



Hans Gunia
Eduardo G. Keegan
(Hrsg.)

Neue Ansätze der Kognitiven Verhaltenstherapie

Transdiagnostische und
prozessorientierte Interventionen

 **hogrefe**

Neue Ansätze der Kognitiven Verhaltenstherapie

Hans Gunia
Eduardo G. Keegan
(Hrsg.)

Neue Ansätze der Kognitiven Verhaltenstherapie

Transdiagnostische und
prozessorientierte Interventionen

Dipl.-Psych. Hans Gunia (1956–2025). 1979–1987 Studium der Psychologie in Darmstadt. 1988–2014 Anstellung als Klinischer Psychologe im PKH Riedstadt. 1988–2025 Niederlassung in eigener Praxis als Verhaltenstherapeut in Darmstadt. Lehrtherapeut und Supervisor in Verhaltenstherapie und Dialektisch Behavioraler Therapie (DBT), Mitbegründer des Darmstädter DBT-Netzwerkes. Lehraufträge zu den Themen Dialektisch-Behaviorale Therapie, Verhaltenstherapie bei Psychosen und Kognitive Verhaltenstherapie.

Prof. Dr. Eduardo G. Keegan, geb. 1960. 1980–1984 Studium der Psychologie in Buenos Aires. 1984–1990 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Geschichte der Psychologie, Universität Buenos Aires. 1994–1995 British Council Scholar, Institute of Psychiatry, University College London. 1996–2004 Promotion in Psychologie an der Universität Buenos Aires. Seit 2005 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Buenos Aires und dort seit 2010 Direktor der Fachausbildung in Klinischer Psychologie und Kognitiver Verhaltenstherapie.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autor:innen bzw. den Herausgeber:innen große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autor:innen bzw. Herausgeber:innen und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten. All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Umschlagabbildung: © iStock.com/Chartchai Sansaneeyashewin
Satz: Sabine Rosenfeldt, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
Format: PDF

1. Auflage 2025

© 2025 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3296-0; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-3296-1)

ISBN 978-3-8017-3296-7

<https://doi.org/10.1026/03296-000>

Nutzungsbedingungen:

Durch den Erwerb erhalten Sie ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das Sie zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere dürfen Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernt werden.

Das E-Book darf anderen Personen nicht – auch nicht auszugsweise – zugänglich gemacht werden, insbesondere sind Weiterleitung, Verleih und Vermietung nicht gestattet.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

Vorwort

Wir als Herausgeber freuen uns, dem interessierten Leser¹ ein Buch präsentieren zu dürfen, das nicht nur den aktuellen Zeitgeist der kognitiven Verhaltenstherapie widerspiegelt, sondern auch Konzepte darstellt, die helfen, die kognitiv-verhaltenstherapeutische Versorgung auch in ländlichen Regionen, in Krisenzeiten oder in Zeiten großer Nachfrage zu sichern.

Das Buch ist ein Projekt der Deutsch-Argentinischen Gesellschaft für Verhaltenstherapie, repräsentiert durch deren Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden. Die Gesellschaft wurde im Juni 2020 in einer hybriden Sitzung gegründet: Die deutschen Gründungsmitglieder hatten sich im Festsaal der Scivias-Klinik Bad Soden nach den damals geltenden Covid-19-Regeln mit Abstand und nach vorheriger Testung getroffen. Die Kollegen aus Buenos Aires waren per Zoom zugeschaltet.

Dieser Gründung waren mehrere Treffen der beiden Herausgeber in Buenos Aires vorausgegangen. Dabei sind die ersten Versuche, Kontakte zu Verhaltenstherapeuten herzustellen, erwähnenswert, da sie die Situation in Buenos Aires für Verhaltenstherapeuten treffend illustrieren: Hans Gunia erkundigte sich während einer Tangoreise durch Argentinien bei einer Freundin, ob sie nicht einen verhaltenstherapeutisch arbeitenden Psychologen oder Psychiater kenne, mit dem man kooperieren könne. Die Freundin vermittelte ein Treffen mit einem Psychiater namens Ricardo im Café Opera. Jedoch stellte sich schnell heraus, dass Ricardo Psychoanalytiker war. Ricardo wiederum kannte einen Verhaltenstherapeuten namens Guillermo, mit dem es eine Woche später zu einem Treffen, wiederum im Café Opera, kam. Doch auch Guillermo war Psychoanalytiker. Allerdings berichtete er, dass er einmal an einem Verhaltenstherapie-Workshop teilgenommen hatte, der von einem Verhaltenstherapeuten namens Eduardo G. Keegan durchgeführt wurde, und vermittelte die Kontaktdaten. Da es für ein Treffen während jener Reise zu spät war, trafen sie sich erst ein Jahr später persönlich in einem Café in Palermo. Und so nahm die Geschichte ihren Lauf. Eduardo G. Keegan fand Kol-

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit haben wir uns entschieden, bei Personenbezeichnungen das generische Maskulinum zu verwenden. Eingeschlossen sind dabei immer alle Geschlechter.

legen am psychologischen Institut der Universität in Buenos Aires, die Interesse an einem Austausch hatten. Hans Gunia kannte Kollegen in Deutschland, die aus verschiedenen Gründen einen Bezug zu Buenos Aires hatten und die zum Teil sogar schon psychiatrisch in Buenos Aires gearbeitet hatten.

Erste Initiativen waren ein Besuch von Eduardo G. Keegan in Darmstadt und ein Vortrag von ihm im Markus-Krankenhaus in Frankfurt. Im Rahmen seines ersten Besuches konnten Kontakte zu den Ausbildungsinstituten für Verhaltenstherapie der Universitäten Frankfurt und Mainz aufgenommen und gefestigt werden. Hans Gunia wurde wiederum eingeladen, einen Online-Vortrag im Rahmen eines Kongresses der Universität von Buenos Aires zu halten. So wurden die Kontakte immer häufiger und dichter, bis es im Juni 2020 zur Gründung der Gesellschaft kam.

Die Situation der Verhaltenstherapie in Argentinien stellt sich so dar, wie in der Anekdote oben angedeutet: In einer Stadt wie Buenos Aires, die wahrscheinlich die höchste Therapeutendichte auf der ganzen Welt hat, führt die kognitive Verhaltenstherapie eine Art Schattendasein. Während viele Argentinier in psychotherapeutischer (meist analytischer) Behandlung sind, ist es schwer, einen qualifizierten Verhaltenstherapeuten zu finden. Noch schwieriger wird es, wenn man in Argentinien in ländliche Regionen geht. Die Distanzen sind riesig und die Versorgung ungenügend. Das heißt, um eine Versorgung der Bevölkerung auch in ländlichen Regionen gewährleisten zu können, sind Online-Angebote und digitale Interventionen nicht nur eine große Hilfe, sondern unerlässlich. In Deutschland wiederum waren durch die Covid-19-Pandemie persönliche Kontakte zwischen Patienten und Therapeuten oft nicht möglich. Zum Glück erkannten die Krankenkassen unter bestimmten Bedingungen die Notwendigkeit von Online-Sitzungen an und übernahmen in diesen Fällen die Finanzierung. So konnten und mussten die Kollegen in Deutschland Erfahrungen mit Online-Therapie sammeln und finden, was viele vorher nicht für möglich gehalten hätten, dass Online-Therapien funktionieren.

In Argentinien gibt es einen großen Bedarf an qualifizierter kognitiver Verhaltenstherapie bei einem nur kleinen Angebot an gut ausgebildeten kognitiven Verhaltenstherapeuten. In Deutschland ist das Angebot größer, trotzdem gibt es lange Wartezeiten bei niedergelassenen Therapeuten. Eine Möglichkeit, das Angebot zu vergrößern, besteht darin, transdiagnostische Gruppeninterventionen anzubieten, d. h., sich nicht auf spezielle Diagnosegruppen zu konzentrieren, sondern sich auf dahinterliegende Prozesse und Mechanismen, die verschiedene Diagnosen gemeinsam haben, zu fokussieren und kognitive Verhaltenstherapie so – wenigstens als Gruppenangebot – einem größeren Teil der Gesellschaft zugänglich zu machen bzw. Wartezeiten zu verkürzen. So führten verschiedene Ausgangspunkte zum roten Faden dieses Buches.

Natürlich gibt es, wie wir später sehen werden, auch viele inhaltliche Gründe, transdiagnostisch zu denken und zu handeln.

Wir danken allen, die uns bei unserem Projekt unterstützt haben: Katrin Zoubek und Michael Witthöft von der Universität Mainz, Meike Müller-Engelmann von der Goethe-Universität Frankfurt, Christoph Fehr von der Vitos Klinik Hadamar, Tatjana Prentice für das Zurverfügungstellen von Räumen, Maxie Kneist für hilfreiche Hinweise, Magdalena Boano und Claudia Bach für Hilfen bei Übersetzungen, Katrin Zoubek, Maxie Kneist, Tatjana Prentice und Klaus Bickel für das Gegenlesen einzelner Kapitel, unseren Mitautoren, ohne die das Buch nicht zustande gekommen wäre und schließlich Susanne Weidinger vom Hogrefe Verlag für die geduldige und immer unterstützende Zusammenarbeit.

Nicht unerwähnt lassen möchten wir unsere „Büros“: in Darmstadt das „Ristorante San Remo“ und in Buenos Aires die historische Cafabar „Montecarlo“. In beiden Lokalisationen haben wir uns nicht nur sehr wohl gefühlt, sondern beide Lokale haben durch ihre besondere Atmosphäre unsere Kreativität beflügelt.

Darmstadt und Buenos Aires, Dezember 2024

*H. Gunia und
E. G. Keegan*

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	
<i>Eduardo G. Keegan & Hans Gunia</i>	11
1 Klinischer Perfektionismus als transdiagnostischer Prozess – Konzeptualisierung und Behandlung <i>Emiliano Sánchez, Cecilia Tarruella & Eduardo G. Keegan</i>	15
2 Transdiagnostische Herangehensweise bei der Prävention von Essstörungen <i>Guillermina Rutzstein, María Belén Banasco Falivelli, Julieta Sanday, Germán Bidacovich, María Luz Scappatura & Luciana Elizathe</i>	37
3 Funktionelle dissoziative Anfälle – Von der Hysterie zur Transdiagnostik <i>Cristina Tenreyro, Alejandra Inés Lanzillotti, Mercedes Sarudiansky & Guido Pablo Korman</i>	49
4 Digitale, Informations- und Kommunikationstechnologien in der kognitiv-behavioralen Therapie <i>Cristian J. Garay, Milagros Celleri, Sofia Donatti & Ivana S. Ortega</i>	71
5 Dialektisch-Behaviorale Therapie als prozessorientierter transdiagnostischer Ansatz <i>Eduardo G. Keegan & Hans Gunia</i>	91
6 Psychoedukative Familienintervention (PEFI) im Online-Format und unter Einbeziehung von Metaphern <i>Hans Gunia, Hartmut Berger & Darya Yatsevich</i>	108
7 Achtsamkeit und Tango Argentino als transdiagnostische Interventionsstrategien <i>Guido Pablo Korman & Hans Gunia</i>	126
Anhang	
Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) im deutschen Sprachraum	145
Die Autorinnen und Autoren des Bandes	150

Einleitung

Eduardo G. Keegan & Hans Gunia

In den letzten beiden Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts finanzierte das National Institute of Mental Health (NIMH) die Erstellung von Manualen für die Behandlung psychischer Störungen entsprechend ihrer Definition im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychiatric Association (APA). Das DSM wurde ursprünglich erstellt, um die Diagnosesysteme in den Vereinigten Staaten zu vereinheitlichen. Seine Gültigkeit und Zuverlässigkeit wurde in den 1970er Jahren überprüft. So stellte die dritte Auflage des DSM im Jahr 1980 eine große Veränderung gegenüber früheren Auflagen dar. Die Verfasser des DSM-III betrachteten sich selbst als Neo-Kraepelinianer, da sie die Ideen von Emil Kraepelin in dem Sinne unterstützten, dass sie psychische Probleme für Störungen hielten, die spezifische und voneinander unterscheidbare Ursachen haben und deshalb kategorial klassifizierbar sind.

Die Verwendung des DSM-Systems hat eine Reihe unbestreitbarer Vorteile. Da es sich um ein beschreibendes System handelt, kann es von Klinikern unterschiedlicher Berufe und mit unterschiedlichen theoretischen Ausrichtungen weltweit verwendet werden. Es erleichtert darüber hinaus den Aufbau und die Organisation von Stichproben zum Zwecke der Erforschung der therapeutischen Wirksamkeit und Effektivität erheblich. Doch neben diesen vielen Vorteilen bringt die Klassifizierung auch (auf den ersten Blick nicht sichtbare) Probleme mit sich.

Zu den offensichtlichsten Problemen gehört, dass die Abgrenzung zwischen Pathologie und Normalität oft willkürlich erfolgt, dass eine große Zahl von Störungen in die Kategorie „unspezifisch“ fällt, und vor allem, dass das System viele Komorbiditäten „hervorbrachte“, die es nicht erklärt oder für deren Behandlung es keine Vorschläge macht. Darüber hinaus geht das gesamte System von der Prämisse aus, dass Syndrome klassifiziert werden können und dass diese Syndrome das Ergebnis einer spezifischen, zugrunde liegenden pathologischen Ursache sind.

Die Vorstellung, dass jede Störung eine spezifische Ursache hat und daher eine spezifische Behandlung erfordert, steht im Widerspruch zu der Tatsache, dass Behandlungen – psychotherapeutische und pharmakologische – für sehr unterschied-

liche Pathologien oft auf sehr ähnlichen Prozessen – oder „Behandlungsmolekülen“ – beruhen. Wiederkehrendes negatives Denken beispielsweise spielt bei allen emotionalen Störungen eine wichtige Rolle, sowohl als Risikofaktor als auch als aufrechterhaltender Faktor für diese Pathologien. Auch die Techniken, mit denen wir die Störungen behandeln, sind im Wesentlichen dieselben, gleichgültig ob es sich um einen Patienten mit einer Angststörung oder um einen Patienten mit einer depressiven Störung handelt. Aus diesem Grund besteht seit einigen Jahren im Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie ein wachsendes Interesse an Behandlungen, die auf bestimmte zentrale Mechanismen oder Prozesse der Psychopathologie abzielen und die flexibel eingesetzt werden können, um Verhaltensprobleme mit sehr unterschiedlichen Merkmalen zu behandeln.

Ein großer Vorteil der transdiagnostischen, prozess- oder prinzipienbasierten Behandlungen ist ihre Einfachheit. Die Ausbildung eines Therapeuten in der manualisierten Behandlung von 20 bis 30 unterschiedlichen Störungen ist eine mühsame und langwierige Aufgabe. Die Ausbildung eines Therapeuten in einem prozessorientierten Ansatz ist einfacher und bietet auch einen Vorteil, wenn es um die Personalisierung der Behandlungen geht. Wie wir wissen, sind die Behandlungsmanuale darauf ausgerichtet, eine Störung zu behandeln. Allerdings konsultiert uns nie die Störung, sondern die Person, die zu uns kommt. Eine Person, die von schwierigen Emotionen oder problematischen Verhaltensweisen betroffen ist, die sie allein nicht ändern kann.

Außerdem scheinen kategorische Diagnosesysteme davon auszugehen, dass die überwiegende Mehrheit der Patienten mit einer einzigen Diagnose vorstellig wird; doch die klinische Realität ist weit davon entfernt. So kann eine Person die Kriterien für mehrere Störungen gleichzeitig erfüllen. Eine Frau mit wiederholten selbstverletzenden Verhaltensweisen und einer Vorgeschichte von Suiziden kann Kriterien für die Diagnose einer rezidivierenden Major Depression, einer Essstörung (nicht anderweitig spezifiziert), einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und auch einer abhängigen oder vermeidenden Persönlichkeitsstörung erfüllen. Diese Fülle von Diagnosen gibt weder Hinweise darauf, wie ein derart komplexer Fall anzugehen ist, noch lässt sich anhand der Diagnosesysteme verstehen, warum diese Komorbiditäten in der Klinik so häufig vorkommen. Wir fühlen uns deshalb einem transdiagnostischen Ansatz verpflichtet.

In den Kapiteln 1 bis 3 geht es um die Theorie und Behandlung von psychischen Erkrankungen und ihre transdiagnostische Bedeutung.

In Kapitel 1 beschreiben Sánchez, Tarruella und Keegan Perfektionismus als zugrunde liegenden transdiagnostischen Prozess, der bei der Entstehung einer Vielzahl unterschiedlicher psychischer Probleme eine entscheidende Rolle spielt und deshalb besondere Beachtung verdient. Sie geben Hinweise, wie Perfektionismus behandelt werden kann.

In Kapitel 2 führen uns Rutzstein, Banasco Falivelli, Sanday, Bidacovich, Scappatura und Elizathe in ein transdiagnostisches Herangehen bei der Prävention von Essstörungen ein. Ausgehend von der Beobachtung, dass unterschiedliche Essstörungen eine Vielzahl von Symptomen und Komorbiditäten teilen und die Diagnose einer Essstörung darüber hinaus nicht selten in die Diagnose einer anderen Essstörung übergeht, schlagen sie eine transdiagnostische Sichtweise vor. Sie argumentieren, dass sich die Behandlung von Essstörungen weniger auf das Gewicht fokussieren sollte, sondern eher auf gesundes Verhalten. Sie präferieren Behandlungsprogramme, die alle Arten von Essstörungen adressieren und in denen gängige Schlankkeitsideale hinterfragt und eine Variabilität von Körpermaßen respektiert werden. Das Kapitel schließt mit einem Leitfaden zur Prävention von Essstörungen.

In Kapitel 3 beleuchten Tenreyro, Lanzillotti, Sarudiansky und Korman funktionelle dissoziative Anfälle (FDA). Sie spannen dabei einen historischen Bogen von Janet über Freud bis in die heutige Zeit. Spannend ist insbesondere die Darstellung funktioneller dissoziativer Anfälle im Lichte verschiedener Ausgaben des DSM. Die Autoren betrachten FDA im Zusammenwirken biologischer, emotionaler, kognitiver und sozialer Faktoren. Für die Behandlung empfehlen sie einen transdiagnostischen Ansatz und machen dazu konkrete Vorschläge.

Garay, Celleri, Donatti und Ortega zeigen in Kapitel 4, wie man digitale Medien und moderne Kommunikationstechnologien in die moderne kognitiv-behaviorale Therapie integrieren kann. Moderne Kommunikationssysteme und App-Anwendungen waren in der zurückliegenden Covid-Krise nützlich und wichtig und haben in einem riesigen Land wie Argentinien, das insbesondere in ländlichen Gebieten nur eine geringe psychotherapeutische Struktur aufweist, eine besondere Bedeutung. Die Autoren stellen verschiedene Programme mit ihren jeweiligen Stärken und Schwächen vor und machen Vorschläge, wie man diese Medien in Zukunft noch effizienter nutzen kann.

Schließlich werden in den Kapiteln 5, 6 und 7 kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsstrategien vorgestellt, die sich gut in einem transdiagnostischen und prozessorientierten Vorgehen nutzen lassen.

In Kapitel 5 stellen Keegan und Gunia die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) von Marsha Linehan und die RO-DBT von Thomas Lynch vor. Der Ansatz der beiden Autoren unterscheidet sich deutlich von der Tradition, psychische Krankheiten in Kategorien zu diagnostizieren. Aus ihrer Sicht können psychische Probleme als dysfunktionale Verhaltensweisen aufgefasst werden, die auf dieselbe Weise erlernt werden wie funktionale Verhaltensweisen. Gunia und Keegan stellen diese beiden Ansätze vor und verdeutlichen, dass sie nicht nur bei der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Depressionen angewendet werden können, sondern immer dann, wenn es um die Behandlung emotionaler Probleme geht.

In Kapitel 6 stellen Gunia, Berger und Yatsevich ihren Ansatz vor, Menschen mit Psychosen in einem Mehrfamiliensetting in einem Online-Format zu behandeln. Damit greifen sie verschiedene Aspekte wieder auf, die schon in den vorangehenden Kapiteln beleuchtet wurden. Insbesondere Psychoedukation, die Arbeit mit Metaphern und das Einüben von Kommunikationsstrategien stellen sie als zentrale transdiagnostische Strategien dar, die sich bei einer Vielzahl von psychischen Störungen anwenden lassen. Die Autoren zeigen, wie sie selbst diese Strategien anwenden und vermitteln erste Daten zu der Frage, wie dieses Setting von den Teilnehmern angenommen wird.

Der Tango Argentino darf in einem deutsch-argentinischen Projekt natürlich nicht fehlen. Korman und Gunia führen deshalb in Kapitel 7 in die Behandlungsstrategien Achtsamkeit und Tango Argentino sowie ihre Kombination mit kognitiver Verhaltenstherapie ein. Beide Strategien werden als transdiagnostische Strategien vorgestellt. Interessant ist auch die Gegenüberstellung der deutschen und argentinischen Sichtweise auf die Integration des Tango Argentino in die kognitive Verhaltenstherapie.

1 Klinischer Perfektionismus als transdiagnostischer Prozess – Konzeptualisierung und Behandlung

Emiliano Sánchez, Cecilia Tarruella & Eduardo G. Keegan¹

1.1 Definition von Perfektionismus

Perfektionismus ist ein Konstrukt, das in den letzten Jahrzehnten intensiv untersucht wurde. Unser Team, das an der Fakultät für Psychologie der Universität Buenos Aires angesiedelt ist, hat Studien in diesem Bereich sowohl in klinischen als auch in nicht klinischen Populationen durchgeführt (Arana et al., 2009; Arana & Keegan, 2016; Galarregui et al., 2018; Keegan, 2012; Keegan et al., 2017). In jüngerer Zeit haben wir Perfektionismus bei Psychotherapeuten untersucht (Keegan et al., 2019; Partarrieu et al., 2019).

Die Konzeptualisierung und Definition von Perfektionismus ist nicht unumstritten. Einige Autoren betrachten ihn als eine Persönlichkeitsdisposition, die durch das Streben nach Spitzenleistungen und das Setzen hoher Standards gekennzeichnet ist, begleitet von einer übermäßig kritischen Selbsteinschätzung und dem Glauben, dass andere Perfektion erwarten (Stoeber, 2018).

Perfektionismus wurde ursprünglich als eindimensionale, negative psychologische Eigenschaft betrachtet (Barrow & Moore, 1983; Blatt, 1995; Burns, 1980). Burns konzentrierte sich auf die kontraproduktiven und kognitiven Aspekte des Konstrukts Perfektionismus. Die Konzeptualisierung hat sich jedoch mit einer wachsenden Zahl an Forschungsergebnissen weiterentwickelt und diese unterstützen nun die Sicht, dass Perfektionismus ein zweidimensionales und komplexes Phänomen ist (Dunkley et al., 2006; Stoeber & Otto, 2006; Dunkley et al., 2009; Grilo, 2006), das mit einem multidimensionalen Ansatz angegangen werden sollte (Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991; Slaney et al., 2001).

Hamachek (1978) unterschied zwischen normalen und neurotischen Formen des Perfektionismus und leistete Pionierarbeit bei der Vorstellung, dass Perfektionis-

1 Die Übersetzung des Kapitels ins Deutsche erfolgte durch Hans Gunia.

mus ein multidimensionales Konstrukt mit sowohl adaptiven als auch maladaptiven Aspekten ist. Er definierte normale Perfektionisten als diejenigen, die Freude daran haben, ihre Ziele zu erreichen, und sich die Freiheit nehmen, weniger genau zu sein, wenn es die Situation erlaubt. Neurotische Perfektionisten hingegen sind nach Hamachek diejenigen, die nie mit ihrer Leistung zufrieden sind, auch wenn sie sich noch so sehr anstrengen. Hamachek argumentierte auch, dass neurotische Perfektionisten nicht in der Lage sind, ihre hohen Leistungsstandards zu erfüllen, was sich negativ auf ihr Selbstwertgefühl auswirkt.

Einige Jahre später definierten Slade und Owens (1998) positiven Perfektionismus als „eine überwiegend normale oder gesunde Form, die dem Individuum Vorteile bringt“ (S. 377) und durch ein hohes Maß an Organisation und persönliche Standards sowie eine positive Motivation zur Zielerreichung gekennzeichnet ist (Flett & Hewitt, 2002). Im Gegensatz dazu definierten Slade und Owens den negativen Perfektionismus als „eine pathologische oder ungesunde Form, die für das Individuum Nachteile mit sich bringt“ (1998, S. 377). So wird negativer Perfektionismus mit Neurotizismus, Unzufriedenheit, Leistungsorgen und einem hohen Maß an wahrgenommenen Anforderungen durch andere in Verbindung gebracht (Flett & Hewitt, 2002).

Es besteht inzwischen ein klarer Konsens darüber, dass Perfektionismus zwei Dimensionen umfasst, nämlich eine stabile Persönlichkeitsdisposition und eine Dimension, die situations- oder bereichsspezifisch ist (Frost et al., 1990). Perfektionismus kann weite Bereiche des täglichen Lebens durchdringen, insbesondere Arbeit und Studium, und kann sowohl das persönliche Erscheinungsbild als auch soziale Beziehungen beeinträchtigen (Stoeber & Stoeber, 2009). Es besteht jedoch weiterhin Uneinigkeit darüber, was die Kerndimensionen des Perfektionismus sind (Egan et al., 2014).

1.2 Dimensionen des Perfektionismus

In den letzten Jahren haben verschiedene Forschergruppen das Konstrukt Perfektionismus mit unterschiedlichen Dimensionen konzeptualisiert und mit verschiedenen Messmethoden operationalisiert, die verschiedene Dimensionen oder Facetten des Konstrukts erschließen. Ausgehend von einem dimensionalen Ansatz lassen sich derzeit zwei unabhängige Dimensionen unterscheiden, eine positive und eine negative: *perfektionistisches Streben* und *perfektionistische Bedenken* (Stoeber & Otto, 2006; Stoeber, 2018; Stoeber et al., 2020). Perfektionistisches Streben besteht im Setzen hoher persönlicher Standards und im Streben nach Perfektion. Es weist häufig positive Beziehungen zu Eigenschaften, Prozessen und Ergebnissen auf, die als wünschenswert oder adaptiv gelten (z. B. aktive Bewältigung oder positiver Affekt). Perfektionistische Bedenken hingegen beziehen sich

auf die Angst, Fehler zu machen, Zweifel an Handlungen, Angst vor negativen Bewertungen durch andere und Gefühle der Diskrepanz zwischen Erwartungen und Leistung und sind häufig positiv mit maladaptiven Ergebnissen (Neurotizismus, Vermeidung, negativer Affekt) korreliert (Stoeber, 2018).

1.3 Messinstrumente zur Erfassung von Perfektionismus

Multidimensionale Perfektionismus-Skala (MPS-F). Die MPS-F wurde von Frost und Kollegen (1990) als Instrument zur Erfassung von Perfektionismus entwickelt und besteht aus 35 Items, die anhand einer fünfstufigen Likert-Skala (1 = „stimme überhaupt nicht zu“ bis 5 = „stimme voll und ganz zu“) bewertet werden und die sechs Dimensionen erfassen:

- *Angst vor Fehlern*: Darunter versteht man die Tendenz, auf Fehler negativ zu reagieren und sie als persönliches Versagen zu bewerten.
- *Persönliche Standards*: Bezieht sich auf die Tendenz, hohe Leistungsstandards zu setzen und diesen bei der Selbsteinschätzung übermäßige Bedeutung beizumessen.
- *Zweifel an Handlungen*: Dies ist die Tendenz, den qualitativen Aspekt der eigenen Leistung anzuzweifeln.
- *Elterliche Erwartungen*: Kennzeichnend ist die Tendenz, dass Eltern sehr hohe Erwartungen an ihre Kinder stellen.
- *Elternkritik*: Die Tendenz, Eltern als übermäßig kritisch gegenüber den Handlungen ihrer Kinder wahrzunehmen.
- *Organisation*: Dies beinhaltet die Tendenz, Ordnung, Organisation und Präzision überzubewerten.

Diesem mehrdimensionalen Modell zufolge haben Perfektionisten hohe Leistungsstandards, legen Wert auf Ordnung und bemühen sich sehr, Fehler zu vermeiden, was zu einer großen Unentschlossenheit in Bezug auf das eigene Handeln führt. Andererseits wird postuliert, dass Perfektionisten der Bewertung ihrer Leistung durch die Eltern große Bedeutung beimessen (Stoeber & Otto, 2006).

Multidimensional Perfectionism Scale (MPS-H). Hewitt und Flett (1991) entwickelten mit dem MPS-H ein multidimensionales Instrument, das persönliche perfektionistische Erwartungen und zwischenmenschliche perfektionistische Dynamiken konzeptualisiert. Dieses Instrument besteht aus 45 Likert-skalierten Items, die von 1 = „stimme überhaupt nicht zu“ bis 7 = „stimme voll und ganz zu“ skaliert sind, und erfasst drei Faktoren des Perfektionismus:

- *Selbstbezogener Perfektionismus*: Dies ist eine intrapersonelle Dimension und wird definiert als die Tendenz, hohe Standards zu setzen, die mit einer kritischen Bewertung der eigenen Leistung einhergehen.

- *Fremdorientierter Perfektionismus*: Hierbei handelt es sich um eine zwischenmenschliche Dimension, die unrealistische Erwartungen an das Verhalten anderer Personen beinhaltet.
- *Sozial vorgeschriebener Perfektionismus*: Hierbei handelt es sich um eine zwischenmenschliche Dimension, die definiert ist als Wahrnehmung, dass wichtige andere Personen unrealistische Maßstäbe an die eigene Person anlegen und das eigene Verhalten streng bewerten.

Nach dieser Konzeptualisierung liegt der Unterschied zwischen den drei Dimensionen in der Quelle und der Richtung des perfektionistischen Verhaltens (Cox et al., 2002; Flett & Hewitt, 2002). So zielt der selbstorientierte Perfektionismus darauf ab, Selbstkritik zu vermeiden, während der sozial vorgeschriebene Perfektionismus darauf abzielt, die Missbilligung durch andere zu vermeiden (Stoeber & Otto, 2006).

Almost Perfect Scale Revised (APS-R). Slaney und Kollegen (2001) entwickelten die APS-R als Instrument, das Perfektionismus aus einer multidimensionalen Perspektive heraus bewertet und das eine Unterscheidung zwischen adaptiven und maladaptiven Aspekten des Perfektionismus ermöglicht. Die APS-R besteht aus 23 Likert-skalierten Items, die den Grad der Zustimmung zu den Aussagen angeben (1 = „stimme überhaupt nicht zu“ bis 7 = „stimme voll und ganz zu“). Die Skala ist in drei Dimensionen oder Subskalen unterteilt:

- *Hohe Standards*: Diese Subskala evaluiert das Vorhandensein von hohen Leistungsstandards.
- *Ordnungsliebe*: Definiert als Vorliebe für Ordnung und Sauberkeit.
- *Diskrepanz*: Diese Dimension evaluiert das Ausmaß, in dem sich die Testpersonen selbst als unfähig sehen, die vorgeschlagenen Standards zu erreichen.

Tabelle 1.1: Darstellung der von den einzelnen Instrumenten gemessenen Dimensionen von Perfektionismus

MPS-F (Frost et al., 1990)	MPS-H (Hewitt & Flett, 1991)	APS-R (Slaney et al., 2001)
<ul style="list-style-type: none">• Angst vor Fehlern (-)• Persönliche Standards (+)• Zweifel an Maßnahmen (-)• Elterliche Erwartungen (-)• Elterliche Kritik (-)• Organisation (+)	<ul style="list-style-type: none">• Selbstbezogener Perfektionismus (+)• Fremdorientierter Perfektionismus (+)• Gesellschaftlich vorgeschriebener Perfektionismus (-)	<ul style="list-style-type: none">• Hohe Standards (+)• Ordnungsliebe (+)• Diskrepanz (-)

Anmerkung: Die Zeichen „+“ und „-“ geben an, ob es sich um adaptive (+) oder um nichtadaptive Dimensionen (-) handelt. Die Zeichen „+“ und „-“ sind theoretisch und/oder empirisch zugewiesen und stellen die Faktoren zweiter Ordnung dar, die in Faktorenanalysen ermittelt wurden (Bieling et al., 2004; Stoeber et al., 2020).

Nach Slaney et al. (2001) repräsentieren die Dimensionen *hohe Standards* und *Ordnung* den positiven Aspekt des Perfektionismus, während *Diskrepanz* den negativen Aspekt darstellt. Die Wahrnehmung von Diskrepanz ermöglicht die Unterscheidung zwischen adaptiven Perfektionisten und maladaptiven Perfektionisten (Arana et al., 2009; Lo & Abbott, 2013). Tabelle 1.1 gibt eine Übersicht über die Dimensionen von Perfektionismus in den vorgestellten Messinstrumenten.

1.4 Perfektionismus und Psychopathologie

Das Interesse an transdiagnostischen psychopathologischen Modellen ist in den letzten Jahren stetig gewachsen und hat zu einheitlichen Behandlungsmethoden für eine Vielzahl von Störungen geführt (Fairburn et al., 2003; Barlow et al., 2011). Der transdiagnostische Ansatz geht von der Annahme aus, dass es eine Reihe von Prozessen gibt, die verschiedenen psychischen Störungen gemeinsam sind und die ursächlich zur Entwicklung und/oder Aufrechterhaltung der mit diesen Störungen verbundenen Symptome beitragen (Sandín et al., 2012).

Perfektionismus wird als transdiagnostisches Phänomen betrachtet, das bei einer Vielzahl von Pathologien auftritt, unter anderem bei depressiven Störungen, Angststörungen und Essstörungen. Harvey und Kollegen (2004) definieren in ihrem einflussreichen Buch einen transdiagnostischen Prozess als „einen Aspekt der Kognition oder des Verhaltens, der zur Aufrechterhaltung einer psychologischen Störung beitragen kann“ (S. 14). Die bisher vorliegenden Erkenntnisse deuten darauf hin, dass Perfektionismus bei verschiedenen Störungen in höherem Maße vorhanden ist als bei gesunden Kontrollpersonen (Egan et al., 2011).

In einer viel beachteten Veröffentlichung zweier großer Forschungsteams auf dem Gebiet des Perfektionismus geben Egan et al. (2014) einen Überblick über die wissenschaftliche Literatur zum Zusammenhang zwischen Perfektionismus und Psychopathologie. Die psychologischen Probleme, bei denen Hinweise auf das Vorhandensein von maladaptivem Perfektionismus gefunden wurden, sind:

- soziale Angststörung,
- Panikstörung,
- spezifische Phobie,
- generalisierte Angststörung,
- posttraumatische Belastungsstörung,
- Zwangsneurose,
- körperdysmorphe Störung,
- Essstörungen,
- Major Depression,
- bipolare Störung,
- Suizidgedanken und suizidales Verhalten,

- chronisches Fatigue-Syndrom,
- zwanghafte Persönlichkeitsstörung.

Innerhalb der Gruppe der Angststörungen sind die soziale Angst und die Panikstörung diejenigen Störungen, bei denen mit einer großen Anzahl von Studien ein Zusammenhang zu Perfektionismus belegt ist (Antony et al., 1998; Juster et al., 1996; Saboonchi et al., 1999; Frost & Steketee, 1997; Iketani et al., 2002). Im Falle der sozialen Angststörung wurde Perfektionismus in kognitiv-behavioralen Modellen als aufrechterhaltender Faktor gesehen (Jain & Sudhir, 2010; Heimberg et al., 1995). Perfektionismus und soziale Angst wirken wie ein Teufelskreis: Überzeugungen über die Notwendigkeit, in sozialen Situationen kompetent zu sein, führen zu Verhaltensweisen, die das ständige Gefühl erzeugen, „nicht genug zu sein“ oder „nicht zu genügen“, wodurch die Störung aufrechterhalten wird (Egan et al., 2014).

Bei Panikstörungen weisen klinische Patienten in verschiedenen Dimensionen des Perfektionismus signifikant höhere Werte auf als nicht klinische Patienten (Wheeler et al., 2011; Antony et al., 1998; Frost & Steketee, 1997). Genauso wie Menschen mit sozialer Angst starre und überhöhte Überzeugungen über akzeptable Standards in sozialen Situationen haben, haben Menschen mit Panik ebenfalls starre Überzeugungen, allerdings in Bezug auf die Erwartung, niemals Angst zu erleben oder ihre Emotionen perfekt zu kontrollieren (Egan et al., 2014).

Eine Reihe von Korrelations- und Längsschnittstudien konnten den Zusammenhang zwischen Perfektionismus und Depression nachweisen: Einige Studien konnten sogar zeigen, dass Perfektionismus die Entwicklung depressiver Symptome vorherzusagen vermag (Dunkley et al., 2009; Hewitt et al., 1996). Erhöhte Werte für mehrere Komponenten von Perfektionismus wurden auch bei Menschen mit diagnostizierter Dysthymie festgestellt (Huprich et al., 2008).

Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Depressionen und dem Vermeidungsverhalten im Rahmen von Perfektionismus. Betroffene sind in Zyklen von Prokrastination und Aufgabenvermeidung gefangen, weil sie befürchten, ihren Ansprüchen nicht gerecht zu werden, was zu schlechter Stimmung und depressiven Symptomen führt (Egan et al., 2014). Sowohl unser Team (Galarregui et al., 2017) als auch andere Forschergruppen (Flett et al., 2002) haben einen Zusammenhang gefunden zwischen maladaptivem Perfektionismus und Rumination, einer dysfunktionalen kognitiven Regulationsstrategie, die bei depressiven Störungen eine zentrale Rolle spielt.

In extremen Fällen kann suizidales Verhalten gewissermaßen als Flucht angesehen werden, ausgelöst von einem Gefühl, den eigenen Ansprüchen nicht gerecht werden zu können und „nicht gut genug“ zu sein. So wurde ein enger Zusammenhang zwischen Perfektionismus und Suizidalität festgestellt (Hewitt et al., 2006).