



Stavemann • Hülsner

Der Blick hinter das Symptom

Problemorientierte Kognitive
Psychodiagnostik (PKP) und
abgeleitete Behandlungspläne

BELTZ

Leseprobe aus: Stavemann, Hülsner, Der Blick hinter das Symptom, ISBN 978-3-621-28141-6
© 2014 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28141-6>

2 Konzept der PKP

Anwendungsbereich der PKP. Das nachstehend dargelegte Konzept der PKP bezieht sich auf den Bereich der »neurotischen« Krankheitsbilder, d. h. auf die psychischen Störungen, die durch lerngeschichtlich erworbene Muster und Konzepte begründet sind.

Inwieweit sich die PKP auch bei darüber hinausgehenden Erkrankungen sinnvoll anwenden lässt, z. B. bei »psychotischen« Störungen, bei psychischen Erkrankungen, die vermuten lassen, dass dabei organische oder phylogenetische Ursachen oder im Zwischenhirn verankerte Konzepte ursächlich sind, wurde noch nicht hinreichend evaluiert.

Drei Problemgruppen. Betrachtet man die Ursachen nun für derart lerngeschichtlich erworbene, krank machendes (»neurotisches«) emotionales Leid, so lassen sich diese relativ einfach auf nur wenige zugrundeliegende Problembereiche zurückführen. (Diese Beobachtung wird gestützt durch empirische Befunde. So konnten z. B. Sowislo und Orth (2013) in einer Metaanalyse über 95 Langzeitstudien nachweisen, dass Selbstwertprobleme als Vulnerabilitätsfaktoren insbesondere für depressive- und Angsterkrankungen anzusehen sind. Dabei belegen sie auch die Kausalität zwischen den übergeordneten Konzepten und der daraus resultierenden emotionalen Symptomatik.)

Wie oben angeführt, ist Ellis in seinem letzten Modell zur Kognitiven Diagnostik (Ellis 1997, 2003) mit nur zwei Kategorien ausgekommen: der »ego anxiety« und der »discomfort anxiety«. Wie weiter unten noch begründet wird, gehen wir in dem hier verwendeten Modell von Stavemann (2012) von drei Kategorien aus. Darin wird auf die Begriffe des Ellis'schen Modells verzichtet, um nicht eine Begrenzung des Modells auf die Angsterkrankungen zu suggerieren. In diesem Diagnosemodell lassen sich die beklagten Symptome der Patienten auf folgende Ursachen zurückführen:

- ▶ auf Selbstwertprobleme,
- ▶ auf Frustrationsintoleranzprobleme und
- ▶ auf existentielle Probleme.

Wie noch dargelegt wird, erleichtert diese Kategorisierung nicht nur, die symptomatischen Reaktionen von Patienten, deren Funktionalität und Symptomgewinne leichter zu verstehen (vgl. Stavemann, 2014b, Abschn. 1.2.3), sondern sie dient auch dazu, einen aus der Diagnose abgeleiteten adäquaten, an der Problembehandlung orientierten Behandlungsplan aufzustellen.

Betrachten wir zunächst, wodurch diese drei Problembereiche gekennzeichnet sind (vergl. Stavemann, 2012).

2.1 Problembereiche

Besonders Kognitive (Verhaltens-)Therapeuten beschäftigen sich mit den Auswirkungen kognitiver Muster, von Konzepten und Einstellungen auf die emotionale Befindlichkeit. Hierfür wurden unterschiedliche spezifische Denkmuster und -stile beschrieben, die regelmäßig zu emotionalen Problemen führen (vgl. z. B. Ellis 1977, 2003; Beck 1979, 2004; Stavemann, 2010a, 2014a). Diese »irrationalen Ideen« (Ellis, 1977) oder Denkfällen (Stavemann, 2010a) lassen sich zu Clustern zusammenfügen und diesen drei Problembereichen zuordnen.

Wie wir bei der Beschreibung der »typischen kognitiven Kennzeichen und Konzepte« für die einzelnen Problembereiche noch feststellen werden, sind etliche dieser kognitiven Muster allerdings nicht problemspezifisch. Sie können in zwei oder gar in allen drei Bereichen auftauchen. [Für die Beschreibung und nachfolgende Zuordnung der einzelnen dysfunktionalen kognitiven Denkmuster und -stile zu den drei Problembereichen benutzen wir die 14 dysfunktionalen Denkweisen nach Stavemann (2010a, b).]

2.1.1 Selbstwertprobleme (SWP)

Wenn wir unter einem »Selbstwert« die individuelle Wertzuweisung verstehen, die sich eine Person nach bestimmten, mehr oder weniger bewussten Regeln und Aspekten selbst zuschreibt, dann meinen wir mit dem Begriff »Selbstwertproblem«, dass bei dieser Wertzuschreibung unangemessene, unnötig psychisches Leid verursachende Regeln und Konzepte verwendet werden.

Bei einem Selbstwertproblem benutzt der Betroffene ein dysfunktionales Selbstwert-Konzept. Dieses Konzept enthält Regeln, nach denen aufgrund von Fertigkeiten, Eigenschaften oder Akzeptanz durch andere der pauschale Zugewinn oder Verlust eigener Wertigkeit bestimmt wird. Die Hauptirrationalität besteht dabei in der Verwendung einer generalisierenden und pauschalisierenden Selbstwertbestimmung, in der von einer oder wenigen Eigenschaften, Fähigkeiten, in vielen Fällen sogar von einer einzigen (Fehl-)Leistung der gesamte Wert einer Person definiert wird.

Selbstwertprobleme sind i. d. R. bereits in der Kindheit durch Modelllernen erworben und sie sind stark von soziokulturellen Einflüssen, Moralvorstellungen und Erziehungsnormen geprägt (genauer: Stavemann, 2011).

Die Problemkategorie *Selbstwertproblem* stimmt in großen Teilen mit der von Ellis (2003) konzipierten *ego anxiety* überein, denn auch er versteht darunter die emotionalen Probleme, die daraus entstehen, dass jemand glaubt, dass der eigene Wert durch Misserfolge oder Ablehnung durch andere bedroht ist. Allerdings werden der Problemkategorie *Selbstwertproblem* nicht ausschließlich Angsterkrankungen zugeordnet. Sie umfasst das gesamte emotionale Spektrum.

Kognitive Kennzeichen und Konzepte bei SWP

In Situationen, in denen Patienten mit einem Selbstwertproblem feststellen, dass sie aufgrund ihres individuellen Maßstabs für ihre Selbstwertbestimmung (z. B. Leistung, Anerkennung, Beliebtheit, Besitz) nur unzureichende Ergebnisse liefern könnten oder bereits erbracht haben, kreisen deren Gedanken beständig um einen drohenden oder bereits erlittenen Selbstwertverlust.

Kognitive Kennzeichen. Die typischen kognitiven Kennzeichen bestehen dabei in Verallgemeinerungen oder Generalisierungen, Verzerrungen, unlogischen Schlussfolgerungen und in *Kategorienfehlern* (Ryle, 1969).

Typische irrationale Denkstile. Bei Patienten mit einem SWP sind folgende Denkmuster typisch:

- ▶ **Menschenwert bestimmen:** Die Patienten fällen unsinnige Pauschalurteile über Personen und machen ihren Selbstwert pauschal von z. B. Leistung oder Beliebtheit abhängig.
- ▶ **Applausfetischismus:** Die Patienten verfolgen aus Furcht vor Ablehnung nicht die eigenen, sondern die vermeintlichen Wünsche und Ziele anderer.
- ▶ **Punktekämpfer:** Die Patienten machen den eigenen Wert davon abhängig, ob sie gewinnen, Recht haben, stärker, weiser, besser sind als andere und geben auf gar keinen Fall nach.
- ▶ **Selbstschutzexperten:** Die Patienten zeigen sich aus Angst vor seelischer Verletzung stärker oder anders, als sie sind.
- ▶ **Erwachsene Küken:** Die Patienten machen sich kleiner oder hilfloser, als sie sind, um nicht mit anderen konkurrieren zu müssen und dann als Unterlegene wertlos[er] zu sein.
- ▶ **Schwarz-Weiß-Denken und Generalisieren:** Die Patienten teilen Eigenheiten oder Leistungen in »gut« oder »schlecht« ein und bilden nur noch extreme Urteile.
- ▶ **Versicherungsdenken:** Die Patienten denken aus Angst vor möglichem Wertverlust *vorsichtshalber* unnötig negativ.
- ▶ **Verrenkungsdenken:** Die Patienten ziehen willkürliche und unlogische Schlussfolgerungen in Bezug auf den eigenen Wert oder den von anderen, die sehr unwahrscheinlich oder völlig ohne Realitätsbezug sind.
- ▶ **Meinungen und Tatsachen verwechseln:** Die Patienten gründen ihre Meinungen und Selbstbewertungen auf unüberprüfbare Normen, Spekulationen oder Vorurteile und tun dann so, als seien es Tatsachen.

Typische Störungsbilder des SWP nach ICD-10

Bei Selbstwertproblemen bestehen die symptomatischen Störungsbilder aus folgenden ICD-10-Kategorien:

- ▶ soziale Phobien (F40.1), Agoraphobie (F40.0), spezifische Phobien wie z. B. Prüfungsangst (F40.2), auch in schwerer und bereits generalisierter Form wie Panikstörung (F41.0) oder generalisierter Angststörung (F41.1);
- ▶ die meisten depressiven Störungsbilder (F32 und F33);
- ▶ Burnout-Syndrome (Z73.0);

- Schamreaktionen mit oder ohne selbstbestrafende Reaktionen (dann zu klassifizieren über die jeweilige Verhaltensauffälligkeit).

Relative Häufigkeit von SWP

Der beobachtete Anteil der Selbstwertprobleme bei der Erklärung der Beschwerdebilder liegt in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis bei ca. 80 Prozent.

[Die Häufigkeitswerte wurden durch Auswertung/Auszählung von Diagnosen und Patientenakten verschiedener psychotherapeutischer Praxen ermittelt (Stand 2013: $n > 950$).]

2.1.2 Frustrationsintoleranzprobleme (FIP)

Ein *Frustrationsintoleranzproblem* beschreibt die emotionalen Turbulenzen – meist in Form von Ärger oder Angst – in denen sich jemand befindet, weil die (Um-)Welt gerade anders ist oder sein könnte als gefordert. Typische Situationen, in denen Menschen mit einem FIP sich in enormen emotionalen Stress begeben, sind die, wenn etwas Unerwünschtes eintritt, etwas Gewünschtes ausbleibt, wenn das Leben gerade als »zu schwer« empfunden wird, wenn man auf etwas Angenehmes verzichten soll oder wenn ein Ziel nicht ohne den dafür erforderlichen Aufwand zu erreichen ist.

Dieser Problembereich stimmt in großen Teilen mit der *discomfort anxiety* (Ellis 2003) überein, die die emotionalen Probleme beschreibt, die Menschen erleiden, wenn sie glauben, dass ihr Leben oder ihre Bequemlichkeit bedroht ist und wenn sie nicht das bekommen, was ihnen vermeintlich zusteht oder wenn sie in »Katastrophendenken« verfallen, wenn etwas nicht so ist, wie gefordert. Ellis hat also das *existentielle Problem* in seine *discomfort anxiety* integriert. Wie wir in Abschn. 3.4 noch sehen werden, ist diese Zusammenlegung jedoch unzweckmäßig, wenn man aus der Diagnostik eine spezifische Behandlungsplanung ableiten möchte. Die oben beschriebene Differenzierung im Modell von Stavemann (2012) hilft, aus der Kognitiven Diagnostik die unterschiedlichen, für den Problemkreis spezifischen Behandlungspläne abzuleiten.

Kognitive Kennzeichen und Konzepte

Am auffälligsten an Denkmustern von Menschen mit einem FIP sind Anspruchshaltungen wie:

- »Mein Leben muss einfach und leicht sein!«,
- »Alles soll so sein, wie ich es möchte und ich darf keinen Verlust oder Verzicht erleiden!«,
- »Ich bin es wert, dass man mich um meiner selbst willen liebt!«,
- »Eine gute Lösung muss mir die Vorteile aller Alternativen bieten und darf keine Nachteile mit sich bringen. Bevor ich diese Lösung nicht gefunden habe, sollte ich besser gar nichts tun!«

Die zentralen Anliegen der davon Betroffenen lassen sich mit den Begriffen Bequemlichkeit, Null-Verzicht und mit der Forderung nach »konsequenzenfreier totaler Selbstverwirklichung« beschreiben.

Kognitive Kennzeichen. Die vorwiegend rigiden Konzepte enthalten Generalisierungen, Verzerrungen, unlogische Schlussfolgerungen und Wunschdenken mit Realitätsverlust.

Typische irrationale Denkstile. Bei Patienten mit einem FIP sind folgende Denkmuster typisch:

- ▶ **Null-Verzicht-Denken:** Die Patienten gehen von Wunschdenken und unrealistischen Zielsetzungen aus und erwarten Lösungen, die nur Vorteile mit sich bringen.
- ▶ **Absolutes Fordern und Muss-Denken:** Die Patienten fordern, dass alles gefälligst so zu sein hat, wie sie es für richtig halten.
- ▶ **Gerechtigkeitsdenken:** Die Patienten fordern, dass es in der Welt immer dann »gerecht« zugehen muss, wenn sie selbst davon profitieren.
- ▶ **Verantwortungslose Untertanen:** Die Patienten glauben, dass es leichter sei, keine Verantwortung zu übernehmen und jemanden zu haben, der stärker ist als sie selbst und der für sie die Verantwortung trägt.
- ▶ **Erwachsene Küken:** Die Patienten machen sich kleiner oder hilfloser, als sie sind, um nicht lästigerweise mit anderen konkurrieren zu müssen.
- ▶ **Verrenkungsdenken:** Die Patienten ziehen willkürliche und unlogische Schlussfolgerungen und Prognosen hinsichtlich zu erwartender Konsequenzen, die sehr unwahrscheinlich oder völlig ohne Realitätsbezug sind.
- ▶ **Meinungen und Tatsachen verwechseln:** Die Patienten gründen ihr [Wunsch-]Denken auf unüberprüfbare Normen, Spekulationen oder Vorurteile und tun dann so, als seien sie Tatsachen.

Symptomatische Störungsbilder des FIP nach ICD-10

Patienten mit einem FIP reagieren emotional typischerweise auf der Ärger-, Angst- und Niedergeschlagenheitsdimension. Nach der ICD-10 Systematik lässt sich das Beschwerdebild jedoch bis auf die depressiven Störungsbilder (F32 und F33) und ggf. »hilfsweise« der Anpassungsstörung (F43.2 ICD-10) [i. d. R. bestehen die FIP-Symptome jedoch länger als sechs Monate] oft nur schwer einordnen, wenn der Therapeut die häufig recht intensiven Ärgerreaktionen nicht im Bereich der Persönlichkeitsstörungen klassifizieren will.

Bei etlichen Patienten sind Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen zu beobachten (z. B. F50, F10–F19, F63).

Die typischen Symptombilder lassen sich folgendermaßen beschreiben:

Auf der *emotionalen Ebene*:

- ▶ Ärger über die Zumutungen des Lebens, die Anforderungen anderer, über erlittene »Ungerechtigkeit« und unerfüllte Erwartungen oder Forderungen an andere, das Schicksal oder die Umwelt;
- ▶ Angst vor Unbequemlichkeit, Verlust und Verzicht, dadurch häufig entscheidungsängstlich bis zur Entscheidungsunfähigkeit;
- ▶ Niedergeschlagenheit bis zur Depression, wenn die Hoffnung auf die eigenen Erwartungen und Wunschvorstellungen als unerreichbar angesehen und aufgegeben werden.

Auf der Verhaltensebene:

- Häufig aggressives oder (an-)klagendes Auftreten, das von der sozialen Umwelt oft als »grenzüberschreitend« und »maßlos« empfunden wird, oftmals auch abwartend bis inaktiv in der Erwartungshaltung.

Relative Häufigkeit des FIP

In den letzten Dekaden hat die Zahl der Patienten, die sich über Symptome aufgrund von FIP beklagten, erheblich zugenommen. Heute sind in der ambulanten Psychotherapie wohl mindestens 70 Prozent aller lerngeschichtlich erworbenen psychischen Störungen darauf zurückzuführen.

2.1.3 Existentielle Probleme (ExP)

Ein *existentielles Problem* liegt vor, wenn Menschen wegen echter oder vermeintlicher Bedrohungen der eigenen physischen Existenz in emotionale Turbulenzen geraten. Sie befürchten, jetzt gleich oder demnächst sterben zu müssen oder sind deprimiert, weil sie bereits jede Hoffnung aufgegeben haben, jemals »in Sicherheit« zu sein.

(Merke: Erlebte Bedrohungen des eigenen materiellen oder sozialen Status gehören nicht zu den ExP, sondern zu den SWP.)

Kognitive Kennzeichen und Konzepte bei ExP

Zentral im Denken von Patienten mit existentiellen Problemen ist deren vehement Forderung nach *Sicherheit* und *Kontrolle*. Situationen, die mit Unsicherheit und Kontrollverlust verknüpft werden, sind zunächst stark angstbesetzt, dies kann bei entsprechend negativer Prognose der Betroffenen aber auch schnell in Hoffnungslosigkeit und Deprimiertheit übergehen.

Kognitive Kennzeichen. Die typischen kognitiven Kennzeichen eines existentiellen Problems zeichnen sich durch Fokussierung auf eine Gefahr und durch eine Generalisierung und Überzeichnung einer *prinzipiell* tatsächlich möglichen existentiellen Bedrohung aus.

Typische irrationale Denkstile. Bei Patienten mit einem ExP sind folgende Denkmuster typisch:

- **Katastrophendenken:** Die Patienten übertreiben körperliche Gefahren maßlos und hegen Katastrophenerwartungen.
- **Schwarz-Weiß-Denken und Generalisieren:** Die Patienten übertreiben Gefahren für Leib und Leben und bilden nur noch extreme Urteile.
- **Versicherungsdenken:** Die Patienten denken aus Angst vor Gefahren *vorsichtshalber* unnötig negativ – z. B. über ihren Gesundheitszustand oder eine medizinische Prognose.
- **Verrenkungsdenken:** Die Patienten ziehen willkürliche und unlogische Schlussfolgerungen hinsichtlich der eigenen Gefährdung, die sehr unwahrscheinlich oder völlig ohne Realitätsbezug sind.

- **Meinungen und Tatsachen verwechseln:** Die Patienten gründen ihre Einschätzung der eigenen ›Sicherheit‹ auf unüberprüfbare Normen, Spekulationen oder Vorurteile und tun dann so, als seien sie Tatsachen.

Typische Störungsbilder des ExP nach ICD-10

Typische Beschwerdebilder bei Patienten mit einem ExP sind die meisten Phobien (F40, aber *nicht* die Sozialphobie, die trennscharf dem SWP-Problem zugeordnet ist). Die Angstreaktionen können bis hin zur Panikstörung und generalisierter Angststörung führen.

Andere typische Symptome sind Zwangserkrankungen (F42), hypochondrische (F45.2) und etliche andere somatoforme Störungsbilder wie z. B. die »Herzneurose« (F45.30, somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems).

Etliche Patienten reagieren auch mit depressiven Störungen (F32 und F33), z. B. wenn sie die Hoffnung verlieren, jemals Sicherheit und Kontrolle über die momentane Situation oder die eigene Existenz im Allgemeinen erlangen zu können.

Relative Häufigkeit des ExP

In der ambulanten Psychotherapie sind existentielle Probleme für ca. 15 Prozent der lerngeschichtlich erworbenen psychischen Erkrankungen ursächlich.

Relative Häufigkeit lerngeschichtlich erworbener psychischer Erkrankungen

a) bei Erwachsenen



Problemtypen lerngeschichtlich erworbener psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen. Die Summe der Prozentsätze ergibt über 100 Prozent, da Patienten oft auch an zwei oder drei Problemtypen erkrankt sind (vgl. Stavemann, 2014a).

b) bei Kindern und Jugendlichen



Problemtypen lerngeschichtlich erworbener psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Die Prozentzahlen zeigen die altersabhängige Zunahme/Abnahme. Die Summe der Prozentsätze ergibt über 100 Prozent, da die Patienten z. T. auch an zwei oder drei Problemen leiden (vgl. Schlarb & Stavemann, 2011).

2.2 Vorteile der PKP

Gegenüber den symptomorientierten, deskriptiven Diagnosemodellen kann die PKP mit einigen Vorteilen aufwarten. Die Wesentlichsten sind

- ein ursachenfokussiertes Vorgehen,
- erweiterte Diagnosemöglichkeiten gegenüber der ICD-10-Diagnostik,
- übersichtliche Problemanalyse durch die PKP,
- stringent ableitbare Behandlungspläne aus der PKP.

Betrachten wir diese Vorzüge nun genauer.

2.2.1 Ursachenfokussiertes Vorgehen

Den wichtigsten Vorteil der PKP haben wir bereits im Vorwort kennengelernt: Sie legt den Fokus auf das die Symptome verursachende Problem. Im Gegensatz zu den symptomorientierten, deskriptiven Klassifikationssystemen, wie die ICD-10-GM und DSM-5, ist die PKP problemorientiert und beschreibt somit die Ursachen für lerngeschichtlich erworbene psychische Erkrankungen. Dadurch werden die Therapeuten in die Lage versetzt, mit ihrem Veränderungsprozess direkt an den Ursachen anzusetzen, um diese dauerhaft zu verändern. Betrachten wir diesen Unterschied an einem Beispiel.

F33.1G (ICD-10-GM). Die ICD-Diagnose »F33.1G« besagt lediglich, dass ein Patient bereits zum wiederholten Mal depressiv reagiert.

Ebenso wie z. B. die somatische Diagnose »Körpertemperatur: 39 °C« lassen beide Feststellungen offen, *weshalb* diese Symptome auftreten, wodurch sie begründet werden.

Die wiederholte depressive Reaktion könnte sowohl auf ein SWP zurückzuführen sein, z. B. weil jemand die Hoffnung verloren hat, jemals ein »wertvoller Mensch« zu sein. Oder es ist in einem FIP begründet, weil jemand das Leben gerade extrem anstrengend findet und überzeugt ist, dass es garantiert nie so werden wird, wie man es sich vorstellt. Vielleicht ist die Ursache auch ein ExP, weil z. B. jemand sein Dasein als belanglos ansieht, da er ja »sowieso sterben muss«. Die Symptomatik kann allerdings auch auf »psychotische«, genetische, neurophysiologische, endokrinologische oder hirnorganische Ursachen zurückzuführen sein.

Betrachten wir zur Verdeutlichung drei Fallbeispiele (aus Stavemann, 2012, S. 26 ff.) für die Diagnose F33.1G (ICD-10-GM), die auf diese drei unterschiedlichen verursachenden Probleme zurückzuführen sind.

Beispiel

Unterschiedliche Ursachen für eine depressive Symptomatik

Frau Nett klagt über ständige Niedergeschlagenheit, seitdem ihr Freund sie verlassen habe. Sie sei lustlos, könne sich zu nichts mehr aufraffen und sei am liebsten mit sich allein im Hause. Dadurch würden nun auch ihre anderen freundschaftlichen

Beziehungen leiden. Am schlimmsten sei es frühmorgens, wenn sie sich stundenlang im Bett wälze, ohne erneut einschlafen zu können. Sie halte sich für wertlos und nicht liebenswert.

Die Anamnese ergibt, dass Frau Nett schon mehrfach auf ähnliche Weise reagiert hat, wenn sie von Partnern verlassen wurde oder von wichtigen Zielpersonen Ablehnung erfuhr. Testpsychologisch erreicht sie auf dem BDI (Beck-Depressions-Inventar) einen Punktewert von 25.

Frau Nörgele hat alle Hoffnung auf Gerechtigkeit verloren. Das Leben habe sie so ungerecht behandelt, habe so viele Entbehrungen, so häufig Verzicht von ihr verlangt. So mache das keinen Spaß mehr. Und die Aussichten seien hoffnungslos. Das werde sich nicht mehr ändern.

Alle wollten immer nur Gegenleistungen von ihr. Bisher habe sie noch niemanden getroffen, der sie einfach nur so um ihrer selbst willen geliebt habe. Das sei doch furchtbar. Nun wisst sie auch nicht weiter, denn all ihre bisherigen Ziele habe sie nicht erreichen können. Sie brauche nun unbedingt Hilfe, auch dabei, wieder Energie zu bekommen.

Die Exploration ergibt, dass Frau Nörgele schon mehrere depressive Episoden durchlebt hat. Die seien immer dann aufgetreten, wenn sie eines ihrer Ziele habe aufgeben müssen oder wenn sie »keine Überwindungskraft« besessen habe, das zur Zielerreichung Nötige zu tun. Sie erreicht einen BDI-Wert von 23.

Herr Wachsam macht einen recht deprimierten Eindruck. Er sei nun schon wieder 6 Wochen krankgeschrieben und nun drohe die Kündigung. Die letzten Wochen habe er mit einer Ärzte-Odyssee verbracht, habe mehrere Herzspezialisten konsultiert, aber niemand habe ihm helfen oder ihn gar heilen können. Im Gegenteil: Meist habe es geheißen, es sei »alles okay«. Als ob er sich das einbildete! Nun habe er aufgegeben. Er sitze den ganzen Tag in seiner Bude herum, möge noch nicht einmal die Rollos hochziehen und komme kaum aus dem Bett. An Schlaf sei allerdings auch nicht zu denken. Wenn seine Frau nicht gedroht hätte, ihn zu verlassen, wenn er nicht endlich etwas unternähme, wäre er auch nicht zur Therapie gekommen. Das habe er bereits einmal vor Jahren versucht, als er Unterstützung gegen seine Angst vorm Herzinfarkt gesucht habe. Aber das habe schon damals nichts gebracht. Es sei alles hoffnungslos. Er werde wohl bald sterben.

Die Anamnese ergibt, dass Herr Wachsam bereits zwei Mal derart »abgestürzt« ist. Das erste Mal vor zwei Jahren nach der erfolglosen Psychotherapie und letztes Jahr, als er schon einmal einen Ärzte-Marathon »ergebnislos« hinter sich gebracht habe. BDI: 28 Punkte.

ICD-10 Diagnosen. In allen drei Fällen beklagen die Patienten dieselben emotionalen Symptome und alle erhalten dieselbe ICD-10-Diagnose: »F33.1«, d. h. »rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode«. Wenn der Therapeut nun aber in der Anamnese und Exploration die Ursachen für diese depressive Symptomatik beleuchtet, stößt er dabei auf völlig unterschiedliche Begründungen.

Beispiel

Unterschiedliche Ursachen für eine depressive Symptomatik (Fortsetzung)

Frau Nett hat nun schon so viel dafür getan, von anderen anerkannt zu werden und allseits beliebt zu sein, doch der langfristige Erfolg blieb stets aus. Inzwischen hat sie resigniert. Sie wird es wohl nie schaffen, ein beliebter, wertvoller Mensch zu sein.

Die Ursache für diese negative Prognose und die wiederholte depressive Reaktion liegt in ihrer Selbstwertproblematik begründet: In der Art und Weise, ihren Wert pauschal von tatsächlicher oder vermeintlicher Ablehnung abhängig zu machen.

Frau Nörgele hat auch aufgegeben, und zwar ihre Forderung nach einem »angemessenen« Leben, in dem es so zugeht, wie sie es sich vorstellt: ohne allzu große Anforderungen, ohne Verzicht und ohne Belastungen. So wie es ist, erscheint ihr das Dasein nicht lebenswert.

Ursächlich für ihre depressiven Symptome ist ihre ausgeprägte Frustrationstoleranz.

Herr Wachsam ist nun schon bei so vielen Spezialisten gewesen, alles vergeblich. Niemand hat ihm seine »Herzprobleme« erklären können oder gar einen Behandlungsvorschlag unterbreitet. Dabei hat er doch auch heute wieder diese Stiche und dieses gefährliche Pochen. Eigentlich kann er sich nun gleich selbst die Grube schaufeln, denn lange wird er nicht mehr leben. Es ist hoffnungslos.

Herr Wachsam verzweifelt bei seiner Suche nach Sicherheit, Kontrolle und dauerhafter Geborgenheit. Ursächlich ist hierfür sein existenzielles Problem, der unerfüllte Wunsch nach einem unwiderlegbaren Beweis, *jetzt nicht* gleich sterben zu müssen.

PKP-Diagnosen. Die Diagnosen nach der PKP für die drei oben beschriebenen Fallbeispiele differenzieren nach der Ursache und lauten wie folgt:

Frau Nett: Selbstwertproblematik mit F33.1G (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (oder: F33.1G wegen einer Selbstwertproblematik)

Frau Nörgele: Frustrationstoleranzproblematik mit F33.1G (oder: F33.1G wegen einer Frustrationstoleranzproblematik)

Herr Wachsam: Existentielle Problematik mit F33.1G (oder: F33.1G wegen einer existentiellen Problematik)

In den drei Fallbeispielen sehen wir, dass die depressive Symptomatik nicht trennscharf bezüglich der verursachenden Problematik ist, sondern in allen drei Problembereichen auftreten kann. Gleches gilt ebenso für etliche der Angst- und Zwangserkrankungen, die in der ICD-10 aufgeführt werden oder auch für Verhaltensauffälligkeiten.

Angsterkrankungen. Der Diagnoseschlüssel »F41.0« beispielsweise beschreibt lediglich, *dass* jemand in spezifischen und unspezifischen Situationen mit panischer Angst reagiert, nicht jedoch, weshalb er dies tut. Auch hier können sowohl befürchtete

Selbstwertverluste als auch prognostizierte aktuelle Lebensbedrohungen ursächlich verantwortlich sein.

[Bei Patienten mit einem FIP sind Panikstörungen eher selten. Sie reagieren symptomatisch zwar häufig auch auf der Angstdimension (z. B. Angst vor den Konsequenzen von Entscheidungen wie Unbequemlichkeit und Verzicht), jedoch i. d. R. weitaus weniger intensiv, weil sie solchen unbequemen Situationen meist ausweichen und sie vermeiden.]

Zwangserkrankungen. Auch Zwangserkrankungen wie z. B. Prüf- und Kontrollzwänge lassen sich ebenso sowohl auf Strategien zurückführen, die einem Selbstwertverlust vorbeugen sollen (»Ich muss alles hundertprozentig sauber halten, sonst werde ich als Drecksauf abgelehnt.«), als auch auf solche, die das eigene Überleben sichern sollen (»Ich muss alles hundertprozentig sauber halten, sonst kann ich krank werden und daran sterben.«).

Verhaltenssymptome. Auch Verhaltensauffälligkeiten wie z. B. die ICD-10-Kategorien F10–19, F50.X, F51.X, F52.X, F55.X, F63.X sind nicht trennscharf hinsichtlich ihrer Ursachen und sie sind in allen drei Problembereichen anzutreffen.

So mögen manche mit der Diagnose F10.1G (ICD-10) damit versuchen, Selbstwertprobleme zu überdecken oder in den Griff zu bekommen, z. B. indem sie ihre soziale Ängstlichkeit durch übermäßig aggressives Verhalten oder durch funktionalen Alkoholkonsum überspielen oder senken möchten. Andere dagegen versuchen, so ihre Angst vor einer »Lebensbedrohung« zu beherrschen. Wieder anderen dienen diese Verhaltensmuster bei einem FIP als Ausweich- und Vermeidungsritual.

In all diesen Fällen ist die PKP prägnanter und trifft mit ihrer Problemfokussierung den Kern der Sache.

2.2.2 Erweiterte Diagnosemöglichkeiten gegenüber der ICD-10-Diagnostik

Für manche der typischen Symptombilder der drei Problembereiche ist es schwierig (wie im Antrag auf Kostenübernahme und im Gutachterverfahren gefordert), eine entsprechende ICD-10-Kategorie zu finden und sie danach zu verschlüsseln. Dies gilt besonders für etliche Störungsbilder, die aufgrund eines FIP bestehen.

Betrachten wir dies an zwei Fallbeispielen (vgl. Stavemann, 2012, S. 29 f.).

Beispiel

Der Patient (38 Jahre, verheiratet, 2 Kinder, zurzeit arbeitsuchend) kommt in die Therapie, weil er sich andauernd gemobbt sieht. Dies sei nun bereits der vierte Arbeitsplatz innerhalb von zwei Jahren, den er »wegen Mobbing« habe aufgeben müssen. Inzwischen werde er immer schwerer vermittelbar und seine Beraterin bei der Agentur für Arbeit habe ihm geraten, einmal psychologische Hilfe zu suchen.

Die Exploration ergibt, dass der Patient sehr rigide Vorstellungen davon besitzt, wie die Welt und deren Bewohner auszusehen und sich zu verhalten haben und dass er vehement auf die Einhaltung seiner Ansichten pocht. Stößt er auf Abweichungen oder Kritik daran, auf Wünsche oder Anforderungen anderer oder sieht er sich mit Erwartungen seiner Kollegen konfrontiert, ärgert er sich – z. T. auch sehr heftig – und kämpft dann um sein »Recht«. So habe er an seinem letzten Arbeitsplatz des Öfteren das Ansinnen entrüstet zurückweisen müssen, Anrufe für den erkrankten Kollegen zu übernehmen und dessen Posteingang durchzusehen.

Die Patientin (30 Jahre, Single, arbeitslos) mag es kaum noch ertragen: Irgendetwas laufe gründlich schief in ihrem Leben und sie sei total unzufrieden. Nicht nur, dass man sie nun frecher Weise zwangsexmatrikuliert habe. Nun gut, es sei ihr 24. Semester gewesen, aber immerhin in drei verschiedenen Fachbereichen. Es sei ja nicht vorhersehbar gewesen, dass sich jeder neue Anlauf dann doch wieder als nicht der richtige Weg entpuppt habe. Da sei es ja nur natürlich, dass man dann dort nicht auch noch den Abschluss mache. Darüber hinaus hätten nun auch ihre Eltern angedeutet, sie finanziell nicht weiter unterstützen zu wollen. Nun gut, ihre Eltern seien finanziell auch nicht besonders gut aufgestellt, aber immerhin hätten *sie* ja entschieden, Kinder haben zu wollen. Da sei man dann eben auch dafür verantwortlich, denen eine vernünftige Ausbildung zu ermöglichen.

Auch von Partnerbeziehungen habe sie nun erst einmal die Nase voll. Keiner der letzten Partner habe sie wirklich um ihrer selbst willen geliebt. Deren ständige Anspruchshaltungen seien ihr immer mehr auf den Geist gegangen und sie habe stets um ihren Freiraum kämpfen müssen. Aber so ganz allein sei das »auch nicht so prickelnd«. Jetzt bleibe alles an ihr selbst hängen und niemand helfe, wenn sie »das brauche«.

Nun habe sie gerade erfahren, dass sie mit dem zu erwartenden Arbeitslosengeld II ihre Dreizimmerwohnung nicht werde halten können. Und die Arbeitsplätze, die man ihr bisher angeboten habe, seien eine Zumutung: ungelernte Aushilfstätigkeiten, schlecht bezahlt und ohne irgendeinen Reiz. Sie brauche eine Arbeit, bei der sie sich zumindest ein Stück weit selbst verwirklichen und persönlich wachsen könne! Das alles sei irgendwie ungerecht und eine riesige Sauerei. Sie erhoffe sich nun Tipps, wie sie wieder zufriedener sein könne.

In beiden Fallbeispielen leiden die Patienten erheblich unter den Symptomen ihres ausgeprägten FIP. Die emotionalen Beschwerden liegen dabei hauptsächlich auf der Ärgerdimension. Zudem leiden sie unter den sozialen und ökonomischen Konsequenzen ihrer typischen FIP-Reaktionsmuster.

Wer nun als Therapeut nicht gleich Persönlichkeitsstörungen oder -akzentuierungen diagnostizieren möchte, dem helfen die ICD-10-Kategorien hier nicht weiter. Das gilt umso mehr, wenn das FIP noch nicht zu erkenn- und klassifizierbaren (psycho-)somatischen oder depressiven Krankheitsbildern geführt hat.

In diesen Fällen stellt die PKP mit ihrem FIP eine Diagnosekategorie zur Verfügung, die in der ICD-10 keine Entsprechung hat. Bei der Beantragung der Psychotherapie ist der Therapeut dann auf seinen Einfallsreichtum angewiesen, die geforderten, leidlich passenden ICD-10-Kategorien für die Symptomatik des Patienten zu finden.

2.2.3 Übersichtliche Problemanalyse durch die PKP

Wie im Abschnitt 2.3 noch ausführlich dargestellt wird, liegt ein weiterer Vorteil der PKP darin, dass die horizontale und vertikale Problemanalyse aufgrund der zuvor erfolgten Zuordnung von Problemen und Symptomen leichter und übersichtlicher aufzustellen ist. Insbesondere die Reduktion auf lediglich drei verursachende Probleme trägt dazu bei, dass die Analyse einfacher durchzuführen und übersichtlicher darstellbar ist.

Damit ist die vorhandene Problemkonstellation nicht nur den Patienten verständlicher zu vermitteln, auch die Therapeuten profitieren davon, wenn ihnen stets deutlich vor Augen steht, welche Symptome durch welches Problem verursacht werden und – falls mehrere Probleme vorliegen – wie diese zueinander stehen:

- ▶ Sind sie unabhängig voneinander oder bedingt das ältere das jüngere Problem?
- ▶ Sind sie parallel zueinander oder nachfolgend angeordnet?
- ▶ Stehen sie in einem hierarchischen Zusammenhang?

Aufgrund der jeweiligen Konstellation wird auch deutlich, mit welchem Problem (bei mehreren vorhandenen) der Veränderungsprozess begonnen werden sollte, um nicht unnötige Widerstände beim Patienten oder gar Therapieabbrüche zu evozieren.

2.2.4 Stringent ableitbare Behandlungspläne aus der PKP

Ein weiterer gewichtiger Vorteil der PKP ist aus dem Vorangegangenen schon beinahe zwingend ableitbar: Eine schlüssige, verständliche Problemanalyse macht es für den Therapeuten leichter, einen zielführenden Behandlungsplan aufzustellen und sich anschließend, wie an einem roten Faden, daran in seinem weiteren therapeutischen Agieren zu orientieren.

Wie wir im Abschnitt 2.4 noch ausführlich betrachten, gibt es für alle drei Problemtypen explizit auf deren symptomatische kognitive Konzepte und Reaktionsmuster abgestimmte Behandlungspläne.

Sobald ein Therapeut diese drei Behandlungskonzepte verinnerlicht hat, wird es ihm leicht fallen, die erforderliche Behandlungsstrategie entsprechend der jeweiligen Problemkonstellation zusammenzufügen:

- ▶ die Behandlungsstrategie für singuläre Probleme,
- ▶ die Behandlungsstrategie für parallel ablaufende oder nachfolgende »Problemketten«,

- ▶ die Behandlungsstrategie für hierarchisch angeordnete Probleme und
- ▶ die Behandlungsstrategie, wenn horizontal und vertikal angeordnete Probleme miteinander vermischt auftreten.

Wir werden in Abschnitt 2.4 sehen, dass auf diese Weise auch für die kompliziertesten Problemkonstellationen leicht und überschaubar ein zwingendes Behandlungskonzept ableitbar und gewissermaßen im Baukastensystem aufzustellen ist.