Selbstmanagementtherapie Interventionsbeispiele

Inhalt

[Hierarchiebildung 1](#_Toc528241126)

[Selbstbeobachtung 1](#_Toc528241127)

[Hausaufgaben 2](#_Toc528241128)

[Stimuluskontrolle 2](#_Toc528241129)

[Symptomverschreibung 3](#_Toc528241130)

[Gedankenstopp 3](#_Toc528241131)

[Aktivitätsaufbau 3](#_Toc528241132)

[Reaktionsverhinderung 4](#_Toc528241133)

[Einstellungen / Grundüberzeugungen verändern 5](#_Toc528241134)

[Kognitives Neubenennen und Umstrukturieren 5](#_Toc528241135)

[Imagination und kognitive Probe 5](#_Toc528241136)

[Zeitprojektion 6](#_Toc528241137)

[Selbstverstärkung 6](#_Toc528241138)

[Selbstverbalisation und Selbstinstruktion 7](#_Toc528241139)

Literatur:

Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.) (2015). *Verhaltenstherapiemanual*. Berlin, Heidelberg: Springer.

# Hierarchiebildung

Hierarchiebildung fußt auf der Begründung, dass schrittweises Vorgehen Lernprozesse erleichtert und fördert.

Bei der technischen Durchführung sind vier Schritte zu unterscheiden:

1. Exploration der generellen Zielsetzung, die mit einer Hierarchiebildung erreicht werden soll
2. Zergliederung des Ziels in Unterziele, die die Erreichung des Ziels wahrscheinlicher machen
3. Einbettung der Hierarchie in das Gesamtkonzept der Therapie
4. Modifikation von Hierarchien

# Selbstbeobachtung

Selbstbeobachtung beinhaltet das Beobachten und Registrieren von eigenen offen sichtbaren oder verdeckten Verhaltensweisen.

Eindeutige und belegte Indikationskriterien fehlen.

Durchführung:

Unabhängig von der Form der Selbstbeobachtungsmethode sind folgende Grundsätze zu beachten:

* Erklärung und Besprechung der Notwendigkeit und *Nützlichkeit* von Selbstbeobachtung.
* *Exakte Klärung, Bestimmung und Festlegung* des zu beobachtenden Zielverhaltens bzw. der Kriterien oder Verhaltensklassen durchzuführen. Anfangs sollte ein leicht beobachtbares Verhalten gewählt werden, und nur eine Verhaltensklasse sollte beobachtet werden, nicht mehrere.
* Bestimmung der Art der Selbstbeobachtung (*Häufigkeitsstichproben*, *Zeitstichprobe, Zeitnehmerverfahren*)
* Beobachtungsverfahren wählen, die *leicht handhabbar* sind.
* Es sollte immer versucht werden, die registrierten Häufigkeiten oder Zeitintervalle in einem *Schaubild* deutlich sichtbar darzustellen.
* *Besprechungen, Übungen und Korrekturen* des Selbstbeobachtungsverfahrens müssen früh und regelmäßig durchgeführt werden.
* Eine explizite *Betonung des therapeutischen Effekts* der Selbstbeobachtung wirkt förderlich.
* Regelmäßiges Selbstbeobachten über einen bestimmten Zeitraum ist besser als unregelmäßiges Selbstbeobachten. Meist ist *nach drei Wochen eine Wirkgrenze* erreicht.

# Hausaufgaben

Hausaufgaben tragen entscheidend dazu bei, dass der Patient Sitzungsinhalte rekapituliert und seine neue Selbstwirksamkeit vergrößert.

Durchführung:

* Das *Ziel* der Hausaufgaben unmissverständlich benennen, damit ihr Sinn und Zweck dem Patienten völlig klar ist (idealerweise sollte die Hausaufgabe eine Antwort auf ein Anliegen des Patienten sein)
* Vorschläge des Patienten zu Art der Hausaufgaben *berücksichtigen*
* *Exakt* planen, was, wann, wie und wie oft zu tun ist (je konkreter, desto besser)
* Überforderung vermeiden, d.h. nur die *Hälfte* dessen anstreben, was der Patient für möglich hält
* *Alternativen* zur Auswahl stellen, ggf. Hierarchien bilden
* Benötigte *Materialien* aushändigen oder gemeinsam mit dem Patienten erstellen
* Den *experimentellen* Charakter der Hausaufgabe betonen: Es gibt kein richtiges Ergebnis, man will sehen, was passiert
* *Mögliche* *Probleme* antizipieren und deren Bewältigung vorplanen
* Den Patienten *ermutigen*, seine Bereitschaft zum Risiko zu verstärken
* *Kontingenzen* festlegen (z.B. Selbstverstärkung)
* Die *Erfahrungen* mit der Hausaufgabe in der nächsten Stunde besprechen
* Aus den Erfahrungen die *neue Hausaufgabe ableiten*
* Aufzeichnungen und Notizen *archivieren* (Therapeut oder Patient)

# Stimuluskontrolle

Unter Stimuluskontrolle versteht man die Beeinflussung von Verhalten, sei es direkt beobachtbar oder verdeckt, durch die geplante Anwendung und Kontrolle der dem Zielverhalten vorausgehenden Reizbedingungen.

Durchführung:

Bei allen Anwendungen sollten folgende Regeln berücksichtigt werden:

* Die funktionale Beziehung zwischen vorausgehenden Stimuli und einem bestimmten Verhalten, das reduziert oder aufgebaut werden soll, ist durch Verhaltensbeobachtungen (Kap. 60) und Verhaltensanalyse (Kap.37), nicht durch Deduktion aus theoretischen Übungen zu identifizieren.
* Stimuli für erwünschtes und unerwünschtes Verhalten identifizieren.
* Stimuli für unerwünschtes Verhalten implementieren: in den Mittelpunkt stellen, darauf aufmerksam machen. Für alle vier o.g. Gruppen sind Stimuli für erwünschtes Verhalten zu überlegen und einzusetzen.
* Die Stimuli sollten deutlich und unkompliziert sein.
* Die Hilfen sollten nicht zu lebensfremd sein. Besonders hilfreich sind soziale Stimuli (z.B. Ein Freund holt den Patienten zum Spazierengehen ab).
* Bereits vorhandene Stimuli, die das erwünschte Verhalten fördern, sollten eine zentrale Position erhalten.

# Symptomverschreibung

Unter dem Begriff „Symptomverschreibung“ oder „negative Übungen“ („negative practice“) werden unterschiedliche Interventionstechniken subsumiert, denen gemeinsam ist, dass der Patient vom Therapeuten Anweisungen erhält, die seinen Erwartungen zuwiderlaufen (z.B. Ascher 1989; Fay 1978).

# Gedankenstopp

Durchführung:

Auswahl der Gedanken: Welche Gedanken kontrolliert werden sollen, ergibt sich meist im Rahmen der Exploration des Patienten. Es kann jedoch auch ein „Fragebogen automatischer Gedanken“ eingesetzt werden. Als hilfreich zur unmittelbaren Dokumentation im Alltag haben sich auch Selbstbeobachtungen (Kap. 46 in Linden & Hautzinger, 2015) sowie Listen und Tagebücher (Kap. 57) erwiesen.

Negative Auswirkungen verdeutlichen: Wenn der unerwünschte Zielgedanke feststeht, sollten dem Patienten die negativen Auswirkungen des Gedanken auf sein Befinden und Verhalten deutlich gemacht werden. Der Patient sollte überzeugt sein, dass der Gedanke irrational und wenig hilfreich ist. Das Gedankenstoppverfahren wird dem Patienten als eine Möglichkeit angeboten, den unerwünschten Gedanken zu kontrollieren (Bsp. ACT, MBT).

# Aktivitätsaufbau

Beim Aktivitätsaufbau lernt der Patient, *häufiger* als bisher *aktiv* zu handeln. Dabei werden v.a. solche Aktivitäten aufgebaut, die positive Verstärkung (Kap. 64) vermitteln oder die Aversivität bestimmter Ereignisse reduzieren.

# Reaktionsverhinderung

Durchführung:

Als Teil eines komplexeren Behandlungsprogramms insbesondere bei Zwangsstörungen (Oelkers u. Hautzinger 2013; Kap. 17) gestaltet sich die Methode der Reaktionsverhinderung wie folgt:

* Erster Schritt: *Aufbau von* *Krankheitseinsicht*. Beschreibung typischer Merkmale von Zwangssyndromen, inhaltliche Erläuterungen durch Hinweis auf Spuren angeborener Verhaltensweisen. Vermittelt wird den Betroffenen, dass sie kein Einzelfall und nicht vollständig verrückt sind.
* *Bekräftigen der erhaltenen Urteils- und Kritikfähigkeit* („Was wissen Sie? Ein Blutfleck auf der Straße kann Sie nicht mit Aids infizieren, wenn Sie vorbeigehen“). Ziel der Behandlung ist, dass die Einsicht wieder die Kontrolle über das Verhalten gewinnt.
* Bewusste *Entscheidung treffen lassen* und wiederholt aussprechen: „Ich habe den festen Willen, die Störung zu überwinden.“
* Erarbeitung einer *Schwierigkeitshierarchie* für die Konfrontation mit den kritischen Reizen.
* Erklärung des *Prinzips der Reaktionsverhinderung*.
* Ergänzend:
	+ *Zu-Ende-Denken* der vagen Bedrohung: „Was könnte denn überhaupt passieren? Wie realistisch ist die Annahme?“
	+ *Ad-absurdum-Führen* der Zwangshandlungen: „Was ist damit zu erreichen, was zu verhindern? Woran erkenne ich den Zwang- an der Unsinnigkeit.“
* Tempo des Vorgehens individuell bestimmen.
* Unruhe nach dem Unterlassen einer gewohnten Zwangshandlung als natürliches Phänomen erklären, das auftritt, wenn automatisierte Abläufe unterbrochen werden. Zusicherung: Mit jeder Wiederholung verliert sich diese.
* Kognitive Umstrukturierung: Das Unterlassen ist der Erfolg, die kurze Beruhigung nach Ausführung der Zwangshandlung hingegen eine Täuschung.
* Übungsziel der Konfrontationen:
* Schrittweises Tolerieren nur vorgestellter, nicht durch Wahrnehmungen kontrollierbarer Kontaminationen (keine ekelerregenden Berührungen, z.B. mit Exkrementen, fordern),
* Konzentration auf die reale Situation,
* Orientierung an individuell bestimmten Standards für normales Verhalten,
* Intensivierung der Wahrnehmung.
* Mit zunehmenden Freiheitsgraden Hinwendung zu menschlichen Beziehungen, Interessen, Arbeits- und Freizeitaktivitäten anregen und bekräftigen. Vermeiden von Leerlauf mit dem Risiko der Konzentration auf Zwangsinhalte.

# Einstellungen / Grundüberzeugungen verändern

Die Veränderung von Einstellungen (Grundüberzeugungen, Schemata) ist ein wichtiger Bestandteil der VT (2. Welle).

Einstellungsänderung durch aktive Teilnahme: Die konkreten Veränderungstechniken für Einstellungen und Grundüberzeugungen sind prinzipiell dieselben, wie für die Ebene automatischer Gedanken (Kapitel 26, 33, 34, 43, 45, 49, 52, 53, 57. 69 in Linden & Hautzinger, 2015) dargestellt:

* Geleitetes Entdecken (sokratische Gesprächsführung)
* Situationsanalyse (vgl. CBASP)
* Zusammentragen von Vor- und Nachteilen
* Realitätstesten, Verhaltensexperimente
* Rollentausch, Stuhldialog, Rollenspiele
* Entkatastrophisieren
* Finden alternativer Erklärungen
* Selbstinstruktionen
* Gedankenkontrolle, Gedankenstopp, Stimuluskontrolle

# Kognitives Neubenennen und Umstrukturieren

Kognitives Neubenennen und Umstrukturieren gehört zu den kognitiven Therapieverfahren. Ausgangsmaterial dieser Veränderungsstrategie sind die identifizierten und vom Patienten als zutreffend akzeptierten automatischen Gedanken (Kap. 33

Durchführung:

* Realitätstesten (Experimentieren)
* Reattribuierung, Veränderung der Ursachenzuschreibung
* Alternative Erklärungen
* Entkatastrophisieren

Eine ausführliche Beschreibung dieser vier Schritte ist in Linden & Hautzinger (2015) nachzulesen.

# Imagination und kognitive Probe

“Imagination“ ist die Fähigkeit eines Menschen, Gegenstände oder Ereignisse, die zu diesem Zeitpunkt objektiv nicht vorhanden sind, innerlich zu sehen, hören oder zu empfinden, sobald er sich gedanklich mit ihnen auseinandersetzt.

Durchführung:

1. Einführung in die Arbeit mit Imaginationen
2. Schaffen der Voraussetzungen für den effektiven Einsatz von Imagination
3. Klären der Zielvorstellungen
4. Vorbereitung der Imagination
5. Einstimmung
6. Spezifische Instruktionen („Stellen Sie sich vor..“)
7. Beenden der Imagination
8. Nachbesprechung

# Zeitprojektion

Die Durchführung der Technik umfasst folgende Schritte:

* Der Therapeut versucht, mit dem Patienten angenehme Vorstellungen oder *erstrebenswerte Ziele* herauszufinden. Bei sehr hoffnungslosen Patienten versucht man durch Befragen Aktivitäten herauszufinden, die vor der Erkrankung erfreulich waren.
* Der Patient wird in einen leichten *Entspannungszustand* versetzt. Bei Patienten, die mit erhöhter Angst auf Entspannungssuggestionen reagieren, reicht auch die Instruktion, sich in möglichst anstrengungsfreier Sitzhaltung auf die folgenden Inhalte zu konzentrieren.
* Der Therapeut beschreibt einem Patienten lebendig und detailliert die erste angenehme Szene, und der Patient hat die Aufgabe, sich selbst so intensiv wie möglich bei der entsprechenden Aktivität zu *erleben* und die *angenehmen Gefühle* in sich aufkommen zu lassen, die für diese Situation charakteristisch sind.
* Der Therapeut kann eine Reihe anderer Vorstellungsinhalte anschließen, um einen Patienten in eine *möglichst positive und motivierende Gefühlslage* zu versetzen. Die Projektion der verstärkenden Vorstellungsinhalte kann mehr und mehr in die Zukunft ausgedehnt werden. Anschließend kann eine ganze Zeitperiode (die in der Vorstellung mit angenehmen Inhalten ausgefüllt wurde) zusammenfassend als erfreuliche und ausgefüllte Zeit bewertet werden (retrospektive Kontemplationsphase).
* Der Therapeut weist den Patienten darauf hin, dass man dieselben angenehmen Empfindungen, die dieser eben verspürt hat, dadurch hervorrufen kann, dass man die *entsprechenden Aktivitäten ausführt*, und ermuntert ihn, es zu versuchen. Der Patient erhält die Instruktion, zu festgelegten Zeiten (z.B. nach dem Aufstehen) oder bei bestimmten Anlässen (z.B. bei erhöhter Niedergeschlagenheit) Zeitprojektion auch zwischen den Sitzungen zu üben.

# Selbstverstärkung

* sich selbst einen positiven Verstärker darbietet (positive Selbstverstärkung) bzw.
* einen aversiven Reiz entfernt (negative Selbstverstärkung).

# Selbstverbalisation und Selbstinstruktion

Fast alle unsere Handlungen werden durch (automatisierte, daher nicht bewusste) Selbstinstruktionen und Selbstverbalisationen (mit-)gesteuert, und oft genug hängt der Erfolg bzw. Misserfolg unserer Handlungen von der Art und den Inhalten unserer „Selbstgespräche“ ab. Laut Meichenbaum (1979)

Selbstinstruktionen lassen sich unterteilen in solche, die

* das Problem definieren,
* die Aufmerksamkeit auf das eigene Handeln lenken,
* das eigene Handeln kontrollieren,
* zur Selbstbeobachtung (Kap. 46) veranlassen,
* das Handeln positiv beurteilen,
* Selbstermutigung und Selbstverstärkung beinhalten,
* Vorsätze für anzustrebende Lösungen einschließen und zur Problembewältigung anleiten und
* situationsbezogen, reaktionsauslösend, steuernd und verstärkend sind.