

Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

Brill | Schöningh – Fink · Paderborn –
Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen – Böhlau · Wien · Köln
Verlag Barbara Budrich · Opladen · Toronto
facultas · Wien
Walter de Gruyter · Berlin · Boston
Haupt Verlag · Bern
Verlag Julius Klinkhardt · Bad Heilbrunn
Mohr Siebeck · Tübingen
Narr Francke Attempto Verlag – expert verlag · Tübingen
Psychiatrie Verlag · Köln
Psychosozial-Verlag · Gießen
Ernst Reinhardt Verlag · München
transcript Verlag · Bielefeld
Verlag Eugen Ulmer · Stuttgart
UVK Verlag · München
Waxmann · Münster · New York
wbv Publikation · Bielefeld
Wochenschau Verlag · Frankfurt am Main

Serge K. D. Sulz, Prof. Dr. phil. Dr. med., Dipl.-Psych., ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin (Psychoanalyse), Psychologischer Psychotherapeut sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Er lehrt an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt und ist Ehrenpräsident der Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Als Lehrbuchherausgeber und Fachbuchautor hat er zahlreiche Werke veröffentlicht. Sein Forschungsschwerpunkt liegt in der Mentalisierungsfördernden Verhaltenstherapie.

Serge K. D. Sulz

Praxis der Verhaltenstherapie

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

Psychosozial-Verlag

Digitale Ausgabe erhältlich unter utb.de

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

2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2026
© 2017 Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG
Gesetzlich vertreten durch die persönlich haftende Gesellschaft Wirth GmbH,
Geschäftsführer: Johann Wirth
Walltorstraße 10, 35390 Gießen, Deutschland
06 41 96 99 78 0
info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werks darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlags reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden. Wir behalten uns auch eine Nutzung des Werks für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG vor.

Einbandgestaltung: siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart
Umschlagabbildung: © AdobeStock/loreanto
Druck und Bindung: CPI books GmbH, Birkstraße 10, 25917 Leck
Printed in Germany

utb-Nummer 6607
ISBN 978-3-8252-6607-3 (Print)
ISBN 978-3-8385-6607-8 (E-Book)
<https://doi.org/10.36198/9783838566078>

Inhalt

Vorwort zur Einführung in die Praxis	15
---	----

1 Fall- und Therapiekonzeption

1.1 Eine affektiv-kognitive Therapietheorie für die Verhaltenstherapie	21
---	----

1.1.1 Theorie	21
1.1.1.1 Annahmen	21
1.1.1.2 Zur Homöostaseannahme	22
1.1.1.3 Zur Entwicklungsannahme	24
1.1.1.4 Zur Konstruktions- und Selbstorganisationsannahme	25
1.1.1.5 Entstehung und Funktion des Symptoms	26
1.1.1.6 Der Prozess der Symptombildung	26
1.1.1.7 Die Therapieziele	27
1.1.1.8 Die Therapiestrategie	27

1.1.2 Therapiepraxis	28
1.1.2.1 Die therapeutische Beziehung – die therapeutische Interaktion	29
1.1.2.1.1 Die therapeutische Beziehung – Maximen	29
1.1.2.1.2 Die Entwicklung der therapeutischen Beziehung im Laufe der Therapie	29
1.1.2.1.3 Das Symptom als Beziehungstifter und primärer Therapieauftrag	30
1.1.2.2 Thematische Rekonstruktion der kindlichen Entwicklung und des Verharrens in kindlichen Überlebensstrategien	30
1.1.2.3 Entwicklung der Veränderungsstrategie	31

1.2 Therapiethemen	33
---------------------------	----

1.3 Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie heute: Von der Strategie der Übertragung zur heilenden Beziehungserfahrung	41
--	----

1.3.1 Gestaltung der therapeutischen Beziehung	44
1.3.1.1 Welche Aspekte sind wichtig für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung?	45
1.3.1.2 Konkrete Planung der Beziehungsgestaltung	46
1.3.1.3 Konkrete Vorbereitung auf Beziehungstests	47
1.3.2 Entwicklung der therapeutischen Beziehung im Therapieverlauf	48
1.3.2.1 Analyse der therapeutischen Beziehung im Therapieprozess	52
1.3.3 Störungen in der therapeutischen Beziehung	59
1.3.3.1 Das Beziehungs-Problemgespräch zwischen PatientIn und TherapeutIn	59
1.3.3.1.1 Die Beziehungs-Kampfstrategie ersetzen durch eine neue Beziehungsgestaltung	59
1.3.3.1.2 Alte Rollenspiele ersetzen durch Einnehmen neuer Rollen	60
1.3.3.1.3 Alte Interaktionsmuster entdecken und durch neue ersetzen	60
1.3.3.1.4 Motivationale Klärung dysfunktionaler Interaktions- und Beziehungsmuster	61
1.3.4 Empirische Studien zur therapeutischen Beziehung	64

1.4	Gesprächsführung in den verschiedenen Phasen der Therapie	67
1.4.1	Dreifache Gesprächsführung: emotiv – kognitiv – metakognitiv	68
1.4.1.1	Emotive Gesprächsführung	68
1.4.1.2	Kognitive Gesprächsführung	73
1.4.1.3	Metakognitive Gesprächsführung	75
1.4.1.3.1	Prinzipielles zur metakognitiven Gesprächsführung	75
1.4.1.3.2	Vorgehen beim metakognitiven Gespräch – Theory of Mind entstehen lassen und zur Empathie finden durch reines Fragen und Zuhören	76
1.5	Der Therapieprozess	79
1.5.1	Die 20 Schritte des Therapieprozesses	79
1.5.2	Wie können die 20 Schritte des Therapieprozesses erfolgen?	83
1.5.2.1	Aufbau von Hoffnung und Glaube	83
1.5.2.2	Aufbau einer förderlichen therapeutischen Beziehung	85
1.5.2.3	Aufbau von Therapiemotivation	85
1.5.2.4	Herstellen tiefer emotionaler Erfahrung (Exposition)	87
1.5.2.5	Neubewertung	88
1.5.2.6	Herstellen von Akzeptanz – oder die Brücke über den Rubikon	90
1.5.2.7	Ressourcenmobilisierung	91
1.5.2.8	Herstellen von Änderungsentscheidung	92
1.5.2.9	Loslassen, Abschied, Trauer	93
1.5.2.10	Überwinden der Angst vor Veränderung	94
1.5.2.11	Veränderung des Erlebens und Verhaltens	95
1.5.2.12	Erfahrung von Selbsteffizienz	97
1.5.2.13	Umgang mit Niederlagen	97
1.5.2.14	Automatisierung des neuen Verhaltens und Erlebens	99
1.5.2.15	Generalisierung des neuen Verhaltens und Erlebens	100
1.5.2.16	Selbstmanagement des Verhaltens und Erlebens	101
1.5.2.17	Bahnung weiterer Selbstentwicklung	102
1.5.2.18	Abschied, Trauer, Trennung	103
1.5.2.19	Die Zeit nach der Therapie	105
1.5.2.20	Die Zukunft	106
1.5.2.21	Empirische Studie zum Therapieprozess	106
2	Die Therapie-Praxis	
2.1	Erstgespräch und Beschwerdeschilderung	111
2.2	Diagnostische Maßnahmen – die fünf diagnostischen Sitzungen und das Verhaltensdiagnostiksystem VDS	113
2.2.1	Die fünf diagnostischen Sitzungen	113
2.2.2	Das Verhaltensdiagnostiksystem als Instrument der horizontalen und vertikalen Verhaltensanalyse, Makroanalyse und Funktionsanalyse	115
2.3	Befunderhebung, Syndromdiagnose und ICD-10-Diagnose	119

2.4	Indikationsstellung und Prognose	121
2.4.1	Indikationsstellung	121
2.4.2	Prognose	122
2.5	Anamnese der Lebens- und Krankheitsgeschichte	125
2.5.1	Themenbereiche des VDS1 Anamnesefragebogens und des VDS4 Anamnese-Interviews zur Lebens- und Krankheitsgeschichte	126
2.6	Verhaltens- und Bedingungsanalyse	129
2.6.1	Verhaltensanalyse	129
2.6.1.1	Verhaltensanalyse-Leitfaden	130
2.6.2	Bedingungsanalyse (O-Variable)	132
2.6.3	Mikroebene	133
2.6.3.1	Problemsituation S	133
2.6.3.2	Problemreaktion R	134
2.6.3.3	Problemkonsequenz C	134
2.6.3.4	Verhaltenstyp: zu intensive, zu schwache, qualitative neue Verhaltensweisen	135
2.6.4	Makroebene	135
2.6.4.1	Zusammenhang Problem-Symptom	135
2.6.4.2	Stabilisierungsfunktion der Symptome	136
2.6.4.3	Verhaltensaktiva	136
2.6.4.4	Selbsthilfemöglichkeiten	137
2.6.4.5	Der Beitrag der sozialen Umwelt zur Aufrechterhaltung der Störung	137
2.6.4.6	Die vertikale Verhaltensanalyse	137
2.6.4.7	Entwickeltes versus gelerntes Verhalten	138
2.6.5	Noch einmal Frau A. als Beispielfall	138
2.6.6	Zusammenfassung Verhaltens- und Bedingungsanalyse Leitfaden	139
2.7	Zielanalyse – der strategische Aufbau der Therapie	141
2.7.1	Von der Störung zum Therapieziel – idiografische Zielanalyse	141
2.7.1.1	SYSTEMATISCHE ZIELANALYSE: Vom Störungsdetail zum Detailziel	143
2.7.1.2	ZIELSPEZIFITÄT: Vergleich der Therapieziele bei verschiedenen Störungen	144
2.7.1.3	ZIELPRIORITÄTEN: Von den Detailzielen zum Globalziel	147
2.7.1.4	ZIELE DER THERAPEUTIN: Wo bleibt die PatientIn?	149
2.7.1.5	ZIELERWARTUNGEN: Die Richtung stimmt, aber wie weit geht die Reise?	151
2.7.2	Allgemeine Zieltaxonomien	153
2.7.2.1	Prozessuale Etappenziele	153
2.7.2.2	Salutogenetische ressourcenorientierte Therapieziele	153
2.8	Der Behandlungsplan: Viele Wege führen nach Rom	157
2.8.1	THERAPEUTISCHE STRATEGIEN: Welche Wege wie begehen?	157
2.8.1.1	Vom SORKC-Schema ausgehende Ziele und Interventionsstrategien	158
2.8.1.2	Die Gesamtstrategie als Kern der Fallkonzeption	162
2.8.1.3	Die drei Säulen der Strategisch-Behavioralen Therapie	163
2.8.1.3.1	Säule 1: Symptomtherapie	163

2.8.1.3.2	Säule 2: Aufbau von Fertigkeiten – Skills Training	164
2.8.1.3.3	Säule 3: Motivklärung und Überlebensregel	164
2.8.1.4	Individualisierung des Therapieplans	164
2.8.2	Planung des zeitlichen, inhaltlichen und prozessualen Ablaufs der Therapie	165
2.9	Die Überlebensregel und die Klärung der Motive	167
2.9.1	Die Erschließung der Überlebensregel aus den heutigen Motiven und Verhaltensweisen	168
2.9.1.1	Das biografische Störungsmodell	169
2.9.1.2	Heutige Grundmotive (Bedürfnis, Angst) und Verhaltensstereotypen (Persönlichkeit)	169
2.9.1.2.1	Heutige Grundbedürfnisse/zentrale Bedürfnisse	169
2.9.1.2.2	Heutige Grundformen der Angst/zentrale Ängste	171
2.9.1.2.3	Persönlichkeit heute (dysfunktionale Persönlichkeitszüge)	171
2.9.1.2.4	Frustrierendes Elternverhalten, das zur Überlebensregel führte	172
2.9.1.2.5	Liste der persönlichkeitspezifischen Überlebensregeln	174
2.9.2	Ableitung der dysfunktionalen Überlebensregel aus der Lerngeschichte und den Beziehungen zu Vater und Mutter	175
2.9.3	Entgegen der Überlebensregel handeln	177
2.9.4	Neue Erfahrung: Die neue Erlaubnis gebende Lebensregel	179
2.10	Achtsamkeit und Akzeptanz	181
2.10.1	Übung Body Scan	182
2.10.2	Atemübung	184
2.10.3	Sitzmeditation	185
3	Die Symptomtherapie	
3.1	Beschwerden, Symptome und Symptomtherapie	189
3.2	Symptomtherapie bei allen Störungen – Mit meinem Symptom umgehen lernen	191
3.2.1	Kognitive Symptombewältigung	193
3.2.2	Umgang mit dem Verhaltenssymptom	193
3.2.3	Umgang mit der Reaktionskette zum Symptom	193
3.2.3.1	Die primäre Emotion wahrnehmen lernen	194
3.2.3.2	Den primären Handlungsimpuls bewusst verantwortlich steuern lernen	195
3.2.3.3	Die Folgen der intendierten Handlung realistisch einschätzen lernen	195
3.2.3.4	Das sekundäre gegensteuernde Gefühl ignorieren lernen	196
3.2.3.5	Meisterndes Verhalten aufbauen	197
3.2.3.6	Umgang mit der symptomauslösenden Situation	197
3.2.4	So beginnt die praktische Umsetzung	198
3.2.5	Umgang mit den symptomaufrechterhaltenden Bedingungen	198
3.2.6	Rückfallprophylaxe	199
3.2.6.1	Rückfallprophylaxe durch Erlaubnis des Rückfalls	200

3.3	Störungsspezifische Symptomtherapie der Depression	203
3.3.1	Fallbeispiel	208
3.3.1.1	Fallspezifische Formulierung der Bedingungsanalyse (Makroebene)	208
3.3.1.2	Fallspezifische Formulierung der Verhaltensanalyse (Mikroebene)	209
3.3.1.3	Fallspezifische Formulierung der Funktionsanalyse	209
3.3.1.4	Fallspezifische Formulierung der Therapieziele	209
3.3.1.5	Fallspezifische Formulierung des Therapieplans	210
3.4	Therapiestrategien bei Angsterkrankungen	211
3.4.1	Funktionale und dysfunktionale Angst	211
3.4.1.1	Das lernpsychologische Erklärungsmodell der Phobie	213
3.4.1.2	Das lernpsychologische Erklärungsmodell der PANIK	213
3.4.1.3	Welche störungsspezifische Therapie?	214
3.4.2	Mit meiner Angst umgehen lernen – Entspannung als Vorbereitung auf die Systematische Desensibilisierung	214
3.4.2.1	Mit meiner Angst (spezifische Phobie) umgehen lernen – durch systematische Desensibilisierung	215
3.4.2.2	Mit meiner Angst umgehen lernen – durch kognitive Angstbewältigung	216
3.4.2.3	Vorbereitung: Vermittlung eines kognitiven Angstmodells (AACES)	216
3.4.2.4	Mit meiner Angst umgehen lernen – durch Angstkonfrontation	218
3.4.2.5	Praktisches Vorgehen bei der massierten Konfrontation	218
3.4.2.6	Soziale Ängste: Mit meiner Angst umgehen lernen – durch Verhaltensexperimente oder soziales Kompetenztraining	219
3.4.3	Notfallplan für den Rückfall – Einsatz der gelernten Angstbewältigungsstrategien	219
3.4.4	Therapie weiterer Angststörungen	220
3.4.4.1	Generalisierte Angststörung (GAS)	220
3.4.4.2	Therapie von Zwangsstörungen	221
3.4.5	Fallbeispiel 1: Agoraphobie und Panik	222
3.4.6	Fallbeispiel 2: Soziale Phobie	223
3.5	Symptomtherapie Alkoholismus	225
3.5.1	Ein Denkmodell der Alkoholabhängigkeit – wie Alkoholabhängigkeit entstehen kann	225
3.5.2	Die 1. Säule: Umgang mit dem Symptom	227
3.5.3	Die 2. Säule: Fertigkeitentraining	228
3.5.4	Die 3. Säule: Persönlichkeitsentwicklung/Motivklärung	231
3.5.5	Fallbeispiel	232
3.6	Schmerztherapie	235
3.6.1	Schmerz-Störungsmodell	236
3.6.2	Schmerz-Anamnese	237
3.6.3	Schmerz-Tagebuch	237
3.6.4	Schmerz-Fragebogen	238
3.6.5	Verhaltensanalyse des chronischen Schmerzes	238

3.6.6	Zielanalyse bei Schmerz-Therapie	240
3.6.7	Therapieplan zur Behandlung des chronischen Schmerzes (Beispiel)	240
3.6.8	Interventionen zur Therapie des chronischen Schmerzes	241
3.6.8.1	Progressive Muskelrelaxation	241
3.6.8.2	Achtsamkeitsübungen	241
3.6.8.3	Bewegung und leichter Sport	242
3.6.8.4	Schmerz-Exposition	242
3.6.8.5	Gefühle wahrnehmen und ausdrücken lernen	242
3.6.8.6	Von der verbotenden Überlebensregel zur erlaubenden Lebensregel	243
3.6.8.7	Training sozialer Kompetenz und Kommunikation	243
3.6.9	Therapeutische Beziehung	244
3.6.10	Bewertung ambulanter Schmerztherapie	244
3.7	Symptomtherapie Essstörungen – störungsspezifische Therapie	245
3.7.1	Störungsverständnis	245
3.7.2	Therapie	246
3.7.3	Fallbeispiel	247
3.8	Trauma und Traumatherapie im Strategisch-Behavioralen Konzept	249
3.8.1	Durch Trauma induzierte Störungen	249
3.8.2	Psychologische Modelle	250
4	Kompetenz-Aufbau	
4.1	Fertigkeitentraining und Kompetenzaufbau inklusive Rollenspiel	257
4.1.1	Von der Situation ausgehendes Training der Fertigkeiten	258
4.1.2	Vom Verhalten ausgehendes Training der Fertigkeiten	258
4.1.3	Verhaltenstherapeutisches Rollenspiel	259
4.2	Ressourcenanalyse und Ressourcenmobilisierung	263
4.2.1	Ressourcenanalyse	263
4.2.2	Neue Aktivitäten und Lebensgewohnheiten	264
4.2.2.1	Aktivitätenaufbau und Tagesplanung	265
4.2.3	Sport und Bewegung	267
4.2.4	Genusstraining	267
4.2.5	Verwöhnen lassen und verwöhnen	269
4.3	Stressbewältigung und Entspannung	271
4.3.1	Stressbewältigungstraining	271
4.3.1.1	Stressanalyse	271
4.3.1.2	Stresstheorie als plausibles Modell und Heuristik für die Stressbewältigung	272

4.3.1.3	Kognitiv-behaviorale Stressbewältigung	273
4.3.1.3.1	Kurz- und langfristige Methoden der Stressbewältigung	273
4.3.1.3.1.1	Sofortige Stressreduktion (kurzfristig)	273
4.3.1.3.1.2	Langfristige Stressbewältigung	274
4.3.1.4	Dialektisch-behaviorale Stressbewältigung	275
4.3.2	Entspannungstraining	279
4.4	Emotionsregulationstraining und Emotions-Exposition	281
4.4.1	Emotionen und Gefühle	281
4.4.2	Emotionsregulation und ihre Störungen	284
4.4.3	Emotions-Exposition	286
4.4.3.1	Wut-Exposition	289
4.4.3.1.1	Wut haben	289
4.4.3.1.2	Mit Wut umgehen	291
4.4.3.2	Trauer-Exposition	293
4.4.4	Alter und neuer Umgang mit Bedürfnissen	296
4.4.4.1	Mein unbefriedigtes zentrales Bedürfnis	296
4.4.4.2	Lernen, mit meinem zentralen Bedürfnis umzugehen	297
4.4.4.2.1	Mein wichtigstes Zugehörigkeitsbedürfnis	297
4.4.4.2.2	Mein wichtigstes Autonomiebedürfnis	297
4.4.4.2.3	Mein wichtigstes Homöostasebedürfnis	298
4.4.4.2.4	Mein neuer Umgang mit meinem Bedürfnis	299
4.5	Soziales Kompetenztraining	301
4.6	Kognitives und Metakognitives Training	305
4.6.1	Metakognitives Training mit dem Ziel konkret logischen Denkens	305
4.6.2	Metakognitives Training mit dem Ziel der Empathiefähigkeit	309
4.7	Kommunikationstraining	313
4.8	Selbstständigkeitstraining	317
4.9	Körperkompetenz	321
4.9.1	Embodiment	324
4.9.2	Entwicklung von Körper und Psyche und Embodiment	325
4.9.2.1	Die Entwicklung des ersten Lebensjahres ist eng mit dem Körper verbunden	325
4.9.2.2	Körper und Psyche auf den verschiedenen Stufen der Entwicklung des Selbst	326
4.10	Ethische und spirituelle Kompetenz	329
4.10.1	Ethik und Werte	329
4.10.2	Spiritualität	331

4.11	Stuhlübungen und Selbstmodus	333
4.11.1	Selbstmodus als ganzheitlicher Zustand der Psyche	334
4.11.2	Der Stuhl als Platz der Bezugsperson	334
4.11.3	Der Stuhl als Platz des anderen Selbstmodus bzw. inneren Status (state of mind)	335
4.12	Imaginationen und Fantasien	337
4.12.1	Mit dem Boot alte Ufer hinter sich lassen – Loslassen und Abschied nehmen	337
4.12.2	Angst vor Veränderung, Angst vor Neuem	338
4.12.3	Wut auf einen Tyrannen	338
4.12.4	Emotionale Bedeutung wichtiger Bezugspersonen	339
4.12.5	Liebe Mutter, lieber Vater	339
5	Entwicklung	
5.1	Entwicklung als Therapie	345
5.1.1	Entwicklungsstufen	345
5.1.2	Eine phänomenologische Heuristik zur Erkennung der impulsiven Stufe bzw. des impulsiven Modus	349
5.1.2.1	Neurobiologische und entwicklungspsychologische Wissensbasis	349
5.1.2.2	Unterscheidung von impulsivem und souveränem Modus bzw. impulsiver und souveräner Entwicklungsstufe (Selbstaussagen der PatientIn im therapeutischen Gespräch)	350
5.2	Therapie als Entwicklungsförderung: Vier Etappen	357
5.3	Praktisches Vorgehen bei den beiden Entwicklungsschritten – von impulsiv zu souverän und von souverän zu zwischenmenschlich	361
5.3.1	Entwicklung von der impulsiven zur souveränen Stufe (Mentalisierungsfähigkeit)	361
5.3.2	Entwicklung von der souveränen zur zwischenmenschlichen Stufe (Empathie)	362
6	Gruppentherapie	
6.1	Gruppentherapie – der Königsweg zum Erlernen kompetenten Sozialverhaltens	369
6.1.1	In medias res: Wie die Gruppe sich konstituiert	369
6.1.2	Aspekte gruppentherapeutischen Arbeitens	371
6.1.2.1	Lernziele	371
6.1.2.2	Lernmechanismen	372

6.1.2.3	Bedingungen und Lernchancen	373
6.1.2.4	Feedbackregeln	373
6.1.2.5	Gruppenregeln	374
6.2	Gruppen-Entwicklung	375
6.2.1	Ein Stufenmodell der Gruppenentwicklung	375
6.2.2	Die GruppenleiterIn	378
6.2.2.1	Aufgabe der GruppenleiterIn	378
6.2.2.2	Funktionen der GruppenleiterIn	378
6.2.2.3	Eigenschaften der effektiven GruppenleiterIn	379
6.2.2.4	Gruppenzentrierte Interventionen	380
6.2.3	Störungen in der Gruppe	380
6.2.3.1	Störendes Verhalten Einzelner	380
6.2.3.2	Störungen durch mehrere TeilnehmerInnen oder durch die ganze Gruppe	384
6.2.4	Vier Gesetze der Gruppenarbeit	384
6.2.5	Ort, Zeit, Größe und Setting der Gruppe	385
6.3	Störungs- und Therapietheorie – ein kurzer Abriss zur Einführung in MVT-G	387
6.3.1	Was ist MVT?	387
6.3.2	Gruppentherapie MVT-G	388
6.3.2.1	Vorbereitung der GruppenleiterInnen	388
6.3.2.2	Vorbereitung der Gruppensitzungen	389
6.3.2.3	Die Grundhaltung der GruppenleiterIn beim Emotion Tracking	390
6.3.2.4	Die Grundhaltung der GruppenleiterIn beim Mentalisierungsfördernden Gespräch	396
7	Psychotherapeutisches Qualitätsmanagement	
7.1	Prozessqualität, Ergebnisqualität, Katamnese und Einzelfallanalyse	399
7.1.1	Internes Qualitätsmanagement: Mehr Qualität meiner Therapien	399
7.1.1.1	Was ist Strukturqualität? Wie gut bin ich als TherapeutIn?	399
7.1.1.2	Was ist Prozessqualität? Wie gut läuft meine Therapie?	400
7.1.1.3	Was ist Ergebnisqualität? Was kommt bei meiner Therapie raus?	400
7.1.1.4	Messungen zum Vorher-Nachher-Vergleich jeweils vor und nach der Therapie bzw. nach der Katamnese	400
7.1.1.5	Was ist die Qualitätsschleife? Therapiefehler beheben und vorbeugen	401
7.1.1.6	Läuft ein qualifizierter Therapieprozess ab? Etappen der Therapie	401
7.1.1.7	Checkliste Qualität der Eingangsdiagnostik	402
7.1.1.8	Einzelfallanalyse mit Evaluation von Teilzielen	403
7.1.1.9	Katamnese als eigentlich gültige Abschlussmessung	404
8	Anhänge	
Anhang 1	Informationsblatt für PatientInnen über Psychotherapie	409

Anhang 2 Therapievertrag	413
Anhang 3 Yin und Yang: Ausgleich durch Freizeit?	415
Literatur	417

1.3

Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie heute: Von der Strategie der Übertragung zur heilenden Beziehungserfahrung

Die Gestaltung der PatientIn-TherapeutIn-Beziehung ist als mit der wichtigste Wirkfaktor der Psychotherapie ein erstes Vorhaben, dessen

Gelingen über den Ausgang der Therapie entscheidet. Entsprechend ist sie ein definitives Modul der Therapiestrategie (Abb. 1.3.1).

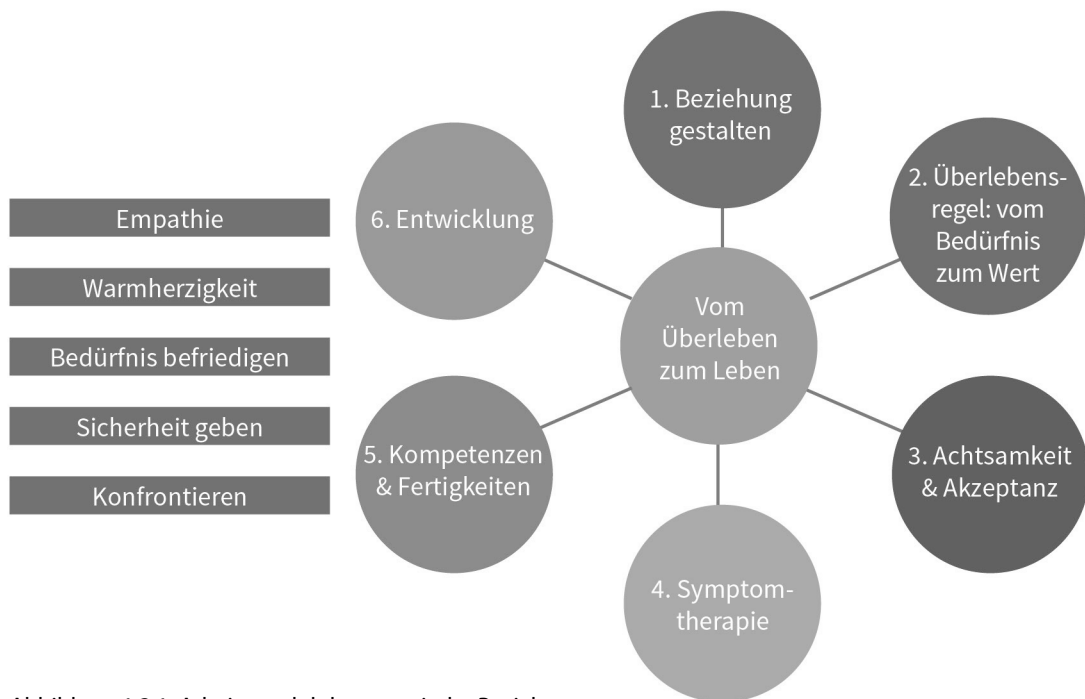


Abbildung 1.3.1: Arbeitsmodul therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung ist mit der wichtigste Wirkfaktor der Psychotherapie neben der Passgenauigkeit von PatientInnenmerkmalen mit TherapeutIn und Therapie.

Dabei kommt es insbesondere darauf an, wie es der PatientIn gelingt, in eine tragfähige Beziehung hineinzufinden und diese aufrechtzuerhalten.

An zweiter Stelle steht, ob und wie die TherapeutIn der PatientIn hilft, Vertrauen zu haben und Misstrauen abzubauen. Dazu gehört auch, dass die implizite Strategie des Beziehungstests erkannt wird, die die PatientIn eine Wiederholung früherer gescheiterter Beziehungen konstruieren lässt. Sichere Signale hierfür sind Gefühle und Reaktionstendenzen der TherapeutIn in Interaktion und Beziehung, die sie sonst nicht von sich kennt.

Durch die regelmäßige gemeinsame (metakognitive) Reflexion des Beziehungsgeschehens kann dafür gesorgt werden, dass therapiehemmende Fehlentwicklungen erkannt, benannt und gemeinsam korrigiert werden.

Als ich vor 40 Jahren meine ersten PatientInnen mit Verhaltenstherapie behandelte, war diese noch ein reiner Abkömmling der Lernpsychologie. Wir hatten die lernpsychologischen Grundlagen mit Skinner, u. a. mit dem programmierten Lehrbuch von Holland und Skinner (1971) erlernt, in dem kaum von Experimenten mit Menschen, sondern überwiegend mit Tauben und Ratten berichtet wurde. In den USA hatte sich jedoch schon eine Entwicklung zum Menschen hin gebildet, was auch in dem fortan zur Bibel gewordenen Lehrbuch von Kanfer und Philipps (1970) deutlich zum Ausdruck kam. Der Mensch mit seinem Innenleben war jedoch zuerst noch eine Blackbox, über die keine wissenschaftlichen Hypothesen gebildet wurden, da diese nicht experimentell erfasst werden konnten. Zwar waren Ängste und Phobien die hauptsächlichen psychischen Störungen, die verhaltenstherapeutisch behandelt wurden, aber das änderte sich schnell. So enthielt das störungsbezogene Lehrbuch von Yates (1970) schon mehr als eine Handvoll Störungen und beschrieb deren verhaltenstherapeutische Behandlung.

Das Wort Therapie wurde anfangs nur zögerlich ausgesprochen, es ging nicht um die Behandlung eines kranken Menschen. Der Mensch war nicht krank, sondern er zeigte ein störendes Verhalten. Deshalb musste nur dieses eine Verhalten geändert werden. Vielen erschien deshalb der Begriff Verhaltensmodifikation am zutreffendsten. Erst als das Gesundheitssystem der Gesellschaft auf klinische PsychologInnen zukam und um Hilfe bat, ging es de facto doch um Therapie. In Deutschland war es die Klinische PsychologIn, die Verhaltensmodifikation ausübte. Der Begriff Psychotherapie war ausschließlich für die psychoanalytische Behandlung reserviert.

Die Lernpsychologie hatte sich inzwischen auch den sprachlichen Prozessen zugewandt. Sie untersuchte die Konditionierung von Sprachverhalten. Dieses wurde wie die Gedanken und Gefühle verdeckte Variable genannt, da sie sich unsichtbar in der Blackbox befanden. Zunächst erweiterte nur Ellis (1962) den Horizont um Gedanken und Gefühle.

Schließlich trat mit Meichenbaum (1979), Mahoney (1977), Bandura (1977) und Kanfer (1977) die kognitive Strömung der Verhaltens-

therapie in Erscheinung und Beck (1979) wandte sich der Verhaltenstherapie zu.

Es gab nun kognitive, emotionale, beobachtbar handelnde und körperlich-physiologische Verhaltenskomponenten (Lazarus, 1976).

Mein Behandlungszimmer war, dem direkten Vorbild Niels Birbaumers (1973) folgend, auch mit Videokamera und einem umgebauten EKG, das den psychogalvanischen Hautreflex, das Elektromyogramm und EEG-Hirnströme des Frontallappens aufzeichnen konnte, ausgestattet. Für diese Messungen wurde auch ein Entspannungssessel benötigt. Die PatientIn war aber immer noch keine PatientIn, eigentlich auch keine KlientIn. Letzteres war ein Begriff aus Rogers' (1961, 1989) Gesprächstherapie, die damals schon viel weiter war als die Verhaltenstherapie (Tausch & Tausch, 1979).

Wer war das also, der zur Klinischen PsychologIn zur Verhaltensmodifikation kam? Krankenkassen bezahlten für dieses Vorgehen nur im Ausnahmefall etwas, was auch zeigt, dass es nicht um PatientInnen gehen konnte. Zur experimentalpsychologischen Grundhaltung hätte eigentlich der Begriff des Probanden gepasst. Kanfer (1977) hatte dann den Begriff des Klienten übernommen. Dies entsprach auch dem damaligen Schwerpunkt des Counseling in der Klinischen Psychologie der USA.

Ein Ratgeber lässt noch viel mehr Verantwortung beim Klienten als der Therapeut beim Patienten, ein Experimentalpsychologe jedoch noch weniger als dieser. Denn er befindet sich ja im Labor und nicht im Beratungszimmer. Er wendet lernpsychologische Prinzipien an, mit denen er das Verhalten der Versuchsperson bzw. des Probanden ändert. Er spricht mit diesem über dessen Verhalten und über die Situationen, in denen das Verhalten auftritt, und solche, in denen es nicht auftritt. Und in den ersten Jahren gehörte noch zwingend die Verhaltensbeobachtung in der verhaltensauslösenden Situation und am Ort (z. B. zu Hause oder im Bus) dazu.

Die Kommunikation beschränkte sich auf das Notwendige: die Anamnese und Exploration bezüglich Situation und Verhalten, die Erläuterung des Vorgehens, die wiederholte Frage nach dem momentanen Stand bezüglich der erfassten Variablen (Qualität der Imagination,

Intensität der Angst bzw. der körperlichen Anspannung) und das Ergebnis am Ende der Intervention. Dass ein Einverständnis mit der Art des Vorgehens bestand, wurde vorausgesetzt, solange kein Protest kam. Und es wurde auch nicht nachgefragt, ob alles klar ist oder ob etwas noch nicht verstanden wurde bzw. ob die PatientIn sich zu der Intervention in der Lage fühlt.

Aus diesen Schilderungen ist ersichtlich, wie weit wir damals von unserem heutigen Verständnis der therapeutischen Beziehung entfernt waren. Und nicht wenige PsychotherapeutInnen, die ein anderes Verfahren durchführen, sehen VerhaltenstherapeutInnen noch so.

Auch wenn all dies von der TherapeutIn nicht bewusst reflektiert und kommuniziert wurde und auch wenn es nicht gelehrt und explizit gelernt wurde, hatte sie implizit einen guten und für das Gelingen der therapeutischen Maßnahmen förderlichen Umgang mit der PatientIn. Ohne Worte stellte sich die Art der Beziehung ein, die einerseits für den Fortgang der Behandlung und andererseits für das Wohlbefinden von KlientIn und TherapeutIn optimal war. Rückblickend war vielleicht diese gute Beziehung oft für den Therapieerfolg entscheidender als die angewandten Techniken. Denn die verhaltenstherapeutischen Techniken waren noch simpel und nicht maßgeschneidert für die einzelne Persönlichkeit. Es gab allerdings nicht wenige VerhaltenstherapeutInnen, die zuvor oder parallel in klientenzentrierter Gesprächstherapie ausgebildet waren. Für sie war die Arbeit mit und an der therapeutischen Beziehung eine Selbstverständlichkeit (vgl. Sachse & Sachse, 2016).

Zimmer (1983, 2011, 2013) berichtete schon 1983 über eine Studie, die die hohe interaktionale Kompetenz von VerhaltenstherapeutInnen zeigte: die Fähigkeit, sich auf die verschiedenen Beziehungsangebote von PatientInnen einzustellen, Warmherzigkeit, Unterstützung, Offenheit (auch bezüglich eigener modellhafter Erfahrung), systematische Aufmerksamkeitslenkung und Strukturierungsfähigkeit. Und 1992 gaben Margraf und Brengelmann ein Buch mit dem Titel *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* heraus (vgl. auch Scholz, 2002).

Zimmer schreibt über den heutigen Stand: »Ein hoher Anteil der präsentierten Symptome

steht in engem Zusammenhang mit mangelnder Bewältigung zwischenmenschlicher Konflikte.

Entsprechend wichtig sind die kognitiv-emotionalen und interaktionellen Schemata, die auch in der therapeutischen Interaktion sichtbar werden. VerhaltenstherapeutInnen beobachten wie andere TherapeutInnen das Verhalten des Patienten in der Therapie und nutzen ihre eigene Reaktion als Hinweisreize auf zwischenmenschliche Bedürfnisse bzw. Befürchtungen. Die Nutzung solcher Beobachtungen ist eine Anregung zur Generierung von Arbeitshypothesen für die eigene Fallkonzeption. Sie bedürfen natürlich kritischer Prüfung« (Zimmer, 2011, S. 39). Zugleich weist der Autor darauf hin, dass verhaltenstherapeutische Störungstheorien den Beziehungsaspekt lange Zeit vernachlässigten.

Zimmer (2011, S. 41) hält folgende Aspekte der therapeutischen Interaktion für wesentlich:

- a) Geduldig und behutsam die Muster gemeinsam erarbeiten.
- b) Das unbefriedigte zwischenmenschliche Bedürfnis erschließen und sich mit dem Wunsch nach Befriedigung verbünden.
- c) Auch die oftmals starken Ängste sollten validiert und zunächst akzeptiert werden.
- d) Vor diesem Hintergrund kann oftmals rekonstruiert werden, welche früheren Beziehungserfahrungen das (überlebte) Problemlöseverhalten verstehbar machen, um dann
- e) PatientInnen auch zu frustrieren und zu konfrontieren.

Kanfer (Kanfer et al., 2012) hat im Rahmen seines Selbstmanagementansatzes die phasengerechte Interaktion zwischen TherapeutIn und PatientIn herausgearbeitet. Beginnend mit der gemeinsamen Klärung der Rahmenbedingungen und der Motivation, gefolgt von der immer wieder neu erfolgenden Abstimmung der Vorgehensweise, in der die TherapeutIn Führung und Aktivität immer mehr zugunsten von Eigeninitiative der PatientIn zurücknimmt, mündet die Interaktion und Kommunikation in der Schlussphase in das wörtliche Selbstmanagement der PatientIn, während die TherapeutIn verfügbar bleibt.

Zwar gehen wir auch in der Verhaltenstherapie davon aus, dass die therapeutische Beziehung zu

den Common Factors (Norcross, 2002) bezüglich der Wirksamkeit von Psychotherapien gehört, aber die Gestaltung von Interaktion und Beziehung ist auch verfahrensspezifisch, indem die Orientierung an obigen Maximen speziell für die Verhaltenstherapie notwendig ist – nicht nur, dass die Maximen an sich wichtig sind, sondern wie und wann sie in der Verhaltenstherapie eingesetzt werden.

Insgesamt entsteht häufig der Eindruck, dass VerhaltenstherapeutInnen einerseits implizit die therapeutische Beziehung auf kompetente Weise optimieren und dass sie andererseits erst dann explizit darauf eingehen, wenn das Therapiegespräch schwierig und die PatientIn zur ProblempatientIn wird – manchmal ist das zu spät (Lutz et al., 2004b; Kowarowsky, 2005; Jacob, Lieb & Berger, 2009).

1.3.1 Gestaltung der therapeutischen Beziehung¹

Die Therapieforchung konnte wiederholt belegen, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung einer der wesentlichen Wirkfaktoren der Psychotherapie ist (Orlinsky et al., 2013).

Welche Funktion hat die Patient-Therapeut-Beziehung? Zu allererst ist sie der Beginn der Hilfe in einer akuten Not. Sie lässt Hoffnung schöpfen und bringt oft bereits eine Linderung der Beschwerden. Sie ist durch die Asymmetrie der Beziehung zwischen einem kranken Menschen und einem kompetenten Heiler zunächst eine Möglichkeit, Verantwortung abzugeben und sich anzuvertrauen. Sie ist anfänglich die Gelegenheit, eine emotionale Abhängigkeit entstehen zu lassen, die emotionales Nähren ermöglicht, die Befriedigung zentraler Bedürfnisse durch die TherapeutIn. Sie ist die Chance, eine bislang nicht mögliche oder verbotene Rolle in einer nahen Beziehung einzunehmen und korrigierende Beziehungserfahrungen (Alexander & French, 1946; Alexander, 1950; Fürstenau, 1994, 1998) zu machen.

Und sie ist der Schauplatz von Reinszenierun-

gen alter dysfunktionaler Interaktions- und Beziehungsmuster, Fehlwahrnehmungen, Missinterpretationen, Konfliktaktualisierungen, Beziehungstests (Weiss et al., 1986) und zentraler Vermeidungstendenzen. Dadurch ist sie ein wertvolles Anschauungs- und Übungsfeld für die oft wichtigsten Veränderungen neben der Symptomtherapie. Da sich die therapeutische Beziehung im Laufe der Therapie erheblich verändert, ähnlich der Beziehung zwischen Eltern und Kind im Laufe von Kindheit und Jugend, ist sie auch ein Modell für Beziehungsentwicklung. Erst durch ihre Entwicklung wird sie eine förderliche Beziehung. Zur Beziehungsfähigkeit gehört nicht nur, sich aufeinander einzustellen – das gelingt den meisten –, sondern Veränderungen und Entwicklungen der PartnerIn wahrzunehmen, zuzulassen bzw. zu fördern, sich selbst zu verändern und zu entwickeln und dann wieder ein neues Beziehungsgleichgewicht herzustellen. Die meisten Ehen scheitern gerade an diesem zweiten Aspekt, an ihrer Unfähigkeit zur Beziehungsentwicklung. Ähnlich ist es bei der Patient-Therapeut-Beziehung. Neben dem richtigen Umgang mit Beziehungstests ist die Fähigkeit der TherapeutIn, ihr Beziehungsverhalten den Veränderungen und Entwicklungen der PatientIn und der Phase des Therapieprozesses anzupassen, eine Bewährungsprobe. Sowohl Anfänger als auch erfahrene TherapeutInnen laufen Gefahr, ein Beziehungstereotyp zu entwickeln, das zu vielen PatientInnen zu oft und zu lange angeboten wird. Dagegen steht das subtil wahrnehmende Einstellen auf die aktuelle Person, auf ein Gegenüber, dessen Aufgabe nicht darin besteht, sich dem Interaktionsstereotyp der TherapeutIn anzupassen.

Beziehungsgestaltung beginnt mit einer Begegnung. Ich begegne dem Menschen, der zwar mein Patient ist. Aber wesentlich für den Aufbau unserer Beziehung ist, was er für ein Mensch ist und wie die Begegnung zwischen uns abläuft, wie aus unseren Begegnungen Beziehung entsteht. Da läuft etwas ab, das wir anfänglich mehr wahrnehmen denn steuern können. Der Beziehungsaufbau geschieht prozesshaft und viel schneller, als wir ihn gedanklich erfassen können. Wir ertappen uns bei Gedanken, Gefühlen, Aussagen

¹ Verändert aus Sulz, S. (2011a). Das Therapiebuch III. CIP-Medien, S. 47–64.

und Gesten, die nicht zu unseren häufigsten gehören, und wundern uns über uns selbst. Da hat die PatientIn quasi zwischen den Zeilen durch nonverbale Signale auf eine sehr komplexe Weise auf unsere Psyche so eingewirkt, dass wir, ohne es frühzeitig zu bemerken und steuern zu können, wie ein anderer Mensch reagieren. Sie macht jemand anderen aus uns. Genau so kann es natürlich der PatientIn mit uns gehen. Hier geht es um Vorgänge, die in der Psychoanalyse Übertragung und Gegenübertragung genannt werden. Ohne die theoretischen Erklärungen der Psychoanalyse bei den weiteren Ausführungen übernehmen zu müssen, können wir diese gut eingebürgerten Begriffe verwenden. Übertragung ist demnach ein unbewusstes nonverbales Beziehungsangebot, durch das uns die PatientIn eine bestimmte Rolle anbietet. Wir gehen unbewusst auf dieses Angebot ein und es kommt bei uns eine ganzheitliche Antwort als Gegenübertragung zustande. Wir haben die uns angebotene oder zugewiesene Rolle übernommen. Oft wird uns so ein Angebot gar nicht bewusst. Es bedarf der therapeutischen Schulung, um eine ausreichende Wahrnehmung für Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse zu entfalten. Selbst erfahrene TherapeutInnen geraten immer wieder in Situationen, die eventuell über Monate hinweg die PatientIn in eine Gegenübertragung führten und so den therapeutischen Prozess zum Stagnieren brachten. Manchmal kann nur eine KollegIn oder SupervisorIn, die von außen auf die Patient-Therapeut-Beziehung sehen kann, die besondere Art der Übertragungs-Gegenübertragungs-Konstellation erkennen.

1.3.1.1

Welche Aspekte sind wichtig für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung?

Wovon ich zunächst nur Notiz nehmen kann – konstatieren, dass es so ist –, werde ich allmählich mehr verstehen lernen, wenn ich mehr von der PatientIn weiß (und natürlich auch von mir selbst). Hierzu verhelfen uns die umfangreichen Untersuchungen während der diagnostischen Phase.

Sie geben Aufschluss:

- über die Geschichte der PatientIn, die im Wesentlichen eine Beziehungsgeschichte ist,
- über ihre zentralen Bedürfnisse in Beziehungen,
- über die Art ihres Umgangs mit ihren zentralen Bedürfnissen – wie sie anderen Menschen gegenüber diese zu befriedigen sucht und wie sie eventuell immer wieder an deren Befriedigung scheitert,
- über ihre zentralen Ängste in Beziehungen,
- wie sie versucht, diese entsprechenden Bedrohungen laufend zu verhindern und wie sie vielleicht trotzdem immer wieder diesen Ängsten ausgeliefert ist,
- in welchen Beziehungskontexten sie mit welchen Gefühlen reagiert,
- wie sie versucht, durch ihren Umgang mit ihren Gefühlen, die Beziehung zu steuern,
- über ihre dysfunktionalen Persönlichkeitszüge als Verhaltens- und Erlebensstereotypen, durch die sie in Beziehungen nicht anders sein kann, auch wenn es zu ihrem Schaden gereicht,
- über ihre situationsübergreifenden kognitiven Bewertungen und Erwartungen, die einer Beziehung keine Chance geben, sich anders als erwartet zu entwickeln,
- über ihre dysfunktionale Überlebensregel, die wie ein ehernes Gesetz über ihr Beziehungsverhalten wacht, um vermeintlich ihr Überleben in Beziehungen zu gewährleisten,
- über ihre gegenwärtigen wichtigen Beziehungen und deren Gestaltung, deren partielles oder vollständiges Scheitern und die Art, in der dieses Scheitern abläuft,
- über ihre Werte und Normen, die Eckpfeiler für ihr Verhalten und ihren Umgang mit Beziehungen setzen,
- über die Konflikte, die in ihren Beziehungen auftreten, und über ihren Umgang mit diesen Konflikten,
- über ihre Ressourcen, durch die sie ihre Beziehungen bereichert oder bereichern könnte,
- über ihre Entwicklungsstufe, die ihren Beziehungen eine stufenspezifische Bedeutung gibt, und über ihre Entwicklungsdefizite, die verhindern, dass sie ihre Beziehungen weiterentwickelt.