

# Prozessbasierte Kognitive Verhaltenstherapie – Integration von Kognitiver Verhaltenstherapie und Dritter Welle unter der Perspektive der Prozessorientierung

Ulrich Stangier

**Zusammenfassung:** Moderne Ansätze der Kognitiven Verhaltenstherapie und der Dritten Welle zielen nicht mehr nur auf die Veränderung von Kognitionen und Verhalten ab. Sie setzen explizit an Verarbeitungsprozessen an, d. h. Aufmerksamkeit, Vorstellungen, Erinnerungen und Bewusstseinsprozessen, und beziehen auch motivationale Prozesse ein, z. B. Werteorientierungen und Handlungsziele. Damit tragen sie dem großen Fortschritt in den wissenschaftlichen Grundlagenfächern der Psychologie Rechnung, die diesen Prozessen eine Steuerungsfunktion für Kognitionen, Emotionen und Verhalten zuweist. Für Ausbildung und Praxis fehlt jedoch ein Modell, das die Vielfalt scheinbar unvereinbarer Ansätze in ein flexibles Behandlungskonzept integriert. Vorgestellt wird ein Modell der Fallkonzeption und des therapeutischen Veränderungsprozesses, das motivationale und Verarbeitungsprozesse expliziter als bisher in den Mittelpunkt stellt und dazu beitragen soll, die Therapieansätze der Kognitiven Verhaltenstherapie und der Dritten Welle zu vereinigen.

## Einleitung

„Neues zu schöpfen, indem man das Erreichte gemeinsam nutzt“ – mit diesem Satz schließt Grawe seinen Entwurf einer Allgemeinen Psychotherapie (Grawe, 1995). Grawe hat immer wieder darauf hingewiesen, dass die Psychotherapieforschung auch daran orientiert ist, durch „Scheingefechte (...) die Aufrechterhaltung der bestehenden Verhältnisse“ zu sichern (Grawe, 2005, S. 144). In seiner „Allgemeinen psychotherapeutischen Veränderungstheorie“ leitete Grawe vier Wirkfaktoren ab: 1. Ressourcenaktivierung, 2. Problemaktualisierung, 3. Problembewältigung, 4. Motivationale Klärung. Ob und in welcher Weise diese oder andere Faktoren bedeutsamen Einfluss auf den Therapieprozess und das Therapieergebnis haben, wurde von seiner Arbeitsgruppe in Therapieprozessstudien untersucht. Entscheidend an Grawes programmatischen *Entwurf* ist jedoch die These, dass eine Weiterentwicklung von Psychotherapie durch Evaluation von *Wirkfaktoren*, nicht von *Therapiemethoden* möglich wird.

Wie weitsichtig Grawes Sichtweise war, zeigt sich – 30 Jahre später – in der gegenwärtigen Debatte der Psychotherapieforschung in den USA. Drei wesentliche Entwicklungslinien zeichnen sich dort ab:

1. die Abkehr von psychiatrischen Krankheitsmodellen, störungsspezifischen Therapiemanualen („protocols for syndromes“) und Therapieschulen (Deacon, 2013; Hofmann, 2014),

2. die Hinwendung zu transdiagnostischen Therapiekonzepten, die auf wissenschaftlich überprüften Veränderungsprozessen basieren (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014; Barlow et al., 2004; Craske, 2012)<sup>1</sup> sowie
3. die Rückkehr zur individualisierten Therapieplanung (Hayes et al., 2019) auf der Grundlage von funktionalen Analysen der Faktoren, die problematisches Verhalten und Erleben aufrechterhalten (Hayes & Hofmann, 2018).

Somit wird die Grundidee Grawes wieder aufgegriffen, die Weiterentwicklung von Psychotherapie auf Wirkfaktoren bzw. empirisch validierten Veränderungsprozessen zu begründen, wenn auch auf einem neuen Niveau der Psychotherapieforschung.

## Empirisch validierte Veränderungsprozesse

Unter *Wirkfaktoren* (englisch zumeist: mechanisms) versteht man theoretisch abgeleitete Variablen, deren Veränderung wiederum zu einer signifikanten Veränderung der Zielvariablen, etwa einem psychopathologischen Symptom, beitragen. Beispiele für Wirkfaktoren sind Umbewertungen oder die Aktivierung von Verhaltensweisen, die mit positiven Emotionen verbunden sind; beide Veränderungen können auf eine Verringerung von depressiver Stimmung hinwirken. Die Annä-

<sup>1</sup> Die kursiv ausgezeichneten Kurztitel finden Sie mit ausführlichen Quellenangaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).

herung an bedrohliche Situationen sowie deren Bewältigung kann Symptome der Angst reduzieren. In der Psychotherapieforschung werden Wirkfaktoren empirisch als Mediatoren und Moderatoren überprüft.<sup>2</sup> *Mediatoren* sind Variablen, die die Wirkung einer Therapie, z. B. auf Symptome, vermitteln. *Moderatoren* sind Dritt-Variablen, die sowohl den Ausgangszustand als auch den Endzustand signifikant beeinflussen (z. B. Geschlecht, Schweregrad der Symptomatik).

In den letzten Jahren sind eine Reihe von Metaanalysen zum empirischen Nachweis von Wirkfaktoren in der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und der sog. Dritten Welle der Verhaltenstherapie publiziert worden. Tabelle 1 fasst die Ergebnisse einer der umfangreichsten Übersichtsarbeiten von *Kazantzis und Kollegen*<sup>3</sup> (2018) zusammen. Während die Grawe'schen Wirkfaktoren (Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung, Motivationale Klärung) einem eigenen theoretische Konzept entspringen, entstammen die von *Kazantzis und Kollegen* dargestellten Wirkfaktoren einer Vielzahl von theoretisch heterogen begründeten, empirischen Studien (s. Originalbeitrag mit Hinweis auf die Quellen). Sie sind in Mediatorenanalysen empirisch nachgewiesen worden, und nicht, wie bei Grawe, apriori theoretisch postuliert.

<b>Therapieprozess</b> („Veränderungsprozess“)	Kognitive „Prozesse“ (z. B. Aufmerksamkeit, decentering)
	Kognitionen (z. B. Umbewertung, Selbstwirksamkeit)
	Verhalten (z. B. Konfrontation, Verhaltensaktivierung)
	Emotionsregulation (z. B. Akzeptanz)
	Motivation (z. B. Ziele, Werte)
<b>Sitzungsprozess</b> (therapeutische Interaktion)	Therapeutische Beziehung (Allianz)
	Feedback zu Therapieverlauf
	Hausaufgaben

Tabelle 1: Mediatoren des Therapieerfolgs  
(nach Kazantzis et al., 2018)

Die in Tab. 1 genannten Faktoren der therapeutischen Interaktion (in der angelsächsischen Literatur oftmals „common factors“ genannt) sind über die verschiedenen Therapieansätze hinweg von Bedeutung und werden als eine Grundlage für eine erfolgreiche Umsetzung der („spezifischen“) therapeutischen Interventionen angesehen (Stangier et al., 2010; Cuijpers et al., 2019). Kontroverser werden Mediatoren des Therapieprozesses angesehen, die in den einen Therapieverfahren expliziter verankert sind als in anderen. Z. B. könnte man einerseits Akzeptanz als zentralen Wirkmechanismus spezifisch der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) zuordnen. Andererseits ist vorstellbar, dass auch die Wirksamkeit eines anderen Therapieansatzes implizit von der Förderung von Akzeptanz abhängig ist. Obwohl die lernpsychologisch begründete Behandlungstheorie von Exposition (ursprünglich Habituation, gegenwärtig Inhibition als postuliertem Wirkme-

chanismus) hierauf nicht explizit Bezug nimmt, könnte eine akzeptierende Haltung gegenüber der aufkommenden Angst implizit eine Voraussetzung für die Veränderungsprozesse darstellen. Solche impliziten Gemeinsamkeiten sind zum Teil auch darauf zurückzuführen, dass zum Zeitpunkt der Entwicklung des Therapieansatzes hierzu keine empirischen Daten vorlagen. Ein weiteres Beispiel ist decentering (Distanzierung oder auch De-Identifikation), definiert als Wahrnehmung eigener Erlebnisprozesse aus einer beobachtenden Perspektive. Decentering wird als zentraler Mediator für die Wirkung der Achtsamkeitsbasierten Kognitiven Therapie (Mindfulness-Based Cognitive Therapy; MBCT) bei Depression angesehen (Bieling et al., 2012). In weitsichtiger Vorausschau sah Beck jedoch bereits 1970 (S. 189) decentering bzw. distancing als einen ersten kritischen Schritt in der kognitiven Umstrukturierung. Bei der Entwicklung der kognitiven Therapie von Beck (1964; Beck et al., 1979) waren Forschungsbefunde zu decentering allerdings noch nicht verfügbar, erst 1995 haben Teasdale et al. ein umfassendes Konzept vorgelegt, das zur Entwicklung der MBCT führte. Interessanterweise bezeichnete auch Hayes den von ihm entwickelten Therapieansatz als Comprehensive Distancing, bevor er diese als Akzeptanz- und Commitment-Therapie im Kontext seiner bei Skinner anknüpfenden Theorie sprachlichen Verhaltens (relational frame theory) umbenannte (Zettle, 2005) und statt der Beobachterperspektive stärker die Aufhebung (defusion) der Verschmelzung von Sprache und Erleben betonte.

Metaanalysen (Stockton et al., 2018) zeigen, dass kognitive Defusion und psychologische Flexibilität nicht nur in ACT-Behandlungen, sondern auch in kognitiver Verhaltenstherapie Wirkkomponenten darstellen, während Akzeptanz vorwiegend in ACT-Behandlungen wirksam ist. Andere Autoren (Fresco & Mennin, 2019) sehen in der Veränderung von Aufmerksamkeit und von Metakognitionen sowie in der Förderung aktiver Bewältigung (context engagement) zentrale gemeinsame Mediatoren von achtsamkeitsbasierten Therapien und traditioneller KVT. Somit zeigt sich auch im aktuellen Forschungsansatz, was Grawe bereits früh postuliert hatte: die Vielfalt von Therapieansätzen lässt sich auf eine begrenzte Zahl von Wirkfaktoren zurückführen.

## Prozessbasierte Kognitive Verhaltenstherapie

Hayes und Hofmann (2018) definieren Prozessbasierte Kognitive Verhaltenstherapie (Process-based Cognitive Behavioral Therapy; Process-based Therapy, PBT) als eine Therapie, die

2 Im Folgenden wird der Begriff „Wirkfaktoren“ für theoretisch begründete Dimensionen verwendet, die die Wirkung einer Intervention erklären sollen, während „Mediatoren“ und „Moderatoren“ Variablen darstellen, die in einem empirisch überprüfbar kausalen Zusammenhang zur Durchführung der Intervention stehen.

3 Zu der mit der Ausgabe 4/2017 eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vordeinneren inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der männlichen Sprachform.

die systematische Anwendung von evidenzbasierten Veränderungsprozessen im Rahmen von ebenfalls evidenzbasierten Verfahren beinhaltet und die zur Linderung von menschlichem Leiden beiträgt.<sup>4</sup> Sie legen ein umfassendes Fazit der Befunde zu Mediatoren von traditionellen behavioralen (z. B. Exposition, Verhaltensaktivierung) und kognitiven Vorgehensweisen (Problemlösen, kognitive Umstrukturierung, Veränderung von Grundüberzeugungen) sowie typische Ansätze von ACT (Defusion/Distanzierung, Akzeptanzsteigerung, Achtsamkeit) vor. PBT ist somit als ein Breitband-System von Interventionen zu sehen, die nicht durch traditionelle Therapieschulen, sondern durch die wissenschaftliche Evidenz der Wirksamkeit und die Ableitung aus empirisch fundierten Theorien definiert sind.

Hayes und Hofmann (2018) plädieren dafür, die „protocols for syndromes“-Systematik zu verlassen. Dies richtet sich vor allem gegen die langjährige Strategie der American Psychological Association, für jede Störung auf Grundlage der psychiatrischen Klassifikationen evidenzbasierte Manuale zu empfehlen. Statt dieser starren, nomografischen Therapieplanung sehen sie in der idiografischen Funktionalanalyse und der ökologischen Erfassung relevanter Variablen im Alltag eine bessere Basis für die Ableitung von Therapiemaßnahmen. In Abgrenzung zu psychiatrischen Krankheitsmodellen, die

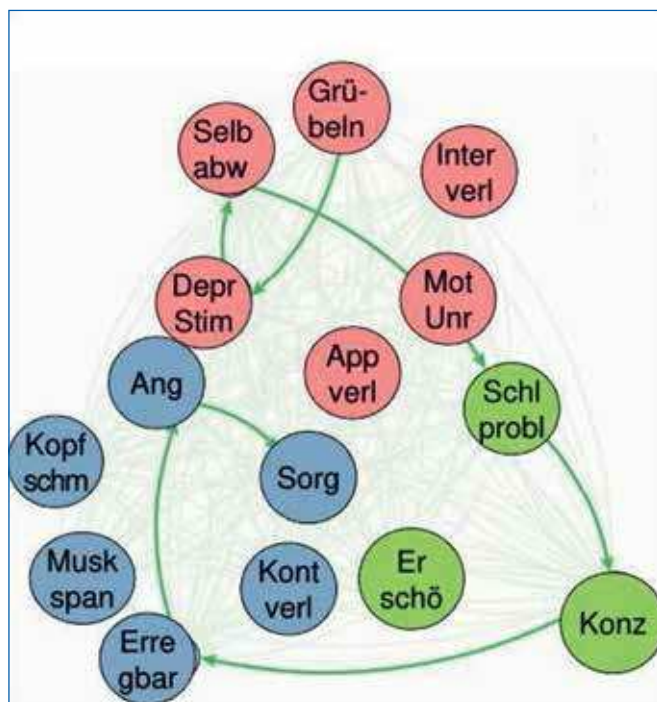


Abbildung 1: Netzwerkanalyse eines Patienten mit Symptomen von Depression (rot) und Generalisierter Angststörung (blau). Anmerkung: Die grünen Pfeile symbolisieren kausale Zusammenhänge, die sich aufgrund von täglich erfassten Einschätzungen der Variablen ergeben; die Stärke der Pfeile gibt die Stärke des Zusammenhangs wieder. Danach verstärkt Grübeln die depressive Stimmung und führt zu selbstabwertenden Kognitionen sowie motorischer Unruhe. Hieraus resultieren wiederum Schlaf- und Konzentrationsprobleme, die als sog. Brückensymptome (grün) den Übergang zu Erregbarkeit, Angst und Sorgen, also Symptomen der Generalisierten Angststörung, herstellen.

Symptome einer latenten „Ursache“, der Krankheit, zuordnen, können Symptome in ihrem Konzept in variabler Weise eine kausale Funktion einnehmen.

Eine im wissenschaftlichen Kontext faszinierende Perspektive bieten komplexe Netzwerkanalysen, die eine statistische Analyse der vielschichtigen Interaktionen ermöglichen (Hofmann, 2016). Netzwerkanalysen sehen Symptome als ein System sich wechselseitig beeinflussender Elemente (Beispiel s. Abb. 1). Die Wahl der erfassten Variablen wird in wissenschaftlichen Studien eingegrenzt auf solche, die für die Hypothesen der Studie relevant sind.

Angesichts des technologischen Fortschrittes wäre denkbar, dass leichter anwendbare, automatisierte Programme entwickelt werden können, die auch Eingang in die psychotherapeutische Praxis finden könnten. Psychotherapeuten könnten aufgrund des individuellen Erklärungsmodells Variablen auswählen, die der Patient in täglichen Selbstbeurteilungen erfasst und für eine personalisierte Verlaufsdagnostik mit Hilfe von Netzwerkanalysen zur Verfügung stellt (Clausen & Lutz, 2019).

Ähnlich wie Grawes Entwurf einer Allgemeinen Psychotherapie zielt die PBT auf die Überwindung einer Separierung nach Schulansätzen ab. Während jedoch Grawes Theorie die Wirkfaktoren des Therapieprozesses spezifiziert, orientiert sich PBT am jeweils aktuellen Stand der Forschung. Aus europäischer Sicht ist eine interessante kulturell spezifische Besonderheit von PBT – trotz der prinzipiellen Offenheit gegenüber anderen Schulen – die starke Betonung der behavioralen Traditionen von ACT und Kognitiver Verhaltenstherapie. Dies zeigt sich auch darin, dass Weiterentwicklungen der kognitiven Therapie, die sich jenseits der Dritten Welle aus der experimentellen Forschung von Informationsverarbeitungsprozessen entwickelt haben, weniger Berücksichtigung finden. Im vorliegenden Artikel soll dieser Aspekt aufgegriffen werden.

## Welche Prozesse sollte eine prozessbasierte Therapie berücksichtigen?

Prozesse sind zeitlich sich erstreckende Vorgänge. In der Psychotherapie sind dies a) psychologische Prozesse des Patienten, b) des Psychotherapeuten wie auch der Interaktion beider (d. h. in Therapiesitzungen), und schließlich c) die Veränderung der Prozesse des Patienten über die Therapiesitzungen hinweg (Orlinsky et al., 2004). Somit lassen sich als drei Ebenen von Prozessen unterscheiden (Crits-Christoph et al., 2013):

### 1. Verarbeitungsprozesse des Patienten:

Hierunter versteht man kognitive Operationen, die die Ver-

<sup>4</sup> Im Folgenden wird neben dem Begriff „Prozessbasierte Kognitiver Verhaltenstherapie“, der sich an den gängigen Therapieverfahren orientiert, auch der Begriff „prozessbasierte Therapie“ verwendet. Dieser Begriff soll zum Ausdruck bringen, dass mit der Prozessorientierung nicht notwendig ein bestimmtes Therapieverfahren bzw. eine historisch definierte Schule angeknüpft wird.

arbeitung von aktuellen und vergangenen Erlebnissen und Erfahrungen beeinflussen. Im engeren Sinn sind dies Prozesse der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, Vorstellungen und Bewusstseinsprozesse. Ein Beispiel wäre die intrusive Erinnerung eines Patienten an ein traumatisches Erlebnis. Dieser Bereich ist Gegenstand der allgemeinpsychologischen wie auch der klinisch-psychologischen Grundlagenforschung.

## 2. Interaktionsprozesse zwischen Psychotherapeut und Patient:

Die unmittelbaren Interaktionsprozesse (implizit auch die Verarbeitungsprozesse des Psychotherapeuten) bilden die Basis für die therapeutische Beziehung, beispielsweise eine durch Vertrauen gekennzeichnete therapeutische Allianz. (In der amerikanischen Literatur wird hier häufig der Begriff „common factors“ verwendet.)

## 3. Veränderungsprozesse im Therapieverlauf:

Die Veränderung problematischer Aspekte im Erleben und Verhalten des Patienten wird durch die theoretischen Erklärungsansätze zu den Wirkmechanismen der therapeutischen Interventionen definiert. Zum Beispiel ist die Löschung von konditionierten Angstreaktionen durch Habituation ein Wirkmechanismus, der aus lerntheoretischer Sicht die Wirkung von Exposition erklärt.

In der Erforschung von Verarbeitungsprozessen hat es seit Mitte der 1990er Jahre immense Fortschritte gegeben. Die Befunde belegen, dass Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Vorstellungen einen immensen Einfluss auf das Erleben haben (Harvey et al., 2004; Brewin, 2006; Harvey et al., 2016; Ji et al., 2019; Pergamin-Hight et al., 2015). Dies führte zu einem Paradigmenwechsel in der Weiterentwicklung der „Kognitiven Verhaltenstherapie“ zur „kognitiven Therapie“ (insbesondere in England von Wells, Clark, Salkovskis, Ehlers). Während der traditionellen KVT die Annahme zugrunde liegt, dass Emotionen und Verhalten primär durch Kognitionen gesteuert werden, geht man nun davon aus, dass Verarbeitungsprozesse in entscheidendem Maße sowohl Kognitionen als auch Emotionen und Verhalten bestimmen. Hieraus leitet sich als Ziel für die Behandlung die explizite Modifikation von Verarbeitungsprozessen ab, wie sie in Aufmerksamkeits- und kognitiven Trainings, geleiteten Vorstellungsübungen oder imagery rescripting erreicht werden kann. Auch viele Techniken der sog. Dritten Welle zielen explizit auf die Veränderung von Verarbeitungsprozessen ab, wie Meditation, Vorstellungs- und Wahrnehmungsübungen, Arbeit mit Metaphern. In der Schematherapie sind die Verarbeitungsprozesse von besonderer Bedeutung für Erlebens- und Verhaltensweisen („Modi“), die mit kognitiven Schemata, Affekten und Beziehungsmustern verbunden sind und auf belastende frühe Erfahrungen zurückgeführt werden.

Es fehlen jedoch Ansätze zur Integration dieser Verfahrensgruppen in ein Erklärungs- und Behandlungsmodell, das dem Praktiker die Umsetzung in die individuelle Therapieplanung und -gestaltung ermöglicht. Auch im Entwurf der PBT ist dieser Aspekt nicht genügend berücksichtigt. Der vorliegende

Artikel stellt einen ersten Versuch dar, ein Konzept für die Ausbildung und psychotherapeutische Alltagspraxis zu entwerfen, das Verarbeitungsprozesse expliziter als bislang geschehen in Erklärungsmodelle und Therapieplanung einbezieht.

## Ein prozessbasiertes funktionales Erklärungsmodell

In Erweiterung des prozessbasierten Therapieansatzes von Hofmann und Hayes, die ein breites Spektrum an kognitiven und behavioralen *Veränderungsprozessen* berücksichtigen, wird in dem folgenden Modell der Schwerpunkt auf ungünstige *Verarbeitungsprozesse* als zentralen, das Erleben und Verhalten wesentlich bestimmenden Faktor für die Aufrechterhaltung von psychischen Störungen (s. vorangegangenen Abschnitt) gelegt.

Aufmerksamkeit, Erinnerungen und Vorstellungen zu erfassen, ist jedoch nicht einfach: Viele Prozesse laufen implizit ab, d.h. Patienten nehmen sie in der Regel nicht bewusst wahr. Wenn wir uns an ein belastendes Ereignis in der Vergangenheit erinnern, stellen wir uns dieses bildlich vor, sind uns aber des Vorstellungscharakters selbst oft nicht bewusst. Die Erfassung kognitiver Prozesse ist deshalb weniger reliabel als die von Verhalten. Die Exploration wird jedoch erheblich erleichtert durch eine gründliche Störungsdiagnostik, da in den letzten Jahren eine Reihe von störungsbezogenen Instrumenten entwickelt worden sind, die eine reliable Erfassung erleichtern (Hilbert et al., 2008; Hoyer & Margraf, 2003). So ist es hilfreich, aufgrund der Diagnosen einer depressiven Störung Fragebögen zur Erfassung von Grübeln einzusetzen.

Zentraler Ausgangspunkt für die Therapieplanung ist die gemeinsam mit dem Patienten durchzuführende Ableitung eines Erklärungsmodells, das auf der Analyse einer aktuellen Problemsituation aufbaut (z. B. Bartling et al., 1998). Als hilfreich hat sich ein Schema erwiesen, das in der Ausbildungsambulanz am Psychologischen Institut der Universität Frankfurt routinemäßig zum Einsatz kommt (s. Abb. 2).

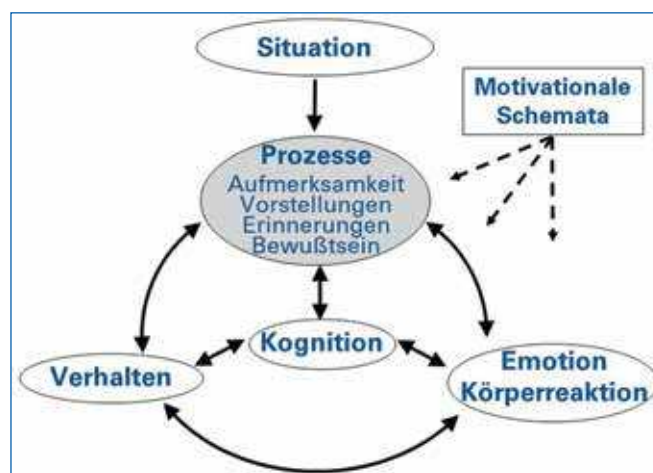


Abbildung 2: Prozessbasiertes Erklärungsmodell

Das Schaubild veranschaulicht, wie Verarbeitungsprozesse (dysfunktionale wie funktionale) Erlebnis- und Verhaltensweisen steuern. Weiterhin enthält das Modell auch motivationale Schemata. Dieser Aspekt bezieht sich auf Grundmotivationen, die durch (belastende oder der Entwicklung förderliche) frühe Erfahrungen geprägt werden und aktuelle Verarbeitungsprozesse und Reaktionsmuster grundlegend beeinflussen. Motivationale Schemata sind in den unterschiedlichen theoretischen Orientierungen enthalten, Wertorientierungen (KVT: Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012; ACT: Hayes et al., 2014), als Grundbedürfnisse (Grawe, 1998), Oberpläne (Caspar, 1996), in der kognitiven Therapie auch als impliziter Aspekt in Grundüberzeugungen, oder auch als emotionale Grundbedürfnisse im Zusammenhang mit maladaptiven kognitiven Schemata (Schematherapie: Young, Klosko & Weishaar, 2005).

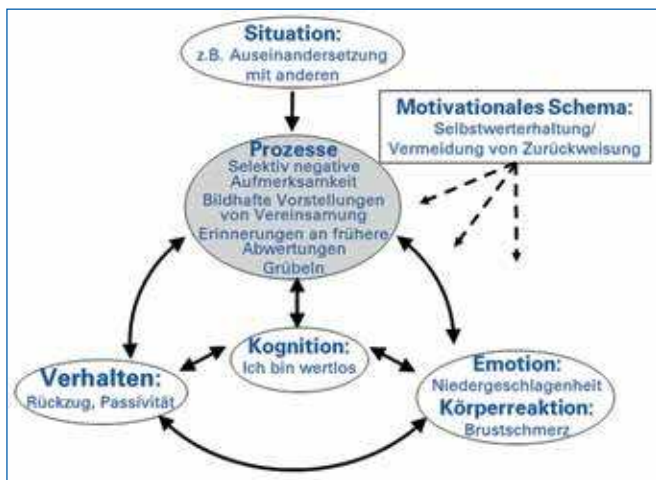


Abbildung 3: Prozessbasiertes Erklärungsmodell bei Depression

Die Ausgestaltung des Modells im Einzelfall wird geleitet von den Theorien und empirischen Befunden der individuellen Störung. Dies wird in Abb. 3 exemplarisch für Depression ausgeführt, wobei an dieser Stelle von möglichen Unterschieden zwischen den verschiedenen Verlaufsformen (akut, chronisch, rezidivierend) einmal abgesehen wird (s. a. Thinnies et al., 2017).

<b>Situation:</b> in Disco attraktive Frau treffen	<b>Motivationales Schema:</b> Vermeidung von Unzulänglichkeit (Selbstwerterhaltung)
<b>Verarbeitungsprozesse:</b> Hohe Selbstaufmerksamkeit Vorstellung: im Bett von der Frau wegen sexueller Unerfahrenheit gedemütigt werden Erinnerung: Hänself durch Mitschüler mit 14 J. Grübeln über eigene Unzulänglichkeit	<b>Automatischer Gedanke:</b> „Sie wird mir ansehen, dass ich unerfahren bin, und mich für einen peinlichen Schwächling halten.“
<b>Emotionen:</b> Scham, Angst, Kränkung, Niedergeschlagenheit <b>Körperreaktionen:</b> Magen-/Kopfschmerzen, Anspannung	<b>Verhalten:</b> Vermeidung, sozialer Rückzug Sicherheits-Verhalten (z. B. self-handicapping, exzessiver Sport, um männlicher zu wirken)

Tabelle 2: Prozessbasiertes Erklärungsmodell des individuellen Problems

### Kasten 1: Fallbeispiel

Ein 33-jähriger Mann, Gymnasiallehrer, ledig und kinderlos, leidet aktuell unter starker Niedergeschlagenheit und selbstabwertenden Gedanken aufgrund seiner „abnormen Unfähigkeit, eine befriedigende Partnerschaft zu erreichen“. Er habe Versagensgefühle aufgrund der Tatsache, dass er in seinem Alter lediglich eine Partnerschaft hatte und somit „sexuell unerfahren“ sei, und befürchtet, dass Frauen ihn deshalb ablehnen. Zusätzlich leidet er unter Unkonzentriertheit, Nervosität, und einer Reihe von körperlichen Beschwerden (Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Darmbeschwerden, Müdigkeit, Schlaflosigkeit). Die Ängste führen dazu, dass er sich aus sozialen Kontakten zurückziehe. Diagnosen: Soziale Phobie (ICD-10: F40.1). Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6). Rezidivierende Depression, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (F33.1). Aufgrund der Exploration einer kürzlich zurückliegenden Problemsituation wird gemeinsam ein Erklärungsmodell abgeleitet (s. Tab. 2).

Erklärungsmodelle tragen erheblich zur Vertiefung des Problemverständnisses nicht nur des Psychotherapeuten, sondern auch des Patienten bei und ermöglichen darüber hinaus auch, die Ansatzpunkte der Therapie zu verdeutlichen. Sie sollten daher begleitend zum Therapieprozess immer wieder herangezogen werden, um die Wahrnehmung des Problems (i. S. v. decentering) und die Ziele der Therapie im Gedächtnis des Patienten zu konsolidieren. Diese Wirkung kann noch verstärkt werden, wenn gemeinsam mit dem Patienten auch ein „Positiv“-Modell (i. S. der Ressourcenaktivierung von Grawe) festgehalten wird, das die Ziele der Therapie wiedergibt (s. Abb. 5). Von zentraler Bedeutung für dieses „Positiv“-Modell der angestrebten Erlebnis- und Handlungsaspekte ist die Diskussion der Bedürfnisse und Werte des Patienten.

### Veränderung von Verarbeitungsprozessen im Behandlungsprozess

Eines der Grundtheoreme der Psychotherapieforschung ist die Planbarkeit des therapeutischen Prozesses. Welche Faktoren einen Einfluss auf den Behandlungsprozess haben, ist

Gegenstand einer Reihe von Konzeptionen (z. B. generisches Modell von Orlinsky & Howard, 1987). Für die kognitive Verhaltenstherapie haben *Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2012)* ein detailliertes und pragmatisches Sieben-Phasen-Modell des therapeutischen Prozesses entwickelt, das hier nicht weiter vertieft werden soll. Im Hinblick auf die Frage der strategischen Planung der speziellen Therapiemethoden (Phase 5 des Modells; S. 255f.) stellt sich jedoch die Frage, wie eine Veränderung von Verarbeitungsprozessen im Behandlungsablauf integriert werden könnte.

Da in einem prozessbasierten Modell dysfunktionale Kognitionen und Verhaltensmuster als Folge von Verarbeitungsprozessen gesehen werden, ist eine Veränderung von Kognitionen oder Verhaltensmustern erst dann möglich, wenn bei den zugrunde liegenden Verarbeitungsprozessen angesetzt wird. Konsequenterweise wäre die Veränderung von Verarbeitungsprozessen Voraussetzung für die Wirksamkeit anderer Interventionen. Als Beispiel soll der Sokratische Dialog genannt werden: Eine Überzeugung kann erst verändert werden, sobald ein Perspektivwechsel möglich ist, d. h. (a) wenn die Person das Bewusstsein entwickelt, dass sie Überzeugungen hat, welche dies sind und dass diese eigenen Gedanken entspringen, nicht einer unmittelbar erfassbaren Wahrheit (decentering); (b) wenn sie Gedächtnisinhalte abrufen kann, die Informationen für und gegen den Wahrheitsgehalt der Überzeugung liefern; (c) wenn sie Vorstellungen entwickeln kann, die eine andere „Wahrheit“ als die bislang vertretene evident erscheinen lassen. Eine Person, die sich weder von dem Wahrheitsgehalt der eigenen Überzeugung distanzieren kann, noch sich vorstellen kann, wie denn eine alternative Sichtweise konkret aussehen könnte, noch sich erinnern kann an Ereignisse, die diese alternative Sichtweise stützen, wird die eigene Überzeugung als unmittelbar evident und die alternative Überzeugung als „unwahr“ erleben. Sie wird trotz aller rhetorischen Anstrengungen des Psychotherapeuten an der eigenen Überzeugung festhalten.

Die Veränderung von dysfunktionalen und der Aufbau von funktionalen Verarbeitungsweisen stellt ein explizites Ziel von Techniken dar, wie z. B. der geleiteten Vorstellung (Hackman et al., 2012), imagery rescripting (Holmes et al., 2007), Gedächtnistraining (Harvey et al., 2016), Aufmerksamkeitstraining im Rahmen der Metakognitiven Therapie (Wells, 2011) oder Techniken gegen Grübeln (Teismann et al., 2012). Hierzu zählen auch Meditationstechniken bei MBCT (Segal, Williams & Teasdale, 2015) oder Metaphern im Rahmen von ACT (Lotz, 2016). Daneben werden Verarbeitungsprozesse auch implizit angeregt; Beispiele hierfür wurden zuvor genannt.

Die Kategorisierung von Interventionstechniken ist angesichts der unterschiedlichen theoretischen Hintergründe von traditionellen Ansätzen der Verhaltenstherapie, der Kognitiven Verhaltenstherapie einerseits und der Dritten Welle andererseits, schwierig. Die in Tab. 1 dargestellt Einteilung von Kazantzis et al. (2018), die auf den Ansatzpunkten der Interventionen an zugrunde liegenden Mediatoren basiert, legt demnach fünf Kategorien

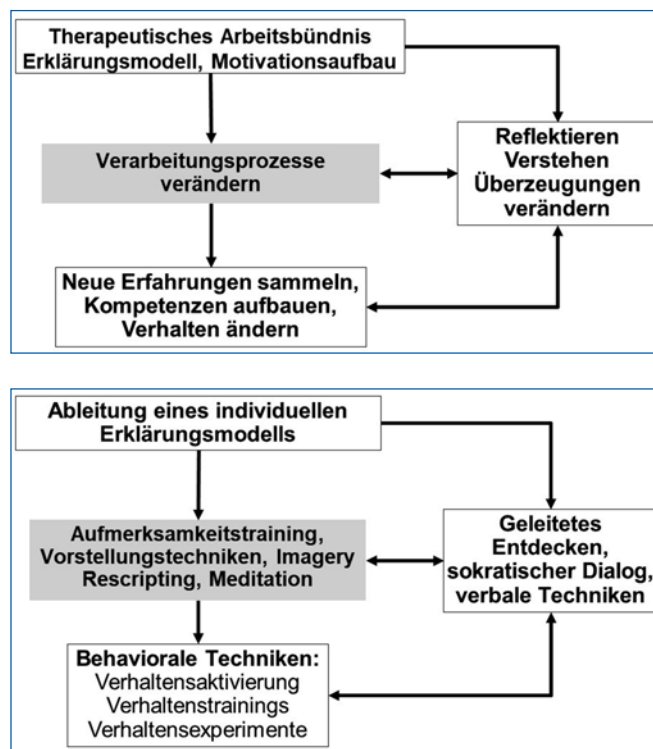


Abbildung 4: Prozessbasierte Therapie: Veränderungsprozess (oben) und Interventionstechniken (unten)

von Interventionen nahe. Allerdings sind sowohl motivationale Prozesse als auch die Ansatzpunkte an der Emotionsregulation von grundlegender Bedeutung bei allen Interventionsformen, sodass diese in dem vereinfachenden Ablaufschema in Abb. 4 (aus pragmatischen Gründen) nicht explizit aufgeführt sind.

Das in Abb. 4 dargestellte Schema enthält ein vereinfachtes Modell für die strategische Einordnung von Interventionen. Ausgangspunkt dieses Modells ist die Herstellung eines psychotherapeutischen Arbeitsbündnisses. Dieses beinhaltet auch die Klärung der Veränderungsmotivation und die Ableitung eines Erklärungsmodells als gemeinsame Arbeitsgrundlage. Die Veränderung von Verarbeitungsprozessen stellt in strategischer Hinsicht den nächsten Schritt dar. Nur durch die Veränderung dysfunktionaler Verarbeitungsprozesse wird es dem Patienten möglich sein, sein Verhalten zu beeinflussen, neue Erfahrungen zu sammeln und vorhandene Kompetenzen weiterzuentwickeln. Dieses Ziel wird am effektivsten durch behaviorale Techniken erreicht. Sowohl die Veränderung von Verarbeitungsprozessen als auch die Generierung neuer Verhaltensweisen, Erfahrungen und Kompetenzen schaffen wiederum die Voraussetzung, um Überzeugungen zu verändern. Insofern wird der gesamte Veränderungsprozess von einem Kommunikations- und Interaktionsstil getragen, der hier als Geleitetes Entdecken bezeichnet wird. Kasten 2 gibt aus dem vorgestellten Fallbeispiel (Kasten 1) abgeleitete knappe Beschreibung der Ziele und Strategien der Interventionen.

Das Ablaufschema stellt die strategischen Ziele und zugeordneten Interventionstechniken in einem Prozess dar. Es sollte

jedoch betont werden, dass dieser Prozess nicht als rigide zeitliche Abfolge verstanden werden sollte, sondern eher als eine funktionale Einordnung. In der Praxis werden Veränderungen der Verarbeitungsprozesse und behaviorale Techniken eng miteinander verbunden sein.

**Kasten 2: Darstellung des Therapieprozesses anhand des Fallbeispiels**

Ausgehend von dem gemeinsam abgeleiteten Erklärungsmodell (s. Tab. 2) wurden folgende Therapieziele festgehalten: 1. Angst vor negativer Bewertung überwinden, 2. Sozialen Rückzug und Vermeidung von Kontakt zu Frauen zu überwinden, und 3. ein positiveres Selbstbild zu entwickeln. Zur Aktivierung der Ressourcen des Patienten wurde gemeinsam mit dem Patienten ein Positiv-Modell abgeleitet, in dem die angestrebten Verarbeitungsprozesse ebenso wie die Gedanken, Emotionen, Körperempfindungen, und das angestrebte Verhalten in schriftlicher Form konkreter festgehalten wurden (s. Abb. 5). Es fiel dem Patienten jedoch schwer, seine Überzeugung, „ein Versager zu sein“, zu hinterfragen. Daher wurden zunächst Übungen vereinbart, die darauf ausgerichtet waren, die hohe Selbstaufmerksamkeit zu beeinflussen. Hierdurch erlebte der Patient eine zunehmende Verringerung der Angst in Kontaktsituationen. Zusätzlich wurde besprochen, dass die Erinnerungen an frühere Hänseleien in der Schulklasse wie auch die Vorstellungen von Blamage und Zurückweisung durch Frauen in intimen Situationen seine Angst aufrechterhalten. Um diese abzubauen, wurden Atemübungen und Meditationstechniken zur Unterbrechung dieser dysfunktionalen Verarbeitungsprozesse eingeübt. Die Übungen fielen zwar dem Patienten zunächst sehr schwer, aber nach einigen Wochen profitierte er deutlich von ihnen und konnte sich nun besser von seinen Überzeugungen distanzieren. Das zu Therapiebeginn abgeleitete Positivmodell motivierte den Patienten, nun auch die Angst vor Peinlichkeit und demütigender Zurückweisung anzugehen. In Verhaltensexperimenten, die zunächst mit weiblichen Rollenspielpartnern im Therapiezimmer durchgeführt wurden, erhielt der Patient sowohl durch die Rollenspielpartnerin als auch durch Videoaufnahmen ein Feedback zu seiner Wirkung auf andere, was ihn wider Erwarten sehr positiv überraschte. Von zentraler Bedeutung war es hierbei, die Aufmerksamkeit auf den Kontakt zum Interaktionspartner zu lenken und keine Sicherheitsverhaltensweisen zu zeigen (z. B. self-handicapping: sich als abnormer Außenseiter präsentieren, um Abwertung durch Andere zu verhindern). Hierdurch motiviert, ließ er sich in einem nächsten Schritt auch auf in-vivo-Verhaltensexperimente in umliegenden Cafés ein, in denen er die Erfahrung machte, dass Frauen auf unverfängliche Formen der Kontaktaufnahme nicht negativ reagierten. Der nächste Schritt, Frauen direkter anzusprechen, löste jedoch beim Patienten intensive, unüberwindbare Angst- und Schamgefühle aus. Durch Bezugnahme auf das Erklärungsmodell konnte herausgearbeitet werden, dass die Vorstellung, bei intimerem Kontakt ausgelacht zu werden, auf belastende, teilweise intrusiv sich aufdrängende Erinnerungen aus der Schulzeit zurückgeführt werden konnte. Er willigte ein, diese Erinnerungen durch Vorstellungsübungen anzugehen. Durch imagery rescripting wurde der Patient angeleitet, die belastenden Erinnerungen („Versagen vor der Klasse“) intensiv nachzuerleben, was mit großer Angst und Scham verbunden war. Der Patient konnte die Situation jedoch auch aus der gegenwärtigen Erwachsenen-Sicht erleben; dieser Perspektivwechsel veränderte auch seine Gefühle,

indem stärkere Wut über die verletzenden Verhaltensweisen der Mitschüler und die gleichgültigen Reaktionen des Lehrers ausgelöst wurden. Im Sokratischen Dialog wurde ein Rescript erarbeitet, in dem ein Schutz des Selbstwertgefühls durch das entschlossene Eintreten eines Lehrers hergestellt wurde. Die intensive Vorstellung des Rescripts führte zu dem Gefühl, vor den Anderen „rehabilitiert“ zu sein, und zu einer Stärkung des Selbstbewusstseins. Der Psychotherapeut stellte eine Verbindung zu den im Positivmodell festgehaltenen Erleben der Selbstakzeptanz und des Selbstbewusstseins her. Der Patient entwickelte nun die Motivation, in einem Verhaltensexperiment auch eine Frau, die er attraktiv fand, anzusprechen. Wider Erwarten zeigte die Frau Interesse an weiteren Treffen, offenbarte ihm aber auch, dass sie einen Freund habe. Die Enttäuschung über die unerwartete Barriere führte zu einer Phase der Verunsicherung und des Selbstzweifels, die durch das Hinterfragen seiner unrealistischen Erwartungen (Vorstellungen von fester Partnerschaft mit der „Frau des Lebens“) gekennzeichnet war. Nach einer Therapiepause berichtete der Patient jedoch, dass er neues Interesse an einer anderen Frau entwickelt hatte. Der Kontakt mit ihr intensivierte sich derart, dass er mit ihr eine Urlaubsreise unternehmen konnte, in deren Verlauf er auch Geschlechtsverkehr mit ihr hatte. Die positiven Erfahrungen widerlegten erneut die negativen Grundüberzeugungen des Patienten und eröffneten ihm die Möglichkeit, seinen Bedürfnissen nach vertrauensvoller Bindung in einer festen Partnerschaft nachzugehen. Trotz gelegentlicher Rückfälle in alte Erlebnismuster war es dem Patienten immer wieder möglich, seine Unsicherheiten zu überwinden und die Beziehung zu stabilisieren. Eine wichtige Orientierungshilfe über den gesamten Prozess stellt dabei die wiederkehrende Bezugnahme auf Erklärungsmodell und Positivmodell dar. Zum Abschluss der Psychotherapie wurden noch einmal alle darin hilfreichen Elemente (Aufmerksamkeit und Kontakt, Distanzierung von alten Mustern, Offenheit für neue Erfahrung und Ausprobieren) festgehalten. (Eine ausführliche Beschreibung der in Interventionen ist bei *Stangier et al., 2016*, nachzulesen).

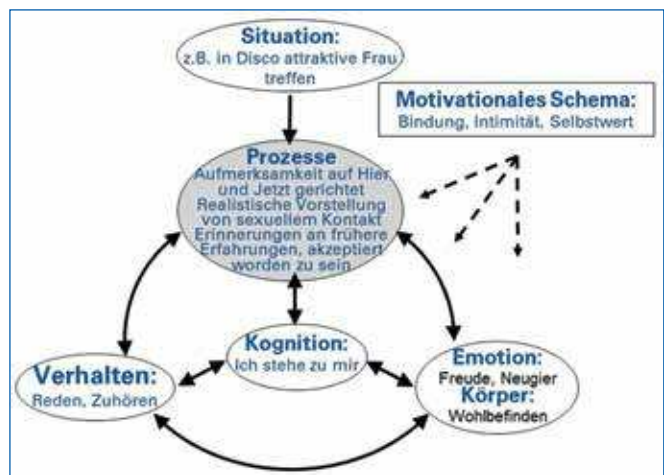


Abbildung 5: Individuelles Positiv-Modell (s. Fallbeispiel)

**Prozessbasierte Therapie: Konsequenzen für die Ausbildung und Praxis**

Der eingangs zitierte Satz von Grawe („Neues zu schöpfen, indem man das Erreichte gemeinsam nutzt“) ist eine Forde-

nung, die sich zwar primär an Psychotherapieforscher wendet. Die Vielfalt der unter dem breiten Mantel der Kognitiven Verhaltenstherapie versammelten Therapieansätze lässt dem Psychotherapeuten viele Freiheiten, und die immer wieder neu auf den Markt kommenden Therapieansätze versprechen interessante Abwechslung. Die Identifikation mit spezifischen Therapieansätzen birgt jedoch das Risiko, dass die Orientierung am Wohl des einzelnen Patienten aus dem Auge verloren wird.

Prozessbasierte Therapie hat zum Ziel, vorhandene Ansätze zu integrieren und die Vorgehensweise an der wissenschaftlichen Evidenz auszurichten. Sie wandelt die klassische Frage der klinischen Anwendung von Therapieverfahren folgendermaßen ab: „An welche zentralen Prozesse sollte die Psychotherapie bei diesem Klienten mit diesem Ziel in dieser Situation anknüpfen und wie können sie am wirkungsvollsten verändert werden?“ Prozessbasierte Therapie ist prinzipiell darauf ausgerichtet, Kognitive Verhaltenstherapie, kognitive Therapie im engeren Sinn und Metakognitive Therapie, MBCT, ACT und Schematherapie zu integrieren, sie ließe sich prinzipiell auch schulenübergreifend definieren. Denkbar wäre zum Beispiel, dass hierbei auch die empirischen Ergebnisse aus Studien zu Mediatoren des Therapieerfolgs psychodynamischer Therapieansätze (Høglend & Hagtvat, 2019) Berücksichtigung finden.

Der vorliegende Artikel sollte Anstöße vermitteln, die Entwicklungen der letzten zwei Jahrzehnte besser zu bündeln und für die Ausbildung in ein anschauliches Schema zu fassen. Die Erfahrungen als Dozent und Supervisor legen es nahe, dass nicht selten Therapieverfahren ausgewählt und bei Problemen im Therapieprozess wieder gewechselt werden, ohne an einem einzigen ausgewählten Erklärungsmodell anzuknüpfen und verfügbare wirksame Interventionsformen konsequent aus der Analyse der funktionalen Bedingungen des Problems abzuleiten. Darüber hinaus wird das prinzipiell verfügbare Wissen über die Bedeutung von Verarbeitungsprozessen durch die Vernachlässigung der allgemeinspsychologischen Grundlagen oftmals nicht in die Praxis umgesetzt. Bereits Grawe hat angemahnt, dass sich Psychotherapieforscher und Praktiker stärker am gegenwärtigen Wissensstand nicht nur der Psychotherapieforschung, sondern der gesamten empirischen Psychologie als wissenschaftlichen Grundlage orientieren sollten. Hierdurch erst wird es möglich werden, tatsächliche Weiterentwicklungen der Psychotherapie und Unterschiede der psychotherapeutischen Methoden von scheinbaren zu unterscheiden.

## Literatur

*Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl der wichtigsten Quellen. Das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter [www.psychotherapeutenjournal.de](http://www.psychotherapeutenjournal.de).*

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

Fresco, D. M. & Mennin, D. S. (2019). All together now: utilizing common functional change principles to unify cognitive behavioral and mindfulness-based therapies. *Current Opinion in Psychology*, 28, 65–70.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Hayes, S. C. & Hofmann, S. G. (Hrsg.). (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K. G. (2014). *Akzeptanz- & Commitment-Therapie. Achtsamkeitsbasierte Veränderungen in Theorie und Praxis*. Paderborn: Junfermann.

Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Stanton, C. E., Carpenter, J. K., Sanford, B. T., Curtiss, J. E. et al. (2019). The role of the individual in the coming era of process-based therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 40–53.

Hofmann, S. G. & Hayes, S. C. (2019). Functional Analysis is Dead: Long Live Functional Analysis. *Clinical Psychological Science*, 7, 63–67.

Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer

Kazantzis, N., Luong, H. K., Usatoff, A. S., Impala, T., Yew, R. Y. & Hofmann, S. G. (2018). The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 349–357.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2015). *Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression*. Tübingen: DGVT-Verlag.

Stangier, U., Clark, D., Ginzburg, D. & Ehlers, A. (2016). *Soziale Angststörung. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Stockton, D., Kellett, S., Berrios, R., Sirois, F., Wilkinson, N. & Miles, G. (2018). Identifying the Underlying Mechanisms of Change during Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A Systematic Review of Contemporary Mediation Studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47, 332–362.

Wells, A. (2011). *Metakognitive Therapie bei Angst und Depression*. Weinheim: Beltz.

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.



### Prof. Dr. Ulrich Stangier

Klinische Psychologie und  
Psychotherapie  
Institut für Psychologie  
Goethe-Universität Frankfurt am Main  
Varrentrappstr. 40–42  
60486 Frankfurt am Main  
[Stangier@psych.uni-frankfurt.de](mailto:Stangier@psych.uni-frankfurt.de)

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Ulrich Stangier ist ausgebildet in Personenzentrierter Psychotherapie/Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie und seit 2008 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Goethe-Universität Frankfurt. Forschungsschwerpunkte sind die Weiterentwicklung von kognitiver Therapie bei unterschiedlichen Störungen (Depression, Sozialer Angststörung, Körperdysmorpher Störung, komplexer Traumatisierung Geflüchteter) sowie Erfassung und Förderung therapeutischer Kompetenzen. In Nebentätigkeit ist er als Dozent und Supervisor in Ausbildungsprogrammen und als Psychotherapeut in der Hochschulambulanz tätig.