

PSY 3
ÖÄK-Diplom für Psychotherapeutische Medizin

INTEGRATIVE VERHALTENSTHERAPIE (IVT)

„Integrative Verhaltenstherapie“ ist eine Sammelbezeichnung für verhaltenstheoretisch orientierte Psychotherapie (oder „psychologische Psychotherapie“) und umfasst Therapieverfahren wie

Psychologische Psychotherapie - kognitiv-behaviorale Therapie (CBT) - kognitive Therapie - Verhaltensmodifikation - rational-emotive Therapie (RET) - multimodale Therapie –interpersonelle Verhaltenstherapie - behaviorale Familientherapie - interaktionelle Verhaltenstherapie - dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) - Verhaltensmedizin und Biofeedback– Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT), achtsamkeitsorientierte kognitive Therapie (MBCT) – Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), achtsamkeitsorientierte Körper-Verhaltenstherapie, Schematherapie u.a.

Inhaltliche Informationen und Leitung des Curriculums:

FOA DDr. Karin HAAS, FA f. Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin / LKH Graz SüdWest / Süd
E-Mail: karin@haas-psy.at

Priv.-Doz. Dr. Martin LETMAIER, FA f. Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin / Graz
E-Mail: kontakt@ordination-letmaier.at

erweitertes iVT-Leitungsteam:

Mag. Carola STROBL-UNTERWEGER, Dr. Gerald SUCHAR,
(em. Univ.-Prof. Dr. Josef W. EGGER: Gründung und Lehrgangsführung 1995-2017)

Organisatorische Angelegenheiten

Sekretariat:

Wissenschaftliche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (WGPM)

Karoline Schwaiger, MA

Sportplatzsiedlung 7a, 8190 Birkfeld

Tel.: +43 676 340 20 30

E-Mail: office@psygraz.at - www.psygraz.at

Allgemeine Vorbemerkungen

Die Konzeption des PSY3-Curriculums beinhaltet eine jahrelange Auseinandersetzung mit der Frage nach einer der medizinischen Versorgungsstruktur gerecht werdenden Psychotherapie in Österreich. Die erarbeitete Struktur für dieses Curriculums ermöglicht es ÄrztInnen, berufsbegleitend ein Diplom zur Ausübung von Psychotherapie innerhalb ihres Arbeitsfeldes zu erwerben. Das Curriculum hat den einzigartigen und zukunftsweisenden Vorteil, dass jeder Teilnehmer nicht nur in **einer** „Schule“ der Psychotherapie ausgebildet wird, sondern neben der Schwerpunktsetzung über ein „Hauptfach“ auch die übrigen Grundkonzepte der Psychotherapie über ein „Ergänzungsfach“ und zwei „Nebenfächer“ kennen lernt. Auf diese Weise wird sowohl der aktuellen Psychotherapieforschung nach Überwindung der „Schulen“ als auch dem Umstand Rechnung getragen, dass unsere Patienten keine „schulenspezifischen“ Leiden in die Medizin bringen.

Integrative Verhaltenstherapie

Die „Verhaltenstherapie“ zählt mit der Psychoanalyse zu den - historisch und wissenschaftlich betrachtet - fundamentalen Psychotherapietraditionen. Wenngleich die vielen theoretischen und praktischen Ansätze (z.B. *klassische Verhaltenstherapie* und *Verhaltensmodifikation*, *rational-emotive Therapie*, *multimodale Therapie*, *(kognitiv-)behaviorale Familientherapie*, *interpersonelle* und *interaktionelle Verhaltenstherapie*, *dialektisch-behaviorale Therapie*, *Verhaltensmedizin* und *Biofeedback*, *kognitive Therapie* und - als Sammelbegriff - *kognitiv-behaviorale Therapie* sowie die aktuellen Entwicklungen als *Schematherapie*, *Akzeptanz- und Commitment-Therapie*, *achtsamkeitsorientierte Verhaltenstherapie* und *achtsamkeitsorientierte Körper-Verhaltenstherapie*, *Kognitiv-Behaviorales Analyse-System der Psychotherapie (CBASP)*, *Weisheitstherapie*) heute kein einheitliches Schullegebäude mehr ergeben, so verbindet doch alle „verhaltenstheoretischen“ Konzepte die Forderung nach empirisch-wissenschaftlicher Überprüfung ihrer Vorgehensweisen und Wirkelemente und die enge Anbindung an den *biopsychosozialen Krankheitsbegriff* auf der Basis der *body-mind-unity-theory* (Körper und Geist sind Phänomene *einer* Wirklichkeit).

Für die Nutzung dieser bedeutenden, international verankerten und vergleichsweise hocheffektiven Therapierichtung wird heute - insbesondere für die Anwendung innerhalb medizinischer Rahmenbedingungen - eine methodenoffene Konzeption favorisiert, die in ihrer modernen kognitiv-behavioralen Form hier als „integrative Verhaltenstherapie“ bezeichnet wird. Ihre allgemeinen Kennzeichen sind die *gute wissenschaftliche Fundierung*, die *große Anwendungsbreite*, ihre *transparente Therapigestaltung* und das *breite Spektrum an Methoden* sowie der *emanzipatorische Ansatz* „professionelle Hilfe zur Selbsthilfe“. Dies und die Einbettung in die erweiterte biopsychosoziale Theorie von Gesundheit und Krankheit unterstützt die im post-promotionellen PSY-III-Lehrgang „Psychotherapeutische Medizin“ gewünschte Integration von psychosozialen und biomedizinischen Aspekten in der ärztlichen Praxis in hervorragender Weise.

Die INTEGRATIVE VERHALTENSTHERAPIE hat ihre Behandlungskonzepte so weiter entwickelt, dass alle aus der Psychotherapieforschung bekannten Wirkfaktoren darin zur Geltung kommen:

WIRKFAKTOREN IN PSYCHOLOGISCHEN THERAPIEN

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

PSYCHOTHERAPEUTISCHE TRADITIONEN

die 4 theoretischen Basiskonzepte oder "Schulen" (Richtungen) der Psychotherapie

1. DIE TIEFENPSYCHOLOGISCHE SCHULE: Psychoanalyse (von Freud ursprünglich als Erkenntnisinstrument und nicht als Behandlungsform konzipiert) und daraus entwickelte psychodynamische bzw. "tiefenpsychologische" Therapien; erste Konzeption vor etwa 100 Jahren; Wegbereiter dessen, was wir heute unter „Psychotherapie“ verstehen; das menschliche Wesen ist primär evolutionär-biologischer, d.h. insbesondere triebhafter Natur; der Mensch ist aber prinzipiell in der Lage, diese Triebe durch einen einsichtsgenerierenden Prozess auf bewusster Ebene zu „zähmen“ und eine moralisch-ethische Orientierung zu begründen; Fokus: Aufdecken von "Unbewusstem" und spezifische, langfristige Patient-Therapeut-Beziehung; vielerlei Ausformungen in tiefenpsychologischen Therapiekonzeptionen.

2. DIE VERHALTENSTHEORETISCHE ORIENTIERUNG: kognitiv-behaviorale Psychotherapien bzw. „**Verhaltens-therapien**“ (als integrative Weiterentwicklung auch: *psychologische Psychotherapie*, s. Punkt 5); auf der erfahrungswissenschaftlichen Psychologie aufbauend; *Verhaltensanalyse* (als Teil einer komplexen *Problemanalyse*); erste theoretische Ansätze vor ca. 100 Jahren (ursprünglich auf genaue Beobachtung & Experiment basierend und behavioristisch orientiert); der Mensch ist seinem Wesen nach weder gut noch schlecht; er ist das jeweilige Produkt seiner genetischen Ausstattung und spezifischen Lebensbedingungen; evolutionsbiologisch/genetische und öko-soziale Determinanten begründen sein „Verhalten“ (= Gedanken, Gefühle, Körperreaktionen und Handeln); Fokus: konkrete Änderung von intrapsychischen *und* beobachtbaren Verhaltensaspekten; Patient soll soweit wie möglich sein eigener Therapeut werden (transparente Therapiegestaltung, emanzipatorischer Ansatz/Autonomie, Hilfe zur Selbsthilfe).

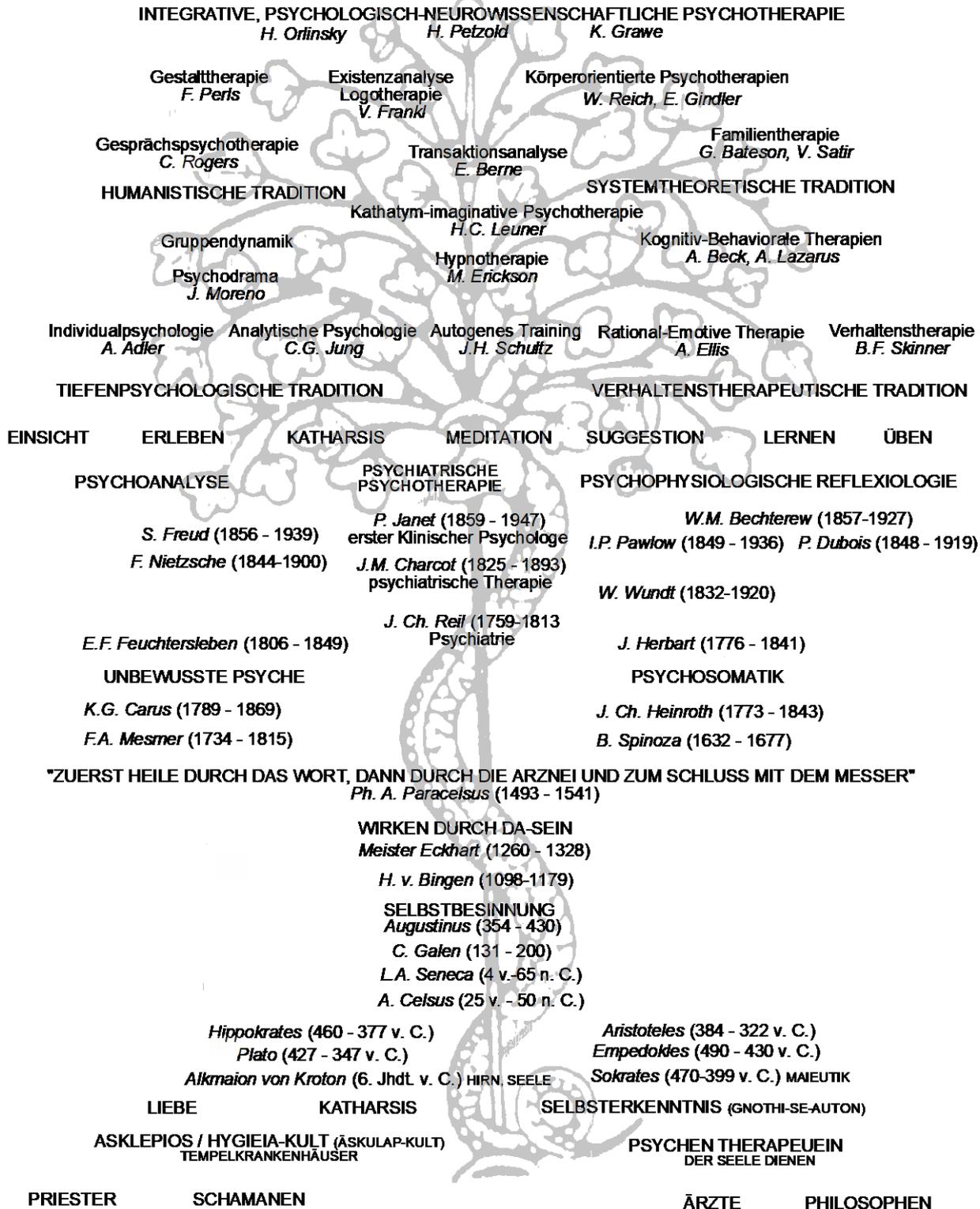
3. DIE HUMANISTISCHE RICHTUNG: auf sog. Wachstumspsychologie ("dritte Kraft") aufbauend; z.B. "Gesprächs-psychotherapie"; „klientenzentrierte Psychotherapie“, „Gestaltpsychotherapie“); *Inkongruenzanalyse*; ab zweiter Hälfte des 20. Jahrhunderts; der Mensch ist prinzipiell "gut", er strebt nach Selbstverwirklichung / Selbstaktualisierung, d.h. er entwickelt sich - bei entsprechender Förderung - *emanativ*; Fokus: Selbstaktualisierung; Sinn- & Werte-Orientierung; spezifische Klient-Therapeut-Beziehung: Empathie / Authentizität / Kongruenz; viele kreative Verfahren und theoretisch nicht vereinheitlichte Ausformungen für psychotherapeutisches Handeln, kein akzeptiertes „Krankheitsmodell“.

4. DIE SYSTEMISCHE RICHTUNG: Anlehnung an die Allgemeine Systemtheorie (Analogiemodell), konstruktivistisches Konzept; z.B. systemische "Familientherapie"; relativ junge Entwicklung mit Strahlkraft auf die bereits erprobten "traditionellen" Psychotherapietheorien; der Mensch muss als Teil eines sozialen Systems - d.h. einer sozialen "Ganzheit" mit ihrem komplexen Beziehungsgefüge - verstanden werden; wichtige Erweiterung der allg. psychotherapeutischen Perspektive mit Fokus auf „System“ (soziale Gruppe); in theoretischer wie praktischer Entwicklung begriffen.

5. DIE INTEGRATIVE PERSPEKTIVE: aktuellste Entwicklung in der wissenschaftl. Psychotherapie, über primär empirisch vorgehende Wirksamkeitsforschung (Selektion der effektiven Konzepte) werden synoptische Ansätze auf erweiterter biopsychosozialer Grundlage entworfen; Weiterentwicklung zu einer allg. theoretischen Plattform für Psychotherapie (unter Vermeidung eines Eklektizismus), Nutzung auch von aktuellen *evolutionspsychologischen* und *neurobiologischen Kenntnissen* („Allgemeine Psychotherapie“ / Orlinsky, „Psychologische Therapie“ und „Neuropsychotherapie“ / Grawe, „Integrative Therapie“ / Petzold, „Psychologische Psychotherapie“ sensu iVT / Egger ...); Versuche zur Überwindung des „Schulendenkens“ der herkömmlichen Psychotherapie durch metatheoretische Fundierung.

Wurzeln und Schulen der Psychotherapie

© J.W. EGGER & W. PIERINGER



VON DER KLASSISCHEN VERHALTENSTHERAPIE ZUR INTEGRATIVEN VERHALTENSTHERAPIE & VERHALTENSMEDIZIN

Die „Verhaltenstherapie“ zählt mit der Psychoanalyse weltweit zu den zwei bedeutendsten Psychotherapietraditionen. Sie ist zudem - laut Psychotherapieforschung - die relativ effektivste Behandlungsform gerade auch innerhalb der Medizin (Stichwort: „Verhaltensmedizin“). Ihre gute wissenschaftliche Fundierung und große Anwendungsbreite ermöglicht die im PSY-III-Konzept gewünschte Integration von psychosozialen und biomedizinischen Aspekten in der ärztlichen Praxis.

Die *Verhaltenstherapie* von heute vertritt ein **ganzheitliches Bild des Menschen**. Der Mensch wird als ein Wesen gesehen, 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 beeinflusst wird. Im Gegensatz zur Psychoanalyse, die in Analogie zum medizinischen Krankheitsmodell davon ausgeht, dass das direkt erfassbare Symptom nur Ausdruck einer tieferliegenden Störung (eines unbewussten Konflikts) ist, stellt für die *Verhaltenstherapie* das „Symptom“ selbst ein Teil des Problems dar. Daher steht hier eine umfassende, mehrdimensionale „Problemanalyse“ am Beginn der Behandlung. Jedes Verhalten (ob als „gesund“ oder als „Störung“ betrachtet) ist eng mit den inneren und äußeren Lebenswelten verknüpft, sodass es gilt, die jeweils individuelle Denk- und Gefühlswelt: sowie die konkreten Lebensbedingungen - bis hin zum Kulturkreis - des Hilfe suchenden Menschen zu erfassen.

In der INTEGRATIVEN VERHALTENSTHERAPIE werden prinzipiell alle bekannten Wirkprinzipien der Psychotherapie berücksichtigt, wenngleich nicht in jedem therapeutischen Fall in gleicher Ausprägung, da dies von Art und Ausmaß der Störung 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 der Behandlungsansätze geführt. Das Motto könnte als „**Heilen durch Einsicht und Erfahrung**“ beschreiben werden: Erkennen und (aktive) Veränderung sind zusammengehörende Teile einer Problemlösung.

Typisch für die iVT ist die *systematische Problemanalyse* und das *gezielte therapeutische Vorgehen*. Geprägt durch die biopsychosoziale Forschung und die erfahrungswissenschaftliche Ausrichtung wird besonderer Wert auf ein geplantes therapeutisches Vorgehen gelegt, welches sowohl *Einsicht vermittelnde* als auch *übende Behandlungselemente* umfasst. Der Patient ist aktiv und verantwortlich an seinem Änderungsprozess beteiligt, der Therapeut fördert das *Selbsthilfepotential* des Patienten.

Die *Verhaltenstherapie* ist 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 *Gedanken, Gefühlen* und *körperlichen Prozessen*. Die „Verhaltensanalyse“ (s. Seite mit den Strichmännchen) mag zur Veranschaulichung des mehrdimensionalen diagnostischen Vorgehens und als Beispiel für die der Beschreibung eines bestimmten „Verhaltens in einer Situation“ beitragen:

Am Beginn der Therapie wird auf das *Problem* des Patienten eingegangen, das unerwünschte Verhalten wird detailliert und auf mehreren Ebenen (handlungsmäßig, gedanklich, gefühlsmäßig, körperlich) erhoben. Der Therapeut bezieht die persönliche Entwicklungsgeschichte und die konkreten Lebensbedingungen mit in die Therapieplanung ein. Er fragt dabei nicht nur einseitig nach den Problemen, sondern auch nach Ressourcen und Stärken des Patienten und seines Umfeldes. Es wird gemeinsam herausgearbeitet, welche Änderung am dringlichsten ist und zugleich die größte Motivation auf Seiten des Patienten aufweist und mit welchen Methoden dies am effektivsten erreicht werden kann.

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

1. Was ist das zu verändernde Verhalten?
2. Was sind die Bedingungen, die dieses Verhalten aufrechterhalten?
3. Wodurch wird eine Veränderung des unerwünschten Verhaltens am effektivsten 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, um die Veränderung durchzuführen (Habe ich die Fähigkeiten oder Fertigkeiten, das Problem - auf gedanklicher, gefühlsmäßiger, körperlicher und/oder auf der Handlungsebene - anzugehen?).

Wollen: Ich muss ausreichend motiviert sein, die Veränderung des Problems anzugehen und diese zum Erfolg zu führen (Reicht mein Wille aus, die erforderlichen Schritte zur Veränderung zu verwirklichen?).

Basisvoraussetzungen für jegliche therapeutische Veränderung:

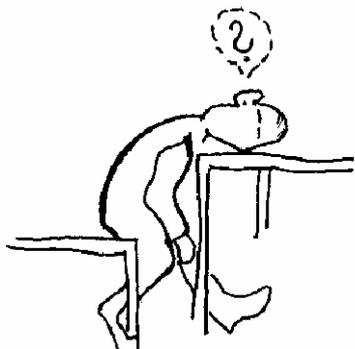
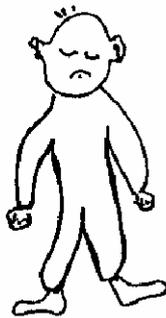
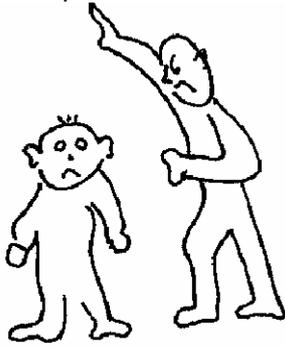
"WISSEN" ...	Verständnis, Problemeinsicht, Wissen um alternative Verhaltensmöglichkeiten
"WOLLEN" ...	subjektive "gute Gründe" (Motivation) für bestimmtes Verhalten
"KÖNNEN" ...	Vorliegen der entsprechenden Verhaltenskompetenz, die erwünschte Handlungsmöglichkeit muss im Verhaltensrepertoire des Menschen vorhanden sein

Die Einbettung der *integrativen Verhaltenstherapie* in das erweiterte biopsychosoziale Modell von Krankheit bzw. Gesundheit lässt erkennen, warum diese auch gut mit dem biomedizinischen Ansatz kombinierbar ist. Die naturwissenschaftliche Medizin erscheint nämlich als reduktionistischer Ansatz innerhalb des größeren biopsychosozialen Rahmens, sodass eine Verbindung zur psychologischen Datenebene jederzeit möglich ist, wenn dies gewünscht oder aufgrund der wissenschaftlichen Fakten notwendig ist. Dabei muss der „Organmediziner“ keine „andere Medizin“ (eine „Psycho-Welt“ ohne direkte Verbindung zu seiner ihm vertrauten physischen Wirklichkeit) akzeptieren, sondern vielmehr eine dimensionale Erweiterung seines medizinischen Ansatzes. Die Neurowissenschaften stellen hier eine hervorragende Brücke zwischen den somatischen und psychologischen Phänomenen her.

Die *integrative Verhaltenstherapie* ist prinzipiell *systemisch* zu verstehen, da es kein „Verhalten“ gibt, das nicht durch das entsprechende Milieu mitgesteuert wird - einerlei ob es sich um

- körperliche Reaktionen mit ihren physiologischen Milieubedingungen handelt oder um
- Gedanken mit ihren im kognitiven Wissensspeicher abgelegten Erfahrungen oder um
- Gefühle mit ihren darin gespeicherten (unbewussten) individuellen wie evolutionären „Welterfahrungen“ oder um
- Handlungen, die sich auf konkrete äußere oder innere Erlebnissituationen beziehen.

Für die praktische Handhabung dieses auf dem biopsychosozialen Modell basierenden Prinzips einer ganzheitlichen Betrachtung menschlichen Verhaltens in Gesundheit und Krankheit mag folgende Skizze hilfreich sein.



Situation

Was löst meine unangenehmen Gefühle aus?

- Jemand kritisiert mich
- Ich stehe vor einer schwierigen Situation
- Ich habe Schwierigkeiten, mich durchzusetzen
- usw.

Gedanken

Was denke ich dann?

- Alle wollen mir was tun
- Ich mache nichts richtig
- Ich bin an allem schuld
- Alle sind mir überlegen
- Niemand mag mich
- Ich bin eine Null
- usw.

Gefühle

Wie fühle ich mich dann?

- Ich fühle mich unsicher
- Ich fühle mich elend
- Ich bin hilflos
- Ich koche vor Wut
- Ich fühle mich innerlich angespannt
- usw.

Körperreaktion

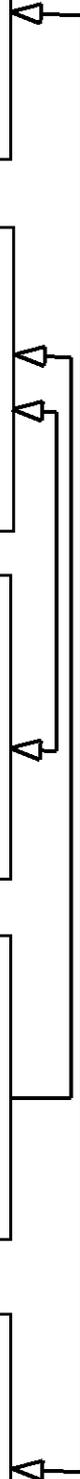
Wie reagiert mein Organismus?

- Alle Muskeln sind angespannt
- Ich bekomme Magendrücken
- Ich habe Kopfschmerzen
- Mein Herz rast
- Ich kann nicht atmen
- usw.

Verhalten

Was tue ich (was nicht)?

- Ich schweige
- Ich sage "Entschuldigung" und gehe weiter
- Ich gehe jemandem aus dem Wege
- Ich werde ausfällig
- usw.



IDEALTYPISCHES ABLAUSCHEMA FÜR DEN THERAPEUTISCHEN PROZESS IN DER AKTUELLEN VERHALTENSTHERAPIE

Orientierungsphase

z.B. Zugang zu Pat., 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

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, Tagebuchaufzeichnungen, 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, entspricht z.T. klassischer Verhaltensanalyse: S-O-R-K-C; Analyse der Kognitionen und Motivation; Analyse der sozialen Beziehungen)

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?

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?

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?

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, Genusstraining ...)

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?

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?

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 anderweitige Rückmeldungen; Katamnese

Wie wurde die aktive Rückfallsprophylaxe umgesetzt (Prüfung von "der Patient als sein eigener Therapeut")? Beendigung der Therapie; Welche Katamnesedaten sind vorhanden?

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, Intervision bzw. peer group-Reflexion, Balintgruppe) konnte mit welchen Erkenntnissen genutzt werden, sonstige Bemerkungen

Anmerkung zum idealtypischen Ablaufschema für den therapeutischen Prozess: Sollten sich an einem beliebigen Punkt nicht lösbare therapeutische Ereignisse ergeben, so muss auf die jeweils vorgeschalteten Stufen zurückgegangen werden, und von dort aus ein neuer therapeutischer Ansatz erarbeitet werden.

Inhalte der Wochenendseminare

AUSBILDUNGSJAHR GELB: (2024, 2027, ...)

- iVT – Problemanalyse (Krankheitsverständnis und Problemklärung)
- iVT bei depressiven Störungen
- iVT Übungsseminar zu unterschiedlichen psychischen Krankheitsbildern
- Schematherapie
- Emotionsfokussierte Methoden und Techniken in der iVT

5 Wochenendblöcke, 1 Vertiefungstag, sowie Bad Gleichenberg-Seminarwoche im Frühjahr:
(Zusatzfach: Einführung in die systemische Therapie)

AUSBILDUNGSJAHR GRÜN: (2025, 2028, ...)

- iVT bei Abhängigkeiten und Süchte
- iVT mit Gruppen: soziale Kompetenz (Selbstsicherheitstraining)
- iVT mit Kindern und Jugendlichen
- Kreative Methoden in der iVT – Arbeit mit Körper und Gefühlen
- Multimodale Stresskompetenz– biopsychosozial orientiertes Coping von Belastungen

5 Wochenendblöcke, 1 Vertiefungstag, sowie Bad Gleichenberg-Seminarwoche im Frühjahr oder Herbst: (Zusatzfach: Psychodynamische Therapie)

- iVT bei Angststörungen
- Akzeptanz und Commitment Therapie
- Basale Techniken der iVT
- iVT bei somatoformen Störungen
- Achtsamkeitsbasierte Methoden und Techniken in der iVT

5 Wochenendblöcke, 1 Vertiefungstag, sowie Bad Gleichenberg-Seminarwoche im Frühjahr oder Herbst (Hauptfach: Schematherapie – die iVT-Tiefenperspektive)

Leitgedanken

Die *integrative Verhaltenstherapie/Verhaltensmedizin* ist nach aktuellen wissenschaftlichen Grundlagen aufgebaut und versteht sich als **schulenoffene psychologische Psychotherapie**. Sie weist aufgrund ihrer breit angelegten Konzeption eine hervorragende Passform für die medizinische Versorgung auf und wird von der vergleichenden Psychotherapieforschung als sehr effektiv ausgewiesen.

Um das **Ausbildungsziel** „psychotherapeutische Kompetenz“ zu erreichen, braucht es - wie für jede gelungene psychologische Behandlung auch –

- ein **Wissen** - wir werden uns ausreichende Kenntnisse erarbeiten,
- ein **Können** - wir werden viel ausprobieren und üben und
- ein **Wollen** - wir werden uns motivieren, Engagement und Durchhaltevermögen zu zeigen.

Evaluation:

Die hohe Zufriedenheit mit den bisherigen Curricula, welche wir bereits mit 2 umfangreichen wissenschaftlichen Diplomarbeiten objektiv überprüfen konnten, und die vielen persönlichen Rückmeldungen belegen, dass unsere iVT-AbsolventInnen u.a.

- ein großes Ausmaß an persönlicher Wertschöpfung für ihr eigenes Leben bekunden,
- einen bedeutsamen Kompetenzzuwachs im Umgang mit vielfältigen Therapiesituationen feststellen
- in vielen Fällen auch entscheidende Impulse für die eigene berufliche Karriere erhalten haben.

WILLKOMMEN!

Ausbildungs-Team der iVT Graz

Curriculumsorganisation und verantwortliche Leitung des Hauptfaches ab 2018:

FOA DDr. Karin HAAS / Graz
Priv.-Doz. Dr. Martin LETMAIER / Graz

Erweitertes iVT-Leitungsteam:

Mag. Carola STROBL-UNTERWEGER / Graz
Dr. Gerald SUCHAR / Graz
(Univ.-Prof. Dr. Josef W. EGGER, em.Univ.-Prof. für Biopsychosoziale Medizin /
Medizin. Universität Graz: Begründer und Lehrgangsführung 1996-2017)

BISHERIGE LEHRENDE IM iVT-CURRICULUM (1996-DATO)

Prim. Dr. S. ANHAUS/Graz

Univ.-Prof. Dr. J.W. EGGER/Graz

Dr. S. FLIEGEL/Münster

Univ.-Doz. Dr. G. GATTERER/Wien

FOA DDr. K. HAAS/Graz

Prim. Dr. P. HLADE/Graz

Univ.-Prof. Dr. H.-P. KAPFHAMMER/Graz

DDr. N. KLINKENBERG / Baden-Baden

Dr. M. LETMAIER/Graz

Mag. M. MÜLLER-GARTNER / Graz

Mag. E. PARFY / Wien

Mag. Dr. I. PUCHER/Wien

Dr. B. SCHUCH/Wien

Mag. R. SIGMUND/Wien

Mag. C. STROBL/Graz

Dr. Gerald SUCHAR/Graz

R. WERDIGIER/Wien

ao. Univ.-Prof. Dr. U.V. WISIAK/Graz

u.a.

Literaturtipps

GRUNDLAGEN UND ÜBERSICHTSWERKE

- Egger, J.W.** (2015). *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Ein biopsychosoziales Modell*. Wiesbaden: Springer (als eBook und als gedruckte Ausgabe erhältlich)
- Fliegel, S., Groeger, W.M., Künzel, R., Schulte, D. & Sorgatz, H.** (neueste Auflage). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Ein Übungsbuch*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Linden, M. & Hautzinger, M.** (Hrsg.). (neueste Auflage). *Verhaltenstherapiemanual. Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen*. Berlin: Springer
- Margraf, J.** (Hrsg.). (neueste Auflage). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band I, II, III: Berlin: Springer
- Schermer, F.J.** et al. (neueste Auflage). *Methoden der Verhaltensänderung: Basisstrategien*. Stuttgart: Kohlhammer

ERGÄNZUNGLITERATUR

- Grawe, K.** et al. (neueste Auflage). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
kurze, leicht lesbare Einführung:
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. und Schmelzer, D.** (neueste Auflage). *Selbstmanagement - Therapie*. Berlin: Springer.
- Kanfer, F.H. & Schmelzer, D.** (neueste Auflage). *Wegweiser Verhaltenstherapie. Psychotherapie als Chance*. Berlin: Springer.
- Linden, M. & Hautzinger, M.** (Hrsg.). (neueste Auflage). *Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer
- Reinecker, H.** (neueste Auflage). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Tübingen: dgvt
- Zarbock, G.** (neueste Auflage). *Heilen durch Erfahrung. Einführung in die integrative Verhaltenstherapie*. Freiburg: Herder
- Zarbock, G.** (neueste Auflage). *Praxisbuch Verhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen biografisch-systemischer Verhaltenstherapie*. Lengerich: Pabst

ARBEITSBÜCHER FÜR DIE KONKRETE PRAXIS

dgvt. Ausbildungsmanuale. Reihe (praxisorientierte Arbeitsunterlagen). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

Roediger, E. (neueste Auflage). Praxis der Schematherapie. Stuttgart: Schattauer

Verhaltenstherapeutische Fallberichte. Ausbildungsmanual Nr.4. Tübingen: DGVT (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie)

Vogel, H., Merod, R., Stark, A., Strauss, E.H. & Zilly, G. (Hrsg.) (neueste Auflage)

Young, J.E.; Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (neueste Auflage). Schematherapie. Praxis-Handbuch. Paderborn: Junfermann

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Webseite

www.psygraz.at