

Psychotherapie



Schäfer/Schanz/Equit

# Diagnostik in der ambulanten Psychotherapie

Ein Lehr- und Praxishandbuch

**Kohlhammer**

**Kohlhammer**

## **Die Autor:innen**

**Dr. Sarah K. Schäfer** ist Psychologische Psychotherapeutin (VT) und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Leibniz-Institut für Resilienzforschung in Mainz.

**Dr. Christian G. Schanz** ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität des Saarlandes. Er absolviert eine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (VT).

**Prof. (apl.) Dr. Monika Equit** leitet die Psychotherapeutische Universitätsambulanz an der Universität des Saarlands und ist Psychologische Psychotherapeutin (VT) und Supervisorin.

Sarah K. Schäfer/  
Christian G. Schanz/  
Monika Equit

# **Diagnostik in der ambulanten Psychotherapie**

Ein Lehr- und Praxishandbuch

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten verändern sich ständig. Verlag und Autoren tragen dafür Sorge, dass alle gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Haftung hierfür kann jedoch nicht übernommen werden. Es empfiehlt sich, die Angaben anhand des Beipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen. Aufgrund der Auswahl häufig angewandeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2022

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-041194-4

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-041195-1

epub: ISBN 978-3-17-041196-8

# Inhalt

## Einleitung

### **1 Vom Störungs- und Problemverständnis zur Diagnostik**

- 1.1 Integratives Störungs- und Problemverständnis
- 1.2 Schulenspezifisches Störungs- und Problemverständnis
- 1.3 Problem-, lösungs- und störungsorientierte Perspektiven

### **2 Diagnostik im Therapieverlauf**

- 2.1 Psychotherapeutische Sprechstunden
  - 2.1.1 Diagnostische Fragestellungen in den Sprechstunden
  - 2.1.2 Weitere Aufgaben in den Sprechstunden
- 2.2 Probatorische Sitzungen
  - 2.2.1 Kategoriale Störungsdiagnostik
  - 2.2.2 Die Verhaltensanalyse
  - 2.2.3 Der Behandlungsplan
- 2.3 Diagnostik in der Behandlungsphase

### **3 Störungsübergreifende Diagnostik**

- 3.1 Abklärung von Suizidalität
- 3.2 Analyse von Lebenskrisen
- 3.3 Lebenszielanalyse
  - 3.3.1 Schritte der Lebenszielanalyse
  - 3.3.2 Weitere Zugänge zur Lebenszielanalyse
- 3.4 Ressourcendiagnostik
  - 3.4.1 Relevanz einer ressourcenorientierten Betrachtungsweise
  - 3.4.2 Zugänge zur Ressourcendiagnostik

- 3.5 Analyse von Beziehungen
  - 3.5.1 Dynamik in Paarbeziehungen
  - 3.5.2 Analyse der Beziehungsdynamik
  - 3.5.3 Analyse von Beziehungsmotiven
- 3.6 Erstellung des Modusmodells
- 3.7 Plananalyse
  - 3.7.1 Aufbau von Plänen
  - 3.7.2 Vorgehen bei der Plananalyse
- 3.8 Visualisierende Methoden im diagnostischen Prozess
  - 3.8.1 Genogrammarbeit
  - 3.8.2 Symbolische Darstellungen: Grafiken und Figuren

#### **4 Störungsspezifische Diagnostik**

- 4.1 Differenzialdiagnostik psychischer Störungen
  - 4.1.1 Die Güte (halb-)strukturierter und unstrukturierter Interviewdiagnostik
  - 4.1.2 Differenzialdiagnostik verschiedener psychischer Störungen
  - 4.1.3 Abgrenzung psychischer Störungen von anderen Symptomursachen
- 4.2 Erfassung störungsspezifischer Informationen
  - 4.2.1 Störungsspezifische Diagnostik bei unipolar-affektiven Störungen
  - 4.2.2 Störungsspezifische Diagnostik bei Angststörungen
  - 4.2.3 Störungsspezifische Diagnostik bei Zwangsstörungen
  - 4.2.4 Störungsspezifische Diagnostik bei Posttraumatischer Belastungsstörung
  - 4.2.5 Störungsspezifische Diagnostik bei Essstörungen

#### **5 Diagnostik von Persönlichkeitsstilen und -störungen**

- 5.1 Therapeutische Relevanz von Persönlichkeitsstilen und -störungen
- 5.2 Herausforderungen der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen

- 5.3 Diagnostik spezifischer Persönlichkeitsstörungen
  - 5.3.1 Die Paranoide Persönlichkeitsstörung
  - 5.3.2 Die Schizoide Persönlichkeitsstörung
  - 5.3.3 Die Schizotype Persönlichkeitsstörung
  - 5.3.4 Die Antisoziale Persönlichkeitsstörung
  - 5.3.5 Die Narzisstische Persönlichkeitsstörung
  - 5.3.6 Die Histrionische Persönlichkeitsstörung
  - 5.3.7 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung
  - 5.3.8 Die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung
  - 5.3.9 Die Dependente Persönlichkeitsstörung
  - 5.3.10 Die Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung
- 5.4 Differenzialdiagnostik von Persönlichkeitsstörungen
  - 5.4.1 Abgrenzung von Persönlichkeitsstörungen untereinander
  - 5.4.2 Abgrenzung von Persönlichkeitsstörungen und anderen psychischen Störungen

## **Literaturverzeichnis**

## **Stichwortverzeichnis**

## **Übersicht Onlinematerialien**

### **Onlinematerialien:**

Dieses Lehr- und Praxishandbuch enthält Materialien für den Einstieg in die Diagnostik und Multiple-Choice-Fragen zu den verschiedenen Kapiteln zur Kontrolle des Lernfortschritts. Den Link zu den Onlinematerialien finden Sie in der Übersicht am Ende des Buches.

# Einleitung

Ziel dieses Lehr- und Praxishandbuchs ist es, Student:innen klinisch-psychologischer bzw. psychotherapeutischer Masterstudiengänge und Psychotherapeut:innen (in Ausbildung) fundiertes und praxisnahes Wissen für die psychotherapeutische Diagnostik zur Verfügung zu stellen. Hierbei steht die Vermittlung direkt anwendbaren Wissens im Vordergrund, das anhand einer Vielzahl von Fallbeispielen und Formulierungshilfen illustriert wird. Empirisches Wissen und theoretische Rahmenmodelle werden dabei so aufbereitet und vorgestellt, dass sie evidenzbasiertes Handeln erlauben, ohne den Bezug zum Therapiealltag zu verlieren. Dieses Buch will vor allem eines, nämlich praktisch arbeitenden Psychotherapeut:innen (in Ausbildung) und Studierenden, die es werden wollen, nützlich sein.

## **Das Buch gliedert sich in fünf große Kapitel:**

*Kapitel 1 – Vom Störungs- und Problemverständnis zur Diagnostik:* Ziel des ersten Abschnitts dieses Buchs ist es, ein Störungs- und Problemverständnis zu vermitteln, auf das die nachfolgenden Inhalte aufbauen können. Dieses Verständnis bildet die Grundlage, um die im Anschluss vorgestellten Methoden in ihrer Relevanz einzuschätzen und sie zielgerichtet einsetzen zu können.

*Kapitel 2 – Diagnostik im Therapieverlauf:* Dieser Teil des Buchs liefert Studierenden und Psychotherapeut:innen (in Ausbildung) einen Leitfaden für den Einstieg in ihre praktische Tätigkeit, indem er den diagnostischen Prozess phasenspezifisch strukturiert und assoziierte Methoden zur Informationserfassung erläutert.

*Kapitel 3 – Störungsübergreifende Diagnostik:* In diesem Kapitel werden störungs- und schulenübergreifende diagnostische Techniken vermittelt, die ein fundiertes problemorientiertes Verständnis von Entstehungs- und aufrechterhaltenden Bedingungen der vorliegenden Symptomatik ermöglichen. Diese Techniken können, mit unterschiedlichem Schwerpunkt, bei allen psychischen Störungen Anwendung finden.

*Kapitel 4 – Störungsspezifische Diagnostik:* Kapitel 4 widmet sich der Diagnostik bei zentralen psychischen Erkrankungen in der ambulanten Psychotherapie (u. a. bei affektiven Störungen, Angststörungen, Essstörungen). Nach einer ausführlichen Darstellung der Differenzialdiagnostik befasst sich der zweite Abschnitt dieses Kapitels mit der Erfassung behandlungsrelevanter Informationen für diese Störungsbilder.

*Kapitel 5 – Diagnostik von Persönlichkeitsstilen und -störungen:* Im 5. Kapitel dieses Buchs wird auf Basis empirischer Befunde und zweier Dritte-Welle-Verfahren (Schematherapie und Klärungsorientierte Psychotherapie) zunächst ein aktuelles Verständnis spezifischer Persönlichkeitsstörungen vermittelt, ehe sich dieser Abschnitt der Differenzialdiagnostik von Persönlichkeitsstörungen zuwendet

Wir hoffen sehr, dass die Leser:innen in diesem Buch hilfreiche Informationen finden werden, die ihre (beginnende) psychotherapeutische Arbeit bereichern. Ergänzend werden den Leser:innen Online-Materialien zur Verfügung gestellt, die zum einen Multiple-Choice-Fragen zur Überprüfung des Lernfortschritts und zum anderen Materialien für den Einstieg in die diagnostische Arbeit enthalten.

Saarbrücken, Januar 2022

Sarah K. Schäfer  
Christian G. Schanz  
Monika Equit

# 1 Vom Störungs- und Problemverständnis zur Diagnostik

## Zusammenfassung

Die psychotherapeutischen Richtlinienverfahren – Psychodynamische Therapien, Systemische Therapie und Kognitive Verhaltenstherapie – verstehen psychische Störungen als (Resultat dysfunktionaler) Adaptationsversuche, vor dem Hintergrund der Wechselwirkung bio-psycho-sozialer Vulnerabilitäts-, Resilienz- und Stressfaktoren. Entsprechend steht die Erfassung folgender Variablen im Fokus der psychotherapeutischen Diagnostik:

- prädisponierende und auslösende Faktoren (≈ problemorientierte Perspektive)
- aufrechterhaltende Faktoren, inklusive der Abbildung von Ressourcen und Veränderungsmöglichkeiten (≈ lösungsorientierte Perspektive)
- kategoriale und dimensionale Erfassung der Symptomatik sowie die Erfassung störungsimmanenter Variablen (≈ störungsorientierte Perspektive)

Neben diesen Aspekten, die mit unterschiedlichen Gewichtungen von allen Richtlinienverfahren geteilt werden, zeichnen sich die Richtlinienverfahren zusätzlich durch schulenspezifische, diagnostische Schwerpunkte aus:

- Psychodynamische Therapien: Wesentliche Ziele psychodynamischer Diagnostik sind die Feststellung des Strukturniveaus, die Identifikation des Aktual- bzw. Grundkonflikts und das Erkennen von Abwehrmechanismen. Der Königsweg der

Diagnostik führt über die Analyse des Beziehungsgeschehens in der therapeutischen Situation.

- Systemische Therapie: Wesentliche Ziele systemischer Diagnostik sind die Analyse des Familiensystems hinsichtlich Grenzen, Hierarchien und Regeln sowie (zirkulärer) Wechselwirkungen im Interaktionsverhalten der Systemmitglieder. Zentrales Element des Therapierationals ist die Durchbrechung der Problemtrance und die Erweiterung des Möglichkeitsraums.
- Kognitive Verhaltenstherapie: Wesentliche Ziele verhaltenstherapeutischer Diagnostik sind die Identifikation der selbstregulativen Elemente des Symptombeschehens sowie die Analyse dysfunktionaler Erlebens- und Verhaltensmuster. Psychotherapie wird als Prozess des Umlernens und des Anstoßens korrigierender Erfahrungen verstanden.

Ziel dieses ersten Kapitels, ist die Vermittlung des notwendigen Grundwissens, zum Verständnis und zur Anwendung der in den nachfolgenden Abschnitten vorgestellten Methoden.

Die Ziele klinischer Diagnostik liegen in der Erfassung, Auswertung und Interpretation aller Informationen, die für Beschreibung, Verständnis, Prognose und Veränderung psychopathologischen Erlebens und Verhaltens erforderlich sind. Welche Informationen für die Bewältigung dieser Aufgaben als relevant erachtet werden, hängt vom zugrundeliegenden Störungs- und Problemverständnis ab. Daher widmet sich dieser erste Teil des Buchs, der Vermittlung des basalen Störungs- und Problemverständnisses der psychologischen Psychotherapie.

## **1.1 Integratives Störungs- und Problemverständnis**

In der psychologischen Psychotherapie ist vor allem die Schulenzugehörigkeit für das jeweilige Störungs- und Problemverständnis ausschlaggebend. Erfreulicherweise zeigen die

Richtlinienverfahren [Psychodynamische Therapien (d. h. Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), Systemische Therapie und Kognitive Verhaltenstherapie] sowie die meisten anderen Therapieschulen eine Vielzahl an Gemeinsamkeiten bezüglich eines großen Teils der Grundannahmen über das menschliche Erleben und Verhalten. Spezifische Gewichtungen unterscheiden sich jedoch je nach Schulenzugehörigkeit.

*Passung zwischen Kind und Umwelt.* Wir kommen nicht als Tabula rasa (unbeschriebenes Blatt) zur Welt, sondern mit dem Erbgut unserer Vorfahren. Diese Grundausstattung ist (außer bei eineiigen Zwillingen) bei jedem Menschen einzigartig und beeinflusst vom ersten Moment an die Interaktionen zwischen Menschen und ihrer Umwelt. Wesentlich für die mehr oder minder funktionalen bzw. dysfunktionalen Entwicklungen eines Kindes und seiner Umwelt ist dabei die Passung ebendieser zueinander – d. h., können Anforderungen der einen Seite durch Reaktionen der anderen Seite erfüllt werden (Hipson & Séguin, 2017)? So führt beispielsweise ein stärkeres ›emotional coaching‹ (d. h. Eltern gehen achtsam auf die Emotionen des Kindes ein und begegnen auch negativen Emotionen wertschätzend und tolerant) bei Kindern mit geringen regulativen Fertigkeiten im Längsschnitt zu mehr prosozialen Kompetenzen, während es bei Kindern mit guten regulativen Fertigkeiten im Längsschnitt mit größerer Ängstlichkeit assoziiert ist (Lagacé-Séguin & Coplan, 2005).

*Neurobiologische Grundlage.* Unser Bewusstsein sowie alle unbewussten Prozesse basieren auf elektrischen und biochemischen Vorgängen in unserem zentralen Nervensystem (Delacour, 1997). Eine Dichotomisierung zwischen ›Psyche‹ (Seele) und ›Soma‹ (Leib) ist dabei eine künstliche, wenn auch sehr hilfreiche, Vereinfachung unseres Verständnisses der Funktionsweise unseres Organismus. Für das Verständnis aller psychischen Störungen und ihrer Entwicklungsbedingungen müssen neurobiologische Prozesse mitgedacht werden.

*Grundbedürfnisse.* Der Wunsch nach der Befriedigung von Grundbedürfnissen ist die basale motivierende Kraft menschlichen Verhaltens. Die in der (deutschsprachigen) klinischen Psychologie am meisten rezipierte Konzeption der Grundbedürfnisse stammt von

Grawe (2004). Demnach strebt der Mensch nach Lustgewinn bzw. Unlustvermeidung, Bindung, Orientierung und Kontrolle sowie Steigerung bzw. Erhalt des Selbstwerts. Ähnliche Konzeptionen finden sich u. a. bei Young, Klosko und Weishaar (2003) sowie Ryan und Deci (2017). Lustgewinn/Unlustvermeidung kann dabei den anderen Grundbedürfnissen übergeordnet werden, da die Befriedigung bzw. Nicht-Befriedigung der Bedürfnisse nach Bindung, Orientierung und Kontrolle sowie Selbstwert ihrerseits zu Lust- bzw. Unlusterleben führen. Unser Wunsch nach Befriedigung unserer Grundbedürfnisse drückt sich insbesondere in Form assoziierter Beziehungsmotive aus, d. h. anhand der grundlegenden Ziele, die wir im sozialen Kontakt verfolgen (► [Tab. 1.1](#); Sachse, 2012).

*Bindungs- und entwicklungspsychologische Perspektive.* Die ersten Lebensjahre des Menschen sind prägend für die sozioemotionale und kognitive Entwicklung. Hier wird das Fundament späteren Erlebens und Verhaltens gelegt. Die Entwicklung eines sicheren (oder zumindest ›organisierten‹) Bindungsstils und eines gesunden Explorationsverhaltens gehören zu den am besten gesicherten protektiven Faktoren im Hinblick auf spätere Psychopathologie (Mikulincer & Shaver, 2012). Insbesondere zwischen der (dritten Welle der) kognitiven Verhaltenstherapie und den psychodynamischen Therapien besteht (trotz des unterschiedlichen Vokabulars, z. B. dysfunktionale Schemata vs. Grundkonflikte) Einigkeit darüber, dass Erfahrungen aus diesen frühen Entwicklungsphasen die ›Themen‹ bzw. ›Sollbruchstellen‹ späterer Psychopathologie bestimmen (Busch et al., 1991; Kempke & Luyten, 2007; Luyten, Blatt, & Fonagy, 2013).

*Gemäßigter Konstruktivismus.* Menschen nehmen sich selbst, andere und die Welt nicht objektiv wahr. Wahrnehmung ist per se ein schöpferischer Prozess, bei dem Umweltreize durch das zentrale Nervensystem in eine idiosynkratische Realität übersetzt werden (Mahoney & Granovold, 2005). Diese subjektive Weltwahrnehmung hat erheblichen Einfluss auf interpersonelles Handeln und damit auch den psychotherapeutischen Prozess, denn hier sind (eigentlich) nie ›harte Daten‹ (z. B. auf dem Konto sind 1337,93 Euro), sondern stets die idiosynkratische Bedeutung (z. B. »Was bedeutet es für mich, dass auf dem Konto 1337,93 Euro sind?«) relevant. Dieses Phänomen wird insbesondere in der Auseinandersetzung mit Paarkonflikten und den

dabei zu Tage tretenden divergierenden Wahrnehmungen und Interpretationen der einzelnen Beteiligten deutlich (Greenberg & Goldman, 2010).

*Der Mensch als soziales Wesen.* Erleben und Verhalten eines Menschen kann nur vor dem Hintergrund seiner sozialen Realität verstanden werden, denn der Mensch ist evolutionsbiologisch darauf ausgelegt, in soziale Gruppen eingebunden zu sein (Brewer & Caporael, 2006). Daher sind Säuglinge von Geburt an darauf ausgerichtet, mit ihrer Umwelt in sozialen Kontakt zu treten und bei ihrem Umfeld fürsorgliches Verhalten auszulösen (z. B. Kindchen-Schema, Greifreflexe usw.). Über die Kindheit und Adoleszenz hinweg sieht sich der Heranwachsende mit sozialen Entwicklungsaufgaben (u. a. Entwicklung eines Identitätsgefühls, Aufbau eines Freundeskreises, Sammeln erster sexueller Erfahrungen usw.) konfrontiert, die maßgeblich beeinflussen, welche soziale Rolle eine Person im Erwachsenenalter einnimmt (Thyen & Konrad, 2018). Auch wenn sich Entwicklungsschritte im frühen und mittleren Erwachsenenalter verlangsamen, bleiben sie vor allem von sozialen Themen geprägt (z. B. soziales Mit- und Nebeneinander in Beruf und Freizeit, Gründung einer Familie, Versorgung von älter werdenden Angehörigen). Die zentrale Rolle sozialer Themen setzt sich bis ins hohe Erwachsenenalter fort (z. B. Wechsel der sozialen Rolle vom Versorgenden zum Versorgten, vermehrte Konfrontation mit Todesfällen im sozialen Umfeld, Regelung des eigenen Nachlasses; Lang, Martin, & Pinquart, 2011).

**Tab. 1.1:** Grundbedürfnisse nach Grawe (2004) und Beziehungsmotive nach Sachse et al. (2012)

Übergeordnetes Streben	Grundbedürfnisse	Beziehungsmotiv	Kindliche Beziehungserfahrungen, die das Bedürfnis befriedigen
Lustgewinn und Unlustvermeidung	Selbstwert	Anerkennung	Unkonditionale Liebe: Das Kind muss keine Voraussetzung erfüllen, um geliebt zu werden.
		Wichtigkeit	Unkonditionale Aufmerksamkeit: Das Kind muss keine Voraussetzung erfüllen, um für seine Bezugspersonen wichtig zu sein.
	Bindung	Solidarität	Praktische Unterstützung im Lebensalltag: Das Kind erfährt in schwierigen Situationen Rückhalt – seine Bezugspersonen setzen sich für es ein.
		Verlässlichkeit	Stabilität der Bindungsbeziehung: Das Kind erfährt, dass es Vertrauen in die Stabilität affektiver Beziehungen setzen kann.
	Orientierung und Kontrolle	Territorialität	Entwicklungsangemessene Wahrung von Grenzen: In Abhängigkeit des Entwicklungsstands werden die körperlichen, emotionalen und sozialen Grenzen des Kindes gewahrt.
		Autonomie	Entwicklungsangemessene Möglichkeit zur freien Entscheidung: In Abhängigkeit des Entwicklungsstandes überlassen die Bezugspersonen dem Kind die Gestaltung seiner Lebenswelt.

Diese geteilten Grundannahmen münden im Störungsverständnis von biopsychosozialen (von Uexküll & Wesiack, 1988) und Vulnerabilitäts-Stress-Modellen (Wittchen & Hoyer, 2011). Das biopsychosoziale Modell geht davon aus, dass ein vollständiges Störungsverständnis nur unter Berücksichtigung sowohl biologischer (z. B. Neurotransmitterhaushalt, genetische Grundlagen), psychologischer (z. B. Werte, Grundannahmen) als auch sozialer Faktoren (z. B. Familiensystem, sozioökonomischer Status) möglich ist. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell erweitert die Perspektive des biopsychosozialen Modells um zeitliche Aspekte sowie um die Interaktion von Stressoren und Coping-Versuchen. Grundlegende

Annahme ist, dass Menschen sich hinsichtlich ihrer Vulnerabilität (d. h. ihrer Verletzlichkeit) für spezifische Stressoren unterscheiden. Für das Ausmaß der individuellen Vulnerabilität sind biopsychosoziale Faktoren verantwortlich. Stressereignisse unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Frequenz (z. B. täglicher Stress auf der Arbeit vs. Vorstellungsgespräch), Dauer (z. B. Überfall vs. Kriegserleben), Intensität (z. B. grippaler Infekt vs. Krebserkrankung) und Qualität (z. B. Beziehungskonflikt vs. Arbeitsbelastung). Menschen verfügen über Ressourcen, die den Umgang mit Stressoren modulieren können (z. B. soziale Unterstützung, Emotionsregulationsstrategien) und so einen mehr oder weniger erfolgreichen Coping-Prozess erlauben. Wenn Coping-Mechanismen versagen, kommt es zur Symptombildung (alternativ können Symptome auch als Coping-Versuch verstanden werden).

*Frau V. (63 Jahre, Friseurmeisterin) wurde als viertes Kind ihrer Eltern geboren. Sie berichtet, dass sie, nachdem ihr Vater die Familie früh verlassen habe, als »Problemkind« zunächst zu ihren Großeltern und später in ein Heim »abgeschoben« worden sei (primär deprivierte Beziehungsmotive Solidarität, Verlässlichkeit). Erst im Erwachsenenalter wurde, im Zuge eines psychiatrischen Aufenthalts, eine Hyperkinetische Störung diagnostiziert (Dysfunktion im dopaminergen System), damals hätte aber niemand gewusst, was mit ihr los gewesen sei, und niemand hätte adäquat auf ihre Symptome reagiert (mangelnde Passung zwischen den Bedürfnissen des Kindes und den Reaktionen der Umwelt). Im Heim habe sie viel Unverständnis, Zurückweisung und Gewalt erfahren (vernachlässigende und missbrauchende Kindheitserfahrungen, depriviertes Beziehungsmotiv Territorialität). In der Folge war die subjektive Perspektive von Frau V. auf sich selbst (u. a. »ich bin nicht in Ordnung«) und die Anderen (u. a. »die Anderen sind nicht vertrauenswürdig«) früh von dysfunktionalen Verzerrungen geprägt, welche sich später in einem emotional-instabilen Persönlichkeitsstil niederschlugen.*

Auf Basis dieses Grundverständnisses ist es für die psychotherapeutische Diagnostik wichtig, folgende (nicht distinkte) Faktoren zu berücksichtigen:

- Genetische und biologische Einflüsse (z. B. Temperament, körperliche Grunderkrankungen, medizinische Krankheitsfaktoren)
- Funktionalität der Zielsetzungen und Verhaltensstrategien, mit denen eine Person versucht, ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen (z. B. Konfligiert das Ziel, eine Professur anzustreben, möglicherweise mit dem Rollenmodell, Hausmann und Vater sein zu wollen?)
- (Beziehungs-)Erfahrungen in Kindheit und Jugend sowie deren Einfluss auf Beziehungsdynamiken im Erwachsenenalter (z. B. Für welche Verhaltensweisen haben die Betroffenen in ihrer Kindheit Aufmerksamkeit erfahren? Für welche Verhaltensweisen Strafe oder Missachtung?)
- Subjektives Selbst- und Weltverständnis, mit den dazugehörigen Grundannahmen und Schemata (z. B. Welche Werte sind der betroffenen Person wichtig? Wie nimmt die betroffene Person sich selbst und ihre Rolle in der Welt wahr?)
- Soziales Beziehungsgefüge, vor dessen Hintergrund die Problematik bzw. Symptomatik entstanden ist und aktuell auftritt (z. B. Wie werden Freundschaften, Partnerschaften und Arbeitsverhältnisse gelebt?)
- Stressreiche Lebensereignisse (z. B. Arbeitsplatzwechsel, Traumata, Umzüge)
- Coping-Strategien (z. B. Ressourcen, bisherige Bewältigungsversuche, soziale Unterstützung)

## **1.2 Schulenspezifisches Störungs- und Problemverständnis**

Neben diesen allgemeinen, (beinahe) konsensfähigen Annahmen zum Störungs- und Problemverständnis, gilt es die schulenspezifischen Informationen zu erfassen, die für die Anwendung spezifischer Therapietechniken erforderlich sind. Ausführliche Informationen zu Theorien der Störungsgenese in den Richtlinienverfahren finden sich an anderer Stelle (Boll-Klatt & Kohrs, 2013; Brakemeier & Jacobi, 2017; von Schlippe & Schweitzer, 2013). Zusammengefasst sind folgende

Schwerpunkte (jenseits der zuvor beschriebenen Gemeinsamkeiten) für die Richtlinienverfahren relevant:

*Kognitive Verhaltenstherapie* (Schneider & Margraf, 2018). Die Kognitive Verhaltenstherapie hat ihren Ursprung im Behaviorismus und basiert im Kern auf Lerntheorien zur klassischen Konditionierung (Erlernen einfacher Reiz-Reaktion-Verknüpfungen), zur operanten Konditionierung (Erlernen von Reaktionen auf diskriminative Hinweisreize in Abhängigkeit spezifischer Konsequenzen, d. h. Verstärkung und Bestrafung) und zum sozialen Lernen (Welches Verhalten hat sich für andere bewährt?). Mit der kognitiven Wende rückten darüber hinaus überdauernde kognitive Stile, Einstellungen und Schemata in den Fokus der kognitiven Verhaltenstherapie. Diese kognitiven Stile, Einstellungen und Schemata sind das Resultat der Summe einzelner Lernerfahrungen, die in ein kognitives Netzwerk integriert werden (Was kann ich auf Basis meiner bisherigen Erfahrungen von der Zukunft erwarten?). Es wird angenommen, dass diese überdauernden kognitiven Elemente die Aufmerksamkeitslenkung und die Interpretation von Informationen (in sozialen Situationen) beeinflussen. Kognitive Schemata werden dabei durch Hinweisreize (engl. ›Trigger‹) aktiviert. Die initiale Bewertung von Situationen erfolgt ›automatisch‹ (d. h. über schnell ablaufende, implizite bzw. unbewusste kognitive Prozesse) und es erfordert Selbstregulation, diese automatischen Schlussfolgerungen zu korrigieren bzw. anzupassen. Da die Grundlagen psychischer Störungen, im Verständnis der kognitiven Verhaltenstherapie, durch Lernprozesse erworben wurden, besteht ein zentrales Ziel der Therapie im Anstoßen neuer Lernprozesse durch korrigierende Erfahrungen. Mit der dritten Welle (der ›emotionalen‹ Wende) der kognitiven Verhaltenstherapie rückten neben verhaltensbezogenen und kognitiven Methoden auch erlebnisorientierte Techniken in das Zentrum von Theorie und Praxis (Heidenreich & Michalak, 2013). Diagnostische Schwerpunkte in der kognitiven Verhaltenstherapie liegen folglich:

- In der Mikroanalyse von Situationen – in der festgestellt werden soll, welche Stimuli aufgrund welcher (automatischen) kognitiven,

emotionalen und physiologischen Reaktionen, zu welcher willkürmotorischen Reaktion führen und inwiefern dieses Verhaltensmuster durch seine Konsequenzen aufrechterhalten wird.

- In der Makroanalyse – in der festgestellt werden soll, welche überdauernden Schemata, kognitiven Einstellungen, Skripte usw. die (automatischen) Kognitionen, Emotionen und physiologischen Reaktionen bedingen und so das (willkürmotorische) Verhalten lenken.

*Psychodynamische Psychotherapien* (Rudolf, 2018). Die moderne psychodynamische Psychotherapie entwickelte sich in vier Phasen von der Triebtheorie, über die Ich-Psychologie und die Objekttheorie zur Selbstpsychologie. Den psychodynamischen Verfahren liegt die Überzeugung zugrunde, dass sich in den ersten Lebensjahren des Menschen die Struktur des psychischen Apparates herausbildet, die vier Kategorien umfasst: Wahrnehmung (z. B. Affektdifferenzierung, Selbst-Objekt-Differenzierung), Steuerung (z. B. Impulssteuerung, Interessensausgleich), Kommunikation (z. B. Mitteilung von Affekten, Reziprozität) und Bindung (z. B. Introjekte nutzen, Beziehungen aufnehmen und beenden können). Eine geringe Ausbildung der strukturellen Fähigkeiten ist primär Folge eines Mangels an förderlichen Beziehungen in der frühen Kindheit (z. B. gespiegelt werden, beruhigt werden bei unlustvoller Erfahrung). Im Laufe der Entwicklung ist das Kind mit zentralen Entwicklungsaufgaben konfrontiert, die – unzureichend bewältigt – zur mangelnden Bewältigung von Grundkonflikten führen können. Zentrale Themen der Grundkonflikte sind: Nähe (Es gibt mich, es gibt ein Objekt und wir haben eine kommunikative Beziehung.), Bindung (Ich habe eine sichere Basis, die mich liebt, wie ich bin.), Autonomie (Ich kann in Beziehung wirksam sein und kann mich zur Exploration vorübergehend von meiner sicheren Basis entfernen.), Identität (Ich habe eine zu mir passende Rolle in einem sozialen Netzwerk.). Grundkonflikte können durch spätere Beziehungserfahrungen, die ähnliche Themen anstoßen, reaktiviert werden. Während der zentrale Grundkonflikt (vereinfacht gesagt) das ›Thema‹ einer Störung bestimmt (z. B. ›drehen‹ sich Angsterkrankungen um die Themen Autonomie, Orientierung und Kontrolle), ist die Struktur (vereinfacht gesagt) zentral dafür, ob

Konflikte intra- oder extrapsychisch ausgetragen werden und wie reif oder unreif Konfliktthemen bewältigt werden (zentrales Element hierfür sind die Abwehrmechanismen). Diagnostische Schwerpunkte in den psychodynamischen Theorien liegen folglich (Arbeitskreis OPD, 2006; Vaillant, 1992):

- auf der Aufdeckung des zentralen Grundkonflikts (primär in der Analytischen Psychotherapie) bzw. auf der Identifikation des Aktualkonflikts (primär in der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie).
- auf der Feststellung des Strukturniveaus: Dies kann gut (u. a. differenzierte Wahrnehmung von Selbst und Objekt, intrapsychische Konfliktbewältigung), mäßig (u. a. eingeschränkte Selbst- und Objektwahrnehmung, größtenteils intrapsychische Konfliktbewältigung), gering (u. a. Objekte sind bedrohend oder werden idealisiert, keine intrapsychische Konfliktbewältigung) oder desintegriert sein (d. h. Selbst und Objekt sind konfundiert).
- auf der Identifikation der dominanten Abwehrmechanismen: Diese können reif (z. B. Humor und Sublimierung), neurotisch (z. B. Reaktionsbildung, Pseudo-Altruismus) oder unreif sein (z. B. Spaltung, Projektion).
- auf der Analyse der Beziehungsdynamik, im Rahmen derer festgestellt werden soll, wie Patient:innen andere (immer wieder) wahrnehmen, wie sie (immer wieder) darauf reagieren, wie diese Reaktion (immer wieder) von anderen wahrgenommen wird und wie diese (immer wieder) darauf reagieren.

*Systemische Therapie* (von Sydow & Borst, 2018). Im Zentrum der Systemischen Therapie steht die Familie als mehrgenerationales, abgrenzbares und regelgesteuertes System. Dabei entscheiden die Grenzen eines Systems über die Systemzugehörigkeit und Regeln beschreiben explizite oder implizite wiederkehrende Verhaltensmuster und/oder -erwartungen. Für jedes menschliche System gilt, dass sich Verhaltensmuster verfestigen, die Dynamik eines Systems machtvoller ist als die Dynamik seiner einzelnen Mitglieder (weshalb es als sinnvoll betrachtet wird, mit dem gesamten System und nicht nur mit einzelnen Mitgliedern zu arbeiten), das Verhalten einzelner Systemmitglieder

zugleich Ursache und Wirkung des Verhaltens anderer Systemmitglieder ist und die Veränderung eines Mitglieds das ganze System verändert. In Systemen kann es zu Problemen kommen, das heißt, einem Erleben oder Verhalten unter dem die Betroffenen und/oder ihre Umgebung leiden. Ob Erleben und Verhalten problematisch sind, hängt anknüpfend an konstruktivistische Ansätze von deren Interpretation ab. Diese wiederum hängt von biographisch entstandenen Grundüberzeugungen ab. Das, was als Symptom sichtbar wird, ist eine sinnvolle und zu verstehende Reaktion eines Systemmitglieds auf ein problembehaftetes System. Da in jedem System neben Veränderungstendenzen auch Beharrungstendenzen wirksam sind (jedes System strebt auf eine Homöostase, d. h. einen Gleichgewichtszustand, zu), können Probleme fortbestehen, obwohl Problemauslöser nicht mehr gegenwärtig sind (z. B. kann die Affäre eines Ehepartners zu nachhaltigen Problemen im System führen, obwohl die Affäre schon beendet ist). Zentraler Gegenstand der Therapie ist daher nicht die Beseitigung von Symptomen oder die Herleitung der Symptomentstehung, sondern die Durchbrechung der Problemtrance und die Erweiterung des Möglichkeitsraums. Diagnostische Schwerpunkte in der Systemischen Therapie liegen folglich:

- auf dem Verstehen der familiären Beziehungsstruktur: Wie sind die Rollen verteilt? Welche Hierarchien bestehen? Wie grenzt sich das System nach außen ab? Gibt es im Inneren Subsysteme? Welche Muster, Probleme, Versuche der Problembewältigung treten über Generationen hinweg immer wieder auf? Wurde mit Familientraditionen gebrochen, wurden Erwartungen erfüllt? Gab es Übergänge in andere soziale oder Bildungsschichten und kulturelle Kreise?
- auf dem Verständnis der Perspektiven der einzelnen Systemmitglieder auf das System: Wie werden Beziehungen erlebt? Welche Annahmen bestehen darüber, wie andere Systemmitglieder das System verstehen? Welche Bindungsmuster und Persönlichkeitsmerkmale färben das Erleben und Verhalten?
- auf der Identifikation von Möglichkeitsräumen: Wohin möchten sich die Systemmitglieder entwickeln? Welche Vorteile hat das aktuelle

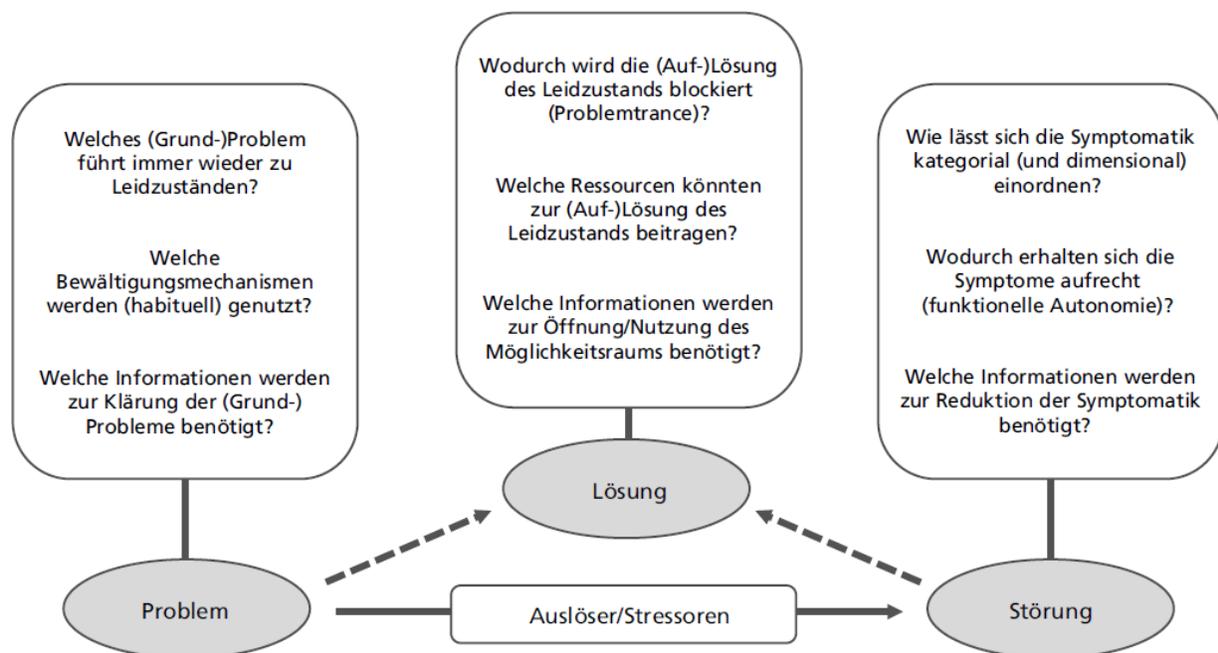
Problem? Wodurch könnte eine Irritation und Störung der gegenwärtigen (belastenden) Systemhomöostase angestoßen werden?

### **1.3 Problem-, lösungs- und störungsorientierte Perspektiven**

Die jeweilige Schulenzugehörigkeit beeinflusst die Perspektive aus der Therapeut:innen das Erleben und Verhalten der Patient:innen analysieren und aus der heraus sie Interventionen planen. Hierbei kann eine störungsorientierte von einer problemorientierten und einer lösungsorientierten Perspektive unterschieden werden. Unter ›Störungsorientierung‹ wird verstanden, dass sich die diagnostische Abklärung und die Behandlung an spezifischen Störungskategorien orientiert und die Therapie auf die Reduktion bzw. Beseitigung einer definierten Symptomatik ausgerichtet ist (Born, 2014). Diese Perspektive, die der Differenzialdiagnostik und der Arbeit mit störungsspezifischen Manualen eine große Bedeutung beimisst, ist in der kognitiven Verhaltenstherapie stark verankert. ›Problemorientiert‹ bedeutet, dass der diagnostische und therapeutische Prozess auf die Abklärung der Störungs- oder Problemursache sowie auf deren Nachbearbeitung und Auflösung fokussiert. Insbesondere in der psychodynamischen Therapie stehen hierbei Grundkonflikte aus der Kindheit bzw. deren Reaktualisierung in der gegenwärtigen Lebenswelt im Fokus (Rudolf & Hauten, 2019). Im Gegensatz dazu fokussiert die ›lösungsorientierte‹ Perspektive die Erfassung und Ausnutzung des Möglichkeitsraums für bedürfniskongruente Veränderungen, ohne dabei der Symptomatik selbst oder deren Auslöser ein allzu großes Gewicht beizumessen. Diese Perspektive ist insbesondere in der Systemischen Therapie heimisch, die einen bedeutenden Lösungsmechanismus in der Aufgabe einfacher Kausalitätsannahmen (d. h. Aufgabe monokausaler Erklärungen) und in der Durchbrechung der Problemtrance erkennt (Wagner, 2020). Wichtig ist jedoch zu betonen, dass alle Richtlinienverfahren – mit unterschiedlicher

Schwerpunktsetzung – alle besprochenen Perspektiven berücksichtigen.

Wie zuvor angedeutet, hat sich die klassischerweise störungsorientierte Kognitive Verhaltenstherapie im Zuge der Entwicklung der Dritten-Welle-Verfahren, verstärkt auch problem- (z. B. in der Schematherapie, Young et al., 2003) und lösungsorientierter Perspektiven (z. B. in der Akzeptanz- und Commitmenttherapie, Walser & Westrup, 2007) angenommen. Viele Dritte-Welle-Verfahren nutzten hierbei psychodynamische Konzepte, die so adaptiert wurden, dass sie in den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieprozess integriert werden können (z. B. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy; CBASP, McCullough, 2003). Darauf aufbauend integrieren wir in diesem Buch neben der störungsorientierten Perspektive unserer ›therapeutischen Heimat‹ (der kognitiven Verhaltenstherapie) problemorientierte und lösungsorientierte Perspektiven sowie Konzepte aus Verfahren der Dritten Welle. Eine schematische Darstellung der diagnostischen und therapeutischen Perspektiven findet sich in Abbildung 1.1 (► [Abb. 1.1](#)).



**Abb. 1.1:** Problem-, lösungs- und störungsorientierte Perspektiven in der Diagnostik.

## 2 Diagnostik im Therapieverlauf

### Zusammenfassung

Anhand inhaltlicher Schwerpunkte und diagnostischer Rahmenbedingungen lässt sich der diagnostische Prozess (grob) in drei Abschnitte einteilen:

- Die Sprechstunden: Im Fokus der Sprechstunden steht die Beantwortung der Frage, ob eine ambulante psychotherapeutische Behandlung indiziert ist. Darüberhinausgehend wird mit der Exploration der vorliegenden Symptomatik und der biographischen, sozialen sowie Krankheits- und Behandlungsanamnese begonnen. Am Ende der Sprechstunden sollte ein (vorläufiges) gemeinsames Therapieziel bzw. ein Therapieauftrag formuliert werden können.
- Die probatorischen Sitzungen: Ziel der probatorischen Sitzungen ist die Erstellung einer (individualisierten) Fallkonzeption. Die Fallkonzeption beinhaltet eine (Verdachts-)Diagnose, den Therapieauftrag, ein Modell der prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren sowie einen Behandlungsplan. Entsprechend kommen in den probatorischen Sitzungen primär differenzialdiagnostische und problemorientierte diagnostische Methoden zum Einsatz, welche die Erstellung der (individualisierten) Fallkonzeption unterstützen.
- Die Behandlungsphase: In der Behandlungsphase tritt die Konstruktion des Wirklichkeitsraums (d. h. des Ist-Zustands) zunehmend hinter die Initiierung von Veränderungsprozessen (d. h. einer Konstruktion und Nutzung des Möglichkeitsraums) zurück. Hierbei kommt der Diagnostik die Aufgabe zur Erfassung, Auswertung und Interpretation aller (störungs-, problem- und

lösungsorientierten) Informationen zu, die zur Realisierung des Behandlungsplans und zur Erreichung der Therapieziele notwendig scheinen.

Ziel dieses Kapitels ist es, den Leser:innen einen Leitfaden zur Organisation des diagnostischen Prozesses zur Verfügung zu stellen, anhand dessen die Auswahl diagnostischer Methoden erfolgen kann.

Die einzelnen Diagnostikphasen (Sprechstunden, probatorische Sitzungen, Behandlungsphase) zeichnen sich durch unterschiedliche methodische Schwerpunkte und Fragestellungen aus. Während in der Anfangsphase der Therapie das Sammeln diagnostischer Informationen und der Aufbau einer Arbeitsbeziehung das Gros der

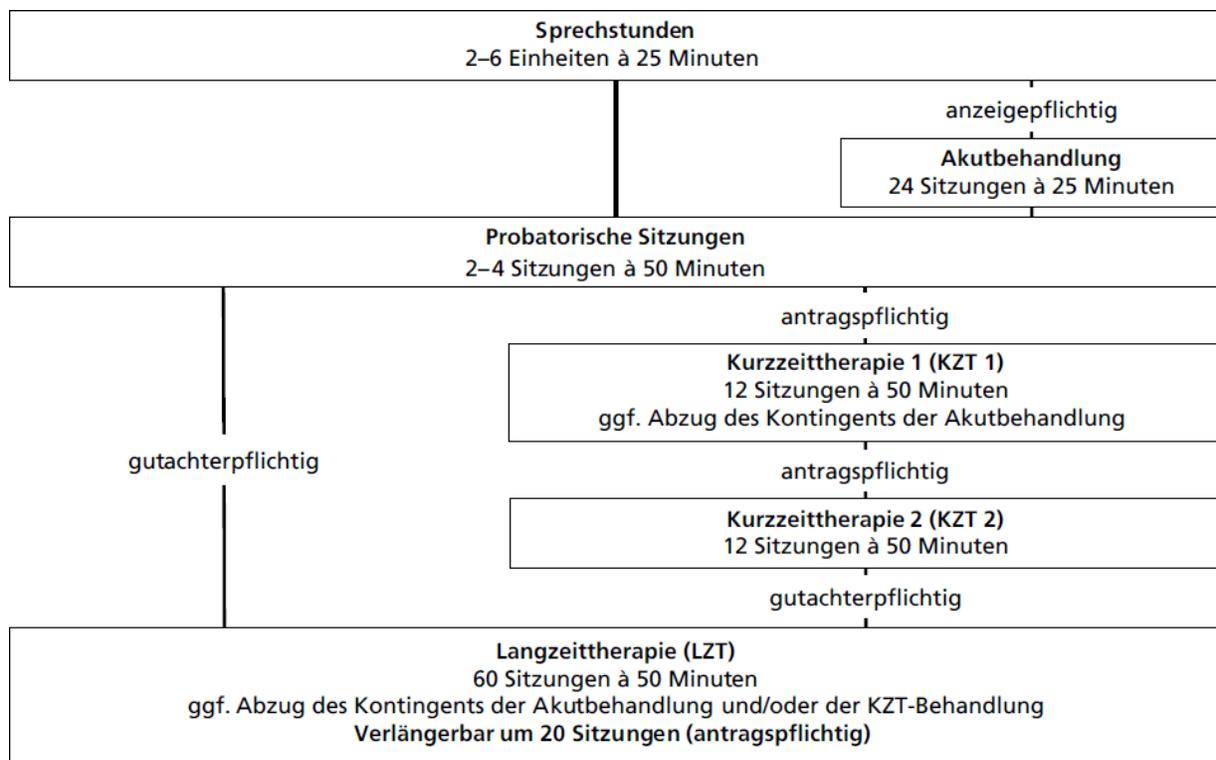


Abb. 2.1: Das Stundenkontingent in der Verhaltenstherapie.

therapeutischen Arbeit ausmachen, gewinnt das Anstoßen von Veränderungsprozessen im weiteren Verlauf zunehmend an Bedeutung. Dennoch enden die Erfassung, Auswertung und Interpretation

diagnostischer Informationen erst mit dem Abschluss der Therapie. Während in den folgenden Kapiteln des Buches detailliert auf spezifische diagnostische Methoden und Fragestellungen eingegangen wird, konzentriert sich dieses Kapitel auf die Darstellung der phasenspezifischen Gestaltung und Zielsetzung der Diagnostik im Therapieverlauf. Abbildung 2.1. gibt einen schematischen Überblick über die Anzeige-, Antrags- und Begutachtungsschritte im deutschen Krankenkassensystem (► [Abb. 2.1](#)).

## 2.1 Psychotherapeutische Sprechstunden

Die psychotherapeutischen Sprechstunden (auch Erstgespräch genannt) markieren den Beginn einer therapeutischen Zusammenarbeit und stellen abgesehen von der Terminabsprache i. d. R. den ersten Kontakt zwischen Patient:innen und Psychotherapeut:innen dar. Gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen werden Sprechstunden in bis zu sechs 25-Minuten-Einheiten abgerechnet [Gebührenordnungsposition (GOP) 35151]. Bevor mit einer psychotherapeutischen Behandlung begonnen werden kann, müssen mindestens zwei Einheiten, d. h. 50 Minuten, psychotherapeutischer Sprechstunde stattgefunden haben. Im Rahmen dieser Sprechstunden gilt es in erster Linie zu klären, welche Aufträge die Patient:innen an die Therapeut:innen haben und ob vor dem Hintergrund dieses Auftrags eine ambulante Therapie indiziert ist oder ggf. ein anderes Therapie- bzw. Beratungssetting zielführender wäre (z. B. stationäre Therapie). Des Weiteren wird mit dem Sammeln von therapielevanten Informationen begonnen, was vor allem die Erhebung anamnestischer Informationen, die Abklärung von Selbstgefährdung/Suizidalität (und seltener Fremdgefährdung) sowie eine Exploration der vorhandenen Symptomatik umfasst. Über die diagnostische Arbeit hinaus gehen mit der Durchführung der Sprechstunden weitere Aufgaben einher (z. B. Beginn der Beziehungsarbeit, Aufklärung des Patient:innen), die im Folgenden aufgrund ihrer Bedeutung für den Therapieverlauf ebenfalls skizziert werden. Hierbei können die meisten der nachfolgend beschriebenen