

Psychotherapie: Praxis



Michael Linden · Martin Hautzinger *Hrsg.*

Verhaltens- therapiemanual – Erwachsene

9. Auflage

40 Jahre
Verhaltens-
therapie-
manual

 Springer

Psychotherapie: Praxis

Die Reihe Psychotherapie: Praxis unterstützt Sie in Ihrer täglichen Arbeit – praxisorientiert, gut lesbar, mit klarem Konzept und auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand.

Weitere Bände in der Reihe: <http://www.springer.com/series/13540>

Michael Linden • Martin Hautzinger
Hrsg.

Verhaltens- therapiemanual – Erwachsene

9. Auflage

 Springer

Hrsg.
Michael Linden
Institut für Verhaltenstherapie Berlin
Berlin, Deutschland

Martin Hautzinger
Psychologie
Universität Tübingen
Tübingen, Deutschland

ISSN 2570-3285 ISSN 2570-3293 (electronic)
Psychotherapie: Praxis
ISBN 978-3-662-62297-1 ISBN 978-3-662-62298-8 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-62298-8>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1981, 1993, 1996, 2000, 2005, 2008, 2011, 2015, 2022
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.
Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Fotonachweis Umschlag © by-studio / stock.adobe.com

Planung/Lektorat: Monika Radecki
Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort¹

Herausgeber und Autoren freuen sich, die 9. Auflage des Verhaltenstherapie-manuals vorlegen zu können. Die Erstauflage erschien im Jahr 1981. Wir feiern also ein 40-jähriges Jubiläum. Man darf wohl mit Recht sagen, dass die Struktur und der Inhalt des Verhaltenstherapie-manuals den Bedürfnissen breiter Leserschichten entgegenkommen. Das Verhaltenstherapie-manual hat sich zum Standardwerk entwickelt, in dem fortlaufend aktualisiert dargestellt wird, was an theoretischen Konzepten, Techniken, Therapiestrategien und störungsspezifischen Adaptationen Verhaltenstherapie definiert. Unser Dank gilt in diesem Zusammenhang auch dem Springer Verlag und insbesondere Frau Esther Dür und Frau Monika Radecki, die die Neuauflage und inhaltliche wie formale Ausgestaltung des Verhaltenstherapie-manuals stets mit großem Engagement begleitet haben.

Wie jede positive Entwicklung hatte auch dieser Erfolg eine Nebenwirkung. Das Manual wurde von Auflage zu Auflage umfangreicher. Verlag und Herausgeber haben sich daher entschieden, das Manual aufzuteilen. Es wurde ein paralleles Buch mit dem Titel *Verhaltenstherapie-manual – Kinder und Jugendliche* (2020, 1. Auflage) erstellt, das von Manfred Döpfner zusammen mit uns herausgegeben wird. Darin ist die verhaltenstherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen in 64 Beiträgen dargestellt. Zum Teil stammen die dortigen Kapitel aus dem bisherigen Verhaltenstherapie-manual, zum Teil tragen sie ähnliche Überschriften wie in dem vorliegenden Buch, sind jedoch an die Besonderheiten der Therapie junger Menschen und von deren Angehörigen adaptiert worden. Hier stellen wir nun die „zweite Hälfte“ des Verhaltenstherapie-manuals vor, die nun unter dem Titel *Verhaltenstherapie-manual – Erwachsene* (9. Auflage) mit 103 Beiträgen erscheint. Dieses Werk stellt eine gründlich überarbeitete und ergänzte, erweiterte, doch auch um einige Beiträge aus dem Kinder- und Jugendbereich gekürzte Neuauflage dar. Alle Autoren haben ihre früheren Kapitel noch einmal im Detail bearbeitet, ergänzt, aktualisiert und redigiert, wofür ihnen Dank und Lob gebührt. Es wurden neue Autoren gewonnen, frühere Beiträge zusammengefasst und neue Kapitel eingefügt. Die 9. Auflage des Verhaltenstherapie-manuals ist damit so aktuell, wie eine Erstauflage nur sein könnte.

¹Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Buch für Personen aller Geschlechter in der Regel die männliche Form verwandt. Hiermit sind jeweils auch weibliche Personen und solche mit diverser Geschlechtszugehörigkeit gemeint, sofern nicht ausdrücklich auf ein bestimmtes Geschlecht verwiesen wird.

Als das Verhaltenstherapiemanual 1981 erstmals erschien, trug es den Titel *Psychotherapie Manual*. Dies geschah in der Vorstellung, ein Manual herauszugeben, das die Techniken und Einzelinterventionen sowie Therapiestrategien aller Psychotherapieverfahren zusammenfassend darstellt. Herausgeber und Autoren mussten sehr schnell erkennen, dass sie sich damit eine Aufgabe gestellt hatten, die nicht zu erfüllen war. Die theoretischen Hintergründe, der Begriffsapparat, die Operationalisierungen und insbesondere auch die therapeutischen Interventionen unterscheiden sich zwischen den verschiedenen Verfahren doch so grundlegend, dass die Herausgeber dann ab 1993 entschieden, sich inhaltlich und damit auch im Titel zu bescheiden und nur noch „Verhaltenstherapie“ darzustellen. Seit der 2. Auflage erscheint das Werk folglich unter dem Titel *Verhaltenstherapiemanual*. Bis heute hat sich daran nichts geändert. Es wird zwar immer wieder in Publikationen und von unterschiedlichen Autoren von einer integrativen oder allgemeinen Psychotherapie gesprochen oder von einer dritten Welle, in der die Verfahrensunterschiede aufgehoben würden. Bei wissenschaftlich kritischer Betrachtung hält jedoch nichts davon einer Überprüfung stand. Hinzu kommt auch, dass der große Erfolg und die breite Anwendung der psychotherapeutischen Verfahren über die letzten Jahrzehnte hin im Gesundheitswesen dazu geführt haben, dass Psychotherapeuten heute mehr denn früher belegen müssen, was sie konkret getan haben und ob das, was sie getan haben, auch den fachlichen Standards entspricht. Zusammenfassend ergibt sich für die Beibehaltung des Titels *Verhaltenstherapiemanual* also eine Reihe von Argumenten:

- Im deutschen Gesundheitswesen verlangen die Kostenträger, dass Therapeuten nur wissenschaftlich anerkannte Verfahren anwenden. Die beiden Verhaltenstherapiemanuale definieren in diesem Sinne, was Verhaltenstherapie bei Kindern, Jugendlichen und bei Erwachsenen ist.
- Da Psychotherapeuten in ihrer Ausbildung nur wenige Fälle und ausgewählte Störungen behandeln können, müssen sie sich das Grundhandwerkszeug aneignen, das ihnen dann erlaubt, die unterschiedlichsten Störungen zu behandeln. Das Verhaltenstherapiemanual umfasst, was in der Ausbildung an Mindestkompetenzen zu vermitteln ist.
- Das Verhaltenstherapiemanual erlaubt auch eine Abgrenzung der Verhaltenstherapie gegenüber anderen Psychotherapieverfahren, da die hier beschriebenen Vorgehensweisen in der Regel von keinem psychodynamisch, systemisch, humanistisch oder anderweitig arbeitenden Psychotherapeuten umgesetzt werden oder auch nur umgesetzt werden könnten.
- Da sich die Rechtfertigung für die Einleitung einer Psychotherapie nicht aus dem aktuellen Krankheitszustand, sondern aus der Prognose ergibt, beschreiben beide Verhaltenstherapiemanuale, was bei welcher Störung sinnvollerweise zu tun ist und einen Erfolg erwarten lässt.
- Da Psychotherapie auch Nebenwirkungen haben kann, finden sich im Verhaltenstherapiemanual auch Hinweise auf Risiken und Kontraindikationen.
- In der Ausbildung von jungen Therapeuten ist immer wieder zu beobachten, dass Theoriewissen mit Praxiswissen verwechselt wird – so, als ob man durch das Lesen von Büchern über Musik Klavier spielen lernen könnte. Entscheidend sind Praxiswissen und Handlungskompetenzen. Das Verhaltenstherapiemanual ergänzt Theoriebücher durch Praktikandowissen.

Wie in den vorherigen Auflagen bereits hervorgehoben, ist das Verhaltenstherapiemanual kein Lese-, sondern ein Arbeitsbuch. Es ist gedacht für erfahrene Therapeuten aller Fachdisziplinen zum Nachschlagen bei Detailproblemen, für lernende Psychotherapeuten zum Erwerb der Grundkompetenzen, für interessierte Fachleute und für Laien, die verstehen wollen, was Verhaltenstherapeuten machen und was von ihnen erwartet werden darf.

Herausgeber und Autoren hoffen, dass sie die Erwartungen der Leser erfüllen können. Sollte es seitens der Leser Anregungen geben, was zu ändern, zu präzisieren oder zu ergänzen ist, dann sind die Herausgeber für Rückmeldungen sehr dankbar. Wir gehen davon aus, dass es auch eine 10. Neuauflage geben wird.

Berlin/Tübingen

Michael Linden
Martin Hautzinger

Inhaltsverzeichnis

Teil I Grundlagen

- 1 Klinische und verhaltenstherapeutische Diagnostik** 3
Martin Hautzinger und Michael Linden
- 2 Strukturierung des Therapieablaufs** 13
Nicolas Hoffmann
- 3 Supervision** 17
Dirk Zimmer
- 4 Therapeut-Patient-Beziehung** 21
Dirk Zimmer
- 5 Therapeutische Kompetenz und Adhärenz** 29
Michael Linden und Martin Hautzinger
- 6 Nebenwirkungsmanagement** 37
Michael Linden
- 7 Kultursensitivität in der Psychotherapie** 43
Jan Ilhan Kizilhan

Teil II Techniken

- 8 Achtsamkeitsübungen** 51
Thomas Heidenreich und Johannes Michalak
- 9 Aktivitätsaufbau und Behavioral Activation** 57
Gunther Meinschmidt, Dirk H. Hellhammer und Marion
Tegethoff
- 10 Aufmerksamkeitstraining (Attention Training
Technique; ATT)** 63
Oliver Korn und Martin Hautzinger
- 11 Bedingungsfreie positive Wertschätzung** 67
Gert-W. Speierer
- 12 Begleitetes üben** 73
Michael Bruch

13	Beruhigende Versicherungen („reassurance“)	77
	Nicolas Hoffmann und Birgit Hofmann	
14	Bio- und Neurofeedback	81
	Horst Waschulewski-Floruß, Wolfgang H. R. Miltner und Gunter Haag	
15	Cue Exposure bei Appetenzstimuli	87
	Bernd Lörch	
16	Ejakulationskontrolle	93
	Julia Velten und Umut C. Oezdemir	
17	Empathie	99
	Rainer Sachse	
18	Emotionsregulationstraining	107
	Serge K. D. Sulz	
19	Entspannungsverfahren	115
	Claus Derra und Michael Linden	
20	Exposition und Konfrontation	121
	Iver Hand	
21	Gedankenkontrolle – Gedankenstopp	131
	Martin Hautzinger	
22	Hausaufgaben	135
	Isabel Wunschel und Michael Linden	
23	Hierarchiebildung	141
	Renate de Jong-Meyer	
24	Imaginative Verfahren	145
	Thomas Kirn und Martin Hautzinger	
25	Interpersonelle Diskriminationsübung	153
	Anne Guhn und Eva-Lotta Brakemeier	
26	Kognitionen erkennen und verändern	159
	Martin Hautzinger	
27	Kontingenzmanagement	167
	Martin Hautzinger und Hans Reinecker	
28	Mikro-Verhaltensanalyse	175
	Martin Hautzinger	
29	Makro-Verhaltensanalyse	181
	Serge K. D. Sulz	
30	Modelldarbietung	185
	Martin Hautzinger	
31	Motivational Interviewing	191
	Ralf Demmel	

32 Reaktionsverhinderung	197
Christian Stierle	
33 Selbstbeobachtung	201
Martin Hautzinger	
34 Selbsteinbringung	205
Dirk Zimmer	
35 Selbstverbalisation und Selbstinstruktion	209
Steffen Fliegel	
36 Selbstverstärkung	215
Hans Reinecker	
37 Sensualitätsübungen	219
Julia Velten und Milena Meyers	
38 Situationsanalyse	225
Anne Guhn und Eva-Lotta Brakemeier	
39 Sokratische Gesprächsführung	231
Harlich H. Stavemann	
40 Stimuluskontrolle	241
Martin Hautzinger	
41 Stühledialog	245
Eckhard Roediger	
42 Symptomverschreibung	251
Iver Hand	
43 Systematische Desensibilisierung	257
Michael Linden	
44 Tages- und Wochenprotokolle	261
Martin Hautzinger	
45 Vaginaltraining	265
Anna-Carlotta Zarski und Julia Velten	
46 Verdeckte Konditionierung („covert conditioning“)	271
Wolfgang L. Roth	
47 Verhaltensbeobachtung	279
Liz Echelmeyer	
48 Verhaltensübungen – Rollenspiele	285
Martin Hautzinger	
49 Verhaltensverträge	289
Martin Hautzinger	
50 Zeitprojektion	293
Nicolas Hoffmann	

Teil III Therapiemethoden und -strategien

51	Aufbau sozialer Kompetenz – Selbstsicherheitstraining	299
	Kerstin Vogt	
52	Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)	307
	Rainer F. Sonntag	
53	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)	315
	Ulrich Schweiger und Valerija Sipos	
54	Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)	321
	Martin Bohus	
55	Einstellungen und Grundüberzeugungen ändern	327
	Martin Hautzinger und Nicolas Hoffmann	
56	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	335
	Karsten R. Böhm	
57	Genusstherapie (Euthyme Therapie)	341
	Rainer Lutz	
58	Gruppentherapien	345
	Martin Hautzinger	
59	IRRT – Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy	353
	Mervyn Schmucker und Rolf Köster	
60	Kommunikationstraining	359
	Kurt Hahlweg und Sarah Weusthoff	
61	Konzentrations-/Aufmerksamkeitstraining	365
	Eva Wiedemann und Michael Schönenberg	
62	Metakognitives Training	371
	Lena Jelinek	
63	Online- und computergestützte Interventionen	377
	Thomas Berger	
64	Problemlösetraining	383
	Heinz Liebeck	
65	Psychoedukation und Patientenschulung	389
	Ulrike Worringen	
66	Realitätsorientierungstraining	395
	Martin Hautzinger	
67	Schematherapie	399
	Eckhard Roediger	
68	Selbstkontrolle	407
	Hans Reinecker	

69 Skillstraining	413
Stefanie Wekenmann	
70 Stressbewältigungstraining	419
Gert Kaluza	
71 Therapieresumee: Therapietagebuch und Epikrise	425
Michael Linden und Thomas Winter	
72 Well-being-/Wohlbefindenstherapie	431
Giovanni A. Fava und Michael Linden	
73 Weisheitstherapie	437
Kai Baumann und Michael Linden	
Teil IV Störungsbezogene Therapiekonzepte	
74 Anpassungsstörung	447
Rahel Bachem	
75 Agoraphobie und Panikerkrankung	455
Michael Linden	
76 Alkoholismus	461
Jörg Petry	
77 Arbeitsängste und Arbeitsplatzphobie	471
Beate Muschalla	
78 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung des Erwachsenenalters	477
Michael Schönenberg und Eva Wiedemann	
79 Autismus-Spektrum-Störungen	483
Kai Vogeley und Astrid Gawronski	
80 Bipolare affektive Störungen	487
Thomas D. Meyer	
81 Borderline-Störung	495
Christian Stiglmayr	
82 Burn-out	501
Andreas Hillert	
83 Demenz	507
Barbara Romero und Michael Wenz	
84 Depressionen	513
Martin Hautzinger	
85 Essstörungen	519
Ines Wolz und Jennifer Svaldi	
86 Generalisierte Angststörung	525
Michael Linden	

87 Hypochondrie und Gesundheitsorgen	531
Gaby Michaela Bleichhardt und Winfried Rief	
88 Narzisstische Persönlichkeitsstörung	537
Claas-Hinrich Lammers	
89 Motorische Störungen	543
Liane Vorwerk-Gundermann und Wolfgang H. R. Miltner	
90 Anhaltende Trauerstörung	549
Hansjörg Znoj und Andreas Maercker	
91 Posttraumatische Belastungsstörungen	555
Andreas Maercker	
92 Schizophrenie	565
Matthias Pillny und Tania M. Lincoln	
93 Schlafstörungen	575
Dieter Riemann und Kai Spiegelhalder	
94 Schmerzzerkrankungen	579
Michael Siniatchkin und Wolf-Dieter Gerber	
95 Selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung	587
Ulrich Stangier	
96 Sexualstörungen	593
Uwe Hartmann	
97 Somatisierungsstörung	601
Winfried Rief	
98 Soziale Ängste	607
Ulrich Stangier	
99 Suizidalität	615
Tobias Teismann	
100 Tinnitus	621
Birgit Kröner-Herwig	
101 Verbitterungsreaktionen und posttraumatische Verbitterungsstörung	629
Isabel Noack und Beate Muschalla	
102 Verhaltenssüchte	635
Klaus Wölfling	
103 Zwangsstörungen	641
Nicolas Hoffmann	
Stichwortverzeichnis	647

Autorenverzeichnis

Dr. Rahel Bachem Psychologisches Institut, Fachrichtung Psychopathologie und Klinische Intervention, Universität Zürich, Zürich, Schweiz

Dipl.-Psych. Dr. Kai Baumann Psychologischer Psychotherapeut, Praxis für Psychotherapie, Berlin, Deutschland

Prof. Dr. Thomas Berger Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Bern, Bern, Schweiz

Dr. Gaby Michaela Bleichhardt FB Psychologie AG Klinische Psychologie und Psychotherapie, Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland

Dr. phil. Karsten R. Böhm Akutklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Privatklinik Friedenweiler, Friedenweiler, Deutschland

Prof. Dr. Martin Bohus Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, Deutschland

Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier Institut für Psychologie, Universität Greifswald, Greifswald, Deutschland

Prof. Dr. Michael Bruch Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, London, UK

Renate de Jong-Meyer Universität Münster, Münster, Deutschland

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Ralf Demmel Dipl.-Psych. v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Münster, Deutschland

Dr. med. Claus Derra MVZ Schmerztherapie Vivantes Klinikum Friedrichshain, Berlin, Deutschland

Dipl.-Psych. Liz Echelmeyer Münster, Deutschland

MD Giovanni A. Fava Department of Psychology, University of Bologna, Bologna, Italien

Dr. Steffen Fliegel Gesellschaft für Klinische Psychologie u. Beratung, Münster, Deutschland

Dr. Astrid Gawronski Dipl.-Psych. Uniklinik Köln Klinik u. Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Köln, Deutschland

Prof. Dr. Wolf-Dieter Gerber Universität Kiel und Universität Bielefeld, Kiel, Deutschland

Dr. Anne Guhn Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Prof. Dr. med. Gunter Haag Freiburg i.Br., Deutschland

Prof. Dr. Kurt Hahlweg Berlin, Deutschland

Prof. Dr. med. Iver Hand Verhaltenstherapie Falkenried, Med. Fakultät Universität Hamburg, Hamburg, Deutschland

Prof. Dr. Uwe Hartmann Klinische Psychologie u. Sexualmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

Univ.-Prof. Dr. Martin Hautzinger Fachbereich Psychologie Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Tübingen, Tübingen, Deutschland

Thomas Heidenreich Hochschule Esslingen, Esslingen am Neckar, Deutschland

Prof. Dr. Dr. Andreas Hillert Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee, Deutschland

Dr. Nicolas Hoffmann Psychotherapeutische Praxis, Berlin, Deutschland

Dr. Birgit Hofmann Psychotherapeutische Praxis, Berlin, Deutschland

Prof. Dr. Lena Jelinek Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Dr. Gert Kaluza GKM-Institut für Gesundheitspsychologie, Marburg, Deutschland

Dr. Thomas Kirn Psychotherapeutische Praxis, Dülmen, Deutschland

Prof. Dr. Dr. Jan Ilhan Kizilhan Duale Hochschule Baden-Württemberg, Villingen-Schwenningen, Deutschland

Dr. rer. hum. biol. Oliver Korn Praxis für Psychotherapie, Berlin, Deutschland

Dr. med. Rolf Köster IRRIT-Institut Schweiz, Bremgarten AG, Schweiz

Prof. Dr. Birgit Kröner-Herwig Dortmund, Deutschland

Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers Asklepios-Klinik Nord Ochsenzoll, Hamburg, Deutschland

Dr. rer. nat. Heinz Liebeck Dransfeld, Deutschland

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Tania M. Lincoln Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Hamburg, Hamburg, Deutschland

Univ.-Prof. Dr. Michael Linden Charité Universitätsmedizin Berlin, Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, Berlin, Deutschland

Privatdozent Dr. phil. Dr. Bernd Lörch Diplompsychologe, Psychotherapeutische Praxis, Leimen, Deutschland

Dr. rer. nat. Rainer Lutz Ebersdorfergrund, Deutschland

Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker Psychologisches Institut, Psychopathologie & Klinische Intervention, Universität Zürich, Zürich, Schweiz

Prof. Dr. Gunther Meinlschmidt Abt. f. Klinische Psychologie u. Psychotherapie (m. Schwerp. VT), Internationale Psychoanalytische Universität Berlin; Klinik f. Psychosomatik, Universitätsspital & Universität Basel, Basel, Schweiz

Milena Meyers M. Sc. Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

Prof. Dr. Thomas D. Meyer Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Texas Health Science Center, Houston, TX, USA

Univ.-Prof. Dr. Johannes Michalak Fakultät für Gesundheit (Department für Psychologie und Psychotherapie), Universität Witten/Herdecke, Witten, Deutschland

Prof. Dr. Wolfgang H. R. Miltner Institut für Psychologie, Lehrstuhl für Biologische und Klinische Psychologie, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Jena, Deutschland

Prof. Dr. Beate Muschalla Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik, Technische Universität Braunschweig, Braunschweig, Deutschland

Dipl.-Psych. Isabel Noack Charité Universitätsmedizin Berlin, Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Medizinischen Klinik m.S. Psychosomatik, Berlin, Deutschland

Dipl.-Psych. Umut C. Oezdemir Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Dr. phil. Dipl.-Psych. Jörg Petry Bielefeld, Deutschland

Dr. M. Sc. Matthias Pillny Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Hamburg, Hamburg, Deutschland

Prof. Dr. Hans Reinecker CIP Ambulanz Bamberg, Bamberg, Deutschland

Prof. Dr. Winfried Rief FB Psychologie AG Klinische Psychologie und Psychotherapie, Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland

Prof. Dr. Dieter Riemann Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

Dr. Eckhard Roediger Institut für Schematherapie Frankfurt, Frankfurt/M., Deutschland

Dr. Barbara Romero Freiberufliche Diplompsychologin, www.set-institut.de, München, Deutschland

Dr. Wolfgang L. Roth Dipl.-Psych. Hofstetten, Deutschland

Prof. Dr. Rainer Sachse Institut für Psychologische Psychotherapie, Bochum, Deutschland

Prof. Dr. Mervyn Schmucker Klinik am Waldschlösschen, Zentrum für Psychotherapeutische Beratung, Dresden, Deutschland

Apl. Prof. Dr. Michael Schönenberg Fachbereich Psychologie, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Tübingen, Tübingen, Deutschland

Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger IFT-Nord, Kiel, Deutschland

Prof. Dr. med. Michael Siniatchkin Universität Kiel und Universität Bielefeld, Kiel, Deutschland

Dr. phil. Valerija Sipos IFT-Nord, Kiel, Deutschland

Dr. med. Rainer F. Sonntag Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Olpe, Deutschland

Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Gert-W. Speierer Universität Regensburg, Regensburg, Deutschland

Prof. Dr. Dr. Kai Spiegelhalder Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

Prof. Dr. Ulrich Stangier Institut für Psychologie, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt, Deutschland

Dr. Harlich H. Stavemann IVT – Institut für Integrative Verhaltenstherapie e. V., Hamburg, Deutschland

Prof. Dr. Christian Stierle Professur für Psychologie, IU Internationale Hochschule, Erfurt, Deutschland

PD Dr. Christian Stiglmayr AWP Berlin Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftliche Psychotherapie Berlin, Berlin, Deutschland

Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Serge K. D. Sulz Praxis für Psychotherapie, Coaching, Supervision, Selbsterfahrung, München, Deutschland

Prof. Dr. Jennifer Svaldi Eberhard Karls Universität Tübingen, Tübingen, Deutschland

Prof. Marion Tegethoff Institut für Psychologie, RWTH, Aachen, Deutschland

Dirk H Hellhammer Institut für Stressmedizin Trier, Trier, Deutschland

PD Dr. Tobias Teismann Forschungs- und Behandlungszentrum für Psychische Gesundheit, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

PD Dr. Julia Velten Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

Prof. Dr. Dr. Kai Vogeley Uniklinik Köln Klinik u. Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Köln, Deutschland

Kerstin Vogt Psychotherapeutische Praxis, Pfinztal, Deutschland

Dr. phil. Liane Vorwerk-Gundermann Fakultät für Wirtschafts- u. Sozialwissenschaften, Helmut-Schmidt-Universität, Hamburg, Deutschland

Dipl.-Psych. Horst Waschulewski-Floruß MTO Psychologische Forschung u. Beratung, Tübingen, Deutschland

Dr. Stefanie Wekenmann Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen, Deutschland

Dr. phil. Michael Wenz Alzheimer Therapiezentrum, Schön Klinik Bad Aibling Harthausen, Bad Aibling, Deutschland

Dr. Sarah Weusthoff Münster, Deutschland

Dr. Eva Wiedemann Fachbereich Psychologie, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Tübingen, Tübingen, Deutschland

Dr. Thomas Winter Arztpraxis für Neurologie, Potsdam, Deutschland

Dr. sc. hum., Dipl.-Psych. Klaus Wölfling Ambulanz für Spielsucht der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland

Dr. Ines Wolz Eberhard Karls Universität Tübingen, Tübingen, Deutschland

Dr. Ulrike Worringen Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, Deutschland

Dr. Isabel Wunschel Berlin, Deutschland

Dr. Anna-Carlotta Zarski Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland

Prof. Dr. Dirk Zimmer TAVT – Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie, Tübingen, Deutschland

Prof. Dr. Hansjörg Znoj Institut für Psychologie, Abt. für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Bern, Bern, Deutschland

Teil I

Grundlagen

Klinische und verhaltenstherapeutische Diagnostik

1

Martin Hautzinger und Michael Linden

1.1 Allgemeine Beschreibung

Ziel der Diagnostik ist die Sammlung von Informationen über einen Patienten und seine Lebensumstände, um zu klären, ob ein behandlungsbedürftiger Zustand vorliegt, welche Therapieansätze gegeben sind und wie der Therapieverlauf ist. Die Diagnostik psychischer Störungen orientiert sich an der „Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD)“ wie auch an der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“, entsprechend einem biopsychosozialen Krankheitskonzept. In der Verhaltenstherapie ist zusätzlich eine funktionale Diagnostik, indikationsorientierte Diagnostik, Verlaufs- und Prozessdiagnostik und evaluative Diagnostik durchzuführen.

In jeder Therapiephase erfüllt die Diagnostik unterschiedliche Aufgaben:

- *Vor Beginn der Therapie* geht es um die Erfassung der Ausgangslage des Patienten, um die Beschreibung der Symptomatik, die differenzialdiagnostische Einordnung der vorliegenden Störung, die Erarbeitung von Modellen zur Genese und Aufrechterhaltung der Symptomatik (funktionale Analyse) und die therapeutische Fallkonzeptualisierung mit Auswahl der therapeutischen Problem- und Zielbereiche und Interventionsansätze sowie um die Abschätzung der Veränderbarkeit der Symptomatik und der Prognose der Therapie.
- *Während der Behandlung* dient die Diagnostik der Beschreibung der Entwicklung der Therapie und damit der Qualitäts- und Prozesskontrolle sowie der Therapiesteuerung. Von Bedeutung ist auch, dass die Psychodiagnostik immer auch eine therapeutische Funktion hat, indem der Patient in den diagnostischen Prozess mit einbezogen wird und sich dabei auch selbst besser verstehen lernt.
- *Nach Abschluss der Behandlung* dient die Diagnostik der Beurteilung des Erfolges und der Effektivität der Therapie.

M. Hautzinger (✉)
Fachbereich Psychologie Klinische Psychologie und
Psychotherapie, Universität Tübingen,
Tübingen, Deutschland
e-mail: hautzinger@uni-tuebingen.de

M. Linden
Charité Universitätsmedizin Berlin,
Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation,
Berlin, Deutschland
e-mail: michael.linden@charite.de

Neben diesen phasenspezifischen Aufgaben erfüllt die Diagnostik weitere Funktionen. Dazu gehören die Dokumentation des Behandlungsverlaufs, die Unterstützung der Supervision, die Kommunikation innerhalb und zwischen den Fachdisziplinen sowie die Planung der Nachbehandlungsphase.

In der Diagnostik gilt grundsätzlich das Prinzip der Multimodalität. Zu berücksichtigen sind verschiedene

- Datenebenen (biologisch/somatisch, psychopathologisch/psychologisch, sozial, ökologisch),
- Datenquellen (befragte Person selbst, andere Personen, apparative Verfahren, Testdiagnostik, Leistungstest),
- Untersuchungsverfahren (Selbstbeobachtung, Fremdbeobachtung, Interview, Felderhebung, apparative Verfahren, inhaltsanalytische Verfahren).

1.2 Indikation

Verhaltenstherapie ist ohne ausführliche vorausgehende, fortlaufende und abschließende, zuverlässige und objektive Diagnostik undenkbar, unethisch, unverantwortlich und ein professionelles Fehlverhalten. In der Richtlinienpsychotherapie dienen die „probatorischen Sitzungen“ der Eingangsdiagnostik mit biografischer Anamnese und auch Testuntersuchungen. Die Diagnostik ist jedoch kein einmaliger Akt, sondern erstreckt sich über den gesamten Verlauf der Psychotherapie.

1.3 Nebenwirkungen und Kontraindikation

Diagnostik ist grundsätzlich bei allen Störungen und über den gesamten Therapieverlauf indiziert. Eine unzureichende Diagnostik kann Probleme schaffen, indem daraus inadäquate therapeutische Konsequenzen abgeleitet werden oder erforderliche Maßnahmen unterbleiben (beispielsweise die Unterstützung bei Suizidalität).

Je nach Art des diagnostischen Vorgehens kann es auch zu Problemen und Nebenwirkungen kommen:

- Patienten können sich examiniert, ausgehorcht, bedrängt und bloßgestellt fühlen.
- Die Analyse belastender Erfahrungen kann zu einem Wiedererleben traumatischer Situatio-

nen mit erheblicher psychischer Beeinträchtigung führen.

- Die theoriegeleitete Befragung nach Symptomen oder Lebenserfahrungen kann zur Problemmaggravierung oder zur Induktion von „Paramnesien“ oder „false memories“ führen (man sieht die Beziehung zu den Eltern plötzlich in einem neuen und kritischen Licht, obwohl sich die Eltern ganz normal verhalten haben).

1.4 Vorgehen und technische Durchführung

1.4.1 Behandlungsanlass

Als erstes ist nach dem Anlass zur Behandlungsaufnahme zu fragen. Patienten sagen, dass sie wegen Angstzuständen oder einer depressiven Verstimmung kommen. Dies ist jedoch keine ausreichende Antwort. Zu klären ist, warum der Patient vor vier Wochen zum Telefon gegriffen hat und nicht bereits vor einem Jahr oder in einigen Monaten. Patienten berichten dann situative Auslöser, die für die Fallbeurteilung von Bedeutung sind („Ich war beim Hausarzt, und der hat gesagt, ich soll hier anrufen“, „Meine Frau hat gesagt, ich muss jetzt etwas tun“, „Mir ging es im Januar so schlecht wie noch nie, weshalb ich dachte, etwas tun zu müssen“). Dies ist für das Verständnis des aktuellen Therapieauftrags von großer Bedeutung.

1.4.2 Psychischer und psychopathologischer Befund

Zu untersuchen ist, welche psychischen Auffälligkeiten und Funktionsstörungen nach ICF, d. h. welche Symptome vorliegen. Es gibt eine große Zahl von psychischen Beschwerden. Die folgende Übersicht listet die Gliederung des psychopathologischen Befundes auf, mit der Nennung von einigen ausgewählten dazugehörigen Symptomen. Ein Teil der Symptome ist vom Patienten zu erfragen, der größere Teil ist vom Untersucher durch Beobachtung festzustellen. In der Dokumentation des Befundes sollte daher immer geschrieben werden: „Der Patient sagt ..., wir sehen ...“. Wenn ein Pati-

ent über schlechte oder depressive Stimmung klagt, dann ist es Aufgabe des Untersuchers, sich ein Urteil über die Emotionsqualität zu machen. Dies geschieht zum Einen, indem man den Patienten sein inneres Erleben schildern lässt, vor allem aber, indem man den Emotionsausdruck des Patienten beobachtet und beurteilt. Die Klage des Patienten, dass er „depressiv“ sei, kann sich dann in der Beurteilung des Untersuchers als „depressive Verstimmung“ erweisen, aber auch gegebenenfalls als Missmut, Trauer, Ärger, Unzufriedenheit, Niedergeschlagenheit, Lustlosigkeit, ausgeglichene Stimmung, gehobene Stimmung und vieles andere. Es gibt einige hundert Varianten schlechter Stimmung, die vom Patienten alle als „depressiv“ benannt und zusammengefasst werden können. Ein Psychotherapeut muss jedoch all diese Stimmungen und Stimmungsvarianten unterscheiden können, genauso wie ein Gärtner alle Blüten im Garten unterscheiden und benennen können muss.

Psychopathologischer Befund

- Allgemeiner Eindruck/„first impression formation“
(Individualstil, bizarr, verwahrlost, gepflegt usw.)
- Wachheit
(Müdigkeit, Benommenheit, Sopor, Bewusstseinsverschiebung usw.)
- Orientierung
(zeitliche, räumliche, personbezogene Orientierungsunschärfen)
- Gedächtnis
(Störungen von Kurz- und Langzeitgedächtnis, Fehlerinnerungen, Intrusionen usw.)
- Konzentration
(unfokussiert, verminderte Aufmerksamkeit, abschweifend usw.)
- Formales Denken
(verlangsamt, beschleunigt, inkohärent, umständlich, Vorbeireden usw.)
- Inhaltliches Denken
(Wahn, Wahneinfälle, automatische Gedanken, Schemata usw.)

- Ich-Störungen
(Gedankeneingebung oder -ausbreitung, Depersonalisation usw.)
- Sinnestäuschungen
(akustische, optische, haptische Halluzinationen, Derealisation, Flashback usw.)
- Zwänge und Befürchtungen
(Sorgen, Angst, Phobie, Blaptophobie, Zwangshandlungen und -gedanken usw.)
- Affekt
Affektmodulation: Affektlabilität, Affektinkontinenz, Affektinstabilität, Affekthyperexpressivität, Affekthypoexpressivität, Affektstarrheit, parathym usw.
Affektqualitäten: (depressive Verstimmung, Vitalstörungen, schlechte Stimmung, Verzweiflung, Niedergeschlagenheit, Trauer, Missmut, Verbitterung, Hoffnungslosigkeit, und ca. 200 weitere Negativemotionen)
- Antrieb
(gehemmt, verlangsamt, getrieben, unruhig usw.)
- Interaktionsverhalten
(distanzlos, distanziert, zurückweisend, kooperativ usw.)
- Erleben
(Krankheitsgefühl, Krankheitseinsicht, Lebensüberdross und Suizidalität usw.)
- Psychophysiologische Störungen
(vegetativ, muskulär, endokrin usw.)

Neben der Beurteilung der Qualität der Symptome ist auch ein Urteil über die Schwere erforderlich, d. h., ab wann von einem krankheitswertigen Symptom zu sprechen ist. Wenn jemand berichtet, dass ihm das Gedränge im Kaufhaus unangenehm ist und ein Engegefühl verursacht, dann ist es Aufgabe des Untersuchers zu klären, ob dies bereits als pathologische Angstausspragung zu verstehen ist.

Die syndromale Diagnostik kann ergänzt werden durch standardisierte Instrumente. Zur Erfassung der Ausprägung (Schweregrad) von Symptomen und Syndromen können standardisierte *Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren*

eingesetzt werden. Es liegen zahlreiche bewährte und normierte störungsübergreifende oder störungsspezifische Instrumente vor (Hautzinger 2001; Grosse-Holtforth et al. 2009). Solche Syndromskalen listen in der Regel mehr oder weniger unspezifische Symptome auf. Ein vielverwendetes Instrument ist die „Symptom-Checkliste 90 (SCL-90)“, die es auch in einer 10-Item-Version gibt. Diese Skalen erlauben eine Abschätzung der Schwere der aktuellen Störung, jedoch keine differenzialdiagnostische Entscheidung.

1.4.3 Somatischer Befund

Bei jeder psychischen Störung bedarf es immer auch einer Abklärung *somatischer Faktoren* (zentralnervöse, endokrinologische, immunologische, vegetative Indikatoren). Dies erfordert eine konsiliarische Zusammenarbeit mit dem Hausarzt bzw. Fachärzten und ggf. den Einsatz von labormedizinischen oder apparativen Verfahren.

Psychotherapeuten sind mit verantwortlich dafür, dass diese Abklärung störungsspezifisch und fachgerecht durchgeführt wird. Wenn der Patient über Luftnot und Enge in der Brust klagt, dann muss ggf. eine kardiologische Abklärung erfolgen, wenn er über Hitzewallungen oder innere Unruhe berichtet, möglicherweise eine endokrinologische Untersuchung. Approbierte Therapeuten sind auch dann für die fachgerechte Diagnostik verantwortlich, wenn sie diese selbst nicht durchführen können oder dürfen. Aufträge zur konsiliarischen Klärung bedürfen also eines konkretisierten Untersuchungsauftrags, weil ansonsten der Psychotherapeut bei unzureichender Abklärung haftbar gemacht werden kann.

1.4.4 Biografische Anamnese, spezielle Anamnese und Makroanalyse

Es ist die Lebensgeschichte, d. h. die *biografische Anamnese* zu erheben. Wie sah die individuelle Entwicklung über die Lebensspanne aus? Dies beinhaltet, die Biografie seit der Geburt, über die frühe Kindheit, Schulzeit, Freunde, Verwandte

bis zum aktuellen Zeitpunkt nachzuzeichnen. Patienten tun sich gelegentlich schwer, ihre Lebensgeschichte umfassend darzustellen, und beschränken sich in ihrem Bericht vielmehr auf bedeutsame oder kritische Lebensereignisse und Lebensphasen. Es ist eine Aufgabe des Untersuchers, sicherzustellen, dass er nicht nur einen Bericht über schwierige Zeiten bekommt, sondern auch über die sonstigen Lebenszeiten.

Zur biografischen Anamnese gehören auch Informationen zum „sozialen Netz“. Partner oder Freunde können erhebliche Belastungen mit sich bringen, aber auch soziale Unterstützung geben, im Sinne des Erlebens, geliebt, geachtet, anerkannt, umsorgt zu werden und Teil einer sozialen Gruppen zu sein. Das soziale Netz wird definiert als Anzahl der (regelmäßigen) sozialen (familiären, selbst erworbenen) Kontakte wie auch der Sozialkontakte, die bei Bedarf aktiviert werden können (z. B. Eltern, die man selten sieht, die aber in der Not zu Hilfe kommen).

Viele biografische Gegebenheiten haben gleichzeitig negative wie positive Valenzen (s. Partner). Bei der Diagnostik sind sowohl Belastungen als immer auch Ressourcen zu beachten, d. h. Faktoren, die sich positiv auf den Patienten und seine Lebensführung auswirken.

Wichtiger als die biografische Anamnese ist die *spezielle Anamnese*. Nachdem in der Befunderhebung geklärt wurde, unter welchen Symptomen und Beschwerden der Patient aktuell leidet, stellt sich die Frage, wann im Lebensverlauf zum ersten Mal psychische Auffälligkeiten erkennbar wurden, wann zum ersten Mal Hilfe gesucht und welche diagnostischen Schlussfolgerungen gezogen wurden, welche Therapien mit welchem Erfolg durchgeführt wurden. Es geht um eine Beschwerdenbeschreibung über die Lebensspanne hin. Dabei ist auch auf Änderungen der Symptomatik zu achten, sei es ein Symptomwechsel oder auch „freie Intervalle“, in denen der Patient psychisch beschwerdefrei und unauffällig war. Zur speziellen Anamnese gehört auch die *Familienanamnese*, d. h. die Frage nach einschlägigen Erkrankungen bei Angehörigen ersten oder zweiten Grades.

Im dritten Schritt erfolgt eine Verknüpfung von biografischen Ereignissen und psychischen Auffälligkeiten in der *Makroanalyse*. Lassen

sich Muster erkennen, dass bestimmte psychische Auffälligkeiten im Kontext bestimmter biografischer Ereignisse aufgetreten sind? Belastende Ereignisse lassen sich hinsichtlich der Valenz, des Anpassungsaufwandes, der Intensität, der Vorhersehbarkeit, der Normativität und der Unabhängigkeit der Ereignisse unterscheiden. *Belastende Lebensereignisse* (z. B. Trennung, Verluste, Pflege von Angehörigen, Arbeitslosigkeit) können sowohl kurz- wie längerfristige Ereignisse sein, die eine erhebliche Neuorganisation im Verhalten und Erleben der Person erfordern und im Individuum emotionale Reaktionen hervorrufen. *Traumata* sind Lebensereignisse, in deren Folge ein Mensch kurzfristig von einem Moment zum anderen von einem gesunden zu einem kranken Zustand wechselt. Dies kann ein Unfallerleben oder eine Beleidigung sein. Die Qualität von Ereignissen definiert nicht, was ein Trauma ist (so ist ein Unfall nicht per se ein Trauma, auch dann nicht, wenn akute Lebensgefahr bestand).

Bei der Erhebung der Anamnese muss der Untersucher sich stets des Problems der zustandsabhängigen Erinnerungsverfälschung („state-dependent memory“, kognitive Triade usw.) bewusst sein. Gedächtnis ist immer ein Produkt des aktuellen psychischen Zustands. Wenn jemand positiver Stimmung ist, erinnert er sich leichter an Positives, und in schlechter Stimmung vorrangig an schlechte Erfahrungen. Dabei wird auch Negatives grundsätzlich besser erinnert als Positives. Dieses psychologische Grundparadigma der Gedächtnispsychologie gilt auch in der Psychotherapie. So wird die Biografie im Licht der aktuellen Befindlichkeit erinnert und gedeutet. Wer depressiv ist, wird seine Berufswahl negativ konnotieren, während derselbe Mensch in guten Zeiten mit seiner Berufswahl hoch zufrieden ist. Die Psychologie der kognitiven Triade oder des „state-dependent memory“ bedeutet für die Anamneserhebung, dass Therapeuten sich bewusst sein müssen, dass alles, was Patienten historisch berichten, mehr über ihre aktuelle Befindlichkeit als über ihre Lebenserfahrungen sagt und daher im Licht ihres aktuellen Zustandes mit gebotener therapeutischer Distanz hinterfragt und geprüft werden muss.

1.4.5 Fähigkeits- und Partizipationsdiagnostik

Krankheitsfolgen betreffen nicht nur die unmittelbare Symptomatik, sondern auch Fähigkeiten, die für die Lebensbewältigung benötigt werden, und damit auch die Teilhabe am sozialen oder beruflichen Leben. In der Verhaltenstherapie spricht man von „Copingfähigkeiten“. Diese ganzheitliche oder biopsychosoziale Erfassung von Krankheiten entspricht den Vorgaben der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“. Fähigkeiten, die insbesondere durch psychische Störungen beeinträchtigt werden können, werden landläufig als „Soft Skills“ bezeichnet. In der folgenden Übersicht sind die Fähigkeitsgruppen aufgelistet, die bei der Diagnostik psychischer Störungen systematisch zu erfassen sind.

Fähigkeitsdimensionen, die bei psychischen Störungen beeinträchtigt sein können (Mini-ICF-APP)

- Anpassung an Regeln und Routinen
- Planung und Strukturierung von Aufgaben
- Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
- Kompetenz- und Wissensanwendung
- Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit
- Proaktivität und Spontanaktivitäten
- Widerstands- und Durchhaltefähigkeit
- Selbstbehauptungsfähigkeit
- Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten
- Gruppenfähigkeit
- Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen
- Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung
- Mobilität und Verkehrsfähigkeit

Im nächsten Schritt ist dann nach der „Partizipation“ oder „Teilhabe“ bzw. nach der „sozialen Anpassung“ zu fragen. Dazu ist nach den Vorga-

ben der ICF zunächst der Kontext zu bestimmen, in dem bestimmte Fähigkeiten benötigt werden. In der Schule oder im Berufsleben ist das eine Selbstverständlichkeit. Wenn die Rechenfähigkeit eines Schülers hinreicht, um mit Stolpern bis 100 zu zählen, dann ist das in der ersten Klasse eine unbeeinträchtigte, wenn nicht gar hervorragende Rechenfähigkeit, während es in der zwölften Klasse Hinweis auf eine schwere Dyskalkulie wäre. Analog gilt, dass die Anforderungen an die soziale Kompetenz bei einem Maurer völlig anders sind als bei einem Lehrer. Es geht um den „Personen-Environment-Fit“. Von einer unbeeinträchtigten Fähigkeit ist auszugehen, wenn die Person alle in einem bestimmten Kontext geforderten Aktivitäten problemlos ausüben kann. Eine geringe Einschränkung liegt vor, wenn dies nicht ganz optimal gelingt, eine deutliche Einschränkung, wenn der Betroffene deshalb in Probleme gerät, eine ausgeprägte Einschränkung, wenn er Hilfe benötigt, und eine schwere Einschränkung, wenn eine Aktivitätsausübung nicht mehr möglich ist. Ein Instrument zur Erfassung von kontextadjustierten Fähigkeitsbeeinträchtigungen ist das Mini-ICF-APP (Linden et al. 2014).

Die Diagnostik darf sich nicht nur auf negative Aspekte beschränken, sondern muss auch Fähigkeitsstärken mit berücksichtigen, d. h. Ressourcen. So ist es wichtig, nicht nur festzustellen, dass jemand Probleme in der sozialen Kompetenz hat, sondern auch, dass er ein verlässlicher

und sorgfältiger Mensch ist. Man spricht vom „positiven Leistungsbild“.

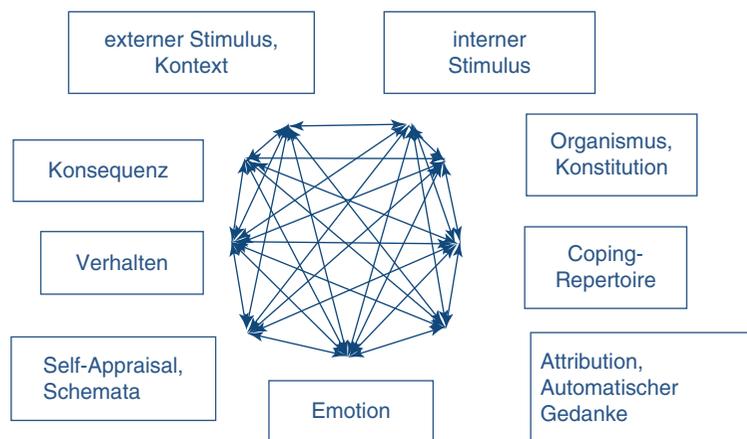
1.4.6 Mikroanalyse

Eine unverzichtbare Voraussetzung für die Behandlungsplanung in der Verhaltenstherapie ist die Entwicklung eines Störungsmodells bzw. einer Fallkonzeption. Dies beinhaltet die Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells zur Entstehung und Aufrechterhaltung der vorliegenden Störung, woraus das therapeutische Vorgehen (Ziele, Interventionen) abgeleitet wird. Die vorbeschriebene Makro-Verhaltensanalyse erarbeitet Hypothesen zu funktionalen Zusammenhängen des Problemverhaltens.

Die tatsächlich verhaltenssteuernden Prozesse werden in der Mikro-Verhaltensanalyse erarbeitet und geprüft. Die Erinnerung an elterliches Erziehungsverhalten oder Regeln kann nicht sagen, ob das heute noch verhaltenssteuernd ist. Entscheidend sind z. B. aktuelle automatische Gedanken mit daran geknüpften beobachtbaren, motorischen, interaktiven, physiologischen, affektiven und kognitiven Prozessen, eingebettet in Antezedenzen und Konsequenzen (Abb. 1.1). Das aus dieser Analyse abgeleitete Erklärungsmodell kann dann in Verhaltensexperimenten auf seine Vorhersagekraft überprüft werden. Darauf aufbauend wird dann der Behandlungsplan entwickelt.

Abb. 1.1 Mikroanalyse

Verhaltensbeschreibung und Verhaltensanalyse (SORK-Modell) Verhaltenssteuerung läuft in Millisekunden ab!



1.4.7 Differenzialdiagnostik

Psychotherapie ist eine „Therapie“ und daher abzugrenzen von psychologischen Hilfen sonstiger Art wie Paar- oder Erziehungsberatung, Selbstsicherheitstraining und Coaching im Beruf oder Interventionen zur Selbstfindung und -verwirklichung. Psychotherapie ist zudem nebenwirkungsbelastet und daher nur bei Vorliegen einer Krankheit ethisch erlaubt. Hinzu kommt, dass die Krankenversicherungen nur Krankenbehandlungen und keine Lebenshilfe bezahlen wollen.

Gesundes Leiden

Der erste Schritt der Differenzialdiagnostik muss daher sein zu klären, ob von einer krankheitswertigen Störung ausgegangen werden kann. Es gibt guten Grund zu der Annahme, dass in der Routinepsychotherapie etwa 10 % der Vorsprechenden nicht krank sind. Ein Kind mit Schulproblemen ist nicht krank, auch wenn die akademischen Eltern darüber verzweifelt sind und das Kind zum Psychotherapeuten bringen. Schlafstörungen und schlechte Stimmung bei Ehekrisen sind nicht krank, auch wenn sie sich länger hinziehen. Belastende Sorgen um das Wohlergehen der Kinder sind keine Generalisierte Angststörung. Trauer nach einem Todesfall ist normal. Man spricht von „gesundem Leiden“. Das ist ein unabwendbarer Teil der menschlichen Existenz. Ansonsten müssten bei jedem Familienanwalt, Beerdigungsinstitut oder onkologischen Behandlungszentrum gleich mehrere Psychotherapeuten installiert werden.

Es besteht die Gefahr, dass hilfeschuchende gesunde Menschen aus Abrechnungsgründen mit einer Diagnose „gelabelt“ werden. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass falsche Diagnosen erhebliche Nebenwirkungen haben können. Es werden auf dieser Basis dann unnötige und ggf. schädliche Therapiemaßnahmen durchgeführt. Diagnosen können zu einer Aggravierung von Lebensproblemen führen, wenn aus einer Ehekrise eine „Depression“ wird. Sie unterminieren Selbsthilfekräfte und führen zu einer Unterwerfung unter „Experten“. Wer mit Liebeskummer Hilfe bei einem Psychotherapeuten sucht und die Diagnose Depression „angehängt bekommt“, muss mit Problemen beim Abschluss von Versicherungen oder

bei einer Verbeamtung rechnen, da Diagnosenummern nie mehr aus dem Computer verschwinden.

Psychotherapeuten müssen daher Menschen mit gesundem Leiden vor unangebrachten Diagnosen schützen. So wie es diagnostische Kriterien für Krankheiten gibt, so gibt es auch diagnostische Kriterien für die „Diagnose Gesundheit“ (s. folgende Übersicht).

Diagnostische Kriterien für die Diagnose „Gesundheit“

- Fehlen psychopathologischer Symptome
Lustlosigkeit ist keine Krankheit.
- Steuerbarkeit
Trauer kann jederzeit durch Lächeln gegenüber einem Kind unterbrochen werden.
- Dauer
Gute Stimmung, wenn man bei guten Freunden ist, und schlechte Stimmung bei der Arbeit ist keine Krankheit.
- Kontextbezug
Wer nachts nicht durch dunkle Straßen geht, hat keine Angststörung.
- Angemessenheit der Art und Intensität der Reaktion
Verzweiflung oder Einschlafstörungen bei Eheproblemen sind keine Krankheit.
- Individualnorm und Anspruchsniveau
Wenn ein weniger intelligentes Kind trotz der Wünsche der Eltern auf dem Gymnasium versagt, ist das keine Krankheit.
- Gesellschaftliche Norm
„Hysterische“ Ausbrüche von Menschen aus dem Nahen Osten bei einer Beerdigung sind keine Krankheit.
- Ich-Syntonie (statt Ich-Dystonie bzw. Objekthaftigkeit)
Wiederholter Schuhkauf oder Kaufhausdiebstahl sind Besitzgier und keine Krankheit.
- Leistungsfähigkeit
Minderleistung bei Lustlosigkeit und fehlende „Willensanspannung“ sind keine Krankheit.

Es ist legitim, dass Menschen mit Belastungen und Lebensproblemen professionelle Hilfe suchen. Die probatorischen Sitzungen vor Einleitung einer Psychotherapie ermöglichen eine Abklärung. Als Abrechnungs-codes stehen die „Z-Ziffern“ aus der ICD zu Verfügung. Sie bieten Codes für schulische und berufliche Probleme, Wohnungsprobleme, Dissonanzen in der sozialen Umgebung, Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung und sogar für negative Kindheitserlebnisse. Es ist ein Kunstfehler und eine Schädigung des Ratsuchenden, dafür Diagnosenummern aus dem F-Kapitel zu verwenden, wie z. B. Anpassungsstörung, Depression, Angststörung oder Persönlichkeitsstörung.

krankheitsalgorithmen

Ziel der *klassifikatorischen und kategorialen Diagnostik* ist es, die Vielfalt der Erscheinungsformen psychischer Auffälligkeiten anhand markanter, wissenschaftlich bestätigter Merkmale zu ordnen und überschaubarer zu machen. Die ICD kann nicht als Diagnoseinstrument dienen, da sie zur statistikbasierten Krankheitsberichterstattung verfasst wurde. Sie nennt nur Krankheitsbezeichnungen und dazu eine Nummer für die computerbasierte Weiterverarbeitung (z. B. benigne Hypertonie = I10.0; seronegative chronische Polyarthritis = M06.0). Die ICD sagt nicht, wann eine Hypertonie oder Polyarthritis wie zu diagnostizieren ist. Das ist eine Aufgabe der Fachwissenschaften und Klinik. Im F-Kapitel zu den psychischen Störungen werden diagnostische Kriterien genannt, die aber nur Schwellenkriterien sind. Bevor man von einer krankheitswertigen depressiven Störung sprechen darf, sollten mindestens vier Symptome vorliegen, die mit Ausnahme der depressiven Verstimmung aber alle unspezifisch sind, wie z. B. Energielosigkeit, Konzentrationsstörungen oder Schuldgefühle. Nach dem ICD-Prinzip könnte man nicht einmal Männer von Frauen oder einen Tisch von einem Stuhl unterscheiden. Die Diagnostik psychischer Störungen erfolgt nicht über das Auszählen von Einzelsymptomen, sondern folgt im Sinne einer gestaltpsychologischen Mustererkennung dem Prinzip der „prototypischen Diagnostik“ (Westen 2012). Erfahrene Diagnostiker können innerhalb von Minuten mit hoher Reliabilität

diagnostische Einschätzungen zur vorliegenden diagnoserelevanten Leitsymptomatik abgeben, so wie es gestaltpsychologisch auch kein Problem ist, mit hoher Sicherheit eine Frau von einem Mann zu unterscheiden. Die Diagnostik psychischer Erkrankungen verlangt zunächst das Vorliegen psychopathologischer Symptome im o. g. Sinn mit beeinträchtigender Intensität und zusätzlich ein kennzeichnendes Symptommuster, d. h. krankheitstypische Syndrome. Hinzu kommen Verlaufs- und Kontextinformationen. Ein depressives Syndrom kann vorkommen bei einem Hirntumor, einer Demenz oder Schizophrenie, alles keine depressive Erkrankungen. Wenn anamnestisch manische Phasen gesichert werden können, dann liegt eine bipolare Störung vor. Wenn durchgehend eine blande depressive Verstimmung vorliegt, dann ist von einer Dysthymie auszugehen. Die diagnostischen Algorithmen unterscheiden sich von Krankheit zu Krankheit.

Es gibt eine Reihe standardisierter diagnostischer Interviews und Checklisten. Manche Verfahren decken das ganze Spektrum psychischer Störungen ab (z. B. SKID, MINI), während andere nur bestimmte Bereiche oder bestimmte Zielgruppen berücksichtigen (z. B. SKID-II). In *strukturierten Interviews* werden systematisch alle Diagnosebereiche mit vorformulierten Fragen erfasst. Die Reihenfolge der Fragen sowie die Sprungregeln und Antwortkategorien sind vorgegeben, aber die Fragen selbst können bei Verständnisproblemen umformuliert, erklärt oder ergänzt werden. Der Interviewer sollte auch wissen, was mit den einzelnen Items psychopathologisch gemeint ist (z. B. Differenzierung zwischen depressiver und schlechter Stimmung). Derartige Diagnoseinstrumente sind primär für wissenschaftliche Populationsbeschreibungen gedacht, jedoch nicht geeignet, um im Individualfall eine klinisch verlässliche Diagnose zu stellen.

1.4.8 Therapiebegleitende Diagnostik

Die therapiebegleitende Diagnostik umfasst *Prozess- und Verlaufsdiagnostik*, um den Therapiefortschritt und evtl. problematische Entwicklun-

gen erkennen zu können. Die Ergebnisse der therapiebegleitenden Diagnostik sind Bestandteil der Qualitätssicherung und können auch für die Supervision genutzt werden.

Neben der freien Dokumentation der Therapie-sitzungen empfiehlt sich der Einsatz standardisierter Verfahren zur Symptom- bzw. Belastungsbeurteilung (Patient) und ggf. zur Beziehungsbeurteilung (Patient und Therapeut) über den Therapieverlauf hinweg. Es empfiehlt sich, einmal im Quartal eine Selbstbeurteilung von dem Patienten zu erbitten. Dies kann am Computer mit der Möglichkeit des Ausdrucks anschaulicher Kurvenverläufe umgesetzt werden.

Es empfiehlt sich auch, routinemäßig eine Bandaufnahme zu machen, die ggf. in der Therapie, in der Supervision und auch zum Selbstschutz des Therapeuten bei Patientenvorwürfen genutzt werden kann.

1.4.9 Evaluative Diagnostik

Mit Recht interessiert Patienten und Angehörige, doch auch Überweiser, Mitbehandler, Kostenträger und Therapeuten die Wirksamkeit einer Therapie. Dazu sollten objektive und zuverlässige diagnostische Methoden (z. B. Interviews, Fremd- und Selbstbeurteilungen, Verhaltensbeobachtung, physiologische Indikatoren), die bereits bei der Eingangsuntersuchung zur Anwendung kamen, eingesetzt werden. Diese direkte, idealerweise unabhängige Erfolgsmessung lässt sich auch an den Patienten rückmelden und im Behandlungsbericht darstellen. Zielerreichungsskalierungen als Erfolgsmaß zeichnen sich durch die große Nähe zum therapeutischen Geschehen aus, doch sind sie weniger objektiv. Dabei sind gerade die auf den individuellen Fall zugeschnittenen Zielformulierungen und deren Erreichung aussagekräftiger und für die Aufrechterhaltung des Erreichten durch die Patienten motivierender als allein ein Differenzwert auf einer Skala. Besonders relevant für die Bewertung des Therapieerfolges ist die Stabilität der Effekte über das Therapieende hinaus. Katamnesen im Abstand

von sechs Monaten sollten eingeplant und durchgeführt werden.

1.5 Grad der empirischen Absicherung und persönliche Bewertung

Die Qualität der Psychodiagnostik bestimmt sich allein durch die Qualität der Messungen und die Multimodalität der Erhebungen. Eine gute und angemessene Psychodiagnostik im Rahmen der Verhaltenstherapie verwendet möglichst objektive und reliable Instrumente. Dies gilt für Interviews ebenso wie für Selbst- und Fremdbeurteilungen, Tests und Verhaltensbeobachtungen.

Im Rahmen einer psychotherapeutischen Praxis oder einer Klinik sollte zumindest folgende minimale Psychodiagnostik stattfinden:

- *Eingangsuntersuchung und Indikationsstellung*: Biografie und spezielle Anamnese, störungsübergreifende oder störungsspezifische Selbstbeurteilungen, Beurteilung von Fähigkeiten und Teilhabe, Verhaltensanalyse (Mikro- und Makroanalyse), Therapieziele vereinbaren;
fakultativ: Persönlichkeits-, Intelligenz- und neuropsychologische Funktionstests;
- *Verlaufsdokumentation*: störungsspezifisches Verlaufsmaß;
- *Evaluation und Enderhebung*: Wiederholung der störungsübergreifenden oder störungsspezifischen Eingangsdiagnostik (Selbst- und Fremdbeurteilung), Beurteilung des sozialen Funktionsniveaus, Beurteilung der Zielerreichung.

Literatur

- Grosse-Holtforth, M., Lutz, W., & Grawe, K. (2009). Interventionsbezogene Diagnostik. In M. Hautzinger & P. Pauli (Hrsg.), *Psychotherapeutische Methoden. Enzyklopädie der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (2001). Diagnostik in der Psychotherapie. In R. D. Stieglitz, U. Baumann, & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in der Klinischen Psycholo-*

- gie, *Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Linden, M., Baron, S., Muschalla, B., & Ostholt-Corsten, M. (2014). *Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozial-medizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP* (S. 222). Bern: Huber.
- Westen, D. (2012). Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry, 11*, 16–22.