

Linden
Hautzinger



Verhaltens- therapiemanual

7. Auflage

 Springer

Michael Linden
Martin Hautzinger
(Hrsg.)

Verhaltenstherapiemanual

7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Michael Linden
Martin Hautzinger
(Hrsg.)

Verhaltenstherapiemanual

7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Mit 16 Abbildungen und 22 Tabellen

Prof. Dr. Michael Linden
Reha-Zentrum Seehof der Deutschen
Rentenversicherung und Forschungsgruppe
Psychosomatische Rehabilitation an der
Charité Universitätsmedizin Berlin
Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow/Berlin

Prof. Dr. Martin Hautzinger
Eberhard Karls Universität Tübingen
Mathematisch-naturwissenschaftliche Fakultät
Fachbereich Psychologie, Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Schleichstr. 4, 72074 Tübingen

ISBN-13 978-3-642-16196-4 Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York

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

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

SpringerMedizin
Springer-Verlag GmbH
ein Unternehmen von Springer Science+Business Media
springer.de

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1981, 1993, 1996, 2000, 2005, 2008, 2011

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Monika Radecki, Heidelberg
Projektmanagement: Michael Barton, Heidelberg
Lektorat: Achim Blasig, Heidelberg
Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Fotonachweis Umschlag: © Yuri Arcurs/shutterstock
Satz: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

SPIN: 12650200

Gedruckt auf säurefreiem Papier 26/2126 – 5 4 3 2 1 0

Vorwort zur 7. Auflage

Wir freuen uns die 7., überarbeitete, aktualisierte und um mehrere neue Beiträge ergänzte Fassung des Verhaltenstherapiemanuals vorlegen zu können. Unser Dank gilt den vielen Autoren, die es in dreijährigem Abstand auf sich nehmen, ihre Beiträge zu überarbeiten und auf den neuesten Stand zu bringen.

Die Tatsache, dass das Verhaltenstherapiemanual seit dreißig Jahren stetig neu nachgefragt wird belegt, dass es einen Bedarf gibt für eine Beschreibung der technischen Abläufe in der Psychotherapie. Bei jedem Behandlungsfall muss Psychotherapie neu geschaffen werden. Dabei gilt die alte Tennisspielerweisheit: »Gut gewollt ist nicht gleich gut gemacht, weil sonst jeder Wimbledonssieger wäre!« Auch in der Psychotherapie reicht es nicht gute Absichten zu haben, man muss es auch gut können. Auch eine gute Beziehung alleine genügt nicht, obwohl das immer wieder einmal zu lesen ist, abgesehen davon dass es auch kein Ausdruck einer therapeutisch fruchtbaren Beziehung sein muss, wenn sich Patient und Therapeut miteinander wohlfühlen. Schließlich gilt auch, dass sich die Rechtfertigung für die Einleitung einer Psychotherapie nicht aus dem aktuellen Krankheitszustand ableitet sondern aus der begründbaren Prognose. Eine Prognosebegründung kann aber nicht aus den persönlichen Hoffnungen von Patient und Therapeut abgeleitet werden sondern nur durch den Bezug auf etablierte und möglichst evidenzbasierte Fachregeln. Insofern versucht das Verhaltenstherapie Manual zu operationalisieren und zu präzisieren, was ein therapeutisches Vorgehen »nach den Regeln der Kunst« ist und wie Verhaltenstherapie umgesetzt werden sollte. Dies ist ein essentieller Beitrag zur Qualitätssicherung und zum Patientenschutz.

Die Herausgeber und der Verlag halten weiterhin an dem Titel »Verhaltenstherapiemanual« fest, obwohl immer wieder zu lesen ist, die Therapieverfahren bzw. -schulen seien in Auflösung begriffen und würden in Kürze durch eine allgemeine oder störungsspezifische Therapie ersetzt. Das wäre so, als wollte man die Musik dadurch verbessern, dass man nur noch eine Flöte als Instrument zulässt. Es gibt nicht nur unterschiedliche Wege nach Rom, sondern auch viele psychotherapeutische Wege, wie man ein Problem angehen kann. Wer das Verhaltenstherapiemanual sorgfältig studiert, wird sehen, dass fast nichts von dem, was da beschrieben und empfohlen wird, z.B. von einem Psychoanalytiker oder klientenzentrierten Psychotherapeuten umgesetzt würde oder auch nur umgesetzt werden könnte. Die Behauptung, dass alle Psychotherapien im Grunde dasselbe meinen und machen, gilt nur, wenn man die theoretischen Begriffe unsauber benutzt und in der technischen Durchführung nicht präzise ist. Das Verhaltenstherapiemanual will dem entgegenwirken und insofern auch zur Professionalität beitragen. Ansonsten gilt natürlich, dass unterschiedliche Störungen störungsspezifisch angegangen werden, was im Verhaltenstherapiemanual auch klar erkennbar wird. Deswegen haben wir die Obergliederung des Buchs geändert in »Grundlagen – Techniken – Therapiestrategien und -programme – störungsspezifische Therapiekonzepte«. Wir würden uns freuen, wenn die hier dargestellten und bewährten Operationalisierungen von »Verhaltenstherapie« so überzeugend sind, dass sie zur Klärung der aktuellen Psychotherapiediskussion beitragen.

Prof. Dr. Michael Linden

Prof. Dr. Martin Hautzinger

Berlin und Tübingen, im Januar 2011

Vorwort zur 6. Auflage

■ Qualitätssicherung und Therapeutencompliance in der Verhaltenstherapie

Dieses Buch ist ein Psychotherapiemanual. Es soll einen Beitrag leisten zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung in der Verhaltenstherapie. Durch die Beschreibung verhaltenstherapeutischer Methoden, Programmen, Techniken und Einzelverfahren soll eine bessere Therapeutencompliance mit erprobten und wissenschaftlich fundierten Standardvorgehensweisen in der Verhaltenstherapie ermöglicht werden.

Wenn man Psychotherapie und psychotherapeutische Prozesse beschreiben will, empfiehlt sich eine Unterscheidung von 4 Betrachtungsebenen:

- therapeutisches Basisverhalten,
- therapeutische Methoden und Einzeltechniken,
- Therapiestrategie und -programme,
- therapeutische Heuristik bzw. Theorie.

Sie bilden zusammen das, was man Verhaltenstherapie (Psychotherapie) nennt. Die Unverzichtbarkeit aller 4 Ebenen für den therapeutischen Prozess bedeutet, dass Therapeuten auf allen diesen Ebenen spezielle Kompetenzen erwerben und besitzen müssen, dass diese Kompetenzen auf jeder der einzelnen Ebenen getrennt geprüft werden können und dass unterschiedliche Therapeuten auch durchaus unterschiedliche Kompetenzen nicht nur global, sondern auch spezifisch auf jeder einzelnen Ebene besitzen.

Am Beispiel der Musik wäre das therapeutische Basisverhalten gleichzusetzen mit der Musikalität eines Menschen. Die Technikebene wäre zu verstehen als Fingerläufigkeit auf dem Klavier. Die Therapiestrategie wäre zu verstehen als Partitur und die Heuristikebene als theoretische Kenntnisse über Musik und speziell das zu spielende Stück, woraus sich die Interpretation des Stückes ableitet. An diesem Beispiel wird evident, dass gute theoretische musikalische Kenntnisse keineswegs bedeuten, dass jemand auch eine Sonate auf dem Klavier spielen kann. Idealerweise ist eine hohe Kompetenz auf allen Ebenen zu wünschen. Eines ist aber ganz sicher, dass nämlich kein Musikstück gespielt werden kann ohne hinreichende Fingerfertigkeit und vorangegangenes Üben von Tonleitern, d. h. ohne Technik.

In der Psychotherapie bedeutet therapeutisches Basisverhalten die Ausprägung von Variablen wie Warmherzigkeit, unkonditionales Akzeptieren, Empathie, Symmetrie in der Begegnung usw. Solche Fertigkeiten sind teilweise angeboren und persönlichkeitspezifisch. Wie die Gesprächspsychotherapie gezeigt hat, sind sie allerdings auch lehr- und lernbar und nicht zuletzt auch messbar.

Unter Techniken sind alle therapeutischen Einzelverfahren und Interventionsmethoden zu verstehen, wie z. B. Arbeit mit einem Tagesplan, Reizkonfrontation, Analyse automatischer Gedanken usw. Ähnlich wie es in der Musik wichtig ist, mit dem richtigen Finger zur richtigen Zeit die richtige Taste anzuschlagen, so gilt auch in der Psychotherapie, dass der Unterschied zwischen professionell korrektem Vorgehen und untherapeutischem, den Patienten schädigendem Vorgehen oft nur gering ist. Ob man einen Patienten mit angstausslösenden Reizen so konfrontiert, dass er sich weiter erschreckt und es zu einem Angstlerntaining wird, oder ob man statt dessen eine Reaktionsexposition durchführt, die zu einem Verler-

nen der Angstreaktion führt, ist für einen Unerfahrenen von außen kaum zu unterscheiden, im Ergebnis aber diametral unterschiedlich. Ob man mit einem depressiven Patienten seine depressiven Kognitionen diskutiert oder im sokratischen Dialog hinterfragt, mag auf den ersten Blick identisch aussehen, im Ergebnis macht es aber den Unterschied zwischen einer Verhärtung depressiver Grundannahmen statt einer Relativierung und Differenzierung in den kognitiven Prozessen. Ob man mit einem Patienten von Stunde zu Stunde über aktuelle Lebensprobleme redet oder statt dessen an der Veränderung der zu diesen Lebensproblemen führenden mangelnden sozialen Kompetenz arbeitet, mag für den unerfahrenen Zuschauer sogar so wirken, als sei das ständige therapeutische Eingehen auf immer wechselnde aktuelle Probleme in besonderer Weise therapeutisch und zugewandt, obwohl es nicht zu einer eigentlichen Problemlösung beiträgt und Ursache von chronifizierenden Verläufen werden kann.

Therapeutische Strategien beschreiben komplexere Therapieprozesse unter Kombination verschiedener Einzelmethoden. Beispiele sind das Training sozialer Kompetenz oder Stressbewältigung. Wie die Bezeichnungen schon sagen, handelt es sich hierbei bereits um therapiebezogene Strategien, die in sich einen kohärenten Entwicklungsgang haben, dessen Nichtbeachtung ebenfalls zu Therapieversagen führen kann. Es versteht sich von selbst, dass es z. B. bei einem Training sozialer Kompetenz keinen Sinn macht, mit sehr komplexen und möglicherweise angstbesetzten Aufgaben zu beginnen, sondern dass man statt dessen mit einfachen praktischen Übungen beginnt, die dann schrittweise zu immer komplexeren Handlungsketten aufgebaut werden. Die Gefahr einer Überforderung des Patienten durch Verletzung solcher Ablaufregeln ist jedem Therapeuten ein geläufiges Phänomen.

Zu den therapeutischen Strategien zählt auch die störungsbezogene Therapieplanung. Sie berücksichtigt die Besonderheiten eines bestimmten klinischen Problemclusters worauf die therapeutischen Strategien und Programme, die Techniken und Methoden abgestimmt und angepasst werden müssen. Hier gilt es bestimmte Methoden problembezogen in einen komplexen Therapieplan zu integrieren. Das führt zwangsläufig zu Veränderungen der Programme und Einzelverfahren (in unterschiedlichem Ausmaß), um die störungsbezogenen Ziele zu erreichen.

Die Ebene der Heuristik schließlich gibt uns eine Information über Theorien und Modelle von Störungen und Erkrankungen. Sie bilden den Interpretationsrahmen zum Verständnis der Symptomatik des Patienten, zur Auswahl der Behandlungsstrategien und auch zur Beurteilung des Erfolges des Therapieprozesses. So gibt es Modellvorstellungen zur Entstehung verschiedener Angstformen oder mehrere Theorien zur Erklärung depressiven Verhaltens, die jeweils im Einzelfall eine unterschiedlich gute Erklärung für die aktuelle Problematik bieten, sodass bei unterschiedlichen Patienten z. T. auch unterschiedliche Theorien und Modelle zur Erklärung der Störung und Steuerung der Behandlung zugrunde gelegt werden müssen. Auch auf dieser Ebene sind Therapeuten gefordert zu explizieren, nach welcher Theorie sie meinen, den konkreten Fall am besten verstehen zu können und sich dabei auf publizierte und wissenschaftlich bearbeitete Modelle zu stützen.

Der Unterschied zwischen guter Therapie und inadäquater, wenn nicht schädlicher Therapie liegt oft im Detail. Das Verhaltenstherapiemanual versucht deshalb, auf den verschiedenen angesprochenen Ebenen möglichst deskriptiv und nah am Therapeutenverhalten, Einzeltechniken, Strategien, Basisverhalten auch störungsbezogene Heuristiken und Be-

handlungsanleitungen zu beschreiben. Die genauere Unterscheidung dieser verschiedenen Ebenen schlägt sich auch in der Gliederung des Buches in verschiedene Abschnitte nieder. Es soll damit möglich werden, dass jeder Therapeut sich selbst anhand der beschriebenen Kriterien noch einmal daraufhin überprüfen kann, wie groß die Übereinstimmung zwischen therapeutischem Standard und eigenem therapeutischen Verhalten, d. h. seine Therapeutencompliance ist. Das Verhaltenstherapiemanual basiert auf der Annahme, dass es möglich sein muss zu beschreiben, was Verhaltenstherapie ist und was keine Verhaltenstherapie ist, was gute Therapie und was weniger gute Therapie ausmacht. Das Manual geht des Weiteren auch von der Annahme aus, dass jeder Therapeut sich selbstkritisch daraufhin überprüfen muss, inwieweit er sich an die wissenschaftlich belegten Standards des Faches hält. Eine solche Selbstprüfung mag als Forderung selbstverständlich sein, sollte jedoch nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Dieses Buch richtet sich in diesem Sinne zuallererst an erfahrene Psychotherapeuten und unter diesen vor allem an die besseren, die nämlich bereit sind, ihr eigenes Verhalten stets einer selbstkritischen Qualitätsprüfung zu unterziehen. Das Verhaltenstherapiemanual ist in diesem Sinne kein Lesebuch, sondern ein Nachschlagebuch. Die Herausgeber bekennen sich zu dem »Kochbuchcharakter«, wobei der Satz gilt, dass ein guter Koch zum Kochen nicht unbedingt ein Kochbuch braucht, es aber auf jeden Fall kennt.

Studenten der Medizin, der Psychologie oder anderer therapeutischer Berufe, so wie vor allem auch Aus- und Weiterbildungskandidaten in Verhaltenstherapie, sollte das Buch ebenfalls als unverzichtbare Informationsquelle zur Hand sein und von ihnen auch zu Rate gezogen werden. Durch die verhaltensnahe, sehr konkrete Beschreibung therapeutischen Vorgehens bietet es in der Aus- und Weiterbildung einen Einblick, wie Psychotherapie unterhalb der großen theoretischen Entwürfe aussieht, und es mag auch einen Eindruck von der Arbeitsatmosphäre in der Verhaltenstherapie geben. Für den Weiterbildungskandidaten in der Ausbildung zum Verhaltenstherapeuten und vor allem auch während der Supervision bietet das Verhaltenstherapiemanual eine häufig nutzbare Selbstüberprüfungsmöglichkeit, die immer wieder auch eine Quelle für therapeutische Ideen im konkreten Fall sein kann. Schließlich findet der Anfänger in der Verhaltenstherapie hier auch Beispiele dafür, wie ein Therapieprozess beschrieben werden kann, eine Fähigkeit, die durchaus auch erfahrenen Therapeuten immer wieder Mühe bereitet. Dieses Buch ist daher nicht für Laien geschrieben. Es ist kein Selbsthilfebuch oder eine Anleitung zur Auswahl einer adäquaten Therapie. Es erlaubt allerdings auch Laien, Journalisten oder anderen Interessierten im Sinne eines erweiterten Lexikons nachzulesen, was unter einschlägigen Stichworten verstanden wird.

Als Herausgeber, gemeinsam mit der Vielzahl an Autoren freuen wir uns, die inzwischen sechste Auflage des Verhaltenstherapiemanuals (früher unter dem Titel »Psychotherapiemanual«) vorlegen zu können. Die alten Beiträge dieser sechsten Auflage sind in allen Teilen neu bearbeitet und so weit nötig auch überarbeitet worden. Diese Neuauflage des Verhaltenstherapiemanuals enthält außerdem einige neue Techniken, Therapieprogramme und Störungskapitel. Wir tragen damit der ständigen Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie Rechnung. Manche sprechen heute von der »dritten Welle« der Verhaltenstherapie. Wir halten dagegen, dass es sicherlich bereits sechs oder sogar mehr Wellen der Verhaltenstherapie gab und weitere geben wird. Neue Kapitel in diesem Buch betreffen die »Psychoedukation«, die »Situationsanalyse«, die »Achtsamkeit und Akzeptanz«, die »Interpersonelle Diskrimination«, die »Schematherapie« und die »Weisheitstherapie«. Bereits anhand dieser Begriffe

wird deutlich, dass die Verhaltenstherapeuten sich auch oder verstärkt um Beziehungsaspekte, um (unbewusste) Metakognitionen, die Wertorientierung und die Lebensziele bemühen.

Wir hoffen und wissen, dass dieses praktische und pragmatische Werk von vielen Kolleginnen und Kollegen als nützliche Hilfe in der täglichen Arbeit erlebt wird. Das Buch hat inzwischen in der ärztlichen und psychologischen Ausbildung in »Psychotherapie« eine erfreuliche Bedeutung erlangt. Durch die zahlreichen neuen Kapitel, die Aktualisierung und Überarbeitung der alten Kapitel hoffen wir, auch in der durch das Psychotherapeutengesetz veränderten Ausbildungslandschaft und der Etablierung von Behandlungsleitlinien und anderen Qualitätsmaßnahmen, weiterhin wissenschaftlich evaluierte und klinisch bewährte Standards zu liefern.

Wir sind uns bewusst, dass trotz allen Bemühens um wissenschaftliche und praktische Fundierung in der Darstellung der einzelnen Kapitel dennoch manches nur als vorläufig und unvollkommen anzusehen ist. Wir würden uns deshalb freuen, wenn dieses Buch auf rege Kritik der Kollegenschaft stoßen würde und wir diese Kritik auch in möglichst konkreter Form mitgeteilt bekämen, damit sie bei einer zukünftigen Überarbeitung berücksichtigt werden und zur weiteren Verbesserung des Buches beitragen kann.

Wir möchten uns bei allen Autoren für deren Kooperation bedanken. Dennoch wäre dieses Buch ohne die Hilfe von Michael Barton und Svenja Wahl vom Springer Verlag nicht möglich geworden. Wir schließen sie mit in unseren Dank ein.

Michael Linden

Martin Hautzinger

Berlin und Tübingen, im März 2008

Inhaltsverzeichnis

I	Grundlagen	1
1	Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Therapietechniken <i>N. Hoffmann</i>	3
2	Indikation und Behandlungsentscheidungen <i>P. Fiedler</i>	7
3	Diagnostik in der Verhaltenstherapie <i>M. Hautzinger</i>	13
4	Multimodale Therapieplanung (BASIC-ID) <i>A. A. Lazarus</i>	21
5	Selbsterfahrung <i>A.-R. Laireiter</i>	25
6	Strukturierung des Therapieablaufs <i>N. Hoffmann</i>	31
7	Supervision <i>D. Zimmer</i>	35
8	Therapeut-Patient-Beziehung <i>D. Zimmer</i>	39
9	Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Verhaltenstherapie <i>M. Linden</i>	45
II	Techniken	51
10	Achtsamkeit und Akzeptanz <i>T. Heidenreich und J. Michalak</i>	55
11	Aktivitätsaufbau <i>G. Meinlschmidt und D. Hellhammer</i>	61
12	Apparative Enuresistherapie <i>H. Stegat und M. Stegat</i>	67
13	Aversionsbehandlung <i>J. Sandler</i>	75
14	Beratung <i>M. Borg-Laufs und S. Schmidtchen</i>	79

15	Beruhigende Versicherungen (»reassurance«)	83
	<i>N. Hoffmann und B. Hofmann</i>	
16	Bestrafung	87
	<i>H. S. Reinecker</i>	
17	Beziehungsklären	93
	<i>J. Finke</i>	
18	Biofeedback	97
	<i>H. Waschulewski-Floruß, W. H. R. Miltner und G. Haag</i>	
19	Blasenkontrolltraining	103
	<i>H. Stegat und M. Stegat</i>	
20	»Cue Exposure«	107
	<i>B. Lörch</i>	
21	Diskriminationstraining	113
	<i>U. Petermann</i>	
22	Ejakulationskontrolle	117
	<i>G. Kockott und E.-M. Fahrner-Tutsek</i>	
23	Empathie	121
	<i>R. Sachse</i>	
24	Emotionsregulationstraining	127
	<i>S. K. D. Sulz</i>	
25	Entspannungsverfahren	133
	<i>C. Derra und M. Linden</i>	
26	Exposition und Konfrontation	139
	<i>I. Hand</i>	
27	»Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)«	149
	<i>C. T. Eschenröder</i>	
28	Gedankenstopp	155
	<i>G. S. Tyron</i>	
29	Grundüberzeugungen ändern	159
	<i>M. Hautzinger</i>	
30	Hausaufgaben	163
	<i>I. Wunschel und M. Linden</i>	

31	Hegarstifttraining	167
	<i>G. Kockott und E.-M. Fahrner-Tutsek</i>	
32	Hierarchiebildung	171
	<i>R. de Jong-Meyer</i>	
33	Hypnose	175
	<i>H.-C. Kossak</i>	
34	Idealisiertes Selbstbild	183
	<i>M. Hautzinger</i>	
35	Imagination und kognitive Probe	187
	<i>T. Kirn</i>	
36	Interpersonelle Diskriminationsübung	193
	<i>J. Hartmann, D. Lange und D. Victor</i>	
37	Kognitionsevozierung	199
	<i>J. Young</i>	
38	Kognitives Neubenennen und Umstrukturieren	203
	<i>M. Hautzinger</i>	
39	Kooperationsanalyse	209
	<i>D. D. Burns</i>	
40	Löschung	213
	<i>M. Hautzinger</i>	
41	Mikro-Verhaltensanalyse	217
	<i>M. Hautzinger</i>	
42	Makro-Verhaltensanalyse	223
	<i>S. K. D. Sulz</i>	
43	Modelldarbietung	227
	<i>M. Perry</i>	
44	»Motivational Interviewing«	233
	<i>R. Demmel</i>	
45	Münzverstärkung (Token Economy)	239
	<i>T. Ayllon und A. Cole</i>	
46	Problemlösetraining	243
	<i>H. Liebeck</i>	

47	Protokoll negativer Gedanken (Spaltenprotokoll)	249
	<i>M. Hautzinger</i>	
48	Reaktionsverhinderung	253
	<i>L. Süllwold</i>	
49	Selbstbeobachtung	257
	<i>M. Hautzinger</i>	
50	Selbsteinbringung	261
	<i>D. Zimmer</i>	
51	Selbstinstruktion bei Kindern und Jugendlichen	265
	<i>H. Breuninger</i>	
52	Selbstverbalisation und Selbstinstruktion	269
	<i>S. Fliegel</i>	
53	Selbstverstärkung	275
	<i>H. S. Reinecker</i>	
54	Sensualitätstraining	279
	<i>E.-M. Fahrner-Tutsek und G. Kockott</i>	
55	Situationsanalyse	283
	<i>D. Victor, D. Lange und J. Hartmann</i>	
56	Sokratische Gesprächsführung	287
	<i>H. H. Stavemann</i>	
57	Stimuluskontrolle	297
	<i>M. Hautzinger</i>	
58	Symptomverschreibung	301
	<i>I. Hand</i>	
59	Systematische Desensibilisierung	305
	<i>M. Linden</i>	
60	Tages- und Wochenprotokolle	309
	<i>M. Hautzinger</i>	
61	Unkonditionales Akzeptieren	313
	<i>G.-W. Speierer</i>	
62	Verdeckte Konditionierung (»covert conditioning«, »covert sensitization«)	319
	<i>W. L. Roth</i>	

63	Verhaltensbeobachtung	327
	<i>L. Echelmeyer</i>	
64	Verhaltensführung (»guided practice«)	331
	<i>M. H. Bruch, J. Stechow und V. Meyer</i>	
65	Verhaltensübungen – Rollenspiele	335
	<i>M. Hautzinger</i>	
66	Verhaltensverträge	339
	<i>M. Hautzinger</i>	
67	Verstärkung	343
	<i>L. Blöschl</i>	
68	Zeitprojektion	349
	<i>N. Hoffmann</i>	
III	Therapiestrategien und programme	353
69	Aufbau sozialer Kompetenz: Selbstsicherheitstraining, »Assertiveness«-Training	355
	<i>R. Ullrich und R. de Muynck</i>	
70	Akzeptanz- und Commitment-Therapie	363
	<i>R. F. Sonntag</i>	
71	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)	371
	<i>U. Schweiger und V. Sipos</i>	
72	Einstellungsänderung	377
	<i>N. Hoffmann</i>	
73	Elternberatung und Elterntraining	383
	<i>F. Petermann</i>	
74	Genusstherapie (Euthyme Therapie)	389
	<i>R. Lutz</i>	
75	Gruppentherapie	393
	<i>M. Hautzinger</i>	
76	Kommunikationstraining	403
	<i>K. Hahlweg, B. Schröder und S. Weusthoff</i>	
77	Konzentrations-/Aufmerksamkeitstraining	409
	<i>G. W. Lauth</i>	

78	Mediatorentaining	415
	<i>M. Linden und J. Schultze</i>	
79	Gesundheitstraining: Psychoedukation und Patientenschulung	419
	<i>U. Worringen</i>	
80	Realitätsorientierungstraining	425
	<i>M. Hautzinger</i>	
81	Schematherapie	429
	<i>E. Roediger</i>	
82	Selbstkontrolle	437
	<i>H. S. Reinecker</i>	
83	Skillstraining	443
	<i>M. Wolf und T. Grathwol</i>	
84	Sozialtraining mit Kindern und Jugendlichen	451
	<i>F. Petermann</i>	
85	Stressbewältigungstraining	457
	<i>G. Kaluza</i>	
86	Stressimpfung	463
	<i>R. W. Novaco</i>	
87	Therapie motorischer Störungen	467
	<i>L. Vorwerk und W. H. R. Miltner</i>	
88	Trauerarbeit und Therapie der komplizierten Trauer	471
	<i>H. J. Znoj und A. Maercker</i>	
89	Wohlbefindens-Therapie (Well-being therapy)	477
	<i>G. A. Fava und M. Linden</i>	
90	Weisheitstherapie	483
	<i>K. Baumann und M. Linden</i>	
IV	Störungsbezogene Therapiekonzepte	489
91	Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung des Erwachsenenalters	491
	<i>E. Sobanski und B. Alm</i>	
92	Agoraphobie und Panikerkrankung	499
	<i>M. Linden</i>	

93	Aggressiv-dissoziale Störungen	505
	<i>F. Petermann</i>	
94	Alkoholismus	511
	<i>J. Petry</i>	
95	Anorexie und Bulimie	521
	<i>R. Meermann und E.-J. Borgart</i>	
96	Bipolar affektive Störungen	527
	<i>T. D. Meyer</i>	
97	Borderlinestörung	537
	<i>C. Stiglmayr</i>	
98	Chronische Krankheiten im Kindesalter	545
	<i>M. von Aster und W. Burger</i>	
99	Demenz	553
	<i>B. Romero und M. Wenz</i>	
100	Depressionen	565
	<i>M. Hautzinger</i>	
101	Entwicklungsstörungen und Intelligenzminderungen	573
	<i>M. von Aster</i>	
102	Enuresis	581
	<i>S. Grosse</i>	
103	Generalisierte Angststörung	589
	<i>D. Zubrägel und M. Linden</i>	
104	Hyperkinetische Störungen im Kindesalter	595
	<i>H. G. Eisert</i>	
105	Hypochondrie und Gesundheitssorgen	601
	<i>G. Bleichhardt und W. Rief</i>	
106	Persönlichkeitsstörungen	607
	<i>W. Ecker und M. Geibel-Jakobs</i>	
107	Posttraumatische Belastungsstörungen	615
	<i>A. Maercker</i>	
108	Schizophrenie	623
	<i>R.-D. Stieglitz und R. Gebhardt</i>	

109	Schlafstörungen	631
	<i>D. Riemann</i>	
110	Schlafstörungen im Kindesalter	635
	<i>A. A. Schlarb</i>	
111	Schmerz Erkrankungen	641
	<i>W.-D. Gerber und M. Hasenbring</i>	
112	Sexuelle Funktionsstörungen	649
	<i>S. Hoyndorf</i>	
113	Somatisierungsstörung	655
	<i>W. Rief</i>	
114	Soziale Ängste	661
	<i>U. Pfingsten</i>	
115	Chronischer Tinnitus	671
	<i>B. Kröner-Herwig</i>	
116	Zwangsstörungen	679
	<i>N. Hoffmann</i>	
	Stichwortverzeichnis	685

Autorenverzeichnis

Barbara Alm, Dr.

Zentralinstitut für Seelische
Gesundheit
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
J5, 68159 Mannheim

Teodoro Ayllon, Prof. Dr.

Georgia State University
Department of Psychology
P.O. Box 5010 Atlanta,
GA 30302-5010
USA

Kai Baumann, Dr.
Dipl.-Psych

Reha-Zentrum Seehof der
Deutschen
Rentenversicherung Bund
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow/Berlin

Gaby Bleichhardt, Dr.

Universität Marburg
Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Gutenbergstr. 18
35032 Marburg

Lilian Blöschl, Prof. Dr.

Sandwirtgasse 10/2/62
1060 Wien
Österreich

**Ernst-Jürgen Borgart, Dr.
phil. Dipl.-Psych.**

AHG Psychosomatische
Klinik Bad Pyrmont
Bombergallee 10
31812 Bad Pyrmont

**Michael Borg-Laufs, Prof.
Dr.**

Hochschule Niederrhein
Fachbereich Sozialwesen
Richard-Wagner-Str.101
41065 Mönchengladbach

Helga Breuninger, Dr.

Breuninger Stiftung GmbH
Breitscheidstr. 8
70174 Stuttgart

Michael H. Bruch, Prof. Dr.

University College London
Research Department of
Clinical, Educational and
Health Psychology
Gower Street
London WC1E 6BT
England

Walter Burger, Prof. Dr.

Humboldt-Universität
Berlin
Medizinische Fakultät
Rudolf -Virchow-Klinikum
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

David D. Burns, Prof. Dr.

Presbyterian Medical
Center
Department of Psychiatry
39th and Market Streets
Philadelphia, Pennsylvania
19014
USA

Alex Cole, Dr.

Georgia State University
Department of Psychology
Atlanta, Georgia 30303
USA

**Renate de Jong-Meyer,
Prof. Dr.**

Westfälische Wilhelms-
Universität Münster
Institut für Psychologie
Arbeitseinheit Klinische
Psychologie und Psycho-
therapie
Fliegerstr. 21
48149 Münster

Rita de Muynck, Dr.

Kreuzstr. 1
80331 München

Ralf Demmel, HD Dr.

Westfälische Wilhelms-
Universität Münster
Psychologisches Institut I
Klinische Psychologie/Psy-
chotherapie und Psycho-
logische Diagnostik
Fliegerstr. 21
48149 Münster

**Claus Derra, Dr. med. Dipl.
Psych.**

Klinik Taubertal
Reha-Zentrum Bad Mer-
gentheim
Ketterberg 2
97980 Bad Mergentheim

**Liz Echelmeyer,
Dipl.-Psych.**

Wichernstr. 5
48147 Münster

Willi Ecker, PD Dr. phil.

Institut für Fort- und Wei-
terbildung in Klinischer
Verhaltenstherapie (IFKV)
Kurbrennenstr. 21a
67098 Bad Dürkheim

**Hans G. Eisert, Dr. phil.
Dipl.-Psych.**

Schloßgartenstraße 27
69469 Weinheim

**Christof T. Eschenröder,
Dipl.-Psych.**

Treseburger Str. 15
28205 Bremen

**Eva-Maria Fahrner-Tutsek,
Dr.**

Alexander Tutsek-Stiftung
Karl-Theodor-Str. 27
80803 München

Giovanni A. Fava, MD

University of Bologna
Department of Psychology
Viale Berti Pichat 5
40127 Bologna Italien

Peter Fiedler, Prof. Dr.

Universität Heidelberg
Psychologisches Institut
Hauptstr. 47-51
69117 Heidelberg

Jobst Finke, Dr. med.

Hagelkreuz 16
45134 Essen

Steffen Fliegel, Dr.

Gesellschaft für Klinische
Psychologie und Beratung
Wolbecker Str. 138
48155 Münster

Renate Gebhardt, Dr. phil.

Caspar-Theyß-Str.16
14193 Berlin

**Monika Geibel-Jakobs,
Dipl.-Psych. Dr. sc. hum.**

Institut für Fort- und Wei-
terbildung in Klinischer
Verhaltenstherapie (IFKV)
Kurbrunnenstr. 21a
67098 Bad Dürkheim

**Wolf-Dieter Gerber, Prof.
Dr.**

Universität Kiel
Institut für Medizinische
Psychologie und Medizinische
Soziologie
Diesterwegstr. 10-12
24113 Kiel

**Tanja Grathwol, Dipl.-
Psych.**

Eberhard Karls Universität
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Osianderstr. 24
72074 Tübingen

Siegfried Grosse, Dr.

Psychotherapeutische
Praxis, Lindenstr. 2
35440 Linden

**Gunther Haag, Prof. Dr.
med. Dipl.-Psych.**

Michael-Balint-Klinik
Hermann-Voland-Str. 10
78126 Königsfeld im
Schwarzwald

Kurt Hahlweg, Prof. Dr.

Technische Universität
Braunschweig
Institut für Psychologie
Humboldtstraße 33
38106 Braunschweig

Iver Hand, Prof. Dr. med.

Verhaltenstherapie Falken-
ried (MVZ)
Falkenried 7, PF 201861
20208 Hamburg

Juliane Hartmann, Dr.

EOS-Klinik für Psycho-
therapie
Hammer Str. 18
48153 Münster

**Monika Hasenbring, Prof.
Dr.**

Ruhr-Universität Bochum
Abt. Medizinische Psycho-
logie und Medizinische
Soziologie
Universitätsstr. 150
44801 Bochum

**Martin Hautzinger, Prof.
Dr.**

Eberhard Karls Universität
Fachbereich Psychologie,
Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Schleichstr. 4
72074 Tübingen

**Thomas Heidenreich, Prof.
Dr. phil. Dipl.-Psych.**

Hochschule Esslingen
Fakultät Soziale Arbeit,
Gesundheit und Pflege
Flandernstr. 101
73732 Esslingen

Dirk Hellhammer, Prof. Dr.

Universität Trier
Fachbereich I - Psychologie
Abt. für Klinische Psycho-
logie und Physiologische
Psychologie
Johanniterufer 15
54290 Trier

Nicolas Hoffmann, Dr.

Orber Str. 18
14193 Berlin

Birgit Hofmann, Dr.

Flemmingstr. 4
12163 Berlin

**Stephan Hoyndorf,
Dipl.-Psych.**
Praxis für Verhaltenstherapie
Arminstr. 13
70178 Stuttgart

Gert Kaluza, Prof. Dr.
GKM – Institut für Ge-
sundheitspsychologie
Liebigstr. 31a
35037 Marburg

Thomas Kirn, Dr.
Psychotherapeutische
Praxis
Theodor-König-Str.27
48249 Dülmen

**Götz Kockott, Prof. Dr.
med. Dr. med. habil.**
Technische Universität
München
Psychiatrische Klinik und
Poliklinik
Ismaninger Str. 22
81675 München

**Hans-Christian Kossak,
Dr. phil. Dipl.-Psych.**
Schnatstr. 25
44795 Bochum

**Birgit Kröner-Herwig, Prof.
Dr.**
Universität Göttingen
Georg-Elias-Müller-Institut
für Psychologie
Abt. Klinische Psychologie
und Psychotherapie
Goßlerstr. 14
37073 Göttingen

**Anton-Rupert Laireiter,
Ao. Univ. Prof. Dr.**
Universität Salzburg
Fachbereich Psychologie
Hellbrunner Str. 34
5020 Salzburg Österreich

Diane Lange, Dr.
EOS Klinik für Psycho-
therapie
Hammer Str. 18
48153 Münster

Gerhard W. Lauth, Prof. Dr.
Universität Köln
Heilpädagogische Fakultät
Klosterstr. 79b
50931 Köln

Arnold A. Lazarus, Prof. Dr.
Rutgers University
Graduate School for
Applied and Professional
Psychology
New Brunswick, New Jer-
sey 08903
USA

Heinz Liebeck, Dr.
Lindenhof 1
37127 Dransfeld

**Michael Linden, Prof. Dr.
med. Dipl.-Psych.**
Charité Universitätsmedi-
zin Berlin
Reha-Zentrum Seehof der
Deutschen Rentenversi-
cherung und Forschungs-
gruppe Psychosomatische
Rehabilitation
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow/Berlin

**Bernd Lörch, Priv.-Doz., Dr.
phil.**
Praxis für Psychotherapie,
Beratung und Supervision
Im Hirschmorgen 42
69181 Leimen

Rainer Lutz, Dr. rer. nat.
Philipps-Universität Mar-
burg
Fachbereich Psychologie
Gutenbergstr. 18
35032 Marburg

**Andreas Maercker, Prof.
Dr. Dr.**
Universität Zürich
Fachrichtung Psycho-
pathologie und Klinische
Intervention
Binzmühlestr. 14, Box 17
8050 Zürich Schweiz

**Rolf Meermann, Prof. Dr.
med. Dipl.-Psych.**
AHG Psychosomatische
Fachklinik Bad Pyrmont
Bombergallee 11
31812 Bad Pyrmont

Gunther Meinlschmidt, Dr.
Universität Basel
Abteilung für Klinische
Psychologie und Psycho-
therapie
Birmannsgasse 8
4055 Basel Schweiz

Thomas D. Meyer, Prof. Dr.
Newcastle University
Institute of Neuroscience,
Doctorate in Clinical Psy-
chology
Ridley Building
NEWCASTLE UPON
TYNE, NE1 7RU
United Kingdom

Victor Meyer, Prof. Dr.,†

Johannes Michalak, PD Dr.
Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Psychologie
Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Universitätsstr. 150
44780 Bochum

Wolfgang H. R. Miltner, Prof. Dr.

Friedrich-Schiller-Universität Jena
Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
Abt. f. Biologische u. Klinische Psychologie
Am Steiger 3, Haus 1
07743 Jena

Raymond W. Novaco, Prof. Dr.

University of California
Department of Psychology
School of Psychology
Irvine, California 92697
USA

Milton Perry, Prof. Dr.

University of Washington
Department of Psychology
Seattle, Washington 98115
USA

Franz Petermann, Prof. Dr.

Universität Bremen
Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation
Grazer Str. 6
28359 Bremen

Ulrike Petermann, Prof. Dr.

Universität Bremen
Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation
Lehrstuhl Klinische Kinderpsychologie
Grazer Str. 6
28359 Bremen

Jörg Petry, Dr.

Allgemeine Hospitalgesellschaft
Helmholtzstr. 17
40215 Düsseldorf

Ulrich Pfingsten Dr.

Universität Bielefeld
Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft
Abt. für Psychologie AE 11
»Klinische Psychologie und Psychotherapie«
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld

Hans S. Reinecker, Prof. Dr.

Otto-Friedrich-Universität
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Markusplatz 3
96047 Bamberg

Winfried Rief, Prof. Dr.

Philipps-Universität Marburg
Klinische Psychologie und Psychotherapie, Psychotherapie-Ambulanz
Gutenbergstr. 18
35032 Marburg

Dieter Riemann, Prof. Dr.

Universitätsklinikum Freiburg
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik
Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik
Hauptstr. 5
79104 Freiburg

Eckhard Roediger, Dr.

Institut für Schematherapie-Frankfurt
Alt-Niederursel 53
60439 Frankfurt a. M.

Barbara Romero, Dr. phil.

Neurologische Klinik
Bad Aibling, Alzheimer Therapiezentrum
Kolbermoorer Str. 72
83043 Bad Aibling

Wolfgang L. Roth, Dr.

Universität Trier
Fachbereich I - Psychologie
Abt. Klinische Psychologie, Psychotherapie und Wissenschaftsforschung
54286 Trier

Rainer Sachse, Prof. Dr.

Institut für Psychologische Psychotherapie
Prümerstr. 4
44787 Bochum

Jack Sandler, Prof. Dr.

University of South Florida
4202 E. Fowler Avenue
Tampa, Fl 33620
USA

Angelika A. Schlarb, Dr.

Eberhard Karls Universität
Fachbereich Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie
Schleichstr. 4
72074 Tübingen

Stefan Schmidtchen, Prof. Dr.

Universität Hamburg
Psychologisches Institut II
Von-Melle-Park 5
20146 Hamburg

Brigitte Schröder, Dr.

Dipl.-Psych.
Psychologische Psychotherapeutin
Petershagener Str. 11
38259 Salzgitter

Jona Schultze, Dipl.-Psych.
Freie Universität Berlin
Institut für Klinische Psychologie
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin

Ulrich Schweiger, Prof. Dr. med.
Universität zu Lübeck
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Valerija Sipos, Dr. phil. Dipl.-Psych.
Universität zu Lübeck
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Esther Sobanski, PD Dr. med.
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
J5, 68159 Mannheim

Rainer F. Sonntag, Dr. med.
Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie
In der Wüste 18
57462 Olpe

Gert-Walter Speierer, Prof. Dr. med. Dipl.-Psych.
Universität Regensburg
Naturwissenschaftliche Fakultät III
Institut für Medizinische Psychologie
Postfach 93040
Regensburg

Harlich. H. Stavemann, Dr.
IVT - Institut für Integrative Verhaltenstherapie e.V.
Osterkamp 58
22043 Hamburg

Joachim Stechow, Dr.
Heylstraße 31
10825 Berlin

Harry Stegat, Prof. Dr.
STERO - Medizinische Geräte
Prof. Dr. H. Stegat GmbH & Co. KG
Heroldstr. 14E
48163 Münster

Martin Stegat,
Am Berler Kamp 5
48167 Münster

Rolf-Dieter Stieglitz, Prof. Dr. rer.nat.
Universitäre Psychiatrische Kliniken UPK
Wilhelm Klein-Strasse 27
4025 Basel Schweiz

Christian Stiglmayr, Dr.
Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Psychotherapie Berlin
AWP-Berlin
Bundesring 58
12101 Berlin

Lilo Süllwold, Prof. Dr.
Niedenau 49
60325 Frankfurt/ Main

Serge K. D. Sulz, Prof. Dr. phil. Dr. med. Dipl.-Psych.
FA Psychiatrie und Psychotherapie - Psychoanalyse
FA Psychosomatische Medizin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Nymphenburger Str. 185
80634 München

Gerry S. Tyron, Prof. Dr.
Fordham University
Counseling Center
Rose Hill Campus
Bronx, NY 10458
USA

Rüdiger Ullrich, Dr. med. Dipl.-Psych.
Kreuzstr. 1
80331 München

Daniela Victor, Dr. phil. Dipl.-Psych.
EOS-Klinik für Psychotherapie
Hammer Str. 18
48153 Münster

Matthias von Aster, Dr.
Bezirkskrankenhaus Landshut
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Professor-Buchner-Str. 22
84034 Landshut

Michael von Aster, Prof. Dr. med. Dipl.-Päd.
DRK Kliniken Berlin Westend
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie und Psychosomatik
Spandauer Damm 130
14050 Berlin

Liane Vorwerk, Dr. phil.

Friedrich-Schiller-Universität Jena
Abt. f. Biologische u. Klinische Psychologie
Am Steiger 3, Haus 1
07743 Jena

Horst Waschulewski-Floruß, Prof. Dr.

MTO Psychologische
Forschung und Beratung
GmbH
Schweikardstr. 5
72072 Tübingen

Michael Wenz, Dipl.-Psych.

Neurologische Klinik Bad
Aibling, Alzheimer
Therapiezentrum
Kolbermoorer Str. 72
83043 Bad Aibling

**Sarah Weusthoff,
Dipl.-Psych.**

Technische Universität
Braunschweig
Institut für Psychologie
Humboldtstraße 33
38106 Braunschweig

Martina Wolf, Dr.

Eberhard Karls Universität
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Osianderstr. 24
72074 Tübingen

Ulrike Worringen, Dr.

Deutsche Rentenversicherung Bund
Abteilung Rehabilitation
Dezernat 8023, Sachgebiet
Psychologie und Gesundheitstraining
10704 Berlin

Isabel Wunschel, Dr.

St. Joseph-Krankenhaus
Berlin-Weißensee
Gartenstr.1-5
13088 Berlin

Jeffrey Young, Dr.

Cognitive Therapy Centers
of New York and Fairfield
Country
New York, New York 10013
USA

**Dirk Zimmer, Prof. Dr. phil.
Dipl.-Psych.**

Tübinger Akademie für
Verhaltenstherapie
David-von-Stein-Weg 26
72072 Tübingen-Bühl

Hans J. Znoj, Prof. Dr. phil.

Universität Bern
Psychologisches Institut
Gesellschaftsstrasse 49
3012 Bern Schweiz

**Doris Zubrägel, Dipl.-
Psych.**

Praxis für Psychotherapie
Wachsmuthstr. 23
13467 Berlin

Grundlagen

Kapitel 1	Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Therapietechniken – 3 <i>N. Hoffmann</i>
Kapitel 2	Indikation und Behandlungsentscheidungen – 7 <i>P. Fiedler</i>
Kapitel 3	Diagnostik in der Verhaltenstherapie – 13 <i>M. Hautzinger</i>
Kapitel 4	Multimodale Therapieplanung (BASIC-ID) – 21 <i>A. A. Lazarus</i>
Kapitel 5	Selbsterfahrung – 25 <i>A.-R. Laireiter</i>
Kapitel 6	Strukturierung des Therapieablaufs – 31 <i>N. Hoffmann</i>
Kapitel 7	Supervision – 35 <i>D. Zimmer</i>
Kapitel 8	Therapeut-Patient-Beziehung – 39 <i>D. Zimmer</i>
Kapitel 9	Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Verhaltenstherapie – 45 <i>M. Linden</i>

Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Therapietechniken

N. Hoffmann

1.1 Psychotherapie

Unter Psychotherapie versteht man eine besondere Form zwischenmenschlicher Interaktion, bei der ein Therapeut mit Mitteln der verbalen und non-verbalen Kommunikation, gelegentlich unter Einbezug von Apparaten einen oder mehrere Patienten in ihrem Verhalten, ihren Einstellungen oder Denkweisen beeinflusst. So ist Psychotherapie als die Form sozialer Einflussnahme anzusehen, die charakterisiert ist durch

- einen professionellen Helfer, dessen Ausbildung und Fertigkeiten vom Patienten und seinem sozialen Milieu anerkannt werden,
- einen Patienten, der in der Regel positive Erwartungen an die Hilfe des Therapeuten hat,
- eine beschränkte Anzahl an Kontakten, mehr oder weniger in Anlehnung an bestimmte fachliche Regeln, strukturierte Kontakte,
- einen therapeutischen Auftrag und ein klar benennbares Behandlungsziel sowie
- ein definiertes Set an operationalisierbaren Behandlungsinterventionen.

Psychotherapie ist eine Form der Krankenversorgung. Gelegentlich sind die Grenzen zu pädagogischen Maßnahmen oder zu religiöser Einflussnahme fließend.

1.2 Basale Therapiefaktoren

Akzeptiert man die Auffassung, dass Psychotherapie primär in einer bestimmten Beziehung zwischen den Beteiligten besteht (also vom Therapeu-

ten aus gesehen in der therapeutischen Intention und in einem inneren Wohlwollen dem Patienten gegenüber, von dessen Seite aus gesehen in der Hoffnung auf Erfolge und im Akzeptieren des Therapeuten in seiner Funktion), so stellt sich die Frage, ob sich diese Faktoren per se positiv auf den Therapieausgang auswirken und darüber hinaus, ob sie ausreichen, um die gewünschten Veränderungen zu bewirken.

Zum ersten Problem liegt eine Reihe von Forschungsergebnissen vor. Sie betreffen die Wirkung sog. basaler Therapiefaktoren. Darunter werden solche verstanden, die den Therapieprozess beeinflussen können, ohne selbst definierter Bestandteil einer bestimmten Intervention zu sein. Sie betreffen die gegenseitigen Haltungen von Therapeut und Patient, d. h. den zwischenmenschlichen Kontext, in dem Psychotherapie sich abspielt. Man ist sich heute darüber einig, dass diese Faktoren eine eminente Rolle bei jeder Form von Psychotherapie spielen, wobei es dennoch recht unterschiedliche Einschätzungen ihrer relativen Bedeutung gibt. Doch es ist genauso erwiesen, dass ihre Wirkung in den meisten Fällen nicht ausreicht, um die in der Therapie angestrebten Ziele zu gewährleisten.

Neben diesen grundlegenden Bedingungen, die offensichtlich für jede Psychotherapiesituation zutreffen, unterscheiden sich einzelne Ansätze durch spezifische Handlungsanweisungen der Therapeuten bei verschiedenen Problemstellungen.

Damit ist einmal die Strategie gemeint, die für die gesamte Herangehensweise an die Probleme typisch ist, ein andermal die Einzelbestandteile der Intervention, die Therapietechniken. Sie bilden, zusammen mit dem Menschenbild und der Psycho-

pathologietheorie, das Spezifikum jeder Therapie-
schule.

1.3 Verhaltenstherapie: allgemeine Strategie

Die Verhaltenstherapie ist ein Psychotherapie-
ansatz, der Eingang in die Krankenversorgung
gefunden hat, weil seine Wirksamkeit bei vielen
psychischen Krankheiten und Problemen hin-
reichend belegt ist (Reinecker, 2005; Margraf &
Schneider, 2009). Ihre Strategie ist eingebettet in
eine kontinuierliche Analyse der Problemlage und
der Motivation des Patienten sowie der Beziehung
zwischen ihm und dem Therapeuten. Zu gegebener
Zeit, wenn die Bedingungen des einzelnen Falles
hinreichend geklärt scheinen, erfolgt die Therapie-
planung, bei der in Kooperation mit dem Patien-
ten möglichst klare Zielsetzungen für die Therapie
festgelegt werden und eine Indikation für spezi-
fische Verfahren getroffen wird. Der letzte Schritt
beinhaltet dann die Durchführung der Therapie
(sprich: die Anwendung der ausgewählten Techni-
ken) sowie den Versuch, erzielte positive Verände-
rungen zu stabilisieren.

Dieses Rahmenkonzept macht die Verhaltens-
therapie zu einer besonders flexiblen und patien-
tengerechten Vorgehensweise.

1.4 Verhaltenstherapeutische Techniken

In frühen Bestimmungsversuchen der Verhaltens-
therapie wurde gelegentlich die These vertreten, sie
sei »angewandte Wissenschaft«, d. h. die einzelnen
Interventionen ergäben sich zwangsläufig aus der
Anwendung der Psychologie als Wissenschaft auf
bestimmte Problembereiche. Bereits Westmeyer
(1978) hat eindringlich auf die wissenschaftstheo-
retischen Schwierigkeiten hingewiesen, die diese
Auffassung mit sich bringt. Damit stellt sich die
Frage nach dem Ursprung der schon zur Verfügung
stehenden Verfahren und nach der Möglichkeit,
innovative Vorgehensweisen in Zukunft zu ent-
wickeln. Eine Bestandsaufnahme der aktuellen Pra-

xis ergibt, dass die angewandten Verfahren recht
unterschiedlicher Provenienz sind.

- Grundwissenschaftliche Theorien können als
Heuristik fungieren. Trotz der oben genannten
Einwände gegen Verhaltenstherapie als an-
gewandte Wissenschaft bleibt unbestritten,
dass grundwissenschaftliche Aussagen die
Formulierung von »technologischen Regeln«
nahe legen. Diese geben dann an, bei welcher
Problemstellung und Diagnose welche Vorge-
hensweise erfolgreich sein könnte. Allerdings
müssen die so gewonnenen Empfehlungen in
Bezug auf ihre Praktikabilität und Wirksam-
keit untersucht werden.
- Die Prinzipien einer Therapietechnik können
auf Alltagserfahrungen basieren. So macht
man sich z. B. beim Verfahren der sog. Zeit-
projektion (► Kap. 68) die Beobachtung zunut-
ze, dass Personen, die erhöhten Belastungen
ausgesetzt sind oder an einem Stimmungstief
leiden, sich oft selbst dadurch helfen, dass sie
zu Tagträumen Zuflucht nehmen, in denen
sie erfolgreich sind oder für sie angenehme
Ereignisse eintreten. So existiert sicherlich in
allen Kulturkreisen eine Fülle an vorwissen-
schaftlichen Erfahrungen und Beobachtungen,
auch im Umgang mit psychischen Problemen,
die noch auf ihre Auswertung und Nutzbar-
machung zu Psychotherapie Zwecken warten
und zu interessanten klinischen Innovationen
führen könnten.
- Eine Technik kann aus der klinisch-thera-
peutischen Erfahrung entstehen. Lazarus und
Davison (1977) haben gezeigt, wie sich aus
Enttäuschungen von Therapeuten heraus die
Suche nach neuen Verfahren ergibt und da-
mit beträchtliche Fortschritte erzielt werden.
Oft lässt sich der Therapeut dabei von seinen
Lieblingstheorien leiten. Dennoch soll sich
eine einfühlsame Untersuchung des psycho-
therapeutischen Geschehens am besten daran
orientieren, was Therapeuten tun, und erst in
zweiter Linie nach den Gründen fragen, die
sie zur Rechtfertigung ihres Handelns geben.
In der Tat können sich Techniken als wirksam
erweisen, die nicht im Entferntesten mit den
theoretischen Vorstellungen zu tun haben, aus
denen sie hervorgegangen sind.

- Techniken können aus Modifikationen und Verfeinerungen schon existierender Verfahren heraus entwickelt werden. Am Beispiel der systematischen Desensibilisierung (► Kap. 59) lässt sich zeigen, welche Ausweitungen und Abwandlungen eine Methode dadurch erfahren kann, dass man versucht, sie an neue Probleme zu adaptieren oder einzelne Elemente neu miteinander zu kombinieren.

1.5 Funktion von Therapietechniken

Es bleibt zweifelhaft, ob angesichts der heutigen Praxis überhaupt von einer halbwegs einheitlichen Anwendung von Therapietechniken in der Verhaltenstherapie gesprochen werden kann. Vieles von dem, was unter einer bestimmten Bezeichnung kursiert, hat in der konkreten Realisierung kaum mehr als den Namen gemeinsam. Die meisten Verfahren stellen vielmehr Rahmenkonzeptionen dar, die dem individuellen Agieren des einzelnen Therapeuten sehr viel Spielraum lassen. Dieser Rahmen kann von der individuellen Phantasie und Geschicklichkeit des einzelnen Praktikers durchaus gewinnbringend ausgefüllt werden, wenn es darum geht, meist unter »Laborbedingungen« entwickelte Standardvorgehensweisen zu »individualisieren«, d. h. an die Notwendigkeiten des Einzelfalles anzupassen. Das ist im Großen und Ganzen sicherlich ein Vorteil, doch werden Effektivitätsvergleiche dadurch schwierig. Der Versuch, unter bestimmten Bedingungen bewährte Verfahren in ihrer **Grundstruktur** möglichst exakt und nachvollziehbar zu beschreiben, ist deshalb von besonderer Bedeutung.

Der Psychotherapietechnik kommt, unabhängig von allen Einschränkungen und Vorbehalten, nach wie vor eine zentrale Bedeutung im Therapieprozess zu. Aus der Sicht des Patienten, der oft das starke Bedürfnis hat, dass »etwas passiert«, stellt die Arbeit mit speziellen Techniken häufig das eigentliche Ereignis in der Psychotherapie dar. Man hat in der Praxis oft den Eindruck, dass, abgesehen von der spezifischen Wirkung in Teilbereichen, auch die basalen Therapiefaktoren erst dann voll wirksam werden, wenn der Patient erfährt, dass seine Probleme mittels spezieller Techniken angegangen

werden. In diesem Sinne hat die Anwendung jeder Technik auch einen Placebocharakter, wobei es jedoch selbstverständlich ist, dass ihr ein hoher Effektivitätswert erst dann zugeschrieben werden kann, wenn sie erwiesenermaßen darüber hinaus zu positiven Ergebnissen führt.

Für die Psychotherapeuten sind Techniken von mehrfacher Bedeutung. Sie stellen gewissermaßen das Produkt dar, in dem sich die Erfahrungen und Forschungsergebnisse anderer Therapeuten in einer übersichtlichen, handhabbaren und erlernbaren Form niederschlagen. Darüber hinaus bietet ein solides, gut beherrschtes und vielfältiges Repertoire an Einzeltechniken die Sicherheit, die der Therapeut absolut benötigt, um sich dem Patienten als Menschen voll und ganz zuwenden zu können. Das ist nach wie vor das Wichtigste bei jeder Form von Psychotherapie.

Bewährte und reproduzierbare, aber auch flexibel anpassbare Techniken können Psychotherapie ein Stück weit zum soliden, erlernbaren Handwerk machen, weg von schwer nachvollziehbarer Kunst oder von Narrenfreiheit.

Literatur

- Hautzinger, M. (2001). *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz/PVU.
- Lambert, M. (2006). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th edn.). New York: Wiley.
- Lazarus, A. & Davison, G. (1977). Klinische Innovation in Forschung und Praxis. In H. Westmeyer & N. Hoffmann (Hrsg.), *Verhaltenstherapie: Grundlegende Texte* (S. 144–165). Hamburg: Hofmann & Campe.
- Margraf, J. & Schneider, S. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Heidelberg: Springer.
- Reinecker, H. (2005). *Grundlagen der Verhaltenstherapie*. Weinheim: Beltz/PVU.
- Westmeyer, H. (1978). Wissenschaftstheoretische Grundlagen klinischer Psychologie. In U. Baumann, H. Berbak & G. Seidenstücker (Hrsg.), *Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis* (S. 108–133). Bern: Huber.

Indikation und Behandlungsentscheidungen

P. Fiedler

2.1 Allgemeine Beschreibung

Bei welchen Patienten soll welche Therapiemethode in welchem Behandlungssetting durchgeführt werden? Unter welchen spezifischen Bedingungen ist einem Patienten die Einzelbehandlung zu empfehlen, unter welchen anderen Bedingungen ist eine Therapie in der Gruppe vorzuschlagen? Wäre es nicht vielleicht sinnvoller, die Angehörigen oder sogar die ganze Familie an der Therapie zu beteiligen? Diese Indikationsfragen, ob überhaupt und – wenn ja – welche Art Therapie bei einem Patienten durchgeführt werden sollte, sind zumeist bereits vielfältig vorerwogen worden, wenn der Patient zum Psychotherapeuten kommt. Vieles wird dabei durch die Eigenarten und Strukturen des Lebensumfeldes des Patienten und des Gesundheitssystems vorweg entschieden: angefangen durch Ratschläge der Verwandten und Bekannten, häufig weiter gesteuert durch sog. »halbprofessionelle Helfer« wie Pfarrer oder Bedienstete der Gesundheitsdienste, bis hin zum Hausarzt, der schließlich zumeist als erster Fachmann konsultiert wird. Oft sind es Irrwege durch viele Instanzen des Versorgungssystems, bis schließlich die Indikation zur Psychotherapie durch einen Psychotherapeuten selbst gestellt wird. Da viele dieser Vorabermäßigungen nicht fachlich-rational getroffen werden, ist die Entscheidung des Psychotherapeuten, bei einem Patienten eine psychologische Behandlung durchzuführen, wohl zwingend stets erneut – und möglichst unabhängig von den (zumeist in Form einer Überweisung) vorliegenden Vorabindikationen – zu begründen.

2.2 Selektive Indikation: Entscheidung zur Psychotherapie

Die selektive Indikation betrifft die Frage, ob und welche Art Psychotherapie bei einem Patienten indiziert ist. Dabei sind normalerweise mindestens 4 Fragen abzuklären:

- **1. Ist bei dem jeweiligen Patienten mit seiner jeweils gegebenen spezifischen Problematik eine Psychotherapie überhaupt indiziert?**

Indikative Entscheidungen sind nicht unabhängig vom jeweiligen sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Kontext des Patienten und des Therapeuten zu treffen. In der Psychotherapie geht es zumeist um eine Veränderung der persönlichen Lebensgestaltung der Menschen, die um therapeutische Hilfe nachsuchen. Dabei unterscheiden sich die jeweils möglichen Therapieangebote z. T. erheblich in grundlegenden Wert- und Zielvorstellungen (vgl. Senf & Broda, 2005). Die Frage also, welche Form der psychosozialen Hilfestellung bei einem Patienten geeignet scheint, beinhaltet deshalb immer zugleich eine Reihe wesentlicher Wertentscheidungen. Diese müssten günstigenfalls ausführlich vorab mit dem Patienten besprochen werden (z. B. die Frage realistischer Therapieerwartungen, Unterschiede der Ansprüche des Patienten vs. seiner Angehörigen an einen Therapieerfolg o. Ä.). In der Folge solcher Gespräche über mögliche Therapieziele könnte sich ergeben, dass eine Psychotherapie nicht mehr sinnvoll und notwendig ist. Bei vielen Menschen, die um psychotherapeutische Hilfe nachsuchen, stellt sich zunächst die Frage, ob

deren Probleme auf ungenügende Kenntnisse und Wissensdefizite zurückgeführt werden können. Für die meisten psychosozialen Probleme stehen in solchen Fällen Spezialisten in einem inzwischen weit gefächerten System der psychosozialen Beratung zur Verfügung (Fiedler, 1992). Kommt hinzu, dass die Betroffenen entsprechende Hilfsangebote zumeist kostenlos in Anspruch nehmen können, weil ihr Beratungsanspruch gesetzlich verankert ist (z. B. im Kinder- und Jugendhilfegesetz und in der Bundessozialgesetzgebung). Dies betrifft insbesondere die Beratung in Fragen der

- Erziehung,
- Familie,
- Partnerschaft,
- Trennung und Scheidung,
- schulischen und beruflichen Laufbahnplanung,
- ungewollten Schwangerschaft,
- Ausübung der Personensorge

sowie die Beratung von

- Pflegern,
- Vormündern und
- Behinderten sowie
- Fragen der persönlichen Hilfeleistung im Rahmen der Sozialhilfe.

Die Notwendigkeit einer zusätzlichen Psychotherapie ist in solchen Fällen günstig erst nach erfolgter Beratung und mit dem Beratungsspezialisten zu entscheiden (Fiedler, 2008).

■ 2. Ist die vom jeweiligen Therapeuten vertretene Therapierichtung für die Behandlung der jeweiligen Probleme des Patienten geeignet?

Die Entscheidung für ein bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren kann immer nur mit Blick auf die jeweils betroffene Person in ihrer konkreten Lebenssituation unter Berücksichtigung all ihrer individuellen Besonderheiten getroffen werden. Leider ist mit der Überweisung an einen Psychotherapeuten in praxi diese Frage nach der sog. schulspezifischen Indikation weitgehend vorentschieden.

Psychotherapeuten sind meist bestimmten Therapierichtungen verpflichtet. Angesichts des nach wie vor gegebenen »Omnipotenzanspruchs« praktisch aller Therapieschulen wird bislang nur in An-

sätzen in der jeweiligen Therapeutenausbildung auf die spezifischen alternativen Behandlungskonzepte Bezug genommen. Die Frage, ob die Überweisung an einen Fachkollegen nicht möglicherweise die bessere Behandlungsperspektive eröffnen könnte, sollte dennoch bei jeder selbstkritischen Prüfung des Einzelfalls mit beantwortet werden. Einige Leitlinien dazu werden weiter unten im Rahmen der differenziellen Indikationsentscheidungen angegeben.

■ 3. Ist bei dem jeweiligen Patienten mit seiner jeweils gegebenen Problematik eine selektive Indikation zur Verhaltenstherapie sinnvoll?

Es ist vor allem einigen entscheidenden Verbesserungen in der psychiatrischen Diagnostik zu verdanken, dass zunehmend störungsspezifische Behandlungskonzepte entwickelt wurden und werden. Vor allem in der Verhaltenstherapie gibt es heute für die meisten eindeutig definierbaren Störungsbilder differenziert ausgearbeitete und gut evaluierte Behandlungsprogramme, die zumeist bereits in Manualform vorliegen (vgl. die Beispiele in Abschn. IV dieses Buches).

Die Entwicklung und Evaluation verhaltenstherapeutischer Behandlungsprogramme wurde jedoch auch noch an störungsübergreifenden Aspekten ausgerichtet, wie z. B. an demographischen Merkmalen oder an Problemen, die innerhalb unterschiedlicher Störungsbereiche ätiologie- und zielrelevant sind (wie z. B. an Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens, zur Verbesserung der sozialen Kompetenz im Bereich der Rehabilitation körperlicher Erkrankungen und chronifizierter psychischer Störungen; konkrete Beispiele in Abschn. III dieses Buches). Im Bereich der Körpermedizin und Psychosomatik schließlich hat die Verhaltenstherapie (als Verhaltensmedizin) eine wesentliche Funktion der psychotherapeutischen Adjuvanz und Ergänzung der medizinischen Standardversorgung übernommen (z. B. mit Hilfen zur Krankheitsbewältigung bei gastrointestinalen, kardiovaskulären, dermatologischen und respiratorischen Störungen; Beispiele in Abschn. IV dieses Buches).

Da insbesondere die störungsspezifischen Behandlungskonzepte zumeist in der Verhaltenstherapieforschung entwickelt und evaluiert wurden,

ist eine selektive Indikation zur Verhaltenstherapie immer dort sinnvoll, wo die psychischen Störungen der Patienten im Sinne aktueller Diagnosegepflogenheiten eindeutig definierbar sind.

■ **4. Sind unabhängig oder ergänzend zur Psychotherapie weitere Möglichkeiten psychosozialer Hilfeleistung sinnvoll oder sogar notwendig?**

In vielen Fällen ist die Psychotherapie nur eine von mehreren Möglichkeiten, die zur Änderung der Probleme, die den Patienten in die Psychotherapie geführt haben, in Betracht gezogen werden müssen. Sind z. B. körperliche Ursachen für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen nicht auszuschließen, ist die konsultierende Kooperation des Psychotherapeuten mit einem Fachmediziner selbstverständlich. Eine Reihe von Problemen erfordert zwingend die Hinzuziehung weiterer Spezialisten oder die Ergänzung der Psychotherapie um eigenständige Behandlungsanteile: So wird in der Behandlung des pathologischen Spielens, das die Betroffenen häufig in eine extreme Verschuldungsnotlage geführt hat, die begleitende Beratung eines speziell mit dem Problem der Entschuldung vertrauten Sozialarbeiters oder sogar Juristen erforderlich. Im Bereich der Behandlung schwerer psychischer Störungen (wie z. B. der Schizophrenie) kann an die Einrichtung und Durchführung parallel laufender Angehörigengruppen oder zeitgleich laufender (psychoedukativer) Familientherapien gedacht werden. Im Bereich der Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigkeit wird allgemein die frühzeitige Integration der Patienten in bestehende Selbsthilfegruppen (anonyme Alkoholiker, Blaukreuz etc.) als wesentliche Ergänzung psychotherapeutischer Maßnahmen betrachtet. Schließlich kann die Psychotherapie in Institutionen (Psychiatrie, Heimerziehung, Strafvollzug) eine wesentliche Steuerungsfunktion innerhalb rehabilitativer Maßnahmen zur Absicherung des Übergangs von einer psychoedukativ-stützenden Behandlung hin zur Selbstbehandlung und Selbstversorgung durch die Betroffenen einnehmen (z. B. beim Eintritt in therapeutische Wohngemeinschaften oder bei der Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeiten).

2.3 Differenzielle Indikation: Behandlungsrahmen und Behandlungssetting

Die differenzielle Indikation betrifft die Entscheidung, welches therapeutische Vorgehen und welches konkrete Behandlungssetting bei den jeweils gegebenen Problemstellungen eines Patienten die besten Behandlungseffekte versprechen könnten. Da sich die meisten Kapitel dieses Psychotherapemanuals ausschließlich mit Aspekten differenzieller Entscheidungen in der Psychotherapie befassen, soll hier auf einige Probleme eingegangen werden, die die Auswahl eines geeigneten Behandlungssettings betreffen. Dies ist vor allem die Frage danach, ob die Therapie mit dem Patienten ambulant oder stationär, bzw. ob und wann sie mit ihm möglichst alleine (Einzelbehandlung) durchgeführt werden sollte, bzw. ob und wann man an eine Erweiterung des Personenkreises denken sollte, der an den Behandlungsmaßnahmen beteiligt werden könnte (z. B. als Gruppen-, Angehörigen- oder Familientherapie). Es haben sich folgende Problemstellungen als besonders geeignete Begründungskontexte für eine Entscheidungsfindung und für Settingzuweisungen erwiesen (Fiedler, 2008):

➤ **Die psychischen Probleme der Patienten stehen in engem Zusammenhang mit akuten traumatischen Erfahrungen und psychosozialen Belastungen.**

Akute und posttraumatische Belastungsreaktionen oder auch Anpassungsstörungen werden zumeist durch unerwartete und einschneidende Ereignisse ausgelöst (wie Vergewaltigung, plötzlicher Tod eines Partners, plötzliche Invalidität) und durch eine Unfähigkeit der Betroffenen, angesichts einer überstarken emotionalen Betroffenheit ihnen vertraute Bewältigungsstrategien angemessen einzusetzen und nutzen zu können. In vielen Fällen (vor allem bei erfolgten Suizidversuchen bzw. zur Suizidprophylaxe) ist der Behandlung posttraumatischer (z. B. dissoziativer) Störungen im engeren Sinne zunächst eine direkte, vor allem stützende psychotherapeutische Hilfe als sog. Stabilisierungsphase vorzuschalten. Im Vordergrund stehen personenzentrierte Gespräche, in denen auf eher pragmatische Weise versucht wird, den Patienten von