



Christian G. Schäfer
Monika Equit
Aylin I. Schumann
Sarah K. Schäfer

Berufsqualifizierende Tätigkeit III

Ein Kompendium für den
Masterstudiengang Klinische
Psychologie und Psychotherapie



Berufsqualifizierende Tätigkeit III

Christian G. Schäfer
Monika Equit
Aylin I. Schumann
Sarah K. Schäfer

Berufsqualifizierende Tätigkeit III

Ein Kompendium für den
Masterstudiengang Klinische
Psychologie und Psychotherapie

Dr. Christian G. Schäfer (geb. Schanz), geb. 1990. Seit 2017 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Arbeitseinheit Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität des Saarlandes und dort seit 2022 Lehrkoordinator für den Masterstudiengang Klinische Psychologie und Psychotherapie.

Prof. (apl.) Dr. Monika Equit, geb. 1978. Seit 2014 Leitung der Psychotherapeutischen Universitätsambulanz an der Universität des Saarlandes und seit 2015 Supervisorin und Co-Leitung des Weiterbildungsinstitutes für Psychotherapie Saarbrücken an der Universität des Saarlandes (WIPS GmbH).

M.Sc. Psych. Aylin I. Schumann, geb. 1992. Seit 2022 als Psychotherapeutin in eigener Praxis tätig. Seit 2023 geschäftsführende Leitung der psychotherapeutischen Hochschulambulanz (Kinder und Jugendliche) für Forschung und Lehre der Technischen Universität Braunschweig.

Jun.-Prof. Dr. Sarah K. Schäfer, geb. 1991. Seit 2020 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Leibniz-Institut für Resilienzforschung (LIR) in Mainz. Seit 2023 Juniorprofessorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Technischen Universität Braunschweig.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autor:innen bzw. den Herausgeber:innen große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autor:innen bzw. Herausgeber:innen und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Merkelstraße 3

37085 Göttingen

Deutschland

Tel. +49 551 999 50 0

info@hogrefe.de

www.hogrefe.de

Umschlagabbildung: © iStock.com / SDI Productions

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar

Format: PDF

1. Auflage 2025

© 2025 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3299-1; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-3299-2)

ISBN 978-3-8017-3299-8

<https://doi.org/10.1026/03299-000>

Nutzungsbedingungen:

Durch den Erwerb erhalten Sie ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das Sie zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere dürfen Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernt werden.

Das E-Book darf anderen Personen nicht – auch nicht auszugsweise – zugänglich gemacht werden, insbesondere sind Weiterleitung, Verleih und Vermietung nicht gestattet.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z.B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
Einleitung	10
Teil 1: Grundlagen therapeutischen Handelns	
1 Grundlagen der Fallkonzeption	15
1.1 Der Therapieauftrag	16
1.2 Diagnose	22
1.3 Das individuelle Erklärungsmodell	24
1.4 Der Behandlungsplan	30
1.5 Fallkonzeption in der BQT-III	32
1.6 Zusammenfassung und Lernkontrollfragen	33
2 Grundlagen der Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung	35
2.1 Basisvariablen der Beziehungsgestaltung	36
2.2 Grundlagen der Gesprächsführung	38
2.3 Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung in den Richtlinienverfahren	46
2.4 Brüche in der Arbeitsbeziehung	53
2.5 Beziehungsgestaltung in der BQT-III	57
2.6 Zusammenfassung und Lernkontrollfragen	57
3 Grundlagen der Dokumentation	60
3.1 Form und Inhalt der Dokumentation	61
3.2 Einsichtsrecht	62
3.3 Dokumentation in der BQT-III	64
3.4 Zusammenfassung und Lernkontrollfragen	65
4 Grundlagen der Berufsethik und des Berufsrechts	67
4.1 Überblick über Gesetze, Ordnungen und Richtlinien	67
4.2 Wichtige berufsrechtliche Regelungen im Detail	69

4.3	Grundlagen der Berufsethik	78
4.4	Berufsrecht und Berufsethik in der BQT-III	80
4.5	Zusammenfassung und Lernkontrollfragen	80

Teil 2: Das Methodenrepertoire

5	Psychotherapeutisches Erstgespräch	85
5.1	Vorerfahrungen und Erwartungen von Patient:innen	87
5.2	Der Aufbau des Erstgesprächs	90
5.3	Besonderheiten des Erstgesprächs bei Kindern und Jugendlichen	112
5.4	Dokumentation des Erstgesprächs	115
5.5	Zusammenfassung und Lernkontrollfragen	116
6	Anamneseerhebung und -protokollierung	119
6.1	Anamneseprotokolle und die mündlich-praktische Fallprüfung	119
6.2	Durchführung und Protokollierung der Anamnesen	121
6.2.1	Orientierende Angaben	122
6.2.2	Soziale Anamnese	123
6.2.3	Biografische Anamnese	128
6.2.4	Familienanamnese	135
6.2.5	Krankheits- und Behandlungsanamnese	136
6.2.6	Suchtanamnese	139
6.3	Beispiel für ein Anamneseprotokoll bei Kindern	140
6.4	Zusammenfassung und Lernkontrollfragen	145
7	Psychodiagnostische Untersuchungen	147
7.1	Auswahl diagnostischer Verfahren	148
7.2	Störungsdiagnostik	151
7.2.1	Störungsdiagnostik nach ICD-10	151
7.2.2	Komorbiditäten	155
7.2.3	Störungsdiagnostik reliabel und valide gestalten	156
7.2.4	Differenzialdiagnostik	158
7.2.5	Spezifika der Störungsdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen	165
7.3	Problemdiagnostik	166
7.3.1	SORKC-Analyse	166
7.3.2	ABC-Modell	179
7.3.3	Plananalyse	184
7.3.4	Beziehungsanalyse	188
7.4	Leistungsdiagnostik	196
7.4.1	Intelligenzdiagnostik	196
7.4.2	Aufmerksamkeitsdiagnostik	197

7.5	Neuropsychologische Diagnostik	199
7.6	Ressourcendiagnostik	201
7.7	Entwicklungsdiagnostik	202
7.8	Zusammenfassung und Lernkontrollfragen	205
8	Zwischen- und Abschlussevaluation	208
8.1	Evaluationsarten	208
8.2	Direkte und indirekte Veränderungsmessung	209
8.3	Klinisch bedeutsame Veränderungen	211
8.4	Zusammenfassung und Lernkontrollfragen	213
9	Abklärung der Indikationsstellung	215
9.1	Ist eine psychotherapeutische Behandlung indiziert?	216
9.2	Welches Psychotherapieverfahren ist indiziert?	220
9.3	Ist ein (teil-)stationäres oder ambulantes Behandlungssetting indiziert?	221
9.4	Ist eine Behandlung in einer Psychiatrie oder eine medizinische Rehabilitation indiziert?	222
9.5	Ist ein Aufenthalt auf einer offenen oder geschützten Station indiziert?	222
9.6	Ist eine Einzel- oder Gruppentherapie indiziert?	223
9.7	Zusammenfassung und Lernkontrollfragen	223
10	Risiko- und Prognoseeinschätzung	226
10.1	Prognose der zu erwartenden gesundheitlichen Entwicklung	226
10.2	Prognose des Risikos für Selbstgefährdung	228
10.3	Prognose des Risikos für Fremdgefährdung	234
10.4	Zusammenfassung und Lernkontrollfragen	239
11	Aufklärung von Patient:innen	242
11.1	Formalitäten der Aufklärung	242
11.2	Inhalt der Aufklärung	243
11.3	Zusammenfassung und Lernkontrollfragen	249
12	Psychotherapeutische Basismaßnahmen	251
12.1	Entspannungsverfahren	252
12.2	Psychoedukation	254
12.3	Zusammenfassung und Lernkontrollfragen	258
13	Gespräche mit Bezugspersonen	260
13.1	Gesprächsführung mit Bezugspersonen	260
13.2	Altersspezifische Aspekte von Gesprächen mit Bezugspersonen	263

13.3	Ziele und Funktionen des Einbezugs von Bezugspersonen	265
13.4	Dokumentation von Bezugspersonengesprächen	268
13.5	Zusammenfassung und Lernkontrollfragen	268
14	Therapieplanung	270
14.1	Evidenzbasierung der störungsspezifischen Behandlungsplanung.....	270
14.2	Detailplanung des störungsspezifischen Vorgehens	277
14.3	Individualisierung der Therapieplanung.....	289
14.4	Zusammenfassung und Lernkontrollfragen	292
15	Erstellung psychologischer Gutachten	294
15.1	Begutachtungsschritte	295
15.2	Erstattung des Gutachtens	302
15.3	Zusammenfassung und Lernkontrollfragen	306
16	Gruppenpsychotherapie	308
16.1	Arten von Therapiegruppen	309
16.2	Aufgaben von Gruppenleiter:innen	310
16.3	Zusammenfassung und Lernkontrollfragen	315
Literatur		317
Hinweise zu den Online-Materialien		335

Vorwort

Die Berufsqualifizierende Tätigkeit III (BQT-III) ist eine tragende Säule der auf die Vermittlung von berufspraktischen Kompetenzen ausgerichteten klinischen bzw. psychotherapeutischen Masterstudiengänge. Das maßgebliche Ziel der BQT-III ist dabei die Vorbereitung auf den psychotherapeutischen Beruf sowie auf die postgraduale Weiterbildung zu einem:einer Fachpsychotherapeut:in. In diesem Buch haben wir Praxiswissen aufbereitet, das Studierende auf die Aufgaben und Anforderungen im Zuge der BQT-III optimal vorbereiten soll. Die Inhalte knüpfen dabei an den Wissensstand von Psychologie-Studierenden an und übersetzen die (theoretischen) Inhalte des Studiums in die psychotherapeutische Berufspraxis.

Der erste Teil des Buchs konzentriert sich auf die Vermittlung der Grundlagen psychotherapeutischen Handelns, die den gesamten Therapieprozess begleiten und für alle Richtlinienverfahren von Bedeutung sind. Dabei besprechen wir sowohl das Vorgehen bei der Erstellung einer Fallkonzeption als auch die Grundlagen der psychotherapeutischen Beziehungsgestaltung, Gesprächsführung und Dokumentation sowie die wichtigsten Aspekte der Berufsethik und des Berufsrechts. Im zweiten Teil des Buchs wird das gesamte für die BQT-III notwendige Methodenrepertoire anwendungsorientiert und anhand vieler Beispiele aufbereitet. Ergänzt werden die Buchinhalte durch Online-Materialien, die den Praxistransfer erleichtern und als Strukturierungs- sowie als Gedächtnisstütze dienen können.

Unser primäres Ziel beim Schreiben dieses Buches war es, Studierenden ein auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Hilfsmittel zum erfolgreichen Absolvieren der BQT-III und für den Einstieg in die Berufspraxis an die Hand zu geben. Darüber hinaus hoffen wir, Lehrpersonen mit diesem Buch eine gute Grundlage für die Durchführung von auf die BQT-III vorbereitenden Lehrveranstaltungen sowie für die Anleitung Studierender zur Verfügung zu stellen.

Wir wünschen allen Studierenden eine spannende und lehrreiche BQT-III, im Zuge derer sie die Freude am psychotherapeutischen Arbeiten entdecken können.

Braunschweig und Saarbrücken, Januar 2025

Christian G. Schanz,
Aylin I. Schumann,
Monika Equit
und Sarah K. Schäfer

Einleitung

Der Gegenstand der Berufsqualifizierenden Tätigkeit III (BQT-III) – und damit auch die Inhalte dieses Buches – werden von der „Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ (PsychThApprO) vom 4. März 2020 vorgegeben. Die Approbationsordnung ist eine vom Bundesministerium für Gesundheit erarbeitete Rechtsverordnung, zu deren Aufgaben auch die Festlegung der Mindestanforderungen an die „Inhalte der hochschulischen Lehre sowie der berufspraktischen Einsätze“ (inkl. der BQT-III) zählen (§ 20 PsychThG). Daher möchten wir die Einleitung nutzen, um Ihnen einen Überblick zu geben, welche organisatorischen Rahmenbedingungen die Approbationsordnung für die BQT-III vorgibt und welche Leistungsanforderungen sie an Studierende stellt.

Organisatorische Rahmenbedingungen

Für die BQT-III ist ein Umfang von 20 ECTS-Punkten vorgesehen, was einem Arbeitsaufwand von 600 Zeitstunden entspricht. Davon müssen 450 Stunden in (teil)stationären und 150 Stunden in ambulanten Versorgungseinrichtungen erbracht werden. Darüber hinaus schreibt die Approbationsordnung vor, dass die stationären berufspraktischen Einsätze entweder en bloc oder in mindestens sechswöchigen Teilpraktika zu erbringen sind. Als zugelassene Versorgungseinrichtungen definiert die Approbationsordnung „Einrichtungen der psychotherapeutischen, psychiatrischen, psychosomatischen, neuropsychologischen Versorgung“ sowie „interdisziplinäre Behandlungszentren mit Psychotherapieschwerpunkt“ und Hochschulambulanzen (§ 18, Abs. 5 PsychThApprO). Vorgegeben ist, dass die praktische Anleitung in diesen Einrichtungen durch Psychologische Psychotherapeut:innen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen mit Fachkundenachweis erfolgen muss.

Hinweis

Die ambulante berufspraktische Tätigkeit wird an den meisten Standorten an den Hochschulambulanzen umgesetzt. Die meisten (teil-)stationären berufspraktischen Einsätze finden in psychiatrischen oder psychosomatischen Kliniken statt, mit denen die Universitäten Kooperationsverträge geschlossen haben.

Leistungsanforderungen

Die Approbationsordnung definiert Einzelleistungen, die Studierende im Zuge Ihrer BQT-III erbringen müssen. Zu diesen Einzelleistungen gehört das Absolvieren folgender Aufgaben:

- die Durchführung von vier Erstgesprächen,
- die Erhebung von vier Anamnesen (inkl. Protokollierung),
- die Durchführung von vier wissenschaftlichen psychodiagnostischen Untersuchungen,
- die viermalige Abklärung von Indikationsstellungen *oder* alternativ die Durchführung von vier Risiko- und Prognoseeinschätzungen (inkl. Suizidabklärung),
- die Durchführung von vier Aufklärungsgesprächen mit Patient:innen über diagnostische und klassifikatorische Befunde,
- die Durchführung von drei psychotherapeutischen Basismaßnahmen (z. B. Entspannungsverfahren, Psychoedukation, Angehörigengespräche),
- die Durchführung von Bezugspersonengesprächen in vier Behandlungsfällen (inkl. deren Dokumentation),
- die Erstellung eines psychologisch-psychotherapeutischen Gutachtens.

Hinweis

Vorgeschrieben ist die Anwendung von Methoden aus „wissenschaftlich geprüften und anerkannten“ Psychotherapieverfahren. Für die Behandlung einer großen Anzahl von Störungsbildern sind dies die Kognitive Verhaltenstherapie, die Systemische Therapie sowie die Psychodynamische Psychotherapie (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2003, 2004, 2009). An den meisten Standorten werden in Lehrtherapien vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden genutzt, weshalb wir unsere Darstellung des Methodenrepertoires im zweiten Teil des Buches ebenfalls auf diesen Methodenschwerpunkt ausrichten.

Darüber hinaus macht die Approbationsordnung Vorgaben, in welchem Mindestumfang Studierende in die Behandlung von Patient:innen eingebunden werden müssen und welche Kriterien dabei zu berücksichtigen sind:

- Insgesamt müssen Studierende die zuvor definierten Aufgaben (d. h. Erstgespräche, psychodiagnostische Untersuchungen usw.) im Zuge der Behandlung von mindestens zehn Patient:innen verschiedener Altersgruppen sowie mit Erkrankungen aus mindestens vier verschiedenen Störungsbereichen erbringen, wobei die Behandlungsfälle unterschiedliche Schwere- und Beeinträchtigungsgrade aufweisen müssen.
- Sie müssen an mindestens zwölf aufeinanderfolgenden Sitzungen ambulanter Psychotherapie teilnehmen. Begleitend müssen diagnostische und therapeutische Handlungen eingeübt werden.

- Sie müssen darüber hinaus an mindestens zwei weiteren einzels psychotherapeutischen Behandlungen mit einem Gesamtumfang von zwölf Sitzungen teilnehmen. Im Zuge derer müssen die Studierenden die Durchführung der Diagnostik und der Anamnese sowie die Therapieplanung und die Zwischen- und Abschluss-evaluation übernehmen. Mindestens bei einem der Behandlungsfälle muss es sich um ein Kind oder einen Jugendlichen bzw. eine Jugendliche handeln.
- Sie müssen mindestens zwölf Sitzungen Gruppenpsychotherapie begleiten.

Darüber hinaus legt die Approbationsordnung fest, dass die Studierenden an einrichtungsinternen Fortbildungen teilnehmen müssen.

Wichtig

An vielen Standorten wurden von Lehr- bzw. Studienkoordinator:innen und/oder Ambulanzleitungen Handreichungen erstellt, die Details der Umsetzung der BQT-III am jeweiligen Standort regeln. Um einen erfolgreichen und reibungslosen Ablauf der BQT-III zu ermöglichen, ist es sehr zu empfehlen, sich parallel zur Arbeit mit diesem Buch auch mit den standortspezifischen Vorgaben zur BQT-III auseinanderzusetzen.

Teil 1: Grundlagen therapeutischen Handelns

In diesem Teil des Buches besprechen wir wichtige Grundlagen therapeutischen Handelns, auf denen die Anwendung der diagnostischen und therapeutischen Techniken aufbaut, die im zweiten Teil des Buches beschrieben werden. Hierzu zählen Grundlagen

- der Fallkonzeption,
- der Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung,
- der Dokumentation sowie
- der Berufsethik und des Berufsrechts.

Bei der nachfolgenden Darstellung der Grundlagen wird sowohl auf Besonderheiten aller Richtlinienverfahren als auch auf das Vorgehen in verschiedenen Altersgruppen eingegangen. Alle behandelten Grundlagen werden im Zuge der BQT-III implizit oder explizit zur Anwendung kommen.

1 Grundlagen der Fallkonzeption

In der Fallkonzeption werden diagnostische Informationen gebündelt und in einen Sinnzusammenhang gebracht, der die Basis für die Durchführung von Behandlungsmaßnahmen bildet (Schanz, Equit & Schäfer, 2023). Zur Fallkonzeption gehören

- der Therapieauftrag,
- die (Verdachts-)Diagnose,
- das individuelle Erklärungsmodell und
- die Behandlungsplanung.

Die Fallkonzeption repräsentiert daher das (gegenwärtige) Fallverständnis der Therapeut:innen und markiert den Übergang von der Diagnostik zur Intervention (vgl. Abbildung 1).

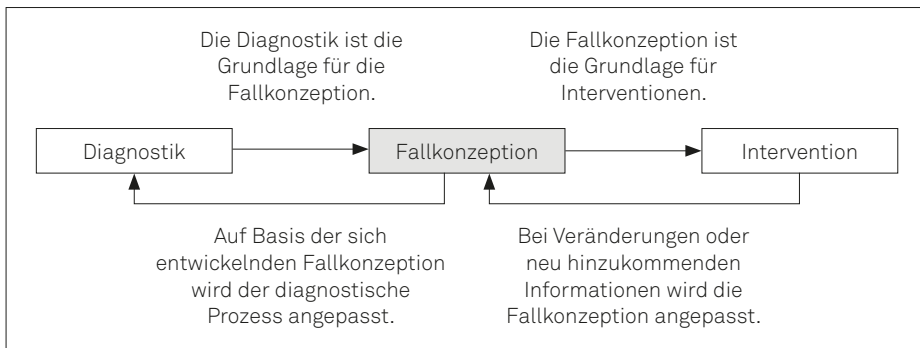


Abbildung 1: Die Fallkonzeption als Schnittstelle zwischen Diagnostik und Intervention (modifiziert nach Schanz et al., 2023)

Dabei ist der Weg von der Diagnostik zur Fallkonzeption und von der Fallkonzeption zur Intervention keine Einbahnstraße. Denn auch wenn der diagnostische Prozess häufig mit einer standardisierten, für alle Patient:innen ähnlichen Diagnostik beginnt, wird er vor dem Hintergrund der Fallkonzeption immer wieder angepasst und individualisiert.

Beispiel: Herr F.

Herr F. berichtet im Zuge des Erstgesprächs von Panikattacken und der Vermeidung von Menschenmengen, Fahrten auf Autobahnen und Brücken. Seine Therapeutin stellt daher die Verdachtsdiagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung. Ausgehend von dieser Verdachtsdiagnose beschließt die Therapeutin den Einsatz des Fragebogens zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV; Ehlers, Margraf & Chambless, 2001), d.h. einer Testsammlung, die dazu geeignet ist, den Schweregrad körperlicher, kognitiver und behavioraler Symptome einer Agoraphobie mit Panikstörung abzubilden. Im Zuge ihres sich entwickelnden Fallverständnisses hat die Therapeutin also den diagnostischen Prozess angepasst und die Standarddiagnostik um einen störungsspezifischen Fragebogen ergänzt.

Ebenso ist die Fallkonzeption mit dem Beginn konkreter Behandlungsmaßnahmen nicht abgeschlossen. Auch in der Interventionsphase werden immer wieder neue Informationen gewonnen und es werden (z.B. persönliche, kontextuelle, symptomatische) Entwicklungen eintreten, die das Fallverständnis verändern und daher zu einer fortlaufenden Anpassung der Fallkonzeption führen.

Beispiel: Herr F. (Forts.)

Nach der Diagnosesicherung und der Entwicklung eines individuellen Störungsmodells plant die Therapeutin mit Herrn F. die Durchführung einer expositionsbasierten Behandlung. Im Verlauf der Exposition in vivo stellt die Therapeutin fest, dass Herr F. in agoraphobischen Situationen immer wieder dissoziiert. Die Dissoziation senkt das Funktionsniveau von Herrn F. in den relevanten Situationen und reduziert so die Wirksamkeit der Expositionsbehandlung. Die Therapeutin exploriert mit Herrn F. die Ursprünge der dissoziativen Symptomatik und erweitert ihren Behandlungsplan um therapeutische Interventionen, die dazu dienen, die Dissoziation zu reduzieren (u.a. antidissoziative Skills). Die Therapeutin hat also infolge neu gewonnener Informationen im Interventionsprozess ihr Fallverständnis aktualisiert und davon ausgehend sowohl neue diagnostische Maßnahmen geplant als auch ihren Behandlungsplan angepasst.

1.1 Der Therapieauftrag

Psychotherapie ist eine Dienstleistung (höherer Art), bei der Therapeut:innen von Auftraggeber:innen zur Durchführung einer (Heil-)Behandlung beauftragt werden. Im Erwachsenen-Bereich kommt der Auftrag häufig von den Patient:innen selbst, bei Kindern und Jugendlichen hingegen häufig (auch) von Sorgeberechtig-

ten. In seltenen Fällen kann der Auftrag auch von Dritten kommen (z. B. im Maßregelvollzug). Therapieaufträge setzen sich aus einem Veränderungsziel und einem vereinbarten Weg zur Zielerreichung zusammen. Häufige Veränderungsziele sind die Reduktion der Symptombelastung, die Steigerung des Funktionsniveaus, die Stärkung des Selbstbewusstseins oder auch das Lösen von beruflichen, partnerschaftlichen oder familiären Problemen und Konflikten (Faller, 2000; Ramnerö & Jansson, 2016).

Wichtig

Die Kosten für eine Psychotherapie werden nur dann von den (gesetzlichen) Krankenversicherungen übernommen, wenn eine psychische Erkrankung vorliegt, auf deren Behandlung die Psychotherapie ausgerichtet ist (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024). Das heißt, die Kosten werden nicht übernommen, wenn das (Haupt-)Ziel der Therapie beispielsweise in der Lösung partnerschaftlicher oder sozialer Probleme liegt. Auch in solchen Fällen kann eine Psychotherapie sinnvoll sein, allerdings müssen Patient:innen die Kosten einer Behandlung dann in der Regel selbst tragen (z. B. im Rahmen einer Paartherapie).

In manchen Fällen, bei denen zu Therapiebeginn keine (ausreichende) Veränderungsmotivation oder Störungseinsicht vorliegt, kann das erste Therapieziel auch darin bestehen, zunächst zu klären, ob eine Veränderung sinnvoll bzw. vorteilhaft sein könnte oder nicht. Das ist (im Erwachsenenalter) insbesondere beim Vorliegen von Abhängigkeitserkrankungen (Philips & Wennberg, 2014), Essstörungen (Carter & Kelly, 2015) und somatischen Belastungsstörungen (Mander et al., 2017) zu erwarten, bei denen der Impuls, eine Therapie zu beginnen, besonders häufig (auch) von Dritten und nicht von Patient:innen selbst kommt. Insbesondere – aber nicht ausschließlich – in solchen Fällen ist es wichtig, zwischen Therapie- und Veränderungsmotivation zu differenzieren. Eine ausreichend gute Therapieprognose setzt das Vorliegen von Therapie- *und* Veränderungsmotivation voraus (Krebs et al., 2019). Fehlt es zu Beginn der Therapie an Veränderungsmotivation, obwohl eine psychische Erkrankung vorliegt bzw. Leidensdruck und/oder Funktionseinschränkungen bestehen, sollten in der Regel Maßnahmen zur Förderung der Veränderungsmotivation durchgeführt werden (z. B. Pro-Kontra-Listen, motivierende Gesprächsführung, Stuhldialoge; Hötzel & Brachel, 2022). Werden die Versuche zur Förderung der Veränderungsmotivation abgelehnt oder bleiben sie ohne Erfolg, sollte die Therapie aufgrund einer zu schlechten Prognose beendet werden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024). Sind die Versuche hingegen erfolgreich, kann im Anschluss gemeinsam ein neuer, auf Veränderungen ausgerichteter Auftrag formuliert werden.

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist dieses Thema sogar noch komplexer. Denn Therapie- und Veränderungsmotivation können bei verschiede-

nen Systemmitgliedern vorhanden sein oder fehlen. Das Vorhandensein oder Fehlen von Therapie- und/oder Veränderungsmotivation sollte vor Beginn der Behandlung bei allen für den Prozess relevanten Personen geprüft werden (d.h. bei den Kindern und Jugendlichen, aber auch bei deren Sorgeberechtigten). Insbesondere bei externalisierenden Störungen (z.B. Störung des Sozialverhaltens) kommt es häufig vor, dass die Sorgeberechtigten die Inanspruchnahme eines Behandlungsangebots initiieren, die Kinder und Jugendlichen der Behandlung jedoch (mindestens) ambivalent gegenüberstehen. Dies zu erfassen, zu thematisieren und zum Gegenstand der Behandlung zu machen, ist ein wichtiger Teil vieler Therapien (Borg-Laufs, Gahleitner & Hungerige, 2018). Dabei ist es wichtig, die Gründe zu verstehen, die Therapie- und/oder Veränderungsmotivation erschweren. Bei Kindern und Jugendlichen können hierbei Ängste eine wichtige Rolle spielen (z.B. „Was kommt auf mich zu?“, „Kann ich der Person vertrauen?“, „Wird alles meinen Eltern erzählt?“). In anderen Fällen sind Kinder und Jugendliche sowie deren Sorgeberechtigte uneins über die Ziele einer Behandlung. Beispiele für wichtige Umstände, die die Therapie- und/oder Veränderungsmotivation auf Seiten der Sorgeberechtigten verringern können, sind (Borg-Laufs et al., 2018):

- Das therapeutische Angebot wird auf Druck Dritter aufgesucht (z.B. Lehrer:innen).
- Es bestehen keine klaren Zielvorstellungen.
- Nach zahlreichen selbst initiierten Lösungsversuchen ist ein Gefühl von Resignation eingetreten.
- Vorgeschlagene Veränderungen lösen Ängste und Schuldgefühle aus.
- Eltern sind selbst zu stark belastet, um sich auf den Therapieprozess einlassen zu können.

Ist in den ersten Sitzungen verstanden worden, was Therapie- und/oder Veränderungsmotivation entgegensteht, geht es darum, gemeinsam an dieser zu arbeiten. Mittel hierzu können Strategien zum Aufbau intrinsischer Motivation sein (z.B. über realistisch mögliche positive Veränderungen informieren, Kontrolle der Patient:innen in den Sitzungen erhöhen), eine Klärung des Therapieauftrags und das Finden „kleinster gemeinsamer Ziele“ von Kindern, Jugendlichen und deren Sorgeberechtigten. Oftmals ist es so, dass Kinder und Jugendliche zunächst vor allem fremdmotiviert zur Behandlung kommen und sich im Laufe der ersten Sitzungen auf Basis eines tragfähigen therapeutischen Beziehungsangebots eine intrinsische Motivation zur Therapie und Veränderung entwickelt.

Wichtig

Nicht jeder Therapieauftrag kann bzw. sollte angenommen werden. Es sollten nur Therapieaufträge angenommen werden, zu deren Erfüllung Psychotherapie (wahrscheinlich) beitragen kann bzw. für deren Erfüllung Psychotherapie evidenzbasiert ist. Darüber hinaus sollten sich Aufträge auf für Patient:innen aus eigener Kraft

erreichbare Annäherungsziele beziehen, die mit den Werten und Lebenszielen der Patient:innen vereinbar sind (Michalak, Grosse Holtforth & Berking, 2007). Wenn Patient:innen Aufträge formulieren, auf die dies nicht zutrifft, sollte in der Regel zunächst versucht werden, gemeinsam einen geeigneten Auftrag zu entwickeln. Gelingt dies nicht, sollte eine Behandlung in der Regel abgelehnt werden.

Zum Festhalten bzw. Ausformulieren von Therapiezielen haben sich vor allem zwei Methoden in der Psychotherapie etabliert, die auch kombiniert werden können. Zum einen sollten Therapieziele „SMART“ formuliert werden (Drucker, 2008). Zum anderen empfiehlt sich die Nutzung einer „Zielerreichungsskalierung“ (Kiresuk & Sherman, 1968).

Ziele „SMART“ formulieren. Therapieziele sind „SMART“ formuliert, wenn sie spezifisch (S), messbar (M), attraktiv (A), realistisch (R) und terminierbar (T) sind. Die Anwendung dieser Kriterien führt in der Regel zu verhaltensnahen Annäherungszielen, die besonders gut geeignet sind, um in einer Verhaltenstherapie bearbeitet zu werden.

Beispiel: Herr F. (Forts.)

Herr F. möchte seine agoraphobische Symptomatik reduzieren. Gemeinsam mit seiner Therapeutin erarbeitet er ein „SMART“ formuliertes Ziel. Er möchte im Dezember (*terminierbar*) den Adventsmarkt seiner Heimatstadt gemeinsam mit seiner Frau und seinem Sohn (*spezifisch und attraktiv*) ohne Sicherheitsverhalten und bei höchstens moderater Anspannung (*messbar*) besuchen können. Davon ausgehend, dass eine gut wirksame evidenzbasierte Behandlung für Agoraphobie mit Panikstörung vorliegt, die Behandlung im März begonnen wurde und Herr F. sowohl therapie- als auch veränderungsmotiviert ist, besteht eine gute Behandlungsprognose (*realistisch*).

Zielerreichungsskalierung. Bei der Zielerreichungsskalierung geht es darum, das Ausmaß der Zielerreichung auf einer (ordinalen) Skala abbildbar zu machen. Klassischerweise wird dafür eine bipolare Skala mit fünf Ausprägungen verwendet, die von „viel schlechter als erwartet“ bis „viel besser als erwartet“ reicht. Zu jedem Skalenpunkt werden zu Therapiebeginn zielspezifische Zustände definiert, die dem jeweiligen Skalenpunkt entsprechen. Im Therapieverlauf kann dann eingeschätzt werden, welchem Skalenpunkt der gegenwärtige Therapiefortschritt am ehesten entspricht. Ein Beispiel zeigt Abbildung 2.

Neben dem Festlegen von Therapiezielen gehört zur Auftragsklärung auch das Skizzieren des Wegs zur Zielerreichung. Dabei sollte Patient:innen eine Orientierung gegeben werden, was sie in der Therapie erwartet, wie lange die Therapie in etwa dauern wird und was sie selbst aber auch die Therapeut:innen zur Zielerreichung beitragen können bzw. müssen. Ausgehend davon können Patient:innen

Ziel: Panikattacken reduzieren		
+2	viel besser als erwartet	Ich erlebe über mehrere Monate hinweg keine Panikattacke.
+1	besser als erwartet	Ich erlebe ein- bis dreimal im Monat eine Panik-attacke.
0	wie erwartet	Ich erlebe Panikattacken ein- bis zweimal pro Woche.
-1	schlechter als erwartet	Ich erlebe Panikattacken genau so häufig wie zu Beginn der Therapie. Also ca. dreimal pro Woche.
-2	viel schlechter als erwartet	Ich erlebe Panikattacken häufiger als dreimal pro Woche.

Abbildung 2: Auszug aus der Zielerreichungsskalierung von Herrn F.

eine informierte Entscheidung treffen, ob sie dem zustimmen und den Behandlungsauftrag erteilen möchten oder nicht. Gleichzeitig geht es dabei lediglich um eine grobe Skizze des Behandlungsplans. Eine Vertiefung von Details ist an dieser Stelle in der Regel noch nicht zielführend. Das liegt einerseits daran, dass den Therapeut:innen zum Zeitpunkt der Auftragsklärung (die i. d. R. in der Sprechstunde oder in der Probatorik stattfindet) relevante Informationen nur in Teilen vorliegen und viele Details daher noch gar nicht feststehen können. Andererseits zeigt die Erfahrung, dass einige Patient:innen auf ein Zuviel an Information eher verunsichert reagieren, da sie Überforderung und zu großen Veränderungsdruck befürchten. Dies ist jedoch an dieser Stelle im Therapieprozess eher kontraproduktiv, da Studien zeigen, dass insbesondere zu Behandlungsbeginn Hoffnung auf einen Behandlungserfolg ein guter Prädiktor für dessen späteres Eintreten ist (Constantino et al., 2018). Daher ist es wichtig, die geplante Behandlung für Patient:innen transparent zu skizzieren und dabei auch herausfordernde Elemente (z.B. eine geplante Expositionsbehandlung) nicht auszusparen, sich allerdings nicht in Details geplanter Maßnahmen zu verlieren (z. B. konkrete Stufen einer Expositionsbehandlung).

Auch Kinder und Jugendliche müssen über die geplanten Behandlungsschritte informiert werden. Da Kinder und Jugendliche oft rechtlich nicht allein über Behandlungsschritte entscheiden können, ist die Aufklärung häufig komplexer und bezieht neben den Patient:innen auch deren Sorgeberechtigte ein. Dennoch ist es nicht zuletzt aus ethischen Gründen und für die Behandlungsmotivation wichtig, Kinder und Jugendliche in die Entscheidungsfindung über die Art und die Ziele der Behandlung einzubinden. Hierbei ist es essenziell, Informationen entwicklungsangemessen und dennoch transparent zu vermitteln. So sollte beispielsweise

eine entwicklungsangemessene Sprache gewählt und an die Erlebenswelt der jungen Patient:innen angeknüpft werden (z. B. als Vorbereitung einer expositionsbasierten Behandlung: „Vor den Sommerferien werden wir mit Übungen beginnen, bei denen du dich Situationen stellst, die dir aktuell Angst machen – zum Beispiel, mit dem Bus zur Schule zu fahren.“). Mit steigendem Alter (und fortschreitendem Entwicklungsstand) nähern sich Inhalte und Vorgehen bei der Information der Patient:innen stärker der Arbeit mit Erwachsenen an.

Beispiel: Herr F. (Forts.) – Besprechung des Wegs zur Zielerreichung bei bereits ausformulierten Zielen

Th.: Wenn Sie einverstanden sind, würde ich unsere Therapieziele noch einmal zusammenfassen. (*Herr F. nickt.*) Unser Fokus soll auf der Reduktion von Panikattacken und Vermeidungsverhalten liegen, so dass Sie sich wieder in der Lage fühlen, Ihren Alltag – sowohl beruflich als auch familiär – flexibel und ohne Sicherheitsverhalten zu bewältigen. Dabei sollen wir auch daran arbeiten, die Anspannung, die Sie häufig erleben, so weit zu reduzieren, dass Sie Aktivitäten wieder mehr genießen können. Habe ich das richtig verstanden? (*Herr F. stimmt zu.*) Bei der Erreichung dieser Ziele kann eine Psychotherapie Sie gut unterstützen. Es gibt eine ganze Reihe von wissenschaftlichen Studien, die zeigen, dass verhaltenstherapeutische Maßnahmen zu einer starken Reduktion von Panikattacken, Anspannungszuständen und Sicherheitsverhalten beitragen können. Ist es in Ordnung, wenn ich Ihnen kurz skizziere, welches Vorgehen sich dabei bewährt hat? (*Herr F. äußert sein Einverständnis.*) Im Kern besteht das Problem bei einer Agoraphobie mit Panikstörung darin, dass man gelernt hat, dass von Situationen und Körperempfindungen, die per se normal und ungefährlich sind, vermeintlich eine Gefahr ausgeht, was zu Angsterleben führt. Bei Ihnen wäre eine solche Situation zum Beispiel der Besuch eines Adventsmarkts. In der Therapie werden wir daher Methoden anwenden, die Ihnen dabei helfen sollen, die ganz automatisch beim Besuch eines Adventsmarkts einsetzenden Befürchtungen und Angstreaktionen wieder zu verlernen. Klingt das für Sie nachvollziehbar oder haben Sie dazu Fragen? (*Herr F. gibt an, dass das nachvollziehbar ist, und fragt, wie das zu schaffen ist.*) Anfangen werden wir damit, dass wir uns anschauen, wie Ihre Angst entstanden ist und welche Befürchtungen Sie genau mit einem Adventsmarkt und verschiedenen Körperreaktionen verbinden. Dann werden wir gemeinsam einen Plan entwickeln, um zu testen, ob diese Befürchtungen begründet oder unbegründet sind. Dafür werden wir zum Beispiel bewusst gemeinsam Situationen aufsuchen, die objektiv ungefährlich, aber für Sie angstbesetzt sind. Das wird

Ihnen dabei helfen, Ihre Angst wieder zu verlernen. Typischerweise findet die Behandlung dabei wöchentlich statt und dauert zwischen sechs und neun Monaten. Haben Sie dazu Fragen, die wir gemeinsam besprechen sollen?

Manchmal ist es hilfreich, Therapieziele nach Priorität zu ordnen. Das ist vor allem der Fall, wenn viele Ziele angegeben werden und/oder das Erreichen der verschiedenen Ziele ganz unterschiedliche Methoden erfordert, sodass schrittweise vorgegangen werden sollte (z. B., wenn sowohl die Symptomreduktion bei einer Anorexia nervosa als auch bei einer komorbid vorliegenden posttraumatischen Belastungsstörung angestrebt wird). Das Bilden einer Hierarchie von Therapiezielen gelingt am besten, indem man die Ziele auf Karteikarten schreibt und diese an einem Whiteboard oder einem Flipchart auf den Achsen „Wichtigkeit“ und „Erreichbarkeit“ gemeinsam mit den Patient:innen ordnet (Schanz et al., 2023).

1.2 Diagnose

Diagnosen sind ein wichtiger Bestandteil der Fallkonzeption, insbesondere in verhaltenstherapeutischen Behandlungen und in psychiatrischen Settings. Bei der (deskriptiv-phänomenologischen) Diagnosestellung wird von den vorliegenden Symptomen auf das zugrunde liegende Syndrom geschlossen. Die Vergabe einer Diagnose geht mit Vorteilen, aber auch mit Nachteilen und Limitationen einher. Beginnen wollen wir mit der Betrachtung der Vorteile von (kategorialen) Diagnosen:

- *Evidenzbasierte Behandlung.* Therapieleitlinien und Behandlungsmanuale sind häufig auf die Behandlung einer bestimmten Störung ausgerichtet. Eine valide Diagnosestellung vereinfacht daher die Identifikation von evidenzbasierten Behandlungsmöglichkeiten.
- *Anforderungen des Gesundheitssystems.* Die Vergabe einer Diagnose ist eine zwingende Voraussetzung für die Kostenübernahme einer Therapie durch die (gesetzlichen) Krankenkassen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2024). Der Diagnosestellung kommt daher administrativ ein großer Wert zu (z. B. müssen [Verdachts-]Diagnosen an die Krankenversicherung übermittelt werden, damit Kosten übernommen werden können).
- *Kommunikation.* Diagnosen werden in Deutschland auf Basis der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD; Weltgesundheitsorganisation [WHO], 1994, 2022) vergeben. Dieses Klassifikationssystem stellt ein international einheitliches Vokabular zur Benennung von Störungsbildern zur Verfügung. Überweist man beispielsweise Patient:innen mit der Diagnose „F33.2 Rezidivierende depressive Störung, mit

gegenwärtig schwerer Episode (G)“ in eine psychiatrische Klinik, haben die dortigen Kolleg:innen sehr schnell eine gute Vorstellung davon, welche diagnostischen und interventionellen Schritte vermutlich angezeigt sind.

Diesen Vorteilen einer Diagnosestellung stehen auch Nachteile gegenüber, die man bei der Diagnosestellung beachten sollte:

- *Defizitorientierung.* In der ICD gibt es keine Diagnosen, bei denen Ressourcen oder Fertigkeiten gefordert oder benannt sind; stattdessen erfordert die Vergabe aller Diagnosen das Vorhandensein einer Reihe von Symptomen (WHO, 1994, 2022). Die Diagnose übermittelt daher ausschließlich „negative“ Informationen.
- *Stigmatisierung.* Leidet eine Person unter einer psychischen Störung, weicht ihr Verhalten (per Definition) in bestimmtem Umfang von statistischen, sozialen und funktionalen Normen ab (Rief & Stenzel, 2012; Kring, Johnson & Hautzinger, 2019). Betroffene, Angehörige und Dritte können die Diagnosevergabe daher als eine Art Label (z. B. „gestört“) auffassen, wodurch Betroffenen Nachteile entstehen können. Beispielsweise kann es passieren, dass Patient:innen, bei denen eine hypochondrische Störung (F45.2) diagnostiziert wurde, bei der Äußerung von körperlichen Beschwerden von Behandler:innen und Angehörigen nicht mehr ernst genommen werden. Insbesondere aus systemischer Perspektive ist vor diesem Hintergrund auch relevant, dass Diagnosen Probleme sehr klar bei einzelnen Personen verorten, obwohl möglicherweise auch Systemvariablen (u. a. Wechselwirkungen in der Beziehungsgestaltung von Personen) an der Symptomentstehung und -aufrechterhaltung beteiligt sind (von Schlippe & Schweitzer, 2016).

Neben eindeutigen Vorteilen und Nachteilen geht die Diagnosestellung auch mit Limitationen einher, die zu Nachteilen werden können, wenn sie nicht angemessen berücksichtigt und mitgedacht werden:

- *Informationsgehalt.* Eine Diagnose enthält nie alle Informationen, die für eine Behandlung relevant sind, kann aber dazu verleiten, das Fallverständnis auf die Diagnose zu beschränken (Negativbeispiel: „Die ‚Depressive‘ von Zimmer 6.“). Geschieht das, werden viele individuelle Fallcharakteristika übersehen, was eine erfolgreiche Behandlung weniger wahrscheinlich macht.
- *Künstliche Klassifikation.* Psychische Diagnosen sind keine naturwissenschaftlichen Entitäten, sondern soziale Konstrukte, die einem gesellschaftlichen Wandel unterworfen sind. Entsprechend gibt es für keine psychische Störung (im engeren Sinne) einen objektiven Nachweis, wie dies etwa für einige somatische Erkrankungen der Fall ist (z. B. Nachweis eines bestimmten Erregers). Folglich geht eine Diagnosestellung immer mit einer (relevanten) Irrtumswahrscheinlichkeit einher.
- *Deskriptiv-phänomenologische Klassifikation.* Die meisten Diagnosen und Störungskategorien in den gängigen Klassifikationssystemen sind deskriptiv-phänomenologisch. Das heißt, Diagnosen werden über eine Beschreibung (Deskription)

des Sichtbaren (Phänomen) definiert, also über ihre Symptome bzw. das gemeinsame Vorliegen verschiedener Symptome. Die Krankheitslehre (Nosologie), d. h., Annahmen über die hinter der Erkrankung stehenden pathologischen Mechanismen, findet jedoch – bis auf wenige Ausnahmen (z. B. posttraumatische Belastungsstörung) – kaum Beachtung bei der Klassifikation psychischer Erkrankungen. Während deskriptiv-phänomenologische Ansätze systematisch mit einer höheren Objektivität und Reliabilität der Diagnostik einhergehen als nosologische Ansätze, haben sie vergleichsweise weniger direkte Implikationen für die Behandlungsplanung (da sie z. B. keine Informationen enthalten, „warum“ jemand Panikattacken erlebt).

Damit die Diagnosestellung für die Fallkonzeption möglichst hilfreich ist, gilt es, ihre Vorteile zu nutzen und ihre Nachteile und Limitationen zu kompensieren. Dafür wird eine kategoriale Störungsdiagnostik u. a. durch dimensionale Ansätze sowie eine Problem- und Ressourcendiagnostik ergänzt. Das praktische Vorgehen bei der Diagnostik wird detailliert in Kapitel 7 beschrieben.

1.3 Das individuelle Erklärungsmodell

Das Erklärungsmodell beschreibt die individuellen prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren, die zum Störungs- oder Problemgeschehen beitragen (Margraf & Lieb, 1995). Dadurch hat es direkte Implikationen dafür, welche Interventionen als zielführend erachtet werden, um die gegenwärtige Störung zu reduzieren, die zugrunde liegenden Probleme zu klären, gegenwärtige Herausforderungen zu bewältigen und zukünftigen Krisen vorzubeugen. Je nach Therapieschule werden dabei unterschiedliche Variablen besonders in den Fokus genommen. Die wichtigsten Annahmen zur Störungs- und Problemmentstehung in den Richtlinienverfahren werden nachfolgend (verkürzt) zusammengefasst. Ergänzend wird ein biomedizinisches Krankheitsverständnis besprochen, das psychopharmakologischen Behandlungen zugrunde liegt.

Kognitive Verhaltenstherapie. Die kognitive Verhaltenstherapie nimmt an, dass psychische Erkrankungen ebenso wie „gesundes“ Erleben und Verhalten als Resultat von Lernprozessen verstanden werden können (Beck & Haigh, 2014). Aus einer Vielzahl einzelner Lernerfahrungen formen sich bei jedem Menschen kognitive und affektive Schemata und Verhaltenspläne, deren Zusammenspiel helfen soll, Alltagssituationen zielführend zu bewältigen und nützlich auf diese zu reagieren. Insbesondere – aber nicht ausschließlich – infolge von schweren Belastungen (z. B. Vernachlässigung in der frühen Kindheit) kann es dazu kommen, dass Lernprozesse angestoßen werden, die bei den Betroffenen zu Schemata und Verhaltensplänen führen, die später zu Leiden und/oder Funktionseinschränkungen im Alltag beitragen (z. B. „Nicht mal meine Eltern konnten mich lieben“, „Ich bin wertlos“,