

Serge K. D. Sulz

Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption

Verhaltensanalyse – Zielanalyse – Therapieplan

Bericht an den Gutachter
und Antragstellung

Preview Inhalt

Seite 15–19	Verhaltenstheoretisches Störungsmodell
Seite 31–33	Checkliste Antragstellung/Fallbericht
Seite 39–45	Lebensgeschichte VDS1
Seite 82–85	Dokumentation der Anamnese im Bericht
Seite 131–133	Dokumentation 19-220 Verhaltensanalyse im Bericht
Seite 150–153	Dokumentation des Behandlungsplans im Bericht
Seite 206–207	Bedingungsmodelle Beispiel Borderline-Störung
Seite 219–220	Beispielbericht junge Patientin mit Bulimie
Seite 301–307	VDS00-Z Verhaltensdiagnostische Fallkonzeption
Seite 309–314	Das Verhaltensdiagnostiksystem

VDS-Handbuch
Neuaufgabe (6. Auflage)



1.3 Verhaltenstheoretische Störungsmodelle

Die Verhaltenstherapie hat bisher kaum allgemeine Störungs- und Diagnosemodelle entwickelt, die einen bedeutenderen Umfang haben. Da sie sich der Empirie verpflichtet, wurde bisher auf empirisch nicht belegbare theoretische Systeme verzichtet. Den neuesten Stand stellt Kanfers Modifikation des SORKC-Modells dar.

Vor dem Hintergrund von Kanfers Selbstregulationsmodell haben Kanfer et al. (1990) ein differenziertes „dynamisches“ Verhaltensmodell vorgeschlagen. Es enthält die bereits von Kanfer und Karoly (1972) vorgenommene Erweiterungen um eine Feedforward-Schleife (der Organismus als Selbstregulationssystem beeinflusst die Wahrnehmung der Situation und ihren Einfluss auf die Person) und um zwei Feedbackschleifen. Die erste ist der Vergleich der Reaktion mit inneren Standards, die zweite ist ein korrigierendes Feedback durch die Konsequenzen von seiten der Umwelt. Darüber hinaus werden unterschieden

- Alphavariablen (Einwirkung der externen Umwelt)
- Betavariablen (innere, von der Person selbst erzeugte Prozesse wie Denken, Wahrnehmen, Erinnern, Bewerten sowie selbst erzeugte Inhalte (Ziele, Wünsche, Pläne) und
- Gammavariablen (genetische und biologische Einflüsse).

Die Situation S enthält demnach Alphavariablen, der Organismus O Beta- und Gammavariablen, die Reaktion R bzw. das Verhalten V und die Konsequenz K (bzw. C) jeweils Alpha-, Beta- und Gamma-variablen (Abb. 2).

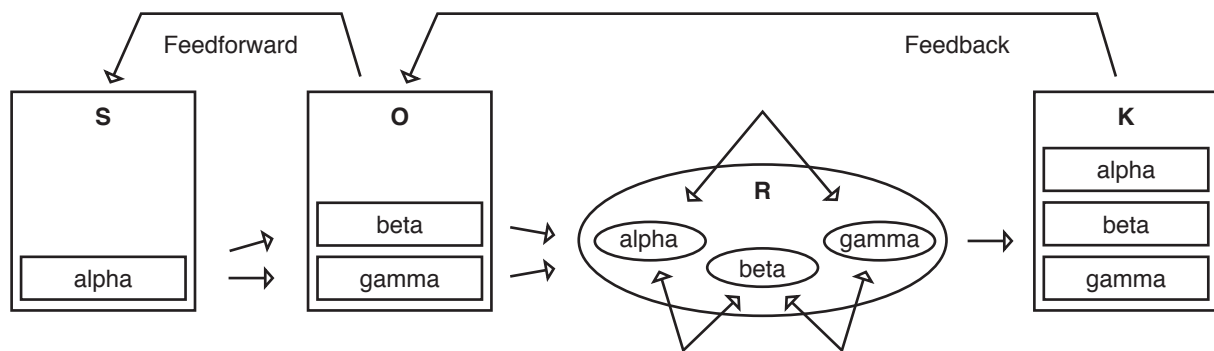


Abbildung 2 Kanfers erweitertes SORKC-Schema

Betrachtet man darüber hinaus das noch umfassendere Selbstregulationsmodell Kanfers (1987), so fällt die Übereinstimmung z. B. mit den von Sulz (1987) angegebenen Parametern der Determination menschlichen Verhaltens auf.

1.4 Ein allgemeines Modell psychischer Störungen

Einleitung

Empirische wissenschaftliche Untersuchungen und klinische Erfahrungen führen zu Modellbildungen, die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer und psychosomatischer Störungen zu erklären versuchen. Meist werden spezifische Störungsmodelle entwickelt, bei deren Vergleich kaum der Eindruck entsteht, dass ein allgemeines Prinzip zur Entwicklung verschiedenartiger psychischer Störungen führen kann. Auch scheint ein allgemeines Störungsmodell klinisch weniger relevant zu sein als störungsspezifische Modelle. Es interessiert ja die Frage, warum und wie ein bestimmtes Individuum zu einem bestimmten Zeitpunkt seine individuelle und spezifische Störung entwickelt hat. Sofern also für alle psychischen und psychosomatischen Störungen ein befriedigendes Modell der Aufrechterhaltung vorliegt, ist die Frage nach einem allgemeinen Entstehungsprinzip lediglich von theoretischem Interesse. Wenn allerdings für eine bedeutende Zahl von Störungen bisher kein Erklärungsprinzip gefunden werden konnte, so wäre ein aus den bisher bekannten Störungsmodellen extrahiertes allgemeines Modell ein naheliegender erster Schritt zur Entwicklung neuer störungsspezifischer Modelle. Man kann einwenden, dass schon die spezifischen Störungsmodelle auf kaum

mehr als 50% der Patienten mit der betreffenden Erkrankung anwendbar seien und dass statt der Suche nach einem allgemeinen Entstehungsprinzip besser die jeweils neue originäre Entwicklung eines fallspezifischen individuellen Störungsmodells zu Beginn jeder Behandlung erforderlich sei.

Damit stellen sich einer allgemeinen Theorie zwei Argumente entgegen:

1. Die im allgemeinen Modell fehlende, aber zur Störungserklärung notwendige Störungsspezifität (warum entsteht eine Angstneurose und nicht eine Depression oder eine Zwangsneurose?)
2. Die sowohl im allgemeinen als auch im störungsspezifischen Modell fehlende Individualität bzw. Fallspezifität.

Bei der bisherigen Theoriebildung im Bereich der Naturwissenschaften und Humanwissenschaften ist zu beobachten, dass Teilprozesse unter Konstanzhaltung weiterer Einflüsse oft recht gut in einem theoretischen Modell abgebildet werden können. Sobald aber ganze Systeme in ihrer Funktionsweise erklärt werden sollen, reichen die Modelle höchstens aus, die allgemeinen Prinzipien des Zusammenspiels der Systemelemente und Teilsysteme zu beschreiben. Sollen Vorhersagen für den Einzelfall vorgenommen werden, versagen sämtliche Theorien und Modelle. Systeme, die nicht ins Reagenzglas passen, sind wohl in ihrer Fähigkeit zur homöostatischen Selbstregulation zu komplex. Die Zahl, die Art und die Richtung von Außeneinflüssen zufälliger Art oder eines übergeordneten Systems sind außerdem zu wenig vorhersagbar. Das gilt insbesondere für menschliches Verhalten in seiner zugleich somatischen, psychischen und sozialen Determiniertheit. Fazit könnte sein, sich eher der Chaos-Theorie zuzuwenden und herkömmliche Versuche der Theoriebildung aufzugeben. Auch wenn für die Einzelfallvorhersage eher die Gültigkeit der Chaos-Theorie als die irgendeines herkömmlichen Modells in Betracht gezogen werden muss, können wir – geht es um die kurzfristige Beeinflussbarkeit eines Systems – selbst im Bereich psychischer und psychosomatischer Störungen Modelle entwickeln, die uns helfen, therapeutische Interventionen zu initiieren, die grob vorhersagbare Wirkung auf den Menschen und seiner somatischen, psychischen und sozialen Reaktionen haben.

Demnach stellt zumindest der therapeutische Rahmen einen Mikrokosmos überschaubarer Komplexität bzw. ausreichender Simplizität dar, für den kausale und/oder teleologische Modellbildungen sinnvoll erscheinen. Dies mag auch der Grund sein, warum manche Kurzzeittherapeuten sich von vornherein auf den sicheren Boden der Entwicklung von Therapietheorien beschränken (de Shazer, 1988), anstatt sich auf Störungstheorien einzulassen. In der Tat ist eine Störungstheorie, die nicht zu einer Therapietheorie wird oder führt, ohne klinische Bedeutung.

Wenn nach diesen zahlreichen und wichtigen Begrenzungen trotzdem versucht wird, ein allgemeines Modell psychischer Störungen zu formulieren, so muss belegt werden, dass es obigen Argumenten insoweit Rechnung trägt, als Störungs- und Fallspezifität sowie die Systembezogenheit punktuell fehlender Vorhersagbarkeit einbezogen werden.

Sulz hat 1994 ein allgemeines Modell zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer und psychosomatischer Störungen formuliert. Zwischenzeitlich hat Grawe ein nicht unähnliches, aber sehr elaboriertes allgemeines Modell entwickelt (Grawe, 1998).

Kurzskizzierung des Modells

Menschen entwickeln als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen ihrer angeborenen Ausstattung und der vorgegebenen sozialen Umwelt ein individuelles Repertoire von Strategien zur Bewältigung schwieriger Situationen (Sulz, 1994). Dieses Repertoire ist das Ergebnis der Unterdrückung einiger (Hypotrophie bis Atrophie) und der Betonung anderer (Hypertrophie) Verhaltensmuster. Die Anwendung dieses Repertoires wird gesteuert durch implizite Überlebensregeln mit Hilfe von Emotionen als verhaltenssteuernden Signalen. Diese Verhaltensmuster können im Erwachsenenalter beibehalten werden, solange sie den Alltag ausreichend zu bewältigen helfen. Ein Teil dieser Verhaltensmuster wird jedoch zu dysfunktionalen Stereotypen. Je größer ihr Prozentsatz, und umso rigider an ihnen festgehalten wird, umso wahrscheinlicher wird eine außergewöhnliche, schwierige Lebenssituation zum Versagen des verfügbaren Bewältigungsrepertoires führen. Wenn neue oder bisher unterdrückte Verhaltensweisen nicht zur Anwendung kommen können, wird das situative Problem

unlösbar, es kommt zur Symptombildung. Das Symptom ist nicht nur ein Zeichen eines beschädigten biosozialen Systems, sondern es ist eine zielgerichtete Reaktion im Sinne einer Notfallmaßnahme mit dem Ziel der System- oder Selbsterhaltung. Es verhindert bedrohlich erscheinende Veränderungen in inneren oder äußeren Situationen, des Selbst- oder Weltbildes, der Beziehungen und Perspektiven (Abbildung 3).

Das Modell

Gemäß Banduras sozialer Lerntheorie (1979) ist Verhalten das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt.

Die Person begibt sich interaktiv in eine äußere Lebenssituation (Umwelt), entwickelt eine Reaktion zur Meisterung dieser Situation. Der Erfolg oder Misserfolg dieser Reaktion zeigt sich in deren Konsequenz von Seiten der Umwelt und entscheidet über die Aufrechterhaltung der betreffenden Reaktionsweise. Dies legt die Gruppierung der Bestimmungsfaktoren menschlicher Verhaltensweisen analog dem traditionellen funktionalen Modell der Verhaltenstherapie (SORKCC) nahe:

- a) Person (angeborene Ausstattung Disposition, lerngeschichtlich erworbene Verhaltensmuster, dysfunktionale Verhaltensstereotypen, Selbst- und Weltbild, Überlebensregel, inhärenter Teufelskreis/Dilemma/Konflikt)
- b) Lebenssituation (gegenwärtige Lebens- und Beziehungsgestaltung, auslösender Aspekt der Lebenssituation)
- c) Reaktionen der Person auf die Anforderungen der Lebenssituation (primäre emotionale, kognitive und Handlungstendenzen, Antizipation der Folgen, gegensteuernde Emotionen, Vermeidung, Symptom, Krankheitsbewältigungsverhalten)
- d) Konsequenzen der Reaktionen als diese aufrechterhaltende Bedingungen (Bewahren bisher positiver Vermeidung aversiver neuer Ereignisse und Lebensbedingungen, Bestätigung des Selbst- und Weltbildes).

Zu a) Person:

Ein nicht bestimmbarer Anteil menschlicher Verhaltensweisen ist genetisch bedingt, ein weiterer wird bis zur Geburt festgelegt. Diese angeborene Konstitution wurde vom frühen Behaviorismus als relevante Determinante menschlicher Verhaltensweisen negiert, zumindest als unbedeutend erachtet. Obgleich die Gefahr besteht, jegliche nicht durch die Sozialisation erklärbare Verhaltensweisen der Vererbung zuzuschreiben, und obwohl zahlreiche konkurrierende Erklärungsansätze bestehen, die versuchen, sowohl Unterschiede zwischen Geschwistern als auch deren Gemeinsamkeiten zu erklären, können wir davon ausgehen, dass bereits kurz nach der Geburt angeborene differentialpsychologisch bedeutsame verhaltenssteuernde Signale auf die Bezugspersonen so verschiedenartig einwirken, dass die Art elterlicher Zuwendung bereits eine Antwort auf die individuelle angeborene Eigenart des Säuglings ist. Aus dieser Wechselwirkung, diesem gegenseitigen Aufeinandereinwirken resultieren sowohl beim Kind als auch bei den Eltern bevorzugte Interaktionsmuster, die beim Kind später auf andere Menschen generalisiert werden. Ein zunächst angeborenes reflexhaftes Verhaltensrepertoire wird durch operante Konditionierungsprozesse und durch Modelllernen überformt. Ungünstige oder traumatische Lernbedingungen im familiären Kontext führen dazu, dass sich das aktive Verhaltensrepertoire einschränkt. Je traumatischer die Bedingungen, umso geringer wird das Verhaltensrepertoire und umso rigider wird an den zum psychisch-emotionalen „Überleben“ eingesetzten Verhaltenstendenzen festgehalten. Sie werden später zu dysfunktionalen Verhaltensstereotypen. Dysfunktional, da sie der Komplexität verschiedenartiger differenzierter Anforderungen zwischenmenschlicher Situationen im Erwachsenenalter nicht mehr gerecht werden. Es wird nicht ausreichend auf die Besonderheit der Einzelsituation eingegangen, statt situationsspezifisch wird personentypisch gehandelt.

Diese Verhaltensstereotypen lassen sich unter kognitivem Aspekt auf „Überlebensregeln“ entsprechend den Grundannahmen Becks (Wright & Beck, 1986) und Grawes Oberplänen (Caspar & Grawe, 1982) zurückführen. Z. B. kann die Überlebensregel „Ich muss immer maximale Leistung erbringen, sonst werde ich von niemandem akzeptiert“ die Quintessenz kindlicher Erfahrungen im Umgang mit den Eltern gewesen sein. Diese Erfahrungen verdichten sich zu einem Bild der Welt (zunächst die Familie) und des Selbst sowie einer impliziten Theorie des Funktionierens der Welt entsprechend den personal constructs George Kellys (1955) und den Grundannahmen Becks. Je unsicherer die Orientierung in der Kindheit war, umso angestrengter

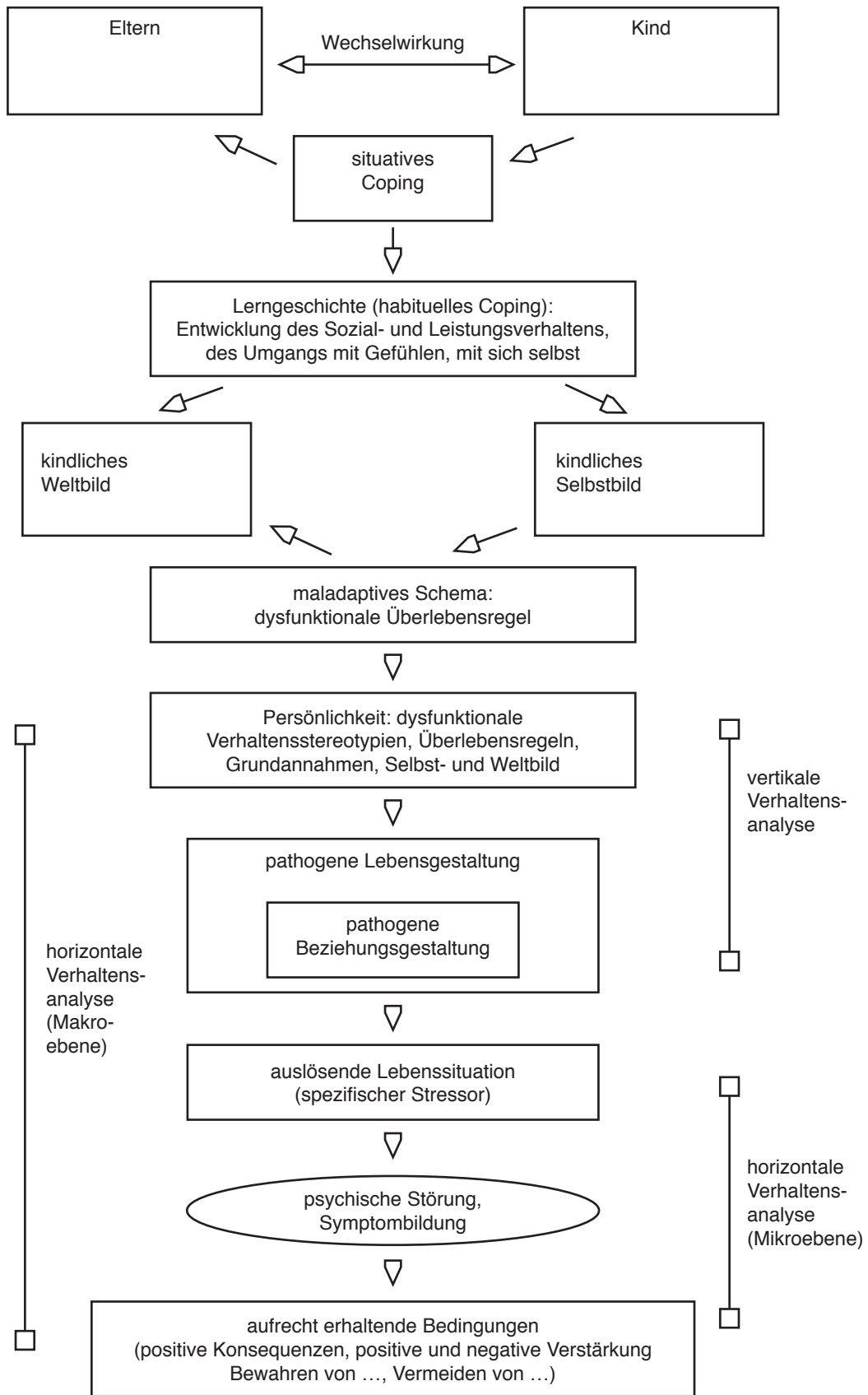


Abbildung 3: Historische Perspektive der Entstehung psychischer Störungen

werden Erfahrungen im Erwachsenenalter genutzt, um das zum kindlichen „Überleben“ verwandte Welt- und Selbstbild zu bestätigen. Manchen Menschen war es unmöglich, ein stabiles Welt- und Selbstbild zu konstruieren (z. B. Borderline-Patienten). Sie ringen ständig um eine stabile Identität in einer stabilen Umwelt. Auch wenn die Überlebensregeln extrem und rigide sind, gelingt es manchen Menschen, bis ins hohe Alter ihnen gemäß zu handeln. Trotzdem stellen dysfunktionale Überlebensregeln eine Sollbruchstelle dar, da irgendwann im Leben eine schwierige Situation auftritt, die ein Handeln entgegen diesen Überlebensregeln als Bewältigungsstrategie verlangt. Handelt es sich um eine subjektiv existentiell wichtige Situation, so kann sich ein unlösbares Problem ergeben: Die existentielle Problemsituation ist nur lösbar durch einen Verstoß gegen die Überlebensregel. Damit ist aber ein „Überleben“ subjektiv fraglich, und es entsteht eine extreme Bedrohung, eventuell eine Alarmierung mit akuten Stressreaktionen. Jeder Mensch kommt in solche Situationen. Für viele ist es der Anlass, gezwungenermaßen alte Grundhaltungen und dysfunktionale Verhaltensstereotypen aufzugeben, neue Erfahrungen zu machen und sein Verhaltensrepertoire um ein oder mehrere Bewältigungsstrategien zu erweitern. Wer jedoch seine Überlebensregeln nicht überwinden kann, entwickelt psychische oder psychosomatische Symptome.

Ein weiterer Weg ist der Rückzug und die Kapitulation, mit einem eventuellen späteren erneuten Vorstoß, das zentrale Anliegen in der Problemsituation zur Geltung zu bringen. So entsteht ein inhärenter Teufelskreis, ein unlösbares Dilemma, z. B. beim depressiven Menschen:

- Wunsch nach Anerkennung und Zuwendung
- Pflichterfüllung, um dies zu erhalten
- bei Ausbleiben der Anerkennung Attribution als unzureichende Pflichterfüllung
- Vergrößerung des Defizits an Anerkennung und Zuwendung
- vermehrte Pflichterfüllung etc.

Das Dilemma mancher Depressiver besteht darin, dass das Selbstwertdefizit so groß ist und nur durch ein Verhalten entgegen den Überlebensregeln behoben werden könnte. Durch diesen Verstoß würde aber subjektiv endgültig die Chance auf Anerkennung und Zuwendung verspielt. Lange Zeit bleibt die Symptomentwicklung aus, weil mit viel Verzicht doch wieder auf ein Verhalten gemäß den Überlebensregeln zurückgegriffen wird: die Pflichterfüllung. Erst wenn dieser Verzicht nicht mehr möglich ist, muss das Symptom gebildet werden. Das Symptom ist dann die letzte verfügbare Notfallmaßnahme, um ein Verhalten entgegen den Überlebensregeln zu verhindern.

Zu b) Lebenssituation:

Die Lebenssituation eines Menschen ist zwar durch viele Aspekte gekennzeichnet, auf die er keinen oder nur wenig Einfluss hat, z. B. die politische Situation im Staat und die wirtschaftlichen Bedingungen der Gesellschaft. Selten werden diese per se zum Verursacher psychischer Störungen. Neben diesen vorgefundenen Aspekten finden wir in der Regel einen großen selbst gestalteten Lebensbereich oder konstruierten Lebensraum. Diese Lebensgestaltung zeigt einerseits die Fähigkeiten und Ressourcen eines Menschen, andererseits seine Grenzen und – in unserem Zusammenhang wichtiger – Konstruktionsfehler und Sollbruchstellen, die durch seine Selektionen und Entscheidungen bezüglich Bezugspersonen, Beziehungen, Beruf, Tätigkeitsfeldern und Aktivitäten etc. bestimmt werden.

Der Begriff Sollbruchstelle weist darauf hin, dass der konstruierte Aspekt der Lebensgestaltung sowohl kausal zu interpretierende Anteile enthält als auch teleologisch zu interpretierende Anteile, die zu einem Zweck konstruiert sind, der in engem Zusammenhang mit der psychischen Störung steht. Dementsprechend ist auch der symptomauslösende Aspekt der Lebenssituation oder das symptomauslösende Lebensereignis teils vorgefunden, teils nicht intendiert hergestellt (Konstruktionsfehler), teils intendiert arrangiert (Sollbruchstelle).

Die Beziehung zwischen Person und Lebensgestaltung ist partiell wie zwischen Handwerker und Werkstück, wobei der Handwerker je nach den Rahmenbedingungen seines Schaffens auch nur begrenzt Einfluss auf die Güte seiner Werkzeuge und des Materials seines Werkstücks hat. Ebenso kann sein körperlicher Gesundheitszustand das Ergebnis beeinflussen sowie äußere Vorgaben eines Auftraggebers. Es wäre also falsch, bei allen Patienten von einer selbst konstruierten Sackgasse zu sprechen, in der sie dann zwangsläufig Symptome bilden müssen. Für Therapie und Prognose ist diese Unterscheidung sehr wichtig.

Der zweite Fehlertyp ist der gute Antragschreiber, der zugleich ein schlechter Therapeut ist bzw. ein Therapeut, der entgegen seinem Antrag eine im Grunde genommen nicht zu befürwortende Therapie durchführt, für die eigentlich keine Leistungspflicht der Krankenkasse besteht. Dieser Fehler ist verfahrensimmanent und nicht zu beheben. Es bleibt der Trost, dass von einer sorgfältigen Verhaltensdiagnostik und Therapieplanung, zu der man durch das Gutachterverfahren gezwungen ist, so manche Therapie und damit so mancher Patient profitiert. Wenn dieses Verfahren auch nicht in jedem Fall eine richtige Indikationsstellung und eine qualifizierte Durchführung der beantragten Therapie gewährleisten kann, so trägt es doch insgesamt zur Erhaltung eines guten Standards der Verhaltenstherapie bei.

Eine zusätzliche Hilfe kann die Checkliste für den Therapeuten sein, die dieser kurz vor Abgabe seines Antrags an die Krankenkasse noch einmal durchgeht (Tabelle 2). Auf diese Weise erspart er sich oft die zeitraubende Rückfrage des Gutachters, der ohne entsprechende weitergehende Information den Fall nicht würdigen kann.

Tabelle 3 Checkliste

Bevor Sie Ihren nächsten Antrag abschicken, empfehle ich Ihnen, zu prüfen, ob Sie die jeweils fallspezifisch erforderliche Angabe gemacht haben (zusätzlich oder parallel zum Merkblatt der KV)

1. Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik

- ein Beschwerdebild geschildert, das diejenigen Symptome enthält, die die ICD-10-Diagnose in Punkt 6 nachvollziehbar machen
- den möglichst genauen Zeitpunkt des Beginns der Erkrankung angegeben
- das Ereignis, das dem Krankheitsbeginn vorausging und das am wahrscheinlichsten das Symptom ausgelöst hat (meist im Zeitraum von Wochen bis etwa 6–12 Monaten) kurz genannt

2. Lebensgeschichtliche Entwicklung des Patienten und Krankheitsanamnese

- die Eltern (incl. deren Beziehung zueinander) und die Familie als prägende Bedingungen der kindlichen Lerngeschichte beschrieben, d. h. etwa deren frustrierendes bzw. traumatisierendes Verhalten ebenso wie die von ihnen vermittelten Ressourcen sowie die Beziehung zu den Eltern
- die Entwicklung des Sozialverhaltens beschrieben
- die Entwicklung des Umgangs mit Gefühlen beschrieben
- die Entwicklung des Leistungsverhaltens beschrieben
- belastende Lebensereignisse im Vorschul- und Schulalter genannt (z. B. Kinderkrippe im ersten Lebensjahr, Scheidung der Eltern, schwere Erkrankung oder Tod eines Elternteils, sehr lange Klinikaufenthalte im Kleinkindalter etc.)
- die körperliche Entwicklung beschrieben und wichtige körperliche Erkrankungen in Kindheit und Erwachsenenalter genannt
- die sexuelle Entwicklung kurz beschrieben
- den schulischen und beruflichen Werdegang knapp skizziert
- die berufliche Situation beschrieben
- die vergangenen und heutigen wichtigen Beziehungen des Erwachsenenalters beschrieben (auch vergangene Lebensgemeinschaften und Ehen)
- den/die heutige/n Ehepartner/in und die Ehesituation beschrieben
- bisherige psychische und psychosomatische Erkrankungen erwähnt (Zeitpunkt, Dauer, Behandlungen, Umfang und Ende sowie Ergebnis der Behandlungen)
- die Lebenssituation (der letzten 2 Jahre vor Beginn der Erkrankung) skizziert
- das vermutlich symptomauslösende Lebensereignis beschrieben

3. Psychischer Befund zum Zeitpunkt der Antragstellung

- den Menschen in seinem charakteristischen Interaktionsverhalten in der therapeutischen Beziehung beschrieben
- die wichtigsten persönlichen Merkmale, Erlebens- und Handlungstendenzen im interpersonellen und Leistungsbereich beschrieben
- dysfunktionale Persönlichkeitszüge genannt (z. B. selbstunsicher, dependent, zwanghaft, histrionisch, schizoid)
- seine Symptome, soweit sie aus Befunderhebung und Exploration hervorgingen, genannt
- das Syndrom bezeichnet, dem die Hauptsymptome zugeordnet werden können (Angst-, depressives, Zwangs-, bulimisches, anorektisches Syndrom, Alkoholabhängigkeit)

4. Somatischer Befund (Verweis auf den Konsiliarbericht)

5. Verhaltens- und Bedingungsanalyse

- a) Die Verhaltensanalyse auf Mikroebene durchgeführt und beschrieben
- insbesondere die typische Situation beschrieben, in der das zu verändernde Verhalten auftritt
- das Verhalten in den 4 Verhaltensmodi emotional, kognitiv, körperlich und beobachtbares Verhalten in dieser Situation beschrieben

- () b) eine Zusammenfassung der Verhaltensauffälligkeiten gegeben in der Unterteilung Verhaltensdefizite (was über viele Situationen hinweg zu selten vorkommt), Verhaltensexzesse (was zu häufig vorkommt) und qualitativ neues Verhalten (meist das Symptom, z. B. Kopfschmerz, Wiederholungszwang)
- () c) die Verhaltensanalyse auf Makroebene durchgeführt und beschrieben (d. h. erklärt, warum es bei genau dieser Person zu genau diesem Zeitpunkt zu genau dieser Symptombildung kam und warum das Symptom aufrechterhalten wird)
- () insbesondere die Situation beschrieben, in der das Symptom auftrat, z. B. pathogene Lebensgestaltung, pathogene Beziehungsgestaltung, symptomauslösendes Lebensereignis
- () die in der Person liegenden Bedingungen der Krankheitsentstehung diskutiert, soweit sie durch das in Punkt 2 genannte anamnestische Material belegt sind (Disposition, Lerngeschichte, Vulnerabilität, Persönlichkeit, motivationale und emotionale Defizite und Barrieren, Konflikte)
- () die Symptombildung erklärend dargestellt (inwiefern war das Symptom Problemlösung?)
- () die Auswirkungen des Symptoms auf die wichtigen Lebensbereiche und Beziehungen diskutiert (was wird durch das Symptom vermieden, was wird durch das Symptom bewahrt?)
- () d) eine Funktionsanalyse durchgeführt, d. h. die Funktion des Symptoms einzuschätzen versucht (wozu wurde das Symptom gebildet, welches nichtbewusste Ziel verfolgt das Symptom?)
- () einen zusammenfassenden Satz formuliert, aus dem hervorgeht, um was es bei dem Patienten eigentlich geht (Gesamtstörung)

6. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung

- () die ICD-10-Diagnose mit Zahlencode und Text angegeben und nochmals geprüft, ob die diese Diagnose definierenden Symptome auch in ausreichender Anzahl beim Patienten vorkommen und in Punkt 1 und 3 aufgezählt sind

7. Therapieziele und Prognose

- () ein Gesamtziel formuliert, das aus dem Störungsverständnis (Punkt 5) hervorgeht (wohin möchte ich den Patienten bringen?)
- () Teilziele formuliert, die sich auf konkretes Verhalten in konkreten Situationen und Beziehungen beziehen angegeben [...], wie weit in die jeweilige Zielrichtung gegangen werden soll (z. B. noch leicht ängstlich in Auseinandersetzungen mit dem Vorgesetzten, aber im Gespräch sein Anliegen durchsetzen)
- () die Prognose eingeschätzt unter Angabe der prognostisch günstigen und ungünstigen Faktoren

8. Behandlungsplan

- () eine Gesamtstrategie formuliert (was will ich unternehmen, um den Patienten wohin zu bringen?)
- () die geplanten Interventionen genannt und beschrieben (was ich genau bei diesem Patienten wie in welchen Situationen und welchen Personen gegenüber mit welcher Intervention verändern will)
- () das Setting beschrieben und begründet (Einzel- und/oder Gruppentherapie, Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen wie Partner und die Familie, wöchentliche oder vierzehntägliche Sitzungen)

9. Begründung einer Umwandlung von Kurzzeittherapie in Langzeittherapie

- () die Umwandlung in eine Langzeittherapie begründet
- () die bisher verfolgten Ziele und die hierfür angewandten Interventionen beschrieben
- () den Verlauf und das Zwischenergebnis der bisherigen Therapie beschrieben
- () die künftigen Ziele, die hierfür geplanten Interventionen kurz beschrieben, soweit dies nicht bereits aus Punkt 8 hervorgeht

Ausgehend von obigen Kriterien wurden zwei empirische Studien durchgeführt:

In der ersten Studie von Sulz et al. (2003) beurteilten 29 Gutachter fünf unausgewählte Verhaltenstherapie-Erstanträge. Zuerst schätzten sie jeden Antrag anhand von 9 Qualitätskriterien ein. Dann entschieden sie bezüglich uneingeschränkter oder eingeschränkter Befürwortung oder Nichtbefürwortung des Antrags. Es ergab sich eine Übereinstimmung von 97% bezüglich Befürwortung – Nichtbefürwortung. Die beiden gut geeigneten Fälle wurden mit 92% Übereinstimmung ungekürzt befürwortet. Lediglich bei den mit Mängeln behafteten geeigneten Fällen war die Übereinstimmung der Gutachter nicht so gut. 65% der Beurteilungen führten bei ihnen zu ungekürzter Befürwortung, 20% zu Nachfragen und 15% zu Kürzungen. Aufgrund der Qualität eines Antrags ergibt sich, dass bei neun erfüllten Kriterien mit einer ungekürzten Befürwortung, bei acht erfüllten Kriterien mit Nachfragen und bei sieben oder sechs erfüllten Kriterien mit Kürzungen gerechnet werden muss. Weniger als sechs erfüllte Kriterien können zur Nichtbefürwortung führen. Die inhaltlichen Ausführungen der Rückmeldungen an die Antragsteller sind differenziert und vielfältig. Das kritische Feedback der Gutachter trotz ungekürzter Befürwortung ist ein in der bisherigen Diskussion nicht berücksichtigter Bestandteil des Gutachtens. Er ging nicht in Statistiken ein, obgleich er als steuerndes Instrument ebenfalls berücksichtigt werden muss.

In Weiterführung der Studie von Sulz et al. (2003a) wurde das Urteilsverhalten von Gutachtern für Kinder- und Jugendlichen-Verhaltenstherapie untersucht. Die Fragestellung war, ob Gutachter auch bei problematischen Fällen noch ausreichend konsistent urteilen. Sieben Gutachtern wurden je sieben Fälle zur Begutachtung vorgelegt, zwei mit geringen, drei mit mittleren und zwei mit großen Mängeln. Die Einschätzungen der Berichte erfolgten anhand einer Liste mit zehn Qualitätskriterien. Die Zahl erfüllter Kriterien korrelierte hoch mit der Befürwortung eines Antrags. Die Rate grober Fehlbeurteilungen wie Befürwortung eines Falles mit großen Mängeln oder umgekehrt betrug 4%. Allerdings gab es verschiedene Stile des Urteilsverhaltens. Es gab strenge Gutachter, die nur einen Fall befürworteten und milde Gutachter, die nur einen Fall nicht befürworteten. Und es gab Gutachter, die ihre Beurteilung aufschoben, bis eine Nachbesserung der rückgemeldeten Mängel eintraf, so dass der Weg zum Obergutachter nicht notwendig wurde. Insgesamt zeigte sich, dass die Gutachter auch bei problematischen Fällen zuverlässig urteilen. Allerdings könnte die Streuung der Beurteilungen durch jährliche Schulungen reduziert werden.

Literatur

Rüger, U., Dahm, A., Dieckmann, M., & Neher, M. (Hrsg.) (2014). Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. Amsterdam: Elsevier, Urban&Fischer Verlag.

Für alle Fragen, die sich auf die näheren Umstände des Antragsverfahrens beziehen, sei auf dieses Buch verwiesen. Alle formalen und definitorischen Aspekte sind darin ausführlich und präzise dargestellt. Mit Formularmustern, Text der Psychotherapie-Richtlinien, der Psychotherapie-Vereinbarungen, des Psychotherapeutengesetzes, der Beihilfavorschriften und des EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab für berechenbare Ziffern in der Psychotherapie).

VDS1***Fragebogen zur Lebens- und Krankheitsgeschichte für Patienten****Serge K. D. Sulz**

Sie haben sich zu einer Psychotherapie entschlossen. Dies ist ein umfangreiches Vorhaben, das gründlicher Vorbereitung und Diagnostik bedarf. Bei manchen körperlichen Krankheiten sind stundenlange Untersuchungen mit technischen Apparaten erforderlich, bevor die beste Therapie gefunden werden kann. Im psychischen Bereich sind dagegen Ihre eigenen Aussagen die wichtige Quelle für die Diagnose und Therapieplanung. Ihre aktive Mitarbeit ist also schon ganz von Anfang an erforderlich. Zum einen kann ich als Therapeut umso besser das richtige therapeutische Vorgehen planen, wenn ich auch etwas über Ihre private und berufliche Lebenssituation, Ihre Lebensgeschichte, Ihre früheren und jetzigen zwischenmenschlichen Beziehungen, Ihre berufliche Situation, Ihre Ziele und Erwartungen an Ihr Leben, Ihre erfüllten und unerfüllten Wünsche, eventuelle Schicksalsschläge und Belastungen weiß. Sie werden bemerken, dass einige Lebensbereiche wiederholt erfragt werden – allerdings in einem jeweils anderen Zusammenhang. Bitte machen Sie sich die Mühe, auf diese Wiederholungen einzugehen.

Noch eine kurze Anmerkung: Im Text wird oft gefragt, wie es vor der Erkrankung war. Häufig wird dafür das Wort prä-morbid verwendet (Morbus ist der lateinische Ausdruck für Krankheit und prä meint vor). Wichtig ist ja bei diesen Fragen nicht, wie es seit Beginn der Erkrankung und durch die Erkrankung geworden ist, sondern wie es vorher war, bevor die Krankheit so vieles verändert hat. Diese Frage ist sinnvoll, wenn die Erkrankung in Ihrer gegenwärtigen Lebensperiode begonnen hat. Wenn sie also z. B. vor einem oder z. B. vor drei Jahren begann. Falls die Erkrankung aber schon vor z. B. 10 Jahren begann, dann sind für uns doch die gegenwärtigen Umstände wichtiger als die damaligen. Wenn die Erkrankung kurz nach der Pubertät begann und Sie heute 30 Jahre alt sind und verheiratet, benötigen wir eher die Angaben von heute. Trotzdem gibt es auch Fragen, die genau herausfinden wollen, was kurz vor Beginn der Erkrankung war, um mögliche Auslöser der Krankheit zu identifizieren.

*Der VDS1-Anamnesefragebogen ist der in Deutschland am weitesten verbreitete Fragebogen zur Lebens- und Krankheitsgeschichte. Er war Gegenstand von mehreren empirischen Studien (Gräff-Rudolph 1998, Sulz et al., 1998, Sulz & Tins, 2000, Hebing, 2011, Sulz et al., 2011a,b, Schönwald, 2015)

Bevor Sie sich in die Geschichte Ihres Lebens vertiefen, sollten wir kurz auf die Beschwerden eingehen, die Sie hierher zur Behandlung geführt haben. Später werden nämlich immer wieder Fragen gestellt zu diesen Beschwerden. Vor allem ist wichtig, wann diese Beschwerden angefangen haben oder zur Krankheit wurden. Denn in dieser Zeit vor Krankheitsbeginn muss sich ja das abgespielt haben, was erheblich zur Erkrankung beigetragen hat. Manchmal finden Sie Fragen mit dem Fremdwort „prä-morbid“, d. h. „bevor meine Krankheit anfang“.

3.2.1 Erläuterungen zu den Anamnesefragen

zu 1.1 (Wie fühlten Sie sich ...)

Es lohnt sich, zu Beginn einer Sitzung den Patienten zu fragen, wie er die letzte Sitzung erlebt hat. Oft kamen ihm wichtige gefühlsmäßige Reaktionen erst auf der Heimfahrt, am Abend oder am nächsten Tag zu Bewusstsein. U. a. kann dann auch direkt nach den Gefühlen dem Therapeuten gegenüber gefragt werden. Zusammen mit den Wahrnehmungen und emotionalen Haltungen des Therapeuten während des Gesprächs geben diese Berichte Aufschluss über die für den Patienten spezifische Art des individuellen Beziehungsangebots als einer von dessen bevorzugten Arten, schwierige und wichtige persönliche Kontakte zu gestalten.

zu 1.2 (Welche Beschwerden ...)

Oft hat die freie Beschwerdeschilderung des Patienten schon im Erstgespräch stattgefunden, wobei ihm genügend Zeit gelassen wurde, diese auf seine Weise, mit seiner Gewichtung, seinen Beziehungssetzungen darzulegen. Der Therapeut darf an diese 30 Minuten nicht den Anspruch haben, objektiv oder gar repräsentative Informationen für den psychopathologischen oder psychosomatischen Befund zu sammeln. Dies ist nicht das erste Ziel der Beschwerdeschilderung. Vielmehr geht es um das subjektive Leiden des Patienten oder viel weniger um denjenigen Teil des subjektiven Leidens, den der Patient dem potentiellen Helfer mitteilen kann oder will, um die Art von Hilfe zu bekommen, die für ihn am vordringlichsten oder sozial akzeptabelsten erscheint. Je weniger strukturierende Fragen der Interviewer stellt, umso mehr kann der Patient sich in seiner spezifischen Individualität zeigen. Erst nach dem Versiegen dieser Selbstdarstellung bestimmen die hypothesengeleiteten Fragen des Interviewers das Gespräch, um doch das volle klinische Bild des psychopathologischen/psychosomatischen Syndroms in seinen Aufzeichnungen abbilden zu können. Für spätere Rückblenden ist es hilfreich zu kennzeichnen, welche Informationen aus der freien Beschwerdeschilderung und welche aus dem gezielten Nachfragen hervorgingen. Das gezielte Nachfragen (hier nur bezüglich eventueller Suizidalität wiedergegeben) kann an dieser Stelle zur vollständigen psychiatrischen Befunderhebung werden, wobei m.E. an dieser Stelle der Befund lediglich zu einer reliablen Syndrom-Diagnose führen muss. Erst nach dem Abschluss der Anamnese mit Erarbeitung der Entstehungsbedingungen und dem Krankheitsverlauf ist eine eventuell erforderliche Komplettierung des Befundes mit dem Ziel der endgültigen Festlegung der Diagnose nach DSM-IV oder ICD-10 sinnvoll (siehe Punkt 3 und 5 dieses Anamneseschemas).

zu 1.3 (Wann begannen Ihre Hauptbeschwerden ...)

Das Erarbeiten einer ersten Hypothese über den Zeitpunkt des Beginns der zur Kontaktaufnahme mit dem Therapeuten führenden Erkrankung sollte möglichst früh erfolgen, um sich einerseits unnötig ausladendes Erfragen problemfreier Lebensabschnitte oder -bereiche zu ersparen, andererseits hellhörig genug zu werden, wenn kritische Bereiche oder Zeitabschnitte Thema werden.

zu 1.4 (Was war ausschlaggebend ...)

Die Motivation, es nicht beim Abwarten oder bei Selbsthilfeversuchen zu lassen, sondern gerade jetzt professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist anamnestisch bedeutsam, da entweder das Symptom seine intendierte Funktion nicht mehr erfüllen kann, z. B. Stabilisieren der Ehe/Familie. Oder es ist gerade eine zusätzliche Belastung oder Symptomeskalation eingetreten. Manchmal drohen auch sekundäre soziale oder materielle Folgen der Erkrankung (Arbeitslosigkeit, Notwendigkeit einer Kreditaufnahme etc.).

zu 1.5 (Hat jemand den Anstoß gegeben ...)

Abgesehen davon, dass es für einen Therapeuten wichtig ist, wer ihm Patienten schickt, ist aufschlussreich, ob die Angehörigen bereits durch die Erkrankung überstrapaziert waren und auf eine Behandlung drängten oder ob der Hausarzt in dieser Situation war.

1. Angaben zu den Beschwerden**1.1: Wie fühlten** Sie sich mir gegenüber während unseres ersten Gesprächs?

.....

1.2: Welche Beschwerden führten Sie zu mir? Nennen Sie alles (in ganzen Sätzen), worunter Sie leiden, so wie es Ihnen jetzt gerade einfällt, so vollständig wie möglich:

.....

.....

Welches sind die 3 Hauptbeschwerden unter den oben genannten?

1. 2. 3.

Haben Sie manchmal den Gedanken, sich das Leben nehmen zu wollen? JA/NEIN

Wenn ja, haben Sie bereits versucht, es zu tun? JA/NEIN

Wenn ja, auf welche Weise?

Wann? Wie war die Situation genau?

Wie stehen Sie heute dazu?

1.3: Wann begannen Ihre Hauptbeschwerden (Monat u. Jahr)?

Traten jemals vorher diese Beschwerden (vielleicht geringer ausgeprägt) auf? JA/NEIN

Wann ja, wann genau (Jahr, Lebenssituation)?

Wann zum allerersten Mal (Jahr, Lebenssituation)?

Vielleicht in der Jugend oder Kindheit auch schon mal?

BEWERTEN SIE JETZT DEN ZEITPUNKT DES BEGINNS DER ERKRANKUNG. VERSTÄNDIGEN SIE SICH MIT DEM THERAPEUTEN, DASS DIESER ZEITPUNKT FÜR SPÄTERE FRAGEN DER TRENNUNGSSTRICH ZWISCHEN „vor Beginn der Erkrankung“ UND „seitdem Sie krank sind“ IST:

Zeitpunkt des Beginns der Erkrankung:!!!

Hatte sich vor dem Beginn dieser Beschwerden in Ihrem Leben etwas Bemerkenswertes geändert (im guten wie im schlechten Sinne)?

.....

Oder gab es vor Beginn der Hauptbeschwerden eine anhaltende Belastung in Ihrem Leben?

.....

1.4: Was war ausschlaggebend, dass Sie jetzt den Entschluss zu einer Psychotherapie gefasst haben?

.....

1.5: Hat jemand den entscheidenden Anstoß gegeben für den Schritt zum Beginn einer Psychotherapie?

Wenn ja, wer?

.....

zu 2 (Lebensgeschichte und Situation)

Die Lebensgeschichte beginnt sinnvollerweise bei den beiden Personen, die auf die kindlichen Lernprozesse den größten Einfluss hatten. Lange Zeit war es in der Verhaltenstherapie verpönt, die Kindheit mit in die Bedingungsanalyse einzubeziehen. Auch heute noch kann argumentiert werden, dass alles Wichtige sich im Erwachsenenalter wiederholt zeigt und auf biographische Informationen verzichtet werden kann. Das mag sein, bestätigen lässt es sich jedoch erst nach Erhebung der biographischen Anamnese.

zu 2.1 (Ihr Vater)

Der berufliche Status des Vaters zeigt, ob der Patient diesbezüglich Auf- oder Absteiger ist oder in die Fußstapfen des Vaters trat. Bei der Nennung der fünf wichtigsten Eigenschaften des Vaters ist auf die Reihenfolge zu achten, da die ersten beiden Nennungen wesentlich mehr über das Vaterbild des Patienten aussagen als die später genannten. Manche Patienten nennen keine positiven, andere keine negativen Eigenschaften, wodurch eine verzerrte Wahrnehmung im Sinne eines Schwarzfärbens oder einer Idealisierung deutlich werden. Beides kann Hinweis auf eine konflikthafte Beziehung sein.

Das Erfragen von Beispielsituationen hilft, das Ausmaß der Wahrnehmungsverzerrungen einzuschätzen. Das Erfragen des Beziehungsaspekts sollte im persönlichen Gespräch erfolgen und nicht per Fragebogen. Wir können davon ausgehen, dass diese Beziehungsmuster sich in späteren Beziehungen des Erwachsenenalters wiederfinden, entweder dass der Patient wie sein Vater reagiert oder einen Partner gefunden hat, der in der Beziehung eine ähnliche Rolle einnimmt wie der Vater des Patienten. Dies zeigt, dass soziales Verhalten zumindest bei unseren Patienten sich nicht selten auf wenige Interaktions- und Beziehungsmuster beschränken und vielleicht gerade diese Beschränktheit mit zur Disposition zur vorliegenden Erkrankung beitrug. In freien Schilderungen der Lebensgeschichte wird von einigen Patienten der Vater einfach übergangen. Nachfragen kann dann zeigen, dass dieser schwere gesundheitliche, psychische oder soziale/materielle Probleme hat, die den Patienten stark belasten. Die heutige prämorbid Beziehung zum Vater, d. h. die Beziehungsgestaltung in den letzten beiden Jahren vor Ausbruch der jetzigen Erkrankung, ist auch bei Patienten über 30 Jahren bzw. bei verheirateten Patienten wichtig. Bei einem nicht kleinen Prozentsatz finden wir noch deutliches Verstricktsein in eine konflikthafte Beziehung – eine mangelnde Ablösung erkennen lassend. Die Frage zum Grad der prämorbid Belastung/Stützung mit einer Skalierung von 1–3 führt zur abschließenden gefühlsmäßigen Einschätzung des Patienten. In dem Auswertungsblatt am Ende des Anamneseschemas kann neben der Einschätzung des Patienten auch diejenige des Interviewers angekreuzt werden, so dass eine objektive Information vorliegt. Dasselbe gilt für den Beitrag des Problems mit dem der Vater zur Entstehung der jetzigen Erkrankung beigetragen hat (Skalierung von 1–5). Der Patient mag trotz der Schilderung massiver Probleme ankreuzen, dass er keinen Beitrag der Beziehung zum Vater in den letzten beiden Jahren vor der Erkrankung erkennen kann. Der Interviewer wird trotzdem eine 3 (=deutlich) ankreuzen, wenn er glaubt, dass dieses Problem neben anderen wichtigen Problemen deutlich zur Erkrankung beigetragen hat. Er wird eine 4 (=wesentlich) ankreuzen, wenn er in der heutigen Beziehung zum Vater eines von zwei oder drei Hauptproblemen erkennt, die zur Erkrankung führten. Eine 5 (=extrem) ist anzukreuzen, wenn dieses Problem die wichtigste Entstehungsbedingung ist, hinter der Andere deutlich zurücktreten.

2. Lebensgeschichte und Lebenssituation**2.1: Ihr Vater**

sein Alter: (sein Alter bei Ihrer Geburt:)

sein erlernter Beruf:

sein hauptsächlich ausgeübter Beruf:

seine Schul-/Hochschulbildung:

welchen Abschluß hat er?

Evtl. berentet? JA/NEIN

wenn ja, seit: Grund für die Berentung:

Was für ein Mensch war er, als Sie Kind waren (5 Eigenschaften)?

1) 4)

2) 5)

3)

Wie war seine Beziehung zu Ihnen, was bedeuteten Sie ihm?

Welche typischen Beispielsituationen fallen Ihnen dazu ein?

Als Sie Kind waren, was bedeutete Ihnen Ihr Vater?

Was waren in der Beziehung zum Vater
die nicht erfüllten Seiten?

was die erfüllenden Seiten?

Fühlten Sie sich von Ihrem Vater geliebt und akzeptiert? JA/NEIN

Was hielt Ihren Vater ab, sich Ihnen als Kind mehr zu widmen?

Welche gesundheitlichen Probleme hat Ihr Vater?

Welche psychischen und sozialen Probleme hat er?

Wie ist Ihre Beziehung zu ihm heute (vor der Erkrankung)?

Ist die Beziehung heute (vor der Erkrankung) zu Ihrem Vater eher

STÜTZEND? BELASTEND? WEDER/NOCH? bitte zutreffendes ankreuzen

3 1 2

Trugen Probleme in der heutigen Beziehung zu Ihrem Vater zur Entstehung Ihrer Erkrankung evtl. bei?

In welchem Ausmaß?

NICHT KAUM ETWAS DEUTLICH WESENTLICH EXTREM

0 1 2 3 4 5

zu 2.2 (Ihre Mutter)

Auch der berufliche Status der Mutter zeigt, ob der Patient in deren Fußstapfen trat oder diesbezüglich Auf- oder Absteiger ist. Darüber hinaus kann durch die Ehe mit dem Vater ein Auf- oder Abstieg aus ihrer Herkunftsschicht verbunden sein. Die Umstände der Schwangerschaft können bereits die Einstellung zum Kind beeinflussen (unehelich, ungewollt, akute, das Leben der Mutter bedrohende Komplikationen, Mussheirat wegen dieses Kindes). Allerdings kann daraus sowohl die Unfähigkeit resultieren, das Kind liebevoll annehmen zu können, als auch eine tiefe Verbundenheit und ein Verwachsensein in einer Schicksalsgemeinschaft.

Die Beziehung der Eltern zueinander hat großen Einfluss auf die Rolle, die das Kind zwischen oder neben ihnen einnimmt. Sind die Eltern eine verschworene Gemeinschaft, gegen die das Kind keine Chance hat oder sucht jeder von ihnen im Kind einen Koalitionspartner für die ständigen Fehden? Ist einer von beiden so dominierend, dass das Kind es sich nicht leisten kann, mit dem anderen zu koalieren? Die Frage, wem von beiden sie heute am meisten ähneln, wird zwischen 15 und 20 Jahren zwar von mehreren Patienten als unbeantwortbar abgetan, meist können sich die Patienten jedoch zuordnen, wenn man auf einer Entscheidung besteht.

Oft genug ist diese Frage die erste Gelegenheit, sich dies bewusst zu machen. Vereinfacht kann gesagt werden, der Patient ist wie ein Elternteil und sucht sich die Liebe und Bestätigung des anderen Elternteils bzw. sucht sich einen Partner wie der andere Elternteil. Inwiefern dies für die Entstehung der Erkrankung relevant werden kann, hängt vom Einzelfall ab. Zumindest liegt es nahe, dass Modelllernen einer der wichtigsten Mechanismen zum Erwerb sozialer Verhaltensweisen ist. Kinder können sowohl Pufferfunktion im permanenten Ehekrieg haben, aber auch Sündenbock- oder Prellbockfunktion, wenn ein Elternteil sich nicht traut, seine aggressiven Tendenzen dem Ehepartner gegenüber voll zu zeigen. Umgekehrt werden die Kinder als Partnerersatz missbraucht, in dem ihnen in viel zu geringem Alter die Funktion eines Seelsorgers oder intimen Beraters zugeteilt wird. Nicht unbedingt zum sexuellen Missbrauch muss die naheliegende Neigung führen, das Kind zu benutzen, um die Zärtlichkeiten austauschen zu können, die einem der Ehepartner vorenthält.

2.2: Ihre Mutter

ihr Alter: (ihr Alter bei Ihrer Geburt:)

ihr erlernter Beruf:

ihr hauptsächlich ausgeübter Beruf:

ihre Schul-/Hochschulbildung:

welchen Abschluß hat sie?

Evtl. berentet? JA / NEIN

wenn ja, seit: Grund für die Berentung:

Was wissen Sie darüber, wie die Zeit für Ihre Mutter war, als sie mit Ihnen schwanger war?

Was wissen Sie über den Verlauf Ihrer Geburt (als Sie geboren wurden)?

Was für ein Mensch war sie, als Sie Kind waren (5 Eigenschaften)?

1) 4)

2) 5)

3)

Wie war ihre Beziehung zu Ihnen, was bedeuteten Sie ihr?

Welche typischen Beispielsituationen fallen Ihnen dazu ein?

Als Sie Kind waren, was bedeutete Ihnen Ihre Mutter?

Was waren in der Beziehung zur Mutter

die nicht erfüllten Seiten?

was die erfüllenden Seiten?

Fühlten Sie sich von ihr geliebt und akzeptiert? JA/NEIN

Falls sie zu wenig Zeit für Sie hatte, was hielt sie davon ab, sich Ihnen mehr zu widmen?

Welche gesundheitlichen Probleme hat sie?

Welche psychischen und sozialen Probleme hat sie?

Wie ist Ihre Beziehung zu Ihrer Mutter heute (vor d. Erkrankung)?

Ist die Beziehung heute (vor d. Erkrankung) zu Ihrer Mutter eher

STÜTZEND? BELASTEND? WEDER/NOCH?

3 1 2

Trugen Probleme in der heutigen Beziehung zu Ihrer Mutter zur Entstehung Ihrer Erkrankung evtl. bei?

In welchem Ausmaß?

NICHT KAUM ETWAS DEUTLICH WESENTLICH EXTREM

0 1 2 3 4 5

Wie war die Beziehung Ihrer Eltern zueinander? Erinnern Sie sich, dass sie sich oft stritten, dass sie liebevoll miteinander umgingen?

Wer von beiden bestimmte eher, was getan wurde? VATER/MUTTER?

Zu wem von beiden hatten Sie als Kind das innigere Verhältnis? VATER/MUTTER?

In welchem Alter änderte sich das eventuell?

Wenn Sie sich entscheiden müssten, wem von beiden sind Sie heute in Ihrer persönlichen Art ähnlicher?

VATER/MUTTER?

Vom äußeren her war meine Kindheit geprägt durch das Milieu der

() Arbeiterschaft () Angestellte/ Beamtentum () gehobenen Gesellschaft ()

3.2.2 Dokumentation der Anamnese im Antrag

Die Anamnese wird zu einer Lebens- und Lerngeschichte zusammengefasst, aus der die Lernbedingungen deutlich werden, die zur persönlichen Disposition für die vorliegende Erkrankung führten. Insofern soll und kann alles weggelassen werden, was nicht gezielt auf das später formulierte individuelle bedingungsanalytische Störungsmodell hinführt. Je nach der Komplexität des biographischen Hintergrundes ist ein Umfang von einer halben bis zu einer drei viertel Seite angemessen. Dies bedeutet, dass nicht alle in Anamnese und Exploration beleuchteten Aspekte genannt werden. Ein biographischer Aspekt muss nur berichtet werden, wenn

- a) der betreffende Mensch ohne seine Nennung zu vage charakterisiert wäre,
- b) er ein wichtiges Glied der Ereigniskette ist, die zur Erkrankung geführt hat, oder
- c) er mit erklärt, weshalb die Erkrankung aufrechterhalten wird.

In Text 2 sind biographische Aspekte zusammengefasst, deren Nennung aus den genannten Gründen eventuell erforderlich ist. Wie schon im Abschnitt 1a) zur Beschwerdeschilderung dargestellt, kann die Anamnesedokumentation durch ein weiteres Hilfsmittel vereinfacht werden: den VDS 6a-FRAGEBOGEN ZUR ANTRAGSTELLUNG (siehe Anhang 1). Ein Fragen-Antwort-Dialog ermöglicht die Zusammenfassung der jeweiligen Punkte der Anamnese in wenigen Sätzen. Nach Beendigung dieses Dialogs ist der Anamnesetext fertiggestellt.

Empfehlungen 2: Dokumentation der Lebens- und Krankheitsgeschichte

- Kurze Schilderung der lerngeschichtlichen Entwicklung der jetzigen Störung, wichtige Interaktionsmuster in der Familie (z. B. „Die sehr ängstliche Mutter verhinderte exploratives Verhalten.“ Oder: „Der sehr leistungsorientierte Vater nahm durch rüde Übergriffe wie ‚Geh weg, das kannst du ja doch nicht‘ das Interesse an aufgabenorientiertem Verhalten“)
- Entwicklung des Sozialverhaltens, des Leistungsverhaltens (Schule, Beruf), des Umgangs mit Emotionen, sexuelle Entwicklung. Rolle in verschiedenen sozialen Gemeinschaften und zwischenmenschlichen Beziehungen
- Körperliche Entwicklung (z. B. kleinwüchsig). Wesentliche körperliche Erkrankungen in Vergangenheit und Gegenwart (1982 Magenoperation, seit 1984 Diabetes und Bluthochdruck)
- Besondere Belastungen und Auffälligkeiten in der individuellen Entwicklung und/oder der familiären Situation (Schwellensituation): Scheidung der Eltern, Übergang zu Oberschule nicht geschafft
- Kinderängste und -neurosen, (z. B. Nachtangst, Bettnässer, Nägelkauen, Stehlen)
- Frühere psychische oder psychosomatische Störungen (z. B. Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Phobien, „Nervenzusammenbruch“, Suizidversuch), deren Anlass, Intensität, Dauer und Behandlungsbedürftigkeit
- Bisherige ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen
- Bisherige Aufenthalte in psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken (Wann? Wo? Wie lange? Warum?)
- Jetzige Lebenssituation: berufliche Situation, Ehe, Familie (was daran ist belastend, was stützend).
Wie verlief das Leben kurz vor der jetzigen Erkrankung?
Welche größeren Veränderungen traten in den letzten 2 Jahren auf?
Welche Positiva, Ressourcen enthält die jetzige Lebensführung?
Falls die Erkrankung schon länger andauert, welche Veränderungen oder Umstände führten dazu, dass gerade jetzt die Therapie aufgenommen wird?
- Was waren die symptomauslösenden Bedingungen der jetzigen Lebenssituation?
- Entwicklung der jetzigen Störung: Wann genau traten die Symptome erstmals auf?
Welche Symptome waren beim erstmaligen Auftreten der Störung vorhanden, welche Symptome kamen hinzu, bzw. wie veränderte sich die Symptomatik (z. B. „Anfangs traten nur nächtliche Herzattacken auf, später kamen agoraphobische Symptome oder Schwäche- und Schwindelzustände oder depressive Verstimmungen hinzu“)?

Hier ist bereits die Kunst des Weglassens und Kürzens, die Reduktion der Darstellung auf das Wesentliche gefragt. Dies wird jedoch maßgeblich durch das Anamneseschema und obigen Dialog zur Antragstellung erleichtert. Im fertigen Anamnesetext stehen nur noch diejenigen Informationen, die die persönliche Disposition und Vulnerabilität des betreffenden Menschen, seine pathogene Lebensgestaltung und die spezifischen auslösenden Momente seiner jetzigen Lebenssituation so darstellen, dass sie jene Bausteine liefern, die zur Errichtung des Gebäudes eines individuellen bedingungs- und funktionsanalytischen Modells notwendig sind.

Beispiel

2. Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese

Kurze Schilderung der familiären Verhältnisse:

2.1 der **Vater** (Alter, Beruf, Bildung, wichtigste Eigenschaft, wie war die Beziehung? Typische Interaktionsmuster? z. B. „der sehr leistungsorientierte Vater nahm durch rüde Übergriffe wie, Geh weg, das kannst du ja doch nicht‘ das Interesse an aufgabenorientiertem Verhalten“)

Der Vater, früher Lehrer, verstarb 58-jährig, als die Patientin 13 Jahre alt war. Von ihm als einer gefürchteten Respektsperson sei es wichtig gewesen, anerkannt und gemocht zu werden. Ihm seien die Kinder nicht wirklich wichtig gewesen.

2.2 Die **Mutter** (Alter, Beruf, Bildung, wichtigste Eigenschaft, wie war die Beziehung zu ihr? Typische Interaktionsmuster? z. B. „Die sehr ängstliche Mutter verhinderte exploratives Verhalten“)

Die jetzt 68-jährige Mutter habe mit kluger Hand die Familie samt Vater dirigiert. Sie habe kaum Freiraum gelassen und bei der Patientin als Nesthäkchen das Selbständigwerden behindert.

2.3 Die **Geschwister** (wieviel Jahre älter/jünger, wichtigste Eigenschaften, Art der Beziehung? Typische Interaktionsmuster?)

Die 3 Schwestern sind 17, 13 und 10 Jahre älter. Alle wurden Krankenschwestern und als solche auch von der Mutter zur häuslichen Pflege des kranken Vaters eingesetzt.

2.4 Waren **weitere Bezugspersonen** wichtig (z. B. Großeltern, Kindermädchen)?

Die Großmutter war oft ein Ort der Zuflucht. Sie gab dann wirkliche Geborgenheit ohne Bedingungen.

2.5 Entwicklung des **Sozialverhaltens** (wie reagierte der/die Patient/in auf Andere, wie Andere auf ihn/sie?)

Als Kind war sie wohlgezogen, altklug. Sie verhielt sich stets so, wie ihre Eltern es von ihr erwarteten, auch wenn diese nicht anwesend waren.

2.6 Welche **Rolle** nahm er/sie in sozialen Gemeinschaften (**Gruppen**) ein (z. B. Außenseiter, Mitläufer, Führer)?

Ihre Klassenkameradinnen fand sie schrecklich albern und hielt sich in der Außenseiterrolle.

2.7 Entwicklung des **Leistungsverhaltens** (Schule, Beruf, z. B. „Sehr gute Leistungen bei wohlwollenden Lehrern/ Vorgesetzten, große Leistungseinbrüche bei kritischen Lehrern“)

Bis zur Pubertät brachte sie fleißig überdurchschnittliche Leistungen. Dann legte sie sehr viel mehr Wert auf Zugehörigkeit zu einer Clique und passte sich ganz deren Rollenerwartungen an.

2.8 Entwicklung des Umgangs mit **Emotionen** (z. B. „In traurig machenden Situationen eher gereizt-aggressiv“)

Bis zur Pubertät zeigte sie nur die einer Mustertochter ziemenden Gefühle, ging dann in trotzig-mürrische Reaktionen über; auch da wo traurige Betroffenheit die ursprüngliche Reaktion war.

2.9 **sexuelle** Entwicklung (evtl. Schuldgefühle, Ängste, Funktionsstörungen, Homosexualität, Genussfähigkeit)

Bis zur Pubertät sich völlig der Körperfeindlichkeit der Eltern unterwerfend, war das Sexualverhalten dann zum Schrecken der Eltern sehr freizügig.

2.10 Welche Position nahm er/sie in **Zweierbeziehungen** ein (z. B. in der Ehe angepasst-submissiv)? Wie verändert sich das, wenn ein Dritter hinzukommt (z. B. wird dann rebellisch)?

In Zweierbeziehungen suchte sie dominante Partner, wehrte sich dann aber gegen deren Dominanz.

2.11 **Körperliche Entwicklung** (z. B. kleinwüchsig, Stigma, Behinderung, Minderwertigkeitsgefühle wegen eines Körperbereichs)

Die körperliche Entwicklung war unauffällig. Bis zur Pubertät trieb sie sehr viel Sport.

2.12 Wesentliche **körperliche Erkrankungen** in Vergangenheit und Gegenwart (z. B. 1982 Magenoperation, seit 1984 Diabetes und Bluthochdruck)

Bisher kam es zu keinen wesentlichen körperlichen Erkrankungen.

2.13 Besondere **Belastungen** und Auffälligkeiten in der individuellen Entwicklung und/oder der familiären Situation (Schwellensituation z. B. Scheidung der Eltern, Übergang zur Oberschule nicht geschafft etc.)

Besondere Belastungen im Lebenslauf waren:

Im Alter von 10 Jahren starb die Großmutter; im Alter von 13 Jahren starb ihr Vater.

2.14 **Kinderängste und -neurosen** (z. B. Nachtangst, Bettnässer, Nägelkauen, Stehlen)

In der Kindheit bestand eine auffallende zwanghafte Ordentlichkeit und Normorientierung.

2.15 **Frühere psychische oder psychosomatische Störungen** (z. B. Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Phobien, „Nervenzusammenbruch“, Suizidversuch), deren Anlass, Intensität, Dauer und Behandlungsbedürftigkeit

Seit der Pubertät bestehen Spannungskopfschmerzen, zum Teil so schwer, dass Schmerzmittel eingenommen werden müssen.

2.16 **Bisherige ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen**

2.17 Bisherige psychiatrische und psychotherapeutische Klinikaufenthalte (Wann? Wo? Wie lange? Warum?)

(bleibt leer)

2.18 **Jetzige Lebenssituation: berufliche Situation**

Die jetzige Lebenssituation ist dadurch gekennzeichnet, dass die Patientin ihren Beruf zwar mit Interesse, aber ohne großes Engagement ausübt. Ihre Lebensenergie sparte sie sich immer für die privaten Beziehungen auf.

2.19 **Ehe** (Beschreibung der Ehefrau mit Alter, Beruf, Bildung, wichtigste Eigenschaften, Art der Beziehung, typische Interaktionsmuster)

Vor einem Jahr zog ihr Freund nach 3-jähriger Beziehung aus. Er hatte die ständigen Streitereien mit ihren Kämpfen um mehr Zuwendung und Anerkennung satt.

2.20 **Familie** (was daran ist belastend, was stützend)

Zur Mutter besteht noch eine innige Beziehung mit töchterlichem Anvertrauen von allen Sorgen und Abhängigkeit von deren Werturteil.

2.21 **Wie verlief das Leben kurz vor der jetzigen Erkrankung?**

Nach der Trennung vom Freund versuchte sie sich zunächst durch viele wechselnde Männerbeziehungen zu trösten, nach 6 Monaten kam es dann doch zur Depression.

2.22 **Welche größeren Veränderungen traten in den letzten 2 Jahren auf?**

Das Verlassenwerden vom Freund warf sie psychisch aus der Bahn.

2.23 **Welche Positiva, Ressourcen enthält die jetzige Lebensführung?**

Einige Freundinnen geben ihr Halt und solidarische Unterstützung.

2.24 Falls die Erkrankung schon länger andauert, welche Veränderungen oder Umstände führten dazu, dass **gerade jetzt die Therapie** aufgenommen wird?

Die jetzige Verschlimmerung der depressiven Beschwerden führten zur Angst einerseits vor Arbeitsunfähigkeit und andererseits vor den eigenen suizidalen Tendenzen.

2.25 Was waren die **symptomauslösenden Bedingungen** der jetzigen Lebenssituation?

Symptomauslösend war der Verlust des Partners als Mensch, auf den sie sich völlig gestützt hatte.

2.26 **Entwicklung der jetzigen Störung: Wann genau traten die Symptome erstmals auf?**

Die Symptome traten 6 Monate nach dem Verlust des Partners auf.

2.27 **Welche Symptome waren beim erstmaligen Auftreten der Störung vorhanden, welche Symptome kamen hinzu, bzw. wie veränderte sich die Symptomatik?** (z. B. Anfangs traten nur nächtliche Herzattacken auf, später kamen agoraphobische Symptome oder Schwäche- und Schwindelzustände oder depressive Verstimmungen hinzu?)

Die Suizidalität war in den letzten Wochen hinzugekommen.

Der so erstellte Text ist flüssig lesbar und stellt eine komplette Anamnese dar:

2. Lebensgeschichtliche Entwicklung des Patienten und Krankheitsanamnese

Der Vater, früher Lehrer, verstarb 58-jährig, als die Patientin 13 Jahre alt war. Von ihm als einer gefürchteten Respektperson sei es wichtig gewesen, anerkannt und gemocht zu werden. Ihm seien die Kinder nicht eigentlich wichtig gewesen. Die jetzt 68-jährige Mutter habe mit kluger Hand die Familie samt Vater dirigiert. Sie habe kaum Freiraum gelassen und bei der Patientin als Nesthäkchen das Selbständigwerden behindert.

Die 3 Schwestern sind 17, 13 und 10 Jahre älter. Alle wurden Krankenschwestern und als solche auch von der Mutter zur häuslichen Pflege des kranken Vaters eingesetzt. Die Großmutter war oft ein Ort der Zuflucht. Sie gab dann wirkliche Geborgenheit ohne Bedingungen. Als Kind war sie wohlbezogen, altklug. Sie verhielt sich stets so, wie ihre Eltern es von ihr erwarteten, auch wenn diese nicht anwesend waren. Ihre Klassenkameradinnen fand sie schrecklich albern und hielt sich in der Außenseiterrolle. In der Schule brachte sie fleißig überdurchschnittliche Leistungen. Als Jugendliche legte sie sehr viel mehr Wert auf Zugehörigkeit zu einer Clique, sich ganz deren Rollenerwartungen anpassend.

Bis zur Pubertät nur die einer Mustertochter ziemenden Gefühle zeigend, ging sie dann in trotzig-mürrische Reaktionen über, auch da wo traurige Betroffenheit die ursprüngliche Reaktion war. Bis zur Pubertät sich völlig der Körperfeindlichkeit der Eltern unterwerfend, war das Sexualverhalten dann zum Schrecken der Eltern sehr freizügig. In Zweierbeziehungen suchte sie dominante Partner, wehrte sich dann aber gegen deren Dominanz.

Die körperliche Entwicklung war unauffällig. Bis zur Pubertät trieb sie sehr viel Sport. Bisher kam es zu keinen wesentlichen körperlichen Erkrankungen. Besondere Belastungen im Lebenslauf waren: Im Alter von 10 Jahren starb die Großmutter, im Alter von 13 Jahren starb ihr Vater. In der Kindheit bestand eine auffallende zwanghafte Ordentlichkeit und Normorientierung. Seit der Pubertät bestehen Spannungskopfschmerzen, zum Teil so schwer, dass Schmerzmittel eingenommen werden müssen.

Die jetzige Lebenssituation ist dadurch gekennzeichnet, dass die Patientin ihren Beruf zwar mit Interesse, aber ohne großes Engagement ausübt. Ihre Lebensenergie sparte sie sich immer für die privaten Beziehungen auf. Vor einem Jahr zog ihr Freund nach 3-jähriger Beziehung aus. Er hatte die ständigen Streitereien mit ihren Kämpfen um mehr Zuwendung und Anerkennung satt. Zur Mutter besteht noch eine innige Beziehung mit töchterlichem Anvertrauen von allen Sorgen und Abhängigkeit von deren Werturteil. Nach der Trennung vom Freund versuchte sie sich zunächst durch viele wechselnde Männerbeziehungen zu trösten, nach 6 Monaten kam es dann doch zur Depression. Das Verlassenwerden vom Freund warf sie psychisch aus der Bahn. Einige Freundinnen geben ihr Halt und solidarische Unterstützung. Die jetzige Verschlimmerung der depressiven Beschwerden führten zur Angst einerseits vor Arbeitsunfähigkeit und andererseits vor den eigenen suizidalen Tendenzen. Symptomauslösend war der Verlust des Partners als Mensch, auf den sie sich völlig gestützt hatte. Die Symptome traten 6 Monate nach dem Verlust des Partners auf. Die Suizidalität war in den letzten Wochen hinzu gekommen.

3.5.3 Dokumentation der Verhaltensanalyse im Fallbericht und Antrag

Die Formulierung der Verhaltensanalyse auf Mikroebene und Makroebene samt Funktionsanalyse ist das Herzstück der Falldokumentation.

Die Dokumentation der Verhaltens- und Bedingungsanalyse wird von vielen als der schwierigste Teil der Falldarstellung und des Kassenantrags empfunden. Tatsächlich ist sie der Kern der Verhaltensdiagnose. Auf sie zielt jegliche Informationssammlung und -auswertung hin, und aus ihr wird jeder weitere Schritt abgeleitet. Die Empfehlungen 5 fassen die wichtigen Punkte der Dokumentation zusammen.

Empfehlungen 5: Dokumentation der Verhaltens- und Bedingungsanalyse

a) Verhaltensanalyse (Mikroebene):

Das gestörte Verhalten kurz beschreiben (z.B. Schreibkrampf oder depressive Verhaltensweisen (Passivität, sozialer Rückzug, Löschung von Kontaktverhalten anderer, Selbstabwertung, Selbstbestrafung)). Beschreibung in den 4 Verhaltenskategorien: Sozialverhalten und Motorik, Emotion, Kognition und Physiologie inkl. körperliche Symptome. Unterscheidung zwischen Verhaltensexzessen (z.B. depressives Jammern), Verhaltensdefiziten (z.B. keine Sozialkontakte) und qualitativ neuer spezifischer Symptomatik (z.B. nächtl. Herzangstattacken) in der Beschreibung von Verhaltensstörungen. Die Situationsabhängigkeit angeben (z.B. ... tritt nur in beruflichen Situationen auf; nur in Anwesenheit Anderer, besonders von Vorgesetzten). Die kurzfristig wirkende verstärkende Konsequenz nennen (meist Vermeidung von ...). Bezüglich der Organismusvariable auf die Makroebene verweisen.

b) Bedingungsanalyse (Makroebene) Derjenige Aspekt der globalen Lebenssituation, der zur Auslösung führte (z.B. Der Aufstieg zum Abteilungsleiter führte zum Verlust des bisher Anerkennung gebenden Vorgesetzten: Verstärkerverlust. Dies konnte wegen der fehlenden Fähigkeit zur Selbstregulation und Selbstverstärkung nicht kompensiert werden und führte zur Depression). Berücksichtigung der zeitl. Entwicklung der Symptomatik (z.B. ein halbes Jahr nach der Entlassung). Darstellung der Zusammenhänge in Anlehnung an das S-O-R-K-C-Modell (siehe Sulz,1987, 1994, 1998 a, b).

c) Funktionsanalyse

Der Zweck, der über die Symptome erreicht werden soll (z.B. „Die körperlichen Beschwerden führten dazu, dass der Schritt in die Unabhängigkeit (Firmengründung) rückgängig gemacht werden muss“. Oder: „Die nächtlichen Herzangstattacken verhindern weitere Trennungsschritte in der Partnerschaft“).

d) Beschreibung von Verhaltensaktiva (z.B.: „Die Pat. besucht weiterhin regelmäßig Oper, Theater und Lesekreis“) und bereits entwickelten Selbsthilfemöglichkeiten (z.B.: „Die Pat. hat ihren alten Freundeskreis reaktiviert“) und Bewältigungsfertigkeiten (z.B.: „Als die Pat. noch vor Beginn der Therapie zwei Stunden täglich – trotz der Schmerzen – einen Teil ihres Arbeitspensums erledigte (durch einen Vertrag mit sich selbst), ist das depressive Syndrom geringer geworden“).

e) Wird die Symptomatik des Patienten durch pathogene Interaktionsprozesse aufrechterhalten, ist die **Verhaltensanalyse auch der Bezugspersonen** zu berücksichtigen (z.B.: Der Ehemann kann durch die submissive Anpassung der Pat. seine großen Bedürfnisse nach Anerkennung in und außerhalb der Familie leichter befriedigen“).

Der im VDS-FRAGEBOGEN ZUR ANTRAGSTELLUNG (siehe Anhang) angebotene Dialog ermöglicht die zielsichere Darstellung der Verhaltens- und Bedingungsanalyse wie die Übertragung des Beispiels zeigt:

5. Verhaltensanalyse

5.1 Verhaltensanalyse (Mikroebene):

Das **symptomatische** Verhalten kurz beschreiben und die Situationsabhängigkeit (z. B. tritt nur in beruflichen Situationen auf) in den 4 Verhaltenskategorien angeben:

Kognition (z. B. Selbstvorwürfe):

Kognitiv kommt es zu Selbstabwertung bei unbefriedigender Zuwendung; *Aufforderungen werden als Angriffe fehlattribuiert.*

5.2 Sozialverhalten und Motorik (z. B. sozialer Rückzug, Löschung des Kontaktverhaltens Anderer, Schreibkrampf):

Bei ausbleibendem Feedback verstummt sie. Forderungen blockt sie aggressiv ab. Sie meidet gemeinsame Freunde, um den Schmerz der Trauer zu vermeiden. Sie geht nicht mehr ins Theater oder in Konzerte.

5.3 Emotion (z. B. niedergeschlagen, ängstlich)

Sie fühlt sich niedergeschlagen, hilflos. Bei Anforderungen empfindet sie Spannung, Angst. Forderungen Anderer führen zu Ärger.

5.4 Physiologie inklusive **körperliche** Symptome (z. B. Herzrasen)

Körperlich reagiert sie mit Kopfschmerzen bei frustrierenden Reaktionen Anderer. Aufgabenorientierte Situationen führen zu Schweißbildung und Schwindelgefühl.

5.5 Verhaltens**exzesse** (zu oft, zu intensiv, z. B. depressives Jammern)

Zu oft treten selbstabwertende Gedanken, der Glaube, sich anpassen zu müssen, und aggressive Befreiungsschläge gegen den vermeintlichen Druck auf. Zu intensiv sind die Ärgerreaktionen, das einengende Druckgefühl, sowie Aufregung und Angst.

5.6 Verhaltens**defizite** (zu selten, zu schwach ausgeprägt, z. B. keine Sozialkontakte)

Zu selten schafft sie es, Schwäche zuzugeben, Wünsche zu äußern, positive Kontakte aufzubauen. Zu schwach ausgeprägt ist der Ausdruck der Wichtigkeit eines Anliegens und der Enttäuschung und Trauer bei dessen Frustration, sowie die Wahrnehmung eigener Schwächen.

5.7 qualitativ **neue**, spezifische Symptomatik (z. B. nächtliche Herzangstattacken)

Qualitativ neue Verhaltensweisen sind die depressive Verstimmung, der soziale Rückzug und die Kopfschmerzen.

5.8 **Bedingungsanalyse (Makroebene)**

a) Derjenige Aspekt der globalen Lebenssituation S, der zur Auslösung führte (z. B. der Aufstieg zum Abteilungsleiter führte zum Verlust des bisher Anerkennung gebenden Vorgesetzten: Verstärkerverlust)

Depressionsauslösend war der Verlust des Partners als dominante Bezugsperson und zentraler Verstärker. Sekundär kam es zum Verlust des gemeinsamen Freundeskreises als Möglichkeit kompensatorischer sozialer Verstärkung und Stützung.

b) Derjenige Aspekt der Person O (Werthaltungen, Grundüberzeugungen, Oberpläne, lerngeschichtlich erworbene Überlebensstrategien), der dazu führte, dass der Patient nicht anders als mit dem symptomatischen Verhalten reagieren konnte:

Die persönliche passiv-abwartende Haltung, das aggressive Reagieren auf Nichterfüllen unausgesprochener Wünsche und auf Forderungen Anderer sowie die Überlebensregel, nur mit Hilfe einer dominanten Bezugsperson, die die Verantwortung trägt, leben zu können, verhinderten die Anwendung alternativer Problemlöseversuche.

5.9 Berücksichtigung der **zeitlichen Entwicklung** der Symptomatik (z. B. ein halbes Jahr nach der Entlassung).

Der zeitliche Verlauf, Auftreten der Symptome 6 Monate nach der Trennung, spricht für deren depressionsauslösende Wirkung.

5.10 Darstellung der psychosozialen **Zusammenhänge** in Anlehnung an das S-O-R-K-C-Modell (siehe Sulz, 1987, 1994: innere Situation als UCS, z. B. Trennungstendenz bei unbefriedigender Ehe).

Insgesamt war der Partner der zentrale Verstärker und die fast ausschließliche Verstärkerbedingung, deren Verlust so groß war, dass normalpsychologische Bewältigungsmechanismen wie Trauer nicht mehr ausreichten und Depression entstand.

5.11 Funktionsanalyse

Der Zweck, der über die Symptome erreicht werden soll (z. B. „Die nächtlichen Herzangstattacken verhindern weitere Trennungsschritte in der Partnerschaft“).

Die depressive Verstimmung hat die Funktion, die normalpsychologischen funktionalen Bewältigungsreaktionen mit ihren intensiven Gefühlen der Trauer, des Schmerzes und der (noch größeren) Wut zu vermeiden.

Zusammenfassend lässt sich demnach folgendes SORKC-Schema erstellen:

S :	Verlust des Partners als dominante Bezugsperson
(siehe oben 5.8)	und zentralen Verstärker
O :	die abhängige Rolle suchend, dem Anderen Initiative und Verantwortung zuschiebend
(siehe oben 5.8)	

R :	Depression, sozialer Rückzug, aggressive Reaktionen, Selbstabwertung, Angst,
(siehe oben 5.1–5.7)	Kopfschmerzen
K (kontingente Verknüpfung von R und C)	
C :	Positive Verstärkung: Bewahren der passiven Erwartungshaltung auf Gratifikation
(siehe oben 5.11)	Negative Verstärkung: Trauervermeidung, Vermeidung von Selbstverantwortung

5.12 Beschreibung von **Verhaltensaktiva**

(z. B.: Die Patientin besucht weiterhin regelmäßig Oper, Theater und Lesekreis“)

Die Patientin ist seit 2 Jahren in einer Weiterbildung, die ihren Begabungen entspricht. Während sie sich damit beschäftigt, ist sie weitgehend depressionsfrei.

5.13 Bereits entwickelte **Selbsthilfemöglichkeiten** und Bewältigungsfertigkeiten

(z. B. Die Patientin hat ihren alten Freundeskreis reaktiviert)

Die Patientin hat vermehrt Kontakte zu zeitweilig unterbrochenen Freundschaften aufgenommen, kann sich dort anvertrauen. Außerdem betreibt sie vermehrt Sport, der zu Stimmungsverbesserungen führt.

5.14 Wird die Symptomatik des Patienten **durch** pathogene Interaktionsprozesse mit der **Umwelt aufrechterhalten**

(z. B. „Der Ehemann kann durch die submissive Anpassung der Pat. seine großen Bedürfnisse nach Anerkennung leichter befriedigen“)?

Der ehemalige Freund gibt immer wieder uneindeutige Signale, die die Pat. als Hoffnungsschimmer interpretiert. Die Mutter gibt der hilfsbedürftigen Tochter viel emotionale Wärme, während sie Verselbstständigungstendenzen löscht.

Zu einem geschlossenen Text zusammengefügt liest sich dies folgendermaßen:

5. Verhaltensanalyse

Kognitiv kommt es zu Selbstabwertung bei unbefriedigender Zuwendung; Aufforderungen werden als Angriffe fehlattribuiert. Bei ausbleibendem Feedback verstummt sie. Forderungen blockt sie aggressiv ab. Sie meidet gemeinsame Freunde, um den Schmerz der Trauer zu vermeiden. Sie geht nicht mehr ins Theater oder in Konzerte. Sie fühlt sich niedergeschlagen, hilflos. Bei Anforderungen empfindet sie Spannung, Angst. Forderungen Anderer führen zu Ärger. Körperlich reagiert sie mit Kopfschmerzen bei frustrierenden Reaktionen Anderer. Aufgabenorientierte Situationen führen zu Schweißbildung und Schwindelgefühl. Zu oft treten selbstabwertende Gedanken, der Glaube, sich anpassen zu müssen und aggressive Befreiungsschläge gegen den vermeintlichen Druck auf. Zu intensiv sind die Ärgerreaktionen, das einengende Druckgefühl, sowie Aufregung und Angst. Zu selten schafft sie es, Schwäche zuzugeben, Wünsche zu äußern, positive Kontakte aufzubauen. Zu schwach ausgeprägt ist der Ausdruck der Wichtigkeit eines Anliegens und der Enttäuschung und Trauer bei dessen Frustration, sowie die Wahrnehmung eigener Schwächen. Qualitativ neue Verhaltensweisen sind die depressive Verstimmung, der soziale Rückzug und die Kopfschmerzen.

Depressionsauslösend war der Verlust des Partners als dominante Bezugsperson und zentraler Verstärker. Sekundär kam es zum Verlust des gemeinsamen Freundeskreises als Möglichkeit kompensatorischer sozialer Verstärkung und Stützung. Die persönliche passiv-abwartende Haltung, das aggressive Reagieren auf Nichterfüllen unausgesprochener Wünsche und auf Forderungen Anderer sowie die Überlebensregel, nur mit Hilfe einer dominanten Bezugsperson, die die Verantwortung trägt, leben zu können, verhinderten die Anwendung alternativer Problemlöseversuche. Der zeitliche Verlauf (Auftreten der Symptome 6 Monate nach der Trennung) spricht für deren depressionsauslösende Wirkung.

Insgesamt war der Partner der zentrale Verstärker und die fast ausschließliche Verstärkerbedingung, deren Verlust so groß war, dass normalpsychologische Bewältigungsmechanismen wie Trauer nicht mehr ausreichten und Depression entstand. Die depressive Verstimmung hat die Funktion, die normalpsychologischen funktionalen Bewältigungsreaktionen mit ihren intensiven Gefühlen der Trauer, des Schmerzes und der (noch größeren) Wut zu vermeiden.

Zusammenfassend lässt sich demnach folgendes SORKC-Schema erstellen:

S: Verlust des Partners als dominante Bezugsperson und zentraler Verstärker

O: die abhängige Rolle suchend, dem Anderen Initiative und Verantwortung zuschiebend

R: Depression, sozialer Rückzug, aggressive Reaktionen, Selbstabwertung, Angst, Kopfschmerzen

K (C ist kontingent mit R verknüpft, tritt also nur nach R auf)

C: Positive Verstärkung: Bewahren der passiven Erwartungshaltung auf Gratifikation

Negative Verstärkung: Trauervermeidung, Vermeidung von Selbstverantwortung

Die Pat. ist seit 2 Jahren in einer Weiterbildung, die ihren Begabungen entspricht. Während sie sich damit beschäftigt, ist sie weitgehend depressionsfrei.

Die Pat. hat vermehrt Kontakte zu zeitweilig unterbrochenen Freundschaften aufgenommen, kann sich dort anvertrauen. Außerdem betreibt sie vermehrt Sport, der zu Stimmungsverbesserungen führt. Der ehemalige Freund gibt immer wieder uneindeutige Signale, die die Pat. als Hoffnungsschimmer interpretiert. Die Mutter gibt der hilfsbedürftigen Tochter viel emotionale Wärme, während sie Verselbstständigungstendenzen löscht.

DER BEHANDLUNGSPLAN – Dreierschritt Störung – Ziel – Therapie allgemein

Wir haben die vier Störungsbereiche S, O, R und C des SORKC-Schemas. Wir haben für jeden Störungsbereich ein Ziel formuliert. Und wir können nun überlegen, mit welcher Therapie-Intervention wir dieses Ziel erreichen können und wollen.

	STÖRUNG	ZIEL	THERAPIE
S	1. die symptomauslösende Lebenssituation	1. Funktionaler Umgang mit der Problemsituation	1. z. B. Stressbewältigungstraining
O	2. Die Person (Organismus)	2. Modifikation zentraler Verstärkungen und Vermeidungen	2. z. B. empirische Hypothesenprüfung
R	3a. die Reaktionskette bis zum 3b. Symptom	3a. Verhaltensoptimierung, 3b. Symptomreduktion	3a. Kompetenztraining 3b. Symptomtherapie z. B. Exposition
C	4. die Konsequenzen und Effekte des Symptoms	4. Modifikation der Kontingenzen d. Verhaltens	4. z. B. Selbstbehauptungstraining

Abbildung 9 Die drei Säulen der Therapie und die Reihenfolge (aus Sulz (2012) Psychotherapie-Grundkurs und Praxisleitfaden, S. 39)

Wird mit der Symptomtherapie begonnen (Punkt 3b in Abbildung 8), so kann von der Reaktionskette ausgegangen werden und je Reaktion die für sie spezifische Intervention eingesetzt werden (Tabelle 5b).

Tabelle 6: Reaktionskette zum Symptom mit spezifischen Interventionen

Problem	Ziel	Intervention
Primäre Emotion	wahrnehmen lernen	Gefühlswahrnehmungstraining
Primärer Impuls	steuern lernen	Selbstinstruktionstraining
Erwartung der Folgen	einschätzen lernen	Situationsanalyse und Reattribution
Gegensteuerndes Gefühl	ignorieren lernen	Emotionsexposition
Körperhaltung, -reaktion	zielführende Körperhaltung	Rollenspiel mit Video-Feedback
Vermeidendes Verhalten	meistern lernen	Training sozialer Kompetenz
Symptombildung	damit umgehen lernen	störungsspezifische Intervention (z. B. Angst-Exposition)

Die zweite Säule ist das Fertigkeitentraining (Abbildung 9 und 10), das sich auf sieben Bereiche beziehen kann (Sozialverhalten, Kognition, Emotion, Beziehung, Körper, Entwicklung, Spiritualität).

4. Therapie-Interventionen

4.2 Fertigkeitenaufbau (2. Säule)

2. Säule – Fertigkeitentraining in 7 Bereichen:

1. Soziale Kompetenz und Handlungskompetenz
2. Kognitive Kompetenz und Entscheidungskompetenz (Mentalisierungsfähigkeit)
3. Emotionale Kompetenz (Emotionsregulation)
4. Beziehungs-Kompetenz (Bindung, Abgrenzung und Empathie)
5. Körper-Kompetenz (Entspannung, Bewegung, Ernährung, Sexualität)
6. Entwicklungskompetenz (Altes loslassen, Neues aneignen)
7. Spirituelle Kompetenz (sinnerfülltes Leben)

Interventionsmethoden:

1. Tagesplan, Aktivitätenaufbau
2. Entspannung
3. Sport
4. Soziale Kompetenz, Rollenspiel
5. Kommunikation
6. Problemlösen
7. Metakognitive Verhaltensanalyse
8. Selbstinstruktionstraining
9. Imagination
10. Genussstraining
11. Emotionsregulation
12. Selbstständigkeitstraining
13. Paarübungen, ressourcenorientiert
14. Beziehungs-Kompetenz

Abbildung 10 Interventionen des Fertigkeitentrainings (aus Sulz (2012) Psychotherapie-Grundkurs und Praxisleitfaden, S. 60)

Die genannten Interventionen und Übungen sind z. B. in Sulz (2012) beschrieben. Die umfassendste Sammlung verhaltenstherapeutischer Interventionen findet sich in Linden & Hautzinger (2011). Aber auch in Senf, Broda, Wilms (2013) sind sehr viele, auch integrative Interventionsmethoden beschrieben.

Störungsspezifische Fallkonzeption:

Im Kapitel über Störungsmodelle wird ausführlich auf die Behandlungspläne der jeweils geschilderten klinischen Störungen eingegangen. Auf jeden Fall ist die Lektüre störungsspezifischer Monographien zu empfehlen – besonders den Anfängern und den sehr Erfahrenen. Anfänger wissen vielleicht noch nicht – sehr Erfahrene wissen manchmal nicht mehr, was der aktuelle Stand der Therapieforschung in den einzelnen Forschungsbereichen ist (vergl. Leibing et al., 2005; Margraf, 2000, 2009; Voderholzer & Hohagen, 2014). Das störungsspezifische Vorgehen wird u. a. beschrieben in Ehlert (2003), Senf & Broda (2011) und den Therapiebüchern (Sulz 1998, 2011, 2012b).

8. Die geplante Behandlung

(Vorstellungen des Patienten)

Abgesehen davon, dass Ihr Therapeut Ihnen vorschlägt, wie in der Therapie vorgegangen wird, was glauben Sie, muss am ehesten getan werden,

a) um Ihre Beschwerden zu beseitigen?

- 1).....
- 2).....
- 3).....

b) um die problematische Lebenssituation zu ändern?

- 1).....
- 2).....
- 3).....

c) dass Sie Verhaltensweisen erwerben, die zur Problemlösung beitragen und künftige Probleme ohne Symptombildung lösbar machen?

- 1).....
- 2).....
- 3).....

Was glauben Sie, wie viel Therapiestunden dazu benötigt werden?

bis 20 bis 30 bis 40 bis 60 bis 80 Stunden

Wie viel Zeit pro Tag müssen Sie voraussichtlich aufbringen, um zwischen den Therapiesitzungen an der Bewältigung Ihres Problems zu arbeiten?

30 60 90 120 Minuten täglich

Sind Sie bereit und in der Lage, diese Zeit aufzuwenden?

JA / NEIN

Nach der ausführlichen Betrachtung Ihres Problems und der Lebenszusammenhänge erscheint es mir zuletzt noch wichtig einzuschätzen, für wie wahrscheinlich Sie die Besserung Ihrer Beschwerden und die Bewältigung des krankheitsauslösenden Problems mit Hilfe der Therapie halten:

Bitte Zutreffendes ankreuzen

UNMÖGLICH MÖGLICH WAHRSCHEINLICH SICHER SEHR SICHER

Danke schön!

3.8.2 Dokumentation des Behandlungsplanes im Antrag

Die Empfehlungen 8 fassen das bei der Dokumentation des Behandlungsplanes Beachtenswerte zusammen:

Empfehlungen 8: Dokumentation des Behandlungsplans

Hier soll dargelegt werden, wie die Therapieziele erreicht werden sollen. Punktweise Zuordnung ist hilfreich. Abweichungen von bewährten Behandlungsstrategien, z. B. der Angsttherapie, sollten kurz begründet werden (z. B. wird systematische Desensibilisierung heute nur noch angewandt, wenn z. B. Expositionsverfahren und kognitive Verfahren Nachteile bringen. Bei Depression sollte auch Depressionsbehandlung geplant werden). Das reine Aufzählen von Schlagworten ist kein Behandlungsplan. Es muss ein strategischer Aufbau erkennbar sein. Der individuelle Fall muss auch hier wieder auffindbar sein (z. B.: Das Protokollieren von automatischen gedanklichen Bewertungen im Gespräch mit dem Vorgesetzten soll sichtbar machen, wie dessen Äußerungen fälschlicherweise als Verurteilung der ganzen Person missinterpretiert werden). Allgemeine Behandlungsschablonen für Angst, Depression etc. sind unzureichend. Versuchen Sie bitte doch selbst, nachdem Sie Ihren Behandlungsplan geschrieben habe, sich zwei Fragen zu stellen:

1. Wäre ich in der Lage, aus meinen eigenen Anträgen, die ich im letzten halben Jahr geschrieben habe, diesen speziellen Patienten wiederzuerkennen, wenn ich meine Behandlungspläne vorgelegt bekommen würde?
2. Könnte ein Leser allein aufgrund dieses Behandlungsplanes die klinische Störung erkennen?

Angaben zur Behandlungsfrequenz und zur Sitzungsdauer (z. B. 50 Minuten). Falls Doppelstunden geplant sind, sollten diese beantragt werden. Bei Reizexpositionsverfahren den Gutachter bitten, z. B. bis zu vier 3-stündige Therapieeinheiten explizit zu befürworten. Begründung der Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung (soziales Kompetenztraining bringt in der Gruppentherapie allein schon durch den Gruppenprozess hilfreiche soziale Erfahrungen). Gruppenzusammensetzung (z. B. Depressionsgruppe nach dem Selbstkontrollansatz von Roth und Rehm, Assertivnesstraining mit Sozialphobikern. Darstellung der therapeutischen Ziele, die mit der Gruppenbehandlung erreicht werden sollen (Problemlösen in Gruppen, Kommunikationstraining in Gruppen).

Ein wesentliches Merkmal des Behandlungsplans sollte dessen individuelle Formulierung sein. So sollte z. B. bei den Techniken der kognitiven Umstrukturierung angegeben werden, welche dysfunktionalen Gedanken in welche Richtung umstrukturiert werden sollen und wie vorgegangen wird, etwa mit der Dreispaltentechnik oder den Sokratischen Fragen.

Beispiel:

Das typische Katastrophendenken, wie morgens vor der Arbeit „*Das schaffe ich nie; wenn meine Kunden merken, dass ich unsicher bin, schwitze und zittere, ist alles aus!*“ soll zunächst durch Dreispaltentechnik als angststeigernde Reaktion identifiziert und durch funktionale, zur Situationsmeisterung beitragende Gedanken und Selbstinstruktionen ersetzt werden wie: „*Ich muss nicht perfekt sein, kleine Schwächen machen sympathisch, ich konzentriere mich auf das Fachliche.*“

Der entsprechende Antragstext kann dann lauten:

Die zu Beginn eines Arbeitstages auftretenden, die Erwartungsangst steigernden Gedanken sollen mit der Dreispaltentechnik durch funktionale Selbstinstruktionen ersetzt werden.

Mit Hilfe des VDS-FRAGEBOGENS ZUR ANTRAGSTELLUNG (VDS6a) wird der Behandlungsplan wie nachstehend formuliert.

Beispiel**8 Behandlungsplan**

8.1 Hier soll dargelegt werden, **wie** die Therapieziele erreicht werden sollen. Punktweise Zuordnung ist hilfreich

zu Ziel 1:

Die depressive Selbstregulation wird mit Hilfe von Selbstkontroll-Interventionen modifiziert (interne Attribution von Erfolg, Operationalisierung von Teilzielen etc.)

zu Ziel 2:

Das Interaktionsverhalten wird durch soziale Rollenspiele nach Liberman modifiziert.

zu Ziel 3:

Mit Hilfe des Problemlöseparadigmas werden Selbstständigkeit und Selbstverantwortung aufgebaut.

8.2 Zeitliche Planung, **Reihenfolge** der Maßnahmen

Alle obigen Therapiemaßnahmen sollen parallel durchgeführt werden.

8.3 Angaben zu Gesamtzahl der **Stunden**, Behandlungsfrequenz und zur Sitzungsdauer (z. B. 50 Minuten). Falls Doppelstunden geplant sind, sollten diese beantragt werden

Es werden 25 Einzelsitzungen à 50 Minuten und 20 Gruppensitzungen à 100 Minuten beantragt. Behandlungsfrequenz: wöchentlich je eine Einzel- und Gruppensitzung.

8.4 Begründung der Kombination von Einzel- und **Gruppenbehandlung** (soziales Kompetenztraining bringt in der Gruppentherapie allein schon durch den Gruppenprozess hilfreiche soziale Erfahrungen)

Das soziale Rollenspiel erfolgt ökonomischerweise in der Gruppe. Die Patientin ist fähig, von einer Gruppe zu profitieren, erhält dort auch laufend exaktes Feedback für ihr Interaktionsverhalten.

Der fertige Text des Behandlungsplans liest sich so:**8 Behandlungsplan**

Die depressive Selbstregulation wird mit Hilfe von Selbstkontroll-Interventionen modifiziert (interne Attribution von Erfolg, Operationalisierung von Teilzielen etc.).

Das Interaktionsverhalten wird durch soziale Rollenspiele nach Liberman (siehe Sulz, 1987, S. 55 ff.) modifiziert.

Mit Hilfe des Problemlöseparadigmas (siehe u. a. Sulz, 1987, S. 32 ff.) werden Selbstständigkeit und Selbstverantwortung aufgebaut.

Alle obigen Therapiemaßnahmen sollen parallel durchgeführt werden.

Es werden 25 Einzelsitzungen à 50 Minuten und 20 Gruppensitzungen à 100 Minuten beantragt.

Behandlungsfrequenz: wöchentlich je eine Einzel- und Gruppensitzung.

Das soziale Rollenspiel erfolgt ökonomischerweise in der Gruppe.

Die Patientin ist fähig, von einer Gruppe zu profitieren, erhält dort auch laufend exaktes Feedback für ihr Interaktionsverhalten.

3.8.3 Literatur zu störungsübergreifenden Therapieinterventionen**Expositionsverfahren:**

Hippler, B. (1998). Expositions- und Reizkonfrontationsverfahren. In S. Sulz (Hrsg.): Das Therapiebuch. 2. Auflage (S. 138–151). München: CIP-Medien.

Problemlösestrategien:

Sulz, S. (1987). Psychotherapie in der Klinischen Psychiatrie. (S. 32–54). Stuttgart: Thieme. (nur noch erhältlich bei CIP-Medien, 80634 München, Nymphenburger Str. 185)

Therapieplan

- a) Motivationsklärung und -aufbau
- b) Informationsvermittlung über Ernährung und individuelles Störungsmodell erstellen
- c) Anti-Diätberatung und Stimuluskontrolle des bulimischen Verhaltens
- d) Übungen zur Körper-, Gefühls- und Bedürfniswahrnehmung
- e) Übungen zur Kommunikation über Gefühle und Bedürfnisse (Rollenspiel)
- f) Übungen, um sich im Streit durchsetzen zu können und Disharmonie auszuhalten (Rollenspiel)
- g) Übungen zum strategischen Problemlösen, um zu lernen, Schwierigkeiten früh genug zu erkennen und klug damit umzugehen

Literatur

Theorie: Fichter (1985, 1989), Sulz (1991, 1994), Müller (2014)

Therapie: Jacoby et al. (1999), Weiss et al. (1989), Potreck-Rose (1987), Legenbauer & Vocks (2013), Müller (2014)

4.5 Ein Bedingungsmodell der Borderline-Störung

Grundlage der Borderline-Störung ist eine konstitutionelle, biologische oder biographisch entstandene Dysregulation der inneren Homöostase, die aus einer Instabilität der Affekte, der Kognitionen und der sozialen Verhaltensweisen resultiert, letztlich aus einer Instabilität der ganzen Person (des Selbst). Eine hohe Sensibilität gegenüber Reizsignalen, intensive Reaktionen auf Reize und ein langsames Absinken der emotionalen Reaktionen auf eine Grundlinie sind beobachtbar (Linehan, 1989). Dies ist analog der Beobachtung von Angstpatienten, bei denen sich diese Dysregulation auf die Emotion „Angst“ beschränkt. Ebenso wie sich bei den Angstpatienten eine „Angst vor der Angst“ entwickelt, bilden Borderline-Patienten aufgrund der extrem aversiven affektiven Empfindungen eine „Emotionsphobie“ (Linehan, persönliche Mitteilung) aus. Diese Emotionsphobie erklärt einige der sonst nicht nachvollziehbaren Reaktionsweisen der Borderline-Patienten. Lerngeschichtlich kann ein durchgängiges „Ungültigmachen“ der Gefühle und Wahrnehmungen des Kindes angenommen werden: „Es ist ganz anders, als du es wahrnimmst. Deine emotionale Reaktion war nicht richtig.“ Dies führt zu überemotionalen, teils aggressiven, teils tyrannischen Reaktionen des Kindes, auf die die Eltern mit massivem Gegenagieren antworten, das Verhalten des Kindes als höchst feindseligen Akt wahrnehmend, denn „es hat ja nicht Recht mit seinem Affekt“.

In neuen Beziehungen entsteht jedes Mal aufs Neue die ganz große Hoffnung und die Illusion vom ganz und gar Angenommen-, Bestätigt- und Geliebtwerden. Die eigene Lerngeschichte lässt aber Misstrauen entstehen mit einem Suchen nach dem Enttäuschenden in der Bezugsperson. Diese selektive Wahrnehmung führt tatsächlich zum Auffinden von Abweichungen vom Ideal. Kleine Abweichungen im Detail werden fürs Ganze genommen, und schon sind die Riesenenttäuschung und die Desillusionierung da, und es folgt eine Eskalation von Konflikten.

Es kommt zu verzweifelten Versuchen, ein Verlassenwerden zu verhindern, und zum Bewusstsein, dass keine emotional tragfähige Beziehung vorhanden ist. Auslösend für die typischen Reaktionsmuster des Borderline-Patienten ist Kritik oder die Frustration der unrealistisch hohen Erwartungen des Gegenübers bzw. dessen Signale, dass Gefühle, Gedanken, Verhalten oder das Selbst nicht stimmen. Drohender Misserfolg, beschämende Erlebnisse und vor allem der drohende Verlust einer wichtigen Beziehung sind oft Auslöser (Abbildung 23 und 24).

Daraus resultiert ein umfassendes Gefühl der Ablehnung. Die fehlende Kontrolle über emotionale Reaktionen macht den Versuch, das intensiv werdende Gefühl zu verhindern, zu einem vergeblichen Bemühen. Es entstehen inadäquate und intensive Gefühle des Ärgers, Gekränktheits, der Angst, der Scham sowie Schuldgefühle und Trauer. Gleichzeitig wird den eigenen Wahrnehmungen und Gefühlen misstraut und der Interaktionspartner ebenso infrage gestellt. Statt der intensiven Affekte oder im Anschluss an diese kann ein noch weniger zu ertragendes Gefühl der Leere entstehen.

Beide sind für den Patienten noch quälender und unerträglicher als für das Gegenüber. Es muss sofort irgendetwas getan werden, um diese Gefühle zu beenden. Die Flucht in die Depersonalisation kann sie so fern und fremd werden lassen, dass ihre Intensität erträglich wird. Eine andere Variante ist, einen noch intensiveren Reiz zu setzen, der, dem inneren Befinden entsprechend, selbstdestruktiver Natur ist: Verhaltensexzesse wie

parasuizidale Handlungen, Verletzungen des eigenen Körpers, Drogen- und Alkoholmissbrauch, Promiskuität. Diese Verhaltensexzesse werden negativ verstärkt durch das Nachlassen der quälenden Affekte, aber auch durch intermittierende Verstärkung anderer, die kontingent positiv darauf eingehen. Reagieren die Anderen dagegen heftig, abweisend, so setzen sie eine wiederholte Traumatisierung im Sinne eines Ungültig-Erklärens der Gefühle, Gedanken, Reaktionen und der ganzen Person. Enttäuscht von sich und den Anderen ist wieder einmal ein Paradies verloren gegangen. Nach dem Prinzip „Mehr desselben“ wird die Lehre daraus gezogen, das nächste Mal noch intensiver kämpfen zu müssen, noch wachsamer gegenüber Enttäuschungen zu sein. Quintessenz ist die Aufrechterhaltung der Instabilität der eigenen Identität.

4.5.1 Formulierung der Verhaltens- und Bedingungsanalyse bei Borderline-Störungen

Symptomauslösende Situation S: Instabile oder fehlende tragfähige Beziehungen, drohender Verlust einer wichtigen Beziehung, Kritik, Frustration, Misserfolg

Person O: Affektive, kognitive und Verhaltensinstabilität, Störung der Regulierung der Gefühlsintensität, Emotionsphobie, verzweifelte Versuche, ein Verlassenwerden zu verhindern

Reaktionen R: Gefühl der Ablehnung, intensiver Ärger, Angst, Verzweiflung, Leere, Depersonalisation, Selbstdestruktivität, Parasuizidalität

Symptom aufrechterhaltende Konsequenzen C: Nachlassende Intensität der aversiven Gefühle (negative Verstärkung)

4.5.2 Formulierung der Therapieziele bei Borderline-Störungen

1. Stabile Therapeut-Patient-Beziehung aufbauen
2. Bedingungswissen vermitteln
3. Erreichen einer exakteren sozialen Wahrnehmung
4. Abbau des dichotomen Denkens
5. auslösende Situationen sollen adäquat modulierte emotionale Reaktionen auslösen
6. Verringerung der Verletzbarkeit
7. Umgang mit Angst, Stress, Depression und Gefühlen lernen
8. erfolgreichen Umgang mit anderen Menschen und Alltagsproblemen lernen
9. Stabilisierung der Wahrnehmung der eigenen Identität
10. Umgang mit Rückfällen

4.5.3 Formulierung des Therapieplan bei Borderline-Störungen (nach Linehan, 1996a, b)

- a) Stilistische Strategien (respektlose Kommunikation, reziproke Verletzbarkeit)
- b) Kontingenzmanagement
- c) Validierungsstrategien
- d) Techniken der kognitiven Umstrukturierung
- e) Selbstkontrolltechniken
- f) Problemlösetraining
- g) Entspannungstraining oder Meditation
- h) Stressbewältigungsstrategien
- i) Therapievertrag
- j) Training sozialer Kompetenz und Kommunikation

Literatur

Linehan (1996a, b, 1998), Reicherzer & Kraemer (2006), Reicherzer (2013), Sender (2000)

5.4 Eine junge Patientin mit Bulimie

Bericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Verhaltenstherapie

(X) Erstantrag () Fortführungsantrag () Ergänzungsbericht

Chiffre: B 040581

1. Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik

Die im Gesicht etwas mollig wirkende 19-jährige Abiturientin berichtet:

„Seit einem Jahr esse ich heimlich, wenn niemand zu Hause ist, die ganzen Lebensmittelvorräte. Ich kriege einen solchen Heißhunger, dass ich wahllos alles in mich hinein stopfe. Dann habe ich panische Angst vor dem Dickwerden und erbreche wieder alles. Anschließend mache ich mir Vorwürfe, fühle mich niedergeschlagen und faste noch strenger als zuvor.“ Zur Auslösung führten eskalierende Auseinandersetzungen mit den Eltern. Jetzt hatten die Eltern die Essstörung entdeckt und die Vorräte in ihrer Abwesenheit verschlossen. Ihre Hausärztin – als Vertrauensperson – riet der Patientin zur Psychotherapie.

2. Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese

Ihren 45-jährigen Vater, Ingenieur, schildert sie als ehrgeizig, streng, eigensinnig, gestresst, hat nie Zeit. Er hätte lieber eine sportliche Tochter gehabt. Sie mochte ihn zuerst sehr, später enttäuschte er sie umso mehr. Die 43-jährige Mutter ist Sachbearbeiterin. Sie sei selbstbewusst, klug, kontrollierend und launisch. Die Beziehung zu ihr war sehr eng. Die Mutter hatte überfordernde Erwartungen an die Patientin. Diese sollte alles erreichen, was sie selbst nicht erreicht hatte (schlanke Figur, Karriere, Bildung). Sie bestrafte Misserfolge durch Liebesentzug und achtete früh auf korrekte Umgangsformen der Patientin. Es sind keine Geschwister vorhanden. Die Großeltern versorgten tagsüber die Patientin. Sie waren nicht so streng wie die Eltern.

Erwachsenen gegenüber war die Patientin brav, sehr höflich, unscheinbar. Bei Kindern hatte sie darüber hinaus Angst, wegen ihrer molligen Figur gehänselt zu werden. In Gruppen passte sie sich gut ein, so dass sie gerne gesehen war. Die anfängliche Freude an der Schule nahm mit den Überforderungen der Mutter ab. Als Kind fühlte sie sich oft traurig, hatte Langeweile. Auf Gefühle der Angst, Schwäche und Hilflosigkeit reagierte die Mutter abwertend. Aggressivität war tabu. Die Eltern waren sexuell offen, die Patientin hatte bis zur Bulimie eine positive Einstellung zur Sexualität. In Zweierbeziehungen kann sie sowohl die dominierende als auch die submissive Rolle einnehmen. Die körperliche Entwicklung zeigt eine Neigung zum Molligen ohne Übergewicht. Belastend empfindet sie ihren überproportional starken Fettansatz an der Hüfte, ihre kräftige Nase und ihr rundliches Gesicht. Bisher traten keine wesentlichen Erkrankungen auf. Es sind keine belastenden Lebensereignisse explorierbar. Kinderängste und -neurosen werden verneint. Bisher gab es keine psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen.

Sie ist jetzt in der Abiturklasse, hat dort keine Schwierigkeiten. Sie hatte noch keinen festen Freund, jeweils nach wenigen Wochen scheiterten bisher alle Versuche. Seit den großen Meinungsverschiedenheiten mit der Mutter und der enttäuschenden Neutralität des Vaters hat sie kein Familiengefühl mehr. Es sei mit den Eltern nicht mehr auszuhalten. Sie sehnt sich sehr nach einem Freund, der sie wirklich versteht und liebt. Belastend in den letzten zwei Jahren waren die Konflikte mit den Eltern, stützend ihre guten Kontakte zu einem konstanten Freundeskreis. Die Entscheidung zur Therapie fiel, als die Essstörung von den Eltern entdeckt wurde und die Eltern sich gemeinsam gegen die Patientin wandten. Symptomauslösend war der eskalierende Familienzweist. Sie hatte schon seit zwei Jahren zunehmend strenge Diäten gemacht, einmal nahm sie von 55 kg bis auf 48 kg ab. Vor 11 Monaten kam es zum ersten Fressanfall. Zunächst versuchte sie, mit Abführmitteln gegenzusteuern, lernte aber nach wenigen Monaten, das Erbrechen einzusetzen.

3. Psychischer Befund zum Zeitpunkt der Antragstellung

Die Patientin verhält sich freundlich, brav, aber sehr wortkarg. Es kostet mich Geduld, auf ihre Antworten zu warten. Sie ist überdurchschnittlich intelligent. Sie ist in sozialen Situationen ängstlich und gehemmt, neigt zu großer Gewissenhaftigkeit, überlässt anderen die Entscheidung. Ihre Persönlichkeit ist durch selbstunsichere, dependente und zwanghafte Züge gekennzeichnet. Es bestehen abwechselnd restriktive Diäten mit täglichen Anfällen von Fressen-Erbrechen und nachfolgend depressive Verstimmungen. Das Körpergewicht ist normal (55 kg bei 170 cm Körpergröße). Die Speicheldrüsen sind geschwollen, die Zähne angegriffen.

4. Somatischer Befund

Siehe beiliegenden Konsiliarbericht.

5. Verhaltensanalyse

Mikroebene:

Typische Situation: Die Patientin ist allein zu Hause

Kognition: Ihr kommt der Gedanke an den Streit mit der Mutter: „Immer soll ich es ihr recht machen. Um meine Bedürfnisse kümmert sie sich nicht.“

Verhalten: Dann geht sie zum Kühlschrank und räumt alle brauchbaren Nahrungsmittel heraus. Es folgt Fressen und Erbrechen.

Emotion: Sie fühlt sich voll Spannung, deprimiert. Nach dem Fressen hat sie Angst vor dem Dickwerden.

Körper: Der Heißhunger wächst, bis die Fressattacke beginnt. Es folgen Völlegefühl, Übelkeit, Erbrechen, Erleichterung.

Ein abzubauenen Verhaltenssexzess ist das restriktive Diätverhalten. Zu behebbende Verhaltensdefizite sind fehlende Durchsetzungsfähigkeit, Wahrnehmung und Ausdruck von Gefühlen und Bedürfnissen. Qualitativ neue Verhaltensweisen sind die Anfälle von Fressen und absichtlichem Erbrechen.

Bedingungsanalyse (Makroebene): Die zunehmenden Schwierigkeiten mit der dominierenden Mutter, das Fehlen eines Freundes und das Unglücklichsein über die nicht ideale Figur belasteten die Patientin. Sie ist noch zu sehr an der äußeren Normsetzung orientiert, in ihrem Selbstwert vom Urteil anderer abhängig, hat einen zu perfektionistischen Anspruch an sich selbst sowie ein nicht erreichbares Schlankheitsideal mit der Fehlatriebution, dass durch dessen Erreichen ihr Beziehungs- und Selbstwertproblem zu lösen sei. Die zeitliche Abfolge von Familienzwiſt – restriktiver Diät – Sehnsucht nach einem Freund und Leiden unter der Figur spricht für die genannten Zusammenhänge. Diese unbefriedigende Lebenssituation führte zur Symptomentstehung.

Funktionsanalyse: Die Bulimie diene dazu, einerseits den emotionalen Hunger immer wieder zu stillen (Trost), andererseits aber auch aggressive Tendenzen abzublocken, die die Feindschaft mit den Eltern unversöhnlich gemacht hätten.

S: unbefriedigende, enttäuschende Beziehungen zu den Eltern, fehlender Freund

O: extreme Normorientierung, Perfektionismus, Schlankheitsideal, fehlende Wahrnehmung von Bedürfnissen und Gefühlen, fehlende soziale Kompetenz und Stressbewältigung

R: restriktive Diät – Fressen – Erbrechen – Diät etc.

C: Vermeiden des Bruchs mit der Mutter, immer wieder kurzfristige kathartische Bedürfnisbefriedigungen

Die Patientin hat ihren Freundeskreis nur wenig eingeschränkt, treibt weiterhin Sport (Wandern, Gymnastik). Sie hat bislang keine Selbsthilfemöglichkeiten gefunden und ausprobiert. Die Eltern gestalten die Auseinandersetzungen in einer Weise, dass es der Patientin schwer fällt, durch konstruktive Gespräche und Mitteilung ihrer emotionalen Betroffenheit andere Lösungsmöglichkeiten zu suchen.

6. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung

Bulimie (F50.2)

bei selbstunsicherer, zwanghafter Persönlichkeit

nach Auseinandersetzungen mit den Eltern (Ablösungsproblematik)

Die Gewichtsabnahme vor Beginn der Bulimie erfüllte nicht die diagnostischen Kriterien einer Anorexie.

7. Therapieziele und Prognose

Gesamtziel: Weniger Leistungsorientierung, weniger Abhängigkeit von der Verstärkung durch wichtige Personen. Mehr Wahrnehmen und Ausdrücken von Bedürfnissen und Gefühlen und mehr Durchsetzen eigener Anliegen.

1. Abbau des bulimischen Zirkels (Diät – Fressen – Erbrechen)

2. externe Normorientierung, Perfektionismus und Schlankheitsideal modifizieren

3. Aufbau der Fähigkeit zur Wahrnehmung und Ausdruck von Gefühlen und Bedürfnissen (soziale Kompetenz und Selbsteffizienzerfahrung)

4. Positive Einstellung zu und Wahrnehmung des eigenen Körpers

Direkt modifiziert werden sollen das Diätverhalten, die dysfunktionalen Kognitionen, Gefühlswahrnehmung und -ausdruck und Körperwahrnehmung. Indirekt modifiziert werden soll das Fressen – Erbrechen. Prognostisch günstig ist die Aufrechterhaltung wichtiger sozialer Kontakte. Prognostisch ungünstig ist der Nutzen, den die Eltern aus der Symptombildung für ihre Partnerschaft ziehen. Die Patientin ist sehr motiviert, sich von der Mutter abzulösen, heterosexuelle Kontakte zu schaffen und hemmende Verhaltensdefizite abzubauen. Die Einbeziehung der Eltern zu einem möglichst frühen Zeitpunkt ist notwendig, allerdings ohne der Mutter die Möglichkeit zu geben, via Cotherapeutenrolle wieder mehr Zugriff auf die Tochter zu erlangen.

8. Behandlungsplan

Gesamtstrategie: Übungen zum Wahrnehmen und Aussprechen von Gefühlen und Bedürfnissen und zum kompetenten Verhandeln, um den eigenen Standpunkt behaupten zu können

Zu Ziel 1: Informationsvermittlung, bedingungsanalytische Gespräche, Anti-Diätprogramm, um von einer dysfunktionalen Einstellung und dem Umgang mit der Störung abgehen zu können und Therapiemotivation herzustellen

Zu Ziel 2: kognitive Gesprächsführung mit sokratischem Dialog zur Umstrukturierung von Normen, Standards und Körperwunschschild

Zu Ziel 3: Training der Wahrnehmung und des Ausdrucks von Gefühlen und Bedürfnissen, Training der Kommunikation, der sozialen Kompetenz und der Stressbewältigung, um eigenen Wünschen gerecht werden zu können und zugleich Beziehungen befriedigend gestalten zu können

Zu Ziel 4: Körperübungen, um eine bejahende Haltung zum eigenen Körper zu erlangen

Alle geplanten Maßnahmen sollen parallel erfolgen. Es werden vorerst 45 Einzelsitzungen à 50 Minuten beantragt.

Datum:

Unterschrift:

Stempel:

VDS00-Z Verhaltensdiagnostische Fallkonzeption mit Zielanalyse und Therapieplan**1. Zusammenfassende Übersicht über die Ergebnisse der VDS-Fragebögen und -Interviews**

Sie wählen für jeden Patienten eine kleine Auswahl der VDS-Fragebögen aus, um ein tiefes Verständnis des Menschen und seiner Symptomatik zu gewinnen. Diese Vorlage soll Ihnen helfen, den Überblick zu bewahren und eine anschauliche Darstellung der Fallkonzeption zu erhalten. Im ersten Teil finden Sie eine sehr kurz gefasste Zusammenschau, die ein prägnanteres, leichter erfassbares Bild ergibt. Dazu übertragen Sie die Fragebogenergebnisse in diese Vorlage. Zuerst sind das oft die errechneten Skalen-Mittelwerte, dann schreiben Sie noch dazu, wie Sie diese interpretieren (siehe Auswertungsanleitungen).

Patient Vorname: Nachname: Alter: Heutiges Datum:

VDS14-Befund: Im Vordergrund steht ein-Syndrom. Dies führte zur
Hauptdiagnose, die zur jetzigen Behandlung führte: ICD10-Nr. F.....
Zweitdiagnose: ICD10-Nr. F.....

VDS90-Symptomliste: bestätigt obige Syndromdiagnose. Die höchsten Punktwerte traten auf bei
Syndrom (), Syndrom ()
und bei Syndrom (). Außerdem fiel noch auf Syndrom ()

VDS30-Persönlichkeit: Die höchsten Werte traten auf bei
Persönlichkeitszug () und bei Persönlichkeitszug ()

VDS27 zentrale Bedürfnisse: Die beiden wichtigsten Bedürfnisse waren und
Der dysfunktionale Umgang mit diesen Bedürfnissen bestand darin:

VDS28 zentrale Ängste: Die beiden größten Ängste waren und
Der dysfunktionale Umgang mit diesen Ängsten bestand darin:

VDS35 Daraus resultiert die Überlebensregel:
Nur wenn ich immer (Persönlichkeitszüge mit den höchsten Werten)
Und wenn ich niemals (Ärger zeige und das Gegenteil mache)
bewahre ich mir (die beiden wichtigsten Bedürfnisse)
und verhindere (die beiden größten Ängste)

VDS21a Verhaltensanalyse: Die Symptom auslösende Lebenssituation
Genauer Beginn der Symptomatik:
Problematische Lebenssituation unmittelbar vor Beginn der Symptomatik:
Problematische Beziehung unmittelbar vor Beginn der Symptomatik:
Symptom auslösendes Ereignis:
VDS21b Reaktionskette zum Symptom:
Die Überlebensregel verhinderte, dass in der das Symptom auslösenden Lebenssituation (Makroebene der Verhaltensanalyse) ein meisterndes Verhalten gezeigt werden konnte, so dass die Symptombildung nicht notwendig gewesen wäre. Denn sie führte in der Reaktionskette zum Symptom zur Antizipation bedrohlicher Folgen meisternden Verhaltens, so dass dieses unterlassen wurde und stattdessen das Symptom auftrat. Zu einer schlüssigen Reaktionskette kommen wir, wenn wir herausfinden, was an der Situation so frustrierend war, dass großer Ärger und Selbstbehauptungstendenz automatisch resultiert wären.
Symptom auslösende Lebenssituation:
Das Frustrierende/Ärgerliche an dieser Situation war:
Die notwendige selbstbehauptende Handlung wäre gewesen:
Die Überlebensregel sagte als bedrohliche Folge vorher:
und gebot, sich weiterhin gemäß dem dysfunktionalen Persönlichkeitszug zu verhalten.
Da dies zu keinem erträglichen Ergebnis führte, entwickelte sich als Symptom:
VDS21c Kurzfristige Konsequenzen des Symptoms:
Mit Hilfe des Symptoms konnte also bewahrt werden: (zentrale Bedürfnisse)
und mit Hilfe des Symptoms konnte verhindert werden: (zentrale Ängste)
Langfristige Konsequenzen der Symptombildung erklären nicht die Symptomentstehung, zeigen nur wie hoch der Preis dafür ist, mit Hilfe der dysfunktionalen Überlebensregel seine wichtigen Beziehungen zu schonen.

Damit haben wir für den individuellen Patienten ein schlüssiges Modell seiner Symptombildung, das wir als vorläufige Hypothese und Heuristik verwenden können, bis neue Erkenntnisse eine Modifikation notwendig machen. Je weniger Fragebögen wir verwenden, umso spekulativer ist unser Erklärungsmodell und unsere Fallkonzeption. Die Fragebogenergebnisse evaluieren und modifizieren wir durch unsere zusätzlichen Gespräche über deren Themen, so dass ein reliables Gesamtverständnis resultiert.

Mein vorläufiges Fallverständnis: (Sie können obiges noch einmal in eigenen Worten zusammen fassen)

.....
.....

2. Zusammenfassende Übersicht über die Ergebnisse der VDS-Fragebögen und -Interviews

Nachfolgendes Denkmodell der Entstehung von psychischen und psychosomatischen Symptomen bietet eine gemeinsame heuristische Grundlage für TherapeutIn und PatientIn, die sowohl die Relevanz der VDS-Fragebögen zeigt, als auch immer wieder eine Orientierung für die Schwerpunktsetzung in der beginnenden oder laufenden Psychotherapie gibt.

Die Wechselwirkung zwischen den Eltern mit ihrem Elternverhalten und dem Kind mit seinen angeborenen Eigenschaften und seinem Temperament führt neben Befriedigungen auch zu Frustrationen und Bedrohungen, die bestimmte Bedürfnisse bleibend in den Vordergrund rücken lassen, z. B. das Bedürfnis nach Geborgenheit oder das Bedürfnis nach Beachtung. Sie führt auch dazu, dass ein Mensch dauerhaft auf die Vermeidung spezifischer Bedrohungen bzw. Ängste achtet und so ein individuelles Profil an Vermeidungshandlungen aufbaut. Ein weiteres wichtiges Ergebnis seiner Kindheit ist dann die Hemmung seiner aggressiven Tendenzen den Mitgliedern seiner sozialen Gemeinschaft gegenüber. Der Inhalt der Wuttendenzen ist charakteristisch für einen Menschen und ist ebenfalls Ergebnis der Wechselwirkung zwischen Eltern und Kind bzw. zwischen ihm und anderen wichtigen Bezugspersonen (z. B. Bruder, Schwester, Großeltern). Die Dauerblockade der Wut- und Angriffstendenz ist eine wichtige Aufgabe der Selbstregulation. Viele Menschen gehen dabei so weit, dass sie selbstunsicher und ängstlich werden. Die psychische Homöostase (ein Regelkreis, der versucht, alles ins Gleichgewicht zu bekommen) kann als Regelwerk verstanden werden und die wichtigste Regel ist die, die das Überleben sichert. Die Abläufe sind vorbewusst, d. h. die willkürliche (bewusste) Psyche weiß von diesen Zusammenhängen nichts.

Meist geht es in Beziehungen nur um das emotionale Überleben, d. h. um das Verhindern von psychischen Schädigungen. Eine in der Kindheit optimal auf die soziale Umwelt zugeschnittene Überlebensregel wird, wenn sie nicht verändert wird, im Erwachsenenleben aber untauglich (dysfunktional). Patienten haben dysfunktionale Überlebensregeln, die dafür sorgen, dass ihr Erleben und Verhalten nicht zu den gewünschten Ergebnissen führt, d. h. dem betreffenden Menschen zum Nachteil gereichen. Zudem verhindern sie auch, dass die Beziehungen ihres Erwachsenenlebens stützend und befriedigend für beide Seiten bleiben. Damit haben wir es in unseren Betrachtungen zunächst mit den Persönlichkeitszügen zu tun, die Erfolge verhindern. Die Überlebensregel und die durch die Persönlichkeit festgelegten unteroptimalen Erlebens- und Verhaltensstereotypen schränken das aktive Verhaltensrepertoire eines Menschen zum Teil erheblich ein. Dadurch ist er schwierigen Problemen weniger oder nicht gewachsen. Die auslösende Lebenssituation kann z. B. nur durch Symptombildung beantwortet werden. Erlebens- und Verhaltensweisen, die zur Meisterung des Problems geführt hätten, sind verboten. Sie würden die Überlebensregel verletzen und das emotionale Überleben gefährden. Welche Lebenssituation zur Symptombildung führt, ist somit auch durch die Persönlichkeit des betroffenen Menschen festgelegt. Eine therapeutische Veränderung dieser Persönlichkeitszüge und Verhaltensweisen hat deshalb einen hohen Stellenwert in der psychotherapeutischen Zieldefinition und Behandlungsplanung.

3. Zusammenfassung wichtiger biographischer Faktoren aus VDS1 und VDS4 (nur schildern, was bedeutsame Auswirkungen hatte)		
Wichtige biographische Faktoren zusammengefasst aus VDS1 oder VDS4	in der Biographie dieses Patienten (keine Bewertungen, sondern Ereignisse/Umstände konkret schildern)	Welche Auswirkungen hatte das? (Trauma, Defizit, Konflikt, Ressource)
Vater war ...		
Mutter war ...		
Elternbeziehung war ... Geschwister waren ...		
Trennungen in der frühen Kindheit waren ...		
Bindungsaufbau war ...		
Kindergartenalter war ...		
Erstes Schuljahr war ...		
Grundschule war ...		
Haupt-/Realschule/Gymnasium war ...		
Freunde/Kameraden waren ...		
Pubertätszeit war ...		
Jugendalter war ...		
Sexualitätsentwicklung war ...		
Erste Paarbeziehungen waren ...		
Lehre, Studium war ...		
Berufseinstieg war ...		
Berufsleben ist ...		
Partnerschaft ist ...		
Freizeit ist ...		

4. Patientenprofil

Wieder können wir unsere bisherigen Erkenntnisse zusammenfassen und so ein Profil des Patienten zeichnen:

Patient Vorname: Nachname: Alter:
 Beruf: Arbeitsplatz:
 PartnerIn: dessen/deren Beruf:
 Kinder: m/w (Alter:), m/w (Alter:), m/w (Alter:)
 Syndrom:
 Die wichtigsten Symptome:
 Komorbidität(en):
 Genauer Zeitpunkt des Beginns der Erkrankung:, also vor ... Monaten
 Zustand zu Beginn der Therapie:
 Lebenssituation vor Erkrankung:
 Beziehungsgestaltung vor der Erkrankung:
 Symptomauslösendes Ereignis:
 Wichtige Punkte der Biographie:
 Wie versuchte er/sie vor Symptombeginn das symptomauslösende Problem zu meistern und scheiterte damit?

 Was wäre eine erfolgreiche Meisterung der Problemsituation gewesen?

 Was vermied er/sie durch Symptombildung (negative Verstärkung)?

 Inwiefern verhinderte eine dysfunktionale Überlebensregel erfolgreiches Meistern?

5. Zusammenfassende Übersicht über die Ergebnisse der VDS-Fragebögen und -Interviews

VDS22 Fremdanamnese (wer machte die Angaben?)

Ergänzungen
 zur Symptomauslösung
 zur Symptomatik
 zur Persönlichkeit
 zu Bedürfnissen und Ängsten
 zur aktuellen Lebenssituation
 zur gegenwärtigen Partnerschaft
 zu den Eltern
 zu den Geschwistern
 zur Biographie incl. belastenden life events
 zu Freunden
 zur Freizeitgestaltung
 zum Beruf
 zur Leistungsorientierung
 (nur mündlich: zur Sexualität)

VDS23 Schwierige Situationen

A Die unangenehmste und unbefriedigendste Situation von allen ist:

 B Die zweitunangenehmste/unbefriedigendste Situation ist:

 C Die drittunangenehmste/unbefriedigendste Situation ist:

VDS24 Frustrierendes Elternverhalten (V=Vater, M=Mutter)

Frustrierte Zugehörigkeitsbedürfnisse 1. (V?/M?) 2. (V?/M?)
 Frustrierte Autonomiebedürfnisse 1. (V?/M?) 2. (V?/M?)
 Frustrierte Homöostasebedürfnisse 1. (V?/M?) 2. (V?/M?)

VDS26 Ressourcenanalyse

Wichtige Ressourcen des Patienten sind:
 1. 2. 3.

VDS31 Entwicklungsstufen

Der Patient befindet sich auf den beiden Stufen und

VDS32 Emotionsanalyse

Mit welchen Gefühlen wird dysfunktional umgegangen?
 Auf welche Weise?

VDS33 Werteanalyse

Die wichtigsten Werte sind

1. 2. 3.

VDS34 Innere Normen

Die wichtigsten inneren Normen sind

1. 2. 3.

VDS36 Beziehungsanalyse

Dysfunktionale Interaktionsmuster sind

1. 2. 3.

VDS38 RDR Ressourcen-Defizite-Ziele

Überwiegend oder absolut dysfunktional sind folgende Fähigkeiten

1. 2. 3.

Überwiegend oder absolut dysfunktional sind folgende Umweltressourcen

1. 2. 3.

VDS48 Beziehung - Emotion - Körper

Es fällt noch schwer zu erkennen, verstehen, akzeptieren von:

 Mutter, Vater, andere wichtige Bezugspersonen sich selbst, seine Gefühle, seinen Körper Herkunft eigener Verhaltensmuster aus der Kindheitsgeschichte

Aus dieser Zusammenfassung weiterer VDS-Fragebögen ergibt sich folgende **Ergänzung des Fallverständnisses**
 (nur sehr wichtige Ergänzungen, ohne die das Bild des Patienten einseitig oder falsch wäre):

.....

.....

.....

6. Zielanalyse

Ressourcenorientierte Zieltaxonomie „der gesunde Mensch“ (aus VDS38 RDR)

Sie können ankreuzen, welches Ziel für Ihren Patienten vorrangige Bedeutung hat:

Wie ist ein gesunder Mensch? Er hat die ...

- Fähigkeit zur Emotionsregulation
- Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung
- Fähigkeit zur Selbststeuerung
- Fähigkeit zur sozialen Wahrnehmung
- Fähigkeit zur Kommunikation
- Fähigkeit zur Abgrenzung
- Fähigkeit zur Bindung
- Fähigkeit zum Umgang mit Beziehungen
- Fähigkeit zur Selbsttranszendenz
- Fähigkeit, sich aus einer zu Ende gegangenen Bindung lösen zu können
- Fähigkeit zur Utilisierung von Ressourcen (Begabungen, Kenntnisse, Kreativität, soziales Umfeld)
- Fähigkeit zur Bewältigung krisenhafter Situationen
- Leidenskapazität

Was braucht ein gesunder Mensch?

- Eingebundensein in ein stabiles privates Umfeld
- Eingebundensein in ein stabiles berufliches Umfeld
- Das Gefühl der sinnerfüllten Herausforderung im privaten und beruflichen Umfeld
- reale Chancen zur Reduktion pathogener Umweltfaktoren
- reale Chancen zur Entwicklung einer positiven Lebensperspektive

Was macht ein gesunder Mensch?

- Er wendet sich neugierig dem Leben und der Welt zu
- Er lernt begierig, eignet sich Wissen an
- Er eignet sich Fähigkeiten an
- Er reflektiert das Geschehen in der Welt
- Er gestaltet berufliche Projekte
- Er ist musisch und künstlerisch aktiv, rezipiert Kunst und Kultur
- Er besucht die Natur
- Er ist sportlich aktiv
- Er sucht und hat fruchtbare Begegnungen
- Er beginnt und pflegt Beziehungen
- Er geht eine Partnerschaft ein und bewahrt eine dauerhafte liebevolle Beziehung
- Er gründet eine Familie und gibt seinen Kindern, was sie brauchen
- Er stellt sich bewusst der Vergänglichkeit des Lebens und dem Tod (setzt sich mit spirituellen Fragen auseinander)

Zielauswahl aus den Fragebögen des Verhaltensdiagnostiksystems VDS:

Welches sind die 6 vorrangigsten Zielbereiche?

Vergeben Sie Ränge von 1 (am wichtigsten) bis 6 (am sechstwichtigsten)

- Psychische/psychosomatische Symptomatik VDS14-Befund und VDS90
- Auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen der Symptomatik VDS21
- Schwierige bzw. unbefriedigende Situationen VDS23
- Elternverhalten in der Kindheit (frustrierend, bedrohlich etc.) VDS24
- Ressourcenutilisierung VDS26
- Zentrale Bedürfnisse und der Umgang mit ihnen VDS27
- Zentrale Angst und der Umgang mit ihr VDS28
- Zentrale Wut/Angriffstendenz und der Umgang mit ihr VDS29
- Dysfunktionale Persönlichkeitszüge VDS30
- Entwicklungsstufe VDS31
- Emotionsregulation VDS32
- Wertorientierung VDS33
- Innere Normen und Umgang mit ihnen VDS34
- Dysfunktionale Überlebensregel VDS35
- Umgang mit Beziehungen VDS36
- Konflikte und Umgang mit ihnen VDS37
- Fähigkeiten und Umweltressourcen (RDR Ressourcen & Defizite) VDS38
- VDS 48 Beziehung – Emotion – Körper
-
-
-

* Oft ist das selbst formulierte Ziel doch den obigen Zielbereichen zuzuordnen. Denn es geht ja nur um den Zielbereich und nicht um die genaue Zielformulierung, diese erfolgt anschließend.

Noch einmal: Ich will erreichen, dass ...

1.
2.
3.
4.
5.
6.

7. Therapieplanung

Interventionen, die sich aus dem Fallverständnis ergeben
Welches sind die wichtigsten Interventionen? Vergeben Sie Ränge von 1 bis 10.

Situation S:

- () Zur Lösung des Problems der Symptom auslösenden Situation:
- () Zur Bewältigung des Symptom auslösenden Ereignisses:

Organismus O:

- () Zur emotionalen Verarbeitung der Vorgeschichte (frustrierend/traumatisch):
- () Zum neuen Umgang mit zentralen Verstärkern/Bedürfnissen:
- () Zum neuen Umgang mit zentralen Vermeidungen/Ängsten:
- () Zum neuen Umgang mit Ärger/Wut:
- () Zur Modifikation der Persönlichkeit:
- () Zur empirischen Prüfung der Überlebensregel:
- () Zur Utilisierung der Ressourcen:

Reaktionen R:

- In folgender Situation:
- () Um die primäre Emotion zulassen, Adäquatheit prüfen, ausdrücken zu können:
- () Um den primären Handlungsimpuls zulassen, adäquaten Handlungsentwurf bilden zu können:
- () Zur Neueinschätzung der Erwartungen bezüglich der Folgen meines Handelns:
- () Um dem gegensteuernden Gefühl nicht zu folgen (löschen):
- () Um das vermeidende Verhalten durch meisterndes Verhalten zu ersetzen:
- () Um mit dem Symptom umgehen zu lernen:

Konsequenz C:

- () Um die negative Verstärkung des Symptoms zu löschen:
- () Um die positive Verstärkung des Symptoms zu löschen:
- () Dem Symptom die Funktion nehmen:

Das Verhaltensdiagnostiksystem als Instrument der Verhaltensanalyse und Bedingungsanalyse, der Zielanalyse, der Fallkonzeption und der Therapieplanung – mit VDS- Beschreibung aller VDS-Fragebögen und VDS-Interviewleitfäden

1. Einleitung

Die aus der empirischen Forschung und der Verhaltenstheorie und –therapie resultierenden Kernvariablen nähern sich an. Sie entsprechen den Erkenntnissen der Hirnforschung über die Arbeitsweise des Gehirns.

Das motivationale System: Epsteins (1993) Theorie enthält das Postulat von vier Grundbedürfnissen, während Sulz und Müller (2000) sechs Bedürfnisfaktoren extrahierten (Homöostase, Bindung, Orientierung, Selbstwert, Autonomie/Autarkie, Identität).

Das kognitive System: Der Mensch entwickelt eine persönliche Theorie der Realität, die sich u. a. aus intentionalen Postulaten zusammensetzt, die ihm vorgeben, was er tun und was er unterlassen muss, um diese Bedürfnisse zu befriedigen. Sie entspricht den persönlichen Konstrukten Kellys (1955), den Überlebensregeln (Sulz, 2011) und den kognitiven und motivationalen Schemata (Grawe, 1998). Diesen vorbewussten Teil der Psyche nennt er das experiential system im Gegensatz zum bewussten rationalen System. Diese Einteilung entspricht der Unterscheidung von autonomer und willkürlicher Psyche von Sulz (1994) und der Einteilung Grawes (1998) in implizit und explizit.

Das emotionale System: Primär reagiert der Mensch emotional, er lernt emotional und er bewertet die Umwelt emotional. Die neurobiologischen Emotionstheorien (Damasio, 2003, LeDoux, 2004) lassen erkennen, wie emotionale Prozesse Erleben und Verhalten bestimmen und wie notwendig es ist, sie in den Fokus der Psychotherapie zu stellen (Greenberg, 2000; Sulz & Lenz, 2000).

Das Verhaltensdiagnostiksystem (Sulz, 1999a,b, 2000, 2011) erfasst die für die Therapieplanung wichtigen Parameter des psychischen Systems: Motivationsanalyse (Bedürfnis – Verstärkung, Angst – Vermeidung, Aggression – Angriff), Kognitionsanalyse, Emotionsanalyse, Entwicklungsanalyse, Persönlichkeitsanalyse, Wertanalyse, Konfliktanalyse, Ressourcenanalyse, Situationsanalyse und schließlich die SORKC-Analyse und zeitlich allem vorgeordnet die Symptomanalyse mit Achse I- und II-Diagnostik. Dies ergibt ein umfassendes Diagnosesystem, das sowohl in Papier-und-Bleistift-Form als auch als EDV-Version vorliegt, bei der der Patient seine Angaben direkt am Monitor eingeben kann. Ergänzt durch neuropsychologische, psychophysiologische und neurobiologische Messungen erfolgt eine Informationssammlung und -auswertung, die eine qualifizierte Therapieplanung ermöglicht (Sulz, 2000, 2003a,b, 2011).

Literatur:

Damasio, A.R. (2003). *Der Spinoza-Effekt*. München: List.

Epstein, S. (1993). *Emotion and self-theory*. In M. Lewis, J. Haviland (Hrsg.) *Handbook of Emotions*. New York: Guilford.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Kegan, R. (1986). *Die Entwicklungsstufen des Selbst - Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben*. München: Kindt.

Kelly, G. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton.

LeDoux, J. (2004). *Das Netz der Gefühle*. 4. Auflage. München: dtv.

Piaget, J., & Inhelder, B. (1981). *Die Psychologie des Kindes*. Frankfurt: Fischer.

Schmidt-Atzert, L., & Ströhm, W. (1983). Ein Beitrag zur Taxonomie der Emotionswörter. *Psychologische Beiträge*, 25, 126–141.

Sulz, S. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie: Wege zur effizienten Psychotherapie*. München: CIP-Medien.

Sulz, S. (1999). *Materialmappe zum Verhaltensdiagnostiksystem VDS (VDS1 – VDS14)*.

München: CIP-Medien.

Sulz, S. (1999). *Strategische Therapieplanung – Materialienmappe (VDS20-VDS47)*. München: CIP-Medien.

- Sulz, S. (2000). Therapieplanung. In: A. Batra, R. Wassmann, & G. Buchkremer (Hrsg.): Verhaltenstherapie. Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete (S. 65–73). Stuttgart: Thieme.
- Sulz, S. (2003). Fallkonzeption des Individuums und der Familie. In W. Hiller, E. Leibling, & S. Sulz (Hrsg.). Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie (S. 25–48). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2003). Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien. In W. Hiller, E. Leibling & S. Sulz (Hrsg.). Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie (S. 103–122). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. (2011). Therapiebuch III: Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie. Planung und Gestaltung von Psychotherapien. München: CIP-Medien.

2. Beschreibung der VDS-Fragebögen und Interviewleitfäden

VDS01 Fragebogen zur Lebens- und Krankheitsgeschichte

erfasst alles über Leben, Beziehungen und Krankheiten, was für die Psychotherapie wichtig ist und in einer Fallkonzeption berücksichtigt werden muss (incl. des Berichts an den Gutachter).

VDS03 Vorerkrankungen und Behandlungen

Um sicher zu gehen, kann die spezielle Krankheitsanamnese noch einmal ausführlich und detailliert exploriert werden - wenn eine lange und komplexe Vorgeschichte an Erkrankungen vorliegt.

VDS04 Interviewleitfaden zur Lebens- und Krankheitsgeschichte

Wenn ausreichend Zeit bleibt, ist es durchaus sehr gewinnbringend die Lebens- und Krankheitsgeschichte im persönlichen Gespräch zu explorieren. Dieser Interviewleitfaden führt systematisch durch die Anamnese.

VDS05 Verhaltensanalyseleitfaden

Die Exploration des Verhaltens, seiner Auslöser und seiner positiven und negativen Verstärkungen gelingt mit Hilfe dieses Leitfadens sehr gut, so dass anschließend eine horizontale Verhaltensanalyse formuliert ist.

VDS06a-TP Antragstellungsleitfaden Tiefenpsychologie

Sowohl die schriftliche Fassung der TP-Fallkonzeption als auch der Bericht an den Gutachter können mit diesem Leitfaden zügig und qualifiziert formuliert werden.

VDS06a-VT Antragstellungsleitfaden Verhaltenstherapie

Sowohl die schriftliche Fassung der VT-Fallkonzeption als auch der Bericht an den Gutachter können mit diesem Leitfaden zügig und qualifiziert formuliert werden.

VDS06b-TP Fortführungsbericht Leitfaden Tiefenpsychologie

Auch der TP-Fortführungsbericht mit einer Zwischenbilanz der bisher stattgefundenen Therapie gelingt mit einem VDS-Leitfaden gut.

VDS06b-VT Fortführungsbericht Leitfaden Verhaltenstherapie

Auch der TP-Fortführungsbericht mit einer Zwischenbilanz der bisher stattgefundenen Therapie gelingt mit einem VDS-Leitfaden gut.

VDS12 Verlaufsbericht

Was die meisten Therapeuten nicht wissen: Nach dem Ende einer Therapie muss ein Abschluss- und Verlaufsbericht schriftlich verfasst werden. Das gehört zur Dokumentationspflicht im Rahmen der Qualitätssicherung von Psychotherapien. Hier ein kurzer Leitfaden, der hilft, das Wichtigste festzuhalten.

VDS14 Psychischer Befund Interviewleitfaden

Die Symptomanalyse besteht aus der strukturierten Befunderhebung (Sulz, 1999; Sulz et al., 2002; Sulz, Hummel, Jansch & Holzer, 2011), die zur Syndromdiagnose führt, die in der Therapieplanung eher handlungsleitend ist als die ICD-10-Diagnose. Durch einen hinzugefügten Leitfaden kann der Schritt von der Syndromdiagnose zur ICD-10-Diagnose schnell und reliabel beschriftet werden. Dazu gehören auch die Entscheidungsbäume für alle wichtigen Krankheitsgruppen, um zuverlässig zu einer ICD-10-Diagnose zu finden.

VDS19 Plus-Persönlichkeit Fragebogen

Als Spiegelbild des VDS30-Fragebogens konzipiert, der sich auf die dysfunktionalen Persönlichkeitszüge nach ICD-10 konzentriert, erfasst dieser Fragebogen bei genau diesen für die Psychotherapie so wichtigen Persönlichkeitsdimensionen die Stärken und Fähigkeiten eines Menschen. Er gibt dadurch konkretere Hinweise für die Psychotherapie als allgemeine Persönlichkeitsfragebögen.

VDS21 Verhaltensanalytisches Interview

Im Mittelpunkt steht die Verhaltens- und Bedingungsanalyse SORKC-Analyse. Sowohl der symptomauslösende Aspekt der Lebenssituation, die Reaktionen auf diese, als auch die Symptom aufrechterhaltenden Bedingungen lassen sich mit dem Leitfaden (Sulz, 1999b, 2001) herauschälen. Dabei wird die typische Reaktionskette auf einen Auslöser hin analysiert: primäre Emotion, primärer Handlungsimpuls, Antizipation negativer Folgen aufgrund der dysfunktionalen Überlebensregel, sekundäres, gegensteuerndes Gefühl, vermeidendes Verhalten, Symptombildung.

VDS22 Fremdanamnese

Zur Vervollständigung können wir eine Fremdanamnese (Sulz, 1999b, 2001) wichtiger Bezugspersonen erheben, die die Subjektivität der Schilderungen des Patienten relativieren hilft.

VDS23 Situationsanalyse - schwierige Situationen

Auch die Situationsanalyse (Sulz, 1999, 2001; Sulz, Bischoff, Hebing & Richter-Benedikt, 2011) als Erfassung schwieriger und wichtiger Situationen vervollständigt unsere Sicht durch externe Fakten. Welche schwierigen Situationen kommen im Leben und in den Beziehungen des Patienten häufig vor? Welche sind nur schwer zu bewältigen? Welches Problem bringt die Umwelt auf den Patienten zu? Aus welchen Situationen macht er ein Problem? Wir erhalten so ein sehr individuelles Profil des Patienten.

VDS24 Frustrierendes Elternverhalten

Empirisch gewonnene Kategorien unbefriedigenden und bedrohlichen Elternverhaltens helfen zu einer effektiven Auswertung der Kindheitsbedingungen, die erklären hilft, weshalb ein Mensch so geworden ist, wie er ist, weshalb er eine dysfunktionale Überlebensregel entwickelte, die schließlich zur Symptombildung führte.

VDS26 Ressourcenanalyse

Die Ressourcen eines Menschen sind gerade dann wichtig, wenn es Probleme zu lösen oder gar Krankheiten zu behandeln gilt (Grawe, 1998). Die Ressourcen eines Menschen als latentes und manifestes Repertoire an Eigenschaften und Fähigkeiten, an Möglichkeiten des Schöpfens aus materiellen und immateriellen Reserven, um Lebensqualität herzustellen und zu sichern, sind die Habenseite, die seine Lebenstüchtigkeit ausmachen. Eine systematische Ressourcenanalyse beleuchtet die vorhandenen Ressourcenquellen (Sulz, 1999, 2001; Sulz, Arco, Hummel, Jänsch, Richter-Benedikt, Hebing & Hauke, 2011).

VDS27 Zentrale Bedürfnisse

Die zentralen Bedürfnisse (Belohnungs- und Verstärkungssystem) eines Menschen (Sulz, 1999, 2001; Sulz & Tins, 2000; Sulz & Müller, 2000) steuern sein Beziehungsverhalten (Grawe, 1998). Er versucht, diese Bedürfnisse bzw. eines dieser Bedürfnisse in seinen wichtigen Beziehungen zu befriedigen. Ein großer Teil seiner Transaktionen dient der Befriedigung seiner zentralen Selbst- bzw. Beziehungsbedürfnisse, z.B. Geborgenheit, Sicherheit, Zuneigung, Wertschätzung. Patienten können sehr gut zwischen den einundzwanzig im VDS27 vorgegebenen Bedürfnissen differenzieren. Und vor allem auch den dysfunktionalen Umgang mit eigenen Bedürfnissen analysieren.

VDS28 Zentrale Ängste

und Vermeidungstendenzen sind der zweite motivationale Bereich. Hier geht es um das in der Hirnforschung beschriebene Bestrafungssystem. Auf die Frage „Was wäre bezüglich Ihrer Beziehung zu der Ihnen wichtigen Bezugsperson das Schlimmste, was Ihnen passieren könnte?“, oder „Was fürchten Sie am meisten in dieser Beziehung?“, gibt es einige wenige typische Antworten, die sich als Antwortkategorien eines Fragebogens eignen, der die zentrale Angst erfasst (Sulz, 1999, a; Sulz & Müller, 2000; Sulz & Maßun, 2008).

VDS29 Zentrale Wutformen

Ärger-, Zorn-, Wut- und Aggressionstendenzen lassen sich als dritter motivationaler Bereich ebenso gut explorieren. Bittet man Menschen, sich vorzustellen, dass sie die größtmögliche, berechnete Wut auf eine wichtige Bezugsperson haben, so wiederholen sich einige Wuttendenzen so häufig, dass man sie in einem Fragebogen als Antwortkategorien anbieten kann (Sulz, 1999, 2001; Sulz & Müller, 2000). Wenn wir wissen, welche Handlungstendenz ein Patient im Falle großer Wut in Schach halten und unterdrücken muss, werden einige Verhaltensweisen verständlich, die weder durch den Versuch der Bedürfnisbefriedigung noch der Angstvermeidung erklärbar sind. So ist z. B. Trennungswut eine der häufigsten (dysfunktionalen) Wutformen, die wegen ihrer Folgen unterdrückt wird, so dass keine Wehrhaftigkeit übrig bleibt.

VDS30 Persönlichkeitsfragebogen

Im klinischen Kontext erfolgt die Persönlichkeitsanalyse nach den ICD-10-Kriterien ein Kern-Diagnostikum. Die von Sulz (2000) vorgeschlagenen Selbstbeurteilungsskalen haben stabile statistische Eigenschaften (Sulz et al., 1998; Sulz & Theßen, 1999; Sulz & Müller, 2000; Sulz & Sauer, 2002; Sulz, Beste, Kerber, Rupp, Scheuerer & Schmidt, 2009). und erfassen die für die Psychotherapie häufigsten Dysfunktionalitäten. Inzwischen liegen sie in einer auf elf Skalen erweiterten Form vor: selbstunsicher, dependent, zwanghaft, passiv-aggressiv, histrionisch, schizoid, narzisstisch, emotional instabil, paranoid, schizotyp, dissozial. Ein standardisiertes Interview zur Nachexploration ermöglicht die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Es liegen Normwerte vor.

VDS30-Int Persönlichkeitsstörungs-Interview

Analog zum SKID II können ausgehend vom Selbstbeurteilungs-Ergebnis des VDS30-Persönlichkeitsfragebogens die kritischen Persönlichkeitszüge exploriert werden, die den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung nahe legen. Den ICD-10-Entscheidungskriterien folgend kann entschieden werden, ob sich der Verdacht bestätigen lässt (Sulz & Sauer, 2002).

VDS31 Entwicklungsfragebogen

Die affektiv-kognitive Entwicklungsanalyse lässt sich z. B. mit den VDS-Entwicklungsskalen durchführen (Sulz, 1999, 2001; Sulz & Theßen, 1999). Diese enthalten eine auf Piaget (Piaget & Inhelder, 1981) und Kegan (1986) zurückgehende Stufeneinteilung und bringen in vielen Fällen eine weitere Perspektive in die Fall- und Therapiekonzeption. Mit einer Selbstbeurteilungsskala können sechs Stufen des emotionalen und Beziehungsentwicklungsstandes erfasst werden. Viel zu oft berücksichtigen Verhaltenstherapeuten nicht, dass das, was noch nicht entwickelt ist, auch nicht durch Lernprozesse geändert werden kann.

VDS31-Int Entwicklungs-Interview

Ausgehend von präzise definierten Kriterien der Entwicklungsstufen nach Piaget und Kegan können, von der Selbstbeurteilung im VDS31 ausgehend tiefer gehende Betrachtungen des Niveaus der Emotions- und der Selbst- und Beziehungsregulation folgen (Sulz & Becker, 2008). Fixierungen auf einem früheren Niveau limitieren die Veränderungsfähigkeit im Rahmen einer Psychotherapie erheblich.

VDS32 Emotionsanalyse

Da Emotionen wesentlich die Bedeutungsgebung in sozialen Beziehungen determinieren und auch die primären Motivatoren sozialen Handelns sind, gibt ihre Erfassung Aufschluss sowohl über die emotionale Selbstregulation als auch über die Beziehungsregulation. In Anlehnung an Schmidt-Atzert und Ströhm (1983) ergibt sich eine Liste von 42 Gefühlen, die in die vier Gruppen Freude, Trauer, Angst und Wut eingeteilt werden können (Sulz, 1999, 2001; Sulz & Schmalhofer, 2010). Eine weitere Skala erfasst, inwiefern der Umgang mit Emotionen funktional oder dysfunktional ist.

VDS33 Werteanalyse

Die Werte, die ein Mensch internalisiert hat, haben nichts mit den Geboten und Verboten der Überlebensregel zu tun, auch nichts mit Moral. Eigene empirische Studien führten zu Wertefaktoren, die die Grundlage für einen Wertefragebogen waren (Sulz, 1999, 2001; Sulz, Arco, Hummel, Jänsch, Richter-Benedikt, Hebing, Hauke, 2011), der sieben Faktoren umfasst. Zu Beginn einer Therapie sind oft spezifische Werte unterrepräsentiert, so dass die Behandlung der Devise folgen muss: vom bedürfnis- zum wertorientierten Menschen. Eine weitere Skala erfasst, inwiefern der Umgang mit Werten funktional oder dysfunktional ist.

VDS34 Innere Normen

Die Analyse der internalisierten Normen im Sinne von Geboten und Verboten erfolgt einfach, indem der Patient gebeten wird zehn Sätze zu bilden, die anfangen mit „Du sollst ...“ und zehn Sätze, die anfangen mit „Du sollst nicht ...“. Eine weitere Skala erfasst, inwiefern der Umgang mit Normen funktional oder dysfunktional ist. Für die Planung der Reattribution dysfunktionaler Kognitionen ist dieser Fragebogen sehr nützlich.

VDS35a Dysfunktionale Überlebensregel

Die Kognitionsanalyse bzw. Schemaanalyse führt u. a. zu einer impliziten Überlebensregel (Sulz, 2001) Sie kann folgenden Satzbau haben: Nur wenn ich immer ... (z. B. mich schüchtern zurückhalte) und wenn ich niemals ... (z. B. vorlaut und frech bin) bewahre ich mir ... (z. B. die Zuneigung der mir wichtigen Menschen) und verhindere ... (z. B. deren Unmut und Ablehnung). Der Name Überlebensregel weist darauf hin, dass die Psyche einen Verstoß gegen diese Regel für nicht verträglich mit dem emotionalen Überleben in wichtigen Beziehungen hält. (Sulz, 1999b, 2001). Empirische Studien zeigten, dass ihr bei der Symptomentstehung und der Entwicklung dysfunktionaler Persönlichkeitszüge große Bedeutung zukommt (Sulz, Heiss, Linke, Nützel, Hebing & Hauke, 2011).

VDS35b Evaluation Veränderung der Überlebensregel

Empirische Studien zeigten, dass Symptomreduktion, Erreichung von Psychotherapiezielen und Veränderungsbereitschaft deutlich mit dem gesunkenen Einfluss der alten dysfunktionalen Überlebensregel korrelieren (Sulz, Heiss, Linke, Nützel, Hebing, Hauke, 2011). Deshalb ist die VDS35b-Evaluation einer der wertvollsten Bestandteile der Verlaufs- und Ergebnismessung einer Psychotherapie.

VDS36 Interaktionsanalyse

Ausgehend von Lorna S. Benjamins SASB-Modell wird dem Patienten (oder bei Paartherapie dem Paar) ein rasch auszufüllender und leicht auszuwertender Fragebogen ausgegeben, der die dysfunktionalen und maladaptiven Interaktionsmuster transparent macht, so dass gezielt daran therapeutisch gearbeitet werden kann (Sulz, Gahr, Manhart, Hebing & Richter-Benedikt, 2011).

VDS37 Konfliktanalyse

Eine systematische Konfliktanalyse (Sulz, 1999, 2001) kann die Zahl, Art und Bedeutung von Konflikten für die Symptomentstehung und –aufrechterhaltung klären helfen, z. B. Versorgung versus Autarkie (Geborgenheit versus selbst machen und können), Abhängigkeit versus Autonomie (Schutz versus Selbstbestimmung), Impuls versus Steuerung (Bedürfnisbefriedigung versus Kontrolle), Hingabe versus Identität (Beziehung versus Selbsterhalt). Hierzu wurde kein Fragebogen in die Mappe aufgenommen. Der VDS37-Bogen ist jedoch einzeln erhältlich.

VDS38 Ressourcen-Defizit-Rating RDR

Der RDR-Fragebogen enthält Variablen, die deutlich über die Verhaltenstheorie hinausgehen und grundsätzliche menschliche Fähigkeiten und Ressourcen darstellen, die Erkrankung versus Gesunderhaltung und Lebens- und Beziehungsqualität erfassen: Die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung, zur Selbststeuerung, Emotionsregulation, sozialen Wahrnehmung, Kommunikation, Abgrenzung, Bindung (Aufrechterhaltung einer Beziehung), zum Umgang mit Beziehungen, auch sich aus einer Beziehung zu lösen, zur Utilisierung von Ressourcen, zur Bewältigung krisenhafter Situationen und Leidenskapazität. An Umweltressourcen wird das Eingebundensein in ein stabiles berufliches bzw. privates Umfeld sowie reale Chancen einer Veränderung.

VDS48 Beziehung–Emotion–Körper

Als direkte Veränderungsmessung im Verlauf und nach einer Psychotherapie wird erhoben, inwiefern Wahrnehmung und Verstehen eigener Gefühle und Körperlichkeit sowie Erkennen und Verstehen der Wesensmerkmale von Vater und Mutter zugenommen haben - inklusive der eigenen Entwicklung.

VDS49 IFA-Gruppen Evaluation

Dieser Fragebogen erfasst die Qualität der Gruppenprozesse und der durch die Interaktionelle Fallarbeit induzierten Veränderungen bei den Gruppenteilnehmern. Damit ist er ein Instrument des Qualitätsmanagements.

VDS90 Symptomliste

Es werden alle wichtigen psychischen und psychosomatischen Symptome erfasst, so dass sehr schnell in der nachfolgenden persönlichen Befunderhebung (z. B. mit dem VDS14) erfasst werden kann, welches Syndrom vorliegt und welche Komorbiditäten existieren. Bereits eine in weniger als einer Minute erfolgendes Sichten der Antworten des Patienten lässt die wichtigsten Symptombereiche in den Fokus treten. Die systematische Auswertung erfolgt ebenfalls einfach und sicher. Es liegen Referenzwerte sowie Auswertungshilfen mit Excel-Sheets vor.

Liste der VDS-Fragebögen und Interview-Leitfäden

- VDS0 Patientenfragebogen (Fragen zu Beschwerden, Krankheiten, Behandlungen)
- VDS00-Z Verhaltensdiagnostische Fallkonzeption mit Zielanalyse und Therapieplan
- VDS01 Fragebogen zur Lebens- und Krankheitsgeschichte
- VDS03 Vorerkrankungen und Behandlungen – tabellarische Übersicht
- VDS04 Interviewleitfaden zur Lebens- und Krankheitsgeschichte
- VDS05 Verhaltensanalyseleitfaden
- VDS06a-VT Antragstellungleitfaden Verhaltenstherapie
- VDS06b-VT Fortführungsbericht Leitfaden Verhaltenstherapie
- VDS12 Verlaufsbericht
- VDS14 Psychischer Befund*
- VDS19+ Plus-Persönlichkeit – funktionale Aspekte und Stärken*
- VDS21 Verhaltensanalytisches Interview
- VDS22 Fremdanamnese*
- VDS23 Situationsanalyse*
- VDSS24 Frustrierendes Elternverhalten*
- VDS26 Ressourcenanalyse*
- VDS27 zentrale Bedürfnisse/Verstärker*
- VDS28 zentrale Ängste/Vermeidungen*
- VDS29 zentrale Ärger-Wutendenzen*
- VDS30 Persönlichkeit*
- VDS30Int Persönlichkeitsstörungen-Interview*
- VDS 31 Entwicklungsstufen*
- VDS31Int Entwicklungsstufen Interview*
- VDS32 Emotionsanalyse*
- VDS33 Werteanalyse*
- VDS34 Innere Normen*
- VDS35a Dysfunktionale (maladaptive) Überlebensregel
- VDS35b Evaluation Veränderung der Überlebensregel*
- VDS36 Interaktions- und Beziehungsanalyse*
- VDS38 Ressourcen-Defizit-Rating RDR*
- VDS48 Beziehung–Emotion–Körper*
- VDS49 IFA-Gruppen Evaluation*
- VDS90 Symptomliste*

*Auswertung notwendig und vorhanden in der VDS- Verhaltensdiagnostik-Materialmappe

Literatur:

Sulz, S. (2008). VDS Verhaltensdiagnostik-Materialmappe. Das komplette Verhaltensdiagnostiksystem VDS als Kopiervorlage: Fragebögen und Interviewleitfäden mit Auswertungsanleitungen. München: CIP-Medien.