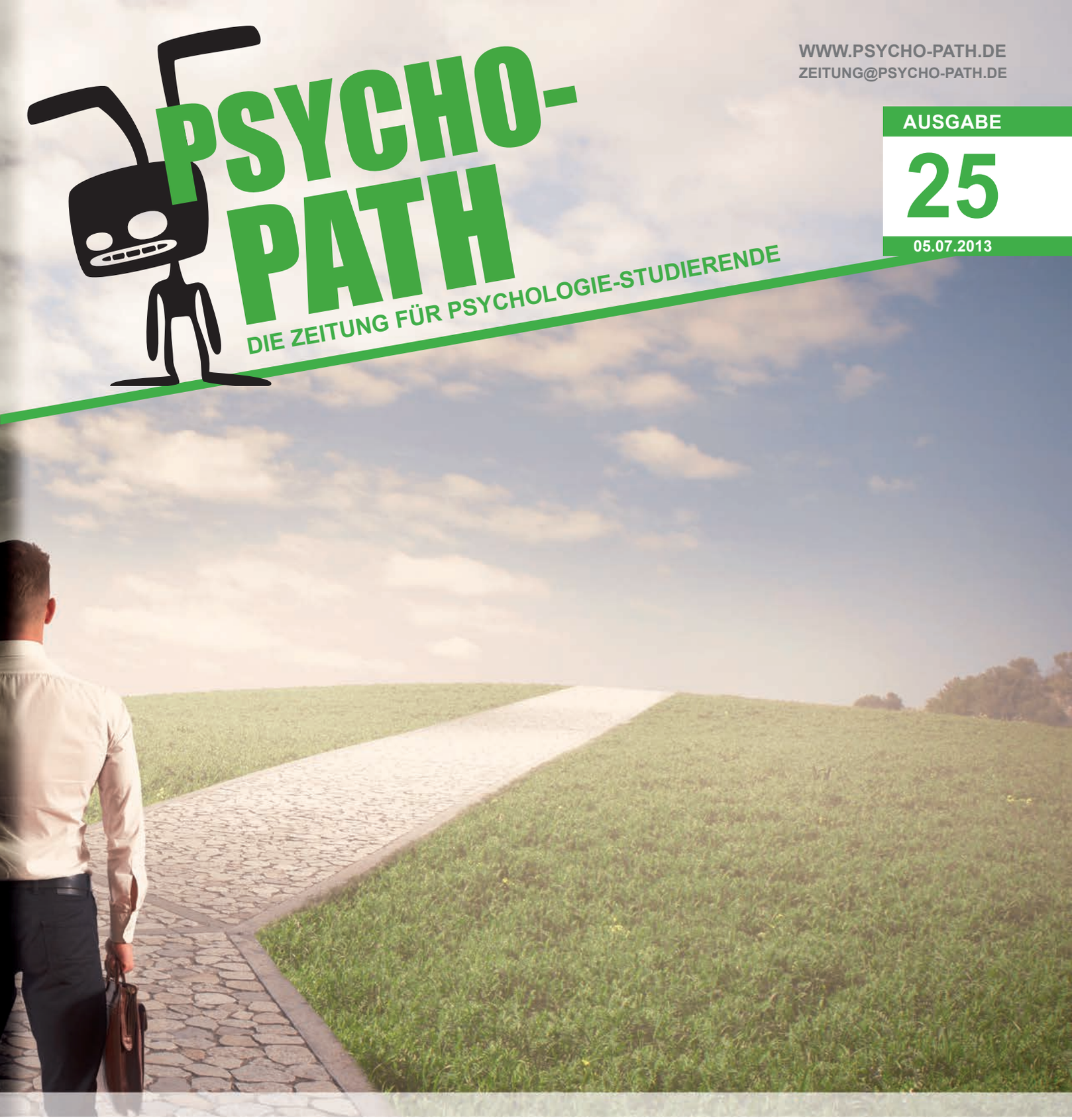
WWW.PSYCHO-PATH.DE
ZEITUNG@PSYCHO-PATH.DE

PSYCHO-PATH

DIE ZEITUNG FÜR PSYCHOLOGIE-STUDIERENDE

AUSGABE
25
05.07.2013



LICHT

& SCHATTEN DER PSYCHATRIE

PSYCHIATRIE -
ist (noch) weniger Einsatz an Ressourcen wirklich mehr?

WIE KOMMT MAN DENN AUF SO WAS?
Seltsame Experimente und Befunde in der Psychologie und artverwandten Wissenschaften

PROMOVIEREN ODER NICHT PROMOVIEREN
Ein sokratischer Monolog

mehr_titel

"Ich streite die Existenz irgendeiner psychischen Krankheit ab" 3

Verantwortung und Psychotherapie 7

Cartoon 9

Psychiatrie - ist (noch) weniger Einsatz an Ressourcen wirklich mehr? 10

mehr_wissen

Wie kommt man denn auf sowas? 14

DSM-5 16

mehr_campus

Warum die 100%-Quote für Masterplätze in der Psychologie so wichtig ist 20

FSR-News Dresden und Leipzig 22

Auf der Couch von Prof. Li 24

Promovieren oder nicht Promovieren 27

mehr_perspektive

Schuster bleib bei deinen Leisten 28

mehr_unterhaltung

Rezensionen 29

Liebe Leserinnen und Leser,

hier kommt die legendäre und absolut erstmalige Buntausgabe des Psycho-Path! Da ihr uns nun auch über Farbfernsehen empfangen könnt, bieten wir euch in dieser Ausgabe ein extra brisantes Thema: Licht und Schatten der Psychiatrie. Wir alle kennen die Geschichten und Filme aus der „Anstalt", der „Klapse", dem „Irrenhaus". Von Komödie über Schauergeschichte ist hier alles dabei, der Wahrheitsgehalt bleibt jedoch häufig unergründlich. Welche Wege dorthin führen, erzählt uns der Leitartikel. Darüber hinaus beleuchtet er ein neues Mittel, dass gegen psychiatrische Zwangsmaßnahmen wirken soll: eine Patientenverfügung. Licht und Schatten in der Psychotherapie beschreibt uns Astrid Becker in ihrem Artikel. Schließlich fragen wir uns: wie sieht es aus, wenn Psychiatrie auf immer weniger Ressourcen basieren muss und wie in diesem Zusammenhang noch gute Arbeit geleistet werden soll. Darüber hinaus bieten wir euch wie immer allerlei spannende Artikel über das Leben, die Psychologie und das Studium. Genießt mit uns den farbenfrohen Sommer!

Eure Redaktion

ACHTUNG! Für unsere neue Buntheit suchen wir immer wieder Fotografen, welche ihr Können und ihre Ideen mit uns und allen Psychologiestudierenden in Dresden, Chemnitz, Leipzig und Potsdam teilen wollen.
Darüber hinaus werden aufgrund des demographischen Wandels die „jungen" Vereinsmitglieder und Redakteure knapp: Falls ihr also Lust habt, an der Zeitung oder unseren anderen Veranstaltungen mitzuwirken, dann schaut bei uns vorbei: **www.psycho-path.de** oder meldet euch: **zeitung@psycho-path.de**.

Impressum

Internet: www.psycho-path.de • **E-Mail:** zeitung@psycho-path.de

Redaktion Dresden:
Astrid Becker, Peter Beiling, Jana Grosenick, Robert Gründler, Christian Engelschalt, Philippe Jawinski, Annka Jünger, Alexandra Klingebiel, Johanna Petzoldt, Johannes Schulz, Roland Schulz, Maria Schulze, Anita Schrader

Redaktion Leipzig:
Robert Lillig, Christian Remke, Anika Weinsdörfer, Rosa Berktold

Redaktion Potsdam:
Vielleicht bald Du? Melde dich, wenn Du in Potsdam kreativ werden möchtest! zeitung@psycho-path.de

Redaktion Chemnitz:
Niko Büechl

Druck:
Osirisdruck
Karl-Heine-Straße 99, 04229 Leipzig

Forum und Internet:
Robert Gründler

Finanzen:
Alexandra Klingebiel

Layout:
Jana Grosenick

Organisation:
Alexandra Klingebiel, Johanna Petzoldt

Personal und Image:
Johanna Petzoldt

V.i.S.d.P.:
Philippe Jawinski

Titelbild:
alphaspirit

Auflage:
1500 Exemplare, davon
- 200 in Chemnitz,
- 100 in Potsdam,
- 750 in Dresden,
- 350 in Leipzig und
- 100 in Köln

Herausgeber und Redaktionsanschrift:

Psycho-Path e.V.
c/o Robert Gründler
Otto-Dix-Ring 47
01219 Dresden

Tel: 0351 - 274991-80
Fax: 0351 - 274991-90

„Ich streite die Existenz irgendeiner psychischen Krankheit ab“

von Rosa Berktold & Johanna Petzoldt

Seit Januar 2012 wird für eine Patientenverfügung geworben, die es Ärzten und Psychiatern untersagt, jedwede psychiatrische Diagnostik oder Behandlung am Patienten durchzuführen. Die Patientenverfügung soll vor psychiatrischer Willkür und Entmündigung schützen und räumt Betroffenen ein, selbst zu entscheiden, ob sie psychisch krank sind oder nicht.

„Ich lief, es war Sommer, nackt auf die Straße zu den Schrebergärten hoch. Es ist egal warum ich das tat. Ich tat es. Passanten riefen die Polizei, und ich landete das erste Mal in meinem Leben auf der Geschlossenen. Ich wollte heim, bestand darauf, wurde sauer, und schlug in meiner Verzweiflung mit der flachen Hand auf die Wand gleich neben mir, ich war eingesperrt, ich wollte das nicht. (…) es stürzten aus dem Schwesterzimmer insgesamt 5 Leute auf mich drauf und fixierten mich, es gab auch eine Spritze, danach ist Dämmerzustand, aber ich weiß das ich halb nackt lag, nur einen Kittel über, der stellenweise wegrutschte, so dass Bauch und Brüste frei lagen, zeitweise war mein Bett auf den Flur, wo noch andere Fixierte waren.“

„Er, Anfang 30, hyper-intelligent leidet seit seinem 8 Lebensjahr unter Psychosen. Bekam starke Medikamente. Betäubte sich gern mal mit Alkohol und „leichten“ Drogen (er war kein Alkoholiker, hat durchaus wochenlang nichts getrunken). Vor ca. 8 Jahren hat seine Mutter ihn zwangseinweisen lassen, weil sie Angst hatte, er würde sich etwas antun. Sie wollte ihn schützen. Dies hat er ihr nie verziehen! Die Psychosen wurden schlimmer und schlimmer. Seine Ärztin sah nur noch die Möglichkeit einer weiteren Einweisung. Er lehnte kategorisch ab und nahm sich das Leben. Ein Leben in einer geschlossenen Anstalt kam für ihn nicht in Frage. Gab es ein richtig oder falsch?“

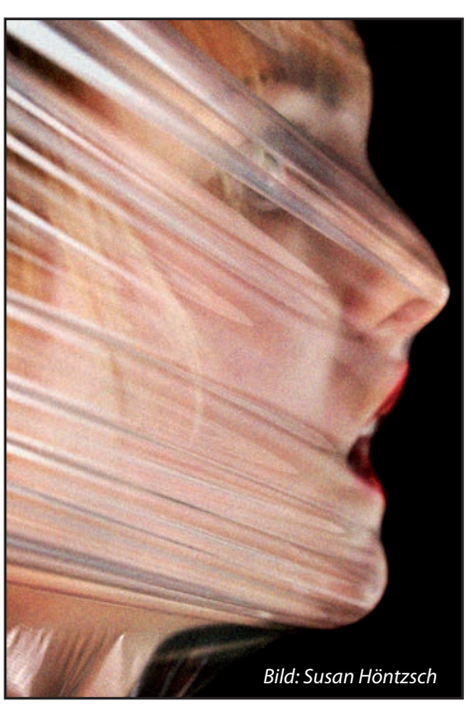


Bild: Susan Höntzsch

„Letztendlich ist meine Mutter an ihrer Angst gestorben. Sie hat sich selber geschadet ohne Ende. Ihre Hausärztin hat sie völlig verwahrlost und unterernährt in der Wohnung gefunden und ins Krankenhaus eingeliefert. Dort hatte sie eine Panikattacke und musste sich übergeben. Das Erbrochene lief zurück in den Magen, hat die Lunge zerfressen, die Nieren haben versagt... Im Nachhinein mache ich mir riesige Vorwürfe, dass ich mich so von ihr distanziert habe! Wäre sie behandelt worden, hätte sie nicht sterben müssen! Das hat nichts mit Akzeptanz zu tun. Sie wollte mit Sicherheit nicht so „leben“. Eine Therapie macht natürlich wenig Sinn, wenn der Betroffene nicht selber will! Aber das ist ja das Schlimme an solchen Krankheiten, die Betroffenen kriegen’s nicht auf die Kappe, dass sie Hilfe brauchen!“

Betroffene erzählen in Internetdiskussionen von ihren Erfahrungen mit psychiatrischem Zwang. Selten wird ein Thema so kontrovers und so emotional diskutiert wie dieses. Im Konflikt gegenüber stehen im weitesten Sinne Betroffene und Psychiater. Die Lösung soll nun eine Patientenverfügung sein. Vielleicht eine zu einfache Lösung für ein zu komplexes Problem?

Was ist psychiatrischer Zwang?

Psychiatrischer Zwang beinhaltet die Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung und die psychiatrische Behandlung gegen den Willen oder ohne ausdrückliches Einverständnis des Betroffenen. Zwangspsychiatrische Maßnahmen werden begründet und gesetzlich festgeschrieben in den Psychisch Kranken Gesetzen (PsychKG). Die rechtliche Grundlage hierfür ist Ländersache, sodass jedes Bundesland über ein eigenes Gesetz verfügt (in Sachsen greift also das Sächsische Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten - SächsPsychKG). Die Kriterien für eine oben beschriebene Zwangsunterbringung sind in allen PsychKG eine angenommene Selbst- und/ oder Fremdgefährdung (z.B. im Rahmen einer psychotischen oder affektiven Störung). Um eine „erheblichen Störung der Sicherheit oder Ordnung des Krankenhauses“ (§31, SächsPsychKG) zu beseitigen oder zu vermeiden, sind außerdem folgende Zwangsmittel zulässig: (1.) der Entzug oder das Vorenthalten von Gegenständen, (2.) die Beobachtung bei Nacht, (3.) die Absonderung von anderen Patienten, (4.) der Entzug oder die Beschränkung des Aufenthalts im Freien, (5.) die Unterbringung in einem besonders gesicherten Unterbringungsraum ohne gefährdende Gegenstände und (6.) die Fesselung. Die medikamentöse Sedierung wird interessanterweise nicht explizit aufgeführt (obwohl zweifelsohne eingesetzt).
Im Jahr 2011 liefen 78.147 Zwangsunterbringungsverfahren nach PsychKG. 1992, als das PsychKG eingeführt wurde, gab es lediglich 52.191 Verfahren. Diesen Anstieg sehen einige als Indiz für die wachsende Bereitschaft von Ärzten und Psychiatern, Zwangsmaßnahmen einzuleiten. Andere hingegen argumentieren, dass stark verkürzte Behandlungszeiträume zu gehäuften Wiederaufnahmen führen und daher die Zahlen steigen. Gleichzeitig gibt es erhebliche regionale Unterschiede in den Zahlen: während in Brandenburg im Jahr 2011 insgesamt 664 Unterbringungsverfahren nach PsychKG liefen, waren es in Nordrhein-Westfahlen 22.685 (in Sachsen waren es übrigens 899).

Zwangspsychiatrie kontra Menschenrechte

Zwangspsychiatrische Maßnahmen werden insbesondere mit Blick auf die Menschenwürde und Menschenrechte angeprangert. Im PsychKG wird darauf hingewiesen, dass die „Würde des Patienten“ nicht verletzt werden darf, dennoch werden Patienten wie im o.g. Beispiel gewaltsam auf dem Krankenhausflur fixiert und sediert. Die Durchführung zwangspsychiatrischer Maßnahmen geht in

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Die Patientenverfügung
Fortsetzung von Seite 3

der Tat nicht selten mit einer Einschränkung der Grund- und Menschenrechte einher, wenn beispielsweise Betroffene in ihrer Bewegungsfreiheit begrenzt werden, ihre Post gelesen wird oder ihr persönliches Eigentum durch Dritte verwaltet wird. Manche gehen sogar soweit, dass Zwangspsychiatrie mit Folter gleichzusetzen sei, da die Handlungen Schmerzen verursachten. Strittig ist jedoch, ob zwangspsychiatrische Maßnahmen ebenso wie Folter zum Erzwingen eines Geständnisses dienen. Die Antifolterkommission besuchte daher im Jahr 2005 neben verschiedenen Haftanstalten auch zwei psychiatrische Einrichtungen: In beiden Einrichtungen wurden Patienten im Blickfeld ihrer Mitpatienten fixiert, in einer standen die Betten dabei bis zu 12 Stunden auf dem Flur. Das Beispiel von oben scheint also kein bedauerlicher Einzelfall zu sein.

Die PatVerfü® - eine Lösung?

Der Widerspruch zwischen Menschenrechten und PsychKG warf immer wieder die Frage auf, ob diese Gesetze zu ändern seien. Da blieb der Gesetzgeber jedoch bislang hart: trotz Ratifizierung der UN-Behindertenkonvention vom 04.12.2008 im deutschen Bundestag, blieben die psychiatrischen Zwangsgesetze bestehen. Ein anderes Schlupfloch wurde jedoch eröffnet: die Möglichkeit einer Patientenverfügung des Typs PatVerfü®.
Die Inhalte einer solchen PatVerfü® können in dem kostenpflichtigen Handbuch „PatVerfü® Geisteskrank? Ihre Entscheidung: Die schlaue Patientenverfügung für ein selbstbestimmtes Leben ohne Zwangspsychiatrie“ nachvollzogen werden (Kosten ca. 3 €). In diesem werden ausführlich die Hintergründe dargestellt und – nun ja – diskutiert. Leider in einer fast schon reißerischen Sprache, die so manches Gemüt erhitzen dürfte (eine psychische Krankheit wird „angehängt“, der Psychiater als „sogenannter Experte“, der psychiatrische „Willkür-Diagnosen“ „erfindet“ und eine „angebliche Heilbehandlung“ erzwingt). An dieser Stelle kommt man als Psychologe nicht umhin in eine Rechtfertigungsposition zu verrutschen und übersieht dabei möglicherweise die relevanten und berechtigten Inhalte des Handbuchs: die gesetzlichen Formulierungen lassen den „psychiatrischen GutachterInnen einen maximalen Spielraum“, einen „Gegenbeweis für deren Beurteilungen zu erbringen, ist den Betroffenen […] nahezu unmöglich“, die Gründe für eine Unterbringung sind „äußerst weitläufig interpretierbar“. Andererseits sind einige der Schlussfolgerungen stark übertrieben: Nicht jede Zwangseinweisung mündet in der „Vergabe von Psychopharmaka […] aufgezwungenen Beschäftigungsprogramm und Elektroschocks“. Auch folgen psychiatrische Diagnosen nicht der puren Willkür eines Einzelnen, sondern weltweit erarbeiteten Konsens-Entscheidungen und festgeschriebenen Kriterienkatalogen. Diese schützen nur leider nicht vor Fehlentscheidungen. Bislang gibt es keine Kontrollinstanz, die garantieren kann, dass jeder Psychiater (Psychologe, Richter,…) immer die korrekte Entscheidung fällt.

Patientenverfügung (gemäß § 1901 a BGB)

Da ich, […] die Existenz irgendeiner psychischen Krankheit abstreite, stattdessen den psychiatrischen Sprachgebrauch und psychiatrische Diagnosen für eine schwere Persönlichkeitsverletzung und Verleumdung, sowie die Gefangennahme in einer Psychiatrie für eine schwere Freiheitsberaubung und jede psychiatrische Zwangsbehandlung für Folter und schwerste Körperverletzung erachte, möchte ich gemäß dem § 1901 a BGB hiermit eine Vorausverfügung errichten, um mich vor einer solchen Diagnostizierung bzw. Verleumdung und deren Folgen zu schützen, indem ich verbiete, folgende medizinischen Maßnahmen an mir durchzuführen:

A) Unter keinen Umständen darf bei mir irgendeine psychiatrische Diagnose erstellt werden. Ich verbiete hiermit jedem psychiatrischen Facharzt oder Fachärztin, mich zu untersuchen, genauso wie ich jedem anderen approbierten Mediziner untersage, mich hinsichtlich irgendeines Verdachts einer angeblichen „psychischen Krankheit“ zu untersuchen. Allen Ärzten, die mich untersuchen wollen, untersage ich, den Versuch irgendeine der Diagnosen, die im International Statistical Classification of Diseases (aktuell ICD 10. Revision, German Modification) im Kapitel V mit den Bezeichnungen von F00 fortlaufend bis F99 als „Psychische und Verhaltensstörungen“ bezeichnet werden, zu stellen, und um jede mögliche Unklarheit zu beseitigen, führe ich diese noch genauer aus als:

- F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- F30-F39 Affektive Störungen
- F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F70-F79 Intelligenzstörung
- F80-F89 Entwicklungsstörungen
- F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
- jeweils mit allen weiteren Unterspezifizierungen und alle später vorgenommenen Modifizierungen dieses Kapitels des ICD.

B) Strikt untersage ich folgende Behandlungen:

- Behandlungen von einem psychiatrischen Facharzt oder dem sozialpsychiatrischen Dienst.
- Behandlung in einer psychiatrischen Station eines Krankenhauses oder einer Ambulanz oder einem sog. Krisendienst
- jede Einschränkung meiner Freiheit z.B. einsperren in einer psychiatrischen Station, jede Fixierung, jede Behandlung gegen meinen geäußerten Willen, jede Zwangsbehandlung egal mit welchen als Medikament bezeichneten Stoffen oder Placebos.

Verfassung einer PatVerfü®

So soll nun also die Verfassung einer Patientenverfügung Abhilfe schaffen. Das Formular zu Erstellung einer eigenen PatVerfü® wird frei verfügbar im Internet angeboten (gekürzte Version siehe Infobox) und im Handbuch konkret erläutert.
Es muss lediglich ausgefüllt, ausgedruckt und unterschrieben werden. Jeder, der sein Exemplar der eigenen PatVerfü® bei sich trägt, kann sich so rechtlich wirksam vor psychiatrischer Diagnostik und Therapie schützen.

Es wird empfohlen, zum Zeitpunkt des Aufsetzens ein medizinisches Attest einzuholen, welches die Geschäftsfähigkeit des Verfassers bestätigt, und eventuelle Vorsorgebevollmächtigten in der Bundesnotarkammer registrieren zu lassen.
Zu den Formulierungen („Ich streite die Existenz irgendeiner psychischen Krankheit ab“) wird erläutert, dass Betroffene nicht wirklich davon überzeugt sein müssen, aber dass sie die Formulierung dennoch belassen sollten. Natürlich dürften sie auch weiterhin ihren ambulanten Psychiater oder Psychotherapeuten aufsuchen. Sie hätten neben dem Recht „Nein“ zu sagen, auch ebenso die Möglichkeit, freiwillig „Ja“ zu sagen. Dennoch wird gewarnt, dass dies das Risiko berge, von einer freiwilligen Konsultation in psychiatrischen Zwang und Gewalt umzuschlagen. Daher lautet die Empfehlung: „Reden Sie am besten nie mit psychiatrischem Fachpersonal über sich.“ Im Falle einer Konfrontation mit Zwangspsychiatrie gelte die einfache Verhaltensregel: vorlegen und schweigen.

Konsequenzen einer PatVerfü®

Die PatVerfü® schützt den Verfasser vor Zwangspsychiatrie und ermöglicht ihm völlige Selbstbestimmung. Auch schafft sie einen Rahmen, der die gesetzlichen Ermessensspielräume in klare Grenzen fasst. Die Frage ist nur, ob die positiven Konsequenzen die negativen Folgen rechtfertigen? Denn neben diesen positiven und angestrebten Konsequenzen, geht eine PatVerfü® auch mit einem extrem hohen Maß an (Selbst-)Verantwortung einher. Ein „bisschen Zwang“ ist dem Handbuch zufolge unmöglich. Wer sich beispielsweise durch Zwangspsychiatrie vor Selbsttötung retten lassen will, sollte von einer PatVerfü® eher absehen. Auch eine Änderung oder das Weglassen bestimmter Formulierungen ist schwierig, da dies die Patientenverfügung unwirksam machen könnte. Somit scheint die Patientenverfügung eine Lösung nach dem Prinzip Ganz-oder-garnicht.
Neben den persönlichen Konsequenzen hat die Patientenverfügung auch Auswirkungen auf die behandelnden Ärzte: Wenn trotz vorliegender PatVerfü® eine psychiatrische Diagnostik oder Behandlung gegen den Patienten-Willen durchgeführt wird, gilt der Tatbestand der Freiheitsberaubung und Körperverletzung als erfüllt. Das heißt, Patienten können Anklage erheben. Liegt jedoch keine PatVerfü® vor, so sind Ärzte und Zeugen zu Hilfeleistung angehalten. In der Zwickmühle zwischen Körperverletzung und unterlassener Hilfeleistung werden sich Ärzte, Anwälte und Gerichte im Einzelfall mal so und mal so entscheiden, doch welche Entscheidung die bessere ist, bleibt offen.
Auch gesellschaftlich hat die Verbreitung der PatVerfü® Folgen: Die Verharmlosung von Selbst- und Fremdgefährdung und das Einsetzen einer PatVerfü® könnte dazu führen, dass in hoch problematischen Fällen nicht mehr eingegriffen werden kann. Was ist beispielsweise mit Kindern in der Obhut einer akut psychotischen Person, was ist mit Betroffenen, die unter massiven psychotischen Symptomen eine reale Gefahr verkennen, oder was ist mit anorektischen Patienten, die sich tot hungern, um schön zu sein? Alles Recht auf Selbstbestimmung? – Natürlich. Aber können wir sicher sagen, dass sich ihr Verhalten auf freien Willen gründet und nicht auf Krankheitssymptomen? Und dann stellt sich auch die Frage nach jenen Patienten, welche sich für eine psychiatrische Diagnostik/ Behandlung entscheiden. Ist es gerechtfertigt, diese als unmündige Mitläufer darzustellen nach dem Motto: schön blöd, wer sich das antut. Auch könnten Patienten aufgrund der bisherigen öffentlichkeitswirksamen Kritik an psychiatrischen Maßnahmen auf verfügbare Hilfe verzichten – aus Angst vor Zwang und Gewalt. Aber kann sich im Zweifel wirklich jeder selbst helfen?

Zu einfache Lösung für ein zu komplexes Problem?

Laut eines Urteils des Bundesverfassungsgericht sollten Zwangsmaßnahmen das letzte Mittel der Wahl sein, „die Ultima Ratio, wenn alle anderen Mittel versagt haben“. Dennoch werden immer wieder Fälle bekannt, in denen bereits minimale Verhaltensauffälligkeiten (nackt in der Öffentlichkeit tanzen) zu drastischen Maßnahmen geführt haben (Sedierung, Fixierung). Das Paradoxe an der Sache ist, dass diese Zwangsmaßnahmen eigentlich zum Schutz und Wohle des Patienten eingeleitet werden und dieser gleichzeitig seiner Rechte und Freiheiten beraubt wird.
Was wären also Alternativen, um psychiatrische Diagnostik und Behandlung zu verbessern, statt sich nur zu „wehren“? Hier nur ein paar Vorschläge, die sicher ihrerseits kritisch hinterfragt und überdacht werden müssen: Kontrollsysteme der behandelnden Ärzte durch unabhängige Dritte, regelmäßige Zwischenevaluationen, welche die Frage erneut aufwerfen, ob ein Patient tatsächlich genau die eine Diagnose erfüllt oder genau jene Behandlung benötigt. Nicht nur Indikation, sondern auch Kontraindikationen für psychiatrische Zwangsbehandlungen untersuchen (z.B. Fixierung bei sexuell missbrauchten oder schwer misshandelten Patienten).Vielleicht sollte auch der Patient den Behandelnden und die Behandlung selbst beurteilen, sodass auch ihm Entscheidungsgewalt zugesprochen wird. Die Möglichkeiten sind da, wenn auch zugegebenermaßen nicht leicht umzusetzen. Mitspracherecht entsteht nicht durch Boykott, sondern durch kreative Ideen und Initiativen und durch das Einbringen von Vorschlägen. Hier kann und sollte jeder mitgestalten. Schließlich wäre es besonders gravierend, die Debatte schlichtweg als sinnlos abzutun und die Probleme in der Zwangspsychiatrie ebenso wie die Existenz psychischer Störungen grundlegend abzustreiten. ◊

Zum Nachlesen

Handbuch PatVerfü® der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener, Irren-Offensive, u.a. (Hrsg.) „Geisteskrank? Ihre Entscheidung: Die schlaue Patientenverfügung für ein selbstbestimmtes Leben ohne Zwangspsychiatrie: Tipps und Hintergründe zur Nutzung der PatVerfü®“, erschienen in der 1. Auflage 2011 bei AG SPAK Bücher.

Sendung des Dissidentenfunk vom 12.01.2006 zum Thema „Warum psychiatrische Zwangsbehandlung Folter ist“, Gespräch René Talbot und Wolf-Dieter Narr und Interview mit Heiner Bielefeldt:
http://www.dissidentenfunk.de/archiv/s0601/#t07trackinfo

Offener Brief von Prof. Dr. Peter Falkai (Präsident der DGPPN) an den Aktion Mensch e.V.:
http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/Versorgung/2012-aktion-mensch-patientenverfuegung.pdf
sowie die Debatte dazu auf:
http://www.zwangspsychiatrie.de/

IVT
BRANDENBURG
BERLIN
MECKLENBURG-VORPOMMERN
SACHSEN
SACHSEN-ANHALT
THÜRINGEN

Institut für Verhaltenstherapie GmbH

NEU! Jetzt auch in Potsdam, Erfurt, Leipzig, Magdeburg, Rostock

Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

- Staatlich anerkanntes Aus- und Weiterbildungsinstitut
- Mehr als 20 Jahre Ausbildungserfahrung
- Verhaltenstherapie mit integrativem Therapieansatz
- Variable Finanzierungsmöglichkeiten
- Über 300 anerkannte Kooperationspartner und Lehrpraxen
- Flexibel in sechs Bundesländern vertreten

03546 18 15 08 · info@ivt-psychotherapie.de
ivt-psychotherapie.de

Verantwortung und Psychotherapie

von Astrid Becker

Licht und Schatten schauen janusköpfig auf die Psychotherapie, wenn es um Verantwortung geht, weil gerade dort in der Begegnung miteinander Ängste und Herausforderungen, Respekt für sich und Rückmeldung vom anderen so dicht kondensieren.
Verantwortung meint hier ein Recht auf Handlung, eine Urheberschaft –und sich dessen bewusst zu sein, dass man sein eigenes Selbst, sein Lebensdilemma, auch seine Gefühle und gegebenenfalls sein eigenes Leiden erschafft. Die *existenzielle Psychotherapie* wirft dabei schulenunabhängig einen Blick auf den Prozess, der eng mit Therapiemotivation, therapeutischem Stil und Selbstachtung verwoben scheint.

Freud hatte sein Augenmerk auf unterdrückten Trieben und sozialen Tabus, mit denen der Patient umgehen lernen musste. Der Patient von heute, sagt Yalom in seinem Buch „Existenzielle Psychotherapie", muss eher mit den Möglichkeiten der Freiheit ringen. Die Wahl ist das Problem. Die Frage, was man tun will, das Labyrinth. Mehr und mehr entfällt, was „man" tun „sollte" oder „muss", es gibt unzählige Möglichkeiten, was man wollen und entscheiden könnte. Die Halt gebenden Lebensentwürfe wie Glaube oder politische Systeme (z.B. die DDR), aber auch soziale Systeme verwässern oder entfallen wie ein Sicherheitsverhalten, das ein Angstpatient loslassen lernen soll.

Folgerichtig kommen zunehmend viele Patienten in die Therapie mit vagen Beschwerden und der Schwierigkeit, ihr problematisches Gefühl überhaupt definieren zu können. Es fehlt etwas im Leben, der Klient fühlt sich vielleicht isoliert. Deshalb suchen wir Struktur, Autorität, Magie – einen Überbau, der uns Halt gibt. Deshalb ist zu viel Freiheit mit wenig Grenzen für Kinder beunruhigend, brauchen psychotische Patienten Struktur.
Sich selbst und der Verantwortung für die Erschaffung seiner eigenen Welt bewusst zu sein, ist eine erschreckende Einsicht. Ich trage Verantwortung sowohl für das, was ich tue, als auch für das, was ich mich entscheide zu ignorieren. Indem ich mich zum Beispiel entscheide, diese Sätze zu schreiben, entscheide ich mich gleichzeitig dafür, das lange vorgenommene Telefonat mit einem Freund nicht zu führen, weil „etwas anderes" mutmaßlich vordringlicher ist. In anderen Situationen entscheide ich mich zum Beispiel dafür, uninformiert zu bleiben, mich nicht für eine Sache zu engagieren, eine Entscheidung aufzuschieben, etwas nicht in Angriff zu nehmen und abzuwarten. Der Punkt ist nicht, dass ich diese Dinge nicht nicht tun sollte oder etwas moralisch falsch ist, sondern nur, dass das, was ich tue in meiner Verantwortung liegt. Vor allem das Vermeiden von Situationen – Entscheidungen zu fällen, autonome Handlungen zu vollführen, umgeht die Angst vor Freiheit und Verantwortlichkeit, lässt uns im Labyrinth an einer Weggabelung verharren. Und fällt uns zur Schließzeit auf die Füße.
Wir alle schützen uns mehr oder minder vor der Bewusstheit unserer Verantwortung für unser Leben:

- Durch Zwanghaftigkeit und Rigidität erschafft man sich eine Welt voller Regeln, eine Sicherheit vor der Wahlfreiheit und eine Existenz unter der Herrschaft eines Drucks, der wenig dafür Raum lässt, was eigene Bedürfnisse sind und was Gefühle erleben bedeutet.
- Durch Verschiebung oder Verleugnen von Verantwortung auf andere muss man nie selbst entscheiden, ist Opfer statt Täter, passiv Abwartender. Klienten häufen unter Umständen nur „Material" an und legen alle Deutungshoheit in den Schoß des Therapeuten, sind Täter des Nichtstuns. Oder werfen Verantwortung ab, indem sie zeitweise die Kontrolle verlieren und sich dann selbst gegenüber keine Rechenschaft mehr schulden müssen.

Aber solange man glaubt, dass die eigene Situation und Niedergeschlagenheit durch irgendjemand anderen oder irgendeine externe Macht hervorgerufen wird, was für einen Sinn ergibt es dann, sich selbst auf persönliche Veränderung einzulassen?

Um den Patienten zu unterstützen, besteht der erste Schritt des Therapeuten nicht in einer Technik oder Konfrontation, sondern im Einnehmen einer Haltung, auf die die nachfolgende Technik aufbaut. Der Therapeut soll innerhalb des Bezugsrahmens arbeiten, innerhalb dessen der Patient sein Leiden nicht verändern möchte oder sein Leiden mit hervorgebracht hat. Einsatz finden dann Perspektivwechsel, das Nachempfinden „verbotener" und schwer erträglicher Gefühle und das symbolische Durchspielen von alternativen Entscheidungen. Nützlicher als „Warum?" kann dann sein „Warum nicht?". Wenn sich eine ähnliche Haltung der Verantwortungsangst in der Therapie wie im Leben zeigt, kann der Therapeut wirkungsvoll am Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung arbeiten, um Veränderung in anderen Lebensbereichen anzustoßen, wenn eine solche Therapeut-Patient-Beziehung ausreichend stabil ist. Manche Therapeuten arbeiten auch sehr direkt kommunikativ oder konfrontierend, was jedoch oft Widerstände auf Klientenseite erregt oder nicht erfasst werden kann, weil es genau jener Sichtweise bedarf, die erst noch entwickelt werden muss.

Der *Gestalttherapeut Fritz Perls* sagte, dass solange man ein Symptom bekämpft, es schlimmer werden wird. Erst, wenn man anfängt, Verantwortung für eigene Gefühle und die Art, wie man seine Symptome hervorbringt, zu übernehmen, kann Veränderung geschehen. Das schließt seiner Ansicht nach auch jene Gefühle ein, die wir anderen allzu gern zuschreiben: Nur ungern möchten wir Verantwortung dafür übernehmen, dass wir kritisch sind – und schreiben Kritik anderen zu. Oder dafür, dass wir verurteilend sind – und leben in Furcht davor, zurückgewiesen zu werden. Besonders aufmerksam war er für den Gebrauch von Sprache – er hielt die Klienten dazu an zu sagen „Ich halte mich in Hektik." Statt „Das ist ein hektischer Tag." Oder„Ich rede viel." Statt „Das wird wohl ein langes Gespräch."

Die Übernahme von Verantwortung bedeutet auch den Verzicht auf den Glauben an den „letzten Retter", der alles richtet und sich stattdessen selbst ein Vater/ eine Mutter zu sein oder ein *wohlwollender Begleiter*, wie es im Buch von Potreck-Rose heißt. Oft fehlen mehr als genug auch geeignete Vorbilder, die autonom entscheiden und über die Betroffene durch Lernen am Modell nachreifen können. Dieses Nachlernen und für sich sorgen ist erschreckend, bedeutet es doch die Einsicht, frei und grundsätzlich allein und verantwortlich zu sein.

Die *Gruppentherapie*, die auf die Beziehungen untereinander im Hier und Jetzt fokussiert, ist ein besonders günstiger Rahmen für die Arbeit an Verantwortungsbewusstheit. Während die Einzelinteraktion mit dem Therapeuten nämlich den Patienten mit Themen von Autorität oder aktualisierten Problemen mit engen Bezugspersonen konfrontiert, begegnet der Patient in der Gruppe mannigfaltig aktualisierten Themen (Rivalität, Selbstenthüllung, Geben und Nehmen usw.). Die

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

Verantwortung und Psychotherapie
Fortsetzung von Seite 7

Teilnehmer durchlaufen im optimalen Fall all jene Stufen, die auch im Leben außerhalb der Therapie dazu ermutigen, für sich Verantwortung zu übernehmen:
Die Patienten lernen über Feedback und später Selbstbeobachtung, sich selbst durch die Augen von anderen zu sehen und welche Gefühle ihr (Nicht-) Verhalten bei anderen auslöst. Sie lernen auch, dass andere sie als Ergebnis ihres Verhaltens schätzen oder ablehnen, respektieren oder meiden, sich vor ihnen fürchten usw.. Auf der Grundlage dieses Wahrnehmungsprozesses bildet sich auch eine Ahnung darüber hinaus, wie das eigene Verhalten ihre Meinung von sich selbst beeinflusst und warum man sich selbst nicht als liebenswürdig oder wertvoll schätzt.

Dafür muss der Gruppenleiter möglichst viel Verantwortung für die Funktionsweise der Gruppe den Teilnehmern überlassen – und alles abwarten, was die Teilnehmer selbst regeln können.

Verantwortungsvermeidung ist schlecht für psychische Gesundheit und findet seine Entsprechung am ehesten im Konzept der externen Kontrollüberzeugung. Vor allem Depressive sind „Außengeleitete“ und haben den Glauben daran verloren, dass sie die Macht haben, in ihrem eigenen Interesse zu handeln und die eigene Erfahrungswelt zu beeinflussen.
Die Forschung sagt aus, dass ein beständiges, aufmerksam reagierendes Umfeld Vorläufer für die Entwicklung einer *internalen Kontrollüberzeugung* ist, während ein unvorhersehbares und relativ unzusammenhängendes Milieu ein Gefühl persönlicher Hilflosigkeit hervorbringt. Patienten, die Verantwortung vermeiden, ziehen Therapeuten vor, die aktiv und direktiv sind und stark strukturieren. Allerdings ist das nicht selbstdienlich: je aktiver und eindringlich-ermahnender der Therapeut ist in der Absicht, dem Patienten zu helfen, desto weiter rückt eben jenes Ziel in die Ferne.

Akzeptanz von Verantwortung ist wesentlich für Therapie – und doch merkt Yalom selbstironisch an, dass viele Therapeuten zwar professionelle Befürworter der Verantwortung sind, aber insgeheim oft Milieu-Deterministen, die doppelten Standard leben: Denn während die Patienten ihre eigene Welten schaffen und dafür verantwortlich sind, leben *Therapeuten* in einer nüchtern-objektiven Welt und tun ihr Bestes, um sich dem anzupassen, was „wirklich“ ist.

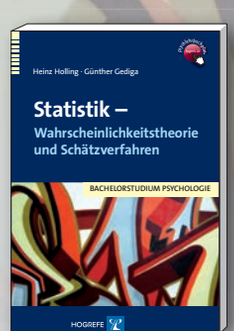
In diesem Sinne ein Hoch auf die Selbsterfahrung! ◊

Literatur

Yalom, I.D. (2010). *Existenzielle Psychotherapie.* Edition Humanistische Psychologie - Ehp; Auflage: 5., korrigierte Auflage.
Potreck-Rose, F. (2011). *Von der Freude, den Selbstwert zu stärken: Hilfe aus eigener Kraft.* Klett-Cotta, Auflage: 8., durchgesehene Auflage.

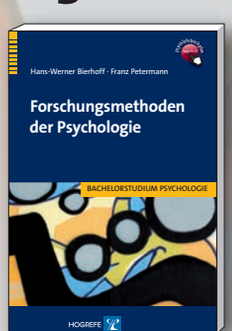
Mit Hogrefe-Lehrbüchern erfolgreich durch's Studium!

psychlehrbuchplus – Dein Infoportal zu unseren Lehrbüchern! www.hogrefe.de



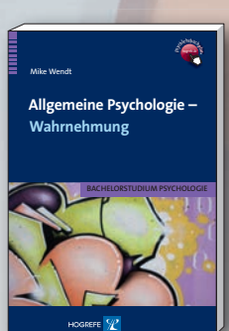
2013, 325 Seiten,
€ 29,95 / CHF 39,90
ISBN 978-3-8017-2135-0
E-Book € 26,99 / CHF 37,99

Das Lehrbuch ergänzt den Band »Statistik – Deskriptive Verfahren« (Holling & Gediga, 2011, ISBN 978-3-8017-2134-3) um die Themen der Wahrscheinlichkeitstheorie und Parameterschätzung und bietet Studierenden im Bachelor-Studiengang Psychologie einen Überblick über das Thema.



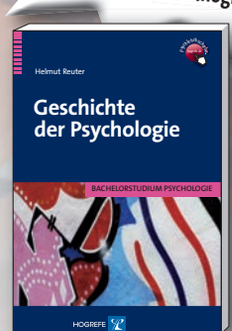
2013, ca. 260 Seiten,
ca. € 26,95 / CHF 36,90
ISBN 978-3-8017-2183-1
E-Book ca. € 23,99 / CHF 32,–

Das Ziel dieses Buches besteht darin, die Vielfalt der Forschungsmethoden der Psychologie in einem Überblick gut nachvollziehbar zu beschreiben und gleichzeitig für Probleme, die bei ihrer Verwendung auftreten, zu sensibilisieren. Methodische Fragen, die sich auf die Forschung der Psychologie beziehen, werden in leicht verständlicher Weise beantwortet.



2013, ca. 280 Seiten,
ca. € 26,95 / CHF 36,90
ISBN 978-3-8017-2288-3
E-Book ca. € 23,99 / CHF 32,–

Die Wahrnehmungspsychologie beschäftigt sich als traditionsreiches Teilgebiet der Psychologie mit den subjektiven Anteilen der Wahrnehmung. Das vorliegende Lehrbuch behandelt wichtige Fragen, theoretische Ansätze und Vorgehensweisen der Wahrnehmungsforschung.



2013, ca. 260 Seiten,
ca. € 26,95 / CHF 36,90
ISBN 978-3-8017-2223-4
E-Book ca. € 23,99 / CHF 32,–

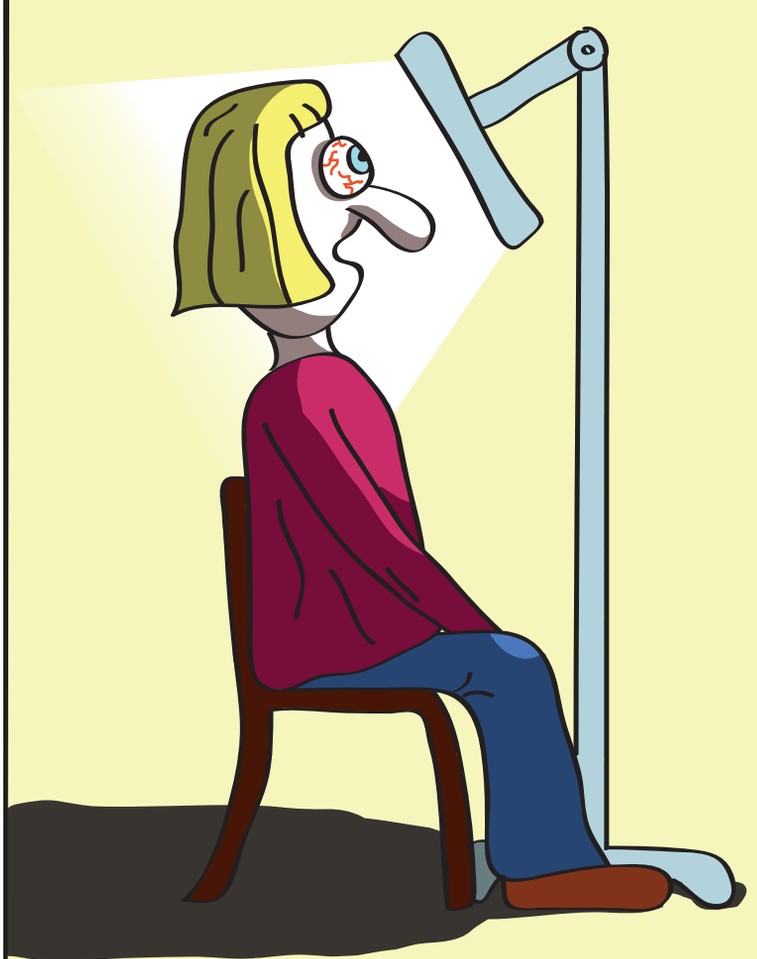
Der Frage nach dem, was den Menschen eigentlich ausmacht, was die Seele oder Psyche ist, sind schon Menschen vor über zweitausend Jahren nachgegangen. Der vorliegende Band gibt einen Überblick über die Geschichte der Psychologie und illustriert, wie sie über verschiedene Epochen hinweg zu der Wissenschaft geworden ist, die wir heute kennen.

HOGREFE
Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3 · 37085 Göttingen · Tel.: (0551) 99950-0 · Fax: -111
E-Mail: verlag@hogrefe.de · Internet: www.hogrefe.de

Cartoon: Johannes Schulz

Frau Doktor, die Lichttherapie tut mir gar nicht gut. Meine Augen brennen dabei immer so.

Frau Müller, Sie müssen da auch nicht die ganze Zeit direkt reinschauen.



Psychiatrie – ist (noch) weniger Einsatz an Ressourcen wirklich mehr?

von Christian Engelschalt

„Was, N.N. ist in der Klapse? Da wird er doch nur ruhig gestellt!"

Diese Meinung hört man landläufig, besonders wenn es um Menschen mit schwereren psychischen Störungen geht. Die Vorstellungen, die Filme wie „Einer flog über das Kuckucksnest" und „Clockwork Orange" über unethisch handelndes Personal suggerieren, sind dabei noch gar nicht berücksichtigt.

Was ist dran an diesen Bildern? Was leistet die Psychiatrie wirklich und wo hat sie Defizite? Und was könnte sich durch die Einführung eines neuen Vergütungssystems ändern?

Allein über die Entwicklung der Psychiatrie aus ihren Vorläufern über die Jahrhunderte könnte hier ein Buch folgen. Stattdessen soll dieser Artikel nur einen Überblick geben.

Nachdem schon vor Einführung der eigentlichen Psychopharmaka in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts die Behandlung von schwer leidenden oder auch einfach nur in der Gesellschaft aneckenden Menschen große (aber trotzdem unzureichende) Fortschritte gemacht hatte, sahen viele Psychiater mit der Einführung von Neuroleptika, Antidepressiva und weiteren Mitteln euphorisch der Zukunft entgegen. Gleichzeitig änderte sich der Standard der Diagnostik: Beschreibende Klassifikationssysteme ermöglichten seit DSM-III schon mit wenigen leicht zu erhebenden Angaben relativ zuverlässige Diagnosen.

Damit schien die subjektive Welt der Patienten nicht mehr so wichtig und wurde nicht mehr so akribisch erfragt, wie das zuvor besonders im deutschsprachigen Raum bis zur Perfektion, aber mangels zu entscheidender Besserung führender Therapieansätze eher als Selbstzweck geschehen war.

Gleichzeitig hatte das medizinische Krankheitsmodell, es handele sich bei psychotischen psychischen Störungen um qualitativ von gesundem Erleben trennbare Phänomene aufgrund gestörter Biologie, weiterhin großen Einfluss. Daher schien es nur logisch, diese Symptome vorrangig pharmakologisch, d.h. damit mutmaßlich biologisch kausal zu behandeln.

Das alles führte zum derzeitigen Versorgungsstandard, in dem sich die Positivsymptome von akuten Schizophrenien und affektiven Psychosen, aber auch das akute Leiden bei sehr schweren nichtpsychotischen Depressionen relativ zuverlässig unter Psychopharmaka zurückbilden, was die meisten Patienten, wie gerade mit psychotischen Ängsten, durchaus begrüßen - und sei es im Nachhinein. (Dabei läuft auch bei Akutbehandlungen nicht alles optimal: Viele Patienten leiden in vieler Hinsicht unnötig, etwa weil ihnen bestimmte Ängste nicht mit Worten und Geduld genommen werden, was auch Langzeitfolgen haben kann.)

Eine Teilgruppe von Patienten remittiert auch in Bezug auf Negativsymptomatik (fast) völlig und kann dann mit oder ohne Dauermedikation (weitgehend) normal leben inkl. Arbeit und Partnerschaft. Auch in der präpsychopharmakologischen Ära ist übrigens schon eine durchaus erwähnenswerte Zahl von Patienten gesund oder wesentlich gebessert ins normale Leben zurückgekehrt, herausfordernd für einfache medizinisch-biologische Krankheitsmodelle.

Hingegen meinen die meisten Patienten heutiger Zeit jedoch, dass es ihnen langfristig in ihrem Leben, meist mit beträchtlichen Dosen von Psychopharmaka, nicht wirklich gut gehe. Man sei nett zu ihnen in der Klinik und habe dort einige interessante Angebote wie Ergotherapie und stützende Gespräche. Allerdings lasse man sie, wohl auch aus Zeitmangel, mit den Auswirkungen ihrer Probleme auf ihr Leben außerhalb der Klinik allein. Außerdem werde in Gesprächen - auch wenn das Gegenüber freundlich sei - oft nur nach Symptomen gefragt, während sie doch mehr seien als diese. So kommen viele Patienten zu dem Schluss, dass wohl in dieser Welt für sie nicht mehr drin sei und sie sich eben an ein Leben mit zwar nicht schweren Depressionen, aber doch andauernder gewisser Missstimmung und eher Freudlosigkeit

Fortsetzung auf Seite 13

Literaturempfehlungen

- Interessierten sei der Artikel „Zurück zur Verwahrpsychiatrie – oder doch mehr Qualität für weniger Geld?" in der März-Ausgabe 2013 der Zeitschrift „Neurotransmitter" empfohlen, der kostenlos bezogen werden kann, wenn man sich auf springermedizin.de registriert.
- Lesenwert zum Einfluss von Psychotherapie auf das Gehirn ist z.B. der Klassiker „Neuropsychotherapie" von Klaus Grawe (2004). Psychopharmakagabe ohne kompetente zusätzliche Einflussnahme sei eine Spekulation, dass die Patienten schon irgendwie von selbst günstige Lebenserfahrungen machen würden und daher neurowissenschaftlich gesehen eine zweifelhafte Praxis, so der Autor sinngemäß.
- Das Buch von Tania Lincoln (2006) „Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie" informiert über einen Ansatz aus Hamburg. Ähnlich Vauth & Stieglitz (2006) „Chronisches Stimmenhören und persistierender Wahn" (Reihe Fortschritte der Psychotherapie - FPT), alle drei sind im Hogrefe-Verlag erschienen.
- Auch für bipolare Störungen sind Therapieansätze publiziert worden, in denen die Psychotherapie mehr als nur supportiv zu den Psychopharmaka wirkt, z.B. „Kognitiv-psychoedukative Therapie bei bipolaren Erkrankungen" von Schaub, Bernhard und Gauck (2004) und „Bipolar affektive Störungen" von Hautzinger und Meyer (2011, FPT), wiederum beide vom Hogrefe-Verlag.
- Auch Beltz und Springer Medizin Verlag haben Psychotherapie-Bücher zu den beiden gerade genannten Störungsgruppen publiziert.
- Sehr interessant ist das Buch der Norwegerin Arnhild Lauveng „Morgen bin ich ein Löwe", in dem sie ihr Leben erzählt, das sie erst als Jugendliche als Dauergast in die Psychiatrie mit der Diagnose einer Schizophrenie führte, sich über viele Jahre hinweg aber so änderte, dass sie noch nicht ganz symptomfrei ihr Abitur nachholte, dann schon stabil ihr früheres Wunschfach Psychologie studierte und seitdem „ganz normal" in der lokalen Psychiatrie arbeitet. Sie betont zwar, dass das nur ihr persönlicher Weg gewesen sei, illustriert aber dabei sehr schön Teufelskreise ihrer Situation als Patientin in einer Klinik, die auch von allgemeinem Interesse sein können. Durch ihr späteres Studium ist ihr Blick auf ihre Entwicklung für den psychologischen Leser besonders interessant: Sie stellt das aus fachlicher Sicht Interessante in den Vordergrund.

Staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut

Ausbildung in Psychotherapie
Vertiefung Verhaltenstherapie

Regelmäßiger Kursbeginn im Sommer

Ausbildungszeit
3 - 4 Jahre

Gesamtkosten: 3.600,-€
- 18 Monate x 200,-€
- Zweite Ausbildungshälfte inkl. Supervision gebührenfrei
- Vergütung Praktische Tätigkeit: Zwischen 600,- und 1500,-€

Nähere Informationen

DAP-Sekretariat

Die DAP

Alles unter einem Dach

Handlungskompetenz first

Gebührenfreie Praktische Ausbildung

24. Kongress für Angewandte Psychologie

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Studierende herzlich willkommen!
Stark ermäßigte Teilnahmegebühr
+ Frühbucherrabatt bis zum 15. August

Psychologische Konzepte für die gestresste Gesellschaft

21./22.11.2013, Berlin

Mit einem Programm aus Workshops, Vorträgen und Podiumsdiskussion mitten im pulsierenden Berlin nimmt der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) in diesem Jahr die Reihe seiner Kongresse für Angewandte Psychologie wieder auf.

Der BDP lädt dazu ein, sich auf dem Kongress fachlich, inhaltlich und politisch über die großen Fragen der Zeit in der Arbeitswelt auszutauschen – auch über die Grenzen der Psychologie hinweg:

- Wie stressig darf Arbeit sein?
- In welchem Verhältnis steht Leistung zur Gesundheit?
- Wie beeinflussen sie sich?
- Welchen Anteil hat die Psyche, Leistung auf den Punkt zu bringen?
- In welchen Bereichen bieten Psychologen bereits gute Lösungen an?

Diskutieren Sie mit – besuchen Sie den 24. Kongress für Angewandte Psychologie des BDP am 21. und 22. November 2013 in Berlin!

www.psychologenkongress.de

Psychiatrie
Fortsetzung von Seite 10

am Rande der Gesellschaft abfinden müssten. Unterbrochen vielleicht von kurzen Lichtblicken, die natürlich schön seien. Insgesamt fühlen sich viele aber „unheilbar krank“, es gebe Defekte im Gehirn, da sei es nur logisch, dass ihre Situation mies sei und bleiben werde. Manche – eher wenige - Betroffene, vielleicht auch solche mit eher günstigen inneren und äußeren Randbedingungen, nehmen ihr Leben allerdings auch in die eigenen Hände und erreichen dann mit großem Aufwand z. T. spektakuläre Höhen. Sie nutzen alle Möglichkeiten, damit es ihnen gut geht, sie vielseitig tätig werden können und in der Gesellschaft zu Ansehen kommen.

Das gegenwärtige Vergütungssystem stützt diese Situation. Es ermöglicht Kliniken, Patienten auch über Monate aufzunehmen, um sie nachhaltig zu stabilisieren. Zwar mussten bei den Verweildauern auf Druck von Ministerien und Krankenkassen auch schon Einschnitte gemacht werden. Wesentlich kritischer stellen sich jedoch die finanzielle Unterversorgung im ambulanten Bereich sowie die zu geringe Zahl qualifizierten psychologischen Personals insgesamt dar. Dies lässt die langen Klinikaufenthalte teils unnötig erscheinen, nämlich wenn adäquater Therapieangebote fehlen, die beschleunigen könnten.

Auch hat die systematische Forschung sowohl in Psychiatrie als auch Psychotherapie ergeben, dass ein rein medizinisches (d.h. hier biologisches) Krankheitsmodell unzureichend ist und ein mehr biopsychosoziales (aus medizinischer Sicht) bzw. ein Kontinuumsmodell des fließenden Übergangs von gesund zu gestört (aus psychologischer Perspektive) der Realität näher kommt. Beides macht plausibel, warum nicht nur Psychopharmaka auf die physiologischen Korrelate psychischer Störungen wirken. Und dass ein besonderes Eingehen auf die subjektive Welt der Patienten nicht nur ethisch, sondern auch für den Behandlungserfolg zentral ist: Die sonst schlechte Compliance wird besser, innere Konflikte z.B. zur Rolle als Patient vs. gleichberechtigter Experte in eigener Sache sowie Konflikte in der sozialen Umwelt können gut beeinflusst werden, mit drastischen Verbesserungen der Lebensqualität der Betroffenen.

Aber vor allem untermauerte die neurobiologische Forschung der letzten beiden Jahrzehnte, was einige Kliniker schon aus Beobachtungen geschlossen hatten: Das Gehirn ist plastisch. Es sind beträchtliche Umstrukturierungen, Neubildungen von Synapsen, ja sogar von ganzen Nervenzellen möglich. Auch die Biochemie der Nervenzellen ist veränderbar. Positive Erfahrungen sind für all das ausschlaggebend, also ein landläufig als psychologisch angesehener Einfluss. Psychopharmaka erleichtern diesen oft oder ermöglichen ihn erst, sind für sich aber unzureichend, auch das ein Ergebnis der Neurowissenschaft.

Somit stellen sich auch Psychopharmaka und Psychotherapie nicht mehr als Gegensatzpaar dar. Im Gegenteil: Niedrige Dosen von Antipsychotika können einem Psychologen leichteren Zugang zu der subjektiven Welt eines Menschen mit chronischen Wahnvorstellungen erlauben, so dass er den Patienten mit sokratischen und ähnlichen Methoden dazu bewegen kann, sein Wahnsystem aufzugeben. Unkorrigierbarkeit ist aus heutiger Sicht kein Definitionskriterium von Wahn mehr und auch Halluzinationen sind nicht mehr nur pharmakologisch beeinflussbar, sondern z.B. auch mit den Erkenntnissen der Kognitions- und Lernforschung. Aber auch positive Bindungserfahrungen können stark heilsam auf gestresste Netzwerke von Neuronen wirken, wie die Neurobiologie nahe legt. Auch für bipolare Störungen sind Therapieansätze publiziert worden, in denen die Psychotherapie mehr als nur supportiv zu den Psychopharmaka wirkt.

Wenn man sich das derzeitige Versorgungssystem anschaut, könnten also mit gezielterem Einsatz von Mitteln mit weniger Ressourcen bessere Ergebnisse erzielt werden, ganz ähnlich, wie das allgemein mit dem Ruf nach „sprechender Medizin“ in weiteren Teilgebieten über die Psychiatrie hinaus geschieht.

Nun soll aber das Vergütungssystem der „Diagnosis Related Groups (DRG)“ von der „somatischen“ weitgehend unverändert auch in die „psychische“ Medizin übernommen werden. Hier bekommen Kliniken pro „Krankheitsfall“ eine Pauschale. Dauert die Behandlung länger als durch die Pauschale abgedeckt, droht wirtschaftlich ein Defizit.

Außerdem wird die Inanspruchnahme von Psychiatrie und Psychosomatik durch die „leichteren“ Störungen in den nächsten Jahren absehbar steigen. Haben sich Bundesländer dann ein festes Budget gesetzt, droht die noch knappere Bemessung der DRG-Pauschalen. Für Kliniken entsteht ein Anreiz, sehr viele „Fälle“ mit niedriger Verweildauer zu generieren. Es kann daher passieren, dass Patienten mit langwierigem Behandlungsbedarf schnell entlassen werden und nach Abwarten einer Karenzzeit wieder als neuer Fall aufgenommen werden. Ist eigentlich eine ununterbrochene Behandlung nötig, wäre das sehr nachteilig für die Betroffenen.

In Psychiatrie und Psychosomatik tätige Ärzte laufen wegen all dieser Gründe Sturm gegen die voranschreitende Einführung des neuen Abrechnungssystems. Sie führen besonders an, dass es für den Einzelfall meist keine zuverlässige Prognose gibt, wie lange die Behandlung erforderlich sein wird, was z.B. in der Inneren Medizin eher möglich sei. Man könnte einwenden, dass Kliniken eine Menge Patienten behandeln, so dass man doch angeben könnte, wie lange z.B. die Behandlung einer schweren Depression im Mittel dauert. Allerdings müssten dann die Kliniken auch repräsentative Stichproben der von einer Störung Betroffenen aufnehmen können. Wenn aber immer sehr schwierig zu behandelnde Menschen, also eine ausgelesene Stichprobe, in eine Klinik kommen, reicht die Pauschale nicht.

Umgekehrt können sich Einrichtungen zu hohen Gewinnen schummeln, die es schaffen, sehr viele unkomplizierte Fälle einer Störung aufzunehmen oder eine Prozedur zu entwikkeln, Patienten schnell wieder loszuwerden, wenn sich andeutet, dass die Behandlung ressourcenintensiv wird. Insgesamt setzt das neue System Fehlanreize, wenn auch andere als das alte System. Mit dem neuen System könnten auch Kliniken gut fahren, die therapeutisch sehr effizient und hoch wirksam arbeiten. Allerdings gibt es dafür keinen harten Anreiz, da „Trittbrettfahren“ ebenso honoriert wird.

Realistischerweise werden also auch in absehbarer Zukunft die Einsparpotentiale, die sich aus verbesserter Verzahnung von Psychotherapie und Pharmakopsychiatrie ergeben könnten, nicht genutzt werden. Wer stattdessen trotzdem die Gesamtbudgets zur Behandlung psychischer Störungen kürzen möchte, nimmt wahrscheinlich in Kauf, dass die Qualität der Versorgung besonders bei schweren Störungen noch unter das jetzige Niveau zurückfällt. Die Lobby z.B. der von Schizophrenien Betroffenen ist bei weitem weniger schlagkräftig als die anderer Interessengruppen, falls sie denn überhaupt als solche bezeichnet werden kann. Viele Psychiater sprechen von drohendem Wiederaufleben der „Verwahrpsychiatrie“. Heime und ähnliche Einrichtungen mit weniger therapeutischem Anspruch werden nämlich aus anderen Quellen finanziert. ◊

Wie kommt man denn auf so was?

Seltsame Experimente und Befunde in der Psychologie und artverwandten Wissenschaften

von Johannes Schulz

Es gibt einige Experimente, die jeder kennt, der sich auch nur ein wenig mit Psychologie beschäftigt. Oder sagen jemandem die Namen Martin E. P. Seligman, Stanley Milgram oder Philip G. Zimbardo nichts? Martin Seligman untersuchte das Lernverhalten von Hunden, denen er einen Stromstoß verabreichte, damit sie lernten, über ein kleines Gatter zu springen. Durch Zufall entdeckte er, dass die Hunde, wenn sie den Stromstößen nicht ausweichen konnten, bald fiepend in einer Ecke kauerten. Sie zeigten auch dann keine aktive Vermeidung mehr, wenn diese wieder zu einem Erfolg geführt hätte. Diese „erlernte Hilflosigkeit" wurde in ihrer Übertragung auf den Menschen schon bald zur Erklärung der Entstehung von Depressionen herangezogen.

Stanley Milgram brachte einen Großteil seiner Versuchspersonen in einem vorgeblichen Lernexperiment dazu, einer anderen Versuchsperson (eigentlich einem Schauspieler) vermeintliche Stromstöße bis hin zu einer tödlichen Stärke zu verabreichen. Dies einfach nur, weil während des Experiments ein Versuchsleiter anwesend war, der auf etwaige Gewissensbisse der Versuchspersonen mit vorher ausgewählten Standardsätzen antwortete („Bitte machen Sie weiter!"). Milgram zeigte so, dass der Großteil der Menschen zu allem fähig ist, wenn er von einer Autoritätsperson dazu aufgefordert wird und die Verantwortung für sein Handeln auf diese abschieben kann.

Philip Zimbardo brachte ganz normale Menschen ohne psychische Auffälligkeiten in eine Gefängnissituation, in der sie entweder einen Gefangenen oder einen Wärter mimen sollten. Die Aufgabe der Wärter bestand nur darin, einen Gefängnisausbruch zu verhindern. Ansonsten waren sie frei in der Ausübung ihrer Macht und dem Aufstellen von Regeln. Innerhalb kürzester Zeit verhängten die Wärter gegenüber den Gefangenen drakonische Strafen. Aufstände der Gefangenen wurden niedergeschlagen. Mehrere Gefangene mussten das Experiment aufgrund von Nervenzusammenbrüchen vorzeitig beenden. Nach 6 Tagen wurde das eigentlich auf zwei Wochen ausgelegte Experiment schließlich vorzeitig beendet. Zimbardo zeigte wie Milgram, zu was Menschen fähig sind - nun aber nicht im Beisein einer Autoritätsperson, sondern indem sie selbst zu Autoritätspersonen ernannt und mit Macht ausgestattet wurden.

Die Experimente von Seligman, Milgram und Zimbardo sind Klassiker in ihrem jeweiligen Forschungsfeld. Wären sie es nicht, könnten sie sich jedoch auch gut in einer Liste der seltsamen Experimente und Befunde der Psychologie wieder finden. Denn seien wir ehrlich: Wie wahrscheinlich ist es, beim Traktieren von Hunden mit Stromschlägen einen Erklärungsansatz für die Entstehung von Depressionen zu finden? Wer kommt auf die Idee, Menschen glauben zu machen, sie würden gerade jemand anderen mit Stromschlägen zu Tode quälen? Und wer lässt erwachsene Männer in einem nachgebauten Gefängnis im Institutskeller Räuber und Gendarm spielen? Viele andere Experimente und Befunde teilen das Schicksal nicht, zu Klassikern ihres Fachs geworden zu sein, weshalb sie sich nun in diesem Artikel wieder finden, der über seltsame Experimente und Befunde berichten soll.

Wie der Geburtsmonat die Sportlichkeit beeinflusst

Der niederländische Psychologe Ad Dudink entdeckte bei seiner Analyse der Geburtsdaten von fast 3000 englischen Profifußballspielern Erstaunliches: Von September bis November hatten fast doppelt so viele von ihnen Geburtstag wie von Juni bis August. Sollten Herbstkinder also per se sportlicher sein als ihre im Sommer geborenen Altersgenossen? Selbstverständlich nicht. Der seltsame Befund entsteht stattdessen durch eine Besonderheit des englischen Fußballsystems: Wer in der Profiliga spielen möchte, muss zu Beginn der Saison im August mindestens 17 Jahre alt sein. Damit ist ein im September geborener 17jähriger zu Beginn der Saison bis zu 10 Monate älter als ein im Juli des darauf folgenden Jahres geborener 17jähriger. Diese 10 Monate reichen aus, um dem Älteren einen echten Vorteil in Sachen Kraft, Ausdauer und Schnelligkeit zu verleihen und ihm so eine größere Chance auf eine tatsächliche Tätigkeit als Profi einzuräumen. Ähnliche Effekte findet man in allen Sportarten aller Ligen, bei denen die Zulassung zur Profitätigkeit an einem bestimmten Stichtag hängt. Das Thema findet sich aufbereitet in dem Buch „Überflieger" von Malcolm Gladwell, der darin den „Amerikanischen Traum" demontiert, dass Aufstieg ausschließlich das Ergebnis persönlicher Leistung sei. Menschen würden vorzeitig abgeschrieben, weil sie einfach nur zum falschen Zeitpunkt geboren seien. Sich den Einfluss von Umwelt und aufgestellten Regeln klarzumachen, ebne den Weg zu mehr Fairness, von dem die ganze Gesellschaft profitieren könne.

Die Welt ist ein Dorf

Jeder kennt es: Man geht auf eine Party, lernt jemand Fremdes kennen und stellt plötzlich fest, das man gemeinsame Bekannte hat. Kann das Zufall sein? Dieses Phänomen der „Welt als Dorf" ist schon seit langer Zeit bekannt. 1967 erregte es die Aufmerksamkeit von Stanley Milgram, den wir schon als Autoritätsforscher kennengelernt haben. Er entwickelte ein Experiment, das dieses Mal glücklicherweise vollkommen ohne echte oder simulierte Stromschläge auskam. 198 Personen in Nebraska erhielten von ihm einen Brief und sollten diesen an eine „Zielperson" weiterleiten, die namentlich bekannt war und in Massachusetts wohnte. Sie sollten den Brief jedoch nicht direkt an diese Person schicken, sondern an einen ihrer Duz-Freunde, von dem sie glaubten, dass er die Zielperson kennen würde. Diese Freunde sollten wiederum das Gleiche tun, bis der Brief schließlich jemanden erreichte, der mit der Zielperson tatsächlich per du war und diesen direkt an sie zustellen konnte. Nachdem alle Briefe ihr Ziel erreicht hatten, analysierte Milgram, wie viele Stationen sie auf ihrer Reise im Schnitt durchlaufen hatten. Er stellte fest, dass die Verbindung oft nur aus sechs Personen oder weniger bestand. Das führte zu der beliebten Phrase, dass „jeder jeden über nur 6 Ecken kennt". Auch an wen die Briefe jeweils weitergeschickt wurden, wurde analysiert. Die Sendungen gingen meist an Angehörige des gleichen Geschlechts und nur selten an Verwandte, stattdessen oft an Freunde und Bekannte. Diese Befunde zeigen, dass das soziale Gefüge unserer Welt sehr viel enger ist, als man dies gemeinhin annehmen mag. So erklärt sich auch, wie sich Klatsch und Tratsch in Windeseile in der Welt verbreiten können. 2003 wollte Richard Wiseman zusammen mit seiner Kollegin Emma Greening überprüfen, ob die Welt in den Jahren seit Milgram durch die Globalisierung und die Digitalisierung noch weiter zusammengerückt war. Sie wiederholten das Experiment in Großbritannien und warben etwa 100 Freiwillige aus dem ganzen Land über eine Zeitungsannonce an. Dieser erhielten anschließend ein Päckchen, das sie über eine Kette von Duz-Freunden an eine Zielperson in Cheltenham schicken sollten. In der Auswertung zeigte sich, dass diesmal schon vier Verbindungen ausgereicht hatten, um einen Großteil der Päckchen an ihr Ziel zu führen. Dies mag dafür sprechen, dass das soziale Gefüge in Großbritannien generell enger ist als in den Vereinigten Staaten. Man kann es aber auch als Indiz dafür sehen, dass die soziale Welt in den letzten Jahren weiter geschrumpft ist. ◊

Matthias Rudolf
Johannes Müller

Multivariate Verfahren

Eine praxisorientierte Einführung mit Anwendungsbeispielen in SPSS

2., überarb. u. erw. Aufl. 2012,
411 Seiten, € 36,95 / CHF 49,90
ISBN 978-3-8017-2403-0
E-Book € 32,99 / CHF 46,99

Erich Kirchler

Wirtschafts-psychologie

Individuen, Gruppen, Märkte, Staat

4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2011,
XVIII/913 Seiten, geb.,
€ 69,95 / CHF 104,–
ISBN 978-3-8017-2362-0
E-Book € 59,99 / CHF 86,99

Klaus D. Kubinger · Dieter Rasch
Takuya Yanagida

Statistik in der Psychologie

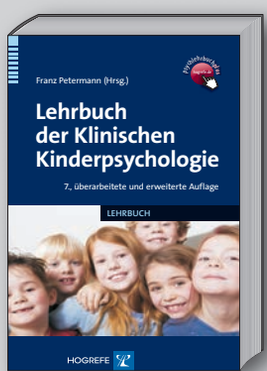
Vom Einführungskurs bis zur Dissertation

2011, 596 Seiten,
€ 59,95 / CHF 79,–
ISBN 978-3-8017-2356-9
E-Book € 52,99 / CHF 74,99

Gerd Mietzel

Pädagogische Psychologie des Lernens und Lehrens

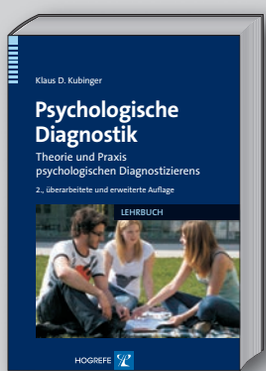
8., überarb. u. erw. Aufl. 2007,
XIII/551 Seiten,
€ 39,95 / CHF 68,00
ISBN 978-3-8017-2100-8
E-Book € 35,99 / CHF 49,99



Franz Petermann (Hrsg.)

Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie

7., überarbeitete und erweiterte Auflage 2013, 903 Seiten, geb.,
€ 69,95 / CHF 95,–
ISBN 978-3-8017-2447-4
E-Book € 59,99 / CHF 86,99

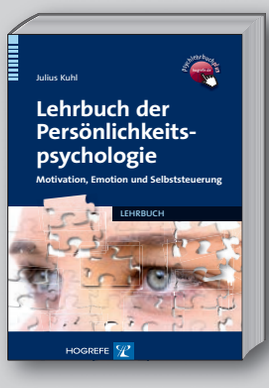


Klaus D. Kubinger

Psychologische Diagnostik

Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens

2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2009, XXI/472 Seiten, geb.,
€ 49,95 / CHF 84,–
ISBN 978-3-8017-2254-8
E-Book € 42,99 / CHF 59,99



Julius Kuhl

Lehrbuch der Persönlichkeits-psychologie

Motivation, Emotion und Selbststeuerung

2010, 584 Seiten, geb.,
€ 49,95 / CHF 84,–
ISBN 978-3-8017-2239-5
E-Book € 42,99 / CHF 59,99

Gerd Mietzel

Entwicklung im Erwachsenenalter

2012, 633 Seiten, geb.,
€ 59,95 / CHF 79,–
ISBN 978-3-8017-2438-2
E-Book € 52,99 / CHF 74,99

HOGREFE

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3 · 37085 Göttingen · Tel.: (0551) 99950-0 · Fax: -111
E-Mail: verlag@hogrefe.de · Internet: www.hogrefe.de

DSM-5

A Nervous System

von Anika Weinsdörfer

Ende Mai diesen Jahres war es so weit: Die *Amercian Psychiatric Association* (APA) veröffentlichte nach gut zehnjähriger Überarbeitungsphase die fünfte Fassung des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Die amerikanische Ärzte- und Therapeutenschaft hat damit ein neues Regelwerk zur Diagnose von psychischen Störungen und auch die restliche Welt bleibt von der Neuausgabe nicht unberührt. So wurde und wird das Diagnosemanual zwar in erster Linie im Rahmen des US-amerikanischen Kulturraums konzipiert und angewandt, dient jedoch auch international als zentrales Bezugssystem für die klinische und epidemiologische Forschung im Bereich psychischer Störungen. In vielen Ländern wird das DSM außerdem als Grundlage für rechtliche Entscheidungen genutzt. Und selbst in der klinischen Praxis in Deutschland dürften sich die Neuerungen des DSM – zumindest mittelbar – niederschlagen. Hierzulande rechnen Ärzte und Psychologen zwar nach einem anderen Klassifikationssystem ab – nämlich dem Diagnoseschlüssel der Weltgesundheitsorganisation, der *International Classification of Diseases* (ICD). Deren Revision steht jedoch ebenfalls kurz bevor. Noch bis 2015 wird das internationale Verzeichnis für Krankheiten aller Art überarbeitet, um weiterhin den aktuellen Stand der klinischen Forschung abzubilden. Dann wird sich zeigen, wie sehr der Teil der ICD, welcher sich mit psychischen Störungen befasst, vom amerikanischen Pendant beeinflusst werden konnte.

Das DSM zieht also weltweit seine Kreise und nimmt Einfluss auf unsere Konzepte und unser Verständnis psychischer Leidenszustände. Dieser Strahlkraft Rechnung tragend wird das Manual daher gerne auch die „Bibel der Psychiatrie" genannt. Seit 1952 erscheint diese in unregelmäßigen Abständen. Den Status einer Heiligen Schrift erlangte sie jedoch erst 1980, mit Erscheinen des DSM-III (vgl. Kasten).

Nun ist es also wieder Zeit für eine neue Bibel – wobei ein kurzer Blick in die tagesaktuelle Presse ein eher profanes Bild entstehen lässt. Zumindest die Journalistengemeinde scheint sich einig: Bei der DSM-Revision handelt es sich, wenn schon nicht um ein teuflisches, so doch um ein durch und durch menschliches Machwerk. Weder kritikerhaben, noch frei von der Interessenhaftigkeit mitwirkender Akteure (Stichwort „Pharma-Lobbyismus").

Kleine Geschichte des DSM

Das *Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen* ist ein nationales Klassifikationssystem der USA, das es ermöglichen soll, psychisches Leiden facettenreich und dabei reliabel, also replizierbar, zu erfassen und einzuordnen. Es wird seit 1952 von der *Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung* herausgegeben. Während die ersten beiden Ausgaben des DSM ein Schattendasein führten, änderte sich dies mit Erscheinen der dritten Fassung im Jahr 1980. Von da an nahmen die Krankheitskonzepte des DSM maßgebend Einfluss auf klinische Praxis und Forschung. Grund hierfür waren mehrere grundlegende Änderungen, weshalb auch gerne von einem „Paradigmenwechsel" gesprochen wird. Als Besonderheit des DSM-III im Vergleich zu früheren Systemen gilt dabei sein atheoretischer Ansatz. Empirisch ungesicherte Annahmen zur Entstehung psychischer Störungen wurden strikt abgelehnt. Statt nach den Ursachen zu fragen oder ein therapeutisches Vorgehen nahezulegen, stand nun die möglichst umfassende Beschreibung der Störungen im Vordergrund – und hiermit einhergehend die Verbesserung der Reliabilität diagnostischer Urteile. Diese wurde als Bedingung für das eigentliche Ziel einer valideren Erfassung von Krankheiten gesehen und durch verschiedene Änderungen erreicht. Seine Etablierung als Standardsystem für psychische Störungen konnte die internationale Forschung vorantreiben und die Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen erleichtern.

Trotz dieser Verdienste und der in den Folgejahren empirisch überprüften und dabei differenzierter werdenden Klassifizierung psychischer Störungen, gibt es zahlreiche Kritiker des DSM. Neben Lobbyvorwürfen gegenüber den Entwicklern des Manuals wird es häufig auch als unwissenschaftlich diskreditiert. So distanzierte sich erst jüngst das *National Institute of Mental Health* (NIMH) – weltgrößter Sponsor von Forschungsprojekten zur mentalen Gesundheit – vom DSM und kündigte kurz vor Veröffentlichung der fünften Fassung an, Forschungsprojekte, welche sich ausschließlich auf dessen Kategorien stützten, nicht mehr zu fördern. Als Ursachen wurden eine mangelhafte Validität gegenwärtiger Störungskonzepte sowie eine generelle Skepsis gegenüber einer in erster Linie symptom-basierten Diagnostik angeführt. Demgegenüber schlägt das NIMH eigene Forschungskriterien vor (sog. „Research Domain Criteria"), welche sich durch eine größere Objektivität auszeichnen sollen. Als Indizien der Wahl werden biologische Marker oder Ergebnisse neurokognitiver Tests vorgeschlagen. Die Zuversicht, psychische Phänomene auf diese Weise dingfest machen zu können, muss dabei vielleicht als Nachwehe der Euphorie der in den 1990ern ausgerufenen „Dekade des Gehirns" relativiert werden. Weiß man doch immer noch verschwindend gering über die komplexen genetischen und neurobiologischen Prozesse, welche mit psychischem Erleben in Verbindung stehen.

Schon vor der Veröffentlichung wurden anklagende Stimmen laut. Kritiker warnten vor der Gefahr einer bevorstehenden „Überdiagnostizierung". Durch die Einführung neuer Diagnosen sowie die Lockerung der Vergabekriterien einiger bereits bestehender Diagnosen könnte – so die Furcht – der Bereich der „normalen" Lebensprobleme zunehmend von unrechtmäßigen Krankschreibungen erobert werden. Die Diskussion um die Grenzziehung zwischen normalen und krankhaften Variationen des Psychischen ist damit neu entfacht. Und dabei in der Geschichte des DSM altbekannt. So musste sich die Vorgängerversion, das noch römisch bezifferte DSM-IV aus dem Jahr 1994, ebenfalls den Vorwurf der Pathologisierung des Normalen machen lassen. Stieg nach dessen Inkrafttreten die Zahl der psychiatrischen Diagnosen schließlich deutlich an. Eine Entwicklung, die bisher übrigens für jede Revision des Diagnosehelfers gilt, und sich verschiedenen Ursachen verdankt. Auf der unumstritten positiven Ursachen-Seite stehen hierbei eine über die Jahre gestiegene Differenzierung psychosomatischer Leidenszustände sowie ein gewachsenes gesellschaftliches Bewusstsein gegenüber diesen. Man ist heute bei sich psychisch aufdrängenden Lebensproblemen eher bereit, professionalisierte Hilfe einzufordern als beispielsweise noch vor 10 Jahren, und kann dann aufgrund des ansteigenden Störungswissens häufig auch mit einer gezielteren Bearbeitung der Probleme rechnen. Die andere Seite ist ein wenig kontroverser und betrifft die Ausweitung psychiatrischer Diagnosen. Zum Beispiel wurden im Laufe der DSM-Entwicklung Befindlichkeitsstörungen zunehmend zu Krankheiten erklärt. Dies betrifft affektive Störungskonzepte wie die *Depression* und lässt sich schon schwieriger als rein positiver Befund festhalten. Schließ-

Fortsetzung auf Seite 18

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

Am Regionalinstitut Sachsen der DGVT beginnen wieder neue Ausbildungsgänge

„Psychotherapie mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie“

(Start Oktober 2013)

mit zusätzlicher Möglichkeit zur Erlangung eines Masters of Advanced Studies Psychotherapie Schwerpunkt Verhaltenstherapie (MASPTVT) aufgrund einer Kooperation mit der Uni Bern (Schweiz)

und

„Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“

(Start Oktober 2013)

Die Kosten beider Ausbildungsgänge betragen jeweils:
Kosten der 5-jährigen Ausbildung: ca. 14.000,00 €
Eine vollständige Refinanzierung über die praktische Ausbildung ist möglich:
Einnahmen bis 19.600,00 €.

Informations- und Zulassungsgespräche sowie im Einzelfall abweichende Starttermine der Ausbildung können individuell vereinbart werden.

Nachfragen / Anmeldungen unter:

Regionalinstitut Sachsen der DGVT
Neubühlauer Straße 12
01324 Dresden

Tel.: 0351/267 9999
E-Mail: Regionalinstitut@aol.com
Homepage: www.dgvt.de

DSM-5
Fortsetzung von Seite 16

lich gerät hierdurch die Fähigkeit zur Selbstheilung nur allzu leicht aus dem Blick. Und damit auch das nicht nur aus Not zur Tugend erklärte: Durch das Passive, das dem Krankheitsbegriff anhaftet, geht bei als krankhaft bezeichneten Stimmungsleiden nicht selten das schöpferische Potential aversiver Zustände ein wenig unter. Eine Krankheit erleidet man. Man sieht sie nicht als aktivierenden Teil des Lebens. Auch belasten Diagnosen vergleichsweise leichter Leiden unnötig das nationale Gesundheitssystem und führen nicht selten zur Einnahme nebenwirkungsstarker Psychopharmaka. Letzterem besonderes Gewicht schenkend, stellen sich heute selbst einstige Verfechter des Diagnosemanuals auf die Gegenseite. Allen Frances etwa – emeritierter Psychiatrieprofessor und bedeutender Funktionär bei der Entwicklung der DSM-Versionen drei und vier – zählt zu den prominentesten Kritikern der aktuellen DSM-Revision. Er beklagt den jetzt schon inflationären Gebrauch pathologisierender Diagnosen und sieht durch das DSM-5 eine „Hyperinflation“ am Diagnose-Horizont aufziehen. Als Beleg für diese Befürchtung nennt er seine Erfahrungen mit den Folgen vergangener DSM-Revisionen. Zum Beispiel sollte die Einführung des Asperger-Autismus im DSM-IV eine milde Form des Autismus erfassen und eigentlich die Zahl der Falsch-Diagnostizierten senken. Tatsächlich aber führte die Einführung in den USA zu einer Verzwanzigfachung der Autismus-Diagnosen. Wobei laut Frances Studien dafür sprechen, dass etwa die Hälfte dieser Diagnosen zu Unrecht gestellt werden. Bedenkt man nun, dass der als Entwicklungsstörung verstandene Asperger-Autismus meist schon früh im Kindesalter diagnostiziert wird, ist diese Lage besonders besorgniserregend. Darf gerade bei Kindern die lebensformende Wirkung, welche die Diagnose einer psychischen Normabweichung entfalten kann, nicht unterschätzt werden. Betroffene werden im schlechtesten Fall zeitlebens durch eine Brille gesehen – von anderen und sich selbst. Er/Sie ist dann „eben ein bisschen anders“ und „kann das doch auch gar nicht“. Zu diesem Stigma gesellen sich dann oft die schon angesprochenen Medikamente; welche in einer Welt voller sich am Leben halten wollender Pharmaunternehmen und langwieriger, nur begrenzt verfügbarer Therapieangebote scheinbar das leichter zu habende Heil versprechen. Dabei werden Psychopharmaka oft recht unspezifisch eingesetzt, kritisiert der Schweizer Psychiater und Publizist Asmus Finzen. Dies liege an der Komplexität der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen, welche die Entwicklung individueller Medikamente erschwert und wahrscheinlich gar unmöglich macht. So gibt es bisher einige wenige Wirkstoffgruppen wie Antidepressiva, Neuroleptika oder Tranquillanzien, die dafür jedoch bei mehreren verschiedenen psychischen Problemen eingesetzt werden. Ob der individuelle Nutzen den Schaden langfristig aufwiegt, ist oft schwer auszumachen. Daher sollten Psychopharmaka nur verschrieben werden, wenn es die Umstände unter Abwägung der Alternativen rechtfertigen. Eine gestellte Diagnose wird dabei oft als hinreichende Rechtfertigung betrachtet. Senkt man die Diagnosehürden, vergrößert sich also die Wahrscheinlichkeit einer medikamentösen Behandlung. Entsprechend warnt auch die *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde* (DGPPN) vor einer Ausweitung von Diagnosen und einer hierdurch begünstigten Medikalisierung von Problemen der Gesellschaft. In einer Stellungnahme vom 15. April 2013 wendet sich die DGPPN daher auch explizit gegen einige der neu eingeführten DSM-Diagnosen, da diese keinen Krankheitswert besäßen. Problematisch sei dies nicht nur aus gesundheitlichen, sondern

Fortsetzung auf Seite 20

Das neue DSM

Das neue Diagnosemanual ist umstritten. Teilweise wendet es sich gegen den Trend einer Ausweitung psychischer Erkrankungen. Zum Beispiel wird das *Verminderte Psychosesyndrom* nicht - wie ursprünglich geplant und von vielen postuliert - als eigene Störungskategorie eingeführt. Zu gering sei die Vorhersageleistung von Risikosymptomen für das spätere Auftreten einer Psychose. Zum anderen enthält das DSM-5 aber auch zahlreiche Neuregelungen, die diesen Trend befeuern.

Im Folgenden ein Auszug kontrovers diskutierter Neuerungen:

1. Verlustreaktion als *Depression* (siehe Hauptartikel)
2. Alterskorrelierte kognitive Leistungseinschränkungen wie Vergesslichkeit können nun als *Milde neurokognitive Störung* diagnostisch festgehalten werden. Die Vertreter sprechen - im Hinblick auf eine sich potentiell anschließende dementielle Erkrankung - vom prognostischen Wert dieser Diagnose. Gegner sprechen von einer natürlichen Normabweichung, für die es zudem keine evidenzbasierte therapeutische Intervention gäbe.
3. Unerklärliche kindliche Wutanfälle erhalten nun das Label *Gemütsregulationsstörung* mit Verstimmung. Dies sei laut dem Präsidenten der *Bundespsychotherapeutenkammer* (BptK) Richter eine Reaktion auf eine USA-spezifische Überdiagnostik von bipolaren Störungen bei Kindern. Richter sieht eine Gefahr in der Diagnose, da so andere Gründe wie etwa ungelöste familiäre Konflikte aus dem Blick geraten könnten.
4. Die ADHS-Kriterien werden erweitert. Bisher mussten die Symptome der *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung* erstmals vor dem siebten Lebensjahr auftreten, um Krankheitswert zu erhalten. Im DSM-5 wird dieser Zeitraum bis zum zwölften Lebensjahr ausgeweitet - und reicht damit weiter in die Schulzeit als zuvor. „Die ADHS-Kriterien sollten jedoch ausschließen, dass darunter auch Kinder und Jugendliche erfasst werden, die in erster Linie spezifische schulische oder berufliche Probleme haben“, meint BptK-Präsident Richter.

Und ein paar nicht ganz so umkämpfte Änderungen:

5. Die Diagnosen *Autismus*, *Asperger-Syndrom*, *desintegrative Störung des Kindesalters* und *andere tiefgreifende Entwicklungsstörungen* werden als Spektrum in einer Kategorie zusammengefasst. Sie werden also nicht mehr als diskrete Krankheiten beschrieben, sondern vielmehr als unterschiedlich starke Ausprägungen einer Entwicklungsstörung, die in der frühen Kindheit beginnt.
6. Das pathologische Glückspiel wird als *Verhaltenssucht* in den Diagnosekatalog aufgenommen und nicht mehr den *Impulskontrollstörungen* zugeordnet.
7. Das *Messie-Syndrom*, das sich im Horten von Gegenständen zeigt und als psychische Wertbeimessungsstörung gilt, wird neu eingeführt.

Auch der Entstehungsprozess des DSM-5 ist nicht einheitlich zu bewerten. Einerseits werden den Machern Verbindungen zur Pharmaindustrie sowie „Heimlichtuerei“ - gestützt durch Verschwiegenheitsverträge - vorgeworfen. Andererseits war die DSM-Revision begleitet von einer neuen Form der Transparenz. Erstmals konnte über die Webseite des DSM auch die breite Öffentlichkeit an der Diskussion zu bevorstehenden Änderungen teilnehmen und selbst kritische Kommentare anbringen (letzteres gilt übrigens auch für die Entstehung der ICD-11).

Psychologie Heute Studentenabo

- + 3 aktuelle compact-Hefte als Begrüßungsgeschenk
- + 12 Hefte jährlich
- + Kostenfreier Zugang zum Archiv
- + Nur € 62,90 (statt € 78,–)

fast 20% günstiger

PSYCHOLOGIE HEUTE

Was uns bewegt.

Jetzt abonnieren und Geschenk sichern!

Abo plus: Zu den 12 Heften Psychologie Heute gibt es ein Jahr lang alle drei aktuellen mono-thematischen Sonderhefte Psychologie Heute compact kostenlos.

www.abo-psychologie-heute.de

DSM-5
Fortsetzung von Seite 18

auch aus gesellschaftspolitischen Erwägungen. Krankheitsdiagnosen berechtigen zu einer Inanspruchnahme und Erstattung der Leistungen unseres Gesundheitswesens. Bei steigenden Diagnosezahlen von Störungen, welche durch die Betroffenen selbst und die Hilfe deren Angehörigen bewältigt werden könnten, verknappen sich die ohnehin schon begrenzten Ressourcen des Gesundheitssystems – zum Nachteil derer, die tatsächlich auf professionelle Hilfeleistungen angewiesen wären. Sei es aufgrund der Schwere ihres Leidens oder aufgrund fehlender sozialer Netze.
Die Krankheit-schluckt-Normalität-Debatte zeigt sich besonders anschaulich auch am größten Sorgenkind des neuen DSM: Bei einer Verlusttrauer darf nun schon nach zweichwöchigem Bestehen eine *Major Depression* diagnostiziert werden. Stirbt ein geliebter Mensch, kann jedoch davon ausgegangen werden, dass der Angehörige länger als zwei Wochen von Trauer erfüllt sein und dabei Symptome wie Schlaf- und Appetitlosigkeit mit sich tragen wird. Nennen wir dies künftig depressiv, dürfte zumindest das Stigma depressiver Erkrankungen tatsächlich fallen. Und der psychologische Laie von der fatalistischen Ehrfurcht gegenüber einmal gestellten Diagnosen befreit sein.
Befürworter der Depressionsausweitung argumentieren, Trauerreaktionen würden einen psychosozialen Stressor darstellen, der bei entsprechend Disponierten eine gravierende depressive Störung einleiten könnte. Eine Diagnosestellung könnte den Betroffenen helfen, sich nicht in der Kurzsichtigkeit intensiver Gefühle zu verlieren. Die Änderung diene also einer erhöhten Wachsamkeit im Umgang mit Verlusterlebenden, um Risikozustände frühzeitig zu erkennen. Die schon während des Revisionsprozesses laut gewordenen Gegenworte zur Senkung der Depressions-Kriterien führten dennoch zu einer Ergänzung im neuen DSM. Eine Kompromissformel mahnt nun zu besonderer Vorsicht, wenn es darum geht, Verlustleid als Vorbote einer depressiven Erkrankung zu sehen. Es hängt dann wohl an der Kunstfertigkeit des einzelnen Arztes, die Zeichen richtig zu deuten und klinisch relevantes Leid herauszufiltern. Wie das bei Heiligen Schriften so ist: die Auslegung ist das Problem. ◊

Warum die 100%-Quote für Masterplätze in der Psychologie so wichtig ist

von Robert Lillig

Obwohl über die Studienreform schon viele Worte verloren wurden, lohnt sich gerade für uns Psychologen und Psychologinnen ein genauerer Blick auf die sich aus der Umstellung ergebenden Realitäten – insbesondere auf berufspolitische Konsequenzen: das Verhältnis von Bachelor- und Masterplätzen an Unis, die Quote der Bachelorabsolventen, die beabsichtigen einen Masterstudiengang zu studieren oder auch die tatsächliche Berufsqualifizierung von Bachelorabsolventen.

Bachelor of Science – berufsqualifizierend oder nicht?

De facto ist der Bachelor of Science der Psychologie, wie jeder andere akkreditierte Bachelor auch, der erste berufsqualifizierende Abschluss. So ist beispielsweise dem Studienführer der Universität Leipzig zum Bachelorstudiengang der Psychologie Folgendes zu entnehmen:
„Der Studiengang B.Sc. Psychologie soll für gesellschaftlich verantwortungsbewusstes psychologisches Handeln bei der Berufsausübung vorrangig in den Einrichtungen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens sowie in der Wirtschaft qualifizieren. Dabei sollen die Studierenden befähigt werden, psychologische Routinetätigkeiten in verschiedenen Berufsfeldern auszuführen."
Die Vermutung liegt nahe, dass es gemäß dieser Beschreibung sowohl Arbeitgeber als auch Stellensuchende für den Bachelor der Psychologie in einem vernünftigen Maße geben müsste, klingt doch die Beschreibung zunächst vielversprechend.
Dass dies aber alles andere als der Fall ist spiegelt sich in zwei Untersuchungen wider. So konnte Anna Lena Schäfer (Report Psychologie Mai 2013) in ihrer Untersuchung der ersten Bachelorabsolventenkohorte der Uni Hamburg zeigen, dass letztlich von 110 Absolventen, fünf auf Stellensuche waren und andere fünf Absolventen bereitseine Stelle gefunden hatten. Von diesen insgesamt 10 Absolventen gaben jedoch 6 an, auf einen Masterplatz zu warten, sodass insgesamt 93% der Hamburger Absolventen entweder in einem Masterstudiengang immatrikuliert waren oder dies schnellstmöglich sein wollten.
Ein ähnliches Bild konnten Wentura und Kollegen in ihrer bundesweiten Befragung der Absolventinnen und Absolventen des Jahres 2011 im Studiengang BSc Psychologie feststellen. 91 % der 482 befragten Absolventen gaben an, einen Masterabschluss anzustreben. Lediglich 6 Absolventen waren 6 Monate nach Beendigung ihres Studiums berufstätig. Wichtig an dieser Stelle ist ein Vergleich zu anderen Studiengängen, was die Absicht der Absolventen, ein Masterstudium zu absolvieren, angeht. Im Bericht zum Übergang vom Bachelor- zum Masterstudium, erstellt von Christoph Heine für die Expertenkommission Forschung und Innovation (EFI), spricht der Autor davon, dass 62% der Studierenden binnen eines Jahres nach Abschluss ihres Bachelorstudiums ein Masterstudium angenommen haben, und 10% der Absolventen ein Masterstudium noch anstreben. Das macht deutlich, dass die Psychologen eine gesonderte Gruppe darstellen, was den Wunsch nach einem Masterstudium angeht, liegen sie doch etwa 20% über dem Bundesdurchschnitt

Stellenmarkt für BSc Psychologen überhaupt existent ?

Der allergrößte Teil der Bachelorabsolventen ist also schlichtweg nicht an einer Berufstätigkeit interessiert. Abgesehen davon, dass für das Gros der klinisch tätigen Psychologen (knapp 70% der Psychologen arbeiten in dem Bereich) eine Mindeststudiendauer von 5 Jahren vorgesehen ist und dieser Bereich somit aus dem potentiellen Arbeitsmarkt fällt, stellt sich die Frage wie es um Stellenaussichten auf dem Arbeitsmarkt für Bachelorpsychologen bestellt ist. Dieser Frage widmete sich eine Bologna-Kommission der DGP (Deutsche Gesellschaft für Psychologie) und analysierte Stellenanzeigen der Wochenzeitung Zeit im Jahr 2011 sowie die der drei wichtigsten Onlinemedien für Stellenanzeigen(PsychJob, Zeit-Online und StepStone) im Zeitraum

von Januar bis Juni 2011. In Bezug auf geforderte Studienabschlüsse ergab sich ein sehr eindeutiges Bild. Keine einzige der insgesamt 1503 Stellenanzeigen richtete sich explizit an Bachelorabsolventen der Psychologie. Lediglich 4% der Anzeigen der Zeit und 28% der Onlinemedien richteten sich an Absolventen mit Hochschulabschluss, für die sich auch Bachelorabsolventen bewerben konnten. Natürlich ist es kein Geheimnis, dass sich Bachelorabsolventen im Rennen um Stellen gegenüber den besser qualifizierten Diplom- oder Masterabsolventen keine allzu großen Hoffnungen auf Erfolg machen dürfen. Des Weiteren sei angemerkt, dass die ausgeschrieben Stellen, für die sich Bachelorabsolventen bewerben können, fast ausschließlich im Bereich der Arbeits- und Organisationspsychologie lagen. Dieser Umstand ist nicht gerade deckungsgleich mit dem im Studienführer der Universität Leipzig angegebenen Berufsfeldern.
Vertreter des Kultusministeriums, die für die Aufstellung und Verteilung des Bildungsetats verantwortlich sind, würden vermutlich wie folgt argumentieren: Bachelorabsolventen können sich doch in Berufen des Bildungs- und Sozialwesens bewerben. Mögliche Berufsfelder liegen ja auf der Hand: Testdiagnostiker in der Psychiatrie, Beraterin in der Arbeitsagentur für Arbeit oder Sozialarbeiterin in der Schule. Prinzipiell ist diese Sicht der Dinge nicht komplett abwegig, doch gibt es für die oben genannten Berufe eigens konzipierte Ausbildungsformen: den Psychologisch Technischen Assistenten, den Bachelorabschluss der Sozialen Arbeit oder ein Pädagogikstudium, bzw. einen Bachelor im Bereich Bildungsmanagement. Und hätten wir nicht einen anderen Bildungsweg eingeschlagen, wenn wir die oben genannten Berufe angestrebt hätten? Es ist daher alles andere als tollkühn zu behaupten, dass sich der Großteil der Psychologiestudierendenden nicht mit einem Bachelorabschluss zufrieden gibt. Denn mit Aufnahme unseres Studiums schwebt vermutlich den allerwenigsten von uns einer von den oben genannten Arbeitsplätzen vor, sondern viel eher ein Arbeitsplatz, der eine mindestens fünfjährige universitäre Ausbildung erfordert.
Lange Rede – kurzer Sinn: abgesehen davon, dass kaum einer mit dem Bachelorabschluss in der Psychologie arbeiten will, gibt es auch kaum explizite Stellenausschreibungen für Bachelorabsolventen der Psychologie. Das führt uns zum nächsten und sehr wichtigen Punkt: den Übergangsquoten von Bachelor- auf Masterplätze.

Eine tickende Zeitbombe

Sicherlich ist es schwer, die genauen, gesamtdeutschen Übergangsquoten für deutsche Universitäten zu ermitteln, da sich diese jährlich ändern und auch jahrgangsspezifisch erheblich abweichen können. Ermittelt werden kann hingegen die maximal mögliche Übergangsquote anhand der vorhandenen Bachelor- und Masterplätze an einzelnen Universitäten. Im Folgenden möchte ich nur eine kleine Auflistung mit beispielhaften Daten geben, die sich auf den Stand vom Juni 2012 beziehen.

Universität	BA-Plätze	MA-Plätze	Quote
Dresden	120	135	113 %
Leipzig	75	75	100 %
Bielefeld	85	85	100 %
Bamberg	65	60	92 %
Potsdam	120	100	83 %
Ulm	100	80	80 %
Freiburg	100	75	75 %
Chemnitz	90	60	67 %
Hamburg	220	90	41 %
Würzburg	150	50	33 %

Diese Liste soll illustrieren, dass es starke Abweichungen in der Übergangsquote gibt und stellt sicherlich keine repräsentative Stichprobe dar. Jedoch kann man sich leicht vorstellen, dass somit der gesamtdeutsche Schnitt für die Psychologie die Marke von 100% bei weitem verfehlt. Laut Fredi Lang, Referent für Fachpolitik beim BDP (Bund Deutscher Psychologen), liegt die Übergangsquote aktuell in Deutschland bei etwa 85 – 90 %.
Zunächst gar nicht mal so tragisch, könnte man meinen. Es sind ja im Vergleich zu den 91% und 93% der in den oben genannten Studien erwähnten Bachelorabsolventen mit Masterwunsch gar nicht mal so viele, die keinen Platz bekämen. Doch die Rechnung darf nicht ohne die Bachelorabsolventen der Anrainerstaaten, wie der Schweiz, Österreich oder den Niederlanden und auch nicht ohne die Bachelorabsolventen aus dem anglo-amerikanischem Raum gemacht werden, die jedes Jahr wieder nach Deutschland zurückkehren wollen. Zusätzlich muss für die Folgejahre jeweils der Anteil derer berücksichtigt werden, die keinen Masterplatz bekommen und somit zusätzlich den Bewerberpool füllen, sodass in den kommenden Jahren praktisch die Übergangsquote unter den vermuteten 85-90% liegen wird.
Wichtig wäre es daher, mit berufspolitischem Gespür ein mögliches Ungleichgewicht an seiner Universität in der Übergangsquotierung zu bekämpfen oder zu verhindern, so es doch offensichtlich ist, dass wir in Zukunft mit einer nicht zu unterschätzenden Schar an Bachelorabsolventen auf dem Warte-Abstellgleis zu rechnen haben.

P.S. Nebenher sei noch bemerkt, dass Bachelorabsolventen der Psychologie sich noch nicht als Psychologe bezeichnen dürfen, da der Begriff Psychologe zwingend an den Abschluss eines Masters oder Diploms gebunden ist – sicherlich aus sehr gutem Grund. Nur musste ich das selbst erst einmal in meiner Emailsignatur ändern. ◊

FSR - News Dresden

Der Sommer ist da und mit ihm nach 11 Jahren auch schon wieder das nächste Jahrhunderthochwasser. Wir hoffen, ihr habt die kräftezehrenden Tage Anfang Juni alle gut überstanden. Allen Betroffenen wünschen wir viel Kraft und Unterstützung beim Wiederaufbau.

Begrüßung neuer Professoren
Wir begrüßen in ihrer neuen Eigenschaft als Professoren recht herzlich zwei alte Gesichter der Fachrichtung: Jürgen Hoyer ist seit April 2013 Inhaber der Professur „Behaviorale Psychotherapie", Sebastian Pannasch wurde zum Mai 2013 zum Professor für „Ingenieurpsychologie und angewandte Kognitionsforschung" ernannt. Ebenfalls gratulieren wir Prof. Pannaschs Vorgänger, Prof. Boris Velichkovsky, zu seiner Ernennung zum Senior-Professor.

Nichts Neues vom Fachrichtungsumzug
Wie wir schon in den FSR-News in der letzten Psycho-Path-Ausgabe berichteten, steht mittelfristig ein Umzug der gesamten Fachrichtung in den Falkenbrunnen im Raum. Der Sprecher der Fachrichtung, Prof. Kirschbaum, hat nun noch einmal betont, dass es dazu noch keinerlei Beschlüsse der fachrichtungsinternen Gremien gäbe und daher auch noch überhaupt nichts entschieden sei. Wenn einzelne Professuren in den Falkenbrunnen umziehen wollen, gäbe es dafür finanzielle Unterstützung seitens der Universitätsleitung. Es könne aber niemand dazu gezwungen werden. Da aufgrund der dortigen räumlichen Gegebenheiten einige Professuren ohnehin nicht umziehen könnten, scheint die Idee einer Konzentration der Fachrichtung an einem Standort aber ohnehin gescheitert zu sein.

Neues vom Semesterticket
Wie ebenfalls schon berichtet, war die Zukunft des Dresdner Semestertickets in den letzten Monaten ungewiss. Ursache ist das neue Sächsische Hochschul"freiheits"gesetz. Es ermöglicht Studierenden erstmals den Austritt aus der „verfassten Studierendenschaft"* und damit auch aus der solidarischen Finanzierung des Tickets. Nun kann Entwarnung gegeben werden: Auch in den nächsten Semestern wird es weiterhin ein Semesterticket in der bisherigen Ausdehnung geben. Zwar soll es ab Oktober pro Semester 21 € mehr kosten, doch ist ab dann auch die direkte Kombination von Semesterticket mit den Ländertickets angrenzender Bundesländer ohne zusätzliches Transit-Ticket möglich. Der Vertrag zwischen DVB, VVO, DB und Studentenrat gilt vorerst für 2 Jahre. Allerdings behalten sich die Verkehrbetriebe das Recht vor, bei größeren Zahlungsausfällen durch Austritte aus der verfassten Studierendenschaft Nachverhandlungen anzuberaumen.

* Wir möchten darauf hinweisen, dass ein Austritt aus der verfassten Studierendenschaft auch den Verlust aller damit verbundenen Privilegien nach sich zieht. Das betrifft unter anderem die Interessenvertretung durch und im Fachschafts- oder Studentenrat, die Nutzung der von Fachschafts- oder Studentenrat bereitgestellten Ressourcen und den kostenlosen/ermäßigten Eintritt zu von studentischen Initiativen, Fachschafts- oder Studentenrat organisierten Veranstaltungen.

Wir brauchen eure Unterstützung
Für zwei große Events brauchen wir im Herbst viele fleißige Helfer.
Zum einen möchten wir traditionsgemäß unsere Erstis (und diesmal auch die ersten Master-Studierenden) in der Mentorenwoche vom 07.-11.10.2013 in Dresden begrüßen und mit dem Unileben an der TU vertraut machen. Hierzu suchen wir BA- und Diplomstudierende, die die Aufgabe eines Mentors übernehmen möchten.
Zum anderen findet am 16.11.2013 der diesjährige Psychoball statt. Der Termin verschob sich vom Mai zum November, weil im Gegensatz zum Diplom die meisten BA-Studierenden ihr Studium im September oder Oktober beenden. Für den Psychoball suchen wir noch dringend Unterstützer, die sich in die Organisation einbringen möchten. Interessenten, die uns unterstützen möchten, können sich unter *fsr@psychologie.tu-dresden.de* melden, uns direkt in unserem Büro (SE2/120) besuchen oder ein ihnen bekanntes FSR-Mitglied ansprechen.

Wir wünschen euch allen eine erfolgreiche Prüfungszeit, erholsame Ferien und einen Sommer, der diesen Namen auch wirklich verdient. ◊

FSR - News Leipzig

von Lena Kroll

Turbulente Zeiten – Uni zwischen Hochwasser, Diskussionen zum Hochschulfreiheitsgesetz und dem 15-jährigen Campusfest. An Leipzigs Uni tut sich einiges, auch am Institut für Psychologie.

Verabschiedung Studienfachberaterin & Begrüßung neuer Fachberater am Institut für Psychologie.
Wir verabschieden uns schweren Herzens von Frau Bendixen, die bisherige Fachberaterin am Institut für Psychologie der Uni Leipzig, die ihrem Ruf nach Oldenburg folgte. Wir danken ihr an dieser Stelle ganz herzlich für die immer kompetente und freundliche Beratung und Unterstützung in allen Fragen rund um das Studium. Als Nachfolger dürfen wir Herrn Mädebach aus dem Bereich der Kognitionspsychologie begrüßen.

Umzug der Arbeitsgruppe Klinische Psychologie, Allgemeine Psychologie und Kognitive Psychologie.
Die Fachbereiche Klinische Psychologie und Psychotherapie, Allgemeine Psychologie und Methodenlehre sowie Kognitive Psychologie (einschließlich Biologische Psychologie) sind umgezogen. Diese Arbeitsgruppen findet ihr nun nahe dem Campus im Städtischen Kaufhaus, Neumarkt 9-19. Alle anderen Fachbereiche bleiben nach wie vor in der Seeburgstr. 14-20. Anfangs als Übergangslösung gedacht, sind die Räumlichkeiten der Seeburgstraße schon vor langer Zeit "zu klein" geworden. Auch wenn die Auslagerung der Fachbereiche nicht nur Vorteile mit sich bringt, konnte nun dem Platzproblem (etwas) entgegengewirkt werden. Ein endgültiger Umzug des Instituts und eine Wiedervereinigung der Fachbereiche, in einigen Jahren, werden von den Professoren begrüßt und sind in Planung.

Veranstaltungen des FSR Psychologie der Uni Leipzig im Juni und Juli.
Besonderes Highlight im Juni stellte unser Projekt zur Innenhofbegrünung mit „Grillen unterm Apfelbaum" für Studierende der Psychologie dar. Uns geht es darum, den Innenhof des Instituts etwas freundlicher und „grüner" zu gestalten. Zu diesem Zweck hat der FSR neue Bänke, einige Pflanzen und einen Apfelbaum im großen Topf organisiert. Eingeweiht wurden die Neuerungen beim gemeinsamen Grillen, welches sich auch schon im letzten Jahr großer Beliebtheit erfreuen durfte. Vielleicht folgen ja bald noch mehr Grünpflanzen. Außerdem gab es auch wieder ein „Psychokino". Dieses findet regulär 1x im Semester statt und beschäftigte sich dieses Mal mit dem Störungsbild „Autismus". Als Diskussions- und Fragepartner besuchte uns ein Mitarbeiter der Autismusambulanz Leipzig. Am 4.Juli feiert die Fakultät für Biowissenschaften, Pharmazie und Psychologie ihr jährliches Sommerfest im Botanischen Garten. Beginn ist 19 Uhr. ◊

Ausbildung zum | zur

Psychologischen Psychotherapeuten |-in

im Richtlinienverfahren
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Option: Zweite Fachkunde
Verhaltenstherapie

www.aap-dresden.de

aap Akademie für Allgemeine Psychotherapie

Auf der Couch von Prof. Shu-Chen Li

von Alexandra Klingebiel und Philippe Jawinski

Im April 2013 wurde dem Titel der Professur für Entwicklungspsychologie an der TU Dresden die „Neurowissenschaft der Lebensspanne“ beigefügt. Grund für diese Modifikation ist ein neues Gesicht im Dresdner Kollegium: Frau Prof. Shu-Chen Li leitet seit September letzten Jahres den Lehrstuhl. Der Psycho-Path wollte wissen, welche Persönlichkeit sich hinter den beruflichen Qualifikationen verbirgt und machte es sich deshalb auf Ihrer Couch bequem.

Psycho-Path
Sie kommen ursprünglich aus Taiwan. Wie wir Ihrem Lebenslauf entnehmen konnten, haben Sie aber bereits Ihren Bachelor in Oklahoma, USA, absolviert. Hat es Sie schon immer hinaus in die weite Welt getragen? Was zog Sie in die USA?

Prof. Li
Taiwan ist ein kleines Inselland und als Kind wollte ich wissen, was es alles gibt. Als ich klein war - etwa 10 Jahre war ich alt - begann diese Sehnsucht nach der großen weiten Welt. Ich war als Kind immer sehr interessiert. Da ich in meiner Schulzeit in verschiedenen Aptitude-Tests gut abgeschnitten hatte, dachte ich, ich könnte Ingenieur oder Architekt werden. In Taiwan haben die Eltern bei der Berufswahl jedoch viel zu sagen und mein Vater dachte, dass Lehrerin für mich ein guter Job sei. In Taiwan ist das auch ein super Job. Darum studierte ich zunächst 2 Jahre Grundschulpädagogik als Hauptfach.

Psycho-Path
Und als Lehrerin in Taiwan wollten Sie nicht arbeiten?

Prof. Li
Ich empfand das zum damaligen Zeitpunkt als eine zu große Verantwortung. Darum bin ich in die USA gegangen, um ein anderes Fach zu studieren. Die Wahl des Faches Psychologie ergab sich dabei eher durch Zufall. Ursprünglich faszinierten mich Physik und Ingenieurwissenschaften. Ich wollte jedoch etwas studieren, bei dem ich meine bisherige Ausbildung einbringen konnte, nicht zuletzt um auch Studiengebühren zu sparen. So begann ich mein Psychologiestudium in den Staaten und habe diese Entscheidung auch später nie bereut.

Psycho-Path
Nachdem Sie als Postdoc ein Jahr in Kanada arbeiteten, gingen Sie ans MPI Berlin. Von Menschen aus anderen Kulturkreisen werden die Deutschen neben ihrer Pünktlichkeit häufig als steif und distanziert wahrgenommen. Wie sind die Deutschen Ihnen begegnet?

Prof. Li
„Typisch deutsche“ Eigenschaften wie Effizienz, Präzision und Zuverlässigkeit werden natürlich auch von Forschern verlangt. Überrascht hat mich ein wenig, wie hierarchisch die deutsche Wissenschaft aufgebaut ist. So gab es z.B. bei Kolloquien eine implizite Sitzordnung. Erst nach ein paar Terminen haben ich und die anderen internationalen Postdocs das mitbekommen. Auch ist man in den USA per du. Wenn ich mit meinem Chef in Berlin Englisch gesprochen habe, haben wir uns untereinander mit Vornamen angesprochen. Wechselten wir ins Deutsche, nannten wir uns eher beim Nachnamen. Diese Hierarchie ist nicht unbedingt ein Minuspunkt, ich musste mich nur darauf einstellen.

Psycho-Path
Haben Sie nach Ihren Aufenthalten in den USA, Kanada und Berlin das Gefühl, dass Sie in Dresden angekommen sind?

Prof. Li
Die Fakultät hier hat mich sehr willkommen geheißen. Im Rahmen des Auswahlverfahrens wurde sogar eine Party veranstaltet, auf der man mit den anderen Kandidaten interagieren konnte. So angenehm wie hier habe ich ein solches Verfahren bisher nirgendwo erlebt, auch nicht in den USA. Hier fühle ich mich gut aufgehoben, insbesondere gibt es viele Schnittstellen mit Kollegen aus der Fachrichtung und den neurowissenschaftlichen Bereichen der TU Dresden, die zu interessanten Forschungskollaborationen führen können. Ich bin sehr froh, dass ich hier bin.

Psycho-Path
Sind Sie mit Ihrer Familie nach Dresden gekommen?

Prof. Li
Ich komme aus einer kleinen Familie in Taiwan. Dazu gehören meine Eltern, mein Bruder und dessen Familie. Mindestens einmal im Jahr, so zwischen Sommer- und Wintersemester, fliege ich für mindestens 2-3 Wochen nach Taiwan. Dann feiert man dort gerade das Chinesische Neujahr. Außerdem bin ich mit einem deutschen Mann verheiratet, er ist Informatiker und in der Automobilindustrie tätig. Wir wohnen in Berlin und ich pendele an den Wochenenden. Ich selber habe keine Kinder, weil ich spät geheiratet habe. Aber glücklicherweise habe ich durch meinen Mann einen 12jährigen Stiefsohn.

Psycho-Path
War Professorin schon immer Ihr Traumberuf?

Prof. Li
Forscher war mein Traumberuf, den habe ich 16 Jahre ausgeübt und dabei mehr als 15 Doktoranden mitbetreut. Als Professorin kommt für mich jetzt noch die Lehrtätigkeit dazu. Ich empfinde auch selbst die Notwendigkeit, Wissen und Forschungsergebnisse an Studentinnen und Studenten weiterzugeben. In der Lehre bin ich noch nicht so gut und muss noch Erfahrungen sammeln. Viele Grundprinzipien habe ich in meinem Lehramtsstudium in Taiwan kennengelernt, aber das ist lange her. An meiner Lehre gibt es noch viel zu verbessern, da bin ich eher selbstkritisch.

Psycho-Path
Wenn man ein neues Haus oder eine neue Wohnung bezieht, findet man manchmal Hinterlassenschaften des Vormieters. Hat Prof. Kliegel - als er sein Büro verließ - irgendetwas für Sie dagelassen?

Prof. Li
Frau Altgassen hat den Lehrstuhl noch kurz vertreten. Die Möbel waren noch alle drin, es wurde nur ein bisschen umgestellt. Die Couch und ein Regal habe ich neu gekauft. Außerdem gab es ein gerahmtes Poster im Stil von Hundertwasser.

Psycho-Path
Und das Poster haben Sie entsorgt?

Prof. Li
Nein (lacht), das ist beim Umräumen der Regale heruntergefallen und dabei ging der Rahmen kaputt. Ich habe die Mitarbeiter von Herrn Kliegel gefragt, ob jemand das Poster möchte.

Psycho-Path
Prof. Brocke sagte einmal, er bräuchte eigentlich einen 36-Stunden-Tag, um alle seine Vorhaben zu verwirklichen. Wie lange brauchen Sie, um Ihren Schreibtisch abzuarbeiten?

Prof. Li
Das ist immer unterschiedlich. Aber 24 Stunden Arbeitszeit könnte ich am Tag gut gebrauchen.

Psycho-Path
Auf unsere Anfrage, ob Sie uns für ein Interview zur Verfügung stehen könnten, folgte Ihre Antwort an einem Samstagmorgen um 7:15 Uhr. Was verrät uns das über Ihren Chronotyp? Sind Sie eher Frühaufsteher?

Prof. Li
Ja (lacht), ich bin eher ein Frühaufsteher, ich stehe halb 6 auf. An einem normalen Wochentag gehe ich etwa halb 12 schlafen. Also eher keine Nachteule.

Psycho-Path
Wie verbringen Sie Ihre Zeit außerhalb der Universität? Gibt es zu Ihrer geistigen Tätigkeit einen körperlichen Ausgleich?

Prof. Li
Ich gehe Laufen und ab und zu versuche ich mich an einem Marathon oder Halbmarathon. Dieses Jahr habe ich den Halbmarathon in Dresden mit meiner Familie probiert, obwohl ich vorher nicht viel trainiert habe. Ich bin leider nur 17km weit gekommen.

Psycho-Path
Klassische Musik, Heavy Metal oder mittendrin?

Prof. Li
Klassische Musik! Mein Mann und ich mögen eher sinfonische und Kammermusik. Und ich mag besonders Bach, ich könnte den ganzen Tag lang nur Bach hören (lacht). Ich habe hier und in Berlin ein Klavier und nehme Klavierunterricht für klassische Musik. Am liebsten spiele ich Bach. Viel Zeit zum Üben bleibt mir allerdings nicht.

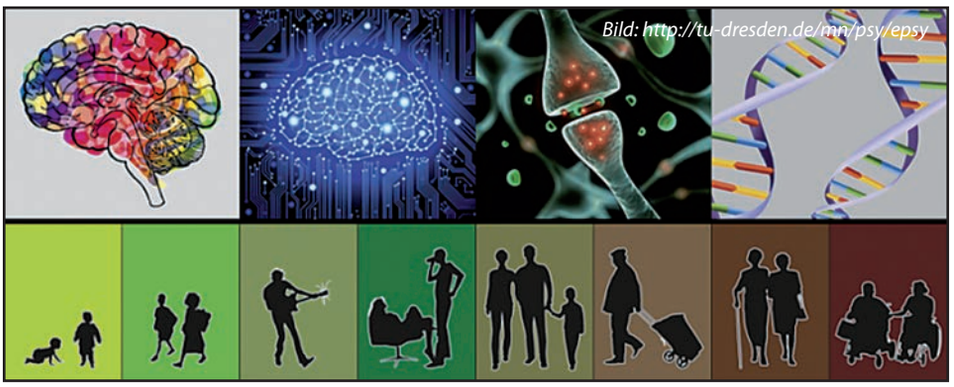


Bild: http://tu-dresden.de/mn/psy/epsy

Psycho-Path
Haben Sie…
…einen Lieblingsintellektuellen?
Oh, das ist schwer, es gibt so viele. Vielleicht wäre es Bach. Die meisten Leute denken, er wäre nur ein Musiker und kein Wissenschaftler. Aber ich glaube, er muss hochintelligent gewesen sein, bei dem was er geschrieben hat.

Psycho-Path
…ein Lieblingsessen?

Prof. Li
Naja, das ist mein Problem, ich esse gerne (lacht). Mein Lieblingsnachtisch in Deutschland ist kalter Grießbrei oder Grießpudding mit Kirschsoße, und das im Sommer.

Psycho-Path
…einen Lieblingsfilm?

Prof. Li
Es gibt eine nicht so bekannte Tragikomödie, die aber für Psychologen sehr interessant ist: Kitchen Stories. Um eine effiziente Küche zu designen, werden in Norwegen verschiedene Leute in ihrem eigenen Haus über Monate beobachtet, wie sie sich in ihrer Küche bewegen. Dabei kommt es zu absurden Vorfällen und es entstehen ungewöhnliche Freundschaften.

Psycho-Path
…ein Lieblingsbuch?

Prof. Li
Nein. Es gibt so viele. Ich lese gerne wissenschaftstheoretische Philosophie, z.B. Popper und Bertrand Russell.

Psycho-Path
Sie backen Kekse, was für welche werden das?

Prof. Li
Weihnachtsplätzchen (lacht)!

Psycho-Path
Kannten Sie Goethe, bevor Sie nach Deutschland kamen?

Prof. Li
Ja. Goethe wird in China und Taiwan sehr geschätzt. Wir lernen seine Werke auch in der Schule. Die chinesischen Zeichen für Goethe bedeuten „Bruder mit großer Tugend“ - sehr passend.

Psycho-Path
In welche Richtung soll sich die Professur unter Ihrer Leitung in den nächsten Jahren bewegen? Wo liegen die Schwerpunkte?

Prof. Li
Ich beschäftige mich mit der kognitiven und neuronalen Entwicklung über die Lebensspanne. Wir haben in meiner Gruppe vier Hauptthemen:

1. Kognitive/ neurokognitive Entwicklung über die Lebensspanne, d.h. Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis und exekutive Kontrolle
2. Entwicklung der motivationale Regulierung des Verhaltens
3. Entwicklung der Plastizität des Gehirns
4. Einfluss von Stress oder Entwicklungsstörungen auf Kognition, Motivation und Plastizität

Dabei gibt es viele thematische Anknüpfungspunkte zu meinen Kollegen an der TU Dresden. Zudem möchte ich gerade innerhalb des zweiten Bereichs eine neue Junior-Professur etablieren.

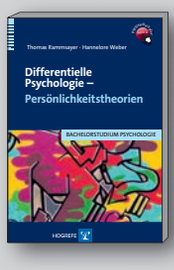
Psycho-Path
Wir bedanken uns recht herzlich für dieses Interview und wünschen Ihnen viel Erfolg und Freude an der TUD! ◊

Du möchtest mit Prof. Li zusammenarbeiten? Dann ist dies deine Chance:
Die Professur für Entwicklungspsychologie und Neurowissenschaft der Lebensspanne der TU Dresden sucht ab Oktober 2013 eine/n Labor-Manager/in zur Koordination und Durchführung von Verhaltens- und EEG-Experimenten.

Näheres unter: http://tu-dresden.de/mn/psy/epsy/Stellen

Mit HOGREFE erfolgreich durch's Psychologie-Studium

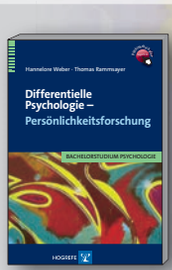
mit der erfolgreichen Reihe »Bachelorstudium Psychologie«



Thomas Rammsayer
Hannelore Weber

Differentielle Psychologie – Persönlichkeitstheorien

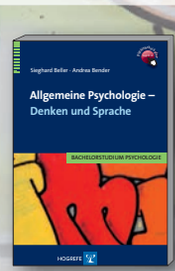
2010, 271 Seiten,
€ 26,95 / CHF 39,90
ISBN 978-3-8017-2171-8
E-Book € 23,99 / CHF 33,99



Hannelore Weber
Thomas Rammsayer

Differentielle Psychologie – Persönlichkeitsforschung

2012, 289 Seiten,
€ 29,95 / CHF 39,90
ISBN 978-3-8017-2172-5
E-Book € 26,99 / CHF 37,99



Sieghard Beller
Andrea Bender

Allgemeine Psychologie – Denken und Sprache

2010, 318 Seiten,
€ 29,95 / CHF 44,80
ISBN 978-3-8017-2141-1
E-Book € 26,99 / CHF 37,99

Martin Pinquart · Gudrun Schwarzer
Peter Zimmermann

Entwicklungspsychologie – Kindes- und Jugendalter

2011, 384 Seiten,
€ 34,95 / CHF 52,–
ISBN 978-3-8017-2170-1
E-Book € 30,99 / CHF 43,99

Frieder R. Lang
Mike Martin
Martin Pinquart

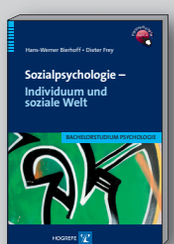
Entwicklungspsychologie – Erwachsenenalter

2012, 317 Seiten,
€ 29,95 / CHF 40,90
ISBN 978-3-8017-2186-2
E-Book € 26,99 / CHF 37,99

Rainer Leonhart

Datenanalyse mit SPSS

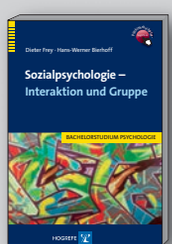
2010, 252 Seiten,
€ 24,95 / CHF 37,40
ISBN 978-3-8017-2164-0
E-Book € 21,99 / CHF 29,99



Hans-Werner Bierhoff
Dieter Frey

Sozialpsychologie – Individuum und soziale Welt

2011, 320 Seiten,
€ 29,95 / CHF 40,90
ISBN 978-3-8017-2154-1
E-Book € 26,99 / CHF 37,99



Dieter Frey
Hans-Werner Bierhoff

Sozialpsychologie – Interaktion und Gruppe

2011, 362 Seiten,
€ 34,95 / CHF 46,90
ISBN 978-3-8017-2122-0
E-Book € 30,99 / CHF 43,99

Heinz Holling
Günther Gediga

Statistik – Deskriptive Verfahren

2011, 355 Seiten,
€ 29,95 / CHF 44,80
ISBN 978-3-8017-2134-3
E-Book € 26,99 / CHF 37,99

Eva Bamberg
Gisela Mohr
Christine Busch

Arbeitspsychologie

2012, 301 Seiten,
€ 29,95 / CHF 40,90
ISBN 978-3-8017-2165-7
E-Book € 26,99 / CHF 37,99

Uwe Peter Kanning
Thomas Staufenbiel

Organisationspsychologie

2012, 339 Seiten,
€ 32,95 / CHF 44,90
ISBN 978-3-8017-2145-9
E-Book € 28,99 / CHF 40,99

Arndt Bröder

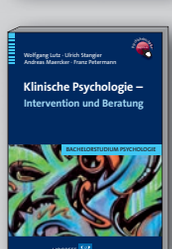
Versuchsplanung und experimentelles Praktikum

2011, 293 Seiten,
€ 29,95 / CHF 44,80
ISBN 978-3-8017-2143-5
E-Book € 26,99 / CHF 37,99

Franz Petermann
Andreas Maercker
Wolfgang Lutz · Ulrich Stangier

Klinische Psychologie – Grundlagen

2011, 330 Seiten,
€ 29,95 / CHF 44,80
ISBN 978-3-8017-2160-2
E-Book € 26,99 / CHF 37,99



Wolfgang Lutz · Ulrich Stangier
Andreas Maercker
Franz Petermann

Klinische Psychologie – Intervention und Beratung

2012, 336 Seiten,
€ 29,95 / CHF 39,90
ISBN 978-3-8017-2159-6
E-Book € 26,99 / CHF 37,99

Onur Güntürkün

Biologische Psychologie

2012, 306 Seiten,
€ 29,95 / CHF 39,90
ISBN 978-3-8017-2123-7
E-Book € 26,99 / CHF 37,99

psychlehrbuchplus hogrefe.de

Mit zusätzlichen Materialien unter *psychlehrbuchplus!* Mehr unter www.hogrefe.de!

HOGREFE

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3 · 37085 Göttingen · Tel.: (0551) 99950-0 · Fax: -111
E-Mail: verlag@hogrefe.de · Internet: www.hogrefe.de

Promovieren oder nicht promovieren – Ein sokratischer Monolog

von Anika Weinsdörfer

Das gute Leben will geprüft sein. Und so ist es – nach jahrelanger leistungsbezogener Fremdevaluation – gegen Ende des Studiums wieder Zeit für die nächste weichenstellende Selbstbefragung. Während ein Großteil der Psychologen in spe schon zu Beginn des Studiums auf Kriegsfuß mit der universitären (das meint meist: forschungsorientierten) Psychologie steht, mündet diese Befragung für den anderen Teil beinahe naturgemäß in die Frage „Soll ich uns nun eine Chance geben? Der Diss und mir?".

Die Antwort kommt wie immer nicht von selbst, sondern erfordert konzentriertes Gedankenwälzen. Um dabei nicht im potentiell fruchtbaren *Zustand innerer Verwirrung* hängen zu bleiben, können äußere Impulse helfen. Fügen wir uns daher doch mal in das Bild des in erster Linie sich selbst helfen wollenden Psycho-Studenten und befragen die Universitätsbibliothek nach einschlägiger Beraterliteratur!

Die Datenbank zeigt sich kooperationsbereit und schlägt das Buch „Sokratische Gesprächsführung. Lebenszielanalyse und Lebenszielplanung in Therapie und Beratung" vor. Stavemann – der Autor – nimmt sich in einem ganzen Kapitel Raum für die „Gesprächsführung bei lebensphilosophischen Fragestellungen". Das klingt gut, lässt ob der Angemessenheit der Fragestellung aber kurz innehalten. Ist das Promotionsproblem groß genug, um ihm mit der „Liebe zur Weisheit" beizukommen? Ein Versuch ist es wert. Besagtes Kapitel verrät dann: Es lassen sich drei Modelle sokratischer Gesprächsformen unterscheiden. Diese sind:

1. Explikativer sokratischer Dialog. Dessen Ziel ist es, den Inhalt komplexer Begriffe wie „Sinn" oder „Gerechtigkeit" zu bestimmen. Also zu schauen, welche Antworten auf die Frage „Was ist das?" Bestand haben können und welche es zu verwerfen gilt.

2. Inhalt des **normativen sokratischen Dialogs** ist dagegen beinahe selbsterklärend. Man fragt sich: „Darf ich das?"

3. Im f**unktionalen sokratischen Dialog** wiederum geht es um die Frage, ob sich bestimmte Einstellungen oder Handlungen mit den eigenen Lebenszielen vereinen lassen. Also um ein „Soll ich das?".

Klarer Fall, die Promotionsfrage bedarf der sokratischen Gesprächsführung dritter Art! Das Schöne an der für den Beraterkontext zurechtgelegten sokratischen Methode ist nun, dass das „Wie?" der Befragung bereits im Voraus feststeht; man sich bei der Nabelschau also an einer bestehenden Struktur entlanghangeln kann. Diese umfasst beim funktionalen sokratischen Dialog nach Stavemann überschaubare sieben Schritte.

1. Thema auswählen

Das ist einfach: „Soll ich mich die kommenden drei/vier/fünf Jahre in den aufopferungsvollen Dienst an einer *Promotionsarbeit* stellen?"

2. Fragestellung konkretisieren und Alltagsbezug herstellen

Ok, nochmal etwas plastischer: „Soll ich die kommenden drei/vier/fünf Jahre meine Hauptbestimmung darin sehen, eine Idee empirisch festzuzurren und dabei in Kauf nehmen – durch Promotionsarbeit sowie wahlweise eine Lehrtätigkeit oder Graduiertenkollegsverpflichtungen – das private Dasein auf ein Minimum zu reduzieren?"

3. Positive und negative Aspekte einer Entscheidung oder Handlung sammeln

Das kennt man. Pro-/ Contralisten:

Für: Aussicht auf grenzenlosen Ruhm / sich mit einem Herzensthema (im Idealfall) selbstbestimmt und ausschweifend beschäftigen können / die nähere Zukunft in vorhersehbaren Bahnen wissen / das Studentendasein gefühlt verlängern / anregendes Arbeitsumfeld

Wider: Aussicht auf akademische Niederlage (Belanglosigkeit der Ergebnisse oder – schlimmer! – uninterpretierbare Ergebnisse) und sich hieraus potentiell speisende Motivationsprobleme / Nervenflattern durch berufliche Ausbeutung seitens der Uni, erhöhten Kaffeekonsum und Zunahme nächtlichen, gedankenversunkenen aus-dem-Fenster-blicken / Vernachlässigung anderer Lebensbereiche / Überidentifikation mit Dissertationsinhalten bei fortschreitendem Vergessen, dass andere Menschen auch andere Gesprächsthemen kennen; hierdurch Gefahr der sozialen Ausgrenzung / finanziell eher im unteren Einkommensbereich liegen / bloßer Aufschub der beruflichen Entscheidungsfindung?

4. Positive und negative Aspekte zusammenfassen und ihre Entscheidungsrelevanz prüfen

Hier soll man die Argumente nach Möglichkeit zusammenfassen und Oberbegriffe finden (finanzielle, soziale, gesundheitliche Folgen, …). Anschließend sollen Disputtechniken – als informationsprüfende Frageformen – dabei helfen, über die Stichhaltigkeit der Argumente zu entscheiden und gegebenenfalls Irrelevantes zu streichen. Unterschieden werden empirische, normative und funktionale Dispute. Ich habe jedoch keine Lust auf Streit und entscheide mich für Streichen-ohne-vorheriges-Clustern. Es bleiben:

Für: Thema/Studentendasein / Arbeitsumfeld

Wider: Motivationsprobleme / Nervenflattern / Ausbeutung / Ausgrenzung / Aufschub

5. Eventuelle weitere Aspekte suchen

Bei Fund, erneut Schritt 4 anwenden.

Ich suche gar nicht erst und gehe gleich zu Schritt 6.

6. Gefundene Aspekte gewichten und abwägen

Hm. Zahlenmäßige Überlegenheit der Contra-Seite bei besonderer Gewichtung des Themenarguments. Ich halte daher vorläufig fest: Gleichstand!

7. Entscheidung

Wird vertagt.

Es scheint, als müssten vor der Promotions-Entscheidung noch weitere Informationen eingeholt werden. Wichtig ist es also, vorab die genauen Umstände der Doktorarbeit abzuklären. Etwa, ob man frei oder strukturiert – wie im Rahmen eines Promotionsstudiengangs – promovieren möchte. Welche Finanzierungsmöglichkeiten zur Verfügung stünden. Oder wie viel Freiraum einem inhaltlich wie methodisch tatsächlich gelassen würde. Keinen allzu großen Druck sollte man sich dagegen aufgrund der Frage machen, ob man beruflich eine akademische Laufbahn einschlagen möchte oder nicht. Eine Promotion kommt nicht einer endgültigen Entscheidung für die Wissenschaft gleich. Diese fällt oft erst bei der Frage, ob die Bindung zur Wissenschaft groß genug für eine (meist schlecht bezahlte) Postdoc-Stelle ist. ◊

Ideengeber und Weiterführendes:

Glucksmann, A. (2012). *Philosophie des Widerstands: Sokrates oder Heidegger.* Wien: Passagen-Verlag.

Stavemann, H. H. (2008). *Lebenszielanalyse und Lebenszielplanung: in Therapie und Beratung.* Weinheim, Basel: Beltz.

ProRat: Der ProRat ist die Promovierendenvertretung der Universität Leipzig. Auch solchen, die sich noch nicht entschieden haben, bietet die Homepage (http://www.prorat.uni-leipzig.de/) viele nützliche Informationen – wie z.B. einen umfangreichen Promotionsleitfaden, einen Sozialversicherungsratgeber oder auch die Möglichkeit zu persönlicher Beratung.

Schuster, bleib‘ bei deinen Leisten

Robert Gründler schreibt über seinen Beruf und stellt sich die Frage, wie viel Psychologe noch in ihm steckt.

Es gibt Sätze, die hört man gern – und Sätze, die hört man immer wieder. Seit Roland Schulz und ich nach Abschluss unseres Psychologiestudiums 2009 mit der Firma WissensImpuls den Sprung in die Selbstständigkeit wagten, höre ich die folgenden Sätze immer wieder: „Hier ist doch schon seit 5 Jahren kein Unfall mehr passiert.“, „Kommen Sie mir bloß nicht mit Ihren Vorschriften“. Wer (wie ich) Firmen in allen Sicherheitsfragen berät, wird mitfühlen können. Moment – ich habe doch Psychologie studiert? Wie komme ich da zum Thema Sicherheit? Hieß es nicht immer: „Schuster, bleib‘ bei deinen Leisten“? Um dies zu beantworten, werde ich ganz von vorn beginnen:

Wie alles begann

Damals im Winter 2009 – zum Ende unseres Studiums und zum Beginn unserer Selbstständigkeit – hatten wir bereits erste Kontakte, vor allem aus dem Bereich der Berufsgenossenschaften. Da dämmerte es bei mir zum ersten Mal: „Aha, wir haben in Deutschland gewisse Vorschriften für Betriebe, wie Unfälle zu verhüten sind“. Aber so richtig vorstellen konnte ich mir darunter nichts. Schließlich waren die Inhalte des Studiums noch präsent und da war doch die Rede vom Menschen, von seinem Verhalten, der Motivation, seiner Leistungsfähigkeit – Vorschriften hemmen ihn doch nur.
Meine Erkenntnis kam insbesondere aus unserer weiteren Firmenentwicklung: Unser erster Mitarbeiter fing noch 2009 bei uns an, der erste Praktikant kam 2010 und mittlerweile sind es vier Mitarbeiter und zeitweise genauso viele Praktikanten. Eine Firma kann nur funktionieren, wenn es klare Regeln und klare Ansagen gibt: Das haben wir an vielen Stellen und im Laufe der Zeit immer wieder schmerzhaft lernen müssen. Klar sind es auch die Gespräche zwischendurch, die Freiräume, die eigene Verantwortung, die die Arbeit lebensfähig machen – aber ohne eindeutige Entscheidungen und Regeln, die getroffen und durchgesetzt werden (auch wenn nicht jeder damit einverstanden ist), geht es einfach nicht. Dies trifft gerade beim Thema Sicherheit zu. Warum? Weil ein Mehr an Sicherheit Veränderungen im Arbeitsablauf mit sich bringt, die oftmals wenig Anklang finden („Das machen wir doch schon immer so“). Aber wo bleibt denn nun der Mensch, wo bleibt die Psychologie bei all den Vorschriften? Hat mich mein Berufsalltag schon zu einem weniger psychologisch denkenden Psychologen gemacht?

Psychologe oder Nicht-Psychologe?

Beides. Dazu ein Beispiel: Wir Psychologen denken in Trainings, in Gesprächen, in Workshops – bei der Sicherheit kommt jedoch zuallererst die Technik, dann die Organisation und dann der Mensch. In dieser Hinsicht bin ich weniger Psychologe. Wir brauchen kein Training für einen Mitarbeiter, der an einer Späne sprühenden Maschine arbeiten muss, damit er lernt, den Spänen auszuweichen, wie Keanu Reeves in Matrix den Kugeln seiner Gegner ausweichen konnte. Hier muss eine technische Schutzvorrichtung eingebaut werden. Wozu braucht man dann einen Psychologen – hier muss doch ein Ingenieur oder Techniker ran? Ja, das stimmt. Aber was auch stimmt: Oftmals werden solche technischen Schutzmaßnahmen von Mitarbeitern umgangen, weil es vermeintlich einfacher ist, ohne Schutz zu arbeiten… schließlich ist ja noch nie etwas passiert. Menschliches Verhalten ist wie Wasser – es findet seinen Weg – und man braucht Psychologen, die helfen den Damm zu bauen. In dieser Hinsicht bin ich voller Leidenschaft Psychologe.

Das entscheidende Körnchen zur Verbesserung der Sicherheit in Unternehmen sind die Einstellungen und das Verhalten von Mitarbeitern sowie Führungskräften. Einstellungen zur Sicherheit zeigen sich immer in besonders brenzligen Situationen, zum Beispiel wenn ein erhöhtes Auftragsvolumen noch in der Nachtschicht bis zum Morgengrauen abgearbeitet werden muss. Um zwei Uhr vierzig tritt dann ein Fehler an einem Förderband auf und der Schichtleiter lässt einfach weiterarbeiten, obwohl die Sicherheit der am Band arbeitenden Mitarbeiter möglicherweise gefährdet ist. Hier zeigt sich die enorme Verantwortung von Führungskräften und deren Zwiespalt: Sicherheit darf nicht nur Schönwetterpolitik sein. Sie darf nicht nur darin bestehen, dass sich zwar der Maschinist an Regeln halten muss, aber immer nur an die, die seinem Chef passend erscheinen. Führungskräfte müssen – ganz besonders, wenn es darauf ankommt – selbst Regeln einhalten und so entscheiden, dass Sicherheit Vorrang hat. Nur so können sie authentische Vorbilder sein. Sicherheit hat deshalb viel mit Sensibilisierung und Überzeugung zu tun und genau an dieser Stelle können wir Psychologen ganz wunderbar ansetzen – mit unseren Messverfahren, mit Interviews, Workshops und Trainings. Eine unendlich spannende Spielwiese – für mich und für hoffentlich noch viele Generationen von Psychologen nach mir.

Reicht das Studium, um diesen Anforderungen gerecht zu werden? Das Psychologiestudium bietet zumindest einen guten Grundstein. Ich habe für mich aber die Notwendigkeit gesehen, mit einer „Ausbildung zur Fachkraft für Arbeitssicherheit“ mein Wissen zu erweitern, zum Beispiel über Vorschriften, technische und organisatorische Schutzmaßnahmen, Managementsysteme und die Verantwortung von Führungskräften. Und natürlich hat mich die Praxiserfahrung der letzten Jahre das notwendige Maß an Gelassenheit und Hemdsärmeligkeit gelehrt. Jedenfalls – und das ist auch meine Erfahrung – brauchen wir uns als Psychologen vor anderen nicht zu verstecken. Wir brauchen nur mehr Mut – Mut zur Pragmatik, Mut zur Zusammenarbeit mit Nichtpsychologen und vor allem Mut zu klaren Aussagen. ◊

Über WissensImpuls und Robert Gründler

WissensImpuls ist eine Dresdner Unternehmensberatung mit dem Schwerpunkt Arbeit & Gesundheit. Wir sind davon überzeugt, dass jeder Mensch ein für sich optimales Umfeld vorfinden soll – eigenverantwortlich erreicht durch die Erweiterung von Fähigkeiten und die Anpassung des Umfelds. Robert Gründler ist Diplom-Psychologe und bei WissensImpuls Berater und Trainer für das Themengebiet „Sicherheit“. Er bewertet die Sicherheit in Unternehmen, berät Führungskräfte zur Verbesserung der Sicherheit in ihren Bereichen, erstellt Management-Konzepte und Praxishilfen und trainiert und sensibilisiert Mitarbeiter.

Praktikanten sind immer gern gesehen: *www.wissensimpuls.de/praktikumsplaetze.html*

Rezensionen

Diagnostische Klassifikation 0-3
Autor: Zero to Three
Verlag: Springer, 1. Auflage: (1999)
Preis: 59,95 Euro
134 Seiten

Diagnostische Klassifikation: 0-3: Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern

Das diagnostische Klassifikationshandbuch des National Center for Infants, Toddlers, and their families („Zero-to-Three") stellt eine Übersicht der wichtigsten Diagnosen im Säuglings- und Kleinkindalter bereit. Auf 134 Seiten werden dem Leser psychische Störungen im Alter von 0 bis 3 Jahren anhand von Kriterien und Symptomen vermittelt. Analog zum DSM-IV handelt es sich bei den Diagnosen des Zero-to-Three um Konsens-Konzepte, d.h. die Störungen werden anhand jener Symptome und Merkmale beschrieben, auf welche sich der herausgebende Forscherkreis einigen konnte. Dies geschah auf Basis einer umfangreichen Datenbank aus verschiedenen Fallgeschichten. Neben dem grundlegend beschreibenden Ansatz werden auch einige ätiologische (z.B. posttraumatische Stressstörung) und pathogenetische (z.B. Regulationsstörungen) Hinweise gegeben. Gedacht sind die Vorschläge des Zero-to-Three als Grundgerüst, um weitere Informationen und Daten systematisch zu sammeln und die wissenschaftliche Diskussion anzuregen. Daraus sollen sich im Weiteren dann Verfeinerungen und Änderungen ableiten lassen.
Der Aufbau des Zero-to-Three ist angelehnt an das DSM-IV: Auf fünf Achsen (I primäre Diagnosen, II Beziehungsstörungen, III medizinische Probleme, Entwicklungsstörungen und Krankheiten, IV psychosoziale Belastungen, V funktionell-emotionales Entwicklungsniveau) kann ein diagnostisches Profil des betreffenden Kindes erstellt werden. Durch dieses ganzheitliche Störungsverständnis werden sowohl kindliche Verhaltensauffälligkeiten als auch Entwicklungsspezifika, konstitutionell-reifungsbedingte Charakteristika des Kindes, Interaktionsmuster, Elternverhalten und soziales Umfeld einbezogen. Dabei werden die Beziehungsgefüge des Kindes in besonderem Maße berücksichtigt. Die Symptome werden durch eine Vielzahl von Beispielen ergänzt, damit der Leser schnell einen Eindruck be-

Fortsetzung auf der nächsten Seite...

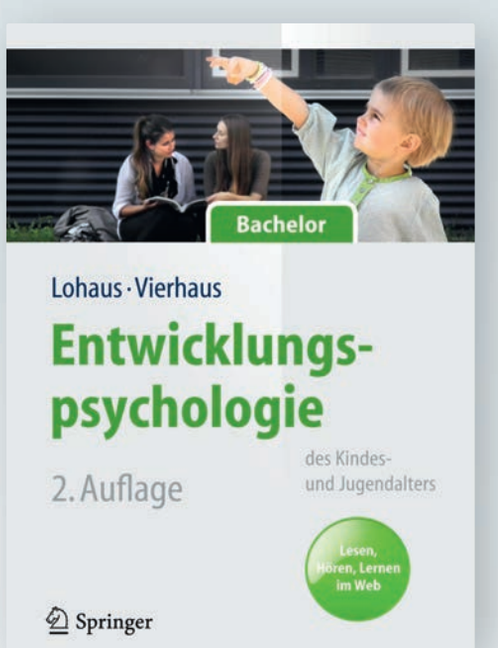
springer.com

Springer Medizin

Als gedrucktes Buch und erstmals als interaktives eBook erhältlich!

- Entwicklungspsychologie fürs Bachelor-Studium: kompakt, verständlich, unterhaltsam
- Fit für die Prüfung: Mit Fallbeispielen, Definitionen, Praxistipps, Lernzielen, Kontrollfragen & Fast-track-Spalte zum schnellen Wiederholen
- Interaktive Medien: Lern-Tools, Videos und Hörbeiträge – im Web oder im interaktiven eBook

Available on the iBookstore



Das gedruckte Buch
2. A. 2013. 298 S. 64 Abb.
Mit Online Extras. Brosch.
► € (D) 29,99
€ (A) 30,83 | sFr 37,50
ISBN 978-3-642-34434-3

Das interaktive eBook
► € (D) 24,99
€ (A) 25,20 | sFr 29,50
ISBN 978-3-642-37564-4

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7% MwSt;
€ (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10% MwSt.
sFr sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

130228x

Diagnostische Klassifikation 0-3
Fortsetzung von Seite 29

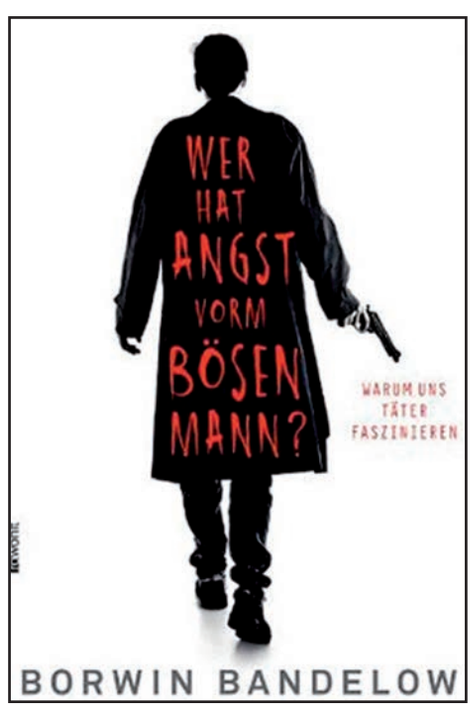
kommt, was unter der Definition zu verstehen ist. Die hohe Anschaulichkeit wird zusätzlich vermittelt durch die im Anhang befindlichen Fall- und Übungsbeispiele unterschiedlicher Altersklassen.
Ziel des Zero-to-Three ist die Ergänzung der bestehenden Systeme um Probleme, die andernorts kaum Erwähnung finden oder bislang nur für ältere Kinder dargestellt wurden. Der Fokus liegt dabei erstmals auf der frühen Kindheit. Zur Integration der verschiedenen Diagnosesysteme finden sich zu Beginn des Manuals einige Vorschriften, welche jedoch nicht auf Anhieb nachvollziehbar sind (z.B. müssen DSM-IV Diagnosen je nach Art und Ausprägung auf verschiedenen Achsen des Zero-to-Three klassifiziert werden). Damit sind Kompatibilität zum DSM-IV und Praktikabilität etwas eingeschränkt. Zu beachten ist weiterhin, dass für die vorgeschlagenen Diagnosekategorien keine ICD-10 Nummern verfügbar sind, bzw. keine Angaben gemacht werden über welche ICD-10 Nummern diese abgerechnet oder kodiert werden können. Das Zero-to-Three ist folglich für Therapeuten oder Ärzte im klinischen Alltag eher ungeeignet. Zudem befinden sich insbesondere im deutschen Raum andere Diagnoseempfehlungen (z.B. diagnostische und therapeutische Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie), welche eingängiger und praktikabler sind und gratis im Internet abgerufen werden können.
Insgesamt handelt es um Vorschläge eines Forscherkreises, welche im Kontext bestehender empirischer Befunde und anderer Klassifikationssysteme und Diagnoseleitlinien betrachtet werden müssen. Dem eigenen Anspruch, „eine gemeinsame Sprache, die Ärzte, Therapeuten und Forscher verwenden können, um miteinander zu kommunizieren“ konnte das Zero-to-Three bislang leider nicht gerecht werden. Es handelt sich dennoch um ein wichtiges Fachbuch, welches v.a. für Personen aus dem Bereich der Säuglings- und Kleinkindforschung von Interesse sein dürfte. Wem dafür der Preis von 59,95€ nicht zu stolz ist, dem sei das Buch empfohlen. ◊

von Johanna Petzoldt

Wer hat Angst vorm bösen Mann?

Jack Unterweger erdrosselte neun Frauen und hatte eine große Fangemeinde von Intellektuellen und Künstlern, die an seine Unschuld glaubten. Colleen Stan wurde jahrelang 23 Stunden am Tag in eine Holzkiste eingesperrt. In ihrer freien Stunde durfte sie auf die Toilette, etwas essen, wurde vergewaltigt und gefoltert. Nach sieben Jahren kam sie frei - und schrieb ihrem Peiniger Liebesbriefe. Was geht in diesen grausamen Tätern vor? Und was in ihren Opfern?
Antworten darauf sucht Borwin Bandelow, Professor für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Göttingen und geschäftsführender Oberarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.
Er ist ein anerkannter Angstspezialist - und seit seinem Buch ‚Celebrities‘ beliebter Ansprechpartner für die Boulevardpresse, wenn es um Ferndiagnosen für Stars und Sternchen geht.
In seinem neu erschienenen Buch „Wer hat Angst vorm bösen Mann?“ beschäftigt sich Bandelow mit bekannten Mördern und Hochstaplern der Geschichte und versucht deren Verhalten wissenschaftlich zu erklären. Als neurobiologisches Erklärungsmodell dient für alle Persönlichkeitsstörungen die umstrittene Theorie des endogenen Opiatsystems (EOS). Dieses ist bei den Tätern unterstimuliert. Wenn ein Täter dagegen sein Opfer quält, werden endogene Opiate freigesetzt, er wird also belohnt und ist glücklich. Dieses archaische und animalische Belohnungssystem hat übermächtige Kontrolle über den Täter, welcher somit sein Verhalten nicht steuern kann. Also wird zerstückelt, vergewaltigt und gefoltert, um das EOS in Schwung zu bringen. Und wie sieht es mit der Therapierbarkeit per Psychotherapie aus? Eher schlecht. Da sei laut Bandelow selbst die Kastration erfolgsversprechender.
Auch für das schwer nachvollziehbare Verhalten der Opfer wird die EOS-Theorie bemüht. Häufig lassen Entführer ihre Geiseln hungern. Die Entführten schalten dann auf Überlebensmodus und „lieben die Hand, die sie füttert“, auch wenn sie von der selben Hand gequält werden.
Dass Bandelow Psychologie studiert hat, beweist er, in dem er die häufigsten Persönlichkeitsstörungen allgemeinverständlich vorstellt. Und damit wir den bösen Mann auch sofort erkennen können, verrät er uns sein typisches Aussehen. „Mit Sylvester Stallone als Vorbild lassen antisoziale Persönlichkeiten ihren durchgestylten, mit vielfarbigen Tattoos verzierten Body aus knappen Leibchen hervorquellen. [...] Sie entsprechen aber nicht immer dem Habitus des Gewichte stemmenden, schmierigen, unnatürlich braun gebrannten, tätowierten Türsteh-Primaten. Es gibt auch das Gentleman-Modell mit randloser Brille [...]“
Dieser reißerische Stil durchzieht das ganze Buch. Ebenfalls problematisch: Bandelow hat nur einen der vorgestellten Verbrecher persönlich gesprochen. Er hat das gesamte Material über Recherchearbeit zusammengetragen und rekonstruiert - und verteilt dennoch munter Ferndiagnosen, wie bei Andreas Bader, der Bandelows Meinung nach eindeutig an einer antisozialen Persönlichkeitsstörung litt.
Fazit: Wer Wissenschaft und kritische Auseinandersetzungen erwartet, ist hier falsch. Aber das Buch bietet viele interessant geschriebene Fallbeispiele, die das Durchblättern lohnen.
fen werden, den Einzelheftpreis zu senken. ◊

von Alexandra Klingebiel



Wer hat Angst vorm bösen Mann? Warum uns Täter faszinieren
Autor: Borwin Bandelow
Verlag: Rowohlt, 2. Auflage (2013)
Preis: 19,95 Euro
352 Seiten

Colleg für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin Chemnitz e.V.

Staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut
Mitglied im SWK Chemnitz e.V./Kooperationspartner des SWK Chemnitz e.V.

Einladung zu unseren Ausbildungsangeboten:

- Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten
  (Vertiefungsrichtung Tiefenpsychologie)
- Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
  (Vertiefungsrichtung Tiefenpsychologie)
- Facharzt- Weiterbildung
  - Psychiatrie/Psychotherapie
  - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
  (in Kooperation mit dem SWK-Chemnitz e.V.)
- Psychotherapie fachgebunden für Fachärzte
  (in Kooperation mit dem SWK-Chemnitz e.V.)
- Psychotrauma-Therapie (Curriculum), auch für Kinder und Jugendliche
- Ausbildung zum Fachberater Psychotraumatologie
- EMDR-Curriculum
- Fachkunde Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- Gruppen-Psychotherapie

Bitte informieren Sie sich unter:

COPPP Chemnitz e.V.
Adelsbergstraße 163
09127 Chemnitz

Fon 0371 75016023
Fax 0371 7259937
eMail info@coppp.de
Internet www.coppp.de

Colleg für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin Chemnitz e.V.

WWW.PSYCHO-PATH.DE
ZEITUNG@PSYCHO-PATH.DE

AUSGABE
25
05.07.2013

PSYCHO-PATH

DIE ZEITUNG FÜR PSYCHOLOGIE-STUDIERENDE

LICHT & SCHATTEN DER PSYCHATRIE

PSYCHIATRIE -
ist (noch) weniger Einsatz an Ressourcen wirklich mehr?

WIE KOMMT MAN DENN AUF SO WAS?
Seltsame Experimente und Befunde in der Psychologie und artverwandten Wissenschaften

PROMOVIEREN ODER NICHT PROMOVIEREN
Ein sokratischer Monolog