

Grundlagen und Methoden der biografisch-systemischen Verhaltenstherapie (BSVT)

Dieser Text soll eine Einführung in die Biografisch-systemische Verhaltenstherapie (BSVT) von Gerhard Zarbock geben. Aus der Perspektive eines universitär approbierten Psychotherapeuten, der seine Weiterbildung voraussichtlich am IVAH in BSVT absolvieren wird, werden die zentralen Theorien und Vorgehensweisen, die DNA der BSVT, verständlich erklärt. Der Text soll interessierte Kolleg:innen an diesen transdiagnostischen Ansatz der Verhaltenstherapie heranführen.

Schritte bei der Anamnese und Diagnostik

Zur Erfassung der aktuellen Symptome sowie der biografischen und systemischen Hintergründe der Patient:innen sollten die Anamnese und Diagnostik in der BSVT systematisch und umfassend durchgeführt werden. Der Ablauf startet mit einem Erstgespräch, das zunächst darauf abzielen soll, eine vertrauensvolle und sichere Umgebung zu schaffen. Da die Psychotherapie in vielen Teilen der Gesellschaft nach wie vor skeptisch betrachtet wird, sollen die Patient:innen sich verstanden fühlen und erste positive Erfahrungen mit der Behandlung machen können. Das erste Gespräch befasst sich mit der Klärung des Anliegens der Patient:innen und der Diskussion der Erwartungen an die Therapie. Eine Erläuterung der Rahmenbedingungen einer Psychotherapie sollte ebenfalls hier stattfinden. Durch offene Fragen kann der/die Therapeut:in ein erstes Bild der Problematik erhalten und den Gesprächsfluss fördern.

Im nächsten Schritt erfolgt die Erfassung der gegenwärtigen Symptome des/der Patient:in sowie deren Einfluss auf den Alltag. Ebenfalls sollte gezielt nach dem Beginn, der Dauer, der Intensität und möglichen Auslösern der Symptomatik gefragt werden. Es sollte auch gefragt werden, welche Methoden bereits zur Verbesserung der Symptomatik angewendet wurden und inwieweit diese bisher effektiv waren. Diese subjektiven Erklärungsmodelle und Strategien liefern wichtige Erkenntnisse zur nachfolgenden Behandlungsplanung. Um eine objektive Messung bei der späteren Diagnosestellung zu berücksichtigen, sollte den Patient:innen am Ende des Gesprächs ein standardisierter Fragebogen gegeben werden. Um anhand des Antwortverhaltens eine (Zwischen-) Bilanzierung durchzuführen, sollten diese Fragebögen auch während der laufenden Therapie quartalsweise ausgefüllt werden.

Anschließend wird die biografische Anamnese durchgeführt, in der bedeutende Lebensereignisse und biografische Informationen festgehalten werden. Zu den bedeutenden Themen gehören die Themen Kindheit, Familie, Schule, Beruf, Beziehungen sowie traumatische Erfahrungen oder einschneidende Lebensereignisse. Es ist wichtig, auch die in der Biografie offenbaren Ressourcen und Stärken der Patient:innen zu berücksichtigen. Die Länge der biografischen Anamnese kann variieren, abhängig vom Alter der Patient:innen, den kritischen Lebensereignissen oder der Gesprächigkeit. Um die Strukturierung zu verbessern, empfiehlt es sich, den Patient:innen bereits im Voraus einen „Fragebogen über ihre Biografie“ zu geben. Dieser Fragebogen kann als Grundlage für das Gespräch dienen, um zentrale Erlebnisse der Patient:innen angemessen zu würdigen und keine Lebensbereiche auszulassen.

Parallel dazu kann eine systemische Anamnese durchgeführt werden, um das aktuelle soziale Umfeld der Patient:innen zu untersuchen. Eine hilfreiche Methode kann hier ein Genogramm sein, um familiäre Strukturen und Beziehungen zu visualisieren. Hier können unter anderem die emotionale Wärme, wiederkehrenden Beziehungsmuster, Rollen in verschiedenen Systemen (Familie, Arbeit, etc.) aber auch blinde Flecken identifiziert werden. Zusätzlich werden Unterstützungssysteme und Belastungen im sozialen Kontext erfasst.

Nach der Erhebung aller relevanten Informationen erfolgt die diagnostische Einschätzung, bei der die Therapeut:innen eine differenzierte Diagnose gemäß aktuellem Diagnosesystem stellt. Dabei werden komorbide Störungen und deren Interaktion mit der Hauptproblematik berücksichtigt. Im Rahmen der vertikalen und horizontalen (SORKC) Verhaltensanalyse und der Erstellung des Störungsmodells werden Hypothesen zu Entstehungsbedingungen, Vulnerabilitäten und Aufrechterhaltung (symptomatisch/interpersonell) formuliert und gemeinsam mit den Patient:innen besprochen. Zum Abschluss der Probatorik werden gemeinsam mit den Patient:innen klare und realistische Therapieziele definiert. Diese Ziele werden priorisiert und der mögliche Verlauf und die Dauer der Therapie besprochen. Dabei wird auch die Bereitschaft des Patienten geklärt, an Symptomen und/oder Hintergrundthemen zu arbeiten.

Für die Durchführung der Probatorik gibt es in „Biografisch-Systemische Verhaltenstherapie: Tools für die psychotherapeutische Praxis“ von Zarbock, G., Wilckens, P. & Semmler, N. (2023) ausführliche Abschnitte zur Gestaltung der einzelnen Stunden mit vielfältigen Arbeitsmaterialien.

Symptom und Hintergrund:

Ein zentraler Aspekt der BSVT ist die Diskrimination zwischen der Arbeit **am Symptom** und **am Hintergrund**. Diese Unterscheidung ist besonders für die Therapieplanung und Auswahl geeigneter Interventionen relevant. Doch was wird darunter verstanden? Während die Arbeit am Symptom darauf abzielt, akute Beschwerden und funktionale Beeinträchtigungen der Patient:innen schnell und effektiv zu lindern, richtet sich die Arbeit am Hintergrund auf die tieferliegenden biografischen und systemischen Muster, die das Denken, Fühlen und Verhalten der Patient:innen prägen. Beide Ansätze sind komplementär und können je nach Therapiephase flexibel kombiniert werden, um sowohl kurzfristige Erleichterung als auch langfristige, nachhaltige Veränderungen zu ermöglichen. Im Folgenden wird dies etwas übersichtlicher dargestellt:

Arbeit am Symptom:

1. **Akute Problematik:** Wenn der/die Patient:in mit akuten Symptomen oder Problemen kommt, die sofortige Aufmerksamkeit erfordern, ist die Arbeit am Symptom oft der erste Schritt. Dies kann z.B. bei schweren Angstzuständen, Depressionen oder anderen belastenden Symptomen der Fall sein.
2. **Schnelle Linderung:** Ziel ist es, den Patient:innen schnell Erleichterung zu verschaffen, damit er/sie funktionaler das alltägliche Leben gestalten kann.
3. **Stabilisierung:** Die Arbeit am Symptom hilft, eine gewisse Stabilität zu erreichen, z.B. bei Suizidalität, Fremdgefährdung oder erheblicher Selbstschädigung durch die Symptomatik (z.B. täglich mehrfaches Erbrechen, häufiges und tiefes Schneiden). Erst nachdem der/die Patient:in wieder „sicherer“ ist, wird es möglich, sich intensiver mit tieferliegenden Themen auseinanderzusetzen.

Arbeit am Hintergrund:

1. **Chronische oder komplexe Probleme:** Wenn die Probleme der Patient:innen tiefer verwurzelt sind oder es sich um langanhaltende Schwierigkeiten handelt, ist die Arbeit am Hintergrund angemessen. Dies betrifft oft Themen wie negative Lebensbotschaften, nicht befriedigte Grundbedürfnisse, mangelnde Fertigkeiten zur Emotionsregulation und weitere Themen, die mit der Lebensgeschichte und biografischen Ereignissen der Patient:innen verbunden sind.
2. **Systemische Zusammenhänge:** Hier werden systemische Aspekte des Lebens der Patient:innen untersucht, z.B. familiäre Dynamiken, aktuelle Beziehungsmuster in Partnerschaft, Freundschaften, Beruf und sonstigem sozialen Umfeld sowie frühere Erfahrungen, die das gegenwärtige Verhalten beeinflussen.
3. **Identität und Selbstbild:** Die Arbeit am Hintergrund umfasst ebenfalls eine Stärkung der Selbstwahrnehmung und -akzeptanz, manchmal auch der erneuten Selbstbestimmung („Wer bin ich? Was macht mich aus? Was will ich?“) und der persönlichen Werte und Lebensziele.

Manchmal geraten Menschen jedoch in derart schwierige Lebenslagen, dass zunächst „Sozialarbeit“ oder Soziotherapie notwendig wird. Gegen sehr aversive Lebensumstände (z.B. hohe Schulden, drohende Wohnungslosigkeit) kommt eine Stunde Psychotherapie pro Woche nicht an. Ggf. kann hier auch ein stationärer Aufenthalt (mit intensiver Klärung der sozialen Fragen) vorab indiziert sein.

Eine gute therapeutische Beziehung ist die Grundlage, um sowohl an Symptomen als auch an Hintergrundthemen effektiv arbeiten zu können. Vertrauen und Sicherheit ermöglichen es den Patient:innen, sich auf tiefere Themen und auf eine potenziell anstrengende Symptomarbeit einzulassen. Gerade für Interventionen, die für die Patient:innen besonders herausfordernd sind, kann das Konzept des „Beziehungskredites“ (Sachse, 2020) hilfreich sein. Nach dieser Idee kann der/die Therapeut:in durch validierende und beziehungsorientierte Arbeit einen ‚Beziehungskredit‘ aufbauen. Wenn anschließend aufreibende Interventionen durchgeführt werden sollen, die sich negativ auf die Arbeitsbeziehung auswirken könnten, soll dieser „Kredit“ die Auswirkungen abmildern, weil schon eine Basis aus Vertrauen und positivem Umgang etabliert wurde. Für viele Patient:innen ist auch die Erfahrung zentral, „gesehen“ und verstanden zu werden. Hierdurch machen Therapeut:innen ein Bindungsangebot, was viele Patient:innen so bisher nicht kennengelernt haben.

Für die Entscheidungsfindung des therapeutischen Vorgehens (am Symptom oder am Hintergrund), sollten einige wichtige Informationsquellen berücksichtigt werden. Von entscheidender Bedeutung sind eine gründliche Anamnese und Diagnosestellung während der Probatorik. Aufgrund der Art und Schwere der Symptome und Probleme kann anschließend das Vorgehen aus psychotherapeutischer Sicht beurteilt werden. Jedoch sollten auch die Therapieziele der Patient:innen berücksichtigt werden. Priorisieren Patient:innen nach ausführlicher Besprechung der symptom-basierten und hintergrundbasierten Therapieziele eine schnelle symptomatische Linderung zu Ungunsten einer Auseinandersetzung mit tieferliegenden Themen, ist dies ebenfalls zu berücksichtigen.

Ein weiterer bedeutender Faktor für die Planung der Therapie ist die Bewertung des Strukturniveaus. In der Psychoanalyse bezieht sich das Strukturniveau auf die organisationale Ebene der psychischen Funktionen eines Individuums. Es handelt sich um ein Konzept, mit dem die Stabilität, Reife und Funktionalität einer Person beschrieben werden kann. Ver-

schiedene Ebenen der Struktur spiegeln die Fähigkeit eines Menschen wider, mit inneren und äußeren Ansprüchen umzugehen, Emotionen zu regulieren und Beziehungen zu anderen zu formen. Das Strukturniveau im Rahmen der BSVT kann vereinfacht in drei Kategorien unterteilt werden: niedriges, mittleres und hohes Strukturniveau. Diese Kategorien helfen, die psychische Gesundheit eines Individuums besser zu verstehen und zu diagnostizieren. Das Strukturniveau wird dabei unter anderem auf der Ebene der Abwehr, der Emotionsregulation, der Beziehungsfähigkeiten und des Selbstbildes manifest. In Tabelle 1 werden diese einander gegenübergestellt.

Tabelle 1: Gegenüberstellung der Stufen des Strukturniveau:

	Niedrig	Mittel	Hoch
Abwehr	häufig primitive Abwehrmechanismen wie Spaltung, Projektion oder Verleugnung	weniger primitive, jedoch immer noch dysfunktionale Abwehrmechanismen wie Verdrängung, Rationalisierung oder Projektion.	Verwendung reifer Abwehrmechanismen wie Sublimierung, Humor und Altruismus.
Emotionsregulation	Schwierigkeiten, Emotionen zu regulieren und extreme Stimmungsschwankungen sind typisch.	Mäßige Fähigkeit, Emotionen zu regulieren, sodass in Stresssituationen häufig zu dysfunktionalen Bewältigungsmechanismen gegriffen wird.	Individuen sind in der Lage, Emotionen effektiv zu regulieren und zeigen eine hohe Frustrationstoleranz.
Beziehungsfähigkeit	Beziehungen sind oft instabil und intensiv, geprägt von starken Abhängigkeiten oder Konflikten.	Beziehungen sind funktionaler als bei einem niedrigen Strukturniveau, können aber immer noch von Unsicherheiten und Abhängigkeiten geprägt sein.	Beziehungen sind stabil, reif und von gegenseitigem Respekt und Empathie geprägt.
Selbstbild	Ein schwaches und instabiles Selbstbild, oft verbunden mit Identitätsdiffusion und einem schwachen Gefühl für Kontinuität und Kohärenz des Selbst.	Ein relativ stabiles, aber nicht vollkommen kohärentes Selbstbild. Es gibt eine gewisse Konsistenz, aber auch Bereiche der Unsicherheit und Inkohärenz.	Ein konsistentes und kohärentes Selbstbild, das auch in stressigen oder herausfordernden Situationen stabil bleibt. Individuen haben ein starkes Gefühl für Identität und Kontinuität des Selbst.

Für eine stark strukturierte Symptomarbeit ist in aller Regel ein hinreichend hohes Strukturniveau auf Seiten der Patient:innen notwendig. Übende Interventionen sind immer auch wie Schule: Man muss aufmerksam sein, sich Dinge merken, zu Hause üben und sich nach ersten Fehlversuchen langsam verbessern können (Anstrengungsbereitschaft, Frustrationstoleranz, Zielstabilität). Ist diese (noch) nicht gegeben, kann eine validierende Hintergrundarbeit an Themen der Emotionsregulation, zwischenmenschlichen Beziehungen oder des Selbstwertes sinnvoll sein.

Die Entscheidung für das therapeutische Vorgehen ist jedoch nicht endgültig; Therapeut:innen können je nach Verlauf der Therapie zwischen beiden Ansätzen wechseln. Manchmal ist es sinnvoll, zunächst am Symptom zu arbeiten, um dann später den Hintergrund zu bearbeiten, oder umgekehrt. Zarbock, Wilckens und Semmler (2023) unterscheiden auf S. 58-59 vier prototypische Behandlungsverläufe, die an dieser Stelle kurz skizziert werden sollen. Bei Prototyp 1 wird mit einer symptomorientierten Arbeit begonnen, die im Verlauf zugunsten einer Arbeit am Hintergrund verringert wird. Dieses Vorgehen ist sinnvoll, wenn die Symptome stark selbst- oder fremdgefährdend sind, eine informierte Präferenz für dieses Vorgehen bei den Patient:innen besteht oder eine Symptombehandlung psychosozial besonders dringend ist (wenn die Symptome im Alltag der Personen deutliche Probleme hervorrufen (z.B. drohender Jobverlust durch Symptomatik)). Im Verlauf kann sich dann mit zunehmender Sicherheit im therapeutischen Setting, vorhandener Motivation und bei stabiler therapeutischer Beziehung Hintergrundthemen gewidmet werden. Prototyp 2 beschreibt das gegenteilige Vorgehen. Der Beginn mit der Arbeit am Hintergrund kann sinnvoll sein, wenn sich während der Diagnostik eine deutliche Persönlichkeitsproblematik und/oder Inkonsistenzspannung zeigt. Für einige Patient:innen kann es als zusätzliche Belastung erlebt werden, wenn sie direkt mit Möglichkeiten zur Verhaltensänderung konfrontiert werden. Ein Einstieg über eine validierende Hintergrundarbeit kann dann den fruchtbaren Boden bereiten für die teils anstrengende Verhaltensänderung im Rahmen der Symptomarbeit. Prototyp 3 beschreibt eine kontinuierliche Arbeit am Symptom mit leichter begleitender Hintergrundarbeit. Wenn Hintergrundthemen wenig Einfluss auf die aktuelle Symptomatik haben (z.B. bei einer monomorbiden Agoraphobie), kann sich vorwiegend auf die Arbeit am Symptom konzentriert werden. Bei Prototyp 4 findet eine kontinuierliche Arbeit am Hintergrund statt. Bei Patient:innen, bei denen *keine* eindeutige symptomatische Störung vorliegt und die Belastung vorwiegend aus Hintergrundthemen (z.B. Selbstwert, Beziehungskonflikte) besteht, kann eine überwiegende Arbeit am Hintergrund über die Behandlung hinweg effektiv sein. Wichtig ist, dass das therapeutische Vorgehen über die Therapie konsistent ist. In diesem Sinne ist es nicht zu empfehlen, von Stunde zu Stunde ein anderes Vorgehen zu wählen. Vielmehr sollte anhand der (symptomorientierten/hintergrundorientierten) Therapieziele ein Vorgehen ausgewählt und konstant verfolgt werden. Wenn sich im Verlauf weiteren Themen gewidmet wird, die ein anderes therapeutisches Vorgehen erfordern, kann die Strategie angepasst und eine andere Rolle als Therapeut:in eingenommen werden. Welche Rollen in der BSVT unterschieden werden, wird im folgenden Abschnitt erläutert.

Therapeutische Rollen:

Um die aktuell verfolgte Strategie (am Symptom/am Hintergrund) besser von der anderen abzugrenzen, lassen sich für die Arbeit am Symptom und am Hintergrund unterschiedliche Rollen formulieren. Diese Rollen unterscheiden sich in ihrer Art der Beziehungsgestaltung, Gesprächsführung und den verwendeten Techniken derartig voneinander, dass sie im Folgenden gegenübergestellt werden sollen. Die Denkweise der einzelnen Rollen ist dabei vergleichbar mit denen verwandter Therapieschulen oder Berufsgruppen, weshalb sie entsprechend benannt sind. Die BSVT möchte auf diesem Weg die unterschiedlichen Herangehensweisen an Symptome und Probleme der anderen Kolleginnen und Kollegen würdigen.

Während der Symptomtherapie nehmen die Psychotherapeut:innen häufig die Rolle einer Coach:in oder einer Trainer:in ein. Wenn an Themen des Hintergrundes gearbeitet wird, lassen sich drei Rollen unterscheiden. Wird z.B. mit Hilfe von ‚experiential techniques‘ gearbeitet, wird häufig die Rolle einer Gestalttherapeut:in eingenommen. Wird z.B. in Krisen-

situationen oder dem Erstgespräch überwiegend über Validierung gearbeitet, erinnert dies an die Techniken einer Gesprächstherapeut:in. Wird an hochgradig ambivalenten und konflikthaften Beziehungssituationen, schweren Schicksalsschlägen, existentiellen Grenzsituationen oder sexuellen oder aggressiven Fantasien gearbeitet, würde in der BSVT mit einem unaufdringlichen, wohlmeinenden Schweigen und vorsichtigen Nachfragen gearbeitet werden. Hier dürften Psychoanalytiker:innen ihre Techniken wiedererkennen, die über die gleichschwebende Aufmerksamkeit, die Haltefunktion und dem Containing den menschlichen Konflikten im besonderen Maße gerecht werden können. Darüber hinaus lässt sich die Rolle der „sokratische:n Philosoph:in“ von den beschriebenen Rollen abgrenzen. In dieser Rolle, kann sowohl Symptomarbeit als auch Bearbeitung von Hintergrundthemen stattfinden. Die BSVT-Therapeut:in nimmt hier eine wenig direkte Rolle ein, die den Patient:innen auf Augenhöhe begegnet und diese bei der Problemlösung begleitet. Durch eine nicht-wissende, Haltung und gezielt formulierte Fragen, reflektieren die Patient:innen ihre Denkmuster und Überzeugungen und kommen so eigenständig auf mögliche Lösungsstrategien. Ausführlicher dargestellt ist dies in Tabelle 2.

Zusammenfassung:

Die unterschiedlichen Rollen der Therapeut:innen in der BSVT variieren in Bezug auf Beziehungsgestaltung, Gesprächsführung und Direktivität:

- **„Trainer:in/Coach:in“ (Arbeit am Symptom):** Zielorientiert, strukturiert, hoch direktiv.
- **„Psychoanalytiker:in“ (Arbeit am Hintergrund):** Tief reflektierend, interpretativ, niedrig direktiv.
- **„Gesprächstherapeut:in“ (Arbeit am Hintergrund):** Empathisch, reflektierend, niedrig direktiv.
- **„Gestalttherapeut:in“ (Arbeit am Hintergrund):** Authentisch, experimentell, mittel bis hoch direktiv.
- **„sokratische:r Philosoph:in“ (Arbeit am Hintergrund oder am Symptom):** partnerschaftlich, fragend, wenig direktiv

Tabelle 2: Gegenüberstellung der therapeutischen Rollen in Bezug auf die Beziehungsgestaltung, die Gesprächsführung und typische Methoden.

Rolle	Beziehungsgestaltung	Gesprächsführung	Typische Methoden
„Coach“, „Trainer:in“	<p>Zielorientiert: Die Beziehung ist auf konkrete Ziele und Ergebnisse ausgerichtet.</p> <p>Supportiv: Therapeut:in unterstützt und motiviert die Patient:innen, Veränderungen umzusetzen.</p>	<p>Strukturiert: Gespräche sind klar strukturiert und fokussieren auf spezifische Probleme und deren Lösungen.</p> <p>Aktiv und direktiv: Therapeut:in nimmt eine aktive und leitende Rolle ein, um die Patient:innen durch spezifische Übungen und Techniken zu führen.</p> <p>Instruktiv: Therapeut:in erklärt und demonstriert Techniken</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hausaufgaben - Protokolle - manualisierte Therapie - Exposition - Reaktionsverhinderung - Verhaltensaktivierung - Entspannungsverfahren - Stressmanagement - Skills-Training - Soziales Kompetenz Training - etc.
„Psychoanalytiker:in“	<p>Tief und reflektierend: Die Beziehung ist darauf ausgerichtet, tiefere Prozesse und Konflikte zu verstehen.</p> <p>Übertragung und Gegenübertragung: Therapeut:in nutzt die Dynamiken in der therapeutischen Beziehung zur Einsicht und Veränderung.</p>	<p>Niedrig direktiv: Therapeut:in ist eher zurückhaltend und folgt den Assoziationen des Patienten.</p> <p>Explorativ: Der Fokus liegt auf der Erforschung (und Deutung) innerer Prozesse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - aktives Zuhören/ Raum geben - Validieren, Paraphrasieren - Freie Assoziationen - Klären, Konfrontieren, Deuten - Übertragung und Gegenübertragung - etc.
„Gestalttherapeut:in“	<p>Authentisch und unmittelbar: Die Beziehung ist geprägt von Authentizität und unmittelbarem Erleben im Hier und Jetzt.</p>	<p>Fokus auf das Hier und Jetzt: Therapeut:in lenkt die Aufmerksamkeit auf das gegenwärtige Erleben und Verhalten des Patienten.</p> <p>Konfrontativ und unterstützend (durch Expe-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Stühle-Dialog - Experimente - Rollenspiele - Fokus auf das Hier-und-Jetzt

	<p>Experimentell: Der/die Therapeut:in fördert ein experimentelles und erfahrungsorientiertes Arbeiten.</p>	<p>Experimente und Übungen): Therapeut:in konfrontiert die Patient:innen mit ihren Vermeidungsstrategien, indem kreative Übungen und Experimente initiiert werden, um Bewusstsein und Selbstregulation zu fördern.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Körperarbeit - Ressourcenübungen - etc.
„Gesprächstherapeut:in“	<p>Empathisch und akzeptierend: Die Beziehung ist geprägt von Empathie, bedingungsloser positiver Anerkennung und Authentizität.</p> <p>Nicht-direktiv: Die Patient:innen werden in ihrer Selbstexploration und Selbstverwirklichung unterstützt.</p>	<p>Reflektierend: Therapeut:innen spiegelt die Gefühle und Gedanken der Patient:innen, um Selbstverständnis und Selbstakzeptanz zu fördern.</p> <p>Offen und fragend: Therapeut:innen stellt offene Fragen und ermutigt zur Selbsterforschung zum persönlichen Wachstum.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - aktives Zuhören/ Raum geben - Validieren, Paraphrasieren - Verbalisierung emotionalen Erlebens (VEE) - Anleiten zur Reflexion - etc.
„sokratische:r Philosoph:in“	<p>Partnerschaftlich: Es wird eine partnerschaftliche, respektvolle Beziehung gefördert.</p> <p>Nicht-wissendes Fragen: Die Therapeut:innen laden die Patient:innen durch nicht-wissendes Fragen ein, das eigene Denken und Handeln zu erkunden</p>	<p>Sokratischer Dialog: Es werden gezielte Fragen verwendet, mithilfe derer die Patient:innen ihre eigenen Überzeugungen zu konkretisieren und zu hinterfragen.</p> <p>Anleitend: Durch geschickte Fragen werden die Patient:innen in die Richtung gebracht, selbst eine Lösung für ihre Probleme zu finden. Dabei wird niedrig direktiv vorgegangen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - sokratischer Dialog - Disputations-Strategien (hedonistisch, empirische, logisch)

Therapeutische Grundhaltung für die Weiterbildung am IVAH

In der therapeutischen Praxis ist es essenziell, dass die Psychotherapeut:innen bereit sind, ihre eigenen Fertigkeiten regelmäßig zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Ein integraler Bestandteil dieses Reflexionsprozesses ist die Videosupervision. Hierbei werden therapeutische Sitzungen aufgezeichnet und gemeinsam mit einem oder einer Supervisor:in analysiert. Dieser Prozess ermöglicht es den Personen, ihre Techniken und Interaktionen zu überprüfen, konstruktives Feedback zu erhalten und gezielte Verbesserungen ihrer therapeutischen Fertigkeiten vorzunehmen. Die Videosupervision dient somit nicht nur der Selbsterkenntnis, sondern auch dem kontinuierlichen Lernen und der professionellen Weiterentwicklung. Das Erlernen von Psychotherapie wird hierbei mit einer Sportart oder einem Musikinstrument verglichen: Ohne kontinuierliches Üben, gelegentliches ‚Vorspielen‘, Feedback und Nachschärfen der eigenen Kompetenzen kann kein oder nur mäßiger Fortschritt erfolgen. Ein fruchtbarer Lernprozess kann nur beginnen, wenn man die Bereiche betrachtet, in denen noch Verbesserungspotenzial besteht.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der therapeutischen Weiterbildung ist die konsequente quartalsweise psychometrische Testung der Patient:innen. Durch diese objektiven Bewertungen kann der Therapieerfolg systematisch beurteilt werden. Die Testungen bieten einen strukturierten Ansatz, um die Fortschritte der Patient:innen zu dokumentieren und die Wirksamkeit der angewendeten Methoden zu überprüfen. Sie tragen dazu bei, datenbasierte Entscheidungen zu treffen und die therapeutische Arbeit evidenzbasiert zu gestalten. Die Kombination aus Videosupervision und regelmäßigen psychometrischen Testungen schafft eine solide Grundlage für eine reflektierte und erfolgreiche therapeutische Praxis. Die Bereitschaft zur Selbstreflexion und zur Annahme von Feedback, gepaart mit der objektiven Beurteilung der Therapieerfolge, stellt sicher, dass die Weiterbildungskandidat:innen ihre Kompetenzen kontinuierlich verbessern und ihre therapeutischen Fertigkeiten auf hohem Niveau halten.

Literatur

Sachse, R. (2020). *Persönlichkeitsstörungen verstehen: Zum Umgang mit schwierigen Klienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Zarbock, G., Wilckens, P. & Semmler, N. (2023). *Biografisch-Systemische Verhaltenstherapie: Tools für die psychotherapeutische Praxis*. Heidelberg: Springer.

Falls Du Fragen zur Weiterbildung zum/zur Fachpsychotherapeut:in in BSVT am IVAH hast, wenden Dich gerne an: christoph.nagel@ivah.de