

- ▶ Und schließlich vermittelt dieses Kapitel ein Konzept für therapiebegleitende Evaluation. Dazu erfolgt durch die Therapeutinnen parallel zum Therapieprozess eine Protokollierung zum Stand auf den Zielerreichungsskalen, werden aktuelle psychometrische Befunde erhoben sowie relevante Attraktoren im Veränderungsprozess identifiziert. Die kontinuierlich erhobenen Evaluationsdaten ermöglichen – unterstützt durch Videoanalysen und Supervision – eine kontinuierliche Anpassung des therapeutischen Vorgehens an die regelmäßig erhobenen Befunde zum laufenden Therapieprozess. Auf diese Weise wird im Sinne einer rekursiven Therapieplanung sichergestellt, dass Therapeutinnen bzw. Therapeuten ergebnisorientiert und permanent auf die Daten des Prozessmonitoring abgestimmt arbeiten, und es kann empirisch begründet eine flexible Treatment-Auswahl und Prozessgestaltung erfolgen.

Kapitel 5 thematisiert die verhaltenstherapeutische Supervision, die als Teil des Behandlungsprozesses den Außenblick von Supervisorinnen (bzw. von supervisorisch mitwirkenden Kolleginnen) einbezieht.

Kapitel 6 geht auf verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung ein – einem Modul, das sich der Abstimmung von Person-Merkmalen der Therapeutinnen mit den Anforderungen ihrer Rolle und ihres Berufs widmet (Professionalisierung der Persönlichkeitsstils).

Jedem Kapitel sind ausgewählte Materialien beigelegt. Dabei handelt es sich um Informations- und Arbeitsblätter sowie beispielhafte Transkripte zu den Sitzungen der Orientierungshase.

Zusammenfassung

Die bekannten »Wellen« in der Verhaltenstherapie-Historie sind gekennzeichnet durch unterschiedliche dominierende Theorieorientierungen (behavioral/kognitiv/achtsamkeitsbasiert und interpersonell). Nach einer in früheren Phasen erfolgten Priorisierung eng strukturierter Behandlungsprogramme wurden seit den 1970er Jahren immer deutlicher individualisierte Vorgehensweisen in den Vordergrund gestellt. Mittlerweile kann die Verhaltenstherapie auf einen enorm angewachsenen Fundus empirischer Befunde zurückgreifen.

Mit den in den 1990er Jahren eingeführten Modellen von Kanfer und Grawe und ausdrücklich im Zuge der »Dritten Welle« ist Verhaltenstherapie zunehmend prozessorientiert geworden; eine auf bestimmte Störungen beschränkte manualisierte Therapiepraxis ist inzwischen in den Hintergrund getreten.

Die Grundhaltung einer modernen Verhaltenstherapie verknüpft die Prinzipien Kontrollierter Praxis dialektisch mit einer auf die Bedürfnisse und Motive der Patientinnen abgestimmte Prozessgestaltung. Deren Ergebnis-, Prozess- und Strukturmerkmale verweisen auf ein Psychotherapieverfahren, das aufbauend auf einem verhaltensanalytischen Störungsmodell einen Kanon evidenzbasierter Techniken und Methoden verwendet und dabei erlebnisorientierte und schematheoretische Ansätze integriert.

1.1 Die Säulen der Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapie arbeitet auf der Grundlage einer konsistenten und praktisch nutzbaren Theorie ziel- und ergebnisorientiert und stellt Patientinnen bezogen auf deren individuelle Symptomatik empirisch erforschten, also evidenzbasiertes klinisches Störungs- und Behandlungswissen zur Verfügung.

Das Psychotherapieverfahren ist traditionell durch drei Grundmerkmale charakterisiert:

- (1) Theoriefundierung
- (2) Individualisierung
- (3) Evidenzbasierung

Theoriefundierung. Die Theoriefundierung der Verhaltenstherapie wird historisch mit mehreren »Wellen« in Zusammenhang gebracht – dem lerntheoretisch dominierten Behaviorismus der 1960er Jahre, den durch kognitive Theorien erweiterten Ansätzen der

1970er Jahre und der derzeit anhaltenden von Achtsamkeits-, emotionsbezogenen und interpersonellen Konzepten geprägten »Dritten Welle«.

Individualisierung. Individualisierung ist traditionell mit dem Rational der Funktionalen Verhaltensanalyse verknüpft – die SORKC-Verhaltensgleichung von Kanfer und Saslow (1974) fasst deren relevanten Variablen am übersichtlichsten zusammen. Die krankheitswertigen Symptome einer Patientin werden dabei verstanden als individuelle Prozesse mit funktionalen Zusammenhängen, die als dynamische, wandlungsfähige, biopsychosoziale Netzwerke therapeutisch beeinflussbar sind (vgl. Stangier, 2019).

Evidenzbasierung. Evidenzbasierung meint den jeweiligen Einsatz von Techniken und Methoden, die in kontrollierten wissenschaftlichen Studien evaluiert wurden – von Fachgesellschaften erstellte und regelmäßig angepasste störungsbezogene Leitlinien spielen dabei eine besondere Rolle.

Um in diesem »Magnetfeld« mit ihren Patientinnen zielführende Wege planen und diese kohärent verfolgen zu können, benötigen Therapeutinnen bewährte Orientierungshilfen. Zum einen verfügen sie auf der Grundlage ihrer persönlichen klinischen Erfahrung über eine Art inneren Kompass, der sie in ihrem Denken und Handeln intuitiv anleitet. Grundsätzlich orientieren sich seriös arbeitende Verhaltenstherapeutinnen explizit an empirisch überprüften Heuristiken aus der Psychotherapieforschung. Darüber hinaus bietet Supervision ihnen die Möglichkeit für einen versierten »Draufblick« von dritter Seite.

■ Fazit

Mit diesem knapp gefassten und pragmatisch ausgerichteten Buch soll Verhaltenstherapeutinnen für ihren professionellen klinischen Alltag ein Repertoire bewährter Strategien und Werkzeuge an die Hand gegeben werden, die ihren therapeutischen Kompass in seiner Navigationsschärfe stärken können und in ihren Therapien ein kohärentes Vorgehen gewährleisten.

1.2 Prozessorientierung der modernen Verhaltenstherapie

In den 1990er Jahren waren es zwei Protagonisten, die die Psychotherapie im deutschsprachigen Raum – und dabei vor allem die Verhaltenstherapie – wesentlich modernisierten: Frederick Kanfer (1991, 2012) und Klaus Grawe (1998, 2004). Kanfer mit seinem Dynamischen Selbstregulationsmodell der Selbstmanagementtherapie und Grawe mit der Konsistenztheorie und dem programmatischen Entwurf einer Allgemeinen Psychotherapie. Steven Hayes und Stefan Hofmann (2018) haben in jüngerer Zeit mit der Prozessbasierten Therapie einen Ansatz formuliert, der auf ähnlichen Grundannahmen fußt bzw. als Weiterentwicklung einer modernen Verhaltenstherapie zu bewerten ist. Auch bei diesem Ansatz tritt die Funktionale Verhaltensanalyse als individualisiertes Diagnosekonzept in den Vordergrund, und die Psychopathologie-Einteilung in DSM-

bzw. ICD-Kategorien erhält eine nachgeordnete Bedeutung. Psychotherapie ist bei allen drei genannten Konzepten primär idiografisch ausgerichtet.

Die (vor allem in den USA) von Psychotherapeutinnen lange Zeit eingenommene nomothetische Perspektive mit der linearen Triade »Diagnosefeststellung – Krankheitszuordnung – Manualeinsatz« tritt inzwischen zunehmend in den Hintergrund. Auf bestimmte Diagnosen festgelegte Behandlungsprotokolle bieten zwar einen Fundus evidenzbasierter Programmmodule, lassen sich allerdings keinesfalls rigide auf den klinischen Einzelfall übertragen. Sofern die bei einer Patientin beobachtete Symptomatik empirisch einem gut erforschten Syndrom bzw. Störungstyp entsprechen, dann lassen sich darauf bezogene Behandlungsempfehlungen indikativ in einen personalisierten Behandlungsplan integrieren. Diese jeweils am Einzelfall orientierte Behandlungskonzeption wird prozessbegleitend an den realen Therapieverlauf angepasst (rekursive Therapieplanung) und ist dabei mit einer differentiellen therapeutischen Beziehungsgestaltung zu verknüpfen.

Auf der Grundlage der mittlerweile enorm erweiterten empirischen Wissensbestände der Psychotherapieprozessforschung ruft die Prozessbasierte Therapie dazu auf, ein weites Spektrum von psychotherapeutisch nutzbaren Prozessen in einen gemeinsamen Ansatz zu integrieren. Stangier (2019) zitiert Crits-Christoph et al. (2013) mit deren Übersicht von drei zu berücksichtigenden therapeutischen Prozessebenen:

- (1) Verarbeitungsprozesse der Patientin
- (2) Interaktionsprozesse zwischen Therapeutin und Patientin
- (3) Veränderungsprozesse im Therapieverlauf

In Zusammenarbeit mit den Patientinnen sind die Komplexität und Einzigartigkeit ihrer jeweils individuellen Symptomnetzwerke zu erfassen. Es gilt, im Einzelfall Knotenpunkte zu identifizieren, von denen aus eine depressive, ängstlich-vermeidende, zwanghafte, essgestörte, impulsive usw. Symptomatik ausgelöst, aufrechterhalten und moderiert wird.

1.3 Das Verhaltenstherapie-Rational

Verhaltenstherapie erfolgt als dialektisches Zusammenwirken von maßgeschneidertem Methodeneinsatz und individualisierter Beziehungsgestaltung.

Abgeleitet aus dem gemeinsam mit ihren Patientinnen erarbeiteten verhaltensanalytischen Störungsmodell und bezogen auf die im Einzelfall zutreffenden Diagnosen stellen Verhaltenstherapeutinnen evidenzbasierte Behandlungskonzeptionen bereit. Die jeweilige personalisierte Konzeption ist komplementär zu den wichtigsten Bedürfnissen der Patientin zu realisieren und hat diesen im Sinne einer Ressourcenaktivierung Erfolgserlebnisse, Kompetenz und Akzeptanz zu ermöglichen (Grawe & Grawe-Gerber, 1999).

1.3.1 Ergebnisperspektive

Das Ergebnis einer Verhaltenstherapie lässt sich mit dem **WERK-E**-Akronym charakterisieren:

W: Die Person erwirbt explizites **Wissen** über ihre Problematik.

– Kognitive Repräsentation über ein Störungsmodell –

E: Die **emotionale Einbettung** der Störung wird für sie erlebbar.

– Erlebnisaktivierung über lebendige Narrative und Expositionserfahrungen –

R: Über geleitete **Reflexionen** erfasst sie die persönliche Bedeutung ihrer Störung.

– Verstehen über Funktionale Verhaltensanalyse und Schemaanalyse –

K: Als **Konsequenz** erhält sie evidenzbasierte therapeutische Hilfestellungen.

– Durchführung einer kohärenten verhaltenstherapeutischen Krankenbehandlung –

E: Begleitend zum Behandlungsprozess erfolgt eine **Ergebnisevaluation**.

– Beobachtende und psychometrisch fundierte Effektbeurteilung –

1.3.2 Prozessperspektive

Die Erarbeitung dieses Werkes erfolgt über einen Prozess, der sich am Rational des verhaltenstherapeutischen Problemlösemodells orientiert und in fünf Phasen gliedern lässt:

(1) **Erkunden/Explorieren:** Über eine angeleitete Problemanalyse erarbeiten Patientinnen Wissen über ihre Störung.

(2) **Erproben/Experimentieren:** Über therapeutische Denk- und Verhaltensexperimente flexibilisieren sie eigene maladaptive Denk- und Handlungsautomatiken, öffnen und erweitern so ihren vorher reduzierten Erfahrungs- und Erlebnisraum.

(3) **Entscheiden:** Über einen geordneten Abwägungsprozess erarbeiten sie konsistent zum operationalisierten Störungsmodell annäherungsorientierte Zielalternativen.

(4) **Einüben:** Über die aktive Umsetzung einer evidenzbasierten und individualisierten Behandlungskonzeption realisieren Patientinnen eigenverantwortlich ihre therapeutischen Ziele, erwerben ein unabhängiges Selbstmanagement.

(5) **Einfügen:** Über die Integration auf diesem Wege erworbener Ressourcen in die eigene Schemastruktur erweitern Patientinnen ihre Selbstaktualisierung, stärken ihr Identitätserleben und sind besser vorbereitet für spätere Lebensanforderungen.

1.3.3 Strukturperspektive

Verhaltenstherapie orientiert sich sowohl in ihrem Gesamtablauf als auch in jeder einzelnen Sitzung an einer kohärenten Arbeitsstruktur, wie sie im ABC-Algorithmus formuliert ist: