

# **Zu: Verkehrspsychotherapie bei affektiver & behavioraler Dysregulation**

Weiterführender Beitrag  
von Dr. Lucien NICOLAY zum Thema  
**INTERVENTION bei Prozesskennzeichen  
affektiver & behavioraler Dysregulation**

DPA Berlin, den 11. Juni 2012

# Gliederung

- 1. Verkehrspsychologische Therapie**
- 2. Differenzielle Verkehrstherapie**
- 3. Kurative Verkehrstherapie**
- 4. Kausale Verkehrstherapie (hier: Nosologie)**
- 5. IPSM: Individualpsychologische Selbstmanagementtherapie in der Gruppe; multimodulare & multimethodale Gruppentherapie nach individueller Diagnostik & Indikationsstellung**

**IPSM-traffic**

**IPSM-car/cop/sir**

**IPSM-adhs**

**IPSM-bordie**

# 1 „Verkehrspsychologische Therapie“

für Personen mit psychischen Erkrankungen,

nach Stephan, Brenner-Hartmann & Bartl (2009; 285-358)

„Für VpT gibt es eine spezifische Indikation (betr. Verkehrssicherheit; negative Verkehrsverhaltensprognose)“ und sie ist „demgemäß auf Menschen ausgerichtet, bei denen normabweichende verkehrsrelevante Einstellungen sowie in der Folge normabweichendes Verkehrsverhalten und/oder verkehrsrelevante Persönlichkeitsstörungen (mit oder ohne Krankheitswert) vorliegen, die die Fahreignung ausschließen oder zumindest grundlegend in Frage stellen“ (314).

„Klienten der VpT können Störungen von Krankheitswert aufweisen. Sie variieren im Schweregrad ihrer primären und komorbiden Psychopathologie und im Grad der Erfüllung diagnostischer Kriterien verschiedener Störungen in den Fallgruppen Alkohol, Drogen, Delikte und Verkehrsauffälligkeiten auf einem Kontinuum ‚krank-gesund‘ erheblich“ (315)

Je nachdem wo sich der Einzelne auf diesem Kontinuum situiert, sind unterschiedliche & mehr oder weniger tiefgreifende psychologische Interventionen indiziert (Einstellungs- oder Verhaltensänderung, Symptomreduktion, Heilung, Rehabilitation???). Indikation & Zielsetzung der Gesamtintervention erschließen sich aufgrund einer differenziell & kausal ausgerichteten Diagnostik.

## 2 „Differenzielle Verkehrstherapie“?

Der Oberflächensymptomatik der Fallgruppen Alkohol, Drogen, Delikte & Verkehrsauffälligkeiten liegen häufig unterschiedliche ätiopathogenetische Prozesse & Persönlichkeitsstrukturen zugrunde.

Eine verkehrstherapeutische Ausbildung kann deshalb weder auf klinische Differenzialdiagnostik verzichten noch auf die Vermittlung von Krankheitslehren & Behandlungstheorien, die eine differenzielle Therapieplanung & -Ausführung ermöglichen.

Heilkundlich tätige Verkehrstherapeuten, sind verpflichtet, bereits vorliegende oder drohende psychische Störungen mit ihren Komorbiditäten & Folgestörungen zu erkennen & differenziell zu behandeln!

### 3 „Kurative Verkehrstherapie“?

KVth will nicht primär (nur) gefährliches Straßen-Verkehrsverhalten oder Krankheitssymptome beseitigen, sondern den Prozess der Persönlichkeitsentwicklung fördern, der zur Gesundheit führt. Und Gesundheit heißt bekanntlich nicht nur die Freiheit von Krankheitssymptomen (gemäß WHO-Definition). In vielen Fällen haben Symptome sogar einen salutogenetischen Sinn und können als Selbstheilungsversuch verstanden werden.

Die Folgen dieses Selbstheilungsversuchs, also des Versuchs, das ganzheitliche Wohlbefinden (wieder) herzustellen, können für andere Menschen wie für den Betroffenen selbst eine **Gesundheitsgefährdung** darstellen.

Da die Verkehrsauffälligkeit als eine Manifestation oder ein Symptom einer entstehenden oder bestehenden Störung verstanden wird, die das Wohlbefinden der Person von Grund auf gefährdet, ist nicht (nur) das Symptom selbst anzugehen, sondern es gilt vor allem, **die dahinter wirksamen psychomentalen & psychosomatischen Prozesse zu sanieren.**

Für eine **Therapieführung mit kurativer Ausrichtung** ist weniger die Liste der sich wiederholenden Verkehrsauffälligkeiten & das derzeitige Erscheinungsbild als pathologische Endstrecke eines Krankheitsprozesses von Bedeutung als vielmehr das Nachvollziehen & Verstehen der diesen Manifestationen zugrunde liegenden pathogenen Erfahrungsbildung (Entstehungsgeschichte). **Die Einstellungs- & Verhaltensänderung** fußt auf der im therapeutischen Prozess angestrebten emotional resonanten Einsicht.



**Fallkonzeption & Behandlungsstil** richten sich also prinzipiell nach der Entstehungsgeschichte der Persönlichkeit mit ihrer inneren Dynamik & ihrer Manifestation nach Außen; liegen jedoch direkte Gefährdungen (der Person selbst oder anderer oder des Fortlaufs der Therapie) vor, sind z.B. auch Fertigkeitentrainings indiziert.

Der **Interventionsstil** soll hauptsächlich **entwicklungsorientiert** (Vergangenheit-Gegenwart-Zukunft) sein, kann aber im Therapieprozess (prozessorientiert, adaptive Indikation) zu einem mehr **trainingsorientierten** wechseln.

## 4 „Kausale Verkehrstherapie“?

Wenn es uns in der Therapie gelingt, die Pathogenese von ihrem ätiologischen Kontext her zu verstehen, realisieren wir (z.B. laut Fischer, 2011) **kausale Psychotherapie**.

Der ökologischen Kontext (Außenwelt) ist in den Verstehensprozess mit einzubeziehen, aber seine Wirkung soll nicht als passive Prägung, sondern im Sinne eines weichen Determinismus interpretiert werden („subjektive Stellungnahme“ gegenüber biologischem & sozialem Kontext).

Im therapeutischen Kontext nähern sich Therapeut & Patient mit der Zeit der subjektiven Wahrheit des Individuums an oder vollziehen die Genese seiner Subjektivität aus der Innenperspektive nach. Dabei werden pathogenetische wie salutogenetische Kraftfelder identifiziert als deren Kompromisslösung oder Neutralisierung die Symptome verstanden werden können. Die Pathogenese schließt also die Salutogenese immer mit ein.

Und die ätiologischen Konstellationen  
(psychobiologisch, psychotraumatologisch, untersozialisiert, übersozialisiert) bestimmen den Interventionsstil.

Ein ätiologieorientiertes Vorgehen entspricht übrigens einem Desiderat in den psychotherapeutischen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (2007, Abschn. 13), nämlich, „...“, dass „das Krankheitsgeschehen als ein ursächlich bestimmter Prozess“ zu verstehen sei, „der mit wissenschaftlich begründeten Methoden und in einem Theoriesystem mit einer Krankheitslehre definitorisch erfasst ist“

Die (klassische) Krankheitslehre/Nosologie umfasst Ätiologie, Pathogenese, Symptomatologie. Heute wird der Salutogenese vermehrt Bedeutung geschenkt.

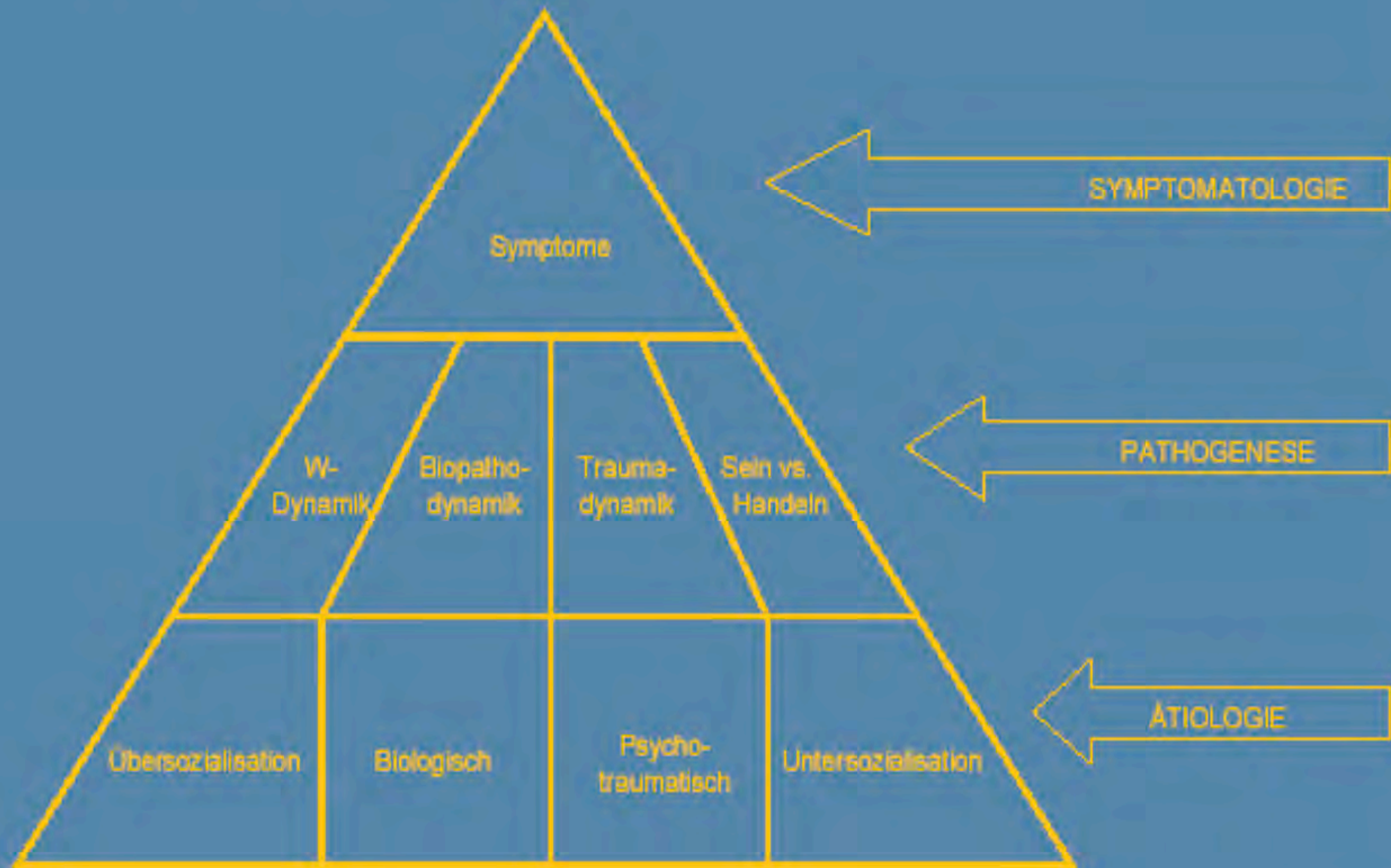
=>=>=>

# Nosologische Pyramide

(i. Anl. an Fischer ab 2007)

- **Symptomatologie** (Pyramidenspitze/  
Erscheinungsbild): Prodrome, Syndrome
- **Patho- & Salutogenese** (wirkt zwischen Sympt.  
& Ätiol.): Psychodynamik, Biopathodynamik  
(angeboren/erworben), Traumadynamik, Sein  
versus Handeln
- **Ätiologie** (Pyramidenbasis): Übersozialisation,  
Biologie, Psychotrauma, Untersozialisation

# NOSOLOGISCHE PYRAMIDE



**Ziel einer kausalen & kurativen Vth** ist nicht nur die Symptombeseitigung (bei prodromalen oder syndromalen Manifestationen), sondern die Unterbrechung des „Krankheitsprozesses“ & seine Rückführung in selbstregulierte Persönlichkeitsentwicklung, auch & besonders durch Nutzung & Stärkung salutogenetischer Einflussfaktoren & Prozesse.

Behandlungstechnisch ergibt sich eine differenzielle Behandlungsführung, die sich an differenziellen Merkmalen des Entstehungsprozesses, an individueller Pathogenese, Salutogenese & Ätiologie orientiert (vgl Fischer 2007, resp. Fischer u.a. 2011).

# **5 Individualpsychologische Selbstmanagementtherapie**

**Eine multimodulare & multimethodale  
Gruppentherapie**

**nach individueller Diagnostik & Indikationsstellung**

## **METHODEN & WIRKFAKTOREN:**

- **Problemaktualisierung & Erlebnisaktivierung**
- **Veränderungsmotivierung & Ressourcenaktivierung  
(Remoralisierung, Wiederermutigung)**
- **Problembewältigung & Fertigkeitentraining**
- **Motivationale Klärung & Beziehungsgestaltung**



Selektion der Interventionsmodule (max. 12 Personen pro Gruppenmodul) aus:

**IPSM-traffic** (obligatorische Nachschulung bei Führerscheinentzug >1 Jahr: Psychoedukation & Verhaltensanalyse in 12 Stunden plus 30-minütige standardisierte Vorher-nachher-Fahrproben & Übungen auf dem Fahrsicherheitsgelände am CFC in Colmar-Berg im Umfang von 4 Stunden)

**IPSM-car-cop-sir** (im Anschluss weiterführende bislang freiwillige psychodynamisch fokalanalytische Gruppentherapie, getrennt für alkoholauffällige, drogenauffällige - jeweils nach Entzug - & andere verkehrsauffällige Fahrer am IPG in Bartringen im Umfang von 40 Gruppenstunden einschl. Nachbetreuung; vgl. IVT-Hö-Langzeittherapie)

**IPSM-adhs** (bis zu 3 Modulen am IPG oder am Treffadhs)

**IPSM-bordie** (bis zu 3 Modulen am IPG in Bartringen)

# Beispiel 1: **IPSM-traffic** (ab 2002)

**Psy-Tag 1** (3 Stunden; nach Fahrprobe 1 & Übungen zur Verkehrssicherheit auf dem CFC-Gelände)

- Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen sowie prozessuale (Erlebnis-)Aktivierung & Motivierung zur Mitarbeit & Veränderung, vgl. Grawe; Kanfer u.a. ; Miller & Rollnick; Prochaska u.a.)
- Rollendefinition, Diskretion, Kooperation, Informationssammlung
- Aufbau von Veränderungsmotivation durch: Nutzung vorhandener Motivation, Vergrößerung der Zieldiskrepanz, Klärung von Zielen & Werten, Abbau von Motivationshindernissen (Auflehnung & Widerstand, Demoralisierung & Resignation, Frustration, Ärger, ...), Verstärkung von Handlungstendenzen, externe Stärkung, Selbstmotivation, Handlungs-Rückmeldungen, Motivierung durch natürliche Umgebung & Folgen; Diskrepanzen entwickeln & Ambivalenzen aufdecken
- Vorläufige Auswahl von individuellen Veränderungsbereichen

## **Psy-Tage 2 & 3 (2 x 3 Stunden):**

- Psychoedukation (jährl. Unfallstatistik, Faktoren der Verkehrssicherheit & Sicherheitswahrnehmung, Alkohol, Drogen, unangep. Geschwindigkeit, Abstand, Gurt, Haftpflichtversicherung & CTS) unter Gruppenbeteiligung sowie
- individuelle Verhaltensanalysen & situationales Bedingungsmodell in bezug zu Verkehrsverstößen & Verkehrsdelikten (warum es kein Zufall war ...! Kontextbezogene Absichten?) in der Gruppe.
- Zudem: Wie beeinflussen Lebensziele, Werte, Normen & persönl. Tendenzen die Fahrzeugführung; gibt es (strategische) Schwächen im Beherrschen von Risikosituationen, hat der Fahrer spezifische Schwächen oder Stärken (kompensatorisch nutzbar?). Darauf aufbauend:
- Konsens über indiv. Zielperspektiven, Konkrete Anleitung zur Problemlösung & selbstgesteuerten Verhaltensmodifikation, Vorstellung & Ausprobieren von Fertigkeiten (Selbstkontr., Ärgerregul., Kurzentspannung); klinisch- & gesundheits-psychologische Beratung

**Psy-Tag 4 (3 Stunden):** Evaluation der Fahrproben; Bezug zu indiv. Stärken & Schwächen; wünschen, können & wollen; zielbezogene Evaluation (bewusst angestrebtes verkehrsgerechtes & verantwortliches Fahrverhalten) & Ermutigung, Identifikation von Risikosituationen & potenzieller Rückfallgefährdung, Erfolgs-optimierung & Abschluss der Maßnahme; Hinweis auf weiterführende IPSM-Gruppen

Quellen:

- Back, Flammang, Nicolay, Watry (2011, rev. Fassung). IPSM-adhs; Moderatorenhandbuch für die multimodulare Gruppentherapie. LGIPA.
- Nicolay, L. (2002). IPSM-Moderatorenhandbuch für Klinische Verkehrspsychologen & Verkehrspsychotherapeuten der LGIPA. IP-FORUM spezial 2002/2003.
- Nicolay, L. (2003). Gesundheitspsychologie & Verkehrspsychologie. IP-FORUM (Doppelheft) 2003-2004.
- LGIPA (Hrsg.)(2004). Verstehen statt verurteilen. Luxemburg.
- Schubert, W. & Mattern, R. (2009). Beurteilungskriterien. Bonn: Kirschbaum.
- [www.eurac.lu](http://www.eurac.lu) ( Grundlagen & Seminarunterlagen von L.N.)

## Beispiel 2: **IPSM-ADHS-adults 2010**

**ZIELE des gesamten Therapieprogramms:** Schwächen reduzieren und Stärken nutzbar machen; das führt zur Verbesserung des Selbstwertgefühls und des sozialen Funktionsniveaus und letztlich zur Verbesserung der Lebensqualität und der Selbstverwirklichung in der Gesellschaft anhand von 3 Therapiemodulen:

### **1. MODUL: Psychoedukation & Selbsterfahrung im Bezug (max. 24 Stunden, geschlossene Gruppe von 5-10 Personen)**

- Kennenlernen, Organisatorisches, bereichsspezifische Lebenserfahrung (Beruf, Partnerschaft, Sexualität, Freundes- & Familienkreis, Straßenverkehr), wider Demotivation & Resignation, persönl. Ziel- & Wert-Vorstellungen, Therapieangebote & Ziele, persönl. (vorläufige) Zielauswahl, Selbstmotivation (konkrete Lebensveränderung & Gewinn), Volition (Anfangen & Umsetzen), therapeutische Übereinkunft, evt. Krisenplan
- Information & Wissensvermittlung zur Diagnose (ADHS & Komorbiditäten), Behandlungsmöglichkeiten, Erfahrungsaustausch, adaptiver Umgang mit der Diagnostik, Angebot an Strategien & Fertigkeiten

## **2. MODUL: Selbstmanagementtherapie & individualisiertes Coaching**

**(max. 28 Stunden, geschlossene Gruppe, nur nach umfassender Diagnostik sowie Indikationsstellung wegen individualisierter Therapieplanung)**

- Achtsamkeit (Wie- & Was-Fertigkeiten) vs. Konzentrations- & Gedächtnismangel, Chaos vs. Organisation/Kontrolle im Alltag (Prioritäten setzen, Einteilung, Zeitplanung, Merkhilfen), Gefühlsregulation (Spannung, Affekte, Emotionen, Wahrnehmung & Impulskontrolle, Stress, Wut & Ärger bewältigen), Stress managen, emotionale Stabilität gewinnen, Interaktion & Kommunikation (Verstehen & verstanden werden), Beziehung & Selbstachtung, Umgang mit mir selbst & anderen, Komorbiditäten (Depression, Euphorie & manische Stimmung, Sucht-, Zwangs-, Impulsives Verhalten, ...), Ressourcen & Alternativen, - & neuropsychol. fundierte Zusatztrainings?
- Verhaltensanalyse (SORKC / ABCDE) & Selbstmodifikation (Selbst-) Beobachtung/ Problembeschreibung, Selbstbewertung, Selbstkontrolle, Selbstmodifikation, Selbstverstärkung (Kontingenz), Kognitive Kontrolle, Selbstgespräche, Willenssteigerung, Problemlösung, Zukunftsplanung

### **3. MODUL: Fokalanalyse, Schematherapie & Mentalisierungsbasierte Therapie; speziell indiziert bei extremen Persönlichkeitsstilen mit problematischer Beziehungsregulation** **(fakultativ nach Modul 1 & 2; max. 28 Stunden, geschlossene Gruppe, anschließend Weiterführung als halboffene Gruppe mit maximal 12 Personen möglich):**

- Im Hier & Jetzt der Gruppe: Lebensstilkurzanalyse (tendenziöse Apperzeptions- & Beziehungsmuster, Bewältigungs-, Sicherungs- & Abwehrformen, dominierende Affekte, Übertragungsfallen), situative Plan- & übersituative Schemaanalyse, Schemakonfliktanalyse, Analyse der zentralen Beziehungskonfliktthemen, Present-past-Links, Intersubjektives Verstehen & Mentalisierungsfähigkeit steigern

## Beispiel 3: **IPSM-bordie-2010**

### Drei psychologische Gruppenmodule (4-8 Personen) nach individueller Diagnostik / Differenzialdiagnostik & Indikationsstellung:

1. *Psychoedukation & biograf. Selbsterfahrung*
2. *Selbstmanagementtherapie & Coaching*
3. *Individualpsychologische Fokalanalyse & Schematherapie; MBT u.a.*

Je Modul 8-14 Sitzungen à 2-4 Stunden pro Woche; maximal 80 Stunden im Jahr. Für traumatisierte Menschen werden zusätzlich traumazentrierte Einzelsitzungen empfohlen.



# **Modul 1: Psychoedukation & ressourcenorientierte Selbsterfahrung**

- **Schaffung günstiger Voraussetzungen:** Kennenlernen, Rollenklärung, « Interaktionsregeln/Gruppenregeln », Gruppenübungen zu Ressourcen & biograf. Selbsterfahrung.
- **Abbau von Demoralisierung & Aufbau von Therapiemotivation & Volition** (Verbesserungen, Zukunft!)
- **BPS & mein Störungsbild, Schwerpunkte & Ziele der Gruppenmodule & meine Therapieziele, das Einhalten von Abkommen & Notfallplan, Verhaltensanalyse des letzten Suizidversuchs resp. des letzten Therapieabbruchs resp. des Risikoverhaltens, meine Ressourcen & Stärken, meine bisherigen Bewältigungs- & Überlebensstrategien, sind Alternativen nötig & möglich?**

# **Modul 2: Selbstmanagementtherapie & Coaching**

(vgl. DBT: Linehan, Bohus, Sendera, ... )

## **Verbesserung**

- **der Überlebensstrategien** (Umgang mit suizidalen Krisen),
- **der Therapie-Compliance** (Umgang mit V.mustern, die Fortsetzung/ Fortschritt der Therapie verhindern),
- **der Lebensqualität** (Behandlung von PTBS, Alkohol- & Drogenabusus, Essstörungen, Ängsten, gefährlichem Verhalten),
- **von Verhaltensfertigkeiten / Skills** (vgl. IPSM-adhs 2)
- **von Erlebens- & Verhaltensweisen, die mit dysfunktionalen Schemata & emotionaler Aktivierung zusammenhängen** (Vertiefung unter IPSM-bordie 3)

## **Modul 3: Fokalanalyse, Schema- & Mentalisierungsbasierte Therapie**

- Förderung der Mentalisierungsfähigkeit & des intersubjektiven Verstehens in der Gruppe
- Analyse dysfunktionaler Schemata, Schemakonflikten, Beziehungskonflikten & deren Ablösung
- Erprobung/Anbahnung neuer Denk-, Fühl-, Spür- & Handlungsmuster im interpers. Kontext
- Analyse der Verbindungen zwischen intra- & interpersonalen Dynamiken & ihre Entstehung
- Unterstützung & Ermutigung bei der bewussten Umgestaltung psychischer, interaktiver wie relationaler Bewegungsmuster & bei der Lebensverwirklichung

**Herzlichen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit  
und Ihre Mitarbeit!**