

Aspekte des therapeutischen Handelns und ihnen zugrunde liegende Haltungen in den verhaltenstheoretischen Psychotherapien

Josef W. Egger

Zu den Grundregeln der aktuellen verhaltenstheoretisch orientierten Psychotherapien zählen unter anderem folgende Besonderheiten

Alle Elemente des therapeutischen Prozesses sind transparent (Transparenzregel). Dies beinhaltet – neben der in Österreich durch das Psychotherapiegesetz normierten Informationspflicht hinsichtlich der Therapie-Rahmenbedingungen („informed consent“) – auch eine Verhandlung über die Notwendigkeit zur Erarbeitung eines gemeinsamen Problemverständnisses sowie den davon ableitbaren und gemeinsam festzulegenden Therapiezielen. Zum Standard der Eingangsphase gehören weiters die Aufklärung über den typischen Ablauf einer Behandlung und die konkrete Vorgehensweise (gelegentlich bis hin zur Bereitstellung von Therapiemanualen, in denen Therapieschritte konkret beschrieben und in der Folge gemeinsam festgelegt werden). Die Therapie selbst wird generell verstanden als die Erarbeitung von multimodaler „professioneller Hilfe zur Selbsthilfe“. Der Patient wird ermuntert, seine eigene Behandlung zu erlernen und einen Zuwachs an Selbstkontrolle und Selbstregulation zu er-

werben. Über die eigentliche „Problemlösung“ hinaus soll der therapeutische Prozess der Förderung von emanzipatorischer Entwicklung und (Wieder)Gewinnung von erreichbarer Autonomie im jeweiligen Lebenskontext des Patienten dienen. Für das Gelingen ist „Wissen“, „Wollen“ und „Können“ nicht nur auf Seiten des Therapeuten notwendig, sondern auch auf Patientenseite so weit wie möglich aufzubauen bzw. zu fördern. Im Sinne einer gemeinsamen Verantwortung für den Therapieerfolg braucht es also die aktive Mitarbeit von beiden Seiten. Therapeut und Patient begegnen sich idealtypisch in einer partnerschaftlichen und zeitlich begrenzten Arbeitsbeziehung. Sollte die dafür notwendige Therapiemotivation zu Beginn nicht ausreichend vorhanden sein, muss sie in der ersten Phase des Therapieprozesses entwickelbar sein. Der Startpunkt liegt bei den jeweiligen erkennbaren persönlichen und öko-sozialen Ressourcen des Hilfesuchenden. Der Erwerb von ausreichenden Kompetenzen zur Lösung des eigenen Problems umfasst sowohl die kognitiven Elemente, die emotionalen Aspekte, die physiologischen Besonderheiten sowie das individuelle Repertoire für aktives Handeln im jeweiligen Lebenskontext.

Verhaltenstherapie als empirisch orientierte psychologische Psychotherapie

Wenngleich die vielen theoretischen wie praktischen Ansätze der „Verhaltenstherapie“ (z. B. *klassische Verhaltenstherapie*, *Verhaltensmodifikation*, *rational-emotive Therapie*, *multimodale Therapie* oder *Breitbandverhaltenstherapie*, *interpersonelle Verhaltenstherapie*, *behaviorale Familientherapie*, *interaktionelle Verhaltenstherapie*, *dialektisch-behaviorale Therapie*, *Verhaltensmedizin* und *Biofeedback*, *kognitive Therapie* und *kognitiv-behaviorale Therapie* u. a.) heute kein einheitliches Schulengebäude mehr ergeben, so verbindet doch alle „verhaltenstheoretischen“ Konzepte die Forderung nach empirisch-wissenschaftlicher Überprüfung ihrer Vorgehensweisen und Wirkelemente. Nur so lässt sich einem orthodoxen und veränderungsfeindlichen Denk- und Handlungssystem entgegenkommen. Für die Nutzung dieser fundamentalen und relativ großen, international verankerten Therapierichtung wird heute – insbesondere für die Anwendung innerhalb medizinischer Rahmenbedingungen – eine methodenoffene Konzeption favo-

riert, die in ihrer modernen kognitiv-behavioralen Form hier als „integrative Verhaltenstherapie“ oder „psychologische Psychotherapie“ bezeichnet wird. Ihre allgemeinen Kennzeichen sind die gute wissenschaftliche Fundierung, die große Anwendungsbreite, ihre transparente Therapiegestaltung und das breite Spektrum an Methoden sowie der emanzipatorische Ansatz „professionelle Hilfe zur Selbsthilfe“ (vgl. Egger 2006). Dies und die Einbettung in die erweiterte biopsychosoziale Theorie von Gesundheit und Krankheit (vgl. Egger 2004) unterstützt überdies die gewünschte Integration von psychosozialen und biomedizinischen Aspekten in die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung und versucht die Kluft zwischen (a) einer somatisch/naturwissenschaftlich und (b) psychologisch/humanwissenschaftlich orientierten Medizin zu überbrücken. Nimmt man alle Therapieformen zusammen, die der *kognitiv-behavioralen* Richtung zuzuordnen sind, ist diese „Schule“ laut empirischer Psychotherapieforschung die zur Zeit vergleichsweise effektivste Behandlungsform innerhalb medizinischer Anwendungsbereiche. Im Übrigen weist die Gruppe der verhaltenstheoretischen Psychotherapien eine gute

Passform mit einer Reihe anderer therapeutischer Ansätze auf, da der theoretische Überbau einer empirisch-psychologischen Meta-Theorie entspricht (s.a. Beitmann 1989, Beitmann et al. 1989, Petzold 2003, 2003a, Grawe 2004). Diese metatheoretische Konzeption ist gestützt von Ansätzen der Kognitions- und Emotionspsychologie, der Handlungstheorien, sowie von Konzepten der Sozial- und Kommunikationswissenschaften, der Neurobiologie, Medizin und Evolutionstheorie u. a. – ein Rahmen, der die Aufnahme weiterer Ansätze jederzeit ermöglicht, sofern die Grundbedingungen der empirischen Stichhaltigkeit und logischen Integrationsfähigkeit erfüllt sind (vgl. Kanfer et al. 2006, Reinecker 2006, Margraf 2000).

Neben einigen Vorzügen, insbesondere dem weit reichenden emanzipatorischen Ansatz, wurde in den historischen Verhaltenstherapie-Konzepten auch ein relatives Manko an „humanistischer“ Wertorientierung offenkundig, was innerhalb der eigenen scientific community im Laufe der Jahrzehnte zur kritischen Distanzierung gegenüber diesen alten Ansätzen und zur Überwindung traditioneller Ansätze (wie der „klassischen Verhaltenstherapie“ als erste Welle in der Entwicklung dieser Therapietradition) beigetragen hat. So hat die sog. „kognitive Wende“ (sie kann als zweite Welle in der Entwicklung bezeichnet werden und wurde ermöglicht durch die Fortschritte der wissenschaftlichen Psychologie) durch die Inkorporation der kognitiven Psychologie in das Denk- und Wirksystem die Weiterentwicklung zur „kognitiv-behavioralen Psychotherapie“ nach sich gezogen (s. z. B. Hautzinger 2000, Zielke & Sturm 1994). Sie umfasst das gesamte Spektrum der inneren Vorgänge (der Gedanken- und Gefühlswelt) und ermöglichte die aktuelle wissenschaftliche Aufarbeitung und Nutzung der „inneren Welt“ des Menschen (z. B. Analyse von verinnerlichten Plänen, Schema-Therapie).

In jüngster Zeit läuft eine „dritte Welle“ in der verhaltenstheoretischen Therapieentwicklung: Hier geht es um die Auseinandersetzung mit der „Achtsamkeitsforschung“, welche aktuell zu einer weiteren evolutionären Bandbreitenerweiterung in Theorie und Praxis beiträgt. Hier finden sich Ansätze wie die *funktional-analytische Psychotherapie*, die *dialektische Verhaltenstherapie*, die *integrative Paartherapie*, die *integrative Familientherapie*, das *kognitiv-verhaltensanalytische System der Psychotherapie*, die *Achtsamkeits-basierte kognitive Therapie*, die *Verhaltensaktivierung* sowie die *Akzeptanz und Commitment-Therapie* (Sonntag 2005). Dieser dritten Welle der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapie-Entwicklung gemeinsam ist einerseits die Orientierung an empirischer Forschung und Prinzipien-geleiteter Entwicklung sowie andererseits ihre Sensibilität gegenüber dem Kontext (Systemorientierung, relational framing) und den Funktionen (nicht nur der Form) von psychischen Phänomenen. Sie tendiert in Erweiterung der schon bislang effizienten therapeutischen Vorgehensweisen zu kontextuellen und erlebnisbezogenen Veränderungsstrategien.

Schon bisher verstand sich die *integrative Verhaltenstherapie* ihrer Konzeption nach prinzipiell *systemisch*, da es kein „Verhalten“ gibt, das nicht durch das Milieu mitgesteuert wird, einerlei ob es sich um körperliche Reaktionen mit ihren physiologischen Milieubedingungen handelt, um Gedanken mit ihren im kognitiven Wissensspeicher abgelegten Erfahrungen, um Gefühle mit ihren äußeren wie inneren Umweltbedingungen

oder um Handlungen, die sich per se auf konkrete Situationen und nur in Verbindung mit diesen verstanden werden können. Was nun verstärkt in den Blickwinkel gerät, ist die kontextuelle Bedeutung.

Dieser theoretisch offene Rahmen der aktuellen verhaltenstheoretischen Psychotherapien scheint den Kritikern auch eine Schwachstelle zu sein, da eine einheitliche Bewertung oder gar klare Zuordnung zu bestimmten Positionen nicht mehr möglich ist. So lässt sich nicht mehr generalisierend sagen: „Die Verhaltenstherapie geht hier so und so vor!“, denn die therapeutischen Herangehensweisen hängen von einer Vielzahl von relevanten Rahmenbedingung ab und sind zudem in zunehmendem Maße auch vom jeweiligen Ausbildungs- und Erfahrungsstand der hier tätigen TherapeutInnen ab. Korrekterweise müsste man formulieren: „Die Gruppe der *Verhaltenstherapeuten der dritten Welle* – die sog. Achtsamkeits-orientierten TherapeutInnen – legen in der Gestaltung des Behandlungsprozesses neben den basalen kognitiv-behavioralen Zugangsweisen besonderes Augenmerk auf ...“ – Diese Entwicklung dürfte das vorweg nehmen, was wir zukünftig in der Psychotherapie generell zu erwarten haben: Wenige, aber dafür gut fundierte Grundorientierungen sind korreliert mit vielen Ausformungen des praktischen Arbeitens. Aus diesen gut dokumentierten und überprüfbareren Herangehensweisen lassen sich wiederum jene Fortschritte erarbeiten, die die Psychotherapie insgesamt effizienter werden lässt.

Die Integrative Perspektive

stellt die aktuellste Entwicklung in der wissenschaftlichen Psychotherapie dar. Sie entwirft über eine primär empirisch vorgehende Wirksamkeitsforschung (Selektion von vorgefundenen effektiven Konzepten) synoptische Ansätze, welche auf einer erweiterten systemtheoretisch-biopsychosozialen Grundlage aufbauen. Als Ziel wird die Weiterentwicklung zu einer allgemeinen theoretischen Plattform für Psychotherapie (unter Vermeidung eines Eklektizismus) definiert, welche insbesondere auch die aktuellen evolutionspsychologischen und neurobiologischen Kenntnisse zu nutzen versteht (bisherige Konzepte: „Allgemeine Psychotherapie“/Orlinsky, „Psychologische Therapie“ und „Neuropsychotherapie“/Grawe, „Integrative Therapie“/Petzold, „Psychologische Psychotherapie“ ...). Es ist dies der bisher umfassendste Versuch einer metatheoretischen Fundierung von Psychotherapie bzw. einer Überwindung des bisherigen „Schulendenkens“ in der Psychotherapie (Egger 2006).

Die bisherigen Erläuterungen sollten genügen um klarzustellen, dass es sich im Folgenden auch nur um eine Skizze zu einigen Regelmäßigkeiten für therapeutisches Arbeiten in der aktuellen kognitiv-behavioralen Psychotherapie handelt, die keinesfalls den Anspruch erhebt, alle relevanten Aspekte erfasst zu haben.

Anmerkungen zum Menschenbild

Die generelle Tendenz zur Überwindung schulengebundener (und damit theoretisch begrenzender) Ansätze und Weiterentwicklung in Richtung einer integrativen Orientierung findet sich in auch in der verhaltenstheoretischen Orientierung selbst. Dies führte beispielhaft zu Konzepten wie „multimodale Verhaltenstherapie“, „integrative Verhaltenstherapie“, „psychologische Therapie“ oder „Neuropsychotherapie“ (vgl. Grawe 2004, Laireiter & Egger 1995, Lazarus 1976). Naturgemäß ist ein solcher Konvergenz schaffender Entwicklungsprozess auch mit einer zunehmenden Komplexität in der Modellbildung für das Konstrukt „Menschenbild“ verbunden – Grenzen zu bisher distinktiven psychotherapeutischen Ansätzen verblassen zusehends und Gemeinsames zwischen den Richtungen wird stärker sichtbar. Dies gilt insbesondere für die sog. Integrative Therapie (sensu Petzold), die in vielen Punkten eine Übereinstimmung mit der hier beschriebenen Therapie-Orientierung aufweist (vgl. z. B. Petzold 2006). Aber auch in anderen Therapietraditionen mehrten sich die Stimmen und Ansätze für eine synoptische Herangehensweise (s. z. B. Vogel 2005).

Die *Verhaltenstherapie* von heute vertritt ein ganzheitliches Bild des Menschen. Der Mensch wird als ein Wesen verstanden, das Fähigkeiten und Fertigkeiten besitzt, aus seinen vielfältigen Erfahrungen Nutzen zu ziehen, um sowohl seine Innenwelt wie auch seine Umwelt aktiv zu gestalten, wohl wissend, dass er selbst von dieser Umwelt permanent beeinflusst wird. Im Gegensatz zur traditionellen Psychoanalyse, die in Analogie zum medizinischen Krankheitsmodell davon ausgeht, dass das direkt erfassbare Symptom nur Ausdruck einer tiefer liegenden Störung (eines unbewussten Konflikts) ist, stellt für die *Verhaltenstherapie* das „Symptom“ selbst ein Teil des Problems dar. Jedes gesunde oder kranke Verhalten ist eng mit den inneren und äußeren Lebenswelten (Denk- und Gefühlswelt, konkrete Lebensbedingungen bis hin zum Kulturkreis) verknüpft (s. z. B. Egger 1992, 2000).

„Die Psychotherapie stellt für diejenigen, die sich wissenschaftlich mit ihr befassen, eine immense Herausforderung dar, denn sie hat den Menschen als sozial und kulturell, als ein biologisch und psychologisch bestimmtes Wesen in den Blick zu nehmen. Ein Forscher, und sei er noch so breit in seiner Sicht, muss hier Schwerpunkte setzen, eine Auswahl treffen“ (Petzold 2006). Die bisherigen monistischen Ansätze zu einem „Menschenbild“ sind jedenfalls an ihre Grenzen geraten. Um der Komplexität des Phänomens gerecht zu werden, kann es nicht *das* Menschenbild geben. Vielmehr wird es zwingend notwendig, die jeweils beteiligten Perspektiven weniger als Glaubensbekenntnisse zu handeln, sondern sie vielmehr in ihrer unterschiedlichen Auffassung von Wirklichkeit, ihrer unterscheidbaren Gültigkeitsreichweite und ihrer systemtheoretisch zu verstehenden Vernetzung zu erkennen (vgl. Egger 2006). Diese epochale Aufgabe gilt es zu leisten, wollen wir das Bild vom Menschen auf dem heutigen Stand unseres Wissens aktuell zeichnen. Als Ordnungshilfe steht uns wiederum das „erweiterte biopsychosoziale Modell“ (als body-mind unity-theory oder neuzeitliche Leib-Seele-Einheit-Theorie) zur Verfügung (vgl. Egger 1992a, 2005). Diese fundamentale Theorie hält uns beständig vor Augen, dass jeder einzelne Beschreibungsversuch – z. B. genetisch-biomedizinisch, psycho-

logisch-erlebnismäßig, philosophisch-kognitivistisch oder soziokulturell-ökologisch usw. – nur Mosaiksteine für das gesamte Puzzle liefert. Das Phänomen Mensch reiht sich damit ein in die Entwicklung des Lebens an sich, in das Faszinosum der evolutionsbiologisch erwachsenen Möglichkeit der (begrenzten und fehleranfälligen) Erkenntnis bzw. Selbsterkenntnis und der – die vorgegebene Natur als solche übersteigende – Fähigkeit zur Gestaltung von Lebenswelten durch selbst geschaffene Normen und Techniken.

Der in der Vergangenheit wiederholt gemachte Versuch, das Funktionieren des seelischen Geschehens und damit das Verstehensmodell vom Menschen mit einem plakativen Satz zu skizzieren, ist endgültig als unzureichend und irreführend zu werten. Was bleibt, ist eine gewaltige intellektuelle Herausforderung, das bereits jetzt verfügbare Wissen zu den Konstituenten eines Menschenbildes aufzunehmen und in ein überschaubares und auch für die Praxis handhabbares Konstrukt zu gießen. Da – aus internen Zwängen bzw. terminologischen Begrenztheiten – nicht zu erwarten ist, dass dies den orthodoxen Vertretern in den einzelnen Psychotherapieschulen gelingen wird, liegt die Hoffnung vielmehr in jenen Ansätzen, die hier als *integrative Perspektive* (sensu Grawe oder Petzold, s. oben) bezeichnet wird. In ihr wird die Verhaltenstherapie von heute aufgehen.

Nutzung von Wirkprinzipien

In der *integrativen Verhaltenstherapie* werden prinzipiell alle Wirkprinzipien der Psychotherapie (sensu Grawe, 1997) berücksichtigt, wenngleich nicht in jedem therapeutischen Fall in gleicher Ausprägung, da dies von Art und Ausmaß der Störung sowie relevanten Kontextbedingungen abhängig ist. Die Tendenz zur Erforschung bisher noch nicht ausreichend genutzter, aber von der vergleichenden Psychotherapieforschung ausgewiesenen Wirkfaktoren hat im Laufe der letzten 30 Jahre zu einer dramatischen Verbreiterung dieser Therapierichtung geführt, die nunmehr schlagwortartig als „Heilen durch Einsicht und erfahrende Handlung“ zu kennzeichnen ist (vgl. Egger 1992). Erkennen und (aktive) Veränderung sind zusammengehörende Teile einer Problemlösung (siehe nächste Seite).

Transparente Therapigestaltung

Typisch für die meisten VT-Konzepte ist die *systematische Problemanalyse* und das gezielte therapeutische Vorgehen. Geprägt durch die biopsychosoziale Forschung und die erfahrungswissenschaftliche Ausrichtung (vgl. Egger 1991) wird besonderer Wert auf ein *geplantes therapeutisches Vorgehen* gelegt, welches sowohl (a) Einsicht, d. h. das Problemverständnis vermittelnde als auch (b) übende, d. h. die praktische Kompetenz fördernde Behandlungselemente umfasst. Der Patient ist aktiv und verantwortlich an seinem Änderungsprozess beteiligt, der Therapeut fördert das Selbsthilfepotential des Patienten. Damit wird auch klar, dass das Ausloten von personenspezifischen (körperlichen wie psychischen) und umweltbezogenen Ressourcen (sozio-ökologische Lebensbedingungen des Patienten) einen gewichtigen Platz in der Problemanalyse einnimmt.

| Wirkfaktoren in der psychologischen Therapie | |
|--|---|
| <p>RESSOURCENAKTIVIERUNG Ausschöpfung von vorhandenen spezifischen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Patienten; Aktivierung möglicher „Selbstheilungskräfte“, was ist trotz Krankheit möglich z. B. positive Therapieerwartung und -motivation, soziales Netz, positive therapeutische Beziehung ...</p> | <p>PROBLEMAKTUALISIERUNG Prinzip der realen Erfahrung, Bedeutungsänderung durch aktuelles Erleben aufseiten des Patienten; Problem und deren Änderungsmöglichkeit erfahrbar machen „Reden = Silber, Handeln = Gold“; konkretes Handeln in der problematischen Situation; Rollenspiel ...</p> |
| <p>PROBLEMBEWÄLTIGUNG aktive therapeutische Hilfe zur Problembewältigung, anleiten, zeigen; konkretes Können, Veränderungskompetenz (Bewältigungsperspektive) Hilfe zur Selbsthilfe</p> | <p>PROBLEMKLÄRUNG aktive therapeutische Hilfe zu Einsicht und Verständnis, „Aufklärung“ (Tiefenperspektive, Erkenntnisdimension) Bedeutung & Motivation für Problemverhalten ergründen warum verhält sich Pat. so, was steckt dahinter</p> |
| <p>zusätzlich: Therapie verfolgt intrapersonellen Ansatz versus interpersonellen Ansatz</p> | |

vgl. Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe und Grawe, K. (1997). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

All diese Elemente sowie deren praktische Umsetzung werden dem Patienten zur Mitgestaltung offen gelegt. Diese Transparenzregel bewirkt, dass der Patient jederzeit über die Begründung und die Form des Vorgehens Bescheid weiß und seine Behandlung selbst „erlernen“ kann. Er soll gleichsam sein eigener Therapeut werden (s. z. B. Kanfer et al. 2006).

Prinzipiell ist die *Verhaltenstherapie* in ihrem Vorgehen

- problemorientiert,
- zielorientiert,
- aktionsorientiert,
- sie nutzt auch unkonventionelle, aber erprobte effiziente Änderungstechniken
- transparent und
- Hilfe zur Selbsthilfe vermittelnd.

Der Begriff „Verhaltenstherapie“ führt insofern in die Irre, da er das Augenmerk ausschließlich auf das Verhalten (Handeln) lenkt. In der aktuellen „Verhaltenstherapie“ steht aber die Untersuchung des beobachtbaren Verhaltens gleichrangig neben der Betrachtung von Denken, Gefühlen und körperlichen Prozessen. Den Ausgangspunkt jeder Therapie bildet das vom Patienten beklagte „Problem“. Das unerwünschte (physiologische, kognitive, emotionale, oder konkrete) Verhalten wird detailliert und auf den Ebenen „handlungsmäßig“, „gedanklich“, „gefühlsmäßig“ und „körperlich“ im Kontext der jeweiligen Wirklichkeit erhoben. Die persönliche Entwicklungsgeschichte und die konkreten Lebensbedingungen bilden dafür das Hintergrundraster. Die Ressourcen und Stärken des Patienten und seines Umfeldes bilden dabei oftmals die Startpunkte für die Änderungsansätze. Es wird herausgearbeitet, welche Änderung zur Zeit am dringlichsten ist und zugleich die größte Motivation auf Seiten des Patienten aufweist und mit welchen Methoden diese Änderung am effektivsten erreicht werden kann.

Für die therapeutische Behandlung selbst sind drei „Fragen“ besonders relevant:

- Was ist das zu verändernde Verhalten?
- Was sind die Bedingungen, die dieses Verhalten aufrechterhalten?
- Wodurch wird eine Veränderung des unerwünschten Verhaltens am effektivsten erreicht?

„Als Globalziel der Therapie“ schreibt die Österr. Ges. f. Verhaltenstherapie auf ihrer internet-Plattform (ÖGVT 2007) „lässt sich die Verbesserung und Stabilisierung der Autonomie festmachen. KlientInnen sollen langfristig zum Experten werden: für ein vorhandenes Problem zu wissen, woher es kommt, welche Faktoren es aufrechterhalten und wie damit umgegangen werden kann bzw. was man dagegen tun kann. Die Verhaltenstherapie versteht sich als eine Art „Hilfe zur Selbsthilfe“, sie ist transparent – das heißt, die PatientInnen werden über das Vorgehen aufgeklärt, im Zentrum bleibt das gemeinsam erarbeitete Therapieziel. Das Erkennen von Problemen und deren Bedeutungen ist notwendig, aber erst wenn Betroffene in der Lage sind, die gewünschten Änderungen auch in ihren alltäglichen Handlungen (und Einstellungen) umzusetzen, ist das Ziel wirklich erreicht.“ Für jegliche Problemlösung – und natürlich auch für die therapeutisch induzierte Veränderung – braucht es drei Grundbedingungen:

Wissen: Ich muss wissen, wie mein Problem zu verstehen ist und ob es alternative Verhaltensmöglichkeiten gibt (z. B. Kann das Problem durch eine konkrete Aktion verändert werden oder führt eine Einstellungsänderung zu einer Verbesserung?).
Können: Ich muss über die Kompetenz verfügen, die Veränderung durchzuführen (Habe ich die Fähigkeiten oder Fertigkeiten, das Problem – auf gedanklicher, gefühlsmäßiger, körperlicher und/oder auf der Handlungsebene – zu lösen?).
Wollen: Ich muss ausreichend motiviert sein, die Veränderung des Problems anzugehen und diese zum Erfolg führen (Reicht mein Wille und Durchhaltevermögen aus, die erforderlichen Schritte zur Veränderung zu verwirklichen?).

Basisvoraussetzungen für jegliche therapeutische Veränderung

- „WISSEN“ ... Problemverständnis, Problemeinsicht, Wissen um alternative Verhaltensmöglichkeiten
- „WOLLEN“ ... subjektive „gute Gründe“ (Motivation) für bestimmtes Verhalten
- „KÖNNEN“ ... Vorliegen einer ausreichenden Kompetenz bzw. von persönlichen Ressourcen, um die erwünschte Veränderung in Angriff nehmen zu können

Kennzeichen und Prinzipien der VT

Orientierung an der wissenschaftlichen Psychologie.
 Ein guter Teil Menschlichen Verhaltens ist erworben und kann wieder verlernt werden.
 Menschliches Leiden wird im Hier und Jetzt beschrieben, erklärt und verändert.
 Der Mensch handelt aktiv und bewusst in seinem sozialen Kontext.
 Die Problemgenese hat Bedeutung für das Verständnis der Problematik.
 Die Fähigkeit des Menschen zur Selbststeuerung wird in den Mittelpunkt therapeutischer Bemühungen gestellt.
 Verhaltenstherapie ist verstehbar und durchschaubar.

Diese Randbedingungen, die für ein effektives Arbeiten erforderlich sind bzw. die den Therapieerfolg mitbestimmen – Wissen/Problemverständnis, Wollen/Motivation und Können/Kompetenz bzw. persönliche Ressourcen – sind Faktoren, die sowohl auf Patientenseite wie Therapeutenseite gelten.

Eine zentrale Regel für den Umgang mit dem Patienten ist die *Transparenz des Vorgehens*. Der Ablauf einer Therapie wird in den Grundzügen erörtert und umfasst idealiter folgende Punkte (s. Tabelle Ablaufschema):

Idealtypisches Schema für die Aufarbeitung eines therapeutischen Prozesses

Therapeut/in:
 Patient/in:
 SozVersNr/Geb. Dat.:
 Patienten-Alter:
 Geschlecht:
 Beruf:
 Familienstand:
 Code:
 Kurzbezeichnung des Patientenproblems:
 Behandlungszeitraum:

A. Orientierungsphase

z. B. Zugang zu Patienten, Erstbegegnung, wie stellt sich das „Problem“ dar? aktuelles Problemverständnis (Art und Ausmaß der biopsychosozialen Problemeinsicht aufseiten des Pat., Vorbehandlungen etc.), informed consent zu möglicher Therapie

B. Klärung des Problems und Problemanalyse

Problembeschreibung:

Erste Definition des Problems mit Änderungsnotwendigkeit bzw. -absicht, Erfassung eines ersten Risiko- und Schutzfaktorenprofils auf allen relevanten Dimensionen (Fähigkeiten/Fertigkeiten/Ressourcen und Defizite), Skizzierung derzeitiger Lebensbedingungen inkl. Abklärung von körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen, Lebensstilaspekte;

Problemanalyse:

(diagnostischer Prozessschritt: Analyse auf Makro- und Mikroebene) – typische Verfahren zur Informationsgewinnung: Exploration, Verhaltensbeobachtung, Verhaltenstest, Rollenspiel, Fragebögen oder Tests, Diagramme, Tagebuch-aufzeichnungen, psychophysiologische Verfahren. – Es gilt zwei Hauptfragen abzuklären:

- (1) Welche Problembereiche sind (subjektiv und objektiv) veränderungsbedürftig? Gesamtproblem – Teilproblem – konkrete Problembeschreibung und Erhebung der lebensgeschichtlichen Entwicklung der Problematik;
- (2) Welche Gründe sind für die Aufrechterhaltung des Problems von Bedeutung? Analyse der Rahmenbedingungen (funktionale Analyse, vgl. klassische Verhaltensanalyse: S-O-R-K-C; Analyse der Kognitionen und Motiva; Analyse der sozialen Beziehungen); Feedbackschleifen
Worum geht es? Wie lässt sich das Problem beschreiben (a) im allgemeinen und (b) in einer konkreten (typischen) Situation? Zu beachten sind alle 4 Verhaltensebenen: Kognitionen, Emotionen, Körperreaktionen und Handeln. Datensammlung zur möglichen Genese und Aufrechterhaltung des Problems. Wie hängt das Problem möglicherweise mit anderen Bereichen zusammen?

C. Klärung von Therapieziel(en) und Zielanalyse (Zielfindung)

Zielfindung: Informationen aus Problemanalyse, allgemeine und konkrete Zielvorstellungen (persönliche Änderungswünsche des Pat., Erwartungen der Sozialpartner), Motivation für den Veränderungsprozess, Berücksichtigung derzeitiger Lebensbedingungen und der therapeutischen Möglichkeiten

Welche(s) Veränderungsziel(e) sind prinzipiell auszumachen? Welche Ziele sind aufgrund der Problemstruktur (unter Bedachtnahme von Motivation und Ressourcen) therapeutisch angebar?

D. Planung der Intervention und Auswahl von therapeutischen Interventionen

Skizzierung der konkreten Veränderungsschritte auf allen Verhaltensebenen und situativen Bezügen (Verhandlung darüber mit dem Pat.); Ansatzpunkte der Therapie: beim Patienten, bei Bezugspersonen, an den Rahmenbedingungen; Reihenfolge der Anwendung

Welche Bedingungen gilt es herzustellen, um therapeutisch wirksam zu werden? Welche Änderungstechniken (therapeutische Ansätze) werden als geeignet angesehen, um bestimmte Änderungsziele zu erreichen? Welche werden nach gemeinsamer Erörterung mit dem Pat. vereinbart?

E. Durchführung der Therapieschritte

Ressourcenorientiertes Vorgehen bei allen Veränderungsschritten, geschützte Erprobung der therapeutischen Elemente mit nachfolgender realer Umsetzung im aktuellen Lebenskontext, konkreter Einsatz von Verfahren zur Problemveränderung (Standardverfahren: Rollenspiel, Operante Methoden, Entspannungsverfahren, Therapie sozialer Kompetenz, Konfrontationsverfahren, Selbststeuerungs-/Selbstkontrollverfahren, Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie, Problemlösungstraining, Genusstaining ...)

Wie kann der weitere therapeutische Prozess unter Bedachtnahme auf die Ressourcen des Pat. (auf allen 4 Verhaltensdimensionen, inkl. Motivation) konkret realisiert werden? Wie erfolgt der konkrete Einsatz von therapeutischen Verfahren?

F. Evaluation des therapeutischen Prozesses und seiner Ergebnisse (mit evtl. Optimierung von Therapiezielen)

Überprüfung der Interventionsergebnisse, gegebenenfalls Optimierung von Therapiezielen und Interventionen (Nachjustierung); abschließende Dokumentation des Erreichten

Welche Ergebnisse konnten erzielt werden (Mehr-Ebenen-Prüfung von Effekten des therapeutischen Vorgehens, beobachtbares Verhalten, Denken/Fühlen, physiologische Ebene)? Falls notwendig: War ursprüngliches Veränderungsziel zu weit oder zu eng? Notwendige Modifikationen an Arbeitshypothesen oder Verfahren? Erfolg durch Modifikation?

G. Rückfallsprophylaxe, Endphase, Katamnese

Überprüfung der erworbenen „Selbsthilfe“ aufseiten des Pat., Nutzung von veränderungsstabilisierenden commitments (innerhalb der Patientenpersönlichkeit, Unterstützung durch Bezugspersonen aus Familie/Partner/Freundes- oder Bekanntenkreises bzw. Vereinsleben, Tiere, Tagebuch ...); evtl. Vereinbaren von Booster-Sitzungen oder anderwertige Rückmeldungen; Katamnese

Wie wurde die aktive Rückfallsprophylaxe umgesetzt (Prüfung von „der Patient als sein eigener Therapeut“)? Beendigung der Therapie; Welche Katamnese-daten sind vorhanden?

H. Reflexion zum Therapieprozess

Reflexion des Behandlungsverlaufs und Diskussion der therapeutischen Ergebnisse, Reflexion der Therapeut-Patient-Beziehung, welche Form der Supervision (psychotherapeutische Einzel- oder Gruppensupervision, klinische Team- oder Fallbesprechung, Intervention bzw. peer group-Reflexion, Balintgruppe) konnte mit welchen Erkenntnissen genutzt werden, sonstige Bemerkungen

Zu den Rollen (Funktionen) des Therapeuten/der Therapeutin

Prinzipiell gilt für die *Rolle des Therapeuten* bzw. der Therapeutin, dass er oder sie drei unterscheidbare *Funktionen* im Therapieverlauf einzunehmen imstande sein muss. Die jeweils adäquate Rolle – aber auch deren Kombination – hängt primär von der Ausgangssituation, der spezifischen Problemlage und der jeweiligen Entwicklung im Therapieprozess ab. Ziel ist in

jedem Fall die optimale Förderung der Autonomie des Patienten, d.h. der Behandler selbst intendiert, von der interventiven Strategie zu einer Katalysatorfunktion zu kommen, um dem Prinzip der „Hilfe zur Selbsthilfe“ gerecht werden zu können. Dort, wo dies angezeigt ist, fungiert der Therapeut/die Therapeutin auch als Begleiter des Patienten, sodass auch in kritischsten Phasen eine guideline für sinnvolle Therapeutenarbeit gegeben ist (s. Tabelle „Formen interventiver Beziehungen“, Egger 2001, mod. n. Egger & Pieringer 1989).

Formen interventiver Beziehungen

Funktionen (Rollen), die der Therapeut (Arzt) im Behandlungsvollzug einnehmen kann

(1) Therapeut ist primär **Techniker** (Problemlöser)

idealerweise: Therapeut als Experte löst das Problem z. B. in Akutsituation

Krankheit erscheint primär als Unerwünschtes, Störung, Katastrophe, zu Korrigierendes, zu Bekämpfendes

(2) Therapeut ist primär **Katalysator** (Dialogförderer)

idealerweise: Therapeut schafft gemeinsam mit dem Patienten Bedingungen, unter denen er sein Problem lösen kann z. B. Intervention als „Hilfe zur Selbsthilfe“

Krankheit erscheint primär als Möglichkeit für Veränderungen und Neuorientierung („Lebensphilosophie“-Justierung), bietet Chance zur Selbstbesinnung und Erkenntnis, auch als „Kreation“ (Schöpfung des Individuums) begreifbar

(3) Therapeut ist primär **Begleiter** (Wirken durch Da-Sein)

idealerweise: Therapeut ist primär teilhabender Begleiter des leidenden Menschen; er kann Leid des Patienten aushalten, ohne dass eine „Lösung“ des Problems möglich erscheint; z. B. in der Behindertenarbeit, Sterbebegleitung

Krankheit erscheint primär als zum Leben gehörend, als Teil unseres Seins, kann nicht gänzlich vermieden werden, auch als notwendige Regelkreisänderung begreifbar

Tab. 1: Evaluationsebenen der psychotherapeutischen Kompetenz

| Ebene | Kurzbeschreibung | Beispiel |
|--------------------------------------|--|--|
| Beziehungsmerkmale | Unspezifische Charakteristika der Therapeut-Patient-Beziehung | Empathie, Echtheit, Transparenz, Zielkonsens, Kooperation |
| Basistechniken | Interventionen, die zum allgemeinen Repertoire einer bestimmten Therapierichtung gehören und bei unterschiedlichen Erkrankungen zum Einsatz kommen | Erstellen einer Mikro-Verhaltensanalyse |
| Störungsspezifische Techniken | Interventionen, die nur bei bestimmten Störungen indiziert sind | Sorgen-Exposition bei Generalisierter Angststörung |
| Stundenstrategie | Abfolge bzw. Kombination therapeutischer Interventionen im Sitzungsverlauf | Es wird erst ein Thema abgehandelt, bevor zum nächsten übergegangen wird |
| Prozessstrategie | Abfolge bzw. Kombination therapeutischer Interventionen im Therapieverlauf | Abfolge eines Assertivness-Trainings |
| Heuristik | Theoretische Konzepte und Modellvorstellungen zur Störung und Therapieschule | Kognitives Modell der Depression |

Linden M., Langhoff Ch., Milew D. (2007). Das Mehrebenen-Modell psychotherapeutischer Kompetenz. Verhaltenstherapie. Praxis Forschung Perspektiven. Tab. 1. Verlag S. Karger, Basel Freiburg Paris London New York Bangalore Bangkok Singapore Tokyo Sydney, Band 17, Heft 1, März, S. 52

Durch Ergebnisse der vergleichenden Therapieforschung ist inzwischen auch relativ unbestritten, dass aufseiten der Therapierenden mehr als nur empathische Kompetenz einzufordern ist. Linden et al. (2007) geben ein Raster von sechs Kompetenzbereichen vor, auf denen die psychotherapeutische Kompetenz zu evaluieren wäre (s. Tabelle 1).

Therapievereinbarung

Um den unterschiedlichen Rollenanforderungen gerecht werden zu können und die eingeforderten fachlichen Kompetenzen des Therapeuten in einer lege artis realisierten Therapie zur bestmöglichen Entfaltung zu bringen, braucht es einen Pakt oder ein Arbeitsübereinkommen zwischen Therapeut und Patient. Dies entspricht im Kern einem Arbeitsvertrag. Der Schulenspezifische formale Teil davon ist in Österreich durch die Auflage des „informed consent“ festgelegt und beinhaltet die ausreichende Aufklärung über Art, Umfang und Kosten der therapeutischen Arbeit.

Gelegentlich wird eine explizite Therapievereinbarung getroffen, in einigen besonderen Fällen ist dies auch notwendig (z. B. bei Non-Suicid-Kontrakten zwischen Therapeut und Patient). Ein Beispiel für eine derartige Vorlage findet sich untenstehend. Die tatsächlichen Formulierungen werden die spezifischen Rahmenbedingungen der eigenen Praxis zu berücksichtigen haben (siehe nächste Seite Therapievereinbarung).

Spezialfälle für Therapieerträge: Suizidgefahr

Besondere Vereinbarungen für nichtstationäre psychotherapeutische Behandlungen sind z. B. bei bedrohlichen Selbstverletzungs- bzw. Selbsttötungsintentionen angezeigt. In der Literatur lassen sich mehrere Varianten für Non-Suizid-Verträge finden (Dorrmann 2005). Zu den häufigsten zählen:

1. rein mündliches Versprechen;
2. Versprechen mit Handschlag und Blickkontakt;
3. Selbstverpflichtungen als Vordrucke, bei denen nur noch Datum und Unterschrift angefügt werden;
4. individuelle schriftliche Fixierung mit Unterschrift;
5. individuelle schriftliche Fixierung mit flankierenden Maßnahmen und Unterschrift;
6. Einbindung des/r Therapeuten/in mit entsprechenden Verpflichtungen und Unterschriften von beiden Vertragspartnern.

Therapieaufgaben

Die Psychotherapieforschung weist dem Wirkfaktor „aktive Problembewältigung“ große Bedeutung zu. In den verhaltenstheoretischen Therapierichtungen zählt es von jeher zum Standard – im Kontext des gemeinsamen Verständnisses zwischen Therapeut und Patient – übende Verfahren in den Therapiestunden zu probieren: Alternative Gedanken oder Einstellungen thematisieren und denkmöglich machen, bedeutsame Gefühle provozieren zu lassen und diese auch mit ihren physiologischen Reaktionen (z. B. über Biofeedback) zu erfahren sowie konkrete zielführende Handlungen (z. B. im Rollenspiel) zu erproben, gehören zum common sense dieser Therapieorientierung (Fliegel et al. 1986). Der entscheidende Punkt liegt aber in der Erfahrung bzw. Bewährung dieser Veränderungsansätze im Lebensalltag des betroffenen Patienten. Dort gilt es, die Änderungen im Denken, Fühlen und Handeln umzusetzen, neue Erfahrungen zu sammeln und diese gleich wieder in der Therapiestunde zur Reflexion und Optimierung weiter zu verwenden. Es ist also nur folgerichtig, dass Therapieaufgaben einen wesentlichen Bestandteil der therapeutischen Arbeit darstellen. Zum gemeinsamen Therapieverständnis gehört somit, dass für den Auf- und Ausbau von Fähigkeiten und Fertigkeiten im Sinne der Selbstkontrolle zwischen den therapeutischen Sit-

THERAPIEVEREINBARUNG

Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie
 Abteilung für Verhaltensmedizin Gesundheitspsychologie und Empirische Psychosomatik
 (Leiter: Univ.-Prof. Dr. J.W. Egger)
 LKH-Universitätsklinikum Graz, Villa Hahnhof, Roseggerweg 50 A-8036 Graz, Sekr.-Tel. 0316 385 2292

Ich habe mich als Patient/Patientin an die Abteilung für Verhaltensmedizin für eine ambulante Behandlung gewandt.

Mein **Name** ist

Meine **Adresse** lautet

Tel.: **Fax:** **E-Mail:**

Ich bin auf Anraten meines Arztes ≈, einer anderen Person ≈ bzw. auf eigenen Wunsch ≈ zur Behandlung meines gesundheitlichen Problems hier. Die Voraussetzungen, unter denen ich eine Therapie an der Abteilung für Verhaltensmedizin erhalten kann, wurden mir erklärt. Es gelten im Besonderen folgende Regelungen:

Termine: Die ambulanten Termine für die Behandlung werden im Voraus gemeinsam fixiert.

Dauer der Therapiestunde: maximal 50 min

Pünktlichkeit: Komme ich nicht rechtzeitig in die Therapiestunde, endet sie trotzdem zum vorgesehenen Zeitpunkt.

Absage der Therapiestunde: Sollte es mir nicht möglich sein, einen Termin einzuhalten, melde ich dies so früh wie möglich (telefonisch, per Fax oder per E-Mail).

Therapieaufgaben: Im Verlauf meiner Behandlung werden auch Aufgaben vereinbart, die ich zwischen den Therapiestunden zu erledigen habe. Diese Aufgaben helfen mir beim Einüben neuer, Problem lösender Verhaltensweisen, das heißt beim konkreten Überwinden meiner Probleme im Alltag. Diese Therapieaufgaben dienen zusätzlich auch dem Erkennen einzelner Schwierigkeiten bei der Verbesserung meines Gesundheitszustandes und bilden daher notwendige Schritte für eine erfolgreiche Behandlung.

Der Erfolg der Therapie hängt zu einem wesentlichen Teil auch von meiner *persönlichen Mitarbeit* in der Behandlung ab. Ich nehme deshalb zur Kenntnis, dass eine mangelhafte Bereitschaft zur Mitarbeit den Erfolg meiner Therapie gefährdet. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass eine ambulante Kurzzeit-Therapie angestrebt wird und dass ich befähigt werden soll, möglichst bald „mein eigener Therapeut/meine eigene Therapeutin“ zu werden. Da dauerhafte Veränderungen im Erleben und Verhalten eine längere Zeit brauchen können, kann ich danach weitere Termine in größeren Abständen an der Abteilung in Anspruch nehmen.

Graz, am
 Patient/Patientin (*Unterschrift*)

Eventuelle weitere Vereinbarungen:

Diese Vereinbarung habe ich heute mit meinem Psychotherapeuten/meiner psychologischen Therapeutin getroffen:

.....
 Psychotherapeut(in)/Psychologische(r) Therapeut(in) Tel.: Fax:
 E-Mail:

zungen Aufgaben bzw. Übungen in der natürlichen Umgebung des Patienten erforderlich sind – Aufgaben, die je nach Problemlage prinzipiell jede der vier Verhaltensebenen (Erfassung von Denkmustern oder innerlichen Gesprächen, von Gefühlen oder Stimmungen, körperlichen Reaktionsmustern und konkretem Handeln) betreffen können (Wendlandt 2002). Das positive oder auch fehlende Engagement eines Patienten bei der Nutzung dieser Therapieaufgaben ergibt zweierlei Rückmeldung. Zum einen bekommen Patient wie Therapeut eine schnelle Information über die aktuelle Umsetzungskompetenz für Änderungsschritte im Alltag. Zum anderen können

sich beide den bewussten und unbewussten Anteilen der Problemlöse-Motivation zuwenden und solcherart Einsichten für das weitere Vorgehen gewinnen. Folgerichtig werden „Schwierigkeiten“ bei der praktischen Umsetzung von Therapieaufgaben auch offen thematisiert. Das aus der Tiefenpsychologie geläufige Thema „Widerstand“ wird zu einem verhandelbaren Phänomen, bei dem mögliche bewusste und nichtbewusste Anteile für das eigene Verhalten aufgegriffen werden können. Ein Beispiel für eine entsprechende Analyse ist untenstehend angeführt. Ein solcher Selbstbeurteilungsbogen kann eine wertvolle Hilfe beim Erkennen von (motivatio-

Mögliche Gründe für die Nichtausführung von Therapieaufgaben

Die folgende Liste enthält eine Auswahl von Gründen, die erklären helfen, weshalb Sie als Patient/Patientin ihre Therapie begleitenden Aufgaben nicht erfüllt haben. Da Ihr Therapiefortschritt wesentlich auch davon abhängig ist, wie viel der vereinbarten Aufgaben Sie zwischen den Therapiestunden erledigen, ist es für mich als Ihr Therapeut/Ihre Therapeutin wichtig herauszufinden, warum Sie diese nicht wie vereinbart ausführen. Am besten füllen Sie diese Liste aus, wenn Sie eine Abneigung gegen die Erledigung einer konkreten Therapieaufgabe verspüren oder wenn Sie den Wunsch haben, diese hinauszuschieben. Tragen Sie nach jeder Aussage ein „R“ (*Richtig*) oder „F“ (*Falsch*) ein. „R“ bedeutet, dass Sie dieser Aussage zustimmen und „F“ bedeutet, die Aussage trifft zu diesem Zeitpunkt nicht zu. – Falls es Ihnen schwer fällt, diesen Fragebogen auszufüllen, werden wir ihn gerne auch gemeinsam in der Therapiestunde durchgehen.

- 7. So weit ich sehe, kann mir nichts helfen; deshalb ist es wohl sinnlos, überhaupt etwas zu probieren.
- 8. Ich verstehe nicht, welchen Sinn die vereinbarte Therapieaufgabe haben soll.
- 9. Ich glaube, dass diese spezielle Form von Aufgabe mir nicht helfen wird. Sie leuchtet mir im Grunde nicht ein.
- 10. Ich schiebe immer alles auf, anstatt es sofort zu machen. Und dann mache ich es meist überhaupt nicht. So geht es mir auch mit den Therapieaufgaben.
- 11. Ich bin schon bereit, meine Therapieaufgaben zu machen, aber ich vergesse so leicht darauf.
- 12. Ich habe nicht genug Zeit, ich bin zu beschäftigt, um diese Aufgaben zu erledigen.
- 13. Wenn ich etwas tue, was mir jemand anderer vorschlägt, ist dies meist weniger gut, als wenn ich meinen eigenen Ideen folge.
- 14. Ich fühle mich hilflos und glaube eigentlich nicht, dass ich selbst etwas tun kann, um meinen Zustand wirklich zu verbessern.
- 15. Ich habe den Eindruck, dass mit den Therapieaufgaben versucht wird, mich zu beeinflussen oder zu beherrschen.
- 16. Ich habe einfach keine Lust, die Therapieaufgaben zu machen.
- 17. Ich fürchte, dass ich die Therapieaufgaben nicht gut genug erledigen kann und dann kritisiert werde.
- 18. Ich habe weder den Wunsch noch die Motivation, Therapieaufgaben oder sonst etwas zu tun.
- 19. Ich fühle mich zu schlecht/zue traurig/zue müde/zue nervös (*Zutreffendes unterstreichen*), um die Therapieaufgabe jetzt zu erledigen.
- 20. Im Moment fühle ich mich gut und möchte das nicht durch die Therapieaufgabe aufs Spiel setzen.
- 21. Andere Gründe für die Nichterfüllung von Therapieaufgaben (bitte anführen)

mod. n. Wendlandt (2002)

nal) Schwierigkeiten oder Hindernissen bei der Durchführung von Therapieschritten sein.

Neben der Grundorientierung, dass der Patient seine eigene Therapie im Behandlungsprozess erlernen sollte, gilt – wie erwähnt – auch die Regel, dass sich der Therapeut je nach Erfordernis in einem aktuellen Therapieprozess sowohl als *Problemlöser*, *Dialogförderer* oder *Begleiter* zur Verfügung stellt. Natürlich gilt auch für ihn, seine bewussten wie nichtbewussten Impulse bzw. Handlungsintentionen erfahrbar und handhabbar zu machen (in der psychodynamischen Sprachregelung

mit den vereinfachenden Termini „Übertragung“ und „Gegenübertragung“ umschrieben). Als wichtige Instrumente für die Gewinnung und Nutzung dieser Information gelten Selbsterfahrung, Supervision und Selbstreflexion (s. z. B. Bruch & Hoffmann 1996, Laireiter & Elke 1994). Ein Beispiel für eine strukturierte Selbstreflexion zeigt die untenstehende Analysevorlage. Sie kann zusätzlich auch wertvolle diagnostische Informationen liefern, indem sie einiges zum Aufdecken der „Planstruktur“ (d. h. von Leitsätzen oder *believes* des Patienten) beizutragen imstande ist.

Fragen an den Therapeuten/die Therapeutin zum Erleben der eigenen Beziehung gegenüber dem Patienten

1. Welche Gefühle und Eindrücke löst sie/er bei mir aus?
2. Was will sie/er wohl bei mir erreichen?
3. Welche Tendenzen verspüre ich, mich ihr/ihm gegenüber zu verhalten?
4. Welches Bild von sich versucht sie/er wohl zu vermitteln?
5. Welches Verhalten meinerseits versucht sie/er wohl zu verhindern?

Therapiebegleitende Evaluierung

Von Beginn an werden Patienten daran gewöhnt, dass der Fortgang der Behandlung auch dokumentiert bzw. evaluiert wird. So werden einerseits psychodiagnostische Verfahren zur Absicherung von Merkmalen der Persönlichkeit, gegebenenfalls auch von Leistungsparametern oder aktueller Befindlichkeit eingesetzt. Daneben gibt es eine große Fülle von spezifischen, strukturierten Erhebungsinstrumenten, die im Rahmen der Problemanalyse differenzialdiagnostische Aspekte abklären oder Ressourcen und Defizite auf kognitiven, affektiven, physiologischen oder handlungsbezogenen Bereichen detailliert ausfindig machen helfen. Aufzeichnungen und Bewertungen von Veränderungen stellen einen integrativen Bestandteil des Therapieprozesses dar. Um den lebensgeschichtlichen Hintergrund auszuleuchten, sind wiederum einige Vorlagen in Verwendung, die fakultativ sowohl dem Patienten wie der Therapeutin zusätzliche Informationen im Rahmen des Therapieprozesses liefern. Ein Beispiel für eine entsprechende Instruktion findet sich unten.

Instruktion zu einer schriftlichen Informationsgewinnung – Beispiel

Es ist Aufgabe dieses Fragebogens, einen umfassenden Eindruck von Ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu vermitteln. Fragebögen dieser Art sind in einer wissenschaftlichen Therapie notwendig, um möglichst gründlich mit den jeweiligen Problemen umgehen zu können. Indem Sie die folgenden Fragen vollständig und so genau wie möglich ausfüllen, erleichtern und beschleunigen Sie die Behandlung. – Es wird Sie interessieren, was mit dieser Information geschieht, zumal die meisten Fragen sehr persönlicher Natur sind: Therapie-Unterlagen und persönliche Informationen sind absolut vertraulich! KEIN AUSSENSTEHENDER (auch nicht nahe Verwandte oder Ihr Hausarzt) ERHÄLT OHNE IHRE ERLAUBNIS ZUGANG ZU DIESEN INFORMATIONEN!

Der Therapiefortschritt wird prinzipiell multidimensional, d. h. auf den verschiedenen Erlebnis- und Handlungsebenen erfasst und dient der gemeinsamen Reflexion über das bisher Erreichte. So können falsche Annahmen oder Einschätzungen früher erkannt und korrigiert werden.

Therapiemanuale

In den letzten Jahrzehnten sind eine Fülle von umfangreichen Manualen für ganz unterschiedliche Störungsbereiche bzw. Therapieprobleme entwickelt worden. Sie reichen von relativ einfachen, überschaubaren Störungen bis hin zu äußerst komplex gelagerten Krankheitsphänomenen (z. B. die dialektisch-behaviorale Therapie von Linehan, s. Zusammenstellung v. Kryspyn-Exner et al. 2006). Sie stellen inzwischen weltweit ein viel genütztes Grundgerüst für den Umgang mit diesen Störungen bereit und werden – wie in jeder empirisch orientierten Wissenschaft – ständig weiter entwickelt. In diesen Therapiemanualen fließen alle aktuellen Erkenntnisse und die davon abgeleiteten Handlungsanweisungen für den Umgang mit den betreffenden Störungsbildern ein. Die überschaubare und strukturierte Vorgehensweise kann solcherart von vielen Therapeuten – vor allem auch jüngeren und noch weniger erfahrenen – genützt werden und weltweit erfahrungswissenschaftlich überprüft bzw. modifiziert werden.

PatientInnen, die gerne detailliert und im Voraus über einzelne Therapiestrategien und deren Begründung unterrichtet sein wollen, haben die Möglichkeit, eben diese Manuale zu studieren und können im eigenen Therapieprozess davon profitieren. Der von den meisten Psychotherapietraditionen propagierte partnerschaftliche Umgang wird hier auch auf der „Wissens-Seite“ ernst genommen. Die solcherart ermöglichte Transparenz von optionalen Interventionsschritten kann in der Verhandlung, was tatsächlich im Therapieprozess in welcher Form zum Einsatz kommen soll, sinnvoll genützt werden.

Dennoch werden diese Manuale von einigen Vertretern anderer Psychotherapierichtungen abgelehnt und – leider oft aus Unkenntnis der Konzepte oder deren Zielsetzungen sowie Einsatzmöglichkeiten – auch heftig kritisiert. Dass Psychotherapeuten unterschiedlicher Schulenzugehörigkeit oftmals wenig über jeweils anderen Psychotherapietraditionen wissen, ist ein nicht zu leugnendes Faktum. So lässt sich auf der Grundlage von Unwissen und Vorurteilen trefflich über therapeutische Vorgehensweisen streiten, die man selber gar nicht ausreichend kennt bzw. nicht im eigenen Kompetenzrepertoire hat – ein Streit, der vornehmlich der Stärkung der eigenen Position und weniger der kritischen Auseinandersetzung oder gar Würdigung der jeweils anderen Zugangsweise zu dienen scheint. Im konkreten Fall der Therapiemanuale lautet die Kritik: Es sei doch über die Maßen reduktionistisch, den Patienten entlang von Manualen zu behandeln. Dabei werden diese Manuale abschätzig als „Kochrezepte“ bezeichnet, ohne dabei zu sehen, dass jede(r) Koch/Köchin um die Bedeutung von Kochrezepten weiß und bei Bedarf gerne auf diese zurückgreift. Es bleibt jedem Anwender noch einiger Spielraum, solche erprobten Anleitungen in Abhängigkeit von der eigenen Kompetenz und Erfahrung persönlich auszugestalten oder abzuändern. Die hohe Kunst des Therapierens besteht mit Sicherheit nicht nur darin, der jeweils aufs Neue zu entdeckenden Individualität des Leidens mit einem unverwechselbaren therapeutischen Angebot gerecht zu werden. Wir werden dem Patienten – nach all unserem verfügbaren Wissen zum Thema – gerechter, wenn wir störungsspezifisches Wissen UND seine Individualität für den Behandlungsvollzug gemeinsam zu nutzen imstande sind.

Jedes Lernen (d. h. Einsicht gewinnen und problemlösendes Handeln) knüpft an Erfahrungen an (vgl. Sieper & Petzold 2002). Diese erworbenen Kompetenzen sollten über die Erfahrung in einer konkreten Situation hinaus auch übertragbar und damit generalisierbar sein. Im Übrigen lassen sich „therapeutische Strickmuster“ (Kochrezepte, Anleitungen für den Umgang umschriebener Problemstellungen) natürlich auch in der psychodynamischen oder humanistisch orientierten Psychotherapie usw. nachweisen. Der Unterschied zur verhaltenstheoretischen Position besteht eher darin, dass hier das gesamte verfügbare empirische Wissen zu einem „Störungsbereich“ gesammelt und konzeptuell geordnet und in ein handhabbares Therapieschema verarbeitet wird. Auf diese Weise lässt sich die Vorgehensweise einer kritischen Überprüfung unterziehen und kann beständig weiter entwickelt werden. Solche „Therapiemanuale“ abstrahieren vor allem für den an Erfahrung im Umgang mit spezifischen Therapieproblemen noch wenig gerüsteten Anfänger die relevanten wissenschaftlich und praktisch erkennbaren Aspekte und bieten ihm eine wertvolle (und oft auch unverzichtbare) Richtschnur für sein Vorgehen. Dass er diese Manuale auch hinsichtlich der individuellen therapeutischen Rahmenbedingungen bzw. hinsichtlich der Besonderheit des Einzelpatienten noch anzupassen hat und das Konzept im Laufe seiner Meisterschaft auch noch weiterentwickelt, ist selbstverständlich. Auch dies wird von Kritikern häufig ignoriert. – Rückblickend wird man möglicherweise einmal feststellen, dass diesen zu Manualen verdichteten strukturierten Vorgehensweisen jene beschleunigende Kraft innewohnt, die die Psychotherapie vom Kunsthandwerk zur wissenschaftlichen Profession weiter entwickeln half.

Zu kritisieren bleibt dennoch genügend. So sind Autoren von Therapiemanualen hin und wieder etwas selbstverliebt in ihre Produkte und versuchen manchmal, sich kritischen Weiterentwicklungen in den Weg zu stellen – was im Rahmen einer empirisch-wissenschaftlichen Orientierung aber nur einen verzögernden Effekt haben kann. Bedeutsamer ist die Beobachtung, dass sich derartige Therapiekonzepte zu kleinen „Schulen“ auswachsen, die die Nutzung ihres Programms mit einer verpflichtenden Ausbildung verknüpfen und eine entsprechende Anhängerschar um sich scharen, ohne die Einpflegung dieses Detailansatzes in das große Ganze einer Therapieorientierung zu leisten. Diese Gefahr ist allerdings in anderen Psychotherapierichtungen noch wesentlich stärker ausgeprägt. Auch die gelegentliche unreflektierte Übernahme und defizitäre Überprüfung, ob ein Therapiemanual der gegebenen Problemstellung überhaupt genügt, ist zu kritisieren. Viele Problemstellungen sind multidimensional und multifaktoriell, sodass es mehr braucht als die Anwendung eines noch so gut geprüften Manuals. Aber dies gilt wohl für jede medizinische wie auch psychologisch-therapeutische Intervention.

Ethische Grundregel

Zum Empowerment aufseiten des Patienten gehört natürlich auch ein transparenter Umgang mit worst case-Szenarien in Therapien, insbesondere auch für die Handhabung von Übergriffen durch Therapeuten. Dazu ist es erforderlich, die konkreten Schritte zur Bearbeitung bzw. Lösung eines derartigen

Problems offen zu vermitteln. Ein Beispiel für eine solche Vor-Information findet sich untenstehend. – Dieses Problem ist in Österreich zumindest formal gelöst, da es ausreichende Anlauf- bzw. Beschwerdestellen für Patienten gibt, die einerseits innerhalb der staatlich anerkannten Therapievereinigungen und andererseits in der berufsständischen Vertretung der Psychotherapeuten angesiedelt sind.

„Eine therapeutische Beziehung beruht auf gegenseitigem Vertrauen und Respekt. Wenn einer der beiden Partner dieses Vertrauen verletzt, so ist dies üblicherweise ein Grund zur Beendigung der Therapie. Therapeuten ... haben sich an bestimmte berufsethische Regeln zu halten. Professionelle Therapeuten berücksichtigen jeweils die Schweigepflicht sowie die gesetzlichen und menschlichen Rechte eines jeden Patienten. Dies verbietet selbstverständlich körperlichen, psychischen oder sexuellen Missbrauch innerhalb der therapeutischen Beziehung. Wenn Sie als Patient der Auffassung sind, dass Ihr Therapeut die Grenzen ethischer Schranken überschreitet, sollten Sie ihm gegenüber Ihre Bedenken äußern. Werden Ihre Bedenken nicht ausreichend berücksichtigt, sollten Sie durchaus einen anderen Therapeuten aufsuchen. Es steht Ihnen zusätzlich frei, sich in diesem Punkt auch an eine örtliche oder überregionale Psychotherapeutenvereinigung zu wenden.“

(Reinecker, AABT, AVM, ÖGVT o.J.)

Abschließende Bemerkung

Selbstbeweihräucherung und Verteidigung von Schulengründern, die oftmals zu Übervätern oder Übermüttern stilisiert sind, sind nicht Sache der erfahrungswissenschaftlich orientierten psychologischen Psychotherapie (in dieser Arbeit kurz als *integrative Verhaltenstherapie* bezeichnet). Hier scheut man sich nicht, Irrtümer und nachgewiesene Beschränkungen über Bord zu werfen und sich bewährende neue Ansätze nach entsprechender kritischer Überprüfung und theoretischer Konzeptarbeit in das eigene Denk- und Handlungssystem zu integrieren. Der Vorwurf, die moderne Verhaltenstherapie versuche fortwährend, neue Ansätze in ihr Repertoire aufzunehmen, geht daher völlig ins Leere, da es gerade die Aufgabe einer empirisch arbeitenden Wissenschaft sein muss, alles potenziell Problemlösende auf Tauglichkeit zu untersuchen und im Falle der Effizienz ein Verstehensmodell für die weitere Überprüfung zu entwerfen und auf diese Weise in das eigene System zu integrieren – auch auf die Gefahr hin, dass damit die Grenzen des ursprünglich formulierten Theorieansatzes signifikant verändert wird. Beharren auf einmal festgelegte oder lieb gewonnene Positionen ist unwissenschaftlich und gegen den Erkenntnisfortschritt gerichtet. Der Versuch von Kritikern, die sich stetig weiterentwickelnde „Verhaltenstherapie“ auf historische Positionen festzunageln, ist ein alter und bequemer Trick, mit Hilfe dessen man sich eine überschaubare Landschaft von Freunden und Feinden erhalten möchte, ohne sich in den Prozess der fortschreitenden Entwicklung von Theorie und Praxis einarbeiten zu müssen – denn dort gilt die Devise: pan ta rhei.

Literatur

- BEITMAN, B.D. (1989): Why I am an integrationist (not an eclectic), *British Journal of Guidance and Counselling* 3, 259–273.
- BEITMAN, B.D., GOLDFRIED, M.R., NORCROSS, J.C. (1989): The movement toward integrating the psychotherapies: an overview, *American Journal of Psychiatry* 2, 138–147.
- BRUCH, M. & HOFFMANN, N. (1996) (Hrsg.): *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie?* Heidelberg: Springer
- DORRMANN, W. (2005): Pro und Contra von Verträgen bei Patienten in akuten suizidalen Krisen. *Verhaltenstherapie* München: Karger, 42.
- EGGER, J.W. (1991). *Verhaltensmedizin und empirische Psychosomatik*. In PIERINGER, W. & EGGER, J.W. (1991) (Hrsg.): *Psychotherapie im Wandel*. Wien: Wiener Universitätsverlag WUV, 45–63.
- EGGER, J.W. (1992): Zum Krankheitsbegriff in der Verhaltenstherapie. In Pritz, A. & Petzold, H. (Hrsg.). *Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann, 303–322.
- EGGER, J.W. (1992a): Das Ende der Leib-Seele-Dichotomie? Neue Ansätze für eine Theorie der Psychosomatik. *Psychologie in der Medizin*. 3, 2, 3–9.
- EGGER, J.W. (2000): Die evolutionäre Erkenntnistheorie und der biopsychosoziale Krankheitsbegriff in der Medizin. In Egger, J.W. (2001) *Der biopsychosoziale Krankheitsbegriff in der Praxis. Simultandiagnostik in der Verhaltensmedizin*. Psychotherapeut, 5, 2001, 46, 309–316.
- PIERINGER, W. & EBNER, F. (Hrsg.): *Zur Philosophie der Medizin*. Wien/New York: Springer, S.173–189.
- EGGER, J.W. (2004): Integrative Verhaltenstherapie als moderne psychologische Psychotherapie. In Leitner, A. (Hrsg.). *Entwicklungsdynamiken in der Psychotherapie*. Fortschritte der Psychotherapeutischen Medizin II. Edition Donau-Universität Krems. Wien: Krammer. 105–182.
- EGGER, J.W. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16, 2, 3–12. Wien: Facultas-Universitätsverlag.
- EGGER, J.W. (2006): Menschenbildannahmen in der verhaltenstheoretischen Psychotherapie. *Integrative Therapie – Zeitschrift für Vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*. Vol. 32, No. 1/2 (September 2006), 181–219, Wien: Krammer – Edition Donau-Universität Krems.
- FLIEGEL, S., GROEGER, W.M., KÜNZEL, R., SCHULTE, D. & SORGATZ, H. (1986): *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden*. Ein Übungsbuch. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- GRAWE, K., DONATI, R. & BERNAUER, F. (1994): *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- GRAWE, K. (1997): *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- GRAWE, K. (2004): *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- HAUTZINGER, M. (200?) (Hrsg.): *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen*. Weinheim: Beltz
- HOFFMANN, N. (1990): *Verhaltenstherapie und kognitive Verfahren*. Mannheim: PAL-Verlag.
- KANFER, F.H., REINECKER H. & SCHMELZER D. (2006): *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- KRYPIN-EXNER, et al. (2006): *Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und dneue Medien. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 27, 4, 419–426.
- LAIREITER, A.-R. & EGGER, J. (1995): *Verhaltenstherapie – empirisch-psychologische Psychotherapie*. In Frischenschlager, O., Hexel, M., Kantner-Rumplmair, W., Ringler, M., Söllner, W. & Wisiak, U.V. (Hrsg.). (1995). *Lehrbuch der Psychosozialen Medizin. Grundlagen der Medizinischen Psychologie, Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinischen Soziologie*. Wien: Springer-Verlag, 835–839.
- LAIREITER, A.-R. & ELKE, G. (1994) (Hrsg.): *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- LAZARUS, A.A. (1976): *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer.
- Linden M., Langhoff Ch., Milew D. (2007): *Das Mehrebenen-Modell psychotherapeutischer Kompetenz*. In *Verhaltenstherapie. Praxis Forschung Perspektiven*, Band 17, Heft 1, S. 52, Basel: Karger.
- MARGRAF, J. (Hrsg.) (2000): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band I, Band II. Berlin: Springer.
- ÖGVT (2007): *Was ist Verhaltenstherapie?* www.oegvt.at
- PETZOLD, H. (2003) (Hrsg.): *Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie*. Ein Handbuch. Bd.II (S.397–488). Paderborn: Junfermann.
- PETZOLD, H. (2003a): *Integrative Therapie*. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- PETZOLD, H. (2006). (Hrsg.): *Evolutionarypsychologie und Menschenbild. Integrative Therapie*, 32, 1/2.
- REINECKER, H. (2006): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Tübingen; dgvt-Verlag.
- REINECKER, H. (o.J.): *Erwartungen an Psychotherapie*. AABT, AVM & ÖGVT Sieper, J., Petzold, H.G. (2002): *Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie*. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 10/2002 und gekürzt in Leitner, A. (2003): SONNTAG, R.F. (2005). Akzeptanz- und Commitment-Therapie*. Ein Beitrag zur dritten Welle der Verhaltenstherapie. *Psychotherapie*, 10, 2, 157–181.
- VOGEL, R.T. (2005). *Verhaltenstherapie in psychodynamischen Behandlungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- WENDLANDT, W. (2002): *Therapeutische Hausaufgaben*. Stuttgart: Thieme.
- ZIELKE, M. & STURM, J. (1994) (Hrsg.): *Handbuch der stationären Verhaltenstherapie*. Weinheim: Beltz.

Anschrift des Autors

Univ.-Prof. Dr. JOSEF W. EGGER, Forschungseinheit für Verhaltensmedizin, Gesundheitspsychologie und Empirische Psychosomatik, Univ.-Klinik f. Med. Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Universität Graz, Auenbruggerplatz 43, A-8036 Graz
E-Mail: josef.egger@meduni-graz.at