

Prof. Dr. Wolfgang Hiller

Stichworte aus den gezeigten Folien zur Vorlesung Klinische Psychologie

Thema: Psychotherapie II

Kognitive Verhaltenstherapie - ein Überblick

Entwicklungslinien der Verhaltenstherapie

Grundlagenforschung (1900-1950):

Pawlow (1849-1936): KK

Thorndike (1874-1949): IK

Skinner (1904-1990): Operantes Lernen

Mowrer (Anfang 40er Jahre): 2-Faktorenmodell

Dollard & Miller (1950): Erstes Therapiemodell

Anwendungsforschung (ab etwa 1920):

Watson & Rayner (1920): Little Albert

Jacobson (1938): PMR

Mowrer (Ende 30er Jahre): Enuresisbehandlung

Eysenck (1952): Psychotherapie = Spontanverlauf

Rachman (50er Jahre): Aversionstherapie

Wolpe (1958): Reziproke Hemmung

Bandura (60er Jahre): Modelllernen

Skinner/ Lindsley: Operante Verfahren

Ayllon/ Azrin: Token Economies

Bandura: Modelllernen

Marks/ Gelder/ Mathews: Expositionsverfahren bei Phobien

Masters/ Johnson: Therapie sex. Störungen

Birk (1973): Verhaltensmedizin

Lazarus/ Meichenbaum: Breitbandansätze, Selbstinstruktionstraining

Ullrich & Ullrich: Selbstsicherheitstraining

70er/ 80er Jahre: Stressprogramme, Angst-Management-Training

Beck: KVT der Depression

Marks, Clark, Salkovskis: KVT der Angst- und Zwangsstörungen

heute: spezifische KVT-Ansätze für Vielzahl von Störungen

morgen: Analyse von Nonrespondern: Motivation, kognitive Aspekte des Vermeidungsverhaltens, "Dritte Welle" (z.B. DBT, ACT, CBASP, Schematherapie)

Allgemeine Prinzipien der Verhaltenstherapie

1. Die Verhaltenstherapie stützt sich auf die Ergebnisse der wissenschaftlichen Psychologie.
 2. Die Kenntnis experimentell erforschter Lerngesetze und Bedingungen von Lernprozessen sind die unabdingbare Voraussetzung für die Anwendung der Verhaltenstherapie.
 3. Die Verhaltenstherapie bemüht sich um rigorose Überprüfungsstandards.
 4. Die Entstehung psychischer Störungen wird mit Hilfe von Forschungsergebnissen der Naturwissenschaften inklusive der experimentellen Psychologie erklärt. Abweichendes Verhalten unterliegt den gleichen Lerngesetzen wie normales Verhalten.
-

7-Phasen-Modell der Verhaltenstherapie (Kanfer, 1990)

1. Eingangsphase: Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen
2. Aufbau von Veränderungsmotivation
3. Verhaltensanalyse und funktionelles Bedingungsmodell
4. Vereinbaren therapeutischer Ziele
5. Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden
6. Evaluation therapeutischer Fortschritte
7. Erfolgsoptimierung/ Abschluss der Therapie => Transfer auf andere Situationen ermöglichen

Zur Verhaltensanalyse eines klinischen Problems müssen die folgenden 4 Fragen beantwortet werden:

1. Welches sind die Probleme und die Ziele der Therapie?
2. Wie kann Fortschritt in der Therapie deutlich gemacht und gemessen werden?
3. Welche Bedingungen in der Umgebung des Patienten halten das Problem aufrecht?
4. Welche Interventionen sind mit ausreichender Wahrscheinlichkeit effektiv?
5. [nach Liberman & Bedell]

Funktionales Modell der Verhaltenstherapie

• Verhalten wird *gesteuert* durch seine vorangehenden (auslösenden) und nachfolgenden (verstärkenden, bestrafenden) Bedingungen

• *Verhaltensgleichung von Kanfer & Phillips (1975):*

S = Reize (Stimuli)

O = Organismus

R = Reaktion, Verhalten

C = Konsequenzen

K = Kontingenzen (Verstärkerplan)

S,O,R = vorausgehende Bedingungen

K,C = nachfolgende Bedingungen

• *Arten von Konsequenzen:*

C⁺ = positive Verstärkung

C⁻ = direkte Bestrafung

Wegfall C⁺ = indirekte Bestrafung

Wegfall C⁻ = negative Verstärkung

keine Konsequenzen = Löschung

Die 4 Techniken der Verhaltenstherapie

Gegenkonditionierung

operante Konditionierung

Modelllernen

kognitive Umstrukturierung

**Einsatzgebiete und Ziele einiger typischer verhaltenstherapeutischer Methoden
(nach Kanfer & Schmelzer, 2005)**

Methoden	Einsatzgebiete	Lernziele
Entspannungs- training	Psychosomatische Beschwerden, Ängste	Aufbau einer Entspannungsreaktion im Körper durch systematische Übungen (PMR) oder formelhafte Vorträge (AT)
Selbstsicherheitstraining	Soziale Unsicherheit, Ängste im Umgang mit anderen	Vermittlung und Einübung sozialer Fertigkeiten (z.B. Blickkontakt halten, laut und deutlich sprechen, eigene Wünsche äußern)
Kommunikationstraining	Partnerschafts- und Familienprobleme	Effektiv miteinander reden, gegenseitiges Verstehen verbessern, Konflikte klären und lösen, „konstruktives Streiten“
Aufbau von Aktivitäten	Depressionen	Stimmung heben durch Verbesserung der Aktivitäts- und Erfolgsbilanz
Selbstbeobachtung	(allgemein hilfreich)	Im Alltag gezielt auf innere und äußere Abläufe achten (Auslöser, Verhalten, Konsequenzen)
Rollenspiel	kritische Situationen	Üben/Vorausüben schwieriger Situationen; Rückmeldungen und kontinuierliche Verbesserungen
Angstkonfrontation	Ängste, Zwänge	Ängste überwinden durch aktives Herangehen an die Situation, Habituation und Bewältigung
kritisches Hinterfragen („Disputation“)	hinderliche Lebenshaltungen und Überzeugungen	Erkennen und Verändern von persönlichen Einstellungen mit problematischen Konsequenzen
Problemlösen und Entscheiden	(allgemein hilfreich)	Einüben der Problemlöseschritte: 1. IST klären, 2. SOLL klären, 3. Lösungen suchen, 4. Lösungsschritte umsetzen, 5. Erfolgskontrolle
Genusstraining	Depressionen (allgemein hilfreich)	sich Genuss erlauben, genießen lernen; Genussübungen für alle Sinnesorgane
Imagination von Zielzuständen	(allgemein hilfreich)	Motivationsaufbau („Angenommen, die nächsten 3 Jahre verlaufen ideal nach Ihren Wünschen und Träumen ...“)
mit neuen Situationen experimentieren	Ängste, Zwänge, starre Gewohnheiten, Alltags-trott	aus üblichem Verhalten ausscheren, Versuche starten, Experimente wagen

Allgemeine Kennzeichen der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung

1. Operationalisierung der theoretischen Konzepte und therapeutischen Vorgehensweisen
2. Empirische Validierung der Theorien und Therapien mit objektiven, reliablen und validen Maßen
3. Problem- und Störungsorientierung
4. Starke, aber nicht ausschließliche Betonung des Hier-und-Jetzt
5. Neues Lernen von Erfahrungen und Verhaltensweisen
6. Problemlösen
7. «Hilfe zur Selbsthilfe»
8. Therapeutische Beziehung auf Zusammenarbeit ausgelegt
9. Therapieziele werden operationalisiert und explizit vereinbart
10. Betonung der Veränderung außerhalb des Therapiesettings

Beispiele für konkrete Ziele in der Verhaltenstherapie

Ich möchte selbstsicherer werden und nicht mehr so stark von der Meinung anderer abhängig sein.

Ich möchte mich nicht mehr über jede Kleinigkeit ärgern, sondern wieder zufriedener werden und das Leben genießen können.

Ich möchte mich mit meinem Partner wieder besser verstehen.

Ich möchte ein schlimmes, traumatisches Erlebnis überwinden.

Ich möchte weniger Angst haben, mich wieder unter Leute zu trauen.

Ich möchte von meinen zwanghaften Gedanken und Handlungen loskommen.

Ich möchte von Alkohol, Drogen oder Tabletten loskommen.

Progressive Muskelrelaxation (nach E. Jacobson)

- Die Fähigkeit, sich zu entspannen, wird genauso *gelernt* wie andere motorische Fähigkeiten
- *Lernziel* ist es, alle Muskelgruppen des Körpers anzuspannen und zu lockern
- Dazu ist es erforderlich, auf die Empfindungen der Spannung und Entspannung im Körper *aufmerksam* zu werden
- Das Erleben von Anspannung ist hilfreich, um einen Ausgangspunkt zu schaffen und Lockerung bzw. Entspannung *bewusst wahrnehmen zu können*
- *16 Muskelgruppen* werden nacheinander angespannt und gelockert
 - Hand und Unterarm
 - Stirn
 - mittlere Gesichtspartie (Nase und Augenpartien)
 - untere Gesichtspartie und Kiefer
 - Nacken
 - Schultern und obere Rückenpartie
 - Bauch
 - Oberschenkel
 - Unterschenkel
 - Fuß

Progressive Muskelrelaxation (nach E. Jacobson)

Körperliche Symptome der Entspannung

gesenkte Atemfrequenz
gesenkte Herzfrequenz
erhöhte Hauttemperatur
geringe Hautleitfähigkeit
Blutdruck gesenkt
Erhöhte Alpha- und Thetawellen
erhöhte Darmperistaltik
gesenkter Muskeltonus

Psychische Symptome der Entspannung

Gefühl des Wohlbefindens
veränderter Bewusstseinszustand
geringe Ablenkbarkeit
gewisse Schläfrigkeit

Reizkonfrontationsverfahren

Reizüberflutung
Implosion
Flooding/Konfrontation/Exposition
systematische Desensibilisierung
Habituationstraining
Angstbewältigungstraining

Systematik der Reizkonfrontation

Art der Konfrontation	in-sensu	in-vivo
graduiert	systematische Desensibilisierung	Habituationstraining
massiert	Implosion	Flooding
	Reizüberflutung	

Operante Methoden der Verhaltenstherapie

- *Aufbau vs. Abbau* von Verhalten durch Löschung bzw. Verstärkung
- *Entzug positiver Verstärker*, die das störende Verhalten aufrechterhalten (z.B. bei Schulkindern Film abstellen, falls Hausaufgaben nicht gemacht sind)
- *Entzug negativer Verstärker* (in der Regel zum Abbau von Vermeidungsverhalten; z.B. keine Flucht aus angstbesetzten Situationen)
- *Aversionstherapie* durch direkte oder indirekte Bestrafung (früher versucht zur Behandlung z.B. des Zigarettenrauchens, extensiven Trinkens, Übergewichts, Exhibitionismus, Transsexualität, Zwangsstörungen)
- *Verfahren der positiven Verstärkung:*
 - Shaping*: sukzessive Annäherung an das Zielverhalten durch positive Verstärkung; zunächst Verstärkung aller Verhaltensweisen, die in Beziehung zum Zielverhalten stehen, später immer differenziertere Verstärkung; wichtig für Erwerb von komplexem Sozialverhalten
 - Chaining (Verhaltensketten)*: Aufbau einzelner Verhaltenskomponenten, die dann verkettet werden (z.B. Essen bei Kind); Hilfestellung (*prompting*) am Anfang stark, wird langsam ausgeblendet (*fading*)

Kognitionen in der Verhaltenstherapie

flüchtige Gedanken

Bewertungen

allgemeinere Werthaltungen

Überzeugungen

Einstellungen

Glaubenssätze

Erwartungen

Normen

Befürchtungen

Interpretationen

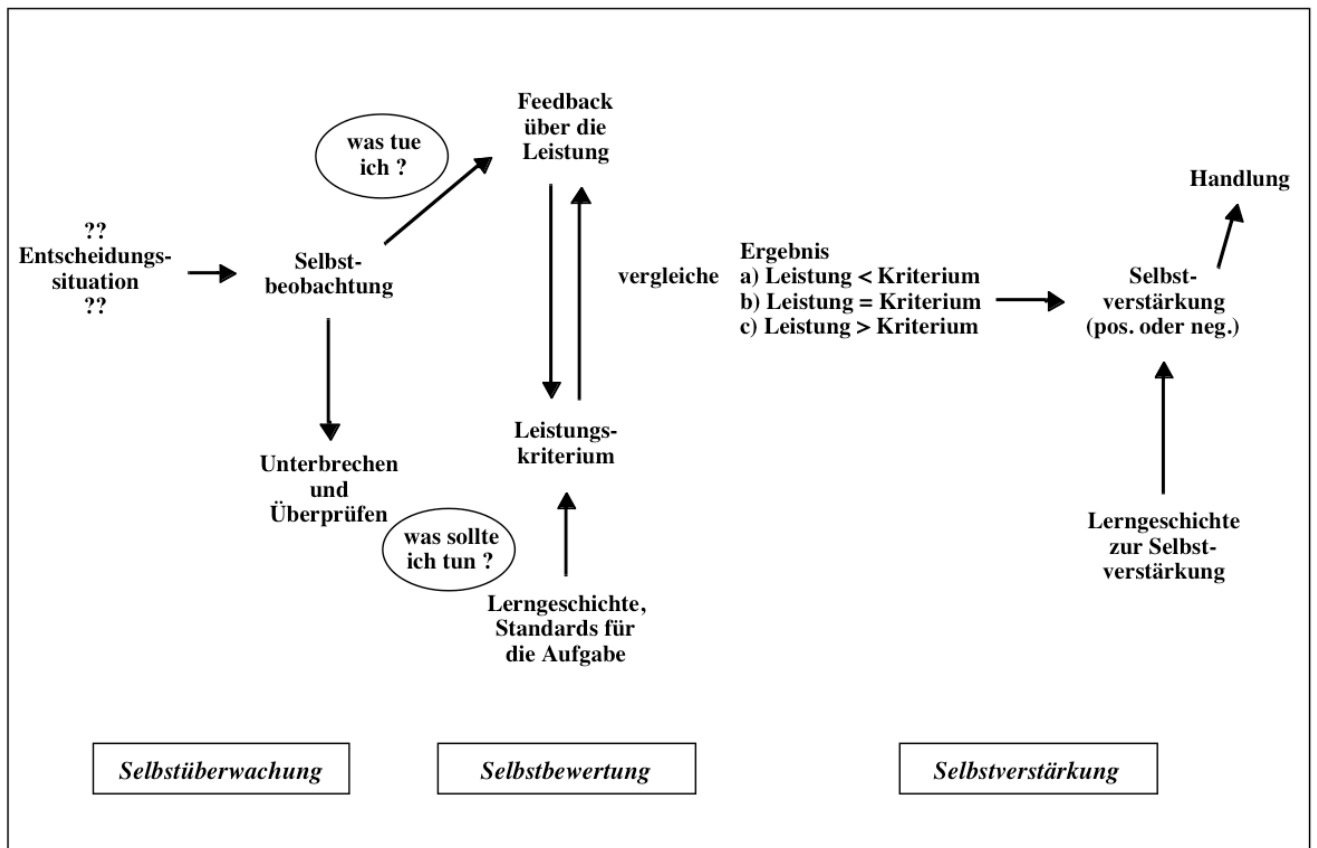
Vermutungen

Handlungsvorschriften

bildhafte Vorstellungen

Erinnerungen

Modell der Selbstregulation (nach Kanfer, 1977)



Selbstinstruktionstraining

[nach Meichenbaum & Goodman 1969, 1971]

- 1 Modellvorgabe
- 2 Beobachtbare, äußere Anleitung
- 3 Beobachtbare Selbstanleitung
- 4 Abgeschwächte, beobachtbare Selbstanleitung
- 5 Verdeckte Selbstanleitung

Stress-Impfungstraining

[nach Meichenbaum und Mitarbeitern 1977]

- Unterricht
- Übungsphase
- Anwendungsphase

Kognitive Bewältigung:

- Vorbereitung auf den Stressor
- Phase der Konfrontation mit dem Stressor
- Phase des Gefühls, überwältigt zu werden
- Phase der Selbstverstärkung

Problemlösetraining

[nach D'Zurilla & Goldfried, 1971]

1. Allgemeine Orientierung
 - Probleme grundsätzlich akzeptieren
 - Probleme möglichst rasch erkennen
 - Bereitschaft zur Verhaltensänderung
2. Beschreibung des Problems
 - möglichst präzise und konkret
 - von verschiedenen Perspektiven
3. Erstellen von Alternativen
 - Brainstorming
 - möglichst viele Ideen entwickeln
 - zunächst noch keine Bewertungen
4. Treffen einer Entscheidung
 - Vor- und Nachteile einzelner Ideen abwägen
 - eine der Alternativen auswählen
5. Überprüfung

Breitspektrum-Verhaltenstherapie nach Lazarus

Bereichsprofil eines Patienten in multimodaler Therapie (nach Lazarus 1973)

Bereich	Problem	Vorgeschlagene Behandlung
Verhalten	- häufiges Weinen - negative Selbstäußerungen	- Nichtverstärkung - Hausaufgabe: positive Selbstäußerungen
Emotionen	- Unfähigkeit, offen Zorn auszudrücken - Mangel an Enthusiasmus und spontaner Freude - Leere und Einsamkeit	- Rollenspiel - positive Vorstellungsverfahren - Aufbau allgemeiner Beziehungen
Sinnes- Empfindung	- kaum sinnliche Freuden - häufig Kreuzschmerzen	- Methode der Empfindungsfokussierung - orthopädische Übungen
Vorstellung	- deprimierende Szene des Begräbnisses der Schwester	- Desensibilisierung
Denken	- irrationale Selbstgespräche: «ich bin schlecht» «ich muss leiden» «ich bin minderwertig»	- beratendes rationales Gespräch und korrektives Selbstgespräch
Zwischen- menschliche Beziehungen	- kindliche Abhängigkeit - lässt sich leicht ausnutzen und ist unterwürfig	- Selbständigkeitsaufgaben - Selbstsicherheitstraining

Soziales Kompetenztraining (Selbstsicherheitstraining)

ATP = Assertiveness Training Programm nach Ullrich & Ullrich

- ❖ standardisiertes Therapieprogramm
- ❖ systematisch entwickelt, empirisch überprüft als bedingungsanalytische Psychotherapie
- ❖ Gruppentherapie (a. Einzeltherapie möglich)
- ❖ Zielbereiche: 1. Verringerung sozialer Ängste, 2. Ausbau sozialer Fertigkeiten (social skills), 3. Verbesserung des Selbstwertkonzepts
- ❖ 110 soziale Situationen vorgegeben
- ❖ Rangfolge gemäß inhaltlichen Kriterien und Schwierigkeitsmatrix
- ❖ Selbstkontrolle wird systematisch entwickelt
- ❖ Methoden: Rollenspiele, Hausaufgaben, in-vivo-Übungen

Merkmale selbstunsicheren Verhaltens [n. ATP]

- [1] soziale Ängste, [2] mangelnde soziale Fertigkeiten, [3] unzweckmäßiges Sozialverhalten, [4] gestörtes Selbstwertgefühl

1 Konzept der *sozialen Angst*

Auslöser:

- a. öffentliche Beachtung, Misserfolg, Fehler, Kritik
- b. Befangenheit im sozialen Kontakt
- c. Ablehnen von Forderungen anderer («Nein-Sagen»)
- d. eigene Ansprüche, Rechte durchsetzen
- e. Normenverletzungen

Angstreaktionen

Vermeidungsverhalten:

- a. aktiv, b. passiv, c. vorwegnehmend, d. Umdeutungen

2 *soziale Verhaltensdefizite*

verbale, mimisch-gestische, motorische Handlungen

3 *sozial inadäquates Verhalten*

aggressiv, ungeschickt, situationsinadäquat

4 *negatives Selbstbild, Selbstkonzept*

- a. Vorwegnahme von Misserfolg und Ablehnung
- b. Herabsetzung eigener Fertigkeiten und Eigenschaften
- c. Abwehr von Fremdlob

8 Kennzeichen des zu erlernenden selbstsicheren Verhaltens [n. ATP]

1. Willen haben, für sich selbst zu entscheiden
2. blockierende, unangenehme Gefühle (Unsicherheit) verlernen
3. wirkungsvolles und zweckmäßiges Verhalten erlernen
4. Wünschen, Erwartungen und Forderungen anderer erkennen und berücksichtigen (und deren Berechtigung abwägen)
5. Spielraum und Sachzwänge sozialer Strukturen analysieren und berücksichtigen
6. Verhalten *flexibel* - entsprechend den Besonderheiten der sozialen Situation - anpassen
7. *keine unangemessene Aggressionen* zeigen
8. positives Selbstvertrauen, *Selbstwertgefühl* entwickeln

Bedingungsanalytischer Ansatz

[n. ATP]

- Steuerung gegenwärtigen Verhaltens
Vermeidungsverhalten erkennen und ausschalten
Erfassung von Vorangeheendem: Auslöser und Hinweise
Erfassung von Folgen: positive und negative Konsequenzen
- Wenn-Dann-Bedingungsmodell anstatt Warum-Fragen
 - Verhalten hängt zwingend ab von a. Auslösern/ Hinweisreizen (steuernde Bedingungen) und b. Konsequenzen des Verhaltens
 - Problemspirale: Angst ⇒ Vermeidungsverhalten, negative Gefühle ⇒ selbstunsicheres Verhalten ⇒ vermindertes Zutrauen ⇒ noch mehr selbstunsicheres Verhalten ⇒ Ablehnung durch andere ⇒ neue angstauslösende Situation usw.
- Wertesysteme
lerngeschichtlicher Wertefilter bestimmt die Wahrnehmung und Bewertung; Wertmaßstäbe müssen kritisch überprüft werden

Erkennen sozialer Missverständnisse

[n. ATP]

- *mehrdeutiges Sprachverhalten*: Wörter, Ausdrücke können für unterschiedliche Menschen unterschiedlichen Hinweischarakter haben (Zeichen für Zuversicht oder Ablehnung)
- *mehrdeutiges Ausdrucksverhalten*: nonverbale Zeichen können im Gegensatz zum Sprachinhalt stehen (führt langfristig zu ernststen Problemen, da «richtig» nicht von «falsch» unterschieden werden kann, somit Ursache für soziale Unsicherheit)
- *unüberprüfte, falsche Vermutungen*:
 - ... «andere erwarten ein bestimmtes Verhalten»
 - ... über sog. «allgemeingültige Wahrheiten»
 - ... über negative Folgen des eigenen Verhaltens
 - ... aufgrund von Vorurteilen, vorschnellen Urteilen
- *Aussenden unklarer Botschaften*: nicht eindeutig zeigen, was man will und was nicht

Hauptgebiete sozialer Störungen [n. ATP]

1. sich Fehler erlauben, Kritik vertragen können
2. Forderungen stellen, sich eigene Wünsche erlauben und sie durchsetzen
3. soziale Kontakte aufnehmen und aufrechterhalten
4. Neinsagen ohne negative Gefühle

4 Übungsbereiche des sozialen Kompetenztrainings [n. ATP]

- 1) Fordern, was einem zusteht
 - Auskünfte einholen
 - sich beschweren
 - jemanden um einen Gefallen bitten
 - etwas für sich oder andere verlangen
 - gegen Unrecht protestieren
- 2) unbillige Forderungen anderer ablehnen
 - nicht zu allem «Ja und Amen» sagen
 - Auseinandersetzungen nicht aus dem Wege gehen
 - Nein-Sagen können
- 3) sich öffentlicher Beachtung aussetzen
 - laut etwas rufen
 - Vortrag oder Ansprache halten
 - Kritik offen äußern, Kritik anderer ertragen können
- 4) Kontaktverhalten
 - Gespräche beginnen und aufrechterhalten
 - eigene Gefühle mitteilen
 - körperliche Nähe ertragen
 - Verabredungen treffen
 - freundlich sein, lächeln, grüßen
 - offener Gesichtsausdruck

Einige Kritikpunkte der kognitiven Verhaltenstherapie

- Theorie und Praxis sind z. T. nicht deckungsgleich. Das Verfahren der Reizüberflutung ist zwar in seiner Wirksamkeit überprüft, entspricht aber nicht exakt der zugrundeliegenden Theorie (2-Faktorentheorie).
- Therapieverfahren sind meist störungsspezifisch und greifen auf vorhandenes Störungswissen zurück. Es kommt dadurch aber zu einer Vernachlässigung unspezifischer und diffuser Störungsbilder.

Stellenwert der kognitiven Verhaltenstherapie

- 1) Wissenschaftlich fundiert: die mit großem Abstand am besten untersuchte und in ihrer Wirksamkeit am deutlichsten bestätigte Therapiemethode (weltweit gibt es 10mal mehr Untersuchungen als für alle anderen Methoden der Psychotherapie zusammen)
- 2) Sehr zuverlässige Wirksamkeit
- 3) Nach Grawe et al. (1994): Ausgezeichnet wirksam und allen anderen Therapieformen signifikant überlegen vor allem bei:
 - Reizkonfrontation
 - Ängsten und Zwängen
 - Depressionen
 - sozialem Kompetenztraining
 - Störungen zwischenmenschlichen Verhaltens
 - Problemlösetherapien
 - diversen Bewältigungstherapien
 - sexuellen Störungen

Das Selbstverständnis der Verhaltenstherapie (nach Kanfer & Schmelzer, 2005)

- ◆ Sie hat wenig Mysteriöses an sich. Im Gegensatz zu anderen „Schulen“ gibt es keine einzelne herausragende Gründerpersönlichkeit und keine unbezweifelbare Lehrmeinung.
- ◆ Wer sich als Verhaltenstherapeut versteht, fühlt sich am ehesten einer wissenschaftlichen Grundhaltung verpflichtet („noch so schöne Gedankengebäude müssen hinsichtlich Stimmigkeit und Nützlichkeit erst einmal auf der Prüfstand“).
- ◆ Es reicht nicht aus, die Effektivität bestimmter Vorgehensweisen in der Praxis nur zu behaupten oder zu erhoffen; was zählt, ist die belegte Wirksamkeit.

Einige Literaturhinweise zur Verhaltenstherapie

- Borgart, E.-J., Meermann, R. (2004). Stationäre Verhaltenstherapie. Bern, Huber.
- Hautzinger, M. (Hrsg.) (2000). Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen (3. Aufl.). Weinheim, Beltz.
- Kanfer, F., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2000). Selbstmanagement-Therapie. Berlin, Springer.
- Leibing, E., Hiller, W., Sulz, S.K.D. (Hrsg.) (2003). Lehrbuch der Psychotherapie, Band 3: Verhaltenstherapie. München: CIP Medien.
- Linden, M., Hautzinger, M. (2004). Verhaltenstherapie-Manual. (4. Aufl.). Berlin, Springer.
- Margraf, J. (Hrsg.) (2003). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Bände 1 und 2 (2. Aufl.). Berlin, Springer.
- Reinecker, H. (1999). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Tübingen, DGVT.
- Steinhausen, H.C., von Aster, M. (Hrsg.) (1999). Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen (2. Aufl.). Weinheim, Beltz.

Psychoanalytische Therapie

Der Begründer der Psychoanalyse ist Sigmund Freud (1856 - 1939). Der Begriff der Psychoanalyse umfasst drei Bedeutungsebenen:

- 1) Psychologische Theorie des menschlichen Erlebens und Verhaltens:
 - Triblehre
 - Entwicklungslehre
 - Persönlichkeitstheorie
 - Konflikt-/ Neurosenlehre
- 2) Methode zur Erforschung psychischer Vorgänge
- 3) Methode zur Behandlung psychischer Störungen

Die 3 Prämissen der Psychoanalyse

- 1) Psychischer Determinismus: alle psychischen Phänomene sind kausal (psychisch) determiniert, es gibt keinen Zufall
- 2) Rolle des Unbewussten: neben bewussten gibt es unbewusste seelische Inhalte, die sich in Träumen, Fehlleistungen und auch (meist indirekt) in beobachtbarem Verhalten äußern
- 3) Primat innerer Prozesse: intrapsychische Prozesse spielen bei der Erklärung psychischer Störungen die wesentliche Rolle

Psychoanalytisches Phasenmodell der psychosexuellen Entwicklung

oral --> anal --> ödipal

Strukturmodell der Persönlichkeit in der Psychoanalyse

Es - Ich - Überich

Konzept der psychoanalytischen Abwehrmechanismen

1. Verdrängung
2. Regression
3. Reaktionsbildung
4. Isolierung
5. Ungeschehenmachen
6. Projektion
7. Introjektion
8. Wendung gegen die eigene Person
9. Verkehrung ins Gegenteil
10. Sublimierung

Theorie der Objektbeziehungen

- Objekt: "... reagierenden Partner, der die kindlichen Verhaltensweisen mit seinem Verhalten beantwortet, der geliebt, herbeigeseht, gebraucht und gehasst wird." (Mertens, 1981)
- Im Laufe der kindlichen Entwicklung entsteht eine Vorstellung von sich selbst (Selbstrepräsentanz) und anderen (Objektrepräsentanz)
- Objektbeziehung: phantasierte bzw. vorgestellte Beziehung zu einer anderen Person; diese Beziehung muss sich nicht mit dem tatsächlichen Interaktionsverhalten decken
- Phasen der Entwicklung von Objektbeziehungen: Symbiotische Phase (1.-3. Lebensmonat), Loslösungs- und Individuationsphase (bis zum 3. Lebensjahr)
- Falls Störungen auftreten: mangelnde Differenzierung von Selbst- und Objektrepräsentanzen mit tiefgreifender Störung im internen Regulationssystem (meist narzisstische oder Borderline-Störungen)

Psychoanalytisches Konfliktmodell

• *einfache Form:*

unbewusster Konflikt

⇒ missglückter Lösungsversuch

⇒ Symptom

• *erweiterte Form:*

auslösende Situation

⇒ aktueller Konflikt

⇒ Angst

⇒ Regression

⇒ Reaktualisierung von infantilen Konflikten

⇒ Lösungsversuch mit kindlichen Mitteln, welcher nicht gelingt

⇒ Verstärkung der Konfliktspannung (Angst)

⇒ Abwehr

⇒ Misslingen der Verdrängung

⇒ Kompromissbildung zwischen den Konfliktanteilen

⇒ Symptombildung

[nach Hoffmann & Hochapfel, 1999]

Psychoanalytisches Defizitmodell

Neurotische Störung aufgrund eines erhaltenen Entwicklungsdefizits (ein bleibender Schaden ist die Grundlage)

Gruppe von Störungen, die als strukturelle Ich-Störungen angesehen werden:

Kriminalität

Dissozialität

Soziopathie

Süchte

schwere sexuelle Deviationen

schwere Persönlichkeitsstörungen

Borderline-Syndrom

narzisstische Neurose

Psychosen

[nach Hoffmann & Hochapfel, 1999]

Einige Kritikpunkte des psychoanalytischen Ansatzes

- Bedeutung von theoretischen Begriffen: oft sehr vage, lückenhaft, von Interpretationen abhängig
- Theoretische Konstrukte: oft zu komplex, daher nicht operationalisierbar, nicht empirisch überprüfbar/falsifizierbar; negative Ergebnisse können stets mit einer anderen Hypothese erklärt werden
- Menschenbild: keine Freiheit, Wahlmöglichkeit, Verantwortlichkeit, den „Trieben“ ausgeliefert, "Opfer" früherer Lebensereignisse
- Validierung der Therapieinhalte: Bestätigung der Deutung durch den Pat. ist kein „Beweis“ für ihre Richtigkeit; indirekte Belege wie Assoziationen oder Träume können durch Suggestion oder sozial erwünschtes Verhalten entstanden sein

Rahmenbedingungen und Setting der psychoanalytischen Therapie

3 Grundformen

- «große» (klassische, orthodoxe) Psychoanalyse
- psychoanalytisch orientierte Psychotherapie
- psychoanalytisch orientierte Kurztherapie (Fokalthherapie)

Indikation

Inhalt

Räumliche Anordnung

Umfang

Techniken und Inhalte der psychoanalytischen Therapie

Grundregeln

Grundhaltung des Therapeuten

Abstinenzregel

Gegenfrageregel

diverse Deutetechniken

Traumdeutung

Widerstand

Übertragung/ Gegenübertragung

Stellenwert der psychoanalytischen Therapie (nach Grawe et al. 1994)

- wissenschaftlich fundiert
- allerdings Anzahl der Wirksamkeitsnachweise nicht imponierend (gemessen an der langen Tradition)
- gut wirksam vor allem bei „neurotischen Störungen“ des Erlebens und bei Persönlichkeitsstörungen (auf Hauptproblematik, geringe Auswirkungen außerhalb davon; nur selten deutliche Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens)
- keine positiven Wirkungen bei psychosomatischen Störungen
- bei depressiven und Angststörungen deutlich der kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen
- analytische Kurztherapie relativ gut untersucht, aber überraschend geringe Wirkung
- Grund für die geringe Wirksamkeit nach Grawe: veraltete und verkrustete Ausbildungsstrukturen, keine Rückkoppelung zu Forschungsergebnissen (Ausbildung meist außerhalb der Universitäten)

Einige Literaturhinweise zur psychoanalytischen Therapie

- Hoffmann, S.O., Hochapfel, G. (1995). Neurosenlehre, psychotherapeutische und psychosomatische Medizin (5. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Leichsenring, F. (Hrsg.) (2004). Lehrbuch der Psychotherapie, Band 2: Psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundierte Therapie. München: CIP Medien.
- Mertens, W. (1983). Psychoanalyse. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. München: Urban & Schwarzenberg.
- Thomae, H., Kächele, H. (1988). Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie (Band 1 und 2). Berlin: Springer.

[Stand: SS 2011]