

Rettenbach | Christ

# Psychotherapie-Prüfung

Kompaktkurs zur Vorbereitung auf die Approbationsprüfung  
nach dem Psychotherapeutengesetz  
mit Kommentar zum IMPP-Gegenstandskatalog

4. Auflage

 Schattauer



Regina Rettenbach ■ Claudia Christ

# Psychotherapie-Prüfung

---

4. Auflage

This page intentionally left blank

Regina Rettenbach ■ Claudia Christ

# Psychotherapie-Prüfung

Kompaktkurs zur Vorbereitung auf die Approbationsprüfung nach dem Psychotherapeutengesetz mit Kommentar zum IMPP-Gegenstandskatalog

---

4., überarbeitete Auflage

Mit 20 Abbildungen und 5 tabellarischen Übersichten



Ihre Meinung zu diesem Werk ist uns wichtig!  
Wir freuen uns auf Ihr Feedback unter [www.schattauer.de/feedback](http://www.schattauer.de/feedback)  
oder direkt über QR-Code.

#### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

#### **Besonderer Hinweis:**

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2016 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: [info@schattauer.de](mailto:info@schattauer.de)

Internet: [www.schattauer.de](http://www.schattauer.de)

Printed in Germany

Projektleitung: Ruth Becker, M.A.

Umschlagabbildung: © Picsmedia, [www.shutterstock.com](http://www.shutterstock.com)

Satz: Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, Bayreuth

Druck und Einband: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten/Allgäu

Auch als E-Book erhältlich:

ISBN 978-3-7945-9014-8

Kombination aus Lehrbuch und Online-Zugang:

ISBN 978-3-7945-5212-2

ISBN 978-3-7945-3186-8

## Vorwort zur 4. Auflage

Liebe Leser und Leserinnen,

seit Herbst 2002 absolvierten mehr als 13 200 Psychologische Psychotherapeuten/-innen (PP) und 4 500 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen (KJP) die schriftlichen Approbationsprüfungen. Die positiven Rückmeldungen vieler Kollegen und Kolleginnen der vergangenen Jahrgänge, die bei ihrem Staatexamen vom Lehrbuch „Die Psychotherapie-Prüfung“ profitierten, motivieren die Autorinnen zusammen mit dem Schattauer Verlag die Prüfungsvorbereitung weiter zu optimieren und die vierte überarbeitete Auflage des Lehrbuchs mit der Möglichkeit zur Kombination mit einem modernen E-Learning-Portal zu präsentieren. (Für weitere Informationen siehe [www.schattauer-ecademy.de](http://www.schattauer-ecademy.de)).

Seit den ersten Prüfungen begleitet das Lehrbuch „Die Psychotherapie-Prüfung“ in der schwierigen Phase vor dem Approbationsexamen, in der das Leben meist sehr inhaltreich ist und man als angehende(r) PP oder KJP eher wenig Zeit hat, sich mit Detailwissen aus dem anderen Ausbildungsgang und den anderen Vertiefungsrichtungen, geschweige denn z.B. mit Epidemiologie- oder Rechtsfragen zu beschäftigen. Das anstehende schriftliche Examen belastet, weil der prüfungsrelevante Stoff unüberschaubar wirkt und die Praxisrelevanz oft schwer zu erkennen ist.

Im Lehrbuch „Psychotherapie-Prüfung“ sind die möglichen Inhalte, zu denen im Examen Fragen gestellt werden können, strukturiert und kompakt dargestellt. **Alle** Stichpunkte der Gegenstandskataloge, auf denen die Prüfungen basieren, werden erläutert. So werden die Leserinnen und Leser umfassend informiert und erhalten einen differenzierten Kenntnisstand. Durch beständige Aktualisierungen des Texts sind alle

bisherigen Prüfungsfragen berücksichtigt. Dabei werden die im schriftlichen Examen häufig vorkommenden Themen besonders gekennzeichnet und erfahrungsgemäß schwer zu erfassende Inhalte werden durch sogenannte „Auf einen Blick“-Skripts wiederholt. Da das Lehrbuch umfassend ist, wirkt es sehr „dicht“, aber aufmunternde Kommentare motivieren zum Lesen.

Zur (freudvollen) weiteren Vertiefung des für das schriftliche Examen notwendigen Wissens, bietet sich die Beschäftigung mit „Psychotherapie-Prüfung: Das Aufgabenheft“ an. Darin sind „Tipps und Kniffe“ zum Umgang mit der konkreten Prüfungssituation zusammengestellt und die Leserinnen und Leser können ihren Kenntnisstand anhand von Fragen zum IMPP-Gegenstandskatalog und Übungsprüfungen nicht nur festigen, sondern auch überprüfen. Neben der bewährten Version als gebundenes Buch besteht nun über eine E-Learning-Version auch die Möglichkeit, die Lehrbuch-Inhalte auf zeitgemäße Art mobil und interaktiv zu rekapitulieren. Die basalen Lehrbuch-Inhalte werden dadurch besonders wirkungsvoll abgespeichert und (nicht nur im Examen) abrufbar.

Die Autorinnen danken dem Schattauer Verlag, vornehmlich Frau Becker und Frau Dr. Schmidt, für die hervorragende Zusammenarbeit bei dem innovativen Projekt. Ebenfalls soll nochmals den Familien, dem Freundes- und Kollegenkreisen gedankt werden, die die scheinbar nie endende Arbeit der Autorinnen mittragen.

Wir wünschen den Leserinnen und Lesern viel Erfolg bei der Approbationsprüfung und alles Gute!

Eppstein, April 2016  
Wiesbaden, April 2016

**Regina Rettenbach**  
**Claudia Christ**

This page intentionally left blank

# Inhalt

<b>Einleitung</b> .....	1	<b>2</b>	<b>Konzepte über Entstehung, Aufrechterhaltung und Verlauf psychischer Störungen und psychisch mitbedingter Krankheiten</b> .....	24
<b>1</b>	<b>Psychologische und biologische Grundlagen der Psychotherapie (einschließlich entwicklungspsychologischer Aspekte)</b> .....			3
<b>1.1</b>	<b>Allgemeine und psychologische Grundlagen der Psychotherapie</b> .....			3
1.1.1	Allgemeine Aspekte und Grundbegriffe			3
1.1.2	Methodische Grundlagen: Ätiologieforschung, Psychotherapieforschung			6
	Methoden der Ätiologieforschung			6
	Methodik der Psychotherapieforschung			9
	Ergebnisse der Psychotherapieforschung			10
1.1.3	Lernpsychologische Grundlagen			10
1.1.4	Kognitionspsychologische Grundlagen			11
1.1.5	Motivations- und emotionspsychologische Grundlagen			13
1.1.6	Kommunikations- und sozialpsychologische Grundlagen			16
1.1.7	Persönlichkeitspsychologische Grundlagen			17
1.1.8	Entwicklungspsychologische Grundlagen			18
<b>1.2</b>	<b>Biologische und biopsychologische Grundlagen</b> .....			18
1.2.1	Neuro- und psychophysiologische Grundlagen			18
1.2.2	Stress/Belastung			22
<b>2.1</b>	<b>Epidemiologie</b> .....			24
2.1.1	Begriffe und Methoden			24
2.1.2	Epidemiologie psychischer Störungen			25
	<b>Epidemiologie auf einen Blick</b> .....			27
	Begriffe und Methoden			28
	Studientypen			30
	Soziodemografische Variablen (Sozialepidemiologie)			32
	Prävalenz und Inzidenz psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters			32
<b>2.2</b>	<b>Allgemeine Krankheitslehre aus verhaltenstherapeutischer Sicht</b> .....			33
2.2.1	Grundmerkmale und Grundbegriffe			33
2.2.2	Lernpsychologische Konzepte am Beispiel klinischer Phänomene			34
2.2.3	Kognitive Konzepte und Selbstregulation am Beispiel klinischer Phänomene			35
<b>2.3</b>	<b>Allgemeine Krankheitslehre aus psychoanalytischer und tiefenpsychologischer Sicht</b> .....			37
2.3.1	Grundannahmen zur Struktur der Psyche			37
2.3.2	Konfliktpathologie am Beispiel klinischer Phänomene			39
2.3.3	Strukturpathologie			41
2.3.4	Traumamodell			43



<b>2.4 Multifaktorielle Modelle über Entstehung, Aufrechterhaltung und Verlauf psychischer Störungen und psychisch mitbedingter Krankheiten</b> . . . . .	43	<b>4 Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter</b> . . . . .	82
2.4.1 Ätiopathogenetische Modelle: multifaktorielle Ansätze . . . . .	43	<b>4.1 Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie</b> . . . . .	82
2.4.2 Krankheitsverhalten . . . . .	45	4.1.1 Entwicklungspsychologische Grundlagen . . . . .	82
<b>3 Definition, Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Indikationsstellung psychischer Störungen</b> . . . . .	47	4.1.2 Entwicklungspsychopathologie . . . . .	88
<b>3.1 Allgemeine Kennzeichen der Klassifikation und Diagnostik psychischer Störungen</b> . . . . .	47	4.1.3 Psychoanalytische und tiefenpsychologische Entwicklungskonzepte . . . . .	90
3.1.1 Kennzeichen der ICD- und DSM-Klassifikation . . . . .	47	4.1.4 Verhaltenstherapeutische Entwicklungskonzepte . . . . .	93
3.1.2 Fehlerquellen im diagnostischen Prozess . . . . .	49	<b>4.2 Definition, Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter</b> . . . . .	94
<b>3.2 Diagnostische Grundprinzipien</b> . . . . .	50	4.2.1 Kennzeichen der wichtigsten Störungsbilder . . . . .	94
3.2.1 Ziele/Funktionen der Diagnostik (inklusive Indikation) . . . . .	50	4.2.2 Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter . . . . .	102
3.2.2 Inhaltsbereiche von Symptomen . . . . .	52	<b>4.3 Diagnostik psychischer Störungen im Kindesalter</b> . . . . .	103
3.2.3 Diagnoseformen . . . . .	53	4.3.1 Erhebung des psychischen Befunds . . . . .	103
3.2.4 Diagnostische Methoden . . . . .	53	4.3.2 Differenzialdiagnosen und Komorbidität . . . . .	105
3.2.5 Erstgespräche . . . . .	54	4.3.3 Diagnostische Verfahren . . . . .	106
3.2.6 Psychischer Befund . . . . .	55	<b>4.4 Besonderheiten in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen</b> . . . . .	108
<b>3.3 Testverfahren und diagnostische Hilfsmittel</b> . . . . .	56	4.4.1 Spezielle Aspekte in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen . . . . .	108
3.3.1 Verfahren zur Diagnosestellung/ Klassifikation, Fragebögen und Tests . . . . .	56	4.4.2 Grundlagen von Behandlungskonzepten und -methoden bei Kindern und Jugendlichen . . . . .	110
3.3.2 Spezielle Anwendungen . . . . .	59		
<b>3.4 Kennzeichen und diagnostische Aspekte spezieller Störungsbilder</b> . . . . .	63		
3.4.1 Kennzeichen der Störungsbilder nach der ICD-10, Kap. V (F) . . . . .	63		
3.4.2 Differenzialdiagnostische Aspekte und Komorbidität . . . . .	63		

<b>5</b>	<b>Intra- und interpersonelle Aspekte psychischer und psychisch mitbedingter Störungen in Paarbeziehungen, Familien und Gruppen</b> . . . . .	113
<b>5.1</b>	<b>Rahmenbedingungen von Partnerschaft und Familie</b> . . . . .	113
5.1.1	Familien und Lebensformen . . . . .	113
5.1.2	Auswirkungen von chronischen Ehekonflikten und Scheidung . . . . .	114
5.1.3	Interpersonelle Faktoren und psychische Störung . . . . .	115
5.1.4	Determinanten von Partnerschaftsqualität und Scheidung . . . . .	116
<b>5.2</b>	<b>Interpersonelle Störungsmodelle</b> . . . . .	117
5.2.1	Kognitiv-behaviorale Modelle . . . . .	117
5.2.2	Psychoanalytische/tiefenpsychologische Modelle . . . . .	117
<b>5.3</b>	<b>Paar- und Familientherapie</b> . . . . .	118
5.3.1	Kognitiv-behaviorale Therapie . . . . .	118
5.3.2	Psychoanalytische/tiefenpsychologische Therapie . . . . .	119
5.3.3	Spezielle Techniken . . . . .	122
<b>5.4</b>	<b>Psychotherapie in Gruppen: Modelle und Interventionen</b> . . . . .	122
5.4.1	Grundlagen der Gruppentherapie . . . . .	122
5.4.2	Kognitiv-behaviorale Therapie . . . . .	123
5.4.3	Psychoanalytische/tiefenpsychologische Therapie . . . . .	124
<b>6</b>	<b>Prävention und Rehabilitation</b> . . . . .	126
<b>6.1</b>	<b>Prävention und Gesundheitsförderung</b> . . . . .	126
6.1.1	Ziele und Aufgaben . . . . .	126
6.1.2	Methoden, Kennzeichen und Zielsetzung spezieller Präventionsprogramme . . . . .	127
6.1.3	Umwelt- und sozialsystembezogene Interventionen und Methoden . . . . .	128
<b>6.2</b>	<b>Rehabilitation</b> . . . . .	129
6.2.1	Grundlagen und Rahmen der Rehabilitation . . . . .	129
6.2.2	Ziele, Aufgaben und Konzepte der Rehabilitation . . . . .	130
<b>7</b>	<b>Medizinische Grundkenntnisse für Psychologische Psychotherapeuten</b> . . . . .	132
<b>7.1</b>	<b>Regionen, Lageverhältnisse</b> . . . . .	132
7.1.1	Körperregionen . . . . .	132
7.1.2	Topografie der inneren Organe, Grundkenntnisse . . . . .	132
<b>7.2</b>	<b>Genetik und Verhaltensgenetik</b> . . . . .	133
7.2.1	Mutationen . . . . .	133
7.2.2	Genetische Erkrankungen . . . . .	134
<b>7.3</b>	<b>Aufbau und Funktion des Nervensystems</b> . . . . .	135
7.3.1	Gliederung des Nervensystems . . . . .	135
7.3.2	Nervenzelle . . . . .	136
7.3.3	Erregungsbildung, Synapsen, Erregungsübertragung . . . . .	137
7.3.4	Neurotransmitter . . . . .	138
7.3.5	Aufbau und Funktion einzelner Gehirnstrukturen . . . . .	138
7.3.6	Rückenmark . . . . .	139
7.3.7	Sensibilität . . . . .	140
7.3.8	Sinnesorgane . . . . .	141
7.3.9	Vegetatives Nervensystem . . . . .	142
7.3.10	Neurologische Erkrankungen . . . . .	142
<b>7.4</b>	<b>Organe und Organsysteme</b> . . . . .	147
7.4.1	Muskulatur . . . . .	147
7.4.2	Herz- und Gefäßsystem . . . . .	147
7.4.3	Blut und Immunsystem . . . . .	150
7.4.4	Atmungsorgane . . . . .	152

7.4.5	Haut . . . . .	153	<b>8.2</b>	<b>Psychopharmaka</b> . . . . .	207
7.4.6	Niere und ableitende Harnwege . . . . .	155	8.2.1	Neuroleptika . . . . .	207
7.4.7	Abdominalorgane und Magen-Darm-Trakt . . . . .	156	8.2.2	Antidepressiva . . . . .	209
7.4.8	Sexualorgane . . . . .	160	8.2.3	Lithium . . . . .	212
7.4.9	Hormone . . . . .	163	8.2.4	Hypnotika und Tranquillanzien (Benzodiazepine und neuere Hypnotika) . . . . .	213
	<b>Medizinische Grundlagen auf einen Blick</b> . . . . .	166	8.2.5	Psychostimulanzien . . . . .	214
	Körperlagen . . . . .	166	8.2.6	Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie . . . . .	214
	Genetik . . . . .	166		<b>Pharmakologie auf einen Blick</b> . . . . .	216
	Aufbau und Funktion des Nervensystems: ZNS, Peripheres NS, Autonomes NS . . . . .	167		Einige wichtige Begriffe aus der Pharmakologie . . . . .	216
	Nervenzelle, Erregungsbildung, Synapsen, Erregungsweiterleitung, Transmitter . . . . .	171		Der Weg eines Arzneimittels im Körper . . . . .	218
	Neurologische Erkrankungen . . . . .	174		Psychopharmaka . . . . .	222
	Herz-Kreislauf-System, Gefäße . . . . .	177	<b>9</b>	<b>Methoden wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren</b> . . . . .	231
	Blut und Immunsystem . . . . .	181	<b>9.1</b>	<b>Methoden der Verhaltenstherapie</b> . . . . .	231
	Atmungsorgane . . . . .	183	9.1.1	Diagnostik . . . . .	231
	Haut, äußere Haut und Schleimhaut . . . . .	186	9.1.2	Gesprächsführung und Psychoedukation . . . . .	232
	Niere und ableitende Harnwege . . . . .	188	9.1.3	Entspannungsverfahren . . . . .	233
	Magen-Darm-Trakt und Abdominalorgane . . . . .	191	9.1.4	Expositions- und Bewältigungsverfahren . . . . .	235
	Ernährung . . . . .	197	9.1.5	Aktivierung, euthyme Methoden . . . . .	237
	Sexualorgane, Schwangerschaft und Geburt . . . . .	198	9.1.6	Verhaltensübungen, Rollenspiele . . . . .	238
	Hormone . . . . .	201	9.1.7	Kognitive Methoden . . . . .	240
<b>8</b>	<b>Pharmakologische Grundlagen für Psychotherapeuten</b> . . . . .	204	9.1.8	Operante Verfahren . . . . .	243
<b>8.1</b>	<b>Grundlagen der Pharmakotherapie</b> . . . . .	204	9.1.9	Apparative Verfahren . . . . .	246
8.1.1	Arzneimittelinformation . . . . .	204	9.1.10	Gruppentherapie, Trainingsprogramme . . . . .	246
8.1.2	Pharmakokinetik . . . . .	204	9.1.11	Wirkfaktoren . . . . .	247
8.1.3	Pharmakodynamik . . . . .	205			
8.1.4	Pharmakotherapie und Psychotherapie . . . . .	206			

<b>9.2 Methoden der Psychoanalyse (analytischen Psychotherapie) . . . .</b>	<b>247</b>	<b>10 Dokumentation und Evaluation psychotherapeutischer Behandlungsverläufe . . . . .</b>	<b>271</b>
9.2.1 Konstituierung und weitere Entwicklung der Psychoanalyse, Strömungen und Richtungen . . . . .	247	<b>10.1 Gesetzliche und allgemeine Grundlagen, Basisdokumentation . . . . .</b>	<b>271</b>
9.2.2 Psychoanalytische und psychodynamische Diagnostik . . . . .	249	10.1.1 Gesetzliche Grundlagen . . . . .	271
9.2.3 Formen und Rahmen analytischer Psychotherapie . . . . .	252	10.1.2 Grundlagen der Basisdokumentation . . . . .	273
9.2.4 Indikationen der Psychoanalyse . . . . .	253	<b>10.2 Therapiebegleitende Evaluation . . . . .</b>	<b>273</b>
9.2.5 Aufgaben und Prozesse aufseiten des Patienten . . . . .	254	10.2.1 Grundlagen . . . . .	273
9.2.6 Aktivitäten und Prozesse aufseiten des Analytikers . . . . .	256	10.2.2 Effektivität . . . . .	274
9.2.7 Interventionstechniken . . . . .	256	<b>10.3 Verlaufs- und Ergebnisbewertung . . . . .</b>	<b>274</b>
9.2.8 Wirkfaktoren . . . . .	257	10.3.1 Therapedosis . . . . .	274
9.2.9 Gruppenpsychotherapie . . . . .	257	10.3.2 Zeitliche Aspekte der therapeutischen Wirkung . . . . .	274
<b>9.3 Methoden tiefenpsychologisch fundierter (psychodynamischer) Psychotherapie . . . . .</b>	<b>258</b>	10.3.3 Ergebnisevaluation: Methoden und Instrumente . . . . .	275
9.3.1 Begriffsbestimmungen . . . . .	258	<b>10.4 Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Praxis . . . .</b>	<b>276</b>
9.3.2 Formen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie . . . . .	258	10.4.1 Grundlagen und Begriffe . . . . .	276
9.3.3 Indikationen, Prozessmerkmale und Wirkfaktoren . . . . .	260	10.4.2 Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Praxis . . . . .	277
9.3.4 Beziehungsdiagnostik . . . . .	261	<b>11 Berufsethik und Berufsrecht, medizinische und psychosoziale Versorgungssysteme, Organisationsstrukturen des Arbeitsfeldes, Kooperation mit Ärzten und anderen Berufsgruppen . . . . .</b>	<b>279</b>
9.3.5 Tiefenpsychologisch fundierte Behandlungstechniken . . . . .	262	<b>11.1 Berufsethik und Berufsrecht . . . . .</b>	<b>279</b>
9.3.6 Stationäre Psychotherapie . . . . .	263	11.1.1 Grundprinzipien . . . . .	279
<b>9.4 Weitere theoretisch begründete Verfahren . . . . .</b>	<b>265</b>	11.1.2 Psychotherapeutengesetz . . . . .	279
9.4.1 Gesprächspsychotherapie . . . . .	265		
9.4.2 Neuropsychologie . . . . .	266		
<b>9.5 Spezielle Problemstellungen . . . . .</b>	<b>267</b>		
9.5.1 Notfall- und Krisensituationen . . . . .	267		
9.5.2 Besonderheiten und Probleme in der Behandlung von alten Menschen . . . . .	268		

11.1.3 Rechtsbeziehung Psychotherapeut – Patient . . . . .	281	Psychotherapeutengesetz (PsychThG) . . . . .	289
Behandlungsvertrag Therapeut – Patient . . . . .	281	Rechtsstellung von Kindern und Jugendlichen (BGB) . . . . .	291
Aufklärungspflicht, Einwilligung und Dokumentation . . . . .	281	Kinder- u. Jugendschutz bzw. Kinder- u. Jugendhilfe . . . . .	292
Einsichtsnahmerecht . . . . .	281	Delikts- und Schuldfähigkeit von Kindern und Jugendlichen, Jugendstrafrecht, Strafrecht, Zivilrecht, öffentliches Recht, z. B. Sozialgesetzgebung . . . . .	293
Behandlungsfehler . . . . .	282	Rechtsbeziehung Psychotherapeut – Patient . . . . .	294
11.1.4 Rechtsbeziehung Psychotherapeut – Krankenkasse . . . . .	282	Rechtsbeziehung Psychotherapeut – Krankenkasse . . . . .	299
11.1.5 Rechtsbeziehung Psychotherapeut – Staat, Gesellschaft . . . . .	283	Rechtsbeziehung Psychotherapeut – Staat, Gesellschaft . . . . .	300
<b>11.2 Strukturen der psychotherapeutischen Versorgung . . . . .</b>	<b>283</b>	Sozialrechtliche Grundlagen der psychotherapeutischen Versorgung . . . . .	300
11.2.1 Sozialrechtliche Grundlagen . . . . .	283		
11.2.2 Professionelle psychotherapeutische Kompetenz, Praxisfelder . . . . .	284		
11.2.3 Besonderheiten in der Rechtsstellung von Kindern und Jugendlichen . . . . .	286		
<b>Recht auf einen Blick . . . . .</b>	<b>288</b>		
Einige wissenswerte Abkürzungen und Begriffe . . . . .	288		
Berufsethik nach 4 Prinzipien – Modell von Beauchamp und Childress (2001) . . . . .	289		
		<b>Literatur . . . . .</b>	<b>304</b>
		<b>Sachverzeichnis . . . . .</b>	<b>312</b>

## Einleitung

Sie stehen nun kurz vor dem Staatsexamen zum/ zur Psychologischen Psychotherapeuten/-in (PP) oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-in und beenden damit eine aufwändige, fachlich und sicher auch persönlich bereichernde Ausbildung, die Ihnen viele theoretische und praktische Kenntnisse für den von Ihnen gewählten Heilberuf vermittelt hat.

Wie Ihnen sicher bereits bekannt ist, sind die Aufgaben in den schriftlichen Approbationsprüfungen, die vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) auf der Basis von Gegenstandskatalogen entwickelt werden, leider eher praxisfern und sehr detailliert. Die Inhalte der Gegenstandskataloge umfassen allgemeines Grundlagenwissen, aber auch Einzelheiten zu beiden Ausbildungsgängen (PP oder KJP) und allen Vertiefungsfächern. Scherzhaft kann man behaupten, dass die Gegenstandskataloge das „Psychotherapie-Weltwissen“ enthalten und auch nach mittlerweile jahrzehntelanger Beschäftigung mit den Prüfungen bleibt es doch immer spannend, zu welchen der Stichpunkte die Fragen formuliert werden.

Dabei lassen sich allerdings bestimmte Schwerpunkte finden, die im Lehrbuch mit Ausrufezeichen markiert wurden:



- drei Ausrufezeichen (!!!) bedeuten, dass nach dem Thema in bisherigen Prüfungen sehr häufig gefragt wurde



- zwei Ausrufezeichen (!!)/ bedeuten, dass nach dem Thema oft gefragt wurde



- ein Ausrufezeichen (!) bedeutet, dass nach dem Thema gelegentlich gefragt wurde

Inhalte ohne Ausrufezeichen sind bis jetzt selten oder nie in den Prüfungen erfragt worden, aber jedes schriftliche Staatsexamen enthält auch Aufgaben zu bisher wenig beachteten Themenbereichen oder zu „neuen“ Aspekten der Stichpunkte. Die ausschließliche Beschäftigung mit „alten Prüfungen“ oder die Beschränkung auf Informationen zu den bisher extrem relevanten Stichpunkten der Gegenstandskataloge ist daher nicht zu empfehlen – auch weil damit der Verzicht auf

eine wesentliche Chance in der Prüfungsvorbereitung verbunden ist: Durch die Auseinandersetzung gerade mit den eher „ungeliebten“ Themen erhalten Prüflinge eine enorme Wissensbreite, was sie beruflich sicherer macht.

Dabei geht es nicht um Auswendiglernen und Pauken. Der Großteil der schriftlichen Approbationsprüfung besteht aus Multiple-Choice-Fragen. Es kommt dabei darauf an, die richtige Antwort zu erkennen, weil man davon gelesen hat – das Bekannte wird Ihnen in den Antwortmöglichkeiten regelrecht „entgegenspringen“. Um dies auch bei den erfahrungsgemäß besonders schwierig empfundenen Gebieten „Pharmakologie“, „medizinische Grundlagen“, „Recht“ und „Epidemiologie“ zu erreichen, werden diese Themenkomplexe im vorliegenden Lehrbuch nicht nur im Fließtext, sondern zusätzlich in Lerntabellen dargestellt, damit sie sich durch die Wiederholung in anderer äußerer Form besser einprägen lassen.

Parallel zur Lektüre des Lehrbuchs „Psychotherapie-Prüfung“ können Sie durch Beschäftigung mit dem Buch „Psychotherapie-Prüfung: Das Aufgabenheft“ oder der entsprechenden Online-Version „Psychotherapie-Prüfung online“ Ihren Kenntnisstand auf verschiedene Weise (offene Fragen zu den IMPP-Gegenstandskapiteln, Kompaktkurse zu besonders relevanten Inhalten, Übungsprüfungen) überprüfen. Dort finden Sie auch weitere bewährte Hilfen für die Prüfungsvorbereitung, z. B. durch geeignete Zeit- und Literaturplanung und konkrete „Tipps und Kniffe“ für die Prüfungssituation.

Unserer langjährigen Erfahrung mit dem schriftlichen Staatsexamen nach ist es sehr zu empfehlen, sich mit „Psychotherapie-Prüfung“ zu jedem einzelnen Stichpunkt des Gegenstandskatalogs – vor allem zu den eher „fremden“ Themen aus dem anderen Ausbildungsgang und den anderen Vertiefungsfächern sowie zu den Inhalten der Lerntabellen – zu informieren und mit „Psychotherapie-Prüfung: Das Aufgabenheft“ in Buch- oder E-Learning-Version konkret zu üben. So bleiben Ihnen die Themen und Stich-

worte gut im Gedächtnis und es fällt Ihnen leicht, die richtigen Antworten in den Multiple-Choice-Fragen „herauszusieben“. Die Erfolge der Kollegen und Kolleginnen, die sich auf diese Weise vorbereiteten, bestätigen, dass Sie so gewappnet sind, um im Staatsexamen – und selbstverständlich auch darüber hinaus – sicher arbeiten zu können.

Mit der Aktualisierung der Bücher und der Arbeit an der E-Learning-Plattform wurde erneut der Versuch unternommen, das prüfungsrelevante „Psychotherapie-Weltwissen“ kompakt und umfassend darzustellen. Dabei bestätigte sich:

*„Das Ziel weicht ständig vor uns zurück. Genugtuung liegt im Einsatz, nicht im Erreichen. Ganzer Einsatz ist ganzer Erfolg.“*

*Mahatma Gandhi*

In diesem Sinne: Viel Erfolg bei Ihrer Prüfungsvorbereitung!

Bitte beachten Sie noch Folgendes: Wir haben übersichtlichkeitshalber auf die Trennung der männlichen und weiblichen Sprachform verzichtet und sprechen im Dienst der Vereinfachung auch immer nur von Therapeut und Patient. Zur besseren Lesbarkeit wurde auch nicht jede Aussage im Buch durch Literaturhinweise belegt.

# 1 Psychologische und biologische Grundlagen der Psychotherapie (einschließlich entwicklungspsychologischer Aspekte)

Jetzt geht's los.

Sie sind höchst motiviert, sich für die Psychotherapieprüfung strukturiert nach dem Gegenstandskatalog vorzubereiten. Na, dann auf an's Werk. Wie häufig die Stichpunkte in den Prüfungsfragen vorkamen, ist extra markiert, sodass Sie zielgerichteter lernen können. Das erste Kapitel wirkt leider etwas unsystematisch und oft hat man Probleme, den „roten Faden“ zu finden. Lassen Sie sich davon nicht entmutigen: Es geht jetzt um Grundlagen, die zum Teil in den späteren Kapiteln vertieft und dann auch verständlicher werden. Wahrscheinlich sind Ihnen einige Inhalte aber bereits vom Studium vertraut.

## 1.1 Allgemeine und psychologische Grundlagen der Psychotherapie

### 1.1.1 Allgemeine Aspekte und Grundbegriffe

**Modellvorstellungen zu Krankheit:** Krankheit kann z. B. verstanden werden als

- **Funktionsstörung bzw. Strukturschädigung:** Die Abweichung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus führt zu subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Veränderungen.
- **Botschaft:** Kranksein hat einen entschlüsselbaren Sinn.
- **Lösungsversuch:** Durch die Krankheit kann z. B. unerträgliche Spannung abgewehrt werden.
- **Systemstörung:** Krankheit führt gleichzeitig zu Regulationsprozessen auf der körperlichen, sozialen und psychischen Ebene.

**Modellvorstellungen zu Gesundheit:** Unter Gesundheit versteht man z. B.

- das geordnete Zusammenspiel normaler Funktionsabläufe im Organismus.
- den Zustand optimaler Leistungsfähigkeit für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die das Individuum sozialisiert wurde.

- die individuelle Anpassungsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich selbst eine gute Lebensqualität zu gestalten und zu bewahren.
- den Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen oder sozialen Wohlbefindens (WHO 1946). Bei der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO wurden dazu 1986 in der sogenannten Ottawa-Charta Handlungsstrategien und -felder zur weltweiten Basis-Gesundheitsversorgung festgelegt.

**Modellvorstellungen zur Krankenrolle:** Die Krankenrolle ist ein Konzept, das Veränderungen der Kontrollfunktion durch das Erleben einer Krankheit beschreibt. In der Krankenrolle

- ist man von alltäglichen Rollenverpflichtungen befreit,
- wird man in der Regel nicht für seine Erkrankung verantwortlich gemacht,
- soll man alles tun, was zur Genesung beiträgt und
- ist man dazu angehalten, fachkundige Hilfe aufzusuchen.

**Störungs- versus Krankheitsbegriff:** In der Medizin werden die Bezeichnungen Störung und Krankheit häufig synonym verwendet. Genau genommen sollte aber von Krankheit nur dann gesprochen werden, wenn die Symptome eine organische oder psychische Ursache haben und in



der Regel einer ICD-10-Diagnose zugeordnet werden können. Der Begriff der Störung umfasst dagegen auch Veränderungen, bei denen das nicht der Fall ist. Der Terminus Störung wird meist als weniger stigmatisierend empfunden als der Krankheitsbegriff.



**Störungskonzepte:** Die Psychopathologie (!) als Lehre von den psychischen Erkrankungen umfasst die einheitliche Erfassung, Beschreibung und Benennung psychischer Störungen durch Zuordnung zu Diagnosen und durch die Beschreibung von Syndromen. Das DSM-5 definiert eine psychische Störung als Syndrom, das durch klinisch signifikante Störungen in den Kognitionen, in der Emotionsregulation und im Verhalten einer Person charakterisiert ist. Beispiele für Konzepte über psychische Störungen sind

- **der physiologische Ansatz:** Die psychopathologischen Phänomene haben eine organische Ursache.
- **der psychoanalytische Ansatz:** Die Grundlage einer Störung liegt in der Verdrängung von Ich-bedrohlichen Inhalten, die ihren Ursprung in frühen Kindheitskonflikten haben.
- **der lerntheoretische Ansatz:** Abweichendes Verhalten beruht auf Lernprozessen wie z. B. auf klassischer Konditionierung, operanter Konditionierung oder Modelllernen.
- **der kognitive Ansatz:** Psychische Störungen basieren auf dysfunktionalen Wahrnehmungs- und Interpretationsschemata.
- **der humanistische Ansatz:** Zu psychopathologischen Entwicklungen kommt es, wenn das eigene Wertgefühl blockiert oder verleugnet wird.
- **der bio-psycho-soziogenetische Ansatz:** Bei der Erklärung psychischer Störungen wird neben körperlichen und psychologischen Prozessen auch der soziale Lernprozess berücksichtigt.

**Diagnostik** (► 3.2): Die Diagnostik ist eine systematische Erfassung von körperlichen, seelischen, sozialen, physiologischen, laborchemischen, bildgebenden und anderen Anhaltspunkten, welche dazu dient, die Ursache einer Gesundheitsstörung erklären zu können. Sie umfasst viele verbale, nicht-invasive und invasive Untersuchungsme-

thoden (z.B. Anamnese, körperliche Untersuchung, Tests, Laboruntersuchungen, bildgebende Verfahren, Funktionsuntersuchungen).

**Psychotherapie:** Mit Psychotherapie wird eine Vielzahl psychologischer Methoden zur Behebung seelischer, emotionaler und Verhaltensstörungen umschrieben. Die Grundannahme für psychotherapeutische Interventionen lautet, dass psychische Prozesse veränderbar sind. Psychotherapie ist ein interaktioneller Prozess zwischen Therapeut und Patient mit einem zielgerichteten, bewussten und geplanten Ablauf. Durch wissenschaftlich begründetes Vorgehen mittels lehrbarer Techniken werden mit psychologischen Mitteln Störungen und Leidenszustände beeinflusst und seelische Krankheiten geheilt.

**Psychologische Interventionen:** Der Begriff dient als Sammelbezeichnung für psychologische Beratung und Psychotherapie. Er bezieht sich meist auf die unmittelbare Arbeit mit den Betroffenen. Psychologische Interventionen umfassen alle Formen der professionellen psychologischen Unterstützung bei der Bewältigung vornehmlich psychischer, aber auch körperlicher Störungen.

**Beratung:** Die Grenze zwischen Beratung und Psychotherapie ist in der Praxis teilweise fließend. In der Beratung werden leichtere, aktuellere Probleme in Form von eher stützenden Gesprächen bearbeitet. Sie soll die momentane Situation erleichtern und dient nicht einer Heilbehandlung. Spezielle Formen der Beratung sind z. B. Paarberatung, Konfliktberatung, Familienberatung etc. Auf die Bearbeitung unbewusster Inhalte oder die Umstrukturierung der Persönlichkeit wird verzichtet. Die Beratung setzt keine psychotherapeutische Weiterbildung voraus, beinhaltet eher lenkende Vorgehensweisen und erfordert meist weniger Zeit als eine Therapie.

**Entstehung und Verlauf psychischer Störungen:**

- **Prä- und perinatale Phase:** Abhängig vom Zeitpunkt einer Schädigung unterscheidet man:
  - pränatale Noxen: z. B. Infektion, Intoxikation, Hypoxie, Strahlenschaden, genetischer Schaden

- perinatale Noxen: z. B. Frühgeburt, verzögerte Geburt, Hirnblutung, Nabelschnurumschlingung

Neben prä- und perinatalen Noxen kennt man auch postnatale Noxen (z. B. Stoffwechselstörungen, hormonelle Störungen, Ernährungsstörung, Meningismus, Hirntrauma, sozioökonomische oder psychosoziale Faktoren).

- **Sozialisations- und Entwicklungsphase:** Sozialisation ist die Vermittlung normativer Rollenerwartungen in einer Gesellschaft. Die durch die Sozialisation bedingten Veränderungen sind kultur- und zeitspezifisch. Je nach vornehmlichem Sozialisationsfeld wird in unserer Kultur unterschieden in:
  - primäre Sozialisationsphase: Bis zum ca. sechsten Lebensjahr beeinflusst vornehmlich die Familie die Sozialisation des Kindes.
  - sekundäre Sozialisationsphase: Bis zum ca. 20. Lebensjahr steigt zunehmend der Einfluss von Schule, Vereinen, Ausbildungsstätten etc. auf die Sozialisation.
  - tertiäre Sozialisationsphase: Während des Erwachsenenalters werden die Einflüsse der Sozialisationsfelder Arbeitsplatz, Medien, Parteien etc. stärker.

Die ontogenetischen Entwicklungsphasen sind genetisch bedingt und an das Lebensalter gebunden. Sie sind – trotz Schwankungen im Entwicklungstempo – universell.

Der Entwicklungsstand eines Menschen wird durch die genetische Disposition, das Lebensalter und die Sozialisationseinflüsse bestimmt.

- **Prodromalphase (!):** Die Prodromalphase ist das Vorläuferstadium einer Erkrankung. So kann man z. B. vor dem eigentlichen Ausbruch der Schizophrenie meist schon Monate zuvor unspezifische Symptome nachweisen.
- **Erkrankungs- bzw. Störungsphase:** Phasen sind Abschnitte einer stetigen Entwicklung. Sie werden abgegrenzt gegen Schübe (akute Prozesse, die zu einer dauerhaften Veränderung führen) und Episoden (Prozesse bei einer völlig rückbildungsfähigen Erkrankung). Man unterscheidet unter anderem in akute, remittierte oder chronische Erkrankungs- bzw. Störungsphasen.

- **Remission (!):** Remissionen sind als vorübergehendes Nachlassen von körperlichen oder psychischen Krankheitssymptomen ohne das Erreichen der vollkommenen Genesung definiert. Bei der Schizophrenie bedeutet Remission z. B., dass noch Negativsymptome bestehen können und nur die Produktivsymptomatik nicht mehr feststellbar ist. Bei einigen Erkrankungen gibt es Behandlungsansätze zur Remissionsstabilisierung (Rezidivprophylaxe).
- **Rezidiv:** Von Rezidiv spricht man bei Rückfällen von Erkrankungen, die bereits überwunden schienen.
- **Chronifizierung:** Bei der Chronifizierung von Symptomen schaukeln sich Faktoren wie selektive Wahrnehmung, verstärkte Aufmerksamkeitslenkung auf körperliche Beschwerden, katastrophisierende Bewertungen, vermehrtes Schon- und Vermeidungsverhalten, Checking Behavior, sozialer Rückzug, Abbau der körperlichen Belastbarkeit und erhöhtes psychophysiologisches Erregungsniveau gegenseitig hoch. Auch durch die verstärkte Inanspruchnahme des Gesundheitssystems mit hohem Medikamentenverbrauch und ggf. Durchführung immer invasiverer Untersuchungen und Eingriffe kann es zur Chronifizierung der Beschwerden kommen: Die kurzfristige Beruhigung hält langfristig die Störungen aufrecht. Chronifizierte Symptome sind lang anhaltend oder häufig wiederkehrend, oft mit Verschlimmerung.

**Vulnerabilität:** Der Begriff meint Verletzlichkeit oder Krankheitsanfälligkeit. Unter dem Druck von Anforderungen kann z. B. die psychische Struktur an die Grenzen ihrer Belastbarkeit gelangen. Je höher die Vulnerabilität ist, umso geringere Belastungen reichen aus, um Störungen hervorzurufen.

**Risikofaktoren:** Risikofaktoren sind Verhaltensweisen oder Befunde, die die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Erkrankung oder Störung statistisch nachweisbar erhöhen. In unserer Kultur häufige Risikofaktoren sind Alkoholkonsum, Rauchen, fehlende Bewegung, falsche Ernährung, Übergewicht, Stress und niedriger sozioökonomischer Status.



**Marker:** Marker sind Risikofaktoren, die fest (z. B. Geschlecht, genetische Auffälligkeit) oder variabel (z. B. Alter) sein können. Man kann z. B. in Familien mit gehäufterem Auftreten einer psychischen Störung nach genetischen Markern suchen und die Betroffenen entsprechend beraten.

**Protektive Faktoren:** Schutz bieten können

- externe Ressourcen (z. B. materielle Bedingungen, soziale Unterstützung)
- interne Ressourcen (z. B. kognitive Personenvariablen, soziale Kompetenz)



**Resilienz (!)** (► 4.1, S. 89 und ► 6.1.1, S. 126.): Resilienz ist eine Größe, die den Ausbruch bzw. Verlauf der Störung mildernd beeinflusst. Sie ist definiert als Stärke eines Menschen, Lebenskrisen ohne anhaltende Beeinträchtigung zu überstehen. Die Widerstandskraft wird durch das soziale und wirtschaftliche Umfeld, die biologische Vitalität und die Einstellung zu Problemen bestimmt. Die Resilienz ist hoch beim Erleben von Engagement (statt sich zu fügen), Kontrolle (statt Machtlosigkeit) und Herausforderung (statt Bedrohung).

### 1.1.2 Methodische Grundlagen: Ätiologieforschung, Psychotherapieforschung

Die Grundbegriffe sind Ihnen wahrscheinlich noch von den Methodik-Vorlesungen aus dem Studium bekannt. Im Folgenden werden sie wiederholt und auf die Psychotherapie-Forschung übertragen. Das ist nicht so „trocken“, wie Sie vielleicht befürchten.

#### Methoden der Ätiologieforschung

**Querschnitterhebungen:** Zu einem bestimmten Zeitpunkt werden mehrere (unabhängige) Stichproben mit demselben oder einem vergleichbaren Messinstrument jeweils einmal untersucht. Beispielsweise wird ein Fragebogen zur Häufigkeit und Stärke von Depressionen bei verschiedenen Altersgruppen in einem Altersheim eingesetzt. Die Querschnittstudie erlaubt Aussagen über die Punktprävalenz (s. unten).

**Vorteile:**

- kurze Durchführungsdauer der Untersuchung
- geringer Aufwand

**Nachteile:**

- Die Stichproben haben unter Umständen verschiedene Sozialisationsbedingungen.
- Unabhängige Stichproben erlauben keine Aussagen zu intraindividuellen Unterschieden.
- Für unabhängige Stichproben stehen weniger effiziente statistische Verfahren zur Verfügung.
- Die Generalisierung der Ergebnisse über den Zeitpunkt der Untersuchung hinaus ist problematisch.

#### Längsschnitterhebungen (Kohortenstudie) (!):

Dieselbe (abhängige) Stichprobe von Individuen wird zu verschiedenen Zeitpunkten mit demselben oder einem vergleichbaren Messinstrument untersucht. Man erhebt z. B. den Leistungsstand in Mathematik in derselben Schulklasse vom ersten bis zum vierten Schuljahr. Längsschnittuntersuchungen erlauben die Bestimmung der Periodenprävalenz (s. unten) und der Inzidenzraten (s. unten).



**Vorteile:**

- Die Unterschiede in den Messwerten geben die intraindividuelle Veränderung wieder.
- Die Unterschiede innerhalb der Stichprobe geben interindividuelle Unterschiede wieder.
- Für abhängige Stichproben stehen effiziente statistische Verfahren zur Verfügung.

**Nachteile:**

- Veränderungen der Umweltbedingungen während der Untersuchungsdauer können sich als nicht kontrollierbare Störfaktoren auswirken.
- Mortalität und Alterung der Probanden können Probleme bei der Auswertung machen.
- Besonders problematisch in Längsschnitten sind Stichprobeneffekte, die durch den Ausfall von Studienteilnehmern entstehen (Dropout-Effekte), was die interne Validität schwächt.
- Lerneffekte oder reaktive Effekte können auftreten.

- Die Untersuchungsverfahren sind im Verlauf der Studie nicht mehr zu verändern.
- Die richtige Wahl der Sequenz der Untersuchungen ist bedeutsam. Der Carry-over-Effekt ist eine Störvariable, die davon herrührt, dass eine frühere experimentelle Bedingung eine spätere inhaltlich beeinflusst.

**Retrospektive Untersuchungen:** Bei retrospektiven Studien untersucht man vom Ergebnis ausgehend die Einflussgrößen. Ein Beispiel für eine retrospektive Untersuchung ist die Befragung von Senioren über ihre Erinnerungen an den Zweiten Weltkrieg. Bei der sogenannten Fall-Kontroll-Studie werden dabei Patienten mit gesunden Personen verglichen.

Vorteile:

- Erfassung großer Datenmengen, die bei prospektiven Studien nur über eine lange Beobachtungszeit erworben werden können.
- Hohe Wirtschaftlichkeit, weil die Untersuchungen in der Regel leicht, schnell und billig durchzuführen sind.

Nachteile:

- Retrospektive Untersuchungen geben nur Hinweise, sie haben keine Beweiskraft.
- Die Richtung des Zusammenhangs bleibt unklar: Variable A kann Variable B beeinflussen, Variable B kann Variable A beeinflussen oder Variable C (Moderatorvariable) übt Einfluss aus.
- Wenn man auf die Erinnerung von Probanden angewiesen ist, können Fehler auftreten (z. B. recall bias: Ereignisse, die der Proband als nicht relevant erachtet, berichtet er nicht).

Eine Art der prospektiven Studien ist die High-Risk-Studie (!), bei der das Zusammenwirken von genetischer Disposition und Umweltfaktoren erfasst wird, um Prädiktoren für das Auftreten von späteren Erkrankungen zu suchen.

**Labor- und Feldstudie:** Bei der Laborstudie wird eine Untersuchung in einem speziell zu diesem Zweck entwickelten (künstlichen) Milieu durchgeführt. Der Fremde-Situations-Test von Ainsworth (► 4.1.1, S. 86) ist ein Beispiel einer Labor-

studie. Laborforschung hat hohe interne, aber geringe externe Validität.

Vorteile der Laborstudie:

- Die Situation ist leicht manipulierbar.
- Die Störvariablen können gut kontrolliert werden.
- Die Untersuchung erfolgt unter optimalen Bedingungen.

Nachteile der Laborstudie:

- Die Umgebung wirkt u. U. unnatürlich.
- Die Personen wissen, dass sie untersucht werden und verändern eventuell ihr Verhalten.
- Die Übertragbarkeit auf natürliche Situationen ist fraglich.

Bei der Feldforschung soll die diagnostisch-therapeutische Situation möglichst wenig durch die Untersuchung verfälscht werden. Eine Feldstudie ist z. B. die Auszählung aggressiven Verhaltens von Kindern auf einem Spielplatz. Feldstudien haben hohe externe, aber geringe interne Validität.

Vorteile der Feldstudie:

- natürliche Umgebung
- spontanes, normales Verhalten
- gute Übertragbarkeit auf natürliches Verhalten
- keine Verfälschung durch Wissen um Studie

Nachteile der Feldstudie:

- Die Störvariablen können schlecht kontrolliert werden.
- Die Manipulation der Situation ist schwierig.
- Das Verhalten ist u. U. schwer zugänglich.
- Die Untersuchungsbedingungen sind nicht optimal.

**Einzelfall- und Gruppenstudien:** Bei Einzelfalluntersuchungen (!) wird entweder ein Individuum (z. B. Patient mit seltener Erkrankung) oder ein im Hinblick auf ein Merkmal homogenes Kollektiv (z. B. Verein) betrachtet. Die Untersuchung erfolgt meist mittels nicht oder wenig standardisierter Verfahren. Die Einzelfallstudie erlaubt die detaillierte Beschreibung eines Phänomens und dient oft der Hypothesengenerierung. Die Aus-



wertung erfolgt über eine Zeitreihenanalyse, die Aussagen über Trend, Oszillation und Fehlerkomponenten macht. Die Zusammenfassung von Einzelergebnissen (Aggregation) aus Einzelfallstudien ist problematisch. Aussagen über die Generalisierbarkeit der Befunde sind nur durch Replikationsuntersuchungen möglich.

Gruppenstudien werden mit möglichst großen Stichproben durchgeführt. Es wird zwischen Experimental- und Kontrollgruppen unterschieden, für die Mittelwertunterschiede berechnet werden, die dann statistisch auf Signifikanz überprüft werden können. Bei Verwendung repräsentativer Stichproben sind Generalisierungen möglich. Die Individualität bleibt dabei unberücksichtigt.

#### **Experimentelle und quasiexperimentelle Studien:**

Beim Experiment (!) wird eine Situation genau definiert. Es dient der Überprüfung einer Hypothese und kann diese bestätigen oder widerlegen. Von einem Experiment wird gefordert, dass es reproduzierbar ist. Es gibt eine Experimental- und eine Kontrollgruppe, die durch Randomisierung (!) (Zuordnung zur Experimental- und Kontrollgruppe erfolgt zufällig) der Probanden gebildet wurden. Die unabhängige Variable wird verändert und die abhängige Variable wird gemessen. Andere Variablen werden konstant gehalten oder kontrolliert. Es können Aussagen über die Kausalität von Beobachtungen gemacht werden. Das Experiment ist Grundlage randomisierter kontrollierter Therapiestudien (RCT), die als Goldstandard für die Prüfung der Wirksamkeit von Therapien gelten.

Beim Quasiexperiment gibt es entweder gar keine Kontrollgruppe oder sie ist nicht durch Randomisierung aus der Gesamtpopulation entstanden. Die Befunde müssen daher nicht auf die Veränderung der Bedingungen, sondern können auf Gruppenunterschiede zurückgehen.

**Epidemiologische Erhebungen (!):** Die deskriptive Epidemiologie beschreibt das Auftreten und die Verteilung der Krankheiten über Populationen, geografische Regionen und die Zeit. Die analytische Epidemiologie erfasst Ursachen, Risikofaktoren und weitere Determinanten von Gesundheit und Krankheit.

• **Prävalenz (!) (Grundanteil):** Die Prävalenz beschreibt die Häufigkeit, mit der ein bestimmtes Merkmal (z.B. eine Diagnose) in definierten Zeiträumen in einer Population vorkommt.

- Die Punktprävalenz gibt die Häufigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt (z.B. Stichtag) an.
- Die Periodenprävalenz gibt die Häufigkeit in bestimmten Zeitabschnitten (z.B. in den letzten sieben Tagen) an.
- Die Jahresprävalenz ist die Periodenprävalenz für zwölf Monate.
- Die Lebenszeitprävalenz ist die Periodenprävalenz für das gesamte Leben.
- Die Prävalenzrate ist die Anzahl der Erkrankten im Verhältnis zur Anzahl der untersuchten Personen.
- Wahre Prävalenz bezeichnet die Prävalenz aus repräsentativen Studien.
- Unter administrativer Prävalenz versteht man die Prävalenz aus klinischen Studien.

• **Inzidenz (!):** Die Inzidenz gibt das Neuaufreten definierter Merkmale (z.B. bestimmter Diagnosen) in bestimmten Zeiträumen (z.B. während des letzten Jahres) in einer Population an.

• **Falldefinition:** Durch die Falldefinition werden Erkrankte (sog. Fälle) und nicht Erkrankte epidemiologisch unterschieden. Meist wird diese Entscheidung nach den Kriterien aus der ICD-10 (International Classification of Diseases) getroffen.

• **Fallregister:** Das Fallregister erlaubt die zentralisierte, personenbezogene, kontinuierliche Dokumentation aller Kontakte von Patienten mit den verschiedenen medizinischen Diensten einer umschriebenen Region. Das Einrichten von Fallregistern ist relativ teuer und birgt Datenschutzprobleme.

**Repräsentative und klinische Stichprobe:** Bei der Stichprobengewinnung wird mit einer mathematischen Methode eine Teilmenge aus einer Grundgesamtheit (Population) erzeugt. Die Stichprobe besteht aus einer Menge von Elementen, die hinsichtlich eines Merkmals übereinstimmen. Repräsentative Stichproben entsprechen in ihrer Zusammensetzung der Population, aus der sie

entnommen sind. Nur aus solchen Stichproben lassen sich Schlüsse auf die Population ziehen. Klinische Stichproben rekrutieren sich aus dem Personenkreis, der sich in Behandlung befindet.

## Methodik der Psychotherapieforschung

**Ziele:** Die Psychotherapieforschung soll z. B. Aussagen machen über:

- **Wirksamkeit:** Die Wirksamkeit von Therapieverfahren (outcome) wird z. B. über die Effektstärke (!) ermittelt. Cohens  $d$  berechnet sich aus dem Mittelwertunterschied eines Merkmals vor und nach der Therapie dividiert durch die gepoolte Standardabweichung von Experimental- und Kontrollgruppe nach der Behandlung. Nach Cohen weist  $d$  zwischen 0,2 und 0,4 auf einen kleinen Effekt,  $d$  zwischen 0,5 und 0,7 auf einen mittleren und  $d$  zwischen 0,8 und 1 auf einen starken Effekt. Bei Effektstärke von  $d=1$  haben sich die Patienten in der Interventionsstudie im Durchschnitt um eine Standardabweichung gegenüber der Kontrollgruppe verbessert.
- **Differenzielle Indikationen:** Die differenzielle Indikation soll Angaben darüber machen, welche Maßnahme, durch wen, wann, bei wem, mit welchem Problem und unter welchen Bedingungen zu welchem Ergebnis führt. Nach dem allgemeinen Modell von Psychotherapie (AMP) von Orlinsky und Howard (1987) ist die Wirksamkeit einer Therapie abhängig von der Passung zwischen dem Behandlungsmodell des Therapeuten, der Erkrankung des Patienten, therapierelativen Merkmalen des Therapeuten und therapierelativen Merkmalen des Patienten.
- **Prozessanalysen:** Dabei werden die Abläufe zwischen Therapeut und Patient untersucht. Erfasst werden Makro- (gesamter Therapieverlauf) oder Mikroprozesse (einzelne Sequenzen). Die Prozessanalyse soll verdeutlichen, was in Therapien wie wirkt.

**Strategien:** Methoden der Psychotherapieforschung sind unter anderem:

- **Einzelfallstudie:** siehe oben
- **Gruppenvergleiche:** siehe oben
- **Metaanalysen:** Die Metaanalyse ist eine Methode zur Zusammenfassung von Primäruntersuchungen (z. B. zur Wirksamkeit einer therapeutischen Maßnahme), in denen quantitative Daten statistisch ausgewertet wurden. Ihr Nutzen liegt darin, die Ergebnisse aus verschiedenen Untersuchungen quantitativ vergleichbar zu machen. Eine potenzielle Fehlerart bei der Durchführung von Metaanalysen liegt in der Nichtbeachtung des Publikations-Bias, mit dem umschrieben wird, dass Studien mit nicht signifikanten Befunden seltener veröffentlicht werden als solche mit signifikantem Ergebnis. Da Metaanalysen nicht besser sein können als die Studien, die sie integrieren, muss die methodische Güte (z. B. Größe der Stichprobe, Erhebung der Daten, Art der verwendeten Statistik) der Primärstudien berücksichtigt werden.

Die Therapieforschung, z. B. durch die Cochrane Collaboration, führt zu evidenzbasierten („erwiesenermaßen wirksamen“) Therapieempfehlungen auf verschiedenen Levels. Je nach Anzahl und Güte der zugrunde liegenden Studien steigt der Evidenzgrad. Man unterscheidet:

- **Ia:** Es gibt mindestens eine Metaanalyse aus mehreren randomisierten, kontrollierten Studien (RCT), die die Wirksamkeit der Therapie belegen.
- **Ib:** Es gibt mindestens eine randomisierte, kontrollierte Studie.
- **Iia:** Es gibt mindestens eine kontrollierte Studie (ohne Randomisierung).
- **Iib:** Es gibt mindestens eine quasi-experimentelle Studie.
- **III:** Es gibt nicht-experimentelle, beschreibende (= deskriptive) Studien, z. B. Vergleichsstudien.
- **IV:** Es gibt anerkannte Autoritäten auf dem Gebiet der Psychotherapie, welche die Therapie aufgrund von klinischer Erfahrung als wirksam erachten.



## Ergebnisse der Psychotherapieforschung

Während der Ausbildung entwickelt sich häufig die Überzeugung, dass nur die eigene Vertiefungsrichtung hilfreich ist. Identifikation in allen Ehren – aber jetzt geht es um das „Große und Ganze“!



**Wirkfaktoren und Wirkungsnachweise bei wissenschaftlich anerkannten Verfahren (!!):** Zu den spezifischen Wirkfaktoren der einzelnen Therapieschulen zählen z.B. das freie Assoziieren aus der Psychoanalyse, die Hot-Seat-Technik aus der Gestalttherapie oder die systematische Desensibilisierung aus der Verhaltenstherapie. Größeren Einfluss auf die Wirksamkeit scheinen die unspezifischen Wirkfaktoren zu haben, die in allen Psychotherapieverfahren bedeutsam sind. Dazu zählt man nach Grawe (!) „Ressourcenaktivierung“, „Problemaktualisierung“, „aktive Hilfe zur Problembewältigung“, „motivationale Klärung“ und „therapeutische Beziehung“, die im Würfelmodell der allgemeinen Psychotherapie zusammenwirken. Je nach Therapieverfahren werden die Wirkfaktoren unterschiedlich verwirklicht. Übergeordnet gilt nach Grawe die Konsistenztheorie, nach der alle Organismen nach Konsistenz streben und Therapie dann wirkungsvoll ist, wenn die Konsistenzerfahrung durch Reduktion von Inkongruenzquellen und durch bedürfnisbefriedigende Erfahrungen steigt.



Das Äquivalenzparadoxon oder Dodo-Verdikt (Luborsky et al. 1975), nach dem jede Psychotherapie eine Veränderung hervorruft und auf unterschiedliche Weise gleiche Prozesse in Gang gesetzt werden, scheint nach neueren Untersuchungen nicht zu gelten (Grawe et al. 1994). Vielmehr kann man von differenziellen Wirkungen der einzelnen Therapieverfahren ausgehen. Am besten wurden dabei die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren untersucht. Eine Vielzahl von Studien belegt ihre therapeutischen Effekte z.B. bei der Behandlung von Ängsten. Die Wirksamkeit der Psychoanalyse ist umstritten – auch weil das Ziel einer langfristigen Persönlichkeitsumstrukturierung relativ schwer zu erforschen ist. Tiefenpsychologisch fundierte (Kurzzeit-)Therapien gelten als verhältnismäßig gut wissenschaftlich gesichert und konnten ihre

Wirksamkeit in verschiedenen Studien nachweisen. Dies gilt auch für die Gesprächspsychotherapie und systemische Therapieansätze.

### 1.1.3 Lernpsychologische Grundlagen

(s. auch ► 2.2.2, S. 34f.)

**Historische Entwicklung der Lerntheorien:** Die Lerntheorien (vgl. Markgraf 1996) basieren auf den Untersuchungen von Watson (Einführung des Begriffs Behaviorismus), Pawlow (klassisches Konditionieren), Thorndike (law of effect) und Skinner (instrumentelles Konditionieren) vom Beginn des 20. Jahrhunderts. Verhaltenstherapeutische Orientierung bekamen die Arbeiten um 1950 durch Wolpe (reziproke Hemmung), Tolman (cognitive maps) und Mowrer (2-Faktoren-Theorie). Die sogenannte kognitive Wende wird um 1970 datiert. Vertreter kognitiver verhaltenstherapeutischer Ansätze sind z.B. Kanfer (Selbstregulation), Bandura (soziales Lernen) und Beck (kognitive Therapie [!!]). In den 1980er-Jahren wurden eine Vielzahl von Stress- und Selbstsicherheitsprogrammen (z.B. Meichenbaum) entwickelt. Bis heute erweitert sich das Spektrum der verhaltenstherapeutischen Interventionen kontinuierlich. Die Anwendung der Lerntheorien wird zunehmend z.B. mit Erkenntnissen aus der Sozialpsychologie und der Verhaltensmedizin kombiniert.



#### Definition und Bestimmungselemente der Lernformen:

Lernen ist ein Prozess, durch den ein Organismus sein Verhalten als Resultat von Erfahrungen ändert. Veränderungen durch Ermüdung, Adaptation, Reifung und Drogen werden nicht als Lernen bezeichnet. Sensitivierung und Habituation sind wenig komplexe Lernformen. Komplexer sind das assoziative Lernen, bei dem zwei Reize oder ein Reiz und eine Reaktion verknüpft werden wie bei der klassischen Konditionierung, die operante Konditionierung, die Prägung, das Lernen am Erfolg, das Diskriminations- und Generalisierungslernen (!). Als noch komplexer gilt Lernen durch Einsicht und strukturelles Lernen.





- **Respondentes Lernen, klassisches Konditionieren (!!):** Ein unconditionierter Reiz (z. B. Fehlhaltung) löst eine unconditionierte Reaktion (z. B. Muskelverspannung) aus. Wenn ein vorher neutraler Reiz (z. B. Arbeitstisch) mit einem unconditionierten Reiz verbunden wird, wird er zum konditionierten Reiz. Beim Auftreten dieses Reizes folgt die konditionierte Reaktion (z. B. Rückenschmerz)
- **Operantes Lernen (= Verstärkungslernen):** Verhalten (z. B. Kind zeigt Angst vor Hunden), auf das als Konsequenz ein verstärkendes Ereignis (z. B. Zuwendung der Mutter) auftritt, wird bekräftigt. Das Verhalten tritt in Folge mit höherer Wahrscheinlichkeit oder in größerem Umfang auf.
- **Beobachtungslernen:** Ein Beobachter (z. B. neues Kindergartenkind) ahmt ein Modell (z. B. „Rüpel“ der Kindergartengruppe) nach. Die Wahrnehmung von Modellverhalten führt dazu, dass
  - der Beobachter neues Verhalten erlernt.
  - eine bereits erlernte Reaktion ausgelöst oder ihr Auftreten erleichtert wird.
  - die Reaktion des Beobachters durch die Wahrnehmung des Modells gehemmt oder enthemmt wird.
- **Diskriminationslernen:** Beim Unterscheidungslernen signalisieren bestimmte Reize bestimmte Reaktionen und Konsequenzen. Es findet z. B. bei der Triggeranalyse im Rahmen von Traumatherapien Anwendung, damit die Patienten objektiv gefährliche und ungefährliche Reize zu trennen lernen.
- **Kognitives Lernen, Lernen durch Einsicht:** Der kognitive Lernprozess besteht darin, dass logische Strukturen und Bedeutungszusammenhänge (z. B. Lösungsweg bei Mathematikaufgaben) begriffen werden. Die geistigen Fähigkeiten werden aktiv eingesetzt und aufgenommene Information wird ständig weiter verarbeitet. Beim Lernen durch Einsicht werden die Beziehungen zwischen den Elementen einer Problemsituation plötzlich erkannt, ohne dass ein Ausprobieren durch Versuch und Irrtum erfolgen müsste.

**Verbindung von Lernformen:** In der Realität des alltäglichen Lernens durchdringen sich die ver-

schiedenen Lernarten gegenseitig. Lernen erfolgt meist in der Kombination der verschiedenen lerntheoretischen Ansätze (z. B. 2-Faktoren-Modell von Mowrer [!]: Nach dem Prinzip der klassischen Konditionierung erwirbt eine ursprünglich neutrale Situation [z. B. Besuch des Vaters] aufgrund traumatischer Bedingungen [z. B. Schläge durch den Vater] im Laufe der Zeit selbst aversive Stimuluseigenschaften. Durch diskriminative Hinweisreize lernt das Individuum im Sinne der instrumentellen Konditionierung [z. B. Weglaufen, wenn das Kind die Stimme des Vaters hört], die Situation zu vermeiden.)



### 1.1.4 Kognitionspsychologische Grundlagen

#### Definition und Bedeutung von:

- **Wissen:** Das Wissen ist die Gesamtheit der gespeicherten Inhalte (Repräsentationen) im Gedächtnis. Differenziert werden:
  - explizites Wissen: semantisches Wissen (erlerntes Wissen, z. B. „Die Erde ist rund.“) und episodisches Wissen (erlebtes Wissen, z. B. „Bei Kennedys Tod war ich gerade zu Hause.“)
  - implizites Wissen: prozedurales Wissen (z. B. Wissen, wie man Fahrrad fährt)
- **Erwartungen:** Erwartungen beschreiben die subjektiv wahrgenommene Wahrscheinlichkeit, dass ein Objekt bestimmte Merkmale besitzt. Die Erwartung spielt z. B. eine große Rolle bei der Leistungsmotivation. Eine Erfolgserwartung stärkt die Leistungsmotivation, eine Misserfolgserwartung schwächt sie.
- **Gedächtnis (!!):** Unter der Gedächtnisleistung versteht man die Fähigkeit, Sinneswahrnehmungen, Erfahrungen und Bewusstseinsinhalte zu registrieren, zu speichern und zu reproduzieren. Man unterscheidet:
  - Das deklarative Gedächtnis (aus explizitem Wissen) besteht aus
    - semantischem Gedächtnis (Fakten, die bewusst erlernt werden),
    - episodischem Gedächtnis für persönliche Erlebnisse (autobiografisches Gedächtnis umfasst Episoden, die für die Person besondere Bedeutung haben).





- Das nicht deklarative Gedächtnis speichert implizites Wissen, das sich auf die Person auswirkt, ohne in deren Bewusstsein zu sein.
- Beim Priming steigt die Zugänglichkeit bestimmter abgespeicherter Information im Gedächtnis durch die vorherige unbewusste Wahrnehmung von Reizen.
- Das prozedurale Gedächtnis spielt bei erlernten Bewegungsabläufen wie dem Fahrradfahren eine Rolle.
- Das assoziative Gedächtnis umfasst z. B. erlernte Ängste.
- Ein Beispiel für das nicht-assoziative Gedächtnis ist z. B. die Gewöhnung an Straßengeräusche.
- **Erinnern:** Erinnern ist die Rekonstruktion eines Erlebnis- oder Bewusstseinsinhaltes aus dem Gedächtnis. Die Rekonstruktion ist keine exakte Kopie der Erfahrung.
- **Einstellung:** Die Einstellung ist die intellektuelle und emotionale Haltung einer Person, z. B. ihre Haltung gegenüber Ausländern. Sie wird erworben und bestimmt die beständige Art und Weise, wie sich ein Mensch verhält. Einstellungen dienen zur Orientierung in der Umwelt.
- **Attribution:** Durch Attributionen versucht man eigenes und fremdes Verhalten zu erklären, zu kontrollieren und vorherzusagen. Bestimmten Ereignissen werden durch Attributionen Ursachen und Erklärungen zugeschrieben (z. B. das Opfer eines Überfalls hat selber Schuld). Bei der Attribution kann man drei Dimensionen unterscheiden: intern/extern, global/spezifisch und stabil/labil. Eine Form der Kontroll- oder Kausalattribution erklärt das Modell der gelernten Hilflosigkeit nach Seligman (!). Dabei werden nach Erfahrungen der Machtlosigkeit unangenehm erlebte Zustände nicht beendet, obwohl dies objektiv möglich wäre. Die Attribution „ich bin der Unterlegene und der andere ist stärker“ bleibt bestehen. Dieser Ansatz dient als eine Erklärung der Depressionsentstehung. Im Rahmen der Verhaltenstherapie können Reattributionen (Neuzuschreibungen) zur Änderung verzerrter Realitätswahrnehmungen eingesetzt werden.
- **Kontrollüberzeugung (locus of control):** Die Kontrollüberzeugung beinhaltet die prinzipielle Ansicht einer Person, das eigene Leben selbst bestimmen und bewältigen zu können. Eine starke Kontrollüberzeugung geht mit besserer allgemeiner Gesundheit und größerer Lebenszufriedenheit einher. Ältere Menschen sind sich sicherer, ihr Leben gestalten zu können als jüngere Personen. Männer haben in allen Altersgruppen eine stärkere Kontrollüberzeugung als Frauen. Als günstig für die Lebensbewältigung gelten internale Kontrollüberzeugungen, also generalisierte Erwartungen, dass man selbst Einfluss auf die Folgen seines Handelns nehmen kann. Eher ungünstig wirken sich external-fatalistische (auf Glück oder Zufall) oder external-personenbezogene Kontrollüberzeugungen (auf mächtige Personen oder Organisationen) aus.
- **Selbstwirksamkeit (!):** Banduras Selbstwirksamkeitskonzept (1979) (Kompetenzerwartung, self efficacy) beschreibt die Überzeugung einer Person, in einer definierten Situation die nötigen Fähigkeiten und Kompetenzen zu besitzen. Die Selbstwirksamkeit nimmt auf das Verhalten Einfluss, indem sie sich auf Motivation und Wahrnehmung auswirkt. Sie legt beispielsweise fest, welcher Situation sich eine Person aussetzt, wie sehr sie sich in dieser Situation anstrengt und wie viel Ausdauer sie zeigen wird. Dabei spielen die Erwartung, durch das eigene Verhalten ein bestimmtes Ergebnis erzielen zu können und die Erwartung, die dazu nötige Kompetenz zu haben, eine wesentliche Rolle. Bei der Self-efficacy-Therapie von Bandura wird die Veränderung der Kompetenzerwartung zur Depressionsbehandlung eingesetzt. Bedeutsam dabei ist, inwieweit Patienten persönliche Veränderungsmöglichkeiten wahrnehmen und konkret erleben.
- **Kognitive Netzwerke:** Jede neue Information wird in ein organisiertes Netzwerk vorhandenen Wissens, oft auch als Schema bezeichnet, eingepasst. Widerspricht die neue Information dem Schema, so wird es neu organisiert. Die neue Information trifft auf Erinnerungen vorhandener Informationen, die im Langzeitgedächtnis gespeichert wurden und die mit



der neuen Information assoziiert werden. Die neue Information kann alte Einstellungen unterstützen oder beeinträchtigen. Kognitive Reaktionen werden in der Regel nicht bewusst ausgelöst und kontrolliert, sie laufen quasi „automatisch“ ab („lautes Denken“).

- **Informationsverarbeitung:** Der Mensch nimmt Informationen auf und verarbeitet sie, wobei ein großer Teil ausgefiltert wird und nicht im Bewusstsein bleibt. Die Informationsverarbeitung gliedert sich in:
  - Informationsaufnahme
  - Informationstransformation
  - Informationsspeicherung
  - Informationsabgabe
- **Schemata und Pläne:** Unter Schemata versteht man kognitive Strukturen, die durch Abstraktion von den Besonderheiten eines Einzelfalles entstehen:
  - Ereignisschemata bezeichnet man auch als Skripte (z. B. gewohnte Abläufe [Eintreten, Bestellen, Essen, Zahlen, Gehen] bei einem Restaurantbesuch).
  - Situationsschemata bezeichnet man auch als Rahmen oder frames (z. B. alles, was mit einem Kindergeburtstag zusammenhängt).
  - Handlungsschemata bezeichnet man auch als Pläne (z. B. eigene Aktivitäten auf dem Weg zwischen Arbeitsplatz und Wohnung).

Schemata und Pläne erleichtern die Steuerung der Aufmerksamkeit, die Integration von Informationen und die Bildung von Schlussfolgerungen. Nach der Schematherapie (Young et al. 2005) sind Schemata handlungsbestimmende Grundannahmen, die sich früh entwickeln und auf fünf grundlegenden emotionalen Bedürfnissen basieren. In der Therapie werden maladaptive Schema-Bewältigungsstile identifiziert und aufgelöst.

- **Antizipation:** Die Antizipation ist die vorstellungsmäßige Erwartung eines Ereignisses und wird durch die bisherigen Erfahrungen bestimmt.
- **Coping:** Coping ist ein koordinierter Ich-Prozess, um eine Stresssituation zu bewältigen. Nach dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Launier (1978) wirken Co-

ping-Prozesse als zentrale Mechanismen bei der Adaptation von Individuen an belastende Person-Umwelt-Beziehungen. Sie bestimmen als primäre Bewertung, ob ein Ereignis als Schaden, Bedrohung oder Herausforderung wahrgenommen wird. Bei der sekundären Bewertung werden die Ressourcen geprüft. Die Bandbreite der Coping-Mechanismen ist groß. Grob unterteilt man in: Informationssuche, direktes Handeln, Unterlassen einer Handlung sowie intrapsychisches Coping. Diese Strategien können bei der Problembzw. der Emotionsbewältigung helfen. Bei der Neubewertung (reappraisal) wird der Erfolg der Bewältigung bewertet.

- **Kognition, Metakognitionen:** Unter Kognitionen versteht man alle Prozesse des Erkennens und Wissens. Metakognitionen umfassen das Wissen über die eigenen kognitiven Prozesse. Dysfunktional oder maladaptiv werden Kognitionen oder Metakognitionen dann, wenn sie sich negativ auf das Wohlbefinden auswirken.

### 1.1.5 Motivations- und emotionspsychologische Grundlagen

*Vielleicht finden sich im Folgenden einige Anregungen, wie man sich auch immer wieder für die Prüfungsvorbereitung motivieren und ihr mit positiven Gefühlen begegnen kann. Na klar doch: Lernen kann Spaß machen!*

#### Grundlegende Motivationstheorien:

- **Triebtheoretischer Ansatz:** Die Triebtheorien gehören zu den ältesten Erklärungsversuchen des motivationalen Geschehens. Bedürfnis, Disposition, Trieb, Antrieb und Motiv wurden oft synonym verwendet. Als Vertreter der Triebtheorien gelten z. B.:
  - Mc Dougall: Nach der Instinkttheorie von Mc Dougall (1908) gibt es zwölf Instinkte, die direkt oder indirekt die Antriebsquellen jeglicher Tätigkeit sind.
  - Freud: Die Triebtheorie von Freud (!) (1933/1999) entwickelte sich in mehreren



Phasen. Zunächst ging er vom Dualismus zwischen den Ich-Trieben (Selbsterhaltung) und den sexuellen Trieben (Arterhaltung) aus. Später vereinte er beide zum Lebenstrieb (Eros), dem er den Todestrieb (Thanatos) entgegenstellte. Nach Freud liegt die Triebquelle in einem körperlichen Spannungszustand (ausgelöst durch Not, Mangel und Bedürfnis), der Unlust bereitet. Das Triebziel ist die Aufhebung dieses Spannungszustandes.

- Hull: Nach Hull (1951) sind Triebe (drives) die motivationalen Komponenten physiologischer Bedürfnisse, die durch Störung der Homöostase entstehen. Liegt ein Bedürfniszustand vor, dann stellt der Trieb ungerichtete Energie bereit, mit der die in der Situation dominante Reiz-Reaktions-Verbindung (habit) aktiviert wird. Die Verhaltenstendenz wird als Funktion des Produktes von drive und habit definiert:  $\text{Reaktion} = f(\text{drive} \times \text{habit})$ . Später erweiterte Hull seinen Ansatz durch die Berücksichtigung des Anreizwertes eines Zielobjektes. Die entsprechende Formel lautet:  $\text{Reaktion} = f(\text{habit} \times [\text{drive} \times \text{Anreiz}])$ .
- **Lerntheoretische Antriebtheorie:** Antrieb oder Motivation sind keine klassischen Themen der Behavioristen, weil sie als intervenierende Variablen Phänomene in der nicht direkt erforschbaren Black Box sind. Lerntheoretische Ansätze erklären die Aktivität von Individuen durch die Konsequenzen des Verhaltens (z.B. Verstärkung oder Bestrafung), wobei die Verstärker auf angeborenen Trieben (z.B. Hunger) basieren. Aus der Verbindung mit diesen primären Trieben können sekundäre Triebe wie Angst oder Aggression erworben werden.

### Spezielle Motivationsformen und deren Bedeutung für die Psychotherapie (!):

- **Leistungsmotivation:** Nach Heckhausen (1965) ist die Leistungsmotivation das Bestreben, die eigene Tüchtigkeit in den Bereichen zu steigern und möglichst hoch zu halten, in denen man einen Gütemaßstab für verbindlich hält. Die erste Theorie zur Leistungsmoti-

vation stammt von McClelland et al. (1953) nach Anwendung des Thematischen Apperzeptionstests (TAT). Aus den Geschichten zu diesem projektiven Verfahren wurde die Hoffnung auf Erfolg und die Furcht vor Misserfolg bestimmt. Nach Atkinson (1957) (Risiko-Wahl-Modell) ist leistungsmotiviertes Handeln von den Erfolgserwartungen (Situation), den Erfolgsmotiven (Person) und der wahrgenommenen Schwierigkeit der Aufgabe (Anreiz) abhängig. Erfolgsmotivierte wählen Aufgaben mit mittlerer Schwierigkeit, Misserfolgsmotivierte wählen eher sehr leichte oder sehr schwere Aufgaben.

- **Änderungsmotivation:** Der Aufbau der Änderungsmotivation kann als ein erstes Therapieziel angesehen werden. Sie steht in Zusammenhang mit der Hoffnung auf Erfolg bzw. der Furcht vor Misserfolg. Zur Förderung der Änderungsmotivation müssen selbstabwertende und resignierende Gefühle (Demoralisierung) reduziert werden. Nach Kanfer (2000) wird die Änderungsmotivation dadurch gesteigert, dass die Therapie freiwillig und möglichst transparent ist und der Patient ständig Kontrolle über den Therapieprozess erlebt. Er soll selbst Ziele formulieren und eigene Kompetenz wahrnehmen. Wenn die Bereitschaft zur Behandlung und zur Erfüllung der äußeren Rahmenbedingungen trotz eventuell auftretender Probleme gegeben ist, spricht man von hoher Therapiemotivation. Werden in der Therapie Motivationsprobleme deutlich, können nach einer Motivationsanalyse spezielle Strategien wie z.B. Reframing, Beseitigung der Hindernisse oder Schaffung von Anreizen eingesetzt werden.

### Komponenten und Funktionen von Emotionen (!):

Nach der 2-Faktorentheorie von Schachter und Singer (1962) basieren Emotionen darauf, dass einer unspezifischen physiologischen Reaktion eine kontextabhängige zu der Erregung passende Kognition zugeordnet wird. Emotionen sind vorrationale Steuerungs- und Bewertungsmechanismen. Sie liegen auf den Kontinuen zwischen Lust – Unlust, Spannung – Lösung und Erregung – Beruhigung. Als Basisemotionen werden Furcht oder Panik, Ärger, Zorn oder Wut, Freude oder

Ekstase, Traurigkeit oder Kummer, Akzeptanz oder Vertrauen, Ekel oder Abscheu, Überraschung oder Erstaunen und Neugierde oder Erwartung genannt. Emotionen haben motivierende Eigenschaften, dienen zur Bewertung von Situationen und enthalten einen Handlungsentwurf. Die Differenzierung von Emotionen und deren sinnvoller Ausdruck sind wichtig für die Selbsterkenntnis und für die zwischenmenschliche Kommunikation.

- **Emotionen und klinische Syndrome:** Maladaptive Emotionen finden keinen situationsangemessenen Ausdruck und lassen meist einen sinnvollen Handlungsentwurf vermissen. Dadurch kann es zu persönlichem Leidensdruck und erheblichen zwischenmenschlichen Kommunikationsproblemen kommen. Störungen der Emotion finden sich z. B. bei:
  - Angst: Überstarke, unangemessene Angst schränkt das Denken und das Handeln ein. Sie führt zu einer Art Lähmung des Betroffenen.
  - Depression: Die Stimmung hellt sich auch nach erfreulichen Ereignissen nicht auf. Die Bandbreite des emotionalen Erlebens ist stark reduziert.
  - Zwang: Wird einem Zwang nicht nachgegeben, stellt sich unerträgliche Angst ein.
  - Reaktionen auf Belastungen: Im Trauma werden Affekte abgespalten, die später durchbrechen können. Posttraumatische Belastungsreaktionen können so als Folge nicht integrierbarer Emotionen verstanden werden.
  - Psychosomatische Erkrankungen: Alexithymie (Gefühlsblindheit) ist ein häufiger Verarbeitungsmodus bei psychosomatisch Erkrankten. Die Betroffenen haben Probleme, Gefühle adäquat wahrzunehmen, die Affekte zu unterscheiden und Emotionen sprachlich auszudrücken. Oft bleiben sie auf einer konkret-gegenständlichen Verständigungsebene und zeigen eine gewisse Beziehungsleere.
  - Schizophrenie: Schon Bleuler (1911) nannte neben Assoziationsstörung, Ambivalenz und Autismus auch Änderungen im Affekt als Kennzeichen von Schizophrenie. Es kann z. B. zu Affektverflachung, Parathy-

mie, gleichzeitigen gegensätzlichen Gefühlen oder läppischem Affekt kommen.

- **Bedeutung von Emotionen für die Psychotherapie:** Zur therapeutischen Arbeit mit Emotionen werden folgende Strategien eingesetzt:
  - Die Aufmerksamkeit des Patienten wird auf seine Emotionen gelenkt.
  - Wenn der Patient abschweift, wird er wieder auf seine Emotionen aufmerksam gemacht (Refokussieren).
  - Der Patient soll sich, auch während er über Vergangenes spricht, auf den momentan erlebten inneren Zustand konzentrieren.
  - Die Intensität der erlebten Gefühle wird vom Therapeuten möglichst reguliert.
  - Der Therapeut analysiert den nonverbalen Ausdruck des Patienten, um ihm Informationen über den affektiven Zustand zu geben.
  - Die Veräußerlichung der Emotion, z. B. über Sprache oder Bilder, macht diese für eine mögliche Bearbeitung verfügbar.
  - Nachdem das Gefühl verbalisiert wurde, hilft der Therapeut dabei, Veränderungsimpulse (z. B. Betrauern) festzulegen.

Durch diese Strategien werden zuvor unbewusste Gefühle in das Bewusstsein gerückt und als legitim angenommen. Die Aktivierung starker emotionaler Reaktionen wirkt oft erleichternd (Katharsis). Die in der Therapie erlebten Gefühle verändern Einstellungen und Konzepte. Der Patient erlebt, dass auch er und nicht nur die Umwelt für die Gefühle verantwortlich ist. Unangepasste affektive Reaktionen werden dadurch veränderbar. Der Patient spürt, dass er vom Therapeuten auch dann anerkannt wird, wenn er negative Gefühle ihm gegenüber äußert.

**Psychodynamische Grundlagen** (► 2.3.1, S. 37f.): Freud (1933/1999) betont die energetisierende Funktion von Emotionen. Sie werden als abgeschwächter Rest der unterdrückten Triebe gesehen, der in das Bewusstsein gelangt. Emotionen spielen damit eine wichtige Rolle bei der Auswahl und der Steuerung von Verhaltensweisen.

### 1.1.6 Kommunikations- und sozialpsychologische Grundlagen

**Interaktion und Kommunikation auf verbaler und nonverbaler Ebene:** Die Medien der nonverbalen Interaktion oder Kommunikation sind Körperbewegungen (z.B. Mimik, Gestik, Haltungen, Handlungen), paralinguale Phänomene (z.B. Stimmqualität, Pausen, Geräusche), die Position im Raum, Gerüche, Haptik und Aussehen. Nonverbale Kommunikation/Interaktion vermittelt Information gewollt oder ungewollt, v. a. auf der Beziehungsebene. Verbale Kommunikation bzw. Interaktion vermittelt eher Inhalte.

**Grundlegende Merkmale und Funktionen von Interaktion und Kommunikation (!):** Interaktion ist als wechselseitiges Sozialverhalten, Kommunikation als sozialer Zeichengebrauch oder wechselseitiger Austausch von Information definiert. Der Datenfluss wird dabei sowohl vom Sender als auch vom Empfänger bestimmt. Nach Watzlawick et al. (2000) kann man nicht nicht kommunizieren, weil jedes Verhalten eine Mitteilungsfunktion hat. Im Sinne der Laswell-Formel (1948) besteht Kommunikation aus den Komponenten: Wer sagt was, zu wem, womit, durch welches Medium, mit welcher Absicht und mit welchem Effekt? Nach dem Kommunikationsmodell von Schulz von Thun (Schulz von Thun u. Stegemann 2004) unterscheidet man die vier Ebenen einer Botschaft in den Sach-, den Beziehungs-, den Selbstoffenbarungs- und den Appellaspekt von Kommunikation. Die hauptsächliche Funktion der Kommunikation liegt in der Kontrolle der Beziehung zum anderen.

- **Reziprozität:** Unter Reziprozität versteht man die gegenseitige Wechselwirkung in der Kommunikation.
- **Appellation:** Die Appellation ist Ausdruck dessen, was von anderen erwartet wird.

**Kommunikationsstörungen:** Eine Kommunikationsstörung ist die Beeinträchtigung oder Unfähigkeit mit anderen in Kontakt zu treten. Kommunikationsstörungen ergeben sich z.B. aus paradoxen Mitteilungen, wenn verbaler und nonverbaler Inhalt nicht übereinstimmen. Chronisch

paradoxe Kommunikation kann zu Doppelbindungen (double bind) führen.

**Soziale Dimension von Verhalten, soziale Wahrnehmung, Urteilsbildung, Etikettierung (Labeling):** Soziale Wahrnehmung ist die Fähigkeit, sich mit sich selbst und anderen Personen in Bezug auf soziale Rollen, Positionen und Interaktionen auseinanderzusetzen (z.B. Status-Einschätzung des Gegenübers). Die soziale Urteilsbildung beschreibt, wie Meinungen und Bewertungen durch soziale Faktoren beeinflusst werden (z.B. Wirkung von Ähnlichkeiten bzw. Unähnlichkeiten zwischen Menschen). Beim Labeling- oder Etikettierungsansatz wird untersucht, wie eine psychiatrische Diagnose (= Label oder Etikett) das soziale Verhalten eines Patienten beeinflussen kann, weil er in eine bestimmte Rolle gedrängt wird. So kann z.B. die Zuschreibung der Person als psychisch krank auf den Verlauf der Störung Einfluss nehmen.

**Gesundheits- und Krankheitsverhalten:** Das Gesundheitsverhalten umfasst die Einstellung und das Verhalten gegenüber Gesundheit und Gesundheitsrisiken. Es ist abhängig von den Werten in der Familie und der Gesellschaft sowie der gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung. Das Krankheitsverhalten (► 2.4.2, S. 45 f.) umfasst die Verhaltensweisen, die eine Person zeigt, wenn sie subjektiv eine Gesundheitsstörung erlebt (z.B. Leugnung der Störung, Selbstmedikation, Aufsuchen eines Heilpraktikers). Es ist abhängig von der Art und dem Schweregrad der Erkrankung, von der persönlichen Einstellung des Patienten gegenüber der Krankheit, von den Rollenerwartungen an Arzt und Patient sowie den Normen für die Krankheitsbewältigung. Gesundheitsschädigende Einstellungen werden in der primären Sozialisation erworben und durch gruppenspezifische Prozesse beeinflusst. Dabei spielen auch Werbung und die Verfügbarkeit von Genussmitteln eine Rolle. Einen gesundheitlich besonders riskanten Lebensstil haben junge Männer mit eher geringer Bildung. Finanzieller Druck und schlechte Wohnverhältnisse gehen mit einem ungesunden Lebensstil und mangelnder Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten (Inanspruchnahmeverhalten) ein-

her. Menschen aus unteren Schichten haben oft eine instrumentale Körperbeziehung: Sie schenken dem Körper nur dann Beachtung, wenn er versagt. In den oberen Gesellschaftsschichten wird der Körper häufiger kontinuierlich beobachtet (reflexive Körperbeziehung) Das Risikobewusstsein ist höher, der Lebensstil gesundheitsbewusster.

Ein Modell zur Beschreibung, wie Gesundheitsverhalten (z. B. Abbau von Suchtverhalten, bessere Ernährung, Steigerung sportlicher Aktivität) gefördert werden kann, stammt von Prochaska und Di Clemente (Prochaska u. Velicer 1997). Sie beschrieben mit dem transtherapeutischen Modell folgende Phasen:

- Absichtslosigkeitsstadium (precontemplation)
- Absichtsbildungsstadium (contemplation)
- Vorbereitungsstadium (preparation)
- Handlungsstadium (action)
- Aufrechterhaltungsstadium (maintenance)

Bei der Überarbeitung des Modell wurde das Abschlussstadium (termination) ergänzt. Auch die motivierende Gesprächsführung (motivational interviewing, Miller und Rollnick 1991) dient zum Abbau gesundheitsschädlichen Verhaltens (v. a. bei Suchtverhalten) mit Aufbau einer intrinsischen Motivation durch Exploration und Auflösen von Ambivalenzen.

**Soziogenese:** Erkrankungen können auch soziogenetisch, d.h. durch den Einfluss sozialer Bedingungen, erklärt werden. Bei der primären Soziogenese liegt die Ursache der Erkrankung direkt in den sozialen Bedingungen wie z. B. bei Berufskrankheiten. Die sekundäre Soziogenese z. B. bei AIDS, Bronchialkarzinom oder Tuberkulose drückt aus, dass soziale Bedingungen neben anderen pathogenetischen Faktoren wirken. Die tertiäre Soziogenese bezieht sich auf den vergleichsweise geringeren Einfluss sozialer Faktoren z. B. auf den Genesungsverlauf nach einem Herzinfarkt oder bei der Rückfallprophylaxe nach Nikotinentwöhnung.

## 1.1.7 Persönlichkeitspsychologische Grundlagen

### Grundlegende Persönlichkeitskonzepte und deren Relevanz für psychische Störungen bzw. die Psychotherapie

**Verhaltenstheoretische Sicht:** Die Kernidee der behavioristischen Sichtweise ist, dass abweichendes Verhalten wie jedes andere erlernt wird. Abnormalität wird dabei kontextabhängig und relativ verstanden. Die Abweichungen sind nach dem verhaltenstherapeutischen Modell mit Methoden der experimentellen Psychologie behandelbar. Grundvoraussetzung dafür ist die intensive Verhaltensbeobachtung. Therapieansätze sind z. B. Gegenkonditionierung, systematische Desensibilisierung, Habituation, aversives Konditionieren, token economy, Modelllernen oder Rollenspiel. Aus kognitionspsychologischer Sicht kommt es beim Lernen zu komplexeren Prozessen als der passiven Bildung von Reiz-Reaktionsverbindungen. Im Rahmen der Kognitionspsychologie wird untersucht, wie Information empfangen, gespeichert und verwendet wird. Gemäß der Mediatortheorie löst ein Umweltreiz automatisch eine vermittelnde innere Reaktion (wie z. B. Denkprozesse) aus, die denselben Verstärkerprinzipien unterworfen ist wie die offene Reaktion. Das Ziel der kognitiven Therapie ist die Veränderung der inneren Reaktion.

**Psychodynamische Sicht:** Die psychodynamischen Persönlichkeitstheorien räumen unbewussten Prozessen eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung und Stabilisierung der Persönlichkeit ein. Das gestörte Verhalten wird als Ergebnis von unbewussten Lösungsversuchen innerpsychischer Konflikte oder von Entwicklungsdefiziten verstanden. In der psychodynamischen Therapie sollen die unbewussten Prozesse aufgedeckt und bearbeitet werden.