Gerhard Zarbock · Paula-Sophie Wilckens
Nicolai Semmler

# Biografisch-Systemische Verhaltenstherapie

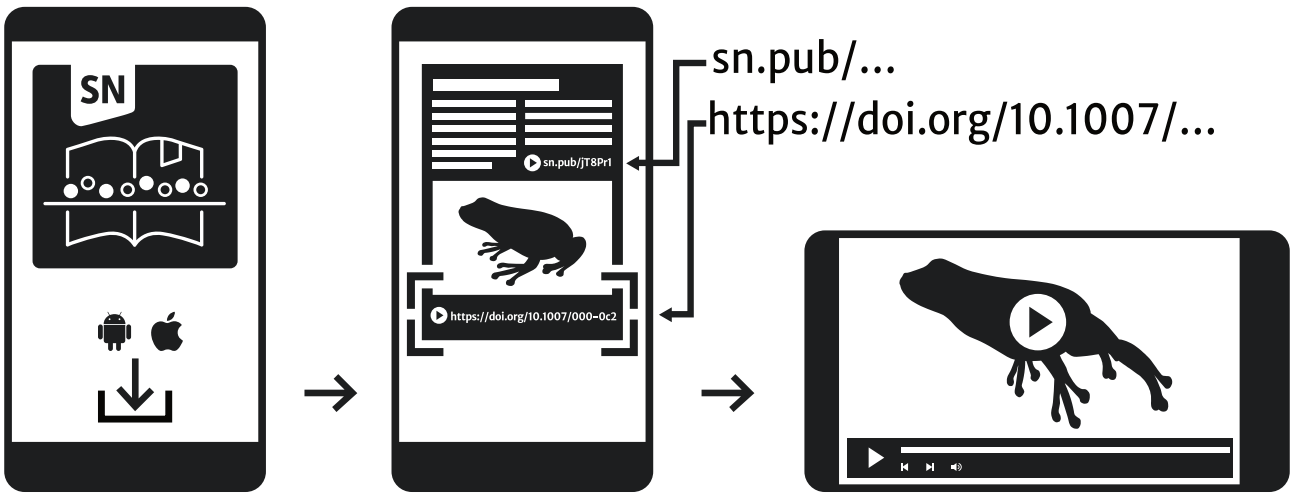
## Tools für die psychotherapeutische Praxis

MOREMEDIA

Springer

Biografisch-Systemische Verhaltenstherapie

# Springer Nature More Media App




**1. Download** **2. Scan Link** **3. Enjoy Video**

Support: customerservice@springernature.com

Gerhard Zarbock • Paula-Sophie Wilckens • Nicolai Semmler

# Biografisch-Systemische Verhaltenstherapie

Tools für die psychotherapeutische Praxis

Springer

Dipl.-Psych. Dr. Gerhard Zarbock
Ausbildungsleiter Institut für
Verhaltenstherapie-Ausbildung
Hamburg (IVAH)
Hamburg, Deutschland

Dipl.-Psych. Nicolai Semmler
Psychotherapeutische Praxis
Hamburg, Deutschland

Dipl.-Psych. Paula-Sophie Wilckens
Psychotherapeutische Praxis
Hamburg, Deutschland

Die Online-Version des Buches enthält digitales Zusatzmaterial, das durch ein Play-Symbol gekennzeichnet ist. Die Dateien können von Lesern des gedruckten Buches mittels der kostenlosen Springer Nature „More Media“ App angesehen werden. Die App ist in den relevanten App-Stores erhältlich und ermöglicht es, das entsprechend gekennzeichnete Zusatzmaterial mit einem mobilen Endgerät zu öffnen.

ISBN 978-3-662-62067-0 ISBN 978-3-662-62068-7 (eBook)
https://doi.org/10.1007/978-3-662-62068-7

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

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2022
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.
Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Umschlagabbildung: © M. Johannsen / stock.adobe.com

Planung/Lektorat: Heiko Sawczuk

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

# Vorwort

Dieses Buch ist im Rahmen der Aus- und Weiterbildung am IVAH, dem Institut für Verhaltenstherapie-Ausbildung Hamburg, entstanden. Die jungapprobierten Kollegen Paula-Sophie Wilckens und Nicolai Semmler wissen aus ihrer zurückliegenden Ausbildungszeit noch ganz genau, vor welchen Anforderungen und Problemen lernende Therapeuten stehen und was wirklich hilft. Der Entwickler der biografisch-systemischen Verhaltenstherapie (BSVT) Gerhard Zarbock ist seit über 35 Jahren als Psychotherapeut und als Aus- und Weiterbilder in diesem Bereich tätig. Sein Hauptanliegen war und ist es, eine moderne Verhaltenstherapie zu entwickeln und zu unterrichten, zu der man auch gerne selbst als Patient gehen oder die man Freunden und Angehörigen gerne empfehlen würde. Daher kombiniert die BSVT auf Basis einer umfassenden und individualisierenden Diagnostik störungsspezifische mit individuell biografisch-orientierten Ansätzen der Behandlung.

Als Autorenteam haben wir uns mit unseren unterschiedlichen Erfahrungshorizonten, Interessen, Talenten, Stärken und Schwächen gegenseitig bereichert, aber auch herausgefordert.

Wir danken besonders unserer Kollegin Andra Wischnewski für ihre Durchsicht des Manuskriptes, Literaturhinweise und Hilfe bei den Quellennachweisen! Ohne unsere Patientinnen und Patienten, die uns darin unterstützen noch bessere Behandlungswege zu finden, hätten wir das Buch nicht schreiben können. Ihnen gilt besonderer Dank. Kolleg*innen, Kandidat*innen und alle Mitarbeiter*innen des IVAH trugen zu dem kreativen und unterstützendem Umfeld bei, in der dieses Buch erst entstehen konnte. Danke!

Konkrete Mitarbeiter an den Kapiteln sind über den jeweiligen Kapiteln aufgeführt. Alle Kapitel wurden nochmals so überarbeitet, dass sie in das Gesamtkonzept des Buches passen. Das Kapitel von Eva Frank-Noyon ist das einzige, dass redaktionell nicht bearbeitet wurde.

Das Buch beinhaltet sowohl grundsätzliche Überlegungen zur Psychotherapie, als auch konkrete Hilfen zur Organisation des Ablaufes einer Psychotherapie von der Probatorik über die Antragstellung bis hin zur Beendigung. Der biografische-systemische Ansatz war immer die Leitidee: Auf Basis der VT und dem sich ständig erweiternden Wissenstand der Psychologie eine moderne Form der Psychotherapie zu gestalten, die sowohl die jeweilige Symptomatik direkt behandeln kann (Symptomarbeit) als auch die biografischen Ursachen und den systemischen Kontext (Hintergrundarbeit) aufklärt und bewältigen hilft. Hiermit folgt die BSVT den Vorgaben und Anforderungen der Durchführung von Verhaltenstherapie im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland, die ein ursächliches Störungsverständnis und eine individualisierte Therapieplanung zur Abrechnungsvoraussetzung einer VT im Rahmen der GKV machen (Psychotherapie-Richtlinie; ► https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL_2020-11-20_iK-2021-02-18.pdf, vgl. Faber-Haarstrick, 2014).

Formal gibt es im Buch neben lehrbuchähnlichen Ausführungen zu Grundlagen auch viele wortwörtliche Anleitungen („Werkzeuge“) und Stichwortlisten („Überblick“), die bei der Auffrischung von Wissen helfen sollen. Therapeutische Techniken sind direkt umsetzbar beschrieben und durch Anleitungen und Videos illustriert. Selbstreflexion und Selbstfürsorge für die Therapeut*innen runden das Ganze ab.

Als besonderen Service bieten wir Ihnen alle hier im Buch gezeigten Arbeitsblätter auch zum Herunterladen an, so dass Sie diese direkt in Ihrer therapeutischen Tätigkeit einsetzen können. Sie finden diese auf der Springer-Webseite ► www.lehrbuch-psychologie.springer.com auf der entsprechenden Unterseite für unser Buch.

Wir hoffen, dass dieses Buch für viele Leser ein hilfreicher und auch langdauernder Begleiter werden kann – als Starthilfe für Beginnende, als Reflexionsunterstützung für Erfahrene.

Über kritische (und positive) Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge unserer Leser*innen (an gerhard.zarbock@ivah.de) freuen wir uns sehr. Wir werden davon Vieles in einer zweiten Auflage berücksichtigen können.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen eine interessante, anregende und hilfreiche Lektüre.

## Literatur

Faber- Haarstrick Kommentar Psychotherapie-Richtlinien (2014). Herausgegeben von U. Rüger, A. Dahm, M. Dieckmann & M. Neher. 10.Auflage. München: Urban & Fischer.

**Gerhard Zarbock**
**Paula-Sophie Wilckens**
**Nicolai Semmler**
Hamburg, Deutschland
Herbst 2022

# Inhaltsverzeichnis


1 **Was ist BSVT?** ... 1
1.1 **Aufbau der BSVT-Tools** ... 2
1.2 **BVST: 11-Punkte-Credo** ... 2
1.3 **Kompetenz-Trainings-Spirale** ... 4
1.3.1 Hilfe zum besseren Training in Psychotherapie ... 4
Literatur ... 5

2 **Beziehung und Motivation** ... 7
2.1 **Therapeutische Grundhaltung (T-Reflexion)** ... 8
2.1.1 Grundhaltung ... 8
2.1.2 Balance zwischen Einfühlung und Klassifikation ... 8
2.1.3 Psychotherapeut*in als freier Beruf ... 8
2.2 **Die therapeutische Beziehung** ... 8
2.2.1 Wirkfaktor Beziehung ... 9
2.3 **Fallen in der Therapiebeziehung** ... 11
2.4 **Widerstand ergründen und bearbeiten** ... 11
2.4.1 Definitionen von Widerstand ... 11
2.4.2 Erscheinungsformen von Widerstand ... 11
2.4.3 Quellen von Widerstand ... 12
2.4.4 Umgang mit Widerstand ... 13
2.5 **Überblick Therapiemotivation** ... 14
2.5.1 Möglichkeiten, Therapiemotivation zu erhalten/aufzubauen ... 14
2.6 **Motivation zur Psychotherapie** ... 14
2.6.1 Barrieren, zur Psychotherapie zu gehen, verringern sich ... 14
2.6.2 Therapiemotivation unter der Lupe ... 15
2.6.3 Grundhaltung der Therapeut*innen ... 16
2.6.4 Stufen der Motivationsausprägung nach Prochaska und DiClemente ... 16
2.6.5 Die 5 kognitiven Techniken der Motivationsarbeit (BSVT-Version) ... 18
2.6.6 Die 5 behavioralen Techniken der Motivationsarbeit (BSVT-Version) ... 19
Literatur ... 20

3 **Probatorik** ... 21
3.1 **Probatorikleitfaden** ... 22
3.1.1 Selbstverbalisation und Vergegenwärtigungsübung ... 22
3.1.2 Vor dem Erstkontakt ... 23
3.1.3 Erste Probatorikstunde/psychotherapeutische Sprechstunde (◘ Abb. 3.2) ... 23
3.1.4 Zweite Probatorikstunde/psychotherapeutische Sprechstunde (◘ Abb. 3.3) ... 26
3.1.5 Dritte Probatorikstunde/psychotherapeutische Sprechstunde (◘ Abb. 3.4) ... 28
3.1.6 Vierte Probatorikstunde/psychotherapeutische Sprechstunde (◘ Abb. 3.5) ... 30
3.1.7 Fünfte Probatorikstunde/psychotherapeutische Sprechstunde (◘ Abb. 3.6) ... 31
3.1.8 Therapie beantragen ... 32
3.2 **Biografische Anamnese** ... 32
3.2.1 Vorbemerkung ... 32
3.2.2 Erhebung der Anamnese ... 32
3.3 **Lebenslinie** ... 43
3.3.1 Erläuterung ... 43
3.3.2 Benötigtes Material ... 43
3.3.3 Vorgehen ... 43
3.4 **BSVT-Störungsmodell** ... 44
3.4.1 Erläuterung für Therapeut*innen ... 44

3.4.2 Entwicklungsaufgaben ... 46
3.4.3 Life Events/kritische Lebensereignisse ... 46
3.5 **Risikofaktoren und deren Verarbeitung, Überblick** ... 48
Literatur ... 53

4 **Therapieplanung und Durchführung** ... 55
4.1 **Einleitung – Der rote Faden** ... 56
4.1.1 Meine „Roter Faden"-Planung ... 56
4.1.2 Bei Therapiebeginn ... 56
4.1.3 Therapieverlauf ... 56
4.1.4 Therapieabschluss ... 69
4.2 **Rolle der Psychoedukation** ... 69
4.2.1 Psychoedukation ... 69
4.2.2 Psychoedukation am Beginn der Therapie ... 69
4.2.3 Psychoedukation zu Hintergrundbedingungen ... 71
4.2.4 Psychoedukation in Bezug auf die Störung ... 80
4.3 **Tipps zum Ende einer Stunde** ... 82
4.4 **Emoji-Skala zum Wochenverlauf** ... 84
4.4.1 Erläuterungen ... 84
4.5 **Therapeut*in „zu jung"** ... 84
Literatur ... 86

5 **Hinweise zur Arbeit am Symptom** ... 87
5.1 **Inhibitionslernen statt Habituation – Erkenntnisse aus der Forschung zur Exposition** ... 89
5.1.1 Warum sollte ich mich damit beschäftigen? ... 89
5.1.2 Was ist Inhibitionslernen genau? ... 89
5.1.3 Wie wende ich die Prinzipien des Inhibitionslernens an? ... 91
5.1.4 Inhibitionslernen: Dos and Don'ts ... 94
5.1.5 Zusammenfassung ... 94
5.2 **Angst-Modul der BSVT** ... 96
5.2.1 Arten und Klassifizierung von Angststörungen ... 96
5.2.2 Therapie von Angststörungen in 8 Schritten ... 97
5.3 **Überblick Agoraphobie/Panikstörung** ... 105
5.3.1 Diagnosen ... 105
5.4 **Überblick soziale Phobie** ... 108
5.4.1 Diagnose ... 108
5.5 **Depressions-Modul der BSVT** ... 111
5.5.1 Arten und Klassifizierung von Depressionen ... 111
5.5.2 Therapie von Depressionen in 9 Schritten ... 111
5.6 **Überblick unipolare Depression** ... 117
5.6.1 Diagnosen ... 117
5.7 **Aktivitätenaufbau als Basistherapie der Depression** ... 120
5.7.1 Aktivitätenaufbau ... 120
5.7.2 Verfügbare Arbeitsblätter ... 120
5.8 **Antidepressiva: „Kosten, Nutzen und Risiken"** ... 122
5.8.1 Langzeitantidepressiva ... 122
5.8.2 Was nun? ... 123
5.8.3 Fazit ... 124
5.9 **Posttraumatische Belastungsstörung verstehen** ... 125
5.9.1 Posttraumatische Belastungsstörung ... 125
5.9.2 Verhaltenstherapie bietet die wichtigen Werkzeuge ... 125
5.9.3 Aspekte des Störungsmodells ... 125
5.10 **PTBS-Modul der BSVT** ... 127
5.10.1 Dos and Don'ts ... 127

5.10.2 10 Schritte des PTBS-Moduls ... 127
5.11 **Weitere Wege zur Traumabehandlung** ... 139
5.11.1 Diskriminierungslernen ... 139
5.11.2 Narrative Schreibexposition (PTBS) ... 140
5.12 **Anpassungsstörungen** ... 140
5.12.1 Vorbemerkung ... 140
5.12.2 Therapeutisches Beziehungsangebot ... 141
5.12.3 Weitere grundlegende Therapiebausteine, je nach individueller Indikation ... 142
5.13 **Komorbide Schlafprobleme – Hintergrundwissen** ... 143
5.14 **Überblick somatoforme Störungen** ... 144
5.14.1 Diagnosen ... 144
5.15 **Vorgehen bei Suizidalität** ... 150
5.15.1 Vorgehen bei hoher Suizidalität mit Absprachefähigkeit ... 150
5.15.2 Vorgehen bei hoher Suizidalität ohne Absprachefähigkeit ... 154
5.16 **Zwangsstörungs-Modul der BSVT** ... 154
5.16.1 Arten und Klassifizierung von Zwangsstörungen ... 155
5.16.2 Therapie von Zwangsstörungen in 7 Schritten ... 155
5.17 **Überblick Zwangsstörungen** ... 161
5.17.1 Diagnosen ... 161
Literatur ... 164

6 **Interventionsauswahl – Hinweise und Heuristiken** ... 169
6.1 **Intervention auf 5 Ebenen** ... 172
6.1.1 Interventionen auf der Verhaltensebene ... 172
6.1.2 Interventionen auf der emotionalen Ebene ... 173
6.1.3 Interventionen auf der kognitiven Ebene ... 173
6.1.4 Interventionen auf der imaginativen Ebene ... 174
6.1.5 Interventionen auf der körperlichen Ebene ... 175
6.2 **Verhaltensanalyse** ... 176
6.2.1 Wofür Verhaltensanalysen? ... 176
6.2.2 Kurzer Kommentar zu Lernarten: Konditionierung, Modelllernen, Regelextraktion und Lernen durch Einsicht ... 176
6.2.3 Wann welche Art der Verhaltensanalyse? ... 176
6.2.4 SORKC-Modell ... 177
6.2.5 Erläuterungen und Einordnungen ... 178
6.2.6 Zusammenhang zwischen Mikro- und Makroanalyse ... 179
6.3 **Expositionsverfahren** ... 185
6.3.1 Das Konfrontationsrational ... 185
6.3.2 Neue Erkenntnisse zu Wirkmechanismen von Konfrontationsverfahren ... 185
6.3.3 Auswahl des Expositionsverfahrens ... 186
6.3.4 Durchführung von Konfrontationsübungen ... 186
6.4 **Problemlösetraining** ... 190
6.4.1 5-schrittiges Vorgehen ... 190
6.5 **Skills für Hochstress** ... 193
6.5.1 Was sind Skills? Was ist Hochstress? ... 193
6.5.2 Skills mit Patient*innen besprechen ... 194
6.6 **Emotionsarbeit** ... 195
6.6.1 Grundüberlegungen ... 195
6.7 **Angst** ... 199
6.7.1 Angst in der Normalpsychologie ... 199
6.7.2 Angst in der Psychopathologie ... 199
6.7.3 Angst bei psychischen Störungen ... 201
6.7.4 Grundlagen der Angstbehandlung ... 203
6.8 **Ärger und Wut** ... 204
6.8.1 Ärger und Wut in der Normalpsychologie ... 204

6.8.2 Ärger und Wut in der Psychopathologie ... 205
6.9 **Ekel** ... 205
6.9.1 Ekel in der Normalpsychologie ... 205
6.9.2 Ekel in der Psychopathologie ... 205
6.10 **Freude und Glück** ... 206
6.10.1 Freude/Glück in der Normalpsychologie ... 206
6.10.2 Freude/Glück in der Psychotherapie ... 207
6.11 **Neid und Eifersucht** ... 208
6.11.1 Neid und Eifersucht in der Normalpsychologie ... 208
6.11.2 Neid und Eifersucht in der Psychopathologie ... 208
6.12 **Prosoziale Emotionen** ... 209
6.12.1 Unterschiedliche Konzeptualisierungen ... 209
6.12.2 Stellenwert prosozialer Emotionen in der Psychotherapie ... 209
6.12.3 Konkretes Vorgehen ... 209
6.13 **Scham** ... 210
6.13.1 Scham in der Normalpsychologie ... 210
6.13.2 Scham in der Psychopathologie ... 210
6.13.3 Umgang mit Scham ... 211
6.14 **Schuld** ... 212
6.14.1 Schuld in der Normalpsychologie ... 212
6.14.2 Schuld in der Psychopathologie ... 212
6.14.3 Umgang mit irrationaler Schuld ... 214
6.14.4 Umgang mit realer Schuld ... 215
6.14.5 Beispiele ... 216
6.15 **Stolz** ... 217
6.16 **Trauer** ... 217
6.16.1 Trauer in der Normalpsychologie ... 217
6.16.2 Trauer in der Psychopathologie ... 217
6.16.3 Umgang mit Trauer ... 217
6.17 **Verachtung** ... 219
6.17.1 Verachtung in der Normalpsychologie ... 219
6.17.2 Verachtung in der Psychopathologie ... 219
6.17.3 Therapeutische Strategien ... 220
6.18 **Freundschaftlicher Selbstdialog** ... 224
6.18.1 Ziel ... 224
6.18.2 Durchführung ... 225
6.18.3 Ablaufschema: Entwicklung eines freundschaftlichen Selbstdialoges ... 229
6.19 **Achtsamkeit** ... 233
6.19.1 Was ist Achtsamkeit? ... 233
6.19.2 Wie kann Achtsamkeit helfen? ... 234
6.20 **Sonnenblumentest** ... 234
6.21 **Entspannungsverfahren** ... 244
6.21.1 Physiologische Grundlagen ... 244
6.21.2 Indikationen, Kontraindikationen und mögliche Nebenwirkungen ... 247
6.21.3 Verbreitete Entspannungsverfahren ... 247
6.22 **Autogenes Training** ... 251
Literatur ... 256

7 **Arbeit am Hintergrund: Persönlichkeit – Entstehungsbedingungen** ... 257
7.1 **Persönlichkeitsmodell der BSVT** ... 260
7.1.1 Umgang mit sich selbst ... 260
7.1.2 Umgang mit anderen ... 262
7.2 **Co-Regulation bei Persönlichkeitsproblemen** ... 264
7.2.1 Warum sind die ersten Lebensjahre so prägend? ... 264

7.2.2 Fremd- und Selbstregulation bei Persönlichkeitsproblemen ... 264
7.2.3 Co-Regulation im Therapiesetting ... 264
7.2.4 Psychoedukation über normative Entwicklungspsychologie ... 265
7.2.5 Rolle und Aufgaben der Therapeut*innen ... 266
7.2.6 Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie (TP) ... 267
7.2.7 Zusammenfassung ... 267
7.3 **Liste negativer Lebensbotschaften** ... 267
7.3.1 Vorbemerkung ... 267
7.3.2 Zum Arbeitsblatt ... 268
7.4 **Liste wichtiger Bezugspersonen** ... 269
7.4.1 Anleitung ... 269
7.5 **Soziales Atom** ... 269
7.5.1 Ziel ... 269
7.5.2 Instruktion ... 269
7.6 **Vertikale Verhaltensanalyse als Arbeit am Hintergrund** ... 270
7.6.1 Wozu brauche ich die vertikale Verhaltensanalyse? ... 270
7.6.2 Instruktion ... 271
7.7 **Vertikaler Analysepfeil** ... 271
7.7.1 Der vertikale Analysepfeil: vertikale Verhaltensanalyse in der BSVT ... 271
7.7.2 Verstehen ... 272
7.7.3 Verändern ... 273
7.8 **Funktionalität** ... 275
7.8.1 Was ist Funktionalität? ... 275
7.8.2 Arten von Funktionalität ... 275
7.8.3 Umgang mit erkannten Funktionalitäten ... 276
7.9 **Ressourcenarbeit** ... 277
7.9.1 Ressourcenaktivierung in der Verhaltenstherapie ... 277
7.10 **Lobrede auf mich selbst als Arbeit am Hintergrund (◘ Abb. 7.9)** ... 279
7.10.1 Instruktion ... 280
7.11 **Soziale Interaktionsanalyse (SIA)** ... 281
7.11.1 Schritte der sozialen Interaktionsanalyse (◘ Abb. 7.13, P-AB) ... 281
7.12 **Interpersoneller Kompass** ... 284
7.13 **Arbeit mit dem inneren Kind** ... 287
7.13.1 Indikation ... 287
7.13.2 Durchführung ... 287
7.14 **Stühlearbeit** ... 289
7.14.1 Varianten: Wer nimmt welche Rolle ein? ... 289
7.14.2 Vorgehen ... 289
7.15 **Biografische Rekonstruktion** ... 290
7.15.1 Narrative und Grundbedürfnisse ... 290
7.15.2 Maladaptive oder blockierte Verarbeitung biografischer Episoden ... 290
7.15.3 Ziele und Vorgehen der biografische Rekonstruktion ... 290
7.16 **Biografisch-systemische Familientafel** ... 291
7.16.1 Was ist die biografisch-systemische Familientafel? ... 291
7.16.2 Instruktion ... 292
7.16.3 Fallbeispiel ... 293
7.17 **Arbeit mit Schlüsselerlebnissen** ... 295
7.17.1 Heilsame Neuerfahrung zentraler negativer biografischer Erinnerungen durch imaginatives Umschreiben (IU) ... 295
7.17.2 Hinweise für die therapeutische Anwendung ... 296
7.17.3 Praktische Anleitung ... 297
7.17.4 Ergänzende Techniken ... 300
7.18 **Imagery Rescripting und Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy im Vergleich** ... 301
7.18.1 Emotionsevozierende Techniken zur Traumabewältigung ... 301
7.18.2 Unterschiede ImRs und IRRT ... 301

7.19 **Imagery Rescripting (Arntz)** ... 301
7.19.1 Instruktion ... 302
7.20 **Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (Schmucker und Köster)** ... 302
7.20.1 Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT) ... 302
7.20.2 Instruktion ... 303
7.21 **Sexualität im therapeutischen Gespräch** ... 304
7.21.1 Einleitung ... 304
7.21.2 Zahlen, Daten und Fakten zum Thema ... 306
7.21.3 Basisfertigkeiten zum Umgang mit Sexualität in der Therapie ... 310
7.21.4 Fazit ... 316
7.22 **Schnittstelle BSVT und ACT** ... 317
7.22.1 Ganz kurz: Was ist ACT? ... 317
7.22.2 Grundlegende Sicht der BSVT auf Symptomatik ... 317
7.22.3 BSVT-Symptomarbeit ... 317
7.22.4 Mikrokausale Symptomarbeit: Umkehrung der Teufelskreise ... 317
7.22.5 ACT: Kontextorientierte Symptomarbeit – Veränderung des Bezugsrahmens ... 318
7.22.6 Fazit ... 321
7.23 **Schnittstelle BSVT und Schematherapie** ... 322
7.23.1 Das Schemamodell ... 322
7.23.2 Das Modusmodell: die Persönlichkeitszustände ... 323
7.23.3 Modusarbeit und Verhaltenstherapie ... 325
7.23.4 Zusammenhang zwischen Schema- und Modusmodell ... 326
7.24 **BSVT-Modul Persönlichkeitsstörungen** ... 326
7.24.1 Was sind Persönlichkeitsstörungen? ... 326
7.24.2 Vorgehen ... 330
7.24.3 Fazit ... 335
7.25 **Persönlichkeitsstörungen – Strategien** ... 336
7.25.1 Psychoedukation bei Persönlichkeitsstörungen im Sinne von über- oder unterentwickelten interaktionellen Strategien ... 336
7.25.2 Übersicht über typische über- und unterentwickelte Strategien ... 336
7.25.3 Vorgehen in der Psychotherapie ... 336
Literatur ... 337

8 **Selbstreflexion und -fürsorge** ... 341
8.1 **Lamberts Kuchen: Wirkfaktoren** ... 342
8.1.1 Wie viel Verantwortung habe ich als Therapeut*in für den Erfolg? ... 342
8.2 **Nebenwirkungen der Psychotherapie** ... 343
8.2.1 Verschlechterungen bei Einzeltherapie ... 344
8.2.2 Verschlechterung bei Gruppentherapien ... 345
8.3 **Umgang mit Misserfolgen** ... 351
8.3.1 Gründe für Erfolg und Misserfolg ... 352
8.3.2 Realistische Einschätzung ... 353
8.4 **Ein Aufruf zur Selbstfürsorge** ... 353
8.4.1 Spezifische Belastungen in helfenden Berufen ... 353
8.4.2 Auswirkungen von emotionaler Überbeanspruchung ... 354
8.4.3 Selbstfürsorge unter Psychotherapeuten ... 354
8.4.4 Begriffsbestimmung und Inhalte von Selbstfürsorge ... 355
8.4.5 Fazit und Mitnahmebotschaft: ... 355
8.5 **Selbstfürsorgestrategien** ... 359
8.5.1 Selbstfürsorge in der Praxis ... 359
8.5.2 Selbstfürsorge außerhalb der Praxis ... 366
Literatur ... 381

**Serviceteil**

Stichwortverzeichnis ... 385

# Autorenverzeichnis

## Mitarbeiter an einzelnen Kapiteln

**Dipl.-Psych. Axel Ammann** Psychologischer Psychotherapeut, p.A. IVAH, Hamburg, Deutschland

**Nora Bickmann, M.Sc.** p.A. IVAH, Hamburg, Deutschland

**Dipl.-Psych. Dr. phil. Eva Frank-Noyon** Psychologische Psychotherapeutin, Psychotherapeutische Praxis, Frankfurt am Main, Deutschland

**Dipl.-Psych. Eva Grothe** Psychologische Psychotherapeutin, p.A. IVAH, Hamburg, Deutschland

**Dipl.-Psych. Jenny Hampel** Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, p.A. IVAH, Hamburg, Deutschland

**Stephanie Krink, M.Sc.** Psychologische Psychotherapeutin, p.A. IVAH, Hamburg, Deutschland

**Dipl.-Psych. Brigitte Matz-Knocke** Psychologische Psychotherapeutin, p.A. IVAH, Hamburg, Deutschland

**Julia Tanck, M.Sc.** Psychologische Psychotherapeutin, p.A. IVAH, Hamburg, Deutschland

**Dipl.-Psych. Sonja von Usslar** Psychologische Psychotherapeutin, p.A. IVAH, Hamburg, Deutschland

**Dipl.-Psych. Theresa Quast** p.A. IVAH, Hamburg, Deutschland

## Hauptautoren

**Dipl.-Psych. Dr. phil. Gerhard Zarbock** Ausbildungsleiter Institut für Verhaltenstherapie-Ausbildung Hamburg (IVAH), Hamburg, Deutschland

**Dipl.-Psych. Paula-Sophie Wilckens** Psychotherapeutische Praxis, Hamburg, Deutschland

**Dipl.-Psych. Nicolai Semmler** Psychotherapeutische Praxis, Hamburg, Deutschland

# Was ist BSVT?

## Inhaltsverzeichnis

1.1 Aufbau der BSVT-Tools – 2

1.2 BVST: 11-Punkte-Credo – 2

1.3 Kompetenz-Trainings-Spirale – 4

1.3.1 Hilfe zum besseren Training in Psychotherapie – 4

Literatur – 5

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2022
G. Zarbock et al., *Biografisch-Systemische Verhaltenstherapie*, https://doi.org/10.1007/978-3-662-62068-7_1

1

## 1.1 Aufbau der BSVT-Tools

In dem Kap. 1 werden kurz die Grundlagen der biografisch-systemischen Verhaltenstherapie erklärt. Ganz kurz gesagt geht es bei der biografisch-systemischen VT darum, dass die **Biografie der Patient*innen** (biografische Schlüsselepisoden, negative Lebensbotschaften und entwicklungseinschränkende Risikofaktoren) zum Verständnis der Symptomatik (Diagnostik) und bei der Therapie zentral berücksichtigt wird. Der therapeutische Ansatz unterscheidet weiterhin die **Arbeit am Symptom** und die **Arbeit am Hintergrund**. Die so benannten Kapitel liefern dazu zahlreiche konkrete therapeutische Techniken, Informationen und entsprechende Arbeitsblätter.

Da **Beziehung und Motivation** die Grundlagen einer gelingenden Therapie sind, werden kurze Infotexte zur Analyse und Gestaltung der therapeutischen Beziehung, wie auch zur Therapiemotivation, dargestellt. Hier können Therapeut*innen sich in das Thema vertiefend einarbeiten oder bei Schwierigkeiten im Therapieverlauf Wissen und Vorgehensweisen zur Beziehungs- und Motivationsarbeit (Arbeit = Analyse und Veränderung) wieder auffrischen.

Da die **Probatorik** zum vorgeschriebenen Ablauf der Therapie gehört, wird im so bezeichneten Kapitel ein prototypischer Ablauf mit allen Dos und Don'ts dargestellt. Hier werden auch Anleitungen zur Erstellung der biografischen Anamnese, zur Erstellung des Störungsmodells und zur Zielbestimmung innerhalb der Therapie wie auch zur Erstellung eines konkreten Therapieplanes gegeben. Berufsanfänger*innen werden systematisch durch den Probatorikprozess begleitet, Berufserfahrene können ihr Vorgehen gegen diesen Prototyp abgleichen.

Gleiches gilt für die **Therapieplanung und Therapiedurchführung**. Es werden zahlreiche Arbeitsblätter zur Verfügung gestellt, mit denen sich der Therapieverlauf monitoren lässt und Möglichkeiten zur Reflektion des Therapieverlaufs zur Halbzeit, und zum Ende der Therapie werden dargestellt.

Zusätzlich zu den ▶ Kap. 5, ▶ Kap. 7 , zeigt das ▶ Kap. 6, dass man in der BSVT auf 5 Ebenen (Verhalten, Emotion, Kognition, Imagination inklusive Achtsamkeit und Physiologie) intervenieren kann. Das gesonderte ▶ Kap. 6, soll deutlich machen, dass man ein und dasselbe Therapieziel (z. B. Verbesserung des Selbstwertgefühls, Verbesserung der sozialen Kompetenz, Förderung der Entspannungsfähigkeit …) durchaus auf verschiedenen Ebenen angehen kann oder dass man innerhalb einer Ebene die Techniken wechseln kann. So könnte man zur Verbesserung des Selbstwertgefühls auf der kognitiven Ebene negative Lebensbotschaften aufgreifen. Ist dies aber nicht erfolgreich, könnte man über Affektbrücken zentrale biografische Schlüsselepisoden (Interventionsebene: Imagination) bearbeiten lassen. Man könnte aber sowohl Selbstwertgefühl wie interpersonelle Problematiken auch über Verbesserungen der Emotionsregulation angehen.

Insgesamt sind die Kapitel so aufgebaut, dass sie „händisch" organisiert sind. Sie folgen also nicht so sehr einer bibliothekarisch-logischen Ordnung, sondern einer **händisch-handwerklichen Ordnung**. Das bedeutet, die „**Werkzeuge**" sind so angeordnet, dass sie **schnell nacheinander** „**greifbar**" sind.

Mit dieser Information über den Aufbau des Buches dürfte die Verwendung des Materials noch zugänglicher sein und das Buch seinen Charakter als Begleiter für eine tägliche Praxis tatsächlich unter Beweis stellen können.

## 1.2 BVST: 11-Punkte-Credo

Im Folgenden stellen wir die Grundlagen der **biografisch-systemischen Verhaltenstherapie** vor.

1. **Prävalenz psychischer Störungen**: Psychische Symptome sind häufig (Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen: 43–73,9 %; Angst et al., 2016; Jacobi et al., 2004).
2. **Ursachen psychischer Störungen**: Ursachen im Sinne der Erstauslösung („**Erstauftrittsbedingungen**") sind (meist) reale kritische Lebensereignisse mit Belastungen, Überforderungen und den großen menschlichen Themen wie Scheitern, Versagen, Krankheit, Verlust, Trennung, Tod. Diese Lebensereignisse gehen oft mit einer massiven Frustration der psychischen Grundbedürfnisse einher. Dabei handelt es sich um Bindung, Autonomie, Orientierung, Kontrolle, Selbstwert, Lustgewinn/Unlustvermeidung (Grawe, 2000, 2004) und Identität (Selbstübereinstimmung und soziokulturelle Zugehörigkeit, Zarbock, 2008). Solche **Grundbedürfnisfrustrationen** führen zu intensiven psychophysischen Spannungen (Inkonsistenzspannungen). Symptome und Störungen sind oft Ausdruck **ungünstiger Bewältigungsversuche,** diese neu aufgetretenen Spannungen zu reduzieren. Zudem spielen individuelle Vulnerabilitäten, die individuelle Vorgeschichte und die **biografischen Entstehungsbedingungen** einer Störung (Defizite, biografische Traumata, negative Lebensbotschaften) eine wichtige Rolle.
   Der Erstauftritt lässt sich daher im Sinne einer **Vulnerabilitäts-Belastungs-Interaktion** verstehen. Unter aktuellen Belastungen aktivieren oder intensivieren sich latente („schlafende") Vulnerabilitäten (z. B. Traumata) oder Defizite und Überreaktionsbereitschaften („Exzesse") und verhindern eine angemessene, adaptive („gesunde") Bewältigung einer Belastung.

3. **Spontanremission**: Selbsthilfe, Selbstheilung und soziale Unterstützung lassen Symptome oft ohne Psychotherapie wieder abklingen.
4. **Symptomchronifizierung**: Symptome fixieren sich und werden zu Krankheiten, wenn psychische Symptome auf Basis biografischer oder biologischer Vulnerabilitäten und Verhaltensdefizite des Individuums auf **verstärkende Bedingungen** treffen. Solche Verstärkungsbedingungen wirken sowohl im Mikrobereich als auch im Sinne von Hintergrundvariablen im Makrobereich. Es handelt sich um die nachfolgend aufgeführten Bedingungen:
   a. **Symptomatische Teufelskreise** fixieren Symptome durch sich selbst verstärkende Rückkopplungen, die durch maladaptives Symptomcoping verursacht werden (z. B. generalisierte und protrahierte Vermeidung oder pathogene Aufmerksamkeitsfixierungen).
   b. **Interpersonelle Teufelskreise** lösen durch absichernde oder überkompensierende Strategien der Patient*innen bei Interaktionspartner*innen Verhalten aus, das die eigenen psychologischen Grundbedürfnisse durch negative soziale Resonanz weiter frustriert.
   c. **Systemische Funktionalitäten**: Die Symptomatik wird zum „Mitspieler" im intrapersonalen oder den interpersonellen System(en). Intrapersonal können selbstwertstabilisierende Funktionen der Symptomatik ihr Fortbestehen verfestigen, interpersonal können Symptome eine Form der Kommunikation, der Grenzsetzung, des Schutzes oder der Bedürfnisbefriedigung („Krankheitsgewinne") übernehmen.
   d. **Intensivierte negative Lebensbotschaften**: Kritische Lebensereignisse/Belastungen können alte „negative Lebensbotschaften" (Traumata, Glaubenssätze, Problemthemen, Schemata) intensivieren. Diese beeinflussen dann stärker als bisher das aktuelle Erleben und Verhalten z. B. durch das häufigere Auftreten negativer Gedanken und maladaptiver Persönlichkeitszustände.
5. **Individuelles Störungsmodell**: Basis der BSVT ist ein individuelles Störungsmodell. In diesem werden zum einen – individualisiert – die Erstauftrittsbedingungen und die aktuell aufrechterhaltenden Bedingungen (wie symptomstabilisierende Teufelskreise, etwaige interpersonelle Teufelskreise und systemische Funktionalitäten der Symptome) herausgearbeitet. Diese werden durch die biografischen Entstehungsbedingungen im Sinne von biografischen Traumata, negativen Lebensbotschaften, maladaptivem Bewältigungsverhalten und sonstigen Vulnerabilitäten ergänzt. Prinzipiell stehen vielfältige psychologische und psychiatrische Konstrukte als unabhängige Variable („Ursachen") zur Erklärung der psychischen Störungen („als Folge") zu Verfügung. Weitere in der BSVT häufig verwandte erklärende Konstrukte sind daher: Verhaltensdefizite, negative Grundannahmen, negative automatische Gedanken und anlagenahe Besonderheiten (z. B. Aufmerksamkeitsschwächen, Impulsivität, extreme Temperamentsvarianten). Von der zu starken Einengung auf nur wenige erklärende Konstrukte wird wegen der Gefahr der Schablonisierung komplexer Zusammenhänge explizit abgesehen. Kriterium für die Auswahl von erklärenden Konstrukten für ein Störungsmodell ist immer die **individuelle Passung für Patient*innen** sowie die Ableitung der Therapieziele und -planung.
6. **Therapieziele**: Aus dem individuellen Störungsmodell werden sowohl **Symptomziele** („Teufelskreise unterbrechen"), **Auslöserziele** (Bewältigung von auslösenden Belastungen und Überforderungen beim Erstauftritt, Suche nach Möglichkeiten adaptiver, kompensatorischer Grundbedürfnisbefriedigung), **Funktionsziele** (interpersonelle Teufelskreise und systemische Funktionalitäten erkennen und verändern) wie auch **Hintergrundziele** (Arbeit an den Entstehungsbedingungen: Traumata, negative Lebensbotschaften, Defizite, Vulnerabilitäten) abgeleitet.
7. **Motivation**: Es wird zwischen **Therapiemotivation** („therapeutisches Setting einhalten") und **Veränderungsmotivation** („Anstrengungen unternehmen und Missempfindungen ertragen, damit sich etwas verändert") unterschieden. Die Motivation wird in der BSVT explizit analysiert, mit den Patient*innen diskutiert, gefördert und über den Therapieverlauf hinweg „beobachtet".
8. **Beziehung**: Da psychische Probleme meist im Kontext zwischenmenschlicher Interaktion entstanden sind und aufrechterhalten werden, ist die therapeutische Beziehung ein wichtiger Wirkfaktor. Sie bietet eine ideale Möglichkeit zur **korrektiven Neuerfahrung** (z. B. „endlich gesehen, verstanden und unterstützt zu werden"; vgl. Alexander, 1950; Alexander & French, 1947). Beziehung in der BSVT hat sowohl einen **Begegnungsaspekt** (2 Menschen, die beide dem Leben mit Auf und Ab unterworfen sind), einen **diagnostischen Aspekt** (Wie begegnet der/die Patient*in mir? Was „macht" er/sie mit mir?) als auch einen **therapeutisch-technischen Aspekt** (Co-Regulation der Beziehung, komplementäre Beziehungsgestaltung, aufgabengeleitete Arbeitsbeziehung). Die professionelle Therapiebeziehung ist immer auch durch „Techniken" geprägt, z. B. dem interpersonellen Kompass (Kiesler,

1983), der empathischen Konfrontation (s. auch Reiss & Vogel, 2014), Grenzsetzung und Validierungsstrategien (Bohus & Wolf-Arehult, 2018). Im Rahmen der Erarbeitung des individuellen Störungsmodells, von Exposition, von Rollenspielen, imaginativer Umstrukturierung, Stühlearbeit oder beim Angebot des „sicheren Ortes" (**„Sicherer Ort [**(◘ Abb. 6.35, **T – AB])"**) entsteht die Beziehung zwischen Therapeut*in und Patient*in quasi nebenbei.

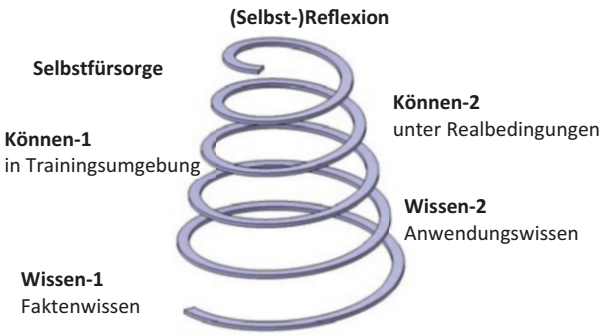
9. **Prognose**: Bei der Prognose werden die Umstellungsfähigkeit, das psychosoziale Umfeld, die Krankheitsdauer, die erfolgten Vorbehandlungen und die Motivation der Patient*innen berücksichtigt. Prinzipiell gilt aber: Wer das Setting einhalten kann, hat erst mal ein „Recht" auf einen (erneuten) Therapieversuch, besonders dann, wenn die Therapie einen neuen Weg oder einen „alten" Weg auf neue (bessere, konsequentere, strukturiertere) Weise gehen will. Bei erfolglosen Vorbehandlungen ist immer eine genaue Analyse des Geschehens hilfreich: Was wurde tatsächlich angeboten, was haben die Patient*innen verstanden, was haben sie beibehalten? Was können wir für den neuen Therapieversuch aus den erfolglosen Vorbehandlungen lernen?
10. **Therapieplanung**: Abgeleitet aus dem **Störungsmodell** und der **Zielvereinbarung** werden Techniken und Vorgehensweisen gewählt, die
    a. akute, (erst)auslösende Belastungen abschwächen oder ausgleichen,
    b. symptomatische Teufelskreise unterbrechen oder abschwächen,
    c. interpersonelle Teufelskreise und systemische Funktionalitäten erkennen und verändern,
    d. negative Lebensbotschaften entmachten und durch positive ersetzen,
    e. maladaptive Bewältigungsreaktionen durch „erwachsenes" Problemlösen reduzieren,
    f. Vulnerabilitäten abmildern, u. a.:
        - spezifische Kompetenztrainings,
        - Veränderungen in der Lebensführung und Lebensstrukturierung (die „O"-Variable im SORKC-Schema) in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Entspannung, Akzeptanz, Achtsamkeit, werteorientiertes Handeln,
        - falls sinnvoll: Unterstützung durch Psychopharmakabehandlung. Aber cave: somatische wie psychische Nebenwirkungen, unklare Langzeitwirkungen u. a. auf das Gehirn und den Langzeitverlauf psychischer Störungen, ggf. Beeinträchtigung psychotherapeutischer Wirkfaktoren.
11. **Therapiedurchführung**. Gut geplant ist noch nicht gut angekommen! Regelmäßige **Zustands- und Kursbestimmungen** helfen dabei, die Ziele auch zu erreichen. Was läuft gut, was weniger? Wie stark sind die Symptome noch ausgeprägt? Was machen die Belastungen und Probleme? Sind sogar neue aufgetreten? Gibt es Verschlechterungen? Es empfehlen sich quartalsweise kurze **psychometrische Bestandsaufnahmen**. Eine ausführlichere **Halbzeitbilanz** erfolgt nach ca. 20 Stunden (Was wollten wir – wo stehen wir? Was ist erreicht? Was nicht? Was ist noch erreichbar? Was ist vermutlich realistisch nicht erreichbar?). Die Beendigung einer Therapie sollte vorbereitet werden und mit einer **Abschlussbilanz** inklusive einer **Nachsorgeperspektive** (von der Selbsthilfe über Auffrischungssitzungen bis zur frühzeitigen Wiederholungsbehandlung) auslaufen.

## 1.3 Kompetenz-Trainings-Spirale

### 1.3.1 Hilfe zum besseren Training in Psychotherapie

Die Kenntnis der Kompetenz-Trainings-Spirale (**KTS**) (◘ Abb. 1.1) hilft, den eigenen Lernprozess besser zu verstehen, zu planen und zu überprüfen. Mehr dazu findet sich im „Praxisbuch VT-Supervision" (Zarbock, 2016).

Psychotherapie ist ein komplexes Wissensgebiet mit sehr unterschiedlichen Wissensarten. Die KTS hilft; diese aufzugliedern und – je nach Wissensart – gesondert zu trainieren. Idealerweise arbeiten auch Dozent*innen und Supervisor*innen auf Basis der Kompetenz-Trainings-Spirale. Die Spirale verweist auf das immer wieder notwendige Wiederholen. Hierzu wurde ein um-




◘ **Abb. 1.1** Kompetenz-Trainings-Spirale (KTS)

fangreiches Konzept (aufgaben- und kompetenzorientierte Supervision [AKOS], Zarbock et al., 2017) vorgelegt. Für Trainees in Psychotherapie sind folgende Überlegungen zu 6 Wissens- und Kompetenzbereichen hilfreich: **Wissen-1, Wissen-2, Können-1, Können-2, Selbstreflexion und Selbstfürsorge.**

### Wissen-1: Faktenwissen

Hierzu zählen die Diagnosen und die Störungskriterien der ICD-10, allgemeines Wissen über die Gestalt, Entstehung, Auslösung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen, Wissen zu Differenzialdiagnostik, Wissen über Entwicklungspsychologie und Risikofaktoren, Wissen über Psychopharmakologie, Neurologie, Wissen über allgemeine Therapieansätze, Ergebnisse der Psychotherapieforschung …

### Wissen-2: Anwendungswissen

Wissen-2 ist oft in der Form von „Wenn-dann-Regeln" oder bestimmten Handlungsabläufen formuliert. Prototyp hierfür ist das Therapiemanual, das bei bestimmten Störungen für jede Stunde genaue Vorschläge für den Ablauf macht und gleichzeitig noch Arbeitsblätter wie Bögen zur Einschätzung von Symptomintensität und Therapiezufriedenheit liefert.

### Können-1: in Trainingsumgebungen

Können-1 bezeichnet das Üben von psychotherapeutischen Interventionen ähnlich einer Generalprobe, d. h. unter relativ gut kontrollierten Bedingungen. Dazu zählen Üben im Rollenspiel, im Rahmen in der stillen mentalen Wiederholung einer Therapiesequenz (sog. „deliberate practice"; vgl. Ericsson & Pool, 2017; Rousmaniere et al., 2017) für sich selbst oder mit Kolleg*innen im Rahmen einer „spontanen" Intervision.

### Können-2: unter Realbedingungen

Dies ist die Umsetzung des Könnens unter Realbedingungen in der „echten" Praxis. Rand- und Rahmenbedingungen der realen Praxis können sich deutlich von den idealisierten Annahmen im Rollenspiel unterscheiden. Beispiele: Patient*in ist aggressiv, kommt zu spät, kommt mit einer akuten Krise, greift den/die Therapeut*in unvermutet an oder aber lässt erkennen, dass die therapeutische Technik ihm/ihr überhaupt nicht behagt. Beim Erlernen von Psychotherapie ist Können-2 immer als supervidierte Praxis gestaltet.

### (Selbst-)Reflexion

Die Reflexion ist ein essenzieller Teil des psychotherapeutischen Lernprozesses. Hier treten Therapeut*innen einen Schritt zurück und überlegen sich: Wie war es? Was habe ich bisher wie gelernt und ausprobiert? Was kann ich schon gut? Wo sind meine Stärken? Wo sind meine Schwächen?

Neben den eigenen Therapiestunden können auch die Supervisionserfahrungen bewertet werden. In der Supervision, idealerweise unter Zuhilfenahme von Videoaufzeichnungen, können Therapeut*innen ihr Repertoire an Strategien, Techniken und Beziehungsangeboten reflektieren und erweitern. Supervision hilft, auch im „Halbdunkel" liegende Aspekte der Motivation, der therapeutischen Beziehung, des Störungsverständnisses und des Therapieprozesses zu erhellen und zu verstehen.

Die Reflexion begleitet Therapeut*innen ihr ganzes Arbeitsleben und ist ein wichtiges Steuerinstrument zur stetigen Überprüfung, Qualitätssicherung und auch Erweiterung und Veränderung des therapeutischen Repertoires. Idealerweise hilft die Reflexion gleichzeitig, therapeutische Erkenntnisse, Erfahrungen sowie spezifische berufliche Belastungen mit dem Privatleben in Einklang zu bringen.

### Selbstfürsorge

Um Psychotherapie das ganze Berufsleben lang erfolgreich, mit Freude, engagiert durchführen zu können und dabei selbst gesund zu bleiben, müssen Therapeut*innen von Anfang an lernen, sich auch um sich selbst zu kümmern und Belastungen frühzeitig zu erkennen. Beim frühzeitigen Erkennen von Belastungen hilft oft ein Verstehen der Aktivierung eigener Lebensthemen im Rahmen von institutionellen Settings einerseits und spezifischer Patient*in-Therapeut*in-Interaktionen andererseits. In dem folgenden Umsetzungsschritt geht es dann um konkrete Verhaltensweisen, die bei der „Stressbewältigung" helfen können.

Weitere Informationen zum Kompetenz-Trainings-Modell finden sich in dem oben genannten AKOS Buch oder aber in dem Artikel „Die Kompetenz-Trainings-Spirale (KTS) – Ein Beitrag zur Kompetenzorientierung in der VT-Supervision" von Zarbock et al. (2017).

## Literatur

Alexander, F. (1950). Analysis of the therapeutic factors in psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Quarterly, 19*, 482–500.

Alexander, F., & French, T. M. (1947). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. Ronald Pr. Co.

Angst, J., Paksarian, D., Cui, L., Merikangas, K. R., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., et al. (2016). The epidemiology of common mental disorders from age 20 to 50: results from the prospective Zurich cohort study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 25*, 24–32.

Bohus, M., & Wolf-Arehult, M. (2018). *Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten. Das Therapeutenmanual* (1. Nachdruck 2018 der 2., korrigierten und überarbeiteten Aufl. 2013). Schattauer.

Ericsson, A., & Pool, R. (2017). *Peak: Secrets from the new science of expertise*. Eamon Dolan.

Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie* (2. korr. Aufl.). Hogrefe.

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Hogrefe.

Jacobi, F., Wittchen, H. U., Hölting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine, 34*(4), 597–611.

Kiesler, D. J. (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review, 90*(3), 185–214. https://doi.org/10.1037/0033-295X.90.3.185.

Reiss, N., & Vogel, F. (2014). *Empathische Konfrontation in der Schematherapie*. Beltz.

Rousmaniere, T., Goodyear, R. K., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (Hrsg.). (2017). *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training*. John Wiley & Sons.

Zarbock, G. (2008). *Praxisbuch Verhaltenstherapie: Grundlagen und Anwendungen biografisch-systemischer Verhaltenstherapie*. Pabst.

Zarbock, G. (2016). AKOS und KTS – Kompetenzorientierung in der Supervision. In G. Zarbock (Hrsg.), *Praxisbuch VT-Supervision. Konzepte und Materialien für eine Aufgaben- und Kompetenzorientierte Supervision (AKOS) von Verhaltenstherapie*. Pabst.

Zarbock, G., Schweigert, E., & Hampel, J. (2017). Die Kompetenz-Trainings-Spirale (KTS) – Ein Beitrag zur Kompetenzorientierung in der VT-Supervision. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 38*(3), 216–232.

# Beziehung und Motivation

## Inhaltsverzeichnis

**2.1 Therapeutische Grundhaltung (T-Reflexion) – 8**
2.1.1 Grundhaltung – 8
2.1.2 Balance zwischen Einfühlung und Klassifikation – 8
2.1.3 Psychotherapeut*in als freier Beruf – 8

**2.2 Die therapeutische Beziehung – 8**
2.2.1 Wirkfaktor Beziehung – 9

**2.3 Fallen in der Therapiebeziehung – 11**

**2.4 Widerstand ergründen und bearbeiten – 11**
2.4.1 Definitionen von Widerstand – 11
2.4.2 Erscheinungsformen von Widerstand – 11
2.4.3 Quellen von Widerstand – 12
2.4.4 Umgang mit Widerstand – 13

**2.5 Überblick Therapiemotivation – 14**
2.5.1 Möglichkeiten, Therapiemotivation zu erhalten/aufzubauen – 14

**2.6 Motivation zur Psychotherapie – 14**
2.6.1 Barrieren, zur Psychotherapie zu gehen, verringern sich – 14
2.6.2 Therapiemotivation unter der Lupe – 15
2.6.3 Grundhaltung der Therapeut*innen – 16
2.6.4 Stufen der Motivationsausprägung nach Prochaska und DiClemente – 16
2.6.5 Die 5 kognitiven Techniken der Motivationsarbeit (BSVT-Version) – 18
2.6.6 Die 5 behavioralen Techniken der Motivationsarbeit (BSVT-Version) – 19

**Literatur – 20**

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2022
G. Zarbock et al., *Biografisch-Systemische Verhaltenstherapie*, https://doi.org/10.1007/978-3-662-62068-7_2

## 2.1 Therapeutische Grundhaltung (T-Reflexion)

2

### 2.1.1 Grundhaltung

Für Therapeut*innen ist es wichtig, sich immer wieder die psychotherapeutische Grundhaltung zu vergegenwärtigen (vgl. auch Streb, 2009; Wurll, 2007). Dies ist vor dem Hintergrund relevant, dass Patient*innen in der Gesellschaft sonst nicht erwarten können, dass man sich so **intensiv auf sie einstellt** und sich so intensiv für das Für und Wider ihres Erlebens interessiert. Auf der anderen Seite hat der psychotherapeutische Beruf natürlich **Aspekte des ärztlichen Berufes und der Heilkunde im Allgemeinen**. Patient*innen kommen mit einem Problem oder einer Erkrankung zu uns. Sie wollen wissen, „was mit ihnen los ist". Sie verlangen also nach einer Diagnose und einer Einschätzung, „wie schlimm es ist". Natürlich haben sie vorrangig den Wunsch nach (rascher) Heilung und wollen wissen: „Was kann man tun, geht das wieder weg?"

Die psychotherapeutische Grundhaltung: *„Ich biete einen **geschützten Raum** durch strenge Schweigepflicht und ein strenges Abstinenzgebot (keine privaten, sexuellen oder wirtschaftlichen Beziehungen zu Patient*innen, Zurückstellung eigener Meinungen, Wertungen und Orientierungen im Sinne einer therapeutischen Neutralität). In diesem können Patient*innen ihre Nöte, Sorgen, Verletzungen vielleicht erstmalig aussprechen und mitteilen. Ich ‚sehe' die Patient*innen (‚nicht gesehen werden' und ‚nicht wirklich wichtig zu sein' ist eine häufige Erfahrung in der Kindheit von Patient*innen), ich versuche sie und ihre Lebenswelt erst mal ohne Wertungen zu verstehen. Wie fühlen die Patient*innen und warum? Als Therapeut*in bin eine **gesellschaftliche Institution (s. unten) der Hilfe und des Trostes** und für viele Menschen auch eine letzte Hoffnung, dass sie ihr Leben in eine gute und zufriedenstellendere Richtung lenken können."*

Therapeut*innen stehen zwangsläufig immer ein bisschen „draußen", außerhalb der Gesellschaft, da Scheitern, Versagen, Ungenügen, Ängste, Unkonventionelles, Normverletzendes, Beschämendes und Beschädigtes in einer Therapie offen thematisiert werden können, ohne dass man – wie meist sonst in der Gesellschaft – negativ bewertet oder gar verurteilt oder bestraft wird. Das alles schwingt als **Hintergrund und Kontext** mit, wenn wir als Therapeut*innen den Patient*innen im therapeutischen oder diagnostischen Kontakt begegnen.

### 2.1.2 Balance zwischen Einfühlung und Klassifikation

Es ist wichtig, dass sich die psychotherapeutische Grundhaltung flexibel zwischen den Polen **(solidarische) Einfühlung und (objektivierende) Klassifikation** bewegt. Einfühlendes Verstehen bedeutet Erkundung der jeweils individuellen Lebenswirklichkeit, Begleiten der Patient*innen mit ihren Beschämungen und Bedürfnissen. Andererseits geht es um Feststellung von krankheitswertigen Störungen, Zuordnung einer solchen Störung zu einer diagnostischen Kategorie und Ermittlung möglicher Ursachen sowie dem Entwurf von Behandlungsplänen. All das Klassifikatorische ist zwingend notwendig, wenn es um Bezahlung einer Therapie durch die Krankenkassen geht. Denn nur eine festgestellte und behandlungsbedürftige Erkrankung begründet einen Leistungsanspruch der Solidargemeinschaft der Versicherten (§ 1 und § 27 der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA). Daher ist Psychotherapie approbierten Heilkundler*innen (Psycholog*innen und Ärzt*innen) vorbehalten und wird als Behandlung von krankheitswertigen Störungen deutlich von psychologischer oder psychosozialer Beratung unterschieden.

### 2.1.3 Psychotherapeut*in als freier Beruf

Darüber hinaus gehören Psychotherapeut*innen auch zu den „**freien Berufen**". Diese ist im deutschen Rechtssystem eine besondere Kategorie von Berufen. Diese „Berufe haben im Allgemeinen auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikation oder schöpferischer Begabung die persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Auftraggeber und der Allgemeinheit zum Inhalt" (PartGG, § 1). Freie Berufe dürfen sich verkammern, führen die Berufsaufsicht über sich selbst in Form von Kammern und dürfen steuerbegünstigte Versorgungswerke gründen.

## 2.2 Die therapeutische Beziehung

*Sonja von Usslar und Gerhard Zarbock*

» „Es ist die Beziehung, die heilt." (C. Rogers)

### 2.2.1 Wirkfaktor Beziehung

Die therapeutische Beziehung (TB) kann man unter verschiedenen Gesichtspunkten konzeptualisieren. In der **BSVT** nutzen wir folgende Überlegungen, die die zentrale Stellung der Grundbedürfnisse bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen berücksichtigen.

Die TB gilt als **wichtigster Wirkfaktor** für den Therapieerfolg. Dies erscheint plausibel, da psychische Probleme meist im Kontext zwischenmenschlicher Interaktion entstanden sind und aufrechterhalten werden. Die TB bietet die Möglichkeit korrektiver Neuerfahrung (z. B. „endlich gesehen, verstanden, unterstützt zu werden") und der Umstrukturierung von Beziehungsmustern der Patient*innen zu sich selbst und zu anderen. Die TB hat nicht nur einen **direkten Einfluss** auf den Therapierfolg, sondern beeinflusst als **Mediator** weitere Faktoren (z. B. Kooperations- und Arbeitsprozesse), die wiederum in hohem Maße den Therapieerfolg vorhersagen (Sachse, 2006). Sie bildet eine Voraussetzung dafür, dass sich die Patient*innen öffnen, kooperativ mit den Therapeut*innen zusammenarbeiten und aktiv Veränderungsprozesse eingehen können.

#### Beobachtungskriterien für eine positive Therapiebeziehung

1. **Offenheit/Vertrauen**
   - „Ich habe noch keinem davon erzählt ...", „Ich schäme mich sehr, aber Sie müssen es ja wissen, um mich richtig zu verstehen."
   - Patient*innen erzählen über Themen, die eher tabuisiert sind (Sexualität, Kinder schlagen ...) .
   - Patient*innen zeigen vertrauliche Informationsquellen (Tagebuch, persönliche Briefe ...).
2. **Spannungsreduktion**
   - „So, jetzt bin ich es los; jetzt geht es mir viel besser!"
   - Nonverbale Kriterien, die auf hinreichende Spannungsreduktion schließen lassen (z. B. lockere Sitzposition, entspannte Atmung ...).
3. **Kooperation mit der speziellen Person des/der Therapeut*in**
   - „Endlich jemand, der mich versteht."
   - „Für mich war es wichtig, einen älteren (jüngeren/weiblichen/...) Therapeuten zu finden."
   - „Sie sind mir empfohlen worden.", „Ich habe erfahren, dass Sie für ... Spezialist sind."

#### Kernelemente der Beziehungsgestaltung

Beziehung wird nicht einmal hergestellt und funktioniert dann problemlos, sondern muss von Therapeut*innen immer wieder von Neuem aktiv gestaltet werden. Beziehungsgestaltung ist somit eine **kontinuierliche Aufgabe** im Therapieprozess, die mit dem ersten Kontakt beginnt und erst mit der letzten Stunde endet (Sachse, 2006).

Beziehung ist immer beidseitig und wird maßgeblich durch das jeweils **individuelle Beziehungsverhalten** von Patient*innen und Therapeut*innen geprägt. Therapeut*innen sollten eigene Beziehungsmuster kennen und regulieren können, um ihr Beziehungsangebot an die jeweiligen Patient*innen anpassen zu können.

Voraussetzung für eine positive Beziehungsgestaltung seitens der Therapeut*innen sind die sog. **Basiskompetenzen:** bedingungslose Wertschätzung, Empathie und Echtheit (vgl. Rogers, 1981). Therapeut*innen sollten warmherzig und kooperativ auftreten und den Patient*innen auf Augenhöhe begegnen. Gelegentlich kann es auch erforderlich sein, sich freundlich-dominat (direktiv, extrovertiert, selbstbewusst) oder freundlich-unterwürfig (rücksichtsvoll, einschmeichelnd, fehlbar) zu verhalten (vgl. Interaktioneller Zirkel nach Kiesler et al., 1976). Lob und der Blick auf die Ressourcen der Patient*innen sind zudem zentral für die Förderung einer positiven TB.

Im Zuge des Beziehungsaufbaus **„testen"** Patient*innen häufig ihre (maladaptiven) Beziehungsmuster und -erwartungen an Therapeut*innen. Bekannte Beispiele sind nach Weiss und Sampson (1986) der sog. „Übertragungstest" (Patient*innen veranlassen Therapeut*innen sie so zu behandeln, wie sie früher behandelt wurden) und der Täter-Opfer-Test (Patient*innen behandeln Therapeut*innen so, wie sie früher behandelt wurden). Therapeut*innen „bestehen" den Test, wenn sie sich nicht so verhalten, wie es negativ prägende Beziehungspartner*innen getan haben. Das heißt, sie entkräftigen die Befürchtungen der Patient*innen bzw. ermöglichen korrektive Beziehungserfahrungen.

Entscheidend ist, dass Therapeut*innen den Patient*innen vermitteln, dass sie ihre wichtigsten (bewussten und unbewussten) Bedürfnisse wahrnehmen. Sie verhalten sich **komplementär** zu ihren primären Motiven, Plänen und Bedürfnissen.

Des Weiteren spielt der Grad der **Übereinstimmung von Patient*innen und Therapeut*innen** bezüglich Vorgehen, Rollen und Aufgaben und Therapiezielen eine wichtige Rolle (vgl. therapeutische Allianz nach Bordin, 1979). Vor diesem Hintergrund sind eine hohe Transparenz und Flexibilität im therapeutischen Prozess wichtig. Einen besonderen Stellenwert nimmt dabei die Vermittlung eines glaubwürdigen Erklärungsmodells für die Störung und die Interventionen ein (Margraf, 2009).

Znoj (2014) hat in seinem Vortrag an der Universität Bern die oben beschriebenen zentralen Aspekte der Beziehungsgestaltung als 4 Kernelemente bezeichnet und in einem Schaubild zusammengefasst (◘ Abb. 2.1).

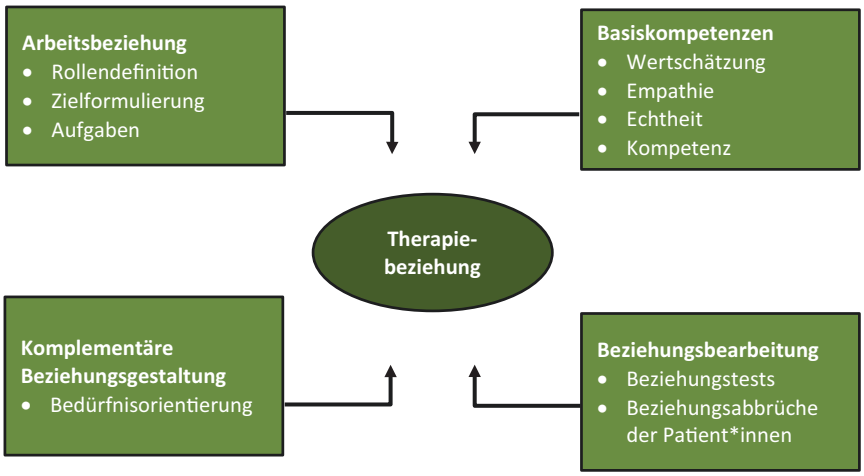



**Abb. 2.1** Variablen der therapeutischen Beziehung nach Znoj

## Einsatz komplementärer Beziehungsgestaltung

Das Konzept der **komplementären Beziehungsgestaltung** oder auch motiv- oder bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung wurde von der Berner Arbeitsgruppe um Grawe entwickelt (Caspar, 1996; Caspar & Grawe, 1982). Im Fokus stehen interaktionelle Pläne, Motive und Bedürfnisse von Patienten*innen, die in ihrer Lebensgeschichte verletzt wurden und dadurch dauerhaft hochreguliert sind (vgl. Schnell, 2014).

Die Therapeut*innen analysieren die hinter einem (Beziehungs-)Verhalten stehenden Motive und Bedürfnisse der Patient*innen und reagieren gezielt auf diese.

» „Effektive Therapeuten zeichnen sich dadurch aus, dass sie spezifische Methoden anwenden, tragfähige Beziehungen anbieten und sowohl unterschiedliche Methoden als auch Beziehungsangebote differenziert an der individuellen Person und am jeweiligen Rahmen ausrichten." (Norcross, 2002)

Wurde der/die Patient*in z. B. im Autonomiebedürfnis frustriert, sollte der/die Therapeut*in sich transparent, wenig direktiv verhalten und auf Interventionen zurückgreifen, die dem/der Patient*in viel Kontrolle und Eigenaktivität ermöglichen (z. B. geleitetes Entdecken). Wurde hingegen das Selbstwertbedürfnis frustriert, ist es entscheidend, dem/der Patient*in selbstwertförderliche Erfahrungen zu ermöglichen (z. B. Erfolgserlebnisse schaffen, viel Loben, Stärken explorieren).

**Hilfreiche Fragen** zur komplementären Beziehungsgestaltung sind:

- Welche Gefühle und Fantasien löst der/die Patient*in bei mir aus?
- Wozu will er/sie mich bringen?
- Wie würde ich ihn/sie auf keinen Fall behandeln (z. B. kritisieren, zurückweisen …)?
- Was ist vermutlich seine/ihre größte interpersonelle Angst (im Sinne der Wiederholung frustrierender oder traumatischer Erfahrungen)?
- Welche Wünsche könnten hinter dem spezifischen (provozierenden, misstrauischen, unterwürfigen, charmanten …) Verhalten stehen?

**Dysfunktionale Beziehungsmuster** seitens der/des Patient*in sind meist im Rahmen kindlicher Regulationsversuche (Überlebensstrategien zur Herstellung von Bindung, Autonomie, Selbstwert oder Identität) entstanden. Sie wirken im Erwachsenenalter oft unangemessen oder führen dazu, dass sich Interaktionspartner unter Druck gesetzt bzw. manipuliert fühlen und sich der Kontakt langfristig auflöst. Sie sollten daher möglichst bearbeitet bzw. verändert werden. Hierzu bieten sich z. B. Überlegungen aus der Schematherapie an. Im sog. Modusmodell (s. **„Arbeit mit Persönlichkeitszuständen"**) können vermeidende, überkompensierende oder auch unterwürfige Interaktionsformen gut konzeptualisiert werden. Diese Bewältigungsmodi sind Ausdruck kindlicher Mangel- und Verletzungserfahrungen. Wenn es gelingt, hinter den dysfunktionalen Bewältigungsmodi die eigentlichen Bedürfnisse erkennbar zu machen, können diese im Therapieprozess erkannt und befriedigt werden (Jacob & Arntz, 2011). In der Folge davon schwächt sich dann das maladaptive Interaktionsverhalten ab.

Einen einfachen Zugang zu Interaktionsproblemen bietet auch die Technik der sozialen Interaktionsanalyse (s. **„Soziale Interaktionsanalyse (SIA) [** Abb. 7.12, **P-AB]"**). Mit der SIA können Therapeut*innen gemeinsam mit den Patient*innen untersuchen, welche Grundbedürfnisse in einer Interaktionssituation aktiviert sind, was Patient*innen sich eigentlich wünschen und erhoffen und wie sie sich aber – aus Selbstschutzgründen – dann maladaptiv verhalten.

## 2.3 Fallen in der Therapiebeziehung

Unter Verwendung einer Idee von Martin Bohus

- **Empathiefalle**

Nicht immer ist Empathie in der Therapie angezeigt und zielführend. Zum Beispiel berichtet ein Patient gewalttätiges Verhalten gegenüber der Partnerin oder Dritten. Der/die Therapeut*in schweigt, um nicht zu verletzen, oder auch, da er/sie die inneren Beweggründe des Patienten nachvollzieht. Dadurch wird dysfunktionales/pathologisches Verhalten (Impulskontrollverlust und Gewaltexzess) verstärkt. Angezeigt wäre klare Grenzsetzung mit Aufweis der sozialen Regel- und Normverletzung.

- **Schamfalle**

Eine zu nahe und „persönliche" Beziehung kann bei Patient*innen Scham auslösen, wenn sie den Therapeut*innen gegenüber beschämende, erniedrigende oder intime Erlebnisse beschreiben sollen (z. B. demütigende Vergewaltigungserfahrungen, sexuelle Fantasien …). Dies gelingt einfacher, wenn die Beziehung „neutraler" und professioneller ist.

- **Reziproke Beziehungsfalle**

Patient*in und Therapeut*in beginnen sich in der Beziehung zu wohl zu fühlen und ein hohes Ausmaß an sozialer Verstärkung zu erleben. Die Beziehung wird im Verlauf der Therapie immer persönlicher und immer weniger zielorientiert. Dies erschwert die Beendigung der Therapie. Es droht „unendliche Therapie" mit der therapeutischen Beziehung als Selbstzweck.

- **Generalisierungsfalle**

Wenn interpersonelle Probleme nur anhand der therapeutischen Beziehung bearbeitet werden, geht die Bereichsspezifität der Probleme unter. Soziale wie interpersonelle Kompetenzen, Defizite und Konflikte sind oft bereichsspezifisch (in der Liebesbeziehung, zu den eigenen Eltern, zu den eigenen Geschwistern, überhaupt in der eigenen Familie, in der Herkunftsfamilie, unter Kolleg*innen, mit Peers). In hierarchischen Beziehungen kann es durchaus sehr unterschiedliche Prozesse geben. Daher ist die Analyse sozialer Beziehungen (Kompetenzen, Defizite und Konflikte) immer bereichsspezifisch vorzunehmen.

- **Abseits der Fallen: Setting und Beziehung**

Neben der Beziehung und der Motivation stellt das therapeutische Setting ebenfalls eine über den gesamten Therapieverlauf hinweg zu monitorende Variable dar. Das Setting kann ambulant oder stationär oder teilstationär sein. Therapie kann im Einzelkontakt, in der Gruppe oder in Kombination erfolgen. Termine können als 10-minütige Einheiten, halbstündig, einstündig, mehrstündig, ein- oder mehrmals die Woche, zweiwöchentlich oder gar monatlich stattfinden. Durch die gezielte Gestaltung des Settings haben Psychotherapeut*innen viele Möglichkeiten, auf ggf. auftretende Krisen zu reagieren. Settingveränderungen hinsichtlich der Zeitstruktur können aber auch eine Antwort auf Motivationsmängel, momentane Überlastungen der Patient*innen durch Lebensanforderungen sein oder aber die Therapiebeendigung (Selbstregulationsphase) vorbereiten.

## 2.4 Widerstand ergründen und bearbeiten

### 2.4.1 Definitionen von Widerstand

Widerstand bezeichnet alle Verhaltensweisen und Einstellungen der Patient*innen, die sich bewusst oder unbewusst gegen den Therapiefortschritt stellen. In der psychoanalytischen Theorie, die diesen Begriff geprägt hat, richtete sich Widerstand vornehmlich gegen das Bewusstwerden verdrängter Wünsche aus dem Es oder verdrängter Schuldgefühle aus dem Über-Ich. In der klient*innenzentrierten Gesprächspsychotherapie wird Widerstand als Vermeiden von bestimmten Inhalten und insbesondere Emotionen aufgefasst. In der frühen Verhaltenstherapie wurde Widerstand als „Gegenkontrolle" gegen strukturierte Interventionen beschrieben. Später wurde auch das Phänomen des beziehungsbedingten Widerstandes anerkannt (Margraf, 2009).

Widerstand kann darüber hinaus als Manifestation von mangelnder Motivation oder Motivierbarkeit der Patient*innen angesehen werden (vgl. Zarbock 2014). Anregungen zu Veränderungsmotivation sowie ihrer Förderung finden sich in „Motivation zur Psychotherapie".

### 2.4.2 Erscheinungsformen von Widerstand

Widerstand zeigt sich auf sehr individuelle und vielfältige Weise. Typische Erscheinungsformen sind:

- häufiges Versäumen von Terminen ohne (plausible) Absage,
- häufiges Zuspätkommen,
- Vergessen von Vereinbarungen oder wichtigen Unterlagen,
- Nichterledigen von Therapieaufgaben,
- Vermeidung der Mitteilung persönlicher Informationen,

- häufiges Schweigen,
- verschlossene oder angespannte Körperhaltung und Mimik, kein Blickkontakt halten,
- Bagatellisieren von Problemen/Symptomen,
- Smalltalk, belangloses Reden oder Gebrauch von Klischees, um Selbstoffenbarung und emotionale Beteiligung zu vermeiden,
- „Türpfosten-Bemerkungen", d. h. wichtige Themen werden erst am Sitzungsende zwischen Tür und Angel angesprochen,
- auffällige Bezugnahme auf Meinungen oder Vorgehensweisen vorheriger Therapeut*innen oder ärztlicher Mitbehandler*innen,
- sich aggressiv oder abwertend verhalten,
- Beziehungstests.

### 2.4.3 Quellen von Widerstand

Für Therapeut*innen ist es wichtig, Widerstand (bzw. fehlende Kooperation, Adhärenz, ehemals Compliance) nicht einfach hinzunehmen und zu interpretieren („Sie will sich gar nicht ändern. Sie hat zu viel Krankheitsgewinn."), sondern deren Ursprung sorgfältig zu ergründen. Die Widerstandsanalyse ist eine wichtige Informationsquelle über Patient*innen und den therapeutischen Prozess. Nach Caspar (1982) können Widerstandsphänomene **3 Quellen** zugeordnet werden:

#### 1. Widerstand gegen Therapieziele

Wenn die Therapieziele von Patient*innen und Therapeut*innen nicht übereinstimmen, ziehen beide an unterschiedlichen Strängen, und Widerstand ist vorprogrammiert. Dies kann leicht geschehen, wenn die Therapieziele der Patient*innen nicht explizit erfasst wurden. Ferner kann es sein, dass Therapeut*innen und Patient*innen unterschiedliche Vorstellungen davon haben, was sich verändern sollte (z. B. der/die Patient*in will den Appetit besser unterdrücken können, um Gewicht zu verlieren, vs. der/die Therapeut*in will, dass der/die Patient*in regelmäßig isst und zunimmt). Widerstand kann zudem entstehen, wenn Ziele bearbeitet werden müssen, die für Patient*innen konflikthaft sind, d. h. wenn Ambivalenz vorliegt. Viele Patient*innen befinden sich hinsichtlich ihrer Therapieziele in einem Annäherung-Vermeidungs-Konflikt, da die Beschwerden in der Regel nicht nur Leidensdruck, sondern auch Krankheitsgewinne mit sich bringen, die eine Teillösung für ein Problem bieten oder zumindest bekanntes Terrain darstellen. Veränderungen im Rahmen der Psychotherapie sind hingegen oft mit Anstrengung verbunden, ihr Ergebnis ist ungewiss und unbekannt und kann Angst auslösen. Kurzfristig kann für Patient*innen somit der Nutzen des Status quo die Kosten der Veränderung überwiegen.

#### 2. Widerstand gegen Beeinflussung an sich

Entsteht bei Patient*innen das Gefühl, dass sie dominiert oder eingegrenzt werden, kommt es zu einer Gegenbewegung in Richtung der Widerherstellung eigener Freiheitsspielräume. Dieses Phänomen wird als **Reaktanz** bezeichnet (vgl. Brehm 1966) und basiert auf dem menschlichen Grundbedürfnis nach Autonomie. Einige Patient*innen reagieren biografisch bedingt sehr empfindlich auf Beeinflussung, während sich andere Patient*innen wiederum Anleitung und Orientierung wünschen. Reaktanz kann auch dann entstehen, wenn Therapeut*innen Patient*innen antreiben oder drängen, z. B. weil sie selbst (schnelle) Therapieerfolge wünschen.

#### 3. Interaktioneller Widerstand

Interaktioneller Widerstand entsteht, wenn das Bindungsbedürfnis des/der Patient*in frustriert wird bzw. wenn das Beziehungsangebot des/der Therapeut*in nicht mit den Bedürfnissen und Möglichkeiten des/der Patient*in übereinstimmt. Der/die Patient*in reagiert verärgert oder rückzügig auf den/die Therapeut*in, testet die Beziehung oder zeigt fehlende Kooperation und Adhärenz. Teilweise kann es auch zu Konkurrenzempfinden kommen, im Zuge dessen der/die Patient*in recht behalten oder dem/der Therapeut*in keinen Therapieerfolg „gönnen" will.

#### Weitere Quellen von Widerstand

Zarbock benennt im „Praxisbuch Verhaltenstherapie" (2014) ähnliche Quellen von Widerstand. Allerdings wird Widerstand hier aus der Perspektive mangelnder Motivation oder Motivierbarkeit von Patient*innen (s. auch „Motivation zur Psychotherapie") betrachtet, und es werden entsprechend den verschiedenen Motivationsformen 4 Widerstandsformen differenziert:

- **Therapiewiderstand** (mangelnde Akzeptanz der Patient*innenrolle und Krankheitseinsicht),
- **Änderungswiderstand** (Widersetzen gegen Veränderung oder neue Erfahrungen),
- **Beziehungswiderstand** (Ablehnung der speziellen Therapeut*innenpersönlichkeit),
- **Methodenwiderstand** (Ablehnung einer bestimmten Vorgehensweise/Therapiemethode).

Als neuer Aspekt taucht hier der Widerstand gegen bestimmte Vorgehensweisen oder Methoden der/des Therapeut*in auf, der aufgrund der im Rahmen von z. B. Expositionen, Verhaltensexperimenten und Rollenspielen herausfordernden Natur der Verhaltenstherapie nicht selten ist. Zarbock betont dabei, dass eine schlechte Motivationslage bzw. Methoden- oder Veränderungswiderstand auch „einfache" Ursachen haben kann, wie z. B. akute oder chronische Überlastung von Patient*innen. Aufgrund dieser Überlastung werden die therapeu-

tischen Anforderungen (z. B. Anwenden „neuer" Strategien, Erledigen von Therapieaufgaben) nicht bewältigt oder vermieden werden. Möglicherweise können sich Patient*innen auch überfordert fühlen, da es ihnen an Kompetenzen oder aber Selbstvertrauen („Ich kann das sowieso nicht.") für eine bestimmte Aufgabe mangelt. Darüber hinaus kann Widerstand auch aufgrund von Missverständnissen oder mangelnder Informiertheit aufseiten von Patient*innen entstehen, d. h. Patient*innen verstehen nicht, warum oder wie genau sie etwas umsetzen sollen.

Neben der Frustration der **Grundbedürfnisse** nach Autonomie (Widerstand gegen Beeinflussung an sich) und Bindung (interaktioneller Widerstand) sind aus Sicht der BSVT auch weitere Grundbedürfnisfrustrationen als Widerstandsquelle in Betracht zu ziehen. Psychotherapie beschäftigt sich zu einem großen Teil mit den Problemen, belastenden Lebenserfahrungen und Defiziten der Patient*innen. Dabei werden unangenehme Emotionen wie Trauer, Angst, Scham und Wut ausgelöst. Zudem erfordern therapeutische Veränderungen Anstrengung und Frustrationstoleranz von Patient*innen. Therapieinhalte können als Unlust, „Selbstwertdämpfer" oder Widerspruch zum Selbstbild (Konsistenzstreben) erlebt werden und in der Folge zu einer mangelnden Kooperation und Adhärenz führen.

### 2.4.4 Umgang mit Widerstand

Therapeut*innen sollten ihre Beziehungsgestaltung und ihr therapeutisches Vorgehen kritisch **reflektieren** und untersuchen, inwieweit dies den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Patient*innen angepasst ist. Kommt es häufiger zu fehlender Kooperation und Adhärenz oder gar zu interaktionellen Schwierigkeiten, sollte der/die Patient*in vorsichtig darauf angesprochen und gemeinsam nach Ursachen gesucht werden (z. B. „Mir ist aufgefallen, dass sie häufig … Kann es sein, dass Ihnen … widerstrebt. Was steckt dahinter?"). Es kann auch hilfreich sein, Patient*innen nach ihren Bedürfnissen zu fragen und zu analysieren, was ihnen in der Therapie fehlt.

Machtkämpfe, die Reaktanz und aversive Emotionen auf beiden Seiten verstärken, sollten vermieden werden. Zur **Achtung des Autonomiebedürfnisses** bieten sich ein minimal direktives Therapeut*innenverhalten und die Betonung der Entscheidungsfreiheit und Expert*innenrolle („Expert*in in eigener Sache") der Patient*innen an. Hilfreich ist zudem die Beachtung des Konzepts der interaktionellen Ausgleichsbewegung, das besagt, dass, wenn auf einer Ebene Druck ausgeübt wird (z. B. Patient*innen auffordern, intime Details preiszugeben oder Entscheidungen zu treffen), auf einer anderen Ebene Druck herausgenommen werden muss. Dies kann z. B. dadurch geschehen, indem Therapeut*innen sich während der Intervention körperlich zurücklehnen, zögerlich werden und den Patient*innen signalisieren, dass diese Raum für Selbstorganisation und Autonomie haben (Zarbock, 2016).

Im Umgang mit interaktionellem Widerstand sollte die Beziehungsgestaltung überprüft und, falls nötig, die **komplementäre Ausrichtung verstärkt** werden. Möglicherweise wurden bei dem/der Patient*in auch maladaptive Beziehungsmuster aktiviert, die die Zusammenarbeit erschweren. Gegebenenfalls kann das Aufdecken und Bearbeiten dieser Muster einen großen Nutzen für den weiteren therapeutischen Prozess haben. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass interaktionelle Störungen immer priorisiert bearbeitet werden sollten, da die therapeutische Beziehung die Voraussetzung für positive Veränderungen darstellt (s. „Die therapeutische Beziehung").

Um die Wahrscheinlichkeit von Widerstand gegen Therapieziele zu reduzieren, sind ein **gemeinsames Erarbeiten von Zielen zu Beginn der Therapie sowie ein regelmäßiger Abgleich** essenziell. Möglicherweise müssen Veränderungsziele im Verlauf angepasst werden. Hilfreich ist es auch, die **Vor- und Nachteile von Veränderungen** offen zu besprechen (z. B. mittels Vier-Felder-Schema). Dabei bietet sich ein dialektisches Vorgehen an (vgl. Dialektisch-Behaviorale Therapie von M. Linehan, 1993), bei dem zwischen Akzeptanz des Status quo und Veränderung abgewogen wird. Therapeut*innen sollten dabei auch die Möglichkeit der Nicht-Veränderung als Problemlösung akzeptieren und die mit der Veränderung einhergehende Anstrengung und Unsicherheit thematisieren. Lässt sich letztlich keine Übereinkunft hinsichtlich der Therapieziele herstellen, sollte die therapeutische Zusammenarbeit überdacht werden (Zarbock, 2014).

Therapeut*innen sollten überdies darauf achten, dass auch die **psychologischen Grundbedürfnisse** nach Lustgewinn/Unlustvermeidung, Selbstwerterhalt/-erhöhung und Konsistenzstreben von Patient*innen in der Therapie erfüllt werden. Lusterfahrungen können z. B. durch Empathie, Fürsorge, Humor und euthyme Verfahren (vgl. Koppenhöfer, 2004) gefördert werden. Durch Ressourcenaktivierung, Lob und Ermöglichen von Erfolgserlebnissen kann das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung unterstützt werden. Das Konsistenzstreben kann durch Validieren und das Ermöglichen von hilfreichen Einsichten in das eigene So-Geworden-Sein im Rahmen von Psychoedukation oder der Arbeit am Störungsmodell gestärkt werden.

## 2.5 Überblick Therapiemotivation

### 2.5.1 Möglichkeiten, Therapiemotivation zu erhalten/aufzubauen

Eine ausreichende Therapiemotivation ist unerlässlich für einen gelingenden Therapieprozess. Auch hier gilt: **Viele Wege führen nach Rom**. Im Folgenden sind einige dieser Wege aufgeführt. Zudem kann über den eigenen Anteil an der Therapiemotivation reflektiert werden.

- Motivation und **Reaktanz**. Es wird unterschieden zwischen Therapie-, Veränderungs-, Beziehungs- und Technikmotivation. An allen diesen Punkten kann es Widerstand geben.
- Motivation kann durch **Information** zur BSVT und über die Rollen in der Therapie (**Rolleninduktion**) gesteigert werden: Setting, Aufgaben und Pflichten, Dauer …
- **Dialektik** von Status quo und Veränderung ist zur Motivationssteigerung hilfreich. Nicht-Veränderung ist auch eine Option. Als Technik kann dies mittels Vier-Felder-Schema mit Patient*innen besprochen werden. Hier kann eine Pro-Kontra-Liste helfen.
- Mit **Cheerleading** (Lob/„Anfeuern“ bei Erfolgen) kann man Patient*innen motivieren. Dies sollte im Verlauf der Therapie weniger werden, um mehr intrinsische Motivation entstehen zu lassen.
- Durch **Validierung** (Gefühle/Erfahrungen für „gültig“/verständlich/nachvollziehbar erklären) wird die Motivation auch gesteigert.
- **Achtsamkeit** hilft, das Problem bewertungsfrei wahrzunehmen. Diese Betrachtung mit innerem Abstand unterstützt die Entscheidungsfindung für oder gegen Änderung. So können die Voraussetzungen geschaffen werden, Ambivalenz abzubauen und Motivation aufzubauen.
- Veränderung werden genannt und auf später geschoben (**Reaktionspotenziale schaffen**): „Im Verlauf kann es sinnvoll sein, Ihre Ehekonflikte zu beleuchten, aber dafür ist es nun noch zu früh.“
- **Pacing und Leading**. Zunächst Mitgehen durch empathisches Spiegeln, dann einen Vorschlag einfließen lassen.
- **Den allerschlimmsten Fall ausmalen** („und dann …?“). Entweder wird Katastrophe als unwahrscheinlich erkannt und so Motivation gesteigert, oder es folgt eine realistische Beschreibung, was passieren könnte, und steigert die Motivation zu noch nicht probierten Strategien.
- Therapeutische und **Lebensziele** (z. B. mehr für Kinder da sein …) können verknüpft werden: Was muss ich in der Therapie tun/lassen/lernen, um meine Lebensziele besser verfolgen zu können?
- **Weg zu gehen vs. Weg beim Gehen**. Für manche Patient*innen sind klare Ziele/Teilziele nötig (z. B. Prüfung steht an, bei Prüfungsangst …); bei anderen Menschen (v. a. bei hoher Komorbidität oder psychosozialer Belastung) ist es besser zunächst Teilziele zu formulieren, sonst wäre es ein zu hoher Berg zu Beginn der Therapie.
- Reaktanz kann durch **flexible Therapeut*innenrolle** vermindert werden, indem sich Therapeut*innen an die Bedürfnisse der Patient*innen anpassen (z. B. als Reiseführer*in vs. interessierte/r Mitreisende*r).

## 2.6 Motivation zur Psychotherapie

### 2.6.1 Barrieren, zur Psychotherapie zu gehen, verringern sich

Psychotherapie ist erst ab ca. 1950 im deutschen Sprachraum in größerem Umfang zugänglich geworden. Psychotherapie als **Kassenleistung** wurde erst Mitte der 1960er-Jahre durch die Untersuchung von Annemarie Dührssen (vgl. Dührssen & Jorswieck, 1965) im Rahmen der Tiefenpsychologie und Psychoanalyse möglich. Die Verhaltenstherapie zog dann einige Jahre später mit dem Versprechen nach, psychische Störungen in kürzerer Zeit behandeln zu können bzw. auch solche Störungen (wie z. B. Zwänge) behandeln zu können, bei denen die Tiefenpsychologie regelhaft nur geringen Erfolg hatte.

Dennoch war die **Akzeptanz** von Psychotherapie in der Bevölkerung gering, und Psychotherapie wurde nur ungenau von psychiatrischer Behandlung unterschieden. Im Volksmund hieß es oft: „Psychotherapie brauche ich nicht, das ist was für Bekloppte. Ich bin doch nicht krank.“ Insofern war beim Aufsuchen einer Psychotherapie ein erhebliches Schamhindernis zu überwinden. Im Verlauf der letzten 20 Jahre hat sich die gesellschaftliche Akzeptanz von Psychologie und Psychotherapie erheblich zum Positiven gewandelt. In der öffentlichen Meinung ist es heute unstrittig, dass psychologische und psychotherapeutische Hilfe bei Schicksalsschlägen und zur Bewältigung von schweren Erkrankungen, Unfällen, Todesfällen, Katastrophenereignissen oder Terroranschlägen angeboten und in Anspruch genommen wird.

Auch die Tatsache, dass im Bereich des Sports Mentaltrainer*innen und Psycholog*innen zur Verbesserung der sportlichen Leistungsfähigkeit, zur Wettkampfvorbereitung und zur Förderung von Teamprozessen gang und gäbe sind, hat die Hürde deutlich abgesenkt, Psychotherapie bei Lebensschwierigkeiten in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus gibt es in der Gesellschaft eine gesetzlich eingeforderte Akzeptanz und

Gleichstellung von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen (Diskriminierungsverbot). Prominente outen sich, dass sie an Depressionen, Ängsten, Süchten oder Essstörungen leiden oder in der Vergangenheit gelitten haben.

Weiterhin brechen durch die **moderne Lebensführung** mit hoher Mobilität und Vereinzelung („Single-Gesellschaft") naturwüchsige psychosoziale Unterstützungsangebote weg. Auch religiöse Deutungs- und Trostangebote bei schwierigen Lebensverläufen und Schicksalsschlägen haben für zunehmend mehr Menschen keine hinreichende Trostwirkung mehr.

In diesem Umfeld ist das Aufsuchen von Psychotherapie bei Lebensschwierigkeiten oder psychischen Störungen für viele Menschen sehr akzeptabel geworden. Die langen Wartezeiten bei Psychotherapeut*innen zeigen, dass vermutlich für die überwiegende Anzahl der Menschen in unserem Kulturkreis **keine wesentlichen Hemmungen mehr bestehen**, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Die Schamschwelle, die man im vorigen Jahrhundert noch überwinden musste („Ich bin doch nicht verrückt!"), ist nachhaltig abgebaut worden. Dieser Prozess wird dadurch unterstützt, dass die ICD-10 vorübergehende Reaktionen auf Lebensbelastungen als behandlungsbedürftige, krankheitswertige Störung definiert. Die Diagnosen der Anpassungsstörung und der Störung „Angst- und Depression gemischt" zeigen, dass früher nicht als behandlungsbedürftig aufgefasste Stimmungsauslenkungen heute als krankheitswertige Störungen mit einer potenziellen Indikation für Psychotherapie aufgefasst werden können.

## 2.6.2 Therapiemotivation unter der Lupe

Da die generelle Attraktivität von Psychotherapie als Mittel zur Bewältigung psychischer, somatischer, aber auch schicksalhafter Krisen und Ereignisse hoch ist, muss es auch darum gehen, die individuelle Therapiemotivation der Patient*innen genauer zu beleuchten. Dies ist besonders wichtig, wenn die Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden.

Für eine gelingende Psychotherapie im ambulanten Setting ist es günstig, die **Motivation zu klären** und **Eigenmotivation zu erarbeiten**. Können die Patient*innen die Therapie auch selbst wollen? Was möchten sie für sich erreichen? Hierzu ist es wichtig, die Lebensziele zu klären und die Psychotherapie „hinter diese Lebensziele zu bringen" (s. **„Werte, Ziele und Hindernisse [▶ Abb. 7.20, P-AB]"**).

### Eigen- und Fremdmotivation

Wir können eine Eigen- von einer Fremdmotivation unterscheiden. **Eigenmotivation** heißt, die Patient*innen möchten selbst Psychotherapie zur Bewältigung von Problemen oder Störungen aufsuchen. **Fremdmotivation** heißt, die Patient*innen sind „zur Psychotherapie geschickt worden", da das Verhalten andere stört.

In **Erwachsenenbereich** haben wir Fremdmotivation u. a. durch gerichtliche Auflagen bei Gewalttäter*innen oder bei Führerscheinentzug wegen Alkohol oder Drogen. Auch Ehe- und Beziehungspartner*innen können eine Fremdmotivation für die Psychotherapie aufbauen. Dazu wird die Therapie nahegelegt, teilweise kann das bis zur Androhung einer Trennung gehen.

Gerade bei **Kindern und Jugendlichen** ist die Fremdmotivation vorherrschend. Sie werden in Schule, Familie oder Peergruppe auffällig. Eine Eigenmotivation ist im ersten Schritt nicht primär, sondern muss im Rahmen des Therapieprozesses („Was könnte die Therapie auch Dir selbst bringen?") erst aufgebaut werden.

### Intrinsische und extrinsische Motivation

Von **intrinsischer Motivation** spricht man, wenn Psychotherapie von Patient*innen zum Erreichen eigener persönlicher Ziele und Werte aufgesucht wird. In einem solchen Fall sind der Erkenntnisgewinn („mich und andere besser verstehen") und die Selbstfürsorge („etwas für mich tun") zusätzlich zum Leidensdruck (Einschränkung der Funktionsfähigkeit durch die Symptome) ausschlaggebend für die Therapiemotivation. Von **extrinsischer Motivation** spricht man, wenn Patient*innen durch Psychotherapie Vorteile erlangen oder eine Bestrafung (z. B. eine Gefängnisstrafe oder den Entzug der Fahrerlaubnis) abwenden möchten. Eine extrinsische Motivation entfällt sofort, wenn die äußere „Strafandrohung" oder die „Belohnung" wegfällt oder wirkungslos wird.

### Therapie- und Änderungsmotivation

**Therapiemotivation** bedeutet, dass Patient*innen gerne zur Therapie kommen und das auch über einen längeren Zeitraum tun möchten. Das ist in der Regel immer dann der Fall, wenn die therapeutische Beziehung hinreichend gut ist und Therapeut*innen die Patient*innen als Person und im Verhalten positiv verstärken. Besonders attraktiv ist ein therapeutisches Angebot für Patient*innen, die sozial vereinsamt sind und denen die Therapie ein Gefühl lange ersehnter Bindung und Selbstaufwertung vermittelt. In seltenen Fällen versuchen Patient*innen durch die Inanspruchnahme einer Therapie, eine extrapunitive Opferhaltung („Ich bin das Opfer, alle anderen sind schuld!") zu stabilisieren.

Von einer zusätzlichen **Änderungsmotivation** sprechen wir immer dann, wenn Patient*innen tatsächlich bereit sind, zusätzliche Mühen auf sich zu nehmen, um sich zu ändern. Hierzu ist eine gewisse Disstresstoleranz erforderlich. Sie müssen Unangenehmes aushalten (z. B. Ängste bei der Exposition, Anstrengung bei der Protokollierung von Gedanken oder Emotionen, imaginative Umstrukturierungen), damit letztlich ein positives Ziel erreicht werden kann.

Zur Überprüfung von Therapie- und Veränderungsmotivation können am Anfang „die Kosten einer Psychotherapie" (Wegeaufwand, Übungsaufwand, emotionaler Aufwand der Konfrontation mit unangenehmen Themen) besprochen werden. Durch eine **Pro- und Kontraliste** kann man mit Patient*innen genau überlegen, was dafür spricht, keine Therapie zu machen, im Gegensatz zu dem, was dafür spricht, eine Therapie zu machen. Barrieren können hier identifiziert und Lösungswege dafür gefunden werden.

#### Funktionalitäten als Motivationshindernis

Eine starke Funktionalität der Störung kann die Änderungsmotivation infrage stellen. Die **Störung dient** dann bewusst oder meist unbewusst dem **Erreichen von Zielen**. Klassisch ist hier das sog. „Rentenbegehren", d. h. der Fortbestand der Störung sichert den weiteren Bezug von Versicherungsleistungen oder soll solche erst begründen. Auch können bei der „Aufgabe" der Symptomatik neue Lebensprobleme auftreten: Die Partnerschaft könnte ins Ungleichgewicht kommen, z. B. könnten Partner*innen eine selbstständigere, weniger eingeschränkte Person (die Patient*innen) evtl. nicht ertragen (z. B. aufgrund eigener Selbstwertprobleme oder den Symptomen der Patient*innen als „Mittelpunkt" der bisherigen Beziehung), oder aber durch Aufgabe der Krankenrolle wären die Patient*innen selbst mit den psychosozialen Entwicklungsdefiziten, ihren Leistungsschwächen und ihrem beruflichen Scheitern schmerzlich konfrontiert.

### 2.6.3 Grundhaltung der Therapeut*innen

Indem sie eine psychotherapeutische Grundhaltung verkörpern (s. **„Therapeutische Grundhaltung [T-Reflexion**, ▶ Abschn. 2.1**]"**), können Therapeut*innen die Patient*innen sowohl zur Therapie wie auch zur Veränderung motivieren. Botschaften einer therapeutischen Grundhaltung können sein:

- „Ich höre zu und möchte Sie, Ihre Probleme, aber auch Ihr Befinden, Ihre Lebensgeschichte und Ihre innere wie äußere Situation genau verstehen und ‚sehen'."
- „Ich verurteile Sie nicht, mir ist vieles prinzipiell bekannt (‚Nichts Menschliches ist mir fremd')."
- „Ich sage die Wahrheit und bin authentisch."
- „Ich kümmere mich um Sie, vor allem um Ihre seelischen Verletzungen, Ihre seelischen Bedürfnisse und Sehnsüchte."
- „Ich bleibe professionell und abstinent – es geht um Sie, nicht um meine privaten Empfindungen und Wünsche."
- „Ich fordere aber auch Respekt für meine Grenzen und Einhaltung vereinbarter Absprachen und Regeln."
- „Bei Selbst- und Fremdgefährdung werde ich zum Schutz des Lebens handeln."

Wir müssen uns vergegenwärtigen, dass ein solches Beziehungsangebot, zumal wenn es von der Krankenkasse finanziert wird, in unserer Gesellschaft ein einzigartiges (Bindungs-)Angebot von hoher Verstärkungsqualität ist. Eine überzeugend verkörperte psychotherapeutische Grundhaltung ist daher für viele Patient*innen stark motivationsinduzierend, da die zentrale Botschaft ist: „Es lohnt sich!"

### 2.6.4 Stufen der Motivationsausprägung nach Prochaska und DiClemente

Das sog. transtheoretische Modell von Verhaltensänderungen von Prochaska und DiClemente (DiClemente et al., 1991; Prochaska und DiClemente, 1986) betont die **Eigenverantwortung** der Patient*innen und ermöglicht eine Kommunikation auf **Augenhöhe**. Die oben skizzierte therapeutische Haltung wird durch das Prochaska-Modell **dialektisch ergänzt**. Durch die Grundhaltung haben Therapeut*innen einerseits eine Verantwortung für die Motivation der Patient*innen, andererseits liegt auch ein Teil der Verantwortung bei den Patient*innen selbst.

Prochaska und DiClemente unterscheiden die unten aufgeführten **5 Stadien** einer geplanten Verhaltensänderung. Dieses Modell stammt aus der Suchttherapie und lässt sich Patient*innen gegenüber auch sehr gut an dem Beispiel „man möchte aufhören zu rauchen oder zu trinken" erläutern. Durch den suchttherapeutischen Hintergrund des Modells betont es zentral die Entscheidung, den Willen und den Einsichtsprozess der Patient*innen. Diese Perspektive auf die Therapie- und Änderungsmotivation kann bei **ambivalenten Patient*innen** oft hilfreich sein, da die **Willensfreiheit der Patient*innen** radikal akzeptiert wird („Zwingen kann man niemanden, weder zur Einsicht noch zur Veränderung!"). Jede Stufe des Modells ist eine „mögliche Position zum Problem" („Kann man so sehen, kann man so machen"). Therapeut*innen sollten jedoch helfen wollen, dass Patient*innen (im Sinne des Patienten-