

Circulus-vitiosus-Modelle in der Verhaltenstherapie

Aktueller Stand, kritische Betrachtung und mögliche Alternativen

Manfred W. Kornberger

Zusammenfassung: In der Verhaltenstherapie wird vor allem die Aufrechterhaltung psychischer Störungen oft mit Hilfe eines Circulus-vitiosus-Modells dargestellt. Meist können aus solchen Erklärungsmodellen auch therapeutische Interventionen abgeleitet werden (z. B. für Angststörungen oder Depression). Trotz dieser gängigen Praxis finden sich kaum theoretische Konzeptionen zur Circulus-vitiosus-Modellerstellung. Auch werden klassische Circulus-vitiosus-Modelle immer wieder kritisiert, da sie lediglich verstärkende Feedbackprozesse berücksichtigen und die Dynamik somit nur unzureichend abzubilden vermögen. Daher wird die idiografische Systemmodellierung nach Schiepek als Alternative zur Veranschaulichung des Zusammenspiels von psychischen Komponenten (Kognitionen, Emotionen, physiologischen Reaktionen und Verhalten) vorgestellt.

Schlüsselwörter: Circulus vitiosus, Teufelskreis, Störungsmodell, idiografische Systemmodellierung, Systemtheorie

Vicious Cycle Models in Cognitive Behavioral Therapy – current situation, critical reflection, and alternatives

Abstract: In cognitive behavioral therapy, the maintenance of psychological disorders is often explained by means of a vicious cycle model. In many cases, therapeutic strategies can be derived from such models (e. g. for anxiety disorders or depression). Despite this fact, there is a definite lack of theoretical reflection in the area of vicious cycle models. Classical vicious cycle models are criticized because they only take into account positive feedback processes and therefore cannot consider the full range of the dynamic of psychological processes. For this reason, idiographic systems modeling is being introduced as an alternative means of mapping the interaction between cognition, emotion, physiological reactions, and behavior.

Keywords: vicious cycle, explanatory model, idiographic systems modeling, dynamic systems

1. Einleitung

Wörtlich aus dem Lateinischen übersetzt bedeutet der Begriff „Circulus vitiosus“ „fehlerhafter Kreis“. Nach Strunk und Schiepek (2014) geht der Ausdruck des Teufelskreises in dieser ursprünglichen, auf die Logik bezogene Bedeutung auf Aristoteles (384–322 v. Chr.) zurück, der damit einen logischen Fehlschluss bezeichnete, in dessen Rahmen das zu Beweisende bereits als Prämisse vorliegt. Eine ähnliche Bedeutung im Sinne eines Zirkelbeweises bzw. Zirkelschlusses wird auch in etymologischen Quellen angegeben, wo der Circulus vitiosus konzipiert wird als ein „... Kreislauf ohne positives Ergebnis, weil das Beheben eines Fehlers zu einem weiteren Fehler führt“ (Hermann, 1994, S. 89). Erst viel später wurde der Begriff zur Beschreibung psychologischer Phä-

nomene verwendet. Häcker und Stapf (2004) führen den Begriff des Circulus vitiosus (im Sinne eines psychologischen Teufelskreises) auf den deutschen Psychologen und Psychiater Fritz Künkel (1889–1956) zurück. Danach versteht man unter dem Begriff des Teufelskreises „... als Circulus vitiosus ein Modell zur Dynamik psychischer Störungen: Die inadäquate Reaktion führt zu einem ständig neuen Kreislauf von Angsterzeugung und Vermeidungsversuchen“ (Häcker & Stapf, 2004, S. 951). Viktor Frankl verwendete die Begriffe des Teufelskreises bzw. des Circulus vitiosus in den 20er Jahren des vorigen Jahrhunderts im Rahmen von Therapien (vgl. z. B. Frankl, 1956/1993). So konzipierte er etwa Angststörungen als dynamisches Geschehen zwischen den Elementen phobische Angst, körperliche Symptome,

Hyperventilation, Erwartungsangst und Fluchtreaktion des Patienten. Ähnliche Konzepte wurden von Frankl (1956/1993) auch für Zwangssymptome, Schlafstörungen und sexuelle Störungen vorgelegt.

2. Circulus-vitiosus-Modelle in der Verhaltenstherapie

In der Verhaltenstherapie hat die Darstellung der Aufrechterhaltung psychischer Störungen in Form eines Circulus-vitiosus-Modells lange Tradition. Im Folgenden sollen Anwendungsbeispiele, die sich auf häufig vorkommende psychische Störungen beziehen, skizziert werden. Dabei ist – im Sinne eines transdiagnostischen Ansatzes (Harvey, Watkins, Mansell & Shafan, 2004) – anzumerken, dass für die Entstehung und Aufrechterhaltung unterschiedlicher psychischer Störungen häufig ähnliche psychische Prozesse (wie z. B. dysfunktionale Bewertungen oder Aufmerksamkeitsprozesse) bedeutsam sind. Dies ist im Besonderen in Bezug auf die verhaltenstherapeutische Behandlung von Belang, da ein Transfer von wirksamen therapeutischen Interventionen von einem Störungsbereich in einen anderen unter einer transdiagnostischen Perspektive durchaus sinnvoll erscheint, sofern die beiden Störungen ähnliche psychische Prozesse und Dynamiken aufweisen. Ein Beispiel für einen erfolgreichen Transfer stellt die aus dem Bereich der Angststörungen übernommene Behandlung von Sicherheits- und Vermeidungsverhalten im Rahmen von paranoiden Psychosen dar (vgl. Lincoln, 2014).

2.1 Angststörungen

In der Therapie der Panikstörung (vgl. z. B. Margraf & Schneider, 2009; Meermann & Okon, 2006) werden Angstanfälle durch positive Rückkoppelungsprozesse zwischen Körpersensationen (z. B. einer Beschleunigung der Pulsfrequenz oder Schwindel), Aufmerksamkeitsfokussierung und damit einhergehender verstärkter Wahrnehmung der körperlichen Veränderungen, sowie negativen (angstauslösenden) Gedanken plausibel erklärt (vgl. Abbildung 1).

Die therapeutischen Strategien, die aus einem solchen Modell ableitbar sind, bestehen hauptsächlich in der Normalisierung der auslösenden Körpersensationen (z. B. durch Provokationstests wie körperliche Anstrengung oder Hyperventilation) und in der damit einhergehenden Identifikation und Veränderung der negativen Gedanken, die zum Erleben von Panik führen. Außerdem kommen im Sinne der Emotionsregulation Angstbewältigungsstrategien (wie etwa mit Atemübungen oder Ent-

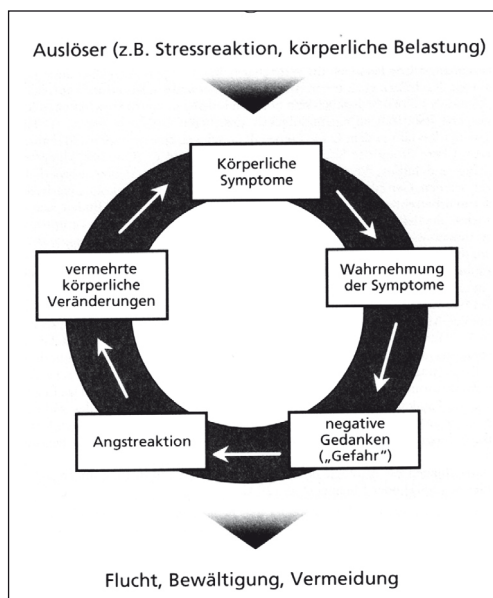


Abbildung 1: Erklärungsmodell der Panikstörung (aus Meermann & Okon, 2006, S. 25)

spannungstechniken), die sich mit positiver Selbstverbalisation kombinieren lassen, zum Einsatz. Ergänzend wird der Aufbau eines gesunden Lebensstils, positiver Aktivitäten sowie Genussfähigkeit gefördert (Margraf & Schneider, 2009; Meermann & Okon, 2006).

Dieses Vorgehen hat sich in vielen kontrollierten Studien als dauerhaft wirksam erwiesen (Hollon & Beck, 2013; Emmelkamp, 2013).

2.2 Depression

Im Bereich der Depressionsbehandlung (vgl. z. B. Beck, Rush, Shaw & Emery, 1999; Hautzinger, 2003, 2010) wird die Aufrechterhaltung der affektiven Störung durch einen Kreislauf mit positiven Rückkoppelungsmechanismen erklärt. In seinem umfassenden Depressionsmodell beschreibt Hautzinger (1997) mehrere Faktoren, deren Zusammenwirken ein ganzheitliches Bild der Dynamik vermittelt (siehe Abbildung 2). Demnach werden durch Auslöser (negative Live-Events; A) automatisierte negative Reaktionen (B) hervorgerufen, wodurch es in weiterer Folge zu einer Steigerung der Selbstaufmerksamkeit und kritischer Selbstbewertungsprozesse (C) kommt. Dies führt zu vermehrtem negativem Erleben und einer Abnahme von positiven

Gefühlen (D und E) beim betroffenen Individuum, wobei sich diese Prozesse bis hin zur klinischen Depression (F) steigern. Dieser depressive Zustand erschwert wiederum die Auseinandersetzung mit dem ursprünglich auslösenden Live-Event (A) und verstärkt die negativen emotionalen Reaktionen (B). Hautzinger (1997, S. 15) führt hier weiter aus:

Liegen bestimmte Anfälligkeiten (Vulnerabilitäten) vor, wie z. B. einer Vorgeschichte an depressiven Erkrankungen, höheres Lebensalter, weibliches Geschlecht, abhängige oder zwanghafte, rigide Persönlichkeitszüge, Mangel an Fertigkeiten, ungünstige familiäre Erfahrungen, Sozialisationseinflüsse (Verlusterfahrungen) und dysfunktionale Grundannahmen (negative Attributionsmuster), so kann dieser Ablauf beschleunigt, verstärkt und in Form eines „Teufelskreises“ intensiviert werden.

Wiederum lassen sich aus dem Modell stringent Behandlungsstrategien ableiten, die bei der Depression beispielsweise in der Tagesstrukturierung und

in der Planung von Aktivitäten, die zum Erleben von Erfolg und Vergnügen führen sollen, bestehen. Dabei wird das Modell selbst herangezogen, um den Zusammenhang zwischen Denken, Fühlen und Verhalten zu verdeutlichen. Des Weiteren wird die Beobachtung, Analyse und Veränderung dysfunktionaler (depressiogener) Gedanken und Denkfehler als zentral angesehen. Auch die Steigerung sozialer Kompetenz kann angezeigt sein (Beck et al., 1999; Hautzinger, 2003, 2010).

Die skizzierte verhaltenstherapeutische Behandlung von depressiven Störungen hat sich im Rahmen vieler kontrollierter klinischer Studien als wirksam erwiesen (für einen Überblick siehe Hautzinger, 2010; Hollon & Beck, 2013; sowie Emmelkamp, 2013).

2.3 Zusammenfassende Bewertung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Circulus-vitiosus-Modelle sowohl für die Darstellung der Dynamik als auch für die Erklärung der Auf-

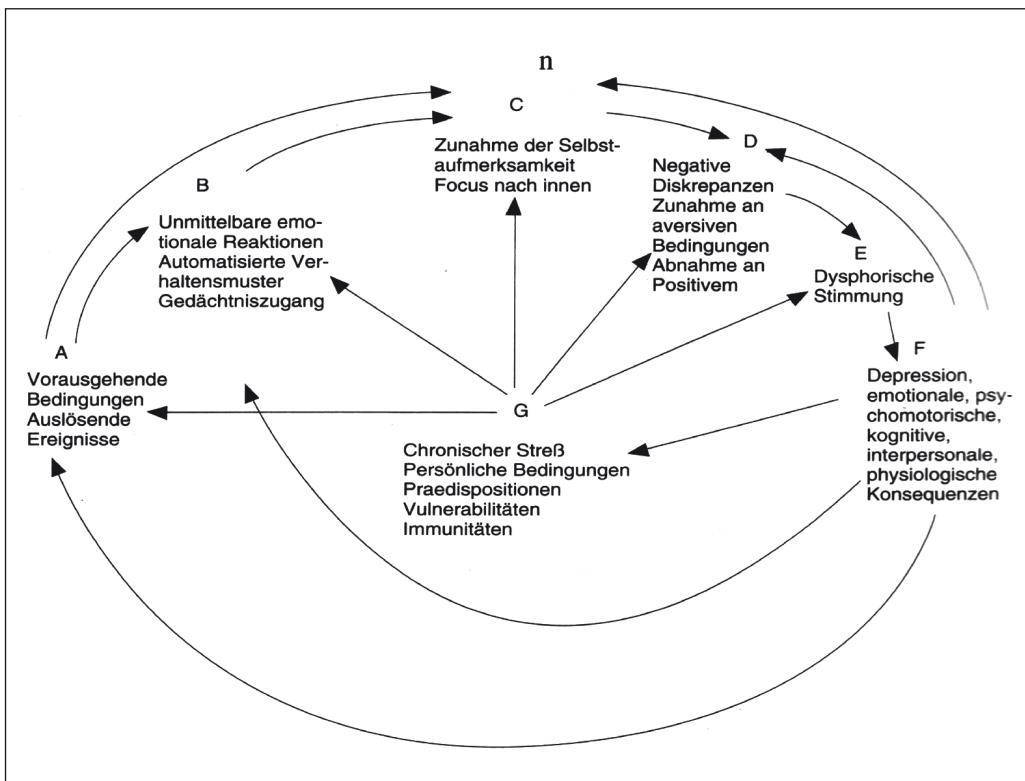


Abbildung 2: Erklärungsmodell der Depression (aus Hautzinger, 1997, S. 14)

rechterhaltung psychischer Störungen sehr geeignet erscheinen. Darüber hinaus stellen solche Modelle eine wertvolle Hilfe bei der stringenten und für Klienten plausiblen Ableitung wirksamer Interventionen dar. Nachdem Circulus-vitiosus-Modelle immer aus mehreren unterschiedlichen Komponenten bestehen, sind auch die Behandlungsstrategien nicht auf einer, sondern auf mehreren verschiedenen Ebenen angesiedelt. In diesem Sinn stellte Wampold (2001) im Rahmen seiner umfangreichen Metaanalyse zur Wirksamkeit von Psychotherapie fest, dass einzelne therapeutische Strategien (wie z. B. die kognitive Umstrukturierung von negativen Grundannahmen bei depressiven Patienten) wesentlich weniger bedeutsam sind, als bisher angenommen wurde. Dies könnte so interpretiert werden, dass aus einem problemspezifischen Circulus vitiosus mehrere Interventionen abgeleitet werden sollten, die dann gemeinsam ihre therapeutische Wirkung entfalten können. Solch multimodale, eklektische Therapien gelten schon seit langer Zeit als sehr wirksam (Grawe, Donati & Bernauer, 1994).

3. Kritische Betrachtung

Obwohl sich die Verwendung von Circulus-vitiosus-Modellen in der Verhaltenstherapie als sinnvoll erwiesen hat, kann sie auch kritisch betrachtet werden. Schiepek und Strunk (1994) kritisieren beispielsweise, dass die gängigen Circulus-vitiosus-Modelle die jeweiligen Feedbackprozesse fast ausschließlich als Einbahnstraßen konzipieren, obwohl es sich aus Sicht der Theorie dynamischer Systeme vielmehr um gemischte Feedbackprozesse handelt (d. h. im System wirken anregend-verstärkende und dämpfend-reduzierende Kräfte): „Einige Entwicklungen sehen vielleicht auf den ersten Blick nach einem Teufelskreis aus, sind aber keine. Besonders lang andauernde Konfliktsituationen werden gerne als Teufelskreise bezeichnet, wären aber längst explodiert, wenn es sich tatsächlich um solche handeln würde“ (Strunk & Schiepek, 2014, S. 26). Schiepek (1994, S. 82) grenzt das Phänomen des Circulus vitiosus im klassischen Sinn weiter ein, indem er feststellt: „Lediglich die trivialen Fälle ungebremsten, positiv beschleunigten Wachstums oder Abbaus beruhen auf reinem positivem oder negativem Feedback. Merkwürdigerweise sind es aber gerade diese unnatürlichen Sonderfälle, denen als so genannte ‚Teufelskreis-Modelle‘ in manchen psychologischen Erklärungsansätzen Berechtigung zugestanden wird.“ Ausschließlich positive Feedbackprozesse würden beispielsweise bei einer Pa-

nikstörung zu einem stetigen Anstieg der Angst führen, was in der Praxis jedoch nicht der Fall ist. Vielmehr existieren auch negative Feedbackprozesse, die zu einer Angstreduktion führen (z. B. Habituation, Coping oder Ablenkung), die in die Modellerstellung miteinbezogen werden sollten (Schiepek, 1994). Demnach werden in klassischen verhaltenstherapeutischen Circulus-vitiosus-Modellen Ressourcen zugunsten problematischer Anteile vernachlässigt.

Die Fokussierung auf Circulus-vitiosus-Modelle hat nach Schiepek (1991, S. 314) mit der großen „... Fülle an linearen Befunden, welche die empirische Psychologie tagtäglich produziert“ zu tun, die es kaum zulässt, dynamische Zusammenhänge darzustellen. Das daraus folgende Ignorieren von Feedbackprozessen ist demnach „... unrealistisch und nur ein Kunstgriff, um Ereignisfolgen als alternativlos, zwingend, unausweichlich darzustellen“ (Strunk & Schiepek, 2014, S. 34).

Auf Basis dieser kritischen Betrachtung ist anzunehmen, dass das Potenzial des Circulus-vitiosus-Modells im Bereich der Verhaltenstherapie noch nicht optimal genutzt wurde. Eine Optimierung in diesem Bereich kann sowohl der Erstellung von spezifischen Störungsmodellen als auch den daraus abgeleiteten Behandlungsstrategien zugutekommen.

4. Alternativen

Die Erstellung eines Modells sollte immer einer oder mehrerer Theorien folgen, die bestimmen, welche Faktoren in das Modell miteinbezogen werden und welcher Art die Relationen zwischen diesen Faktoren sind. Im Rahmen der Verhaltenstherapie sind hier vor allem störungsspezifische Theorien und Befunde, aber auch transdiagnostische Aspekte (vgl. z. B. Harvey et al., 2004) von Bedeutung.

Die Nützlichkeit eines verhaltenstherapeutischen Modells lässt sich daran messen, ob sich neue Möglichkeiten der Klärung von Zusammenhängen ergeben und ob wirksame Interventionen daraus ableitbar sind.

Entsprechend der in Abschnitt 3 geäußerten Kritik ist es bei der Modellerstellung wesentlich, mehrere Faktoren und deren wechselseitige Relationen miteinzubeziehen. Dabei sind nicht nur Prozesse positiven Feedbacks, sondern auch Zirkularität und wechselseitige Kausalität von großer Bedeutung: „By the very nature of life as an autocatalytic, self-generating process, a predominant feature of biological organization is circularity or feedback“ (an der Heiden, 1992, S. 65). Nichtlineare dynamische

Modelle berücksichtigen diese Prozesse und verfügen darüber hinaus noch über weitere Vorteile: „Zum einen können diese Modelle eine weitaus größere externe Validität erlangen als dies für mechanistische Modelle möglich ist. Zum anderen sind sie nicht selten in der Lage, auch widersprüchliche Befunde bzw. vielfältige Verhaltensweisen zu erklären“ (Strunk & Schiepek, 2006, S. 130).

Eine konkrete Methode der Modellerstellung, die für die praktische Umsetzung der beschriebenen Vorteile geeignet ist, stellt die idiografische Systemmodellierung nach Schiepek (1986, 1987, 1991) dar. Sie verbindet die einzelnen Elemente eines Systems durch Annahmen zu ihren jeweiligen Wechselwirkungen auf der Basis von theoretischem, empirischem und subjektivem Wissen. Schiepek, Fricke und Kaimer (1992, S. 256) fassen das Vorgehen zusammen: „... different theoretical perspectives are introduced into the model by lineal subhypotheses which combine to form a complex, recursively interrelated network. In this way, processes at different levels of the system and their relations can be integrated into one model.“ Schiepek (2003) betont dabei: „Idiografic system models integrate a broad basis of knowledge and combine this knowledge into a multi-perspective view on clinical problems“, wobei „... the aim is a specific idiografic understanding of single cases“ (S. 177). Des Weiteren sieht Schiepek (2003, S. 177) „... the development of more sophisticated etiological models of psychological disorders“ als ein durch die idiografische Systemmodellierung erreichbares Ziel an.

Schiepek (2003) klärt die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der idiografischen Systemmodellierung und der klassischen Verhaltensanalyse:

Like the functional analysis widely used in behavior therapy, it [idiografic system modeling] intends to explain the behavior of a system out of its internal and surrounding conditions. But quite different from this approach, it integrates variables out of different theoretical backgrounds related to physiological, psychological, and social system levels, and designs hypotheses about feedback loops relating the constituting variables of the model. (Ebd., S. 177)

Strunk und Schiepek (2006) empfehlen, bei der Erstellung einer idiografischen Systemmodellierung darauf zu achten, dass die dargestellten Elemente des Systems variable und damit quantifizierbare Größen darstellen. Außerdem soll durch die Modellierung im Rahmen der Therapie das Problem des Patienten beschrieben werden, indem sowohl

dysfunktionale Anteile als auch Wege aus dem Problem heraus (also Ressourcen) besprochen werden. Des Weiteren schlagen Strunk und Schiepek (2006) vor, aus dem Modell abzuleiten, welche Interventionen in Bezug auf welche Variable des Systems sinnvoll erscheinen. Dabei wird empfohlen, an zentralen Komponenten anzusetzen.

Ein nach der Methode der idiografischen Systemmodellierung erstelltes Modell ist selektiv (es werden nur bestimmte Variablen erfasst), perspektivisch (bzw. konstruktivistisch) und zweckorientiert (Schiepek, 1991). Außerdem ist mit Reaktivität zu rechnen (d. h. das System reagiert auf die Erstellung des Modells), was therapeutisch konstruktiv (klärungsorientiert, psychoedukativ) genutzt werden kann. Kriterien, denen das Modell nicht nur aus wissenschaftlicher, sondern vor allem aus therapeutischer Sicht genügen sollte, sind Verständlichkeit (Nachvollziehbarkeit), rationale Begründbarkeit, zumindest partielle empirische Verankerung, adaptierbare Komplexität (sodass Anpassungen an verschiedene kognitive Leistungslevels oder Verwendungszwecke vorgenommen werden können), vertretbarer Aufwand für die Erstellung (damit einhergehend: minimale Beeinträchtigung des Behandlungsprozesses), Veränderbarkeit (auch nach der Fertigstellung) und Kritisierbarkeit, Berücksichtigung dynamischer Prozesse auf mehreren Referenzebenen (bio-psycho-soziale Perspektive) sowie kommunikative Anschlussfähigkeit und Handlungsrelevanz (praktische Nutzbarkeit für Interventionen) im Rahmen der Therapie (Schiepek, 1986, 1991). In Abbildung 3 findet sich eine konkrete klinische Anwendung, die die Methode am Beispiel einer Klientin, die unter einer Essstörung leidet, veranschaulicht.

Für die Erstellung einer Systemmodellierung ist es wesentlich, die Bedeutung der eingesetzten Pfeile zu explizieren (Strunk & Schiepek, 2006). Neben Pfeilen, die eine Kausalität (X führt zu Y), eine Verstärkung (X verstärkt Y) oder eine Dämpfung (X verringert Y) bezeichnen, empfiehlt Schiepek (1986) das Prinzip der Kovariation zu verwenden. Dabei werden die gleichgerichtete (positive) Kovariation (wenn X abnimmt, nimmt auch Y ab; wenn X zunimmt, nimmt auch Y zu) und die gegengerichtete (negative) Kovariation (wenn X abnimmt, nimmt Y zu; wenn X zunimmt, nimmt Y ab) unterschieden (Strunk & Schiepek, 2006). Es ist darüber hinaus differenziert zu reflektieren, ob relativ einseitige oder wechselseitige Beeinflussungen zweier Elemente vorliegen (Schiepek, 1986). Zudem kann in Bezug auf die Beeinflussungsstärke bzw. Wichtigkeit von Pfeilen (z. B. durch Zuordnung

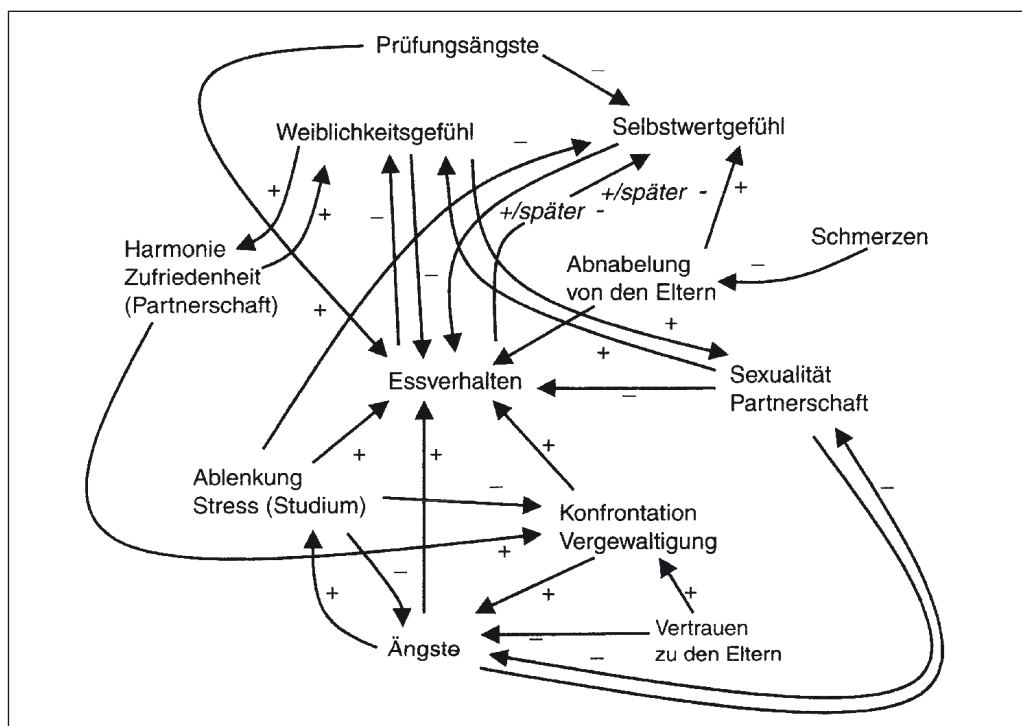


Abbildung 3: Idiografisches Systemmodell einer Patientin mit einer Essstörung. + bedeutet eine positive Kovariation zweier Variablen; – bedeutet eine negative Kovariation (aus Haken & Schiepek, 2010, S. 432). Weitere Erläuterungen siehe Text.

der Zahlen 0, 1, 2 und 3) differenziert werden (Strunk & Schiepek, 2006). Neben der Differenzierung zwischen Außenkontakten/Außenabhängigkeiten und Innenabhängigkeiten (bzw. deren Verhältnis; Schiepek, 1986) sollte die Möglichkeit des Vorliegens von autokatalytischen Prozessen (d.h. ein Element des Systems beeinflusst sich selbst) berücksichtigt werden (Strunk & Schiepek, 2006).

Um all diese möglichen Wirkungen einschätzen zu können, wird eine Matrix erstellt, in der alle Elemente des Systems sowohl in den Zeilen als auch in den Spalten vorkommen (Tabelle 1). So kann für jedes Feld (also für jede Relation zwischen zwei Variablen) die vermutete Einflussart (die sich am Prinzip der Kovariation orientiert) und -stärke (kein Einfluss = 0; leichter Einfluss = 1; mittelstarker Einfluss = 2; starker Einfluss = 3) angegeben werden. Autokatalytische Prozesse können dabei in der Diagonale eingetragen werden. Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass sich zwei Systemelemente in unterschiedlichem Ausmaß gegenseitig beein-

flussen können. Daher sind die beiden durch die Diagonale getrennten Hälften der Matrix in ihren numerischen Werten auch nicht ident (d.h. die Matrix wird nicht an der Diagonale gespiegelt).

Was die zu berechnenden Kennwerte angeht, so wird die Anzahl der Einflüsse pro Zeile addiert (= Aktivitätssummen der einzelnen Elemente); andererseits werden die Spaltensummen der Beeinflussungen für jedes Element ermittelt (= Passivitätssumme). Aus diesen Werten lässt sich der Quotient (= Anzahl der aktiven Einflüsse geteilt durch die Anzahl der passiven Beeinflussungen) errechnen, der eine Aussage über die Aktivität eines Elements trifft. Ein hoher Wert beschreibt dabei ein aktives Element, das die anderen Elemente stark beeinflusst, während es umgekehrt von diesen wenig beeinflusst wird (Strunk & Schiepek, 2014). Ein passives Element weist hingegen einen niedrigen Quotienten auf. Ein hoher Wert beim Produkt der Einflüsse und der Beeinflussungen weist auf ein kritisches (zentrales) Element hin, das durch viele Wechselwir-

Tabelle 1: Beeinflussungsmatrix für die idiografische Systemmodellierung (nach Strunk & Schiepek, 2006, 2014)

Wirkung von auf →	↓	Element 1	Element 2	Element 3	Element 4	Element 5	Anzahl der Einflüsse (AS)	Quotient (AS /PS)
Element 1								
Element 2								
Element 3								
Element 4								
Element 5								
Anzahl Beeinflussungen (PS)								
Produkt (AS x PS)								

Anmerkungen: AS = Aktivitätssumme, PS = Passivitätssumme. Weitere Erläuterungen siehe Text.

kungen im System eingebunden ist. Jenes Element, für das das Produkt aus der Zeilen- und Spaltensumme den größten Wert annimmt, verfügt demnach über die meisten Verbindungen zu anderen Elementen (Strunk & Schiepek, 2006). Umgekehrt ist ein Element mit einem niedrigen Produkt von Beeinflussungen nicht stark ins System eingebunden; es beeinflusst werden stark noch wird es stark beeinflusst und ist demnach als ruhendes bzw. pufferndes Element anzusehen (Strunk & Schiepek, 2014). Da die Erstellung der Beeinflussungsmatrix zuerst erfolgt, empfiehlt es sich, die Kennwerte der Elemente bei der Modellerstellung zu berücksichtigen (und beispielsweise ein Element mit hohem Produktwert zentral einzugliedern).

Ein elaboriertes Beispiel für die verhaltenstherapeutisch orientierte Anwendung der idiografischen Systemmodellierung im Bereich von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis findet sich in einer anderen Arbeit des Autors (Kornberger, in Druck).

Was die praktische Umsetzung angeht, so kann die idiografische Systemmodellierung nach der Diagnoseerhebung, Anamnese und Ressourcendiagnostik vorgenommen werden, da zu diesem Zeitpunkt ausreichend Informationen vorliegen. Die Erstellung einer Systemmodellierung sollte nicht wesentlich mehr Zeit in Anspruch nehmen als herkömmliche Problemanalysen nach dem SORK-Schema und Störungsmodellerstellungen (wie sie in Abschnitt 2 beschrieben wurden). Ein Zeitrahmen von circa ein bis zwei Einheiten ist meist ausreichend. Die Arbeit

sollte gemeinsam erfolgen und offen für Revisionen sein. Bei umfangreicheren Anwendungen mit mehreren Variablen kann die idiografische Systemmodellierung jedoch auch mehr Zeit in Anspruch nehmen (drei bis vier Einheiten).

In Hinblick auf die therapeutischen Implikationen lassen sich aus der idiografischen Systemmodellierung (ähnlich wie in der Verhaltenstherapie) Interventionen ableiten (Strunk & Schiepek, 2006). Die berechenbaren Kennwerte (z. B. ein hoher Wert beim Produkt) zeigen außerdem auf, bei welchen kritischen (zentralen) Elementen zuerst interveniert werden sollte. Des Weiteren ist die im Modell integrierte Ressourcenperspektive für den therapeutischen Prozess wesentlich. Verhaltenstherapeutische Modelle enthalten hingegen sehr häufig ausschließlich problematische Anteile, die keine Lösungen aufzeigen (vgl. das Modell von Hautzinger in Abschnitt 2). In der idiografischen Systemmodellierung sind potenzielle Lösungen bereits vorhanden und sichtbar (im Fallbeispiel der Essstörung sind dies das Selbstwert- und Weiblichkeitsgefühl, die eigene Partnerschaft und Sexualität sowie die Abnabelung und positive Beziehung zu den Eltern). Dieser Aspekt macht es leichter, Ressourcen auch tatsächlich und explizit zu nutzen. Umgekehrt können auch vermeintliche Lösungen (wie z. B. Vermeidungsverhalten), die tatsächlich zu einer Stabilisierung der Problematik beitragen, in ihrer vollen Dynamik (hinsichtlich positiver und negativer Konsequenzen) verdeutlicht werden. Nach Strunk und Schiepek

(2006) sind idiografische Modelle oft in der Lage, aus Klientensicht widersprüchliche Aspekte (Verhaltensweisen) zu erklären. Schließlich sind Systemmodellierungen sehr gut mit der Intervention der Normalisierung (im Gegensatz zur Pathologisierung) kombinierbar. Das Konzept der dynamischen Krankheiten (Tschacher & Junghan, 2009, S. 309) betont diesen Aspekt: „The expectation is that rather than the system per se, it is only the dynamics which is pathologically altered“. Durch die Kombination aus verhaltenstherapeutischem und systemtheoretischem Verständnis der Zusammenhänge können Klienten im therapeutischen Prozess entlastet werden, indem psychische Probleme als nachvollziehbar (statt irrational) konnotiert werden.

4. Zusammenfassung, Fazit und Schlussfolgerungen

Die Methode der idiografischen Systemmodellierung erlaubt es, mehrere Arten von Zusammenhängen darzustellen als es im Rahmen klassischer verhaltenstherapeutischer Modelle möglich ist. Auch kann eine Vielzahl an Elementen, die für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer psychischen Störung wesentlich sind, in die Modellerstellung miteinbezogen werden; sowohl die Beeinflussungsmatrix als auch die grafische Darstellung geben hier keine Begrenzung vor. Damit können wesentliche dynamische und nonlineare Aspekte, die die Komplexität des menschlichen Erlebens und Verhaltens ausmachen, adäquat berücksichtigt werden. Des Weiteren kann durch die idiografische Systemmodellierung die Ressourcenperspektive, der vor allem unter therapeutischen Gesichtspunkten eine wichtige Rolle zukommt, bereits in der Modellierungsphase miteinbezogen werden. Schließlich kann ein nach der Methode der idiografischen Systemmodellierung erstelltes Modell (analog zu herkömmlichen verhaltenstherapeutischen Modellen) für psychoedukative Zwecke und zur Ableitung von Interventionen benutzt werden.

Obwohl der Ansatz der idiografischen Systemmodellierung über viele Vorteile verfügt, ist er unter (verhaltenstherapeutischen) Praktikern nicht sehr verbreitet. Ein Grund hierfür liegt sehr wahrscheinlich in der Komplexität des Ansatzes. Dazu ist anzumerken, dass die Methode an sich nicht sehr kompliziert ist; jedoch können sehr komplexe Modelle aus der Anwendung der Methode resultieren (vgl. z.B. Kornberger, in Druck oder Schiepek, 1986, S. 88). Der Aspekt der Komplexität lässt sich sehr gut über die Anzahl der einbezogenen Variablen und über den

erwünschten Auflösungsgrad kontrollieren. Auch müssen nicht alle von Schiepek (1986) beschriebenen möglichen Kennwerte und Unterscheidungen (wie z.B. Grenz- oder Schwellenwerte, puffernde und beschleunigende Elemente, Differenzierung zwischen sich schnell verändernden und trägen Elementen) genutzt werden. Schließlich wird es aus Behandler Sicht mit zunehmender Erfahrung auch einfacher, komplexere Modelle zu erstellen. Dies ist in der therapeutischen Praxis vor allem bei komplexen Fällen mit Komorbidität insofern hilfreich, als sich in der Literatur hierfür oft keine Vorlagen für Entstehungsmodelle finden.

Literatur

- An der Heiden, U. (1992). Chaos in health and disease – Phenomenology and theory. In W. Tschacher, G. Schiepek & E. J. Brunner (Eds.), *Self-organization and clinical psychology* (pp. 55–87). Heidelberg: Springer.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1999). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Beltz.
- Emmelkamp, P. M. G. (2013). Behavior therapy with adults. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th Ed.) (pp. 343–392). New York: Wiley.
- Frankl, V. (1956/1993). *Theorie und Therapie der Neurosen. Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse* (7. Aufl.). München: Reinhardt.
- Grawe, K., Donati, F. & Bernauer, R. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Häcker, H. O. & Stapf, K.-H. (Hrsg.). (2004). *Dorsch psychologisches Wörterbuch* (14. Aufl.). Bern: Huber.
- Haken, H. & Schiepek, G. (2010). *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders. A transdiagnostic approach to research and treatment*. New York: Oxford University Press.
- Hautzinger, M. (1997). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M. (2010). *Akute Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Hermann, U. (1994). *Herkunftswörterbuch: Etymologie, Geschichte, Bedeutung*. Gütersloh: Bertelsmann.

- Hollon, S. D. & Beck, A. T. (2013). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th Ed.) (pp. 393–442). New York: Wiley.
- Kornberger, M. W. (in Druck). Ein systemtheoretisch fundiertes bio-psycho-soziales Erklärungsmodell zur Entstehung von Wahn und Halluzinationen. *Systeme*.
- Lincoln, T. (2014). *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie. Ein individuenzentrierter Ansatz* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Margraf, J. & Schneider, S. (2009). Panikstörung und Agoraphobie. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen im Erwachsenenalter; spezielle Indikation, Glossar* (3. Aufl.) (S. 3–30). Berlin: Springer.
- Meermann, R. & Okon, E. (2006). *Angststörungen: Agoraphobie, Panikstörung, spezifische Phobien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schiepek, G. (1986). *Systemische Diagnostik in der klinischen Psychologie*. Weinheim: Beltz.
- Schiepek, G. (1987). Das Konzept der systemischen Diagnostik. In G. Schiepek (Hrsg.), *Systeme erkennen Systeme. Individuelle, soziale und mathematische Bedingungen systemischer Diagnostik* (S. 13–46). Weinheim: Beltz.
- Schiepek, G. (1991). *Systemtheorie der klinischen Psychologie*. Braunschweig: Vieweg.
- Schiepek, G. (1994). Der systemwissenschaftliche Ansatz in der klinischen Psychologie. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 23, 77–92.
- Schiepek, G. (2003). A dynamic systems approach to clinical case formulation. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 175–184.
- Schiepek, G., Fricke, B. & Kaimer P. (1992). Synergetics of psychotherapy. In W. Tschacher, G. Schiepek & E. J. Brunner (Eds.), *Self-organization and clinical psychology* (pp. 239–267). Heidelberg: Springer.
- Schiepek, G. & Strunk, G. (1994). *Dynamische Systeme: Grundlagen und Analysemethoden für Psychologen und Psychiater*. Heidelberg: Asanger.
- Strunk, G. & Schiepek, G. (2006). *Systemische Psychologie*. München: Elsevier.
- Strunk, G. & Schiepek, G. (2014). *Therapeutisches Chaos. Eine Einführung in die Welt der Chaostheorie und der Komplexitätswissenschaften*. Göttingen: Hogrefe.
- Tschacher, W. & Junghan, U. (2009). Psychopathology. In S. J. Guastello, M. Koopmans & D. Pincus (Eds.), *Chaos and complexity in psychology* (pp. 307–334). Cambridge: Cambridge University Press.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Zum Autor

Dr. Manfred Walter Kornberger, Studium der der Psychologie an der Universität Wien, Ausbildung zum Klinischen und Gesundheitspsychologen, Psychotherapieausbildung (österreichische Gesellschaft für Verhaltenstherapie). Aktuell tätig an der Abteilung für forensische Psychiatrie des Otto Wagner-Spitals in Wien sowie in freier Praxis. Lehrtätigkeit in der Ausbildung zum klinischen und Gesundheitspsychologen (bis 2015) sowie an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien. Forschungsschwerpunkte: Psychotherapeutische Behandlung von psychotischen Symptomen (Wahn, Halluzinationen), Theorie dynamischer Systeme, Forschungsdesign der kontrollierten Einzelfallanalyse.

Korrespondenzadresse

Dr. Manfred Walter Kornberger
Otto Wagner-Spital
Pavillon 23
Baumgartner Höhe 1
1140 Wien
Österreich
E-Mail: manfredkornberger@web.de



Wolfgang Werner

Bereitsein ist alles!

Kunstreise durch das Land der Psychiatrie

Ein Lese- und Lernbuch, Band II

2016, 180 Seiten, EUR 19,90

(ermäßigt für DGVT-Mitglieder: EUR 16,90)

ISBN 978-3-87159-291-1

