



Heßler-Kaufmann • Neudeck

**THERAPIE-TOOLS**



# Störungsmodelle in der Verhaltenstherapie

---

---

---

---

---



E-Book inside +  
Arbeitsmaterial

**BELTZ**

Heßler-Kaufmann • Neudeck

**Therapie-Tools**

**Störungsmodelle in der Verhaltenstherapie**



Johannes Heßler-Kaufmann • Peter Neudeck

# **Therapie-Tools Störungsmodelle in der Verhaltenstherapie**

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

Dr. Johannes Heßler-Kaufmann  
Schön Klinik Roseneck  
Am Roseneck 6  
D-83209 Prien am Chiemsee

Dr. Peter Neudeck  
Praxis am Volksgarten  
Lehrpraxis der AVT Köln  
Volksgartenstr. 36  
D-50677 Köln

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:  
ISBN 978-3-621-28728-9 Print  
ISBN 978-3-621-28729-6 E-Book (PDF)

1. Auflage 2020

© 2020 Programm PVU Psychologie Verlags Union  
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel  
Werderstraße 10, 69469 Weinheim

Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Andrea Glomb  
Umschlagbild: Uta Euler

Herstellung: Victoria Larson  
Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld  
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza  
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor\_innen und Titeln finden Sie unter: [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

# Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	9
Vorwort	15
Einführung	17

## I Allgemeine Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen

<b>1 Grundlegende Modelle</b>	23
1.1 Das biopsychosoziale Modell	23
1.2 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell	24
1.3 Arbeitsmaterial	25
<b>2 Lerntheoretische Modelle</b>	40
2.1 Die respondente und die operante Konditionierung (SORKC-Modell)	40
2.2 Das Modelllernen	42
2.3 Arbeitsmaterial	43
<b>3 Kognitive Modelle</b>	58
3.1 Das kognitive Modell	58
3.2 Das ABC-Modell	58
3.3 Arbeitsmaterial	60
<b>4 Kontextuelle Modelle</b>	67
4.1 Das Hexaflex-Modell der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)	67
4.2 Das schematherapeutische Modell	68
4.3 Arbeitsmaterial	69
<b>5 Informationsverarbeitung</b>	81
5.1 Das Dual-Prozess-Modell: experienzielle und rationale Verarbeitung	81
5.2 Arbeitsmaterial	81
<b>6 Rückfall</b>	87
6.1 Das Expressed-Emotion-Modell	87
6.2 Arbeitsmaterial	87

## II Störungsspezifische Modelle

<b>7 Abhängigkeit</b>	93
7.1 Das Dreieck der Substanzabhängigkeit	93
7.2 Der Teufelskreis der Substanzabhängigkeit	93
7.3 Das integrative Modell der biopsychosozialen Teufelskreise der Substanzabhängigkeit	94
7.4 Das sozialkognitive Rückfallmodell der Substanzabhängigkeit	94

7.5	Das Dreieck der Verhaltensabhängigkeit	95
7.6	Der Teufelskreis der Verhaltensabhängigkeit	95
7.7	Das integrative Modell der biopsychosozialen Teufelskreise der Verhaltensabhängigkeit	95
7.8	Das sozialkognitive Rückfallmodell der Verhaltensabhängigkeit	96
7.9	Arbeitsmaterial	96
<b>8</b>	<b>Angststörungen</b>	133
8.1	Die Zwei-Faktoren-Theorie der Angst	133
8.2	Das Modell der emotionalen Vermeidung	134
8.3	Das Modell der emotionalen Verarbeitung	134
8.4	Das integrierte Modell der Aufrechterhaltung von Angststörungen	135
8.5	Das Teufelskreis-Modell der Panikstörung	136
8.6	Das kognitive Modell der Sozialen Phobie	136
8.7	Das Modell der somatischen Suppression (GAS)	137
8.8	Arbeitsmaterial	138
<b>9</b>	<b>Anpassungsstörung (inklusive komplizierter Trauer)</b>	171
9.1	Das Krisenmodell	171
9.2	Das Stress-Response-Modell	171
9.3	Arbeitsmaterial	172
<b>10</b>	<b>Depressive Störungen</b>	180
10.1	Das Verstärkerdefizit-/Verstärkerverlustmodell	180
10.2	Das Modell der erlernten Hilflosigkeit	181
10.3	Das kognitive Modell der Depression (Emotions- und Informationsverarbeitungsmodell)	181
10.4	Der Teufelskreis der chronischen Depression (CBASP)	182
10.5	Der Kiesler-Kreis (CBASP)	183
10.6	Das Emotionsregulationsmodell	183
10.7	Arbeitsmaterial	185
<b>11</b>	<b>Dissoziation</b>	211
11.1	Das allgemeine neurobiologisch-evolutionäre Modell	211
11.2	Das schematherapeutische Modell: Dissoziation als Bewältigungsmodus	212
11.3	Das BASK-Modell	212
11.4	Arbeitsmaterial	213
<b>12</b>	<b>Essstörungen</b>	224
12.1	Das Teufelskreis-Modell der Anorexia nervosa	224
12.2	Das Teufelskreis-Modell der Bulimia nervosa	224
12.3	Das lerntheoretische Modell zur Erklärung von Food Craving und Heißhungerattacken	225
12.4	Das transdiagnostische Modell der Essstörungen	225
12.5	Arbeitsmaterial	226
<b>13</b>	<b>Persönlichkeitsstörungen</b>	243
13.1	Das biopsychosoziale Modell der Persönlichkeitsstörungen	243
13.2	Das Modell der doppelten Handlungsregulation	243
13.3	Das schematherapeutische Modusmodell	244
13.4	Arbeitsmaterial	245

<b>14</b>	<b>Posttraumatische Belastungsstörung</b>	262
	14.1 Das lerntheoretische Modell (Zwei-Faktoren-Modell)	262
	14.2 Das Netzwerkmodell	262
	14.3 Das Stress-Response-Modell	263
	14.4 Das kognitive Modell der chronischen PTBS	264
	14.5 Das multifaktorielle Rahmenmodell	265
	14.6 Arbeitsmaterial	265
<b>15</b>	<b>Schizophrenie und andere psychotische Störungen</b>	298
	15.1 Das spezifische Vulnerabilitäts-Stress-Modell	298
	15.2 Vulnerabilitäts-Stress-Modelle für die Entstehung und Aufrechterhaltung von einzelnen psychotischen Symptomen	299
	15.3 Arbeitsmaterial	299
<b>16</b>	<b>Schlafstörungen</b>	307
	16.1 Der psychophysiologische Teufelskreis	307
	16.2 Arbeitsmaterial	307
<b>17</b>	<b>Schmerzstörung</b>	311
	17.1 Das Signal-Filter-Modell	311
	17.2 Der Teufelskreis der Chronifizierung (Dekonditionierungskreislauf)	311
	17.3 Das Fear-Avoidance-Modell: gelernte Angst vor dem Schmerz	312
	17.4 Das Avoidance-Endurance-Modell: katastrophisieren, unterdrücken oder bagatellisieren	312
	17.5 Arbeitsmaterial	313
<b>18</b>	<b>Sexuelle Funktionsstörungen</b>	338
	18.1 Das multifaktorielle Modell	338
	18.2 Das kognitive Interferenzmodell	339
	18.3 Arbeitsmaterial	339
<b>19</b>	<b>Somatoforme Störungen</b>	347
	19.1 Das kognitiv-behaviorale Modell zur Entstehung von Somatoformen Störungen	347
	19.2 Das Modell der somatosensorischen Verstärkung	348
	19.3 Arbeitsmaterial	348
<b>20</b>	<b>Zwangsstörungen</b>	355
	20.1 Das kognitiv-behaviorale Modell der Aufrechterhaltung von Zwängen	355
	20.2 Das »Self-Regulatory Executive Function«-Modell	355
	20.3 Arbeitsmaterial	356
	Literatur	365





# Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

## 1 Allgemeine Modelle

<b>INFO 1</b>	Das biopsychosoziale Modell	26
<b>AB 1</b>	Das biopsychosoziale Modell: Informationen generieren zu den drei Beobachtungsebenen	27
<b>AB 2</b>	Das biopsychosoziale Modell: meine Risikobereiche auf den drei Beobachtungsebenen	30
<b>INFO 2</b>	Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell	34
<b>AB 3</b>	Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell: meine Vulnerabilitäten	35

## 2 Lerntheoretische Modelle

<b>INFO 3</b>	Die klassische Konditionierung	44
<b>INFO 4</b>	Die operante (instrumentelle) Konditionierung	45
<b>AB 4</b>	Konditionierung: Überblick zur Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen	46
<b>INFO 5</b>	Das SORKC-Modell	48
<b>AB 5</b>	Das SORKC-Modell: meine Problemsituationen	49
<b>AB 6</b>	Das SORKC-Modell: meine Verhaltensanalyse	52
<b>AB 7</b>	Das SORKC-Modell: Wie hätte es auch laufen können?	54
<b>INFO 6</b>	Was ist Modelllernen bei psychischen Störungen?	55
<b>AB 8</b>	Mein individuelles Modelllernen	56

## 3 Kognitive Modelle

<b>INFO 7</b>	Das kognitive Modell	61
<b>AB 9</b>	Mein individuelles kognitives Modell	63
<b>INFO 8</b>	Das ABC-Modell und irrationale Bewertungen	64
<b>AB 10</b>	Mein individuelles ABC-Modell	66

## 4 Kontextuelle Modelle

<b>INFO 9</b>	Das Hexaflex-Modell der ACT: 6 Prozesse der psychischen Inflexibilität	71
<b>AB 11</b>	Mein individuelles Hexaflex-Modell	73
<b>INFO 10</b>	Schematherapie: Bedürfnisse und Schemata, Kindheitserfahrungen im Hier und Jetzt	75
<b>INFO 11</b>	Schematherapie: innere Modi	77
<b>INFO 12</b>	Schematherapie: das Entstehungsmodell zusammengefasst	78
<b>INFO 13</b>	Schematherapie: das Modusmodell	79
<b>AB 12</b>	Schematherapie: mein individuelles Modusmodell	80

## 5 Informationsverarbeitung

<b>INFO 14</b>	Das Dual-Prozess-Modell: zwei Arten, die Realität zu erleben	82
<b>AB 13</b>	Was kann ich mit dem Dual-Prozess-Modell über meinen Patienten lernen?	83
<b>AB 14</b>	Das Dual-Prozess-Modell: früher und heute	84

## 6 Rückfall

<b>INFO 15</b>	Rückfall: Expressed Emotion von Angehörigen	88
<b>AB 15</b>	Rückfall: Expressed Emotion in meiner Familie	89

## 7 Abhängigkeit

<b>INFO 16</b>	Das Dreieck der Substanzabhängigkeit	99
<b>AB 16</b>	Meine drei Faktoren der Substanzabhängigkeit	100
<b>AB 17</b>	Das Dreieck meiner Substanzabhängigkeit	102
<b>INFO 17</b>	Der Teufelskreis der Substanzabhängigkeit	103
<b>AB 18</b>	Mein Teufelskreis der Substanzabhängigkeit	104
<b>INFO 18</b>	Das integrative Modell der Substanzabhängigkeit	106
<b>AB 19</b>	Das integrative Modell: der rote Faden in der Substanzabhängigkeit meines Patienten	107
<b>AB 20</b>	Das integrative Modell: meine Teufelskreise der Substanzabhängigkeit	109
<b>AB 21</b>	Mein integratives Modell der Substanzabhängigkeit	112
<b>INFO 19</b>	Das sozialkognitive Rückfallmodell: einmaliger Lapsus und Rückfall in die Substanzabhängigkeit	113
<b>AB 22</b>	Das sozialkognitive Rückfallmodell: mein Rückfall in die Substanzabhängigkeit	114
<b>INFO 20</b>	Das Dreieck der Verhaltensabhängigkeit	116
<b>AB 23</b>	Meine drei Faktoren der Verhaltensabhängigkeit	117
<b>AB 24</b>	Das Dreieck meiner Verhaltensabhängigkeit	119
<b>INFO 21</b>	Der Teufelskreis der Verhaltensabhängigkeit	120
<b>AB 25</b>	Mein Teufelskreis der Verhaltensabhängigkeit	121
<b>INFO 22</b>	Das integrative Modell der Verhaltensabhängigkeit	123
<b>AB 26</b>	Das integrative Modell: der rote Faden in der Verhaltensabhängigkeit meines Patienten	124
<b>AB 27</b>	Das integrative Modell: meine Teufelskreise der Verhaltensabhängigkeit	126
<b>AB 28</b>	Mein integratives Modell der Verhaltensabhängigkeit	129
<b>INFO 23</b>	Das sozialkognitive Rückfallmodell: einmaliger Lapsus und Rückfall in die Verhaltensabhängigkeit	130
<b>AB 29</b>	Mein Rückfall in die Verhaltensabhängigkeit	131

## 8 Angststörungen

<b>INFO 24</b>	Das Zwei-Faktoren-Modell: klassisches und operantes Lernen und die Rolle der Vermeidung	140
<b>AB 30</b>	Erarbeiten eines persönlichen Zwei-Faktoren-Modells	141
<b>INFO 25</b>	Das Modell der emotionalen Vermeidung: das Dreikomponentenmodell der Emotion	143
<b>AB 31</b>	Das Modell der emotionalen Vermeidung: Kennenlernen des Zusammenhangs zwischen körperlichen Symptomen, Gedanken, Gefühlen und Handeln	144
<b>INFO 26</b>	Das Modell der emotionalen Vermeidung: Befürchtungen, die mit Angstgefühlen verbunden sind	146
<b>AB 32</b>	Das Modell der emotionalen Vermeidung: die Inkongruenz zwischen Wissen und Fühlen	147
<b>INFO 27</b>	Das Modell der emotionalen Verarbeitung: die Furchtstruktur und die Vermeidung	149
<b>AB 33</b>	Das Modell der emotionalen Verarbeitung: die eigene Furchtstruktur kennenlernen	150
<b>INFO 28</b>	Das integrierte Modell der Aufrechterhaltung von Angststörungen	153
<b>AB 34</b>	Mein integriertes Modell der Angststörungen	155
<b>INFO 29</b>	Der Teufelskreis der Angst	157
<b>AB 35</b>	Der Teufelskreis der Angst: körperliche Symptome und Bewertungen kennenlernen	159
<b>INFO 30</b>	Der Teufelskreis der Angst: wie ein Angstanfall entsteht	161
<b>AB 36</b>	Mein Teufelskreis der Angst	162
<b>INFO 31</b>	Das kognitive Modell der Sozialen Phobie: die Bedeutung des Sicherheitsverhaltens	164
<b>AB 37</b>	Mein kognitives Modell der Sozialen Phobie	166
<b>INFO 32</b>	Das Modell der somatischen Suppression der Generalisierten Angststörung	168
<b>AB 38</b>	Das Modell der somatischen Suppression: Erstellen des individuellen Aufrechterhaltungsmodells	169

## 9 Anpassungsstörungen

<b>INFO 33</b>	Das Krisenmodell: vier Stufen in die Krise	173
<b>AB 39</b>	Das Krisenmodell: mein Weg in die Krise	174
<b>AB 40</b>	Das Krisenmodell: Welche Faktoren haben die Krise begünstigt?	175
<b>INFO 34</b>	Das Stress-Response-Modell: meine Krise als Folge eines belastenden Ereignisses	177
<b>AB 41</b>	Das Stress-Response-Modell: Wie kam es bei mir zur Krise?	178

## 10 Depression

<b>INFO 35</b>	Das Verstärkerdefizitmodell: die Bedeutung der Verstärker für Verhalten und Stimmung	187
<b>AB 42</b>	Das Verstärkerdefizitmodell: meine Aktivitäten und Verstärker im Laufe der Zeit	189
<b>INFO 36</b>	Das Modell der erlernten Hilflosigkeit: die Bedeutung der Kontingenz	192
<b>AB 43</b>	Mein Modell der erlernten Hilflosigkeit	193
<b>INFO 37</b>	Das kognitive Modell der Depression	196
<b>AB 44</b>	Mein kognitives Modell der Depression	197
<b>AB 45</b>	Der CBASP-Teufelskreis: Liste der prägenden Bezugspersonen	200
<b>INFO 38</b>	Der CBASP-Teufelskreis: die kausale Schlussfolgerung und die interpersonellen Hotspots	202
<b>AB 46</b>	Mein CBASP-Teufelskreis	203
<b>INFO 39</b>	Der Kiesler-Kreis (CBASP)	205
<b>AB 47</b>	Beschreibung des interpersonellen Verhaltens mit dem Kiesler-Kreis (CBASP)	206
<b>INFO 40</b>	Das Emotionsregulationsmodell der Depression	208
<b>AB 48</b>	Das Emotionsregulationsmodell: Umgang mit unangenehmen Gefühlen	209

## 11 Dissoziation

<b>INFO 41</b>	Das neurobiologische Modell: Sicherheitsabschaltung	215
<b>AB 49</b>	Das neurobiologische Modell: letzter Ausweg Sicherheitsabschaltung	216
<b>INFO 42</b>	Das schematherapeutische Modell: Schutz vor heftigen und unangenehmen Gefühlen	218
<b>AB 50</b>	Was kann ich vom schematherapeutischen Modell über meinen Patienten lernen?	219
<b>AB 51</b>	Das schematherapeutische Modell: mein distanzierter Beschützer	220
<b>INFO 43</b>	Das BASK-Modell: Was passiert während der Dissoziation?	222
<b>AB 52</b>	Das BASK-Modell: Was passiert, wenn ich dissoziiere?	223

## 12 Essstörungen

<b>INFO 44</b>	Das Teufelskreis-Modell der Anorexia nervosa	227
<b>AB 53</b>	Individuelle körperliche und psychische Folgen der Anorexia nervosa	229
<b>AB 54</b>	Mein Teufelskreis der Anorexia nervosa	230
<b>INFO 45</b>	Das Teufelskreis-Modell der Bulimia nervosa	232
<b>AB 55</b>	Mein Teufelskreis der Bulimia nervosa	233
<b>INFO 46</b>	Das lerntheoretische Modell des Food Craving und der Heißhungerattacken	235
<b>AB 56</b>	Mein lerntheoretisches Modell des Food Craving und der Heißhungerattacken	236
<b>INFO 47</b>	Das transdiagnostische Modell der Essstörungen	239
<b>AB 57</b>	Das transdiagnostische Modell der Essstörungen: Kennenlernen der individuellen Aufrechterhaltungsfaktoren	241

## 13 Persönlichkeitsstörungen

<b>INFO 48</b>	Das biopsychosoziale Modell: Einflüsse von Biologie und sozialem Umfeld in der Kindheit auf das Verhalten	247
<b>AB 58</b>	Meine biopsychosozialen Belastungsfaktoren in der Kindheit	248
<b>AB 59</b>	Mein biopsychosoziales Modell	249

<b>INFO 49</b>	Das biopsychosoziale Modell der Borderline-Störung	250
<b>AB 60</b>	Borderline-Störung: biopsychosoziale Belastungsfaktoren, Affektregulation und dysfunktionale Muster	251
<b>AB 61</b>	Mein biopsychosoziales Modell der Borderline-Störung	253
<b>INFO 50</b>	Das Modell der doppelten Handlungsregulation: drei Ebenen des Verhaltens	254
<b>AB 62</b>	Das Modell der doppelten Handlungsregulation: meine Beziehungsmotive und -ziele	257
<b>AB 63</b>	Das Modell der doppelten Handlungsregulation: meine dysfunktionalen Schemata	258
<b>AB 64</b>	Das Modell der doppelten Handlungsregulation: mein ernstes Spiel	259
<b>AB 65</b>	Das Modell der doppelten Handlungsregulation: meine drei Verhaltensebenen	260
<b>INFO 51</b>	Typische schematherapeutische Modusmodelle bei Persönlichkeitsstörungen	261

## 14 Posttraumatische Belastungsstörung

<b>AB 66</b>	Was kann ich durch das lerntheoretische Modell über meinen Patienten lernen?	268
<b>INFO 52</b>	Das lerntheoretische Modell: Wie entsteht eine Traumafolgestörung und warum geht sie nicht mehr weg?	270
<b>AB 67</b>	Mein individuelles lerntheoretisches Modell der PTBS	271
<b>INFO 53</b>	Das neuronale Angstnetzwerk der PTBS	272
<b>AB 68</b>	Die Knoten in meinem Angstnetzwerk	273
<b>INFO 54</b>	Beispiel für ein Angstnetzwerk	274
<b>AB 69</b>	Mein Angstnetzwerk	275
<b>AB 70</b>	Warum es nicht besser wird: das Angstnetzwerk und Vermeidung	276
<b>INFO 55</b>	Das Stress-Response-Modell: vier Stufen nach dem Trauma	278
<b>AB 71</b>	Das Stress-Response-Modell: Wie soll man mit dem Trauma umgehen?	279
<b>AB 72</b>	Das Stress-Response-Modell und Vermeidung: kurzfristiger Nutzen, langfristige Probleme	281
<b>AB 73</b>	Das Stress-Response-Modell: meine vier Stufen nach dem Trauma	283
<b>INFO 56</b>	Das kognitive Modell: Interpretation und Traumagedächtnis	284
<b>AB 74</b>	Das kognitive Modell: Faktoren vor und während des Traumas	285
<b>AB 75</b>	Das kognitive Modell: Besonderheiten des Traumagedächtnisses	287
<b>AB 76</b>	Das kognitive Modell: Interpretation des Traumas und seiner Folgen	288
<b>AB 77</b>	Das kognitive Modell: meine Strategien, um die wiedererlebte Bedrohung und die Symptome zu kontrollieren	289
<b>INFO 57</b>	Das multifaktorelle Rahmenmodell: die Verarbeitung traumatischer Ereignisse	291
<b>AB 78</b>	Was kann ich vom multifaktoriellen Rahmenmodell über meinen Patienten lernen?	292
<b>AB 79</b>	Das multifaktorielle Rahmenmodell: vor dem traumatischen Ereignis	294
<b>AB 80</b>	Das multifaktorielle Rahmenmodell: während des traumatischen Ereignisses	295
<b>AB 81</b>	Das multifaktorielle Rahmenmodell: nach dem traumatischen Ereignis	296
<b>AB 82</b>	Das multifaktorelle Rahmenmodell: die aktuellen Auswirkungen	297

## 15 Schizophrenie und andere psychotische Störungen

<b>INFO 58</b>	Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell bei Psychosen: wenn Veranlagung und Lebensumstände zusammenkommen	300
<b>AB 83</b>	Mein spezifisches Vulnerabilitäts-Stress-Modell: Wahn	301
<b>AB 84</b>	Mein spezifisches Vulnerabilitäts-Stress-Modell: Halluzinationen	303
<b>AB 85</b>	Mein spezifisches Vulnerabilitäts-Stress-Modell: Negativsymptomatik	305

## 16 Schlafstörungen

<b>INFO 59</b>	Der Teufelskreis der Schlafstörung	308
<b>AB 86</b>	Der Teufelskreis meiner Schlafstörung	309

## 17 Schmerzstörung

<b>INFO 60</b>	Das Signal-Filter-Modell der Schmerzstörung	315
<b>AB 87</b>	Die Einflussfaktoren in meinem Signal-Filter-Modell	317
<b>INFO 61</b>	Der Teufelskreis des chronischen Schmerzes	319
<b>AB 88</b>	Die Elemente in meinem Schmerzteufelskreis	321
<b>AB 89</b>	Der Teufelskreis des Schmerzes: Umgang mit dem akuten Schmerz	323
<b>INFO 62</b>	Das Fear-Avoidance-Modell: die Angst vor dem Schmerz	324
<b>AB 90</b>	Das Fear-Avoidance-Modell: mein Schmerz und meine Angst	326
<b>AB 91</b>	Mein Fear-Avoidance-Modell des Schmerzes	329
<b>INFO 63</b>	Das Avoidance-Endurance-Modell: wie wir Schmerz bewerten und mit ihm umgehen	330
<b>AB 92</b>	Gruppe 1 des Avoidance-Endurance-Modells: Katastrophisieren	331
<b>AB 93</b>	Gruppe 2 des Avoidance-Endurance-Modells: Gedanken unterdrücken	334
<b>AB 94</b>	Gruppe 3 des Avoidance-Endurance-Modells: Herunterspielen	335

## 18 Sexuelle Funktionsstörungen

<b>INFO 64</b>	Das multifaktorielle Modell: verschiedene Einflüsse auf die Sexualität	340
<b>AB 95</b>	Mein multifaktorielles Modell: die Einflussfaktoren in meinem Leben	341
<b>INFO 65</b>	Das kognitive Interferenzmodell: störende Gedanken beim Sex	343
<b>AB 96</b>	Das kognitive Interferenzmodell: Was passiert bei mir beim Sex?	344
<b>AB 97</b>	Das kognitive Interferenzmodell: meine störenden Gedanken	346

## 19 Somatoforme Störungen

<b>INFO 66</b>	Das kognitiv-behaviorale Modell der Somatoformen Störungen	349
<b>AB 98</b>	Das eigene Krankheitsverhalten mit dem kognitiv-behavioralen Modell erkennen	350
<b>INFO 67</b>	Das Modell der somatosensorischen Verstärkung	352
<b>AB 99</b>	Das Modell der somatosensorischen Verstärkung: meine Schmerzen, meine Bewertung, der Kontext und die Aufmerksamkeit	353

## 20 Zwangsstörungen

<b>INFO 68</b>	Das kognitiv-behaviorale Modell zur Aufrechterhaltung von Zwängen	358
<b>AB 100</b>	Das kognitiv-behaviorale Modell der Zwangsstörung: meine »schlimmen« Gedanken	359
<b>INFO 69</b>	Das kognitiv-behaviorale Modell der Zwangsstörung: die Bedeutung der Gedanken	361
<b>AB 101</b>	Das kognitiv-behaviorale Modell der Zwangsstörungen: Zusammenhänge zwischen Bewertungen, Gefühlen und Verhalten erkennen	362
<b>INFO 70</b>	Die Fusionen im »Self-Regulatory Executive Function«-Modell	363
<b>AB 102</b>	Analyse der Fusionen im «Self-Regulatory Executive Function»-Modell	364



# Vorwort

*Das Bild ist ein Modell der Wirklichkeit.*

(L. Wittgenstein, TLP: 4.63)

Die Idee zu diesem Buch entstand in Gesprächen zwischen uns Autoren, in denen wir über die verschiedenen Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen reflektierten und feststellen, dass es innerhalb der verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapie nicht nur ganz unterschiedliche Erklärungsansätze und Modelle gibt, sondern dass diese teilweise ohne Bezug auch recht unübersichtlich nebeneinander stehen. Gerade für Kollegen und Kolleginnen, die sich am Anfang ihrer praktisch-therapeutischen Arbeit befinden, ist das zum Teil sehr verwirrend.

Wie kommt es zu dieser Unübersichtlichkeit? Weder der Bereich der Klinischen Psychologie noch der spezielle Bereich der Psychotherapieforschung ist ein Forschungsprogramm auf exakt naturwissenschaftlicher Basis. Bei psychischen Erkrankungen, ganz gleich ob wir von Angststörungen oder Affektiven Störungen sprechen, handelt es sich nicht um Entitäten, sondern um Konstrukte. Diese werden uns durch die Fortschritte der evidenzbasierten empirischen Forschung immer besser bekannt und verständlich, doch im streng wissenschaftlichen Sinn »hat« niemand eine Depression, sondern erfüllt zu einem bestimmten Zeitpunkt die Kriterien einer depressiven Störung. So behandeln Psychotherapeuten auch keine Angststörungen, sondern sie behandeln Menschen, die zu dieser Zeit die Kriterien einer bestimmten Störung erfüllen.

In einem präskriptiven Algorithmus des Behandlungsablaufs ist zunächst die gründliche klassifikatorische Diagnostik unerlässlich. Darauf aufbauend werden die Patienten über ihr Störungsbild informiert und aufgeklärt. Dies lässt sich als erste Phase der Psychoedukation beschreiben. In der zweiten Phase der Psychoedukation gilt es nun, von den klassifikatorischen Kriterien der Diagnostik zu einem individuellen Störungsmodell der Entstehung und Aufrechterhaltung überzugehen. Die Modelle bilden die Voraussetzung für die Ableitung des Veränderungsrationals und damit die Grundlage für die Erstellung eines effektiven Behandlungsplans.

Um eine effektive Behandlung zu gewährleisten, müssen wir ein individuelles Bild der Entstehung und Aufrechterhaltung gewinnen, uns also ein Modell der Wirklichkeit konstruieren. Da wir uns viele Bilder der Wirklichkeit machen, gibt es dann auch eine ganze Reihe an Modellen.

Bei der Entstehung der depressiven Störung, an der Patient A leidet, spielte die Erfahrung von Hilflosigkeit womöglich eine wichtige Rolle, bei Patient B lässt sich die Entstehung möglicherweise sehr gut mit klassischem und operantem Lernen erklären. Bei einem anderen Patienten steht womöglich die Antriebsverminderung im Vordergrund der Symptomatik, bei wieder einer anderen Patientin stehen negative Gedanken über sich und die Zukunft im Zentrum der Beschwerden. Wir haben also unterschiedliche Schwerpunkte, wenn wir uns mit individuellen Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodellen beschäftigen.

Dabei handelt es sich immer um Bilder, die wir uns von der Wirklichkeit machen, um Vereinfachungen, um Heuristiken. Die Grenzen solcher Modelle liegen vor allem darin, dass sie keinesfalls die Dynamik psychischer Prozesse modellieren, sie sind immer statisch. Und doch helfen uns diese Modelle dabei, unsere psychotherapeutische Arbeit zu strukturieren und geben unseren Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, zu Experten ihrer Erkrankungen zu werden und selbstbestimmt Ideen zur Veränderung zu generieren. Dies ist ein sehr großer Gewinn der Modelle. Sie befähigen Patienten dazu, in einer gemeinsamen Konstruktion der Wirklichkeit mit ihren Therapeutinnen und Therapeuten nach Lösungen zu suchen.



Mit unserem Buch wollen wir dazu beitragen, die Unübersichtlichkeit zu verringern, und Mut machen, die Modelle zu nutzen und auszuprobieren. Denn dies ist nach unserer Einschätzung ein wesentliches Merkmal gut strukturierter und manualisierter Psychotherapie: das gemeinsame Entdecken und Ausprobieren neuer Lösungswege.

### **Danksagung**

Johannes Heßler-Kaufmann bedankt sich bei seiner Frau Elli dafür, dass sie ihn immer wieder zu gemeinsamen Kaffeepausen vom Schreibtisch geholt und damit einen wesentlichen Beitrag zum Qualitätsmanagement seiner Arbeit geleistet hat.

Peter Neudeck möchte sich bedanken bei Caroline im Brahm und Katharina Oepen, die das Projekt mit ihrer Rechercharbeit unterstützt haben. Mein besonderer Dank gilt Jakob T. Neudeck, der mit Geduld und kreativer Kompetenz für viele der im Buch befindlichen Abbildungen verantwortlich zeichnet.

Bedanken möchten wir uns bei unserer Lektorin Frau Andrea Glomb für ihre zuverlässige und geduldige redaktionelle Arbeit. Sie haben uns sicher auf dem Weg zum Ziel geführt.

Köln, im Frühjahr 2020

*Dr. Johannes Heßler-Kaufmann*

*Dr. Peter Neudeck*

# Einführung

Ein gemeinsames Verständnis zwischen Patientin und Therapeutin über das individuelle Zusammenspiel aus biologischen, innerpsychischen, zwischenmenschlichen und situativen Faktoren in der Symptomatik der Patientin ist ein essenzieller Bestandteil jeder Psychotherapie. In der Verhaltenstherapie wird dieses gemeinsame Verständnis über die Erarbeitung eines eigenen Störungsmodells für jede Patientin erreicht. Idealerweise erhält die Patientin mit ihrem Störungsmodell Antworten auf die Fragen »Woher kommt's?« und »Wieso geht's nicht weg?«. Das Störungsmodell ist das Ergebnis einer Problemanalyse (s. folgenden Kasten; Reinecker, 2013), die die Diagnostik der auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren einer Störung strukturiert. Theoretische Grundlage aller psychischen Störungen sind dabei das biopsychosoziale Modell (s. Abschn. 1.1), die Annahme also, dass psychische Störungen multifaktoriell bedingt sind, und das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (s. Abschn. 1.2), welches davon ausgeht, dass psychische Störungen das Produkt aus individueller Veranlagung und außerhalb der Person liegenden Stressoren sind.

## **Schema einer Problemanalyse**

### *Präzise Beschreibung des Problems*

Alpha-Ebene: unmittelbar beobachtbares Verhalten

Beta-Ebene: kognitiv-subjektive Ebene, Emotionen

Gamma-Ebene: physiologische Ebene

### *Erfassung und Beschreibung situationaler Bedingungen des Verhaltens*

Funktionale Bedingungsanalyse (prädisponierende, auslösende, aufrechterhaltende Bedingungen):

S- und C-Variablen aus dem SORKC-Modell (s. Abschn. 2.2)

### *Bisheriger Umgang mit dem Problem*

Selbsthilferversuche, Stärke der Beeinträchtigung durch das Problem

### *Erfassung des Selbstregulationssystems*

O-Variable des SORKC-Modells, überdauernde und aktuelle physiologische Besonderheiten, Erwartungen, Werte, kognitive Verarbeitungsspezifika, Schemata, Gamma- und Beta-Ebene

### *Genese des Problems*

Dauer der Störung, Schwankungen und Oszillation des Problems

### *Erfassen des Health-Belief-Modells des Patienten*

Annahmen der Patientin über Entstehung und Aufrechterhaltung des Problems

### *Erstellen eines hypothetischen Bedingungsmodells*

Alle obigen Informationen bilden die Grundlage für ein individuelles Modell, welches versucht, die Aufrechterhaltung eines Problems vor dem Hintergrund aktuellen Störungswissen darzustellen. Es handelt sich um ein flexibles, jederzeit revidierbares Modell.

(modifiziert nach Reinecker, 2013)

Beim Erstellen eines Störungsmodells geschieht ganz nebenbei auch Arbeit an der therapeutischen Beziehung, Psychoedukation, die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache und eine niederschwellige Gewöhnung an das für Patientinnen zunächst oft ungewohnte therapeutische Setting. Die The-

rapeutin bringt dabei das Fachwissen, die Patientin das Wissen über sich selbst mit. Jede ist Expertin in ihrer Welt und über ein Störungsmodell werden diese beiden Welten vereint. Sind sich beide über die Bedingungsbeziehungen einig, ist, bei entsprechender Veränderungsmotivation auf Seiten der Patientin und Behandlungsmotivation auf Seiten der Therapeutin, der Weg für die Therapie geebnet.

Aus einem Störungsmodell ergeben sich unmittelbar die Ansatzpunkte für den therapeutischen Hebel (z. B. Vermeidung spezifischer Situationen → Exposition; Trinken in bestimmtem Milieu → Milieuwechsel).



Da unser Wissen über psychische Störungen immer noch nicht tiefgreifend genug ist, um gesicherte Mechanismen für ihre Entstehung und Aufrechterhaltung, wie wir sie aus der somatischen Medizin kennen, zu formulieren, sind alle in diesem Buch beschriebenen Modelle als reduktionistisch und heuristisch zu verstehen. Dieser Umstand wird verdeutlicht durch die Aufnahme mehrerer, sich teilweise ausschließender Modelle für dieselben Störungen in dieses Buch. Dieses Vorgehen soll die Diskrepanz zwischen formaler Diagnose und individueller Symptomatik auf Mikro- und Makroebene des einzelnen Patienten überbrücken und für unterschiedlich gelagerte Fälle mit derselben Diagnose passende Modelle anbieten. Dass die meisten Modelle zutreffende Vorhersagen über die Wirkung bestimmter Interventionen implizieren (z. B. Integration der traumatischen Erinnerungen durch Exposition bei Posttraumatischer Belastungsstörung), erlaubt uns zumindest, ihre Validität für die klinische Anwendung im Einzelfall als hinreichend zu betrachten. Selbstverständlich können aber nicht alle Störungsmodelle der Kognitiven Verhaltenstherapie in diesem Buch enthalten sein.

**Aufbau des Tools-Bandes.** Mit den Therapie-Tools »Störungsmodelle in der Verhaltenstherapie« erhalten Patientinnen und Therapeutinnen durch Informations- und Arbeitsblätter Hilfestellung bei der Erarbeitung individueller Störungsmodelle. Die Modelle sind in allgemeine und spezifische Modelle getrennt, wobei letztere alphabetisch nach dem Anfangsbuchstaben der entsprechenden Störung sortiert sind. Wir haben uns bemüht, die gängigsten und wichtigsten Störungsmodelle der Verhaltenstherapie aufzuführen und für Patientinnen und Therapeutinnen gleichermaßen zugänglich zu machen. Dazu gibt es für jedes Modell ein Informationsblatt, auf dem das jeweilige Störungsmodell zunächst in allgemeinen Termini vorgestellt wird – für Patientinnen und Therapeutinnen gleichermaßen. Darauf aufbauend erlauben Arbeitsblätter die Reflexion des individuellen Erlebens der Patientin im Rahmen des allgemeinen Modells. In weiteren Arbeitsblättern können die Informationen über die individuellen Faktoren in der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik der Patientin zusammengeführt und ein individuelles Modell erstellt werden. Dieses Modell kann die gesamte Therapie begleiten, als Rational für Interventionen dienen und eine gemeinsame Basis darstellen, zu der immer wieder zurückgekehrt wird. Die Informations- und Arbeitsblätter bauen aufeinander auf und sollten idealerweise in der Reihenfolge, wie sie im Buch vorliegen, bearbeitet werden.



Die Informationen sollten den Patientinnen nicht einfach nur zum Studium mit nach Hause gegeben, sondern gemeinsam in der Stunde besprochen werden, um alle Unklarheiten aus dem Weg zu räumen. Dafür erhalten die Therapeutinnen Hintergrundinformationen, die den jeweiligen Materialien voranstehen.

Besonders betonen möchten wir, dass die Modelle nicht in Stein gemeißelt sind, sondern lediglich als Grundlage dienen sollen, um wirklich individuelle Modelle zu formulieren. Dazu dürfen innerhalb der Modelle Boxen und Pfeile hinzugefügt, weggestrichen oder verändert werden, um die Lebens- und Erlebenswelt der Patientinnen bestmöglich wiederzugeben.

Die folgenden Icons werden Ihnen innerhalb des Buches begegnen:



**Therapeutin:** Dieses Icon zeigt, dass das Arbeitsblatt von Ihnen als Therapeutin selbst verwendet werden soll.



**Patientin:** Dieses Icon kennzeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die sich an die Patientin richten oder von ihr ausgefüllt werden sollen.



**Ran an den Stift:** Dieses Icon fordert dazu auf, Antworten oder Erkenntnisse direkt auf dem Arbeitsblatt zu notieren oder ein konkretes Modell individuell auszufüllen.



**Hier passiert etwas:** An diesen Stellen werden Handlungsanweisungen oder konkrete Praxistipps gegeben.



**Input fürs Köpfchen:** An diesen Stellen gibt es wichtige Informationen, die zum Verständnis einzelner Punkte beitragen oder zum Weiterdenken anregen sollen.

**Hinweis.** Aktuell praktizieren in Deutschland mehr Psychotherapeutinnen als Psychotherapeuten und mehr Patientinnen als Patienten suchen nach professioneller Hilfe für ihre psychischen Probleme. Um diesem Umstand gerecht zu werden und gleichzeitig die männlichen Psychotherapeuten und Patienten, die sich entschieden haben, den Beruf zu ergreifen bzw. sich Hilfe zu suchen, in ihrem Weg zu bestärken, wechseln wir in den folgenden Kapiteln das grammatikalische Geschlecht so durch, dass Patientinnen und Patienten mal auf Therapeuten und mal auf Therapeutinnen treffen. Alle, die ihre Geschlechtsidentität nicht diesen binären Kategorien zuordnen, sind ausdrücklich mitgedacht und wir hoffen, dass ihnen Femininum und Maskulinum als sprachliche Anker dienen können, zwischen denen sie ihren individuellen Platz finden.



# I Allgemeine Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen

- 1 Grundlegende Modelle
- 2 Lerntheoretische Modelle
- 3 Kognitive Modelle
- 4 Kontextuelle Modelle
- 5 Informationsverarbeitung
- 6 Rückfall



# 1 Grundlegende Modelle

## 1.1 Das biopsychosoziale Modell

Das biopsychosoziale Modell ist ein allgemeines Modell zur Erklärung der Entstehung von psychischen Erkrankungen. Es stellt den Versuch dar, die scheinbaren Widersprüche der »Psychosomatik« in Bezug auf das Verständnis von Krankheit und Gesundheit zu klären. Nach dem Modell eines ganzheitlichen Krankheitsverständnisses kann es keine rein psychosomatischen Krankheiten geben – genauso wenig wie es rein nicht-psychosomatische Krankheiten gibt. Das biopsychosoziale Modell nach Engel (1977) beschreibt Erkrankungen aus einer integrativen Betrachtungsweise. Dabei sind verschiedene Faktoren innerhalb eines Kontinuums auf verschiedenen Dimensionen (Gesundheit/Krankheit, Körper/Geist, Vergangenheit/Zukunft) bei der Entstehung von Krankheiten zu berücksichtigen und gewichten.

Konzeptuell ist das biopsychosoziale Modell vor dem Hintergrund der allgemeinen Systemtheorie, der Semiotik und deren Anwendung in der Biologie (z. B. Ökosysteme) entstanden. Ziel war, den Zusammenhang zwischen Diagnostik und Behandlung in Bezug auf Krankheit und Gesundheit mittels multidimensionaler Analyse und Intervention zu deutlicher hervorzuheben.

Gesundheit und Krankheit werden im Modell als dynamisches Geschehen innerhalb eines Kontinuums verstanden. Der Organismus versucht mittels autoregulativer Fähigkeiten einen Zustand des Ausgleichs (Homöostase) zu schaffen. Gesundheit ist in diesem Modell beschrieben als die Kompetenz des Körpers, Störungen auf innerer und äußerer Ebene wirksam zu kontrollieren. Krankheit bezeichnet die Fehlsteuerung der autoregulativen Kompetenz, die ein Versagen der Kontrollsysteme darstellt. Das Krankheitsverständnis des biopsychosozialen Modells ist genuin psychosomatisch (s.a. French & Alexander, 1958; von Uexkuell, 1991).

Nach diesem Modell entstehen psychische Erkrankungen vor dem Hintergrund einer Körper-Psyche-Umwelt-Interaktion, bei der psychologische, soziale und biologische Faktoren Einfluss nehmen. Diese Einflussfaktoren werden mit Blick auf ihre prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Eigenschaften hin dargestellt. Prädisponierende Faktoren können genetischer, körperlicher, psychischer oder sozialer Art sein und z. B. bei der Entstehung von Angststörungen ihre Wirkung entfalten. Ausgelöst werden Erkrankungen meist durch körperliche, psychische oder soziale Belastungen für das Individuum. Zur Aufrechterhaltung tragen Reaktionen der Individuen selbst oder solche aus deren Umfeld bei, die durch ihr Verhalten die Remission der Symptome beim Betroffenen verhindern und so Chronifizierung provozieren.

### Anwendung

Das biopsychosoziale Modell kann in der Praxis immer dann herangezogen werden, wenn es darum geht, die Entstehung einer Krankheit und den Prozess der Krankheitsentwicklung als multifaktorielles Geschehen transparent zu machen. Patienten werden mit einem Wissen über das Störungsbild sowie die verschiedenen Einflussfaktoren, die mit der Erkrankung in Zusammenhang stehen, versorgt. Das Modell sieht von monokausalen Erklärungstheorien ab und stellt das Zusammenspiel von mehreren Faktoren (Multifaktorialität) bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen in den Mittelpunkt. Es wird im therapeutischen Prozess zur Darstellung allgemeiner Prinzipien genutzt, um ein Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer psychischen Erkrankung zu erarbeiten.



## 1.2 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Zubin & Spring, 1977; Wittchen & Hoyer, 2011) ist ein weiteres Modell zur Erklärung der Entstehung psychischer Erkrankungen. Es stellt eine Ergänzung bzw. Ausdifferenzierung des biopsychosozialen Modells um die Dimension »Zeit« und die Faktoren »Stress« und »Coping« bzw. »Resilienz« dar.

Dem Modell liegt die Beobachtung zugrunde, dass einige Menschen offenbar eine höhere Vulnerabilität (Anfälligkeit) für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung aufweisen als andere. Vor diesem Hintergrund kommt es bei zunehmender Belastung und Stress (Auslöser) zur Entwicklung einer psychischen Erkrankung. Menschen mit geringer Vulnerabilität erkranken demnach erst bei höherer Belastung bzw. bei mehr Belastungsfaktoren. Bei Menschen mit hoher Vulnerabilität reicht eine relativ geringe Belastung aus, um zu erkranken.

In Bezug auf die Vulnerabilität postuliert das Modell, dass angeborene oder lerngeschichtlich erworbene, neurobiologische oder biochemische Veränderungen im Gehirn bei Individuen eine Verletzlichkeit/Anfälligkeit (Vulnerabilität) bedingen, die (zeitlich betrachtet) schon lange vor der Erstmanifestation einer psychischen Erkrankung besteht. Eine psychische Erkrankung entwickelt sich, wenn bei gegebener Vulnerabilität nicht genügend Schutzfaktoren bzw. Ressourcen zur Verfügung stehen. Dabei treten zunächst Frühwarnsymptome auf. Im weiteren Verlauf kommt es dann zum Auftreten von Krankheitssymptomen, die nur durch geeignete Bewältigungsstrategien oder mithilfe von Schutzfaktoren abgefangen werden können.

Die Begriffe Vulnerabilität, Stress, Resilienz und Coping sind für das Verständnis des Modells von großer Bedeutung:

- ▶ **Vulnerabilität** bezeichnet Eigenschaften eines Individuums, die zur Entstehung einer psychischen Erkrankung beitragen, i.d.S., dass dieses Individuum Vulnerabilitätsmerkmale aufweist, die es wahrscheinlicher machen, an einer bestimmten psychischen Störung zu erkranken. Man kann dabei biologische, psychologische und störungsspezifische Vulnerabilitäten unterscheiden.
- ▶ **Stress** bezieht sich auf allen drei Ebenen des Modells auf das Ausmaß und die Intensität, mit der auf den Organismus eingewirkt wird.
- ▶ Die Art und Weise, wie Individuen mit externen und internen Stressoren umgehen, wird als **Coping** bezeichnet. Stressbewältigungsstrategien, auch Coping-Skills genannt, bezeichnen die verschiedenen Strategien, die einem Individuum zur Auswahl stehen (z. B. Konfrontieren, Ablenken, Umdefinieren, Rationalisieren). Bei den Bewältigungsstrategien handelt es sich um situationsunabhängige, erlernbare Verhaltensweisen im Umgang mit Stress. Je flexibler ein Individuum diese Strategien einsetzen kann, desto eher sind die Coping-Skills auf der Ressourcenseite zu verorten. Je rigider die Bewältigungsstrategien gehandhabt werden, desto problematischer ist es für ein Individuum, auf die verschiedenen Stressoren im Alltag geeignet zu reagieren.

Die dem Erhalt der Unversehrtheit dienlichen und schützenden Faktoren werden unter dem Begriff der *Resilienz* subsummiert, der dem Organismus generell die Fähigkeit zuspricht, mit belastenden Faktoren und in schwierigen Lebenssituationen, in seinem besten Wohle zu handeln.

### Anwendung

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell fokussiert besonders auf das Zusammenspiel von lerngeschichtlich erworbenen Anfälligkeiten (Vulnerabilitäten) und Belastungsfaktoren (Stress) bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen.

### 1.3 Arbeitsmaterial

#### **INFO 1 Das biopsychosoziale Modell**

Das Blatt enthält Informationen zu den einzelnen Faktoren des biopsychosozialen Modells. Die entsprechenden biologischen, psychischen und sozialen Faktoren werden erklärt.

#### **AB 1 Das biopsychosoziale Modell: Informationen generieren zu den drei Beobachtungsebenen**

Mithilfe des Arbeitsblatts kann der Therapeut die drei Faktoren des Modells für die individuelle Situation des Patienten erarbeiten.

#### **AB 2 Das biopsychosoziale Modell: meine Risikobereiche auf den drei Beobachtungsebenen**

Das Arbeitsblatt unterstützt Patienten dabei, ihre persönlichen Risikofaktoren für jede der drei Ebenen besser kennenzulernen. Die Patienten lernen, das Zusammenspiel zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren bei der Entstehung ihrer Probleme besser zu verstehen.

#### **INFO 2 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell**

Das Informationsblatt beschreibt die verschiedenen Vulnerabilitäten und Belastungen von Menschen als einzelne Faktoren und erklärt deren Zusammenwirken bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen.

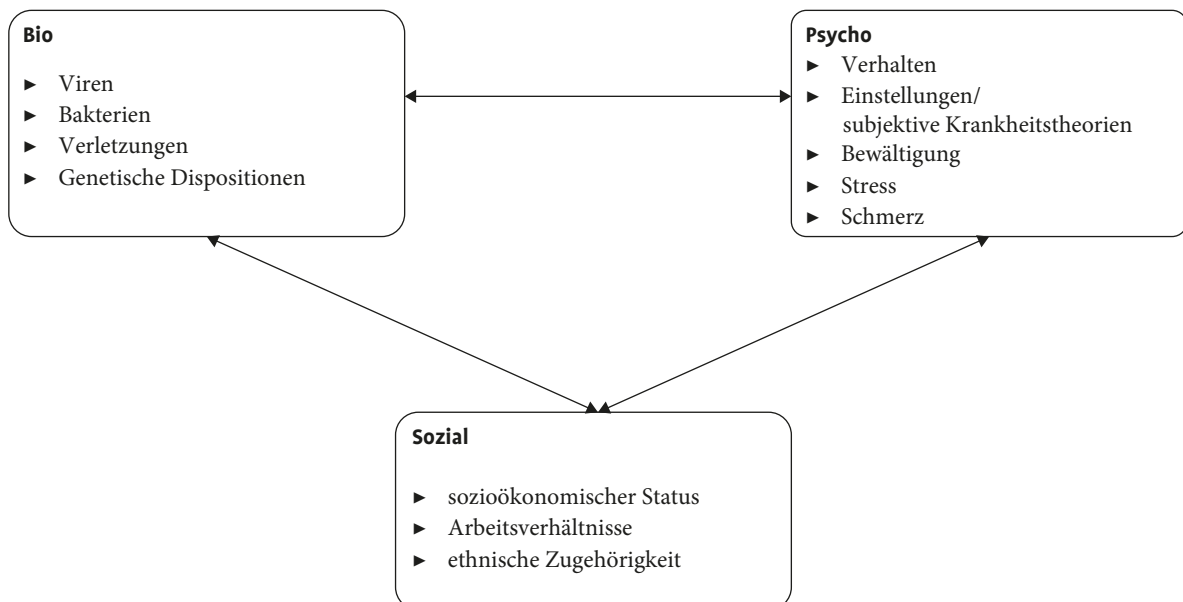
#### **AB 3 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell: meine Vulnerabilitäten**

Das Arbeitsblatt dient zur Erstellung eines persönlichen Vulnerabilitäts-Stress-Modells. Der Patient sammelt Informationen zu den einzelnen Vulnerabilitätsbereichen und Belastungsfaktoren. Dann führt er diese zu seinem persönlichen Modell zusammen.

→ Wenn es uns nicht gut geht, wollen wir wissen, was wir tun können, damit es uns besser geht. Möglicherweise stellen wir uns aber genauso die Frage nach dem *Warum*, also nach der Ursache unserer Probleme. Die Beschäftigung mit den Ursachen von Krankheiten ist vor allem deshalb sinnvoll, weil wir unser Verhalten, unseren Lebensstil oder unsere Gewohnheiten dann am besten ändern können, wenn wir wissen, dass eine solche Veränderung effektiv ist und uns weiterhilft. Kennen wir die Faktoren, die bei der Entstehung einer Krankheit wirksam waren, ist es uns möglich, in Zukunft darauf achten, uns so zu verhalten, dass wir uns vor einem erneuten Auftreten der Erkrankung schützen.

Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer psychischen Erkrankung spielen viele Faktoren eine Rolle. Wir wissen heute, dass wir nicht von *der einen Ursache* einer Krankheit sprechen können, sondern dass es sich um ein Zusammenspiel von biologischen, sozialen und psychischen Faktoren handelt. Hier sprechen wir vom sogenannten biopsychosozialen Modell.

- ▶ **Biologische Faktoren** sind beispielsweise die genetische Veranlagung, Besonderheiten des Immun- oder des Nervensystems, wie etwa eine verminderte oder erhöhte Reagibilität des vegetativen Nervensystems.
- ▶ Unter **sozialen Faktoren** verstehen wir die Rahmenbedingungen innerhalb einer Gesellschaft und Kultur, ebenso wie die häusliche Atmosphäre, die sozialen und ökonomischen Verhältnisse, in denen wir aufwachsen und die jeweiligen Rollen, die wir in den verschiedenen sozialen Kontexten einnehmen.
- ▶ **Psychische Faktoren** sind Lernerfahrungen während der Entwicklung, emotionale und soziale Kompetenzen, Einstellungen, Überzeugungen oder erlernte Verhaltensmuster. Gemeinsam tragen diese Faktoren sowohl zu unserer Gesundheit als auch zu der Entwicklung von Erkrankungen bei.





**Biologisch**

- ▶ diagnostische Informationen aus Vorbehandlungen
- ▶ ätiologische und pathogenetische Informationen
- ▶ physikalische, chirurgische, organmedizinische Informationen
- ▶ Ergebnisse früherer Behandlungen
- ▶ Risikofaktoren, medizinischer Status

**Psychologisch**

- ▶ Spezifika des Erlebens, Persönlichkeitsfaktoren
- ▶ psychophysiologische Besonderheiten
- ▶ subjektives Krankheitsmodell
- ▶ kognitive Verarbeitung (Kontrollüberzeugungen, Attributionen)
- ▶ Besonderheiten des Verhaltens
- ▶ Vermeidungsstrategien, Gesundheitsverhalten, Risikoverhalten

**Sozial**

- ▶ soziales Netzwerk/sozialer Rückhalt
- ▶ familiäre, beruflich-akute oder chronisch belastende Stressoren
- ▶ Arbeitsplatz, Behörden, gesellschaftliche Teilhabe, Vereine
- ▶ Engagement, umweltbezogene Lebensbedingungen
- ▶ Lebensstil, Rentenbegehren, Begehren eines Behinderungsgrades

**Wie verstehe ich den Patienten in seiner individuellen Problematik?**



**Biologisch**

Genetik

.....

.....

.....

Physiologie

.....

.....

.....

Immunologie

.....

.....

.....

Körperliche Vorerkrankungen

.....

.....

.....

Gesundheitsverhalten

.....

.....

.....

**Psychologisch**

Wahrnehmung, Bewertung

.....

.....

.....

Denken, Denkmuster, Annahmen

.....

.....

.....

Gefühle

.....

.....

.....

Verhalten

.....

.....

.....

**Sozial**

Familie

.....

.....

.....

Interpersonelle Beziehungen

.....

.....

.....

Soziale Unterstützung

.....

.....

.....

Lebensstil/Kultur

.....

.....

.....

Welche prinzipiellen Interventionsmöglichkeiten ergeben sich auf den drei Ebenen des biopsychosozialen Modells?

.....

.....

.....

Wo wird der Fokus der Behandlung liegen und womit werde ich beginnen?

.....

.....