

**Eric Leibing,  
Wolfgang Hiller,  
Serge K. D. Sulz (Hg.)**

# **Lehrbuch der Psychotherapie**

**für die Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeutin/en  
und für die ärztliche Weiterbildung**

**Band 3: Verhaltenstherapie**



## HERAUSGEBER

**PROF. DIPL.-PSYCH. DR. RER. NAT. ERIC LEIBING**

Psychologischer Psychotherapeut, Leitender Psychologe der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen, Leiter der Psychotherapeutischen Ambulanz für Studierende (PAS) und der Psychotherapeutischen Sprechstunde für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Universität Göttingen, Humboldtallee 38, D-37073 Göttingen, E-Mail: eleibin@gwdg.de

**PROF. DIPL.-PSYCH. DR. RER. NAT. WOLFGANG HILLER**

Psychologischer Psychotherapeut, Leiter der Abteilung Klinische Psychologie, Psychologisches Institut, Universität Mainz, Wallstr. 3, D-55122 Mainz, E-Mail: hiller@uni-mainz.de

**PROF. DR. MED. DR. PHIL. DIPL.-PSYCH. SERGE K. D. SULZ**

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Nymphenburger Str. 155, D-80634 München, E-Mail: serge.sulz@ku.de, www.serge-sulz.de

Wichtiger Hinweis: Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die elektronische Einspeicherung und Verarbeitung. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

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

2., überarbeitete und erweiterte Neuauflage 2019  
der Originalausgabe von 2003 (CIP-Medien München)

© 2019 Psychosozial-Verlag, Gießen

E-Mail: [info@psychosozial-verlag.de](mailto:info@psychosozial-verlag.de)

[www.psychosozial-verlag.de](http://www.psychosozial-verlag.de)

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form  
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche  
Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung  
elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Paul Klee, *Zeichen in Gelb*, 1937 (Ausschnitt)

ISBN 978-3-86294-071-4

# Inhalt

## 1 Theorie und Praxis der Diagnostik

### 1.1 *Verhaltenstherapeutische Diagnostik*

#### 1.1.1 **Verhaltensbeschreibung** **3**

MAX LEIBTSEDER

1	Einleitung .....	3
2	Modelle der Verhaltensanalyse .....	3
2.1	Beschreibung des problematischen Verhaltens .....	3
2.1.1	Gliederung von Problembereichen, Erwartungen und Motiven .....	3
2.1.2	Beschreibung der Komponenten des problematischen Verhalten .....	5
3	Prüfungsfragen: Verhaltensbeschreibung .....	8

#### 1.1.2 **Verhaltensklärung** **9**

MAX LEIBTSEDER

1	Horizontale Verhaltensklärung .....	9
2	Kognitive Verhaltensklärungen .....	11
3	Vertikale Verhaltensanalyse und die Analyse von Schemata .....	13
4	Genese der problematischen Verhaltensweise .....	16
5	Prüfungsfragen: Verhaltensklärungen .....	18

#### 1.1.3 **Zielanalyse und Therapieplanung** **19**

MAX LEIBTSEDER

1	Zielanalyse .....	19
2	Therapieplanung .....	19
2.1	Variablen und Methoden der Veränderung .....	19
2.2	Veränderungsannahmen .....	20
2.3	Überprüfung der Veränderungsannahmen .....	20
3	Kritik .....	21
4	Prüfungsfragen: Zielanalyse und Therapieplan .....	21
5	Literatur .....	22

### 1.2 *Fallkonzeption des Individuums und der Familie* **25**

SERGE K. D. SULZ

1	Einleitung .....	25
2	Fallkonzeption des Individuums – Theorie und Praxis .....	25
2.1	Theoretische Grundlagen zur Fallkonzeption .....	25
2.1.1	Neurobiologische Grundlage psychologischer Funktionen .....	25
2.1.2	Verhaltenstheoretische Grundlagen der Fallkonzeption .....	27
2.2	Praxis der Fallkonzeptualisierung des Individuums .....	28
2.2.1	Analyseebenen .....	28
2.3	Praktisches Vorgehen bei der Fallkonzeptualisierung .....	38
3	Funktionale Fallkonzeption der Familie und des Familienverhaltens .....	39
3.1	Theorie der Fallkonzeptualisierung der Familie .....	39
3.2	Praxis der Fallkonzeptualisierung der Familie .....	41
4	Zusammenfassung .....	44
5	Frequently Asked Questions (FAQ) .....	44
6	Prüfungsfragen .....	45
7	Literatur .....	45

## 2 Rahmenbedingungen der Psychotherapie, Setting, Patient-Therapeut Interaktion

### 2.1 *Rahmenbedingungen der Psychotherapie, Behandlungssetting, Einleitung und Beendigung der Behandlung* **49**

DIETER SCHMELZER UND KATARINA SCHMELZER

1	Rahmenbedingungen der Psychotherapie .....	49
1.1	Allgemeine Aspekte .....	49
1.2	Spezielle Aspekte .....	49
1.2.1	Psychotherapeutengesetz .....	50
1.2.2	Psychotherapie-Richtlinie (Auszüge) .....	50
1.2.3	Psychotherapie-Vereinbarung .....	52
1.2.4	Sonstige relevante Regelungen und Ausführungsbestimmungen .....	53
1.2.5	Ethisch-berufsständische Richtlinien und Berufsordnungen .....	54
2	Behandlungssetting .....	54
2.1	Die äußere Therapiesituation .....	54
2.2	Wahl spezieller Arbeitsformen .....	55
3	Vom „Rahmen“ zum „Bild“: Der Therapieprozess der Verhaltenstherapie im Kurzüberblick .....	56
4	Einleitung der Behandlung .....	57
4.1	Die Indikationsfrage .....	57
4.1.1	Die wissenschaftliche Definition von „Psychotherapie“ .....	57
4.1.2	Verständnis von „Psychotherapie“ in der Psychotherapie-Richtlinie .....	57
4.1.3	Was gibt es sonst noch (außer Psychotherapie)? .....	57
4.2	Rollenklärung/Aufbau einer kooperativen Arbeitsbeziehung .....	58
4.3	„Screening“ von Eingangsbeschwerden und -erwartungen .....	59
4.4	Einholen notwendiger Informationen für das Erstellen von Diagnose(n), Anamnese und Therapieantrag .....	60
4.5	Motivationsförderung .....	60
4.6	Organisatorische Aspekte und formale Erfordernisse des Kassensystems .....	60
5	Beendigung der Behandlung .....	61
5.1	Gestaltung der Endphase: Stabilisierung der Veränderungen .....	62
5.2	Generalisierung und Transfer .....	62
5.3	Rückfall-Prävention .....	63
5.4	Erlernen von Regeln, Prozessen und Selbstmanagement-Fertigkeiten .....	63
5.5	Ausblenden der Kontakte: Ablösung und Abschied .....	64
5.6	Die Zeit danach .....	64
6	Frequently Asked Questions (FAQ) .....	65
7	Prüfungsfragen .....	66
8	Literatur .....	66

### 2.2 *Psychotherapiemotivation des Patienten, Therapeut-Patient-Beziehung im Psychotherapieprozess und Entscheidungsprozesse des Therapeuten* **69**

FRANZ CASPAR

1	Einleitung .....	69
2	Psychotherapiemotivation .....	69
3	Therapeut-Patient-Beziehung .....	74
4	Entscheidungsprozesse des Therapeuten .....	79
5	Frequently Asked Questions (FAQ) .....	82
6	Prüfungsfragen .....	83
7	Schluss .....	83
8	Literatur .....	83

## 3 Behandlungskonzepte und Techniken

### 3.1 *Gesprächsführung in der Verhaltenstherapie* 87

JÜRGEN HOYER, FRANK JACOBI UND ERIC LEIBING

1	Einleitung	87
2	Gesprächsvoraussetzungen	87
2.1	Zugewandtheit und Aufnahmebereitschaft	88
2.2	Empathie	88
2.3	Akzeptanz	89
3	Grundprinzipien verhaltenstherapeutischer Gesprächsführung	89
3.1	Transparenz	89
3.2	Struktur	90
3.3	Konkretisieren, Präzisieren und Spezifizieren	90
3.4	Hilfe zur Selbsthilfe: geleitetes Entdecken	91
3.5	Soziale Verstärkung und Lob	92
3.6	Zusammenfassen und Rückmelden	92
3.7	Stringenz und Konsequenz: Vorhersagbarkeit des therapeutischen Verhaltens	93
4	Gesprächsführung mit speziellen Zielsetzungen	93
4.1	Das Gespräch erleichtern: gemeinsame Sprache finden	94
4.2	Vorwegnahme und Entpathologisieren	95
4.3	Ressourcen aktivieren, positive Erwartungen wecken	95
4.4	Ziel- und Wertklärung	96
5	Gesprächsführung und kognitive Umstrukturierung	97
5.1	Methoden zur Identifikation negativer Gedanken	97
5.2	Sokratischer Dialog	97
5.3	Verbale Methoden zur kognitiven Umstrukturierung	98
5.4	Verhaltensexperimente und Übungen zur kognitiven Umstrukturierung	98
6	Umgang mit Widerstand	99
7	Frequently Asked Questions (FAQ)	101
8	Prüfungsfragen	102
9	Literatur	102

### 3.2 *Prozessuale und inhaltliche Therapiestrategien* 105

SERGE K. D. SULZ

1	Einleitung	105
2	Praxisbezogene Ansätze therapeutischer Strategiebildung	105
2.1	Strategien der Therapievorbereitung	105
2.2	Strategien der Therapiedurchführung	106
2.2.1	Prozessuale Strategien	106
2.2.2	Selbstmanagementstrategien	109
2.2.3	Kognitive Strategien	109
2.2.4	Schema- und systemtheoretische Strategien	110
2.2.5	Ressourcenutilisierungsstrategien	111
2.2.6	Entwicklungsstrategien	112
2.2.7	Dialektisch-Behaviorale Strategien	113
2.2.8	Akzeptanz- und Commitment-Strategien	114
2.2.9	Funktionsanalytische Strategien	115
2.2.10	Kurzzeittherapeutische Strategien	116
2.2.11	Symptomtherapeutische Strategien	116
2.2.12	Emotive Strategien	118
2.2.13	Interpersonelle Strategien	120
2.2.14	Strategien bei Familien	121
3	Zusammenfassung	122
4	Frequently Asked Questions (FAQ)	122
5	Prüfungsfragen	123
6	Literatur	123

### **3.3 Verhaltenstherapeutische Interventionen 125**

JUDITH SIEGL UND SASCHA WENDLER

1	Konfrontations- und Bewältigungsverfahren	126
1.1	Systematische Desensibilisierung	127
1.2	Konfrontation und Reaktionsverhinderung	127
1.3	Modifikationen und Vergleich der Konfrontationsverfahren	130
1.4	Trainings in Angstbewältigung	131
1.5	Selbstsicherheits- und Kommunikationstrainings	132
2	Operante Verfahren	136
3	Entspannungsverfahren und Biofeedback	140
4	Euthyme Therapie	141
5	Techniken des Modelllernens	141
6	Kognitive Therapieverfahren	143
6.1	Verdeckte Verfahren (Cautela)	144
6.2	Rational-Emotive Therapie (RET) nach A. ELLIS	145
6.3	Kognitive Therapie nach A.T. BECK	148
6.4	Kognitive Verhaltensmodifikation (D. MEICHENBAUM)	150
6.5	Vergleich der Ansätze von Ellis, Beck, Meichenbaum	152
6.6	Problemlösetraining nach D'ZURILLA und GOLDFRIED	152
6.7	Paradoxe Interventionsansätze	154
7	Selbstkontroll- und Selbstmanagementtherapie	155
8	Evaluation verhaltenstherapeutischer Methoden und neuere Entwicklungen	158
9	Prüfungsfragen	159
10	Literatur	159

### **3.4 Biofeedback 163**

ALEXANDRA MARTIN UND JENNIFER SCHMIDT

1	Einleitung	163
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse	163
2.1	Was ist Biofeedback?	163
2.2	Welche Anwendungsmöglichkeiten gibt es für Biofeedback?	163
2.3	Wie wirkt Biofeedback?	164
2.4	Wie wirksam ist Biofeedback?	164
3	Umsetzung in die klinische Praxis	165
3.1	Wozu Biofeedback in der eigenen psychotherapeutischen Praxis?	165
3.2	Welche Patienten kommen für die Biofeedback-Therapie in Frage?	166
3.3	Und was gehört alles zur Diagnostik?	166
3.4	Welche Biofeedback-Verfahren kann ich verwenden?	167
3.5	Wie ist der Ablauf einer Biofeedback-Behandlung?	167
3.6	Wie richte ich mein Arbeitsfeld mit Biofeedback ein?	168
4	Frequently Asked Questions (FAQ)	170
5	Prüfungsfragen	170
6	Literatur	170

### **3.5 Die Dritte Welle der Verhaltenstherapie 171**

KAI G. KAHL, LOTTA WINTER, ULRICH SCHWEIGER UND VALERIJA SIPOS

1	Akzeptanz und Commitment Therapie (Acceptance and Commitment Treatment; ACT)	172
1.1	Grundannahmen	172
1.2	Spezifische Techniken	172
1.3	Evidenzbasierung	173
2	Verhaltensaktivierung (Behavioral Activation; BA)	173
2.1	Grundannahmen	173
2.2	Spezifische Techniken	173
2.3	Evidenzbasierung	174
3	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)	174
3.1	Grundannahmen	174
3.2	Spezifische Techniken	174
3.3	Evidenzbasierung	175

4	Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)	175
4.1	Grundannahmen	175
4.2	Spezifische Techniken	176
4.3	Evidenzbasierung	176
5	Achtsamkeits-basierte Kognitive Therapie (Mindfulness-based cognitive therapy, MBCT)	177
5.1	Grundannahmen	177
5.2	Spezifische Techniken	177
5.3	Evidenzbasierung	177
6	Metakognitive Therapie (MCT)	177
6.1	Grundannahmen	177
6.2	Spezifische Techniken	178
6.3	Evidenzbasierung	179
7	Schematherapie	179
7.1	Grundannahmen	179
7.2	Spezifische Techniken	179
7.3	Evidenzbasierung	179
8	Frequently Asked Questions (FAQ)	180
9	Prüfungsfragen	180
10	Literatur	181

## 4 Anwendungen – Störungsspezifische Interventionen

### 4.1 *Psychotherapie bei Demenz* **187**

JANINE DIEHL-SCHMID UND ALEXANDER KURZ

1	Einleitung	187
2	Demenz	187
3	Ziele und Formen der Psychotherapie bei Demenz	188
3.1	Verbesserung oder Aufrechterhaltung von kognitiven Fähigkeiten	188
3.2	Aufrechterhaltung von Alltagskompetenz und Eigenständigkeit	189
3.3	Milderung von Depression, Angst, Unruhe und anderen Verhaltensstörungen	190
3.4	Unterstützung und Entlastung von versorgenden Angehörigen	191
4	Frequently Asked Questions (FAQ)	192
5	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	192
6	Prüfungsfragen	192
7	Literatur	192

### 4.2 *Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen*

#### 4.2.1 *Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Alkohol* **195**

JOHANNES LINDENMEYER

1	Einleitung	195
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse	195
2.1	Hauptmerkmale	195
2.2	Epidemiologie	196
2.3	Onset und Verlauf	196
2.4	Diagnostik und Differenzialdiagnostik	196
2.5	Störungsmodell	198
3	Umsetzung in die klinische Praxis	199
3.1	Drei Komponenten der Behandlung von Alkoholabhängigen	200
3.2	Erstkontakt	200
3.3	Indikationsstellung und Therapieplanung	200
3.4	Verhaltensanalyse des Alkoholkonsums	201
4	Verfahren zur Verhaltensanalyse bei Alkoholproblemen	201
4.1	Informationsvermittlung	202

4.2	Gruppentherapie .....	202
4.3	Rückfallprävention .....	204
4.4	Die Einbeziehung von Angehörigen .....	205
4.5	Therapeutischer Umgang mit Rückfällen während der Behandlung .....	205
5	Frequently Asked Questions (FAQ) .....	205
6	Prüfungsfragen .....	206
7	Literatur .....	207

**4.2.2 Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Drogen und Medikamenten 209**

HEINRICH KÜFNER

1	Einleitung .....	209
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse .....	209
3	Umsetzung in die klinische Praxis .....	220
3.1	Medikamentenabhängigkeit .....	222
3.2	Drogenabhängigkeit .....	222
3.3	Cannabis Abhängigkeit .....	225
3.4	Kokainabhängigkeit (Kokain + Natron = Crack, Kokain + Heroin = Speedball) .....	225
3.5	Psychostimulantien .....	225
3.6	Andre Drogen .....	225
4	Frequently Asked Questions (FAQ) .....	226
5	Prüfungsfragen .....	226
6	Literatur .....	226

**4.3 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen bei schizophrenen und verwandten Störungen 231**

ANNETTE SCHAUB

1	Einleitung .....	231
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse .....	231
2.1	Klinische Merkmale, Diagnostik und Differenzialdiagnostik .....	231
2.2	Das Vulnerabilität-Stress-Bewältigungsmodell und seine Implikationen .....	232
3	Umsetzung in die klinische Praxis .....	233
3.1	Indikation .....	233
3.2	Basiskompetenzen in der Behandlung schizophrener Störungen .....	233
3.3	Spezifische kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen .....	234
3.4	Mögliche Therapiebausteine und Schwierigkeiten .....	234
3.5	Psychotherapie bei Plussymptomatik .....	236
4	Zusammenfassung .....	236
5	Frequently Asked Questions (FAQ) .....	236
6	Prüfungsfragen .....	237
7	Literatur .....	238

**4.4 Depressive und Bipolare Störungen 239**

MARTIN HAUZINGER

1	Einleitung .....	239
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse .....	239
3	Umsetzung in die klinische Praxis – Behandlung depressiver Störungen .....	244
4	Frequently Asked Questions (FAQ) .....	251
5	Prüfungsfragen .....	251
6	Literatur .....	252

**4.5 Angst- und Zwangsstörungen**

**4.5.1 Panikstörungen und Agoraphobie 253**

ARMIN ZLOMUZICA, SILVIA SCHNEIDER UND JÜRGEN MARGRAF

1	Einleitung .....	253
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse .....	253



3	Umsetzung in die klinische Praxis .....	257
4	Frequently Asked Questions (FAQ) .....	262
5	Prüfungsfragen .....	262
6	Literatur .....	262

## **4.5.2 Spezifische Phobie** **263**

NICOLE AUFDERMAUER, JUDITH SIEGL UND SASCHA WENDLER

1	Einleitung .....	263
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse .....	264
3	Untergruppen der spezifischen Phobie .....	265
4	Therapie .....	266
5	Konfrontationsverfahren: Exposition und Reaktionsverhinderung .....	266
6	Frequently Asked Questions (FAQ) .....	269
7	Prüfungsfragen .....	270
8	Literatur .....	270

## **4.5.3 Soziale Phobie** **271**

THOMAS FYDRICH, BABETTE RENNEBERG UND ERIC LEIBING

1	Einleitung .....	271
2	Diagnostik und Differenzialdiagnostik .....	271
2.1	Hauptmerkmale der Sozialen Phobie .....	271
2.2	Störungsspezifische Diagnostik .....	272
2.3	Differenzialdiagnostik .....	272
2.4	Epidemiologie .....	273
2.5	Ätiologie und Risikofaktoren .....	273
2.6	Kompetenzorientiertes Störungsmodell der Sozialen Phobie .....	274
3	Umsetzung in die klinische Praxis .....	276
3.1	Darstellung des Störungsmodells und individuelle Validierung .....	276
3.2	Entspannungsverfahren .....	277
3.3	Verhaltensorientierte Interventionen .....	277
3.4	Kognitive Interventionen .....	278
3.5	Therapie Sozialer Ängste und Phobien in Gruppen .....	279
3.6	Das Manual von Stangier, Clark und Ehlers (2006) .....	280
3.7	Wie erfolgreich ist die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung bei Sozialen Phobien? .....	280
3.8	Aktuelle Ergebnisse zur Wirksamkeit der Kognitiven Therapie .....	281
4	Frequently Asked Questions (FAQ) .....	281
5	Prüfungsfragen .....	281
6	Literatur .....	282

## **4.5.4 Generalisierte Angststörung** **283**

MICHAEL LINDEN

1	Einleitung .....	283
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse .....	283
2.1	Symptomatik der GAD .....	283
2.2	Sorgen bei GAD und Differenzialdiagnostik .....	285
2.3	Störungsmodell .....	286
3	Praktische Umsetzung .....	287
3.1	Entwicklung eines Störungsmodells und Aufbau einer Behandlungsmotivation .....	287
3.2	Identifizierung des Sorgenprozesses .....	287
3.3	Modifikation des Worrying .....	289
4	Frequently Asked Questions (FAQ) .....	290
5	Prüfungsfragen .....	290
6	Literatur .....	291

## **4.5.5 Zwangsstörungen und zwangsverwandte Störungen** **293**

ANGELIKA LAKATOS-WITT

1	Einleitung .....	293
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse .....	293
2.1	Beschreibung der Störung und Definitionskriterien .....	293
2.2	Erscheinungsformen, Untergruppen und Inhalte .....	295
2.3	Epidemiologie, Verlauf und Komorbidität .....	295

2.4	Differenzialdiagnostik	295
2.5	Zwangsverwandte Störungen	296
2.6	Erklärungsmodelle	296
2.7	Ergebnisse der Therapieforschung	297
3	Umsetzung in die klinische Praxis	297
3.1	Beziehungsgestaltung, Motivations- und Zielklärung	297
3.2	Therapietechniken und -inhalte	299
3.2.1	Veränderung der Problemsicht	299
3.2.2	Reduktion der subjektiven Bedeutung aufdringlicher Gedanken	300
3.2.3	Exposition und Reaktionsverhinderung	301
3.2.4	Die kognitive Umstrukturierung in Bezug auf die Überschätzung der Gefahr	301
3.2.5	Die kognitive Umstrukturierung in Bezug auf die Überschätzung der persönlichen Verantwortung	302
3.2.6	Der Einsatz von Verhaltensexperimenten	302
3.2.7	Emotive Techniken	302
3.2.8	Parallelen und Besonderheiten in der Therapie bei den Zwangsverwandten Störungen	303
4	Frequently Asked Questions (FAQ)	303
5	Prüfungsfragen	304
6	Literatur	304

## **4.6 Posttraumatische und Akute Belastungsstörung 305**

REGINA STEIL

1	Einleitung	305
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse	305
3	Umsetzung in die klinische Praxis	308
4	Frequently Asked Questions (FAQ)	316
5	Prüfungsfragen	316
6	Literatur	316

## **4.7 Somatoforme und dissoziative Störungen**

### **4.7.1 Somatoforme Störungen 319**

GABY BLEICHHARDT UND WOLFGANG HILLER

1	Einleitung	319
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse	319
2.1	Hauptmerkmale	319
2.2	Epidemiologie	319
2.3	Onset und Verlauf	319
2.4	Klinische Merkmale	319
2.4.1	Komorbidität	319
2.4.2	Biologische Faktoren	320
2.4.3	Psychologische Merkmale	320
2.4.4	Life-Events und psychosoziale Faktoren	321
2.5	Diagnostik und Differenzialdiagnostik	321
2.5.1	Diagnostische Kriterien nach ICD-10	321
2.5.2	Differenzialdiagnostische Überlegungen	322
2.5.3	Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren	322
2.6	Störungsmodell	323
3	Umsetzung in die klinische Praxis	324
3.1	Therapieeingangsphase	324
3.2	Vermittlung eines psychophysiologischen Störungsmodells	325
3.3	Vermittlung einzelner Bewältigungsstrategien	325
3.3.1	Entspannung	325
3.3.2	Aufmerksamkeitsumlenkung	325
3.3.3	Kognitive Therapie dysfunktionaler Überzeugungen	325
3.3.4	Umgang mit Krankheitsverhalten	326
3.4	Ergänzende Therapieelemente	326
3.5	Wirksamkeit / Erfolgsaussichten	327
4	Frequently Asked Questions (FAQ)	327
5	Prüfungsfragen	327
6	Literatur	327

## 4.7.2 Körperdysmorphie Störung 329

ULRICH STANGIER UND VIKTORIA RITTER

1	Einleitung	329
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse	329
2.1	Hauptmerkmale der Störung	329
2.2	Epidemiologie	329
2.3	Beginn und Verlauf	329
2.4	Klinische Merkmale	330
2.5	Diagnostik und Differenzialdiagnostik	330
2.5.1	ICD-10-Kriterien	330
2.5.2	Differenzialdiagnosen	331
2.5.3	Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren	331
2.6	Störungsmodelle	331
3	Umsetzung in die klinische Praxis	332
3.1	Diagnostik, Motivierung, Beziehungsaufbau	332
3.2	Ableitung eines kognitiven Modells	333
3.3	Veränderung ungünstiger Verarbeitungsprozesse (Aufmerksamkeit, Vorstellungen, Erinnerungen)	334
3.4	Veränderung körperdysmorpher Grundüberzeugungen	336
3.5	Therapieabschluss und Rückfallprophylaxe	337
4	Frequently Asked Questions (FAQ)	337
5	Prüfungsfragen	338
6	Literatur	338

## 4.7.3 Dissoziative Störungen 339

HARALD J. FREYBERGER UND CARSTEN SPITZER

1	Einleitung	339
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse	339
2.1	Zur Konzeptualisierung dissoziativer Störungen	339
2.2	Epidemiologie und Verlauf	341
2.3	Differenzialdiagnostischer Prozess	341
2.4	Ätiologie und Pathogenese	341
3	Therapie	342
3.1	Allgemeine Rahmenbedingungen	342
3.2	Verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze	343
3.3	Andere Verfahren	343
4	Frequently Asked Questions (FAQ)	344
5	Prüfungsfragen	344
6	Literatur	345

## 4.8 *Essstörungen* 347

MANFRED M. FICHTER

1	Hauptmerkmale von Essstörungen	347
2	Häufigkeit, Verlauf und Prognose	348
2.1	Anorexia nervosa (AN)	348
2.2	Bulimia nervosa (BN)	348
2.3	„Binge Eating Störung“ (BES)	348
3	Klinische Merkmale, psychiatrische Komorbidität und Komplikationen	348
4	Diagnostik und Differentialdiagnostik	349
4.1	Anorexia nervosa	349
4.2	Bulimia nervosa	350
4.3	„Binge Eating Störung“ (BES)	350
5	Störungsmodell	350
5.1	Soziokulturelle Faktoren	350
5.2	Biologische Faktoren	351
5.3	Akute und chronische Belastungen	351
6	Therapeutisches Vorgehen	351
7	Frequently Asked Questions (FAQ)	355
8	Prüfungsfragen	355
9	Literatur	355

## **4.9 Sexuelle Funktionsstörungen 357**

HEIKE ANDERSON-SCHMIDT, JÖRG SIGNERSKI-KRIEGER  
 ÜBERARBEITET NACH EINEM TEXT VON WERNER SCHOLZ

1	Einleitung .....	357
2	Allgemeine theoretische Inhalte und Kenntnisse .....	357
2.1	Klassifikation .....	357
2.2	Sexuelle Mythen .....	358
2.3	Modelle der sexuellen Funktion und deren Störungen .....	359
2.4	Sexualtherapie und Psychotherapie .....	361
2.4.1	Allgemeine Überlegungen zur Sexualtherapie .....	361
2.4.2	Sexualtherapeutische Methoden .....	361
2.4.3	Das Hamburger Modell (Hauch, 2013) .....	362
2.5	Störungsbilder .....	363
2.5.1	Störungen sexuellen Verlangens .....	363
2.5.2	Gesteigertes sexuelles Verlangen .....	364
2.5.3	Erregungsstörungen .....	365
2.5.4	Orgasmusstörungen .....	366
2.5.5	Nachorgastische Verstimmungen .....	368
2.5.6	Sexuelle Schmerzstörungen (Vaginismus, Dyspareunie) .....	368
3	Frequently Asked Questions (FAQ) .....	370
4	Prüfungsfragen .....	370
5	Literatur .....	371

## **4.10 Psychische Störungen bei Patienten mit medizinischen Krankheitsfaktoren**

### **4.10.1 Schmerzstörung 373**

PAUL NILGES UND JOACHIM KORB

1	Einleitung .....	373
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse .....	374
3	Umsetzung in die klinische Praxis: psychologische Therapie von und bei Schmerz .....	379
4	Frequently Asked Questions (FAQ) .....	385
5	Prüfungsfragen .....	385
6	Literatur .....	385

### **4.10.2 Verhaltenstherapie neurologischer Erkrankungen 387**

KERSTIN PAETOW UND BERND LEPLow

1	Einleitung .....	387
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse .....	387
2.1	Grundsätzliche Gesichtspunkte .....	387
2.2	Schädel-Hirn-Trauma .....	388
2.3	Multiple Sklerose .....	388
2.4	Schlaganfall .....	388
2.5	Klinische Merkmale und Diagnostik .....	389
3	Umsetzung in die klinische Praxis .....	391
3.1	Allgemeine Prinzipien .....	391
3.2	Schädel-Hirn-Trauma .....	391
3.3	Multiple Sklerose .....	393
3.4	Schlaganfall .....	395
3.5	Zusammenfassung .....	395
4	Frequently Asked Questions (FAQ) .....	395
5	Prüfungsfragen .....	396
6	Literatur .....	396

### **4.10.3 Kardiovaskuläre Erkrankungen 399**

ERIC LEIBING, HEINZ RÜDDEL UND THOMAS MEYER

1	Einleitung .....	399
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse .....	399
2.1	Hauptmerkmale, Krankheitsbilder, Diagnostik, Epidemiologie .....	399

2.2	Die Rolle der Risikofaktoren bei arteriosklerotischen Gefäßveränderungen	400
2.2.1	Organische Risikofaktoren	400
2.2.2	Psychosoziale Risikofaktoren	403
3	Umsetzung in der klinischen Praxis	404
4	Frequently Asked Questions (FAQ)	406
5	Prüfungsfragen	407
6	Literatur	407

**4.10.4 Gastrointestinale Erkrankungen 409**  
 ROLF LEIBBRAND UND ULRICH CUNTZ

1	Einleitung	409
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse	409
3	Praxis der Behandlung von funktionellen gastrointestinalen Störungen	412
4	Kontinuierliche Beobachtung der Symptomatik: Symptomtagebuch	413
5	Modifikation inadäquater Kausalattributionen und Biofeedback-Therapie	414
6	Informationen und Übungen zur Bedeutung von Aufmerksamkeitsprozessen	414
7	Informationen und Übungen zur Modifikation dysfunktionaler Kognitionen	414
8	Behandlung von CED	415
9	Frequently Asked Questions (FAQ)	415
10	Prüfungsfragen	416
11	Literatur	416

**4.10.5 HNO-Erkrankungen 419**  
 CHRISTIAN HAERKÖTTER UND WOLFGANG HILLER

1	Einleitung	419
2	Tinnitus	419
2.1	Theoretische Inhalte und Kenntnisse	419
2.1.1	Hauptmerkmale	419
2.1.2	Epidemiologie	419
2.1.3	Onset und Verlauf	420
2.1.4	Klinische Merkmale	420
2.1.5	Diagnostik und Differenzialdiagnostik	420
2.1.6	Störungsmodell	420
2.2	Umsetzung in die klinische Praxis	421
3	Hörsturz	422
4	Morbus Menière	423
5	Frequently Asked Questions (FAQ)	423
6	Prüfungsfragen	423
7	Literatur	424

**4.10.6 Gynäkologische Fragestellungen in der Verhaltensmedizin und Psychotherapie 425**  
 ULRIKE EHLERT

1	Einleitung	425
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse	425
3	Umsetzung in die klinische Praxis	429
4	Frequently Asked Questions (FAQ)	430
5	Prüfungsfragen	430
6	Literatur	430

**4.11 Persönlichkeitsstörungen 431**  
 BABETTE RENNEBERG UND THOMAS FYDRICH

1	Einleitung	431
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse	431
2.1	Hauptmerkmale	431
2.2	Epidemiologie	433
2.3	Beginn und Verlauf	433
2.4	Diagnostik und Differenzialdiagnostik	433
2.4.1	Kategoriale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen	433

2.4.2	Dimensionale (merkmalsorientierte) Diagnostik von Persönlichkeitsstilen und Persönlichkeitsstörungen	435
2.5	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Störungsmodelle	436
2.5.1	Motivorientiertes Indikations- und Interventionsmodell (MIIM)	436
2.5.2	Das biosoziale Modell der Borderline-Persönlichkeitsstörung	439
3	Umsetzung in die klinische Praxis	440
3.1	Intervention nach dem Modell des MIIM	440
3.2	Schematherapie	442
3.3	Dialektische Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung	442
4	Frequently Asked Questions (FAQ)	444
5	Prüfungsfragen	445
6	Literatur	445

## **4.12 Andere psychotherapeutisch relevante Störungsbilder**

### **4.12.1 Schlafstörungen 447**

ANAM FREIERMUTH UND DIETER RIEMANN

1	Einleitung	447
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse	447
3	Umsetzung in die klinische Praxis	451
4	Frequently Asked Questions (FAQ)	455
5	Prüfungsfragen	456
6	Literatur	456

### **4.12.2 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter 459**

ELISABETH NYBERG UND ROLF-DIETER STIEGLITZ

1	Einleitung	459
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse	459
2.1	Hauptmerkmale	459
2.2	Prävalenz	459
2.3	Beginn und Verlauf	460
2.4	Klinische Merkmale	460
2.4.1	Komorbidität	460
2.4.2	Biologische Faktoren	460
2.4.3	Psychosoziale Beeinträchtigungen	460
2.5	Diagnostik und Differenzialdiagnostik	460
2.5.1	Allgemeine Aspekte	460
2.5.2	Diagnostischer Prozess	461
2.5.3	Diagnostische Kriterien nach ICD-10 und DSM 5	463
2.5.4	Differenzialdiagnostische Überlegungen	463
2.5.5	Untersuchungsverfahren	463
2.6	Störungsmodell	464
3	Umsetzung in die klinische Praxis	465
3.1	Eckpfeiler der Behandlung	465
3.1.1	Zielvereinbarungen	466
3.1.2	Hausaufgaben	466
3.1.3	Problem- und Verhaltensanalyse	466
3.1.4	Psychoedukation	466
3.2	Kognitiv-behaviorale Interventionen bei ausgewählten Problembereichen	466
3.2.1	Aufmerksamkeitsstörungen	466
3.2.2	Überaktivität und Rastlosigkeit	467
3.2.3	Desorganisation	468
3.2.4	Prokrastinieren (Aufschieben, Hinauszögern)	468
3.2.5	Impulsivität	470
3.3	Ergänzende Behandlungsansätze	471
3.3.1	Allgemeine Lebensführung	471
3.3.2	Weitere ergänzende Behandlungsoptionen	471
3.3.3	Neurofeedback	471
3.3.4	Coaching	471
3.3.5	Einbezug wichtiger Bezugspersonen in die Behandlung	471
3.4	Wirksamkeit/Erfolgsaussichten	471
4	Frequently Asked Questions (FAQ)	472

5	Prüfungsfragen .....	472
6	Literatur .....	472

## 5 Therapie in besonderen Settings und mit besonderen Patientengruppen

### 5.1 *Krisenintervention* 477

ROLF LEIBBRAND UND WOLFGANG HILLER

1	Einleitung .....	477
2	Theoretische Inhalte und Kenntnisse .....	477
2.1	Suizidalität .....	478
2.1.1	Einschätzung des Gefährdungspotenzials bei Suizidalität .....	478
2.1.2	Protektive Faktoren bei Suizidalität .....	479
2.2	Agitiertes und emotional dekompenziertes Verhalten .....	479
2.3	Bewusstseinsstörungen .....	480
2.4	Impulsivität und Selbstverletzung .....	480
2.4.1	Einschätzung des Gefährdungspotenzials bei emotional dekompenzierten, impulsiven und selbstschädigenden Verhaltensweisen .....	480
3	Umsetzung in die klinische Praxis .....	480
3.1	Interventionen bei Suizidalität .....	480
3.1.1	Beziehungsangebot und direktes Ansprechen der Suizidalität .....	481
3.1.2	Engmaschige Begleitung und Tagesstrukturierung .....	481
3.1.3	Verträge und Selbstverpflichtungen (Contract management) .....	481
3.1.4	Zeitperspektive erarbeiten und verändern .....	481
3.1.5	Kognitive Interventionen .....	482
3.1.6	Notfallpläne .....	483
3.1.7	Zwangseinweisung .....	483
3.1.8	Selbsterfahrung des Therapeuten im Umgang mit dysfunktionalen Kognitionen .....	483
3.2	Interventionen bei emotional dekompenziertem Verhalten, Impulsivität und Selbstverletzung .....	483
4	Medikamentöse Behandlung .....	484
5	Inhaltliche und formale Fragen der psychiatrischen Zwangseinweisung .....	484
6	Frequently Asked Questions (FAQ) .....	485
7	Prüfungsfragen .....	485
8	Literatur .....	485

### 5.2 *Therapie mit Paaren* 487

KURT HAHLWEG

1	Einleitung .....	487
2	Warum sollten Psychotherapeuten Erfahrung in Paartherapie haben? .....	487
3	Können wir Scheidung und partnerschaftliche Zufriedenheit vorhersagen? .....	488
4	Theoretische Inhalte .....	489
4.1	Der Zwangsprozess .....	490
4.2	Gottmans Theorie ehelicher Stabilität .....	490
5	Kognitiv-Verhaltenstherapeutische Paartherapie (KVPT) .....	491
5.1	Diagnostikphase .....	491
5.2	Steigerung der positiven Reziprozität .....	492
5.3	Kommunikationstraining .....	492
5.4	Problemlösetraining .....	493
5.5	Kognitive Interventionen .....	494
5.6	Bereicherung der Sexualität .....	494
5.7	Paartherapie bei Patienten mit depressiven Störungen .....	495
6	Paartherapie: Wirksamkeit in kontrollierten Studien .....	495
7	Frequently Asked Questions (FAQ) .....	496
8	Prüfungsfragen .....	496
9	Literatur .....	496

## 5.3 *Gruppentherapie*

**499**

VALERIJA SIPOS UND ULRICH SCHWEIGER

1	Einleitung	499
2	Theoretische Inhalte	499
2.1	Modelle der zieloffenen Gruppentherapie	499
2.1.1	Konfliktorientierte, beziehungsorientierte und interaktionsorientierte Gruppen	499
2.1.2	Einzelfallorientierte Gruppen	500
2.2	Verhaltenstherapeutische Gruppen	500
2.2.1	Präventive Gruppen	500
2.2.2	Störungsspezifische Gruppentherapien	501
2.2.3	Einzelfallorientierte verhaltenstherapeutische Gruppe	501
2.3	Instrumentelle Gruppenbedingungen	501
2.3.1	Offenheit und Vertrauen	501
2.3.2	Kohäsion und Akzeptanz	502
2.3.3	Kooperative Arbeitshaltung	502
2.4	Wirkfaktoren in der Gruppentherapie	502
2.4.1	Interpersonelles Lernen	503
2.4.2	Emotionsmanagement	503
2.4.3	Handlungsorientierung – Hoffnung	503
2.4.4	Realitätsüberprüfung	503
2.4.5	Universalität des Leidens	503
2.4.6	Experte in eigener Sache – Einsicht	503
2.4.7	Erwerb von Fertigkeiten	503
3	Umsetzung in der Praxis	504
3.1	Herstellen instrumenteller Gruppenbedingungen in einzelfallorientierten Gruppen	504
3.2	Gruppenregeln	504
3.2.1	Funktion der Gruppenregeln	504
3.2.2	Anpassung der Gruppenregeln an die jeweilige Zielgruppe	505
3.2.3	Erstellen und Weitergabe der Gruppenregeln	505
3.3	Durchführung einer zieloffenen verhaltenstherapeutischen Gruppe	505
3.3.1	Eröffnungsrunde	506
3.3.2	Bearbeitungsphase	506
3.3.3	Abschlussrunde	507
3.4	Schwierigkeiten bei der Durchführung einer zieloffenen Gruppe	508
3.4.1	Blitzlicht	508
3.4.2	Aufwärmübungen	508
3.4.3	Kurzinterventionen während der Eröffnungsrunde	508
3.4.4	Zielveränderung während der Bearbeitungsphase	508
3.4.5	Starke emotionale Betroffenheit bei Mitpatienten, während der Fokuspatient sein Thema bearbeitet	508
3.4.6	Der Fokuspatient ist mit dem Ergebnis der Bearbeitung seines Themas nicht zufrieden	509
3.4.7	Vom Fokuspatienten nicht gewünschte Rückmeldung aus der Gruppe nach der Bearbeitungsphase	509
3.5	Durchführung einer störungsspezifischen Gruppe am Beispiel der dialektischen Verhaltenstherapie	509
3.5.1	Achtsamkeit	509
3.5.2	Zwischenmenschliche Fähigkeiten	510
3.5.3	Bewusster Umgang mit Gefühlen	510
3.5.4	Stresstoleranz	510
3.6	Typische Schwierigkeiten bei der Durchführung einer störungsspezifischen Gruppe	510
3.6.1	Mangelnde Berücksichtigung der komorbiden Erkrankungen	510
3.6.2	Geringe Flexibilität bei individuellen Anliegen	510
4	Frequently Asked Questions (FAQ)	510
5	Prüfungsfragen	511
6	Literatur	511

## 6 Anhang

<b>6.1</b>	<b><i>Autorenverzeichnis</i></b>	<b>515</b>
<b>6.2</b>	<b><i>Sachverzeichnis</i></b>	<b>519</b>



## Vorwort

Dieses Buch ist Teil einer inzwischen fünfbändigen Reihe, welche sich an den verbindlichen Vorgaben des Psychotherapeutengesetzes und der daraus abgeleiteten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den übergreifenden Teil der Ausbildung (Bd. 1 – 3) und speziell für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Band 4 und 5) orientiert. Äquivalent ist es auch für die Weiterbildung von Ärzten und Ärztinnen im Bereich der Verhaltenstherapie hervorragend geeignet. Grundkenntnisse der Klinischen Psychologie aus dem Studium werden zwar vorausgesetzt, die zentralen Grundlagen der Psychotherapie werden jedoch im Grundlagenband (Band 1) auch gesondert vermittelt.

Das vorliegende Buch war in seiner ersten Auflage (2003) die erste praxisorientierte und umfassende Darstellung der Verhaltenstherapie, wie sie im Rahmen der vertieften Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten an den staatlichen anerkannten Ausbildungsinstituten vermittelt wird. In der jetzt vorliegenden vollständigen Neubearbeitung (2019) wurden alle Kapitel – teilweise grundlegend – überarbeitet und auf den aktuellen Stand gebracht, sowie einige Kapitel – etwa zur dritten Welle der VT und zu ADHS im Erwachsenenalter – neu hinzugefügt.

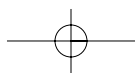
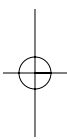
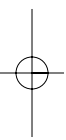
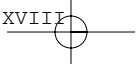
Es wird damit ein umfassender Gesamtüberblick über den aktuellen wissenschaftlichen Stand und die praktische Anwendung der Verhaltenstherapie gegeben, daher ist dieses Buch als „Ausbildungsbegleiter“ bestens geeignet. Für Details und Spezialfragen zu einzelnen Themen wird auch auf weiterführende Literatur (etwa Therapiemanuale) verwiesen.

Bei der Darstellung wurde neben einer guten Strukturierung, auch anhand von „Merke“-Sätzen, insbesondere auf die „Umsetzung in die klinische Praxis“ geachtet. Hierzu gibt es neben praktischen Fallbeispielen auch Antworten zu häufigen Fragen, wie sie im Verlauf der Ausbildung häufig auftreten. Zudem werden Beispiele möglicher Prüfungsfragen gegeben.

Das Buch ist damit neben der Vorbereitung auf die staatliche Prüfung auch zum schnellen „Nachschlagen“ bei der Planung und Nachbereitung von Therapiestunden ideal.

Unser herzlicher Dank gilt allen Autoren und Autorinnen für ihr Engagement, ihre Kooperationsbereitschaft und vor allem ihre Geduld, ferner allen Beteiligten des Verlages und den vielen angehenden Therapeuten und Therapeutinnen für ihre konstruktiven Rückmeldungen.

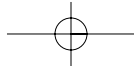
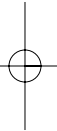
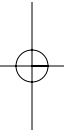
**Göttingen, Mai 2019 Eric Leibing**  
**Mainz, Mai 2019 Wolfgang Hiller**  
**München, Mai 2019 Serge K. D. Sulz**

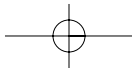
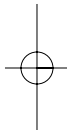
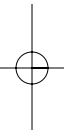




# 1

## *Theorie und Praxis der Diagnostik*





# 1.1 Verhaltenstherapeutische Diagnostik

## 1.1.1 Verhaltensbeschreibung

MAX LEIBETSEDER

### 1 Einleitung

In der Verhaltenstherapie wird angestrebt, ein problematisches Verhalten durch die Anwendung psychologischen und psychophysiologischen Grundlagenwissens systematisch und methodengeleitet zu verändern (Birbaumer, 1988). Diese Methoden können nur dann differenziert eingesetzt werden, wenn das kritische Verhalten genau beschrieben und erklärt wurde (Reinecker, 1994a). Haynes und O'Brien (1990, S. 654) definieren die funktionale Analyse eines Verhaltens als Identifikation der bedeutsamen, kontrollierbaren und verursachenden Beziehungen. Aus seinen spezifischen Merkmalen und den Annahmen über die jeweils auslösenden bzw. aufrechterhaltenden Bedingungen lassen sich Pläne zur Veränderung dieses Verhaltens ableiten (vgl. Kanfer und Phillips, 1975).

Maßgebliche Informationen über die Konstituierung eines Verhaltens werden aus Beobachtungen, davon angefertigten Protokollen und aus Verhaltensberichten gezogen (Reinecker, 1994b; Schulte und Kemmler, 1976). Diese Daten sind das Resultat zweier Prozesse: Sie bestehen einerseits aus den Reaktionen der beobachteten Person und andererseits auf den Urteilstendenzen des Beobachters selbst. Der Hof-Effekt, Positions-Effekte, der Milde- und der Strenge-Effekt, Kontrast- und Ähnlichkeitsfehler und die implizite Persönlichkeitstheorie des Beobachters beeinflussen seine Explorationsstrategien. Verhaltensdaten sollten jedoch den testtheoretischen Gütekriterien genügen.

Auch Erklärungen problematischen Verhaltens müssen sich an wissenschaftlichen Kriterien orientieren. Kausale Annahmen über die ein Verhaltensproblem auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen sind wegen der Vielzahl in Betracht kommender Variablen und ihrer Wechselwirkungen theoretisch und empirisch kaum zu rechtfertigen (Reinecker, 1994a). Ein Verhalten kann jedoch, im Rahmen deduktiv-nomologischer Argumentation, dann als erklärt gelten, wenn dieses aus allgemeinen Gesetzesannahmen (G) und spezifizierenden Antezedensbedingungen (A) ableitbar ist. Die jeweilige Kombination aus Gesetzesannahmen und spezifizierenden Bedingungen wird als Explanans, das zu erklärende Verhalten als Explanandum bezeichnet. (Reinecker, 1983; Schulte, 1982; Westmeyer, 1998).

Das seiner Mutter gegenüber aggressive Verhalten eines Jungen (Explanandum) beispielsweise ließe sich mit dem Lerngesetz des operanten Konditionierens (G) erklären, welches besagt, dass die Darbietung eines positiven Verstärkers unmittelbar nach Verhaltensausführung die Auftretenswahrscheinlichkeit

dieses Verhaltens erhöht. Für die situationsspezifische Anwendung dieses Gesetzes sind zusätzliche Annahmen, d.h. Antezedensbedingungen einzuführen: A1. auf aggressives Verhalten folgt eine Zuwendung durch die Mutter; A2. mütterliche Zuwendung ist ein positiver Verstärker für den Jungen. Daraus folgt: Die Wahrscheinlichkeit seines aggressiven Verhaltens steigt.

Das die Problematik des Kindes verstärkende Zuwendungsverhalten der Mutter (Explanandum) wäre seinerseits mit dem Gesetz der negativen Verstärkung (G) zu erklären, demzufolge die Wahrscheinlichkeit für jene Verhaltensweise steigt, durch welche ein aversiver Reiz beendet werden konnte. Auf die konkrete Situation spezifisch angewendet, wäre anzunehmen: A1. Zuwendung der Mutter bedingt Beendigung der Aggression des Kindes; A2. Beendigung der Aggression des Kindes ist ein negativer Verstärker für die Mutter. Daraus folgt: Es steigt die Wahrscheinlichkeit, auf aggressives Verhalten des Jungen mit Zuwendung zu reagieren.

Die Entscheidung über die Angemessenheit einer Verhaltensklärung und davon abgeleiteter therapeutischer Pläne sollte im Rahmen eines heuristischen Verhandlungsmodells getroffen werden (Westmeyer, 1987, 2000).

**! Merke:** Die funktionale Analyse eines Verhaltens besteht in der Identifikation der bedeutsamen, kontrollierbaren und verursachenden Beziehungen. Um einen hohen Standard für die Beschreibung und Erklärung eines Verhaltensproblems sicherzustellen, sind präzise formulierte Instrumente, konkrete Fragetechniken und ständige professionelle Diskurse erforderlich.

## 2 Modelle der Verhaltensanalyse

### 2.1 Beschreibung des problematischen Verhaltens

#### 2.1.1 Gliederung von Problembereichen, Erwartungen und Motiven

In den ersten Gesprächen einer Problemanalyse findet zunächst eine für beide Seiten (für Th. und für Kl.) grundsätzliche Orientierung statt (Bartling et al., 2016).

Dabei gilt es zu klären,

- an welchen Inhalten und
- innerhalb welcher Rahmenbedingungen gearbeitet werden soll;
- was Kl. veranlasst hat, sich in eine Therapie zu begeben, und
- welche Erwartungen bzgl. des Therapieverlaufes,
- der Zielerreichung und
- der jeweiligen Rollen bestehen.

Einer Therapieentscheidung geht in der Regel ein längerfristiger Bewertungsprozess des/r Kl. voraus. Dieser pflegt maßgeblich auf jene Reize oder Situationen gegründet zu sein, welche für diese Person hohe negative Valenz besitzen, wie emotionaler oder physischer Leidensdruck, soziale Kritik auf Grund von Verhaltensauffälligkeiten oder Hilflosigkeitsannahmen nach wiederholt erfolglosen eigenen Problemlöseversuchen. Lernpsychologischem Verständnis nach handelt es sich dabei um ein Vermeidungsverhalten zur Verminderung dieser aversiven Situationen. Diesen zur Aufnahme einer Therapie positiv motivierenden Anlässen stehen die Gewinne aus einer Störung als negativ motivierende Ereignisse gegenüber. Ein „äußerer“ Gewinn eines Verhaltensproblems kann in positiven materiellen und sozialen Konsequenzen bestehen (z.B. besondere Aufmerksamkeit oder Zuwendung); ein „innerer“ Gewinn kann sich aus möglichen selbstwertdienlichen Folgen ergeben. Diese störungsbedingten Nutzenaspekte wirken der Änderungsmotivation eines/r Kl. entgegen (Kanfer et al., 2000; Schulte, 1996b).

Was die Rollenstrukturierung betrifft, sollte der Arbeitscharakter dieser Allianz deutlich gemacht werden. Der/die Th. fungiert als professionelle/r Helfer/in mit entsprechendem Wissen und Können, welches dem/der Kl. im Rahmen einer zeitlich begrenzten Interaktion zur Verfügung steht, um sich künftig bei Problemen selbst helfen zu können. Th. übernimmt die Verantwortung für den technisch-fachlichen Ablauf des Veränderungsprozesses und überprüft kontinuierlich die diagnostischen bzw. therapeutischen Hypothesen. Kl. sollte die Bedingungen der Therapie und ihre Methoden akzeptieren können und die Effektivität eigenen Handelns an der Realität überprüfen. Ihm/ihr ist ein „Recht auf Widerstand“ und damit letztendlich auch auf Abbruch der Therapie einzuräumen (Kanfer et al., 2012).

Analog zu einem „medizinischen“ Krankheitsmodell wird seitens der Kl. oft eine rapide Veränderung ihrer Symptomatik erwartet, im Wesentlichen ohne dafür einen eigenen Verhaltensaufwand erbringen zu müssen. Diese Therapieannahmen und die Zuschreibung einer eigenen passiven Rolle können zwar zunächst – als Hinweise auf den Leidensdruck oder auf Attitüden der Hilflosigkeit – diagnostisch belangvoll sein, sie sollten aber bereits frühzeitig und ggf. während des gesamten Therapieverlaufes kontinuierlich bearbeitet werden (Kanfer et al., 2012).

Nach Klärung dieser Voraussetzungen können persönliche Daten von Kl. erhoben und eine diagnostische Klassifikation des Problemverhaltens vorgenommen werden. Laireiter und Baumann (2000) referieren einen systematischen Überblick dazu.

**Merke:** Eine Problemanalyse beginnt mit einer grundsätzlichen Orientierung über die zu bearbeitenden Themen und einer Klärung der Erwartungen und der Rahmenbedingungen.

In den nächsten Schritten soll die Problematik strukturiert werden. Es gilt zu klären (Bartling et al., 2016),

- an wie vielen Problemen gearbeitet werden soll,
- wie weitreichend, d.h. mit welchen Bedingungen und Folgen aus anderen, möglicherweise nicht erwähnten Lebensbereichen ein Thema vernetzt ist und
- ob tatsächlich ausschließlich mit dem/der Kl. gearbeitet werden muss oder ob durch die Definition des Problems nicht auch andere beteiligte Personen zu identifizieren und in die Therapie mit einzubeziehen sind; eine Frage, welche vor allem dann zu stellen ist, wenn Interaktionspartner die Verhaltensstörungen von Kl. bedingen oder aufrechterhalten oder als Modellpersonen dafür fungieren.

Wie verwoben Themen sein können, zeigt das Beispiel eines Kl., der wegen sozialer Ängste und Isolation in Therapie kommt. Er erwähnt, auf sein Vermeidungsverhalten gegenüber sozialen Angeboten mit selbst abwertenden inneren Dialogen zu reagieren, und stets Alkohol zu konsumieren. Das Trinkverhalten sei nun seinerseits zu einem gravierenden Problem geworden, das Kontrollen durch andere Familienmitglieder, von ihm daraus gefolgerte Geringschätzung und berufliche Schwierigkeiten nach sich ziehe.

Die Probleme von Kl. sollten, nach ihrer Darlegung unter diesen Gesichtspunkten, in eine therapierelevante Abfolge gebracht werden. Diese richtet sich (vgl. Bartling et al., 1998, S. 30-31)

- nach ihrer Beeinträchtigung und Belastung für Kl.,
- nach dem äußeren Druck und den negativen Folgen eines Aufschubs,
- den Erfolgsaussichten bzw.
- der Realisierbarkeit zum gegebenen Zeitpunkt,
- nach dem Grad der Angstbesetztheit und
- nach der funktionalen Vor- bzw. Übergeordnetheit eines Themas.

**Merke:** Die komplexen Themen eines/r Kl. müssen strukturiert, d.h. in einzelne Probleme unterteilt und als solche in eine Reihenfolge gebracht werden, in der sie therapeutisch bearbeitet werden können. Für jedes einzelne Problem ist zunächst eine eigene Verhaltensanalyse zu erstellen.

### **Nun ein Beispiel, an dem die weitere Vorgangsweise gezeigt werden soll:**

Herr Z., 31 Jahre, ledig, kaufmännischer Angestellter, konsultiert eine psychotherapeutische Ambulanz, welche ihm von der Krisenabteilung der Psychiatrie empfohlen worden sei. Diese habe er in Begleitung seines Bruders wegen einer Alkoholintoxikation freiwillig aufgesucht und sei dort vier Wochen stationär aufgenommen gewesen. Er sei entgiftet und hinsichtlich seines körperlichen Zustandes abgeklärt worden. Bereits dreimal sei er – jedoch ohne längerfristigem Erfolg – bemüht gewesen, sein Alkoholproblem im Rahmen von Entziehungskuren zu bewältigen. Zuletzt habe er, bereits am Morgen damit beginnend, täglich wenigstens eine Flasche Wodka getrunken. Während seines jetzigen stationären Aufenthaltes seien ihm weitere Probleme wie sein geringer Selbstwert, seine Isolation, seine sozialen Ängste und familiäre und berufliche Schwierigkeiten deutlich geworden. Er müsse befürchten, nach seinem

## 1.1 Verhaltenstherapeutische Diagnostik

Krankenstand gekündigt zu werden, da er unterlassen habe, seinen Arbeitgeber von diesem in Kenntnis zu setzen. Derzeit wohne er – in des Wortes doppelter Bedeutung, wie er sich ausdrückte – in eisigen Verhältnissen auf dem Bauernhof seines Vaters, den aber bereits sein älterer Bruder mit seiner Familie bewirtschafte. Der Kl. werde von den anderen Familienmitgliedern verachtet und wiederholt darauf angesprochen, sich eine eigene Wohnung zu suchen. Zwei weitere Geschwister, ein älterer Bruder und eine ebenfalls ältere Schwester, hätten bereits Familien gegründet und würden nicht mehr zu Hause wohnen. Seine Mutter sei 1980 an den Folgen einer Gehirnblutung verstorben.

Das Alkoholproblem sei gegenwärtig kein aktuelles Thema, denn er sei völlig abstinent und besuche wöchentlich die Gruppensitzungen in der Psychiatrie. Als beträchtliche Belastung empfinde er jedoch seine soziale Angst und seine Isolation. Zumindest teilweise erscheine ihm sein Alkoholkonsum mit seinen Ängsten zusammenzuhängen, zumal er nach von ihm selbst zurückgewiesenen sozialen Angeboten, abwertende Selbstgespräche führe, dabei erhebliche innere Unruhe empfinde und ziemlich prompt einige Gläser Wodka trinke. Außerdem befürchte er berufliche Schwierigkeiten, da er sich in Gesprächen, in Konflikten, unter Leitungsdruck etc. massiv beeinträchtigt fühle. Allem zu Grunde liege aber seines Erachtens eine schwere Selbstwertstörung.

Er sei bereits in der Krisenstation auf eine Verhaltenstherapie vorbereitet worden und erwarte sich von dieser praktikable Anweisungen, um „die Ängste wegzubekommen und um selbstbewusster zu werden“. Er stelle sich vor, zunächst sechs Monate lang einmal pro Woche zu einer einstündigen Sitzung zu kommen. Er würde „alles tun, was da empfohlen wird“.

Verdeutlicht wurde ihm in diesem Zusammenhang aber, dass Übungen und therapeutische Anregungen zwar wichtig seien, dass der Th. aber vor allem weiterführende und konstruktive Fragen (Beck et al., 1981; Cormier und Cormier, 1985) zu stellen versuchen werde, deren Antwort er, der Kl., durch eigene kleine „Experimente“ erkunden und entscheiden sollte. Auswirkungen seiner Verhaltensänderungen müssten dann von ihm beobachtet und bewertet werden.

Ein strukturiertes Interview (Wittchen und Pfister, 1997) zur differenziellen Beurteilung der vorliegenden Verhaltensprobleme ergab, dass diese als „Alkoholabhängigkeit“ und als „soziale Phobie“ zu klassifizieren sind.

So weit wurden die Voraussetzungen für die anschließende differenzierte Analyse einer Verhaltensweise erarbeitet. Diese sollte jedoch stets, auch bei Berichten mit evident erscheinender Verursachung, durchgeführt werden. Bartling et al. (2008, S. 27) formulieren die Devise:

**Merke:** Nicht gleich auf dem ersten Gleis abfahren

Im Modell von Vogel und Schulte (1991) wird angenommen, dass sich ein therapeutischer Prozess auf der Basis von Entscheidungen entwickelt. Große Bedeutung wird dabei den Absichten beigemessen. Diese stellen globale, auf das automatisierte und implizite Wissen einer Person gegründete Zielmomente dar und

werden durch den Aufforderungscharakter der jeweiligen Situation aktiviert. Stets ist zwischen mehreren miteinander konkurrierenden Absichten zu wählen. Zeitlicher, emotionaler und motivationsbedingter Druck oder die augenfällige Korrespondenz zwischen einer Absicht und einer Situation vermögen dabei ein sog. hypervigilantes Muster in Gang zu setzen (Janis und Mann, 1979, 1982). Nach nur geringfügiger Exploration werden Erklärungen für ein problematisches Verhalten formuliert, bedeutsame Schlussfolgerungen daraus gezogen (Russo und Schoemaker, 1989) oder Entscheidungen getroffen, welche den Verlauf einer Therapie längerfristig prägen können. Suchprozesse, Prozeduren der Aufnahme und Bewertung neuer Informationen oder eine differenzierte Analyse der Alternativen und ihrer Attribute werden durch diese spontanen Aktionen empfindlich irritiert (Janis und Mann, 1979, 1982).

Das jeweilige Verhalten des/r Th. in derartigen Situationen sollte in darüber stattfindenden Metaentscheidungen (Leibetseder, 2001; Russo und Schoemaker, 1989) reflektiert werden. Kritisch zu hinterfragen wäre beispielsweise,

- ob die Entscheidung des/r Th. überhaupt notwendig bzw. aktuell erforderlich ist;
- ob sie von ihm/r getroffen werden sollte;
- welche persönlichen Voraussetzungen oder Einschränkungen gegeben sind;
- ob die zeitlichen Grenzen willkürlich festgelegt wurden oder real vorgegeben sind;
- ob Aspekte davon delegiert oder gesondert bearbeitet werden sollten;
- ob weitere Informationen oder Ratschläge eingeholt werden sollten;
- ob hinreichend Zeit für die Entscheidung besteht;
- inwieweit die wichtigen Aspekte der problematischen Situation berücksichtigt wurden;
- ob intuitiv oder analytisch entschieden wurde;
- welche Folgerungen aus Rückmeldungen in ähnlichen Situationen gezogen werden können;
- inwieweit diese auch tatsächlich berücksichtigt wurden;
- wie sich eine andere, in Entscheidungen kompetente Person verhalten hätte;
- welche Einflussnahmen auf Affekte oder andere Entscheidungen erwartet wurden.

### 2.1.2 Beschreibung der Komponenten des problematischen Verhaltens

a) Zunächst soll die zur Disposition stehende und in diesem Sinne **kritische Verhaltensweise (= V bzw. R)** genau beschrieben werden. Drei Aspekte sind dabei herauszuarbeiten (Schulte, 1976, S. 81f):

- ihre Topographie und Intensität,
- ihre Frequenz und deren Oszillationen und
- der Typ der Symptomatik, dem die Verhaltensweise auf Grund ihrer Frequenz zuzuordnen ist.

Mit „Topographie und Intensität“ ist die „Erscheinungsform“ der jeweiligen Verhaltensweise gemeint. Diese soll in ihren

- **motorischen**,
- **emotionalen**,
- **verbalen bzw. kognitiven** und
- **physiologischen**