



„Verhaltenstherapie“ heute – eine Kurzcharakteristik

Josef Wilhelm Egger

Angenommen: 15. April 2024
 © The Author(s) 2024

Zusammenfassung Die „Verhaltenstherapie“ zählt zu den – historisch und wissenschaftlich betrachtet – fundamentalen Psychotherapietraditionen. Wenn gleich die vielen theoretischen und praktischen Ansätze heute kein einheitliches „Schulengebäude“ mehr ergeben, so verbindet doch alle „verhaltenstheoretischen“ Konzepte die Forderung nach empirisch-wissenschaftlicher Überprüfung ihrer Vorgehensweisen und Wirkelemente. Für die Nutzung dieser relativ großen, international verankerten Therapierichtung wird heute – insbesondere auch für die Anwendung innerhalb medizinischer Rahmenbedingungen – eine methodenoffene Konzeption favorisiert, die in ihrer aktuellen kognitiv-behavioralen Form bisweilen auch als „Integrative Verhaltenstherapie“ oder „Psychologische Psychotherapie“ bezeichnet wird. Ihre allgemeinen Kennzeichen sind die gute wissenschaftliche Fundierung, die große Anwendungsbreite, ihre transparente Therapiegestaltung, das breite Spektrum an Methoden sowie der emanzipatorische Ansatz gemäß dem Motto „professionelle Hilfe zur Selbsthilfe“. Dies und die Einbettung in die erweiterte bio-psycho-soziale Theorie von Gesundheit und Krankheit unterstützt die gewünschte Integration von psychosozialen und biomedizinischen Aspekten in der Praxis in hervorragender Weise.

Schlüsselwörter Bedeutungserweiterung von Verhaltenstherapie · Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungskonzepte · Verhaltenstherapeutische Tradition · Kennzeichen verhaltenstheoretischen Arbeitens

J. W. Egger (✉)
 Medizinische Psychologie und Psychotherapie,
 Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich
josef.egger@medunigraz.at

“Behavioral therapy” today – a brief characterization

Summary “Behavioral therapy” is one of the—historically and scientifically—fundamental traditions of psychotherapy. The numerous theoretical and practical approaches no longer result in a consistent “therapeutic school”. Nevertheless all “behavioral theoretical” concepts are based on the demand for empirical-scientific review of their approaches and practical procedures. For the use of this relatively large, internationally applied therapies, especially for the application within medical framework, a relatively open methodological concept is favored. Within this understanding the current cognitive-behavioral therapies sometimes also refers as “integrative behavioral therapy” or “psychological psychotherapy”. The general basics are the good scientific foundation, the wide range of application, the transparent therapy design and the wide range of methods as well as the emancipatory approach “professional help for self-help”. Embedded in the bio-psycho-social theory of health and illness the modern behavior therapy supports the desired integration of psychosocial and biomedical aspects in practice.

Keywords Contemporary meaning of “behavioral therapy” · Characteristics of cognitive-behavioral treatment concepts · Behavioral therapy tradition

Der Wandel im Verständnis von „Verhaltenstherapie“

Das Verständnis dessen, was „Verhaltenstherapie“ heute ist, hat sich wesentlich verändert. Die Verhaltenstherapie zählt zweifellos zu den – historisch und wissenschaftlich betrachtet – fundamentalen Psychotherapietraditionen (Margraf 2018). Allerdings: Das

heute weit gefächerte Spektrum verhaltenstheoretischer Therapieansätze hat eine durchaus bewegte Geschichte hinter sich. Die vielen inzwischen etablierten theoretischen und praktischen Ansätze wie z.B. *Kognitiv-Behaviorale Therapie (CBT)/Kognitive Therapie/Verhaltensmodifikation/Rational-Emotive Therapie (RET)/Multimodale Therapie/Breitband-Verhaltenstherapie/Interpersonelle Verhaltenstherapie/Behaviorale Familientherapie/Interaktionelle Verhaltenstherapie/Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)/Verhaltensmedizin und Biofeedback/Erfahrungswissenschaftlich-Integrative Psychotherapie oder Psychologische Psychotherapie/Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)/Achtsamkeitsorientierte Kognitive Therapie (MBCT)/Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)/Achtsamkeitsorientierte Körper-Verhaltenstherapie/Schematherapie/Weisheitstherapie u. a.* ergeben längst kein einheitliches „Schulengebäude“ mehr. Und dennoch verbindet alle „verhaltenstheoretischen“ Konzepte die Forderung nach empirisch-wissenschaftlicher Überprüfung ihrer Vorgehensweisen und Wirkelemente. Für die verschiedenen theoretischen Ansätze bzw. praktischen Behandlungskonzeptionen bietet das epochale bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit (bzw. Krankheit) eine metatheoretische Integration (vgl. Egger 2017; WGPM o.J.). Die Entwicklung der letzten Jahrzehnte weist – wissenschaftstheoretisch logisch – überwiegend in Richtung einer weitgehend schulenoffenen Psychologischen Psychotherapie.

Es waren gewichtige Entwicklungsprozesse („Wellen“ mit weitreichenden theoretischen wie praktischen Auseinandersetzungen und Veränderungen) bis aus der ursprünglich streng empirischen Konzeption die unter der heutigen Sammelbezeichnung „Verhaltenstherapie“ firmierenden therapeutischen Ansätze entwickelt wurden. Sukzessive wurden die jeweils aktuellen Ergebnisse der Kognitions- und Emotionsforschung, aber auch der zwischenmenschlichen

Kommunikation in ein immer komplexer werdendes Theoriekonzept eingearbeitet. Nimmt man alle jene Therapieformen zusammen, die aktuell der kognitiv-behavioralen Richtung zuzuordnen sind, gilt diese Therapierichtung laut empirischer Psychotherapieforschung als die zurzeit relativ effektivste Behandlungsform innerhalb gesundheitsmedizinischer Anwendungsbereiche (vgl. Egger 2015; Grawe 1998). Die prinzipiell in Psychotherapien nachgewiesenen Wirkfaktoren sind in Abb. 1 zusammengefasst. Hier lassen sich auch die unterschiedlichen Schwerpunkte der einzelnen psychotherapeutischen Orientierungen erkennen.

Im Übrigen weist die Gruppe der verhaltenstheoretischen Psychotherapien eine gute Passform mit einer Reihe anderer therapeutischer Ansätze auf, da ihr theoretischer Überbau mit seiner bio-psycho-sozialen Fundierung ein enorm integratives Potenzial besitzt. Diese metatheoretische Konzeption wird u. a. auch gestützt von Ansätzen der Kognitions- und Emotionspsychologie, der Handlungstheorien, von Konzepten der Sozial- und Kommunikationswissenschaften, der Neurobiologie, Humanmedizin und Evolutionstheorie – ein Rahmen, der die Aufnahme weiterer Ansätze jederzeit ermöglicht, sofern die Grundbedingungen der empirischen Überprüfbarkeit und wissenschaftlichen Stichhaltigkeit erfüllt sind. Es ist diese Orientierung, die zu einer steten Entwicklung und Veränderung des verhaltenstherapeutischen Spektrums geführt hat und auch weiterhin führen wird.

Grundprinzipien der aktuellen „Verhaltenstherapie“

Die „Verhaltenstherapie“ von heute vertritt ein ganzheitliches Bild des Menschen. Der Mensch wird als ein Wesen gesehen, das Fähigkeiten und Fertigkeiten besitzt, aus seinen vielfältigen Erfahrungen Nutzen zu ziehen, um sowohl seine Innenwelt wie auch

<p>RESSOURCENAKTIVIERUNG</p> <p>Ausschöpfung von vorhandenen spezifischen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Patient:innen Aktivierung möglicher „Selbstheilungskräfte“ (Was ist trotz Störung bzw. Krankheit möglich?) positive Therapieerwartung und -motivation, soziales Netz, positive therapeutische Beziehung etc.</p>	<p>PROBLEMAKTUALISIERUNG</p> <p>Prinzip der realen Erfahrung, Bedeutungsänderung durch aktuelles Erleben aufseiten der Patient:innen, Problem und deren Änderungsmöglichkeit erfahrbar machen: „Reden=Silber, Handeln=Gold“ konkretes Handeln in der problematischen Situation, Rollenspiel etc.</p>
<p>PROBLEMBEWÄLTIGUNG</p> <p>Aktive therapeutische Hilfe zur Problembewältigung, anleiten, zeigen, konkretes Können, Veränderungskompetenz (Bewältigungsperspektive) Hilfe zur Selbsthilfe</p>	<p>PROBLEMKLÄRUNG</p> <p>aktive therapeutische Hilfe zu Einsicht und Verständnis, „Aufklärung“ (Tiefenperspektive, Erkenntnisdimension) Bedeutung und Motivation für Problemverhalten ergründen (Warum verhält sich Patient:in so, was steckt dahinter?)</p>

Abb. 1 Wirkfaktoren in Psychologischen Therapien. Der Behandlungsfokus kann dabei primär auf einem *intrapersonellen* Ansatz liegen (die Therapie richtet sich an Patient:in) oder auch

auf einem *interpersonellen* Ansatz (die Therapie richtet sich an ein Paar, eine Familie oder Gruppe). (Modifiziert nach Grawe et al. 1994)

seine Umwelt aktiv zu gestalten, wohl wissend, dass er selbst von dieser Umwelt beeinflusst wird. Im Gegensatz zur Psychoanalyse, die in Analogie zum traditionellen medizinischen Krankheitsmodell davon ausgeht, dass das direkt erfassbare Symptom nur Ausdruck einer tieferliegenden Störung (eines unbewussten Konflikts) ist, stellt sich für die *Verhaltenstherapie* das „Symptom“ (das Sichtbare, Augenscheinliche, Erkennbare bzw. Erlebbar) selbst als Teil des Problems dar (Margraf 2018). Daher steht hier eine umfassende, mehrdimensionale „Problemanalyse“ am Beginn der Behandlung. Jedes Verhalten (ob als „gesund“ oder als „Störung“ betrachtet) ist eng mit den inneren und äußeren Lebenswelten verknüpft, sodass es gilt, die jeweils individuelle Denk- und Gefühlswelt sowie die konkreten Lebensbedingungen – bis hin zum Kulturkreis – des Hilfe suchenden Menschen zu erfassen (vgl. Roediger 2016; Young et al. 2005).

Mit der Konzeption als „Integrative Verhaltenstherapie“ soll ausgedrückt werden, dass prinzipiell alle bekannten empirisch nachweisbaren Wirkprinzipien der Psychotherapie berücksichtigt werden, wenn gleich nicht in jedem therapeutischen Fall in gleicher Ausprägung, da dies von Art und Ausmaß der Störung abhängig ist. Die Tendenz zur Erforschung bisher noch nicht ausreichend genutzter, aber von der vergleichenden Psychotherapieforschung ausgewiesenen Wirkfaktoren hat im Laufe der letzten Jahrzehnte zu einer dramatischen Verbreiterung der Behandlungsansätze geführt. Das Motto dieser therapeutischen Herangehensweise könnte als „Heilen durch Einsicht und Erfahrung“ beschrieben werden: Erkennen und (aktive) Veränderung werden als zusammengehörende Teile einer Problemlösung gesehen (vgl. Zarbock 2010; Linden und Hautzinger 2015).

Typisch für die konkrete Arbeit ist die *systematische Problemanalyse* und das *gezielte therapeutische Vorgehen*. Geprägt durch die bio-psycho-soziale Forschung und die erfahrungswissenschaftliche Ausrichtung wird besonderer Wert auf ein geplantes therapeutisches *Procedere* gelegt, welches sowohl *Einsicht vermittelnde* als auch *übende Behandlungselemente* umfasst. Die Patient:innen sind aktiv und verantwortlich an ihren Änderungsprozessen beteiligt, die Therapeut:innen fördern das *Selbsthilfepotential* der Patient:innen (vgl. Kanfer und Schmelzer 2006; Kanfer et al. 2012):

Die Verhaltenstherapie ist in ihrem praktischen Vorgehen

- problemorientiert,
- zielorientiert,
- aktionsorientiert,
- sie nutzt auch unkonventionelle, aber erprobte effiziente Änderungstechniken,
- transparent und
- Hilfe zur Selbsthilfe vermittelnd.

Der Begriff „Verhaltenstherapie“ führt insofern in die Irre, da er das Augenmerk ausschließlich auf das Ver-

halten (Handeln) lenkt. In der aktuellen Verhaltenstherapie steht aber die Untersuchung des *beobachtbaren Verhaltens* gleichrangig neben der Betrachtung von *Gedanken, Gefühlen* und *körperlichen Prozessen*. Die „Verhaltensanalyse“ mag zur Veranschaulichung des mehrdimensionalen diagnostischen Vorgehens und als Beispiel für die der Beschreibung eines bestimmten „Verhaltens in einer Situation“ beitragen (Linden und Hautzinger 2015; Schermer et al. 2006; s. a. dgvt o.J. oder oegy o.J.).

Am Beginn der Therapie wird auf das *Problem* der Patient:innen eingegangen, das unerwünschte Verhalten wird detailliert und auf mehreren Ebenen (handlungsmäßig, gedanklich, gefühlsmäßig, körperlich) erhoben. Diese Eingangsphase steht zugleich im Dienste einer komplementären Beziehungsgestaltung, in welcher Vertrauen und Kooperationsbereitschaft aufgebaut werden sollen. Die Therapeut:innen beziehen nicht nur den biografischen Hintergrund der beklagten Symptomatik, sondern auch die persönliche Entwicklungsgeschichte und die konkreten (bio-psycho-sozialen) Lebensbedingungen mit in die Therapieplanung ein. Dazu sind in den letzten Jahrzehnten ausführliche Prozessformen entwickelt worden, z. B. im Rahmen der Kognitiven Therapie bzw. Plananalyse, der Grundbedürfnisbefriedigung sensu Grawe oder der Schematherapie.

Natürlich werden zuerst die beklagten Probleme erfasst, aber in der Folge werden auch die Ressourcen und Stärken der Patient:innen und des individuellen Umfeldes miterhoben. Es wird gemeinsam herausgearbeitet, welche Änderung am dringlichsten erscheint und zugleich die größte Motivation auf Seiten der Patient:innen aufweist und mit welchen Methoden dies am effektivsten erreicht werden kann (Reinecker 2009).

Für die therapeutische Behandlung selbst sind drei „Fragen“ besonders wichtig (Fliegel et al. 1998):

- Was ist das zu verändernde Verhalten? (Dimensionen des Verhaltens: Gedanken, Gefühle, Handeln, physiologische Körperreaktionen)
- Was sind die Bedingungen, die dieses Verhalten aufrechterhalten? (interne und externe Faktoren)
- Wodurch wird eine Veränderung des unerwünschten Verhaltens am effektivsten erreicht? (individuelle Kompetenzen und wissenschaftliche Evidenz)

Als Basisvoraussetzungen für jegliche therapeutische Veränderung gelten folgende 3 Aspekte:

- (1) „WISSEN“ ... Verständnis, Problemeinsicht, Wissen um alternative Verhaltensmöglichkeiten (im Denken und Handeln)
- (2) „KÖNNEN“ ... Vorliegen der entsprechenden Verhaltenskompetenz, die erwünschte Handlungsmöglichkeit muss im Verhaltensrepertoire des Menschen vorhanden sein bzw. aufgebaut werden
- (3) „WOLLEN“ ... subjektive „gute Gründe“ (Motivation) für bestimmtes Verhalten

Orientierungsphase

Zugang zu Patient:in, Erstbegegnung, wie stellt sich das "Problem" dar? Aktuelles Problemverständnis (Art und Ausmaß der biopsychosozialen Problemeinsicht aufseiten der Patient:innen, Vorbehandlungen etc.), *informed consent* zu möglicher Therapie

Klärung des Problems und Problemanalyse

Problembeschreibung: Erste Definition des Problems mit Änderungsnotwendigkeit bzw. -absicht, Erfassung eines ersten Risiko- und Schutzfaktorenprofils auf allen relevanten Dimensionen (Fähigkeiten / Fertigkeiten / Ressourcen und Defizite), Skizzierung derzeitiger Lebensbedingungen inkl. Abklärung von körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen, Lebensstilaspekte;

Problemanalyse (diagnostischer Prozessschritt: Analyse auf Makro- und Mikroebene);

typische Verfahren zur Informationsgewinnung: Exploration, Verhaltensbeobachtung, Verhaltenstest, Rollenspiel, Fragebögen oder Tests, Diagramme, Tagebuchaufzeichnungen, psychophysiologische Verfahren

Es gilt zwei Hauptfragen abzuklären:

(1) Welche Problembereiche sind (subjektiv und objektiv) veränderungsbedürftig? Gesamtproblem – Teilproblem – konkrete Problembeschreibung und Erhebung der lebensgeschichtlichen Entwicklung der Problematik.

(2) Welche Gründe sind für die Aufrechterhaltung des Problems von Bedeutung? Analyse der Rahmenbedingungen (funktionale Analyse, entspricht z.T. klassischer Verhaltensanalyse: S-O-R-K-C; Analyse der Kognitionen und Motiva; Analyse der sozialen Beziehungen).

Worum geht es? Wie lässt sich das Problem beschreiben (a) im Allgemeinen und (b) in einer konkreten (typischen) Situation? Zu beachten sind alle 4 Verhaltensebenen: Kognitionen, Emotionen, Körperreaktionen und Handeln. Datensammlung zur möglichen Genese und Aufrechterhaltung des Problems. Wie hängt das Problem möglicherweise mit anderen Bereichen zusammen?

Klärung von Therapieziel(en) und Zielanalyse (Zielfindung)

Zielfindung: Informationen aus Problemanalyse, allgemeine und konkrete Zielvorstellungen (persönliche Änderungswünsche der Patient:innen, Erwartungen der Sozialpartner:innen), Motivation für den Veränderungsprozess, Berücksichtigung derzeitiger Lebensbedingungen und der therapeutischen Möglichkeiten.

Welche(s) Veränderungsziel(e) ist/sind prinzipiell auszumachen? Welche Ziele sind aufgrund der Problemstruktur (unter Bedachtnahme von Motivation und Ressourcen) therapeutisch angebar?

Planung der Intervention und Auswahl von therapeutischen Interventionen

Skizzierung der konkreten Veränderungsschritte auf allen Verhaltensebenen und situativen Bezügen (Verhandlung darüber mit Patient:in); Ansatzpunkte der Therapie: Aufseiten der Patient:innen, bei Bezugspersonen, an den Rahmenbedingungen; Klärung von Reihenfolge der Anwendung.

Welche Bedingungen gilt es herzustellen, um therapeutisch wirksam zu werden? Welche Änderungstechniken (therapeutische Ansätze) werden als geeignet angesehen, um bestimmte Änderungsziele zu erreichen? Welche werden nach gemeinsamer Erörterung mit Patient:in vereinbart?

Durchführung der Therapieschritte

Ressourcenorientiertes Vorgehen bei allen Veränderungsschritten, geschützte Erprobung der therapeutischen Elemente mit nachfolgender realer Umsetzung im aktuellen Lebenskontext, konkreter Einsatz von Verfahren zur Problemveränderung (Standardverfahren: Rollenspiel, Operante Methoden, Entspannungsverfahren, Therapie sozialer Kompetenz, Konfrontationsverfahren, Selbststeuerungs-/Selbstkontrollverfahren, Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie, Problemlösungstraining, Genusstaining ...).

Wie kann der weitere therapeutische Prozess unter Bedachtnahme auf die Ressourcen der Patient:innen (auf allen 4 Verhaltensdimensionen, inkl. Motivation) konkret realisiert werden? Wie erfolgt der Einsatz von therapeutischen Verfahren?

Evaluation des therapeutischen Prozesses und seiner Ergebnisse (mit evtl. Optimierung von Therapiezielen)

Überprüfung der Interventionsergebnisse, gegebenenfalls Optimierung von Therapiezielen und Interventionen (Nachjustierung); abschließende Dokumentation des Erreichten.

Welche Ergebnisse konnten erzielt werden (Mehr-Ebenen-Prüfung von Effekten des therapeutischen Vorgehens, beobachtbares Verhalten, Denken/Fühlen, physiologische Ebene)? Falls notwendig: War ursprüngliches Veränderungsziel zu weit oder zu eng? Notwendige Modifikationen an Arbeitshypothesen oder Verfahren? Erfolg durch Modifikation?

Rückfallsprophylaxe, Endphase, Katamnese

Überprüfung der erworbenen „Selbsthilfe“ aufseiten der Patient:innen, Nutzung von veränderungsstabilisierenden *commitments* (innerhalb der Patient:in-Persönlichkeit, Unterstützung durch Bezugspersonen aus Familie/Partner:in/Freundes- oder Bekanntenkreises bzw. Vereinsleben, Tiere, Tagebuch etc.); evtl. Vereinbaren von Booster-Sitzungen oder anderweitige Rückmeldungen; Katamnese

Wie wurde die aktive Rückfallprophylaxe umgesetzt (Prüfung von „der/die Patient:in als sein/ihre eigene/r Therapeut:in“)? Beendigung der Therapie; Welche Katamnese-daten sind vorhanden?

Reflexion zum Therapieprozess

Reflexion des Behandlungsverlaufs und Diskussion der therapeutischen Ergebnisse, Reflexion der Therapeut:in-Patient:in-Beziehung.

Welche Form der Supervision (psychotherapeutische Einzel- oder Gruppensupervision, klinische Team- oder Fallbesprechung, Intervention bzw. Peer Group-Reflexion, Balintgruppe) konnte mit welchen Erkenntnissen genutzt werden?; sonstige Anmerkungen

Abb. 2 Idealtypisches Ablaufschema für den therapeutischen Prozess in der aktuellen Verhaltenstherapie. Anmerkung: Sollten sich an einem beliebigen Punkt nicht lösbare therapeutische Ereignisse ergeben, so muss auf die jeweils vorgeschalteten Stufen zurückgegangen werden, und von dort aus ein neuer therapeutischer Ansatz erarbeitet werden (vgl. Egger 2015)

Für jegliche Problemlösung – im Sinne einer therapeutisch induzierten Veränderung – braucht es also drei Grundbedingungen: (1) *Wissen*: Ich muss wissen, wie mein Problem zu verstehen ist und ob es alternative Verhaltensmöglichkeiten gibt (z. B. „Kann ich das Problem primär durch eine konkrete Aktion verändern oder führt eher eine Einstellungsänderung zu einer Verbesserung?“). (2) *Können*: Ich muss über die Kompetenz verfügen, um die Veränderung durchzuführen („Habe ich ausreichende Fähigkeiten oder Fertigkeiten, das Problem – auf gedanklicher, gefühlsmäßiger, körperlicher und/oder auf der Handlungsebene – anzugehen?“). (3) *Wollen*: Ich muss ausreichend motiviert sein, um die Veränderung des Problems anzugehen und diese zum Erfolg führen zu können („Reicht mein Wille aus, die erforderlichen Schritte zur Veränderung zu verwirklichen?“; Kanfer et al. 2012).

Die Einbettung der *Integrativen Verhaltenstherapie* in das erweiterte biopsychosoziale Modell von Krankheit bzw. Gesundheit lässt erkennen, warum diese auch gut mit dem biomedizinischen Ansatz kombinierbar ist. Die naturwissenschaftliche Medizin erscheint nämlich als reduktionistischer Ansatz innerhalb des größeren biopsychosozialen Rahmens, sodass eine Verbindung zur psychologischen Datenebene jederzeit möglich ist, wenn dies gewünscht oder aufgrund der wissenschaftlichen Fakten notwendig erscheint. Dabei müssen die „Organmediziner:innen“ keine „andere Medizin“ (eine „Psycho-Welt“ ohne direkte Verbindung zu der ihnen vertrauten physischen Wirklichkeit) akzeptieren, sondern vielmehr eine dimensionale Erweiterung ihres medizinischen Ansatzes. Die Neurowissenschaften stellen hier eine hervorragende Brücke zwischen den somatischen und psychologischen Phänomenen her (Egger 2017, 2020).

Die *Integrative Verhaltenstherapie* ist prinzipiell *systemisch* zu verstehen, da es kein „Verhalten“ gibt, das nicht durch das entsprechende Milieu mitgesteuert wird – einerlei ob es sich um

- körperliche Reaktionen mit ihren physiologischen Milieubedingungen handelt oder um
- Gedanken mit ihren im kognitiven Wissensspeicher abgelegten Erfahrungen oder um
- Gefühle mit ihren darin gespeicherten (nichtbewussten) individuellen wie evolutionären „Welterfahrungen“ oder um
- Handlungen, die sich auf konkrete äußere oder innere Erlebnissituationen beziehen.

Für die praktische Handhabung dieses auf dem biopsychosozialen Modell basierenden Prinzips einer

ganzheitlichen Betrachtung menschlichen Verhaltens in Gesundheit und Krankheit mag Abb. 2 hilfreich sein (Egger 2015).

Die integrative Perspektive

Die meisten verhaltenstheoretischen Ansätze unterstützen per definitionem die aktuelle Entwicklung in der wissenschaftlichen Psychotherapie zu einer sog. integrativen Perspektive. Über eine primär empirisch vorgehende Wirksamkeitsforschung sollen die nachweisbaren effektiven Konzepte auf einer weitgespannten bio-psycho-sozialen Grundlage zu synoptischen Ansätzen aufbereitet werden. Das sehr engagierte Ziel besteht in der Entwicklung einer allgemeinen theoretischen Plattform für Psychotherapie, die durch eine gute metatheoretische Fundierung einen unerwünschten Eklektizismus vermeidet. Durch die Nutzung weiterreichender Wissensbereiche und aktueller Forschungsergebnisse (wie z. B. aus den Bereichen evolutionspsychologischer und neurobiologischer Erkenntnisse) erwachsen ernstzunehmende Versuche zur Überwindung des „Schulendenkens“ der herkömmlichen Psychotherapie (vgl. „Allgemeine Psychotherapie“ sensu Orlinsky, „Psychologische Therapie“ und „Neuropsychotherapie“ sensu Grawe, „Integrative Therapie“ sensu Petzold u. a.; s. dazu z. B. Egger 2015, 2022; Grawe et al. 1994; Grawe 1998).

Funding Open access funding provided by Medical University of Graz.

Interessenkonflikt J. W. Egger gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

DGVT – Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie www.dgvt.de

- Egger, J. W. (2015). *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Ein biopsychosoziales Modell*. Wiesbaden: Springer.
- Egger, J. W. (2017). *Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin. Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin*. Wien: facultas.
- 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*. Graz, Wien: Leykam.
- Fliegel, S., Groeger, W. M., Künzel, R., Schulte, D., & Sorgatz, H. (1998). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Ein Übungsbuch*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Kanfer, F. H., & Schmelzer, D. (2006). *Wegweiser Verhaltenstherapie. Psychotherapie als Chance*. Berlin: Springer.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Linden, M., & Hautzinger, M. (Hrsg.). (2015). *Verhaltenstherapiemanual. Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen*. Berlin: Springer.
- Margraf, J. (2018). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Bd. 3. Berlin: Springer.
- ÖGVT – Österreichische Gesellschaft für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. www.oegvt.at.
- Reinecker, H. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Tübingen: dgvt.
- Roediger, E. (2016). *Praxis der Schematherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Schermer, F. J., Weber, A., Drinkmann, A., & Jungnitsch, G. (2006). *Methoden der Verhaltensänderung: Basisstrategien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- WGPM – Wissenschaftliche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin. www.psygraz.at
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie. Praxis-Handbuch*. Paderborn: Junfermann.
- Zarbock, G. (2010). *Praxisbuch Verhaltenstherapie. Grundlagen und Anwendungen biografisch-systemischer Verhaltenstherapie*. Lengerich: Pabst.

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.