie des Therapeuten folgt signifikant häufiger Emotionale Öffnung ( $z = 2.92$ ) und Änderungsberichte ( $z = 9.20$ ) sowie überzufällig selten Problembeschreibung ( $z = -3.58$ ) und Einfache Antworten

( $z = -4.57$ ). Der Zusammenhang zwischen Unterstützung und Einfachen Antworten ist überzufällig selten ( $z = -7.03$ ). Signifikant häufiger folgt auf Unterstützung Emotionale Öffnung ( $z = 5.77$ ), worauf wiederum überzufällig häufiger Restkategorie des Therapeuten ( $z = 2.65$ ) oder Unterstützung folgt ( $z = 2.75$ ). Weiterhin reagiert der Patient mit erhöhter Wahrscheinlichkeit mit Änderungsberichten auf Unterstützung ( $z = 3.71$ ), woraufhin ebenfalls die Wahrscheinlichkeit für Restkategorie des Therapeuten erhöht ist ( $z = 3.24$ ). Die Wahrscheinlichkeit für den Zusammenhang zwischen Exploration des Therapeuten und Problembeschreibung ist erhöht ( $z = 2.74$ ), für Emotionale Öffnung ( $z = -3.17$ ) und Änderungsberichte ( $z = 3.59$ ) erniedrigt. Auf Erklärung folgen signifikant häufiger Einfache Antworten ( $z = 7.67$ ) sowie signifikant seltener Emotionale Öffnung ( $z = -3.35$ ), Problembeschreibung ( $z = -4.31$ ) und Änderungsberichte ( $z = -2.90$ ). Nach Direktiven reagiert der Patient überzufällig häufig mit Einfachen Antworten ( $z = 3.59$ ).



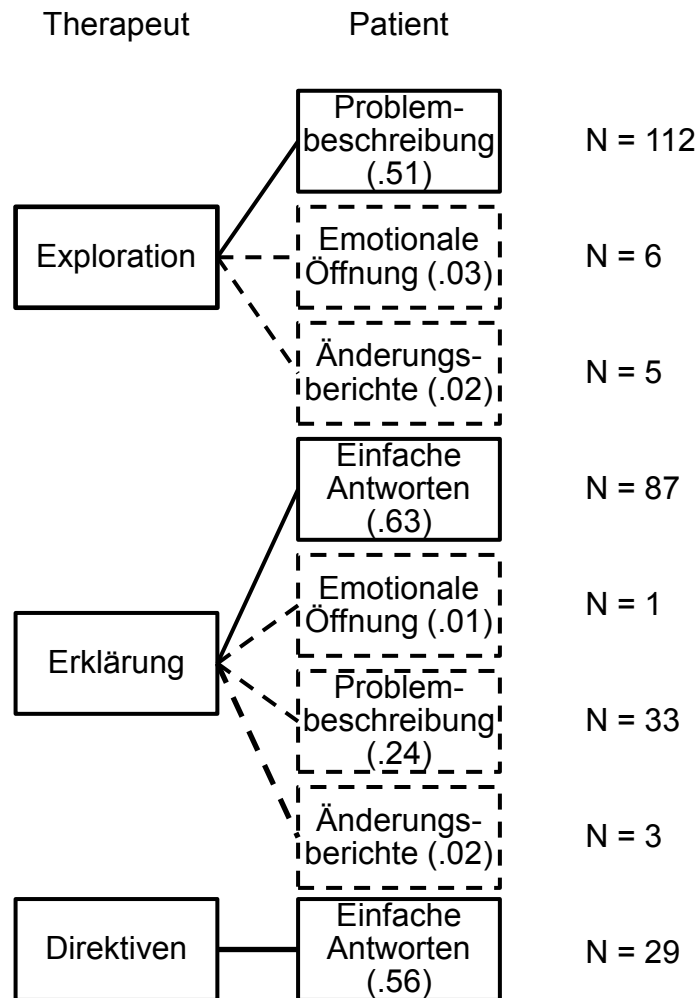
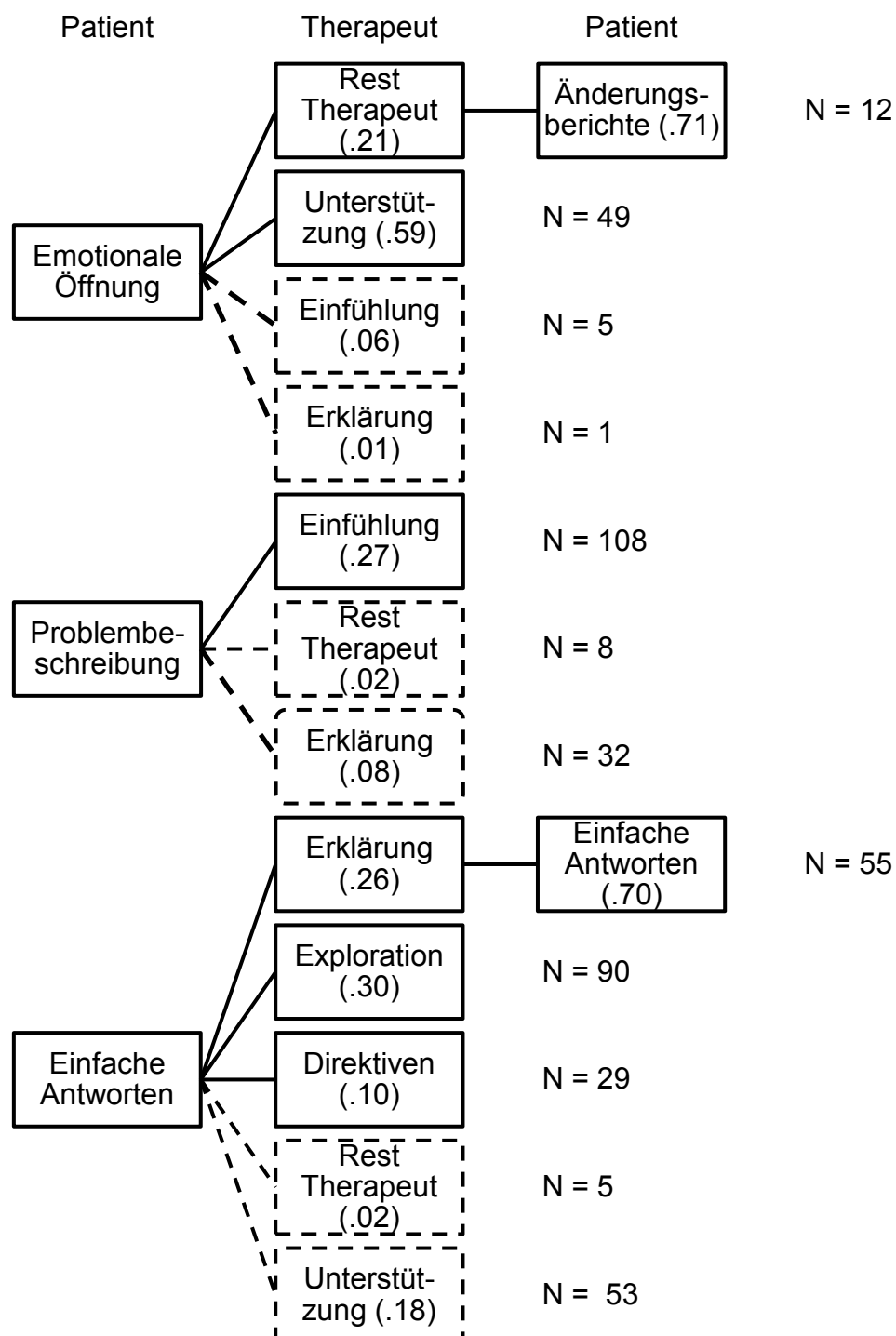


Abbildung 7-21: Übergänge erster und zweiter Ordnung ausgehend von der Äußerung des Therapeuten bei Therapie 4AG

(Anmerkung: Durchgestrichene Linie bedeutet überzufällig wahrscheinliche, gestrichelte Linie unterzufällig wahrscheinliche Zusammenhänge. In Klammern stehen die Übergangswahrscheinlichkeiten.)

Bei der Berechnung mit Beginn des Patienten wurden wiederum folgende signifikante Übergänge gefunden (siehe Abbildung 7-22): Auf Emotionale Öffnung folgt signifikant häufiger Restkategorie des Therapeuten ( $z = 5.63$ ), worauf mit erhöhter Wahrscheinlichkeit Änderungsberichte folgen ( $z = 3.95$ ). Weiterhin ist die Abfolge von Emotionaler Öffnung und Unterstützung ( $z = 5.38$ ) überzufällig häufig, die Folge mit Einfühlung ( $z = -3.11$ ) und Erklärung ( $z = -3.35$ ) überzufällig selten. Der Zusammenhang zwischen Problem-beschreibung und Einfühlung ist signifikant erhöht ( $z = 4.06$ ), zur Restkategorie des Therapeuten ( $z = -3.23$ ) und Erklärung ( $z = -3.28$ ) überzufällig erniedrigt. Auf Einfache Antworten folgt signifikant häufiger Erklärung ( $z = 6.08$ ), worauf mit

erhöhter Wahrscheinlichkeit wiederum Einfache Antworten folgen ( $z = 4.05$ ). Weiterhin ist die Reaktion mit Exploration ( $z = 2.93$ ) und Direktiven ( $z = 3.02$ ) überzufällig häufig, die Folge mit Rest des Therapeuten ( $z = -3.14$ ) und Unterstützung ( $z = -5.28$ ) signifikant selten. Auf Änderungsberichte wiederum folgen signifikant häufiger Restkategorien des Therapeuten ( $z = 6.43$ ), wiederum gefolgt von Änderungsberichten ( $z = 3.23$ ). Weiterhin reagiert der Therapeut überzufällig häufig mit Unterstützung ( $z = 4.00$ ), sowie signifikant seltener mit Exploration ( $z = -3.95$ ) und Erklärung ( $z = 2.78$ ).



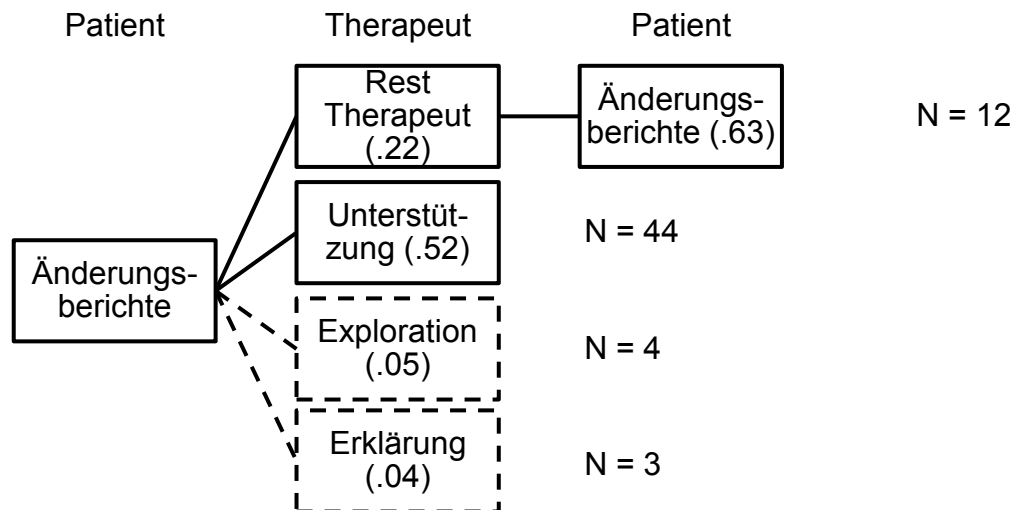


Abbildung 7-22: Übergänge erster und zweiter Ordnung ausgehend von der Äußerung des Patienten bei Therapie 4AG

(Anmerkung: Durchgestrichene Linie bedeutet überzufällig wahrscheinliche, gestrichelte Linie unterzufällig wahrscheinliche Zusammenhänge. In Klammern stehen die Übergangswahrscheinlichkeiten.)

### Vergleich

Beim Vergleich der gegenseitigen Interaktion fällt auf, dass beginnend mit Äußerungen des Therapeuten in allen drei Therapien Einfache Antworten signifikant seltener auf Restkategorie des Therapeuten folgen. In allen drei Therapien reagiert der Patient auf Unterstützung mit erhöhter Wahrscheinlichkeit mit Änderungsberichten und mit erniedrigter Wahrscheinlichkeit mit Einfachen Antworten. Die Kontingenz zwischen Unterstützung und Emotionaler Öffnung findet sich ebenfalls in Therapie 1TH, nur in 4AG ist anschließend der Zusammenhang zu Unterstützung erhöht. Wie in 2TH und 3TH erfolgen nach Exploration mit erniedrigter Wahrscheinlichkeit Änderungsberichte. Wie in 3TH folgt auf Erklärung seltener Problembeschreibung.

Beginnend mit den Äußerungen des Patienten folgt wie in 1TH kontingent häufiger auf Emotionale Öffnung Unterstützung, während seltener Einfühlung folgt, was im Gegensatz zur erhöhten Kontingenz bei 2TH steht. Wie in 3TH reagiert die Therapeutin auf Problembeschreibung signifikant häufiger mit Einfühlung und seltener mit Erklärung. In 2TH, 3TH und 4AG ist die Wahrscheinlichkeit für Einfache Antworten nach Exploration erhöht. Wie in 2TH und 3TH folgt auf Änderungsberichte mit erhöhter Wahrscheinlichkeit Unterstützung, wie in 3TH mit erniedrigter Wahrscheinlichkeit Exploration.

Auffällig ist, dass nur in 4AG auf Restkategorie des Therapeuten mit erhöhter Wahrscheinlichkeit Emotionale Öffnung und Änderungsberichte folgen sowie umgekehrt. Weiterhin reagiert die Patientin nur in 4AG mit Problembeschreibung auf Exploration. Weiterhin folgen nur in dieser Therapie Einfache Antworten kontingent nach Erklärung sowie auf Direktiven. Ebenso reagiert die Therapeutin auf Einfache Antworten nur in 4AG mit erhöhter Wahrscheinlichkeit mit Direktiven oder Erklärung, auf Erklärung ist wiederum die Wahrscheinlichkeit für Einfache Antworten erhöht. Abschließend ist die Folge von Änderungsberichten, Restkategorie des Therapeuten und wiederum Änderungsberichten auffällig, da solch eine Folge nicht zu erwarten gewesen wäre.

### Kooperationssequenz

Beim Vergleich der Kooperationssequenz zeigt sich kein deutlicher Unterschied zwischen 2TH und 4AG, die beiden Ketten sind identisch lang. Die Reaktion mit Initiative/Kooperation und Einfühlung/Unterstützung ist bei den ersten beiden Interaktionselementen bei 4AG höher als bei 2TH. Anschließend beeinflussen sich die Interaktionspartner mit vergleichbarer Wahrscheinlichkeit. Bei 3TH ist die Kooperationssequenz hingegen deutlich kürzer (siehe Abbildung 7-23).

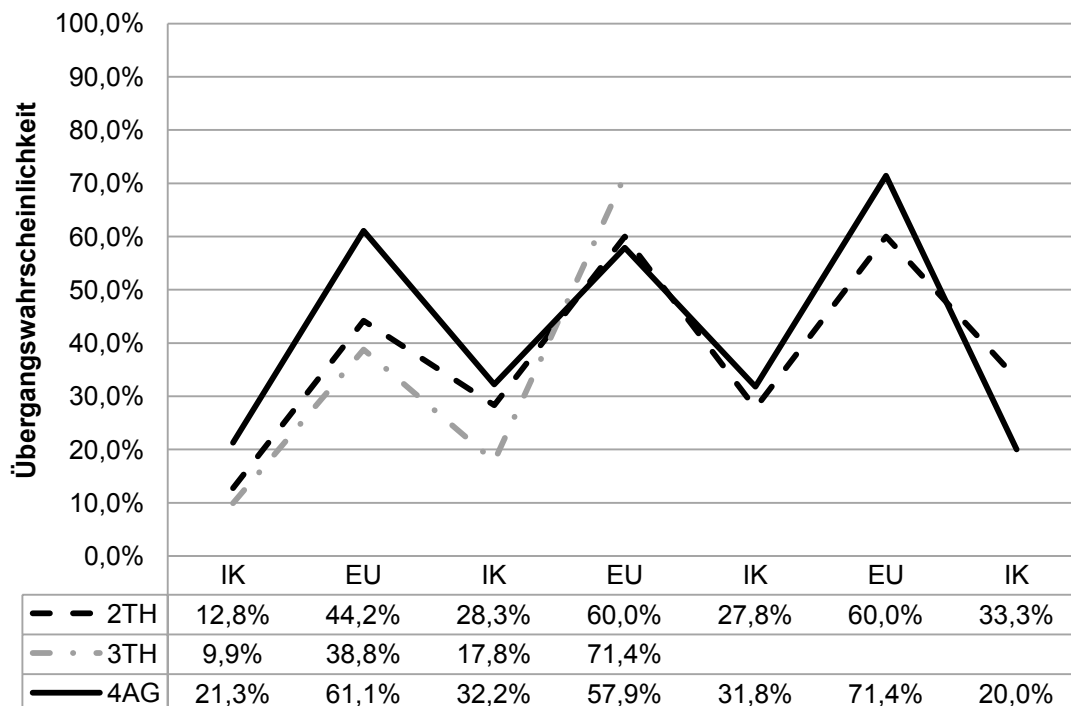


Abbildung 7-23: Vergleich der Kooperationssequenz der Therapien 2TH, 3TH und 4AG

EU bedeutet Einfühlung/Unterstützung, IK bedeutet Initiative/Kooperation

#### 7.4.5 Diskussion und Zusammenfassung

Zunächst sollen wiederum die Hypothesen zu subjektiven Maßen diskutiert werden. Nachdem die Stundenbewertung durch den Patienten P2 signifikant höher ausfällt als durch P4, muss *Hypothese 1* abgelehnt werden. Hingegen fällt die Bewertung des Therapeuten in Therapie 4AG signifikant höher aus als in 2TH und 3TH, was gegen *Hypothese 2* spricht. Hierbei ist auffällig, dass sich die Unterschiede in der Stundenbewertung des Therapeuten nun bei der Einschätzung durch eine andere Therapeutin zeigen; ob dies der Grund ist, sollte sich in den weiteren Einzelfallanalysen herausstellen.

Beim Vergleich der Personenbeurteilung ist interessant, dass Therapeutin T2 durch Patientin P4 als signifikant weniger sympathisch eingeschätzt wird als T1 sowohl durch P2 als auch P3. Da es sich bei Therapie 2TH um eine teilweise erfolgreiche Therapie handelt, bei Therapie 3TH jedoch um eine erfolgreiche Therapie, könnte hier ein Effekt der unterschiedlichen Therapeuten vorliegen, was gegen *Hypothese 3* spricht. In der Einschätzung der „Kompetenz“ ergeben sich entgegen *Hypothese 3* keine Unterschiede zu beiden Therapien. In Therapie 2TH wird die Therapeutin als signifikant direkter eingeschätzt als in 4AG, zwischen 3TH und 4AG ergeben sich keine Unterschiede, was als Bestätigung für *Hypothese 5* gewertet werden kann. Beim Vergleich der Einschätzung des Patienten durch den Therapeuten finden sich signifikante Unterschiede in der Richtung, dass sowohl P2 als auch P3 als weniger sympathisch als P4 eingeschätzt werden. Weiterhin werden beide als sich weniger öffnend und weniger mitarbeitend eingeschätzt im Vergleich zu P4; da P2 und P3 von der gleichen Therapeutin eingeschätzt wurden, sind hier vermutlich die Effekte aufgrund von Antworttendenzen zu beobachten (v.a. zwischen P3 und P4), weswegen sie mit Vorsicht interpretiert werden müssen. Insgesamt spricht dies gegen die *Hypothesen 4 und 6*.

Beim Vergleich der Verhaltensweisen des Therapeuten zeigt sich in Therapie 4AG (32.51 %) signifikant mehr Unterstützung als in 2TH (7.71 %) und 3TH (9.74 %). Dies ist entgegen *Hypothese 7*, da es sich bei 3TH und 4AG um erfolgreiche Therapien handelt. Es handelt sich hierbei um deutliche Unterschiede von über 20 %. Weiterhin konnte ein häufigeres Auftreten von Direktiven bei 4AG im Vergleich zu 2TH beobachtet werden, was sowohl gegen

*Hypothese 8* spricht als auch entgegengesetzt zur subjektiven Einschätzung durch die Patientin ist, mögliche Gründe hierfür wurden in der vorherigen Einzelfallanalyse erörtert. Angesichts der niedrigen Auftretenswahrscheinlichkeit (2TH: 2.34 %; 4AG: 5.39 %) muss diese Tendenz außerdem mit Vorsicht interpretiert werden. Entgegen *Hypothese 17* unterscheiden sich die beiden Therapien 3TH und 4AG nicht in der Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Einfühlung. Weiterhin fand sich deutlich weniger Exploration in 4AG (21.93 %) als in den beiden anderen Therapien (2TH: 43.57 %; 3TH: 43,46 %), sogar mehr 20 % weniger relative Auftretenshäufigkeit. Nach Kaimer et al. (1989), Schindler (1987) und Brandl (2005) ist das geringere Auftreten von Exploration eher mit Therapieerfolg verknüpft. Insgesamt zeigt dies, dass sich die beiden Therapeutinnen scheinbar im Interaktionsverhalten deutlich unterscheiden, während beim Vergleich der Therapien der gleichen Therapeutin die Ähnlichkeiten auffällig waren. Die Unterschiede bestehen in wichtigen Dimensionen (z.B. Unterstützung) und sind deutlicher, als sie aufgrund der Zugehörigkeit zur gleichen Therapierichtung zu erwarten gewesen wären. Die Therapeutin in 4AG exploriert deutlich weniger, verstärkt dafür aber mehr als die Therapeutin in 2TH und 3TH.

Bei den Verhaltensweisen des Patienten verwendet P4 signifikant weniger Einfache Antworten (31.31%) als P3 (43.21%), aber nicht P2 (25.96%); dies spricht gegen *Hypothese 9* und könnte wiederum ein Hinweis sein, dass das niedrigere Auftreten von Einfachen Antworten in Therapie 3TH, das sich auch im Vergleich zu 1TH und 2TH zeigt, auf die kürzere Dauer der Therapie 3TH zurückzuführen ist und kein Zusammenhang zum Therapieerfolg besteht. Möglicherweise ist P3 aufgrund der Struktur der Sitzungen in der kürzeren Behandlung weniger aktiv. Entgegen der *Hypothesen 10 und 11* können keine Unterschiede im Auftreten von Änderungsberichten, Mitarbeit/Initiative oder Hemmendem Verhalten gefunden werden. Die signifikant häufigere Verwendung von Problembeschreibung durch P2 (54.78 %) im Vergleich zu P4 (41.45 %) wird auch beim Vergleich mit P1 und P3 beobachtet und ist vermutlich entgegen *Hypothese 12* als Charakteristikum der Therapie 2TH zu sehen. Weiterhin zeigt sich ebenfalls entgegen *Hypothese 12* ein signifikant häufigeres Auftreten von Emotionaler Unterstützung bei 4AG (9.73%) im Vergleich zu 3TH (1.27 %), was im Sinne einer tieferen emotionalen

Verarbeitung in der längeren Therapie zu sehen ist. Dies könnte wiederum für *Hypothese 18* sprechen. Die gefundenen Unterschiede im selteneren Auftreten der Restkategorie des Patienten (2TH: 5.73 %; 3TH: 8.08 %; 4AG: 3.90 %) sowie von Klärung bei 4AG (1.03 %) im Vergleich zu 3TH (3.25 %) wird wiederum aufgrund der niedrigen Grundrate nicht interpretiert.

Bei der Betrachtung der gegenseitigen Interaktion kann beobachtet werden, dass in allen drei Therapien die Therapeuten kontingent Änderungsberichte mit Unterstützung verstärken, also unabhängig vom Therapieerfolg; dies spricht gegen *Hypothese 13*. Wie in allen bisherigen Therapien folgen im Gegenzug Änderungsberichte kontingent häufiger auf Unterstützung. Da keine kontingenten Übergänge zu Hemmendem Verhalten berechnet wurden, kann keine Aussage zu den *Hypothesen 14 und 15* gemacht werden. Bei der Betrachtung der Kooperationssequenz kann eine vergleichbare Länge und gegenseitige Beeinflussung wie in 2TH gefunden werden, *Hypothese 16* kann also nicht bestätigt werden. Weiterhin ist auch im Vergleich zu 4AG die Kooperationssequenz in 3TH deutlich kürzer, was wie in der vorherigen Einzelfallanalyse beschrieben ein Hinweis dafür sein könnte, dass aufgrund der Länge der Therapie weniger produktives therapeutisches Verhalten und weniger tiefe emotionale Verarbeitung notwendig waren.

Bei der explorativen Betrachtung der gegenseitigen Interaktionssteuerung konnten bei Therapie 4AG erstmals Kontingenzen auf Direktiven beobachtet werden. Entgegen der Erwartung führen Direktiven zu Einfachen Antworten (und umgekehrt), also zu eher wenig Aktivität, was nach Brandl (2005) eher mit niedrigem Therapieerfolg zusammenhängt. Weiterhin ist die gegenseitige Beeinflussung von Emotionaler Öffnung und Unterstützung auffällig. Auch in Therapie 1TH beeinflussten diese beiden Kategorien sich gegenseitig, beginnend mit der Therapeutenäußerung ergibt sich in 4AG auch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit beim Übergang zweiter Ordnung. Scheinbar versucht die Therapeutin gezielt, Gefühlsäußerungen zu verstärken. Dafür reagiert die Therapeutin auf Problembeschreibung häufiger mit Einfühlung, nicht auf Emotionale Öffnung. Dies ist der gleiche Befund wie in Therapie 3TH. Da es in den beiden erfolgreichen Therapien auftritt, könnte ein Bezug zum Therapieerfolg vermutet werden, hier sind aber noch weitere Daten notwendig um dies zu bestätigen. In allen bisherigen Therapien folgt Exploration

überzufällig häufig auf Einfache Antworten, nur in 4AG ist die Reaktion der Patientin auf Exploration signifikant häufiger mit Problembeschreibung, was in Schindler (1991) und Brandl (2005) charakteristisch für alle Therapien war. Eine Vermutung ist hierbei, dass die Therapeutin der Therapien 1TH, 2TH und 3TH eher zu geschlossenen Fragen tendierte, was kurze Antworten bei den Patienten hervorrief, während die Therapeutin in 4AG eher zu offenen Fragen neigte; dies kann hier allerdings nur spekuliert werden. Während in 3TH eine wichtige Interaktionssequenz Erklärung und darauf folgende Klärung darstellt, ist in 4AG die gegenseitige Beeinflussung von Einfachen Antworten und Erklärung zu beobachten, d.h. Erklärungen führen eher zu kurzen Äußerungen der Patientin und weniger klärenden Nachfragen. Offensichtlich besteht weniger Klärungsbedarf in Therapie 4AG. Besonders auffällig ist, dass in dieser Therapie Zusammenhänge zwischen der wenig aussagekräftigen Restkategorie des Therapeuten sowie den therapeutisch wichtigen Kategorien Emotionale Öffnung und Änderungsberichte in beide Richtungen bestanden. Die Kontingenz von Änderungsberichten und Restkategorie ist dabei nach Brandl (2005) eher mit niedrigerem Therapieerfolg verknüpft. Bei Betrachtung der zugrundeliegenden Kategorien zeigt sich jedoch, dass alle 11 Übergänge mit Beginn der Therapeutenäußerung (also von Rest auf Emotionale Öffnung) die Restkategorie Zuhören als Grundlage hat, bei den Übergängen von Rest auf Änderungsberichte ist dies in 24 von 25 Übergängen der Fall. Das identische Bild ergibt sich bei der Betrachtung der Übergänge von Patient auf Therapeut. Dies zeigt, dass vermutlich bei emotionaler Öffnung und Änderungsberichten Wechsel der Kategorien stattfanden, die aus technischen Gründen als Zuhören kodiert wurden, was allerdings inhaltlich nicht sehr aussagekräftig ist.

Zusammenfassend können keine Hinweise auf die vermuteten Unterschiede in der Stundenbeurteilung oder der Länge der Kooperationssequenz gefunden werden. Weiterhin könnte tatsächlich die Wahrnehmung der Therapeutin als weniger direktiv bei Angsttherapien hilfreich sein, was ein Hinweis auf den Nutzen eines nondirektiven Vorgehens ist. Insgesamt ist das unterschiedliche Interaktionsverhalten der beiden Therapeutinnen auffällig, Therapeutin T2 in 4AG verhält sich weniger aktiv und mehr verstärkend, was in den vorherigen Arbeiten eher mit größerem Therapieerfolg verknüpft war. Das vermehrte Auftreten von Emotionaler Öffnung im Vergleich zu 3TH könnte für eine tiefere

---

emotionale Verarbeitung sprechen. Weiterhin ist die gezielte Verstärkung von Gefühlsäußerungen charakteristisch. Wiederum zeigt sich eine konsequente Verstärkung therapieförderlichen Verhaltens. Exploration führte bei dieser Therapie häufiger zu Problembeschreibung, möglicherweise wegen unterschiedlichen Arten von Fragen (offene vs. geschlossene Fragen). Erklärungen führen eher zu kurzen Äußerungen, im Gegensatz zu 3TH, wo diese zu Nachfragen bzw. Klärungen führten.

## **7.5 Einzelfallanalyse 5PDA mit 2TH und 4AG**

Zur weiteren Einordnung der Ergebnisse soll eine weitere Einzelfallanalyse zum Vergleich einer erfolgreichen Therapie durchgeführt werden. Hierfür werden zum Vergleich die Therapien 2TH und 4AG herangezogen. Sowohl bei 4AG als auch bei 5PDA handelt es sich um erfolgreiche Therapien, die beide nach dem Studienzeitraum beendet wurden, weswegen diese Therapien als vergleichbar angesehen werden. Es handelt sich um längere Behandlungen. Weiterhin soll zur Abgrenzung gegenüber einer teilweise erfolgreichen Behandlung Therapie 2TH verwendet werden. Alle drei Patienten hatte zu Therapiebeginn eine reine Angststörung ohne Komorbidität, im Gegensatz zur reinen Agoraphobie bei 2TH und 4AG handelt es sich bei 5PDA um eine Panikstörung mit Agoraphobie. Alle Patienten waren zu Therapiebeginn zwischen 28 und 33 Jahre alt, die Behandlungen waren von vergleichbarer Dauer. Bei 4AG und 5PDA handelt es sich um Frauen, 2TH ist ein Mann. Alle drei Therapien wurden von verschiedenen Therapeuten durchgeführt.

### **7.5.1 Spezifische Hypothesen**

Die Hypothesen sind wie in Kapitel 5 anzunehmen, wobei davon ausgegangen wird, dass 4AG und 5PDA den Annahmen zu erfolgreichen Therapien entsprechen, während 2TH den Annahmen für weniger erfolgreiche Therapien entsprechen sollte. Weiterhin soll überprüft werden, ob bisherige Befunde zu erfolgreichen Therapien repliziert werden können und welche Einflüsse durch die verschiedenen Therapeuten bedingt sind sowie was Gemeinsamkeiten „klassischer“ (d.h. ohne Komorbidität) Verhaltenstherapien bei Panikstörung und Agoraphobie sind.

### **7.5.2 Subjektive Maße**

Beim Vergleich der subjektiven Maße soll zunächst wiederum die Stundenbeurteilung betrachtet werden. Hierbei zeigen sich beim Vergleich der Stundenbeurteilung des Patienten signifikante Unterschiede von 5PDA sowohl zu 2TH ( $p = .001$ ) als auch zu 4AG ( $p = .021$ ). Die Patientin P5 schätzt den Gewinn aus der Sitzung niedriger ein als P2 und P4 (siehe Abbildung 7-24).

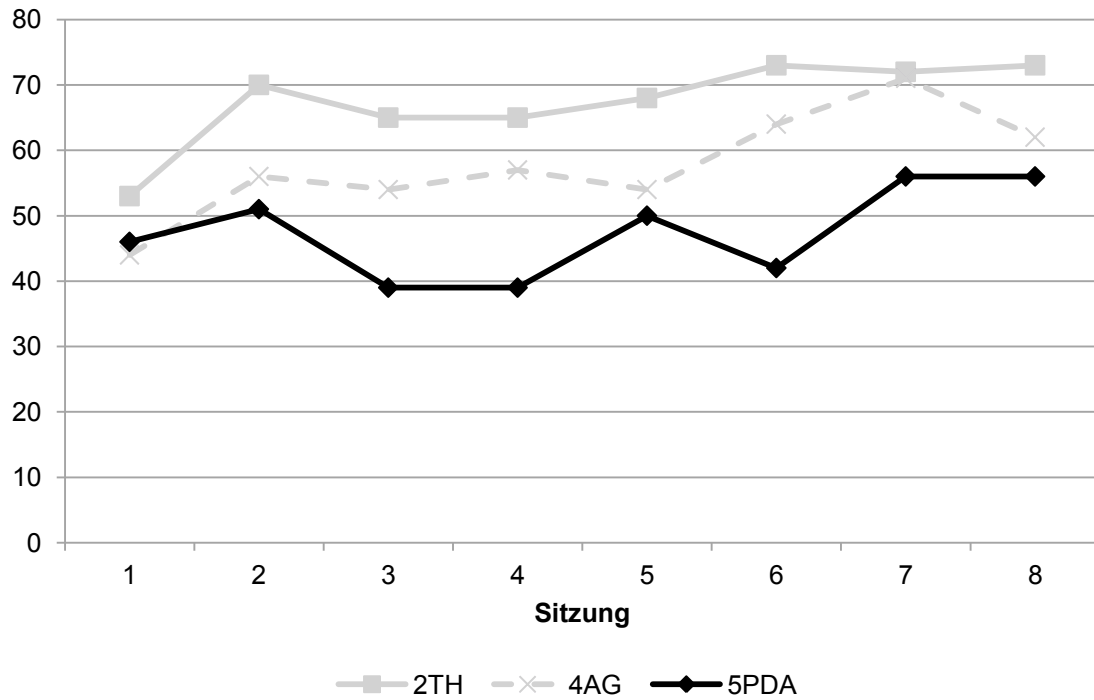


Abbildung 7-24: Vergleich der Stundenbeurteilung des Patienten der Therapien 2TH, 4AG und 5PDA

Beim Vergleich der Stundenbeurteilung des Therapeuten zeigen sich signifikante Unterschiede von 5PDA zu 2TH ( $p < .000$ ), jedoch nicht zu 4AG ( $p = .645$ ). Der Therapeut schätzt den Gewinn aus der Stunde signifikant höher ein als die Therapeutin in 2TH und vergleichbar hoch wie die Therapeutin in 4AG (siehe Abbildung 7-25).

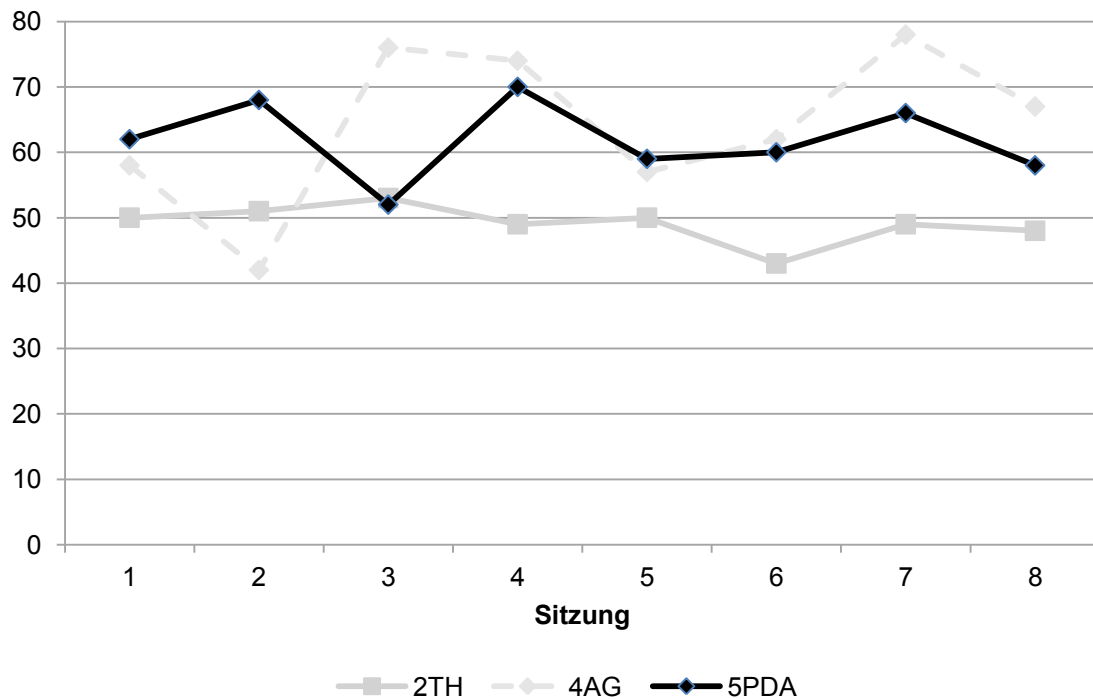


Abbildung 7-25: Vergleich der Stundenbeurteilung des Therapeuten der Therapien 2TH, 4AG und 5PDA

Anschließend wird die Personenbeurteilung von 5PDA sowohl zu 2TH als auch zu 4AG in Relation gesetzt: Dabei wird der Therapeut in 5PDA als signifikant weniger sympathisch, kompetent und direktiv als die Therapeutin in 2TH eingeschätzt. Die Patientin wiederum wird in 5PDA als signifikant sympathischer, sich mehr öffnend und mitarbeitend eingeschätzt (siehe Tabelle 7-12). Zu beachten ist jedoch, dass die Bewertungen durch beide Patienten sehr hoch sind.

Tabelle 7-12: Personenbeurteilung der Therapien 2TH und 5PDA

		2TH		5PDA		
		MW	SD	MW	SD	p
Bewertung Therapeut durch Patient	Sympathie/Interesse am Patienten	3.91	0.06	3.36	0.13	.007
	Erfahrung/Kompetenz	3.57	0.16	3.28	0.07	.007
	Direktivität	3.84	0.12	3.20	0.09	<.000
Bewertung Patient durch Therapeut	Sympathie	2.83	0.10	3.46	0.06	<.000
	Selbstöffnung	2.32	0.15	2.93	0.16	.002
	Mitarbeit	2.19	0.12	3.35	0.15	<.000

Beim Vergleich mit der Therapie 4AG wiederum zeigen sich nur signifikante Unterschiede in der Richtung dass, der Therapeut in 5PDA als weniger erfahren, die Patientin wiederum als weniger sich öffnend eingeschätzt wird (siehe Tabelle 7-13).

*Tabelle 7-13: Personenbeurteilung der Therapien 4AG und 5PDA*

		<b>4AG</b>		<b>5PDA</b>		<i>p</i>
		<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>	
Bewertung	Sympathie/Interesse	3.46	0.15	3.36	0.13	.065
Therapeut	am Patienten					
durch	Erfahrung/Kompetenz	3.46	0.12	3.28	0.07	.038
Patient	Direktivität	3.54	0.15	3.20	0.09	.130
Bewertung	Sympathie	3.64	0.04	3.46	0.06	.645
Patient	Selbstöffnung	3.47	0.05	2.93	0.16	.021
durch	Mitarbeit	3.40	0.07	3.35	0.15	.442
Therapeut						

### **7.5.3 Verhaltensweisen**

Auch beim Vergleich der Auftretenswahrscheinlichkeiten der einzelnen Verhaltensweisen zeigen sich zahlreiche Unterschiede zwischen 5PDA sowie den beiden Therapien 2TH und 4AG: Restkategorie des Therapeuten tritt ebenso signifikant seltener auf als in 2TH ( $p < .000$ ) und 4AG ( $p = .001$ ) wie Einfühlung (2TH:  $p = .001$ ; 4AG:  $p = .050$ ), die Unterschiede betragen bei Einfühlung sogar 10 %. Die relative Häufigkeit von Unterstützung ist signifikant niedriger als in 4AG ( $p < .000$ ). Exploration wiederum tritt signifikant seltener auf als 2TH ( $p = .004$ ), die Differenz beträgt sogar mehr als 10 %. Erklärung wird durch den Therapeuten im Gegenzug signifikant häufiger verwendet als in 2TH und 4AG (in beiden Fällen  $p < .000$ ), der Unterschied liegt sogar im Bereich von 30 %. Direktiven sind signifikant häufiger als in 2TH ( $p = .002$ ). Das Verhalten der Therapeuten ist also sehr unterschiedlich (siehe Abbildung 7-26).

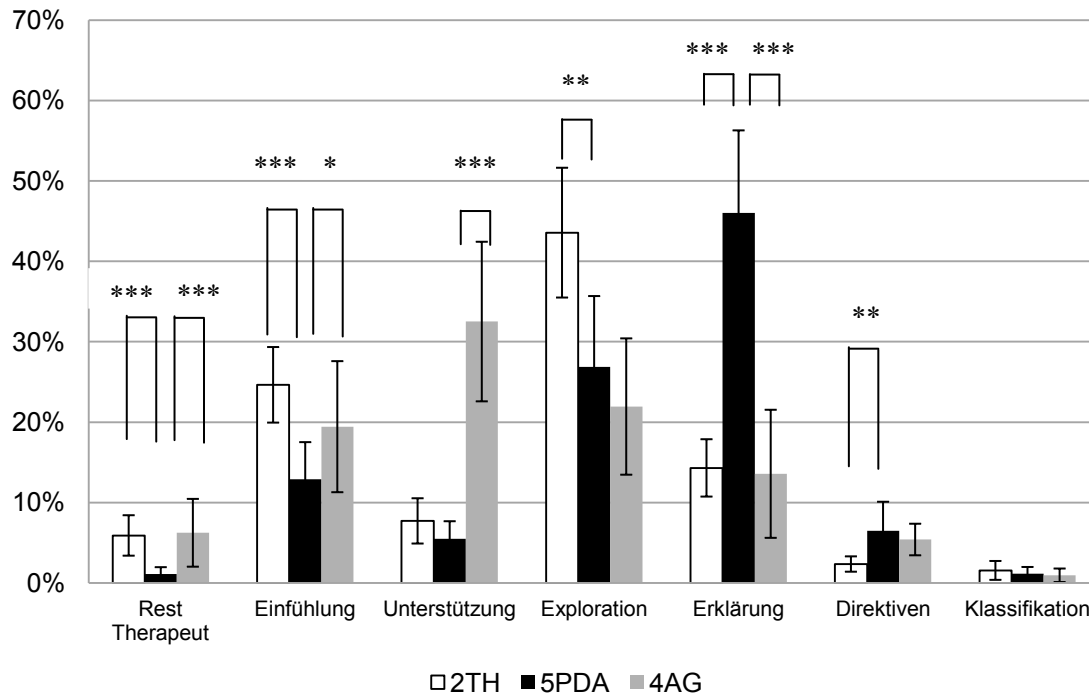


Abbildung 7-26: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Therapeuten in den Therapien 2TH, 4AG und 5PDA

Anmerkung: \* bedeutet signifikant auf 5 %-Niveau, \*\* bedeutet signifikant auf 1 %-Niveau, \*\*\* bedeutet signifikant auf dem 0,1 %-Niveau.

Auch beim Vergleich der Verhaltensweisen des Patienten zeigen sich zahlreiche Unterschiede (siehe Abbildung 7-27): Restkategorie des Patienten tritt signifikant häufiger auf als in 2TH ( $p=.040$ ) und 4AG ( $p < .000$ ), während Emotionale Öffnung signifikant seltener durch die Patientin verwendet wird als in 2TH ( $p=.014$ ) und 4AG ( $p = .015$ ). Auch Problembeschreibung tritt überzufällig seltener auf als in 2TH ( $p < .000$ ) und 4AG ( $p = .021$ ). Die relative Häufigkeit von Einfachen Antworten ist signifikant höher als in beiden Therapien (2TH:  $p < .000$ ; 4AG:  $p = .005$ ), von Änderungsberichte signifikant niedriger als in 2TH und 4AG (in beiden Fällen  $p < .000$ ). Mitarbeit/Initiative ist signifikant seltener als in 4AG ( $p = .038$ ), Klärung signifikant häufiger als in beiden Therapien (in beiden Fällen  $p < .000$ ). Problembeschreibung und Einfache Antworten machen gemeinsam wiederum 79.3 % aller Äußerungen aus.

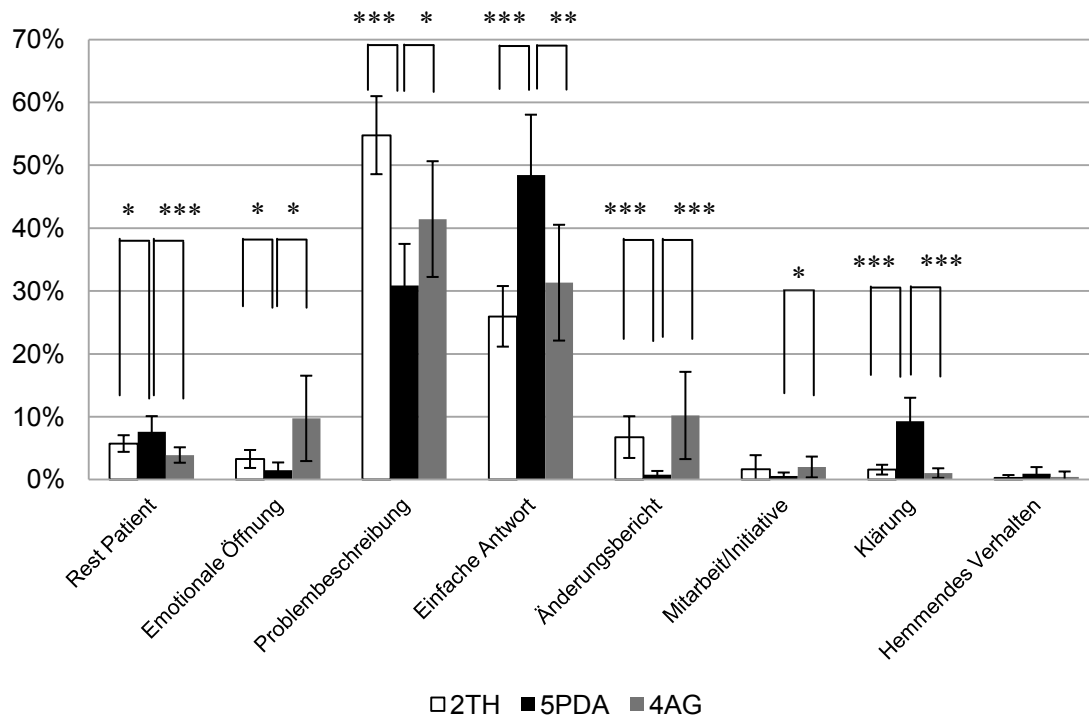


Abbildung 7-27: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Patienten in den Therapien 2TH, 4AG und 5PDA

Anmerkung: \* bedeutet signifikant auf 5 %-Niveau, \*\* bedeutet signifikant auf 1 %-Niveau, \*\*\* bedeutet signifikant auf dem 0,1 %-Niveau.

#### 7.5.4 Gegenseitige Gesprächssteuerung

##### 5PDA

Wiederum soll bei der Analyse der gegenseitigen Gesprächssteuerung zuerst die Übergänge erster und zweiter Ordnung der Therapie 5PDA dargestellt werden, bevor diese mit den Therapien 2TH und 4AG im Besonderen, in Einzelfällen auch mit 1TH und 3TH verglichen werden und die Kooperationssequenz analysiert wird.

Insgesamt wurden 1 295 Übergänge von Therapeut auf Patient und 1 271 von Patient auf Therapeut berechnet. Aufgrund der zu niedrigen Auftretenshäufigkeit konnte für die Dimensionen Restkategorie des Therapeuten und Klassifikation auf Seiten des Therapeuten und Emotionale Öffnung, Änderungsberichte, Mitarbeit/Initiative sowie Hemmendes Verhalten des Patienten keine Übergangswahrscheinlichkeiten berechnet werden.

Mit Beginn Therapeut wurden dabei folgende signifikante Übergänge gefunden (siehe Abbildung 7-28): Auf Einfühlung ist die Wahrscheinlichkeit von Problem-

beschreibung ( $z = 5.57$ ) erhöht sowie die Wahrscheinlichkeit von Einfachen Antworten ( $z = -2.78$ ) und Klärung erniedrigt ( $z = -3.31$ ). Auf Unterstützung des Therapeuten folgen signifikant seltener Einfache Antworten ( $z = -3.61$ ). Auf Exploration reagiert der Patient überzufällig häufig mit Einfachen Antworten ( $z = 3.83$ ) sowie signifikant seltener mit Klärung ( $z = -2.70$ ). Auf Erklärung ist die Wahrscheinlichkeit von Klärung erhöht ( $z = 4.11$ ), was wiederum die Wahrscheinlichkeit für Erklärung des Therapeuten erhöht ( $z = 4.41$ ). Weiterhin ist die Wahrscheinlichkeit von Problembeschreibung erniedrigt ( $z = -2.65$ ). Auf Direktiven folgen signifikant seltener Problembeschreibung ( $z = -3.25$ ).

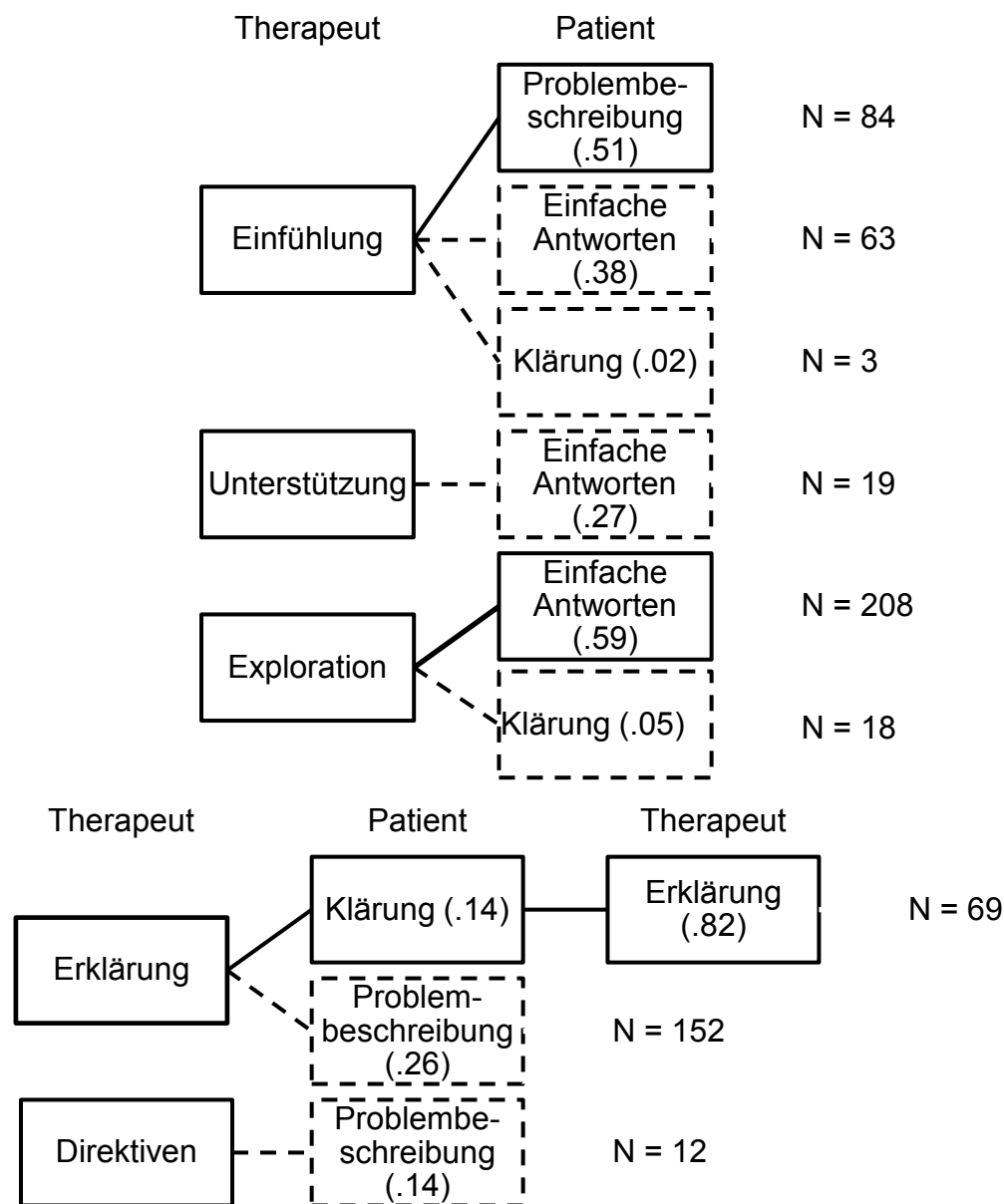


Abbildung 7-28: Übergänge erster und zweiter Ordnung ausgehend von der Äußerung des Therapeuten bei Therapie 5PDA

Bei der Berechnung mit Beginn des Patienten wurden wiederum folgende signifikante Übergänge gefunden (siehe Abbildung 7-29): Auf Rest des Patienten folgt überzufällig häufig Erklärung ( $z = 2.74$ ). Auf Problembeschreibung des Patienten reagiert der Therapeut überzufällig häufig mit Einfühlung ( $z = 5.39$ ), worauf der Patient wiederum mit Problembeschreibung ( $z = 2.92$ ) reagiert. Weiterhin folgen signifikant seltener Erklärung ( $z = -2.98$ ) oder Direktiven ( $z = -2.63$ ) auf Problembeschreibung. Auf Klärung wiederum ist die Wahrscheinlichkeit signifikant erhöht für Erklärungen ( $z = 6.90$ ) und erniedrigt für Exploration ( $z = -3.26$ ).

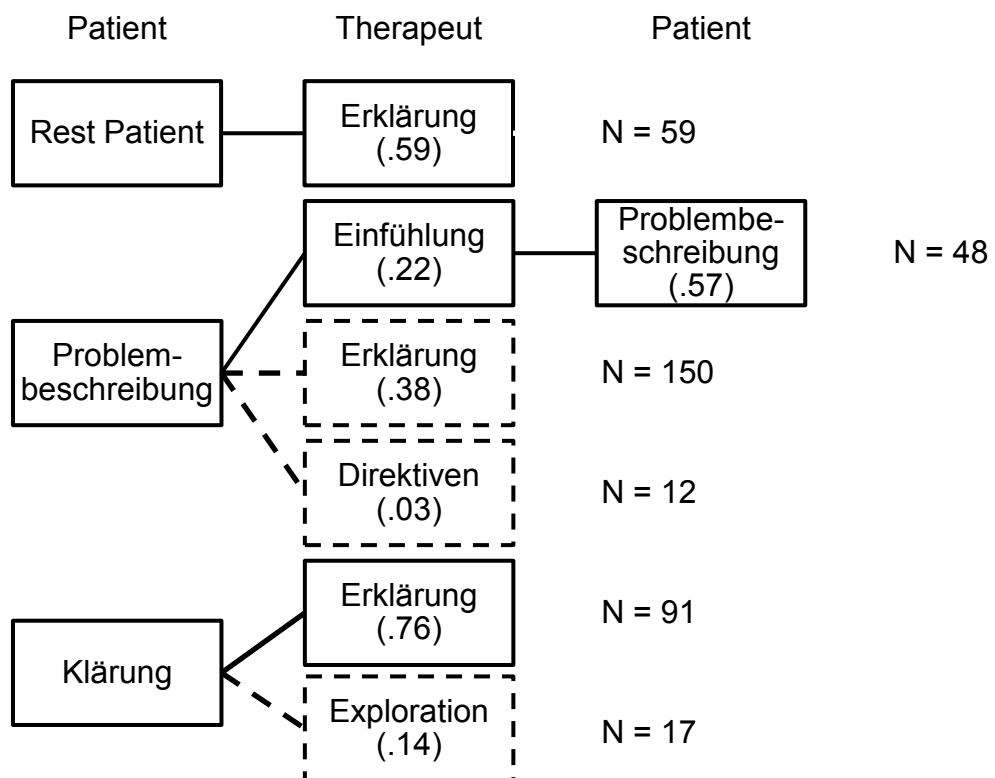


Abbildung 7-29: Übergänge erster und zweiter Ordnung ausgehend von der Äußerung des Patienten bei Therapie 5PDA

(Anmerkung: Durchgestrichene Linie bedeutet überzufällig wahrscheinliche, gestrichelte Linie unterzufällig wahrscheinliche Zusammenhänge. In Klammern stehen die Übergangswahrscheinlichkeiten.)

### Vergleich

Beginnend mit den Äußerungen des Therapeuten findet sich eine überzufällige Interaktionssequenz von Einfühlung und Problembeschreibung wie in Therapie 3TH. In allen vier Therapien treten nach Unterstützung mit erniedrigter Wahrscheinlichkeit Einfache Antworten auf. Wie in 1TH, 2TH und 3TH findet sich wiederum eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Einfache Antworten nach Exploration. Wie in 1TH, 3TH und 4AG reagiert die Patientin auf Erklärungen überzufällig selten mit Problembeschreibung, die Kontingenz von Erklärung, Klärung und wiederum Erklärung findet sich wiederum auch in 3TH.

Beginnend mit Äußerungen des Patienten tritt wie in 1TH, 2TH und 3TH überzufällig häufig nach Restkategorie des Patienten Erklärung auf. Wie in 1TH und 3TH reagiert der Therapeut auf Problembeschreibung häufiger mit Einfühlung und seltener mit Erklärung. Nach Klärung tritt wie in 2TH und 3TH häufiger Erklärung und seltener Exploration auf.

Auffällig ist, dass Klärung seltener kontingent nach Exploration auftritt und umgekehrt. Nach Direktiven tritt seltener Problembeschreibung auf.

### Kooperationssequenz

Beim Vergleich der Kooperationssequenz zeigt sich deutlich, dass diese in 5PDA deutlich kürzer ist als in 2TH und 4AG, sowohl der Therapeut reagiert mit deutlich geringerer Wahrscheinlichkeit mit Einfühlung/Unterstützung, worauf die Patientin seltener mit Initiative/Kooperation antwortet, anschließend bricht die Interaktionssequenz ab (siehe Abbildung 7-30).

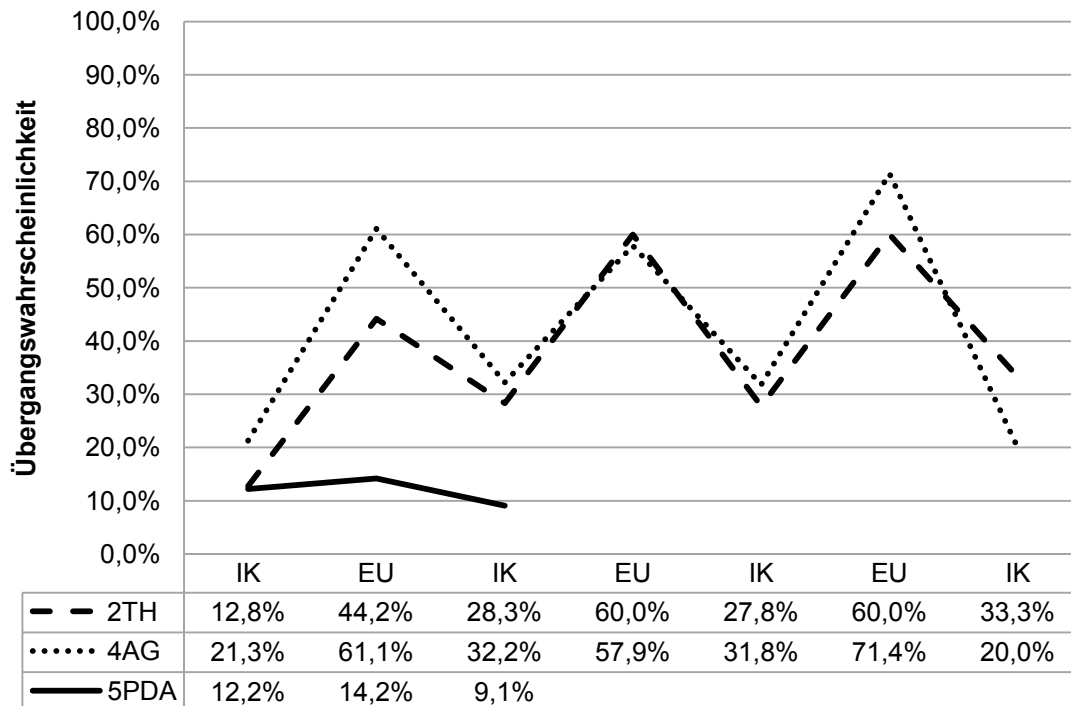


Abbildung 7-30: Vergleich der Kooperationssequenz der Therapien 2TH, 4AG und 5PDA

EU bedeutet Einfühlung/Unterstützung, IK bedeutet Initiative/Kooperation

### 7.5.5 Diskussion und Zusammenfassung

Bei der Betrachtung der Ergebnisse sollen zunächst die Hypothesen zu subjektiven Maßen diskutiert werden. Bei der Stundenbewertung des Patienten zeigt sich dass die Bewertung des Patienten P2 in der teilweise erfolgreichen Therapie höher ist als die von P5 in der erfolgreichen Therapie. Dies ist ein der Erwartung entgegengesetzter Effekt, weswegen *Hypothese 1* abgelehnt werden muss. Beim Vergleich der Stundenbewertung des Therapeuten zeigen sich wiederum signifikante Unterschiede zwischen 2TH und 5PDA, was gegen *Hypothese 2* spricht; hierbei muss diskutiert werden, ob die Bewertungen unterschiedlicher Therapeuten als vergleichbar betrachtet werden können.

Beim Vergleich der Personenbeurteilung finden sich erwartungsgemäß mehr signifikante Unterschiede zu 2TH, der teilweise erfolgreichen Therapie, als zu 4AG, der erfolgreichen Therapie. Dabei wird der Therapeut in 5PDA als signifikant weniger sympathisch, kompetent und direktiv als die Therapeutin in 2TH eingeschätzt sowie als weniger kompetent als die Therapeutin in Therapie 4AG. Dies ist überraschend, da aufgrund des Therapieerfolges eine

vergleichbare Einschätzung der „Kompetenz“ wie in 4AG sowie eine höhere Einschätzung von „Sympathie“ und „Kompetenz“ als in 2TH erwartet würden. Dies spricht gegen *Hypothese 3*. Die niedrigere Einschätzung der „Direktivität“ könnte wiederum ein Hinweis auf den Nutzen eines nondirektiven Vorgehens bei der Therapie der Panikstörung und Agoraphobie entsprechend *Hypothese 5* sein. In Übereinstimmung mit *Hypothese 4* unterscheiden sich die Patienten P2 und P5 in der Einschätzung der „Sympathie“ durch den Therapeuten, hierbei wird P5 als sympathischer bewertet. Während die „Mitarbeit“ ebenfalls bei P5 höher eingeschätzt wird als bei P2, finden sich bei der Bewertung der „Selbstöffnung“ signifikante Unterschiede zu beiden Therapien, so dass P4 höher als P5 und P5 höher als P2 eingeschätzt wird. Auch hier muss wieder der Effekt durch die Tatsache beachtet werden, dass die Einschätzung durch unterschiedliche Therapeuten geschieht, insgesamt spricht dies jedoch eher für *Hypothese 6*.

Beim Verhalten des Therapeuten zeigt sich ein völlig anderes Interaktionsverhalten als in den bisher beschriebenen Therapien: Im Vergleich zur Therapie 4AG (32.51 %) zeigt der Therapeut in 5PDA (5.50 %) entgegen *Hypothese 7* signifikant weniger Unterstützung; dies zeigt sich auch im Vergleich von 4AG mit den Therapien 2TH und 3TH. Daher können mehrere Gründe erörtert werden: Das Auftreten von Unterstützung war in bisherigen Vergleichsarbeiten (Kaimer et al., 1989; Schindler 1987 und 1991; Brandl, 2005) mit vermehrtem Therapieerfolg verknüpft. Gründe hierfür sollen in einer abschließenden Zusammenfassung aller Ergebnisse erörtert werden. Wiederum zeigen sich signifikant weniger Direktiven in 2TH (2.34 %) als in 5PDA (6.47 %), was im Kontrast zur subjektiven Einschätzung der Patienten sowie entgegengesetzt zu *Hypothese 8* verläuft. Hier wird wiederum von einer stärkeren Bedeutung der subjektiven Wahrnehmung ausgegangen (Schindler, 1991), weiterhin werden viele psychoedukative Elemente als Direktiven kodiert; da dieser Inhalt viel Raum in der Therapie 5PDA einnahm, könnte dies hierzu auch eine Erklärung sein. Darüber hinaus verwendet der Therapeut in 5PDA signifikant weniger Exploration (26.88 %) als in 2TH (43.57 %); da sich dieser Effekt auch im Vergleich von 2TH und 4AG zeigt (21.93 %), jedoch nicht beim Vergleich der Therapien 1TH, 2TH und 3TH der gleichen Therapeutin, könnte es sich beim häufigen Auftreten von Exploration um eine Strategie dieser spezifischen

Therapeutin handeln. Auffällig ist, dass der Therapeut in 5PDA deutlich weniger Einfühlung (12.90 %) als in den beiden anderen Therapien (2TH 24.64 %; 4AG: 19.43 %) benutzt sowie weniger Rest- Verhaltensweisen (1.10 %) als in 2TH (5.90 %) und 4AG (6.23 %), dafür signifikant mehr Erklärung in 5PDA (46.01 %) als in 2TH (14.30 %) und 4AG (13.57 %) verwendet. Es ergeben sich widersprüchliche Befunde zum Zusammenhang von Erklärung und Einfühlung und dem Therapieerfolg in vorherigen Arbeiten (insbesondere Kaimer et al., 1989; Schindler, 1987; Brandl, 2005). Vermutlich handelt es sich um eine gänzlich andere Interaktionsstrategie des Therapeuten, der zu Anfang der Therapie großen Wert auf Erklärungen und weniger Gewicht auf Einfühlung legt.

Beim Verhalten des Patienten treten deutlich mehr Einfache Antworten in 5PDA (48.45 %) auf als in 2TH (25.96 %) und 4AG (31.31 %); dies ist wiederum überraschend, da wenig Aktivität eher mit niedrigerem Therapieerfolg in Verbindung gebracht wird, *Hypothese 9* kann damit nicht bestätigt werden. Entgegen *Hypothese 10* finden sich in Therapie 5PDA signifikant weniger Änderungsberichte (0.79 %) als in 2TH (6.75 %) und 4AG (10.19 %), was wiederum eher mit niedrigem Therapieerfolg in Verbindung gebracht wird. Weiterhin zeigt sich signifikant weniger Mitarbeit/Initiative in 5PDA (0.55 %) als in der ebenfalls erfolgreichen Therapie 4AG (2.00 %), dieses Verhalten tritt insgesamt sehr selten auf. Weiterhin unterscheidet sich das Verhalten der Patienten entgegen *Hypothese 11* nicht im Auftreten von Hemmendem Verhalten, das jedoch in allen drei Therapien selten ist. Weiterhin zeigt sich entgegen *Hypothese 12* signifikant weniger Problembeschreibung in 5PDA (30.89 %) im Vergleich zu 2TH (54.78 %); hierbei wird jedoch vermutet, dass dies ein Charakteristikum von 2TH ist. Der Unterschied zu 4AG (41.43 %) jedoch ist mit über 10 % auffällig und im Gegensatz zur *Hypothese 12* zu sehen, da beide Therapien mit hohem Therapieerfolg abgeschlossen wurden. Ebenso ist das seltenere Auftreten von emotionaler Öffnung bei 5PDA (1.51 %) im Vergleich zu 2TH (3.27 %) und 4AG (9.73 %) entgegen der bisherigen empirischen Ergebnisse und *Hypothese 12* anzusehen. Auch das signifikant häufigere Auftreten von Klärungen in 5PDA (9.29 %) als in 2TH (1.57 %) und 4AG (1.03 %) ist nach Schindler (1987) und Brandl (2005) eher mit niedrigem Therapieerfolg verknüpft. Die signifikanten Unterschiede im Restverhalten von 5PDA (7.61 %) zu 2TH (5.73 %) und 4AG (3.90 %) werden wiederum nicht

diskutiert, da es sich nur um geringe Unterschiede in der Auftretenswahrscheinlichkeit handelt.

Bei der gegenseitigen Interaktion konnten aufgrund der niedrigen Grundraten keine Kontingenzen auf Emotionale Öffnung, Änderungsberichte, Mitarbeit/Initiative sowie Hemmendes Verhalten berechnet werden; deswegen kann einerseits keine Aussage zu *Hypothesen 13 bis 15* gemacht werden, es verdeutlicht aber auch, wie selten diese therapielevanten Kategorien auftraten. Beim Vergleich der Länge der Kooperationssequenz zeigt sich ein deutlicher Unterschied, dass diese in 5PDA deutlich kürzer ist und auch die Raten der gegenseitigen Beeinflussung deutlich niedriger sind als in allen vorherigen Therapien. *Hypothese 16* muss also abgelehnt werden. Es zeigt sich also deutlich weniger produktives Arbeiten in dieser Therapie, was ebenfalls eher kennzeichnend für eine weniger erfolgreiche Therapie ist.

Bei der explorativen Betrachtung der Interaktionssteuerung fällt auf, dass wie in 1TH, 2TH und 3TH Exploration eher Einfache Antworten hervorruft und nicht Problembeschreibung wie in 4AG; auch hier wird der Unterschied zwischen offenen und geschlossenen Fragen vermutet. Wie in 3TH findet sich eine gegenseitige Beeinflussung von Erklärung und klärendem Verhalten des Patienten, was einerseits Nachfragen, aber auch Klärungen der therapeutischen Beziehung sein können und nach Brandl (2005) eher bei niedrigem Therapieerfolg vermutet wird. Scheinbar besteht in dieser Therapie sehr viel Klärungsbedarf, der durch Erklärungen ausgeräumt wird. Wie in 3TH beeinflussen sich Einfühlung und Problembeschreibung gegenseitig, was überraschend ist, da sonst eher mit Emotionaler Öffnung zu rechnen ist; die Patientin beschreibt scheinbar bei Einfühlung ihre Probleme genauer und bestärkt den Therapeuten, sich in sie einzufühlen.

Zusammenfassend zeigen sich also mehrere Indikatoren, die in bisherigen Arbeiten eher mit einem niedrigeren Therapieerfolg in Verbindung gebracht wurden (niedrige Stundenbewertung des Patienten, wenig Unterstützung des Therapeuten, viele Einfache Antworten und Klärung auf Seiten der Patientin bei wenig Änderungsberichten, Problembeschreibung und Emotionaler Öffnung, deutlich kürzere Kooperationssequenz), dennoch wurde die Therapie erfolgreich abgeschlossen. Einerseits könnte es also sein, dass diese

Indikatoren gar nicht auf Therapieerfolg hinweisen; dies wird aber nicht als sehr wahrscheinlich angesehen, da es sich um Maße unterschiedlicher Informationsquellen handelt. Daher wird am ehesten vermutet, dass im Verlauf der Therapie noch Veränderungen nach den ersten 8 Sitzungen stattfanden, durch die der Therapieerfolg sichergestellt wurde. Möglicherweise dienten die ersten acht Stunden dabei erst zur Klärung und Erklärung wesentlicher Grundlage, bevor aktives therapeutisches Verhalten begann. Die Therapie wird daher als Beispiel dafür gesehen, dass sich auch bei wenig guten Ausgangsbedingungen die Interaktion noch so ändern kann, dass ein Therapieerfolg sichergestellt wird.

Weiterhin ergeben sich wiederum Hinweise für den Nutzen der Wahrnehmung eines nondirektiven Therapiestils. Der Interaktionsstil des Therapeuten mit vielen Erklärungen sowie wenig Einfühlung und Exploration ist in 5PDA gänzlich anders als in den bisherigen Therapien, wobei der Nutzen dieser Strategie aktuell noch diskutiert werden muss. Exploration führt wiederum zu Einfachen Antworten und nicht Problembeschreibung, Erklärung und klärende Verhaltensweisen des Patienten beeinflussen sich gegenseitig. Weiterhin führt Einfühlung zu genauer Problembeschreibung und umgekehrt, was schon in 3TH gefunden wurde.

## **7.6 Einzelfallanalyse 6ABB mit 1TH und 2TH**

In einer weiteren Einzelfallanalyse soll ein Therapieabbruch analysiert werden; dabei können nur die ersten beiden Sitzungen der jeweiligen Therapien verglichen werden, weswegen aufgrund der geringen Datenlage keine signifikanzstatistische Überprüfung der Ergebnisse vorgenommen wird, sondern die Befunde deskriptiv dargestellt und Trends interpretiert werden. Zum Vergleich sollen dabei die beiden teilweise erfolgreichen Therapien 1TH und 2TH dienen, da es sich um die Therapien mit den größten Ähnlichkeiten zu 6ABB handelt: Es handelt sich bei P6 um eine 29jährige Frau, die unter einer Agoraphobie, einer Zwangsstörung und einer Somatisierungsstörung litt. Sie ist damit im Alter den beiden Patienten P1 und P2 ähnlich, wie P2 litt sie unter der Hauptdiagnose Agoraphobie, weiterhin entwickelte sich bei diesem Patienten im Verlauf der Behandlung ebenfalls eine Zwangsstörung, weswegen von Ähnlichkeiten dieser Patienten auszugehen ist. Wie bei P1 bestand bei P6 neben der Angststörung schon zu Therapiebeginn komorbide mindestens eine weitere Störung. Bei P1 und P6 handelt es sich weiterhin um Frauen. Die Therapie wurde aufgrund des Eintretens einer Schwangerschaft nach zwei Sitzungen beendet; dies wird als Indikator für eine geringere Änderungsmotivation angesehen, da sich aus einer Schwangerschaft nicht zwingend eine Notwendigkeit zur Beendigung der Therapie ergibt, sondern dies auch umgekehrt zu verstärkter Motivation führen könnte. Die Therapien 1TH und 2TH wurden mit vergleichbarem Therapieerfolg („teilweise erfolgreich“) abgeschlossen.

### **7.6.1 Spezifische Hypothesen**

Die Hypothesen sind wie in Kapitel 5 anzunehmen, wobei davon ausgegangen wird, dass 6ABB den Annahmen zu einem geringeren Therapieerfolg und sowohl 1TH als auch 2TH den Annahmen zu einem höheren Therapieerfolg entsprechen. Dadurch sollen wichtige Unterschiede zwischen Therapeuten und Patienten identifiziert werden, die einen Hinweis auf mögliche Charakteristika von Therapieabbrüchen liefern können.

### 7.6.2 Subjektive Maße

Beim Vergleich der subjektiven Maße soll zunächst wiederum die Stundenbeurteilung betrachtet werden. Hierbei zeigt sich beim Vergleich der Stundenbeurteilung des Patienten, dass die Einschätzung der Stunde durch P6 etwas niedriger ausfällt als durch P2, aber höher als P1 (siehe Abbildung 7-31).

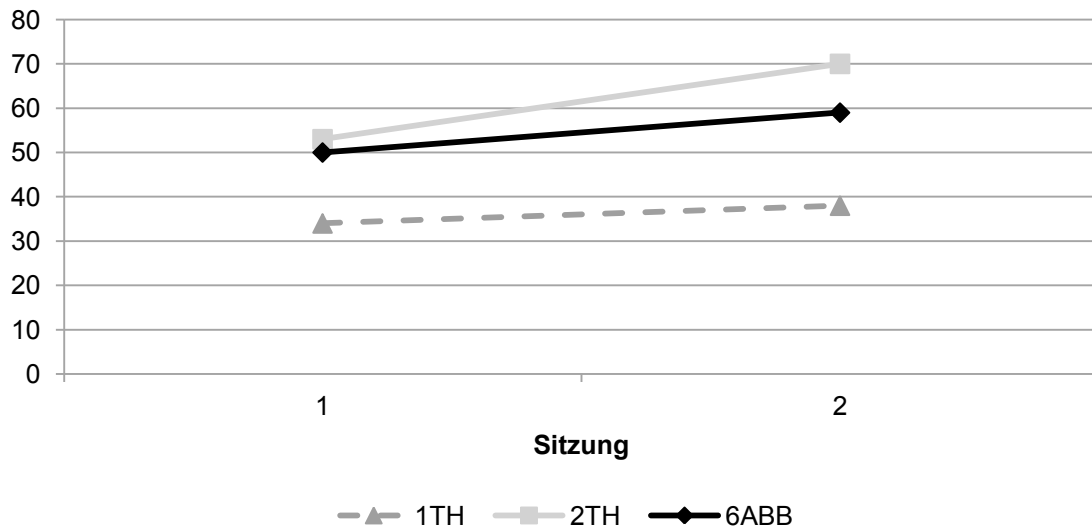


Abbildung 7-31: Vergleich der Stundenbeurteilung des Patienten der Therapien 1TH, 2TH und 6ABB

Die Stundenbeurteilung des Therapeuten von 6ABB fällt hingegen höher aus als die Stundenbeurteilung von 1TH und 2TH (siehe Abbildung 7-32).

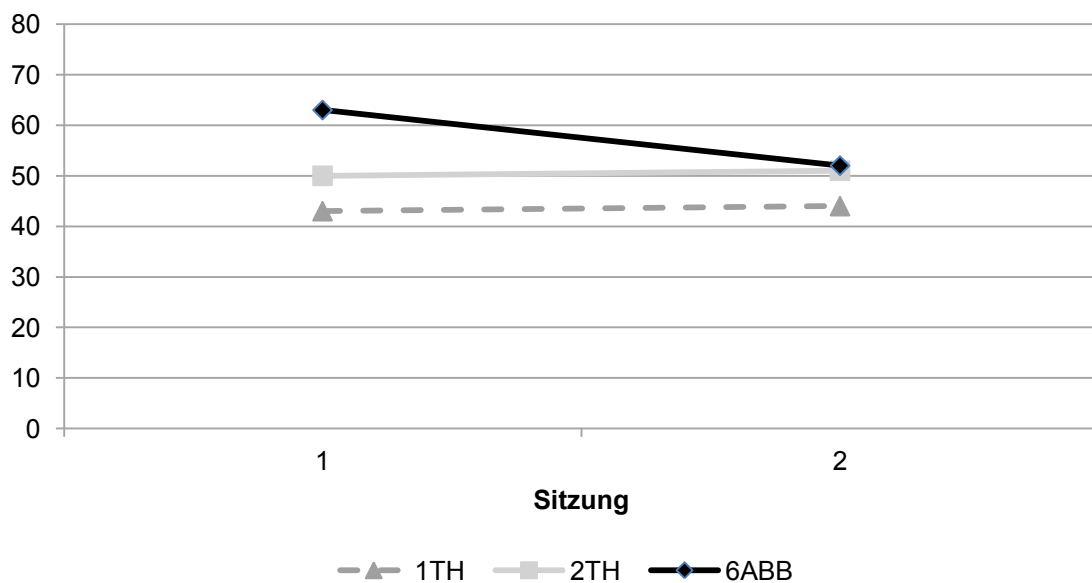


Abbildung 7-32: Vergleich der Stundenbeurteilung des Therapeuten der Therapien 1TH, 2TH und 6ABB

Beim Vergleich der Personenbeurteilung wird wiederum nur die Bewertung von Therapie 2TH herangezogen. Dabei wird der Therapeut in 6ABB als weniger erfahren und direktiv eingeschätzt als die Therapeutin in 2TH, während die Patientin P6 als sympathischer, sich mehr öffnend und mehr mitarbeitend eingeschätzt wird als P2 (siehe Tabelle 7-14).

*Tabelle 7-14: Personenbeurteilung der Therapien 2TH und 6ABB*

		<b>2TH</b>		<b>6ABB</b>	
		<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>
Bewertung	Sympathie/Interesse	3.90	0	3.90	0
Therapeut	am Patienten				
durch	Erfahrung/Kompetenz	3.56	0	3.28	0.24
Patient	Direktivität	3.70	0	3.21	0.13
Bewertung	Sympathie	2.75	0.21	3.65	0.21
Patient	Selbstöffnung	2.11	0.16	2.50	0.08
durch	Mitarbeit	2.17	0.08	2.72	0.24
Therapeut					

### 7.6.3 Verhaltensweisen

Auch in diesem Vergleich sind weiterhin die Unterschiede in den Auftretenswahrscheinlichkeiten der einzelnen Verhaltensweisen von Interesse. Diese können, wie die subjektive Bewertung, nur deskriptiv betrachtet werden, dabei werden nur deutliche Unterschiede interpretiert.

Bei den Verhaltensweisen des Therapeuten zeigen sich deutliche Unterschiede im häufigeren Auftreten von Unterstützung. Die relative Häufigkeit ist in 6ABB mehr als 15 % höher. Weiterhin tritt etwas mehr Erklärung auf, aber deutlich weniger Exploration (über 20 %). Alle Unterschiede beziehen sich auf beide Therapien. Weitere Unterschiede werden aufgrund der geringen Unterschiede und der geringen Datenlage nicht interpretiert. Das Verhalten der beiden Therapeuten ist also als unterschiedlich zu bezeichnen (siehe Abbildung 7-33).

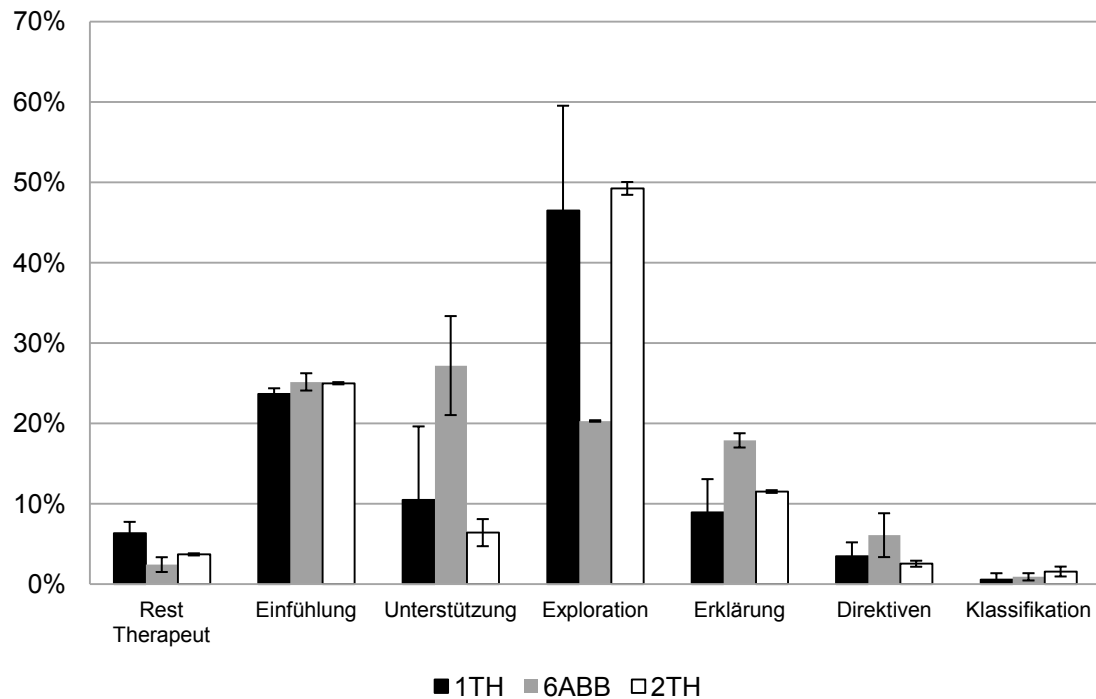


Abbildung 7-33: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Therapeuten in den Therapien 1TH, 2TH und 6ABB

Auf Seiten der Patientin hingegen zeigen sich nur geringe Unterschiede. Im Auftreten von Problembeschreibung und Einfachen Antworten ähneln sich P1 und P6 im Verhalten, es tritt weniger Problembeschreibung und mehr Einfache Antworten auf in 6ABB als in 2TH. Problembeschreibung und Einfache Antworten machen wiederum einen Großteil aller Äußerungen mit 73.2 % aus. Insgesamt ist das Verhalten also als sehr ähnlich zu 1TH zu beschreiben (siehe Abbildung 7-34). Weitere Unterschiede werden aufgrund der geringen Unterschiede und der geringen Datenlage nicht interpretiert.

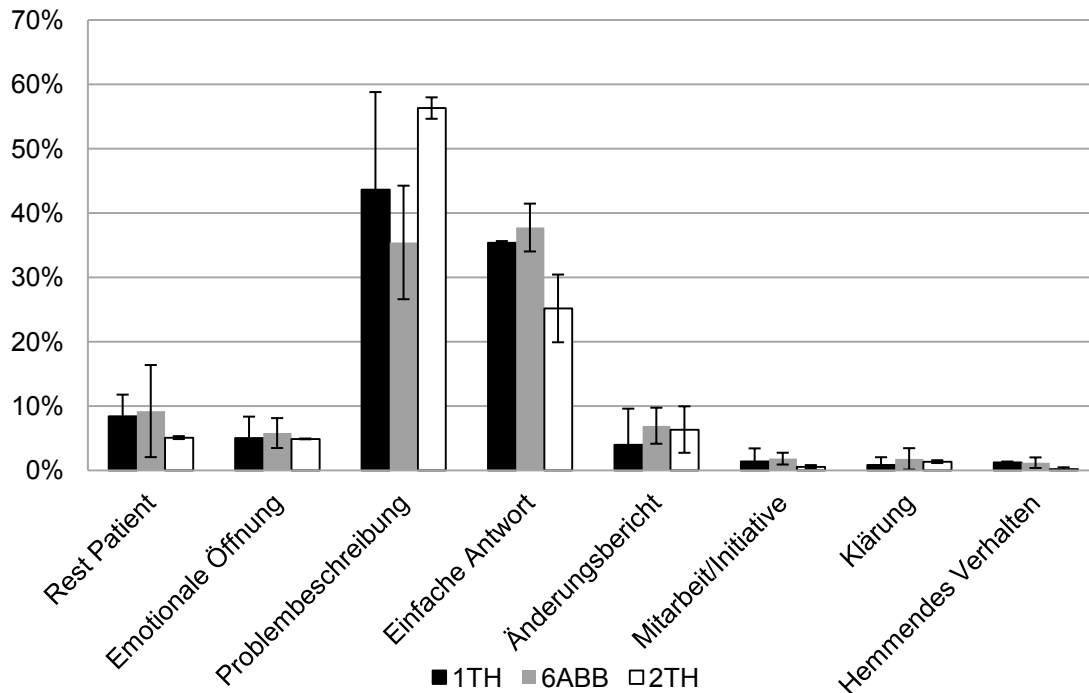


Abbildung 7-34: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Patienten in den Therapien 1TH, 2TH und 6ABB

#### 7.6.4 Gegenseitige Gesprächssteuerung

##### 6ABB

Bei der Betrachtung der Interaktion soll wiederum zunächst die Interaktion von 6ABB beschrieben werden, bevor diese mit der Interaktion insbesondere der Therapien 1TH und 2TH, aber auch der weiteren Therapien verglichen wird. Anschließend folgt wiederum die Auswertung der Kooperationssequenz. Zu beachten ist dabei, dass bei Therapie 6ABB nur zwei Sitzungen Grundlage sind, während die Daten zur Interaktion in den vorherigen Therapien auf der Basis von acht Sitzungen aggregiert wurden. Insgesamt wurden 329 Übergänge von Therapeut auf Patient und 324 von Patient auf Therapeut berechnet. Aufgrund der zu niedrigen Auftretenshäufigkeit konnte für die Dimensionen Restkategorie des Therapeuten und Klassifikation auf Seiten des Therapeuten sowie Emotionale Öffnung, Mitarbeit/Initiative, Klärung und Hemmendes Verhalten des Patienten keine Übergangswahrscheinlichkeiten berechnet werden.

Mit Beginn Therapeut wurden dabei folgende signifikante Übergänge gefunden (siehe Abbildung 7-35): Auf Exploration folgen signifikant seltener Einfache Antworten ( $z = -4.06$ ). Auf Erklärung reagiert der Patient überzufällig häufig mit Einfachen Antworten ( $z = 3.16$ ) und signifikant seltener mit Problem-beschreibung ( $z = 4.07$ ).

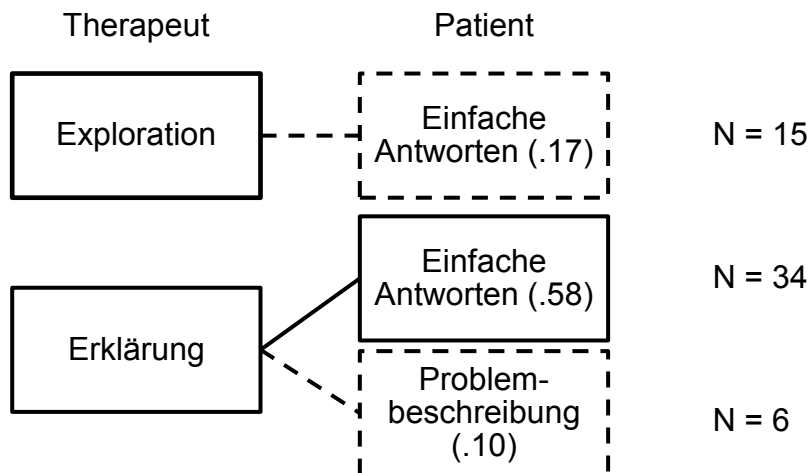
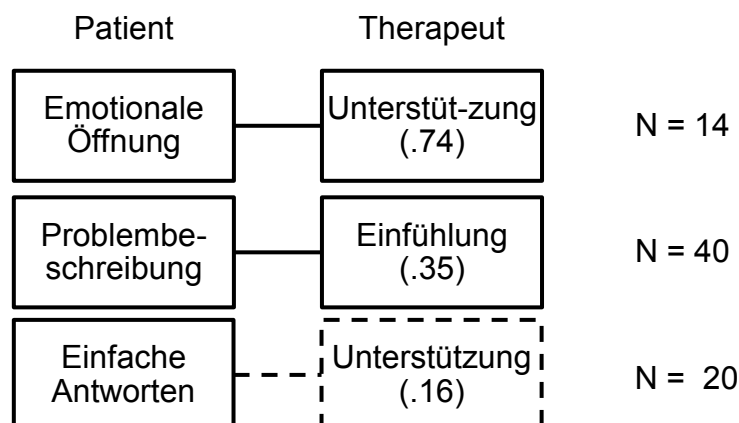


Abbildung 7-35: Übergänge erster Ordnung ausgehend von der Äußerung des Therapeuten bei Therapie 6ABB

(Anmerkung: Durchgestrichene Linie bedeutet überzufällig wahrscheinliche, gestrichelte Linie unterzufällig wahrscheinliche Zusammenhänge. In Klammern stehen die Übergangswahrscheinlichkeiten.)

Ausgehend von der Äußerung des Patienten (siehe Abbildung 7-36) folgt auf Emotionale Öffnung signifikant häufiger zu Unterstützung ( $z = 4.47$ ). Der Zusammenhang zwischen Problembeschreibung und Einfühlung ist überzufällig häufig ( $z = 2.75$ ). Auf Einfache Antworten folgt signifikant seltener Unterstützung ( $z = -2.81$ ), auf Änderungsberichte signifikant häufiger Unterstützung ( $z = 3.08$ ).



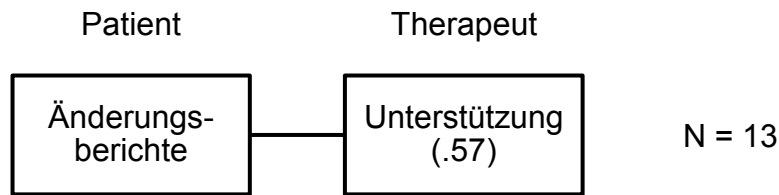


Abbildung 7-36: Übergänge erster Ordnung ausgehend von der Äußerung des Patienten bei Therapie 6ABB

(Anmerkung: Durchgestrichene Linie bedeutet überzufällig wahrscheinliche, gestrichelte Linie unterzufällig wahrscheinliche Zusammenhänge. In Klammern stehen die Übergangswahrscheinlichkeiten.)

### Vergleich

Beginnend mit der Äußerung des Therapeuten folgt wie in 1TH, 4AG und 5PDA auf Erklärung überzufällig selten Problembeschreibung, wie in 4AG folgen signifikant häufiger Einfache Antworten.

Beginnend mit der Äußerung des Patienten reagiert der Therapeut wie in 1TH und 4AG signifikant häufiger auf Emotionale Öffnung mit Unterstützung und wie in 1TH, 3TH, 4AG und 5PDA folgt auf Problembeschreibung signifikant häufiger Einfühlung. Weiterhin ist wie in 1TH und 4AG der Zusammenhang von Einfachen Antworten und Unterstützung überzufällig selten und wie in 2TH, 3TH und 4AG von Änderungsberichte und Unterstützung signifikant erhöht.

Im Gegensatz zu 1TH, 2TH und 3TH, in denen Einfache Antworten signifikant häufiger auf Exploration folgte, ist diese Folge in 6ABB überzufällig selten.

### Kooperationssequenz

Beim Vergleich der Kooperationssequenz fällt auf, dass diese bei 6ABB deutlich kürzer ist als bei 1TH und 2TH. Während der Therapeut mit einer sehr hohen Quote Initiative/Kooperation mit Einfühlung/Unterstützung verstärkt, reagiert die Patientin darauf nur mit sehr niedriger Quote wieder mit Initiative/Kooperation. Nach einer sehr häufigen Verstärkung durch den Therapeuten endet die Interaktionssequenz (siehe Abbildung 7-37).

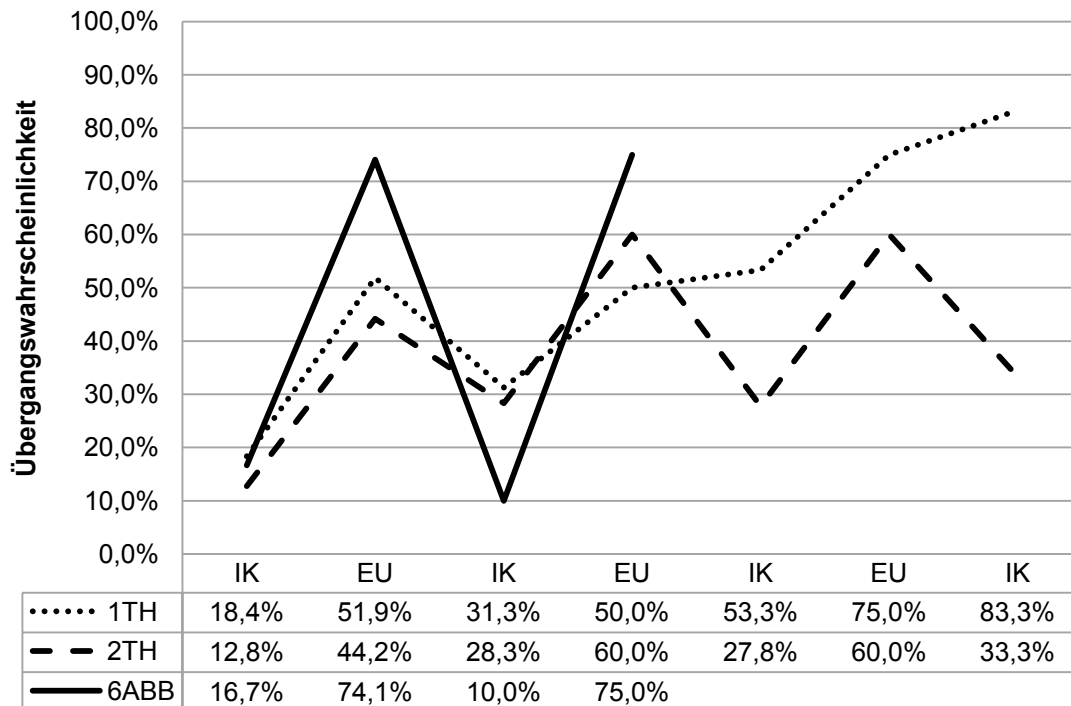


Abbildung 7-37: Vergleich der Kooperationssequenz der Therapien 1TH, 2TH und 6ABB

EU bedeutet Einfühlung/Unterstützung, IK bedeutet Initiative/Kooperation

### 7.6.5 Diskussion und Zusammenfassung

Zuerst sollen wiederum die subjektiven Daten diskutiert werden. Bei der Betrachtung der Stundenbewertung des Patienten fällt auf, dass die Einschätzung bei 6ABB zwar niedriger ausfällt als bei 2TH, aber höher als bei 1TH, beides sind teilweise erfolgreiche Therapien. *Hypothese 1* muss deswegen abgelehnt werden. Bei der Stundenbeurteilung des Therapeuten fällt die Einschätzung des Therapeuten in 6ABB signifikant höher aus als in 1TH und 2TH, was gegen *Hypothese 2* spricht.

Auch bei der Betrachtung der Personenbeurteilung können nur Tendenzen betrachtet werden, insbesondere da die Einschätzung der Therapeutin bei 2TH sehr hoch ausfällt. Dabei wird der Therapeut in 6ABB als weniger erfahren eingeschätzt als die Therapeutin in 2TH, was für *Hypothese 3* spricht, jedoch wird er auch im Vergleich als weniger direktiv eingeschätzt, was entgegen dem vermuteten Nutzen des nondirektiven Vorgehens und somit *Hypothese 5* ist. Patientin P6 wird als sympathischer, mehr mitarbeitend und sich mehr öffnend

als P2 beschrieben; hier ist die Tendenz genau entgegengesetzt zu den Erwartungen der *Hypothesen 4 und 6*.

Bei der Betrachtung der Verhaltensweisen des Therapeuten äußert der Therapeut in 6ABB entgegen *Hypothese 7* deutlich mehr Unterstützung (27.19 %) als die Therapeutin in 1TH (10.49 %) und 2TH (6.41 %). Dies ist sehr überraschend, da für diese Dimension deutliche Hinweise auf einen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg vorliegen (Kaimer et al., 1989; Schindler, 1987; Brandl, 2005). Weiterhin ergibt sich wiederum kein deutlicher Unterschied im Auftreten von Direktiven, was gegen *Hypothese 8* spricht. Der Therapeut verwendet mehr Erklärung (17.89 %) und deutlich weniger Exploration (20.30 %) als in den Therapien 1TH (EK: 8.95 %; EX: 46.50 %) und 2TH (EK: 11.53 %; EX: 49.23 %) und somit eine unterschiedliche Interaktionsstrategie, wobei in den bisherigen Arbeiten für beide Dimensionen kein klarer Zusammenhang mit dem Therapieerfolg hergestellt werden konnte (Kaimer et al., 1989; Schindler, 1987; Brandl, 2005).

Bei den Verhaltensweisen des Patienten hingegen zeigen sich deutlich weniger Unterschiede. Wie in 1TH treten mehr Einfache Antworten (35.40 %) in 6ABB auf (37.75 %) als in 2TH (EA: 25.18 %) auf, zu 1TH zeigen sich nur geringe Unterschiede, obwohl P1 einen deutlich höheren Therapieerfolg erzielte als P6. *Hypothese 9* muss daher abgelehnt werden, entgegen der *Hypothesen 10 und 11* werden keine Unterschiede in Änderungsberichten, Mitarbeit/Initiative und Hemmendem Verhalten gefunden. Bei Problembeschreibung zeigt sich eine geringere Wahrscheinlichkeit in 6ABB (35.43 %) als in 1TH (43.66 %) und 2TH (56.31 %), was für *Hypothese 12* spricht, bei emotionaler Öffnung entgegen *Hypothese 12* findet sich entgegen *Hypothese 12* kein Unterschied.

Bei der gegenseitigen Interaktionssteuerung konnten für viele Dimensionen aufgrund der geringen Datenlage (nur 2 Sitzungen) keine signifikanten Übergangswahrscheinlichkeiten bestimmt werden, daher kann über wichtige Kategorien wie Klassifikation des Therapeuten, aber auch Mitarbeit/Initiative, Klärung und Hemmendes Verhalten keine Aussage gemacht werden, weswegen die *Hypothesen 14 und 15* nicht beurteilt werden können. Auch in 6ABB wie in 2TH, 3TH und 4AG verstärkt der Therapeut Änderungsberichte mit Unterstützung, was gegen *Hypothese 13* spricht, dass dies erfolgreiche und

weniger erfolgreiche Therapien unterscheidet. Die Kooperationssequenz ist in 6ABB deutlich kürzer als in 1TH und 2TH und wird vor allem von der Patientin nicht weiter fortgesetzt, was für *Hypothese 16* spricht.

Bei der explorativen Betrachtung ist weiterhin auffällig, dass nach Exploration seltener Einfache Antworten folgen, obwohl in 1TH, 2TH, 3TH und 5PDA eine erhöhte Kontingenz besteht. Hier ist aktuell aufgrund der geringen Datenlage derzeit keine Interpretation möglich. Während in 3TH und 5PDA eine gegenseitige Beeinflussung von Erklärung und klärenden Verhaltensweisen besteht, ergibt sich bei 6ABB ein signifikanter Zusammenhang von Erklärung und Einfachen Antworten wie in 4AG. Erklärungen führen also eher zu kurzen Äußerungen der Patientin und weniger klärenden Nachfragen. Wie bei 4AG kann nur spekuliert werden, ob die Patientin P4 dabei die Erklärungen besser annehmen kann oder weniger nachfragt. Mit Ausnahme von 2TH findet sich in allen Therapien die überzufällige Kontingenz von Problembeschreibung und Einfühlung; dies scheint daher ein wichtiges Muster zu sein, vermutlich versucht der Therapeut, durch Einfühlung Verständnis auszudrücken und eine Beziehung aufzubauen. Dies könnte eine generelle Interaktionsstrategie der Therapeuten sein. Wie in 1TH und 4AG ist die gezielte Verstärkung von Emotionaler Öffnung durch Unterstützung charakteristisch für die Therapie. Dies verkompliziert das Bild zusätzlich, da nun Therapieabbruch, teilweise erfolgreiche Therapie und Therapieerfolg für dieses Interaktionsmuster vorliegen. Am ehesten kann dabei die These vertreten werden, dass es sich um eine gezielte Strategie des Therapeuten handelt, Gefühlsäußerungen zu verstärken; aufgrund der vorliegenden Datenlagen kann hierbei kein klarer Zusammenhang mit dem Therapieerfolg bei Panikstörung mit Agoraphobie vermutet werden.

Zusammenfassend ist Therapie 6ABB durch mehrere widersprüchliche Indikatoren gekennzeichnet. Die hohe Quote von Unterstützung wird eher mit höherem Therapieerfolg in Verbindung gebracht ebenso wie die Stundenbewertung der Patientin. Das Verhalten der Patientin wiederum ergibt keinerlei Zusammenhang mit dem Therapieerfolg, während insbesondere die kurze Kooperationssequenz, aber auch die Bewertung des Therapeuten durch die Patientin, für einen niedrigen Therapieerfolg sprechen. Weiterhin wird im Vergleich zu anderen Therapien mehr Erklärung und weniger Exploration beim

Therapeuten beobachtet. Hierbei könnte vermutet werden, dass eine gewisse Grundquote von Unterstützung notwendig für den Therapieerfolg ist, aber eine Verwendung über diese Quote hinaus keinen zusätzlichen Nutzen erbringt. Weiterhin könnte das große Ausmaß an Psychoedukation schon in diesen frühen Sitzungen (das sich in dem höheren Anteil von Erklärungen zeigt), bevor die Informationssammlung abgeschlossen wurde, sich hinderlich auf den Therapieerfolg ausgewirkt haben, da Exploration am Anfang der Therapie auch dem Beziehungsaufbau dient. Dies ist wiederum ein Hinweis dafür, dass bei der Ableitung des Konfrontationsrationalis immer auf das subjektive Modell der Patienten geachtet werden muss, da zu starke Erwartungsängste hinderlich sein können (Schneider & Margraf, 1998). Wieso nun aber diese Therapie abgebrochen wurde, während bei 5PDA scheinbar noch eine Veränderung der Interaktion hin zum Therapieerfolg möglich war, kann aus den vorliegenden Daten nicht abgeleitet werden. Bei allen Interpretationen muss beachtet werden, dass aufgrund des frühen Abbruchs (zwei Sitzungen) leider nur wenige Daten vorliegen. Charakteristische Interaktionssequenzen dieser Therapie sind die Folge von Erklärung und kurzen Antworten und die Verstärkung von Gefühlsausdruck. Einfühlung als Reaktion des Therapeuten auf Problembeschreibung wurde in fast allen Therapien gefunden und scheint eine häufige Reaktion von Therapeuten zu sein, vermutlich mit der Funktion, die Beziehung aufzubauen. Weiterhin wurde die gezielte Verstärkung von Änderungsberichten und Gefühlsausdruck in der vorliegenden Therapie identifiziert, was eher für eine allgemeine Interaktionsstrategie spricht.

Abschließend sollen die Ergebnisse nochmals an einer letzten Therapie im Rahmen einer Einzelfallanalyse überprüft werden.

## 7.7 Einzelfallanalyse 7KOM mit 1TH und 2TH

Abschließend soll eine weitere teilweise erfolgreiche Therapie 7KOM untersucht werden. Diese soll wiederum mit 1TH und 2TH verglichen werden. Grund dafür ist, dass 7KOM am meisten Ähnlichkeiten mit diesen beiden Therapien besitzt, weiterhin wurde 2TH bisher in allen Einzelfallvergleichen herangezogen, was die Einordnung der Ergebnisse zu 7KOM erleichtert.

Bei P7 handelt es sich um eine 27-jährige Patientin, dabei ähneln sich alle drei Therapien im Alter. Weiterhin leidet die weibliche Patientin unter einer Panikstörung mit Agoraphobie als Hauptdiagnose sowie komorbide einer Posttraumatischen Belastungssituation, einer Zwangsstörung sowie einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung. Aufgrund der Tatsache, dass komorbide zur Angststörung weitere Störungsbilder vorliegen, ist die Patientin P7 als ähnlich zu P1 anzusehen. Ähnlichkeit zu P2 ist zu vermuten, da sich bei diesem Patienten eine Zwangsstörung im Therapieverlauf entwickelte. Alle drei Therapien wurden „teilweise erfolgreich“ abgeschlossen, 7KOM und 2TH wurden über den Studienzeitraum hinaus verlängert. Es handelt sich um längere Angstbehandlungen.

### 7.7.1 Spezifische Hypothesen

Die Hypothesen sind wie in Kapitel 5 anzunehmen, wobei davon ausgegangen wird, dass 7KOM wie 1TH und 2TH den Annahmen einer weniger erfolgreichen Therapie entspricht. Es werden daher in den verschiedenen Maßen keine Unterschiede vermutet. Dennoch bestehende Unterschiede werden daraufhin eingeordnet, ob sie auf die individuellen Eigenschaften der Therapeuten und Patienten zurückzuführen sind und ob sich Besonderheiten von Therapien mit Angstpatienten ergeben, die komorbide noch unter anderen Störungen leiden.

### 7.7.2 Subjektive Maße

Beim Vergleich der subjektiven Maße soll zunächst wiederum die Stundenbeurteilung betrachtet werden. Hierbei zeigen sich beim Vergleich der Stundenbeurteilung des Patienten signifikante Unterschiede von 7KOM sowohl zu 1TH ( $p < .000$ ) als auch zu 2TH ( $p = .021$ ). Die Patientin schätzt den Gewinn

aus der Stunde niedriger als 2TH, aber höher als 1TH ein (siehe Abbildung 7-38).

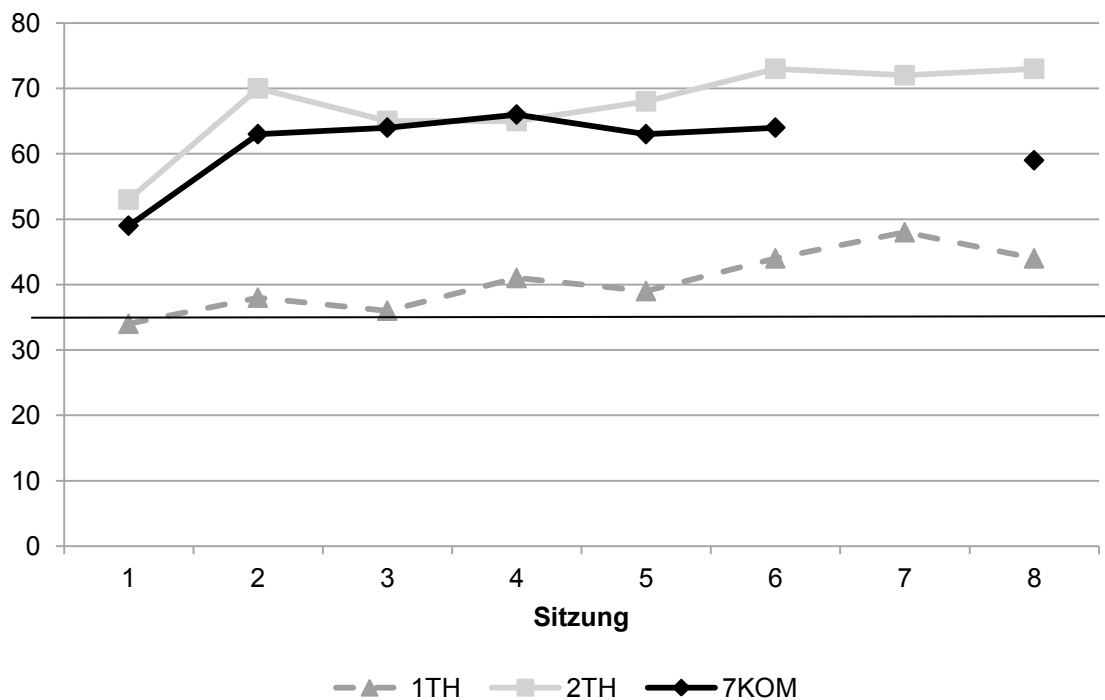


Abbildung 7-38: Vergleich der Stundenbeurteilung des Patienten der Therapien 1TH, 2TH und 7KOM

Beim Vergleich der Stundenbeurteilung des Therapeuten zeigen sich signifikante Unterschiede zu 1TH ( $p = .021$ ), jedoch nicht zu 2TH ( $p = .152$ ). Die Therapeutin in 7KOM schätzt den Gewinn aus der Stunde signifikant höher ein als die Therapeutin in 1TH, aber nicht verschieden von 2TH (siehe Abbildung 7-39.)

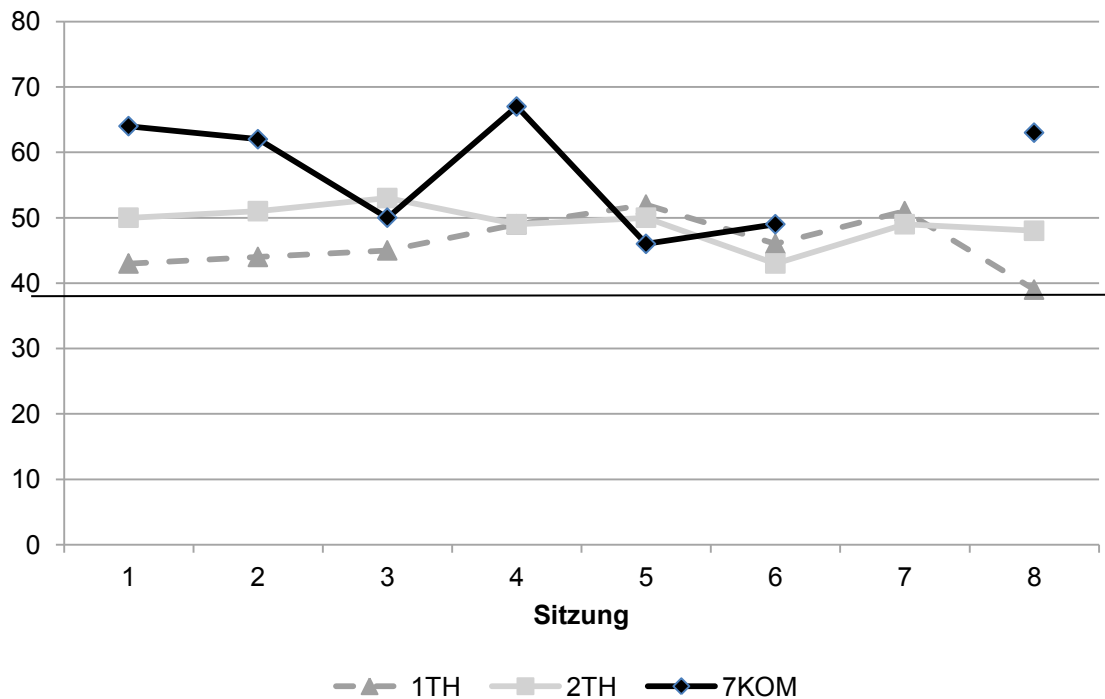


Abbildung 7-39: Vergleich der Stundenbeurteilung des Therapeuten der Therapien 1TH, 2TH und 7KOM

Ein Vergleich der Personenbeurteilung von 7KOM erfolgt wiederum wie in den vorherigen Einzelfallanalysen nur mit 2TH. Hier ergeben sich Unterschiede, dass die Therapeutin in 7KOM als erfahrener als die Therapeutin in 2TH, Patientin P7 als sich weniger öffnend als P2 eingeschätzt wird (siehe Tabelle 7-15).

Tabelle 7-15: Personenbeurteilung der Therapien 2TH und 7KOM

		2TH		7KOM		<i>p</i>
		<i>MW</i>	<i>SD</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>	
Bewertung Therapeut durch Patient	Sympathie/Interesse am Patienten	3.91	0.06	3.93	0.15	.232
	Erfahrung/Kompetenz	3.57	0.16	3.95	0.13	.001
	Direktivität	3.84	0.12	3.81	0.29	.536
Bewertung Patient durch Therapeut	Sympathie	2.83	0.10	2.76	0.31	.779
	Selbstöffnung	2.32	0.15	1.94	0.17	.001
	Mitarbeit	2.19	0.12	2.60	0.71	.152

### 7.7.3 Verhaltensweisen

Auch in diesem Vergleich sind weiterhin Unterschiede in den Auftretenswahrscheinlichkeiten der einzelnen Verhaltensweisen von Interesse. Diese treten in drei Dimensionen auf: In 7KOM tritt signifikant mehr Einfühlung auf als in 1TH ( $p = .005$ ) und 2TH ( $p = .018$ ). Weiterhin verwendet die Therapeutin in 7KOM deutlich weniger Exploration als in beiden Therapien (1TH:  $p = .018$  und 2TH:  $p = .003$ ), der Unterschied beträgt sogar mehr als 10 %. Darüber hinaus tritt signifikant mehr Klassifikation auf als in 1TH ( $p = .005$ ) (siehe Abbildung 7-40).

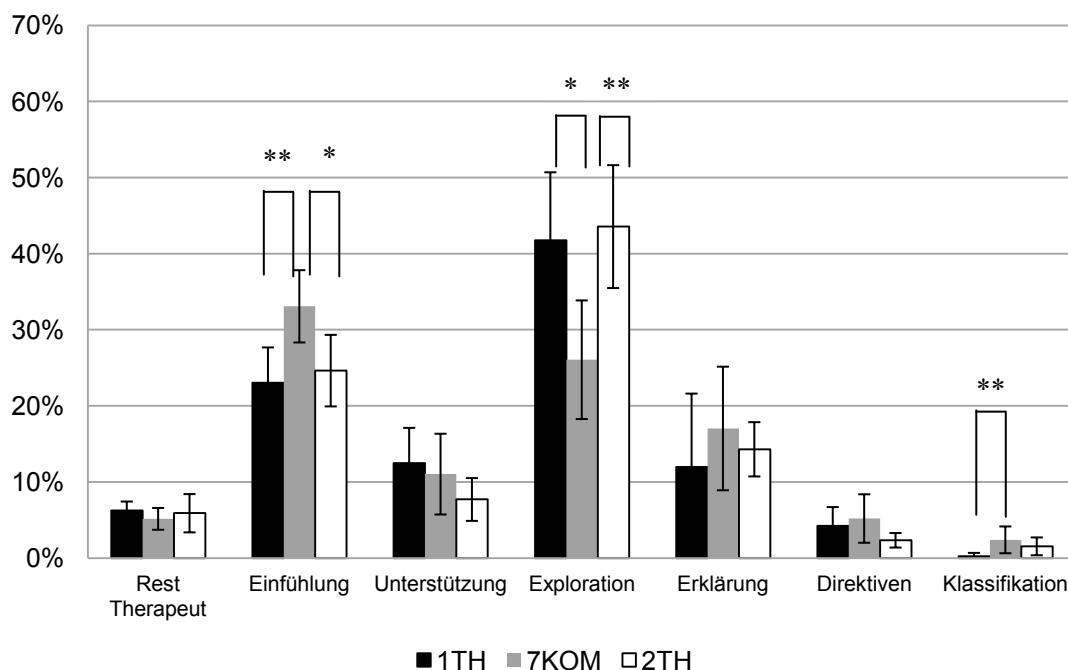


Abbildung 7-40: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Therapeuten in den Therapien 1TH, 2TH und 7KOM

Anmerkung: \* bedeutet signifikant auf 5 %-Niveau, \*\* bedeutet signifikant auf 1 %-Niveau.

Auch beim Vergleich der Verhaltensweisen des Patienten zeigen sich einige Unterschiede: Im Vergleich zu P2 äußert P7 signifikant mehr Emotionale Öffnung ( $p = .030$ ) und weniger Problembeschreibung ( $p = .018$ ), im Vergleich zu P1 weniger Einfache Antworten ( $p = .048$ ) und mehr Klärung ( $p = .030$ ). Problembeschreibung und Einfache Antworten gemeinsam umfassen 72,4 % aller Äußerungen (siehe Abbildung 7-41).

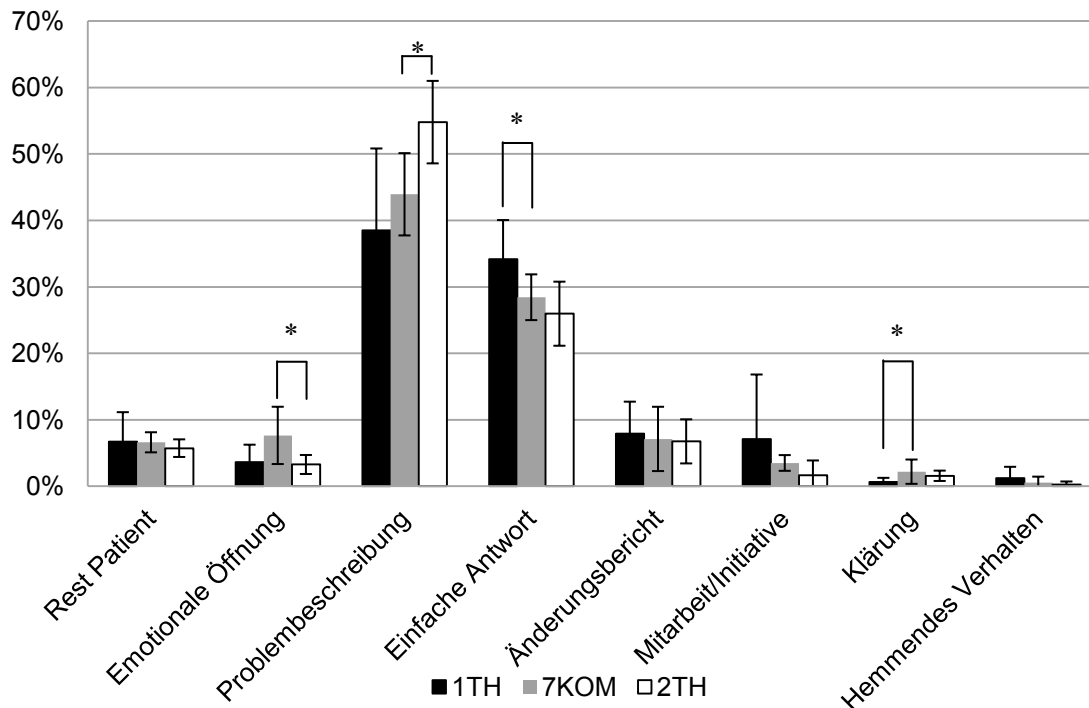


Abbildung 7-41: Vergleich der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimensionen beim Patienten in den Therapien 1TH, 2TH und 7KOM

#### 7.7.4 Gegenseitige Gesprächssteuerung

##### 7KOM

Bei der Analyse der gegenseitigen Gesprächssteuerung soll wiederum zuerst die Interaktion von 7KOM beschrieben werden, bevor diese mit allen anderen Therapien, insbesondere aber 1TH und 2TH, verglichen wird und abschließend die Auswertung der Kooperationssequenz folgt.

Insgesamt wurden 541 Übergänge von Therapeut auf Patient und 526 von Patient auf Therapeut berechnet. Aufgrund der zu niedrigen Auftretenshäufigkeit konnte für die Dimensionen Klassifikation auf Seiten des Therapeuten und Mitarbeit/Initiative, Klärung sowie Hemmendes Verhalten des Patienten keine Übergangswahrscheinlichkeiten berechnet werden.

Mit Beginn Therapeut wurden dabei folgende überzufällig häufige Übergänge gefunden (siehe Abbildung 7-42): Auf Restkategorie des Therapeuten folgen signifikant häufiger Änderungsberichte ( $z = 5.68$ ). Auf Einfühlung reagiert der Patient überzufällig häufig mit Problembeschreibung ( $z = 3.63$ ) sowie seltener mit Restkategorie des Patienten ( $z = -2.96$ ). Der Zusammenhang zwischen

Unterstützung des Therapeuten und Emotionaler Öffnung ist signifikant erhöht ( $z = 3.64$ ) sowie zu Einfachen Antworten signifikant erniedrigt ( $z = -2.60$ ). Auf Erklärung ist die Wahrscheinlichkeit von Restkategorie des Patienten erhöht ( $z = 4.50$ ). Weiterhin ist die Wahrscheinlichkeit von Einfachen Antworten erhöht ( $z = 3.57$ ) und von Problembeschreibung erniedrigt ( $z = -2.87$ ).

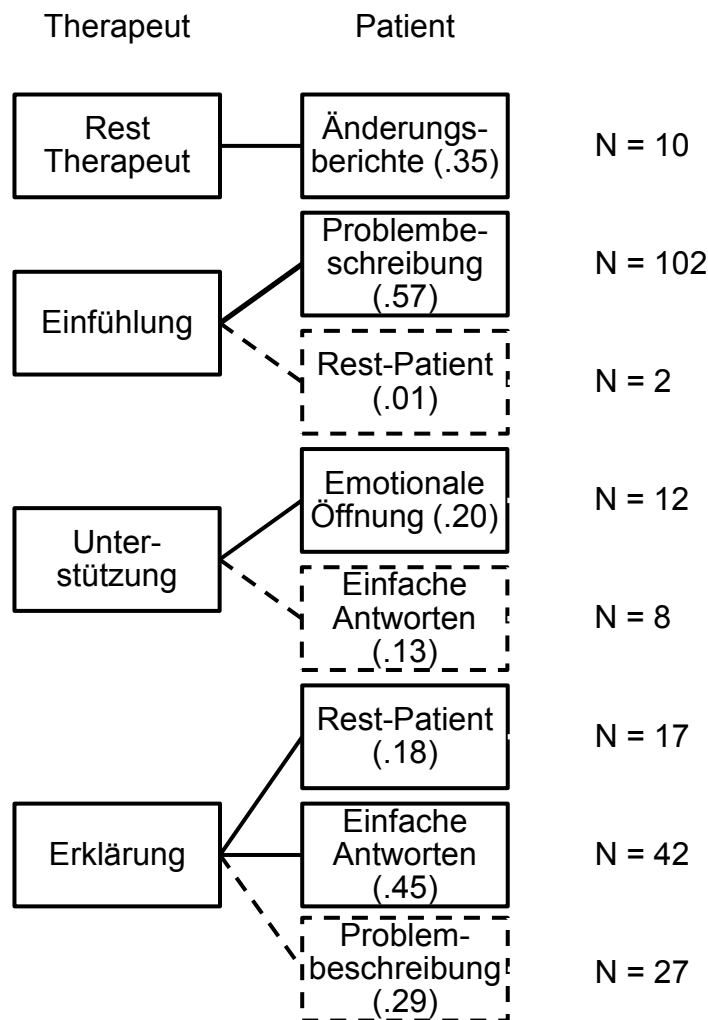


Abbildung 7-42: Übergänge erster Ordnung ausgehend von der Äußerung des Therapeuten bei Therapie 7KOM

(Anmerkung: Durchgestrichene Linie bedeutet überzufällig wahrscheinliche, gestrichelte Linie unterzufällig wahrscheinliche Zusammenhänge. In Klammern stehen die Übergangswahrscheinlichkeiten.)

Bei der Berechnung mit Beginn des Patienten wurden wiederum folgende überzufällig häufige Übergänge gefunden (siehe Abbildung 7-43): Auf Rest des Patienten folgt überzufällig häufig Erklärung ( $z = 3.12$ ). Auf Änderungsberichte wiederum folgt signifikant häufiger Unterstützung ( $z = 2.99$ ).

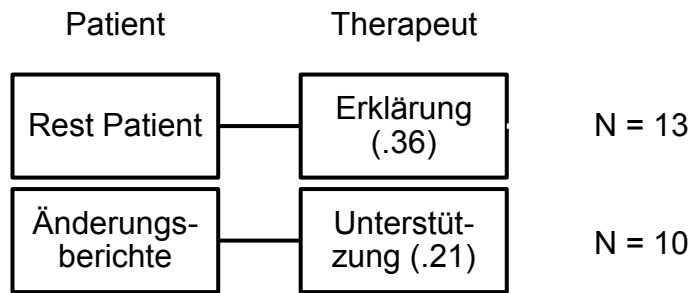


Abbildung 7-43: Übergänge erster Ordnung ausgehend von der Äußerung des Patienten bei Therapie 7KOM

(Anmerkung: Durchgestrichene Linie bedeutet überzufällig wahrscheinliche, gestrichelte Linie unterzufällig wahrscheinliche Zusammenhänge. In Klammern stehen die Übergangswahrscheinlichkeiten.)

### Vergleich

Beim Vergleich finden sich zahlreiche Gemeinsamkeiten: Beginnend mit der Äußerung des Therapeuten findet sich in 7KOM wie in 4AG eine überzufällige Kontingenz von Restkategorie des Therapeuten und Änderungsberichten. Wie in 3TH und 5PDA folgt nach Einfühlung überzufällig häufig Problembeschreibung, wie in 1TH und 2TH folgt seltener Restkategorie des Patienten. Wie in 1TH, 2TH, 3TH, 4AG und 5PDA reagiert die Patientin auf Unterstützung signifikant seltener mit Einfachen Antworten und wie in 1TH und 4AG signifikant häufiger mit Emotionaler Öffnung. Wie in 4AG und 6ABB folgt auf Erklärung signifikant häufiger Einfache Antworten und wie in 1TH, 3TH, 4AG, 5PDA und 6ABB seltener Problembeschreibung, wie in 1TH und 2TH signifikant häufiger Restkategorie des Patienten.

Beginnend mit der Äußerung des Patienten tritt wie in 1TH, 2TH, 3TH und 5PDA nach Restkategorie des Patienten überzufällig häufig Erklärung auf und wie in 2TH, 3TH, 4AG und 6ABB nach Änderungsberichten Unterstützung.

### Kooperationssequenz

Beim Vergleich der Kooperationssequenz zeigt sich eine vergleichbare Länge der Kette bei 7KOM wie bei 1TH und 2TH. Während bei den ersten vier Elementen die kontingente Reaktion mit vergleichbarer Wahrscheinlichkeit bei 7KOM wie bei 1TH und 2TH geschieht, steigt anschließend die

Wahrscheinlichkeit dass die Patientin mit Initiative/Kooperation und die Therapeutin mit Einfühlung/Unterstützung reagieren (siehe Abbildung 7-44). Bei der Betrachtung muss beachtet werden, dass eine einzelne Interaktionskette vier Einheiten länger war; da es sich hierbei aber um eine einzelne Interaktion im Rahmen der gesamten beobachteten Zeiträume handelt, ist diese als nicht charakteristisch für die gesamte Interaktion anzusehen und wird nicht dargestellt.

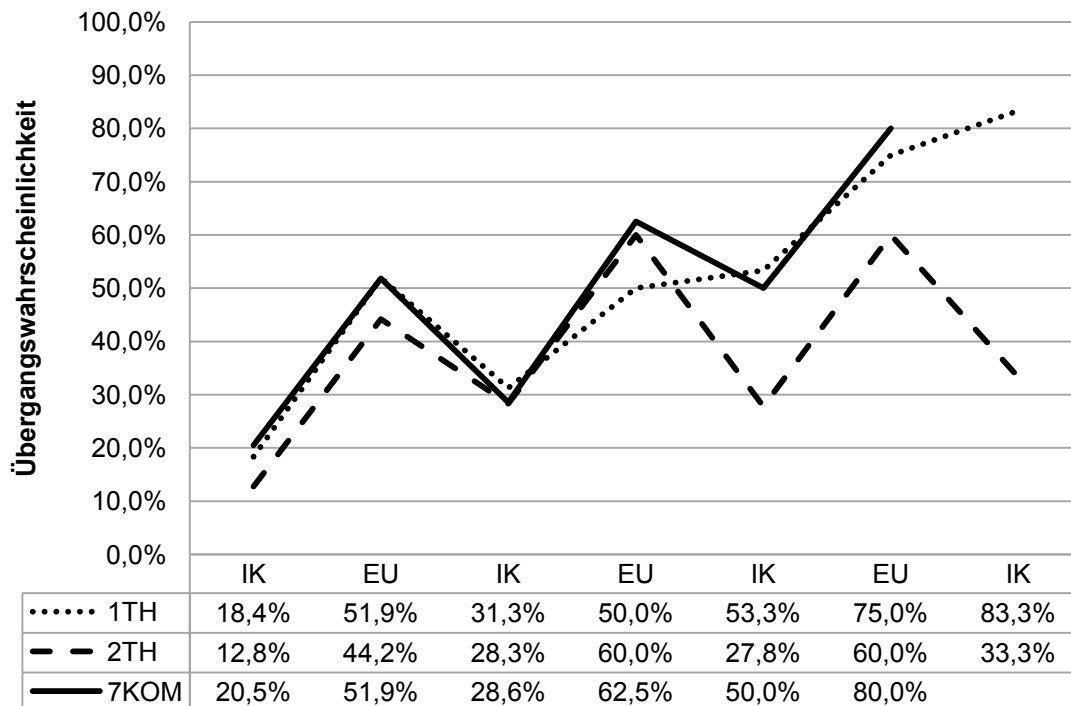


Abbildung 7-44: Vergleich der Kooperationssequenz der Therapien 1TH, 2TH und 7KOM

EU bedeutet Einfühlung/Unterstützung, IK bedeutet Initiative/Kooperation

### 7.7.5 Diskussion und Zusammenfassung

Zuerst sollen wiederum die subjektiven Daten diskutiert werden. Hierbei zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Therapien 1TH, 2TH und 7KOM in der Stundenbeurteilung des Therapeuten, obwohl es sich bei allen dreien um teilweise erfolgreiche Therapien handelt. Dies spricht gegen *Hypothese 1*. Auch der signifikante Unterschied zwischen 1TH und 7KOM in der Bewertung des Therapeuten spricht gegen *Hypothese 2*. Beim Vergleich der Personenbeurteilung ergeben sich erwartungsgemäß nur wenige Unterschiede; die Therapeutin in 7KOM wird im Gegensatz zu *Hypothese 3* als kompetenter

angesehen als die Therapeutin in 2TH. Die fehlenden Unterschiede in den Skalen „Sympathie“ und „Direktivität“ wiederum sprechen für die *Hypothesen 3 und 5*. Bei der Bewertung des Patienten wird P7 als sich weniger öffnend, aber gleich sympathisch und mitarbeitend eingeschätzt, was als Bestätigung für *Hypothese 4* gewertet wird, bei *Hypothese 6* ergibt sich somit ein gemischtes Bild.

Bei der Betrachtung der Verhaltensweisen des Therapeuten finden sich entsprechend *Hypothese 7 und 8* keine signifikanten Unterschiede im Auftreten von Unterstützung und Direktiven. Die Therapeutin verwendet in 7KOM mehr Einfühlung (33.09 %) und weniger Exploration (26.07 %) im Vergleich zu 1TH (EF: 23.03 %; EX: 41.77 %) und 2TH (EF: 24.64 %; EX: 43.57 %), die Unterschiede sind dabei deutlich. Für diese beiden Dimensionen ergibt sich kein klarer Zusammenhang mit dem Therapieerfolg in bisherigen Studien (Schindler, 1987; Kaimer et al., 1989; Brandl, 2005). Hierbei könnte es sich wiederum um unterschiedliche Interaktionsmuster der Therapeuten handeln; das Ziel, die therapeutische Beziehung aufzubauen, könnte entweder durch Einfühlung in die subjektive Sicht des Patienten oder durch intensive Exploration durch die Therapeuten beabsichtigt werden. Der Unterschied der höheren Klassifikation bei 7KOM (2.40 %) im Vergleich zu 1TH (0.24 %) wird aufgrund der geringen Differenz nicht interpretiert.

Beim Vergleich der Verhaltensweisen des Patienten treten weniger Einfache Antworten bei 7KOM (28.44 %) als bei 1TH (34.19 %) auf, zu 2TH findet sich kein Unterschied. Dies ist überraschend, da das vermehrte Auftreten von Einfachen Antworten eher für höheren Therapieerfolg sprechen würde, jedoch beide Therapien teilweise erfolgreich wurden. Scheinbar ist Patientin P1 weniger aktiv als P2 und P7. Aufgrund der geringen Unterschiede kann keine klare Aussage zu *Hypothese 9* gemacht werden. Wie in den *Hypothesen 10 und 11* angenommen finden sich keine Unterschiede in Mitarbeit/Initiative und Änderungsberichten sowie hemmendem Verhalten. Zu 2TH (54.78 %) findet sich in 7KOM (43.93 %) der schon in anderen Therapien gefundene signifikante Unterschied im geringeren Anteil von Problembeschreibung, der vermutlich entgegen *Hypothese 12* ein Kennzeichen von 2TH ist. Patientin P7 zeigt weiterhin entgegen *Hypothese 12* mehr Emotionale Öffnung (7.65 %) als 2TH

(3.27 %). Weiterhin wird das vermehrte Auftreten von Klärung (2.19 %) als 1TH (1.57 %) aufgrund der geringen Unterschiede nicht interpretiert.

Bei der Betrachtung der gegenseitigen Interaktion zeigt sich, dass wie in Therapie 2TH Änderungsberichte kontingent mit Unterstützung verstärkt wird, in 1TH findet sich dieses Interaktionsmuster allerdings nicht. Da diese wechselseitige Interaktion allerdings auch bei den erfolgreichen Therapien 3TH und 4AG sowie dem Therapieabbruch 6ABB gefunden wurden, ist entgegen *Hypothese 13* derzeit nicht von einem kausalen Einfluss auf den Therapieerfolg auszugehen. Aufgrund der niedrigen Auftretenswahrscheinlichkeit von Hemmendem Verhalten konnten keine Übergangswahrscheinlichkeiten auf diese Kategorie beobachtet werden, weshalb zu den *Hypothesen 14 und 15* keine Aussagen gemacht werden können. Entsprechend *Hypothese 16* findet sich kein Unterschied in der Länge der Kooperationssequenz.

Bei der explorativen Betrachtung der wechselseitigen Interaktion findet sich die Kontingenz von Problembeschreibung nach Einfühlung in 7KOM ebenso wie in den Therapien 3TH und 5PDA, hier scheint es sich um eine generelle Interaktionsstrategie zu handeln: Die Patientin beschreibt scheinbar bei Einfühlung ihre Probleme genauer. Die überzufällige Kontingenz von Restkategorie des Therapeuten und Änderungsberichte, die nach Brandl (2005) eher für niedrigen Therapieerfolg spricht und sich ebenso in 4AG findet, geht ebenso wie in 4AG in allen 10 Übergängen auf die Kategorie Zuhören zurück, die aus technischen Gründen bei einem Wechsel der Kategorie eingefügt wird. Wie in 4AG und 6ABB scheint Erklärung eher kurze Antworten und weniger klärende Äußerungen, wie in 3TH und 5PDA hervorzurufen. Weiterhin scheinen verstärkende Äußerungen eher Emotionale Öffnung hervorzurufen, was ebenfalls im Sinne einer generellen gegenseitigen Interaktionsstrategie zu sehen ist. Insgesamt muss beachtet werden, dass aufgrund des geringeren Materials (nur 5 Videos vorhanden) weniger signifikante Übergänge bei den vorliegenden Voraussetzungen beobachtet werden konnten.

Zusammenfassend finden sich entsprechend der Erwartung in vielen wesentlichen Bereichen keine Unterschiede (Unterstützung und Direktiven des Therapeuten, keine Unterschiede in Mitarbeit/Initiative, Änderungsberichten und hemmendem Verhalten, gleiche Länge der Kooperationssequenz). Entgegen

der Erwartung unterscheiden sich die Therapien hingegen insbesondere in der Stundenbeurteilung von Therapeut und Patient und in geringem Umfang im Verhalten der Patientin. Insgesamt ergeben sich also mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede zwischen den Therapien bei vergleichbarem Therapieerfolg, was die Annahme von Ähnlichkeiten in der Interaktion bestätigt. Die Therapeutin verwendet bei 7KOM mehr Einfühlung und weniger Exploration, was vermutlich mit unterschiedlichen Verhaltensmustern und nicht dem Therapieerfolg zusammenhängt. Als allgemeine Interaktionsmuster konnte wiederum die Verstärkung von Änderungsberichten, die Problembeschreibung nach Einfühlung der Therapeutin, kurze Antworten nach Erklärungen und nach verstärkenden Äußerungen Emotionale Öffnung identifiziert werden.

Nach der Darstellung der Ergebnisse zum Therapieerfolg sowie der Einzelfallanalysen soll in einem nächsten Schritt eine abschließende Diskussion folgen.

## 8. Diskussion

Bei der Diskussion sollen zunächst die Ergebnisse der vorliegenden Studie zusammenfassend eingeordnet werden, bevor das methodische Vorgehen abschließend beurteilt wird und sich Empfehlungen für zukünftige Forschung anschließen.

### 8.1 Diskussion der Ergebnisse

Bei der Diskussion der Ergebnisse soll zunächst die Güte der Beobachterübereinstimmung sowie der Erfolg der untersuchten Therapien zusammenfassend eingeordnet werden, anschließend wird in einem abschließenden Resümee über die Hypothesen der vorliegenden Arbeit entschieden.

#### 8.1.1 Diskussion der Güte der Beobachterübereinstimmung

In der vorliegenden Arbeit wurden 11 der insgesamt 49 vorliegenden Sitzungen zum Test der Beobachterübereinstimmung von mehreren Beobachtern kodiert. Hierbei wurden Kappa-Koeffizienten für jede der 11 Sitzungen nach Therapeuten- und Patientenkategorien getrennt berechnet. Für die Therapeutenkategorien wird ein mittlerer Wert von  $\kappa = .71$  über alle drei Beobachter berechnet, die Ergebnisse der einzelnen Sitzungen liegen in einem Bereich zwischen  $\kappa = .54$  und  $\kappa = .88$  (siehe Anhang D). Bei den Patientenkategorien ergibt sich ein mittlerer Wert von  $\kappa = .72$ , die Werte liegen in einem Bereich von  $\kappa = .53$  und  $\kappa = .85$ . Zusammenfassend wurde das Kriterium nach Hill und Lambert (2004) erreicht, dass alle Beobachter mindestens eine Beobachterübereinstimmung von  $\kappa = .70$  erzielen. Insgesamt sind diese Ergebnisse als zufriedenstellend einzuschätzen. Weiterhin decken sie sich mit dem Bericht von Faßnacht (1995), dass Objektivitätsmaße bei systematischer Verhaltensbeobachtung im Bereich von .50 und maximal .80 liegen.

Weiterhin sollen die Ergebnisse mit bisher berichteten Übereinstimmungsmaßen zum CIP verglichen werden. In der Studie von Kaimer et al. (1989) lag die Beobachterübereinstimmung bei  $\kappa = .69$  für die Therapeuten- und  $\kappa = .74$  für die Patientenkategorien. Hierfür wurden aus jeder der beiden Therapien zwei Sitzungen (von insgesamt 8 bzw. 11 Sitzungen) zur Berechnung der

Beobachterübereinstimmung herangezogen. In der Studie von Schindler (1991) wurden 44 von 407 Tonbändern zur Überprüfung der Beobachterübereinstimmung ausgewählt (10,8 % der Sitzungen). Hierbei ergab sich ein mittlerer Kappa-Koeffizient von  $\kappa = .75$  für die Therapeutenkategorien und von  $\kappa = .76$  für die Patientenkategorien. Schindler et al. (1989) berechneten Werte der Beobachterübereinstimmung von  $\kappa = .80$  für die Therapeutenkategorien und  $\kappa = .79$  für die Patientenkategorien bei einer Studie mit 64 standardisierten Erstgesprächen, von denen 10 Sitzungen von allen drei Ratern eingeschätzt wurden. Keijsers, et al. (1995) ließen 8 von 89 Tonbändern von allen fünf Ratern kodieren und berechneten eine Beobachterübereinstimmung von  $\kappa = .79$  für die Therapeutenkategorien und  $\kappa = .74$  für die Patientenkategorien. In einer Studie von Brandl und Kammer (1999) wurden in allen 6 Sitzungen durch einen zweiten Beobachter die ersten, mittleren und letzten 5 Minuten kodiert, dabei ergaben sich auf der Ebene der Einzelkategorien ein mittlerer Kappa-Koeffizient von  $\kappa = .74$  für die Therapeutenkategorien und für die Patientenkategorien ein Wert von  $\kappa = .76$ . Brandl (2005) berichtet von einer mittleren Interrater-Reliabilität von  $\kappa = .78$ , allerdings bezog er sowohl das CIP als auch ein von ihm neu entwickeltes Kategoriensystem, das M-CIP, in die Berechnung des Koeffizienten mit ein. Zur Justierung wurden nach allen fünf Bändern 30 Minuten eines Bandes aus der Reliabilitätsprüfung geratet und die Ergebnisse verglichen. Somit liegt die Streuung der Maße der Beobachterübereinstimmung in den einzelnen Studien zwischen  $\kappa = .69$  und  $\kappa = .80$  für die Therapeutenkategorien und zwischen  $\kappa = .74$  und  $\kappa = .79$  für die Patientenkategorien.

Somit liegen die in der vorliegenden Studie errechneten Werte für die Therapeutenkategorien mit  $\kappa = .71$  im unteren Bereich dessen, was in anderen Studien berichtet wurde. Bei den Patientenkategorien ist das Maß für die Beobachterübereinstimmung mit  $\kappa = .72$  sogar leicht unterhalb der berichteten Werte, was mit der geringeren Streuung der Übereinstimmungsmaße in bisherigen Studien zusammenhängt.

Dafür ergeben sich mehrere Gründe: Zur Berechnung der Beobachterübereinstimmung wurden in bisherigen Studien in der Regel standardisierte Erstgespräche (Schindler et al., 1989) oder ein standardisiertes Therapieprogramm herangezogen (Schindler, 1987 und 1991; Keijsers et al., 1995; Brandl & Kammer, 1999). Hierbei sind höhere Werte der Beobachter-

übereinstimmung zu erwarten, da bei standardisierten Therapieprogrammen erwartungsgemäß die Interaktion in bestimmten Bereichen festgelegt ist (z.B. Anteil von Exploration, Erklärung) und sich dadurch weniger Varianz ergibt, die zu Unstimmigkeiten zwischen den Beobachtern führen könnte. Passend hierzu wurden die niedrigsten Werte der Beobachterübereinstimmung in der Studie von Kaimer et al. (1989) erzielt, die ebenfalls eine nicht-standardisierte Therapie untersucht. Brandl (2005) untersuchte Therapien in der Routineversorgung, allerdings berichtet er nur von einem mittleren Koeffizienten, der über das CIP sowie ein von ihm selbst entwickeltes Kategoriensystem, das M-CIP, berechnet wurde, weswegen es schwierig ist, dieses Maß mit den in der Studie berechneten Werten zu vergleichen.

Weiterhin ist ein Einfluss der Datenquelle auf die Güte der Beobachterübereinstimmung zu vermuten. Hierbei wurden in bisherigen Therapien die Kodierungen anhand von Tonbändern ohne Transkript (Kaimer et al., 1989; Keijsers et al., 1995; Brandl, 2005), Tonbändern mit Transkript (Schindler et al., 1989; Schindler, 1991) und Videoaufnahmen ohne Transkript (Brandl & Kammer, 1999) vorgenommen. Die vorliegende Arbeit ist die erste Untersuchung, die Videoaufnahmen und Transkript kombiniert, was nach Hill und Lambert (2004) die Methode der Wahl ist. Insbesondere die Transkription der Therapie führt hierbei zu einem besonders genauen Vorgehen und somit einer höheren methodischen Qualität. Daraus resultieren allerdings niedrigere Werte der Beobachterübereinstimmung, da Unterschiede im Textbezug bei identischen Kodierungen als Fehler identifiziert werden können. Dies ist die Methode, durch die am meisten Nicht-Übereinstimmungen gefunden werden. Zum Einfluss von Video- gegenüber Audioaufnahmen auf die Reliabilität kann derzeit für das CIP noch keine Aussage gemacht werden da noch keine vergleichenden Studien durchgeführt wurden, nach Hill und Lambert (2004) ist jedoch ein Einfluss auf die Beobachterübereinstimmung zu erwarten.

Insgesamt sind also bei Therapien, die in einem natürlichen Setting unter nicht-standardisierten Bedingungen durchgeführt wurden, und bei Kombination von Videoaufnahmen mit Transkripten tendenziell niedrigere Werte zu erwarten, weshalb die beobachteten Werte als zufriedenstellend eingeordnet werden können.

### 8.1.2 Therapieerfolg

Neben der Interpretation der Beobachterübereinstimmung ist auch die Einordnung des Therapieerfolges der ausgewählten Therapien von Interesse. Die Frage der Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungen in der Praxis ist zwar bei Angststörungen schon recht gut abgesichert (z.B. Martinsen et al., 1998; Stuart et al., 2000; van Ingen et al., 2009; siehe Kapitel 3), die Wirksamkeit der Behandlung im Einzelfall in der Routineversorgung ist insbesondere angesichts der Unterschiede zwischen Einzelfall- und Gruppenforschung (siehe Kapitel 4.4) dennoch eine wichtige Fragestellung.

Bei Betrachtung des Therapieerfolges fällt zunächst auf, dass 3 Therapien erfolgreich abgeschlossen wurden (3TH, 4AG und 5PDA), in drei Therapien wurde ein teilweiser Therapieerfolg erreicht (1TH, 2TH und 7KOM). Bei einer Therapie wurde eine kurze Behandlung von 8 Sitzungen durchgeführt (3TH), drei Therapien wurden im Rahmen einer Kurzzeit-Therapie mit wenigen Sitzungen zur Nachbehandlung mit der Krankenkasse abgerechnet und nach Studienende abgeschlossen (4AG, 5PDA und 1TH), zwei Therapien wurden über diesen Zeitraum hinaus verlängert (2TH und 7KOM). Eine Behandlung wurde nach 2 Sitzungen abgebrochen (6ABB).

Die Patienten schätzen den Nutzen ihrer Therapie zwischen 80 % und 100 % ein, die Therapeuten wiederum bewerten den Therapieerfolg zwischen 40 % und 90 %. Mindestens ein Therapieziel wurde in allen Therapien erreicht, bei allen Therapien, die nicht vorzeitig abgebrochen wurden, wurde mindestens in einem Maß eine reliable Veränderung beobachtet (mit Ausnahme 3TH, wo die Ausgangswerte zu niedrig waren). Zusammenfassend ist dies als deutlicher Indikator für den Nutzen und die Effektivität der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung bei Panikstörung und Agoraphobie in der Praxis anzusehen.

Weiterhin ist auffällig, dass die Patienten in den drei erfolgreichen Therapien unter reinen Angststörungen ohne Komorbidität litten; bei den teilweise erfolgreichen Therapien lagen hingegen komorbide weitere Störungen vor (1TH und 7KOM) oder durch während der Therapie trat neu eine weitere Störung vor (2TH). Eine Therapie mit mehreren komorbiden Störungen wurde nach zwei Sitzungen abgebrochen (6ABB). In dieser Stichprobe scheint es also Anzeichen

dafür zu geben, dass bei Panikstörung und Agoraphobie Komorbidität eine verkomplizierende Bedingung darstellt.

Bisherige Befunde hierzu sind widersprüchlich: In einigen Studien wurde gefunden, dass komorbide Depression oder Persönlichkeitsstörung nicht mit einem geringeren Therapieerfolg verknüpft waren (Emmelkamp, 2004) und dass sich die Wirksamkeit der Behandlung zwischen Patienten mit reiner Panikstörung und Patienten mit komorbider Achse-I-Diagnose (insbesondere affektive Störungen und Störungen durch psychotrope Substanzen) nicht unterscheidet (Rathgeb-Fütsch, Kempter, Feil, Pollmacher & Schuld, 2011). Andere Untersuchungen berichten, dass Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie sowie einer komorbiden Persönlichkeitsstörung weniger von einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung profitieren als Patienten mit einer reinen Angststörung (Marchand, Goyer, Dupuis & Mainguy, 1998). In einer Studie von Chambless, Renneberg, Gracely, Goldstein und Fydrich (2000) führte Depression zu geringerer Reduktion der phobischen Symptomatik und Dysthymie sowie vermeidende Persönlichkeitsstörung zu einer geringeren Reduktion der Panikattacken. Auch bei Martinsen et al. (1998) führten Depressivität sowie schwere Persönlichkeitsstörungen oder Substanzmissbrauch zu höheren Dropout-Raten und niedrigerem Therapieerfolg.

Die vorliegende Studie bestätigt hierbei also die Befunde, dass komorbide Störungen zu einem geringeren Therapieerfolg führen.

Darüber hinaus ist interessant, die Gewichtung von Patienten mit reiner Panikstörung und Agoraphobie gegenüber Patienten mit zusätzlichen komorbiden Störungen in der alltäglichen Praxis einer Ambulanz zu betrachten. Zu Therapiebeginn litten drei von sieben Patienten noch unter komorbiden Störungen, dies sind 42.9 %, was im Einklang steht mit den in der Literatur berichteten hohen Komorbiditätsraten, z.B. Jacobi et al. (2004). Dies zeigt wiederum, wie wichtig es ist, dass Patienten mit Komorbiditäten nicht aus Studien ausgeschlossen werden, da sie einen erheblichen Teil der Angstpatienten in der klinischen Praxis ausmachen.

### 8.1.3 Prozessmaße und Entscheidung über Hypothesen

Nach der Diskussion des Therapieerfolges sollen die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit zum Therapieprozess und die Ergebnisse der Einzelfallanalysen in einer Zusammenfassung erörtert werden. Hierbei folgt zunächst eine Diskussion der in Kapitel 5 und 7.3 aufgestellten Hypothesen, woran sich ein Resümee der explorativen Befunde anschließt.

#### Subjektive Maße

Zunächst sollen die Ergebnisse der subjektiven Daten betrachtet werden. Insgesamt muss bei der Interpretation der subjektiven Daten beachtet werden, dass die Varianz der Daten nur eingeschränkt ist und es daher zu vielen signifikanten Ergebnissen kommen könnte; aus diesem Grund werden diese nur mit Vorsicht interpretiert.

Bei der Stundenbeurteilung des Patienten fällt bei der Betrachtung aller Ergebnisse auf, dass kein Zusammenhang zum Therapieerfolg besteht: Die Therapien 2TH, 3TH und 4AG unterscheiden sich nicht in der Stundenbeurteilung, hingegen fällt die Bewertung der Sitzungen durch P1 und P5 signifikant niedriger aus. P6 und P7 wiederum schätzen die Stunden höher als P1, aber niedriger als in P2 ein. Daher muss Hypothese 1, *dass die Stundenbeurteilung des Patienten in erfolgreichen Therapien höher ausfällt als in weniger erfolgreichen Therapien*, für die vorliegenden Einzelfallanalysen abgelehnt werden.

Dies ist insbesondere überraschend, da es hierfür schon positive Ergebnisse sowohl in einer Gruppenuntersuchung (Schindler, 1991) als auch in einer Einzelfallstudie (Schindler, 1987) gibt. Hierbei muss beachtet werden, dass Schindler (1987) zwei Extremfälle miteinander verglich, einen Abbruch nach sechs Stunden sowie eine Therapie, die „als beispielhaft gelten“ (Schindler, 1987) kann. Bei der Gruppenuntersuchung zeigte sich der signifikante Unterschied weiterhin, nachdem die Stichprobe anhand des Therapieerfolges (operationalisiert am Median) in zwei Gruppen geteilt wurde, es handelt sich also um einen Gruppeneffekt.

Zusammenfassend ist es daher möglich, dass es sich um einen Effekt handelt, der sich bei deutlichen Unterschieden zeigt (z.B. in Gruppenvergleichen oder bei entsprechend ausgewählten Extremfällen); in der vorliegenden Arbeit waren die Therapien eventuell zu wenig unterschiedlich als dass sich der erwartete Effekt gezeigt hätte. Weiterhin wäre es möglich, dass die Stundenbeurteilung des Patienten einen anfänglichen Profit aus der Therapie abbildet, was zu dem allgemeinen Bild der Einzelfallanalysen passt; bei Panikstörung und Agoraphobie passieren jedoch möglicherweise in späteren Therapiephasen wichtige Prozesse (z.B. bei Konfrontation mit der gefürchteten Situation), weshalb kein linearer Zusammenhang besteht zwischen dem anfänglichen Profit aus der Therapie und dem Therapieerfolg.

Beim Vergleich der Stundenbeurteilung des Therapeuten zeigt sich kein Unterschied beim Vergleich der drei Therapien 1TH, 2TH und 3TH des gleichen Therapeuten; beim Vergleich der Bewertung unterschiedlicher Therapeuten hingegen treten zum Teil signifikante Unterschiede auf (zwischen 4AG und 2TH bzw. 3TH, zwischen 5PDA und 2TH, zwischen 7KOM und 1TH). Daher ist zu vermuten, dass bei der Bewertung der Sitzungen von den verschiedenen Therapeuten unterschiedliche Maßstäbe angelegt werden. Bei Schindler (1987) wurden zwei Therapien des gleichen Therapeuten verglichen; beim Gruppenvergleich (Schindler, 1991) wiederum handelte es sich um 8 Therapeuten bei 31 Patienten, weiterhin kann hier ein Einfluss der größeren Stichprobenzahl vermutet werden. Hypothese 2, *dass sich keine Unterschiede in den Bewertungen der Stunde durch den Therapeuten finden*, muss allgemein abgelehnt werden; vermutlich kann sie jedoch bei der Anwendung auf mehrere Therapien des gleichen Therapeuten ihre Gültigkeit behalten.

Bei der Personenbeurteilung des Therapeuten durch den Patienten in den Skalen „Sympathie“ und „Kompetenz“ fällt auf, dass Therapeutin T2 (Therapie 4AG) und Therapeut T3 (5PDA) als weniger sympathisch als Therapeutin T1 (2TH und 3TH) eingeschätzt wird. Weiterhin wird Therapeut T4 (6ABB) als weniger kompetent, Therapeutin T5 (7KOM) hingegen als kompetenter als Therapeutin T1 eingeschätzt. Therapeut T3 (5PDA) wiederum wird als weniger kompetent als die Therapeutinnen T1 und T2 bewertet. Insgesamt zeigt dieses Bild keinerlei Zusammenhang mit dem Therapieerfolg, weswegen Hypothese 3, *dass die Patienten den Therapeuten in den erfolgreichen Therapien als*

*sympathischer und kompetenter einschätzen*, zusammenfassend abgelehnt werden muss.

Mögliche Gründe hierfür wären, dass sich die beschriebenen Effekte wiederum bei Extremfällen (Kaimer et al., 1989) oder Gruppenvergleichen (Schindler, 1991) zeigen. Beim Vergleich im Einzelfall scheint die Person des Therapeuten einen stärkeren Einfluss auf die Bewertung zu haben. Weiterhin werden bei der Einschätzung der „Sympathie“ des Therapeuten durch den Patienten möglicherweise Kriterien ähnlich der Bewertung von zwischenmenschlichen Beziehungen im Alltag herangezogen. Diese stehen bei einer Panikstörung und Agoraphobie weniger im Zusammenhang mit dem Therapieerfolg (Ramnerö & Öst, 2007), z.B. können Verhaltensweisen, die zur Motivation der Durchführung einer Konfrontation führen, den Therapeuten zu Beginn weniger sympathisch erscheinen lassen.

Wird wiederum die Personenbeurteilung des Patienten durch den Therapeuten betrachtet, fällt auf, dass Patient P2 als weniger sympathisch eingeschätzt wird als die Patienten P3, P4 und P5 sowie gleich sympathisch wie P7, was den Erwartungen entsprechend des Therapieerfolges entspricht. P4 und P5 hingegen werden als nicht voneinander unterschiedlich, aber als sympathischer als P3 eingeschätzt, weiterhin wird P6 als sympathischer bewertet als P2. Auch zwischen P1 und P2 zeigte sich entgegen der Erwartungen ein signifikanter Unterschied in der Richtung, dass P2 als sympathischer eingeschätzt wird. Bei der Interpretation der Effekte kann weder der Therapieerfolg noch ein frühzeitiger Profit durch die Therapie als Erklärung herangezogen werden. Von daher könnten auch hierbei Kriterien für andere zwischenmenschliche Beziehungen als Erklärung für die Einschätzung des Therapeuten herangezogen werden; die vermuteten Effekte könnten sich wiederum nur bei Extremfällen (Kaimer et al., 1989) oder im Gruppenvergleich (Schindler, 1991) zeigen. Hypothese 4, dass die Therapeuten Patienten in erfolgreichen Therapien als sympathischer einschätzen, muss daher für die vorliegende Arbeit abgelehnt werden.

Entsprechend Hypothese 5 werden die Therapeuten der erfolgreichen Therapien 3TH, 4AG und 5PDA als signifikant weniger direktiv eingeschätzt als der Therapeut in der weniger erfolgreichen Therapie 2TH. Sowohl zwischen

den erfolgreichen Therapien 3TH, 4AG und 5PDA als auch den beiden weniger erfolgreichen Therapien 2TH und 7KOM ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Einzig der Therapeut in Therapie 6ABB wird als weniger direktiv eingeschätzt als in 2TH. Hier wurde allerdings aufgrund der geringen Datenlage (nur 2 Sitzungen) keine signifikanzstatistische Auswertung durchgeführt, weiterhin ist fraglich ob auf der Basis von 2 Sitzungen die gleichen Aussagen gemacht werden können wie bei den anderen Einzelfallvergleichen auf der Grundlage von 8 Sitzungen. Zusammenfassend scheint sich ein Trend zu zeigen, dass entsprechend Hypothese 5 *die Patienten den Therapeuten in den erfolgreichen Therapien als weniger direktiv einschätzen.*

In der Anfangsphase der Therapie scheint also bei Panikstörung und Agoraphobie ein nondirektives Vorgehen hilfreich zu sein, entsprechend der Annahmen von Keijsers et al. (1995). Dies zeigt sich z.B. darin, dass der Patient nicht „überredet“ wird oder Übungen direktiv verordnet werden, sondern sich diese aus dem Erklärungsmodell ergeben (Margraf & Schneider, 1992). In späteren Phasen, insbesondere während der Reizkonfrontation, ist vermutlich ein anderes Vorgehen hilfreich (Zimmer, 1983; detailliertere Ausführungen siehe Teil 3.5). Hierzu kann auf der Grundlage dieser Studie jedoch keine Aussage gemacht werden. Natürlich muss einschränkend beachtet werden, dass die Einzelfallvergleiche primär zu Therapie 2TH erfolgten; daher sind zur Bestätigung dieser Annahme weitere Untersuchungen notwendig.

Bei der Beurteilung des Patienten durch den Therapeuten wiederum zeigen sich bei der Skala „Selbstöffnung“ signifikante Unterschiede zwischen fast allen Therapien, hier ergibt sich eine Abstufung in der Reihenfolge  $P7 < P1/P2 < P3/P6 < P5 < P4$  hinsichtlich der Mittelwerte. Bei der Skala „Mitarbeit“ hingegen unterscheidet sich Therapie 2TH signifikant von den erfolgreichen Behandlungen 3TH, 4AG und 5PDA, wobei P3 wiederum als weniger mitarbeitend eingeschätzt wird als P4 und P5. Weiterhin werden P1 und P2 sowie P2 und P7 durch den Therapeuten nicht unterschiedlich bewertet wobei P6 entgegen der Erwartung in der „Mitarbeit“ höher eingeschätzt wird als P2. Insgesamt ist dabei wieder der Trend zu sehen, dass mit Ausnahme des „Ausreißers“ der Therapie 6ABB weniger erfolgreiche Therapien in „Selbstöffnung“ und „Mitarbeit“ niedriger eingeschätzt werden als Therapien mit größerem Erfolg. Hier sind aufgrund der fehlenden signifikanzstatistischen

Überprüfung der Werte sowie der Tatsache, dass es sich nur um zwei beobachtete Sitzungen handelt, die Daten zu Therapie 6ABB weniger zu gewichten als die anderen Ergebnisse. Daher scheint es Hinweise zu geben, dass entsprechend Hypothese 6 der Therapeut den Patienten in den erfolgreichen Therapien höher in „Mitarbeit“ und „Selbstöffnung“ einschätzt als in weniger erfolgreichen Therapien.

Hierin könnte ein Grund des höheren Therapieerfolges liegen; diese Ergebnisse bestätigen vorherige Befunde, dass aktive Teilnahme und Zielorientierung bei Panikstörung und Agoraphobie in einem größeren Zusammenhang zum Therapieerfolg stehen als die therapeutische Beziehung (Ramnerö & Öst, 2007), was sich in dieser Studie in dem Unterschied zwischen den Skalen „Sympathie“ ausdrückt, die eher die Einschätzung der Beziehung verkörpert, und „Mitarbeit“ und „Selbstöffnung“, die eher die aktive Teilnahme messen. Natürlich muss auch hier wieder beachtet werden, dass Therapeuten möglicherweise bei frühen Therapieerfolgen die Patienten positiver einschätzen.

Insgesamt wurden damit die Hypothesen bestätigt, die spezifisch für das Störungsbild aufgestellt wurden, was wiederum den Nutzen eines störungsspezifischen Vorgehens bestätigt.

#### Verhaltensweisen von Patient und Therapeut

Nach der Interpretation der subjektiven Daten soll sich die Diskussion der relativen Auftretenshäufigkeit der Verhaltensweisen von Therapeut und Patient anschließen. Bei den Verhaltensweisen des Therapeuten findet sich entgegen Hypothese 7 nicht der vermutete Unterschied, dass mehr Unterstützung mit höherem Therapieerfolg verknüpft ist und dies, obwohl sich dieser Effekt bisher durchgängig sowohl in Gruppen- als auch in Einzelfallanalysen zeigte (siehe Kaimer et al., 1989; Schindler, 1987 und 1991; Brandl, 2005). In den Therapien 4AG und 6ABB verwenden die Therapeuten deutlich mehr Unterstützung (bis zu 15 % bzw. 20 % mehr Unterstützung) als in den anderen Therapien, was insbesondere verwundert, da es sich bei 4AG um eine erfolgreiche Therapie, bei 6ABB allerdings um einen Therapieabbruch handelt. Entgegen Hypothese 7

*tritt also nicht mehr Unterstützung durch den Therapeuten in erfolgreichen Therapien auf als in weniger erfolgreichen Therapien.*

Als Grund hierfür könnte einerseits vermutet werden, dass es sich bei Unterstützung um ein Basisverhalten handelt, bei dem ein gewisses Minimum für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung notwendig ist, aber mit einem höheren Ausmaß über dieses Minimum hinaus kein zusätzlicher Nutzen mehr einhergeht. Dies ist insbesondere wichtig, da gerade Minimale Unterstützung in vielen Therapien eine sehr häufige Verhaltensweise darstellte. Weiterhin könnte die Kontingenz von verstärkenden Verhaltensweisen wichtiger sein als die reine Häufigkeit des Auftretens, was die Bedeutung der gegenseitigen Gesprächssteuerung verdeutlicht. Andererseits könnte auch die Bedeutung von Unterstützung spezifisch bei Panikstörung und Agoraphobie niedriger sein als bei anderen Störungsbildern. Von der Autorin wird dabei v.a. von der Bedeutung des kontingenten Einsatzes von Unterstützung ausgegangen sowie von dem Grundniveau an Unterstützung, das notwendig ist, da es aktuell keinerlei Hinweise darauf gibt, dass Unterstützung bei der Therapie der Panikstörung und Agoraphobie tatsächlich weniger bedeutsam ist. Für weitere Schlussfolgerungen sind jedoch weitere Untersuchungen notwendig.

Weiterhin wurde entsprechend der Annahme eines Nutzens des nondirektiven Vorgehens nach Keijsers et al. (1995) in Hypothese 8 vermutet, *dass in erfolgreichen Therapien die Häufigkeit von Direktiven durch den Therapeuten niedrig ist und Therapien mit einem hohen Anteil an Direktiven weniger erfolgreich sind.* Hierbei werden in mehreren Einzelfallanalysen signifikante Effekte in entgegengesetzter Richtung gefunden: In den Therapien 3TH, 4AG und 5PDA werden durch den Therapeuten mehr Direktiven eingesetzt als in 2TH. 1TH und 7KOM wiederum unterscheiden sich nicht signifikant von 2TH. Insgesamt zeigt sich ein Trend, dass in erfolgreichen Therapien mehr Direktiven verwendet wurden, obwohl der Therapeut als weniger direktiv wahrgenommen wird. Hypothese 8 muss also zusammenfassend abgelehnt werden. Dies ist überraschend, da es genau entgegengesetzt zu den Befunden von Keijsers et al. (1995) ist. Bei der Interpretation dieses Effektes muss die insgesamt niedrige Auftretenswahrscheinlichkeit der Dimension Direktiven beachtet werden (zwischen 2.34 % und 6.47 %), die etwas niedriger ist als der Anteil bei Keijsers et al. (1993; zwischen 3 % und 11%). Weiterhin korrelierten diese Autoren den

Anteil an Direktiven mit verschiedenen Erfolgsmaßen, während in der vorliegenden Arbeit der individuelle Therapieerfolg bestimmt wurde, was wiederum die Bedeutung des Forschungsdesigns verdeutlicht. Weiterhin sollte beachtet werden, dass im CIP unter Direktiven die Kategorien Direktive Führung, die Aufforderungen oder Ratschläge für das Verhalten des Patienten in der Sitzung umfassen, sowie Aufgabenstellung zusammengefasst werden, mit denen Instruktionen für das Leben außerhalb der Sitzungen kodiert werden. Bei Keijsers et al. (1995) wurde eine standardisierte Behandlung mit der Länge von 12 Sitzungen untersucht, insbesondere eine Sitzung mit der Vermittlung eines Entspannungstrainings und eine Sitzung mit interozeptiver Exposition und Stressmanagement. Hierdurch war eine gewisse Grundquote an Direktiven vermutlich schon durch das Manual vorgegeben. In der vorliegenden Untersuchung hingegen wurden Sitzungen mit einem großen Anteil von Exploration und Psychoedukation untersucht. Daher könnte der Anteil an Direktiven auch den Anteil an Hausaufgaben und Psychoedukation erfassen, der durchaus mit dem Therapieerfolg verknüpft sein könnte. Dies könnte den Unterschied zwischen subjektiver Wahrnehmung und Verhaltensweisen des Therapeuten erklären.

Bei der Betrachtung der Verhaltensweisen des Patienten wird zunächst das Auftreten von Einfachen Antworten analysiert. Der Anteil an den Äußerungen der Patienten beträgt zwischen 25.96 % (P2) und 48.45 % (P5). Am häufigsten äußern P3 und P5 Einfache Antworten, während diese Dimension von den Patienten P2, P4 und P7 am seltensten verwendet wird. Da sowohl 3TH, 4AG als auch 5PDA „erfolgreiche“ Therapien sind, kann kein Zusammenhang mit dem Therapieerfolg festgestellt werden, weswegen Hypothese 9, *dass in weniger erfolgreichen Therapien mehr Einfache Antworten des Patienten auftreten*, abgelehnt werden muss. Der Anteil an Einfachen Antworten scheint ein Indikator dafür zu sein, wie aktiv sich die Patienten beteiligen (Kaimer et al., 1989). Dies ist möglicherweise jedoch beim Störungsbild Panikstörung und Agoraphobie noch nicht ausreichend zu sein, um den Therapieerfolg zu beeinflussen; hierfür sind möglicherweise andere Prozesse entscheidend.

Das Auftreten von Änderungsberichten und Mitarbeit/Initiative unterscheidet sich weiterhin mit einer Ausnahme nicht zwischen den verschiedenen Therapien; nur in 5PDA treten signifikant weniger Änderungsberichte als in 2TH und 4AG sowie signifikant weniger Mitarbeit/Initiative als in 4AG auf. Daher muss Hypothese 10, *in erfolgreichen Therapien äußert der Patient mehr Änderungsberichte und mehr Mitarbeit/Initiative*, abgelehnt werden. Dies steht im Gegensatz zu den vorherigen Befunden (Kaimer et al., 1989; Schindler, 1987; Schindler, 1991; Brandl, 2005). Anscheinend sind beim Störungsbild Panikstörung und Agoraphobie die Unterschiede in dieser Verhaltensweise in der untersuchten Anfangsphase der Therapie nicht entscheidend für den Therapieerfolg. Möglicherweise spielen Unterschiede erst in späteren Phasen, in denen sich Therapeut und Patient auf ein Vorgehen geeinigt haben und es um die Umsetzung geht (d.h. ob sich die Patienten tatsächlich mit gefürchteten Situationen konfrontieren), eine größere Rolle.

Auch beim Auftreten von Hemmendem Verhalten finden sich in allen Einzelfallanalysen keine signifikanten Unterschiede, weswegen Hypothese 11, *in erfolgreichen Therapien tritt weniger Hemmendes Verhalten auf als in weniger erfolgreichen Therapien*, abgelehnt werden muss. Dies steht im Gegensatz zu bisherigen Ergebnissen (Schindler, 1987; Schindler, 1991; Brandl, 2005). Insgesamt ist auffällig, dass diese Dimension nur selten auftritt (der Anteil an allen Äußerungen liegt bei Hemmendem Verhalten in einem Bereich zwischen 0.28 % und 1.31 %). Dies entspricht jedoch dem Bereich, der auch bei anderen Studien in anfänglichen Therapiephasen beobachtet wurde (z.B. Kaimer et al., 1989; Schindler, 1987). Bei solch einer seltenen Verhaltensweise wären deutlich mehr Sitzungen notwendig gewesen, um festzustellen, ob sich Unterschiede zwischen den verschiedenen Therapien zuverlässig einstellen. Darüber hinaus bedeutet, dass ein Verhalten selten auftritt, nicht, dass es weniger bedeutsam für den therapeutischen Prozess ist; möglicherweise ist für die Wirkung auf die gesamte Therapie wichtig, wie der Therapeut auf Hemmendes Verhalten reagiert und in welchem Zusammenhang der Patient es zeigt, d.h. die gegenseitige Gesprächssteuerung. Dies wird in einer weiteren Fragestellung behandelt.

Bei Problembeschreibung findet sich ebenfalls entgegen Hypothese 12 kein Trend, dass diese in Therapien mit hohem Therapieerfolg häufiger auftritt,

Problembeschreibung wird signifikant häufiger durch P2 und signifikant seltener durch P5 verwendet als bei den anderen Therapien. Weiterhin fällt auf, dass Einfache Antworten und Problembeschreibung zusammengenommen zwischen 72.4 % und 80.7 % aller Äußerungen umfassen. Dies ist durchgängig häufiger als die bei Keijsers et al. (1995) beschriebenen 60 bis 70 % Anteil aller Verhaltensweisen. Möglicherweise ergänzen sich beide Verhaltensweisen gegenseitig, d.h. bei vermehrter Problembeschreibung treten weniger Einfache Antworten auf und umgekehrt.

Auch bei Emotionaler Öffnung findet sich der vermutete Unterschied zwischen Therapien mit unterschiedlichem Therapieerfolg nicht: Diese Verhaltensweise wird signifikant häufiger von P4, aber signifikant seltener von P5 verwendet als in den weiteren Therapien. Dies steht im Gegensatz zu den Befunden von Schindler (1987) und Brandl (2005). Jedoch tritt bei Angstpatienten schon bei der Beschreibung der Symptomatik eine Grundquote von Gefühlsbeschreibungen auf (jede Nennung von „Angst“ wird als Negatives Gefühl kodiert), daher ist es speziell bei Angststörungen möglich, dass sich darüber hinaus keine Unterschiede mehr zeigen. Zusammenfassend muss Hypothese 12, *in erfolgreichen Therapien tritt mehr Problembeschreibung und Emotionale Öffnung auf*, abgelehnt werden.

#### Gegenseitige Interaktionssteuerung

Nach der Diskussion der Ergebnisse zur reinen Auftretenswahrscheinlichkeit von Verhaltensweisen sollen weiterhin die Befunde zur gegenseitigen Gesprächssteuerung interpretiert werden. Die Reaktion des Therapeuten auf Änderungsberichte mit Unterstützung wird in den Therapien 2TH, 3TH, 4AG, 6ABB, 7KOM beobachtet; somit handelt es sich um einen Therapieabbruch sowie teilweise erfolgreiche und erfolgreiche Therapien, womit Hypothese 13, *diese kontingente Reaktion träte nur in erfolgreichen Therapien auf, während die Kontingenz in weniger erfolgreichen Therapien nicht häufiger ist als erwartet*, abgelehnt werden muss. Es scheint sich entgegen der Befunde von Kaimer et al. (1989) und Brandl (2005) um eine allgemeine Interaktionsstrategie zu handeln. Vermutlich ist die Verstärkung von Änderungsberichten hilfreich für den therapeutischen Prozess, in den beobachteten Therapien scheint sie von

vielen Therapeuten gezielt eingesetzt worden zu sein. Es ergibt sich beim Störungsbild Panikstörung und Agoraphobie somit kein Unterschied, der mit dem Therapieerfolg im Zusammenhang steht.

Zur Dimension Hemmendes Verhalten wurden in allen Therapien außer 3TH keine Übergangswahrscheinlichkeiten berechnet, da diese Verhaltensweise zu selten auftritt (siehe auch Hypothese 11). In 3TH wird eine überzufällige Kontingenz von Hemmendem Verhalten und Erklärung beobachtet, diese eine Beobachtung ist jedoch für eine Aussage zu den Hypothesen nicht ausreichend, insgesamt ist keine abschließende Aussage zu den Hypothesen 14 und 15 möglich. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Reaktion des Therapeuten auf Hemmendes Verhalten bzw. die Reaktion von Hemmendem Verhalten auf Direktiven bei Panikstörung und Agoraphobie nicht wichtig ist, da auch seltene Ereignisse großen Einfluss auf den therapeutischen Prozess haben können.

Abschließend soll die Kooperationssequenz als Indikator für produktives therapeutisches Verhalten interpretiert werden. Entgegen Hypothese 16, *dass sich erfolgreiche und weniger erfolgreiche Therapien in der Länge der Kooperationssequenz unterscheiden*, werden in der vorliegenden Studie in den Therapien 3TH, 5PDA und 6ABB kürzere Kooperationssequenzen, in den Therapien 1TH, 2TH, 4AG und 7KOM längere Sequenzen gefunden. Hypothese 16, dass erfolgreiche Therapien durch längere Kooperationssequenzen gekennzeichnet sind als weniger erfolgreiche Therapien, muss also für diese Studie abgelehnt werden.

Dieses Muster wurde von Kaimer et al. (1989) und Schindler (1991) als „kritisches Interaktionsmuster“ benannt, dem prognostischer Wert zugeschrieben wird, da sich nach Schindler (1991) Interaktionsstile nur noch schwer ändern lassen. Als Erklärung für diesen Befund wird, auch angesichts der Tatsache, dass sich „teilweise erfolgreiche“ und „erfolgreiche“ Therapien in der Länge der Kooperationssequenz nicht unterscheiden, davon ausgegangen, dass es sich um eine wichtige Interaktionssequenz handelt und dass eine Grundquote von produktivem therapeutischem Verhalten Voraussetzung für den Therapieerfolg ist. Entscheidend für den Therapieerfolg scheinen beim vorliegenden Störungsbild jedoch andere therapeutische Prozesse zu sein, die

wie beschrieben möglicherweise erst später in der Therapie auftreten (wie z.B. die Konfrontation mit gefürchteten Stimuli). Weiterhin könnte es möglich sein, Interaktionsstile im Verlauf der Therapie zu verändern. Um dies zu beurteilen, sind weitere Daten zu späteren Therapiephasen notwendig.

### Länge der Therapie

Spezifisch zum Einfluss der Länge der Therapie auf die therapeutische Interaktion wurde eine weniger tiefgreifende Verarbeitung bei Therapeut und Patient vermutet, die sich im selteneren Auftreten von Einführung und Emotionaler Öffnung ausdrückt. In der kurzen Therapie 3TH verwendet die Therapeutin signifikant weniger Einführung als in 1TH und 2TH, zu 4AG ergibt sich aufgrund der großen Standardabweichung von Therapie 4AG kein signifikanter Unterschied. Zusammenfassend scheint dies für Hypothese 17 zu sprechen, *dass der Therapeut in längeren Therapien mehr Einführung verwendet als in kürzeren Therapien.*

Weiterhin wurde vermutet, dass aufgrund der weniger tiefgreifenden Verarbeitung weniger Emotionale Öffnung auftritt. Zwar wird von P3 weniger Emotionale Öffnung geäußert als von P4, da jedoch alle Patienten weniger Emotionale Öffnung verwenden als P4, kann Hypothese 18, *dass in längeren Therapien der Patient mehr Emotionale Öffnung verwendet als in kürzere Therapien*, nicht bestätigt werden; der fehlende Unterschied von P3 zu den Patienten P1 und P2 spricht vielmehr für die bei den Ausführungen zu Hypothese 12 ausgeführte Begründung, dass sich aufgrund der Kodierung von „Angst“ als Emotionale Öffnung auch zwischen kurzen und längeren Therapien die vermuteten Unterschiede nicht finden lassen.

### Explorative Befunde

Über die hypothesengeleitete Auswertung hinaus ergeben sich einige explorative Befunde: Bei den Verhaltensweisen des Therapeuten konnten verschiedene Interaktionsstrategien identifiziert werden, die sich im unterschiedlichen Anteil von Einführung, Erklärung und Exploration bei den verschiedenen Therapeuten ausdrücken; dies steht jedoch nicht im

Zusammenhang mit dem Therapieerfolg. Als Gründe hierfür könnte erwogen werden, dass sich entgegen der Vorbefunde das Interaktionsverhalten der beiden Akteure doch noch verändert; andererseits ist es auch möglich, dass unterschiedliche Interaktionsstrategien des Therapeuten zum Erfolg führen, auch bei einem umschriebenen Störungsbild wie Panikstörung und Agoraphobie. Entscheidend ist hierbei vermutlich die Wirkung auf den Patienten (Schindler, 1991).

Die Verstärkung von Gefühlsäußerungen und Änderungsberichten steht in den untersuchten Therapien nicht im Zusammenhang mit dem Therapieerfolg, sondern scheint eine allgemeine Interaktionsstrategie zu sein. Darüber hinaus führt exploratives Verhalten zu inhaltlichen Antworten, entweder in Form von kurzen oder längeren Antworten (Einfache Antworten oder Problembeschreibung). Einfühlung scheint entgegen der Befunde von Schindler (1991) in den untersuchten Therapien zu Problembeschreibung zu führen und umgekehrt. Ein möglicher Grund hierfür ist die Therapieanfangsphase, in der die Beschreibung von Problemen großen Raum einnimmt. In einigen Therapien beeinflussen sich Erklärung und klärende Äußerungen gegenseitig, in anderen Therapien Erklärung und Einfache Antworten. Hier wird ein Einfluss des Klärungsbedarfs in der Anfangsphase der Therapie vermutet. All dies sind allgemeine Interaktionsstrategien, die helfen können, das Verhalten von Therapeuten genauer zu beschreiben, um in einem nächsten Schritt Spezifika des Interaktionsverhaltens einzelner Therapeuten genauer identifizieren zu können. Weiterhin erweitert es das Wissen darüber, welche Interaktionsstrategien zum normalen Repertoire von Verhaltenstherapeuten gehören.

## **8.2 Diskussion des methodischen Vorgehens**

Nach der Diskussion der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sollen auch die Vor- und Nachteile des methodischen Vorgehens erörtert werden.

In der vorliegenden Arbeit konnten Annahmen überprüft werden, die auf bisherigen Einzelfall- und auch Gruppenanalysen basieren. Die Ergebnisse zeigen wiederum, dass sich bei Einzelfallanalysen andere Ergebnismuster ergeben können als in Gruppenanalysen (wie in Hautzinger et al., 1987), was den Nutzen der Einzelfallanalyse als Methode verdeutlicht. Dies ist

insbesondere wichtig, da in der Praxis Therapeuten immer an einer einzelnen Therapie lernen und die neuen Erkenntnisse in weiteren Therapien umsetzen; das Vorgehen der Einzelfallanalyse entspricht also dem Vorgehen in der Praxis, da es eine feldnahe und geschehensnahe Forschung ist (Petermann, 1996) und wäre daher dafür geeignet, eine Annäherung zwischen Wissenschaftlern und praktisch tätigen Psychotherapeuten zu befördern.

In der vorliegenden Arbeit zeigen sich die Stärken und Schwächen von Forschung, die in der Routineversorgung stattfindet: Es wurden Therapien erforscht, die repräsentativ für andere Therapien in der Versorgung stehen, dies sichert die externe Validität. Eine Folge hiervon ist jedoch eine geringere interne Validität (siehe auch Kapitel 4.3), da das Vorgehen der Therapeuten in den einzelnen Sitzungen unterschiedlich ist, auch wenn gewisse Gemeinsamkeiten in der Anfangsphase einer Therapie, die im Rahmen der Versorgung durch die Gesetzlichen Krankenkasse geleistet wird, vorausgesetzt werden können. Dennoch muss immer beachtet werden, dass durch die verschiedenen Therapeuten unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt wurden, weswegen einzelne Sitzungen nur eingeschränkt vergleichbar sind. Die Aggregation von Daten kann diese Unterschiede mindern, dennoch stellt dies immer einen Nachteil gegenüber einem standardisierten Therapieprogramm dar.

Weiterhin war es nur in einem Fall möglich, Effekte durch die Person des Therapeuten zu kontrollieren, weil nur ein Therapeut mehrere Therapien durchführte. Dies war organisatorisch im Rahmen der vorliegenden Studie nicht anders möglich, für zukünftige Forschung wäre eine vermehrte Kontrolle des Therapeuteneinflusses jedoch wünschenswert.

Insgesamt hat sich die systematische Verhaltensbeobachtung als geeignete Methode für die vorliegenden Fragestellungen erwiesen, insbesondere in Kombination mit subjektiven Daten. Auch in der vorliegenden Studie zeigte sich, dass das CIP ein geeignetes Instrument zur Erfassung der Interaktion ist. Für zukünftige Studien wäre dabei eine weitere Überarbeitung des CIP auf dem Hintergrund der bisherigen Studien hilfreich, insbesondere eine ausführlichere Beschreibung der einzelnen Kategorien, da sich in der praktischen Durchführung einige offene Fragen ergaben, was die Beobachterübereinstimmung sowohl innerhalb einer Studie als auch zwischen verschiedenen Studien

mindern könnte. Weiterhin könnte eine leichte Veränderung der Kodierregeln, nach der die tatsächliche Interaktion bestehen bleibt und längere Abschnitte von identischen Äußerungen nicht zusammengefasst werden (z.B. MU-SP-MU-SP wird zu MU-SP zusammengefasst), zu einer realistischeren Darstellung der Interaktion führen, auch wenn dies zu einer deutlich höheren Zahl an Äußerungen führen würde. Darüber hinaus könnte eine Reflektion der Kategorien, z.B. eine neue Unterteilung der Kategorie „Spezifisches Problem“, nach der gegenwärtige und vergangene Probleme unterschieden werden, zu einer höheren Übereinstimmung beim Kodieren und damit einer erhöhten methodischen Qualität führen.

Bei der Auswahl des Materials hat sich die Kombination von Videoaufnahmen mit Bild und Ton sowie einem Transkript der Inhalte bewährt; die Transkription bedeutete einerseits in der vorliegenden Studie einen deutlichen Mehraufwand, andererseits war an einigen Stellen die Grundlage eines einheitlichen Textes für eine zuverlässige Kodierung unverzichtbar, gerade wenn das Gespräch nur leise hörbar war. Insbesondere bei verstärkenden Äußerungen des Therapeuten, die häufig als „hmm“ geäußert und als Minimale Unterstützung kodiert wurden, führte dies zu einer deutlich höheren Übereinstimmung der Beobachter.

Einschränkungen bestehen weiterhin dadurch, dass nur die ersten acht Stunden der Therapien untersucht wurden, weswegen die interaktionellen Prozesse sich rein auf die Anfangsphase beziehen. Auch wenn durch Schindler (1991) nachgewiesen wurde, dass sich die Interaktion entscheidend in den ersten Stunden herausbildet und anschließend kaum mehr zu verändern ist, wäre die Untersuchung von späteren Phasen der therapeutischen Arbeit hilfreich, um mögliche Unterschiede in längeren Therapien zu identifizieren. Weiterhin ergeben sich aus der vorliegenden Arbeit Hinweise, dass spätere therapeutische Prozesse speziell beim Störungsbild Panikstörung und Agoraphobie entscheidend für den Therapieerfolg sein könnten; hier wurde vermutet, dass entweder das Interaktionsverhalten in einer späteren Phase zumindest im Einzelfall noch so zu verändern ist oder dass andere Prozesse, wie z.B. der Verlauf der Behandlung bei Konfrontation mit Reaktionsverhinderung, für den Therapieerfolg entscheidend sind. Um dies zu überprüfen, wären jedoch weitere Untersuchungen notwendig.

Weiterhin wurde der Zusammenhang zwischen dem Therapieprozess der ersten acht Stunden und dem mittelfristigen Therapieerfolg hergestellt. Hier kann natürlich nicht ausgeschlossen werden, dass in der Zwischenzeit Störfaktoren einwirken, die einen Einfluss der anfänglichen Therapiephase mindern; um einen praktischen Nutzen zu gewährleisten, wurde es dennoch als sinnvoll angesehen, eine relevante Zeitspanne zu wählen, da für die Bedeutsamkeit des Therapieerfolges für den Patienten längerfristige Veränderungen entscheidend sind. Daher wurde der Zeitraum einer Kurzzeittherapie plus Nachbehandlung gewählt. Bei Therapien, die über den Studienzeitraum hinaus verlängert wurden, handelt es sich um eine konservative Schätzung des endgültigen Therapieerfolges.

Zusammenfassend lässt sich das methodische Vorgehen als für das Forschungsziel geeignet einschätzen. Insgesamt hat sich die Kombination von subjektiven Daten, der Auswertung der relativen Auftretenswahrscheinlichkeit von Verhaltensweisen und der gegenseitigen Interaktionssteuerung bewährt, da sich hierdurch unterschiedliche Informationen zum therapeutischen Geschehen ergänzen. Von weiteren Berechnungen wurde abgesehen, um die Zahl der statistischen Tests nicht noch weiter zu erhöhen. Für die gegenseitige Interaktionssteuerung hat sich die Begrenzung der Berechnungen (erwartete oder tatsächliche Häufigkeit mindestens 10,  $\alpha$ -Niveau auf das 1 %-Niveau heraufgesetzt) als zielführend ergeben, um Interaktionsstrategien zu identifizieren. Um die Gesprächssteuerung bei seltenen Verhaltensweisen zu analysieren (z.B. Hemmendes Verhalten), war die Stichprobe jedoch zu klein. Hierfür wäre die Aggregation von größeren Datenmengen oder die Veränderung der statistischen Voraussetzungen notwendig.

Aufgrund der Tatsache, dass es sich in der vorliegenden Studie um mehrere unterschiedliche Therapien bei Panikstörung und Agoraphobie handelt und vermutet wird, dass zwischen der Stichprobe und der Gesamtheit viele Merkmale gemeinsam sind (Kennedy, 1979; siehe auch Anteil komorbider Störungen), wird davon ausgegangen, dass die Befunde generalisierbar sind für andere Therapien bei Panikstörung und Agoraphobie, speziell in der Anfangsphase der Therapie; zur Festigung der vorliegenden Befunde sowie zur Generalisierung auf andere Angststörungen und spätere therapeutische

Phasen sind jedoch weitere Einzelfallanalysen mit Variationen der relevanten Merkmale notwendig.

### **8.3 Ausblick und Empfehlungen für weitere Forschung**

Abschließend sollen in einem Ausblick Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten dargestellt werden. Wie schon in den bisherigen Ausführungen dargestellt, sind zur weiteren Differenzierung und Replikation der dargestellten Befunde weitere Einzelfallanalysen notwendig. Hierbei könnten die bisherigen Befunde entweder im Rahmen einer direkten Replikation bestätigt oder weiter ausdifferenziert werden. Weiterhin wäre eine systematische Replikation anhand von Therapien bei anderen Angststörungen hilfreich, um gemeinsame Interaktionsmuster zu identifizieren.

Um die Ergebnisse in einen größeren Gesamtkontext einzuordnen, wäre der Vergleich mehrerer Therapien des gleichen Therapeuten förderlich, insbesondere die Analyse weiterer Therapien im natürlichen Umfeld. Weiterhin wäre die Durchführung einer vergleichbaren Studie mit erfahreneren Therapeuten hilfreich, um zu überprüfen, ob die gefundenen Ergebnisse spezifisch für junge weniger erfahrene Therapeuten sind, auch wenn dies bedeutet, dass sich der theoretische Hintergrund und die praktische Erfahrung zwischen den Therapeuten stärker unterscheidet.

Darüber hinaus wurden bisher entweder kurze standardisierte Therapien mit dem CIP untersucht (z.B. Kaimer et al., 1989; Schindler, 1991), nur Brandl (2005) untersuchte auch längere Therapieverläufe. Da sich in der vorliegenden Studie gezeigt hat, dass insbesondere bei Panikstörung und Agoraphobie spätere therapeutische Phasen entscheidend sein können, wäre die Untersuchung späterer Therapiesitzungen, z.B. der mittleren Therapiephase, in der wichtige therapeutische Arbeit stattfindet, von besonderem Interesse. Dies wäre auch im Sinne der Forschung zu „Brüchen in der therapeutischen Allianz“ (Safran, Muran, Wallner Samstag & Stevens, 2008), um zu bestimmen, wie sich die therapeutische Interaktion möglicherweise in Einzelfällen noch verändern kann und so therapeutische Krisen gemeinsam bewältigt werden. Weiterhin könnten gemeinsame oder auch unterschiedliche Interaktionsstrategien

insbesondere bei Therapien mit Konfrontation und Reaktionsverhinderung identifiziert werden.

Die Fragebögen zur Stunden- und Personenbeurteilung nach Schindler (1991) können als geeignet für den Zweck der vorliegenden Studie eingeschätzt werden. Hierbei wäre aufschlussreich, was eine Variation des Vorgehens (z.B. ein Feedback der Fragebogendaten an den Therapeuten) für den therapeutischen Prozess bewirkt.

Insgesamt zeigt sich also, dass sich aus den vorliegenden Ergebnissen eine ganze Reihe von neuen Forschungsfragen ergeben; es wäre wünschenswert, wenn trotz des gegenwärtigen Vorherrschens der Gruppenanalysen der Forschungszweig der Einzelfallanalyse weiter verfolgt werden könnte, da sich auch hierdurch wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse ergeben.

## 9. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, welchen Einfluss therapeutische Beziehung und Interaktion auf den Therapieerfolg bei der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung der Panikstörung und Agoraphobie nehmen.

Im Überblick über wesentliche Literatur konnte ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der therapeutischen Allianz, insbesondere aus Sicht des Patienten, und dem Therapieerfolg hergestellt werden (u. a. Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000). Spezifisch für Angststörungen wurde jedoch die Bedeutung von aktiver Teilnahme und Zielorientierung gegenüber der therapeutischen Beziehung festgestellt. Bei der gegenseitigen Interaktionssteuerung wurde von Schindler (1991) die Bedeutung der Kooperationssequenz herausgestellt, die stellvertretend für produktives therapeutisches Arbeiten ist.

Anschließend wurde eine Sequenz von Einzelfallanalysen durchgeführt. Bei sieben Therapien wurden die ersten acht Sitzungen analysiert, wobei subjektive Daten zur Einschätzung der Stunde sowie die gegenseitige Personenbeurteilung aus der Sicht von Therapeut und Patient erhoben wurden und die Sitzungen mit Hilfe von systematischer Verhaltensbeobachtung analysiert wurden. Aus jeder Sitzung wurden 30 Minuten transkribiert und anschließend mit dem Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP) kodiert. Alle Patienten erfüllten die Kriterien einer Panikstörung und/oder Agoraphobie. Nach der Bestimmung des Therapieerfolges wurden die Therapien individuell miteinander verglichen.

Insgesamt wurden drei Therapien erfolgreich abgeschlossen, es handelte sich hierbei um reine Angststörungen ohne Komorbidität, bei drei Therapien wurde der Erfolg im Studienzeitraum als „teilweise erfolgreich“ eingeschätzt, hier lagen in zwei Fällen zu Therapiebeginn komorbide weitere Störungen vor, in einem Fall hatte sich durch Symptomverschiebung ein neues Störungsbild entwickelt. Eine Therapie wurde nach zwei Sitzungen abgebrochen.

Zusammenfassend stellt sich bei der Interpretation der Ergebnisse heraus, dass die Stundenbewertung des Patienten entgegen der Erwartung und vorheriger Ergebnisse (Kaimer et al., 1989; Schindler, 1991) nicht eindeutig zwischen

erfolgreichen und weniger erfolgreichen Therapien unterscheidet; als Grund werden die geringen Unterschiede zwischen den Therapien vermutet. Bei der Stundenbeurteilung des Therapeuten werden Antworttendenzen als Erklärung herangezogen, weshalb sich entgegen der Erwartung nur zwischen Therapien des gleichen Therapeuten kein Unterschied findet, jedoch nicht beim Vergleich unterschiedlicher Therapeuten. Weiterhin scheint ein nondirektives Vorgehen des Therapeuten in der untersuchten Anfangsphase der Therapie bei Panikstörung und Agoraphobie hilfreich zu sein (Keijsers et al., 1995). Darüber hinaus besteht ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der „Selbstöffnung“ und „Mitarbeit“ des Patienten und dem Therapieerfolg, eingeschätzt durch den Therapeuten, im Gegensatz zur „Sympathie“ des Patienten, was die Bedeutung von aktiver Teilnahme an der Therapie im Vergleich zur therapeutischen Beziehung bei Panikstörung und Agoraphobie verdeutlicht (Ramnerö & Öst, 2007).

Bei den Verhaltensweisen des Therapeuten scheint Unterstützung über ein gewisses Maß hinaus nicht zusätzlich hilfreich in der Therapie der Panikstörung und Agoraphobie zu sein. Weiterhin finden sich entgegen der Ergebnisse aus bisherigen Studien keine Unterschiede im Auftreten von Einfachen Antworten, Problembeschreibung, Mitarbeit/Initiative, Änderungsberichte und Hemmendem Verhalten des Patienten zwischen Therapien mit unterschiedlichem Erfolg; hierbei werden Spezifika der untersuchten Therapien als Grund herangezogen. Die Kooperationssequenz, die produktives therapeutisches Verhalten repräsentiert, unterscheidet in der vorliegenden Studie nicht zwischen Therapien mit unterschiedlichem Erfolg. Hierbei wird vermutet, dass eine gewisse Basisrate von therapeutischem Verhalten notwendig ist, entscheidende therapeutische Prozesse, die über den Erfolg der Therapie bestimmen, aber erst in späteren Phasen stattfinden.

Insgesamt konnten also viele Befunde aus vorherigen Studien (insbesondere Kaimer et al., 1989; Schindler, 1991; Brandl, 2005) nicht bestätigt werden. Als Ausblick für weitere Forschung wurden insbesondere die Untersuchung von späteren therapeutischen Phasen, mehreren Therapien des gleichen Therapeuten sowie die Replikation der Befunde anhand von weiteren Einzelfallanalysen angeregt.

## 10. Literatur

- David Barlow: «Panikpatienten haben allgemein Schwierigkeiten, intensive Emotionen zu bewältigen». (2006). *Verhaltenstherapie*, 16 (4), 300-302.
- Ackerman, S. J., Smith Benjamin, L., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C. E. et al. (2001). Empirically Supported Therapy Relationships: Conclusions and Recommendations of the Division 29 Task Force. *Psychotherapy*, 38 (4), 495-497.
- Amering, M., Katschnig, H., Berger, P., Windhaber, J., Baischer, W. & Dantendorfer, K. (1997). Embarrassment about the First Panic Attack Predicts Agoraphobia in Panic Disorder Patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35 (6), 517-521.
- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (2001). Empirische Argumente für allen Therapien gemeinsame Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 41–81). Dortmund: verlag modernes lernen.
- Auhagen, A. E. (2008). Soziale Schlüsselkonzepte der therapeutischen Beziehung. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil* (S. 169–204). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bakeman, R. & Gottman, J. M. (1986). *Observing interaction: an introduction to sequential analysis*. New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1971). *Psychological Modeling: Conflicting Theories*. Chicago: Aldine.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L. & Siqueland, L. (2000). Alliance Predicts Patients' Outcome Beyond In-Treatment Change in Symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1027-1032. Zugriff am 14.04.2009. Verfügbar unter doi: 10.1037//0022-006X.68.6.1027.
- Barlow, D.H. (Hrsg.). (2002). *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: The Guildford Press.
- Barlow, D.H., Nock, M. & Hersen Michel (Hrsg.). (2009). *Single Case Experimental Designs: Strategies for Studying Behavior Change*. Boston, New York, San Francisco: Pearson and AB.
- Bastine, R. (2008). Vorwort. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil* (Bd. 1, S. 11–12). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Becker, E., Roth, W. R., Andrich, M. & Margraf, J. (1999). Explicit Memory in Anxiety Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 108 (1), 153-163.
- Bennun, I., Hahlweg, K., Schindler, L. & Langlotz, M. (1986). Therapist's and client's perceptions in behaviour therapy: The development and cross-cultural analysis of an assessment instrument. *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 275-283.
- Bennun, I. & Schindler, L. (1988). Therapist and patient factors in the behavioural treatment of phobic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 145-150.
- Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. New York: Hafner Press.
- Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Hrsg.). (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons.

- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. et al. (2004). Therapist Variables. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 194–226). New York: John Wiley & Sons.
- Beutler, L. E., Moleiro, C. M. & Talebi, H. (2002). Resistance. In J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (S. 129–143). New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Moleiro, C. M. & Talebi, H. (2008). Widerstand. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil* (S. 767-704). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Hirshfeld-Becker, D. R., Friedman, D., Robin, J. A. & Rosenbaum, J. F. (2001). Patterns of Psychopathology and Dysfunction in High-Risk Children of Parents With Panic Disorder and Major Depression. *American Journal of Psychiatry*, 158 (1), 49-57.
- Bischoff, M. M. & Tracey, T. J. G. (1995). Client Resistance as Predicted by Therapist Behavior: A Study of Sequential Dependence. *Journal of Counseling Psychology*, 42 (4), 487-495.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Bouton, M. E., Mineka, S. & Barlow, D.H. (2001). A Modern Learning Theory Perspective on the Etiology of Panic Disorder. *Psychological Review*, 108 (1), 4-32.
- Brandl, T. (2005, 17. November). *Erkenntnisgewinn in der Psychotherapie-Prozessforschung mit einer Sequenz von Einzelfallanalysen: Demonstriert an einem Vergleich von zwei Psychoanalysen, drei tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien und zwei kognitiven Verhaltenstherapien*. Dissertation, Otto-Friedrich-Universität Bamberg. Bamberg. Zugriff am 14.04.2009. Verfügbar unter <http://www.opus-bayern.de/uni-bamberg/volltexte/2006/102/>.
- Brandl, T. & Kammer, D. (1999). Interaktionsmerkmale unterschiedlich erfolgreicher Kurzzeittherapien - zwei Einzelfallanalysen. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47, 292-306.
- Brunink, S. A. & Schroeder, H. E. (1979). Verbal Therapeutic Behavior of Expert Psychoanalytically Oriented, Gestalt, and Behavior Therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (3), 567-574.
- Caspar, F. (2007). *Beziehungen und Probleme verstehen: Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.
- Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (Hrsg.). (2006). *Principles of Therapeutic Change That Work*. New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J. & Hayes, A. M. (1996). Predicting the Effect of Cognitive Therapy for Depression: A Study of Unique and Common Factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3), 497-504.
- Chambless, D. L. & Gillis, M. M. (1993). Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (2), 248-260.
- Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 7-18.
- Chambless, D. L., Renneberg, B., Gracely, E. J., Goldstein, A. J. & Fydrich, T. (2000). Axis I and II Comorbidity in Agoraphobia: Prediction of Psychotherapy Outcome in a Clinical Setting. *Psychotherapy Research*, 10 (3), 279-295.

- Clark, D. M. (1986). A Cognitive Approach to Panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24 (4), 461-470.
- Clark, D. M. (1988). A Cognitive Model of Panic Attacks. In S. Rachman & J. D. Maser (Hrsg.), *Panic. Psychological Perspectives*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2004). The Influence of Client Variables on Psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 194–226). New York: John Wiley & Sons.
- Clum, G. A., Clum, G. A. & Surls, R. (1993). A Metaanalysis of Treatments for Panic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (2), 317-326.
- Cohen, R. (1984). Verhaltenstherapie zu Beginn der achtziger Jahre. In H. Heimann & K. Förster (Hrsg.), *Psychogene Reaktionen und Entwicklungen*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Cox, B. J., Endler, N. S., Lee, P. S. & Swinson, R. P. (1992). A Meta-Analysis of Treatments for Panic Disorder with Agoraphobia: Imipramine, Alprazolam, and In vivo Exposure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23 (3), 175-182.
- Cranach, M. von & Frenz, H.-G. (1969). Systematische Beobachtung. In C. F. Graumann (Hrsg.), *Sozialpsychologie. 1. Halbband: Theorien und Methoden* (Handbuch der Psychologie, Bd. 7, S. 269–331). Göttingen: Hogrefe.
- Dollard, J. & Miller, N. E. (1966). *Personality and Psychotherapy: An Analysis in Terms of Learning, Thinking and Culture*. New York: McGraw-Hill Paperback.
- Dorn, F. J. (1986). The Social Influence Model: An Overview. In F. J. Dorn (Hrsg.), *The Social Influence Process in Counseling and Psychotherapy*. Springfield, Illinois: Charles C Thomas Publisher.
- Dorn, F. J. (Hrsg.). (1986). *The Social Influence Process in Counseling and Psychotherapy*. Springfield, Illinois: Charles C Thomas Publisher.
- Eaton, W. W., Kessler, R. C., Wittchen, H.-U. & Magee, W. J. (1994). Panic and Panic Disorder in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 151 (3), 413-420.
- Ehlers, A. & Hahlweg, K. (Hrsg.). (1996). *Grundlagen der klinischen Psychologie: Klinische Psychologie 1* (Enzyklopaedie der Psychologie. Themenbereich D, Praxisgebiete, Serie II). Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A. & Margraf, J. (1989). The psychophysiological model of panic attacks. In P. M. Emmelkamp, W. T. A. M. K. F. Everaerd & M. J. M. van Son (Hrsg.), *Fresh Perspectives on Anxiety Disorders. Annual Series of European Research in Behavior Therapy*. Amsterdam / Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Elliott, R., Hill, C. E., Stiles, W. B., Friedlander, M. L., Mahrer, A. R. & Margison, F. R. (1987). Primary Therapist Response Modes: Comparison of Six Rating Systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (2), 218-223.
- Emmelkamp, P. M. (2004). Behavior Therapy with Adults. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 393–446). New York: John Wiley & Sons.
- Emmelkamp, P. M., Everaerd, W. T. A. M. K. F. & van Son, M. J. M. (Hrsg.). (1989). *Fresh Perspectives on Anxiety Disorders: Annual Series of European Research in Behavior Therapy*. Amsterdam / Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Faravelli, C. & Pallanti, S. (1989). Recent Life Events and Panic Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146 (5), 622-626.

- Faßnacht, G. (1995). *Systematische Verhaltensbeobachtung: Eine Einführung in die Methodologie und Praxis*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fiegenbaum, W., Freitag, M. & Frank, B. (1992). Kognitive Vorbereitung auf Reizkonfrontationstherapien. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. Themen der 22. Verhaltenstherapiewoche 1991.* . München: Gerhard Röttger Verlag.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological Bulletin*, 99 (1), 20-35.
- Frank, J. D. (1985). Shared Therapeutic Features of Psychotherapies. In P. Pichot, P. Berner, R. Wolf & K. Thau (Hrsg.), *Psychotherapy and Psychosomatic Medicine* (Psychiatry. The State of the Art., Bd. 4, S. 1–6). New York: Plenum Press.
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R. Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis - Deutsche Version: Manual*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Friedlander, M. L., Ellis, M. V., Siegel, S. M., Raymond, L., Haase, R. F. & Highlen, P. S. (1988). Generalizing From Segments to Sessions: Should It Be Done? *Journal of Counseling Psychology*, 35 (3), 243-250.
- Friedman, S., Jones, J. C., Chernen, L. & Barlow, D.H. (1992). Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among Patients With Panic Disorder: A Survey of Two Outpatient Clinics. *American Journal of Psychiatry*, 149 (5), 680-685.
- Frohburg, I. (2008). Therapieabbruch und Therapiewechsel. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil* (S. 741–771). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (Hrsg.). (1978). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. New York: John Wiley & Sons.
- Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (Hrsg.). (1986). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons.
- Garfield, S. L., Prager, R. A. & Bergin, A. E. (1971). Evaluation of Outcome in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37 (3), 307-313.
- Gelso, C. J. (2011). *The Real Relationship in Psychotherapy: The Hidden Foundation of Change*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1994). Components of the Psychotherapy Relationship: Their Interaction and Unfolding During Treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41 (3), 296-306.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (31.3.11). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): in der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 14. April 2011*. Zugriff am 15.8.11. Verfügbar unter <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/20/>.
- Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective Ingredients in Psychotherapy: Prediction of Outcome From Process Variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (5), 1023-1035.
- Gould, R. A., Otto, M. W. & Pollack, M. H. (1995). A Meta-Analysis of Treatment Outcome for Panic Disorder. *Clinical Psychology Review*, 15 (8), 819-844.
- Graumann, C. F. (Hrsg.). (1969). *Sozialpsychologie: 1. Halbband: Theorien und Methoden* (Handbuch der Psychologie, Bd. 7, 12 Bände). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1980). Die diagnostisch-therapeutische Funktion der Gruppeninteraktion in verhaltenstherapeutischen Gruppen. In K. Grawe (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in*

- Gruppen* (Fortschritte der Klinischen Psychologie, Bd. 22, S. 88–223). München: Urban & Schwarzenberg.
- Grawe, K. (Hrsg.). (1980). *Verhaltenstherapie in Gruppen* (Fortschritte der Klinischen Psychologie, Bd. 22). München: Urban & Schwarzenberg.
- Grawe, K. (1988). Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung: Editorial. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 17 (1), 1-7.
- Greenberg, L. S. & Pinsof, W. M. (1986). Process Research: Current Trends and Future Perspectives. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Hrsg.), *The Psychotherapeutic Process. A Research Handbook*. New York: The Guildford Press.
- Greenberg, L. S. & Pinsof, W. M. (Hrsg.). (1986). *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*. New York: The Guildford Press.
- Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, E. R., Davidson, J. R. T. et al. (1999). The Economic Burden of Anxiety Disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (7), 427-435.
- Greenwald, D. P., Kornblith, S. J. & Hersen, M. (1981). Differences Between Social Skills Therapists and Psychotherapists in Treating Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1981 (5), 757-759.
- Gurman, A. S. & Razin, A. M. (Hrsg.). (1977). *Effective Psychotherapy: A Handbook of Research* (1. Aufl.). Oxford, New York, Toronto, Sydney, Paris, Frankfurt: Pergamon Press.
- Gustavson, B., Jansson, L., Jerremalm, A. & Öst, L.-G. (1985). Therapist Behavior During Exposure Treatment of Agoraphobia. *Behavior Modification*, 9 (4), 491-504.
- Hahlweg, K. & Jacobson, N. S. (Hrsg.). (1984). *Marital interaction: analysis and modification*. New York: Guildford Press.
- Hank, G., Hahlweg, K. & Klann, N. (Hrsg.). (1990). *Diagnostische Verfahren für Berater: Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Hartung, J. (1990). *Psychotherapie phobischer Störungen: Zur Handlungs- und Lageorientierung im Therapieprozeß*. Wiebaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Hautzinger, M., Baumgartner, P., Neßhöver, W. & Schmitz, B. (1987). Zeitreihenanalysen kognitiver Verhaltenstherapie bei depressiven Patienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16 (3), 256-263.
- Heidenreich, T., Junghanns-Royack, K. & Noyon, A. (2008). Angststörungen. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2: Spezieller Teil* (S. 895–914). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Heimann, H. & Förster, K. (Hrsg.). (1984). *Psychogene Reaktionen und Entwicklungen*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Heinrichs, N., Alpers, G. W. & Gerlach, A. L. (2009). *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie der Panikstörung und Agoraphobie* (Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie, Bd. 2). Göttingen: Hogrefe.
- Henrich, G. & Herschbach, P. (2000). Questions on Life Satisfaction (FLZM) – A Short Questionnaire for Assessing Subjective Quality of Life. *European Journal of Psychological Assessment*, 16 (3), 150-159.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E. & Binder, J. L. (1993). Effects of Training in Time-Limited Dynamic Psychotherapy: Changes in Therapist Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (3), 434-440.

- Hermer, M. & Röhrle, B. (Hrsg.). (2008). *Handbuch der therapeutischen Beziehung: Band 2: Spezieller Teil*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Hermer, M. & Röhrle, B. (Hrsg.). (2008). *Handbuch der therapeutischen Beziehung: Band 1: Allgemeiner Teil*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Hermer, M. & Röhrle, B. (2008). Therapeutische Beziehungen: Geschichte, Entwicklungen und Befunde. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil* (S. 15–105). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Hersen, M., Eisler, R. M. & Miller, P. M. (Hrsg.). (1980). *Progress in Behavior Modification* (32 Bände). New York, London, Toronto, Sydney, San Francisco: Academic Press.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M. & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 47 (1), 27-39.
- Hill, C. E. (1978). Development of a Counselor Verbal Response Category System. *Journal of Counseling Psychology*, 25 (5), 461-468.
- Hill, C. E. (1982). Counseling Process Research: Philosophical and Methodological Dilemmas. *The Counseling Psychologist*, 10 (4), 7-19.
- Hill, C. E. & Lambert, M. J. (2004). Methodological Issues in Studying Psychotherapy Processes and Outcomes. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 84–135). New York: John Wiley & Sons.
- Hilliard, R. B. (1993). Single-Case Methodology in Psychotherapy Process and Outcome Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (3), 373-380.
- Hoehn-Saric, R., McLeod, D. R., Funderburk, F. & Kowalski, P. (2004). Somatic Symptoms and Physiologic Responses in Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder: An Ambulatory Monitor Study. *Archives of General Psychiatry*, 61, 913-921.
- Hoffmann, N. (1992). Verhaltenstherapie in der Routinepraxis. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. Themen der 22. Verhaltenstherapiewoche 1991*. München: Gerhard Röttger Verlag.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2008). Die therapeutische Allianz. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil* (S. 279–341). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38 (2), 139-149.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The Dose-Effect-Relationship in Psychotherapy. *American Psychologist*, 41 (2), 159-164.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (Hrsg.). (2001). *So wirkt Psychotherapie: Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Huber, H. P. (2008). *Allgemeine Klinische Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Huber, O. (1999). Beobachtung. In E. Roth & H. Holling (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Methoden. Lehr- und Handbuch für Forschung und Praxis* (S. 126–145). München: Oldenbourg.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Hölling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general

- population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B. & McGlinchey, J. B. (1999). Methods for Defining and Determining the Clinical Significance of Treatment Effects: Description, Application, and Alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (3), 300-307.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), 12-19.
- Janis, I. L. (Hrsg.). (1982). *Counseling on Personal Decisions: Theory and Research on Short-term Helping Relationships*. New Haven: Yale University Press.
- Kaimer, P., Reinecker, H. & Schindler, L. (1989). Interaktionsmuster von Klient und Therapeut bei zwei unterschiedlich erfolgreich behandelten Fällen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18 (1), 80-92.
- Kanfer, F. H. & Phillips, J. S. (1970). *Learning Foundations of Behavior Therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (Springer eBook Collection Medicine /Dig. Serial]. Heidelberg: Springer. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/3-540-29961-0>.
- Kazdin, A. E. (1994). Methodology, Design and Evaluation in Psychotherapy Research. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 19–71). New York: John Wiley & Sons.
- Keijsers, G., Schaap, C., Hoogduin, K. & Lammers, M. (1995). Patient-Therapist Interaction in the Behavioral Treatment of Panic Disorder with Agoraphobia. *Behavior Modification*, 19 (4), 491-517.
- Kendall, P. C., Holmbeck, G. & Verduin, T. (2004). Methodology, Design and Evaluation in Psychotherapy Research. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 16–43). New York: John Wiley & Sons.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. & Eaves, L. J. (1992). The Genetic Epidemiology of Phobias in Women: The Interrelationship of Agoraphobia, Social Phobia, Situational Phobia, and Simple Phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49 (4), 273-281.
- Kennedy, M. (1979). Generalizing from Single Case Studies. *Evaluation Quarterly*, 3 (4), 661-678.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K. & Walters, E. E. (2006). The Epidemiology of Panic Attacks, Panic Disorder, and Agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 63 (4), 415-424.
- Kessler, R. C., Davis, C. G. & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27 (5), 1101-1119.
- Kiresuk, T. J. & Sherman, R. E. (4). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 1968 (6), 443-453.
- Klein, M. H., Dittmann, A. T. & Parloff, M. B. (1969). Behavior Therapy: Observations and Reflections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33 (3), 259-266.

- Köhler, T. (2008). *Statistische Einzelfallanalyse: Eine Einführung mit Rechenbeispielen*. Weinheim: BeltzPVU.
- Krasner, L. (1962). The therapist as social reinforcement machine. In H. H. Strupp & L. Luborsky (Hrsg.), *Research in psychotherapy*. Washington D.C.: APA.
- Krauth, J. (1986). Probleme bei der Auswertung von Einzelfallstudien. *Diagnostica*, 32 (1), 17-29.
- Krohne, H. W. & Hock, M. (2007). *Psychologische Diagnostik: Grundlagen und Anwendungsfelder* (Standards Psychologie). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Laireiter, A.-R. (2008). Konzeptuelle Aspekte und Gestaltungsmöglichkeiten der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2: Spezieller Teil* (S. 1129–1178). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Lambert, M. J. (Hrsg.). (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Hatch, D. R., Kingston, M. D. & Edwards, B. C. (1986). Zung, Beck, and Hamilton Rating Scales as Measures of Treatment Outcome: A Meta-Analytic Comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (1), 54-59.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons.
- Leichsenring, F. (2004). "Empirically supported treatments": Wissenschaftstheoretische und methodische Aspekte kontrollierter vs. naturalistischer Studien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 52 (3), 209-222.
- Leonhart, R. (2009). *Lehrbuch Statistik: [Einstieg und Vertiefung]* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Lichtenberg, J. W. & Heck, E. J. (1986). Methodological Approaches to the Study of Interpersonal Influence in Counseling Interaction. In F. J. Dorn (Hrsg.), *The Social Influence Process in Counseling and Psychotherapy*. Springfield, Illinois: Charles C Thomas Publisher.
- Lichtenberg, J. W. & Hummel, T. J. (1976). Counseling as Stochastic Process: Fitting a Markov Chain Model to Initial Counseling Interviews. *Journal of Counseling Psychology*, 23 (4), 310-315.
- Linden, M. (2008). Agoraphobie und Panikerkrankung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 425–429). Heidelberg: Springer.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.). (2008). *Verhaltenstherapiemanual*. Heidelberg: Springer.
- Locke, E. A. (1971). Is "behavior therapy" behavioristic?: (An analysis of Wolpe's psychotherapeutic methods). *Psychological Bulletin*, 76 (5), 318-327.
- Lutz, W. & Grawe, K. (2004). Therapieevaluation, ungünstige Behandlungsverläufe und Optionen zur Optimierung von Therapien: Grundlagen und Überblick. In W. Lutz, J. Kosfelder & J. Joormann (Hrsg.), *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie. Erkennen - Vermeiden - Vorbeugen* (S. 43–64). Bern: Verlag Hans Huber.
- Lutz, W., Kosfelder, J. & Joormann, J. (Hrsg.). (2004). *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie: Erkennen - Vermeiden - Vorbeugen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Maddux, J. E., Stoltenberg, C. D. & Rosenwein, R. (Hrsg.). (1987). *Social Processes in Clinical and Counseling Psychology*. New York: Springer Verlag.

- Marchand, A., Goyer, L. R., Dupuis, G. & Mainguy, N. (30). Personality Disorder and the Outcome of Cognitive-Behavioural Treatment of Panic Disorder with Agoraphobia. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 1998 (1), 14-23.
- Margolin, G. & Wampold, B. E. (1981). Sequential Analysis of Conflict and Accord in Distressed and Nondistressed Marital Partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49 (4), 554-567.
- Margraf, J. (2000). Grundprinzipien und historische Entwicklung. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen - Diagnostik - Verfahren - Rahmenbedingungen* (S. 1–31). Heidelberg: Springer.
- Margraf, J. (Hrsg.). (2000). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 1: Grundlagen - Diagnostik - Verfahren - Rahmenbedingungen* (2 Bände). Heidelberg: Springer.
- Margraf, J. & Brengelmann, J. C. (Hrsg.). (1992). *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie.: Themen der 22. Verhaltenstherapiewoche 1991*. München: Gerhard Röttger Verlag.
- Margraf, J. & Ehlers, A. (1991). Recent research on panic disorder: Review of Marburg studies. *The German Journal of Psychology*, 15 (4), 302-319.
- Margraf, J. & Ehlers, A. (2007). *Beck Angst-Inventar (BAI) – Manual. Deutsche Bearbeitung*. Frankfurt am Main: Harcourt Test Service GmbH.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1989). *Panik: Angstanfälle und ihre Behandlung*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1990). *Panik: Angstanfälle und ihre Behandlung*. Berlin: Springer.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1992). Therapeutische Beziehung und Therapieerfolg bei Angststörungen. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. Themen der 22. Verhaltenstherapiewoche 1991*. . München: Gerhard Röttger Verlag.
- Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.). (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, Phobias, and Rituals: Panic, Anxiety, and Their Disorders*. New York: Oxford University Press.
- Marmar, C. R. (1990). Psychotherapy Process Research: Progress, Dilemmas, and Future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (3), 265-272.
- Marsden, G. (1965). Content-Analysis Studies of Therapeutic Interviews: 1954 to 1964. *Psychological Bulletin*, 63 (5), 298-321.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (3), 438-450. Zugriff am 14.04.2009. Verfügbar unter doi: 10.1037//0022-006X.68.3.438.
- Martin, D. G. (1975). *Gesprächs-Psychotherapie als Lernprozeß: Beiträge zur klinischen Psychologie*. Salzburg: Otto Müller Verlag.
- Martinsen, E. W., Olsen, T., Tønset, E., Nyland, K. E. & Aarre, T. F. (1998). Cognitive-Behavioral Group Therapy for Panic Disorder in the General Clinical Setting: A Naturalistic Study With 1-Year Follow-Up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 437-442.
- Massion, A. O., Warshaw, M. G. & Keller, M. G. (1993). Quality of Life and Psychiatric Morbidity in Panic Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150 (4), 600-607.

- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zum qualitativen Denken*. Weinheim: Beltz Verlag.
- McCullough, L., Winston, A., Farber, B. A., Porter, F., Pollack, J., Vingiano, W. et al. (1991). The Relationship of Patient-Therapist Interaction to Outcome in Brief Psychotherapy. *Psychotherapy*, 28 (4), 525-533.
- Mees, U. (1977). Einführung in die systematische Verhaltensbeobachtung. In U. Mees & H. Selg (Hrsg.), *Verhaltensbeobachtung und Verhaltensmodifikation*. Stuttgart: Ernst Klett Verlag.
- Mees, U. & Selg, H. (Hrsg.). (1977). *Verhaltensbeobachtung und Verhaltensmodifikation*. Stuttgart: Ernst Klett Verlag.
- Meichenbaum, D.H. (1971). Examination of model characteristics in reducing avoidance behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17 (3), 298-307.
- Mergenthaler, E. (1992). *Die Transkription von Gesprächen: Eine Zusammenstellung von Regeln mit einem Beispieltranskript*. Ulm: Ulmer Textbank.
- Meyer, C., Rumpf, H. J., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung: Ergebnisse der TACOS-Studie. *Nervenarzt*, 71 (7), 535-542.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York: John Wiley & Sons.
- Nelson, R. A. & Borkovec, T. D. (1989). Relationship of Client Participation to Psychotherapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20 (2), 155-162.
- Neudeck, P. (2005). "Bedrohliche Hasen" - Konfrontationstherapie bei Panikstörungen. In P. Neudeck & H.-U. Wittchen (Hrsg.), *Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen. Theorie und Praxis* (S. 17–46). Göttingen: Hogrefe.
- Neudeck, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.). (2005). *Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen: Theorie und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Norcross, J. C. (2001). Purposes, Processes, and Products of the Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships. *Psychotherapy*, 38 (4), 345-356.
- Norcross, J. C. (Hrsg.). (2002). *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.
- Noyes, R. (1991). Suicide and panic disorder: a review. *Journal of Affective Disorders*, 22 (1), 1-11.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). Process and Outcome in Psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 311–381). New York: John Wiley & Sons.
- Orlinsky, D. E., Rønnestadt, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcom Research: Continuity and Change. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 307–389). New York: John Wiley & Sons.
- Osofsky, J. D. (Hrsg.). (1979). *Handbook of Infant Development*. New York: John Wiley & Sons.
- Öst, L.-G. (1988). Applied Relaxation vs Progressive Relaxation in the Treatment of Panic Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 26 (1), 13-22.
- Pachankis, J. E. & Goldfried, M. R. (2007). On the next generation of process research. *Clinical Psychology Review*, 27, 760-768.
- Patterson, C. H. (1968). Relationship therapy and/or behavior therapy? *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 5 (4), 226-233.

- Peikert, G., Wagner, G., Tauber, R., Gruhn, U. & Sobanski, T. (2004). Effektivität stationärer Verhaltenstherapie bei schwerer Panikstörung und Agoraphobie. *Verhaltenstherapie*, 14, 253-263.
- Petermann, F. (Hrsg.). (1996). *Einzelfallanalyse* (3. Aufl.). München: Oldenbourg Verlag.
- Petermann, F. & Reinecker, H. (Hrsg.). (2005). *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (Handbuch der Psychologie, Bd. 1). Göttingen: Hogrefe.
- Pichot, P., Berner, P., Wolf, R. & Thau, K. (Hrsg.). (1985). *Psychotherapy and Psychosomatic Medicine* (Psychiatry. The State of the Art., Bd. 4). New York: Plenum Press.
- Plehn, K. & Peterson, R. A. (2002). Anxiety sensitivity as a predictor of the development of panic symptoms, panic attacks and panic disorder: a prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 455-474.
- Rachman, S. (1984). Agoraphobia -A Safety-Signal Perspective. *Behaviour Research and Therapy*, 22 (1), 59-70.
- Rachman, S. & Maser, J. D. (Hrsg.). (1988). *Panic. Psychological Perspectives*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ramnerö, J. & Öst, L.-G. (2007). Therapists' and clients' perception of each other and working alliance in the behavioral treatment of panic disorder and agoraphobia. *Psychotherapy Research*, 17 (3), 320 — 328. Zugriff am 14.04.2009. Verfügbar unter doi: 10.1080/10503300600650852.
- Rathgeb-Fuetsch, M., Kempfer, G., Feil, A., Pollmacher, T. & Schuld, A. (2011). Short- and long- term efficacy of cognitive behavioral therapy for DSM-IV panic disorder in patients with and without severe psychiatric comorbidity. *Journal of Psychiatric Research*, 45 (9), 1264-1268.
- Reinecker, H. (1999). Einzelfallanalyse. In E. Roth & H. Holling (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Methoden. Lehr- und Handbuch für Forschung und Praxis* (S. 267–281). München: Oldenbourg.
- Reinecker, H. (2009). Therapieforschung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (S. 83–99). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Reiss, S. & Bootzin, R. R. (Hrsg.). (1985). *Theoretical Issues in Behavior Therapy*. London: Academic Press.
- Reiss, S. & McNally, R. J. (1985). Expectancy Model of Fear. In S. Reiss & R. R. Bootzin (Hrsg.), *Theoretical Issues in Behavior Therapy* (S. 107–121). London: Academic Press.
- Revenstorf, D. (1979). *Zeitreihenanalyse für klinische Daten: Methodik und Anwendung*. Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- Revenstorf, D., Hahlweg, K., Schindler, L. & Vogel, B. (1984). Interaction Analysis of Marital Conflict. In K. Hahlweg & N. S. Jacobson (Hrsg.), *Marital interaction. analysis and modification* (S. 159–181). New York: Guildford Press.
- Revenstorf, D. & Vogel, B. (1996). Zur Analyse qualitativer Verlaufsdaten - ein Überblick. In F. Petermann (Hrsg.), *Einzelfallanalyse* (3. Aufl., S. 235–256). München: Oldenbourg Verlag.
- Revenstorf, D., Vogel, B., Wegener, C., Hahlweg, K. & Schindler, L. (1980). Escalation Phenomena in Interaction Sequences: An Empirical Comparison of Distressed and Non-distressed Couples. *Behavioural analysis and modification*, 4 (2), 97-115.

- Rice, L. & Greenberg, L. S. (Hrsg.). (1984). *Patterns of Change: Intensive Analysis of Psychotherapy Process*. New York: The Guildford Press.
- Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95-103.
- Roth, C., Siegl, J., Aufdermauer, N. & Reinecker, H. (2004). Therapie von Angst- und Zwangspatienten in der verhaltenstherapeutischen Praxis. *Verhaltenstherapie*, 14, 16-21.
- Roth, E. & Holling, H. (Hrsg.). (1999). *Sozialwissenschaftliche Methoden: Lehr- und Handbuch für Forschung und Praxis*. München: Oldenbourg.
- Ruhmland, M. & Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie*, 11, 27-40.
- Russell Robert L. & Stiles, W. B. (1979). Categories for Classifying Language in Psychotherapy. *Psychological Bulletin*, 86 (2), 404-419.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55 (1), 68-78.
- Sackett, G. P. (1979). The Lag Sequential Analysis of Contingency and Cyclicity in Behavioral Interaction Research. In J. D. Osofsky (Hrsg.), *Handbook of Infant Development* (S. 623–649). New York: John Wiley & Sons.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (1996). The Resolution of Ruptures in the Therapeutic Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3), 447-458.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Wallner Samstag, L. & Stevens, C. (2008). Reperatur von Brüchen in der therapeutischen Allianz. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil* (S. 705–740). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Sartory, G. (2005). Panikstörung. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (Handbuch der Psychologie, Bd. 1, S. 463–471). Göttingen: Hogrefe.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV-TR: Deutsche Bearbeitung*. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe.
- Schaap, C., Bennun, I., Schindler, L. & Hoogduin, K. (1993). *The therapeutic Relationship in Behavioural Psychotherapy*. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons.
- Schaffer, N. D. (1982). Multidimensional Measures of Therapist Behavior as Predictors of Outcome. *Psychological Bulletin*, 92 (3), 670-681.
- Scheier, C. & Tschacher, W. (1994). Nichtlineare Analyse dynamischer psychologischer Systeme: I: Konzepte und Methoden. *System Familie*, 7, 133-144.
- Schiepek, G. & Schulte, A. (2001). Die Interaktion zwischen Therapeut und Patientin in einer systemisch-lösungsorientierten Kurzzeittherapie - Einzelfallanalyse und explorativer Vergleich mit einer verhaltenstherapeutisch orientierten Kurzzeittherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49 (1), 49-71.
- Schindler, L. (1987). *Die soziale Interaktion von Therapeut und Klient in der Verhaltenstherapie: Ihr Einfluß auf Therapieverlauf und Therapieerfolg*. Habilitation, Otto-Friedrich-Universität Bamberg. Bamberg

- Schindler, L. (1989). Das Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP): Ein Instrument zur systematischen Beobachtung des Verhaltens von Therapeut und Klient im Therapieverlauf. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18 (1), 68-79.
- Schindler, L. (1991). *Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung: Beiträge zur Prozeßforschung in der Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.
- Schindler, L. (1996). Prozeßforschung. In A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.), *Grundlagen der klinischen Psychologie. Klinische Psychologie 1* (Enzyklopaedie der Psychologie. Themenbereich D, Praxisgebiete, Serie II ). Göttingen: Hogrefe.
- Schindler, L., Hohenberger-Sieber, E. & Hahlweg, K. (1989). Observing client-therapist interaction in behaviour therapy: Development and first application of an observational system. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 213-226.
- Schindler, L., Hohenberger-Sieber, E. & Hahlweg, K. (1990). SB Stundenbeurteilung: Selbstbeurteilungsverfahren. In G. Hank, K. Hahlweg & N. Klann (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren für Berater. Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Schindler, L., Müller, U., Hohenberger-Sieber, E. & Hahlweg, K. (1988). *Manual des Codiersystems zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP)*: Unveröffentlichtes Manuskript: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München.
- Schindler, L., Revenstorf, D., Hahlweg, K. & Brengelmann, J. C. (1983). Therapeutenverhalten in der Verhaltenstherapie: Entwicklung eines Instrumentes zur Beurteilung durch den Klienten. *Partnerberatung*, 20, 149-157.
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R. & Joiner, T. E. (2000). Prospective evaluation of the etiology of anxiety sensitivity: test of a scar model. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1083-1095.
- Schmidt-Traub, G. (2008). *Panikstörung und Agoraphobie: Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmitz, B. (2000). Auf der Suche nach dem verlorenen Individuum: Vier Theoreme zur Aggregation von Prozessen. *Psychologische Rundschau*, 51 (2), 83-92.
- Schneider, S. & Margraf, J. (1998). *Agoraphobie und Panikstörung* (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 3). Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe.
- Schneider, S., Unnewehr, S., Florin, I. & Margraf, J. (2002). Priming panic interpretations in children of patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 605-624.
- Scholz, O. B. (1996). Therapieplanung des Einzelfalles - Voraussetzungen, Methoden, Anwendungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Einzelfallanalyse* (3. Aufl., S. 264–283). München: Oldenbourg Verlag.
- Schulte, D. & Eifert, G. H. (2002). What to Do When Manuals Fail? The Dual Model of Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (3), 312-328.
- Schulte, D. & Künzel, R. (1989). Methodenzentrierte und verlaufszentrierte Therapiestrategien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18 (1), 35-44.
- Segal, D. L., Hersen, M., van Hasselt, V. B., Kabacoff, R. I. & Roth, L. (1993). Reliability of Diagnosis in Older Psychiatric Patients Using the Structured Clinical Interview for DSM-III-R. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15 (4), 347-356.
- Sexton, H., Littauer, H., Sexton, A. & Tømmerås, E. (2005). Building an alliance: Early therapy process and the client therapist connection. *Psychotherapy Research*, 15 (1/2), 103-116.

- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., Siegle, G., Crits-Christoph, P., Hazelrigg, M. D. et al. (65). Evidence That Therapy Works in Clinically Representative Conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1997 (3), 355-365.
- Shapiro, A. R. & Morris, L. A. (1978). The Placebo Effect in Medical and Psychological Therapies. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. An Empirical Analysis* (S. 369–410). New York: John Wiley & Sons.
- Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H. Y. N. J. & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus Behavior Therapy*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Stein, M. B., Jang, K. L. & Livesley, W. J. (1999). Heritability of Anxiety Sensitivity: A Twin Study. *American Journal of Psychiatry*, 156 (2), 246-251.
- Stiles, W. B. (1981). Classification of intersubjective illocutionary acts. *Language in Society*, 10, 227-249.
- Stiles, W. B. & Wolfe, B. E. (2006). Relationship Factors in Treating Anxiety Disorders. In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Hrsg.), *Principles of Therapeutic Change That Work* (S. 155–161). New York: Oxford University Press.
- Strong, S. R. & Clairborn, C. D. (1982). *Change through Interaction: Social Psychological Processes of Counseling and Psychotherapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Strupp, H. H. (1980). Success and Failure in Time-Limited Psychotherapy: A Systematic Comparison of Two Cases: Comparison 1. *Archives of General Psychiatry*, 37, 595-603.
- Strupp, H. H. (1980). Success and Failure in Time-Limited Psychotherapy: A Systematic Comparison of Two Cases: Comparison 2. *Archives of General Psychiatry*, 37, 708-716.
- Strupp, H. H. & Anderson, T. (1997). On the Limitations of Therapy Manuals. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4 (1), 76-82.
- Strupp, H. H. & Luborsky, L. (Hrsg.). (1962). *Research in psychotherapy*. Washington D.C.: APA.
- Stuart, G. L., Treat, T. A. & Wade, W. A. (2000). Effectiveness of an Empirically Based Treatment for Panic Disorder Delivered in a Service Clinic Setting: 1-Year Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (3), 506-512.
- Terraz, O., Roten, Y. de, Crettaz Roten, F. de, Drapeau, M. & Despland, J. N. (2004). Sequential therapist interventions and the therapeutic alliance: a pilot study. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 155 (3), 111-117.
- van Balkom, A. J. L. M., Bakker, A., Spinhoven, P., Blaauw, B. M. J. W., Smeenk, S. & Ruesink, B. (1997). A Meta-Analysis of the Treatment of Panic Disorder with or without Agoraphobia: A Comparison of Psychopharmacological, Cognitive-Behavioral, and Combination Treatments. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 185 (8), 510-516.
- van Ingen, D. J., Freiheit, S. R. & Vye, C. S. (2009). From the Lab to the Clinic: Effectiveness of Cognitive–Behavioral Treatments for Anxiety Disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40 (1), 69-74.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.-G. et al. (1997). The Cross-national Epidemiology of Panic Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54 (4), 305-309.

- Weisz, J. R., Donenberg, G. R., Han, S. S. & Weiss, B. (1995). Bridging the Gap Between Laboratory and Clinic in Child and Adolescent Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (5), 688-701.
- Weisz, J. R., Hawley, K. M., Plikonis, P. A., Woody, S. R. & Follette, W. C. (2000). Stressing the (Other) Three Rs in the Search for Empirically Supported Treatments: Review Procedures, Research Quality, Relevance to Practice and the Public Interest. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7 (3), 243-258.
- Weltgesundheitsorganisation. (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch diagnostische Leitlinien*. Göttingen: Verlag Hans Huber.
- Westmeyer, H. (1996). Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Einzelfallanalyse. In F. Petermann (Hrsg.), *Einzelfallanalyse* (3. Aufl., S. 18–35). München: Oldenbourg Verlag.
- Westmeyer, H. & Nell, V. (2005). Verhaltensbeobachtung. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (Handbuch der Psychologie, Bd. 1, S. 200–208). Göttingen: Hogrefe.
- White, K. S. & Barlow, D.H. (2002). Panic Disorder and Agoraphobia. In D.H. Barlow (Hrsg.), *Anxiety and its Disorders. The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (S. 328–379). New York: The Guildford Press.
- Williams, J. B. W., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J. et al. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): II. Multisite Test-Retest Reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49 (8), 630-636.
- Williams, K. E. & Chambless, D. L. (1990). The Relationship Between Therapist Characteristics and Outcome of In Vivo Exposure Treatment for Agoraphobia. *Behavior Therapy*, 21, 111-116.
- Williams, S. L. & Falbo, J. (1996). Cognitive and Performance-Based Treatments for Panic Attacks in People with Varying Degrees of Agoraphobic Disability. *Behaviour Research and Therapy*, 34 (3), 253-264.
- Wirtz, M. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität: Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP). (2010). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG: Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie*. Zugriff am 19.06.2011. Verfügbar unter <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier28.pdf>.
- Wittchen, H. U. (1991). Der Langzeitverlauf unbehandelter Angststörungen: Wie häufig sind Spontanremissionen? *Verhaltenstherapie*, 1, 273-282.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II: Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Woody, S. R. & Ollendick, T. H. (2006). Technique Factors in Treating Anxiety Disorders. In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Hrsg.), *Principles of Therapeutic Change That Work* (S. 167–186). New York: Oxford University Press.
- Zimmer, D. (Hrsg.). (1983). *Die therapeutische Beziehung: Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung*. Weinheim: Edition Psychologie.

## **Anhang A: Kurzdefinitionen der CIP-Kategorien (Schindler, 1991)**

### Kategorien zum Therapeutenverhalten:

*Gefühlsansprache:* Umfasst Fragen nach oder Anbieten von Gefühlen und Empfindungen. „Wie haben Sie sich gefühlt, als das passiert ist?“

*Reformulierung:* Drückt den Versuch des Therapeuten aus, sich in das Erleben bzw. die Situation des Patienten hineinzusetzen. „Sie sind also zur Zeit sehr belastet.“

*Verständnis:* Der Therapeut äußert, dass er selbst das Verhalten des Patienten nachvollziehen kann bzw. dass es allgemein verständlich ist. „Es ist klar, dass Sie diesen Zustand beenden wollen.“

*Zuspruch:* Darunter sind Äußerungen des Therapeuten zu verstehen, die beim Patienten Hoffnung auf Verbesserung wecken sollen oder ihn zu bestimmten Verhaltensweisen ermutigen. „Ich sehe für Sie gute Chancen, dass Sie diese Schwierigkeit meistern werden.“

*Positive Rückmeldung:* Der Therapeut sagt dem Patienten, was er gut gemacht hat, lobt ihn oder bestärkt ihn in einem bestimmten Vorhaben. „Ich finde es sehr gut, dass Sie die Sache jetzt aktiv angepackt haben.“

*Minimale Unterstützung:* Besteht aus paralinguistischen Einwüfen oder kurzen Äußerungen, die Aufmerksamkeit ausdrücken. „Ah ja“, „Hm“.

*Informationsfrage:* Darunter fallen alle Fragen, mit denen eine bestimmte Information über den Patienten oder seine Situation eingeholt oder etwas geklärt werden soll. „Wie lange arbeiten Sie schon bei dieser Firma?“

*Zusammenfassung:* Der Therapeut gibt Informationen, die er vom Patienten erhalten hat, wiederholend oder in gekürzter Form wieder. „Wir haben jetzt einen typischen Tagesablauf erarbeitet.“

*Sachliche Feststellung:* Therapeutenäußerung, die nur wenig Information enthält oder eine kurze Antwort auf eine Frage des Klienten darstellt. „Ja, davon habe ich gehört.“

*Strukturierung:* Der Therapeut informiert über den Ablauf der Therapie, der Stunde oder seine Absichten. „Ich würde zuerst gerne hören, wie es Ihnen mit den Übungen erging, dann werden wir gemeinsam über Lösungsmöglichkeiten in Ihrer Arbeitssituation sprechen.“

*Erklärung:* Darunter fallen alle Äußerungen, mit denen der Therapeut den Klienten über theoretische und empirische Arbeiten zu seinem Beschwerdebild oder die einzelnen therapeutischen Maßnahmen informiert. „Ich frage Sie das deshalb, weil es möglicherweise einen Zusammenhang zwischen diesem Problem und Ihrer Lebenssituation gibt.“

*Selbstöffnung:* Dazu zählen Beschreibungen des Therapeuten über seine Person oder seine Erfahrungen. „Ich freue mich, dass Sie weitermachen wollen.“

*Direktive Führung:* Sie besteht aus Aufforderungen oder Ratschlägen, die sich auf das Verhalten des Klienten in der Therapiestunde beziehen. „Setzen Sie sich jetzt bitte in den Entspannungsstuhl.“

*Aufgabenstellung:* Beinhaltet alle Instruktionen oder Empfehlungen, die sich auf das Verhalten außerhalb der Therapiesitzungen beziehen. „Notieren Sie sich bis zum nächsten Mal mindestens drei Situationen, die Sie besonders belastet haben.“

*Konfrontation:* Der Therapeut spricht Diskrepanzen zwischen verbalem und nonverbalem Verhalten des Patienten oder Widersprüche in seinen Handlungen an. „Sie weichen meinen Fragen aus“.

*Interpretation:* Der Therapeut gibt einer Äußerung bzw. dem Verhalten des Klienten eine Deutung, die dieser selbst nicht angeboten hat. „Das deutet sehr auf eine Medikamentenabhängigkeit hin.“

*Kritik:* Der Therapeut äußert direkt Kritik am Klienten oder kündigt negative Sanktionen an. „Unter diesen Voraussetzungen scheint es mir nicht sinnvoll, dass wir weiter zusammenarbeiten.“

*Pause:* Schweigen das sich über mehr als zehn Sekunden erstreckt wird als Gesprächspause gewertet.

*Restkategorie:* Alle Äußerungen die keinen Bezug zur Therapie aufweisen fallen unter diese Kategorie. „Hier bei uns ist es immer schwierig, einen Parkplatz zu finden.“

#### Kategorien zum Klientenverhalten:

*Beschreibung positiver Gefühle:* Der Klient benennt direkt positive Erlebnisse bzw. emotional positive Zustände. „Ich bin sehr stolz darauf, dass mir das gelungen ist.“

*Beschreibung negativer Gefühle:* Dabei handelt es sich um die direkte Benennung negativer Erlebnisse oder Zustände. Diese Kategorie tritt häufig in Zusammenhang mit der Beschreibung von Problemen auf. „Ich war vom Verlauf dieses Gesprächs sehr enttäuscht.“

*Sachlicher Bericht/Situationsbeschreibung:* Der Klient äußert sich zu seiner Lebenssituation. „Ich bin verheiratet und habe zwei Kinder.“

*Spezifisches Problem:* Der Klient spricht von seinem Problemverhalten oder Bedingungen, unter denen er leidet. „Ich weiß nicht, wie lange ich diese Belastungen noch aushalten kann.“

*Kurzantworten:* Kurze Äußerungen des Klienten, die lediglich die Antwort auf eine Therapeutenfrage darstellen. „Ich glaube, es war vor einem Jahr.“

*Selbstkontrollversuche:* Sind Berichte des Klienten über bereits durchgeführte Versuche, sein problematisches Verhalten in den Griff zu bekommen. „Vor einem unangenehmen Telefongespräch versuche ich mich immer zu entspannen.“

*Erfolgsbericht:* Beschreibt gelungene Veränderungen im Verhalten oder Erleben des Klienten. „Es fällt mir immer leichter, meine Wünsche zu äußern.“

*Einsicht:* Der Klient entdeckt neue Erkenntnisse über Zusammenhänge, die sein Problem verursachen oder aufrechterhalten könnten. „Ich glaube, ich schlucke viel zu viel runter und irgendwann bricht es dann aus mir raus.“

*Wunsch-/Zielvorstellung:* Der Klient beschreibt Zustände bzw. Verhaltensweisen, die er mit Hilfe der Therapie erreichen will. „Ich hätte gerne eine kameradschaftliche Beziehung zu meinen Kindern.“

*Zuversicht:* Äußerungen des Klienten, in denen er Zutrauen auf das Erreichen seiner Ziele ausdrückt. „Ich bin ziemlich sicher, dass ich dieses Gespräch schaffen werde.“

*Änderungsvorschläge:* Der Klient entwickelt konkrete Vorstellungen oder Pläne zur Erreichung seiner Ziele. „Ich werde in Zukunft für Arbeiten wie Aufräumen oder Post erledigen entsprechende Zeiträume vorsehen.“

*Ansprechen der therapeutischen Beziehung:* Der Klient spricht die Person des Therapeuten oder die gemeinsame Beziehung an. „Ich würde gerne wissen, was Sie jetzt von mir denken.“

*Informationsfrage/Ratsuche:* Der Klient bittet um Information bezüglich seines Problems oder der Therapie. „Wie oft soll ich die Übungen machen?“

*Ablehnung/Verweigerung:* Der Klient äußert sich klar, dass er auf Vorschläge oder Aufgaben des Therapeuten nicht eingeht. „Darüber möchte ich nicht sprechen.“

*Kritik/Provokation:* Der Klient kritisiert oder ironisiert die Person des Therapeuten, sein Vorgehen oder das Konzept der Therapie. „Das meinen Sie doch nicht im Ernst!“

*Resignation:* Der Klient zweifelt an seinen Veränderungsmöglichkeiten und stellt den Sinn der Therapie in Frage. „Es wird einfach nicht besser. Ich muss mich damit abfinden.“

*Pause* und *Restkategorie* sind in ihrer Definition identisch mit den entsprechenden Therapeutenkategorien.

## Anhang B: Messinstrumente

### Fragebogen zum Goal Attainment Scaling

#### Rückmeldebogen Patient



**Psychotherapeutische Ambulanz**

#### Rückmeldebogen

Name/Chiffre: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Dieser Fragebogen soll uns darüber informieren, inwieweit die Therapie für Sie nützlich war und Ihren Erwartungen entsprach.

1. Inwieweit sind Ihre **Erwartungen** an die Therapie erfüllt worden?

gar nicht 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 sehr

Bemerkungen:

---

---

---

---

---

---

---

2. Wie sehr hat Ihnen die Therapie genützt?

gar nicht 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 sehr

Was war für Sie hilfreich in der Therapie?

---

---

---

---

---

---

---

3. Im Folgenden können Sie bis zu drei **Therapieziele** angeben.  
Nennen Sie bitte das wichtigste Ziel an erster Stelle:

**Ziel A:** \_\_\_\_\_

Schätzen Sie nun ein, inwieweit Sie auf Ihrer Skala in Bezug auf dieses Ziel gekommen sind.

**Das Ziel ist ...**

gar nicht erreicht

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

völlig erreicht

---

---

**Ziel B:** \_\_\_\_\_

Schätzen Sie nun ein, inwieweit Sie auf Ihrer Skala in Bezug auf dieses Ziel gekommen sind.

**Das Ziel ist ...**

gar nicht erreicht

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

völlig erreicht

---

---

**Ziel C:** \_\_\_\_\_

Schätzen Sie nun ein, inwieweit Sie auf Ihrer Skala in Bezug auf dieses Ziel gekommen sind.

**Das Ziel ist ...**

gar nicht erreicht

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

völlig erreicht

---

---

Bemerkungen:

---

---

---

---

---

Rechte für den unveröffentlichten Fragebogen liegen bei der CIP Ambulanz Bamberg,  
Fleischstr. 17, 96047 Bamberg

Rückmeldebogen Therapeut

Therapeut

ChiffrePatient

Fragebogen zum Fall für den Therapeuten

Dies ist im Rahmen der Ausbildung mein Fall Nr. \_\_\_\_\_

Wie viel Berufserfahrung hast du mittlerweile als Therapeut/in (incl. Psychiatrie-/  
Psychosomatikstunden etc.)?

\_\_\_\_\_ Jahre

Wie erfolgreich schätzt du den Fall insgesamt ein?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**gar nicht****sehr**Als wie stark schätzt du die durch die bisherige Therapie erzielte Veränderung ein?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**sehr unzufrieden****sehr zufrieden**Wie viele deiner Therapieziele konntest du verwirklichen?

\_\_\_\_\_ von insgesamt \_\_\_\_\_ Zielen

Welche Therapieziele konntest du in der bisherigen Therapie bearbeiten?

---

---

Hast du noch wichtige Kommentare zum Fall oder zur Studie?

---

---

**Vielen Dank für deine Mitarbeit! ☺**

**Prozessmaße nach Schindler (1991)**Stundenbeurteilung für den Klienten

Code:

Termin:

Sitzung Nr.

	gar nicht	ein wenig	weit- gehend	voll- kommen
1. Ich habe der heutigen Sitzung mit Interesse entgegengesehen.	1	2	3	4
2. Ich wusste ziemlich genau, was ich heute in die Sitzung einbringen wollte.	1	2	3	4
3. Ich konnte heute vieles ansprechen, was mir wichtig war.	1	2	3	4
4. Ich habe mich in dieser Stunde von meinem Therapeuten verstanden gefühlt.	1	2	3	4
5. Das heutige Vorgehen des Therapeuten habe ich als hilfreich erlebt	1	2	3	4
6. Den Ablauf der Stunde habe ich als planvoll und zielgerichtet erlebt	1	2	3	4
7. Ich habe den Verlauf der Stunde aktiv mitgestalten können.	1	2	3	4
8. Ich habe heute eine gute Zusammenarbeit erlebt.	1	2	3	4
9. Die Erfahrungen der heutigen Sitzung haben mir Mut gemacht.	1	2	3	4
10. Ich habe heute mehr an Verständnis und Einsicht in meine Situation erhalten.	1	2	3	4
11. Ich habe heute mehr an Verständnis und Einsicht in meine Situation erhalten.	1	2	3	4
12. Ich habe in dieser Sitzung neue Anregungen bekommen, wie ich mein Leben verändern könnte.	1	2	3	4
13. Ich habe heute neue Möglichkeiten zur Kontrolle über meine Stimmung und mein Verhalten gelernt.	1	2	3	4
14. Ich sehe nach dieser Stunde bestimmte Dinge in neuem Licht.	2	3	4	4
15. Die heutige Sitzung hat zur Lösung mancher Probleme beigetragen.	1	2	3	4
16. Ich fühle mich nach dieser Stunde irgendwie erleichtert.	1	2	3	4
17. Ich sehe nach dieser Stunde den kommenden Tagen mit Zuversicht entgegen.	1	2	3	4
18. Die heutige Stunde hat mein Vertrauen zu mir selbst gestärkt.	1	2	3	4
19. Wir sind heute einen Schritt weiter gekommen.	1	2	3	4
20. Nach dieser Stunde bin ich zuversichtlich, dass ich weiter Fortschritte machen werde.	1	2	3	4

Stundenbeurteilung für den Therapeuten

Code:

Termin:

Sitzung Nr.

	gar nicht	ein wenig	weit- gehend	voll- kommen
1. Ich habe der heutigen Sitzung mit Interesse entgegengesehen.	1	2	3	4
2. Ich hatte eine ziemlich genaue Vorstellung davon, wie ich die heutige Sitzung gestalten wollte.	1	2	3	4
3. Ich konnte heute vieles behandeln, was mir wichtig war.	1	2	3	4
4. Es ist mir heute gelungen, auf den Klienten einzugehen.	1	2	3	4
5. Ich habe heute die geplanten Maßnahmen gut verwirklichen können.	1	2	3	4
6. Den Ablauf der Stunde habe ich als planvoll und zielgerichtet erlebt.	1	2	3	4
7. Ich habe den Verlauf der Stunde im Griff gehabt.	1	2	3	4
8. Ich habe heute eine gute Zusammenarbeit erlebt.	1	2	3	4
9. Ich habe heute Bestätigung für mein Vorgehen erhalten.	1	2	3	4
10. Ich habe heute mehr an Verständnis und Einsicht in die Situation des Klienten erhalten.	1	2	3	4
11. Ich habe in dieser Sitzung neue Anregungen für die weitere Therapieplanung bekommen.	1	2	3	4
12. In der heutigen Sitzung gab es für mich neue therapeutische Erfahrungen.	1	2	3	4
13. Ich sehe nach dieser Stunde bestimmte Aspekte des Klienten in neuem Licht.	1	2	3	4
14. Die heutige Sitzung hat zur Lösung mancher Probleme beigetragen.	2	3	4	4
15. Es ist mir heute gelungen, den Klienten positiv zu beeinflussen.	1	2	3	4
16. Ich bin nach dieser Stunde zufrieden mit mir.	1	2	3	4
17. Ich sehe nach dieser Stunde der kommenden Sitzung mit Zuversicht entgegen.	1	2	3	4
18. Nach der heutigen Sitzung fühle ich mich sicherer im Umgang mit dem Klienten.	1	2	3	4
19. Wir sind heute einen Schritt weiter gekommen.	1	2	3	4
20. Nach dieser Stunde bin ich zuversichtlich, was das Erreichen des Therapieziels betrifft.	1	2	3	4

Beurteilung des Therapeuten durch den Klienten

Code:

Datum:

	gar nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
1. geschwätzig	1	2	3	4
2. erfahren	1	2	3	4
3. echt	1	2	3	4
4. hilfreich	1	2	3	4
5. aufmerksam	1	2	3	4
6. sicher	1	2	3	4
7. interessiert	1	2	3	4
8. sympathisch	1	2	3	4
9. konsequent	1	2	3	4
10. ruhig	1	2	3	4
11. gibt klare Anweisungen	1	2	3	4
12. fragt nach	1	2	3	4
13. konzentriert	1	2	3	4
14. nimmt sich Zeit	1	2	3	4
15. kooperativ	1	2	3	4
16. zielstrebig	1	2	3	4
17. gibt Rückmeldung	1	2	3	4
18. aktiv	1	2	3	4
19. entspannt	1	2	3	4
20. freundlich	1	2	3	4
21. planvoll	1	2	3	4
22. gründlich	1	2	3	4
23. natürlich	1	2	3	4
24. sorgfältig	1	2	3	4
25. geduldig	1	2	3	4
26. entschlossen	1	2	3	4
27. umgänglich	1	2	3	4
28. klar	1	2	3	4
29. lebendig	1	2	3	4

Beurteilung des Klienten durch den Therapeuten

Code:

Datum:

	gar nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
1. gesprächig	1	2	3	4
2. echt	1	2	3	4
3. aufmerksam	1	2	3	4
4. sympathisch	1	2	3	4
5. offen	1	2	3	4
6. konsequent	1	2	3	4
7. verständlich	1	2	3	4
8. spontan	1	2	3	4
9. fragt viel nach	1	2	3	4
10. konzentriert	1	2	3	4
11. einführend	1	2	3	4
12. beteiligt	1	2	3	4
13. kooperativ	1	2	3	4
14. zielstrebig	1	2	3	4
15. unempfindlich	1	2	3	4
16. aktiv	1	2	3	4
17. freundlich	1	2	3	4
18. planvoll	1	2	3	4
19. gründlich	1	2	3	4
20. natürlich	1	2	3	4
21. sorgfältig	1	2	3	4
22. geduldig	1	2	3	4
23. entschlossen	1	2	3	4
24. angenehm	1	2	3	4
25. umgänglich	1	2	3	4
26. klar	1	2	3	4
27. lebendig	1	2	3	4
28. heiter	1	2	3	4
29. zart	1	2	3	4
30. vergnügt	1	2	3	4

**Anhang C: Auswertungsplan und vorhandenes Datenmaterial***Tabelle C-1: Auswertungsplan*

Person Nr.	Sitzung	Kodierer	Person Nr.	Sitzung	Kodierer
<b>1TH</b>	1	1, 2 und 3	<b>4AG</b>	1	2
	2	1		2	2
	3	1		3	2
	4	1		4	1, 2 und 3
	6	1		5	1 und 2
	7	1		6	2
	8	1		7	2
					8
<b>2TH</b>	1	2	<b>5PDA</b>	1	3
	2	2		2	3
	3	2		3	3
	4	2		4	3
	5	2 und 3		5	3
	7	2		6	2 und 3
	8	2		7	3
					8
<b>3TH</b>	1	1	<b>6ABB</b>	1	2
	2	1		2	2 und 3
	3	1, 2 und 3	<b>7KOM</b>	1	3
	4	1 und 3		2	1, 2 und 3
	5	1		4	3
	6	1		5	3
	7	1		7	3
	8	1			

*Tabelle C-2: Ausgewertetes Rohmaterial*

Therapie	Aufgezeichnete Sitzungen	Fragebogendaten Prozess	Beobachter Nr.	Sitzungen für Beobachter-übereinstimmung
1TH	Sitzung 5 fehlt	Alle 8 Sitzungen	1	1
2TH	Sitzung 6 fehlt	Alle 8 Sitzungen	2	5
3TH	Alle 8 Sitzungen	Alle 8 Sitzungen	1	3, 4
4AG	Sitzung 6 fehlt	Alle 8 Sitzungen	2	3, 4
5PDA	Alle 8 Sitzungen	Alle 8 Sitzungen	3	6, 8
6ABB	Alle 2 Sitzungen	Alle 2 Sitzungen	2	2
7KOM	Sitzungen 3, 6, 8 fehlen	Sitzung 7 fehlt	3	2

## Anhang D: Werte der Beobachterübereinstimmung

*Tabelle D-1: Beobachterübereinstimmung Beobachter 1*

<b>Therapie</b>	<b>Sitzung</b>	<b>Übereinstimmung (<math>\kappa</math>) Therapeutenkategorien</b>	<b>Übereinstimmung (<math>\kappa</math>) Patientenkategorien</b>
1TH	1	.71	.77
3TH	3	.58	.70
3TH	4	.73	.75
4AG	4	.80	.68
4AG	5	.79	.66
5PDA	8	.66	.70
<b>Durchschnitt</b>		<b>.71</b>	<b>.71</b>

*Tabelle D-2: Beobachterübereinstimmung Beobachter 2*

<b>Therapie</b>	<b>Sitzung</b>	<b>Übereinstimmung (<math>\kappa</math>) Therapeutenkategorien</b>	<b>Übereinstimmung (<math>\kappa</math>) Patientenkategorien</b>
1TH	1	.70	.76
2TH	5	.70	.85
3TH	3	.61	.61
4AG	4	.75	.70
4AG	5	.79	.57
5PDA	8	.60	.80
7KOM	2	.75	.80
<b>Durchschnitt</b>		<b>.70</b>	<b>.72</b>

Tabelle D-3: Beobachterübereinstimmung Beobachter 3

Therapie	Sitzung	Übereinstimmung ( $\kappa$ ) Therapeutenkategorien	Übereinstimmung ( $\kappa$ ) Patientenkategorien
1TH	1	.84	.81
3TH	3	.54	.53
3TH	4	.59	.74
4AG	4	.70	.74
5PDA	8	.55	.65
5PDA	6	.83	.87
6ABB	2	.72	.67
7KOM	2	.72	.63
8 <sup>3</sup>	7	.88	.85
<b>Durchschnitt</b>		<b>.71</b>	<b>.72</b>

---

<sup>3</sup> Nachträglich ausgeschlossene Therapie, die für das Beobachtertraining genutzt wurde

## Anhang E: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung

### 1TH

Tabelle E-1: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Therapeut (t) – Patient (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.

	EO	PB	EA	ÄB	MI	KL	HV	ZK-Pa
EF	0.04 0.14	0.46 2.38	0.37 0.59	0.05 -1.52	0.05 -0.73	*	*	0.03 -2.65
UN	0.13 5.37	0.46 1.70	0.09 -6.24	0.15 3.10	0.10 1.90	*	*	*
EX	0.02 -2.28	0.41 0.81	0.43 3.54	0.06 -1.07	0.04 -2.12	*	*	0.04 -2.39
EK	*	0.13 -5.86	0.40 1.25	0.12 1.72	0.12 2.56	*	*	0.15 3.60
DT	*	0.33 -0.69	0.41 0.81	*	*	*	*	*
KF	*	*	*	*	*	*	*	*
ZK-Th	*	0.34 -0.81	0.12 -3.82	*	*	*	*	0.26 6.19
<i>Basisrate</i>	0.04	0.39	0.35	0.08	0.06	0.01	0.01	0.07
<i>Häufigkeit</i>	41	398	358	78	63	7	12	70

\* bedeutet: Voraussetzungen für Berechnung nicht erfüllt

Tabelle E-2: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Patient (t) – Therapeut (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.

	EF	UN	EX	EK	DT	KF	ZK-Th
EO	0.25 0.22	0.45 6.14	0.15 -3.43	*	*	*	*
PB	0.34 4.97	0.13 0.09	0.43 0.57	0.04 -4.41	0.01 -2.57	*	*
EA	0.13 -4.79	0.08 -2.71	0.52 3.79	0.13 0.71	0.07 2.69	*	*
ÄB	0.34 2.20	0.21 2.19	0.24 -3.20	0.13 0.45	*	*	*
MI	0.19 -0.77	0.21 1.96	0.26 -2.55	0.24 3.13	*	*	*
KL	*	*	*	*	*	*	*
HV	0.08 -1.24	0 -1.32	0.25 -1.18	0.42 3.27	0.08 0.83	*	*
ZK-Pa	0.13 -2.00	*	0.38 -0.59	0.28 4.25	*	*	*
<i>Basisrate</i>	0.24	0.13	0.42	0.12	0.04	0	0.06
<i>Häufigkeit</i>	237	128	421	116	38	3	65

\* bedeutet: Voraussetzungen für Berechnung nicht erfüllt

**2TH**

*Tabelle E-3: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Therapeut (t) – Patient (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.*

	EO	PB	EA	ÄB	MI	KL	HV	ZK-Pa
EF	0.04 0.30	0.61 2.46	0.25 -0.35	0.06 -0.41	0.01 -1.27	0.01 -1.57	*	0.03 -2.62
UN	0.06 1.59	0.54 -0.34	0.06 -5.34	0.22 7.28	*	0.01 -0.83	*	0.07 0.68
EX	0.03 -1.23	0.55 -0.07	0.33 4.37	0.04 -3.16	0.01 -0.86	0.1 -1.04	*	0.04 -2.71
EK	0.03 -0.51	0.47 -2.53	0.27 0.24	0.04 -1.54	0.02 0.87	0.04 3.45	*	0.12 4.07
DT	0.02 -0.35	0.37 -2.33	0.30 0.63	0.09 0.70	*	0.02 0.39	*	0.12 1.67
KF	0.04 0.09	0.46 -0.90	0.11 -1.84	*	0 -0.68	0.07 2.36	*	0.07 0.33
ZK-Th	0.06 1.86	0.62 1.37	0.06 -4.88	0.09 1.07	0 -1.34	0.02 0.22	*	0.16 4.45
<i>Basisrate</i>	0.03	0.55	0.26	0.08	0.02	0.02	0.00	0.06
<i>Häufigkeit</i>	60	1010	478	122	30	29	5	105

\* bedeutet: Voraussetzungen für Berechnung nicht erfüllt

*Tabelle E-4: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Patient (t) – Therapeut (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.*

	EF	UN	EX	EK	DT	KF	ZK-Th
EO	0.46 3.78	*	0.32 -1.75	*	*	*	*
PB	0.28 2.52	0.06 -1.75	0.44 0.40	0.13 -1.64	0.01 -2.02	0.02 -0.09	0.06 0.30
EA	0.18 -3.45	0.07 -1.01	0.52 3.63	0.15 0.69	0.02 0.11	*	0.05 -0.83
ÄB	0.22 -0.63	0.21 5.57	0.34 -2.21	0.09 -1.67	*	*	0.11 2.18
MI	*	*	0.37 -0.76	*	*	*	*
KL	*	*	0.17 -2.85	0.45 4.69	*	*	*
HV	*	*	*	*	*	*	*
ZK-Pa	0.24 -0.19	*	0.27 -3.48	0.28 3.89	0.11 5.68	*	*
<i>Basisrate</i>	448	142	793	261	41	28	109
<i>Häufigkeit</i>	0.25	0.08	0.44	0.14	0.02	0.02	0.06

\* bedeutet: Voraussetzungen für Berechnung nicht erfüllt

**3TH**

*Tabelle E-5: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Therapeut (t) – Patient (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.*

	EO	PB	EA	ÄB	MI	KL	HV	ZK-Pa
EF	*	0.48 3.23	0.38 -1.55	*	*	*	*	0.05 -1.84
UN	*	0.46 1.97	0.10 -7.29	0.11 3.25	*	*	*	0.20 4.58
EX	*	0.37 -0.10	0.52 3.82	0.02 -3.53	*	0.02 -1.03	*	0.06 -1.97
EK	*	0.22 -4.69	0.50 1.95	0.09 3.17	*	0.07 3.25	*	0.08 0.11
DT	*	0.32 -0.74	0.49 0.83	*	*	*	*	*
KF	*	*	*	*	*	*	*	*
ZK-Th	*	0.52 2.07	0.14 -3.81	*	*	*	*	*
<i>Basisrate</i>	0.01	0.37	0.43	0.05	0.01	0.03	0.01	0.08
<i>Häufigkeit</i>	15	442	519	56	14	38	15	96

\* bedeutet: Voraussetzungen für Berechnung nicht erfüllt

*Tabelle E-6: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Patient (t) – Therapeut (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.*

	EF	UN	EX	EK	DT	KF	ZK-Th
EO	*	*	*	*	*	*	*
PB	0.29 6.67	0.08 -1.30	0.46 0.45	0.11 -4.27	0.01 -3.54	*	0.04 0.13
EA	0.09 -4.71	0.09 -0.62	0.54 3.90	0.19 -0.39	0.06 1.12	*	0.04 -0.09
ÄB	0.25 1.60	0.27 4.08	0.17 -4.04	0.21 0.36	*	*	*
MI	*	*	*	*	*	*	*
KL	*	*	0.14 -3.78	0.75 8.50	*	*	*
HV	*	*	*	0.67 4.67	*	*	*
ZK-Pa	0.06 -2.75	*	0.33 -2.34	0.34 3.78	0.13 3.84	*	*
<i>Basisrate</i>	0.17	0.10	0.45	0.19	0.04	0.01	0.04
<i>Häufigkeit</i>	196	117	530	225	52	10	42

\* bedeutet: Voraussetzungen für Berechnung nicht erfüllt

**4AG**

*Tabelle E-7: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Therapeut (t) – Patient (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.*

	EO	PB	EA	ÄB	MI	KL	HV	ZK-Pa
EF	0.06 -1.40	0.48 1.61	0.35 0.72	0.04 -2.36	*	*	*	*
UN	0.18 5.77	0.46 1.47	0.13 -7.03	0.16 3.71	0.03 1.72	*	*	0.02 -1.41
EX	0.03 -3.17	0.51 2.74	0.39 2.15	0.02 -3.59	*	*	*	*
EK	0.01 -3.35	0.24 -4.31	0.63 7.67	0.02 -2.90	*	*	*	*
DT	*	0.29 -1.92	0.56 3.59	*	*	*	*	*
KF	*	*	*	*	*	*	*	*
ZK-Th	0.20 2.92	0.18 -3.58	0.04 -4.57	0.46 9.20	*	*	*	*
<i>Basisrate</i>	0.09	0.42	0.33	0.09	0.02	0.01	0.00	0.04
<i>Häufigkeit</i>	84	400	309	89	19	11	2	38

\* bedeutet: Voraussetzungen für Berechnung nicht erfüllt

*Tabelle E-8: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Patient (t) – Therapeut (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.*

	EF	UN	EX	EK	DT	KF	ZK-Th
EO	0.06 -3.11	0.59 5.38	0.13 -2.05	0.01 -3.35	*	*	0.21 5.63
PB	0.28 4.06	0.34 1.18	0.23 0.32	0.08 -3.28	0.04 -1.72	*	0.02 -3.23
EA	0.15 -2.06	0.18 -5.28	0.30 2.93	0.26 6.08	0.10 3.02	*	0.02 -3.14
ÄB	0.13 -1.54	0.52 4.00	0.05 -3.95	0.04 -2.78	*	*	0.22 6.43
MI	*	*	*	*	*	*	*
KL	*	*	*	*	*	*	*
HV	*	*	*	*	*	*	*
ZK-Pa	*	0.16 -2.09	0.26 0.54	*	*	*	*
<i>Basisrate</i>	0.20	0.32	0.23	0.14	0.06	0.01	0.06
<i>Häufigkeit</i>	182	294	211	130	52	7	55

\* bedeutet: Voraussetzungen für Berechnung nicht erfüllt

**5PDA**

*Tabelle E-9: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Therapeut (t) – Patient (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.*

	EO	PB	EA	ÄB	MI	KL	HV	ZK-Pa
EF	*	0.51 5.57	0.38 -2.78	*	*	0.02 -3.31	*	0.03 -2.25
UN	*	0.44 2.47	0.27 -3.61	*	*	*	*	*
EX	*	0.29 -0.60	0.59 3.83	*	*	0.05 -2.70	*	0.05 -1.80
EK	*	0.26 -2.65	0.48 -0.24	*	*	0.14 4.11	*	0.09 1.49
DT	*	0.14 -3.25	0.60 1.98	*	*	*	*	0.14 2.29
KF	*	*	*	*	*	*	*	*
ZK-Th	*	*	*	*	*	*	*	*
<i>Basisrate</i>	0.02	0.31	0.49	0.01	0.01	0.09	0.01	0.08
<i>Häufigkeit</i>	19	397	631	10	7	120	12	99

\* bedeutet: Voraussetzungen für Berechnung nicht erfüllt

*Tabelle E-10: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Patient (t) – Therapeut (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.*

	EF	UN	EX	EK	DT	KF	ZK-Th
EO	*	*	*	*	*	*	*
PB	0.22 5.39	0.06 0.84	0.27 -0.04	0.38 -2.98	0.03 -2.63	*	*
EA	0.10 -2.17	0.04 -1.67	0.32 2.45	0.44 -0.98	0.09 2.54	*	*
ÄB	*	*	*	*	*	*	*
MI	*	*	*	*	*	*	*
KL	*	*	0.14 -3.26	0.76 6.59	*	*	*
HV	*	*	*	*	*	*	*
ZK-Pa	*	*	0.17 -2.29	0.60 2.74	0.10 1.56	*	*
<i>Basisrate</i>	0.13	0.05	0.28	0.46	0.06	0.01	0.01
<i>Häufigkeit</i>	161	69	349	583	80	15	14

\* bedeutet: Voraussetzungen für Berechnung nicht erfüllt

**6ABB**

*Tabelle E-11: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Therapeut (t) – Patient (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.*

	EO	PB	EA	ÄB	MI	KL	HV	ZK-Pa
EF	*	0.42 1.26	0.40 0.39	*	*	*	*	*
UN	*	0.43 1.41	0.17 -4.06	0.14 2.40	*	*	*	0.12 1.06
EX	*	0.46 1.83	0.37 -0.06	*	*	*	*	*
EK	*	0.10 -4.07	0.58 3.16	*	*	*	*	0.17 2.09
DT	*	*	0.65 2.52	*	*	*	*	*
KF	*	*	*	*	*	*	*	*
ZK-Th	*	*	*	*	*	*	*	*
<i>Basisrate</i>	0.06	0.36	0.38	0.07	0.02	0.02	0.01	0.09
<i>Häufigkeit</i>	19	117	124	23	6	6	4	30

\* bedeutet: Voraussetzungen für Berechnung nicht erfüllt

*Tabelle E-12: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Patient (t) – Therapeut (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.*

	EF	UN	EX	EK	DT	KF	ZK-Th
EO	*	0.74 4.47	*	*	*	*	*
PB	0.35 2.75	0.28 0.07	0.19 -0.36	0.12 -1.57	*	*	*
EA	0.16 -1.98	0.16 -2.81	0.26 1.51	0.26 2.40	0.10 1.68	*	*
ÄB	*	0.57 3.08	*	*	*	*	*
MI	*	*	*	*	*	*	*
KL	*	*	*	*	*	*	*
HV	*	*	*	*	*	*	*
ZK-Pa	0.33 1.19	*	*	*	*	*	*
<i>Basisrate</i>	0.24	0.28	0.21	0.18	0.06	0.01	0.03
<i>Häufigkeit</i>	78	90	67	58	20	3	8

\* bedeutet: Voraussetzungen für Berechnung nicht erfüllt

**7KOM**

*Tabelle E-13: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Therapeut (t) – Patient (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.*

	EO	PB	EA	ÄB	MI	KL	HV	ZK-Pa
EF	0.08 0.43	0.57 3.63	0.22 -1.94	0.06 -0.53	*	*	*	0.01 -2.96
UN	0.20 3.64	0.40 -0.59	0.13 -2.60	*	*	*	*	*
EX	0.04 -1.47	0.43 -0.23	0.37 2.28	0.04 -1.34	*	*	*	*
EK	*	0.29 -2.87	0.45 3.57	*	*	*	*	0.18 4.50
DT	*	0.43 -0.10	*	*	*	*	*	*
KF	*	*	*	*	*	*	*	*
ZK-Th	*	0.21 -2.51	*	0.35 5.68	*	*	*	*
<i>Basisrate</i>	0.08	0.44	0.29	0.07	0.04	0.02	0.01	0.07
<i>Häufigkeit</i>	41	237	154	39	19	12	3	36

\* bedeutet: Voraussetzungen für Berechnung nicht erfüllt

*Tabelle E-14: Übergangswahrscheinlichkeiten 1. Ordnung für die Abfolge Patient (t) – Therapeut (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.*

	EF	UN	EX	EK	DT	KF	ZK-Th
EO	0.49 2.17	*	0.27 0.14	*	*	*	*
PB	0.40 0.30	0.13 0.57	0.25 -0.37	0.12 -1.85	0.04 -1.25	*	0.04 -0.95
EA	0.25 -2.09	0.07 -1.80	0.32 1.59	0.24 2.21	0.09 2.21	*	*
ÄB	0.30 -0.41	0.27 2.99	*	*	*	*	*
MI	*	*	*	*	*	*	*
KL	*	*	*	*	*	*	*
HV	*	*	*	*	*	*	*
ZK-Pa	0.22 -1.36	*	*	0.36 3.12	*	*	*
<i>Basisrate</i>	0.33	0.11	0.26	0.17	0.05	0.03	0.05
<i>Häufigkeit</i>	173	60	136	88	28	13	28

\* bedeutet: Voraussetzungen für Berechnung nicht erfüllt

---

Die wesentlichen Übergangswahrscheinlichkeiten 2. Ordnung sind grafisch und mitsamt der statistischen Kennwerte aufgeführt und werden daher nicht nochmals in Form von Tabellen dargestellt.