

Zeitliche Struktur

| | |
|-------------------|--|
| 50er Jahre | 1. Welle: psychotherapeutische Verfahren basieren auf Lerntheorien <ul style="list-style-type: none"> - klassische Konditionierung - operante Konditionierung - Modelllernen |
| 75er Jahre | 2. Welle: Kognitive Wende, kognitive Theorien |
| 90er Jahre | 3. Welle: Emotionale Wende <ul style="list-style-type: none"> - Störungsspezifität vs. Individuumsorientierung - emotionsbezogene Theorien, Bindungstheorien, störungsspezifische empirische Befunde |

ERSTE WELLE

Was begründet die Verhaltenstherapie?

KVT versteht sich als Anwendung des aktuellen empirischen Wissens über eine Störung und die sie aufrechterhaltenden Bedingungen.

- Orientierung an empirischer Wissenschaft (VT will im Gegensatz zu PA wissenschaftlich fundierte Methoden)
- Ansetzen an prädisponierenden, auslösenden & aufrechterhaltenden Bedingungen
- Ziel- Handlungsorientierung und Problemorientierung
- Transparenz
- Grundsatz: Stetige Weiterentwicklung

Entwurf simpler Konzepte

3 Lerntheorien (VL 1. F.38ff)

| | |
|-----------------------------------|--|
| Klassische Konditionierung | <ul style="list-style-type: none"> - Folgt dem Assoziationsgesetz - Kopplung der Futtergabe (Speichel auslösender Reiz) an Glocke (neutraler Reiz) → Initiierung der Speichelproduktion durch Glocke (nun konditionierter Reiz) - Reizgeneralisierung: Konditionierung auf einen Reiz kann bei Ähnlichkeit zum Ursprungsreiz auf andere Reize generalisieren. Je ähnlicher die Reize, desto stärker der Effekt |
| Operante Konditionierung | <ul style="list-style-type: none"> - Lernen durch Belohnung und Bestrafung - Belohnung spezifischer Reaktion in spezifischer Situation erhöht künftige Auftretenswahrscheinlichkeit dieser Reaktion in vergleichbarer Situation - Reizgeneralisierung: Konditionierte Reaktionen auf einen Reiz kann auf andere Reize generalisieren, sobald eine gewisse Ähnlichkeit zum Ursprungsreiz besteht. |

| | |
|---------------------|---|
| Modelllernen | <ul style="list-style-type: none"> - oft impliziter Vorgang - Modell sollte attraktiv, gebildet, prominent sein und der imitierenden Person ähnliche sein, sowie gewünschtes Zielverhalten gut präsentieren |
|---------------------|---|

2 Faktorentheorie (Mowrer)

Ängste entstehen durch zwei aufeinander folgende Prozesse:

1. **Klassische Konditionierung:** Wahrnehmung von Herzklopfen in der U-Bahn fährt zu Angst vor dem U-Bahn fahren
2. **Operante Konditionierung:** Verlassen der U-Bahn führt zu Reduktion von Angst (negative Verstärkung)

Standardverfahren: (1) Konfrontations- & Bewältigungsverfahren

| | |
|------------------|---|
| Ziel | <ul style="list-style-type: none"> - Vermeidung aufheben - Erkenntnis- und Bewältigungsprozesse fördern |
| Techniken | <ul style="list-style-type: none"> - Konfrontationsverfahren - Therapeutisches Rollenspiel - Selbstbeobachtung & Tagebuchkarten: <ul style="list-style-type: none"> - Tagesprotokoll negativer Gedanken - Angst-/ Zwangstagebuch - Schmerztagebuch - Stimmungsbarometer |

| | |
|------------------------------------|--|
| Tagebuchkarten | <ul style="list-style-type: none"> - Fokus auf Höhen & Tiefen. - Aktive Auseinandersetzung mit sich selbst - Struktur des Therapieablaufs kann leichter eingehalten werden - Transparenz & Effizienz |
| Konfrontationsverfahren | <ul style="list-style-type: none"> - Indikation überall dort wo Vermeidung ist - Fordern Kontakt mit Auslösern der Angst → Beendigung des störungsaufrechterhaltenden Vermeidungsverhaltens - Soll-Empfehlung bei Zwang, PTBS, Somatoformen Strg, spezf. Phobien |
| Therapeutisches Rollenspiel | <ul style="list-style-type: none"> - Selbstreflexion: Wo spielt Vermeidung eine Rolle; Nutzen der Vermeidung; Woran hindert die Vermeidung; Möglichkeiten etwas zu ändern |

Konfrontationstherapie

Systematisch Konfrontation mit angstausslösenden Reizen → Gewöhnungseffekt → Angstreduktion → Bewertungsänderung: Abbau der Überreaktion auf bisher als bedrohlich interpretierte Reize

Merkmale der Verfahren:

- Flucht & Vermeidung verhindern
- Konfrontation aushalten bis Rückgang der Angst zu verbuchen ist
- Abbruchkriterium ist die Bewältigung bzw. das angstreduzierte Ertragen der Situation
- Ziel: realistischer Umgang mit der Angst

Modalitäten

| | in sensu | in vivo |
|---|--------------------|--------------------|
| graduierte Reizkonfrontation | Desensibilisierung | Desensibilisierung |
| nicht graduierte Reizkonfrontation | | Exposition |
| massierte Reizkonfrontation | Implosion | Flooding |

Systematische Desensibilisierung

| | |
|----------------------|---|
| Kern | Einordnung von Reizen hinsichtliches Grades ihrer Angstausslösung (Angsthierarchie) |
| Wolpes Ansatz | Entspannungstechnik + hierarchische Reizdarbietung: Beginn mit der Situation die am schwächsten mit Angst besetzt ist. Idee: Angst kann unter Entspannung nicht auftreten -> Heute überholt, da Entspannung und hierarchische Darbietung nicht erfolgsbestimmend sind. Nicht die Entspannung selbst, sondern der Glaube entspannt zu sein ist ein wirksamer Effekt |
| Implosion | <ul style="list-style-type: none"> - Weiterentwicklung der Systematischen Desensibilisierung - nicht graduiert - in sensu - Indikation wenn Situation in der Realität schwer aufgesucht werden kann, oder problematische Gedanken zentral sind |

Indikationen

| | |
|-----------------|--|
| in sensu | Patienten können Ängste visualisieren |
| in vivo | <ul style="list-style-type: none"> - bei Stabilität des Patienten hat Flooding die besten Ergebnisse - benötigt hohen Einsatz von Pat. und Therapeut - bietet sich an bei einmalig aufgetretenen Ereignissen wie Unfällen oder Überfällen, aber nicht bei komplexen und jahrelangen Traumatisierungen |

| | |
|-----------------------|---|
| Wirkprinzipien | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Reziproke Hemmung</i>: zwei gegensätzliche psychologische Zustände können nicht gleichzeitig auftreten - <i>Gegenkonditionierung</i>: Bestehende Emotion wird durch Neulernen ersetzt. Erfahrung des Angstrückgangs in der Situation hebt klassische Konditionierung auf und reduziert das Vermeidungsverhalten - <i>Habituation</i>: Wiederholte Reizdarbietung führt zur Abnahme der damit einhergehenden Emotion. (→ Gewöhnung) - <i>Löschung</i>: Ausbleiben einer konditionierten Reaktion durch mehrfache Präsentation des konditionierten Reizes. Durch Konfrontation entfällt die Belohnung des Vermeidungsverhaltens → Wegfall des Verhaltens - <i>Weitere</i>: Kontextabhängigkeit. Korrektur des semantischen Netzwerks. Kontrolle über Angstbesetzte Situation |
| CAVE | <p>Escapestrategien wie Kaugummikauen, Beruhigungsmittel, Atemübungen, Rauchen, Ablenkung etc.</p> |

| | |
|---|--|
| Kognitives Modell von Clark & Wells (1995) | <p><i>Aktuelle Situation</i> wird verbunden mit <i>vergangenen negativen Erfahrungen</i></p> <p>→ <i>Automatische Gedanken</i> führen zu <i>Sicherheitsverhalten & Angstsymptomen</i> sowie <i>Selbstfokussierung</i> der Aufmerksamkeit was in Wechselwirkung zu den automatischen Gedanken steht und von Sicherheitsverhalten und Angstsymptomen beeinflusst wird.</p> |
| Selbstaufmerksamkeit | ist sie erhöht, führt dies zu Fehlattribution von Angstsymptomen |
| Sicherheitsverhalten | Versuch die befürchteten Symptome zu verstecken |

Standardverfahren (2): Operante Ansätze

| | |
|------------------------------|---|
| Grundsatz | <p>Wahrscheinlichkeit eines bestimmten Verhaltens wird erhöht, wenn dieses belohnt wird. Bleibt die Belohnung aus, sinkt die Wahrscheinlichkeit für das Verhalten</p> <p>→ Operante Mechanismen tragen dazu bei psychische Störungen aufrechtzuerhalten. (idR negative Verstärkung)</p> |
| Reiz-Reaktions-Muster | <ul style="list-style-type: none"> - Ursprung in behavioristischer Lernpsychologie - Häufigkeit des Verhaltens kann durch Manipulation der Konsequenzen verändert werden |

| | Darbietung | Wegfall |
|---------------------------|--|--|
| Positiver Stimulus | C+ Positive Verstärkung. Verhalten häufiger | ∅+ Indirekte Bestrafung, Löschung; Verhalten seltener |
| Negativer Stimulus | C- Direkte Bestrafung. Verhalten seltener | ∅- Negative Verstärkung. Verhalten häufiger |

Methoden:

| | |
|------------------|---|
| Shaping | <ul style="list-style-type: none"> - Methode der sukzessiven Annäherung an komplexes Verhalten. - Allmähliche Ausformung. - Zwischenschritte können mit Tokens belohnt werden - Autismus: Verstärkung des Lippenspitzens mit dem Fernziel des Spracherwerbs |
| Chaining | <ul style="list-style-type: none"> - Zerlegung komplexer Handlungsabläufe in kleine Einzelschritte - Im Gegensatz zu Shaping wird mit letztem Schritt begonnen - Sinnvoll wenn komplexe Abläufe gelernt werden sollen, wie z.B. Lernen einen Reisverschluss zu schließen |
| Prompting | <ul style="list-style-type: none"> - Soufflieren des richtigen Zeitpunktes für bestimmtes Verhalten - hilfreich, wenn Verhalten beherrscht wird, Person aber den richtigen Zeitpunkt verpasst - Anwendung im Selbstinstruktionstraining (Meichenbaum) oder Selbstsicherheitstraining |
| Fading | <ul style="list-style-type: none"> - Zurücknahme zuvor gegebener Hilfestellungen, bis Patient Handlung alleine durchführen kann - Unterstützung von Aufbau selbstregulativer Fertigkeiten, die verstärkt werden, sobald sie gezeigt werden - z.B. bei Soziale Ängsten Unterstützung im Kommunikationsaufbau geben, bis Patient Kontakte selbst herstellen und halten kann. |

| | |
|--------------------------------------|---|
| Stabilisierung des Verhaltens | <ul style="list-style-type: none"> - Übergang von kontinuierlicher zu intermittierender Verstärkung - Abstände zwischen der Therapie verlängern - im stationären Setting: Zeit zu Hause erproben |
|--------------------------------------|---|

| | |
|-----------------------------|--|
| primäre Verstärker | <ul style="list-style-type: none"> - Beziehen sich auf menschliche Grundbedürfnisse (Essen, Trinken, Sex) - Um wirksam zu werden muss ein Mangelzustand bestehen oder so stark sein, dass er ein Bedürfnis entstehen lässt |
| sekundäre Verstärker | <ul style="list-style-type: none"> - zunächst neutrale Reize, deren Verstärkerqualität erst erlernt werden müssen (durch wiederholte Kopplung mit primären Verstärkern) |

| | |
|----------------------------|--|
| zeitliche Dimension | <ul style="list-style-type: none"> - Verstärker muss zeitlich direkt nach dem Reiz erfolgen - <i>kontinuierliche Verstärkung</i>: jedes Auftreten des erwünschten Verhaltens wird verstärkt (→ zu starke Bindung des Verhaltens an Bindung) - <i>intermittierende Verstärkung</i>: nicht jedes Auftreten des erwünschten Verhaltens wird verstärkt. (→ langsamerer Lernprozess bei höherer Reaktionsrate). Arbeit mit <i>Tokens</i> |
|----------------------------|--|

Standardmethoden (3): Modellernen

Als Modell können, Therapeut, Freunde, andere Patienten, Promis etc. dienen. Lernen am Modell ist häufig ein eher impliziter Vorgang, der jedoch auch im Rahmen eines therapeutischen Rollenspiels explizit genutzt werden kann.

Standardmethoden (4): Selbstkontrolle

„Widerstehen einer Versuchung meint, dass die Person kurzfristig auf eine prinzipiell erreichbare pos. Konsequenz verzichtet, um dadurch langfristig (mehrere) bedeutsamere pos. Konsequenzen zu erreichen (Bsp.: Verzicht auf Alkohol).“ (<https://portal.hogrefe.com/dorsch/selbstkontrolle-1/>)

| | |
|-------------------------------------|--|
| Methoden der Selbstkontrolle | <ul style="list-style-type: none"> - Selbstbeobachtung: Vermittlung von Selbstkontrolle & Wirksamkeit - Stimuluskontrolle: Welche Stimuli führen zu Problemverhalten? - Kontingenzkontrolle: Bedeutung der Konsequenzen |
|-------------------------------------|--|

→ Donald Meichenbaum (2. Welle)

Zweite Welle

Warum kam es zur Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie zu kognitiven Verhaltenstherapie?

→ vorangegangenen Konzepten wie dem Behaviorismus mit Reiz-Reaktionsschemata und Methoden der Konditionierung ist es nicht gelungen viele Phänomene ausserhalb des Labors befriedigend zu erklären. (z.B. Durst: Man kann eine Trinkbewegung beobachten, nicht jedoch den Durst an sich)

→ Kognitive Wende mit Einbezug kognitiver Aspekte

| | |
|--|---|
| kognitive Therapieverfahren | Psychotherapeutische Ansätze, mit Fokus auf systematischen Veränderungen dysfunktionaler Muster |
| Wichtigste Ansätze | <ul style="list-style-type: none"> - Modellernen (Bandura) - verdeckte Konditionierung (Hommel & Cautela) - Coping Skills: Fähigkeit zur Bewältigung problematischer Situationen - kognitive Umstrukturierung (Meichenbaum; Beck; Ellis): Veränderung der internen Bewertungs-, Verarbeitungs- und Argumentationsmuster die dem Verhalten zugrunde liegen |

| | |
|--|--|
| Selbstinstruktion Meichenbaum | <ul style="list-style-type: none"> - Innerer Dialog begleitet menschliches Handeln und Erleben und ordnet Dingen eine Bewertung zu. → Die Bewertung und nicht das Ereignis selbst ist wichtig - unangepasste Selbstverbalisation (und Bewältigungsansätze) sind bedeutsam für Entstehung & Aufrechterhaltung psychischer Störungen |
| 3 Phasen des Therapieprozesses | <ol style="list-style-type: none"> 1. Begriffliche Strukturierung des Problems 2. Erprobung des Konzeptes 3. Modifikation von Selbstaussagen & Produktion neuer Verhaltensweisen |
| Prozess der kognitiven Bewältigungsreaktion | <ol style="list-style-type: none"> 1. Vorbereitungsphase auf problematische Situation 2. Konfrontation mit Problem 3. Belastende Gefühle erleben und wiedergeben 4. Selbstverstärkung zur Stabilisierung des Bewältigungsverhaltens und Förderung der Selbstachtung |

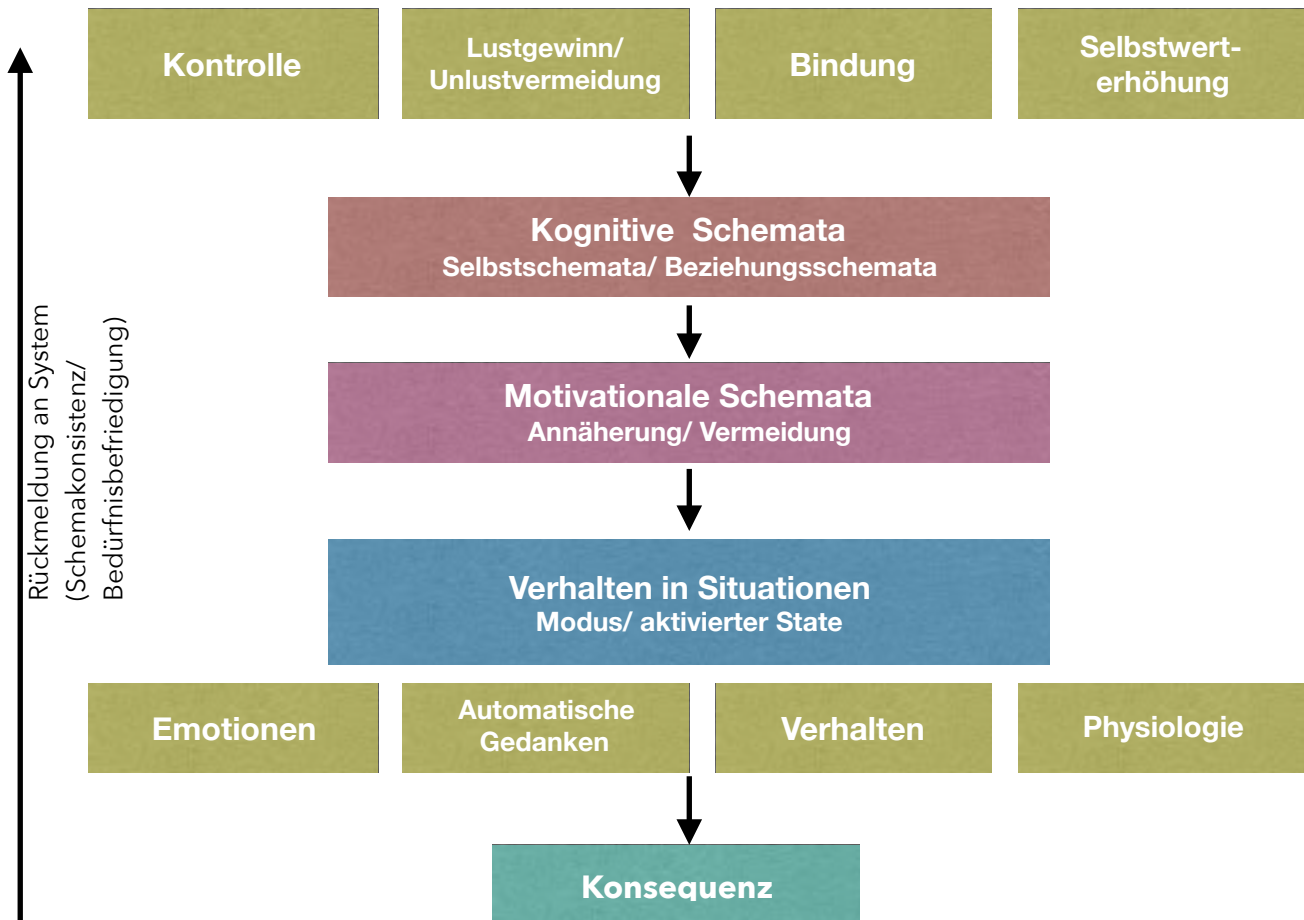
→ eher weniger klassische Umstrukturierung, sondern die Frage danach wie man durch innere Kommunikation das Verhalten beeinflussen kann (Selbstinstruktion & Selbstverbalisation)

| | |
|-----------------------------------|--|
| Kognitive Therapie Beck | <ul style="list-style-type: none"> - Grundlage: Der Mensch reagiert nicht auf die Dinge selbst, sondern auf seine spezielle Wahrnehmung & Interpretationen mit denen Objekten spezielle Bedeutungen zugemessen werden - Entstehung & Aufrechterhaltung emotionaler Störungen wird auf die Existenz & Wirkung typischer Denkinhalte und Denkmuster zurückgeführt → KT soll Korrektur der kognitiven Irrtümer bewirken mittels Durchführung verbal-kognitiver und verhaltenszentrierter Interventionen - Frage nach Logik & Wahrscheinlichkeit |
| Kognitive Trias | <ul style="list-style-type: none"> - Negative Sicht der eigenen Person - Negative Sicht der Umwelt - Negative Sicht der Zukunft |

| | |
|---|---|
| Denkfehler/ Kognitive Irrtümer | <ul style="list-style-type: none"> - Personalisieren/ Übertriebenes Verantwortungsgefühl - Polarisiertes Denken - Selektive Wahrnehmung - Übergeneralisierung - Übertreibung/ Katastrophisieren - negatives Vorhersagen - Dichotomes Denken |
| Automatische Gedanken | <ul style="list-style-type: none"> - meist unbewusst, aber bewusstseinsfähig - können von internem oder externen Ereignis ausgelöst werden - meist blitzartig auftretend, schnell ablaufend und unfreiwillig - erscheinen subjektiv plausibel (auch bei offenkundiger Dysfunktionalität) |
| Prozessphasen | <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Beobachtung</i> von sich selbst und aufkommender automatischer Gedanken 2. <i>Identifizieren</i> von inneren Selbstgesprächen und selbstzerstörerischer Tendenz 3. <i>Prüfung von Hypothesen</i> (hinsichtlich Wahrheitsgehalt) die mit automatischen Gedanken auftreten. Training der alternativen Erklärungen |

1. In der modernen kVT fokussiert man bezüglich der relevanten Kindheitsdaten auf Grundbedürfnisse nach Grawe.
2. Aus den Bedürfnissen bzw. Verletzungen dieser Bedürfnisse entwickeln sich Grundannahmen/ Kognition über sich selbst und andere.
3. Durch Vermeidung wird die Verletzung weiterer Bedürfnisse vermieden, was in situationsspezifischen Verhalten resultiert.
4. Darauf aufbauend kann eine Verhaltensanalyse geschrieben werden.

Modell der Verhaltensentstehung nach Grawe:



Über Frühe Erfahrungen gebildete Grundannahmen bilden das Gerüst für kognitive Schemata und systematische Verzerrungen. Daher löst eine bestimmte Situation automatische Gedanken aus, die emotionale, behaviorale, physiologische Reaktionen zur Folge haben.

| | |
|---|---|
| Rational Emotive Therapie Ellis | <ul style="list-style-type: none"> - Basis: dysfunktionale Kognitionen und deren Bedeutung für die Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens (<i>irrational belief systems</i>) - im Gegensatz zu Beck eher hedonistisch orientiert. Was macht glücklich? |
| ABC-Schema | <ul style="list-style-type: none"> - <i>activating event:</i> Auslöser - <i>belief system:</i> Bewertung (coping bei Meichenbaum; kognitive Irrtümer bei Beck; Irrational Beliefs bei Ellis) - <i>Consequences:</i> emotional, physiologisch, motorisch - <i>Disputation:</i> der irrationalen Überlegungen (belief system) - <i>Effekt/ Ergebnis/ Erprobung</i> |
| Technik | <p>Irrationale Überzeugungen sollen durch</p> <ul style="list-style-type: none"> - ABC-Schema exploriert - sokratischen Dialog & weitere Disputationstechniken zu rationalen Überzeugungen verändert werden |
| Vorgehen bei Exploration | <ol style="list-style-type: none"> 1. Exploriere C: Belastendes Gefühl 2. Überprüfung ob C hinderlich ist 3. Exploration Symptomstress 4. Exploration der auslösenden Situation A 5. Exploration Zielvorstellungen 6. Exploriere B 7. Disputation B 8. Effekt der Exploration & Disputation? |

| | |
|--|---|
| kognitive Umstrukturierung | <ol style="list-style-type: none"> 1. Intellektuelle Einsicht: Zustimmung zum ABC-Modell 2. Übungsphase: Mitarbeit, Disputation, Verhaltensübungen 3. Erleben kognitiv-emotiver Dissonanz 4. emotionale Einsicht 5. neue Gewohnheit: Veränderte Überzeugung & Zielverhalten als neue Gewohnheit etablieren |
| Dysfunktionale kognitive Muster (Grundkategorien irrational beliefs) | <p>4 Grundkategorien irrationaler Überzeugungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Katastrophendenken - niedrige Frustrationstoleranz - globale negative Selbstbewertung - Muss-Denken |
| Sokratischer Dialog | <ul style="list-style-type: none"> - argumentative Gesprächsführung bei der Patient durch Frage nach Logik, Wahrscheinlichkeit, Empirie, Beweisbarkeit, Nützlichkeit zu neuen Erkenntnissen geführt werden soll. - Offene Fragen, die helfen sollen Widersprüche zu erkennen → Prinzip des geleiteten Entdecken - akzeptierende, wertschätzende Grundhaltung des Therapeuten |
| Columbo-Technik | <ul style="list-style-type: none"> - naives aber interessiertes nachfragen - verwirrtes, verunsichertes, aber nicht konfrontatives nachfragen - Ziel: Pat. sucht selbst nach Erklärungen & Bewertung der eigenen Person |

Wirkfaktoren von Psychotherapie

gute therapeutische Beziehung als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für erfolgreiche Therapie. Therapiebeziehung ist somit ein eigenständiger Wirkfaktor (geringe bis mittlere Effektstärke in Metaanalysen).

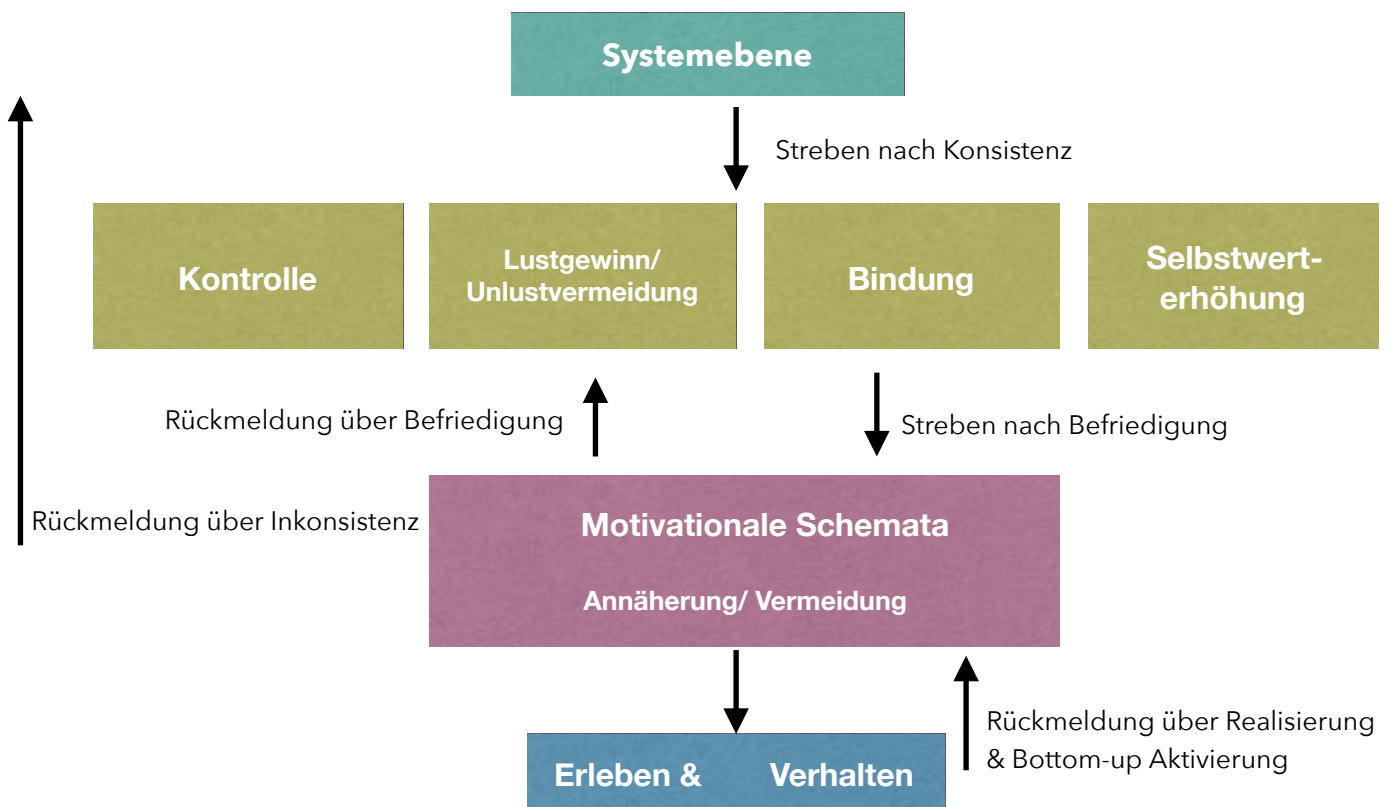
Eine therapeutische Beziehung hat nicht direkt einen starken Einfluss auf den Therapieerfolg, wohl aber über die Ermöglichung von therapeutischen Interventionen und über den starken Einfluss auf Problembearbeitung und Klärungsprozesse

| | |
|--|--|
| <p>Wirkfaktoren PT Common Factors (Grawe)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Klärung & Explikation impliziter Bedeutung beim Patient - Problemaktualisierung - aktive Hilfe zur Problembewältigung - Ressourcenaktivierung - Therapiebeziehung |
| <p>Weitere</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Allegiance: Therapeut ist überzeugt von Wirksamkeit seiner Methode - responsive Verhalten & komplementäre Beziehungsgestaltung - Passung von Patienten- und Therapeutenmerkmalen - Mentalisierung: Fähigkeit eigene mentale & emotionale Zustände/ Absichten/ Wünsche/ Stimmungen von Interaktionspartnern richtig einschätzen können. - Äquivalenzparadoxon: verschiedene Therapierichtungen scheinen sich nur geringfügig in Wirksamkeit zu unterscheiden - Sleepereffekt: Therapieeffekte können viele Jahre nach Abschluss der Therapie noch wirksam werden (umso ausgeprägter je länger die Therapie gedauert hat) |

| | |
|--|---|
| <p>Risiken von Psychotherapie</p> | <ul style="list-style-type: none"> - zu frühe Konfrontation von Traumata → Verschlechterung der Symptomatik - keine Veränderung = Misserfolg - Arbeit an Zielen die von Patient nicht benannt worden sind kann Themen aktivieren, die zuvor verdrängt wurden - Fehlentwicklungen auf Beziehungsebene: <ul style="list-style-type: none"> - Therapeut kann sich nicht auf Patient einstellen - kollusive Beziehung - Therapeut reagiert interaktionell ungünstig auf Patient |
| <p>Nebenwirkungen von PT</p> | <ul style="list-style-type: none"> - nicht intendierte Wirkungen der Psychotherapie, parallel zu erwünschten Effekten - können positiv oder schlecht sein - Soziales Umfeld evtl. nicht begeistert, dass Patient seine Bedürfnisse äußert und durchsetzt - Sexueller Missbrauch in Therapie (aber eigentlich als Fehlverhalten zu werten) |

Konsistenztheorie (Grawe)

| | |
|-------------------------------|--|
| Grundidee | - Organismus strebt nach Vereinbarkeit gleichzeitig ablaufender Prozesse. Er strebt nach Konsistenz und Kongruenz |
| Grundbedürfnisse | - Orientierung/ Kontrolle - Lustgewinn/ Unlustvermeidung - Bindung - Selbstwerterhöhung |
| Ziel des Organismus | Bedürfnisbefriedigung. Über Interaktion mit Umwelt werden motivatonale Schemata aktiviert |
| Motivationale Schemata | - Ressourcen, die im Laufe des Lebens entwickelt werden um Bedürfnisse zu befriedigen und vor Verletzung zu schützen - <i>Annäherungsschemata</i> : Erfüllung der Bedürfnisse - <i>Vermeidungsschemata</i> : Verhinderung von Verletzung |



Therapieforschung

| | |
|--------------------------------|---|
| Phasen der PT-Forschung | <ol style="list-style-type: none"> 1. Legitimationsphase: Ist PT generell wirksam? 2. Wettbewerbsphase: Welche Form der PT ist besser? 3. Verschreibungsphase: Welche Form ist wann bei wem indiziert? 4. Prozessforschungsphase: Wie wirkt PT? |
|--------------------------------|---|

| | |
|-------------------------------|--|
| Legitimationsphase | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Schwerpunkt</i>: Konzeptentwicklung - <i>Art der Studien</i>: Explizieren theoretischer Annahmen; Analogstudien; Kasuistiken; Manualentwicklung |
| Wettbewerbsphase | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Schwerpunkt</i>: Exploration mit (nicht kontrollierten) Studien - <i>Art der Studien</i>: verlaufsbeschreibende Einzelfallstudien; Prä-Post-Analysen; Offene Studien; Durchführbarkeitsstudien; Prozess-Outcome-Studien |
| Verschreibungsphase | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Schwerpunkt</i>: Wirksamkeitsprüfung - <i>Art der Studien</i>: Wirksamkeitsstudien (RCT); Experimentelle Einzelfallstudien; randomisierte Effektivitätsstudien |
| Prozessforschungsphase | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Schwerpunkt</i>: Anwendung unter Routinebedingungen; klinische Nützlichkeit - <i>Art der Studien</i>: nicht randomisierte Effektivitätsstudien; erweiterte Einschlusskriterien; zunehmend naturalistische Bedingungen; Anwendungsbeobachtung |

| | |
|-------------------|--|
| Evaluation | <ul style="list-style-type: none"> - Wirksamkeitsbewertung von Maßnahmen durch systematische, datenbasierte Ergebnisbeschreibung - <i>Interne Nutzung</i>: Qualitätssicherung; Anregung zur Selbstüberprüfung; Benchmarking; Monitoring - <i>externe Nutzung</i>: Überprüfung von aussen; Versorgungsforschung; Wirksamkeitsforschung (Kosten-Nutzen) |
|-------------------|--|

| | |
|----------------------------|--|
| Chambless-Kriterien | <ul style="list-style-type: none"> - Wirksamkeitsnachweis in mindestens 2 methodisch gut konzipierten kontrollierten Studien - Wirksamkeit durch große Serie (>9) von Einzelfallexperimenten - Studie mit Therapiemanual durchgeführt - Patientenpopulation klar spezifiziert - Effekte durch 2 versch. Forscherteams nachgewiesen |
| RCT | <p>Randomisiert kontrollierte Studien</p> <p><i>Goldstandard</i>: keine komorbide Depression, keine PKS, keine Suchterkrankung, kein Suizidversuch in letzten 12 Monaten → Künstlichkeit durch Selektion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sponsoreffekt: Meist ‚gewinnt‘ die Intervention, die der Geldgeber bevorzugt |

| | |
|------------------------------|--|
| Allgemeine Prinzipien | <ul style="list-style-type: none"> - Untersuchungsziel hinsichtlich Wirksamkeit und Verträglichkeit formulieren - Sicherstellung von Transparenz & Nachvollziehbarkeit - Inhaltliche Festlegung der Zielvariablen und Studienablauf (Zielvariablen, Ein-/Ausschlusskriterien), Messzeitpunkte, Festlegung der Operationalisierung - Minimierung systematischer Verzerrung (Doppel-/ Blind, Randomisierung, Kontrollgruppe) |
| Designtypen | <ul style="list-style-type: none"> - superiority trial: Nachweis der Überlegenheit - non-inferiority trial: Nachweis der Äquivalenz oder Nichtunterlegenheit - Nachweis einer Dosis-Wirkungsbeziehung |
| Datenanalyse | <ul style="list-style-type: none"> - ITT: Intention to Treatment Auswertung (Einbezug aller Probanden die Studie begonnen haben) - TPP: Treated per protocol (Einbezug aller Probanden die Studie beendet haben) |

| | |
|--------------------------------------|--|
| indirekte Veränderungsmessung | <ul style="list-style-type: none"> - Prä-Post-Status mittels Beschwerde-Fragebögen - Differenz der Werte gibt Auskunft über Ausmaß der Veränderung |
| direkte Veränderungsmessung | <ul style="list-style-type: none"> - Veränderungsfragebögen - Zielerreichungsskalierung - einzelfallbezogene Erfolgsmessung |

Effektivitätsmaße

| | |
|----------------------|--|
| Efficacy | Wirksamkeit unter Idealbedingungen |
| Effectiveness | Wirksamkeit im Feld (Alltags-, Versorgungsbedingungen) |
| Effizienz | Wirtschaftlichkeit (Kosten-Nutzen) |
| Effektivität | Differenz des Prä-Post-Stadiums |
| Response | Ansprechen auf Intervention (bestimmte Ausprägung der Veränderung) |
| Remission | Heilung (nicht zwingend Symptombefreiheit) |