

Was ist Klinische Psychologie?

- „Klinische Psychologie ist diejenige Teildisziplin der Psychologie, die sich mit psychischen Störungen und psychischen Aspekten somatischer Störungen/ Krankheiten befasst. Dazu gehören u.a. die Themen Ätiologie/ Bedingungsanalyse, Klassifikation, Diagnostik, Epidemiologie, Intervention (Prävention, Psychotherapie, Rehabilitation, Gesundheitsversorgung, Evaluation).“

Baumann & Perrez, 2005

Themengebiete der Klinischen Psychologie

- Psychische Störungen (Klassifikation, Diagnostik, Ätiologie und Epidemiologie)
- Psychische Probleme bei körperlichen Erkrankungen
- Beratung
- Psychotherapie
- Rehabilitation
- Prävention

Psychische Störungen

Eine Gruppe von klinisch erkennbaren Symptomen oder Verhaltensweisen, die

- a) mit Leiden (des Betroffenen oder der sozialen Umwelt) und
- b) einer Einschränkung der persönlichen Funktions- und Leistungsfähigkeit einhergehen.

Psychische Störung als Normabweichung

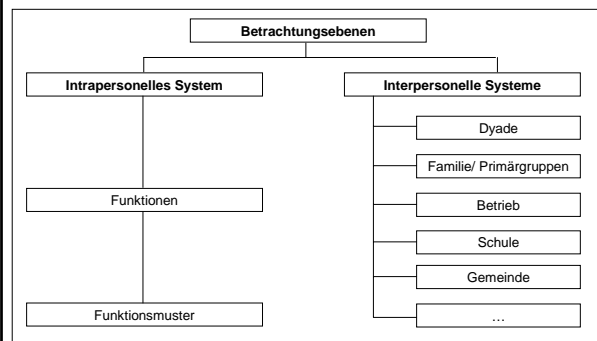
- Subjektive Norm
 - Eigene Befindlichkeit ist Maßstab
 - Nicht-Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdefinition:
 - Hypochondrie
 - Fehlende Krankheitseinsicht
- Statistische Norm
 - Häufigkeitsverteilungen und Kriterienwerte (Cut-off)
- Funktionsnorm
- Soziale Norm
 - Primäre Devianz: Normverletzung → Toleranz, Übersehen etc. oder Etikettierung/ Stigmatisierung →
 - Sekundäre Devianz: Rolleneinnahme als Antwort auf Stigmatisierung
- Expertenorm

Der Begriff Gesundheit

- „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease“
(WHO, 1948)

- **Subjektive Gesundheitsdefinition**
 - Krankheitsdilemma (Person fühlt sich krank, ist objektiv gesund)
 - Gesundheitsparadox (Person fühlt sich gesund, ist objektiv krank)
- **Objektive Gesundheitsdefinition**
 - Funktionstüchtigkeit von organischen/ biologischen oder psychischen Leistungssystemen.

Betrachtungsebenen psychischer Störungen



aus: Perrez & Baumann, 2005

Anorexia Nervosa (DSM-IV)

- Körpergewicht unter 85 % des zu erwarteten Gewichts oder Body Mass Index $\leq 17,5$.
- Intensive Angst vor einer Gewichtszunahme.
- Körperbildstörungen.
- Bei Frauen nach der Menarche: Amenorrhoe.

Spezifikationen:

Restricting Type vs. Binge Eating u. Purging Type

Bulimia Nervosa (DSM-IV)

- Wiederholte Essanfälle
- Unangemessenes Kompensationsverhalten
- Drei Monate lang mindestens 2x pro Woche (Essanfälle; Erbrechen, Laxantien gezügelter Essstil etc.)
- Selbstbewertung übertrieben stark von Körperfigur und Gewicht abhängig

Klassifikation und Diagnostik

Klassifikation und Diagnostik - Definition -

- **Klassifikation:**
 - Die Einteilung einer Mannigfaltigkeit (Menge von Merkmalen, Population von Fällen) in ein nach Klassen gegliedertes System (→ Systematik).
 - Kategorial
 - qualitative Skalen
 - diskrete Klassen
 - ↑
vs.
↓
 - gegenwärtig von größerer Bedeutung
 - Dimensional
 - quantitative Skalen
 - kontinuierliche Klassen
- **Diagnostik:**
 - Die Zuordnung einzelner Merkmale bzw. Fälle zu Klassen eines solchen Systems.

Klinisch-psychologische Diagnostik - Definition -

„Klinisch-psychologische Diagnostik ist ausgerichtet auf das *Feststellen, Beschreiben, Klassifizieren* bzw. *Selegieren* von *Personen, Personmerkmalen* oder *Umweltbedingungen*. Sie will *analysieren* bzw. *erklären, Interventionsziele* und *Interventionsmaßnahmen* festlegen. Sie will psychische Störungen und psychische Begleiterscheinungen von körperlichen Erkrankungen, Behinderungen und Beschwerden *prognostizieren*.“

Kategoriale Klassifikation und Diagnostik - Nachteile und Vorteile -

- **Nachteile:**
 - Etikettierung / Stigmatisierung
 - Informationsverlust
 - Gefahr der Verwechslung von Deskription und Erklärung
 - Typologien können zu Grunde liegende Dimensionen verschleiern
- **Vorteile:**
 - Bessere Kommunikation durch allgemein verbindliche Terminologie
 - Ökonomische Informationsvermittlung
 - Sinnvolle Informationsreduktion ist notwendig, denn idiografischer Ansatz ist unpraktikabel
 - Ursachen und Behandlungsansätze psychischer Störungen können abgeleitet werden

Klassifikationssysteme - DSM-IV -

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases (APA, 1994)
- Multiaxiales Klassifikationssystem:
 - Achse I: Psychische Störungen
 - Achse II: Persönlichkeitsstörungen u. spezifische Entwicklungsstörungen
 - Achse III: Körperliche Störungen bzw. medizinische Krankheitsfaktoren
 - Achse IV: Psychosoziale und umweltbedingte Belastungsfaktoren
 - Achse V: Globale Beurteilung des Funktionsniveaus

Klassifikationssysteme - DSM-IV -

- insgesamt 16 diagnostische Kategorien:
 1. Störungen, die in Kindheit und Jugend auftreten
 2. Substanzinduzierte Störungen
 3. Schizophrene und andere psychotische Störungen
 4. Affektive Störungen
 5. Angststörungen
 6. Somatoforme Störungen
 7. Dissoziative Störungen
 8. Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität
 9. Schlafstörungen
 10. Essstörungen
 11. Vorgetäuschte Störungen
 12. Anpassungsstörungen
 13. Störungen der Impulskontrolle
 14. Persönlichkeitsstörungen
 15. Andere klinisch relevante Probleme
 16. Delir, Demenz und andere kognitive Störungen

Klassifikationssysteme - ICD-10 (Kapitel V, Abschnitt F) -

- International Classification of Diseases (WHO, 1991)
- 10 Abschnitte mit jeweils weiteren Subkategorien:
 - F00-F09: Organische und symptomatische psych. Störungen
 - F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
 - F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
 - F30-F39: Affektive Störungen
 - F40-F49: Neurotische-, Belastungs- und Somatoforme Störungen
 - F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen
 - F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
 - F70-F79: Intelligenzminderung
 - F80-F89: Entwicklungsstörungen
 - F90-F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
 - F99: Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Klassifikationssysteme - Reliabilität -

Williams et al. (1992) und Wittchen & Pfister (1997):

Diagnose	Interrater-Reliabilität DSM-IV	Interrater-Reliabilität ICD-10
Bipolare Störung	.84	.87
Major Depression	.64	.77
Schizophrenie	.65	-
Alkoholmissbrauch	.75	.73
Anorexia Nervosa	.75	.83
Bulimia Nervosa	.86	.66
Panikstörung	.58	.71
Soziale Phobie	.47	.57

Verhaltenstheoretisch orientierte Klassifikation psychischer Störungen

- I. Unzureichende Stimuluskontrolle
- II. Defizitäres Verhaltensrepertoire
- III. Verhaltensexzesse
- IV. Probleme mit Verhaltenskonsequenzen

Diagnostische Erhebungsverfahren

- Klinische Interviews:
 - unstrukturiert
 - strukturiert, z.B. SKID oder DIPS
- Psychologische Tests:
 - Persönlichkeitsfragebögen, Selbstbeurteilungen
 - Projektive Persönlichkeitstest
 - Leistungstests
- Verhaltensbeobachtung:
 - Selbstbeobachtung vs. Fremdbeobachtung
 - teilnehmend vs. nicht teilnehmend
 - frei vs. Systematisch
 - Offen vs. verdeckt



Diagnostische Erhebungsverfahren - DIPS -

- Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (Schneider & Margraf, in Druck)
- Fragen möglichst so stellen, wie sie im DIPS vorgegeben sind
- Zusätzliche Fragen sind erlaubt: mehrdeutige Antworten sind zu klären, der Patient soll verstanden haben worauf die Frage abzielt
- Es kann notwendig sein, Fragen zu wiederholen, umzuformulieren oder nachzufragen
- Sich vergewissern, dass die Patienten sich auf denselben Zeitraum beziehen

ANGSTANFALLE/PANIKSYNDROM

71. Gibt es Zeiten, in denen Sie ganz plötzlich einen Ansturm heftiger Angst oder Panik oder der Gefühl einer drohenden Gefahr verspüren? JA ... NEIN ...

72. In welchen Situationen haben Sie diese Gefühle?

73. Entsteht diese Gefühlswelle "von aus heiterem Himmel" oder nachdem Sie etwas gesehen haben oder in Situationen, in denen Sie sich erinnern, daß Sie ...

74. ...

Hilft der Patient anzudeuten, daß die Panikattacken nur in spezifischen Situationen auftreten (z.B. überfalliges Sprechen, Warten, Anstehen usw.) ist zur Klärung von einer Sozialanamnese oder einer körperlichen oder neurochemischen Untersuchung abhängig, wie auch von Interviews, die die Symptome ausführlicher bei Rekonstruktion der Situation aufdecken (Frage 1.1.1.1)

75. Tragen Ihre Angstafffälle nur in Situationen auf, in denen Sie mit anderen Personen zusammen kommen (z.B. beim öffentlichen Sprechen)? JA ... NEIN ...

76. Wenn Sie die physischen Symptome empfinden, werden diese durch die Angst in einem Ausmaß, in dem Sie sich der Situation erinnern bzw. hat dieser oder mehrere der mentioned oben oder mehrere dieser Symptome eine Beeinträchtigung mit der Situation? ...

77. Wie lange dauert es gewöhnlich, bis der Angstafffall seinem Höhepunkt (Trennung) ...

78. Wie lange dauert es gewöhnlich, bis der Angstafffall seinem Höhepunkt (Trennung) ...

79. Wie lange dauert es gewöhnlich, bis der Angstafffall seinem Höhepunkt (Trennung) ...

80. Wie lange dauert es gewöhnlich, bis der Angstafffall seinem Höhepunkt (Trennung) ...

81. Wie lange dauert es gewöhnlich, bis der Angstafffall seinem Höhepunkt (Trennung) ...

82. Wie lange dauert es gewöhnlich, bis der Angstafffall seinem Höhepunkt (Trennung) ...

Diagnostische Erhebungsverfahren und Methoden

- Biologische Verfahren:
 - bildgebende Verfahren (CT, PET, fMRT)
 - neurochemische Verfahren, z.B. Konzentration von Neurotransmitter-metaboliten im Blut
 - psychophysiologische Verfahren (EEG, EKG, EMG, PGR, Plethysmographie)
- Methoden:
 - Fallstudien
 - Experimente
 - experimentelle Untersuchung am Einzelfall
 - Längsschnittstudien
 - Risikostudien

Verhaltenstherapeutische Diagnostik

- Modifikationsorientierte Verhaltensanalyse (Kanfer & Saslow, 1974) -

- Funktionale Analyse: Stimulus – Organismus – Reaktion – Kontingenz – Konsequenz
- Motivationale Analyse (Verstärkerbereiche)
- Entwicklungsanalyse (Lerngeschichte)
- Analyse der Selbstkontrolle
- Analyse der sozialen Beziehungen
- Verstärkerquellen und Determinanten von Anspruchsniveau bzw. Verstärkerwerten
- Analyse der sozialen, kulturellen und physikalischen Umwelt
- Analyse der aktuellen Normen der sozialen Milieus, mögliche Normendiskrepanz

Verhaltenstherapeutische Diagnostik

- BASIC ID (Lazarus, 1988) -

- **Behavior:** was, wann, wo, wie, wie oft
- **Affect:** welche Gefühle, fehlend, übermäßig etc.
- **Sensation:** Wahrnehmung aller Modalitäten
- **Imagery:** Bilder, Träume, Erinnerungen etc.
- **Cognition:** falsches Wissen, irrationale Einstellungen, Denkfehler
- **Interpersonal:** zwischenmenschliche Beziehungen
- **Drugs:** Drogen

Psychotherapie

Definition nach Strotzka (1975):

„Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller 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 nonverbal, 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.“

Ätiologie und Epidemiologie

- Zentrale Aufgabe der Ätiologie:
 - Suche nach den Ursachen psychischer Störungen
- Definition Epidemiologie:
 - Untersuchung der Verteilung und Determinanten gesundheitsbezogener Zustände oder Ereignisse in bestimmten Populationen und Anwendung dieser Untersuchung bei der Bewältigung von Gesundheitsproblemen. (Beaglehole et al., 1997)

Aufgabenbereiche der Epidemiologie

- Untersuchung der räumlichen und zeitlichen Verteilung von psychischen Störungen in der Bevölkerung
- Untersuchung des Bedarfs, der Inanspruchnahme und der Evaluation von Gesundheitsdiensten
- Untersuchung des „natürlichen“ Verlaufs von psychischen Störungen (Erstmanifestation, Dauer, Komorbidität etc.)
- Entwicklung und Verbesserung diagnostischer Klassifikation und diagnostischer Erfassungsmethoden
- Untersuchung von Risiko- und Kausalfaktoren
- Entwicklung von Interventions- und Präventionsmaßnahmen

Maße der Epidemiologie

- **Prävalenz:** der Bestand an psychisch gestörten Personen in einer speziellen Population zu einem Zeitpunkt (Punktprävalenz) bzw. in einem bestimmten Zeitraum (Streckenprävalenz)

$$\text{Prävalenz} = \frac{\text{Anzahl der Personen mit einer Krankheit}}{\text{Anzahl der Gesamtpopulation}} \cdot 100$$

Maße der Epidemiologie

- **Inzidenz:** die Häufigkeit neu aufgetretener Fälle innerhalb eines bestimmten Zeitraumes

$$\text{Inzidenz} = \frac{\text{Neu erkrankte Personen}}{\text{Anzahl ehemals gesunder Personen}} \cdot 100$$

Studien zur Epidemiologie

- USA
 - Epidemiological Catchment Area Program (ECA)
 - National Comorbidity Study (NCS)
- Deutschland
 - Münchner Follow-up Studie (MFS)
 - Bundesgesundheitsurvey (BGS) – Zusatzsurvey psychische Störungen
 - Transitions in Alcohol Consumption and Smoking (TACOS)

Vergleich epidemiologischer Studien

	ECA	MFS	NCS	TACOS	BGS
Erhebungszeitraum	1980-1984	1981	1990-1992	1996-1997	1997-1999
Altersbereich	>18 Jahre	25-64 Jahre	15-54 Jahre	18-64 Jahre	18-65 Jahre
Erhebungsgebiet	5 Regionen der USA	Deutschland (alte Bundesländer)	USA	Lübeck	Deutschland
Stichprobengröße	20.291	483	8.098	4.075	4.181
Ausschöpfung	68-79%	73,5%	82,6%	70,2%	87,6%
Klassifikationssystem	DSM-III	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV	DSM-IV
Diagnostisches Instrument	DIS	DIS	CIDI	CIDI	M-CIDI

Modifiziert nach Meyer et al. Nervenarzt, 2000, 535-542

Vergleich epidemiologischer Studien - Lebenszeitprävalenzen

	ECA	MFS	NCS	TACOS	BGS
Alkoholmissbrauch / Abhängigkeit	13,5	13,04	23,5	8,3	15,5
Drogenmissbr./ Abhängigkeit	5,57	1,79	11,9	2,4	2,3
Affektive Störungen	8,3	12,90	19,3	12,3	18,6
Angststörungen	14,6	13,87	24,9	15,1	14,5
Somatoforme Störungen	0,09	0,84	-	12,9	16,2
Essstörungen	-	-	-	0,7	0,8
Schizophrene Störungen	1,59	0,72	0,7	-	4,5
Gesamt morbidity	31,35	32,06	48,0	45,4	42,6

Modifiziert nach Meyer et al. Nervenarzt, 2000, 535-542

BGS –Korbidität psychischer Störungen

	Einzelstörung	Eine weitere Störung	Zwei weitere Störungen	Drei oder mehr weitere Störungen
Substanzstörung	55,1%	22,8%	7,8%	14,3%
Depressive Störung	39,3%	20,8%	15,8%	24,1%
Generalisierte Angststörung	6,4%	15,5%	24,7%	53,3%
Somatoforme Störung	45,7%	21,2%	14,7%	19,7%
Irgendeine Störung	60,5%	20,3%	9,0%	10,3%

Jacobi et al., Psychological Medicine, 2004

Paradigmen der Klinischen Psychologie

Paradigma:

- ein System grundlegender Annahmen bzw. eine allgemeine Perspektive
- beeinflusst, wie man abweichendes Verhalten definiert, untersucht und behandelt

Gegenwärtige Paradigmen:

- Biologisch
- Psychoanalytisch
- Humanistisch und Existentiell
- Lerntheoretisch
- Kognitiv

Paradigmen der Klinischen Psychologie - Das biologische Paradigma -

- auch als „Medizinisches Modell“ oder „Krankheitsmodell“ bezeichnet
- **Somatogene Hypothese:**
 - Psychische Störungen werden durch abnorme biologische Prozesse verursacht
- v.a. zwei Forschungsansätze:
 - **Verhaltensgenetik**
 - Verhaltensunterschiede sind auf unterschiedliche genetische Ausstattung zurückzuführen
 - **Biochemie**
 - Zu große / zu kleine Menge an Neurotransmittern
 - Defekte Rezeptoren

Paradigmen der Klinischen Psychologie - Das biologische Paradigma -

- **Behandlungsansätze:**
 - Psychotrope Substanzen (z.B. Anxiolytika, Antidepressiva)
 - Neurochirurgie
 - Elektroschocktherapie
- **Kritik:**
 - Tendenz zum Reduktionismus
 - Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.

Paradigmen der Klinischen Psychologie - Das psychoanalytische Paradigma -

- **Freuds Hypothese:**
 - Psychische Störungen basieren auf unbewussten Problemen
- **Ursachen der unbewussten Probleme:**
 - **Konflikte** zwischen den drei psychischen Instanzen (Es, Ich und Über-Ich) in den verschiedenen Phasen der psychosexuellen Entwicklung (oral, anal und phalisch)
 - **Abwehrmechanismen**
 - schützen das Ich vor (neurotischer) Angst
- **Therapeutische Methoden:**
 - Traumanalyse, freie Assoziationen, Übertragungsneurose
- **Ziel:**
 - Aufhebung des verdrängten Kindheitskonfliktes

Paradigmen der Klinischen Psychologie - Das psychoanalytische Paradigma -

- **Kritik:**
 - Keine Objektivität (Einzelfallbeobachtungen während der Therapiesitzungen)
 - Kleine, ausgewählte Stichprobe (wohlhabende Wiener)
 - Zweifelhafte Reliabilität und Validität (kaum Aufzeichnungen aus den Sitzungen)
- **Vier anerkannte Annahmen:**
 1. Kindheitserfahrungen tragen zur Persönlichkeitsbildung bei.
 2. Das Verhalten wird durch unbewusste Prozesse beeinflusst.
 3. Menschen setzen Abwehrmechanismen ein, um Angst oder Stress zu bewältigen.
 4. Ursachen und Zweck menschlichen Verhaltens sind nicht immer offenkundig.

Paradigmen der Klinischen Psychologie - Das humanistische und existentielle Paradigma -

- auch als „Erfahrungparadigma“ oder „phänomenologisches Paradigma“ bezeichnet
- Wichtige Konzepte:
 - Freier Wille / Entscheidungsfreiheit des Einzelnen
 - Verantwortung und Angst
 - Persönliche Entfaltung, Wachstum
 - Ganzheitlichkeit
- Hypothese: Psychische Störungen basieren auf
 - Entfremdung und dem Nichtwahrnehmen eigener Bedürfnisse
 - Diskrepanz zwischen Real- und Idealselbst
 - Frustration
 - Verleugnung des angeborenen Guten

Persönlichkeitstheorie von Rogers „On becoming a person“ (1961)

- Tendenz zur Selbstaktualisierung: Entfaltung und Realisierung einer inhärent gegebenen Ordnung
- Selbst entwickelt sich als begriffliche Struktur aus Wahrnehmungen und Werten in Interaktion mit Umgebung
- Erfahrungen werden wahrgenommen und symbolisiert
- Nicht mit Selbststruktur übereinstimmende Erfahrungen können nur assimiliert werden, wenn die Selbststruktur nicht bedroht wird

Störungsmodell (nach Rogers)

- Inkongruenz von Erfahrung und Selbstkonzept aufgrund gestörter Lernprozesse oder fremder Wertmaßstäbe
 - Bedrohlichkeit nicht mit Selbststruktur übereinstimmender Erfahrungen
 - Leugnung von Erfahrungen oder verzerrte Symbolisierung von Erfahrungen
- ⇒ starre Organisation der Selbststruktur

Paradigmen der Klinischen Psychologie - Das humanistische und existentielle Paradigma -

- Therapeutische Methoden:
 - Empathie und Wärme
 - Positive Wertschätzung
 - Rollenspiele und kreative Techniken (z. B. der leere Stuhl)
- Ziel:
 - Selbstverwirklichung
 - Wechsel in einen anderen Bezugsrahmen / neue Phänomenologie
 - Bewusstsein, wie man sich selbst vom Erreichen eigener Ziele und der Befriedigung eigener Bedürfnisse abhält
- Kritik:
 - Zweifelhafte Validität
 - Zweifelhafte Annahme, dass der Mensch von Natur aus gut sei

Paradigmen der Klinischen Psychologie - Das lerntheoretische Paradigma -

- Hypothese:
 - Psychische Störungen werden auf dieselbe Art und Weise erlernt wie normales Verhalten
- Klassische Konditionierung
 - UCS (Trauma) → UCR (Angst)
 - ‡
 - CS (Begleitumstände) → CR (Angst)
- Operante Konditionierung
 - Positive und negative Verstärkung
- Modelllernen
 - Stellvertretendes (vermittelndes) Lernen

Paradigmen der Klinischen Psychologie - Das lerntheoretische Paradigma -

- Zwei-Faktoren-Theorie der Angst (Mowrer, 1947):
 1. Angst wird durch klassische Konditionierung erworben
 2. Angst wird durch operante Konditionierung aufrechterhalten
- Therapeutische Methoden:
 - Gegenkonditionierung und Konfrontation
 - Operante Konditionierung
 - Modelllernen
- Kritik:
 - Angenommene Lernerfahrungen sind bisher nicht überzeugend nachgewiesen
 - Offensichtlich finden auch kognitive Prozesse statt

Paradigmen der Klinischen Psychologie - Das kognitive Paradigma -

- Hypothese:
 - Psychische Störungen basieren auf negativen kognitiven Schemata, Irrationalität und Denkfehlern, die die Informationsverarbeitung beeinflussen → Wahrnehmungstrichter

Paradigmen der Klinischen Psychologie - Das kognitive Paradigma – (Forts.)

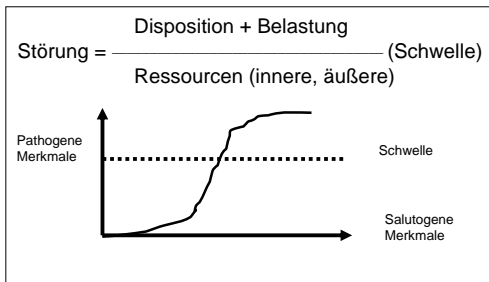
Kognitive Verzerrungen (Beck)

- Alles- oder-Nichts-Denken
- Überstarke Verallgemeinerung
- Voreilige Schlussfolgerung
 - Gedankenlesen
 - Wahrsagen
- Übertreibung, Untertreibung
- Emotionale Beweisführung
- Personalisieren

Paradigmen der Klinischen Psychologie - Das kognitive Paradigma – (Forts.)

- Therapeutische Methoden:
 - Therapien nach Beck und Ellis
 - Training im Problemlösen
 - Selbstinstruktionstraining
 - Stressimpfungstraining
 - Strategien der Re-Attribuierung
- Kritik:
 - Konzepte nicht immer gut definiert oder vage
 - z.T. unklar, wodurch die negativen Schemata entstanden sind

Das Diathese-Stress-Modell - Ein integratives Paradigma -



Literatur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Davison, G.C. & Neale, J.M. (2002). *Klinische Psychologie: ein Lehrbuch*. Weinheim: Beltz.
- Kanfer, F.H. & Saslow, G. (1976). Verhaltenstherapeutische Diagnostik. In D. Schuler (Hrsg.), *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* (S. 24-59). München: Urban und Schwarzenberg.
- Lazarus, A. A. (dt. 1995). *Praxis der multimodalen Therapie*. Tübingen: dgvt.
- Lieb, R. (2005). Epidemiologie. In S. Perrez, U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie*. Bern, Huber.
- Reinecker, H. (2003). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Hogrefe.
- Schneider, S., & Margraf, J. (in Druck). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS für DSM-IV-TR)*. Berlin: Springer.
- Weltgesundheitsorganisation (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V*. Bern: Huber.