

# I Grundlagen der Verhaltenstherapie

1	Wirksamkeit der Psychotherapie . . . . .	17	10	Praktische Erarbeitung der Störungs- genese . . . . .	77
	<i>Anil Batra und Gerhard Buchkremer</i>			<i>Ute Wesselmann</i>	
2	Geschichte der Verhaltenstherapie . . .	25	11	Therapieplanung . . . . .	84
	<i>Anil Batra</i>			<i>Serge K. D. Sulz</i>	
3	Merkmale der Verhaltenstherapie . . .	29	12	Gesprächsführung und Beziehungs- aufbau in der Verhaltenstherapie . . . .	91
	<i>Anil Batra und Reinhard Wassmann</i>			<i>Martin Jung und Dirk Zimmer</i>	
4	Modelle der Verhaltenstherapie . . . . .	34	13	Umgang mit schwierigen Situationen in der Verhaltenstherapie . . . . .	101
	<i>Anil Batra und Reinhard Wassmann</i>			<i>Alexander Noyon und Thomas Heidenreich</i>	
5	Grundlegende Begriffe und Prinzipien der Lerntheorien . . . . .	41	14	Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie . . . . .	108
	<i>Anil Batra und Arthur Günthner</i>			<i>Bernhard Strauß</i>	
6	Psychodiagnostik . . . . .	49	15	Nonresponse auf Psychotherapie . . . .	116
	<i>Arthur Günthner</i>			<i>Gitta Jacob und Ruth Kohlhas</i>	
7	Entwicklungspsychologische Grundlagen der Verhaltenstherapie . .	54	16	Formale Gestaltung und Ablauf einer Psychotherapie . . . . .	122
	<i>Serge K. D. Sulz</i>			<i>Ute Wesselmann, Anil Batra und Alexandra Philipsen</i>	
8	Grundlagen der Problem- und Verhal- tensanalyse . . . . .	59	17	Ethische Fragen in der Psycho- therapie . . . . .	131
	<i>Anil Batra und Reinhard Wassmann</i>			<i>Stefan Klingberg</i>	
9	Durchführung der Problem- und Verhaltensanalyse . . . . .	67			
	<i>Ute Wesselmann</i>				



# 1 Wirksamkeit der Psychotherapie

Anil Batra und Gerhard Buchkremer<sup>1</sup>

## Das Wichtigste auf einen Blick

- Unterschieden werden Psychotherapieverfahren, -methoden und -techniken.
- Untersuchungen zur Wirksamkeit der Psychotherapie folgen im Wesentlichen den gleichen Grundsätzen wie Studien zur Wirksamkeit der Pharmakotherapie.
- Die Wirksamkeit der (verhaltenstherapeutischen) Psychotherapie ist in zahlreichen randomisierten kontrol-

lierten Studien, in systematischen Reviews und Metaanalysen belegt.

- Die Psychotherapieforschung untersucht neben Effektivität und Effizienz auch die Frage nach Prädiktoren und Wirkfaktoren, ohne allerdings bislang sichere Kriterien für eine differentielle Indikationsstellung geeigneter Verfahren, Methoden oder Techniken zu geben.

## 1.1 Einführung

### 1.1.1 Definition der Psychotherapie

Die Definition der »Psychotherapie« ist nicht leicht, sondern beinhaltet mehrere Annahmen. Die klassische Definition der Psychotherapie nach Strotzka (1975) ist nur einer von vielen Definitionsversuchen, hat aber den Vorteil, dass sie grundsätzlich für alle Psychotherapieschulen gültig sein kann:

#### Merke

Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, und der mit Folgendem arbeitet: durch Kommunikation, d.h. mit psychologischen Mitteln, meist verbal, aber auch aversal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomverminderung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.

Die verwendeten Begrifflichkeiten im Bereich der Psychotherapie sind vielfältig und verwirrend: Psychotherapie, -schulen, -verfahren, -methoden, -techniken und -richtungen ... sind nur eine Auswahl von Begriffen, die unterschiedlich definiert werden.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP, <https://www.wbpsychotherapie.de/>), der mit dem 1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz (PsychThG)

durch die Bundesregierung eingesetzt wurde und von Mitgliedern, die durch die Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer bestimmt werden, besetzt wird, um Fragen zur Wirksamkeit der Psychotherapie nach dem neuesten Stand der Forschung immer wieder zu beantworten, gibt dazu die folgenden Definitionen:

Ein zur Krankenbehandlung geeignetes *Psychotherapieverfahren* ist gekennzeichnet durch

- eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung (oder mehrere) auf der Basis gemeinsamer theoretischer Grundannahmen
- eine darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsstrategie (oder mehrere) für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen
- darauf bezogene Konzepte zur Indikationsstellung, zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Eine zur Behandlung einer oder mehrerer Störungen mit Krankheitswert geeignete *Psychotherapiemethode* ist gekennzeichnet durch

- eine Theorie der Entstehung und der Aufrechterhaltung dieser Störung bzw. Störungen und eine Theorie ihrer Behandlung
- Indikationskriterien einschließlich deren diagnostischer Erfassung
- die Beschreibung der Vorgehensweise
- die Beschreibung der angestrebten Behandlungseffekte

1 \* 1943, † 2025

Eine *psychotherapeutische Technik* ist eine konkrete Vorgehensweise, mit deren Hilfe

- die angestrebten Ziele im Rahmen der Anwendung von psychotherapeutischen Methoden und Verfahren erreicht werden sollen, z. B. im Bereich des psychodynamischen Verfahrens (Übertragungsdeutung zur Bewusstmachung aktualisierter unbewusster Beziehungsmuster) oder in der Verhaltenstherapie (Reizkonfrontation in vivo)

### 1.1.2 Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren und Forschung

Historisch gesehen gab es bis in die 1950er Jahre wenige klar umschriebene Therapieschulen. Danach kam es zu einer Inflation von therapeutischen Vorgehensweisen, Schulen und Angeboten. In den 1960er Jahren konnte man schon 60 voneinander unterscheidbare Therapieformen ausmachen. In den 1980er Jahren waren es 250 und zu Beginn der 1990er Jahre ca. 350–450 Psychotherapieformen. Die Weiterentwicklung bestehender Verfahren und Methoden, deren empirische Absicherung und Erklärung wirksamer Prozesse sowie die Entwicklung immer neuer Psychotherapieformen, -varianten und deren Kombinationen hält bis heute ungebrochen an.

Mit der Verbreitung der Psychotherapie entwickelte sich die Psychotherapieforschung zur Untersuchung der Wirksamkeit einzelner Therapieverfahren, aber auch der störungsspezifischen Effektivität einzelner Bausteine. Dabei lassen sich historisch drei Phasen differenzieren.

#### Demonstrationsphase

In einer »Demonstrationsphase«, die man von 1920 bis etwa 1952 datieren könnte, wurden Psychotherapiemethoden, Einzelfalldarstellungen und Psychotherapieverläufe vorgestellt.

H.-J. Eysenck stellte 1952 seine These auf, dass der übliche intraindividuelle Prä-/Post-Vergleich die Möglichkeit von andersartigen Verläufen, z.B. von sog. »Spontanverläufen«, vernachlässigen würde. Deshalb würden die Ergebnisse der Psychotherapie günstiger dargestellt als sie in Wirklichkeit seien. Er verband damit die generelle Forderung, in psychotherapeutischen Effektivitätsstudien grundsätzlich eine Kontrollgruppe einzusetzen.

Als zweite Hypothese Eysencks galt, dass Neurosen gelernt werden, aber auch unbehandelt wieder verlernt werden, also »spontan« heilen. Die Sichtung der 1952 noch geringen empirischen Literatur ergab eine Zwei-Jahres-(Spontan-)Remissionsrate von bis zu zwei Dritteln aller neurotischen Patientinnen und Patienten ohne jegliche Psychotherapie. Eysenck hypostasierte, dass neurotische Störungen nach zwei Jahren in bis zu 65 % und nach fünf Jahren in bis zu 90 % spontan remittieren würden.

#### Rechtfertigungsphase

Diese – in den 1950er Jahren als provokant empfundenen – Behauptungen von Eysenck, die die Notwendigkeit der Psychotherapie infrage stellten, führten zwischen 1952 und

ca. 1970 zur »Rechtfertigungsphase« in der Psychotherapieforschung. In dieser Zeit wurden vermehrt kontrollierte Psychotherapiestudien durchgeführt und der Beleg erbracht, dass psychische Störungen nicht regelhaft einer »Spontanremission« unterliegen. Eysencks Thesen haben sich damit falsifizieren lassen. Sie haben jedoch den Grundstein für die auch heute noch gültige Methode der kontrollierten Studien in der Psychotherapieforschung gelegt.

Während bis Mitte der 1960er Jahre vor allem Psychotherapieformen, die sich aus der Psychoanalyse entwickelt haben, durchgeführt und erforscht wurden, trat danach die Verhaltenstherapie hinzu.

#### Merke

Die Verhaltenstherapie hat sich, anders als die Psychoanalyse oder die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapieform, schon von Beginn an strengen methodologischen Maßstäben verpflichtet gefühlt.

#### Evaluationsphase

Seit 1970 hält die dritte Phase, die »Evaluationsphase«, an. Sie widmet sich der Frage der differenziellen Indikation, d.h. der Frage, welche Psychotherapiemethode bei welchen psychischen Störungen die besten Ergebnisse aufzuweisen vermag. Ein Resultat dieser Evaluation ist die theorie- und evidenzgeleitete Kreation störungsspezifischer Therapien.

Die Tatsache, dass Psychotherapie wirkt, wird inzwischen von mehr als 5.000 Reviews und Metaanalysen bestätigt und nicht mehr angezweifelt. Die Frage nach der Wirkungsweise und nach der störungsspezifischen und differenziellen Wirksamkeit in Abhängigkeit von Prädiktoren und Mediatoren ist jedoch noch ungeklärt und Hauptgegenstand psychotherapeutischer Forschung.

#### Aktuelle psychotherapeutische Verfahren

In Deutschland werden heute drei wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren im Sinne des PsychThG nach Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) als über die gesetzliche Krankenkasse abrechnungsfähige sog. »Richtlinienverfahren« anerkannt:

- Analytische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- (Kognitive) Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie (seit 2018)

Diese Verfahren verfügen über eine ausreichende Krankheitstheorie und eine ausreichend hohe Anzahl von Effektivitäts- und Effizienzstudien, um als »Hauptverfahren« für die psychotherapeutische Weiterbildung anerkannt zu werden. In diese Hauptverfahren können ganz verschiedene Psychotherapiemethoden und -techniken – die zumindest für einzelne Störungen ihre Wirksamkeit nachgewiesen haben – integriert werden. Dazu gehören z.B. die Gesprächspsychotherapie, die neuropsychologische Therapie, die Interpersonelle Psychotherapie (IPT), Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) oder CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) u. a., die Stühlearbeit oder Arbeit mit

Werten, die zum Teil unabhängig von den Hauptverfahren erlernt werden können und bei einer Auswahl oder bestimmten einzelnen Unterformen von Störungsbildern effektiv sein können. Einige dieser Methoden und Techniken werden in diesem Buch vorgestellt.

Nachdem schon lange sehr kontrovers diskutiert wird, ob es in Zukunft nur noch eine »psychotherapeutische Grundorientierung« in der Weiterbildung geben soll (z.B. integrative Psychotherapie, allgemeine Psychotherapie oder »Psychotherapie der zweiten Generation«) oder ob die Trennung in verschiedene Hauptverfahren aufrechterhalten bleiben sollte, zeichnet sich jetzt ab, dass der »optimale« Psychotherapeut der Zukunft in mehreren Hauptverfahren und

vielleicht noch in zusätzlichen anderen (störungsspezifischen) Vorgehensweisen ausgebildet sein sollte.

Ob sich der zukunftsweisende Psychotherapieansatz von K. Grawe durchsetzen wird, der auf eine »allgemeine Psychotherapie« oder eine »psychologische Therapie« (nach Grawe soll dieser Begriff nicht unter berufspolitischen Gesichtspunkten aufgefasst werden) zielt, hängt vom Ergebnis weiterer Forschung ab. Alternativ steht eine »umfassende« Psychotherapie in Aussicht, in der eine schulenübergreifende Therapie durch störungsspezifische Module ergänzt wird. Ansonsten besteht erneut die Gefahr, dass sich eine neue Psychotherapieschule entwickelt, die mehr vom Glauben der Therapeutinnen und Therapeuten als vom wissenschaftlichen Erkenntnisstand geprägt wird.

## 1.2 Wirkfaktoren der Psychotherapie

Bei der Frage, was denn im Einzelnen in der Psychotherapie wirksam ist oder sein kann, ergeben sich nach der o. g. Definition von Strotzka viele Möglichkeiten. Durch folgende Faktoren im Sinne von Prädiktoren, Moderatoren oder Mediatoren kann die Wirksamkeit der Psychotherapie beeinflusst werden durch:

- Art der psychischen Störung bzw. Erkrankung
- Behandlungsbedürftigkeit (Leidensdruck) und Veränderungsmotivation
- Psychische und somatische Komorbidität
- psychotherapeutisches Verfahren, Methode und Technik
- Setting (Einzel, Gruppe, Online)
- Therapieziele (Symptomverbesserung oder Strukturveränderung der Persönlichkeit)
- Verfügbarkeit, Finanzierbarkeit und Erreichbarkeit psychotherapeutischer Angebote
- Interaktion zwischen Patient und Therapeut
- Tragfähigkeit und Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung

### 1.2.1 Effektivitätsnachweis

Nach umfangreichen methodologischen Diskussionen bezüglich der besten Erfassung psychotherapeutischer Effekte hat sich heute als Maß zur Quantifizierung eines experimentellen Effekts die Errechnung der sog. »Effektstärke« durchgesetzt.

$$ES = \frac{M_{Tpost} - M_{Kpost}}{S_{Kpost}}$$

Die Effektstärke (ES) wird berechnet als Quotient der Differenz der Mittelwerte einer Symptomatik der Therapiegruppe ( $M_{Tpost}$ ) und einer Kontrollgruppe ( $M_{Kpost}$ ) am Ende einer Behandlungszeit sowie der Standardabweichung der Symptomatik der Kontrollgruppe ( $S_{Kpost}$ ) am Ende der Behandlungszeit. In Deutschland wurde die Effektivität von Psychotherapie schon früh durch die katamnestische Untersuchung von A. Dührsen (1962) belegt. Diese bahnbrechende Studie führte in Deutschland dazu,

dass Psychotherapie als Leistung der Krankenkassen anerkannt wurde. Studien zur Wirksamkeit der Psychotherapie weisen heute hohe Effektstärken auf.

### Effektive Psychotherapiemethoden und deren Nachweis

Ein neuer Meilenstein in der Erforschung von Psychotherapieeffekten wurde durch das Gutachten von Meyer et al. (1991) gesetzt. In diesem von der Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland in Auftrag gegebenen Gutachten wurden nur die psychotherapeutischen »Hauptverfahren« (die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Verhaltenstherapie) als ausreichend wirksam angesehen und daraufhin in das Versorgungssystem der Krankenkassen aufgenommen.

Die Psychoanalyse, die nur eine geringe Bedeutung für die Krankenversorgung in Deutschland darstellt (unter 5 %), wird vor allem deshalb als unabdingbar angesehen, weil sie die wissenschaftliche Grundlage für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie darstellt. Sie konnte ihre Wirksamkeit allerdings nicht ausreichend durch kontrollierte Studien belegen. Eine über 100-jährige psychoanalytische Forschung mit ihrer speziellen Methodologie führte jedoch zu einem Erkenntnisstand, der dem kontrollierten Studien gewonnenen vergleichbar erscheint. Diese Auffassung ist jedoch bis heute heftig umstritten.

Der Nachweis der Effektivität einer Psychotherapie unterliegt heute ähnlichen methodischen Qualitätsansprüchen wie die pharmakologische Forschung. Studien zur Untersuchung der Wirksamkeit müssen hinsichtlich der Anzahl der Probanden, der Selektivität der Stichprobe, der Operationalisierung der Diagnostik, der primären und sekundären Erfolgsparameter, der Kontrollbedingungen (Placebogruppe, aktive Kontrolle, Wartekontrollgruppe), des statistischen Designs, der Randomisierung auf die zu untersuchenden Bedingungen, der Verblindung und der Objektivität der Untersucher, der Dauer der Katamnese und der Erfassung von Nebenwirkungen Anforderungen genügen, die vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) im »Methodenpapier« als Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Verfah-

ren und Methoden der Psychotherapie zusammengestellt wurden (WBP, 2023).

Die Effektivität psychotherapeutischer Verfahren und insbesondere der Verhaltenstherapie wird zumeist störungsspezifisch in Reviews und Metaanalysen dargestellt (nur einige Beispiele: soziale Phobie: de Ponte et al., 2024; Essstörungen: Linardon et al., 2017; Borderline-Persönlichkeitsstörung: Christea et al., 2017; Depression: Li et al., 2024).

## 1.2.2 Bedingungen einer effektiven Psychotherapie

### Behandlungsdauer

Eine wichtige Frage, die nicht nur aus ökonomischen Gründen die Krankenkassen, sondern auch die Therapieforschung beschäftigt, lautet, wie lange eine Psychotherapie durchgeführt werden müsse bzw. wie viele Psychotherapiesitzungen notwendig seien, um einen möglichst optimalen Therapieerfolg zu erreichen. Nach etwa 15 Sitzungen wird das Maximum der Effektivität erreicht, nach ca. 40 Sitzungen wird der zusätzliche Erfolg der Psychotherapie sogar zunehmend geringer (Grawe et al., 1994). Ob ein Psychotherapieverfahren wirksam ist oder nicht, entscheidet sich demnach in den ersten Monaten (bei einer ambulanten Verhaltenstherapie etwa zwischen der 5. und 30. Sitzung). Für die Psychoanalyse und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ergeben sich für die optimale Therapiedauer vermutlich andere Zahlen.

Bis heute ist noch nicht genügend erforscht, welche Störungen bei welchen Patienten und Therapeuten welche optimale Sitzungsanzahl benötigt. Bei der medikamentösen Behandlung depressiver Episoden sehen die Behandlungsleitlinien vor, dass mindestens 6 Monate lang nach der Remission weiterbehandelt werden muss, um einen Rückfall in die Depression zu verhindern. Ob eine solche zeitliche Empfehlung auch für die Psychotherapie gelten sollte, kann zurzeit nicht gesagt werden. Jedoch ist heute schon gängige Praxis, dass auch in der Verhaltenstherapie, z.B. bei Borderline-Störungen oder bei Zwangserkrankungen, eine höhere Sitzungszahl über einen längeren Zeitraum für einen ausreichenden Therapieerfolg notwendig ist. Möglicherweise sind die Therapieziele zu hoch angesetzt, wenn sie innerhalb von 40 Sitzungen nicht erreicht werden können. Nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung sollte jedoch eine nicht erfolgreiche Therapie nicht zwangsläufig dazu führen, dass die Therapie verlängert wird. Vielmehr sollte eine Änderung des Therapiesettings erwogen werden, z.B. durch einen Therapeutenwechsel, der Methode oder des ambulanten bzw. stationären Vorgehens. Unerforscht ist bis heute, ob z.B. eine Intervalltherapie (Kombination von Therapieperioden mit therapiefreien Intervallen oder Auffrisch-/Booster-Sitzungen) bei manchen Störungen (z.B. Persönlichkeitsstörungen) zu besseren Ergebnissen führt.

### Therapiesetting

Psychotherapie/Verhaltenstherapie wirkt am besten, wenn sie dort stattfindet, wo die Symptomatik in Erscheinung tritt. Aus diesem Grund ist eine ambulante wohnortnahe Psychotherapie einer stationären oder wohnortfernen The-

rapie vorzuziehen. Tritt die Störung in der Partnerschaft oder in der Familie auf, sollte die Psychotherapie die Bezugspersonen in die Behandlung miteinbeziehen. Im Zuge der COVID-19-Pandemie wurde deutlich, dass neben der klassischen Einzel- oder Gruppenpsychotherapie im stationären, teilstationären, stationsäquivalenten oder ambulanten Behandlungssetting alternative Konzepte einer »Telepsychotherapie« auf ihre Eignung, Akzeptanz und Nachhaltigkeit zu untersuchen sind. Dies schließt die Verwendung von Audio- und Videotechniken als Basis für die klassischen Settings ebenso ein wie die Verwendung von internetgestützten Angeboten mit psychoedukativen Inhalten, therapeutischen Anleitungen zum Selbstmanagement oder digitalen Applikationen, die – gestützt durch künstliche Intelligenz – ein therapeutisches Setting imitieren und ersetzen können. Die Anerkennung einiger Entwicklungen im Bereich internetgestützter gesundheitsbezogener Applikationen (»DiGA«) erfolgte auf der Basis von wissenschaftlichen Nachweisen ihrer Wirksamkeit durch das Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und ist Grundlage einer Finanzierung durch die gesetzlichen Kostenträger.

Moderne Entwicklungen werfen neue Fragen auf zur Datensicherheit (welche personenbezogenen Daten werden wo gespeichert und sind im Fall von Datenpannen in welcher Form der Öffentlichkeit zugänglich?), Patientensicherheit (Früherkennung von Suizidalität) und Rechtssicherheit (Mitschnitt von Behandlungsinhalten, Haftung bei Missverständnissen etc.).

Andererseits werden durch eben diese Entwicklungen Zugangsengpässe mangels ausreichender Verfügbarkeit geeigneter therapeutischer Angebote kompensiert und Ängste von Betroffenen vor Stigmatisierung im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Psychotherapie oder individuelle Grenzen der Inanspruchnahme (mangelnde Mobilität infolge körperlicher Behinderung oder eingeschränkte terminliche Flexibilität durch die Versorgung von Angehörigen) zumindest teilweise egalisiert.

### Ambulant oder stationär?

Grundsätzlich ist eine ambulante Behandlung einer stationären Behandlung vorzuziehen. Wenn jedoch eine ambulante Behandlung keinen ausreichenden Therapieerfolg erbringt oder wenn die Störung so ausgeprägt ist, dass eine ambulante Behandlung nicht erfolversprechend erscheint, sollte eine stationäre (alternativ: teilstationäre oder stationsäquivalente) Therapie durchgeführt werden. Auch die Frage, ob eine systematische Therapie (z.B. durch eine vorher festgelegte Anzahl von Therapiesitzungen) oder eine Psychotherapie, die sich nach der Situation und dem Bedürfnis der Patientinnen und Patienten richtet (z.B. supportive Psychotherapie), bevorzugt werden soll, kann nur im Einzelfall beantwortet werden.

### Einzel- oder Gruppentherapie?

Einzeltherapie ist bei schwereren Störungen in der Regel wirksamer (Mojtabai et al., 1998). Bei Störungen jedoch, die sich in Gruppen manifestieren (z.B. soziale Phobie), kann eine Gruppentherapie wirksamer sein. Häufig scheitert das Zustandekommen einer Gruppentherapie an Organisationsproblemen sowie den finanziell unattraktiven Rahmenbedingungen in einer psychotherapeutischen Praxis.



Andererseits lassen es ökonomische Zwänge in Kliniken geboten erscheinen, bevorzugt Gruppentherapien durchzuführen. Studien weisen für einzelne Störungsbilder (beispielsweise depressive Erkrankungen) sowohl eine hohe Wirksamkeit der Einzel- und der Gruppentherapie nach (so nachzulesen in der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) Unipolare Depression (BÄK, 2023)).

### Therapiemanuale oder individualisierte Therapie?

Häufige und typische Probleme können nach standardisierten Verfahren mit Hilfe von (Selbsthilfe-)Manualen und digitalen Gesundheitsanwendungen kosteneffektiv behandelt werden. Innerhalb von 15–20 Stunden kann eine effektive Therapie der Depression, der Angst- oder Essstörung durchgeführt werden. Andererseits verlangen komplizierende Rahmenbedingungen oder Besonderheiten in der Störungsgenese ein individualisiertes Vorgehen auch in diesen Fällen.

### 1.2.3 Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren

Bei der Bewertung der Wirksamkeit einer Psychotherapie können spezifische und unspezifische Wirkfaktoren unterschieden werden. Empirisch basierte Therapieansätze, wie z.B. die Verhaltenstherapie, gehen davon aus, dass störungsspezifische Methoden und Techniken ausschlaggebend für die heilsame Wirkung der Psychotherapie sind. Es gibt jedoch auch die Auffassung, dass unspezifische bzw. allgemeine Wirkfaktoren ursächlich für die Wirksamkeit aller Psychotherapieverfahren sind.

#### Spezifische Wirkfaktoren

Zu den spezifischen Wirkfaktoren gehören Therapieelemente, die nicht allen Psychotherapieformen in ähnlicher Weise immanent sind und die sich bei spezifischen psychischen Störungen als effektiv erwiesen haben.

Die Anzahl der entdeckten spezifischen Wirkfaktoren wächst. Solange immer neue Erkenntnisse zur Ätiologie von Störungen entstehen, werden auch Psychotherapietechniken und -verfahren entwickelt, die diese Störungen immer effizienter und spezifischer behandeln können. Die Aus- oder Weiterbildung in diesen spezifischen Psychotherapietechniken und -verfahren können jedoch eine psychotherapeutische Grundausbildung, die zurzeit noch zumindest in einem der beiden Hauptverfahren gefordert wird, nicht ersetzen.

In der »Psychotherapie der zweiten Generation« nach Grawe werden folgende spezifische Wirkfaktoren angenommen:

- Ressourcenaktivierung
- Problemaktualisierung
- aktive Hilfe zur Problembewältigung
- motivationale Klärung

#### Unspezifische Wirkfaktoren

Unabhängig von therapiespezifischen, theoretisch begründbaren Wirkfaktoren unterliegen Verlauf und Erfolg des therapeutischen Prozesses einer Fülle intervenierender Variablen. Die Güte der Therapeut-Patient-Beziehung und die Glaubwürdigkeit des Angebots einer helfenden Beziehung bestimmen unabhängig von der Psychotherapiemethode ganz wesentlich die Wirksamkeit aller Psychotherapieformen. Gemeinsam ist auch allen Psychotherapieformen, dass sie mittels Psychologisierung eine Problemlösung und -lösung anstreben.

Gerade die stationäre Psychotherapie versucht, die unspezifischen Wirkfaktoren möglichst optimal auszunutzen, um einen Therapieerfolg (im Sinne von neuem Bewusstsein, Zugang zu vermiedenen Gefühlen, größeren Handlungsmöglichkeiten) zu erreichen. Da bekannt ist, dass ein Therapieerfolg bei »offenen« und »aufnahmebereiten« Patientinnen und Patienten eher zu erwarten ist, versuchen psychiatrische und psychotherapeutische Kliniken durch unspezifische Psychotherapieangebote (wie z.B. Konzentration Bewegungstherapie, Sport-, Musik-, Ergotherapie etc.) die Patientinnen und Patienten für eine Psychotherapie zu motivieren und damit die Basis für einen Therapieerfolg zu schaffen.

Diese unspezifischen Therapieelemente sind im Einzelnen bezüglich ihrer Wirksamkeit nur wenig untersucht. Dennoch wird ihre Wirksamkeit heute nicht mehr bestritten.

Als wichtige unspezifische Wirkfaktoren werden angesehen (Buchkremer et al., 2002):

- Verfügbarkeit einer vertrauenswürdigen Person
- therapeutische Zuwendung
- Vermittlung eines therapeutischen Optimismus
- Ausdruck von Verständnis, Respekt, Anteilnahme, Akzeptanz
- Anregungen für das vertiefte Verständnis der persönlichen Probleme
- Anregungen für die Suche nach Lösungen für als schwierig empfundene Situationen

## 1.3 Auswahl einer wirksamen Psychotherapie

Die Einschränkung der anerkannten Psychotherapieverfahren auf nur wenige Verfahren – die analytische Psychotherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die systemische Therapie und die kognitive Verhaltenstherapie – wirft zahlreiche weitere Fragestellungen auf:

- Welche Psychotherapie ist für welche/n Patient/in bei welcher Störung, in welcher Zeit, in welcher Situation und bei welchem Psychotherapeuten am besten?  
(Geht man der Frage nach, welche Kriterien in der Praxis die Wahl eines Psychotherapieverfahrens bestimmen, so findet man kaum rational begründete Antworten.)

- Welche anderen bewährten Psychotherapieverfahren, wie z.B. Gesprächspsychotherapie oder IPT, könnten als Hauptverfahren anerkannt werden?
- Behindert die Beschränkung auf wenige Verfahren die Entwicklung neuer Psychotherapieformen?

### 1.3.1 Differenzielle Therapieindikation

Wie ein Patient/eine Patientin zu einer bestimmten Psychotherapie bzw. zu einer bestimmten Person, die über psychotherapeutische Kompetenz verfügt, kommt, unterliegt zahlreichen Faktoren.

#### Patienten-Präferenz

Die öffentliche Meinung, die dem jeweils »neuesten Stand der Wissenschaft« sowie politischen und ökonomischen Einflüssen unterworfen ist, oder der Wunsch der Patientinnen und Patienten, ihre persönliche Präferenz und bestimmte Eigenschaften, über die sie verfügen oder nicht verfügen (z.B. Introspektionsfähigkeit), können die Wahl des Therapieverfahrens beeinflussen. Auch der Wunsch nach einem bestimmten Therapiesetting (z.B. stationäre Psychotherapie oder Einzeltherapie, Paar-, Familien-, Gruppentherapie) können die Wahl des Psychotherapieverfahrens bestimmen. Nur wenige Menschen, die einer Psychotherapie bedürfen und dazu motiviert sind, wissen jedoch selbst, welches Psychotherapieverfahren für sie am besten geeignet ist.

#### Welche Therapie ist geeignet?

Wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über die Effizienz eines Verfahrens bei einer bestimmten Störung beeinflussen die Wahl des Psychotherapieverfahrens nur gering. Allgemein beginnt sich jedoch durchzusetzen, dass eine Phobie besser durch eine kognitive Verhaltenstherapie, eine ge-

neralisierte Angststörung jedoch vielleicht eher durch tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zu behandeln ist. Bei Zwangsstörungen und Suchterkrankungen hat sich eher die Verhaltenstherapie durchgesetzt, bei narzisstischen Störungen wird der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie eine höhere Effizienz zugesprochen, im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich hat die systemische Therapie einen hohen Stellenwert.

#### Nebenwirkungen

Auch mögliche Nebenwirkungen (z.B. Verschlechterung der Ausgangsproblematik, erhöhtes Suizidrisiko, psychotische Dekompensation, zunehmende Zwangs- oder Angstproblematik, Verringerung des Selbstheilungspotenzials, Verringerung der Selbstwirksamkeit, Einfluss auf Lebensentscheidungen (Scheidung, Kündigung, Migration etc.) oder die Entwicklung einer Abhängigkeit von der therapeutischen Beziehung gehen nur wenig in den Entscheidungsprozess ein.

#### Wesentliche Einflussfaktoren

Ein wesentlicher Einflussfaktor liegt in der Identifikation des Psychotherapeuten mit seiner eigenen Methode. Am meisten wird die Wahl des Psychotherapieverfahrens jedoch durch die Versorgungslage (regionale Verfügbarkeit verschiedener Psychotherapiemethoden, »Stadt-Land-Gefälle«, Spezialisierung einer Psychotherapiepraxis oder eines Krankenhauses) beeinflusst. Auch die Praktikabilität eines Psychotherapieverfahrens (z.B. Therapieaufwand, Anfahrtswege zur psychotherapeutischen Praxis etc.) beeinflusst die Entscheidung. Schließlich wird auch die Art der Vergütung der Psychotherapie die Wahl beeinflussen (Krankenkassenleistung, Kostenerstattung, Bewilligung des Umfangs, Zuzahlung, Selbstzahler etc.).

## 1.4 Künftige Therapieforschung

Durch folgende Forschungsmethoden versucht man gegenwärtig, die Frage nach der differenziellen Indikation eines Psychotherapieverfahrens zu beantworten:

Unter einer *Effektivitätsstudie* wird z.B. eine randomisierte kontrollierte Studie an einer selektierten Patientengruppe unter einer bestimmten Forschungsbedingung verstanden (Phase-III-Studie). Eine sich so als effektiv erwiesene Therapiemethode ist noch nicht notwendigerweise auch unter den Bedingungen, unter denen schwer psychisch gestörte Menschen leiden, effizient. Neben Effektivitätsstudien müssen deshalb auch *Effizienzstudien* durchgeführt werden, die die realen Bedingungen der Patientinnen und Patienten und die klinische Praxis berücksichtigen (Phase-IV-Studie). Außerdem könnte die Forschung zur differenziellen Indikation zusätzlich durch randomisierte *Therapievergleichsstudien* verbessert werden. Mittlerweile sollen in der psychotherapeutischen Forschung vergleichbare Standards zu denen der pharmakologischen

Forschung gefordert und angewendet werden – dies schließt u. a. die Randomisierung, unabhängige Überwachung der Studienabläufe, eine Überprüfung der Compliance und der Manualtreue der Therapeutinnen und Therapeuten sowie die verblindete katamnestische Nachuntersuchung, wie sie ausführlich im Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie ausgeführt werden (WBP, 2023), ein.

Um die Frage zu klären, welche spezifischen Elemente es sind, die in der Psychotherapie wirken oder die Psychotherapie beeinflussen, werden *Grundlagenforschungen zum Therapieprozess* als notwendig erachtet. Von Bedeutung ist die Frage, ob bestimmte unabhängige Variablen im Sinne von *Prädiktoren* den Therapieerfolg vorhersagen können (Therapiemotivation) bzw. mit einem Therapieerfolg assoziiert sind, ob *Mediatoren*, die von Prädiktoren beeinflusst werden (Therapiemotivation erhöht die Behandlungssadhärenz, Behandlungssadhärenz erhöht durch die Wahrnehmung der



Psychoedukationsgruppe die Vermittlung von antidepressiv wirksamen Aktivitäten und damit den Behandlungserfolg) oder *Moderatorvariablen* identifiziert werden können (die Unterstützung der Familie, die den minderjährigen Patientinnen und Patienten bei hoher Motivation zur ambulanten Gruppe fährt, bei niedriger Motivation aber nicht). *Metaanalysen* und systematische Reviews fassen die Ergebnisse vieler Studien zusammen und können bei methodisch korrekter Anwendung zu einer erhöhten Generalisierbarkeit der Aussagen aus den Effektivitäts- und Effizienzstudien führen. In *Konsensuskonferenzen* schließlich werden von Experten – im besten Fall auf der Basis einer ausreichenden

Evidenz, die durch Metaanalysen und systematische Reviews zur Verfügung gestellt wurden, Empfehlungen formuliert, die innerhalb von Behandlungsleitlinien Entscheidungshilfen für eine differenzielle Indikationsstellung zur Verfügung stellen.

Die Frage nach der differenziellen Indikation zu einem bestimmten Psychotherapieverfahren ist bis heute nur unbefriedigend gelöst. Die Wirksamkeit und spezifische Indikation der verschiedenen Psychotherapieschulen wird weiterhin kontrovers diskutiert werden. Für die Verhaltenstherapie gilt, dass sie nach wie vor führend im Bereich der Therapiebegleitforschung und des Wirksamkeitsnachweises ist.

## Prüfungsfragen

1. Geben Sie eine Definition für Anliegen und Vorgehen der Psychotherapie.
2. Was sind spezifische und unspezifische Wirkfaktoren der Psychotherapie?
3. Wie wird die Wirksamkeit der Psychotherapie ermittelt?

### Antworten

1. Geeignet ist hier die Definition nach Strotzka, der die Psychotherapie als bewussten und geplanten interaktionellen Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, sieht. Vorgehensweise der Psychotherapie ist die Behandlung mittels Kommunikation in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbei-

- tetes Ziel mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens und angesiedelt auf einer tragfähigen emotionalen therapeutischen Bindung.
2. Spezifische Wirkfaktoren sind aus der Entstehungstheorie der Störung abgeleitete Interventionen, aber auch die Wirkfaktoren nach Grawe: Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, aktive Hilfe zur Problembewältigung und motivationale Klärung. Unspezifisch sind beispielsweise therapeutische Zuwendung, Optimismus, Ausdruck von Verständnis, Respekt, Anteilnahme, Akzeptanz oder die Suche nach Lösungen für als schwierig empfundene Situationen.
3. Grundlage eines Wirksamkeitsvergleiches sind randomisierte Placebo-kontrollierte Studien oder Vergleiche verschiedener Vorgehensweisen mit definierten und objektiv und reliabel zu ermittelnden Endpunkten.

## Literatur

- BÄK – Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2022). *Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.2*. [https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-0051\\_S3\\_Unipolare-Depression\\_2023-07.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-0051_S3_Unipolare-Depression_2023-07.pdf) (Zugriff am 24.4.2025).
- Buchkremer, G., Batra, A., Klingberg, S. (2002). Zukunftsperspektiven der Psychotherapie. In Gaebel, W. (Hrsg.), *Zukunftsperspektiven in der Psychiatrie und Psychotherapie*. Steinkopff, S. 87–97.
- Cristea, I.A., Gentili, C., Cotet, C.D., et al. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 319–328.
- de Ponti, N., Matbouriahi, M., Franco, P., et al. (2024). The efficacy of psychotherapy for social anxiety disorder, a systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord*, 104, 102881.
- Dührsen, A. (1962). Katamnestic Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 8, 94–113.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. 3. Aufl. Hogrefe, S. 696–703.
- Li, Y., Tang, C. (2024). A systematic review of the effects of rumination-focused cognitive behavioral therapy in reducing depressive symptoms. *Front Psychol*, 15, 1447207.
- Linardon, J., Wade, T.D., de la Piedad Garcia, X., Brennan, L. (2017). The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*, 85(11), 1080–1094.
- Meyer, A.E., Richter, R., Grawe, K. et al. (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf.
- Mojtabai, R., Nicholson, R.A., Carpenter, B.N. (1998). Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 569–587.
- Pfammatter, M., Junghan, U., Tschacher, W. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche

und eine Synthese. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 17, 17–31

Strotzka, V.H. (1975). Was ist Psychotherapie? In Strotzka, V.H. (Hrsg.), *Psychotherapie. Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. Urban & Schwarzenberg, S. 3–6.

WBP – Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2023). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 8 PsychThG. Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Verfahren und Methoden der Psychotherapie. Version 3.0*. [https://www.wbpsychotherapie.de/fileadmin/user\\_upload/wbpsychotherapie/2023-10-09\\_Methodenpapier\\_V3\\_neu.pdf](https://www.wbpsychotherapie.de/fileadmin/user_upload/wbpsychotherapie/2023-10-09_Methodenpapier_V3_neu.pdf) (Zugriff am 29.4.2025).

## Weiterführende Literatur

AWMF – Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften (o.J.). *AWMF-Regelwerk Leitlinien. Von der Planung bis zur Publikation*. [www.awmf.org/regelwerk](http://www.awmf.org/regelwerk) (Zugriff am 29.4.2025).

WBP – Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2023). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 8 PsychThG. Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Verfahren und Methoden der Psychotherapie. Version 3.0*. [https://www.wbpsychotherapie.de/fileadmin/user\\_upload/wbpsychotherapie/2023-10-09\\_Methodenpapier\\_V3\\_neu.pdf](https://www.wbpsychotherapie.de/fileadmin/user_upload/wbpsychotherapie/2023-10-09_Methodenpapier_V3_neu.pdf) (Zugriff am 29.4.2025).

## 2 Geschichte der Verhaltenstherapie

Anil Batra

### Das Wichtigste auf einen Blick

- Der Schwerpunkt der ersten Entwicklung verhaltenstherapeutischer Ideen war mit einem »verhaltenssteuernden« Ziel verbunden und eher »behavioristisch« zu nennen.
- Die kognitive Wende bezog Kognitionen, Werthaltungen und Oberpläne als handlungssteuernde Komponenten als Fokus der Therapie ein.

- In der »dritten Welle der Verhaltenstherapie« ergänzten Aspekte der Beziehung, frühe biografische Erfahrungen, aber auch fernöstliche Techniken wie achtsamkeitsbasierte Interventionen und eine akzeptanzorientierte Haltung die kognitive Verhaltenstherapie.

### 2.1 Klassische Verhaltenstherapie

#### 2.1.1 Entstehung aus dem Behaviorismus

Als Gegenbewegung zur Psychoanalyse der Jahrhundertwende wurde in den späten 1920er Jahren versucht, allein auf der Basis von beobachtbaren Erkenntnissen Gesetzmäßigkeiten zum Verständnis von Verhalten abzuleiten. Unter bewusstem Verzicht auf Deutungen wurde im Behaviorismus begonnen, diese empirischen Beobachtungen zu vorhersagbarem Verhalten aus dem Tiermodell auf den Menschen zu übertragen und schließlich aus den entdeckten Gesetzmäßigkeiten Handlungsstrategien für eine Veränderung des Verhaltens zu entwickeln. I. P. Pawlow, ein russischer Arzt und Physiologe, gilt heute als der Begründer des klassischen Konditionierungsparadigmas, das er auf Basis der Beobachtung von physiologischen Prozessen, die weniger der willentlichen als der automatisierten vegetativen Steuerung in Abhängigkeit von externen Stimuli unterliegen, beschrieben hatte.

Der frühe Behaviorismus wurde durch den Neo-Behaviorismus von C. L. Hull und den radikalen Behaviorismus nach B. F. Skinner ergänzt. Der Skinner'sche Behaviorismus führte die Annahme der Verformbarkeit des Verhaltens auf der Basis von Lernerfahrungen ein.

Sowohl Pawlow als auch Skinner definierten das Verhalten als beobachtbares Resultat einer kausal begründeten Reaktion und machten im Bereich der klassischen Konditionierung (Pawlow) vorausgehende diskriminative Stimuli für physiologische Reaktionen oder positive Konsequenzen (Skinner) – d. h. direkte oder indirekte Belohnungen oder Bestrafungen – für die Entstehung und Ausformung von Verhaltensweisen verantwortlich. Mit den Untersuchungen der operanten Lernmethoden am Tiermodell war die Grundlage für eine Übertragung von Konditionierungen auf den Menschen gelegt worden.

#### 2.1.2 Abgrenzung zur Psychoanalyse

Der Begriff »Verhaltenstherapie« wurde erst in den 1960er Jahren zur Abgrenzung der neuen Psychotherapierichtungen von der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bzw. Psychoanalyse eingeführt.

Als einer der Urväter der behavioralen Verhaltenstherapie gilt J. Wolpe. Er hatte in den 1950er Jahren seine Untersuchungen zur Behandlung von Angststörungen bzw. Phobien auf der Basis der systematischen Desensibilisierung begonnen und entwickelte eine lerntheoretische Konzeption der neurotischen Störung auf Basis von Beobachtungen im Tiermodell. Ihm gelang es, »neurotische Tiere« nach einer Konditionierung von Angstreaktionen von ihrer erworbenen Angst wieder zu befreien. Im Versuch, die Ergebnisse auf den Menschen zu übertragen, verwendete er Techniken aus der progressiven Muskelrelaxation von E. Jacobson und entwickelte damit das Verfahren der systematischen Desensibilisierung zur Überwindung von Angst durch den gleichzeitigen Einsatz der angstinkompatiblen tiefen Muskelentspannung. In seinen Experimenten konnte er mit den Techniken der Desensibilisierung und geleiteten Löschungspunkten Angstpatienten von ihrer Störung befreien.

Gemeinsam mit A. Lazarus regte Wolpe die Weiterentwicklung der frühen, behavioristischen Verhaltenstherapie an. Während Wolpe sich eher mit dem behavioristischen Ansatz der Verhaltenstherapie identifizierte, erweiterte Lazarus die Verhaltenstherapie bereits früh um einzelne Techniken aus anderen Psychotherapieverfahren (bezeichnet als »technischer Eklektizismus«) und fasste diese zu einer »multimodalen Verhaltenstherapie« zusammen.

Der Schwerpunkt der ersten Entwicklung verhaltenstherapeutischer Ideen war eher mit einem »verhaltenssteuernden« Ziel verbunden, d. h. vom Ansatz her eher »behavioristisch« zu nennen. Auf der Verhaltensebene wurde, basierend im Wesentlichen auf den Erkenntnissen des klassischen Kon-