

3.2 Prozessuale und inhaltliche Therapie- strategien

SERGE K. D. SULZ

1 Einleitung

In diesem Kapitel werden die aus der Fallkonzeption entwickelten therapeutischen Strategien dargestellt. Während Interventionen und Methoden sehr konkrete Maßnahmen sind wie Rollenspiel, Sokratischer Dialog, Dreispaltentechnik, sind Strategien komplexere Kompositionen des Vorgehens, die nach der Abwägung resultieren, wie das gesteckte Ziel am besten zu erreichen wäre. Damit verknüpfen die Therapiestrategien die Gesamtsicht der Störungsanalyse und ein Gesamtziel auf eine ganzheitliche Weise, als Gesamtstrategie mit Teilstrategien. Ziel dieses Kapitels ist es, die in Therapieforschung und Praxis bewährten Wege aufzuzeigen, um aus der Fülle der Detailspekte zu einer Gesamtbetrachtung des individuellen Falles zu gelangen, aus der optimierte Strategien des Vorgehens abgeleitet werden. Da die strategischen Konzeptionen ein Guss aus Theorie und Praxis sind, wird hier, auch wegen der bei doppelter Ausführung eines Ansatzes verloren gehenden Übersicht, auf die Trennung in Theorie und Praxis verzichtet.

2 Praxisbezogene Ansätze therapeutischer Strategiebildung

Veränderungsorientierte Therapien sind im Kontrast zu motivationsklärenden Therapien (Grawe, 1998) explizit zielorientiert. Therapieziele werden ständig mit dem Patienten kommuniziert und abgeglichen. Je komplexer eine zu behandelnde Störung und je differenzierter die Fallkonzeption (vgl. das Kapitel Fallkonzeption in diesem Buch), umso weniger reicht eine Eins-zu-eins-Zuordnung von Störung und Therapietechnik. Der Begriff der Strategie ist instrumentell (Beck, Freeman et al., 1995). Er verknüpft den Ist- mit dem Sollzustand. Auf die Fragen „woher?“ und „wohin?“ folgt die Frage „wie?“. Erst wenn diese drei Fragen beantwortet sind, entsteht die Frage „was?“, d. h. die Frage nach der Methode, der Intervention bzw. der Technik – was ist zu tun, wenn man auf die geplante Weise (der Strategie folgend) das Ziel erreichen möchte?

In der Verhaltenstherapie ist der Begriff der Strategie eng mit der funktionalen Analyse gestörten Verhaltens verbunden. Die Funktionsanalyse fragt nach der Funktion, dem Zweck eines Verhaltens (Hand, 1989). Diese Aussage bezieht sich auf instrumentelles Verhalten im Sinne des operanten Lernparadigmas (Reinicker, 1994). Bei vorgegebenem Ziel wird dasjenige Verhalten

ausgewählt, das die größte Erfolgswahrscheinlichkeit oder die günstigste Kosten-Nutzen-Relation hat, in dem Sinne, dass möglichst viele Vorteile möglichst wenigen Nachteilen des Verhaltens gegenüberstehen (Kanfer, 2000). Diese Verhaltensselektion kann auch als strategisch bezeichnet werden (Beck, Freeman et al., 1995; Sulz, 1994, 2001). Alexander und Barton (1976) sehen funktionale Verhaltenstherapie als ein Vorgehen, das die Intention des Klienten nutzt, die er mit einem symptomatischen Verhalten verfolgt und eine therapeutische Intervention einsetzt, die dieselbe Funktion hat. Sie gehen davon aus, dass ein neues Verhalten, das nicht die Nachteile eines Symptoms hat, aber die gleiche funktionale Wirkung erzielt wie das symptomatische Verhalten, beste Chancen auf Etablierung hat. Ihre beeindruckenden Therapieerfolge sprechen für dieses konsequent funktionale oder strategische Vorgehen (vgl. Sulz und Heekerens, 2002). Wir ersetzen also das Symptomverhalten durch ein alternatives Verhalten mit derselben Funktion, oder wir folgen der Strategie des Symptomverhaltens und ersetzen diese durch eine Strategie der Therapie (Sulz, 2001).

2.1 Strategien der Therapievorbereitung

Der Prozess der Verhaltens- und Bedingungsanalyse bereitet strategische Überlegungen vor (vgl. das Kapitel über Verhaltensdiagnostik von Leibetseder und Grümel in diesem Buch sowie Sulz, 2000a). Strategische Entscheidungen trifft ein Therapeut vor allem zu Beginn der Therapie, wenn die therapievorbereitenden Maßnahmen vom diagnostischen in den Indikations- und Planungsteil übergehen (Grawe, 1998; Kanfer et al., 1996; Margraf, 1996). Dabei ist die Indikationsstellung (Baumann, 1981) die erste zentrale strategische Entscheidung, die zweite ist die Formulierung einer Gesamtstrategie bzw. einer übergeordneten Behandlungsstrategie als übergeordneter Formulierung des Therapieplans: Diagnose dient der Indikationsstellung. Indikationsstellung dient der Therapie und Therapie dient der Zielerreichung.

Beck und Mitarbeiter (Beck et al., 1981; Beck, Freeman et al., 1985) bauen ihre strategischen Entscheidungen auf folgenden Schritten auf:

- Diagnose und Definition von Zielsymptomen
- Vergangenheit des Patienten incl. Entwicklung der Pathologie
- Gegenwärtige Lebenssituation
- Psychische Probleme, Selbst- und Weltbild, konditionale Annahmen und Grundannahmen, fehlerhafte Informationsver-

- arbeitung, dysfunktionale Strategien, Zusammenhang zwischen Annahmen und Strategien
- Einstellung zur Therapie incl. adaptive Annahmen und Strategien und Ressourcen des sozialen Systems
- Therapieplanung

Die strategischen Entscheidungen des Therapeuten ordnet Schulte (1996, S. 156) so:

Diagnostik: Problemstrukturierung durch

Bewertung: Feststellung therapiebedürftiger Abweichungen des Verhaltens

Erklärung: klinische Diagnose und Problemanalyse

Validierung: Überprüfung der Diagnose

Therapieplanung:

Indikationsstellung: Zuordnung von Methoden und Problemen

Methodenwahl: Durchführbarkeit, Prognose, Kontraindikation, Bewertung

Ablaufplanung: Therapierahmen, Zusammensetzung und Reihenfolge der Methoden

Inhaltliche Ausgestaltung: Konkretisierung auf den Einzelfall

Therapiedurchführung:

Realisationsentscheidungen (geplant oder spontan im Therapieprozess).

Ähnlich ist Kanfers 7-Phasenmodell (Kanfer et al., 1996), bei dem diagnostischer und therapeutischer Prozess sich ständig verschränken:

1. Eingangsphase: Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen
 2. Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen
 3. Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell
 4. Vereinbarung therapeutischer Ziele
 5. Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden
 6. Evaluation therapeutischer Fortschritte
 7. Endphase: Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie
- Danach erfolgt Follow-up-Katamnese.

Grawe (1998) spricht vom Abklärungsprozess, der in die Therapie mündet. Beide Schritte erfolgen durch verschiedenen Personen evtl. Institutionen:

1. Diagnostik und Indikationsstellung in einer Ambulanz:
 - a) Klärung, ob ein Therapieanlass besteht
 - b) Entscheidung für oder gegen Initiierung einer Therapie
 - c) Klärung der Rolle von Bezugspersonen
 - d) Einbeziehung der Bezugspersonen in die Therapie
 - e) Symptom-Erfassung
 - f) Klassifikatorische Diagnose
 - g) Indikationsstellung mit Auswahl des Therapeuten und des Therapiesettings
 - h) Abstimmung des Therapieangebots mit dem Patienten
 - i) Übergabe an den behandelnden Therapeuten
2. Durchführung der Therapie durch eine/einen Psychotherapeutin/-therapeuten
 - a) Erarbeiten der Therapieziele
 - b) Zielerreichungsskalierung
 - c) Therapieplanung

Aktivierung welcher Ressourcen, Bearbeitung welcher Störungen und welcher Beziehungsmuster, Veränderung wel-

- cher motivationalen Schemata, Planung der Beziehungsgestaltung, Vorbereitung auf Beziehungstests, Klärung der Therapiemotivation, Planung des konkreten Vorgehens
- d) Durchführung der Therapie

Marsha Linehan (1996a) vollzieht folgende strategischen Schritte der Vorbereitung der Therapie:

1. Diagnostik
2. Schaffen von Rahmenbedingungen für die Therapie
3. Formulieren eines kognitiv-behavioralen individuellen Störungsmodells
4. Konzeptuelles Formulieren der therapeutisch erforderlichen Merkmale des Therapeuten
5. Einigung auf Ziele
6. Vereinbarungen über Pflichten der Patientin und des Therapeuten
7. Beginn der Therapie

Lorna S. Benjamin (2001, S. 539) geht bei der interpersonellen Diagnose und Therapie von Persönlichkeitsstörungen in fünf Schritten vor und bezeichnet dieses Vorgehen als generisch in dem Sinne, dass es sich unabhängig von einer Therapieschule als optimaler Weg herauschält. Ähnlich wie Kanfers Ansatz sind Diagnose und Therapie fortlaufend vorhandene Prozesse:

1. Aufbau einer Patient-Therapeut-Beziehung unter dem Vorzeichen von Zusammenarbeit
2. Der Patient lernt seine interpersonellen und intrapsychischen Muster kennen – woher die Muster stammen und welchen Sinn sie haben
3. Alte, in der Gegenwart maladaptive Verhaltensmuster werden therapeutisch blockiert
4. Der Wille zur Veränderung wird mobilisiert
5. Neue interpersonelle und intrapsychische Verhaltensmuster werden erlernt.

2.2 Strategien der Therapiedurchführung

2.2.1 Prozessuale Strategien

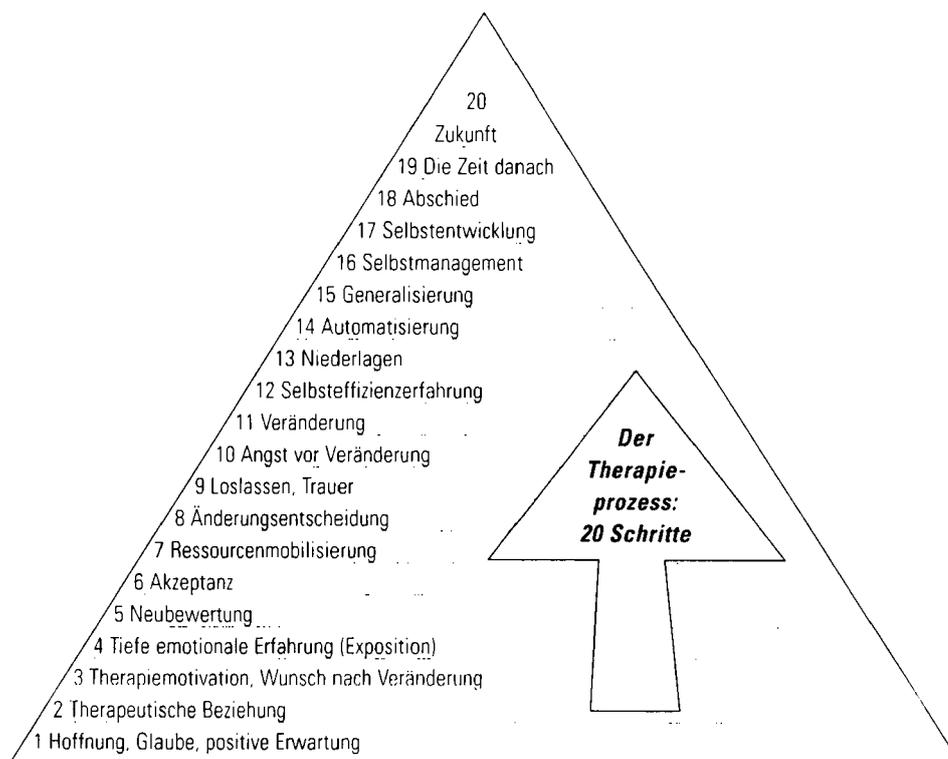
Es gibt therapeuten-, patienten- oder störungsbedingte Schwerpunkte strategischen Vorgehens in der Therapie. Auch das Stadium der Therapie legt wechselnde Schwerpunkte nahe. Wir können zwanzig Schritte des Therapieprozesses unterscheiden (Sulz, 2001):

Die Therapieforschung belegt die Bedeutung mehrerer prozessualer Parameter als wichtige Wirkfaktoren. Andere sind Extrakt klinischer Erfahrung, wie sie von zahlreichen Therapeuten verschiedenster Provenienz geteilt wird (Abb. 1).

Hoffnung und Glaube, dass dieser Therapeut die erforderliche Kompetenz hat und diese Therapie zu einer erfolgreichen Behandlung führen wird, wird als empirisch nachgewiesener Wirkfaktor genannt. Als gezielte Maßnahme wird dieser Vorgang von Grawe (1998) Erwartungsinduktion genannt mit dem Hinweis, dass dieser Prozessschritt der Hauptwirkfaktor der Hypnose ist.

Eine **förderliche therapeutische Beziehung** gilt als weiterer wichtiger Wirkfaktor. Ihre Merkmale werden einerseits auf die

Abbildung 1: Der Therapieprozess: 20 Schritte der Therapie



genannten Wirkfaktoren, die Variablen des Therapeutenverhaltens in der klientenzentrierten Gesprächstherapie und andererseits auf die Eigenschaften einer tragfähigen Beziehung, wie sie die Bindungsforschung zeichnet, zurückgeführt. In der Verhaltenstherapie haben Schulte (1996) und insbesondere Kohlenberg et al. (2000) darauf hingewiesen. Kohlenberg setzt die therapeutische Arbeit mit der Patient-Therapeut-Beziehung als wichtigsten Aspekt der Behandlung ein.

Der **Aufbau von Therapiemotivation** ist nach Kanfer et al. (1996) einer der ersten Schritte im psychotherapeutischen Prozess. Die Bereitschaft, an der Therapie mitzuarbeiten, muss oft erst hergestellt werden, da die bisherigen Ziele des Patienten nicht ohne weiteres mit denen der Therapie zur Deckung gebracht werden können.

Das **Herstellen tiefer emotionaler Erfahrung** im Dienste der Klärung motivationaler Konstellationen ist eines der wichtigsten Elemente vieler Psychotherapien. Ihre Bedeutung wurde besonders durch die Arbeit von Greenberg (2000) sichtbar. Greenberg stellt eine Therapie vor, die er als „Process-Experiencing-Approach“ bezeichnet, entwickelt aus der klientenzentrierten Gesprächstherapie und der Gestalttherapie. Es besteht eine deutliche Korrelation zwischen der Tiefe der emotionalen Erfahrung und dem Ergebnis von gesprächstherapeutischen Behandlungen. Die Exposition in der Verhaltenstherapie ist ebenfalls ein Verfahren, das eine tiefe emotionale Erfahrung herstellt. Es zählt zu den wirksamsten Angsttherapien.

Die **Korrektur der emotional-kognitiven Bewertungen** ist der Hauptansatzpunkt der kognitiven Therapie nach Beck (Beck et al., 1981) und der rational-emotiven Therapie nach Ellis (1972). Empirische Forschung belegt immer wieder deren Bedeutung. Heute gibt es ein elaboriertes Interventionsangebot, das situative und habituelle Kognitionen umstrukturieren hilft. Die Wirksamkeit dieser kognitiven Verfahren ist vielfach untersucht worden und empirisch belegt.

Das **Herstellen von Akzeptanz** ist ein Therapieprinzip, das neuere behaviorale Therapieansätze in den Vordergrund stellt und z.B. auf diese Weise in der Paartherapie deutliche Wirksamkeitsvorsprünge vor traditionellem behavioralem Vorgehen erreichte (Jacobson und Christensen 1996) bzw. wirksame Therapien bei schwierigen Patienten durchführen konnte (Hayes et al., 2003; Linehan, 1996a,b).

Die **Ressourcenmobilisierung** ist von der Verhaltenstherapie mit ihren verstärkerorientierten Interventionen ein stets genutzter Aspekt der therapeutischen Veränderung, vor allem in der Depressionstherapie. Je mehr sich jedoch problem- und störungsspezifische Ansätze durchsetzen, umso mehr geriet die Ressourcenanalyse in den Hintergrund. Insbesondere Grawe (1998) bringt Belege für ihre Bedeutung. Sehr einleuchtend ist seine Interpretation der Wirksamkeitsvergleiche von kognitiver Therapie (Beck et al, 1981) und interpersonaler Psychotherapie IPT nach Klerman et al. (1984). So profitierten von der kognitiven Therapie am meisten solche Patienten, die nur wenig kognitive Störungen hatten, deren Stärke aber im kognitiven Bereich lag.

Dagegen waren die Therapieerfolge der IPT am größten bei Patienten, deren Kompetenzen vor allem im interpersonellen Bereich lagen. Grawe sieht die Wirkung beider Therapien entgegen ihrer expliziten Problemorientierung deshalb darin, dass sie die Ressourcen der Patienten nutzten, die kognitive Therapie die kognitiven Ressourcen und die IPT die interpersonellen Ressourcen.

Das **Herstellen von Änderungsentscheidung** ist das Überschreiten des Rubikon in Heckhausens Handlungsmodell (Heckhausen, 1989). Die vorausgehenden Schritte der Therapie befanden sich noch am linksseitigen Ufer. Es ging um Klärungsprozesse. Motive wurden untersucht, Wünsche betrachtet. Das Wählen unter den Möglichkeiten wurde geprobt. Und nun ist das Wollen der Schritt, der über den Rubikon führt. Vielleicht ist es besser zu sagen, dass die Änderungsentscheidung der erste Schritt auf dem festen Boden des rechten Ufers ist. Hingegen ist die Brücke in Heckhausens Modell nicht beschrieben. Es wird eine Dichotomie dargestellt. Es handelt sich um klar unterscheidbare Welten, die durch eine eindeutige Grenzlinie getrennt werden. Weder in Heckhausens Betrachtungen noch in denen von Grawe (1998) taucht das Prinzip der Akzeptanz auf. Gerade dieses können wir uns aber als Brücke zwischen den beiden Ufern vorstellen. Akzeptanz heißt, dass die nötigen Klärungen erfolgt sind, dass die Konflikte ausreichend gewürdigt wurden, so dass ihre Lösung möglich ist, dass es nichts mehr zu erledigen gibt auf dem linken Ufer, dass also zum anderen Ufer übersetzt werden kann.

Loslassen, Abschied, Trauer ist ein Teilprozess, der auch ohne Zutun des Therapeuten an dieser Stelle jeder Therapie geschieht. Das Betreten der Brücke bedeutet das Zurücklassen der Welt auf der linken Seite des Ufers. Viel Vertrautes, Liebes, Wertvolles muss beim Verlassen der alten Welt zurückbleiben. Entscheidung ist immer Verzicht auf das andere. Konfliktlösung ist so gesehen der Verzicht auf die Vorteile der nicht gewählten Seite. Und wenn es zu den bisherigen zentralen Beziehungen gehörte bzw. zur Domäne des eigenen Selbst (Beck et al, 1981), so ist der Abschied schmerzlich. Der alte Besitz muss aktiv losgelassen und das Verlorene betrauert werden. Dieser Therapie-schritt wird von Sulz (1994, 2002) beschrieben.

Die **Angst vor Veränderung** ist ebenso ein Phänomen und ein emotionaler Prozess im Weiterschreiten in der Therapie. Wir können uns wiederum vorstellen, dass mitten auf der Brücke, nachdem vom Alten Abschied genommen wurde, der Blick auf das ungewisse Neue am anderen Ufer Angst macht. Auch wenn sie nicht thematisiert wird und vom Patienten vielleicht auch nicht bewusst wahrgenommen wird, ist sie eine motivationale Kraft, die zum Widerstand werden kann (Sulz, 1994, 2002).

Die **Veränderung des Erlebens und Verhaltens** ist mehr oder weniger expliziertes Ziel jeglicher Psychotherapie.

Wirksamkeitsstudien belegen für einige Psychotherapien, dass sie dieses Ziel auch erreichen (Grawe, 1998). Gegenwärtig kann dies in umfassender Weise von Verhaltenstherapie, tiefenpsychologischer Psychotherapie und Gesprächstherapie gesagt werden. In Teilbereichen wiesen auch andere Therapieformen ihre Wirksamkeit nach.

Die **Erfahrung von Selbsteffizienz** mündet in eine Erwartungshaltung ein, die Selbsteffizienzerwartung (self efficacy expectation [Bandura, 1977]), die sehr großen Einfluss darauf hat, ob eine neue Verhaltensweise entsteht, denn die Auftretenswahrscheinlichkeit von Verhaltensweisen hängt ab von ihrem erwarteten Erfolg. Zudem wirkt sich die Erfahrung von Selbsteffizienz auf das Selbstwertgefühl eines Menschen aus, ist vielleicht der für die allgemeine Handlungsfähigkeit eines Menschen wichtigere Bestandteil des Selbstgefühls. Die Selbsteinschätzung, was ich kann, welche Fähigkeiten ich habe, verbunden mit der Erinnerung an zurückliegende Erfolge, bestimmt wesentlich mehr das Aktivitätsniveau eines Menschen als die Einschätzung, anderen Menschen etwas wert zu sein bzw. an sich wertvoll zu sein. Wie nahezu alle hier betrachteten psychischen Phänomene und Parameter muss dies keine bewusste Erfahrung und Einschätzung sein.

Der **Umgang mit Niederlagen** ist in kognitiv-behavioralen Therapien wesentlicher Bestandteil von Übungsprogrammen, die kognitive Erwartungshaltungen und Reaktionsbereitschaften im Umgang mit Misserfolgen aufbauen. Gerade Patienten mit psychischen Störungen verlieren selbst durch kleine Niederlagen schnell wieder ihre Selbstwirksamkeitserwartung und damit den Mut, nach einer Niederlage möglichst bald einen neuen Anlauf zu nehmen. Sie befinden sich noch lange Zeit in einer kognitiven Suchhaltung, die auf eine Bestätigung des alten Selbstbildes ausgerichtet ist.

Die **Automatisierung des neuen Erlebens und Verhaltens** wird von Therapeuten oft nicht als notwendiges Zielkriterium berücksichtigt. So lange der Patient sich jedes Mal neu überwinden muss, das neue Verhalten zu zeigen, besteht die Gefahr, dass ihm ohne Rückendeckung des Therapeuten die Entschlossenheit fehlt und Kraft ausgeht, diese Überwindung aufzubringen. Lernprozesse sind aber erst abgeschlossen, wenn das Verhalten nicht mehr bewusst durch Selbstkontrolle erzeugt werden muss (Kanfer, 2000).

Die **Generalisierung des neuen Erlebens und Verhaltens** stellt nicht selten ein therapeutisches Problem dar. Denn ein im schonenden Milieu des Therapieraumes gekonntes Verhalten kann der Patient oft nicht auf seine raue Beziehungswirklichkeit übertragen. Oder ein im Kompetenztraining gelerntes Verhalten kann zwar auf den beruflichen, nicht aber auf den familiären Bereich transferiert werden. Der gewünschte Generalisierungsprozess bedarf deshalb oft besonderer Maßnahmen (Kanfer, 2000; Sulz, 2002).

Das **Selbstmanagement des Erlebens und Verhaltens** ist Ergebnis der Übernahme der fremdgeleiteten Veränderungsinitiativen in die Selbstkontrolle und Selbststeuerung (Kanfer, 2000). Erst wenn nicht mehr der Therapeut Initiator und Kontrollinstanz ist, sondern der Patient selbst das Management übernommen hat, kann von einer Stabilität der erreichten neuen Handlungsweisen ausgegangen werden.

Die **Bahnung weiterer Selbstentwicklung** kann in der Therapie explizit eingeleitet werden, oft findet sie aber implizit statt. Der Patient befindet sich auf einem individuellen Niveau der

3.2 Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien

Entwicklung seiner Emotionalität und seiner Beziehungsgestaltung. Von Therapeutenseite wäre oft eine Weiterentwicklung wünschenswert, da dann die Vulnerabilität für psychische bzw. psychosomatische Erkrankungen geringer wäre. Entwicklung ist aber ein zeitlich so lang gestreckter Prozess, dass er nicht Inhalt von kürzeren Therapien sein kann. Deshalb kann oft ein Entwicklungsanreiz oder -anstoß gegeben werden. Der Patient wird dem Entwicklungsverlauf allein überlassen. Wenn dies zu natürlichen Krisen führt (Kegan, 1986), kann eine erneute Kontaktaufnahme mit dem Therapeuten erforderlich werden. Diese natürlichen Wachstumskrisen dürfen aber nicht mit Krisen verwechselt werden, die eine Pathologie der Person oder eine Pathogenität der Umwelt ausdrücken.

Der **Abschied, das Beenden** der Therapie wird von vielen kognitiv-behavioralen, systemischen und Hypnotherapeuten relativ cool gehandhabt. Ein sachlich-freundlicher Abschied ist eben der Abschluss einer professionellen Arbeit, die Kooperierenden wenden sich nun neuen Projekten zu. Hier erhält der Patient eventuell erstmals eine Korrektur seiner Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung als einer sehr zentralen persönlichen Beziehung, die so positive Qualitäten wie kaum eine andere vorher aufwies. Der rasche, tränenlose Abschied ist dann ein abruptes Ende einer Illusion, die zwar sehr viel Kraft für therapeutische Veränderungen gab, aber nun erst einmal allein verkraftet werden muss. Die Rückfälle nach Abschluss der Therapie sind zum guten Teil auf das Versäumnis des Therapeuten zurückzuführen, die Beendigung der therapeutischen Beziehung emotional ausreichend zu bearbeiten (Sulz, 1994, 2002).

Die **Zeit nach der Therapie** gehört noch zur Therapie, deren Ergebnis sich erst nach einem oder zwei Jahren zeigt. Der Anspruch an eine wirksame Therapie besteht u.a. darin, dass die erreichten Veränderungen mindestens zwei Jahre anhalten. Am schwierigsten ist das erste halbe Jahr nach Beendigung der Therapie. Diese Zeit kann noch in der Therapie vorbereitet werden. Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe sind fester Bestandteil in der Verhaltenstherapie.

Die **Zukunft** des Patienten ist das, worauf die Therapie einwirken will. Sie intendiert, dass er nach dem Verschwinden seiner Symptome möglichst dauerhaft auf derartige Notfallmaßnahmen zur Bewältigung von Problemen nicht mehr angewiesen ist, dass er sein Leben in die Hand nimmt und eine befriedigende Lebens- und Beziehungsgestaltung erreichen kann. Das ist ein Ideal, das wir meist nicht erreichen können und auch nicht müssen. Aber einen vielleicht bescheidenen Beitrag leistet die Psychotherapie doch in Richtung dieses globalen Zieles.

2.2.2 Selbstmanagementstrategien

Kanfers Selbstmanagementtherapie (Kanfer et al., 1996) zeigt die Entwicklung der Verhaltenstherapie aus ihren behavioralen Anfängen zu einer dem aktuellen Stand der Therapieforschung entsprechenden strategischen Grundkonzept, das zusammen mit störungsspezifischen Methoden einen umfassenden Indikationsbereich erlangt.

Kanfer et al. (1996, S. 15f.) kennzeichnen die Selbstmanagementtherapie so:

Das Primat der Therapie besteht in aktiver Beteiligung des Patienten, Zielsetzungen des Patienten und Zukunftsorientierung. Die Autoren begründen dies damit, dass wahrgenommene Kontrolle die Motivation und Selbsteffizienz erhöht, das Verfolgen selbst gesteckter Ziele an sich eine Quelle der Motivation ist, Selbstmanagement Widerstand und Gegenkontrolle verringert, die Selbstattribution unabhängige Handlungen verstärkt und dass Selbstmanagement die Generalisierung von Therapieeffekten erleichtert.

Die psychologische Theorie ist das Selbstregulationsmodell Kanfers. Selbstregulation läuft in drei Schritten ab: Selbstbeobachtung als bewusstes Prüfen eigener Handlungen, Selbstbewertung als Vergleich des Ergebnisses der Handlung mit spezifischen Erfolgserwartungen bzw. Leistungsstandards und Selbstverstärkung, die erfolgt, wenn das eigene Tun den selbst gesetzten Standard erfüllt. Im anderen Fall erfolgt Selbstbestrafung. Automatische Verhaltensgewohnheiten sind der so definierten Selbstregulation entzogen, solange nicht die Aufmerksamkeit auf sie gelenkt wird. Letzteres erfolgt, wenn sie durch eine Störung des automatisierten Ablaufs unterbrochen wird.

Als psychologische Prozesse der Veränderung werden genannt: Wollen, Wissen, Können und Dabeibleiben. Therapieziele können sein (Kanfer et al., 1996):

1. geändertes Verhalten
2. geänderte Wahrnehmungen (Einstellungen)
3. geänderte Umwelt
4. Tolerieren der Unveränderbarkeit der eigenen Person oder der Umwelt

Als strategische Grundhaltung wird dem Therapeuten empfohlen:

- think behavior
- think solution
- think positive
- think small steps
- think flexible
- think future

Belege der Evaluation des Selbstmanagementansatzes werden von Kanfer et al. (1996, S. 12ff.) berichtet.

2.2.3 Kognitive Strategien

Beck et al (1981) gehen davon aus, dass kindliches und damit primitives Denken im Sinne von Piaget (1976) die Pathogenese und Pathologie des Patienten ausmacht. Dieses Denken wird als Quintessenz der kindlichen Lerngeschichte betrachtet, in der das Kind in der Interaktion mit seinen Eltern und der weiteren sozialen Umwelt Erfahrungen macht, die ein Selbstbild, ein Weltbild und eine Theorie oder ein Paradigma der Wechselwirkung zwischen Selbst und Welt entstehen lassen, formulierbar als Grundannahmen über das Funktionieren der Welt. Wegen des zum Zeitpunkt des Lernens noch sehr unreifen Entwicklungsstandes des Denkens sind Selbst- und Weltbild sowie Grundannahmen primitiv und bilden psychosoziale Konstellationen und Kontexte stark vergrößert dar. Für den Erwachsenen sind sie nicht mehr hilfreich, sondern führen zu dysfunktionalen Verhaltensstrategien. Situationen im Erwachsenenalter aktualisieren diese kognitiven Schemata sensu Piaget (1976) im Sinne automatischer Gedanken, die als dysfunktionale Einschätzungen der Bedeutung einer Situation Emotionen auslösen, die einer erfolg-

reichen Meisterung der Situation abträglich sind. Neben kognitiven werden auch affektive und motivationale Schemata angenommen, die die Beziehungsgestaltung weitgehend steuern.

Beck und seine Arbeitsgruppe verfolgen mit Blick auf den Patienten und seine Störung als therapeutische Strategie folgendes Vorgehen:

- Konzentration auf veränderbare Symptome (Gefühle, Bedürfnisse, Gedanken, Verhalten, Körperreaktionen)
- Umgang mit Suizidalität
- Erfassung und Modifikation der dysfunktionalen Grundannahmen
- Aufbau adaptiven Verhaltens

Bezüglich der Therapeutenvariable stehen als Empfehlungen (Beck et al., 1981) für die interaktiven Strategien:

- Aufbau einer positiven therapeutischen Beziehung durch Wärme, Empathie und Aufrichtigkeit
- Herstellen einer förderlichen therapeutischen Interaktion durch Schaffen grundlegenden Vertrauens, gegenseitiges Einverstehen
- Verwenden von Arbeitsmaterial zur Erhebung der „Rohdaten“ (Kognitionen und Emotionen in Situationen), Prüfung der Glaubwürdigkeit introspektiver Daten, Untersuchung von Grundannahmen, Durchführung von Experimenten und Initiierung von Hausaufgaben

Stilistische Strategien sind:

- die primäre Bestätigung des „persönlichen Paradigmas“ des Patienten
- das Unterlassen von „Labeling“ und Werturteilen sowie von Interpretationen unbewusster Motive
- Orientierung von Aufgaben an den Bedürfnissen des Patienten
- Fragen als wichtigste Kommunikation statt Dispute und Belehrungen und schließlich
- Einsatz von Humor

Innerhalb dieses strategischen Therapierahmens werden die zahlreichen kognitiven und behavioralen Therapietechniken angewandt (z. B. Reattribuierungstechniken wie der Sokratische Dialog, Spaltentechnik sowie empirische Hypothesenprüfung, Aktivitätenplanung, Erfolg-und-Vergnügen-Technik, gedankliches Üben im Sinne mentaler Vorstellung des Ablaufs).

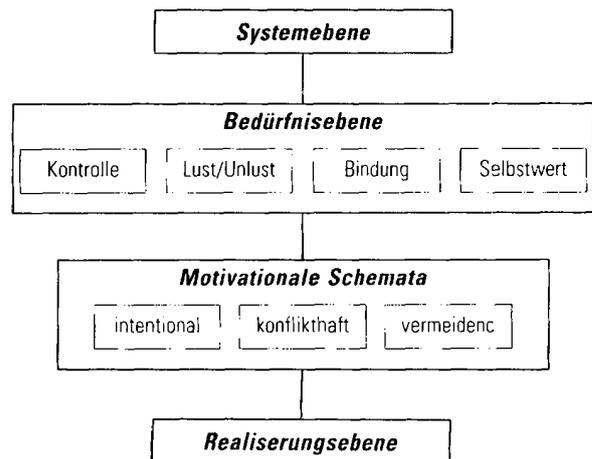
2.2.4 Schema- und systemtheoretische Strategien

Grawe (1998, S. 453ff.) erweitert die kognitive Perspektive einerseits um die neurobiologische und andererseits um die systemtheoretische Sicht. Er führt deren Konstrukte und Begriffe ein. Die menschliche Psyche folgt dem Prinzip der Selbstorganisation (Organisation ohne externe gezielte Steuerung). Dazu bedient sie sich der Selbstverstärkung im Sinne eines autokatalytischen Prozesses (= automatische Verstärkung, siehe Hayes et al., 2003). Es erfolgt positive Rückkoppelung (verstärkt den Effekt einer Reaktion) und negative Rückkoppelung (vermindert den Effekt einer Reaktion), so dass ein dynamische Gleichgewicht (Fließgleichgewicht, homöostatisches Gleichgewicht) aufrechterhalten werden kann. Dieses wird beeinflusst durch Kontrollparameter (führen zu einem neuen Ordnungsmuster und erhalten dieses aufrecht). Immer wieder kommt es zu einer Emergenz (Entstehen neuer Ordnungsmuster durch positive und negative Rückkoppelung), die mit einer Versklavung (Unterwerfung unter ein neues Ordnungsprinzip, in dessen Kräftefeld geraten) verbunden ist. Synergetik durch Wechselwirkung zwischen den Eigenschaften eines Systems und äußeren Einflüssen (Kon-

trollparametern), die wiederum unter sich zusammenwirken, führt zu einem geordneten; stabilen Zustand. Es entstehen immer wieder neue stabile Gleichgewichtszustände. Betrachtet man die Ordnung des Systems, so findet man Ordnungsmuster, die Grawe als Attraktor (= Ordnungsmuster, geordneter Zustand eines Systems) bezeichnet. Beim Menschen liegen nur dissipative Strukturen vor. Dies sind Systemstrukturen, die nur unter Energie- bzw. psychologisch: Informationsaufnahme aus der Außenwelt stabil bleiben können, ohne diese würde die Ordnung zusammenbrechen. Die Chaostheorie (Theorie der Entstehung von Ordnungen aus ungeordneten (= chaotischen) Zuständen) hilft komplexere Übergänge zu analysieren. Sie spricht von einem determinierten Chaos, einem geordneten Zustand, der aufgrund seiner Komplexität nicht geordnet wirkt und dessen Ordnungsprinzipien nur schwer nachvollziehbar sind bzw. dessen Determinanten nur schwer zu finden sind. Im Gegensatz dazu kommt ein stochastisches Chaos rein zufällig zustande und ist ein nicht geordneter Zustand. Ein chaotischer Attraktor ist ein ungeordnet wirkender Zustand, der nicht sofort einsehbar geordnet ist. Ein Punktattraktor ist ein Punkt, den das System aus den verschiedensten Ausgangszuständen heraus immer wieder anstrebt. Zur Veranschaulichung wird ein Zustandsraum gezeichnet mit definierten Komponenten (Dimensionen) zur topografischen Darstellung (Zeichnen eines Diagramms) eines Attraktors. Beim Thema Umgang mit Beziehungen ergibt sich ein Beziehungsraum, in dem interpersonale Attraktoren etwa als Beziehungsmuster im bekannten Kreismodell Benjamins (2001) abgebildet werden. Der Entstehung von psychischen Attraktoren geht ein Spannungszustand (oder Valenz sensu Kurt Lewin) voraus. Dies kann in zweierlei Hinsicht geschehen:

- Bedürfnisspannung (Grundbedürfnisse sind unbefriedigt)
- Konsistenzspannung (Inkonsistenz zwischen zwei Faktoren, z. B. zwei inneren (intrapsychischen) oder innerem und Außenweltfaktor). Grawe meint mit Konsistenz einerseits Kongruenz (= externe Konsistenz = Übereinstimmung des Systems mit der Außenwelt) und andererseits Konkordanz (= interne Konsistenz = Übereinstimmung systeminterner Faktoren). Er unterscheidet den
 - motivationalen Attraktor (= motivationales Schema)
 - emotionalen Attraktor (= emotionales Schema)

Abbildung 2: Grawes psychologisches Modell (verändert nach Grawe 1998)



3.2 Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien

interpersonalen Attraktor (= interpersonelles Schema)

Störungsattraktor (eine entstandene spezifische psychische Störung, z. B. Agoraphobie)

Zentrales Steuerungsprinzip des Menschen ist nach Grawe (1998, S. 423) sein Streben nach Konsistenz. Dieses definiert er als „Konsistenz der von den motivationalen Schemata eines Menschen bestimmten Prozessen“. Konstruktive Copingstrategien und defensive, vermeidende Abwehrmechanismen dienen hauptsächlich der Inkonsistenzverminderung, indem intrapsychische motivationale Konflikte, kognitive Dissonanzen und interpersonelle Spannungen reduziert werden. Sein Funktionsmodell nimmt als oberste Ebene der Selbstregulation eine Systemebene an, deren Aufgabe das Wahren von Konsistenz ist. Eine zweite Ebene ist die Bedürfnisseebene mit den Grundbedürfnissen nach Kontrolle, Lustgewinn/Unlustvermeidung, Bindung und Selbstwerterhöhung. In der Begegnung mit der Außenwelt wird die Ebene der motivationalen Schemata sowohl top-down als auch bottom-up aktiviert. Sie beherbergt intentionale, konflikthafte und vermeidende Schemata. Auf der vierten Ebene erfolgt die handelnde und wahrnehmende Realisierung im Austausch mit der sozialen Umwelt. Die resultierenden Erfahrungen beeinflussen alle genannten Ebenen kurz- und langfristig, u. a. das Selbstbild und das Ichgefühl, die dem Begriff der Identität (vgl. Sulz, 2001) nahe kommen. Therapie kann nun nach Grawe sowohl als Veränderung (Übergehen des Systems in einen bereits neuronal als nunmehr erinnertes Schema angelegten Ordnungszustand) als auch als Entwicklung (Übergehen des psychischen Systems in einen neuen, im Gedächtnis noch nicht vorhandenen Ordnungszustand) geschehen. Störungsattraktoren sind zeitlich, phänomenologisch und funktional stabile Zustände im Sinne von psychischen oder psychosomatischen Störungen. Ihre Aufrechterhaltung ist nicht abhängig von den Geschehnissen, die zu ihrer Entstehung geführt haben. Deshalb muss sich Therapie auf die gegenwärtigen Wechselwirkungen konzentrieren.

Aus diesem Dreikomponentenmodell leitet Grawe seine therapeutischen Strategien ab:

Basis der Therapie: Verbesserung des Wohlbefindens

- durch positive Kontrollerfahrungen
- durch positive Beziehungserfahrungen
- durch selbstwerterhöhende Erfahrungen

1. Inkonsistenzreduktion durch Ressourcenaktivierung
2. Destabilisierung von Störungsattraktoren durch problem(= störungs-)spezifische Interventionen
3. Inkonsistenzreduktion durch Veränderung motivationaler Schemata (Klärungsarbeit mit Schaffung von Bewusstsein, Bewältigungserfahrungen und korrektive Erfahrungen).

Er weist darauf hin, dass sich dadurch fünf Dimensionen mit je zwei Perspektiven für die Therapie ergeben: Bewertungsdimension mit Ressourcen- versus Problemperspektive, Systemdimension mit intra- versus interpersoneller Perspektive, Funktions-/Kommunikationsdimension mit implizitem Funktionsmodus und nonverbaler Kommunikation versus bewusstem Funktionsmodus und inhaltlicher Kommunikation, Bedeutungsdimension mit motivationaler und potenzieller Perspektive und schließlich die Veränderungsdimension mit Zustands- versus Veränderungsperspektive. Je nach Fokus des Therapeuten resultieren verschiedene Therapieinterventionen oder -techniken.

2.2.5 Ressourcenutilisierungsstrategien

Maja Storch und Frank Krause (2002) haben, ausgehend von neuen neurobiologischen Forschungen Heckhausens (1989), mit dem motivationspsychologischen Rubikonmodell und der psychologischen Störungs- und Therapietheorie Grawes (1998) ein konsequent ressourcenorientiertes Vorgehen in der Veränderung menschlichen Erlebens und Verhaltens entwickelt und als „Zürcher Ressourcen Modell“ mit seinen fünf Phasen vorgestellt:

- 1.erspüren des zentralen Bedürfnisses und Wecken des Wunsches
2. Umwandeln des Wunsches in eine Intention eines handlungswirksamen Ziels
3. Vom Ziel zum Ressourcenpool (präaktionale Vorbereitung)
4. Ressourcen gezielt einsetzen (Handlung)
5. Integration und Transfer

Sie lehnen sich im Vorgehen an das motivationspsychologische Rubikonmodell Heckhausens (1989) an. Dieses beschreibt den Weg vom Bedürfnis zum Motiv (Wunsch) über die Intention und die präaktionale Vorbereitung bis zur Handlung. Erst kürzlich konnten Michalak und Schulte (2002) zeigen, dass Therapieziele, die eng mit Lebenswünschen und -zielen des Patienten korrelieren, positiven Einfluss auf das Therapieergebnis haben. Current concerns sind die wesentlichen motivationalen Kräfte. Deshalb beginnen die Autoren ihre Intervention damit, dass sie diese als „Themen“ bezeichneten Motive im Sinne nicht bewusster zentraler Bedürfnisse den Klienten selbst finden lassen. Diese sind meist Bestandteil des impliziten Gedächtnisses, also nicht top-down abrufbar. Durch (nonverbale) Konfrontation mit Bildern oder Objekten wird analog dem Vorgehen bei projektiven Verfahren vom Klienten eine Auswahl dessen getroffen, was am ansprechendsten ist, am meisten gewünscht wird. Erst im Nachhinein wird der Wunsch mit sprachlicher Bedeutung belegt. Mit geschlossenen Augen wird wahrgenommen, ob die gefundenen Bedeutungen positive emotionale und körperliche (somatische Marker im Sinne von Damasio, 1990) Reaktionen hervorrufen, die als Evaluierung gelten können. Die Autoren beobachten drei verschiedene Typen beim Finden von Ressourcen: Der gefundene Wunsch ist bisherigen bewussten Vorhaben entgegengesetzt (z. B. endlich Ruhe statt noch mehr Erfolg) oder ergänzend (z. B. dass sich zur Unabhängigkeit noch Sicherheit gesellen muss, um sich ganz wohl fühlen zu können, eins von beiden allein stimmt nicht). Eine dritte Möglichkeit ist, dass bereits bewusste Wünsche bestätigt werden. Die Formulierung eines handlungswirksamen Ziels muss drei Kriterien genügen:

- es muss ein Annäherungsziel sein (kein Vermeidungsziel),
- seine Realisierbarkeit muss völlig in der eigenen Macht stehen, und
- es muss durch einen deutlich beobachtbaren somatischen Marker evaluiert sein (Damasio, 1990).

Sind handlungswirksame Ziele als explizites Wissen etabliert, so werden diese, um motivationale Funktion zu übernehmen, auch im impliziten Gedächtnis verankert, damit das erwünschte Verhalten nicht mehr auf bewusste Vorsatzbildung und Selbstkontrolle angewiesen ist, sondern autonom erfolgen kann. Die Vorbereitungen schaffen Primingprozesse, die nicht häufigen Übens bedürfen. Dabei werden Zielintentionen („Ich werde ihr meine Meinung sagen“) von Ausführungsintentionen („Ich

werde ihr meine Meinung sagen, indem ich mit fester Stimme und Blickkontakt sage, was mich stört“) unterschieden. Es zeigt sich, dass letztere sehr viel größere handlungsleitende Funktion haben. Zunächst werden aber zahlreiche interne und externe Hinweisreize oder Auslöser etabliert, die als Erinnerungshilfen und Ressourcenpool zu einer Multicodierung des Ziels führen sollen, wodurch Anreiz und Motivation zu zielorientiertem Handeln vergrößert werden. Hierzu werden die Erkenntnisse zum facial feedback (Ekman, 1992) und zum postural feedback einbezogen. Auch die Effekte von mentalem Training auf die Zielerreichung kommen dabei zum Tragen: Der körperliche Ausdruck, der mit dem Ziel korrespondiert, wird mental durch eine Imagination des zielrealisierenden Handelns vorbereitet, anschließend wird psychodramatisch im Rollenspiel Körperzustand und -haltung real hergestellt und festgehalten. In der letzten Phase setzen sich die Autoren von gängigem veränderungsorientiertem Vorgehen ab: Das Ziel wird nicht in möglichst konkrete explizite Teilziele zerlegt, sondern als Ganzes abstrakt im impliziten Gedächtnis belassen. Der Klient entscheidet unabgesprochen (und deshalb implizit), welche Ressourcen er auf welche Weise in welcher Situation einsetzen wird. Ihm wurde lediglich geholfen, seine eigenen Ressourcen mobilisiert und rasch abrufbar zur Verfügung zu haben, so dass die Wahrscheinlichkeit, die nächste Gelegenheit zur Zielrealisierung zu nutzen und sie auf eine erfolgreiche Weise einzusetzen, größer geworden ist als bisherigen Vermeidungsmustern zu folgen. Trotzdem wird vorgeschlagen, möglichst bald und mit einfachen Situationen zu beginnen. Diese ressourcenorientierte Strategie lässt Problembetrachtungen links liegen, streift sie höchstens zu diagnostischen Zwecken, verfolgt aber dann nur noch den Ressourcenweg.

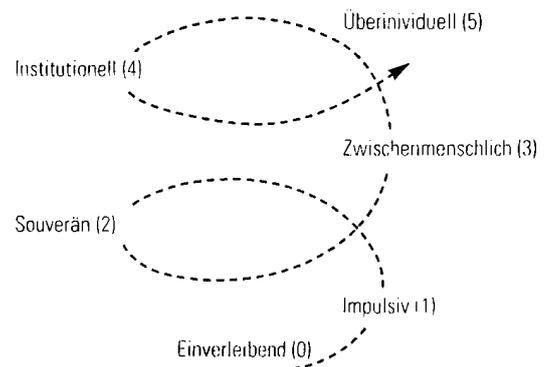
2.2.6 Entwicklungsstrategien

Ein weiterer kognitiver Ansatz ist Kegans „Entwicklung als Therapie“. Kegan (1986) geht wie Beck und Grawe auf Piaget (1976, Piaget und Inhelder, 1981) zurück. Gerade nach obiger Betrachtung von Grawes Therapiemodell wird deutlich, dass die kognitive Entwicklungspsychologie Jean Piagets wichtige Kernstücke heutiger durch Hirn- und Therapieforschung bestätigte Konzepte beinhaltet. Piaget (Piaget und Inhelder, 1981) sieht Entwicklung als Equilibration, als Wechselspiel zwischen Selbsterhaltung (Assimilation), das ist das Prinzip der Homöostase, und Selbstveränderung (Akkommodation), das ist der Schritt zur jeweils nächsten Entwicklungsstufe. Im Erwachsenenalter wird, zumindest wenn es um zentrale Beziehungen geht, das kindliche Selbst- und Weltbild beibehalten: so viel systemstabilisierende Assimilation wie möglich und so wenig vorübergehend destabilisierende Akkommodation wie nötig.

Kegan (1986) beschreibt Therapie als Entwicklung. Sein Ansatz wurde von Noam (1988) weiterentwickelt und z. B. von Röper (1998) auf die Therapie von Zwängen übertragen. Sulz (1994) stellt Kegans Therapiekonzept als eine Erweiterung kognitiv-behavioraler Therapiestrategie dar.

Die erste Entwicklungsstufe nennt Kegan einverleibend. Charakteristisch ist, dass die Perzeption und die Reaktion der perzeptiven Zellverbände wie Haut und Schleimhaut im Vordergrund stehen. Es geht um Überleben durch Symbiose mit einer unbegrenzten Bezugsperson, die emotional versorgende Funktion hat und ein unausgesprochenes Bedürfnis spürt und befriedigt. Auf der zweiten, der impulsiven Stufe besteht keine Abhängig-

Abbildung 3: Das Modell der affektiv-kognitiven Entwicklung (Kegan, 1986)



keit mehr von der Person, die herkommt und spürt, was gebraucht wird, denn die Motorik ist voll verfügbar – das Sprechen, Hingehen zu, Weggehen von, Zupacken, Wegstoßen. Zentrale Angst ist jetzt die Angst vor Verlassenwerden, vor Alleinsein. Wuttendenz ist die Trennungswut. Zentrales Bedürfnis ist Geborgenheit und Schutz. Es wird eine Bezugsperson benötigt, deren zuverlässige Verfügbarkeit diese Impulsivität gewährleisten kann. Die dritte Stufe ist die souveräne Stufe. Sie bringt die Befreiung aus der Abhängigkeit von einer immer zuverlässig schützenden Person. Denn es hat sich die Fähigkeit entwickelt, seine eigenen Impulse zu steuern und Bedürfnisbefriedigung aufzuschieben. Dazu kommt das Können, gezielt das Verhalten der Bezugsperson zu steuern, auf sie Einfluss zu nehmen, dass sie bedürfnisbefriedigend handelt. Mit dieser doppelten Steuerungsfähigkeit geht die zentrale Angst einher, die Kontrolle über die eigenen Impulse zu verlieren, und die Angst, die Kontrolle über die Bezugsperson zu verlieren. Die vierte Stufe, die zwischenmenschliche, befreit von dem Angewiesensein auf ständige Wachsamkeit und Kontrolle, indem sie diese kognitive Fähigkeit ablöst durch die Fähigkeit zur liebenden Hingabe in die Beziehung, zur Zurückstellung egozentrischer Tendenzen und die Selbstdefinition als Teil dieser Beziehung. Zentrale Angst ist die Angst vor Liebesverlust. Die fünfte Stufe ist die institutionelle Stufe. Sie befreit vom liebend-hingebungsvollen und selbst verzichtenden Eingebundensein in die Zweierbeziehung. Sie schafft Distanz und Abgrenzung durch Regeln. Die einbindende Kultur ist jetzt die größere Gemeinschaft – Peers und Leitende. Zentrale Angst ist die Angst vor Hingabe und die Angst vor Gegenaggression, da sie Ordnung und Normen außer Kraft setzen. Die überindividuelle Stufe als sechste und höchste Stufe befreit wiederum aus dem Eingebundensein in institutionalisierende Gesetzmäßigkeiten. Darüber stehend können diese relativiert werden angesichts einer höheren humanen und ökologischen Ethik. Er ist deshalb freier als bisher für Beziehungen. Zivilcourage auf der einen Seite und reife Beziehungsfähigkeit auf der anderen sind die Merkmale dieser Stufe, ausbalanciert durch die persönliche Wertorientierung.

Kegan (1986) geht davon aus, dass Symptombildung im Rahmen einer Krise im Übergang von einer Entwicklungsstufe zur nächsten entstehen kann. Jeder Entwicklungsschritt bedeutet Verän-

3.2 Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien

derung und damit Destabilisierung des bisherigen Selbst- und Weltbildes. Diese Instabilität kann zur Krise ausarten. Dieses Verständnis führt zu sehr spezifischen Behandlungsmaßnahmen, die Therapie als Entwicklung verstehen. Sowohl die Angst vor Veränderung als auch ein tatsächliches Defizit im emotionalen, kognitiven oder Handlungsbereich kann den Schritt zur nächsten Entwicklungsstufe vereiteln. Lieber werden die Nachteile und Begrenztheiten des gegenwärtigen Entwicklungsniveaus in Kauf genommen, als ein Scheitern auf dem nächsthöheren Niveau zu riskieren. Die Devise heißt: Die Kindheit überleben geht vor Entwicklung oder Durch Entwicklungs-Stagnation überleben. Beim Übergang ins Erwachsenenalter wird versäumt, diesen Entwicklungsstillstand aufzuheben, so dass Lebensprobleme und -krisen nur durch Symptombildung beantwortet werden können.

Noam (1988) postuliert eine desynchrone Entwicklung affektiv-kognitiver Subdomänen (horizontale und vertikale Einkapselungen von Entwicklungsrückständen). Eine vertikale Einkapselung ist, wenn ein ansonsten souverän sich und seine soziale Umwelt steuernder Mann, in der Partnerschaft impulsiv die Erwachsenenrolle seiner Frau überlässt. Eine horizontale Einkapselung ist, wenn eine Frau sich auf impulsivem Niveau befindet mit Trennungsangst und Bedürfnis nach Geborgenheit, aber ihre Impulse ängstlich zurückhält und stattdessen dependent und selbstunsicher handelt.

Therapeutisch wird zunächst geprüft, ob die Symptombildung Ergebnis eines Übergangskonflikts ist; wenn ja, geht es lediglich um eine therapeutische Begleitung des bereits in Gang befindlichen Stufenübergangs, bis wieder ein stabiles Gleichgewicht hergestellt ist. Falls es Barrieren gibt, die die Entwicklung verhindern, so werden diese identifiziert und dem Patienten die Möglichkeit gegeben, sie zu verringern. Neigt der Patient dazu, wieder auf die alte Stufe zurück zu gehen, so werden seine aus deren Perspektive vorgebrachten Anliegen frustriert, wird ihm widersprochen. Andererseits wird Unterstützung gegeben, um das Verhalten der neuen Stufe wirksam werden zu lassen.

Befindet sich der Patient nicht im Stufenübergang, sondern, zumindest bezüglich des symptomauslösenden Problemkontexts, auf einer Stufe, die eine Lösung seines Problems nicht zulässt, so wird geprüft, ob der Schritt auf die nächsthöhere Stufe getan werden kann. Ein Patient mit Agoraphobie fühlte sich aus der Perspektive der impulsiven Stufe in seiner Partnerschaft eingeengt und will das nicht mehr aushalten. Andererseits glaubt er, allein nicht existieren zu können. Von der souveränen Stufe aus kann er einerseits den unlustvollen Anteil an partnerschaftlicher Verpflichtung streckenweise tolerieren und andererseits seine Frau dazu bewegen, ihm mehr Freiraum und Mitbestimmung in der Ehe einzuräumen. Dadurch wird eine Trennung überflüssig.

2.2.7 Dialektisch-Behaviorale Strategien

Ein sehr gut elaborierter und in seiner therapeutischen Wirksamkeit empirisch bestätigter funktionaler Therapieansatz ist die Dialektisch-Behaviorale Therapie von Marsha Linehan (1996a, b), den sie mit Borderline-Patientinnen entwickelte. Ihre biosoziale Störungstheorie ist an Millons Verhaltenstheorie (1996) angelehnt. Die für die Patienten unüberwindbare Spannung zwischen zwei Polen des Erlebens und Verhaltens führt zur Symptombildung als Lösungsversuch. Dies bedeutet, dass fol-

gende dialektische Spannungen aufgelöst werden müssen:

1. Förderung der Fertigkeiten versus Selbst-Akzeptanz
2. Lösung von Problemen versus Akzeptanz von Problemen
3. Affektregulierung versus Affekttoleranz
4. Selbstwirksamkeit versus Hilfe suchen
5. Unabhängigkeit versus Abhängigkeit
6. Transparenz versus Verschlossenheit
7. Vertrauen versus Misstrauen
8. Emotionale Kontrolle versus Toleranz gegenüber Emotionen
9. Kontrollieren/Verändern versus Beobachten
10. Zuschauen versus Teilnehmen
11. Von anderen nehmen versus anderen geben
12. Sich selbst in den Mittelpunkt stellen versus andere in den Mittelpunkt stellen
13. Nachdenken/Meditation versus Handeln.

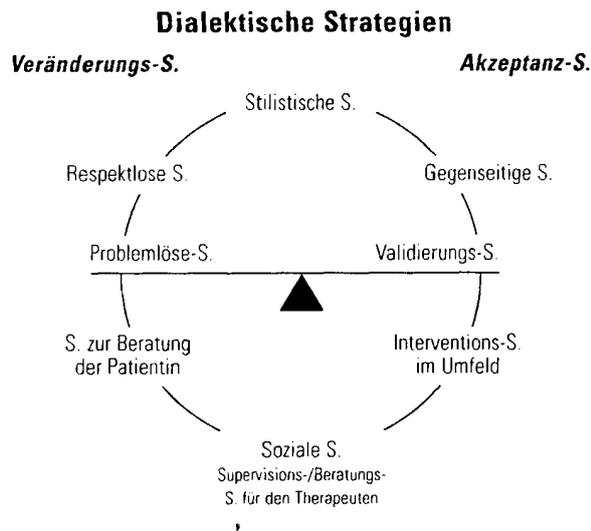
Linehan erreicht dies durch folgende Strategien:

1. Dialektische Strategien
 - a) Herstellen von Akzeptanz versus
 - b) Veränderungsorientierung
2. Stilistische Strategien
 - a) respektlose Kommunikation versus
 - b) reziproke Verletzbarkeit
3. Strategien zum Umgang mit dem sozialen Umfeld (Case-Management-Strategien)
 - a) Intervention im sozialen Umfeld versus
 - b) Beratung des Patienten
4. Kern-Strategien
 - a) Problemlösen versus
 - b) Validierung
5. Weitere Strategien
 - a) Fertigkeitentraining
 - b) Expositionsstrategien
 - c) Kontingenzmanagementstrategien
 - d) Strategien der kognitiven Modifikation
 - e) Strukturelle Strategien
 - f) Beziehungsstrategien
 - g) Krisenstrategien
 - h) Strategien zur Förderung der Compliance
 - i) Strategien zum Umgang mit Suizidalität
 - j) Strategien zur Reduktion posttraumatischer Belastungsreaktionen

Im Zentrum der Therapie stehen die Kern-Strategien Validierung versus Problemlösen. Um sie herum ordnen sich die weiteren Strategien. Jedes Strategiethema beherbergt eine Dialektik mit zwei Polen. Ziel der Therapie ist,
- beide Pole aktiv verfügbar zu haben,
- beide Pole integrieren zu können bzw. ausgewogen mit beiden umzugehen.

Entsprechend ist der Therapeut ständig in Bewegung. Er bewegt sich gemeinsam mit dem Patienten auf einer Wippe. Zu zweit müssen sie die Wippe immer wieder ins Gleichgewicht bringen, um nicht herunterzufallen. Gerade eben noch akzeptierend, muss er im nächsten Moment Veränderung verlangen. Soeben empathisch einführend, grenzt er sich kurz darauf deutlich gegen therapieschädigendes Verhalten ab. Oder er verlässt eine unbeirrbar Zentriertheit, um mit mitfühlender Flexibilität zu reagieren. In der Verfolgung dieser Strategien kommt es zum Einsatz von Interventionstechniken, die in einem Trainingsmanual (Linehan,

Abbildung 4: Dialektisch-Behaviourale Strategien (verändert nach Linehan 1996a)



1996b) ausgearbeitet sind. Vor allem werden im Gruppensetting eingesetzt: Interventionen zum Umgang mit Suizidalität, Training zur Emotionsregulierung, Training der Stresstoleranz und psychosoziales Fertigkeitentraining. In Einzelsitzungen (Linehan, 1996a) werden neben den im freien Gespräch verfolgten obigen Strategien als Interventionen paradoxes Vorgehen, Metaphern, Advocatus-Diaboli-Technik, Ausdehnen (Extending) und Aktivierung des „wissenden Zustandes“ (wise mind) eingesetzt. Dem Anspruch einer so komplexen Therapiestrategie kann nur durch die Kombination von Einzel- und Gruppensetting entsprochen werden.

2.2.8 Akzeptanz- und Commitment-Strategien

An dem bislang empirisch-wissenschaftlich am konsequentesten verfolgten funktionalen Verhaltenstherapieansatz von Hayes und seiner Arbeitsgruppe (Hayes et al., 2003) hat sich u.a. Linehan (1996a, b) orientiert. Dieser Ansatz verfolgt strikt die Dialektik von Veränderungsorientierung und Akzeptanzorientierung, ähnlich wie Jacobson und Christensen (1996). Die konzeptionellen Grundbegriffe und empirischen Ergebnisse werden im Kapitel „Fallkonzeption“ in diesem Band zitiert. Als Ursache psychischer Probleme und emotionaler Störungen werden zwei Kontexte angeführt: die Vermeidung negativer Gefühle als durchgängiges generalisiertes Verhaltensmuster und die kognitive Fusion, das ist die Generalisierung der Stimulusfunktion. Ausgehend von einem realen Ereignis oder Objekt übernimmt die verbal-kognitive Repräsentanz im Gedächtnis deren Funktion und Bedeutung (Literalität). Dadurch entsteht eine kognitive Fusion zwischen Gedanken und Ereignissen, die realitätsbezogenes meisterndes Verhalten ebenso verhindert wie die Gefühlsvermeidung. Statt erfolgreiches Verhalten baut der Patient zahlreiche Verhaltensmuster auf, die unter Beibehaltung der Gefühlsvermeidung und im Kontext der Verwechslung von Gedanke und Realität versuchen, das Problem zu lösen und seine Gefühle unter Kontrolle zu bekommen. Das nimmt ihm die Chance, sich auf seine wirklichen Lebensziele und Werte zu besinnen. Mit diesen dysfunktionalen Änderungsbemühungen

scheitert er permanent. Hier setzt die Therapiestrategie von ACT (Acceptance and Commitment Therapy) an, die Hayes et al. (1998) so beschreiben:

„Die ACT Therapie wurde konzipiert, um Patienten zu helfen, ihre Aufmerksamkeit vom Inhalt ihrer psychischen Erlebnisse hinweg auf den destruktiven Kontext zu richten, in dem sie versuchen, ihre Erfahrungen zu bewältigen. Um diese Umschaltung vom Inhalt zum Kontext zu ermöglichen, muss der ACT-Therapeut die folgenden Aufgaben bewerkstelligen:

- a) Er unterminiert den funktionsunfähigen Änderungsplan des Patienten durch „schöpferische Hoffnungslosigkeit“;
- b) er zeigt, dass dieser funktionsunfähige Plan auf Gefühlskontrolle und Vermeidungsstrategien begründet ist;
- c) er hilft dem Patienten, erstrebenswerte Lebensziele zu setzen und Handlungsweisen zu bestimmen, mit denen sie diese Ziele erreichen können; und
- d) er unterstützt den Patienten beim entschlossenen Handeln, damit dessen innere Erlebnisse nicht länger ein Hindernis darstellen, sondern als normaler Bestandteil seines von klarer Zielsetzung beherrschten Lebens gelten.

Der größte Teil dieser oben erwähnten Aufgaben wird durch die Anwendung von Paradoxen, Metaphern und praktischen Übungen erreicht“ (a. a. O., S. 147). Die Autoren betonen, dass sich ihr Ansatz vom kognitiven Ansatz dadurch abhebt, dass sie nicht inhaltlich vorgehen. Nicht der Inhalt von Gedanken soll verändert werden, sondern die Änderungen sollen sich auf den Kontext beziehen. Nicht was jemand denkt, ist dysfunktional, sondern in welchem Kontext er dies denkt und ob er in der Lage ist, Kontexte zu verändern. Dies kann dem Patienten durch den FEAR (Angst-)Algorithmus verdeutlicht werden:

- Fusion with your thoughts (Fusion mit den Gedanken)
- Evaluation of experiences (Beurteilung der Erfahrungen)
- Avoidance of your experiences (Vermeidung der Erlebnisse)
- Reason-Giving for your behavior (Begründung des Verhaltens)

Die Fusion von Gedanken und Realität als erster Fehler, die Zuschreibung einer falschen Bedeutung als zweiter und die Vermeidung von emotionaler Erfahrung als dritter Fehler führen zu habituellem Vermeidungsverhalten, für das ohne Kenntnis der motivationalen Funktion dieses Verhaltens für sich selbst und die anderen Menschen plausible Begründungen erfunden werden, die zur Aufrechterhaltung der Vermeidung beitragen. „Am anderen Ende des Spektrums befindet sich ein zweiter ACT-Algorithmus:

- Accept your reactions and be present (Akzeptieren Sie Ihre Reaktionen und leben Sie in der Gegenwart)
- Choose a valued direction (Schlagen Sie eine erstrebenswerte Richtung ein)
- Take action (Handeln Sie).

Von hier aus verwandelt sich die ACT-Therapie in eine sehr aktive, auf den individuellen Patienten zugeschnittene Intervention“ (a. a. O., S. 160). Nach dem Loslassen alter Vermeidungen ist das Suchen und Finden sinngebender Lebensziele und Werte von zentraler Bedeutung. Der angstmotivierte Mensch wird zum wertorientierten Menschen.

2.2.9 Funktionsanalytische Strategien

Robert Kohlenberg und seine Mitarbeiter (2000) entwickelten parallel zur Reno-Arbeitsgruppe um Steven Hayes (2003) ein funktionsanalytisches klinisch-behaviorales Vorgehen in Verhal-

3.2 Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien

tensdiagnostik und -therapie. Auch er beruft sich auf Skinner (1974), der in seiner Analyse der Sprache diese drei Kontingenzen zuschrieb: Kontingenzen des biologischen Überlebens, des Überlebens in Kultur und Gesellschaft und Verstärkungskontingenzen. Von einer Unterscheidung ausgehend, die kognitive Produkte (Gedankeninhalte) von kognitiven Strukturen und Prozessen (Schemata, z. B. Überlebensregeln) trennen, geben sie kognitiven Therapiestrategien eine neue Zielrichtung. Kohlenberg et al. (2001) unterscheiden wie Kanfer et al. (1996) anreizmotiviertes Verhalten (tacts) und bedürfnismotiviertes Verhalten (mands) und fügen regelgeleitetes (rule-governed) Verhalten als dritte Möglichkeit kontingenzgesteuerten Handelns hinzu. „Tact“ ist Sprechen unter genauer Kontrolle eines diskriminativen Stimulus. Während es für ein „tact“ einen spezifischen diskriminativen Stimulus gibt, wird es generalisiert durch eine Vielzahl von Verstärkern unterstützt. Ein „mand“ steht in kontingenter Verknüpfung mit einem spezifischen Verstärker. Sein Auftreten hängt vom Ausmaß eines Bedürfnisses oder einer Bedrohung ab und es kann generalisiert auf eine große Zahl von diskriminativen Stimuli folgen. Kohlenberg betont, dass der Trainer einen Lernenden dazu bringt, ein völlig neues Verhalten auszuüben, das noch nie direkt verstärkt wurde. Wenn dieser das Verhalten vormacht, handelt es sich um Modelllernen, wenn er das Verhalten aber nur erklärt und eine Instruktion gibt, handelt es sich um die Befolgung einer Verhaltensregel. Ein beträchtlicher Anteil dieser Verhaltensweisen wird nicht durch bewusste Gedanken gesteuert. Das ABC-Schema von Ellis (1972) wird in diesen Beispielen verkürzt auf die Sequenz AC, Beliefs tragen nicht zur Erklärung der betreffenden Verhaltensweisen bei. Wahrnehmungen der eigenen Person und der Umwelt erhalten auf der Basis früherer Erfahrungen eine Bedeutung, die sprachlich gefasst werden kann und als gedachter oder gesprochener Satz selbst die Funktion einer realen Erfahrung übernehmen kann. Dies entspricht der kognitiven Fusion als kontingenzentscheidendem Kontext (Hayes et al., 2003). So sind Sätze wie „Das ist schrecklich“, „Ich habe Angst“, „Sei geduldig“, „Halt den Mund“, „Steh auf“ oder „Mach es jetzt“ sprachliches Verhalten, das anreiz- oder bedürfnismotiviert ist. Im Gegensatz zur kognitiven Perspektive geht die funktionale Perspektive davon aus, dass Sprache und Handlung nicht ursächlich verknüpft, sondern beide den gleichen Kontingenzen unterworfen sind. Wesentliches Arbeitsmaterial der Therapie sind die verbalen Reaktionen des Patienten in der Therapiesitzung. Diese werden darauf analysiert, ob sie klinisch relevantes Verhalten (clinical relevant behavior, CRB) sind. Es werden drei Arten von klinisch relevanten Patientenverhaltensweisen in der Therapiesitzung unterschieden:

1. Äußern eines Problems, problematische Reaktion, Vermeidungsverhalten (CRB1)
2. Neue Aussagen und Reaktionen, die zeigen, dass das alte dysfunktionale Verhaltensmuster verlassen wurde (CRB2)
3. Aussagen des Patienten über sein eigenes Verhalten, durch die er versucht, es zu erklären, begründen und zu interpretieren, auch deren Sinn zu verstehen (CRB3).

Die allgemeine Therapiestrategie folgt fünf Regeln:

- a) Erkenne klinisch relevantes Gesprächsverhalten des Patienten (CRBs)
- b) Evoziere klinisch relevantes Verhalten (CRB1s)
- c) Verstärke funktionales Patientenverhalten (CRB2s)

d) Beobachte und prüfe unbeabsichtigte Verstärkungseffekte des Therapeutenverhaltens

e) Teile dem Patienten mit, welche Variablen sein Verhalten steuern (gemeinsame Funktionsanalyse des Patientenverhaltens)

Der Therapeut achtet insbesondere auf Aussagen des Patienten, die „tacts“ bezüglich der Therapie sind, also Aussagen, für die die Therapie und der Therapeut diskriminativer Stimulus sind. Es wird dann erforscht, wodurch genau die verbale Äußerung des Patienten kontrolliert wird. So können Suiziddrohungen ein „mand“ sein, also ein bedürfnismotiviertes Verhalten, das z. B. durch die resultierende alarmierte und besorgte Zuwendung des Therapeuten verstärkt wird. Während ein kognitiver Therapeut dem Patienten mitteilt, dass sein Gedanke oder seine Handlung Erwartungen und Glaubenssätzen entspringt, spricht ein Therapeut, der mit dem funktionalen Verhaltensparadigma arbeitet, davon, wie die in der Vergangenheit und in der Gegenwart wirksamen Verstärker sein Verhalten beeinflussen. Da alle Reaktionen des Patienten in der Therapiesitzung relevant sind, wird auch Erinnern als Verhalten betrachtet. Erinnern als Verhalten wird eingesetzt, um die vermeidende Funktion bisheriger Verhaltensweisen in einer bestimmten Situation zu identifizieren. Durch wiederholtes Erinnern kann die Verknüpfung von erinnerter Situation und erinnerter Reaktion gelöscht werden. Erinnern kann auch ein problematisches klinisch relevantes Verhalten (CRB1) auslösen, dessen funktionale Verhaltensanalyse dem Patienten die Möglichkeit gibt, es durch ein funktionales Verhalten (CRB2) unmittelbar in der Therapiesitzung zu ersetzen. Das Vermeiden von Erinnern kann in der Therapiesitzung ebenfalls klinisch relevantes Verhalten sein, auf dessen Veränderung der Therapeut hinarbeitet. Durch die Verstärkung des Wahrnehmens und Ausdrückens von Gefühlen wird erreicht, dass der Patient Zugang zu den sein Verhalten steuernden Bedingungen bekommt und ihren Einfluss verändern kann. Die entsprechende emotionale Therapiestrategie ist:

- a) Biete ein plausibles Modell an, das begründet, weshalb es zielführend ist, mit seinen Gefühlen in Kontakt zu kommen;
- b) verbessere die interne Kontrolle des Patienten über seine Gefühle;
- c) vergrößere das Ausmaß des Gefühlsausdrucks des Therapeuten;
- d) fördere den Kontakt des Patienten mit den Bedingungen, die seine Gefühle kontrollieren
 - durch erneute Präsentation des aversiven/traumatischen Stimulus,
 - durch Fokussieren, wie der Patient Gefühle vermeidet,
 - durch Fokussieren auf die funktionale Ähnlichkeit von Gefühlsreaktionen in der Therapie und im täglichen Leben.

Davon ausgehend, dass der Begriff „Selbst“ in der Verhaltenstherapie immer häufiger Anwendung findet (Selbstbild [z. B. Beck et al., 1981], Selbstmanagement [Kanfer et al., 1996], Selbstwirksamkeit [Bandura, 1977]) wird eine auf Skinners Studien (1974) zurückgehende Definition des Selbst versucht. Der sprachliche Begriff „Selbst“ wird definiert durch den damit verknüpften sprachlichen Stimulus „Ich“, dessen Synonyme und Äquivalente und seine Geschichte. Die Selbstwahrnehmung und das Selbstkonzept zu verstehen ist die Spezifikation der Stimuli, die die verbale Reaktion „Ich“ kontrollieren. Dieses Konzept erfordert eine Definition von „Stimuluskontrolle“:

1. Die Reaktion erfolgt bei Anwesenheit des diskriminativen Stimulus
2. Die Reaktion befindet sich unter Kontrolle des diskriminativen Stimulus
3. Die Reaktion ist eine funktionale Einheit, die als das Verhalten definiert ist, das zwischen diskriminativem Stimulus und Verstärker auftritt.

Auch die „tacts“ gehören zu dieser Definition des Selbst. Die Definition von „tact“ enthält obige drei Kriterien und ein für verbales Konditionieren relevantes viertes Kriterium:

4. Die verbale Reaktion eines „tact“ steht nicht für den bezeichneten Sachverhalt und wir sagen auch nicht im Sinne von Funktionalität, dass die Aussage, die in „tact“ ist, benutzt wird (sonst müssten wir uns dem dahinter liegenden Konstrukt zuwenden, zu dessen Zweck es benutzt wird).

Der dritte benötigte Begriff ist die „funktionale Einheit“. Beim verbalen Konditionieren kann eine funktionale Einheit aus einem Wort wie „Ich“ oder einem oder mehreren Sätzen bestehen, z. B. „Ich habe es ja gleich gewusst!“. Kinder lernen ab dem Alter von sechs Monaten zunächst Einwortsätze und Zwei- oder Dreiwortsätze wie „Auto“, „Puppe“ oder „Hund beißt“, „Baby schläft“ sowie im zweiten Lebensjahr „Mama fährt Auto“ oder „Papa trinkt Bier“. Dies sind sprachliche funktionale Einheiten, die als Ganzes gelernt werden und nicht zusammengesetzt sind. Entsprechen ist das Wort „Ich“ auch zunächst in funktionale Einheiten eingebunden. Erst im Lauf von drei Stadien der sprachlichen Entwicklung schält es sich als eigenständige funktionale Einheit heraus:

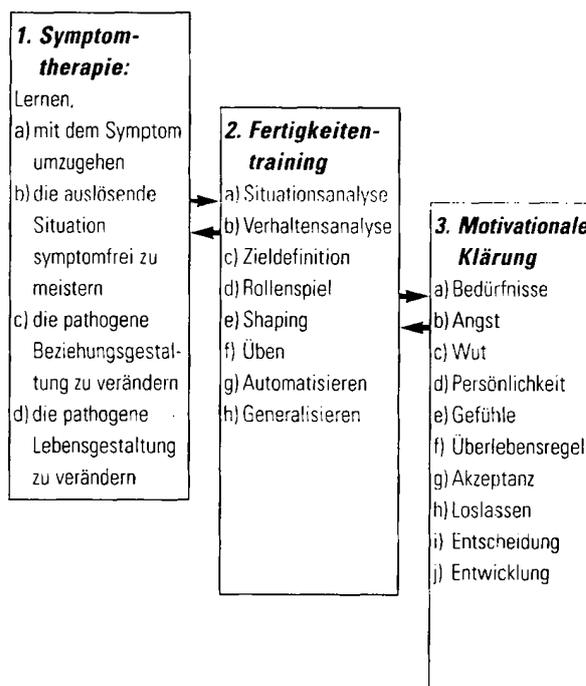
Bis zum Alter von 2 Jahren benutzt das Kind Dreiwortsätze, die es als Ganzes gelernt hat und sie auch nur als die gelernten vollständigen funktionalen Einheiten benutzt. Diese Aussagen werden noch völlig vom Umweltstimulus bestimmt. Danach besteht die funktionale Einheit aus zwei Wörtern, dem Wort „Ich“ und einem Verb, z. B. „Ich mag“. Das Kind sagt „Ich“, gefolgt von einem Verb mit austauschbarem Objekt wie „Ich mag Kuchen“ „Ich mag Eis“. Es kann jetzt Objektwörter hinzufügen, die es noch nie mit der vorangehenden funktionalen Einheit „Ich mag“ zusammen äußerte. Jetzt ist die funktionale Einheit nur noch unter der intrapsychischen „privaten“ Stimuluskontrolle. Erst im dritten Stadium wird das Wort „Ich“ allein zu einer funktionalen Einheit, und damit kommt es zur Selbstwahrnehmung und zur Entwicklung eines Selbstkonzepts. Jetzt kann dem Wort „Ich“ jedes dem Kind aus anderen Sätzen bekannte Verb folgen. Die Selbstwahrnehmung und das Selbstkonzept resultieren also aus dem Wort „Ich“ und den Lernerfahrungen in diesen drei Stadien der sprachlichen Entwicklung des Menschen. „Ich“ ist ein „tact“ wie „Schmetterling“. Während jedoch der Schmetterling in seinen physikalischen Attributen beschrieben werden kann, gelingt dies nicht mit der Erfahrung von „Ich“. Der Schmetterling befindet sich an einem bestimmten Ort in der äußeren Welt, „Ich“ ist innen, ohne genaue Lokalisation. Der Schmetterling entfernt sich, verändert sich, „Ich“ wird durch eine Perspektive kontrolliert, die sich niemals ändert, zeitlos ist (Konstanz, Kontinuität). Wer nicht spürt, was er wirklich will, und stattdessen sich danach orientiert, was er wollen sollte, hat kein stabiles Selbst aufgebaut, das äußern kann „Ich will ...“. Dies resultiert nach Skinner (1974), wenn ein Kind unter Bestrafungsbedingungen aufwuchs. Mit jedem Verhalten konnte es höchstens Bestrafung vermeiden, aber nicht positive Verstärkung erhalten.

Sind Eltern hingegen inkonsistent bzw. invalidierend (Linehan, 1996a,b), werden Bedingungen für das Kind unvorhersehbar, und es kann einem Sachverhalt nur trauen, wenn die Bezugsperson diesen genauso erlebt, es fehlt die innere Kontrolle von z. B. „Ich fühle ...“. Diese Betrachtungen von Kohlenberg et al. (2000) lassen erkennen, wie sprachliche Veränderungen von Selbstaussagen im Sinne verbaler Konditionierung in der Therapiesitzung Selbstwahrnehmung und Selbstkonzept unabhängiger von äußeren Bedingungen werden lassen können.

2.2.10 Kurzzeittherapeutische Strategien

Therapiestrategien werden unter dem Einfluss limitierender Bedingungen des Behandlungskontexts entwickelt. Ist die Zahl der zur Verfügung stehenden Therapiesitzungen begrenzt, so müssen ökonomische Gesichtspunkte hinzugezogen werden. Es findet ein verlaufsabhängiger Wechsel der Therapiestrategien statt. In der kognitiv-behavioralen Kurzzeittherapie wird deshalb zuerst mit einer störungsspezifischen Symptomtherapie begonnen. Nur wenn diese stagniert, weil Verhaltensdefizite bestehen, wird zu einem Fertigkeitentraining übergegangen. Oft ist es erforderlich, auch die dritte Säule der Therapie zu aktivieren, das ist der Aufbau weitergehender Therapiemotivation durch motivationale Klärung (Abb. 5).

Abbildung 5: Die drei Strategiesäulen der Kurzzeittherapie



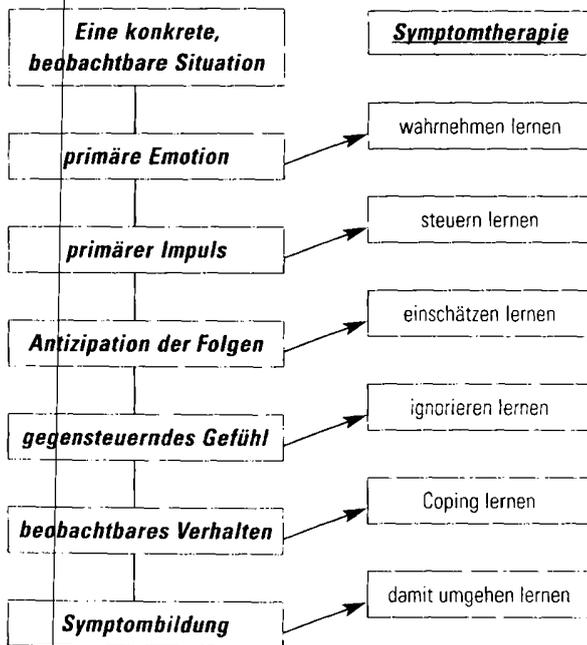
2.2.11 Symptomtherapeutische Strategien

Abgesehen von den bereits erwähnten störungsspezifischen Therapieansätzen können wir eine symptomtherapeutische Therapieansatz individuell entwickeln (Sulz, 2001). Zuerst erfolgt die Situationsanalyse der Symptomentstehung. Diese beginnt mit dem Feststellen des genauen Zeitpunkts des erstmaligen Auftretens des Symptoms. Nur wenn dieser bekannt

3.2 Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien

ist, kann das Antezedens gefunden werden. Dann wird nach der Lebenssituation, der wichtigsten Bezugsperson, der problematischsten Beziehung, dem wichtigsten Lebensinhalt, dem größten Lebensproblem, dem größten Beziehungsproblem, der wichtigsten anstehenden oder getroffenen Entscheidung, dem wichtigsten Konflikt und schließlich nach dem letztlich auslösenden Ereignis gefragt. In einem zweiten Schritt wird nach den Situationen gefragt, in denen das Symptom nicht auftritt (Ausnahme) und was der Unterschied zu den symptomauslösenden Situationen ist. Hier kann bereits erforscht werden, wie die symptomfreie Ausnahme zur Regel gemacht werden kann (de Shazer, 1989). Es folgt die Analyse der symptomaufrechterhaltenden Bedingungen: Was änderte sich im Leben durch das Symptom, was würde sich verändern, wenn das Symptom plötzlich nicht mehr da wäre? Symptomtherapie bedeutet, die Funktionseinheit Symptom zu therapieren, d. h. Situation – Symptom – verstärkende Konsequenz. An welcher Stelle der Funktionskette am besten angesetzt wird, kann durch eine Analyse der Reaktionskette (Kettenanalyse nach Linehan, 1996a,b) festgestellt werden:

Abbildung 6: Symptomreaktionskette und Symptomtherapie



Zuerst fragen wir, in oder nach welchen Situationen das Symptom meistens auftritt oder erheblich intensiver wird. Gemeinsam mit dem Patienten wählt der Therapeut eine besonders typische, gut erinnerliche und nicht zu lange zurückliegende Situation aus. Das kann eine Konfrontation mit dem Vorgesetzten oder ein Streit mit dem Ehemann oder ein Telefonat mit der Mutter sein usw. Die emotionale Bedeutung der Situation, des Ablaufs und des Ergebnisses der Situation wird erarbeitet. Hilfreich ist das szenische Nachstellen der Situation mit Rollenspiel- und Imaginationsequenzen. Der Therapeut versucht, nach- und mitzufühlen, was dem Patienten widerfährt.

Diese ersten Glieder der Reaktionskette werden meist „verschluckt“. Sie sind vielen Menschen nicht bewusst, obgleich sie prinzipiell bewusstseinsfähig sind. Sie werden unterdrückt, und an ihre Stelle tritt ein sekundäres Gefühl, das das Verhalten und die Interaktion in eine ganz andere, unbedrohlichere, wenn gleich nachteiligere Richtung lenkt. So kann statt Wut und Angriffsimpuls ein Insuffizienzgefühl mit Passivität oder ein Schuldgefühl mit Wiedergutmachungsbemühungen oder ein Unterlegenheitsgefühl mit unterwürfigem Verhalten entstehen. Da oft offenes Verhalten unterdrückt wird, um die Beziehung zu schonen, spielt sich umso mehr Bewegung im Körper ab. Die wahrgenommenen Körperreaktionen verraten den Widerstreit der Handlungstendenzen, sind Ausdruck des Konflikts, den die Situation evoziert. Je mehr die körperlichen Reaktionen im Bewegungsapparat lokalisiert sind, umso weiter ist der schließlich zurückgehaltene Handlungsimpuls schon vorgedrungen, umso eher verrät die Art und Lokalisation der Beschwerden, welcher Handlungsentwurf besteht. Körperwahrnehmungen in viszeralen Regionen sind eher Gefühlsäquivalente, spiegeln also eher das Betroffen- und Getroffensein wider.

Normalerweise reicht diese Art des Umgangs mit einer schwierigen Situation aus, um sich selbst und die lebensnotwendige Beziehung zu schützen. Beim nächsten Mal wird wieder so reagiert – mit dem gleichen Erfolg. Wenn aber die primäre Emotion weiter anhält und der primäre Handlungsimpuls nicht mit obigen Mechanismen gestoppt werden kann, muss die Notbremse gezogen werden: das Symptom. Entweder ist also die primäre Emotion so intensiv, dass sie in die Welt hinausmuss, oder die Bereitschaft bzw. Fähigkeit der Psyche, diese Situation auszuhalten, sich dieses Verhalten des anderen gefallen zu lassen, ist nicht mehr vorhanden – wie beim Krug, der zum Brunnen geht, bis er bricht. Dies kann der Fall sein, wenn das empörende oder frustrierende Verhalten des anderen unentwegt anhält und dadurch immer wieder Benzin in das Feuer des primären Gefühls geschüttet wird.

Die Symptomtherapie kann an jedem Glied der Reaktionskette ansetzen. Fallspezifisch ist oft offensichtlich, welches der günstigste Angriffspunkt ist. So kann das bewusste Wahrnehmen der primären Emotion helfen, rasch zu kompetentem, meistern dem Verhalten zu kommen. Oder die Reattribution katastrophierender Antizipationen kann die Angst vor den Folgen wehrhaften Verhaltens reduzieren etc. Sulz (2001, S. 154ff.) hat die jeweiligen Teilstrategien ausführlich dargestellt und diskutiert.

2.2.12 Emotive Strategien

Wir können zwei emotive Strategien unterscheiden – einerseits das Utilisieren von Gefühlen zur Veränderung von Erleben und Verhalten, andererseits die Optimierung der Emotionsregulation, wenn bisher dysfunktional mit Gefühlen umgegangen wurde. Auch ohne Großhirn-Beteiligung reagiert der Mensch emotional auf Ereignisse in seiner Umwelt. Greenberg (2000) weist darauf hin, dass der kurze perzeptiv-motorische Regelkreis über die Amygdala doppelt so schnell ist wie der lange Regelkreis über Thalamus und Cortex, so dass das Großhirn oft nicht rechtzeitig eingreifen kann, um emotionale Reaktionen zu hemmen. Abgesehen von diesen Spontanreaktionen bestimmen Kognitionen und Sprache das qualitative Erleben von Emotionen ebenso wie die intrapsychische Auslösung von Gefühlen. Traue und Deigh-

ton (2000) diskutieren die Hemmung als wichtigen Prozess der Emotionsregulation und damit auch Quelle der Dysregulation. Sie unterscheiden genetische Hemmung (Vermeidung, Rückzug, Fremdenfurcht), repressive Hemmung (Zerlegung der emotionalen Wahrnehmung, so dass physiologische und affektive Komponenten nicht mehr verfügbar sind), suppressive Hemmung (es wird zwar emotional erlebt, aber insgesamt unterdrückt) und dezepive Hemmung (Täuschung anderer Personen). Das Erlernen der Affektregulation erfolgt schon in der frühen Mutter-Kind-Interaktion durch affect attunement der Mutter (Stern, 2000), indem diese vorhersehbar oder unvorhersehbar, schwach oder stark in verschiedenen Kontexten reagiert. Greenberg (2000) unterteilt die therapeutischen emotiven Strategien in

emotionale Entladung,
emotionale Einsicht,
emotional adaptives Verhalten und
Exposition (z. B. Angstexposition, Wut- und Trauerexposition, allgemeine Emotionsexposition).

Alle vier Komponenten reduzieren den affektiv-motivationalen Druck und ermöglichen einen wirksamen Umgang mit emotional bedeutsamen Ereignissen. Sulz (2000b) beschreibt emotive Therapiestrategien, die diese Komponenten beinhalten.

a) Utilisieren von Gefühlen für therapeutische Motivation und Veränderung

Neben einem umfassenden Emotionstraining (Sulz, 2000b), bei dem es um das Kennenlernen des eigenen Gefühlsrepertoires, des eigenen Umgangs mit Gefühlen, der Funktionalität der eigenen Emotionsregulation und deren Optimierung geht, kann die emotionale Therapiearbeit als emotive Strategie in einer Therapiestunde mit beliebigem Thema Einsatz finden. Immer wenn es darum geht, die emotionale Bedeutung eines Sachverhalts, eines Menschen, einer Beziehung zu erfassen, eigene zentrale Anliegen zu erspüren, den diesbezüglichen intrapsychischen Konflikt wahrnehmbar zu machen, emotional getragene Entscheidungen zu treffen, motivationalen Anschlag für die Realisierung einer intendierten Handlung zu schaffen, ist emotionale Arbeit hilfreich. Dies kann sowohl unter Problem- als auch unter Ressourcenperspektive erfolgen. Affektiv bedeutsame Ereignisse manifestieren sich in Körpererleben, das im Gedächtnis verknüpft mit der erlebten Situation gespeichert wird und so einen somatischen Marker für die Bedeutung dieser Situation bietet (Damasio, 1990). Am schnellsten gelangt der Patient zur bewussten Wahrnehmung des emotionalen Aspekts durch visuelle Imagination oder szenisches Nachstellen der Situation, d. h. nicht durch kognitiv-verbales Erinnern (top-down), sondern durch Szene-Körper-Emotion-Erinnerungen (bottom-up), die dann kognitiv-sprachlich weiterverarbeitet werden können:

A. Soziale Wahrnehmung

- a) Imagination oder Nachstellen der Situation, die künftig anders verlaufen soll als bisher
- b) Wahrnehmen der emotional bedeutsamen Aspekte der Situation
- c) Vergegenwärtigen der emotionalen Bedeutung der Situation
- d) Vergegenwärtigen der emotionalen Bedeutung des Interaktionspartners

e) Vergegenwärtigen des bisher unbefriedigenden Ablaufs und Ergebnisses der Situation

f) Vergegenwärtigen der Auswirkungen auf die Beziehung

B. Selbstwahrnehmung

g) Vergegenwärtigen des eigenen Anliegens und Bedürfnisses

h) Spüren des resultierenden Gefühls angesichts der Frustration/des unerfüllten Wunsches

i) Spüren des Körpers und dessen Reaktionen

j) Vergegenwärtigen der Auswirkungen auf das Selbstgefühl

k) Vergegenwärtigen der Auswirkungen auf das Selbstbild

C. Adaptives emotionales Schema entwickeln

l) Evozieren der primären Emotion auf die Situation

m) Wahrnehmen des primären Handlungsimpulses

n) Spüren des zugehörigen Körpergefühls

o) Zugehörige Selbstbeschreibung

p) Resultierende Aussage über die Beziehung

q) Resultierende Aussage über die Situation

D. Adaptives motivationales und Handlungsschema entwickeln

r) Wunsch/Ziel vergegenwärtigen

s) Wunscherfüllung und Zielerreichung imaginativ erleben

t) Somatische Marker benennen und festhalten

u) Selektion eines neuen zielführenden Handlungsentwurfs

v) Erwartung der Konsequenzen dieses Handelns formulieren

w) Willentliche Entscheidung zu neuem Verhalten treffen

x) Selbstinstruktion zur Realisierung des neuen Handlungsentwurfs formulieren

y) Ausführen der Handlung

z) Affektive und kognitive Bewertung der Wirkung der Handlung auf andere und der langfristigen Folgen für die Beziehung

Situationsaspekte (a-f) treffen auf Personenaspekte (g). Dadurch wird das Gefühl (h) und der zugehörige körperliche Zustand bzw. die Reaktion ausgelöst bzw. wiedererinnert. Der Patient ist dabei in seiner Aufmerksamkeit ganz beim Wahrnehmen und Fühlen und verbalisiert dies. Das Verbalisieren verbindet Affekt und Kognition zur Bedeutung, die zur (reattribuierten) Erinnerungsspur wird. Der Therapeut ist ebenso aufmerksam und empathisch dabei. Ziel ist, durch das intensive Wahrnehmen des momentanen (bisher vermiedenen) Gefühls (nicht das Intensivieren von Gefühlen!) alte emotionale Schemata aufzulösen und über das Erleben gegenwartsbezogener affektiv-kognitiver Bedeutungen neue emotionale Schemata entstehen zu lassen, die Entscheidungsgrundlagen künftigen Verhaltens werden, so dass neue motivationale Schemata entstehen. Das Imaginieren der Wunscherfüllung/Bedürfnisbefriedigung (s) führt zu einem emotionalen Zustand, der wiederum mit somatischen Markern (t) verbunden ist, die, wahrgenommen, gedanklich und sprachlich festgehalten, so Bestandteil eines neuen motivationalen Schemas (r - v) werden, das einer Suchhaltung entspricht, die instrumentelles Verhalten (w - z) in der Zukunft häufiger auslöst. Zusätzliches mentales Probehandeln führt ebenso zu einer Bahnung der am Handlungsentwurf beteiligten neuronalen Strukturen.

3.2 Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien

b) Optimieren der Emotionsregulation

Marsha Linehan (1996a,b) hat im Rahmen eines Skilltrainings Strategien zur Verbesserung der Emotionsregulation bei Borderline-Patientinnen entwickelt. Wir können dies auf nahezu alle Psychotherapiepatienten übertragen. Am Beispiel der Wutexposition ist dies gut nachvollziehbar (Sulz 2000b, 2001):

Erste Aufgabe der Wutexposition ist es,

die **Erlaubnis zu geben**,

- Gefühle zu haben,
- Gefühle wahrzunehmen,
- Handlungsimpulse, die aus meinen Gefühlen resultieren, wahrzunehmen,
- Handlungen zu phantasieren, die aus meinem Gefühl heraus entstehen wollen,
- solche Phantasien als Möglichkeit der Katharsis einzusetzen, um auf diese Weise Wut zu entsorgen, statt sie zu unterdrücken und in Symptome oder in gestörte Persönlichkeitszüge zu transformieren.

Zweite Aufgabe der Wutexposition ist es, die neue Erfahrung zu vermitteln,

- dass **ein intensives Gefühl im psychischen Innenraum bleiben kann**, ohne in die Welt hinauszumüssen und dort unkontrollierbaren Schaden anzurichten,
- dass also Gefühl nicht gleich Handlung ist,
- dass eine phantasierte Handlung in meiner Psyche bleibt,
- dass also Phantasie nicht gleich Realität ist,
- dass ich ein erwachsener Mensch bin und dass ich im Gegensatz zu einem zwei- oder dreijährigen Kind Selbstkontrolle und Selbststeuerung besitze,
- dass ich also einen steuernden Willen habe, durch den ich frei entscheiden kann, was ich tue und was ich nicht tue,
- dass ich mich auf meine Selbststeuerung und auf meine Willenskraft verlassen kann,
- dass der Therapeut sich auf mich und meine Selbststeuerung verlässt und verlassen kann.

Dritte Aufgabe der Wutexposition ist es, mich erkennen zu lassen, wie ich bisher mit meiner Wut umgegangen bin und wie ich weiterhin verhindere, obige Erlaubnis und obige Erfahrungen einzusetzen, d.h., welche **Vermeidungsstrategien** ich unentwegt anwende:

affektiv:

- gar kein Gefühl wahrnehmen
- ein Ersatzgefühl wahrnehmen (Enttäuschung, Traurigkeit, Verständnis, Angst)

kognitiv:

- lediglich Vorwürfe machen, sich beklagen
- den Schaden, den der andere anrichtete, gedanklich minimieren
- die böse Absicht des anderen verleugnen
- in erklärende abstrakte Denkmodelle flüchten
- entschuldigende Gedanken erfinden

körperlich:

- sich ganz schwach und müde fühlen
- Muskelverspannungen entwickeln
- Kopfweh oder ein anderes Schmerzsyndrom entwickeln
- körperlich krank und hilfsbedürftig werden

handelnd:

- bewegungslos werden
- weggehen
- die Wut an einem anderen auslassen
- erst dann jähzornig herausplatzen, wenn mir der Kragen platzt
- verbissen Leistung und Pflichterfüllung bringen
- passiver Widerstand durch Dienst nach Vorschrift

Vierte Aufgabe der Wutexposition ist es, jedes Mal in der Therapiestunde **den Patienten daran zu hindern, Ärger oder Wut zu vermeiden**:

- durch Wahrnehmen von Körpersignalen des Patienten, die Ärger/Wut zeigen
- durch Wahrnehmen von Körperreaktionen, die Vermeidung von Ärger/Wut bezwecken
- durch Fragen, welches Gefühl gerade da ist
- durch Auffordern, sich auf die Gefühlswahrnehmung zu konzentrieren
- durch Stoppen der Flucht in gedankliche Erörterungen
- durch Hinführen auf Bewusstseinsinhalte, die das Wütend-Machende in den Vordergrund rücken
- durch Entlarven von persönlichkeitsimmanenten Habits als Wutvermeidung
- durch Zurückholen zur Wut, wenn er in ein anderes Gefühl abgedriftet ist
- durch Druckmachen

Fünfte Aufgabe der Wutexposition ist es, **neue Umgangsweisen mit der Wut** zu vermitteln.

1. Durch emotionale Kompetenz zu funktionalem Umgang mit Wut gelangen

- a) Wut bewusst wahrnehmen
- b) prüfen, ob Wut jetzt angemessen ist. Wenn ja:
- c) meine Wut ganz zulassen
- d) prüfen, ob die Intensität meiner Wut dem Anlass entspricht. Wenn ja:
- e) meine Wut aussprechen

f) spüren, was ich aus meiner Wut heraus tun möchte

g) prüfen, ob meine Wut-Handlung angemessen ist. Wenn ja:

h) sagen, was ich aus meiner Wut heraus tun möchte

i) hören, was der andere antwortet, wenn es noch stimmig/notwendig ist:

j) aus meiner Wut heraus handeln

Therapeutisches Vorgehen: Imagination, Wahrnehmungsübung, Rollenspiel

2. Durch interaktive Kompetenz in sozialen Situationen so erfolgreich sein, dass es weniger Anlass zu Wut gibt

Vorhersehbare Situationen:

- a) Antizipation einer wichtigen Situation
- b) mein Anliegen kognitiv klar formulieren
- c) das Anliegen der anderen als Vermutung formulieren
- d) mir vom anderen Feedback geben lassen, ob meine Vermutung stimmt
- e) den richtigen Punkt zwischen Paranoia und Gutgläubigkeit finden
- f) mich entscheiden, wie kompromissbereit ich sein kann und will, ohne dass es mir anschließend schlecht geht
- g) verhandeln, bis das Ergebnis innerhalb meiner Toleranzgrenze liegt

h) wenn das nicht möglich ist, Entscheidung vertagen statt klein beizugeben oder stur die Verhandlung scheitern zu lassen
 Therapeutisches Vorgehen: Imagination, Wahrnehmungsübung, Rollenspiel

Situationen absichtlich aufsuchen, um das Gelernte zu üben.

Unvorhersehbare Situationen: Schlagfertigkeit

- a) kooperativ in die Begegnung gehen
- b) unkooperatives Verhalten des anderen sofort ansprechen
- c) wenn dies nicht zurückgenommen wird, sich kräftig wehren, so dass Unkooperativsein für den anderen schmerzliche Konsequenzen hat (Schlagfertigkeit),
- d) nicht nachtragend sein (wir sind jetzt quitt)
- e) wieder zu einem kooperativen Interaktionsangebot zurückkehren
- f) auf kooperatives Verhalten des anderen positiv eingehen, so dass kooperatives Verhalten für den anderen angenehme Konsequenzen hat

Therapeutisches Vorgehen: Imagination, Wahrnehmungsübung, Rollenspiel, aufmerksam die vielen kleinen Gelegenheiten erkennen und nutzen, um das Gelernte zu üben. Weitere Ausführungen zum Therapeutenverhalten finden sich bei Sulz (2001).

2.2.13 Interpersonelle Strategien

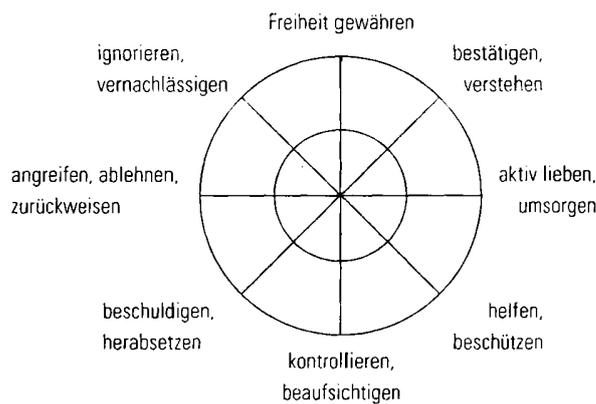
Benjamin (2001) hat die bis heute systematischsten und für die Psychotherapie aufschlussreichsten Untersuchungen zum inter-

personellen Erleben und Verhalten durchgeführt, deren wissenschaftlicher Impact anhält. Ihr dimensionales Modell der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB, vgl. Tress,2002) und ihre interpersonelle Diagnostik mit den Intrex-Fragebögen hat eine wissenschaftlich solide Basis der Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Beziehungsstörungen geschaffen. Hierzu wählt sie drei Fokusebenen:

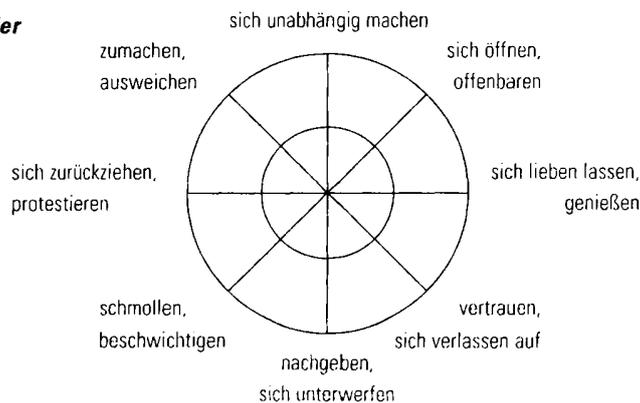
1. Transitive Ebene: aktiv auf den anderen einwirkendes Verhalten
 2. Intransitive Ebene: reaktiv dem anderen antwortendes Verhalten
 3. Introjektive Ebene: auf sich selbst bezogenes Verhalten
- Auf jeder dieser (Kreis-)Ebenen kann das interpersonelle Erleben und Verhalten eines Menschen in einem Circumplex-Modell auf einem Kreispunkt lokalisiert werden. Wir beschränken uns zunächst auf die transitive Ebene: Deren horizontale Achse der Affiliation hat als rechten Pol „Umsorgen, pflegen“ und als linken Pol „Zurückweisen, angreifen“. Die senkrechte Achse der Interdependenz hat als oberen Pol „Autonomie gewähren, wegsehen“ und als unteren Gegenpol „Beaufsichtigen, Kontrolle ausüben“. Sie zerschneiden den Kreis in vier Quadranten (Abb. 7) mit den Merkmalen „bestätigen, verstehen“ (1. Quadrant), „helfen, beschützen“ (2. Quadrant), „herabsetzen, beschuldigen“ (3. Quadrant) und „ignorieren, vernachlässigen“ (4. Quadrant):

Abbildung 7: Fokusebene 1 und 2 des SASB-Modells (verändert nach Benjamin, 2001)

Fokusebene 1: transitiver (aktiver) Modus
 „Ich mache etwas mit dem anderen.“



Fokusebene 2: intransitiver (reaktiver) Modus
 „Ich reagiere auf das, was der andere mit mir macht.“



3.2 Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien

Auf dieses transitive Verhalten reagieren Menschen oft in einer Weise, die sich im intransitiven Fokuskreis auf der deckungsgleichen Stelle befindet: Wer kontrolliert und beaufsichtigt wird, reagiert nachgebend und unterwirft sich. Er kann sich aber auch aus dieser Transaktion lösen und das Gegenteil tun: sich unabhängig machen. Es gibt in Beziehungen oft festgefahrene dysfunktionale Interaktionsmuster. Je nach Ursache erfordern sie eine Behandlung der Beziehung oder, falls es persönlichkeitsbedingt ist, eine Therapie der Persönlichkeit. Benjamin achtet darauf, dass die Patient-Therapeut-Beziehung dazu führt, gemeinsam gegen die maladaptiven Muster zusammenzuarbeiten. Nur wenn die therapeutische Beziehung sowohl Bindung als auch Autonomie gewährleisten kann, sollte mit der Therapie begonnen werden. Dabei soll der Therapeut darauf achten, dass keine Koabhängigkeit entsteht, indem z. B. ungeschickt eingesetzte Empathie den Narzissmus verstärkt, die Feindseligkeit des Paranoiden pflegt, die Hilflosigkeit des Dependents vergrößert oder die Anspruchshaltung Histrionischer belohnt. Einsicht in die Zusammenhänge der Entstehung und Aufrechterhaltung ist nur der Beginn der Therapie, nicht das Ziel. Der Therapeut bekräftigt jegliches veränderungsorientierte Verhalten des Patienten. Bei Krisen kann keine zielorientierte Therapie stattfinden. Bei Rollenspielen lässt man den Patienten die Rolle anderer spielen, um aus seiner eingeeengten Perspektive herauszufinden. Familien- und Paarsitzungen dienen dazu, dysfunktionale Transaktionsmuster zu identifizieren. Wenn Patienten dem Therapeuten erzählen, was in den nächsten Begegnungen mit wichtigen Bezugspersonen auf sie zukommt, welche Gefühle, Gedanken und Handlungstendenzen aktuell sind, können Therapeut und Patient gemeinsam diese Situationen vorbereiten, damit der Patient mit einer neuen Selbstdefinition und klarem Anliegen und Ziel in diese Begegnung gehen kann. Oft wiederholt, gelingt es ihm immer häufiger, das maladaptive Transaktionsmuster zu unterlassen und auf neue Weise zu reagieren. In dieser Therapiestunde werden die zugrunde liegenden Ängste und Bedürfnisse identifiziert und neue Möglichkeiten gesucht, mit ihnen umgehen – statt wie bisher auf untaugliche Weise die anstehenden interpersonellen Situationen dazu herzunehmen. Benjamins Schlagwort, dass „jede Psychopathologie ein Geschenk der Liebe ist“ (a.a.O., S. 141), geht davon aus, dass der Patient aus Liebe zu einer zentralen Bezugsperson auf autonomes oder selbstbehauptendes Verhalten verzichtet und stattdessen ein maladaptives Muster herstellt, das dem anderen Vorteile verschafft. Das Eingestehen von Hilflosigkeit von Seiten des Therapeuten kann dessen Effektivität steigern, indem der Patient seine eigene Fähigkeit und Bereitschaft zur Veränderung wahrnimmt. Der Therapeut verfolgt neues Lernen aufmerksam und bestätigt und verstärkt es.

2.2.14 Strategien bei Familien

Die Verhaltenstherapie hat heute ein großes Repertoire an familientherapeutischen Interventionsmöglichkeiten und kann auf sehr gute Wirksamkeitsbelege verweisen (Sulz und Heekerens, 2002). Wir müssen beim Einsatz familientherapeutischer Strategien unterscheiden, ob bzw. in welchem Ausmaß das Homöostasebemühen eines Familienmitglieds tatsächlich die anderen aus dem Gleichgewicht bringt (Alexander und Barton, 1976) oder ob es sich um Kommunikationsprobleme im Sinne von falscher Codierung bzw. Decodierung geht (Sulz, 2001).

Gestörte Kommunikation

Heute versuchen wir nicht mehr, alle interpersonellen Probleme und Konflikte auf Störungen des Kommunikationsprozesses im engeren Sinne zurückzuführen. Trotzdem sind nicht wenige Probleme als Sender von mehrdeutigen Botschaften oder in sich widersprechenden Botschaften bzw. als falsches Decodieren eindeutiger Botschaften verstehbar. Wenn es sich also nur um ein Kommunikationsproblem und nicht um die Kollision konfligierender Homöostasebemühungen geht, kann mit der Familie ein Kommunikationstraining durchgeführt werden.

Gestörte Homöostase

Für den Fall, dass individuelle oder System-Verhaltensweisen als tatsächlich destabilisierend identifiziert werden, ergibt sich folgende Therapiestrategie:

Funktionale familientherapeutische Strategien

- A. Nach der ausführlichen Analyse der Homöostase der Individuen, Subsysteme und des Familiensystems wird den Familienmitgliedern die Kollision der verschiedenen Überlebensstrategien und deren Folgen aufgezeigt.
- B. Dies wird szenisch dargestellt, so dass jeder spüren kann, wie sein Homöostasebemühen zur Destabilisierung des oder der anderen führt.
- C. Darauf wird dargestellt, wie die Antwort des oder der anderen als Versuch, wieder das eigene Gleichgewicht herzustellen, den anderen noch mehr aus dem Gleichgewicht bringt.
- D. Dann erhält jeder die Aufgabe, herauszufinden, auf welche neue Weise er versuchen kann, sein psychisches Gleichgewicht herzustellen, ohne die anderen dadurch zu destabilisieren.
- E. Diese Lösungen werden der Familie vorgestellt und gemeinsam besprochen.
- F. Nun werden die neuen Homöostasebemühungen wieder szenisch dargestellt, um auszuprobieren, wie ihre Wirkung tatsächlich ist.
- G. Es erfolgen Nachbesserungen, die ausgehandelte Kompromisse sein können oder die Entscheidung des Einzelnen, die restliche Instabilität den anderen Familienmitgliedern zumuten zu können oder zu müssen.
- H. Die Familie beschließt, das gemeinsam erarbeitete Ergebnis als bestmöglichen Kompromiss zu akzeptieren und drei Monate lang zu erproben.
- I. Empirisch begründete Nachbesserungen können in den folgenden Familiensitzungen ausgehandelt werden.

In den Familiensitzungen wird darauf geachtet, dass jedes Familienmitglied zu jedem Thema sprechen kann. Insbesondere diejenigen Familienmitglieder, die bisher wenig mitdiskutiert haben, erhalten die gleiche Redezeit wie die anderen. Allein diese direkte Umverteilung der Redezeit und auch oft die Bestimmung der Reihenfolge des Sprechens (z. B. die Stummen sprechen zuerst oder die Benachteiligten oder die Schwächeren sprechen zuerst) sorgt dafür, dass bisher vernachlässigte Aspekte gebührend ins Bewusstsein gelangen. Wenn der Therapeut eine Änderung der Sichtweise oder des Verhaltens z. B. des Vaters erreichen möchte, so lässt er zuerst alle anderen zu

dem betreffenden Thema sprechen, bis alles ausgesprochen ist, was der Vater bedenken oder erfüllen muss, bevor dem Vater das Wort gegeben wird. Das Interview des Vaters kann auch damit beginnen, dass zirkulär gefragt wird. D. h., er wird gebeten, zu erfassen bzw. zu erspüren, was ein anderes Familienmitglied darüber denkt oder wie es einem anderen Familienmitglied wohl damit emotional geht oder welche Nachteile für ein anderes Familienmitglied durch sein bisheriges Verhalten entstehen. In einem anderen Kontext lohnt es sich, immer wieder zirkulär zu fragen, d. h., auch die anderen Familienmitglieder zu fragen, welche Emotionen, Gedanken etc. sie bei den anderen vermuten. Das Erstellen von Familienskulpturen (Satir, 1998) ist eine weitere Interventionstechnik, die viel Klarheit bringt und die Motivation zu neuen Verhaltensweisen entstehen lässt.

3 Zusammenfassung

Verhaltenstherapie entwickelt nach komplexer funktionaler Diagnostik einzelfallbezogene und Therapiestadien-spezifische Strategien. Interventionen sind Werkzeuge, die bei einem umfassenden Vorhaben eingesetzt werden. Therapiestrategien leiten sich von der Funktion eines zu verändernden Verhaltens ab, beziehen Überlegungen zum günstigsten Angriffspunkt, zum funktionalen Kontext und zum richtigen Zeitpunkt mit ein. Wir können heute auf eine größere Zahl strategischer Ansätze blicken. Sie entstammen dem Selbstkontrollansatz Kanfers, dem kognitiven Ansatz Becks, der kognitiven Psychologie Piagets, den funktionsanalytischen Ansätzen von Alexander, Hayes, Jacobson, Kohlenberg und Linehan sowie neueren systemtheoretischen Modellen (Grawe), die im Dialog mit der neurobiologischen Forschung entstanden, und dem interpersonellen Ansatz Benjamins. Es gibt deutlich unterscheidbare Schwerpunkte und deutliche Überlappungen. Der gegenwärtige Stand der Forschung lässt nicht zu, dass wir nur einen Ansatz kennen und können. Wir können allerdings noch keine Angaben zu einer differenziellen Indikation machen. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) Linehans ist der bislang einzige evaluierte Ansatz zur Behandlung von Borderline-Störungen. Ihre kreativen Strategien sind jedoch bei sehr vielen Störungen anwendbar. Ob für die anderen Persönlichkeitsstörungen eher der kognitive Ansatz Becks oder der interpersonelle Ansatz Benjamins zielführender ist, muss erst die zukünftige Forschung zeigen. Die Funktionale Familientherapie von Alexander und Mitarbeitern hat ihren empirisch gesicherten Einsatzbereich in familiären Störungen. Der kognitive Ansatz Becks ist schon längst nicht mehr auf depressive Störungen begrenzt, sondern kann Wirksamkeitsnachweise für viele Störungsarten erbringen. Wenn wir die in der Therapieforschung immer wieder genannten Wirkfaktoren betrachten, so finden sich in den hier beschriebenen Therapiestrategien gezielte, auf diese Faktoren bezogene Strategieansätze, die punktuell im Laufe des Therapieprozesses zur Anwendung kommen können. Da die Verhaltenstherapie kein geschlossenes Theoriesystem als Grundlage hat, können wissenschaftliche, empirisch begründete heuristische Modelle von Fall zu Fall, teilweise auch im Therapieverlauf gewechselt werden und damit auch die angewandten Therapiestrategien. Trotzdem sind wir in der Lage, eine Gesamtstrategie zu formulieren,

die aus einem ganzheitlichen Fallverständnis entspringt und Ausdruck einer Gesamt-Fallkonzeption ist (Sulz 2001). Gerade das Ausbalancieren zwischen Akzeptanz und Änderungsorientierung in den neueren funktionsanalytischen Ansätzen verhindert, dass strategisches Arbeiten zu einer Zielverbissenheit wird, die das Schwergewicht zu sehr auf Produktivität und zu wenig auf Kreativität legt. Beides zusammen, Kreativität und Produktivität, sind ebenso wie spielerische Flexibilität und unbeirrbarer Ausdauer die Stärken verhaltenstherapeutischen Arbeitens.

4 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. *Was ist der Unterschied zwischen methodischem und strategischem Vorgehen?*
→ Methodik greift aus dem Repertoire der Verhaltenstherapie eine bewährte Technik auf, die sich als wirksam erwiesen hat (Kriterium der Wirksamkeit). Strategie findet zuerst die Funktion des symptomatischen Verhaltens und sucht dann ein Alternativverhalten, das die gleiche Funktion hat, aber eine andere Strategie verfolgt (Kriterium der Funktionalität).
2. *Was ist das Charakteristische des funktionalen Ansatzes in der Verhaltenstherapie?*
→ Es erfolgt sowohl auf Mikro- als auch auf Makroebene – während der Therapie fortgeführt – eine funktionale Analyse sowohl generalisierter Erlebens- und Verhaltensweisen als auch konkret beobachtbarer Transaktionen in einem Gespräch. Wozu reagiert er oder sie genau so? Was wird damit bezweckt?
3. *Gibt es einen Unterschied zwischen strategischer und funktionaler Vorgehensweise?*
→ Nein, zumindest in der Konzeptualisierung eines Falles sind beide Begriffe synonym. Wenn es jedoch um die Therapieplanung geht, um das Einsetzen von therapeutischen Maßnahmen, so wird eher das Wort strategisch verwendet, um die Zielorientierung des Vorgehens zu betonen, wobei das Ziel aber darin besteht, ein alternatives Verhalten zu etablieren, das die gleiche Funktion wie das Symptom hat.
4. *Ist der auf neuen empirischen psychologischen und neurobiologischen Erkenntnissen aufbauende systemtheoretische Ansatz (Kuhl, Grawe) kompatibel mit verhaltenstheoretischer Fallkonzeption und Therapiestrategie?*
→ Ja, er bestätigt zum großen Teil die Veränderungstheorie der Verhaltenstherapie. Außerdem ermöglicht er, über die Lernpsychologie und die Kognitionspsychologie hinaus der Verhaltenstherapie ein wissenschaftliches Fundament zu geben, das zahlreiche ihrer längst etablierten Vorgehensweisen begründen kann, die lerntheoretisch nicht ableitbar waren.
5. *Muss nicht die O-Variable des SORKC-Schemas neu definiert werden, wenn so umfangreiche systemtheoretische Variablen zu berücksichtigen sind?*
→ Wir können heute sagen, dass die Organismus-Variable O identisch ist mit dem Menschen oder der Person, der bzw. die in eine Situation S hineingeht, um dort eine Reaktion R zu zeigen. Damit ist alles, was diesen Menschen als überdauernde psychische und somatische Konstanten ausmacht, in

3.2 Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien

der O-Variablen enthalten. Pläne, Oberpläne, Schemata und Grundannahmen bzw. Überlebensregeln, dysfunktionale Persönlichkeitszüge im Sinne von Verhaltenswahrscheinlichkeiten und diese bestimmenden kontinuierlich vorhandenen motivationalen Grundhaltungen (Bedürfnisse, Identität) definitorische Bestandteile der O-Variablen. Es wird deutlich, dass das rein lernpsychologisch konzipierte SORKC-Schema dem heutigen Horizont des Verhaltenstherapeuten nicht mehr gerecht wird. Es sollte nur insofern angewandt werden, als es eine heuristische Funktion im Entfalten einer Therapiestrategie erfüllt und auf keinen Fall dazu dienen, den Fall zu erklären.

6. Auch die Hypothese, dass menschliches Verhalten das Ergebnis von Entwicklung ist, wurde in der Verhaltenstheorie bisher ausgeblendet. Wie sieht der gemeinsame Nenner von Entwicklungspsychologie und Verhaltenstherapie aus? → Dem einfachsten Modell wird der Vorzug gegeben. Wenn ein Fall durch Lernprozesse versteh- und therapierbar ist, so bleiben wir dabei. Nur dort, wo klassische und operante Konditionierungen bzw. Modelllernen nicht ausreichen bzw. sehr umständliche Störungsmodelle liefern, gehen wir auf andere Heuristiken über. Wir müssen heute nicht mehr negieren, dass jegliches Verhalten sich zuerst entwickelt und dann erst lernend überformt werden kann.

5 Prüfungsfragen

1. Was kennzeichnet funktionale Therapiestrategien?
2. Wodurch sind kognitive Therapiestrategien gekennzeichnet?
3. Beschreiben Sie kurz die wichtigsten Strategien der Dialektisch-Behavioralen Therapie!
4. Welche Bedeutung hat das Akzeptanzprinzip in der Therapie?
5. Beschreiben Sie kurz regelgeleitetes Verhalten im Zusammenhang mit Grundannahmen/Überlebensregeln!
6. Wie können Sie Erinnerungen bottom-up aktivieren?
7. Was spricht für den Einsatz von ressourcenmobilisierenden Therapiestrategien?
8. Wie kann die verhaltenssteuernde Funktion von Gefühlen therapeutisch genutzt werden?
9. Welchen Stellenwert haben Bedürfnisse in der Verhaltenskette?
10. Welche Ziele verfolgen Sie bei der Wutexposition?

6 Literatur

a) zitierte Literatur

- Alexander JF, Barton C: Behavioral systems therapy for families. In Osons DH (Hrsg.): *Treating relationships*. Lake Mills: Graphic 1976, 167-188
- Bandura A.: *Social learning theory*. New York: Prentic Hall 1977
- Baumann U (1981, Hrsg.): *Indikation zur Psychotherapie*. München: Urban & Schwarzenberg
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1981): *Kognitive Therapie der Depression*. München: Urban und Schwarzenberg

- Beck AT, Freeman et al. (1995): *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. 3. Aufl. Weinheim: PVU
- Benjamin LS (2001): *Interpersonelle Diagnose und Therapie von Persönlichkeitsstörungen*. München: CIP-Medien
- Damasio AR (1990): Synchronous activation in multiple cortical regions: a mechanism for recall. *Seminars in the Neurosciences* 2,287-296
- Ekman P (1992): Facial Expressions of Emotion: New Findings, New Questions. *Psychological Science*, 3, 34-38
- Ellis A (1972): *The essence of rational emotive therapy: A comprehensive approach to treatment*. New York: Institute for Rational Living
- Grawe K: *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe 1998
- Greenberg (2000): Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In Sulz SKD und Lenz G (Hrsg.): *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen*. München: CIP-Medien, 77-110
- Hand I (1989): Verhaltenstherapie und kognitive Therapie in der Psychiatrie. In Hand I, Wittchen H (Hrsg.): *Verhaltenstherapie in der Medizin*. Berlin: Springer, 17-41
- Hayes S, Gregg J, Wulfert E (1998): Akzeptanz- und Commitment-Therapie: Ein radikal behavioraler Ansatz. In Sulz (Hrsg.): *Kurz-Psychotherapien Wege in die Zukunft der Psychotherapie*. München: CIP-Medien, 143-162
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (2003): *Akzeptanz- und Commitment-Therapie ACT – ein existentieller Ansatz zur Verhaltensänderung*. München: CIP-Medien
- Heckhausen H (1989): *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer
- Jacobson NS, Christensen A (1996): *Integrative Couple Therapy. Promoting Acceptance and Change*. New York: Norton
- Kanfer FH.: *Self-Management Therapy: Orchestration of basic components for individual clients*. *European Psychotherapy* 2000, 1, 10-14
- Kanfer FH (2002): *Selbstmanagementtherapie im Prozess*. Therapievideo, 3 Bänder. Hergestellt von Sulz, SKD: München: CIP-Medien
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D: *Selbstmanagementtherapie*. 2. Überarbeitete Auflage. Berlin: Springer 1996
- Kegan R: *Die Entwicklungsstufen des Selbst*. Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben. München: Kindt, 3. Aufl., 1994
- Klerman G, Weissman M, Rounsaville B, Chevron E: *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books, 1984
- Kohlenberg RJ, Tsai M, Parker CR, Bolling MY, Kanter JW: Focusing on the client-therapist interaction. *Functional Psychotherapy: A behavioral approach*. *European Psychotherapy* 2000, 4, 21-31
- Linehan M (1996a): *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München, CIP-Medien
- Linehan M (1996b): *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München, CIP-Medien
- Margraf J (1996, Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. 2 Bände. Berlin: Springer
- Michalak J, Schulte D (2002): Zielkonflikte und Therapiemotivation. *Zeitschr. Klin. Psych. u. Psychotherapie* 31, 213-219
- Millon T, Davis RD: An evolutionary theory of personality disorders. In: Clarkin JF, Lenzenweger MF et al. (Hrsg.): *Major theories of personality disorder*. New York: Guilford Press, 1996, S. 221-346
- Noam G (1988): The theory of biography and transformation. *Foundation for clinical-developmental therapy*. In Shirk SR (ed.): *Cognitive development and child psychotherapy*. New York: Plenum, 273-317
- Piaget J.: *Die Äquilibration der kognitiven Strukturen*. Stuttgart: Klett-Cotta 1976
- Piaget J, Inhelder B: *Die Psychologie des Kindes*. Frankfurt: Fischer, 1981
- Reinecker H (1994): *Grundlagen der Verhaltenstherapie*. Weinheim: PVU
- Röper G (1998): *Auf der Suche nach Sicherheit Ein klinisch-entwick-*

3.3 Verhaltenstherapeutische Interventionen

JUDITH SIEGL UND HANS REINECKER

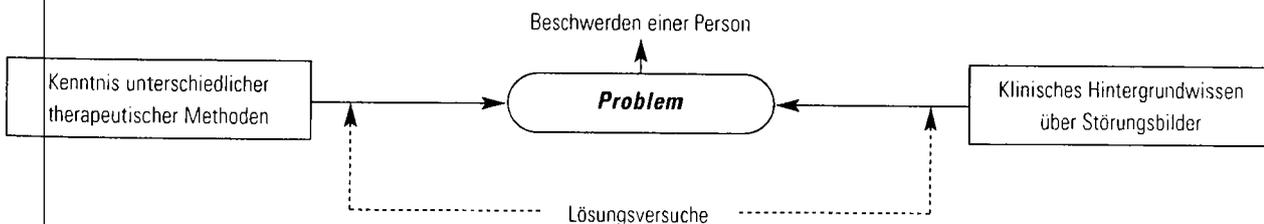
Die Beschreibung verhaltenstherapeutischer Strategien findet wissenschaftstheoretisch auf der Ebene der Technologie statt. Verhaltenstherapeutische Technologien sind Maßnahmen, um bestimmte therapeutische Ziele möglichst effektiv und effizient zu erreichen, gründen auf theoretischen Modellen der Psychologie und ihrer Nachbardisziplinen und bilden den Hintergrund für das praktische therapeutische Handeln.

Die Betonung von Effektivität und Effizienz hat wohl entscheidend dazu beigetragen, dass Verhaltenstherapie oft lediglich als lose Sammlung effizienter Methoden gesehen wird. Wir verstehen jedoch den Einsatz spezieller Methoden als *eine* Stufe im therapeutischen Prozess. So geht es vor dem Einsatz spezieller verhaltenstherapeutischer Methoden erst einmal darum, eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen. Um die Bedingungen für therapeutische Veränderung zu schaffen, erfolgen zudem Strategien zum Aufbau von Therapiemotivation, zur Zielklärung sowie eine funktionale Analyse des Problemverhaltens. Erst dann können spezielle Interventionen, wie z.B. Konfrontationsverfahren oder kognitive Verfahren, geplant und durchgeführt werden. Im Anschluss an die Interventionsphase werden dann wieder Strategien zur Evaluation der therapeutischen Fortschritte, zum Erlernen von Selbstmanagement und zur Rückfallprophylaxe eingesetzt. Verhaltenstherapeutische Me-

thoden sind also immer eingebettet in zahlreiche therapeutische Strategien im weiteren Sinn. Im Gegensatz zu den spezifischen Interventionen werden diese Strategien häufig als unspezifisch bezeichnet, eine Unterscheidung, die – obwohl technologisch sinnvoll – im konkreten Therapieprozess nicht wahrnehmbar ist, da spezifische und unspezifische Strategien nahtlos ineinander übergehen.

Neben der Darstellung therapeutischer Methoden lässt sich verhaltenstherapeutische Praxis auch durch die Beschreibung klinischer Störungsbilder (z.B. Angststörungen, depressive Störungen etc.) und deren differenzieller Indikation (z.B. Welche Verfahren bei Angststörungen?) explizieren. Methodenkenntnisse und Störungswissen sind dabei miteinander verzahnt und ergeben zusammen Lösungsversuche für ein klinisches Problem (vgl. Abb. 1). Es handelt sich sowohl bei der methoden- als auch der störungsorientierten Darstellung um eine Idealisierung bzw. Typisierung. Bei der praktischen Umsetzung müssen differenzielle Variablen, wie z.B. Merkmale des Patienten, Umgebungsvariablen und die jeweilige Problemsituation, mit einbezogen werden. Therapeutische Verfahren bieten daher lediglich einen konzeptuellen Handlungsrahmen. Sie sind nicht zu verwechseln mit der Ebene der therapeutischen Praxis, sondern stellen für Therapeuten flexible Werkzeuge im Sinne eines Problemlöseansatzes dar.

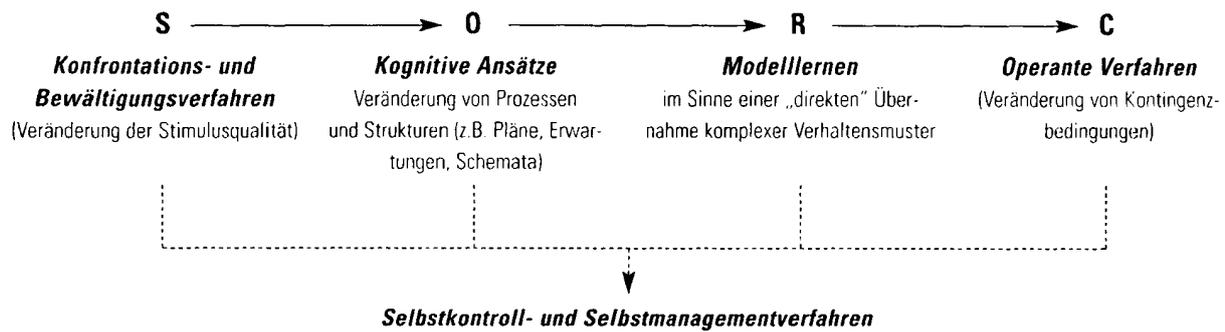
Abbildung 1: Verzahnung des methoden- und störungsorientierten Zugangs zur Lösung klinischer Probleme



In unserer Darstellung der Methoden orientieren wir uns am Systemmodell menschlichen Verhaltens (Abb. 2) und gehen davon aus, dass die Methoden vorwiegend an einzelnen Elementen des Systemmodells ansetzen. Eine klar abgegrenzte Auf-

teilung ist jedoch nur bedingt möglich, da komplexere Programme (z.B. Selbstsicherheitstrainings) mehrere Komponenten betreffen.

Abbildung 2: Ansatzpunkte verhaltenstherapeutischer Methoden am Systemmodell



Folgende kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden/Interventionsformen werden im Überblick vorgestellt (für die differenzielle Anwendung bei verschiedenen Störungsbildern verweisen wir auf die entsprechenden Kapitel):

- Konfrontations- und Bewältigungsverfahren (Kap. 1)
- Operante Methoden (Kap. 2)
- Modelllernen (Kap. 3)
- Kognitive Verfahren (Kap. 4)
- Selbstkontroll- und Selbstmanagementtherapie (Kap. 5)

1 Konfrontations- und Bewältigungsverfahren

Bei den Konfrontations- und Bewältigungsverfahren handelt es sich um eine große, heterogene Gruppe von Strategien mit dem Prinzip, dysfunktionale Verhaltensmuster und Kognitionen dadurch zu verändern, dass eine Auseinandersetzung mit der problematischen Situation erfolgt. Stimuli können physikalisch abgegrenzte externe Situationen und/oder interne Stimuli wie gedankliche Prozesse oder somatisch-physiologische Abläufe sein.

Beispiel:

Eine Person mit Agoraphobie und Panikstörung fürchtet verschiedene Situationen, wie z.B. enge Verkehrsmittel, Menschenmengen etc., und kann sowohl kognitive (z.B. „Angst vor der Angst“) als auch physiologische Stimuli (z.B. veränderter Herzschlag, Schwitzen) als bedrohlich wahrnehmen.

Merke: Konfrontation ist der Oberbegriff für alle Verfahren, bei denen es um eine aktive Auseinandersetzung mit einer belastenden (z.B. phobischen, traumatischen) Situation bzw. mit einem Stimulus geht. Der Begriff Bewältigung stammt aus der Stressforschung und bedeutet, dass Patienten lernen können, mit belastenden Situationen und damit verbundenen Emotionen umzugehen (z.B. Bewältigung von Angst, Stress, Ärger etc.).

Die aktive Auseinandersetzung mit angstauslösenden Situationen hat eine lange Tradition und hohe Augenscheinvalidität im Alltag. Eine Systematisierung und theoretische Fundierung

erfolgte jedoch erst im Rahmen der Verhaltenstherapie.

Indikationsbereich

Der klassische Indikationsbereich für Konfrontations- und Bewältigungsverfahren liegt in der Behandlung klinisch relevanter Angst- und Vermeidungsreaktionen, und hier in erster Linie bei

- Angststörungen (Phobien, Panikstörung, generalisierte Angststörung),
- posttraumatischen Belastungsstörungen bzw. der emotionalen Verarbeitung schwieriger und belastender Situationen (Traumata),
- Abhängigkeiten (Alkohol, Drogen, Spielsucht),
- Essstörungen,
- chronischen Trauerreaktionen.

Beispiel:

Bei einem Alkoholiker, der im Außendienst arbeitete, wurden Konfrontationsverfahren eingesetzt, damit er lernt, mit belastenden Auslösern, denen er aus beruflichen Gründen nicht ausweichen kann (z.B. Geschäftsessen, Minibars bei Hotelübernachtungen, Alkohol als Werbegeschenke), zurechtzukommen.

Die einzelnen Konfrontationsverfahren unterscheiden sich vor allem in der Art und Weise, wie die Auseinandersetzung mit der problematischen Situation erfolgt. Eine Trennung ist jedoch im Bereich der Konfrontationsverfahren oftmals künstlich. Im Folgenden sollen die wichtigsten Konfrontations- und Bewältigungsverfahren eingehender erläutert werden:

- Systematische Desensibilisierung (Kap. 1.1)
- Konfrontation und Reaktionsverhinderung (Kap. 1.2)
- Modifikationen und Vergleich der Konfrontationsverfahren (Kap. 1.3)
- Trainings in Angstbewältigung (Kap. 1.4)
- Trainings in Selbstsicherheit (Kap. 1.5)

1.1 Systematische Desensibilisierung

Theoretische Grundlagen

Die systematische Desensibilisierung (SD) wurde in den 50er Jahren von Wolpe (1958) entwickelt. Grundlagen waren tierexperimentelle Untersuchungen, klinische Beobachtungen sowie Theorien zur Hemmung von Angst.