	Einzelnes Dokument Unser psychotherapeutisches Konzept <small>Wirkungsvoll handeln/04 Leistungserbringung/TK/Therapieablauf/</small>	TK - 04 - ED - 3406 Seite: 1/7 Rev. 002/11.2023
---	---	--

Was wirkt in der Psychotherapie?

Unser psychotherapeutisches Konzept

„Früher“ gab es – und es gibt sie immer noch - zahlreiche psychotherapeutische Schulen; klassisch ist, bzw. war das Lager der „analytisch- und tiefenpsychologisch orientierten arbeitenden PsychotherapeutInnen auf der einen und den verhaltenstherapeutisch arbeitenden PsychotherapeutInnen auf der anderen Seite; seit geraumer Zeit, spätestens seit der Arbeit des Psychotherapieforschers Klaus Grawe, ist man bemüht, diese Spaltung zu überwinden und sich zu fragen, wie Psychotherapie wirkt, also, was die Wirkfaktoren von Psychotherapie sind:

Unser psychotherapeutisches Arbeiten in der Tagesklinik stützt sich auf 3 Ansätze, die alle der „3. Welle“ der Verhaltenstherapie zugeordnet werden können. Das Gemeinsame ist zum einen die Achtsamkeitsbasierung, zum anderen das Sich-Berufen auf die allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie - schulenübergreifend.

Die 3 in der Tagesklinik „gelebten“ Ansätze sind:

- die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT),
- die Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT) und
- die Schematherapie.

Auch wenn die Überschrift des wissenschaftlich anerkannten Verfahrens „Verhaltenstherapie“ ist, finden sich auch in diesen Ansätzen tiefenpsychologische, hypnotherapeutische und systemische Elemente.


Wir möchten in der Tagesklinik die PatientInnen auf ihrem Weg zur Genesung unterstützen und keinen Preis dafür bekommen, irgendeine therapeutische Schule „in Reinform“ umzusetzen. Andererseits bewährt es sich, wenn TherapeutInnen sich in dem, was sie tun, sicher fühlen; diese Sicherheit spürt auch die PatientIn. Das ist das positive daran, wenn sich eine TherapeutIn einer bestimmten therapeutischen Richtung „verpflichtet“ fühlt (therapeutische Allegianz) und sicher mit „ihrem“ Ansatz bezüglich des Störungsverständnisses und der Methodennutzung arbeiten kann. Andererseits ist es günstig, „flexibel“ zu sein und die Grenzen des eigenen Verfahrens anzuerkennen und den Behandlungsschwerpunkt auf den Ansatz zu verlagern, der in diesem Moment bei dieser PatientIn mehr greift. Ohne dass dabei die Zuständigkeiten von fallverantwortlicher TherapeutIn und BezugstherapeutIn geändert werden, kann die therapeutische Strategie so verändert werden, dass die PatientIn Gruppen zugewiesen wird, in der sie die Impulse erhält, die für sie nützlich und wirksam erscheinen. Dies geschieht unter Federführung und Verantwortung der fallverantwortlichen TherapeutIn (in Absprache und Konsultation mit der zuständigen BezugstherapeutIn und gegebenenfalls dem gesamten therapeutischen Team).

Mit diesem Grundverständnis und mit dieser Koordination sind wir – so unsere Hoffnung und unser Bemühen - psychotherapeutisch wirksam.

Was sind die schulenübergreifende psychotherapeutische Wirkfaktoren (Grawe 2002) und wie werden sie bei uns umgesetzt?

1. Therapeutische Beziehung

Unser BezugstherapeutInnensystem bildet den Boden für das Wachsen vertrauensvoller Beziehungen: jede PatientIn hat eine fallverantwortliche TherapeutIn und eine BezugstherapeutIn; mit ihnen finden wöchentliche Kontakte und Kontakte bei Bedarf statt. Dort können die Dinge besprochen werden, die „auf dem Herzen liegen“ ohne die Befürchtung be- oder abgewertet zu werden. Eine solche

	Einzelnes Dokument Unser psychotherapeutisches Konzept <small>Wirkungsvoll handeln/04 Leistungserbringung/TK/Therapieablauf/</small>	TK - 04 - ED - 3406 Seite: 2/7 Rev. 002/11.2023
---	---	--

therapeutische (heilsame) Beziehung kann man nicht „machen“, sie muss wachsen und die Tagesklinik soll den Kontext, den Raum und die Zeit dafür bieten, dass sie wachsen kann. Diese „therapeutische Beziehung“ soll sich nicht auf die zuständigen TherapeutInnen begrenzen, sondern sich auf das ganze Team beziehen: die Übergaben im Team sorgen dafür, dass man „auf dem gleichen Stand“ ist und am „gleichen Strang zieht“; auch das trägt dazu bei, dass sich die PatientIn vom ganzen Team getragen und verstanden fühlt. Der respektvolle, validierende Umgang miteinander soll auch Vertrauen zu den MitpatientInnen wachsen lassen. So können „korrigierende Erfahrungen“ gemacht werden und die Welt kann wieder zu einem wirtlicheren, sichereren Ort werden.

2. Ressourcenaktivierung

Wir möchten die PatientInnen einladen, auf das zu schauen, was sie an Kompetenzen und Ressourcen zur Verfügung haben und sie dazu nutzen, ihre aktuelle Krise zu überwinden; weniger auf die Defizite und das schauen, was einem vermeintlich fehlt, mehr auf das, was man hat und in seiner „Problemtrance“ nicht (mehr oder unzureichend) sieht und ungenutzt läßt.

3. Problemaktualisierung

In der Tagesklinikzeit – in dem Miteinander mit TherapeutInnen und MitarbeiterInnen, aber auch in den Zeiten außerhalb der Tagesklinik an den Abenden und Wochenenden - sollen „die Dinge geschehen, die schwierig sind“ (Kränkungen, Missverständen-Werden, vermeintliches Scheitern, Überforderung, Ängste, Trauer, Bedauern, Hadern, Zweifel ...), um damit arbeiten und einen anderen Umgang damit zu finden. Die Tagesklinik soll nicht nur „eine schöne Zeit“ sein, deren Wirkung verpufft, wenn sie vorüber ist, sondern soll das aktualisieren, „was schief läuft – sowohl im Innen (intraindividuell), als auch im Außen (im Austausch mit anderen und der Welt), um dann daran und damit arbeiten zu können und alternative Prozesse zu ermöglichen.

4. Aktive Hilfe zur Problembewältigung

Wir möchten nicht nur das Problem (wieder sowohl im Innen als auch im Außen) benennen und klarer beschreiben können, sondern ein Verständnis gemeinsam mit der PatientIn entwickeln, wie man es in seiner Gewordenheit verstehen und darauf aufbauend auch überwinden und lindern kann. Die PatientIn soll ermuntert werden, klarer zu differenzieren, was es zu akzeptieren und anzunehmen gilt und worauf gestalterisch Einfluss genommen werden kann und soll. Damit möchten wir das Erleben von Selbstwirksamkeit fördern und der PatientIn das Gefühl vermitteln, dass sie ihr Leben lebt und nicht von den Umständen gelebt wird.

5. Motivationale Klärung

Wir möchten die PatientIn ermuntern, die Tagesklinikzeit zu nutzen, sich über ihre Werte und Ziele klarer zu werden und so zu einem kongruenteren Selbstbild zu gelangen. Das beinhaltet den Aufbau von Selbstmitgefühl und –fürsorge. Sich-Annehmen als eine, „die auf dem Weg ist“ und sich dabei – im Sinne psychischer Flexibilität - immer verändert, um sich selber treu und in diesem Sinne „die Alte bleiben zu können“.

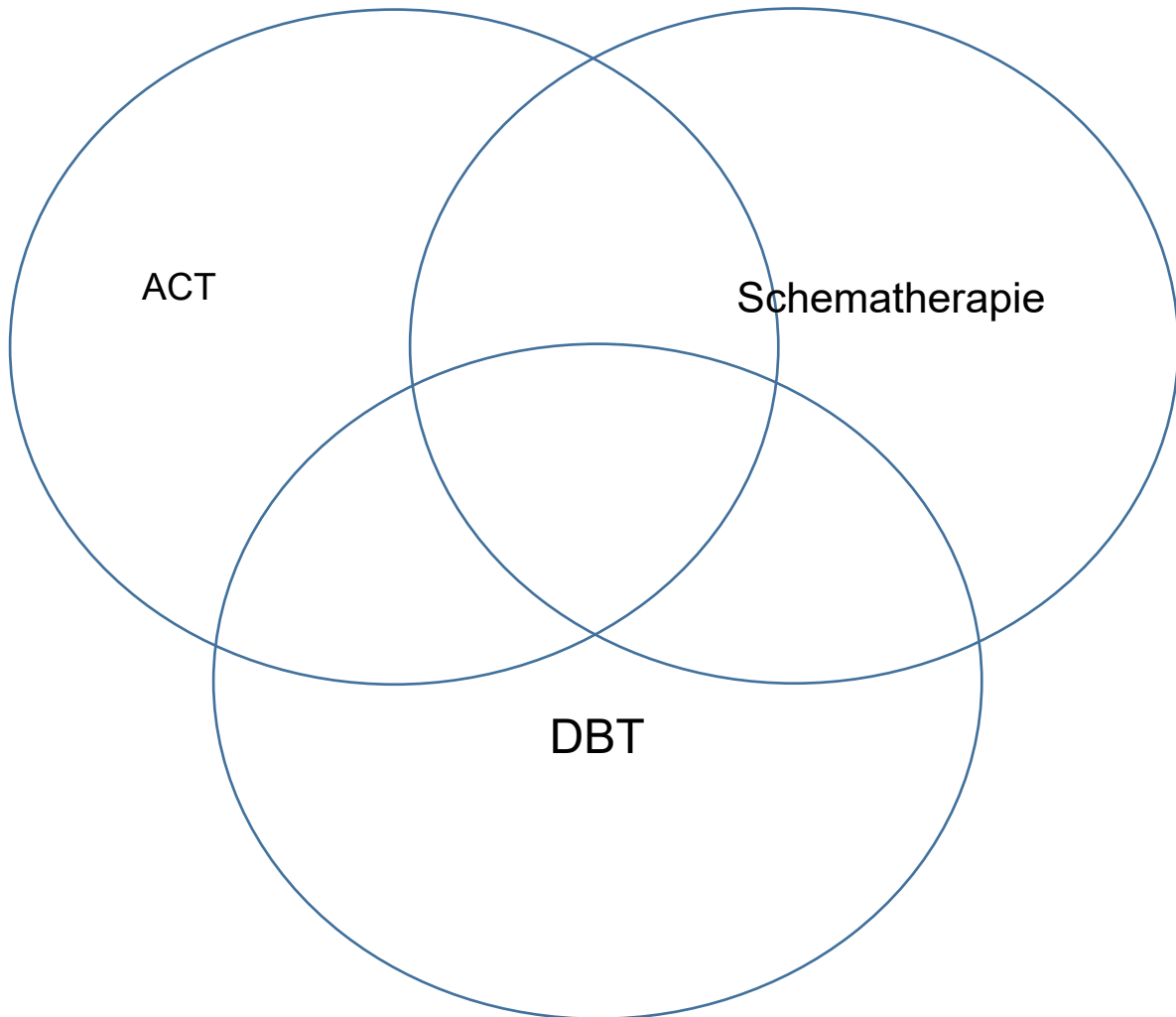
Unsere 3 therapeutischen „Hauptsäulen“ ACT, DBT und Schematherapie haben mit der Achtsamkeitsbasierung und dem Rekurrieren auf die therapeutischen Wirkfaktoren eine große Schnittmenge, aber auch ihre „eigenen Reviere“. Unser koordiniertes Miteinander im multiprofessionellen Team soll


Unser psychotherapeutisches Konzept

Wirkungsvoll handeln/04 Leistungserbringung/TK/Therapieablauf/

Seite: 3/7
Rev. 002/11.2023

dafür sorgen, dass sich die verschiedenen Ansätze und die unterschiedlichen „Ecken aus denen wir kommen“ ergänzen und bei der PatientIn für Anregung und Bereicherung sorgen und sie nicht verwirren.



	Einzelnes Dokument Unser psychotherapeutisches Konzept Wirkungsvoll handeln/04 Leistungserbringung/TK/Therapieablauf/	TK - 04 - ED - 3406 Seite: 4/7 Rev. 002/11.2023
---	--	--

Der Ansatz der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT)

Bei der dialektisch-behavioralen Therapie handelt es sich um eine von der amerikanischen Psychologin Marsha Linehan speziell für Borderline-PatientInnen entwickelte Behandlungsmethode, die im wesentlichen verhaltenstherapeutische und achtsamkeitsbasierte Behandlungselemente verbindet.

Inzwischen wird die DBT auch bei anderen Störungsbildern angewendet.

Im Fokus dabei steht dabei, die PatientIn dabei zu unterstützen, Gefühle besser lesen und verstehen zu können und damit auch besser regulieren zu können.

Die Therapieziele werden „hierarchisiert“; das ist vor allem dem Umstand geschuldet, dass die Therapie-Abbrecherquote gerade bei Borderline-PatientInnen (für die die DBT anfangs entwickelt wurde) besonders hoch war. Daher achtet die DBT darauf, „dass die PatientInnen „am Leben bleiben“ und in Therapie bleiben. Weil man Therapie nur erfolgreich durchführen kann, wenn die PatientInnen sich von Suizidalität distanzieren können und wenn sie „im Commitment“ bleiben. Daher gehört zur DBT, dass die PatientIn eine „Diary Card“ (ein Tagebuch) führt, auf der sie täglich aufführt, wie sicher sie im Anti-Suizid-Commitment und im Therapie-Commitment steht. Nur auf dieser Basis kann erfolgreich an allem weiteren gearbeitet werden.

Der Aufbau von funktionaleren Mustern im Umgang mit Krisen und Zeiten hoher innerer Not und innerer Spannung gelingt umso mehr, je mehr es gelingt, auf „dysfunktionale Bewältigungsstrategien“ (zum Beispiel selbstverletzendes Verhalten zum Spannungsabbau, Substanzmissbrauch, Hochrisikoverhalten zur Ablenkung von aversiven Gefühlen) zu verzichten: wenn diese weiter verwendet werden (und diese auch kurzfristig halb hilfreich erlebt werden), hat „der neue Weg“, den zu gehen man die PatientInnen motivieren möchte, keine wirkliche Chance. Deshalb wird auf der bereits erwähnten Diary Card auch notiert, wie stark der Drang war, das dysfunktionale Problemverhalten auszuführen und ob es tatsächlich ausgeführt wurde. Wurde es ausgeführt (z. B. es kam zum selbstverletzenden Verhalten oder zum Substanzmissbrauch) wird mit der PatientIn eine „Verhaltensanalyse“ durchgeführt, um besser zu verstehen, weshalb es wieder zu diesem Verhalten kam und an welchen Stellen des Prozesses ein günstigeres Verhalten möglich gewesen wäre. Diese Verhaltensanalyse soll neben dem „Sich selber besser verstehen“ lernen auch aus dem Kreislauf herausführen, der sich daraus ergibt, dass das Selbstwelterleben nach einem dysfunktionalen Verhalten häufig noch mehr leidet und man sich „immer mieser“ fühlt, was das nächste dysfunktionale Agieren dann noch mehr befördert. Statt dessen –so der letzte Punkt in der Verhaltensanalyse“- soll die PatientIn zu einem respektvollen, sich Mut machenden und selbstvalidierenden Verhalten angeregt werden. Sie soll sich bewusst belohnen und sich etwas Gutes tun, um mit dieser Haltung nach vorne „auf den neuen Weg“ schauen zu können.

Eine Gruppe widmet sich gezielt dem besseren Verstehen und den darauf aufbauenden besseren Umgehen mit und Regulieren von Gefühlen. Ebenso wird in dieser Gruppe das „Kohärenz-Erleben“ (oder eben der Mangel an diesem) zum Thema gemacht: sich verbunden- und zugehörig-fühlen, Sinn spüren und so trotz allem Mangel und Leid „erfüllt sein“ können.

Auf diese Weise wird in Form von einzel- und gruppentherapeutischen Sitzungen mit der PatientIn daran gearbeitet, zunehmend „vom alten“ (diffuses Spannungserleben, Gefühls- und Erlebensvermeidung, kurzfristiges Reduzieren von Spannung und Ablenkung von aversiven Gefühlen über selbsttherapie- und zum Teil fremdschädigendem Verhalten) zum „neuen Weg“ (Sich selbst besser lesen und verstehen können, Gefühle annehmen können, prozessieren lassen, Aufbau von sinnstiftendem, ich-kongruentem Verhalten). Konkrete Verhaltensübungen und „Umsetzen in den Alltag“ gehören dazu, weil einmal mehr auch für die DBT gilt: es gibt nichts Gutes außer man tut es.

Der schematherapeutische Ansatz

Der schematherapeutische Ansatz geht von 5 Grundbedürfnissen aus, deren angemessene Befriedigung für das Führen eines im psychologischen Sinne gelingenden Lebens, den Aufbau psychologischer Überlebenskompetenz, Selbstwirksamkeit und Resilienz erforderlich ist: Dabei handelt es sich um die Bedürfnisse nach

- Bindung und Sicherheit
- Autonomie
- Validierung der Gefühle,
- Spontaneität und Spiel
- Grenzen

Werden diese oder Teile dieser Grundbedürfnisse nicht oder auf eine problematisch kontingente, unangemessene oder in einer für das Kind nicht annehmbaren Weise erfüllt, besteht die Gefahr, dass sich - entsprechend dieser frühen Erfahrungen - „Schemata“ entwickeln. Solche „Schemata“ können verstanden werden als ein Set von Wahrnehmungs-, Erlebens- und Verhaltensmustern, die für den Betroffenen die Funktion haben, sich in der vorgefundenen Lebenswelt zu orientieren, sich diese zu erklären und sich mit ihr zu arrangieren; da diese Schemata auch die „Brille“ darstellen, mit der die Welt gesehen wird, haben sie die Tendenz, sich selbst zu bestätigen und zu verfestigen.

Derzeit wird von 18 Schemata ausgegangen; das „derzeit“ deutet an, dass sich die Schematherapie als lernendes System begreift, das sich ständig versucht an der vorgefundenen klinischen Welt zu bewähren, die Stimmigkeit und therapeutische Nützlichkeit der postulierten Schemata zu überprüfen und entsprechend anzupassen.

Gemäß dem Therapieverständnis der Schematherapie gilt es, diese Schemata im therapeutischen Prozess als solche zu erkennen, zu benennen und durch spezifische Methoden (erlebnisaktivierende Methoden, hypnotherapeutische Methoden) und Haltungen (begrenzte Beelerung) zu verändern und zu überwinden; der Patient soll seine „Lebensfallen“ erkennen lernen und alternative Muster des Wahrnehmens, Erlebens und Verhaltens entwickeln.

Die Weiterentwicklung der Schematherapie arbeitet mit den „Schema-Modi“; ein Schema-Modus kann verstanden werden als ein „Zustand“, den wir zu einem bestimmten Zeitpunkt einnehmen, der dann unser Wahrnehmen, Erleben und Handeln insgesamt organisiert und integriert.

Die von der Schematherapie postulierten Modi gliedern sich in „Eltern-Modi“ (strafend, kritisch, fürsorglich) in Kind-Modi (verlassen, trotzig, undiszipliniert, glücklich), sowie in die Bewältigungs-Modi (erduldend, vermeidend, überkompensierend, die sich an den 3 basalen Überlebensstrategien des Sich-Totstellens, Flüchtens und Kämpfens orientieren. Bei dem Modus, der angemessen mit der Umwelt interagiert, sich flexibel auf diese einstellt und dabei seine Interessen und Bedürfnisse wahr, spricht man vom „Gesunden Erwachsenen“.

Die „Bewältigungs-Modi“ (z.B. das Sich Unterordnen und Sich Fügen in eine Beziehung) helfen uns einerseits, in der von uns vorgefundenen und erlebten Welt zu überleben, indem sie die primären emotionalen Vorgänge (z.B. das Gefühl der Verlassenheit und Verlorenheit) in ihrem Leidpotential begrenzen; andererseits kann unserer „Gesunder Erwachsener“ in der Zeit, in der wir im Bewältigungs-Modus sind, nicht lernen, mit den belastenden Prozessen und Dynamiken umzugehen (zu moderieren, zu ertragen), so dass das „Kippen“ in den Bewältigungs-Modus Verarbeitung, Klärung und Reifung verhindert.

Arbeitet man nach dem Schema-Modi-Ansatz, gilt es, als erstes die Bewältigungsmodi als solche zu erkennen und „von ihnen loszukommen“ („hinter die Mauer schauen“), um damit die Grundlage für die

Veränderung der inneren Dynamik zu schaffen; als zweiten Schritt gilt es, den Modus des „Inneren Kritikers und Antreibers“ in ihrer (destruktiven) Macht zu begrenzen und die Kind-Modi zu versorgen; die „Stärkung des Gesunden Erwachsenen“ –das übergeordnete Ziel einer schematherapeutisch orientierten Behandlung- soll somit den Ausstieg aus ungünstigen, dysfunktionalen Mustern sowohl im Umgang mit sich selbst als auch im Umgang mit der Umwelt ermöglichen und zu einem in diesem Sinne gelingenderen, stimmigen Leben verhelfen.

Der Ansatz der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)

Für die evidenzbasierte Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) besteht eine umfassende Anwendungs- und Grundlagenforschung (Bezugsrahmentheorie und funktioneller Kontextualismus). Sie ist als zur Verhaltensanalyse gehörende prozessorientierte Psychotherapie eklektisch und hochgradig integrativ. Besonderer Wert wird auf die Funktion von Verhalten gelegt, wobei auch Gedanken und Gefühle als Handlungen aufgefasst werden, auch wenn diese der Beobachtung nicht direkt zugänglich sind. Klienten werden niemals selbst als defekt angesehen, es geht vielmehr darum, dass ihr aktuelles Verhalten im jeweiligen Kontext dysfunktional ist. Diese Haltung prägt natürlich auch die therapeutische Beziehung. Diese ist validierend, auf Authentizität beruhend und „auf Augenhöhe“, denn dem Risiko der Anwendung dysfunktionaler, krank machender Verhaltensweisen unterliegt -wie alle anderen Menschen- auch der „im selben Boot“ sitzende Therapeut. Die ACT befasst sich somit mit der Bedingung des Menschseins, der *Conditio humana*. Im Gegensatz zu dem bislang die westliche Psychologie bestimmenden kategorialen, mechanistischen Konzept der „gesunden Normalität“ vertritt die ACT das Pathogenese-Konzept der „destruktiven Normalität“: Psychologische Vorgänge eines „normalen“ Verstandes sind, wenn im „falschen“ Bereich angewendet, oft destruktiv und zu seelischem Leid führend. Im Bereich der 5-Sinneserfahrung, der äußeren Welt, finden Menschen bei Problemen mithilfe des Verstandes auf überaus erfolgreiche Weise heraus, wie sie diese kontrollieren können. Daher resultiert intuitiv die Annahme, dies müsse genauso gut in der Welt unter der Haut, also im Bereich der unangenehmen Gedanken und Gefühle funktionieren, was zur sog. Erlebensvermeidung führt. Gerade und erst durch diese Versuche, seelischen Schmerz (d.h. unangenehme innere Erlebnisse, also zum normalen Leben gehörende unangenehme Gedanken und Gefühle) durch aus der 5-Sinneserfahrung entlehnte Problemlösestrategien zu vermeiden, entsteht auf paradoxe Weise seelisches Leid und damit seelische Krankheit. Diese durch den menschlichen Verstand (eigener oder der anderer) angetriebene Kontrollstrategien wirken nur kurz und müssen daher wiederholt und eskaliert werden. Diese Kontrollagenda führt so zunehmend zur Fokussierung auf die UIE und deren zunehmende Bedeutung, mit vermehrtem Zeit- und Energieaufwand für diese und die Kontrollversuche, spezifischen Probleme der Kontrollstrategien. Es kommt zu einer paradoxen Zunahme der UIE und konsekutiv der Kontrollagenda im Sinne eines Teufelskreises mit „Feststecken“. Dies bedeutet den Verlust des Kontaktes zu den eigenen Werten und damit die Verhinderung eines erfüllten, vitalen Lebens.

Unser psychotherapeutisches Konzept

Wirkungsvoll handeln/04 Leistungserbringung/TK/Therapieablauf/

Seite: 7/7
Rev. 002/11.2023

Die Kontrollagenda der Symptomreduktion ist daher im Gegensatz zu den meisten anderen Therapieformen nicht das Behandlungsziel der ACT („Kontrolle von Gefühlen und Gedanken ist nicht die Lösung, sondern das Problem!“), sondern es geht darum, durch eine Änderung des Kontextes die Beziehung zu den UIE zu verändern, so dass wir diese nicht mehr als krankhaft einschätzen, sondern als unangenehme, aber harmlose, flüchtige psychologische Ereignisse. Behandlungsziel der ACT ist die sogenannte „psychische Flexibilität“, d.h. die Fähigkeit, Ereignisse als bewusstes menschliches Wesen vollständig und ohne unnötige Abwehr zu erleben und abhängig davon, was die Situation (ge)bietet, das jeweilige Verhalten beizubehalten oder zu ändern im Dienste von wertorientierten Zielsetzungen.

Die Vermittlung von sechs interagierenden Kernprozesse führen in der Therapie zu dieser psychischen Flexibilität. Statt problematischer Verschmelzung (Fusion) mit wörtlich aufgefassten, die sofortige Aufmerksamkeit erfordern und stark handlungsanstoßenden Gedanken (insbesondere kritisch ist dabei die Fusion mit der durch Bezugspersonen und Gesellschaft vermittelten Regel, wir sollten aufgrund der Beurteilung als gefährlich oder schädlich keine UIE haben und damit welche Gedanken wir über uns selbst machen und wie wir reagieren, wenn wir diese nicht kontrollieren können) wird dem Klient die sog. Defusion als kognitive Entstrickung vermittelt, womit eine Distanzierung von dysfunktionalen Gedanken stattfinden und deren automatischer Einfluss auf das Verhalten unterminiert werden kann, ohne diese Gedanken ändern oder eliminieren zu müssen. Die Defusion ermöglicht die Entwicklung von Akzeptanz unangenehmer Gefühle und Gedanken als fortlaufende Handlung, d.h. diese ohne unnötige Abwehr kommen und gehen zu lassen, sie so zu erleben wie sie sind und nicht so, wie sie einem (durch Fusion) erscheinen, ohne diese verändern oder kontrollieren zu wollen, während diese im bewusst ein- und wahrgenommenen Hier und Jetzt auftreten, mit gleichzeitigem Zugang zu einem transzendenten Selbst-als-Kontext mit kontinuierlichem, nicht bedroh- oder störbarem, eigentlichem Bewusstsein, das Distanz zu UIE schafft sowie das Empfinden, dass man mehr ist als diese: Ich habe Gedanken und Gefühle (als fortlaufende, aus der Distanz wahrgenommene Prozesse) und: Ich bin nicht meine Gedanken und Gefühle - und ich bin mir dessen bewusst. Die dadurch entstehende Handlungsfreiheit wird genutzt, um Kontakt zu den eigenen, intrinsischen Werten herstellen zu können (also dem, was dem Klienten individuell von Herzen wichtig ist), daraus wertorientierte Ziele abzuleiten und diese mittels eines Selbst-Commitments in engagierte Handlungen umzusetzen, hin zu einem vitalen und erfüllten Leben. Dieses ebenso zu erfahren wie die Unschädlichkeit der UIE ist insgesamt gleichbedeutend mit einer Genesung.