

BRAKEMEIER | JACOBI (HRSG.)

# Verhaltens- therapie in der Praxis

2. AUFLAGE

**BELTZ**

Eva-Lotta Brakemeier • Frank Jacobi (Hrsg.)

# **Verhaltenstherapie in der Praxis**

| 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

**BELTZ**

Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier  
Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Direktorin des Zentrums für Psychologische Psychotherapie (ZPP)  
Universität Greifswald  
Franz-Mehring-Str. 47 | 17489 Greifswald

Prof. Dr. Frank Jacobi  
Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Psychologische Hochschule Berlin (PHB)  
Am Köllnischen Park 2 | 10179 Berlin

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Beltz Verlagsgruppe behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor. Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Dieses Buch ist erhältlich als:  
ISBN 978-3-621-29097-5 Print  
ISBN 978-3-621-29098-2 E-Book (PDF)

2. Auflage 2025

© 2025 Programm Beltz Psychotherapie & Psychologie  
Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG  
Werderstraße 10, 69469 Weinheim  
service@beltz.de  
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Sandra Schönfelder, Andrea Glomb  
Umschlagbild: jon\_olmstead (Getty Images)  
Herstellung: Uta Euler  
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau  
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza  
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).  
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

# Inhalt

Vorwort zur 2. Auflage <i>Eva-Lotta Brakemeier • Frank Jacobi</i>	11
Was wir tun, wie wir es tun – und warum: Verhaltenstherapie in der Praxis <i>Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier</i>	17
<b>I Zum Einstieg: die aktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung</b>	
Editorial <i>Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier</i>	26
<b>1 Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie</b> <i>Agnes Justen-Horsten</i>	31
<b>2 Schlüsselkompetenzen psychotherapeutischer Kommunikation und Beziehungsgestaltung</b> <i>Frank Jacobi • Katrin Hötzel</i>	42
<b>3 Motivorientierte Beziehungsgestaltung</b> <i>Franz Caspar • Martina Belz</i>	51
<b>4 Motivierende Gesprächsführung</b> <i>René Noack • Jana Mrose</i>	63
<b>5 Spezifische Beziehungsgestaltungstechniken aus neueren integrativen Methoden</b> <i>Eva-Lotta Brakemeier • Eva Faßbinder • Christian Stiglmayr</i>	72
<b>6 Umgang mit schwierigen Situationen zu Beginn einer Therapie</b> <i>Frank Jacobi • Jan Spies • Eva-Lotta Brakemeier</i>	91
<b>II Vom Erstkontakt zur Fallkonzeption</b>	
Editorial <i>Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier</i>	106
<b>7 Erstkontakt und Vorbereitung der Therapie</b> <i>Miki Kandale • Ruth Uwer • Frank Jacobi</i>	110
<b>8 Diagnostik zur Therapieplanung, Verlaufskontrolle und Ergebnisbewertung</b> <i>Frank Jacobi</i>	129
<b>9 Der psychopathologische Befund</b> <i>Tom Bschor</i>	141
<b>10 Verhaltensanalyse</b> <i>Peter Neudeck</i>	155

<b>11</b>	<b>Plananalyse</b>	172
	<i>Franz Caspar • Martina Belz</i>	
<b>12</b>	<b>Dimensionale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen</b>	187
	<i>Johannes Zimmermann • Cord Benecke</i>	
<b>13</b>	<b>Fallkonzeption und Therapieplanung</b>	200
	<i>Joachim Kosfelder • Frank Jacobi</i>	
<b>III</b>	<b>Basistechniken der Verhaltenstherapie</b>	
	Editorial	214
	<i>Eva-Lotta Brakemeier • Frank Jacobi</i>	
<b>14</b>	<b>Psychoedukation</b>	215
	<i>Stephan Mühlig • Antje Manthey • Jeannine Paulick</i>	
<b>15</b>	<b>Verhaltenstherapeutische Hausaufgaben</b>	226
	<i>Sylvia Helbig-Lang • Lydia Fehm</i>	
<b>16</b>	<b>Ressourcenorientierung</b>	240
	<i>Ulrike Willutzki • Tobias Teismann</i>	
<b>17</b>	<b>Euthyme Techniken (Genusstherapie)</b>	251
	<i>Rainer Lutz</i>	
<b>18</b>	<b>Aktivitätsaufbau</b>	263
	<i>Eva-Lotta Brakemeier • Marzena Mucha</i>	
<b>19</b>	<b>Expositions- und Konfrontationsverfahren</b>	270
	<i>Thomas Lang • Andre Pittig • Frank Jacobi</i>	
<b>20</b>	<b>Kognitive Umstrukturierung und Verhaltensexperimente</b>	290
	<i>Dominik Ülsmann • Andrea Ertle</i>	
<b>21</b>	<b>Training sozialer Kompetenz</b>	310
	<i>Nikola M. Stenzel • Anna Radkovsky • Anna-Maria de Veer</i>	
<b>22</b>	<b>Problemlösetraining</b>	326
	<i>Silja K. Schenk • Nikola M. Stenzel • Stefan Krumm</i>	
<b>23</b>	<b>Kommunikationstraining</b>	339
	<i>Sarah Weusthoff</i>	
<b>24</b>	<b>Situationsanalyse</b>	349
	<i>Eva-Lotta Brakemeier</i>	
<b>25</b>	<b>Selbstmanagement</b>	361
	<i>Dominik Ülsmann</i>	
<b>26</b>	<b>Krisenintervention und Suizidalität</b>	372
	<i>Tobias Teismann</i>	
<b>27</b>	<b>Entspannungsmethoden</b>	385
	<i>Thomas Heidenreich • Paula Kröger • Andrea Chmitorz • Johannes Michalak</i>	

<b>28</b>	<b>Rückfallprophylaxe und Therapiebeendigung</b>	397
	<i>Vincent Bohnacker • Eva-Lotta Brakemeier</i>	
<b>IV</b>	<b>Integrative Techniken in der Verhaltenstherapie</b>	
	Editorial	408
	<i>Eva-Lotta Brakemeier • Frank Jacobi</i>	
<b>29</b>	<b>Achtsamkeit und Akzeptanz</b>	410
	<i>Sabine Weidenfeller • Thomas Heidenreich • Johannes Michalak</i>	
<b>30</b>	<b>Imagination</b>	417
	<i>Laura Seebauer • Eva Faßbinder • Gitta Jacob</i>	
<b>31</b>	<b>Imagery Rescripting</b>	425
	<i>Helen Niemeyer • Christine Knaevelsrud</i>	
<b>32</b>	<b>EMDR</b>	431
	<i>Martin Sack • Eva Schäflein</i>	
<b>33</b>	<b>Emotionsregulationstraining</b>	440
	<i>Matthias Berking • Marie Keinert • Christian Aljoscha Lukas</i>	
<b>34</b>	<b>Stuhldialoge</b>	449
	<i>Gitta Jacob • Eva Fassbinder • Laura Seebauer</i>	
<b>35</b>	<b>Selbstwertstärkende Techniken</b>	458
	<i>Friederike Potreck</i>	
<b>36</b>	<b>Körperfokussierte Techniken</b>	471
	<i>Friederike Wardenga • Josephine Händel</i>	
<b>V</b>	<b>Störungsorientierte Behandlung</b>	
	Editorial	480
	<i>Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier</i>	
<b>37</b>	<b>Störungen der Intelligenzentwicklung</b>	484
	<i>Claudia Köppen • Frank Jacobi</i>	
<b>38</b>	<b>Autismus-Spektrum-Störungen</b>	495
	<i>Martina Radtke</i>	
<b>39</b>	<b>ADHS im Erwachsenenalter</b>	505
	<i>Alexandra Philipsen • Marie-Christin Atzor</i>	
<b>40</b>	<b>Psychotische Störungen</b>	516
	<i>Tania Lincoln</i>	
<b>41</b>	<b>Bipolare Störungen</b>	530
	<i>Thomas D. Meyer • Claudia Lex</i>	
<b>42</b>	<b>Depressive Störungen</b>	539
	<i>Sarah Wyka • Nikola M. Stenzel • Simon Bollmann • Eva-Lotta Brakemeier</i>	

<b>43</b>	<b>Angststörungen</b>	556
	<i>Frank Jacobi • Andreas Poldrack • Peter Neudeck</i>	
<b>44</b>	<b>Hypochondrie, Krankheitsangststörung und Krankheitsangst</b>	567
	<i>Florian Weck</i>	
<b>45</b>	<b>Zwangsstörungen</b>	573
	<i>Rüdiger Spielberg • Eva Kischkel</i>	
<b>46</b>	<b>Posttraumatische Belastungsstörung</b>	583
	<i>Maria Böttche • Christine Knaevelsrud</i>	
<b>47</b>	<b>Anhaltende Trauerstörung</b>	596
	<i>Eva-Lotta Brakemeier • Hansjörg Znoj</i>	
<b>48</b>	<b>Essstörungen</b>	609
	<i>Brunna Tuschen-Caffier • Jennifer Svaldi</i>	
<b>49</b>	<b>Somatische Belastungsstörung</b>	623
	<i>Ricarda Mewes • Urs M. Nater</i>	
<b>50</b>	<b>Störungen durch Substanzgebrauch</b>	632
	<i>Sabine Rau</i>	
<b>51</b>	<b>Störungen durch Verhaltenssüchte</b>	644
	<i>Katajun Lindenberg • Astrid Müller • Rudolf Stark</i>	
<b>52</b>	<b>Persönlichkeitsstörungen</b>	652
	<i>Joachim Kosfelder • Frank Jacobi</i>	
<b>53</b>	<b>Borderline-Persönlichkeitsstörung</b>	672
	<i>Christian Stiglmayr</i>	
<b>54</b>	<b>Insomnie</b>	685
	<i>Elisabeth Hertenstein • Christoph Nissen • Dieter Riemann</i>	
<b>55</b>	<b>Sexuelle Störungen und Probleme</b>	695
	<i>Juliette Marchewka • Frank Jacobi • Kirsten von Sydow</i>	
<b>56</b>	<b>Schmerzstörungen</b>	707
	<i>Beate Ditzen • Sandra Kamping • Herta Flor</i>	
<b>VI</b>	<b>Integrative Weiterentwicklungen und die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie</b>	
	Editorial	720
	<i>Eva-Lotta Brakemeier • Frank Jacobi</i>	
<b>57</b>	<b>Kognitive Verhaltenstherapie und integrative Weiterentwicklungen: Chancen und Risiken</b>	723
	<i>Frank Jacobi • Dominik Ülsmann • Eva-Lotta Brakemeier</i>	
<b>58</b>	<b>Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)</b>	733
	<i>Mareike Samaan • Ronald Burian • Claudia Dambacher</i>	

<b>59</b>	<b>Behavioral Activation (BA)</b> <i>Ulrich Schweiger • Valerija Sipos • Jürgen Hoyer</i>	744
<b>60</b>	<b>Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)</b> <i>Eva-Lotta Brakemeier • Rebecca Knoop • Simon Bollmann</i>	755
<b>61</b>	<b>Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)</b> <i>Christian Stiglmayr</i>	769
<b>62</b>	<b>Emotionsfokussierte Therapie (EFT)</b> <i>Lars Auszra • Imke R. Herrmann • Martin grosse Holtforth</i>	781
<b>63</b>	<b>Interpersonelle Psychotherapie (IPT)</b> <i>Rebecca Schneibel • Christine Scholz • Eva-Lotta Brakemeier</i>	795
<b>64</b>	<b>Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)</b> <i>Johannes Michalak • Sabine Weidenfeller • Thomas Heidenreich</i>	810
<b>65</b>	<b>Metakognitive Therapie (MCT)</b> <i>Michael Simons • Tobias Teismann</i>	823
<b>66</b>	<b>Schematherapie (ST)</b> <i>Eva Faßbinder • Gitta Jacob • Laura Seebauer</i>	835
<b>67</b>	<b>Training emotionaler Kompetenzen (TEK)</b> <i>Matthias Berking • Lena Schindler-Gmelch • Christian Aljoscha Lukas</i>	846
<b>68</b>	<b>Well-Being-Therapie (WBT)</b> <i>Eva-Lotta Brakemeier • Jan Spies • Nikola M. Stenzel</i>	856
<b>69</b>	<b>Prozessbasierte Therapie (PBT)</b> <i>Karlin Hossner • Hicham Quintarelli • Marlon Westhoff • Stefan G. Hofmann</i>	867

## **VII** Verschiedene Gruppen und Settings: Diversität in der Verhaltenstherapie

	Editorial <i>Eva-Lotta Brakemeier • Frank Jacobi</i>	880
<b>70</b>	<b>Verhaltenstherapie an der Schnittstelle zum Erwachsenenalter</b> <i>Charlotte Jaite • Harriet Salbach • Babette Renneberg</i>	883
<b>71</b>	<b>Verhaltenstherapie bei älteren Patient:innen</b> <i>Eva-Marie Kessler • Simon Bollmann • Eva-Lotta Brakemeier</i>	889
<b>72</b>	<b>Geschlechtsspezifische Aspekte in der Psychotherapie</b> <i>Juliette Marchewka • Frank Jacobi • Johanna Böttcher</i>	899
<b>73</b>	<b>Kultursensible Psychotherapie</b> <i>Ulrike von Lersner</i>	911
<b>74</b>	<b>Verhaltenstherapie im Kontext der Klimakrise</b> <i>Sarah Stapel • Eva-Lotta Brakemeier</i>	923

<b>75</b>	<b>Verhaltenstherapie bei Arbeitsproblemen</b>	932
	<i>Beate Muschalla</i>	
<b>76</b>	<b>Verhaltensmedizin</b>	939
	<i>Johannes A. C. Laferton • Nikola M. Stenzel</i>	
<b>77</b>	<b>Einbezug von Familien und Bezugspersonen in die Verhaltenstherapie</b>	947
	<i>Sabine Ahrens-Eipper • Eva-Lotta Brakemeier</i>	
<b>78</b>	<b>Verhaltenstherapie in Gruppen</b>	955
	<i>Eva-Lotta Brakemeier • Valerija Sipos • Ulrich Schweiger • Frank Jacobi</i>	
<b>79</b>	<b>Digitale Interventionen</b>	966
	<i>Thomas Berger • Jan Philipp Klein • Steffen Moritz</i>	

## VIII Weitere Aspekte professioneller Praxis

	Editorial	980
	<i>Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier</i>	
<b>80</b>	<b>Datengestützte personalisierte Psychotherapie</b>	982
	<i>Brian Schwartz • Eva-Lotta Brakemeier • Julian Rubel • Wolfgang Lutz</i>	
<b>81</b>	<b>Aktive Gestaltung der eigenen therapeutischen Entwicklung</b>	990
	<i>Frank Jacobi • Sarah Schulte • Haris Tüter</i>	
<b>82</b>	<b>Ethik und Berufsrecht</b>	1005
	<i>Martin Stellpflug • Frank Jacobi</i>	
<b>83</b>	<b>Nebenwirkungen von Psychotherapie</b>	1012
	<i>Eva-Lotta Brakemeier • Yvonne Nestoriuc • Frank Jacobi</i>	
<b>84</b>	<b>Integration von Methoden und Verfahren</b>	1024
	<i>Frank Jacobi • Timo Storck • Josua Handerer • Eva-Lotta Brakemeier</i>	
<b>Anhang</b>		
	Literatur	1036
	Autorenverzeichnis	1110
	Über die Herausgeber:innen	1114
	Sachwortverzeichnis	1116

# Vorwort zur 2. Auflage

Herzlich willkommen bei »Verhaltenstherapie in der Praxis«!

Angenommen, Sie begrüßen eine neue Patientin oder einen neuen Patienten – worauf wird sie oder er achten? Auf das Ambiente, in dem Sie empfangen? Auf das, was Sie sagen? Oder auf Sie als Person?

Wenn wir Sie als Leser:in dieses Praxis-Lehrbuchs willkommen heißen, stellen Sie sich vielleicht ganz ähnliche Fragen: Wie ist dieses Buch »gestaltet«? Was kann es mir Neues sagen? Wer sind die Menschen, die es geschrieben haben? Und: Warum überhaupt ein weiteres Lehrbuch zur Verhaltenstherapie?

Mit diesem Vorwort möchten wir genau diesen berechtigten Fragen nachgehen – und Ihnen erläutern, was dieses Buch auszeichnet und wofür es stehen soll. Die nun vorliegende 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage unseres Lehrbuchs weist einige Besonderheiten auf und setzt folgende inhaltliche und konzeptionelle Schwerpunkte:

- ▶ **Konsequent praxisorientiert.** Im Zentrum dieses Buches steht der Praxisbezug. Alle Kapitel enthalten Fallbeispiele, konkrete Formulierungen und Dialoge aus Psychotherapiestunden sowie klare Hinweise zur Umsetzung zentraler Strategien – ergänzt durch hilfreiche »Dos and Don'ts«, die typische Stolpersteine benennen. Die Auswahl und Darstellung der beschriebenen Methoden, Techniken und Strategien basiert auf einer soliden wissenschaftlichen Fundierung. Zugunsten der Praxisnähe wird auf eine umfassende Zitierung der Forschungsliteratur verzichtet; stattdessen finden interessierte Leser:innen gezielte Hinweise auf zentrale Studien, Übersichtsarbeiten und weiterführende Literatur.
- ▶ **Breiter Überblick über klassische und aktuelle Entwicklungen der Verhaltenstherapie.** Verhaltenstherapie ist ein sich dynamisch weiterentwickelnder Ansatz – mittlerweile die wissenschaftlich am robustesten abgesicherte Form der Psychotherapie und bei vielen Störungen Therapie erster Wahl. Dennoch sind Betroffene, Fachleute und Administrationen häufig unzureichend informiert, sodass kompetente Verhaltenstherapie nach wie vor zu selten durchgeführt wird. Dieses Lehrbuch intendiert, sowohl die klassischen verhaltenstherapeutischen Methoden und Techniken umfassend darzustellen als auch die neueren Entwicklungen seit den 1990er Jahren ausführlich zu präsentieren und (kritisch) zu diskutieren.
- ▶ **Vertiefung transdiagnostischer und allgemeintherapeutischer Aspekte.** Übergreifende Prinzipien wie Beziehungsgestaltung, Motivierung, das Eingehen auf die Lebenswelt der Patient:innen oder die kontextuelle Einbettung psychischer Störungen erhalten im Buch bewusst viel Raum – da sie für eine wirksame Psychotherapie unabhängig von Diagnose und Setting entscheidend sind.
- ▶ **Vielfältig einsetzbar in Studium, Aus- und Weiterbildung.** Die Kapitel dieses Buches decken zentrale Inhalte der universitären Lehre sowie der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung ab. Dank ihrer kompakten Struktur, der klaren Sprache und gezielter Verweise auf vertiefende Inhalte eignet sich das Werk gleichermaßen als

Lernplattform für Lehrveranstaltungen, Seminare, Prüfungen und eigenständige Fortbildung.

- ▶ **Ergänzt durch anschauliche Videobeispiele.** Psychotherapeutische Expertise lässt sich nicht allein durch Lesen erwerben – auch praktische Anschauung ist, abgesehen von eigenem praktischem Training, ein wertvolles Lernmedium. Ergänzende Videobeispiele mit direktem Bezug zu den jeweiligen Buchkapiteln finden Sie auf [psychotherapie.tools/videos](http://psychotherapie.tools/videos) (Brakemeier & Jacobi, 2017). Zahlreiche Autor:innen demonstrieren hier als Video-Therapeut:innen zentrale Interventionen und Techniken und machen diese so auf lebendige und anschauliche Weise erfahrbar.
- ▶ **Besonderheiten der neuen Auflage.** Alle Kapitel wurden inhaltlich überarbeitet und auf den neuesten Stand der Forschung und Praxis gebracht. Dabei wurden zahlreiche neue therapeutische und wissenschaftliche Quellen integriert. Darüber hinaus wurden mehrere zusätzliche Kapitel aufgenommen, die oftmals konzeptioneller Natur sind und aus unserer Sicht zentrale Ergänzungen darstellen, um die Vielfalt und Tiefe verhaltenstherapeutischen Arbeitens noch besser abzubilden. Zudem orientiert sich die Neuauflage bereits an der aktuellen ICD-11, um die Leser:innen frühzeitig mit den neuen diagnostischen Standards vertraut zu machen.

### An wen richten wir uns?

Anhand dieser Besonderheiten wird deutlich, dass unsere Zielgruppe prinzipiell alle Menschen sind, die sich für die Verhaltenstherapie bzw. Klinische Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie oder Psychosomatik interessieren. Auch sind natürlich Kolleg:innen aus Nachbardisziplinen eingeladen, dieses Werk zu rezipieren. Insbesondere richtet es sich an

- ▶ **Psychologiestudierende** in den Bachelor- und Masterstudiengängen mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie. Im Kontext der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes (2019) sei darauf hingewiesen, dass dieses Buch in besonderer Weise für die in der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PsychThApprO) geforderte spezielle Störungs- und Verfahrenslehre (vgl. dort Anlage 2, Punkt 3) geeignet ist. Darüber hinaus bietet es eine fundierte Grundlage für die Vertiefung im Gebiet Verhaltenstherapie im Rahmen der fachpsychologischen Weiterbildung.
- ▶ **Psycholog:innen oder Ärzt:innen in psychotherapeutischer Aus- und Weiterbildung**, die grundlegende klinisch-psychologische Kenntnisse (z. B. Störungslehre und Klassifikationssysteme, Einführung in psychotherapeutische Verfahren) bereits erworben haben,
- ▶ **erfahrene Praktiker:innen**, die sich kompakt über neuere Entwicklungen informieren und bereits erworbenes Wissen auffrischen möchten,
- ▶ **Supervisor:innen und Dozierende**, die Anregungen und Materialien für Lehre und Supervision erhalten möchten,
- ▶ **Wissenschaftler:innen** (ggf. auch Kliniker:innen), die den Praxisbezug nicht verlieren möchten,

- ▶ **Interessent:innen aus dem Gesundheitswesen**, zum Beispiel von Kostenträgern sowie aus der Verwaltung und der (Gesundheits-)Politik.
- ▶ **Betroffene und ihre Angehörige**. Möglicherweise vermag ein solches Lehrbuch auch, Betroffene und Angehörige über die Verhaltenstherapie samt ihrer verschiedenen Methoden und Strategien zu informieren und nützliche Hilfen für Entscheidungen bereitzustellen. Ansonsten stehen im deutschsprachigen Raum natürlich eine Vielzahl an Selbsthilfe-Büchern und Ratgebern (unterschiedlicher Qualität) sowie digitale Tools zur Verfügung. In jedem Fall wird es für Betroffene in Therapie sinnvoll sein, die schriftlichen Informationen noch einmal persönlich mit dem Therapierenden zu besprechen.

In den Kapiteln werden zwar überwiegend Situationen aus ambulanten Psychotherapien beschrieben, jedoch werden stets auch stationäre Konzepte sowie die Umsetzung in Gruppentherapien einbezogen.

### **Wer sind wir – und wer sind unsere Autor:innen?**

Wir Herausgeber:innen haben uns 2012 im Rahmen unserer gemeinsamen Tätigkeit an der Psychologischen Hochschule Berlin (PHB) kennen und schätzen gelernt. Dort haben wir gemeinsam den postgradualen Studiengang Verhaltenstherapie aufgebaut, geleitet und kontinuierlich weiterentwickelt.

Unsere psychotherapeutischen Wurzeln liegen in der empirisch fundierten Verhaltenstherapie, mit der wir uns auch heute noch identifizieren. Gleichzeitig vertreten wir ein modernes, flexibles Verständnis dieses Ansatzes, das offen ist für Weiterentwicklungen und neue wissenschaftliche Impulse.

Zugleich denken und arbeiten wir schulenübergreifend und integrativ. An unseren jeweiligen Wirkungsstätten schätzen wir die Bereicherung durch Verfahrensvielfalt: An der Universität Greifswald streben wir im approbationskonformen Masterstudiengang Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie aktiv an, Verhaltenstherapie, psychodynamische und systemische Verfahren in Lehre, Forschung und Praxis gleichermaßen zu berücksichtigen. Die PHB blickt bereits auf eine langjährige Tradition zurück, in der alle drei Verfahren im »Haus der Psychologie« gleichberechtigt gelehrt, beforscht und angewendet werden.

Von Beginn unserer eigenen psychotherapeutischen Ausbildung und Tätigkeit an haben wir uns dem Selbstverständnis des »Scientist-Practitioner-Modells« verpflichtet gefühlt – einer Haltung, die wissenschaftliches Denken und klinische Praxis eng miteinander verknüpft. Bei der Auswahl unserer Autor:innen war es uns daher ein besonderes Anliegen, Kolleg:innen zu gewinnen, die diesen Anspruch teilen und mit fachlicher Tiefe und Praxisnähe zugleich überzeugen.

Glücklicherweise konnten wir auf viele langjährige Wegbegleiter:innen und kollegiale Freund:innen zurückgreifen – und zugleich im Rahmen dieses Projekts zahlreiche neue Autor:innen kennenlernen, deren Expertise und Perspektiven das Werk bereichert haben. Für die erste Auflage konnten wir insgesamt 105 Autor:innen gewinnen – eine Zusammensetzung, die in mehrfacher Hinsicht Vielfalt widerspiegelt:

- ▶ 50 % Frauen, 50 % Männer, Altersdurchschnitt: 44 Jahre (Spanne: 26–73)
- ▶ Ø 14 Jahre Praxiserfahrung in den jeweiligen Spezialgebieten
- ▶ 70 % approbierte Psychologische Psychotherapeut:innen (VT), ergänzt durch TP-Therapeut:innen, Fachärzt:innen, Psycholog:innen in Ausbildung sowie Fachvertreter:innen angrenzender Disziplinen
- ▶ Rund 50 % mit Zusatzqualifikationen, z. B. in Methoden der sogenannten dritten Welle oder traumatherapeutischer Ansätze
- ▶ Rund 40 % mit wissenschaftlicher Verankerung als Professor:innen sowie zahlreiche promovierte oder habilitierte Kolleg:innen

Für die vorliegende 2. Auflage konnten wir gezielt weitere Autor:innen mit spezifischer klinischer und forschungsmethodischer Expertise gewinnen – etwa im Bereich Systemischer Therapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie oder diversitätssensibler Psychotherapie. Dadurch wird das inhaltliche Spektrum nochmals erweitert und weiter an aktuelle Entwicklungen angepasst.

### **In memoriam**

Mit großer Betroffenheit nehmen wir Abschied von Ulrich Schweiger und Andreas Poldrack, die beide an der ersten Auflage mitgewirkt haben und zwischenzeitlich viel zu früh verstorben sind. Ihr Fachwissen, ihr Engagement und ihre menschliche Wärme haben unser Projekt nachhaltig geprägt. Wir widmen ihnen diese Neuauflage in dankbarer Erinnerung.

### **Besondere Anliegen**

- ▶ **Gendersensibilität.** Wir verwenden den Gender-Doppelpunkt (z. B. Psychotherapeut:innen, Patient:innen). Indem wir eine diskriminierungssensible Sprache verwenden, sollen möglichst alle Menschen sprachlich sichtbar sein und angesprochen werden.
- ▶ **Fallbeispiele.** Unsere Fallbeispiele orientieren sich an realen Beispielen, die natürlich ausreichend anonymisiert wurden, sodass die Patient:innen nicht mehr erkannt werden können.
- ▶ **Gliederung des Buches.** Dem Umfang sowohl »traditioneller Verhaltenstherapie« als auch »neueren Ansätzen« geschuldet haben wir folgende Gliederung vorgenommen:
  - Teil I: Zum Einstieg: Die aktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung
  - Teil II: Vom Erstkontakt zur Fallkonzeption
  - Teil III: Basistechniken der Verhaltenstherapie
  - Teil IV: Integrative Techniken in der Verhaltenstherapie
  - Teil V: Störungsorientierte Behandlung
  - Teil VI: Integrative Weiterentwicklungen und die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie
  - Teil VII: Verschiedene Gruppen, Probleme, Settings: Diversität in der Verhaltenstherapie
  - Teil VIII: Weitere Aspekte professioneller Praxis

Jedem dieser Teile ist ein einführendes Editorial vorangestellt, das dabei unterstützen soll, sich kurz hinsichtlich der vielfältigen Inhalte zu orientieren. Besondere Aufmerksamkeit möchten wir auch auf die in allen Kapiteln angegebene weiterführende und vertiefende Literatur lenken – das Buch kann durchaus somit auch als »Plattform« für weitergehende Beschäftigung genutzt werden.

### **Wem möchten wir danken?**

Das vorliegende Werk markiert den (vorläufigen) Endpunkt eines langen und intensiven Prozesses. Es konnte nur durch die engagierte Mitwirkung und vielfältige Unterstützung zahlreicher Menschen und Institutionen verwirklicht werden. Unser aufrichtiger und herzlicher Dank gilt daher:

- ▶ **Zuallererst unseren Autor:innen**, die unsere frühen wie späteren konzeptionellen Vorgaben mit großer Sorgfalt, Kreativität und Professionalität umgesetzt haben und damit den Kern dieses Lehrbuchs entscheidend geprägt haben.
- ▶ **Dem Beltz Verlag**, insbesondere **Andrea Glomb** und **Sandra Schönfelder** für ihre durchweg wohlwollende, geduldige und hochkompetente Begleitung. Ihre klugen Anregungen bei der Konzeptualisierung, die verlässliche Koordination sowie das sorgfältige Lektorat waren für die Umsetzung von unschätzbarem Wert.
- ▶ **Unsere Mitarbeiterinnen Sarah Stapel und Sarah Schulte**, die uns bei vielen redaktionellen, inhaltlichen und organisatorischen Aufgaben mit großem Engagement und Sorgfalt unterstützt haben.
- ▶ **All den Betroffenen**, die sich auf verhaltenstherapeutische Prozesse eingelassen und uns Einblicke in ihre Lebensrealitäten ermöglicht haben. Ihre anonymisierten Beispiele tragen erheblich dazu bei, dass dies kein theoretisches Lehrbuch, sondern ein wirkliches *Praxisbuch* geworden ist.
- ▶ **Unsere wichtigen beruflichen Wegbegleiter:innen und Mentor:innen**, die uns über viele Jahre hinweg begleitet, inspiriert und unterstützt haben. Auch wenn sie hier nicht einzeln genannt werden können, sind sie in unserem Denken und Arbeiten deutlich spürbar.
- ▶ **Den Kolleg:innen aus Fachgesellschaften und psychotherapielevanten Gremien**, insbesondere aus der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, der DGPPN sowie den Psychotherapeutenkammern, mit denen wir in einem stets bereichernden Austausch stehen und von deren Impulsen wir vielfach profitieren durften. Eva-Lotta Brakemeier dankt in diesem Zusammenhang auch ausdrücklich dem Wissenschaftsrat für seine wichtigen Impulse.
- ▶ **Und schließlich: Wir danken uns gegenseitig.** Dieses Lehrbuch – das uns auch in der 2. Auflage streckenweise wie ein Mammutprojekt erschien – wäre ohne unsere gegenseitige Motivation, unser geteiltes Durchhaltevermögen und unsere immer wieder neu entfachte Begeisterung vermutlich nicht (fristgerecht) vollendet worden. Was uns verbunden hat, war und ist das gemeinsame Herzblut für dieses Projekt – ein Engagement, das hoffentlich auch für Sie als Leser:in spürbar und auf Resonanz stoßen wird.

Was gute Therapeut:innen ausmacht, ist Gegenstand intensiver Forschung. Neben der Fähigkeit zur kritischen Selbstreflexion gehört die fortlaufende theoretische Auseinandersetzung – insbesondere durch Fachlektüre – zu den am besten belegten Einflussfaktoren. Dieses Werk soll genau hier ansetzen: Es möchte Ihnen einen fundierten, praxisnahen Überblick über die Vielfalt moderner verhaltenstherapeutischer Ansätze bieten und Sie dabei unterstützen, Ihre therapeutische Expertise gezielt weiterzuentwickeln – ganz gleich, ob Sie sich am Beginn Ihrer Ausbildung befinden oder bereits auf eine langjährige Praxis zurückblicken.

Wir hoffen, dass dieses Buch Sie darin bestärkt, in der Vielfalt verhaltenstherapeutischer Strategien die jeweils passenden für Ihre Patient:innen zu identifizieren – und zu verstehen, warum sie wirken. Denn davon profitieren nicht nur Patient:innen. Auch Therapeut:innen erleben dadurch mehr Klarheit, Wirksamkeit und Zufriedenheit in ihrer Arbeit – und genau dazu möchten wir mit diesem Werk beitragen.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen eine anregende Lektüre und viel Freude bei der Erweiterung Ihrer verhaltenstherapeutischen Praxis!

Greifswald und Berlin, im Sommer 2025

*Eva-Lotta Brakemeier  
Frank Jacobi*

# Was wir tun, wie wir es tun – und warum: Verhaltenstherapie in der Praxis

Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier

Die Verhaltenstherapie verfügt heute über ein beeindruckend breites Repertoire: Von den klassischen verhaltensbasierten und kognitiven Techniken bis hin zu integrativen Strategien der dritten Welle, von störungsspezifischen Manualen bis hin zu allgemeinen Achtsamkeits- und Akzeptanzmethoden sowie interpersonellen Modulen, von Einzel- und Gruppensettings bis hin zu digitalen Tools – ergänzt um wachsende Erkenntnisse zu Prozess- und Wirkfaktoren, aus denen wir unsere Therapien entwickeln. Genau hier setzt »Verhaltenstherapie in der Praxis« an. Unser Buch verfolgt drei ineinandergreifende Anliegen, die sich wie Leitmotive durch alle Kapitel ziehen.

- ▶ *Was?* Wir öffnen den »Werkzeugkasten« und zeigen, was verhaltenstherapeutisch möglich ist – vom Erstgespräch bis zur Rückfallprophylaxe, vom Expositionstraining bis zur Emotionsfokussierung, von Einzel- über Gruppen- bis zu Online-Settings.
- ▶ *Wie?* Ein Praxiskompandium bleibt wertlos, wenn es nicht den Weg vom Lehrbuch ins Therapiezimmer ebnet. Deshalb beschreiben wir das »How to« mit didaktischer Klarheit: Schritt-für-Schritt-Anleitungen, Fallvignetten, Dos & Don'ts, typische Stolpersteine – immer mit Blick auf reale Behandlungsverläufe.
- ▶ *Warum?* Der Einsatz therapeutischer Methoden benötigt Sinn und Begründung, also einen konzeptionellen Blick auf das therapeutische Tun. Wir laden dazu ein, das eigene Handeln dahingehend zu reflektieren: Wozu wähle ich gerade diese Intervention für diesen Menschen in diesem Moment? Welche Mechanismen setze ich in Gang, welche Wirkfaktoren will ich zur Entfaltung bringen?

Um die letzte Frage stets im Blick zu behalten, denken wir in den Kapiteln zu Techniken und Strategien die Indikationen, Nebenwirkungen und eine kritische Einordnung stets mit. Darüber hinaus greifen wir in Editorials und einigen eigenen Kapiteln Metafragen auf: Welche Bedeutung haben Psychopathologie und Störungsorientierung für die Fallkonzeption? Welche Chancen und Risiken bergen integrative Weiterentwicklungen der Kognitiven Verhaltenstherapie – und was genau meint eigentlich »Psychotherapie-Integration«? Was kennzeichnet gute Therapeut:innen, was macht schlechte therapeutische Qualität und therapeutisches Fehlverhalten aus, und wie kann man die eigene therapeutische Entwicklung aktiv gestalten?

## **Verhaltenstherapie: Praxis und Wissenschaft**

Wir möchten an dieser Stelle einleitend einen kurzen Überblick über einige fachliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen geben, die aktuell die Praxis der Psychotherapie im Allgemeinen und die Verhaltenstherapie im Besonderen prägen. Diese spielen für das vorliegende Werk eine bedeutsame Rolle. Fragen zum Verhältnis von Wissenschaft und Praxis sind in der Psychotherapie – als akademischer Profession in selbst-

ständiger und eigenverantwortlicher Tätigkeit (vgl. Lilienfeld, 2005) – per se relevant. Dies betrifft unter anderem die folgenden vier Themenbereiche:

- (1) Wirksamkeit der Verhaltenstherapie im Wandel
- (2) Bedeutung allgemeiner Wirkfaktoren
- (3) Kluft zwischen Forschung und Praxis
- (4) Personalisierte Psychotherapie

**Wirksamkeit der Verhaltenstherapie im Wandel.** Wie im deutschen Sprachraum Mitte der 1990er Jahre in der Übersichtsarbeit »Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession« umfassend dargestellt wurde (Grawe et al., 1994), ist die Verhaltenstherapie in vielen Anwendungsbereichen und Varianten effektiv und hat gegenüber anderen Verfahren die meisten Wirksamkeitsstudien vorzuweisen. Sie darf damit schon lange den Anspruch erheben, in der Gesundheitsversorgung eine prominente Rolle einzunehmen. Seitdem sind viele weitere Studien hinzugekommen, was dazu führt, dass die Verhaltenstherapie in vielen Behandlungsleitlinien Eingang als (oftmals erste) Behandlungsmethode der Wahl gefunden hat. Auch jenseits der einzelnen Therapie, auf der übergeordneten Ebene der der Gestaltung der Versorgung (Integrating evidence-based psychological interventions into existing services; WHO, 2024) spielt die kognitiv-behaviorale Perspektive international eine so entscheidende Rolle, dass man sich sogar fragen mag, ob hier nicht eine Gefahr dahingehend besteht, dass andere, durchaus ebenfalls evidenzbasierte Traditionen zu stark in den Hintergrund treten (Leichsenring et al., 2024).

Gleichwohl müssen wir feststellen, dass eine wissenschaftliche Bewertung der Wirksamkeit der Verhaltenstherapie heute nicht ganz so optimistisch ausfällt, wie dies noch vor 30 Jahren der Fall war. Das zeigen neuere Metaanalysen, die anhand moderner Konventionen und Methoden den Forschungsstand zusammenfassen – und dabei auch die Studienqualität bzw. *risk of bias*, Kontrollgruppenwahl, Therapieabbrüche, Publikations-Bias, Langzeit-Effekte und viele weitere Faktoren bei den Analysen berücksichtigen. So ist etwa bei der Depressionsbehandlung die Kognitive Verhaltenstherapie zweifellos effektiv, aber ihre Wirkungen wurden vermutlich früher etwas überschätzt, und auch die zunächst festgestellte Überlegenheit gegenüber anderen Verfahren lässt sich nicht mehr so eindeutig aufrechterhalten (z. B. Cuipers et al., 2023; Barkham, Lutz & Castonguay, 2021). Insbesondere weist die Befundlage zum Anteil erfolgreich behandelter Patient:innen mit Remissions- und Responseraten von 30 bis 60% (z. B. Cuipers et al., 2024; Springer et al., 2018) darauf hin, dass dringender Forschungsbedarf herrscht, um psychotherapeutische Behandlungen zu verbessern.

**Bedeutung allgemeiner Wirkfaktoren.** Zudem muss bei der wissenschaftlichen Bewertung der Verhaltenstherapie berücksichtigt werden, dass die Psychotherapieforschung seit langem kontinuierlich Befunde dahingehend liefert, dass psychotherapeutische Verfahren, Methoden und Techniken gegenüber sogenannten *common factors* und individueller Qualität der Therapeut:innen vergleichsweise kleinere Effekte aufwiesen (vgl. Wampold et al., 2018). Auch die Verfahrenorientierung, wie sie in Deutschland in den letzten Jahrzehnten in Forschung, Lehre und Praxis stärker als international gepflegt

und gelebt wird, weicht – zumindest in der verhaltenstherapeutischen Community – mittlerweile eher verfahrenübergreifenden und transtheoretischen Sichtweisen (z. B. Lutz & Rief, 2024).

**Kluft zwischen Forschung und Praxis.** Ein dritter Befund, der an dieser Stelle mitgedacht werden muss, betrifft eine schon seit Jahrzehnten beklagte, aber weiterhin vorhandene Kluft zwischen Forschung und Praxis (vgl. Bohus, 2015; Eiling et al., 2014; Speers et al., 2022). Dies betrifft sowohl Probleme auf Forschungsseite, z. B. mangelnde Kooperation mit Praktiker:innen und Patient:innen (»Erfahrungsexpert:innen«) hinsichtlich der Entwicklung von Therapien und deren Evidenzbasierung oder die mangelhafte Vermittlung von Forschungsergebnissen; auf Seiten der Therapeut:innen finden sich gelegentlich wissenschaftsablehnende Haltungen oder Tendenzen, (evidenzbasierte) Methoden, in denen sie ausgebildet wurden, nicht einzusetzen. Auch seitens der Patient:innen kann es Haltungen geben, die den Einsatz (evidenzbasierter) Psychotherapie erschweren (z. B. vermeintlich entstigmatisierende Verbreitung des biomedizinischen Modells »Psychische Störungen haben biologische Ursachen wie andere Erkrankungen auch«).

### ■ Wichtig • Diskussion dieser Befunde

Wir nehmen diese Befunde zur Kenntnis, ziehen daraus allerdings *nicht* den Schluss, dass im Grunde eine (störungsspezifische) Verhaltenstherapie mit ihren »klassischen« Techniken nunmehr austauschbar oder gar obsolet geworden sei. Auch gehen wir nicht davon aus, dass es in der Psychotherapie ausschließlich auf gute Beziehungsgestaltung ankomme oder dass eine Verschränkung von Wissenschaft und Therapiepraxis (Scientist-Practitioner-Prinzip) auf verlorenem Posten stünde.

- ▶ Erstens ist der Erfahrungsschatz, der im vorliegenden Werk zur Praxis der Verhaltenstherapie zusammengefasst ist, durchaus empirisch bewährt, worauf in den einzelnen Kapiteln stets mit entsprechenden Referenzen verwiesen wird. Die Wirksamkeit vieler verhaltenstherapeutischer Methoden und Programme steht mittlerweile (bzw. nach wie vor) für viele Betroffene außer Frage.
- ▶ Zweitens sind die Befunde zum vergleichsweise kleinen Beitrag therapeutischer Methoden und Techniken keineswegs »in Stein gemeißelt«, denn auch die Protagonisten dieser Auffassung räumen ein, dass es methodisch noch längst nicht gelungen ist, den Einfluss von Technik, therapeutischer Beziehung (die möglicherweise den Technik-Effekt mediiert), Therapeuten-, Patienten- und Kontext-Faktoren zu trennen bzw. unabhängig voneinander zu betrachten. Eine valide Quantifizierung der entsprechenden Wechselwirkungen steht noch aus. Auch gibt es verfahrensspezifische Unterschiede des Einflusses der Techniken (größerer Einfluss im psychodynamischen Bereich; Grevenhaus et al., 2024). Allgemeine Wirkfaktoren werden (bei bestimmten Patient:innen) anhand bestimmter Therapietechniken aktiviert oder gefördert – z. B. verbessert sich die therapeutische Allianz, wenn Techniken wie »Explorieren der Problemsicht«, »Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte«, »treffende Interpretationen liefern« oder »Förderung des Emotionsausdrucks« eingesetzt werden (Ackerman &

Hilsenroth, 2003). Umgekehrt können allgemeine (z. B. motivierende) Faktoren die Wirkung bestimmter Therapietechniken zur Entfaltung bringen. Therapietechniken und allgemeine Faktoren wirken also zusammen. Die Erkenntnis, dass auch in der Verhaltenstherapie Therapeuten- und Beziehungsfaktoren eine bedeutende Rolle spielen, ist aus unserer Sicht somit trivial und keinesfalls neu. Diesem Aspekt wird hier auch dadurch Rechnung getragen, dass ein gesamter Teil zur therapeutischen Beziehungsgestaltung das Buch einleitet.

- Und drittens möchten wir trotz der bestehenden Probleme im Dialog zwischen Psychotherapieforschung und -praxis und bestehenden Defiziten im systematischen Einbezug von Patient:innen in eine partizipative Psychotherapieforschung (Lipinski et al., 2024) dafür werben, als Verhaltenstherapeut:in wissenschaftlich zu denken, im Sinne von: das eigene Tun systematisch zu hinterfragen bzw. zu reflektieren, wissenschaftliche Erkenntnisse zu nutzen, bei der Interpretation von »wissenschaftlichen« oder »praxisbasierten« Befunden die diesen Befunden zugrundeliegende Methodik zu berücksichtigen, gemeinsam mit unseren Patient:innen in unseren Therapien Daten zu sammeln und auszuwerten (zum Beispiel in Verhaltensexperimenten), oder vielleicht auch selbst in irgendeiner Form zur Erweiterung der wissenschaftlichen Fundierung von Psychotherapie beizutragen. Es mag wie eine »Glaubensfrage« anmuten – aber eine schlüssige Begründung dafür, in der Praxis *nicht* auch eine theoretische und empirische Haltung einzunehmen, ist uns nicht bekannt. Gleichwohl ist der Versorgungsdruck im Praxisalltag (zum Teil bereits in der Ausbildung) als Argument für eine niedrige Priorisierung der Beschäftigung mit wissenschaftlichen Fragen nicht einfach von der Hand zu weisen.

**Personalisierte Psychotherapie.** Die genannten Befunde in der Zusammenschau weisen auch auf die Bedeutung einer personalisierten bzw. individualisierten Psychotherapie hin. Eine der wichtigsten, jedoch auch schwierig zu beantwortenden Psychotherapieforschungsfrage lautet bereits seit Jahrzehnten: »What works for whom?« (u. a. Paul, 1967; Moggia et al., 2024). Diese Frage impliziert die Zuweisung von Patient:innen zu bestimmten Behandlungsformen via Stratifizierung (Schichtung im Sinne von Zuordnung zu Klassen) und gestufter Versorgung (Delgadillo et al., 2022), sowie eine datenunterstützte Personalisierung im Therapieverlauf (auf die wir in einem eigenen Kapitel eingehen). Um Antworten auf diese Fragen zu finden, sollten zur Untersuchung der differenziellen Indikation und Wirksamkeit zukünftig vermehrt Prozess- sowie Moderator- und Mediatoranalysen durchgeführt werden (vgl. Brakemeier & Herpertz, 2019; Benecke, 2014). Interessant scheinen uns in diesem Zusammenhang die metatheoretischen Integrationsbemühungen, wie sie die – ebenfalls im Buch vertretene – Prozessbasierte Therapie vornimmt. Anhand netzwerkanalytischer und evolutionswissenschaftlicher Prinzipien wird dort die flexible Anpassung an den jeweiligen Kontext für den Einzelfall als Therapieleitlinie in den Mittelpunkt gestellt (vgl. Hofmann & Hayes,

2019); und dies hilft zu systematisieren, was in der Praxis ohnehin bereits intuitiv versucht wird.

Auf zwei Risiken sei allerdings hierbei hingewiesen. Auch wenn die Verhaltenstherapie aus guten Gründen ein besonderes Augenmerk auf die aufrechterhaltenden Bedingungen von psychischen Problemen legt, darf dies keinen »Abschied von der Störungstheorie« bedeuten. Netzwerkanalysen in der Therapie etwa müssen aus unserer Sicht bestenfalls eingebettet werden in theoretische psychologische Modelle (z. B. kognitive, entwicklungspsychologische), um der Komplexität individueller Problemgenese gerecht zu werden. Und: Wir hielten es für eine Fehlentwicklung, wenn – wie in manchen Bereichen der Personalisierten Medizin angestrebt – eine datengestützte »Algorithmenbasierung« das therapeutische Handeln determiniert. Gleichwohl plädieren wir dafür, die Vielfalt unserer Patient:innen und ihr unterschiedliches Ansprechen auf Psychotherapie stärker zu berücksichtigen – und unsere therapeutischen Interventionen sowohl datenbasiert als auch auf Grundlage klinisch-psychotherapeutischer Expertise individuell anzupassen.

### **»Psychotherapie als Profession«: Über den Einzelfall hinaus**

Die Alltagspraxis der Verhaltenstherapie ist hoch komplex und erfordert Fallkonzeptionen und Indikationsentscheidungen, die einerseits bewährtes störungs- und behandlungsspezifisches Wissen nutzen, aber in der Regel bei der »Individualisierung« oder »Personalisierung« im Einzelfall diesbezüglich auch Abstriche machen oder darüber hinausgehen müssen. Eine schöne Darstellung in Fallgeschichten findet sich bei Rehahn-Sommer (2015).

Psychotherapeut:innen sollten sich zum Beispiel stets der Gefahr bewusst sein, die sozialen Rahmenbedingungen der Patient:innen zu vernachlässigen: Jemand ist nicht einfach »in Therapie«, sondern die Therapie findet immer im Kontext der Lebenswelt der Beteiligten statt (vgl. Orlinski, 2004). Dies betrifft übrigens auch die Behandlungsgeschichte, also die notwendige Vernetzung mit Vor-, Mit- und Nachbehandler:innen. Die Einlösung des VT-Versprechens, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, ist hierbei besonders gefordert (z. B. Rückfallprophylaxe bzw. Rückfall-Management), auch wenn eine »kausale Heilung der psychischen Erkrankung« häufig kein realistisches Therapieziel darstellt. In solchen Fällen kann es nicht darum gehen, Vulnerabilitäten komplett zu beseitigen (z. B. Impulskontrolldefizite bei Menschen mit Borderline- oder erhöhte Angstsensitivität bei Menschen mit Panikstörung), sondern es stehen eher Management und Bewältigung dieser Vulnerabilitäten im Vordergrund. Therapieziele können dann vielmehr die Erhöhung der Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und des hedonistischen wie eudämonischen Wohlbefindens sein. Zentrale verhaltenstherapeutische Grundhaltungen wie Optimismus, Zuversicht, Ressourcenorientierung und »Augenhöhe« sind hierbei sehr hilfreich.

Die heilkundliche Behandlung psychischer Störungen, aber auch deren Prävention sowie insbesondere die Begrenzung der Folgen psychischer Störungen haben große Relevanz für Gesundheitswesen und »Public Health« (vgl. Jacobi, 2012). Es spricht viel dafür, dass verhaltens-, gesprächs- und zuwendungsorientierte Gesundheitsleistungen

hier besonders kosteneffektive Maßnahmen darstellen, um vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen die Qualität der Versorgung zu sichern und zu verbessern (übrigens auch im Rahmen des Managements körperlicher Erkrankungen). Welche Potenziale von KI als Therapieassistent oder gar eigenständiges therapeutisches Medium sich entfalten werden, bleibt dabei eine dynamische Entwicklung (vgl. Jacobi, 2024).

Somit möchten wir bereits sich in Aus- und Weiterbildung befindende Therapeut:innen dazu ermutigen, als *health care professionals* Verantwortung nicht nur für ihre individuellen Patient:innen, sondern auch für Versorgungsstrukturen und Organisation von Versorgungsabläufen zu übernehmen. Wir sind uns darüber im Klaren, dass wir mit diesem Anliegen nichts grundlegend Neues präsentieren und dass viele Kolleginnen und Kollegen im Prinzip bereits auf diese Weise arbeiten. Einige zugehörige, über den Einzelfall hinausreichende Fragen sind:


- ▶ Wie kann ich meine begrenzte Zeit, die ich der Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellen kann, so nutzen, dass möglichst viele Patient:innen möglichst gut genug davon profitieren?
- ▶ Was kann ich dazu beitragen, dass sektorenübergreifende Versorgungsketten und kooperative (Komplex-) Versorgung besser funktionieren?
- ▶ Wie kann ich die Arbeitsteilung und Vernetzung mit außerklinischen Hilfe-Instanzen wie zum Beispiel Beratungsstellen (oder auch Selbsthilfe-Optionen) optimieren?
- ▶ Wie tausche ich mich kollegial über gesundheitspolitische Themen aus, und in welche Gremien kann ich meine Gedanken und Erfahrungen hinsichtlich Versorgungsgerechtigkeit und Behandlungsbedarfen einbringen (z. B. Mitwirkung in Psychotherapeutenkammern)?
- ▶ Wie kann ich meiner in der Berufsordnung und Weiterbildungsordnung verankerten Verantwortung gerecht werden und mich als Psychotherapeut:in angesichts aktueller Krisen sinnvoll einbringen?

Auch Grundsatzfragen der Gesundheitsversorgung werden damit angesprochen, etwa, was eigentlich als krankheitswertige Störung und was als »normatives Lebensproblem mit psychologischem Leid« betrachtet werden sollte. Dies erscheint besonders wichtig in Zeiten von Social Media, verstärkter Wahrnehmung globaler Krisen und allgemeiner Sensibilisierung für die psychische Gesundheit. Einerseits kann eine gestärkte Gesundheitskompetenz (»mental health literacy«) Emanzipation und Fortschritt darstellen – die andere Seite dieser Medaille gibt es aber auch: »Medikalisierung« (im allgemeinen Sinne einer Delegation eigentlich sozialer oder normaler Lebensprobleme an das Gesundheitssystem ohne klinisch-fachliche Indikation), »Psychiatisierung der Gesellschaft« (vgl. Beeker et al., 2021), oder die Entwicklung von »Looping-Effekten«, für die wir eigentlich schon längst psychologische Konzepte auch jenseits der Richtlinienpsychotherapie zur Hand haben (vgl. Padberg, 2025).

Und noch ein Aspekt (selbst-)kontrollierter Praxis: Auch für erfahrene Praktiker:innen kann es – nicht zuletzt aus Gründen der Selbstfürsorge (vgl. Jaeggi, 2004) – hilfreich sein, bisweilen einen distanzierten Blick auf das eigene psychotherapeutische Handeln zu werfen.

## Weiterführende Literatur

- Barkham, M., Lutz, W. & Castonguay, L.G. (Eds.). (2021). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. Hoboken: Wiley.
- Beeker, T., Mills, C., Bhugra, D., te Meerman, S., Thoma, S., Heinze, M. & von Peter, S. (2021). Psychiatrization of society: a conceptual framework and call for transdisciplinary research. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 645556.
- Bohus, M. (2015). Elfenbeintürme im Treibsand oder: Was macht es so schwierig, Erkenntnisse aus der Forschung in der therapeutischen Praxis umzusetzen? *Verhaltenstherapie*, 25, 145–155.
- Brakemeier, E.L. & Herpertz, S.C. (2019). Innovative Psychotherapieforschung: auf dem Weg zu einer evidenz- und prozessbasierten individualisierten und modularen Psychotherapie. *Der Nervenarzt*, 90(11), 1125–1134.
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D. & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*, 22(1), 105–115.
- Hofmann, S.G. & Hayes, S.C. (2019). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), Article 1.
- Jacobi, F. (2012). Warum sind psychische Störungen Volkskrankheiten? In Vorstand des BDP (Hrsg.), *Die großen Volkskrankheiten* (S. 16–24). Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.
- Jaeggi, E. (2004). *Und wer therapiert die Therapeuten?* München: dtv.
- Lutz, W. & Rief, W. (2024). Transtheoretical Psychological Therapy—New Perspectives for Clinical Training and Practice. *Clinical Psychology in Europe*, 6, e13891.
- Moggia, D., Lutz, W., Brakemeier, E.L. & Bickman, L. (2024). Treatment Personalization and Precision Mental Health Care: Where are we and where do we want to go? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 51(5), 611–616.
- Orlinski, D. (2004). Der menschliche Kontext von Psychotherapien. *Psychotherapeut*, 49, 167–181.
- Padberg, T. (2025). Die Macht der Diagnosen – Looping-Effekte und die Folgen für die Psychopathologie. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 4–11.
- Rehahn-Sommer, S. (2015). *Verhaltenstherapeutische Praxis in Fallbeispielen: Leben statt Überleben und andere Geschichten*. Heidelberg: Springer.
- Saxon, D., Barkham, M., Foster, A. & Parry, G. (2017). The contribution of therapist effects to patient dropout and deterioration in the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(3), 575–588.
- Wampold, B. E., Imel, Z.E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte: Was Psychotherapie wirksam macht*. Göttingen: Hogrefe.
- World Health Organization (2024). *Psychological interventions implementation manual: integrating evidence-based psychological interventions into existing services*. World Health Organization.



# Zum Einstieg: die aktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung

- 1 Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie
- 2 Schlüsselkompetenzen psychotherapeutischer Kommunikation und Beziehungsgestaltung
- 3 Motivorientierte Beziehungsgestaltung
- 4 Motivierende Gesprächsführung
- 5 Spezifische Beziehungsgestaltungstechniken aus neueren integrativen Methoden
- 6 Umgang mit schwierigen Situationen zu Beginn einer Therapie

## Zum Einstieg: die aktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier

Die therapeutische Beziehung und ihre Gestaltung sind große, geradezu ausufernde Gebiete, für die ganze Handbücher existieren, wie etwa das über 1.500-seitige Werk von Hermer und Röhrle (2008). Hierbei wird auch deutlich, dass unterschiedliche Verfahren dieselben klinischen Phänomene erkennen (wie etwa »Widerstand« als etwas, das die Beziehung färbt und – unter Umständen unerkannt bleibend – behindert). Solche Phänomene werden in verschiedenen Therapieverfahren jedoch häufig auf unterschiedliche Weise beschrieben, konzeptualisiert und technisch bearbeitet. Fragen wie zum Beispiel »Was verbindet und unterscheidet den Begriff der (Gegen-)Übertragung in der Kognitiven Verhaltenstherapie und der Psychoanalyse?« eröffnen spannende Themenfelder integrativen Denkens in der Psychotherapie (vgl. Kap. 85; Storck, 2025b).

Seit Jahrzehnten wird in der Psychotherapieforschung und -praxis intensiv diskutiert, ob die Wirksamkeit klinisch-psychologischer Interventionen *entweder* primär auf spezifischen Behandlungsansätzen *oder* eher auf unspezifischen Faktoren beruht. Als Verhaltenstherapeut:innen sind wir heute überzeugt, dass beide Perspektiven essenziell sind: Einerseits spielt ein störungsorientiertes Vorgehen mit problemspezifischem Know-how eine zentrale Rolle als Wirkfaktor. Andererseits ist eine effektive Beziehungsgestaltung – basierend auf ausgeprägten zwischenmenschlichen Kompetenzen und gut geschulten Techniken – unverzichtbar, um nachhaltige Therapieerfolge zu erzielen (vgl. Schulte, 1998). In diesem Sinne integrieren wir die Bedeutung der sogenannten »Common Factors« (vgl. Wampold, 2015) in unser therapeutisches Handeln und schaffen so eine Brücke zwischen spezifischen und allgemeinen Wirkfaktoren.

### **Merkmale effektiver Psychotherapeut:innen**

Wampold (2011) identifizierte 14 psychotherapeutische Kompetenzen, die durch die Psychotherapieforschung gut belegt erscheinen.

Effektive Therapeut:innen ...

- (1) ... verfügen über zwischenmenschliche Fertigkeiten (u. a. gute sprachliche Ausdrucksfähigkeit, gute zwischenmenschliche Wahrnehmung, affektive Schwingungsfähigkeit, Akzeptanz, Empathie, Fokus auf den anderen richten können).
- (2) ... erzeugen Vertrauen und Zuversicht, demonstrieren Verständnis, auch durch nonverbales Verhalten. Dies gilt für den ganzen Therapieprozess, aber insbesondere für Erstkontakt und Therapiebeginn.

- (3) ... können mit den verschiedenen Patient:innen ein gutes Arbeitsbündnis (*working alliance*) entwickeln, das auf zwischenmenschlicher Verbundenheit, aber vor allem auch auf Einigkeit über die therapeutischen Ziele und das therapeutische Vorgehen beruht.
- (4) ... stellen ein für den / die jeweilige:n Patient:in plausibles, konsistentes, akzeptables – und somit individuell angepasstes – psychologisches Erklärungsmodell für dessen Beschwerden bereit.
- (5) ... leiten aus diesem Störungsmodell stringent einen Behandlungsplan ab und legen für Patient:innen nachvollziehbar nahe, was getan werden kann, um Leiden und Beeinträchtigung zu minimieren und die psychische Gesundheit zu steigern.
- (6) ... verhalten sich glaubhaft und überzeugend, wecken Hoffnung und positive Erwartungen und motivieren damit Patient:innen zur Mitarbeit.
- (7) ... haben stets den Therapiefortschritt im Blick (z. B. mit einer Verlaufsmessung, die gemeinsam besprochen wird) und erkundigen sich dazu bei Patient:innen regelmäßig in authentischer Weise. Hierbei ist besonders wichtig, auch Verschlechterungen im Zuge der Therapie zu beachten.
- (8) ... sind flexibel und können ihr Erklärungsmodell und ihren Behandlungsplan anpassen, wenn patientenseitig Widerstände auftreten oder erwartete Fortschritte ausbleiben (was zunächst einmal feinfühlig wahrgenommen werden muss).
- (9) ... vermeiden schwierige und schmerzhaft Themen nicht – was bisweilen durchaus auch ein konfrontatives Vorgehen erfordert, wenn eine Patientin oder ein Patient (störungsbedingt oder aufgrund bestimmter Persönlichkeitseigenschaften) zur Vermeidung neigt. Hierbei kommen oft rasch heftige Emotionen ins Spiel, womit effektive Therapeut:innen aber gut umgehen können. Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung (z. B. *alliance ruptures*) werden nicht ausgeblendet, sondern unmittelbar therapeutisch genutzt und bearbeitet.
- (10) ... vermitteln Hoffnung und Optimismus – auch bei »schwierigen«, demoralisierten Patient:innen mit langer Leidens- und Behandlungsgeschichte. Sie trauen sowohl ihren Patient:innen zu, in der Therapie vereinbarte Ziele erfolgreich erreichen zu können als auch sich selbst, mit diesen Patient:innen erfolgreich zu arbeiten. Es werden Ressourcen und Stärken mobilisiert, damit die notwendige Überzeugung gefördert wird, dass Patient:innen selbst für Fortschritte und Therapieerfolg verantwortlich sind.
- (11) ... sind sich der Diversität auf Patientenseite bewusst (z. B. hinsichtlich Alter, Geschlecht, (sub-)kulturellem Hintergrund, sozioökonomischem Status, sexueller Orientierung, Veränderungsmotivation, interner und externer Ressourcen) und berücksichtigen diese bei ihren Indikationsentscheidungen (einschließlich der Vernetzung mit oder Überweisung zu anderen Hilfesystemen). Hierbei müssen Therapeut:innen sich ihres eigenen entsprechenden Hintergrunds, ihrer eigenen Persönlichkeit und ihrer Rolle im therapeutischen Prozess bewusst sein.
- (12) ... kennen sich selbst und ihre eigenen psychologischen Prozesse gut und bringen keine eigenen Anteile und persönliches Material in die Therapie ein (es sei denn, sie tun es zielgerichtet für definierte therapeutische Zwecke). Hierbei wird hin-

sichtlich eigener Reaktionen auf das interaktionelle Patientenverhalten («Gegenübertragung») reflektiert, inwieweit diese in erster Linie patientenseitig ausgelöst werden, oder ob sie auch durch eigene, persönliche Anteile geprägt sind.

- (13) ... kennen die beste wissenschaftliche Evidenz, die für die Behandlung relevant ist und haben ein gutes Verständnis für die biopsychosozialen Grundlagen des Problemverhaltens (auf allen Ebenen des Erlebens und Verhaltens) bzw. der präsentierten Störung.
- (14) ... entwickeln sich fortlaufend psychotherapeutisch weiter, nutzen hierbei Modelllernen und Feedback (z. B. in Super- und Intervision oder beim Monitoring von Therapiefortschritt und -Ergebnis). Dies wird genutzt, um ein kohärentes Modell für die eigene Behandlungsdurchführung zu entwickeln und adaptiv einzusetzen, regelmäßig auf den Prüfstand zu stellen und zu verfeinern.

Viele dieser Faktoren sind eng miteinander verknüpft, und die Wechselwirkung zwischen unspezifischen und spezifischen Therapieelementen sollte dabei stets mitgedacht werden. *Responsivität* (Caspar, 2024b; Stiles & Horvath, 2017) ist hierbei eine besondere therapeutische Kompetenz, die mehrere der genannten Faktoren vereint. Sie ermöglicht unter anderem eine individuelle Anpassung der Therapie von Moment zu Moment – insbesondere bei »schwierigen« Patient:innen.

Ein Beispiel: Eine Verhaltenstherapeutin bietet einer Patientin in zwischenmenschlich adäquater Weise sowie stringent und glaubwürdig eine störungsspezifische Therapie an, die sie selbst für aussichtsreich hält und in der sie Expertise entwickelt hat. Sie erklärt ihr Vorgehen anhand eines für die Patientin stimmigen Störungsmodells (bzw. erarbeitet dies kollaborativ), führt sie dann gemeinsam konsequent durch, passt die Behandlung bei Bedarf individuell an und erörtert dabei den Therapiefortschritt kontinuierlich mit der Patientin. Solches würden wir für »typisch verhaltenstherapeutisch« halten – und fast alle zuvor angeführten Punkte wären darin berücksichtigt. Die Nutzung sozialer Kompetenzen und eine aktive Beziehungsgestaltung passen hervorragend zur Verhaltenstherapie, auch wenn dies in der Vergangenheit im Vergleich zu manchen anderen Psychotherapieverfahren weniger explizit herausgestellt wurde.

### **Aktive und differentielle Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie:**

#### **Wann, warum und wie?**

Das Ausmaß der aktiven Beziehungsgestaltung in einer Psychotherapie und der Raum, den die Beziehungsgestaltung bei der Reflexion der eigenen Therapiedurchführung einnehmen sollte, hängen maßgeblich von der Art und dem Ausmaß der interpersonellen Schwierigkeiten der Patient:innen ab (Bollmann et al., 2021; Lazarus, 1993). Besonders bei ausgeprägten interpersonellen Problemen sollte die therapeutische Beziehungsgestaltung auf die spezifische Störung ausgerichtet oder sogar als zentrales Element der Therapie genutzt werden.

Die wichtigsten, in Abhängigkeit der Problematik unterschiedlichen Begründungen für den Einsatz aktiver Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie sind folgende:

- **Korrigierende Beziehungserfahrungen:** Ein Grundprinzip der Psychotherapie ist die Vermittlung korrigierender Erfahrungen. Die Therapie kann gezielt genutzt werden,

um heilsame Beziehungserfahrungen zu ermöglichen (wobei sich hierbei die (verhaltens-)therapeutische Beziehungsgestaltung zum Teil bedeutsam von alltäglicher Beziehungsgestaltung unterscheidet; vgl. Kap. 1 und 5). Im Folgeschritt können die Patient:innen in der Therapie ihr bisheriges Problemverhalten (wie z. B. sich generell zu verschließen) »im richtigen Leben« modifizieren oder aufgegeben zugunsten von zielführenden Verhalten (z. B. sich bestimmten Menschen vertrauensvoll zu öffnen).

- ▶ **Motivation und Verhaltensänderung:** Es bedarf ein hohes Maß an Motivation auf Patient:innenseite, sich anders zu verhalten als bisher und neue Verhaltensmuster zu erlernen. Das fällt angesichts eingefahrener, automatisierter Schemata und Verhaltensweisen naturgemäß schwer – auch wenn diese mittlerweile langfristig dysfunktional geworden sind und gar nicht mehr den eigentlich legitimen Bedürfnissen der Patient:innen dienen (vgl. Kap. 4). Eine Arbeit an derartigen Veränderungen kann durchaus konfrontativ sein, zum Beispiel wenn die Wahrnehmung der Patientin oder des Patienten gezielt auf aversive, bislang vermiedene Aspekte gelenkt oder die Nachteile des bisherigen Problemverhaltens thematisiert werden. Hierfür benötigen Therapeut:innen, insbesondere bei Patient:innen mit hohem Reaktanzlevel und ausgeprägtem Autonomie-Bedürfnis, oft einen »Beziehungskredit« (vgl. den entsprechenden Ansatz von Sachse, z. B. 2006b), der initial aufgebaut wird und dann zu einem späteren Zeitpunkt (»wenn es wirklich unangenehm wird«) eingesetzt werden kann (vgl. Kap. 3).
- ▶ **Förderung sozialer Kompetenzen:** Bei einigen Patient:innen konnten sich wichtige soziale Kompetenzen nie richtig entwickeln, so dass sie schwerwiegende interpersonelle Defizite aufweisen. Hier sind aus verhaltenstherapeutischer Perspektive interpersonelle Lerntherapien indiziert, bei denen Therapeut:innen gezielt und wohlüberlegt auch ihre eigenen ausgelösten Emotionen und Reaktionstendenzen den Patient:innen rückmelden. Dabei fungieren sie als zwischenmenschliches Modell und sorgen in der Therapie stets für einen sicheren und verlässlichen zwischenmenschlichen Raum.
- ▶ **Differenzierung und Kontraindikation:** Zum angemessenen Einsatz muss auch beachtet werden, wann welche Beziehungsgestaltungskompetenzen *nicht* zum Einsatz kommen sollten. Beispielsweise kann bei der Therapie von Patient:innen mit Borderline- oder psychopathischen Zügen, schizoiden oder paranoiden Patient:innen das Zeigen von viel Empathie kontraindiziert sein (Norcross, 2011).

Eine gute Beziehungsgestaltung folgt also einerseits allgemeinen Regeln, muss andererseits aber auch differenziell bzw. personalisiert ausgestaltet werden. Dies gilt nicht nur hinsichtlich der Motive, Ziele und dem Ausmaß der interpersonellen Probleme der Patient:innen, sondern auch der Therapiephase (z. B. nach einführendem Beziehungsaufbau zunehmende aktive Arbeit an Symptomen und dysfunktionalen Verhaltensweisen, dann De-Intensivierung mit schrittweiser Rücknahme der therapeutischen Aktivität gegen Therapieende).

## Wichtig

Im Rahmen einer Verhaltenstherapie ist nicht unbedingt durchgehend eine aktive Beziehungsgestaltung erforderlich: Meist laufen Entwicklung und Aufrechterhaltung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses spontan so gut, dass nicht ständig nachgesteuert werden muss. Zudem bringen nicht alle Patient:innen behandlungsbedürftige interpersonelle Defizite und krankheitswertige Interaktionsstörungen mit in die Therapie.

Um im folgenden Teil I einen sehr guten Einstieg in zentrale Aspekte von Kommunikation und Beziehungsgestaltung – gewissermaßen als Voraussetzung gelingender (Verhaltens-)Therapie – bieten zu können, geben wir neben einer einführenden Abgrenzung von Alltags- und therapeutischer Kommunikation (Kap. 1) einen umfangreichen Überblick über Kompetenzen der Kommunikation, Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung mit praktischen Lernzielen (Kap. 2). Denn Anforderungen an therapeutische Kommunikations- und Beziehungsfertigkeiten sind vielseitig und anspruchsvoll – aber auch durchaus lern- und trainierbar. Ziel ist es, die Leser:innen dazu anzuregen, ihren eigenen Kompetenzstand kritisch zu reflektieren und mögliche Entwicklungsbedarfe zu identifizieren.

### Weiterführende Literatur

- Bollmann, S., Köhler, S., Guhn, A., Schamong, I., Sterzer, P. & Brakemeier, E.-L. (2021). Differentielle Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie: Auf dem Weg zu einer evidenzbasierten individualisierten Beziehungsgestaltung. *Verhaltenstherapie*, 31(4), 267–285.
- Caspar, F. (2018). Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Caspar, F. (2024b). Responsivität. *Die Psychotherapie*, 69(1), 40–48.
- Hermer, M. & Röhrle, B. (Hrsg.). (2008). *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band I: Allgemeiner Teil & Band 2: Spezieller Teil*. Tübingen: dgvt.
- Lazarus, A. (1993). Tailoring the therapeutic relationship, or being an authentic chameleon. *Psychotherapy*, 30(3), 404–407.
- Norcross, J.C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford: Oxford University Press.
- Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. (2015). *Therapiemotivation*. Göttingen: Hogrefe.
- Stiles, W.B. & Horvath, A.O. (2017). Appropriate responsiveness as a contribution to therapist effects. In: L.G. Castonguay & C.E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 71–84). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Storck, T. (2025b). *Übertragung und Gegenübertragung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Wampold, B.E. (2011). Qualities and actions of effective therapists. *Continuing Education in psychotherapy of the American Psychological Association (APA, Education Directorate)*. URL: <http://linfraser.com/wp-content/uploads/2015/05/effective-therapists.pdf> [13.1.2025]
- Wampold, B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14 (3), 270–277.



## Vom Erstkontakt zur Fallkonzeption

- 7 Erstkontakt und Vorbereitung der Therapie
- 8 Diagnostik zur Therapieplanung, Verlaufskontrolle und Ergebnisbewertung
- 9 Der psychopathologische Befund
- 10 Verhaltensanalyse
- 11 Plananalyse
- 12 Dimensionale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen
- 13 Fallkonzeption und Therapieplanung

## Vom Erstkontakt zur Fallkonzeption

Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier

### Die Komplexität als notwendige Herausforderung

Es verwundert nicht, dass – nicht nur angehende – Psychotherapeut:innen die Erhebung und Beurteilung aller relevanten Informationen, die für die Entscheidung einer Psychotherapie im Einzelfall entscheidend sind, oft als anspruchsvoll erleben. Psychische Störungen sind multifaktoriell bedingt, geprägt von Eigendynamiken, Wechselwirkungen und Kontextabhängigkeit – kurz: Sie sind komplex (vgl. Caspar, 2024b). Ebenso ist Psychotherapie ein dynamischer, vielschichtiger Prozess, der darauf abzielt, pathologische Mechanismen und aufrechterhaltende Bedingungen zu beeinflussen, um eine Vielzahl von Zielen zu erreichen.

Im Fokus steht dabei stets das betroffene Individuum: Es soll weniger belastet und eingeschränkt sein, wobei auch die Wechselwirkungen mit der Umwelt – wie Beziehungen zu Partner:in, Familie, Freund:innen und andere Bezugspersonen oder berufliche Bedingungen – berücksichtigt werden müssen.

Die Herausforderung wird durch begrenzte Zeitressourcen zusätzlich verstärkt: Therapeut:innen müssen in relativ kurzer Zeit ein tiefgehendes Verständnis für die Problematik entwickeln, Prognosen sowie Indikationen für Psychotherapie und alternative Interventionsvarianten prüfen, ein individuell angepasstes Behandlungskonzept erstellen und die Psychotherapie einleiten.

Abbildung A veranschaulicht die Vielzahl an Informationen und Informationsquellen, die bei der Therapieplanung sowie bei der Verlaufs- und Ergebniskontrolle berücksichtigt werden sollten. Diese Komplexität mag herausfordernd sein, bietet jedoch auch die Chance, differenziert und präzise auf die Bedürfnisse der Patient:innen einzugehen – eine Kernkompetenz, die Psychotherapie auszeichnet.

Mit der Erarbeitung und Diskussion dieser zahlreichen Therapie-Parameter lassen sich problemlos mehrere Lehreinheiten füllen. Dabei taucht immer wieder eine zentrale Frage auf: Wie gelingt es, all diese Aspekte innerhalb der probatorischen Sitzungen – oder im stationären Setting sogar noch schneller – zu berücksichtigen? Gleichzeitig muss den Patient:innen Raum gegeben werden, mit ihren Anliegen »anzukommen« und sich auszusprechen, während vielfältige Dokumentationspflichten, formalen Anforderungen wie Aufklärungspflichten und der Aufbau einer tragfähigen therapeutische Beziehung (vgl. Teil I) zu bewältigen sind.

Aktuelle Beschwerden	Persönlichkeit	Therapieziele
<p>konkreter Behandlungsanlass (Spontanbericht)</p> <p>psychopathologischer Befund</p> <p>Diagnose(n)</p> <p>aktuelles Problemverhalten bzw. psychodynamischer Status</p> <p>Symptombelastung störungsübergreifend Depressivität ergänzende störungsspezifische Maße</p> <p>Beeinträchtigung aktuell und im letzten Jahr</p> <p>Partizipationsstörungen (z. B. Arbeitsfähigkeit)</p> <p>weitere Informationsquellen</p> <p>externe Personen / Fremdanamnese (z.B. durch Bezugsperson, Mitbehandler)</p> <p>psychophysiologische Maße Verhaltenstests</p>	<p>Persönlichkeitsakzentuierung</p> <p>interpersonelle Probleme</p> <p>Bindungsstile</p> <p>Strukturturniveau</p>	<p>zu Beginn im Verlauf</p> <p>Abbau aufrechterhaltender bzw. Risikofaktoren</p>
<b>Bewertung der Therapie</b>		
<p>allgemeine Zufriedenheit mit (Zwischen-)Ergebnis</p> <p>Veränderungen</p> <p>Lebenssituationen</p> <p>Symptombelastung und Beeinträchtigung im Verlauf</p> <p>Nebenwirkungen und neue Probleme</p> <p>»Kundenzufriedenheit« mit Einrichtung mit Therapie / TherapeutIn</p>		
Entwicklung und Verlauf der Problematik	Therapeutische Beziehung	
<p>traumatisierende Erfahrungen</p> <p>VT: Makroanalyse</p> <p>Krankheitsmodell des Patienten</p>	<p>Klientenerwartung zu Beginn</p> <p>Bewertung der Beziehung im Verlauf</p>	

### Lebensbedingungen

biografische Aspekte, z. B. Herkunftsfamilie  
Bildung und Beruf

### Umfeld

Partnerschaft  
Kinder  
Bezugspersonen  
Wohnsituation

allgemeines Wohlbefinden  
Lebenszufriedenheit  
Optimismus

### Ressourcen

### Weitere gesundheitsrelevante Informationen

allg. Gesundheitszustand, weitere Erkrankungen  
medizinische und weitere (Vor-)Behandlungen

Substanzkonsum (Nikotin, Alkohol, Drogen, Medikamente)

**Abbildung A** Wichtige Inhaltsbereiche, die bei Therapieplanung, Verlaufskontrolle und Ergebnisbewertung eine Rolle spielen können und in üblichen Dokumentationen berücksichtigt werden müssen (Gutachten oder Kassenanträge, Arztbriefe, Abschlussbericht und andere allgemeine Dokumentationspflichten)

Hier besteht also die Gefahr einer Überforderung, die ungünstig kompensiert werden kann, wie zum Beispiel durch Überziehen von Zeit – also durch Leistungserbringung, die über die abrechenbaren Therapie-, Vorbereitungs- und Nachbereitungszeiten hinausgeht. Wird dies zur Regel, hat dies nicht nur negative Auswirkungen auf den therapeutischen Prozess und die Interaktion, sondern widerspricht auch dem berufsethischen Selbstverständnis. Es kann den psychotherapeutischen Selbstwert beeinträchtigen und die eigene Selbstfürsorge gefährden.

Die gute Nachricht: Als lernfähige Wesen sind wir in der Lage, mit dieser Komplexität umzugehen – vor allem durch die theorie- und erfahrungsbasierte Entwicklung von Heuristiken und Routinen. Auch psychotherapeutische Novizen bringen in der Regel die grundlegenden Voraussetzungen mit, um – unterstützt durch Supervision – solche Herausforderungen zu bewältigen und den therapeutischen Prozess effizient zu steuern. Die Kapitel dieses Buchteils geben viele konkrete und praktische Hinweise und zeigen notwendige und hilfreiche Strategien auf.

### **Funktionales Verständnis als Schlüssel in der Therapieplanung**

Im traditionellen verhaltenstherapeutischen Störungsverständnis liegt der Fokus darauf, individuell abgestimmte Behandlungspläne und -durchführungen zu entwickeln (Kap. 13). Dazu müssen die wirklich relevanten Themen ans Licht kommen – seien es schlimme Befürchtungen, Schuldgefühle oder andere zentrale Problembereiche. Ohne diese Offenlegung bleiben viele Verhaltensweisen und Schwierigkeiten unverständlich und schwer zugänglich für eine effektive Analyse, sei es in Form einer Verhaltens-, Problem- oder Plananalyse. Die Bereitschaft der Patient:innen, sich zu öffnen, hängt wiederum eng mit unserer therapeutischen Beziehungsgestaltung zusammen (vgl. Teil I). Hierbei können wir unser störungsspezifisches Wissen gezielt einsetzen: Bei einer Patientin mit Essstörung beispielsweise kann erwartet werden, dass Themen rund um »Kontrollverlust« besonders schambesetzt sind. Es gilt, Maßnahmen zu ergreifen, die es der Patientin erleichtern, solche »heißen« Themen dennoch in die Therapie einzubringen.

Individualisierung bzw. Personalisierung bedeutet hier also nicht, »das Rad neu zu erfinden«. Die Verhaltenstherapie bietet ein breites Spektrum an etablierten Störungs- und Interventionswissen, das als Grundlage dient. Ergänzend können verfahrensübergreifende Behandlungsleitlinien (z. B. [www.awmf.org](http://www.awmf.org)) von großem Nutzen sein. Diese Leitlinien stellen oft einen Konsens verschiedener Expert:innengruppen und Patient:innenvertretungen dar und bieten grundlegende störungsspezifische Ansätze, die in der Therapieplanung berücksichtigt werden sollten. Gleichzeitig sind sie als hilfreiche Orientierung gedacht, nicht als starrer Rahmen. Ein kollaborativ erarbeitetes Störungsmodell und eine passgenaue Therapieplanung bieten meist genügend Raum, um jede – auch manualbasierte – Verhaltenstherapie kreativ und individuell zu gestalten.

Die Kapitel dieses Teils bieten umfassende Informationen zu den in Abbildung A dargestellten Aspekten. Ziel ist es, unseren Leser:innen bei der Entwicklung einer eigenen Routine zur Priorisierung und zum Behalten der Übersicht zu unterstützen oder bereits etablierte Routinen kritisch zu reflektieren. Zentrale Bestimmungsstücke sind dabei Indikationsentscheidungen (z. B. Abklärung von Krankheitswertigkeit, Prognosestellung;

Kap. 7 und 9), vielfältige Aspekte von Diagnostik (für Fallkonzeption, Dokumentation/Monitoring und Ergebnisbewertung; Kap. 8, Kap. 12), sowie Verhaltensanalyse und Plananalyse als zentrale Instrumente der Verhaltenstherapie zur Erarbeitung eines detaillierten Verständnisses individuellen Problemverhaltens (Kap. 10 und 11). Kernstück der Fallkonzeption ist dann die Ableitung einer nachvollziehbaren Behandlungsstrategie, auf der Grundlage der mit oben genannten Methoden möglichst systematisch und effizient erfassten Problemen und Zielen (Kap. 13).

### **Über den Tellerrand der eigenen Behandlung hinaus**

Die Frage nach der für den Patienten sinnvollsten, individuell angepassten Behandlung betrifft nicht nur einzelne Behandlungsformen, wie z. B. Psychotherapie, sondern auch die »Gesamtbehandlung« in einem weiteren Sinne. Beispielsweise bedarf es bei vielen Patient:innen der guten *Vernetzung* und Abstimmung zwischen Behandler:innen oder Sektoren (stationär und ambulant, Krankheitsbehandlung vs. komplementäre Hilfeleistungen etc.). Die Vielzahl der Kostenträger (Kranken- vs. Rentenversicherung, kommunale steuerfinanzierte Einrichtungen etc.) und der einzelnen Versorgungsmöglichkeiten – dargelegt in SGB V, VI, IX, XII – können unübersichtlich und in manchen Fällen schlecht kombinierbar erscheinen (Überblick zu psycho-sozialen Hilfesystemen bei Jacobi et al., 2022) – dennoch muss auch dies zu den grundlegenden Kompetenzen von Psychotherapeut:innen gezählt werden.

Auch die Vernetzung mit nicht zum Gesundheitssystem gehörenden sozialen Unterstützungsmöglichkeiten, die gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erwiesenermaßen höchst sinnvoll sind (DGPPN, 2018), erfolgt oft nicht in ausreichendem Maße. Psychotherapeut:innen sollten daher anstreben, zu einem »Gesamtbehandlungsplan« beizutragen und diesen aktiv mitzugestalten bzw. diese Perspektive zumindest stets im Blick zu behalten. Dies umfasst neben der genauen Abklärung des Überweisungskontexts die explizite Nutzung von Erfahrungen, Informationen und Empfehlungen aus vorangegangenen Psychotherapien, Reha- oder (Tages-)Klinikaufenthalten ebenso wie ein – datenschutzrechtlich von Patient:innenseite genehmigter – Austausch mit Haus- und Fachärzt:innen, arbeitsmedizinischen und anderen betrieblichen Stellen sowie Beratungseinrichtungen. Ein solch ganzheitlicher Ansatz fördert eine effektive und nachhaltige Behandlung.

### **Weiterführende Literatur**

Caspar, F. (2024). Responsivität. Psychotherapie, 69(1), 40–48.  
DGPPN (Hrsg.). (2018). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-020>

Jacobi, F., Kunas, S.L., Annighöfer, M.L.D., Götz, T., Sammer, S., Schickanz, P. & Gerlinger, G. (2022). Versorgungs- und Hilfesysteme für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Hilfebedarf in Deutschland. In R. Haring (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften. Heidelberg: Springer.



# Basistechniken der Verhaltenstherapie

- 14 Psychoedukation
- 15 Verhaltenstherapeutische Hausaufgaben
- 16 Ressourcenorientierung
- 17 Euthyme Techniken (Genusstherapie)
- 18 Aktivitätsaufbau
- 19 Expositions- und Konfrontationsverfahren
- 20 Kognitive Umstrukturierung und Verhaltensexperimente
- 21 Training sozialer Kompetenz
- 22 Problemlösetraining
- 23 Kommunikationstraining
- 24 Situationsanalyse
- 25 Selbstmanagement
- 26 Krisenintervention und Suizidalität
- 27 Entspannungsmethoden
- 28 Rückfallprophylaxe und Therapiebeendigung

## Basistechniken der Verhaltenstherapie

Eva-Lotta Brakemeier • Frank Jacobi

Die 15 hier präsentierten Ansätze und Therapieelemente bezeichnen wir als »Basistechniken«, weil sie auf den »klassischen« Grundlagen der Verhaltenstherapie beruhen. Diese Techniken haben sich seit langem in der verhaltenstherapeutischen Ausbildung bewährt und finden oft bereits im Psychologiestudium Anwendung. Besonders gut lassen sie sich in den neuen approbationskonformen Psychotherapie-Masterstudiengängen integrieren, insbesondere in den praxisbasierten Seminaren der berufsqualifizierenden Tätigkeiten.

Die Kapitel dieses Teils folgen einer einheitlichen Struktur, die der praktischen Anwendung und den typischen Herausforderungen besondere Aufmerksamkeit widmet:

- (1) Hintergrund und allgemeine Merkmale
- (2) Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen
- (3) Praktische Durchführung
- (4) Typische Schwierigkeiten und Fehler
- (5) Kritische Einordnung
- (6) Frequently Asked Questions (FAQ)
- (7) Weiterführende Literatur

Weitere Standardtechniken der Verhaltenstherapie werden beispielsweise von Linden und Hautzinger (2022) vorgestellt.

### **Empfehlung für Aus- und Weiterbildung**

Wir empfehlen insbesondere verhaltenstherapeutischen Noviz:innen, diese Techniken von Beginn ihrer Ausbildung an in ihr therapeutisches Repertoire aufzunehmen, sie bei eigenen Problemen anzuwenden und sich intensiv mit ihnen vertraut zu machen. Obwohl es verlockend sein mag, sich sofort mit »modernen« oder »neuen« Techniken zu beschäftigen, erscheinen diese bewährten Basistechniken zentral, um Nutzen und Wirkung der Verhaltenstherapie sich entfalten zu lassen. Darüber kann auch gewissen Risiken und Nebenwirkungen vorgebeugt werden, die beim unreflektierten Einsatz »moderner« oder »neuer« Techniken auftreten können (vgl. Kap. 57).

Damit können Therapeut:innen später aus der Vielzahl an verfügbaren Strategien die für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten am besten geeignete Technik adaptiv auswählen. Dabei sollte auch bedacht werden, welche Alternativen im Einzelfall bewusst *nicht* eingesetzt werden sollten – denn oft gilt: Weniger ist mehr.

### **Weiterführende Literatur**

Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.). (2022). Verhaltenstherapiemanual (9. Aufl.). Heidelberg: Springer.

# IV

## Integrative Techniken in der Verhaltenstherapie

- 29 Achtsamkeit und Akzeptanz
- 30 Imagination
- 31 Imagery Rescripting
- 32 EMDR
- 33 Emotionsregulationstraining
- 34 Stuhldialoge
- 35 Selbstwertstärkende Techniken
- 36 Körperfokussierte Techniken

## Integrative Techniken in der Verhaltenstherapie

Eva-Lotta Brakemeier • Frank Jacobi

### Hintergrund und Struktur von Teil IV

Die acht hier präsentierten Techniken können insofern als »integrativ« bezeichnet werden, als dass sie nicht primär als kognitiv oder behavioral eingestuft werden können und sich auch nicht wie die VT-Basistechniken (vorgestellt im Teil III) innerhalb der (K)VT-Tradition heraus entwickelt haben. Vielmehr entstammen sie aus anderen psychotherapeutischen Schulen (wie z.B. Stuhldialoge aus der humanistischen Therapie) oder Traditionen (wie die Achtsamkeit aus der buddhistischen Tradition). Integriert werden diese Techniken immer häufiger in die Verhaltenstherapie, jedoch überwiegend in Weiterentwicklungen der klassischen VT, die auch als »Dritte-Welle«-Methoden bezeichnet werden und die wir im Teil VI vorstellen. Beispielsweise ist ein Kernmerkmal vieler dieser Methoden, dass Elemente der grundsätzlich veränderungsorientierten Verhaltenstherapie durch die Aspekte Achtsamkeit und Akzeptanz ergänzt werden. Die meisten dieser Techniken sind erlebensorientiert (experiential) und adressieren somit insbesondere auch den Wirkfaktor der Problemaktualisierung (Grawe, 1995).

Die meisten integrativen Techniken erfahren aktuell sowohl in Forschung als auch in der Therapie große Beachtung und kommen sowohl störungsspezifisch (z. B. zur Behandlung von PTBS und zugrundeliegenden Traumata bei Persönlichkeitsstörungen) als auch transdiagnostisch bei der Veränderung belastender Gefühle und Erinnerungen zum Einsatz.

### Wichtig

Wir möchten betonen, dass diese Techniken – wie alle therapeutischen Interventionen – neben positiven Effekten potenziell auch Risiken und Nebenwirkungen mit sich bringen können. Die Integration sollte daher wohlüberlegt sein und auf der Basis fundierter Kenntnisse erfolgen.

Dies vorausgesetzt handelt es sich jedoch um Techniken, die Betroffenen nicht nur dabei helfen, ihre Probleme zu behandeln, sondern durch Fördern von Ressourcen gezielt Resilienz stärken. Daher eröffnen sie eine Reihe von Chancen, die sich auch auf die Bereiche Prävention und Rückfallprophylaxe beziehen. Innovativ erscheint uns dabei, dass diese nicht nur eine kurative oder akute, sondern eben auch einer präventive, bewältigungsorientierte und auch palliative Psychotherapie (Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patient:innen und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen

Erkrankung konfrontiert sind) unterstützen können. Dieser Buchteil soll somit dazu dienen, dass Psychotherapeut:innen ihren Behandlungsspielraum erweitern sowie neue Denkanstöße und Impulse gewinnen.

Wir haben versucht, die gängigsten integrativen Techniken vorzustellen, die auch zentrale Rollen in den modernen VT-Ansätzen spielen (s. Teil VI). Ferner finden sich hier auch »Körperfokussierte Techniken in der VT« (Kap. 36).

Einige wichtige weitere integrative Techniken, welche wir hier nicht berücksichtigen konnten, seien an dieser Stelle zumindest genannt (eine umfassende Sammlung findet sich in Senf et al., 2020; auch sei auf unsere Schwesterbände »Psychodynamische Therapie in der Praxis« sowie »Systemische Therapie in der Praxis« verwiesen):

- ▶ Lösungsorientierte Techniken
- ▶ Neukonstruktion von Lebensnarration
- ▶ Genogrammarbeit
- ▶ Reframing
- ▶ Systemaufstellungen bzw. Arbeit mit Paaren, Familien und Systemen
- ▶ Psychodrama
- ▶ Bewegung und Ausdauertraining
- ▶ Ergo-, Musik- und Sozialtherapie

Obwohl solche Techniken in der Praxis vielfach Anwendung finden und von manchen Therapeut:innen als bereichernd empfunden werden, ist die wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit für die meisten hier aufgelisteten allerdings bislang begrenzt. Einige Vertreter:innen argumentieren jedoch, dass die Prinzipien, auf denen sie beruhen (zum Beispiel bei Impact-Techniken: Nutzung von Metaphern und multisensorischen Reizen; Beaulieu, 2025), in anderen therapeutischen Kontexten empirisch nachgewiesene positive Effekte gezeigt haben.

Die Kapitel dieses Teils sind ebenso wie bei den Basistechniken einheitlich gegliedert, wobei wie zuvor der praktischen Durchführung und den typischen Problemen in der Praxis die wichtigste Rolle zukommt:

- (1) Hintergrund und allgemeine Merkmale
- (2) Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen
- (3) Praktische Durchführung
- (4) Typische Schwierigkeiten und Fehler
- (5) Kritische Einordnung
- (6) Frequently Asked Questions (FAQ)
- (7) Weiterführende Literatur

#### **Weiterführende Literatur**

Beaulieu, D. (2025). Impact-Techniken für die Psychotherapie. Stuttgart: Carl Auer.

Senf, W., Broda, M. & Wilms, B. (2013). Techniken der Psychotherapie: Ein methodenübergreifendes Kompendium. Stuttgart: Thieme.

# V

## Störungsorientierte Behandlung

- 37 Störungen der Intelligenzentwicklung
- 38 Autismus-Spektrum-Störungen
- 39 ADHS im Erwachsenenalter
- 40 Psychotische Störungen
- 41 Bipolare Störungen
- 42 Depressive Störungen
- 43 Angststörungen
- 44 Hypochondrie, Krankheitsangststörung und Krankheitsangst
- 45 Zwangsstörungen
- 46 Posttraumatische Belastungsstörung
- 47 Anhaltende Trauerstörung
- 48 Essstörungen
- 49 Somatische Belastungsstörung
- 50 Störungen durch Substanzgebrauch
- 51 Störungen durch Verhaltenssüchte
- 52 Persönlichkeitsstörungen
- 53 Borderline-Persönlichkeitsstörung
- 54 Insomnie
- 55 Sexuelle Störungen und Probleme
- 56 Schmerzstörungen

## Störungsorientierte Behandlung

Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier

### **Psychopathologie als zentraler Ansatzpunkt der Verhaltenstherapie**

Psychische Störungen werden als überzufällig gemeinsam auftretende psychopathologische Symptome und Probleme (Dysfunktionen) definiert, die das Individuum (und gegebenenfalls seine Umgebung) in »klinisch bedeutsamer Weise« belasten (Leiden verursachen) und beeinträchtigen (Funktionseinschränkungen und Behinderungen bewirken). Die ICD-11 bietet hier eine umfassendere allgemeine Charakterisierung von psychischen Störungen als die ICD-10, bleibt jedoch weniger formalisiert und systematisch als das DSM-5. Klassifikatorische Diagnosen haben allein für sich genommen nur begrenzte Aussagekraft, da sie sich aus sehr unterschiedlichen Symptomkonstellationen ergeben können: Patient:innen mit dem gleichen Diagnosecode unterscheiden sich oft sehr deutlich in ihrer Problematik. Daher ist es in der Therapieplanung unerlässlich, bei einer spezifischen Diagnose genau hinzuschauen und die zugrunde liegende Symptomatik – also die individuelle Psychopathologie – zu berücksichtigen.

Die Abgrenzung psychischer Störungen von normalen Stimmungsschwankungen und Stressreaktionen basiert vor allem auf Kontext und Prognose. Störungsorientierte Behandlungsstrategien liefern evidenzbasierte Ansätze, um indikationsrelevante Einordnungen vorzunehmen und Krankheitsverläufe zu antizipieren.

Die Frage nach der Validität einzelner spezifischer Diagnosen – etwa, ob es sinnvoll und empirisch gut begründbar ist, Angststörungen in viele einzelne Diagnosen aufzuteilen – sollte von der grundsätzlichen Frage nach der Legitimität einer störungsorientierten Behandlung getrennt werden. Eine Gegenposition könnte argumentieren, dass Symptome immer Ausdruck »dahinterliegender« und biografisch für jede Patientin und jeden Patienten neu zu bestimmender *Konflikte* sind und dass dementsprechend eine diagnosespezifische Herangehensweise den Blick für das »eigentliche« Problem und seine Ursachen nur verstelle, oder dass Symptome in erster Linie systemischen Konstellationen geschuldet sind, die über das betroffene Individuum hinausgehen. Hierzu möchten wir kurz die verhaltenstherapeutische Haltung beschreiben.

### **Die Rolle der Störungsorientierung in der Verhaltenstherapie**

Patient:innen präsentieren sich mit Symptomen und Symptommustern, und es entspricht dem Selbstverständnis der Verhaltenstherapie, diese ernst zu nehmen und mit der Behandlung dort anzusetzen, wo der Leidensdruck besonders groß ist. Diese Muster entwickeln häufig eine Eigendynamik, die durch störungsorientierte Behandlungsstrategien an den aufrechterhaltenden Bedingungen unterbrochen werden kann. Dadurch

wird das psychologische System des Individuums wieder flexibilisiert, was eine eigenständige Neuorientierung erst ermöglicht.

Die biografische Bedingtheit psychischer Probleme und der Einfluss angelegter und erworbener Vulnerabilitäten werden damit keineswegs geleugnet. In vielen Therapien wird zum Beispiel erkennbar, dass ein Symptom bzw. Problemverhalten auch als Lösungsversuch gesehen werden kann, der zu einem früheren Zeitpunkt eine wichtige Funktion gehabt hat, im Laufe der Zeit aber dysfunktional geworden ist. Dennoch reicht eine solche Erkenntnis in der Regel nicht aus, das dysfunktionale Erleben und Verhalten einfach aufzugeben. Hier setzen störungsorientierte Behandlungsstrategien an, die konkrete Hilfen bieten, um solche eingefahrenen Muster direkt zu bearbeiten und aufzulösen.

### **Diagnosespezifische Programme und störungsorientierte Ansätze**

Mittlerweile existiert eine Vielzahl von diagnosespezifischen Behandlungsprogrammen, die sich häufig im Rahmen der Verhaltenstherapie entwickelt haben. Diese Programme eignen sich besonders für verhaltenstherapeutische Gruppenbehandlungen (vgl. Kap. 78), beispielsweise in stationären Settings, in denen Patient:innen mit ähnlicher Problematik ein standardisiertes Programm gemeinsam durchlaufen. Viele dieser Programme wurden aus der Praxis heraus entwickelt, um klinische Schwierigkeiten bei bestimmten Patientengruppen zu überwinden. Ein umfangreiches, gut beherrschtes Methodenrepertoire bietet Psychotherapeut:innen nicht nur Sicherheit in der Behandlung, sondern ermöglicht auch eine authentische und einfühlsame Zuwendung zu den Patient:innen. Der Rückgriff auf bewährte, erlernbare und reproduzierbare Methoden stärkt die Basis der Psychotherapie als solides »Handwerk« und grenzt sie von einer schwer nachvollziehbaren »Kunst« oder gar Beliebigkeit ab (Hoffmann, 2015, S. 5).

### **Debatte um die Störungsorientierung**

Angesicht der genannten Vorzüge störungsorientierter Behandlungsansätze verwundert es bisweilen, dass bereits seit den 1980er Jahren ein solches Vorgehen regelmäßig kritisch hinterfragt und debattiert wird. Nach wie vor bestehen manche Vorbehalte im Sinne von: »Das Manual funktioniert bei echten Patient:innen in der Praxis nicht!«, welche jedoch häufig auf folgenden Missverständnissen beruhen:

- ▶ **Manualentwicklung und Praxistauglichkeit:** Gute Manuale entstehen nicht unter praxisfernen Laborbedingungen oder mit therapeutisch unerfahrenen Forschenden. Sie basieren auf klinischen Erfahrungen und haben sich auch in klinisch repräsentativen Anwendungsbedingungen bewährt (z. B. Shadish et al., 2000; Gaskell et al., 2023).
- ▶ **Individualisierung und Anpassung:** Viele moderne Manuale verstehen sich eher als Leitfäden, die eine inhaltliche Struktur mit Zielen und Techniken vorschlagen, ohne für jede Sitzung starre Vorgaben zu machen. Sie bieten zudem Anleitungen zur Anpassung an Komorbiditäten, Diversitätsaspekte, Persönlichkeit und individuelle Lerngeschichten sowie Kontext und systemische Aspekte (vgl. Teil VII). Eine Individualisierung der konkreten Therapien wird in diesem Buch ohnehin stets mitgedacht (vgl. Brakemeier & Herpertz, 2019; Deisenhofer et al., 2024; Kap. 57, 69, 80).

Ein häufiges Problem in der Praxis ist, dass störungsspezifische Behandlungsmanuale nicht immer manualgetreu umgesetzt werden. Dies zeigt sich zum Beispiel oft in Fallberichten, in denen wirksame Ansätze wie Expositionsverfahren erst spät eingesetzt wurden – häufig mit unerwartet positiven Ergebnissen. Dies unterstreicht, wie wichtig es ist, Manuale zunächst adhärent und kompetent anwenden zu können, um ihren Nutzen voll auszuschöpfen.

### **Debatten um Krankheitswertigkeit psychischer Diagnosen am Beispiel der Anpassungsstörung**

Obwohl die Anpassungsstörung in der ambulanten Praxis häufig diagnostiziert wird – möglicherweise nicht immer adäquat (z. B. Roth & Steins, 2024) – ist sie an dieser Stelle nicht gesondert vertreten. Wir möchten jedoch darauf hinweisen, dass verhaltenstherapeutische Techniken und Methoden (Teile III & IV) auch bei Anpassungsstörungen individuell anwendbar sind und entsprechende Behandlungsansätze existieren (z. B. Habenstein, 2024; Hubert & Bengel, 2020; Maercker, 2019). Eine besondere Herausforderung liegt in der Bewertung der Krankheitswertigkeit. Kritische Lebensereignisse lösen in der Regel normale, nicht-pathologische Reaktionen aus, aber manchmal gelingt die Anpassungsleistung auch nicht. Die Abgrenzung zwischen einem belastenden, aber funktionalen Anpassungsprozess und einer behandlungsbedürftigen Störung erfordert daher eine sorgfältige Diagnostik (die übrigens durch die ICD-11 präziser möglich ist; Bachem, 2022).

### **Auswahl und Struktur von Teil V**

Die Auswahl der hier behandelten 20 Störungsbilder orientiert sich an ihrer Relevanz in der psychotherapeutischen Versorgung. Auch wenn damit nicht das gesamte Feld störungsspezifischer Behandlungen abgedeckt wird, bilden wir – insbesondere in Verbindung mit den Anwendungsbeispielen aus den Teilen III, IV und VI – eine große Bandbreite ab.

Einige Kapitel erscheinen uns besonders wichtig, da sie neben den störungsspezifischen Aspekten auch übergreifende psychotherapierrelevante Themen adressieren, die in der Aus- und Weiterbildung oft zu kurz kommen. Dazu zählen zum Beispiel Behinderung und Inklusion (Kap. 37 zu Störungen der Intelligenzentwicklung) oder die Sexualität (Kap. 55 zu sexuellen Störungen und Problemen).

Die Kapitel dieses Teils sind einheitlich strukturiert, wobei der praktischen Durchführung und den typischen Problemen in der Praxis besondere Bedeutung zukommt.

- ▶ Diagnostik, Komorbidität und Differenzialdiagnostik
- ▶ Verhaltenstherapeutische Ziele und Strategien
- ▶ Praktische Durchführung
- ▶ Weitere Therapieoptionen
- ▶ Typische Schwierigkeiten und Fehler
- ▶ Kritische Einordnung
- ▶ FAQ
- ▶ Weiterführende Literatur

Die Störungsbereiche folgen der ICD-11-Codierung, die – trotz ihrer noch ausstehenden Implementierung im deutschsprachigen Raum – wertvolle Modernisierungen bietet. Diese positiven Entwicklungen werden in diesem Teil auch aufgegriffen, beispielsweise bei den neuromentalen Entwicklungsstörungen, Trauma-, Sucht-, Persönlichkeits- und Sexualstörungen.

### Weiterführende Literatur

- Bachem, R. (2022). Anpassungsstörung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual – Erwachsene* (9. Aufl., S. 447–454). Göttingen: Hogrefe.
- Brakemeier, E.L. & Herpertz, S.C. (2019). Innovative Psychotherapieforschung: auf dem Weg zu einer evidenz- und prozessbasierten individualisierten und modularen Psychotherapie. *Der Nervenarzt*, 90 (11), 1125–1134.
- Deisenhofer, A.K., Barkham, M., Beierl, E.T., et al. (2024). Implementing precision methods in personalizing psychological therapies: Barriers and possible ways forward. *Behaviour research and therapy*, 172, 104443.
- Gaskell, C., Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., Stockton, C., Somerville, E., Rogerson, E. & Delgadillo, J. (2023). The effectiveness of psychological interventions delivered in routine practice: Systematic review and meta-analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 50(1), 43–57.
- Habenstein, A. (2024). *Therapie-Tools Anpassungsstörungen*. Weinheim: Beltz.
- Maercker, A. (Hrsg.). (2019). *Traumafolgestörungen*. Berlin: Springer.
- Roth, M. & Steins, G. (2024). Anmerkungen zur Problematik fehlender Psychotherapieplätze. *Psychologische Rundschau*, 75 (4), 289–300.

# VI

## Integrative Weiterentwicklungen und die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie

- 57 Kognitive Verhaltenstherapie und integrative Weiterentwicklungen: Chancen und Risiken
- 58 Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)
- 59 Behavioral Activation (BA)
- 60 Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)
- 61 Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)
- 62 Emotionsfokussierte Therapie (EFT)
- 63 Interpersonelle Psychotherapie (IPT)
- 64 Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)
- 65 Metakognitive Therapie (MCT)
- 66 Schematherapie (ST)
- 67 Training emotionaler Kompetenzen (TEK)
- 68 Well-Being Therapie (WBT)
- 69 Prozessbasierte Therapie (PBT)

# Jenseits der »klassischen Verhaltenstherapie«: Charakteristika (integrativer) Weiterentwicklungen

Eva-Lotta Brakemeier • Frank Jacobi

In diesem Teil möchten wir unsere Leser:innen mit modernen, insbesondere integrativen Weiterentwicklungen der Verhaltenstherapie (VT) vertraut(er) machen. In den vergangenen Jahrzehnten haben sich – teilweise unter dem Schlagwort der »dritten Welle« – neue psychotherapeutische Ansätze etabliert, die sich von der »klassischen« Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) abgrenzen und sich nicht mehr klar einer der großen traditionellen Psychotherapieschulen zuordnen lassen.

Diese Ansätze erfreuen sich wachsender Beliebtheit – sichtbar etwa an der hohen Nachfrage nach Workshops oder ihrer Präsenz auf Fachkongressen –, auch wenn die Evidenzlage für einige dieser Ansätze bislang noch begrenzt ist. Gemeinsam ist ihnen (vgl. Hayes & Hofmann, 2021):

- ▶ eine stärkere Berücksichtigung von Emotionen, Kontextfaktoren und funktionalem Verhalten – weniger im Sinne kategorialer Störungsdiagnosen (vgl. Meißner, 2025)
- ▶ eine Ausrichtung auf ein breites und flexibles, häufig der KVT nahestehendes Repertoire
- ▶ eine Integration von Strategien aus verschiedenen psychotherapeutischen Schulen, darunter auch humanistische, psychodynamische, existenzielle und systemische Ansätze

Einige dieser Methoden beziehen zudem explizit schwierige frühkindliche Beziehungserfahrungen mit ein und nutzen die therapeutische Beziehung intensiver und zielgerichteter als die klassische KVT – teils in Anlehnung an tiefenpsychologische Konzepte, wenngleich sich das konkrete Vorgehen häufig deutlich unterscheidet (vgl. Kap. 5; Benecke, 2016).

Im Fokus vieler »Dritter Welle«-Ansätze stehen Techniken, die nicht primär als kognitiv oder behavioral klassifiziert werden – etwa achtsamkeitsbasierte und emotionsorientierte Methoden (vgl. Teil IV). Neben einzelnen Techniken und Strategien existieren auch klar umrissene Therapieprogramme, von denen einige in diesem Teil exemplarisch vorgestellt werden.

### **Sensible Fragen zum Einsatz neuer Ansätze**

Die Integration solcher Ansätze wirft zentrale theoretische und praxisrelevante Fragen auf – etwa in Fallkonzeptionen (Kap. 13), Supervision oder Qualitätssicherung (Kap. 81):

- ▶ Wann besteht eine Indikation zur Anwendung eines »neuen« Ansatzes innerhalb des VT-Spektrums?
- ▶ Soll bei gegebener Indikation die gesamte Therapieform übernommen werden (z. B. Schematherapie, CBASP, ACT) oder lassen sich auch einzelne Elemente sinnvoll in bestehende Behandlungen integrieren?
- ▶ Wie prüfen Therapeut:innen die Konsistenz und Sparsamkeit ihres Vorgehens, um unnötige Komplexität zu vermeiden und Patient:innen nicht zu verunsichern?

Diesen Fragen widmen wir uns zunächst im Beitrag zu »Chancen und Risiken« (Kap. 57), bevor wir zentrale, inzwischen vielfach erprobte Ansätze der »dritte Welle« systematisch vorstellen.

### **Weitere Ansätze: Hypnose, Mitgefühl und narrative Exposition**

Nicht alle Weiterentwicklungen und integrativen Methoden können im Rahmen dieses Buchteils durch eigene Kapitel berücksichtigt werden. Drei besonders interessante Ansätze sollen hier jedoch exemplarisch kurz vorgestellt werden:

- ▶ Die **Hypnotherapie oder Hypnosepsychotherapie** (Revenstorf & Peter, 2023; Erickson & Rossi, 2016) ist ein ressourcenorientiertes Heilverfahren mit über 250-jähriger Tradition. Sie gilt als transdiagnostischer Ansatz und findet Anwendung bei Verhaltensproblemen, psychosomatischen Störungen und in der Medizin. Charakteristisch ist der therapeutische Einsatz von Trance- und Suggestionstechniken. Milton H. Erickson begründete die moderne Hypnotherapie, die mit formellen und informellen Trancezuständen arbeitet, häufig in Form von Geschichten, Metaphern und indirekten Suggestionen. Seit 2006 ist die Hypnotherapie in Deutschland vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie für bestimmte Anwendungsbereiche bei Erwachsenen als wissenschaftlich anerkanntes Verfahren zugelassen.
- ▶ Die **Compassion Focused Therapy** (CFT; Gilbert, 2010; deutsch: Selbstmitgefühl-Therapie, Gilbert & Plata, 2013; Stierle, 2022) verfolgt das Ziel, Mitgefühl gegenüber schwierigen inneren Anteilen, Selbstakzeptanz und Mitgefühl gegenüber anderen aufzubauen. Sie integriert Elemente aus der KVT, Achtsamkeit, Imagination, Stuhlarbeit und Schreibübungen. Die CFT wird insbesondere bei Scham- und Selbstkritikproblematiken empfohlen. Randomisierte kontrollierte Studien stehen bislang allerdings aus.
- ▶ Die **Narrative Expositionstherapie** (NET; Neuner et al., 2021) wurde für hochbelastete, mehrfach traumatisierte Personen entwickelt, insbesondere in krisenhaften Kontexten (z. B. Kriegs- und Fluchtsituationen mit begrenztem Zugang zu Versorgung). Sie kombiniert Aspekte der Testimony Therapy – die vollständige narrative Aufarbeitung der Lebensgeschichte – mit verhaltenstherapeutischer Exposition. Dabei basiert die Wirkung weniger auf Habituation, sondern auf neueren Erkenntnissen zur Gedächtnisverarbeitung. Es existiert eine breite Evidenz zur Wirksamkeit bei sequentiellen, multiplen Traumatisierungen – kulturübergreifend.

## Fazit

In der Psychotherapie wird es wohl niemals die eine »perfekte Welle« geben. Doch durch sachliche Diskussion, innovative Forschung und praxisnahe Implementierung können Wissenschaft und Praxis Psychotherapien weiterentwickeln – mit dem Ziel, mehr Betroffene wirksam zu erreichen.

## Weiterführende Literatur

- Alford, B.A. & Beck, A.T. (1997b). The Relation of Psychotherapy Integration to the Established Systems of Psychotherapy. *Psychotherapy Integration*, 7(4), 275-289.
- Erickson, M.H. & Rossi, E.L. (2016). *Hypnotherapie: Aufbau - Beispiele – Forschungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hayes, S.C. & Hofmann, S.G. (2021). »Third-wave« cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry*, 20, 363-375.
- Heidenreich und Michalak (2023). *Verhaltenstherapie in Bewegung – Störungsspezifische und transdiagnostische Perspektiven*. Weinheim: Beltz.
- Meißner, J. (Hrsg.) (2025). *Gefühle als zentraler Therapiekompass. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 57(1), 5-107.
- Neuner, F., Catani, C. & Schaunber, M. (2021). *Narrative Expositionstherapie (NET)*. Göttingen. Hogrefe.
- Revenstorf, D. & Peter, B. (2023). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin: Manual für die Praxis*. Berlin. Springer.
- Stierle, C. (2022). *Compassion Focused Therapy in der Praxis*. Weinheim: Beltz.

# 57 Kognitive Verhaltenstherapie und integrative Weiterentwicklungen: Chancen und Risiken

Frank Jacobi • Dominik Ülsmann • Eva-Lotta Brakemeier

Die Verhaltenstherapie entfaltet seit jeher eine ausgeprägte integrative Kraft (vgl. Kap. 84; Alford & Beck, 1997a). In diesem Kapitel möchten wir zentrale Argumentationslinien zusammenführen, um die integrative Entwicklung der VT kritisch zu beleuchten:

- ▶ Erweiterung oder Reformulierung? Führen neue Ansätze tatsächlich zu einer Verbesserung der Therapie, etwa durch ein erweitertes Interventionsspektrum?
- ▶ Neuer Inhalt oder neue Verpackung? Handelt es sich bei modernen Konzepten um substantielle Fortschritte oder lediglich um eine zeitgemäße Umformulierung bestehender Prinzipien (»alter Wein in neuen Schläuchen«)?
- ▶ Fortschritt oder Rückschritt? Können vermeintliche Innovationen sogar kontraproduktiv sein und bewährte Therapieansätze verwässern oder behindern?

Diese Fragen sind zentral für die Weiterentwicklung der Kognitiven Verhaltenstherapie – mit potenziellen Chancen, aber auch Risiken.

Teil VI

## 57.1 Historische Einordnung

### KVT als integrativer Prozess

Die heute klassische Kognitive Verhaltenstherapie ist selbst ein Produkt einer integrativen Weiterentwicklung ihres »rein verhaltenstherapeutischen« Vorläufers. Aaron »Tim« Beck (1921–2021) stellt in seinem heute noch lesenswerten Artikel »Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy« (1970) heraus, welche zusätzlichen Ansatzpunkte zur behavioristischen Schule die Kognitive Therapie geboten hat.

#### Wichtig • Paradigma der Kognitiven Therapie als integrative Erweiterung des Behaviorismus

Die grundlegende kognitive Technik besteht darin, die spezifischen Fehleinschätzungen, Verzerrungen und unangemessenen Annahmen von Patient:innen herauszuarbeiten und ihre Gültigkeit und Angemessenheit zu überprüfen. Indem sie den Griff ihrer hartnäckigen, verzerrten Vorstellungen lockern, werden Patient:innen in die Lage versetzt, ihre Erfahrungen realistischer zu formulieren – und darüber Symptomverbesserungen in Form eines positiveren emotionalen Erlebens und zielführenden Verhaltens zu erreichen (Beck, 1970).

In den 1920er Jahren, zur Entstehungszeit der Verhaltenstherapie, dominierte in der wissenschaftlichen Psychologie der Behaviorismus mit seinem strikten Dogma, ausschließlich offen beobachtbare Stimuli, Verhaltensweisen und deren Konsequenzen zu berücksichtigen. Verdeckte Variablen wie Kognitionen wurden als unwissenschaftlich abgelehnt. Diese Auffassung war wesentlich den damaligen Bemühungen geschuldet, die Psychologie als reine Naturwissenschaft zu etablieren. Mit Beginn der 1960er Jahre zeichnete sich dann allerdings ein Paradigmenwechsel – die »kognitive Wende« – in der wissenschaftlichen Psychologie ab. Die Grenzen des behavioristischen Psychologieverständnisses in der Erklärung des Erlebens und Verhaltens wurden zunehmend offensichtlich, so dass sich immer mehr Forschende verdeckten Konstrukten – insbesondere kognitiven Prozessen – zuwandte.

Die Entwicklung innerhalb der Verhaltenstherapie mündete in die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT). Während viele lerntheoretische und verhaltenstheoretische Prinzipien beibehalten wurden, wurden sie in einen neuen, kognitiven Rahmen eingebettet. Erstmals rückten auch interne, nicht direkt beobachtbare Prozesse in den Fokus, und Kognitionen wurden als übergeordnete Variable betrachtet, die die Wirkung von Reizen und Konsequenzen auf Erleben und Verhalten modifiziert.

Doch nicht nur die kognitive Wende markierte einen tiefgreifenden Wandel – die (K)VT war in den letzten 100 Jahren einem kontinuierlichen Entwicklungsprozess unterworfen. Theorien und Methoden wurden fortlaufend ergänzt, adaptiert oder verworfen, manche Konzepte gerieten vorübergehend in den Vordergrund, während andere an Bedeutung verloren.

### **Kontroverse Debatten**

Zu keinem Zeitpunkt gab es einen allgemeinen Konsens über die Bewertung der Entwicklungen. Vielmehr lassen sich immer wieder kontroverse Debatten rekonstruieren, etwa der paradigmatische Umbruch zur kognitiven Wende in der KVT (u. a. Wolpe, 1978; Ellis, 1979). Während einige neue Ansätze lediglich als Variation bereits etablierter Konzepte betrachteten, wurden sie von anderen als bahnbrechende Weiterentwicklung gefeiert – oder gar als Rückschritt abgelehnt.

Erwartungsgemäß setzten sich in solchen Diskursen nicht immer »die« besseren Argumente oder »die« empirische Datenlage durch. Vielmehr spielten oft auch der Zeitgeist und die subjektiven Präferenzen zentraler Akteur:innen eine entscheidende Rolle dabei, welche Sichtweise sich zu einem bestimmten Zeitpunkt als dominant etablierte.

Im Folgenden möchten wir die Frage erörtern, ob die Entwicklungen der Verhaltenstherapie eher von Nutzen sind oder potenziell auch Risiken bergen. Dazu fassen wir zunächst zentrale Pro- und Contra-Positionen zusammen. Anschließend formulieren wir grundlegende Leitfragen, die eine allgemeine Beurteilung neuer Therapieansätze ermöglichen sollen.

## 57.2 Nutzen und Chancen neuer Entwicklungen

Unbestreitbar bieten integrative Entwicklungen und der Einbezug neuer therapeutischer Ansätze – einschließlich der Methoden der dritten Welle – zahlreiche Chancen:

- ▶ **Erweiterung der konzeptionellen Basis:** Obwohl die KVT über ein bewährtes und fundiertes theoretisches Gerüst verfügt, konnte sie von Weiterentwicklungen außerhalb ihres ursprünglichen Rahmens profitieren. So wurde beispielsweise der Schemabegriff in der Kognitiven Therapie von psychodynamischer Seite um interpersonelle, entwicklungsbezogene, motivationale, emotionale und konfliktbezogene Aspekte erweitert (Safran, 1990a, b). Dadurch wurde die konzeptuelle Basis der KVT bereichert. Ähnliche Entwicklungen fanden auch im Kontext der »dritten Welle« statt, etwa durch eine Erweiterung der Indikationsbereiche – beispielsweise hinsichtlich interaktioneller Störungen. Zudem wurden neue therapeutische Schwerpunkte gesetzt, etwa auf korrigierende interpersonelle und emotionale Erfahrungen. Dies steht in Einklang mit klassischen KVT-Prinzipien, da solche Erfahrungen zur Veränderung von Bewertungen und Erwartungen beitragen – ein zentraler Wirkmechanismus der KVT (z. B. Smith et al., 1993; Craske et al., 2014).
- ▶ **Vertieftes Verständnis der Funktionalität von Kognitionen und Emotionen:** Die unterschiedlichen theoretischen Grundannahmen neuer therapeutischer Ansätze haben zu einem erweiterten Verständnis von Veränderungsprozessen geführt. Während in der klassischen KVT häufig die Qualität, Häufigkeit oder situative Einbettung »negativer« Gedanken und Emotionen verändert werden sollte, rückten neuere Entwicklungen verstärkt die Beziehung der Patient:innen zu ihrem eigenen Erleben in den Fokus (Hayes & Hofmann, 2021).
- ▶ **Förderung individualisierter psychologischer Störungsmodelle:** Eine größere Vielfalt an psychotherapeutischen Perspektiven eröffnet die Möglichkeit einer differenzierteren und individualisierten Behandlung. So können spezifische psychotherapeutische Strategien und Techniken gezielt im Einzelfall eingesetzt werden, auch wenn sie nicht unmittelbar aus der KVT stammen, aber dennoch wissenschaftlich fundiert sind (Jacobi & Brodrück, 2021; vgl. Kap. 84). Dies steht im Einklang mit der traditionellen KVT-Praxis der Fallkonzeption, bei der vor Behandlungsbeginn eine individuelle diagnostische Einschätzung vorgenommen wird, um zentrale Komponenten des Störungsmodells für den jeweiligen Fall zu priorisieren (vgl. Rief, 2019; Kap. 13). Durch die Integration neuer Entwicklungen wird das Repertoire an Interventionsstrategien erweitert, ohne dabei die grundlegenden Prinzipien der KVT aufzugeben.
- ▶ **Erweiterung therapeutischer Techniken:** Auf einer feiner aufgelösten Ebene der Techniken haben Ansätze der dritten Welle therapeutisch wertvolle Techniken hervorgebracht – oder bereits etablierte Methoden weiterentwickelt und in neue theoretische Rahmen eingebettet (vgl. Teil IV). Beispiele hierfür sind modifizierte Ansätze der Stühlearbeit in der Schematherapie, Techniken der Emotionsfokussierten Therapie (EFT) zur Aktualisierung und Bearbeitung von Emotionen, Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)-Techniken zum Aushalten aversiver Emotionen oder Strategien der Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Regulation von Emotionen.

- ▶ **Berücksichtigung unterschiedlicher Patientenpräferenzen:** Nicht zuletzt spielen Patientenpräferenzen und die Verfügbarkeit von Therapiealternativen eine wichtige Rolle für den Erfolg individueller Psychotherapien und der psychotherapeutischen Versorgung insgesamt. Ein breites Spektrum an evidenzbasierten Therapieansätzen ermöglicht es, Patient:innen die für sie passende Behandlung anzubieten. Dies entspricht dem Prinzip der patientenzentrierten Versorgung und kann die Wirksamkeit der Psychotherapie insgesamt steigern (Cuijpers et al., 2021).

### 57.3 Risiken, Herausforderungen und kritische Einwände

Die Auseinandersetzung mit der »Abkehr von der klassischen KVT« erfordert eine kritische Betrachtung möglicher Risiken und Herausforderungen:

- ▶ **Unzureichender Theoriebezug:** Beim gleichzeitigen Einsatz von Methoden und Techniken unterschiedlicher Herkunft besteht die Gefahr, dass unkontrollierte Experimentierräume entstehen (Benecke, 2019) oder Wechselwirkungen nicht ausreichend berücksichtigt werden können (Leichsenring et al., 2019). Bislang fehlt eine schlüssige integrative Theorie, die verfahrenübergreifend breite Zustimmung findet (vgl. Norcross & Goldfried, 2019; Kap. 84). Dies beginnt bereits mit dem jeweils zugrunde gelegten Krankheitsbegriff, der einerseits Erklärungen für pathologische Veränderungen liefert und andererseits als Basis für spezifische Behandlungsprozesse, Methoden und Techniken dient.
- ▶ **Leichtfertiger Umgang mit Begriffen:** Eng verknüpft mit theoretischen Konzepten sind zentrale hypothetische Konstrukte wie »Schema«, »Übertragung«, »Erwartung« oder »therapeutische Beziehung«. Diese Begriffe werden in der klassischen KVT, den Methoden der dritten Welle sowie beim integrativen Vorgehen unterschiedlich konzipiert und verwendet. Ein unreflektiertes Vermengen verschiedener therapeutischer Ansätze kann daher zu einer unsaubereren Begriffsverwendung und im schlimmsten Fall zu therapeutischer Verwirrung führen.
- ▶ **Evidenz für Zusatznutzen (noch) unklar:** Während anerkannte psychotherapeutische Verfahren bereits eingehend empirisch überprüft wurden, bleiben einige Fragen zur Wirksamkeit neuer Entwicklungen offen. Dabei sind zwei Aspekte zu bedenken: a) Die Wirksamkeit der Verhaltenstherapie stellt sich heute nicht mehr so günstig dar wie noch in den 1990er-Jahren (vgl. Einführung dieses Buches). b) Eine umfassende Evidenzbasierung erfordert mehr als nur den Nachweis durch randomisierte kontrollierte Studien (RCTs). Viele Methoden der dritten Welle sind (noch) im Status »vielversprechend, aber noch weitere Forschung nötig« bzw. »gute Wirksamkeitsnachweise, aber (noch) kein Mehrwert gegenüber klassischer KVT belegbar« (z. B. Benfer et al., 2021; Cuijpers et al., 2021; Gloster et al., 2020; Schefft et al., 2023). Dies gilt insbesondere für den transdiagnostischen Einsatz ursprünglich störungsspezifischer Interventionen (z. B. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy jenseits der chronischen Depression) sowie für die Kombination verschiedener Techniken

und Methoden (z. B. Integration schematherapeutischer Stühlearbeit in eine klassische KVT). Beide Bereiche sind bislang nicht hinreichend empirisch abgesichert.

- ▶ **Unbeabsichtigte Nebenwirkungen bei unreflektiertem Standardeinsatz:** Mit der Erweiterung des Methodenspektrums wachsen auch Notwendigkeit und Anforderungen einer präzisen Indikationsstellung. So sollte beispielsweise kritisch hinterfragt werden, ob bei der Dialektisch-Behavioralen Therapien, die vielerorts schon selbstverständlich eingesetzt wird, der Einsatz von Emotionsregulations-Skills nicht unbeabsichtigt Vermeidungsstrategien fördern könnte.
- ▶ **Verschlechterung therapeutischer Ergebnisse durch »Verwässerung« bewährter KVT (»therapist drift«):** Waller und Turner (2016) argumentieren, dass die Effektivität der KVT in der klinischen Praxis abgenommen habe, weil häufig gar keine »echte« KVT mehr durchgeführt werde. Sie sprechen von »therapist drift«, wenn Therapeut:innen von evidenzbasierten Methoden abweichen und Behandlungen nicht mehr adäquat gemäß ihrer Ausbildung durchführen. Dies kann bewusst oder unbewusst geschehen – mit der Folge, dass sich die Genesungschancen von Patient:innen verringern. Auch ohne diese These im Detail zu diskutieren, ist unbestreitbar, dass der Einsatz neuer Methoden solche Entwicklungen begünstigen kann, indem bewährte Interventionen verdrängt oder verwässert werden. Gerade in diesem Kontext erscheint die Stringenz der therapeutischen Arbeit als Wirkfaktor von großer Bedeutung (»weniger ist mehr«; vgl. Kap. 13).
- ▶ **Fehlinterpretation des »Dodo-Verdikts« und Kaschieren therapeutischer Inkompetenz durch Überbetonung von »common factors«:** Eine weitere Gefahr besteht in der unkritischen Vermengung verschiedener Verfahren und Techniken mit der Begründung, dass »common factors« – also unspezifische Wirkfaktoren – eine entscheidende Rolle in der Psychotherapie spielen (vgl. Kap. 84). Eine übermäßige Betonung dieser unspezifischen Wirkmechanismen kann jedoch dazu führen, dass wesentliche Unterschiede zwischen therapeutischen Ansätzen ignoriert werden. Denn auch wenn allgemeine Faktoren wie die therapeutische Beziehung von Bedeutung sind, erzielen verschiedene Verfahren spezifische Effekte, wenn sie gezielt und methodisch korrekt eingesetzt werden. In diesem Zusammenhang ist es essenziell, klar zwischen Verfahren (z. B. KVT), Methoden (z. B. Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR) und Techniken (z. B. hypothesentestende In-vivo-Übung) zu unterscheiden. Die Vermischung unsauber definierter Integrationsargumente, etwa unter Berufung auf allgemeine therapeutische Beziehungsfaktoren (vgl. Teil I dieses Buches), kann dazu führen, dass spezifische Techniken nicht sachgemäß durchgeführt werden und verfahrensspezifische Qualitätsstandards vernachlässigt werden.

## 57.4 Grundsätzliche Fragen zur Bewertung von neuen Therapie-Entwicklungen

Die Bewertung neuer Therapie-Ansätze bewegt sich oft entlang folgender zentraler Fragen (vgl. Jacobi & Brodrück, 2021):

### (1) Ist die neue Entwicklung wirklich neu?

Viele aktuelle Ansätze setzen neue Schwerpunkte oder erweitern bestehende Konzepte innerhalb der klassischen KVT. Doch der Fokus auf Neuigkeitswert kann auch dazu führen, dass Bewährtes in den Hintergrund tritt (Goldfried, 2019). Ob tatsächlich von »neuen Therapien« oder gar »echten Paradigmenwechseln« gesprochen werden kann, wird oft hinterfragt (Alford & Beck, 1997a; Dozois & Beck, 2011). Einige Beispiele verdeutlichen dies:

- ▶ **Akzeptanz und Achtsamkeit.** Strategien der Akzeptanz und der Achtsamkeit haben in der Kognitiven Therapie bereits früh eine (wenn auch nicht dominante Rolle) gespielt (z. B. Beck et al., 1985). Williams und Lynn (2010) zeichnen das Konzept der Akzeptanz in der gesamten Psychologie des 20. Jahrhunderts beginnend bei Freud nach.
- ▶ **Funktionalität.** Dozois und Beck (2011) betonen, dass die Kognitive Therapie immer schon versuchte, sowohl die Form als auch die Funktion von Kognitionen zu modifizieren. Die Analyseebene der Verhaltenstherapie ist von jeher die der Funktionalität von Verhalten (s. auch Kanfer et al., 2011).
- ▶ **Emotionen.** Die Wechselwirkung von Kognition, Emotion und Verhalten ist entgegen eines weit verbreiteten Missverständnisses von Beginn an ein zentrales Anliegen der KVT (Ellis, 1962). Die emotionsregulatorischen Ansätze der dritten Welle lassen sich in bestehende Theorien der Emotionsregulation integrieren und entsprechend einordnen (Aldao et al., 2010; Lincoln et al., 2022); z. B. fokussiert klassische KVT dabei eher auf problemlöseorientiertes Coping und Reappraisal (»antecedent-focused emotion regulation«), während Dritte-Welle-Verfahren verstärkt auch auf emotionsorientiertes Coping setzen (»response-focused emotion regulation«; Hofmann & Asmundsen, 2008).
- ▶ **Transdiagnostische Perspektive:** Vor der störungsspezifischen Wende in den 1990er-Jahren war die KVT bereits transdiagnostisch ausgerichtet. Die dritte Welle könnte zur Rückbesinnung auf diese Perspektive beigetragen haben (Schäuffele et al., 2024).
- ▶ **Therapeutische Beziehung:** Die therapeutische Allianz spielt in der KVT traditionell eine wichtige Rolle (Lazarus, 1993; vgl. Kap. 5). Vergleichsstudien zeigen keine signifikanten Unterschiede zwischen KVT und tiefenpsychologischen Verfahren (Rau et al., 1993, 1997; Waddington, 2002). Derartige Vergleiche mit Verfahren der dritten Welle liegen (noch) nicht vor.
- ▶ **Neue Techniken:** Die KVT war von Beginn an methodisch eklektisch (Beck, 1991). Viele heute als neu geltende Techniken, wie Stühlearbeit oder imaginative Verfahren, waren bereits in frühen KVT-Texten beschrieben (Beck et al., 1979; Pugh, 2017; Blackwell, 2021).

- **Mediatoren der Veränderung:** Neuere Methoden zeigen ähnliche Wirkmechanismen wie die KVT, oft vermittelt über klassische Mediatoren wie die Veränderung dysfunktionaler Annahmen. Ein Beispiel ist ACT, das zusätzlich über die Reduktion emotionaler Vermeidung wirkt (A-Tjak et al., 2021).

Statt von »Wellen« sprechen einige Autoren daher treffender von einem verzweigten Baum (Hofmann, 2010) oder einem Bach, der sich stetig weiterentwickelt (Martell, 2008). Etwas weniger blumig betonen Dozois und Beck (2011), dass es sich bei den Komponenten eher um eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Verfeinerung der KVT handelt als um radikale paradigmatische Wechsel.

## **(2) Ist die neue Entwicklung theoretisch schlüssig formuliert (und konsistent mit bestehender Theorie)?**

Neue Therapieansätze müssen wissenschaftstheoretischen Anforderungen genügen, darunter präzise Begrifflichkeiten, klare Definitionen und theoretische Sparsamkeit.

Beispielsweise kritisieren Hoyer und Tuschen-Caffier (2014) in ihrem »Plädoyer für Skeptizismus« bezüglich der Schematherapie, dass deren 18 Schemata auf hoch ambigen Konstrukten beruhen und nur unscharf definiert seien. Dies erschwere die empirische Forschung und mindere ihre Erklärungskraft. Ähnlich problematisch seien die theoretischen Annahmen von CBASP, das sich auf wenig evidenzbasierte Ätiologiemodelle stütze und mit vereinfachenden Metaphern arbeite (z. B. die Vorstellung, dass frühe traumatische Erfahrungen eine »Mauer« zur Umwelt errichten). Diese Kritik hat Forscher:innen dazu veranlasst, die theoretischen Annahmen empirisch zu überprüfen – was in weiten Teilen durchaus erfolgreich gelungen ist (vgl. Kap. 60 und 66). Ein weiteres Beispiel über (noch) unzulängliche theoretische Kozeptualisierung ist »Mindfulness« als Kombination von Akzeptanz und Achtsamkeit (u. a. unklare Abgrenzung von Achtsamkeit und Aufmerksamkeit, unklares Verhältnis beider Konstrukte zueinander; Brown & Ryan, 2004; Herbert & Forman, 2012).

Integrative Ansätze lassen sich von schulenspezifischen Ansätzen in ihrer Funktion als Therapietheorie nicht prinzipiell unterscheiden. Beide selektieren, kombinieren und geben Handlungsanweisungen für therapeutisch zu verwertende Elemente auf Basis von Regeln (Schulte, 1996). Eine »unifying theory« der Psychotherapie existiert allerdings nicht und wird es wohl auch nie geben, da manche grundlegende Konzepte, z. B. »therapeutische Abstinenz«, in verschiedenen Therapieansätzen (KVT vs. Psychoanalyse) nicht vereinbar sind. Auch die ethische Bewertung dieser divergierenden Methoden ist keine empirische, sondern eine normative Frage, die nur durch fortlaufenden wissenschaftlichen Diskurs beantwortet werden kann (Habermas, 1991).

Dennoch gibt es übergreifende theoretische Ansätze. Die Prozessbasierte Therapie (Hayes & Hofmann, 2018; Kap. 69) nutzt beispielsweise die Evolutionswissenschaft als Metatheorie. Klaus Grawe (1998, 2004) argumentiert, dass wissenschaftliche Psychologie die Grundlage für jede Theoriebildung in der Psychotherapie sein sollte.

Alford und Beck (1997b) betonen, dass die Kognitive Therapie als angewandte klinische Wissenschaft eine hohe empirische Validität, theoretische Konsistenz, Sparsamkeit und breite Anwendbarkeit aufweist – kombiniert mit einem gut überprüfbareren Modell von Psychopathologie, Persönlichkeit und therapeutischen Veränderungsprozessen. Neue Entwicklungen sollten diese Standards nicht unterschreiten.

### **(3) Ist die neue Entwicklung empirisch untermauert?**

Die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (2019) betont Evidenzbasierung als oberste Priorität in der Ausbildung. Die Evidenzbasierung vieler innovativer bzw. integrativer Neuerungen sind aber eher noch ein Versprechen denn dokumentierte Realität – auch wenn die entsprechenden Bemühungen mittlerweile seit mehreren Jahrzehnten betrieben werden.

Zwar liegen bereits eine Vielzahl an erfolgreichen Wirksamkeitsstudien zu verschiedenen neueren Ansätzen vor (vgl. die in allen Kapiteln in Teil VI vorliegenden Abschnitte »Kritische Einordnung«). Ob ein neuer Ansatz als »empirically supported« gilt, ist jedoch eine komplexe Frage. Reicht es beispielsweise aus, wenn er hohe Prozessqualitäten aufweist, um ihn innerhalb bereits evidenzbasierter Verfahren zu integrieren – auch ohne eigene RCT-Studien? Welche Methoden gehen über klassische stichprobenbasierte RCTs hinaus, um die komplexe Wirkweise psychotherapeutischer Interventionen in individuellen Kontexten adäquat zu erforschen und zu qualitätssichern? Ein vielversprechender Ansatz hierzu stammt von Schiepek und Pincus (2023), die eine bessere Berücksichtigung der Komplexität von Psychopathologie und Psychotherapie fordern, um Wissenschaft und Praxis enger zu verzahnen.

Kritiker:innen neuer Verfahren weisen darauf hin, dass auch erfolgreiche Wirksamkeitsstudien nicht zwangsläufig belegen, dass der Erfolg auf der Neuheit des Verfahrens beruht. Möglicherweise sind es bewährte Mechanismen aus der KVT, die bereits inhärent wirken (Schulte, 1996; Alford & Beck, 1997a,b). Daher müssen auch die Wirkmechanismen und Mediatoren empirisch belastbar nachgewiesen werden (A-Tjak et al., 2021). Zudem entfalten Interventionen je nach Kontext unterschiedliche Wirkungen (Lazarus & Messer, 1991; Alford & Norcross, 1991). Oder wie Schacht (1984) es treffend formuliert: »Salt in one's soup is quite different from salt in one's gas tank.« (p. 121). Solche Wechselwirkungen müssen systematisch geprüft werden.

### **(4) Hat die neue Entwicklung einen klinischen Mehrwert?**

Neue Therapieansätze bewegen sich oft im Spannungsfeld zwischen Psychotherapieforschung und klinischer Praxis (Bohus, 2015; Eiling et al., 2014). Der zentrale Maßstab ist, ob sie zur präziseren Indikationsstellung beitragen – also zur Personalisierung (spezifische Behandlungen für bestimmte Patientengruppen) oder Individualisierung (flexible Anpassung innerhalb der Therapie, vgl. Kap. 80).

Gerade integrative Ansätze »punkten« hier besonders: Sie wirken attraktiv für Praktiker:innen und werden oft als intuitiv wirksam wahrgenommen. Entscheidend bleibt jedoch, ob dieser Mehrwert empirisch fundiert und klinisch relevant ist.

## 57.5 Von der Konfession zur Profession – und zurück?

Die Entwicklung der Psychotherapie hin zu einer wissenschaftlich fundierten Profession wurde in den 1990er-Jahren maßgeblich durch Klaus Grawe vorangetrieben (Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession, Grawe et al., 1994). Doch könnte dieser Fortschritt im Zuge der »dritten Welle« wieder relativiert werden? Besteht die Gefahr, dass manche neuen Ansätze eher »Glaubensrichtungen« als empirisch fundierte Konzepte entwickeln? Bereits Alford und Beck (1997b) warnten vor der politischen Dimension der Integrationsdebatte. Wenn unklar bleibt, was, wie und mit welchem Nutzen integriert werden soll, kann jede Kritik daran als Verweigerung von Inklusion missverstanden werden. Doch anstelle von ideologischen Grabenkämpfen sollte ein wissenschaftlicher Diskurs diese Fragen klären. Tatsächlich geben Therapeut:innen die integrative Orientierung als am häufigsten genutzten Ansatz an (Norcross, 2005; vgl. Kap. 84). Doch dies muss nicht allein dem Wunsch nach besserer Patientenversorgung entspringen. Persönliche Präferenzen, Fehlinformationen oder individuelle Ängste spielen ebenfalls eine Rolle (Herzog et al., 2023) – was wiederum ethische Fragen hinsichtlich der Entscheidungsgrundlagen aufwirft.

### FAQ

#### **Gibt es wirklich grundlegend neue Therapieansätze oder nur Weiterentwicklungen?**

Eine mögliche Hypothese ist, dass es seit Jahrzehnten keine völlig neuen Therapieansätze, Methoden oder Techniken gibt. Vielmehr liegt der Fortschritt in der differenziellen Indikation – also in der Verfeinerung von »Wenn-dann-Regeln« zur Therapieplanung (Schulte, 1996). Dennoch können neue Akzentuierungen und konzeptionelle Rahmungen, wie sie viele Ansätze der dritten Welle bieten, therapeutisch wertvoll sein. Ähnlich einem Reframing in der Psychotherapie erhalten bestehende Prinzipien eine neue Bedeutung und entfalten dadurch möglicherweise eine höhere klinische Relevanz (Schacht, 1984).

#### **Ist es nicht grundsätzlich gut, Neues zu integrieren und das Repertoire zu erweitern?**

Nicht unbedingt. Wie in diesem Kapitel dargelegt, ist es keinesfalls per se vorteilhaft, neue Elemente in die Verhaltenstherapie zu integrieren und das Repertoire ständig zu erweitern. Dies birgt Risiken und Nebenwirkungen, wie Interferenz- und Inkonsistenzeffekte in der Therapie, Verdrängung bewährter Methoden, wodurch Patient:innen möglicherweise bewährte Interventionen vorenthalten werden, und Überforderung von Lernenden, die sich mit einer stetig wachsenden Vielfalt an Techniken konfrontiert sehen. Dennoch kann eine sorgfältige Erweiterung des therapeutischen Repertoires die Personalisierung und Individualisierung der Behandlung verbessern – unter der Voraussetzung, dass neue Elemente bedacht ausgewählt und ihre Evidenzbasis sorgfältig geprüft wird.

### Hat die KVT blinde Flecken in Bezug auf Emotionen und sollte sie daher erweitert werden?

Die Interaktion von Kognition, Emotion und Verhalten war von Anfang zentral für die KVT – entgegen eines verbreiteten Missverständnisses (Ellis, 1962). Dennoch könnte die KVT von einem stärkeren Fokus auf emotionale Prozesse – von Moment zu Moment in jeder Therapiesitzung – profitieren, insbesondere durch Konzepte wie *depth of experiencing* oder *emotional productivity* (Auszra et al., 2013; Meißner & Jacobi, 2025; Whelton, 2004). Die Diskussion über Emotionen in der Psychotherapie zeigt exemplarisch, wie unterschiedlich die Perspektiven je nach theoretischem Fokus ausfallen können. Emotionale Aktivierung in der Therapie kann als Ziel verstanden werden, um einen besseren Zugang zu eigenen Gefühlen zu finden, Emotionen zu benennen, zu regulieren und zu transformieren. Sie kann aber auch als Mittel zum Zweck betrachtet werden, das als Katalysator einen Zustand schafft, in dem Veränderungen wahrscheinlicher werden. Alternativ kann sie als Symptom interpretiert werden, das als Nebenwirkung kognitiv-behavioraler Bearbeitung auftritt. Die Antwort hängt von der jeweiligen Perspektive ab. Eine differenzierte Betrachtung emotionaler Prozesse kann die KVT also sinnvoll ergänzen, ohne ihr grundlegendes Modell in Frage zu stellen.

### Weiterführende Literatur

- Alford, B.A. & Beck, A.T. (1997). The integrative power of cognitive therapy. New York: Guilford.
- Alford, B.A. & Beck, A.T. (1997). The Relation of Psychotherapy Integration to the Established Systems of Psychotherapy. *Psychotherapy Integration*, 7(4), 275–289.
- Beck, A.T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1(2), 184–200.
- Hayes, S.C. & Hofmann, S.G. (2021). »Third-wave« cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry*, 20, 363–375.
- Goldfried, M.R. (2019). Obtaining consensus in psychotherapy: What holds us back? *American Psychologist*, 74(4), 484–496.
- Jacobi, F. & Brodrück, D. (2021). Integrative Psychotherapie: Ideengeschichtliche Darstellung der grundlegenden Theorien und Konzepte. In B. Strauß, M. Galliker, M. Linden & J. Schweitzer (Hrsg.), *Ideengeschichte der Psychotherapieverfahren – Theorien, Konzepte, Methoden* (S. 86–106). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lazarus, A.A. & Messer, S.B. (1991). Does Chaos Prevail? An Exchange on Technical Eclecticism and Assimilative Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(2), 143–158.
- Schiepek, G. & Pincus, D. (2023). Complexity science: A framework for psychotherapy integration. *Counseling & Psychotherapy Research*, 23(3), 941–955.
- Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.
- Whelton, W.J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 58–71.

## Literatur zu Jacobi, Ülsmann & Brakemeier (2025)

- Abelson, R., & Rosenberg, M. (1958). Symbolic psycho logic: A model of attitudinal cognition. *Behavioral Science*, 3, 1-13.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Alford, B.A. & Beck, A.T. (1997a). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Alford, B.A. & Norcross, J.S. (1991). Cognitive Therapy as Integrative Therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(3), 175-190.  
<https://doi.org/10.1037/h0101234>
- Alford, B.A. & Beck, A.T. (1997a). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Alford, B.A. & Beck, A.T. (1997b). The Relation of Psychotherapy Integration to the Established Systems of Psychotherapy. *Psychotherapy Integration*, 7(4), 275-289. DOI: 1053-0479/97/1200-0275\$12.50/0
- A-Tjak, J.G.L., Morina, N., Topper, M., Emmelkamp, P.M.G. (2021). One year follow-up and mediation in cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for adult depression. *BMC Psychiatry*, 21:41.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-03020-1>
- Auszra, L., Greenberg, L.S., Herrmann, I. (2014). Client emotional productivity\*optimal client in-session emotional processing in experiential therapy. *Psychotherapy Research*, 23(6), 732-746.  
<http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.816882>
- Beck, A.T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1(2), 184-200. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(70\)80030-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(70)80030-2)
- Beck, A. (1991). Cognitive therapy as the integrative therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol 1(3), p 191-198.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York, NY: Basic Books.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford.
- Benecke, C. (2015). Wie entstehen neue Behandlungsansätze in der Psychoanalyse und in der Verhaltenstherapie? Vortrag im Symposium „Wieviel Psychologie braucht die Psychotherapie?“ Workshopkongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Dresden, 14.5.2015.
- Benecke, C. (2019). Die Zukunft der Psychotherapieverfahren im neuen Psychotherapiestudium. *Psychotherapeutenjournal*, 19(4), 393–404.
- Benfer, N., Spitzer, E.G., Bardeen, J.R. (2021). Efficacy of third wave cognitive behavioral therapies in the treatment of posttraumatic stress: A meta-analytic study. *Journal of Anxiety Disorders*, 78, 102360.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102360>
- Bohus, M. (2015). Elfenbeintürme im Treibsand oder: Was macht es so schwierig, Erkenntnisse aus der Forschung in der therapeutischen Praxis umzusetzen? *Verhaltenstherapie*, 25, 145–155.

- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 242–248.
- Craske, M.G., Treanor, M., Conway, C., Zbozinek, T., Vervliet, B. (2014). Maximizing Exposure Therapy: An Inhibitory Learning Approach. *Behavior Research and Therapy*, 58, 10-23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Cuijpers, P., Quero, S., Noma, H. et al. (2021). Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. *World Psychiatry*, 20, 283-293.
- Dozois, D. J., & Beck, A. T. (2011). Cognitive therapy. In: J. D. Herbert & E. M. Forman. (Eds). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*, 26-56. <https://doi.org/10.1002/9781118001851>.
- Eiling, A., Schlipfenbacher, C., Hörz-Sagstätter, S. & Jacobi, F. (2014). Über die Zukunft der evidenzbasierten Psychotherapie und die Beziehung zwischen Praxis und Forschung. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 175–183.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York, NY: Lyle Stewart.
- Ellis, A. (1979). On Joseph Wolpe's espousal of cognitive-behavior therapy. *American Psychologist*, 34(1), 98-99.
- Ellis, A., David, D., & Lynn, S. J. (2010). Rational and irrational beliefs: A historical and conceptual perspective. In D. David, S. J. Lynn, & A. Ellis (Eds.), *Rational and irrational beliefs: Research, theory, and clinical practice* (pp. 3–22). Oxford University Press.
- Gloster, A.T., Walder, N, Levin, M.E., Twohig, M.P., Karekla, M (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 191-192.
- Goldfried, M. R. (2019). Obtaining Consensus in Psychotherapy: What Holds Us Back? *American Psychologist*, 74(4), 484 – 496. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000365>
- Habermas, J. (1991). *Erläuterungen Zur Diskursethik*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hayes, S.C. & Hofmann, S. (2021). “Third-wave” cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry*, 20, 363-375.
- Heidenreich, T. & Michalak, J. (2013). *Die »dritte Welle« der Verhaltenstherapie. Grundlagen und Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Herzog, P., Kaiser, T., & de Jongh, A. (2023). Wie Mythen der traumafokussierten Psychotherapie eine adäquate Versorgung erschweren. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 30-36.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28, 1–16.
- Hoyer, J. & Tuschen-Caffier, B. (2014). Die sogenannte Dritte Welle? Evidenzbasiert, nützlich oder überflüssig? Ein Plädoyer für Skeptizismus. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 43 (4), 279 – 284.
- Jacobi, F. & Brodrück, D. (2021). Integrative Psychotherapie: Ideengeschichtliche Darstellung der grundlegenden Theorien und Konzepte. In: Strauß, B., Galliker, M., Linden, M., Schweitzer, J. (Hrsg.), *Ideengeschichte der*

- Psychotherapieverfahren – Theorien, Konzepte, Methoden, S. 86-106. Stuttgart: Kohlhammer.
- Landin-Romero, R., Moreno-Alcazar, A., Pagani, M., Amann, B.L. (2018). How Does Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy Work? A Systematic Review on Suggested Mechanisms of Action. *Frontiers in Psychology*, 9:1395. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01395>
- Lazarus, A.A. & Messer, S.B. (1991). Does Chaos Prevail? An Exchange on Technical Eclecticism and Assimilative Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(2), 143-158. <https://doi.org/10.1037/h0101225>
- Lazarus, A. (1993). Tailoring the therapeutic relationship – or being a therapeutic chameleon. *Psychotherapy*, 30(30), 404-407.
- Leichsenring, F., Abbass, A., Beutel, M., Gündel, H., Heuft, G., Hoffmann, S.O., Kächele, H., Kruse, J., Rüter, U., Rudolf, G., Spitzer, C., Salzer, S., Luyten, P., Wampold, B., Steinert, C. (2019). Vom Sinn des Verfahrenskonzepts und der Verfahrensvielfalt – und warum das Baukasten-System in der Psychotherapie nicht funktioniert. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 65, 321–340.
- Lincoln, T., Schulze, L., Renneberg, B. (2022). The role of emotion regulation in the characterization, development and treatment of psychopathology. *Nature Reviews Psychology*, 1, 272–286. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00040-4>
- Meissner, J. & Jacobi, F. (2025). Aber mit Gefühlen arbeiten wir doch alle, oder nicht? Gefühle und ihr zentraler Stellenwert im Therapieprozess. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 1/25.
- Norcross, J.C. & Goldfried, M.R. (2019). *Handbook of psychotherapy integration* (3. edition). Oxford: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2005). A primer on psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 3–23). New York, NY: Oxford University Press.
- Pugh, M. (2017). Chairwork in cognitive behavioural therapy: A narrative review. *Cognitive Therapy and Research*, 41(1), 16-30.
- Raue, P., Castonguay, L., & Goldfried, M. (1993). The working alliance: A comparison of two therapies. *Psychotherapy Research*, 3(3), 197-207.
- Raue, P. J., Goldfried, M. R., & Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 582.
- Rief, W. (2019). Von der verfahrensorientierten zur kompetenzorientierten Psychotherapie-Qualifikation. *Psychotherapeutenjournal*, 18(3), 261–268.
- Safran, J.D. (1990a). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: I. Theory. *Clinical Psychology Review*, 10, 87–105.
- Safran, J.D. (1990b). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: II. Practice. *Clinical Psychology Review*, 10, 107–121.
- Safran, J. D., & Greenberg, L. S. (1982). Eliciting "hot cognitions" in cognitive behaviour therapy: Rationale and procedural guidelines. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 23(2), 83.

- Schacht, T. E. (1984). The varieties of integrative experience. In H. Arkowitz E S. B. Messer (Eds.), *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* (pp. 107-131). New York: Plenum Press.
- Schaeuffele, C., Meine, L.E., Schulz, A., Weber, M.C., Moser, A., Paersch, C., Recher, D., Boettcher, J., Renneberg, B., Flückiger, C., Kleim, B. (2023). A systematic review and meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapies for emotional disorders. *Nature Human Behaviour*, 8, 493–509. <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01787-3>
- Schefft, C., Heinitz, C., Guhn, A., Brakemeier, E. L., Sterzer, P., & Köhler, S. (2023). Efficacy and acceptability of third-wave psychotherapies in the treatment of depression: a network meta-analysis of controlled trials. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1189970.
- Schiepek, G., Pincus, D. (2023). Complexity science: A framework for psychotherapy integration. *Counseling & Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1002/capr.12641>
- Schulte, D. (1993). Lohnt sich eine Verhaltensanalyse?. *Verhaltenstherapie*, 3(1), 5-13.
- Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte (2015). *Therapiemotivation*. Göttingen: Hogrefe.
- Smith, C.A., Haynes, K.N., Lazarus, R.S., pope, L.K. (1993). In Search of the "Hot" Cognitions: Attributions, Appraisals, and Their Relation to Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5), 916-929.
- Waddington, L. (2002). The therapy relationship in cognitive therapy: A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(2), 179-191.
- Weck, F. (2014). *Psychotherapeutische Kompetenzen: Theorien, Erfassung, Förderung*. Springer-Verlag.
- Williams, J. C., & Lynn, S. J. (2010). Acceptance: An historical and conceptual review. *Imagination, cognition and personality*, 30(1), 5-56.
- Whelton, W.J. (2004). Emotional Processes in Psychotherapy: Evidence Across Therapeutic Modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 58–71. <https://doi.org/10.1002/cpp.392>
- Wolpe, J. (1978). Cognition and causation in human behavior and its therapy. *American Psychologist*, 33(5), 437.

# VII

## Verschiedene Gruppen und Settings: Diversität in der Verhaltenstherapie

- 70 Verhaltenstherapie an der Schnittstelle zum Erwachsenenalter
- 71 Verhaltenstherapie bei älteren Patient:innen
- 72 Geschlechtsspezifische Aspekte in der Psychotherapie
- 73 Kultursensible Psychotherapie
- 74 Verhaltenstherapie im Kontext der Klimakrise
- 75 Verhaltenstherapie bei Arbeitsproblemen
- 76 Verhaltensmedizin
- 77 Einbezug von Familien und Bezugspersonen in die Verhaltenstherapie
- 78 Verhaltenstherapie in Gruppen
- 79 Digitale Interventionen

## Verschiedene Gruppen und Settings: Diversität in der Verhaltenstherapie

Eva-Lotta Brakemeier • Frank Jacobi

### Diversität: Alltag in der Psychotherapie?

Diversität (auch Vielfalt) ist ein soziologisches Konzept, das in Wirtschaft, Organisationen und Gesellschaft genutzt wird, um Gruppen- und Individualmerkmale sichtbar zu machen und anzuerkennen. Im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG, umgangssprachlich auch Antidiskriminierungsgesetz) wird gefordert, »Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen«. Ebenfalls relevant in diesem Zusammenhang ist die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK, 2008). Sie fordert unter anderem »das gleiche Recht für Menschen mit Behinderungen (...), den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen« – ein Aspekt, der ausdrücklich auch Menschen mit psychischen Erkrankungen einschließt, sofern eine Behinderung im Sinne der Definition vorliegt.

Diversität gewinnt im 21. Jahrhundert an Bedeutung – bedingt unter anderem durch den demografischen Wandel, Migration, veränderte Arbeitswelten sowie eine gestiegene Sensibilisierung für Themen wie Gendergerechtigkeit. Gleichzeitig sind damit oft auch emotional aufgeladene gesellschaftliche Debatten verbunden (z. B. »Leitkultur«, »Identitätspolitik«, »Political Correctness«, »Wokeness«). Auch die Psychotherapie bleibt von diesen Spannungsfeldern nicht unberührt: Sie kann nicht losgelöst von gesellschaftlichen Veränderungen betrachtet werden – vielmehr ist sie Teil eines größeren sozialen Kontextes, der kontinuierlich reflektiert und in die Praxis integriert werden muss.

Im psychotherapeutischen Kontext ergeben sich daraus u. a. folgende zentrale Herausforderungen:

- ▶ **Vielfalt anerkennen:** Die individuelle Vielfalt der Patient:innen gilt es zu respektieren – dazu gehört auch, konservative Haltungen oder diversitätskritische Auffassungen ernst zu nehmen.
- ▶ **Vielfalt wertschätzen:** Tolerieren Sie Unterschiedlichkeiten nicht nur, sondern nutzen und würdigen diese aktiv als Ressource.
- ▶ **Behandlungen individualisieren:** Integrieren Sie die Vielfalt gezielt in therapeutische Konzepte und Interventionen.

Hayes und Toarmino (1995) beschäftigen sich in diesem Zusammenhang mit dem wichtigen Thema *Vorurteile* (als Prozess, durch den – negative wie positive – Urteile über ein Individuum gefällt werden, ohne dass es dafür tatsächliche Belege gibt). Sie weisen darauf hin, wie wichtig individuelle Verhaltensanalysen sind, um sich gegen Vorurteile zu

wappnen. Das Verständnis kultureller Vielfalt ist zwar sehr hilfreich, wenn es Hypothesen über die Geschichte einer Person und der Funktionalität ihres Verhaltens bereitstellt. Allerdings muss kritisch darauf geachtet werden, die diversitätsbezogenen Kenntnisse auch wirklich zur *Hypothesengenerierung* zu gebrauchen und nicht zum *Ziehen voreiliger Schlüsse*. Die Beschäftigung mit kultureller Diversität kann nämlich – anstatt Vorurteile abzubauen – auch neue und ausgefeiltere Vorurteile schaffen, etwa weil dadurch dann viel mehr verbale Attribute zur Verfügung stehen, die unangemessen auf Personen angewendet werden können. Damit keine voreiligen Schlüsse aus der Gruppenzugehörigkeit von Patient:innen gezogen werden, bedarf es also immer einer individuellen funktionalen Analyse. Zugleich gehört es zu guter psychotherapeutischer Praxis,

- ▶ sich **an wissenschaftlichen Standards** zu orientieren (statt aktivistisch zu agieren),
- ▶ **patientenseitige Präferenzen** zu respektieren und – falls therapeutisch sinnvoll – sie gemeinsam zu reflektieren,
- ▶ und sich **politisch zurückzuhalten**, insbesondere bei Fragen der Werteorientierung, da diese von Patient:in zu Patient:in sehr unterschiedlich ausfallen können.

### **Diversität: Bezug zur Berufsordnung**

Zu den zentralen ethischen Grundprinzipien der Berufsordnung (vgl. Kap. 82) zählen Gerechtigkeit und Fairness. Dies betrifft nicht nur die Gleichbehandlung im therapeutischen Setting, sondern auch die bewusste Auseinandersetzung mit Diversität und Inklusion – angefangen bei der Frage, welchen Personen ich überhaupt Psychotherapie anbiete. Psychotherapeut:innen können sich selbstkritisch folgende Fragen stellen:

- ▶ **Altersgruppen:** Behandle ich Menschen aller Lebensphasen (Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, »junge Alte«, »mittlere Alte«, Hochaltrige)?
- ▶ **Geschlecht und sexuelle Orientierung:** Behandle ich Frauen, Männer und Personen, die sich nicht-binär verorten, unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung?
- ▶ **Soziale Schicht:** Berücksichtige ich Menschen aus allen sozialen Bildungs- und Einkommensschichten sowie jedem sozioökonomischen Hintergrund?
- ▶ **Kultureller Hintergrund:** Unterstütze ich Menschen aus unterschiedlichen Ländern und Kulturkreisen, inklusive Migrant:innen und Geflüchteten – auch bei Sprachbarrieren?
- ▶ **Körperliche und geistige Beeinträchtigungen:** Bin ich offen für Patient:innen mit Intelligenzminderung oder körperlichen Erkrankungen und Behinderungen?
- ▶ **Psychische Störungsbilder:** Behandle ich Patient:innen mit verschiedenen Diagnosen – auch komplexeren Störungsbildern wie Suchterkrankungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Psychosen?
- ▶ **Therapie-Settings:** Nutze ich verschiedene Therapie-Settings (z. B. Gruppentherapie, digitale Interventionen), um den Zugang zur Psychotherapie möglichst inklusiv zu gestalten?
- ▶ **Globale Krisenthemen:** Bin ich bereit, in der Therapie Themen globaler Krisen – etwa die Klimakrise – aufzugreifen und zu bearbeiten, wenn diese für meine Patient:innen relevant sind?

Eine offene und ehrliche Reflexion dieser Fragen ist essenziell: Wer Diversität ernst nimmt, ist gefordert, seine Behandlungen alters-, geschlechts- und kultursensibel zu gestalten. Wer bisher bestimmte Gruppen nicht erreicht, sollte darüber nachdenken, wie sich das eigene Behandlungsangebot erweitern und differenzieren lässt.

In Teil VII dieses Buches finden unsere Leser:innen Kapitel, die Sie dabei unterstützen, psychotherapeutische Strategien an die Vielfalt Ihrer Patient:innen anzupassen. Denn: Diversität verlangt Kontext-Sensibilität – sie fordert eine bewusste, respektvolle und wissenschaftlich fundierte Integration individueller Unterschiede in jede psychotherapeutische Behandlung. Zudem trägt die Vielfalt der psychotherapeutischen Angebote dazu bei, möglichst viele Betroffene entsprechend ihrer Bedürfnisse und Präferenzen in den unterschiedlichen Lebenswelten zu erreichen (Kazdin, 2021).

### Weiterführende Literatur

- Chmielewski, F. (2023). Globale Krisen in der Psychotherapie: Therapeutisch konstruktiv in schwierigen Zeiten arbeiten. Weinheim: Beltz.
- Hayes, S.C. & Toarmino, D. (1995). If behavioral principles are generally applicable, why is it necessary to understand cultural diversity? *The Behavior Therapist*, 18, 21–23.
- Huey Jr, S.J., Park, A.L., Galán, C.A. & Wang, C. X. (2023). Culturally responsive cognitive behavioral therapy for ethnically diverse populations. *Annual Review of Clinical Psychology*, 19(1), 51–78.
- Kazdin, A.E. (2021). Extending the scalability and reach of psychosocial interventions. In: M. Barkham, W. Lutz & L. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 763–789). Hoboken: Wiley.
- UN-BRK (2008). Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen. zu finden in <https://www.bmas.de>

# VIII Weitere Aspekte professioneller Praxis

- 80 Datengestützte personalisierte Psychotherapie
- 81 Aktive Gestaltung der eigenen therapeutischen  
Entwicklung
- 82 Ethik und Berufsrecht
- 83 Nebenwirkungen von Psychotherapie
- 84 Integration von Methoden und Verfahren

## Weitere Aspekte professioneller Praxis

Frank Jacobi • Eva-Lotta Brakemeier

Im abschließenden Teil dieses Buches widmen wir uns zentralen Aspekten professionellen psychotherapeutischen Handelns, die über methodisches Wissen und technische Fertigkeiten hinausgehen. Die Tätigkeit als Psychotherapeut:in ist in besonderem Maße durch Selbstverantwortung, ethisches Urteilsvermögen und kontinuierliche persönliche Weiterentwicklung geprägt – unabhängig davon, ob sie auf Grundlage der bisherigen Psychotherapieausbildung mit Fachkunde oder im Rahmen des neuen approbierten Ausbildungspfads mit anschließender fachpsychologischer Weiterbildung erfolgt.

Die zunehmende Professionalisierung unseres Berufsbildes schlägt sich nicht nur in Curricula und Weiterbildungsordnungen nieder, sondern zeigt sich auch im wachsenden Bewusstsein für berufsrechtliche, ethische und qualitätsbezogene Fragestellungen. Dabei geht es um weit mehr als formale Anforderungen – im Zentrum steht stets das Wohlergehen unserer Patient:innen und die Qualität unseres therapeutischen Handelns.

In diesem letzten Teil unseres Buches möchten wir daher dafür sensibilisieren, wie wichtig es ist, sich diesen »metatherapeutischen« Themen aktiv zu widmen. Sie ermöglichen eine bewusste Reflexion der eigenen therapeutischen Praxis – etwa im Hinblick auf Fragen der Spezialisierung, den Einsatz strukturierter Rückmeldesysteme, systematisches Üben (z. B. »Deliberate Practice«), die Integration von Elementen anderer Verfahren, der Sensibilisierung für Nebenwirkungen von Psychotherapien oder den bewussten Umgang mit eigenen therapeutischen Vorlieben. Ziel ist es, eine fundierte, reflektierte und integrative Praxis zu fördern und gleichzeitig einem beliebigen, markt- oder modenorientierten Methodenmix im Sinne eines »wilden Eklektizismus« (vgl. Teil VI) entgegenzuwirken.

Dieser letzte Buchabschnitt ist deshalb verfahrensübergreifend angelegt. Im Fokus steht die bewusste und reflektierte Gestaltung personalisierter bzw. integrativer Psychotherapie – unter Einbezug strukturierter Hilfsmittel, aber auch durch Nutzung von Inter- und Supervision, Selbsterfahrung und Fehlerreflexion. Eine gelebte Fehlerkultur ist dabei kein Zeichen von Schwäche, sondern Ausdruck professioneller Reife und zentraler Bestandteil einer nachhaltigen Qualitätssicherung und -entwicklung. Gerade im Umgang mit komplexen oder herausfordernden Therapieverläufen kommt diesen Aspekten große Bedeutung zu, etwa bei der kritischen Auseinandersetzung mit möglichen therapeutischen Fehlentwicklungen. Auch die Frage nach Nebenwirkungen in der Psychotherapie, die im Verlauf dieses Buches bereits mehrfach aufgegriffen wurde, wird hier systematisiert und um praxisnahe Hinweise hinsichtlich der Erfassung von und dem Umgang mit Nebenwirkungen ergänzt – einschließlich der oft vernachlässigten positiven Nebenwirkungen.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Einordnung berufsrechtlicher und ethischer Fragen. Diese stellen sich in der Praxis häufig nicht als eindeutig dar, sondern verlangen differenzierte Abwägungsprozesse. Eine Orientierung an den ethischen Grundprinzipien kann in solchen Situationen Sicherheit geben, insbesondere dann, wenn sich eine therapeutische Dynamik dem kontrollierten Rahmen zu entziehen droht.

Abschließend greifen wir grundlegende Überlegungen zur Integration psychotherapeutischer Methoden und Verfahren auf: ein Thema, das die Psychotherapie seit Jahrzehnten begleitet und weiterhin lebhaft diskutiert wird. Integratives Denken bedeutet dabei nicht Beliebigkeit, sondern die reflektierte und begründete Verbindung verschiedener Ansätze mit Fokus auf die individuellen Bedürfnisse unserer Patient:innen.

In diesem Sinne schließt unser Verhaltenstherapie-Praxisbuch mit einem Plädoyer für ein verantwortungsbewusstes, methodenübergreifendes und patientenzentriertes Handeln. Es ist Ausdruck einer Haltung, die nicht am Rand des eigenen Verfahrens endet, sondern den Blick weitet – mit dem Ziel einer Psychotherapie, die ebenso professionell wie menschlich ist. Unsere Patient:innen mit ihren individuellen Bedürfnissen und Besonderheiten in den Mittelpunkt der Psychotherapie zu stellen und dabei auch über den Tellerrand des eigenen Verfahrens hinaus zu schauen, gehört zu den wichtigsten Aufgaben, aber auch Herausforderungen unserer Profession.