

Jürgen Margraf  
Silvia Schneider (Hrsg.)

# Lehrbuch der Verhaltenstherapie

**Band 1:**  
**Grundlagen, Diagnostik, Verfahren,**  
**Rahmenbedingungen**

3., vollständig bearbeitete und erweiterte Auflage

Mit 114 Abbildungen und 80 Tabellen

 Springer, 2009

*Brunna Tuschen-Caffier, Barbara von Gemmeren*

- 21.1 Einleitung – 364
- 21.2 Störungsübergreifende Problem- und Verhaltensanalyse – 364
  - 21.2.1 Theoretische Grundlagen – 364
  - 21.2.2 Vorgehen bei der Problem- und Verhaltensanalyse – 365
  - 21.2.3 Anwendungsbereiche und Grenzen der Problem- und Verhaltensanalyse – 367
- 21.3 Störungsspezifische Modelle der Diagnostik und Fallkonzeption – 367
  - 21.3.1 Theoretische Grundlagen – 367
  - 21.3.2 Vorgehen bei der störungsspezifischen Diagnostik und Fallkonzeption – 368
  - 21.3.3 Anwendungsbereiche und Grenzen der störungsspezifischen Diagnostik und Fallkonzeption – 372
- 21.4 Empirie: Problem- und Verhaltensanalyse als notwendige Bedingung für eine erfolgreiche Psychotherapie? – 372
- 21.5 Ausblick – 373
- Zusammenfassung – 373
- Literatur – 373
- Weiterführende Literatur – 375

## 21.1 Einleitung

Wenn ein Mensch mit einem Problem oder einer psychischen Störung einen Psychotherapeuten aufsucht, hat der Therapeut die Aufgabe, die Beschwerden des Betroffenen zu beschreiben, zu klassifizieren und jene Bedingungen zu identifizieren, unter denen die Beschwerden entstanden sind bzw. aktuell aufrechterhalten werden. Auf der Grundlage dessen wird er eine Indikation für oder gegen eine psychotherapeutische Behandlung stellen, mit den Betroffenen gemeinsam Ziele der Behandlung erarbeiten und geeignete therapeutische Interventionen ableiten.

Die einzelnen Komponenten dieses Prozesses, d. h. die Erhebung und Einordnung von Informationen, die Generierung von Hypothesen und das Aufstellen eines Erklärungsmodells, sind abhängig von dem jeweils zugrunde gelegten theoretischen Modell der Diagnostik. Der folgende Beitrag beschreibt das **störungsübergreifende Vorgehen** der Problem- und Verhaltensanalyse, das sich innerhalb der kognitiv-behavioralen Psychotherapie für die Problemstrukturierung und Therapieplanung bewährt hat. Des Weiteren wird beschrieben, wie das störungsübergreifende diagnostische Vorgehen durch eine **störungsorientierte Diagnostik** optimiert werden kann. Die Autorinnen dieses Beitrags gehen davon aus, dass sich beide Perspektiven (störungsübergreifende vs. störungsspezifische Problem- und Verhaltensanalyse) sinnvoll ergänzen lassen bzw. nicht im Widerspruch zueinander stehen.

## 21.2 Störungsübergreifende Problem- und Verhaltensanalyse

### 21.2.1 Theoretische Grundlagen

Es gibt eine Vielzahl an Theorien, die sich auf allgemeine Annahmen zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen beziehen. Diese beinhalten störungsspezifische Konzepte zur Ätiologie und Veränderung, die auf unterschiedliche Problemkonstellationen anwendbar sind. Innerhalb der kognitiv-behavioralen Therapie werden vor allem die sog. **S-O-R-K-C-Verhaltensgleichung** (Kanfer u. Saslow 1969, 1974, s. unten), der **Problemanalyse-Ansatz** (Bartling et al. 1998), der **Plananalyse- und Schema-Ansatz** (Caspar 1989; Grawe u. Caspar 1984; Grawe 1986, 1987) sowie der **Selbstmanagement-Ansatz** (Kanfer et al. 1990, ► Kap. I/40) als Modelle für die Strukturierung diagnostischer Informationen bzw. als Grundlage für die Fallkonzeption angewendet. So wird der Therapeut im Rahmen eines kognitiv-behavioralen Problemanalyse-Ansatzes die psychischen Beschwerden des Patienten zunächst auf der kognitiven, emotionalen, physiologischen und behavioralen Ebene zu erfassen versuchen. Des Weiteren wird er den Einfluss organischer Faktoren auf die psychischen Beschwerden abklären. Zudem wird er auf-

rechterhaltende Bedingungen und Entstehungsbedingungen analysieren, komorbide Störungen erfassen und ggf. in das Erklärungsmodell einbeziehen sowie subjektive Erklärungskonzepte, Kontextbedingungen und die Ressourcen des Patienten bei der Problemanalyse und Therapieplanung berücksichtigen. Aber je nachdem, an welchem Problemanalysemodell sich der Therapeut orientiert, wird er ggf. andere Akzente bei der Fallkonzeption und Therapieplanung setzen. Auf die Unterschiede zwischen den verschiedenen Problem- und Verhaltensanalysemodellen (z. B. Bartling et al. 1998; Kanfer u. Saslow 1969, 1974) möchten wir an dieser Stelle nicht näher eingehen. Interessierte Leser können dies in entsprechenden Beiträgen nachlesen (z. B. Caspar 1996; Schulte 2005). Wir möchten stattdessen die theoretischen Grundlagen des S-O-R-K-C-Modells (sog. Verhaltensgleichung) von Kanfer und Saslow (1969, 1974) beschreiben, das u. E. auch heute noch ein sehr praktikables Modell zur Strukturierung diagnostischer Informationen darstellt.

### S-O-R-K-C-Verhaltensgleichung

Historisch betrachtet handelt es sich bei dem Modell um ein lerntheoretisches Modell, das davon ausgeht, dass **Problemverhalten (R)** gesteuert wird durch die **vorausgehenden Stimuli (S)** (respondentes Verhalten im Sinne einer Stimulus-Response-Konditionierung) und/oder die nachfolgenden verstärkenden bzw. bestrafenden **Konsequenzen (C)** (im Sinne einer operanten Konditionierung). Ferner wird auf der Basis lerntheoretischer Annahmen und Befunde davon ausgegangen, dass die **Kontingenz (K; Verstärkungsplan)**, mit der die Konsequenzen (C) dem Problemverhalten (R) folgen, für die Ausbildung und die Stabilität von funktionalen wie auch dysfunktionalen Verhaltensmustern eine relevante Rolle spielt. Bei der Anwendung der S-O-R-K-C-Verhaltensgleichung in der klinischen Praxis spielt die K-Variable (Kontingenz im Sinne des Verstärkungsplans) allerdings eher eine untergeordnete Rolle (dies wird im Folgenden durch eine eckige Klammer bei der K-Variablen innerhalb der Verhaltensgleichung angezeigt).

In Erweiterung von Vorgängermodellen (z. B. Lindsley 1964) bezogen Kanfer und Saslow (1969, 1974) bei der Verhaltensanalyse auch die **Organismusvariable (O)** mit ein, mit der ursprünglich lediglich biologische Ursachen des Problemverhaltens (z. B. Stoffwechselstörungen bei Adipositas, kardiovaskuläre Störungen bei Angststörungen) gemeint waren. In Erweiterung der Verhaltensgleichung werden unter der Organismusvariable in der klinischen Praxis inzwischen auch situationsübergreifende Handlungspläne, Schemata, Eigenschaften etc. der Person subsumiert, die für die Erklärung des Problemverhaltens relevant zu sein scheinen.

**S-O-R-K-C-Modell**

S	Stimulus	Interne und externe Reize, die auf den Organismus einwirken (z. B. $S_{\text{intern}}$ : Erwartung von Misserfolg, $S_{\text{extern}}$ : ein strenger Blick des Prüfers)
O	Organismus	Situationsübergreifende biologische und psychische Merkmale der Person, die die Aktualgenese des Problemverhaltens medieren (z. B. Temperamentsmerkmale, kognitiv-affektive Selbstkonzepteschemata, biologische Mechanismen wie Stoffwechselstörungen, Herzrhythmusstörungen etc.)
R	Reaktion	Kognitiv-emotionale, physiologische und behaviorale Reaktionen (Problemverhalten) (z. B. »Ich beherrsche den Lernstoff nicht, der Prüfer ist nicht mit mir zufrieden« (kognitive Reaktion), Angst (emotionale Reaktion), Schweißausbrüche (physiologische Reaktion), zu Boden schauen (behaviorale Reaktion im Sinne des Unterlassens einer sozial kompetenten Reaktion)
K	Kontingenz	Auf das Problemverhalten folgen manchmal, immer, regelmäßig, intermittierend etc. bestimmte Konsequenzen (Verstärkerplan)
C	Konsequenz	Negative Verstärkung ( $C^-$ ; z. B. die Angst lässt nach), positive Verstärkung ( $C^+$ ; z. B. Zuwendung bekommen); Wegnahme eines positiven Verstärkers ( $C^*$ ; z. B. Computerverbot); Hinzufügen eines aversiven Reizes ( $C^-$ ; z. B. »Strafarbeit« in der Schule)

Vor dem Hintergrund neuerer Befunde und Entwicklungen in der klinischen Psychologie (z. B. kognitive Wende) empfiehlt es sich, die S-O-R-[K-]C-Verhaltensgleichung nicht mehr ausschließlich im streng verhaltenstheoretischen Sinn (im Sinne klassischer und operanter Konditionierung), sondern zunächst als deskriptives Modell zur Beschreibung des Verhaltensstroms zu nutzen, um dann im nächsten Schritt – u. a. auch unter Nutzung kognitiver oder biopsychologischer Erklärungsmechanismen zur Ätiologie psychischer Störungen – mögliche Mechanismen der Verhaltenssteuerung zu erschließen (z. B. kognitive Steuerung, operante Konditionierung).

### 21.2.2 Vorgehen bei der Problem- und Verhaltensanalyse

Bei der Erhebung und Strukturierung diagnostischer Informationen anhand der (funktionalen) S-O-R-[K-]C-Verhaltensgleichung ist es sinnvoll, folgendermaßen zu verfahren:

- **Definition des Problemverhaltens**, das aus dem jeweiligen Verhaltensstrom herausgegriffen und im Hinblick auf die vorausgehenden und nachfolgenden Bedingungen analysiert werden soll, z. B. das Verzehren großer Nahrungsmengen (Essanfall) oder die depressiven Verstimmungen, u. a. im Anschluss an einen Essanfall.
- **Beschreibung des (ausgewählten) Problemverhaltens (R)** im Hinblick auf die verschiedenen Komponenten (kognitiv-emotional, physiologisch, motorisch).
- **Identifikation der vorausgehenden internen und externen Stimuli**, die potenziell an der Verhaltenssteuerung beteiligt sein können (S-R), z. B. kritische Bemerkungen von anderen ( $S_{\text{extern}}$ ) und negative Selbstkommentare ( $S_{\text{intern}}$ ) als (potenzielle) Auslöser von Essanfällen ( $R_{\text{behavioral}}$ ).

- **Analyse der auf das Problemverhalten folgenden Konsequenzen (R-C)**: Sind sie an der Aufrechterhaltung des Problemverhaltens beteiligt? Ist z. B. das Müde-/Ruhigerwerden nach dem Verzehr einer großen Nahrungsmenge (Essanfall) ein Indiz für eine negative Verstärkung?
- **Welche situationsübergreifenden Faktoren steuern möglicherweise das Verhalten?** (Organismusvariable, z. B. medizinische Befunde? Selbstschemata? Motivstrukturen? Handlungsziele?)

Die Vorgehensweise der Verhaltensanalyse anhand des S-O-R-[K-]C Schemas wird im Folgenden anhand eines Fallbeispiels weiter veranschaulicht.

**Fallbeispiel**

Frau A. kommt auf Anraten ihres Hausarztes zum Erstgespräch und berichtet, ihr »wachse alles über den Kopf«. Ihre Arbeit als Altenpflegerin »mache sie total fertig«, da sie ständig unter Zeitdruck arbeiten müsse und die Pflege der alten Menschen sehr darunter leide. Sie müsse auch aufpassen, dass ihre Kolleginnen nicht den Eindruck gewinnen, sie arbeite nicht gut mit und man könne sich nicht auf sie verlassen. Wenn sie abends nach Hause komme, könne sie nicht aufhören, über die Geschehnisse des Tages zu grübeln. Sie finde immer etwas, womit sie nicht zufrieden sei. Außerdem sei sie dann so erschöpft und gleichzeitig so angespannt, dass sie ihre Kinder am liebsten »an die Wand klatschen würde«. Oft werde sie laut und bereue es später. Ihr Ehemann versuche sie aufzumuntern, doch sie gehe darauf gar nicht mehr ein. Eigentlich wolle sie nur noch von allen in Ruhe gelassen werden.

**Definition des Problemverhaltens**

Aus einer Reihe von Problemverhaltensweisen, die Frau A. im Erstgespräch beschreibt, wurde in dem Fallbeispiel herausgegriffen, dass sie sich in verschiedenen Situationen (z. B. am Arbeitsplatz oder auch bei der Erziehung der Kinder) erschöpft und überfordert fühlt (z. B. »ihr wachse alles über den Kopf«, die Arbeit »mache sie total fertig«).

**Beschreibung des Problemverhaltens (R)**

**Kognitiv-emotionale Komponente.** Um die kognitiv-emotionalen Komponenten der Beschwerden zu erfassen, können Selbstbeobachtungsprotokolle zur detaillierten Exploration hinzugezogen werden.

**Beispiel**

Bei Frau A. sind verschiedene dysfunktionale Denkmuster relevant, z. B.

- negative Kausalattributionen (»es liegt an mir, wenn ich die Versorgung der Bewohner nicht in der vorgesehenen Zeit schaffe«),
- voreilige Schlussfolgerungen (»jemand, der ständig unter Zeitdruck arbeitet, muss irgendetwas falsch machen«),
- dichotome Bewertungen (»wenn ich es nicht schaffe, meinen Kindern gegenüber kontinuierlich ausgeglichen zu begegnen, bin ich eine schlechte Mutter«),
- emotionale Beweisführung (»ich muss eine Rabenmutter sein, wenn ich bedenke, wie wütend ich in Gegenwart meiner Kinder oft bin«),
- Verallgemeinerungen (»ich bin eine schlechte Altenpflegerin, eine schlechte Mutter und eine schlechte Ehefrau«).

**Physiologische Komponente.** Hiermit sind nicht organische Ursachen gemeint, die psychische Probleme mitbedingen bzw. verursachen können (z. B. kardiovaskuläre Probleme als Ursache für Panikanfälle). Die physiologische Komponente bezieht sich vielmehr auf körperliche Begleiterscheinungen des Problemverhaltens. Darunter fallen u. a. ein Anstieg der Atemfrequenz oder der Herzrate, eine erhöhte Schweißproduktion oder eine Anspannung der Muskulatur, die im Zusammenhang mit Angststörungen auftreten können.

**Beispiel**

Frau A. berichtet, während der Arbeit und in Auseinandersetzungen mit der Familie insbesondere unter Verspannungen im Nacken und unter Bluthochdruck zu leiden.

**Behaviorale Komponente.** Hier ist das beobachtbare Verhalten des Betroffenen in der jeweiligen Situation gemeint, das als Problemverhalten definiert wurde. Es geht um situationsadäquate Verhaltensweisen, die unterlassen werden (Verhaltensdefizite), und um problematisches Verhalten, das gezeigt wird (Verhaltensexzesse).

**Beispiel**

Frau A. zeigt auf der behavioralen Ebene u. a. sozialen Rückzug und die Aufgabe positiver Aktivitäten mit der Familie; zudem unterlässt sie **direkte** Kommunikation mit ihren Kollegen.

**Aufrechterhaltung des Problemverhaltens (S-R- und/oder R-C-Verbindungen)**

Bei diesem Schritt des diagnostischen Prozesses ordnet der Therapeut die erhobenen Informationen nach deren zeitlichem Ablauf und generiert Hypothesen über die potenziell zugrunde liegenden Mechanismen oder Lernprinzipien. Es werden dazu für die relevanten Situationen, in denen die Beschwerden auftreten, vorausgehende und nachfolgende Faktoren inventarisiert. So werden z. B. die vorherige Stimmung und körperliche Konstitution, Ereignisse des Tages oder Umgebungsvariablen wie das Verhalten anderer Beteiligten erhoben. Neben externen Faktoren wird auch die interne Verarbeitung dessen, d. h. die subjektive Wahrnehmung und Bewertung der Situation und des eigenen Verhaltens durch den Betroffenen mit in Betracht gezogen. Hier können auch Verhaltensbeobachtungen (z. B. bei problematischen Situationen innerhalb des therapeutischen Settings) oder Fremdbeurteilungen durch Angehörige als Ergänzung dienen.

Bei der Entwicklung eines Erklärungsmodells sollte beachtet werden, welche Faktoren (vorausgehende Bedingungen und/oder dem Problemverhalten folgende Konsequenzen) das Verhalten steuern bzw. welche Mechanismen der Verhaltenssteuerung dem zugrunde liegen (negative oder positive Verstärkung? Bestrafung? Löschung? Klassische Konditionierung? Kognitive Steuerung durch dysfunktionale Annahmen, selektive Aufmerksamkeit o. Ä.?). Es sollten alle in der Situation wirksamen Mechanismen berücksichtigt sowie deren wechselseitige Interaktion (u. U. auch mit physiologischen Prozessen) verdeutlicht werden. Zur Veranschaulichung ist in ■ Tab. 21.1 die Mikroanalyse einer Teambesprechung von Frau A. abgebildet, soweit dies aus dem kurzen Fallbeispiel möglich ist. Im weiteren diagnostischen Prozess sind zusätzliche Informationen zu erheben, um die einzelnen Komponenten des S-O-R-[K]-C-Schemas weiter mit Inhalten zu füllen.

In aktuellen Anwendungen der Verhaltensgleichung von Kanfer u. Saslow (1969, 1974) in der klinischen Praxis wird häufig unterschieden zwischen kurz- und langfristigen Konsequenzen des (Problem-)Verhaltens, die für die Verhaltenssteuerung von Bedeutung sein können (s. auch

■ **Tab. 21.1.** Mikroanalyse von Frau A. für die Situation einer beruflichen Teambesprechung

S-O-R-K-C-Komponente		Verhaltensanalyse
<b>S</b> Situation	Extern	Während der Teambesprechung wird die Urlaubsplanung für die nächsten Monate abgesprochen. Frau A. möchte ihren Urlaub dieses Mal wegen der Kinder in den Sommerferien nehmen. Es zeigt sich, dass auch andere in dieser Zeit gerne Urlaub machen möchten.
	Intern	»Die andern haben wirklich Recht, sich zu beschweren, erst arbeite ich langsam und dann will ich auch noch die beste Urlaubszeit haben.«
<b>O</b> Organismus		Auf der Basis der Untersuchungen durch den Hausarzt ergeben sich bisher keine Hinweise auf biologische Ursachen des Problems. Andere situationsübergreifende Faktoren der Person (z. B. Selbstkonzept) sind noch diagnostisch abzuklären.
<b>R</b> Reaktion	Physiologisch	Anspannung, Unruhe, Nervosität
	Emotional	Frau A. fühlt sich schuldig und hat ein schlechtes Gewissen. Sie hat Angst vor negativer Bewertung und Ablehnung durch die Kollegen.
	Kognitiv	»Jetzt sind die auf mich sauer«, »ich bin viel zu egoistisch«, »jetzt muss ich mich in der nächsten Zeit noch mehr anstrengen«.
	Behavioral	Die Patientin schweigt und schaut zu Boden, sie hofft, dass die Besprechung schnell vorbei ist und sie keiner darauf anspricht, später grübelt sie viel. In den nächsten Tagen arbeitet sie noch mehr, um alles wiedergutzumachen.
<b>K</b> Kontingenz (Verstärkerplan)		Auf der Basis der Exploration der Patientin scheint es so zu sein, dass das Vermeidungsverhalten (einer Konfrontation aus dem Weg gehen) in solchen Situationen <b>immer</b> auftritt. Dies ist aber diagnostisch weiter abzuklären (z. B. anhand von Tagesprotokollen).
<b>C</b> Konsequenz	C <sub>kurz</sub>	Frau A. ist einer direkten Konfrontation aus dem Weg gegangen und erfährt dadurch kurzfristig eine Reduktion der Anspannung (negative Verstärkung).
	C <sub>lang</sub>	Frau A. sucht weiterhin kein Gespräch mit den Kollegen und ist auf ihre subjektive Wahrnehmung der Situation angewiesen. Sie kann nicht überprüfen, ob ihre Annahmen realistisch sind; ihre negativen Selbstannahmen (Selbstschemata) werden weiter stabilisiert.  Sie muss in ihrer Tätigkeit weiterhin überdurchschnittliche Leistungen erzielen, um vermeintliche Fehler zu kompensieren. Dies setzt sie unter Druck und stellt eine enorme zeitliche, körperliche und emotionale Belastung dar.

das Fallbeispiel Frau A., ■ Tab. 21.1). Damit wird versucht, dem Umstand Rechnung zu tragen, dass das Verhalten in konkreten Situationen zwar durch die kurzfristigen Konsequenzen gesteuert wird (z. B. negative Verstärkung, positive Verstärkung, Bestrafung, Löschung), dass andererseits aber durch wiederholt auftretendes Problemverhalten auch langfristig Folgen bewirkt werden können (z. B. Aufbau oder Stabilisierung negativer Selbstschemata), die ihrerseits wieder Einfluss auf das Problemverhalten haben können.

### 21.2.3 Anwendungsbereiche und Grenzen der Problem- und Verhaltensanalyse

In den Anfängen der Verhaltenstherapie zählte die funktionale Verhaltensanalyse zum Kernstück der Diagnostik und war die zentrale Fallkonzeption, auf deren Basis die Therapieplanung erfolgte. Inzwischen ist vielfach in Frage gestellt worden, ob sich eine individuelle Problem- und Verhaltensanalyse tatsächlich lohnt (z. B. Schulte 1993). So wird z. B. argumentiert, dass ein störungstypisches, weitgehend standardisiertes Vorgehen auf dem Boden einer entsprechenden Forschungstradition zu der jeweiligen psy-

chischen Störung eine individuelle Problem- und Verhaltensanalyse überflüssig macht (s. unten). Demgegenüber ist einzuwenden, dass es derzeit noch nicht für alle psychischen Störungen hinreichend evaluierte Ätiologiemodelle und Therapieverfahren gibt, so dass der Therapeut in diesen Fällen (z. B. bei Patientinnen mit Anorexia nervosa) nach wie vor auf dem Hintergrund eines individuellen Bedingungsmodells therapeutische Methoden auswählen und begründen muss. Die meisten Problem- und Verhaltensanalysesysteme – wie auch das oben näher beschriebene S-O-R-K-C-Modell – stoßen allerdings an Grenzen, wenn es darum geht, interpersonelle Prozesse, z. B. familiäre Konflikte und Interaktionsmuster, abzubilden.

## 21.3 Störungsspezifische Modelle der Diagnostik und Fallkonzeption

### 21.3.1 Theoretische Grundlagen

Wenn der Stand der Forschung bezüglich einer spezifischen psychischen Störung es zulässt, kann die störungsübergreifende Problem- und Verhaltensanalyse durch

störungsspezifisches Wissen und störungsspezifische Erklärungsmodelle optimiert werden (Fiedler 1994; Tusch 1996).

**!** Unter störungsorientierter Diagnostik ist zu verstehen, dass sich der Therapeut innerhalb des diagnostischen Prozesses weitgehend an jenen theoretischen Annahmen und Befunden orientiert, die dem aktuellen Wissen zufolge die jeweilige psychische Störung am besten erklären.

Das beinhaltet die Möglichkeit einer spezifischen Hypothesenbildung, gezielten Informationserhebung und anwendungsorientierten Abklärung der Hypothesen. Allgemeine Annahmen zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen finden sich im störungsspezifischen Ansatz ebenfalls wieder. Darüber hinaus zeigen die störungsspezifischen Modelle aber auch die für die jeweilige psychische Störung wirksamen Mechanismen der Verhaltenssteuerung und liefern Hinweise auf die typischerweise relevanten inhaltlichen Faktoren der Störung. In diesem Sinne fließen die Erklärungsprinzipien, die in allgemeinen Modellen der Diagnostik bzw. Problem- und Verhaltensanalyse beschrieben werden, auf einem konkreteren Niveau und mit einer entsprechenden Gewichtung der Modellkomponenten in die störungsorientierte Diagnostik und Fallkonzeption mit ein. So stehen nicht – wie etwa beim SORKC-Modell – die vorausgehenden und nachfolgenden Faktoren eines Problemverhaltens auf gleicher Ebene mit den psychischen und physiologischen Faktoren, sondern einzelne Komponenten können entsprechend ihrer für diese psychische Störung typischen Wirksamkeit akzentuiert werden (z. B. die Bedeutung der inneren Verarbeitung einer Situation bei Patienten mit der Diagnose einer sozialen Phobie).

Auch bei der Therapieplanung empfiehlt sich die Orientierung an Befunden über die Wirksamkeit psychologischer Behandlungsmethoden bei verschiedenen psychischen Störungen. Eine Voraussetzung der störungsspezifischen Diagnostik ist allerdings eine vorherige klassifikatorische Einordnung des Störungsbildes. Zur systematischen Erhebung der für die Klassifikation psychischer Störungen erforderlichen diagnostischen Informationen sind strukturierte Interviewleitfäden zu empfehlen. Hierzu seien insbesondere das »Diagnostische Interview für psychische Störungen« (DIPS; Schneider u. Margraf 2006) und das »Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV« (SKID; Wittchen et al. 1997) genannt. Allerdings führt die Zuordnung von Beschwerden zu einem Störungsbild bzw. zu einer Diagnose im Regelfall noch nicht zu konkreten Handlungsanweisungen für die Planung und Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung. Aus der Erkenntnis, dass es sich beispielsweise in dem oben beschriebenen Fallbeispiel (Frau A.) um eine depressive Erkrankung handelt, kann der Therapeut noch nicht ableiten, welche der therapeutischen Methoden bei Frau A.

indiziert sind. Bei der Diagnosestellung handelt es sich daher lediglich um eine selektive Diagnostik auf einer allgemeinen bzw. Makroebene (Wittchen 1992). Der Therapeut erhält durch die Zuordnung einer Diagnose eine Suchrichtung, um relevante störungsspezifische Behandlungsprogramme zu sichten und für den Patienten geeignete Methoden zu einem individuellen Therapieplan zusammenzustellen. Im Folgenden soll anhand eines weiteren Fallbeispiels das Vorgehen nach einem störungsspezifischen Modell der Diagnostik erläutert werden.

### 21.3.2 Vorgehen bei der störungsspezifischen Diagnostik und Fallkonzeption

Das Vorgehen bei der störungsspezifischen Problem- und Verhaltensanalyse umfasst folgende Schritte:

- Screening-Fragebogen,
- Erstgespräch,
- diagnostisches Interview,
- störungsorientierte Verfahren,
- somatische Diagnostik
- störungsorientierte Problem- und Verhaltensanalyse,
- kognitive Vorbereitung.

Anhand eines Fallbeispiels sollen diese Schritte erläutert werden:

#### Fallbeispiel

Herr T. ist 29 Jahre alt, studiert Jura und wohnt noch bei seinen Eltern und der Großmutter. Er zeigt sich im Gespräch sehr höflich und bemüht. Er berichtet, schon immer sehr zurückgezogen gelebt zu haben; er habe kaum Freunde und konzentriere sich vollkommen auf sein Studium. Die Eltern würden ihn dabei »hingebungsvoll« unterstützen. Manchmal sei ihm dies aber zuviel, obwohl er nicht undankbar sein wolle. In letzter Zeit sei er oft sehr angespannt. Das liege wohl am Leistungsdruck. Er »verschanze« sich oft in seinem Zimmer, weil er in Gesellschaft seiner Familie manchmal so merkwürdige Gedanken habe. So habe er kürzlich mit ihnen zu Mittag gegessen und habe plötzlich die Vorstellung gehabt, er könne dem Vater das Messer aus der Hand nehmen und ihm damit etwas antun. Das habe ihn so sehr erschreckt, dass er seitdem gemeinsame Mahlzeiten meide. Er fühle sich sehr schlecht wegen dieser Gedanken, obwohl er wisse, dass er so etwas nie tun würde. Er habe nun auch mehr Sorge um seine Familie. Als seine Mutter vor einigen Tagen sehr spät vom Einkaufen zurückkam, habe er befürchtet, dass sie einen Autounfall gehabt haben könne und aus irgendeinem Grund habe er das Gefühl gehabt, er sei daran schuld gewesen.

**Screening-Fragebogen.** Zu Beginn eines diagnostischen Prozesses steht meist ein Screening-Fragebogen, der zur Vorbereitung auf ein Erstgespräch einen groben Überblick über potenziell relevante Problembereiche vermitteln kann.

#### Beispiel

Hier gibt Herr T. Ängste, Unsicherheit und »merkwürdige Gedanken« an. Dazu nennt er Schlafstörungen und allgemeine Unruhe.

**Erstgespräch.** Im Erstgespräch geht es dann primär darum, eine tragfähige Therapeut-Patient-Beziehung herzustellen (► Kap. 1/28). Es werden allgemeine Informationen zur Person und Problematik des Patienten und zum Verlauf der Beschwerden erhoben. Zudem wird die Einschätzung des Patienten zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Probleme sowie zur Veränderbarkeit eingeholt. Der Therapeut agiert hier nicht als Ermittler von Informationen, er zeigt vielmehr Verständnis für die Lage des Patienten, entpathologisiert seine Beschwerden und nimmt dessen Gedanken oder Befürchtungen vorweg, um eine positive Erwartungshaltung gegenüber einer Therapie aufzubauen (Fiegenbaum et al. 1992; Frank u. Frank 2000).

#### Beispiel

Bei Herrn T. ist es von großer Bedeutung, ihm klarzumachen, dass solche aggressiven Gedanken gar nicht so selten vorkommen, dass aber nicht davon auszugehen ist, dass die Gedanken in die Tat umgesetzt werden, sondern dass Menschen mit derartigen Problemen im hohen Ausmaß Kontrolle über ihre Handlungen haben.

**Diagnostisches Interview.** Eine strukturierte Abklärung und Einordnung der vorhandenen Symptome findet mittels eines diagnostischen Interviews statt. Hierzu eignet sich das oben genannte »Diagnostische Interview bei psychischen Störungen« (DIPS), welches zusätzlich noch therapie-relevante Informationen, die über die für die reine Diagnosestellung nötigen Informationen hinausgehen, erfragt. Es erfasst u. a. allgemeine Daten zur Person, Informationen zur Entstehung und zum Verlauf der Störung und Aspekte, die für den Verlauf der Therapie von Bedeutung sein können. So wird z. B. zum Zwangssyndrom neben den Diagnosekriterien auch noch erfragt, wann die Problematik begonnen hat, was zu dieser Zeit im Leben des Betroffenen geschah und welche Schwankungen und Veränderungen festzustellen waren. Des Weiteren werden die körperlichen Begleitsymptome der Angst detailliert inventarisiert. Inhaltlich wichtige Informationen liefern vor allem Fragen danach, ob der Betroffene seine Umgebung durch indirek-

tes Vermeidungsverhalten in die Zwangssymptomatik mit einbezieht, welche zentralen Befürchtungen hinter seinen Ängsten stehen und in welchen Momenten seine Angst am größten ist (während des Zwangsgedankens oder der Zwangshandlung oder bei Widerstehen).

#### Beispiel

Hier erfährt der Therapeut von Herrn T. unter anderem, dass ein erheblicher Teil des Leidensdrucks auf die Bewertung der Zwangsgedanken durch Herrn T. zurück zu führen ist. Seine zentrale Befürchtung ist es, aufgrund dieser Vorstellungen eine Bestätigung dafür zu finden, dass er eigentlich gar kein so »guter und vorbildlicher Mensch« ist, wie er immer sein wollte. Er habe sich immer bemüht, alles richtig zu machen, aber wenn er seine Eltern wirklich liebte, dürfe er doch diese Art von Gedanken gar nicht haben. Je öfter ein solcher Gedanke komme, desto mehr müsse er sich anstrengen, sich seinen Eltern gegenüber »gut und dankbar« zu zeigen und dafür zu sorgen, dass sie auf ihn stolz sein können. Hier erhält der Therapeut bereits wichtige Hinweise zur Aufrechterhaltung der Zwangsgedanken (Vermeidung, Gedankenunterdrückung, Neutralisierung, katastrophisierende Bewertungen etc.). Daneben ist das diagnostische Interview hilfreich zur Abklärung eventueller vorhandener komorbider Störungen. Im Fall von Herrn T. finden sich im DIPS sozialphobische Tendenzen sowie eine leichte depressive Verstimmung. Hier reicht der Schweregrad der Symptomatik allerdings nicht aus, um eine vollständige Diagnose zu stellen.

Es wird deutlich, dass diese Art und Weise der strukturierten und systematischen Informationserhebung die Objektivität des diagnostischen Prozesses erhöht, indem der Einfluss persönlicher Präferenzen und Erfahrungen des Therapeuten mit bestimmten Fallkonzeptionen auf die Datenerhebung und -interpretation eingeschränkt wird.

**Störungsorientierte Verfahren.** Im Anschluss daran kommen weitere störungsorientierte Verfahren zum Einsatz. Hierunter fallen z. B. Fragebogenverfahren, standardisierte Verhaltensbeobachtungen, diagnostische Rollenspiele oder Selbstbeobachtungsprotokolle.

#### Beispiel

So wird bei Herrn T. wegen des Verdachts auf eine Zwangsstörung zunächst das halbstrukturierte Interview der »Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale« (Y-BOCS, Goodman et al. 1989; Hand u. Büttner-Westphal 1991) durchgeführt. Dieses misst den Schwere-

grad der Zwangssymptomatik und unterscheidet zwischen Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Zusätzlich werden Fragebögen zur Erfassung des Zwangsverhaltens eingesetzt. Dazu eignen sich insbesondere der 41 Items lange »Padua Zwangsfragebogen« (van Oppen et al. 1995), welcher die Skalen »Impulse«, »Waschen«, »Kontrollieren«, »Rumination« und »Ordentlichkeit« beinhaltet, und das 188 Items lange »Hamburger Zwangsinventar« (Zaworka et al. 1983). Letzteres enthält sechs Subskalen zu »Kontrollieren«, »Waschen«, »Ordnen«, »Zählen«, »Denken« und »Leid Zufügen«.

Um die depressive Verstimmung des Patienten zu messen, wird ihm das »Beck Depressions Inventar« (BDI; Hautzinger et al. 1995) vorgelegt. Hier erreicht er leicht auffällige Werte, die die Vermutung einer depressiven Verstimmung nochmals bestätigen.

Eine exemplarische Aufstellung weiterer Selbstbeurteilungsverfahren zur störungsorientierten Diagnostik zeigt **Tab. 21.2**.

**Somatische Diagnostik.** Jeder Patient sollte vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung eine medizinische Untersuchung bei seinem Hausarzt oder einem entsprechenden Facharzt durchführen lassen. Es sollten potenzielle organische Faktoren (z. B. hormonelle Unregelmäßigkeiten, Stoffwechselstörungen etc.) überprüft werden, die mit den jeweils geschilderten psychischen Beschwerden in Zusammenhang stehen könnten. Daneben ist es ratsam, das Ausmaß der möglicherweise bereits entstandenen körperlichen Folgen der psychischen Krankheit einschätzen zu lassen. Der Arzt sollte dann entscheiden, ob eine medizinische Mitbehandlung nötig ist und ob aus medizinischer Sicht Bedenken gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung bestehen.

**Tab. 21.2.** Exemplarische Darstellung störungsorientierter Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen

Störungsbild	Selbstbeurteilungsverfahren
Angststörungen	Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen (BSQ; Ehlers u. Margraf 1993)
	Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen (ACQ; Ehlers u. Margraf 1993)
	Mobilitätsinventar (MI; Ehlers u. Margraf 1993)
	Becks Angstinventar (BAI; Beck et al. 1988, deutsche Übersetzung: Margraf u. Ehlers 2007)
	Angstfragebogen (AF; Hank et al. 1990; deutsche Fassung des »Fear Questionnaire« von Marks u. Mathews 1979)
	Unsicherheitsfragebogen (Ulrich de Muynck u. Ulrich 1979)
	Marburger Aktivitäts-Tagebuch (Margraf u. Schneider 1990)
Essstörungen	Fragebogen zum Essverhalten (FEV; Pudel u. Westenhöfer 1989)
	Eating Disorder Examination (EDE; Cooper u. Fairburn 1987; Fairburn u. Cooper 1993; deutsche Fassung: Hilbert u. Tuschen-Caffier 2006a)
	Eating Disorder Examination Questionnaire (Fairburn u. Beglin 1994; deutsche Fassung: Hilbert u. Tuschen-Caffier 2006b)
	Eating Disorder Inventory (EDI-2; Garner et al. 1983; deutsche Fassung: Paul u. Thiel 2004)
	Fragebogen zum Figurbewusstsein (FFB; Cooper et al. 1987; deutsche Fassung: Waadt et al. 1992; Referenzwerte: Tuschen-Caffier et al. 2005)
Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ; van Strien et al. 1986; deutsche Fassung: Grunert 1989)	
Depression	Becks Depressionsinventar (BDI II; Beck et al. 1961; deutsche Fassung: Hautzinger et al. 2006)
	Symptom-Checkliste (SCL-90; Derogatis 1986; deutsche Fassung: Franke 1992)
Alkoholismus	Münchener Alkohol Test (MALT; Feuerlein et al. 1979)
	Trierer Alkoholismus Inventar (TAI; Funke et al. 1987)
	Fragebogen zum funktionalen Trinken (FFT; Berlitz-Weihmann u. Metzler 1993)
Somatoforme Störungen	Screening für somatoforme Störungen (SOMS; Rief et al. 1992)
	Whitely-Index (WI; Rief et al. 1994)
	Internationale Skalen für Hypochondrie (Hiller u. Rief 2004)
	Beschwerden Liste (BL; von Zerssen 1976)
Partnerschafts-probleme	Partnerschaftsfragebogen (PFB; Hahlweg 1979)
	Problemliste (PL; Hahlweg et al. 1982)

**Beispiel**

Bei Herrn T. wurden weder Hinweise auf organische Ursachen noch auf körperliche Folgeschäden gefunden. Damit sah der Hausarzt keine Einwände gegen eine Psychotherapie bei dem Patienten.

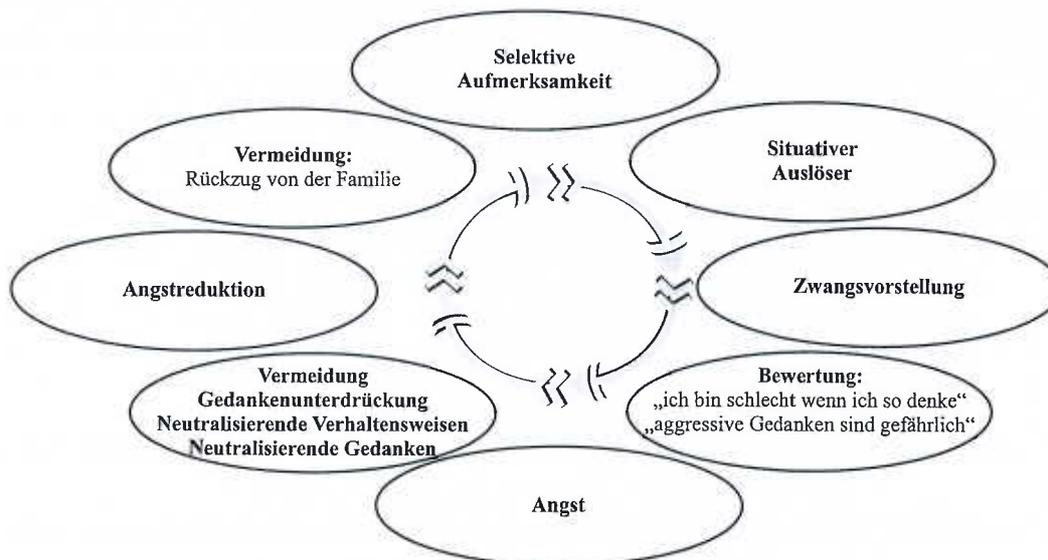
**Problem- und Verhaltensanalyse.** Hier erfolgt eine detaillierte Beschreibung der emotional-kognitiven, physiologischen und behavioralen Reaktionen und den vorausgehenden bzw. nachfolgenden Ereignissen einer Situation, in der

die Beschwerden des Patienten typischerweise auftreten. Dazu werden Informationen aus dem diagnostischen Interview, der störungsorientierten Diagnostik und gegebenenfalls medizinische Befunde integriert. Auf der Basis dessen erfolgt eine begründete Entscheidung für ein störungsspezifisches Erklärungsmodell. Es kann durchaus sein, dass für unterschiedliche Problembereiche verschiedene Mechanismen zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung herangezogen werden müssen. Das gewählte störungsspezifische Modell bietet eine Heuristik zur Integration und Interpretation der fallbezogenen Daten und zeigt eine Suchrichtung für mögliche Zusatzdiagnostik an.

**Beispiel**

Im Fall von Herrn T. scheint die Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer (1960) nicht unbedingt passend: er erinnert sich weder an ein traumatisches Ereignis, welches durch klassische Konditionierung die Entstehung erklären könnte, noch zeigt er ausgeprägte Zwangshandlungen, die im Sinne der operanten Konditionierung als negativer Verstärker aufgrund einer Reduktion der Anspannung die Zwangsstörung aufrechterhalten könnten. Das von ihm gezeigte Vermeidungsverhalten wirkt selbstverständlich angstreduzierend und somit verstärkend, dies allein ist aber nicht hinreichend, um die Symptomatik des Patienten zu erklären. Zusätzlich zur klassischen lerntheoretischen Erklärung der Zwangsstörung ist daher bei Herrn T. das kognitiv-behaviorale Erklärungsmodell (z. B. Salkovskis 1996) von großem Nutzen. Herr T. zeigt eine selektive

Aufmerksamkeit auf Gedanken, die »negativ« oder »unsozial« sind. Gerade aggressive Gedanken bewertet er zudem als »schlecht«, »böse« oder »undankbar« und sieht sie als Zeichen dafür an, dass er tatsächlich »böse« ist und nicht so denken darf. Außerdem geht er davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit, die Vorstellungen in die Tat umzusetzen, höher wird, je öfter er daran denkt. Dies führt zu Versuchen der Gedankenunterdrückung und neutralisierenden Gedanken (»Ich liebe meine Eltern«, »Ich bin ein guter Sohn«) und Verhaltensweisen (z. B. noch etwas fürsorglicher und zuvorkommender zu sein). Ein mögliches individuelles Erklärungsmodell für Herrn T., das mit dem Patienten gemeinsam erarbeitet wurde und seine eigenen zentralen Überzeugungen sowie subjektive Veränderungstheorien mitberücksichtigt, zeigt ■ Abb. 21.1.



■ **Abb. 21.1.** Modell der Aufrechterhaltung der Zwangssymptome von Herrn T.

**Kognitive Vorbereitung.** In einer kognitiven Vorbereitung auf die psychotherapeutische Behandlung wird dem Patienten das störungsspezifische Erklärungs- und Veränderungsmodell vermittelt. Hierzu wird er aktiv in die Erarbeitung der einzelnen Bestandteile mit einbezogen. Der Therapeut achtet darauf, dass das Modell für den Patienten sowohl anschaulich als auch plausibel und glaubhaft ist. Durch geleitetes Entdecken wird er dazu angeregt, zentrale Schlussfolgerungen selbst zu ziehen und aktiv eigene Erfahrungen aus dem bisherigen Verlauf der Problematik einzubringen, die die Wirkung der Mechanismen zur Aufrechterhaltung unterstützen. Dem Patienten ein selber entworfenes Erklärungsmodell anzupreisen oder aber ihn mit besten Absichten zu einem Modell zu überreden, wäre therapeutisch wenig überzeugend. Kann der Patient das Modell tatsächlich nachvollziehen und schließt es inhaltlich an sein Denk- und Wertesystem an, wird er auch motiviert sein, sich einer psychotherapeutischen Behandlung – basierend auf diesem Modell – zu unterziehen. Anderenfalls wird er Reaktanz zeigen und beginnen, seine Überzeugungen gegenüber dem Therapeuten zu verteidigen.

#### Beispiel

In der kognitiven Vorbereitung auf die Therapie von Herrn T. werden zu Beginn die allgemeinen Wirkmechanismen des zwanghaften Verhaltens besprochen. So wird z. B. das Phänomen der Gedankenunterdrückung erläutert und im Anschluss daran durch einen Verhaltenstest veranschaulicht (»Denken sie bitte in den nächsten fünf Minuten nicht an ein rosa Kaninchen...«). Wenn es dann um spezifischere Faktoren geht, muss der Therapeut darauf achten, die eher rigide Einstellungen des Patienten (z. B. »man sollte über seine Eltern nichts Schlechtes sagen oder denken«) nicht zur Diskussion zu stellen oder gar als falsch und ursächlich für die Zwangsgedanken darzustellen. Es ist sogar wichtig, diese Eigenschaften von Herrn T. zunächst einmal positiv herauszustellen und ihnen den nötigen Raum zu geben, so dass der Patient selber sich erlauben kann, die Nachteile dieser Einstellungen anzusprechen. Erst dann können sie als »Komponenten, die es dem Betroffenen zusätzlich erschweren« in das Modell eingefügt werden und somit das Modell Stück für Stück vervollständigen.

### 21.3.3 Anwendungsbereiche und Grenzen der störungsspezifischen Diagnostik und Fallkonzeption

Eine störungsorientierte Diagnostik und Fallkonzeption ist für jene psychischen Störungen sinnvoll, für die auf der Basis langjähriger Forschungsarbeiten über Entstehung,

Verlauf und Behandlung der jeweiligen psychischen Störung evidenzbasierte Ätiologie- und Behandlungskonzepte vorliegen, die zumeist in Form von Manualen für die klinische Praxis bereit gestellt werden. Dies gilt u. a. für **Angststörungen** wie spezifische Phobien, Panikstörung, Agoraphobie, soziale Phobien, bestimmte **Esstörungen** (Bulimia nervosa) oder bestimmte Formen von Depressionen.

Grenzen der störungsorientierten Fallkonzeption sind gegeben bei psychischen Problemen, für die es ggf. noch keine klar umschriebenen Klassifikationskriterien gibt; hier ist die Orientierung an allgemeinen Modellen der Problem- und Verhaltensanalyse sinnvoll (s. oben).

Des Weiteren kann es im Einzelfall nicht immer einfach sein, das jeweilige störungsorientierte Modell auszuwählen, dass den Problemkonstellationen des Einzelfalls am ehesten gerecht wird. So liegen z. T. konkurrierende theoretische Modelle vor, die jeweils durch empirische Befunde gestützt werden (z. B. das kognitive-behaviorale Modell vs. das klassische lerntheoretische Modell zur Ätiologie und Therapie der Zwangsstörung, vgl. u. a. Fisher u. Wells 2005; Whittal et al. 2005).

### 21.4 Empirie: Problem- und Verhaltensanalyse als notwendige Bedingung für eine erfolgreiche Psychotherapie?

Forschungsbefunde sprechen dafür, dass für eine erfolgreiche Psychotherapie nicht unbedingt eine auf den Einzelfall zugeschnittene Problem- und Verhaltensanalyse erforderlich ist. Dies ist zumindest dann der Fall, wenn die Diagnose relativ eng umschrieben ist und wenn empirisch gut abgesicherte Modelle für die jeweilige Störung vorhanden sind (Eifert 2005; Schulte 1993). So hat sich in der Bochumer Angststudie an einer Stichprobe von 120 phobischen Patienten entgegen der Erwartung gezeigt, dass eine standardisierte, nicht an den Einzelfall adaptierte In-vivo-Reizkonfrontationstherapie erfolgreicher war als eine individuell auf den Patienten und seine Problemlage zugeschnittene Psychotherapie (Schulte et al. 1991). Abweichungen vom Behandlungsmanual zum Zwecke der individuellen Anpassung an den Therapieverlauf waren sogar – abgesehen von der Schlussphase der Therapie – eher ungünstig. Allerdings können die Befunde nicht unbedingt auf andere psychische Störungen und andere Behandlungsmethoden übertragen werden: die Reizkonfrontation ist eine gut lehrbare und eine sehr effektive Behandlungsmethode bei Phobien. Die starken Therapieeffekte sind daher kaum durch Anpassung an den Einzelfall zu steigern. Bei weniger klar umschriebenen Störungen und Behandlungsmethoden ist bisher dagegen weitgehend unklar, ob die Anpassung an den Einzelfall, z. B. durch eine individuelle Problem- und Verhaltensanalyse als Basis für die Therapieplanung, zu einer Verbesserung der Therapieeffekte führt. Demnach bilden die beiden hier beschriebenen diagnostischen Zugangswei-

sen zur Fallkonzeption keine Gegensätze, sondern können sich vielmehr gegenseitig ergänzen.

❗ So sind die allgemeinen Modelle der Diagnostik wertvoll, wenn es um psychische Probleme (z. B. Beziehungsprobleme, Ablösungsprozess von den Eltern etc.) geht, die nicht eindeutig in die bekannten Klassifikationssysteme einzuordnen sind. Auch bei Störungsbildern, deren Ursachen und Aufrechterhaltung noch nicht sehr weit erforscht sind (z. B. Körperdysmorphie Störungen), ist die Orientierung an allgemeingültigen Modellen der Diagnostik notwendig. Geht es allerdings um ein Störungsbild, zu welchem bereits hinreichend Befunde aus der Forschung vorliegen und sich spezifische Erklärungsmodelle in Therapie und Praxis bewährt haben, kann der Aufwand für die Problem- und Verhaltensanalyse durch die konsequente Anwendung störungsspezifischer diagnostischer Verfahren deutlich reduziert werden.

Genauso wird die Therapieplanung erleichtert, indem einzelfallbezogene Daten dazu genutzt werden, individuelle Methoden zusammenzustellen, welche speziell in die bei dem Betroffenen wirksamen Mechanismen zur Aufrechterhaltung eingreifen. Hier geht es also nicht darum, nach der störungsspezifischen Diagnostik eine störungsspezifische Standardtherapie durchzuführen. Vielmehr geht es darum, anhand der im diagnostischen Prozess erarbeiteten, individuellen und spezifischen Erklärungsmodelle eine ebenso individuelle und spezifische Therapie anzubieten, die optimal auf diesen Patienten zugeschnitten ist.

## 21.5 Ausblick

Bei der oben dargestellten Gegenüberstellung der klassischen Problem- und Verhaltensanalyse vs. der störungsorientierten Diagnostik und Fallkonzeption wurde idealtypisch davon ausgegangen, dass ein Patient wegen einer psychischen Störung psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen versucht. In der klinischen Praxis ist es allerdings häufig so, dass Patienten eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen aufweisen. Bei der Analyse der Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen psychischen Störungen kann der Therapeut häufig noch nicht auf entsprechende Ätiologiemodelle und Befunde zurückgreifen, sondern muss auf den Einzelfall bezogene Hypothesen zum Zusammenhang der verschiedenen psychischen Störungen bilden. Es ist wünschenswert, dass die Forschung hier verstärkt Modelle und empirische Befunde liefert, die für die Einzelfallanalyse als Heuristik genutzt werden können.

Auch ist es wichtig, bei der Fallkonzeption interpersonellen Prozesse mehr Aufmerksamkeit zu schenken und die entsprechenden Problem- und Verhaltensanalysemodelle stärker dahingehend abzuwandeln, dass auch Inter-

aktionen (z. B. familiäre Interaktionsmuster) leichter modellierbar sind.

## Zusammenfassung

Störungsorientierte Diagnostik kann als Leitfaden für eine gezielte Informationserhebung und anwendungsorientierte Abklärung der Hypothesen dienen. Daher ist sie als sinnvolle Ergänzung zur traditionellen Problem- und Verhaltensanalyse aufzufassen. Sie erleichtert darüber hinaus die Therapieplanung, wenn sich der Therapeut im Planungsprozess nicht ausschließlich an den bei dem Betroffenen erhobenen Informationen, sondern zusätzlich an Forschungsbefunden zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Methoden bei dieser speziellen psychischen Erkrankung orientiert. Eine Voraussetzung des Einsatzes störungsspezifischer Daten und Erklärungsmodelle für die Problem- und Verhaltensanalyse ist die vorherige klassifikatorische Einordnung der psychischen Störung. Hierzu stehen diagnostische Interviews zur Verfügung, welche auf den seit den 1970er Jahren stets weiterentwickelten Klassifikationssystemen psychischer Störungen ICD-10 und DSM-IV basieren. Handelt es sich bei einem Patienten um eine psychische Erkrankung, die bereits gut erforscht ist, so liegen spezifische Erklärungsmodelle vor, welche auch im Einzelfall die Erarbeitung eines Erklärungsmodells erleichtern. Bei psychischen Störungen, zu deren ätiologischen Faktoren und Mechanismen zur Aufrechterhaltung wenig bekannt ist, sind allgemeingültige Modelle zur Diagnostik weiterhin unabdingbar.

## Literatur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington/DC: American Psychiatric Press.
- Bartling, G., Echelmeyer, L., Engberding, M. & Krause R. (1998). *Problemanalyse im therapeutischen Prozess* (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893–897.
- Berlitz-Weihmann, E. & Metzler, P. (1997). *Fragebogen zum funktionalen Trinken (FFT)*. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.
- Caspar, F. (1989). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.
- Caspar, F. (1996) (Hrsg.). *Psychotherapeutische Problemanalyse*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485–494.
- Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (1987). The Eating Disorder Examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1–8.

- Derogatis, L. R. (1986). SCL 90-R. Self report symptom inventory. In CIPS (Hrsg.), *Internationale Skalen für die Psychiatrie*. Weinheim: Beltz.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)*. Bern: Huber.
- Ehlers, A. & Margraf, J. (1993). *Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV)*. Weinheim: Beltz Test.
- Eifert, G. H. (2005). Individuelle versus standardisierte Therapie. Erkenntnisse und neue Fragestellungen. In J. Kosfelder, J. Michalak, Johannes, S. Vocks & U. Willutzki (2005), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 197–216). Göttingen: Hogrefe.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). The assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363–370.
- Fairburn, C. G. & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th edn.). In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating. Nature, assessment, and treatment* (pp. 317–360). New York: Guilford.
- Feuerlein, W., Küfner, H., Ringer, C. & Antons, K. (1979). *Münchener Alkoholismus Test MALT*. Weinheim: Beltz Test.
- Fiedler, P. (1994). Störungsspezifische und differentielle Indikation: Gemeinsame Herausforderung der Psychotherapieschulen oder: Wann ist endlich Schluss mit dem Unsinn der Konkurrenz? *Psychotherapieforum*, 2, 20–29.
- Fiegenbaum, W., Freitag, M. & Frank, B. (1992). Kognitive Vorbereitung auf Reizkonfrontationstherapien. In J. Margraf & J.C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. München: Röttger.
- Fisher, P. L. & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1543–1558.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L. & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445–451.
- Frank, M. & Frank, B. (2000). Das Erstgespräch in der Verhaltenstherapie. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.
- Franke, G. (1992). Eine weitere Überprüfung der Symptom-Checkliste (SCL 90-R) als Forschungsinstrument. *Diagnostica*, 38, 160–167.
- Funke, W., Funke, J. Klein, M. & Scheller, R. (1987). *Trierer Alkoholismus Inventar (TAI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15–34.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A. et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale I: development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006–1011.
- Grawe, K. (1986). *Schema-Theorie und interaktionelle Psychotherapie*. Forschungsberichte aus dem Psychologischen Institut der Universität Bern. Bern: Psychologisches Institut der Universität Bern.
- Grawe, K. (1987). Psychotherapie als Entwicklungsstimulation von Schemata: Ein Prozess mit nicht vorhersehbarem Ausgang. In F. Caspar (Hrsg.), *Problemanalyse in der Psychotherapie. Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 72–87). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Grawe, K. & Caspar, F. (1984). Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung. In U. Baumann (Hrsg.), *Psychotherapie: Makro/Mikroperspektive* (S. 177–197). Göttingen: Hogrefe.
- Grunert, S. C. (1989). Ein Inventar zur Erfassung von Selbstaussagen zum Ernährungsverhalten. *Diagnostica*, 35, 167–179.
- Hahlweg, K. (1979). Konstruktion und Validierung des Partnerschaftsfragebogens PFB. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 8, 17–40.
- Hahlweg, K., Schindler, D. & Revenstorf, D. (1982). *Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie. Handbuch für den Therapeuten*. Berlin: Springer.
- Hand, I. & Büttner-Westphal, H. (1991). Die Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): Ein halbstrukturiertes Interview zur Beurteilung des Schweregrades von Denk- und Handlungszwängen. *Verhaltenstherapie*, 1, 223–225.
- Hank, G., Hahlweg, K. & Klann, N. (1990). *Diagnostische Verfahren für Berater. Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung*. Weinheim: Beltz Test.
- Hautzinger, Keller F. & Kühner, C. (1995) *BDI II*. Frankfurt a. M.: Harcourt Test Series.
- Hiller, W. & Rief, W. (2004). *Internationale Skalen für Hypochondrie. Deutschsprachige Adaptation des Whiteley-Index (WI) und der Illness Attitude Scales (IAS)*. Bern: Huber.
- Hilbert, A. & Tuschen-Caffier, B. (2006a). Eating Disorder Examination: Deutschsprachige Übersetzung. Münster: Verlag für Psychotherapie. (<http://www.vfp-muenster.de/publikationen/online.html>).
- Hilbert, A. & Tuschen-Caffier, B. (2006b). Eating Disorder Examination – Questionnaire: Deutschsprachige Übersetzung. Münster: Verlag für Psychotherapie. (<http://www.vfp-muenster.de/publikationen/online.html>).
- Kanfer, F. H. & Saslow, G. (1969). Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529–538.
- Kanfer, F. H. & Saslow, G. (1974). Verhaltenstheoretische Diagnostik. In D. Schulte (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (S. 24–59). München: Urban & Schwarzenberg.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1990). *Selbstmanagement-Theorie*. Berlin: Springer.
- Lindsley, D. R. (1964). Direct measurement and prosthesis of retarded behaviour. *Journal of Education*, 147, 62–81.
- Margraf J. & Ehlers A. (2007). *Beck-Angst-Inventar. Deutschsprachige Adaptation des Beck Anxiety Inventory von A. T. Beck und R. A. Stern*. Frankfurt: Harcourt.
- Margraf J. & Schneider S. (1990). *Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Margraf, J., Schneider, S. & Spörkel, H. (1991). Therapiebezogene Diagnostik: Validität des Diagnostischen Interviews für psychische Störungen (DIPS). *Verhaltenstherapie*, 1, 110–119.
- Marks, J. M. & Mathews, A. M. (1979). Brief standard self rating scale for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263–267.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Oppen, P. van, Hoekstra, R. J. & Emmelkamp, P. M. G. (1995). The structure of obsessive-compulsive disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 15–23.
- Paul, C. & Thiel, A. (2004). *Eating disorder inventory-2. Deutsche Version*. Göttingen: Hogrefe.
- Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1989). *Fragebogen zum Essverhalten: Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Rief, W., Schäfer, S. & Fichter, M. (1992). SOMS: Ein Screeningverfahren zur Identifizierung von Personen mit somatoformen Störungen. *Diagnostica*, 38, 228–241.
- Rief, W., Hiller, W., Geissner, E. & Fichtner, M. M. (1994). Hypochondrie: Erfassung und erste Ergebnisse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 34–42.
- Salkovskis, P. M. (1996). Cognitive-behavioral approaches to the understanding of obsessional problems. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders*. New York: Guilford.
- Schneider, S. & Margraf, J. (2006). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS für DSM-IV-TR)* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Schneider, S., Margraf, J., Spörkel, H. & Franzen, U. (1992). Therapiebezogene Diagnostik: Reliabilität des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen (DIPS). *Diagnostica*, 38, 209–227.
- Schulte, D. (1993). Lohnt sich eine Verhaltensanalyse? *Verhaltenstherapie*, 3(1), 5–13. Schulte, D., Künzel, R., Pepping, G. & Schulte-Bahrenberg, T. (1991). Maßgeschneiderte Psychotherapie versus Standardtherapie bei der Behandlung von Phobikern. In D. Schulte (Hrsg.), *Therapeutische Entscheidungen* (S. 15–42). Göttingen: Hogrefe.

- Schulte, D. (1998). *Therapieplanung* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. (2005). Verhaltensanalyse und Indikationsstellung. In Petermann, F. & Reinecker, H. (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie. Bd. Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 147–157). Göttingen: Hogrefe.
- Strien, T. van, Frifters, J. E. R., Berger, G. P. A. & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restraint, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 295–315.
- Tuschen, B. (1996). Störungsorientierte Diagnostik: Neue Akzente bei der Problem- und Verhaltensanalyse. In F. Caspar (Hrsg.), *Psychotherapeutische Problemanalyse*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Tuschen-Caffier, B., Pook, M. & Hilbert, A. (2005). *Diagnostik von Essstörungen und Adipositas*. Göttingen: Hogrefe.
- Ulrich de Muynck, R. & Ulrich, R. (1979). *Der Unsicherheitsfragebogen. Testmanual U. Anleitung für den Therapeuten*. München: Pfeiffer.
- Waadt, S., Laessle, R. G. & Pirke, K. M. (1992). *Bulimie. Ursachen und Therapie*. Berlin: Springer.
- Whittal, M., Thorarson, D. S. & McLean, P. D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorders: cognitive behaviour therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1559–1576.
- Wittchen, U. (1992). Therapiebezogene Diagnostik: In R. Jäger und F. Petermann (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik* (S. 232–245). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Wittchen, H. U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID II und SKID II)*. Deutsche Bearbeitung. Göttingen: Hogrefe.
- Zaworka, W., Hand, I., Jauernig, G., & Lunenschlosz, K. (1983). *HZI. Hamburger Zwangsinventar. Manual*. Weinheim: Beltz Test.
- Zerssen, D. von (1976). *Die Beschwerden-Liste. Manual*. Weinheim: Beltz Test.
- Zimmer, D. (1989). *Fragebogen zu Sexualität und Partnerschaft*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.

## Weiterführende Literatur

- Eifert, G. H. (2005). Individuelle versus standardisierte Therapie. Erkenntnisse und neue Fragestellungen. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 197–216). Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K. (2005). Soziale Rahmenbedingungen: Die Bedeutung von Partnerschaft und Familie für die Therapie psychischer Störungen. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 115–147). Göttingen: Hogrefe.
- Hesse, J., Philippsen, C. & Hellhammer, D. (2005). Psychoendokrinologie: Psychologische Aspekte in der Diagnostik stressbezogener Gesundheitsstörungen. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 159–173). Göttingen: Hogrefe.
- Vriends, N., Michael, T. & Margraf, J. (2005). Klinische Implikationen moderner Lerntheorien. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 174–196). Göttingen: Hogrefe.