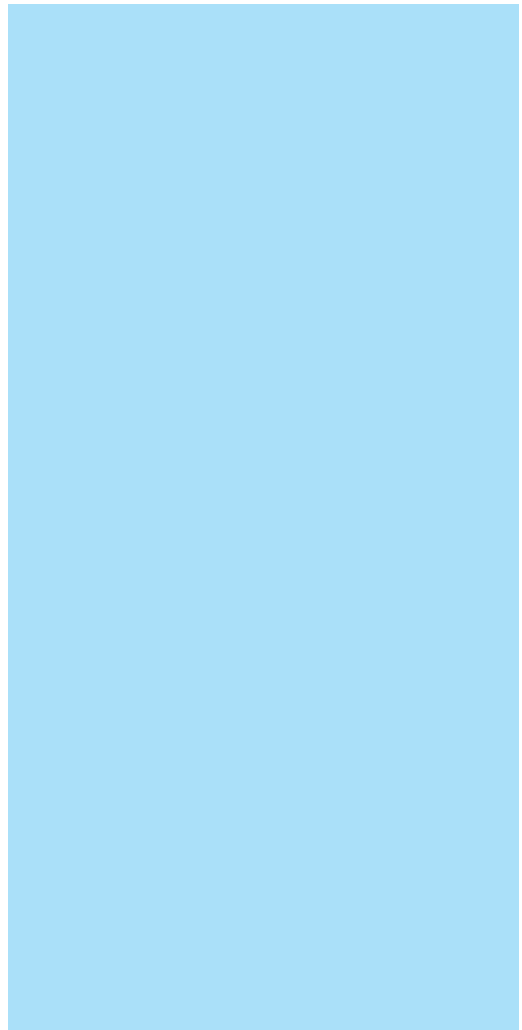


A. Störungsübergreifender Teil

Teil V

Intervention:

Allgemeine Grundlagen



18. Systematik der klinisch-psychologischen Intervention

Meinrad Perrez und Urs Baumann

Inhaltsverzeichnis

1. Psychologische Interventionsmethoden ...	309	2.7 Klinisch-psychologische Intervention als Teil eines Gesamtbehandlungsplanes ...	314
2. Klinisch-psychologische Interventionsmethoden	310	2.8 Klinisch-psychologische Intervention und Beratung	314
2.1 Wahl der Mittel	310	3. Ebenen der klinisch-psychologischen Intervention und ihre Verbindung zu den Interventionsfunktionen	315
2.2 Klinisch-psychologische Interventionsfunktionen	311	4. Struktur der Interventionskapitel	317
2.3 Zielorientierung	312	5. Literatur	318
2.4 Theoretische Fundierung	312		
2.5 Evaluation: Empirische Überprüfung (insbesondere der Wirksamkeit)	313		
2.6 Professionelles Handeln	313		

1. Psychologische Interventionsmethoden

Psychologie und Medizin lassen sich in ihren hauptsächlichen Anwendungen nach verschiedenen Interventionsbereichen gliedern; dabei ist die Abgrenzung primär durch die Art der verwendeten Mittel bedingt. Während in der Medizin Menschen vor allem durch medikamentöse, chirurgische, physikalische usw. Interventionsmethoden beeinflusst werden, charakterisiert sich die psychologische Intervention durch den Einsatz *psychologischer Mittel*. Psychologische Mittel kommen immer dann in Einsatz, wenn kurzfristige oder dauerhafte Veränderungen durch Erleben und Verhalten erwirkt werden sollen. Innerhalb der Psychologie unterscheiden wir heute vielfach in Anlehnung an die drei großen Anwendungsbereiche die arbeits- und organisationspsychologischen, die pädagogisch-psychologischen und die klinisch-psychologischen Interventionsmethoden (vgl. Abb. 1), die sich teilweise überlappen. Je nach Auflösungsgrad lassen sich weitere Interven-

tionsfelder definieren mit den dazugehörigen Interventionsmethoden, so neuropsychologische Intervention, psychologische Intervention im forensischen Bereich, usw.

Im Rahmen der *Arbeits- und Organisationspsychologie* sind in den letzten Jahrzehnten zahlreiche Interventionsmethoden entwickelt worden, die heute zum Repertoire praktisch tätiger PsychologInnen gehören, wie etwa die Methode des «Diskussionstrainings» (Greif, 1976), die im arbeits- und organisationspsychologischen Kontext entwickelt und evaluiert worden ist, oder das sogenannte «partizipative Produktionsmanagement» (Kleinbeck & Schmidt, 1990), ein Führungskonzept, dessen Etablierung auf umschriebenen Handlungsprinzipien beruht, die Gegenstand der empirischen Evaluation sind. Viele andere Methoden sind zum Zwecke der Verbesserung sozialer und kommunikativer Fähigkeiten oder zur Kreativitätsförderung entstanden (vgl. z. B. Argyle's «Social Skills at work», 1987). Im *pädagogisch-psychologischen Kontext* wurden u. a. Lehr-Lern-Methoden erprobt, z. B. das zielreichende

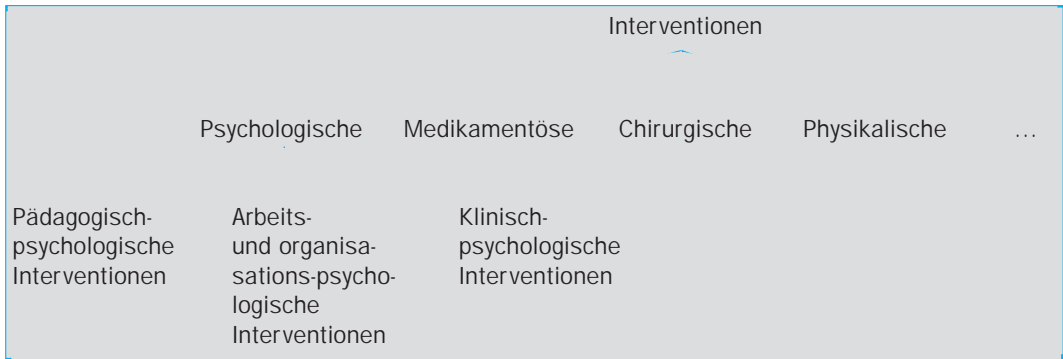


Abbildung 1: Systematik der Interventionsmethoden

Lernen («mastery-learning»), das Handlungsprinzipien zur Organisation optimaler individueller Lernbedingungen bereitstellt (Ingenkamp, 1979); oder Programme zur Denkförderung bei Kindern (vgl. Klauer, 1989; Hager, Elsner & Hübner, 1995). Das breiteste und nicht so leicht überschaubare Spektrum von Interventionsmethoden stellt der Bereich der *klinisch-psychologischen Interventionsmethoden* dar.

(1) Die Wahl der Mittel, (2) die spezifischen Interventionsfunktionen, (3) die Zielorientierung, (4) die theoretische Fundierung, (5) die empirische Evaluation und (6) durch die Professionalität des Handelns. Die Merkmale (1), (3), (4), (5) und (6) teilen sie mit den anderen wissenschaftlich fundierten psychologischen Interventionsmethoden, während Merkmal (2) wesentlich für die Abgrenzung innerhalb der psychologischen Interventionsmethoden ist.

2. Klinisch-psychologische Interventionsmethoden

Die klinisch-psychologischen Interventionsmethoden sind eine Teilmenge der psychologischen Interventionsmethoden. Sie lassen sich durch sechs Merkmale charakterisieren (vgl. Tab. 1).

2.1 Wahl der Mittel

Das erste Abgrenzungskriterium besteht in der spezifischen *Wahl der Mittel* bzw. der Methoden. Typische psychologische Mittel sind z.B. das Gespräch, die Übung oder die zwischen-

Tabelle 1: Klinisch-psychologische Intervention

Intervention mit folgenden Charakteristika	
(1) Wahl der Mittel	Psychologische Mittel, die im Erleben und Verhalten ihren Ansatzpunkt haben und sich in der sozialen Interaktion zwischen Helfern und Hilfesuchenden vollziehen.
(2) Interventionsfunktionen	Gesundheitsförderung und Prävention, Behandlung/Therapie (u.a. Psychotherapie), Rehabilitation. Die Funktionen stehen im Zusammenhang mit Gesundheit und Störungen/Krankheiten (psychische, somatische).
<i>Zusätzliche Charakteristika:</i>	
(3) Zielorientierte Prozesse	Prozesse zur Erreichung von Veränderungen
(4) Theoretische Fundierung	mittels Theorien der Psychologie
(5) Evaluation	Empirische Überprüfung (insbesondere der Wirksamkeit)
(6) Professionelles Handeln	

menschliche Beziehung als Beeinflussungsfaktoren. Sie haben ihren Ansatzpunkt stets im Erleben und Verhalten und vollziehen sich in der sozialen Interaktion zwischen Helfenden und Hilfesuchenden.

Das wesentliche Charakteristikum ist also nicht, wie man vielleicht zunächst annehmen möchte, die Veränderung *psychischer* Merkmale und Prozesse, sondern die Einflußnahme mit psychologischen *Mitteln*. Diese kann auch auf die Veränderung somatischer Zustände ausgerichtet sein. Ein Bluthochdruck z.B. stellt zunächst eine somatische Erscheinungen dar; soweit dieser psychisch bedingt oder mitbedingt ist, kann er u.U. erfolgreich mittels klinisch-psychologischer Intervention behandelt werden. Daraus kann aber nicht gefolgert werden, psychologische Interventionen seien im Grenzbereiche somatischer Probleme nur dann indiziert, wenn diese psychische Ursachen haben. Selbst genetisch oder durch zerebrale Faktoren zu erklärende Verhaltensphänomene sind mitunter psychologischer Beeinflussung zugänglich, wie es Beispiele psychologischer Trainings mit geistig Behinderten oder mit überaktiven Kindern zeigen.

Mit psychologischen Mitteln hat man schon im Altertum versucht, auf Menschen vorbeugend oder helfend einzuwirken. So sind bereits in der Antike u.a. musik- und tanztherapeutische Verfahren zur Behandlung von melancholischen Zuständen eingesetzt worden. Auch der Exorzismus kann als vorwissenschaftliches Ritual zur Behebung von psychischen Problemen verstanden werden (vgl. Ernst, 1989). Im 18. Jahrhundert gab es eine breite Welle der Psychoprophylaxe oder «Seelendiätetik» (vgl. Moritz, 1783). Die wissenschaftliche Psychotherapieentwicklung im Sinne der modernen Psychologie setzt im letzten Jahrhundert mit Sigmund Freud (1856–1939) und den Wundt-Schülern Lightner Witmer (1867–1956) und Emil Kraepelin (1856–1926) ein (weitere Details s. Kap. 1/Grundbegriffe–Einleitung).

In Europa hat neben Kraepelin, der auch als Psychiater seinem Lehrer Wilhelm Wundt und dem Leipziger Labor verbunden blieb, Sigmund Freud für die psychologische Interpretation und Behandlung von psychischen Störungen eine historische Bresche geschlagen. Freud machte – gewissermaßen im fachlichen Gegenwind der psychiatrischen Schulmeinungen seiner Zeit –

den konsequenten Versuch, psychische Störungen in ihrer Ätiologie und Behandlung wesentlich auf psychologischer Grundlage zu thematisieren.

2.2 Klinisch-psychologische Interventionsfunktionen

Klinisch-psychologische Interventionsmethoden grenzen sich von jenen der Pädagogischen Psychologie und der Arbeits- und Organisationspsychologie durch ihre speziellen *Interventionsfunktionen* ab.

Als wichtigste Interventionsfunktionen gelten heute (1) die Gesundheitsförderungs- und Präventionsfunktion, (2) die Behandlungs-/Therapie- (u.a. Psychotherapie) und (3) die Rehabilitationsfunktion.

- *Gesundheitsförderung und Präventionsfunktion:* Die *gesundheitsfördernde Funktion* ist von der präventiven nicht klar abzugrenzen: Sie dient der umfassenden gesundheitlichen Entfaltung, d.h. der Förderung der psychischen, körperlichen und sozialen Gesundheit. Sie wird heute zum Teil auch unter dem Stichwort «Gesundheitspsychologie» diskutiert und ist in den größeren Rahmen des öffentlichen (Public Health), aber auch privaten Gesundheitswesens eingebettet (vgl. Kap. 19/Gesundheitsversorgung). Die *Präventionsfunktion* umfaßt jene Interventionsmethoden und -strategien, die der Verhinderung von Störungen dienen, während die Gesundheitsförderung auf die Erhaltung und Förderung der Gesundheit ausgerichtet ist. Präventive Maßnahmen sollen die Inzidenzrate, d.h. das Neuauftreten von Störungen senken. Die vorbeugenden Maßnahmen können spezifisch auf spezielle Störungen, wie z.B. die Drogenabhängigkeit, oder unspezifisch auf die Förderung der seelischen Gesundheit im allgemeinen ausgerichtet sein. Auch die *Krisenintervention* zählen wir zur Präventionsfunktion, da sie in schwierigen, kritischen Lebenssituationen eine Adaptationshilfe leistet, die die Entstehung von Störungen zu verhindern hilft (vgl. Kap. 21/Prävention).

- *Behandlungs-/Therapiefunktion (u.a. Psychotherapie):* Sie zielt auf die Therapie von Störungen ab und soll damit die Prävalenzrate ver-

mindern. Versorgungsadministrativ wird hier von Störungen mit Krankheitswert gesprochen, die den Anlaß zur Intervention geben. Der Begriff «Psychotherapie» wird zum Teil für diese Funktion verwendet; er deckt aber nur einen Teil dieser Funktion ab (s. auch Abb. 3), da auch die Behandlung gestörter psychischer Grundfunktionen – wie z. B. ein Gedächtnistraining nach einem neurochirurgischen Eingriff – zu dieser Funktion zählt. Der Begriff der Psychotherapie bezieht sich auf die Teilmenge dieser Interventionsfunktion, die die Behandlung gestörter psychischer Funktionsmuster und gestörter interpersoneller Systeme betrifft. Wir betrachten indes alle Interventionen, die dieser Funktion zu subsumieren sind, als *therapeutisch* und verwenden dazu die Oberbegriffe «Behandlung» bzw. «Therapie».

- **Rehabilitationsfunktion:** Ziel der Rehabilitation in einem umfassenden Sinn ist, nachdem eine Störung/Krankheit aufgetreten ist oder eine Behinderung vorliegt, die dauerhafte Wiedereingliederung von Personen in die Arbeit, das Sozialfeld und die Gesellschaft, (Badura & Lehmann, 1988). Dadurch sollen die Langzeitfolgen einer Störung oder Krankheit (1) verhindert oder (2) – bei chronischen, unheilbaren Störungen – vermindert bzw. minimiert werden. Rehabilitative Maßnahmen vermögen ebenfalls die Prävalenzrate zu senken (vgl. Kap. 23/Rehabilitation). Darüber hinaus hat die Rehabilitation auch die Funktion der Verhinderung von Rückfällen und beinhaltet in diesem Sinne auch präventive Aspekte.

Prävention, Behandlung/Therapie/Psychotherapie und Rehabilitation entsprechen der Zeitachse der Störungsverhinderung, -entwicklung und -behandlung, einschließlich der Wiedereingliederungsmaßnahmen. Caplan (1964) nannte diese Funktionen primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Wir ziehen es vor, den Präventionsbegriff ausschließlich auf die primäre Prävention zu beziehen und für die anderen beiden den Behandlungs- und Rehabilitationsbegriff zu verwenden.

Bei allen Funktionen (Gesundheitsförderung und Prävention, Behandlung/Therapie/Psychotherapie und Rehabilitation) kann *unmittelbar* eher die psychische oder *mittelbar* die somatische Zieldimension im Vordergrund stehen (s.

Abschnitt 2.3). Letzteres wäre z. B. gegeben, wenn durch eine präventive Intervention das Gesundheitsverhalten zur Verminderung des Risikos für koronare Erkrankungen verbessert werden soll. Dabei können unmittelbar Erlebens- und Verhaltenstendenzen beeinflusst werden mit dem mittelbaren Ziel, das somatische Erkrankungsrisikos zu vermindern.

2.3 Zielorientierung

In der Methode sind die *Ziele* explizit umschrieben, für die sie anzuwenden ist. Damit bildet sie die Grundlage für strukturierbare und zielorientierte Interventionsprozesse. Dabei können Methoden eine Menge oder ein System von Regeln und Heuristiken betreffen, die als Paket zur Erreichung von *Fernzielen*, von Makroergebnissen (vgl. Kap. 22/Psychotherapie) eingesetzt werden. Einzelne therapeutische Techniken, wie «Empathie zeigen», «Fokussieren» oder eine Entspannungsübung suchen konkrete *Nahziele* oder Mikroergebnisse zu erreichen. Vor allem die globalen Fernziele erfahren in verschiedenen therapeutischen Ansätzen Formulierungen auf sehr unterschiedlichen Abstraktionsebenen, von (quasi)theoretischen Begriffen, deren Bedeutung sich wesentlich durch eine Theorie definiert, über Dispositionsbegriffe bis zu Formulierungen in der Beobachtungssprache, die Zielbestimmungen in Begriffen meßbaren Verhaltens vornehmen (vgl. Perrez, 1976). Die Übergänge zwischen den verschiedenen Begriffstypen sind eher fließend als exakt abgrenzbar. Für die konkrete therapeutische Handlungsregulation sind konkrete Zielformulierungen in Beobachtungsbegriffen Voraussetzung (vgl. Tab. 2). Die psychologischen Mittel – das erste Bestimmungsstück klinisch-psychologischer Interventionsmethoden – müssen in ihrer Beziehung zu den Zielen klar umschrieben sein. In diesem Zusammenhang spielt die sogenannte «Manualisierung» von Methoden eine zunehmende, aber nicht unumstrittene Rolle (vgl. Huber, 1991; Grawe, 1997).

2.4 Theoretische Fundierung

Wissenschaftlich begründete klinisch-psychologische Interventionsmethoden haben einen

Tabelle 2: Klassifikation von Therapiezielen

Änderungs- richtung	Sachgehalt beschrieben in:	Dispositionsbegriffen	Beobachtungsbegriffen
	theoretischen bzw. quasi- theoretischen Begriffen		
Aufbau	Ichstärke, Integration von Es, Ich und Über-Ich, Individuation, gut funktionierende Persönlichkeit, Selbstkontrolle usw.	Fähigkeit zur positiven Selbstkommunikation, Empathiekompetenz in Partnerschaft, Kompetenz zur Ärgerkontrolle	Vorgesetzten gegenüber im Rollenspiel Bedürfnisse äußern, Selbstexplorieren in der Therapiesituation, angemessen Reattribuieren, Entspannen usw.
Abbau	Diskrepanz von Selbstkonzept und Idealkonzept, Widerstand, Fehler der Informationsverarbeitung usw.	Sucht, Angst, Neigung zu einem bestimmten Meideverhalten	ängstliches Sprechen in der Therapiesituation, Sprechen über Externales in der Therapiesitzung, Anzahl Zigaretten pro Tag

theoretischen Bezug zum rationalen Korpus der Psychologie und den einschlägigen Nachbarwissenschaften (vgl. Baumann, 1996). Unter dem rationalen Korpus einer wissenschaftlichen Disziplin verstehen wir jene Theorien, Hypothesen, empirischen Forschungsmethoden und empirischen Befunde, die zu einer gegebenen Zeit von der einschlägigen «Scientific community» akzeptiert resp. diskutiert werden. Welcher Art die logische Beziehung von technologischem Wissen zu Grundlagenwissen sein kann, wird im Kapitel zur Wissenschaftstheorie erörtert (s. Kap. 4). Dieses Kriterium unterscheidet klinisch-psychologische Interventionsmethoden von zahlreichen anderen Methoden, die ebenfalls für die gleichen Funktionen eingesetzt werden, deren Fundierung indes auf alltagspsychologischen bzw. unwissenschaftlichen Konzepten und auf privater Erfahrung beruhen.

2.5 Evaluation: Empirische Überprüfung (insbesondere der Wirksamkeit)

Klinisch-psychologische Interventionsmethoden benötigen bezüglich zweier Punkte der empirischen Überprüfung: (1) Theorien gemäß Abschnitt 2.4 gelten nur dann als gesichert, wenn sie empirisch überprüft worden sind. In diesem Sinne benötigen klinisch-psychologische Interventionsmethoden empirisch über-

prüfter Theorien, die ihre Wirksamkeit erklären. (2) Interventionen sind nur dann ethisch und wissenschaftlich vertretbar, wenn deren *Wirksamkeit* empirisch überprüft worden ist. Letztlich sind sogar Interventionsmethoden legitimiert, wenn die theoretische Fundierung unzureichend, aber die Wirksamkeitsüberprüfung zureichend ist (vgl. symptomatische Behandlung). Daher ist für jede Interventionsmethode die empirische Überprüfung der Wirksamkeit von zentraler Bedeutung. Wie in Kapitel 20 (Methodik der Interventionsforschung) gezeigt wird, wird die Frage nach der Wirksamkeitsprüfung im allgemeinen Rahmen der Evaluation diskutiert. Neben der Wirksamkeitsprüfung, die weiterhin an erster Stelle steht, kommen bei der Evaluation Fragen nach der Effizienz (Kosten – Nutzen bzw. Kosten – Wirkung) und nach der Patientenbewertung hinzu. Ein Wirksamkeitsnachweis kann nicht mittels subjektiver Evidenz erfolgen, sondern bedarf überprüfbarer Methoden, wie sie in der wissenschaftlichen Psychotherapieforschung erarbeitet und als angemessen betrachtet werden (vgl. dazu auch Kap. 4/Wissenschaftstheorie: Intervention).

2.6 Professionelles Handeln

Die durch klinisch-psychologisch initiierten, begleiteten und evaluierten Veränderungsprozesse werden durch psychologische *ExpertInnen*

in einem professionellen Rahmen realisiert (vgl. dazu Strotzka, 1975). Das heißt, die oben umschriebenen Tätigkeitsfunktionen werden durch Personen mit spezifischer Kompetenz ausgeführt, die sie in Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung erlangt haben (s. Kap. 19/Gesundheitsversorgung). Die Tätigkeit wird berufsmäßig ausgeübt, wozu auch die offizielle Legitimation durch Berufstitel, Zulassungen etc. gehört.

2.7 Klinisch-psychologische Intervention als Teil eines Gesamtbehandlungsplanes

Klinisch-psychologische Intervention ist – wie in Abschnitt 1 gezeigt – in ein umfassendes Interventionsfeld eingebettet, wobei die Abgrenzung der Interventionsformen teilweise empirisch fundiert sind, teilweise aber auch berufsständisch erfolgen (z. B. Akzentuierung auf medikamentöse Therapie durch MedizinerInnen, auf Psychotherapie durch PsychologInnen). Im Bereich der psychischen Störungen, die in diesem Lehrbuch im Vordergrund stehen, ist nach den Grundprinzipien der Gesundheitsversorgung (s. Kap. 19/Gesundheitsversorgung) ein komplexes Interventionsangebot vorzusehen, das neben der klinisch-psychologischen Intervention die medizinische Intervention, aber auch sozialarbeiterische Intervention etc. beinhaltet. Für Interventionskombinationen bzw. Interventionsalternativen sind bei psychischen Störungen vor allem die Psychopharmaka von Bedeutung (s. Kap. 24/ Psychopharmakotherapie).

Werden Interventionen miteinander *kombiniert*, so können daraus – wie z. B. bei der Kombination von klinisch-psychologischer Intervention und Psychopharmakotherapie – folgende Effekte resultieren (s. Klerman et al., 1994):

- *Kein Kombinationseffekt*: die einzelnen Interventionen sind genau gleich wirksam wie die Kombination der Einzelinterventionen.
- *Positiver Kombinationseffekt*: die Kombination der Einzelinterventionen ist wirksamer als jede einzelne Intervention; der Kombinationseffekt kann dabei a) die Summe der einzelnen Effekte (additiver Effekt), b) weniger als die Summe,

aber mehr als der stärkste Einzeleffekt oder c) mehr als die Summe der Einzeleffekte (potenzierender Effekt) ausmachen.

- *Negativer Kombinationseffekt*: die Kombination der Einzelinterventionen ist weniger wirksam als jede einzelne Intervention.

Welche Variante gültig ist, ist eine Frage der Empirie, wobei z. B. nach Therapieende die Ergebnisse anders aussehen können als nach einer Katamnesenzeit. Zusätzlich ist zu sehen, daß einzelne Interventionen unterschiedliche Zielbereiche haben können, so daß die Frage nach einer Kombinationsbehandlung je nach Zielbereich unterschiedlich ausfallen kann.

2.8. Klinisch-psychologische Intervention und Beratung

Im Gesundheitswesen finden wir u. a. auch die *Beratung (counselling)* als weiteres Angebot (z. B. genetische Beratung, Schwangerschaftsberatung, Erziehungsberatung; Barker, Pistrang & Elliott, 1994; Dietrich, 1991; Heil & Scheller, 1981; Woolfe & Dryden, 1996). Seit längerer Zeit gibt es – nicht nur im Gesundheitswesen (z. B. Berufsberatung, Schulberatung) – Beraterberufe, die teilweise auch von psychologischen BeraterInnen wahrgenommen werden (vgl. Counselling Psychology in der American Psychological Association etc.). Insbesondere in der Gesundheitsversorgung stellt sich die Frage der Abgrenzung von Beratung zu klinisch-psychologischen Interventionsformen (vor allem zur Psychotherapie). Dazu werden unterschiedliche Positionen vertreten (s. auch Gössweiner, Peterzell, Schattovits, Sluneko, Voracek & Widhalm, 1997): Beratung und Psychotherapie sind nicht eindeutig voneinander trennbar; Psychotherapie ist eine Teilmenge von Beratung; Beratung und Psychotherapie sind überlappende Konzepte, wobei der Überlappungsbereich zum Teil als groß angesehen wird. Aufgrund der in Abschnitt 2 angeführten Systematik kann man Beratung durch folgende Merkmale – zwar nicht exakt, aber dennoch akzentuierend – wie folgt umschreiben:

- *Merkmal Mittel (1)*: Der Ansatzpunkt ist auch im Erleben und Verhalten, doch steht bei den

psychologischen Mitteln die *Informationsvermittlung* für Ratsuchende im Vordergrund.

- **Merkmal Interventionsfunktion (2):** Beratung erfolgt im Gesundheitswesen vor allem bezüglich Gesundheitsförderung und Prävention; zum Teil geht es aber auch um die Behandlungs- und Rehabilitationsfunktion.
- **Merkmal Zielorientierung (3):** Für ein umschriebenes Problem werden im Rahmen einer Beratung Lösungsalternativen erarbeitet, um als Ziel die Entscheidungs- oder allgemein die Handlungsgrundlage zu verbessern, wobei die Entscheidung bzw. die Veränderung selbst durch die Beratenen eigenständig und nicht mehr im Rahmen der Beratung zu vollziehen ist. Bei den meisten klinisch-psychologischen Interventionen (Training, Behandlung/Psychotherapie) und Therapie hilft der/die ExpertIn nicht nur die Handlungs- bzw. Entscheidungsgrundlage zu verbessern; zentraler Inhalt der Intervention ist auch die Umsetzung der intendierten Veränderungen, wobei – je nach theoretischer Orientierung in unterschiedlichem Ausmaß – der/die ExpertIn bei diesem Umsetzungsprozeß aktiv mithilft.

In den Merkmalen (4) bis (6) finden sich zwischen Beratung und klinisch-psychologischer Intervention keine Unterschiede. Vielfach werden Beratung und Psychotherapie nicht nur bezüglich der angesprochenen Merkmale, sondern auch bezüglich des zeitlichen Aufwandes unterschieden (Beratung: wenige Sitzungen, vielfach in der Größenordnung zwischen 1 bis 5 Terminen).

Zentrales Unterscheidungsmerkmal zwischen Beratung im engeren Sinne und klinisch-psychologischer Intervention ist unseres Erachtens der Stellenwert des Veränderungsprozesses: im Beratungskonzept folgt dieser Prozeß nach der Beratung ohne Begleitung durch den/die ExpertIn, während beim Interventionskonzept der Veränderungsprozeß selbst zentrales Thema ist und von den ExpertInnen begleitet wird. In der Praxis finden wir häufig – zum Teil sehr starke – Überschneidungen zwischen Beratung und klinisch-psychologischer Intervention, indem in den Beratungen auch Interventionen vorgenommen werden; aus technischen Gründen (Berufszulassung, Finanzierung etc.) wird

zum Teil in einzelnen Ländern eine administrative Differenzierung vorgenommen (z. B. Finanzierung von Beratungsstellen aus anderen Quellen als Psychotherapieambulanzen).

3. Ebenen der klinisch-psychologischen Intervention und ihre Verbindung zu den Interventionsfunktionen

Klinisch-psychologische Interventionen können sich – wie bereits in Kapitel 1 (Grundbegriffe – Einleitung) dargelegt – auf verschiedene Komplexitätsebenen beziehen. Wir unterscheiden folgende drei Interventionsebenen:

- (1) Ebene der psychischen Funktionen (Wahrnehmung, Gedächtnis, Lernen usw.) bzw. Störungen der Funktionen.
- (2) Ebene der Funktionsmuster bzw. Störungen von Funktionsmustern (repräsentiert durch Syndrome und Diagnosen).
- (3) Ebene der interpersonellen Systeme (Dyade, Familie, Schule, Betrieb usw.) bzw. Störungen von interpersonellen Systemen.

Es werden also die intrapersonelle und die interpersonelle Ebene in unterschiedlichen Komplexitätsgraden erfaßt. In Kombination mit den in Abschnitt 2.2 angesprochenen Interventionsfunktionen ergibt sich eine Matrix Interventionsfunktionen/Interventionsebenen (vgl. Abb. 2).

Auf der Ebene der *psychischen Funktionen* sind z. B. präventive Gedächtnistrainings für betagte Personen, oder psychologische Interventionsprogramme für Behebung von Lese-Rechtschreibstörungen einzuordnen. Durch derartige Interventionen wird nicht zwingend eine umfassende Reorganisation der Persönlichkeit angestrebt. Auf der *Ebene von Funktionsmustern* soll dagegen ein Syndrom von Funktionen koordiniert beeinflußt werden. Eine Person mit depressiver Störung soll z. B. auf kognitiver Ebene lernen, Fehler der Informationsverarbeitung zu korrigieren; gleichzeitig wird die Realisierung bestimmter Aktivitäten angestrebt usw. Interventionen auf der *interpersonellen Systemebene* intendieren Veränderungen von Dyaden oder größeren Gruppen.

Interventions- ebene	Psychische Funktionen	Funktionsmuster	Interpersonelle Systeme
Funktionen			
Entfaltungsfunktion Gesundheitsförderung	Problemlösetraining	Selbsterfahrung	Kommunikationstraining im Betrieb
Prävention	Gedächtnistraining für gesunde ältere Personen	Training zur Streßverarbeitung	Elterntaining für junge Paare
Behandlung/Therapie (u. a. Psychotherapie)	Behandlung von Schlafstörungen	Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen	Familientherapie bei Tochter mit Anorexie
Rehabilitation	Gedächtnistraining nach Hirnverletzung	Behandlungsprogramm bei chronischem Alkoholismus	Familientherapie zur Rückfallprophylaxe schizophrener Patienten

Abbildung 2: Funktions-Interventionsebenen-Matrix mit Beispielen

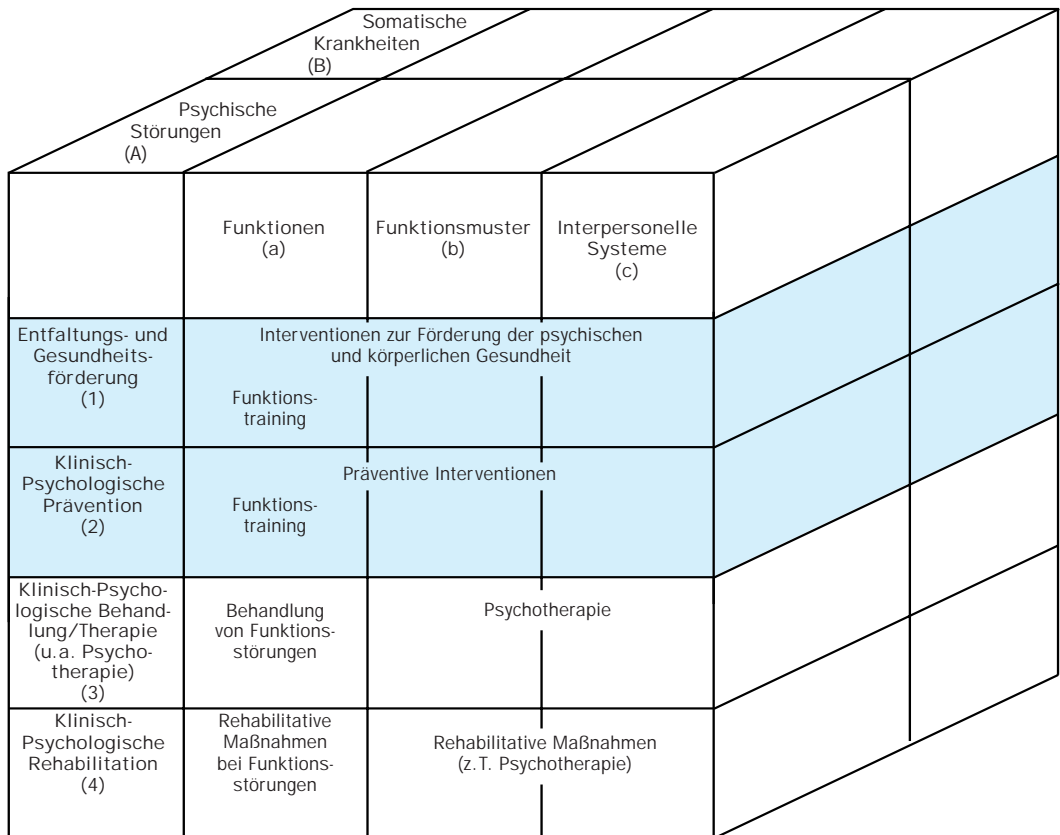


Abbildung 3: Systematik der klinisch-psychologischen Interventionsmethoden (Bereich Gesundheitspsychologie blau unterlegt)

Wenn bei der dargestellten Systematik noch die *Dimension* «psychisch vs. somatisch» einbezogen wird, so ergibt sich eine dreidimensionale Matrix (s. Abb. 3).

Die Unterscheidung in psychisch/somatisch weist auf unterschiedliche Arbeitsfelder hin, in denen einerseits mehr psychische Störungen, andererseits mehr somatische Krankheiten/Störungen im Vordergrund stehen. Die Problematik dieser Unterscheidung wurde bereits in Kapitel 1 (Grundbegriffe – Einleitung) dargelegt und darauf hingewiesen, daß die beiden Begriffe unterschiedliche Versorgungsnetze charakterisieren, so daß sie trotz aller Problematik auch hier verwendet werden. Die auf unterschiedlichen Datenebenen fokussierten Störungs- resp. Krankheitstypen implizieren also keine dualistische Interpretation der psycho-somatischen Einheit; vielmehr sind sie mit einem biopsychosozialen Modell vereinbar, das bei somatischen wie psychischen Störungen stets ein Zusammenspiel somatischer, psychischer wie sozialer Faktoren postuliert. Die klinisch-psychologischen Interventionen optimieren die Möglichkeiten der Beeinflussung des Organismus über den Zugang des Erlebens und Verhaltens.

Die Interventionsbereiche A1 (a–c), A2 (a–c), B1 (a–c), B2 (a–c) repräsentieren die genuinen Interventionsbereiche der *Gesundheitspsychologie* («health psychology»), die die Förderung und Erhaltung der psychischen und körperlichen Gesundheit sowie die Prävention von psychischen Störungen und somatischen Krankheiten beinhaltet (vgl. Becker, 1997; Schwenkmezger & Schmidt, 1994). Wir halten es für sinnvoll, den Begriff der Gesundheitspsychologie in einem umfassenden Sinn – wie Gesundheit auch von der WHO definiert wird – für jenen Teilbereich der Klinischen Psychologie zu reservieren, der sich mit der Erhaltung und Förderung der Gesundheit befaßt. Als Beispiel seien Interventionen zur Veränderung des Lebensstils (z. B. der Streßverarbeitung) zum Zwecke der Vorbeugung von koronaren Erkrankungen (B1b/B2b) oder präventive Interventionen (Medienkampagne STOP AIDS; s. auch Kap. 21/Prävention) auf der Ebene einer Schule, Gemeinde etc. (B1c/B2c) genannt.

Die Interventionsbereiche B1 (a–c) bis B4 (a–c) werden vielfach unter dem Titel der *Verhaltensmedizin* diskutiert (vgl. Miltner, Birbaumer &

Gerber, 1986). Es handelt sich um Arbeitsfelder, in die insbesondere Klinische PsychologInnen ihre spezifische psychologische Kompetenz einbringen können. Verhaltensmedizin wird als ein interdisziplinäres Feld verstanden, das sich unter biopsychosozialer Perspektive mit der Ätiologie, Epidemiologie, Diagnostik, Prävention, Therapie und Rehabilitation von somatischer Gesundheit und Krankheit beschäftigt. Als Beispiele seien genannt: Interventionen bei Übergewicht, Rauchen, chronischen Schmerzen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Typ-A Verhalten oder Interventionen zur Verbesserung der Lebensqualität von chronischen Krankheiten wie Krebs oder AIDS usw. (Blanchard, 1992).

Die Intervention in der Gesundheitspsychologie hat nach dieser Systematik eine gemeinsame Schnittmenge mit der Intervention der Verhaltensmedizin (B1, B2). Gleichgültig, ob die Intervention eine somatische Erkrankung oder eine psychische Störung bzw. deren Verhinderung zum Anlaß habe, in jedem Fall liegt der Ansatzpunkt der klinisch-psychologischen Intervention im Verhalten und Erleben.

Der Begriff *Psychotherapie* umfaßt in der Regel die klinisch-psychologische Behandlung/Therapie von gestörten Funktionsmustern (A3b) bzw. gestörten interpersonellen Systemen (A3c) bei psychischen Störungen; zum Teil bezieht sich der Begriff Psychotherapie auch auf die Behandlung/Therapie im Hinblick auf somatische Krankheiten (B3b, B3c). Mitunter wird der Begriff Psychotherapie auch für Interventionen im Sinne der klinisch-psychologischen Rehabilitation verwendet.

Eine definitive und exakte Abgrenzung der verschiedenen, sich neu entwickelnden Schwerpunkte ist nicht möglich, da sich die fachlichen Entwicklungen in einem dynamischen Prozeß der Differenzierung befinden. Wir verstehen die Klinische Psychologie als die Disziplin, aus der diese Spezialisierungen hervorgehen und die den größeren Rahmen für die fachliche Differenzierung bildet.

4. Struktur der Interventionskapitel

Bei der Darstellung der klinisch-psychologischen Interventionsmethoden stehen in die-

sem Lehrbuch die klinisch-psychologische Behandlung/Therapie gestörter psychischer Funktionen und die Psychotherapie gestörter Funktionsmuster und gestörter interpersoneller Systeme im Vordergrund; die Gesundheitsförderung und Prävention einerseits und Rehabilitation andererseits werden nur überblicksartig dargestellt. Diese Bereiche haben sich so ausdifferenziert, daß sie nicht mehr im gleichen Auflösungsgrad wie die Behandlung/Therapie/ Psychotherapie in einem Band abgehandelt werden können. Grundkonzepte der Behandlung/Therapie sind aber auch für die Prävention und Rehabilitation von Bedeutung. Eine weitere Eingrenzung erfolgt im Hinblick auf psychische Störungen. Prävention, Behandlung/ Therapie und Rehabilitation von somatischen Krankheiten mittels psychologischer Methoden (vgl. Gesundheitspsychologie und Verhaltensmedizin) kann – wie bereits erwähnt – nicht dargestellt werden (s. Kap. 1/Grundbegriffe – Einleitung).

Klinisch-psychologische Interventionen werden in diesem Lehrbuch – dem allgemeinen Konzept folgend – störungsübergreifend und störungsbezogen dargestellt. Im *störungsübergreifenden* Teil V folgen nach dem vorliegenden Kapitel 18 (Systematik der Intervention) im Kapitel 19 Ausführungen zur *Gesundheitsversorgung*. Intervention wird dabei aus der Makroperspektive betrachtet; es werden die historischen, soziologischen und institutionellen Einbettungen der präventiven, psychotherapeutischen und rehabilitativen Intervention behandelt. Anschließend wird die *Methodik der klinisch-psychologischen Interventionsforschung* (Kap. 20) erörtert. Die Kapitel 21, 22 und 23 sind der *Prävention, Psychotherapie und Rehabilitation* gewidmet. Ein eigenes Kapitel ist für die *Psychopharmakotherapie* (Kap. 24) vorgesehen, da Klinische PsychologInnen über Grundkenntnisse in diesem Gebiet verfügen müssen, auch wenn sie selber Psychopharmaka nicht verschreiben dürfen.

Die Darstellung der theoretischen Ansätze (psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch, gesprächstherapeutisch orientierte Psychotherapie, Paar- und Familientherapie) werden methodenorientiert nach einer einheitlichen Systematik dargestellt; die Begründung für die Auswahl der Interventionsformen findet sich in Kapitel 22/1 (Systematik der Psychotherapie).

Im *störungsspezifischen Teil* des Lehrbuches (Teil B: VI bis VIII) werden für die Störungen bei den einzelnen psychischen Funktionen, Funktionsmustern und interpersonellen Systemen die jeweiligen Interventionen vorgestellt. Dadurch wird ersichtlich, daß der Begriff der klinisch-psychologischen Intervention einen komplexen Interventionsbegriff impliziert, der weit über den Psychotherapiebegriff hinausgeht.

5. Literatur

- Argyle, M. (1987). Rule for relationships in four cultures. *Australian Journal of Psychology*, 38, 309–318.
- Badura, B. & Lehrmann, H. (1988). Sozialpolitische Rahmenbedingungen, Ziele und Wirkungen von Rehabilitation. In U. Koch, G. Lucius-Hoene & R. Stegic (Hrsg.), *Handbuch der Rehabilitationspsychologie* (S. 58–73). Hamburg: Springer.
- Barker, Ch., Pistrang, N. & Elliott, R. (1994). *Research methods in clinical and counselling psychology*. New York: Wiley.
- Baumann, U. (1996). Wissenschaftliche Psychotherapie auf der Basis der wissenschaftlichen Psychologie. *Report Psychologie*, 21, 686–689.
- Becker, P. (1997). *Psychologie der seelischen Gesundheit* (Bd. 1, 2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Blanchard, E. B. (1992). Introduction to the special issue on behavioral medicine: An update for the 1990s. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 491–492.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Dietrich, G. (1991). *Allgemeine Beratungspsychologie: eine Einführung in die psychologische Theorie und Praxis der Beratung*. Göttingen: Hogrefe.
- Ernst, C. (1989). Der Exorzismus. In G. Condrau (Hrsg.), *Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. XV, Transzendenz, Imagination und Kreativität* (S. 717–725). Zürich: Kindler.
- Gössweiner, V., Peternell, A., Schattovits, H., Sluneco, Th., Voracek, M & Widhalm, R. (1997). *Beratung – Psychotherapie*. Reihe des Familienministeriums, Wien.
- Grawe, K. (1997). «Moderne» Verhaltenstherapie oder Allgemeine Psychotherapie? *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 2, 137–159.
- Greif, S. (1976). *Diskussionstraining*. Salzburg: Otto Müller.
- Hager, W., Elsner, B. & Hübner, S. (1995). Metaevaluation der Evaluation von einigen kognitiven Trainings. In W. Hager (Hrsg.), *Programme zur Förderung des Denkens bei Kindern. Konstruktion, Evaluation und Metaevaluation* (S. 257–291). Göttingen: Hogrefe.
- Heil, F.E. & Scheller, R. (1981). Entwicklungsmöglichkeiten der gegenwärtigen Beratungspraxis. In U. Baumann, H. Berbalk & G. Seidenstücker (Hrsg.), *Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis* (Bd. 4, S. 180–208). Bern: Hans Huber.
- Huber, W. (1991). *Psychologische Hilfe und Therapie. Was man wissen sollte, wenn man Hilfe braucht*. Bern: Hans Huber.

- Ingenkamp, F.D. (1979). *Zielerreichendes Lernen, mastery learning: Grundlagen, Forschungsbericht, Praxis*. Ravensburg: Ravensburger Buchverlag Otto Maier.
- Klauer, K.J. (1989). *Denktraining für Kinder. I. Ein Programm zur intellektuellen Förderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Kleinbeck, U. & Schmidt, K.-H. (1990). The translation of work motivation into performance. In U. Kleinbeck, H.-H. Quast, H. Thierry & H. Häcker (Eds.), *Work motivation* (pp. 27–39). London: Erlbaum.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Markowitz, J., Glick, I., Wilner, Ph.J., Mason, B. & Shear, M.K. (1994). Medication and psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 734–782). New York: Wiley.
- Miltner, W., Birbaumer, N. & Gerber, W.D. (Hrsg.). (1986). *Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer.
- Moritz, C.P. (1783). *Gnothi sauton oder Magazin zur Erfahrungseelenkunde*. Berlin: August Mylius.
- Perrez, M. (1976). Zum Problem der Relevanzforderungen in der Klinischen Psychologie am Beispiel der Therapieziele. In A. Iseler & M. Perrez (Hrsg.), *Relevanz der Psychologie* (S. 139–154). München: Reinhardt.
- Schwenkmezger, P. & Schmidt, L.R. (1994). Gesundheitspsychologie: Alter Wein in neuen Schläuchen? In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 1–8). Stuttgart: Enke.
- Strotzka, H. (Hrsg.). (1975). *Psychologie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Woolfe, R. & Dryden, W. (Eds.). (1996). *Handbook of counselling psychology*. London: Sage.



Psychotherapie: Setting Einzeltherapie