

79 Kapitel
(+ Rahmentexte)
1009 Seiten
€89.-

BRAKEMEIER | JACOBI (HRSG.)

Verhaltens- therapie in der Praxis

BELTZ



BRAKEMEIER | JACOBI

Verhaltens- therapie in der Praxis

Beltz Video-Learning

INFO-
PROGRAMM
gemäß § 14 JuSchG

BELTZ

19 Teile
625 min.
3 DVDs
€129.-

Inhalt

Vorwort	27
Einführung	32
I Zum Einstieg: die aktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung	37
<i>Editorial</i>	38
1 Psychotherapeutische vs. alltägliche Beziehungsgestaltung	44
Agnes Justen-Horsten	
1.1 Der Therapeut als Motivator, Experte und aktiver Beziehungsgestalter	44
1.2 Unterschiede zwischen Gesprächsgestaltung im Alltag und in der Psychotherapie	46
1.3 Fazit: Wechselwirkungen zwischen Motivierung, Expertise und Beziehungsgestaltung	51
2 Motivorientierte Beziehungsgestaltung	54
Franz Caspar • Martina Belz	
2.1 Zentrale Konzepte und Begriffe	54
2.2 Motivorientiertes Handeln	58
2.3 Weitere Hinweise für die Praxis	62
3 Motivierende Gesprächsführung	66
René Noack • Jana Mrose	
3.1 Hintergrund	66
3.2 Grundhaltung in der Motivierenden Gesprächsführung	66
3.3 Allgemeine Regeln für eine gute Motivierende Gesprächsführung	67
3.4 Wo steht der Patient? Prozesse in der Motivierenden Gesprächsführung	69
3.5 Gesprächsführungsstrategien und -techniken	70
3.6 Umgang mit dem Verharren im Status quo und mit Missstimmungen oder Konflikten	72
3.7 Fazit	74

4	Spezielle Beziehungsgestaltungstechniken aus neueren verhaltenstherapeutischen Methoden	76
	Eva-Lotta Brakemeier • Eva Faßbinder • Christian Stiglmayr	
4.1	Hintergrund	76
4.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	76
4.3	Praktische Durchführung	77
4.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	90
4.5	Kritische Einordnung	91
5	Umgang mit schwierigen Situationen zu Beginn einer Therapie	93
	Frank Jacobi • Jan Spies • Eva-Lotta Brakemeier	
5.1	Typische Herausforderungen	93
5.2	Üben in Rollenspielen	94
5.3	Häufige schwierige Situationen	96
5.4	Einige Grundprinzipien für schwierige Situationen	101
II	Vom Erstkontakt zur Fallkonzeption	105
	<i>Editorial</i>	106
6	Erstkontakt und Vorbereitung der Therapie	111
	Miki Kandale • Ruth Uwer • Frank Jacobi	
6.1	Rahmenbedingungen	111
6.2	Das Erstgespräch	111
6.3	Biografische Anamnese und Krankheitsanamnese: Erheben und Verschriftlichen	117
6.4	Weitere Aspekte zu Zielklärung, Prognose und Indikation	121
7	Diagnostik zur Therapieplanung, Verlaufskontrolle und Ergebnisbewertung	127
	Frank Jacobi	
7.1	Ausgangspunkt: multimodale Diagnostik	127
7.2	Aufgaben der Diagnostik in der Psychotherapie	129
7.3	Anmerkungen zu klassifikatorischen Diagnosen	131
7.4	Domänen der Diagnostik in der Psychotherapie jenseits klassifikatorischer Diagnosen	132
7.5	Typische Vorbehalte, Probleme und Nebenwirkungen	135
7.6	Fazit	137

8	Der psychopathologische Befund	138
	Tom Bschor	
8.1	Diagnosefindung: Anamnese und Befund	138
8.2	Die psychopathologische Untersuchung	138
9	Verhaltensanalyse	152
	Peter Neudeck • Sergio Abel Cortez-Robles	
9.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	152
9.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	154
9.3	Praktische Durchführung	154
9.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	162
9.5	Kritische Einordnung	163
10	Plananalyse	165
	Franz Caspar • Martina Belz	
10.1	»Pläne« als Schlüssel zum Verständnis für das Beziehungsverhalten und die Probleme in einer Gesamtschau	165
10.2	Plananalyse als eines von mehreren Elementen der Fallkonzeption	166
10.3	Das Vorgehen beim Erschließen von Plänen	169
10.4	Hinweise zur Umsetzung plananalytischer Fallkonzeptionen	174
11	Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen und die Erweiterungen nach DSM-5	180
	Johannes Zimmermann • Cord Benecke	
11.1	Hintergrund	180
11.2	Klassifikationssysteme	180
11.3	Erhebungsmethoden	181
11.4	Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen basierend auf dem klassischen Modell	183
11.5	Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen basierend auf dem alternativen DSM-5-Modell	184
12	Fallkonzeption und Therapieplanung	190
	Joachim Kosfelder • Frank Jacobi	
12.1	Das »Wozu?« in der Psychotherapie	190
12.2	Von der Beschreibung zur Analyse: ein funktionales Fallverständnis als Voraussetzung für einen erfolversprechenden Behandlungsplan	191
12.3	Anleitungen für Problemanalyse und Therapieplanung	193
12.4	Behandlungsplanung: abstrakte Behandlungsheuristiken statt vorgefertigter Bausteine	195

12.5	Standardisierung und Individualisierung im »Gesamtbehandlungsplan«	197
III	Basistechniken der Verhaltenstherapie	199
	<i>Editorial</i>	200
13	Psychoedukation	203
	Stephan Mühlig • Antje Manthey • Jeanine Paulick	
13.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	203
13.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	205
13.3	Praktische Durchführung	206
13.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	210
13.5	Kritische Einordnung	211
14	Verhaltenstherapeutische Hausaufgaben	213
	Sylvia Helbig-Lang • Lydia Fehm	
14.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	213
14.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	214
14.3	Praktische Durchführung	215
14.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	220
14.5	Kritische Einordnung	222
15	Ressourcenorientierung	225
	Ulrike Willutzki • Tobias Teismann	
15.1	Hintergrund	225
15.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	225
15.3	Praktische Durchführung	227
15.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	232
15.5	Kritische Einordnung	234
16	Euthyme Techniken (Genusstherapie)	236
	Rainer Lutz	
16.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	236
16.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	239
16.3	Praktische Durchführung	240
16.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	243
16.5	Kritische Einordnung	245
17	Aktivitätsaufbau	247
	Marzena Mucha • Eva-Lotta Brakemeier	
17.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	247

17.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	247
17.3	Praktische Durchführung	248
17.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	251
17.5	Kritische Einordnung	252
18	Expositions- und Konfrontationsverfahren	254
	Thomas Lang • Andre Pittig • Frank Jacobi	
18.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	254
18.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	257
18.3	Praktische Durchführung	259
18.4	Typische Schwierigkeiten und Probleme	268
18.5	Kritische Einordnung	270
19	Kognitive Umstrukturierung und Verhaltensexperimente	273
	Dominik Ülsmann • Andrea Ertle	
19.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	273
19.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	274
19.3	Praktische Durchführung	275
19.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	290
19.5	Kritische Einordnung	290
20	Training sozialer Kompetenz	293
	Nikola M. Stenzel • Anna Radkovsky	
20.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	293
20.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	294
20.3	Praktische Durchführung	295
20.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	306
20.5	Kritische Einordnung	308
21	Problemlösetraining	311
	Nikola M. Stenzel • Stefan Krumm	
21.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	311
21.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	312
21.3	Praktische Durchführung	313
21.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	318
21.5	Kritische Einordnung	320
22	Kommunikationstraining	322
	Sarah Weusthoff	
22.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	322
22.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	322
22.3	Praktische Durchführung	323

22.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	327
22.5	Kritische Einordnung	329
23	Situationsanalyse	332
	Eva-Lotta Brakemeier	
23.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	332
23.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	333
23.3	Praktische Durchführung	334
23.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	340
23.5	Kritische Einordnung	341
24	Selbstmanagement	343
	Dominik Ülsmann	
24.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	343
24.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	347
24.3	Praktische Durchführung	348
24.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	351
24.5	Kritische Einordnung	352
25	Krisenintervention und Suizidalität	354
	Tobias Teismann	
25.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	354
25.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	354
25.3	Praktische Durchführung	355
25.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	362
25.5	Kritische Einordnung	364
26	Entspannungsverfahren	365
	Thomas Heidenreich • Paula Kröger • Johannes Michalak	
26.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	365
26.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	365
26.3	Praktische Durchführung	366
26.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	372
26.5	Kritische Einordnung	374
27	Biofeedback	377
	Harald Rau	
27.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	377
27.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	378
27.3	Praktische Durchführung	379
27.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	382
27.5	Kritische Einordnung	382

28	Rückfallprophylaxe und Therapiebeendigung	384
	Vincent Bohnacker • Eva-Lotta Brakemeier	
28.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	384
28.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	385
28.3	Praktische Durchführung	386
28.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	391
28.5	Kritische Einordnung	392
IV	Integrative Techniken in der Verhaltenstherapie	395
	<i>Editorial</i>	396
29	Achtsamkeit und Akzeptanz	399
	Sabine Weidenfeller • Thomas Heidenreich • Johannes Michalak	
29.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	399
29.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	401
29.3	Praktische Durchführung	402
29.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	404
29.5	Kritische Einordnung	404
30	Imagination	407
	Laura Seebauer • Eva Faßbinder • Gitta Jacob	
30.1	Hintergrund	407
30.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	409
30.3	Praktische Durchführung	410
30.4	Weitere Therapievarianten	414
30.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	415
30.6	Kritische Einordnung	415
31	Imagery Rescripting	417
	Helen Niemeyer • Christine Knaevelsrud	
31.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	417
31.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	418
31.3	Praktische Durchführung	419
31.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	420
31.5	Kritische Einordnung	421
32	EMDR	423
	Martin Sack	
32.1	Hintergrund	423
32.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	424

32.3	Praktische Durchführung	426
32.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	428
32.5	Kritische Einordnung	429
33	Emotionsregulationstraining	432
	Christian Aljoscha Lukas • Matthias Berking	
33.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	432
33.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	433
33.3	Praktische Durchführung	434
33.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	437
33.5	Kritische Einordnung	438
34	Stuhldialoge	441
	Gitta Jacob • Eva Faßbinder • Laura Seebauer	
34.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	441
34.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	441
34.3	Praktische Durchführung	443
34.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	447
34.5	Kritische Einordnung	449
35	Selbstwertstärkende Techniken	451
	Friederike Potreck-Rose	
35.1	Hintergrund	451
35.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	452
35.3	Praktische Durchführung	453
35.4	Typische Schwierigkeiten	460
35.5	Kritische Einordnung	461
V	Störungsorientierte Behandlung	463
	<i>Editorial</i>	464
36	Abhängigkeitsstörungen	467
	Sabine Rau	
36.1	Diagnostik, Komorbidität und Differenzialdiagnostik	468
36.2	Verhaltenstherapeutische Ziele und Strategien	469
36.3	Praktische Durchführung	470
36.4	Weitere Therapievarianten	476
36.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	476
36.6	Kritische Einordnung	477

37	Psychotische Störungen	479
	Tania Lincoln	
37.1	Diagnostik, Komorbidität und Differenzialdiagnostik	479
37.2	Verhaltenstherapeutische Ziele und Strategien	481
37.3	Praktische Durchführung	481
37.4	Weitere Therapievarianten	487
37.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	489
37.6	Kritische Einordnung	490
38	Bipolare Störungen	492
	Thomas D. Meyer	
38.1	Diagnostik, Komorbidität und Differenzialdiagnostik	492
38.2	Verhaltenstherapeutische Ziele und Strategien	492
38.3	Praktische Durchführung	493
38.4	Weitere Therapievarianten	497
38.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	497
38.6	Kritische Einordnung	498
39	Depression	500
	Nikola M. Stenzel • Simon Bollmann • Eva-Lotta Brakemeier	
39.1	Diagnostik, Komorbidität und Differenzialdiagnostik	500
39.2	Verhaltenstherapeutische Ziele und Strategien	501
39.3	Praktische Durchführung	502
39.4	Weitere Therapievarianten	509
39.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	510
39.6	Kritische Einordnung	511
40	Angststörungen	513
	Frank Jacobi • Andreas Poldrack • Peter Neudeck	
40.1	Diagnostik, Komorbidität und Differenzialdiagnostik	513
40.2	Verhaltenstherapeutische Ziele und Strategien	515
40.3	Praktische Durchführung	515
40.4	Weitere Therapievarianten	520
40.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	521
40.6	Kritische Einordnung	522
41	Zwangsstörungen	524
	Rüdiger Spielberg • Eva Kischkel • Norbert Kathmann	
41.1	Diagnostik, Komorbidität und Differenzialdiagnostik	524
41.2	Verhaltenstherapeutische Ziele und Strategien	525
41.3	Praktische Durchführung	526

41.4	Weitere Therapievarianten	531
41.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	532
41.6	Kritische Einordnung	532
42	Posttraumatische Belastungsstörung	534
	Maria Böttche • Christine Knaevelsrud	
42.1	Diagnostik, Komorbidität und Differenzialdiagnostik	534
42.2	Verhaltenstherapeutische Ziele und Strategien	536
42.3	Praktische Durchführung	537
42.4	Weitere Therapievarianten	543
42.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	543
42.6	Kritische Einordnung	545
43	Somatoforme Störungen	547
	Ricarda Mewes • Urs M. Nater	
43.1	Diagnostik, Komorbidität und Differenzialdiagnostik	547
43.2	Verhaltenstherapeutische Ziele und Strategien	548
43.3	Praktische Durchführung	550
43.4	Weitere Therapievarianten	552
43.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	553
43.6	Kritische Einordnung	554
44	Schmerzstörungen	556
	Beate Ditzen • Sandra Kamping • Herta Flor	
44.1	Diagnostik, Komorbidität und Differenzialdiagnostik	556
44.2	Verhaltenstherapeutische Ziele und Strategien	559
44.3	Praktische Durchführung	561
44.4	Weitere Therapievarianten	563
44.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	564
44.6	Kritische Einordnung	564
45	Hypochondrie und Krankheitsangst	567
	Florian Weck	
45.1	Diagnostik, Komorbidität und Differenzialdiagnostik	567
45.2	Verhaltenstherapeutische Ziele und Strategien	568
45.3	Praktische Durchführung	569
45.4	Weitere Therapievarianten	570
45.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	571
45.6	Kritische Einordnung	571

46	Esstörungen	573
	Brunna Tuschen-Caffier • Jennifer Svaldi	
46.1	Diagnostik, Komorbidität und Differenzialdiagnostik	573
46.2	Verhaltenstherapeutische Ziele und Strategien	576
46.3	Praktische Durchführung	578
46.4	Weitere Therapievarianten	582
46.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	582
46.6	Kritische Einordnung	583
47	Insomnie	586
	Elisabeth Hertenstein • Christoph Nissen • Dieter Riemann	
47.1	Diagnostik, Komorbidität und Differenzialdiagnostik	586
47.2	Verhaltenstherapeutische Ziele und Strategien	587
47.3	Praktische Durchführung	588
47.4	Weitere Therapievarianten	591
47.5	Typische Schwierigkeiten	593
47.6	Kritische Einordnung	593
48	Sexuelle Störungen und Probleme	595
	Kirsten von Sydow	
48.1	Diagnostik, Komorbidität und Differenzialdiagnostik	595
48.2	Therapeutische Ziele und Strategien	597
48.3	Praktische Durchführung	599
48.4	Weitere Therapievarianten	601
48.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	603
48.6	Kritische Einordnung	604
49	Persönlichkeitsstörungen	606
	Joachim Kosfelder • Frank Jacobi	
49.1	Diagnostik und Komorbidität	606
49.2	Ziele, Störungsmodelle und Behandlungsstrategien	610
49.3	Die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen in der therapeutischen Praxis	613
49.4	Klärungsorientierte Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen	618
49.5	Weitere Therapievarianten	623
49.6	Kritische Einordnung	623
50	Borderline-Persönlichkeitsstörung	626
	Christian Stiglmayr	
50.1	Diagnostik, Komorbidität und Differenzialdiagnostik	626
50.2	Verhaltenstherapeutische Ziele und Strategien	628

50.3	Praktische Durchführung	629
50.4	Weitere Therapievarianten	635
50.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	635
50.6	Kritische Einordnung	637
51	Psychopathie	639
	Florian H. Schultz • Andreas Mokros	
51.1	Konzeptentwicklung, Kernmerkmale und Verbreitung	639
51.2	Diagnostik	640
51.3	Besondere Herausforderungen an die Psychotherapie	642
52	ADHS im Erwachsenenalter	646
	Elisabeth Nyberg • Rolf-Dieter Stieglitz	
52.1	Diagnostik, Komorbidität und Differenzialdiagnostik	646
52.2	Verhaltenstherapeutische Ziele und Strategien	646
52.3	Praktische Durchführung	648
52.4	Weitere Therapievarianten	650
52.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	651
52.6	Kritische Einordnung	651
53	Autismus-Spektrum-Störungen	653
	Martina Radtke	
53.1	Diagnostik, Komorbidität und Differentialdiagnostik	653
53.2	Verhaltenstherapeutische Ziele und Strategien	654
53.3	Praktische Durchführung	654
53.4	Weitere Therapievarianten	658
53.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	658
53.6	Kritische Einordnung	659
VI	Integrative Weiterentwicklungen und die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie	661
	<i>Editorial</i>	662
54	Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)	668
	Mareike Pleger • Ronald Burian • Claudia Dambacher	
54.1	Hintergrund	668
54.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	668
54.3	Praktische Durchführung	669
54.4	Weitere Therapievarianten	674
54.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	676
54.6	Kritische Einordnung	677

55	Behavioral Activation (BA)	679
	Ulrich Schweiger • Valerija Sipos	
55.1	Hintergrund	679
55.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	682
55.3	Praktische Durchführung	683
55.4	Weitere Therapievarianten	687
55.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	687
55.6	Kritische Einordnung	688
56	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)	689
	Eva-Lotta Brakemeier • Rebecca Knoop • Simon Bollmann	
56.1	Hintergrund	689
56.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	691
56.3	Praktische Durchführung	692
56.4	Weitere Therapievarianten	697
56.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	698
56.6	Kritische Einordnung	699
57	Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)	701
	Christian Stiglmayr	
57.1	Hintergrund	701
57.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	701
57.3	Praktische Durchführung	702
57.4	Weitere Therapievarianten	707
57.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	710
57.6	Kritische Einordnung	711
58	Emotionsfokussierte Therapie (EFT)	713
	Lars Auszra • Imke R. Herrmann • Martin grosse Holtforth	
58.1	Hintergrund	713
58.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	718
58.3	Praktische Durchführung	718
58.4	Weitere Therapievarianten	724
58.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	724
58.6	Kritische Einordnung	725
59	Interpersonelle Psychotherapie (IPT)	726
	Rebecca Schneibel • Christine Scholz • Eva-Lotta Brakemeier	
59.1	Hintergrund	726
59.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	727

59.3	Praktische Durchführung	728
59.4	Weitere Therapievarianten	738
59.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	738
59.6	Kritische Einordnung	739
60	Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)	740
	Johannes Michalak • Sabine Weidenfeller • Thomas Heidenreich	
60.1	Hintergrund	740
60.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	741
60.3	Praktische Durchführung	742
60.4	Weitere Therapievarianten	747
60.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	748
60.6	Kritische Einordnung	750
61	Metakognitive Therapie (MCT)	752
	Michael Simons • Tobias Teismann	
61.1	Hintergrund	752
61.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	754
61.3	Praktische Durchführung	754
61.4	Weitere Therapievarianten	759
61.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	760
61.6	Kritische Einordnung	760
62	Schematherapie (ST)	763
	Eva Faßbinder • Gitta Jacob • Laura Seebauer	
62.1	Hintergrund	763
62.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	765
62.3	Praktische Durchführung	766
62.4	Weitere Therapievarianten	771
62.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	771
62.6	Kritische Einordnung	772
63	Training emotionaler Kompetenzen (TEK)	774
	Christian Aljoscha Lukas • Matthias Berking	
63.1	Hintergrund	774
63.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	775
63.3	Praktische Durchführung	776
63.4	Weitere Therapievarianten	781
63.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	781
63.6	Kritische Einordnung	782

64	Well-Being Therapy (WBT)	784
	Jan Spies • Nikola M. Stenzel • Eva-Lotta Brakemeier	
64.1	Hintergrund	784
64.2	Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen	787
64.3	Praktische Durchführung	787
64.4	Weitere Therapievarianten	791
64.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	791
64.6	Kritische Einordnung	792
VII	Diversität in der Verhaltenstherapie: besondere Gruppen, Probleme, Settings	795
	<i>Editorial</i>	796
65	Verhaltenstherapie an der Schnittstelle zum Erwachsenenalter	800
	Charlotte Jaite • Harriet Salbach • Babette Renneberg	
65.1	Hintergrund, Besonderheiten und allgemeine Merkmale	800
65.2	Anpassung der verhaltenstherapeutischen Strategien	801
65.3	Praktische Durchführung	801
65.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	804
65.5	Kritische Einordnung	805
66	Verhaltenstherapie bei Älteren	807
	Simon Bollmann • Eva-Marie Kessler • Eva-Lotta Brakemeier	
66.1	Besonderheiten, Hintergrund und allgemeine Merkmale	807
66.2	Anpassung oder Erneuerung der therapeutischen Strategien	807
66.3	Praktische Durchführung	809
66.4	Umgang mit Diversität	813
66.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	813
66.6	Kritische Einordnung	814
67	Verhaltenstherapie bei komplizierter Trauer	816
	Eva-Lotta Brakemeier • Hansjörg Znoj	
67.1	Besonderheiten, Hintergrund und allgemeine Merkmale	816
67.2	Anpassung oder Erneuerung der Strategien	817
67.3	Praktische Durchführung	818
67.4	Umgang mit Diversität: unterschiedliche kulturelle Hintergründe	825
67.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	826
67.6	Kritische Einordnung	827

68	Verhaltenstherapie bei geistiger Behinderung	830
	Samuel Elstner	
68.1	Hintergrund, Besonderheiten und allgemeine Merkmale	830
68.2	Anpassung oder Erneuerung der Strategien	831
68.3	Umgang mit Diversität	833
68.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	834
68.5	Kritische Einordnung	835
69	Verhaltenstherapie bei Arbeitsproblemen	837
	Beate Muschalla	
69.1	Hintergrund, Besonderheiten und allgemeine Merkmale	837
69.2	Anpassung oder Erneuerung verhaltenstherapeutischer Strategien	837
69.3	Praktische Durchführung	840
69.4	Typische Schwierigkeiten, Fehler und Herausforderungen	841
69.5	Kritische Einordnung	841
70	Behandlung von Albträumen in der Verhaltenstherapie	844
	Reinhard Pietrowsky	
70.1	Hintergrund, Besonderheiten und allgemeine Merkmale	844
70.2	Anpassung oder Erneuerung der Strategien	844
70.3	Praktische Durchführung	845
70.4	Umgang mit Diversität	850
70.5	Typische Schwierigkeiten und Fehler	850
70.6	Kritische Einordnung	851
71	Geschlechtsspezifische Aspekte	853
	Angela Merkl	
71.1	Hintergrund	853
71.2	Indikation	855
71.3	Praktische Durchführung	856
71.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	858
71.5	Kritische Einordnung	859
72	Interkulturelle Aspekte und kultursensible Psychotherapie	861
	Ulrike von Lersner	
72.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	861
72.2	Anpassung verhaltenstherapeutischer Strategien an den interkulturellen Kontext	863
72.3	Praktische Durchführung	866
72.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	868
72.5	Kritische Einordnung	868

73	Verhaltenstherapie in Gruppen	870
	Valerija Sipos • Ulrich Schweiger	
73.1	Hintergrund, Besonderheiten und allgemeine Merkmale	870
73.2	Indikation und Kontraindikation	874
73.3	Praktische Durchführung	874
73.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	878
73.5	Kritische Einordnung	879
74	Internetbasierte Interventionen	881
	Thomas Berger • Jan Philipp Klein • Steffen Moritz	
74.1	Hintergrund und allgemeine Merkmale	881
74.2	Vor- und Nachteile internetbasierter Interventionen	883
74.3	Praktische Durchführung	884
74.4	Typische Schwierigkeiten und Fehler	888
74.5	Kritische Einordnung	889
75	Verhaltensmedizin	892
	Johannes A. C. Laferton • Nikola M. Stenzel	
75.1	Verhaltensmedizin: Begriff und Relevanz	892
75.2	Grundlegende psychologische Mechanismen der Verhaltens- medizin	894
75.3	Anwendungsfelder der Verhaltensmedizin	896
75.4	Fazit	898
VIII	Weitere Aspekte professioneller Praxis	901
	<i>Editorial</i>	902
76	Ethik und Berufsrecht	904
	Martin Stellpflug • Frank Jacobi	
76.1	Vier zentrale Prinzipien der biomedizinischen Ethik	904
76.2	Umsetzung in (Muster-)Berufsordnungen	905
76.3	Bereiche und Inhalte der Berufsordnung	907
77	Die Approbationsprüfung	910
	Miki Kandale • Kai Rugenstein	
77.1	Rahmenbedingungen	910
77.2	Der Prüfungsfall	911
77.3	Die schriftliche Prüfung	912
77.4	Die mündliche Prüfung	916

78	Nebenwirkungen von Psychotherapie	921
	Eva-Lotta Brakemeier • Yvonne Nestoriuc • Frank Jacobi	
78.1	Nebenwirkungen – ein Thema für die Psychotherapie?	921
78.2	Definition von Nebenwirkungen	922
78.3	Diagnostik zur Erfassung von negativen Nebenwirkungen	924
78.4	Praxis: typische Nebenwirkungen sowie Aufklärung und Umgang damit	926
78.5	Kritische Einordnung	928
78.6	Fazit	929
79	Integration von Methoden und Verfahren	930
	Frank Jacobi • Timo Storck • Eva-Lotta Brakemeier	
79.1	Hintergrund	930
79.2	Gelebte integrative Praxis	931
79.3	Aufforderung zum integrativen Denken und Vorgehen	932
79.4	Zugangswege zur Integration	933
79.5	Verfahrensorientierung in der praktischen Ausbildung	934
	Anhang	937
	Literatur	938
	Über die Herausgeber	996
	Autorenverzeichnis	998
	Sachwortverzeichnis	1005

Einführung

Einführend möchten wir einen kurzen Überblick über Rahmenbedingungen geben, die aktuell die Praxis der Psychotherapie im Allgemeinen und die Verhaltenstherapie im Besonderen prägen und welche somit für das vorliegende Werk eine bedeutsame Rolle spielen.

Verhaltenstherapie: Praxis und Wissenschaft

Fragen zum Verhältnis von Wissenschaft und Praxis sind in der Psychotherapie – als akademischer Profession (vgl. Lilienfeld, 2005) in selbstständiger und eigenverantwortlicher Tätigkeit – per se relevant. Dies betrifft unter anderem die folgenden Themenbereiche:

- ▶ Wirksamkeit der Verhaltenstherapie im Wandel
- ▶ Bedeutung der psychotherapeutischen Beziehung
- ▶ Kluft zwischen Forschung und Praxis
- ▶ Personalisierte Psychotherapie

Wirksamkeit der Verhaltenstherapie im Wandel. Wie im deutschen Sprachraum Anfang der 1990er Jahre in der Übersichtsarbeit »Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession« umfassend dargestellt wurde (Grawe et al., 1994), ist die Verhaltenstherapie in vielen Anwendungsbereichen und Varianten effektiv, hat gegenüber anderen Verfahren die breiteste Evidenz (im Sinne von Wirksamkeitsstudien im engeren Sinne) vorzuweisen und darf somit den Anspruch erheben, in der Gesundheitsversorgung eine prominente Rolle einzunehmen. Seitdem sind viele weitere Studien hinzugekommen, was darin resultierte, dass die Verhaltenstherapie in vielen Behandlungsleitlinien Eingang als (oftmals erste) Methode der Wahl gefunden hat. Gleichwohl müssen wir feststellen, dass eine wissenschaftliche Bewertung der Wirksamkeit heute meist weniger optimistisch ausfällt, als dies noch vor 25 Jahren der Fall war. In neueren Metaanalysen, die anhand moderner Konventionen und Methoden den Forschungsstand zusammenfassen (und dabei auch die Studienqualität, Therapieabbrüche, Publikations-Bias, Langzeit-Effekte und viele weitere Faktoren bei den Analysen berücksichtigen), fallen Effektstärken und Erfolgsraten geringer aus als noch vor Jahren. So ist etwa bei der Depressionsbehandlung die Kognitive Verhaltenstherapie zweifellos effektiv, aber ihre Wirkungen wurden vermutlich zu dieser Zeit etwas überschätzt, und auch die zunächst festgestellte Überlegenheit gegenüber anderen Verfahren lässt sich nicht mehr eindeutig aufrechterhalten (z. B. Cuijpers et al., 2013; Lambert & Ogles, 2013).

Bedeutung der psychotherapeutischen Beziehung. Zudem muss bei der wissenschaftlichen Bewertung berücksichtigt werden, dass relevante Psychotherapieforscher seit langem kontinuierlich Befunde dahingehend liefern, dass psychotherapeutische Verfahren und Techniken an sich nur kleine, die therapeutische Beziehung und die

individuelle Qualität des Therapeuten hingegen größere Effekte aufwiesen (vgl. Lambert & Barley, 2008).

Kluft zwischen Forschung und Praxis. Ein dritter Befund, der zunächst einmal nachdenklich stimmen kann, betrifft eine schon seit Jahrzehnten beklagte, aber weiterhin vorhandene Kluft zwischen Forschung und Praxis (vgl. Bohus, 2015; Eiling et al., 2014).



Diskussion dieser Befunde

Wir nehmen diese Befunde zur Kenntnis, ziehen daraus allerdings *nicht* den Schluss, dass im Grunde eine (störungsspezifische) Verhaltenstherapie mit ihren »klassischen« Techniken nunmehr austauschbar oder gar obsolet geworden sei, dass es in der Psychotherapie (im Rahmen ohnehin begrenzter Möglichkeiten) ausschließlich auf gute Beziehungsgestaltung ankomme oder dass eine Verschränkung von Wissenschaft und Therapiepraxis (Scientist-Practitioner-Prinzip) auf verlorenem Posten stünde.

- ▶ Erstens ist der Erfahrungsschatz, der im vorliegenden Werk zur Praxis der Verhaltenstherapie zusammengefasst ist bzw. in Bezug zur therapeutischen Praxis gestellt wird, durchaus empirisch bewährt, worauf in den einzelnen Kapiteln stets verwiesen wird. Die Wirksamkeit vieler verhaltenstherapeutischer Methoden und Programme steht mittlerweile (bzw. immer noch) außer Frage, auch wenn Effektstärken gegenüber aktiven Kontrollgruppen gesunken sind.
- ▶ Zweitens sind die Befunde zum – im Vergleich mit der therapeutischen Beziehung – kleinen Beitrag störungsspezifischer therapeutischer Methoden keineswegs »in Stein gemeißelt«. Auch Protagonisten dieser Auffassung räumen zum Beispiel ein, dass es methodisch noch längst nicht gelungen sei, den Einfluss von Technik, therapeutischer Beziehung, Therapeutenfaktoren, Patienten- und externen Faktoren zu trennen bzw. unabhängig voneinander zu betrachten. Die Quantifizierung der entsprechenden Wechselwirkungen habe man noch nicht im Griff. Allgemeine Wirkfaktoren werden (bei bestimmten Patienten) anhand bestimmter Therapietechniken aktiviert oder gefördert – z. B. verbessert sich die therapeutische Allianz, wenn Techniken wie »Explorieren der Problemsicht«, »Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte«, »treffende Interpretationen liefern« oder »Förderung des Emotionsausdrucks« eingesetzt werden (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Umgekehrt können allgemeine (z. B. motivierende) Faktoren die Wirkung bestimmter Therapietechniken zur Entfaltung bringen. Therapietechniken und allgemeine Faktoren wirken also zusammen.
- ▶ Die Erkenntnis, dass auch in der Verhaltenstherapie Therapeuten- und Beziehungsfaktoren eine bedeutende Rolle spielen, ist aus unserer Sicht somit trivial und keinesfalls neu. Diesem Aspekt wird hier auch dadurch Rechnung getragen, dass ein Teil zur therapeutischen Beziehungsgestaltung das Buch einleitet.
- ▶ Und drittens möchten wir trotz der bestehenden Probleme im Dialog zwischen Psychotherapieforschung und -praxis dafür werben, als Verhaltenstherapeut

wissenschaftlich zu denken, im Sinne von: sein Tun systematisch zu hinterfragen bzw. zu reflektieren, wissenschaftliche Erkenntnisse systematisch zu nutzen, bei der Interpretation von »wissenschaftlichen« oder »praxisbasierten« Befunden die diesen Befunden zugrundeliegende Methodik zu berücksichtigen, oder vielleicht auch selbst in irgendeiner Form zur Erweiterung der wissenschaftlichen Fundierung von Psychotherapie beizutragen. Es mag wie eine »Glaubensfrage« anmuten – aber eine schlüssige Begründung dafür, in der Praxis *nicht* auch eine theoretische und empirische Haltung einzunehmen, ist uns nicht bekannt. Gleichwohl ist der Versorgungsdruck im Praxisalltag (zum Teil bereits in der Ausbildung) als Argument für eine niedrige Priorisierung der Beschäftigung mit wissenschaftlichen Fragen nicht einfach von der Hand zu weisen.

Personalisierte Psychotherapie. Die genannten Befunde in der Zusammenschau weisen auch auf die Bedeutung einer personalisierten bzw. individualisierten Psychotherapie hin. Eine der wichtigsten, jedoch auch schwierig zu beantwortenden Psychotherapieforschungsfragen lautet: »What works for whom?« (z. B. Roth & Fonagy, 2002; Kazdin, 2007). Streng genommen kann diese Frage ergänzt werden um folgende Aspekte: »Welcher Patient mit welchen spezifischen Problemen, die auf welchen Mechanismen beruhen, benötigt welche (psycho-)therapeutischen Strategien, in welchem Setting, zu welchem Zeitpunkt, wie lange und durch welche(n) Therapeuten?« Um Antworten auf diese Fragen zu finden, sollten für VT-Verfahren bzw. zur Untersuchung der differenziellen Indikation und Wirksamkeit zukünftig vermehrt Prozess- sowie Moderator- und Mediatoranalysen durchgeführt werden (vgl. auch Benecke, 2014).

Perspektive: »Psychotherapie als Profession«

Die Alltagspraxis der Verhaltenstherapie ist hoch komplex und erfordert Fallkonzeptionen und Indikationsentscheidungen, die einerseits bewährtes störungs- und behandlungsspezifisches Wissen nutzen, aber in der Regel bei der »Individualisierung« oder »Personalisierung« im Einzelfall diesbezüglich auch Abstriche machen oder darüber hinausgehen müssen (vgl. Rehan-Sommer, 2015). Psychotherapeuten sollten sich zum Beispiel stets der Gefahr bewusst sein, nicht die sozialen Rahmenbedingungen der Patienten zu vernachlässigen: Ein Patient ist nicht einfach »in Therapie«, sondern die Therapie findet immer im Kontext der Lebenswelt der Beteiligten statt (vgl. Orlinski, 2004). Dies betrifft übrigens auch die Behandlungsgeschichte, also die notwendige Vernetzung mit Vor-, Mit- und Nachbehandlern. Die Einlösung des VT-Versprechens, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, ist hierbei besonders gefordert (z. B. Rückfallprophylaxe bzw. Rückfall-Management), auch wenn eine »kausale Heilung der psychischen Erkrankung« häufig kein realistisches Therapieziel darstellt. Denn in vielen Fällen kann es nicht darum gehen, Vulnerabilitäten komplett zu beseitigen (z. B. Impulskontrolldefizite bei Borderlinepatienten oder erhöhte Angstsensitivität bei Panikpatienten), sondern es stehen eher Management und Bewältigung dieser Vulnerabilitäten im Vordergrund.

Die heilkundliche Behandlung psychischer Störungen, aber auch deren Prävention sowie insbesondere die Begrenzung der Folgen psychischer Störungen haben große Relevanz für Gesundheitswesen und »Public Health« (vgl. Jacobi, 2012). Es spricht viel dafür, dass verhaltens-, gesprächs- und zuwendungsorientierte Gesundheitsleistungen hier besonders kosteneffektive Maßnahmen darstellen, um vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen die Qualität der Versorgung zu sichern und zu verbessern (übrigens auch im Rahmen des Managements körperlicher Erkrankungen). Somit möchten wir auch psychotherapeutische Praktiker dazu ermutigen, als *health care professionals* Verantwortung nicht nur für ihre individuellen Patienten, sondern auch für Versorgungsstrukturen und Organisation von Versorgungsabläufen zu übernehmen. Dazu gehören über den Einzelfall hinausreichende Fragen wie:

- ▶ Wie kann ich meine begrenzte Zeit, die ich der Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellen kann, so nutzen, dass möglichst viele Patienten möglichst hinreichend davon profitieren?
- ▶ Was kann ich dazu beitragen, dass sektorenübergreifende Versorgungsketten besser funktionieren?
- ▶ Wie kann ich die Arbeitsteilung und Vernetzung mit außerklinischen Hilfe-Instanzen wie zum Beispiel Beratungsstellen (oder auch Selbsthilfe-Optionen) optimieren?
- ▶ Wie tausche ich mich kollegial über gesundheitspolitische Themen aus und in welche Gremien kann ich meine Gedanken und Erfahrungen hinsichtlich Versorgungsgerechtigkeit und Behandlungsbedarfen einbringen?
- ▶ Wie kann gesellschaftlich einer Medikalisierung im psychischen Bereich vorgebeugt werden? (»Medikalisierung« im Sinne einer Delegation eigentlich sozialer oder normaler Lebensprobleme an das Gesundheitssystem ohne klinisch-fachliche Indikation).

Und noch ein Aspekt (selbst-)kontrollierter Praxis: Auch für erfahrene Praktiker kann es – nicht zuletzt aus Gründen der Selbstfürsorge (vgl. Jaeggi, 2004) – hilfreich sein, bisweilen einen distanzierten Blick auf das eigene psychotherapeutische Handeln zu werfen.

Die Fluss-Metapher

Franz Caspar fügte seinem Buch zur Problemanalyse (1996) eine Grafik bei, in der die Verhaltenstherapie als Fluss dargestellt wird, der in seinem Lauf von verschiedenen Nebenflüssen gespeist verändert und verbreitert wird. Die »Fluss-Metapher«, die wir auch in unserem Buchcover aufgreifen, verweist darauf, dass die Psychotherapie im Allgemeinen und die Verhaltenstherapie im Besonderen sich fortlaufend weiterentwickeln und trotz des Wandels ihre Identität beibehalten. Auch das, was in Psychotherapien passiert, kann mit dieser Metapher illustriert werden (vgl. Franke & Antonowsky, 1997): Patienten, die es »im Strom des Lebens« nicht (mehr) schaffen, mit seinen Strömungen und Stromschnellen zurechtzukommen, müssen entweder vor dem Ertrinken gerettet werden (eine eher pathomedizinische Perspektive) oder es gelingt, sie zu guten Schwimmern zu machen (salutogenetische Perspektive) und sie

zur Herstellung eines Gleichgewichts zwischen Anforderungen und deren Bewältigung zu befähigen (Hilfe zur Selbsthilfe).

Gliederung des Buches

Den hier vorangegangenen Gedanken sowie dem Umfang sowohl »traditioneller Verhaltenstherapie« als auch »neueren Ansätzen« geschuldet haben wir folgende Gliederung vorgenommen:

Teil I: Zum Einstieg: die aktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Teil II: Vom Erstkontakt zur Fallkonzeption

Teil III: Basistechniken der Verhaltenstherapie

Teil IV: Integrative Techniken in der Verhaltenstherapie

Teil V: Störungsorientierte Behandlung

Teil VI: Integrative Weiterentwicklungen und die »dritte Welle« der VT

Teil VII: Diversität in der Verhaltenstherapie: besondere Gruppen, Probleme, Settings

Teil VIII: Weitere Aspekte professioneller Praxis

Jedem dieser Teile ist ein einführendes Editorial vorangestellt, das quasi als »Schnelldurchlauf« dabei unterstützen soll, sich kurz hinsichtlich der vielfältigen Inhalte zu orientieren.

Weiterführende Literatur

- Benecke, C. (2014). *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Bohus, M. (2015). Elfenbeintürme im Treibsand oder: Was macht es so schwierig, Erkenntnisse aus der Forschung in der therapeutischen Praxis umzusetzen? *Verhaltenstherapie*, 25, 145–155.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A. & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive behavior therapy for adult depression, alone and in comparison to other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58, 376–385.
- Eiling, A., Schlipfenbacher, C., Hörz-Sagstätter, S. & Jacobi, F. (2014). Über die Zukunft der evidenzbasierten Psychotherapie und die Beziehung zwischen Praxis und Forschung. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 175–183.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession.* Göttingen: Hogrefe.
- Jacobi, F. (2012). Warum sind psychische Störungen Volkskrankheiten? In: Vorstand des BDP (Hrsg.), *Die großen Volkskrankheiten* (S. 16–24). Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.
- Jaeggi, E. (2004). *Und wer therapiert die Therapeuten?* München: dtv.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2008). Die therapeutische Beziehung und der Psychotherapieeffekt – eine Übersicht empirischer Forschungsergebnisse. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung*, Bd. 1 (S. 109–139). Tübingen: dgvt.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2013). Die Wirksamkeit und Effektivität von Psychotherapie. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin & Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation* (S. 243–328). Tübingen: dgvt.
- Orlinski, D. (2004). Der menschliche Kontext von Psychotherapien. *Psychotherapeut*, 49, 167–181.
- Rehahn-Sommer, S. (2015). *Verhaltenstherapeutische Praxis in Fallbeispielen: Leben statt Überleben und andere Geschichten.* Heidelberg: Springer.

I Zum Einstieg: die aktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung

- 1 Psychotherapeutische vs. alltägliche Beziehungsgestaltung
- 2 Motivorientierte Beziehungsgestaltung
- 3 Motivierende Gesprächsführung
- 4 Spezielle Beziehungsgestaltungstechniken aus neueren verhaltenstherapeutischen Methoden
- 5 Umgang mit schwierigen Situationen zu Beginn einer Therapie

Editorial

Zum Einstieg: die aktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier

In der Psychotherapieforschung und -praxis wurde seit vielen Jahrzehnten darüber debattiert, ob die nachgewiesenen Erfolge klinisch-psychologischer Interventionen den speziellen Behandlungsansätzen *oder* eher unspezifischen Faktoren zuzuschreiben sind. Heute sind wir als Verhaltenstherapeuten ebenso davon überzeugt, dass ein störungsorientiertes Vorgehen und der Einsatz von problemspezifischem *Know-how* zentrale Wirkfaktoren darstellen, wie wir davon ausgehen, dass es selbstverständlich einer adäquaten Beziehungsgestaltung – auf der Basis zwischenmenschlicher Kompetenzen und gut trainierter Beziehungsgestaltungstechniken – bedarf, um gute Ergebnisse zu erzielen (vgl. Schulte, 1998). Somit beachten wir also auch die *Common Factors* (vgl. Wampold, 2015), wobei stets angestrebt werden sollte, diese möglichst optimal zu nutzen.

Kompetenzen der Beziehungsgestaltung

Wampold (2011) fasst für die psychotherapeutische Weiterbildungsplattform der American Psychological Association (APA) 14 psychotherapeutische Kompetenzen zusammen, die aus der Psychotherapieforschung gut belegt erscheinen. Wir führen sie an dieser Stelle an, weil fast alle hiervon unmittelbar die Beziehungsgestaltung betreffen.

Effektive Therapeuten ...

- (1) ... verfügen über zwischenmenschliche Fertigkeiten (u.a. gute sprachliche Ausdrucksfähigkeit, gute zwischenmenschliche Wahrnehmung, affektive Schwingungsfähigkeit, Wärme und Akzeptanz, Empathie, Fokus auf den anderen richten können).
- (2) ... erzeugen Vertrauen und Zuversicht, demonstrieren Verständnis, auch durch nonverbales Verhalten; dies gilt für den ganzen Therapieprozess, aber insbesondere für Erstkontakt und Therapiebeginn.
- (3) ... können mit den verschiedensten Patienten ein gutes Arbeitsbündnis (*working alliance*) entwickeln, das auf zwischenmenschlicher Verbundenheit, aber vor allem auch auf Einigkeit über die therapeutischen Ziele und das therapeutische Vorgehen beruht.
- (4) ... stellen ein für den jeweiligen Patienten plausibles, konsistentes, akzeptables – und somit individuell angepasstes – psychologisches Erklärungsmodell für dessen Beschwerden bereit.
- (5) ... leiten aus diesem Störungsmodell stringent einen Behandlungsplan ab, der in für den Patienten sinnvoller Weise nahelegt, was der Patient genau tun muss, um Leiden und Beeinträchtigung zu minimieren und die psychische Gesundheit zu steigern.
- (6) ... verhalten sich glaubhaft und überzeugend, wecken Hoffnung und positive Erwartungen und motivieren damit den Patienten zur Mitarbeit.

- (7) ... haben stets den Therapiefortschritt im Blick (u. a. mit einer Verlaufsmessung, die auch gemeinsam besprochen wird) und erkundigen sich regelmäßig in authentischer Weise, wie es dem Patienten geht; hierbei ist besonders wichtig, auch Verschlechterungen im Zuge der Therapie zu beachten.
- (8) ... sind flexibel und können ihr Erklärungsmodell und ihren Behandlungsplan anpassen, wenn patientenseitig Widerstände auftreten oder erwartete Fortschritte ausbleiben (was zunächst einmal feinfühlig wahrgenommen werden muss).
- (9) ... vermeiden schwierige und schmerzhaft Themen nicht, was bisweilen durchaus auch ein konfrontatives Vorgehen erfordert, wenn ein Patient (störungsbedingt oder aufgrund bestimmter Persönlichkeitseigenschaften) zur Vermeidung neigt. Da es dabei oft um Kernprobleme des Patienten geht, kommen hier meist rasch heftige Emotionen ins Spiel, womit der effektive Therapeut aber gut umgehen kann. Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung (z. B. *alliance ruptures*) werden nicht ausgeblendet, sondern unmittelbar therapeutisch genutzt und bearbeitet.
- (10) ... vermitteln Hoffnung und Optimismus – auch bei »schwierigen«, demoralisierten Patienten mit langer Leidens- und Behandlungsgeschichte; der effektive Therapeut traut sowohl dem Patienten zu, in der Therapie vereinbarte Ziele erfolgreich erreichen zu können als auch sich selbst, mit diesen Patienten erfolgreich zu arbeiten; hierbei werden Ressourcen und Stärken des Patienten mobilisiert, damit er die notwendige Überzeugung entwickeln kann, dass er selbst durch seine Mitarbeit für seinen Erfolg verantwortlich ist.
- (11) ... sind sich der Diversität auf Patientenseite bewusst (z. B. hinsichtlich Alter, Geschlecht, (sub-)kulturellem Hintergrund, sozioökonomischem Status, sexueller Orientierung, Veränderungsmotivation, interner und externer Ressourcen etc.) und berücksichtigen diese bei ihren Indikationsentscheidungen (einschließlich der Vernetzung mit oder Überweisung zu anderen Hilfesystemen). Hierbei müssen Therapeuten sich ihres eigenen entsprechenden Hintergrunds, ihrer eigenen Persönlichkeit und ihrer Rolle im therapeutischen Beziehungsprozess bewusst sein.
- (12) ... kennen sich und ihre eigenen psychologischen Prozesse gut und bringen keine eigenen Anteile und persönliches Material in die Therapie ein (es sei denn, sie tun es zielgerichtet für definierte therapeutische Zwecke). Hierbei wird hinsichtlich eigener Reaktionen auf das interaktionelle Patientenverhalten (»Gegenübertragung«) reflektiert, inwieweit diese in erster Linie patientenseitig ausgelöst werden, oder ob sie auch durch eigene, persönliche Anteile des Therapeuten geprägt sind.
- (13) ... kennen die beste wissenschaftliche Evidenz, die für die Behandlung des jeweiligen Patienten relevant ist und haben ein gutes Verständnis für die biopsychosozialen Grundlagen des Problemverhaltens (auf allen Ebenen des Erlebens und Verhaltens) bzw. der präsentierten Störung.
- (14) ... entwickeln sich fortlaufend psychotherapeutisch weiter, nutzen hierbei Modelllernen und Feedback (z. B. in Super- und Intervision oder beim Monitoring von Therapiefortschritt und -ergebnis). Hierbei wird ein besonderes Augenmerk darauf gelegt, ein kohärentes Modell für die eigene Behandlungsdurchführung zu entwickeln und adaptiv einzusetzen, regelmäßig auf den Prüfstand zu stellen und zu verfeinern.

Viele dieser Faktoren hängen miteinander zusammen, und natürlich muss auch eine Wechselwirkung von unspezifischen und spezifischen Therapieelementen berücksichtigt werden. Betrachten wir ein Beispiel: Eine Verhaltenstherapeutin bietet einer Patientin, in zwischenmenschlich adäquater Weise, stringent und glaubwürdig, eine störungsspezifische Therapie an (die sie selbst für aussichtsreich hält und in der sie Expertise entwickelt hat). Sie erklärt ihr Vorgehen anhand eines für die Patientin stimmigen Störungsmodells (bzw. erarbeitet dies kollaborativ) und passt die Behandlung bei Bedarf individuell an, führt sie dann gemeinsam konsequent durch und erörtert dabei den Therapiefortschritt kontinuierlich mit der Patientin. Ein solches Vorgehen würden wir für »typisch verhaltenstherapeutisch« halten – und fast alle zuvor angeführten Punkte wären darin berücksichtigt. Die Entwicklung und Nutzung guter sozialer Kompetenzen und eine aktive Beziehungsgestaltung passen also hervorragend zur Verhaltenstherapie, auch wenn dies in der Vergangenheit im Vergleich zu manchen anderen Psychotherapieverfahren weniger explizit herausgestellt wurde.

Indizierte Beziehungsgestaltung

Das Ausmaß der aktiven Beziehungsgestaltung in einer Therapie und der Raum, den die Beziehungsgestaltung bei der Reflexion der eigenen Therapiedurchführung einnehmen sollte, hängen von Art und Ausmaß der Schwierigkeiten der Patienten ab. Je mehr interaktionelle Probleme – zum Beispiel im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen – zum Problemspektrum des Patienten gehören, desto größer ist der Bedarf danach, die therapeutische Beziehung auf die Störung hin auszurichten oder sie gar als zentrales Therapieelement zu nutzen.

Die wichtigsten, in Abhängigkeit der Problematik unterschiedlichen Begründungen für den Einsatz aktiver Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie sind folgende:

- ▶ Ein Grundprinzip der Psychotherapie, nämlich die *Vermittlung korrigierender Erfahrungen*, kann dadurch umgesetzt werden, dass in der Therapie bei Patienten, für welche dies erforderlich ist, heilsame korrektive Beziehungserfahrungen anhand der therapeutischen Beziehung hergestellt werden. Im Folgeschritt kann dann bisheriges Problemverhalten »im richtigen Leben« modifiziert oder aufgegeben werden.
- ▶ Es bedarf einer guten Motivation auf Patientenseite, sich – im Vergleich zu bisher – anders zu verhalten und neue Verhaltensmuster zu erlernen. Das fällt aber angesichts eingefahrener, automatisierter Schemata und Verhaltensweisen naturgemäß schwer – auch wenn diese Schemata und Verhaltensweisen mittlerweile langfristig dysfunktional geworden sind und gar nicht mehr den eigentlich legitimen Bedürfnissen des Patienten dienen. Eine Arbeit an derartigen Veränderungen kann durchaus konfrontativ sein, zum Beispiel wenn der Therapeut die Wahrnehmung des Patienten gezielt auf aversive, bislang vermiedene Aspekte lenkt oder die Nachteile des bisherigen Problemverhaltens thematisiert. Hierzu braucht es, insbesondere bei Patienten mit hohem Reaktanzlevel, oft eines »Beziehungskredits« (vgl. den entsprechenden Ansatz von Rainer Sachse, z. B. 2006b), der initial aufgebaut wird und dann zu einem späteren Zeitpunkt (»wenn es wirklich unangenehm wird«) eingesetzt werden kann.
- ▶ Bei manchen Patienten konnten sich wichtige soziale Kompetenzen nie richtig entwickeln, und einige Patienten bringen schwer gestörte zwischenmenschliche Funktionen mit (vgl. alternative Formulierung von Persönlichkeitsstörungen im DSM-5; Psychodynamiker

bezeichnen dies als »strukturelle Beeinträchtigungen«). Hier sind aus verhaltenstherapeutischer Perspektive interpersonelle Lerntherapien gefragt, bei denen der Therapeut unter Umständen auch gezielt seine eigenen zwischenmenschlichen Gefühlsregungen dem Patienten rückmeldet, oder bei denen er als zwischenmenschliches Modell fungiert und in der Therapie sehr aktiv für einen verlässlichen zwischenmenschlichen Rahmen sorgt.

- ▶ Zum angemessenen Einsatz muss auch bedacht werden, wann welche Beziehungsgestaltungskompetenzen *nicht* zum Einsatz kommen sollten. Beispielsweise kann bei der Therapie von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder mit psychopathischen Zügen, schizoiden oder paranoiden Patienten das Zeigen von viel Empathie kontraindiziert sein (Norcross, 2011).

Eine gute Beziehungsgestaltung folgt also einerseits allgemeinen Regeln, muss andererseits aber auch differenziell bzw. personalisiert ausgestaltet werden. Dies gilt nicht nur hinsichtlich der Motive und Ziele des Patienten, sondern auch hinsichtlich der Therapiephase (z. B. nach einführendem Beziehungsaufbau zunehmende Konfrontation bzw. Arbeit gegen das Symptom, dann De-Intensivierung der Aktivität und der Beziehung gegen Therapieende).

Im Rahmen einer Verhaltenstherapie muss üblicherweise nicht ununterbrochen aktiv beziehungsgestaltet werden: Meist laufen Entwicklung und Aufrechterhaltung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses spontan so gut, dass nicht ständig nachgesteuert werden muss. Außerdem bringt nicht jeder Patient behandlungsbedürftige interpersonelle Defizite und krankheitswertige Interaktionsstörungen mit in die Therapie.

Themenbereiche in Teil I

Die therapeutische Beziehung und ihre Gestaltung sind große, geradezu ausufernde Gebiete, für die ganze Handbücher existieren, wie etwa das über 1.500-seitige Werk von Hermer und Röhrle (2008). Hierbei wird auch deutlich, dass unterschiedliche Verfahren dieselben klinischen Phänomene erkennen (wie etwa »Widerstand« als etwas, das die Beziehung färbt und – unter Umständen unerkannt bleibend – behindert) und dann auf unterschiedliche Weise beschreiben, konzeptualisieren und technisch bearbeiten. Fragen wie zum Beispiel »Was verbindet und unterscheidet den Begriff der (Gegen-)Übertragung in der kognitiven Verhaltenstherapie und der Psychoanalyse?« eröffnen spannende Themenfelder integrativen Denkens in der Psychotherapie (vgl. Kap. 79).

Im vorliegenden Praxisbuch möchten wir das Augenmerk auf folgende Aspekte legen:

- ▶ **Kapitel 1:** Wie sich (verhaltens-)therapeutische von alltäglicher **Beziehungsgestaltung** überhaupt unterscheidet und welchen Stellenwert Aspekte der Beziehungsgestaltung gerade im initialen Kontakt haben, wird einleitend illustriert. Dabei wird unter anderem auch auf das »duale Prozessmodell« von Schulte (1998, 2015) Bezug genommen, das einen Unterschied macht zwischen der Beziehungsgestaltung zur Erreichung von Therapiemotivation bzw. einem »Basisverhalten« des Patienten einerseits, und der Anwendung spezifischer therapeutischer Methoden durch den Therapeuten andererseits.
- ▶ **Kapitel 2:** Die im verhaltenstherapeutisch orientierten deutschen Sprachraum elaborierteste Systematik einer **Motivorientierten Beziehungsgestaltung** (früher auch: komplementäre Beziehungsgestaltung), welche sich an lebensgeschichtlich entwickelten Schemata und Plänen und daraus erwachsenden (auch impliziten) Motiven des Patienten orientiert,

entstammt aus der Berner Arbeitsgruppe um Klaus Grawe und Franz Caspar (vgl. Caspar, 2016). Hier findet sich eine Einführung in diesen Ansatz, der zwar durchaus aufwändig trainiert werden muss, bis er sicher eingesetzt werden kann, dann aber außerordentlich nützlich dafür ist, schnell, flexibel und »bottom-up« hilfreiche Hypothesen zu bilden und sich entsprechend in der Beziehung zu verhalten.

- ▶ **Kapitel 3:** Wenn eine Verhaltensänderung leicht fällt, braucht es nicht viel Energie, sich für diese zu entscheiden und sie einfach umzusetzen. Für klinisch relevante Verhaltensänderungen, die eine Vielzahl unterschiedlicher kurz- und langfristiger Konsequenzen haben und bei denen das Problemverhalten oft in hohem Maße stabilisiert ist, benötigen Patienten hingegen eine starke Motivation, es überhaupt anzugehen, und eine effiziente Volition, diese Entscheidung dann auch konsequent zu verfolgen. Die **Motivierende Gesprächsführung** (im Sinne von Miller & Rollnick, 2015) ist ein personenzentrierter, gleichzeitig jedoch direkter Beratungsansatz und zeichnet sich durch eine besondere Haltung aus, die sehr gut mit dem verhaltenstherapeutischen Menschenbild kompatibel ist. Dem Patienten wird eine große Autonomie zugebilligt. Der Therapeut ist maximal transparent und strebt stets an, auch aus der Perspektive des Patienten heraus argumentieren zu können. Dies erleichtert u. a. den Umgang mit Ambivalenz und Widerstandphänomenen.
- ▶ **Kapitel 4:** Dass **spezielle Beziehungsgestaltungstechniken in neueren VT-Verfahren** eine besondere Rolle spielen, liegt unter anderem darin begründet, dass klassische verhaltenstherapeutische Verfahren bei bestimmten Störungen und Problemkonstellationen weniger erfolgreich sind und in Erweiterungen systematisch und verstärkt die interpersonelle Ebene in den Blick gerückt wird. Die drei im Kapitel vorgestellten Ansätze zur Beziehungsgestaltung bieten Leitfäden für spezielle (schwierige) Patientengruppen, um auch mit diesen ein fruchtbares therapeutisches Arbeitsbündnis aufzubauen und nutzbar zu machen. Im Rahmen strukturierter Therapieprogramme wie CBASP wird zunächst der Zusammenhang zwischen früheren schwierigen Beziehungserfahrungen mit den heutigen interpersonellen Problemen herausgearbeitet, um anschließend durch die aktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung heilsame korrigierende Beziehungserfahrungen erlebbar zu machen. Dabei werden Tabus früherer Zeiten überwunden, wie etwa, dass ein Therapeut sich in bestimmten Situationen auch persönlich einlässt (potenzielle »Abstinenzverletzung«) – dies geschieht allerdings indiziert und auf disziplinierte (kontrollierte und therapeutisch überlegte) Weise. Die Beziehungsgestaltung in der DBT ist besonders intensiv und verbindlich. Sie hilft dabei, die zwei sich auf den ersten Blick widersprechenden therapeutischen Strategien Veränderungsorientierung und Akzeptanz simultan bzw. »dialektisch« zu realisieren. Sie ist hierbei herzlich, authentisch und freundlich und kann ebenfalls auf eine bestimmte Art persönlich ausfallen, die für »traditionelle« Psychotherapeuten ungewöhnlich erscheinen mag. Limited Reparenting bedeutet in der Schematherapie, dass der Therapeut sich dem Patienten gegenüber – in begrenztem Ausmaß – wie ein guter Elternteil verhält, und es bestimmt über den Therapieprozess hinweg die therapeutische Grundhaltung. Der Therapeut hilft dem Patienten, seine Bedürfnisse achtsam wahrzunehmen, sie auszudrücken, validiert ihn und erfüllt wohllosiert in der Kindheit frustrierte Bedürfnisse. Alle hier erwähnten Verfahren werden in Teil VI genauer vorgestellt.

- **Kapitel 5:** Das letzte Kapitel dieses Teils behandelt den **Umgang mit schwierigen Situationen zu Therapiebeginn**. Im Erstkontakt und der Phase von Diagnostik und Therapieplanung tauchen manchmal nicht nur von psychotherapeutischen Novizen gefürchtete Herausforderungen auf. Hier werden typische Schwierigkeiten exemplarisch herausgegriffen, wie etwa: Wie setze ich Grenzen bzw. wie reguliere ich die therapeutische Distanz? Wie gehe ich damit um, wenn ein Patient meine Kompetenz in Frage stellt oder mich »Tests« unterwirft, die ich vielleicht nicht »bestehe«?

Alle in diesem Buchteil genannten Ansätze werden auch in den weiteren Kapiteln und auf der parallel erscheinenden DVD (Brakemeier & Jacobi, 2017) ausführlich anhand von Dialogbeispielen demonstriert.

Weiterführende Literatur

- Caspar, F. (2016). Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse (4. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Hermer, M. & Röhrle, B. (Hrsg.). (2008). Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band I: Allgemeiner Teil & Band 2: Spezieller Teil. Tübingen: dgvt.
- Norcross, J. C. (2011). Psychotherapy relationships that work: Evidence based responsiveness. Oxford: Oxford University Press.
- Sachse, R. (2006). Therapeutische Beziehungsgestaltung. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. (2015). Therapiemotivation. Göttingen: Hogrefe.
- Wampold, B. E. (2011). Qualities and actions of effective therapists. Continuing Education in psychotherapy of the American Psychological Association (APA, Education Directorate). URL: www.apa.org/education/ce/effective-therapists.pdf [26.9.2016]
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14 (3), 270–277.

Vom Erstkontakt zur Fallkonzeption

Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier

Die Komplexität als notwendige Herausforderung

Es verwundert nicht, dass – nicht nur angehende – Psychotherapeuten es häufig als große Herausforderung empfinden, »alle relevanten Informationen« zu sammeln und zu beurteilen, die für eine Psychotherapie im Einzelfall von Belang sind. Psychische Störungen sind multifaktoriell bedingt, von Eigendynamiken und Wechselwirkungen geprägt. Zudem ist Psychotherapie ein komplexes Geschehen, bei dem pathologische Prozesse und aufrechterhaltende Bedingungen günstig beeinflusst werden sollen, um verschiedene Ziele zu erreichen. Das betroffene Individuum soll in die Lage versetzt werden, weniger belastet und beeinträchtigt zu sein, wobei Wechselwirkungen mit seiner Umwelt (Partner, Familie, Freunde und andere Bezugspersonen, Arbeitsbedingungen etc.) berücksichtigt werden müssen. Meist steht nur wenig Zeit zur Verfügung, um ein echtes Verständnis für die Problematik des Patienten zu entwickeln, Prognose und Indikation zur Psychotherapie bzw. zu verschiedenen Interventionsvarianten zu prüfen und daraus – unter Berücksichtigung der eigenen Rolle als Therapeut – ein Behandlungskonzept zu erstellen und die Psychotherapie einzuleiten.

Abbildung A zeigt die Vielfältigkeit der Informationen und Informationsquellen, die ein Psychotherapeut bei der Therapieplanung sowie bei der Verlaufs- und Ergebniskontrolle prinzipiell beachten sollte.

Mit der Erarbeitung und Diskussion allein dieser Therapie-Parameter lassen sich problemlos mehrere Lehreinheiten füllen. Eine Frage taucht hierbei *immer* auf: Wie kann ich es überhaupt schaffen, all dies im Zeitraum probatorischer Sitzungen (oder im stationären Setting sogar noch schneller) zu berücksichtigen, während ich gleichzeitig den Patienten mit seinen Anliegen »ankommen lassen« (und auch ausreden lassen) möchte, vielfältigen Dokumentations- und anderen formalen Anforderungen wie etwa Aufklärungspflichten nachkommen muss – und auch noch eine tragfähige therapeutische Beziehung etablieren soll?

Hier besteht also die Gefahr, eine entsprechende Überforderung ungünstig zu kompensieren, wie zum Beispiel durch Überziehen von Zeit (d. h. Leistungserbringung auch über die bei der Kostenabrechnung veranschlagten Therapie-, Vorbereitungs- und Nachbereitungszeiten hinaus). Wird dies zum Regelfall, widerspricht es dem berufsethischen Selbstverständnis, ist dem psychotherapeutischen Selbstwert und auch der Selbstfürsorge abträglich und stellt ein im therapeutischen Prozess ungünstiges Interaktionsverhalten dar.

Die Komplexität psychischen Geschehens, psychotherapeutischer Wirkungen und Wechselwirkungen ist nicht überraschend. Wir sind als lernfähige Wesen darin begabt, etwa durch theorie- und erfahrungsbasierte Entwicklung von Heuristiken und Routinen, solcher Komplexität gerecht zu werden. Auch psychotherapeutische Novizen bringen in der Regel die

<p>Lebensbedingungen</p> <ul style="list-style-type: none"> biografische Aspekte, z. B. Herkunftsfamilie Bildung und Beruf Umfeld Partnerschaft Kinder Bezugspersonen Wohnsituation allgemeines Wohlbefinden Lebenszufriedenheit Optimismus Ressourcen <p>Weitere gesundheitsrelevante Informationen</p> <ul style="list-style-type: none"> allg. Gesundheitszustand, weitere Erkrankungen medizinische und weitere (Vor-)Behandlungen Substanzkonsum (Nikotin, Alkohol, Drogen, Medikamente) 	<p>Aktuelle Beschwerden</p> <ul style="list-style-type: none"> konkreter Behandlungsanlass (Spontanbericht) psychopathologischer Befund Diagnose(n) aktuelles Problemverhalten bzw. psychodynamischer Status Symptombelastung störungsübergreifend Depressivität ergänzende störungsspezifische Maße Beeinträchtigung aktuell und im letzten Jahr Partizipationsstörungen (z. B. Arbeitsfähigkeit) weitere Informationsquellen externe Personen / Fremdanamnese (z. B. durch Bezugsperson, Mitbehandler) psychophysiologische Maße Verhaltenstests 	<p>Persönlichkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> Persönlichkeitsakzentuierung interpersonelle Probleme Bindungsstile Strukturniveau <p>Bewertung der Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> allgemeine Zufriedenheit mit (Zwischen-)Ergebnis Veränderungen Lebenssituation Symptombelastung Beeinträchtigung im Verlauf Nebenwirkungen und neue Probleme »Kundenzufriedenheit« mit Einrichtung mit Therapie / TherapeutIn 	<p>Therapieziele</p> <ul style="list-style-type: none"> zu Beginn im Verlauf Abbau aufrechterhaltender bzw. Risikofaktoren
<p>Entwicklung und Verlauf der Problematik</p> <ul style="list-style-type: none"> traumatisierende Erfahrungen VT: Makroanalyse Krankheitsmodell des Patienten 	<p>Therapeutische Beziehung</p> <ul style="list-style-type: none"> Klientenerwartung zu Beginn Bewertung der Beziehung im Verlauf 		

Abbildung A Wichtige Inhaltsbereiche, die bei Therapieplanung, Verlaufskontrolle und Ergebnisbewertung eine Rolle spielen können und in üblichen Dokumentationen berücksichtigt werden müssen (Gutachten oder Kassenanträge, Arztbriefe, Abschlussbericht und andere allgemeine Dokumentationspflichten)

Voraussetzungen bereits mit – unterstützt durch Supervision –, die genannten Probleme und Schwierigkeiten zu umgehen bzw. zu meistern und eine entsprechende Steuerung des therapeutischen Prozesses zu leisten. Die nachfolgenden Kapitel geben hierfür viele konkrete und praktische Hinweise und zeigen Strategien auf.

Funktionales Verständnis als Königsweg der Therapieplanung

Es entspricht dem traditionellen verhaltenstherapeutischen Störungsverständnis, dass jeweils sorgfältig individualisierte Behandlungsplanungen und -durchführungen anzustreben sind. Um diese zu realisieren, müssen allerdings die wirklich relevanten Dinge »auf den Tisch« (z. B. schlimmste Befürchtungen, Schuldgefühle), um sie in einer Verhaltens-, Problem- oder Plananalyse zu nutzen; ansonsten bleibt manches Problemverhalten unverständlich. Die Bereitschaft des Patienten, offen zu berichten, hängt wiederum direkt mit unserer therapeutischen Beziehungsgestaltung zusammen (vgl. Teil I). Hierbei können wir unser störungsspezifisches Wissen nutzen, indem wir etwa bei einer essgestörten Patientin damit rechnen, dass alles, was mit »Kontrollverlust« zu tun hat, besonders schambesetzt ist, und Maßnahmen ergreifen, die es ihr erleichtern, diese »heißen« Themen dennoch in die Therapie einzubringen.

Individualisierung bzw. Personalisierung bedeutet hier also nicht, für jeden Patienten »das Rad neu zu erfinden« – insbesondere für die Verhaltenstherapie steht umfangreiches Störungs- und Interventionswissen bereit. Wenn außerdem verfahrensübergreifende Behandlungsleitlinien existieren (www.awmf.org), stellen diese zwar oft nicht mehr, aber auch nicht weniger als einen Kompromiss bzw. Konsens verschiedener Expertengruppen (einschließlich Patientenvertretern) zu grundlegenden störungsbezogenen Herangehensweisen dar und sollten durchaus berücksichtigt werden. Jedenfalls sind entsprechende Manuale und Leitlinien beim Erheben und Sortieren der notwendigen Informationsfülle während der Therapieplanung in der Regel sehr hilfreich. Ein kollaborativ erarbeitetes Störungsmodell im Einzelfall und eine passgenaue Planung der Therapie bieten genügend Spielraum, jede (auch manualbasierte) Verhaltenstherapie kreativ zu gestalten.

Themenbereiche in Teil II

In den folgenden Kapiteln dieses Teils sind zu den wesentlichen in Abbildung A angeführten Aspekten Informationen versammelt, die dabei unterstützen sollen, eigene Routinen zum Behalten der Übersicht und zum Setzen von Prioritäten zu entwickeln bzw. die eigenen, bereits etablierten Routinen zu reflektieren.

- ▶ **Kapitel 6: Erstkontakt und Vorbereitung der Therapie.** Folgende Fragen versucht dieses Kapitel zu beantworten: Wie nehme ich Patienten in Empfang, explore den Behandlungsanlass und orientiere mich auf erste Indikationsentscheidungen (z. B. Abklärung von Krankheitswertigkeit)? Wie kann ich den lebensgeschichtlichen »Roman« sinnvoll reduzieren auf die Entwicklung der zu behandelnden Störung und Ansatzpunkte zu ihrer Behandlung? Wie kann ich die Exploration der Anamnese dafür nutzen, ein Verständnis der Genese und Funktionalität des Problemverhaltens zu erlangen, und wo behindern mich unspezifische biografische Details dabei, einen roten Faden zu entwickeln? Woran mache ich meine Prognose fest?

- ▶ **Kapitel 7: Diagnostik.** Das explizite und standardisierte Erfassen von Daten für Fallkonzeption, Dokumentation/Monitoring und Ergebnisbewertung sollte nicht nur als berufsrechtliche Auflage verstanden werden, sondern unmittelbar dem psychotherapeutischen Prozess und Ergebnis dienen. Die strukturierte Erhebung klassifikatorischer ICD- oder DSM-Diagnosen ist hierbei nur eine – wenn auch wesentliche – Facette. Im Auge behalten werden sollte neben den unmittelbaren Beschwerden und Symptomen auch die Beeinträchtigung von psychischen Funktionen sowie von Rollenfunktionen und Behinderungen durch das Krankheitsverhalten. Verlaufs- und Ergebnismessungen liefern wertvolle Rückmeldungen zur Reflexion des eigenen Tuns (einschließlich der Reflexion der therapeutischen Beziehung).
- ▶ **Kapitel 8: Der psychopathologische Befund.** Der klassische psychopathologische Befund ist nicht nur in psychiatrischen Settings essenziell, sondern muss auch von Psychotherapeuten beherrscht werden – nicht zuletzt auch, um Abgrenzungen psychischer Störungen von nicht-pathologischen Alltagsbeschwerden vornehmen zu können.
- ▶ **Kapitel 9: Verhaltensanalyse.** Dies ist ein zentrales Instrument der Verhaltenstherapie zur Erarbeitung eines detaillierten Verständnisses des Problemverhaltens, das häufig nicht optimal genutzt wird – es besteht die Gefahr, S, O, R, C und K zu standardmäßig abzuarbeiten und dabei das Störungskonzept auf das immer gleiche hinzubiegen (z. B. »Vermeidung führt kurzfristig zu negativer Verstärkung und langfristig zur Verfestigung der Problematik«). Wertvoller sind gezielte, konzeptbasierte Verhaltensanalysen, mit denen z. B. anhand des vorhandenen Störungswissens zur Sozialen Phobie im individuellen Fall erklärbar gemacht wird, warum der Patient keine positiven Lernerfahrungen macht, obwohl er eigentlich immer wieder die gefürchteten sozialen Situationen von außen betrachtet erfolgreich bewältigt.
- ▶ **Kapitel 10: Plananalyse.** Komplementär zur (»horizontalen« oder »Mikro-«)Verhaltensanalyse werden in »vertikalen« oder »Makro-Analysen« wie der Plananalyse die biografische Entwicklung von Grundlagen des aktuellen Verhaltens näher in den Blick genommen und die Verhaltensweisen eines Menschen in Beziehung zu seinen Bedürfnissen gesetzt. Die Erarbeitung von individuellen Interaktionszielen, die höher geordneten Plänen folgen, kann ebenfalls hilfreich für ein vertieftes Verständnis des Patienten sein und für die differenzielle Gestaltung der therapeutischen Beziehung genutzt werden. Die Plananalyse entstand historisch im Bestreben, die Grenzen behavioristischer Fallkonzeptionen zu sprengen. Sie hat Stärken der Verhaltenstherapie, wie das Ableiten von Hypothesen aus genauen Beobachtungen, beibehalten, sich aber andererseits zu einem schulunabhängigen Verfahren zum Erstellen von Fallkonzeptionen entwickelt, zu dem u. a. auch die differenzierte Beschäftigung mit motivationalen Konflikten gehört, die traditionelle Verhaltenstherapeuten eher den psychodynamischen Verfahren zuordnen würden.
- ▶ **Kapitel 11: Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen.** Ebenfalls für viele Patientengruppen relevant ist die im Anhang des DSM-5 spezifizierete Schweregradeinteilung der Beeinträchtigung von Identität, Selbststeuerung, Empathie und Nähe. Die in diesem alternativen Modell formulierte Perspektive mit ihren differenzierten und operationalisierten Dimensionen und Facetten stellt für die Fallkonzeption eine Bereicherung dar.

- ▶ **Kapitel 12: Fallkonzeption und Therapieplanung.** Kernstück der Fallkonzeption ist die Ableitung einer nachvollziehbaren Behandlungsstrategie auf der Grundlage der mit oben genannten Methoden möglichst systematisch und effizient erfassten Problemkonstellationen und Zielvorgaben. Hierbei muss Psychotherapie indiziert und wirtschaftlich zu erbringen sein – was ebenfalls einen nicht-trivialen Abwägungsprozess fordert. Der wichtigste Abweisungsgrund von Kassenanträgen (bei allerdings nur etwa 5% Abweisungen bei Kassentherapeuten und 15% Abweisungen in der Kostenerstattung) ist ein Mangel an individualisierter Behandlungsplanung mit stringenter Begründung der Indikation.

Basistechniken der Verhaltenstherapie

Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier

Hintergrund und Struktur von Teil III

Die 16 hier präsentierten Ansätze und Therapieelemente bezeichnen wir als »Basistechniken«, weil sie bewährte Instrumente darstellen, die auf den »klassischen« Grundlagen der Verhaltenstherapie beruhen (vgl. Reinecker, 2005) und seit jeher in verhaltenstherapeutischer Ausbildung und häufig bereits im Psychologiestudium vermittelt werden. Die Kapitel dieses Teils sind alle einheitlich gegliedert, wobei der praktischen Durchführung und den typischen Problemen in der Praxis die wichtigste Rolle zukommt:

- (1) Hintergrund und allgemeine Merkmale
- (2) Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen
- (3) Praktische Durchführung
- (4) Typische Schwierigkeiten und Fehler
- (5) Kritische Einordnung
- (6) Frequently Asked Questions (FAQ)
- (7) Weiterführende Literatur

In diesem Teil erhalten Verhaltenstherapeuten folglich viele hilfreiche Strategien und Techniken, um eine große Bandbreite an Erlebens- und Verhaltensproblemen erfolgreich zu bearbeiten. Weitere Standardtechniken der Verhaltenstherapie präsentieren zum Beispiel Linden und Hautzinger (2015).

Wir empfehlen an dieser Stelle den verhaltenstherapeutischen Novizen, diese Techniken sämtlich und von Beginn der Ausbildung an ins eigene Repertoire aufzunehmen und beherrschen zu lernen (obwohl es bisweilen verlockend sein mag, sich gleich mit den »sexy neuen Techniken« zu beschäftigen). Erst durch die adäquate Anwendung dieser bewährten Basistechniken werden der tatsächliche Nutzen und die Wirkung erfahrbar, sodass der Therapeut später aus der Fülle der Möglichkeiten personalisiert und adaptiv die für den jeweiligen Patienten passend erscheinende Strategie auswählen kann. Hierbei sollten auch Überlegungen eine Rolle spielen, ob bzw. welche im Einzelfall zur Verfügung stehenden weiteren Alternativen dann auch entsprechend *nicht* zur Anwendung kommen sollten (manchmal ist weniger mehr).

Themenbereiche in Teil III

Im Einzelnen werden folgende Ansätze und Strategien vertieft:

- **Kapitel 13:** Zu Therapiebeginn einer Verhaltenstherapie spielt fast immer **Psychoedukation** eine bedeutsame Rolle, da Störungsmodelle erarbeitet und Patienten Informationen vermittelt werden, die sie für ihre Entscheidung für die jeweilige Psychotherapie nutzen können. Insbesondere im stationären Bereich findet dies oft in Gruppen statt. Eine wichtige

Herausforderung besteht dabei darin, nicht alle Patienten in die gleiche Struktur bzw. »Schublade« zu pressen, sondern die Informationen inhaltlich und didaktisch an den jeweiligen Patienten – ggf. im Kontext der entsprechenden Behandlungsgruppe – zu adaptieren. Die Förderung eines selbstverantwortlichen Umgangs und die Unterstützung der Bewältigung der Erkrankung schließt oft auch den Einbezug von Angehörigen ein.

- ▶ **Kapitel 14: Hausaufgaben** und therapeutische Vereinbarungen unterstützen die Umsetzung wesentlicher Grundprinzipien der Verhaltenstherapie, wie z. B. Problem- und Zielorientierung, Transparenz, Hilfe zur Selbsthilfe und die Erweiterung der Handlungsorientierung über das therapeutische Setting hinaus. Vor dem Hintergrund, dass die Zeitdauer, die gemeinsam mit dem Therapeuten verbracht wird, in der Regel weniger als 1 Prozent der Zeit außerhalb der Therapie beträgt, liegt es nahe, systematisch auch zwischen den Sitzungen Therapiezeit zu definieren, in welcher der Patient eigenständig relevante Therapieinhalte erprobt und konsolidiert.
- ▶ **Kapitel 15: Zur Ressourcenorientierung** existieren Befunde dahingehend, dass man praktisch in jeder Therapiesitzung Ressourcen mobilisieren oder aktualisieren sollte – um sich auf dieser Grundlage dann leichter mit aktualisierten Problemschemata und Defiziten auseinandersetzen zu können.
- ▶ **Kapitel 16:** Bei der Nutzung von **euthymen Techniken (Genusstherapie)** werden ebenfalls Ressourcen angesprochen, indem der Zugang zu – auch körperlich erfahrbaren – positiven Erfahrungen und Erlebnissen (wieder) erleichtert wird.
- ▶ **Kapitel 17:** Insbesondere depressive Patienten haben den Zugang zu positiven Verstärkern (gerade auch zwischenmenschlichen) häufig verloren. Gezielter, oft kleinschrittiger **Aktivitätsaufbau** kann an dieser aufrechterhaltenden Bedingung unmittelbar ansetzen und damit die Voraussetzung für weitere Problembearbeitungen und die Überwindung der Depression oder anderer Störungsbilder schaffen.
- ▶ **Kapitel 18: Expositions- und Konfrontationsverfahren** zählen zu den prominentesten verhaltenstherapeutischen Strategien, die unmittelbar an zentralen Mechanismen verschiedener Störungsbilder (nicht nur bei Angststörungen) ansetzen – sie werden aber in der Routinepraxis zu selten (oder nicht konsequent) eingesetzt. Das Kapitel hierzu umfasst daher den doppelten Umfang der meisten anderen Kapitel und beleuchtet unter anderem auch die aus modernen psychologischen Theorien abgeleiteten Optimierungsstrategien, die insbesondere zur Rückfallprophylaxe eingesetzt werden können.
- ▶ **Kapitel 19: Kognitive Techniken und Verhaltensexperimente** haben als Kernstück des »K« in KVT ein großes Integrationspotenzial und erhalten daher ebenfalls einen im Verhältnis zu den anderen Kapiteln erweiterten Umfang. Entlang der Phasen der kognitiven Umstrukturierung werden die verschiedenen Einsatzgebiete und Varianten kognitiver Techniken illustriert. Aus den Ausführungen und Beispielen zu Verhaltensexperimenten wird deutlich, dass sie ihre Wirkung am effektivsten entfalten können, wenn Therapeuten sich an der eigentlich vorgesehenen, aber in der Praxis nicht immer konsequent verfolgten, differenzierten Struktur orientieren.
- ▶ **Kapitel 20–23:** Das Üben und Trainieren von spezifischen Fertigkeiten und Fähigkeiten (u. a. mit dem Ziel des Verhaltensaufbaus) nimmt traditionell in der verhaltenstherapeutischen Behandlung eine wichtige Rolle ein und ist grundlagenpsychologisch gut begründet.

Trainings sozialer Kompetenzen, Kommunikationstrainings (z. B. in der Paartherapie) und das Training individueller interpersoneller Fertigkeiten zur Zielerreichung in **Situationsanalysen** setzen im interpersonellen Bereich an. Das **Problemlösetraining** vermittelt eine Struktur, nicht handhabbar erscheinende Probleme zu strukturieren, und fördert eine für normales, alltägliches Funktionieren wichtige Kompetenz.

- ▶ **Kapitel 24:** Ein klassisches, immer noch zentrales Ziel verhaltenstherapeutischen Handelns ist es, »Hilfe zur Selbsthilfe« zu leisten. Methoden des **Selbstmanagements** sollen dazu bewegen, das Leben selbstbestimmt in Einklang mit eigenen Werten und Zielen zu gestalten und das eigene Erleben regulieren zu können.
- ▶ **Kapitel 25:** Bei **Krisenintervention und Suizidalität** handelt es sich nicht um eine verhaltenstherapeutische Basistechnik im engeren Sinne, aber die Handhabung suizidaler Krisen, die hier im Mittelpunkt steht, gehört zu den allgemeinen und störungsübergreifenden Basisanforderungen für *alle* Psychotherapeuten. Neben zentralen Informationen zur diagnostischen Bewertung von Suizidalität und Suizidrisiko sowie altbewährten praktischen Hinweisen zum Umgang damit thematisiert das Kapitel auch moderne interpersonelle Theorien suizidalen Verhaltens.
- ▶ **Kapitel 26 und 27: Entspannungsverfahren und Biofeedback** setzen bei der körperlichen Ebene an, können aber auch kognitive und emotionale Effekte produzieren (z. B. Kontrollerleben) – und bedürfen ebenfalls viel selbstgesteuerter Übung, um nachhaltige Wirkung zu entfalten.
- ▶ **Kapitel 28:** Das Abschlusskapitel dieses Teils befasst sich mit der **Rückfallprophylaxe und Therapiebeendigung**. Hier wird unter anderem auf die Langzeitperspektive psychischer Störungen hingewiesen. Zudem wird betont, wie wichtig es ist, insbesondere bei den schweren und chronifizierten Fällen mit meist umfangreichen Vor-Behandlungen, eine weitere Versorgung im Sinne einer Erhaltungstherapie, Rückfallmanagement, Hilfe zur Selbsthilfe etc. zu unterstützen.

Weiterführende Literatur

Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.). (2015). Verhaltenstherapiemanual (8. Aufl.). Heidelberg: Springer.
Reinecker, H. (2005). Grundlagen der Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz.

Integrative Techniken in der Verhaltenstherapie

Eva-Lotta Brakemeier • Frank Jacobi

Hintergrund und Struktur von Teil IV

Die sieben hier präsentierten Techniken können insofern als »integrativ« bezeichnet werden, als dass sie nicht primär als kognitiv oder behavioral eingestuft werden können und sich auch nicht wie die VT-Basistechniken (vorgestellt im Teil III) innerhalb der (K)VT-Tradition entwickelt haben. Vielmehr entstammen sie anderen psychotherapeutischen Schulen (wie z. B. Stuhldialoge aus der humanistischen Therapie) oder Traditionen (wie die Achtsamkeit aus der buddhistischen Tradition). Integriert werden diese Techniken jedoch immer häufiger in die Verhaltenstherapie, jedoch überwiegend in Weiterentwicklungen der klassischen VT, welche auch als »Dritte-Welle«-Verfahren bezeichnet werden und die wir im Teil VI vorstellen. Beispielsweise ist ein Kernmerkmal vieler dieser Verfahren, dass Elemente der grundsätzlich veränderungsorientierten Verhaltenstherapie durch die Aspekte Achtsamkeit und Akzeptanz ergänzt werden.

Die meisten integrativen Techniken erfahren aktuell sowohl in Forschung als auch in der Therapie große Beachtung und kommen sowohl störungsspezifisch (wie z. B. zur Behandlung von PTBS und zugrundeliegenden Traumata bei Persönlichkeitsstörungen) als auch transdiagnostisch bei der Veränderung belastender Gefühle und Erinnerungen zum Einsatz.

Wir möchten betonen, dass diese Techniken wie alle therapeutischen Interventionen neben positiven Effekten potenziell auch Risiken und Nebenwirkungen mit sich bringen können. Die Integration sollte daher wohlüberlegt sein und auf der Basis fundierter Kenntnisse erfolgen. Dies vorausgesetzt handelt es sich jedoch um Techniken, die Patienten nicht nur dabei helfen, ihre Probleme zu behandeln, sondern durch Fördern von Ressourcen gezielt Resilienz stärken. Daher eröffnen sie eine Reihe von Chancen, die sich auch auf die Bereiche Prävention und Rückfallprophylaxe beziehen. Innovativ erscheint uns dabei, dass diese nicht nur eine kurative oder akute, sondern eben auch eine präventive, bewältigungsorientierte und auch palliative Psychotherapie (Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind) unterstützen können. Dieser Buchteil soll somit dazu dienen, dass Psychotherapeuten ihren Behandlungsspielraum erweitern sowie neue Denkanstöße und Impulse gewinnen.

Wir haben versucht, die gängigsten integrativen Techniken vorzustellen, welche auch zentrale Rollen in den modernen VT-Ansätzen spielen, die im Teil VI beschrieben werden. Psychodynamische Techniken haben wir hier bewusst nicht aufgenommen, da diese in unserem Schwesternband (Psychodynamische Therapie in der Praxis, in Planung) beschrieben werden. Einige wichtige weitere integrative Techniken, welche wir hier leider nicht berücksichtigen konnten, seien an dieser Stelle zumindest genannt (eine umfassende Sammlung findet sich in Senf et al., 2013):

- ▶ lösungsorientierte Techniken
- ▶ Neukonstruktion von Lebensnarration
- ▶ Genogrammarbeit
- ▶ Reframing (z. B. im »Neurolinguistischen Programmieren«, NLP)
- ▶ Systemaufstellungen bzw. Arbeit mit Paaren, Familien und Systemen
- ▶ Psychodrama
- ▶ körperorientierte Techniken
- ▶ Bewegung und Ausdauertraining
- ▶ Ergo-, Musik- und Sozialtherapie

Die Kapitel dieses Teils sind ebenso wie bei den Basistechniken einheitlich gegliedert, wobei wie zuvor der praktischen Durchführung und den typischen Problemen in der Praxis die wichtigste Rolle zukommt:

- (1) Hintergrund und allgemeine Merkmale
- (2) Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen (s. auch Kap. 78 zu Nebenwirkungen)
- (3) Praktische Durchführung
- (4) Typische Schwierigkeiten und Fehler
- (5) Kritische Einordnung
- (6) Frequently Asked Questions (FAQ)
- (7) Weiterführende Literatur

Themenbereiche in Teil IV

Im Einzelnen werden folgende Ansätze und Strategien vertieft:

- ▶ **Kapitel 29:** Seit rund 30 Jahren entwickelt sich in der Psychotherapie ein zunehmendes Interesse an der Integration **achtsamkeits- und akzeptanzbasierter Techniken**, wobei die Verhaltenstherapie im besonderen Maße diese Techniken in ihre Verfahren integriert. Achtsamkeit bedeutet hierbei, die Aufmerksamkeit bewusst und absichtsvoll auf den gegenwärtigen Augenblick zu lenken und diesen nicht-wertend wahrzunehmen. Akzeptanz bezieht sich auf die Bereitschaft, Ereignisse und Situationen aktiv und offen zu erleben und Erfahrungen zunächst so anzunehmen, wie sie sind – unabhängig davon, ob sie angenehm oder unangenehm sind. Achtsamkeit und Akzeptanz können mithilfe verschiedener Übungen entwickelt bzw. vertieft werden. Ein wichtiger Unterschied zu anderen therapeutischen Konzeptionen besteht jedoch darin, dass sich die Anwendung dieser beiden Prinzipien nicht auf problemrelevante Situationen beschränkt. Ziel ist, Achtsamkeit (und Akzeptanz) in *jeder* Situation zu praktizieren. Im Kapitel wird betont, dass das Einnehmen einer achtsamen Haltung daher in erster Linie ein Lebensprinzip und erst in zweiter Linie eine therapeutische Strategie darstellt.
- ▶ **Kapitel 30:** Die Wurzeln imaginativer Techniken lassen sich bis ins 19. Jahrhundert zurückverfolgen. **Imagination** in der Psychotherapie beschreibt die Arbeit mit mentalen Inhalten, die sensorische Eigenschaften besitzen, sogenannte mentale Bilder. Im Kapitel werden praxisnah imaginative Techniken beschrieben, die gezielt mit diesen mentalen Bildern arbeiten. Dies hat einerseits zum Ziel, angenehme Bilder und Gefühle zu fördern, und andererseits mentale Bilder, die mit unangenehmen Emotionen verbunden sind, zu verändern oder zu reduzieren.
- ▶ **Kapitel 31: Imagery Rescripting** ist als eine spezifische Imaginationstechnik bei allen Störungsbildern indiziert, bei denen wiederkehrende negative Erinnerungsbilder vorliegen. In einer

drei Phasen umfassenden Imagination werden diese Bilder schrittweise modifiziert. Ziel der Intervention ist eine Veränderung der Bedeutung der Erinnerung und eine emotionale Bewältigung des Traumas.

- ▶ **Kapitel 32:** Eye Movement Desensitization and Reprocessing (**EMDR**) ist eine wissenschaftlich anerkannte und für Kassenfinanzierung zugelassene Methode zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), wird aber auch bei anderen traumabezogenen Symptomen eingesetzt. Der therapeutische Ansatzpunkt von EMDR ist die Integration von kognitiven, emotionalen und körperlichen Reaktionen, die sich unter und in Folge einer psychischen Traumatisierung entwickelt haben. Hierfür muss die belastende Erinnerung wiederbelebt, wahrgenommen und verarbeitet werden. Das Kapitel zeigt auf, wie im EMDR, abweichend von der klassischen verhaltenstherapeutischen Expositionsbehandlung, die Traumaexpositionsphasen nur relativ kurz durchgeführt und durch bilaterale Stimulierung in Form von Augenbewegungen durch alternierende Berührungsreize oder durch wechselseitige auditive Stimuli ausgelöst werden.
- ▶ **Kapitel 33:** Unter **Emotionsregulation** versteht man sämtliche Prozesse, die am Monitoring, an der Evaluation und an der (zielgerichteten) Modifikation emotionaler Reaktionen – insbesondere deren Intensität und zeitlicher Dauer – beteiligt sind. Der dysfunktionale Umgang mit unerwünschten affektiven Zuständen gilt als Risikofaktor für die Entwicklung und Aufrechterhaltung diverser psychischer Erkrankungen. Das Kapitel verdeutlicht, dass therapeutische Interventionen zur Stärkung adaptiver Emotionsregulation somit als vielversprechende Ansatzpunkte zur Prävention und Behandlung eines breiten Spektrums von psychischen Störungen angesehen werden.
- ▶ **Kapitel 34: Stuhldialoge**, bei denen der Patient auf verschiedenen Stühlen verschiedene Rollen oder Identitätsanteile einnimmt, blicken auf eine lange therapeutische Tradition zurück, wobei sie ursprünglich aus der humanistischen Therapie stammen. Das Kapitel zeigt anschaulich, wie variantenreich und kreativ diese therapeutische Technik in vielen Kontexten eingesetzt werden kann. Wichtige Fokusse sind dabei sowohl intra- als auch interpersonelle Konflikte. Stuhldialoge sind jedoch grundsätzlich in nahezu jedes therapeutische Verfahren integrierbar und werden im Rahmen der »dritten Welle« zunehmend in integrativen therapeutischen Methoden eingesetzt.
- ▶ **Kapitel 35:** Die meisten Psychotherapiepatienten wünschen sich einen besseren Selbstwert – definiert als die Summe aller positiven Bewertungen der eigenen Person – und hoffen, dass eine Psychotherapie ihnen dazu verhilft. Auch die meisten Psychotherapeuten halten eine Steigerung des Selbstwerts ihrer Patienten für zentral, wenn es um die langfristige Stabilisierung der psychischen Situation geht. In diesem Kapitel werden daher **selbstwertstärkende Techniken** dargestellt, die sich in der therapeutischen Praxis bewährt haben.

Weiterführende Literatur

Senf, W., Broda, M. & Wilms, B. (2013). Techniken der Psychotherapie: Ein methodenübergreifendes Kompendium. Stuttgart: Thieme.

Störungsorientierte Behandlung

Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier

Die Psychopathologie als zentraler Ansatzpunkt der Verhaltenstherapie

Psychische Störungen sind definiert als überzufällig gemeinsam auftretende psychopathologische Symptome und Probleme, die das Individuum (und ggf. seine Umgebung) belasten (Leiden verursachen) und beeinträchtigen (zu Funktionseinschränkungen und Behinderungen führen) – und zwar in »klinisch bedeutsamer Weise« (vgl. die ausführlichen Erläuterungen zu den Störungskriterien im DSM-5; APA, 2013). Letztere Einordnung wird, in Abgrenzung zu den im »normalen Leben« immer gegebenen Stimmungsschwankungen und Stressreaktionen, insbesondere durch Kontext und Prognose bestimmt. Störungsorientierte Behandlungsstrategien liefern bewährte Hinweise darauf, solche indikationsrelevanten Einordnungen evidenzbasiert vorzunehmen und Krankheitsverläufe zu antizipieren.

Die Frage nach der Validität einzelner spezifischer Diagnosen (z. B. ob es sinnvoll und empirisch gut begründbar ist, Angststörungen in viele einzelne Diagnosen aufzuteilen), ist hierbei zu trennen von der Frage, ob eine Störungsorientierung *an sich* legitim ist. Eine Gegenposition würde hier darin bestehen, dass Symptome immer Ausdruck »dahinterliegender« und biografisch für jeden Patienten neu zu bestimmender *Konflikte* sind und dass dementsprechend eine diagnosespezifische Herangehensweise den Blick für das »eigentliche« Problem und seine Ursachen nur verstelle. Hierzu möchten wir Folgendes bemerken:

Patienten präsentieren sich mit Symptomen und Symptommustern, und es entspricht dem Selbstverständnis der Verhaltenstherapie, diese ernst zu nehmen und mit der Behandlung dort anzusetzen. Einerseits weil dort in der Regel »der Leidensdruck sitzt« und andererseits, weil diese Muster häufig eine Eigendynamik entwickelt haben. Das Durchbrechen solcher aufrechterhaltenden Faktoren anhand störungsorientierter Behandlungsstrategien macht das psychologische System des Individuums wieder beweglich, sodass eine eigenständige Neuorientierung überhaupt erst ermöglicht wird.

Die biografische Bedingtheit psychischer Probleme und der Beitrag erworbener und angelegter Vulnerabilitäten werden damit keineswegs geleugnet. In vielen Therapien wird erkennbar, dass ein Symptom bzw. Problemverhalten auch als Lösungsversuch gesehen werden kann, der zu einem früheren Zeitpunkt eine wichtige Funktion gehabt hat, im Laufe der Zeit aber dysfunktional geworden ist. Dennoch reicht eine solche Erkenntnis in der Regel nicht aus, das dysfunktionale Erleben und Verhalten einfach aufzugeben. Störungsorientierte Behandlungsstrategien stellen mannigfaltige Hilfen bereit, an den genannten eingefahrenen Mustern direkt zu arbeiten, um sie aufzulösen.

Diagnosespezifische Behandlungsprogramme existieren mittlerweile in großer Zahl. Auch wenn diese im Grunde nicht explizit verfahrensgebunden sind, besteht hier eine große Affinität

zur Verhaltenstherapie. Die meisten dieser Behandlungsprogramme eignen sich übrigens auch für die Durchführung in verhaltenstherapeutischen Gruppen (meist im stationären Setting), in denen Patienten mit gleicher Problematik das jeweilige Behandlungsprogramm gemeinsam absolvieren (vgl. Fiedler, 2005 sowie Kap. 73). In diesen Behandlungsansätzen sind Strategien und Techniken versammelt, die oftmals aus der Praxis heraus entstanden sind, meist um klinisch-therapeutische Schwierigkeiten bei der Behandlung bestimmter Patientengruppen zu überwinden. Hiermit ist in den letzten Jahrzehnten ein – fortlaufend empirisch geprüftes – Behandlungswissen zusammengetragen und systematisiert worden, das es Psychotherapeuten erlaubt, auch ohne bisherige Spezialisierung bei der jeweiligen »schwierigen« Patientengruppe aussichtsreich eine Therapie zu planen und durchzuführen. Ein gut beherrschtes und vielfältiges Methodenrepertoire vermittelt im Übrigen auch die notwendige Sicherheit, um sich dem Patienten als Menschen authentisch zuwenden zu können. Somit leistet der Rückgriff auf Bewährtes, Erlernbares und Reproduzierbares einen Beitrag dazu, Psychotherapie auch als solides »Handwerk« zu betrachten und von einer schwer nachvollziehbaren »Kunst« oder gar Narrenfreiheit abzugrenzen (Hoffmann, 2015, S. 5).

Debatte um die Störungsorientierung

Angesicht der genannten Vorzüge störungsorientierter Behandlungsansätze verwundert es bisweilen, dass bereits seit den 1980er Jahren ein solches Vorgehen auch heftig hinterfragt und debattiert wird. Ein historisches Beispiel ist der leidenschaftliche, zum Teil auch durch persönliche Angriffe geprägte Schriftwechsel in der Zeitschrift *Verhaltenstherapie* anhand eines Positionspapiers von Köhlke (1992). Auch wenn heute diese »Fronten« – diese martialische Bildwahl schien einmal berechtigt – vergleichsweise aufgeweicht erscheinen, bestehen aus unserer Sicht nach wie vor manche Vorbehalte im Sinne von: »Das Manual funktioniert bei echten Patienten in der Praxis nicht!« Hierzu folgende Anmerkungen:

- ▶ Die Vorstellung, dass die Behandlungsmanuale stets im Labor von therapeutisch unerfahrenen Forschern und anhand selektierter, »monosymptomatischer« Patienten entwickelt werden, ist nicht stimmig. Metaanalysen zeigen, dass störungsorientierte psychologische Therapien auch unter klinisch repräsentativen Bedingungen gute Effekte zeigen (z. B. Shadish et al., 2000). Möglicherweise kommen Missverständnisse dahingehend auf, wenn ein störungsorientiertes Vorgehen mit den standardisierten Therapieprotokollen gleichgesetzt wird, die in der Wirksamkeitsforschung notwendig sind. Die heute erhältlichen Behandlungsprogramme umfassen aber auch eine aus Praxiserfahrung generierte Spezialisierung (an der Praktiker substanziell beteiligt sind). Es gibt im Übrigen auch in der klinischen Praxis viele Patienten mit umrissenen, spezifischen und dennoch schweren und behandlungswürdigen Problemen.
- ▶ In guten Behandlungsmanualen wird stets auch Bezug auf die individuelle Anpassung auf Grundlage der symptomspezifischen Lerngeschichte und der aktuellen Lebenswelt genommen, d. h. wie bei Diagnostik und Therapieplanung auch Komorbidität und weitere transdiagnostische Probleme, Persönlichkeitsentwicklung, Beziehungsverhalten und systemische Aspekte berücksichtigt werden können.

In der Tätigkeit als Supervisor oder Prüfer entsteht hingegen der Eindruck, dass störungsspezifische Behandlungsmanuale in der Praxis (und nicht unter Studienbedingungen) nicht immer

stringent umgesetzt werden. Beispielsweise liest sich regelmäßig in der abschließenden Reflexion in Fallberichten im Ausbildungskontext, dass ein expositionsbasiertes Vorgehen – einer Individualisierung geschuldet – erst sehr spät in der Therapie eingesetzt wurde und man sich dann wunderte, wie gut dies doch funktionierte. Die Manuale sind in der Regel jedoch so konzipiert, dass der Patient durch den Einsatz von störungsspezifischen Techniken bereits relativ früh spürbare Fortschritte erlebt – was wiederum die Entfaltung allgemeiner Wirkfaktoren (z. B. Beziehungs- und Therapeutenvariablen; vgl. Teil I) fördern kann. Diese Wechselwirkung spricht ebenfalls eher für als gegen eine störungsorientierte Praxis. Daher plädieren wir dafür, derartige Manuale zunächst wirklich manualgetreu, also adhärent und kompetent, umzusetzen, um sich ein Urteil über den Nutzen und die Wirksamkeit zu erlauben.

Struktur von Teil V

Die Kapitel dieses Teils sind folgendermaßen gegliedert, wobei der praktischen Durchführung und den typischen Problemen in der Praxis wieder die wichtigste Rolle zukommt:

- (1) Diagnostik, Komorbidität und Differenzialdiagnostik
- (2) Verhaltenstherapeutische Ziele und Strategien
- (3) Praktische Durchführung
- (4) Weitere Therapieoptionen
- (5) Typische Schwierigkeiten und Fehler
- (6) Kritische Einordnung
- (7) Frequently Asked Questions (FAQ)
- (8) Weiterführende Literatur

Die Auswahl der hier versammelten 18 Störungsbilder, die in der Reihenfolge ihrer ICD-Codierung angeordnet sind, folgte ihrer Relevanz im Versorgungsgeschehen – selbstverständlich kann damit nicht das gesamte Feld störungsspezifischer Ausarbeitungen abgedeckt werden. Auf eine Kommentierung der 18 einzelnen Störungskapitel wird an dieser Stelle verzichtet.

Weiterführende Literatur

- American Psychiatric Association (Ed.). (2013). *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington: APA. Deutsch: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (2005). *Verhaltenstherapie in Gruppen*. Weinheim: Beltz.
- Hoffmann, N. (2015). *Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Therapietechniken*. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (8. Aufl.; S. 3–5). Heidelberg: Springer.
- Köhlke, H.-U. (1992). Aktuelle verhaltenstherapeutische Standardprogramme: Moderner Rückschritt in die Symptomtherapie? *Verhaltenstherapie*, 2, 256–262.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126 (4), 512–529.

Integrative Weiterentwicklungen und die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie

Eva-Lotta Brakemeier • Frank Jacobi

Jenseits der »klassischen Verhaltenstherapie«: Charakteristika (integrativer) Weiterentwicklungen

In diesem Teil möchten wir unsere Leser mit modernen bzw. integrativen Weiterentwicklungen der VT bekannt(er) machen. In den vergangenen zwei bis drei Dekaden haben sich innerhalb der Verhaltenstherapie – teilweise unter dem Schlagwort der »dritten Welle« – eine Reihe neuer psychotherapeutischer Verfahren verbreitet, die sich von der »klassischen« (K)VT abgrenzen und sich nicht mehr klar den traditionellen großen Psychotherapieschulen zuordnen lassen. Diese neuen Therapien verbreiten sich erstaunlich schnell, was etwa Workshop-Nachfragen sowie Kongresspräsenz bestätigen, auch wenn die Evidenzlage teilweise noch begrenzt ist.

Ihnen ist gemeinsam, dass sie Strategien aus verschiedenen Schulen und Therapieansätzen integrieren. Zudem wird ein Schwerpunkt auf therapeutische Techniken gelegt, die nicht primär als kognitiv oder behavioral eingestuft werden können – wie z.B. die achtsamkeitsbasierten und emotionsorientierten Techniken (vgl. Teil IV). Jeder Ansatz definiert spezifische Zielgruppen, wobei das in den vergangenen Dekaden vorherrschende störungsorientierte Vorgehen (vgl. Teil V) ergänzt wird durch Fokusse auf spezifische Merkmale der Symptomatik wie z.B. die Verlaufsform (z.B. chronischer Verlauf der Depression bei CBASP, eine hohe Anzahl depressiver Episoden bei der MBCT oder Instabilität und Impulsivität bei der DBT) oder auf diagnoseunabhängige Symptome (z.B. starkes Grübeln bei der MKT oder erwartbare Residualsymptomatik bei der ACT). In manchen, aber längst nicht allen dieser Ansätze werden schwierige Beziehungserfahrungen aus der Kindheit berücksichtigt, wobei die therapeutische Beziehung intensiver bzw. expliziter einbezogen und genutzt wird als in der klassischen (K)VT. Dieses Vorgehen erinnert an tiefenpsychologische Strategien, unterscheidet sich im konkreten Vorgehen jedoch teilweise erheblich (vgl. Benecke, 2016).

Die in diesem Teil besprochenen Ansätze stellen einen – unserer Meinung nach recht repräsentativen – Ausschnitt der modernen Weiterentwicklungen dar, auch wenn auf dem »Psychotherapiemarkt« zahlreiche weitere Therapien existieren, die sich ebenfalls als »moderne« oder auch »Dritte-Welle«-Psychotherapien bezeichnen lassen (vgl. Heidenreich & Michalak, 2013). Wir konnten leider nicht alle wichtigen Verfahren berücksichtigen, hoffen jedoch, dass wir mit unserer Auswahl die Breite der Weiterentwicklungen gut darstellen und sowohl die Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede verschiedener Methoden deutlich werden.

Weitere Verfahren: Hypnose, Mitgefühl und narrative Exposition

Folgende drei ebenfalls relevante Verfahren seien an dieser Stelle zumindest kurz beschrieben:

- ▶ Die **Hypnotherapie oder Hypnosepsychotherapie** (Revenstorf & Peter, 2015; Kossak, 2013) blickt als ressourcenorientiertes Heilverfahren auf eine über 250-jährige Geschichte zurück. Sie verstand sich immer schon als transdiagnostischer Ansatz, welcher zunächst vorwiegend bei Verhaltensproblemen, »Neurosen«, psychosomatischen Erkrankungen und in der Medizin angewendet wurde. Kennzeichnend für alle Hypnoseverfahren ist der therapeutische Nutzen des Wissens über die Wirkung von Trance und Suggestion. Milton H. Erickson gilt als Begründer der modernsten Form, der Hypno(psycho)therapie. Um Heilungs-, Such- und Lernprozesse zu fördern, werden sowohl formale Trancen eingeleitet als auch alltägliche Tranceprozesse für die therapeutische Arbeit genutzt. Suggestionen werden eher indirekt durch den Einsatz von Geschichten, Aphorismen und Metaphern eingesetzt. Zudem kann Hypnotherapie auch als Selbsthypnosetraining bzw. Erlernen von (Tiefen-)Entspannungsübungen gestaltet werden. 2006 wurde in Deutschland die Hypnotherapie vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als wissenschaftliche Psychotherapiemethode im Sinne des § 11 des Psychotherapeutengesetzes für Erwachsene in bestimmten Anwendungsbereichen aufgrund der überzeugenden Studienlage anerkannt.
- ▶ **Compassion Focused Therapy** (CFT; Gilbert, 2010; deutsch: Selbstmitgefühl-Therapie, Gilbert, 2013) ist ebenfalls ein transdiagnostischer, jedoch sehr moderner Ansatz, welcher in Einzel- und Gruppentherapien durchgeführt werden kann. Das Ziel besteht in der stufenweisen Entwicklung von dem Mitgefühl gegenüber problematischen Anteilen, der Selbstakzeptanz sowie dem Mitgefühl gegenüber anderen. Neben klassischen kognitiv-behavioralen Interventionen kommen Achtsamkeit, Imagination, Stuhlarbeit sowie Schreibübungen zum Einsatz. Abgesehen von spezifischen Störungen wird CFT insbesondere bei Scham und Selbsthass empfohlen, wobei bisher noch keine RCT-Studien vorliegen.
- ▶ Die **Narrative Expositionstherapie** (NET; Schauer et al., 2011) hat sich ursprünglich in Situationen bewährt, in denen schwer- und mehrfachtraumatisierte Menschen nur wenige Behandlungssitzungen erhalten können (wie zum Beispiel in Kriegs- und Krisengebieten oder für abschiebegefährdete Flüchtlinge). Inzwischen gibt es gute Evidenz für die kulturübergreifende Effektivität der NET bei verschiedenen Traumaarten und nach multipler, sequenzieller und kumulativer Traumatisierung. Die NET ist eine Kombination aus zwei verschiedenen Therapieverfahren: der »Testimony Therapy«, aus welcher die Idee stammt, dass eine detaillierte Dokumentation der vollständigen Lebensgeschichte vorgenommen werden sollte, und aus der Verhaltenstherapie, aus welcher die Exposition mit den belastenden Erinnerungen entnommen wurde. Dabei geht man im Gegensatz zur klassischen Verhaltenstherapie weniger davon aus, dass eine Habituation stattfindet. Vielmehr werden als Grundlage zur Erklärung neuere Theorien zur Gedächtnisbildung herangezogen.

Themenbereiche in Teil VI

Das große Interesse, welches unseren ausgewählten Verfahren bei Kongressen und in der Aus- bzw. Fortbildung entgegenschlägt, ist beachtlich. Es resultiert vermutlich daraus, dass viele Psychotherapeuten in der Praxis und viele Wissenschaftler in der Forschung bemerken, dass bestimmte Patientengruppen relativ hohe Non-Response- und Rückfallraten auf traditionelle

Psychotherapien, wie beispielsweise die Kognitive Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierte Therapien, aufweisen. Viele der hier vorgestellten Therapien wurden explizit für diese Non-Responder bzw. schwierige – oft auch als *therapieresistente* oder *difficult-to-treat* bezeichnete – Patientengruppen entwickelt. Allen Ansätzen gemeinsam sind intensive Forschungsbemühungen, wobei die Evidenzlage – mit Ausnahmen – i. d. R. noch unbefriedigend ist, sodass weitere Studien, welche die Verfahren insbesondere mit dem Goldstandard KVT oder auch untereinander vergleichen, gefordert werden (vgl. z. B. Cochrane Database on Depression).

Im Folgenden werden die Kapitel kurz skizziert, wobei diese nach alphabetischer Reihenfolge angeordnet sind.

- ▶ **Kapitel 54:** In der **Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)**, einem diagnoseübergreifenden Therapieansatz, lernt der Patient, Unveränderbares zu akzeptieren und das Veränderbare zu verändern. Das zentrale Ziel von ACT ist folglich die Förderung einer offenen und flexiblen Haltung gegenüber Beschwerden wie belastenden Gedanken, schwierigen Gefühlen und Körperwahrnehmungen. Gleichzeitig geht es um den Aufbau von werteorientiertem Verhalten. Zur Erreichung dieser Ziele kommen vor allem erlebensorientierte Methoden zum Einsatz. Im Unterschied zu vielen anderen Therapieformen ist somit die Beseitigung von Symptomen nicht das primäre Therapieziel, was einen hochspannenden und innovativen Ansatz darstellt.
- ▶ **Kapitel 55:** Der Ansatz der **Behavioral Activation (BA)** wurde zur Behandlung der Depression entwickelt. BA basiert auf dem Verstärkerverlustmodell der Depression und hat daher die Wurzeln in der sogenannten »ersten Welle« der Verhaltenstherapie. BA versucht, als kontextuelle Psychotherapie Depression aus der konkreten Lebenswelt des Patienten heraus zu verstehen. Der wichtigste Schritt dabei ist die Suche nach und die Umsetzung von »antidepressivem Verhalten«. In Anlehnung an das entsprechende Konzept aus ACT ist »werteorientierte Aktivität« die Bezeichnung für Verhalten, das zu stabilen Verstärkern führt. BA besticht durch die leichte Erlernbarkeit und Umsetzung bei empirisch bereits sehr gut untermauerter Wirksamkeit.
- ▶ **Kapitel 56: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)** kombiniert als schulenübergreifende Psychotherapie der chronischen Depression integrativ behaviorale, kognitive, interpersonelle und psychoanalytische Strategien, welche direkt an der speziellen Psychopathologie der chronischen Depression ansetzen. Ziele sind das Erlernen neuer Verhaltens- und Denkstrategien wie auch das transparente Erlernen bzw. Erleben neuer korrigierender Beziehungserfahrungen zur Heilung traumatisierender Beziehungserfahrungen aus der Kindheit. Folglich lässt sich CBASP als *interpersonelle Lerntherapie* verstehen. Im Vergleich zur KVT wird in CBASP u. a. explizit mit sogenannten Übertragungshypothesen, welche die therapeutische Beziehung betreffen, gearbeitet.
- ▶ **Kapitel 57:** Die **Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)**, einer der älteren Therapien in diesem Teil, wurde bereits in den 1980er Jahren störungsspezifisch zur Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) entwickelt. Die DBT kann als Prototyp für eine modular aufgebaute Psychotherapie gelten und kommt heute auch für eine Vielzahl weiterer Störungsbilder zur Anwendung. Im Kern ist die DBT ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Verfahren. Es kommen jedoch zusätzlich therapeutische Techniken aus der Gesprächspsychotherapie, der Gestalttherapie und der Hypnotherapie zur Anwendung. Eine

akzeptierende und wertschätzende Haltung, wie sie auch dem Zen-Buddhismus zugrunde liegt, stellt die Basis der DBT dar. Damit verbindet die DBT die klassischen verhaltenstherapeutischen und kognitiven Techniken mit Strategien der Akzeptanz, Weisheit, kognitiven Distanzierung und Dialektik – Techniken, die auch in weitere Therapien dieses Teils VI einbezogen werden.

- ▶ **Kapitel 58:** Die **Emotionsfokussierte Therapie (EFT)** ist ein Verfahren, das schulenübergreifend Prinzipien und Strategien zum systematischen Arbeiten mit Emotionen anbietet, welches die Verhaltenstherapie bereichert und weiterentwickelt. Sie verknüpft die klassischen humanistisch-erlebensorientierten Theorien mit psychologischer Emotionsforschung und affektiven Neurowissenschaften zu einer neohumanistischen Theorie, die Emotionen in den Mittelpunkt stellt. Veränderungen auf emotionaler Ebene werden als Motor für Veränderungen auf der Ebene der Kognitionen und des Verhaltens gesehen. Die EFT hat sich aus der Psychotherapieprozessforschung, insbesondere der Untersuchung der Rolle von Emotionen im therapeutischen Veränderungsprozess, entwickelt. Ihre Wurzeln liegen in den prozess-erlebensorientierten Ansätzen wie der Personenzentrierten Therapie und der Gestalttherapie. Die Verankerung der EFT in der humanistisch-erlebensorientierten Tradition der Psychotherapie zeigt sich u. a. in der Betonung der therapeutischen Beziehung als eigenständigem Wirkfaktor sowie der Selbstexploration subjektiven (emotionalen) Erlebens als primärer Quelle von therapeutischer Veränderung.
- ▶ **Kapitel 59:** Bei der **Interpersonellen Psychotherapie (IPT)** handelt es sich um eine zeitbegrenzte und depressionsspezifische Psychotherapie. Die depressive Störung eines Patienten wird als behandelbare medizinische Erkrankung betrachtet und in Zusammenhang zu interpersonellen Schwierigkeiten und Belastungen gesetzt. So können belastende Ereignisse zum Auftreten depressiver Symptome führen und umgekehrt kann die Depression zur Auslösung und Verschlimmerung zwischenmenschlicher Probleme beitragen. Aus diesem Grund verfolgt die IPT-Behandlung drei elementare Ziele: (1) die Linderung der depressiven Symptomatik durch (2) das bessere Verstehen und Bewältigen der interpersonellen Schwierigkeiten unter (3) Aufbau und Einbeziehung des sozialen Netzwerks.
- ▶ **Kapitel 60:** Die **Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)** wurde zur Prävention von depressiven Rückfällen entwickelt. In der klassischen Variante wird sie als achtwöchiges gruppentherapeutisches Rückfallpräventionsprogramm für Patienten durchgeführt, welche mehr als drei depressive Episoden in der Vergangenheit hatten. Zentrale Therapiebausteine sind Meditationstechniken und Methoden zur Unterbindung dysfunktionaler Grübelprozesse.
- ▶ **Kapitel 61:** Im Gegensatz zur Kognitiven Therapie wird in der **Metakognitiven Therapie (MCT)** davon ausgegangen, dass es nicht die Inhalte von Kognitionen, sondern vielmehr dysfunktionale und für den Patienten schwer zu kontrollierende Muster des Denkens und der Aufmerksamkeitslenkung sind, die psychische Störungen aufrechterhalten. Entsprechend zielt die MCT darauf ab, eine Steigerung des metakognitiven Bewusstseins des Patienten und der Wiedererlangung der flexiblen Kontrolle über kognitive Prozesse und Prozesse der Aufmerksamkeitslenkung zu erreichen.
- ▶ **Kapitel 62:** Die **Schematherapie (ST)** wurde als integrativer psychotherapeutischer Ansatz insbesondere zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen und Patienten mit chronischen

und komplexen psychischen Störungen entwickelt. In der Schematherapie werden Konzepte der Verhaltenstherapie, der Tiefenpsychologie sowie humanistischer Ansätze – insbesondere der Gestalttherapie und der Transaktionsanalyse – kombiniert.

- ▶ **Kapitel 63:** Das **Training emotionaler Kompetenzen (TEK)** ist ein transdiagnostisch-orientiertes Intensivtraining zur Förderung emotionaler Kompetenzen, welches zur Persönlichkeitsentwicklung sowie zur Prävention und Behandlung verschiedener psychischer Störungen eingesetzt werden kann. Das TEK reiht sich in eine Linie therapeutischer Ansätze mit Fokus auf die Regulation negativer Emotionen ein, wie der EFT oder der DBT. Im Gegensatz zu diesen Ansätzen ist das TEK von Anfang an als transdiagnostische Intervention konzipiert und integriert schulübergreifend Vorgehensweisen, die sich für den adaptiven Umgang mit Emotionen als besonders effektiv erwiesen haben und in ihrer Gesamtheit wesentliche Dimensionen erfolgreicher Emotionsregulation systematisch berücksichtigen. Ziel des TEK ist es, emotionale Kompetenzen zu fördern. Damit bietet es eine Möglichkeit zur Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit in einem Bereich, der für das persönliche Wohlergehen von großer Bedeutung ist.
- ▶ **Kapitel 64:** Die **Well-Being Therapy (WBT)** wurde in einem klinischen Setting aus der Erkenntnis heraus entwickelt, dass die traditionellen Behandlungen von affektiven Störungen und Angststörungen nicht in allen Fällen ausreichend effektiv sind und bei vielen Patienten nicht zu einer vollständigen Remission führen. Daher besteht eine Herausforderung bei der Behandlung in der Prävention von Rückfällen – und nicht in der Erreichung einer immer weiteren symptomatischen Besserung. Die Abwesenheit von psychischem Wohlbefinden (»Well-Being«) wird hierbei als wichtiger Risikofaktor für depressive Störungen bzw. für deren Rückfälligkeit angesehen. Positive Interventionen sollen nicht einfach darauf abzielen, das Well-Being zu steigern, vielmehr wird angestrebt, die komplexe Balance zwischen psychischem Well-Being und einem empfundenen Leidensdruck zu beachten und auf spezifische und individuelle Bedürfnisse ausgerichtet zu sein.

Diese modernen Ansätze stoßen übrigens auf unterschiedliche Resonanz: Von uneingeschränkter Begeisterung bis hin zu Misstrauen oder gar Ablehnung finden sich sämtliche Facetten (vgl. auch Brakemeier & Jacob, 2014; Heidenreich & Michalak, 2013). Die Befürworter der modernen Psychotherapien führen innovative neue Strategien, schulübergreifende Konzepte, den stärkeren Einbezug von Emotionen und der therapeutischen Beziehung als sehr fortschrittliche, notwendige und begrüßenswerte Entwicklungen an. Die Kritiker dieser Therapien bzw. der »dritten Welle« entgegnen, dass viele der neuen Strategien gar nicht innovativ seien, wobei häufig die Metapher »alter Wein in neuen Schläuchen« verwendet wird. Weiterführende Ausführungen zur Integration von Methoden in Verfahren finden sich im Abschlusskapitel 79 (Teil VIII).

In der Psychotherapie wird es wohl niemals eine »perfekte Welle« geben. Durch eine sachliche Diskussion, innovative Forschung und entsprechende Implementierung in der Praxis können Wissenschaftler und Praktiker jedoch immer wieder die Chance nutzen, Psychotherapien weiterzuentwickeln, um den Bedürfnissen der Patienten immer besser gerecht zu werden und mehr Patienten langfristig in die Remission zu bringen.

Weiterführende Literatur

- Brakemeier, E.-L. & Jacob, G. (2014). Sonderheft: Schulenübergreifende Ansätze in der Psychotherapie – State of the Art. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 4, 231–233.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (2013). *Die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis.* Weinheim: Beltz.

Diversität in der Verhaltenstherapie: besondere Gruppen, Probleme, Settings

Eva-Lotta Brakemeier • Frank Jacobi

Diversität: Alltag in der Psychotherapie

Diversität (auch Vielfalt) als ein Konzept der Soziologie wird in der Wirtschaft, in Organisationen und der Gesellschaft für die Unterscheidung und Anerkennung von Gruppen- und individuellen Merkmalen benutzt. Kernfaktoren im Kontext des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG, umgangssprachlich auch Antidiskriminierungsgesetz) sind Hautfarbe und ethnische Herkunft, Alter, Geschlecht, Behinderung, sexuelle Identität und Religion/Weltanschauung. Ebenfalls relevant in diesem Zusammenhang ist die UN-Behindertenrechtskonvention (<http://www.behindertenrechtskonvention.info/inklusion-3693>), die auch bei Betroffenen mit psychischer Erkrankung Anwendung finden sollte, wenn die Kriterien für Behinderung erfüllt sind. Dort wird ein wichtiger Teilhabe-Aspekt gefordert, nämlich »das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen (...), den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen.«

Diversität spielt im 21. Jahrhundert eine zunehmend größere Rolle. Ursachen hierfür sind unter anderem Tendenzen der Bevölkerungsentwicklung (demografischer Wandel; vgl. Statistisches Bundesamt, 2009/2011), ein Wandel in der Arbeitswelt (Nöllenheidt & Brenscheidt, 2016, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, BAuA), die stark zugenommene Sensibilisierung für das Thema Gender bzw. Gender Studies und Gender-Medizin (Legato, 2009) sowie die wachsende Zahl an Migranten und Flüchtlingen.

Um als Psychotherapeut professionell und positiv mit Diversität umzugehen, sollten wir diese

- (1) anerkennen (was ggf. trivial anmutet, jedoch längst nicht immer geschieht),
- (2) wertschätzen (d. h. nicht nur tolerieren, sondern aktiv als etwas Wertvolles darstellen) und
- (3) Maßnahmen ergreifen, um die vielfältigen Potenziale der Diversität in der Psychotherapie zu berücksichtigen und positiv zu nutzen.

Psychotherapeuten können sich hierzu gerne folgende Fragen stellen:

Behandle ich

- ▶ Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, Erwachsene, »junge Alte« (unter 65 Jahre), »mittlere Alte« (zwischen 65 und 80 Jahren) und »Hochaltrige« (über 80 Jahre)?
- ▶ Frauen und Männer gleichermaßen?
- ▶ Patienten mit spezifischen Problemen wie komplizierter Trauer, Arbeitsplatzproblemen, Alpträumen?

- ▶ Patienten, welche eine geistige Behinderung aufweisen oder an körperlichen Krankheiten leiden?
- ▶ Patienten aus anderen Ländern und Kulturkreisen, die als Migrant oder Flüchtling in Deutschland leben und ggf. gar nicht deutsch sprechen?
- ▶ Patienten nicht nur im Einzelsetting, sondern auch in Gruppensettings oder durch internetbasierte Interventionen?

Wenn Sie einige dieser Fragen mit Ja beantwortet haben, können Sie weiter darüber nachdenken, wie genau Sie diese Patienten behandeln bzw. ob sich die Behandlung von anderen Patientengruppen unterscheidet (z. B. Behandeln Sie Frauen anders als Männer? Junge anders als Alte? etc.) oder welche Spezifika mit verschiedenen Settings verbunden sind. Wenn Sie einige dieser Fragen verneint haben, mögen die nachfolgenden Kapitel Interesse und Motivation erzeugen, Ihr Behandlungsspektrum auszuweiten und sich mit der Vielfalt von Patienten und Behandlungssettings auseinanderzusetzen.

Themenbereiche in Teil VII

- ▶ **Kapitel 65:** Die Adoleszenz markiert die über zehn Jahre andauernde Übergangsphase von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter. Sie ist gekennzeichnet durch tiefgreifende körperliche, kognitive, emotionale und soziale Veränderungen und konfrontiert Jugendliche mit einer Vielzahl neuer Entwicklungsaufgaben. Das Kapitel **Verhaltenstherapie an der Schnittstelle zum Erwachsenenalter** beschreibt dem jeweiligen Reifegrad angepasste kognitive und verhaltensbezogene Strategien, welche unter Berücksichtigung störungsspezifischer Problembereiche erforderlich sind und die für die Transitionsphase spezifische Parallelität von psychischen Störungen und zu leistenden Entwicklungsaufgaben integrieren.
- ▶ **Kapitel 66:** Psychische Erkrankungen erzeugen auch im höheren Alter einen großen Leidensdruck, wobei die Depression die häufigste nicht-organische psychische Erkrankung dieser Patientengruppe ist. Im Kapitel **Verhaltenstherapie bei Älteren** wird zunächst betont, dass bei der psychotherapeutischen Arbeit mit älteren Patienten Grundkenntnisse bezüglich der normativen »Stärken« und »Schwächen« des Alterns unabdingbar sind. Anschließend wird beschrieben, wie bestehende therapeutische Ansätze altersspezifisch ausgerichtet werden können.
- ▶ **Kapitel 67:** Beim Vorliegen einer komplizierten Trauerreaktion erfordern hohe Komorbiditätsraten sowie spezifische Auslösebedingungen ebenfalls ein differenzielles therapeutisches Vorgehen. Das Kapitel **Verhaltenstherapie bei komplizierter Trauer** beschreibt praxisnah, wie die Hauptbehandlungsziele – nämlich (1) die schrittweise Förderung eines aktiven Trauerprozesses (entgegen der Vermeidung) und (2) die Hilfe bei der Aufnahme von Interessen und Beziehungen zum Ausgleich des Verlustes (interpersonelle Bewältigungshilfen) – durch spezifische Strategien verfolgt werden.
- ▶ **Kapitel 68:** Die Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung stellt bisher in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung eine große Herausforderung dar. Im Kapitel **Verhaltenstherapie bei geistiger Behinderung** wird dargestellt, dass selbst bei Menschen mit schwergradiger geistiger Behinderung der Einsatz von Verfahren (insbesondere der ersten VT-Welle) positive Therapieeffekte zeigt – wenn sich denn die Wahl der psychotherapeutischen Strategien an den kognitiven und emotionalen Fähigkeiten des Patienten

orientiert und grundsätzliche Regeln (Beachtung der Prinzipien der »leichten Sprache« in Wort und Schrift, angemessene Beziehungsgestaltung, spezifische Settings) beachtet werden.

- ▶ **Kapitel 69:** Im Kapitel **Verhaltenstherapie bei Arbeitsproblemen** wird ausgeführt, dass sich die Behandlung von Arbeitsplatzproblemen bei psychischen Erkrankungen zum einen auf die Reduktion von Leiden und Symptomatik und zum anderen auf die (Wieder-)Herstellung von Bewältigungsfähigkeiten im Arbeitsalltag bezieht. Es wird betont, dass die Behandlung von Arbeitsplatzproblemen immer auch die Krankheitsfolgenproblematik und sozialmedizinische Aspekte im Blick haben sollte.
- ▶ **Kapitel 70:** Albträume sind ein häufiges Symptom bei Patienten mit psychischen Störungen. Sie können als Kernsymptom oder häufiges Symptom von bestimmten psychischen Störungen auftreten oder auch ohne begleitende komorbide psychische Störungen auftreten und psychisches Leiden verursachen. Das Kapitel **Behandlung von Albträumen in der Verhaltenstherapie** stellt heraus, dass verschiedenste verhaltenstherapeutische Ansätze zur Behandlung von Albträumen, etwa Reizkonfrontation oder Entspannungsverfahren, existieren, fokussiert jedoch auf die Imagery Rehearsal Therapy (IRT) als eine spezifische und wirksame Technik.
- ▶ **Kapitel 71:** Im Kapitel **Geschlechtsspezifische Aspekte** wird zunächst herausgearbeitet, dass Rollenstereotype, geschlechtsspezifische Vorurteile seitens der Therapeuten und unterschiedliche Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste beider Geschlechter zu einem Genderbias in der Prävalenzrate psychischer Erkrankungen führen können. Anschließend wird dargestellt, wie in der psychotherapeutischen Behandlung geschlechterdifferenzierter vorgegangen werden kann. Die Verhaltenstherapie hat in der Vergangenheit stets einen emanzipatorischen Anspruch verfolgt und aus diesem Grund lange die Unterschiede zwischen Männern und Frauen vernachlässigt. Das Kapitel schließt mit dem Wunsch, dass – zusätzlich zu rein frauenspezifischen Themen und männersensiblen Ansätzen in der Psychotherapie –, eine geschlechtersensible Betrachtungsweise psychischer Störungen erreicht werden sollte.
- ▶ **Kapitel 72:** Unter dem Begriff der kultursensiblen Psychotherapie findet sich eine Reihe an therapeutischen Ansätzen, denen gemeinsam ist, dass sie dem kulturellen Hintergrund eines Patienten große Bedeutung beimessen und therapeutisches Vorgehen, Beziehungsaufbau und Behandlungsplanung hierauf abstimmen. Im Kapitel **Interkulturelle Aspekte und kultursensible Psychotherapie** wird unter anderem mit dem Cultural Formulation Interview (APA, 2013) ein geeignetes Instrument zu kultursensiblen Exploration der subjektiven Sicht auf die Problematik vorgestellt (nicht zur Diagnosestellung, sondern zur Entwicklung und Vertiefung des Verständnisses subjektiver Krankheits- und Therapietheorien). Dies kann auch jenseits der Therapie von Menschen mit Migrationshintergrund eine gute Anregung sein, denn (sub-)kulturelle Differenzen sollten immer im Blick behalten werden.
- ▶ **Kapitel 73:** Eine Gruppentherapie ist für Patienten von besonderer Bedeutung, da es sich dabei um das einzige Setting handelt, in dem sie die Möglichkeit haben, unter therapeutischer Anleitung mit anderen Patienten in Kontakt zu treten. Im Kapitel **Verhaltenstherapie in Gruppen** werden die beiden Kategorien von VT-Gruppen (manualisierte und einzelfallorientierte Gruppen) praxisnah beschrieben, wobei auf die jeweiligen Vor- und Nachteile eingegangen wird.

- ▶ **Kapitel 74:** Im Internet existiert eine schier unübersehbare Fülle an Angeboten gegen psychische Beschwerden. Diese reichen von einfachen Informationsseiten und Foren bis hin zu evaluierten psychologischen Trainingsprogrammen. Im Kapitel **Internetbasierte Interventionen** stehen psychologische Interventionen im Fokus, denen evidenzbasierte Theorien und Techniken der Klinischen Psychologie und Psychotherapie zugrunde liegen. Die Autoren resümieren, dass internetbasierte Interventionen, die einen Therapeutenkontakt beinhalten, sich bisher in vielen Studien als wirksam erwiesen haben, während Selbsthilfeprogramme, die ohne Therapeutenkontakt realisiert werden, in der Regel weniger wirksam und teils mit hohen Abbruchquoten verbunden sind.
- ▶ **Kapitel 75:** Die Anwendung psychotherapeutischer Methoden ist nicht auf die Psychotherapie im engeren Sinne beschränkt. Auch bei körperlichen Erkrankungen spielen bei Entstehung und Verlauf sowie bei der Krankheitsbewältigung psychologische Faktoren eine wichtige Rolle. Im Kapitel **Verhaltensmedizin** wird diese als ein zunehmend wichtiges Arbeitsfeld für Klinische Psychologen und Psychotherapeuten dargestellt, welches ein großes Potenzial zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in unserer Gesellschaft (»Public Health«) bietet. Praxisnah wird beschrieben, wie Verhaltensmedizin in der Prävention, Diagnostik, Intervention und Rehabilitation bei einer großen Bandbreite an körperlichen Erkrankungen und Beschwerden zur Anwendung kommen kann.

Weiterführende Literatur

- American Psychiatric Association (Ed.). (2013). Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington: APA. Deutsch: Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.). (2015). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe. [Das darin enthaltene Cultural Formulation Interview ist auf Deutsch abrufbar unter <http://www.hogrefe.de/dsm-5-online-material>]
- Legato, M. J. (2009). Principles of gender-specific medicine. Cambridge: Academic Press.
- Nöllenheidt, C. & Brenscheidt, S. (2016). Arbeitswelt im Wandel: Zahlen – Daten – Fakten. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, BAuA. URL: <http://www.baua.de/de/Publikationen/Broschueren/A95.html> [26.9.2016]
- Statistisches Bundesamt (2009/2011). Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 1–4. URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/DemografischerWandel/BevoelkerungsHaushaltsentwicklung.html> [26.9.2016]

Weitere Aspekte professioneller Praxis

Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier

Im abschließenden Teil widmen wir uns weiteren Themen praktischen professionellen Handelns. Die Tätigkeit als – approbierter, formal den Fachärzten gleichgestellter – Psychotherapeut ist in einem hohen Maße von Selbstständigkeit und Verantwortung geprägt. Hiermit zusammenhängende Aspekte der Professionalisierung finden zunehmend Eingang in Grundcurricula und Weiterbildung (z. B. hinsichtlich der Themen Patientenrechte und Umgang mit Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie). Somit soll an dieser Stelle für diese Aspekte sensibilisiert werden. Die Beschäftigung mit diesen Themen ermöglicht, die eigene psychotherapeutische Entwicklung, wie etwa Spezialisierung, Integration von nicht genuin verhaltenstherapeutischen Elementen oder Praktizieren entsprechend eigener therapeutischer Vorlieben, aktiv zu reflektieren und an Prinzipien und Konzepten zu orientieren – und nicht einen »wildem Eklektizismus« (beliebig, an Moden und Markt orientierter »Cocktail« von Methoden) zu betreiben. Somit ist die Abrundung dieses Buches durch diesen Teil verfahrensübergreifend ausgerichtet.

Themenbereiche in Teil VIII

Im Einzelnen werden folgende Themen angesprochen:

- ▶ **Kapitel 76:** Wir möchten dafür werben, das für manche bisweilen trocken klingende Thema **Ethik und Berufsrecht** nicht stiefmütterlich zu behandeln. Ethische und berufsrechtliche Anforderungen sind Eckpfeiler professionellen Handelns. Die explizite Beschäftigung damit kann zwar knifflig sein, denn es geht hierbei stets um Abwägungsprozesse, und selten ist ein Sachverhalt eindeutig berufsrechtlich korrekt oder nicht. Die Orientierung an den ethischen Grundprinzipien kann aber auch Sicherheit vermitteln, gerade in Situationen, in denen einem die Kontrolle über die Therapie zu entgleiten droht.
- ▶ **Kapitel 77:** Wann genau fängt man an, ein »richtiger« Psychotherapeut zu sein – erst dann, wenn man das entsprechende Zertifikat vorweisen kann? In Deutschland ist die **Approbationsprüfung** ein Qualitätssicherungsmechanismus, den zu durchlaufen hoch anspruchsvoll ist und in dem umfangreiches Faktenwissen, aber auch Prozesswissen und persönliche Eignung unter Beweis gestellt werden müssen. Somit ist die Prüfung auch eine Art Initiationsritus für die Aufnahme in die Profession.
- ▶ **Kapitel 78: Nebenwirkungen in der Psychotherapie** wurden in nahezu allen Kapiteln dieses Buches erwähnt. Hier ergänzt werden eine Systematik unerwarteter Ereignisse, Instrumente zur Erfassung von Nebenwirkungen, Hinweise zum allgemeinen Umgang sowie ein Verweis darauf, dass auch »positive Nebenwirkungen« im Blick behalten werden sollten.
- ▶ **Kapitel 79:** Das Thema **Integration von Methoden und Verfahren** wird in der Psychotherapie schon seit vielen Jahrzehnten heiß debattiert. Ohne Anspruch darauf, das Thema an dieser

Stelle umfassend behandeln zu können, werden in diesem Abschlusskapitel jedoch einige uns relevant erscheinende Überlegungen und Referenzen zu Fragen der Integration zusammengestellt.

Somit schließt unser Verhaltenstherapie-Praxis-Buch mit Überlegungen zum integrativen Denken. Unsere Patienten mit ihren individuellen Bedürfnissen und Besonderheiten in den Mittelpunkt der Psychotherapie zu stellen, und dabei auch über den Tellerrand des eigenen Verfahrens hinaus zu schauen, gehört zu den wichtigsten Herausforderungen unserer Profession.

DVD 1: Störungsorientierte Verhaltenstherapie: Fallbeispiele

1.1 Abhängigkeitsstörungen	23:34
1.2 Angststörungen	55:50
1.3 Depression	14:37
1.4 Essstörungen	21:55
1.5 Persönlichkeitsstörungen	32:42
1.6 Psychotische Störungen	38:56
1.7 Posttraumatische Belastungsstörung	25:28
1.8 Zwangsstörungen	15:07

DVD 2: Die dritte Welle der Verhaltenstherapie

Einzeltherapien

2.1 ACT	12:06
2.2 CBASP	93:53
2.3 DBT	31:02
2.4 Schematherapie	21:41

Gruppentherapien

2.5 ACT-Gruppentherapie	15:11
2.6 CBASP-Gruppentherapie	58:12

DVD 3: Transdiagnostische Techniken, besondere Probleme und Settings

Transdiagnostische Techniken

3.1 Entspannungstechniken	29:19
3.2 Ressourcenaktivierung	56:16

Besondere Probleme und Settings

3.3 Komplizierte Trauer im Alter	26:44
3.4 Therapie von Flüchtlingen mit Dolmetschern	29:39
3.5 Umgang mit ausgewählten schwierigen Situationen zu Therapiebeginn	22:37



BRAKEMEIER | JACOBI

Verhaltens- therapie in der Praxis

Beltz Video-Learning

INFO-
PROGRAMM

gemäß § 14 JuSchG

BELTZ