

# Klinische Psychologie

## Senf & Broda

### Kap. 8: Persönlichkeitstheorien (Fiedler)

Dimensionalität der Persönlichkeit: Typen und Grundmuster einer spezifischen Vulnerabilität

#### Dimensionale Persönlichkeitsmodell von Eysenck (1952, 1970)

- Drei Dimensionen/Grundtypen der Persönlichkeit durch Faktorenanalyse
  1. Extraversion vs. Introversion
    - Durch Verschiebung im Erregungs-Hemmungs-Gleichgewicht
  1. Neurotizismus vs. Stabilität
    - Zeigen bereits bei geringer Stimulation ausgeprägtere, emotional getönte autonome Reaktionen; durch weitgehend vererbte Labilität des autonomen Nervensystems/limbischen Systems
  2. Psychotizismus vs. Impulskontrolle
    - Auch über Vererbung bestimmte Persönlichkeitsdimension; vor allem bei Schizophrenie, dissozialer Persönlichkeit stark ausgeprägt
- Vererbung steht für Bildung der Persönlichkeit im Mittelpunkt
- psychosoziale und interpersonelle Bedingungen sind für die Erklärung von Fluktuationen und Schwankungen im konkreten Handeln erforderlich
- eher selten signifikante Zusammenhänge zwischen Dimensionen und als neurotisch klassifizierte Störungen (außer zw. Psychotizismus und gewohnheitsmäßiger Kriminalität)

#### Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit von Mc Crae & Costa, Ostendorf (1990)

1. Extraversion vs. Introversion
2. interpersonelle Verträglichkeit vs. interpersonelle Rücksichtslosigkeit
3. Gewissenhaftigkeit vs. Gleichgültigkeit
4. Neurotizismus vs. Selbstvertrauen
5. Offenheit für Erfahrung vs. Abhängigkeit in der Meinungsbildung

#### Kritik

- Nur deskriptives Modell; keine Bezugnahme zu einer integrierenden Theorie
- Die Interpretation der 5 Faktoren sind noch nicht einheitlich bzw. sind nicht unabhängig voneinander

- Gibt wahrscheinlich übergeordnete Faktoren

Persönlichkeitsstörungen = persönlichkeitsbedingte komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens

### Biosoziale Lerntheorie der Persönlichkeitsstörungen von Millon (1918,1990)

- Streng nach lerntheoretischen Grundannahmen
- Ziel ist die Aufklärung von Bedingungen für die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen
- Drei Faktorenbündel:
  1. **biologische Faktoren bzgl. Erb- und pränataler Entwicklung** (spezifischen und differentiellen Wirkungen sind noch unklar)
  2. **neuropsychologische Gestaltungsfaktoren** (zwischenmenschliche Erfahrungen und Lernbedingungen nehmen auf die weitere neuropsychologische Entwicklung des Kindes Einfluss; er unterscheidet vier neuropsychologische Entwicklungsstufen)  
Gefahren: über- o. unterstimulierende Bindungs-Erfahrungen/Unter- o. Überforderung (Aktivität vs. Passivität; Entw. von geschlechtlicher Identität, fehlende Identifikationsmöglichkeiten; Mangel an Selbstdisziplin, Selbstbeschränkung)
  3. **Pathogenese** (Unter- u. Überforderung für Erklärung zu wenig; komplexes Wechselspiel zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Prozesse, zwischen Eigeninitiative und Begrenzung)

### Vulnerabilitäts-Streß-Modell der gestörten Persönlichkeit von Fiedler (1997)

- Persönlichkeitsstörungen sind von der Vulnerabilität abhängig
- Vulnerabilität ist abhängig von
  - a) Erbeeinflüssen u./o. prä-, peri-, postnatalen Traumata
  - b) ungünstigen familiären, erzieherischen und sozialen Einflüssen (z.B. Kindesmisshandlungen, miterleben krimineller Gewalttätigkeit eines Elternteils)
- Persönlichkeitsstörungen werden vorrangig als Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens aufgefasst und mit sozialen Konflikten, Krisen und deren Extremisierung (Stress) in Zusammenhang gebracht.

- Persönlichkeitsstörung durch Eskalation interpersoneller Konflikte und Krisen (Selbstschutz wie Rückzug, aggressive Abwehr erzeugen noch mehr Ablehnung und Feindseligkeit)

### Verhaltenskontrolle und seelische Gesundheit als Dimensionen der Persönlichkeit von Becker (1995)

- Seelische Gesundheit = Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner (psychischer) Anforderungen (Flexibilität, hohes Selbstwertgefühl, Autonomie, Liebesfähigkeit etc. vs. emotionale Labilität, Abhängigkeit, Pessimismus etc.)
- Verhaltenskontrolle (vs. Spontaneität) nimmt von Geburt bis ins hohe Lebensalter hin zu
- Ausbildung von Verhaltenskontrolle hängt davon ab, ob es gelingt, eine Balance zwischen „angeborenen Grundbedürfnissen“ und „erworbenen Bewältigungsstilen“ herzustellen.
- Kontrollierte Menschen: beachten stärker soziale Werte, Normen, Konventionen, Pflichten
- Spontane Menschen: beachten stärker physiologische Bedürfnisse und Explorationsbedürfnis

### Kap. 24: Entwicklung der integrativen Therapie (Huber)

Ziel des psychotherapeutischen Eklektizismus ist

- a) auf theoretischer Ebene, die Überwindung der durch die Schulen gesetzten Grenzen und der Aufbau einer umfassenden und empirisch begründeten Psychotherapie
- b) auf praktisch-klinischer Ebene, durch Auswahl oder Kombination der besten Methoden und Techniken, die Wirkung der Psychotherapie zu erhöhen, d.h. ihre Wirksamkeit, ihre Effizienz und ihre Anwendbarkeit.

*Integration*: ergänzen, vervollständigen, zu einem Ganzen fügen; d.h. nicht, Unterschiede ignorieren oder minimalisieren, sondern sie in einen anderen Zusammenhang einzuordnen.

Der Terminus „Integration“ wird immer häufiger demjenigen des „Eklektizismus“ vorgezogen.

Die heute meistbenutzten Strategien oder Wege zur Integration sind

1. technischer Eklektizismus
2. theoretischer Eklektizismus u.

3. die Suche nach gemeinsamen Wirkfaktoren (common factors approach)  
(kein synkretischer oder systematisch-kritischer Eklektizismus)

Exkurs *Dialektik* (Dorsch, 1998): Kunst der Beweisführung – Wissenschaft der Logik  
*dialektisches Verfahren*: eine unter weitgehendem Verzicht auf vorgefasste Theorien und Methoden sich rein aus dem Pro und Kontra entwickelnde Auseinandersetzung zur Klärung offener Fragen und Probleme.

Integrationsmodelle nach Schacht (1984):

1. **Modell der Trennung**: Therapien als grundlegend unvereinbar
2. das **Übersetzungsmodell**: Begriffe oder Sprache eines Systems werden in die des anderen o. eines dritten übersetzt
3. das **Komplementaritätsmodell**: jede Therapie bezieht sich auf verschiedene Probleme desselben Patienten
4. das **synergistische Modell**: die unveränderten Techniken zweier Therapien wirken im Patienten aufeinander ein und bewirken zusammen ein besseres klinisches Resultat
5. das **Emergenzmodell**: die Kombination zweier Techniken entwickelt neue Eigenschaften (z.B. die psychodynamische Verhaltenstherapie von Feather & Rhoads (1972), benutzen eine verhaltenstherapeutische Technik in einem psychodynamischen Rahmen) Bs: Wasser, kognitive Fähigkeit
6. das **Modell der theoretischen Integration**: ganze Theorien oder größere Teile werden versucht zu integrieren.

Integrative Versuche schon in 20er, 30er Jahren in Europa und Nordamerika.

Durch kognitive Wende näherte sich die Verhaltenstherapie der Psychoanalyse an.

In Deutschland wurde schon früh ein Konzept von integrativer Psychotherapie vorgestellt, ein Arbeitskreis und eine Zeitschrift (1975) gegründet, die verschiedenen Aspekte und Probleme der Methodenintegration diskutiert und von Forschern wie Bastine, Grawe, Schulte und Minsel zu den verschiedenen Problemen Forschungsarbeit geleistet.

Hindernisse für integrative Modelle:

- Sprachprobleme (verschiedene Benennung für ähnliche Phänomene)
- Erkenntnistheoretische Fragen (was ist gültiges Wissen und durch welche Methoden wird es erworben?)

- Philosophisch-anthropologische Probleme (verschiedene Menschenbilder)
- Professionelle und institutionelle Probleme (Eigendynamik von Schulen, Finanzierung und Kassenvergütung von Psychotherapie)

Integrierende Theorien oder Behandlungsmethoden sollten nach Huber (1992) folgenden Kriterien genügen. Sie sollten:

1. auf einer wissenschaftlichen Theorie der Persönlichkeit und ihrer Störungen beruhen
2. sich auf eine wissenschaftliche Theorie der therapeutischen Veränderung und eine erprobte Veränderungstechnologie stützen
3. eine empirische Bewertung ihrer positiven wie negativen Wirkungen einschließen
4. Störungen oder Leidenszustände betreffen, die für behandlungsbedürftig gehalten werden

## Kap. 25: Transparenz, Kombination, Integration: Ein Stufenmodell zur Integration in der Psychotherapie (Broda & Senf)

Die psychotherapeutische Versorgungsrealität erweist sich zunehmend als eklektizistisch. **Ambühl et al. (1995)** kamen zu dem Ergebnis, dass die Mehrzahl der Therapeuten schon von Beginn ihrer Berufstätigkeit an versuchen, verschiedene Konzepte in ihre therapeutische Arbeit zu integrieren. Zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie gibt es dabei allerdings kaum einen Austausch.

Der Grundsatz, dass der **therapeutische Auftrag** nur dann erfüllt ist,

- wenn ein Patient in jedem Fall die Therapie erhält, die für seine Krankheit notwendig ist, und
- wenn der therapeutische Aufwand in einem angemessenen Verhältnis zu dem Behandlungsergebnis steht,

ist heute noch weitgehend unerfüllt.

Zu viele Patienten erhalten nur das an Behandlung, was der Therapeut gelernt hat oder bevorzugt.

=> Ausweg: **methodenintegrative Psychotherapie**

Generic Model of Psychotherapie (Orlinsky et al., 1994) und das Konzept der Allgemeinen Psychotherapie (Grawe et al., 1994) entstammen aus Psychotherapieforschung + deren Probleme. Psychotherapie sei noch nicht so weit, um von methodenübergreifenden Psychotherapie zu sprechen.

=> Gefahr: unsystematischer, weitgehend unreflektierter Eklektizismus ohne Krankheits- und Behandlungstheorie wird missverstanden als eine angeblich wissenschaftlich begründete Methodenintegration.

### Methodentransparenz

bedeutet zu wissen, **was genau in der Methode gemacht** wird, und zu versuchen zu verstehen, auf welchem **theoretischen Hintergrund** das jeweilige Vorgehen zu verstehen ist und welche **empirischen Belege** es für die Wirksamkeit gibt. => die äußerst notwendige störungsspezifische differentielle Indikation wird erst dann möglich.

### Methodenkombination

Aufeinanderbezogene Nutzung verschiedener Methoden, nebeneinander oder nacheinander durch den gleichen oder durch verschiedene Therapeuten. Setzt Methodentransparenz und Kenntnisse und Fähigkeiten in allen dazu notwendigen Verfahren, Techniken und Settings voraus.

### Methodenintegration

Dialektischer Prozess, der aus verschiedenen Therapiesystemen ein neues Therapiesystem entstehen lässt, wobei die alten Systeme verzichtbar werden.

Der therapeutische Auftrag (s.o.) hat **Konsequenzen für die psychotherapeutische Aus-, Weiter- und Fortbildung**, denn:

In nur einem psychotherapeutischen Verfahren auszubilden fördert die Gefahr, dass Patienten nicht die Therapie bekommen, die sie benötigen. (Der Grundsatz „Soviel Psychotherapie wie nötig, aber so wenig wie möglich“ sollte nicht nur aus wirtschaftlichen Gründen, sondern vor allem aus Gründen einer möglichst geringen Belastung der Patienten gelten.)