

## 6 Klinische Psychodiagnostik

### Aufgaben und Ziele

- Aufgaben: (1) Definition & Identifikation psychischer Störungen;  
(2) Klassifikation & Indikation  
(3) Ätiologie & Genese: Bedingungen & Verlauf der Entstehung  
(4) Prognose: Bedingungen & Verlauf der weiteren Entwicklung  
(5) Evaluation von Intervention & Verlauf

→ Diagnose, Prognose, Indikationsstellung

Daraus lassen sich für die klin. Psy. drei wesentliche Zielsetzungen differenzieren:

#### I. Status- vs. Prozessdiagnostik

**Statusdiagnostik:** Erfassung des augenblicklichen Zustands; Eigenschaftstheorien, die auf überdauernde Merkmale abzielen; gerichtet auf interindivid. Varianz und Stellung des Einzelnen in einer Gruppe, die zur Normierung herangezogen wird → Feststellung normkonformen o. -abweichenden Verhalten → meist Testverfahren

**Prozessdiagnostik:** Erfassung intraindiv. Veränderungen über die Zeit

#### II. Normorientierte vs. kriteriumsorientierte Diagnostik:

**Normorientierte D.:** zur Ermittlung der indiv. Position in Bezug zur Normgruppe (Abweichung o. Normalität einer Person in Relation zu anderen) → Testverfahren

**Kriteriumsor. D.:** Wurde ein indiv. Behandlungsziel erreicht? Die indiv. Position relativ zu einem Kriterium

#### III. Testen vs. Inventarisieren

**Testen:** zur Erfassung einer Stichprobe des Verhaltens & Erlebens, die einen Rückschluss auf einen Eigenschaftswert zulässt → Diagnostik als Messung: mit Testverfahren soll eine latente Variable erschlossen werden (z.B. Persönlichkeitseigenschaft)

**Inventarisieren:** ein Verhaltensrepertoire wird erhoben anhand von u.a. klin. Problemanalysen, Interview, Verh.beob. o. Klientenbefragungen → Inventarisierung problemrelev. Infos

### Möglichkeiten und Zugänge zur Klin. Psy.

- **Multimethodal** (= versch. Erhebungsmethoden), **multimodal** (verschiedene Datenebenen), **multiperspektivisch** (Heranziehen versch. Beurteiler)
- *Auch Grad der Involviertheit beeinflusst Beurteilungsgenauigkeit: geringere persönliche Verwicklung = neutralere und daher genauere diagnostische Beurteilung?* (S. 6)
- **Selbstbeschreibung** (naive Theorien, Begründungs-, Rechtfertigungszwänge, Leugnung, → Störquellen) vs. **Fremdbeurteilung** (Voreingenommenheit der Beobachter → Beob.training, kontrolliertes, systematisches Vorgehen)
- **Erfassen der Entw.geschichte: Biographik vs. Amnestik**  
**Biografik:** ganzheitliche Beschreibung der Lebensgeschichte einer Person in ihrer Einmaligkeit; Sinnzusammenhänge, handlungsleitende Motive des eigenen Lebens, gesell. & historische Einflüsse auf pers. Entw. & Bedeutung typischer & indiv. Erfahrungen → Biographische Daten sind verfügbare, subjektiv bedeutsame und transparente (Klient soll Frage & Antwortbewertung durchschauen) Daten aus der Lebensgeschichte → Klient als Experte seiner selbst.

**Amnestik:** auf Entwicklungsgeschichte einer psych. Problematik (einschließlich der Entstehungsbeding. aus soz. Umfeld) eingeeingte Biographik.

→ **method. Probleme:** da retrospektive Rekonstruktion: Erinnerungslücken, bew. o. unbew. Fehler, begrenzte Reflexionsfähigkeit, Stimmungslage; nicht leicht aus indiv. Lebensläufen Verallgemeinerungsaussagen zu machen.

✗ hoher heuristischer Wert: hilfreich, um Beziehungen zw. Ereignissen, Erfahrungen, wiederholten Handlungsweisen aufzuklären, gewähren Einblick in Eigenheiten, Motive, Konflikte, Lebensthemen einer Person, besonders einflußreich: die mit den Erf. & Erinnerungen verbundenen Gefühle & Stimmungen

## Methoden

- **Klinisches Interview:** in Praxis am häufigsten, mehr oder weniger detailliert strukturierte Exploration → diejenige Methode, bei der die Unterschiede zw. Therapieschulen am deutlichsten hervortreten: etwa wie die Probleme konzeptualisiert werden (z.B. als „intrapyschische“ oder als Probleme der Person-Umwelt-Interaktion), welche Betonung die Genese o. aktuellen Bedingungen enthalten.
- **Daten aus objektive Erhebungen:** Lebensdaten aus Urkunden, Zeugnissen, Krankenakten → wenn Person nicht/nur begrenzt aussagefähig, Zweifel an Aussage. Einfacher durch Befragung v. Angehörigen zu erhalten.
- **Nicht-standardisierte Selbstberichte:** Briefe, autobiographische Berichte etc. → subj. Erklärung, sein Bedingungswissen.
- **standardisierte Selbstberichte:** Fb, Skalen, Inventare, Testziel durchschaubar → standardisierte Durchführung, Auswertung & Interpretation
- **Tests:** Erhebung von Verhaltensweisen in standardisierten und künstlich erzeugten Situationen, weniger durchschaubar, z.B. projektive Testverfahren
- **systematische Verhaltensbeobachtung:** teilnehmend o. außenstehend; Aufschluß über Erlebnis- & Verhaltensweisen einer Person, über die sie selbst nur begrenzt Auskunft geben kann (Analyse von Affekten, Kommunikations- & Interaktionsstrukturen)
- **psychophysiologische und neuropsychologische Methoden:** Verbindung zw. biolog. Körpersignalen & psych. Merkmalen

## Theorieabhängigkeit Klinischer Psychodiagnostik

### Verhaltensdiagnostik:

- psych. Strg. werden als Verhaltensdefizite bzw. -exzesse aufgefasst.
- Das Verhalten & Erleben einer Person wird durch auslösende & konsequente Person- & Umweltgegebenheiten funktional gesteuert → vergangene Erf. & Genese einer Strg. erscheinen als Lerngeschichte.
- Innerhalb des funktionalen Bedingungsgefüges, in das das gestörte Verh. eingebettet ist, werden kogn., andere erlebnismäßige und somat. Faktoren in erster Linie als Mediatorvariablen aufgefasst, die die funktionale Bez. zw. Verh. & Umwelt modifizieren → Betonung auf Veränderungen & indiv. Prozessen des Lernens;
- z.B. *Verhaltensanalyse* zur Erstellung eines indiv. Bedingungsmodells gestörten Verhaltens (Ableitung der gegenwärtigen Problematik, Behandlungsziele & konkrete Behandlungsschritte → hypothetische Modell → ständige Überarbeitung durch neue Infos → diagnostisch-therapeutischer Prozess);
- *Verhaltensgleichung:* SORKC → funktionale Beziehungen des Verhalten: Problemrelevantes Verhalten **R**, ausgelöst durch best. Situationsmerkmale **S**, treffen auf best. organische Bedingungen **O** (z.B. körp. Erschöpfung); problemrelevantes Verhalten wird auch durch nachfolgende Bedingungen **C** (pos., neutr., neg. Konsequenzen)

beeinflusst, die in unterschiedl. Häufigkeit & zeitl. Aufeinanderfolge **K** auf das Verhalten folgen

- **Stärken:** enge Verbindung mit Planung & Realisierung klin.-psy. Tätigkeit, Konzentration auf änderbare Systeme im Individ.
- **Schwächen:** emotionale u. interpersonale Aspekte fehlen

### **Kognitive Diagnostik:**

- Interesse am Erfassen kognitiver Strukturen und Prozesse; Mensch verarbeitet Außen- (und Innen-) Reize aktiv und dynamisch → Verhalten als Produkt geistiger Abläufe; Im Zentrum des Interesses: Gedanken, Wissen, Verständnis, Sprache, Gedächtnis;
- Die gewisse Konsistenz indiv. Handlungsmuster werden u.a. erklärt durch Handlungspläne, Skripte oder Schemata. → kognitiv-behaviorale Diagnostik (Verbindung zw. kognitiven Prozessen & Verhaltensabläufen, v.a. in der Bez. zw. Zielen, Erwartungen, Handlungsplänen und konkreten Handlungsweisen; ein umfassendes, derartiges Analysemodell: Problemanalyse), kognitive Diagnostik (Erfassen v. Schemata, Skripten etc., unzureichend entw.) & Selbstkonzeptdiagnostik (z.B. Repertory Grid: Selbsteinschätzung mit Beurteilungen über nahestehende Bezugspersonen vergleichen zum Aufzeigen v. Wechselbezügen zwischen Selbst-Wahrnehmung und der von nahestehenden Personen)

### **Klientenzentrierte Psychodiagnostik:**

- Rogers: Therapie ist Diagnose, ein Prozess, der eher in der Erf. des Klienten als im Intellekt des Kliniklers abläuft; Absicht: Diagnostik nicht über den Kopf des Klienten hinweg betreiben
- Ziel: v.a. die Perspektive des Befragten in einer nicht-normativen, idiographischen Weise abbilden → *Q-Sort-Technik* (Ermittlung des idealen & realen Selbstkonzeptes: Klient sortiert auf sich selbst bezogene Aussagen nach dem Grad des Zutreffends (Ich bin wertlos, vertraue mir nicht, lebenswürdig) → Erwartung, dass im Laufe der Therapie sich das ideale dem realen Selbstkonzept annähert (zunehmende Kongruenz)), *Personal Orientation Inventory* (Fragebogen zur Erfassung des Grads der Selbstaktualisierung, zielt auf verschiedene Aspekte persönlicher Orientierung), *Veränderungsfragebogen des Erlebens & Verhaltens* (nach Behandlungsabschluss: Beurteilungen von Aussagen, die bereits Veränderungen ausdrücken durch den Klienten („Ich habe weniger Selbstvertrauen“)), *Kieler Änderungssensitive Symptomliste* (u.a. Gesamtwert zur Symptombelastung); zahlreiche Verfahren zur Erfassung psychotherapeutischer Prozesse (Einschätzung v. Behandlungsstd. Als Ganze, v. Gesprächsausschnitten, von Beteiligten selbst o. Beobachtern)

### **Psychoanalytische Diagnostik:**

- sehr lange Tradition, v.a. durch große Bedeutung der projektiven Testverfahren, die bis etwa Mitte der 70er obligatorisch zum Studium gehörten. Seither sind sie nebensächlich geworden.
- Versuch einer Neuentwicklung zur Paar-Diagnostik: *Gemeinsamer Rorschach-Versuch* (Einigung auf gem. Deutung, Auswertung des indiv. Sozialverhaltens u. der unbewussten Dynamik des Paares). Informelle D. (psychoanalytisches Interview, allg. Ziel des Erstinterviews o. der trad. Probeanalyse: Aussage über die Analysefähigkeit des Pb); eines der wenigen formalisierten diagn. Verfahren: Gießen-Test („innere Verfassung“, Umweltbez. aus eigener Sicht & pa gedeutet; nicht nur auf Erhebung des Selbstbildes beschränkt; auch eigenes Idealbild beschreibbar o. Befragung anderer über den Pb. (Fremdurteil))

### **Interpersonale Psychodiagnostik:**

- Erfassung v. gestörten & therapeutischen Interaktionen und deren Veränderungen; Interaktionsanalyse in Systemen;
- Untersch. zw. kognizierte Beziehungen (Bez.vorstellungen, -erwartungen, auf bestimmte Personen gerichtet, Bsp.: Rollen-Repertory-Technik → enge Bez. zur kogn. Psychodiagnostik), beobachtete Beziehungen (direkte Erfassung der Interaktion), Mischform (in der Fam.therapie entw. Methode des zirkulären Fragens (zugleich Infos gewonnen & an die anderen Fam.mitglieder vermittelt, was nicht ohne Reaktion bleibt);
- Modellvorstellungen: Beschreibung v. Interaktionen anhand zweier bipolarer Dimensionen (auf Achsenkreuz Aktivität/Passivität (Dominanz vs. Submission) und Liebe/Hass (positiv/neg.; 16 Merkmale kreisförmig um Systemmittelpunkt) oder z.B. Strukturelle Analyse Sozialer Beziehungen (aufgebaut um 2 Achsen Autonomie/Kontrolle (vertikal) und Feinseligkeit/Freundlichkeit (horizontal), Beschreibung interpersonaler Verhaltens & Erlebens: 3 Foki → auf andere, das Selbst, das Umgehen mit sich selbst (Introjekt)

## **Störungsspezifische Diagnostik**

...

## **Behandlungsorientierte Diagnostik**

Wesentlichste Aufgaben der Klin. Psy.: Erhebung relev. Infos für die therapeutische Behandlung, v.a. Vorbedingungen, prognostische Merkmale, Verlaufs- und Ergebnisindikatoren. Aus der klientenzentr. & vt Tradition heraus sind 2 Arten behandlungsbezogener Diagnostik entstanden, v. Jüttemann unterschieden in:

- **therapeutische Diagnostik:** diagnostisches Ergebnis soll umgehend verarbeitet und zur Veränderung genutzt werden (selbst-reflexive Funktion); die diagnostischen Methoden dienen v.a. der Unterstützung dieses Prozesses; z.B. Methode des zirkulären Fragens; im Rahmen kogn. & vt Behandlungsansätze: Betonung auf Selbstbeobachtung und Registrierung des eigenen Erlebens & Verhaltens → systematische Selbstbeobachtung unumgänglich, zielen auf Selbstbehandlung ab, Hilfsmittel: Tagesaufzeichnungen, vorstrukturierte Tagesprotokolle
- **qualifizierende Diagnostik** → Optimierung der Behandlung durch
  1. *Auswahl der Behandlungsmethoden* (prognostische o. selektive Indikation)
  2. *Evaluation eines Behandlungsprogramms* (evaluierende Diagnostik) → beschwerdefrei o. normal funktionsfähig: Freiburger Persönlichkeitsinventar; individualisierte Erfolgsmessung und gleichzeitiger Gruppenvergleich
    - **Prospektiv:** vor oder zu Behandlungsbeginn, Liste konkreter Zielbereiche (soziale Kontakte herstellen, Medikamentenverbrauch einstellen) → Anker-Bsp. → wahrscheinlichster Beh.ausgang (0), besser (+), schlechter (-) → Gesamtwert: verschiedene Klienten untereinander vergleichbar
    - **Retrospektiv:** im Nachhinein Bewertung z.B. mit Veränderungsfragebogen des Erlebens & Verhaltens
  3. *behandlungsorientierte Verlaufsdiagnostik* (adaptive Diagnostik) → intra-, extratherapeutische Kriterien: therapeutischer oder Lebenskontext (Veränderungsprozessbogen: Veränderungen der 3 wichtigsten Pbl., Stimmung, Zukunftserw. → durch Durchschaubarkeit erhebl. therapeutische Funktion; Stundenverlaufsbogen: nach jeder Stunde; für Therapeuten zur Kontrolle therapeutischer Veränderungen & Therapieplanung)

## „Klinische Methode“ & klin. Urteilsbildung

- Klinische Methode = (1) Datenerhebung, (2) -interpretation, (3) -integration. 2 + 3 = **klin. Urteilsbildung** → intuitive, auf Erfahrung basierende Infoverarbeitung
  - „Klinische vs. statistische Vorhersage“ → **statistische**: die Vorhersage-Variablen werden anhand statistischer Beziehungen kombiniert & gewichtet; **klinische**: intuitive Zusammenfassung & Auswertung der Prädiktor-Merkmale aufgrund klin. Erfahrung → Studie v. Meehl 1954: statistisch berechnete Vorhersagen sind vergleichbar oder besser als klinische
  - **Fehlerquellen** im diagn. Prozesses: z.B. selektive Wahrnehmung, Suche nach hypothesenkonformen Infos, „wishful thinking“ → äußerst bedenklich: illusionäres Vertrauen in eigene Urteilsfähigkeit → Validitäts-Illusion: es werden keine Daten gesucht und verwendet, die *gegen* die bisherige Beurteilung sprechen; Einfluß von Umweltbedingungen auf Prognose wird unzureichend berücksichtigt
  - **Repräsentativitäts-Heuristik**: Eine Vorhersage wird zutreffender sein, wenn Prädiktor und Kriterium einander ähnlich sind, weil das Kriterium durch den Prädiktor repräsentiert wird → vernünftig, aber bei Diagnose & Prognose ist die **Baisrate** zu beachten → Bsp.: hoher Wert auf Depre.-Skala des MMPI → Diagnose Depression, obwohl der präädiktive Zusammenhang sehr gering ist und die Basisrat bei 1:1000 sehr niedrig!
  - **Barnum-Effekt**: Aussagen werden schnell akzeptiert, wenn sie sozialen Stereotypen entsprechen (starkes Bedürfnis, von anderen anerkannt zu werden) → wird als genaue Schilderungen der eigenen Person wahrgenommen, obwohl auf nahezu jeden zutreffend → Klient bestätigt → Kliniker bestärkt
- Verbesserung durch systematische Hilfen bei Erhebung, Speicherung und Auswertung v. Daten → vom Registrieren und Niederschreiben der ermittelten Basisraten zur Vermeidung einer Überschätzung der Häufigkeit klinisch relevanter Ereignisse bis hin zur computergestützten diagnostischen Infoverarbeitung

## 7 Intervention

- **Definition**: Sämtliche Formen psych. Unterstützung bei Bewältigung psychischer, sozialer und körperlicher Beeinträchtigungen und Störungen.
- Professionelles Vorgehen = Auf wissenschaftlichen Grundlagen basierend (Wirksamkeit der eingesetzten Mittel ist nachgewiesen) & nach berufsrechtl. Kriterien erfolgend
- Breite Spannbreite der Hilfen: unmittelbar personenbezogene Arbeit (Beratung, Psychotherapie) bis Veränderung soz., institutioneller Gegebenheiten, die die Gesundheit gefährden

### Formen & Aufgaben

- Umso erfolgreicher, je früher eingesetzt → Caplan unterscheidet nach 3 Zeitpkten:
  - I. **Primäre P.** (heute: Intervention): **präventive Beeinflussung** durch Beseitigung pathogen wirkender Bedingungen → Effektivität würde sich in reduzierten Inzidenzraten niederschlagen → *verhindern*
  - II. **Sekundäre P.:** **korrektive psychotherapeutische o. beratende Hilfe** bereits manifester Strg. o. Krankheiten → verminderte Prävalenzrate, da Reduzierung der Anzahl aktuell beeinträchtigter Personen → *helfen*
  - III. **Tertiäre P:** Wiedereingliederung → **rehabilitative Unterstützung** → *überwinden*

### Interdisziplinäre Verknüpfung & systemische Sichtweise

- Psycholog. Intervention = gezieltes Eingreifen in ein bestehendes **interaktionales Geschehen**, das durch neue Anregungen und Lernerf. verändert wird: Prozesse

angestoßen & beschleunigen; Blockaden überwinden, neue Erfahrungen machen und in das Bestehende integrieren → Intervention ist also eingebettet in allg. Entwicklungsprozesse

- wechselseitiger Verknüpfung psych., soz. & som. Bedingungen im Veränderungsprozess → **biopsychosoz. Modell** → Der Veränderungsprozess erfolgt zwar auf Grundlage intendierter Ziele, ist aber wegen **hochgradiger Vernetztheit der Beding.** in seinen Auswirkungen nicht voll steuerbar.

**Bsp.:** Kogn. Erkenntnisse wirken auf gefühlsmäßiges Erleben & Motivation; psych. Veränderungen verursachen andere Realitätswahrnehmung & veränderte soziale Reaktionen, die wiederum auf das Erleben & Verhalten zurückwirken; subj. Befinden → körp. Prozesse → Erleben & Verhalten

- Es liegt eine **transaktionale Sichtweise** nahe, die sich mit dynamischen, rückgekoppelten komplexen Systemen befaßt → um die komplexen Wechselwirkungen versch. Bedingungen in ihrem zeitlichen Verlauf nachvollziehbar werden zu lassen

### Intervention im Spannungsfeld zw. karitativer Hilfe und professioneller Tätigkeit

- **Machtgefälle** durch Rollenverteilung in profess. Helfer und hilfsbedürftige Person, v.a. geschaffen durch Beeinträchtigung des Klienten und Wissensvorsprung des Therapeuten
  - ⇒ **Bedeutung f. Klient:** Gefahr: Selbstaufgabe, Verantwortungsabgabe, Fremdbestimmtheit; eigentl. Fkt.: Entlastung v. Belastungen, Verantwortung, ohne ihn davon zu entbinden, für sich und für Veränderungen zu sorgen
  - ⇒ **Bedeutung f. Therapeuten:** Gefahr: Machtmissbrauch, unangemessene Verantwortungsübernahme, Selbstüberschätzung, eigentl. Fkt.: Verantwortung, Klienten geeignete Veränderungsmöglichkeiten zu bieten → nicht zu massiv in Angelegenheiten des Klienten eindringen → Dilemma: Zuviel an Professionalisierung ebenso schlecht wie Zuviel an persönlichem Engagement → verlangt reflektierte Haltung
- Professionalisierung der psychologischen Hilfe erhöht Gefahr der Kontextablösung der Pbl. des Klienten, damit auch Entfremdung des Klienten ggü. seinem Lebensraum → Prüfen, ob nicht Mögl. aus unmittelbarem Lebensumfeld geeigneter

## Interventionsforschung

3 Zeitabschnitte in jüngerer Geschichte:

- I. **50-70er Jahre:** Erfolgsforschung zur Legitimation v. Psychotherapie (wirksamer als „spontane Remission“), spezif. pt Prozessforschung (Rogers und VT), epidemiologische Studien zeigten mangelhafte Versorgung!
- II. **70-80er Jahre:** vergleichende PT-Forschung (Wirksamkeit konkurrierender Modelle), differentielle Fragestellungen (Welche Behandlung bei wem unter welchen Beding. am effektivsten?), Evaluation störungsspezifischer Beh.programme
- III. **gegenwärtig:** Prozessforschung, nicht schulenimmanent, sondern im umfassenderen Sinn (m.E. fehlt Kosten-Nutzen-Geschichte und berufspolitische Vergleichsforschung)

**Epidemiologie:** kann auch als Behandlungsevaluation gewertet werden (z.B. Inzidenzrate als Indikator für Wirksamkeit präventiver Maßnahmen; Prävalenzraten können zugleich die Güte präventiver, therapeutischer und rehabilitativer Interventionen anzeigen, sind also mehrdeutiger; Differenz zw. Prävalenzrate aus Primärerhebungen & administrativer Erhebung zeigt, wie viele Behandlungsbedürftige tatsächlich versorgt werden.; Katamnesen (= Langzeitauswirkungen behandelter Personen)

### Wirksamkeitsprüfung: Behandlungsevaluation:

Evaluation psychologischer Interventionen dient 3 Zielsetzungen:

- I. **Effekte:** Prüfung der Gesamtheit der Behandlungsauswirkungen (unmittelb. Beteiligte (Klient, Therapeut), Fam., Partner, etc., soz., institut., kult. Gesell.beding.)
  - II. **Effektivität:** relative Wirksamkeit, misst Ergebnis an einem von 3 Aspekten:
    - **Erfolg:** Werden Behandlungsziele in klinisch relevantem Maße erreicht?
    - **Effizienz:** dieses oder alternatives Verfahren? Aufwand?
    - **Kosten-Nutzen-Analysen/Aufwand:** erbrachter professioneller, finanzielle Aufwand, Dauer, Kosten durch Krankschreibung etc., jedoch keine Bewertung des subjektiven Nutzens (Wohlbefinden, verm. Leiden)
  - III. **Effektdetermination:** förderl. & hinderl. Beding. für das Erreichen von Beh.erfolgen
    - (1) **Kontrollgruppen:** Wirksamkeitsprüfungen erfordern Nachweis, dass sich Behandelte besser fühlen aufgrund der Behandlung. Ethische Gründe: Kontrollgruppe nicht unbehandelt. Standardisierung der Interventionsbedingungen, um „zufällige“ Variation der Behandlung auszuschließen (etwa durch Behandlungsmanuale). 2 Mögl. v. Kontrollgruppen: Eigen- (Veränderungen durch PT mit Veränderungen vor Beginn in Wartezeit vergleichen → Probleme: Auswirkungen des Wartens? Wiederholte diagn. Erhebungen: Test-Gewöhnung?) und Fremdkontrollgruppen
    - (2) **Placebo-Behandlung:** objektiv wirksame Komponenten fehlen & Patient glaubt, Intervention sei potentiell wirksame Behandlung; tatsächlich geht deren Wirkung nur von unspez. Faktoren aus (Hoffnung auf Besserung, Unters.sit.); **Kritik:** kein Konsens, welche spezifischen Bedingungen eine PT kennzeichnen; Blindheitskriterium nicht erfüllt (zumind. Therapeut weiß Bescheid) → daher stattdessen **Alternativen:** Abbaustrategie (vollst. + reduz. Beh.prgr.), Aufbaustrategie (zusätzl. Elemente), Variation v. Behandlungsparametern (bestehende Beding. werden nach Intensität & Dauer variiert) und vergleichende Wirksamkeit (untersch. Behandlungsformen)
    - (3) **Kriterienprobleme:** Aspekte, die bei der Auswahl und Bestimmung v. Bewertungskriterien für Interventionen zu berücksichtigen sind:
      - **Normative** (allgemeinverbindliche Werte & Normen, bspw.: Arbeitsfähigkeit, Beschwerdefreiheit) **vs. ipsative** (indiv. Zielsetzungen) **Kriterien**
      - **Proximale** (unmittelbare Effekte bei Behandlungsabschluss, bspw. Beschwerdefreiheit) **vs. distale** (Langzeiteffekt, bspw. soziale Reintegration) **Kriterien**
      - **Extra-** (Bsp.: soz. Verhalten d. Klienten in Fam.) **vs. intratherapeutische** (bspw. Selbstexploration des Klienten → intermediäre Behandlungsziele, da sie als Indikatoren für Behandlungsverlauf dienen) **Kriterien**
      - **Theorienaher/Abstrakte** (Selbstverwirklichung, Bewältigungsfähigkeit, Ich-Stärke etc.) **vs. phänomennahe/konkrete** (bspw. Abnahme subj. Beschwerden) **Kriterien**
      - **Beurteiler-Perspektive** (unterschiedl. Akzente in der Bewertung v. Veränderungen je nach Perspektive: Klient, Partner, Therapeut, unbeteiligter Experte)
- bei Bewertung & Interpretation emp. Ergebnisse: genaue Berücksichtigung der Kriterien, anhand derer die Befunde ermittelt wurden. Andererseits sollte für die Anlage von Untersuchungen versch. Arten von Kriterien herangezogen werden, um die vielfältigen Veränderungen tatsächlich erfassen zu können. → Grenzen der Zumutbarkeit & Ökonomie

#### **Analogie- und Klinische Studien** (Feldforschung)

- Bei Untersuchungen der Interventionen **Dilemma** zwischen möglichst realitätsgerechten (aber daher sehr komplexen) Bedingungen & wissenschaftlichen kontrollierbaren → soll

v.a. sicherstellen, dass festgestellte Veränderungen tatsächlich auf die Behandlung und nicht auf Drittvariablen zurückzuführen ist. Der systematischen Variation von Bedingungen sind wiederum ethische Grenzen gesetzt, so dass nicht neue Behandlungsverfahren an psych. Gestörten erprobt werden können, ohne Vorkenntnisse über deren Wirkung(sweise).

- Daher Versuch, diese Vorkenntnisse über neue Behandlungsformen „subklinisch“ zu erhalten, also unter Bedingungen, die z.T. der klin.-psy. Praxis entsprechen → Untersuchen lassen sich je nach Intention variieren im Grad der Kontrollierbarkeit o. klin. Relevanz: Die Pole bilden:
  - ▶ **Analogiestudien** → Bedingungen unterscheiden sich von den normalerweise vorhandenen, z.B. durch:
    - Art des Problems (einfache Stg. unterhalb der Behandlungsbedürftigkeit), Klientengruppe (leicht erreichbare, angeworbene), Behandelnde (angehende Psychotherapeuten), Behandlungsbedingung, Erwartungen
    - Stärken bzgl. des Erprobens neuer Verfahren
  - ▶ **Klinische Studie** (Feldstudien) → übliche Bedingungen, aber auch hier z.T. Veränderung v. Rahmenbedingungen aus Kontrollgründen
    - Bsp.: sorgfältige Auswahl v. Therapeuten und Klienten zur Vergl. PT-forschung Bedingungskontrolle durch
    - Zufällige Zuordnung & häufige Testung und Untersuchung der Klienten
    - Therapeuten werden trainiert & evtl. an Manuale gebunden
    - durch diese Veränderungen stellt sich auch hier die Frage des Geltungsbereichs!
    - Stärken in Überprüfung der Praxisbedingungen, wenn sich konkurrierende Variablen kontrollieren lassen

### Prozessanalysen – intensive Interventionsanalyse

- Klin. Einzelfallmethodiken zur intensiven Analyse der Wirkungsbedingungen und der Wirkungsweise klin.-psy. Intervention, d.h. v.a. des prozessualen Geschehens (Prozessforschung)
- 4 Ansätze:
  - (1) **kasuistische Falldarstellung** (historisch meist subj. Behandlungsschilderung aus Therapeutensicht (Freud); mittlerweile ergänzt um objektivierbare Daten und Erfahrungsberichten des Klienten (Selbst- & Fremdeinschätzungen zu versch. Zeitpunkten))
  - (2) **deskriptive** (Behandlungsverlauf als Zeitreihe v. – anhand d. Pbl./Symptome zu analysierenden – Merkmalsveränderungen → Zeitreihenanalyse: Nachweis d. Bhdl.auswirkungen) & **experimentelle** (kontrolliert kurzzeitig variierte Beding. → Behdl.optimierung) **Einzelfallanalyse**: eine einzelne, aber komplette (nicht einzelne Bestandteile) Einheit (Klient, Paar, Gruppe, Sozialstruktur, Gesellschaft) wird vielfach gemessen → Verallgemeinerungspbl. (vgl. komparative Kasuistik)
  - (3) **Aufgabenanalyse o. Episodenforschung**: therapeutische Aufgabe als Ausgangspkt. → mediengestützte Mikroanalyse für optimale Lösung: 1. Markierung veränderungsrelevanter Ereignisse o. Pbl., 2. Operation durch best. Technik/ Strategie, 3. Lösungsprozess des Klienten bei Bewältigung des affektiven Pbl.
  - (4) **Qualitative o. interpretative Analyse des pt Gesprächs** → Sprachinhaltsanalysen erfassen i.d.R. Kategorien des Sprachverhaltens (z.B. Selbstbezüge, sprachl. ausgedrückte Ängstlichkeit/Feindseligkeit etc.) → qualitative Forschungsmethoden zur Erfassung subj. Erlebens der am therap. Prozess Beteiligten → sehr aufwendig

## Metaanalyse als Methode der Ergebniszusammenfassung

- Qualitatives Verfahren zur Analyse und Zusammenfassung anderer Studien hinsichtlich bestimmtes Kriteriums/Kriterien zur Ermittlung des Forschungsstandes in einem Gebiet.
  - Die vorliegenden Einzelbefunde werden in eine vergleichbare Größe transformiert (Maß der Effekt-Stärke ES) → abhängige Variable in der Meta-Analyse; unabhängige Variablen in Meta-Analysen zur PT bspw. Strg.- & Behandlungsart, Therapeuten- & Klientenmerkmale, Merkmale des Untersuchungsplan, Art der Erfolgskriterien. Vorgehen:
    - (1) **Def. der Problemstellung** zur Auswertung der Studien, Entscheidung über Art der aufzunehmenden Studien
    - (2) **Datensammlung** über intensive Literatur-Recherchen
    - (3) **Klassifikation und Kodierung** insbes. hinsichtlich der unabhängigen Variablen
    - (4) **Datenanalyse**: Ermittlung der standardisierten Effekt-Stärke (z.B. aus Differenz der Nachtest-Mittelwerte v. Behandlungsgruppe minus Kontrollgruppe, bezogen auf Streuung in der Kontrollgruppe → unter Annahme normalverteilter Nachtestwerte bedeutet ES=1,0: der durchschnittlicher Klient schneidet nach der Behandlung im Kriteriumswert besser ab als 85% der Kontrollgruppenklienten)
    - (5) **Analyse der Merkmalszusammenhänge und Interpretation**
  - **Kritik:**
    1. Methode nicht so objektiv, da Ergebnisse von vielen subj. Entscheidungen des Untersucher abhängen: Auswahl der Studien, Kriterien, Gewichtung methodischer Anforderung. Die substantiellen Merkmale einzelner Studien (vt, klientenzentriert = anderer Therapeuten, Ziele, Rahmenbedingungen) bleiben bei Auswertung nach übergeordneten Kriterien auf der Strecke.
    2. Ausgangswerte der Patienten, differentielle Behandlungseffekte bleiben unberücksichtigt, Behandlungsergebnis nur zu einem einzigen Zeitpkt. ermittelt → Frage der Differenziertheit & praktischen Relevanz der Ergebnisse
- Kazdin: die Ergebnisse einer Meta-Analyse können nicht besser sein als die Einzelstudien, auf denen sie basiert. Doch nur so lassen sich „between-study-variables“ untersuchen: methodische Güte o. therapeutische Präferenz der Untersucher (?).

## Methodische Ansätze: untersch., sich ergänzende Zielsetzungen & Fragestellungen

**Einzelfallstudie** → zur Bewertung indiv. Veränderungen; Ergebnisse beziehen sich direkt auf das Verhalten der Beteiligten

**Vergleichsgruppen-Forschung** → Ermittlung der durchschnittlichen Veränderungen einer behandelten Gruppe; Vgl. unterschiedlicher Behandlungen u./o. Kontrollbedingungen; keine Schlussfolgerungen auf klin. Psy. Bedeutsamkeit einer Behandlung bei der konkreten Person möglich

**Meta-Analyse** → Zusammenfassung der abhängigen Merkmale verschiedener Studien, um Assage über Gesamtheit der vorliegenden Einzelstudien zu gewinnen.

## 8 Prävention psychischer Störungen

### Zur Bedeutung der Prävention

- viele psych. Strg. werden erst nach langer Chronifizierung erkannt und sind dann schwer behandelbar → volkswirtschaftliche Schaden aufgrund fehlender präventiver Maßnahmen
- Ausgaben der gesetzl. Krankenversicherung für prophylaktische Maßnahmen insg.: unter 1%, davon ein Bruchteil für Prävention psych. Strg.

## Definition, Ziele & Typen

Primäre, sekundäre (*Therapie*), tertiäre (*Reha*) Prävention (s.o.) → zunehmend nur noch Fokus auf **primäre Prävention**.

### Unterscheidung nach zeitl. Aspekten:

- **proaktive** (Einleitung v. Maßnahmen vor einer mögl. Krise, Bsp.: Vorbereitung auf Schule in Kiga) & **retroaktive** (Hilfe zur Bewältigung *vorhandener* Belastungen, Bsp.: Betreuung v. Geschiedenen) **Form**
- **kurzfristig** (zunächst v.a. im Umgang mit Krisen) **oder langfristig intendierter** (Entwicklungsintervention für lebenslang wirkende Maßnahmen) **Effekt**
- **Dauer der Maßnahme:** lange (kompensatorische Erziehung gefährdeter Kinder) o. kurzfristig angesetzt (Krisenintervention)

Statt ausschließlicher Orientierung an pathogenen Erscheinungen (Defizitmodell d. Prävention), Berücksichtigung d. Merkmale **psychischer Gesundheit** bei Zieldefinition: Wohlbefinden, indiv. Kompetenzen fördern, **salutogene Umwelten** herstellen (gemeinschaftliche Lebensformen, Arrangements in der sozialen & physikalischen Umwelt (**ökolog. Intervention**))

### Unterschiedliche Vorgehensweisen:

- **Spezifische** (Maßnahmen gegen bekannte Ursachen o. definierte Strg.) & **unspezifische** (mehr auf allg. Risiken und Stärken gerichtet, Bsp.: soziale Kompetenzen trainieren) **Formen**
- **Verschiedene Transparenzgrade einer Maßnahme:** Training kommunikativer Kompetenzen von Schlüsselpersonen (Bsp.: Hausmeister) braucht von diesen nicht als Präventionsprogramm wahrgenommen werden und kann dennoch die soz. Atmosphäre in Nachbarschaft verbessern helfen.
- **Komplexität d. Maßnahmen:** *Training* (Förderung umschriebener Fertigkeiten, Bsp.: Spezif. Kompetenztraining eher nicht komplex angelegt) & *Erziehung* (Ausbildung umfassender Fertigkeiten oder sogar Entw. der Persönlichkeit)
- Je nach **Problembewusstsein** der Empfänger ist zw. **Aufklärung** (fehlendes Wissen über mögl. Risikofaktoren und fehlende Motivation zur gesunden Lebensweise; zumeist vermittelt ü. Medien) und **Beratung** (direkter (kurzfristiger) Kontakt zur Lösung vorh. Pbl.) zu unterscheiden

### Phasen und Schwerpunkte der Prävention:

- **Diagnostische Intervention:** Erfassung v. Risiken, Bedürfnissen & Kompetenzen v. Personen (Gruppen) & Ermittlung pathogener o. salutogener Umwelteigenschaften
- **Modifikatorische I.**
- **Disseminative I.:** Verbreitung v. Programmen, die sich als effektive Intervention erwiesen haben; Überzeugungsarbeit etc.

**Fachliche Unterschiede:** Präventive Maßnahmen sind nicht nur klinisch-psychologisch oder psychiatrisch orientiert, sondern auch pädagogisch oder politisch.

## Modelle & Theorien

Verknüpft mit den verschiedenen Definitionen der Prävention gibt es mehrere theoretische Orientierungen, die sich idealtypisch dem medizinischen Krankheitsmodell oder der sozialwiss. (psychosoz.) Richtung zuordnen lassen:

- **Präventive Ansätze des medizinischen Modells:** Erkennung & proaktive Eliminierung biolog. Ursachen (genet. Veranlagung, Intoxikation, körp. Erkrankung) vor Ausbruch einer Strg. → wenn nicht möglich, zumindest

Erkrankungsrisikominimierung oder günstige Verlaufsbeeinflussung → wichtigste Maßnahmen: genetische Beratung & Förderung gesunder Lebensweisen

- **Präventive Ansätze psychosozialer Modelle:** z.T. mehr personen- o. mehr umweltorientiert → mögl. Vermeidung der Zuweisung und Introjektion der Rolle des psychisch Kranken o. die soz. Def. v. Risikogruppen (Problemfamilien); aus der Annahme der fließenden Übergänge zw. Normalität & psych. Strg. (Kontinuitätsannahme) haben diese Ansätze nicht nur im kurativen Bereich, sondern auch im Vorfeld ihre Bedeutung.
- **Interdisziplinäre Ansätze** stützen sich auf **formale Modelle**, die wenig über die Entstehung psych. Strg. aussagen, und einen Kompromiss zwischen medizinischem & psychosozialem Modell ermöglichen.

### Formale Modelle der Prävention

**Ziel:** Erkennen v. Risikofaktoren & Stabilisatoren psych. Gesundheit & Entw. v. Maßnahmen z. Verminderung des Einflusses riskanter Beding. & Verstärkung gesundheitsfördernder Faktoren.

- (1) **Kybernetische Modellvorstellungen** (Brandstädter) haben in Präventions-Forschung kaum Beachtung gefunden.
- (2) **Vulnerabilitäts- & Risikomodelle** = Diathese-Streß-Modelle; entsprechen den Vorstellungen des biopsychosozialen Modell; Grundlegende Annahme: Die Wahrscheinlichkeit, psychisch zu erkranken, lässt sich bestimmen aus dem Verhältnis **dispositioneller Vulnerabilitäten** & Risiken und **protektiven Faktoren** (Kompetenzen, Umweltressourcen).

Vulnerabilitätsarten nach Becker & Minsel:

1. **funktionsspezifische V.:** Beeinträchtigungen v. physischen o. psy. Funktionssystemen (motorische, kog. Fertigkeiten)
  2. **störungsspezif. V.:** Annahme, für best. Strg.arten lassen sich spezif. dispositionelle Merkmale feststellen (Bsp.: depressogene kognitive Schemata); Zahl strg.spezifischer Faktoren scheint aber eher gering.
  3. **ereignisspezif. V.:** erhöhte Sensibilität ggü. best. Stressoren (z.B. Verlustängste)
- **dispositionelle Risiken** dazu gehören:
    - **somatogene Faktoren:** genet. Veranlagungen, org. Dysfunktionen; ihre Existenz wird auch unabhängig v. einer phänotypisch erkennbaren Erkrankung o. Strg. angenommen u. anhand fam. Belastungen erschlossen oder aus genet. Bzw. biol. Markern abgeleitet
    - **erworbene Faktoren:** Entwicklungsrückstände, ungesunde Lebensweise, verh.strg., irrationale kog. Schemata, externale Kontrollüberzeugungen, niedrige Intelligenz, erhöhte emotionale Ansprechbarkeit; auch: soziale Lage (Schicht, Bildung), krit. Lebensereignisse, chron. Belastungen, aversive fam. Interaktionen (hoher Grad an EE), Größe & Qualität soz. Netzwerke und Eigenschaften der Eltern (psych. Gestörtheit u. kog. Rigidität)
  - **protektive (stabilisierende) Faktoren:** kog. & soz. Kompetenzen, Fertigkeiten d. Stressbewältigung, zum Widerstand befähigende Eigenschaften (u.a. Selbstwert, Autonomie, internale Kontrollüberzeugung), günstige Lebensbeding. (gute soz. Lage, pos. Lebensereignisse), förderl., unterstützende Netzwerke
  - **Verhältnis v. pathogenen & protektiven Faktoren:** wird meist als umgekehrt proportionales Verhältnis dargestellt:  
$$\frac{\text{pathogene Faktoren}}{\text{Inzidenz psych. Strg.}} = \text{protektive Faktoren}$$

- **Spring & Zubin** gehen von einem **Schwellenwert** aus, bei dem das Gleichgewicht zw. In- & Vulnerabilität verloren geht & Episoden psych. Erkrankungen beginnen.
- **Elias** kritisiert dies als zu individuumszentriert: rückt die **Auftretenswahrscheinlichkeit in einer Pop.** in den Mittelpunkt → Verhältnis v. Belastungen & Umweltrisiken zu soz. Potentialen
- **Felner & Felner** nehmen mit Annahme v. **transaktionalen Risiken** (problem. Person-Umwelt-Bez.) eine mittlere Pos. ein.

**Kritik:** Vulnerabilitätsmodelle setzen die genaue **Bestimmbarkeit** v. Erkrankungsrisiken, Salutogenität der Stabilisatoren und Schwellenwert voraus → fehlende empirische Belege, ungeklärte Beziehung zw. pathogenen und salutogenen Faktoren, Abhängigkeit der Prädiktoren voneinander (Verhältnis v. Kompetenz & soz. Unterstützung), unbekannte Bedeutungsgewichte versch. Risiken (Stärkung indiv. Kompetenzen dürfte bedeutsamer sein, als die soz. Stützpotentiale).

Zu beachten ist, dass auch gerade die Bewältigung v. umweltbedingten Risiken die Widerstandskraft stärken kann. Auch wird das salutogenetische Potential sozialer Schutzräume oft über- & ihre pathogenen Einflüsse unterschätzt. Gravierendster Einwand: diesen Modellen sind kaum Hinweise über Art & Dauer präventiver Maßnahmen zu entnehmen.

## Psychosoziale Modelle & Theorien

- **pa Ansätze:** günstige soz. Bindungen als Voraussetzung für gesunde psychosoz. Entw. → Verbesserung der Bindungssit. v. Risikokindern & Kompensation etwaiger Mängel durch gezielte Förderungsmaßnahmen (u.a. Selbstwert d. Eltern, ihre Bewältigungs- & Pbl.lösefertigkeiten, Toleranz ggü. lauten Kleinkindern, Verbesserung der Häufigkeit & Qualität der Interaktion, Sensibilisierung ggü. kindl. Verh.weisen)
- **humanistische Ansätze:** psych. Wachstum & Selbstaktualisierung als menschl. Grundorientierung sind als Bestandteil psych. Gesundheit zu fördern → Erkennen & Sprechen ü. Gefühle, Vermitteln v. Ich-Botschaften, partnerzentrierte Haltung
- **lern- & kognitionstheor. Ansätze:** klass., operantes Kond. (Diskriminationslernen), Modelllernen, Selbstkontrolle, kogn. Umstrukturierung, system. Desensibilisierung, etc. In kogn. Zugängen wird dem Einzelnen eine aktive Rolle in den Auseinandersetzungen m. Anforderungen zugewiesen → Milieuorientierung: Konfrontation mit neuen Erf. & Erproben v. neuen handlungsleitenden Kognitionen → Veränderung v. **kogn. Strukturen** (Erwartungen, Glaubenssysteme, Schemata, subj. Theorien; v.a. **Sense of Community**: subj. Gemeinschaftssinn, Gefühl, gebraucht zu werden etc. → Empowerment) & Optimierung v. **Prozessen** der Aufmerksamkeit, intellekt. Fähigkeiten (Handlungsplanung & Bewertung)
- **interpersonelle Ansätze:** Übergang v. **personenorient.** (Qualitätsverbesserung soz. Interaktionen ü. Ausbildung z.B. kommunikativer Fertigkeiten) zu **umweltbezogenen** (Änderung v. Systemeigenschaften (z.B. Organisationsstrukturen); Aktivierung soz. Ressourcen; Schaffung gesunder Milieus unabhängig vom Wohl eines Einzelnen) Ansätzen.

Besondere präventive Bedeutung haben **ökologisch orientierte Modelle**, mind. 3 Schwerpunkte sind zu erkennen:

### (1) Die ökologische Metapher

### (2) Umweltpsychologische Theorien:

- **Einfluß von belastenden Umweltbedingungen:** gem. präventive Moment versch. Zugänge stimmt mit Vulnerabilitätsmodell überein: Notwendigkeit versch. Belastungen zu beseitigen, Bedeutung indiv. & soz. Kontroll- & Bewältigungsmögl., Pflege einer gesunden (soz.) Umwelt

- **Theorie des soz. Klimas:** Annahme, dass Umwelten Eigenschaften besitzen, die bedürfnisbefriedigend o. restriktiv wirken → 3 Dimensionen zur Charakterisierung v. Umwelten (Schulen, Fam., Gefängnisse, etc.): **1. Qualität d. soz. Bez.** (Unterstützung, Offenheit, Zusammenhalt), **2. Mögl. d. Persönlk.entw.** (Autonomie, Leistung, moralisch-religiös), **3. Bereitschaften z. Erhalt/Veränderung v. Systemen** (Ordnung, Klarheit, Kontrolle); + architektonisch-physikal. Eigenschaften, institut. Politik/Programmatik → Rückmeldungen → Beratung v. Organisation → Veränderungen (z.B. Lernwelten v. Schülern)
  - **Theorie des Behavior Settings:** Umwelt = Raum, der durch def. Programme o. Funktionen Verh. vorschreibt, es ermöglicht & regulativ beeinflusst. Umwelteinheiten mit feststehenden Verhaltensströmen = Behavior Settings = u.a. Büros, Banken, Kneipen, Schulzimmer → Analyse d. Verhaltensströme und der sie bedingenden Komponenten bedeutsam für Prävention: Einzelne Umwelten sind daraufhin zu untersuchen, ob sie v. definierten Personen genutzt werden, eher best. verh.weisen ermöglichen o. unterbinden (z.B. auch in psychosoz. Einrichtungen!) → Entw. einer Art v. Anforderungsprofil durch Analyse der Verh.ströme zur Planung & Herstellung besserer Person-Umwelt-Passungen
  - **Konzept der ökolog. Sozialisation:** Die Entwicklung einzelner Personen ist durch ein reziprokes Verhältnis zwischen Person & Umwelt bestimmt; bzw. zw. Person & komplexem Umweltsystem: Bronfenbrenner unterscheidet folgende Ebenen: **1. Mikrosysteme** (Gegenstände, situative Gegebenheiten), **2. Mesosysteme** (Kommunikationsmuster in Fam. u.a.), **3. Exosysteme** (z.B. soz. Netzwerke, Erz.systeme), **4. Makrosysteme** (kult., wirt., polit. Systeme)
- (3) Politische Konzepte:** Relativierung psycholog. Sichtweisen → viele Risikofaktoren sind nur durch polit. & gesell. Veränderungen zu beseitigen; gesell. Strukturen, Dynamiken und ökonomische Entw. haben Einfluss auf Inzidenz & Prävalenz psych. Strg. → relativ unscharf und nicht immer unmittelbar handlungsanleitend

## Ausgesuchte Felder & Beispiele

Nach Cowen 3 idealtypische Vorgehensweisen präv. Maßnahmen:

### (1) Prävention durch Förderung v. Kompetenzen:

- **situationsübergreifende Fähigkeiten:**
  - Trainingsverfahren zum *Problemlösen* → Brainstorming, Gruppendisk., Rollenspiel, etc. (Ergebnisse sind inkonsistent (vgl. Bsp. eine Training im Schulbereich, S. 104))
  - Stärkung *soz. Kompetenzen* → Rollenspiele, Modellernen
  - *Stressbewältigung* → Schärfen der Wahrnehmung für Belastungen, vorhandene Bewältigungsfertigkeiten & soz. Unterstützungen + Training spezif. Bewältigungsfertigkeiten (Entspannung, hilfreiche Selbstverbalisationen & problemorientierte Vorgehensweisen)
- **Belastungsspezifische Kompetenzen:** Stressbewältigungsprogramme v.a. für Elternschaft (Umgang m. neuen Rollenverteilungen); Scheidung (insbes. f. Kinder: Umgang m. Ärger, Trauer, Trennungsängsten; Scheidungs-Mediation, vgl. Colorado Trennungs- & Scheidungsprogramm, S. 107)), Verwitwung, Arbeitslosigkeit, Umweltkatastrophen (Gruppen zur soz. Unterstützung & Reduktion v. Machtlosigkeit)
- **Kompetenzen bei best. Störungen:** sollen zur Senkung der Inzidenzrate führen, aber schwer, u.a. weil: Unschärfen b. Def. d. Neuerkrankungen; eher unspezif. Bedeutung vieler Risikofaktoren

### (2) Prävention durch Entwicklungsförderung: zum Aufbau umfassender & langfristig bedeutsamer Kompetenzen → oft eine Art umweltzentrierte Prävention (Wert v.

Milieugestaltung): u.a. Verbesserung v. Mutter-Kind-Interaktionen; Zugang zu anregendem Spielmaterial; bildungs- & sozialpolit. Maßnahmen

→ *Head Start Program*: Kampf gegen Chancenungleichheit bzw. Armut (Teufelskreis: Armut in Kindheit → Schulversagen → Armut, Delinquenz etc. im Erw.alter) → erhöhtes Selbsthilfepotential der Eltern, höhere intellekt. Leistungen, häufigere Schulabschlüsse, mehr soz. & komm. Fertigkeiten, geringeres Maß an Delinquenz → beispielhafte Langzeitstudie *Perry Preschool Program* (110 ff, Schuleintritt (3-4 Lj.) als krit. Lebensereignis; Curriculum ala Piaget: Förderung v. Eigeninitiative, Entscheid., Pbl.lösungen etc. ...; Einbezug der Eltern, ...)

**(3) Prävention durch Förderung salutogener Lebensbedingungen:** Veränderung v. Umwelten, umweltzentrierte Prävention zur Minimierung aversiver Einflüsse & Optimierung v. Handlungsmöglichkeiten durch direkte Eingriffe in ökolog. Systeme o. über Veränderungen v. Person-Umwelt-Verhältnissen. Ausrichtung auf unterschiedl. komplexe Umweltstrukturen:

- I. **Gestaltung informeller sozialer Umwelten:** Verbesserung ehel. (Bearbeiten v. Rollen- & machtkonflikten, Herstellen v. pers. Autonomie, Entw.), fam. Bez., Gestaltung & Pflege soz. Netzwerke, Initiierung und Betreuung v. Selbsthilfegruppen (entsch. salutogene Kräfte: emot., materielle, kogn. Unterstützung & Reziprozität der Hilfemögl.)
- II. **Veränderung v. Organisationen:** ein Großteil des Lebens wird in Organisationen verbracht und durch die dort herrschenden Bedingungen geprägt → Gestaltung soz. Bez. o. Organisationsstrukturen: mehr Überschaubarkeit, Einflußnahme, indiv. gestaltung v. Handlungsverläufen, Möglichkeiten der sinnstiftenden, ebenso sozial orientierten Bedürfnisbefriedigung → u.a. Organisationsberatungen; in *Schulen*: Tutorensysteme; gemischte Resultate nach rein sozio-physikalischen Veränderungen (offene Schulklassen m. variablen Trennwänden): Schüler beurteilen sich als engagierter, autonomer, verantwortlicher, aber: mehr unerwünschtem nicht leistungsbezogene (!) Aktivitäten & schlechtere Leistungen
- III. **politische Einflussnahme:** Erkenntnis, dass soz. Benachteiligungen und ökonom. Deprivation mit häufigen krit. Lebensereignissen, stärkerer tox. Belastung und weniger sozial & indiv. Bewältigungsmögl. einhergehen:
  - Beratung polit. Entscheidungsträger; Initiierung v. Basisbewegungen (Interessenvertretung v. Minderheiten, Benachteiligten) etc. → Unterstützung polit. Initiativen (vgl. Empowerment): Hilfe, sich selbst zu organisieren und zu artikulieren
  - Mediation (Unabhängigkeit): reflexive (Analyse des jew. Konflikts), kontextuelle (Reduzierung des best. Ärgers) Strategien → Herstellung v. Transparenz des Mediationsprozesses & Suche n. Verhandlungspartner → Aufzeigen v. (Kompromiß-)Lösungen, Bsp.: Schlichtung v. Arbeitskämpfen

*Röhrles Kommentar:* politikbezogene Interventionen sind kaum erfolgreich, weder sind dadurch Armut beseitigt noch die Inzidenzrate psych. Störungen gesenkt bzw. psych. Gesundheit umfassend gestärkt worden.

## Kritik, Probleme & Perspektiven

Gründe für beklagte geringe Akzeptanz der Prävention psych. Strg.: gesellschaftspolit. Einwände → präventive Maßnahmen als unzulässige Ausweitung des organischen Modells & Medikalisierung, Individualisierung u. Psychologisierung gesellschaftl. Probleme; Gefahr einer umfassenden soz. Stigmatisierung ganzer Bevölkerungskreise; fehlende Gelder

## 10 Psychotherapie

### Definition & Rahmenbedingungen

Pt gekennzeichnet durch

- Therapeut. Rollenbeziehung, die sowohl persönlichen wie professionellen Charakter hat
- Ist zielgerichtete Hilfeleistung für psychisch leidende, beeinträchtigte, kranke oder gestörte Menschen mit psychologischen Mitteln
- Notwendigkeit einer wissenschaftliche Begründung und Überprüfung

„**Generisches Modell d. PT**“ (Orlinsky & Howard 1986) zur Kennzeichnung der Eigenarten der PT. 4 Merkmalsbereiche lassen sich unterscheiden:

#### (1) **Kontextbedingungen:**

- einerseits **gesell. Werte & Normen** (allg. Auffassungen, inwieweit Menschen sich autonom selbst verwirklichen können („Pilot seiner selbst“) o. soz. bzw. biolog. Bedingungen unterworfen sind („Produkt“ hereditärer o. soz. Beding.); auch gesell. Überzeugungen über d. Entw. von u. die persönl. Verantw. für psych. Pbl. → *das soz. System der PT*)
- andererseits **institutionelle Bedingungen** (rechtl., finanz. Regelungen, staatl., konfession., karitat., priv. Trägerschaft; stat. o. ambulante Art der Behandlung)  
→ beeinflussen den gesamten Prozess der PT, bspw. kann sich die soz. Akzeptanz der PT erhöhen durch die Zugänglichkeit zu ihr.

#### (2) **Beteiligte Personen**

- **Klienten:** rollenspezifisch durch Art, Schwere & Entstehung der Problematik, bestehende Kompetenzen, Beh.motivation, vorherige Beh.erf.
- **Therapeuten:** v.a. „profess.“ Eigenschaften: Status, Ausbildung, th. Orientierung, Kompetenzen, Erf.
- **Persönl. Merkmale v. Klienten & Therapeuten und deren Interaktion:** Alter, Geschlecht, Ausbildung, soziokult. Herkunft
- **3. Personen:** Angehörige, Gutachter, Richter, RA, Sachverständige, Supervisoren

(3) **therap. Vertrag** (Regelungen über Ziele und Vorgehensweise der Beh. (Einzel-, Gruppentherapie), **Prozess, Methodik, Aufnahmebereitschaft** (Fähigkeit sich mit sich selbst auseinanderzusetzen und Bez. zum Therapeuten aufzunehmen als Voraussetzung für Wirksamkeit der Beh.)

(4) **Auswirkungen:** relativ kurzzeitige Veränderung im Befinden des Klienten und bei Pbl.bewältigung feststellbar zwischen den Sitzungen (**micro-outcome**), und längerfristige Auswirkungen nach Beh.abschluss (**macro-outcome**)

#### Rahmenbedingungen der PT

- systemtheoret. Analyse der PT v. Howard & Orlinsky (1972): USA → YAVIS-Patienten werden pt versorgt; Mittelklasse-Angehörige suchen & erhalten v.a. Hilfe in kirchl. Einrichtungen; Arme: v.a. medikamentös o. stationär, selten PT → die Mehrheit schwer gestörter P. erhalten niemals eine profess. pt Beratung (Unerreichbarkeit der PT), Behandlungsangebote wenden sich mehr an Mittel- & Oberschicht → statt Heilung v. Krankheiten, PT: Funktion einer höheren soz.-emotionalen Bildung → auf deutsche Verh. nicht ohne Weiteres übertragbar, aber wohl ähnl. Realitäten
- **Institutionelle Bedingungen: medizinisches** (heilkundl. Tätigkeit im Rahmen der kassen- & vertragsärztl. Gesundh.versorgung) und **psychosoziales** (in Beratungsstellen, freien Praxen, ambulante Dienste, öffentl., freien Einrichtungen) **Teilsystem**

unterscheiden sich beträchtlich v.a. in berufsrechtl., institutionalisierten, finanziellen Beding., Ausbildung, theoret. Ausrichtung & auch in element. Begriffen: Patient/Klient. → unglückliche Aufteilung: institutionelle Trennungen erschweren die Zusammenarbeit

- Bedarf an PT ist nicht gleich tatsächlicher Nachfrage und Angebot unklar.

## Werte, Normen, Ziele

### Werte und Normen

- Für Klient & Therapeut ist vieles in PT eng verknüpft mit persönl. Lebenszielen, indiv. & soz. Wertsetzungen → für viele pt Ansätze: zentrales Anliegen, dass Klienten sich über eigene (Lebens-)Ziele klar werden
- Eine „moralische Neutralität“ kann es in der PT nicht geben: Sie ist stets mit moral., philosophischen, religiösen, polit. u.a. wertbez. Entscheidungen verbunden (auch geschlechtsspezif. Normen und Werte)
- **Wertdiskrepanzen** → Entscheider als eine Übereinstimmung in persönlichen Werten ist für das Gelingen der Behandlung, ob und inwieweit Therapeuten die Werte ihrer Klienten akzeptieren und in diesen Rahmen mit ihnen arbeiten können.
- Problematischer ist häufig eine **Werte Anpassung** des Klienten an die des Therapeuten. Weniger problematisch, wenn auf Gesundheitsnormen bezogen, eine gemeinsame Klärung der Wertsetzungen erfolgt oder unangemessene Wertvorstellungen korrigiert werden. Bedenklich wenn: u.a. Freiheit des Kl., eigenen Wertvorstellungen zu folgen, eingeschränkt wird; ihm Werte auferlegt werden, Verurteilungen oder Moralismen abgegeben werden; über Behandlung keine adäquaten Infos (oder nicht alle relevanten) gegeben werden; Therapeuten ihre Kompetenz überschreiten.
- Jede PT stellt eine soz. Beeinflussung dar, aus der wertbezogene Einflüsse nicht ausgeklammert werden können. Da Kl. Im labileren Zustand bedarf er besonderen Schutz vor ungunstigen Einflüssen.
- Paradox, das für jede PT konstitutiv ist: Freisprechen von Schuld für Entstehung des Pbl. und gleichzeitige Verantwortung dafür, es zu überwinden; Dominanz des Nichtdominierenden (Therapeut) → Frage der Freiwilligkeit stets überlagert → Notwendigkeit einer selbstkritischen Reflexion des pt Vorgehens, um manipulative Eingriffe zu verhindern.
- Aus dem Grund hat Rogers sich für eine „nicht-direktive“ Therapie ausgesprochen: geht mit dem Wertesystem des Klienten mit und reduziert möglichst die profess. Macht des Therapeuten → aber auch so lässt sich Beeinflussung des Wertesystems des Kl. nicht grundsätzlich vermeiden → schon die Übersetzung des Pbl. in ein therap. Denkmuster ist ein von eigenen Werten beeinflusster Eingriff → Missbrauch dieser Macht (therap. Manipulation): Vorgehen nicht lege artis und nicht im Interesse des Klienten

### Psychotherapeutische Ziele

- begründen und beeinflussen das Handeln der Beteiligten (Ausrichten der Aufmerksamkeit, Mobilisieren von Anstrengungen, Ausdauersteigerung, Motivation), abhängig von Beding. des Kl. (Ausgangslage, gewünscht. Ergebnis), ätiologischem, emp. Veränderungswissen, normativen Wertungen → wichtig: beiderseits akzeptierte und gemeinsam getragene Zielvereinbarungen; während Beh. dynamische Anpassung der Zielvorstellungen
- in Pt stets **2 generelle Zielsetzungen**: **1. Abbau** von Störungen, Problemen, **2. Förderung** von subj. Wohlbefinden (vgl. auch Gesundheitsdef. WHO), **darüber hinaus**: Förderung v. Fähigkeiten, Kompetenzen (Wissensvermittlung, Übung, Training), Funktionsfähigkeit, Einsicht (Bearbeiten v. Blockaden, Hemmungen, Fixierungen), psych. Wachstum, leib-seel. Integration (Selbstverwirklichung, Verarbeitung körperl. Befindlichkeiten), interpersoneller Bez.

- Jede PT ist geplante und zielgerichtete Aktivität: Unterschiede in Komplexitätsebene: allgemeine, überindividuelle (Selbstverwirklichung, Ich-Stärkung etc. → klientenzentr., PA) o. konkretere, indiv. (Artikulation und Durchsetzen eigener Absichten → kogn. Th., VT) Ziele

## Prozesse, Methoden & Strategien der PT: Pbl.def., Bez. & Pbl.bearbeitung

### I. Problemidentifikation

- Vielen Klienten fällt es nicht schwer, eigene Pbl. ausführlich zu schildern, sondern diese in einem größeren Zusammenhang, das „Offensichtliche“ zu sehen: „weil Menschen ein selbstregulierendes System sind in Bezug auf Strg. Wenn das Offensichtliche nicht leicht und ohne innere Strg. zu assimilieren ist, schieben selbstregulierende Mechanismen es zur Seite, lassen die Augen davor verschließen oder schaffen Teile des Wahrnehmungsprozesses ab.“
- Aber: Kl.: „Experte seiner selbst“, verfügt alleine über alle wichtigen Infos → Lösung durch „Übersetzung“ d. Pbl. in Sprache der jew. Therapieform, um subj. Beschwerden im neuen Licht zu sehen. Je besser es gelingt, das Erleben der gegenwärtigen Lebenssit. mit pers. Entw. zu verknüpfen und plausible Entw.geschichte zu entwerfen, umso größer der erlebte Erklärungswert der pt Pbl.bestimmung. Entscheidend: neue Fokussierung der Aufmerksamkeit (bspw. auf körperl. Signale, Sequenzen v. Handlungsmustern, Beachten des Kontextes d. Pbl., Erkennen eigener Ressourcen)
- 4 Ziel und Funktionen des Prozesses:
  - (1) **Identifikation der Problematik:** phänomenologisch-deskriptive Bestandsaufnahme subj. Beschwerden & obj. Beeinträchtigungen und unmittelb. Beob. (z.B. non-verb. Verh. v. Klienten). Weil Belastungen häufig global als negativ wahrgenommen werden („schlimm“, „ausweglos“), bietet sich konkretisierende, situations-bezogene Vorgehensweise zur präziseren Erfassung an: „Warum führen Schwierigkeiten *jetzt* zur Beh.“, „Wie & durch wen wurde Pbl. erkannt?“, „Wie äußert es sich konkret?“; „Abklärung der Werte“: Was ist für mich wichtig? Welche Ziel will ich verfolgen? Welche Vor- und Nachteile haben die Alternativen bei persönl. Entscheidungen?
  - (2) **Konzeptualisierung:** Verstehen & Einordnen der Pbl. auf Basis klin.-psy. Wissens; je nach Ausrichtung untersch. Erklärungstiefe: in PA → Versuch latente Strukturen („unbew. Konflikte“) zu erschließen und decodieren; humanist., VT, kogn. → Annahme manifester Strukturen (phänomennah, deskriptiv, funktional; Exploration eig. Erf. & Erlebnisse; Bestimmung der zeitl. und situativen Abfolge probl. Ereignisse (Verhaltensketten) o. Fkt. der Symptomatik) → Risiken: einerseits zu starke Abstraktion v. Realität, andererseits: zu geringe Abstraktion → Bemühungen der Annäherung (kog. Konzepte: Schema, Skripte, Pläne)
  - (3) **gegenseitige Verständigung:** durch Verständlichmachung des Klienten schon erster Ansatz einer Pbl.normalisierung; Unterstützung des Prozesses durch Akzeptanz, Wertschätzung, emotionale Anteilnahme; Mensch als Ganzes (auch Fähigkeiten, Kompetenzen, Stärken), nicht nur als hilfsbedürftiger Klient zu sehen.
    1. hypothestischer Charakters v. Pbl.bestimmungen (Rev. jederzeit möglich)
    2. Vorsichtiger Umgang mit Frage, wer Pbl. hat (vgl. Fam.therapie: identifizierter, Indexpatient)
    3. dialektisches Umgehen mit Schuldfrage und Verantwortlichkeit
    4. Klären des Anteils des Th. an best. Pbl.sicht
 Durch interaktive Pbl.bestimmung soll Klient bereits einen Teil der Kontrolle ü. seine Problematik zurückgewinnen. Da Klient zwar Experte seiner selbst, eigene Pbl.lösungsversuche bisher jedoch versagt haben bzw. wesentl. Teil des Pbl. sein können, ist ein Auflösung der bish. Def. nötig, um Neustrukturierung zu ermögl..

- (4) **Bewertung der Problematik:** 1. Unterscheidung zw. Akzeptanz der Person als Ganze und Bewertung der Strg. (fällt Betroffenen oft schwer und trägt zur eig. Selbstabwertung bei); 2. Bewerten der Pbl. hinsichtl. Mögl. und Grenzen pt Hilfe.

Die Sequenz der Exploration & def. Eingrenzung kann schon therap. Wirkung (Veränderung) bewirken: Meta-Lernen, wie hilfreiche Pbl.bestimmung erarbeitet wird.

- (5) **Problemverständnis in versch. Pmodellen** n. Tscheulin: **katalytisches** (allein best. Bez. wichtig), **dynamisches** (Aktivierung v. Hilfeerwartung und Hoffnung, Überwindung allg. Hoffnungs- & Mutlosigkeit und Gef. d. Isolation), **technologisches** Modell (ther. Vorgehen auf Wissen des Th., Zielsetzungen des Kl. u. Kenntnis ther. Veränderungsmögl. gestützt, zielorientiert)

## II. Die pt Beziehungen

ihre Güte ist entscheidender – unspezif. (Merkmale wie Vertrauen, Nähe, sind auch in anderen Bez. hilfreich)- Faktor einer erfolgreichen Behandlung

- (1) **Alltägliche interaktionsmuster:** Kl. & Th. begegnen sich unmittelbar mit gegenseitigen Sympathien, geprägt v. jew. Erf., die sich im Verlauf eines zunehmend intensiveren Kontaktes verändern; für Kl. stärkere Bedeutung als für profess. Th.
- (2) **aufgabenbezogene th. Bez.:** Allianz, Arbeitsbündnis; durch den Kontext best. Rollen, festgelegter Rahmen m. Ziel, zum Wohle des Kl. zusammenzuarbeiten. → gegenseitiges Vertrauen, pers. Akzeptanz, Respekt, Konstanz der Bez., Uneigennützigkeit, krit. Solidarität, Fähigkeit, sich angstfrei zu öffnen
- (3) **problembezogene Beziehung:** Bez. wird geprägt durch interpers. Pbl. d. Kl. (und Th.); Übertragung (gekennz. durch sit. o. persönl. Unangemessenheit, Ambivalenz und Intensität), Gegenübertragung (pa, methodisch zu nutzen). → pers., enge Bez. zeichnen sich aus durch Interdependenz (intensiver & wechselseitiger Austausch v. Gefühlen, Gedanken), Emotion (Teilen v. Ängsten, Trauer, Freude, Scham) und Vertrautheit. → relativ übertragbar auf pt Bez., aber: kein gleichgew. Austausch, zeitlich & intentional begrenzt

„gute Beziehung“ gefördert durch:

- (a) Kontaktfähigkeit, Ansprechbarkeit (GT), Analysierbarkeit (PA) des Kl.;
- (b) Zusammentreffen „passender“ Gesprächspartner, auch hohe Ähnlichkeit im Alter, Geschlecht, Ethnizität, religiöser Aktivität; bes.: Ähnlichkeit der Interessen
- (c) interpersonelle Fähigkeiten und Fertigkeiten des Therapeuten: Empathie, pos. Wertschätzung, Echtheit, Unterstützung, methodische Fertigkeiten eine emotionale Bez. aufzubauen, aufrechtzuerhalten und abzuschließen → Kontroverse, ob durch Einstellung (PT als „Beziehungsangebot, denn Bez. werden niemals gemacht, sondern höchstens *zugelassen*“) o. aktive Bez.gestaltung & konkrete method. Fertigkeiten zu erfolgen;
- (d) Resultat einer gelungenen Zusammenarbeit v. Kl. & Th.

**Wie wirkt sich die Beziehungsqualität auf den pt Prozess aus?** V.a 2 Auffassungen stehen sich ggü.: 1. **mittelbare** kurative Funktion: durch therap. Bez. können Kl. pos. Erf. machen, auf deren Basisein Lernen stattfindet, 2. **unmittelbar** kurative Funktion: Bz. Notw. & hinreichende Bedingung für wesentl. Lernschritte (Verändern durch Beziehung)

→ Verkürzung, ther. Bez. im Singular zu denken & somit Homogenität zu unterstellen: Sinnvoll festzustellen, welche Beziehungskonstellationen unter welchen Bedingungen therapeutisch wirksam sind → Abstand nehmen v. der Annahme: das „die Beziehung“ o. die „therapeutische Methodik“ helfen, sondern differenziertere Vorstellungen entwickeln!

## III. systematische Problembearbeitung

Jede PT bearbeitet die psych. Strg. der Klienten in einer eigenen systematischen Weise, stellt also eine für sie charakteristische „therap. Lernumwelt“ her; i.d.R. sind zentrale

Elemente des Vorgehens definiert, so dass von standardisierten pt Methoden gesprochen werden kann; i.d.R. aus einer best. Strgs.theorie heraus entwickelt (Bsp.: systematische Desensibilisierung, entw. aus Erkenntnis, dass phob. Ängste lerntheoretisch erklärt werden können)

Behandlungsmethoden: Handlungsanleitungen für Th. für best. ther. Aufgabe. Das ther. Vorgehen wird aber auch bestimmt durch persönl. Merkmale, Einstellungen v. Th., zeitl. Verlauf etc.

- **PT-Manuale:** konkret, handlungsbezogen, explizitere Richtlinien, zunächst als Behandlungspakete für Therapie umschriebener Strg. (Ängste, Selbstunsicherheit), später auch komplexere (Depress., Alkohhäng.), schließlich auch strg.unspezifisch. Ursprung in VT; mittlerweile auch interpersonal & pa orient. Manuale. Genaue Darstellung des method. Vorgehens ist vorteilhaft für Aus-, Weiterbildung & Forschung; nachteilig: komplexe Handlungsabfolge nur begrenzt schriftl. Darstellbar, keine Übereinkunft, wie konkret es im Manual dargestellt werden soll.

- **Pt Strategien:** zielgerichtete, geplante, flexible und an die Gegebenheiten des Kl. adaptiv angepasste pt Handlungsmuster, die sich über „mittlere“ Zeiträume (= über mehrere Sitzungen) erstrecken und an die indiv. Lebenslage, -welt, -geschichte, -sit., Mögl. und Bedürfnisse des Kl. anknüpft.

The. antworten damit auf Art & Weise, wie Kl. mit Schwierigkeiten und Pbl. umgeht, unter Beachtung der problemerzeugenden und –aufrechterhaltenden Wirkungen v. Handlungsmustern, es werden als die Bedingungen thematisiert, die eine angemessene Pbl.lösung verhindern. → problematische Strategien der Problemlösung erscheinen unflexibel und im Ansatz festgefahren, zugleich wird trotz ihrer Erfolglosigkeit und des damit verbundenen Leidens in schwierigen Lebenssit., intra- & interpersonell. Konfl. o. übermäßigen Anforderungen auf sie zurückgegriffen.

In Beh.b sollen die problem. Lösungsstrategien erkannt und durch entspr. Ther. Strategien gelöst werden, z.B. durch paradoxe Interventionen, Konfrontationen, Konkretisieren/Vereinfachen.

- **PT Methoden:** dienen meist gleichzeitig unterschiedlichen Ziele und arbeiten mit untersch. (kogn., interp., handlungsbezog.) Modalitäten, am ehesten nach Usprg. in versch. Therapieansätzen einteilbar. Wesentl. v. Rezipienten abhängig, wie aufgenommen; daher ist genau zw. beabsichtigter und tatsächl. Wirkung zu unterscheiden; vielfältig einsetzbar.

**Bsp.:** *Entspannungsverfahren* (zur Reduktion körp., psych. Anspannung; VT; Klient lernt, Anspannung zu identifizieren und sich selbst gezielt zu entspannen)

*Konfrontation (verbal)/Provokation* (zur Festigung des Selbstwertes & Entscheidungsfreiheit, realistische Selbst- & Sit.beurteilung; u.a. kogn. Th., Transaktionsanalyse, Klientenz. PT; Auffordern zur Realitätsprüfung, negative Modelle ausarbeiten (schlimmster Fall), rationale Begründungen herausforderN; immer auf Basis einer wohlwollenden, verständnisvollen Haltung ggü. Klient)

*Exposition & Reaktionsverhinderung* (Angstreduktion in konkreten Sit., Entw. realitätsgerechten Verhaltens; VT; unterbinden eines Vermeidens der Angstsit., bis Abbau der Angstreaktion einsetzt.)

- **Gesprächstechniken** verwendet werden v.a. Fragen & Reflektieren der Gefühle der Kl., relativ selten (obwohl besonders veränderungsrelevant): Interpretation, Bestätigung, Selbst-Öffnung des Behandelnden. Sind jeweils in einem Netz anderer Gesprächstechniken eingebettet → diese Muster versch. Gespr.techniken müssten noch genauer untersucht werden; 3 der wichtigsten:

**Fragen:** lineale (wo, wann, warum), strategisch (richtungsgebend und konfrontierend: warum mir, nicht Ihrem Mann?; Bsp.: Sokratischer Dialog, um Standpkt. d. Kl. in

einem krit. Diskurs herauszuarbeiten), zirkulär (Untersch. & Kontext suchen: Wie sieht Mann Ihre Bez. zur Mutter?), reflexiv (Bedeutung) → charakteristisch eher für Kogn., VT

**Reflektieren:** Herausfinden v.a. der emotionalen Aspekte des eigenen Handelns; Herstellen eines vertrauensvollen Gespr.klimas und intensive Bez. (Verständnisvolles, empathisches Aufgreifen und Wiedergeben wesentl. Gefühle und Gedanken des Klienten.) → eher für humanist. or. Therapie

**Interpretieren, Deuten, Hypothesisieren:** neuen Zusammenhang auf Basis theoret. Wissens herstellen. → eher PA

Nonverbale, paraverbale Merkmale: Ruhe ausstrahlen, Entspannt-, Gelassenheit, konsistentes Verhalten, Gestik, Mimik etc..

Therap. Methoden sind das Handwerkszeug, um kompetent und sachgerecht pt tätig zu werden, aber nicht die PT selbst. Sie sind auf den jew. Klienten und seiner Problematik genau abzustimmen und im richtigen Moment einzusetzen.

## Veränderungsprozesse von Klienten

- Wie verändern sich Klienten, um ihre Schwierigkeiten zu bewältigen und für die Überwindung künftiger gerüstet zu sein? Es kann zwischen *Induktion* von Veränderungen im therap. Prozess, ihrer *Stabilisierung* und ihrem *Transfer* in reale Lebenssit. Unterschieden werden.
- Therap. Veränderungen sind Lernprozesse, Teil umfassenderen Entwicklungen & abhängig von den übrigen Lebensumständen, die gleichzeitig auf Kl. einwirken.
- 4 Bereiche pt Veränderungsprozesse:

### (1) Emotionsverarbeitung:

- **Katharsis:** Bewältigen unerwünschter Affekte durch deren Abreagieren, „emotionale Entlastung“, bereits das Ausdrücken von Gefühlen führt unmittelbar zur Erleichterung, aber nicht allein zur Problembewältigung, muss noch als zweiter Schritt, Verantwortung für kongruentere Handlungsmuster übernommen und soz. angemessenere Ausdrucksweisen entwickelt werden.
- **Experiencing:** ganzheitlicher, mit körperl. Empfindungen verbundener Prozess unmittelbaren Erlebens.
- **Entwicklung adaptiver Emotionen**
- **Exposition:** Sich-Aussetzen

### (2) Kognitive Verarbeitung:

- **Kogn. Umstrukturierung:** Schemata, „automatische Gedanken“, Bewertungen etc. werden als steuernd für Handlungs- & Erlebnisweisen angesehen → konkretes gedankl. Verhalten wird in einen anderen Kontext gebracht durch Klärung der realen Grundlagen für diese Vorstellungen oder Überprüfen der Maßstäbe an das eigene Verhalten (reframing); zentral: Veränderung der Bewertungen von Erfahrungen und Verhaltensweisen
- **Einsicht gewinnen:** Zusammenhänge oder Bedeutung eines Pbl. erkennen → Kris: Einsichtsprozess als allmähliche Erkenntnisgewinnung, in der das zunehmende Wissen mit dem Verhalten und Handeln verknüpft wird.

(3) **Kompetenzerweiterung:** interpersonale Kompetenz kann unmittelbar durch zwischenmenschl. Ther.sit. gefördert werden (kann lernen, über Pbl. zu sprechen und zu bearbeiten), fehlende Fertigkeiten durch Pbl.löse- o. Bewältigungstraining methodisch üben o. soz. Netzwerke aufbauen

(4) **Selbstakzeptanz:** Kl. soll befähigt werden, verschiedene Veränderungen zu integrieren und sich als reflexiv handelnde Person wahrnehmen und organisieren.

## Psychotherapeutische Maximen

- Dem „Helfen“ (Überreden, gut Zureden, Kontrollieren, Beschwatzen), der „Macht“ (den Gefühlen der „Allwissenheit“, Wunsch zu beeindrucken), eigene Probleme durch Hilfe anderer bearbeiten zu wollen– widerstehen, stattdessen: Autonomie und Aktivität des Klienten fördern (so wenig Einfluss wie möglich), kongruent in Bez. zum Klienten sein (Echtheit)
- Bedingungen des therapeutischen Prozesse (Rogers) → Therapeuten-Variablen, Rogers-Variablen → sollen zu selbstverständlichen therapeutischen Haltungen werden, u.a.:
  - **Selbstkongruenz, Echtheit, Selbstöffnung** (uneinheitliche Ergebnisse, aber scheinbar fruchtbar, weil Selbstöffnung Status des Therap. reduziert → weniger erschreckend und gleichgestellter; wohl pos. Wirkung nur bei sparsamer Verwendung) **des Therapeuten**
  - **positive Beachtung, Wertschätzung ggü. Klienten;**
  - **Empathie**, einführendes Verstehen des inneren Bezugsrahmens des Kl.; Mitteilen der Gefühle bzgl. dessen Erlebniswelt; klientenzentr.: „Deutungsverzicht“, um Begegnung mit Kl. nicht zu gefährden; pa: erst im 2. Schritt mit Deutung veränderungswirksam; verständnisvolle Aufnahmebereitschaft des Therapeuten

## Pt Ereignisse

- **Marker** im Verhalten des Klienten, dass ein affektiv wichtiges Thema berührt wird, zu dessen Bearbeitung er bereit ist: Anspannung, Irritiertheit, unvermittelte Themenwechsel, Übergeneralisierung, Selbstbeschuldigung, Katastrophierung → Aufgabe des Ther. (**Indikationsstellungen im Verlauf**): diese Vorkommnisse zu nutzen → **adaptive, prozessuale o. verlaufsorientierte Indikation**
- Entscheidung bezieht sich auf **Prozess-Inhalt-Dichotomie**: Aufmerksamkeit und Intervention entweder darauf gerichtet, **was** berichtet wird, oder **wie** etwas berichtet wird, also auf das *unmittelbare* Geschehen
- das *unmittelbare* Geschehen rückt in Mittelpunkt, wenn Kl. momentan besonders intensives Gefühl erlebt oder offenbar brisantem Thema ausweicht, dtl. Diskrepanzen zw. verbalen Aussagen und nonverbalem Ausdruck auftreten oder die Beziehung zum Therapeuten angesprochen wird.
- wenn **Prozess-Intervention** erfolgt, rückt das unmittelbare Erleben des Kl. in Fokus und der zunächst v. Kl. besprochene Inhalt (Bez. zu Geschwistern, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz etc.) wird einen Augenblick zugunsten des unmittelbar im Hier-und-Jetzt beobachtbaren Erlebens vernachlässigt

## Zeitliche Strukturierung: Behandlungsdauer, Zeitl. Limitierung, Behandlungsphasen

- **Dauer**: in BRD zw. 6 – 30 Sitzungen; Emp. Untersuchungen: Ausmaß & Dauer korreliert mit Erfolg, aber: Studie über „Dosis-Wirkungs-Relation“ (Howard et al. 1986): ersten Sitzungen am wirksamsten, Zugewinn nimmt nach dem 26. Kontakt deutlich ab; deutlicher Besserungen nahezu bei 50% nach 8 Gesprächen, nach 26 sogar bei nahezu 75%, ausgenommen Borderliner (deutlich später); ohne diese: nach etwa 52 Sitzungen (also etwa 1 J.): ca. 85% gebessert, längere Behandlung erhöht Prozentsatz nur unwesentlich.
  - ➔ 1jährige Dauer ist optimal, kann im Einzelfall kürzer oder länger angezeigt sein. ➔ nicht länger gleich besser, sondern wesentl., die Qualität dessen, was in der gegebenen Zeit durch Th. vermittelt und vom Kl. aufgenommen und verarbeitet werden kann.

- **Zeitl. Limitierung:** Kurzzeittherapien → empfohlen bei akut auftretenden, nicht chronifizierten Pbl., im allg. 25 Kontakte, haben sich bei emotionalen Krisen, Angstzuständen, Partnerschaftskrisen auch noch kürzer bewährt → in überschaubarer Zeit sind bedeutsame psych. Besserungen zu erreichen
- **Behandlungsphasen:** Lewin hat einen Prozess des „*unfreezing – change – refreezing*“ (Auflockern, Verändern, Verfestigen) beschrieben. Veränderung benötigt eine Vorbereitung und ist wieder in einen stabilen Zustand zu überführen. Lässt sich gut auf PT übertragen, in der sich häufig Fortschritte mit Stagnation und auch Rückschritten abwechseln. Verbreitet ist Unterscheidung v. 3 Phasen:
  - **Anfangsphase:** auf Kl. einstellen, sich über ihn & Pbl. informieren; Bez. aufbauen, Sicherheit und Vertrauen schaffen, damit er sich auf Änderungsprozess einlässt.
  - **Mittlere Phase:** systemat. Veränderung der spezif. Problematik durch method. Handeln, Herausforderung zu neuen Verhaltensweisen durch Hervorrufen von Inkongruenz zw. Pbl.def. des Kl. und des Th. u.a durch Interpretationen, kontextuelles Einordnen d. Pblematk, selektives Aufgreifen best. Pbl.aspekte → veranlasst Kl. zu Bewegung
  - **Endphase:** Stabilisierung und Generalisierung der erreichten Veränderungen, Wiedererlangen der interaktionalen Kontrolle, persönl. (emotionale) Ablösung

## Klientenmerkmale, Differentielle PT und Indikation

### Klientenmerkmale und PT-Ergebnis

- können als prognostische Faktoren betrachtet werden, aber: mehrdeutige Beziehung → Selektionseffekte, Interaktionseffekte mit anderen Variablen, Einflüsse v. Drittvariablen → nur probabilistischer Zusammenhang
- **Positiv** korrelieren mit Behandlungserfolg: **positive Einstellung** ggü. sich selbst und dem Therapeuten (vermittelt ü. Moderatorvariable: generelles Interesse für zwischenmenschl. Bez. & interspers. Kompetenzen); **kongruente Erwartungen** v. Kl. & Th. förderlich (→ Programm zur Vorbereitung der Klienten)
- Keine eindeutigen Ergebnisse zu **Persönlichkeitsmerkmalen**: z.B. **Intelligenz** (in psychodynamischen ja, in VT nicht)
- **Sozioökonomische Merkmale:** Hohe Abbruchraten in unteren Sozialschichten, auch häufiges Nichterscheinen und niedrige Annahmerate
- **Alter:** spielt keine Rolle; **Geschlecht:** entweder gleiches Geschlecht o. bevorz. Geschlecht; entscheidender: **Geschlechtsrollenorientierung** als Geschlechtszugehörigkeit selbst!

### Indikation

- **Differentielle Indikation:** Welche Behandlung, von wem durchgeführt, ist für diese Person mit diesem spezifischen Problem unter welchen Rahmenbedingungen am effektivsten?
- **Begriff der Indikation** impliziert, dass eine Krankheit jeweils nur mit einem bestimmten Verfahren zu behandeln ist, und zwar mit dem, das die Ursache beseitigt (**Kausale Indikation**) → Widerspricht der **Multikausalität** und **transaktionalen Verursachung** psych. Strg., stattdessen: systematische Auswahl der geeignetsten Behandlungsbedingungen
- Psychotherapie als Problemlösungsprozess: Indikationsentscheidungen zur Optimierung dieser Pbl.lösung durch Auswahl der „besten“ Behandlung
- **Behandlungsaufnahme und Therapiestratifikation:** viele Einfüsse schon im Vorfeld (Bewertung der eigenen Problematik, Erwartungen an PT, Normen & Werte v.

Bezugspersonen, Selbsthilfemögl., finanz. Fragen) → professionelle Ebene: 3 Ebenen der Indikation:

- (1.) **Indikation zur PT** statt Verzicht auf jegliche profess. Hilfe, medizin. Behandlung, andere Intervention (Beratung, Krisenintervention, ...)
- (2.) **Behandlungstheoretische Indikation**
- (3.) **Adaptive bzw. prozessuale Indikation:** „Weichenstellungen im Therapieverlauf“, Vorgehen wird fortlaufend angepasst, setzt besonders kompetentes und flexibel handhabbares therapeutisches Wissen voraus.

## PsychotherapeutInnen

### Erfahrung und Kompetenz

- Keine bzw. nur geringe Zusammenhänge zw. berufl. Erfahrung und Beh.erfolg
- Kompetentes ther. Handeln: theoretisch begründet, th. Basisverhalten (Zuhören, Verh.beob., offenes, geschloss. Fragen, Ermutigen, Paraphrasieren, Gefühle & Bedeut. reflektieren), Timing, differenzierte Wahrnehmung des Kl., geschickter Methodeneinsatz)
- Gründe für erfolgreiche und wenige erfolgreiche Therapeuten unklar.

## Auswirkungen und Behandlungsergebnisse

### Die Eysenck-Debatte: Wirksamkeit der PT & spontane Remission

- Eysenck eröffnete 1952 Debatte um die Wirksamkeit der PT → brachte Konzept der Spontanremission aufs Trapez → vielfach kritisiert → u.a. **Remissionskonzept** wurde abgelöst durch **Bewältigungskonzept** (Betroffener erscheint nicht passiv einer psych. Strg. ausgeliefert, sondern als Mensch, der sich aktiv mit sich selbst und seinen Umweltgegebenheiten auseinandersetzt und diese zu bewältigen versucht (soz. Unterstützung, eigene Bewältigungsbemühungen (Nachdenken, neue Handlungsmuster erproben, Sich-Ablenken), auch situative Veränderungen (Wegfallen schwieriger bzw. Eintreten besserer Umstände))

### Meta-Analyse der PT-Effekte

- Metaanalysen von z.B. Smith et al. zeigten: PT ist effektiver als keine oder Placebobehandlung (untersch. Ausmaß der Überlegenheit, je nach Def. einer Placebo-Behandlung: rein psycholog. → Untersch. bes. groß), unterschiedliche Verfahren bringen ähnliche Ergebnisse hervor, jedoch auf unterschiedlichen Wegen.

### Misserfolge & Schäden durch PT

- **Negative Ergebnisse:** Probleme verschärfen sich oder verbessern sich nicht, neue treten auf oder Behandlung wird abgebrochen bzw. gar nicht angetreten
- **Gründe** können sein: Therapeut kann negative Entwicklung nicht aufhalten, Problematik nicht beeinflussbar, hohes Rückfallrisiko, unterschiedliche Erwartungen, äußere Lebensumstände, falsche Indikation o. Durchführung, Abhängigkeit erzeugen ...

### Generalisierung & Langzeitwirkungen v. PT

- *Luborsky Penn Psychotherapy Project* (gute katamnestische Prognosen!): Behandlungseffekte auch über längeren Zeitraum bewahrt
- Scheint nützlich, schon während Behandlung für den Erhalt der erworbenen Verbesserungen nach Therapieabschluß zu sorgen → in kogn. & VT z.B.: Hereinnehmen realer Lebensbeding. (in vivo Übungen), Förderung von Eigenverantwortlichkeit, Förderung der Umweltressourcen (z.B. Elterntraining), physiologische Hilfen (Entspannungsmethoden, Medikamente).

## 12 Psychosoziale Intervention & Anwendungsfelder der Klin. Psy.

Peter Fiedler

### Sozialpolitischer Kontext & Entwicklungen psychosozialer Intervention

- Kooperations- & Konkurrenzverhältnis Klin. Psychologen v.a. zu Sozialarbeitern, (Sozial-) Pädagogen und sozialwiss. orientierten Medizinerinnen
- Die Entw. klin.-psy. Berufsausübung folgt den soz.polit. Veränderungen und lässt sich in der BRD in 3 Phasen gliedern:
  - (1) **Bis Ende 60er:** Ausbau sozialer Sicherungen → sozialpolit. Leistungen: angemessenes Lebensniveau für ges. Bev. → Klin. Psy. nicht mehr nur als Diagnostiker & Berater, zunehmend auch als Psychotherapeuten
  - (2) **Übergang zu 70ern:** Verbesserung der allg. Lebensbeding. → krit. Auseinandersetzung mit Mängel psychosoz. Versorgung → Sozialpolitik zunehmend in Zugzwang: Reforminitiativen (Psychiatrie-Enquête), Gemeinwesenarbeit, Stadtteilbezug, Teamarbeit → neue klin.-psy. Tätigkeitsfelder: Krisenintervention, Netzwerkindervention, Streetwork
  - (3) **Beginn der 80er:** sozialpolit. Stagnation → aber auch Motor für Selbsthilfe- & Alternativbewegungen v.a. bzgl. eines Klientels eher jenseits etablierter Einrichtungen (Frauen in Not, Arbeits-, Obdachlose) → „zweiter Arbeitsmarkt“ für Klin. Psy.

### Institutionelle Rahmenbedingungen der psychosozialen Versorgung

Leitlinien der Enquête-Kommission zur Neustrukturierung des Gesundheitssystems:

1. **Prinzip der gemeindenahen Versorgung:** bessere Erreichbarkeit, Verknüpfung v. psychosoz. & mediz. Einrichtungen, Berücksichtigung des Lebenskontextes v. Klienten, Einbeziehung & Förderung der Selbst- & Laienhilfe
2. **Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung:** setzt
  - (a) gesichertes Wissen des Bedarfs und der Inanspruchnahme psychosoz. Hilfsangebote voraus und
  - (b) Kenntnis, ob die vorh. Institutionen die Bedürfnisse erfüllen → schwierig, so auch Angaben der Bundesregierung (1990) nur Grobschätzung:  
psychiatrisch Behandlungsbedürftig innerhalb eines Jahres etwa 10-12% (6-8 Mio.) → behandelt: etwa 4,8 Mio → sehr viele unbehandelt;  
kein Anstieg der psych. Krankheiten (aber bei Abhängigkeit + Alterskrankheiten: nur max. 1% der 7-8% von 24% dringend Behandlungsbedürftigen behandelt; katastrophale gesundh., soz. & materielle Lage der chronisch Kranken & Behinderten (ca. 500 000): 90% aus Erwerbsleben ausgegrenzt, Armutsgrenze)
3. **Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste:** psychosoz. Arbeitsgemeinschaften als Vertreterversammlung untersch. Dienstleistungsträger (therapeutisch-beratend Tätige, Wohlfahrtsverbände, Sozialbehörden, Justiz, Kirche, Schule, Selbsthilfegruppen, Parteien etc.) → kaum rechtl. & finanz. Mittel, leben v.a. vom pers. Engagement
4. **Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körp. Kranken:** v.a. zur finanziellen Verbesserung

### Psychosoz. Beratung

- spezif. psycholog. o. klin.-psy. Zielsetzungen: Berufs-, Bildungs-, Ehe-, Erziehungs-, Fam.-, Lebens-, Schul- & Sexualberatung; untersch. Berufsgruppen: v.a. Kooperation mit Sozialarbeiter, Pädagogen, Theologen (besitzen wie Mediziner Schweigerecht (Psychos

nur chweigepflicht): Zeugnisverweigerungsrecht → jurist. verfolgte Klienten evtl. verweisen) → Notwendigkeit interdisziplinäre Kooperation

- **Abgrenzung „psychosoz. Beratung“ und „PT“:** zeitweilig nahezu synonym, nur Untersch. in zeitl. Dauer; emp. Studie: Beratung extrem methodeneklektisch, problemorientiert, eben ratgebend
- Neudef. der psycholog. Beratung Ende der 70er durch APA: Beratung → relativ kurzer Zeitraum, auf kogn.-emotionale Einsicht fundierte aktive Lernprozesse in Gang bringen zur Verbesserung der Selbsthilfebereitschaft, Selbststeuerungsfähigkeit und Handlungskompetenz
- Neue Beratungsaufgaben: Vorbereitung, Begleitung und Beratung v. informellen Helfern, Laien und Selbsthilfe-Initiativen; Beratung v. Institutionen und Organisationen der psychosozialen Versorgung

## Krisenintervention und Suizidprohylaxe

- Frühbehandlung und Vorbeugung psych. Stgr.; Hilfe in akuter Notlage, um eine Zuspitzung der Problematik (auch in Richtung Suizid: Risikogruppen für suizidale Reaktionen: Alte, Süchtige, psych. Gestörte (bes. Depress.), körp. Kranke (ohne Hoffnung auf Besserung)) oder potentielle Chronifizierung zu verhindern
- Vielfältige **Auslöser:** traumatische Krisen (Katastrophen, Krankheit, Vergewaltigung), Lebensveränderungen (Tod d. Partners, Heirat, Geburt)
- **Entscheidend für Eigenarten und Ausmaß** indiv. Krisenentwicklung: *subjektive Bedeutung* des Anlasses (Herausforderung, Bedrohung, unersetzbarer Verlust); *soziale Auslöser & Begleiterscheinungen* (Statuswechsel, Arbeitsplatzverlust), *soziale Situation* (Verarmung, Fam.verhältnisse) → vgl. krit. Lebensereignisse
- Zu Krise kann es kommen, wenn ein **Missverhältnis** erlebt wird zwischen situativen & sozialen Anforderungen und eigenen Handlungsmöglichkeiten → sinnvolle Bewältigung von Ereignissen und Erfahrungen nicht mehr möglich
- Krisenentwicklung kann sich bei fehlenden Hilfestellungen und Kommunikationsmöglichkeiten durch andere drastisch **verschärfen**
- Viele Krisen gehören zum Leben dazu → auch **Chance** für persönliches Wachstum
- **Allg. Ziel:** Wiederherstellung & Unterstützung der eigenen Fähigkeiten und seiner Umgebung (Hilfe zur Selbsthilfe) → Zur Verhinderung v. Wiederholungen und Rückfällen ist das soz. Umwelt zu berücksichtigen → interdisziplinäre Zusammenarbeit (mit anderen Versorgungseinrichtungen)
- **Praktisches Vorgehen:**
  - (1) **Herstellung einer tragfähigen Bez.:** Vermittlung v. Empathie, Präsenz, Zuversicht)
  - (2) **Entlastung von emotionalem Druck:** Aus- und Besprechen von Ängsten, Hoffnungslosigkeitsgefühlen, Suizidgedanken
  - (3) **Erste Bewertung der Krise:** Abschätzung der Suizidalität & aktueller Krisensit.; Fragen nach Bedeutsamkeit des Anlasses, frühere K. und deren (erfolgr., -losen) Bewältigungen, soz. Unterstützung, etc.
  - (4) Ziel der Frühinterv.: **Thematisierung der Selbstwertproblematik & zunehmende Stützung des Selbstwertgefühls** (Anregung & Förderung v. Eigeninitiative)
- Entwicklung und Verlauf der Krisenintervention und Suizidprohylaxe sind schwer vorhersagbar und hängen sehr stark von den jeweiligen Krisenanlässen und den vorhandenen Bewältigungsressourcen ab.

## Rehabilitation

- **Ziel:** Wiedereingliederung körperl., geistig und psychisch kranker und behinderter Menschen in Arbeit, Beruf und Gesellschaft → Verhinderung von Wiedererkrankung und Rückfall
- Leitlinien: Stärkung des Selbsthilfepotentials (Verhinderung d. Fixierung d. Patientenrolle), Berücksichtigung u. Inanspruchnahme vorhandener soz. Ressourcen, Interdisziplinarität
- Medizinische Rehamassnahmen, berufliche Reha, schulische Reha (u.a. Sonderschulen)
- **Klin.-psy. Tätigkeiten:**
  - (a) **(Behinderungs-)Diagnostik und Prognose:** Entscheidungshilfe indiv. Rehazielen, Statusdiagnostik (Diskrepanzen zw. intendierten und erreichten Rehazielen), Prognostik zur Zielabstimmung; Evaluation bisheriger Rehamassnahmen
  - (b) **psycholog. Beratung & Therapie:** unverzichtbar weil: zumeist abrupte Unterbrechung der Lebensläufe und Zukunftsplanung durch Behinderung, sozialer Abstieg, erhebl. eingeschränkte Mobilität und Leistungsfähigkeit, Veränderungen im soz. Zusammenleben → erhebl. Anforderungen an psych. Anpassungsfähigkeit
  - (c) **Ausbildung und Supervision anderer Professionen**
  - (d) **Angehörigen- und Familienbetreuung:**
    1. Information und Aufklärung
    2. Mögl. für innerfam. Umgang mit Behind., insbes. zur Krisen- & Rückfallprophylaxe
    3. Lebensperspektiven und Zukunftsplanung der Fam.
    4. soz. Einbindung in Nachbarschaft und Gemeinde
    5. Selbsthilfegruppen
  - (e) **Initiierung und Betreuung v. Selbsthilfegruppen**
  - (f) **Evaluation und Öffentlichkeitsarbeit:** häufig ablehnende Einstellung ggü. Behinderten entfalten Kontextwirkungen, die Reha-Erfolg erheblich gefährden → Effektivität professioneller Hilfe ist eng mit öffentlicher Akzeptanz der Behinderten verknüpft → Notwendigkeit der öffentlichen Sölidaritat der Helfer mit Betroffenen und Öffentlichkeitsarbeit

## Resozialisierung

- sozialpad. & sozialtherapeutische Interventionen → Teil der „gesell. Antwort“ (öfentl. & juristisch) auf sozialabw. & rechtsverletzendes Verhalten → v.a. psychosoz. Behandlung und Wiedereingliederung Straffalliger
- v.a. psycholog. Therapie, soz. Trainingsprogramme, schul. & berufl. Fortbildung, Anleitung zu sinnv. Freizeitgestaltung
- Spätestens mit Beginn des 19. Jh.: Ergänzung der Strafvergeltungspraxis um Resozialisierungsaspekt → 1969 § 65 StGB: **Sozialtherapeutische Anstalt:** Der § 65 StGB ist niemals geltendes Recht geworden, wurde mehrfach verschoben und 1984 ganz aufgehoben. Seit 1977 existiert eine Vollzugslösung (Spezialeinrichtungen innerhalb des Strafvollzuges). Die Verlegung in eine sothA gem. § 9 StVollzG setzt die Zustimmung des Gefangenen (Antrag) und des Anstaltsleiters voraus. Der Aufenthalt dauert meist 2-3 Jahre und kommt lediglich am Ende der Strafzeit in Betracht (1997: 900 Behandlungsplätze bei einer Gesamtbelegung von etwa 50 000)
- §2 StVollzG 1977 → psychosoz. Intervention wurde als **Vollzugsziel** dem Aspekt d. Sicherung & Schldausgleich vorgeordnet: Gef. soll fähig werden, künftig in soz. Verantwortung ein straffreies Leben zu führen.
- **Paradoxon:** Soz. Verantwortung soll in einer dem sozialen Alltag unähnlichen Sit. erworben werden → bestimmend sind jedoch ein auf die Sicherheitsverwahrung

rückführbares Misstrauen, Unoffenheit und Vortäuschung, Furcht vor Risiko und sozialer Mitverantwortung bestimmen für die Interaktionen → **Insassenkultur** → Prisonisierung

- Bedeutsamkeit sozialtherapeutischer, v.a. ambulanter Maßnahmen für Reintegration, v.a. in der Bewährungshilfe (Außentrainings mit zunehmenden Vollzugslockerungen)

**Klin. Psychologen** in der Resozialisierung:

- **Diagnostik & Begutachtung der Gefangenen** (Beratung & Gutachtung bzgl. Vollzugsplänen, Lockerung, Entlassung (Prognose))
- **Diagnostik & Begutachtung des Personals** (Auswahl, Eignung)
- **Beratung & Therapie** (ungünstige Personalausstattung: statt PT meist einmalige und kurzzeitig angelegte (Konflikt-)Beratung, Krisenintervention; Pbl.: PT im Strafvollzug wenig effektiv bei Dissozialität)
- „**Diversions**“ in der Jugendstrafjustiz: vorzeitige Aussetzung eines formellen Strafprozesses auf einer beliebigen Verfahrensstufe, mit und ohne Überweisung an ein Programm einer außerjustitiellen, öffentl., priv. Institution → **Ziel**: Vermeidung v. Stigmatisierung (durch Verhandlung, Verurteilung, Arrest o. Inhaftierung) bzw. zumindest Verringerung ihrer Folgen
- Zeit nach Haftentlassung gilt als bes. krit. Phase mit hoher Rückfallwahrscheinlichkeit

## Heimerziehung

- Delinquenz, Verwahrlosung, Kriminalität, Dissozialisation sind vorrangige Gründe für Heimeinweisung ...

## Sozialpsychiatrie

- Reformbewegung → Reformvorschläge der Psychiatrie-Enquête (1975)
- **Mängel der Großkrankenhäuser**: galten (gelten) zumeist als überaltet (von vor 1925), ausgerichtet für weniger Patienten, als sie aufnehmen; Absonderung in ländliche Gegenden, erschreckender Personalmangel (unattraktive Arbeitsbedingungen)
- **Erfolge der psychopharmakologischen Behandlung seit Beginn der 50er**: verkürzte Aufenthaltsdauer, aber mehr Rückfälle („Drehtürpsychiatrie“) → psychiatrische Behandlung ohne Psychopharmake kaum sinnvoll, aber Berücksichtigung psychosoz., pt und reha Behandlungskonzepte
- **Ausbau gemeindenaher psychiatrischer Versorgung** ist bisher nicht sehr weit vorangekommen (1992)

## Aktueller Stand der Reformbemühungen

- Psychiatrie-Enquête forderte Verbesserungen u.a. durch strukturelle Maßnahmen:
  - (a) **Verkleinerung der Großkrankenhäuser** → 1990: Belegzahl-Reduktion um 15-20%
  - (b) Schaffung **psychiatr. Abteilungen an Allg. Krankh.** → 1990: zwar verdreifacht, aber den Erfordernissen nicht entsprechend, und meist ohne gewünschte gemeindenahere Konzeption
  - (c) Schaffung **ambulanter Beh.einrichtungen** (psychiatr. Dienste) → sehr weit hinter Erwartungen geblieben, unzureichende finanz. Absicherung
  - (d) **Integration v. amb. & stat. Beh.**

## Behandlungsansätze

Verbesserung der institutionell gebundenen therapeutischen Möglichkeiten: Bezugnahme auf die zumeist **komplexe Bedingungsstruktur psych. Strg.** durch Entwicklung **mehrdimensionaler Behandlungs- und Reintegrationskonzepte** für den jeweiligen Einzelfall. Ein solcher psychiatrischer Gesamtbehandlungsplan wird heute mind. folgende Aspekte berücksichtigen:

- (1) **die medikamentöse Therapie** (Psychopharmaka-Behandlung): bei den meisten psych. Strg. in der Akuttherapie und Krisenintervention, vielfach auch in der Langzeitbehandlung sehr bedeutsam; bei erforderlicher Langzeittherapie ist eine bes. „Therapie der Compliance“ notwendig: Motivation zur sinnvollen Medikation, durch frühzeitigen Einbezug v. Patienten in Dosierung begünstigt
- (2) **Krisenintervention und Akutbehandlung:** i.d.R. in **bes. Aufnahmestationen** der psychiat. Klinik verortet, die zugleich Abschirmung des Patienten zur Selbstfindung und ihre Neuorientierung in Richtung Behandlung und Reha ermöglichen. **Psycholog.-therapeutische Hilfe** bedeutet zu diesem Zeitpunkt v.a. Vertrauen, Offenheit und Verständnis für Notsituation anbieten, Kontakt herstellen und Patienten zur Mitverantwortung und Mitarbeit an weiterer Behandlung motivieren. Günstige therapeutische Bez. herzustellen ist zumeist erschwert durch Misstrauen des Patienten (vermittelt über öffentl. Vorbehalte ggü. Psychiatrie).  
Besonders erschwerend: **Zwangseinweisung** (Spannungsverhältnis zw. Dringlichkeit einer Intervention und Aspekt der Freiwilligkeit), begründet meist mit Selbsttötungsabsichten, Verwahrlosungsgefahr mit eigener Gesundheitsgefährdung, seltener mit Fremdgefährdung → eine *Ultima ratio*, die nur erwogen werden sollte, wenn wirklich alle Möglichkeiten privater und professioneller Hilfe ausgeschöpft wurden, da sie zu einer dauerhaften Belastung in der Beziehung des Patienten zu psychiatrischen Einrichtungen und professioneller Hilfe führen kann, auf die er angewiesen bleibt.
- (3) **Psychotherapeutische & psychoedukative Behandlungsmaßnahmen:** Bindeglied zwischen Akutbehandlung und Reha. Von besonderer Bedeutung: psychoedukativ-stützende Behandlungsprogramme der VT, die als phänomen- und problembezogene Therapiekonzepte auf spezielle Patientengruppe zugeschnitten sind.  
**Bsp. psychoedukative Vtprogramme für schizophrene Patienten:**
- Verbesserung des Umgangs des Patienten mit seinen spezif. „schizophrenen“ Reaktionen auf Belastung und Stress (Therapie der kogn. Strg. durch kogn. Differenzierung und Selbstkontrolle)
  - Verbesserung der zwischenmenschl. & soz. Kompetenz insbes. mit rückfallrelevanten soz. Stressoren (Wahrnehmungs-, Kompetenz-, Sozialtraining, Krisen-, Rückfallprophylaxe, Therapie der Compliance)
  - Angehörigenberatung und psychoedukative Fam.therapie
  - Vt Hinführung und Begleitung gesellschaftlich-soz. und berufl. Rehamassnahmen
- (4) **Einbeziehung von Angehörigen, Partnern und Familie:** eine der bedeutendsten Säulen erfolgreicher sozialpsychiatrischer Arbeit → psychoedukative Hilfe bei zwischenmenschl. Bez.pbl. (zumeist resultierend aus Hilflosigkeit der Angehörigen im Umgang mit Erkrankung) als unabdingbare Voraussetzung für Stabilisierung therap. & reha Wirkungen: Angehörige an Rückfallprophylaxe & Krisenmanagement beteiligen; Auch: Ihnen Raum geben für eigene pers., fam. Schwierigkeiten im Umgang mit der Erkrankung und mögl. Folgen
- (5) **Gesellschaftlich-soziale und berufliche Rehabilitation:** u.a. Bereitstellung von Plätzen in Tages- & Nachtkliniken, Tageszentren, Wohnheimen ist eine sinnvolle Notwendigkeit für größere Unabhängigkeit des Patienten von seiner Primärgruppe. Nicht immer ist die Reintegration in die Familie sinnvoll und möglich. V.a. in therapeutischen Wohngruppen und Lebensgemeinschaften lassen sich solche abgestuften Rahmenbedingungen herstellen, die eine soz. & berufl. Reha erfordert.

#### Klin. Psychologen in der Psychiatrie

- sozialpsychiatrische Ansätze, v.a. im Übergang zur Gemeinde fordern enge interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Zahl eher gering und Tätigkeit meist auf diagnostische, beraterische & evaluative beschränkt
- Aber steigende Inanspruchnahme v. Beratungsdiensten außerhalb der Klinik → Ausdruck zunehmender Akzeptanz dieser Dienste in Öffentlichkeit → Neben

Sozialämtern, v.a. Eltern-, Fam.-, Ehe-, Behindertenberatungsstellen, Telefonseelsorge  
→ psychosoz. Arbeitsgemeinschaft

## Therapeutische Gemeinschaften

- Verknüpfung v. therapeutischen und rehabilitativen Zielen der Wiedereingliederung mit vorgegebenen (geplanten) Lebens- und Interaktionsformen → keine spezif. Behandlungsmaßnahme, sondern Bereitstellung kontextueller Bedingungen und Wirkungen zur besseren Erreichbarkeit spezif. Interventionsziele
- **Allg. Zielsetzung:** Erhöhung der Mit- & Selbstverantwortung; wichtigstes Medium: Bereitstellung von Raum, Zeit, Gelegenheit zur eigenständigen und gemeinsamen Reaktion auf therapeutische und rehabilitative Anforderungen, Erarbeitung v. Mitwirkungsmöglichkeiten, Bewältigung zwischenmenschl. Konflikte im Zusammenleben → Förderung interpersoneller Lösungsprozesse
- **Zurücknahme der Fremdsteuerung** geknüpft an: balancierten Abbau v. Zuständigkeits- und Rollenunterschieden zw. Personal und Betroffenen; Einbeziehung in Entscheidungen; Übertragung v. Verantwortung → Balancierung zw. Notwendigkeit zur Fremdbehandlung und Möglichkeit der Selbstbestimmung
- Ungünstige Gruppendynamik → Problem der Innenorientierung und Subkulturausbildung → Reintegrationsziel setzt in jedem Fall eine Außenorientierung rehabilitativer Interventionen voraus, deren Basis und Erfolg auf einer außerinstitutionellen Berufstätigkeit und Bezug zu Personen außerhalb beruhen

## Schlussbemerkungen

- Psychosoz. Intervention strebt zugleich eine Verbesserung indiv. Lebenslagen an, die wiederum in einem komplexen Netz gesell. und zwischenmenschl. Widersprüche und Konflikte stehen und entstehen
- Kardorff (1988) „**Ethik der Intervention**“: u.a.
  - Selbstverfügungsrecht des Betroffenen als Grenze v. Intervention
  - Prinzip der Vorläufigkeit (Antizipation mögl. Korrekturen der Intervention)
  - Historische Vergewisserung über den gesell. Entstehungszusammenhang spezif. Diagnosen, rechtl. Regulierungen und institutioneller Gegebenheiten, um die historisch spezifische gesell. Funktion der Interventionsbasis und ihrer Praxis verorten, bewerten und ggf. gezielte Verzweigungen organisieren zu können
- **Übergeordnetes Ziel:** grundlegende Akzeptanz und Förderung der Eigenverantwortung
- Professionelles Wissen und Kompetenz sollte mit Betroffenen geteilt, wenn nicht an sie weitergegeben werden → Empowerment → wird insbes. in Selbsthilfe-Initiativen verwirklicht (auch Betroffene, Laien und Professionelle zusammen)