

Klinische Psychologie

Die **Klinische Psychologie** gilt als Teildisziplin der Psychologie, die biologische, soziale, entwicklungs- und verhaltensbezogene sowie kognitive und emotionale Grundlagen psychischer Störungen, sowie Auswirkungen dieser Störungen und anderer Erkrankungen (z.B. neurologische Störungen, Krebs, chronische Herzleiden uvm.) auf das Erleben und Verhalten wissenschaftlich untersucht. Ursprünglich handelte es sich um die psychologischen Methoden der Diagnostik und Therapie, soweit sie im Rahmen der Klinik bzw. der Krankenhausbehandlung anwendbar sind – um die Arbeit von Diplom-Psychologen in Kliniken und auch heilpädagogischen Einrichtungen.

Kurze Begriffsdefinition:

Psychologe → Person mit abgeschlossenem Diplom/Bachelor/Master-Studium im Fall Psychologie.

Klinischer Psychologe → Psychologe, der im Studium eine Prüfung im Fach „Klinische Psychologie“ abgelegt hat und deshalb das Recht besitzt sich zum Therapeuten weiterbilden zu lassen.

Klinisch tätiger Psychologe → In der Regel ein klinischer Psychologe, der in einem Krankenhaus arbeitet. Er darf Behandlungen im Krankenhaus durchführen!

Psychotherapeut in Ausbildung (PiA) → Klinisch tätiger Psychologe, der sich zur Zeit der Weiterbildung zum Psychotherapeuten befindet. Manchmal mit anderem Titel, wenn Zwischenprüfung bestanden.

Psychologischer Psychotherapeut → Psychologe mit abgeschlossener Approbation, „höchster Rang“.

Assistenzarzt in einer Psychiatrie → Absolvent eines Medizinstudiengangs mit dem Schwerpunkt Psychiatrie, ohne Facharztweiterbildung, in etwa mit dem PiA vergleichbar. Darf Medikamente verschreiben, das darf ein Psychologe, egal welchen „Ranges“ nicht und nie.

Facharzt für Psychiatrie → Psychiater mit Facharztausbildung.

Nur der Psychiater darf überhaupt Medikamente verabreichen und er wird das in der Regel auch tun. Es ist also mit einer entsprechenden Anwendung zu rechnen. Der Psychologe hat die Möglichkeit nicht, kann aber natürlich einen Arzt/Psychiater zwecks Medikierung hinzuziehen.

Zielt die Frage auf die „Therapeutische Schule“, also Psychoanalyse nach Freud, Kognitive Therapie nach Beck/Ellis, Hypnose, Schematherapie, Tiefenpsychologie etc... dann muss ich mit dem Satz „Unbeantwortet“ enttäuschen. Das kann sich nämlich der individuelle Therapeut selbst herausuchen und das ist abhängig davon, bei welchem Institut er seine Weiterbildung macht. Bad Dürkheimer beispielsweise haben von allen Richtungen ein bisschen intus, Angestellte der Felsenlandklinik bei Dahn verwenden erfahrungsgemäß Hypnoseverfahren usw..

Es gibt einen gewissen Konsens: Manche Krankheiten sind ohne Medikamente unbehandelbar: Schizophrenie z.B.. Andere sollten mit Medikamenten behandelt werden, etwa bipolare Störungen, und wieder andere sollten nicht mit Medikamenten behandelt werden, wie z.B. spezifische Ängste.

1. **RESILIENZ** (lateinisch: Resilire = Zurückspringen, Abprallen)

Für das Konzept der Resilienz (dt. Widerstandsfähigkeit) gibt es eine Vielzahl an Definitionen.

Mir scheint es am Wichtigsten zu sein:

1. Resistenz gegenüber einer negativen externen Einwirkung aufzubauen (Vorbeugung)
2. Kurzfristige Adaption
3. Entsprechende Vorteile aus den sich verändernden Bedingungen ökonomisch zu nutzen (Innovation)

2. SALUTOGENESE

(Gesundheitsentstehung, lateinisch: Salus = Gesundheit, Wohlbefinden. Genese = Geburt, Ursprung, Entstehung)

Bezeichnet ein Rahmenkonzept, das sich auf Faktoren und dynamische Wechselwirkungen bezieht, die zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit führen.

Einleitung

Das Konzept der Salutogenese wurde von Aaron Antonovsky in die Diskussion der Gesundheitswissenschaften und Gesundheitspolitik gebracht. Eine herausragende Frage des Konzeptes beschäftigt sich damit, warum Menschen unter Einwirkung stark belastender Situationen gesund bleiben?

Wie ist diese so einfache und doch bei näherem Auseinandersetzen so komplexe Frage entstanden? Aaron Antonovsky, 1923 in den USA geboren, emigrierte 1960 mit seiner Frau nach Israel. Als Medizinsoziologe arbeitete er in verschiedenen Forschungsprojekten mit, u.a. auch zu Untersuchungen zum Zusammenhang von Stressfaktoren und Gesundheit bzw. Krankheit (Bengel et al. 2001). Bei einer Untersuchung an Frauen über die Auswirkung der Wechseljahre wurden Frauen verschiedener ethnischer Gruppen der Geburtsjahrgänge 1914 – 1923 einbezogen. Ein Teil der Frauen war in Konzentrationslagern inhaftiert und gesundheitlich stärker belastet als andere Frauen. Aber 29% dieser betroffenen Frauen berichteten über eine relativ gute psychische Gesundheit. Das warf für Antonovsky die Frage auf, wie es diesen Frauen trotz dieser extremen belastenden Erfahrung im Konzentrationslager, der Situation, sich nach dem Krieg in einem fremden Land eine neue Existenz aufzubauen und wieder Kriege zu erleben gelang, gesund zu bleiben. Diese Erfahrung ist bestimmend für seine weitere Forschungsarbeit, er entwickelte das Konzept der Salutogenese. Aaron Antonovsky starb 1994 in Israel.

Sozialisationstheoretisches Gesundheitsmodell von Hurrelmann

Hier handelt es sich um ein Modell, welches verdeutlicht, dass die Entwicklung und Erhaltung von Gesundheit ein lebenslanger Prozess ist. Es geht um ein Zusammenwirken von Belastungen (Risiken) und der Bereitstellung personaler und sozialer Ressourcen. Reichen die Ressourcen zur Bewältigung nicht aus, entsteht u.a. Krankheit. Werden die Risiken erfolgreich abgewehrt, entsteht Gesundheit, bzw. bleibt diese erhalten. *„Der aktive Aspekt im Sinne einer Salutogenese wird vernachlässigt.“* (Gerber et al. 2002, S. 115)

Risikofaktorenmodell

Das in den fünfziger Jahren entwickelte Modell schätzt die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten bestimmter Erkrankungen, wenn bestimmte Risikofaktoren vorliegen. Diese Risikofaktoren können beispielsweise Stresssituationen, genetische Disposition oder gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie rauchen und fettreiches Essen sein. Ein wichtiger Faktor liegt hier in der Prävention, bspw. Verhaltensänderungen (Verzicht auf Tabakkonsum oder fettreiches Essen), um Krankheit abzuwenden. Dieses für die Erforschung von Krankheiten wichtige Modell hat seine Grenzen durch die pathogenetische Sichtweise.

Feldenkrais-Methode

Die Feldenkrais-Methode ist nach ihrem Begründer Moshé Feldenkrais (1904 – 1984) benannt. Ihrem Selbstverständnis nach orientiert sie sich am Prinzip des so genannten *organischen Lernens*, eines somatischen Bewegungslernens und ist damit im Feld der Körpertherapien angesiedelt. Die Feldenkrais-Methode differenziert sich in zwei eng miteinander in Verbindung stehende, jedoch unabhängig voneinander praktizierbare Techniken namens *Bewusstsein durch Bewegung* und *Funktionale Integration*. Während es sich bei der erstgenannten um einen vorrangig verbal angeleiteten Gruppenunterricht handelt, liegt der Fokus der funktionalen Integration auf der nonverbalen, vorwiegend körperlichen Interaktion im Rahmen einer Einzelarbeit zwischen LehrerIn und SchülerIn.

Methode

Die Methode basiert auf Judo, auf der künstlerischen Körperschulung der 1920er Jahre sowie auf Erkenntnissen der manuellen Medizin. Im Mittelpunkt der Methode stehen Bewegungsmuster, die den Lebensalltag eines Menschen prägen, und die Möglichkeiten, diese angemessen zu variieren. Sie möchte den Menschen befähigen, über die Wahrnehmung von Bewegungsabläufen sein Bewusstsein zu erweitern und größere physische Differenziertheit zu erlangen. Nachteilige Bewegungsmuster sollen gelöst und neue Bewegungsalternativen aufgezeigt werden. Auf diese Weise kann er schließlich besser erkennen und verstehen, wie er sich selbst wahrnimmt und im täglichen Leben organisiert. Beschwerden werden zu entsprechenden Bewegungsmustern zurückverfolgt und Defizite möglichst durch andere, neu erkannte Bewegungsmöglichkeiten überbrückt. Indem sich der Lernende über das eigene Tun bewusst wird, entsteht neue Beweglichkeit für Körper und Geist.

Die Methode findet insbesondere zur Wiedererlangung der vollen Mobilität nach Verletzungen in der Rehabilitation und beim Abbau von fehlerhaften bedingten Schmerzen Anwendung.