

Psychotherapie



Bartling, Echelmeyer, Engberding

Problemanalyse im psychotherapeutischen Prozess

Leitfaden für die Praxis

6., überarbeitete Auflage

Kohlhammer

150 Jahre
Kohlhammer

Gisela Bartling
Liz Echelmeyer
Margarita Engberding

Problemanalyse im psychotherapeutischen Prozess

Leitfaden für die Praxis

6., überarbeitete Auflage

Verlag W. Kohlhammer

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

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

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

6., überarbeitete Auflage 2016

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-029759-3

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-029760-9

epub: ISBN 978-3-17-029761-6

mobi: ISBN 978-3-17-029762-3

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Inhalt

»Was uns vorweg am Herzen liegt«	9
I Ausgangsüberlegungen – Zum Verständnis des Konzepts	
1 Problem und Problemlöseprozess	15
2 Verhalten und Problemebenen	19
3 Individualisierung versus Standardisierung im diagnostisch-therapeutischen Prozess	22
4 Funktion und Handhabung des Leitfadens.....	24
5 Problemanalyse und »Bericht für den Gutachter«	26
II Ein Leitfaden zur Problemanalyse und Planung des therapeutischen Veränderungsprozesses	
1 Problemstellung	31
1.1 Erste Orientierung über die Problematik	31
1.2 Problemdefinition und Diagnostik.....	34
1.2.1 Ordnen der Probleme	34
1.2.2 Weitere Informationsgewinnung	36
1.2.3 Vorläufige Diagnose und Indikationsstellung	38
1.3 Problemauswahl.....	41

2	Problemanalyse	45
2.1	Verhaltensanalyse	45
2.1.1	Auswahl und Charakterisierung des Problemverhaltens.....	46
2.1.2	Funktionales Bedingungsmodell.....	49
2.2	Plan-, Motivations- und Schemaanalyse	67
2.2.1	Plankonzept: Betrachtung übergreifender Komponenten der Handlungssteuerung....	69
2.2.2	Erschließen von Regeln und Plänen.....	73
2.2.3	Vorgehen bei der Analyse.....	74
2.2.4	Hinweise aus der Therapeut-Patient- Beziehung	74
2.2.5	Richtung der Planerschließung.....	77
2.2.6	Kriterien zur Beurteilung von Regeln, Plänen und Schemata.....	79
2.2.7	Motivorientierte Beziehungsgestaltung und Fallkonzeption	82
2.3	Analyse von Systemregeln.....	86
2.3.1	Erhebung von Systemregeln.....	88
2.3.2	Systemdynamik	89
2.4	Entstehung und Ausformung des Problems	90
2.4.1	Biographische Anamnese.....	91
2.4.2	Beginn und Weiterentwicklung des Problems	92
2.4.3	Erklärungen für die Entstehung des Problems	94
2.5	Schlussfolgerungen aus der bisherigen Mikro- und Makroanalyse für Diagnose, Zielanalyse und Veränderungsplanung	97
2.5.1	Hypothesen und Ansatzpunkte	97
2.5.2	Ätiologisches Gesamtmodell.....	98
2.5.3	Gesamtbetrachtung aller Probleme und ihres Zusammenhangs	100
3	Zielanalyse	103
3.1	Veränderungsvoraussetzungen	103
3.1.1	Positive und negative Seiten des derzeitigen Zustands.....	104

	3.1.2	Veränderungsmotivation	105
	3.1.3	Fördernde und hemmende Umgebungsfaktoren	105
	3.2	Zielbestimmung	107
	3.2.1	Zielvorstellungen bei allen Beteiligten	107
	3.2.2	Bestimmung von Zielen und Zwischenzielen	109
	3.3	Die Therapeut-Patient-Beziehung	110
	3.3.1	Voraussetzungen der Zusammenarbeit	111
	3.3.2	Interaktionsverhalten und Beziehungsstruktur	112
4		Mittelanalyse	115
	4.1	Ansatzpunkte zur Veränderung	116
	4.2	Veränderungsprinzipien	119
	4.3	Konkreter Therapieplan	123
	4.3.1	Konkretisierung von Veränderungsschritten	123
	4.3.2	Gesamtbehandlungsplan	126
	4.3.3	Planung der Erfolgskontrolle	128
	4.3.4	Vorbereitung der anstehenden Therapiephase	129
5		Erprobung und Bewertung der Veränderungsschritte ...	131
	5.1	Erfahrungen mit neuen Strategien	131
	5.2	Bewertung des Veränderungsprozesses	133
	5.3	Beendigung der Therapie	135
6		Qualitätssicherung und Supervision	138
	6.1	Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität	138
	6.2	Supervision	141
III		Kurzfassung des Leitfadens: Problemanalyse im psychotherapeutischen Prozess	

IV Fallbeispiele

Frau T. – Beispiel für Problemanalyse und Therapieplanung
bei einer Zwangserkrankung 165

Frau D. – Beispiel für eine Falldokumentation einer sozial-
phobischen Patientin..... 190

Frau E. – Beispiel für einen Bericht an den Gutachter über
eine essgestörte Patientin 208

Materialien

Dokumentationsbogen für Erstgespräch u. Kurzberatungen.... 219

Fragebogen zur Person und Lebensgeschichte 221

Bogen zur Exploration und Bedingungsanalyse konkreter
Verhaltensbeispiele..... 242

Protokollbogen für Psychotherapiesitzungen..... 243

Zwischenbilanz: Fragen zur Standortbestimmung 244

Patientenfragebogen zum Therapieabschluss..... 245

Therapieabschlussbericht (»Epikrise«) 248

Literatur..... 250

Personenverzeichnis..... 259

»Was uns vorweg am Herzen liegt«

Wir freuen uns, dass unser Buch zur Problemanalyse in den vergangenen Jahren so viel Anklang bei praktizierenden Psychotherapeuten, solchen in Ausbildung und bei Studenten gefunden hat, dass eine 6. Auflage notwendig wurde.

Damit war für uns die Gelegenheit gegeben, das Konzept nach der gründlichen Überarbeitung für die 5. Auflage noch einmal durchzusehen und aktuelle Entwicklungen der klinischen Psychologie einzuarbeiten. Grundsätzlich haben wir uns darum bemüht, Modelle und Materialien vorzustellen, die besonders den jungen Kolleginnen und Kollegen in ihrer Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten Orientierung und praktische Hilfestellung bieten.

Auch nach der Überarbeitung für diese 6. Auflage gilt es, allen Personen Dank zu sagen, deren Mitarbeit, Unterstützung und Aufmunterung das Unternehmen mittragen und schließlich auch zu Ende bringen halfen.

Unser ganz besonderer Dank gilt unserer Kollegin Regina Krause, die an der Erstfassung dieses Buches im Jahre 1980 als Co-Autorin maßgeblich beteiligt war. In zahlreichen anregenden Arbeitssitzungen hat sie gemeinsam mit uns das Grundkonzept der »Problemanalyse« entwickelt, mit uns in Lehrveranstaltungen praktisch erprobt und schließlich in Teamarbeit in Buchform gebracht.

Wir danken an dieser Stelle auch allen Kollegen und Psychotherapeuten in Ausbildung, die uns durch ihre stete Bereitschaft zur Diskussion hilfreiche Rückmeldung und anregende Kritik gegeben haben.

Die wertvollsten Anregungen und Erfahrungen vermittelte uns die jahrelange therapeutische Arbeit mit Patienten, denen an dieser Stelle unser besonderer Dank ausgesprochen werden soll.

Münster, im Frühjahr 2016

Gisela Bartling
Liz Echelmeyer
Margarita Engberding

I Ausgangsüberlegungen – Zum Verständnis des Konzepts

Problemlösemodelle finden in der Klinischen Psychologie seit Jahrzehnten starkes Interesse und breite Verwendung als Systematisierungs- und Orientierungshilfe (vgl. D’Zurilla & Goldfried, 1971; Dörner, 1994; Bartling et al., 1980a; Kanfer et al., 2004). Mit Hilfe dieser Konzepte lassen sich heterogene Befunde, die nicht ohne Weiteres in den Rahmen einer einzelnen therapeutischen Richtung einzuordnen sind, in die theoretische und praktische Arbeit integrieren.

Umfangreiche Forschungstätigkeiten haben im Bereich der Klinischen Psychologie in den letzten Jahrzehnten zu einer Vervielfältigung ätiologischer Befunde und effizienter Veränderungsmethoden im Hinblick auf psychische Störungen geführt. Angesichts dessen stehen Psychotherapeuten vor der Frage, wie sie dieses detaillierte Störungs- und Veränderungswissen im Therapieprozess mit einzelnen Patienten ökonomisch und systematisch nutzen können.

Das Problemlösemodell bietet hier eine sinnvolle formale Strukturierungs- und Orientierungshilfe: Es liefert zum einen eine Anleitung für das geordnete praktische Vorgehen und ermöglicht zum anderen die stringente Integration empirisch gesicherten Wissens. Wir stellten 1980 ein allgemeines Konzept zur Problemanalyse und Planung des therapeutischen Veränderungsprozesses als Leitfaden für die Praxis vor (Bartling, Echelmeyer, Engberding & Krause, 1980). Unser Anliegen entstand damals aus der Erfahrung, dass sich die herkömmliche Form der

Verhaltensanalyse für uns von einer Orientierungshilfe zunehmend zu einer Einschränkung entwickelte (s. a. Caspar, 1996 b). Wir versuchten daher in dem genannten Leitfaden, den Entwicklungen in der Klinischen Psychologie und in der Verhaltenstherapie durch folgende *Erweiterungen* Rechnung zu tragen:

- systematische formale Strukturierung des Therapieprozesses durch das Problemlösemodell
- Berücksichtigung allgemeinspsychologischer Befunde in einem umfassenden Verständnis von Verhalten und verhaltenssteuernden Bedingungen
- Analyse des Problemverhaltens auf drei Ebenen: konkretes Verhalten-in-Situationen, Regeln und Pläne, Systemregeln
- erweitertes Verständnis der Problemgenese
- explizite Einbeziehung der Therapeut-Patient-Beziehung

Die Erprobung dieses fünf Phasen umfassenden Modells in Therapie und Ausbildung zeigte seinen Wert als Orientierungs- und Strukturierungshilfe in der Praxis. Überblicke über Ergebnisse zur Verwendung von Problemlöseansätzen in Therapien finden sich vor allem bei Grawe et al. (1996) und Tuschen (2000).

Besondere Vorteile sehen wir in den flexiblen Einstellungsmöglichkeiten solcher Modelle auf verschiedene »Rasterschärfen« je nach Bevorzugung einer eher mikroskopischen oder makroskopischen Perspektive. Dies erleichtert die beabsichtigte Integration störungs- und methodenspezifischer Befunde.

In der Weiterentwicklung des Leitfadens wurde vor allem der Differenzierung innerer Verarbeitungsprozesse bei der Analyse verhaltenssteuernder Bedingungen Rechnung getragen. Hierbei wurden Ergebnisse der Lernpsychologie und der verhaltenstherapeutischen Forschung, die sich auf externe Verhaltensdetermination beziehen, verknüpft mit Befunden der kognitions-, emotions-, motivations- und neuropsychologischen Verhaltenstheorien. Auf diese Weise wird die Komplexität der Handlungssteuerung berücksichtigt und die einzelnen Komponenten der Selbststeuerung können angemessen beachtet werden.

Das therapeutische Arbeiten mit dem Problemlösemodell geschieht auf dem Hintergrund relevanter Einflussfaktoren (► Abb. 1) auf Seiten des Therapeuten, des Patienten sowie der Rahmenbedingungen im

gegebenen Kontext. In den gemeinsamen Prozess gehen – implizit oder explizit – neben Konzepten über psychische Störungen und deren Therapie auch persönliche Fähigkeiten, Erwartungen sowie soziale Kompetenzen und Rollenvorstellungen steuernd ein. Der Gestaltungsspielraum wird durch die aktuellen räumlich-zeitlichen, materiellen und sozialen Rahmenbedingungen mitbestimmt.

Im Folgenden erläutern wir einige grundlegende Vorannahmen, um dem Leser einen Zugang zum Verständnis des Konzepts zu ermöglichen.

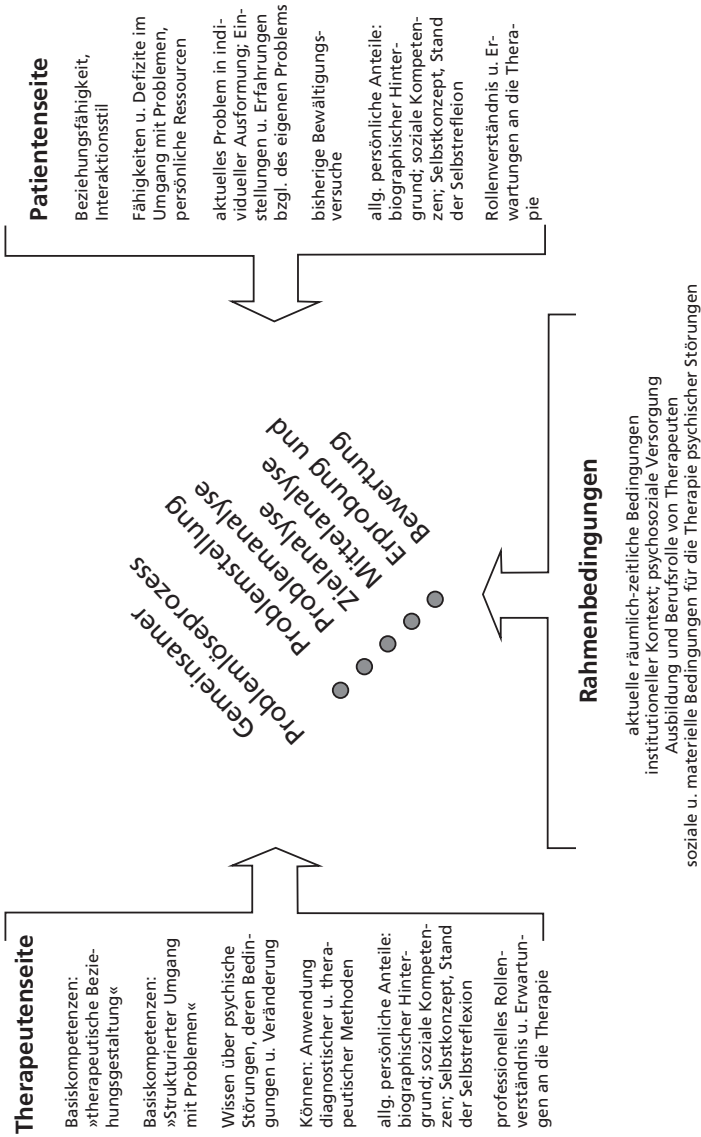


Abb. 1: Einflussfaktoren in der therapeutischen Arbeitsbeziehung

1 Problem und Problemlöseprozess

Da der vorliegende Leitfaden zu einem systematischen Vorgehen für eine möglichst große Bandbreite von Ausgangsbedingungen und Arbeitsweisen klinisch-psychologischer Praxis anleiten soll, wird hier für die Bezeichnung des Ausgangspunktes diagnostisch-therapeutischer Veränderungsprozesse der allgemeine, auch umgangssprachlich geläufige Begriff *Problem* vorgeschlagen. Dabei ist anzumerken, dass sich im Laufe der gemeinsamen Arbeit das Verständnis darüber, was das »eigentliche« Problem ausmacht, verändern kann und der Inhalt präzisiert werden muss.

Nach Dörner (1976, S. 10) entsteht ein Problem dann, wenn sich ein Individuum in einem inneren und äußeren Zustand befindet, den es nicht für wünschenswert hält, wenn es zugleich aber im Moment nicht über die Mittel verfügt, diesen unerwünschten Zustand in einen erwünschten Zielzustand zu überführen. Dies kann bspw. daran liegen, dass der unmittelbar verfügbare Stand der Kenntnisse oder Fertigkeiten nicht ausreicht.

Demnach sind Probleme also im Wesentlichen durch drei Komponenten gekennzeichnet:

- durch einen unerwünschten Anfangszustand,
- durch einen gesuchten Zielzustand,
- durch eine Barriere, die die Transformation vom Anfangszustand in den Zielzustand momentan verhindert.

Die Transformation des Anfangszustandes in einen von ihm abweichenden Zielzustand kann dabei im Einzelnen erschwert sein durch mangelnde Klarheit in der Einschätzung des Ist-Zustandes, das Fehlen bzw. das Nichtkennen der richtigen Operationen oder der richtigen räumlich-zeitlichen Anordnung schon bekannter Operationen oder durch mangelnde Klarheit des Zielzustandes (vgl. Dörner, 1994).

D’Zurilla und Goldfried, die bereits 1971 die Übertragung des Problemlöseansatzes in die Klinische Psychologie vorgeschlagen haben, verwenden den Begriff *Problem* analog, wenn Defizite irgendwelcher Art eine Person daran hindern, eine effektive Antwort auf eine oder mehrere spezifische Situation(en) ihres Alltags zu finden. Folgerichtig kann der *Therapieprozess als Problemlöseprozess* verstanden werden. Der Patient wird dort als ein Mensch gesehen, der sich von anderen nicht unbedingt in der Art oder Anzahl seiner Probleme unterscheidet, sondern der über geringere Problemlösefähigkeiten verfügt oder in bestimmten Situationen nicht in der Lage ist, seine Fähigkeiten zur Problembewältigung eigenständig und erfolgreich einzusetzen (vgl. Guerney & Stollak, 1965; zusammenfassend Dirksmeier, 1991).

Der therapeutische Veränderungsprozess wird verstanden als Problemlöseprozess im Sinne eines sukzessiven Vorgehens mit Rückkoppelungscharakter. Er wird also nicht unterteilt in eine explizit diagnostische und eine davon getrennte therapeutische Phase. Diagnostische und therapeutische Anteile sind vielmehr fortlaufend ineinander verschränkt. Die einzelnen *Stufen des Prozesses* werden in enger Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Patient und ggf. Bezugspersonen durchlaufen. Der Therapeut bringt als Experte sein Fachwissen ein, wird aber nicht reduziert auf die Rolle des »professionellen Problemlösers« für die Schwierigkeiten anderer gesehen. Seine Kompetenz besteht gerade darin, dieses Fachwissen in der *Kommunikation mit dem Patienten* mit dessen Sichtweise – seinen Erwartungen, Motivationen, Wünschen, Zielen und eigenen Problemlösefertigkeiten – in Verbindung zu bringen, also in einen *gemeinsamen* Problemlöseprozess mit dem Patienten einzutreten.

Das Interesse am Problemlöseansatz hat zu Modellen von formal unterschiedlicher, aber inhaltlich wenig voneinander abweichender Ausdifferenzierung der Teilschritte beim Problemlösen geführt (z. B. D’Zurilla & Goldfried, 1971; Kämmerer, 1983; Dörner, 2003; Kanfer et al., 2000). Wir schlagen hier ein pragmatisches Prozessmodell vor, in dem das Vorgehen beim Problemlösen in die fünf Phasen *Problemstellung, Problemanalyse, Zielanalyse, Mittelanalyse* und *Erprobung und Bewertung von Veränderungsschritten* untergliedert wird (► Abb. 2).

Bei der Arbeit innerhalb der einzelnen Prozessphasen handelt es sich häufig nicht um einen einmaligen und in sich abgeschlossenen Vorgang. Es bedarf jeweils der *Rückmeldung über Effizienz bzw. Ineffizienz* der bisherigen Schritte, bevor zur nächsten Phase übergegangen werden

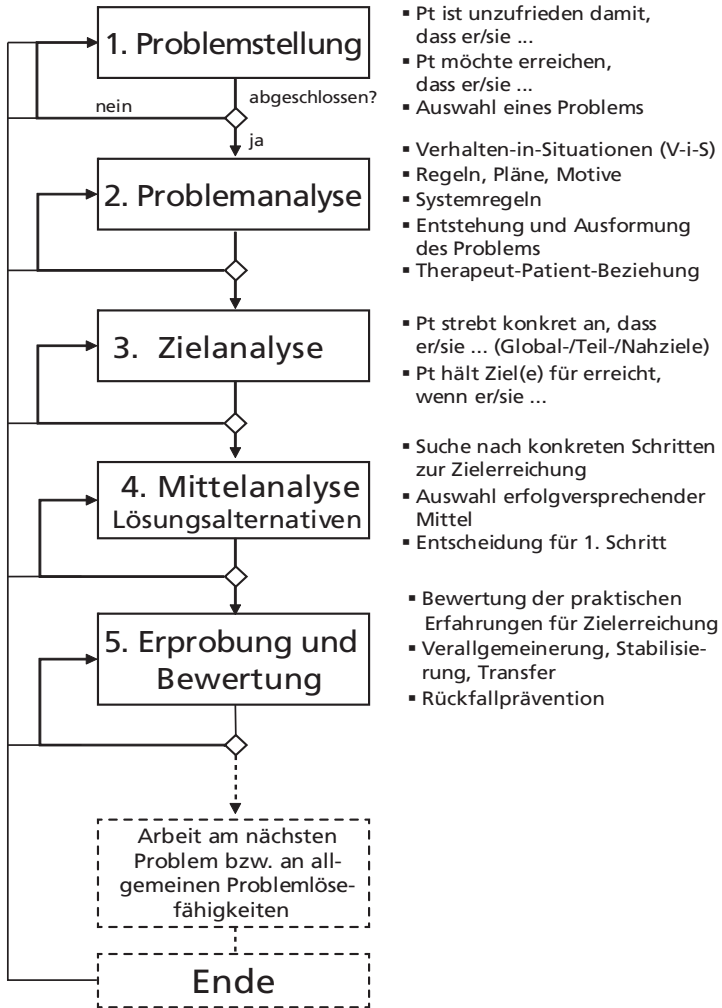


Abb. 2: Prozessmodell des Problemlösens

kann. Aufgrund der Ergebnisse dieser *Rückkoppelung* kann es zur Revision vorher vollzogener Schritte kommen. Stagniert der Prozess einmal völlig, muss gemeinsam überlegt werden, zu welcher evtl. auch weiter zurückliegenden Phase sinnvollerweise zurückgegangen werden soll; an dieser Stelle ist dann mit dem Problemlöseprozess erneut einzusetzen. Hierbei sollte man im Blick behalten, dass sich in der praktischen Umsetzung die Phasen nicht immer eindeutig voneinander trennen lassen und Effekte bzw. Veränderungen oft mehreren Phasen zuzuordnen sind.

Therapien, in welchen die Systematik des Problemlösevorgehens auf psychische Probleme von Patienten angewendet wird, bekommen in der umfangreichen Übersichtsarbeit über empirische Psychotherapiestudien von Grawe et al. (1994, S. 447 ff.) bescheinigt, dass sie sich durch eine hohe klinische Relevanz sowie durch »außerordentliche Wirksamkeit« im Erreichen positiver Veränderungen »bei einer Vielfalt von Störungen« auszeichnen. In diesem Zusammenhang spielt die allgemeine Förderung selbständiger Problemlösefähigkeiten eine besondere Rolle. Aus den Befunden wird entsprechend die Empfehlung eines möglichst breiten Einsatzes dieser Methode in der klinischen Versorgung abgeleitet. Zweifellos wird das Problemlösemodell vorrangig in den störungsspezifischen Therapieformen insbesondere der Verhaltenstherapie als Strukturierungshilfe für den Therapieprozess genutzt. Dies ist sicherlich darin begründet, dass die Verhaltenstherapie auf eine Vielzahl empirisch gesicherter ätiologischer Befunde zurückgreift und verschiedene evidenzbasierte Methoden vorzuweisen hat, die in dem formalen Prozessmodell wirksam zusammengeführt werden können.

2 Verhalten und Problemebenen

Die Orientierung am Problemlöseansatz ist, in Absetzung vom behavioristischen Verhaltensmodell, offen für die Integration wissenschaftstheoretischer und handlungstheoretischer Konzeptionen zur Verbindung hermeneutischer und empirischer Methodik (»Verstehen« und »Erklären«) und zum Verständnis des Menschen als reflexions-, kommunikations- und handlungsfähigen Subjekts. Zur näheren Ausführung dieses psychologischen Menschenbildes verweisen wir auf die Arbeiten von Groeben und Scheele (1977) sowie Groeben (1986). Diese betrachten das Individuum als aktiv mit seiner sozialen und gegenständlichen Umwelt interagierend und fähig, Informationen zu verarbeiten, seine Handlungen vernünftig zu reflektieren, zu erklären und entsprechend zu steuern. Demgemäß verwenden wir einen erweiterten Verhaltens- bzw. Handlungsbegriff, der sich auf Einheiten unterschiedlichen Umfangs, unterschiedlichen Bewusstheits- bzw. Automatisierungsgrades und unterschiedlichen Steuerungsniveaus bezieht (vgl. Echelmeyer & Engberding, 1984). Unser Verständnis von »Verhalten« und »Verhaltenstherapie« schließt verschiedene Modalitäten ein wie offen beobachtbare Verhaltensäußerungen und physiologische Reaktionen, Affekte und Empfindungen, Kognitionen und bildhafte Vorstellungen (vgl. Lazarus, 1978; Kanfer & Saslow, 1976).

Vor dem Hintergrund dieses Verhaltensbegriffs erfolgt die Problemanalyse *auf drei in hierarchischem Verhältnis zueinander stehenden Problemebenen*: auf der Ebene des konkreten »Verhaltens-in-Situationen«, auf der Ebene von Regeln und Plänen und auf der Ebene von Systemregeln.

- Auf der Ebene des *Verhaltens-in-Situationen* wird eine Beschreibung und Erklärung konkreten Verhaltens in konkreten Situationen vorgenommen. Diese Herangehensweise – häufig auch als Mikro-Analyse

bezeichnet – war als Erweiterung der klassischen funktionalen Verhaltensanalyse intendiert, wie sie ursprünglich von Kanfer und Saslow (1976) und Schulte (1976) vorgeschlagen wurde. Sie umfasst auch vermittelnde innere Prozesskomponenten (vgl. auch Bartling et al., 1987; Caspar, 1996b; Kanfer et al., 2000).

- Auf der zweiten Ebene werden dann übergeordnete habitualisierte verhaltenssteuernde *Regeln, Pläne, Schemata und Motive* des Individuums identifiziert. Hier geht es um Einstellungen, Werthaltungen und Motive in ihrer Bedeutung für die Problematik.
- Bei der Analyse des Problems auf der Ebene von *Systemregeln* werden diejenigen Problembedingungen herausgearbeitet, die in den sozialen Systemen und Subsystemen liegen, in denen der Patient lebt, und die aus den dort vorherrschenden Regeln und Rollenerwartungen resultieren. Neben der Funktion des sozialen Systems für die Problematik ist hier auch umgekehrt die Funktion der Symptomatik für den Bestand des Systems von Interesse.

Konsequenterweise wird im Verlauf des Prozesses immer wieder in Frage zu stellen sein, ob der Patient – der sich selbst als Symptomträger vorstellt oder von seiner Bezugsgruppe als solcher definiert wird – tatsächlich derjenige ist, der »das Problem hat«. Nicht jeder, der Symptome zeigt, hat auch entsprechenden Leidensdruck; nicht jeder, der unter Problemen leidet, hat die Bereitschaft oder Möglichkeiten zur Veränderung.

Die Analyse der Problematik auf den genannten drei Ebenen impliziert ein *umfassendes Verständnis der Problemgenese*:

- Es wird von einer Verschränkung aktueller situationspezifischer mit habitualisierten übergreifenden Bedingungen in der konkreten Handlungsregulation ausgegangen. So stellt sich folgerichtig die Frage nach der früheren (und zukünftigen) *Lerngeschichte als Prozess der Ausdifferenzierung überdauernder Schemata*. Hier geht es um den Erwerb von Motivationsstrukturen, von physiologischen und emotionalen Reaktionsbereitschaften, von kognitiven Einstellungs- und Bewertungsmustern sowie von komplexen Aktionsprogrammen. Diese Sichtweise erlaubt interessante Verbindungen und Integrationen verschiedener entwicklungstheoretischer Ergebnisse und therapeutischer Ansätze (vgl. Caspar, 2007; Young et al., 2005).

- Besondere Aufmerksamkeit verdienen an dieser Stelle handlungstheoretische Konzepte der hierarchisch-sequentiellen Handlungsorganisation (vgl. Hacker, 1973). Wenn *Lernen so im Sinne einer zunehmenden Automatisierung und Generalisierung* verstanden wird, dann folgt daraus für den therapeutischen Prozess des Umlernens oder Neulernens die Frage, wie eingefahrene Gewohnheiten wieder entautomatisiert werden können.
- Eine spezifisch problemorientierte Ausrichtung erweitert die Analyse der Genese von Problemen durch ihr *Verständnis als mögliche Folgen fehlgeschlagener früherer Problemlöseversuche* in der persönlichen Lebensgeschichte, wie sie schon von Hoffmann 1978 vorgestellt wurden. Auf diese Weise eröffnet sich ein Verständnis auch für die aktiven und kreativen Facetten psychischer Probleme. Eine solche Sichtweise erleichtert eine neue Gewichtung der Belastungen, die konstruktive Integration negativer Erfahrungen in das Selbstkonzept des Patienten und regt zur Suche nach neuen, zufriedenstellenden Lösungen an.

3 Individualisierung versus Standardisierung im diagnostisch-therapeutischen Prozess

In den letzten 20 Jahren hat sich das ätiologische und therapeutische Wissen über psychische Störungsbilder immens erweitert. Diese Fortschritte ermöglichen Standardlösungen in Diagnostik und Therapie, die – bei klarer Indikation – eine ausgiebige individuelle Problemanalyse als überflüssig erscheinen lassen; in diesen Fällen genügen Anpassungen manualisierter Therapiekonzepte an individuelle Besonderheiten und spezifische Kontexte (Schulte, 1991). So müssen in der Anfangsphase einer Therapie konkrete Analysen individueller Verhaltensweisen und ihrer jeweiligen Bedingungen mit klinischen Störungsdiagnosen in Form standardisierter Zuordnungen zu operational umschriebenen Störungsbildern zusammengebracht werden (Engberding, 1996; Fiedler, 1997).

Das Problemlösemodell impliziert, dass eine gesonderte Problemlöseprozedur überhaupt erst nötig wird, wenn eine Standardlösung nicht zur Verfügung steht oder als nicht ausreichend erscheint. Auch in diesem Fall muss unbedingt störungsspezifisches Wissen eingebracht werden, um die Informationsgewinnung gezielt und fundiert *lege artis* zu gestalten. In allen Fällen gilt es, das allgemeine therapeutische Vorgehen zumindest in der Grobstruktur durchgängig nach den Problemlöseschritten zu organisieren, da auf diese Weise sowohl für Patienten wie für Therapeuten eine angemessene Strukturierung des diagnostisch-therapeutischen Prozesses gewährleistet ist.

Der lösungsorientierte Ansatz (de Shazer, 1993) stellt generell die Notwendigkeit intensiver Problemanalyse in Frage: Diese sei für die Konstruktion von Lösungen sogar eher hinderlich. Der lösungsorientierte Ansatz beansprucht, die angeblich einseitige Ausrichtung an negativen und belastenden Momenten im Problemlöseansatz durch einen Wechsel der Blickrichtung auf Ziele und Ressourcen abzulösen. Dieser pragmatische und im Kern konstruktive Ansatz erscheint uns für

die Praxis als durchaus anregend und konzeptuell mit dem Problemlöseansatz kompatibel (vgl. auch Michalak & Vielhaber, 1996); er birgt jedoch die Gefahr, dass das Wissen über störungsspezifische Ätiologie und Therapie sowie über die individuellen Problembedingungen ungenutzt bleibt.

4 Funktion und Handhabung des Leitfadens

Der Leitfaden zur Problemanalyse und Planung des therapeutischen Veränderungsprozesses ist in seiner Hauptfunktion als eine *Anleitung zur Informationsgewinnung und -verarbeitung* zu verstehen. Die hier auszuwertenden Informationen sind dabei nicht nur den verbalen Berichten des Patienten zu entnehmen, sondern je nach individueller Problematik müssen andere Quellen herangezogen werden.

Problemrelevante Informationen können mit Hilfe des Leitfadens als *Auswertungshilfe* strukturiert und analysiert und die gefundenen Erkenntnisse können für den gemeinsamen Problemlöseprozess verwertet werden. Hierbei sind verschiedene Vorgehensweisen vorstellbar: Es werden entweder Informationen über längere Prozessphasen hinweg gesammelt und in einer umfassenden Problemanalyse ausgewertet, oder es findet nach jeder Sitzung eine Betrachtung des soeben gelaufenen Therapieabschnittes mit Hilfe des ausführlichen Leitfadens (► Kap. II) bzw. der Kurzfassung (► Kap. III) statt, etwa in Form eines entsprechend erweiterten strukturierten Protokolls oder einer sich an einen Verlaufsbericht anschließenden Reflexion. Die Falldarstellungen in Kapitel IV verdeutlichen solch unterschiedliche Vorgehensarten.

Der Leitfaden kann darüber hinaus benutzt werden als *Orientierungshilfe für das Vorgehen in Therapiesitzungen*. Sein Aufbau folgt den fünf Phasen, die für den Prozess des Problemlösens immer wieder herausgestellt werden. Die einzelnen Stichworte (► Kap. III, Kurzfassung) sind dabei – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – als Anregungen zu verstehen, das Problem in einem möglichst umfassenden Rahmen zu betrachten. Sie müssen keineswegs starr und unbedingt in der im Leitfaden aufgeführten Reihenfolge behandelt werden. Es ist auch nicht sinnvoll, in jedem konkreten Einzelfall alle aufgeführten Aspekte zu erfassen und in gleicher Gewichtung zu behandeln. Zur Unterstützung

der praktischen Arbeit haben wir abschließend zu jeder Problemlösephase »Aufgaben für den Therapeuten« und »Mögliche Fragen an den Patienten« zusammenfassend angefügt.

Die Ausführung der einzelnen Stufen im Leitfaden kann des Weiteren als Anregung dienen, *grundlegende Problemlösekompetenzen des Patienten zu untersuchen* und durch gezieltes Training zu verbessern. Ein ausführliches Beispiel, das die Teilschritte des Problemlöseprozesses in ihrem Gesamtzusammenhang an einem konkreten Fall demonstriert, findet sich bei Bartling und Echelmeyer (1996). Es kann hilfreich sein – vor allem für Leser, die noch nicht näher mit dem »Prozessmodell des Problemlösens« vertraut sind – diese Falldarstellung vor der hier folgenden differenzierten Abhandlung der Einzelschritte des Prozesses zu lesen.

Zur *Handhabung des Leitfadens* ist anzumerken, dass dieser in zwei verschiedenen Fassungen vorliegt. Zum besseren Verständnis der vorgeschlagenen Art der Therapiestrukturierung und ihres theoretischen Hintergrundes wurde der Leitfaden einerseits relativ breit und inhaltlich detailliert angelegt (► Kap. II). Um andererseits Ökonomie in der praktischen Anwendung zu erreichen, wurde eine *Kurzfassung* (► Kap. III) erstellt. Je nach Bedarf und nach Vertrautheit mit dem Konzept kann die längere oder die kürzere Version herangezogen werden.

5 Problemanalyse und »Bericht für den Gutachter«

Den geltenden Psychotherapie-Richtlinien entsprechend gehört es zu den Aufgaben von Psychotherapeuten, im Rahmen der Beantragung von Therapien bei Leistungsträgern den sogenannten »Bericht für den Gutachter« zu erstellen. Der dort zu bearbeitende Fragenkatalog entspricht weitgehend – wenn auch in etwas anderer Reihenfolge – den Punkten des Leitfadens zur Problemanalyse. Allerdings ist die im Gutachterbericht geforderte Mikro- und Makroanalyse weniger differenziert als die hier vorgeschlagene Funktions- und Bedingungsanalyse; sie lässt sich aber mühelos daraus zusammenfassen. Auch die Einordnung in ein wissenschaftlich anerkanntes Störungsmodell ist im Gutachterbericht nicht explizit vorgesehen. In dem hier vorgelegten Leitfaden zur Problemanalyse wird zudem der stringente Ableitung des Behandlungsplans aus dem ätiologischen Modell mehr Gewicht gegeben. Wie ein entsprechender Bericht an den Gutachter auf dem Hintergrund des Problemlösemodells verfasst werden kann, wird am Fallbeispiel von Frau E. demonstriert. Ein weiteres Fallbeispiel, Frau D., illustriert, wie eine Falldokumentation im Rahmen einer Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten angelegt werden kann.

II Ein Leitfaden zur Problemanalyse und Planung des therapeutischen Veränderungsprozesses

Wir setzen mit den Ausführungen zu unserem Prozessmodell bei der Situation ein, die im allgemeinen Verständnis als üblicher Ausgangspunkt klinisch-psychologischer Tätigkeit gilt: Eine Person, die sich in psychischer, gesundheitlicher oder sozialer Hinsicht beeinträchtigt sieht bzw. von anderen so wahrgenommen wird, sucht einen professionellen Therapeuten oder eine Institution der psychosozialen oder psychiatrischen Versorgung auf oder wird dorthin geschickt, um Unterstützung und Beratung für ihre Probleme zu erhalten. Von den Betroffenen werden Probleme und Symptome in der Regel zunächst als rein individuelle angesehen; nur selten kommen gleich von vornherein mehrere Personen zusammen zur Beratung, etwa Partner oder Familien, die ein Problem als gemeinsames erkannt haben.

Die folgenden Darstellungen beziehen sich aus Gründen der Übersichtlichkeit und Klarheit der Strukturierung weitgehend auf die erstgenannte Variante klinisch-psychologischer Praxis.

Um zu erläutern, in welcher Weise die einzelnen Prozessschritte im Rahmen einer Psychotherapie oder Beratung inhaltlich gestaltet und wie sie in ihrer zeitlichen Abfolge aufeinander bezogen werden können, gehen wir von der Standardsituation einer ambulanten Psychotherapie aus.

Wir legen zunächst 25 bis 30 Sitzungen als Rahmen für die therapeutische Arbeit zugrunde. In dieser Zeit können erfahrungsgemäß abgegrenzte psychische Störungen oder wenige ausgewählte Problembereiche therapeutisch bearbeitet werden. Dies setzt ein stringentes, systematisches und zielorientiertes Planen und Handeln voraus, einschließlich der Bereitschaft, sich gemeinsam auf das Wesentliche und das Machbare zu konzentrieren. Dies mag bei Störungen von größerem Komplexitäts- und Schweregrad zunächst unrealistisch erscheinen; unsere Vorgabe impliziert auch nicht den Anspruch, solche Störungen innerhalb von 25 Sitzungen behoben zu haben. Indizierte Langzeit- bzw. Verlängerungsanträge sollten jedoch nicht zu der Praxis verleiten, den Prozess innerhalb der einzelnen Phasen – vor allem zu Beginn – über Gebühr aufzublähen. Auch und gerade bei schwierigen und diffusen Problemen gilt es, sich zu bescheiden, Teilprobleme einzugrenzen und diese voranzubringen, um durch zeitige Erfolge die Veränderungsmotivation zu stärken. Der modellhafte *Therapieverlaufsplan* (► Abb. 3) wird hier einer ausführlichen inhaltlichen Darstellung der einzelnen Schritte im Problemlöseprozess vorangestellt, um deutlich zu machen, wie diese praktisch in einen zeitlichen Rahmen gebracht werden können.

II Ein Leitfaden zur Problemanalyse und Planung

Sitzung	Sitzungsinhalte	Prozessphase				
		I	II	III	IV	V
01. Kontakt	PROBLEMSTELLUNG explorieren: erste Orientierung, Überblick, Gewichtung; weitere Diagnoseverfahren und Basisdokumentation					
02. Kontakt	PROBLEMAUSWAHL: Problem 1 (P1) herausgreifen und umfassend definieren; ggf. Einführung in Problemlösekonzept					
03. Kontakt	PROBLEMANALYSE von P1 auf den Ebenen: - konkrete Verhaltensbeispiele - Regeln, Pläne, Motive und Schemata, Systemregeln - Genese BEDINGUNGSMODELL und Diagnose erstellen u. besprechen					
04. Kontakt						
05. Kontakt	MOTIVATION und VERÄNDERUNGSVORAUSSETZUNGEN klären ZIELvorstellungen erörtern					
06. Kontakt	ZIELE festlegen LÖSUNGSPRINZIPIEN auswählen BEHANDLUNGSPLAN besprechen					
spätestens jetzt	THERAPIEANTRAG stellen, Bericht an den Gutachter					
07. Kontakt	LÖSUNGSSCHRITTE konkret ableiten SCHRITTFOLGE beschließen KONTROLLMESSUNG überlegen					
08. Kontakt	VERÄNDERUNGSSCHRITTE erproben					
09. Kontakt	ERFAHRUNGEN auswerten					
10. Kontakt	KORREKTUREN ggf. vornehmen					
11. Kontakt	ZWISCHENBILANZ: derzeitiger Stand der Problembearbeitung? Weitere Ziele und Maßnahmen?					
12. Kontakt	FESTIGUNG u. VERTIEFUNG erreichter Veränderungen					
13. Kontakt	TRANSFER auf andere Alltagsbereiche sichern					
14. Kontakt	EIGENSTÄNDIGE WEITERFÜHRUNG planen					
15. Kontakt	BILANZ der gemeinsamen Arbeit AUSWIRKUNG auf die übrigen Probleme klären WEITERE ARBEIT an P1? bzw. ÜBERGANG zu P2, P3 ...?					
16. Kontakt	BEHANDLUNGSPLAN ergänzen für P1 bzw.					
↓ und folgende ↓ Kontakte	PROBLEMLÖSEPROZESS erneut durchlaufen für P2, P3 ... (s. 2. Kontakt ff.)					
↓ Letzte ↓ Kontakte	ABSCHLUSS der Therapie vorbereiten: Weiterführende Möglichkeiten? Diagnostische Abschlusskontrolle und Basisdokumentation Selbständige Erprobungsphase					
↓						
etwa 6 Monate nach Abschluss	KATAMNESE					

Abb. 3: Modellhafter Therapieverlaufsplan