

Makromodell zur Erklärung möglicher Ursachen und Bedingungen für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen und problematischer Verhaltensweisen bei Klient:innen (abgeleitet nach Gatterer (2023), S. 41)

Autor: Heiko Bormann

Die vorliegende Grafik wurde entwickelt, um Psychotherapeut:innen dabei zu unterstützen, relevante Informationen über die mögliche Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Erkrankungen und Problemverhaltensweisen ihrer Klient:innen in ein - digital ausfüllbares - (hypothetisches) individuelles Erklärungsmodell zu integrieren, das anschließend zum vertiefenden Verständnis vermittelt, überprüft und für die Zielanalyse und weitere Therapieplanung herangezogen werden kann (vgl. Knappe & Härtling, 2017, S. 124).

Das Makromodell zur Genese der Störung versteht sich neben der (horizontalen) Mikroanalyse/ dem SORKC Modell als Verhalten in Situationen und der (vertikalen) Plananalyse als wichtiger dritter Teil der problemanalytischen Verhaltensdiagnostik (Müller et al. in: Gatterer, 2023; Linden und Hautzinger, 2015; Beck, 2008). Zum weiteren Nutzen einer Analyse der Entstehung von Problemverhalten siehe Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006, S. 207f.

Die Grafik stellt einen Versuch dar, einen akzeptablen Kompromiss zu finden zwischen der Komplexität der Zusammenhänge und Wechselwirkungen der vielen Ursachen auf der einen und der Übersichtlichkeit und Verständlichkeit der Darstellung auf der anderen Seite. Im Vordergrund soll der pragmatische Nutzen und nicht eine ohnehin unmögliche lückenlose Abbildung der überaus komplexen „Wahrheit“ stehen (vgl. hierzu Kanfer, Reinecker, Schmelzer, 2006, Seite 20ff). Der Schwerpunkt liegt sicherlich auf der Einfachheit der Darstellung, es bleibt Psychotherapeut:innen überlassen, den Klient:innen in der begleitenden Erläuterung die funktionalen Zusammenhänge seines Leidens zu verdeutlichen. Es ist zweckmäßig, an geeigneten Stellen des Therapieprozesses immer wieder auf das Modell zurückzugreifen und relevante Aspekte zu wiederholen, um damit das Störungs- und Symptomverständnis weiter zu vertiefen. Einen Anspruch auf umfassende Vollständigkeit sowie wissenschaftliche Absicherung erhebt das Modell ebenso wenig wie andere allgemeine Störungsmodelle (z.B. bio-psycho-soziale Modelle nach Engel (1977) und Schwartz (1982) oder Kanfer & Nay (1982) oder auch das Vulnerabilitäts-Stress-Modell von Wittchen und Hoyer (2011)).

Die Unterschiede zur Vorlage von Gatterer (2023) bestehen darin, dass auf viele Wechselwirkungsprozesse verzichtet und das Modell zugunsten der Darstellungsfähigkeit nochmal vereinfacht wurde. Einzelne Ursachenbereiche wurden anders verortet und sortiert nach den vier Ebenen des Verhaltens und Erlebens (Gedanken, Gefühle, Körperreaktionen und Handeln). Vulnerabilitäten, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen wurde nicht vollkommen strikt voneinander getrennt. Das aktuelle Problemverhalten wurde aufgeteilt. Den Konsequenzen im Referenzmodell entsprechen hier vor allem physiologische und affektiv-emotionale Symptome. Kognitionen finden sich bei den problematischen Persönlichkeitsanteilen. Dysfunktionales Bewältigungs- bzw. Problemverhalten wird unter die aktuellen Ursachen und aufrechterhaltende Bedingungen subsumiert. Aus der Zusammenschau der vier problematischen Ebenen und störungsspezifischer Zeit- und Schwerekriterien ergibt sich dann die ICD / DSM Diagnose.

Eine weitere Besonderheit ist der Versuch, schematherapeutische Modi und Schemata (Young et al. 2005) in das Modell zu integrieren. Ein parallel dazu existierendes Modusmodell kann so in einen Gesamtkontext eingebettet und durch alternative Darstellung vertieft verstanden und verknüpft werden. Gleiches gilt für SORKC Modell und Plananalyse, auch hier finden sich die meisten relevanten

Elemente im Makromodell, die dann bei situativen Verhaltensanalysen oder Bedürfnisanalysen und Plankonflikten herangezogen werden können.

Das Modell verzichtet auf die Integration von Ressourcen, hilfreiche Copingstrategien und sonstige protektive Resilienzfaktoren. Diese sollen nach Auffassung des Autors gesondert in einer eigenen Grafik aufgeführt oder im Hinblick auf die Zielerreichung spezifisch erhoben werden.

Erläuterungen zur Makroanalyse

Formales Vorgehen:

Die einzelnen Textfelder der Grafik können verschoben, vergrößert oder verkleinert werden, damit kann also eine Anpassung je nach Informationsmenge erreicht werden. Selbstverständlich kann auch die Schriftgröße nach Bedarf dahingehend verkleinert oder vergrößert werden.

Zur Vermittlung der Makroanalyse in der Therapiesitzung gegenüber Klient:innen wird empfohlen, auf die zur Verfügung gestellte Powerpoint Vorlage zurückzugreifen. Man spart viel Zeit gegenüber einer Nutzung des Flipcharts. Überdies ist das Hochkantformat beim Flipchart weniger geeignet zur übersichtlichen Darstellung. Häufig reicht dort auch der Platz nicht aus, um alle Informationen lesbar unterzubringen.

In der Powerpoint Präsentation können einzelne Informationsblöcke nacheinander eingeblendet werden, so dass die Klient:innen beim mündlichen Erläutern nicht zu sehr abgelenkt sind durch das Lesen weiterer noch zu besprechender Informationen.

Die Gesamtübersicht im Wordformat kann dann an die Klient:innen zur eigenen Vertiefung ausgehändigt werden. Ein weiteres Exemplar sollte bei jeder Therapiestunde zum „Nachschlagen“ und Wiederholen griffbereit liegen.

Die für die Makroanalyse relevanten Informationen werden aus den verschiedenen Explorationsquellen entnommen: Erstgespräch und weitere mündliche Exploration, Lebensfragebogen (z.B. Lazarus 1973) , störungsspezifische Fragebögen, Wochenprotokolle usw.

Inhaltliches

Zu Beginn sollte der Sinn und Zweck der Vermittlung des Modells erläutert werden. Außerdem sollte klargestellt werden, dass es sich um ein hypothetisches Modell handelt, das auf den Überlegungen der Therapeut:in basiert und keinen Anspruch auf Richtigkeit oder Wahrheit enthält. Die Hypothesen sollen gemeinsam im Gespräch überprüft und ggfs. auch verworfen werden, wenn die Therapeut:in etwas falsch verstanden oder etwas hineininterpretiert hat, was bei Klient:innen nicht auf Zustimmung stößt. Bei der Vermittlung der Kindheitsprägungen kann es wichtig sein, darauf hinzuweisen, dass Eltern nicht als Schuldige verurteilt werden sollen. Es geht darum, die Auswirkungen von Persönlichkeitsfaktoren und Verhaltensweisen der Eltern im Wege von Modelllernen, operantem Konditionieren, sozialem Lernen usw. auf das Beziehungserleben, das emotionale Erleben, die Bedürfnisbefriedigung, die Entwicklung von Glaubenssätzen, Einstellungen usw. nachvollziehen zu können. Dabei wird unterstellt, dass Eltern damals grundsätzlich immer das für sie Bestmögliche gegeben haben und aus ihrer eigenen Prägung heraus davon überzeugt waren, das Richtige zu tun. So wird verhindert, dass Klient:innen in einen Loyalitätskonflikt oder Schuldgefühle geraten und in den Widerstand gehen oder sich gezwungen sehen, die Eltern zu schützen oder ihr Verhalten zu rechtfertigen.

Es wird empfohlen, mit den Symptomen zu beginnen, die in der Grafik aus pragmatischen Platzspargründen nicht - wie eigentlich gewünscht - zentral platziert sind, sondern links unten. Es kann hilfreich sein, Symptome nach dazugehörigen Diagnosen zu sortieren. Häufig werden dazu körperliche Symptomaten zu den korrespondierenden Emotionen gruppiert. Also z.B. Ängste vor Bewertung, Scham und Unzulänglichkeitsgefühle mit Erröten, erhöhtem Puls, Schwitzen, Schwindel etc. oder Niedergeschlagenheit und depressive Verstimmung mit Schlafstörungen, Energielosigkeit, Müdigkeit, Appetitlosigkeit usw. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden hier vorwiegend körperliche und emotionale Reaktionen als Folge von Denken und Handeln aufgeführt, die wiederum getrennt verschiedenen anderen Ursachenkategorien zugeordnet werden.

Anschließend werden die verschiedenen Ursachenbereiche - biografisch beginnend bei prädisponierenden genetisch-biologischen Faktoren - untersucht.

Dazu zählen all die angeborenen organisch-medizinischen Gründe, die Einfluss haben auf die Symptomatik. Nachfolgend dazu einige Beispiele: Diabetes, Herzerkrankung, Funktionsverluste durch Drogenkonsum, Alkohol, Nikotin; neurologische Erkrankungen (MS, Parkinson), hormonelle Störungen, genetische Erkrankungen, Hirntraumata, Missbildungen, Rückenmarksverletzungen, Alterserscheinungen, Funktions- und Leistungsfähigkeit von Hirn und (Sinnes-)Organen usw., Temperament, Geschlecht, Alter, Medikamentennebenwirkungen, Neurotransmitter, u.v.m.

Der nächste Bereich befasst sich mit den Prägungen und Lernprozessen aus der Kindheit und ihren Auswirkungen auf die Symptomatik. Hier geht es darum, ungünstige Bindungserfahrungen, Modelllernen, soziales Lernen, klassische oder operante Konditionierungen zu identifizieren, die im Verlauf des weiteren Lebens auslösend sind für problematisches Bewältigungsverhalten, Eigenschaften sowie emotionale und kognitive Muster, Schemata und Denkweisen, und heute noch auf die aktuellen Symptome einwirken. Gestartet wird bei den Kindheitsstationen, Erleben und Atmosphäre in der Ursprungsfamilie, Kindergarten, Volksschule und weiterführenden Schulen bis zur Volljährigkeit. Berücksichtigt werden die prägenden (eher negativen) Bindungserfahrungen mit der Peergroup, den Eltern, Großeltern und sonstigen wichtigen Bezugspersonen sowie ihre Vorbildwirkung. Auch die Dynamik unter Geschwistern kann eine Rolle spielen. Häufig sind auch familiär weitergegebene Werte ursächlich für problematische oder stressauslösende Glaubenssätze und Verhaltensmaximen. Dieser Bereich mündet dann nahtlos in den der vulnerablen Persönlichkeitsanteile, die relevant sind für die psychische Erkrankung. Hier verortet sind emotionale Schemata, dysfunktionale und problemfördernde Gedanken, Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozesse sowie unzureichend erfüllte Grundbedürfnisse. Dazu kommen problematische Eigenschaften, symptomverstärkende Wertvorstellungen und die große Palette an Normen, Lebenseinstellungen, Überzeugungen, Philosophien, Mythen, Glaubenssätzen und Selbstbewertungen. Darunter befinden sich auch schematherapeutische Eltern Modi wie Antreiber- und Kritiker mit ihren jeweiligen Botschaften. Insgesamt ist dies eher der Bereich, dem die Kognitionen zugeordnet sind.

Der nächste Bereich befasst sich mit prägenden Lebensereignissen ab dem Erwachsenenalter. Dazu können z.B. Unfälle, Krankheiten, Todesfälle, Trennungen, Verluste, Mobbing am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit, Privatinsolvenz, Traumata, Entwurzelungen, Fehlgeburten oder Ähnliches zählen. Hier finden sich auch manchmal konkrete Auslöser für die Entstehung aktueller Störungen. Die Unterscheidung zwischen Vulnerabilitäten, Auslösern oder aufrechterhaltenden Bedingungen ist immer im Einzelfall zu treffen, eine verallgemeinernde Aussage anhand der verschiedenen Ursachenkategorien lässt sich nicht trennscharf machen, auch wenn genetische Dispositionen, Kindheitsprägungen und Persönlichkeitsfaktoren wohl grundsätzlich eher zu den Vulnerabilitäten zählen.

Die letzte Kategorie besteht aus den aktuellen auslösenden oder aufrechterhaltenden Bedingungen, die wiederum mehrere Faktoren beinhalten. Situative Auslöser werden genauso erfasst wie begleitende Umwelt- und Lebensbedingungen, zu denen etwa Wohnverhältnisse, Arbeits- und Lebensbedingungen, Stressfaktoren, finanzielle Rahmenbedingungen, die Versorgung von Kindern oder pflegebedürftigen Personen usw. zählen. Das soziale Umfeld (vgl. Kanfer, Reinecker, Schmelzer, 2006, S. 203) sowie gesellschaftliche und kulturelle Haltungen können prägenden Druck auf die Klient:innen ausüben, die wiederum häufig mit dysfunktionalem Bewältigungs- und Interaktionsverhalten reagieren, welches dann die Symptome hervorruft oder aufrechterhält. Auf diese Weise können dann auch Funktionalitäten entstehen, die das Problem erklären. Diesem Bereich ist insbesondere das Verhalten auf motorischer Ebene zuzuordnen. Schematherapeutisch finden sich hier die Bewältigungsmodi (Unterwerfung mit dem Modus des Erduldens, passive Vermeidung mit dem Modus des Distanzierten Beschützers, aktive Vermeidung mit dem Modus des Selbstberuhigers, Überkompensation mit dem Modus des aggressiven Beschützers, des misstrauischen oder perfektionistischen Kontrollierers usw.) oder Verhaltensweisen wie Unterordnung, Vermeidung, Rückzug oder Überkompensation in Form von Kontrolle, Rückversicherung, Aggression, Impulskontrollproblemen und Suchtverhalten, selbstschädigendem Verhalten oder problematischen Bindungsmustern, welche langfristig negative Konsequenzen mit sich bringen.

Zum Abschluss der Präsentation kann es hilfreich sein, die Klient:innen danach zu befragen, was die Vermittlung des Modells emotional in ihnen ausgelöst hat. Außerdem ist ein kurzes Resümee hilfreich zur Überprüfung dessen, welche Erkenntnisse sie für sich mitnehmen können. In den meisten Fällen fühlen sich Klient:innen recht gut in ihrem So-Sein erfasst und gesehen, was das Vertrauen in die Kompetenz der Therapeut:in stärkt und die therapeutische Beziehung festigt. Überdies hilft es ihnen dabei, sich selbst besser zu verstehen und zu begreifen, an welchen Stellen man nun ansetzen kann, um Veränderungen einzuleiten.

Der nächste Schritt besteht nun darin, aus dieser individuellen Makroanalyse Problembereiche für die Zielanalyse herauszufiltern und dann auf den vier Ebenen des Verhaltens Änderungsmöglichkeiten und -wünsche aufzuzeigen und zu entwickeln.

Literatur:

Bartling, G., Echelmeyer, L., Engberding, M. & Krause, R. (2016). Problemanalyse im therapeutischen Prozeß. Leitfaden für die Praxis (6. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Beck, A.T. (2008). *The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates*. American Journal of Psychiatry, 165, 969-977.

Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. Science, 196, 129–136.

Gatterer, G. (2023). Modernes verhaltenstherapeutisches Modell zur Genese und Aufrechterhaltung von Verhaltensweisen und Störungen. In: G. Gatterer (Hrsg.), *Praxis Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.

Kanfer, F. H. & Nay, W. R. (1982). Behavioral assessment. In: G.T. Wilson & C. M. Franks (Eds.), *Contemporary behavior therapy: Conceptual and empirical foundations of clinical practice* (pp. 367–402). New York: Guilford.

Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Knappe, S. & Härtling, S. (2017). *Diagnostik und Verhaltensanalyse*. Weinheim: Beltz.

Lazarus, A. A. (1973). *Multimodal behavior therapy: Treating the „BASIC ID“*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156(6), 404– 411.

Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.). (2008). *Verhaltenstherapiemanual: Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen* (6. Aufl.). Berlin: Springer.

Margraf, J. (Hrsg.). (2003). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Müller, I., Gatterer, G., Neumann, A., Roediger E. & Kogler, A. (2023). Die Verhaltensanalyse. In: G. Gatterer (Hrsg.), *Praxis Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.

Schwartz, G. E. (1982). Integrating psychobiology and behavior therapy: A Systems perspective. In G. T. Wilson & C. M. Franks (Eds.), *Contemporary behavior therapy. Conceptual and empirical foundations* (pp. 119–141). New York: Guilford.

Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2011). Was ist Klinische Psychologie? Definition, Konzepte und Modelle. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl., S. 3–25). Heidelberg: Springer.

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.