

Der Blick hinter das Symptom: Problemorientierte Kognitive Diagnostik (PKP) und abgeleitete Behandlungspläne bei Suchterkrankungen

Harlich H. Stavemann

Worum geht es? Es wird eine pragmatische Form von problemfokussierter kognitiver Diagnostik vorgestellt, die nicht nur das Verständnis von der Perspektive des Klienten und seiner jeweiligen Problemursache vertieft, sondern – aus diesem Verständnis heraus im Zusammenhang mit einer horizontalen und vertikalen Problemanalyse – das therapeutische Vorgehen erheblich erleichtert und zudem zu einer stringent abgeleiteten Behandlungsplanung führt.

Es werden drei Ursachen für lerngeschichtlich erworbene psychische Probleme unterschieden. Die jeweils typischen Konzepte und Veränderungsziele werden zum Inhalt spezifischer indikativer Therapiegruppen und die Klienten werden nach der Eingangsdiagnose den für sie zutreffenden Themengruppen zugeteilt.

Inhaltsübersicht:

- (1) Was ist PKP?
- (2) Wozu dient die PKP?
- (3) PKP in der Problemanalyse
- (4) PKP und abgeleitete Behandlungspläne
- (5) Besonderheiten in der Therapie von Suchterkrankungen

Vorbemerkung. Häufig lassen sich Therapeuten durch die Vielzahl der von Patienten beklagten Symptome beeindrucken - und oftmals auch verwirren. Zwar achten Kognitive Verhaltenstherapeuten bereits im Erstgespräch darauf, ihren Fokus auf emotionales Leid zu richten und sich nicht durch Verhaltensauffälligkeiten oder andere Konsequenzen des Problems im sozialen, beruflichen oder privaten Umfeld ablenken zu lassen, dennoch: Auch sie haben beim Problemverständnis immer dann Schwierigkeiten, wenn sie die emotionalen Reaktionen ihrer Patienten nicht auf deren Ursachen zurückführen. Und dies ist notwendig, wenn sie nicht Gefahr laufen möchten, statt einer andauernden Problemlösung lediglich Symptomverschiebungen zu erreichen. In den letzten Jahrzehnten sind auch im Bereich der KVT Dutzende von symptomorientierten Therapievarianten beschrieben worden und entsprechend viele Manuale erschienen.

Der nachstehend beschriebene Ansatz einer *Problemorientierten Kognitiven Psycho-diagnostik* und Behandlungsplanung soll helfen, Patienten in ihrer Problematik (und damit die Ursachen für die beklagten Sym-

ptome) zu erkennen und zu begreifen und – aus daraus abgeleitet – sinnvolle Behandlungspläne für eben diese Ursachen aufzustellen.

1 Was ist PKP?

Erste Ansätze von Kognitiver Diagnostik.

Seit über 50 Jahren gibt es kognitive Therapieverfahren und ebenso lange erste Ansätze einer Kognitiven Psychodiagnostik. Sie erfasst kognitive Strukturen und Prozesse, die kognitive Verarbeitung innerer und äußerer Reize einer Person und stellt einen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zwischen der Art der Verarbeitung und darauf folgenden Gefühl- und Verhaltensreaktionen her. Das bedeutet, dass zur Erklärung derselben erlernte kognitive Konzepte und Schemata dienen.

Ellis (1962, 1977) benennt elf verschiedene irrationale Ideen, die psychische Störungen verursachen und aufrechterhalten, reduziert diese (1994) auf drei irrationale Forderungen (die „shoulds“, „oughts“ und „musts“) und subsummiert diese in die beiden Kategorien „ego anxiety“ und „discomfort anxiety“ (Ellis 1997, 2003). Beck (1979, 1996) beschreibt die kognitiven Inhalte neurotischer Störungen (z. B. Aufmerksamkeitsbindung, Bewusstseinsengung, selektive Abstraktion, Realitätsverzerrung) und setzt sie mit psychischen Erkrankungen in Verbindung. Diese kognitiven Ansätze haben sich bisher nicht durchgesetzt. In der Praxis beherrscht die ICD-10 (DIMDI, 2004) das diagnostische Vorgehen, zumal es als alleiniges Klassifikationssystem für die Diagnostik bei der Antragsstellung auf Kostenübernahme für psychotherapeutische Behandlungen vorgeschrieben ist (KBV, 2001). Es ist in medizinischer Tradition strikt symptomorientiert und beschreibt die Symptomatik einer Erkrankung, ohne etwas über deren Ursachen auszusagen oder zu einem Erklärungsmodell beizutragen. Diese Nachteile besitzen auch die ersten kognitiven Diagnosemodelle, denn auch sie beschreiben die *kognitiven Symptome* psychischer Erkrankungen, ohne auf deren Ursachen einzugehen.

2 Wozu dient die PKP?

Anders als die orthodoxe Verhaltenstherapie, die ICD-10, DSM 5 (APA 2013) oder die medizinische Diagnostik orientieren sich

Kognitive Verhaltenstherapeuten bei ihrer diagnostischen Einordnung in erster Linie am verursachenden Problem, um es dann in seinen symptomatischen Reaktionen zu beschreiben.

Drei Problembereiche. Zu dieser Ursachenzuweisung dient die PKP, denn lerngeschichtlich erworbenes, krank machendes emotionales Leid lässt sich auf drei zugrundeliegende Problembereiche zurückführen: auf Selbstwertprobleme, Frustrationsintoleranzprobleme und auf existentielle Probleme. Diese Möglichkeit erleichtert es nicht nur, Patienten in ihrer Problematik zu erkennen und zu begreifen, sondern auch ihre symptomatischen Reaktionen, deren Funktionalität und Symptomgewinne leichter zu verstehen. Sie hilft in Verbindung mit einer horizontalen und vertikalen Problemanalyse auch dabei, spezifische – aus diesem Verständnis abgeleitete – an der Problembeseitigung orientierte Behandlungspläne aufzustellen (vgl. Stavemann, 2014b, S.53ff).

Betrachten wir nun, wodurch diese drei Problembereiche gekennzeichnet sind.

Selbstwertprobleme sind gekennzeichnet durch dysfunktionale Konzepte oder Regeln, die den Gewinn oder Verlust eigener Wertigkeit beinhalten. Problemtypisch ist das Verwenden von generalisierenden, pauschalisierenden Selbstwertbestimmungen, in denen von einer oder wenigen Eigenschaft(en), Fähigkeit(en) oder (Fehl-) Leistung(en) der gesamte Wert einer Person abgeleitet wird. Selbstwertkonzepte sind stark durch soziokulturelle Einflüsse, Moralvorstellungen und Erziehungsnormen geprägt (genauer: Stavemann 2011). Kognitiv kennzeichnend sind Gedanken, die um einen drohenden oder bereits eingetretenen Selbstwertverlust kreisen, wenn der angelegte Maßstab (z. B. Leistung, Anerkennung, Beliebtheit, Besitz) unzureichende Ergebnisse liefert oder liefern könnte, sowie unlogische Schlussfolgerungen, Verallgemeinerungen/Generalisierungen, Verzerrungen und Kategorienfehler bei der „Berechnung“ eigener oder fremder Wertigkeit.

Typische ICD-10-Störungsbilder bei Selbstwertproblemen sind soziale Phobien (F40.1), Agoraphobie (F40.0), spezifische Phobien [z. B. Prüfungsangst (F40.2)], auch in schwerer, generalisierter Form als Panikstörung (F41.0) oder generalisierte Angst-

störung (F41.1) sowie depressive Störungsbilder (F32 und F33), Burnout-Syndrome (Z73.0) und Schamreaktionen mit oder ohne Selbstbestrafung.

Der Anteil der Selbstwertprobleme beim Erklären der Symptome liegt in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis bei ca. 80 Prozent.

(Die Häufigkeitswerte wurden durch Auswertung/Auszählung von Diagnosen und Patientenakten verschiedener psychotherapeutischer Praxen ermittelt, Stand 2014: n > 1200.)

Frustrationsintoleranzprobleme beschreiben psychisches Leiden, das dadurch entsteht, weil gerade etwas unerwünscht, „zu schwer“ oder lästig ist, weil man auf etwas Erwünschtes verzichten soll oder weil Ziele nicht ohne den erforderlichen Aufwand erreichbar sind. Dabei sind Anspruchshaltungen typisch wie: „Das Leben sollte einfach sein!“, „Es sollte alles so sein, wie ich es möchte!“, „Ich sollte nicht verzichten müssen!“, „Ich will um meiner selbst willen geliebt zu werden!“ und „Eine gute Lösung bringt nur Vorteile. Bevor ich diese Lösung nicht kenne, sollte ich besser abwarten!“

Symptomatische ICD-10-Störungsbilder der FIP lassen sich bis auf die depressiven Störungen (F32 und F33) nur schwer zuordnen. Die emotionalen Reaktionen bestehen in Ärger über die Zumutungen des Lebens, die Anforderungen anderer, über erlittene „Ungerechtigkeit“ und unerfüllte eigene Erwartungen oder Forderungen an andere, das Schicksal oder die Umwelt, Angst vor Unbequemlichkeit, Verlust und Verzicht, *Niedergeschlagenheit* bis zur Depression, wenn die Hoffnung auf die eigenen Erwartungen und Wunschvorstellungen als unerreichbar angesehen und aufgegeben werden. Auf der *Verhaltensebene* abwartend, entscheidungsvermeidend, passiv abwartend, aggressives oder (an-)klagendes Auftreten, oft grenzüberschreitend und „maßlos“. Hierzu gehören auch die diversen Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen (z. B. F50, F10-F19, F63).

Frustrationsintoleranzprobleme haben in den letzten Jahrzehnten erheblich zugenommen. In ambulanten Praxen sind ca. 70 Prozent der beklagten Symptome darauf zurückzuführen.

Existenzielle Probleme fokussieren auf echte oder vermeintliche Bedrohungen der physischen Existenz (*nicht* auf Bedrohungen des materiellen oder sozialen Status). Die Betroffenen fürchten, gleich oder demnächst sterben zu müssen. Die kognitiven Konzepte dieses Problems bestehen im Generalisieren und Katastrophisieren von prinzipiell möglichen Gefahren. Zentral ist die Forderung nach Sicherheit und Kontrolle.

Typische Beschwerdebilder sind Phobien (F40, nicht die Sozialphobie) bis hin zu Panik- und generalisierten Angststörungen, Zwangserkrankungen (F42), hypochondri-

sche (F45.2) und andere somatoforme Störungsbilder [z. B. die „Herzneurose“ (F45.30)], depressive Störungen (F32, F33), z. B. wenn jemand die Hoffnung aufgibt, jemals Sicherheit und Kontrolle über die eigene Existenz zu erhalten.

Existenzielle Probleme erklären in der ambulanten Praxis ca. 15 Prozent der beklagten Symptome.

Problembereiche und ihre typischen kognitiven Konzepte, Denkstile und ICD-10-Kategorien. Typische Denkmuster und -stile, die regelmäßig zu emotionalen Problemen führen (vgl. z. B. Ellis, 1977; Stavemann, 2010, 2014b) lassen sich – ebenso wie die ICD-10-Kategorien – nur in den wenigsten Fällen trennscharf bestimmten Problembereichen zuordnen. Die meisten Denkstile und Symptomkategorien sind nicht problemspezifisch und können in zwei oder gar in allen drei Bereichen auftreten.

Problembereiche lerngeschichtlich erworbener psychischer Erkrankungen

Unterschiede zwischen PKP- und ICD-10-Diagnostik. Im Gegensatz zu symptomorientierten, deskriptiven Klassifikationssystemen von ICD-10-GM und DSM 5 ist die PKP problemorientiert und beschreibt die Ursachen für lerngeschichtlich erworbene psychische Erkrankungen.

Beispiel: Die ICD-10-Diagnose „F33.1G“ besagt lediglich, dass jemand bereits wiederholt depressiv reagiert. Genauso wie z. B. die somatische Diagnose „Körpertemperatur 38,5° C“ lassen beide offen, *weshalb* diese Symptome auftreten, wodurch sie verursacht sind. Alle drei Problembereiche könnten dafür verantwortlich sein: Die depressive Reaktion kann durch die Hoffnungslosigkeit begründet sein, jemals ein „wertvoller Mensch“ zu sein, oder auch darin, garantiert sterben zu müssen oder in der Erkenntnis, dass das Leben anstrengend ist und nie so werden wird, wie man es sich wünscht.

Die depressive Symptomatik kann aber auch durch „psychotische“, genetische, neurophysiologische, endokrinologische oder hirnorganische Ursachen verursacht sein.

Wenn die Patienten in allen Fällen dieselben emotionalen, physiologischen und Verhaltenssymptome beklagen, erhalten alle dieselbe ICD-10-Diagnose: „F30.1G“, d. h. „rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode“, obwohl die Ursache dafür völlig unterschiedlich sein kann.

In der PKP-Diagnostik werden die Ursachen für die vom Patienten geäußerten Beschwerden aufgeführt. Falls mehrere Probleme bestehen, können jedem einzelnen die jeweiligen emotionalen und verhaltensmäßigen Symptome zugeordnet werden.

Für die beschriebenen drei Problembereiche selbst gibt es in der ICD-10 keine entsprechenden Verschlüsselungen. In der PKP wird daher die Begründung für die jeweiligen ICD-Symptombilder vor oder hinter der oder den ICD-10-Nummer(n) angeführt, z. B.:

- „Selbstwertproblematik mit F30.1G“ oder „F30.1G wegen Selbstwertproblematik“,
- „Existenzielle Problematik mit F30.1G“ oder „F30.1G wegen existenziellen Problematik“,
- „Frustrationsintoleranz mit F30.1G“ oder „F30.1G wegen Frustrationsintoleranz“.

Die emotionalen Symptome der Frustrationsintoleranz (i. d. R. auf der Ärgerdimension) sind oft schwer nach ICD-10-Kategorien zu verschlüsseln, wenn man nicht gleich Persönlichkeitsstörungen oder -akzentuierungen diagnostizieren möchte und wenn noch keine erkenn- und klassifizierbaren (psycho-)somatischen oder depressiven Krankheitsbilder vorliegen.

Auch bei Angst- und Zwangserkrankungen sagt die ICD-Diagnose nichts über das ihnen zugrunde liegende Problem aus. Ursächlich können befürchtete Selbstwertverluste, prognostizierte Lebensbedrohungen als auch Nichtakzeptanz von Realitäten oder Unannehmlichkeiten sein.

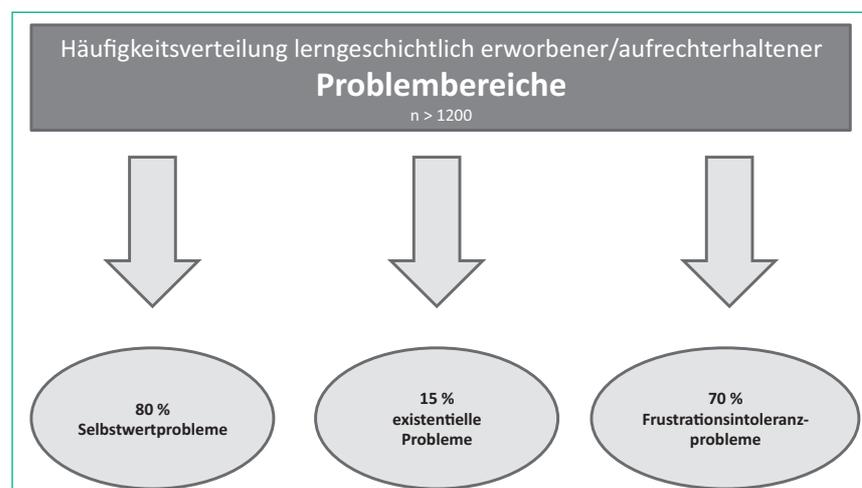


Abbildung 1

So können auch Verhaltensauffälligkeiten (z. B. ICD10: F10-19, F50.X, F51.X, F52.X, F55.X, F63.X) allen drei Problembereichen zugeordnet werden. So kann jemand mit der Diagnose F10.1G ICD-10 (schädlicher Gebrauch von Alkohol, akute Intoxikation) versuchen, dadurch sein Selbstwertproblem zu überspielen (z. B. seine Angst in sozialen Situationen durch übermäßig aggressives Verhalten oder durch funktionalen regelmäßigen Alkoholkonsum zu verdecken oder zu senken), die Angst vor einer „Lebensbedrohung“ zu kontrollieren oder die Verhaltensmuster dienen als Ausweich- und Vermeidungsstrategie.

3 PKP in der Problemanalyse

Die PKP dient nicht nur dazu, die Diagnose vor dem Hintergrund der verursachenden Problematik zu stellen, sondern auch zum Verständnis der zugrunde liegenden Ursachen in der Problemanalyse, in der dargestellt wird, wodurch es zum bestehenden Problem und seinen Symptomen gekommen ist und wodurch sie aufrechterhalten werden. Kognitive Therapeuten achten dabei besonders auf oft schon früh erlernte Schemata und Konzepte, die der Patient durch Modelllernen über die Bezugspersonen oder eigene Erfahrungen aufgebaut hat. Und er wird auf Symptomgewinne achten, die das Problem am Laufen halten.

Am einfachsten fällt die Problemanalyse bei singulären Problemen. Hier kann der Therapeut meist schon im Erstkontakt erkennen, welcher Problembereich für die beklagten Symptome verantwortlich ist. Sind mehrere Problembereiche involviert, muss der Therapeut neben der Problembestimmung zudem herausarbeiten, wie diese zueinander stehen, d. h. bestehen sie unabhängig, bedingt das eine Problem das andere oder sind sie hierarchisch angeordnet? Hierzu wird er eine horizontale und eine vertikale Problemanalyse durchführen und dann die geäußerten Symptome den einzelnen Problembereichen zuordnen (nachfolgende Beispiele s. ausführlicher: Stavemann 2012).

Horizontale Analyse: Parallele und nachfolgende Probleme

In der horizontalen Problemanalyse betrachtet man die zeitliche Entwicklung der Probleme. Hier wird dargestellt, ob sie unabhängig voneinander entstanden oder nicht. So kann z. B. jemand ein Selbstwert- und ein Frustrationsintoleranzproblem zeitgleich oder nacheinander ausbilden. Bei Letzterem prüft der Therapeut, ob nachfolgende Problem durch das vorangegangene begünstigt oder getriggert worden ist oder ob beide unabhängig voneinander verlaufen.

Beispiel für parallele Probleme: Der Patient leidet unter einem Selbstwertproblem (symptomatisch: F40.1G ICD-10 [soziale Phobien]) und unter einem Frustrationsintoleranzproblem (symptomatisch: unklare

ICD-10-Diagnose, z. B. F41.9G [nicht näher bezeichnete Angststörung]).

Behandlungsstrategie. In diesem Fall handelt es sich um zwei zeitgleich und unabhängig voneinander entstandene singuläre Probleme, die beide auch unabhängig voneinander behandelbar sind.

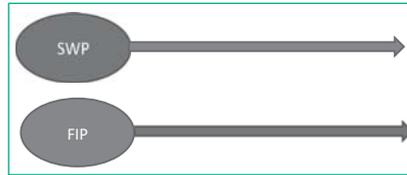


Abbildung 2.1

Beispiel für nachfolgende parallele Probleme: Ein Patient leidet seit 12 J. an einem Selbstwertproblem (symptomatisch: F40.01G ICD-10 [Agoraphobie mit Panikstörung]). Dazu kam vor 6 J. ein existentielles Problem (symptomatisch: F45.30 [somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems]).

Behandlungsstrategie. Die Probleme sind zwar nachfolgend entstanden, sie bedingen sich in diesem Fall jedoch nicht und können demnach auch unabhängig voneinander behandelt werden.

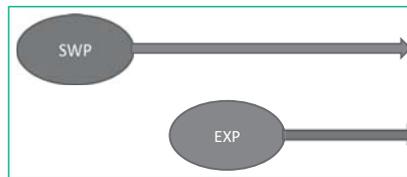


Abbildung 2.2

Beispiel für bedingte nachfolgende Probleme: Der Patient hat ein langjähriges Frustrationsintoleranzproblem. Die ökonomischen, sozialen und körperlichen Konsequenzen daraus (symptomatisch: unklare ICD-10-Diagnose) führen im Vergleich mit anderen Gleichaltrigen zu schlechten Selbstbeurteilungen. Seit der Patient Selbstwertmaßstäbe anlegt, mit denen er seinen Wert pauschal von Leistung abhängig macht, besitzt er auch ein Selbstwertproblem. Seine ungünstige Prognose („Das schaff' ich nie!“) führt dies zu wiederholten depressiven Episoden (symptomatisch: F33.1G [rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode]).

Behandlungsstrategie. Führen die Konsequenzen aus dem symptomatischen Verhalten des ersten Problems zum Ausprägen des zweiten, prüft der Therapeut bei so einer „Problem-Kette“ nach erfolgreicher Behandlung des ersten Problems, ob das Bearbeiten des nachfolgenden obsolet ist, weil es nicht mehr getriggert wird. Er wird daher zunächst das Frustrationsintoleranzproblem bearbeiten und dann prüfen, ob zusätzlich noch das Selbstwertkonzept zu bearbeiten ist, oder ob sich dieses mit dem Lösen des ersten Problems der Kette mit „erledigt“ hat.



Abbildung 2.3

Vertikale Analyse: Hierarchische Probleme

In der vertikalen Verhaltensanalyse wird geprüft, ob es sich bei einem Teil der diagnostizierten Probleme um übergeordnete oder „hierarchische“ (sekundäre, tertiäre, ... bzw. um Probleme 2., 3., ... Ordnung) handelt. Hierarchische Probleme entstehen, wenn jemand ein neues emotionales Problem wegen eines bereits bestehenden entwickelt. Dies kann wegen der emotionalen Reaktion sein („Ich darf nicht so ängstlich sein!“), des physiologischen Begleitsymptoms („Ich darf in meinem Alter nicht mehr erröten!“) oder wegen der Verhaltens („Ich sollte nicht dauernd nachgeben!“).

Typisch für hierarchische Probleme ist die Nichtakzeptanz des bereits bestehenden Problems. Die Nichtakzeptanz verhindert dann dessen erfolgreiches Bearbeiten, weil die Patienten Situationen meiden, in denen sie dabei beobachtet werden könnten. Deswegen liegt das erste therapeutische Ziel darin, zunächst am hierarchisch höchsten Problem zu arbeiten, um den Patienten zur Akzeptanz des Ist-Zustand zu führen („Leider reagiere ich momentan noch so ...“). Danach wird das diesem übergeordneten Problem zugrunde liegende bearbeitet. Nicht erkannte hierarchische Probleme führen regelmäßig zu Therapieabbrüchen oder -misserfolgen (vgl. Stavemann, 2014b, 2014c).

Beispiel für ein sekundäres hierarchisches Problem. Der Patient leidet unter einem Selbstwertproblem (sekundäres Problem) wegen eines Selbstwertproblems (primäres Problem). Symptomatisch reagiert er auf beiden Ebenen mit F40.1G (soziale Phobie).

Behandlungsstrategie. Auch bei identischer Diagnose auf beiden Ebenen wird der Therapeut die Bedingtheit der Probleme beachten und zuerst das übergeordnete Problem (das Selbstwertproblem zweiter Ordnung) bearbeiten, um die Akzeptanz des Selbstwertproblems erster Ordnung zu erreichen („Leider erröte ich bei Aufregung oder Anstrengung. Aber so ist es nun mal.“). Erst danach wird dieses Problem für die therapeutische Bearbeitung zugänglich (sonst würde der Patient In-vivo-Übungen zum primären Problem sofort abbrechen, wenn er dies z. B. nicht ohne für andere wahrnehmbares Erröten kann).

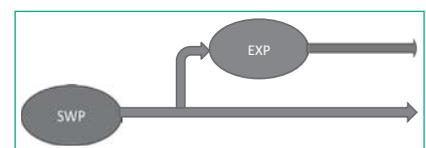


Abbildung 2.4

Beispiel für ein tertiäres hierarchisches Problem. Bei einem Patienten liegt folgende Problemkonstellation vor:

- Primäres Problem: Selbstwertproblem mit F40.00G [Agoraphobie ohne Panikstörung]
- Sekundäres Problem: Selbstwertproblem mit F40.01G [Agoraphobie mit Panikstörung].
- Tertiäres Problem: Existentielles Problem mit F41.1G [generalisierte Angststörung].

Behandlungsstrategie. Begonnen wird mit dem tertiären Problems, denn zunächst muss der Patient lernen, die physiologischen Symptome seines Erregungsanstiegs nicht mehr als lebensbedrohende Gefahrensignale zu deuten. Dazu wird auch sein Fordern nach Sicherheit und Kontrolle bearbeitet, u. a. mittels eines funktionalen Sokratischen Dialogs, um eine Reattribution des Erregungsanstiegs von „gefährlich“ zu „lebenserhaltend“ zu erreichen (zum Vorgehen s. z. B. Stavemann, 2007, S. 278ff). Danach wird das sekundäre Problem behandelt (das SWP wegen des vorhandenen SWP). Hier lernt der Patient zu akzeptieren, dass er zurzeit leider noch genau so reagiert, wie er es tut: dass er agoraphobisch reagiert und dass andere seinen Erregungsanstieg wahrnehmen können. Und er wird ein neues Selbstwertkonzept erarbeiten, in dem er künftig seinen Selbstwert damit nicht mehr verknüpft und sich dafür abwertet. Erst nachdem die hierarchischen Probleme bearbeitet sind, ist die ursprüngliche Selbstwertproblematik therapeutisch zugänglich und wird entsprechend bearbeitet. Wäre dies als erstes geschehen, hätte der Patient die Therapie vermutlich spätestens dann abgebrochen, wenn er bei seinen In-vivo-Übungen Symptome seines Selbstwertproblems zeigt oder wenn er seine Erregungssymptome als eine existentielle Bedrohung deutet.

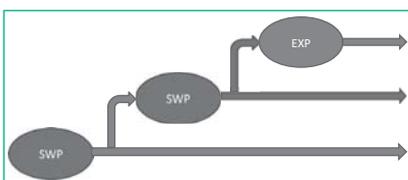


Abbildung 2.5

4 PKP und abgeleitete Behandlungspläne

Ein besonderer Vorteil der PKP besteht darin, daraus schlüssige Behandlungspläne ableiten zu können. Betrachten wir hierzu die Veränderungsziele mit den entsprechenden Behandlungsplänen für die drei Problembereiche (vgl. Stavemann 2014a).

Selbstwertprobleme

Veränderungsziele. Da Patienten mit Selbstwertproblemen typischerweise ihren Wert an etwas knüpfen und dann daraus ableiten, wird der Therapeut zunächst diese

Verknüpfung mit Disputtechniken (vgl. Stavemann 2014b) und einem explikativen Sokratischen Dialog zum Thema „Was ist das: Ein wertvoller Mensch?“ (vgl. Stavemann 2007) als unangemessen entlarven und entkoppeln. Dazu wird er den Patienten Begründungen dafür erarbeiten lassen, weshalb pauschales Bewerten von Vielschichtigem (wie dem Wert eines Menschen) unangemessen ist und zu unnötigen psychischen Problemen führt. Danach erarbeitet der Patient eine neue, angemessene Form der Selbstbewertung. Diese verzichtet auf pauschale Urteile und betrachtet und beurteilt Mehrdimensionales aus entsprechend vielen Perspektiven. So kann die Selbstbeurteilung künftig z. B. anhand eines Selbstbildes erfolgen (genauer: Stavemann, 2011, S.88ff).

Behandlungsplan. Ein typischer Behandlungsplan für Selbstwertprobleme umfasst folgendes:

- (1) Einführen in das kognitive Modell der Emotionsentstehung und -steuerung,
- (2) Vermitteln der Formen, Ursachen und Konsequenzen von schädlichen Selbstwertkonzepten,
- (3) Herausarbeiten des eigenen Selbstwertkonzepts und seiner Konsequenzen,
- (4) Prüfen des eigenen Selbstwertkonzepts auf Angemessenheit mittels Disputtechniken und Sokratischer Dialoge (z. B. Thema: „Was ist das: Ein wertvoller Mensch?“),
- (5) Aufbau eines vielschichtigen Selbstwertkonzepts (z. B. Selbstbild) ohne pauschale Selbstbeurteilungen,
- (6) Training des neuen Konzepts auf der theoretischen Ebene (SAE-Modelle erstellen lassen, dazu s. Stavemann, 2014b), der imaginativen Ebene (Drehbücher für Problemsituationen erstellen lassen und Vorstellungsübungen dazu durchführen) und durch In-vivo-Übungen zu den Situationen, die zuvor auf der Vorstellungsebene zielführend bewältigt wurden.

Frustrationsintoleranzprobleme

Veränderungsziele. Bei Patienten mit geringer Frustrationstoleranz wird der Therapeut zunächst die vermeintlichen Konsequenzen „entkatastrophalisieren“ und den Unterschied zwischen „unerträglich“ und „lästig“ erarbeiten und rigide Anspruchshaltungen relativieren lassen. Letztere werden mithilfe von Disputtechniken auf Angemessenheit geprüft (z. B.: „Weshalb sollte jemand nach meinen Normen leben statt nach seinen eigenen?“), Wunschdenken und realistische Zielsetzungen werden diskriminiert und die „Kosten“ für realistische Ziele bestimmt.

Dazu erarbeitet der Patient typischerweise drei Erkenntnisse: (1) der Ist-Zustand nicht zufällig so ist, wie er ist („So was kommt von so was“), (2) Ziele sind nicht einfach herbei-

zuwünschen („Von nix kommt nix“), sondern (3) erfordern einen bestimmten Preis („Ohne Fleiß keinen Preis“).

Patienten mit Frustrationsintoleranz haben Schwierigkeiten damit, sich Ziele zu setzen und konsequent zu verfolgen sowie Grenzen gezogen zu bekommen und/oder diese einzuhalten. Auch diese Lernziele gehören daher in den Behandlungsplan. Zudem wird der Therapeut alle sozialen und ökonomischen Konsequenzen auflisten lassen, die der Patient bislang als „Symptomkosten“ zu zahlen hat, um dessen Veränderungsmotivation aufrecht zu erhalten. Mag der Patient keine Ziele festlegen oder Entscheidungen fällen, werden die Kosten dieser Entscheidung beleuchtet: dafür, sich nicht zu entscheiden. Ziel ist, akzeptieren zu lernen, dass jede Entscheidung für etwas unvermeidbar den Verzicht auf die Vorteile aller anderen Alternativen bedeutet.

Behandlungsplan. Ein typischer Behandlungsplan bei Frustrationsintoleranz sieht so aus:

- (1) Einführen in das kognitive Modell der Emotionsentstehung und -steuerung,
- (2) Vermitteln der Formen, Ursachen und Konsequenzen von Frustrationsintoleranz,
- (3) Herausarbeiten der eigenen Intoleranzen anhand des ABC-Modells,
- (4) Prüfen der Erwartungen und Forderungen sowie der emotionalen Reaktionen auf Angemessenheit mittels Disputtechniken und Sokratischer Dialoge,
- (5) ggf. Lebenszielanalyse und -planung und Aufbau neuer, adäquater Zielvorstellungen,
- (6) Aufbau von Akzeptanz hinsichtlich notwendiger Kosten für die Zielverfolgung,
- (7) Training des neuen Konzepts auf der theoretischen Ebene (SAE-Modelle erstellen lassen), der imaginativen Ebene (Drehbücher für Problemsituationen erstellen lassen und Vorstellungsübungen dazu durchführen) und durch In-vivo-Übungen zu den Situationen, die zuvor auf der Vorstellungsebene zielführend bewältigt wurden.

Existentielle Probleme

Veränderungsziele. Zunächst gilt es, Katastrophenerwartungen und maßlos überzeichnete Eintrittswahrscheinlichkeiten von fatalen Ereignissen mithilfe von Disputen und Sokratischen Dialogen realistisch zu relativieren. Letztere dienen dazu, die Forderung des Patienten nach Sicherheit und Kontrolle (z. B. explikativ: „Was ist das: Sicherheit/Kontrolle?“, s. Stavemann, 2007, S. 160ff) ad absurdum zu führen und die Erkenntnis zu erarbeiten, dass das Geforderte unrealistisch ist. Anschließend wird an der Akzeptanz von Unsicherheit, Wahrscheinlichkeit und partiellem Ausgeliefertsein gearbeitet.

Auch bei der existentiellen Problematik ist die Zielfrage symptomatisch. Etliche der Pa-

tienten haben entweder zu viel vor und fürchten, „zu früh“ zu sterben, andere haben keine konkreten Ziele und fürchten zu sterben, bevor sie „etwas Positives“ erreicht haben. Auch hier wird eine Lebenszielanalyse und -planung durchgeführt (zum Vorgehen: Stavemann, 2008), um Ziele realistisch gestalten zu lassen bzw. um zunächst überhaupt realistische Zielvorstellungen aufbauen zu lassen.

Behandlungsplan. Ein typischer Behandlungsplan für existentielle Probleme besteht in Folgendem:

- (1) Einführen in das kognitive Modell der Emotionsentstehung und -steuerung,
- (2) Herausarbeiten der existentiellen Befürchtungen anhand des ABC-Modells,
- (3) Prüfen der Befürchtungen auf Angemessenheit mittels Disputtechniken und Sokratischer Dialoge („Was ist das: Sicherheit/Kontrolle?“),
- (4) Reattribution der Bedeutung von physiologischer Erregung (erwünschte Anpassungsleistung des Organismus statt Gefahrensignal),
- (5) Aufbau von Akzeptanz hinsichtlich Unsicherheit, Kontrollunfähigkeit und unausweichlichen Alltagsgefahren mittels Disputtechniken und explikativer Sokratischer Dialoge,
- (6) Training des neuen Konzepts auf der theoretischen Ebene (SAE-Modelle erstellen lassen), der imaginativen Ebene (Drehbücher für Problemsituationen erstellen lassen und Vorstellungsübungen dazu durchführen) und durch In-vivo-Übungen zu den Situationen, die zuvor auf der Vorstellungsebene ziel führend bewältigt wurden.

Und wo bleibt die ICD-10-Diagnose?

In den beschriebenen Behandlungsplänen wird deutlich, dass darin die beklagte Symptomatik der Patienten gar nicht auftaucht, sondern lediglich auf das Bearbeiten der zugrundeliegenden Ursachen abgestellt wird. Möchte jemand die ICD-10 Symptomatik mit in den Behandlungsplan aufnehmen, kann dies als vorangestellter Oberpunkt erfolgen, z. B.: „Abbau der depressiven Reaktion durch ...“ [und dann folgen die einzelnen Punkte des Behandlungsplans]. Werden die in den Behandlungsplänen dargestellten Inhalte erfolgreich bearbeitet, entfällt die Ursache für die beklagte Symptomatik.

Behandlungsplan bei mehreren Problemen

Behandlungspläne für mehrere nachfolgende und/oder hierarchische Probleme werden analog der oben beschriebenen Behandlungsinhalte erstellt. Dazu werden für jedes identifizierte Problem die Schritte des jeweiligen Behandlungsplans aufgeführt. In welcher Reihenfolge und ob dies nacheinander oder parallel geschieht, bestimmt das Ergebnis der horizontalen und vertikalen Problemanalyse. Bereits behan-

deltelte Aspekte entfallen in den weiteren Plänen (z. B. die Modelleinführung).

Behandlungsplan für ein tertiäres hierarchisches Problem. Betrachten wir das bereits zuvor beschriebene Beispiel für ein tertiäres hierarchisches Problem mit der Problemkonstellation

- Primäres Problem: Selbstwertproblem mit F40.00G [Agoraphobie ohne Panikstörung],
 - Sekundäres Problem: Selbstwertproblem mit F40.01G [Agoraphobie mit Panikstörung],
 - Tertiäres Problem: Existentielles Problem mit F41.1G [generalisierte Angststörung],
- so sieht der daraus abgeleitete Behandlungsplan folgendermaßen aus:

1. Bearbeiten des tertiären existentiellen Problems in Form einer generalisierten Angststörung:

- (1) Einführen in das kognitive Modell der Emotionsentstehung und -steuerung,
- (2) Herausarbeiten der existentiellen Befürchtungen anhand des ABC-Modells,
- (3) Prüfen der Befürchtungen auf Angemessenheit mittels Disputtechniken und Sokratischer Dialoge („Was ist das: Sicherheit/Kontrolle?“),
- (4) Reattribution der Bedeutung von physiologischer Erregung (erwünschte Anpassungsleistung des Organismus statt Gefahrensignal),
- (5) Aufbau von Akzeptanz hinsichtlich Unsicherheit, Kontrollunfähigkeit und unausweichlichen Alltagsgefahren mittels Disputtechniken und explikativer Sokratischer Dialoge,
- (6) Training des neuen Konzepts auf der theoretischen Ebene (SAE-Modelle erstellen lassen), der imaginativen Ebene (Drehbücher für Problemsituationen erstellen lassen und Vorstellungsübungen dazu durchführen) und durch In-vivo-Übungen zu den Situationen, die zuvor auf der Vorstellungsebene ziel führend bewältigt wurden.

2. Bearbeiten des sekundären Selbstwertproblems in Form einer Agoraphobie mit Panikstörung durch Akzeptanz des Ist-Zustands und durch Entkoppelung vom „Selbstwert“:

- (7) Vermitteln der Formen, Ursachen und Konsequenzen von schädlichen Selbstwertkonzepten,
- (8) Herausarbeiten des eigenen Selbstwertkonzepts und seiner Konsequenzen,
- (9) Prüfen des eigenen Selbstwertkonzepts auf Angemessenheit mittels Disputtechniken und Sokratischer Dialoge (z. B. Thema: „Was ist das: Ein wertvoller Mensch?“),
- (10) Aufbau eines vielschichtigen Selbstwertkonzepts (z. B. Selbstbild) ohne pauschale Selbstbeurteilungen,
- (11) Training des neuen Konzepts auf der theoretischen Ebene (SAE-Modelle erstellen lassen, dazu s. Stavemann,

2014b), der imaginativen Ebene (Drehbücher für Problemsituationen erstellen lassen und Vorstellungsübungen dazu durchführen) und durch In-vivo-Übungen zu den Situationen, die zuvor auf der Vorstellungsebene ziel führend bewältigt wurden.

3. Bearbeiten des primären Selbstwertproblems in Form einer Agoraphobie analog zu den Punkten (8) bis (11).

6 Besonderheiten in der Therapie von Suchterkrankungen

In der Therapie von Suchterkrankungen richtet sich der Fokus auf den Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten, die in der ICD-10 z. B. in den Symptombereichen F10-F19, F50, F55 oder F63 kodiert sind und sich mit unterschiedlichen Arten und Formen von Suchtverhalten befassen.

Auch diese Reaktionen werden zunächst mithilfe der PKP auf ihre Konzepte und aufrechterhaltenden Verstärker exploriert, analysiert und den verursachenden Problembereichen zugeordnet. Die weitere therapeutische Arbeit setzt in der oben beschriebenen Weise an diesen Ursachen für die beklagte Symptomatik an.

Die meisten Klienten dieser Störungsbilder werden (auch) dem Problembereich „Frustrationsintoleranz“ angehören und entsprechenden problemtypische Konzepte und Haltungen auch in den Therapieprozess mitbringen. Der Therapeut wird entsprechend vorbereitet sein, geeignete Interventionsstrategien kennen (Stavemann, 2013) und verlässlich anwenden.

Bei der Therapie von Suchterkrankungen werden darüber hinaus vom multiprofessionellen Team symptom-spezifische Themen psychoedukativ vermittelt: Informationen über körperliche, soziale und psychische Aspekte des Suchtverhaltens, Handling des Entzugssyndroms, Auswirkungen des „Suchtgedächtnisses“, Motivationsaufbau, (genauer s. Lindenmeyer 2014).

Abgeleitete Behandlungspläne bei Suchterkrankungen. Häufig stehen bei dieser Klientel psychotherapeutische Interventionen zumindest zunächst nicht im Vordergrund. Aber sobald die Therapieprämissen (Problemeinsicht, Änderungsmotivation, Reflexionsfähigkeit und reflexive Persönlichkeit und Ziele [genauer s. Stavemann 2014b]) vorliegen oder in einem vorangestellten Schritt erarbeitet werden können, werden auch bei dieser Klientel die Behandlungspläne in der oben beschriebenen Weise aufgestellt.

Für die einzelnen Problembereiche liegen Behandlungspläne vor, die stringent auf das Prüfen und zielgerechte Verändern der problemverursachenden, meist jahrzehntlang andauernden und inzwischen bereits unbewusst ablaufenden Konzepte und Schemata der Betroffenen ausgerichtet sind.

Indikative Therapiegruppen. In größeren Therapieeinrichtungen findet die therapeutische Aktivität in letzter Zeit zunehmend in indikativen Gruppen statt (vgl. Lindenmeyer, 2014, S.447f). Dieser Umstand lässt sich hervorragend mit den Inhalten der Behandlungskonzepte verknüpfen, die aus der PKP abgeleitet wurden.

Da die oben beschriebenen problemtypischen Behandlungspläne sich hervorragend in das Behandlungskonzept indikativer Therapiegruppen im stationären Setting als auch in der ambulanten Nachbetreuung von Patienten mit stoffgebundenem und nicht-stoffgebundenem Suchtverhalten einbauen lassen, empfiehlt sich nach einer sorgfältigen PKP und Problemanalyse das Zuweisen der Klienten in indikative Gruppen mit den Themen „Selbstwertprobleme“, Frustrationsintoleranzprobleme“ und „existenzielle Probleme“. Auch hier wird dann das Ziel verfolgt, dass die Betroffenen die Ursachen für ihr Suchtverhalten erkennen und verändern. Durch die gezielte Therapie der Problemursachen werden Symptomverschiebungen praktisch ausgeschlossen.

Literatur

APA (2013). DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International University Press.

Beck, A., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1992). Kognitive Therapie der Depressionen. Weinheim: Beltz.

Beck, A.T. & Emery, G. (1981). Kognitive Verhaltenstherapie bei Angst und Phobien – Eine Anleitung für Therapeuten. Tübingen: DGVT-Verlag.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (2004). Kognitive Therapie der Depression (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2004). ICD-10-GM 2004. Systematisches Verzeichnis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1977, 1993). Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung. München: Pfeiffer.

Ellis, A. (1994). Reason and Emotion in Psychotherapy. A Comprehensive Method of Treating Human Disturbances. Revised and Updated. New York: Carol Publishing Group.

Ellis, A. & Hoellen, B. (1997). Die Rational-Emotive Verhaltenstherapie – Reflexionen und Neubestimmungen. Stuttgart: Pfeiffer.

Ellis, A. (2003). Discomfort Anxiety: A New Cognitive-Behavioral Construct (Part I + II). In: Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, Jg. 21 (3–4), S. 183–192, 193–202.

Hautzinger, M. (2003). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2001). Verträge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Lindenmeyer, J. (2014). Der abhängige Patient: KVT in Suchtkliniken. In: H.H. Stavemann (Hrsg.). KVT-Praxis. Strategien und Leitfäden für die Integrative KVT. Weinheim: Beltz.

Schlarb, A.A. & Stavemann, H.H. (2011). Einführung in die KVT mit Kindern und Jugendlichen. Weinheim: Beltz.

Stavemann, H.H. (2007). Sokratische Gesprächsführung in Therapie und Beratung (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Stavemann, H.H. (2008). Lebenszielanalyse und Lebenszielplanung in Therapie und Beratung. Weinheim: Beltz.

Stavemann, H.H. (2010). Im Gefühlsdschungel. Emotionale Krisen verstehen und bewältigen (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Stavemann, H.H. (2011). ...und ständig tickt die Selbstwertbombe. Selbstwertprobleme erkennen und lösen. Weinheim: Beltz.

Stavemann, H.H. (2012). Problemorientierte Kognitive Psychodiagnostik: Diagnose – Problemanalyse – Behandlungsplanung. In: H.H. Stavemann (Hrsg.). KVT update. Neue Entwicklungen und Behandlungsansätze in der Kognitiven Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz.

Stavemann, H.H. (2014a). Konzept der Problemorientierten Kognitiven Psychodiagnostik (PKP) in: H.H. Stavemann & Y. Hülsner. Der Blick hinter das Symptom: Problemorientierte Kognitive Psychodiagnostik und abgeleitete Behandlungspläne. Weinheim: Beltz.

Stavemann, H.H. (2014b). Integrative KVT: Die Therapie emotionaler Turbulenzen (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Stavemann, H.H. (Hrsg.) (2014c). KVT-Praxis. Strategien und Leitfäden für die Kognitive Verhaltenstherapie (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Autor

Dr. Harlich H. Stavemann
 IVT – Institut für integrative Verhaltenstherapie
 Osterkamp 58
 22043 Hamburg
 www.i-v-t.de

Literaturhinweise

Munsch, S., Wyssen, A.: Das Leben verschlingen – Strategien gegen Essanfälle, Audioratgeber, Weinheim, ISBN: 978-3-621-28146-1, 19,95€

Die Binge-Eating-Störung ist durch wiederholte Essanfälle gekennzeichnet. Auslöser können Stress und Frustration, aber auch Einsamkeit oder Trauer sein. Gemeinsam ist allen Betroffenen, dass ihnen die Kontrolle über das Essen entgleitet und Essen als „Problemlösung“ eingesetzt wird.

Der Audio-Ratgeber bietet in 9 Kapiteln »erste Hilfe« für Betroffene, die an Essanfällen leiden. Es werden Grundlagen zum Störungsbild vermittelt, Hilfe bei der Suche nach den Auslösern gegeben. Dabei stehen wirksame Übungen zur Vermeidung von Essanfällen sowie dem Aufbau eines positiven Körperbildes im Vordergrund. Alle Strategien und Übungen sind kognitiv-verhaltenstherapeutisch begründet und therapeutisch erprobt. Der Audio-Ratgeber eignet sich sowohl zur Weiterempfehlung in Therapie und Beratung als auch zur Selbsthilfe.

tenstherapeutisch begründet und therapeutisch erprobt. Der Audio-Ratgeber eignet sich sowohl zur Weiterempfehlung in Therapie und Beratung als auch zur Selbsthilfe.

Schmucker, M., Köster, R.: Praxishandbuch IRRT – Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy bei Traumafolgestörungen, Angst, Depression und Trauer, Stuttgart, ISBN: 978-3-608-89146-1, 42,95 €

Das Praxishandbuch beschreibt das IRRT-Verfahren, das sich als schonendes Trauma-Konfrontationsverfahren bewährt hat, und nach Expertenmeinung eine intensive, konfrontative, aufdeckende, Emotionen intensivierende, dabei sehr humane

und selbstbestimmte Therapie darstellt. Die Methode wurde zunächst für die Behandlung von Traumata entwickelt, dann aber auf andere Störungen mit Verarbeitungsblockaden wie Anpassungsstörungen, Ängsten, Depressionen und komplizierte Trauer übertragen. Im Buch werden nicht nur die Grundlagen und Konzepte sowie die Eigenschaften des Therapeuten ausführlich behandelt, sondern auch Anwendungsgebiete und Indikationsstellung. Der Ablauf einer IRRT-Sitzung wird konkret und anschaulich Phase für Phase geschildert, wobei auch mögliche Komplikationen und Blockaden berücksichtigt und mehrere Varianten des Phasenablaufs vorgestellt werden. Daneben werden auf über 200 Seiten Protokolle von Fallbeispielen aus verschiedenen Anwendungsgebieten berichtet. Empirische Belege zum Forschungsstand runden das Buch ab.