

Deckersbach / Kunert

Begleitheft Klinische Wissenschaften

Studienheft Nr. 193
1. Auflage 06/2022

Verfasser*in

Prof. Dr. Thilo Deckersbach (Dipl.- Psychologe)

Studiendekan für die Psychologie-Studiengänge an der DIPLOMA Hochschule

Katja Kunert (Dipl.- Psychologin)

Psychologische Psychotherapeutin VT, Systematische Traumapädagogin und Traumafachberaterin

Leseprobe

© by DIPLOMA Private Hochschulgesellschaft mbH

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung und des Nachdrucks, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

DIPLOMA Hochschule

University of Applied Sciences

Am Hegeberg 2

37242 Bad Sooden-Allendorf

Tel. +49 (0) 56 52 58 77 70, Fax +49 (0) 56 52 58 77 729

Hinweise zur Arbeit mit diesem Begleitheft

Der Einsatz von Begleitheften in Kombination mit jeweils ein bis zwei E-Books hat gegenüber dem alleinigen Einsatz von Lehrbüchern den Vorteil, dass die **Inhalte besonders gut für das Selbststudium aufgearbeitet** werden.

Erste Informationen über den Inhalt des Lehrstoffes gibt Ihnen das **Inhaltsverzeichnis**.

Den einzelnen Kapiteln sind **Lernziele** vorangestellt. Sie dienen als Orientierungshilfe und ermöglichen Ihnen die Überprüfung Ihrer Lernerfolge. Setzen Sie sich **aktiv** mit dem Text des E-Books auseinander, indem Sie sich Wichtiges kennzeichnen. Dieses Begleitheft ist ein **Arbeitsheft, mit und in** dem Sie arbeiten sollen.

Zur **besseren Orientierung** haben wir Merksätze bzw. besonders wichtige Aussagen durch Fettdruck und/oder Einzug hervorgehoben.

Lassen Sie sich nicht beunruhigen, wenn Sie Sachverhalte finden, die zunächst noch unverständlich für Sie sind. Diese Probleme sind bei der ersten Begegnung mit neuem Stoff ganz normal.

Nach jedem größeren Lernabschnitt haben wir Übungsaufgaben eingearbeitet, die mit „**SK = Selbstkontrolle**“ gekennzeichnet sind. Sie sollen der Vertiefung und Festigung der Lerninhalte dienen. Versuchen Sie, die ersten Aufgaben zu lösen und die Fragen zu beantworten. Dabei werden Sie teilweise feststellen, dass das dazu erforderliche Wissen nach dem ersten Durcharbeiten des Lehrstoffes noch nicht vorhanden ist. Gehen Sie diesen Inhalten noch einmal nach, d. h. durchsuchen Sie die Seiten gezielt nach den erforderlichen Informationen.

Bereits während der Bearbeitung einer Frage sollten Sie die eigene Antwort schriftlich festhalten. Erst nach der vollständigen Beantwortung **vergleichen Sie Ihre Lösung mit dem** am Ende des Begleitheftes **angegebenen Lösungsangebot**.

Stellen Sie dabei fest, dass Ihre eigene Antwort unvollständig oder falsch ist, müssen Sie sich nochmals um die Aufgabe bemühen. Versuchen Sie, jedes behandelte Thema vollständig zu verstehen. **Es bringt nichts, Wissenslücken durch Umblättern zu übergehen**. In vielen Studienfächern baut der spätere Stoff auf vorhergehendem auf. Kleine Lücken in den Grundlagen verursachen deshalb große Lücken in den Anwendungen.

Abschließend noch ein formaler Hinweis: Sofern in diesem Begleitheft bei Professionsbezeichnungen und/oder Adressierungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form Verwendung findet (z. B. „Rezipienten“), sind dennoch alle sozialen Geschlechter, wenn kontextuell nicht anders gekennzeichnet, gemeint.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Bearbeitung dieses Begleitheftes.

Ihre DIPLOMA
Private Hochschulgesellschaft mbH

Inhaltsverzeichnis	Seite
Hinweise zur Arbeit mit diesem Begleitheft	3
Glossar	6
Abbildungsverzeichnis	13
1 Einleitung	14
2 Grundlagen der Klinischen Psychologie	16
2.1 Psychische Störungen – die schmale Grenze zwischen „normal“ und pathologisch	16
2.2 Modelle der Klinischen Psychologie	17
2.2.1 (Neuro)biologische Grundlagen	18
2.2.2 Psychodynamische Grundlagen	18
2.2.3 Lerntheoretische Grundlagen	19
2.2.4 Integratives Ätiologiemodell	19
2.3 Pharmakologische Grundlagen	20
2.3.1 Synaptische Übertragung	20
2.3.2 Beteiligte Transmittersysteme	21
2.3.3 Psychopharmaka im Überblick	22
2.4 Epidemiologie psychischer Störungen	24
2.4.1 Epidemiologische Studiendesigns	25
2.4.2 Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland	27
2.4.3 Versorgungsepidemiologische Beiträge	28
2.4.4 Ätiologische und pathogenetische Beiträge	29
2.5 Versorgungslage für Menschen mit psychischen Störungen	30
2.5.1 Rechtliche Rahmenbedingungen	30
2.5.2 Ambulante, teilstationäre und stationäre psychotherapeutische Versorgung	31
2.5.3 Abschätzung des Versorgungsgrades	31
3 Diagnosefertigkeiten in der Klinischen Psychologie	33
3.1 Psychopathologie: Definition psychischer Störungen	33
3.2 Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen	34
3.2.1 Die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD)	35
3.2.2 Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM)	36
3.2.3 Spektrum psychischer Störungen	36
3.4 Ablauf des diagnostischen Prozesses	38
3.4.1 Das Erstgespräch und Besonderheiten der klassifikatorischen Diagnostik	40
3.4.2 Erstellen eines psychopathologischen Befundes (PPB)	40
3.4.2 (Biografische) Anamnese	42
3.4.3 Weitere Diagnostik	44
3.4.4 Besonderheiten in der Diagnostik von Kindern und Jugendlichen	45
3.4.5 Fehler im diagnostischen Prozess	46
4. Methoden und Techniken der Psychotherapie	47
4.1 Was ist Psychotherapie?	47
4.1.1 Abgrenzungen zu anderen Verfahren im Gesundheitssystem	48
4.1.2 Rahmenbedingungen	48
4.1.3 Zielsetzungen	48
4.2 Die Richtlinienverfahren	49

4.2.1	Psychoanalyse (PA)	49
4.2.2	Tiefenpsychologisch-fundierte Therapie (TP)	50
4.2.3	Verhaltenstherapie (VT)	51
4.2.4	Systemische Therapie (ST)	52
4.3	Die Humanistischen Therapien (HP)	53
4.3.1	Personenzentrierte Psychotherapie – Gesprächspsychotherapie	54
4.3.2	Weitere Strömungen	54
5	Psychotherapieforschung	56
5.1	Psychotherapeutische Forschung	56
5.2	Wirkfaktoren in der Psychotherapie	60
5.2.1	Die allgemeinen Wirkprinzipien	60
5.3	Methoden der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie	61
5.3.1	Schematherapie	61
5.3.2	Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)	62
5.3.3	Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)	63
5.3.4	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)	64
5.3.5	Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (MBCT)	64
5.3.6	Metacognitive Therapie (MCT)	65
5.4	Onlinebasierte Interventionen	65
5.4.1	Behandlungsansätze	65
5.4.2	Effektivität onlinebasierter Ansätze	67
Lösung der Übungsaufgaben	LÖ	69
Literaturverzeichnis		71

Glossar

Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie	Verfahren der dritten Welle, das die klassischen Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie mit Achtsamkeitsverfahren ergänzt
Agonismus	Einsatz einer Medikation, um die Übertragung eines Transmitters am synaptischen Spalt zu verstärken
Akzeptanz- und Commitment-Therapie	Verfahren der dritten Welle, das die klassischen Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie mit achtsamkeits- und akzeptanzbasierten Verfahren ergänzt sowie Strategien zur Werte- und Zielklärung mitaufnimmt
Allgemeine Wirkfaktoren	nach Klaus Grawe: Problemaktualisierung, motivationale Klärung, Problembewältigung, Ressourcenaktivierung
Anamnese	Abfragen der Geschichte der Patient:innen, mit Fokus auf die zu interessierenden Aspekte, z. B. Biografie, Krankheitsgeschichte, Familiengeschichte
Antagonismus	Einsatz einer Medikation, um die Übertragung eines Transmitters am synaptischen Spalt abzuschwächen
Antidepressiva	Psychopharmaka, die vorwiegend zur Behandlung depressiver Symptomatik eingesetzt werden
Anxiolytika	angstlösende Medikamente
Ambulante Versorgung	professionelle Behandlung, bei der der/die Patient:in eine Praxis, Ambulanz oder Klinik aufsucht und nach der Behandlung wieder in sein häusliches Umfeld zurückkehrt
AMDP-System	systematische Erfassung der typischen Beschreibungsbereiche des psychopathologischen Befundes zusammengestellt von der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)
Äquivalenzhypothese	Alle Therapieformen wirken gleich gut und unspezifisch.
Ätiologie	wissenschaftliche Erklärung der Entstehung einer Krankheit
Behandlungsintegrität	Variable, die untersucht, ob tatsächlich das durchgeführt wird, was benannt wird
Bias	durch falsche Untersuchungsmethoden (z. B. Suggestivfragen) verursachte Verzerrung des Ergebnisses einer Repräsentativerhebung
Beobachtungsstudien	nichtexperimentelles Design mit Aussageeinschränkungen
Blended therapy	Integration von internet- und mobilebasierte Interventionsformen in die Präsenztherapie
Circadiane Besonderheiten	Auffälligkeiten im Tages- und Schlafablauf wie z. B. Morgentief oder Durchschlafstörungen

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy	Verfahren der dritten Welle zur Behandlung von chronischen Depressionen, das die klassischen Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie mit psychodynamischen sowie interpersonellen Interventionen ergänzt
Diagnostische Fehler	Fehler, die bei der systematischen Untersuchung einer Patientin auftreten können und durch das angewendete Diagnoseinstrument, den/der Untersucher:in oder den/die Patient:in verursacht werden können
Dialektisch-Behaviorale Therapie	Verfahren der dritten Welle zur Behandlung von Patient:innen mit Selbst- oder Fremdgefährdung, das die klassischen Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie mit achtsamkeitsbasierten Techniken ergänzt
Differentialdiagnose	Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern
Dimensionale Diagnostik	Beschreibung eines/einer Patient:in anhand eines Kontinuums unter Einbezug einer oder mehrerer Dimensionen, z. B. Bestimmung des Funktionsniveaus
Dodo-Bird-Verdikt	Äquivalenzhypothese: Annahme, dass grundsätzlich kein Verfahren dem anderen überlegen ist
Dritte Welle der Verhaltenstherapie	„Emotionale Wende“, Einbezug von emotionsfokussierten und achtsamkeitsbasierten Techniken in die Verhaltenstherapie
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, herausgegeben von der American Psychological Association
Emotionsfokussierte Psychotherapie	Verfahren der humanistischen Therapie, nach Leslie Greenberg; setzt vor allem auf die Arbeit an und mit Emotionen
Empowerment	Interventionen, die die Autonomie/Selbstbestimmung von Patient:innen erhöhen sollen
Epidemiologie	Untersuchung des Neuauftretens (Inzidenz) sowie der Verbreitung (Prävalenz) von Krankheiten
Experimentelle Studie	experimentelle Modifizierung des vermuteten kausalen Faktors bei weitgehender Kontrolle der Untersuchungsbedingungen
Falldefinition	genaue Definition des Untersuchungsgegenstandes
Fall-Kontroll-Studie	Vergleich einer Gruppe mit einem bestimmten Merkmal mit einer Gruppe ohne das interessierte Merkmal (Kontrollgruppe) hinsichtlich zeitlich früherer Expositionsmerkmale
Familiäre Risikofaktoren	genetische Prädispositionen, adverse Schwangerschaftsbedingungen (z. B. Substanzmittelkonsum), Zusammenleben mit psychisch erkranktem Elternteil, Erziehungsstil, Familienklima, familiär bedingte Stressoren (z. B. Gewalterfahrungen)
Formale Denkstörungen	Störungen bei denen „wie“ gedacht wird, zum Beispiel verlangsamtes Denken

1 Einleitung

Im Titel dieses Studienheftes findet sich das Wort „**Begleitheft**“. Dies grenzt das vorliegende Werk von den Ihnen bislang bekannten Studienheften ab, weil es eine andere Funktion erfüllt. Es versteht sich als Lesehilfe für selektives Lesen, damit Sie aus der Perspektive des Selbststudiums heraus Auswahlkriterien für Ihre Lesetätigkeit bekommen.

Die Darbietung als E-Book in der Springer-Datenbank ermöglicht eine abschnittsweise Lektüre, um spezifische Wissenslücken zu füllen. Ziel ist, dass Sie nicht das ganze Buch linear studieren, sondern jeweils nur Passagen, die auf Ihr Interessengebiet und Ihr aktuelles Projekt passen.

Im Online-Campus unserer Internetseite www.diploma.de finden Sie unter dem Abschnitt „Meine Kurse“ Ihre Veranstaltung zu „Klinische Wissenschaften“. Dort finden Sie im Bereich „Studienhefte“ einen Link auf das Buch „Klinische Psychologie & Psychotherapie“ von Jürgen Hoyer und Susanne Knappe, das Sie dort ganz einfach herunterladen können. Sie brauchen nicht das ganze Buch auszu-drucken, sondern nur die Abschnitte, die im Folgenden besprochen werden bzw. die zusätzlich von Ihren Dozierenden empfohlen werden. Oder Sie lesen die jeweiligen Textstellen in dem PDF-Dokument an Ihrem Computer oder auf einem Mobilgerät.

Dieses Werk können Sie als E-Book im Online-Campus der DIPLOMA herunterladen.

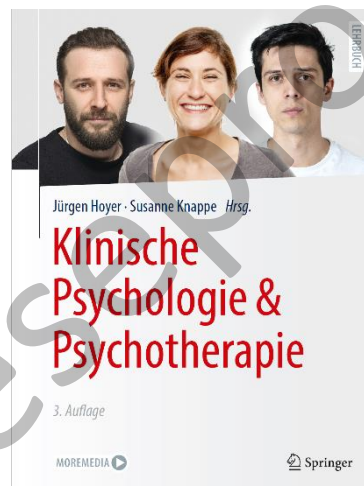


Abb. 1: Cover des Buches von Hoyer & Knappe

Die hier referenzierte Literatur umfasst mit insgesamt mehr als 1100 Seiten deutlich mehr Lernstoff, als in einer Veranstaltung behandelt werden kann.

Die Konzeption des Begleitheftes sieht daher vor, dass Sie das Heft als **Navigationshilfe** und **Zusammenfassung** betrachten, um spezifische Kapitel aufzusuchen. Das Begleitheft hat daher das **Globalziel**, Ihnen einen komprimierten **Gesamtzusammenhang** über das Themengebiet zu vermitteln. So können Sie die Zusammenhänge **vertiefen**, bei denen Sie **Wissenslücken** feststellen.

In **Kapitel 2** erhalten Sie einen Überblick über wichtige **Grundlagen der Klinischen Psychologie**, darunter grundsätzliche Informationen zu den unterschiedlichen Modellvorstellungen innerhalb der Klinischen Psychologie. Zudem lernen Sie pharmakologische Grundlagen und Spezifika zur Versorgungslage von Menschen mit psychischen Störungen kennen.

Kapitel 3 vermittelt Ihnen Informationen über die Diagnostik im Bereich der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Dabei werden neben epidemiologischen Aspekten zudem der Ablauf des diagnostischen Prozesses besprochen.

Kapitel 4 gibt Ihnen Informationen zu Methoden und Techniken der Psychotherapie, dabei werden neben den Richtlinienverfahren auch andere Verfahren besprochen.

Kapitel 5 beschäftigt sich mit der Psychotherapieforschung, den spezifischen und allgemeinen Wirkfaktoren sowie den Verfahren der dritten Welle und onlinebasierten Verfahren.

Lesen Sie bitte dieses Begleitheft komplett durch, um einen Gesamtzusammenhang zu sehen (machen Sie sich beim Lesen schon Notizen, welche Passagen Sie vertiefen wollen). Öffnen Sie dann Ihr E-Book oder drucken sich einzelne Seiten aus, um einer differenzierten Fragestellung nachzugehen. Nutzen Sie zudem auch die Selbstkontrollfragen am Ende jeden Kapitels, um Ihren Lernprozess zu unterstützen.

Leseprobe

2 Grundlagen der Klinischen Psychologie

Lernziele:

Mit diesem Kapitel sind Sie in der Lage,

- die Besonderheiten der Klinischen Psychologie mit den wichtigsten Inhalten zu benennen.
- die unterschiedlichen Ätiologiemodelle der Klinischen Psychologie zu beschreiben.
- die pharmakologischen Grundlagen zu Psychopharmaka wiederzugeben.
- die wichtigsten epidemiologischen Erkenntnisse zu psychischen Störungen anzugeben.
- die Versorgungsmöglichkeiten von Patient:innen zu benennen und einzuschätzen.

Die **Klinische Psychologie** ist eine Teildisziplin der Psychologie und beschäftigt sich mit der Erklärung, dem Verlauf sowie den Interventionen von psychischen Störungen sowie psychischen Aspekten somatischer Erkrankungen. Sie arbeitet damit eng mit fachverwandten Disziplinen wie der Medizin oder Soziologie zusammen und ist klar interdisziplinär ausgerichtet. Ihr hoher Stellenwert im Gesundheitssystem findet sich nicht nur in der wissenschaftlichen Anerkennung der Disziplin, sondern auch in der sozialrechtlichen Anerkennung der Psychotherapie wieder. (Hoyer & Knappe 2020, S. 4)

Die Klinische Psychologie behandelt folgende **Teilaspekte**:

- Ätiologie psychischer Störungen
- Klassifikation und Diagnostik psychischer Störungen
- Prävention
- Psychotherapie
- Rehabilitation
- Gesundheitsversorgung
- Epidemiologie
- Evaluation

Psychotherapie lässt sich definieren als: „(...) ein bewusster und geplanter interaktionaler Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch a verbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.“ (Strotzka 1969, S. 32 zitiert nach Hoyer & Knappe 2020, S. 4)

2.1 Psychische Störungen – die schmale Grenze zwischen „normal“ und pathologisch

In der Klinischen Psychologie werden die zu interessierenden Phänomene nicht kategorial (ja-nein) sondern dimensional (mehr oder weniger ausgeprägt) angesehen. Menschliches Verhalten, ob pathologisch oder „normal“ wird mit denselben Konzepten beschrieben. (Caspar, Pjanic & Westermann 2018, S. 1)

Psychische Störungen zeigen sich in einem klinisch bedeutsamen Syndrom oder Muster und gehen mit einem bestehenden Leidensdruck, einer Beeinträchtigung oder einem stark erhöhten Risiko einher,

gravierende Folgeschädigungen daraus zu erleiden. „Das Syndrom oder Muster darf nicht nur eine verständliche und kulturell sanktionierte Reaktion auf ein Ereignis sein, wie z. B. eine normale Trauerreaktion bei Verlust eines geliebten Menschen. Unabhängig vom ursprünglichen Auslöser muss bei der betroffenen Person eine verhaltensmäßige, psychische, entwicklungsbezogene oder biologische Funktionsstörung zu beobachten sein. Weder normabweichendes Verhalten (z. B. politischer, religiöser oder sexueller Art) noch Konflikte des Einzelnen mit der Gesellschaft sind psychische Störungen, solange die Abweichung oder der Konflikt kein Symptom einer oben beschriebenen Funktionsstörung bei der betroffenen Person darstellt.“ (Hoyer & Knappe 2020, S. 9)

Anhand dieser Definition wird deutlich, wie schwierig die klare **Abgrenzung von Pathologien** zu angemessenen Reaktionen unter Umständen sein kann. Es ist gar nicht so einfach, die Grenze zu bestimmen, was noch „normal“ und was als „gestört“ gilt, zumal die Übergänge fließend sind. Im Vergleich zu frühen Epochen wird in unserer Gesellschaft deutlich mehr Vielfältigkeit in Erscheinungsformen, Überzeugungen und Gruppierungen toleriert. Individualität, auch im Sinne des „Anderssein“ als die meisten, gilt geradezu als Ideal, als anstrengenswert. Es benötigt also mehr. Es gibt keine unangreifbare Definition gestörten Erlebens und Verhaltens. Will man sich jedoch annähern, dann spielen meist viele Aspekte eine besondere Rolle. Eine Möglichkeit der Annäherung bieten folgende Aspekte:

- Abweichung von der Norm (Devianz)
- Leidensdruck des/der Betroffenen oder des Umfelds
- Beeinträchtigungen
- Gefährdung

In Kapitel 3 werden wir uns genauer mit der Klassifikation und Diagnostik psychischer Störungen beschäftigen. Sie werden sehen, wie moderne Klassifikationssysteme sich diese vier besprochenen Aspekte zunutze machen. Vorher werden wir uns allerdings den verschiedenen Modellen der Klinischen Psychologie widmen, um die vielfältigen Ätiologiemodelle kennenzulernen.

Leseaufgabe: Mehr zu den Grundlagen der Klinischen Psychologie erfahren Sie in Hoyer & Knappe (2020), Kapitel 1, S. 3–6.

2.2 Modelle der Klinischen Psychologie

Aufgrund der **Komplexität und Interdisziplinarität** der Klinischen Psychologie verwundert es sicherlich nicht, dass es viele unterschiedliche Erklärungsmodelle für psychische Pathologien gibt. Historisch haben sich zudem unterschiedliche Ätiologiemodelle ent- und weiterwickelt. Keines dieser Modelle ist statisch oder endgültig. Sie dienen der Strukturierung und vor allem der Ableitung spezifischer Interventionen. Dabei wird das interessierende Verhalten beschrieben, erklärt und vorhergesagt, um daraus ableiten zu können welche Veränderungsprozesse durchlaufen werden sollten zur Verbesserung der gezeigten Symptomatik. Dabei ist stets das übergeordnete Ziel, Einschränkungen in der Lebensqualität zu reduzieren. Jedes einzelne Modell liefert einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen, ohne dabei eine allgemeine Gültigkeit in Anspruch zu nehmen.

2.2.1 (Neuro)biologische Grundlagen

Es ist essenziell für das Verständnis von psychischen Störungen, sich einige medizinische Grundlagen anzueignen. Dabei spielt vor allem das Gehirn eine zentrale Rolle. In medizinischen Krankheitsmodellen finden wir einen klaren Bezug zu messbaren Parametern wie z. B. Adrenalingehalt im Blut und deren Funktionsweisen in unserem Körper z. B. Anregung des Systems durch Adrenalin. In diesem Sinne lassen sich die Ursachen psychischer Probleme in den Genen, im Gehirn, im Nerven- oder endokrinen System finden. Psychische Störungen sind demnach vor allem direkte oder indirekte Folgen von Störungen im Gehirn (z. B. hirmorphologische Veränderungen, degenerative Prozesse oder Störungen im Neurotransmitterhaushalt) und die Heilung bzw. Verbesserung des Zustandes liegt in der Behandlung der gehirnganischen bzw. somatischen Ursachen (siehe Abbildung 2).

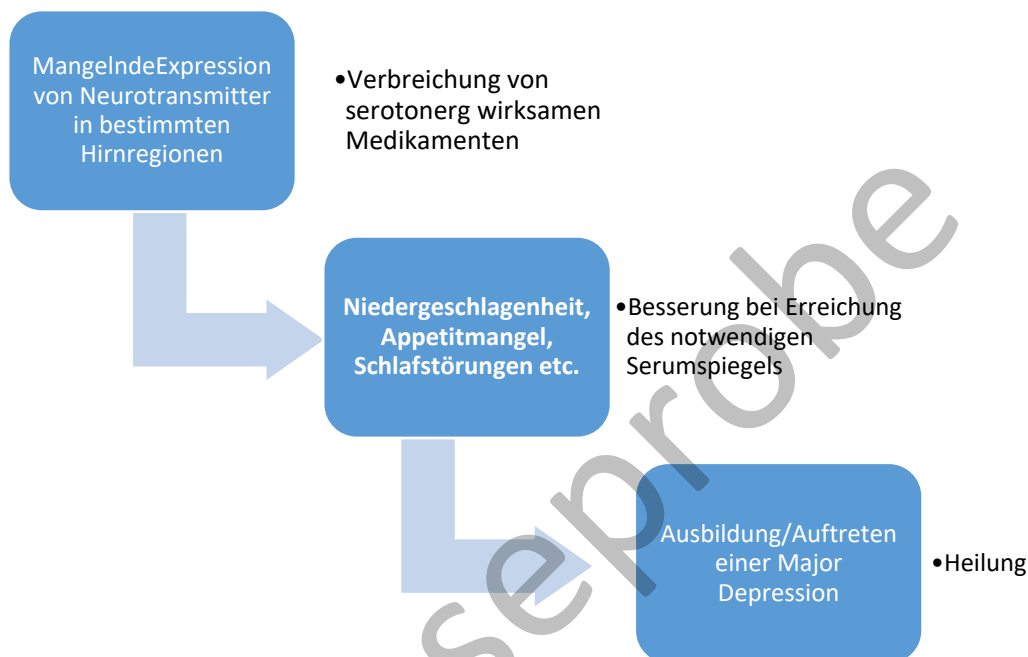


Abb. 2: Beispiel für Störungen im Neurotransmitterhaushalt
Quelle: eigene Darstellung nach Hoyer & Knappe, 2020, S. 17

Leseaufgabe: Für ein tiefgehendes Verständnis dieses Modells empfiehlt sich Hoyer & Knappe (2020), Kapitel 7, S. 213–244 sowie Kapitel 9, S. 283–316.

2.2.2 Psychodynamische Grundlagen

Ursachen psychischer Störungen sind im psychodynamischen Paradigma **intrapyschische Konflikte**. Die teilweise hochkomplexen Theorien, die zum großen Teil nicht empirisch belegt sind, sehen Psychopathologien als Erweiterungen normaler Phänomene an. Das Hauptmerkmal der Psychodynamik ist die Annahme des **Unbewussten**, aus dem heraus psychische Probleme auftreten. Ungelöste, verdrängte Kindheitskonflikte werden durch aktuelle Situationen reaktiviert und die misslingende Verarbeitung führt zur Ausbildung von Symptomen. Ein weiteres zentrales Element sind die **Abwehrmechanismen**, mit denen versucht wird, die aus dem Unbewussten drängenden Inhalten abzuwehren. (Hoyer & Knappe 2020, S. 20)

Die Behandlung von psychischen Symptomen kann demnach nur durch die Bewusstwerdung der verdrängten Konflikte erreicht werden. Dabei spielt die Deutung der aus dem Unbewussten drängenden Inhalten wie z. B. in Form von Fehlleistungen oder Träumen eine zentrale Rolle (siehe Abschnitt 4.2.1).

2.2.3 Lerntheoretische Grundlagen

In diesem Paradigma spielt die **Lernerfahrung** eines Individuums eine zentrale Rolle, d. h. welche Auslösereize sind mit welcher spezifischen Reaktion verknüpft. Dieses Paradigma ist eng verbunden mit der experimentellen Psychologie. Im Laufe der Entwicklung wurde nicht nur dem beobachtbaren Verhalten und der **Reiz-Reaktions-Verkettung** eine Bedeutung beigemessen, sondern vor allem auch den **Kognitionen**, d. h. den spezifischen Gedanken und Bewertungen einer Person hinsichtlich bestimmter Auslösereize. Psychische Störungen sind demnach das Resultat einer **fehlerhaften Wahrnehmung** von Auslösereizen, fehlerhafter Schlussfolgerungen und/oder inadäquater Problemlösestrategien. Diesem Paradigma zuzuordnen sind u. a. das klassische und operante Konditionieren sowie das Modelllernen. (Hoyer & Knappe 2020, S. 22)

Die **Behandlung** von Psychopathologien erfolgt durch Neuerlernen von Kompetenzen und/oder das Umlernen von ungünstigen (kognitiven) Mustern. Dies kann erreicht werden durch das Erkunden der einzelnen Komponenten des Verhaltens, Fühlens und Denkens einer Person und Arbeit an den einzelnen wenig hilfreichen Strukturen, z. B. mittels kognitiver Umstrukturierung (siehe Abschnitt 4.2.3).

Leseaufgabe: Für ein tiefgehendes Verständnis dieses Modells empfiehlt sich Hoyer & Knappe (2020), Kapitel 4, S. 113–136.

2.2.4 Integratives Ätiologiemodell

Es bietet sich an, aufgrund der Komplexität psychischer Störungen ein integratives Modell zu erarbeiten, dass sich unter anderem in dem biopsychosozialen Modell oder auch Vulnerabilität-Stress-Modell wiederfinden lässt. **Vulnerabilität** meint damit die unterschiedlichsten Verwundbarkeiten auf den unterschiedlichsten Ebenen (z. B. schwieriges Temperament, genetische Vorbelastungen, Traumata), die aufgrund des Zusammentreffens mit spezifischen Faktoren zum Ausbruch von Symptomen führen kann. Demgegenüber stehen **Ressourcen** (z. B. soziales Netz, finanzielle Mittel, Copingstrategien), die dem Individuum helfen einen angemessenen Umgang mit den individuell bestehenden Vulnerabilitäten zu finden. Bei langanhaltendem **Stress**, Überschreitung der Ressourcen und/oder mangelnden Kompensationsstrategien kommt es zum Ausbruch einer psychischen Störung. (Hoyer & Knappe 2020, S. 25)

Dieses Modell ist integrativ, da es viele unterschiedliche Perspektiven miteinbezieht: Die (neuro)biologischen Aspekte beziehen sich z. B. auf genetische Einflüsse. Die psychologischen Ursachen meinen dabei alle in einer Person liegenden Faktoren wie Verhalten, Kognitionen oder Copingstrategien. Die Bedeutung **sozialer Faktoren** bei der Entstehung psychischer Störungen lässt sich in folgenden Bereichen finden (Wittchen & Hoyer 2011, S. 320):

- soziodemografische Faktoren (z. B. niedrigere soziale Schicht, Armut)
- Einflüsse der sozialen Umgebung (z. B. soziale Rolle)
- dysfunktionale Verarbeitung sozialer Informationen

- ungünstige soziale Einstellungen bzw. Kompetenzdefizite

Gesundwerdung ist dann zum Beispiel durch die Arbeit an der Verbesserung der sozialen oder personenbezogenen Komponente (z. B. Arbeitsplatzwechsel, soziales Kompetenztraining) oder durch Behandlung der biologischen Störungen erreichbar (z. B. Gabe von Psychopharmaka).

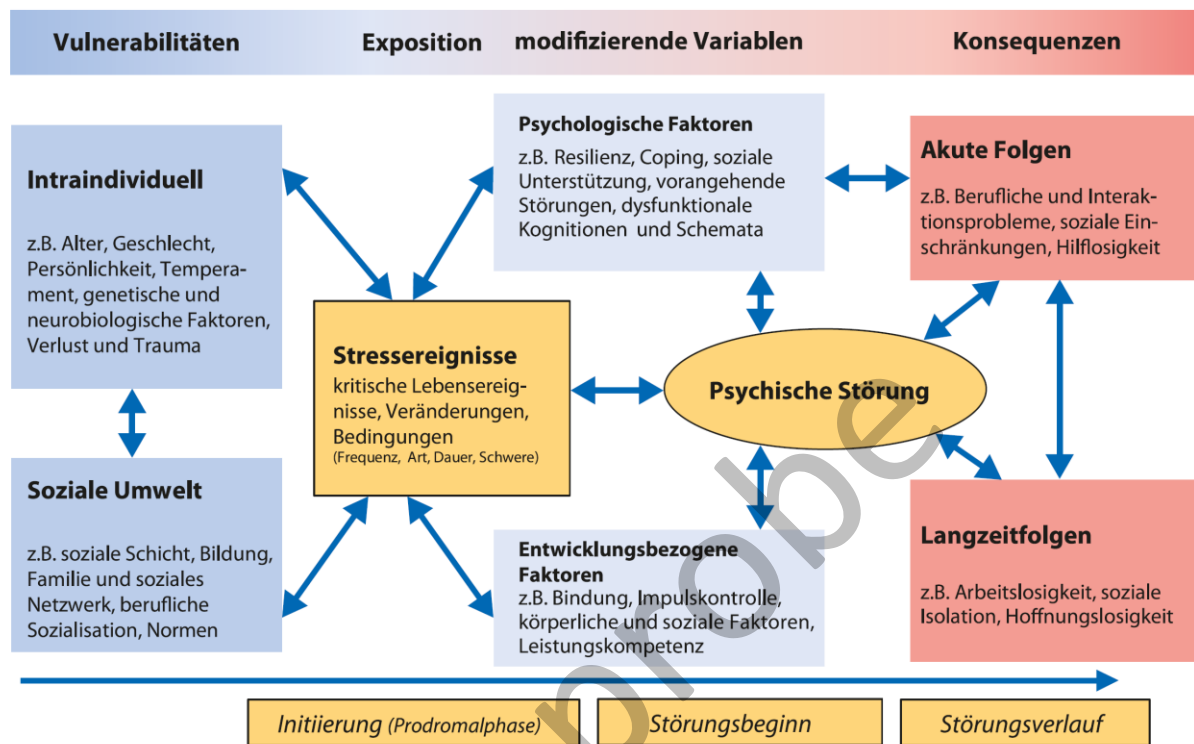


Abb. 3: Vulnerabilitäts-Stress-Ressourcen-Modell psychischer Störungen
Quelle: Hoyer & Knappe 2020, S. 25

2.3 Pharmakologische Grundlagen

Ein Teil der Behandlung psychischer Störungen können Psychopharmaka sein. Es ist daher für eine:n klinische:n Psycholog:in unabdingbar, sich Grundkenntnisse der Wirkungsweisen von Medikamenten anzueignen.

2.3.1 Synaptische Übertragung

„Als **Synapse** wird die Verbindung eines Neurons mit einer anderen Zelle bezeichnet (meist einem weiteren Neuron). Die in Richtung der Erregungsausbreitung vor der Synapse liegende Nervenzelle wird als präsynaptisches, die dahinter lokalisierte als postsynaptisches Neuron bezeichnet.“ (Hoyer & Knappe 2020, S. 247)

Die Überbrückung des **synaptischen Spaltes** geschieht durch sogenannte Transmitter (oder auch: Botenstoffe). Die Botenstoffe werden im präsynaptischen Neuron synthetisiert und in den Vesikel ver-

packt. Es wird ein gewisses Aktionspotenzial benötigt, damit die präsynaptische Nervenzelle durchwandern kann und mittels elektrischen Impulses Transmittermoleküle in den synaptischen Spalt entleert. Dort wandern sie zur postsynaptischen Membran, wo sie an die entsprechende Bindungsstelle andocken, im Sinne eines **Schlüssel-Schloss-Prinzips** (Hoyer & Knappe 2020, S. 249)

2.3.2 Beteiligte Transmittersysteme

Es existieren eine Reihe von Transmittersystemen, die an der synaptischen Übertragung beteiligt sind mit ganz unterschiedlichen Wirkungen und spezifischen Eigenschaften. „Da an einer Synapse normalerweise nur ein Typ von Rezeptoren sitzt, existieren erregende und hemmende Synapsen. Hingegen gibt es typischerweise nicht erregende und hemmende Transmitter; viele Neurotransmitter sind an einer Synapse erregend, an einer anderen hemmend (abhängig davon, welche Art von Ionenkanälen die Bindungsstellen kontrollieren).“ (Hoyer & Knappe 2020, S. 248).

Für die Psychopathologie und das Verständnis der **Wirkungsweise von Psychopharmaka** sind in der Abbildung 4 dargestellte Transmittersysteme interessant. Hier können wir sehen, wie vielfältig ein einziges Transmittersystem agieren kann und wodurch es gehemmt bzw. gefördert werden kann. Hierbei ist die Komplexität der pharmakologischen Beeinflussung deutlich ablesbar: Wenn ich in solches System eingreife, hat dies logischerweise einen starken Einfluss auf weitere an diesem System beteiligte Aspekte (z. B. motorische Nebenwirkungen bei der antipsychotischen Anwendung von Neuroleptika).

System	Bedeutung	Pharmakologische Beeinflussung
Cholinerges System	Gedächtnis, Schlaf, vegetative Prozesse	<i>Fördernd:</i> Cholinesterasehemmer, Nikotin <i>Hemmend:</i> Anticholinergika (z. B. durch Blockade muskarinerger Azetylcholinrezeptoren)
Dopaminerges System	Motorik, Belohnung (Euphorisierung), Prolaktinausschüttung, psychotische Symptomatik	<i>Fördernd:</i> L-Dopa, Kokain, Amphetamine, MAO-Hemmer <i>Hemmend:</i> Neuroleptika (Antipsychotika) durch Rezeptorblockade
Noradrenerges System	Aktivierung, Angst, affektive Störungen, vegetative Prozesse	<i>Fördernd:</i> Kokain, Amphetamine, MAO-Hemmer, trizyklische Antidepressiva <i>Hemmend:</i> Neuroleptika (Antipsychotika), Betablocker
Serotonerges System	Schlaf, Angst, affektive Störungen, Zwänge, Impulskontrolle, Schmerzhemmung	<i>Fördernd:</i> trizyklische Antidepressiva, selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI), MAO-Hemmer, Buspiron, Serotoninpräkursoren <i>Hemmend:</i> Rezeptorenblocker, Tryptophanentzug
Histaminerges System	Allergische Reaktionen, Magensäuresekretion, Wachheit	<i>Fördernd:</i> ? <i>Hemmend:</i> H ₁ -Antihistaminika
GABAerges System	Sedierung, Anxiolyse	<i>Fördernd:</i> Benzodiazepine, Alkohol <i>Hemmend:</i> Benzodiazepinantagonisten
Glutamaterges System	Aktivierung, Gedächtnis	<i>Fördernd:</i> eventuell atypische Antipsychotika <i>Hemmend:</i> Alkohol, NMDA-Antagonisten
Opioiderges System	Schmerzhemmung, Euphorisierung	<i>Fördernd:</i> exogene Opioide (z. B. Morphin, Heroin) <i>Hemmend:</i> Opiatantagonisten

Abb. 4: Transmittersysteme
Quelle: Hoyer & Knappe 2020, S. 250

2.3.3 Psychopharmaka im Überblick

Psychopharmaka setzen in der Regel an verschiedenen Systemen an oder beeinflussen unterschiedliche Subsysteme von Transmittersystemen, wo durch die Bandbreite von Nebenwirkungen erklärbar wird. Es gibt zwei unterschiedliche Effektgruppen pharmakologischer Intervention:

Leseaufgabe: Für einen Überblick zu den pharmakologischen Grundlagen empfiehlt sich Hoyer & Knappe (2020), Kapitel 8, S. 245–281.

- Verstärkung der synaptischen Übertragung (Agonismus), erreichbar über sechs verschiedene Möglichkeiten (siehe Abbildung 5):

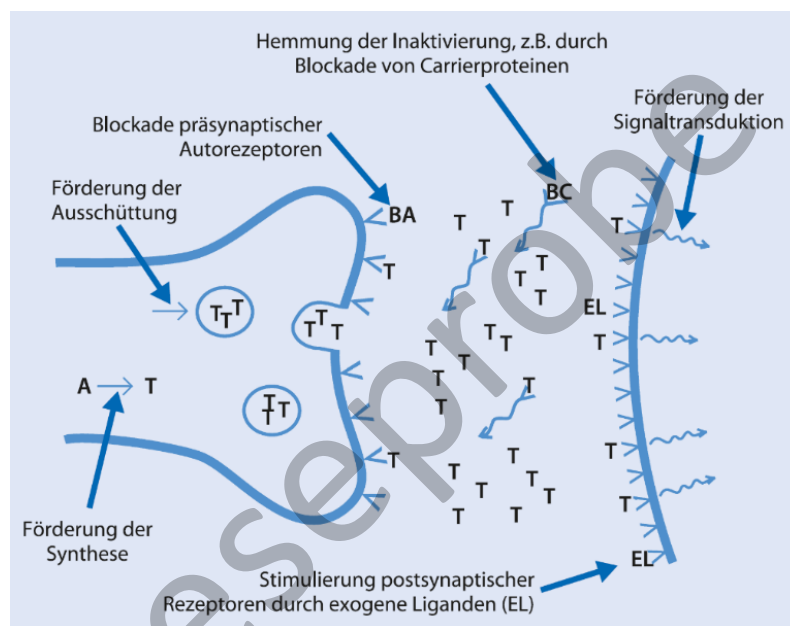


Abb. 5: Formen von Agonismus
Quelle: Hoyer & Knappe 2020, S. 256

- Schwächung der synaptischen Übertragung (Antagonismus), erreichbar über sechs verschiedene Möglichkeiten (siehe Abbildung 6):

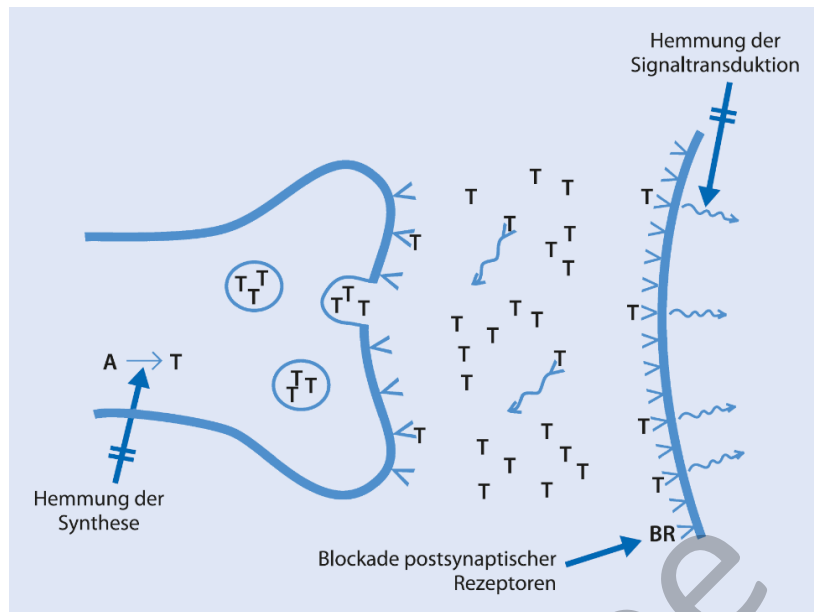


Abb. 6: Formen von Antagonismus
Quelle: Hoyer & Knappe 2020, S. 257

Psychopharmaka werden üblicherweise nach ihrer **Hauptindikation** unterteilt, was deren Einsatz nicht immer verständlich macht (z. B. Anwendung von Antipsychotika bei Ticstörungen). Es erscheint sinnvoller, diese nach ihrem Wirkmechanismus einzuteilen (NbN: Neuroscience based Nomenclature). Die wichtigsten Medikationsgruppen sind (Hoyer & Knappe 2020, S. 258):

- **Neuroleptika (Antipsychotika)**
 - Unterscheidung in klassische und atypische Neuroleptika
 - antipsychotische Wirkung
 - vorwiegend motorische Nebenwirkungen
 - Indikation: Schizophrenie, psychotische Symptomatik im Rahmen affektiver Störungen, zudem schizoaffektive Störungen (oft in Kombination mit Lithium oder Antidepressiva), Manie, Minderung von Erregungszuständen, Alkoholentzug, gewisse Persönlichkeitsstörungen, neurologische Erkrankungen mit überschießenden Bewegungen, frühkindlicher Autismus
- **Antidepressiva**
 - stimmungsaufhellende Wirkung
 - Unterteilung in trizyklisch, tetrazyklisch, selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer, nicht selektive und selektive bzw. reversible MAO-Hemmer, Johanniskraut
 - Indikation: depressive Störungen, Zwangs-, Ess-, einigen Angst- und Persönlichkeitsstörungen, zunehmend bei Schmerzzuständen
- **Phasenprophylaktika**
 - Lithiumsalze (erste Wahl)
 - Antikonvulsiva (Carbamazepin, Valproinsäure, Lamotrigin)
 - atypische Antipsychotika
- **Anxiolytika, Sedativa und Hypnotika**
 - Indikation: Angststörungen

➤ Nootropika (Antidementiva)

Leseempfehlung: Für ein tiefergehendes Verständnis ist das Werk von Riederer & Laux (2010) sehr gut geeignet.

2.4 Epidemiologie psychischer Störungen

Es ist unerlässlich für eine:n Klinischen Psycholog:in, sich epidemiologische Kenntnisse anzueignen; nicht nur, um eine validere Diagnostik durchzuführen, sondern auch um ein tiefergehendes Verständnis von psychischen Störungen und deren Zusammenhänge zu gewinnen. „Unter den 22 Hauptgruppen von Ursachen für die globale Krankheitslast, wiedergegeben über ‘verlorene Lebensjahre’ (disability adjusted life years: DALY), nehmen psychische Störungen insgesamt Platz 6 und unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Alter 15–49 Jahre) den Spitzenplatz ein.“ (Hoyer & Knappe, 2020, S. 58)

Die **Epidemiologie** erfreut sich eines breiten Spektrums und leistet folgende Beiträge im Bereich der Klinische Psychologie (Hoyer & Knappe 2020, S. 59):

- Bestimmung der Häufigkeit, der Verteilung und des Spontanverlaufs psychischer Störungen (deskriptive Epidemiologie)
- Evaluation des Versorgungssystems sowie der Abschätzung des Versorgungsbedarfs (Versorgungsepidemiologie)
- Erforschung der Entstehungs- (Ätiologie) und Entwicklungsbedingungen (Pathogenese) psychischer Störungen (analytische Epidemiologie)
- Ableitung von Konsequenzen für Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie und Rehabilitation sowie deren Überprüfung (experimentelle Epidemiologie und Public Health).
- Verbesserung der Definition psychopathologischer Konstrukte und Optimierung der Klassifikation

Zum Verständnis ist es wichtig, einige Begrifflichkeiten zu definieren (Hoyer & Knappe 2020, S. 63 ff.):

- **Prävalenz:** Häufigkeit einer Erkrankung durch Beschreibung des Anteils aller Krankheitsfälle unter allen Individuen in einer definierten Population (z. B. in Deutschland lebende Personen im Alter von 18–65 Jahren) abhängig von den verwendeten Diagnosekriterien, Erhebungsmethoden und Stichprobenziehung
- **Punktprävalenz:** Vorliegen einer Krankheit an einem bestimmten Stichtag
- **Periodenprävalenz:** Vorliegen einer Krankheit innerhalb einer bestimmten Zeitperiode
- **Lebenszeitprävalenz:** Prävalenz für die gesamte Lebensspanne
- **Inzidenz:** Häufigkeit des Neuauftretens einer Erkrankung
- **Inzidenzrate:** Anteil der Personen in einer definierten Population, die eine Krankheit innerhalb eines bestimmten Zeitraumes neu bekommen haben (z. B. 12-Monats-Inzidenz) – unabhängig davon, ob die Erkrankung am Ende der Zeitperiode noch besteht oder nicht

2.4.1 Epidemiologische Studiendesigns

Um Zusammenhänge aufzudecken, ist es unerlässlich, gute wissenschaftliche Untersuchungen durchzuführen. Epidemiologische Studien können dabei unterschiedliche Studiendesigns aufweisen (vgl. Hoyer & Knappe 2020, S. 69):

- **Beobachtungsstudien:** nichtexperimentelles Design mit Aussageeinschränkungen
- **Querschnittsstudie:** Momentaufnahme, d. h. Untersuchung einer Population zu einem bestimmten Untersuchungszeitpunkt retrospektiv erhobener Merkmale

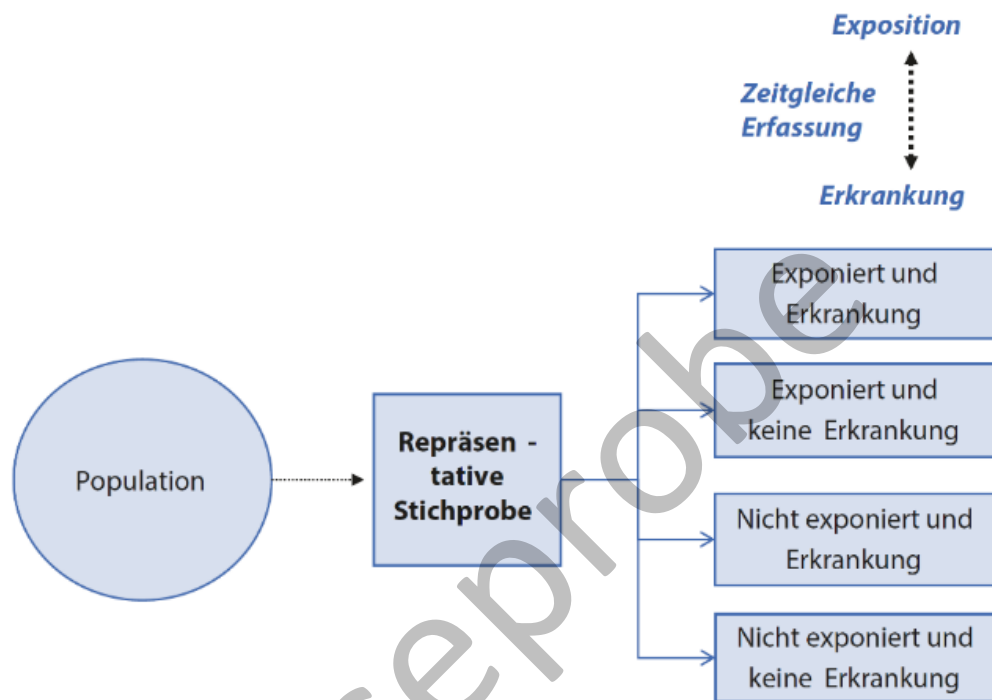


Abb. 7: Beispiel für eine Querschnittsstudie
Quelle: Hoyer & Knappe 2020, S. 69

- **Fall-Kontroll-Studie:** Eine Gruppe mit einem bestimmten Merkmal wird mit einer Gruppe ohne das interessierte Merkmal (Kontrollgruppe) hinsichtlich zeitlich früherer Expositionsmerkmale verglichen (retrospektive oder prospektive Längsschnittstudien).
- **Kohortenstudie:** Eine gesunde Population wird basierend auf einer Expositionsvariable (potenzielle Krankheitsursache) differenziert, um Unterschiede in der Krankheitsinzidenz zu untersuchen.
- **Experimentelle Studie:** experimentelle Modifizierung des vermuteten kausalen Faktors bei weitgehender Kontrolle der Untersuchungsbedingungen (randomisierte, kontrollierte Studie: RCT)

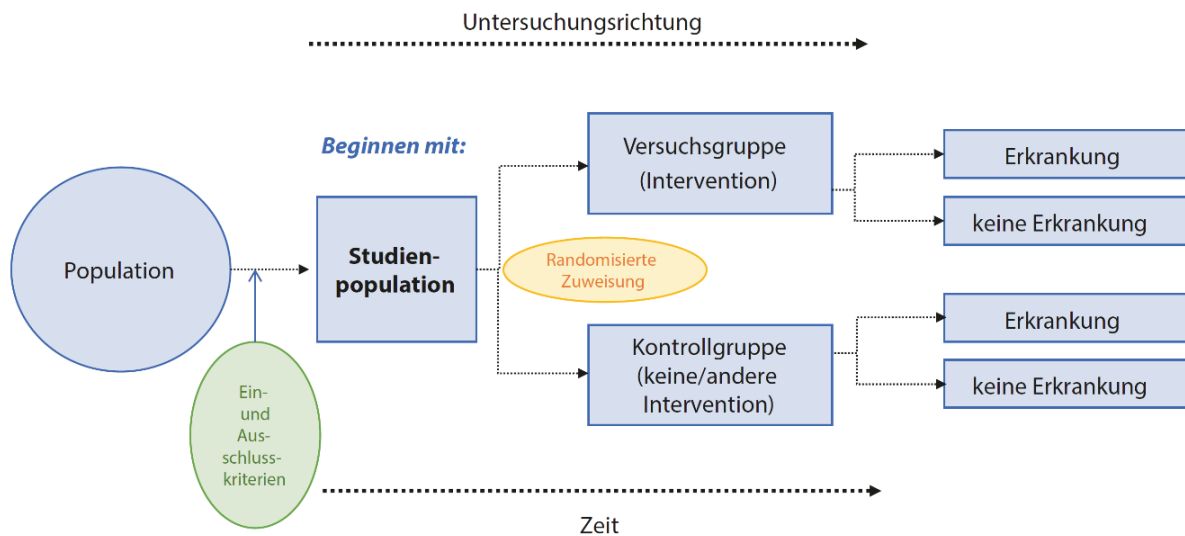


Abb. 8: Beispiel für eine experimentelle Studie
Quelle: Hoyer & Knappe 2020, S. 70

Es ist dabei nicht nur von Bedeutung, wann welche Erkrankung in welchem Untersuchungszeitraum auftritt, sondern vor allem, was wir daraus über eventuell bestehende Risikofaktoren herausfinden können. Hier ist es ebenfalls von Bedeutung, einige Begrifflichkeiten und vor allem deren Maßzahlen zu definieren (Hoyer & Knappe 2020, S.72):

- **Risikofaktor:** vorausgehende, binäre Variable, die mit einem erhöhten Risiko einer späteren Störung einhergeht (z. B. elterliche Wärme vs. keine elterliche Wärme für spätere depressive Störung)
- **Mediatorvariable:** Variable, die zeitlich zwischen Risikofaktor und Outcome liegt und dabei den möglichen Einfluss der Risikovariablen auf den Outcome vermittelt
- **Moderatorvariable:** Voraussagung eines unterschiedlichen Zusammenhangs zwischen Risikofaktor und Outcome
- **Risikodifferenz:** Differenz im Risiko für eine Störung mit und ohne Faktor
- **Risk Ratio:** Quotient des Risikos für eine Störung bei Individuen mit einem Faktor dividiert durch das Risiko bei Individuen ohne Faktor
- **Odds Ratio:** Quotient des Odds für eine Störung bei Individuen mit einem Faktor dividiert durch das Risiko bei Individuen ohne Faktor
- **Odd:** Quotient aus einem Risiko (z. B. für eine depressive Störung) und der Gegenwahrscheinlichkeit (keine depressive Störung)

Korrelative Zusammenhänge können niemals zweifelsfrei aufgestellt werden. Sie sind stark abhängig vom Untersuchungsdesign sowie der untersuchten Population und vor allem der **Falldefinition**. Letzteres bezieht sich auf die genaue Definition des Untersuchungsgegenstandes, also z. B. welche Diagnose nach welchen Diagnosekriterien, festgelegt durch welches Untersuchungsinstrument. Epidemiologische Studien sind daher sehr genau zu lesen, um sich ein Urteil bilden zu können. (Hoyer & Knappe 2020, S. 64)

2.4.2 Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland

Von 2008–2011 wurde die Studie zur **Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)** im Rahmen des nationalen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts durchgeführt. Dabei zeigen die Ergebnisse keine großen Veränderungen zu den Vorgängeruntersuchungen und stimmen mit internationalen Daten überein (Hoyer & Knappe 2020, S. 83):

- 27,7 % der Bevölkerung leidet unter einer der untersuchten Störungen
- Frauen sind häufiger betroffen als Männer (33,3 % vs. 22,0 %)
- Frauen weisen häufiger folgende Störungsbilder vor:
 - Angststörungen (21,4 vs. 9,3 %)
 - affektive Störungen (13,1 vs. 6,4 %)
- Männer sind häufiger betroffen von:
 - Störungen durch Substanzkonsum (8,0 vs. 3,5 %, ohne Nikotinabhängigkeit)
- die häufigsten Störungsformen:
 - Angststörungen (vor allem spezifische Phobien)
 - affektive Störungen (vor allem Major Depression)
 - Störungen durch Substanzkonsum (neben Nikotinabhängigkeit insbesondere Alkoholabhängigkeit)
 - Zwangsstörungen (3,6 %)
 - somatoforme Störungen (3,5 %)
 - psychotische Störungen (2,6 %)
 - posttraumatische Belastungsstörungen (2,3 %)
 - Essstörungen (0,9 %)

Essstörungen treten zwar nicht so häufig auf, allerdings finden wir hierbei tiefgreifendere Konsequenzen und ein hohes Chronifizierungsrisiko vor. Die hier dargestellten Ergebnisse wurden nach DSM-IV-TR erhoben. Eine Übersichtstabelle der Ergebnisse finden Sie auf Seite 84 bei Hoyer & Knappe (2020).

Aus einer Studie für Kinder und Jugendliche vom Robert Koch-Institut (KiGGS), die ein Modul zur seelischen Gesundheit beinhaltet (**BELLA**), sind leider keine Schätzungen zur Prävalenz möglich. Sie erlauben jedoch eine grobe Abschätzung: „So weisen 5,4 % der Kinder Anzeichen für eine aktuelle depressive Störung auf, 10 % für eine Angststörung, 2,2 % für ADHS und 7,6 % für eine Störung des Sozialverhaltens, wobei nur bei ADHS bei Jungen eine deutlich höhere Auftretenshäufigkeit (2,9 %) als bei Mädchen (1,4 %) zu beobachten war.“ (Hoyer & Knappe 2020, S. 86)

Bei **konservativen Schätzungen** sind insgesamt ca. 17 Millionen Menschen in Deutschland von einer psychischen Störung betroffen. „Die Prävalenz psychischer Störungen, insbesondere bei einzelnen Diagnosen, variiert über **soziodemografische Variablen**. Neben Alter und Geschlecht werden in Querschnittstudien Prävalenzen auch untersucht nach: Familienstand, Berufstätigkeit, Ausbildungsstand, Urbanisierung: (Groß-)Stadt vs. ländliche Region sowie soziale Schicht.“ (Hoyer & Knappe 2020, S. 88) Daraus werden folgende Ergebnisse abgeleitet (Hoyer & Knappe 2020, S. 88):

- Gegenüber verheirateten Menschen haben Menschen, die alleinstehend, getrennt lebend bzw. geschieden sind, erhöhte Raten an psychischen Störungen.
- Im Vergleich zu Vollzeitbeschäftigten sind berentete oder arbeitslose Menschen ebenfalls von erhöhten Raten an psychischen Störungen betroffen.
- Mittlere oder obere soziale Schichten haben ein geringeres Erkrankungsrisiko als niedrigere soziale Schichten.
- Kleinere Gemeinden und ländliche Gebiete sind ebenfalls weniger häufig von psychischen Störungen betroffen als Großstädte.

Die **Stabilitätsraten** sind eher als **moderat** zu bezeichnen, hier sei beispielhaft die Angststörung genannt: „Die Stabilitätsraten der verschiedenen Angststörungen zeigen eine große Variabilität: So waren die Panikstörung (44 %) und die spezifische Phobie (30,1 %) die stabilsten Angststörungen, während Agoraphobie (13,4 %) und soziale Angststörung (15,8 %) die niedrigsten Stabilitätsraten über die Zeit aufwiesen. Im Allgemeinen fluktuieren psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen erheblich.“ (Hoyer & Knappe 2020, S. 91) Empirisch gut belegt ist, dass das Vorliegen einer psychischen Störung die Entwicklung weiterer psychischen Störungen begünstigt (z. B. Angststörungen und sekundäre Depressionen).

Es ergeben sich sehr hohe **allgemeingesellschaftliche und gesundheitsökonomische** Belastungen, die z. B. die **volkswirtschaftliche Belastung** deren somatischer Störungen übersteigt. Dies trifft insbesondere zu beim Zusammenwirken einer hohen Prävalenz, frühen Störungsbeginnes, persistierenden Verlaufs und dem komorbiden Auftreten mit anderen psychischen Störungen. Psychische Störungen führen nachweisbar zu Behinderungen, Einschränkungen, reduzierter Lebensqualität sowie erhöhter Mortalität. (Hoyer & Knappe 2020, S. 96)

Zu den **Inzidenzen** lässt sich sagen, dass psychische Störungen erstmals im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter bei 75 % der Fälle retrospektiv nachzuweisen sind. Eine **Schätzung der Inzidenzen** aus dem amerikanischen Raum zeigt auf, dass die Inzidenzen jüngerer Kohorten durchweg höher liegen als die für ältere Kohorten. (Hoyer & Knappe 2020, S. 90) Bisher liegen wenige Untersuchungsergebnisse vor, mit Sicherheit lässt sich allerdings folgendes feststellen (Hoyer & Knappe 2020, S. 90):

- Die störungsspezifische Querschnittsprävalenz ist kleiner als das Lebenszeitrisko.
- Die Komorbiditätsraten aus Längsschnittuntersuchungen sind erheblich höher.
- An irgendeiner psychischen Störung zu erkranken über den gesamten Lebensverlauf beträgt mehr als 50 %.

2.4.3 Versorgungsepidemiologische Beiträge

Um eine ausreichende **Versorgung** von Menschen mit psychischen Störungen zu erreichen sind vielfältige Schritte notwendig. Zunächst einmal sind Angaben über Zahl und Art der Krankheitsfälle in einer Population notwendig. Dem gegenüber steht das Ausmaß, in dem Betroffene Hilfe in Anspruch nehmen und wie diese dann konkret aussieht (Beratung oder Therapie). Insgesamt ist die **Bereitschaft**, Hilfsangebote anzunehmen sehr gering: Bei der BELLA-Studie nahmen nur etwa die Hälfte der Betroffenen solche Angebote an. Für Erwachsene sehen die Zahlen ähnlich aus: Anhand der DEGS1-Studie nahmen gerade einmal 43 % der Personen betroffenen Personen Hilfe in Anspruch. Dabei scheinen weibliches Geschlecht, in der Großstadt lebend, stärkere Beeinträchtigung, höheres Alter sowie komorbid auftretende Störungen die Bereitschaft zu erhöhen, sich in professionelle Hände zu begeben. (Hoyer & Knappe 2020, S. 97)

Die Daten zeigen zudem aber auch, dass eine alleinige Diagnose noch keinen **Behandlungsbedarf** auslöst. Epidemiologische Studien sind aufwendig und geben uns nur rudimentäre Informationen über die Qualität der Versorgung. Werden administrative Daten genutzt, fehlen Auskünfte über fehlende Erkennungen und Inanspruchnahme. Stichproben in hausärztlicher Versorgung zeigen zudem auf, dass es einen **Fortbildungsbedarf** gibt, um die Versorgungslage zu verbessern und die Diagnoseprozesse und damit die Versorgung zu verbessern (siehe Abbildung 11). Immerhin 18,6 % sind falsch diagnostiziert und ganze 25,9 % sind weder erkannt noch diagnostiziert. Die Evaluation der Versorgungssysteme ist kaum zu leisten, da sie sehr aufwendig, teuer und wenig kontrollierbar ist. (Hoyer & Knappe 2020, S. 100)

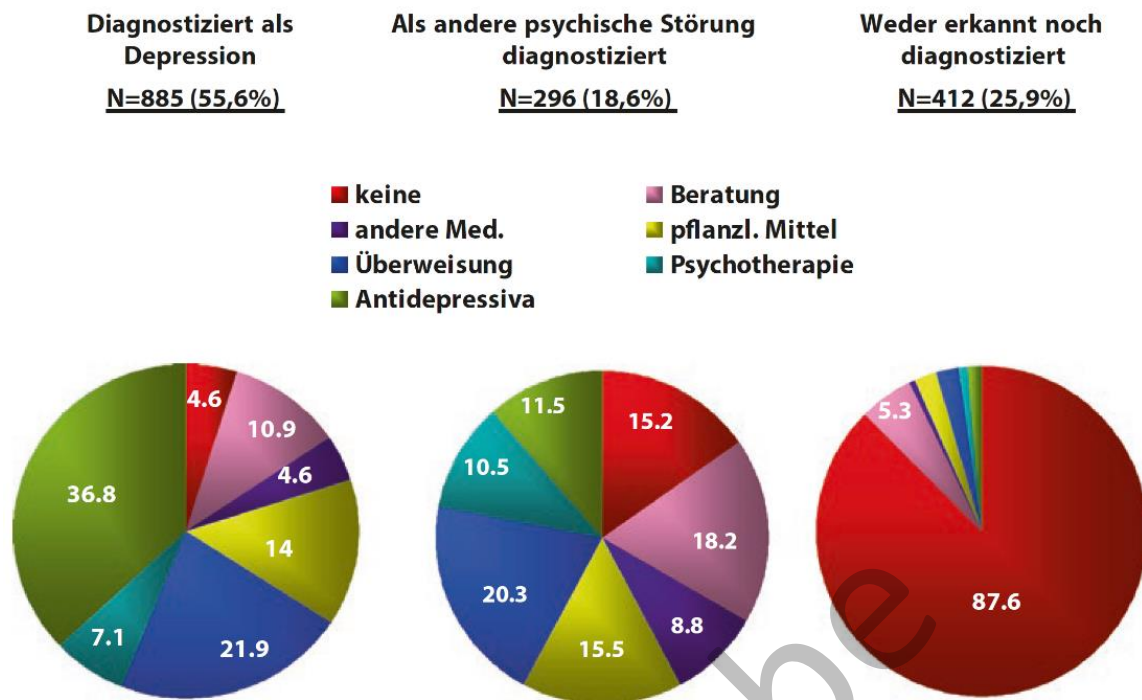


Abb. 9: Behandlungsraten in der primärärztlichen Versorgung
Quelle: Hoyer & Knappe 2020, S. 100

2.4.4 Ätiologische und pathogenetische Beiträge

Kausale Zusammenhänge sind am verlässlichsten, wenn die Studien ein geringes Bias durch Selektion, Messfehler und Störfaktoren aufweisen. Diese Studien geben die schon in den Modellen der klinischen Psychologie (siehe Abschnitt 2.2) besprochenen sehr komplexen Zusammenwirkungen unterschiedlicher Faktoren wieder, weshalb das Vulnerabilitäts-Stress-Ressourcen-Modell am besten die Entstehung psychischer Störungen aufklären kann. Bisher ist unklar, welche **Risikofaktoren** bei zugrundeliegenden spezifischen Mechanismen der Störungsentwicklung zu welchen spezifischen Störungen führen. (Hoyer & Knappe 2020, S. 102)

Daher kann nur ein grober Überblick der gefundenen Ergebnisse skizziert werden, die selbstverständlich im komplexen Zusammenwirken untereinander betrachtet werden müssen und niemals für sich alleine stehen (Hoyer & Knappe 2020, S. 102):

- **familiäre Risikofaktoren:** genetische Prädispositionen, adverse Schwangerschaftsbedingungen (z. B. Substanzmittelkonsum), Zusammenleben mit psychisch erkranktem Elternteil, Erziehungsstil, Familienklima, familiär bedingte Stressoren (z. B. Gewalterfahrungen)
- **individuelle Faktoren:** Temperament, Persönlichkeitsstile, Selbstwert, Selbstwirksamkeit
- **umweltbedingte Stressoren:** kritische Lebensereignisse, adverse Lebensbedingen

In neueren Studien werden zudem immer mehr auch **Schutzfaktoren** miteinbezogen als wichtiger Bestandteil des komplexen Zusammenspiels unterschiedlicher Faktoren. Es zeigte sich, dass sie mitunter die Wirkung von Risikofaktoren abmildern oder sogar ganz aushebeln können. Bekannte Schutzfaktoren zeigen sich zum Beispiel als soziale Unterstützung und positives Familienklima. Zudem lassen sich

aus erkannten Risikofaktoren Präventionsmaßnahmen ableiten. Dabei scheinen unspezifische Maßnahmen nur kleinere Effekte zu erzielen während konkrete an den Risikofaktoren ansetzende Maßnahmen in Frühstadien der Störungsentwicklung befriedigende Effekte erzielen. (Hoyer & Knappe 2020, S. 105)

Leseaufgabe: Für ein tiefgehendes Verständnis für die Epidemiologie psychischer Störungen empfiehlt sich Hoyer & Knappe (2020), Kapitel 3, S. 57–112.

2.5 Versorgungslage für Menschen mit psychischen Störungen

In Deutschland sind Menschen verpflichtet sich eine **gesetzliche Krankenversicherung (GKV)** zu suchen und Teil des Sozialversicherungssystems zu sein, dass auf dem **Solidaritätsprinzip** beruht (d. h. gemeinschaftliche Finanzierung des Gesamtsystems). Innerhalb dieses Systems muss es klare Regeln geben, wofür dieses gemeinschaftlich gesammelte Geld für den Einzelnen verwendet werden darf. Grundsätzlich werden Aufbau, Beiträge und Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Sozialgesetzbuch V (SGB V) beschrieben. Zur Aufnahme der einzelnen Maßnahmen müssen strenge Aufnahmekriterien erfüllt werden. „Ein Gremium der Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen, welches als der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bezeichnet wird, hat die Aufgabe zu konkretisieren, welche ambulanten oder stationären Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind.“ (Hoyer & Knappe 2020, S. 355)

Neben den gesetzlichen Krankenversicherungen gibt es noch die **privaten Krankenversicherungen**, die nicht nach dem Solidaritätsprinzip aufgebaut sind. Ihre Beiträge werden anhand der vorhandenen **Risikofaktoren** berechnet. Somit werden innerhalb dieser Systeme andere Regeln aufgestellt, die sich allerdings oftmals an den Vorgaben der GKV orientieren. (Hoyer & Knappe 2020, S. 354).

2.5.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Das **Psychotherapeutengesetz (PsychThG)** regelt die berufsrechtliche Anerkennung, d. h. welches psychotherapeutische Verfahren ausbilden und praktizieren darf: „Gemäß § 1 PsychThG ist Psychotherapie 'jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist'. Was nun ein **wissenschaftlich anerkanntes** psychotherapeutisches Verfahren ist, bestimmt der **Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP)**.“ (Hoyer & Knappe 2020, S. 355) Die wissenschaftliche Anerkennung besitzen als Voraussetzung alle Richtlinienverfahren aber auch z. B. die Gesprächspsychotherapie.

Der Begriff „Psychotherapeut:in“ ist ein geschützter Begriff, nicht jedoch „Psychotherapie“. So sind zum Beispiel „Heilpraktiker:in für Psychotherapie“ zur Ausübung von Psychotherapie nach einer staatlichen Prüfung berechtigt und müssen lediglich nachweisen, dass sie mit ihrer Tätigkeit keinen Schaden anrichten. Die **Ausbildung** zum/zur Psychotherapeut:in erfolgt seit Oktober 2020 als Approbationsstudium, in Anlehnung an die Facharztausbildung und ist ebenfalls über das PsychThG geregelt. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat in ihrer Novellierung vom 21.04.2021 beschlossen, dass zur neuen Ausbildung zwei Jahre Arbeit in einem Krankenhaus sowie mindestens zwei Jahre in einer Praxis oder Ambulanz zu leisten sind. (Hoyer & Knappe 2020, S. 357)

Die **sozialrechtliche Anerkennung**, d. h. die Abrechnungsmöglichkeit innerhalb der GKV, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Dafür muss eine ausreichende wissenschaftliche Fundierung durch den WBP vorliegen. Zurzeit haben vier Verfahren diese Anerkennung: analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie für Erwachsene. (Hoyer & Knappe 2020, S. 354)

Leseempfehlung: Es eignen sich die Seite der Bundespsychotherapeutenkammer zu den aktuellen Gesetzen und Verordnungen: <https://www.bptk.de/recht/gesetze-verordnungen/> sowie https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/04/Muster-Weiterbildungsordnung_Psychotherapeut_innen-der-BPTK.pdf

2.5.2 Ambulante, teilstationäre und stationäre psychotherapeutische Versorgung

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen untergliedert sich in unterschiedliche Systeme mit unterschiedlichen Versorgungsaufträgen:

Die **stationäre Versorgung** wird in Krankenhäusern durch die Bundesländer geregelt. Im Jahr 2019 wurden 1.163.212 Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen stationär betreut, das waren 5,9 % aller in dem Jahr aufgenommen stationären Krankenhaufälle. Die Versorgung verteilt sich auf vier verschiedene Bereiche (Hoyer & Knappe 2020, S. 359):

- psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausversorgung
- psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausversorgung
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Rehabilitation von Patient:innen mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen

Die **teilstationäre Versorgung** erfolgt in Tageskliniken, die meist stationären Kliniken angegliedert sind. Tagsüber findet die Behandlung statt, abends können die Patient:innen in ihr häusliches Umfeld zurückkehren. Ziel ist es hierbei, im Schutz der Struktur und der intensiven Begleitung der Tagesklinik, schrittweise in den Alltag zurückzufinden und sich zu erproben. (Hoyer & Knappe 2020, S. 362)

Die **ambulante Versorgung** erfolgt über die psychotherapeutischen Praxen (als niedergelassene Psychotherapeut:in mit Abrechnungsmöglichkeit mit den GKV oder private Psychotherapeut:in), Ambulanzen sowie Beratungsstellen. Ambulanzen der Regelversorgung lassen sich einteilen in Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) und psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V). In psychosozialen Beratungsstellen arbeiten multiprofessionelle Teams finanziert von sozialen Trägern, da dies keine Kassenleistung ist. (Hoyer & Knappe 2020, S. 363)

2.5.3 Abschätzung des Versorgungsgrades

Es stellt sich nach dieser Einteilung die Frage, inwieweit der **Bedarf an Versorgung** von Menschen mit psychischen Problemen einem ausreichenden **Angebot an Plätzen** gegenübersteht. Diese Frage lässt sich nicht so einfach beantworten, da zum einem viele Betroffene keine oder nur hausärztliche Hilfe in Anspruch aus den vielfältigsten Gründen annehmen (z. B. aus Angst vor Stigmatisierung). Zum anderen

werden viele psychische Störungen nicht oder erst sehr spät erkannt. Zudem ist vielen Patient:innen der Weg in eine **adäquate Versorgung** nicht bekannt. (Hoyer & Knappe 2020, S. 367)

Wie ist nun die Frage zu beantworten, ob es eine **Über- oder Unterversorgung** an Plätzen für Menschen mit psychischen Störungen gibt? Rein rechnerisch ergibt sich eine Überversorgung: Der psychotherapeutischen Behandlungskapazität von jährlich ca. 800.000 ambulanten und 600.000 stationären psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen stehen 492.000 in Anspruch genommene Maßnahmen gegenüber. Die **empirische Datenlage** ist allerdings sehr unzuverlässig, sodass dies keine zuverlässige Aussage darstellt. Andere empirische Indikatoren zeichnen hierzu ein anderes Bild: Vor allem im ambulanten psychotherapeutischen Bereich deuten die langen Wartezeiten, die hohen Ablehnungsraten sowie die langen Chronifizierungsraten auf eine Unterversorgung hin. Letztlich fehlen verlässliche Daten und weitergehende Forschung und Aufklärung in diesem Bereich. (Hoyer & Knappe 2020, S. 369)

Leseaufgabe: Für ausführlichere Informationen zum Versorgungssystem siehe Hoyer & Knappe (2020), Kapitel 12, S. 353–371.

Leseempfehlung: Im Versorgungsatlas finden sich sehr detaillierte Informationen zu neusten Entwicklungen: <https://www.versorgungsatlas.de/>

Übungsaufgaben zur Selbstkontrolle

SK

1. Was behandelt die Klinische Psychologie?
2. Was bedeutet die dimensionale Orientierung der Klinischen Psychologie?
3. Was sind die wichtigsten Teilgebiete der Klinischen Psychologie?
4. Benennen Sie ein Modell der Klinischen Psychologie und dessen Spezifika.
5. Nennen Sie die allgemeinen Kriterien für das Vorliegen einer psychischen Störung.
6. Definieren Sie folgende Begriffe: Prävalenz, Inzidenz, Risikofaktor, Komorbidität und Odds Ratio.
7. Was ist der synaptische Spalt?
8. Welche Transmittersysteme sind wichtig zum Verständnis von Psychopharmaka?
9. Diskutieren Sie die Versorgungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Störungen?

1. Die Klinische Psychologie beschäftigt sich mit der Erklärung, dem Verlauf sowie den Interventionen von psychischen Störungen sowie psychischen Aspekten somatischer Erkrankungen.
2. Phänomene werden nicht kategorial (ja/nein) sondern auf einem Kontinuum beschrieben (mehr oder weniger vorhanden).
3. Ätiologie psychischer Störungen, Klassifikation und Diagnostik psychischer Störungen, Prävention, Psychotherapie, Rehabilitation, Gesundheitsversorgung, Epidemiologie, Evaluation
4. Neurobiologische Perspektive: Ursachen psychischer Probleme in den Genen, im Gehirn, im Nerven- oder endokrinen System
5. Abweichung von der Norm (Devianz), Leidensdruck des/der Betroffenen oder des Umfelds, Beeinträchtigungen, Gefährdung
6. Prävalenz: Häufigkeit einer Erkrankung durch Beschreibung des Anteils aller Krankheitsfälle unter allen Individuen in einer definierten Population
Inzidenz: Häufigkeit des Neuauftretens einer Erkrankung
Risikofaktor: vorausgehende, binäre Variable, die mit einem erhöhten Risiko einer späteren Störung einhergeht
Komorbidität: gleichzeitiges Auftreten von zwei oder mehr Störungen
Odds Ratio: Quotient des Odds für eine Störung bei Individuen mit einem Faktor dividiert durch das Risiko bei Individuen ohne Faktor; Odd: Quotient aus einem Risiko (z. B. für eine depressive Störung) und der Gegenwahrscheinlichkeit (keine depressive Störung)
7. schmaler Zwischenraum zwischen zwei Nervenzellen
8. cholinerges System, dopaminerges System, noradrenerges System, serotonerges System, histaminerges System, GABAerges System, glutamaterges System, opioiderges System
9. stationäres, teilstationäres oder ambulantes Setting; je nach Schweregrad, somatischen Begleiterkrankungen sowie Einstellung der Medikation sollte gut abgewogen werden, was das geeignete Setting ist. Zudem sollte der aufgeklärte Patient mit in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.
10. DSM: rein für psychische Störungen, und ggf. damit assoziierte körperliche Krankheitsfaktoren, beruht tendenziell eher auf Forschungsbefunden
ICD: Klassifikation von körperlichen und psychischen Störungen, beruht eher auf internationalen Konsensbestrebungen
11. ein Verhaltens- oder psychisches Syndrom oder Muster, das durch klinisch bedeutsame Störungen in den Kognitionen, in der Emotionsregulation und im Verhalten einer Person charakterisiert ist; diese Störungen sind Ausdruck von dysfunktionalen psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen, die psychischen und seelischen Funktionen zugrunde liegen. Psychische Störungen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamen Leiden oder Behinderung hinsichtlich sozialer oder berufs-/ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten.
12. Erstgespräch, PPB, Anamnese, störungsspezifische und schulenspezifische Diagnostik, Ressourcendiagnostik
13. OPD-KJ, MAS, DC-05
14. Die Untersuchung hängt stark vom/von der Untersucher:in ab. Wesentliche Einflussfaktoren sind dabei beispielsweise, wie genau die genutzten Tests/Interviews durchgeführt werden oder wie gut geschult der/die Untersucher:in ist.
15. Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktionaler Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient:in, Therapeut:in und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch aversal, in Richtung auf

Literaturverzeichnis

Antonovsky, A. (1987). Unravelling the mystery of health. San Francisco: Jossey Bass Wiley.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.

<https://www.awmf.org/leitlinien/> (abgerufen am 15.01.2022).

Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hrsg.). (2018). Das AMDP-System. Berlin: Springer.

Berger, T., Bur, O. & Krieger, T. (2019). Internet-Interventionen in der Psychotherapie. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 69, 413–426.

Bohus, M. (2017). Grundlagen der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT). Stuttgart: Kohlhammer.

Bundespsychotherapeutenkammer (a): <https://www.bptk.de/recht/gesetze-verordnungen/> (abgerufen am 14.01.2022).

Bundespsychotherapeutenkammer (b): https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/04/Muster-Weiterbildungsordnung_Psychotherapeut_innen-der-BPtK.pdf (abgerufen am 27.03.2022).

Caspar, F., Pjanic, I. & Westermann, S. (2018). Klinische Psychologie. Wiesbaden: Springer.

CBASP-Network. www.cbasp-network.de (abgerufen am 14.01.2022).

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2020). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. Huber Verlag.

Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2018). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe.

Geirhos, A., Klein, J.P., Ebert, D. D. & Baumeister, H. (2019). Onlinetherapie verringert bestehende Lücken in der Versorgung. InFo Neurologie & Psychiatrie 2019; 21 (10).

Grawe, K. (2000). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Hartmann-Strauss, S. (2020). Videotherapie und Videosupervision. Praxishandbuch für Psychotherapie und Beratung online. Berlin: Springer.

Hautzinger, M. & Fuhr, K. (2018). Kann die Online-Therapie die Psychotherapie sinnvoll ergänzen? Pro. Nervenarzt 2018. 89:94–95.

Helle, M. (2019). Psychotherapie, Basiswissen Psychologie. Berlin: Springer.

Hoyer, J. & Knappe, S. (2020). Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin: Springer.

ICD-10 unter <https://www.icd-code.de/icd/code/F00-F99.html> (abgerufen am 15.01.2022).

ICD-11 unter <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f334423054> (abgerufen am 15.01.2022).

DIPLOMA

Private staatlich anerkannte Hochschule
University of Applied Sciences

DIPLOMA Hochschule

Studienservice

Herminenstraße 17f
31675 Bückeburg

Tel.: +49 (0)40 228 988 240
meinstudium@diploma.de
diploma.de



Leseprobe



Du möchtest mehr erfahren?

Unser aktuelles Studienangebot und weitere Informationen sowie unsere Angebote zur Studienberatung findest Du auf **www.diploma.de**