

Psychotherapie und psychotherapeutische Verfahren

- Grundsätze Psychotherapie
- Psychoanalyse
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Gesprächstherapie
- Entspannungstherapien



Heilpraktikerschule • Trainerin • Coach für naturheilkundliche Ausbildungen

Heilpraktikerin und Heilpraktikerin für Psychotherapie
Am Plettlberg 6
94116 Hutthurm
Mobil: 0176/ 39267079
Tel: 08505/9196302

E-Mail: Info@Alexandra-Lichtenauer.de
Homepage: www.Alexandra-Lichtenauer.de

Psychotherapie

Psychotherapie bedeutet die gezielte Anwendung psychologischer Methoden (z.B. Entspannung, kognitive Verhaltenstherapie oder Gesprächstherapie), um Störungen im Denken, Erleben und Verhalten des Patienten zu behandeln.

Einteilung der Therapieformen

Psychoanalyse

Psychodynamische Therapie
Tiefenpsychologisch
orientierte Kurzzeittherapie

Verhaltenstherapie

Kognitive
Verhaltenstherapie
Kognitiv-behaviorale-
Therapie

Humanistische Therapie

Gesprächstherapie
Gestalttherapie
Psychodrama

Setting

Unter Setting werden die Rahmenbedingungen verstanden, in denen eine Psychotherapie stattfindet:

Es beinhaltet den Ort, die Zeit

Die Vereinbarung, ob es sich um eine Einzel-, Paar-, oder Familientherapie handelt

Die Therapieabstände und die geplante Therapiedauer (ca.)

Zahlungsmodalitäten

Voraussetzungen für eine Psychotherapie

Patienten

Motivation zur Therapie (Leidensdruck)

Introspektionsfähigkeit (Einsichtsfähigkeit)

Fähigkeit zur kritischen Selbstprüfung

Mindestmaß an Konfliktfähigkeit u. Ausdauer (Therapieabbruch)

Mindestmaß an Beziehungsfähigkeit

Therapeut

Beherrschung von Gesprächsführungstechniken

Empathie (Einfühlungsvermögen)

Authentizität (Echtheit)

Emotionale Wärme

Fachliche Kompetenz (Grenzen erkenne!), Supervision

Wirksamkeit

Warum eine Psychotherapie wirksam ist:

- Klärung (Pat. versteht Zusammenhang zwischen Gefühlen und Verhalten)
- Bewältigung (kann Probleme besser bewältigen)
- Problemaktualisierung (unbewusste Probleme werden sichtbar)
- Ressourcenorientierung (Fähigkeiten werden genannt)
- therapeutische Beziehung (Fähigkeiten des Therapeuten)

Unerwünschte Effekte

Wird eine Psychotherapie ohne die nötigen Kenntnisse und Erfahrungen durchgeführt, kann das bei Patienten zur Verschlechterung seiner Symptome oder zum Therapieabbruch führen.

Das heißt für den HPP

Er darf nur bestimmte Störungsbilder behandeln

Er muss sich vor der Therapie von der Richtigkeit der Diagnose überzeugen

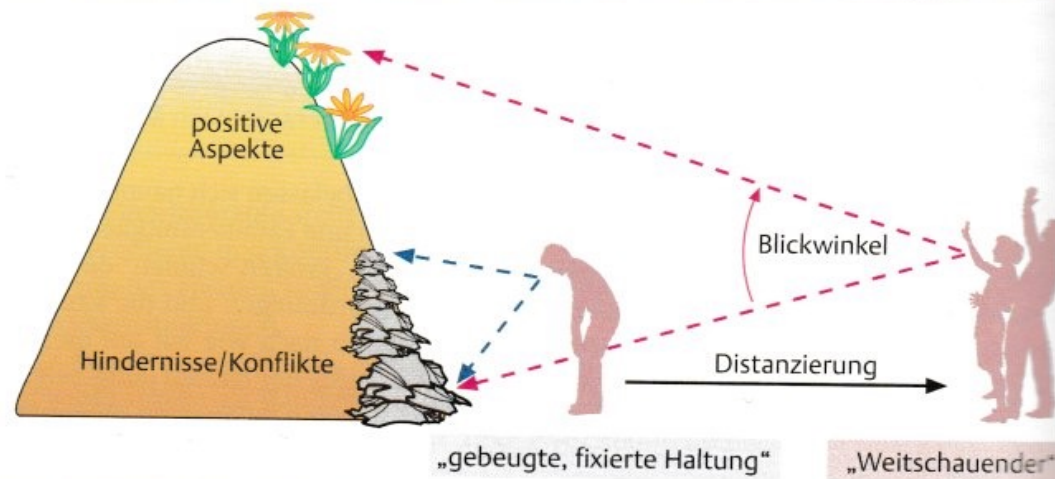
In kritischen Situationen kompetente Hilfe einholen

Verantwortungsvoll therapieren (Supervision)

Merke: Bei vielen psychischen Erkrankungen zeigt eine Kombinationstherapie die beste Wirkung (Psychopharmaka + Psychotherapie)

C-4.2

„Probleberg“ und Distanzierung („Perspektivewechsel“ im Rahmen supportiver Psychotherapie)



Wissenschaftliche Diskussion

Mitte der 1990er- Jahre veröffentlichte eine Arbeitsgruppe um den Psychologen Klaus Grawe eine Meta-Studie zum Stand der Psychotherapieforschung. Hierbei wurden keine eigenen Untersuchungen angestellt, sondern das gesamte Datenmaterial gesammelt und analysiert, das bis zu diesem Zeitpunkt zur Verfügung stand. Einige der wichtigsten Ergebnisse der Studie besagten:

- Die Psychotherapie ist in vielen Fällen dazu geeignet, außerordentliche Verbesserungen der Gesundheit bei psychischen Störung herbeizuführen
- Von den verschiedenen Verfahren liegen mit Abstand die meisten Daten zur kognitiven Verhaltenstherapie vor. Die Verhaltenstherapie hat - ebenfalls mit Abstand - die besten Therapieerfolge vorzuweisen.
- Die Ergebnisse zu Psychoanalyse und tiefenpsychologischer Therapie (bei Grawe zusammengefasst als psychodynamische Therapie) sind dagegen ernüchternd. Die Berechtigung der Anerkennung der Psychoanalyse als wissenschaftlich fundiertes Verfahren erfolgt v.a. aufgrund der historischen Verdienste der Psychoanalyse für die Psychotherapie.
- Für alle anderen Verfahren konnte kein ausreichender Wirksamkeitsbeweis gefunden werden. Entweder lagen keine Untersuchungen in ausreichender Zahl und Qualität vor oder die Ergebnisse waren nicht konkret bzw. positiv genug. Damit fallen alle weiteren Methoden (Gesprächstherapie, Familientherapie, Gestalttherapie) unter die Rubrik „Wirksamkeit wissenschaftlich nicht erwiesen“

Natürlich haben diese Ergebnisse zu heftigen Diskussionen geführt. Grawe wurde Parteilichkeit vorgeworfen, schließlich sei er Verhaltenstherapeut. Auch wurden die Kriterien, die bei seiner Meta-Analyse zugrunde gelegt wurden, angegriffen und für willkürlich gehalten. Eberhard Schneider beispielsweise stellt in seinem Buch „Wer bestimmt, was hilft?“ die neue Zahlengläubigkeit in der Therapieforschung infrage. Eine große gesellschaftliche Relevanz erhielten die Ergebnisse Grawes, als das neue Psychotherapeutengesetz 1999 in seiner Auslegung weitestgehend der Argumentation Grawes folgte. Demnach sind Verhaltenstherapie, Psychoanalyse und tiefenpsychologische Therapie die einzigen Verfahren in Deutschland, die von den gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der Psychotherapie bezahlt werden.

Psychoanalyse

In diesem Abschnitt wird die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie (TP) gemeinsam mit der Psychoanalyse abgehandelt.

Die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie ist als eigenständige Therapieform aus der Psychoanalyse hervorgegangen.

Es heißt, die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie sei eine Neugeburt, deren Mutter die Psychoanalyse und deren Vater die kassenärztliche Vereinigung sei.

In der Tat hat sich die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie auch aus Kostengründen entwickelt.

Während bei einer klassischen Psychoanalyse der Patient mehrmals in der Woche zum Therapeuten geht, ist dies bei der TP nur noch einmal wöchentlich der Fall.

Psychoanalyse und tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie werden zusammengefasst auch häufig als psychodynamische Therapie bezeichnet.

Die Unterschiede zwischen Psychoanalyse und tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapie

Geschichte der Psychoanalyse

Die Psychoanalyse wurde von dem Wiener Arzt Sigmund Freud Ende des 19. Jahrhunderts begründet. Dieser Zeitpunkt kann auch als die Geburtsstunde der heutigen, modernen Psychotherapie angesehen werden. Bis dahin versuchte man, biologische, physikalische und neurologische Prinzipien auf seelische anzuwenden. Freud begann als Erster, die Funktionsweise des seelischen Apparats systematisch zu beschreiben.

Freud (1856 - 1939) spezialisierte sich als Neurologe zunächst auf Gehirnanatomie und Neuropathologie und erforschte unter anderem die Möglichkeiten des medizinischen Einsatzes von Kokain. 1895 verbrachte er mehrere Monate in Paris und studierte an der damals berühmten Nervenlinik Salpêtrière beim ebenso Krankheitenberühmten Nervenarzt Jean-Martin Charcot. Charcot beschäftigte sich zu jener Zeit mit Hysterie und Hypnose.

	Psychoanalyse	Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie
Therapiefrequenz	3- bis 5-mal wöchentlich	1-mal wöchentlich
Setting	Patient liegt	Patient sitzt dem Therapeuten gegenüber
Schwerpunkt der Therapie	Konzentration auf Übertragungsbeziehung in der Therapie Therapie der Gesamtpersönlichkeit	Konzentration auf wichtige Beziehungen zu Menschen des Alltagslebens Konzentration auf einzelne, aktuelle (neurotische) Konflikte
Verhalten des Therapeuten	Therapeut verhält sich neutral (Abstinenz)	Therapeut ist aktiv und macht teils Vorschläge

Freud beobachtet Fälle, bei denen Patienten mit Lähmung im hypnotischen Zustand wieder stehen konnten. Diese Fälle belegten, dass hier keine neurologische Störung vorlag, sondern dass die Lähmung psychischer Natur war.

Zurück in Wien, experimentierte Freud weiter mit den Möglichkeiten von Hypnose und Suggestion. Er griff die Methode seines Kollegen Eugen Bleuler auf, der bei einer hysterischen Patientin bereits vor Jahren einen Behandlungserfolg erzielt hatte, indem er ihr zur Erinnerung an ein traumatisierendes Erlebnis verhalf.

Auch Bleulers Verfahren bediente sich der Hypnose und Suggestion. Freud veränderte nach und nach sein Vorgehen, indem er die Patienten aufforderte, alles auszusprechen, was ihnen in den Sinn kam, ohne das Ausgesprochene zu filtern oder zu zensieren. Diese zunächst „Mind-Sweeping“ genannte Methode wird heute als freies Assoziieren bezeichnet.

Die klassische Psychoanalyse wird unter festgelegten äußeren Rahmenbedingungen durchgeführt (Setting): Der Patient liegt auf der Couch, der Analytiker sitzt hinter dem Patienten.

Ab 1905 begann sich die Psychoanalyse - wie Freud seine Methode nun nannte - rasch zu verbreiten. Bereits früh gab es jedoch auch Abspaltungen.

- 1911 trennte sich Alfred Adler von Freud und begründete seine Individualpsychologie
- Ab 1913 entwickelte Carl Gustav Jung seine analytische Psychologie

Grundannahmen der Psychoanalyse

- Der Mensch durchläuft in seinem Reifungsprozess regelhaft bestimmte Phasen. Diese Phasen werden als psychosexuelle Entwicklungsphasen bezeichnet
- Die ersten 6 Lebensjahre eines Menschen prägen seine Persönlichkeit entscheidend
- Innere Konflikte sind in der Regel unbewusst. Sie sind durch einen seelischen Vorgang charakterisiert, der als Verdrängung bezeichnet wird.
- Das Bewusstwerden eines inneren Konflikts lässt das Symptom verschwinden. Ziel der psychoanalytischen Therapie ist es, einen Konflikt wieder bewusst werden zu lassen und somit die Verdrängung aufzuheben

Wichtige Begriffe

Neurose

Nach Freud ist eine Neurose eine psychisch bedingte Gesundheitsstörung, die sich infolge eines innerseelischen Konflikts entwickelt. Die Inhalte dieses Konfliktes werden durch den Vorgang der Verdrängung in das Unbewusste abgeschoben. Das Symptom drückt den psychischen Konflikt in der Neurose symbolisch aus.

Es stellt einen Kompromiss zwischen einem Triebwunsch und dessen Abwehr dar. Die innerseelischen Konflikte haben ihre Wurzel in der frühen Kindheit eines Menschen (in den ersten 6 Lebensjahren).

Das Unbewusste

Ein großer und wichtiger Teil der Informationen, die Menschen im Laufe ihres Lebens aufnehmen, bleibt unbewusst. Dies hat zum einen den Zweck, das Nervensystem zu entlasten. Ein anderer wichtiger Grund hierfür ist, dass einige dieser Informationen mit schmerzhaften Empfindungen gekoppelt sind und der seelische Apparat die Tendenz hat, unangenehme Empfindungen zu vermeiden (nach Freud: Vermeiden von Unlust).

Das Unbewusste zeigt sich u.a. in Träumen, die man sich therapeutisch zunutze macht. Märchen und Mythen spiegeln das Unbewusste einer Gesellschaft wieder.

Aufbau des seelischen Apparats (Es - Ich - Über-Ich)

Freud stellte die Theorie auf, dass der Mensch stark von sogenannten Trieben gesteuert sei. Diese Triebe haben meist eine sexuelle Färbung und streben nach unmittelbarer Befriedigung. Die Triebe werden im Es angesiedelt.

Das Über-Ich ist die Instanz im seelischen Apparat, welche die gesellschaftlichen Normen vertritt. Diese Normen werden dem Kind v.a. durch seine Eltern vermittelt und beschränken die sofortige Triebbefriedigung.

Aus dem Über-Ich entwickelt sich das Ideal-Ich mit den eigenen persönlichen Werten und Normen. Das Ich schließlich hat die Aufgabe, einen Ausgleich zwischen Es und Über-Ich herzustellen.

Ein gesunder Mensch ist in der Lage, sowohl seinen inneren Antrieb wahrzunehmen und zu erfüllen, als auch den Anforderungen der Außenwelt (Arbeit, Familie) nachzukommen.

Zwangssymptome sind nach diesem Modell Folge eines zu starken Über-Ichs, während eine krankhafte Impulsivität auf starke Es-Kräfte, verbunden mit einer Ich-Schwäche, hindeuten.

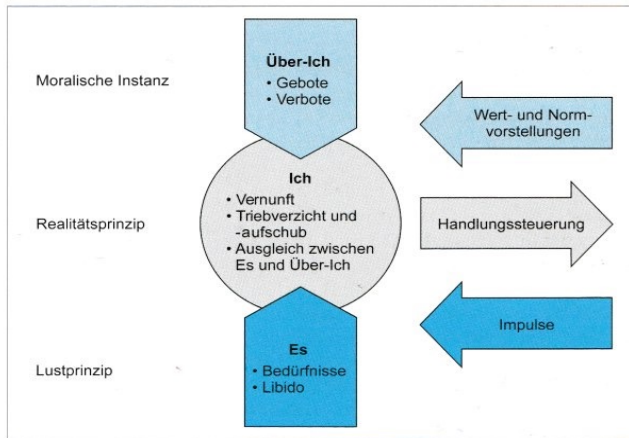


Abb. 13.1 Aufbau des seelischen Apparats

Mama: Schokolade ist ungesund

Normales Essen, dann Schokolade

Möchte Schokolade essen

Moral

Ich

Trieb

Lust unter Kontrolle zu halten

regulierende Form

angeboren

Konflikt

Die verschiedenen Anteile des seelischen Apparats (Über-Ich, Ich, Es) stehen häufig in einem Spannungsverhältnis zueinander.

Klassischerweise besteht ein Konflikt zwischen Triebwünschen und moralischen Ansprüchen der sozialen Umwelt. Die Konflikte bleiben meist unbewusst. Geling es dem seelischen Apparat nicht, einen ausgewogenen Kompromiss herzustellen, kann sich ein neurotisches Symptome herausbilden.

Auch bei psychosomatischen Krankheiten lassen sich häufig unbewusste Konflikte als psychogene Ursache finden.

In letzter Zeit wurde der Versuch unternommen, typische Gruppen von Konflikten zusammenzufassen:

Abhängigkeit versus Autonomie

Der gleichzeitige Wunsch nach starker emotionaler Nähe und Abhängigkeit einerseits und starkem Bestreben nach emotionaler Unabhängigkeit

Unterwerfung versus Kontrolle

Das gleichzeitig vorhandene Bestreben, sich einzuordnen und Beziehungen nach den eigenen Bedürfnissen zu formen

Versorgung versus Autarkie

Vorhandene Wünsche nach Geborgenheit stehen im Widerspruch zum Wunsch nach Selbstständigkeit

Selbstwertkonflikte (narzisstische Konflikte)

Brüchiger Selbstwert, der durch Leistung kompensiert wird.

Psychosexuelle Entwicklung

Im Zusammenhang mit der Beschreibung der Triebe entwickelte Freud ein Phasenmodell der kindlichen Entwicklung, auf das auch heute noch vielfach zurückgegriffen wird.

In der damaligen Zeit war die Annahme schockierend, dass bereits das Kleinkind sexuelle Impulse und Regungen habe, die dem Es und damit der Schicht der Triebe entstammen.

Freuds Annahme zufolge durchläuft das Kind regelhaft Phasen, in denen nacheinander bestimmte Körperregionen lustvoll besetzt und erlebt werden. Dies sind in der Reihenfolge ihres Auftretens:

- | | |
|-------------------------------|---------------|
| - die Mundregion | orale Phase |
| - die Schließmuskel des Darms | anale Phase |
| - und die Genitalien | ödipale Phase |

Jede Phase der psychosexuellen Entwicklung ist nach Freud durch das Vorherrschen bestimmter erogener Zonen gekennzeichnet, die Freud als Lustzentren bezeichnete.

Die orale Phase

(von lat. os, oris: der Mund)

Mit der oralen Phase (bis zum 18. Lebensmonat) verbunden sind die Bereiche Vertrauen, Abhängigkeit und Bedürftigkeit. Beherrschende Rolle spielt der Mund. Der Säugling gewinnt Lust aus der Befriedigung Orale Triebe (saugen, beißen, kauen, lutschen). Bereits in dieser ersten Phase wird dem Kind durch die Eltern vermittelt, wie es seine Triebwünsche befriedigen darf (nicht alles darf angelutscht werden!). Freud unterteilt diese Phase in fünf Abschnitte, in deren Verlauf prägende Persönlichkeitsmomente erworben werden: sich einverleiben, festhalten, beißen, ausspucken, verschließen.

→ Suchterkrankungen

Die anale Phase

(von lat. Anus)

Übergeordnete Themen in der analen Phase (2-3 Lebensjahr) sind Autonomie und Selbstbestimmung. Die Bedürfnisse des Säuglings verlagern sich von der oralen auf die anale Zone, wodurch neue Konflikte ausgelöst werden. Durch Defäkation wird Spannung aufgebaut; die anale Stimulation und der nachfolgende Abbau von Spannung erzeugt das Lustgefühl. Erneut werden dem Kind durch die Eltern gesellschaftliche Werte vermittelt, vor allem die Sauberkeitserziehung.

→ Zwangsstörungen

Die phallische o. ödipale Phase

(von. griech. phallos: das männliche Glied)

In der phallisch-ödipalen Phase (3.-5. Lebensjahr) entwickeln sich Ich-Ideale, **Geschlechtsidentifizierung** sowie rivalisierendes Durchsetzungsvermögen. Lust und Unlust sind in der phallischen Phase auf die genitale Zone gerichtet, gekennzeichnet bei Jungen durch den "Phallus" (lat. Phallus = Glied, Penis), der den Mädchen fehlt. Der sich entwickelnde Sexualtrieb, der bei Jungen und Mädchen unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann, richtet sich auf den gegengeschlechtlichen Elternteil. Nach Freud führt die Auseinandersetzung mit Lust und Unlust in der phallischen Phase letztendlich dazu, dass sich der Junge mit seinem Vater identifiziert; der Konflikt ist bei Mädchen zwar weniger gravierend, jedoch durch den sogenannten "Penisneid" gekennzeichnet (das Mädchen sieht beim Vater das, was sie nicht hat, will es aber auch haben), der die Mutterbindung schwächt (Zorn gegenüber der Mutter). Diese Phase ist von entscheidender Bedeutung, da das Kind zum ersten Mal eine emotionale Bindung zum Elternteil des anderen Geschlechts eingeht, die einer Beziehung eines Erwachsenen zu seinem Partner ähnlich ist. Dennoch kommt es immer zu einer Identifizierung mit beiden Elternteilen. (Eine übermäßige Gefühlsbindung des Sohnes an die Mutter und die damit einhergehende Eifersucht gegenüber dem Vater wird in der Begriffswelt der Psychoanalyse auch als **Ödipuskomplex** bezeichnet. Analog bezeichnet man die übermäßige Gefühlsbindung der Tochter an den Vater als Elektrakomplex.)

→ **Hysterische Symptome**

Vom fünften bis zum elften Lebensjahr erfolgt eine
(von lat. latere: verborgen sein)

Latenzperiode

An die frühen Stadien der psycho-sexuellen Entwicklung schließt sich eine Latenzphase an, in der sich die

Sexualität nicht weiterentwickelt

: Die Kinder entwickeln Beziehungen zu Menschen außerhalb des Familienkreises, während sexuelle und aggressive Triebäußerungen abnehmen. Die Latenzphase endet mit dem Beginn der Pubertät.

Die genitale Phase

(von lat. gens, gentis: das Geschlecht) tritt etwa ab dem zwölften Lebensjahr ein. Mit Beginn der

Vorpubertät

erwacht die

Sexualität unter dem Einfluss der Sexualhormone zu neuer Macht. Sie tritt nun in eine weitere Funktion: Sie dient auch der Fortpflanzung, nicht mehr nur der Lustbefriedigung. War das Interesse des Kindes in den frühkindlichen Phasen noch mehr oder weniger selbstbezogen und das Sexualobjekt in der Familie zu suchen, so werden jetzt **Sexualpartner außerhalb der Familie** gewählt. Sexualität tritt in den Dienst der zwischenmenschlichen Partnerschaft. Damit ist sie nicht mehr nur eine Funktion, die man für etwas einsetzen kann - zur Lustbefriedigung oder Kinderzeugung -, sondern eine wichtige Form sozialer Interaktion und Kommunikation

Zusammenfassung

Die eigenen Regungen, Bedürfnisse und Antriebe des Kindes können nie in vollem Maß befriedigt werden. Eine stark ablehnende Haltung der Bezugsperson kann dazu führen, dass sich in einer bestimmten Entwicklungsphase sogenannte Fixierungen entwickeln, die sich auf die emotionale Inhalte dieser Phase beziehen. D.h. die betroffene Person leidet noch als Erwachsener an den Folgen einer Konstellation, die eigentlich in der Kindheit bestanden hat. Freud ging davon aus, dass sich die Persönlichkeit eines Menschen weiterstehend in den ersten 6 Lebensjahren entwickelt.

Fehlentwicklungen in den verschiedenen Phasen können im Erwachsenenalter zu psychischen Störungen führen, wenn bestimmte Konflikte durch aktuelle Krisen reaktiviert werden. z.B. Trennungserlebnisse (Scheidung, Tod) + Fixierung in der oralen Phase = Depression und Suizidalität

Widerstand

Da die seelische Ursache einer Neurose von schmerzhafter Natur ist, setzt der Patient der **Bewusstmachung der inneren Konflikte** einen unbewussten Widerstand entgegen. Dies ist dem Patienten nicht vorzuwerfen und entzieht sich seiner Steuerung. Es ist Aufgabe des Therapeuten, Widerstand zu erkennen, zu verstehen und zu „deuten“.

z.B. **Zuspätkommen, vergessen, über Belanglosigkeiten sprechen**

Fehlleistung

Ein Freudscher Versprecher (nach Sigmund Freud) ist eine **sprachliche Fehlleistung**, bei der angeblich ein eigentlicher Gedanke oder eine Intention des Sprechers unwillkürlich zutage tritt. Versprecher, sind harmlose Ereignisse. Sie passieren jedem und überall. Die meisten sind keines Aufhebens wert. Es können sich aber auch **„wahre“ Motive** dahinter verbergen ("was da nicht alles zum Vorschein kommt..." oder: "...sollten wir pfleglicher mit einander *untergehen*").

Abwehr

Jeder Mensch versucht, **ungute Gefühle zu vermeiden**. Dieses Bestreben ist natürlich und gesund. Wehrt sich der Mensch gegen die Wahrnehmung von Erlebnisinhalten, die im Zusammenhang mit einer Neurose stehen, kann sich jedoch seine Fähigkeit zur Lebensbewältigung einschränken. Somit kann Abwehr sowohl gesund als auch pathologisch sein. Jegliche seelische Tätigkeit kann im Dienst der Abwehr stehen. Die verschiedenen Abwehrstrategien werden als Abwehrmechanismen bezeichnet.

Abwehrmechanismus	Beschreibung	Beispiel
Verdrängung	Nicht akzeptable Triebregungen werden ins Unbewusste verschoben und daran gehindert, wieder ins Bewusstsein zu gelangen. Verdrängung ist ein grundlegender Abwehrmechanismus, der bei fast jeder neurotischen Störung beteiligt ist. Verdrängte Wünsche zeigen sich häufig in Träumen	Eine Patientin hat als Kind ihren Vater sexuell begehrt. Diese Triebregung war nicht tolerierbar und wurde ins Unbewusste verschoben. Dort ist die Triebregung jedoch weiter existent und drückt sich z.B. in der späteren Partnerwahl aus.
Verleugnung	Objektive Gegebenheiten werden als unwahr hingestellt oder schlichtweg nicht wahrgenommen	Ein Patient, dem eine schwerwiegende Diagnose mitgeteilt wird, behauptet, er würde mit einem anderen Patienten verwechselt.
Vermeidung	Situationen, in denen ein Konflikt auftreten kann, werden gemieden. Der Patient bildet Gewohnheiten und Verhaltensweisen aus, die der Vermeidung von Angst dient.	Eine Person wird jedes Mal, wenn eine wichtige Prüfung ansteht, kurzfristig krank, sodass sie an der Prüfung nicht teilnehmen kann.
Sublimierung	Triebregungen werden in sozial akzeptierter Form geäußert. Z.B. Kunst	Eine Person wandelt starke innere Aggressionen in hohe sportliche Leistungen um.
Reaktionsbildung	Verdrängte Triebwünsche werden in ihr Gegenteil verkehrt	Eine Person vermeidet die Wahrnehmung aggressiver Impulse durch ein ausgeprägt pazifistisches Verhalten.

<p>Projektion</p>	<p>Unerlaubt und verdrängte Regungen oder Dinge, die eine Person an sich selbst nicht akzeptieren kann, werden bei einer anderen Person wahrgenommen und kritisiert</p>	<p>Ein Mann hat aggressive Regungen in Bezug auf einen Kollegen. Die eigene Aggressivität wird nicht bewusst wahrgenommen und in die Person des Kollegen verschoben. Der Mann erlebt seinen Kollegen als aggressiv.</p>
<p>Introjektion</p>	<p>Das Bild eines anderen Menschen, dessen Wünsche, Werte, Normen, Vorschriften oder auch Vorhaltung, werden in das eigene Ich übernommen.</p>	<p>Ein Patient hat vom Vater die Haltung übernommen, man dürfe keine Schwäche zeigen, wenn man Erfolg haben will. Daran hält er nun in allen Lebenslagen auch zu seinem Nachteil fest.</p>
<p>Internalisierung</p>	<p>Gebote, Werte und Normen der frühen Bezugspersonen werden zu eigen gemacht.</p>	<p>Eine Mutter stellt fest, dass sie ihre Kinder in der gleichen Tonlage und mit denselben Worten anspricht, mit denen sie früher selbst in ihrer Kindheit konfrontiert war.</p>

<p>Identifikation</p>	<p>Bewusster oder unbewusster Vorgang, bei dem man jemand anderem ähnlich sein möchte.</p>	<p>Jugendliche versuchen, Verhaltensweisen von anderen, idealisierten Personen, z.B. Schauspieler zu übernehmen</p>
<p>Regression</p>	<p>Zurückfallen in einer frühere, weniger differenzierte Entwicklungsstufe</p>	<p>Ein Kind beginnt nach einem Trauma wieder mit Bettnässen oder Daumenlutschen</p>
<p>Verschiebung</p>	<p>Die Bedeutung und gefühlsmäßige Ladung eines bestimmten Sachverhalts kann sich von diesem lösen und auf andere, ursprünglich weniger intensive Bereich übergehen, dieser Vorgang ist besonders im Traumgeschehen bedeutsam</p>	<p>Ärger und Wut werden nicht am Arbeitsplatz, wo diese Gefühle entstehen, sondern zu Hause in der Familie ausgedrückt</p>
<p>Rationalisierung</p>	<p>Tatsächliche Beweggründe für Handlungen, Gedanken oder Gefühle werden durch Scheinerklärungen verborgen</p>	<p>Waschzwänge werden vom Patienten mit hygienischen Notwendigkeiten gerechtfertigt</p>

<p>Konversion</p>	<p>Innere Konflikte werden durch körperliche Symptome ausgedrückt. In der Folge entstehen scheinbar körperliche Krankheiten, für die es keine somatische Erklärung gibt.</p>	<p>Ein Patient hat Lähmungserscheinungen und kann nicht gehen, somit ist es ihm nicht möglich, den elterlichen Betrieb zu übernehmen. Der Patient möchte lieber Schauspieler werden, will seine Eltern jedoch nicht enttäuschen.</p>
<p>Altruismus</p>	<p>Reifere Abwehrform, bei der innere Konflikte dadurch kompensiert werden, dass man anderen hilft.</p>	<p>Eine Person mit schwachem Selbstwertgefühl erlebt im Einsatz für andere Zufriedenheit.</p>
<p>Affektisolierung</p>	<p>Trennung von Gedanken und Gefühlen, Gefühle werden zum seelischen Schutz nicht mehr wahrgenommen.</p>	<p>Das Geschehen während eines sexuellen Übergriffs wird sachlich und ohne gefühlsmäßige Beteiligung erzählt.</p>

<p>Dissoziation</p>	<p>Abspaltung von seelischen Prozessen wie Erinnerung, Gefühle, Handlungen oder Gedanken vom Bewusstsein, wichtiger Schutzmechanismus, der v.a. bei schweren Traumatisierungen aktiviert wird, er wirkt nicht erst in der Zeit nach, sondern bereits während der traumatischen Situation</p>	<p>Ein Mädchen, das von ihrem Vater sexuell missbraucht wird, erklärt, sie habe während der Handlung des Vaters keine Schmerzen gespürt, als ob sie nicht in ihrem Körper gewesen sei, sondern an einem anderen Ort.</p>
<p>Ungeschehen machen</p>	<p>Häufiger Mechanismus bei Zwangsstörungen, durch objektiv sinnlose Rituale versucht der Betroffene, frühere Verfehlungen zu tilgen</p>	<p>Der Patient versucht, sich durch zwanghaftes Händewaschen von früheren Sünden zu reinigen</p>
<p>Entwertung/ Idealisierung</p>	<p>Andere Personen werden entweder als stark negativ oder aber idealistisch überhöht wahrgenommen</p>	<p>Besonders bei der Borderline-PS werden in besonderem Maß Menschen entweder als ausschließlich gut oder als ausschließlich feindlich wahrgenommen.</p>

<p>Omnipotenz</p>	<p>Fantasien darüber, alles zu können und zu schaffen, schützen den seelischen Apparat davor, bestimmte Gefühle wahrzunehmen wie z.B. Getrenntheit, Abhängigkeit oder die Angst, verlassen zu werden.</p>	<p>Psychotherapeuten versuchen häufig, das Gefühl des Versagens und der Ohnmacht zu vermeiden, indem sie weitere Fortbildungen machen und so die Illusion nähren, wenn sie nur genug wissen, gäbe es kein Scheitern in der Arbeit mehr, keine Fälle, bei denen frustrierender Weise keine Besserung eintritt.</p>
<p>Identifikation mit dem Aggressor</p>	<p>Menschen, die als Kinder wiederholt körperliche oder sexuelle Gewalt erfahren haben, identifizieren sich unbewusst mit dem Angreifer und übernehmen von ihm Eigenschaften, Werte und Verhaltensweisen, durch dieses unbewusste Manöver schützt sich das Selbst vor dem Zusammenbruch.</p>	<p>Viele Täter sexueller Gewalttaten waren als Kinder selbst Opfer von sexuellem Missbrauch</p>
<p>Psychosoziale Abwehr</p>	<p>Eigene unbewusste und abgewehrte Impulse zeigen sich dadurch, dass man andere anstiftet, Handlungen auszuführen, die genau diesen Impulsen entsprechen, häufig werden die ausführenden Personen dafür kritisiert oder bestraft.</p>	<p>Eine psychisch stark belastete Mutter hält ihre triebhaften, unangepassten und unzuverlässigen Anteile bewusstseinsfern, ihre jüngste Tochter zeigt besonders in der Schule unangepasstes Verhalten und hat entsprechend schlechte Noten. Die Tochter wird von der Mutter für ihr Verhalten getadelt</p>

Ist die Abwehr nicht in der Lage, „untolerierbare“ Erlebnisinhalte fernzuhalten wird das Ich der psychoanalytischen Theorie zufolge mit Angst überflutet.

Durch die Abwehrmechanismen wird ein primärer Krankheitsgewinn erreicht - der Patient muss seine unerträglichen Triebimpulse und die daraus entstehende Angst nicht spüren - und/oder ein sekundärer Krankheitsgewinn erzielt - der Patient erhält wegen seiner Symptome Unterstützung und Entlastung durch sein Umfeld.

Wenn der Krankheitsgewinn größer ist als der Leidensdruck, kann eine Therapie nur selten erfolgreich durchgeführt werden.

Übertragung

Im Verlauf einer Psychotherapie verhält sich der Patient dem Therapeuten gegenüber so, wie er es früher in den Beziehungen zu anderen bedeutsamen Personen getan hat. Er überträgt frühere Beziehungs- und Interaktionsmuster auf die **therapeutische Beziehung**. Dieser Vorgang wird durch die „Abstinenz des Therapeuten“ gefördert. Zu den Übertragungsphänomenen gehören nicht nur Verhaltensweisen, sondern auch Fantasien (darüber, was der Therapeut denkt und von einem hält), Gefühle (z.B. Ärger oder Verliebtheit) und Wünsche.

Gegenübertragung

Die Gefühle, die beim **Therapeuten durch den Klienten ausgelöst** werden, bezeichnet man als Gegenübertragung. Dabei ist eine wichtige Unterscheidung zu treffen.

- Gegenübertragungsgefühle, **Die mit bedeutsamen, lebensgeschichtlichen Themen des Therapeuten zusammenhängen.**
- Gefühle, **Die in den Themen des Patienten verwurzelt sind.**

Letztere sind von großem diagnostischen Wert. Ein Therapeut kann sich beispielsweise in Gegenwart eines Patienten einsam fühlen. Er muss sich nun fragen, ob Ereignisse in seinem momentanen oder bisherigen Leben Auslöser dieser Gefühle sind oder nicht. Ist dies nicht der Fall, ist anzunehmen, dass der Patient diese Gefühle auf vergangenen Beziehungen kennt und quasi „mitbringt“. Um diese Unterscheidung sicher treffen zu können, muss sich der Therapeut selbst gut kennen, Dies ist einer der wichtigsten Gründe, weshalb eine ausführliche Eigentherapie Voraussetzung für eine verantwortliche Tätigkeit als Psychotherapeut ist. Andernfalls läuft der Therapeut Gefahr, im Sinne einer Projektion nicht die Probleme des Patienten, sondern durch diesen eher seine eigenen Probleme zu bearbeiten.

Ein Patient fühlt sich von seiner Therapeutin gut verstanden und hegt freundschaftliche oder zärtliche Gefühle für sie (Übertragung), macht ihr Geschenke und lädt sie zum Kaffee ein (agierte Übertragung). Sie findet ihn sympathisch und verspürt eine Tendenz, auf das Angebot einzugehen (Gegenübertragung). Ginge sie tatsächlich darauf ein und nähme die Einladung an, so würde sie ihre Gegenübertragung agieren und damit gegen das Gebot der Abstinenz verstoßen.

Interventionsmethoden

Freies Assoziieren

Der Therapeut hält den Patienten dazu an, **alles auszusprechen**, was ihm in den Sinn kommt. Der Patient soll **keine Zensur** üben. Es sollen explizit auch Dinge angesprochen werden, die sinnlos erscheinen, peinlich sind oder die man aus Höflichkeit nicht ansprechen würde. Die Aufforderung zum freien Assoziieren wird auch Grundregel genannt.

Analyse von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand

Die Deutung der Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandphänomene stellt einen essenziellen Teil der Therapie in der klassischen Psychoanalyse dar.

Traumdeutung

Das Unbewusste drückt sich im Traum aus. Eine Analyse von Traumgehalten ermöglicht einen Zugang zu sonst nicht erreichbaren Schichten der Psyche. Träume sollten stets individuell und nicht schematisch gedeutet werden.

Abstinenz des Therapeuten

In der klassischen psychoanalytischen Therapie sitzt der Therapeut hinter dem liegenden Patienten, sodass er für diesen **nicht sichtbar** ist. Der Therapeut gibt keine Informationen über seine Person, äußert keine Meinungen und enthält sich jeglicher praktischer Vorschläge. Der Patient soll im Therapeuten eine **„weiße Leinwand“** vorfinden, auf die er seine neurotische Wahrnehmung der Beziehung projiziert.

Spezielle Formen

Objekt-Beziehungs-Psychologie

1940, Margret Mahler

Triebtheorien wurde ersetzt durch Objekt-Beziehungen (Bezugspersonen). Sie hob hervor, wie prägend die Beziehungen zu Bezugspersonen für das heranwachsende Kind sind.

Selbst Psychologie

Heinz Kohut

Er unterstrich die Wichtigkeit des Bildes, das ein Mensch von sich selbst hat (Narzissmus)

Supportive Psychotherapie

Für die Gruppe Psychose-Erkrankter Patienten wurde eine eigene Therapieform entwickelt, die viele psychoanalytische Prinzipien außer Kraft setzt.

- keine aufdeckende Therapie
- Unterstützung in der Alltagsbewältigung
- aktivere Rolle des Therapeuten
- positive Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten

Analytische Psychologie

1913 Carl Gustav Jung

Er nahm an, dass jeder Mensch Anlagen zu einer positiven Entwicklung besitzt. Es sei wichtiger, dieses Potenzial weiterzuentwickeln, als sich zu stark mit Vergangenem zu beschäftigen.

Individualpsychologie

Alfred Adler

Er betont die Bedeutung von sozialen Faktoren wie Gemeinschaft, Machtstreben und Minderwertigkeitsgefühl

Dynamische Psychotherapie

1950 Annemarie Dührssen

Sie fokussiert sich mehr auf gegenwärtige Konflikte als auf vergangene. Die dynamische Psychotherapie versucht, die Patienten zu stützen und ihr Selbstwertgefühl zu stärken.

Psychoanalyse

Annahme: Innere unbewusste Konflikte (aus der Kindheit) werden verdrängt

Ziel: Diese Konflikte wieder bewusst zu machen und die Verdrängung aufzuheben

Psychosexuelle Phasen

Orale Phase bis zum 2 Lj.

Orale Triebe: saugen, beißen, lutschen

→ Suchterkrankungen, Depression

Anale Phase 2 - 3 Lj.

Autonomie u. Selbstbestimmung

→ Zwangsstörungen, Angststörungen

Phallische/Ödipale Phase 3 - 5 Lj

Geschlechtsidentifizierung

→ Histrionische PS, Dissoziative Stör.

Latenzperiode 5 - 12 Lj

Entwickelt sich die Sexualität nicht weiter

→ Kontaktstör., Leistungsschwächen

Genitale Phase ab 12 Lj

Sexualpartner werden außerhalb der Familie gesucht

→ Sexualstör., Geschlechtsidentität

Wichtige Begriffe

Neurose

Innerseelischer Konflikt

Das Unbewusste

Seelischer Apparat vermeidet unangenehme

Empfindungen bewusst aufzunehmen (Träume)

Es – Ich – Über-Ich

Es = Trieb

Lustprinzip

Über-Ich

Moralische

Instanz

Ich

Realitäts-

prinzip

Konflikt (unbewusst)

Zwischen Triebwunsch u. moralischen Ansprüchen

Widerstand

Alles was sich dem Zugang zum Unbewussten

entgegenstellt

Fehlleistung

Ein gesunder Mensch
kann den inneren
Antrieb (ES) und den
Anforderungen der
Außenwelt (ÜBER-ICH)
nachkommen

Interventionen

Übertragung

Patienten → Therapeuten

Gegenübertragung

Pat. → Therapeuten → Pat.

Freies Assoziieren

Traumdeutung

Abstinenz des Therapeuten

→ „weiße Leinwand“

Abwehrmechanismen

Verdrängung → ins Unbewusste verschoben

Verleugnung → unwahr hingestellt

Vermeidung → Konflikte werden vermieden

Sublimierung → akzeptierte Form

Reaktionsbildung → in Gegenteil

Projektion → bei anderer Per. Wahrgenommen

Introjektion → Bild eines anderen übernehmen

Identifikation → jemanden anderen ähnlich sein

Regression → frühere Entwicklungsstufe

Verschiebung → auf andere Bereiche

Rationalisierung → rechtfertigen

Konversion → körp. Symptome ausdrücken

Isolierung (Affektisolierung) → Trennung von Gedanken und Gefühlen



Alexandra Lichtenauer Heilpraktiker Psychotherapie

A photograph of a sea stack in the ocean. A small doll of Sigmund Freud, with a white beard and glasses, is sitting on the top of the stack. The sky is overcast and grey. The text "Geschichten von und über Psychoanalyse" is written in white, and "Einführung" is written in bold white below it.

Geschichten von und über Psychoanalyse
Einführung

Alexandra Lichtenauer Heilpraktiker Psychotherapie

Kognitive Verhaltenstherapie

Im Gegensatz zur Psychoanalyse wird in der Verhaltenstherapie nicht vorrangig nach der Ursache eines Symptoms gesucht. Sie ist “bewältigungsorientiert”.

Vielmehr geht man davon aus, dass durch Veränderung des Problemverhaltens auch das zugrunde liegende Problem verändert (gelöst) wird. Nur das Symptom und dessen Behandlung steht im Vordergrund.

Psychodynamiker kritisieren, dass es dadurch zu “Symptomverschiebungen” kommen kann: Da die Ursache der Störung nicht erkannt und behandelt wurde, äußern sich die Störungen früher oder später in Form anderer Störungen. In der Praxis scheint dies aber nur selten der Fall zu sein.

Bevorzugt eingesetzt wird VT bei Ängsten, Zwängen (Stottern, Tics), und Depressionen.

Auch die Verhaltenstherapie ist aber einem steten Wandel unterzogen. So wie die neuere Psychoanalyse nicht mehr nur nach frühkindlichen Ursachen sucht, sondern auch die gegenwärtige Situation und das soziale Umfeld berücksichtigt, bietet auch die Verhaltenstherapie Möglichkeiten, die zugrundeliegenden Motive für Verhalten und Beziehungsmuster aufzudecken. Wie so oft im Leben, nähern sich diese beiden so unterschiedlichen Methoden wenn auch sehr langsam einem gesunden Mittelmaß.

Geschichte

Während viele andere psychotherapeutische Verfahren einen Gründungsvater haben (z.B. Freud), sind die Wurzeln der kognitiven Verhaltenstherapie weit verzweigt.

John Watson forderte bereits in den 1920er- Jahren eine Psychologie der rein objektiveren Naturwissenschaft. Die Erforschung innerer seelischer Zustände war für ihn zu spekulativ, weshalb er sich der Beobachtung des reinen Verhaltens eines Menschen zuwandte. Der Mensch war für ihn eine „Black-Box“, der ausschließlich durch Lernen und Erfahrungen geprägt wird.

Klassische Konditionierung: Am bekanntesten dürften die Versuche des sowjetischen Physiologen Pawlow(1849-1936) sein. Eigentlich durch Zufall entdeckte er, dass Hunde, die regelmäßig von einem bestimmten Pfleger gefüttert wurden, bereits beim Anblick des Pflegers verstärkten Speichelfluss aufwiesen. D.h. die Hunde reagierten nicht auf das Futter, sondern auf einen mit der Futtergabe regelmäßig verbundenen Reiz (Stimuli). Diese Erkenntnisse wurden später von amerikanischen Psychologen auch auf den Menschen übertragen. Daraus entstand der Kernpunkt des klassischen Konditionierens: Ein eigentlich neutraler Reiz wird durch Kopplung mit einem reflexauslösendem Reiz selbst zum Auslöser bestimmten Verhaltens.

Koppelt man einen eigentlich neutralen Reiz (z.B. ein Kaninchen) mit einen unangenehmen Reiz (schmerzhaft hohe Töne), so wird nach mehrmaliger Wiederholung bereits der Anblick des Kaninchens einen Schmerzreflex auslösen

Die Verhaltenstherapie etablierte sich zwischen 1950 und 1960. Sie beschränkte sich vor allem damals auf die wirklich beobachtbaren Verhaltensweisen, innere gedankliche Vorgänge wurden außer Acht gelassen. Vor allem darauf zurück geht auch die Kritik an der Verhaltenstherapie als kalte, mechanische Dressur mit Belohnung und Bestrafung.

Bereits ab 1960 aber wurden auch verstärkt Kognitionen -nicht beobachtbares, gedankliches Geschehen- in die Verhaltenstherapie einbezogen. Diese **“kognitive Wende”** veränderte den Ansatz der Verhaltenstherapie wesentlich weg von der “Dressur” hin zur aktiven Mitarbeit des Patienten unter Berücksichtigung emotionaler, motivationaler und körperlicher Vorgänge.

Insofern ist die kognitive Therapie heute meist Bestandteil der Verhaltenstherapie, auch wenn beide als getrennte Therapierichtungen angegeben werden.

Grundannahmen der KVT

- Psychische Störungen sind auf abnormes, gelerntes Verhalten zurückzuführen
- Neue Lernprozesse können ungünstiges Verhalten verändern
- Ungünstige Gedankenmuster können Verhaltensstörungen verursachen und verstärken

Haben sie Probleme diese Texte zu lesen? Unsere Wahrnehmung und unser Verhalten, unsere Sicht der Dinge ist geprägt durch Erfahrungen, Rituale, verinnerlichte Gewohnheiten. Wir lesen einen Text nicht Buchstaben für Buchstaben, sondern bereits beim Lesen gerät unser Gehirn auf bereits Gespeichertes zurück, ähnlich der Autovervollständigung des Explorers. Wir sehen, was wir sehen wollen.

Ziele der KVT

- Hilfe zur Selbsthilfe
- Reduzierung der Symptomatik
- Selbstregulation des Patienten
- Psychoedukation des Patienten
- Förderung des Verständnisses der Störung durch Modelle

Wichtige Begriffe

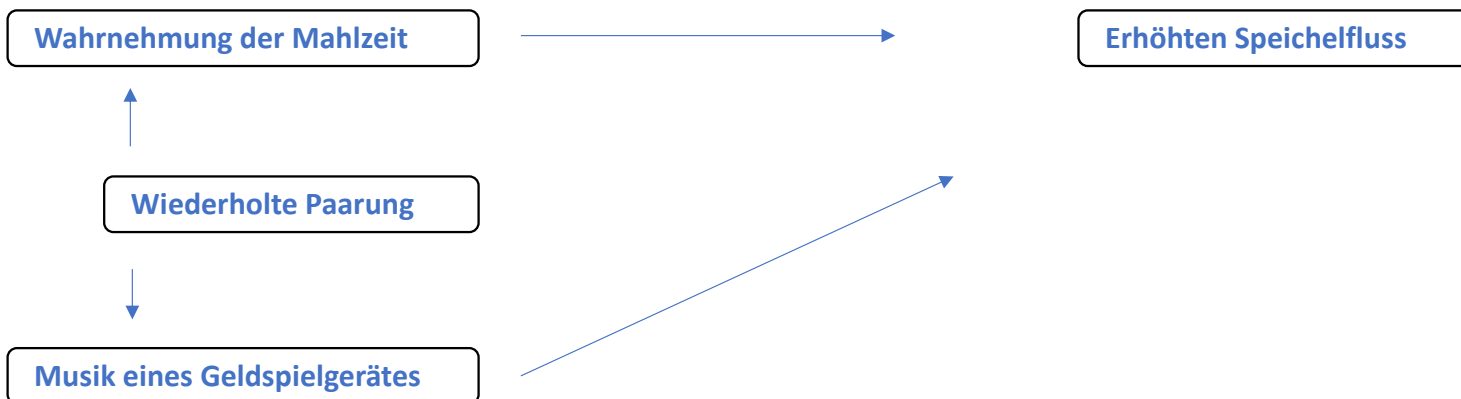
Klassische Konditionierung

Bei der klassischen Konditionierung werden **Zwei Reize miteinander verknüpft**

Beispiel:

Zur Mittagszeit holt sich J. häufig etwas zu Essen aus der nahe gelegenen Pizzeria. Beim Wahrnehmen der bevorstehenden Mahlzeit (Reiz) wird bei J. eine erhöhte Speichelproduktion (Reaktion) ausgelöst. J. hat nach einigen Wiederholungen die Musik des Geldspielgerätes in der Pizzeria mit dem Essen verknüpft, so dass bereits die Wahrnehmung der Musik des Geldspielgerätes die Speichelproduktion auslöst.

Innerhalb der klassischen Konditionierung werden zwei Reize so miteinander verknüpft, dass beide dieselbe Reaktion auslösen, obwohl diese Reaktion zuvor nur von einem biologisch bedingten (angeborenen) Reiz ausgelöst wurde.



Nach wiederholter Paarung von zwei Reizen kann auch ein völlig unbeteiligter Reiz dieselbe Reaktion auslösen. Das Wahrnehmen der Mahlzeit ist ein Reiz, der zu einer natürlichen (nicht-erlernten = unconditionierten) Reaktion (der erhöhten Speichelproduktion) führt. Die Reaktion auf den bisher unbeteiligten, neutralen Reiz (in unserem Beispiel das Geldspielgerät) wurde erlernt.

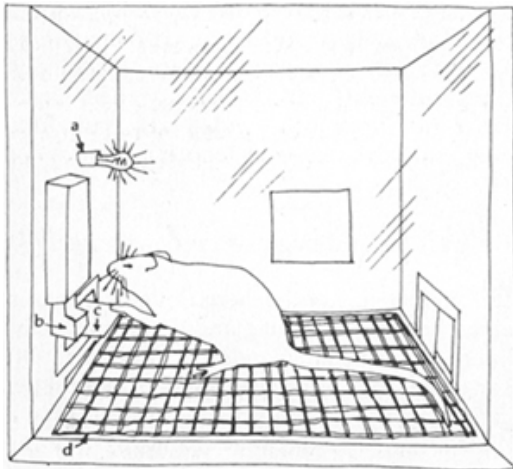
Beispiel: Für eine Backmargarine wird mit einer glücklichen und extrem harmonischen Familie geworben. Dem Konsumenten wird suggeriert, dass er mit der Margarine nicht nur eine feine Zutat für sein Backwerk erwirbt, sondern auch noch (oder viel wichtiger) sein Familienleben harmonisieren kann.

Operante Konditionierung

B. F. Skinner vertrat die Ansicht, dass jegliches Verhalten durch bisher erlebte Verhaltenskonsequenzen beeinflusst werde. 1930 beschrieb Skinner seine Experimente mit der Skinnerbox (nach ihm benannte Variante eines Problemkäfigs), in der mit Ratten und Tauben Versuche durchgeführt wurden.

Skinner rückte verschiedene Arten der Verstärkung als Konsequenz für ein gezeigtes Verhalten in den Mittelpunkt seiner Forschung.

Beispiel: Skinner sperrte eine Versuchsratte in einen Käfig, in welchem sich einige Signallampen zum Testen der Differenzierung und Generalisation (siehe unten) sowie ein Fressnapf befand, der von außen gefüllt werden konnte. Weiterhin gab es in diesem Käfig einen Hebel, der je nach Versuchstier und Versuchsanordnung eine andere Konsequenz darbot:



Ratte 1 bekam Futter, wenn sie den Hebel betätigte, Ratte 2 konnte durch das Betätigen des Hebels Strom abschalten, der durch das Bodengitter (siehe Grafik) floss und Ratte 3 erhielt einen Stromschlag, wenn sie den Hebel betätigte.

Nach mehreren Versuchen betätigten Ratte 1 und Ratte 2 immer wieder den Hebel, während Ratte 3 den Hebel nicht mehr betätigte. Die Ratten hatten gelernt, Verhalten mit positiven Konsequenzen (Futter bekommen, Strom abschalten) zu wiederholen und negative Konsequenzen (Stromschlag) zu vermeiden. Skinner nannte diesen Lerneffekt: 'Lernen durch Verstärkung' oder auch 'Lernen am Erfolg': das Verhalten (z.B. Strom des Käfigbodens abschalten) befriedigt das Bedürfnis und *verstärkt das Verhalten*.

Skinner unternahm weitere Versuche in Verbindung mit Signallampen: Beispielsweise bekam das Tier nur Nahrung, wenn es den Hebel betätigte *und* die Deckenlampe brannte.

Bei der **operanten Konditionierung** erfolgt **ein Verstärkung** auf eine gezeigte Verhaltensweise.

Als Verstärkung zählt eine bestimmte Konsequenz, die über die Wiederholung des gezeigten Verhaltens entscheidet.

Skinner's Lerntheorie basiert auf dem Einsatz der Verstärkung nachdem ein "lernendes" Individuum eine erwünschte Verhaltensweise gezeigt hat.

D.h. Verstärker sind **Reize**, welche die **Auftretenswahrscheinlichkeit** eines bestimmten Verhaltens **erhöhen**

Wie sie wirken können zeigen unterschiedliche Verstärkerformen.

Löschung/Extinktion

Erhielten die Ratten keine Verstärkung (mehr) für ein gezeigtes Verhalten, so konnte Skinner nach einer gewissen Zeit der Nichtverstärkung das Verhalten immer seltener beobachten.

Die Verhaltenshäufigkeit nimmt langsam ab, wenn das Verhalten nicht verstärkt wird.

Auf eine gezeigte Verhaltensweise erfolgt kein Verstärker mehr, die erwünschte Konsequenz bleibt somit aus. Aufwand und Dauer einer Löschung sind abhängig von der Lerngeschichte und von der Art der Verstärker (siehe unten).

"Unter **Löschung** versteht man beim operanten Konditionieren das **Ausbleiben der positiven Konsequenz** auf ein bestimmtes, durch die positiven Konsequenzen kontrolliertes Verhalten."

Positive Verstärkung

Eine Verhaltensweise führt zur gewünschten **Positive Konsequenz** .

Negative Verstärkung

Eine Verhaltensweise führt dazu, dass eine **unangenehme Konsequenz ausbleibt** (Flucht).

Beispiele einer Verstärkung:

Ein Schüler kommt wiederholt verspätet in den Schulunterricht. Da die Mitschüler bewundernd lachen und die Lehrer nichts gegen den Regelverstoß unternehmen, empfindet der Schüler die Konsequenz für sein Verhalten als positiv.

Durch diesen positiven Verstärker wird der Schüler voraussichtlich auch in Zukunft zu spät kommen, um wieder in den Genuss des Verstärkers zu kommen.

Ein Schüler soll sich auf ein Referat anhand einer bestimmten Literaturquelle vorbereiten. Er sichtet nicht nur die angegebene Literatur, sondern bedient sich auch noch anderer Quellen, um hervorragend vorbereitet zu sein.

[a] Er wird vom Lehrer und seinen Mitschülern gelobt. Um diese positive Konsequenz wieder zu erhalten, wird er in Zukunft ebenso handeln. → positiver Verstärker

[b] Seine Mitschüler lachen ihn aus und titulieren ihn als Streber. Um diese negative Konsequenz nicht wieder zu erhalten, wird er sein Verhalten zukünftig ändern. → negativer Verstärker

Positive Bestrafung

(auch als "Bestrafung Typ I" bezeichnet)

Eine Verhaltensweise führt zu einer *unangenehmen Konsequenz*.

Beispiel positive Bestrafung:

- G. rennt auf einem nassen Flur, fällt hin und verstaucht sich den Knöchel.
- H. spielt aus Langeweile mit einem Messer und fügt sich eine Schnittwunde zu.

Negative Bestrafung

(auch als "Bestrafung Typ II" bezeichnet)

Eine Verhaltensweise führt dazu, dass eine *angenehme Konsequenz ausbleibt*.

Beispiel negative Bestrafung:

- J. ist gegenüber einer Kollegin gestern aggressiv gewesen und wird (dafür) heute von ihr nicht begrüßt.
- L. beschwert sich über das Essen seiner Freundin, welche sich dafür in den kommenden Wochen gänzlich weigert zu kochen.

Lernen durch Bestrafung

Folgt einem Verhalten eine unangenehme Folge, spricht man von Bestrafung.

Durch Bestrafung sollen unerwünschte Verhaltensweisen/Einstellungen abgebaut werden, unerwünschte Verhaltensweisen/Einstellungen werden jedoch nicht dauerhaft beseitigt, sondern nur kurzfristig unterdrückt oder abgeschwächt (Verhaltensunterdrückung).

Oft lernt man nur, die Bestrafung durch geschickteres Verhalten zu vermeiden. Ein angemesseneres, günstigeres Verhalten wird aber nicht gelernt.

Beispiel Verhaltensunterdrückung als Resultat der Bestrafung:

P. hat ein starkes Bedürfnis nach schnellen Autos. Da er sich ein solches Auto finanziell nicht leisten kann, stiehlt er immer wieder Sportwagen. Schließlich wird er erwischt und von einem Gericht zu einer erheblichen Geldstrafe verurteilt. Nach einem halben Jahr klaut er wiederum Sportwagen, jedoch macht er es dieses Mal geschickter, um nicht ertappt zu werden. Seine Einstellung gegenüber der Art der Beschaffung von schnellen Autos hat sich nicht geändert und war zwischenzeitlich nur abgeschwächt und unterdrückt.

Anstatt eines unerwünschten Verhaltens kann aber auch ein erwünschtes Verhalten bestraft werden.

Beispiel Bestrafung von erwünschten Verhalten:

Der Mitarbeiter R. kritisiert in angemessener Weise eine Anordnung seines Vorgesetzten, die er für untragbar hält. Einige Zeit später wird er mit einer fadenscheinigen Begründung in eine andere Abteilung versetzt. Das eigentlich erwünschte Verhalten 'offen seine Meinung sagen' wurde durch diese Versetzung bestraft. Der Mitarbeiter wird nun wahrscheinlich seine Kritik lieber für sich behalten und vielleicht seinen Ärger zu Hause ablassen.

Bestrafung kann aber auch darin bestehen, dass angenehme Folgen, die man auf bestimmte Verhaltensweisen/Einstellungen erwartet hat, nicht mehr eintreten oder entzogen werden. Der Entzug von Verstärkern stellt somit eine unangenehme Folge dar.

Entzug von Verstärkern = Bestrafung

Ein Verhalten, das nicht mehr die erwartete Verstärkung ergibt, wird dann als sinnlos aufgegeben und nicht mehr gezeigt.

Beispiel Bestrafung durch den Entzug der erwarteten Verstärker:

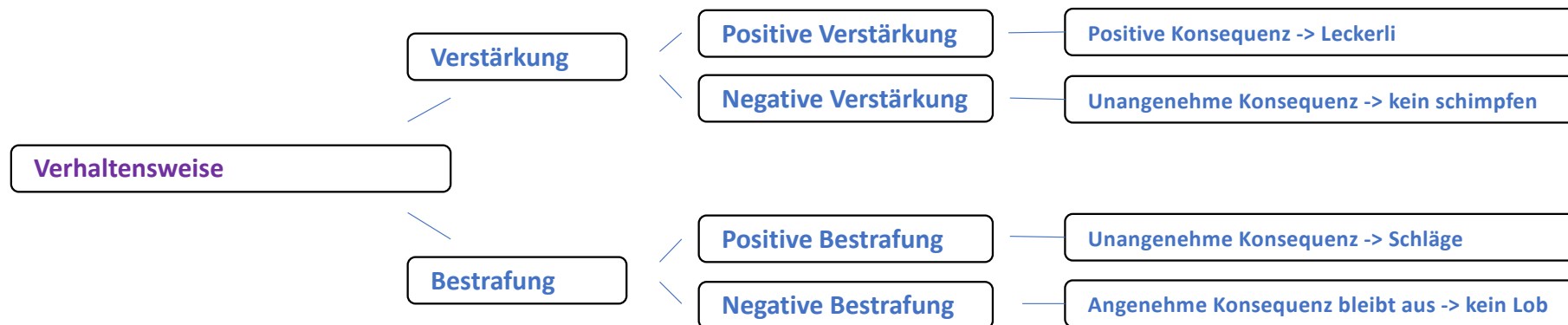
Die Schülerin M. versucht durch Angeberei und Prahlerei Zuwendung von ihren Klassenkameraden zu bekommen. Da die Mitschüler ihre Prahlerei jedoch satt haben, ignorieren sie ihr Verhalten. Da C. auf diesem Wege keine Zuwendung bekommt, unterlässt sie das Prahlen.

Bestrafung führt jedoch niemals

Zu einer Verstärkung eines erwünschten Verhaltens

sondern immer nur

Zu einer kurzfristigen Abschwächung oder Unterdrückung einer unerwünschten Verhaltens



Arten der Verstärkung

Primäre u. sekundäre Verstärker

Als **Primäre Verstärker** dienen Konsequenzen, die zur Befriedigung von physiologischen **Grundbedürfnissen** führen (wie z.B. Wasser, Nahrung, sexueller Kontakt, ...).

Sekundäre Verstärker

sind **nicht lebensnotwendig** (z.B. Geld, Noten, Erlaubnis zum Spielen zu gehen, ...).

Kontinuierliche Verstärkung / Immer-Verstärkung

Jedes Zeigen der gewünschten Verhaltensweise führt zu einer Belohnung (Verstärker). Kontinuierliche Verstärkung bedeutet **Jedes Mal zu verstärken**, wenn das gewünschte Verhalten gezeigt wird.

Der Erwerb veränderter Verhaltensweisen erfolgt zwar **schneller**, die **Stabilität ist jedoch gering** d.h. das Verhalten wird schneller wieder verlernt.

Beispiel kontinuierliche Verstärkung:

- Y. bekommt für jeden Handgriff im Haushalt ein kleines Stückchen Schokolade.

Intermittierende Verstärkung / Manchmal-Verstärkung

Das erwünschte Verhalten wird **ab und zu** verstärkt. Es wird nicht nach jeder gewünschter Verhaltensweise verstärkt, sondern von Zeit zu Zeit.

Veränderte Verhaltensweisen werden zwar **langsamer** erlernt, bleiben jedoch **langfristig erhalten** und sind nicht (wie bei der kontinuierlichen Verstärkung) von einer permanenten Verstärkung abhängig.

Beispiel intermittierende Verstärkung:

- Der Hund A. wird mit zunehmenden Alter immer seltener gestreichelt, wenn er auf den Befehl 'Komm!' auch zu seinem Herrchen gekommen ist. Der Verstärker (Streicheln) wird unregelmäßig erteilt.

"Zu den wichtigsten Erkenntnissen Skinners zählt die Entdeckung, dass Lernen im Anfangsstadium durch kontinuierliche Verstärkung erleichtert wird, dass aber die Lösungszeit durch intermittierende Verstärkung verlängert wird. Obwohl die meisten seiner Experimente an Tieren durchgeführt wurden, wird angenommen, dass diese Resultate im Allgemeinen auch auf menschliches Verhalten übertragbar sind."

Optimales Verhalten:

Eine Mutter gibt ihrem Kind jedes Mal ein Bonbon und lobt es, wenn es versucht hat, sich allein anzuziehen. Sie baut dadurch das Verhalten "sich selbstständig anziehen" durch "immer Verstärkung" auf. Je besser das Kind das Verhalten beherrscht, desto seltener bekommt es ein Bonbon. Schließlich braucht die Mutter auch nur noch hin und wieder zu loben. Das Verhalten ist selbstverständlich geworden und das Kind ist stolz auf seine Leistung. Die Mutter geht also zur Manchmal-Verstärkung über und fördert so die Selbstverstärkung durch das Kind ('Stolz').

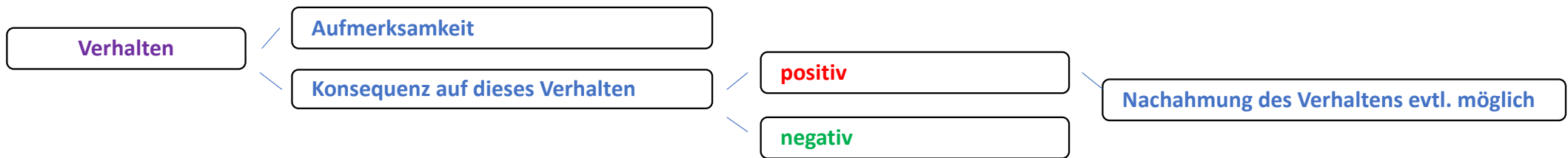
Modelllernen

Albert Bandura entwickelte das Modelllernen (auch Lernen am Modell, **Nachahmungslernen** Beobachtungslernen, Imitationslernen, Soziale Lerntheorie, Soziales Lernen, Sozial-Kognitive Lerntheorie).

Die Wurzeln seiner Theorie lagen im **Behaviorismus**, dann folgte eine zunehmende Entfernung hin zu den **kognitiven** Lerntheorien: Menschen lernen nicht nur anhand von Verhaltenskonsequenzen, sondern auch durch Beobachtung. Somit können Erfahrungen und Wissen (z.B. Fertigkeiten) anderer an andere weitergegeben werden.

Im Gegensatz zur klassischen und operanten Konditionierung kann durch das Lernen am Modell völlig **neues Wissen/Verhalten** erlernt werden. Das Lernen ist nicht mehr von vorhandenen Reiz-Reaktions-Verbindungen abhängig, die zumindest ansatzweise bereits vorhanden sein müssen. Da das Modell keinen direkten Reiz darstellt, würde nach anderen behavioristischen Theorien kein Lernen stattfinden.

Ein Meister packt kräftig in der Werkstatt zu und ist sehr fleißig. Seine Auszubildenden eifern ihm nach, da er gute Arbeit bei ihnen anerkennt. Er wirkt als Modell, weil er beliebt ist, als Meister eine gewisse Macht hat und das Übernehmen des Verhaltens "fleißig arbeiten" verstärkt. S. erlebt es fast täglich mit, wie sein älterer Bruder J. Mitschüler durch Brutalität einschüchtert. Offensichtlich respektieren die Mitschüler J. dafür (sei es nur aus Angst). Da auch S. respektiert werden möchte und in der Schulcafeteria nicht lange anstehen möchte, versucht er das Verhalten seines Bruders nachzuahmen.



Verhaltensanalyse nach dem SORKC-Schema

Das S>O>R>K>C-Modell ist eine Erweiterung des operanten Konditionierens

(S: Stimulus → R: Reaktion → K: Kontingenz) nach dem US-amerikanischen Psychologen der Verhaltens- und Lernforschung, Skinner, (1990 im Alter von 86 Jahren gestorben) und von seinem Kollegen, Frederick Kanfer, um die kognitiven Elemente O (Organism = Gefüge des Organismus) und C (Consequence = Auswirkung)

Bestandteile

- **S Stimulus** , sensitive Reize, sinnliche Wahrnehmung, bedeutungsvolle Kommunikation) bezeichnet eine äußere oder innere Reizsituation. Der Stimulus erfasst die auslösenden Bedingungen. **In welcher Situation tritt das Verhalten auf?**

- **O Organismus-Variable** bezeichnet die individuellen biologischen und lerngeschichtlichen Ausgangsbedingungen bzw. Charakteristika der Person auf den Stimulus.

- **R Reaktion** (Verhalten, Tätigkeit, Handlung) bezeichnet die Reaktion auf 'S' nach der Verarbeitung
- durch den Organismus auf kognitiver, motorischer, vegetativer und affektiver Ebene.

- **K Kontingenzverhältnis** , Verstärkungsplan)
bezieht sich auf das Einsetzen einer Verstärkung oder Bestrafung als Folge eines Verhaltens **Was folgt auf das Verhalten?**

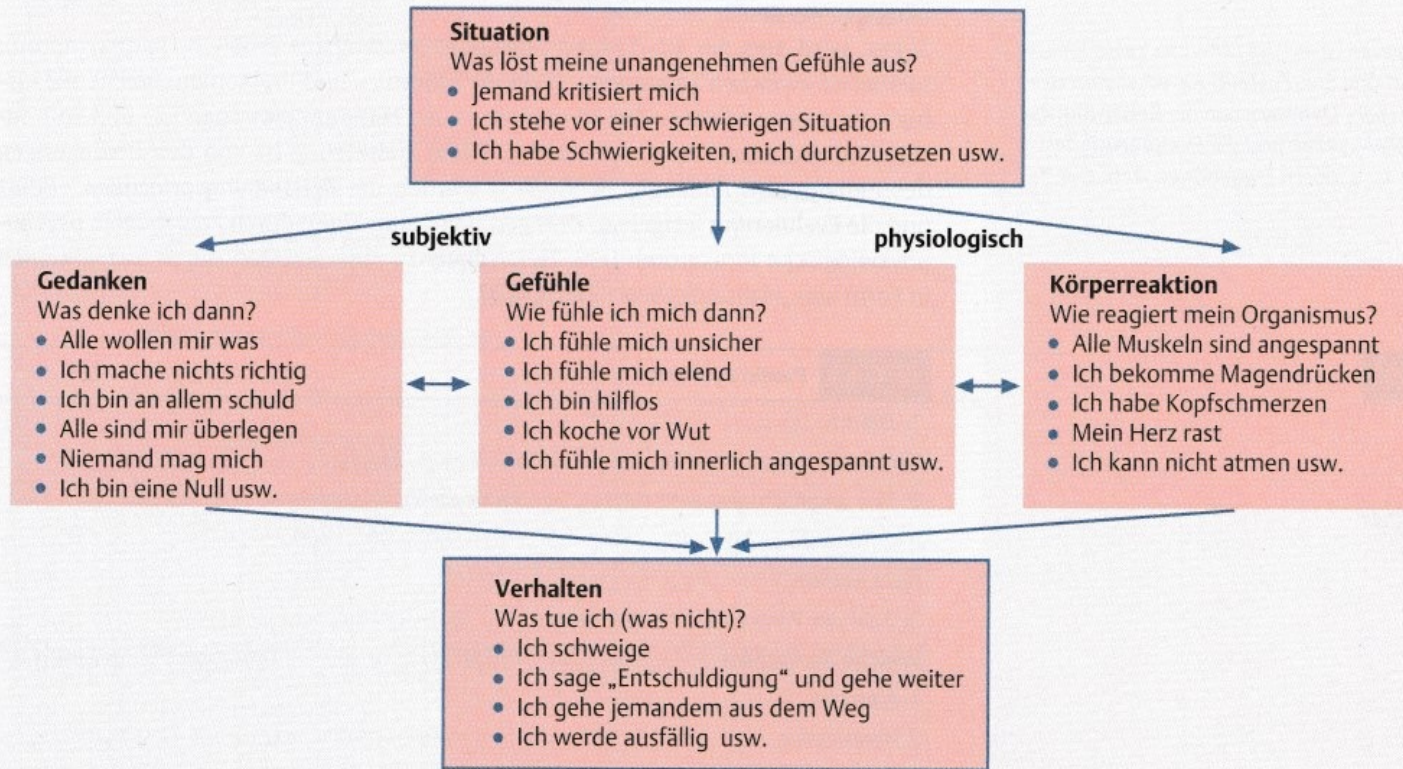
- **C Konsequenz** (äußerer oder innerer Auswirkung)
bezeichnet die Art des Auftretens (direkt, öfters, selten, etc.). Kurzfristige Konsequenzen werden vom Patienten meist positiv erlebt.

Beispiel	Bulimie	Zwangsstörung
Stimulus		
Reiz der das Problem auslöst	Im Kühlschrank ist viel Essen Streit mit der Mutter	Person verlässt ihre Wohnung
Organismus-variable		
Körperliche Aspekte, die das Verhalten auslösen o. aufrechterhalten	Pat. Hat Hunger Pat. Hat selbstabwertende Gedanken	Unruhe Angst, Vegetative Symptome
Reaktion		
Sichtbares problematisches Verhalten	Aufnahme großer Nahrungsmengen	Geht zurück und kontrolliert den Herd
Kontingenz		
Was folgt auf das Verhalten	Kurzfristige Entspannung (negative Verstärkung)	Nach dem Kontrollieren entspannt er sich (negative Verstärkung)
Konsequenz		
Langfristige Folgen des problematischen Verhaltens	Schuldgefühle, Gewichtsprobleme Körperliche Probleme Scham	Vermeidet aus dem Haus zu gehen Soziale Isolierung

Grundsätzlich kann man also sagen, dass $S \rightarrow O \rightarrow R \rightarrow K \rightarrow C$ bedeutet:

Ein Reiz wirkt auf einen Organismus, der bei diesem eine emotionale-physiologische Reaktion auslöst. Nachfolgend ergibt sich eine Konsequenz aus der Reaktion (z.B. Erleichterung durch Flucht). Läuft dieser Vorgang häufig ab verstärkt sich die Reaktion; es wird gelernt, bestimmte Verhaltensweisen bilden sich heraus. Auf diese Weise können unter anderem psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen entstehen oder auch bekämpft werden - beispielsweise durch ein Einüben anderer Verhaltensweisen oder durch eine Veränderung von Stimuli. Dieser Ansatz wird vor allem in der Verhaltenstherapie verfolgt.

C-4.10 Schema zur Verhaltensanalyse bei psychosomatischen Störungen



Interventionsmethoden

Verhaltenstherapeutische Interventionen sind auf bestimmte Situationen zugeschnitten und setzen sich meist aus mehreren Bausteinen zusammen.

Die am häufigsten eingesetzten Interventionen sind:

Systematische Desensibilisierung/Reizkonfrontation

Training sozialer Kompetenzen

Biofeedback

Kognitive Therapie

Problemlösetraining

Token-System

Systematische Desensibilisierung

Sie geht auf Joseph Wolpe zurück und wird v.a. bei **konkreten** Ängsten eingesetzt. Der Therapeut entwickelt zusammen mit dem Patienten eine **Angsthierarchie**. Der Patient schildert zu diesem Zweck verschiedene Situationen und schätzt das Ausmaß an Angst ein, die er in diesen Situationen erlebt.

Im Folgenden wird der Patient angehalten, sich diese **angstauslösenden Situation vorzustellen**. Hierbei wird mit den am wenigsten beängstigenden Situationen begonnen und die Angstintensität systematisch gesteigert.

Die Methode wird mit einem **Entspannungsverfahren gekoppelt**. Angst und Entspannung sind zwei gegensätzliche Zustände und können nicht gleichzeitig bestehen.

Die systematische Desensibilisierung erfordert viel Geduld von allen Beteiligten und braucht **längere Zeit**, um eine Wirkung zu erzielen.

Das Verfahren wird aber zunehmend weniger eingesetzt, da sich neuere Strategien, v.a. das Flooding, als wirksamer erwiesen haben.

Reizkonfrontation / Expositionstraining

Die Reizkonfrontation ist bis heute die **Zuverlässigste Therapieform** bei situationsbezogenen Ängsten. Da die Patienten nach genauer Aufklärung direkt mit den gefürchteten Situationen konfrontiert werden, können während der Therapie massive Angstzustände auftreten. Die Patienten lernen jedoch, die **starke Angst zu erleben und auszuhalten.**

Die Patienten erwarten meist, dass sie durch ihre Angst ohnmächtig werden oder sogar sterben könnten, machen allerdings die Erfahrung, dass die gefürchteten, **Katastrophalen Folgen ausbleiben** und die Angst mit der Zeit wieder abklingt.

Formen der Reizkonfrontation

	Graduiert	Massiv
In sensu	Systematische Desensibilisierung	Flooding (Implosionstraining)
In vivo	Habituationstraining	Flooding (Reizüberflutung)

Merke: Eine Reizkonfrontation darf erst abgebrochen werden wenn der Patient die Situation
und eine gewisse Gleichgültigkeit der Situation gegenüber eingetreten ist.

angstfrei auszuhalten

kann,

Training sozialer Kompetenzen

Unter diesem Begriff werden verschiedene Verfahren zusammengefasst, die dem Patienten helfen sollen, sich in bestimmten

Sozialen Situationen effektiver zu verhalten.

Die Patienten soll durch Rollenspiele, Verhaltensübungen und kognitive Umbewertung ein höheres Maß an

Selbstsicherheit u. Selbstvertrauen

erlangen. Diese Therapie findet meist in Gruppen Anwendung, besonders angezeigt sind sie bei sozialen Ängsten und depressiven Störungen.

Beispiele: -

Nein sagen, Widersprüche äußern

Komplimente akzeptieren, sich entschuldigen

Biofeedback

Bei dieser Therapieform verhelfen

Apparaturen

dem Patienten zu einer

Rückmeldung

über seine eigenen

Körperfunktionen.

Der Patient bekommt eine Rückmeldung zu den Werten z.B. seiner Herzfrequenz. Auf diese Weise kann er ausprobieren und lernen, wie er diese biologischen

Faktor beeinflussen und somit die Selbstkontrolle verbessern kann.

Die Methode funktioniert nach den Kriterien der operanten Konditionierung.

z.B.

Bluthochdruck -> Erlernen von Entspannung

Kognitive Therapie

Die kognitive Therapie wurde von Aaron Beck entwickelt. Mit Kognition wird die menschliche Informationsverarbeitung in **Wahrnehmung u. Denken** bezeichnet. Beck arbeitet mit **depressiven** Patienten und stellte fest, dass bei den Betroffenen häufig typische Gedankenmuster zu finden sind, die in Form von **Inneren Selbstgesprächen** ablaufen. In einem ersten Therapieschritt erlernen die Patienten, **krank machende**, zumeist automatisch ablaufende **Gedanken zu identifizieren**.

In einem zweiten Schritt werden diese Gedanken einer ausführlichen **Überprüfung** daraufhin unterzogen, inwieweit dies **nützlich u. realistisch** sind. Hierbei versucht der Therapeut nicht, den Patienten von der Fehlerhaftigkeit der Gedanken zu überzeugen, sondern führt eine **„sokratischen Dialog“** indem er **„naive“** Fragen stellt.

Abschließend werden krank machende Denkmuster durch andere, **günstigere und realistische ersetzt. (Kognitive Umstrukturierung)**.

Bei depressiven Patienten beinhalten die automatischen Gedanken meist eine negative Sicht der eigenen Person, der umgebenden Welt und der eigenen Zukunft.

Heute wird die kognitive Therapie auch bei anderen Störungen eingesetzt.

Beispiel eines dep. Patienten

Situation	<p>Nachbarin geht grußlos an ihm vorbei</p>
Automatische Gedanken	<p>Vielleicht habe ich was falsch gemacht (Dinge auf sich beziehen) Keiner mag mich (Verallgemeinerung)</p>
Gefühl	<p>Niedergeschlagen (90%) Fühlt sich schuldig (60%)</p>
Rationale Gedanken	<p>Vielleicht war sie in Gedanken Vielleicht hatte sie gerade Streit</p>
Gefühle	<p>Niedergeschlagen (30%) Erleichtert (20%)</p>

Problemlösetraining

Mithilfe von Problemlösetraining lernen Patienten, ihre Probleme schneller und effektiver zu lösen. Das Vorgehen ist stark strukturiert und in Schritte aufgeteilt:

- 1. Schritt **Information und Vorbereitung**
Über das Vorgehen und seinen Nutzen
Motiviert eigenverantwortlich u. aktiv teilzunehmen
- 2. Schritt **Problembeschreibung**
Immer nur ein Problem
Auf der Ebene: Gedanken, Gefühle, Verhalten
- 3. Schritt **Problemanalyse**
Wie ist es entstanden, Was hält es aufrecht?
Was wurde schon versucht?
- 4. Schritt **Zielanalyse**
Was ist das Ziel?
- 5. Schritt **Lösung und Veränderungsplanung**
Selbstständige Lösungen finden
Selbstverpflichtung die Lösungsschritte umzusetzen
- 6. Schritt **Ausprobieren der Lösung/Problembehandlung**
Rollenspiele
Im täglichen Leben ausprobieren
- 7. Schritt **Bewertung des Probehandelns**
Soll der eingeschlagene Weg fortgesetzt werden, oder neue Strategien entwickelt werden?
- 8. Schritt **Transferplanung**
Können die Lösungsstrategien für andere Probleme übernommen werden
-> eigenständig arbeiten

Die Therapie wird ausschleichend beendet, und im Idealfall kann der Patient in Zukunft

eigenständig mit dem Problemlösemodell arbeiten .

Sie wird eingesetzt bei: Alkoholismus, Depression, Angststör., Eheprobleme, Stress

Token-Systeme

Bei Token Systemen handelt es sich um **Verstärkungssysteme** , bei denen sich Patienten **Belohnungen** in Form von Münzen verdienen können, die sie später gegen andere Belohnungen und Vergünstigungen eintauschen können.

Token Systeme wurden zunächst in Institutionen wie Heimen oder **psychiatrische Einrichtungen** eingesetzt, um das Verhalten der Bewohner günstig zu beeinflussen.

Belohnungssysteme werden heute bei vielen verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen verwendet. Kinder mit **ADHS** erhalten Sterne oder ähnliche Symbole, die sie, wenn eine vorher festgelegte Zahl erreicht ist, in Belohnungen umtauschen können.

Selbststeuerung

Ziel vieler verhaltenstherapeutischer Ansätze ist die Verbesserung der Selbststeuerung. Die Selbsthilfekompetenz und Selbstwirksamkeit der Patienten soll möglichst erhöht werden. Generell gilt in der KVT das Prinzip der minimalen Intervention. Der Therapeut gibt hierbei so wenig Hilfestellung wie möglich und so viel wie nötig, damit der Patient seine Ziele erreichen kann.

Weitere Faktoren der Selbststeuerung sind die Selbstbeobachtung (bestimmte Verhaltensweisen werden vom Patienten eigenständig protokolliert), Selbstverstärkung (Patient belohnt bzw. bestraft sich selbst nach dem Verstärkerprinzip), Selbstkontrolle (Patient sollte keine Schokolade im Haus haben, wenn er abnehmen möchte).

Merke: Entscheidend für den Erfolg einer Verhaltenstherapie ist das regelmäßige, tägliche Üben.

Verhaltenstherapie

Annahme: Psychische Krankheiten entstehen durch erlerntes Fehlverhalten und das kann durch neue Lernprozesse verändert werden.
Ziel: „bewältigungsorientierte“ Therapie, aktuelle Problem werden bearbeitet

Klassische Konditionierung

Zwei Reize werden
miteinander verknüpft

Unkonditionierter Reiz
(nicht erlernter)



Konditionierter Reiz
(neutraler Reiz → erlernt)

Konfrontationstherapie

Systematische Desensibilisierung
Angsthierarchie + Entspannung
→ In sensu

Reizkonfrontation/Expositionstraining
→ Flooding
Direkt konfrontieren, ohne Entspannung
→ In sensu und in vivo

Operante Konditionierung

Positive Verstärkung (Lob)
→ Positive Konsequenz
Negative Verstärkung (Flucht)
→ Unangenehme Konsequenz fällt weg
Primäre (Nahrung) Sekundäre (Geld) Verstärker
Intermittierende Verstärkung (Manchmal)
→ langsamer, hält länger
Kontinuierliche Verstärkung (Immer)
→ schneller, hält nicht lange an
Positive Bestrafung (Schläge)
→ Unangenehme Konsequenz
Negative Bestrafung (Liebesentzug)
→ Angenehme Konsequenz fällt weg

SORKCSchema

Stimulus (Alkohol)
→ Auslösender Reiz
Organismusvariable (Zittern)
→ Verhalten aufrecht haltend
Reaktion (trinken)
→ Sichtbares Verhalten
Kontingenz (Entspannung)
→ Verstärker
Consequenz (Organschäden)
→ Folgen des Verhaltens

Interventionen

Modelllernen

→ Nachahmung

Biofeedback

→ Rückmeldung durch Apparaturen

Kognitive Therapie

(Beck → Depression)

Gedanken auf Realität prüfen

→ Sokratischer Dialog

Problemlösetraining

Token-System

Verstärkersystem

Selbststeuerung

Selbstbeobachtung

Training sozialer Kompetenzen

- Selbstsicherheit
- Selbstvertrauen
- Im Sozialen effektiver sein

- Nein sagen
- Sich entschuldigen
- Komplimente
akzeptieren

Gesprächstherapie nach Carl R. Rogers

Die Gesprächstherapie nach Rogers wird meist kurz als Gesprächstherapie bezeichnet. Es handelt sich um eine Therapieform, die den humanistischen Therapien zugerechnet wird. Andere Bezeichnungen für die Gesprächstherapie sind klientenzentrierte Psychotherapie.

Geschichte

Die Gesprächstherapie wurde von dem amerikanischen Psychologen Carl R. Rogers ab den 1940er Jahren entwickelt. Er arbeitet viele Jahre in einer Erziehungsberatungsstelle und wurde durch psychoanalytische Ansätze beeinflusst, v.a. durch Vorlesungen des österreichischen Psychoanalytikers Otto Rank.

Rogers führte die Bezeichnung „Klient“ in die Psychotherapie ein. Er verstand diese Benennung als Abgrenzung zum Begriff „Patient“, der eine passive und abhängige Rolle der hilfesuchenden Personen suggeriert.

Rogers analysierte mittels Tonbandaufnahmen das interpersonelle Geschehen zwischen Therapeut und Klient und stellt fest, dass unabhängig von der gewählten Therapieform die Form des Kontakts zwischen Therapeut und Klient für den Erfolg einer Therapie ausschlaggebend ist.

Grundannahmen

- Jeder Mensch verfügt über ausreichend Wachstumspotenzial und Selbstheilungskräfte. Eine vertrauensvolle, weitgehend angstfreie Situation hilft dem Klienten, seine Selbstheilungskräfte zu aktivieren.
- Als Teil der Aktualisierungstendenz gibt es ein Bestreben, sich selbst zu erfahren und sein Erleben bewusst zu verarbeiten. Diesen Teil der Aktualisierungstendenz nennt man Selbstaktualisierungstendenz
- Beeinflusst durch die Interaktion mit seiner Umgebung entwickelt ein Mensch sein Selbstkonzept. Dieses besteht aus allem Annahmen und Ansichten über sich selbst.
- Eine der Tendenzen, die den Menschen innewohnt, wird als Selbstbehauptungstendenz bezeichnet. Sie ist bestrebt, das Selbstkonzept aufrechtzuerhalten.
- Das wichtigste Bedürfnis des Menschen ist das Bedürfnis nach Anerkennung. Menschen brauchen das Gefühl, gesehen, beachtet und verstanden zu werden.
- Seelische Störungen entstehen durch das Erleben von Inkongruenz (Kongruenz = Übereinstimmung). Inkongruenz entsteht durch eine widersprüchliche Bewertung von Erfahrungen. Selbstaktualisierungstendenz und Selbstbehauptungstendenz stoßen aufeinander. Es besteht innere „Ungereimtheit“

Wichtig Begriffe

Full Functioning Person

einer „Full Functioning Person“ nach Rogers sind:

Offenheit für Erfahrungen

Akzeptieren der eigenen Person

Zufriedenstellende soziale Beziehungen

Realistische Anpassung u. Wahrnehmung der Umwelt

Selbstkongruenz (Übereinstimmung von Selbstbild und Erfahrung)

Interventionsmethoden

Therapeutische Beziehung

Die Arbeitsweise von Gesprächstherapeuten ist nicht im üblichen Sinne durch den Einsatz von Techniken und Werkzeugen zu erklären. Vielmehr begegnet der Therapeut dem Klienten mit einer **bestimmten Grundhaltung** und macht ein spezifisches Beziehungsangebot.

Der Therapeut begegnet dem Klienten mit einer Haltung, die besonders durch drei Aspekte gekennzeichnet ist:

- **Akzeptanz**

Bedingungsfreie Anerkennung u. Wertschätzung

. Der Klient wird vom Therapeuten vorbehaltlos als ganze Person akzeptiert. Der Therapeut begegnet dem Klienten positiv, warmherzig und aktiv zugewandt. Gelingt dies dem Therapeuten, kann sich der Klient seinen inneren Erfahrungen zuwenden und dies selbst annehmen.

- **Empathie**

Unmittelbares Teilhaben am Erleben

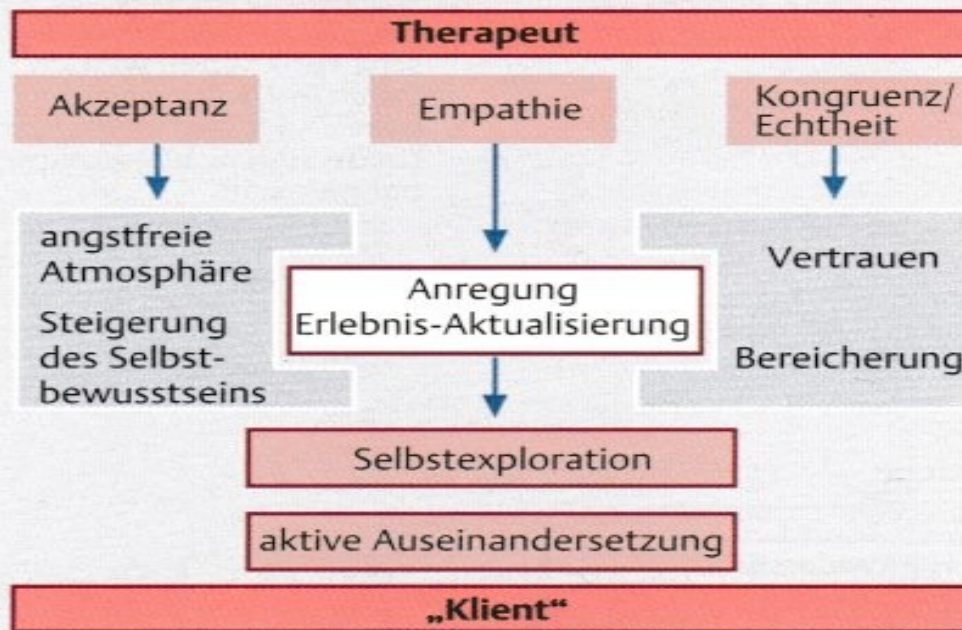
des anderen. Dies beinhaltet v.a. die mit dem Erleben zusammenhängenden Gefühle. Das empathische Verstehen wird gegenüber dem Klienten zum Ausdruck gebracht.

- **Kongruenz**

Das Konzept der Kongruenz bezieht sich sowohl auf das Verhalten des Therapeuten gegenüber dem Klienten wie auch auf das Verhältnis, das der Therapeut zu sich selbst hat.

Der Therapeut verhält sich echt, authentisch u. unverfälscht

. Voraussetzung für dieses Verhalten ist, dass der Therapeut einen guten Zugang zu sich selbst hat. Er nimmt seine inneren Regungen und Strebungen wahr. Kongruentes Verhalten ist dem Therapeuten nur möglich, wenn er in sich nicht inkongruent ist.



Nicht-Direktaktivität

Der Therapeut **beschränkt sich auf das Zuhören** . Er strukturiert den therapeutischen Prozess nicht durch Fragen und schlägt keine Interventionsmethoden vor.

Weder analysiert er den Klienten, noch kommentiert er dessen Verhalten. Er belehrt oder tröstet nicht und redet nicht über eigene Erfahrungen.

Aktives Zuhören

Das aktive Zuhören findet eine zunehmende Verbreitung in vielen Lebensbereichen und wird unter anderem Beratern und Führungskräften als Grundfertigkeit beigebracht. Auch beim aktiven Zuhören muss immer wieder darauf hingewiesen werden, dass es sich mehr um eine Haltung als um eine Technik handelt. Dennoch lassen sich technische Aspekte beschreiben:

Zugewandte, offene Körperhaltung

Blickkontakt

Telefonlaute signalisieren, dass man zuhört (hmm, ja)

Paraphrasieren, das Gehörte mit eigenen Worten zusammenfassen u. wiederholen, damit sich der Therapeut vergewissern kann es richtig verstanden zu haben.

Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte

Viele Menschen sind in Hinsicht auf ihre Probleme sehr „verkopft“. Wahrgenommen werden Probleme jedoch als Gefühle. Der Therapeut spiegelt dem Klienten in der Gesprächstherapie zurück, welche Gefühle er durch sein empathisches Zuhören beim Klienten wahrgenommen hat, was dieser ihm auf emotionaler Ebene „eigentlich“ gesagt hat.

Durch die bedingungslose Anerkennung hilft er dem Klienten, die emotionalen Anteile seines Erlebens selber wahr- und anzunehmen. Durch die konsequente Widerspiegelung der emotionalen Erlebnisinhalte findet der Klient immer tiefer zu sich selbst.

Er entdeckt sich durch die Intervention des Therapeuten selbst .

Gesprächstherapie nach Rogers

Annahme: Der Mensch weiß im Grunde, was für ihn gut und richtig ist

Ziel: Dem Patienten eine Klärung seiner eigenen Gefühle, Wünsche zu ermöglichen

Full Functioning Person

- Offenheit für Erfahrungen
- Akzeptieren der eigenen Person
- Zufriedenstellende soziale Beziehungen
- Realistische Anpassung und Wahrnehmung der Umwelt
- Selbstkongruenz (Übereinstimmung von Selbstbild und Erfahrung)

Interventionsmethoden

- Grundhaltung zum Patienten
- Akzeptanz**
- Anerkennung und Wertschätzung
- Empathie**
- Teilhaben am Erleben
- Kongruenz**
- Therapeut ist echt u. unverfälscht
- Nicht-Direktivität** (zuhören, Fragen)
- Aktives Zuhören** (offen, Blickkontakt)
- Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte**
- Vom Kopf zum Gefühl

Entspannungstherapie

Autogenes Training

Das Autogene Training ist ein in Deutschland weitverbreitetes Entspannungsverfahren, das eine Ergänzung zur herkömmlichen Psychotherapie darstellt und mit dieser meist kombiniert wird.

Der Patient erlernt vorgefertigte Formeln, mit denen er seine **Aufmerksamkeit auf innere körperliche Prozesse** lenkt und so Entspannung herbeiführt. Entspannungsverfahren sind für Patienten mit psychotischen Störungen in der Regel kontraindiziert.

Geschichte

Das AT wurde von dem Neurologen Johannes Schultz als Methode zur Selbsthypnose entwickelt. Er griff Arbeiten der Hirnforschung auf und stellte fest, dass Patienten, die mittels Hypnose therapiert wurden, nach kurzer Zeit in der Lage waren, sich selbst in Hypnose zu versetzen. Schultz entwickelte seine Methode in den 1920er, und behandelte erfolgreich durch den Krieg traumatisierte Soldaten.

Grundannahme

- Das AT spricht unwillkürliche Körpervorgänge an und verändert diese. Die Wirkung wird über das vegetative Nervensystem vermittelt.
- Durch Erlernen der Selbstsuggestionen werden die Patienten vom Therapeuten unabhängig und können Entspannung jederzeit selbstständig herbeiführen.

Wichtige Begriffe

Oberstufe

In der Oberstufe des AT arbeiten die Patienten mit selbstgewählten Situationen und lernen, hierzu

Bild zu entwickeln

Zurücknehmen

Die Patienten sollen sich klar und deutlich wieder aus dem (außer das AT dient dem Einschlafen)

Autogenen Zustand herausnehmen

, um sich frisch und erholt zu fühlen.

Interventionsmethoden

Grundübung

Schwereübung „Mein Körper ist ganz schwer“

Wärmübung „Mein Körper ist angenehm warm“

Herzübung „Mein Herz schlägt ruhig u. regelmäßig“

Atemübung „Mein Atem ist ruhig“

Bauchübung „Das Sonnengeflecht strömt angenehm warm“

Stirnübung „Meine Stirn ist angenehm kühl“

Progressive Muskelentspannung

Mit dieser Methode sollen Patienten lernen, Spannung und Entspannung selbstständig zu steuern.

Geschichte

Die PM wurde von dem amerikanischen Physiologen Edmund Jacobson in den 1920er entwickelt und wird häufig auch mit ihrem vollen Namen als progressive Muskelrelaxation nach Jacobson bezeichnet.

Die PM wird heute meist in Kombination mit einer Verhaltenstherapie eingesetzt. Durch tägliches Üben soll eine Automatisierung der Entspannungsvorgänge entstehen.

Interventionsmethoden

Nacheinander werden einzelne Muskeln verschiedener Körperzonen für eine kurze Zeit **maximal angespannt**, um sie dann **vollkommen entspannen** zu lassen. Das Üben zu Hause kann mit Audioaufnahmen unterstützt werden.

Um eine Wahrnehmung für Entspannung zu entwickeln, ist es hilfreich, ein differenziertes Gefühl für Anspannung, d.h.

für den Wechsel zwischen Spannung und Entspannung zu erlernen

Die Anleitung könnte folgendermaßen lauten:

- *Wir beginnen mit der rechten Hand.*
- *Atmen Sie weiter entspannt und regelmäßig und konzentrieren Sie sich auf Ihre rechte Hand*
- *Wenn Sie soweit sind, dann ballen Sie die rechte Hand zu einer Faust und spannen Sie die rechte Hand und den rechten Unterarm stark an.*
- *Halten Sie die Spannung für einige Sekunden und entspannen Sie wieder*
- *Konzentrieren Sie sich auf das Gefühl der Entspannung in Ihrer rechten Hand und in Ihrem rechten Unterarm*
- *Gehen Sie mit Ihrer Wahrnehmung ganz in Ihre rechte Hand hinein. Versuchen Sie, jeden Muskel zu entspannen*
- *Der restliche Körper liegt weiter locker und ruhig auf der Liege. Die Atmung ist ruhig und Ihr Gesicht entspannt.*

In weiteren Schritten werden nacheinander andere Muskelgruppen hinzugenommen: linke Hand Arme, Schultern, Beine und Bauch, Rücken und Gesäß, Kopf und zum Abschluss das Gesicht.

Diese Methode bietet sich besonders dann an, wenn Menschen Schwierigkeiten damit haben, sich wie im autogenen Training „auf Befehl“ zu entspannen. Das „Auf Befehl“ Anspannen gelingt ihnen meist besser.

Autogenes Training

→ Selbstsuggestion

Selbsthypnose

Oberstufe: Bild

Zurücknehmen: herausnehmen aus dem AT

Progressive Muskelentspannung

→ Spannung und Entspannung

1. Muskel max. anspannen

2. Vollkommen entspannen zu lassen

Gilt für alle Entspannungsmethoden:

Patient kann jederzeit die Entspannung selbst herbeiführen. (Anleitung für Unabhängigkeit)

Bei psychotischen Stör. Ist Entspannung kontraindiziert

Grundübung:

Anleitung:

Literaturempfehlungen

- Möller H-J. *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Thieme
- Ofenstein C. **Lehrbuch für Heilpraktiker für Psychotherapie**. Urban & Fischer
- Köslin J. **Psychiatrie und Psychotherapie für Heilpraktiker**. Urban & Fischer
- Ofenstein C. **Mündliche Prüfung Heilpraktiker für Psychotherapie**. Haug
- Schneider R. **Heilpraktiker für Psychotherapie**. Urban & Fischer

Haftungsausschluss

- Der Inhalt dieses Dokuments dient ausschließlich der Information und ist nur für Lehrzwecke bestimmt.
- Die Daten sind nach bestem Wissen und Gewissen, basierend auf den genannten Literaturempfehlungen erstellt worden.
- Es wird keine Haftung für Richtigkeit, Vollständigkeit und/oder Folgeschäden übernommen.
- Das Skript ist inklusive aller Inhalte urheberrechtlich geschützt, mit Copyright versehen und personalisiert. Es darf nur zu privaten Zwecken verwendet werden. Die Verwendung außerhalb dieser Grenzen ist ohne Zustimmung unzulässig. Jede Weitergabe, Mikroverfilmung, Vervielfältigung und Einspeicherung bzw. Verarbeitung in elektronischen Medien ist verboten - auch wenn es nur Auszüge aus dem Inhalt sind! Ich bitte dies zu beachten. Vielen Dank!