

- 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 Therapeutin und Patient fokussiert.
- a. 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.
 - b. 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: Ich habe..., mache... (Symptom), weil... (Vermeidungs- oder Annäherungsziel, strukturelle Defekte, NELEBO, Grundannahme). Dies mache ich so lange bis... (Erreichen therapeutischer Veränderungsziele, die funktional die Symptomatik „nicht mehr notwendig“ machen können).
 - c. 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.

- d. Basistechnik sind hier **VEE** (Verbalisation emotionaler Erlebnisinhalte), **VVK** (Verbalisation verdeckter Kognitionen = NELEBOs) und **VBR** (= Verbalisation Biografischer Re-Inszenierungen und Wiederholung biografischer Problemmuster).
- e. Weitere Techniken, um an die Regulationsebene, meist im Sinne eines top down Vorgehens heranzukommen sind: a. **Briefe an Bezugspersonen**, b. **Stuhlrollenspiele** mit Bezugspersonen, c. **Imaginative Umstrukturierung**, d. **Lebenslinie legen** und abschreiten, c. **Lobreden** über sich selbst, d. Sonstige **Lebensthemen erzählungen**, z.B. **Biografische Re-Inszenierungen entdecken**: Was läuft wo genauso wie damals? Was ist wo bzw. wann schon anders?, e. Konkrete Zielvereinbarungen mit gestuften Übungsschritten- Die **LebensNEUausrichtung**: „Mein Leben neu gestalten lernen!“
- g. Begleitet wird eine BSVT von **qualitätssichernder Psychometrie** (3-Monats-Messung von Zielerreichung, Depressivität, allgemeiner Psychopathologie, Zufriedenheit) und **videogestützter Super- bzw. Intervention**.

Besuchen Sie uns auch gern im Internet unter:
www.ivah.de

Institut für Verhaltenstherapie-Ausbildung Hamburg
Hans-Henny-Jahnn-Weg 51/53
22085 Hamburg

Fon: +49 40 – 6 07 72 21 – 0
Fax: +49 40 – 6 07 72 21 – 51
info@ivah.de



IVAH 
Institut für Verhaltenstherapie-
Ausbildung Hamburg

**Biografisch-
Systemische
Verhaltenstherapie
Update 2024**
**Dipl.-Psych. Dr. phil.
Gerhard Zarbock**
IVAH Hamburg 

Ausgangspunkt 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.
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**)
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 der BSVT

- a. Störungen haben **biografische Entstehungsbedingungen**: Kurz gefasst: Es gab Risikofaktoren und schlecht bewältigte normative und nicht-normative („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 Selbst-, Emotions- und interpersonelle Regulation (= **psychologische Strukturmängel**), **maladaptive Bewältigungsstrategien** 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
- 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 erworbenen strukturellen Defizite, die negativen Lebensbotschaften und die maladaptiven Bewältigungsreaktionen beschreiben. Die Symptomatik ist dann Überlastungszeichen (z.B. depressiver Rückzug), oft aber auch sekundärer Stabilisierungsversuch auf einem pathologischen eingeschränkten Organisationsniveau des Psycho-Sozialen (z.B. Hypochondrie, Zwänge, psychovegetative Störungen).

- d. **Aufrecht erhaltende Bedingungen** sind neben dem Fortbestehen der Erstaufttrittsbedingungen sich selbst stabilisierende symptomatische 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
- 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.
 - a. **Arbeit am Hintergrund** adressiert die NELEBOS, Grundannahmen, pathogenen Erinnerungen („Mini“-Traumata), strukturellen Defekte und maladaptiven Bewältigungsstrategien.
 - b. Hierzu werden aus der individuellen Biografie u.a. **biografische Schlüsselsituationen** als exemplarische Lernsituationen herausgearbeitet.