

Stichwort- Skript zur Vorlesung

# **Grundlagen psychologischer Intervention**

PD Dr. Reinhold Laessle

Universität Trier

## Themen:

- S.3            Ausgangspunkt und Systematik
- S.9            Indikation zur Intervention
- S.17          Das psychoanalytische Interventionsparadigma
- S.24          Das psychopharmakologische Interventionsparadigma
- S.32          Das lerntheoretische und kognitive Interventionsparadigma
- S.37          Das humanistische Interventionsparadigma

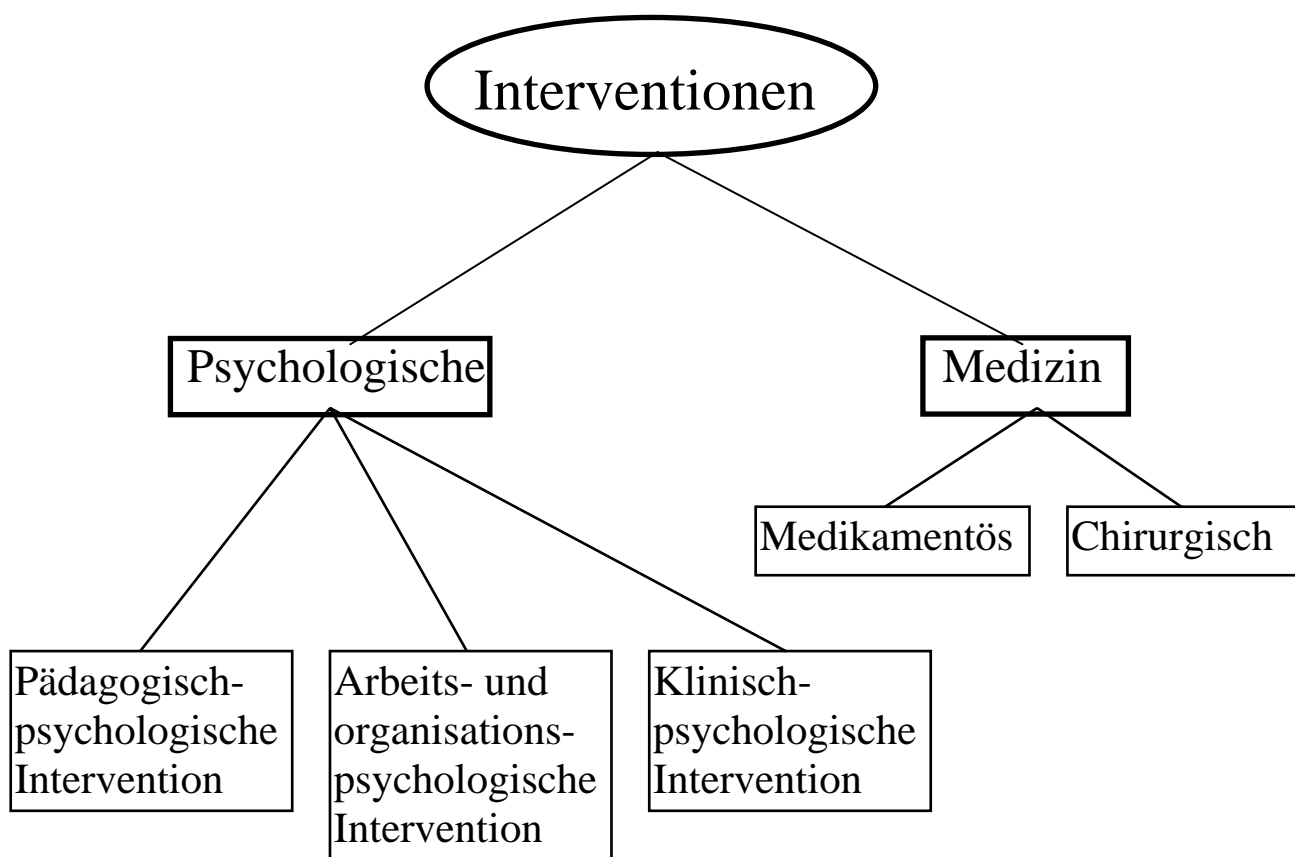
### Literatur:

Perrez/Baumann (Hrsg.) Klinische Psychologie, Band 2: Intervention Haber Verlag, Bern, 1991, Kap.1 und 6

## Ausgangspunkt und Systematik

- (I) Systematik  
Funktionen von Intervention
- (II) Allgemeine Merkmale klinisch-  
psychologischer Intervention

## Systematik der Interventionsmethoden



## Charakteristika klinisch - psychologischer Intervention

- (1) Methode: Psychologische Mittel, die im Erleben und Verhalten ihren Ansatzpunkt haben und sich in der sozialen Interaktion zwischen Helfern und Hilfesuchenden vollziehen.
- (2) Funktionen: Entfaltung, Prävention, Behandlung, Rehabilitation. Funktionen stehen im Zusammenhang mit Gesundheit und Störungsbegriffen (psychisch, somatisch)
- (3) Zielorientierte Prozesse zur Erreichung von Veränderungen
- (4) Theoretische Fundierung mittels Theorien aus der Psychologie
- (5) Empirische Überprüfung, insbesondere der Wirksamkeit!

## Funktionen der klinisch - psychologischen Intervention:

### 1. Entfaltungs- und gesundheitsfördernde Funktion

- Förderung der seelischen und körperlichen Gesundheit
- „Gesundheitspsychologie“

### 2. Präventionsfunktion

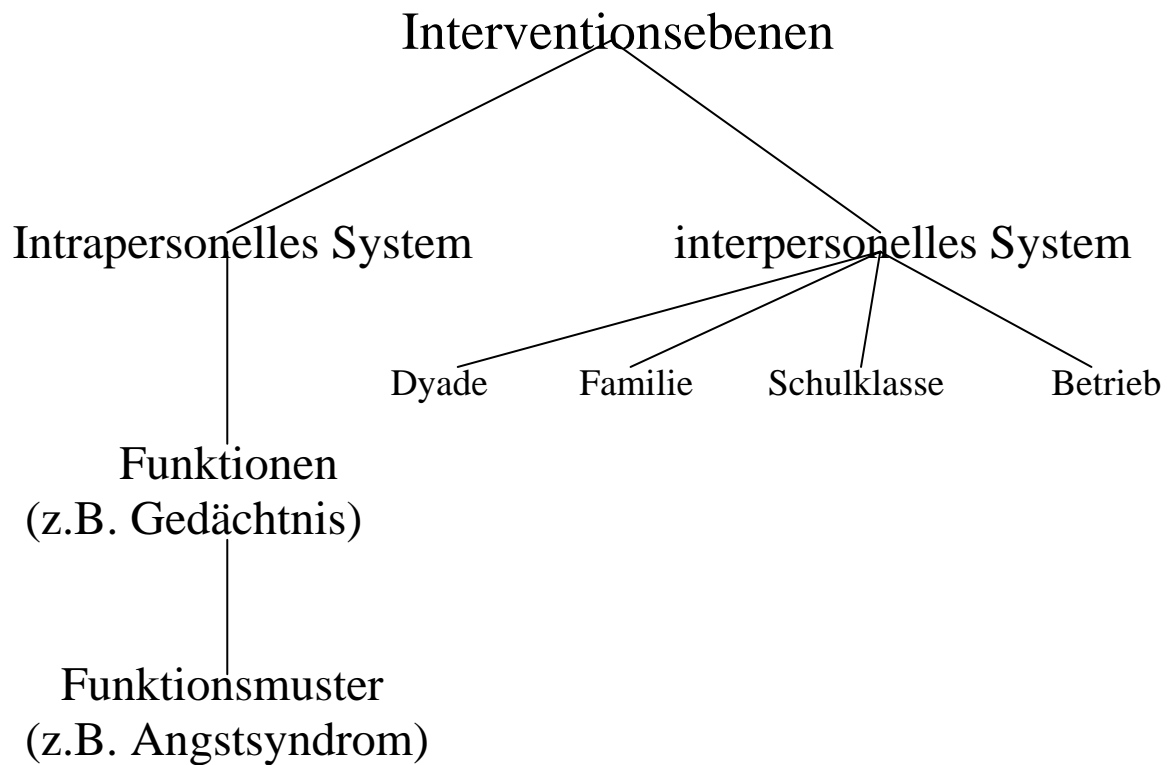
- Verhinderung von Störungen
- z.B. auch Kurzinterventionen als Adaptionshilfe zur Verhinderung dauerhafter Störungen

### 3. Behandlungs- und Therapiefunktion

- Psychotherapie als ‘Teilmenge’
- auch spezifische, nicht unbedingt psychotherapeutische Maßnahmen (z.B. Gedächtnistraining nach neurochirurgischem Eingriff)

### 4. Rehabilitationsfunktion

- Ziel ist die dauerhafte Wiedereingliederung in die Arbeit und das engere soziale Umfeld nach Behandlung wegen einer psychischen, somatischen oder psychosomatischen Störung
- Verhinderung oder Minimierung von Langzeitfolgen einer Erkrankung



### Funktions-Interventionsebenen-Matrix mit Beispielen

Interventions ebene Funktionen	Psychische Funktionen	Funktions- muster	Interpersonelle Systeme
Entfaltungsfunktion Gesundheits- förderung	Problemlöse- training	Selbsterfahrung	Kommunikations- training im Betrieb
Prävention	Gedächtnistraining für gesunde ältere Personen	Training zur Streßverarbei- tung	Elterntraining für junge Paare
Behandlung/ Therapie	Behandlung von Schlafstörungen	Kognitive Ver- haltenstherapie bei Depression	Familientherapie bei Tochter mit Anorexie
Rehabilitation	Gedächtnistraining nach Hirnverletzung	Behandlungs- programm bei chronischem Alkoholismus	Familientherapie zur Rückfall- prophylaxe schizophrener Patienten

# Allgemeine Merkmale der klinisch - psychologischen Behandlung und Therapie

## (1) Gemeinsamkeiten in der Prozeßstruktur

Phase	Ziele	Mittel
1. Indikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostische Abklärung</li> <li>- Klärung der geeigneten Therapiemethode: medizinische oder psychologische Intervention? Welche klinisch - psychologischen Behandlungs- bzw. Therapiemethoden?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interview/Anamnese</li> <li>- Persönlichkeitstests und klinische Tests</li> <li>- u.U. neben psychologischer auch medizinische Untersuchung</li> </ul>
2. Aufbau der therapeutischen Beziehung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rollenstrukturierung (Dem Patienten die Rolle als Patient erleichtern und erklären)</li> <li>- Bildung von positiven Veränderungserwartungen</li> <li>- Aufbau der therapeutischen Beziehung</li> <li>- Evtl. Vermittlung eines globalen Ätiologiekonzepts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verwirklichung von Wertschätzung und Empathie</li> <li>- Klärung der therapeutischen Spielregeln</li> <li>- Therapeutischer Kontrakt</li> </ul>
3. Inszenierung des therapeutischen Lernens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Systematischer Kompetenzaufbau (Verhaltenstherapie)</li> <li>- Analyse und Erfahrung von Verhaltens- und Erlebensmotiven (Psychoanalyse)</li> <li>- Restrukturierung des Selbstbildes (Gesprächspsychotherapie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einsatz spezieller psychotherapeutischer Techniken</li> <li>- Kontinuierliche Beobachtung und Evaluation des therapeutischen Verlaufs</li> </ul>
4. Evaluation vor/nach Abschluß	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychodiagnostische Klärung der Therapiezielerreichung</li> <li>- Sicherung der Generalisierung der Therapieergebnisse</li> <li>- Formelle Beendigung des therapeutischen Verhältnisses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gespräch</li> <li>- Diagnostische Verfahren</li> <li>- u.U. Reduzierung der therapeutischen Kontakte</li> <li>- Einvernehmliche Abschlußvereinbarungen</li> </ul>

## (2) Methodenübergreifende Therapievariablen

### (2.1) Methodenübergreifende Therapiewirkungen

- Prozeßebene: - Stärkung der therapeutischen Beziehung
  - Förderung der Selbstexploration
  - Ermöglichung neuer Lernerfahrungen
- Ergebnisebene: - Bessere Bewältigung im Alltag ('Sitzungseffekte')
  - Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartungen
  - Kohärentes plausibles Verständnis der eigenen Probleme und der Lerngeschichte

### (2.2) Methodenübergreifende Therapeutenvariablen

- Fähigkeit zum Patienten eine warme, wertschätzende und angstfreie Beziehung aufzubauen (vgl. auch 'Rogers-Variablen': Wärme, Empathie, Echtheit)
- Persönlichkeitsmerkmale wie persönliche Sicherheit, Selbstakzeptierung und Frustrationstoleranz
- Erfahrung

### (2.3) Methodenübergreifende Patientenvariablen

- Attraktivität (siehe sog. 'YAVIS'-Patienten)
- Erfolgserwartungen
- Ausmaß der Defensivität

### (2.4) Methodenübergreifende Merkmale der Therapeut-Patient-Dyade

- wechselseitige interpersonelle Attraktivität
- Ähnlichkeit oder Komplementarität von Persönlichkeitsmerkmalen
- Kommunikationsstil

(2.5) Methodenübergreifende institutionelle, soziale und soziokulturelle Kontextvariablen

- Infrastruktur der psychotherapeutischen Versorgung
- psychosoziale Umwelt des Patienten
- soziokulturelle Rahmenbedingungen

(3) Psychologische Mittel und implizierte Lernprozesse

- Gewohnheitsbildung durch Übung, Verhaltenswiederholung (Konditionierung, Dekonditionierung)
- Konfrontation mit der angstausslösenden Situation (Gegenkonditionierung, Habitation)
- verbale und nonverbale Rückmeldung (soziale Verstärkungsprozesse)
- Therapeut als Modell
- kognitive Mittel (z.B. Deuten, Überzeugung) (Veränderung des Repräsentationssystems)



## Indikation zur Intervention

### (I) Klassifikation psychischer Störungen

Diagnostische Systeme am Beispiel des DSM-III-R der APA

### (II) Diagnostische Verfahren

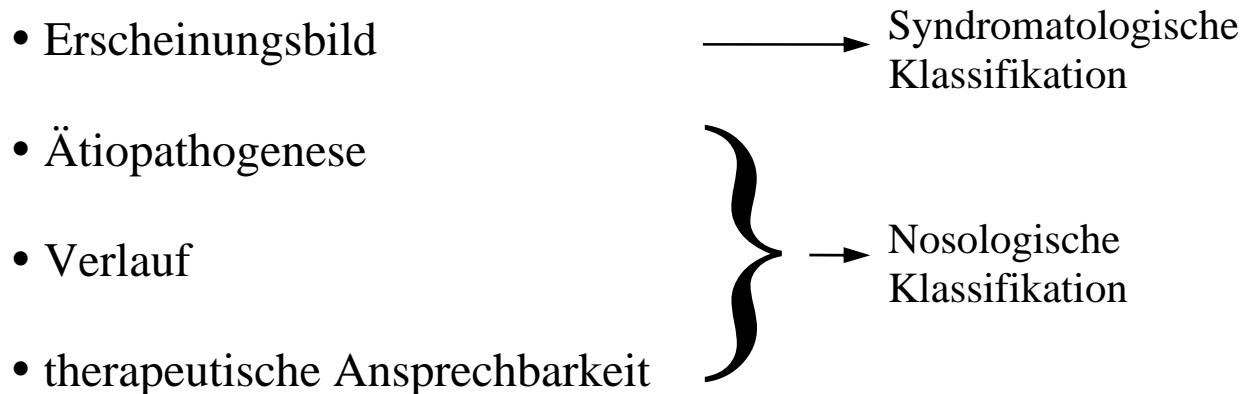
## Klassifikation psychischer Störungen schafft Grundlagen für

- Erforschung der multifaktoriellen Entstehungszusammenhänge
- damit Voraussetzung für eine rationale und empirisch begründete Therapie
- Beispiele: Einteilung in endogene und exogene (körperlich begründbare) Psychosen ermöglicht Differenzierung hinsichtlich der Therapie: Neuroleptika nur bei endogenen Psychosen
- VT: Begrenzung auf psychologisch erklärbare Störung  
PA: Begrenzung auf 'neurotische' Störungen

## Grundprobleme der Klassifikation psychischer Störungen

- Komplexität der Erscheinungsbilder
- fließende Übergänge zwischen verschiedenen Formen
- unzureichendes Wissen über Entstehungsbedingungen

## Prinzipielle Klassifikation psychischer Störungen:



### Kriterien für eine brauchbare Systematik psychischer Störungen (als Grundlage für Interventionen)

- a) Optimale Prognosen über Spontanverlauf und therapeutische Ansprechbarkeit
- b) Schlüsse auf ursächliche Faktoren
- c) reliable Zuordnung der Einzelfälle zu den Klassen bzw. Typen

### Das DSM-III-R als Beispiel für ein Klassifikationssystem psychischer Störungen

- DSM: 'Diagnostic and Statistical Manual' der American Psychiatric Association
- DSM-III-R: Revision 1988
- Derzeit gültig: DSM IV

## Grundlegende Merkmale von DSM-III-R

- (1) Begriff der psychischen Störung
- (2) Deskriptiver Ansatz
- (3) Diagnostische Kriterien
- (4) Diagnostische Hierarchien
- (5) Multiaxiale Beurteilung

### (1) Begriff der psychischen Störung:

- klinisch auffallendes Verhalten oder psychisches Syndrom oder Merkmalsmuster, das bei einer betroffenen Person in typischer Weise mit als unangenehm erlebten Beschwerden oder mit einer Behinderung einhergeht.
- Nicht ausschließlich eine verständliche Reaktion auf ein bestimmtes Ereignis (z.B. Tod eines geliebten Menschen)
- Unabhängig vom ursprünglichen Grund muß gegenwärtig eine verhaltensmäßige, psychische oder biologische Dysfunktion bei der betroffenen Person bestehen

### (2) Deskriptiver Ansatz

- Definitionen der Störungen beschränken sich im allgemeinen auf Beschreibung der klinischen Merkmale
- Die charakteristischen Merkmale bestehen aus gut identifizierbaren Verhaltensweisen oder Symptomen (z.B. Desorientiertheit, Verstimmung, psychomotorische Erregung), die vom Beobachter leicht erschlossen werden können.

### (3) Diagnostische Kriterien

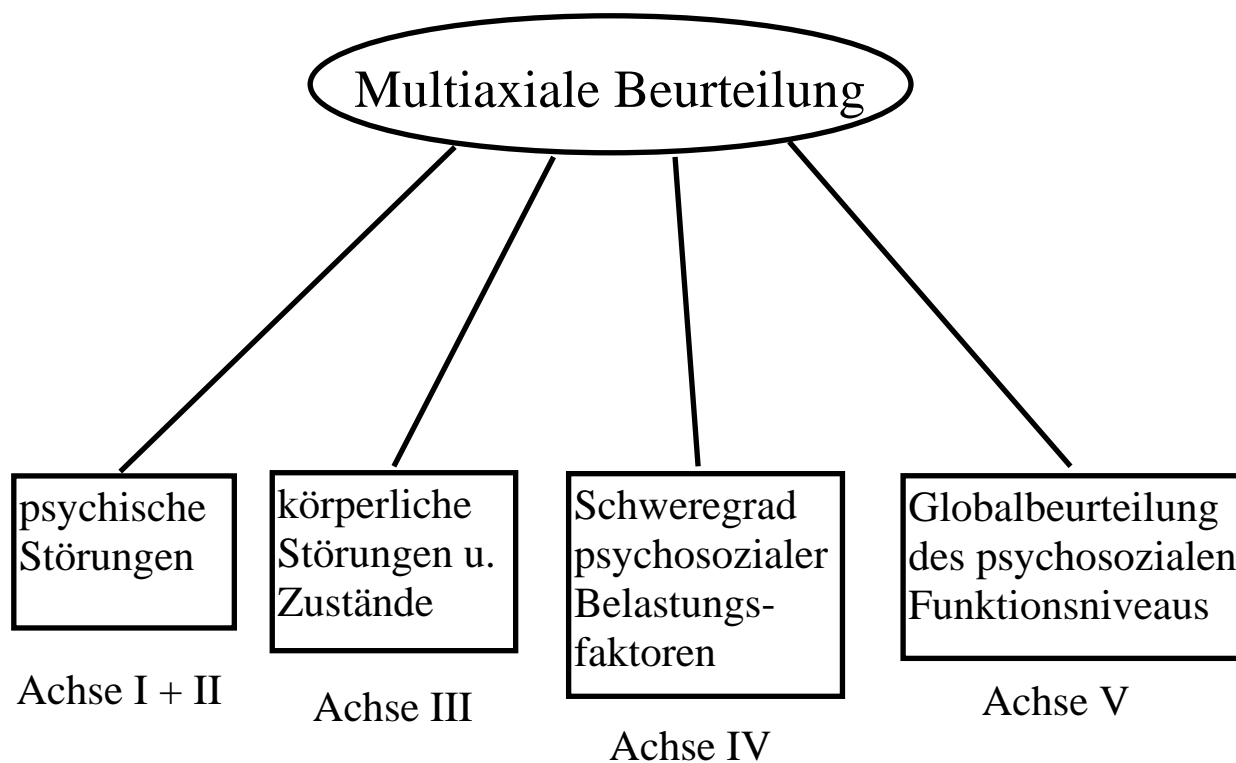
- Spezielle Kriterien als Leitfaden für die Diagnoseerstellung
- Erhöhen die diagnostische Übereinstimmung zwischen den Beurteilern

#### (4) Diagnostische Hierarchie

durch 2 Prinzipien bestimmt

- (1) Diagnose einer organisch bedingten psychischen Störung steht über jeder anderen Diagnose irgendeiner psychischen Störung mit den gleichen Symptomen (z.B. steht die organisch bedingte Angststörung vor der Panikstörung)
- (2) Wenn eine tiefgreifende Störung wie Schizophrenie Nebenmerkmale aufweist, die gleichzeitig Hauptmerkmale einer weniger tiefgreifenden Störung sind, wie z.B. der dysthymen Störung, wird bei Vorhandensein der Haupt- und Nebenmerkmale nur die tiefgreifende Störung diagnostiziert.

#### (5) Multiaxiale Beurteilung



## Diagnostische Hauptkategorien im DSM-III-R

### Störungen mit Beginn typischerweise im Kleinkindalter, Kindheit oder Adoleszenz

- z.B.:
- geistige Behinderungen
  - Verhaltensstörungen
  - Eßstörungen
  - Störungen der Ausscheidung
  - Autistische Störungen

### Organisch bedingte psychische Störungen

- z.B.:
- Demenz
  - organisch bedingte affektive Störungen

### Substanzinduzierte Störungen

- z.B.:
- Alkoholabhängigkeit
  - Opiat-Abhängigkeit

### Schizophrenie

### Wahnhaft (paranoide) Störungen

### Affektive Störungen

- z.B.:
- Major Depression
  - Bipolare Störung
  - Dysthyme Störung

## Angststörungen

- z.B.:
- Panikstörung
  - generalisierte Angststörungen

## Somatoforme Störungen

- z.B.:
- Hypochondrie
  - Somatoforme Schmerzstörung

## Dissoziative Störungen

- z.B.:
- Multiple Persönlichkeit
  - Depersonalisationsstörungen

## Psychosexuelle Störungen

- z.B.:
- Exhibitionismus
  - Massochismus

## Schlafstörungen

- z.B.:
- Insomnie
  - Hypersomnie

## Diagnostische Hilfsmittel

Beurteilung der Reliabilität bei strukturierten Interviews

### Interraterübereinstimmung:

- |   |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
| • | prozentual                         | keine Zufallskorrektur  |
| • | Kappa-Koeffizient<br>(Cohen, 1960) | zufallskorrigiert, aber grundratenabhängig,<br>Werte > .70 als gut            |
| • | Y-Koeffizient<br>(Yule, 1972)      | grundratenunabhängig, bessere Schätzung als<br>Kappa bei kleineren Grundraten |

		<u>Ziel</u>
• Interview:	- klinisch - strukturiert - standardisiert	Diagnose erstellen
• Fragebogen:		Beurteilung des Schweregrades spezifischer Symptome
• Verhaltensbeobachtung:		Aufdeckung spezieller
• Psychophysiologische Messungen:		Symptombereiche

## DSM-III-R Diagnosen für Fallbeispiel

- Achse I: Bulimia nervosa
- Achse II: - (keine Persönlichkeitsstörungen)
- Achse III: abklären, ob z.B. Kaliummangel
- Achse IV: mäßige psychosoziale Belastung (3)  
(1-6)
- Achse V: global assessment of functioning (70)  
(0-100)

## Literatur:

Möller, H.J. (1992): „Probleme der Klassifikation und Diagnostik“ in: Reinecker (Hrsg.)  
Lehrbuch der klinischen Psychologie. Göttingen, Hogrefe

Wittchen, H.U.; Saß, H.; Zaudig, M.; Köhler, K. (1991) „Diagnostisches und Statistisches  
Manual Psychischer Störungen DSM-III-R“ Weinheim, Beltz

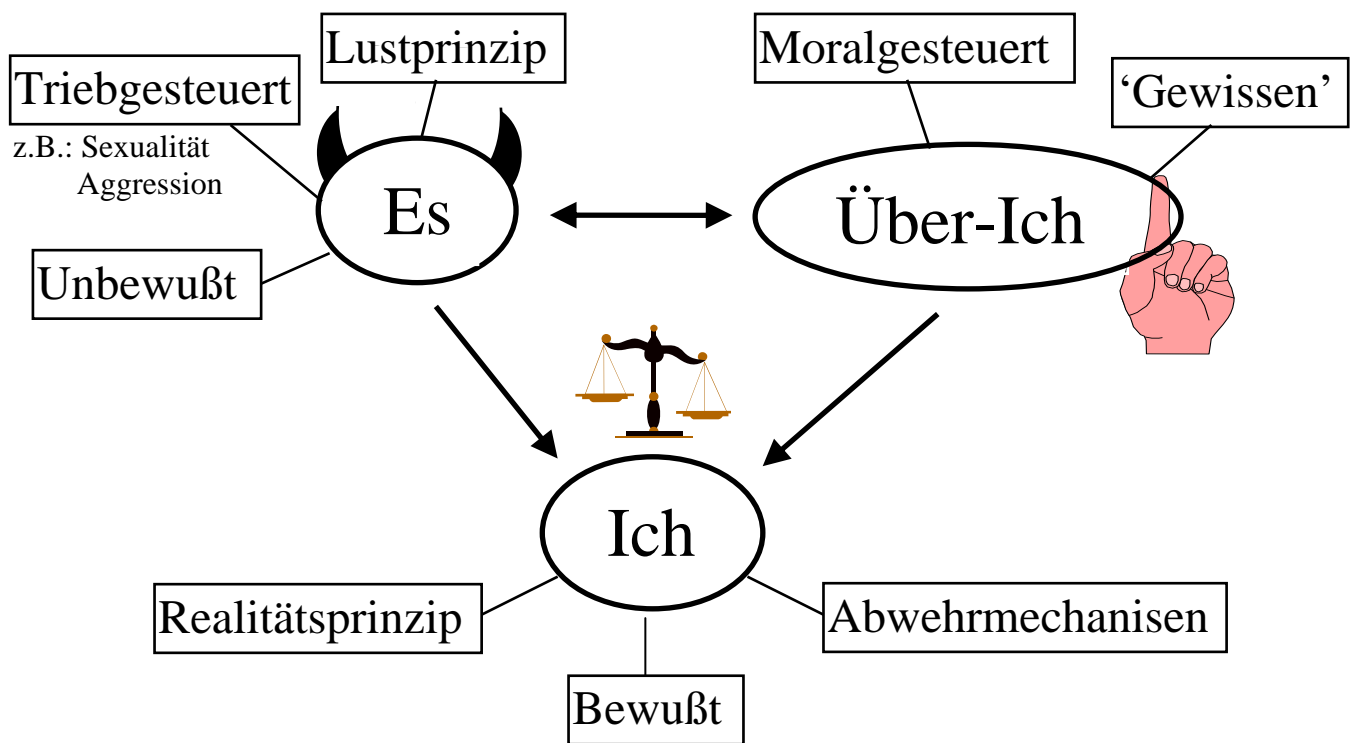


## Gegenwärtige Paradigmen psychologischer Intervention

**Paradigma (Kuhn): „Begrifflicher Rahmen innerhalb dessen ein Wissenschaftler arbeitet. Menge von Grundannahmen, die das jeweilige Gebiet wissenschaftlicher Forschung eingrenzen, indem sie spezifizieren, welche Begriffe als legitim gelten und welche Methoden erlaubt sind.“**

- (1) Das psychoanalytische Paradigma
- (2) Das physiologische und psychopharmakologische Paradigma
- (3) Das lerntheoretische und kognitive Paradigma
- (4) Das humanistische Paradigma
  - Gesundheitskonzept - Krankheitskonzept
  - Therapieziele
  - Interventionstechniken

# Struktur der Psyche nach Freud



## Stadien der psychosexuellen Entwicklung

- 'Gesunde Persönlichkeitsentwicklung gebunden an Reifungsstadien, die der Sexualtrieb durchläuft
- Orale (1. LJ.), anale (2. LJ.), genitale (5. LJ.) Phase
- In jeder Phase müssen Konflikte zwischen Wünschen des Es und Gegebenheiten der Realität gelöst werden. (⇒ Ödipus-Komplex)

## Krankheitskonzept der PA

- 'Ich' versucht, aus dem 'Es' resultierende Impulse abzuwehren
- Abwehrmechanismen als Strategie normaler Anpassung
- übermäßiger Gebrauch ⇒ Neurose

## Krankheitskonzept der PA

- 'Ich' reagiert mit neurotischer Angst, wenn eine einstmals bestrafte und damals deshalb verdrängte Triebregung nach Ausdruck verlangt
- Kern der neurotischen Angst ist Unbewußtheit des Konflikts

## Spielarten des FREUDSchen Paradigmas:

- ADLER: Individualpsychologie:  
Betonung sozialer Faktoren und bewußter Denkprozesse, weniger der aggressiven und sexuellen Motive.
- JUNG: Analytische Psychologie:  
Annahme eines 'kollektiven Unbewußten', Archetypen als 'Urbilder' aus Erfahrungen der gesamten Menschheitsgeschichte mit symbolhaften Bedeutungsinhalten.
- Neopsychoanalyse (z.B. HORNEY, FROMM, SULLIVAN)  
Ablehnung der Triebtheorie FREUDS, Betonung sozialer Einflußfaktoren

## Therapieziele psychoanalytischer Interventionen:

- Freud: „Wo Es war, soll Ich werden“
- Lösung unbewußter Konflikte, Aufdeckung und Aufarbeitung bislang unbewußter Erlebens- und Verhaltensdeterminanten
- Fähigkeit zur Selbstanalyse beim Patienten
- Ziele werden nicht explizit inhaltlich definiert

## Indikation zur psychoanalytischen Indikation nach den Psychotherapie-Richtlinien (1987)

- psychoneurotische Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depression)
- vegetativfunktionelle und psychosomatische Störungen
- im Rahmen der Rehabilitation bei Süchten

## Interventionstechniken

- freie Assoziation, Traumanalyse
- Deuten, Interpretation
- Übertragung, Gegenübertragung
- Abstinenz des Analytikers

⇒ psychoanalytische 'Grundregel':

Allen Gedanken und Einfällen möglichst ohne 'Zensur' freien Lauf lassen.

## Freie Assoziation:

- Der auf einer Couch liegende Patient wird aufgefordert, Gedanken und Gefühlen freien Lauf zu lassen und alles zu sagen, was ihm in den Sinn kommt
- Annahme: Assoziationen stehen im Zusammenhang mit unbewußten Konflikten
- Haltung des Therapeuten: 'Gleichschwebende Aufmerksamkeit'

## Traumanalyse:

- Annahme: während des Schlafs läßt Ich-Abwehr nach und verdrängtes Material kann an die Oberfläche gelangen
- Manifester Trauminhalt ist jedoch eine Verzerrung 'wirklichen' Bedeutung des Geträumten (latente Traumgedanken)
- Traumarbeit maskiert unbewußtes Material oft durch Symbole, die dann gedeutet werden können

## Deuten, Interpretation:

- Assoziationen bzw. Träume werden vom Analytiker hinsichtlich ihrer eigentlichen Bedeutung entschlüsselt.  
⇒ Zusammenhang mit unbewußten, verdrängten Triebregungen wird hergestellt.
- Annahme: Bei richtiger Interpretation kann der Patient lernen, daß er die verdrängten Triebregungen in seiner jetzigen Realität nicht mehr zu fürchten braucht.
- Problem: zu frühe Deutung löst oft Widerstand aus, der zu Therapieabbruch führt.



## Beispiele für Traumsymbole:

- Alles Lange, Ragende, Aufgerichtete z.B. Stab, Baum, Berg etc. Repräsentiert Männliches
- Alles Hohle, Ebene, Ausgebreitete z.B. eine Vase, eine Schale, ein Zimmer, ein Haus repräsentiert Weibliches

## Übertragung, illustriert am Ausschnitt aus einer psychoanalytischen Sitzung

*Patient* (ein 50jähriger Geschäftsmann): Mir ist heute wirklich nicht nach Reden zumute.

*Analytiker* (nach einigen Minuten des Schweigens): Vielleicht möchten sie darüber sprechen, warum Ihnen nicht nach Reden zumute ist.

*Patient*: Sie stellen schon wieder Forderungen an mich und wollen, daß ich etwas tue, wozu ich überhaupt keine Lust habe. (Pause) Muß ich hier denn immer reden, ob mir danach zumute ist oder nicht? (Seine Stimme klingt ärgerlich und gereizt.) Können sie nicht da hinter meinem Rücken verschwinden? Im Grunde kümmert es Sie einen Dreck, wie es mir geht, oder?

*Analytiker*: Ich frage mich, warum Sie das Gefühl haben, daß Sie mir gleichgültig sind.

*Patient*: Weil Sie mich immer drängen, etwas zu tun, was ich nicht kann.

## Wie wirkt die Psychoanalyse?

FREUD: „Das entscheidende Stück Arbeit wird geleistet, indem man im Verhältnis zum Arzt, in der ‘Übertragung’, Neuaufgaben jener alten Konflikte schafft, in denen sich der Kranke benehmen möchte, wie er sich seinerzeit benommen hat, während man ihm durch das Angebot aller verfügbaren seelischen Kräfte zu einer anderen Entscheidung nötigt“

- Erinnern und Rekonstruktion affektiver Zustände
- Deutung als Sinnstiftung
  - ⇒ Einsicht, Durcharbeiten, Umstrukturieren
- Einsicht und Durcharbeiten innerhalb und außerhalb der therapeutischen Situation führt langfristig zu Veränderungen in Erleben und Verhalten.

## Empirische Fundierung der Wirksamkeit

- Wirksamkeit im Vergleich zu unbehandelter Kontrollgruppe gesichert
- Wirksamkeit im Vergleich zu anderen Interventionsformen (z.B. V.T.) wurde in Frage gestellt (Grawe, 1993)

## Kritik am psychoanalytischen Interventions-Paradigma:

- Grundproblem:
- Empirische Überprüfbarkeit der theoretischen Aussagen
  - Operationalisierung der Begriffe

Etwas polemisch ausgedrückt:

- Wie es immer aussieht - das ist es nicht
- Wenn man es messen kann - dann ist es etwas anderes
- Was es auch ist - es ist bestimmt nichts Nettos

## Literatur:

- Richter, R.: „Psychoanalytisch orientierte Intervention“ in Perrez/Baumann (Hrsg.) Lehrbuch der klinischen Psychologie Bd. 2. Huber, Bern, 1991, S. 117-129
- Revenstorf, D.: „Psychotherapeutische Verfahren Bd. I Tiefenpsychologische Therapie“ Stuttgart, Kohlhammer, 1994

## Das psychopharmakologische Interventionsparadigma

- (I) Biologische Dysfunktion als Grundlage für psychische Störungen
- (II) Psychopharmakologische Interventionstechniken

### Beispiel für biologisch orientierte Krankheitstheorien

#### Depression:

- Katecholamine
- Serotonin
- adrenerg- cholinerge Inbalance
- Cortisol
- Schilddrüsenhormon
- Rezeptorveränderung

#### Katecholamin-Hypothese der Depression (Schildkraut, 1965)

- Depression ist Folge zu niedriger Noradrenalinspiegel

#### Empirische Hinweise:

- Reserpin-Therapie  $\Rightarrow$  Depression
- NA-Spiegel bei vielen Patienten niedrig, in manischer Phase Anstieg
- MHPG-Spiegel im Urin niedrig bei depressiven Patienten

#### Serotonin-Hypothese der Depression (Coppen, 1967)

- Depression ist Folge zu niedriger Serotonin-Spiegel

#### Empirische Hinweise:

- 5HIAA-Spiegel im CSF bei Depressiven niedrig
- niedriges Serotonin im Hirn von Suizid-Opfern



## Adrenerg-cholinerge Ungleichgewichtshypothese der Depression (Jankowsky, 1972)

- Bei Depression ist das Gleichgewicht des adrenergen und cholinergen Neurotransmittersystems zugunsten des cholinergen Einflusses verschoben

Empirische Hinweise:

- Physostigmin  $\Rightarrow$  Depression  
(hemmt Cholinesterase)

## HPA-Achsen Hyperaktivität und Depression

36-96% unipolar Depressiver betroffen:

- erhöhte Cortisolspiegel in Blut, Urin, CSF
- abnormer DST
- Neuroendokrine Störung aber vermutlich nicht Ursache der Depression, sondern lediglich Indikator für beeinträchtigte Streßverarbeitung

## Beispiel für biologisch orientierte Krankheitstheorien

### Schizophrenie:

- Dopamin
- autonome Reagibilität
- Strukturelle Hirnveränderungen

### Dopamin-Hypothese der Schizophrenie:

- Schizophrenie entsteht als Folge exzessiver Dopaminaktivität

Empirische Hinweise:

- antipsychotische Wirkung von Dopamin-Blockern (z.B. Phenothiazine)
- Erzeugung schizophrenieähnlicher Symptome durch Dopamin-Agonisten (z.B. Amphetamine)

$\Rightarrow$  Fraglich ist, ob einfache Überfunktion, oder komplexe Regulationsstörung des Dopaminergen Systems

Schizophrenie entsteht als Folge erhöhter autonomer Reagibilität, dadurch:  
Defizite in Informationsaufnahme- und Verarbeitung, Aufmerksamkeit  
⇒ 'veränderte Filter'

Empirische Hinweise:

- Schizophrene zeigen Veränderungen in :
  - evozierten Potentialen
  - EEG
  - Hautleitfähigkeit

Beispiel für biologisch orientierte Krankheitstheorien

### Migräne:

- übergroße Reagibilität der Blutgefäße des Kopfbereiches
- Schmerzgefühl entsteht durch dehnungsempfindliche Rezeptoren der cranialen und cerebralen Arterien
- Vor Anfall Konstriktion dieser Gefäße, dadurch Serotonin ↓ (wirkt normalerweise gefäßverengend) dann Gefäßerweiterung (pulsierender Schmerz)

## Psychopharmakologische Interventionstechniken

- Klassifikation psychotroper Substanzen
- Pharmakokinetik und Pharmakodynamik
- Neuroleptika in der Behandlung der Schizophrenie

### Klassifikation psychotroper Substanzen

- nicht-selektiv zentralnervös dämpfende Substanzen  
 ⇒ unterdrücken neuronale Aktivität unspezifisch  
 (z.B. Narkosemittel, Alkohol, Barbiturate)
- nicht-selektiv zentralnervös aktivierende Substanzen (z.B. Koffein)
- Substanzen, die selektiv ZNS-Funktionen modulieren ⇒ wirken dämpfend oder aktivierend nur auf bestimmte neuronale Bereiche  
 ⇒ Psychopharmaka im engeren Sinn

### Psychopharmaka im engeren Sinn

- müssen obligatorisch psychotrope Wirkung entfalten und
- gezielt zur Linderung oder Heilung psychischer Störungen eingesetzt werden

- Neuroleptika: Behandlung schizophrener Störungen (z.B. Chlorpromazin, Haloperidol)
- Antidepressiva: Behandlung depressiver Störungen (z.B. Imipramin, Amitriptylin)
- Tranquilizer, Anxiolytika: Behandlung von Angst- und Spannungszuständen (z.B. Valium, Librium)
- Psychostimulantien: Behandlung kindlicher Hyperaktivität (z.B. Metamphetamin)

## Psychopharmaka im weiteren Sinn

- obligatorisch psychotrope Wirkung
- kein gezielter Einsatz zur Behandlung psychischer Störungen

- Schlafmittel, Hypnotika: zur Beruhigung und Schlafinduktion (z.B. Phenobarbital)
- Antikonvulsiva: zur Kontrolle epileptischer Anfälle
- Analgetika: zur Schmerzdämpfung  
(z.B. Morphium, Codein, Heroin)
- Psychostimulantien: zur Erzielung bestimmter psychischer Zustände  
(z.B. Kokain)
- Psychotomimetika: zur Veränderung des Denkens, der Wahrnehmung und  
des Bewußtseins  
(z.B. Meskalin, LSD)

- *Pharmakokinetik* := Charakteristika der Aufnahme einer Substanz in und Verteilung über die Blutbahn, sowie Merkmale der Aufnahme im Gehirn nach Durchqueren der Blut-Hirn-Schranke.  
Aufnahmeort ⇒ Gehirn
- *Pharmakodynamik* := Wechselwirkung der Substanz mit Rezeptorstrukturen und Transmittersystemen im Gehirn

- Beide Phasen bestimmen psychotrope Wirkung

Pharmakokinetik    ⇒ Wirkungsintensität  
Pharmakodynamik    ⇒ Wirkungsqualität

## Pharmakodynamik:

Spezifische Wirkung einer Substanz beruht auf Interaktion mit Rezeptor

- Agonisten:            stimulieren Rezeptor
- Antagonisten:        hemmen Rezeptor

## Wie wirken Psychopharmaka auf die Neurotransmission?

### Aktivierend

- wenn sie die Synthese von Neurotransmittern stimulieren
- wenn sie agonistisch auf den Rezeptor wirken
- wenn sie die Wirkung transmitterabbauender Enzyme im synaptischen Spalt hemmen
- wenn sie die Inaktivierung des Transmitters durch Wiederaufnahme in die präsynaptischen Vesikel hemmen
- wenn sie präsynaptische Autorezeptoren, die die Sekretion von Transmittern regulieren, hemmen

## Wie wirken Psychopharmaka auf die Neurotransmission?

### Inhibierend

- wenn sie die Synthese von Neurotransmittern unterbrechen
- wenn sie die postsynaptischen Rezeptoren blockieren
- wenn sie die präsynaptischen Autorezeptoren stimulieren

## Schizophrenie

### Symptomatik:

- Formale Denkstörungen (z.B. Zerfahrenheit, Ideenflucht)
- Ich-Störungen (z.B. Depersonalisationserleben)
- Wahrnehmungsstörungen (z.B. Halluzinationen, Wahn)
- Affektstörungen (z.B. Affektlabilität, Ambivalenz)
- Störungen der Motorik (z.B. Stereotypien, Katatonie)

### Unterscheidung zwischen:

- Positivsymptomatik (z.B. Halluzinationen, Angst, Erregung)
- Negativsymptomatik (z.B. Affektflachheit, sozialer Rückzug, Verhaltensdefizite)

## Pharmakologische Behandlung der Schizophrenie:

Neuroleptika: Sammelbegriff für antipsychotisch wirksame Medikamente von griechisch 'Neurolepsia' ⇒ Festhalten, Umklammern des Neurons

### Untergruppen von Neuroleptika:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trizyklische Neuroleptika:</li> <li>• Butyrophenone</li> <li>• Indolderivate</li> <li>• Sulpirid</li> </ul> | } | <p>Vor allem dämpfend und erregungssenkend</p> <p>Primär antipsychotisch und wenig sedierend</p> |
|--|---|--|

### Nebenwirkungen von Neuroleptika

- Extrapyramidalmotorische Symptome
- Vegetative Nebenwirkungen

### Extrapyramidalmotorische Symptome:

- Früh dyskinesien: Unwillentliche Zungen- und Schluckbewegungen, Krämpfe der Wangen- und Nackenmuskulatur, Hyperkinesien der mimischen Muskulatur
  - ⇒ am Beginn der Behandlung
  - ⇒ falls kein Verschwinden nach etwa einer Woche, Reduzierung der Dosis
- Spätdyskinesien: hyperkinetische Symptome, überschießende, unwillkürliche Zungen-, Mund- und Schmatzbewegungen
  - ⇒ nach chronischer Einnahme

### Vegetative Symptome:

- |                 |                                  |
|-----------------|----------------------------------|
| • Haut:         | z.B. Trockenheit                 |
| • Augen:        | z.B. erhöhter Augeninnendruck    |
| • Schleimhäute: | z.B. Mundtrockenheit             |
| • Magen, Darm:  | z.B. verminderte Säureproduktion |
| • Harnwege:     | z.B. erschwertes Urinieren       |

- Extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen eher oder stärker bei hochpotenten (>1) Neuroleptika, also eher bei stärker antipsychotisch wirkenden.
- Vegetative Nebenwirkungen eher bei wenig potenten Neuroleptika mit sedierender Komponente

#### Literatur:

Elbert, T. & Rockstroh, B.: „Psychopharmakologie“,  
2. Auflage, Hogrefe, Göttingen, 1993

## Das Lerntheoretische Interventionsparadigma

- Anwendung lerntheoretischer Prinzipien zur Behandlung psychischer Störungen
- Ursprüngliche Ausgangspunkte der Verhaltenstherapie waren die Prinzipien der
  - klassischen Konditionierung
  - operanten Konditionierung
- S-O-R-C Modell
- Psychische Störungen als Verhaltensweisen die sich im Rahmen von Lernprozessen herausgebildet haben:
  - ⇒ Verhaltensexzesse
  - ⇒ Verhaltensdefizite
- Verhaltenstherapeutische Diagnostik
  - Problemanalyse
  - Bedingungsanalyse ⇒ funktionale Analyse

### Problemanalyse in der Verhaltenstherapie

„Welche spezifischen Verhaltensmuster bedürfen einer Veränderung in ihrer Auftrittshäufigkeit, ihrer Intensität, ihrer Dauer oder bezüglich der Bedingungen, unter denen sie auftreten?“

### Bedingungsanalyse in der Verhaltenstherapie

„Unter welchen Bedingungen wurde das Problemverhalten erworben, und welche Faktoren halten es momentan aufrecht?“

??????? Therapie als Problemlöseprozeß

### Therapieziele in der Verhaltenstherapie

- individuell aus Problemanalyse festgelegt
- möglichst konkret auf Verhaltensweisen oder Situationen bezogen (z.B. angstfreies Besteigen eines Turms)
- Orientierung an normativen Standards



## Verhaltenstherapeutische Interventionstechniken

- Stimuluskontrolle (z.B. systematische Desensibilisierung)
- Konsequenzkontrolle (z.B. soziale Verstärkung)
- Modelllernen (z.B. Rollenspiele)
- kognitive Verfahren (z.B. kognitive Umstrukturierung)

## Systematische Desensibilisierung

- Wolpe (1988)  
Tritt eine mit Angst inkompatible Reaktion in Anwesenheit des angsterzeugenden Stimulus auf, wird die Verbindung zwischen Stimulus und Angstreaktion abgeschwächt.
- ‘Gegenkonditionierung’
- Indikation bei phobischen Reaktionen aller Art mit umschriebenem angstausslösendem Reiz
- Entspannungstechnik
- Angsthierarchie (Sammlung und Ordnung der angstausslösenden Stimuli nach dem Grad ihrer Belastung)
- Gestufte Darbietung der Angststimuli auf Vorstellungsebene (in sensu) bzw. In der Realität (in vivo), während der Patient entspannt ist

Beispiel für eine Angsthierarchie bei einer Patientin mit Agoraphobie:

- |     |   |
|-----|---|
| 100 | allein im Supermarkt einkaufen, belebt, Schlange stehen |
| 90  | allein im Supermarkt einkaufen, ruhig (Vormittag)       |
| 80  | in die Stadt gehen, in mehreren Geschäften einkaufen    |
| 70  | in die Stadt gehen, in einem Geschäft einkaufen         |
| 60  | in einem Geschäft in der Nachbarschaft einkaufen        |
| 50  | in einem kleinen, bekannten Geschäft Schlange stehen    |
| 35  | allein einkaufen in bekanntem Geschäft                  |
| 25  | mit der Tochter einkaufen gehen                         |
| 20  | Vorbereitung zum Einkaufen, Liste machen                |
| 10  | Gedanke an bevorstehenden Einkauf                       |
| 0   | Ruhezene: Liegen im Garten, den Wolken nachschauen      |

Darbietung der Items:

- Entspannungsinstruktionen
- Vorstellung der angstauslösenden Situation so lange, bis sie angstfrei gesehen werden kann  
(Dauer ca. 20 sec)
- Entspannung
- Erneute Vorstellung des Items

⇒ pro Sitzung ca. 3-5 Items bearbeiten

### Varianten der systematischen Desensibilisierung

#### ■ In-vivo-Desensibilisierung

- Konfrontation mit echtem Angstreiz  
(z.B. Tier in Labor)
- Entspannung nicht so umfassend wie bei Vorstellung

#### ■ Desensibilisierung bei Kindern:

- nicht Entspannung als angstinkontingentes Verhalten, sondern z.B. Essen, Spielen

### Konfrontationsverfahren bei Angst

- kein gestuftes Vorgehen, sondern in vivo Konfrontation mit massiv angstauslösender Situation (zunächst mit Therapeut, dann möglichst selbständig)
- kognitive Vorbereitung wesentlich (z.B. Vermittlung eines Erklärungsmodells)
- Situationen dürfen erst nach Angstanfall, d.h. nach Habituation verlassen werden

## Techniken der Konsequenzkontrolle (operante Verfahren)

- Aufbau erwünschten Verhaltens kann durch möglichst unmittelbar folgende positive Verstärkung erreicht werden
- ⇒ In der natürlichen Umgebung wirksame Verstärker können nach Behandlungsplan systematisch umorganisiert werden oder es kann für die Behandlungsdauer neue Verstärker kontrolliert eingeführt werden (Token-economy-Programme)
- Abbau unerwünschten Verhaltens durch Löschung, d.h. aufrechterhaltende Verstärker beseitigen

Für die Durchführung eines Token-Programmes legten Ayllon & Azrin (1968) folgende Schritte fest:

1. Auswahl und Präzisierung des erwünschten Zielverhaltens
2. Bestimmung von Art und Anzahl der Tokens bezogen auf spezifische Formen oder Ausprägungen des Zielverhaltens
3. Registrieren des zu bekräftigenden Zielverhaltens
4. Regeln für den Eintausch der Tokens gegen primäre Verstärker  
(z.B. Festlegen des zeitlichen Abstandes zwischen dem Erwerb der Tokens und dem Eintausch)

## Kognitive Verfahren

- Einbeziehung von Gedanken, Wahrnehmungen, Bewertungen zum Verständnis und zur Modifikation von Verhalten und Emotionen
- Kognitive Therapie (Beck)  
Training in Problemlösen (D’Zurilla & Goldfried)  
Selbstinstruktionstraining (Meichenbaum)

## Kognitive Therapie nach Beck

- Ursprünglich nur Therapie depressiver Störungen
- Annahme: sog. ‘kognitive Triade’ als Ursache der Depression
- Veränderung der ungünstigen Denkmuster als wesentlicher Schritt zur Veränderung von Affekt und Verhalten

## 10 kognitive Fallen

## Kognitive Therapie nach Beck

- Identifikation 'automatischer Gedanken' die negative Gefühle auslösen  
(z.B. „Ich bin ein erbärmlicher Vater“, wenn Tochter schlechte Note hatte)
- Identifikation der zugrundeliegenden dysfunktionalen Annahme  
(z.B. „Ich muß immer ein perfekter Vater sein“)
- Überprüfung der Annahme auf ihren Realitätsgehalt und Sinn
- Finden alternativer Einstellungen und Erproben der emotionalen Konsequenzen im Alltag

## Einstellungsveränderung im Rahmen kognitiver Therapie:

- Konkretisierung irrationaler Einstellungen
- Argumente für und gegen solche Einstellungen
- Formulierung neuer Einstellungen
- Verteidigung der neuen Einstellung im Rollenspiel und im in-vivo Gespräch

## Literatur:

Reinecker, H. (1991): „Verhaltenstherapeutisch orientierte Intervention“ in: Perrez & Baumann (Hrsg.) Klinische Psychologie  
Band 2, S. 129-145

Fliegel, S. et al. (1981): „Verhaltenstherapeutische Standardmethoden“  
Urban & Schwarzenberg, München

## Das Humanistische Interventionsparadigma

- Begründet aus der humanistischen Psychologie
- ‘Dritte Kraft’ neben den vorherrschenden Richtungen (Psychoanalyse und Behaviorismus) von Maslow (1975) propagiert

### Theoretische Konzepte der humanistischen Psychologie

- Erlebende Person im Zentrum der Aufmerksamkeit
- Wahlfreiheit, Kreativität, Wertschätzung und Selbstverwirklichung werden betont
- Anliegen ist die Entwicklung der jedem Menschen innewohnenden Kräfte und Fähigkeiten (des ‘Selbst’)
- Person als Ganzes erforschen und verstehen (Geist, Körper, Seele -einheit, ganze Lebensgeschichte)

### Humanistische Interventionsansätze

- Gesprächstherapie (Rogers)
- Gestalttherapie (Perls)
- Themenzentrierte Interaktion (Cohn)

## Grundlagen der Gesprächspsychotherapie

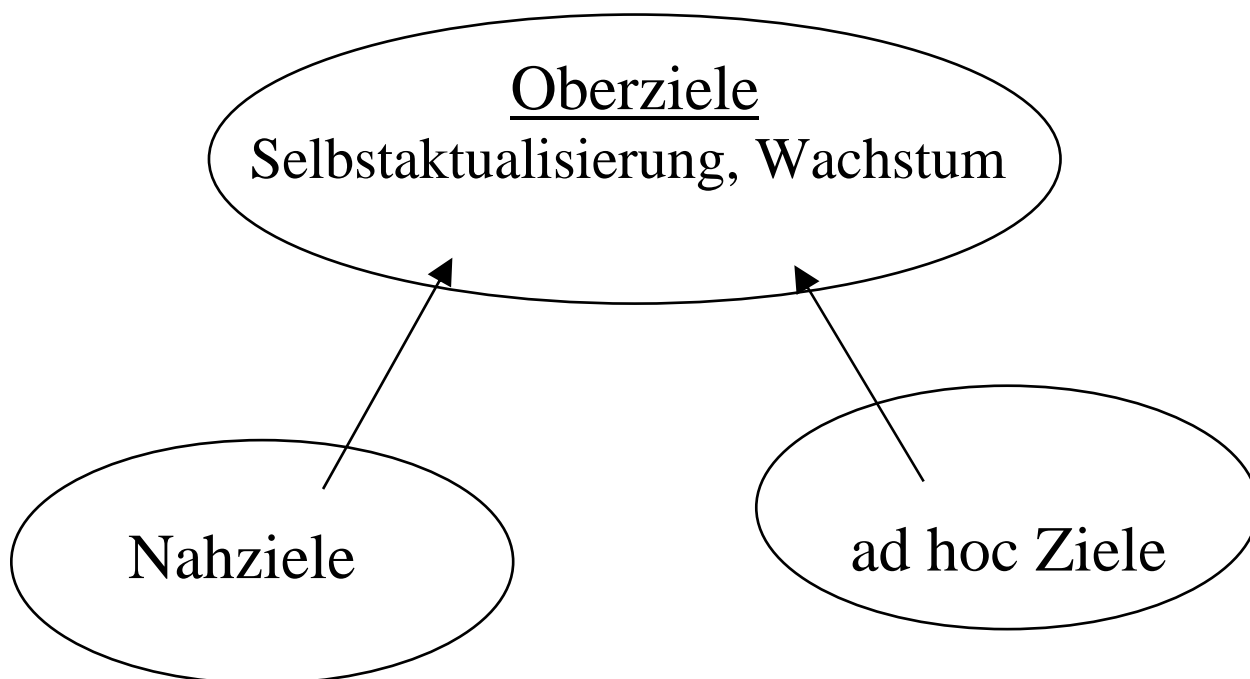
### Gesundheitskonzept:

- angeborene Tendenz zur Selbstaktualisierung (d.h. zur Verwirklichung der eigenen Möglichkeiten)
- Gesunde Persönlichkeitsentwicklung kann stattfinden, wenn wir von anderen vorbehaltlose, eindeutige Wertschätzung erfahren

### Krankheitskonzept:

- Psychische Störung dann, wenn Selbstaktualisierungstendenz blockiert ist bzw. in dysfunktionale Prozesse umgelenkt wird
- Diskrepanz zwischen realem und idealem Selbst

Therapieziele:



- Selbstexploration
- Erleben
- Äußerung gegenwärtiger Emotionen
- Akzeptieren der eigenen Person

- ergeben sich aus spezifischen Problemen (z.B. Depression)

Indikation:

- Angst, Depression, Kontaktstörungen, psychosomatische Störungen
- generell bei guter verbal-affektiver Ansprechbarkeit des Klienten (⇒ Erstkontakt)

## Interventionstechniken in der Gesprächspsychotherapie

### Basis-Variablen des Therapeutenverhaltens (Rogers)

- Positive Wertschätzung und emotionale Wärme
- Empathie (Erkennen, Akzeptieren und zum Ausdruck bringen von Gefühlen)
- Echtheit und Selbstkongruenz
- nicht-direktives Vorgehen



- paraphrasieren
- konkretisieren
- konfrontieren
- offenlassende Äußerungen
- flexibles Sprachverhalten
- 'Vergewisserungsfragen'
- Dialog, d.h. gleichverteilte Sprachliche Aktivität bei Therapeut und Klient

## Häufigkeit des Ansprechens von Gefühlen des Klienten durch den Psychotherapeuten

### Unangemessen

Der Psychotherapeut spricht kaum von Gefühlen des Klienten, weder von tatsächlichen, noch von solchen, die hinter den vom Klienten geschilderten Vorgängen vermutet werden können.

### Angemessen

Der Psychotherapeut spricht so oft wie möglich von Gefühlen des Klienten, und zwar sowohl von solchen, die der Klient tatsächlich geäußert hat als auch von solchen, die hinter den vom Klienten geschilderten Vorgängen vermutet werden können

### Erläuterung

Der Psychotherapeut läßt viele gefühlsmäßigen Äußerungen des Klienten unberücksichtigt, indem er schweigt oder vorwiegend externale Inhalte aufgreift. Auf sprachlich nicht geäußerte, aber zu vermutende Gefühle des Klienten geht er überhaupt nicht ein

Der Psychotherapeut greift fast alle gefühlsmäßigen Äußerungen des Klienten auf, und er versucht zusätzlich, auch bei überwiegend externalen Stellungnahmen des Klienten, mögliche gefühlsmäßige Aspekte zu sehen und dem Klienten zu verbalisieren

## Innere Beteiligung des Psychotherapeuten

### Unangemessen

Der Psychotherapeut wirkt in seinen Äußerungen innerlich unbeteiligt.

### Angemessen

Der Psychotherapeut wirkt in seinen Äußerungen innerlich beteiligt.

### Erläuterung

Man spürt aus dem Inhalt und Tonfall der Psychotherapeutenäußerungen, daß er sich dem Klienten Berufsmäßig zuwendet; der Therapeut wirkt distanziert und desinteressiert, er zeigt nicht mehr Einsatz als nötig, um das Gespräch in Fluß zu halten.

Man spürt aus dem Inhalt und Tonfall der Psychotherapeutenäußerungen, daß er sich dem Klienten nicht berufsmäßig zuwendet, sondern daß er echt am Klienten und dessen Problemen interessiert ist; er engagiert sich in hohem Maße.



## Richtigkeit der Psychotherapeutenäußerungen

### Unangemessen

Die Äußerungen des Psychotherapeuten über die Gefühle des Klienten sind unzutreffend.

### Angemessen

Die Äußerungen des Psychotherapeuten über die Gefühle des Klienten sind zutreffend.

### Erläuterung

Der Psychotherapeut mißversteht den Klienten bzw. Ist nicht in der Lage, sein Verständnis dem Klienten sprachlich mitzuteilen, so daß der Eindruck des Nichtverstehens entstehen kann. Der Psychotherapeut trifft selten das für des Klienten wesentlichste Gefühl.

Der Psychotherapeut versteht in vollem Umfang, was in dem Klienten vorgeht; er ist zudem in der Lage, sein Verständnis dem Klienten zu vermitteln. Der Psychotherapeut trifft überwiegend das für des Klienten wesentlichste Gefühl.

## Flexibilität im Sprachverhalten

### Unangemessen

Die Äußerungen des Psychotherapeuten sind sprachlich inflexibel.

### Angemessen

Die Äußerungen des Psychotherapeuten sind sprachlich flexibel.

### Erläuterung

Der Psychotherapeut verbalisiert

- mechanisch wiederholend
- unbeholfen
- ungeschickt
- in stereotyper Sprechweise

Die Verbalisierungen des Psychotherapeuten sind gekennzeichnet durch

- Vermeiden von Wiederholungen
- abwechslungsreiche Wortwahl
- geschickte Formulierungen

## Unbestimmtheit der Aussage des Psychotherapeuten

### Unangemessen

Die Äußerungen des Psychotherapeuten sind abschließend.

### Angemessen

Die Äußerungen des Psychotherapeuten sind offenlassend.

### Erläuterung

Die Stimme des Psychotherapeuten sinkt am Ende einer Äußerung ab. Die Formulierungen klingen wie endgültige Feststellungen, z.T. auch diagnostizierend. Die Sätze sind sehr abgerundet

Der Psychotherapeut hebt am Ende einer Äußerung fragend die Stimme; seine Formulierungen klingen fragend, tastend, wenig bestimmt und feststellend. Die Sätze werden z.T. nicht zu Ende geführt und klingen oft mit einer Konjunktion aus (oder...; und...;) Der Psychotherapeut blendet sich ein und aus; er gibt Impulse, ohne den Klienten in seinem Gedankenfluß zu bremsen

## Konkretheit der Formulierungen des Psychotherapeuten

### Unangemessen

Der Psychotherapeut formuliert abstrakt

### Angemessen

Der Psychotherapeut formuliert konkret

### Erläuterung

Die Äußerungen des Psychotherapeuten wirken farblos; es fehlen anschauliche Konkretisierungen. Die Sprache weist viele Substantive auf; z.T. werden Fachtermini verwendet (Bsp.: „Das war für sie eine Frustration.“)

Die Äußerungen des Psychotherapeuten sind plastisch. Beispiele oder sehr anschauliche Schilderungen verdeutlichen, was der Psychotherapeut meint. Als Wortarten werden Verben und Adjektive benutzt. Der Psychotherapeut spricht mögliche Empfindungen in direkter Rede aus (Bsp.: „Sie fühlen sich da tief enttäuscht.“)

## Deutlichkeit der Psychotherapeutenäußerungen

### Unangemessen

Der Psychotherapeut äußert sich vage

### Angemessen

Der Psychotherapeut äußert sich deutlich

### Erläuterung

Der Psychotherapeut vermeidet es, direkt auf die Gefühle des Klienten einzugehen; er verallgemeinert oder schwächt ab

Bsp.:

„Die Situation, als sie Ihrem Vorgesetzten gegenüber saßen, war nicht schön für Sie.“

„Mit Ihrer Mutter kommen Sie nicht so zurecht.“

Der Psychotherapeut bezieht sich direkt auf die geäußerten oder vermuteten Gefühle des Klienten, ohne sie abzuschwächen; er benennt auch negative Emotionen mit der Intensität, mit der der Klient sie vermutlich erlebt.

Bsp.:

„Als sie Ihrem Vorgesetzten gegenüber saßen, verspürten sie eine starke Angst.“

„Sie hassen Ihre Mutter.“

## Grundkonzepte der Gestalttherapie

- Mensch besitzt alle Anlagen zur Lebensbewältigung
- Voraussetzungen für eine gesunde Persönlichkeit:
  - self-support
  - Ganzheit und Integration
  - Kontakt, Kontaktgrenze
  - Wahrnehmung, Bewußtsein, Hier und Jetzt
- Perls lehnt Klassifizierung in 'krank' und 'gesund' ab, da jeder von uns mehr oder minder neurotisch sei
- neurotische Störung entsteht, wenn Kontakt zu sich selbst und/oder zur Umwelt gestört ist
- Neurose diene ursprünglich zum Selbstschutz. (Vermeidung lebensgeschichtlich angstbesetzter Situationen)

Neurotische Mechanismen:

- (1) Introjektion
- (2) Projektion
- (3) Retrofektion
- (4) Deflektion
- (5) Konfluenz

Therapieziele der Gestalttherapie

- Aufhebung der Kontaktvermeidung
- Konzentration auf den Kontakt
- Erstarrte Verhaltensmuster auflösen

## Gestalttherapeutische Interventionen

Gestalt-Prinzipien:

- Hier-und-Jetzt-Prinzip
- Konzentration auf den Kontakt
- Förderung von Bewußtheit
- Verantwortlichkeit
- Lernen durch Erfahrung
- Freiwilligkeit

*Therapeut:* „Was hören sie in Ihrer Stimme“

*Klient:* „Es hört sich an wie Weinen“

*Therapeut:* „Können sie die Verantwortung dafür übernehmen und sagen ‘Ich weine’?“

- Experiment
- Phantasiereise
- Identifikation
- Feedback

### Experimente in der Gestalttherapie

- Ermöglichen Erleben und Durchleben ⇒ Bewußtheit
- z.B. Symptom im Experiment verstärken oder das Gegenteil verordnen
- Vorsicht: Auf Risiko achten, kein Zwang

## Phantasieren in der Gestalttherapie

- nicht gelenkte Form:

(Vor der eigentlichen Phantasieeise eine kurze Entspannungsübung, z.B. in Form einer Atemübung.)

Stellt Euch eine weiße Leinwand vor. - Wenn darauf Bilder erscheinen, laßt die Bilder zu. - Jetzt betrachtet euch die Bilder, laßt sie in aller Ruhe auf Euch wirken. - ...Dann verabschiedet Euch von der Leinwand und kehrt allmählich wieder hierher in den Raum zurück. - Öffnet die Augen

- Beispiel für eine gelenkte Phantasieeise:

Stellt euch vor, ihr lauft eine Straße entlang, es regnet, Ihr kommt an einem Geschäft vorbei, ein alter Mann vor dem Geschäft bittet euch hinein und er sagt, ihr dürft euch etwas aussuchen und ihr müßt ihm dafür etwas von euch geben...

## Identifikation in der Gestalttherapie

- z.B. mit Gegenständen oder Personen aus Phantasieeisen, Träumen
- Rollentausch ⇒ 'Technik des leeren Stuhls'

## Identifikation in der Gestalttherapie

Beispiel:

Ein Teilnehmer berichtet, daß er einen Panzer braucht, um sich vor seinen Mitmenschen zu schützen. Er fühle sich dadurch oft wie eine Schildkröte.

*Therapeut:* „Stell Dir vor, Du bist eine Schildkröte. Benimm Dich wie eine Schildkröte. Mach uns das mal vor.“

Fragen des Therapeuten:

- Wie mache ich mich zur Schildkröte und schließe mich dadurch ab?
- Wie fühle ich mich dabei?
- Wie manifestiert sich diese Abgeschlossenheit in meinem Körper?
- Wie empfinden mich die anderen dabei?
- Ist mein Panzer notwendig?
- Was passiert, wenn ich ihn ablege?
- Wieviel Schutz brauche ich vor meinen Mitmenschen?

## Traumarbeit in der Gestalttherapie

In der Gestalttherapie deuten wir die Träume nicht. Wir tun etwas viel Interessanteres damit. Anstatt den Traum zu analysieren und ihn immer weiter zu zerlegen, wollen wir ihn wieder zum Leben erwecken. Und der Weg, auf dem er ins Leben zurückgebracht wird, ist, den Traum wieder zu leben, als ob er jetzt passierte. Anstatt den Traum zu erzählen, als wäre es eine Geschichte aus der Vergangenheit, mußt du ihn in der Gegenwart ausagieren, so, daß er ein Teil deiner selbst wird, so, daß du wirklich darin aufgehst.

All die verschiedenen Teile, jeder Teil im Traum bist du selbst, ist eine Projektion deiner selbst, und wenn es da unvereinbare Seiten, sich widersprechende Seiten, gibt, und ihr benutzt sie, indem ihr sie gegeneinander kämpfen laßt, da ist es auch schon, das ewige Konflikt-Spielchen, das Selbstquälerei-Spielchen.

## Feedback in der Gestalttherapie

- Förderung realistischer Selbstwahrnehmung
- Feedback durch Therapeut und durch Gruppen
- Technik des 'heißen Stuhls'

## Literatur:

- Reichert, M. (1991): „Gesprächspsychotherapeutisch orientierte Intervention“  
In: Perrez & Baumann (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Psychologie Bd. 2,  
Huber, Bern:  
S. 146-160
- Perls, F. (1979): „Gestalttherapie in Aktion“ Klett, Stuttgart