

Bevor wir beginnen

An erster Stelle möchte ich mich herzlich bei Ihnen dafür bedanken, dass Sie sich für dieses Buch interessieren (oder es sogar bereits erworben haben). Mit hoher Wahrscheinlichkeit interessieren auch Sie sich für integrative und möglichst praxisorientierte Ansätze. Denn insbesondere die ambulante Patientenversorgung stellt uns häufig vor das Dilemma, Patientinnen und Patienten evidenzbasiert und leitlinienkonform, jedoch gleichzeitig fokussiert, lösungsorientiert und im Rahmen möglichst kurzer Behandlungsverläufe zu behandeln, um damit so vielen Menschen wie nur möglich helfen zu können.

Mein persönlicher Weg zum prozessbasierten Therapieansatz

Erlauben Sie mir, Ihnen ein bisschen mehr über meinen persönlichen Weg zum prozessbasierten Ansatz zu erzählen. Lange bevor ich aus überwiegend praktischen Gründen zur Verhaltenstherapie »wechselte«, war ich ein überzeugter angehender Psychoanalytiker. Nach diesem »Hochverrat« verwandelte sich die Überwindung dogmatischer Positionen innerhalb der großen Psychotherapieschulen für mich in eine Art »psychohygienische Notwendigkeit«. Es ist nicht überraschend, dass ich vor inzwischen 20 Jahren noch während der VT-Ausbildung ein »methodisches Zuhause« in der Schematherapie nach J. Young (2005) fand, die einmal von einem der Patienten, an denen ich mich damals damit »ausprobierte« und selbst sehr viel Therapieerfahrung vor unserer gemeinsamen Arbeit gesammelt hatte, witziger und zugleich passenderweise als »tiefenpsychologisch fundierte Verhaltenstherapie« bezeichnet wurde. Parallel dazu durfte ich lange Jahre auf einer Station arbeiten, die überwiegend mit Dialektisch-Behavioraler Therapie (DBT) nach M. Linehan (1996) Menschen mit Borderline-Erkrankungen behandelte und lernte nicht lange nach dem Beginn meiner Schematherapieausbildung auch die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) von Steven Hayes (2007) kennen. Seit fast 20 Jahren bemühe ich mich gemeinsam mit mehreren Kolleginnen und Kollegen, Möglichkeiten zu erarbeiten, diese Techniken und Methoden in der Behandlung von Menschen mit komplexen Problemen und Kombinationen aus Symptomen verschiedener ICD-Kategorien, interpersonellen Schwierigkeiten und Persönlich-

keitsstörungen sinnvoll zu integrieren, um nicht zwischen ihnen entscheiden zu müssen – und damit den Menschen in unserer Behandlung¹ vielleicht hilfreiche Interventionen vorzuenthalten. Es war genau diese Suche nach neuen integrativen Entwicklungen, die mich vor inzwischen drei Jahren in Kontakt mit den ersten PBT-Publikationen brachte.

PBT verfolgt diese Intention, bringt sie jedoch einen entscheidenden Schritt weiter. Denn jede evidenzbasierte Technik kann prinzipiell in einer Behandlung angewendet werden, sofern sie im Rahmen der funktionalanalytischen individualisierten Fallkonzeption für die Person relevant erscheint und sich im Sinne der Aktivierung wirksamer Veränderungsprozesse als strategisch günstig erweist.

Interessanterweise lässt sich die Gründung dieses Paradigmas auf die langjährige Zusammenarbeit von Prof. Stefan Hoffmann aus Marburg, einem kognitiven Verhaltenstherapieforscher, und dem ACT-Gründer Prof. Steven Hayes aus Nevada zurückführen. Und in der Tat zeigten sich jahrelang heftige Kontroversen zwischen kognitiven und kontextuellen Psychotherapeuten. Insbesondere der zunächst unüberwindbar erscheinende Unterschied zwischen der metakognitiven Haltung der kognitiven Defusion und der inhaltsorientierten Haltung der kognitiven Umstrukturierung mittels Disputationstechniken lud zu fast dogmatisch wirkenden Disputen ein. Die Annäherung konnte erst durch das Erreichen einer weiteren, gewissermaßen höheren Metaebene erzielt werden, was zur Gründung des PBT-Ansatzes führte. Die ersten Publikationen erfolgten international im Jahr 2018 (Hayes und Hofmann), in Deutschland im Jahr 2019 (Stangier).

Wie integrativ darf Psychotherapie sein?

Integrative Bewegungen in der Psychotherapie sind natürlich nichts Neues. Bereits in den 1990er Jahren beschäftigte sich Klaus Grawe (1994) mit der Notwendigkeit einer »Allgemeinen Psychotherapie« und der Überwindung dogmatischen Denkens zugunsten einer evidenzbasierten Indikation und Anwendung psychotherapeutischer Verfahren, Methoden und Techniken. *Aber wie integrativ darf Psychotherapie wirklich sein?* Das ist in der Tat eine potenziell kontroverse Frage, insbesondere auf der Ebene der übergeordneten Psychotherapieverfahren. Aber zunächst zur Begriffsklärung.

1 Häufig wird in diesem Buch eine geschlechtsneutrale Formulierung wie »Person« oder »Mensch« verwendet. Wenn bei bestimmten Begriffen, die sich auf Personengruppen beziehen, nur die männliche Form gewählt wurde, so ist dies nicht geschlechtsspezifisch gemeint, sondern geschah ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit.

Psychotherapieverfahren

In unseren deutschen Psychotherapierichtlinie (2024) werden *Psychotherapieverfahren* gekennzeichnet durch:

»eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung, eine darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsstrategie (bzw. mehrere darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsmethoden) für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen, sowie darauf bezogene Konzepte zur Indikationsstellung, zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung«.

Verhaltenstherapie, psychoanalytisch begründete Verfahren und Systemische Therapie gelten als anerkannte Verfahren.

Auch wenn es international häufig anders gehandhabt wird, sollen Psychotherapieverfahren laut § 19 der Psychotherapierichtlinie in Deutschland nicht kombiniert werden, weil »die Kombination der Verfahren zu einer Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses führen kann«.

Sie bemerken bereits den oben erwähnten potenziellen Konflikt. Denn vielleicht haben auch Sie in einer Klinik gearbeitet, die diese »unerwünschte« Kombination nicht nur praktisch mit gewissem Erfolg umsetzte, sondern auch mit dieser Integration im Sinne eines Merkmals moderner Psychotherapie geworben hat. Und das ist in der Tat in der stationären Psychotherapie keine Seltenheit – ganz anders als in der ambulanten Patientenversorgung.

Dahingegen wird die Integration verschiedener Interventionen und Methoden innerhalb der Verfahren als explizite Möglichkeit oder sogar Notwendigkeit in der Richtlinie erwähnt. Das bringt uns zur Klärung der nächsten Begriffe:

Psychotherapiemethoden und -techniken

Eine *Psychotherapiemethode* zur Behandlung einer bestimmten Störung ist gekennzeichnet durch:

»eine Theorie der Entstehung und der Aufrechterhaltung dieser Störung oder Störungen und eine Theorie ihrer Behandlung, Indikationskriterien einschließlich deren diagnostischer Erfassung, die Beschreibung der Vorgehensweise und die Beschreibung der angestrebten Behandlungseffekte«.

Psychotherapeutische Techniken bilden die letzte Ebene und werden definiert als:

»eine konkrete Vorgehensweise mit deren Hilfe die angestrebten Ziele im Rahmen der Anwendung von Verfahren und Methoden erreicht werden sollen«.

Ist PBT eine neue Methode?

Obwohl der prozessbasierte Therapieansatz in Deutschland als Methode innerhalb der Verhaltenstherapie verstanden wird, hat er im Grunde den Anspruch, als Metamodell verschiedene Methoden und Techniken über die Grenzen der Verfahren hinweg zu integrieren. Jenseits unserer deutschen Psychotherapierichtlinie ist PBT international bemüht, allen empirisch belegten Techniken und Methoden prinzipiell offen gegenüberzustehen und geht über die Grenzen der Verhaltenstherapie hinaus. PBT ist aber keine neue Therapie und keine eigenständige Methode.

PBT ist kein spezifisches Behandlungsprotokoll und keine neue Behandlungsmethode, sondern ein »schulenübergreifendes«, transdiagnostisches Behandlungsverständnis. Häufig »Process Based Approach« genannt, handelt es sich um eine »Herangehensweise« und nicht um eine konkrete Methode. Im PBT wird eine »Metatheorie« der Entstehung und Behandlung psychologischen Leidens postuliert. Metatheorie bedeutet, dass methodenspezifische Theorien nicht ersetzt, sondern integriert werden. Evidenzbasierte Interventionen werden verschiedenen Prozessebenen und -dimensionen zugeordnet und nicht störungsspezifisch, sondern prozessspezifisch angewendet. Eine möglichst individualisierte funktionalanalytische und prozessorientierte Diagnostik stellt dann die Basis, um in der Behandlung die passenden Techniken für eine spezifische Person wählen und durchführen zu können.

Über dieses Buch

PBT-Forschung befindet sich in den Anfängen, ebenfalls die Entwicklung computergestützter diagnostischer Instrumente zur Erhebung und Errechnung individualisierter dynamischer Netzwerke. Die Entwicklung ist rasant, mit teilweise mehreren Publikationen pro Woche. Wie Steve Hayes selbst sagt: »*We are building a boat in the water*« – wir bauen gerade ein Boot im Wasser. Mit anderen Worten: Dieses Buch wird eine Einführung sein. Geben Sie sich bitte nicht allein damit zufrieden und folgen Sie auf PubMed und ResearchGate Steve Hayes, Joseph Cirrochi, Stefan Hofmann und Ulrich Stagnier, um die Weiterentwicklung zu verfolgen.

Das Buch ist in drei Teilen geordnet. *Teil I* beschäftigt sich mit dem *Weg zum prozessbasierten Therapieansatz*, insbesondere mit den empirischen Erkenntnissen aus der Psychotherapieforschung, den Grenzen kategorialer Diagnostik und der Rolle der funktionalen Analyse und neuer Forschungsmethoden. *Teil II* beschäftigt sich mit den theoretischen Grundlagen prozessbasierten Denkens. Dazu gehören das allgemeine Konzept von Prozessen, das erweiterte evolutionäre Metamodell

und spezifische Grundlagen zu allen Prozessebenen und -dimensionen. *Teil III* beschäftigt sich mit der *Praxis*, insbesondere mit der prozessbasierten Diagnostik, der Therapieplanung und dem Umgang mit bereits evaluierten Techniken und Methoden.

I Der Weg zu einem prozessbasierten Ansatz

1 **Wir müssen unser diagnostisches Verständnis erweitern**

Die Kritik am taxonomisch-klassifikatorischen Ansatz der Diagnosesysteme ICD und DSM spielte eine wesentliche Rolle bei der Entstehung des prozessbasierten Therapieansatzes. Aufgrund sowohl theoretischer Inkonsistenzen, wie etwa der unzureichenden Validität vieler spezifischer Diagnosen als auch vor dem Hintergrund praktischer Schwierigkeiten und Einschränkungen in der konkreten Arbeit unter Verwendung solcher diagnostischen Kategorien, versuchen wir in PBT die übliche ICD/DSM-Diagnostik mit funktionaler Prozessdiagnostik zu erweitern oder gar zu überwinden. Insbesondere bei komplexen Fällen mit einer Kombination verschiedener Symptome und Problembereiche zeigen sich die Grenzen taxonomischer Diagnostik und der sowohl diagnostische als auch praktische Gewinn durch ein individualisiertes prozessbasiertes Psychopathologieverständnis.

In diesem Kapitel beschäftigen wir uns mit verschiedenen konkreten Kritikpunkten an taxonomischer Diagnostik, aber auch mit konkreten Alternativen zur Erarbeitung funktionaler Analysen und individualisierter Fallkonzepte komplexer Fälle.

1.1 **Kategorial-klassifikatorische Diagnostik in der Kritik**

Deskriptive Taxonomien in der Diagnostik – dynamische Erklärungsmodelle in der Behandlung

In Abgrenzung zu früheren Versionen der Klassifikationssysteme bemühen sich die aktuellen Versionen von DSM und ICD um möglichst deskriptive Beschreibungen von Symptomen. Daraus ergeben sich mehrere Vorteile:

1. Wir bekommen Checklisten von zu erfüllenden Kriterien zur Verfügung gestellt, was die Diagnostik prinzipiell vereinfacht.
2. Unterschiedliche theoretische Grundlagen werden bei der Diagnosestellung überwunden (denken wir z.B. an DSM-III und die Unterscheidung zwischen einer »neurotischen« und einer »reaktiven« Depression).

3. Checklisten ermöglichen höhere Präzision in der Diagnosevergabe und vereinfachen die Erstellung und Evaluierung von Therapiemanualen. Die Anwendung indizierter evidenzbasierter Techniken und Methoden ist wünschenswert und verbessert die Qualität einer Behandlung (das ist prinzipiell die Idee hinter den AWMF-Leitlinien (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften)).

Dahingegen finden sich aber im traditionellen Verständnis praktisch aller Psychotherapieverfahren nicht deskriptive Beschreibungen, sondern eine dimensionale und an dynamischen Prozessen orientierte Denkweise.

Im Falle der Verhaltenstherapie ist das die funktionale Analyse problematischer Verhaltensweisen, auch wenn dabei die Betrachtung unterschiedlicher Dimensionen verschiedene Schwerpunkte aufweisen kann. In analytischen und tiefenpsychologischen Theorien finden wir ebenfalls dynamische prozessbasierte Hypothesen, wie etwa Freuds Triebtheorie, die Erkundung unbewusster Motive oder auch das modernere dimensionale Verständnis der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). Auch systemische Theorien stellen ebenfalls Prozesse innerhalb eines sozialen Systems bzw. zwischen verschiedenen Systemen in den Mittelpunkt der Betrachtung. So stehen Psychotherapiemethoden derzeit grundsätzlich vor der Herausforderung, mit eigenen Theorien kongruente dynamische Erklärungsmodelle für die Entstehung und Aufrechterhaltung kategoriell erstellter Diagnosen zu erstellen – also die beschriebenen Syndrome im Sinne der Operationalisierung für die Therapie in die eigene Sprache zu »übersetzen«.

Pointiert formuliert arbeiten wir mit Diagnosekategorien und Kriterien-Checklisten in der Diagnostik, verwenden jedoch als praktische Grundlage für psychotherapeutische Arbeit dynamische Erklärungsmodelle, die mit deskriptiven Taxonomien nur begrenzt übereinstimmen.

Die Validität klassifikatorischer Diagnosen wird zunehmend infrage gestellt

Unabhängig von spezifischen Diagnosen oder Diagnosekategorien kann die Homogenität kategorialer Diagnosen infrage gestellt werden. Dalglish et al. (2020) errechnen, dass es 16.400 mögliche Störungsprofile gibt, wenn man die Gesamtheit der möglichen Kombinationen aus Einzelsymptomen und Kategorien im DSM-5 betrachtet. Aber auch spezifische Diagnosekategorien sind in den letzten Jahren zunehmend in die Kritik geraten.

Bryant et al. (2023) führten bspw. eine Studie mit 3.511 US-Soldaten mit Posttraumatischer Belastungsstörung durch und beschäftigten sich mit den befundenen Konstellationen von Symptomen im PCL (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM). Es ergaben sich 2.181 verschiedene Konstellationen, wobei 1.935

(55,1%) der Probanden eine einzigartige Konstellation hatten, 358 (18,5%) eine Konstellation, die sich nur zweimal in der Stichprobe ergeben hatte, und 126 (6,5%) eine, die sich dreimal gezeigt hatte. *Mit anderen Worten hatten 80% der traumatisierten Soldaten einzigartige oder sehr seltene Konstellationen von Symptomen.*

Hornstein et al. (2021) untersuchten in ähnlicher Weise die Symptomkonstellationen von 1.757 Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Major Depression nach DSM-5. 780 Probanden hatten eine leichte Depression und zeigten 168 verschiedene Symptomkonstellationen, 635 Probanden hatten eine mittelgradige Depression und zeigten 116 verschiedene Konstellationen. 342 Probanden hatten eine schwere Depression, was zwangsläufig entsprechend der diagnostischen Kriterien mit einer größeren Anzahl an möglichen Symptomen einhergeht. Auch hier zeigten sich 34 unterschiedliche Symptomkonstellationen. *Sie fanden insgesamt 231 unterschiedliche Symptomkonstellationen, wobei 85% der Probanden eine so einzigartige Konstellation zeigten, dass maximal 4% der Gesamtprobe die gleichen Symptome aufwies.* Ähnliche Ergebnisse hatten bereits Fried und Nesse (2015) mit einer Stichprobe von 3.703 depressiven Probanden.

Auch die Validität der spezifischen Persönlichkeitsstörung ist zunehmend in die Kritik geraten. *Fast jede einzelne Persönlichkeitsstörungsdiagnose im kategorialen System DSM-IV und ICD-10 ist mit Ausnahme der Ängstlich-vermeidenden und der Emotional-instabilen PS unzureichend valide* (Stieglitz & Freyberger, 2018; Hauser et al., 2021). Persönlichkeitsstörungen sind zudem *nicht wie früher angenommen zeitstabil und schwer beeinflussbar*. Die »Collaborative Longitudinal Personality Study« (Gunderson et al., 2000) zeigte, dass 32% der Betroffenen mit ursprünglicher PS-Diagnose bereits nach zwei Jahren nur noch zwei, eines oder keines der Kriterien ihrer ursprünglichen Störungen erfüllten und somit keine Störung mehr hatten. Diese Erkenntnisse führten insgesamt zu einer wesentlichen Überarbeitung der Diagnose im ICD-11.

Hohe Komorbiditätsraten sind die Regel und nicht die Ausnahme

Evidenzbasierte manualisierte Behandlungsempfehlungen beziehen sich in der Regel auf einzelne Störungsbilder. Komplexe Störungsbilder mit einer Kombination aus zwei oder mehr kategorial definierten Störungen sind in Praxen und Kliniken jedoch eher die Regel als die Ausnahme.

Nur 11% der Patienten in Deutschland haben nur eine Behandlungsdiagnose, fast 40% hingegen eine Kombination aus mindestens vier psychischen Diagnosen (Jacobi et al., 2015).

Schauen wir uns hierzu zwei konkrete Beispiele an:

Fallbeispiel

Herr Müller ist 35 Jahre alt, er erreicht im BDI 32 Punkte und liegt auf der GSI-Skala vom SCL90 bei T65. Herr Meyer ist 36 Jahre alt, erreicht im BDI 30 Punkte und liegt auf der GSI-Skala bei T67. Beide Patienten berichten depressive Symptome seit 6–8 Monaten, ohne frühere Episoden in der Anamnese. *Wenn wir nur die Ergebnisse dieser zwei standardisierten Fragebögen anschauen, dann könnten wir beide Patienten prinzipiell mit dem gleichen Therapieprogramm behandeln.* Die funktionale Analyse von Herrn Müllers Rückzugsverhalten zeigt jedoch, dass er sich überwiegend Selbstvorwürfe aufgrund eines vermeintlichen beruflichen Versagens macht und vor dem Hintergrund des häufigen Grübelns sich nicht erlaubt, schöne Momente zu erleben, Hobbys zu betreiben und sich mit Menschen zu treffen. Insbesondere die Vorstellung, mit Freunden über Arbeit zu reden, geht mit sehr viel Scham einher. Stattdessen arbeitet er Überstunden und häufig am Wochenende. Herr Müller ist seit der frühen Kindheit sehr leistungsorientiert und ganz überwiegend erfolgreich; er kennt keinen anderen Umgang mit Fehlern als Strafe und Erhöhung des Leistungsanspruchs. Herr Meyer dahingegen fing an, sich zurückzuziehen, nachdem Konflikte am Arbeitsplatz sich zunehmend zuspitzten. Der Umgang der Kollegen miteinander hatte sich in den letzten Monaten sehr verschärft, dabei erlebte er vor allem Angst, starkes Schwitzen und manchmal Zitteranfälle. Um potenziell gefährliche Begegnungen zu vermeiden, arbeitete er zunächst wann immer möglich im Home-Office, wobei er seit inzwischen gut zwei Monaten krankgeschrieben ist. Er erlebte in der Kindheit häufiges Mobbing und fühlt derzeit allein bei der Vorstellung, unter Menschen zu sein, sehr hohe Anspannung im ganzen Körper. Zu Hause verbringt er die meiste Zeit vor seinem Rechner, an dem er spielt, Filme anschaut oder in sozialen Medien herumstöbert.

Sowohl Herr Meyer als auch Herr Müller erfüllen die ICD-10-Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode und erreichen eine fast gleiche Punktzahl im BDI. Würden Sie beide Patienten mit dem exakt gleichen Therapiemanual behandeln? Mit hoher Sicherheit nicht. Sie werden vermutlich jetzt denken: *Herr Valente, die Depression ist in beiden Fällen nur ein Teil des Problems, vielleicht sogar das Geringste. Es sind reaktive Depressionen* (das ist übrigens eine Reise zurück in die Zukunft der DSM-III-Diagnosen). *Herr Müller hat wahrscheinlich auch eine Persönlichkeitsstörung, evtl. anankastisch und möglicherweise auch soziale Ängste. Herr Meyer hat mindestens eine Panikstörung oder sogar eine Posttraumatische Belastungsstörung, vielleicht auch eine Computersucht.* Wunderbar! Ich gehe mit. Es sind komplexe Störungen und keine »einfachen Depressionen«. Aber wie häufig begegnen Ihnen »einfache Depressionen« im klinischen Alltag oder in Ihrer Praxis? Das deckt sich mit der o. g. Statistik gut. Wir könnten also sowohl Herrn Müller als auch Herrn Meyer nicht nur eine mittelgradige Depression, sondern auch andere Diagnosen geben.

Wie gestalten Sie eine manualisierte Behandlung bei den Patienten? Es existieren Behandlungsempfehlungen und -protokolle für jede der genannten Diagnosen, aber kein Manual für eine kombinierte Behandlung. Mit welcher Diagnose arbeiten