

Das Menschenbild in der modernen Verhaltenstherapie und seine Konsequenzen für Diagnostik und Therapieplanung

The Human Image in Modern Behaviour Therapy and the Consequences for the Diagnostic Process and Treatment

Gatterer G. (1), Jenull B. (2), Fahlböck A., Fink A., Streicher-Pehböck Ch., Faradji S., Kogler L., Müller I., Offurum Ch. (3), Sackl-Pammer P.

- (1) Leiter des Instituts für Altersforschung/Sigmund Freud Privatuniversität Wien;
Wissenschaftlicher Leiter der Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation
Korrespondenzadresse: Schloßmühlgasse 22, 2351 Wiener Neudorf
Mail: gerald@gatterer.at
Tel.: +43/(0)664/461 70 93
- (2) Universitätsprofessorin an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, Institut für Psychologie,
Abteilung für Gesundheitspsychologie
- (3) Fachgruppe Wissenschaft der Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation Österreich

Zusammenfassung

Die moderne Verhaltenstherapie hat das klassische „Lernmodell“ der „Konditionierungsprozesse“ durch kognitive Prozesse und die Einbeziehung emotionaler und achtsamkeitsbasierter Modelle sowie die Integration (neuro-)biologischer Prozesse und in letzter Zeit auch durch die Integration des Körpers (Körpergedächtnis) erweitert. In Zukunft wird dies durch virtuelle Realitäten und die Integration der künstlichen Intelligenz in den therapeutischen Prozess noch erweitert werden. Insofern erscheint es wichtig, das Menschenbild der modernen Verhaltenstherapie diesen Entwicklungen anzupassen und die damit verbundenen therapeutischen Überlegungen zu reflektieren. Das Verhalten und Erleben eines Menschen kann in der modernen Verhaltenstherapie als das Resultat von Lernprozessen im biologischen, psychologischen (inklusive kognitiven, emotionalen, religiösen und ethisch moralischen) Bereich, sowie der Auseinandersetzung mit und Anpassung an soziale und kontextuelle Rahmenbedingungen gesehen werden. Grundlage hierfür sind genetische Faktoren und Lernprozesse auf all diesen Ebenen seit der Kindheit oder möglicherweise auch schon davor (Epigenetik). Dadurch wird eine Grundpersönlichkeit mit verschiedenen Kompetenzen entwickelt, auf der im Verlauf des weiteren Lebens neue Entwicklungs-, Anpassungs- und Adaptationsprozesse (Akzeptanz) aufbauen. Lebenskrisen und Veränderungen werden somit durch den Einsatz dieser Fähigkeiten in spezifischen Situationen bewältigbar. Psychische Probleme können nach diesem Modell durch das Fehlen von Kompetenzen und durch biologische, psychologische, soziale und kontextuelle Faktoren erklärt werden. Der diagnostische Prozess der Verhaltenstherapie ist deshalb darauf ausgerichtet, in einem Genesemodell alle diese Lernprozesse zu erfassen. Auf der Grundlage dieses neurologischen, biologischen, psychologischen, sozialen und kontextuellen Genesemodells können auch psychotherapeutische Interventionen spezifisch abgeleitet und geplant werden. Diese betreffen sowohl biologische Faktoren als auch Kognitionen, Emotionen, Werte und Normen sowie Rollenbilder, aber auch Prozesse die auf biologischen Faktoren beruhen (Reflexe, Triebe etc.) oder denen emotionale oder soziale Grundbedürfnisse (Bindung, Sicherheit, Kontrolle, etc.) zugrunde liegen. Diese werden in anderen Psychotherapieschulen oft

unter dem Aspekt des „Unbewussten“ diskutiert. Ergänzt werden diese Maßnahmen durch die Integration kontextueller Faktoren, die sich ebenfalls auf das Verhalten auswirken und somit einen modulierenden Einfluss haben. Grundlage dieses Vorgehens ist eine an den Grundbedürfnissen von Menschen orientierte therapeutische Beziehungsgestaltung. Der vorliegende Artikel versucht die aus diesem Menschenbild abgeleiteten therapeutischen Maßnahmen hypothesengeleitet abzubilden.

Schlüsselwörter: Verhaltenstherapie, Menschenbild, Diagnostik, Behandlung

Summary

Modern behavioral therapy has expanded the classic "learning model" of "conditioning processes" through cognitive processes and the inclusion of emotional and mindfulness-based models, as well as the integration of (neuro)biological processes and, more recently, the integration of the body (body memory). In the future there will be an integration of virtual reality and artificial intelligence too. In this respect, it seems important to adapt the "image of the human being" of modern behavioral therapy modern behavioral therapy's image of the human being to these developments and to reflect on the associated therapeutic considerations. In modern behavioral therapy, a person's behavior and experience can be seen as the result of learning processes in the biological, psychological, (including cognitive, emotional, religious, and ethical-moral) areas, and as well as the confrontation with and adaptation to social and contextual conditions. The basis for this approach are genetic factors and learning processes at all these levels since since childhood or possibly even before (epigenetic factors). In this way, a basic personality with various competencies is developed, on which new development, adaptation and adaptation processes are built in the course of the rest, and adaptation processes are built throughout the course of life. Thus, somebody can imagine Life crises and changes by using can thus be managed through the use of these skills in specific situations. According to this model, mental health problems can be explained by the lack of competencies and by biological, psychological, social, and contextual factors. Therefore, the behavioral therapy diagnostic process of behavioral therapy is therefore is designed to capture all these learning processes in a genesis model. Psychotherapeutic interventions can also be specifically derived and planned On the basis of based on this neuro-, bio-, psycho-, social, and contextual genesis model., psychotherapeutic interventions can also be specifically derived and planned. These concern biological factors as well as cognitions, emotions, values and norms as well as role models, but also processes that are, cognitions, emotions, values, norms, role models, and processes based on biological factors (reflexes, drives, etc.) or on their basic emotional or social needs (attachment, security, control, etc.). In other psychotherapy schools, these are often discussed under the aspect of the "unconscious". These measures are complemented by the integration of contextual factors that also have an impact on behavior and thus have a modulating influence. The basis of this approach is a therapeutic relationship design oriented towards people's the basic needs of people. The present article attempts to depict the therapeutic measures derived from this image of the human being in a hypothesis-based manner.

Keywords: Behaviour Therapy, Human Image, Diagnosis, Treatment

Einleitung

Menschenbilder sind übergeordnete Konstrukte der Sichtweise der menschlichen Existenz und des menschlichen Lebens. Im Rahmen der Psychotherapie sind sie die Grundlage von „Mensch sein“ und des darauf aufbauenden therapeutischen Prozesses und der Beziehungsgestaltung. Dadurch soll einerseits das „gesunde“ menschliche Verhalten, als auch die Entstehung von Krankheitsbildern und

deren Therapie erklärt werden können. Dahinter stehen verschiedene Theorien, die die Wissenschaftlichkeit der Methode begründen (z.B. die Erkenntnistheorie und anthropologische Aspekte, aber auch gesellschaftstheoretische und ethische Aspekte). Jede Psychotherapieschule hat ein spezifisches Menschenbild, welches auch den dahinter stehenden psychotherapeutischen Prozess definiert (Hochgerner, 2018; Petzold 2015) Menschenbilder sind auch Teile des Baumes der Wissenschaft. Hier unterscheiden sich die psychotherapeutischen Cluster sehr. Diese unterschiedlichen Sichtweisen werden aber häufig auch kritisiert (Hartmann-Kottek, 2021), da sie oft gemeinsame Wirkprinzipien aufweisen und nur durch unterschiedliche Philosophien geprägt sind. So meint die Autorin im Vorwort „Wenn wir keinen Konsens für die Dimensionen des Weltbildes finden, wird es kaum einen Konsens für das Menschenbild und für unser psychotherapeutisches Handeln geben. Daher nimmt die Reflexion der Hintergrunddimensionen in diesem Buch einen vergleichsweise großen Raum ein. Natürlich ist die chancenreiche Bedeutung der Zwischenräume für die Psychotherapie nicht unentdeckt geblieben, und es sind verschiedene interessante Konzepte aus den Natur- wie Geisteswissenschaften entwickelt worden, sie zu füllen und zu überbrücken. Auch hier existiert leider vieles unverbunden nebeneinander, sei es Bubers Ich-und-Du-Prinzip, Merleau-Pontys Verständnis der „Zwischenleiblichkeit“, Freuds Übertragungs-Gegenübertragungs-Fokus, Rogers Empathieanfrage, sei es Watzlawicks „menschliche Kommunikation“ oder andere weiterführende Entwürfe aus der systemischen Therapie und den Kommunikationswissenschaften, sei es die „Spiegelneuronen“ – eine Entdeckung aus den Neurowissenschaften –, das Verständnismodell vom „Gehirn als Beziehungsorgan“ (Th. Fuchs, 2007) oder die modernen Resonanztheorie aus der Soziologie (H. Rosa). Wir leben in einer schwierigen Zeit, die von Umbrüchen herausgefordert wird und die zunehmend nach mitmenschlichen und allgemein verantwortungsfähigen Menschen verlangt. Psychotherapie ist eine jener Wissenschaftsgebiete, die – neben anderen – Einfluss auf das Menschenbild ihrer Zeit nimmt.“

Wissenschaftliche Aspekte des Menschenbildes

Da Wissenschaftlichkeit (Richter, 2025; BMfG, 2012; Yousefi, 2019)) ein wichtiger Faktor der Psychotherapiewissenschaft ist, müssen entsprechend Stumm (2013) und Petzold (2003) folgende Kriterien erfüllt sein:

1. Rahmentheorien für die Psychotherapie („Metatheorien“; allgemeine Grundlagen; philosophischer Hintergrund)

- Erkenntnistheorie: Wie kann die Welt bzw. menschliche Wirklichkeit erklärt/erkannt werden? (z.B. Hermeneutik, Phänomenologie, Konstruktivismus, Positivismus, Kritischer Realismus, Pragmatismus etc.)
- Wissenschaftstheorie: Definition von Wissenschaftlichkeit. Wissenschaftliche Begründung.
- Allgemeine Forschungstheorie: Aussage zu Forschungsmethodik etc.
- Kosmologie: Weltbild (Wie ist es aufgebaut?)
- Anthropologie (einschließlich Gendertheorie): Menschenbild. Was ist der Mensch?
- Gesellschaftstheorie: Verschränkung von Individuum und Gesellschaft; Formen des mit menschlichen zusammen Lebens (Sozialität)
- Ethik: Was darf/soll ich tun? Bezugnahme auf das reflektierte Subjekt, auf Werte und Normvorstellungen
- Ontologie: Seinslehre; was ist das Wesen des (menschlichen) Seins?

2. Leittheorien in der Psychotherapie („klinische, real-explikative Theorien“)

- Allgemeine Theorie der Psychotherapie: zugrundeliegende Modelle; Wirkfaktoren und Ziele professioneller Psychotherapie (inkl. Möglichkeiten und Grenzen)
- Theorie, Methodik und Ergebnisse der Psychotherapieforschung
- Persönlichkeitstheorie: Struktur und Funktionsweise der Person
- Entwicklungstheorie: Gesetzmäßigkeiten von Entwicklungsverläufen (neuro-motorisch, emotional, kognitiv, sozial)
- Gesundheits-/Krankheitslehre (einschließlich Theorie der Diagnostik): Gesundheits-/Krankheitsbegriff, Störungsmodelle (Entstehungsbedingungen von Störungen, aber auch protektive Faktoren und Resilienzfaktoren)
- Spezielle Theorie der Psychotherapie: Indikation/Kontraindikation, Ziele und Methoden

3. Praxeologie (Wissenschaft von der systematischen Praxis; Praxistheorie; Therapietheorie)

- Interventionslehre: Inkl. Theorie der Methoden i.e.S., Techniken, Medien, ...
- Prozesstheorie: u.a. Aussagen über phasenspezifische Konzepte
- Theorie des Settings: dyadisches Setting, Arbeit mit Paaren, Familien, Gruppen, Netzwerken
- Theorien zu Lebenslagen und zu spezifischen Klientensystemen: Kinder, Jugendliche, Erwachsene, alte Menschen, Menschen mit Behinderung, Drogenproblematik, sexuellen Störungen, Traumafolgestörungen, ...
- Theorien zu spezifischen Institutionen und Praxisfeldern: ambulant, stationär, aufsuchend

4. Praxis und Durchführung bzw. die konkrete Anwendung

- in Dyaden, Gruppen und Netzwerken
- in der Feldarbeit bzw. in „life“ Situationen
- in Organisationen und Institutionen

5. Unterscheidung der Schulen durch

- das Menschenbild der Schulen (vier Cluster),
- die Paradigmen (übergeordneten Leitlinien),
- die Methoden und Verfahren (zugrundeliegende Theorie),
- die Schulen (institutioneller Rahmen einer Methode),
- die Strömungen (Differenzierung bzw. Erweiterung einer Methode),
- die Ansätze (Theorie nicht voll umgesetzt)
- die Techniken (praktische Umsetzung der Therapie) und
- die Medien (Hilfsmittel)

In den folgenden Abschnitten sollen diese Bereiche genauer erörtert werden.

Das Menschenbild in der modernen Verhaltenstherapie

Bei der Verhaltenstherapie hat sich hier ein großer Wandel vollzogen (vgl. Gatterer und Kogler, 2024), den Wegner (2018) sehr kritisch sieht. So meint er: „Es hat der Begriff der Verhaltenstherapie seine Geschichte, wurde doch im 19. Jahrhundert damit eher eine Verhaltensdisziplinierung

bezeichnet, später traten die Begriffe Verhaltensmanipulation, dann Verhaltensmodifikation an diese Stelle und die wurde, wenn es sich um Krankenbehandlung handelte, in räumlicher Absonderung und unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt.“ In den letzten Jahren wurden viele Methoden aus anderen Therapierichtungen unter dem Konzept der „Wirksamkeit“ in die Verhaltenstherapie integriert, ohne jedoch immer einen direkten Bezug zu den Grundlagen und Philosophien der Verhaltenstherapie herzustellen. Insofern war es wichtig, das Menschenbild der Verhaltenstherapie zu erweitern und diese Aspekte logisch zu integrieren. Dadurch ergibt sich ein ganzheitlicher lerntheoretischer Ansatz, auf dem auch diagnostische Überlegungen aufbauen, und von dem therapeutische Aspekte abgeleitet werden können.

Die an klassischen und verstärkerorientierten Lernmodellen (vgl. Bodenmann et al., 2011; Lefrançois, 2006) ausgerichtete Verhaltenstherapie der ersten Welle wurde in der kognitiven Wende (Beck, 2024; Mahony, 1977; Meichenbaum, 1979) durch die Einbeziehung kognitiver Prozesse und später auch kognitiver Grundannahmen und Schemata erweitert. In weiterer Folge wurden auch emotionale und achtsamkeitsbasierte Elemente mit einbezogen (Young, et al., 2007; Greenberg, 2016; Linehan, 2016 a,b). Zuletzt wurden in der Verhaltenstherapie auch (neuro-)biologischer Prozesse (Neurofeedback; Haus, 2015) und deren Zusammenspiel mit dem Verhalten und damit verbundenen Lernprozessen sowie auch der Körper (Langlotz-Weis, 2020) vermehrt in die Therapie einbezogen. Ein guter Überblick über diese Entwicklung findet sich bei Parfy et al. (2016) und Dobson (Hrsg., 2010). Die therapeutische Beziehung wird nunmehr ebenfalls als zentraler Faktor gewertet, die Einbeziehung von Gefühlen sowie die Kenntnis therapeutischer Prozessphasen besonders beachtet. Dies wurde auch schon von Grawe (1998) betont, der die Integration von Grundbedürfnissen und Beziehung als wesentlichen Faktor der Psychotherapie betrachtet. Die aktuell stark in die Verhaltenstherapie integrierte Schematherapie (Valente & Roediger, 2020) fokussiert zusätzlich nicht erfüllte Grundbedürfnisse aus der Kindheit, die zur Ausformung von emotionalen Schemata und dahinter stehenden Modi (Kind-, Innere Eltern- und Bewältigungsmodi plus gesunder Erwachsener) als aktuell erlebte Aktivierungszustände führen. Die Autoren sehen dabei die „Schemalandkarte“ als ähnlich einer Verhaltensanalyse an.

Im Konzept der modernen Verhaltenstherapie werden psychische Probleme nach dem kompetenzorientierten Modell auch als fehlende Kompetenzen interpretiert, die in der Therapie durch Lernprozesse zur psychischen Gesundheit und Lebensqualität neu erworben werden.

Dadurch erhebt sich die Frage, ob diese Veränderungen noch dem Konzept der Verhaltenstherapie entsprechen oder wie bereits Grawe meinte, eine „allgemeine Psychotherapie“ mit stark integrativen Elementen (vgl. auch Egger, 2015; 2020; 2022; 2024) die logische Konsequenz ist?

Das Konzept des Lernens in der modernen Verhaltenstherapie

In der modernen Verhaltenstherapie wird Lernen sehr differenziert gesehen (Grotlüschen & Pätzold, 2020) sehr differenziert gesehen (siehe auch <https://www.studysmarter.de/schule/psychologie/grundlagendisziplinen-der-psychologie/lerntheorien/>).

Im Rahmen der Verhaltenstherapie werden Lernprozesse bei der Erstellung des Genesemodells und der Verhaltensanalyse erfasst und dann in die Therapieplanung miteinbezogen. Das Vorgehen wird im folgenden Abschnitt kurz dargestellt:

- Die Basis der Verhaltenstherapie bilden die klassischen Theorien des Lernens, die weithin bekannt sind und davon ausgehen, dass lernen heißt, sich an die gegebenen

gesellschaftlichen Verhältnisse und Umweltbedingungen anzupassen. Sie beinhalten die Ansätze des Behaviorismus, wie klassisches Konditionieren, operantes Konditionieren, Versuch und Irrtumslernen und Modelllernen (Gatterer, 2023; Wolpe, 1977).

- Die kognitive Lerntheorie erweiterte diese Konzepte und konzentriert sich dabei auf die intern ablaufenden Prozesse der Informationsverarbeitung beim Lernen. Also auf genau den Teil, der in der behavioristischen Lerntheorie bewusst als "Black Box" ausgegrenzt wurde. Gegenstand des Kognitivismus ist der Mensch als eine Person, die Reize aktiv und selbstständig durch die kognitiven Prozesse des Wahrnehmens, Erkennens, Verstehens, Bewusstwerdens, Denkens, Vorstellens, Interpretierens, Reflektierens, Problemlösen, Urteilen und Entscheiden verarbeitet. Diese klassischen Theorien werden oft auch hinsichtlich ihres Menschenbildes in ihrer Entstehung im historischen Kontext kritisch gesehen, da sie den Menschen sehr durch diese Prozesse determiniert beschreiben.
- Die konstruktivistische Lerntheorie geht auf die Arbeiten der Entwicklungspsychologen Jean Piaget (1896-1980) und Hans Aebli (1923-1990) zurück. In dieser Theorie ist Lernen ein aktiver Konstruktionsprozess, in dem die lernende Person eine eigene individuelle Repräsentation der Welt erschafft. Was sie genau lernt, hängt daher stark von ihrem Vorwissen und der konkreten Lernsituation ab. Der Konstruktivismus sieht wie der Kognitivismus den Wissenserwerb als individuellen Aufbauprozess. Der lernende Mensch wird als zielgerichtet handelnde Person aufgefasst, die aktiv nach Informationen sucht. Diese Informationen werden anhand ihres Vorwissens interpretiert, um daraus neue Auffassungen und Konzepte von der Wirklichkeit abzuleiten. Das bedeutet, dass frühere Lernprozesse auch neue mitbeeinflussen (Beer, 2020; Schoenenberger, 2024).
- Insofern kommt auch der subjektwissenschaftlichen Lerntheorie (Holzkamp, 1993), die aus dem Bereich der Erwachsenenbildung kommt und Lernende als absichtsvoll handelnde Personen sieht, Relevanz im Bereich der Verhaltenstherapie zu. Sie geht davon aus, dass jemand eigene gute Gründe für das Lernen oder Nichtlernen hat. Daraus ergibt sich auch oft das Problem der Motivation für Veränderungen.
- Damit verbunden sind auch emotionale Lernprozesse. Diese haben starken Einfluss auf den Vorgang des Lernens, dessen Richtung und seinen Erfolg. Zudem können sie selbst Gegenstand des Lernens sein, etwa wenn jemand lernt, die eigenen Gefühle in bestimmten Situationen zu erkennen und auch besser zu kontrollieren oder stärker zuzulassen. Sie sind auch wesentlicher Bestandteil der modernen Verhaltenstherapie (Lammers, Berking, 2008; Lammers 2018)
- Individuelles, soziales und kollektives Lernen: Hierbei spielen sowohl kognitive, als auch sozialpsychologische und gesellschaftliche Aspekte (Modelllernen, Rollenbilder, Ethik, Moral, Werte, Kultur, Gesetze etc.) eine Rolle. Sie bilden oft starke emotionale Verknüpfungen, die frontotemporal und im limbischen System des Gehirns gespeichert werden. Sie werden deshalb meist oft automatisch (unbewusst) abgerufen und erzeugen emotionale Reaktionen. Sie stellen auch die Grundlage für schematherapeutische Interventionen und Selbsthilfeprogramme dar (Roediger, 2006; 2010; 2014).
- Lernen aus systemtheoretischer Sicht: Systemtheorien spielen in der Erwachsenenpädagogik an verschiedenen Stellen eine Rolle und können auch lerntheoretisch genutzt werden. Systeme und deren Auswirkungen auf den Menschen und die damit verbundenen Lernprozesse in Bezug auf Werte, Normen, Kultur, Ethik etc. spielen auch in der Psychotherapie eine wesentliche Rolle. In der Verhaltenstherapie können sie durch eine Life-line aber auch ein Genogramm und den damit verbundenen Lernprozessen auch optisch sichtbar gemacht werden.
- Körpergedächtnis (Subjekt, Leib, Resilienz und Vulnerabilität): Analog zum Aufbau einer Gedächtnisstruktur zur Orientierung über die Umwelt konstruiert der menschliche Körper

aus interozeptiven und haptischen Sinneswahrnehmungen ein dreidimensionales Modell unseres Körpers, ein Körpergedächtnis (kinästhetisches Gedächtnis). Durch Integration und Speicherung dieser Körperwahrnehmungen wird ein Körpergedächtnis aufgebaut. Früh gelernte Bewegungsabläufe wie Laufen, Sportarten, etc. werden ein Leben lang gespeichert, d. h., auch nach Jahren können Personen weiterhin Eislaufen, obwohl es dazwischen nicht geübt wurde. Auch Tänzer und Eiskunstläufer memorieren viele, komplizierte Schrittfolgen, Sprünge und Drehungen, und auch diese kennen ihre Pirouetten noch, wenn sie selbst gar nicht mehr tanzen können, wobei es vor allem die Musik ist, die das Körpergedächtnis stützt und Erinnerungen wieder ins Bewusstsein holt. Insofern ist es beim Körpergedächtnis schwer, einmal Gelerntes zu korrigieren und Abgespeichertes zu verändern oder sogar zu vergessen, da diese Prozesse ebenfalls stark emotional gespeichert sind und emotional abgerufen werden (Stangl, 2024; Langlotz-Weis, 2020). Daher ist es wichtig, diese Bereiche z.B. bei der Therapie der Depression oder bei Essstörungen mit einzubeziehen.

- Lernen als biografischer Prozess: Das menschliche Langzeitgedächtnis wird in der kognitionspsychologischen Forschung in einen semantischen und einen episodischen Teil unterteilt. Der semantische Teil enthält das erworbene Wissen über die Welt (z. B., dass Wien die Hauptstadt von Österreich ist), der episodische die Erinnerungen an bestimmte Ereignisse an diesem Ort (z. B. das Lokal, wo man seine große Liebe getroffen hat). Das episodische oder autobiographische Gedächtnis ist Teil des expliziten Gedächtnisses, das sowohl die Erinnerungen an die persönliche Autobiographie (der eigene Lebenslauf), als auch die Erinnerung an markante Ereignisse des öffentlichen Lebens umfasst (Politik, Kultur, Wirtschaft, berühmte Personen usw.), die das eigene Leben nicht unmittelbar beeinflusst haben. Das autobiographische Gedächtnis enthält unsere Lebenserinnerungen. Es stellt somit einen zentralen Baustein der eigenen Persönlichkeit dar. Es macht uns einzigartig und unverwechselbar. Es gibt uns Identität. Es dient vielfältigen psychischen und sozialen Funktionen. Es unterliegt zahlreichen Einflüssen und Veränderungen. Dies führt z.B. bei Menschen mit beginnender Demenz zu einer starken Irritation, aber oft auch bei Angehörigen, wenn sich diese Menschen verändern. Das bildet sich etwa in der Lebensrückblicktherapie ab (Rabaioli-Fischer, 2015).
- Harnack (<http://www.phps.at/texte/HarnackE1.pdf>) lässt auch philosophische Aspekte in die Psychotherapie einfließen und vergleicht hierbei die Zugänge der Verhaltenstherapie mit jenen der Psychoanalyse (Richter, 2020; Reichard, 2023). Diese Lernprozesse im Hinblick auf „Vita activa“ und „Vita contemplativa“, also „Außenwelt (auf Aktivität ausgerichtet)“ und „Innenwelt (der Betrachtung gewidmet)“ stellen wesentliche Aspekte des menschlichen Daseins dar. Auch Feest (2017) betont einen Zusammenhang zwischen der Empirie wie Psychologie, Neurowissenschaft und Medizin und der Philosophie des Geistes. Burda (2018; S. 201) meint: „Es gibt ein Gehirn in einer Black Box, das die Illusion eines Ichs herausbildet, wobei dieses Ich wiederum eine Vorstellung davon produziert, dass es eigentlich ein Gehirn ist, das sich Vorstellungen von sich macht“. Somit spielen auch philosophische Faktoren in der Verhaltenstherapie eine wesentliche Rolle, da das Gehirn seine Identität „lernen“ muss. Es lebt daher in seiner eigenen Welt, nur über die Sinnesorgane mit der äußeren Welt verbunden und hat die Sprache als primäre Verständigungsmöglichkeit mit anderen Gehirnen. Hierbei ergibt sich die Frage, ob dies wie bei einem Computer oder der künstlichen Intelligenz nach einem Algorithmus geschieht. Die Vermischung von realer und geistiger Welt findet man nicht nur im geisteswissenschaftlichen oder theologischen Bereich, sondern genauso bei jenen Quantenphysikern (Vaas, 2021), die Schrödingers Wellenfunktion als eine Beschreibung der Wirklichkeit ansehen. Zur Erinnerung: Schrödingers Wellenfunktion ist eine mathematische Formel zur Beschreibung des Zustands von Quanten vor ihrer Messung. Wäre die Wellenfunktion eine Beschreibung der Wirklichkeit, dann wäre Schrödingers Katze, die in

einem Gedankenexperiment zusammen mit einem Mordinstrument in eine Kiste eingesperrt ist, vor dem Öffnen der Kiste gleichzeitig tot und lebendig (<https://science-online.org/generalangriff-der-philosophie-auf-die-naturwissenschaftliche-weltsicht/>).

- Eine Grundvoraussetzung für alle diese Lernmodelle ist das „neurobiologische Lernen.“ Dies geschieht nur dadurch, dass feste Verbindungen zwischen den Neuronen entstehen. Grundvoraussetzungen sind elektrophysiologische und Stoffwechselprozesse im Gehirn sowie die Wirkungsweise der Botenstoffe (Neurotransmitter). Diese sind in ihrer Wirkung sehr unterschiedlich und beeinflussen das Leben und das Speichern von Informationen auf sehr unterschiedliche Weise (Barrett, et al., 2015; 2013; 2009; 2007). Primäre Bedeutung für die Psychotherapie und damit verbundene Prozesse haben hierbei das Serotonin, das Dopamin, Endorphine, Noradrenalin, Acetylcholin, GABA, Oxytocin, Glutamat und Melatonin. Hierdurch werden Informationen weiterverarbeitet und entsprechend den damit verbundenen Hirnstrukturen multifaktoriell (über Kategorien, Handlungsorientierung, positives Feedback, Wechsel der Sozialformen, Prinzip der Wiederholung etc.) gespeichert und neue Erkenntnisse gewonnen (Banich & Compton, 2024). Grundlegende Bedeutung für dieses ereignisspezifische Wissen haben der präfrontale Cortex, Teile des Scheitellappens sowie das limbische System und das Cingulum (Pohl, 2021; Ullmann, 2016), aber auch das Stammhirn über seine Reflexe, sowie motorische und sensorische Areale (Hassin, 2013; Lindquist, et al., 2012; Siegel, et al., 2018).

Der **Hirnstamm** hat zahlreiche lebenswichtige Aufgaben; beispielsweise aktiviert sein retikuläres System das Großhirn so, dass Bewusstsein und Aufmerksamkeit entstehen, und erzeugt Motivation oder Aversion; Reflexzentren steuern viele automatisierte motorische Abläufe, u.a. die Augenmuskulatur (Blickmotorik). Atmungsapparat, Herz, Blutgefäße und Eingeweide stehen unter der Kontrolle des Hirnstamms. Die Medulla oblongata (verlängertes Mark) enthält Reflexzentren für Atmung und Säure-Basen-Haushalt, Blutdruckregulation, Niesen, Husten, Schlucken etc. Der nucleus tractus solitarii erhält viszerale Afferenzen von kardiovaskulären Rezeptoren, dem Respirationssystem, Geschmacksrezeptoren (Speichelsekretion) und dem gastrointestinalen System; der Schluckvorgang wird durch den nucleus ambiguus koordiniert. Die Pons (Brücke) beinhaltet Brückenkerne und Teile der formatio reticularis; sie kommuniziert insbesondere mit dem Kleinhirn und beteiligt sich auch an der Steuerung der Harnblase. Das Mesencephalon (Mittelhirn) steuert die Augenbewegungen und ist an der Extrapiramidalmotorik beteiligt. Die Mittelhirnhaube (tegmentum) enthält den nucleus ruber, Teile des nucleus niger (Basalganglien) und zahlreiche Hirnnervenkerne; das Mittelhirndach (tectum, Vierhügelplatte) steuert optische und akustische Reflexe und unterstützt die Zielmotorik. Das Zwischenhirn (Diencephalon) beeinflusst Muskeltonus und Bewegungsabläufe über noradrenerge, serotoninerge, dopaminerge und cholinerge Projektionen in das Vorderhirn; zu ihm gehören Thalamus, Hypothalamus (vegetativ-endokrines Regulationszentrum), globus pallidus (Motorik), Zirbeldrüse (Biorhythmen), Raphekerne und nucl. coeruleus (Konzentration, Schlafsteuerung u.a.). Insofern ist dieser Bereich für rasche Reaktionen und Reflexe zuständig.

Das **Limbische System** (Limbus) befindet sich im Zentrum des Gehirns. Es besteht u. a. aus Hippocampus, Amygdala und Gyrus Cinguli. Jedes neue neuronale Signal (Reiz) passiert als Erstes den Limbus. Dann erst wird der Reiz in den Cortex weitergeleitet. Der Limbus bewertet die ankommenden Reize nach den Kriterien bekannt vs. unbekannt, wichtig vs. unwichtig und angenehm vs. unangenehm. Der Informationsgehalt wird stets mit bereits vorhandenem Wissen verglichen und andererseits im Hippocampus emotional bewertet. Wird der Reiz als unwichtig empfunden, wird er gar nicht erst weitergeleitet. Er hat damit keine Chance als fester Wissensbestand (Neuronenpopulation) im Cortex zu landen. Zu den Aufgaben des Limbischen Systems gehört etwa, äußerliche Wahrnehmungen emotional zu beurteilen. Es ist

eine phylogenetisch ältere Struktur, die sich grob gesagt zwischen dem Großhirn und dem Mittelhirn befindet (Touroutoglou et al., 2015; Wager et al., 2015). Zu den Strukturen des limbischen Systems werden gezählt:

- Limbischer Teil der Großhirnrinde (präfrontaler, orbitofrontaler, singulärer Cortex): zuständig für bewusste Emotionen und Motive, bewusste kognitive Leistungen, Handlungs- und Impulskontrolle
- Hippocampus-Formation: Organisator des deklarativen Gedächtnisses (episodisches Gedächtnis, semantisches Gedächtnis, Vertrautheitsgedächtnis)
- Amygdala: Emotionale Konditionierung, insbesondere negative Gefühle (Furcht, Stress)
- Mesolimbisches System: Belohnungssystem für in Aussicht gestellte und realisierte Belohnungen
- Neuromodulatorische Systeme, welche die Neurotransmitter Noradrenalin, Dopamin, Serotonin und Acetylcholin über das Gehirn verteilen.

Insofern ist dieser Abschnitt des Gehirns sehr stark für emotionale Verarbeitungsprozesse zuständig und funktioniert gemeinsam mit allen anderen Regionen nach dem Muster Unlustvermeidung (fight/flight/freeze) und mittels kognitiver und emotionaler Lernprozesse Lustgewinn und alle anderen Emotionen. Es besteht aber eine enge Vernetzung mit allen anderen Bereichen, sodass Emotionen im Gehirn viele Repräsentanzen haben (Gazzaniga et al., 2000).

Der **Frontallappen** ist Sitz der motorischen Planung und Steuerung, von Teilen des Arbeitsgedächtnisses, und der Kontrolle der Persönlichkeit. Information aus anderen Kortexarealen wird dabei berücksichtigt: Sehen, Hören, Fühlen, Erinnerung an frühere Erfahrungen. Das Frontalhirn kooperiert eng mit dem limbischen System. Während das limbische System Emotionen generiert und aktiviert, ermöglicht das Frontalhirn deren Beherrschung (Impulskontrolle). Das Präfrontalhirn - der vordere Teil des Frontallappens - berücksichtigt aktuelle Sinnesinformation in Hinblick auf angebrachte Verhaltensmuster (Analyse- und Überwachungssystem). Es organisiert das Verhalten im Sinne einer rationalen Kontrollinstanz (Beherrschung emotionaler Impulse aus dem limbischen System). Seine Afferenzen stammen nicht nur aus dem (mediodorsalen) Thalamus (glutamaterg), sondern auch aus Hirnstamm (dopaminerg, noradrenerg, serotoninerg) und Zwischenhirn (cholinerg, GABAerg). Der orbitale Präfrontalkortex kann Glücks- und Angstgefühle generieren - mit seinen Verbindungen u.a. zu Amygdala und Insel steuert er die "emotionale Persönlichkeit" (Hinghofer-Szalkay, H.; <http://physiologie.cc/Pruef.htm>). Viele Autoren verorten hier die höheren geistigen Funktionen des Menschen. Er basiert als Träger unserer Kultur, von Werten, Normen, Ethik, Moral und damit unserer Persönlichkeit. Er steht in Zusammenhang mit Aufmerksamkeit, Nachdenken, Entscheidung und Planung. Seine Entwicklung braucht bis zu 25 Jahre, bis er völlig ausgereift ist (soziales Lernen).

Der **Cortex (Großhirnrinde)**, die Großhirnrinde ist zuständig für die Speicherung von Informationen, bildet also die biologische Basis unseres Gedächtnisses, Verstand und Denken, zielorientiertem Handeln und der Entstehung von Gefühlen. Alle diese Fähigkeiten sind Produkte der Vorgänge in unserer Großhirnrinde (kognitives Lernen) in Kooperation mit allen anderen Bereichen.

Dies gilt auch Beziehungen, sich verlieben und Sexualität. Diese sind sowohl über das Verhalten, die Emotionen, den Körper, soziale und kognitive Prozesse und den Kontext, aber auch biochemische Prozesse gespeichert. Biologisch ist auch das Eingehen einer Beziehung mit biochemischen Prozessen verbunden, die aber stark durch psychosoziale Faktoren beeinflusst werden. So ist das Verlieben stark mit den Neurotransmittern Dopamin, Serotonin und Noradrenalin sowie Phenylethylamin verbunden. Bei einer längeren Bindung kommt es zusätzlich zur Ausschüttung von Oxytocin und Neuropeptiden (Bode & Kavanagh,

2023). Bekannt ist, dass bestimmte Hirnareale, die bei romantischer Liebe eine Rolle spielen, sich mit dem sogenannten Annäherungssystem oder auch Verhaltensaktivierungssystem, kurz BAS (Behavioral Activation System), überschneiden. Dieses BAS bewirkt, dass wir positive Reize verstärkt wahrnehmen, neugieriger sind und selbstbewusster handeln.

Insofern kann der Prozess des ganzheitlichen Lernens (Gatterer, 2023a) folgendermaßen dargestellt werden:

- Wahrnehmung: Um Informationen zu verarbeiten und zu speichern, müssen diese wahrgenommen werden. Daher ist das Funktionieren der Sinnesorgane ein wesentlicher Faktor der Informationsverarbeitung. Hier sind biochemische und elektrophysiologische Prozesse auf biologischer Ebene sowie ein Funktionieren unserer Sinnesorgane wesentlich. Etwa 70-80% der Wahrnehmung erfolgen beim Menschen über das Sehen, jedoch beeinflussen auch Erfahrungen, andere Sinnesorgane und motivationale Faktoren unsere Wahrnehmung.

- Aufmerksamkeit: Aufmerksamkeitsprozesse und damit verbundene motivationale Faktoren beeinflussen ebenfalls den Prozess der Speicherung und des Abrufens von Informationen.

- Sensorische Informationsverarbeitung: Aufgenommene Informationen werden sinnesspezifisch und vernetzt weiterverarbeitet. z.B. wird eine Rose nicht nur optisch wahrgenommen, sondern auch über den Geruch und taktil. Besonders der Geruchssinn hat eine starke emotionale Komponente. Der sensorische Speicher nimmt Informationen über die Sinnesorgane auf und hält diese nur für maximal eine Sekunde fest (Ultrakurzzeitgedächtnis). Es handelt sich nur um ein kurzes Wahrnehmen von Sinneseindrücken, die sofort wieder vergessen werden, wenn die Aufmerksamkeit nicht länger anhält (vgl. Wirsing, 2000). Der sensorische Speicher wird durch Aufmerksamkeit und Konzentration bestimmt, welche z.B. im Alter anfälliger für Störungen sind.

- Kurzzeitgedächtnis: Anschließend werden die Informationen im Kurzzeitgedächtnis gespeichert. In der Historie der Gedächtnisforschung waren die Begriffe Kurzzeitgedächtnis und Arbeitsspeicher anfangs als ident gesehen. Neuropsychologen haben diese beiden Begriffe differenziert. Auch im Arbeitsspeicher wird Information nur kurzfristig gespeichert und Wichtiges von Unwichtigem getrennt. In diesem Speicher werden alle Informationen vorübergehend gespeichert, bevor sie ins Langzeitgedächtnis dauerhaft übertragen werden. Es handelt sich um eine Art Vorschaltstelle, die Informationen für einige Sekunden bis Minuten automatisch speichert, um festzustellen, ob sie für die aktuelle Situation notwendig sind. Die Aufnahmekapazität des Kurzzeitgedächtnisses ist sehr gering und zudem auch sehr störungsanfällig.

- Mittelfristiges Gedächtnis: In diesem Gedächtnisbereich werden die Informationen zum längerfristigen Speichern vorbereitet. Dies geschieht über Ähnlichkeiten, Emotionales, spezifische Kategorien und vieles mehr. Man spricht daher auch von einem Arbeitsgedächtnis bzw. Arbeitsspeicher. Hier wird Information strukturiert und verknüpft und für die weitere und längere Speicherung vorbereitet. Bei Menschen mit beginnender Demenzerkrankung kommt es früh zu einer Störung des Arbeitsgedächtnisses.

- Langzeitgedächtnis: Im Langzeitgedächtnis kommt es zur langfristigen Speicherung durch die Ausbildung von neuen Synapsenverbindungen. Der Langzeitspeicher kann unterteilt werden in ein semantisches und episodisches Langzeitgedächtnis. Oswald (2006) unterscheidet noch zwei weitere dem Langzeitspeicher zugeordnete Gedächtnisse und zwar das prozedurale und das priming-Gedächtnis.

Das semantische Langzeitgedächtnis ist Speicherort für das Allgemeinwissen einer Person, das sie über die Lebensjahre hinweg angesammelt hat. Martin und Kliegel (2014) sprechen auch von

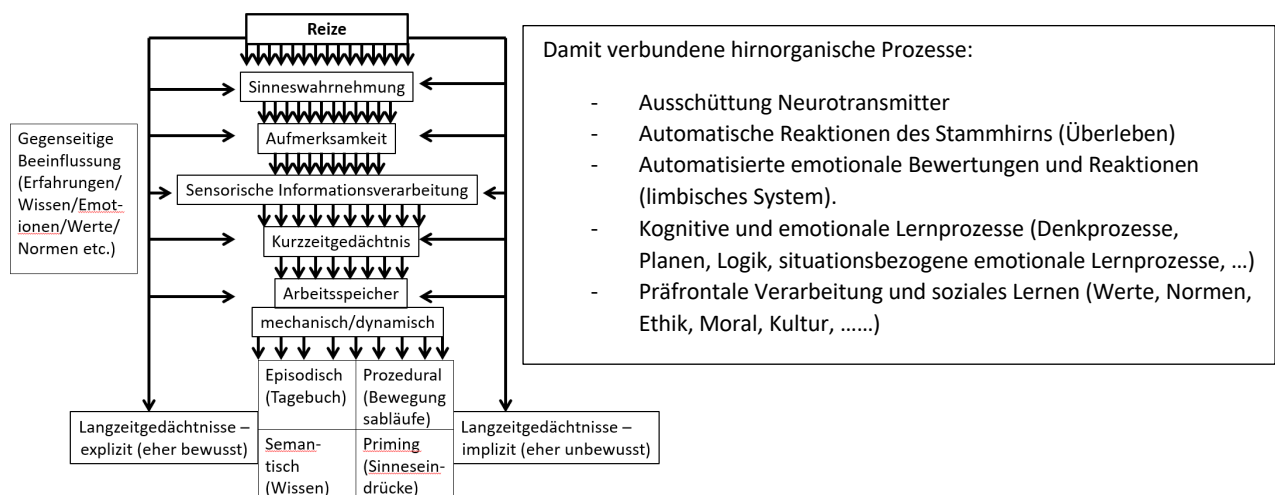
Faktenwissen, von der Fähigkeit sich an objektives Wissen zu erinnern. Empirische Untersuchungen mit älteren Menschen haben gezeigt, dass die Leistungen des semantischen Langzeitgedächtnisses im Alter normalerweise nicht eingeschränkt sind. Ein Grund dafür, warum sich Demenzpatienten noch gut an weit zurückliegende Ereignisse aus der Kindheit erinnern können.

Das prozedurale Gedächtnis ist für motorische und kognitive Abläufe zuständig. Fertigkeiten wie Zählen, Buchstabieren oder Lesen werden hier gespeichert und abgerufen. Diese Fähigkeiten haben automatischen Charakter. In diesem Zusammenhang spricht man auch von impliziten Gedächtnisprozessen im Gegensatz zu expliziten Prozessen, wie sie im episodischen Gedächtnis nötig sind. Explizite Gedächtnisleistungen können grundsätzlich leicht ins Bewusstsein zurückgerufen werden, während implizite Prozesse mit einem nicht bewusst zu machenden Gedächtnis vergleichbar sind.

Im priming-Gedächtnis sind unbewusste Sinneseindrücke gespeichert. Die Informationen fungieren als eine Art „Starthilfe“ für Erinnerungen. Sie helfen uns, sich im Alltag zu orientieren. Diese sind oft auch an emotionale Muster gebunden (limbisches System).

Das episodische Gedächtnis ist zuständig für den Abruf neuerer Informationen. Es ist Speicherort für kürzlich geschehene Ereignisse, Erfahrungen oder Erlebnisse der eigenen Lebensgeschichte. Alle diese Prozesse sind mit der Beteiligung unterschiedlicher Hirnareale und biochemischen und neurophysiologischen Reaktionen im Gehirn verbunden.

Zusammenfassend kann dieser Prozess vereinfacht folgendermaßen dargestellt werden.



Alle diese Faktoren fließen in das neue Menschenbild der Verhaltenstherapie ein und beeinflussen den diagnostischen und therapeutischen Prozess (Gatterer, 2023a; Gatterer & Kogler, 2024). Dies wird im folgenden Abschnitt genauer beschrieben.

Wissenschaftliche Konzepte der Therapie

Die Erfassung der dahinter stehenden neurobiologischen/-psychologischen und sozialen (Lern)Prozesse und den Einflussfaktoren der Umwelt (Kontext) ist ein wesentlicher Faktor für die Diagnostik und Therapieplanung aus der Sicht der modernen Verhaltenstherapie. Insofern besteht die Therapie nicht wie früher oft kritisiert in der Anwendung von Methoden und Techniken bei bestimmten „Störungsbildern“ nach einem „Kochbuchrezept“, sondern wie bereits angeführt durch die Reflexion der stattgefundenen Lernprozesse in den einzelnen Bereichen. Prinzipiell geht es nach

einem kompetenzorientierten Zugang darum, Defizite aufzudecken und daraus die notwendigen Lernprozesse zu Kompetenzerwerb abzuleiten.

Auf biologischen/physiologischen/neuronalen Prozessen aufbauende therapeutische Maßnahmen

Das Stammhirn ist mit seinen Reflexen für viele Lernprozesse und psychische Symptomatiken verantwortlich. Im Zusammenspiel mit dem limbischen System (emotionale Verarbeitung) und kortikalen (Denken/Planen/kognitives Lernen) und präfrontalen Strukturen und Prozessen (Bewertungen; soziale Lernprozesse) erfolgt dann die Verhaltensaushärtung. Dabei spielen auch verschiedene Neurotransmitter, physiologische Prozesse aber auch der Körper als Ganzes eine wesentliche Rolle. Diese werden in der Verhaltensanalyse erfasst und können durch gezielte Aktivitäten sowie kognitive, emotionale und soziale Prozesse aber auch die Veränderung der Umwelt (z.B. Licht) im therapeutischen Prozess beeinflusst werden. Genauere Informationen zum Zusammenspiel von Gehirn und Verhalten finden sich in Pritzel et al. (2009), Hartmann-Kottek (2021, S97ff) sowie zur „Theory of Mind“ in Förstl (2012).

Daraus abgeleitete und auf neurobiologischen Prozessen aufbauende therapeutische Maßnahmen sind etwa

- Das Nutzen von Reflexen im Rahmen von Entspannungstechniken (z.B. Progressive Muskelentspannung), Genusstrainings, Sensibilisierungs- und Desensibilisierungstechniken, physiologische Habituation bei Konfrontationstechniken, Achtsamkeitsübungen und Bewegung sowie durch Faktoren der Umwelt (Wärme, Natur, ...)
- Neuro- und Biofeedback zum Training physiologischer Prozesse (z.B. ADHS)
- Neuropsychologische Trainingsprogramme (z.B. bei Demenzerkrankungen)
- Die Beeinflussung von biologischen Programmen durch das Erlernen und Automatisieren von Skills (z.B. entspannendes Laufen vs. aktivierendes Laufen; Skills-Training bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen zur Veränderung selbstschädigenden Verhaltens (Schmahl & Bohus, 2006); Gewichtsdecke etc.)
- Das Erlernen, Speichern und „Automatisieren“ von (spezifischen) Verhaltensweisen zur Bewältigung von Problemen (Körpergedächtnis)
- Klassisches und operantes Konditionieren zum Koppeln von Reizen und Verstärken von Verhaltensweisen
- Das Modulieren von Umweltgegebenheiten (z.B. Licht, Wärme, Kleidung), die direkten Einfluss auf biologische Prozesse (Neurotransmitter; Kontrastphänomene; elektrophysiologische Parameter) haben.
- sowie die Beeinflussung bzw. das Nutzen sonstiger biologischer Prozesse z.B. durch Bewegung, Ernährung, Training
- oder auch die direkte Beeinflussung biologischer Prozesse im Rahmen der Verhaltensmedizin.

Auf psychologischen Lernprozessen aufbauende therapeutische Maßnahmen

Diese beinhalten die klassischen Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie, sowie Elemente der achtsamkeitsbasierten, schematherapeutischen, dialektisch-behavioralen und integrativen Ansätze (vgl. Dobson, 2010).

Als spezifische Modelle sind hier zu nennen:

- Das kognitive Modell mit seinen Techniken des kognitiven Umstrukturierens (Beck, 2023; 2024)
- der Erfassung und Veränderung von kognitiven Grundannahmen und
- die Rational-Emotive-Verhaltenstherapie (Ellis; In Dobson, 2010)
- Problemlösetraining und Selbstmanagement (Kanfer et al., 2012)
- Metakognitionen (Metakognitive Therapie; https://clinical-neuropsychology.de/metakognitives_training/)
- die Ausweitung auf (emotionsorientierte) Schema-Therapie (Young, 2010; Valente & Roediger, 2020)
- Achtsamkeitsbasierte Techniken wie Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT; Wegenroth, 2017; Benoy, 2020)
- Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT; Meibert, 2014)
- Skills-Training (Bohus, 2025)
- die Erweiterung durch die Arbeit mit EGO-States (Fritsche, 2018; Gatterer, 2022b)
- Emotionsfokussierter Therapie (Greenberg, 2003; 2011)
- sowie die Integration (störungs-)spezifischer Modelle wie EMDR (Münker-Kramer, 2024; Hofmann & Lehnung, Hrsg.; 2023)
- Dialektisch-Behaviourale Psychotherapie (Linehan, 2016a,b))
- Cognitive Processing Therapy (APA, 2008)
- Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT; Schmucker & Köster, 2023)
- Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie (Sulz, 2022)
- „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“ (CBASP; McCullough, 2000; Guhn, 2023)
- Theory of Mind (Förstl, 2020) sowie weitere Erkenntnisse und Methoden der (Neuro-)Psychologie und angrenzender wissenschaftlicher Bereiche.

An sozialen Prozessen orientierte therapeutische Maßnahmen

- Reflexion von sozialen, kulturellen, religiösen, gruppenspezifischen und anderen Werten, Normen, Rollenbildern Philosophien etc. im therapeutischen Prozess (Gatterer, 2022a)
- Systemische Ansätze in der Verhaltenstherapie (Hand, 2008; Lieb, 2009)
- Rollenspiele (Dumpert und Schaller, 2017)
- Training von Kommunikation und Interaktion (Schulz von Thun, 1983)
- Therapie von sozialen Fertigkeiten (Güroff, 2016; 2018)
- Kulturell adaptierte Verhaltenstherapie für Menschen mit Fluchterfahrung bzw. Migration (Stangier et al., 2020).
- Therapie von Kindern bzw. Familientherapie
- Verhaltenstherapie mit Paaren und mit Gruppen (Fiedler, 1999; Tschuschke, 2009; Bodemann, 2003; Marwitz, 2016, Ewald et al.,2021)
- Arbeit mit „inneren Prozessen“ und den damit verbundenen sozialen Lernprozessen
- Familienaufstellung in der Verhaltenstherapie (Langlotz-Weis, 2003)
- Cognitive Processing Therapy. Veteran/Military Version (Resick, 2008)
- Etc.

Auf kontextuellen (Umwelt)Faktoren aufbauende therapeutische Maßnahmen

- Achtsamkeitsspaziergänge in der Natur
- Nützen von Umweltfaktoren und deren Wirkung z.B. Sauna, Bad, Dusche,

- Gestaltung und Veränderung der Umwelt
- Veränderung des eigenen Erscheinungsbildes (Kleidung, äußeres Erscheinungsbild ...)
- Lichttherapie
- Gartentherapie
- Tiertherapie
- Arbeit mit kreativen Materialien
- Einsatz von Techniken in unterschiedlichen Umgebungen
- Virtuelle Realitäten
- Arbeit mit Avataren
- Einsatz von künstlicher Intelligenz im therapeutischen Prozess (Tsamitros et al., 2023)

Das neue Menschenbild der Verhaltenstherapie im diagnostischen Prozess

Das menschliche Verhalten und Erleben wird in der modernen Verhaltenstherapie als Zusammenspiel und Resultat von biologischen, psychologischen, kognitiven, emotionalen, sozialen und kontextuellen Faktoren angesehen. Grundlage hierfür sind genetische Faktoren (biologische/physiologische Grundlagen), aber auch darauf aufbauende Lernprozesse auf allen Ebenen seit der Kindheit oder möglicherweise auch schon davor. Diese beeinflussen die Entwicklung eines Menschen bereits bei seiner Geburt, führen weiter zur Ausformung physiologischer, motorischer, kognitiver, emotionaler, sozialer und sonstiger Fähigkeiten und Kompetenzen, deren Automatisierung und Speicherung im Gedächtnis auf unterschiedlichen Ebenen und der dadurch definierten Grundpersönlichkeit. Darauf bauen weitere Entwicklungs-, Anpassungs- und Adaptationsprozesse auf, durch die eine Auseinandersetzung mit Veränderungen in der Umwelt und die Verarbeitung von Lebenskrisen ermöglicht und beeinflusst wird. Auch diese werden bewusst und unbewusst in verschiedenen Bereichen des Gehirns gespeichert. Kontextuelle Faktoren, wie etwa die Lebensbedingungen, das materielle Umfeld und sonstige Rahmenbedingungen des Lebens werden ebenfalls in diesen Prozess integriert und seine Auswirkungen auf das „Leben“ des Betroffenen reflektiert. Alle diese Lernprozesse werden, zusätzlich zu den bereits vorhandenen, neurobiologisch multifaktoriell gespeichert (kognitiv, emotional, biografisch, semantisch, körperlich, ...) und automatisch bei neuen Verhaltensweisen (oft unbewusst) eingesetzt bzw. durch kortikale und frontotemporale Denkprozesse beeinflusst und kontrolliert. Dadurch ergibt sich das Menschenbild der modernen Verhaltenstherapie, in dem der Mensch ein reflektiertes Lebewesen ist, welches sich mit seiner Umwelt durch den Einsatz seiner, durch verschiedenste Lernprozesse erworbenen Kompetenzen auseinandersetzt bzw. in der Therapie neue Kompetenzen erwirbt.

In der Therapie wird gemeinsam mit den (psychisch) erkrankten Menschen versucht, die dahinter stehenden Lernprozesse, egal in welchem Lebensabschnitt und auf welche Art sie passiert sind, hypothesengeleitet zu erfassen und die damit verbundenen Konsequenzen für das aktuelle Leben und die möglichen Therapiemaßnahmen aufzudecken. Wichtig ist hierbei, dass das Modell für die erkrankten Menschen verständlich ist, da sich dadurch erst eine Therapiemotivation und Kooperation durch Einsicht in das Problemverhalten ergibt. Dieser Prozess wird im Rahmen der Verhaltenstherapie strukturiert (Gatterer, 2024) und geplant durchgeführt.

Der konkrete diagnostische Prozess

Aus diesem Menschenbild ergeben sich diagnostische Überlegungen hinsichtlich eines psychotherapeutischen „Normalitäts-“ und „Störungsbegriffs“. In der Verhaltenstherapie gilt, dass sich „Störungen“ so wie „normale“ Verhaltensweisen durch das Zusammenspiel der 4 Faktoren, über biologische, psychologische (inklusive kognitiver, emotionaler, philosophischer, religiöser, ethisch-moralischer, genderspezifischer und kultureller Faktoren und deren Verarbeitung und Bewertung durch den betroffenen Menschen), soziale und kontextuelle Lernprozesse erklären lassen, die jedoch beim betroffenen Menschen zu Problemen bei der Lebensbewältigung und zu einem Leidensdruck führen. Erweitert wird der diagnostische Prozess durch einen ausführlichen psychopathologischen Status, sowie anhand von Normalitätskriterien, an denen sich eine Diagnose nach ICD-10 (in Zukunft ICD-11) orientiert (Gatterer, 2023b; Gatterer, 2024).

- Normalitätskonzepte als Grundlage der Diagnostik

Entsprechend Gatterer (2023a) wird Normalität anhand folgender Konzepte diskutiert.

Idealnorm: Diese Norm sieht den Menschen prinzipiell als „normal“ an. Insofern soll niemand aufgrund seines „Anders seins“ als pathologisch und krank bewertet werden. Der humanistische und systemische Ansatz sowie die WHO-Menschenrechtskonvention und das ICD-11 orientieren sich stark daran.

Biologische Norm: Davon abzugrenzen ist die biologische Norm, welche in der Medizin und Pflege stark vertreten ist, welche Normalität über biologische Prozesse, die Funktionsfähigkeit und medizinisch erhobene und durch „Normalitätskriterien“ definierte Parameter und Faktoren beschreibt.

Statistische Norm: Diese Norm definiert sich über den Mittelwert, also die Häufigkeit, in der ein Verhalten auftritt. Ist es zu selten oder zu häufig bzw. ist eine Funktion zu gering oder übermäßig entwickelt, weicht sie von der Norm ab. An dieser Norm orientieren sich z.B. psychologische Tests.

Gesellschaftliche Normen: Diese lassen sich in folgende Untergruppen aufteilen:

- **Gesetze:** Diese sind für alle Menschen in einem Staat bindend und definieren dadurch auch Normalität, durch die Fähigkeit zur sozialen Anpassung bzw. erweitern sie auch den Freiraum von Menschen durch neue Gesetze (z.B. Genderdysphorie ist keine psychische Krankheit mehr; das Sterbeverfügungsgesetz definiert, die Freiheit auch selbstbestimmt sterben zu dürfen)
- **Soziale Normen durch Übereinkünfte der in diesem Staat lebenden Personen:** Diese haben keine Gesetzesfunktion, werden aber oft als sehr wichtig angesehen. z.B. Kultur, Ethik, Religion etc.
- **Soziale Normen durch die Übereinkunft von kleineren Gruppen:** Diese können über Gruppennormen und Konsens die für diese Gruppe definierten Normen darstellen und teilweise sogar Gesetze aufheben (Entscheidungsfreiheit; z.B. bei statistisch seltenen bzw. ausgefallenen Sexualpraktiken).

Individuelle Norm: Diese definieren Menschen für sich und stehen aktuell aufgrund des Freiheitsgedankens (Idealnorm) in der Gesellschaft ganz oben, solange sie nicht durch Gesetze oder durch die durch die Freiheit verbundenen Selbstschädigungen (die durch Gesetze definiert sind) verboten wurden. Hier wäre etwa der Konsum von Alkohol zu nennen, der erst dann zur

„psychischen Störung“ wird, wenn er ein bestimmtes Maß überschreitet, welches Schädigungen und Behandlungsbedarf zur Folge hat.

Das ICD-11 hat diese Veränderungen der Normalitätsbegriffe aufgegriffen und dadurch manche Störungen z.B. funktionale Sexualstörungen und Schlafstörungen aus den psychischen Störungen herausgenommen. Ebenso sind dadurch z.B. psychische Störungen, die organisch bedingt sind in eine solche Gruppe verschoben worden z.B. Sexsucht als Impulskontrollstörung. Die verhaltenstherapeutische Diagnostik ist aufgrund des Menschenbildes gut mit diesen Veränderungen kompatibel.

- **Verhaltenstherapeutische Diagnostik**

Im Rahmen der Verhaltenstherapie wird der diagnostische Prozess auf mehreren Ebenen durchgeführt, und zwar auf der Basis eines Genesemodells, welches die Lernprozesse die zur Problematik führten, identifiziert und aufgrund des Verhaltens in der aktuellen Problemsituation (S-O-R-K-C), wo die aktuelle Problematik infolge fehlender Kompetenzen aber auch übergeordneter Strukturen (Werte, Normen, Rollen, Schemata, ...) genauer analysiert wird. Dieses neuro-, psycho- und soziobiografische, lerntheoretisch orientierte Menschenbild, welches auch den Kontext und die Umweltgegebenheiten inkludiert, stellt die Grundlage der verhaltenstherapeutischen Diagnostik und Therapieplanung dar. Dabei werden diese Prozesse nicht getrennt, sondern miteinander verbunden gesehen (siehe Pfeile in Abbildung 1).

Dies erfolgt hypothesengeleitet gemeinsam mit den hilfesuchenden Menschen, die gleichwertige Partner in diesem Prozess sind. Darauf baut später auch der therapeutische Prozess mit der Vermittlung neuer Kompetenzen mittels spezifischer Techniken auf.

Ergänzt wird dies durch klinische Skalen und psychologische Diagnostik, die auch zur Evaluation des therapeutischen Prozesses verwendet werden.

Dies ist in Abbildung 1 (Fahlböck et al., 2024) dargestellt.

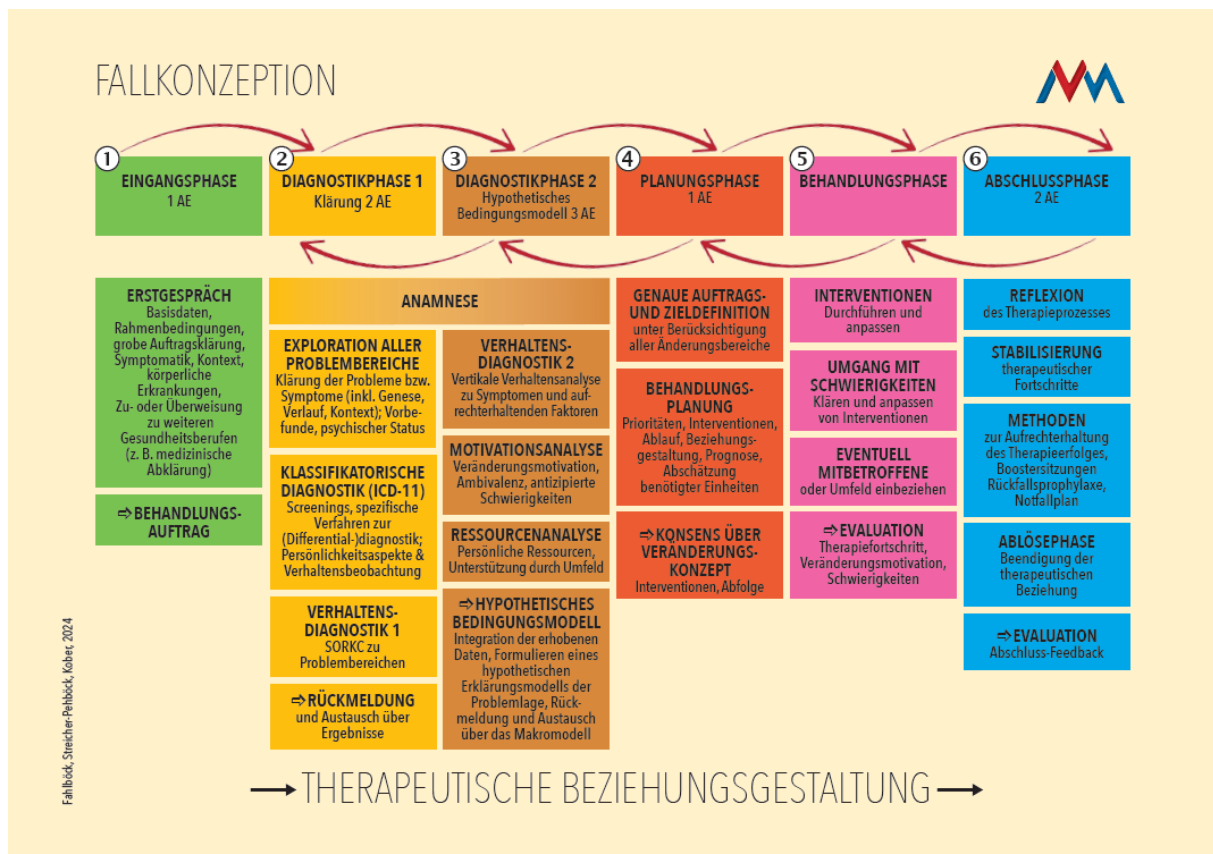


Abbildung 1: Ablauf der verhaltenstherapeutischen Diagnostik und Therapieplanung (Fahlböck et al., 2024)

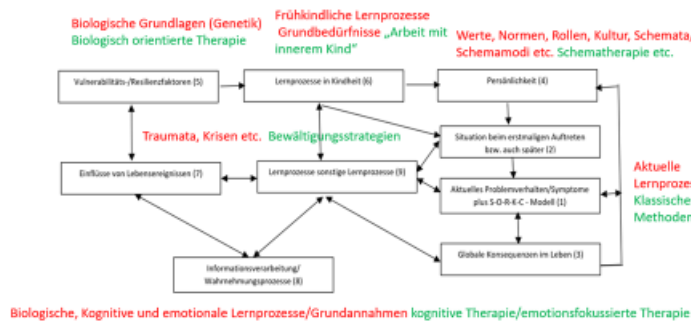
In Abbildung 2 sind diese Prozesse noch konkretisiert.

Wesentliche Schritte hierbei sind

1. die genaue Beschreibung des Problemverhaltens auf allen 4 Ebenen
2. die Genese des Verhaltens und die damit verbundenen Lernprozess
3. die konkrete Beschreibung der Problemverhaltensweisen in einem oder mehreren S-O-R-K-C-Modellen.

Abbildung 2: Spezifischer Ablauf der Verhaltenstherapeutischen Diagnostik

2. Schritt: Genese des Verhaltens
Und dahinter stehende Lernprozesse
und therapeutische Konsequenzen
(Schritte siehe Nummern)

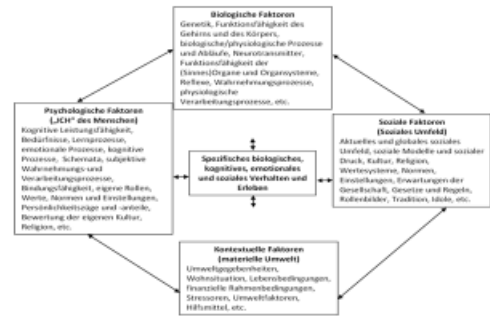


Biologische, Kognitive und emotionale Lernprozesse/Grundannahmen kognitive Therapie/emotionsfokussierte Therapie

3. Schritt: Beschreibung
des Verhaltens beim
erstmaligen Auftreten
bzw. auch dazwischen

S: Voraus- gehende Situation	O: Übergeordnete Organismusvariablen in allen Bereichen	R: Problem- verhalten	K: Kontingenz (Zusammenhang zwischen R und C)	C: nach- folgende Situation C+; C-; C-; Kurzfristig k Langfristig l
Situation/Verhalten/ Motorik (v/m)				
Kognitionen (k)				
Emotionen (e)				
Physiologie (p)				

1. Schritt: Aktuelles Problemverhalten als Resultat
von biologischen, psychologischen, sozialen und
kontextuellen Faktoren



Übergeordnete Muster (O-Variable) und die damit verbundenen Lernprozesse können zusätzlich durch ein strukturiertes Reflektieren in mehreren Situationen erfasst werden. Dies beinhaltet Regel und Normen in dieser Situation, aber auch übergeordnete Faktoren wie bedingte Annahmen, Grundannahmen, Schemata, Grundbedürfnisse und Lebensphilosophien (Abbildung 3. vgl. Gatterer, 2022a). Hier kommen auch zusätzliche diagnostische Methoden, wie klinisch psychologische Fragebögen, spezifische Verhaltenstherapeutische Fragebögen z.B. Schemafragebogen (<https://schematherapie-frankfurt.de/>) oder auch eine Plananalyse oder ein FAMOS-Fragebogen (Grosse Holtforth & Grawe, 2000) zur Anwendung.

Abbildung 3: Faktoren zur Erfassung übergeordneter Strukturen

Übergeordnete Strukturen/ Lebensphilosophien/gesellschaftliche Aspekte/Kultur/				
Grundbedürfnisse				
„Innere Akteure“				
Schemata				
Grundannahmen				
Bedingte Annahmen/Pläne				
Rollen in der Situation				
Kausalitäten, Regeln und Normen in Situation				
Emotionen/Gefühle				
Kognitionen/automatische Gedanken				
Situation und tatsächliches „Problemverhalten“				

Das Konzept der Diagnostik mit den verbundenen Lernfaktoren und Prozessen

Da das aktuelle menschliche Verhalten in diesem Modell durch das Zusammenspiel der 4 Basisfaktoren (biologische Prozesse, psychologische Prozesse, soziale Faktoren und Kontext) sowie Vulnerabilitäts- bzw. Resilienzfaktoren und multifaktorielle Lernprozesse erklärt wird, werden diese im diagnostischen Prozess entsprechend der Lebensgeschichte und den damit verbundenen Lernprozessen gemeinsam mit den betroffenen Menschen erarbeitet. Damit verbundenen Wirkfaktoren wären „Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problemklärung und Problembewältigung“ (Grawe, 2005; Egger 2024).

Beim „normalen“ Verhalten basiert dies aufgrund prädisponierender Faktoren (Genetik, Herkunftsfamilie, Vulnerabilität/Resilienz, ...), Lernprozessen in der Kindheit, der Entwicklung einer Persönlichkeit, sowie damit verbundenen Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitungsprozessen sowie dem Einfluss von Lebensereignissen (vgl. Gatterer, Kogler, 2024; Egger, 2024). Weiters fließen auch Lernprozesse durch die Konsequenzen des Verhaltens ein. Die Beziehungsgestaltung ist ein wesentlicher durchgehender Prozess. Diese ist durch eine empathische, einfühlsame, kongruente und echte jedoch strukturiert fragende und hypothesengeleitete Therapeutenhaltung gekennzeichnet. Dadurch soll die Informationssammlung infolge einer guten Therapeuten-Patientenbeziehung erleichtert werden.

Dieser Prozess soll nun sowohl theoretisch als auch anhand eines praktischen Beispiels konkret dargestellt werden.

1. **Aktuelles Problemverhalten:** Prinzipiell startet die Verhaltenstherapie mit der Erfassung der Primärsymptome die von den Patienten geschildert werden. Daraus ergibt sich auch bereits ein erster psychopathologischer Status, der später ergänzt wird. Alle Symptome werden auf den 4 Ebenen „biologisches Verhalten und Prozesse, psychologische Faktoren (Kognitionen, emotionale Prozesse etc.), soziale Faktoren und Kontext operationalisiert um das gesamte Verhalten zu verstehen und auch den Patienten transparent zu machen (s. Abbildung 2, Schritt1). Folgendes Beispiel soll dies praktisch illustrieren.

Herr M. 23 Jahre alt, Student, aktuell Lernstress und bevorstehende Prüfung, kommt mit folgender Problematik in die Therapie. „Ich lag allein im Bett, es war knapp nach Mitternacht als ich aufwachte. Mein Herz pochte. Ich bekam Angst. Glaubte, ich würde sterben. Ich stand schnell auf und rief meine Mutter an. Sie beruhigte mich. Es wurde besser. Aber nun habe ich Angst, es könnte wieder kommen und deshalb getraue ich mich nicht mehr einzuschlafen, da ich sterben könnte. Ich denke auch daran, wieder zur Mutter zu ziehen. Weiters kann ich infolge der Symptome auch nicht für Prüfungen lernen. „

Weitere Informationen: Er war schon immer eher ängstlich. Seine Mutter ist seine primäre Bezugsperson. Seine Eltern sind geschieden seit er 3 Jahre alt ist. Zum Vater hat er kaum Kontakt. Die Mutter vermittelte ebenfalls ein sicherheitsorientiertes Lebensmodell. Mutter und Sohn sind sehr leistungsorientiert. Er hat Angst vor Versagen. Gut ist bereits eine schlechte Note. Er war immer Vorzugsschüler. Seine Mutter ist Ärztin. Er selbst studiert ebenfalls Medizin. Sowohl seine Mutter als auch er haben einen Lebensstil, der biologisch auf Gesundheit ausgerichtet ist. Er habe selbst ebenfalls ein starkes Gesundheitsbewusstsein.

Diagnostisch würde dieses Krankheitsbild einer Panikstörung (ICD-10: F41.0; ICD-11: 6B01) entsprechen. Im ICD-11 könnten weitere Symptome wie MG23 Angst zu Sterben; MB24.E Grübeln; MB24.H Sorge dazu kodiert werden.

Dabei beteiligte Bereiche (gekürzt; siehe Abbildung 2. Schritt 1) zur Beschreibung des Problems auf allen 4 Ebenen:

- Verhalten (aktuelles Problem/Symptome): Wacht plötzlich auf; Angst; Unruhe; Schlafstörung aus Angst zu Sterben. Ruft Mutter an, um Hilfe zu erhalten.
- Biologische Faktoren: Plötzliches Erwachen; Stress; Herzklopfen; Alarmreaktion des Gehirns (Stammhirn); rasche Atmung
- Psychologische Faktoren: Gesundheitsorientierung; Schlaf wichtig; Sicherheit durch Kontrolle wichtig; Rolle leistungsorientierter Student; Alleinlebend; Mutter als Bezugsperson; Starke emotionale Mutter/Kind Beziehung;
- Soziale Faktoren: Mutter als „Retterin“ und Bezugsperson; Modell Mutter hinsichtlich seiner Lebensphilosophien.
- Kontext der Problemsituation: War abends allein zu Hause; Schläft allein im Bett.

Genese des Problemverhaltens und dabei beteiligte Lernprozesse (Abbildung 2; Schritt 2)

- Problemverhalten: Angst; Unruhe; Schlafstörung aus Angst zu Sterben
- Situation beim erstmaligen Auftreten: Liegt allein in eigener Wohnung im Bett und schläft; Wacht in der Nacht plötzlich auf; Lernstress; Prüfung steht bevor. Lernen von Angst durch klassisches Konditionieren. Verstärkung der Problematik durch Vermeidungsverhalten.
- Globale Konsequenzen: Ruft Mutter als Beruhigung an; Angst zu Schlafen; Überlegt zu Mutter zu ziehen; Kann seither nicht mehr lernen; Konzentrationsprobleme. Vermeidungsverhalten.
- Persönlichkeit: Leistungsorientiert; Ängstlich; Mutterorientierung; Sicherheit durch Kontrolle (Modell Mutter; soziales leistungsorientiertes Menschenbild)
- Prädisposition: Vulnerabilität durch ängstliche Mutter (Genetik?); Fehlendes männliches Modell; Leistungsorientierung. Enge Mutter-/Kind-Beziehung (Sicherheit durch Mutter bzw. andere Menschen).
- Lerngeschichte in der Kindheit: Modelllernen Mutter (Ängstlichkeit; Leistungsorientierung, Sicherheit und Gesundheit wichtig; Hilfesuche)
- Einfluss von Lebensereignissen: Scheidung der Eltern; Enge Mutter-/Kind-Beziehung; Auszug von Elternhaus (Allein sein)
- Informationsverarbeitung/Wahrnehmungsprozesse: Negative Aspekte wichtig; Kritische Kontrolle des Lebens hinsichtlich Gesundheit (nichts zu übersehen)
- Sonstige Lernprozesse: Eher nicht dominantes Männerbild; sucht Hilfe bei Mutter.

Verhalten in einer spezifischen Situation: S-O-R-K-C – Modell (gekürzt, beim erstmaligen Auftreten; Abbildung 2, Schritt3)

- Reaktion: Herzklopfen (Physiol.); Angst zu sterben (Emot.); Hoffentlich sterbe ich nicht (Kogn.); Steht auf, geht herum, ruft Mutter an (Verhalten/motorisch)
- Vorausgehende Situation: Liegt allein im Bett und wacht plötzlich auf. Spürt Symptome, die er nicht zuordnen kann.
- Organismusvariable: Ängstlichkeit als Persönlichkeitsstruktur; Sicherheit, Kontrolle wichtig; Enge Mutter/Kind-Beziehung; Aktuell vermehrt Stress; Grundbedürfnisse Bindung; Sicherheit/Kontrolle
- Kontingenz: Aktuell ständig, aufgrund klassischer Konditionierung

- Konsequenz: (sozial) Mutter beruhigt ihn (C-/kurzfristig); (emotional) Angst wieder schlafen zu gehen (C-mittelfristig); (kognitiv) Kann nicht lernen (C- mittelfristig); (Physiologie) Ständig unruhig (C-)

Hypothetische Lernprozesse und dahinterstehende Faktoren:

- Biologische Disposition (Ängstlichkeit der Mutter; transgeneratives Lernen), deshalb Ängstlichkeit in Folge leichterer Erregbarkeit. Dies begünstigt emotionale Lernprozesse.
- Soziale Lernprozesse: Enge Mutter-/Kind-Beziehung, Leistungsorientiertheit und unsicheres männliches Rollenbild aufgrund sozialer Lernprozesse und Modellernen (Mutter dominant). Deshalb auch Gedanke zu Mutter zu ziehen (Kind sucht Sicherheit bei Mutter). Starkes Bindungsbedürfnis. Selbstwert, Bindung und Leistung sind eng verbunden.
- Negative (biologische und gelernte) Wahrnehmungsfokussierung durch soziale Lernprozesse, Wertesysteme (Sicherheit durch Kontrolle, um keine Gefahr zu übersehen) und mögliche genetische Faktoren (Ängstlichkeit der Mutter). Wenig positive Wahrnehmungsverarbeitung.
- Latente Ängstlichkeit führt auch zu biologischer Daueraktivierung und der erhöhten Wahrscheinlichkeit für weitere negative Lernprozesse.
- Übergeordnetes Muster und Philosophie des „erfolgreichen Arztes“ und „höherwertigen Menschen“ (vgl. Gatterer, 2023) durch soziale Lernprozesse (Modell Mutter). Gesundheit als wichtiger Faktor des Lebens.

Die Erfassung derselben erfolgt etwa mittels eines Fragebogens zur Erfassung übergeordneter Faktoren und Prozesse (Gatterer, 2022a; Abbildung 4).

Abbildung 4: Erfassung übergeordneter Faktoren

Übergeordnete Strukturen/Lebensphilosophien/gesellschaftliche Aspekte/Kultur/	Wichtiger Mensch sein	Arzt werden für Selbstwert	Kontrolle erhöht Sicherheit	Gesundheit wichtig
Grundbedürfnisse	Sicherheit/Kontrolle	Selbstwert/Autonomie		
„Innere Akteure“	Gesundheitsbewusste	Leistungsorientierter	Kontrollierte/Ängstliche	Gesundheitsorientierte
Schemata	Überhöhte Standards	Großartigkeit	Verlassenheit/soziale Isolation	
Grundannahmen	Schlaf ist wichtig	Leistung ist wichtig	Schütze dich vor Tod durch Kontrolle	Achte auf Gesundheit
Bedingte Annahmen/Pläne	Man muss schlafen um Leistung bringen zu können		An einer Panik <u>kann man</u> sterben	Gesundheit ist wichtig
Rollen in der Situation	Ängstlicher Schläfer	<u>Leistungsorientierter Student</u>		
Kausalitäten, Regeln und Normen in Situation	Wenn ich nicht schlafen Kann, kann ich nicht lernen		Panik ist gefährlich	
Emotionen/Gefühle	Angst	Stress/Druck	Angst	
Kognitionen/automatische Gedanken	Hoffentlich kann ich einschlafen	Ich muss schlafen um leistungsfähig zu sein	Hoffentlich bekomme ich keine Panik	
Situation und tatsächliches „Problemverhalten“	Liegt abends im Bett			

Im Falle des Patienten mit Panikstörung ergeben sich somit zusammenfassend folgende Lernprozesse:

- Klassisches Konditionieren mit starker Beteiligung neuronaler Strukturen (Plötzliches Erwachen in der Nacht durch Stress; Alarmreaktion des Stammhirns; Bett und Schlafen werden mit Gefahr verbunden)
- Diese wurden durch soziale Lernprozesse und damit verbundenen übergeordnete Muster seit der Kindheit durch die Mutter des Patienten prädisponiert (Gesundheitsbewusstsein; Sicherheit durch Kontrolle; Leistungsorientiertheit; ein höherwertiger Mensch zu sein)
- Fehlende Copingmechanismen (Mutterorientierung; Suche Hilfe bei Anderen) verstärkten diesen Prozess
- In der aktuellen Lernsituation war auch Stress (Lernen für anstehende Prüfungen) als weiterer biologischer Faktor, der eine Panik begünstigt, beteiligt (Stressor)

Konsequenzen für den Fall

Im vorliegenden Fall können folgende therapeutische Überlegungen abgeleitet werden.

- Primär erscheint es wichtig ihm das Konzept einer Panikstörung durch Psychoedukation (Informationsvermittlung) anhand seines eigenen Problems und der Genese der Störung zu vermitteln. Dies sollte zum besseren Verständnis für den Patienten gemeinsam mit diesem erarbeitet und nicht nur erklärt werden.
- Zur Reduktion des physiologischen Stresses durch Lernen für die anstehende Prüfung wäre eine Entspannungstechnik günstig. Hier würde sich infolge des starken physiologischen Faktors die Progressive Muskelentspannung bzw. auch Bewegung als Therapie zu empfehlen.
- Weiters sind auf der Verhaltensebene Informationen zum Schlaf bzw. kognitive Strategien zur Reduktion des Stresses infolge eines schlechten Schlafes zu bearbeiten. Ebenso Genusstraining und achtsamkeitsorientierte Aspekte.
- Als übergeordnete Therapieziele wäre eine Bearbeitung seiner Rollen, Werte und Normen zielführend (Sicherheit und Kontrolle/höherwertiger Mensch sein/etc.) wesentlich. Hier können kognitive Strategien bzw. auch die Arbeit mit Schemata und Schema-Modi eingesetzt werden. Ebenso der Ablösungsprozess von der Mutter.
- Mittels IRRT könnte auch „das Erwachsen werden“ bzw. das noch immer vorhandene „Verlassenheitsschema“ durch die Arbeit mit dem „inneren Kind“ verbessert werden.

Zusammenfassung

Der vorliegende Artikel versucht den Prozess der modernen (kompetenzorientierten und multifaktoriellen) verhaltenstherapeutischen Diagnostik, Therapieplanung und Therapie praktisch darzustellen. Wesentliche Bereiche sind die Erfassung der dahinter stehenden biologischen, psychologischen, sozialen und kontextuellen Faktoren und die damit verbundenen Lernprozesse. Die Therapie sollte deshalb auch nicht eine „schnelle Reparatur“ des Krankheitsbildes sein, sondern auf diesen Faktoren und Lernprozessen aufbauen. Wesentlich erscheint hierbei das spezifische und reflektierte Vorgehen, um die für den Gesundheitsprozess notwendigen biologischen, psychologischen und sozialen Fertigkeiten zu vermitteln.

Dahinter steht das Menschenbild der Verhaltenstherapie nämlich der Mensch als sich entwickelndes Lebewesen in einer sich verändernden Umwelt und der Vermittlung der dafür notwendigen Fertigkeiten. Da „bewusste und unbewusste“ Lernprozesse immer stattfinden kann das verhaltenstherapeutische Modell auch auf andere Bereiche ausgeweitet werden. Insofern stellt die Integration anderer Methoden oder Techniken keinen Widerspruch dar, sondern kann durch die in

diesem Artikel angeführten Überlegungen auch methodisch wissenschaftlich begründet werden. Diese müssen jedoch wie auch alle anderen klassischen Methoden wissenschaftlich begründet werden. Das gilt auch für die Anwendung transdiagnostischer therapeutischer Interventionen (Heßler & Fiedler, 2019).

Literatur

APA (2008) Cognitive Processing Therapy. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/cognitive-processing-therapist.pdf>

Banich, M.T. & Compton, R. J. (2023) Cognitive Neuroscience. (5. Aufl.). Cambridge University Press

Barrett, L. F., & Satpute, A. B. (2013). Large-scale brain networks in affective and social neuroscience: Towards an integrative functional architecture of the brain. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(3), 361–372.

Barrett, L. F., & Simmons, W. K. (2015). Interoceptive predictions in the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(7), 419–429.

Barrett, L. F., & Bliss-Moreau, E. (2009). Affect as a Psychological Primitive. *Adv. Exp. Soc. Psychol.*, 41, 167-218. doi: 10.1016/S0065-2601(08)00404-8.

Barrett, L. F., Lindquist, K. A., Bliss-Moreau, E., Duncan, S., Gendron, M., Mize, J., & Brennan, L. (2007). Of mice and men: Natural kinds of emotion in the mammalian brain? *Perspectives on Psychological Science*, 2(3), 297–312.

Beck, J.S. (2013). Praxis der kognitiven Verhaltenstherapie. (2. Aufl.) Beltz

Beck, J.S. (2024). Praxis der Kognitiven Verhaltenstherapie. (3.Aufl.) Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial. Beltz

Beer, B. (2020) Inklusive Kompetenz — Attitudes, Skills und Knowledge von Pädagoginnen und Pädagogen. *Österreichische Pädagogische Zeitschrift*. 9-10.
https://www.researchgate.net/publication/373989349_Inklusive_Kompetenz_-_Attitudes_Skills_und_Knowledge_von_Padagoginnen_und_Padagogen

Benoy, C., Eifert, G.H., Gloster, A.T. (2020). Aktuelle Weiterentwicklungen der Verhaltenstherapie: Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT). In: J. Hoyer & S. Knappe (eds) *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. (3. Aufl., S. 459–469). Springer

Bode, A. & Kavanagh, P.S. (2023). Romantic Love and Behavioral Activation System Sensitivity to a Loved One. *Behavioral Sciences*, 13 (11), 921. <https://doi.org/10.3390/bs13110921>

Bodenmann, G, Perrez, M & Schär, M (2011). *Klassische Lerntheorien. Grundlagen und Anwendungen in Erziehung und Psychotherapie* (2. Aufl.). Verlag Hans Huber.

Bodenmann, G. (2002). Paarthherapie aus verhaltenstherapeutischer Sicht. In M. Wirsching & P. Scheib (Hrsg.), *Paar- und Familientherapie* (S. 107–120). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-09174-6_8

Bohus, M (2024) DBT-Skillstraining. Das Patienten-Manual. Schattauer.

Bundesministerium für Gesundheit (2012) Psychotherapieforschung. Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung. Tagungsband zum Workshop 2012. Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG.

Burda, G. (2018). Mediale Identität/en: Politik, Psychoanalyse und die Phantasmen von Verbindung und Trennung. Traugott Bautz.

Dobson, K.S. (Hrsg.). (2010) Handbook of cognitive-behavioral therapies. (3. Aufl.). The Guilford press.

Dumpert, R.D. und Schaller, R. (2017) Rollenspiel: Techniken der Verhaltenstherapie. Beltz.

Egger, J. W. (2015). Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Springer.

Egger, J. W. (2020). Die Einheit von Körper und Seele. Die bio-psycho-soziale Perspektive auf Krankheit und Gesundheit. Baden-Baden: Deutscher Wissenschaftsverlag (DWV).

Egger, J. W. (2022). Psychosoziale, psychosomatische und psychotherapeutische Medizin – Materialien für die biopsychosoziale Praxis. Leykam.

Egger, J. W. (2024) „Verhaltenstherapie“ heute – eine Kurzcharakteristik. Psychotherapie Forum 28, 37–42. <https://doi.org/10.1007/s00729-024-00246-2>

Ewald, E., Ulbrich, L. & Kröger, C. (2021) Verhaltenstherapeutische Paartherapie. Kohlhammer.

Fahlböck, S., Kober, M., Streicher, T., & Pehboeck, A. (2024). Fallkonzeption: Therapeutische Beziehungsgestaltung. AVM publications. <https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2025/01/fahlboeck-kober-streicher-pehboeck-2024-fallkonzeption-avm-2025-01-15.pdf>

Feest, U. (2017): Philosophie der Psychologie, in: S. Lohse, Th. Reydon (2017): Grundriss Wissenschaftsphilosophie. Die Philosophien der Einzelwissenschaften, S. 475–509. Meiner.

Fiedler P (1999) Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Psychologische Psychotherapie in der Praxis. Beltz.

Förstl, H. (2012) Theory of Mind. Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens. (2. Aufl.). Springer.

Förstl, H. (2020) Theory of Mind und altersassoziierte Egozentrität. Psychotherapie im Alter 17(4):417 - 430 <https://doi.org/10.30820/1613-2637-2020-4-417>

Fritzsche, K. (2018). Praxis der Ego-State-Therapie. (3. Aufl.). Carl-Auer Verlag.

Fuchs, Th. (2007) Das Gehirn - ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Kohlhammer.

Gatterer, G. (2022a). Vom Verhalten zur dahinter stehenden gesellschaftlichen Philosophie. Übergeordnete Modelle in der Verhaltensanalyse und der Verhaltenstherapie. AVM-publications. <https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/04/gerald-gatterer-vom-verhalten-zur-philosophie-avm-publications-2021-02-10.pdf>

Gatterer, G. (2022b). Arbeit mit EGO-States (inneren Akteuren) in der Verhaltenstherapie. AVM-publications. <https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/11/ego-states-2022.pdf>

Gatterer, G. (Hrsg.; 2023a). Praxis Verhaltenstherapie. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-64970-1>

Gatterer, G. (2023b). Normalitätskonzepte, Diagnosen und deren Relevanz für die Behandlung von psychischen Krankheiten mit Bezug zum neuen ICD-11. AVM-publications <https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2023/08/gatterer-g-2023-normalitaetskonzepte-und-diagnosen-2023.pdf>

Gatterer G (2024) Flussdiagramm der verhaltenstherapeutischen Diagnostik, Behandlung und Evaluation entsprechend der Kriterien der AVM* (AVNG). AVM-publications. <https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2024/01/flussdiagramm-der-verhaltenstherapeutischen-diagnostik-behandlung-und-evaluation-entspr-den-kriterien-der-avm.pdf>

Gatterer, G., & Kogler, L. (2024). Das Menschenbild in der modernen Verhaltenstherapie. Psychotherapie Forum, 28, 43–49. <https://doi.org/10.1007/s00729-024-00253-3>.

Gazzaniga, M. S. (2000). Cerebral specialization and interhemispheric communication: Does the corpus callosum enable the human condition? *Brain*, 123(7), 1293–1326.

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

Grawe, K. (2005). Allgemeine Psychotherapie. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 294-310). Hogrefe.

Greenberg, L.S. (2016) *Emotionsfokussierte Therapie*. (R. Kloosterziel, Übers.). (Original erschienen 2010) Ernst Reinhardt-Verlag.

Greenberg, L. S., Rice & L. N. Elliott, R. (2003) *Emotionale Veränderung fördern – Grundlagen einer prozess- und erlebensorientierten Therapie*. (T. Kierdorf & H. Höhr, Übers.). Junfermann. (Original erschienen 1993).

Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2000) Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS). *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie* 3(3):170-179.

Grotlüschen, A. & Pätzold, H. (2020) *Lerntheorien in der Erwachsenen- und Weiterbildung* wbv Publikation.

Guhn, A. (2023) *Therapie-Basics CBASP*. Beltz

Güroff, E. (2016) *Selbstsicherheit und soziale Kompetenz (Leben Lernen, Bd. 284): Das Trainingsprogramm TSK mit Basis- und Aufbauübungen*. Klett-Cotta. TB

Güroff, E. (2018) *Das Training sozialer Kompetenzen (TSK) in der stationären Praxis (Leben Lernen, Bd. 301): Das Manual - mit Arbeitsmaterialien zum Download mit Kopierlizenz*. Klett-Cotta. TB

Hand I. (2008) *Strategisch-systemische Aspekte der Verhaltenstherapie: Eine praxisbezogene Systematik in ihren historisch-autobiografischen Bezügen*. Springer.

Hartmann-Kottke L (2021) *Allgemeine Psychotherapie: Schulübergreifende Wirkprinzipien und gemeinsame Theorieaspekte*. Springer

Hassin, R. R. (2013). Yes It Can: On the Functional Abilities of the Human Unconscious. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 195–207.

Haus, K.-M. et al. (2015). *Praxisbuch Biofeedback und Neurofeedback*. (2. Aufl.). Springer.

Heßler-Kaufmann, J. B. & Fiedler, P. (2019). *Transdiagnostische Interventionen in der Psychotherapie*. Schattauer

- Hochgerner, M. (2018). Grundlagen der Psychotherapie: Lehrbuch zum Psychotherapeutischen Propädeutikum. Facultas.
- Hofmann, A., Lehnung, M. (Hg.) (2024): EMDR - Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome, (6. Aufl.). Thieme.
- Holzkamp, K. (1993). Lernen. Subjektwissenschaftliche Grundlegung. Campus.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2011) Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. (5. Aufl.). Springer.
- Lammers, C.H. (2018). Emotionsbezogene Psychotherapie. Klett-Cotta.
- Lammers CH, Berking M (2008) Emotionsbezogene therapeutische Techniken zur Behandlung von psychischen Erkrankungen. Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie; 9 (4), 30-34
- Langlotz-Weis, M. (2020). Körperorientierte Verhaltenstherapie. (2. Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag
- Langlotz-Weis, M. (2003). «Familienaufstellung in der Verhaltenstherapie – Erweiterung des Repertoires oder Modeerscheinung?» Verhaltenstherapie, 13(4), 299–302.
<https://doi.org/10.1159/000075848>
- Lefrançois, G. R. (2006). Psychologie des Lernens (4. Aufl.). Springer.
- Lieb, H. (2009) So habe ich das noch nie gesehen. Systemtherapie für Verhaltenstherapeuten. Carl Auer.
- Lindquist, K. A., Wager, T. D., Kober, H., Bliss-Moreau, E., & Barrett, L. F. (2012). The brain basis of emotion: A meta-analytic review. Behavioral and Brain Sciences, 35(3), 121–143.
- Linehan, M.M. (2016a) Handbuch der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) Bd. 1: Skills Training Manual: Zur Behandlung psychischer Störungen (CIP-Medien)
- Linehan, M.M. (2016b) Handbuch der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) Bd. 2: Arbeitsbuch: Arbeitsbuch mit Handouts und Arbeitsblättern (CIP-Medien)
- Mahoney, M. J. (1977). Kognitive Verhaltenstherapie: Neue Entwicklungen und Integrationsschritte (C. Brandl & M. Müller, Übers.). J. Pfeiffer. (Originalarbeit veröffentlicht 1974)
- McCullough, J. P. (2000). Treatment for chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/1999-04419-000>
- Marwitz, M. (2016) Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie: Grundlagen und Praxis. Hogrefe.
- Meibert, P. (2014) Der Weg aus dem Grübelkarussell: Achtsamkeitstraining bei Depression, Ängsten und negativen Selbstgesprächen Das MBCT-Buch. Kösel.
- Meichenbaum, D. W. (1979). Kognitive Verhaltensmodifikation: Die Bedeutung des „inneren Dialogs“ für menschliches Erleben und Verhalten. Der Umgang mit inneren Bildern und Vorstellungen im therapeutischen Prozess (J. Kutscher, Übers.). Urban & Schwarzenberg. (Originalarbeit veröffentlicht 1977)
- Münker-Kramer, E. (2024) Traumazentrierte Psychotherapie mit EMDR. (2. Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag
- Parfy, E., Schuch, B., Lenz, G. (2016). Verhaltenstherapie: Moderne Ansätze für Theorie und Praxis. 2. Auflage. UTB-Verlag

- Petzold, H. G. (2015). Die Menschenbilder in der Psychotherapie: Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen (2. Aufl.). Aisthesis.
- Pohl, R. (2021). Autobiographisches Gedächtnis. In: M. Fuchs (Hrsg.) Handbuch Alter und Altern : Anthropologie – Kultur - Ethik. (S. 209–215). J.B. Metzler. https://doi.org/10.1007/978-3-476-05352-7_23.
- Pritzel, M., Brand, M. & Markowitsch, J. (2009) Gehirn und Verhalten. Ein Grundkurs der physiologischen Psychologie. (2. Aufl.) Spectrum. Akademischer Verlag.
- Rabaioli-Fischer B (2015) Biografisches Arbeiten und Lebensrückblick in der Psychotherapie: Ein Praxishandbuch. Hogrefe.
- Reichardt, A. (2023). Tiefenpsychologisch fundierte Verhaltenstherapie. Psychodynamisch denken – verhaltenstherapeutisch handeln. Schattauer.
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2008). Cognitive processing therapy: Veteran/military version: Therapist’s manual. Department of Veterans Affairs. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/cognitive-processing-therapist.pdf>
- Richter, L.-S., & Foppoli, M. (2025). Editorial. Psychotherapie-Wissenschaft, 15(1), 5–6.
- Richter, P. (2020). Verhaltens-Philosophie: Essays über das Menschsein. Books on Demand
- Roediger, E. (2006) Besser leben lernen - Innere Balance zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Stuttgart: Freies Geistesleben und Urachhaus.
- Roediger, E. (2010) Raus aus den Lebensfallen! Das Schematherapie-Patientenbuch. Junfermann.
- Roediger, E (2014) Wer A sagt ... muss noch lange nicht B sagen. Lebensfallen verstehen und hinter sich lassen. München: Kösel. Patienten Ratgeber . 2. Reihe
- Schmahl, C. & Bohus, M. (2006). Persönlichkeits- und Impulskontrollstörungen — Neurobiologie. In: H. Förstl, M. Hautzinger, G. Roth (Hrsg.) Neurobiologie psychischer Störungen. Springer. (S. 621–633). https://doi.org/10.1007/3-540-30887-3_15
- Schoenenberger, H. (2024) Vernetztes Lernen: Ursprünge, Chancen und Perspektiven im aktuellen Bildungsdesign. Ein maschinell generierter Forschungsüberblick. Springer
- Schmucker, M. & Köster R. (2023) Praxishandbuch IRRT. Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy bei Traumafolgestörungen, Angst, Depression und Trauer. Klett-Kotta.
- Schulz von Thun, F. (1981): Miteinander reden: Störungen und Klärungen: Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation. Reinbek: Rowohlt.
- Siegel, E. H., Sands, M. K., Van den Noortgate, W., Condon, P., Chang, Y., Dy, J., Quigley, K. S., & Barrett, L. F. (2018). Emotion fingerprints or emotion populations? A meta-analytic investigation of autonomic features of emotion categories. Psychological Bulletin, 144(4), 343–393.
- Stangier, U., Kananian, S., Yehya, M., Hinton, D. (2020). Kulturell adaptierte Verhaltenstherapie für Menschen mit Fluchterfahrung. Manual zur Stärkung von Resilienz und innerer Ausgeglichenheit. Beltz.
- Stangl, W. (2024, 18. Mai). Körpergedächtnis. Online Lexikon für Psychologie & Pädagogik. <https://lexikon.stangl.eu/9227/koerpergedachtnis-kinaesthetisches-gedaechtnis>

- Stumm, G. (Hrsg., 2011). Psychotherapie. Schulen und Methoden. Eine Orientierung für Theorie und Praxis. (2. Aufl.). Falter Verlag.
- Sulz, S. K. D. (2022). Praxismanual Mentalisierungsfördernde Verhaltenstherapie. Anleitung zur Therapiedurchführung. Psychosozial Verlag. <https://doi.org/10.30820/9783837979701>
- Touroutoglou, A., Lindquist, K. A., Dickerson, B. C., & Barrett, L. F. (2015). Intrinsic connectivity in the human brain does not reveal networks for 'basic' emotions. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 10(9), 1257–1265.
- Tsamitros, N., Beck, A., Sebold, M. et al. (2023) Die Anwendung der Virtuellen Realität in der Behandlung psychischer Störungen. *Nervenarzt* 94, 27–33 (2023).
- Tschuschke, V. (2009). Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Thieme.
- Ullmann, E (2016). Lernen aus neurobiologischer Perspektive. Universität Würzburg. https://www.uni-wuerzburg.de/fileadmin/43060000/04_Fort-und>Weiterbildungen/Lehrkraefte/Herbsttagungen/Herbsttagung_2016/20161006_WS_04_Neurobiologie.pdf.
- Vaas, R. (2021) Kontroverse Quantenrealität. *Bild der Wissenschaft*, 7, 22 – 33. https://www.wissenschaft.de/wp-content/uploads/b/d/bdw_2021-007_96_Kontroverse-Quantenrealitaet.pdf
- Valente, M., Roediger, E. (2020). Schematherapie. Psychotherapie kompakt. Kohlhammer
- Wager, T. D., Kang, J., Johnson, T. D., Nichols, T. E., Satpute, A. B., & Barrett, L. F. (2015). A Bayesian model of category-specific emotional brain responses. *PLOS Computational Biology*, 11(4)
- Wengenroth, M (2017) Therapie-Tools Akzeptanz- und Commitmenttherapie. (ACT) (2. Aufl.) Beltz.
- Wegner, B. (2018). Menschenbilder in der Verhaltenstherapie: Eine kritische Bestandsaufnahme der philosophischen und empirischen Grundlagen und aktueller Entwicklungen. Cuvillier Verlag
- Wolpe, J. (1977). Praxis der Verhaltenstherapie. (U. Allinger & K. L. Holtz, Übers.). 2. Nachdruck. Hans Huber.
- Zarbock, G., Wilckens, P.S. et al. (2022) Biografisch-Systemische Verhaltenstherapie. Tools für die psychotherapeutische Praxis. Springer.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). Schematherapie: Ein praxisorientiertes Handbuch (2. Aufl., T. Kierdorf & H. Höhr, Übers.). Junfermann. (Originalarbeit veröffentlicht 2003)
- Yousefi, H. R. (2019) Psychotherapiewissenschaft im 21. Jahrhundert. Zur Notwendigkeit einer kontextuellen Psychotherapiepraxis. *SFU Forschungsbulletin SFU Research Bulletin* 7/2, S. 33-54