

## 4



## Der therapeutische Prozess

Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) besteht – und das ist ihr Merkmal – aus mehreren Komponenten. Die Behandlung beginnt meist mit einer funktionalen Analyse, zum einen, um Art und Umfang der problematischen Verhaltensweisen, Emotionen und Kognitionen zu erfassen, zum anderen, um zu ermitteln, in welcher Beziehung sie zueinander stehen, und Faktoren zu identifizieren, die ein bestimmtes Problem möglicherweise auslösen, beeinflussen oder verstärken. Dabei geht es auch um die vorausgehenden Ereignisse und Konsequenzen des Verhaltens, um die Frage, welche Reize kognitive, emotionale und behaviorale konditionierte Reaktionen (CRs) auslösen und die Frage, welche Kognitionen zu welchen Emotionen oder Verhaltensweisen beitragen. Die Auswirkungen der Umgebung und des kulturellen Kontexts auf diese Beziehungen werden ebenfalls evaluiert. Selbstbeobachtung hilft, die funktionale Analyse zu verfeinern, sie trägt zur Entwicklung einer Expertenperspektive bei (die Person soll lernen, ihre Reaktionen objektiv zu beobachten, also zum Experten/zur Expertin in eigener Sache werden) und fördert das Gewahrwerden des Zusammenspiels von Gedanken, Emotionen und Verhaltensweisen in bestimmten Kontexten. Die funktionale Analyse bestimmt dann die Wahl des therapeutischen Ansatzes. Ziel der behavioralen Strategien ist es, erwünschtes Verhalten zu steigern und unerwünschtes zu verringern, was durch Kontrolle der vorausgehenden Ereignisse, Veränderung der Verstärkungsmuster, das Erlernen von Fertigkeiten oder durch konfrontationsbasierte Verfahren zur Abschwächung erlernter Assoziationen geschieht. Kognitive Strategien werden eingesetzt, um dysfunktionale Einstellungen und Annahmen zu identifizieren und mit Hilfe des logischen Empirismus, der Disputation oder durch Verhaltensexperimente zu hinterfragen. Im folgenden Abschnitt wird jede einzelne Strategie ausführlich erläutert.

## Die Rolle der therapeutischen Beziehung

Im Unterschied zu vielen anderen Therapieverfahren gilt in der KVT die therapeutische Beziehung nicht als primärer therapeutischer Motor. Man geht vielmehr davon aus, dass es primär die für eine hilfesuchende Person arrangierten Situationen zum Ausprobieren neuer Verhaltensweisen und die ihr vermittelten kognitiven und behavioralen Fertigkeiten sind, die Veränderungen bewirken. Was jedoch nicht heißt, dass die therapeutische Beziehung nebensächlich wäre – ist doch bekannt, dass die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut/Therapeutin und Klient/Klientin eine wichtige Basis für den Einsatz der verschiedenen KVT-Strategien ist. Deshalb „ist ein wirklich geschickter Verhaltenstherapeut eine Person, die Probleme behavioral konzeptualisieren, aber auch die notwendigen Übertragungen vornehmen kann, um den Klienten auf warme und empathische Weise zu begegnen“ (Goldfried/Davison 1994, 56). Es ist in der Tat bewiesen, dass die KVT effektiver ist, wenn sie in einer warmen, empathischen Atmosphäre stattfindet, was insbesondere für die ersten Therapiesitzungen gilt (z. B. Keijsers et al. 1995).

Ein hervorstechendes Merkmal der therapeutischen Beziehung im Rahmen der KVT ist die partnerschaftliche Zusammenarbeit von Therapeut/Therapeutin und Klient/Klientin, ein Merkmal, das die Behandlung in jeder Hinsicht prägt. Der Therapeut/die Therapeutin ist zwar die Fachkraft für Verhaltens- und Kognitionswissenschaften, für deren Theorie und Anwendung, zugleich jedoch abhängig von der Selbstbeobachtung des hilfesuchenden Menschen, um für dessen individuelle Bedürfnisse passgenaue Interventionen bereithalten zu können. Beide Seiten erarbeiten und verfeinern gemeinsam die funktionale Analyse und den Behandlungsplan. Sie evaluieren gemeinsam die Beweise für die Überzeugungen und Annahmen der Person und überlegen sich gemeinsam behaviorale Interventionen zur Veränderung von Verstärkungsmustern, zur Abschwächung der CRs, zum Erwerb von Fertigkeiten und zur Erprobung neuer Verhaltensweisen, um Informationen zu sammeln, die geeignet sind, Fehleinschätzungen zu korrigieren. Gemeinsam evaluieren sie die Wirksamkeit jeder Intervention und modifizieren diese bei Bedarf. Die intensive partnerschaftliche Zusammenarbeit bewirkt, dass die Person Kenntnisse und Fertigkeiten erwirbt, die sie zum Experten oder zur Expertin machen und schließlich befähigen, den Behandlungsplan eigenständig zu formulieren, umzusetzen und zu verfeinern.

Die kollaborative, partnerschaftliche Natur der therapeutischen Beziehung wird gestärkt, wenn in den ersten Sitzungen die therapeutischen Ziele, Wege und Prozesse eindrücklich vorgestellt werden. Das stimmt die

Person auf die kognitiven und behavioralen Veränderungen und ihre aktive Beteiligung am Veränderungsprozess ein. Die ersten Sitzungen sind deshalb der Formulierung der Behandlungsziele und präzisen Beschreibung des Behandlungsprozesses gewidmet, wobei auch ein schriftlicher Behandlungsvertrag geschlossen werden kann. Der Vertrag verdeutlicht, was von allen Beteiligten erwartet wird.

Die kollaborative, partnerschaftliche Natur der therapeutischen Beziehung steigert die Wirksamkeit von Verstärkungen durch den Therapeuten/die Therapeutin, was für deren Rolle eminent wichtig ist. In der KVT wird die Person verstärkt, wenn sie sich aktiv beteiligt, insbesondere für die Bewältigung ihrer Hausaufgaben in der Zeit zwischen den Sitzungen. Die KVT erzielt bessere Ergebnisse, wenn zwischen zwei Sitzungen Hausaufgaben erledigt werden. Eine gute therapeutische Beziehung verstärkt also den Therapieerfolg, weil sie die Verstärkung durch den Therapeuten aufwertet, was wiederum das Engagement der hilfesuchenden Person verstärkt. KVT-Fachkräfte sind für ihr Klientel oft auch Modell, etwa wenn sie vormachen, wie man sich einer gefürchteten Situation annähert oder neue Fertigkeiten erwirbt. Wie effektiv der Modellcharakter des Therapeuten/der Therapeutin ist, das wird vermutlich ebenfalls von der Qualität der therapeutischen Beziehung beeinflusst.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die kollaborative Natur der therapeutischen Beziehung das Wesen der KVT ausmacht und die Basis für die Einführung und Umsetzung diverser Fertigkeiten und Übungen ist. Ihre Bedeutung wurde bislang allerdings selten direkt untersucht. Zudem sind die vorhandenen Forschungsergebnisse widersprüchlich. Kazdin, Marciano und Whitley (2005) haben festgestellt, dass sich die therapeutische Allianz, definiert als die kollaborative Natur der therapeutischen Beziehung, gemeinsam erarbeitete Ziele und persönliche Bindung positiv auf das ungehörige, aggressive und antisoziale Verhalten von Kindern auswirken. Im Gegensatz dazu war die therapeutische Allianz für das Ergebnis kognitiv-behavioraler Behandlungsmethoden bei Depressionen nicht entscheidend (Feeley/DeRubeis/Gelfand 1999). Eine positive Allianz ließ nicht nur keinen Schluss auf eine Symptomlinderung zu, sondern war vielmehr erwiesenermaßen die Folge einer Linderung der Symptome, zumindest im Verlauf einer kognitiv-behavioralen Depressionstherapie (z. B. Tang/DeRubeis 1999). Kazdin (2007) verweist auf die methodischen Mängel der meisten Studien über Wirkfaktoren der KVT, einschließlich der Studien über die therapeutische Allianz. Der Stellenwert der therapeutischen Beziehung für den Erfolg einer KVT ist also noch genauer zu untersuchen.

## Die Rolle des Therapeuten/der Therapeutin

KVT-Therapeuten und -Therapeutinnen müssen verschiedene Rollen einnehmen; einige davon wurden bereits im vorigen Abschnitt über die therapeutische Beziehung erwähnt. Sie sind zuerst einmal Diagnostiker, die sich der verschiedenen Informationsquellen ihrer Klienten bedienen, und, indem sie die Informationen anhand ihres Hintergrundwissens beurteilen, das Problem „diagnostizieren“ und die optimale Interventionsstrategie finden (Kendall 1993). Sie bedienen sich der verhaltens- und kognitions-wissenschaftlichen Grundlagen und Theorie, um eine funktionale Analyse der Verstärker, Strafreize, erlernten Assoziationen und kognitiven Bewertungen zu erstellen, die zusammengenommen maladaptive Verhaltens-, Denk- und Gefühlsmuster verursachen. KVT-Therapeuten und -Therapeutinnen werden durch ihre Fragetechnik, ihre Beobachtungen und Reflexionen zu Modellen für die Methode des Expertentums in eigener Sache.

Therapeuten und Therapeutinnen sind es auch, die der Person helfen, ihre Denkmuster zu erkennen. Sie bedienen sich, genauer gesagt, mehrerer Strategien, die es der Person ermöglichen, ihre maladaptiven Annahmen und Überzeugungen zu identifizieren und zu hinterfragen. Sie werden sie dabei unterstützen, ihre verzerrten Wahrnehmungen zu benennen, Beweise für oder gegen die Richtigkeit ihrer Annahmen zu prüfen, verabsolutierte Aussagen zu relativieren, die Wahrscheinlichkeit bestimmter Erlebnisse zu evaluieren und für Ereignisse andere mögliche Erklärungen zu finden. Der Therapeut/die Therapeutin achtet ferner auf stets wiederkehrende Themen automatischer Gedankengänge und leitet daraus eine Hypothese über grundlegende Schemata ab. Dies kann auch durch die „Technik des vertikalen Pfeils“ (Burns 1980) geschehen, wobei immer wieder nach den Konsequenzen eines bestimmten Gedankens gefragt wird, bis hin zu dessen tiefster Bedeutung. Im Falle von Panikattacken könnte diese Technik folgenden Dialog auslösen:

Therapeut: ... und wenn Sie von Panik erfasst werden, was stellen Sie sich vor, würde dann passieren?

Klient: Ich stelle mir vor, dass ich die Kontrolle verliere.

Therapeut: Nehmen wir einmal an, Sie verlieren die Kontrolle. Was würde das für Sie bedeuten?

Klient: Ich würde verrückt werden.

Therapeut: Nehmen wir einmal an, Sie würden verrückt. Was würde das für Sie bedeuten?

Klient: Das wäre das Ende ... Mein Leben wäre völlig zerstört.

Ferner ermuntert der Therapeut/die Therapeutin die Person ausdrücklich, neue Bewertungen zu generieren, und zwar durch den Sokratischen Dialog, d.h. die Gegenüberstellung von geäußelter Bewertung, empirischer Evidenz und Reflexionen. Auch dabei gilt es, stets als Modell zu fungieren, damit der Klient/die Klientin die gleichen, zur selbstständigen kognitiven Restrukturierung erforderlichen Fertigkeiten erwirbt.

KVT-Therapeuten und -Therapeutinnen helfen beim Entwerfen und Umsetzen behavioraler Strategien zur Veränderung von Verstärkungsmechanismen, zur Steigerung erwünschter und Verringerung unerwünschter Verhaltensweisen, zur Bildung neuer Assoziationen, die maladaptive verhindern, und zur Entwicklung neuer Fertigkeiten. Sie fördern kognitive und behaviorale Veränderungen und bedienen sich dafür expliziter und impliziter Verstärker. Wird eine Person vom Therapeuten/von der Therapeutin persönlich begleitet, wenn sie sich in eine reale, gefürchtete Situation begibt, handelt es sich um ein spezifisches Beispiel therapeutischer Verstärkung. Eine vom Therapeuten gelenkte Exposition maximiert das Verstärkungspotenzial des Therapeuten/der Therapeutin und ist besonders bei Menschen hilfreich, die auf kein soziales Netzwerk zurückgreifen können, das sie bei ihren Annäherungsübungen unterstützt (Holden et al. 1983). Der Therapeut/die Therapeutin kann zudem ein bestimmtes Verhalten im Konfrontationssetting vormachen und die Person anleiten, wie dies bei der „gelenkten Expositionsbewältigung“ (*guided mastery exposure*, Williams 1990) geschieht. Williams und Kollegen haben nachgewiesen, dass diese Art der Expositionsbewältigung den üblichen Konfrontationsmethoden überlegen ist (z.B. Williams/Zane 1989). Das Lernen am Modell des Therapeuten/der Therapeutin, auch teilnehmendes Modelling genannt, kann auch in den Praxisräumen stattfinden. Therapeut oder Therapeutin können beispielsweise im Rollenspiel und bei der Erprobung von Verhaltensweisen zum Erwerb neuer Fertigkeiten (z.B. von Selbstbehauptungsfertigkeiten) oder beim Verhaltenstraining (z.B. wie man ein Objekt anfasst, das aus Angst vor Kontaminierung bislang gemieden wurde) einen aktiven Part übernehmen und damit Vorbildwirkung erzielen.

Therapeutinnen und Therapeuten sind fast immer Modelle, ob beabsichtigt oder unbeabsichtigt. „Deshalb sollte sich der Therapeut seiner Wirkung auf den Klienten stets bewusst sein und keine Mühe scheuen, ein Modell für Verhaltensweisen, Einstellungen und Emotionen zu sein, die geeignet sind, den therapeutischen Prozess voranzubringen“ (Goldfried/Davison 1994, 60). Der Therapeut/die Therapeutin sollte also nicht die gleichen Ängste zeigen wie die hilfeschende Person, insbesondere dann, wenn er/sie ihre eigenen Ängste unzureichend regulieren kann. Schließlich werden kognitive Verhaltenstherapeuten, falls die kognitive Verände-