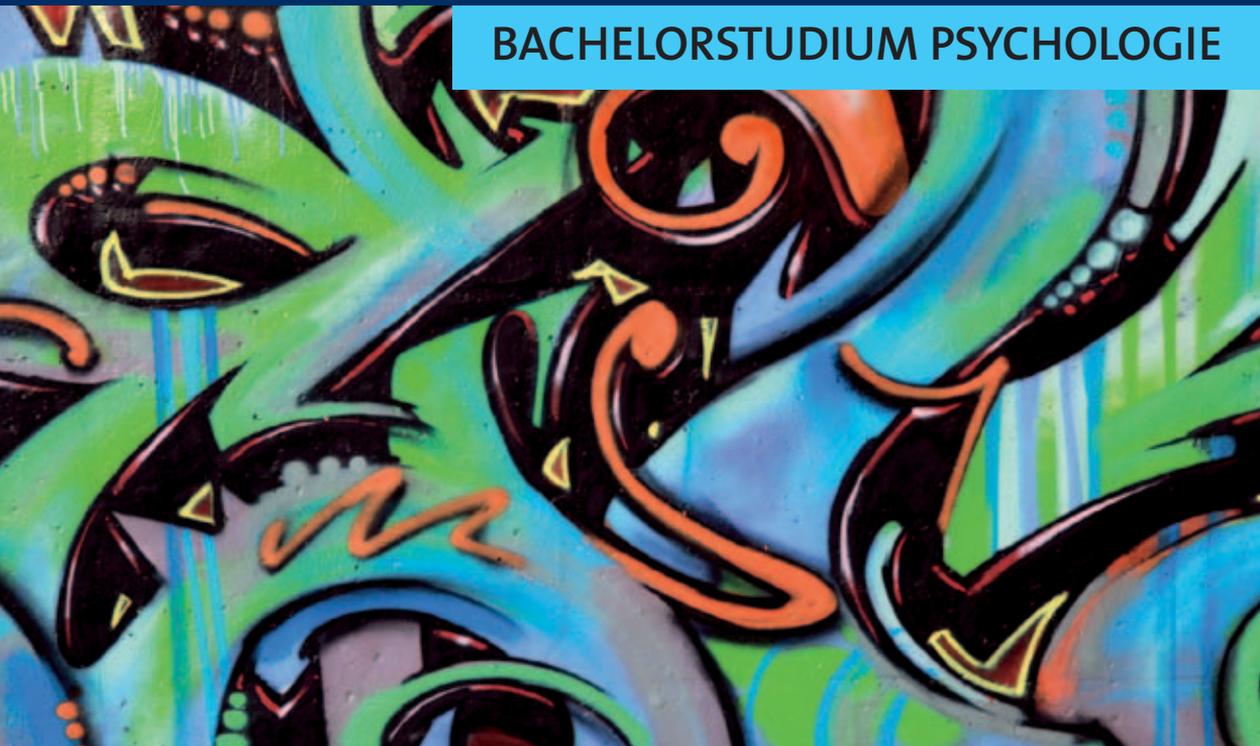


Wolfgang Lutz · Ulrich Stangier
Andreas Maercker · Franz Petermann

Klinische Psychologie – Intervention und Beratung

BACHELORSTUDIUM PSYCHOLOGIE



Klinische Psychologie – Intervention und Beratung

Bachelorstudium Psychologie

Klinische Psychologie – Intervention und Beratung

von Prof. Dr. Wolfgang Lutz, Prof. Dr. Ulrich Stangier,
Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker und Prof. Dr. Franz Petermann

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Eva Bamberg, Prof. Dr. Hans-Werner Bierhoff,
Prof. Dr. Alexander Grob, Prof. Dr. Franz Petermann

Klinische Psychologie – Intervention und Beratung

von

Wolfgang Lutz, Ulrich Stangier,
Andreas Maercker und Franz Petermann

unter Mitarbeit von

André Bittermann, Jan R. Böhnke, Christiane Bohn,
Reinhard Drobetz, Simon Forstmeier, Regina Steil,
Florian Weck und Birgit Weinmann-Lutz

HOGREFE  GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

Prof. Dr. Wolfgang Lutz, geb. 1966. Seit 2007 Leiter der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Trier.

Prof. Dr. Ulrich Stangier, geb. 1958. Seit 2008 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Frankfurt.

Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker, geb. 1960. Seit 2005 Ordinarius für Psychopathologie und Klinische Intervention an der Universität Zürich.

Prof. Dr. Franz Petermann, geb. 1953. Seit 1991 Lehrstuhl für Klinische Psychologie und seit 1996 Direktor des Zentrums für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen.



Informationen und Zusatzmaterialien zu diesem Buch finden Sie unter www.hogrefe.de/buecher/lehrbuecher/psychlehrbuchplus

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2012 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto
Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

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

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Umschlagabbildung: © Sebastien Cote – Istock
Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2159-9

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

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

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

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

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

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

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

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	11
1 Definition und Grundlagen klinisch-psychologischer Intervention	13
1.1 Zum Begriff „Intervention“ in der klinischen Psychologie	15
1.1.1 Definition und Systematik	17
1.1.2 Grundlagen klinisch-psychologischer Intervention	22
1.1.2.1 Rechtliche Grundlagen	22
1.1.2.2 Ethische Grundlagen	23
1.1.2.3 Psychologische Grundlagen: Kommunikation, Gesprächs- führung und Beziehungsaufbau	26
1.1.2.4 Wissenschaftstheoretische Grundlagen	27
1.2 Formen klinisch-psychologischer Interventionen	29
1.2.1 Beratung	29
1.2.2 Mediation	32
1.2.3 Psychotherapie	32
1.2.4 Prävention und Rehabilitation	34
1.2.5 Psychoedukation	35
1.2.6 Online-Intervention	36
Zusammenfassung	38
Fragen	40
2 Theoretische Grundkonzeptionen klinisch-psychologischer Intervention	41
2.1 Psychoanalytisch und psychodynamisch begründete Verfahren ...	44
2.1.1 Historisches	45
2.1.2 Wichtige Begriffe der allgemein-psychologischen und klinischen psychoanalytischen Theorie	45
2.1.3 Formen und Weiterentwicklungen	48
2.2 Verhaltenstherapeutisch und kognitiv-verhaltenstherapeutisch begründete Therapieverfahren.	49
2.2.1 Historisches	49
2.2.2 Zentrale Merkmale	51
2.2.3 Formen und Weiterentwicklungen	52
2.2.3.1 Verhaltenstherapeutische Verfahren	52

2.2.3.2	Kognitive Verfahren	54
2.2.3.3	Weitere Formen	54
2.3	Humanistisch begründete Therapieverfahren	56
2.3.1	Historisches	57
2.3.2	Zentrale Merkmale	57
2.3.3	Formen und Weiterentwicklungen	58
2.3.3.1	Klientenzentrierte Psychotherapie/Gesprächspsycho- therapie	58
2.3.3.2	Gestalttherapie	59
2.3.3.3	Existenzielle Psychotherapieansätze	60
2.3.3.4	Prozess-Erlebnisorientierte Psychotherapie	60
2.4	Systemisch begründete Therapieverfahren	61
2.4.1	Historisches	61
2.4.2	Zentrale Merkmale	62
2.4.3	Formen und Weiterentwicklungen	63
2.4.3.1	Kontextuelle/Transgenerationale Familientherapie	63
2.4.3.2	Strukturelle Therapie	64
2.4.3.3	Strategische Familientherapie	64
2.4.3.4	Narrative und lösungsorientierte Ansätze	65
2.5	Schulenübergreifende, allgemeine und integrativ-verhaltens- therapeutische Perspektiven	65
	Zusammenfassung	68
	Fragen	70
3	Evaluation klinisch-psychologischer Interventionen	71
3.1	Die Evaluation klinisch-psychologischer Interventions- maßnahmen	72
3.2	Allgemeine Aspekte der Wirksamkeitsprüfung	74
3.3	Wirksamkeitsprüfung	77
3.3.1	Klinisch experimentelle Interventionsstudien	77
3.3.2	Naturalistische Wirksamkeitsprüfung	79
3.3.3	Integration von Ergebnissen	82
3.4	Wie kann klinisch-psychologische Interventionsforschung zu praxisrelevanten Aussagen gelangen?	83
3.4.1	Einzelfallforschung	84
3.4.2	Patientenorientierte Versorgungsforschung und Qualitäts- sicherung	86
3.5	Die Herausarbeitung der Wirkungsweise: Prozessforschung	88
	Zusammenfassung	91
	Fragen	91

4	Basisfertigkeiten klinisch-psychologischer Intervention	93
4.1	Was sind klinisch-psychologische Basiskompetenzen?	94
4.2	Das Erstgespräch	95
4.3	Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung	98
4.4	Allgemeine Strategien zur Förderung einer positiven therapeutischen Beziehung	99
4.4.1	Aktives Zuhören	99
4.4.2	Paraphrasieren	100
4.4.3	Gefühle verbalisieren	101
4.4.4	Validieren	103
4.5	Allgemeine Strategien in der Gesprächsführung	105
4.5.1	Gezieltes Verstärken	105
4.5.2	Zusammenfassen und Rückmelden	106
4.5.3	Strukturieren	107
4.5.4	Konkretisieren und Spezifizieren	108
4.5.5	Sokratischer Dialog	110
4.6	Fallkonzeptionalisierung	112
	Zusammenfassung	115
	Fragen	116
5	Klinisch-psychologische Basisinterventionen	117
5.1	Beratung und Psychotherapie als Prozess	118
5.2	Grundlegende klinisch-psychologische Interventionstechniken ...	120
5.2.1	Kognitive Umstrukturierung	121
5.2.2	Problemlösetraining	124
5.2.3	Soziales Kompetenztraining	126
5.2.4	Entspannungsverfahren	128
5.2.5	Exposition	132
	Zusammenfassung	135
	Fragen	136
6	Prävention	137
6.1	Begriff und Definition	138
6.2	Klassifikation und Konzepte der Prävention	139
6.3	Methoden der Prävention	144
6.4	Historische Entwicklung	145
6.5	Gesetzliche Grundlagen	145

6.6	Bewertung und Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen	146
6.7	Psychologische Grundlagen des Gesundheitsverhaltens	149
6.8	Prävention in verschiedenen Altersgruppen	152
6.8.1	Prävention im Kindesalter	152
6.8.2	Prävention bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen	157
6.8.3	Prävention im Erwachsenenalter	159
	Zusammenfassung	161
	Fragen	162
7	Rehabilitation	165
7.1	Begriff und Definition	166
7.2	Gesetzliche Grundlagen	166
7.3	Ziele und Aufgaben der Rehabilitation	167
7.4	Theoretische Grundlagen	169
7.5	Methoden und Interventionsformen der Rehabilitation	171
7.6	Wirksamkeit von Reha-Maßnahmen	176
	Zusammenfassung	177
	Fragen	178
8	Psychische Störungen am Arbeitsplatz	179
8.1	Psychische Störungen am Arbeitsplatz	180
8.2	Stress, Work-Life-Balance, Burnout	184
8.3	Mobbing	187
8.4	Betriebliche Gesundheitsförderung, Employee Assistance Programms, Coaching	191
	Zusammenfassung	195
	Fragen	196
9	Paarberatung und Mediation	197
9.1	Ziele von Interventionen im Paarsetting	198
9.2	Paarberatung/Paartherapie	199
9.2.1	Die erste Sitzung – Belastungen und Ressourcen	200
9.2.2	Zieldefinition in der Anfangsphase der Therapie	201
9.2.3	Veränderungsorientierte Interventionen	202
9.2.4	Akzeptanzstrategien, Freundschaft und emotionsfokussierte Strategien	206

9.3	Kombination von Behandlungssettings, Mediation und Wirksamkeitsforschung	213
9.3.1	Unterschiedliche Settings als systematische Behandlungs- strategie	213
9.3.2	Trennungs- und Scheidungsmediation	214
9.3.3	Zur Wirksamkeit der Paartherapie	216
9.4	Gewaltprobleme bei der Behandlung von Paaren	218
	Zusammenfassung	220
	Fragen	221
10	Interkulturelle Aspekte in Beratung und Therapie	223
10.1	Die Prävalenz psychischer Störungen in unterschiedlichen Kulturen	225
10.2	Kulturspezifische Störungsbilder	226
10.3	Psychische Störungen bei Migranten	228
10.4	Das Cultural Influences on Mental Health (CIMH)-Modell	232
10.5	Kulturelle Kompetenzen bei der Behandlung psychischer Störungen	234
10.6	Kultureller Hintergrund und Wirksamkeit psychothera- peutischer Interventionen	237
	Zusammenfassung	239
	Fragen	240
11	Sucht und Abhängigkeit am Beispiel Alkohol	241
11.1	Einführung – Alkohol und andere Suchtmittel	242
11.2	Geschichte des Alkoholkonsums und historische Typologie	244
11.3	Diagnose von Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit	247
11.4	Abhängigkeitsentwicklung	249
11.5	Erklärungsmodelle der Alkoholabhängigkeit	252
11.5.1	Intrapsychisches Erklärungsmodell	252
11.5.2	Psychosoziale Erklärungsmodelle	253
11.5.3	Neurowissenschaftliche Erklärungsmodelle	253
11.6	Beratung – das Konzept des Motivational Interviewing	255
11.6.1	Basisprinzipien des Motivational Interviewing	256
11.6.2	Phasen des Motivational Interviewing	257
11.7	Rehabilitation	261
11.7.1	Akutstadium: Entzugsbehandlung	261
11.7.2	Entwöhnung	262

11.7.3	Nachsorge und Wiedereingliederung	263
11.7.4	Spezifische Rehabilitationsmaßnahmen	265
11.7.5	Weitere Rehabilitationsbehandlungen	265
	Zusammenfassung	269
	Weiterführende Literatur	270
	Fragen	271
12	Psychische Probleme älterer Menschen: Beratung und Rehabilitation	273
12.1	Altersrelevante Probleme und Störungen	274
12.1.1	Veränderungen des Körpers	274
12.1.2	Veränderungen des Denkens und der Gedächtnisfunktionen	277
12.1.3	Veränderungen der Emotion, Motivation und sozialen Beziehungen	280
12.2	Gerontopsychologische Theorien und Modelle	282
12.2.1	Lebensspannenpsychologische Theorien	282
12.2.2	Alters- und störungsspezifisches Rahmenmodell von Inter- ventionen	284
12.2.3	Alzheimer-Demenz als bio-psycho-soziale Störung	285
12.3	Diagnostik	286
12.4	Beratungs- und Rehabilitationsansätze	287
12.4.1	Festlegung von Zielen	287
12.4.2	Akzeptanz altersbezogener Veränderungen und Krankheit	288
12.4.3	Bewältigung chronischer Krankheiten	290
12.4.4	Förderung von Selbstständigkeit	291
12.4.5	Interventionen bei Gedächtnisproblemen und Demenz	292
	Zusammenfassung	297
	Fragen	298
	Anhang	299
	Literatur	301
	Glossar	319
	Sachregister	331

Vorwort

Die Klinische Psychologie stellt seit Jahrzehnten das wichtigste Anwendungsgebiet der Psychologie dar. Vielfach wird Klinische Psychologie dabei mit Psychotherapie gleichgesetzt. Eine solche Gleichsetzung entspricht weder dem Kenntnisstand der Klinischen Psychologie, noch den Perspektiven in der Praxis. Die Klinische Psychologie beschäftigt sich zwar mit der Entstehung, der Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen, darüber hinaus stehen jedoch auch die psychosozialen Folgen körperlicher Krankheiten – vor allem durch die medizinischen Behandlungserfolge – im Mittelpunkt des Interesses. Darüber hinaus sind, neben der Psychotherapie, auch andere Interventionsformen von Bedeutung, wie etwa die unterschiedlichen Formen von Beratung und präventiven Maßnahmen.

Die Themen der Klinischen Psychologie in dieser Bachelor-Buchreihe wurden in zwei Bände gegliedert:

- Grundlagen der Klinischen Psychologie, wobei vor allem Forschungsmethoden, Fragen der Klassifikation sowie Diagnostik in ihren Bezügen zu den Grundlagenfächern der Psychologie (Lern- und Kognitionspsychologie, Entwicklungs- und Sozialpsychologie sowie die Biologische Psychologie) dargestellt werden.
- Der zweite Band erläutert wichtige Interventionsmethoden der Klinischen Psychologie, wobei Themen der Psychotherapie eine besondere Rolle einnehmen, aber auch Gebiete wie Prävention und Rehabilitation ausgeführt werden.

Im Bachelor-Studium sollen die Grundlagen und die Anwendungsgebiete der Klinischen Psychologie behandelt werden. Eine Vertiefung des Faches erfolgt in der Regel im Rahmen eines Master-Studienganges Klinische Psychologie, der schon weitgehend im deutschsprachigen Raum – in unterschiedlicher Differenziertheit – angeboten wird. In Deutschland bildet ein Master-Studium die Voraussetzung für eine postgraduale Psychotherapieausbildung (mit dem Ziel der Approbation). Fundierte Kenntnisse im Fach Klinische Psychologie sind Basis eines solchen Ausbildungsweges.

Bei der Gestaltung der beiden Bachelor-Bände haben wir uns als Autorengruppe zusammengefunden, in der jedes Mitglied sehr unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte – teilweise über viele Jahrzehnte – aufweist. Von dieser Unterschiedlichkeit der Perspektiven leben beide Bände! Der nun vorliegende zweite Band wurde federführend vom Erstautor gestaltet. Dank gilt Frau Dipl.-Psych. Katharina Köck von der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Fachbereich I der Universität Trier, die bei Koordination und Redaktion dieses Bandes vielfältige Unterstützung geleistet hat.

Wir als Autorenteam danken dem Hogrefe Verlag, vor allem Frau Dipl.-Psych. Susanne Weidinger für die Betreuung unseres Buches. Unserem Lesepublikum wünschen wir eine gewinnbringende Lektüre und einen erfolgreichen Verlauf des Studiums.

Trier, im Mai 2011

Wolfgang Lutz
– für das Autorenteam –

Kapitel 1

Definition und Grundlagen klinisch-psychologischer Intervention

Wolfgang Lutz und André Bittermann

Inhaltsübersicht

1.1	Zum Begriff „Intervention“ in der klinischen Psychologie	15
1.1.1	Definition und Systematik	17
1.1.2	Grundlagen klinisch-psychologischer Intervention	22
1.1.2.1	Rechtliche Grundlagen	22
1.1.2.2	Ethische Grundlagen	23
1.1.2.3	Psychologische Grundlagen: Kommunikation, Gesprächs- führung und Beziehungsaufbau	26
1.1.2.4	Wissenschaftstheoretische Grundlagen	27
1.2	Formen klinisch-psychologischer Interventionen.	29
1.2.1	Beratung.	29
1.2.2	Mediation	32
1.2.3	Psychotherapie	32
1.2.4	Prävention und Rehabilitation	34
1.2.5	Psychoedukation	35
1.2.6	Online-Intervention.	36
	Zusammenfassung	38
	Fragen	40

Als Einleitung zu diesem Kapitel werden zunächst drei Fallbeispiele vorgestellt, zu denen auch in den späteren Abschnitten Bezüge hergestellt werden.

Fallbeispiele

Herr K. leidet an Schlafstörungen. Er wälzt sich ständig im Bett hin und her, kann nicht richtig einschlafen und wenn es ihm doch gelingt, wacht er meist schnell wieder auf. Er geht dann ein paar Schritte durch die Wohnung, trinkt ein Glas Wasser und ist dabei tief in Gedanken versunken. Als ihn seine Frau einmal darauf anspricht, sagt er ihr zögernd, es ginge um seine Arbeit. Seitdem es häufiger Konflikte mit Chef und Kollegen gäbe, mache er sich vermehrt um die finanzielle Zukunft seiner Familie Sorgen. Er fühle sich bei solchen Gedanken leer und antriebslos. Frau K. ist darüber hinaus aufgefallen, dass er seinen sportlichen Hobbies seit längerer Zeit nicht mehr nachgeht. Sie fühlt sich durch die nächtliche Unruhe ihres Mannes stark belastet und sagt ihm, dass es so nicht weitergehen kann.

Frau P. weiß nicht mehr weiter: Ihr 12-jähriger Sohn Gregor hat nur noch schlechte Zensuren, prügelt sich auf dem Pausenhof und verhält sich ihr gegenüber zunehmend frecher. Vor seinem Vater könne er sich benehmen, aber vor seiner Mutter zeige Gregor keinerlei Respekt. Frau P. macht das sehr zu schaffen und sie zweifelt an ihrer Kompetenz als Mutter, obwohl sie ihr Bestes versucht. „Was kann ich denn noch tun?“, fragt sie sich.

Frau S. ist eine 20-jährige Studentin im zweiten Semester. Zwar hatte sie sich lange darauf gefreut in eine große Stadt zu ziehen und auf eigenen Beinen zu stehen, doch gelingt es ihr nicht in der neuen Umgebung Fuß zu fassen. Da es ihr sehr schwerfällt, auf Menschen zuzugehen hat sie noch keine richtigen Freundschaften schließen können. Oft weiß sie nicht so recht, was sie sagen soll. Alles in allem geht es ihr ganz gut, doch wünscht sie sich, dass es ihr leichter falle, neue Freunde zu finden.

Welche Art der Behandlung und Hilfestellung würden Sie diesen drei Personen vorschlagen? Für jeden die gleiche?

So unterschiedlich die Probleme dieser drei Beispielfälle sind, haben sie alle ein gemeinsames Anliegen: Sie befinden sich in einem Zu-

stand, den sie ändern möchten. Ihnen gelingt dies nicht alleine, weshalb sie Unterstützung suchen. Doch wie kann Herrn K., Frau P. und Frau S. am besten geholfen werden – oder anders ausgedrückt: Welche klinisch-psychologische Interventionsform ist indiziert?

Eine wichtige Frage ist in diesem Zusammenhang: Wer interveniert wann, wie, bei wem und wozu?

W-Fragen der klinisch-psychologischen Intervention

W-Fragen der klinisch-psychologischen Intervention

- **WER** ist für ein spezifisches klinisch-psychologisches Problem der geeignete Ansprechpartner?
- **WANN** sollte interveniert werden, und wann nicht? Aus welchen Gründen?
- **WIE** sollte interveniert werden? Z. B.: Medizinische oder psychologische Intervention? Beratung oder Psychotherapie? Einzel- oder Gruppenbehandlung?
- Bei **WEM** sollte interveniert werden? Ab wann liegt Behandlungsbedürftigkeit vor? Welche Art des Problems liegt bei dieser Person vor?
- **WOZU** wird interveniert? Welche sind die Ziele einer klinisch-psychologischen Behandlung?

Zusammengefasst geht es also um die Frage:

- Was alles umfasst *Intervention* in der klinischen Psychologie?

Diese Fragen und ihre Bedeutung sind Gegenstand im vorliegenden Kapitel. Nach einer Definition von klinisch-psychologischen Interventionen wird auf wichtige Grundlagen eingegangen. Anschließend werden verschiedene Formen der Intervention vorgestellt und gegen einander abgegrenzt, auf die in späteren Kapiteln dieses Bandes vertiefend hinsichtlich Anwendungsbereichen und Problemfeldern eingegangen wird.

1.1 Zum Begriff „Intervention“ in der klinischen Psychologie

Die Themen der klinischen Psychologie sind vielfältig: Von der Entstehung und den Ursachen psychischer Störungen (Pathogenese und Ätiologie), der Diagnostik und Klassifikation, der Behandlung (Intervention), der Untersuchung von Verteilung und Häufigkeit (Epidemiologie) bis hin zu Fragen der Versorgungssituation.

Einordnung der Intervention in die klinische Psychologie

Begriff der Intervention

Die Intervention (von lat. *intervenire* = dazwischenkommen, dazwischentreten, sich einschalten) ist also eines der Elemente der klinischen Psychologie und dabei eng mit anderen Bereichen verzahnt. Erinnern Sie sich an Herrn K. im Beispiel-Kasten zu Beginn des Kapitels und stellen Sie sich vor, er bitte Sie – als mittlerweile graduierte klinische Psychologin bzw. Psychologe – um Hilfe. Bevor Sie Herrn K. eine Behandlung anbieten können, müssen Sie natürlich wissen, was genau das Problem ist. Nach Abklärung möglicher medizinischer Ursachen ist daher eine Diagnostik sowohl der individuellen Problemstruktur als auch der Bedingungen (z. B. Arbeitssituation von Herrn K. als bedingungsbezogene Diagnostik) Voraussetzung für eine effektive und erfolgreiche Intervention. Dabei ist u. a. auch der Schweregrad der Störung entscheidend: Bei schwerer Depression mit akuter Suizidalität etwa kann eine Aufnahme in eine stationäre Behandlung unerlässlich werden, während bei leichteren Problemen in einer bestimmten Lebenssituation (z. B. kleinere Beziehungsprobleme zwischen Partnern, Hilfe bei der Erziehung des Kindes) eine Beratung ausreichend sein kann.

Modelle der Pathogenese und Ätiologie helfen dabei, ein individuelles Störungsmodell als Grundlage eines Behandlungsplans zu entwerfen. Epidemiologische Forschung und Bestandsaufnahmen der Versorgungssituation sollten dazu beitragen, dass das Angebot an Interventionen der Nachfrage gerecht wird und somit Herr K. einen für ihn passenden Behandlungsplatz erhalten kann (Wittchen & Hoyer, 2011b).

Merke

Einer klinisch-psychologischen Intervention geht eine strukturierte diagnostische Abklärung voraus.

Abbildung 1 stellt die Intervention als einen Aspekt des psychotherapeutischen Prozesses dar. Zunächst muss eine Diagnose gestellt und ein Störungsmodell erarbeitet werden. Wichtige Fragen können dabei sein: Welche Symptome schildert Herr K.? Können organische Ursachen für die Schlafstörungen ausgeschlossen werden (z. B. eine Überfunktion der Schilddrüse)? Sind die Schlafstörungen Ursache für das Grübeln – oder umgekehrt? Oder wird beides durch einen dritten Faktor bestimmt – etwa eine zugrunde liegende depressive Verstimmung aufgrund eines zwischenmenschlichen Konfliktes?

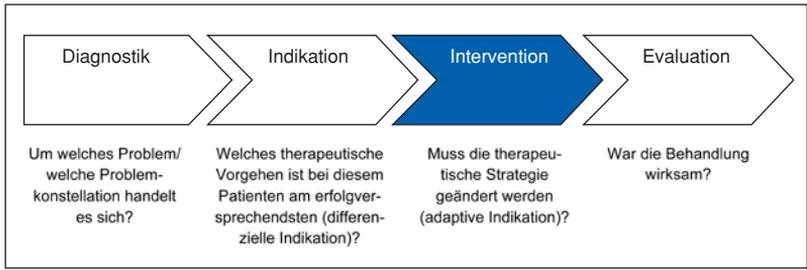


Abbildung 1: Einordnung der Intervention in den psychotherapeutischen Prozess und zentrale Fragen der einzelnen Abschnitte

Nach einem diagnostischen Erstgespräch wird mit Herrn K. ein sogenanntes strukturiertes klinisches Interview, z. B. das SKID (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) durchgeführt: Herr K. erfüllt die Kriterien einer Depression. Nachdem eine Diagnose gestellt wurde (vgl. Kapitel 7 bis 10 im ersten Band; Reinecker, 2003), stellt sich die Frage der differenziellen *Indikation*: Welche therapeutische Intervention verspricht bei diesem Klienten oder Patienten mit dieser spezifischen Problemkonstellation am meisten Erfolg? Sollte die Frau von Herrn K. in die Behandlung mit einbezogen werden? Welche Rolle spielen die Konflikte am Arbeitsplatz? Der genaue Prozess der Indikationsentscheidung kann im Rahmen dieses Kapitels nicht ausführlich dargestellt werden (vgl. z. B. Lutz, 2010).

Diagnostik und Indikation

Nach der begründeten Auswahl einer therapeutischen Strategie findet die eigentliche Intervention statt, deren Erfolg und Wirksamkeit einer *Evaluation* (= Überprüfung) unterzogen wird (vgl. Kapitel 3 in diesem Band).

Evaluation

1.1.1 Definition und Systematik

In der Psychologie können Interventionen in den Anwendungsbereichen wie z. B. der pädagogischen, arbeits- und betriebspsychologischen und klinischen Psychologie stattfinden. In der klinischen Psychologie beziehen sich Interventionen auf das Erleben und Verhalten von Menschen mit unterschiedlich starker psychischer Belastung. Wenn wir uns nun die eingangs aufgelisteten W-Fragen vor Augen führen, ist es hilfreich den Begriff der klinisch-psychologischen Intervention zu definieren und zu systematisieren, anhand

derer sich verschiedene Interventionsformen (s. Kapitel 1.2) unterscheiden und vergleichen lassen.

Begriffsklärung (1): Klinisch-psychologische Intervention

„Unter klinisch-psychologischer Intervention werden sämtliche Formen professioneller psychologischer Unterstützung bei der Bewältigung vorwiegend psychischer, aber auch sozialer und körperlicher Beeinträchtigungen und Störungen zusammengefasst.“
(Bastine, 1992, S. 58)

Psychische, soziale
und körperliche
Beeinträchtigungen

Die Probleme können demnach nicht nur psychischer, sondern auch sozialer und körperlicher Natur sein. Eine soziale Problematik, welche klinisch-psychologische Intervention erfordert, könnte neben Paar- und Familienschwierigkeiten auch Beeinträchtigungen bei der Bewältigung des Alltags sein, in der der Patient auf die Unterstützung anderer angewiesen ist, wie etwa in Form des betreuten Wohnens. Körperliche Beeinträchtigungen, welche einen psychischen Leidensdruck verursachen stellen zum Beispiel chronische Rückenleiden dar: Schmerzpatienten erleben häufig eine starke psychische Belastung.

Ein wichtiger Begriff in dieser Definition ist die *Professionalität*, unter der zwei Aspekte verstanden werden: klinisch-psychologische Interventionen müssen wissenschaftlich begründet sein und auf berufsrechtlichen Kriterien beruhen.

Bedeutung der
wissenschaftlich
nachgewiesenen
Wirksamkeit

Damit ist der Raum der Interventionen eingegrenzt auf solche, für die es durch wissenschaftlich durchgeführte Studien Nachweise ihrer Wirksamkeit gibt. Genaueres zur Überprüfung der Wirksamkeit klinisch-psychologischer Evaluationen wird in Kapitel 3 dieses Bandes behandelt. An dieser Stelle ist jedoch festzuhalten, dass sich Interventionen in der klinischen Psychologie durch dieses Wirksamkeitskriterium von Behandlungsformen abgrenzen, deren Spannweite sich von Unwissenschaftlichkeit bis hin zu zweifelhafter Seriosität erstreckt, wie etwa Schamanismus, Exorzismus, Wahrsagerei oder Astrologie. Kostenträger psychischer Behandlungen wie z. B. Krankenkassen sind natürlich daran interessiert, dass sie für Leistungen bezahlen, die auch auf wissenschaftlicher Grundlage Erfolg versprechend sind.

Schließlich legen Perrez und Baumann (2011) eine Definition vor, welche eine weiter elaborierte Systematisierung klinisch-psychologischer Interventionen erlaubt:

Begriffsklärung (2): Klinisch-psychologische Intervention

„Die klinisch-psychologischen Interventionsmethoden sind eine Teilmenge der psychologischen Interventionsmethoden. Sie lassen sich durch sechs Merkmale charakterisieren.

(1) Die Wahl der Mittel, (2) die spezifischen Interventionsfunktionen, (3) die Zielorientierung, (4) die theoretische Fundierung, (5) die empirische Evaluation und (6) die Professionalität des Handelns.“
(Perrez & Baumann, 2011, S. 342)

Während z. B. in der Psychopharmakologie medikamentöse oder in der Medizin chirurgische Interventionsmittel zum Einsatz kommen können, sind Interventionen in der klinischen Psychologie durch psychologische Mittel bestimmt, z. B. in Form von Gesprächen, Verhaltensexperimenten, Übungen oder der zwischenmenschlichen Beziehung (Baumann, 2000). Das entscheidende Merkmal ist also nicht das „Was“, also das Problem selbst, das angegangen wird, sondern das „Wie“ – nämlich dass ein Problem mit psychologischen Mitteln angegangen wird. Auch Probleme, die keine rein psychische Ursache haben, können mit psychologischen Mitteln behandelt werden.

Psychologische Mittel
als wichtiges Merkmal

Die Punkte (2) und (3) oben genannter Definition beziehen sich auf das „Wozu“ im Zusammenhang klinisch-psychologischer Interventionen. Zielorientierung meint, dass sich die Intervention auf ein überprüfbares Ergebnis beziehen muss; dies ist Voraussetzung für die Evaluation der Intervention. Als Zielbereiche können Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung bzw. Therapie und Rehabilitation unterschieden werden.

Die Funktionen klinisch-psychologischer Interventionen sind zugleich mit dem Zeitpunkt verbunden, zu dem sie stattfinden: Gesundheitsförderung und Prävention sollen verhindern, dass sich psychische Beeinträchtigungen ausweiten oder überhaupt erst auftreten, im Sinne einer *Vorsorgebehandlung*. In Begriffen der Epidemiologie geht es also darum, die Inzidenzrate zu senken (vgl. Kapitel 11 im ersten Band). Liegt das Problem akut vor, wird *korrektiv* interveniert, z. B. durch Beratung oder Psychotherapie. Auf diese Weise soll die Prävalenzrate psychischer Störungen vermindert werden. Zur *Nachsorge*, Rückfallprophylaxe und Wiedereingliederung in den Alltag nach einer Behandlung dienen rehabilitative Maßnahmen. Dabei gilt es, Behandlungserfolge zu stabilisieren und Langzeitfolgen einer

Zeitpunkt der
Intervention

Störung zu verhindern bzw. zu minimieren. In Kapitel 1.3 wird auf diese einzelnen Interventionsformen noch genauer eingegangen.

Theoretische und empirische Fundierung

Auf die Bedeutung einer theoretischen Fundierung (4) als ein Kriterium der Wissenschaftlichkeit und der empirischen Überprüfbarkeit bzw. Evaluation (5) wurde bereits hingewiesen. Klinisch-psychologische Interventionen beruhen in ihrer Konzeption nicht auf Alltagswissen, privaten Erfahrungen oder Überzeugungen, sondern auf z. B. lerntheoretischen, kognitionspsychologischen, psychodynamischen oder philosophischen/humanistischen Theorien. Diese theoretischen Grundkonzepte klinisch-psychologischer Interventionen werden in Kapitel 2 dieses Bandes ausführlicher vorgestellt.

Professionelles Handeln beschreibt außerdem das „Wer“ bezogen auf den Behandler: Entsprechend ausgebildete Psychologen, Berater oder Ärzte verfügen über das für ihr Interventionsangebot notwendige Fachwissen. So kann z. B. der Beruf des Psychotherapeuten gemäß dem Psychotherapeutengesetz (s. unten) nur von einem Psychologen mit Hochschulabschluss und anschließender Weiterbildung (Psychologischer Psychotherapeut) oder von einem Arzt mit entsprechender Facharztweiterbildung bzw. Zusatzqualifikation ausgeübt werden.

Patientenmerkmale

Damit bleibt allerdings noch die Frage offen: „Bei wem sollte interveniert werden“? Die Beantwortung dieser Frage fällt, wie oben beschrieben, der Diagnostik und Indikation zu. Als wichtige Klienten- oder Patientenmerkmale, die über die Interventionsbedürftigkeit entscheiden, sind zu nennen: Schwere der Beeinträchtigung (Komplexität und Chronizität der Probleme, Ausmaß der sozialen Beeinträchtigung), Persönlichkeitsmerkmale (individueller Copingstil, Selbstwertempfinden, Widerstand und Motivation) und Umweltfaktoren wie etwa soziale Unterstützung, zwischenmenschliche Aspekte und Ressourcen des Klienten (Lutz, Mocanu & Weinmann-Lutz, 2010). Nicht zuletzt sind Einsicht in das Vorliegen eines Problems, wahrgenommene Behandlungsbedürftigkeit und das Vorhandensein einer geeigneten Interventionsstrategie wichtig.

Auf der Ebene einer einzelnen Person (*intrapersonelles* System) können sich Interventionen auf einzelne gestörte Funktionen (z. B. Denken, Emotionen, Wahrnehmung, Gedächtnis, ...) oder auf gestörte Funktionsmuster (Affektive Störungen, Angststörungen, ...) beziehen. Interventionen auf der zwischenmenschlichen Ebene (*interpersonelle* Systeme) können beispielsweise bei Dyaden und Paaren, in Familien, Schulen oder Betrieben stattfinden, z. B. im Kontext sys-

temorientierter präventiver Programme oder Maßnahmen der Gesundheitspolitik (Perrez & Baumann, 2011).

Ein weiteres Merkmal zur Unterscheidung klinisch-psychologischer Interventionen ist die Dauer der Intervention. Hierbei lässt sich einerseits der gesamte Behandlungszeitraum erfassen, welcher von einem einmaligen Kontakt bei einer Beratung bis hin zu über mehrere Monate oder Jahre stattfindenden psychotherapeutischen Sitzungen reichen kann. Andererseits kann die Dauer der Interventionseinheit betrachtet werden, etwa eine 50-minütige Psychotherapiesitzung oder ein mehrstündiger Expositionskurs zur Bewältigung von Flugangst.

Die W-Fragen geben eine Orientierung zur Unterscheidung verschiedener Interventionsformen. Zum Teil sind sie voneinander abhängig und nur im Gesamtkontext zu beantworten, z. B. „Wozu“ im Sinne einer präventiven Vorsorgebehandlung und dem entsprechenden „Wann“: „Bevor sich eine psychische Störung manifestiert“ im Rahmen einer Aufklärungskampagne. Weiterhin lassen sich die W-Fragen nicht nur auf der Ebene der Interventionsformen stellen (z. B. Psychotherapie vs. Prävention vs. Beratung vs. Mediation), sondern auch innerhalb jeder Interventionsform (bei der Psychotherapie z. B.: kognitive Verhaltenstherapie vs. psychodynamische Psychotherapie). Abbildung 2 veranschaulicht diese Systematik anhand eines Strukturbaumes.

Differenzielle W-Fragen

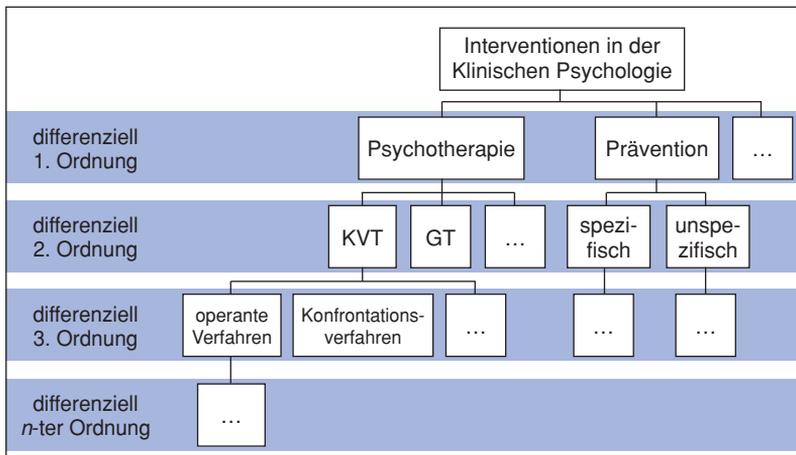


Abbildung 2: Strukturbaum der Interventionsformen und Ebenen der „W-Fragen“ (Ausschnitt). Die Frage, wer wann, wie, bei wem und wozu interveniert, lässt sich differenziell auf jeder Betrachtungsebene erneut und genauer stellen (KVT = kognitive Verhaltenstherapie, GT = Gesprächstherapie)

1.1.2 Grundlagen klinisch-psychologischer Intervention

Im vorherigen Abschnitt wurde der Interventionsbegriff definiert und systematisiert. Im Folgenden werden wichtige Grundlagen klinisch-psychologischer Intervention vorgestellt. Rechtliche Regelungen betreffen die Ausbildung und den Beruf von intervenierenden Psychologen. Da Gespräche essenzieller Bestandteil klinisch-psychologischer Interventionen sind, wird außerdem auf kommunikationspsychologische und ethische Aspekte eingegangen. Wissenschaftstheoretische Aspekte betreffen die Methode der Intervention, ihren Ansatzpunkt, ihre Umsetzung und ihre Überprüfbarkeit.

1.1.2.1 Rechtliche Grundlagen

Rechtliche Rahmenbedingungen stecken den Bereich der Ausbildung und Durchführung des Berufes ab, welcher klinisch-psychologische Interventionen umfasst. Sie legen sowohl die berufliche Eignung, als auch die ethische Vertretbarkeit der durchgeführten Behandlungsstrategien fest.

PsychThG und
rechtliche Verankerung

Als Meilenstein für die Psychotherapie in Deutschland gilt das Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, PsychThG) im Jahre 1999.

Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) regelt Approbation (= staatliche Zulassung) und Ausbildung von Psychotherapeuten, legt Qualitätsstandards zur Berufsausübung fest und schützt die Bezeichnung des Berufes „Psychotherapeut/in“. Rechtlich ist das PsychThG somit in das Berufsrecht einzuordnen, also zu den Rechtsvorschriften, die den Zugang und die Berufsausbildung regeln. Weiterhin festgeschrieben wurden: Das Einhalten der Schweigepflicht und Verpflichtung zu Fortbildungen, Qualitätssicherung, Teilnahme am Notfalldienst (v. a. ärztliche Psychotherapeuten), Niederlassung, Unabhängigkeit des Berufes und Dokumentation.

Im Gegensatz dazu gibt es für Berater in Deutschland keine Richtlinien für die Ausbildung, auch ist die Berufsbezeichnung des „psychologischen Beraters“ nicht geschützt.

Sozialrecht

Im Sozialgesetzbuch (SGB) sind rechtliche Beschlüsse zur Sicherung des Sozialstaates festgeschrieben; sie stellen das Sozialrecht dar. So

sind hier Bedarfs- und Versorgungsplanung und die Abrechnung mit den Krankenkassen über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) festgeschrieben. In Deutschland gehören alle approbierten Psychotherapeuten und Ärzte der KV an, wenn sie zur ambulanten Behandlung von Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherungen zugelassen sind. Die KV hat als Hauptaufgaben, die ambulante kassenärztliche Versorgung sicherzustellen, die Rechte der Ärzte und Therapeuten gegenüber den Krankenkassen zu vertreten sowie die Pflichten der Ärzte und Therapeuten zu überwachen (§§ 75, 77 SGB V).

Das Verhältnis zwischen Behandler und Patient wird im Zivilrecht geregelt. So hat ein Patient Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche, wenn er durch vernachlässigte Sorgfalt einen Schaden nimmt. Ebenso sind Fehler bei Behandlung, Beratung, Diagnose, Aufklärung, Dokumentation, Organisation und bei Verletzung der Schweigepflicht Inhalt des Zivilrechts. Dem Patienten wird ein Einsichtsrecht in die Unterlagen gewährt, was jedoch aus therapeutischen Gründen beschränkt sein kann. Zivilrecht

Welche Handlungen verboten und rechtlich geahndet werden, schreibt das Strafrecht vor. Im Bereich klinisch-psychologischer Interventionen sind dabei v. a. von Bedeutung: Verletzung der Schweigepflicht (§§ 203 Abs. 1 Nr. 1, 204 StGB), fahrlässige Tötung (§ 222 StGB), fahrlässige Körperverletzung (§ 229 StGB), Abrechnungsbetrug (§ 263 StGB) und unterlassene Hilfeleistung (§ 323c StGB). Strafrecht

1.1.2.2 Ethische Grundlagen

„Wie soll ich handeln?“ ist eine der Grundfragen der Ethik (Quante, 2003). In klinisch-psychologischen Interventionen dient das Handeln dem Wohl des Klienten, z. B. bei der Beratung für ein aktuelles Lebensproblem, der Behandlung psychischer Störungen oder der Mediation bei Paarkonflikten (vgl. Kapitel 9 dieses Bandes). Gerade im Rahmen dieser zwischenmenschlichen Situationen stellt sich die Frage, wann eine Intervention an ihre Grenzen stößt und was mögliche Risiken und Nebenwirkungen sind, die dem Klienten im Ernstfall sogar schaden können. Auf unseren Anwendungsbereich bezogen können wir die ethische Grundfrage modifizieren zu: „Wie sollen wir bei klinisch-psychologischen Interventionen handeln?“ Welche Werte, Normen und Tugenden sollten also Grundlage des Handelns sein? Diese Frage ist nicht ohne weiteres zu beantworten. Die verschiedenen „Schulen“ der Psychotherapie (vgl. Kapitel 2)

betonen etwa verschiedene Werte, die Orientierung bieten sollen. So sind dies angelehnt an Kraul (1998) Handeln, Veränderbarkeit und Autonomie in der Verhaltenstherapie; Vernunft, Selbstbeherrschung und Selbstkontrolle in der Psychoanalyse; Selbsterkenntnis, Selbstverwirklichung und Freiheit in humanistische Therapien und Freiheit, Subjektivität, Autonomie, Veränderbarkeit in systemischen Therapien.

Prinzipienethik Eine grundlegendere und schulenübergreifende Konzeption stellt der ethische „common sense“ von Beauchamp und Childress (1979) dar. Er umfasst vier Prinzipien:

1. *Nichtschädigung* (vgl. den Hippokratischen Eid, „nihil nocere“).
2. *Fürsorge*, also die Verbesserung des Zustandes des Klienten, dabei auch ein Abwägen von Konsequenzen der Therapie.
3. *Autonomiewahrung*, das Ermöglichen einer freien Entscheidung des Klienten über eigenes Handeln aufgrund eigener Überlegung.
4. *Gerechtigkeit und Gleichheit*: Keine Benachteiligung aufgrund Nationalität, Kultur, politischer/religiöser/sexueller Orientierung oder finanzieller Möglichkeiten.

Zu beachten ist, dass es im praktischen Alltag zu Konflikten zwischen diesen Prinzipien kommen kann, beispielsweise im Falle einer Zwangseinweisung in eine psychiatrische Klinik, wobei der Respekt der Autonomie und das Fürsorgeprinzip in einem Spannungsverhältnis stehen. Eine Abwägung, welche Prinzipien Vorrang haben, ist am Einzelfall unter Berücksichtigung weiterer Faktoren (Lebenssituation des Klienten, Konsequenzen bei Handeln oder Nicht-Handeln, wichtige Bezugspersonen usw.) zu treffen.

Informierte Zustimmung Neben dem Einhalten solcher Prinzipien zur Gewährleistung ethisch vertretbaren Handelns ist gerade im Bereich psychischer Belastungen und Einschränkungen die *informierte Zustimmung* des Patienten zu einer Intervention von Bedeutung. Um von einer informierten Zustimmung sprechen zu können, müssen nach Faden und Beauchamp (1986) sieben Punkte erfüllt sein, welche sich in drei Gruppen unterteilen lassen (vgl. Kasten):

Informierte Zustimmung

I. Voraussetzungen:

1. Fähigkeit zu verstehen und zu entscheiden
2. Freiwilligkeit der Entscheidung

II. Aufklärung:

3. Erläuterung (aller relevanten Informationen)
4. Empfehlung (einer Vorgehensweise)
5. Verständnis (der Punkte 3 und 4)

III. Einverständnis:

6. Entscheidung (Teilnahme oder Nichtteilnahme; für eine Vorgehensweise)
7. Erteilung eines Behandlungsauftrags

Die professionelle Beziehung zwischen Behandler und Klient unterscheidet sich je nach Form der Intervention. Nichts desto trotz lässt sich bei allen Interventionsformen eine Asymmetrie im Behandler-Patienten-Verhältnis konstatieren: Eine Person sucht professionelle Unterstützung bei einem Problem. Der Behandler setzt sein Fachwissen und seine Expertise ein, um dieser Person bestmöglich zu helfen. Allerdings entstehen durch das Machtungleichgewicht (Ausbildung, Wissen und Gesundheit auf Seiten des Behandelnden; Nicht-Wissen, Hilfesuch und psychische Beschwerden auf Seiten des Klienten) Risiken für alle Beteiligten:

Risiken durch
Machtgefälle

Auf Seiten des Klienten sind dies z. B. Gefahr von Missbrauch in vielerlei Hinsicht, Selbst- und Verantwortungsaufgabe und Fremdbestimmtheit, auf Seiten des Therapeuten Selbstüberschätzung, Belastung, Überforderung und Burnout (Bastine, 1992).

Sexueller Missbrauch ist eines der prominentesten Beispiele ethischen (und strafrechtlichen) Fehlverhaltens im Bereich klinisch-psychologischer Interventionen. Sexuelle Kontakte zwischen Behandler und Klienten oder Patienten überschreiten die Grenzen professionellen Verhaltens und können für die Betroffenen eine große Belastung darstellen und schädigend sein (Hutterer-Krisch, 2005). Daneben ist auch von Missbrauch zu sprechen, wenn der Behandler aus finanziellen Gründen über den eigentlichen Bedarf hinaus Interventionen durchführt (ökonomischer Missbrauch), eine eigene Bindungsbedürftigkeit durch Aufrechterhaltung des Kontakts befriedigt oder den eigenen Behandlungsansatz überbewertet und den Klienten vom Aufsuchen alternativer, etwa empirisch abgesicherter Behandlungsansätze, abzuhalten versucht.

Missbrauch

Ethik im Zusammenhang klinisch-psychologischer Interventionen ist ein weites Feld und kann im Rahmen dieses Kapitels nur angerissen werden.

Auszug aus den ethischen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e. V. und des Berufsverbandes Deutscher Psychologen e. V. über den Beruf des Psychologen (<http://www.dgps.de/dgps/aufgaben/003.php>)

- „Die Aufgabe von Psychologen ist es, das Wissen über den Menschen zu vermehren und ihre Kenntnisse und Fähigkeiten zum Wohle des einzelnen und der Gesellschaft einzusetzen.“
- „Sie achten die Würde und Integrität des Individuums und setzen sich für die Erhaltung und den Schutz fundamentaler menschlicher Rechte ein.“
- „Psychologen sind dazu verpflichtet, in der praktischen Ausübung ihres Berufs zu jeder Zeit ein Höchstmaß an ethisch verantwortlichem Verhalten anzustreben.“
- „Psychologen arbeiten auf der Basis von zuverlässigem und validem, wissenschaftlich fundiertem Wissen.“
- „Sie bieten nur Dienstleistungen an, für deren Erbringung sie durch Ausbildung oder fachliche Erfahrung qualifiziert sind.“
- „Im öffentlichen Bewusstsein besitzt der Beruf des Psychologen heute ein hohes Ansehen, dem auch durch ein differenziertes Netz an ethischen und rechtlichen Bestimmungen Rechnung getragen werden muss.“

1.1.2.3 Psychologische Grundlagen: Kommunikation, Gesprächsführung und Beziehungsaufbau

Psychologische Mittel Klinisch-psychologische Interventionen zeichnen sich, wie oben beschrieben, durch das „Wie“ der psychologischen Mittel aus und finden in erster Linie durch Gespräche zwischen zwei (oder mehreren) Menschen statt, die in einem professionellen Verhältnis zu einander stehen. Ob im Beratungsgespräch, während der Rehabilitation oder in der Psychotherapie – die psychologischen Faktoren der Kommunikation, Gesprächsführung und des Beziehungsaufbaus sind grundlegende Elemente einer erfolgreichen Intervention. Da die Gesprächsführung in Kapitel 4 dieses Bandes gesondert behandelt wird, sollen hier nur einige Aspekte kurz angesprochen werden.

Vom amerikanischen Kommunikationsforscher Paul Watzlawick stammt der berühmte Satz „Man kann nicht *nicht* kommunizieren“ (Watzlawick, Beavin & Jackson, 2000). Damit werden Art und Weise der Kommunikation und ihre Einbettung in die Situation von Bedeutung.

Zu unterscheiden ist die Gesprächsführung in der diagnostischen Phase, welche durch den hauptsächlichsten Zweck der Informationsgewinnung direkter und strukturierter ist als in der Interventionsphase. Aktives Zuhören, Empathie (die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und zur Unterscheidung des Gesagten und des Gemeinten), Akzeptanz (Verständnis) und Echtheit (keine gespielte Fassade seitens des Behandlers) sind wichtige Verhaltensweisen, um eine gute therapeutische Beziehung zu fördern (Zimmer, 2008).

Gesprächsführung

Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung illustrieren Lambert und Barley (2001) in einer Zusammenfassung entsprechender Forschung: Eine erfolgreiche Therapie ist zu 30 % auf die therapeutische Beziehung, zu je 15 % auf Techniken und Erwartungseffekte und zu 40 % auf außertherapeutische Ereignisse zurückzuführen. Eine tragfähige therapeutische Beziehung soll dem Klienten den Raum geben, sich mit seinen Beschwerden und Problemen auseinanderzusetzen, ohne eine Abwertung oder ein Missfallen seitens des Behandelnden zu erleben. Die oben genannten ethischen Aspekte sind hierfür ebenfalls von Bedeutung.

Therapeutische Beziehung

1.1.2.4 Wissenschaftstheoretische Grundlagen

Die Wissenschaftstheorie beschäftigt sich mit den Voraussetzungen, Methoden und Zielen von Wissenschaft, sowie deren Form der Erkenntnisgewinnung. Sie betrifft in unserem Zusammenhang das Wissen über psychische Störungen und deren Behandlung, sowie die wissenschaftliche Anerkennung von Interventionen. Der einflussreiche Philosoph Immanuel Kant (1724–1804) formulierte Fragen, welche die Teilgebiete der Philosophie bezeichnen; zwei davon können als Grundfragen auch für dieses Kapitel gesehen werden:

- Was kann ich wissen? (Erkenntnistheorie)
- Was soll ich tun? (Ethik)

Wie in den Abschnitten zur Definition klinisch-psychologischer Interventionen und ihrer ethischen Grundlagen bereits erwähnt, kennzeichnet das Expertenwissen des behandelnden Psychologen ein wesentliches Element für eine erfolgreiche Behandlung. Doch was bedeutet „Expertenwissen“? Theoretisches Wissen, Wissen über die Therapie bereits behandelter und evtl. ähnlicher Patienten? Perrez (2011) unterscheidet drei Arten des Wissens: nomologisches Wissen, nomoprägnantes Wissen und Tatsachenwissen. In Abbildung 3 sind diese drei Arten gegenübergestellt.

Arten des Wissens

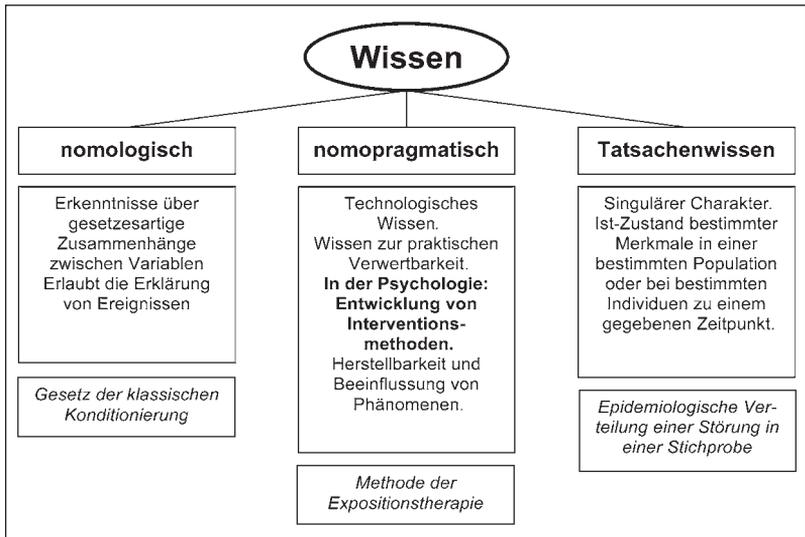


Abbildung 3: Formen des Wissens im Zusammenhang klinisch-psychologischer Interventionen (modifiziert nach Perrez, 2011)



David Hume

© picture-alliance/United Archives/TopFoto

Nomologisches Wissen bezeichnet gesetzesartige Zusammenhänge zwischen bestimmten Variablen, die eine Erklärung von Ergebnissen erlaubt. Das Gesetz der klassischen Konditionierung ist hierfür als Beispiel zu nennen. Tatsachenwissen hingegen ist speziell und hat singulären Charakter, etwa über eine bestimmte Person zu einem bestimmten Zeitpunkt, wie z. B. in epidemiologischen Studien. Diese Unterscheidung ist insofern wichtig, als dass sie uns vor Augen führt, dass das Wissen über frühere bereits behandelte Patienten (Erfahrungswissen) keinen gesetzesartigen Charakter hat – auf dieses sogenannte *Induktionsproblem* hat bereits der Philosoph David Hume (1711–1776) hingewiesen.

Therapiemanuale Eine Anwendung des nomopragsmatischen Wissens, also des Wissens der praktischen Verwertbarkeit, stellen Interventionsmethoden und v. a. Therapiemanuale dar. Dabei handelt es sich um Beschreibungen therapeutischer Handlungsprinzipien zur Lösung von umschriebenen Problemen (z. B. die Gestaltung der Therapiesitzungen bei einem Klienten mit sozialer Phobie). Manuale dienen der Sicherung der Information, so dass verschiedene Behandler unter Anwendung des gleichen Manuals die gleichen Handlungsprinzipien zur Lösung eines