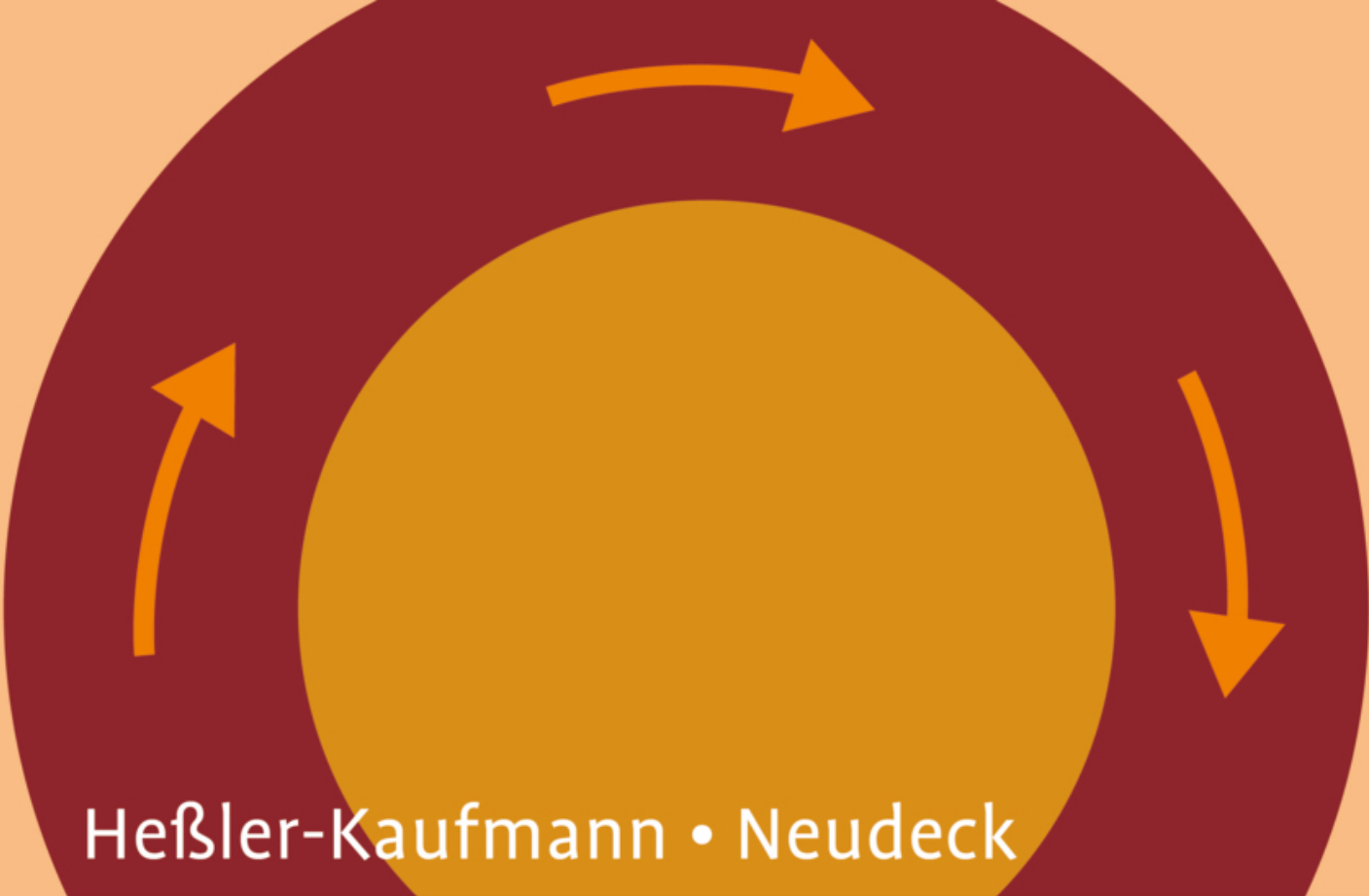




Heßler-Kaufmann • Neudeck

THERAPIE-TOOLS



Störungsmodelle in der Verhaltenstherapie

2. Auflage



Online-Material auf
psychotherapie.tools



BELTZ

Dr. Johannes Heßler-Kaufmann
Schön Klinik Roseneck
Am Roseneck 6
D-83209 Prien am Chiemsee

Dr. Peter Neudeck
Praxis am Volksgarten
Lehrpraxis der AVT Köln
Volksgartenstr. 36
D-50677 Köln

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29399-0 Print
ISBN 978-3-621-29400-3 E-Book (PDF)

2., neu ausgestattete Auflage 2025

© 2025 Programm PVU Psychologie Verlags Union
Verlagsgruppe Beltz
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Andrea Glomb
Umschlagbild: Uta Euler

Herstellung: Victoria Larson
Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	9
Vorwort	15
Einführung	17

I Allgemeine Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen

1 Grundlegende Modelle	23
1.1 Das biopsychosoziale Modell	23
1.2 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell	24
1.3 Arbeitsmaterial	25
2 Lerntheoretische Modelle	40
2.1 Die respondenten- und die operante Konditionierung (SORKC-Modell)	40
2.2 Das Modelllernen	42
2.3 Arbeitsmaterial	43
3 Kognitive Modelle	58
3.1 Das kognitive Modell	58
3.2 Das ABC-Modell	58
3.3 Arbeitsmaterial	60
4 Kontextuelle Modelle	67
4.1 Das Hexaflex-Modell der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)	67
4.2 Das schematherapeutische Modell	68
4.3 Arbeitsmaterial	69
5 Informationsverarbeitung	81
5.1 Das Dual-Prozess-Modell: experienzielle und rationale Verarbeitung	81
5.2 Arbeitsmaterial	81
6 Rückfall	87
6.1 Das Expressed-Emotion-Modell	87
6.2 Arbeitsmaterial	87

II Störungsspezifische Modelle

7 Abhängigkeit	93
7.1 Das Dreieck der Substanzabhängigkeit	93
7.2 Der Teufelskreis der Substanzabhängigkeit	93
7.3 Das integrative Modell der biopsychosozialen Teufelskreise der Substanzabhängigkeit	94
7.4 Das sozialkognitive Rückfallmodell der Substanzabhängigkeit	94

7.5	Das Dreieck der Verhaltensabhängigkeit	95
7.6	Der Teufelskreis der Verhaltensabhängigkeit	95
7.7	Das integrative Modell der biopsychosozialen Teufelskreise der Verhaltensabhängigkeit	95
7.8	Das sozialkognitive Rückfallmodell der Verhaltensabhängigkeit	96
7.9	Arbeitsmaterial	96
8	Angststörungen	133
8.1	Die Zwei-Faktoren-Theorie der Angst	133
8.2	Das Modell der emotionalen Vermeidung	134
8.3	Das Modell der emotionalen Verarbeitung	134
8.4	Das integrierte Modell der Aufrechterhaltung von Angststörungen	135
8.5	Das Teufelskreis-Modell der Panikstörung	136
8.6	Das kognitive Modell der Sozialen Phobie	136
8.7	Das Modell der somatischen Suppression (GAS)	137
8.8	Arbeitsmaterial	138
9	Anpassungsstörung (inklusive komplizierter Trauer)	171
9.1	Das Krisenmodell	171
9.2	Das Stress-Response-Modell	171
9.3	Arbeitsmaterial	172
10	Depressive Störungen	180
10.1	Das Verstärkerdefizit-/Verstärkerverlustmodell	180
10.2	Das Modell der erlernten Hilflosigkeit	181
10.3	Das kognitive Modell der Depression (Emotions- und Informationsverarbeitungsmodell)	181
10.4	Der Teufelskreis der chronischen Depression (CBASP)	182
10.5	Der Kiesler-Kreis (CBASP)	183
10.6	Das Emotionsregulationsmodell	183
10.7	Arbeitsmaterial	185
11	Dissoziation	211
11.1	Das allgemeine neurobiologisch-evolutionäre Modell	211
11.2	Das schematherapeutische Modell: Dissoziation als Bewältigungsmodus	212
11.3	Das BASK-Modell	212
11.4	Arbeitsmaterial	213
12	Essstörungen	224
12.1	Das Teufelskreis-Modell der Anorexia nervosa	224
12.2	Das Teufelskreis-Modell der Bulimia nervosa	224
12.3	Das lerntheoretische Modell zur Erklärung von Food Craving und Heißhungerattacken	225
12.4	Das transdiagnostische Modell der Essstörungen	225
12.5	Arbeitsmaterial	226
13	Persönlichkeitsstörungen	243
13.1	Das biopsychosoziale Modell der Persönlichkeitsstörungen	243
13.2	Das Modell der doppelten Handlungsregulation	243
13.3	Das schematherapeutische Modusmodell	244
13.4	Arbeitsmaterial	245

14	Posttraumatische Belastungsstörung	262
14.1	Das lerntheoretische Modell (Zwei-Faktoren-Modell)	262
14.2	Das Netzwerkmodell	262
14.3	Das Stress-Response-Modell	263
14.4	Das kognitive Modell der chronischen PTBS	264
14.5	Das multifaktorielle Rahmenmodell	265
14.6	Arbeitsmaterial	265
15	Schizophrenie und andere psychotische Störungen	298
15.1	Das spezifische Vulnerabilitäts-Stress-Modell	298
15.2	Vulnerabilitäts-Stress-Modelle für die Entstehung und Aufrechterhaltung von einzelnen psychotischen Symptomen	299
15.3	Arbeitsmaterial	299
16	Schlafstörungen	307
16.1	Der psychophysiologische Teufelskreis	307
16.2	Arbeitsmaterial	307
17	Schmerzstörung	311
17.1	Das Signal-Filter-Modell	311
17.2	Der Teufelskreis der Chronifizierung (Dekonditionierungskreislauf)	311
17.3	Das Fear-Avoidance-Modell: gelernte Angst vor dem Schmerz	312
17.4	Das Avoidance-Endurance-Modell: katastrophisieren, unterdrücken oder bagatellisieren	312
17.5	Arbeitsmaterial	313
18	Sexuelle Funktionsstörungen	338
18.1	Das multifaktorielle Modell	338
18.2	Das kognitive Interferenzmodell	339
18.3	Arbeitsmaterial	339
19	Somatoforme Störungen	347
19.1	Das kognitiv-behaviorale Modell zur Entstehung von Somatoformen Störungen	347
19.2	Das Modell der somatosensorischen Verstärkung	348
19.3	Arbeitsmaterial	348
20	Zwangsstörungen	355
20.1	Das kognitiv-behaviorale Modell der Aufrechterhaltung von Zwängen	355
20.2	Das »Self-Regulatory Executive Function«-Modell	355
20.3	Arbeitsmaterial	356
	Literatur	365

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

1 Allgemeine Modelle

INFO 1	Das biopsychosoziale Modell	26
AB 1	Das biopsychosoziale Modell: Informationen generieren zu den drei Beobachtungsebenen	27
AB 2	Das biopsychosoziale Modell: meine Risikobereiche auf den drei Beobachtungsebenen	30
INFO 2	Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell	34
AB 3	Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell: meine Vulnerabilitäten	35

2 Lerntheoretische Modelle

INFO 3	Die klassische Konditionierung	44
INFO 4	Die operante (instrumentelle) Konditionierung	45
AB 4	Konditionierung: Überblick zur Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen	46
INFO 5	Das SORKC-Modell	48
AB 5	Das SORKC-Modell: meine Problemsituationen	49
AB 6	Das SORKC-Modell: meine Verhaltensanalyse	52
AB 7	Das SORKC-Modell: Wie hätte es auch laufen können?	54
INFO 6	Was ist Modelllernen bei psychischen Störungen?	55
AB 8	Mein individuelles Modelllernen	56

3 Kognitive Modelle

INFO 7	Das kognitive Modell	61
AB 9	Mein individuelles kognitives Modell	63
INFO 8	Das ABC-Modell und irrationale Bewertungen	64
AB 10	Mein individuelles ABC-Modell	66

4 Kontextuelle Modelle

INFO 9	Das Hexaflex-Modell der ACT: 6 Prozesse der psychischen Inflexibilität	71
AB 11	Mein individuelles Hexaflex-Modell	73
INFO 10	Schematherapie: Bedürfnisse und Schemata, Kindheitserfahrungen im Hier und Jetzt	75
INFO 11	Schematherapie: innere Modi	77
INFO 12	Schematherapie: das Entstehungsmodell zusammengefasst	78
INFO 13	Schematherapie: das Modusmodell	79
AB 12	Schematherapie: mein individuelles Modusmodell	80

5 Informationsverarbeitung

INFO 14	Das Dual-Prozess-Modell: zwei Arten, die Realität zu erleben	82
AB 13	Was kann ich mit dem Dual-Prozess-Modell über meinen Patienten lernen?	83
AB 14	Das Dual-Prozess-Modell: früher und heute	84

6 Rückfall

INFO 15	Rückfall: Expressed Emotion von Angehörigen	88
AB 15	Rückfall: Expressed Emotion in meiner Familie	89

7 Abhängigkeit

INFO 16	Das Dreieck der Substanzabhängigkeit	99
AB 16	Meine drei Faktoren der Substanzabhängigkeit	100
AB 17	Das Dreieck meiner Substanzabhängigkeit	102
INFO 17	Der Teufelskreis der Substanzabhängigkeit	103
AB 18	Mein Teufelskreis der Substanzabhängigkeit	104
INFO 18	Das integrative Modell der Substanzabhängigkeit	106
AB 19	Das integrative Modell: der rote Faden in der Substanzabhängigkeit meines Patienten	107
AB 20	Das integrative Modell: meine Teufelskreise der Substanzabhängigkeit	109
AB 21	Mein integratives Modell der Substanzabhängigkeit	112
INFO 19	Das sozialkognitive Rückfallmodell: einmaliger Lapsus und Rückfall in die Substanzabhängigkeit	113
AB 22	Das sozialkognitive Rückfallmodell: mein Rückfall in die Substanzabhängigkeit	114
INFO 20	Das Dreieck der Verhaltensabhängigkeit	116
AB 23	Meine drei Faktoren der Verhaltensabhängigkeit	117
AB 24	Das Dreieck meiner Verhaltensabhängigkeit	119
INFO 21	Der Teufelskreis der Verhaltensabhängigkeit	120
AB 25	Mein Teufelskreis der Verhaltensabhängigkeit	121
INFO 22	Das integrative Modell der Verhaltensabhängigkeit	123
AB 26	Das integrative Modell: der rote Faden in der Verhaltensabhängigkeit meines Patienten	124
AB 27	Das integrative Modell: meine Teufelskreise der Verhaltensabhängigkeit	126
AB 28	Mein integratives Modell der Verhaltensabhängigkeit	129
INFO 23	Das sozialkognitive Rückfallmodell: einmaliger Lapsus und Rückfall in die Verhaltensabhängigkeit	130
AB 29	Mein Rückfall in die Verhaltensabhängigkeit	131

8 Angststörungen

INFO 24	Das Zwei-Faktoren-Modell: klassisches und operantes Lernen und die Rolle der Vermeidung	140
AB 30	Erarbeiten eines persönlichen Zwei-Faktoren-Modells	141
INFO 25	Das Modell der emotionalen Vermeidung: das Dreikomponentenmodell der Emotion	143
AB 31	Das Modell der emotionalen Vermeidung: Kennenlernen des Zusammenhangs zwischen körperlichen Symptomen, Gedanken, Gefühlen und Handeln	144
INFO 26	Das Modell der emotionalen Vermeidung: Befürchtungen, die mit Angstgefühlen verbunden sind	146
AB 32	Das Modell der emotionalen Vermeidung: die Inkongruenz zwischen Wissen und Fühlen	147
INFO 27	Das Modell der emotionalen Verarbeitung: die Furchtstruktur und die Vermeidung	149
AB 33	Das Modell der emotionalen Verarbeitung: die eigene Furchtstruktur kennenlernen	150
INFO 28	Das integrierte Modell der Aufrechterhaltung von Angststörungen	153
AB 34	Mein integriertes Modell der Angststörungen	155
INFO 29	Der Teufelskreis der Angst	157
AB 35	Der Teufelskreis der Angst: körperliche Symptome und Bewertungen kennenlernen	159
INFO 30	Der Teufelskreis der Angst: wie ein Angstanfall entsteht	161
AB 36	Mein Teufelskreis der Angst	162
INFO 31	Das kognitive Modell der Sozialen Phobie: die Bedeutung des Sicherheitsverhaltens	164
AB 37	Mein kognitives Modell der Sozialen Phobie	166
INFO 32	Das Modell der somatischen Suppression der Generalisierten Angststörung	168
AB 38	Das Modell der somatischen Suppression: Erstellen des individuellen Aufrechterhaltungsmodells	169

9 Anpassungsstörungen

INFO 33	Das Krisenmodell: vier Stufen in die Krise	173
AB 39	Das Krisenmodell: mein Weg in die Krise	174
AB 40	Das Krisenmodell: Welche Faktoren haben die Krise begünstigt?	175
INFO 34	Das Stress-Response-Modell: meine Krise als Folge eines belastenden Ereignisses	177
AB 41	Das Stress-Response-Modell: Wie kam es bei mir zur Krise?	178

10 Depression

INFO 35	Das Verstärkerdefizitmodell: die Bedeutung der Verstärker für Verhalten und Stimmung	187
AB 42	Das Verstärkerdefizitmodell: meine Aktivitäten und Verstärker im Laufe der Zeit	189
INFO 36	Das Modell der erlernten Hilflosigkeit: die Bedeutung der Kontingenz	192
AB 43	Mein Modell der erlernten Hilflosigkeit	193
INFO 37	Das kognitive Modell der Depression	196
AB 44	Mein kognitives Modell der Depression	197
AB 45	Der CBASP-Teufelskreis: Liste der prägenden Bezugspersonen	200
INFO 38	Der CBASP-Teufelskreis: die kausale Schlussfolgerung und die interpersonellen Hotspots	202
AB 46	Mein CBASP-Teufelskreis	203
INFO 39	Der Kiesler-Kreis (CBASP)	205
AB 47	Beschreibung des interpersonellen Verhaltens mit dem Kiesler-Kreis (CBASP)	206
INFO 40	Das Emotionsregulationsmodell der Depression	208
AB 48	Das Emotionsregulationsmodell: Umgang mit unangenehmen Gefühlen	209

11 Dissoziation

INFO 41	Das neurobiologische Modell: Sicherheitsabschaltung	215
AB 49	Das neurobiologische Modell: letzter Ausweg Sicherheitsabschaltung	216
INFO 42	Das schematherapeutische Modell: Schutz vor heftigen und unangenehmen Gefühlen	218
AB 50	Was kann ich vom schematherapeutischen Modell über meinen Patienten lernen?	219
AB 51	Das schematherapeutische Modell: mein distanzierter Beschützer	220
INFO 43	Das BASK-Modell: Was passiert während der Dissoziation?	222
AB 52	Das BASK-Modell: Was passiert, wenn ich dissoziiere?	223

12 Essstörungen

INFO 44	Das Teufelskreis-Modell der Anorexia nervosa	227
AB 53	Individuelle körperliche und psychische Folgen der Anorexia nervosa	229
AB 54	Mein Teufelskreis der Anorexia nervosa	230
INFO 45	Das Teufelskreis-Modell der Bulimia nervosa	232
AB 55	Mein Teufelskreis der Bulimia nervosa	233
INFO 46	Das lerntheoretische Modell des Food Craving und der Heißhungerattacken	235
AB 56	Mein lerntheoretisches Modell des Food Craving und der Heißhungerattacken	236
INFO 47	Das transdiagnostische Modell der Essstörungen	239
AB 57	Das transdiagnostische Modell der Essstörungen: Kennenlernen der individuellen Aufrechterhaltungsfaktoren	241

13 Persönlichkeitsstörungen

INFO 48	Das biopsychosoziale Modell: Einflüsse von Biologie und sozialem Umfeld in der Kindheit auf das Verhalten	247
AB 58	Meine biopsychosozialen Belastungsfaktoren in der Kindheit	248
AB 59	Mein biopsychosoziales Modell	249

INFO 49	Das biopsychosoziale Modell der Borderline-Störung	250
AB 60	Borderline-Störung: biopsychosoziale Belastungsfaktoren, Affektregulation und dysfunktionale Muster	251
AB 61	Mein biopsychosoziales Modell der Borderline-Störung	253
INFO 50	Das Modell der doppelten Handlungsregulation: drei Ebenen des Verhaltens	254
AB 62	Das Modell der doppelten Handlungsregulation: meine Beziehungsmotive und -ziele	257
AB 63	Das Modell der doppelten Handlungsregulation: meine dysfunktionalen Schemata	258
AB 64	Das Modell der doppelten Handlungsregulation: mein ernstes Spiel	259
AB 65	Das Modell der doppelten Handlungsregulation: meine drei Verhaltensebenen	260
INFO 51	Typische schematherapeutische Modusmodelle bei Persönlichkeitsstörungen	261

14 Posttraumatische Belastungsstörung

AB 66	Was kann ich durch das lerntheoretische Modell über meinen Patienten lernen?	268
INFO 52	Das lerntheoretische Modell: Wie entsteht eine Traumafolgestörung und warum geht sie nicht mehr weg?	270
AB 67	Mein individuelles lerntheoretisches Modell der PTBS	271
INFO 53	Das neuronale Angstnetzwerk der PTBS	272
AB 68	Die Knoten in meinem Angstnetzwerk	273
INFO 54	Beispiel für ein Angstnetzwerk	274
AB 69	Mein Angstnetzwerk	275
AB 70	Warum es nicht besser wird: das Angstnetzwerk und Vermeidung	276
INFO 55	Das Stress-Response-Modell: vier Stufen nach dem Trauma	278
AB 71	Das Stress-Response-Modell: Wie soll man mit dem Trauma umgehen?	279
AB 72	Das Stress-Response-Modell und Vermeidung: kurzfristiger Nutzen, langfristige Probleme	281
AB 73	Das Stress-Response-Modell: meine vier Stufen nach dem Trauma	283
INFO 56	Das kognitive Modell: Interpretation und Traumagedächtnis	284
AB 74	Das kognitive Modell: Faktoren vor und während des Traumas	285
AB 75	Das kognitive Modell: Besonderheiten des Traumagedächtnisses	287
AB 76	Das kognitive Modell: Interpretation des Traumas und seiner Folgen	288
AB 77	Das kognitive Modell: meine Strategien, um die wiedererlebte Bedrohung und die Symptome zu kontrollieren	289
INFO 57	Das multifaktorielle Rahmenmodell: die Verarbeitung traumatischer Ereignisse	291
AB 78	Was kann ich vom multifaktoriellen Rahmenmodell über meinen Patienten lernen?	292
AB 79	Das multifaktorielle Rahmenmodell: vor dem traumatischen Ereignis	294
AB 80	Das multifaktorielle Rahmenmodell: während des traumatischen Ereignisses	295
AB 81	Das multifaktorielle Rahmenmodell: nach dem traumatischen Ereignis	296
AB 82	Das multifaktorielle Rahmenmodell: die aktuellen Auswirkungen	297

15 Schizophrenie und andere psychotische Störungen

INFO 58	Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell bei Psychosen: wenn Veranlagung und Lebensumstände zusammenkommen	300
AB 83	Mein spezifisches Vulnerabilitäts-Stress-Modell: Wahn	301
AB 84	Mein spezifisches Vulnerabilitäts-Stress-Modell: Halluzinationen	303
AB 85	Mein spezifisches Vulnerabilitäts-Stress-Modell: Negativsymptomatik	305

16 Schlafstörungen

INFO 59	Der Teufelskreis der Schlafstörung	308
AB 86	Der Teufelskreis meiner Schlafstörung	309

17 Schmerzstörung

INFO 60	Das Signal-Filter-Modell der Schmerzstörung	315
AB 87	Die Einflussfaktoren in meinem Signal-Filter-Modell	317
INFO 61	Der Teufelskreis des chronischen Schmerzes	319
AB 88	Die Elemente in meinem Schmerzteufelskreis	321
AB 89	Der Teufelskreis des Schmerzes: Umgang mit dem akuten Schmerz	323
INFO 62	Das Fear-Avoidance-Modell: die Angst vor dem Schmerz	324
AB 90	Das Fear-Avoidance-Modell: mein Schmerz und meine Angst	326
AB 91	Mein Fear-Avoidance-Modell des Schmerzes	329
INFO 63	Das Avoidance-Endurance-Modell: wie wir Schmerz bewerten und mit ihm umgehen	330
AB 92	Gruppe 1 des Avoidance-Endurance-Modells: Katastrophisieren	331
AB 93	Gruppe 2 des Avoidance-Endurance-Modells: Gedanken unterdrücken	334
AB 94	Gruppe 3 des Avoidance-Endurance-Modells: Herunterspielen	335

18 Sexuelle Funktionsstörungen

INFO 64	Das multifaktorielle Modell: verschiedene Einflüsse auf die Sexualität	340
AB 95	Mein multifaktorielles Modell: die Einflussfaktoren in meinem Leben	341
INFO 65	Das kognitive Interferenzmodell: störende Gedanken beim Sex	343
AB 96	Das kognitive Interferenzmodell: Was passiert bei mir beim Sex?	344
AB 97	Das kognitive Interferenzmodell: meine störenden Gedanken	346

19 Somatoforme Störungen

INFO 66	Das kognitiv-behaviorale Modell der Somatoformen Störungen	349
AB 98	Das eigene Krankheitsverhalten mit dem kognitiv-behavioralen Modell erkennen	350
INFO 67	Das Modell der somatosensorischen Verstärkung	352
AB 99	Das Modell der somatosensorischen Verstärkung: meine Schmerzen, meine Bewertung, der Kontext und die Aufmerksamkeit	353

20 Zwangsstörungen

INFO 68	Das kognitiv-behaviorale Modell zur Aufrechterhaltung von Zwängen	358
AB 100	Das kognitiv-behaviorale Modell der Zwangsstörung: meine »schlimmen« Gedanken	359
INFO 69	Das kognitiv-behaviorale Modell der Zwangsstörung: die Bedeutung der Gedanken	361
AB 101	Das kognitiv-behaviorale Modell der Zwangsstörungen: Zusammenhänge zwischen Bewertungen, Gefühlen und Verhalten erkennen	362
INFO 70	Die Fusionen im »Self-Regulatory Executive Function«-Modell	363
AB 102	Analyse der Fusionen im »Self-Regulatory Executive Function«-Modell	364

Vorwort

Das Bild ist ein Modell der Wirklichkeit.

(L. Wittgenstein, TLP: 4.63)

Die Idee zu diesem Buch entstand in Gesprächen zwischen uns Autoren, in denen wir über die verschiedenen Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen reflektierten und feststellen, dass es innerhalb der verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapie nicht nur ganz unterschiedliche Erklärungsansätze und Modelle gibt, sondern dass diese teilweise ohne Bezug auch recht unübersichtlich nebeneinander stehen. Gerade für Kollegen und Kolleginnen, die sich am Anfang ihrer praktisch-therapeutischen Arbeit befinden, ist das zum Teil sehr verwirrend.

Wie kommt es zu dieser Unübersichtlichkeit? Weder der Bereich der Klinischen Psychologie noch der spezielle Bereich der Psychotherapieforschung ist ein Forschungsprogramm auf exakt naturwissenschaftlicher Basis. Bei psychischen Erkrankungen, ganz gleich ob wir von Angststörungen oder Affektiven Störungen sprechen, handelt es sich nicht um Entitäten, sondern um Konstrukte. Diese werden uns durch die Fortschritte der evidenzbasierten empirischen Forschung immer besser bekannt und verständlich, doch im streng wissenschaftlichen Sinn »hat« niemand eine Depression, sondern erfüllt zu einem bestimmten Zeitpunkt die Kriterien einer depressiven Störung. So behandeln Psychotherapeuten auch keine Angststörungen, sondern sie behandeln Menschen, die zu dieser Zeit die Kriterien einer bestimmten Störung erfüllen.

In einem präskriptiven Algorithmus des Behandlungsablaufs ist zunächst die gründliche klassifikatorische Diagnostik unerlässlich. Darauf aufbauend werden die Patienten über ihr Störungsbild informiert und aufgeklärt. Dies lässt sich als erste Phase der Psychoedukation beschreiben. In der zweiten Phase der Psychoedukation gilt es nun, von den klassifikatorischen Kriterien der Diagnostik zu einem individuellen Störungsmodell der Entstehung und Aufrechterhaltung überzugehen. Die Modelle bilden die Voraussetzung für die Ableitung des Veränderungsrationals und damit die Grundlage für die Erstellung eines effektiven Behandlungsplans.

Um eine effektive Behandlung zu gewährleisten, müssen wir ein individuelles Bild der Entstehung und Aufrechterhaltung gewinnen, uns also ein Modell der Wirklichkeit konstruieren. Da wir uns viele Bilder der Wirklichkeit machen, gibt es dann auch eine ganze Reihe an Modellen.

Bei der Entstehung der depressiven Störung, an der Patient A leidet, spielte die Erfahrung von Hilflosigkeit womöglich eine wichtige Rolle, bei Patient B lässt sich die Entstehung möglicherweise sehr gut mit klassischem und operantem Lernen erklären. Bei einem anderen Patienten steht womöglich die Antriebsverminderung im Vordergrund der Symptomatik, bei wieder einer anderen Patientin stehen negative Gedanken über sich und die Zukunft im Zentrum der Beschwerden. Wir haben also unterschiedliche Schwerpunkte, wenn wir uns mit individuellen Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodellen beschäftigen.

Dabei handelt es sich immer um Bilder, die wir uns von der Wirklichkeit machen, um Vereinfachungen, um Heuristiken. Die Grenzen solcher Modelle liegen vor allem darin, dass sie keinesfalls die Dynamik psychischer Prozesse modellieren, sie sind immer statisch. Und doch helfen uns diese Modelle dabei, unsere psychotherapeutische Arbeit zu strukturieren und geben unseren Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, zu Experten ihrer Erkrankungen zu werden und selbstbestimmt Ideen zur Veränderung zu generieren. Dies ist ein sehr großer Gewinn der Modelle. Sie befähigen Patienten dazu, in einer gemeinsamen Konstruktion der Wirklichkeit mit ihren Therapeutinnen und Therapeuten nach Lösungen zu suchen.

Mit unserem Buch wollen wir dazu beitragen, die Unübersichtlichkeit zu verringern, und Mut machen, die Modelle zu nutzen und auszuprobieren. Denn dies ist nach unserer Einschätzung ein wesentliches Merkmal gut strukturierter und manualisierter Psychotherapie: das gemeinsame Entdecken und Ausprobieren neuer Lösungswege.

Danksagung

Johannes Heßler-Kaufmann bedankt sich bei seiner Frau Elli dafür, dass sie ihn immer wieder zu gemeinsamen Kaffeepausen vom Schreibtisch geholt und damit einen wesentlichen Beitrag zum Qualitätsmanagement seiner Arbeit geleistet hat.

Peter Neudeck möchte sich bedanken bei Caroline im Brahm und Katharina Oepen, die das Projekt mit ihrer Recherchearbeit unterstützt haben. Mein besonderer Dank gilt Jakob T. Neudeck, der mit Geduld und kreativer Kompetenz für viele der im Buch befindlichen Abbildungen verantwortlich zeichnet.

Bedanken möchten wir uns bei unserer Lektorin Frau Andrea Glomb für ihre zuverlässige und geduldige redaktionelle Arbeit. Sie haben uns sicher auf dem Weg zum Ziel geführt.

Köln, im Frühjahr 2020

Dr. Johannes Heßler-Kaufmann

Dr. Peter Neudeck

Einführung

Ein gemeinsames Verständnis zwischen Patientin und Therapeutin über das individuelle Zusammenspiel aus biologischen, innerpsychischen, zwischenmenschlichen und situativen Faktoren in der Symptomatik der Patientin ist ein essenzieller Bestandteil jeder Psychotherapie. In der Verhaltenstherapie wird dieses gemeinsame Verständnis über die Erarbeitung eines eigenen Störungsmodells für jede Patientin erreicht. Idealerweise erhält die Patientin mit ihrem Störungsmodell Antworten auf die Fragen »Woher kommt's?« und »Wieso geht's nicht weg?«. Das Störungsmodell ist das Ergebnis einer Problemanalyse (s. folgenden Kasten; Reinecker, 2013), die die Diagnostik der auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren einer Störung strukturiert. Theoretische Grundlage aller psychischen Störungen sind dabei das biopsychosoziale Modell (s. Abschn. 1.1), die Annahme also, dass psychische Störungen multifaktoriell bedingt sind, und das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (s. Abschn. 1.2), welches davon ausgeht, dass psychische Störungen das Produkt aus individueller Veranlagung und außerhalb der Person liegenden Stressoren sind.

Schema einer Problemanalyse

Präzise Beschreibung des Problems

Alpha-Ebene: unmittelbar beobachtbares Verhalten

Beta-Ebene: kognitiv-subjektive Ebene, Emotionen

Gamma-Ebene: physiologische Ebene

Erfassung und Beschreibung situationaler Bedingungen des Verhaltens

Funktionale Bedingungsanalyse (prädisponierende, auslösende, aufrechterhaltende Bedingungen):

S- und C-Variablen aus dem SORKC-Modell (s. Abschn. 2.2)

Bisheriger Umgang mit dem Problem

Selbsthilfeversuche, Stärke der Beeinträchtigung durch das Problem

Erfassung des Selbstregulationssystems

O-Variable des SORKC-Modells, überdauernde und aktuelle physiologische Besonderheiten, Erwartungen, Werte, kognitive Verarbeitungsspezifika, Schemata, Gamma- und Beta-Ebene

Genese des Problems

Dauer der Störung, Schwankungen und Oszillation des Problems

Erfassen des Health-Belief-Modells des Patienten

Annahmen der Patientin über Entstehung und Aufrechterhaltung des Problems

Erstellen eines hypothetischen Bedingungsmodells

Alle obigen Informationen bilden die Grundlage für ein individuelles Modell, welches versucht, die Aufrechterhaltung eines Problems vor dem Hintergrund aktuellen Störungswissen darzustellen. Es handelt sich um ein flexibles, jederzeit revidierbares Modell.

(modifiziert nach Reinecker, 2013)

Beim Erstellen eines Störungsmodells geschieht ganz nebenbei auch Arbeit an der therapeutischen Beziehung, Psychoedukation, die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache und eine niederschwellige Gewöhnung an das für Patientinnen zunächst oft ungewohnte therapeutische Setting. Die The-

rapeutin bringt dabei das Fachwissen, die Patientin das Wissen über sich selbst mit. Jede ist Expertin in ihrer Welt und über ein Störungsmodell werden diese beiden Welten vereint. Sind sich beide über die Bedingungsbeziehungen einig, ist, bei entsprechender Veränderungsmotivation auf Seiten der Patientin und Behandlungsmotivation auf Seiten der Therapeutin, der Weg für die Therapie geebnet.

Aus einem Störungsmodell ergeben sich unmittelbar die Ansatzpunkte für den therapeutischen Hebel (z. B. Vermeidung spezifischer Situationen → Exposition; Trinken in bestimmtem Milieu → Milieuwechsel).



Da unser Wissen über psychische Störungen immer noch nicht tiefgreifend genug ist, um gesicherte Mechanismen für ihre Entstehung und Aufrechterhaltung, wie wir sie aus der somatischen Medizin kennen, zu formulieren, sind alle in diesem Buch beschriebenen Modelle als reduktionistisch und heuristisch zu verstehen. Dieser Umstand wird verdeutlicht durch die Aufnahme mehrerer, sich teilweise ausschließender Modelle für dieselben Störungen in dieses Buch. Dieses Vorgehen soll die Diskrepanz zwischen formaler Diagnose und individueller Symptomatik auf Mikro- und Makroebene des einzelnen Patienten überbrücken und für unterschiedlich gelagerte Fälle mit derselben Diagnose passende Modelle anbieten. Dass die meisten Modelle zutreffende Vorhersagen über die Wirkung bestimmter Interventionen implizieren (z. B. Integration der traumatischen Erinnerungen durch Exposition bei Posttraumatischer Belastungsstörung), erlaubt uns zumindest, ihre Validität für die klinische Anwendung im Einzelfall als hinreichend zu betrachten. Selbstverständlich können aber nicht alle Störungsmodelle der Kognitiven Verhaltenstherapie in diesem Buch enthalten sein.

Aufbau des Tools-Bandes. Mit den Therapie-Tools »Störungsmodelle in der Verhaltenstherapie« erhalten Patientinnen und Therapeutinnen durch Informations- und Arbeitsblätter Hilfestellung bei der Erarbeitung individueller Störungsmodelle. Die Modelle sind in allgemeine und spezifische Modelle getrennt, wobei letztere alphabetisch nach dem Anfangsbuchstaben der entsprechenden Störung sortiert sind. Wir haben uns bemüht, die gängigsten und wichtigsten Störungsmodelle der Verhaltenstherapie aufzuführen und für Patientinnen und Therapeutinnen gleichermaßen zugänglich zu machen. Dazu gibt es für jedes Modell ein Informationsblatt, auf dem das jeweilige Störungsmodell zunächst in allgemeinen Termini vorgestellt wird – für Patientinnen und Therapeutinnen gleichermaßen. Darauf aufbauend erlauben Arbeitsblätter die Reflexion des individuellen Erlebens der Patientin im Rahmen des allgemeinen Modells. In weiteren Arbeitsblättern können die Informationen über die individuellen Faktoren in der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik der Patientin zusammengeführt und ein individuelles Modell erstellt werden. Dieses Modell kann die gesamte Therapie begleiten, als Rational für Interventionen dienen und eine gemeinsame Basis darstellen, zu der immer wieder zurückgekehrt wird. Die Informations- und Arbeitsblätter bauen aufeinander auf und sollten idealerweise in der Reihenfolge, wie sie im Buch vorliegen, bearbeitet werden.



Die Informationen sollten den Patientinnen nicht einfach nur zum Studium mit nach Hause gegeben, sondern gemeinsam in der Stunde besprochen werden, um alle Unklarheiten aus dem Weg zu räumen. Dafür erhalten die Therapeutinnen Hintergrundinformationen, die den jeweiligen Materialien voranstehen.

Besonders betonen möchten wir, dass die Modelle nicht in Stein gemeißelt sind, sondern lediglich als Grundlage dienen sollen, um wirklich individuelle Modelle zu formulieren. Dazu dürfen innerhalb der Modelle Boxen und Pfeile hinzugefügt, weggestrichen oder verändert werden, um die Lebens- und Erlebenswelt der Patientinnen bestmöglich wiederzugeben.

Die folgenden Icons werden Ihnen innerhalb des Buches begegnen:



Therapeutin: Dieses Icon zeigt, dass das Arbeitsblatt von Ihnen als Therapeutin selbst verwendet werden soll.



Patientin: Dieses Icon kennzeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die sich an die Patientin richten oder von ihr ausgefüllt werden sollen.



Ran an den Stift: Dieses Icon fordert dazu auf, Antworten oder Erkenntnisse direkt auf dem Arbeitsblatt zu notieren oder ein konkretes Modell individuell auszufüllen.



Hier passiert etwas: An diesen Stellen werden Handlungsanweisungen oder konkrete Praxistipps gegeben.



Input fürs Köpfchen: An diesen Stellen gibt es wichtige Informationen, die zum Verständnis einzelner Punkte beitragen oder zum Weiterdenken anregen sollen.

Hinweis. Aktuell praktizieren in Deutschland mehr Psychotherapeutinnen als Psychotherapeuten und mehr Patientinnen als Patienten suchen nach professioneller Hilfe für ihre psychischen Probleme. Um diesem Umstand gerecht zu werden und gleichzeitig die männlichen Psychotherapeuten und Patienten, die sich entschieden haben, den Beruf zu ergreifen bzw. sich Hilfe zu suchen, in ihrem Weg zu bestärken, wechseln wir in den folgenden Kapiteln das grammatikalische Geschlecht so durch, dass Patientinnen und Patienten mal auf Therapeuten und mal auf Therapeutinnen treffen. Alle, die ihre Geschlechtsidentität nicht diesen binären Kategorien zuordnen, sind ausdrücklich mitgedacht und wir hoffen, dass ihnen Femininum und Maskulinum als sprachliche Anker dienen können, zwischen denen sie ihren individuellen Platz finden.

I Allgemeine Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen

- 1 Grundlegende Modelle
- 2 Lerntheoretische Modelle
- 3 Kognitive Modelle
- 4 Kontextuelle Modelle
- 5 Informationsverarbeitung
- 6 Rückfall

1 Grundlegende Modelle

1.1 Das biopsychosoziale Modell

Das biopsychosoziale Modell ist ein allgemeines Modell zur Erklärung der Entstehung von psychischen Erkrankungen. Es stellt den Versuch dar, die scheinbaren Widersprüche der »Psychosomatik« in Bezug auf das Verständnis von Krankheit und Gesundheit zu klären. Nach dem Modell eines ganzheitlichen Krankheitsverständnisses kann es keine rein psychosomatischen Krankheiten geben – genauso wenig wie es rein nicht-psychosomatische Krankheiten gibt. Das biopsychosoziale Modell nach Engel (1977) beschreibt Erkrankungen aus einer integrativen Betrachtungsweise. Dabei sind verschiedene Faktoren innerhalb eines Kontinuums auf verschiedenen Dimensionen (Gesundheit/Krankheit, Körper/Geist, Vergangenheit/Zukunft) bei der Entstehung von Krankheiten zu berücksichtigen und gewichten.

Konzeptuell ist das biopsychosoziale Modell vor dem Hintergrund der allgemeinen Systemtheorie, der Semiotik und deren Anwendung in der Biologie (z. B. Ökosysteme) entstanden. Ziel war, den Zusammenhang zwischen Diagnostik und Behandlung in Bezug auf Krankheit und Gesundheit mittels multidimensionaler Analyse und Intervention zu deutlicher hervorzuheben.

Gesundheit und Krankheit werden im Modell als dynamisches Geschehen innerhalb eines Kontinuums verstanden. Der Organismus versucht mittels autoregulativer Fähigkeiten einen Zustand des Ausgleichs (Homöostase) zu schaffen. Gesundheit ist in diesem Modell beschrieben als die Kompetenz des Körpers, Störungen auf innerer und äußerer Ebene wirksam zu kontrollieren. Krankheit bezeichnet die Fehlsteuerung der autoregulativen Kompetenz, die ein Versagen der Kontrollsysteme darstellt. Das Krankheitsverständnis des biopsychosozialen Modells ist genuin psychosomatisch (s.a. French & Alexander, 1958; von Uexkuell, 1991).

Nach diesem Modell entstehen psychische Erkrankungen vor dem Hintergrund einer Körper-Psyche-Umwelt-Interaktion, bei der psychologische, soziale und biologische Faktoren Einfluss nehmen. Diese Einflussfaktoren werden mit Blick auf ihre prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Eigenschaften hin dargestellt. Prädisponierende Faktoren können genetischer, körperlicher, psychischer oder sozialer Art sein und z. B. bei der Entstehung von Angststörungen ihre Wirkung entfalten. Ausgelöst werden Erkrankungen meist durch körperliche, psychische oder soziale Belastungen für das Individuum. Zur Aufrechterhaltung tragen Reaktionen der Individuen selbst oder solche aus deren Umfeld bei, die durch ihr Verhalten die Remission der Symptome beim Betroffenen verhindern und so Chronifizierung provozieren.

Anwendung

Das biopsychosoziale Modell kann in der Praxis immer dann herangezogen werden, wenn es darum geht, die Entstehung einer Krankheit und den Prozess der Krankheitsentwicklung als multifaktorielles Geschehen transparent zu machen. Patienten werden mit einem Wissen über das Störungsbild sowie die verschiedenen Einflussfaktoren, die mit der Erkrankung in Zusammenhang stehen, versorgt. Das Modell sieht von monokausalen Erklärungstheorien ab und stellt das Zusammenspiel von mehreren Faktoren (Multifaktorialität) bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen in den Mittelpunkt. Es wird im therapeutischen Prozess zur Darstellung allgemeiner Prinzipien genutzt, um ein Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer psychischen Erkrankung zu erarbeiten.

1.2 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Zubin & Spring, 1977; Wittchen & Hoyer, 2011) ist ein weiteres Modell zur Erklärung der Entstehung psychischer Erkrankungen. Es stellt eine Ergänzung bzw. Ausdifferenzierung des biopsychosozialen Modells um die Dimension »Zeit« und die Faktoren »Stress« und »Coping« bzw. »Resilienz« dar.

Dem Modell liegt die Beobachtung zugrunde, dass einige Menschen offenbar eine höhere Vulnerabilität (Anfälligkeit) für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung aufweisen als andere. Vor diesem Hintergrund kommt es bei zunehmender Belastung und Stress (Auslöser) zur Entwicklung einer psychischen Erkrankung. Menschen mit geringer Vulnerabilität erkranken demnach erst bei höherer Belastung bzw. bei mehr Belastungsfaktoren. Bei Menschen mit hoher Vulnerabilität reicht eine relativ geringe Belastung aus, um zu erkranken.

In Bezug auf die Vulnerabilität postuliert das Modell, dass angeborene oder lerngeschichtlich erworbene, neurobiologische oder biochemische Veränderungen im Gehirn bei Individuen eine Verletzlichkeit/Anfälligkeit (Vulnerabilität) bedingen, die (zeitlich betrachtet) schon lange vor der Erstmanifestation einer psychischen Erkrankung besteht. Eine psychische Erkrankung entwickelt sich, wenn bei gegebener Vulnerabilität nicht genügend Schutzfaktoren bzw. Ressourcen zur Verfügung stehen. Dabei treten zunächst Frühwarnsymptome auf. Im weiteren Verlauf kommt es dann zum Auftreten von Krankheitssymptomen, die nur durch geeignete Bewältigungsstrategien oder mithilfe von Schutzfaktoren abgefangen werden können.

Die Begriffe Vulnerabilität, Stress, Resilienz und Coping sind für das Verständnis des Modells von großer Bedeutung:

- ▶ **Vulnerabilität** bezeichnet Eigenschaften eines Individuums, die zur Entstehung einer psychischen Erkrankung beitragen, i.d.S., dass dieses Individuum Vulnerabilitätsmerkmale aufweist, die es wahrscheinlicher machen, an einer bestimmten psychischen Störung zu erkranken. Man kann dabei biologische, psychologische und störungsspezifische Vulnerabilitäten unterscheiden.
- ▶ **Stress** bezieht sich auf allen drei Ebenen des Modells auf das Ausmaß und die Intensität, mit der auf den Organismus eingewirkt wird.
- ▶ Die Art und Weise, wie Individuen mit externen und internen Stressoren umgehen, wird als **Coping** bezeichnet. Stressbewältigungsstrategien, auch Coping-Skills genannt, bezeichnen die verschiedenen Strategien, die einem Individuum zur Auswahl stehen (z. B. Konfrontieren, Ablenken, Umdefinieren, Rationalisieren). Bei den Bewältigungsstrategien handelt es sich um situationsunabhängige, erlernbare Verhaltensweisen im Umgang mit Stress. Je flexibler ein Individuum diese Strategien einsetzen kann, desto eher sind die Coping-Skills auf der Ressourcenseite zu verorten. Je rigider die Bewältigungsstrategien gehandhabt werden, desto problematischer ist es für ein Individuum, auf die verschiedenen Stressoren im Alltag geeignet zu reagieren.

Die dem Erhalt der Unversehrtheit dienlichen und schützenden Faktoren werden unter dem Begriff der *Resilienz* subsummiert, der dem Organismus generell die Fähigkeit zuspricht, mit belastenden Faktoren und in schwierigen Lebenssituationen, in seinem besten Wohle zu handeln.

Anwendung

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell fokussiert besonders auf das Zusammenspiel von lerngeschichtlich erworbenen Anfälligkeiten (Vulnerabilitäten) und Belastungsfaktoren (Stress) bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen.

1.3 Arbeitsmaterial

INFO 1 Das biopsychosoziale Modell

Das Blatt enthält Informationen zu den einzelnen Faktoren des biopsychosozialen Modells. Die entsprechenden biologischen, psychischen und sozialen Faktoren werden erklärt.

AB 1 Das biopsychosoziale Modell: Informationen generieren zu den drei Beobachtungsebenen

Mithilfe des Arbeitsblatts kann der Therapeut die drei Faktoren des Modells für die individuelle Situation des Patienten erarbeiten.

AB 2 Das biopsychosoziale Modell: meine Risikobereiche auf den drei Beobachtungsebenen

Das Arbeitsblatt unterstützt Patienten dabei, ihre persönlichen Risikofaktoren für jede der drei Ebenen besser kennenzulernen. Die Patienten lernen, das Zusammenspiel zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren bei der Entstehung ihrer Probleme besser zu verstehen.

INFO 2 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Das Informationsblatt beschreibt die verschiedenen Vulnerabilitäten und Belastungen von Menschen als einzelne Faktoren und erklärt deren Zusammenwirken bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen.

AB 3 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell: meine Vulnerabilitäten

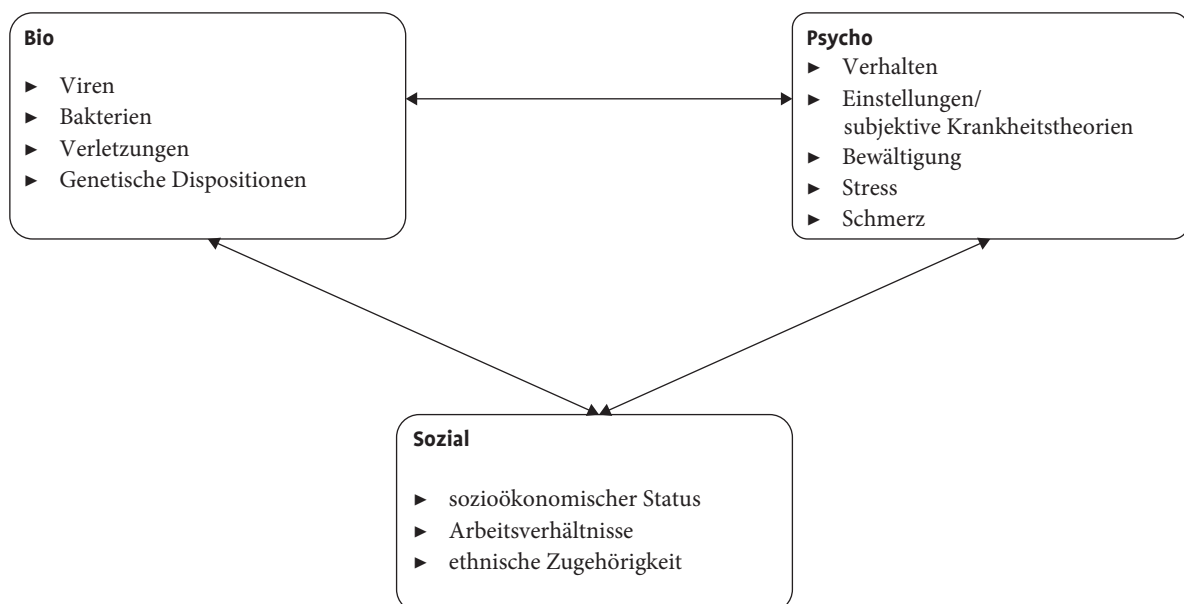
Das Arbeitsblatt dient zur Erstellung eines persönlichen Vulnerabilitäts-Stress-Modells. Der Patient sammelt Informationen zu den einzelnen Vulnerabilitätsbereichen und Belastungsfaktoren. Dann führt er diese zu seinem persönlichen Modell zusammen.



Wenn es uns nicht gut geht, wollen wir wissen, was wir tun können, damit es uns besser geht. Möglicherweise stellen wir uns aber genauso die Frage nach dem *Warum*, also nach der Ursache unserer Probleme. Die Beschäftigung mit den Ursachen von Krankheiten ist vor allem deshalb sinnvoll, weil wir unser Verhalten, unseren Lebensstil oder unsere Gewohnheiten dann am besten ändern können, wenn wir wissen, dass eine solche Veränderung effektiv ist und uns weiterhilft. Kennen wir die Faktoren, die bei der Entstehung einer Krankheit wirksam waren, ist es uns möglich, in Zukunft darauf achten, uns so zu verhalten, dass wir uns vor einem erneuten Auftreten der Erkrankung schützen.

Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer psychischen Erkrankung spielen viele Faktoren eine Rolle. Wir wissen heute, dass wir nicht von *der einen Ursache* einer Krankheit sprechen können, sondern dass es sich um ein Zusammenspiel von biologischen, sozialen und psychischen Faktoren handelt. Hier sprechen wir vom sogenannten biopsychosozialen Modell.

- ▶ **Biologische Faktoren** sind beispielsweise die genetische Veranlagung, Besonderheiten des Immun- oder des Nervensystems, wie etwa eine verminderte oder erhöhte Reagibilität des vegetativen Nervensystems.
- ▶ Unter **sozialen Faktoren** verstehen wir die Rahmenbedingungen innerhalb einer Gesellschaft und Kultur, ebenso wie die häusliche Atmosphäre, die sozialen und ökonomischen Verhältnisse, in denen wir aufwachsen und die jeweiligen Rollen, die wir in den verschiedenen sozialen Kontexten einnehmen.
- ▶ **Psychische Faktoren** sind Lernerfahrungen während der Entwicklung, emotionale und soziale Kompetenzen, Einstellungen, Überzeugungen oder erlernte Verhaltensmuster. Gemeinsam tragen diese Faktoren sowohl zu unserer Gesundheit als auch zu der Entwicklung von Erkrankungen bei.



**Biologisch**

- ▶ diagnostische Informationen aus Vorbehandlungen
- ▶ ätiologische und pathogenetische Informationen
- ▶ physikalische, chirurgische, organmedizinische Informationen
- ▶ Ergebnisse früherer Behandlungen
- ▶ Risikofaktoren, medizinischer Status

Psychologisch

- ▶ Spezifika des Erlebens, Persönlichkeitsfaktoren
- ▶ psychophysiologische Besonderheiten
- ▶ subjektives Krankheitsmodell
- ▶ kognitive Verarbeitung (Kontrollüberzeugungen, Attributionen)
- ▶ Besonderheiten des Verhaltens
- ▶ Vermeidungsstrategien, Gesundheitsverhalten, Risikoverhalten

Sozial

- ▶ soziales Netzwerk/sozialer Rückhalt
- ▶ familiäre, beruflich-akute oder chronisch belastende Stressoren
- ▶ Arbeitsplatz, Behörden, gesellschaftliche Teilhabe, Vereine
- ▶ Engagement, umweltbezogene Lebensbedingungen
- ▶ Lebensstil, Rentenbegehren, Begehren eines Behinderungsgrades

Wie verstehe ich den Patienten in seiner individuellen Problematik?**Biologisch**

Genetik

.....

.....

.....

Physiologie

.....

.....

.....

Immunologie

.....

.....

.....

Vulnerabilität. Vulnerabilität bedeutet so viel wie Anfälligkeit. So wie es körperliche Schwachstellen oder Anfälligkeiten gibt, gibt es diese auch im Bereich der Psyche. Wenn man beispielsweise als Kind immer wieder zu hören bekam, dass man zu nichts taugt, dann entwickelt man unter Umständen ein negatives Denken über die eigenen Fähigkeiten und ist besonders anfällig für Kritik an der eigenen Leistung.

Stress. Der zweite Faktor, für den wir uns interessieren, ist das andauernde und aktuelle Stressniveau. Wir wissen, dass der Umgang mit alltäglichen Belastungen/Stress in engem Zusammenhang mit der Entstehung psychischer Erkrankungen steht. Arbeitet z. B. jemand, der besonders anfällig für Kritik an der eigenen Leistung (Vulnerabilität) ist, in einem wenig wertschätzenden und unsicheren Job (andauernder Stress), so kann die Androhung einer Kündigung (aktueller Stress) dazu führen, dass es zu einem krankheitsbedingten Ausfall, möglicherweise auch zu einer Angststörung oder Depression kommen kann. Weder die Vulnerabilität noch der Stress sind dann die Ursache für die Erkrankung, vielmehr ist es das Zusammenspiel dieser Faktoren, das zur Entstehung führt.

Schutzmechanismen. Darüber hinaus gibt es auch hilfreiche psychische Faktoren, sogenannten Schutzmechanismen, die wir mitbringen und erlernt haben. Zum einen sind dies unsere Handlungskompetenzen und Bewältigungsstrategien bei Stress, zum anderen Resilienz- oder Schutzfaktoren. Diese helfen uns auch in sehr schwierigen belastenden Situationen oder sehr ungünstigen Lebensverhältnissen, uns anzupassen und aktiv zu sein bzw. aktiv mit den jeweiligen Veränderungen umzugehen. Für eine effektive Therapie ist es wichtig, auch diese Schutzmechanismen besser kennenzulernen, um sie zukünftig noch sinnvoller zu nutzen.

