

Evaluation des strategisch-behavioralen Therapiemoduls „Entwicklung als Therapie“

**Spezifikation des Psychotherapie-Konzepts der Strategischen Kurzzeittherapie (SKT)
zur Optimierung individueller Therapieprozesse und -ergebnisse**

Veit-Uwe Hoy

Veit-Uwe Hoy

Evaluation des strategisch-behavioralen Therapiemoduls „Entwicklung als Therapie“

Möglichkeiten der Spezifikation des Konzepts der Strategischen Kurzzeittherapie (SKT) auf Einzelfälle zur Optimierung individueller Therapieprozesse und -ergebnisse

Diese Arbeit wurde im Jahr 2014 von der Philosophisch-Pädagogischen Fakultät der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt als Inaugural-Dissertation unter dem Titel „Evaluation des strategisch-behavioralen Therapiemoduls ‚Entwicklung als Therapie‘ sowie deren Implikation für die Gesundheitspädagogik. Möglichkeiten der Spezifikation des Konzepts der Strategischen Kurzzeittherapie (SKT) auf Einzelfälle zur Optimierung individueller Therapieprozesse und -ergebnisse“ angenommen.

2. Auflage 2023

Unveränderte Neuauflage der Ausgabe von 2014 (CIP-Medien, München)

© Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG, Gießen

info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

ISBN 978-3-86294-113-1

Inhalt

| | |
|--|-----|
| Danksagung | VI |
| Zusammenfassung | VII |
| 1 EINFÜHRUNG UND PROBLEMSTELLUNG..... | 1 |
| 1.1 Problemstellung und Ziele des Forschungsprojektes | 1 |
| 1.2 Hintergrund | 2 |
| 1.3 Implikation der Entwicklungstherapie für die Gesundheitspädagogik | 17 |
| 2 THEORETISCHER TEIL | 22 |
| 2.1 Philosophische Grundlagen | 22 |
| 2.1.1 Konstruktivismus | 22 |
| 2.1.2 Systemtheorie | 27 |
| 2.2 Psychologische Grundlagen | 29 |
| 2.2.1 Lernpsychologische Grundlagen | 29 |
| 2.2.2 Motivationspsychologische Grundlagen | 32 |
| 2.2.3 Emotionspsychologische Grundlagen | 37 |
| 2.2.4 Entwicklungspsychologische Grundlagen | 41 |
| 2.2.4.1 Modell der kognitiven und affektiven Entwicklung nach Piaget | 43 |
| 2.2.4.2 Modell der moralischen Entwicklung nach Kohlberg..... | 51 |
| 2.2.4.3 „Die Organisationsformen des Selbst“ nach Kegan..... | 54 |
| 2.2.4.4 Mentalisierung, Theory of mind nach Fonagy | 60 |
| 2.2.4.5 Synopse der Entwicklungsmodelle von Piaget, Kohlberg, Kegan, Fonagy..... | 66 |
| 2.2.5 Sozialpsychologische Grundlagen | 67 |
| 2.2.6 Persönlichkeitspsychologische Grundlagen | 80 |
| 2.2.7 Kognitionspsychologische Grundlagen..... | 85 |
| 2.2.8 Neuropsychologische Grundlagen | 89 |
| 2.2.9 Pathogenetische Grundlagen | 95 |
| 2.2.10 Diagnostische Grundlagen | 101 |
| 2.2.11 Therapeutische Grundlagen..... | 104 |
| 3 EMPIRISCHER TEIL | 123 |
| 3.1 Hypothesen..... | 123 |
| 3.2 Stichprobe..... | 128 |
| 3.3 Unabhängige und abhängige Variablen | 128 |
| 3.4 Diagnostische Instrumente | 129 |
| 3.5 Therapeutische Instrumente | 137 |

| | | |
|---------|---|-----|
| 3.5.1 | Verhaltenstherapeutische Instrumente | 137 |
| 3.5.2 | Entwicklungstherapeutische Instrumente..... | 138 |
| 3.6 | Statistische Verfahren | 147 |
| 4 | ERGEBNISSE..... | 148 |
| 4.1 | Sozialdaten (AllgDat)..... | 148 |
| 4.2 | Diagnosegruppen (AllgDat) | 160 |
| 4.3 | Ressourcen-Defizit-Rating (QMT12-RDR)..... | 166 |
| 4.4 | Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsminderung, Versorgungsbedarf (QMP02) | 173 |
| 4.5 | Zielerreichungsgrade (QMP03, QMT03)..... | 186 |
| 4.6 | Qualität der Therapiesitzung (QMP04, QMT04)..... | 189 |
| 4.7 | Zielannäherung (QMP05, QMT05)..... | 193 |
| 4.8 | Katamnese (QMT13)..... | 198 |
| 4.9 | Psychischer Befund (VDS14) | 216 |
| 4.10 | Bedürfnisse (VDS27) | 222 |
| 4.11 | Ängste (VDS28)..... | 244 |
| 4.12 | Wut (VDS29) | 254 |
| 4.13 | Persönlichkeit (VDS30) | 263 |
| 4.14 | Entwicklungsniveau (VDS31)..... | 283 |
| 4.15 | Überlebensregel / Kognitionsanalyse (VDS35) | 304 |
| | Symptomatik (VDS90)..... | 311 |
| 4.16 | Veränderung des Erlebens und Verhaltens (VEV) | 334 |
| 4.17 | Verlaufsdaten zu Symptomatik, Funktionsniveau und Überlebensregel (Verlauf) ... | 337 |
| 4.18 | Anzahl der Einzelgespräche | 350 |
| 4.19 | Synopsen und Verweise | 352 |
| 5 | DISKUSSION | 354 |
| 5.1 | Diagnostische und therapeutische Daten..... | 355 |
| 5.2 | Anwendungsrelevanz | 380 |
| 5.2.1 | Anwendungsrelevanz der Ergebnisse im klinischen Kontext | 380 |
| 5.2.2 | Anwendungsrelevanz der Ergebnisse im außerklinischen Kontext | 382 |
| 5.3 | Neue Aspekte mit Ausblick für weitere Forschung und Entwicklung..... | 388 |
| 5.3.1 | SORK-Orientierung | 388 |
| 5.3.1.1 | SORK-orientierte Nomenklatur und Struktur diagnostischer Instrumente | 388 |
| 5.3.1.2 | SORK-orientierte diagnostische Kodierung..... | 389 |
| 5.3.1.3 | SORK- und methodenorientierte Kategorisierung der Submodule des SBT-Moduls „Entwicklung als Therapie“ | 391 |
| 5.3.1.4 | SORK-orientierte Vernetzung von Diagnostik, Ziel und Methode..... | 392 |
| 5.3.2 | Algorithmus der Entwicklungsdiagnostik | 393 |
| 5.3.3 | Psychometrische Skalierung | 395 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 5.3.3.1 | Funktionalitätsbezogene Äquilibration psychometrischer Skalen..... | 395 |
| 5.3.3.2 | Dezimalisierung psychometrischer Skalen | 396 |
| 5.3.4 | Ressourcen und Maß therapeutischer Unterstützung | 397 |
| 5.3.4.1 | Erfassung von Ressourcen | 397 |
| 5.3.4.2 | Erfassung des Maßes therapeutischer Unterstützung..... | 397 |
| 5.3.5 | Computergestützte Dynamisierung des SORK-Modells..... | 398 |
| 5.3.6 | Notwendigkeit integrativer Diagnostik | 403 |
| 5.3.7 | Minimierung der Therapiedauer begrenzt..... | 405 |
| 5.4 | Methodische Grenzen der Studie | 406 |
| 6 | APPENDIX | 407 |
| 6.1 | Arbeitsblätter..... | 407 |
| 6.2 | Zusammenfassung, Filme, weitere Aspekte..... | 407 |
| 6.3 | Verzeichnisse | 408 |
| 6.3.1 | Abkürzungsverzeichnis | 408 |
| 6.3.2 | Abbildungsverzeichnis | 410 |
| 6.3.3 | Tabellenverzeichnis..... | 426 |
| 6.3.4 | Literaturverzeichnis..... | 447 |
| 6.4 | Biographie | 461 |

Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. Heese, Herrn Prof. Dr. Schmidt und Herrn Prof. Dr. Dr. Sulz für die Übertragung der Studie.



Prof. Dr. Carl Heese



Prof. Dr. Hans-Ludwig Schmidt



Prof. Dr. Dr. Serge K. D. Sulz

Herrn Prof. Dr. Dr. Sulz danke ich für den seit Jahren bestehenden fachlichen Austausch. Seine strukturierte, zielgerichtete und integrative diagnostisch-therapeutische Konzeptionierung spricht mir aus dem Herzen. Mit der Schulung integrativen Denkens hatte er gravierenden Einfluss auf die Förderung meines Verstehens von Psychologie.

Danke meinen Patienten, die sich mit Vertrauen öffneten, mich forderten und förderten, Psyche lesen zu lernen. Danke für Rückmeldungen, die gelindertes Leiden bezeugten.

Jede Technik offenbart die Psychologie seines Ingenieurs: „Citavi“ erwies sich in der Literaturverwaltung als große Hilfe. Danke den Entwicklern des Computerprogramms und den bei Fragen stets kompetent und freundlich helfenden Mitarbeitern der Firma.

Danke meiner Familie, Freunden und Bekannten, die Verständnis und Unterstützung bei der Fertigung dieser Arbeit zeigten und mir im „wirklichen Leben“ entwicklungsförderliche Gegenüber waren.

Veit-Uwe Hoy

Zusammenfassung

Aufgabe der Studie war, das Modul „Entwicklung als Therapie“ aus der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT, Sulz) im Vergleich zur Verhaltenstherapie zu evaluieren.

Die **Stichprobe** (N = 53) wurde aus der eigenen Psychologischen Praxis mit Kassenzulassung „Verhaltenstherapie für Erwachsene“ rekrutiert, 26 Patienten zur Kontrollgruppe mit der Anwendung von Verhaltenstherapie (VT), 27 zur Experimentalgruppe mit der Anwendung von Entwicklungstherapie (ET) gehörend, 28 Patienten mit einer depressiven Störung (14 je Patientengruppe) und 25 mit einer Angststörung (12 für die VT, 13 für die ET).

Die **Diagnostik** zu den jeweiligen Messzeitpunkten erfolgte mittels Verhaltensdiagnostik-System (VDS) von Sulz.

Die **Therapie** als unabhängige Variable erfolgte bei den Patienten der Kontrollgruppe mit dem verhaltenstherapeutischen Methodenrepertoire, bei der Experimentalgruppe mittels SBT-Modul „Entwicklung als Therapie“ von Sulz basierend auf den Entwicklungstheorien Piagets und Kegans.

Die **entwicklungstherapeutischen Ziele** wurden konzipiert je nach entwicklungspsychologischer Eingangsdiagnostik:

- ausgehend vom einverleibenden Entwicklungsniveau bestand Ziel im Entdecken und Ausdrücken von Impulsen;
- auf dem impulsiven Entwicklungsniveau angekommen oder von diesem ausgehend war Ziel, Steuerungsfähigkeit von Impulsen, kausal-logische Denkfähigkeit und interaktionelle Selbsteffizienz zu generieren;
- auf dem souveränen Entwicklungsniveau angekommen oder von diesem ausgehend wurde die Entwicklung von Empathiefähigkeit als Voraussetzung dauerhaft befriedigender Beziehungsgestaltungen visiert.

Die **Therapieergebnisse** zu den abhängigen Variablen Symptomatik, Situation (S), Organismus (O), Reaktion (R) und Konsequenz (K) zeigten unter dem Faktor „Zeit“ sowohl unter verhaltenstherapeutischer wie entwicklungstherapeutischer Strategie mehrheitlich statistisch signifikante Effekte in Richtung der formulierten Ziele, unter dem Faktor „Zeit*Gruppe“ mehr unter entwicklungstherapeutischer als unter verhaltenstherapeutischer Strategie.

Aus den Ergebnissen leiten sich **Implikationen für die Gesundheitspädagogik** ab.

Auf der **CD „Entwicklung als Therapie – Praesentation und Arbeitsblaetter zum gleichnamigen Buch“** findet sich

- eine komprimierte Praesentation der „Evaluation des strategisch-behavioralen Therapiemoduls „Entwicklung als Therapie““;
- entwicklungsdiagnostisches und entwicklungstherapeutisches Procedere wird anhand von Filmen illustriert;
- über die Studie hinausgehende entwicklungsrelevante Aspekte werden praesentiert.

1 EINFÜHRUNG UND PROBLEMSTELLUNG

1.1 Problemstellung und Ziele des Forschungsprojektes

Mit dem vorliegenden Forschungsprojekt werden die folgenden Ziele fokussiert:

Psychotherapeutische Effizienz

Lässt sich Psychotherapie durch das Modul „Entwicklung als Therapie“ **effizienter** gestalten?

Während es Therapieansätze gibt, die die kognitiv-affektive Entwicklung in Diagnose und Therapie nicht bzw. nicht explizit berücksichtigen, nimmt gerade dieser Aspekt in der Strategisch-Behavioralen Therapie eine zentrale Position ein (Sulz & Höfling, 2010b, pp. IX–X). Sulz: „Psychotherapie hat eine viel mühsamere Aufgabe, wenn sie versucht, sich auf die Umkonditionierung von Verhaltensweisen zu verlassen und auf kognitiv-affektive Entwicklungsschritte zu verzichten“ (Sulz, 2007, p. 66).

Anwendungsfelder im klinischen Kontext

Die Anwendung entwicklungspezifischer Diagnostik und Therapie bezog sich bislang lediglich auf chronisch depressive Störungen.

Es soll geprüft werden, ob eine **Erweiterung** der Entwicklungsdiagnostik und Entwicklungstherapie auf alle unipolar depressiven Störungen und Angststörungen vorgenommen werden kann, also auf alle Diagnosen der Gruppen F32, F33, F34 sowie auf F40 und F41 nach ICD-10 und ob grundsätzlich eine Generalisierbarkeit möglich scheint. Schweiger und Sipos sehen in der Situationsanalyse des Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) im Vergleich zum SORCK eine Limitation aufgrund der erhöhten Komplexität, bewerten den entwicklungstherapeutischen Ansatz „aber als wesentliche Erweiterung des Methodenrepertoires der modernen Verhaltenstherapie“ mit Aussicht auf Anwendung nicht nur auf chronische Depression (Schweiger & Sipos, 2009, p. 66).

Theoretisches Verständnis

Das theoretische Verständnis pathogenetisch und therapeutisch relevanter Faktoren soll erweitert werden zu den Fragen:

1. Stellt der Entwicklungsstand eine pathogenetisch und therapeutisch relevante Organismus-Variable dar?
2. Zur „Entwicklung als Therapie“ sollen die **zentralen Charakteristika** sowie **alle relevanten Vernetzungen** zu Nachbardisziplinen erfasst und in Ausgewogenheit zwischen Detailliertheit und Komprimiertheit übersichtlich geschildert werden.

3. Die theoretische Fundierung der Entwicklungstherapie mit ihren vielfältigen Daten und ihrer Topographie soll als „Psychologie für’s Auge“ besser verstehbar gemacht werden mittels kontextuell-logischer Verknüpfungen, Tabellen und Abbildungen.

Außerklinische Relevanz

Welche Bedeutung lässt sich aus den Ergebnissen der Studie für **außerklinische Anwendungsfelder**, speziell der **Gesundheitspädagogik**, ableiten?

Aus der Beantwortung der vorgenannten Fragen wird sich ableiten, welche Bedeutung die „Entwicklung als Therapie“ im diagnostisch-therapeutischen Prozess und im außerklinischen Kontext einnehmen wird.

1.2 Hintergrund

Psychische Störungen haben einen hohen **epidemischen** Rang mit der Folge gravierender **volkswirtschaftlicher** Kosten. Es existiert eine Vielzahl therapeutischer Ansätze mit unterschiedlicher Wirksamkeit. Wissenschaftliche Disziplinen nutzen **Synergieeffekte** zu wenig. Die Fakten im Einzelnen:

Epidemiologie von Depression und Angst

Psychische und psychosomatische Störungen gelten als **epidemiologisch und ökonomisch relevante** Krankheitsgruppe. In Allgemeinarztpraxen haben circa 33% der Patienten psychische Erkrankungen (Zintl-Wiegand, Schmidt-Maushart, Leisner, & Cooper, 1978, p. 125). Die relative Häufigkeit psychischer Störungen in hausärztlichen Praxen zeigt Abbildung 1.

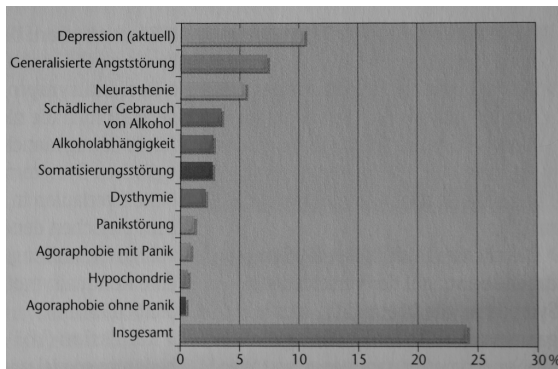


Abbildung 1 „Psychische Erkrankungen in hausärztlichen Praxen“; mit frdl. Genehmigung aus Wunn, BASICS Psychiatrie, S. 7, 1. Aufl. 2006 © Elsevir GmbH, Urban & Fischer, München

„In Stadt- wie Land-Praxen [...] leiden 21% bis 33% der Patienten an psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen“; in der Großstadt ist mit 26% die Prävalenz etwa doppelt so hoch wie mit 11% auf dem Land (Meyer & Richter, 1991, pp. 28–29).

Depressive Störungen

In Anbetracht der starken Verbreitung depressiver Störungen wird von einer „Volkskrankheit“ gesprochen; die epidemiologische Situation ist seit Jahrzehnten zum einen durch eine Zunahme von Erkrankten gekennzeichnet, zum anderen durch eine Zunahme unter jüngeren Altersgruppen. „Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation werden Depressionen bis zum Jahr 2020 die Krankheit sein, die neben den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die meisten gesunden und unbeeinträchtigten Lebensjahre rauben werden“ (Hautzinger, 2010, p. 10).

Wittchen und Jacobi betonen mit Verweis auf das „Global Burden of Disease Project“ der Weltgesundheitsorganisation, dass die unipolare Major Depression in Europa den ersten Rang unter den „110 beurteilten wichtigsten Ursachen für krankheitsbedingte Einschränkungen – gemessen in ‚verlorenen Lebensjahren‘ (‚disability adjusted life years‘; DALY)“ einnimmt (Wittchen & Hoyer, 2006, p. 54).

Unipolar depressive Störungen gelten neben den Angststörungen als die häufigsten psychischen Störungen. Jedes Jahr entwickeln mindestens hundert Millionen Menschen eine behandlungsbedürftige Depression, welche ein bedeutsames Gesundheitsproblem darstellt; trotzdem werden sie in der Praxis häufig fehldiagnostiziert sowie unter- und fehlbehandelt (Schramm, 2010, p. 12). Auch andere Autoren berichten von einer Zunahme depressiver Störungen und einer Verlagerung auf jüngere Altersgruppen.

Depressionen gelten als Störung, die in allen Lebensaltern auftreten können. Der Ersterkrankungsgipfel hat sich vom vierten Lebensjahrzehnt auf das dritte Lebensjahrzehnt vorverlagert. Unter Berücksichtigung sozioökonomischer Parameter zeigt sich, dass getrennt lebende und geschiedene Personen sowie Personen, denen eine vertraute Person fehlt, eher erkranken. „Personen mit positiven Sozialbeziehungen, Personen mit höherer Bildung und beruflicher (sicherer) Anstellung sowie mit einem Wohn- und Lebensraum in eher ländlich-kleinstädtischer Umgebung haben die niedrigsten Depressionsraten“ (Jong-Meyer de, Hautzinger, Kühner, & Schramm, 2007, p. 21).

Hautzinger kommt zu ähnlichen Ergebnissen indem er die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken, bei einem Lebenszeitrisiko von 12-16% für Männer und 20-26% für Frauen als hoch einschätzt. Auch er berichtet eine deutliche Zunahme depressiver Erkrankungen mit einem gesteigerten Erkrankungsrisiko jüngerer Jahrgänge (Hautzinger, 2009, p. 126).

Weltweit wird eine Zunahme von Depressionen verzeichnet. Prognostisch wird davon ausgegangen, dass sich Depressionen bis circa 2025 neben den Herz-Kreislauf-Krankheiten zum größten Leiden entwickelt und den höchsten Kostenfaktor darstellt (Jong-Meyer de et al., 2007, p. 12).

Die Forderung nach einer effektiven Behandlung chronisch depressiver Störungen resultiert aus dem hohen Leidensdruck und der psychosozialen Beeinträchtigung der Betroffenen sowie der hohen Kosten für das Gesundheitssystem (Petermann & Rief, 2009, pp. 233–234).

Angststörungen

Soziale Phobien gelten als dritthäufigste psychische Störung und als häufigste Angststörung (Stangier, Heidenreich, & Peitz, 2009). Dies berichtet auch Bohn, der überdies auf die erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität hinweist (Bohn & Stangier, 2009, p. 149).

Die Lebenszeitprävalenz für die Panikstörung schwankt zwischen 0,5% und 4,7% (Median 2,1%), für die Agoraphobie sogar zwischen 0,9% und 7,8% (Median 2,3%; Michael et al. 2007) (Margraf & Schneider, 2009, p. 10).

Nach Reinecker gelten Agoraphobien als „die bei weitem häufigste“ phobische Störung (Reinecker, 1993, pp. 15–17).

Hautzinger nennt die Generalisierte Angststörung als „die häufigste Angststörung in der Primärversorgung“ (Hautzinger, 2011, pp. 49–64).

Auch Spezifische Phobien gehören zu den am häufigsten vorkommenden Angststörungen (Wade, 2010).

Persönlichkeitsstörungen

Von einer Persönlichkeitsstörung sind einer repräsentativen Stichproben zufolge 10% der Erwachsenen betroffen; aus der Gruppe allgemeinärztlicher Patienten sind es 25% und bei psychiatrischen Patienten 40%, in 70-100% der Fälle begleitet von einer weiteren Persönlichkeitsstörung (Asendorpf, 2009, p. 61).

Ziel therapeutischen Handelns

Aus den epidemiologischen Daten leitet sich entsprechender Handlungsbedarf ab (Grawe, 2001, p. 12).

Die zentrale Frage ist, wie psychisches Leiden am **effizientesten** vermindert werden kann. Therapie (therapeuein, griech.: pflegen) meint die Gesamtheit von verfügbaren Behandlungsmaßnahmen. Diese haben seit Jahren in rasantem Maße zugenommen und sind kaum noch überschaubar. Zum einen hat sich zwischenzeitlich innerhalb der Therapieschulen vieles weiterentwickelt; überdies gibt es eine Annäherung der Therapieschulen, beispielhaft sei hier genannt das integrative Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie von Senf und Broda. Bei allen denkbaren Interventionen dürfte von Seiten des Kostenträgers die entscheidende Frage die der **nachhaltigen Symptomminimierung** sein; sie ist darüber hinaus bedeutsam unter psychohygienischem Aspekt für den Behandler wie auch von wissenschaftlichem Interesse. Unter der Überschrift des Moduls „Entwicklung als Therapie“ ist das Instrument unmissverständlich genannt; Ziel besteht im Erreichen eines höheren

Entwicklungsniveaus als strukturelle Änderung des Denkens sowie der emotionalen und Beziehungsregulation mit dem Effekt einer Symptomminimierung.

Definitive Aspekte

Strotzka definiert **Psychotherapie** als einen bewussten und geplanten interaktionellen „Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen [...] in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel“. Er grenzte Methoden zur lediglichen Symptombesserung ab von denjenigen, die auf eine Strukturveränderung der Persönlichkeit abzielen (Strotzka, 1975, pp. 4–5).



Abbildung 2 Der psychotherapeutische Prozeß (Hoy, 2012) in Anlehnung an Strotzkas Definition von Psychotherapie (1975)

Grawe definiert Psychotherapie als Anwendung psychologischer Beeinflussungsmethoden, deren fachgerechte Anwendung eine möglichst gute Kenntnis des normalen und störungsspezifischen psychischen Funktionierens erfordert (Grawe, 2001, p. 17).

Für das von Grawe entwickelte Konzept der Allgemeinen Psychotherapie sollten der Klärungs- und Bewältigungsaspekt sowohl auf theoretischer wie auf technischer Ebene miteinander verknüpft werden. In dieser theoretischen Konzeptionierung sollten motivationale und Fähigkeitsaspekte miteinander verschmolzen werden. Zur Erarbeitung eines individuellen Fallverständnisses wird auf die von Caspar entwickelte Plananalyse verwiesen. Grawe sieht in dem Konstrukt des Planes eine gute Anwendbarkeit zur Erklärung des Verhaltens eines Individuums, nicht aber für deren Veränderung. In dem Konstrukt des Schemas als grundlegende Organisationseinheit psychischer Prozesse sind die Vorteile des Plan-Konstrukts verknüpft mit der Möglichkeit, die Veränderung von Individuen zu erklären. Schemata bestimmen die Auswahl der Wahrnehmungen eines Menschen und die Organisation derselben. Dem dialektischen Prozess von Assimilation und Akkommodation unterliegend werden sie grundsätzlich als in Entwicklung befindlich begriffen. Am Beispiel des geflügelten Wortes „jemand macht sich etwas vor“ wird der Deutungsanteil der gerade aktiven Schemata deutlich. Ziel therapeutischen Handelns wird unter anderem darin gesehen, eine **Desillusionierung** im Sinne von „sich nichts mehr vormachen“ gesehen. Dies bedeutet für den therapeutischen Prozess, dass sich der Patient ein zutreffendes Bewusstsein von seinen wichtigsten Schemata erarbeitet (Grawe, 2001, pp. 755–761).

Linden definiert Psychotherapie als das Handeln eines Therapeuten in Abgrenzung zu seinen Intentionen und dem Handeln eines Patienten. In der Erfassung therapeutischer Kompetenzen

muss folglich das Therapeutenverhalten anhand definierter Standards fokussiert werden, wie sie z. Bsp. die Verhaltenstherapie-Kompetenz-Checkliste (VTKC) definiert (Linden & Langhoff, 2010, p. 483).

Aus all diesen Darstellungen wird deutlich, dass wir es im **therapeutischen Prozess** mit einer problematischen Ausgangssituation zu tun haben, die verändert werden soll. In der logischen Fortsetzung dessen stellt sich die Frage, wie dies am besten geschehen kann. Abbildung 2 illustriert den psychotherapeutischen Prozeß.

Wirksamkeit

„Die Frage nach der spezifischen Wirksamkeit von Psychotherapie“ beschreibt Buchkremer als „äußerst komplex und wie viele ‚einfache Fragen‘ schwer zu beantworten“; sie ist **abhängig von der Patient-Therapeut-Interaktion** und der **emotionalen Tragfähigkeit** sowie der **Behandlungsbedürftigkeit**, der **therapeutische Methode**, den **Therapiezielen** und der **Art der psychischen Störung** (Buchkremer & Batra, 2006, pp. 3–4).

Therapeutische Schwerpunkte

In Anbetracht der Komplexität psychischen Funktionierens gilt es für den diagnostischen und therapeutischen Prozess „Einstellungen, Werthaltungen, Motivationen, Wissen, Fähigkeiten, Gewohnheiten, emotionale Reaktionsmuster“ eines Menschen zu berücksichtigen. Zentrale Bedeutung haben die Fragen nach der Veränderung dieser Parameter unter dem Einfluss von Stressoren und deren therapeutischer Beeinflussbarkeit (Grawe, 2001, pp. 17–18).

McCullough: „CBASP unterscheidet sich durch acht besondere Merkmale von anderen Formen der Psychotherapie:

1. CBASP ist das einzige Psychotherapieprogramm, das **spezifisch** für die Behandlung **chronischer Depressionen** entwickelt wurde.
2. Zum Stillstand gekommene **Entwicklungsprozesse werden als ätiologische Basis** für chronische Depression angesehen.
3. CBASP konzeptualisiert Depression und ihre Veränderung in Form einer „Person x Umwelt“-Perspektive; diese vermittelt den Patienten die Fähigkeit, ihre Wirkung auf die Umwelt (**stimulus value**) innerhalb ihres Lebenszusammenhangs zu berücksichtigen.
4. Ein Behandlungsziel ist die Förderung der **Fähigkeit, Probleme in sozialen Beziehungen (im Sinne Piagets) formal operatorisch zu lösen**, ein zweites, sich in sozialen Beziehungen **empathisch** aufgeschlossen zu verhalten.
5. Therapeuten werden ermutigt, sich kontrolliert persönlich einzulassen (**disciplined personal involvement**), um das Verhalten der Patienten zu modifizieren.
6. Die wichtigen Themen in der Übertragung werden bei den Patienten mithilfe einer Technik zur Generierung von Übertragungshypothesen konzeptualisiert (Liste **prägender Bezugspersonen**) und während des Therapieprozesses aktiv infrage gestellt.