



Ubben

Planungsleitfaden Verhaltenstherapie

Sitzungsaufbau, Probatorik,
Bericht an den Gutachter



BELTZ

Leseprobe aus: Ubben, Planungsleitfaden Verhaltenstherapie, ISBN 978-3-621-28047-1

© 2012 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28047-1>

1

Aspekte moderner Verhaltenstherapie

1.1 Allgemeine Merkmale der Verhaltenstherapie

Wie keine andere psychotherapeutische Grundorientierung sorgt die Verhaltenstherapie seit über fünf Jahrzehnten für eine Verknüpfung der Befunde der empirischen Psychologie mit der konkreten klinischen Alltagspraxis (Margraf, 2009). Aus ihrem traditionellen »Nahverhältnis zur Forschung« (Reinecker, 2009, S. 84) ergibt sich, dass Verhaltenstherapie-Praktiker ihr klinisches Vorgehen explizit an aktuellen Befunden der Psychotherapieforschung orientieren und Therapieforscher ausdrücklich die Anforderungen der Versorgungsrealität in ihren Fragestellungen berücksichtigen. Der Typus des Psychotherapeuten, »der in seine klinischen Alltagsroutinen wissenschaftliche Methoden und Forschung integriert«, wird als »scientist-practitioner« bezeichnet (Meinlschmidt, Tegethoff, 2009, S. 922). Dabei kam es in diesem Entwicklungsprozess mehrfach zu Erweiterungen des verhaltenstherapeutischen Paradigmas, die jeweils als – kognitive, verhaltensmedizinische, emotionale – »Wende« oder »Welle« bezeichnet wurden. Vor allem aber gelang eine enorme kontinuierliche Weiterentwicklung der konkreten Anwendungsmöglichkeiten im klinischen Alltag.

Während aus Forschersicht der »scientist-practitioner« den idealen Therapeuten darstellt, sieht sich der Praktiker als »heuristischer Nutzer«, der mit großem Interesse die evidenzbasierten Handlungsempfehlungen seiner Forscherkollegen rezipiert und, sollten sich diese Empfehlungen in der Praxis bewähren, in sein therapeutisches Denken und Handeln integriert. Über diesen Konsens der Wissenschaftsnähe hinaus lässt sich die moderne Verhaltenstherapie mit den folgenden drei Merkmalspaaren charakterisieren:

Problemlöseorientiert und aktivierend. Patienten werden von Beginn der therapeutischen Zusammenarbeit an aktiviert, das Problemlösemödell zu nutzen. Zum verhaltenstherapeutischen Arbeitsprinzip gehören sowohl die Beteiligung der Patienten an Problemanalyse und Zielableitung (Orientierungsphase/Probatorik), als auch ihre maximale Aktivierung zur eigenverantwortlichen Mitarbeit beim Veränderungsprozess (Interventions- und Integrationsphase). Das verhaltenstherapeutische Arbeitsbündnis setzt dabei komplementär an den Beziehungsbedürfnissen und Ressourcen des Patienten an. In welcher Weise dies in der therapeutischen Zusammenarbeit erfolgen soll, ist explizit zu planen (s. Abschn. 1.2).

Evidenzbasiert und individualisiert. Die Befunde der Psychotherapieforschung weisen auf die hohe Wirksamkeit störungsspezifischer und manualisierter Behandlungskonzepte und Therapieleitlinien hin. Gleichzeitig verlangt die klinische Praxis von den Therapeuten, ihre Behandlungspläne der oft hohen Komorbidität von Patienten anzupassen. Entsprechend sollten Behandlungskonzepte individualisiert-verhaltensanalytische und diagnoseorientiert-evidenzbasierte Befunde miteinander ver-

binden. Durch die sorgfältige Erarbeitung verhaltensanalytischer Störungsmodelle können Behandlungspläne optimal individualisiert werden. Indem klassifikatorische Störungsdiagnosen erhoben werden, kann gezielt auf evidenzbasierte Behandlungskonzepte zurückgegriffen werden. Beides, Verhaltensanalyse und klassifikatorische Diagnosestellung, sind also bei der Therapieplanung zu berücksichtigen (s. Kap. 3).

Gegenwartsbezogen und kompetenzaufbauend. Das verhaltensanalytische Störungsmodell bildet die Phänomenologie und Funktionalität der gegenwärtigen Störung ab. Mithilfe einer vom Therapeuten angeleiteten Problemanalyse wird dem Patienten zunächst ermöglicht, zum Experten der eigenen Störung zu werden. Als solcher verfügt er über ein differenziertes Störungsmodell und kann gemeinsam mit dem Therapeuten plausible Zielalternativen zur aktuellen Störung ableiten. In der Interventionsphase erfolgt dann der verhaltenstherapeutische Veränderungsprozess. Dort setzt der Therapeut die jeweils gebotenen Interventionsmethoden an. Auf der Grundlage seiner Beziehungsanalyse stimmt er seine Methodengestaltung mit den Beziehungsbedürfnissen des Patienten ab (s. Abschn. 1.2). Entlang eines von ihm erstellten expliziten Behandlungsplans ermöglicht er dem Patienten einen Lernprozess, bei dem dieser zunehmend Selbstmanagementkompetenz erwirbt, also selbstständiger Problemlöser wird.

1.1.1 Phasen des verhaltenstherapeutischen Prozesses

Der verhaltenstherapeutische Behandlungsprozess lässt sich in die Orientierungs-, Interventions- und Integrationsphase unterteilen:

Orientierungsphase. Diese erste Phase umfasst die fünf probatorischen Sitzungen, in deren Verlauf zwei Aufgaben verfolgt werden: Zum einen wird auf der Grundlage einer Problemanalyse (Psychischer und Somatischer Befund, Verhaltensanalyse, klassifikatorische Diagnose) eine individualisierte und evidenzbasierte Therapiekonzeption (Ziel- und Behandlungsplanung) erarbeitet, die als Handlungsleitfaden für die anschließende Interventionsphase dient. Zum anderen ist der Schwerpunkt dieser einleitenden Phase der Aufbau eines therapeutischen Arbeitsbündnisses. Der Patient sollte gleich in den ersten Sitzungen der Psychotherapie eine positive Bindung zum Therapeuten aufbauen können. Erlebt er sich vom Therapeuten gut verstanden und behandelt, fällt es ihm deutlich leichter, einen Zugang zu den eigenen Ressourcen herzustellen. Durch seine komplementäre Beziehungsgestaltung in dieser Phase erwirbt der Therapeut einen »Beziehungskredit« beim Patienten (s. auch Abschn. 1.2). Dieser ist nun hinreichend motiviert, um sich mit den Belastungen und Anforderungen der therapeutischen Interventionen und Beziehungsrückmeldungen auseinanderzusetzen.

Interventions- und Integrationsphase. Im Rahmen der dann folgenden zentralen Interventionsphase und der abschließenden Integrationsphase werden die therapeutischen Interventionen im engeren Sinne realisiert, d. h. die Symptomatik wird abgebaut, die Erreichung der verabredeten Ziele aufgebaut, und der Patient etabliert ein

stabiles Selbstmanagement. Um eine rekursive Therapieplanung sicherzustellen, beobachtet und beurteilt der Therapeut kontinuierlich den Therapieprozess, erhebt über Zielerreichungsskalen und testdiagnostische Instrumente fortlaufend Evaluationsdaten und passt auf dieser Grundlage seine Interventionen den Gegebenheiten an. Diese Objektivierungsmethoden werden entsprechend nicht nur als Prä-Post-Messungen am Beginn und Ende der Therapie eingesetzt, sondern nach Bedarf immer wieder in den laufenden Therapieprozess eingeflochten (vgl. Abschn. 1.3).

Therapieabschluss. Am Ende der Therapie erfolgt auf der Grundlage dieser Evaluationsdaten eine diagnostische und prognostische Schlussbewertung:

- ▶ Abbau der Symptomatik: Wird objektiviert durch testdiagnostische Messungen und klinische Beobachtungen.
- ▶ Erreichung der Therapieziele: Wird erfasst durch Einschätzungen auf den Zielerreichungsskalen.
- ▶ Qualität der Selbstmanagementkompetenz des Patienten: Wird qualitativ eingeschätzt durch den Therapeuten und ergänzt durch dessen prognostische Einschätzung der weiteren Entwicklung des Patienten (z. B. Stabilität der erreichten Ergebnisse, Benennung prognostisch einschränkender Faktoren und Risikoeinschätzung der Restsymptomatik).

Diese Merkmale und Phasen der Verhaltenstherapie sollten Patienten im Rahmen einer Psychoedukation nachvollziehbar vermittelt werden (s. auch Abschn. 2.2).

Phasen des Verhaltenstherapie-Prozesses im Überblick

Orientierungs- und Planungsphase (probatorische Sitzungen)

Patient und Therapeut orientieren sich zur

- ▶ therapeutischen Beziehung (Komplementäre Beziehungsgestaltung),
- ▶ vorliegenden Störung (Diagnose/Problemanalyse) und
- ▶ Behandlungsplanung (Ziele/Behandlungsplan).

Interventionsphase

Der Therapeut interveniert zielführend, d. h.:

- ▶ Er stellt therapeutische Hilfsmittel zur Verfügung (Methoden- und Beziehungsgestaltung).
- ▶ Er evaluiert prozessbegleitend die Interventionseffekte (Ergebnis- und Prozessevaluation).
- ▶ Und er aktiviert so den Patienten zum Problemlösen (Nutzung persönlicher und sozialer Ressourcen).

Integrationsphase

Im expliziten Transfer werden die therapeutisch erworbenen Erfahrungen/Kompetenzen

- ▶ ins Patienten-Selbstmanagement übergeleitet,
- ▶ über eine Rückfallprophylaxe stabilisiert und
- ▶ zur Neuorientierung der persönlichen Schemata genutzt.

Der folgende Kasten illustriert in wörtlicher Rede, wie die gerade genannten Phasen der Verhaltenstherapie dem Patienten verständlich erklärt werden können.

Psychoedukation durch den Therapeuten

Verhaltenstherapie setzt zunächst direkt an den Problemen an, unter denen Sie aktuell leiden. Zu Beginn helfe ich Ihnen dabei, diese Probleme sorgfältig zu beschreiben und zu erklären. Bald könnte ich dann auch die für Ihre Störung zutreffende Diagnose feststellen. Das hilft mir dabei, geeignete therapeutische Hilfsmittel zur Bewältigung Ihrer Probleme auszuwählen.

In den ersten fünf Sitzungen werden wir zu diesem Zwecke gemeinsam ein Modell zur Beschreibung und Erklärung Ihrer Störung entwickeln. Außerdem unterstütze ich Sie dabei, Ihre Therapieziele noch weiter zu konkretisieren. Wichtig ist auch, dass wir im Verlauf dieser so genannten »probatorischen Phase« gemeinsam feststellen, ob wir persönlich gut zusammen arbeiten können. Wenn uns das gelingt, und wenn eine Verhaltenstherapie für Sie Erfolg versprechend ist, dann kann ich Sie dabei unterstützen, bei Ihrer Krankenkasse die weitere Kostenübernahme für die Behandlung zu beantragen. Nach deren Bewilligung würden wir die »Interventionsphase« der Verhaltenstherapie beginnen.

In dieser Kernphase der Behandlung würde ich Sie darin anleiten und unterstützen, Ihre vorher formulierten Ziele aktiv zu erreichen. Dabei stütze ich mich auf Behandlungsempfehlungen aus der klinischen Forschung, die sich speziell für Ihre Störung anbieten. Diese erforschte und bewährte Vorgehensweise würden wir dann genau auf die individuellen Bedingungen Ihrer Störung abstimmen. Wie schon für die probatorische Phase gilt dabei weiterhin als Grundregel: Damit Sie von der Behandlung wirklich profitieren, ist Ihre aktive Mitarbeit besonders wichtig! Das bedeutet, dass Sie während der Therapie in Ihrem Alltag bestimmte Aspekte Ihres Denkens und Handelns systematisch beobachten, neue Denk- und Verhaltensweisen erproben und von mir beim Erlernen hilfreicher Fertigkeiten unterstützt werden (ggf. Einfügen anschaulicher Beispiele, die zum jeweiligen Patienten und seiner Störung passen). Meine Aufgabe wäre es dabei, Ihnen auf Ihrem aktiven Problemlöseweg zu helfen. Sie bekämen von mir entlang eines für Sie jederzeit nachvollziehbaren roten Fadens die notwendigen Hilfestellungen. Z. B. würden wir regelmäßig in unseren Sitzungen für Sie plausible und praktisch erreichbare Hausaufgaben vorbereiten. Dazu verabreden wir für die Zeit zwischen den Sitzungen, welche Beobachtungen, Experimente, Übungen Sie voranbringen können.

In der Regel treffen wir uns in dieser Zeit regelmäßig zu einem wöchentlichen Termin. Wir besprechen dabei sorgfältig Ihre Erfahrungen, die Sie in der Zwischenzeit mit Ihren Hausaufgaben gemacht haben und bereiten Ihre nächsten Schritte vor. Auf diesem Wege entwickelt sich eine aufwärts führende positive Lernspirale, die Sie immer besser in die Lage versetzt, Ihre Probleme zu verstehen und zu bewältigen. Es kann unter bestimmten Umständen aber auch sinnvoll



sein, dass wir uns zu einzelnen Terminen außerhalb des Therapiezimmers treffen. Sie lernen dort, wo Sie direkt mit Ihren Problemen konfrontiert sind, sich damit auseinanderzusetzen. Auf diese Weise gelingt es Ihnen, zunächst mit mehr, später mit immer weniger Anleitung und Unterstützung meinerseits, Ihre Probleme eigenständig zu lösen.

Der letzte Behandlungsabschnitt, die »Integrationsphase«, würde Sie dann ausdrücklich in ein solches »Selbstmanagement« begleiten. Ich werde dann als Problemlösehelfer entbehrlich geworden sein, und Sie haben für spätere Aufgaben- und Problemstellungen hinreichend – wie man es in der Verhaltenstherapie nennt: »Selbstmanagement-Kompetenz« – erworben.

1.1.2 Allgemeine Psychotherapie-Wirkfaktoren in der Verhaltenstherapie

Die Gliederung in Orientierungs-, Interventions- und Integrationsphase impliziert eine bestimmte Reihenfolge der therapeutischen Arbeitsschritte und Schwerpunkte. Hierbei werden die von Klaus Grawe (1994, 2001) in seiner großen Metastudie zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren benannten Komponenten in bestimmter Weise realisiert. Zunächst werden diese kurz dargestellt und anhand eines Beispiels erläutert, bevor ihre Umsetzung in der Verhaltenstherapie beschrieben wird.

Wirkkomponenten von Psychotherapie (*sensu Grawe*)

Ressourcenaktivierung. Der Therapeut spricht den Patienten so an, dass bei diesem bestimmte Fähigkeiten, Vorlieben, Überzeugungen (= Ressourcen) aktiviert werden.

- ▶ Er ermöglicht Bedürfnisbefriedigungen (z. B. positive Selbstwirksamkeits- und Selbstwerterfahrungen).
- ▶ Er bewirkt eine Inkonsistenzreduktion (Verringern der Nichtübereinstimmung von realen Erfahrungen und intentionalen Schemata).
- ▶ Er erzeugt auf diesem Wege beim Patienten eine prozessuale Aktivierung von Annäherungsmotiven.

Beispiel

Einem Ingenieur wird das Störungsmodell seiner Angststörung mit strukturierten Abbildungen zu hirnphysiologischen Dysregulationen zwischen Amygdala und präfrontalem Kortex nahegebracht.

Problemaktualisierung. Die zu modifizierenden Probleme des Patienten werden diesem durch therapeutische Maßnahmen des Therapeuten unmittelbar erfahrbar gemacht und können auf diesem Wege direkt bearbeitet werden.

Beispiel

In der Behandlung einer Angststörung stehen Expositionstechniken im Vordergrund. In deren Rahmen wird der Patient therapeutisch angeleitet, bisher vermiedene Situationen, in denen die Symptomatik auftritt, *in vivo* aufzusuchen. Alternativ lässt sich eine prozessuale Aktivierung auch über Rollenspiele oder über Imaginationstechniken oder lebendige Erzähltechniken in sensu erreichen.

Destabilisierung von Störungsattraktoren. Indem die therapeutischen Interventionen direkt auf spezifische Kontrollparameter der psychischen Störung abzielen, kommt es zum Abbau der Symptomatik. Der Therapeut vermittelt dem Patienten gezielt Neuerfahrungen, indem er aktive Hilfen zur Problemlösung einsetzt.

Beispiel

Die Lageorientierung eines depressiven Patienten wird durch Aktivitätsaufbau modifiziert, die Vermeidemuster eines agoraphobischen Patienten durch Exposition abgebaut, negative Kontrollattributionen eines sozial phobischen Patienten werden durch Verhaltensexperimente und soziales Kompetenztraining verändert.

Veränderung motivationaler Schemata. Die therapeutisch begleitete kognitiv-emotionale Verarbeitung dieser Neuerfahrungen verändert sukzessive die motivationalen Schemata des Patienten. Auf diesem Wege entwickelt sich aus den therapeutisch vermittelten neuen Erfahrungen »bottom up« eine Anpassung seiner

- ▶ Grundannahmen (Deskriptive Schemata: Selbstbild, Bild von den anderen, dem Leben, der Welt),
- ▶ Oberpläne (Intentionale Schemata: Allgemeine Pläne zur Realisierung von Handlungszielen) und
- ▶ Bewältigungsstile (habituelle Verhaltensmuster).

Beispiel

Ein zu Therapiebeginn ängstlich-vermeidender Patient erreicht durch das Training sozialer Kompetenzen zunehmend selbstbehauptende Erfahrungen und einen offensiveren Bewältigungsstil. Er erwirbt durch die Stabilisierung dieser Verhaltensmuster zunehmend offensive und wehrhafte Oberpläne und verändert sein vorheriges Selbstbild des Verlierers allmählich in Richtung der Grundannahme, ein Mensch zu sein, der seinen Platz in dieser Welt wirksam gestaltet und behauptet.

Therapeutische Beziehung. Der Therapeut ermöglicht dem Patienten, im Rahmen der therapeutischen Beziehung positive Erfahrungen zu machen. Die therapeutische

Aufgabe besteht zunächst darin, auf der Grundlage einer feinfühligen Wahrnehmung die beim Patienten aktivierten Beziehungsbedürfnisse zu erfassen. So orientiert gestaltet der Therapeut aktiv die Beziehung zum Patienten in der Weise, dass er diesem in der Therapiesituation positive Emotionen ermöglicht, auf deren Basis dieser dann eine belastbare Motivation zur Mitarbeit herausbildet (vgl. »Konzept der komplementären Beziehungsgestaltung« in Abschn. 1.2.2). In der Regel werden auf diesem Wege beim Patienten auch korrigierende Beziehungserfahrungen induziert (vgl. das Reparenting-Konzept von Young, Abschn. 1.2.2).

Beispiel

Einer dependent akzentuierten Patientin wird zu Therapiebeginn vom Therapeuten deutlich signalisiert, dass sie bei therapeutischen Übungen mit seiner Unterstützung rechnen kann; in einer fortgeschrittenen Therapiephase werden ihr vom Therapeuten entängstigende Realitätsüberprüfungen ermöglicht, und er führt sie anfordernd an eigenständige Bewältigungserfahrungen heran.

Die Realisierung der Wirkfaktoren in der Therapie

Die dargestellten allgemeinen Psychotherapie-Wirkfaktoren werden in den drei Behandlungsphasen in unterschiedlicher Gewichtung realisiert.

Orientierungsphase. In dieser ersten Phase baut der Therapeut auf der Grundlage einer komplementären Beziehungsgestaltung ein konstruktives therapeutisches Arbeitsbündnis auf, er realisiert den Wirkfaktor »therapeutische Beziehung«. Er ermöglicht dem Patienten durch seine empathische Ansprache, dass dieser sich von ihm als leidende Person gut verstanden und behandelt fühlt. Diese positive Beziehungserfahrung führt beim Patienten zu einem ersten Entlastungserleben. Im Rahmen dieser positiven Gefühlsaktivierung kommt es bei ihm außerdem zu einer »Ressourcenaktivierung«, also einem Zugang zu den eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten. Außerdem erwirbt der Therapeut auf diese Weise einen »Beziehungskredit«, das Arbeitsbündnis wird dadurch belastbarer, und der Patient entwickelt eine Bereitwilligkeit, sich mit emotional belastenden Inhalten auseinanderzusetzen.

Interventionsphase. Diese Phase dient der direkten Auseinandersetzung des Patienten mit seinen Problemen. Eine solche Bearbeitung auf der Symptomebene setzt voraus, dass der Therapeut den Patienten mit dessen Problembedingungen konfrontiert. Auf diese Weise kommt es beim Patienten zu einer »Problemaktualisierung«. Durch die Nutzung der parallel vom Therapeuten angebotenen aktiven Hilfen zur Problemlösung bewirkt der Patient eine »Destabilisierung von Störungsattraktoren«.

Integrationsphase. Die Integrationsphase hat die Aufgabe, den Patienten dabei zu unterstützen, seine im bisherigen Therapieverlauf erworbenen Klärungs- und Bewältigungserfahrungen in das Selbstkonzept zu integrieren und außerdem eine stabile Selbstmanagementkompetenz zu erwerben – entsprechend kommt es beim Patienten zur »Veränderung motivationaler Schemata«.

1.2 Abstimmung von Methodeneinsatz und Beziehungsgestaltung im Therapieprozess

Aufgabe des Therapeuten oder der Therapeutin ist es, den verhaltenstherapeutischen Arbeitsprozess zu steuern. Die durch den Behandlungsplan gebotenen Interventionen sind dem Patienten zunächst über eine kognitive Vorbereitung in verständlicher und plausibler Weise nahezubringen. Weiterhin ist es erforderlich, den anfangs meist ambivalenten Patienten zu einer bereitwilligen Mitarbeit zu motivieren. Liegt schließlich beim Patienten eine Annäherungsmotivation vor, gilt es, während der emotional belastenden Durchführung der Interventionen hinreichend Unterstützung und Verstärkung zu bieten. Ebenso ist es wichtig, dass der Therapeut im weiteren Therapieverlauf diese versorgenden Maßnahmen zurücknimmt, während der Patient ein zunehmend stabiles Selbstmanagement entwickelt. Grundsätzlich gilt: Erst wenn der Therapeut explizit ein wirksames Konzept der Prozesssteuerung verfolgt, wird ein geregelter, zielführender und ökonomischer Therapieablauf ermöglicht. Verfügt der Therapeut über zu wenig Steuerungskompetenz, greifen Patienten auf ihre problematischen störungsimmanenten Vermeide- und Manipulationsmuster zurück.

Beziehungsaufbau. Der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung ist bereits in der Eingangsphase der Behandlung ein zentrales Ziel. Der Therapeut konzipiert deshalb zu einem möglichst frühen Zeitpunkt des Therapieprozesses, in welcher interaktionellen Weise die geplanten spezifischen Behandlungsmethoden eingesetzt werden sollen. Gelingt dem Therapeuten gegenüber dem Patienten eine solche funktionale Beziehungsgestaltung, dann besteht bei diesem eine höhere Bereitwilligkeit, die vom Therapeuten eingeführten Methoden-Module zu bearbeiten. Vom Patienten ist im Rahmen einer so ermöglichten Bindung eher Kooperation als Widerstand zu erwarten.

Weiterführende Literatur zur therapeutischen Beziehung

Eine für Praktiker hilfreiche Übersicht zu relevanten Aspekten spezifisch verhaltenstherapeutischer Beziehungs- und Motivationsarbeit findet sich im »Praxisbuch Verhaltenstherapie« von Zarbock (2008). Eine weiter gefasste Darstellung zu allgemeinen und speziellen Aspekten der therapeutischen Beziehungsgestaltung enthält das zweibändige »Handbuch der therapeutischen Beziehung« von Hermer und Röhrle (2008).

Die moderne Verhaltenstherapie in ihrer »humanistischen Form« bezieht sich gemäß Schmelzer und Rischer (2008, S. 380) ausdrücklich auf das Kanfersche Selbstmanagement-Prinzip. Hiernach dienen alle therapeutischen Maßnahmen dazu, »Menschen möglichst effektiv und systematisch wieder in die Lage zu versetzen, ihr Leben autonom, d. h. ohne kontinuierliche therapeutische Hilfe, bewältigen zu können«. Erste Voraussetzung dafür sei von Beginn des therapeutischen Prozesses an eine »Beziehungsgestaltung und Rollenstrukturierung«, die »Autonomie und Selbst-