

Die Biografisch-Systemische- Verhaltenstherapie

- BSVT -

Ausgangspunkte

Ausgangspunkte der BSVT

1. **VT** war angetreten, eine nachvollziehbare Diagnostik und Therapie Psychischer Störungen anzubieten: **Fehl- oder Nicht-Gelerntes** war die Ursache der Störung – durch **Um- oder Neulernen** sollte die Störung beseitigt werden. **(1. Welle: Üben statt interpretieren)**
2. Hierbei wurde auf die Prinzipien des **Assoziations- und Konsequenzlernens** bei beobachtbarem Verhalten abgestellt – Motive, Konflikte und Gedanken blieben in der „**black box**“.
3. Bei Phobien und Zwängen und auch bei kognitiv beeinträchtigten Patienten ließen sich so (erstmalig) **therapeutische Erfolge** erzielen.

Ausgangspunkte der BSVT

4. Dennoch schien der Graben zwischen Therapeut*innen (mit Gedanken, Motiven und Gefühlen) und Patient*innen (ohne „Innenwelt“) schwer begründbar – das „tu quoque!“-Argument brachte die kognitive Wende.
(2. Welle: Richtig denken lernen)
5. Aber auch Achtsamkeit, Metakognitionen, biografische Erfahrungen und Emotionen bekamen ihre Bedeutung zurück – die 3. Welle Ansätze entstanden.
(3. Welle: Achtsamkeit, Akzeptanz, Biografie und Beziehung)

Ausgangspunkte der BSVT

6. In Deutschland hatte die Richtlinien-VT in der GKV schon immer eine ursächliche und biografische Ausrichtung, da die Psychotherapie-Richtlinien – auch für die VT- wesentlich von Psychoanalytiker*innen mitgestaltet worden sind. Psychotherapie (auch VT) sollte immer auf Basis eines **individuell erstellten Störungsmodells** erfolgen und **Störungsursachen** adressieren.
7. BSVT: Entwicklung einer Richtlinien-VT, zu der man auch selbst als Patient*in gerne gehen würde, nahe an der Psychologie, vor allem der **Entwicklungspsychologie**. Und basierend auf einem **individuellen Störungs- und Therapiemodell**, nicht nur auf einer ICD-10-Diagnose.

Kernüberlegungen

Kernüberlegungen

- a. Störungen haben **biografische Entstehungsbedingungen**: Kurz gefasst: Es gab Risikofaktoren und schlecht bewältigte normative und nichtnormative („Traumata“) Entwicklungsaufgaben, die die Befriedigung physischer und psychischer Grundbedürfnisse massiv und/oder chronisch beeinträchtigt haben. Diese einschränkenden Bedingungen führten zu individualspezifischen Defiziten, Notfallanpassungen, Wahrnehmungs- und Regulationsabberationen.
- b. Diese lassen sich terminologisch präziser fassen als: **Negative Lebensbotschaften (NELEBOs)** und Grundannahmen, **maladaptive Regulationsdefizite** (Selbst-, Emotions- und interpersonelle Regulation) (= **psychologische Strukturmängel**), **maladaptive Bewältigungsstrategien (4 Fs)** im Sinne übergeneralisierter und intensitätsfehlgesteuerter Fight-, Flight-, Freeze- und Follow-Reaktionen. Diese sind diagnostisch zu klären und auch i.S. einer **individual spezifischen Psychoedukation** zu verschriftlichen

Kernüberlegungen

- c. Es gibt einerseits **chronische Krankheitsentwicklungen** („non-starter“) und andererseits aus der Gesundheit heraus akute Belastungsdekompensationen. Der **Erstaufttritt** ist dann eine Vulnerabilitäts-Belastungs-Interaktion. Belastungen sind critical-life-events oder neue normative Entwicklungsaufgaben. Vulnerabilitäten lassen sich durch die negativen Lebensbotschaften, die Regulationsdefizite und die maladaptiven Bewältigungsstrategien beschreiben. Die Symptomatik ist dann **Überlastungszeichen**(z.B. depressiver Rückzug), oft aber auch **sekundärer Stabilisierungsversuch** auf einem pathologischen eingeschränktem Organisationsniveau des Psycho-Sozialen (z.B. Hypochondrie, Zwänge, psychovegetative Störungen).

Kernüberlegungen

- d. **Aufrecht erhaltende Bedingungen** sind neben dem Fortbestehen der Entstehungs- (= NELEBDs, Regulative Defizite, maladaptive 4Fs) und Erstaufttritts- (=Belastungen durch critical life events) Bedingungen sich selbst stabilisierende symptomatische und interaktionelle Feedbackschleifen (**„Teufelskreise“**) und **Funktionalitäten** im Sinne von Krankheitsgewinnen. Primäre Gewinne wären dann Maskierung der strukturellen Schwächen (Symptom als selbstwertsichernde „Prothese“). **Sekundäre Krankheitsgewinne** wären dann sekundäre soziale Vorteile von Aufmerksamkeit, Schonung, Schutz, finanziellen Vorteilen

Kernüberlegungen

- e. **Therapieziele:** Stehen Symptomatiken unter direkter lernpsychologischer Kontrolle auf Grund von intensiver und sofortiger Aversionserleichterung oder überoptimaler Positivität ist immer auch eine
- **Arbeit am Symptom** (i.d.R. Reaktionsverhinderung und Exposition, Training inkompatibler Reaktionen, Kompetenzentwicklungen) notwendig.
 - **Arbeit am Hintergrund** adressiert die NELEBDs, Grundannahmen, pathogenen Erinnerungen („Mini“-Traumata), Regulationsdefizite (bes. Emotionsregulation) und maladaptiven Bewältigungsstrategien sowie Biografische Reinszenierungen.

Hierzu werden aus der individuellen Biografie u.a. **biografische Schlüsselsituationen** als exemplarische Lernsituationen herausgearbeitet.

Kernüberlegungen

- f. **Therapiedurchführung:** Basis der BSVT ist eine halt gebende, **empathisch begleitende therapeutische Beziehung** als korrigierendes **Bindungsangebot**, das feinfühlig auf z.B. Autonomiebedürfnisse reagiert (komplementäre Beziehungsgestaltung). Nur bei konkretem Anlass wird die therapeutische Beziehung (Binnenszene) **als Problemaktualisierung** zwischen Therapeut*in und Patient*in fokussiert. Die **Therapiemotivation** wird wenn nötig explizit gefördert, z.B. durch Validieren und empathisches Konfrontieren von Non-Compliance.
- Bei der **Arbeit am Symptom** kommen Protokolle, Manuale, Trainings und eine handlungsorientierte therapeutische Haltung im Sinne „klassischer“ VT zum Einsatz. Es erfolgt eine **stark strukturierte Stundengestaltung** mit Tagesordnung, Protokoll- und Hausaufgabenbesprechung, therapeutischer Arbeit, Feedback („Reaktionsdiagnostik“), neuen Hausaufgaben, Take-away-message.
 - Die **Arbeit am Hintergrund** wird erleichtert durch einen **Fokussatz** zur Vergegenwärtigung (und Identifikation), der für die Therapeut*in aus der Perspektive der Patientin formuliert ist. Bei zentralen Auswirkungen von NELEBDs, Regulationsdefiziten oder maladaptiven Bewältigungsstrategien (4Fs) werden diese „auf Protokoll gesetzt“ (oft in der KJP sinnvoll) und kontinuierlich bearbeitet.

Der BSVT-Fokussatz

Der BSVT-Fokussatz besteht aus vier Teilen. Er hilft bei der Analyse von Außenszenen (= Bericht über Vorfälle) und auch bei Verstehen der th. Beziehungsdynamik (= Binnenszenen). Er setzt sich zusammen aus:

- 1) einer Beschreibung des Problems,
- 2) einer Hypothese über die möglichen aktuellen vertikalen Bedingungen („A-V-Ziele“ des/der Patient*in) und
- 3) einer biografischen Ableitung (biografische Schlüsselsituationen, die regulative Defizite und/oder NELEBDs plausibilisieren) sowie
- 4) einer dreistrangigen therapeutischen Zielführung, die wir als „Wünsche“ formulieren:
 - a. Beziehungswunsch für die Therapie (z.B. „wirklich gesehen zu werden, Unterstützung ohne Beschämung zu bekommen“),
 - b. einem Wunsch für symptomatische Veränderung (Symptomwunsch) (z.B. „meinen quälenden Rückzug von allen Aktivitäten überwinden“) und
 - c. einen Wunsch für eine Persönlichkeits-(Hintergrunds-) Veränderung (Persönlichkeitswunsch) (z.B. „mich als wertvoller Mensch fühlen, der leben darf, auch wenn er nicht perfekt ist“).

Kernüberlegungen

Therapiedurchführung (Fortsetzung):

- Standard Stundengestaltung bei der Hintergrundarbeit ist der freie verhaltensanalytische Bericht: Patient berichtet einen current concern, die Therapeut*in versucht von der **Manifestationsebene** (= Bericht) auf die **Regulationsebene** (steuernde psychologische Prozesse) zu kommen. Das ist das bottom-up Vorgehen im Sinne einer vertikalen VA
- Basistechnik sind hier **VEE** (Verbalisation emotionaler Erlebnisinhalte), **VVK** (Verbalisation verdeckter Kognitionen = NELEBOs) und **VBR** (= Verbalisation Biografischer Re-Inszenierungen und Wiederholung biografischer Problemmuster).

Kernüberlegungen

Therapiedurchführung (Fortsetzung):

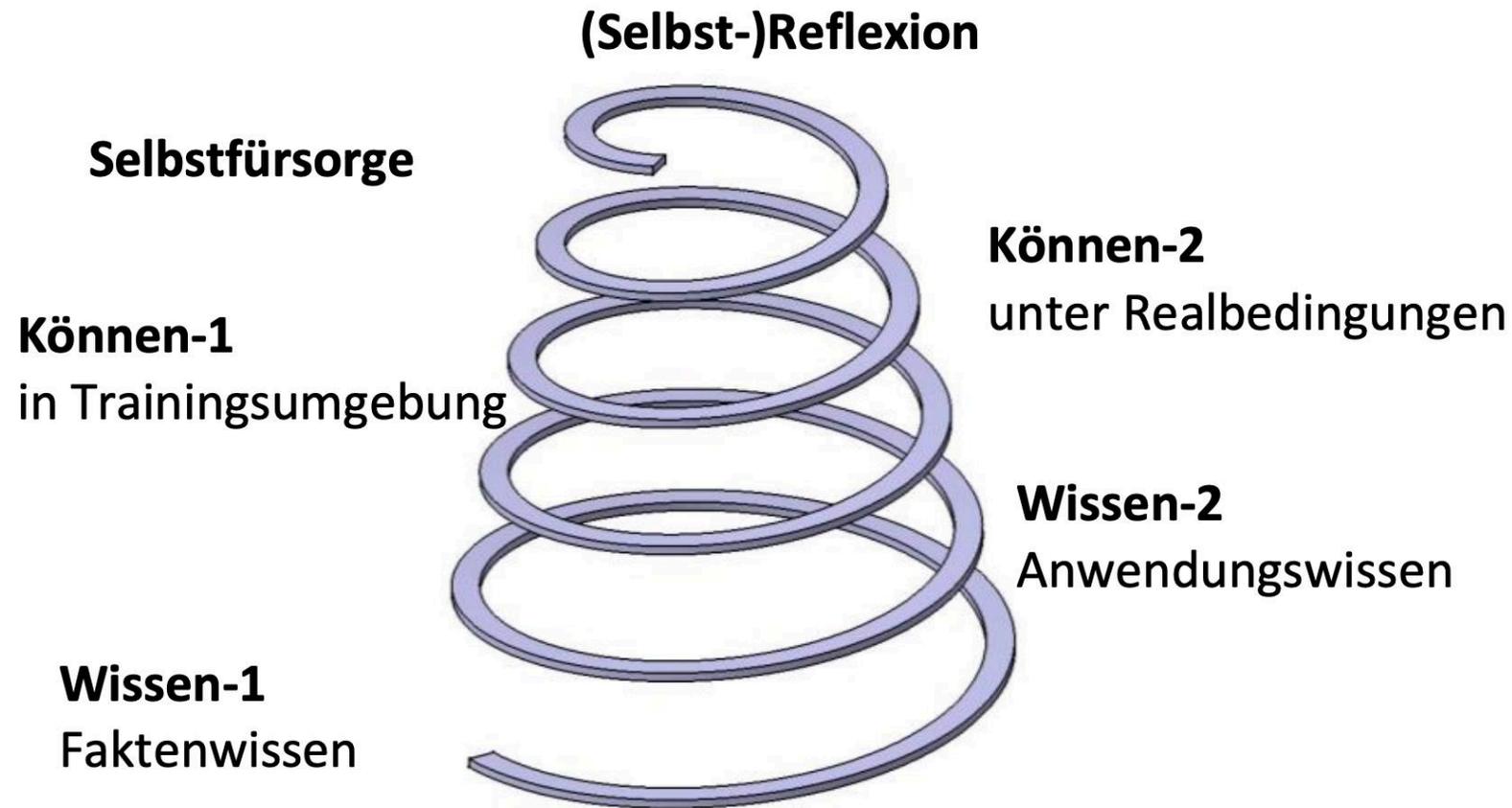
- Weitere Techniken, um an die Regulationsebene, meist im Sinne eines top down Vorgehens heranzukommen sind:
 - Briefe an **Bezugspersonen**,
 - **Stuhlrollenspiele** mit Bezugspersonen,
 - **Imaginative Umstrukturierung**,
 - **Lebenslinie** legen und abschreiten,
 - **Lobreden** über sich selbst,
 - KJP: **Biografisch-Systemische Spieltherapie** (Carroll & Zarbock, 2025)
 - KJP: **Elternarbeit**, Schulinterventionen
 - Sonstige **Lebensthemen erzählungen**, z.B. **Biografische Re-Inszenierungen** entdecken: Was läuft wo genauso wie damals? Was ist wo bzw. wann schon anders?,
 - „**Auf Protokoll gesetzte**“ NELEBOs, Regulationsdefizite, 4 Fs.
 - Konkrete Zielvereinbarungen mit gestuften Übungsschritten- Die **LebensNEUausrichtung**: „Mein Leben neu gestalten lernen!“

Kernüberlegungen

- g. Begleitet wird eine BSVT von **qualitätssichernder Psychometrie** (3-Monats-Messung von Beschwerdedruck (SCL-K-9), Depressivität (BDI-II), GAS in % und **videogestützter Super- bzw. Auto- und Intervision**).

Die Kompetenz-Trainings- Spirale

Kompetenz-Trainings-Spirale



Weiterführende Literatur

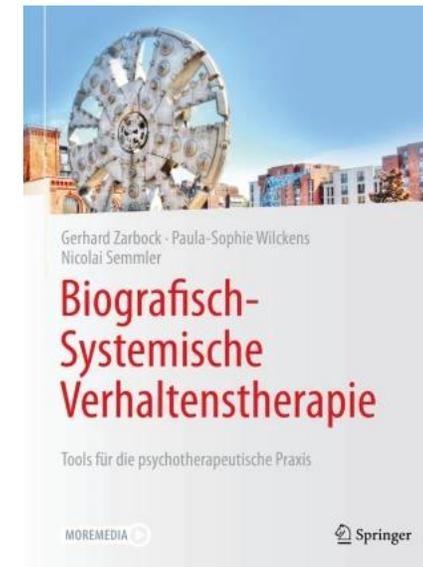
ResearchGate

Zarbock, G., Schweigert, E. & Hampel, J. (2017). Die Kompetenz-Trainings-Spirale (KTS) - ein Beitrag zur Kompetenzorientierung in der VT-Supervision. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*. 38. 216-232.

Zarbock, Gerhard. (2016). Die Selbst-Regulations-Hierarchie (SRH) – Ein Konzept für die Arbeit mit Grundbedürfnissen, Emotionen und Bewältigungsreaktionen in Therapie und Supervision. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*. 37. 393-436.



Zarbock, G. (2008). *Praxisbuch Verhaltenstherapie: Grundlagen und Anwendungen biografisch-systemischer Verhaltenstherapie*. Lengerich: Pabst.



Zarbock, G., Stürzel, P. & Semmler, N. (2022). *Biografisch-Systemische Verhaltenstherapie: Tools für die psychotherapeutische Praxis.* Berlin: Springer.



von Dühring, L. & Zarbock, G. (2023). *Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Springer.



Carroll, E. & Zarbock, G. (2025). *Biografisch Systemische Spieltherapie*. Berlin: Springer.