

Gerhard Zarbock

Praxisbuch Verhaltenstherapie

Grundlagen und Anwendungen
biografisch-systemischer Verhaltenstherapie



*Meiner Frau Nicole, die mich drängte, "doch nun endlich einmal
d i e s e s Buch zu schreiben", und unserer Tochter Tara, die mich erleben
ließ, dass Lernen, Bindung und Emotion eine untrennbare Einheit darstellen.*



DVT-Praxis, Band 1

Gerhard Zarbock

Praxisbuch Verhaltenstherapie

Grundlagen und Anwendungen
biografisch-systemischer Verhaltenstherapie

Mit einem Beitrag von Eckhard Roediger



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Lengerich, Berlin, Bremen, Miami,
Riga, Viernheim, Wien, Zagreb

DR. PHIL. GERHARD ZARBOCK

Diplom-Psychologe, Psychologischer und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Bachstr. 48

22083 Hamburg

gzarbock@ivah.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2008 Pabst Science Publishers, D-49525 Lengerich

Konvertierung: Claudia Döring

Druck: KM Druck, D-64823 Groß-Umstadt

ISBN 978-3-89967-471-2

Vorwort

Stellen Sie sich vor, ein guter Freund sucht einen Psychotherapeuten und fragt Sie nach einer Empfehlung. Wie sieht die Therapie aus, die Ihrem Anspruch in diesem Fall gerecht wird?

Im vorliegenden Praxisbuch ist es dem Autor gelungen, die relevanten Entwicklungen zu integrieren, wie sie aktuell von erfahrenen Verhaltenstherapeuten diskutiert werden. Bestimmten in der Vergangenheit noch fundamentale Wenden den Kurs der Verhaltenstherapie, so hat sich mittlerweile ein ständiger rekursiver Entwicklungsprozess eingespielt. Diese große integrative Kraft der Verhaltenstherapie nimmt Zarbock auf und lässt die Identität der Verhaltenstherapeuten der neuen Generation aufscheinen. Diese verstehen sich als methodensichere Symptombehandler und berücksichtigen dabei ausdrücklich systemisch-biografische Aspekte der Person. Patienten sind dann bereit sich zu ändern, wenn sie sich vom Therapeuten in ihrem So-Geworden-Sein verstanden fühlen und ihnen im Rahmen eines feinfühligem therapeutischen Beziehungsprozesses lernbare Verhaltensalternativen deutlich werden.

Ideal für Psychotherapeuten in Ausbildung, aber auch ein schönes Lesebuch für den Praktiker, der viele kleine Schätze heben kann, um für seine Praxis Anregungen und Hinweise zu bekommen, vielleicht auch für die Behandlung des guten Freundes eines Kollegen.

Bernd Ubben und Walter Ströhm

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung und Übersicht	15
	VT und biografisch-systemische Verhaltenstherapie (BSVT)	15
	Lerngeschichte, berufliches Umfeld und Motivation des Autors	16
	Ziele und Zielgruppen	17
	Gebrauchsanleitung für das Buch und Übersicht über die Kapitel	18
	Begriffsklärungen	22
	Danksagungen	23
2.	Grundfragen zur BSVT	27
2.1	Warum VT und was ist BSVT?	27
2.2	Was wir aus der Psychotherapieforschung für eine moderne VT lernen können	32
3.	Biografische Analyse: Wie wir wurden, was wir sind. Lebenserfahrungen und ihre Verarbeitung aus Sicht der BSVT	41
3.1	Anlage und Umwelt – ein Ergänzungsverhältnis	43
3.2	Die Grundbedürfnisse	46
3.2.1	Frustration von Grundbedürfnissen	51
3.2.2	Verarbeitung von Grundbedürfnisfrustrationen	56
3.3	Die kognitive Perspektive: Erwerb von Grundannahmen, Situationserwartungen und Plänen	63
3.3.1	Grundannahmen, Grundängste und Bewältigungspläne bei Persönlichkeitsstilen	66
3.3.2	Lebenserfahrungen bei der Herausbildung von akzentuierten Persönlichkeitsstilen oder Persönlichkeitsstörungen	70
3.4	Die Verhaltensperspektive: Entstehung von Verhaltensdefiziten und Verhaltensexzessen	73
3.5	Systemische Aspekte in der biografischen Analyse	75
3.6	Überblick über weitere psychologische Erklärungsstrukture zur Störungsentstehung	77

4.	Beziehung	81
4.1	Kooperative und schwierige Therapeut-Patient-Beziehungen	81
4.2	Die therapeutische Beziehung als Bindungserfahrung	83
4.3	Der interaktionelle Zirkel	87
4.4	Beziehungstests	89
4.5	Komplementäre Beziehungsgestaltung	93
4.6	Patientenspezifische Interaktionsziele bei Grundbedürfnisfrustrationen	95
4.7	Reparatur von Beziehungsbrüchen und Erkennen von Beziehungsstörungen	97
4.8	Selbstöffnung des Therapeuten	99
4.9	Therapeutenverstöße gegen die Berufsethik	100
4.10	Grenzüberschreitungen von Patienten	102
4.11	Therapeutische Beziehung als Begegnung	103
5.	Motivation	105
5.1	Motivationsarten und Widerstand	105
5.2	Motivation durch Information und Rolleninduktion	110
5.3	Dialektik von Status quo und Veränderung	111
5.4	Cheerleading	113
5.5	Validierung	113
5.6	Achtsamkeit	114
5.7	Reaktionspotenziale schaffen	114
5.8	Pacing und Leading	114
5.9	Den allerschlimmsten Fall ausmalen	115
5.10	Therapeutische und Lebensziele verknüpfen	115
5.11	Weg zu gehen versus Weg beim Gehen	116
5.12	Reaktanzvermeidung durch flexible Therapeutenrolle	116
5.13	Motivation durch dialektische Balance therapeutischer Angebote und Botschaften	117
6.	Das individuelle Störungsmodell	119
6.1	Die Mikroanalyse	119
6.2	Die Makroanalyse	127
6.2.1	Entstehungsbedingungen	128
6.2.1.1	Perspektive Grundbedürfnisfrustrationen und deren Bewältigung	128
6.2.1.2	Perspektive Temperamentsfaktoren	130
6.2.1.3	Perspektive der Emotionsentwicklung	130
6.2.1.4	Perspektive Grundannahmen, Situationserwartungen und Pläne	131
6.2.1.5	Perspektive Verhaltensdefizite	132
6.2.1.6	Perspektive der Systeme	132
6.2.2	Erstauftrittsbedingungen als Vulnerabilitäts-Belastungs-Interaktionen	133
6.2.3	Aufrechterhaltende Bedingungen	135
6.2.3.1	Fortwirkende Entstehungs- und Erstaufttrittsbedingungen	135

6.2.3.2	Störungsspezifische Teufelskreise	135
6.2.3.3	Interaktionelle Teufelskreise (Dysfunktionale Interaktionszirkel)	141
6.2.3.4	Funktionalität	143
6.2.3.5	Aktuelle Belastungen, Traumata oder Konflikte	146
6.2.3.6	Entwicklungsblockade oder Krankheitsverlust	147
6.3	Ressourcen und Aktiva	147
7.	Therapieziele	149
7.1	Zieltypen	149
7.2	Zielkonsens zwischen Patient und Therapeut	152
7.3	Aus dem Störungsmodell abgeleitete Ziele	154
7.4	Risikoanalyse von Zielen und Methoden (Schädigung und Nebenwirkung)	160
7.5	Prognose der zu erwartenden Zielerreichung	161
8.	Therapieplanung: Der Weg zu den Zielen	165
8.1	Begründungen zur Reihenfolge von Zielen	165
8.2	Direkte versus indirekte Zielerreichung	167
8.3	Adaptive Indikation: Patientenspezifische Vorgehensweisen, Therapiemethoden, Beziehungs- und Motivationsarbeit	168
8.4	Therapiephasen	172
8.5	Therapiedauer	175
8.6	Einsatz von Testverfahren zur Diagnostik, Verlaufs- und Erfolgskontrolle	177
8.7	Psychopharmaka und Therapieprozess (von Eckhard Roediger)	180
9.	Erstkontakt, probatorische Sitzungen und Antragsfahrplan	199
9.1	Die erste Stunde: Das Setting und der Erstkontakt mit dem Patienten	203
9.1.1	Telefonische Anmeldung und mögliche Eindrücke des Patienten	203
9.1.2	Praxisgestaltung und Berufskleidung	204
9.1.3	Gesprächseröffnungen (Aufwärmen)	206
9.1.4	Informative und explorative Gesprächsphase	208
9.1.5	Antragsfahrplan: Symptomatik	213
9.2	Die zweite Stunde	215
9.2.1	Ablauf der zweiten Stunde	215
9.2.2	Antragsfahrplan: Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese	219
9.2.3	Antragsfahrplan: Psychischer und psychopathologischer Befund	222
9.2.4	Antragsfahrplan: Somatischer Befund	229
9.3	Die dritte Stunde	230

9.3.1	Ablauf der dritten Stunde	230
9.3.2	Antragsfahrplan: Makroanalyse 1. Teil	231
9.4	Die vierte Stunde	232
9.4.1	Ablauf der vierten Stunde	232
9.4.2	Antragsfahrplan: 2. Teil der Makro- und die Mikroanalyse	233
9.5	Die fünfte Stunde	234
9.5.1	Ablauf der fünften Stunde	234
9.5.2	Antragsfahrplan: Therapieziele und Behandlungsplan	237

10. Therapiedurchführung, ad hoc-Heuristiken, schwierige Therapiesituationen 239

10.1	Leitlinien für ad hoc Heuristiken	241
10.2	Stundenstrukturierung	247
10.3	Therapieverlaufsstruktur: Die Dialektik von Ziel- versus Prozessorientierung ...	250
10.4	Umgang mit traumatischen Erfahrungen	252
10.4.1	Traumata und diagnostische Klassifikation (ICD-10-Kriterien)	254
10.4.2	Durch Traumata verletzte Grundannahmen	255
10.4.3	Drei Säulen der Arbeit mit traumatischen Erfahrungen	256
10.4.4	Indikation und Kontraindikation von Traumaarbeit	256
10.4.5	Psychoedukation bei Traumata	259
10.4.6	Anwendungshinweise und Beispiele	262
10.5	Suizidalität	265
10.6	Interaktionsprobleme und schwierige Therapiesituationen	269
10.7	Therapeutenprobleme	270
10.8	Therapiemisserfolge und Misserfolgsprophylaxe	274

11. Basistechniken 279

11.1	Validierungstechniken	282
11.2	Verbale und nonverbale Kommunikationsmuster	291
11.3	Psychoedukation	297
11.4	Mikroanalysen von Problemverhalten als Therapiewerkzeug	303
11.5	Vertikale Verhaltensanalyse (Plananalyse)	310
11.6	(Selbst-)Exposition	314
11.7	Aktivitätsaufbau	321
11.8.1	Soziales Kompetenztraining (SKT)	324
11.8.2	Soziale Interaktionsanalyse (SIA)	326
11.9	Rollenspiele mit interaktionellem, biografischem und internalem Fokus	330
11.10	Problemlösetraining	340
11.11	Kognitive Umstrukturierung: ABC-Modell, automatische Gedanken, Lebensthemenerzählung	342
11.12	Arbeit mit Grundannahmen	353
11.13	Entspannungstraining	359

11.14	Imaginative Verfahren	370
11.15	Emotionsregulation: Exkurs Sexualität, Emotionsedukation, emotionale Neuverarbeitung, Emotionstagebuch	385
11.16	Achtsamkeit	395
11.17	Akzeptanzstrategien	405
12.	Schlusswort	412
13.	Literatur	414
14.	Anhang	427
	1. Leitsymptomscreening nach ICD-10-Forschungskriterien	428
	2. Biografische Landkarte	431
	3. Fragebogen zur Verhaltensanalyse	432
	4. Ziele für Ihre VT	437
	5. Medikamentenliste	438
	6. Fragebogen Therapieverlaufszufriedenheit	439
	7. Fragebogen zur Therapieverlängerung	440
	8. Abschlussdokumentation	441
	9. Protokoll: Vertikale Verhaltensanalyse (Plananalyse)	443
	10. Expositionsprotokoll	444
	11. Aktivitätenprotokoll	445
	12. Protokoll: Soziale Interaktionsanalyse (SIA)	446
	13. ABC-Protokoll	448
	14. Tagesprotokoll negativer Gedanken	449
	15. Vorausschauendes Tagebuch	450
	16. Protokoll: Gefühlswahrnehmung	451
	17. Mikro-Verhaltensanalyse	452
15.	Stichwortverzeichnis	453

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	BSVT-Überblick	32
Abb. 2:	Naives Modell der Psychotherapie	33
Abb. 3:	Generic Model	35
Abb. 4:	Theorien und Konzepte in der Biografischen Analyse	43
Abb. 5:	Grundbedürfnismodell	47
Abb. 6:	Grundbedürfnisfrustration und Bewältigung	61
Abb. 7:	Bindungsstile Erwachsener	85
Abb. 8:	Der interaktionelle Zirkel	88
Abb. 9:	Pro und Contra von Veränderungen	112
Abb. 10:	CS-CR-R-C-Formel	121
Abb. 11:	BSVT-SORKC-Modell	123
Abb. 12:	Grafisches Zielmodell	152
Abb. 13:	Normalität und Pathologie	207
Abb. 14:	Traumabegriff	253
Abb. 15:	Traumaauswirkungen und Lebensbilanz	258
Abb. 16:	Vertikale Verhaltensanalyse (Plananalyse)	311
Abb. 17:	Expositions-Angst-Kurve	317
Abb. 18:	Wechselhafte Alltagsaufmerksamkeit	396
Abb. 19:	Aufmerksamkeit: bewusste Wahl des Fokus	397

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Biographische Risikofaktoren für die Entstehung psychischer und psychosomatischer Krankheiten	53
Tab. 2:	Emotionen und Grundbedürfnisfrustrationen	55
Tab. 3:	Beobachtungskriterien Therapeut-Patient-Beziehung	81
Tab. 4:	Erscheinungsformen von Widerstand	82
Tab. 5:	Widerstand als Informationsquelle	106
Tab. 6:	Checkliste zur Patienteninformation	111
Tab. 7:	Pole therapeutischer Angebote	118
Tab. 8:	Häufige Fehler bei der Mikroanalyse	126
Tab. 9:	Testverfahren	179
Tab. 10:	Wirkungen von unterschiedlichen Neurotransmitterspiegeln	184
Tab. 11:	Übersicht über die probatorischen Stunden	200
Tab. 12:	Übersicht über eine typische Stundenstruktur	247
Tab. 13:	Traumainterventionen	259
Tab. 14:	Emotionen und Beziehungsthemen	386

1. Einleitung und Übersicht

VT und biografisch-systemische Verhaltenstherapie (BSVT)

Verhaltenstherapie (VT) ist neben der Tiefenpsychologie und der Psychoanalyse eine der drei Richtungen der Psychotherapie, die in Deutschland als Kassenleistung in das Gesundheitssystem integriert sind. Gleichzeitig ist die Verhaltenstherapie wohl auch das Therapieverfahren mit der breitesten empirischen Fundierung. Es existieren viele Studien, die nachweisen, dass es der Mehrzahl von Patienten nach einer VT wirklich und nachhaltig besser geht (Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Darüber hinaus ist die Verhaltenstherapie durch wissenschaftliche Neugier und Lernfähigkeit gekennzeichnet, die es ihr ermöglicht, neue und für den Patienten hilfreiche wissenschaftliche Erkenntnisse auch zu übernehmen und in die Therapiepraxis umzusetzen. Nach einer sehr starken Betonung von beobachtbarem Verhalten als Ansatzpunkt therapeutischer Veränderung hat sich die VT in der sogenannten „kognitiven Wende“ den Gedanken und in der nun sich entwickelnden „emotionalen Wende“ den Emotionen geöffnet. Vielleicht wäre der Begriff „Ergänzung“ besser als der Begriff der „Wende“, da die alten und bewährten Kenntnisse und therapeutischen Vorgehensweisen bewahrt und um neue Strategien erweitert werden.

Durch die Offenheit für neue Entwicklungen unter Beibehaltung bewährter Erkenntnisse und die Bereitschaft, neue Ideen wissenschaftlich auf ihren tatsächlichen Nutzen für den Patienten hin zu überprüfen, ist die Verhaltenstherapie ein idealer Ausgangspunkt für die Entwicklung einer allgemeinen Psychotherapie.

Die in diesem Buch beschriebene biografisch-systemische Verhaltenstherapie (BSVT) versteht sich als Form einer VT der dritten Welle, d.h., einer VT, die Kognitionen und Emotionen zentral berücksichtigt und unter Beibehaltung verhaltenstherapeutischer Identität und Kernmerkmale auch untersucht, wo Berührungspunkte und Gemeinsamkeiten mit anderen Therapieschulen bestehen.

Aus all diesen Gründen entscheiden sich angehende Psychotherapeuten immer häufiger für eine Aus- oder Weiterbildung in Psychotherapie mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie.

Lerngeschichte, berufliches Umfeld und Motivation des Autors

Nach meiner Ausbildung in klinischer Verhaltenstherapie bei Günther Schröder in Hamburg habe ich mich noch ergänzend in Hypnotherapie nach Milton Erickson bei Manfred Prior und Ortwin Meiss, in Dialektisch-Behavioraler Therapie nach Marsha Linehan bei Martin Bohus und seinem AWP-Team und in Schematherapie nach Jeffrey Young bei Heinrich Berbak und Jeffrey Young fortgebildet. Alle diese Erfahrungen sind in meine Therapiepraxis und mein hier formuliertes Verständnis von VT eingeflossen.

Da ich selbst seit über zwanzig Jahren nicht nur als Verhaltenstherapeut, sondern auch in der Aus- und Weiterbildung von Verhaltenstherapeuten als Dozent und Supervisor tätig bin, ist es ein Hauptanliegen dieses Buches, die in diesem Rahmen gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse zusammenzufassen, zu systematisieren und zur Diskussion zu stellen. In der Arbeit als Dozent und Supervisor mit Ausbildungskandidaten unseres Institutes (IVAH, Institut für Verhaltenstherapie-Ausbildung Hamburg) habe ich immer wieder festgestellt, dass gerade am Anfang der Ausbildung bei fast allen Kandidaten eine große Überforderung durch den Umfang und die Komplexität der zu berücksichtigenden Faktoren bei der Planung und Durchführung einer VT besteht. Hier bot es sich an, einen „Reiseführer“ als Begleiter für die ersten Schritte der Therapeuten im Land der Psychotherapie zu konzipieren. Im Unterricht mit Psychologiestudenten an der Universität Hamburg wurde deutlich, dass ein Buch fehlt, das die Wirklichkeit praktischer Tätigkeit in der ambulanten Verhaltenstherapie abbildet und die Möglichkeit bietet, in die Praxis authentisch „hineinzuriechen“. Daneben war es auch ein Anliegen, die Weiterentwicklungen in den Grundlagen und die Fortschritte in der Anwendung von Verhaltenstherapie seit den letzten zehn Jahren (vgl. Zarbock, 1996a und b, 1997) darzustellen.

Ebenso konnte ich als Gutachter der Krankenkassen für VT durch die Bearbeitung von mehreren Tausend Verhaltenstherapieanträgen in den letzten Jahren einen intimen Einblick in die Schwierigkeiten, aber auch die Potenziale der ambulant und im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführten VT nehmen. Die Erfahrungen als Gutachter und die Erkenntnisse aus dem kollegialen Austausch mit anderen Gutachtern haben den Inhalt dieses Buches ebenfalls nachhaltig geprägt.

Weiterhin wichtig für die Ausformulierung meines Verständnisses von Psychotherapie war der Ansatz der systemisch-strategischen Verhaltenstherapie mit einer besonderen Betonung der Funktionalität von Symptomen (Hand, 1986, 2008). Die Arbeiten von Klaus Grawe (Grawe, Donati, & Bernauer, 1994, Grawe, 1998 und 2004) waren und sind für mich theoretisch wie praktisch eine Inspiration.

Eine besondere Anregung, die Kluft zwischen Praxis und Wissenschaft immer wieder zu überbrücken, habe ich durch gemeinsam mit Prof. Bernhard Dahme im Fachbereich Psychologie (Universität Hamburg) durchgeführte Seminare zur Psychotherapieevaluation und psychotherapeutischen Basiskompetenzen erhalten.

In der Systematisierung dieser Einflüsse, Erfahrungen und Erkenntnisse hat es sich als angemessen herausgestellt, **den hier vorgestellten Ansatz der VT genauer als biografisch-systemische Verhaltenstherapie (BSVT) zu kennzeichnen, um deutlich zu machen, dass die Lebensgeschichte und die aktuellen Lebenskontexte eines Patienten sowohl im Störungsverständnis wie auch in der Therapie eine zentrale Rolle spielen.** In dieser Auffassung von Verhaltenstherapie folgt die BSVT dem Auftrag der Psychotherapie-Richtlinien, die die Zulassung von Therapieverfahren zur gesetzlichen Krankenversicherung regeln und fordern: "Die Behandlung seelischer Krankheiten im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien setzt voraus, dass das Krankheitsgeschehen als ein ursächlich bestimmter Prozess verstanden wird. Das Krankheitsgeschehen wird durch gegenwärtig wirksame Faktoren und durch lebensgeschichtliche Prägungen determiniert." (Rüger, Dahm & Kallinke, 2005, S. 15).

Das vorliegende Buch ist also Ergebnis eines Dialogs, besser eines Multilog zwischen erfahrenen Therapeuten untereinander, zwischen Experten und angehenden Therapeuten, zwischen Supervisoren und Supervisanden, zwischen Lehrtherapeuten und Teilnehmern sowie zwischen Dozenten und Studenten der Psychologie. Und natürlich in zentraler Weise auch zwischen Patienten und Therapeuten, wobei das Wohlergehen der Patienten die Elle ist, an der sich alle therapeutischen Vorgehensweisen und Ideen letztlich messen lassen müssen.

Ziele und Zielgruppen

Wie oben bereits ausgeführt, sollte ein Buch entstehen, das Aus- und Weiterbildungstherapeuten bei den ersten eigenen Patientenbehandlungen begleiten kann und sowohl Hilfen zur Diagnostik und zur Fallkonzeptualisierung als auch zur konkreten Therapiedurchführung sowie bei Problemsituationen im Therapieverlauf gibt. Selbstverständlich können auch Studenten der Psychologie und Medizin einen ersten Einblick in die Komplexität des Psychotherapiegeschehens erhalten und überprüfen, ob und wie ein aus und an der konkreten ambulanten Praxis entwickeltes Konzept von Psychotherapie das Lehrbuchwissen in klinischer Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie ergänzen kann. Erfahrene Psychotherapeuten können ihr eigenes Vorgehen mit dem hier Dargestellten vergleichen und im Sinne einer reflektierten Praxis ihre eigenen im- oder expliziten Konzepte und Routinen überdenken. Ein Anliegen war es dabei, psychotherapeutische Probleme in störungsübergreifender Form vorzustellen, auch

wenn störungsspezifische Aspekte oft erwähnt werden. Insofern fehlen auch meist die üblichen Erörterungen zur ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 1994) und DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) Diagnostik, zu spezifischen Störungsursachen und zur Auftrittshäufigkeit der Störungen (Epidemiologie). Störungsspezifisches Wissen wird in hervorragender Weise in der Reihe „Fortschritte der klinischen Psychologie“ (herausgegeben von D. Schulte, K. Grawe, K. Hahlweg und D. Vaitl) zur Verfügung gestellt. Ausführliches psychopharmakologisches Wissen unter Berücksichtigung psychotherapeutischer Aspekte findet sich bei Benkert, Hautzinger und Graf-Morgenstern (2008). Die Einbettung der VT in die klinische Psychologie wird z. B. bei Wittchen und Hoyer (2007) geleistet. Als schon klassisches Lehrbuch der VT kann man inzwischen Margraf (2000), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, bezeichnen. Zur Vorbereitung auf die Approbationsprüfung für Psychologische Psychotherapeuten eignen sich besonders das Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 3. Verhaltenstherapie, von Leibing, Hiller und Sulz (2005) und die Bücher von Rettenbach (2007 a und b).

Gebrauchsanleitung für das Buch und Übersicht über die weiteren Kapitel

Aus Sicht des Autors handelt es sich bei diesem Buch um ein **Werk- und Arbeitsbuch zur Praxisbegleitung**, das wohl kaum in einem Stück gelesen werden kann und sollte. Wie ein Kochbuch oder auch einen Reiseführer kann man es anfangs zur Orientierung durchblättern und in interessierende Kapitel hineinlesen. Im Anschluss kann man dann unter speziellen Fragestellungen und bei Bedarf nachschlagen oder einzelne Kapitel nochmals durcharbeiten. Ein ausführliches Stichwortverzeichnis soll den Gebrauch als Praxisbegleiter erleichtern.

Das Buch ist so aufgebaut ist, dass es sich sowohl an Berufsanfänger wie auch an Experten richtet, und auch kapitelweise gelesen werden kann. Daher lassen sich gelegentliche Wiederholungen nicht immer vermeiden.

Man kann aber mit einiger Vorerfahrung in Psychotherapie bei jedem Kapitel einsteigen. Zum besseren Verständnis des **Ansatzes der BSVT** sollte aber jeder Leser vorab Kapitel 2 zur Kenntnis nehmen.

In dem Ansatz der BSVT bewegt sich die Therapie zwischen den Polen der **Arbeit am Symptom** und der **Arbeit am (systemischen und biografischen) Hintergrund**.

Basis des Störungsverständnisses wie auch der Therapieplanung ist immer eine **individualisierte Verhaltensanalyse**.

Die **Beziehungsarbeit** als Analyse und Arbeit an und in der therapeutischen Beziehung begleitet die gesamte Therapie. Da die Veränderungsbereitschaft des Patienten nicht als selbstverständlich vorausge-

setzt wird, gilt Gleiches für die verschiedenen Arten der Motivation in der Therapie: Auch die **Motivationsarbeit** als Analyse und Arbeit an den verschiedenen Motivationstypen (Therapiemotivation, Änderungsmotivation, Beziehungsmotivation, Methodenmotivation) ist eine Therapie begleitende Aufgabe (vgl. a. Hand, 1986).

Nach einer Darstellung möglicher biografischer Störungsbedingungen (Kapitel biografische Analyse), ist daher der therapeutischen Beziehung und der Motivation ein eigenes Kapitel gewidmet. Die nächsten Kapitel beschreiben dann, wie die BSVT ein individuelles Störungsmodell erstellt und daraus Therapieziele und Therapieplanung abgeleitet werden. Konkretisiert wird das diagnostisch-therapeutische Vorgehen dann durch eine Ablaufbeschreibung der ersten probatorischen Stunden und Hinweise zur Therapiedurchführung in den Kapiteln 9 und 10. Im Kapitel 11 über Basistechniken wird konkretes Werkzeug zur Therapiegestaltung angeboten.

Um Begriffe in ihrem vielfältigen Praxisbezug zu veranschaulichen, werden oft mehrere Beispiele angeführt. Ein ausführliches Fallbeispiel (Frau C.) wird den Leser über die Kapitel 6 bis 8 hinweg begleiten.

Die Kapitel im Einzelnen:

Kapitel 2 umreißt das Konzept einer biografisch und systemisch orientierten Verhaltenstherapie im Lichte der Psychotherapieforschung und bestimmt das Verhältnis der BSVT zu störungsspezifischen Ansätzen.

Kapitel 3 stellt die Biografische Analyse dar. In ihr werden störungsrelevante und die Person prägende Lebenserfahrungen und deren Bewältigung erarbeitet. Basis ist hierbei ein Bedürfnisfrustrations-Modell mit der Betonung von Bindung, Emotionen und Grundannahmen sowie der Ausformung von Bewältigungsstilen. Dieses Kapitel begründet ein Kernstück der BSVT und wird daher dem Leser empfohlen, der sich in das Konzept der BSVT näher einarbeiten möchte.

Kapitel 4 beschreibt die therapeutische Beziehung als Eckfeiler jeder gelingenden Therapie. Strategien zur Analyse und Modifikation von Beziehungsproblemen werden vorgestellt.

Kapitel 5 verdeutlicht, dass die Motivation zur Therapie und darüber hinaus noch zur Änderung nicht selbstverständlich beim Patienten vorausgesetzt werden können. Strategien zur Überwindung von Motivationsblockaden werden dargestellt.

Kapitel 6 ist der Erstellung eines individualisierten Störungsmodells gewidmet, das Basis der Therapieplanung ist. Hierbei werden Entstehungs-, Erstaufttritts- und aufrechterhaltende Bedingungen der Stö-

rung unterschieden. Zu den einzelnen Bedingungstypen werden hilfreiche Begriffe und Heuristiken vorgestellt und anhand von Fallbeispielen illustriert. Kapitel 6, 7 und 8 (individuelles Störungsmodell, Therapieziele und Therapieplanung) handeln die Themen aus didaktischen Gründen eines vertieften Verständnisses umfangreicher und detaillierter ab, als es nachher für die Erstellung eines tatsächlichen Therapieantrages im Gutachterverfahren notwendig ist. Die dargestellten Gesichtspunkte verstehen sich aber auch als Materialsammlung oder Menü, aus dem sich der Leser die für den jeweiligen Patienten hilfreichen Punkte herausuchen kann. Manche Aspekte sind vielleicht auch bei der Antragerstellung und zu Therapiebeginn nicht bedeutsam, können aber im weiteren Therapieverlauf, besonders bei Schwierigkeiten, als Heuristik zur Fehler- oder Problemsuche dienen.

Kapitel 7 definiert übergeordnete und generelle Ziele jeder VT und untersucht dann, wie spezifische Therapieziele aus dem Störungsmodell abgeleitet werden können. Es wird gezeigt, wie die Ziele des Patienten und Ziele des Therapeuten integriert werden können. In diesem Rahmen werden Ziele am Symptom und Ziele am System (Störungshintergrund) unterschieden. Auch wird zwischen Aufbau-, Abbau- und Akzeptanzzielen unterschieden.

Kapitel 8 zeigt, wie der Therapieplan als Wegweiser zu den Zielen konzipiert werden kann. Entscheidungshilfen für die Therapieplanung im Spannungsfeld von störungsspezifischer Symptomtherapie und individuumszentrierter Hintergrundarbeit (Systemtherapie) werden diskutiert. Erkenntnisse zur adaptiven Indikation liefern weitere Planungsgesichtspunkte: welche konkrete Methode wie präsentiert wird und welcher generelle therapeutische Interaktionsstil für welchen Patienten angemessen ist. Die Berücksichtigung der unterschiedlichen Therapiephasen im Therapieplan wird dargestellt. Weiterhin wird der Einsatz von Testverfahren zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle beschrieben sowie Überlegungen zur Gestaltung der Therapiebeendigung und der Rückfallprophylaxe werden dargelegt.

Die Wirkungsweise von Psychopharmaka wird einführend beschrieben und ihr Einsatz im Rahmen der VT erörtert. Dieses Unterkapitel wurde von Dr. med. Eckhard Roediger, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Neurologie und Psychiatrie geschrieben.

Kapitel 9 gibt Hinweise zur Gestaltung und Strukturierung des Erstgesprächs und der probatorischen Sitzungen mit dem Patienten. Gleichzeitig wird ein „Antragsfahrplan“ vorgestellt, mit dem der Bericht an den Gutachter im Gutachterverfahren, das in der ambulanten kassenpsychotherapeutischen Versorgung Voraussetzung für die Bezahlung der Therapie durch die Krankenkasse ist, schon während der Durchführung der Probatorik sukzessive und damit zeitsparend erstellt werden kann. Dieses Kapitel veranschaulicht den Zeitablauf

der ersten fünf Stunden und wendet sich vor allem an den beginnenden Therapeuten, der noch für ihn passende Routinen entwickeln muss.

Kapitel 10 beschäftigt sich mit den Problemen der konkreten Therapiedurchführung, mit dem „Walking the Talk“. Besonders werden auch vorkommende Krisen (Suizidalität), Umgang mit traumatischen Erfahrungen, schwierige Therapiesituationen, Probleme des Therapeuten in seiner Rolle und auch Gründe für Therapiemisserfolge besprochen. Dieses Kapitel enthält die Erkenntnisse aus langjähriger praktischer Therapieerfahrung sowie einen Umsetzungsvorschlag der Praxisempfehlungen Grawes (2004). Aufgrund der Darstellung von typischen Behandlungsproblemen, schwierigen Therapiesituationen und Therapiemisserfolgen kann dieses Kapitel auch für erfahrene Kollegen Interessantes enthalten.

Kapitel 11 gibt Hinweise zu therapeutischen Basistechniken, die im Sinne einer multimodalen VT auf den Ebenen des Verhaltens, der Kognitionen, der Emotionen wie auch der Körperlichkeit (Physiologie) ansetzen. Als Basis jeder ambulanten VT werden die Validierung des Patienten und die Nutzung verbaler und non-verbaler Kommunikationsmuster herausgestellt. Die Bedeutung einer gekonnten Psychoedukation (Aufklärung des Patienten über seine Störung, mögliche Ursachen und Behandlungswege) als Basis des weiteren Vorgehens und als eine vertrauensbildende Maßnahme wird unterstrichen und an Beispielen veranschaulicht. Die therapiebegleitende Arbeit mit Mikroanalysen wird vorgestellt und illustriert. Das Konzept der vertikalen Verhaltensanalyse hilft dann, „verborgene“, aber verhaltenssteuernde Motive des Patienten transparent zu machen. Neben den klassischen Interventionen der Verhaltenstherapie (z. B. Exposition, Aktivitätsaufbau) und der kognitiven Umstrukturierung werden auch neuere Entwicklungen und Ansätze in der VT wie die Soziale Interaktionsanalyse, Konflikt klärende Rollenspiele mit „inneren Stimmen“, Emotionsregulation sowie Achtsamkeitsübungen und Akzeptanzstrategien in ihrer praktischen Anwendung dargestellt und beschrieben. In das 11. Kapitel kann man sich auch unabhängig vom Rest des Buches hereinlesen, um die Darstellungen und mitgeteilten Erfahrungen in Bezug auf therapeutische Basistechniken mit den eigenen Erfahrungen und Auffassungen zu vergleichen. Für den Berufsanfänger bietet das Kapitel sowohl einen ersten Überblick über die Techniken wie auch konkrete Anwendungshilfen und Beispiele für die Umsetzung in der eigenen Therapiepraxis.

Im **Anhang** sind für die Therapiepraxis hilfreiche Protokollblätter als Kopiervorlagen beigelegt.

Begriffsklärungen

In dem Buch spreche ich von **Therapeut** und **Patient** meist in der männlichen Form. Angemessener wäre es tatsächlich, von der Therapeutin und der Patientin zu sprechen, da zumindest bei Psychologischen Psychotherapeuten die Mehrzahl der Therapeuten wie auch der Patienten weiblich ist. Da ich aber selbst ein Mann bin, habe ich (noch) nicht der Realität Tribut gezollt, sondern bin aus Gründen besserer Lesbarkeit bei der herkömmlichen Sprachgewohnheit geblieben, die männliche Form zu verwenden. Hierfür bitte ich alle Leserinnen und Leser um Verständnis.

Die Begriffe **Symptom** und **Störung** werden im Text nicht immer ganz klar voneinander unterschieden, z. B. wenn als Ziel einer Therapie benannt wird, bestimmte Symptome wie Angstreaktionen oder Vermeidungsverhalten zu reduzieren. Man könnte auch formulieren, dass die Angststörung (z. B. Agoraphobie) gebessert werden soll. Die Benennung einzelner Symptome macht jedoch deutlicher, was genau verändert werden soll.

Der Begriff der **Störung** hat in den Diagnosesystemen DSM-IV (American Psychiatric Association (APA), 1994) und der ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation (WHO), 1994) den Begriff der Neurose oder Psychose weitgehend abgelöst. Insbesondere der Begriff der Neurose („Nervenkrankheit ohne anatomisch-pathologischen Befund“) wurde als potentiell diskriminierend empfunden und war oft mit (psychoanalytischen) Ursachetheorien belastet. Der amerikanische DSM-IV und der internationale, auch in Deutschland gültige ICD-10 bemühen sich daher darum, häufig gemeinsam vorkommende **psychische Beschwerden (typische Muster von Symptomen) mit ähnlichem Schweregrad, Erscheinungs- und Verlaufsbild** zusammenzufassen, ohne dass dabei schon regelhaft Annahmen über mögliche Ursachen gemacht werden. Hierbei wird versucht, sich weitgehend auf durch Fragen oder Beobachtung erfassbare Symptome zu beschränken (Wittchen, 2006).

Bekannte Störungen sind dann z. B. Depressive Störungen, Panikstörung, Agoraphobie, Soziale Phobie, Zwangsstörungen, Schizophrenie und Manie. Diese Störungen können dann anhand von Schweregraden oder dem Vorliegen oder der Abwesenheit von Symptomen wiederum noch weiter untergliedert werden.

Als **Symptom** kann dann eine subjektive Beschwerde (z. B. Gefühl der Sinnlosigkeit, Angst) oder ein objektiv beobachtbares Krankheitszeichen (z. B. matte und leise Stimme, schlaffer Körpertonus) bezeichnet werden. Einzelne Symptome (z. B. Angstgefühle, Schuldvorwürfe) können bei unterschiedlichen Störungen vorkommen. Erst ein zeitlich relativ stabiles Muster von Symptomen mit einem gewissen Schweregrad rechtfertigt es, von einer bestimmten Störung zu sprechen.

Gerade die Kenntnis der Zuordnung von Symptomen zu Störungen ist sehr wichtig, da der Laie oft einzelne Symptome in ihrer Krankheitswertigkeit über- („total verrückt“) oder unterschätzt („kennt doch jeder“).

Wenn von **unbewussten Prozessen** die Rede ist, ist gemeint, dass diese Vorgänge **automatisch** und ohne Beteiligung des Bewusstseins und ohne Selbsterkenntnis oder Gewahrsein **ablaufen**. Das Konzept des **tiefenpsychologischen Unbewussten** im Sinne von verdrängten Bewusstseinsinhalten ist also **nicht gemeint**.

Danksagungen für Mithilfe und Unterstützung bei diesem Buch

Mein befreundeter ärztlicher Kollege Dr. med. Eckhard Roediger erklärte sich trotz erheblicher eigener Arbeitsbelastung und eigener Buchprojekte spontan bereit, ein Kapitel über Psychopharmakologie und Psychotherapie beizusteuern und dieses Kapitel auch besonders an dem Ziel des Buches, Praxishinweise für Psychotherapeuten zu geben, zu orientierten.

Das stetige Bemühen um eine Verbesserung unserer Ausbildungskonzepte im Ausbildungsausschuss des Instituts für Verhaltenstherapie-Ausbildung Hamburg (IVAH) hat auch erheblich zu diesem Buch beigetragen. Den Mitgliedern des Ausbildungsausschusses (in alphabetischer Reihenfolge) Prof. Dr. phil. Bernhard Dahme, DP Dr. phil. Martina Fischer-Klepsch, DP Brigitte Matz-Knocke, DP Dr. phil. Nicole Münchau und DP Dr. phil. Angélique Mundt daher großen Dank für dieses anregende Umfeld.

Meine Mitarbeiterin Frau Angelika Raiber tippte außerhalb ihrer Kernarbeitszeit den Erstentwurf dieses Buches inklusive der Tabellen und ermöglichte so eine zügige Umsetzung der ersten Buchidee. Meine Mitarbeiterin Frau Claudia Gätke setzte schnell Änderungsvorschläge, Korrekturen und Ergänzungen um und erstellte Grafiken und Tabellen. Mein Diplomand cand. psych. Benjamin Frank war für einige Kapitel kritischer Diskussionspartner und sah besonders die Kapitel 3 und 9 auf Verständlichkeit durch. Herr cand. psych. Marko Drews erstellte die Tabelle über die Testverfahren. Herr Dipl.-Psych. Axel Ammann kontrollierte und korrigierte das Literaturverzeichnis. Folgende Kollegen (in alphabetischer Reihenfolge) machten sich die Mühe, eine Erstfassung des Manuskriptes zu lesen und kritisch zu kommentieren:

Frau DP Dr. phil. Susanne Fricke steuerte zahlreiche Anregungen und schriftlich formulierte Verbesserungsvorschläge für alle Kapitel des Buches bei und war die tragende Säule des peer-review und hat somit das Buch mitgestaltet. Besonders Kapitel 2 und 3 verdanken ihr eine verbesserte Lesbarkeit und Gliederung. Weiterhin machte sie

viele Formulierungsvorschläge für leserfreundliche Überleitungen und didaktische Ergänzungen, die ich immer und dankbar übernommen habe. Weiterhin wies sie mich darauf hin, dass durch mehr Abbildungen und Tabellen das Buch an Verständlichkeit und Wert gewinnen würde. Dieser Anregung bin ich gerne gefolgt. Schlussendlich unterzog sie sich noch der großen Mühe, die letzte Fassung des Buches Korrektur zu lesen. Ihr verdanke ich als Autor den Ansporn, auch im Endspurt der Fertigstellung des Textes in dem Bemühen um Qualität nicht nachzulassen.

Frau DP Brigitte Matz-Knocke las Kapitel 7 und 9 und schlug Verbesserungen aus Sicht der Ambulanzleiterin und Supervisorin vor.

Frau DP Dr. phil. Nicole Münchau las das Kapitel über Beziehungen, gab viele Anregungen und erlaubte mir, ihr Unterrichtsmaterial zum Thema Widerstand in der VT zu benutzen und in den Text zu integrieren. Da das Thema Widerstand bis dahin nicht explizit berücksichtigt war, bin ich für diese hilfreiche Ergänzung sehr dankbar, da das Buch dadurch um Wichtiges ergänzt wurde.

Frau DP Dr. phil. Angélique Mundt las die meisten Kapitel des Buches und machte Korrekturvorschläge für Schwerverständliches und bei Fehlern in der Gedankenführung. Insbesondere die Beiträge über Exposition, Soziales Kompetenztraining und Aktivitätsaufbau verdanken ihr hilfreiche Ergänzungen.

Frau DP Isabel Schulze zur Wiesch las das Buch aus der Sicht einer Ausbildungskandidatin und machte entsprechende Ergänzungsvorschläge.

Ein besonderer Dank gilt dem Verleger Wolfgang Pabst, der auf meine telefonische Anfrage „Ich suche einen Verlag für mein Buch“ sofort antwortete, „Sie suchen keinen Verlag mehr, Sie haben ihn bereits gefunden“. So motiviert, war die Erstellung der Endfassung des Buches nicht mehr schwer.

Frau Claudia Döring danke ich für die gute Bearbeitung des Manuskriptes.

Meiner Frau Dr. rer. pol. Nicole Fabisch möchte ich nicht nur für die Anregung danken, dieses Buch in Angriff zu nehmen, sondern auch für ihr Verständnis, wenn sie auf mich auch nach Praxisfeierabend verzichten musste, da die Abendstunden (nach meinem Spiel- und Wickeleinsatz für unsere Tochter Tara) nicht ihr, sondern dem PC und der Arbeit am Buch gehörten. Weiterhin opferte sie großzügig ihre wenige Freizeit, um eine erste Manuskriptfassung Korrektur zu lesen.

Ohne die bereits vorne erwähnten Lehrer und Lehrerinnen in klinischer Psychologie und Psychotherapie wäre dieses Buch nicht zu Stande gekommen. Ihr Wissen und ihr Engagement für unser Fach waren und sind sowohl Begleitung wie Ansporn.

Wissen erwirbt man sich am einfachsten dadurch, dass man es mit anderen diskutiert. In diesem Sinne verdanke ich meinen Studenten, Ausbildungskandidaten, Supervisanden und Kollegen sehr viel. Und ohne die Patienten mit ihrem Vertrauensvorschuss und der Bereitschaft, gemeinsam mit mir einen therapeutischen Weg zu finden, wäre das Buch natürlich ohne Grundlage und ungeschrieben geblieben.

Allen erwähnten Personen verdanke ich als Autor ermutigende und wertvolle Unterstützung. Das Buch verdankt ihnen seine Grundlage oder eine verbesserte Lesbarkeit und inhaltliche Stimmigkeit. Natürlich trage ich für alle dennoch verbleibenden Unschärfen, Lesbarkeitshindernisse, Wiederholungen und Fehler selbst die Verantwortung.

2. Grundfragen zur BSVT

2.1 Warum Verhaltenstherapie und was ist BSVT?

Im Folgenden soll die Verhaltenstherapie kurz in den Stammbaum der Psychotherapie eingeordnet werden. Weiterhin wird herausgestellt, wodurch sich die Verhaltenstherapie im Vergleich mit den anderen Therapieschulen unterscheidet. Dann wird kurz dargestellt, was man unter einem biografisch-systemischen Ansatz in der VT verstehen kann, warum ein solcher Ansatz zielführend ist und eine Antwort auf die Probleme in der Versorgungspraxis (Komorbidität, störungsbegleitende psychosoziale Krisen und Konflikte) darstellen kann.

Verhaltenstherapie ist eine Form der Psychotherapie und quasi die jüngere Schwester der Psychoanalyse. Die Psychoanalyse betonte verborgene Konflikte und legte dem psychischen Geschehen anfangs ein physikalisch-energetisches Triebmodell zugrunde. Die klassische Verhaltenstherapie unterstrich, oft in absichtlicher Abgrenzung, das beobachtbare Verhalten und die Anwendung wissenschaftlich beweisbarer psychologischer Gesetze zur Erklärung und Veränderung psychischer Störungen. Der VT wurde von Anfang an vorgeworfen, dass sie die Gedanken und Gefühle des Menschen zu wenig berücksichtige, sondern sich auf eine Verhaltensformung in der Nähe der Dressur beschränken würde. Diese Kritik war natürlich überzogen und übersah das Hauptanliegen der VT, nämlich für Patient und Therapeut auch auf der Verhaltensebene deutliche Veränderungen des Leidens zu erzielen. Therapie sollte konkret verändern und es nicht nur bei einer Erkenntnis über mögliche Störungsursachen belassen. Dennoch gab es ein „Unbehagen in der VT“, da auch viele Verhaltenstherapeuten eine Beschränkung auf das Verhalten für zu kurz gegriffen hielten. Da die Therapeuten selbst denkende und fühlende Menschen waren, konnten sie sich nicht mit einem Konzept einverstanden erklären, das innerseelische Prozesse für (wissenschaftlich) unerkennbar erklärt und daher für die Therapie als unbedeutsam abqualifiziert. Dieses „black box“-Modell des Menschen („nur äußeres Verhalten ist wissenschaftlich beobachtbar“) wurde im Lauf der weiteren Entwicklung der VT dann durch kognitive (Margraf, 2000) und emotionale Ansätze (Lammers, 2007) erweitert. Die Biografie des Patienten und ihre subjektive Bedeutung wurde und wird jedoch trotz der kognitiven und emotionalen Wende bei der Therapiekonzeption und -durchführung in der VT oft noch nicht hinreichend berücksichtigt.

Geht man von den tatsächlich ausgeübten Behandlungstechniken aus, haben sowohl Verhaltenstherapie wie auch Psychoanalyse ihre Vorläufer in der Hypnose- und Suggestivtherapie des 19. Jahrhunderts, die im Rahmen einer autoritätsgeprägten Beziehung sowohl Übungen, Vorstellungskorrekturen als auch „psychische Abreaktionen“ anbot (Schröder, 2007). Will man den Kontext noch weiter fassen und definiert man Psychotherapie als Versuch, seelische und körperliche Störung mit Methoden verbaler und nonverbaler Kommunikation zu beeinflussen, dann kann man ohne Probleme die Wurzel der Psychotherapie bis in die Anfänge der Menschheitsentwicklung zurückverfolgen. Der erste Psychotherapeut war der Schamane oder Medizinheld. Die Aufgabe des Schamanen war es, nicht nur Glück für die Jagd zu erwirken und Schaden vom Stamm abzuwenden, sondern auch, bei körperlichen, seelischen und sozialen Störungen heilend einzugreifen. Bei heute noch naturnahen Völkern lässt sich das Wirken des Schamanen in diesen Bereichen noch beobachten. Viele Ethnologen haben hier beeindruckende und auch durch die westliche Medizin bestätigte Heilungserfolge beschreiben können (Eliade, 2001, Schmidbauer, 1973, Frank & Frank, 1991).

Man kann im Sinne von Frank und Frank (1991) vermuten, dass alle Heilungsversuche durch Kommunikation Folgendes teilen:

1. Eine Klassifikation und Benennung der Störung.
2. Eine Zuschreibung von Ursachen.
3. Eine aus der Ursachenzuschreibung abgeleitete Therapie.
4. Durchführung dieser Therapie, wobei sich am Erfolg der Störungsbeseitigung zeigen muss, ob die Ursachen hinreichend erkannt, behoben bzw. aufgelöst werden konnten.
5. Bei Misserfolgen der Heilung erfolgt meist die Erklärung, dass die Ursachen nicht hinreichend beseitigt werden konnten, wobei aber das Ursachenmodell in der Regel nicht in Frage gestellt wird.

Aus meiner Sicht macht diese Beschreibung sehr deutlich, wo die Gemeinsamkeiten aller psychotherapeutischen Schulen liegen, die in der Regel dem oben genannten Muster folgen. Und es spricht einiges dafür, dass, wenn Therapeut und Patient gemeinsam an die Benennung der Störung, die Ursachenzuschreibung und den vorgeschlagenen Weg der Therapie glauben („bona fide“), auch positive Ergebnisse im Sinne einer Besserung der Störung zu erwarten sind und dies weitgehend unabhängig von der konkreten inhaltlichen Ausformulierung der Störungs- und Therapielehre der jeweiligen Schule. Für die wissenschaftliche Psychotherapieforschung und vor allem auch für die stark verhaltenstherapeutisch orientierte klinische Psychologie ist eine solche Behauptung der gleichen Wirksamkeit in allen Therapieschulen aufgrund der formalen Struktur (Setting, Beziehung, Heilungserwartung) und unabhängig von dem jeweiligen therapeutischen Inhalt natürlich eine große Herausforderung. Mit den Mitteln der sogenannten Metaanalyse haben verschiedene Autoren

versucht, alle Befunde zur Wirksamkeit von verschiedenen Therapien zusammenzufassen und auszuwerten. Besonders bekannt ist hier die große Metaanalyse von Klaus Grawe und Mitarbeitern (Grawe, Donati, Bernauer, 1994), die bei vielen Störungsbildern eine leichte bis deutliche Überlegenheit der Verhaltenstherapie im Vergleich zu psychodynamischen und humanistischen Verfahren belegen konnte. Dieses Ergebnis ist nicht unwidersprochen geblieben und andere Metaanalysen (z.B. Smith al., 1980, Wampold et al., 1997) kamen zu dem Ergebnis, dass sich bis auf minimale und therapeutisch unbedeutende Unterschiede keine Differenzen in der Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer, psychodynamischer und humanistischer Verfahren bei verschiedenen Störungsbildern finden lassen. Provozierend wird dieses auch in Anlehnung an den Roman „Alice im Wunderland“ von Louis Carroll als Dodo-Bird-Verdict bezeichnet: „Alle haben gewonnen, und alle müssen einen Preis haben.“

Welche Argumente sprechen nun trotz ungeklärter Überlegenheitsansprüche der einzelnen Therapieschulen dafür, sich als werdender Therapeut oder auch als Patient für eine Verhaltenstherapie zu entscheiden? Da die Verhaltenstherapie viele Quellen hat und nicht von einem charismatischen Gründervater oder einer Gründermutter ins Leben gerufen wurde, fällt es der Verhaltenstherapie leichter, selbstkritisch neue Erkenntnisse aufzunehmen und im Sinne des Patienten neue ergänzende Behandlungsstrategien zu formulieren, da keine ewigen psychotherapeutischen Wahrheiten oder idealisierte Gründungsväter oder -mütter zu verteidigen sind. Auch sorgt die Nähe zur Wissenschaft Psychologie für eine stetige kreative Unruhe in der VT, da ihre Konzepte und Vorgehensweisen immer wieder im Lichte neuer wissenschaftlicher Befunde und Erkenntnisfortschritte diskutiert werden. Darüber hinaus ist das Grundmodell der VT, dass psychische und psychosomatische Störungen unter bestimmten **Bedingungen gelernt**, aber auch unter anderen, heilsamen Bedingungen wieder **verlernt** werden können, eine **gute Basis** für ein **integratives Modell**. Da der Begriff der Bedingung wenig festgelegt und recht allgemein formuliert ist, kann eine Konkretisierung der Entstehungs- und „Heilungs-“ Bedingungen von psychischen Störungen immer in Hinsicht auf neue Erkenntnisse, Befunde und Entwicklungen erfolgen.

Darüber hinaus ist mit dem **Prozess des Lernens** ein fundamentaler Prozess der Lebensbewältigung angesprochen. Es liegt sehr nahe, dass eben nicht nur die jeweilige Muttersprache, die Umgangsformen, Tischsitten und die persönlichen, gesellschaftlichen und religiösen Wertvorstellungen gelernt werden, sondern eben auch psychische und psychosomatische Störungen. Genauso wie der Begriff der Bedingung ist auch der Begriff des Lernens für neue Erfahrungen und Erkenntnisse prinzipiell offen, da die genauen Mechanismen des Lernens und Verlernens mit zunehmender wissenschaftlicher Erkenntnis immer genauer und differenzierter bestimmt werden können.

Da sich die Verhaltenstherapie aus der empirisch-wissenschaftlichen Grundhaltung des Behaviorismus entwickelt hat, ist sie auch durch eine klare Zielorientierung, ein empirisches Vorgehen („Einzelfallexperiment“) und durch eine Betonung der Wichtigkeit des wirklich beobachtbaren Verhaltens gekennzeichnet. Dies bedeutet, dass bei konkreten Problemen auch konkret für den Patienten und seine Umwelt beobachtbare Verhaltensverbesserungen „trainiert“ werden können, oder dass das Ergebnis emotionaler oder kognitiver Therapieangebote auch zu tatsächlichen Verhaltensänderungen führen soll. Darüber hinaus ist die Verhaltenstherapie auch durch eine gleichberechtigte Informationsoffenheit gekennzeichnet, da der Therapeut dem Patienten das Störungs- und Therapiemodell und die ihm zugrunde liegenden Hypothesen und Befunde offen darstellt. So können Patient und Therapeut als Partner einen gemeinsamen Weg beschreiten.

In der VT, zumindest wie sie in aktuellen Lehrbüchern repräsentiert ist (Flor, 2007, Hautzinger, 2007, Margraf, 2000, Reinecker, 1999), wird die Biografie bisher kaum und wenn nur als „Lerngeschichte“ von konditionierten Reaktionen berücksichtigt. Da wir in einer Verhaltenstherapie als Form der Psychotherapie nicht Diagnosen, sondern Personen behandeln, ist es unverzichtbar, die Person, die die Störung hat, auch näher in ihrer Gewordenheit kennenzulernen. Daher ergänzt der Ansatz der BSVT das bisherige Vorgehen in der VT um eine zentrale Berücksichtigung der biografischen Perspektive und der Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Patient im therapeutischen Prozess. Die Lebensgeschichte des Patienten und ihre Verarbeitung (Kapitel 3) stellt in der BSVT somit nicht nur für die Diagnostik, sondern auch für die Gestaltung der Therapieplanung und einzelner Therapieinterventionen eine wichtige Grundlage dar. Eine biografische Orientierung in der Verhaltenstherapie bietet nicht nur Antworten auf die Fragen des Patienten, wie es dazu kam, dass er eine bestimmte Störung entwickelt hat. Die biografische Basis ermöglicht es auch, Therapieziele und Therapiepläne ideal den persönlichen Bedürfnissen des individuellen Patienten anzupassen. Das umfangreiche **störungsspezifische Wissen**, wie es in den verhaltenstherapeutisch ausgerichteten **Manualen** niedergelegt ist, kann im Rahmen einer biografisch orientierten VT optimal auf den individuellen Patienten zugeschnitten werden. Da viele Patienten an mehr als einer Störung leiden (**Komorbidität** mit anderen symptomatischen, aber auch mit Persönlichkeitsstörungen) und die Störungen oft durch dysfunktionale Grundannahmen, soziale Defizite und Konflikte oder chronisch fehlregulierte Emotionen bedingt sind, ist es notwendig, nicht nur am symptomatischen Verhalten selbst, sondern auch an diesen Bedingungen, die man auch als **funktionalen individuellen Erfahrungs- und Persönlichkeitshintergrund** der Symptome bezeichnen könnte, therapeutisch anzusetzen.

Die Kenntnis des Erfahrungs- und Persönlichkeitshintergrundes hilft uns auch, die Beziehung, die der Patient zu uns als Therapeuten aufnimmt, besser zu verstehen, da wir seine Erwartungen, Befürchtungen, Empfindlichkeiten, aber auch schwierigen Interaktionsangebote besser nachvollziehen und einordnen können. Darüber hinaus bildet **psychische Inkonsistenz** im Hintergrund (z. B. durch chronisch frustrierte Grundbedürfnisse, dysfunktionale Grundannahmen, emotionale und interpersonelle Defizite) nicht nur den Nährboden für die gegenwärtigen, sondern auch für mögliche zukünftige Symptome und Rückfälle. Im Sinne der Erfolgsstabilisierung und Rückfallprophylaxe sollte es also auch immer um therapeutische Angebote für den Störungshintergrund gehen.

In der VT wurde schon immer die enge Verflechtung des Menschen mit der Umwelt berücksichtigt. Das Konzept der klassischen Konditionierung zeigt, wie Menschen automatisch auf Umgebungsreize reagieren. Im Modell der operanten Konditionierung wird verdeutlicht, dass Verhalten wesentlich von den Konsequenzen dieses Verhaltens in der Umgebung abhängt. Der **systemische Betrachtungsge-sichtspunkt** der BSVT ergänzt diesen Umgebungsbezug der VT durch den Einbezug systemischer Überlegungen. Systemische Überlegungen tragen der Tatsache Rechnung, dass „niemand eine Insel ist“, sondern, dass Gefühle und Verhalten eines Menschen oft besser zu verstehen sind, wenn man sie als Resultat seiner Beziehungen zu anderen Menschen und den übergeordneten Strukturen (z. B. Familie, Gleichaltrigengruppe, Schule, Berufsumfeld) begreift, in denen er lebt. Unter den später genauer erklärten Begriffen der Funktionalität, der Systemgrenzen und der Rollenzuweisung bzw. Rolleninduktion und der Übernahme von Systemregeln bzw. Systemtabus versucht die biografisch-systemische Verhaltenstherapie unter dem systemischen Aspekt, die Verwobenheit des Einzelnen und seiner Symptome in seine Lebenskontexte besser zu verstehen und für Diagnose wie Therapieplanung nutzbar zu machen.

Wie schon im Einleitungskapitel dargestellt, lässt sich die **BSVT** somit als ein **Ansatz der VT** kennzeichnen, der sowohl direkt am symptomatischen Verhalten wie auch an den funktionalen systemischen und biografischen Hintergründen der Störung ansetzen kann, und dies oft auch im Sinne einer **Kombination von Arbeit am Symptom und Arbeit am Hintergrund** tut. Unverzichtbarer Begleiter dieser therapeutischen Arbeit ist dann auch die kontinuierliche Berücksichtigung der Entwicklung und Gestaltung sowohl der **therapeutischen Beziehung** als auch der verschiedenen Facetten der **Motivation im Therapieverlauf**.

Folgende Abbildung veranschaulicht dies zusammenfassend.

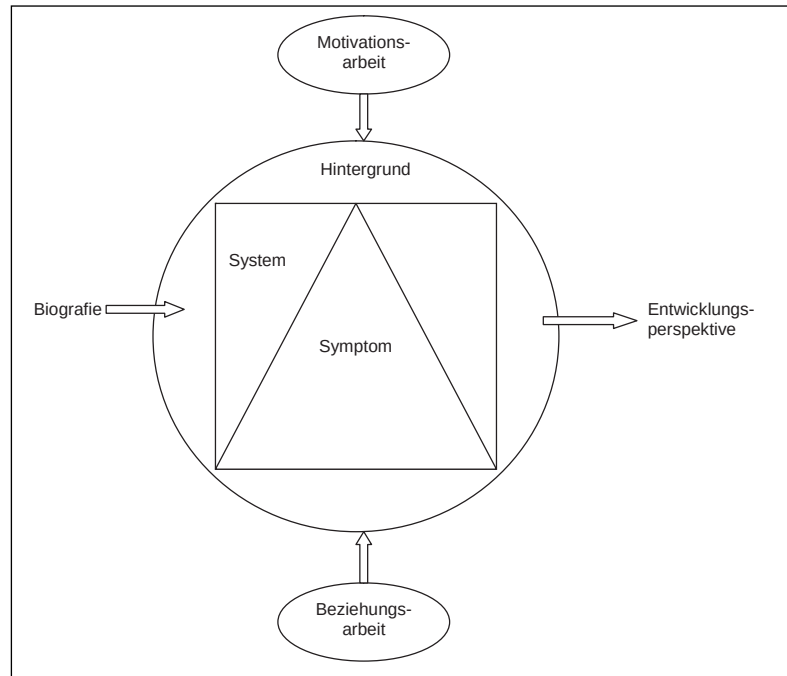


Abbildung 1: BSVT-Überblick

2.2 Was wir aus der Psychotherapieforschung für eine moderne VT lernen können

Verhaltenstherapie als Leistung der Krankenkassen muss sich wissenschaftlich legitimieren. Daher sollte der Verhaltenstherapeut über die Ergebnisse der Psychotherapieforschung orientiert sein. Neben der Möglichkeit der beruflichen Legitimation und Fortbildung ermöglichen Kenntnisse der Psychotherapieforschung aber auch den Blick über den Tellerrand. Der Therapeut kann den Stellenwert, aber auch die Grenzen seines Verfahrens besser einordnen, und somit fällt es ihm leichter, mit anderen Versorgungsanbietern zu kooperieren und den Patienten auch weiterzuverweisen, falls Verhaltenstherapie nicht, noch nicht oder nicht mehr ein für den Patienten und seine Störung hilfreiches Behandlungsangebot darstellt.

Bevor ich mich selbst eingehender mit Psychotherapieforschung beschäftigt habe, hatte ich selbst ein relativ einfaches Modell der Psychotherapie und befand mich damit in Übereinstimmung mit vielen Patienten. Ein solches Modell kann man als „naives Modell der Psychotherapie“ bezeichnen und es wird im Folgenden dargestellt:

Ein psychisches oder psychosomatisches Problem wird dem Therapeuten präsentiert. Dieser fällt dann aufgrund der gegebenen und erfragten Informationen eine Diagnose. Dies bedeutet, dass er das Problem eingrenzt und in sein Störungswissen einordnet. In der Regel er-

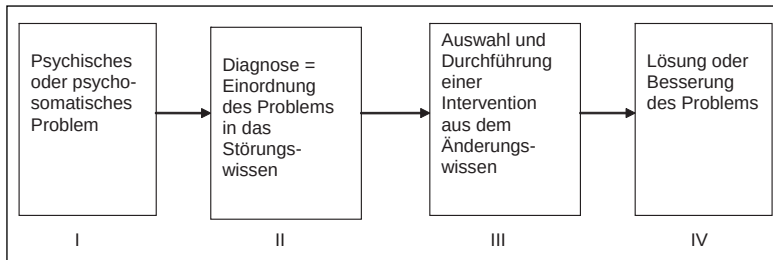


Abbildung 2: Naives Modell der Psychotherapie

hält das Problem dann einen Namen aus der Fachsprache der Psychopathologie, und es kann ihm eine Diagnose gemäß der ICD-10, zugeordnet werden. Dann folgt die Auswahl einer Intervention aus dem Änderungswissen des Therapeuten und diese Intervention wird dann durchgeführt. Dieses führt dann zur Lösung oder Besserung des Problems.

Dieses naive Modell der Psychotherapie ist dem Verständnis einer medizinischen Diagnosestellung und Behandlung von akuten (Infektions-)krankheiten nachgezeichnet:

- a. Ein Patient präsentiert ein somatisches Problem, z.B. Fieber und Durchfälle.
- b. Der Arzt lässt sich die Symptome, ihr erstes Auftreten und den Entwicklungsverlauf schildern und sucht nach weiteren beobachtbaren Zeichen von Erkrankungen (z.B. Hautrötungen, Gliederschwellungen, Veränderungen im Hals-Nasen-Rachen-Raum, tastbarer Zustand von inneren Organen, Pulsfrequenz und Blutdruck). Vielleicht werden noch weitere Informationen mit Hilfe von Untersuchungen und Messungen (z.B. Blutabnahme zur Blutanalyse, Röntgenbefunde etc.) eingeholt. Nach Sichtung der Ergebnisse kann der Arzt dann eine Diagnose stellen, mit der er das vom Patienten geschilderte Problem in die medizinische Fachsprache übersetzt und somit in sein Störungswissen eingliedert.
- c. Bei der Auswahl der Therapie ist im Wesentlichen die Diagnose handlungsleitend. Bei der genauen Anpassung der Therapie spielen dann noch das Lebensalter des Patienten, weitere Begleiterkrankungen und der Ausprägungsgrad der Störung eine gewisse Rolle. In der Regel wird es sich hier bei der Therapie um die Verschreibung eines oder mehrerer Medikamente handeln und zusätzlich wird der Patient Verhaltensempfehlungen wie Bettruhe, Entlastung von der Arbeit und spezielle Ernährungsvorschriften (z.B. viel zu trinken) erhalten. Wenn der Patient dann die Verhaltensvorschriften befolgt und wie vorgeschrieben die Tabletten einnimmt, kommt es zur Lösung oder Besserung des Problems.

Wie wir sehen, ist dieses **Medizinische Modell** ein uns vertrautes Modell des Umganges mit vielen somatischen Störungen, das wir da-

her auch ohne weiteres Nachdenken auf den Umgang mit psychischen Störungen übertragen. Am medizinischen Modell ist in Zusammenhang mit Psychotherapie viel kritisiert worden, das es die Vielschichtigkeit und Multifaktorialität psychischer Störungen und psychotherapeutischer Angebote unzulässig vereinfacht. Eine psychische Störung ist immer auch Ausdruck einer individuellen Lebensgeschichte und einer aktuellen sozialen Situation und daher nicht mit z.B. einer Virusinfektion zu vergleichen. Eine psychotherapeutische Intervention ist keine „Pille“, die im Körper gemäß objektiver physiologischer Gesetze ihre Wirkung entfaltet, sondern ein in ihrer Wirksamkeit von vielen subjektiven Faktoren abhängiger Prozess.

Indem man einem medizinischen Modell von psychischen Störungen und Psychotherapie ein **kontextuelles Modell** (Berns, 2006) gegenüberstellt, können die geäußerten Kritikpunkte berücksichtigt werden. Ein kontextuelles Modell ist ein Modell, das für die Erklärung eines Sachverhaltes schwerpunktmäßig seine Verknüpfung und den Zusammenhang mit anderen Sachverhalten, eben den Kontext, in dem der Sachverhalt steht, berücksichtigt.

Die Psychotherapieforschung hat nun mit dem **Generic Model** (allgemeines Modell) der Psychotherapie ein solches kontextuelles Modell von Psychotherapie vorgelegt.

Der Begriff Generic Model bedeutet, dass in diesem Modell übergeordnete Wirkfaktoren und Abläufe beschrieben werden, die für jede Psychotherapie gelten.

Im Rahmen der BSVT hilft uns das Generic Model, therapeutische Prozesse und ihre Rahmenbedingungen und Erfolge, aber auch ihre Grenzen besser zu verstehen. Auch werden Berührungspunkte zu anderen Therapieschulen oder Behandlungsangeboten besser nachvollziehbar.

Orlinsky und Kollegen haben das vorliegende Wissen der Psychotherapieforschung in einem Diagramm zum Ablauf des psychotherapeutischen Prozesses zusammengefasst (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Um dieses Modell-Diagramm richtig würdigen zu können, muss man sich verdeutlichen, dass das Generic Model eine wohlüberlegte Zusammenfassung eines Großteils aller bedeutsameren empirischen Studien zur Psychotherapieforschung der letzten dreißig Jahre darstellt. Eine besondere Bedeutung hat das Generic Model der Psychotherapie einerseits durch diese Zusammenfassung der bisherigen Psychotherapiebefunde. Andererseits aber auch deswegen, weil es neue Forschungs- und Fragerichtungen anregt und dabei hilft, Psychotherapie unabhängig von spezifischen Schulmeinungen zu verstehen. Im Folgenden soll das Modell kurz dargestellt werden, und es soll untersucht werden, was wir aus dem Modell für eine moderne VT lernen können.

Fassen wir dieses Modell einmal kurz zusammen: Die Kernelemente des therapeutischen Prozesses sind grau unterlegt. Zentral in diesem Modell ist die therapeutische Beziehung (im unteren Drittel der Ab-

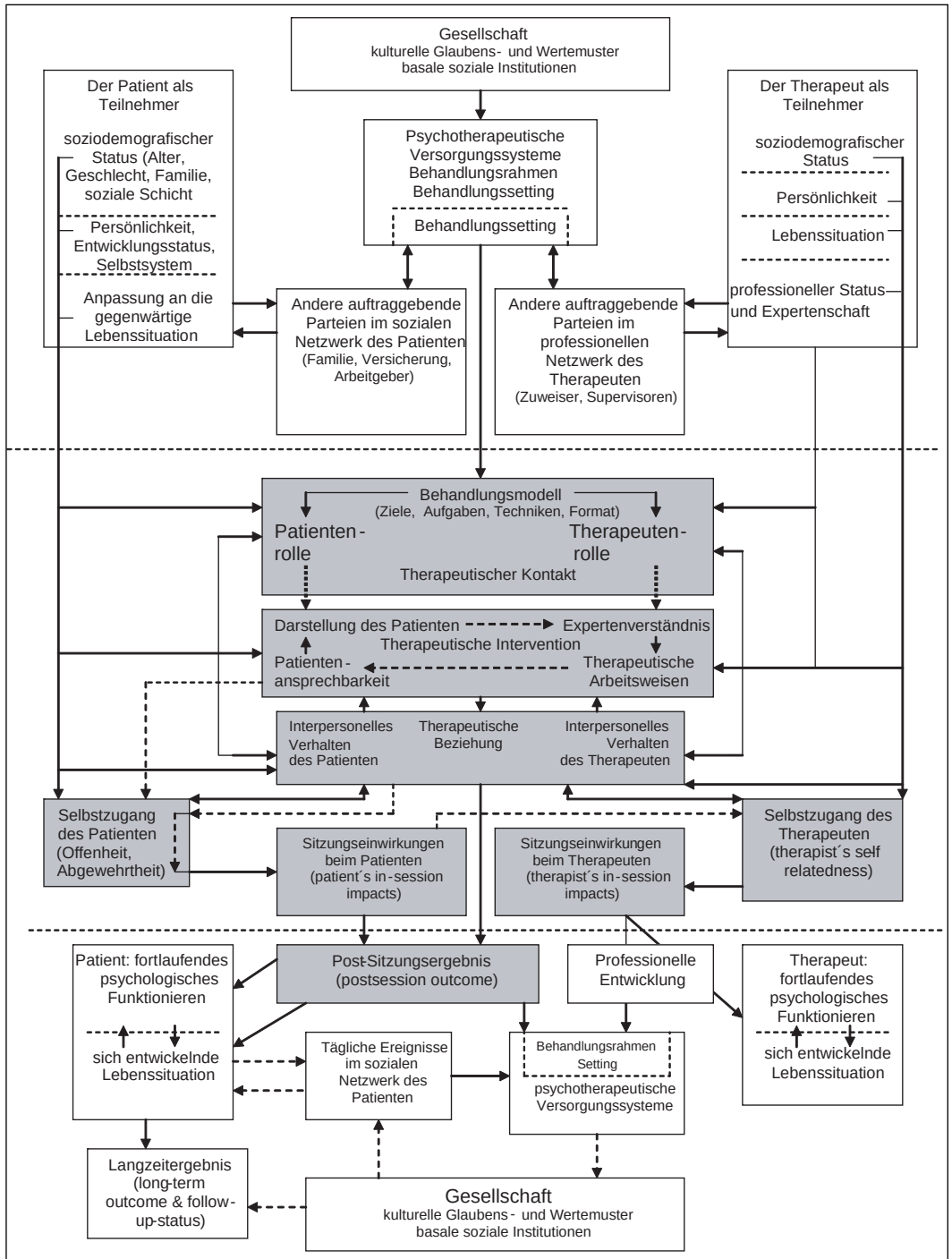


Abbildung 3: Generic Model (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004)

bildung), da sie direkt Einfluss auf das Ergebnis jeder einzelnen Therapiesitzung (Post-Sitzungsergebnis) nimmt.

Weiterhin verdeutlicht das Modell, dass therapeutische Interventionen in großem Umfang zuerst die therapeutische Beziehung beeinflussen. Darüber hinaus können sie nur dann Wirkung erzielen, wenn der Patient die Interventionen auch annimmt (Selbstzugang des Patienten). Eine weiterer wichtiger Punkt in dem Modell ist die Stabilisierung der Post-Sitzungsergebnisse zu einem (positiven) Langzeitergebnis. Hier verdeutlicht das Modell, wie sich positive Post-Sitzungsergebnisse über die Zeit im Seelenleben, im Verhaltenskontext und dem sozialen Netzwerk eines Patienten bewähren müssen, damit sie langfristig stabile positive Auswirkungen haben können. Die weißen Kästchen im oberen Drittel des Modell weisen auf die Komplexität der Rahmenbedingungen von Psychotherapie hin. In Bezug auf die Eigenschaften des Patienten lässt sich ablesen, wie diese an den verschiedensten Stellen des Psychotherapieprozesses eine Rolle spielen können.

Durchdenkt man dieses Modell weiter, kann man einige interessante Schlussfolgerungen für die Psychotherapiepraxis ziehen, und es lassen sich vor allen Dingen auch Begründungen für einige Schwierigkeiten und Probleme, die dem Praktiker in der Psychotherapie häufig begegnen, finden. Zu allererst wird deutlich, dass die Gesellschaft mit ihren kulturellen **Glaubens-, Norm- und Werthaltungen** eine wichtige Rolle spielt, und zwar für die Art, wie mit psychischen Störungen überhaupt umgegangen wird, welche Form von Psychotherapie oder sonstiger Behandlung angeboten oder erwartet wird, und welche Rollen Patient und Therapeut einnehmen wollen oder können. Es wird auch deutlich, dass die langfristige (In-)Stabilität von **psychotherapeutischen Erfolgen** durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen (z.B. Arbeitslosigkeit, Armut, Gewalt, Chancenlosigkeit) erheblich mitbedingt wird.

Eigene interkulturelle Erfahrungen haben nachdrücklich gezeigt, dass sich die therapeutische Beziehung in asiatischen Kulturen aufgrund der noch vorhandenen, unhinterfragten und hohen Wertschätzung des Therapeuten, vermutlich im Sinne einer konfuzianischen Wertschätzung des Älteren und Lehrers, wesentlich einfacher gestaltet. Die Patienten erwarten, dass psychotherapeutische Interventionen einen deutlichen Empfehlungs- oder Ordnungscharakter haben. Solche psychotherapeutischen Anweisungen werden auch tatsächlich umgesetzt und führen oft zur Symptombesserung, z.B. zum schnellen Verschwinden einer phobischen Reaktion. Von tiefenpsychologischen Kollegen, die ebenfalls in China therapeutisch arbeiten konnten, habe ich erfahren, dass sie überrascht waren, dass viele Deutungen und Erklärungen von Patienten symptomlindernd und schnell umgesetzt werden konnten, fast so, wie es in den klassischen Schriften von Freud beschrieben wurde: Es wurde z. B. ein bisher un-

bewusster Konflikt gedeutet und die Symptomatik (hier eine psychogene Gangstörung) verschwand umgehend.

Da wir es als Psychotherapeuten oft auch mit Migranten und anderen Menschen zu tun haben, die nicht in der deutschen Kultur schon von Geburt an sozialisiert sind, ist es für uns wichtig zu berücksichtigen, dass bestimmte Vorgehensweisen oder Prozesse unserer Therapie bei diesen Menschen nicht angemessen sind und auch nicht zielführend funktionieren können. **Psychotherapie** muss also **kultursensibel** sein.

Bei der Darstellung des Generic Models ist es verblüffend und entgegen unserer vom medizinischen Modell geprägten Denkgewohnheiten, dass die spezifischen therapeutischen Interventionen und Techniken sehr stark über die therapeutische Beziehung wirken. In Bezug auf die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung verdeutlicht das Modell, wie der Selbstzugang des Therapeuten die therapeutische Beziehung beeinflusst. Dem Therapeuten obliegt es im Verlauf der Therapie fortlaufend, die Qualität der therapeutischen Beziehung zu überprüfen und ggf. Schritte zu ihrer Verbesserung zu unternehmen oder bei Störungen und Beziehungsbrüchen diese zu reparieren. Voraussetzung für ein solches Verhalten ist natürlich eine Offenheit des Therapeuten in Bezug auf mögliche eigene interpersonelle Wahrnehmungsverzerrungen, Fehleinschätzungen oder emotionale und impulshafte Dysregulationen. In der Tiefenpsychologie wird diese Dimension der Therapeut-Patient-Beziehung schon seit jeher unter dem Stichwort der Übertragung (eigene Problemstellungen des Therapeuten werden auf den Patienten projiziert) oder der Gegenübertragung (der Therapeut „antwortet“ auf Übertragungsangebote des Patienten) des Therapeuten thematisiert (Reimer & Rüger, 2006).

Die **therapeutische Beziehung** ist somit ein **Mediator**: Das heißt, eine Wirkung der therapeutischen Techniken entfaltet sich wesentlich vermittelt durch die therapeutische Beziehung, und nicht etwa direkt. Macht man sich aber klar, dass es sich bei der Psychotherapie eben nicht um die Verabreichung von Pillen handelt, die dann nach physiologischen Gesetzmäßigkeiten im Körper wirken, sondern um Kommunikation, dann ist die „Nadelöhrfunktion“ der therapeutischen Beziehung nicht so erstaunlich, da es sich bei der Psychotherapie im Wesentlichen um nonverbale und verbale Kommunikation handelt. Kommunikation ist natürlich immer zentral von der Gestaltung der Beziehung zwischen den Personen abhängig, die miteinander kommunizieren. Schon zu Beginn der Verhaltenstherapie haben auch „klassische“ Verhaltenstherapeuten kritisch bemerkt, dass man mit schlechten Techniken, aber einer guten Beziehung dem Patienten eher nützen kann als mit guten Techniken bei einer schlechten Beziehung.

Die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung mag noch einmal unterstreichen, wie bedeutsam für die Verhaltenstherapie die biographische Analyse ist. Wenn man die Lebensthemen, Ängste, Beschädi-

gungen, unerfüllten Hoffnungen und Wünschen eines Menschen aus seiner Lebensgeschichte heraus verstehen kann, kann man diesem Menschen ein sehr viel angemesseneres Beziehungsangebot machen und sich schon vor Beginn der eigentlichen Therapie überlegen, wo Empfindlichkeiten oder ggf. „Sollbruchstellen und Krisen“ bei der therapeutischen Arbeit auftreten könnten.

Ein weiterer zentraler Punkt des Generic Models ist die Erkenntnis, dass die entscheidenden Ergebnisse einer einzelnen Psychotherapie-sitzung die **In-Session-Impacts** (Sitzungseinwirkungen) beim Patienten sind. Das englische Wort „In-Session Impacts“ drückt dies vielleicht noch etwas deutlicher aus als das deutsche Wort Sitzungseinwirkungen. Unter einem In-Session-Impact bei einem Patienten könnte man z.B. ein Aha-Erlebnis, eine nachhaltige Einsicht, den Auftritt neuer Verhaltensmöglichkeiten und/oder ein vertieftes und bisher ihm unbekanntes emotionales Erleben und Verarbeiten verstehen. Solche therapieförderlichen Sitzungseinwirkungen sind aber nur dann zu erzielen, wenn der Patient einen angemessenen **Selbstzugang** hat. Art und Ausmaß des Selbstzuganges bestimmen, inwieweit der Patient die Angebote des Therapeuten „an sich ranlässt“ und nicht abwehrt. In der Verhaltenstherapie kann es z.B. für den Erfolg einer Konfrontationsbehandlung bedeutsam sein, ob der Patient sich der gefürchteten Angst tatsächlich stellt und diese auch intensiv körperlich, emotional und kognitiv erlebt, quasi „auskostet“, oder aber ob der Patient innerlich vermeidet und nach dem Motto „Zähne zusammenbeißen und durch“ reagiert. Art und Umfang des Selbstzuganges des Patienten sind einerseits natürlich abhängig von dem, was der Patient als Person bereits mitbringt, andererseits ist aber die Selbstzugänglichkeit stark von der Qualität der therapeutischen Beziehung abhängig. Die therapeutische Beziehung wiederum wird unter anderem auch wesentlich davon abhängig sein, ob sich Patient und Therapeut aufeinander einstellen können, sich hinreichend sympathisch sind, also zueinander passen. Daher sind ja auch in der ambulanten Versorgung mit Psychotherapie die sogenannten probatorischen Sitzungen vor den Beginn einer eigentlichen Therapie gestellt. Ein weiterer Pfad im Generic Model führt von der therapeutischen Arbeitsweise direkt zum Selbstzugang des Patienten. Dieses wird im Ansatz der BSVT dahingehend berücksichtigt, dass ein direktes therapeutisches Arbeiten auch an der Motivation, das heißt, der Bereitschaft, sich zu öffnen und auch zu verändern, immer Teil der Therapie ist.

Eine weitere nicht unbedeutende Erkenntnis des Generic Models ist, dass das **langfristige Therapieergebnis** erst einmal abhängig von den jeweils erzielten **Post-Sitzungsergebnissen** der einzelnen Therapiestunde ist, und dass die Stabilisierung der Post-Sitzungsergebnisse dann wiederum vom **laufenden Funktionieren** des Patienten („ongoing psychological functioning“) und seiner sich **entwickelnden Lebenssituation** in seinem **psychosozialen Netzwerk** abhängig ist. Je-

der Therapeut kennt Beispiele, dass unter schweren psychosozialen Belastungen von Patienten, wie Trennungen, Erkrankung von Angehörigen, Arbeitslosigkeit etc. bereits erarbeitete Therapieerfolge wieder einbrechen und Therapeut und Patient zeitweilig den Eindruck haben, wieder von vorne anfangen zu müssen. Das Generic Model macht solche Entwicklungen erklärlich und gibt aber auch Patient und Therapeut Mut für einen Neuanfang, da die Ursache der Verschlechterung nicht etwa in einer Wirkungslosigkeit der Therapie, sondern in den zusätzlich und neu entstandenen Belastungen verortet werden kann. Auch wird deutlich, wie sehr ein Gelingen einer Psychotherapie durch **chronische Belastungsfaktoren** außerhalb der Therapie erschwert bis verunmöglicht werden kann, da solche Belastungsfaktoren die Stabilisierung und Generalisierung positiver Post-Sitzungsergebnisse erschweren bis verhindern können.

Das Generic Model ermöglicht es uns also, eine spezifische Form der Therapie, hier die biografisch-systemische Verhaltenstherapie, vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Psychotherapieforschung zu gestalten und Berührungspunkte zu anderen Therapieschulen zu erkennen.

Auch ist das Generic Model eine Heuristik (Findungshilfe) zur Fehlersuche bei Therapieproblemen, da viele der möglichen Einflussfaktoren auf den Therapieverlauf benannt und somit der Reflexion zugänglich werden.

3. Biografische Analyse: Wie wir wurden, was wir sind. Lebenserfahrungen und ihre Verarbeitung aus Sicht der BSVT

Ziel der biografischen Analyse ist es, ein Modell zu entwerfen, wie wir wurden, was wir sind. Der Blick richtet sich dabei vor allem auf die Entwicklung von Vulnerabilitäten und Prädispositionen, die die Basis für psychische Störungen darstellen. Solche Vulnerabilitäten (psychophysische Verletzbar- oder Überempfindlichkeiten) und Prädispositionen (Anlagen zu einer Störung oder Symptomatik) bilden dann wiederum ihrerseits die Basis, auf der bei entsprechenden internen oder externen Belastungen des Individuums psychische Störungen entstehen können und aufrechterhalten werden.

Bislang gibt es kein einheitliches Erklärungsmodell für die Entstehung von psychischen Störungen. Es gibt aber viele nützliche Theorien und Modellvorstellungen. Im Folgenden werden einige ausführlich dargestellt, die für die BSVT relevant sind. Die Auswahl der Modelle erfolgte unter der Perspektive, dass sich die Modelle in der praktischen Arbeit unter den Gesichtspunkten eines Erklärungsgewinns und verbesserter Handlungsmöglichkeiten bewährt haben. Viele Patienten erwarten von ihrem Therapeuten als Experten Aufklärung über Störungsursachen und Stellungnahmen zu Meinungen Dritter über die Störung, ihre Ursachen und angezeigte Behandlungswege. In diesem Sinne soll im Folgenden Wissen über Ursachen und Bedingungen psychischer Störungen vermittelt werden.

Natürlich ist es damit nicht ausgeschlossen, dass es weitere Theorien gibt, die man als Therapeut im Rahmen der BSVT verwenden kann. Denkbar wäre z. B. eine umfassendere Verwendung der Ergebnisse der Bindungsforschung zur Erklärung für eine Prädisposition zur Depression. Die BSVT versteht sich ausdrücklich als undogmatisch und unabgeschlossen. Es wäre im Sinne dieses Ansatzes, wenn die Verbindung zwischen psychotherapeutischer Praxis und psychologischen wie neurobiologischen Forschungsergebnissen und Störungstheorien intensiviert wird.

In Kapitel 3.1 wird zunächst die Interaktion von genetischen und Umweltfaktoren bei der Entstehung von Prädispositionen für psychische Störungen beleuchtet. Die Genetik bildet quasi die biologische Basis, auf der dann die Entwicklung des Individuums stattfindet und sich

die Umwelteinflüsse auswirken können. Um aufzuzeigen, dass Entwicklung ein komplexer Prozess ist und man mit einfachen Ursache-Wirkungs-Konzepten der Entwicklung nicht gerecht werden kann, wird ein Transaktionsmodell der Entwicklung kurz vorgestellt. Im Zentrum des Konzeptes der BSVT steht die Überlegung, dass für die Entwicklung von Vulnerabilitäten für psychische Störungen Lernprozesse in Bezug auf die Grundbedürfnisse zentral sind. Das Menschenbild der BSVT geht davon aus, dass der Mensch ein Bedürfniswesen ist und die Befriedigung oder Frustration seiner psychologischen Grundbedürfnisse wesentlich mitbestimmt, ob jemand psychisch gesund ist und bleibt oder aus Mangel an Ressourcen und adaptiven Bewältigungsstrategien unter Belastungen psychische Störungen entwickelt. In diesem Zusammenhang adaptiert die BSVT die Überlegungen von Grawe (1998, 2004), der verschiedene Bedürfnistheorien zu einem psychologisch begründeten Modell der Grundbedürfnisse vereinheitlichte. Kapitel 3.2. stellt die fünf Grundbedürfnisse vor. Im Anschluss daran werden dann Risikofaktoren, Entwicklungs-traumata sowie Entwicklungsaufgaben als Quellen möglicher Frustration von Grundbedürfnissen erörtert. Bei der Frage der individuellen Verarbeitungsmöglichkeiten solcher Grundbedürfnisfrustrationen spielen dann die individuellen Voraussetzungen im Sinne von Temperamentsunterschieden eine große Rolle. Hier wird aus der Persönlichkeitspsychologie das Modell der anlagenahen Temperamentsdimensionen, der Big Five, zur Erklärung unterschiedlichen Bewältigungsverhaltens herangezogen. Anknüpfend an Überlegungen von Marks (1987) und Young (2005) werden weiterhin drei grundsätzliche Bewältigungsstile (Erdulden, Vermeiden, Überkompensieren) vorgestellt, und es wird illustriert, wie unterschiedlich Individuen auf Risikofaktoren „antworten“ und Grundbedürfnisfrustrationen bewältigen können. Die Entwicklung von dysfunktionalen Grundannahmen und Plänen (Überlebensregeln) durch bedrohliche oder einschränkende Lebenserfahrungen ist ein ganz besonders wichtiger Vulnerabilitätsfaktor, der ausführlich in Kapitel 3.3. dargestellt wird. Was man bei Patienten immer wieder findet, sind Kompetenzdefizite, die daher ausführlicher in Kapitel 3.4. zur Sprache kommen. Kapitel 3.5. ergänzt zum Schluss die systemische Perspektive, die häufig aus den Augen verloren wird. Abschließend werden in Kapitel 3.6. überblickartig verschiedene Konstrukte aufgelistet. Diese bilden mögliche Verarbeitungsweisen spezieller Lebenserfahrungen und biografischer Problemkonstellationen als Hilfe zur Antragerstellung ab. Folgende Abbildung gibt einen Überblick über die benannten Theorien und Konzepte.

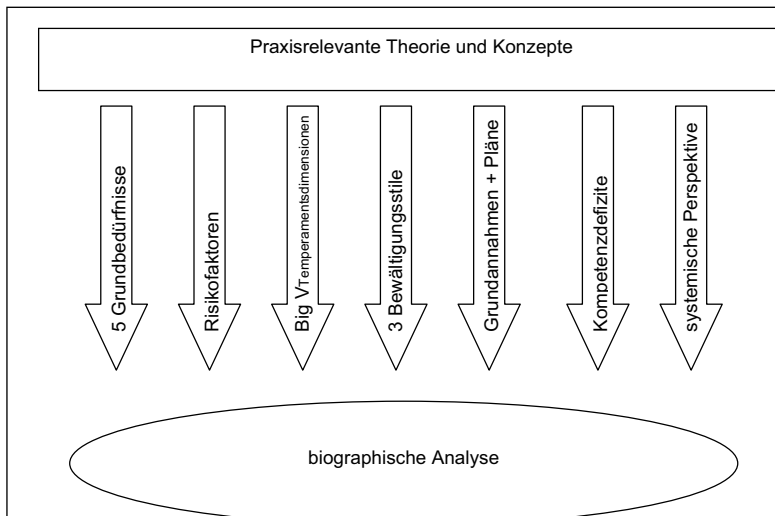


Abbildung 4: Theorien und Konzepte in der Biografischen Analyse

3.1 Anlage und Umwelt - ein Ergänzungsverhältnis

Bei der Erklärung psychischer Störungen, aber natürlich auch bei der Erklärung von Persönlichkeitseigenschaften wie Intelligenz, Schüchternheit, Gewissenhaftigkeit usw. gab es in der Wissenschaft lange Zeit zwei unterschiedliche Erklärungsansätze. Der eine Ansatz versuchte, die Persönlichkeitseigenschaften auf Veranlagung zurückzuführen, der andere auf Umwelteinflüsse im Sinne von Erziehung und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Diese Debatte ist auch als die Anlage-Umwelt-Debatte bekannt, im Englischen wird sie als Nature-Nurture-Debatte bezeichnet.

Für den Therapeuten ist es wichtig, die Grundzüge der Genetik und ihrer Befunde zu kennen. Er kann dann kompetenter Diskussionspartner des Patienten sein und Extrempositionen („alles Veranlagung“ bzw. „meine Kindheit ist an allem schuld“) relativieren. Wenn wir von Veranlagung sprechen, meinen wir, dass die entsprechende Eigenschaft genetisch bedingt ist und sich weitgehend unabhängig von Umwelteinflüssen durch Reifung entfaltet. Ein Beispiel für ein fast 100 % durch die Veranlagung bedingtes Merkmal wäre z. B. die Augenfarbe eines Menschen. Aber schon aus einfachen Versuchen mit Pflanzen ist deutlich, dass wir einen Genotyp von einem Phänotyp unterscheiden müssen. Die Gene geben Grenzen für die konkrete Ausprägung einer Eigenschaft, den Phänotyp, vor. Ob und wie stark sich eine Eigenschaft tatsächlich ausprägt, ist von Umwelteinflüssen abhängig.

Bei gleichem zugrunde liegenden Genotyp (identischen Genen) können durch unterschiedliche Umwelteinflüsse sehr unterschiedliche äußere Erscheinungsbilder entstehen. Ein genetisch sehr angstbereiter Mensch („erhöhte Reagibilität“) kann sich z.B. durch entsprechende positive Bindungserfahrungen und Unterstützung seiner Autonomieentwicklung zu einer Person mit Selbstvertrauen und gering ausgeprägter Ängstlichkeit entwickeln. Ein Mensch mit einer vergleichbaren Veranlagung, der aber frühe Ablehnung und Bindungsverunsicherungen erfährt, vielleicht auch noch schwere Erkrankungen in der nahen Familie miterleben musste, dürfte später nicht nur ein eher ängstlicher und pessimistischer Mensch sein, sondern auch eine hohe Wahrscheinlichkeit haben, eine manifeste Angststörung zu entwickeln.

Für einen überwiegenden Einfluss der Gene auf unser Verhalten und unsere Persönlichkeit und eine weitgehende Bedeutungslosigkeit der Umwelt werden oft die auch in der Tagespresse berichteten Ergebnisse von Zwillingsstudien herangeführt, in denen getrennt aufgewachsene eineiige Zwillinge, die bis zum Untersuchungszeitpunkt nichts voneinander wussten, sich wie ein Ei dem anderen ähneln: Z. B. trugen Männer in den 40ern einen Schnauzbart, waren bei der freiwilligen Feuerwehr, hatten leichtes Übergewicht, waren mit einer blonden Frau verheiratet und hatten als erstes Kind eine Tochter und als zweites einen Sohn gezeugt.

Diese Studien haben eher anekdotischen Charakter und sind natürlich als Einzelfälle nicht wissenschaftlich beweiskräftig, sie illustrieren jedoch eine Extremposition, dass eben alles, bis in Verhaltensgewohnheiten und Vorlieben hinein, genetisch bedingt ist und die Umwelt relativ wenig Einfluss hat.

Eine andere Extremauffassung stellt die Position z. B. des frühen Behaviorismus dar, der behauptet hatte, dass man aus fast jedem Menschen fast alles vom schweren Alkoholiker bis zum begabten Konzertmusiker oder Mathematikgenie machen könne, sofern man nur früh und lange genug entsprechende Verhaltensweisen belohnt oder bestraft.

Inzwischen hat sich die Debatte wohl weitgehend entideologisiert und sich daraufhin eingependelt, dass sich Anlage und Umwelt in der Regel zu jeweils der Hälfte an der Ausprägung von Verhaltenseigenschaften, aber auch psychischen Erkrankungen beteiligen. Selbst für Erkrankungen wie der Schizophrenie, bei denen die genetische Basis unstrittig ist, ist der Umwelteinfluss für die Ausprägung der Störung noch erheblich. Wenn ein eineiiger Zwilling schizophren erkrankt ist, dann hat der andere Zwilling mit der identischen Genetik immerhin eine Wahrscheinlichkeit von über 55%, nicht an einer Schizophrenie zu leiden (Gottesman, McGuffin & Farmer, 1987).

Allerdings wäre es ein Fehlschluss anzunehmen, dass eine Umweltbeteiligung von ca. 50 % auch bedeutet, dass Verhaltenseigenschaften im späteren Lebensalter relativ einfach verändert werden können.

Die Umwelteinflüsse auf genetische Faktoren sind oft an sensible Zeiträume im frühen Lebensalter gebunden. Solche frühen Einflüsse beeinflussen dann die Art und Weise, wie genetische Veranlagungen sich ausdrücken, und können zu einem sehr viel späteren Zeitpunkt im Leben daher auch nur noch schwer kompensiert werden, da sich der Umwelteinfluss quasi somatisch, z. B. in der Bildung von Hirn- und Nervenstrukturen, verankert hat (Petermann, Kusch & Niebank, 1998).

Genetische Untersuchungen für verschiedene **psychische Störungen** zeigen eine **genetische Basis** für die Auftrittshäufigkeit dieser Störungen. Untersuchungen an monozygoten Zwillingen zeigen folgende Konkordanzraten (gerundet), wobei bei einer ausschließlich genetischen Verursachung der Störung eine Konkordanzrate von 100% (=beide Zwillinge oder keiner sind erkrankt) vorliegen müsste: Bipolare Störungen (80%), Schizophrenie (45%), Depressive Störungen (50%), männliche Alkoholabhängigkeit (60%), weibliche Alkoholabhängigkeit (25%), Angststörungen (30%), Zwangsstörungen (80%) (Maier, 1998, Kordon, Leplow & Hohagen, 2006).

Diese Zahlen werden aber nochmals relativiert, wenn wir uns anschauen, welches Erkrankungsrisiko ein Angehöriger ersten Grades (Kinder, Eltern) eines Patienten hat, ebenfalls an dieser Erkrankung zu leiden (Lebenszeitprävalenz). Diese Prävalenzraten (Auftrittsraten) betragen (gerundet) je nach Untersuchung 1,5%-16% für Schizophrenie, 7% für die bipolare Störung, 16%-31% für unipolare Depressionen, 17 % für Alkoholabhängigkeit und 7%-30% für Angststörungen (Maier, 1998) und 10% für Zwangsstörungen (Kordon, Leplow & Hohagen, 2006).

Die modernen wissenschaftlichen Erkenntnisse legen also ein **Interaktionsmodell zwischen Anlage und Umwelt** nahe, wobei die **Genetik nie unausweichliches Schicksal** zu sein scheint.

Fallbeispiel: Frau M. kommt mit einer chronischen, seit Jahren bestehenden Depression zur Therapie. Sie berichtet, dass ihre Mutter auch depressiv sei, ihre jüngere Schwester hingegen nicht. Irgendwie läge Depression wohl in der Familie. Die biografische Analyse zeigt, dass Frau M. schon früh in versorgende Rollen hineingedrängt wurde und Verantwortung für ihre jüngere Schwester übernommen hat. Diese sei vom Wesen eher fröhlich und gesellig gewesen und war das „Nesthäkchen“. Besonders die Oma väterlicherseits habe die Kleine immer verhätschelt und auch öfter für ein Wochenende übernommen.

Durch die Kenntnis der Interaktion von Genetik und Umwelt kann der Therapeut Frau M. verdeutlichen, dass bei ihrer Depression zwar eine genetische Basis vorliegen kann, die Lebenserfahrungen aber eine wichtige Rolle spielen. Die Lebenserfahrungen von Frau M. haben zu einer überstarken Orientierung an Pflichterfüllung und Leistung bei gleichzeitig defizitär ausgeprägter Selbstfürsorge und der sozia-

len Kompetenz (Rechte einfordern, nahe Beziehungen befriedigend gestalten) geführt. So verstanden und Frau M. auch schon rückgemeldet, kann ein Modell der Depression von Frau M. entstehen, das psychologische Ansatzpunkte für Veränderungen erkennen lässt.

Welchen großen Einfluss Umweltbedingungen auf die Entwicklung haben können und wie bei der Entwicklung Anlage und Umweltfaktoren in Wechselwirkung miteinander treten, lässt sich am besten mit dem Begriff der Transaktion veranschaulichen. Unter einem **Transaktionsmodell** (vgl. Petermann, Kusch & Niebank, 1998, S. 45ff) kann man verstehen, dass die Transaktion über eine Interaktion, eine Wechselwirkung, noch hinausgeht. Ein Transaktionsmodell bedeutet, dass nicht nur die Umwelt das Verhalten des Kindes beeinflusst, sondern dass auch das Kind selbst die Umwelt verändert. Diese veränderte Umwelt wirkt dann wiederum auf das Kind ein usw. In diesem Sinne legen wir der biografischen Analyse ein transaktionales entwicklungspsychologisches Modell zugrunde. Ein solches Modell kann verdeutlichen, wie in der Entwicklung Negativspiralen entstehen, die Problemverhalten fixieren können. Folgendes **Beispiel** mag dies illustrieren: Ein eher ängstliches Kleinkind löst bei dem in der Familie dominanten und Männlichkeit betonenden Vater Ungeduld und Ärger aus („Was ist mein Sohn für eine Memme“) und führt zu eher abweisendem oder schnell bestrafendem Erziehungsverhalten. Dieses verstärkt die Angstreaktionen des Jungen und führt zu einer Bindungsverunsicherung. Die Spirale aus väterlicher Ablehnung und kindlicher Angst und deren Bewältigungsversuchen mit Vermeidung, Rückzug und Trotz eskaliert. Auch wird die Übernahme der Geschlechtsrolle am Modell des Vaters erschwert und ggf. werden Protest- und Trotzhaltungen in der späteren Entwicklung vorgebahnt. Die initial angelegte Angst wird somit durch eine negative Transaktionsspirale verstärkt. Ein geduldiges und verständnisvolles Väterverhalten hätte den Jungen schon frühzeitig im Erwerb angemessener Bewältigungsstrategien und dem Aufbau positiver Selbstwirksamkeit unterstützen können.

3.2 Die Grundbedürfnisse

Der Mensch ist als biologisches und psychologisches Wesen zentral durch seine Bedürfnisse gekennzeichnet. Als biologische Grundbedürfnisse lassen sich Schlaf, Hunger und Durst ausmachen. Werden diese Bedürfnisse nachhaltig frustriert, kommt es zu ernsthaften Schädigungen des Organismus bis hin zum Tod. Bei einer Frustration psychologischer Grundbedürfnisse ist zwar nicht das physische Überleben gefährdet, jedoch kann das Wohlbefinden und bei chronischer Frustration die psychische und physische (Stichwort Psychoimmunologie) Gesundheit nachhaltig und dauerhaft beeinträchtigt werden.

Die chronische Frustration von Grundbedürfnissen im Kindes- und Jugendalter induziert oft die Ausbildung dysfunktionaler, selbstbehindernder Grundannahmen und dysfunktionaler Bewältigungsstile. Durch chronische Grundbedürfnisfrustrationen entsteht im Individuum auch eine hohe psychische Inkonsistenzspannung (s.unten), die wiederum Nährboden für die Manifestation psychischer Störungen sein kann. Das hier vorgestellte Modell der Grundbedürfnisse, der Grundbedürfnisfrustrationen und der daran anschließenden individuellen Bewältigungsstile stellt auch ein gutes Hilfsmittel dar, um die Befindlichkeit von Patienten in vielen biografischen wie aktuellen Situationen zutreffend zu verstehen. Bedürfnisse bestimmen die Ausrichtung von Wahrnehmung und Verhalten. Aktivierte Bedürfnisse führen zu (äußeren oder inneren) Verhaltensaktivitäten mit dem Ziel, die aktivierten Bedürfnisse zu befriedigen. Kann ich zutreffend erkennen, welche Bedürfnisse bei jemandem aktiviert sind, weiß ich, was ihn bewegt und welche Ziele er verfolgt, auch wenn die Ziele ihm selbst vielleicht gar nicht bewusst zugänglich sind.

Was genau die menschlichen psychischen Grundbedürfnisse sind, kann sicherlich unterschiedlich beurteilt werden. Wir wollen uns für das Konzept der BSVT mit einer Ergänzung an die Arbeit von Grawe (1998, 2004) halten, der auf dem Grundbedürfnismodell von Epstein (1990) aufbaut und folgende Grundbedürfnisse benennt:

1. Bindung als Bedürfnis, eine verlässliche Bezugsperson zu haben, wenn ein Mangel an Schutz, Versorgung oder Nähe erlebt wird. In

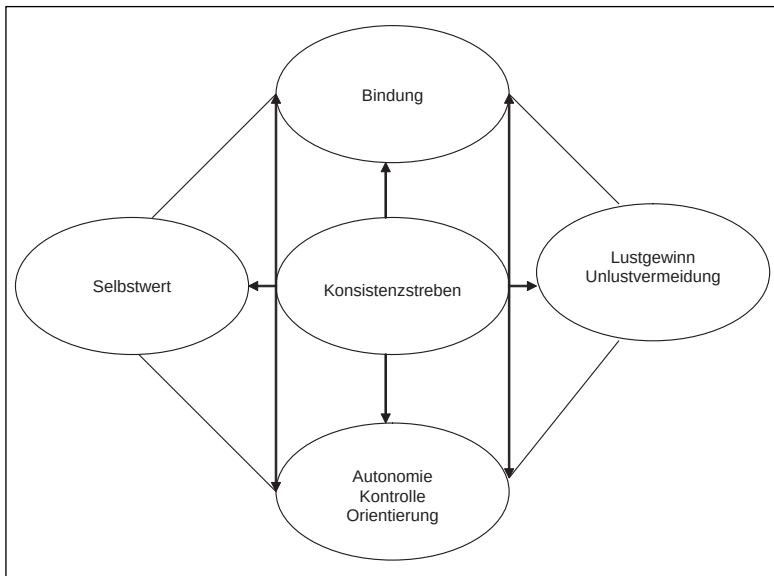


Abbildung 5: Grundbedürfnismodell

der frühen Kindheit ist die Befriedigung des Bindungsbedürfnisses für das Überleben essenziell. Eine Bindungsdeprivation kann den Tod des Säuglings bewirken. Fast regelhaft führt sie zu schweren Entwicklungsstörungen wie Hospitalismus (Spitz, 1996). Erlebte Bindungssicherheit ist eine zentrale Voraussetzung für die weitere regelhafte Entwicklung des Kindes, insbesondere für die Entwicklung einer „echten“ Autonomie (Bowlby & Ainsworth, 2005). Weiteres zur Bindung findet sich in Kapitel 4, wo die Bedeutung der Bindung für die Therapeut-Patient-Beziehung herausgearbeitet wird.

2. Autonomie / Kontrolle / Orientierung. Unter Autonomie verstehen wir Selbstständigkeit im Sinne der Unabhängigkeit von anderen. Im Sinne der Entwicklung von Selbstwirksamkeit möchte das handelnde Subjekt sich als bewirkende Ursache und Quelle seiner Handlungen oder eines Geschehens erleben (internale Attribution), wobei gleichzeitig Fremdeinflüsse (externale Ursachenattributionen) reduziert werden sollen. Bei Bedrohung des Autonomieerlebens wird Reaktanz (innerer oder äußerer Widerstand gegen die ausgeübte Reglementierung und die Beschränkung von Handlungsfreiheiten) ausgelöst (vgl. Häcker & Stapf, 2004). Das Bedürfnis nach Kontrolle und Orientierung zeigt sich bereits im spontanen Explorationsverhalten von Tieren (Neugieraktivität) und hat zum Ziel, die Umgebung vorhersagbar (Orientierung) und in ihren Auswirkungen auf den Organismus steuerbar (Kontrolle) zu machen. Autonomie wird hier ergänzend zu Grawes Konzeption mit Kontrolle und Orientierung zusammengefasst, da das Bedürfnis nach Kontrolle und Orientierung danach strebt, „das Verhalten so einzurichten, dass die Regulierbarkeit im Lebensraum erhalten bleibt“ (Oesterreich, 1981, S. 130-132), also neben dem Überleben auch der Autonomiesicherung dient. Weiterhin steht Autonomie in einem dialektischen Verhältnis zur Befriedigung des Bindungsbedürfnisses. Erst auf der Basis von Bindungssicherheit beginnt das Kind, autonom zu explorieren, um sich in seiner weiteren Umgebung zu orientieren und durch Spielhandlungen Kontrollerfahrungen seiner materiellen Umwelt machen zu können. Auch in der frühen Mutter-Kind-Interaktion zeigt sich deutlich die Verschränkung von Kontrolle (des Kindes) und Autonomieentwicklung. „Wenn eine Mutter ihrem Baby *nur dann* Körperkontakt gibt, wenn es das „ausdrücklich“ wünscht, seinen Wunsch also beobachtbar durch seine Mimik oder Gestik ausdrückt, dann entwickelt der Säugling nicht nur eine sichere Bindung zu ihr, sondern er wird gerade nicht „abhängig“. Er wird selbstständiger, weil er Nähe und Distanz selbst bestimmen kann.“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 83).

In der Psychotherapie ist die Dialektik von Bindung und Autonomie oft zentral. Bindung schafft Vertrauen, so dass die „Botschaften“ des Therapeuten vom Patienten angenommen werden. Die vom Therapeuten gegebenen Mitteilungen und Aufgaben sollen letztlich immer