

Günter Krampen

PTW - Seminar

Methoden und differentielle Indikation wissenschaftlich
anerkannter psychotherapeutischer Verfahren

Seminar – 8 Std.

Themenüberblick

0. Stellung des Seminars in der Trierer PT-Weiterbildung
1. Psychotherapeutische Verfahren und Kriterien ihrer wissenschaftlichen Anerkennung: „Bestandsaufnahme“
 - „Richtlinienverfahren“ in der BRD
 - „Bestandsaufnahme“ psychotherapeutischen Verfahren
 - „Bestandsaufnahme“ der Kriterien für die wissenschaftliche Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren
 - Matrix-Methode: psychotherapeutische Verfahren x Kriterien
2. Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden
 - bibliometrische Befunde zur Geschichte der Psychotherapie im 20. Jahrhundert
 - Drei-Phasen-Modell zur Geschichte der Psychotherapie
3. Indikation psychotherapeutischer Verfahren im psychodiagnostischen Prozess
 - allgemeine Indikationsstellung
 - differentielle Indikationsstellung
 - selektive Indikationsstellung
 - adaptive Indikationsstellung
4. Fallbeispiele zur Differentialdiagnostik sowie Indikation im Rahmen einer allgemeinen und differentiellen Psychotherapie

Literaturhinweise



Allgemeine Literaturhinweise

- Baumann, U. & Perrez, M. (Hrsg.). (1998). Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie (2. Aufl.). Bern: Huber, Kap. 22.1-22.5.
- Davison, G.C. & Neale, J.M. (1998). Klinische Psychologie (5. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union, Kap. 2 und Kap. 18 bis 20.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (2002). Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzel-Psychotherapie (STEP): Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.

Vertiefungsliteratur

- Boessmann, U. (Hrsg.). (2001). Praktischer Leitfaden für tiefenpsychologisch fundierte Richtlinien-therapie: Grundbegriffe, Diagnostik, Techniken und Supervision für psychodynamische Kassenpsychotherapie. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1994). Grundlagen und Strategien einer handlungstheoretischen Persönlichkeitsdiagnostik. Trierer Psychologische Berichte, 21, Heft 4 (Kurzfassung in K. Pawlik (Hrsg.). (1995). Bericht über den 39. Kongreß der DGPs in Hamburg 1994 (S. 639-645). Göttingen: Hogrefe.

Literaturhinweise



- Krampen, G. (1998). Diagnostik nach der ICD-10: Ihr Stellenwert im diagnostischen Prozess sowie Hinweise zu einschlägiger Fachliteratur und psychodiagnostischen Hilfsmitteln. *Report Psychologie*, 23, 44-63.
- Krampen, G. (2001). Differenzialdiagnostik sowie allgemeine und differenzielle Psychotherapie pathologischer Aggressivität. *Report Psychologie*, 26, 540-558.
- Krampen, G. (2002). Ein Drei-Phasen-Modell zur Geschichte der Psychotherapie im 20. Jahrhundert. *Report Psychologie*, 27 (im Druck).
- Krampen, G., Montada, L. & Miller, M. (2002). Entwicklung und Entwicklungsstand der Klinischen Psychologie und Psychotherapieforschung. In G. Krampen & L. Montada (Hrsg.), *Wissenschaftsforschung in der Psychologie* (S. 148-176). Göttingen: Hogrefe.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.). (2000). *Verhaltenstherapiemanual: Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien: Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.

0 Stellung des Seminars in der Trierer PT-Weiterbildung

- 1 Psychotherapeutische Verfahren und Kriterien ihrer wissenschaftlichen Anerkennung
- 2 Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden
- 3 Indikation psychotherapeutischer Verfahren im psychodiagnostischen Prozess
- 4 Fallbeispiele

0 GK-Themenblock zu „Methoden und differentielle Indikation wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren“ in der Trierer PT-Weiterbildung - 96 Std.

- Überblicksseminar: „Methoden und differentielle Indikation wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren“ – 8 Std. im 1. Semester
- Spezielle Seminare: „Methoden und differentielle Indikation psychotherapeutischer Verfahren“
 - Entspannungsmethoden I – 12 Std. im 1. Semester
 - Entspannungsmethoden II – 12 Std. im 2. Semester
 - Tiefenpsychologisch fundierte, psychodynamische Therapie – 16 Std. im 3. Semester
 - Klient-zentrierte Psychotherapie – 16 Std. im 3. Semester
 - Psychoanalyse – 16 Std. im 4. Semester
 - Psychotherapie in Familien und bei Paaren (systemische Psychotherapie) – 16 Std. im 4. Semester

0 Stellung des Seminars in der Trierer PT-Weiterbildung

1 Psychotherapeutische Verfahren und Kriterien ihrer wissenschaftlichen Anerkennung

2 Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden

3 Indikation psychotherapeutischer Verfahren im psychodiagnostischen Prozess

4 Fallbeispiele

Psychotherapeutische Behandlungsformen nach den „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für die Durchführung der Psychotherapie“ (Psychotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 23.10.98

- **Psychoanalytisch begründete Verfahren**
 - **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie** und deren Sonderformen
 - Kurztherapie
 - Fokalthherapie
 - Dynamische Psychotherapie
 - Niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung
 - **Analytische Psychotherapie**
- **Verhaltenstherapie** mit den Schwerpunkten der
 - Stimulus-bezogenen Methoden (z.B. Systematische Desensibilisierung)
 - Response-bezogenen Methoden (z.B. operante Konditionierung)
 - Methoden des Modellernens
 - Methoden der kognitiven Umstrukturierung
 - Selbststeuerungsmethoden

Mit Kombinationsverbot für VT und Psychoanalytisch begründeten Verfahren

0 Stellung des Seminars in der Trierer PT-Weiterbildung

1 Psychotherapeutische Verfahren und Kriterien ihrer wissenschaftlichen Anerkennung

2 Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden

3 Indikation psychotherapeutischer Verfahren im psychodiagnostischen Prozess

4 Fallbeispiele

Psychotherapeutische Anwendungsformen nach den „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für die Durchführung der Psychotherapie“ (*Psychotherapie-Richtlinien*) in der Fassung vom 23.10.98

- **Einzeltherapie bei Erwachsenen**
- **Behandlung von Erwachsenen in Gruppen**
 - N = 6-9 bei Psychoanalytisch begründeten Verfahren
 - N = 2-9 bei Verhaltenstherapie
- **Einzeltherapie bei Kindern und Jugendlichen**
- **Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Gruppen**
 - N = 6-9 bei Psychoanalytisch begründeten Verfahren
 - N = 2-9 bei Verhaltenstherapie

Mit Kombinationsverbot für Einzel- und Gruppentherapie bei den Psychoanalytisch begründeten Verfahren

- 0 Stellung des Seminars in der Trierer PT-Weiterbildung
- 1 Psychotherapeutische Verfahren und Kriterien ihrer wissenschaftlichen Anerkennung**
- 2 Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden
- 3 Indikation psychotherapeutischer Verfahren im psychodiagnostischen Prozess
- 4 Fallbeispiele

...im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung zusätzlich nach den „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für die Durchführung der Psychotherapie“ (*Psychotherapie-Richtlinien*) in der Fassung vom 23.10.98

- **Autogenes Training als Einzel- oder Gruppenbehandlung (Unterstufe)**
 - Gruppengröße: 2-10 Patienten
- **Jacobsonische Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung**
 - Gruppengröße: 2-10 Patienten
- **Hypnose in Einzelbehandlung**

Alles mit Kombinationsverbot für Psychoanalytisch begründete Verfahren

- 0 Stellung des Seminars in der Trierer PT-Weiterbildung
- 1 Psychotherapeutische Verfahren und Kriterien ihrer wissenschaftlichen Anerkennung
- 2 Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden
- 3 Indikation psychotherapeutischer Verfahren im psychodiagnostischen Prozess
- 4 Fallbeispiele

Kriterien für die Anerkennung von Behandlungsformen nach den „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für die Durchführung der Psychotherapie“ (Psychotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 23.10.98

Für die anerkannten Verfahren wird postuliert:

- „umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung“: Ätiologietheorie
- „in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt“: Effektnachweise

Für Anerkennung neuer Verfahren ist notwendig:

- „Feststellung durch den wissenschaftlichen Beirat gemäß § 11 Psychotherapeuten-Gesetz, daß das Verfahren als wissenschaftlich anerkannt angesehen werden kann“
- Nachweis der erfolgreichen Anwendung an Kranken überwiegend in der ambulanten Versorgung über mindestens 10 Jahre durch wissenschaftliche Überprüfung...
- „Ausreichende Definition des Verfahrens und Abgrenzung von bereits angewandten und bewährten psychotherapeutischen Methoden...“
- „Nachweis von Weiterbildungseinrichtungen für Ärzte sowie Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten mit methodenbezogenem Curriculum in theoretischer Ausbildung und praktischer Krankenbehandlung“

0 Stellung des Seminars in der Trierer PT-Weiterbildung

1 Psychotherapeutische Verfahren und Kriterien ihrer wissenschaftlichen Anerkennung

2 Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden

3 Indikation psychotherapeutischer Verfahren im psychodiagnostischen Prozess

4 Fallbeispiele

PsychThG

§ 11 Wissenschaftliche Anerkennung

Soweit nach diesem Gesetz die wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens Voraussetzung für die zuständige Behörde ist, soll die Behörde in Zweifelsfällen ihre Entscheidung auf der Grundlage eines Gutachtens eines wissenschaftlichen Beirates treffen, der gemeinsam von der auf Bundesebene zuständigen Vertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie der ärztlichen Psychotherapeuten in der Bundesärztekammer gebildet wird....

Tabelle 18.1 Charakteristische Merkmale von Verhaltenstherapie und psychoanalytischer Therapie in der Studie der Temple-University

Merkmal	Psychoanalyse	Verhaltenstherapie
Spezifischer Rat	selten gegeben	häufig gegeben
Übertragungsinterpretation	kann gegeben werden	wird vermieden
Interpretation von Widerstand	üblich	nicht üblich
Träume	Interesse an erzählten Träumen, die für die Behandlung genutzt werden können	höfliches Desinteresse, werden für die Therapie nicht verwendet
Angstniveau	hält eine gewisse Angst aufrecht, solange sie nicht das Verhalten beeinträchtigt	wird außer in der Impulsiven Therapie (Flooding) so niedrig wie möglich gehalten
Entspannungstraining	Nur eine indirekte Folge der Sitzung und möglicherweise durch das Beispiel des Therapeuten	wird direkt vermittelt
Desensibilisierung	Nur eine indirekte Folge der Gespräche in angenehmer Umgebung und einem positiv eingestellten Therapeuten	wird direkt angegangen
Training von neuem Verhalten	nur bedingt	wird direkt angegangen
Training von angemessenem selbstsicheren Verhalten	Nur direkt durch die Erfahrung im Alltag; selbstsicheres Auftreten oder eine aggressive Sprechweise, die im Alltag nicht angemessen wären, sind in der Therapiesitzung erlaubt	wird direkt angegangen und im Alltag unterstützt
Symptome	Schilderungen von Symptomen sind nicht erwünscht; sie können symbolisch interpretiert werden.	Interesse an berichteten Symptomen, werden oft biologisch erklärt
Kindheitserinnerungen	Meist wird nach weiteren Erinnerungen gesucht	Üblicherweise wird nur die Lebensgeschichte aufgenommen
Aversive Behandlung, z.B. Elektroschock	wird nicht eingesetzt	kann eingesetzt werden
Beobachter der Therapiesitzung	Meist nicht gestattet	kann gestattet sein
Willentliche Versuche, Verhalten wie Gedanken, die den Patienten ängstlich machen, aufzuhalten	selten direkt versucht	kann eingesetzt werden
Einüben von Rollenverhalten	wird nicht eingesetzt	kann eingesetzt werden
Wiederholung von stereotypem motorischem Verhalten	wird nicht eingesetzt	kann eingesetzt werden

Quelle: Nach Sloane et al., 1975

aus: Davison & Neale (1998), S. 627

Tabelle 4: Vier Psychotherapie-Ansätze – aus der Sicht ihrer Proponenten (vgl. Karasu, 1977)

Konzepte	Tiefenpsycho- logischer Ansatz (z.B. Freud, Winnicott)	Verhaltens- therapeutischer Ansatz (z.B. Beck, Melchenbaum)	Existenziell- Humanistischer Ansatz (z.B. Rogers, Gendlin)	Kommunikations- orientierter Ansatz (z.B. Watzlawick, Minuchin)
Ätiologiekonzept	Frühkindliche Triebkonflikte, Verdrängungs- prozesse	Dysfunktionale Lerngeschichte, Person-Umwelt- Interaktion	Inkongruenz von Erfahrung und Selbstkonzept	Störungen als Ausdruck/Folge dysfunktionaler Kommunikations- strukturen
Gesundheits- konzept/ Therapieziele	Aufarbeitung von intrapyschischen Konflikten, „Wo Es war soll Ich werden“, dem Patienten helfen, unbewußte Motive zu erkennen	Wiederherstellung der Verhaltens- und Erlebens- kompetenzen, Veränderung der Selbtsicht, Selbstkontrolle	Förderung der Selbstaktualisierung, „Fully functioning person“	Herstellen konstruk- tiver Kommunika- tionsstrukturen, Entdecken dysfunk- tionaler Kommu- nikationsstrukturen, Kommunika- tionsstrukturen reorganisieren helfen
Therapeutische Zeitperspektive	Gegenwart aus Vergangenheit verstehen	Gegenwartsorientiert	Gegenwartsorientiert	Gegenwartsorientiert
Psychologische Mittel	Deuten von freien Assoziationen, von Übertragungs- phänomenen, Fehlleistungen, Träumen usw., Beziehungserfahrung	Übung, Verstärkungs- lernen, Habituation, Modellernen, Kognitive Umstruk- turierung, psycho- physiologische Methoden	Zeigen von Empathie und Akzeptierung, Dialog, Encounter (teilweise Körper- erfahrung)	Instruktion/Deuten

Porrez & Brummann (1958), S. 410

0 Stellung des Seminars in der Trierer PT-Weiterbildung

1 Psychotherapeutische Verfahren und Kriterien ihrer wissenschaftlichen Anerkennung

2 Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden

3 Indikation psychotherapeutischer Verfahren im psychodiagnostischen Prozess

4 Fallbeispiele

- **„Bestandsaufnahme“ psychotherapeutischer Verfahren....**
- **Psychoanalyse**
- **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**
- **(klassische) Verhaltenstherapie**
- **Kognitive Therapie (kognitiv-behaviorale) Therapie**
- **Entspannungstherapie (AT, PR)**
- **Hypnotherapie**
- **Klient-zentrierte Psychotherapie**
- **Gestalttherapie**
- **Systemische Psychotherapie / Familientherapie / Interpersonale Therapie**
- **Körperorientierte Psychotherapie**

- 0 Stellung des Seminars in der Trierer PT-Weiterbildung
- 1 Psychotherapeutische Verfahren und Kriterien ihrer wissenschaftlichen Anerkennung**
- 2 Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden
- 3 Indikation psychotherapeutischer Verfahren im psychodiagnostischen Prozess
- 4 Fallbeispiele

„Bestandsaufnahme“ von Kriterien für die wissenschaftliche Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren

- **Effektivitätsnachweise: Zweckmäßigkeit**
 - Phase 0: Entwicklungsphase - Einzelfallberichte
 - Phase I: Erkundungsphase - Analogstudien und vorexperimentelle Designs
 - Phase II: Pilot-Phase - experimentelle Studien
 - Phase III: Testphase - Multicenter-Studien, Metaanalysen, Kriterienkataloge, Standards
 - Phase IV: Anwendungsphase - vorexperimentelle Designs und quasiexperimentelle Designs
- **Störungsmodell: Ätiologietheorie**
- **Effizienznachweise: Wirtschaftlichkeit**
- **Anwendungsbreite und Akzeptanz**
- **Spezifische Verfahren der Differentialdiagnostik und Evaluation**
- **Geltungsbereichseinschränkungen (vs. Universalitätsanspruch)**
- **Gesundheitskonzept und Therapieziele**
- **Differentielle Indikation spezifischer Therapiemethoden/-techniken**
- **Art der therapeutischen Beziehung**

Phasenmodell der Interventionsforschung („Prüf-Phasen“)

(Vor-)Phase 0: Entwicklungsphase

Mehr oder weniger kreative Entwicklung/Kombination neuer Interventionsmethoden aufgrund von klinischen Beobachtung, theoretischen Überlegungen sowie unsystematischen Erprobungen
-> *Einzelfallberichte, (anekdotische) Falldarstellungen*

Phase 1: Erkundungsphase

Systematische(r) Einsatz und Überprüfung der neuen/kombinierten Interventionsmethode unter wenigen, eher global formulierten Hypothesen

-> *Analogstudien*: Tierstudien; unauffällige Probanden (Stud.); Abweichungen von Realität in (a) Störungsgrad, (b) Stichprobe, (c) Therapeuten/Intervenierenden, (d) Interventionssetting und/oder (e) (umfangreicherer) Diagnostik

-> *systematische Einzelfallstudien* mit system. Bedingungsvariation, etwa einfaches A-B-A-Einzelfalldesign und komplexe Zeitreihenanalysen

-> *vor-experimentelle Studien* ohne explizite Kontrollgruppe:

(a) retrospektive Post-Erhebung (nach Intervention)

(b) Eingruppenplan mit Prä- und Posterhebung

(c) Eigenkontrollgruppenplan mit "baseline" und Intervention (abwechselnd)

-> evtl. auch schon *quasi-experimentelle Studien* (ohne Randomisierung)

Phase 2: Pilot-Phase

Prüfung der therapeutischen Wirksamkeit anhand gezielter Hypothesen

Achtung: Beachtung ethischer Probleme und Fragen bei Randomisierungen

-> formative und summative Evaluation mit *experimentellen Designs* mit

(a) unbehandelter Kontrollgruppe

(b) Warteliste-Kontrollgruppe

(c) Kontrollgruppe mit "Routine-Behandlung"

(d) Kontrollgruppe mit Placebo-Behandlung (schwierige Placebo-Bestimmung)

(e) Kontrollgruppe mit alternativer Intervention

- "echte" Alternativbehandlung

- Parametervariation

- Parameteraddition

- Parametersubtraktion

-> bei (c) bis (e): Blindstudie bzw. Doppelblind-Studie (Ethik: Pat.-Aufklärung?!)

-> differentielle Interventionsforschung (mehrfaktorielle experimentelle Designs)

Phase 3: Testphase

Prüfung der Interventionsmethoden im Großversuch

-> **Verbundstudie, Multicenter-Studie** (gleiches Design in mehreren Institutionen)

-> Metaanalysen, Kriterienkataloge, störungsspezifische Behandlungsrichtlinien

Phase 4: Anwendungsphase - Praxiskontrolle

Prüfung der Bewährung der Methode unter alltäglichen Anwendungs- und Praxisbedingungen ("Routinebedingungen")

-> Analyse günstiger vs. ungünstiger Implementationsbedingungen

-> zumeist **vorexperimentell oder quasi-experimentell** exemplarisch für eine Institution

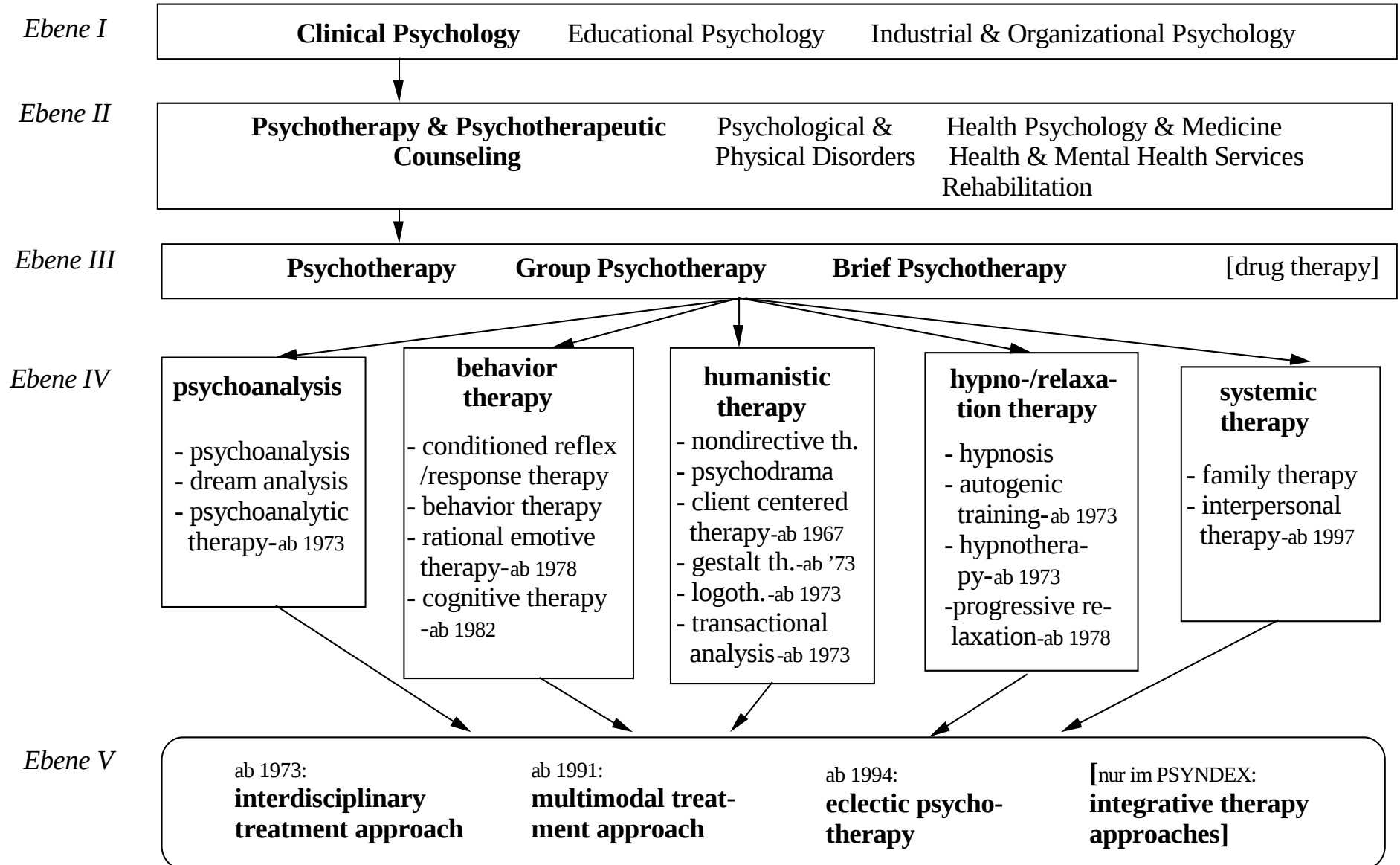
- 0 Stellung des Seminars in der Trierer PT-Weiterbildung
- 1 Psychotherapeutische Verfahren und Kriterien ihrer wissenschaftlichen Anerkennung
- 2 Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden**
- 3 Indikation psychotherapeutischer Verfahren im psychodiagnostischen Prozess
- 4 Fallbeispiele

Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden

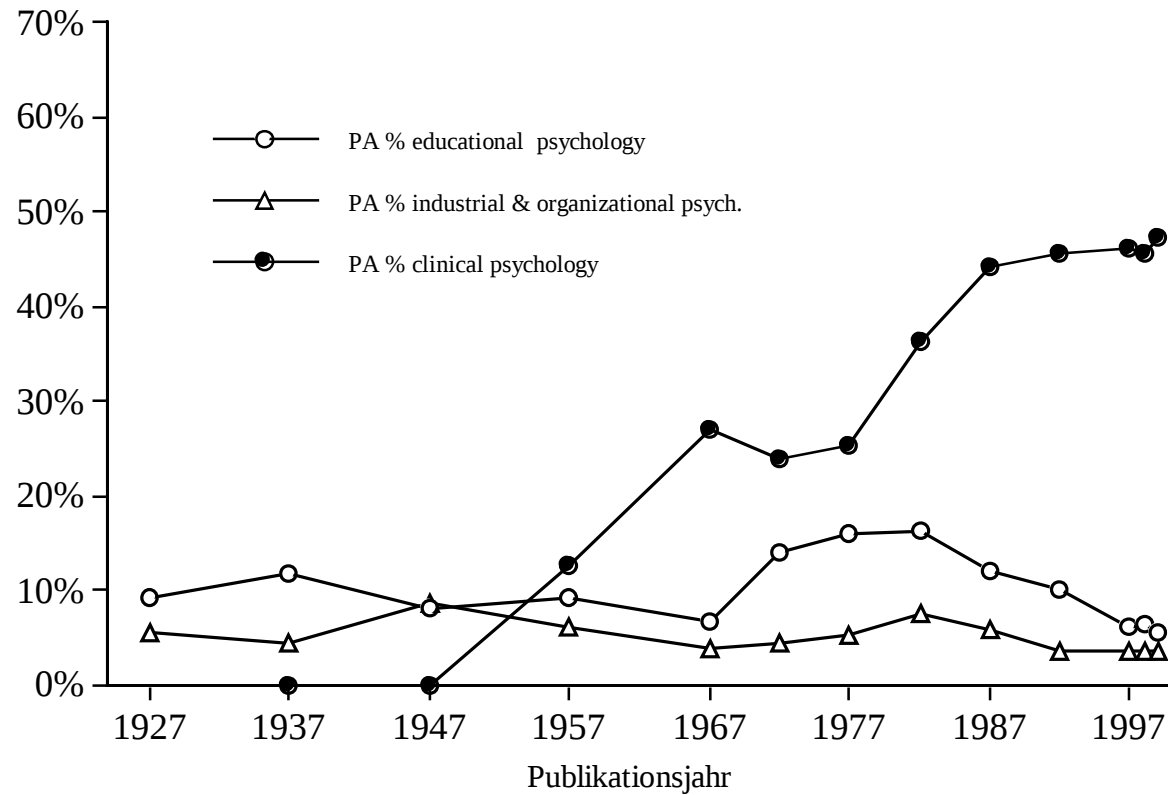
- **bibliometrische Befunde zur Geschichte der Psychotherapie im 20. Jahrhundert**
- **Drei-Phasen-Modell zur Geschichte der Psychotherapie**

Begriffssystematik: Klin. Psych. / Psychotherap.

(nach den "Psychological Abstracts" (ab 1927) und dem "Thesaurus of psychological index terms"; Walker, 1997)



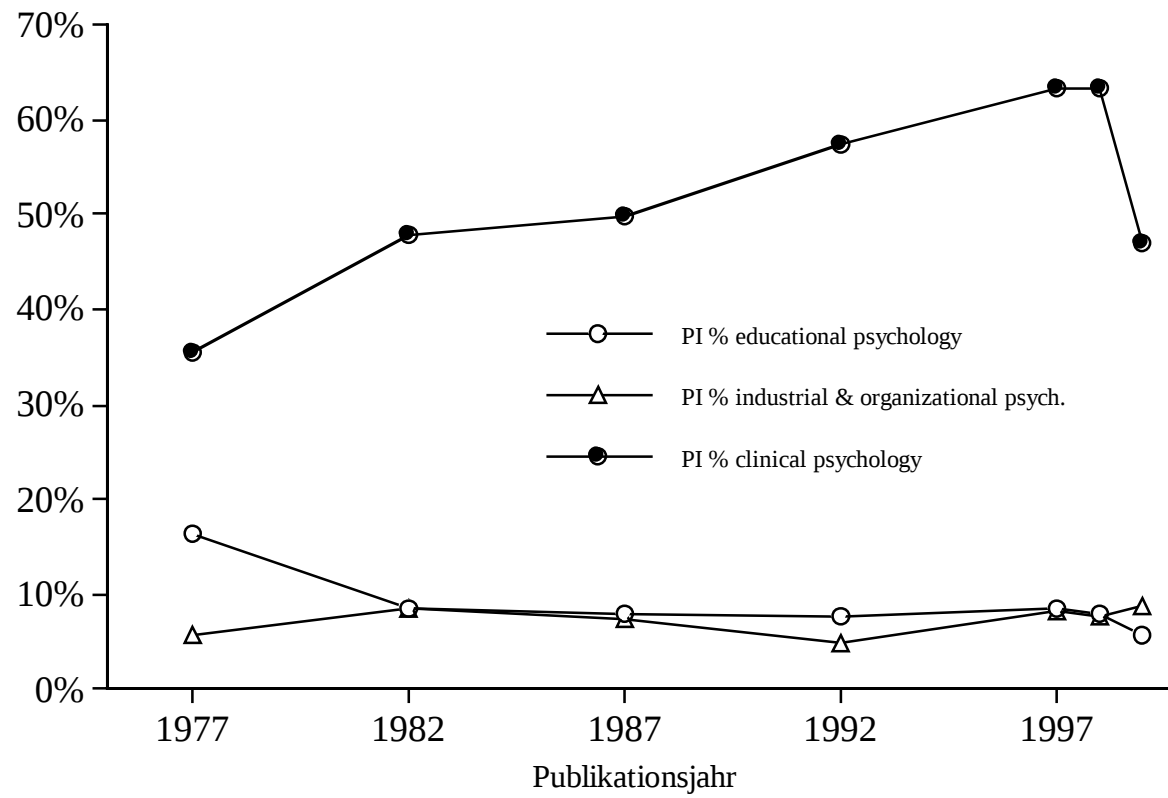
Relative Häufigkeit (%) in Psychological Abstracts bzw. PsycLit



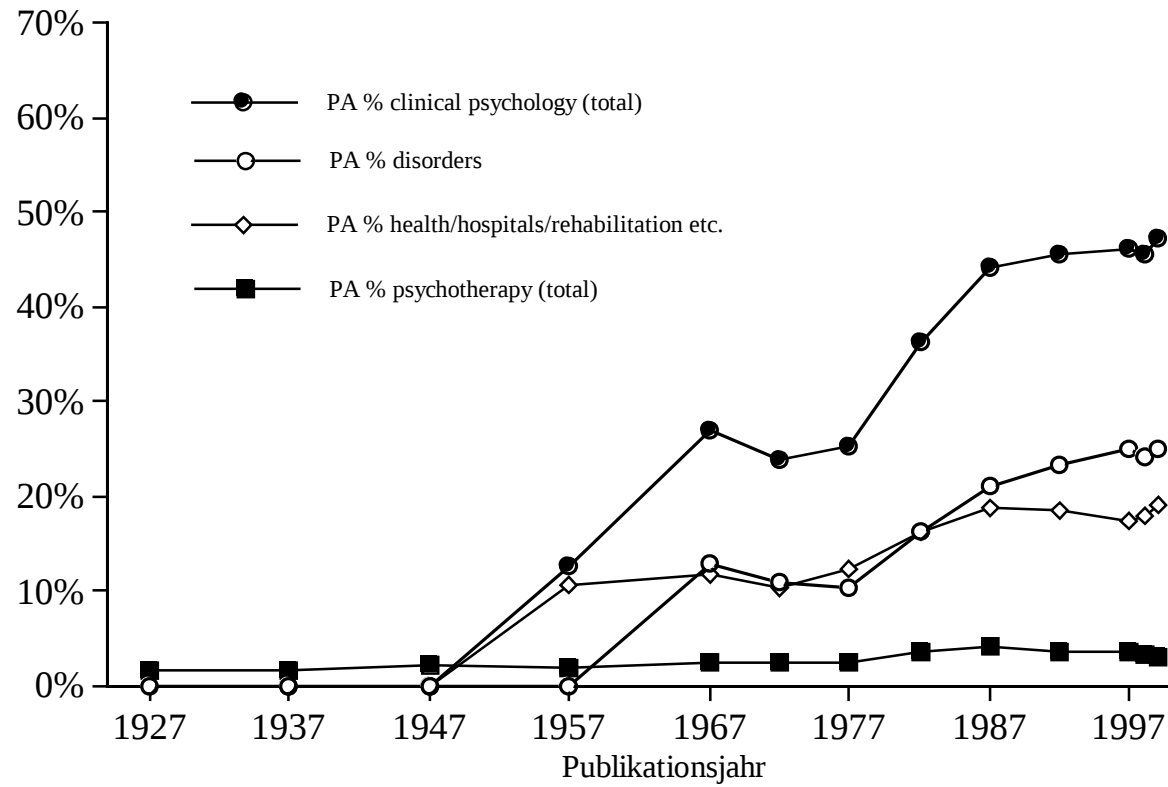
Aus:

Krampen, G. & Montada, L. (2002). Wissenschaftsforschung in der Psychologie.
Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie (Kapitel 11).

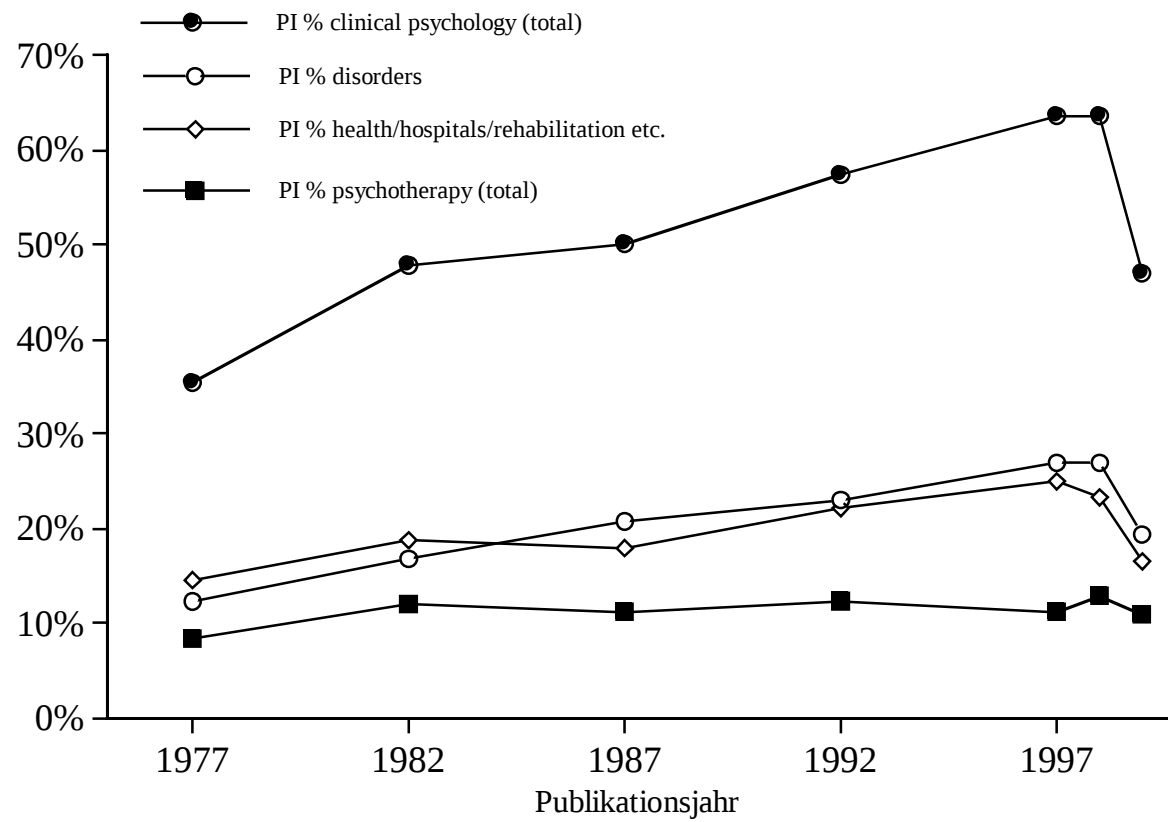
Relative Häufigkeit (%) im PSYINDEX



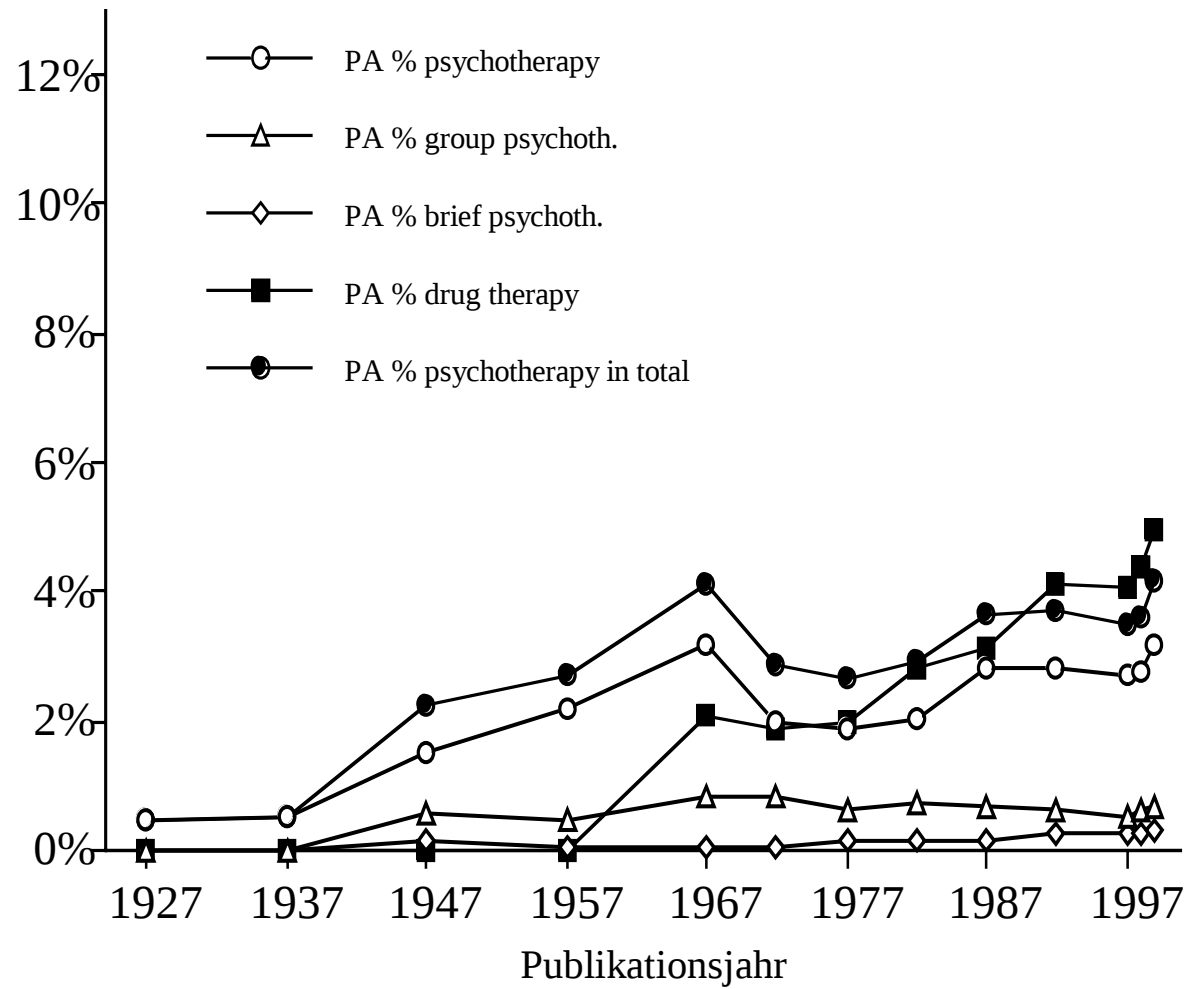
Relative Häufigkeit (%) in Psychological
Abstracts bzw. PsycLit

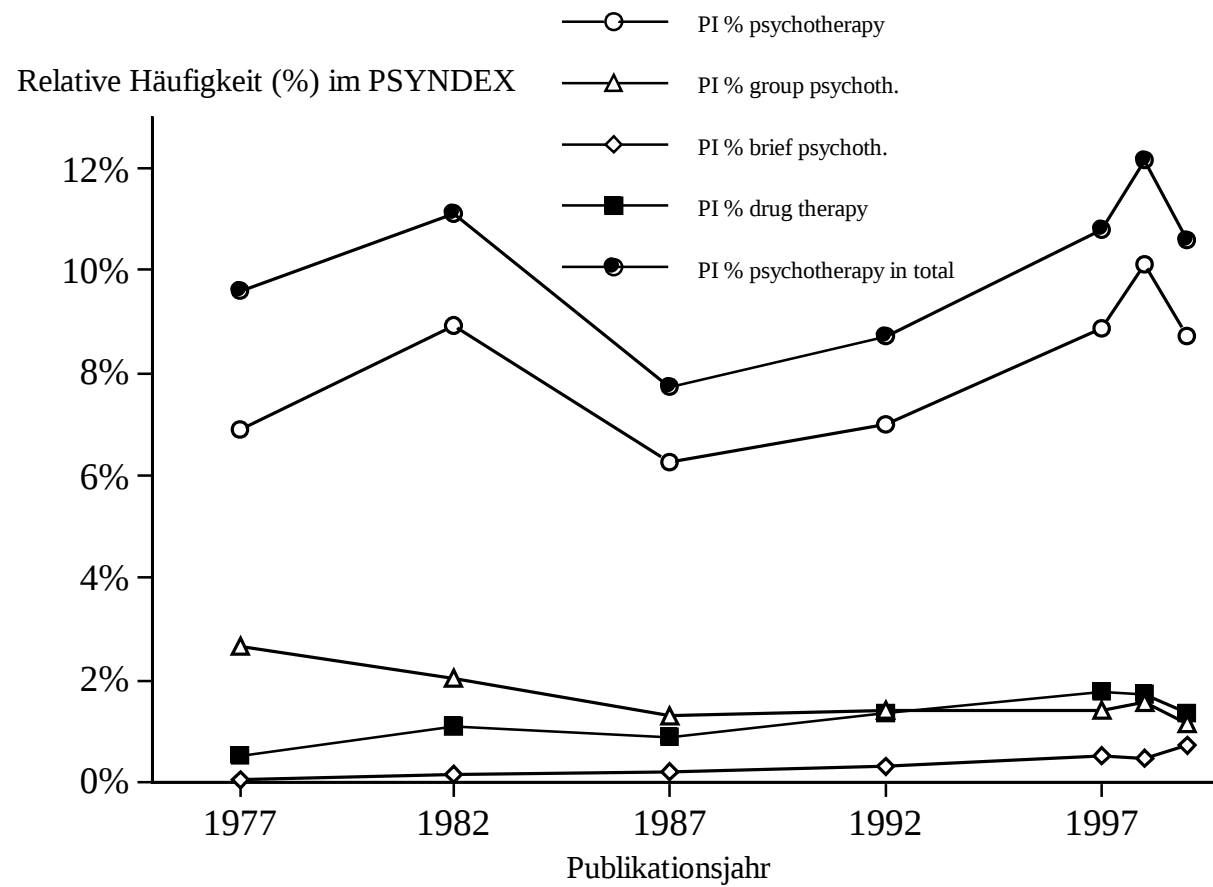


Relative Häufigkeit (%) im PSYINDEX



Relative Häufigkeit (%) in Psychological Abstracts bzw. PsycLit





Relative Häufigkeit (%) in Psychological Abstracts bzw. PsycLit

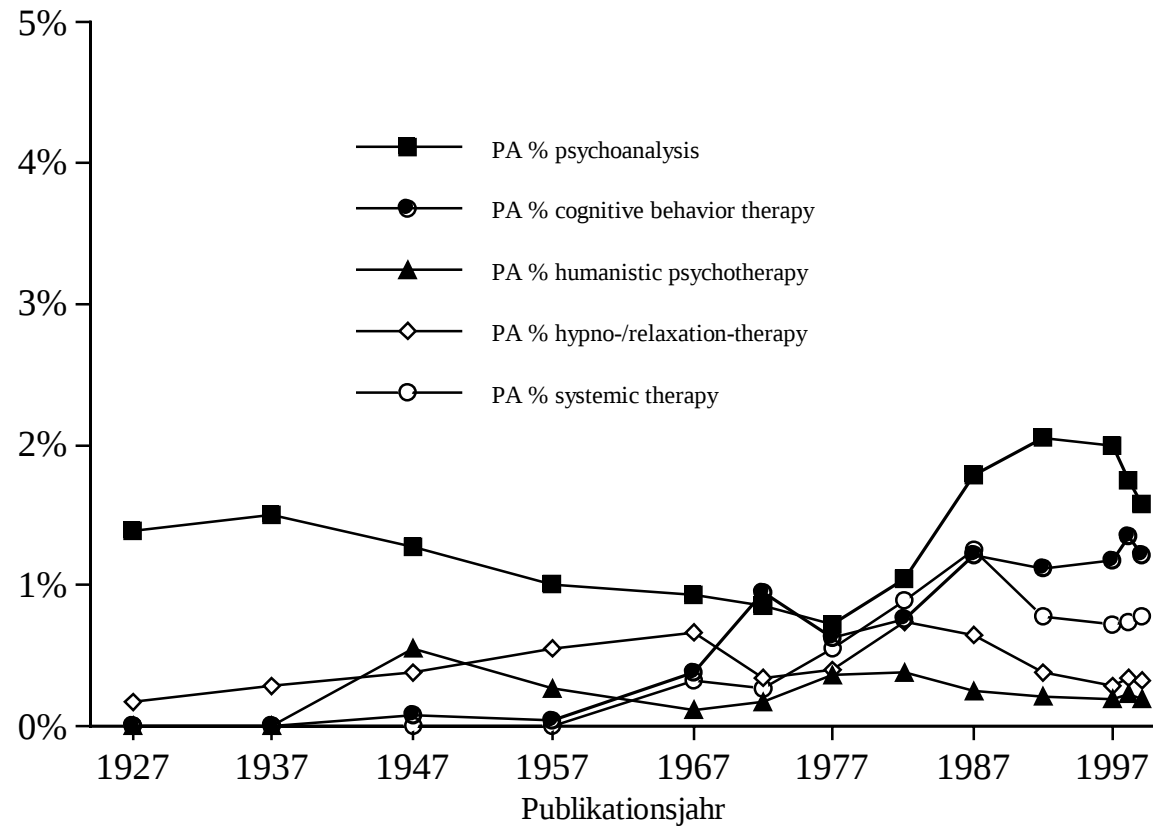


Abbildung
Relative Häufigkeit von Literaturnachweisen zu "Therapieschulen" in den Psychological Abstracts bzw. PsycLit

Relative Häufigkeit (%) im PSYINDEX

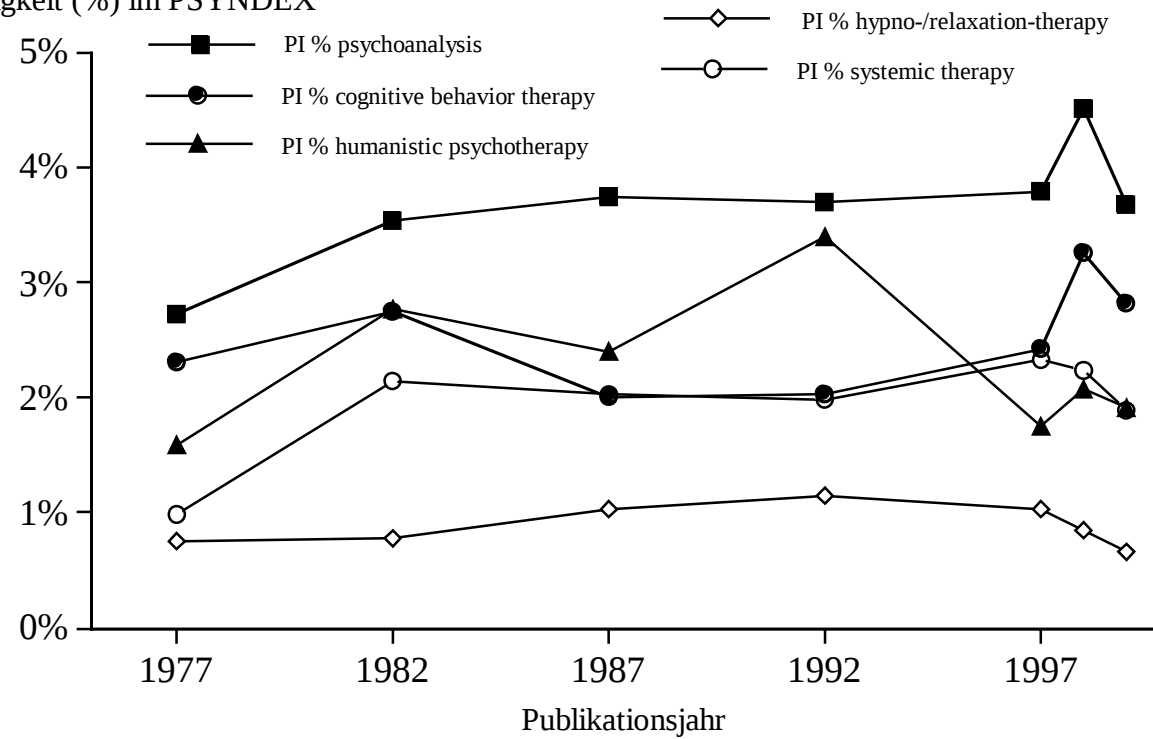
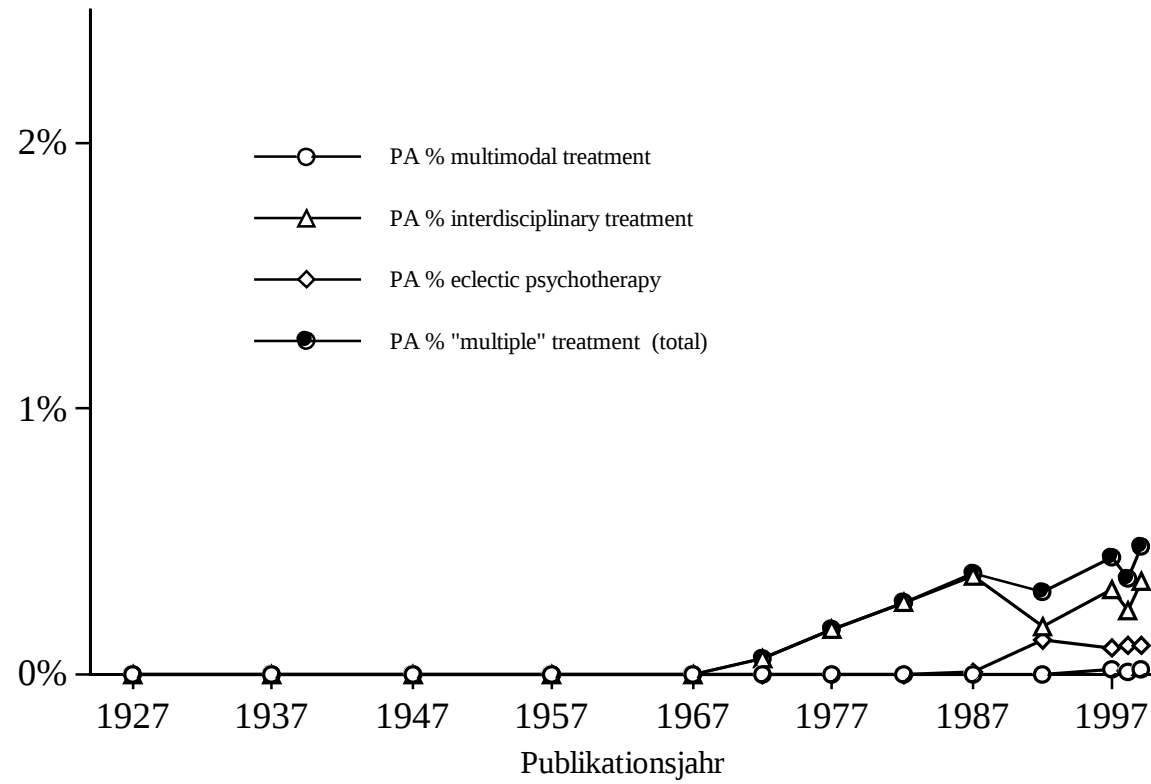
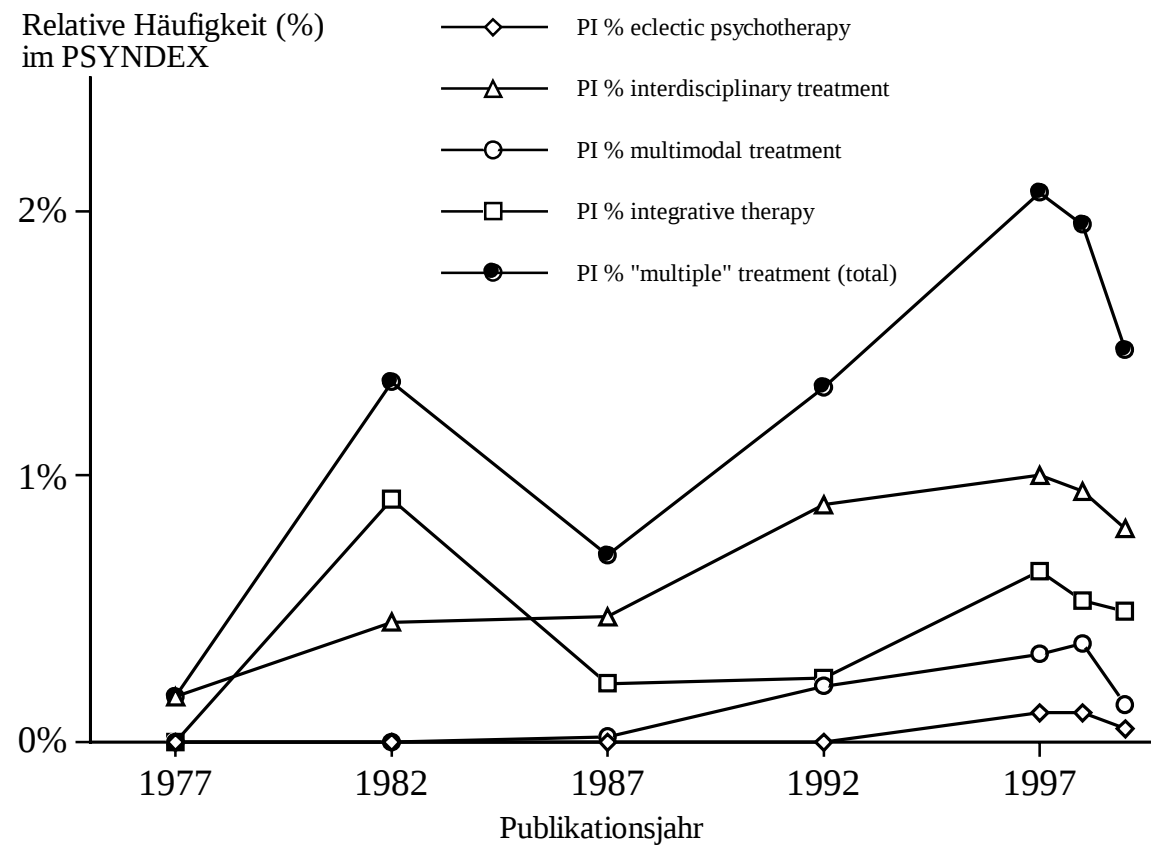


Abbildung: Relative Häufigkeit von Literaturnachweisen zu "Therapieschulen" im PSYINDEX

Relative Häufigkeit (%) in Psychological Abstracts bzw. PsycLit





Ein 3-Phasen-Modell zur Geschichte der Psychotherapie

- (Vorphase: Historische Vorläufer...)
- 1. Phase: Begründung eigenständiger psychotherapeutischer Ansätze („Schulen“)
- 2. Phase: Eklektizismus
- 3. Phase: Auf dem Weg zu einer Allgemeinen und Differentiellen (integrativen) Psychotherapie...

Vorphase: Historische Vorläufer der Psychotherapie

- „Vergangenheit“ der Psychotherapie (?) 
- etwa:
 - tradierte Kulturtechniken, Menschenkenntnis und -hilfe
 - Psychognosis
 - Mesmerismus
 - „praktische Psychologie“
- Probleme:
 - keine wissenschaftliche Fundierung
 - keine systematische Indikation und Evaluation
 - „Konfession“, nicht „Profession“

1. Phase: Begründung eigenständiger Behandlungsansätze

- Spätes 18. und 19. sowie vor allem erste Hälfte des 20. Jahrhunderts
- Etwa:
 - Hypnosetherapie
 - Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierte Therapie
 - autosuggestive Methoden und Entspannungstherapie
 - Verhaltenstherapie, ab 1960: kognitiv-behaviorale Therapie
 - Gesprächspsychotherapie
 - Gestalttherapie
 - Familientherapie, systemische Psychotherapie
- Probleme:
 - generalisierter Indikationsanspruch
 - „Schulendenken“, z.g.T. empirieforn
 - Ideologieverdacht (auch „Konfession“, nicht „Profession“)

2. Phase: Eklektizismus

- Beginn in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts
 - etwa: Brammer & Shostrom (1960), Lazarus (1969, 1971), Beutler (1983)
- additive Verknüpfung (schulenspezifischer) therapeutischer Techniken auf der Basis von
 - Plausibilitätserwägungen
 - vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen
- Probleme:
 - „therapeutic mishmash of theories“, „huggermugger of procedures“, „gullimaufry of therapies“, „charivaria of activities“ (Eysenck, 1970) – kurz: therapeutische Beliebigkeiten ohne jede klare theoretische Anbindung

Phänomenologischer
Ansatz
(Gestaltpsychologie,
Perls Gestalttherapie,
Kellys Therapie mit
fixierten Rollen)

Behavioristischer
(lerntheoretischer)
Ansatz
(Verhaltenstherapie,
kognitive Therapie)

Zum Beispiel:
Brammer & Shostrom (1960)

**Actualization
Counseling and
Psychotherapy**

Humanistischer
Ansatz
(Rogers Gesprächs-
psychotherapie; An-
sätze von Maslow,
May, Jourard etc.)

Analytischer
Ansatz
(Psychoanalyse, Neo-
psychoanalyse, tiefen-
psychologisch fundierte
Therapie)

3. Phase: Auf dem Weg zu einer Allgemeinen und Differentiellen (integrativen) Psychotherapie...

- Seit den 70er, verstärkt seit den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts
 - etwa: Frank (1973), Karasu (1977), Bommert & Plessen (1978), Grawe, Donati & Bernauer (1994), Weinberger (1995)
- Zwei „Suchstrategien“:
 - Identifikation allgemeiner therapeutischer Wirkfaktoren
 - Entwicklung allgemeiner theoretischer Modelle für die Behandlung psychischer und somatoformer Störungen
- Probleme:
 - mangelnde Akzeptanz durch (formale) Dominanz der sogenannten „Richtlinienverfahren“ in Deutschland
 - Empirie- und Theoriedefizite

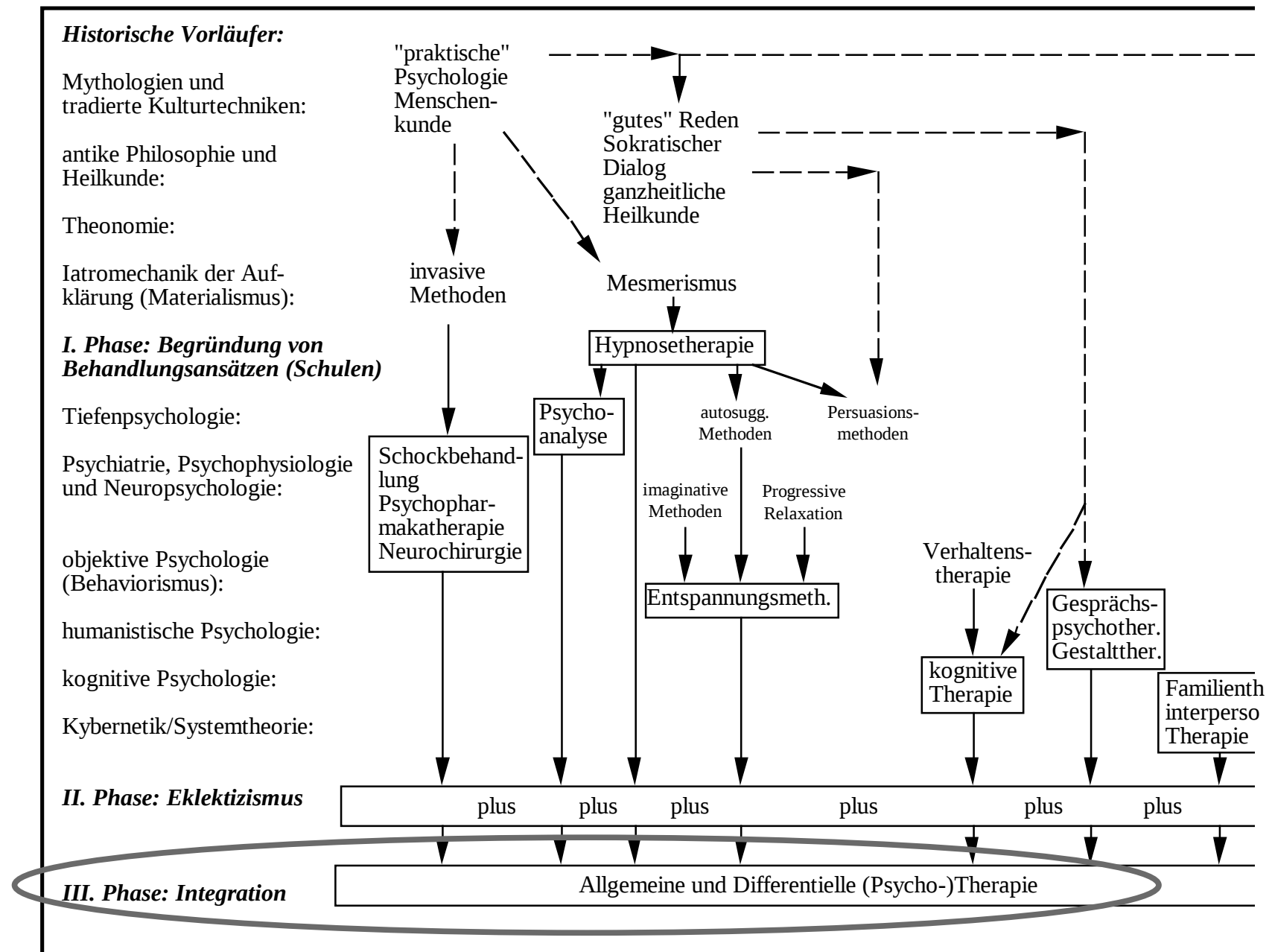


Abbildung 1
Schematische Darstellung zur Entwicklung von Behandlungsmethoden für psychische und psychosomatische Störung

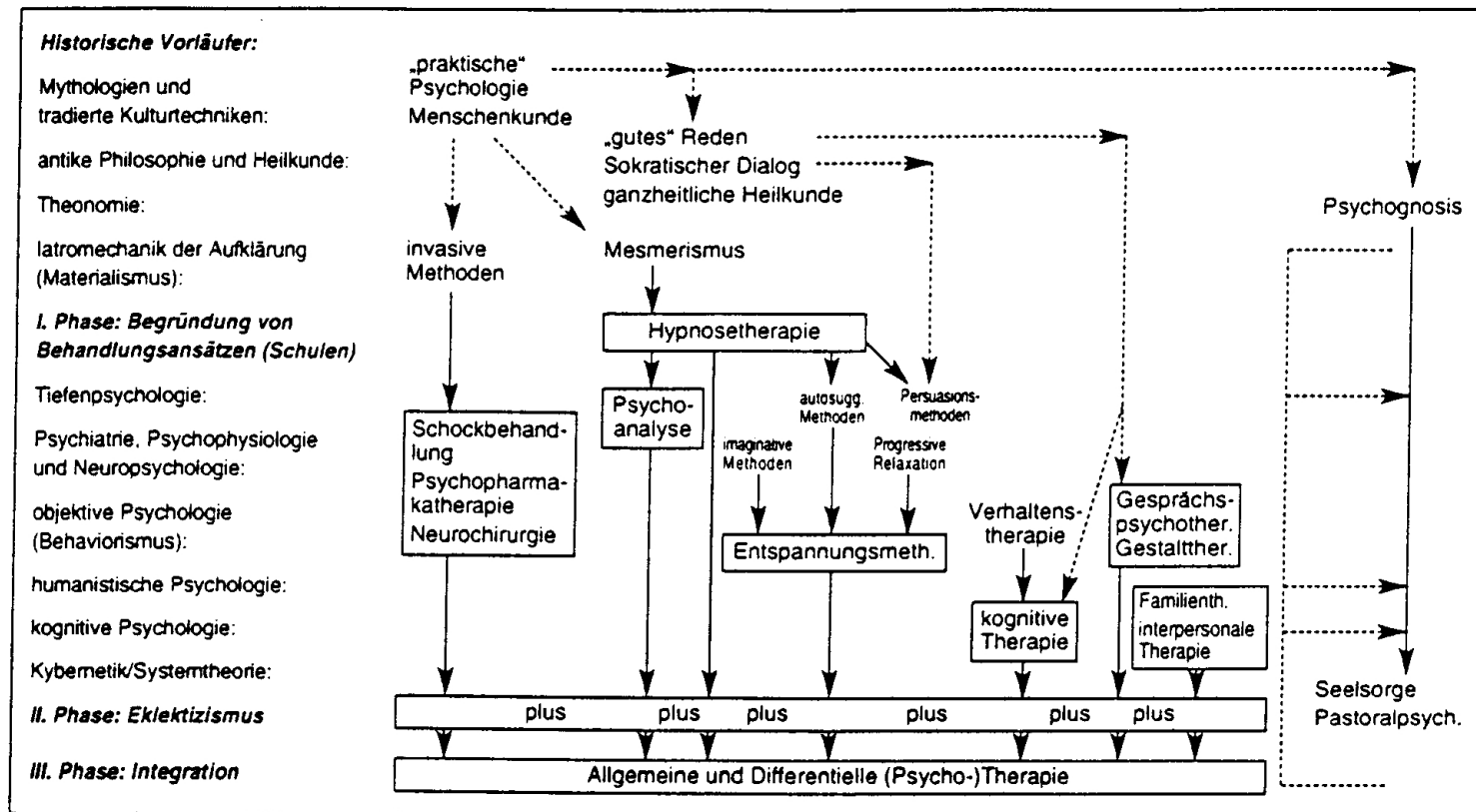


Abbildung 1: Schematische Darstellung zur Entwicklung von Behandlungsmethoden für psychische und psychosomatische Störungen
(aus: Krampen, 2002, S. 9)

Konzepte zu einer Allgemeinen und Differenziellen Psychotherapie: Der allgemeine Wirkfaktorenansatz

Zentrale These:

Jede Form der Psychotherapie basiert auf unspezifischen Wirk- und Effektfaktoren, die

1. am gesamten therapeutischen Prozess mit unterschiedlichem Gewicht beteiligt sind, stets zusammenwirken und gemeinsam für Therapieerfolge verantwortlich sind,
2. daher zu Behandlungsbeginn für die **differenzielle Indikation und Therapieplanung** direkt relevant sind und
3. zudem in allen Behandlungsphasen für die **adaptive Indikation therapeutischer Maßnahmen** direkte Bedeutung haben.

Diese allgemeinen Wirkfaktoren sind...

- ... sechs nach Jerome Frank (1973, 1982)
Therapeut-Patient-Beziehung; Erklärung der Störung; Information; Erfolgserwartungen; „mastery“; emotionale Beteiligung
- ... drei nach Toksoz B. Karasu (1977, 1982)
Erklärung der Störung; Verhaltensänderung; emotionale Beteiligung
- ... drei nach Hanko Bommert und Ulf Plessen (1978)
Beziehungen in und außerhalb der Behandlung; kognitive Veränderungen; aktionale Problemorientierung und Verhaltensänderung
- ... fünf nach Joel Weinberger (1995)
therapeutische Beziehung; Erfolgserwartungen; Problemkonfrontation; „mastery“; Kausalattributionen für Fort- und Rückschritte

Diese allgemeinen Wirkfaktoren sind...

nach Grawe, Donati und Bernauer (1994):

1. Die aktive Hilfe zur Problembewältigung
=> **Problembewältigungsperspektive**
2. Die motivationale Klärung und persönliche Entwicklung des/der Pat.
=> **Klärungsperspektive**
3. Die therapeutische Unterstützung und Beziehung mit den Teilkomponenten (nach Grawe, 1995, 1998):
 - 3.1 Der Ressourcenaktivierung
 - 3.2 Der Problemaktualisierung=> **Beziehungsperspektive**

⇒ 3- bis 4-Faktorenmodell

Zusatzthese zum Wirkfaktorenansatz

Die Wirkfaktoren-These gilt für jede Therapieform

Also z.B. auch für die Psychopharmakatherapie...

- mit ihrem Fokus der Problem- (Symptom-)Bewältigung,
- auf der Basis einer hinreichenden Arzt-Pat.-Beziehung,
- und der Ermöglichung einer (späteren) Klärung und Entwicklung des/der Pat.

- 0 Stellung des Seminars in der Trierer PT-Weiterbildung
- 1 Psychotherapeutische Verfahren und Kriterien ihrer wissenschaftlichen Anerkennung
- 2 Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden
- 3 Indikation psychotherapeutischer Verfahren im psychodiagnostischen Prozess**
- 4 Fallbeispiele

3. Indikation psychotherapeutischer Verfahren im psychodiagnostischen Prozess

- **allgemeine Indikationsstellung**
- **differentielle Indikationsstellung**
 - **selektive Indikationsstellung**
 - **adaptive Indikationsstellung**

Tabelle 2

Einordnung der STEP-Skalen in die Systematik der psychologischen Diagnostik und Evaluation mit zugeordneten Aufgabenstellungen der Psychologie und diagnostischen Strategien (modifiziert nach Krampen, 1998, S. 46-47)

Aufgabenstellung der Psychologie	Beschreibung von Verhalten und Erleben		Bedingungs- und Zielanalyse sowie Prognose von Verhalten und Erleben		psychologische Intervention	Evaluation	
Terminus technicus	(deskriptive) Statusdiagnostik		(dynamische) Entwicklungsdiagnostik		(formative) Prozeßevaluation	(summative) Produktevaluation	
diagnostische Strategie	Screening	deskriptive Differentialdiagnostik	ätiologisch orientierte Diagnostik	prognostisch orientierte Diagnostik	interventionsbegleitende Diagnostik	Veränderungsdiagnostik	Katamnese
Methoden ^a (exemplarisch)	freie Problembeschreibung Beschwerdenlisten - SCL-90-R - KASSL - GBB - AT-EVA: SYM	ICD-10 DSM-IV klinische Interviews - SKID - IDCL, IDCL-P - SCAN - SIDAM - IPDE, CIDI - DIPS, MINI-DIPS	biographische Anamnese psychodynamische Exploration: motivationale Schemata Verhaltens- und Problemanalysen: Störungskomponenten problembezogene standardisierte (dimensionale) Psychodiagnostik - RGT, FKK - BDI, H-Skalen - TAI, IAF - GT, TAT, LEB - MMPI, PSSI	Therapiemotivation und Therapie Voraussetzungen - OPD - FMP, TEB, FLL - Intelligenztests Ressourcen- und Beziehungsdiagnostik - OPD - SONET - PFU Konfliktmuster und Bewältigungsstile - OPD - SVF, FKV - ISE, ISE-Z Lebenssituation Therapiezielklärung - Goal Attainment Scaling	Therapiestundenbogen zur Selbst- und Fremdeinschätzung -> STEPP -> STEPT Verlaufsprotokollierung - Aktenführung - Protokollbogen - Tagebücher Verlaufsevaluation anhand - von Lebensveränderungen - von Bezugspersonen-Info. - wiederholter standardisierter Psychodiagnostik - Goal Attainment Scaling (GAS)	indirekte Veränderungsdiagnostik - SCL-90-R, SYM - H-Skalen - RGT, FKK - IAF, STAI - GT, BDI - MMPI, PSSI direkte Veränderungsdiagnostik - VEV - AT-EVA: VFE - GAS	Nachuntersuchung wie Veränderungsdiagnostik Katamnesebogen
Resultat	Hyp. über Krankheitswertigkeit => allgemeine Indikationsstellung	klassifikatorische ICD-10- bzw. DSM-IV-Diagnose(n)	Hypothese(n) zur Ätiologie/Genese => differentielle Indikationsstellung	- Hypothese(n) zu ziel-führenden Maßnahmen - Therapieplanung	- Evaluation therap. Ansprechbarkeit - Veränderung der ICD-10-/DSM-IV-Diagnosen - adaptive Therapiegestaltung => formative (adaptive) Indikation	Residuen nach ICD-10/DSM-IV? => Behandlungsabschluß?	

^a Die exemplarisch benannten Methoden können anhand der Kurzbezeichnungen mithilfe des Kataloges der Testzentrale oder der Testdatenbank PSYTKOM der ZPID problemlos identifiziert werden (aus Platzgründen wird hier auf die ausführlichen Literaturangaben verzichtet).

Resultierende Anforderungen der Wirkfaktorenmodelle an die therapiebezogene Diagnostik

1. Eingangsdiagnostik: differentielle Indikation und Therapieplanung

Klassisch:

- Freie Problembeschreibung, Anamnese, Exploration
- Klassifikatorische Diagnostik (ICD-10, DSM-IV)
- Psychometrische Diagnostik
- Medizinische Abklärung

Neu:

- **Indikationsbogen und Therapieplanungsbogen für die „psychologische Therapie“ nach Grawe (1998)**
- **Operationale psychodynamische Diagnostik (OPD)**

Exkurs: operationale psychodynamische Diagnostik (OPD):

Achtung: *kursiv ergänzt ist schwerpunktmäßiger Bezug zu den drei Wirkfaktoren (gk)*

OPD-Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Problembewältigungsperspektive:

- 01. Schweregrad des somatischen Befundes
- 02. Schweregrad des psychischen Befundes
- 03. Leidensdruck
- 04. Beeinträchtigung des Selbsterlebens
- 05. Ausmaß der körperlichen Behinderung

Klärungsperspektive:

- 06. Sekundärer Krankheitsgewinn
- 07. Einsichtsfähigkeit für psychodynamische Zusammenhänge
- 08. Einsichtsfähigkeit für somato-psychische Zusammenhänge

Beziehungsperspektive:

- 09. Einschätzung der geeigneten Behandlungsform (Psychotherapie)
- 10. Einschätzung der geeigneten Behandlungsform (körperliche Behandlung)
- 11. Motivation zur Psychotherapie
- 12. Motivation zur körperlichen Behandlung
- 13. Compliance
- 14. Symptombearbeitung
 - 14a. somatische Symptomatik stellt sich dar
 - 14b. psychische Symptomatik stellt sich dar
- 15. Psychosoziale Integration
- 16. persönliche Ressourcen
- 17. soziale Unterstützung
- 18. Angemessenheit der subj. Beeinträchtigung zum Ausmaß der Erkrankung

Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (1996). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual. Bern: Huber.
 Schauburger, H., Freyberger, H.J., Cierpka, M. & Buchheim, P. (Hrsg.). (1998). OPD in der Praxis. Bern: Huber.

OPD-Achse II: Beziehung -> Beziehungsperspektive:

- Liste zur Itemauswahl (1):
- aktives Beziehungserleben des Patienten
 - aktives Beziehungserl. des Th. in Bezug auf Pat.
- Liste zur Itemauswahl (2):
- passives Beziehungserleben des Patienten
 - passives Beziehungserleben des Therapeuten

OPD-Achse III: Konflikt

Klärungsperspektive:

- I. Zeitlich überdauernde Konflikte des Patienten
 - I.1 Abhängigkeit vs Autonomie
 - I.2 Unterwerfung vs Kontrolle
 - I.3 Versorgung vs Autarkie
 - I.4 Selbstwertkonflikte: Selbst- vs Objektwert
 - I.5 Über-Ich- und Schuld-Konflikte
 - I.6 Ödipal-sexuelle Konflikte
 - I.7 Identitätskonflikte
 - I.8 Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung
 - passiver Modus: Konflikte werden "übersehen"
 - aktiver Modus: Konflikte werden durch sachlich-technische Beschreibungen ersetzt

Problembewältigungsperspektive:

- II. Konflikthafte äußere Lebensbelastungen
- III. Modus der Verarbeitung lebensbestimmender oder aktueller Konflikte
 - passiver Modus: Selbstrücknahme, Anpassung, Resignation
 - aktiver Modus: aktiv, abwehrbetont, kontraphobisch

OPD-Achse IV: Struktur -> gut vs mäßig vs gering integriert vs desintegriert -> Klärungsperspektive:

1. Allgemein: Struktur des Selbst in Beziehung zum Anderen
2. Selbstwahrnehmung und -reflexion
3. Selbststeuerung
4. Abwehr: Fähigkeit, Gleichgewicht durch Abwehrmechanismen zu erhalten
5. Objektwahrnehmung: Unterscheidung zw. äußerer und innerer Realität
6. Kommunikation: Ausrichtung auf und Verständnis für Andere
7. Bindung: Objektinternalisierung und -konstanz entwickeln und variabel erhalten

OPD-Achse V: Psychische und Psychosomatische Störungen -> *Problembewältigungs- und Klärungsperspektive:*

Achse Va: entspricht ICD-10: F05-F5, F62-F69 und F7-F9

Achse Vb: entspricht ICD-10: F60-F61 (Persönlichkeitsstörungen)

Achse Vc: entspricht ICD-10: A-E und G-Z (körperliche Erkrankungen)

Resultierende Anforderungen der Wirkfaktorenmodelle an die therapiebezogene Diagnostik

2. Prozessdiagnostik: adaptive Indikation

Klassisch:

- (Freie) Therapiedokumentation durch Th.
- Schulenspezifische Stundenbogen zum Erleben der Therapiesitzung durch Pat. und/oder Th.

Neu:

- **Schulenunspezifische Stundenbogen; z.B. Grawe (1998): für Pat.-Erleben mit 29 Items - 5 FA-begründete Subskalen:**
 1. Zufriedenheit mit Sitzung
 2. Fortschritte innerhalb Therapie
 3. Fortschritte außerhalb Therapie
 4. Qualität der Therapiebeziehung
 5. emotionale Beteiligung in Therapie

Empirische Befunde zu allgemeinen Wirkfaktoren im therapeutischen Prozess

Erhebungsinstrument:

**Stundenbogen für die Allgemeine und
Differenzielle Einzel-Psychotherapie (STEP...)**

a. für Patienten/innen (STEPP)

b. für Therapeuten/innen (STEPT)

mit komplementär formulierten Items zur

1. Klärungsperspektive (5 Items; STEP...-K)
2. Problembewältigungspersp. (4 Items; STEP...-P)
3. Beziehungsperspektive (3 Items; STEP...-B)

STEP-Konstruktion

- Konzeptorientierte Itemformulierung
 - Klärungsperspektive: 4 Items
 - Problembewältigungsperspektive: 4 Items
 - Beziehungsperspektive – Problemaktualisierung: 3 Items
 - Beziehungsperspektive – Ressourcenaktivierung: 3 Items
- Vorstudie: N = 170 ambulante Pat. und ihre 25 Th.
- Faktorenanalysen: Scree-Tests führten zu 3-faktoriellen Lösungen mit reinen Ladungen für die Faktoren:
 - Klärungsperspektive: 5 Items
 - Problembewältigungsperspektive: 4 Items
 - Beziehungsperspektive: 3 Items
- Interne Konsistenz der Subskalen: $.68 < r_{tt} < .87$
- Profilreliabilität: $r_{tt/prof} = .54$ (STEPP) und $.67$ (STEPT)

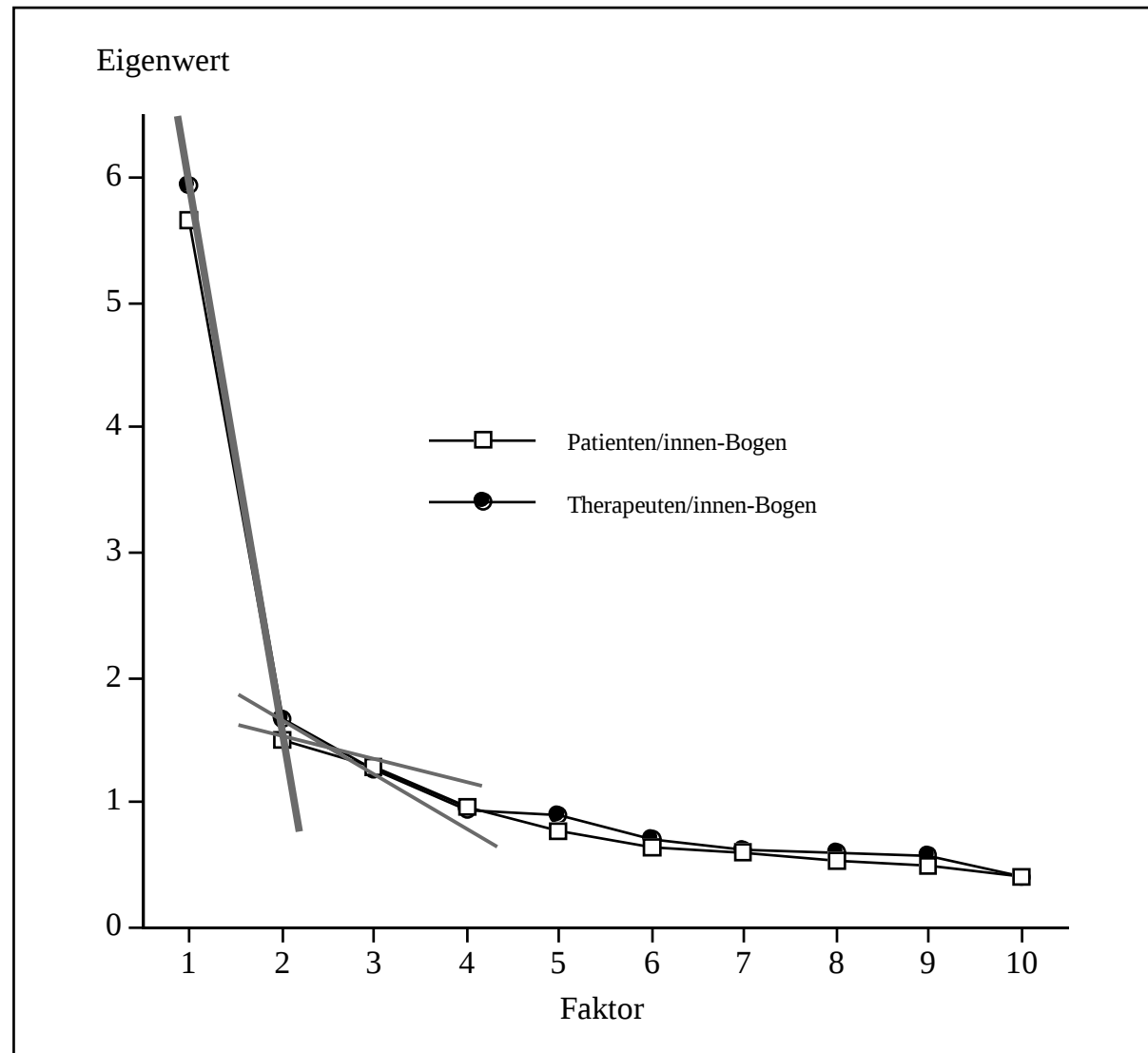


Abbildung 7
Eigenwertverläufe der Faktoren für die Stundenbogen für Patienten/innen
und für Therapeuten/innen in Vorstudie I (N = 170)

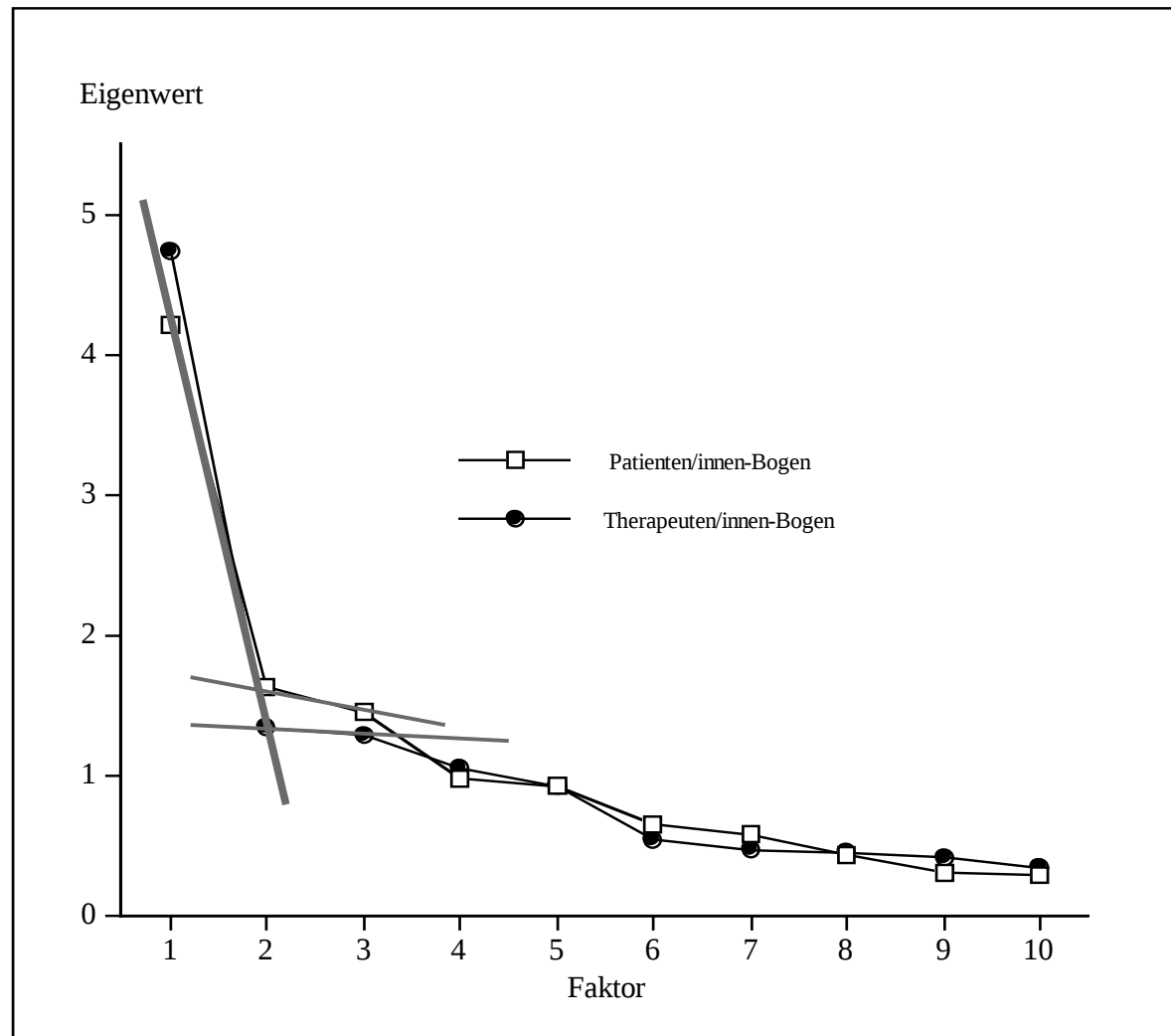


Abbildung 8
Eigenwertverläufe der Faktoren für die Stundenbogen für Patienten/innen und für Therapeuten/innen (jeweils N = 254 aus den Studien II, III, VI, XIII-X)

Faktorenanalytische Replikation (N = 254)

STEPP	Fakt. I	Fakt. II	Fakt. III	STEPT	Fakt. I	Fakt. II	Fakt. III
01 K	.82	.15	.15	.80	.08	.17	
02 P	.19	.67	.01	.30	.71	.08	
03 B	.13	.16	.77	.15	.04	.79	
04 K	.80	.17	.12	.65	.28	.23	
05 P	.11	.71	.02	.14	.78	.24	
06 B	.21	.03	.74	.04	.13	.85	
07 K	.02	.45	.63	.47	.27	.36	
08 P	.22	.68	.15	.28	.71	.01	
09 K	.81	.16	.12	.83	.16	.03	
10 B	.05	.40	.63	.30	.28	.52	
11 K	.83	.22	.06	.70	.33	.09	
12 P	.17	.70	.19	.11	.81	.18	
e _{ij}	4.21	1.64	1.46		4.73	1.34	1.29
rel. Var.	35.1%	13.6%	12.2%		39.4%	11.2%	10.7%
Varianzaufklärung: 60.9%				=	Varianzaufklärung: 61.3%		

STEPP-Items

- 01 K Im heutigen Gespräch erschienen mit einige meiner Schwierigkeiten in einem neuen Licht.
- 02 P Heute habe ich praktische Hinweise zur Bewältigung meiner Schwierigkeiten erhalten.
- 03 B Ich konnte den Aussagen des/der Th. gut folgen.
- 04 K In der heutigen Sitzung habe ich mehr Einsicht in meine Person und Probleme gewonnen.
- 05 P Ich habe heute neue Verhaltensmöglichkeiten kennen gelernt.
- 06 B Ich habe heute von dem/der Th. Hilfe und Unterstützung bekommen.
- 07 K Heute ist mir klarer geworden, was ich eigentlich will.
- 08 P Das, was ich heute erfahren habe, wird mir in Zukunft eine Hilfe sein, mit meinen Schwierigkeiten besser umgehen zu können.
- 09 K Heute gelang es mir, mein Problem differenzierter zu sehen.
- 10 B Ich fühlte mich heute von dem/der Th. verstanden.
- 11 K Ich konnte heute meine Probleme von einer neuen Warte sehen.
- 12 P Was ich heute gelernt habe, wird mir auch außerhalb der Sitzung helfen, mich anders zu verhalten.

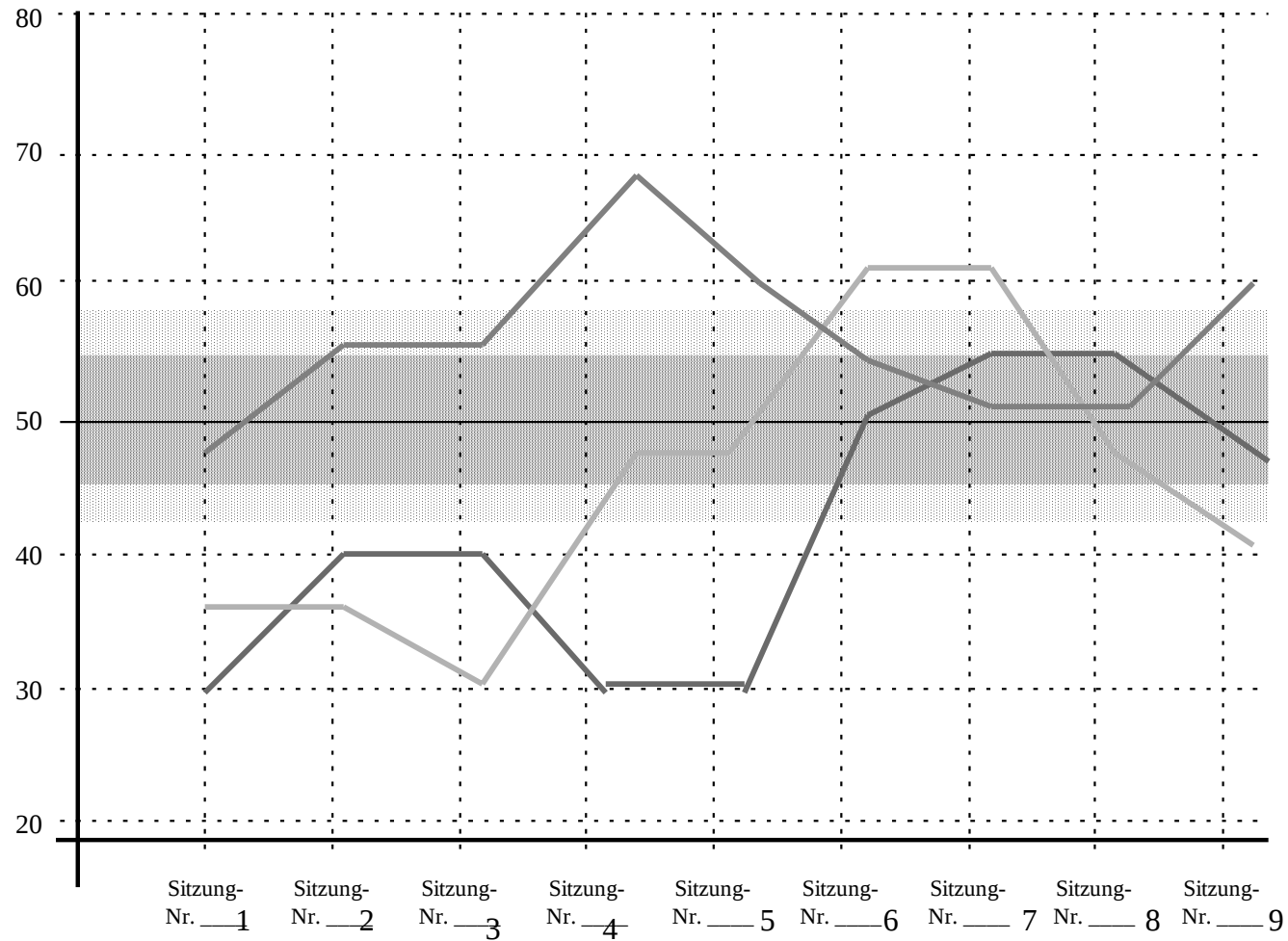
STEPT-Items

- Der/Die P. hat heute einige seiner/ihrer Schwierigkeiten aus einer anderen Perspektive sehen können.
- Heute habe ich dem/der P. praktische Anleitungen zur Problembewältigung gegeben.
- Der/Die P. konnte meinen Aussagen gut folgen.
- In der heutigen Sitzung gelang es dem/der P. mehr Einsicht in seine/ihre Probleme zu gewinnen.
- Der/Die P. hat heute neue Verhaltensmöglichkeiten kennen gelernt.
- Der/Die P. nahm heute meine Hilfe und Unterstützung an.
- Dem/Der P. ist klarer geworden, was er/sie eigentlich will.
- Das, was der/die P. heute erfahren hat, kann er/sie auch zukünftig zur Problembewältigung einsetzen.
- Der/Die P. hat sein/ihr Problem differenzierter sehen können.
- Der/Die P. fühlte sich heute von mir verstanden.
- Der/Die P. hat heute eine vertiefte Einsicht in seine/ihre Probleme bekommen.
- Die heute vermittelten Inhalte werden dem/der P. auch außerhalb der Sitzung helfen, sich anders zu verhalten.

STEP-Verlaufsauswertung

Code: _____ Blatt-Nr.: 1

T-Wert



STEPP-K: —
 STEPP-P: —
 STEPP-B: —

Abbildung 6
 Beispiel für die STEPP-Verlaufsauswertung der ersten Sitzungen einer ambulant
 bei einem Patienten mit einer generalisierten Angststörung (Studie IV)

Ausgewählte Befunde:

(1) Variationsunterschiede im Erleben der Wirkfaktoren zwischen Pat. und Th.

Korrelationen innerhalb und zwischen den STEPP- und STEPT-Skalen (N = 592)

	STEPP (Q-Daten)			STEPT (L'-Daten)		
	-K	-P	-B	-K	-P	-B
STEPP-K (Q)	1.00	.61	.40	.41	.24	.30
STEPP-P (Q)		1.00	.49	.31	.52	.19
STEPP-B (Q)			1.00	.17	.29	.51
STEPT-K (L')	Konvergent: .48			1.00	.40	.48
STEPT-P (L')	Diskriminant: .25				1.00	.43
STEPT-B (L')	Differenz: .23**					1.00

$r_{tt/prof} = .66$

$r^2 = .23$

$r_{tt/prof} = .71$

Alle Korrelationskoeffizienten: **p < .01

Ausgewählte Befunde:

(2) Lokationsunterschiede im Erleben der Wirkfaktoren zwischen Pat. und Th.

Mittelwertsvergleiche der STEPP- und STEPT-Skalenwerte für 11 Studien

STEPP- versus STEPT-Skala (t-Tests)

Studie	N	-K	-P	-B
1.	210	T=P	T<P	T<P
2.	125	T<P	T>P	T<P
3.	30	T<P	T<P	T<P
4.	840	T=P	T<P	T<P
5.	312	T=P	T>P	T=P
6.	322	T>P	T<P	T>P
7.	125	T<P	T>P	T=P
8.	85	T>P	T=P	T=P
9.	144	T>P	T=P	T=P
10.	432	T<P	T>P	T=P
11.	112	T>P	T>P	T<P

T = P: 10 x
T > P: 10 x
T < P: 13 x

T > P: 4x	5x	1x
T < P: 4x	4x	5x
T = P: 3x	2x	5x

Ausgewählte Befunde: (3) Erleben und Wahrnehmung der Wirkfaktoren in unterschiedlichen Therapiesettings und –phasen

Therapiesetting

MANOVA-F (df_1/df_2)

- ambulante vs stationäre Behandlungen: 2.86 (6/986)
- therap. Schwerpunktverfahren: 2.06⁺ (12/938)
- Berufserfahrung der Therapeuten: 4.12* (6/146)
- Anfangs- vs Endphase amb. Behandlung: 2.28 (6/642)
- Anfangs- vs Mittelphase stat. Behandl.: 0.79 (6/620)
- unterschiedliche Primär Diagnosen: 1.84 (12/377)

Ausgewählte Befunde: (4) Korrelate der STEPP-Skalen

Variable	STEPP-K	STEPP-P	STEPP-B
Soz. Erwünschtheit (MCSD)	.10	.15	.19
Therapiemotivation (FMP-1)	.28**	.16	.32**
Depressivität (BDI)	-.12	.09	.32**
Symptombelastung (AT-SYM)	.18	.21	.45**
Private objektive SA (SAM)	.55**	.27**	.21*
Selbstwirksamkeit (FKK-SKI)	.45**	.34**	.23*
Pat.-Zufriedenheit mit Sitzung	.16**	.21**	.71**
Perz. Pat.-Zuf. durch Therapeut	.24**	.31**	.69**

Ausgewählte Befunde: (5) Kurzfristiger Vorhersagewert der STEP-Skalen

Für die Zufriedenheit mit der Therapiesitzung (N = 432)

Prädiktor	Pat.-Zufriedenheit		perzipierte Pat.-Zufriedenheit	
	r_{crit}	beta	r_{crit}	beta
STEPP-K	.16**	.14		
STEPP-P	.21**	.11		
STEPP-B	.71**	.49**		
STEPT-K			.24**	.32
STEPT-P			.31**	.41
STEPT-B			.69**	.91**
R (R ²)	.78** (.61)		.76** (.58)	

Ausgewählte Befunde: (6) Langfristiger Vorhersagewert der STEP-Skalen

Für den Therapieerfolg (3-Jahres-Katamnese bei 55 ambulanten Pat. mit depressiven Störungen)

Prädiktor (letzte Sitzung)	BDI-Wert-Reduktion		BDI-Wert-Reduktion	
	r_{crit}	beta	r_{crit}	beta
STEPP-K	.64**	.73**		
STEPP-P	.45**	.49		
STEPP-B	.41**	.19		
STEPT-K			.42**	.31
STEPT-P			.57**	.83**
STEPT-B			.69**	.64
R (R ²)	.75** (.56)		.73** (.53)	

Fazit zur Empirie

- STEP sind **ökonomisch** einsetzbare Verfahren für die Prozessdiagnostik in der Allgemeinen und auch in der schulenorientierten Psychotherapie
- STEP genügen den **psychometrischen Anforderungen** nach Skalen- und Profilreliabilität
- Die STEP-Struktur ist a posteriori **faktorenanalytisch replizierbar**

Fazit zur Empirie

- STEPP und STEPT **ergänzen sich** sinnvoll
 - gemeinsame Variation: maximal 27 %
 - signifikante Lokationsunterschiede
- STEP erwiesen sich bislang als **unabhängig von**
 - **Therapie-Setting (ambulant versus stationär)**
 - **Behandlungsphase**
 - **Störungsbild der Patienten**

Fazit zur Empirie

- STEP variieren dagegen mit
 - **der Berufserfahrung von Therapeuten**
 - in der Tendenz mit dem therap. Schwerpunktverfahren
- STEP haben **prognostische Validität für**
 - **Zufriedenheit mit der Sitzung**
 - **längerfristigen Therapieerfolg** bei depressiven Patienten

Perspektiven für theoretische Anbindungen allgemeiner Wirkfaktorenmodelle der Psychotherapie

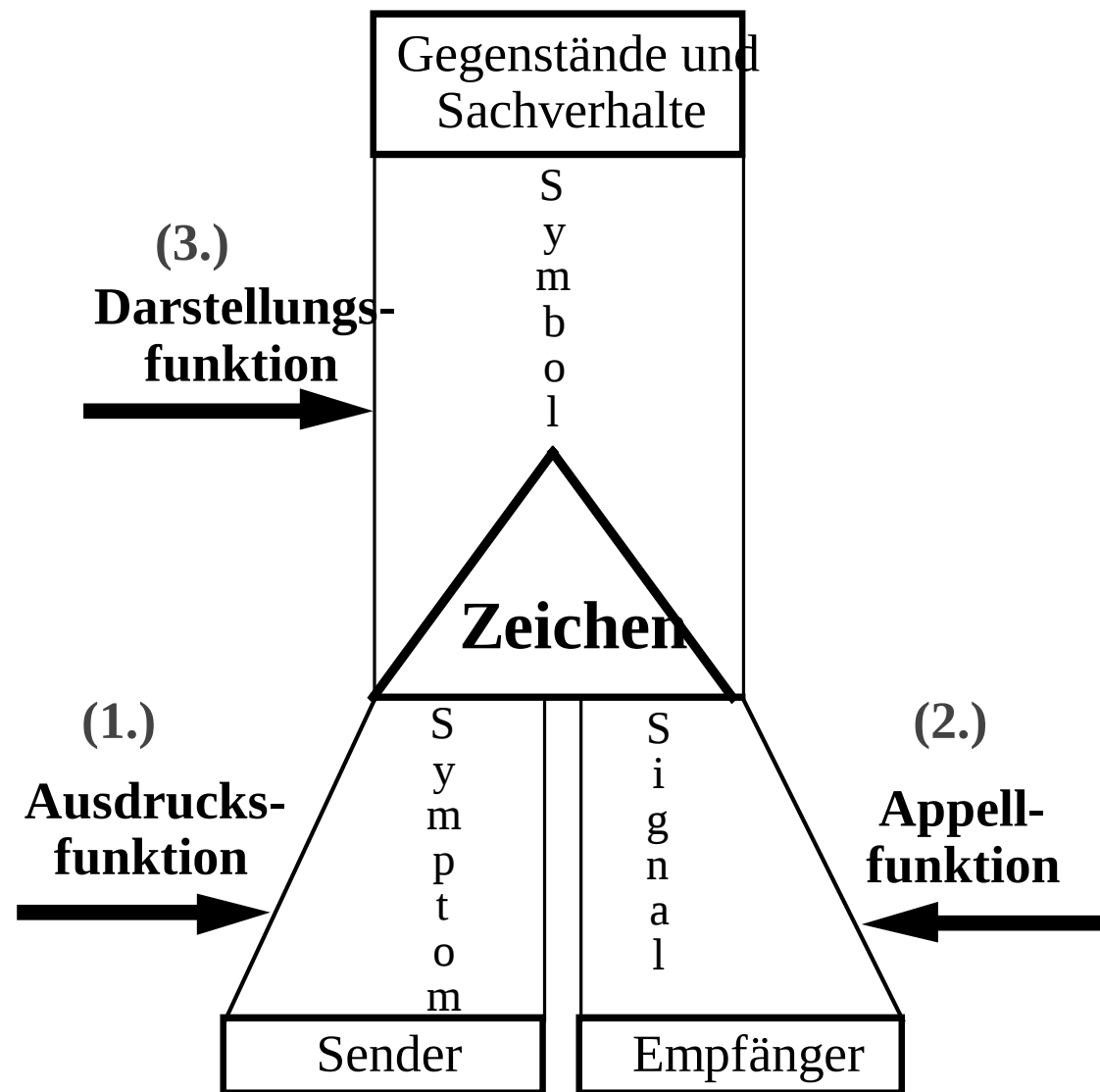
- Wirkfaktorenmodelle sind Taxonomien, die sich zunehmend empirisch bewähren
- Als Taxonomien bedürfen sie aber der theoretischen Ausdifferenzierung oder theoretischen Anbindung

Perspektiven für theoretische Anbindungen allgemeiner Wirkfaktorenmodelle der Psychotherapie

- Es existieren zwar zahlreiche Versuche einer allgemeinen (schulenübergreifenden) Modellbildung für die Psychotherapie,
- diesen mangelt es aber an einem expliziten Bezug zu den allgemeinen Wirkfaktoren

Skizze zweier theoretischer Anbindungsmöglichkeiten

- Entwicklungspsychologisch: Die Vereinbarkeit des Wirkfaktorenmodells der Psychotherapie mit dem (funktionalistischen) Organon-Modell der Sprache von K. Bühler (1934)
- Persönlichkeitspsychologisch: Die Vereinbarkeit des Wirkfaktorenmodells mit handlungstheoretischen Modellen der Persönlichkeit



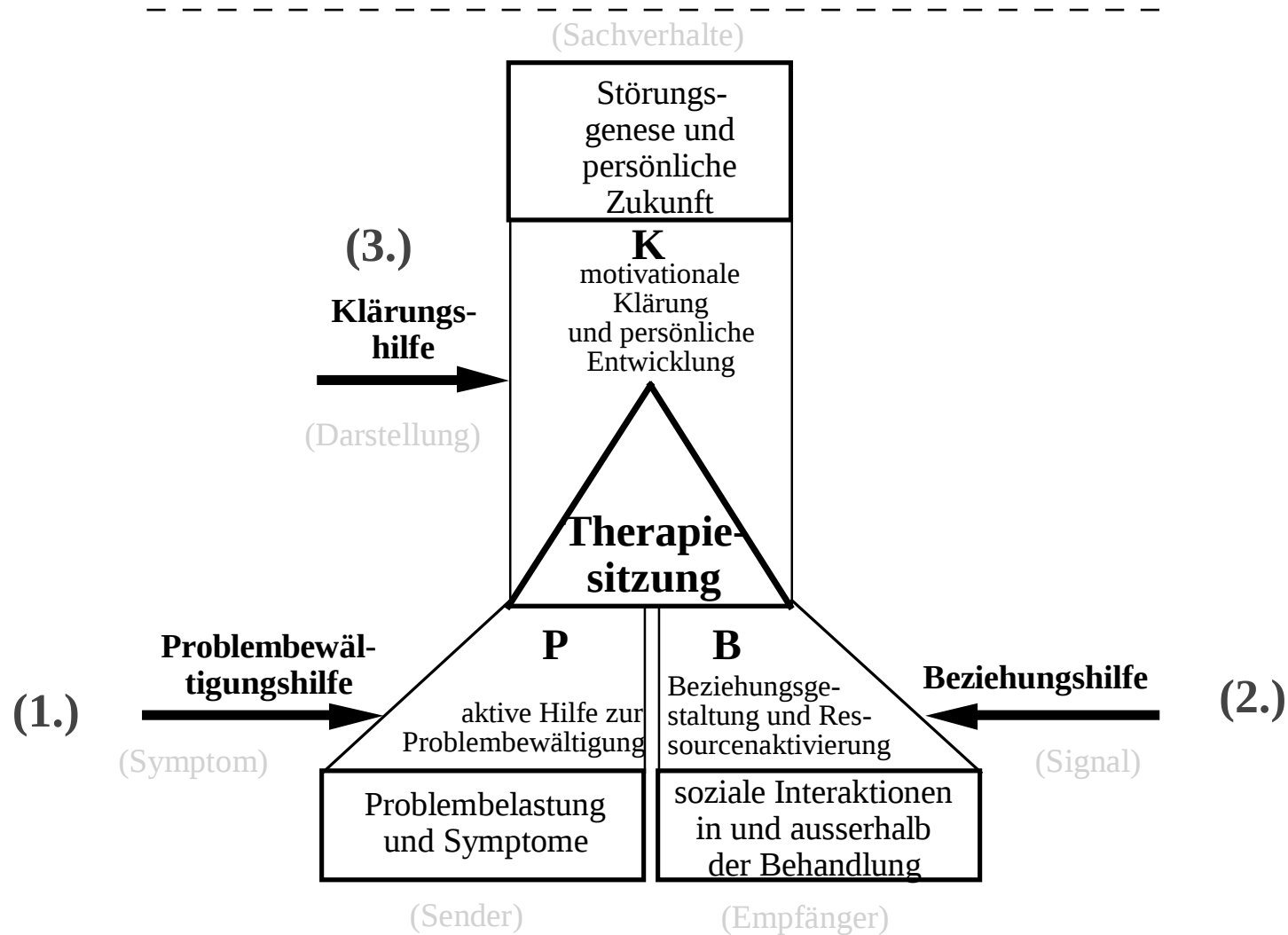


Abbildung 10
 Funktionalistische Darstellung des Dreikomponentenmodells der Wirkungsweise von Psychotherapi
 (unterer Teil der Abbildung) in Analogie zum handlungstheoretischen Organon-Modell der Sprache
 von Bühler (1934; oberer Teil der Abbildung)

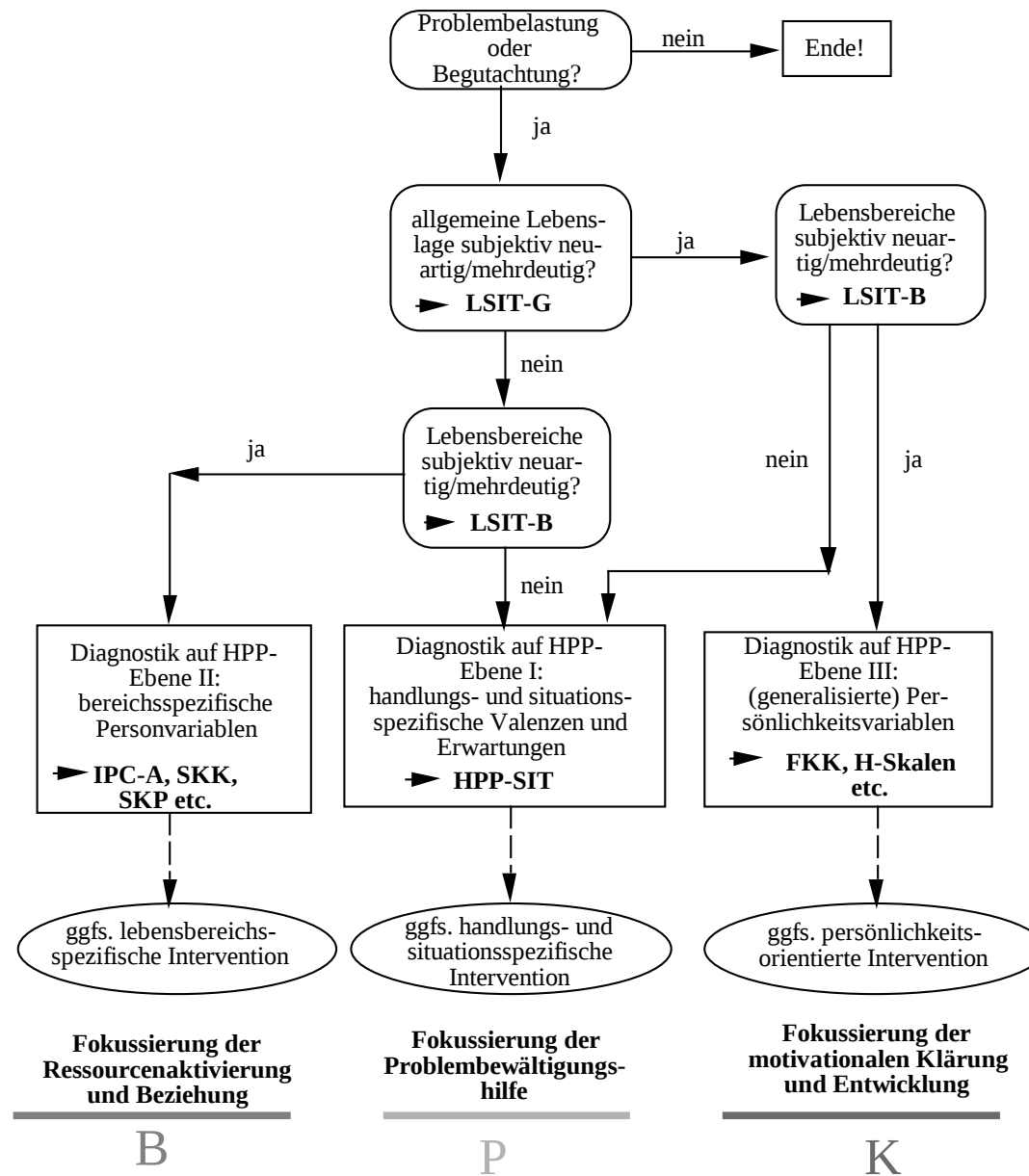


Abbildung
Psychodiagnostische und -therapeutische Strategien nach dem handlungstheoretischen Partialmodell der Persönlichkeit (HPP)

Konsequenzen für die adaptive Indikation

Forcierung der therapeutischen Klärungshilfe etwa durch:

- prozessleitende Hilfen zur Inkongruenzbewältigung
- nicht-direktive Aktivitäts- und Gesprächsführung zur Förderung selbstinitiiierter Erfahrungs- und Klärungsprozesse **GPT**
- dialogische Einsichtsförderung zur Konfliktbewältigung **TFP**
- richtunggebende Hinweise zur Korrektur gestörter Selbststrukturen und Objektbeziehungen
- Visualisierungsaufträge zur Optimierung sozial-interaktiver Bedeutungsgebungen und Konfliktbewältigungen **System.**
- Umdeutungen zur Korrektur problematischer sozialer Interaktionen und Entwicklungen
- kognitive Umstrukturierungsmethoden, sokratischer Dialog **Dialog**
- Vermittlung eines plausiblen Störungsmodells **Kogn. VT**

Konsequenzen für die adaptive Indikation

Forcierung der therapeutischen Bewältigungshilfe etwa durch:

- respondente Maßnahmen zum Abbau von Verhaltensweisen
- operante Maßnahmen zum Auf- und Abbau von Verhaltensweisen
- Modell-Lernprogramme zum Aufbau komplexer Verhaltensmuster
- Selbstkontrollmaßnahmen zum Auf- und Abbau von Handlungsmustern, Wahrnehmungen und Überzeugungen
- therapeutische „Hausaufgaben“
- fokaltheraeutische Techniken
- systemische Delegationstechniken
- Neuroleptika, Antidepressiva, Stimulantien

Kogn. VT

TFP

System.

invasiv

Konsequenzen für die adaptive Indikation

Forcierung der therapeutischen Beziehungshilfe etwa durch:

- personenzentrierte Beziehungsgestaltung zur Verbesserung von Selbstkommunikation und Sozialverhalten

GPT

- nicht-direktive Aktivitäts- und Gesprächsführung zur Ressourcenaktivierung

- Nutzung von Übertragungsprozessen

TFP

- operante Maßnahmen und Trainingsprogramme

- Therapie-Verträge

Kogn. VT

- 0 Stellung des Seminars in der Trierer PT-Weiterbildung
- 1 Psychotherapeutische Verfahren und Kriterien ihrer wissenschaftlichen Anerkennung
- 2 Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren und Methoden
- 3 Indikation psychotherapeutischer Verfahren im psychodiagnostischen Prozess
- 4 Fallbeispiele**

4. Fallbeispiele zur Differentialdiagnostik sowie Indikation im Rahmen einer allgemeinen und differentiellen Psychotherapie

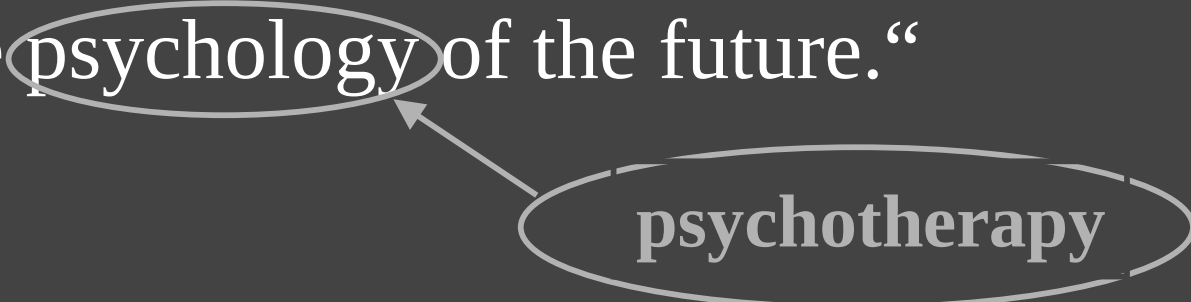
Siehe

- „handout“ und
- Krampen, G. (2001). Differenzialdiagnostik sowie allgemeine und differenzielle Psychotherapie pathologischer Aggressivität: Differenzialdiagnostische Einordnung, Fallbeispiele, Spekulationen. Report Psychologie, 26, 540-558.

Schluss

Zitat aus dem Schlusskapitel des Werkes
„Contemporary Schools of Psychology“ von
Robert S. Woodworth (1948, p. 255)

„Every school is good, though no one is good
enough. No one of them has the full vision of
the psychology of the future.“



psychology

psychotherapy

The diagram consists of two ovals. The top oval contains the word 'psychology' and is part of the quote above. The bottom oval contains the word 'psychotherapy'. An arrow points from the bottom oval up to the 'psychology' oval, indicating a relationship or connection between the two terms.