

I Ausgangsüberlegungen – Zum Verständnis des Konzepts

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

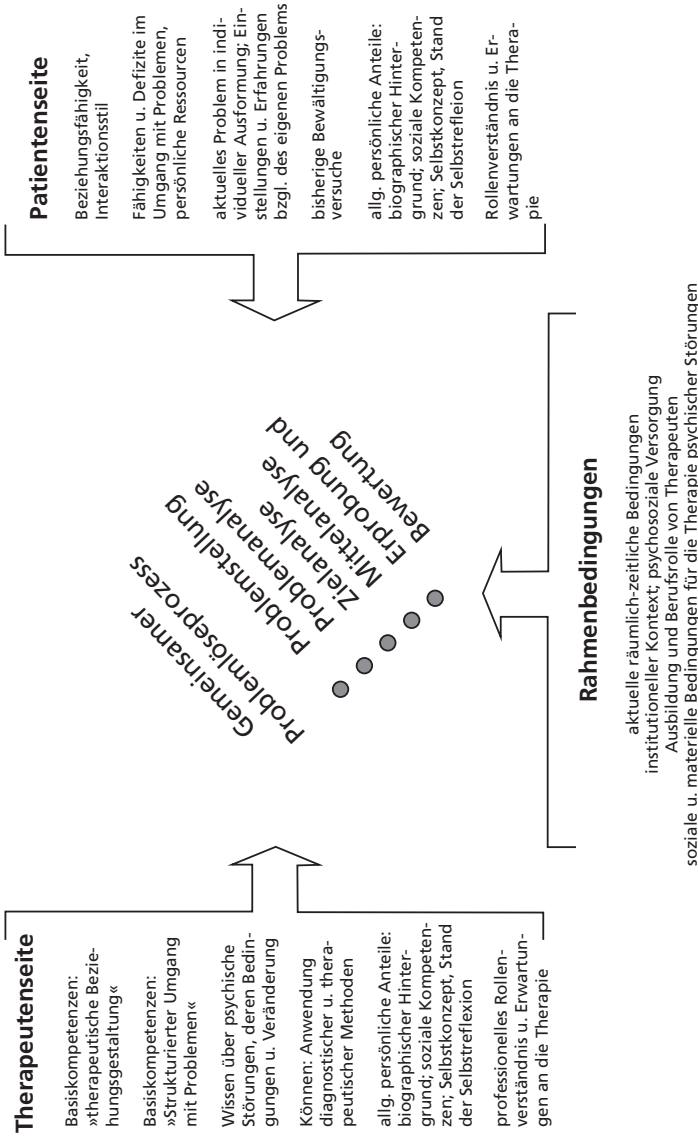


Abb. 1: Einflussfaktoren in der therapeutischen Arbeitsbeziehung

1 Problem und Problemlöseprozess

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

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

Demnach sind Probleme also im Wesentlichen durch drei Komponenten gekennzeichnet:

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

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

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

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

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

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

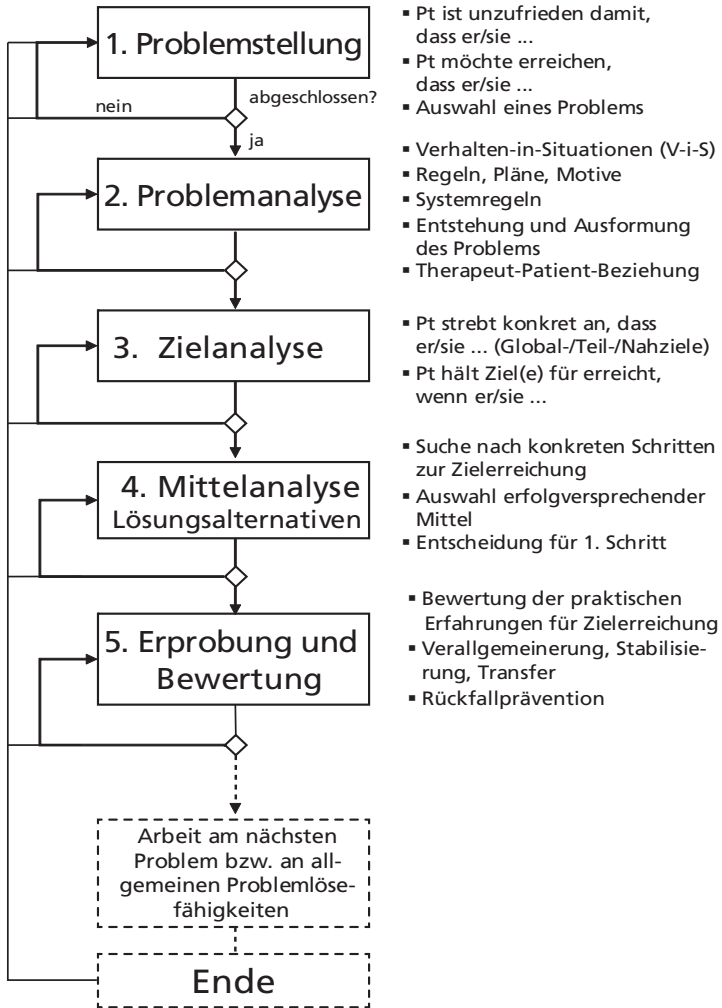


Abb. 2: Prozessmodell des Problemlösens

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

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

2 Verhalten und Problemebenen

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

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

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

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

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

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

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

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