

Meinrad Perrez Urs Baumann
Herausgeber



Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie

4., aktualisierte Auflage

HUBER



Meinrad Perrez
Urs Baumann
(Herausgeber)

Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie

4., aktualisierte Auflage

Mit interaktiven Fragen und Übungen unter

Verlag Hans Huber

Gewidmet
Ulrike Perrez und Annette Baumann

Adressen der Herausgeber:

Prof. Dr. Meinrad Perrez
Universität Freiburg
Departement für Psychologie
Rue de Faucigny 2
CH-1700 Freiburg

Prof. Dr. Urs Baumann
Universität Salzburg
Fachbereich Psychologie
Hellbrunner Straße 34
A-5020 Salzburg

Programmleitung: Tino Heeg
Herstellung: Peter E. Wüthrich
Umschlag- und Inhaltbilder: LE BOUCHER CORPAATO, Fribourg
Umschlag: Claude Borer, Basel
Druckvorstufe: punktgenau gmbh, Bühl
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Kösel, Altusried-Krugzell
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat Psychologie
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
Fax: 0041 (0)31 300 4593
verlag@hanshuber.com
www.verlag-hanshuber.com

4., aktualisierte Auflage 2011

© 1990 / 1991 / 1998 / 2005 / 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN 978-3-456-95007-5)

ISBN 978-3-456-85007-8

Inhalt

Vorwort	19
Autorenverzeichnis	23
A. Störungsübergreifender Teil	29
Teil I:	
Allgemeine Grundlagen	29
1. Grundbegriffe – Einleitung	31
<i>(U. Baumann und M. Perrez)</i>	
1. Begriff Klinische Psychologie	31
2. Begriffe Krankheit, Störung, Gesundheit	32
3. Klinische Psychologie und Nachbargebiete	39
4. Klinische Psychologie und Psychotherapie	42
5. Geschichte der Klinischen Psychologie	43
6. Struktur der Klinischen Psychologie	46
7. Struktur des Lehrbuches	47
8. Weiterführende Literatur	49
9. Literatur	49
2. Wissenschaftstheoretische Grundlagen	53
2.1 Wissenschaftstheoretische Grundlagen: Klassifikation, Ätiologie und Diagnostik	54
<i>(H. Westmeyer)</i>	
1. Einleitung	54
2. Therapeutische Handlungsregeln	55
3. Klassifikation	55
4. Ätiologie	58
5. Diagnostik	65
6. Weiterführende Literatur	66
7. Literatur	67
2.2 Wissenschaftstheoretische Grundlagen: Klinisch-psychologische Intervention	68
<i>(M. Perrez)</i>	
1. Einleitung	68
2. Verschiedene Arten des Wissens: Nomologisches, nomoprägnantes und Tatsachenwissen	69
3. Unterschiedliche Wissensstandards	73
4. Psychotherapeutische Methoden als technologische Regeln	74
5. Psychotherapie als Anwendung von Theorien der Psychologie?	76
6. Unter welchen Voraussetzungen soll eine psychotherapeutische Methode als wissenschaftlich fundiert betrachtet werden?	80
7. Wie beeinflusst wissenschaftliches Wissen das praktische Handeln?	82
8. Normative Aspekte des therapeutischen Handelns	84
9. Gibt es <i>die</i> wissenschaftliche Fundierung?	85
10. Weiterführende Literatur	86
11. Literatur	86

3. Ethik in der Klinischen Psychologie	89
<i>(S. Reiter-Theil und U. Fahr)</i>	
1. Einführung	89
2. Beiträge der Ethik zur Klinischen Psychologie	90
3. Instrumente für die ethische Analyse	94
4. Anwendung auf Konfliktfelder in der Klinischen Psychologie	97
5. Forschung über Ethik in der Klinischen Psychologie	102
6. Fazit und Ausblick	103
7. Weiterführende Literatur	103
8. Literatur	104
9. Internetadressen	105
 Teil II:	
Klassifikation, Diagnostik: Allgemeine Grundlagen	107
4. Klassifikation	109
<i>(U. Baumann und R.-D. Stieglitz)</i>	
1. Methodische Bemerkungen	109
2. Klassifikationssysteme für Personen mit psychischen Störungen	111
3. Merkmalsklassifikationen	124
4. Weiterführende Literatur	125
5. Literatur	125
5. Klinisch-psychologische Diagnostik: Allgemeine Gesichtspunkte	128
<i>(C. Reinecker-Hecht und U. Baumann)</i>	
1. Funktionen der klinisch-psychologischen Diagnostik	128
2. Diagnostische Konzepte	130
3. Veränderungsmessung	136
4. Multimodalität als Grundprinzip der Diagnostik	137
5. Schlussbemerkungen	143
6. Weiterführende Literatur	144
7. Literatur	144
 Teil III:	
Epidemiologie	147
6. Epidemiologie	149
<i>(R. Lieb)</i>	
1. Definition und Aufgabenbereiche	149
2. Zentrale Maße der Krankheitshäufigkeit: Prävalenz und Inzidenz	153
3. Epidemiologische Methoden und Studiendesigns	153
4. Epidemiologie psychischer Störungen: ausgewählte Befunde	160
5. Ausblick	167
6. Weiterführende Literatur	168
7. Literatur	168
 Teil IV:	
Ätiologie/Bedingungsanalyse: Allgemeine Grundlagen	171
7. Ätiologie/Bedingungsanalyse: Methodische Gesichtspunkte	173
<i>(U. Baumann und M. Perrez)</i>	
1. Begriffe	173
2. Vulnerabilisierende vs. protektive Faktoren; Vulnerabilität vs. Resilienz	175
3. Phasen des Störungsverlaufs	176
4. Verlaufsformen einzelner Störungs-Episoden	178
5. Versuchsplanung für Ätiologie- und Bedingungs-forschung	180
6. Bilanz	185
7. Weiterführende Literatur	185
8. Literatur	186

8. Genetische Faktoren	188
<i>(W. Maier und M. Wagner)</i>	
1. Historischer Hintergrund	188
2. Ausgangspunkte und Ziele der genetischen Analyse psychischer Eigenschaften und Krankheiten ..	189
3. Grundbegriffe: Gene, Genotyp, Phänotyp	190
4. Forschungsmethoden	195
5. Genetik einzelner psychischer Störungen und Verhaltensdispositionen	200
6. Genetische Beratung	208
7. Bilanz	209
8. Weiterführende Literatur	210
9. Literatur	211
9. Biologische Faktoren	214
<i>(K. Wingenfeld und D.H. Hellhammer)</i>	
1. Einleitung	214
2. Das Nervensystem	215
3. Das endokrine System	226
4. Das Immunsystem	232
5. Interaktionen zwischen Nervensystem, endokrinem System und Immunsystem	234
6. Ausblick: Implikationen für die Diagnostik und Intervention	235
7. Weiterführende Literatur	237
8. Literatur	237
10. Psychologische Faktoren: Sozialisation und Verhaltensanpassung	240
<i>(M. Perrez und L. Ahnert)</i>	
1. Einleitung	240
2. Entwicklung und Entwicklungsstörung: Vulnerabilität und Resilienz	241
3. Störungen im Entwicklungsverlauf: Konzept der Entwicklungsaufgaben	242
4. Störungen als Folge einer unbewältigten Triebgeschichte: Das psychoanalytische Modell	244
5. Störungen als Folge misslungener Beziehungsentwicklung: Das bindungstheoretische Modell	247
6. Störungen als Folge der Lerngeschichte: Lerntheoretische Modelle	255
7. Gestörte Entwicklung – Entwicklung von Störungen	266
8. Weiterführende Literatur	267
9. Literatur	267
11. Psychologische Faktoren: Stress und Coping	272
<i>(M. Perrez, A.-R. Laireiter und U. Baumann)</i>	
1. Einleitung	272
2. Begriffe Stress, Stressoren und Stressprozess	273
3. Stressoren und ihre Zusammenhänge mit psychischen Störungen	274
4. Faktoren, die die Wirkungen von belastenden Situationen beeinflussen	280
5. Persönlichkeitsmerkmale als Vermittlungsfaktoren	284
6. Merkmale der sozialen Umwelt als Vermittlungsfaktoren	286
7. Die Erfassung von Belastungen, Belastungsreaktionen, Belastungsverarbeitung (Coping), Sozialem Netzwerk und Sozialer Unterstützung	288
8. Modelle zum Zusammenspiel der verschiedenen Faktoren	296
9. Bilanz	300
10. Weiterführende Literatur	300
11. Literatur	300
12. Sozialpsychologische und Evolutionspsychologische Faktoren	305
<i>(F. Försterling und B. Schuster)</i>	
1. Einleitung	305
2. Die evolutionäre Perspektive in der Sozialpsychologie	306
3. Interaktion und Kommunikation als Einflussfaktoren psychischer Störungen	314
4. Kausalattributionen als Determinante psychischer Störungen	317
5. Bilanz	322
6. Weiterführende Literatur	323
7. Literatur	323

13. Transkulturelle Faktoren	326
<i>(R. van Quekelberghe)</i>	
1. Einflüsse der Kultur auf Definition und Entstehung psychischer Störungen	326
2. Kultur: Konzepte – Definitionen	327
3. Kulturelle Einflüsse auf Definition/Klassifikation und Ätiologie psychischer Störungen	328
4. Beispiele transkultureller Psychopathologie	331
5. Klinisch-psychologische Probleme bei Migranten	334
6. Weiterführende Literatur	335
7. Literatur	335
8. Internetadressen	337
Teil V:	
Intervention	339
14. Systematik der klinisch-psychologischen Intervention	341
<i>(M. Perrez und U. Baumann)</i>	
1. Psychologische Interventionsmethoden	341
2. Klinisch-psychologische Interventionsmethoden	342
3. Ebenen der klinisch-psychologischen Intervention und ihre Verbindung zu den Interventionsfunktionen	347
4. Struktur der Interventionskapitel	350
5. Weiterführende Literatur	351
6. Literatur	351
15. Gesundheitsversorgung	352
<i>(U. Baumann)</i>	
1. Einleitung	352
2. Geschichte der Gesundheitsversorgung	353
3. Leitbilder der Gesundheitsversorgung	354
4. Institutionen der Gesundheitsversorgung	357
5. Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung	362
6. Evaluation in der Gesundheitsforschung	364
7. Berufssituation der Klinischen Psychologie	365
8. Weiterführende Literatur	375
9. Literatur	375
16. Methodik der klinisch-psychologischen Interventionsforschung	378
<i>(U. Baumann und C. Reinecker-Hecht)</i>	
1. Einleitung	378
2. Leitbilder der Interventionsforschung und Interventionspraxis	379
3. Evaluationskriterien	381
4. Methodik der Phase I: Erkundungsphase	384
5. Methodik der Phasen II, III: Pilot- und Test-Phasen	386
6. Methodik der Phase IV: Praxiskontrolle	391
7. Weiterführende Literatur	395
8. Literatur	395
17. Prävention	398
<i>(M. Perrez und N. Hilti)</i>	
1. Verhinderung von Störungen vs. Förderung von Gesundheit	398
2. Unterschiedliche Aspekte der Prävention	399
3. Ausgewählte Methoden der Prävention und Gesundheitsförderung	407
4. Wissenschaftliche Fundierung und Evaluation von präventiven und gesundheitsfördernden Interventionsprogrammen	417
5. Schlussbetrachtungen	422
6. Weiterführende Literatur	423
7. Literatur	423
8. Internetadressen	427

18. Psychotherapie	429
18.1 Psychotherapie: Systematik und methodenübergreifende Faktoren	430
<i>(M. Perrez und U. Baumann)</i>	
1. Was charakterisiert psychotherapeutische Methoden?	430
2. Die schulenübergreifende Struktur von Psychotherapie	431
3. Gemeinsamkeiten in der Verlaufsstruktur	433
4. Schulenübergreifende Grundmechanismen der Veränderung in Psychotherapien	437
5. Methodenübergreifende Therapiewirkungen	442
6. Methodenübergreifende Therapeutenvariablen	443
7. Methodenübergreifende Patientenvariablen	445
8. Methodenübergreifende Merkmale der Therapeut-Patient-Dyade	446
9. Methodenübergreifende institutionelle, soziale und sozio-kulturelle Kontextvariablen	446
10. Systematik der psychotherapeutischen Behandlungsformen	447
11. Schlussbemerkungen	451
12. Weiterführende Literatur	452
13. Literatur	452
18.2 Ansatzpunkt Therapeut-Patient-Beziehung: Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie	456
<i>(M. Neukom, B. Grimmer und A. Merk)</i>	
1. Einleitung	456
2. Symptom, Krankheit und Diagnostik im psychoanalytischen Verständnis	457
3. Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung	459
4. Behandlungsformen, Indikationen und Therapieziele	462
5. Technische Konzepte, Behandlungsregeln und Interventionsformen	464
6. Wirksamkeitsnachweise in der psychoanalytischen Psychotherapieforschung	467
7. Erklärungsmodelle der therapeutischen Wirksamkeit	469
8. Weiterführende Literatur	472
9. Literatur	472
18.3 Ansatzpunkt Therapeut-Patient-Beziehung: Gesprächstherapeutisch orientierte Psychotherapie	476
<i>(M. Reicherts)</i>	
1. Einleitung	476
2. Therapieziele und Störungsmodell	477
3. Interventionstechniken	478
4. Ebenen der Intervention und Anwendungsfelder	487
5. Wirksamkeit und Indikation	489
6. Erklärung der Wirksamkeit	493
7. Weiterführende Literatur	495
8. Literatur	495
18.4 Ansatzpunkt Erleben, Verhalten: Verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie	499
<i>(H. Reinecker und A. Lakatos-Witt)</i>	
1. Einleitung	499
2. Interventionstechniken	504
3. Ebenen der Intervention	511
4. Wirksamkeit	514
5. Erklärung der Wirksamkeit	516
6. Weiterführende Literatur	516
7. Literatur	516
18.5. Ansatzpunkt Kultur: Transkulturell orientierte Psychotherapie	521
<i>(R. van Quekelberghe)</i>	
1. Einleitung	521
2. Die Ethnopsychotherapie	523
3. Kulturzentrierte Psychotherapie	523

4. Weiterführende Literatur	528
5. Literatur	528
19. Rehabilitation	530
<i>(J. Bengel und A. Helmes)</i>	
1. Grundlagen der Rehabilitation	530
2. Psychosoziale Krankheitsfolgen und Krankheitsverarbeitung	535
3. Das System der Rehabilitation	539
4. Psychologische Rehabilitation	542
5. Rehabilitationsforschung, insbesondere Wirksamkeitsforschung	547
6. Weiterführende Literatur	550
7. Literatur	550
20. Psychopharmakotherapie	554
<i>(R. Spiegel)</i>	
1. Einleitung	554
2. Die heutigen Psychopharmaka	557
3. Psychopharmakotherapie und/oder Psychotherapie	567
4. Zum Einfluss von Psychopharmaka auf das Erleben, Verhalten und die Persönlichkeit	570
5. Schlussbetrachtung	571
6. Weiterführende Literatur	571
7. Literatur	571
B. Störungsbezogener Teil	577
Teil VI:	
Störungen von psychischen Funktionen	577
21. Motorische Störungen	579
21.1 Motorische Störungen: Klassifikation und Diagnostik	580
<i>(T. Schenk)</i>	
1. Einleitung	580
2. Klassifikation	581
3. Diagnostik	584
4. Weiterführende Literatur	588
5. Literatur	588
21.2 Motorische Störungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse	589
<i>(T. Schenk)</i>	
1. Epidemiologische Angaben	589
2. Ätiologische Faktoren	590
3. Weiterführende Literatur	596
4. Literatur	596
21.3 Motorische Störungen: Intervention	598
<i>(T. Schenk)</i>	
1. Neurologische Bewegungsstörungen	598
2. Psychogene Bewegungsstörungen	599
3. Der Schreibkrampf	601
4. Weiterführende Literatur	603
5. Literatur	604
22. Wahrnehmungsstörungen	605
22.1 Wahrnehmungsstörungen: Klassifikation und Diagnostik	606
<i>(J. Zihl und K. Münzel)</i>	
1. Bedeutung der Wahrnehmung	606
2. Klassifikation	607
3. Diagnostik	610

4. Weiterführende Literatur	612
5. Literatur	612
22.2 Wahrnehmungsstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse	613
<i>(J. Zihl und K. Münzel)</i>	
1. Einleitung	613
2. Wahrnehmungsstörungen in Abhängigkeit vom Ort der Hirnschädigung.....	614
3. Wahrnehmungsstörungen in Abhängigkeit von der Ätiologie	616
4. Die Bedeutung von Wahrnehmungsstörungen für Erleben und Verhalten.....	619
5. Weiterführende Literatur	621
6. Literatur	621
22.3 Wahrnehmungsstörungen: Intervention	623
<i>(J. Zihl und K. Münzel)</i>	
1. Einleitung	623
2. Komponenten der Behandlung von Wahrnehmungsstörungen	624
3. Therapeutische Möglichkeiten zur Behandlung von Wahrnehmungsstörungen	624
4. Ausblick	628
5. Literatur	629
23. Gedächtnisstörungen	631
23.1 Gedächtnisstörungen: Klassifikation und Diagnostik	632
<i>(W. Klimesch)</i>	
1. Einleitung: Was ist Gedächtnis?.....	632
2. Klassifikation.....	634
3. Diagnostik	637
4. Weiterführende Literatur	639
5. Literatur	639
23.2 Gedächtnisstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse	640
<i>(W. Klimesch)</i>	
1. Einleitung: Gedächtnisstörungen und Vergessen.....	640
2. Unterschiedliche Bedeutungen und Ursachen für Vergessen	641
3. Die Ursachen von Gedächtnisstörungen	641
4. Gedächtnisstörungen als Ursache für andere psychische Erkrankungen?.....	646
5. Die Ätiologie von Gedächtnisstörungen aus neuropsychologischer Sicht	647
6. Weiterführende Literatur	649
7. Literatur	649
23.3 Gedächtnisstörungen: Intervention.....	650
<i>(U. Schuri)</i>	
1. Einleitung	650
2. Interventionsziele	651
3. Interventionsmethoden	652
4. Schlussbemerkungen	659
5. Weiterführende Literatur	659
6. Literatur	660
24. Lernstörungen.....	663
24.1 Lernstörungen: Klassifikation und Diagnostik	664
<i>(G. Lauth und K. Naumann)</i>	
1. Klassifikation.....	664
2. Diagnostik	667
3. Weiterführende Literatur	668
4. Literatur	669
24.2 Lernstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse	670
<i>(G. Lauth und K. Naumann)</i>	
1. Genetische Faktoren	671
2. Neurobiologische Faktoren	672
3. Psychologische Faktoren	675

4. Weiterführende Literatur	679
5. Literatur	679
24.3 Lernstörungen: Intervention	681
<i>(G. Lauth und K. Naumann)</i>	
1. Interventionen bei Aneignungsbeeinträchtigungen	681
2. Interventionen bei abnormen individuellen Lernvoraussetzungen	687
3. Schlussfolgerung	691
4. Weiterführende Literatur	691
5. Literatur	691
25. Schlafstörungen	693
25.1 Schlafstörungen: Klassifikation und Diagnostik	694
<i>(D. Riemann)</i>	
1. Klassifikation	694
2. Diagnostik	696
3. Weiterführende Literatur	699
4. Literatur	699
25.2 Schlafstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse	701
<i>(D. Riemann)</i>	
1. Epidemiologie der Insomnien	701
2. Genetische Faktoren	702
3. Chronobiologische Ursachen	702
4. Organische Ursachen	703
5. Substanzbedingte Insomnien	703
6. Insomnien bei psychischen Störungen	704
7. Ein psychophysiologisches Modell der Insomnie	705
8. Das Zwei-Prozess-Modell der Schlafregulation/Funktion des Schlafs	707
9. Weiterführende Literatur	709
10. Literatur	709
25.3 Schlafstörungen: Intervention	711
<i>(D. Riemann)</i>	
1. Entspannungsmethoden	711
2. Schlafhygiene	712
3. Strukturierung des Schlaf-Wach-Rhythmus	713
4. Kognitive Techniken	714
5. Pharmakologische Interventionen	717
6. Kombinationstherapie	718
7. Abschließende Bemerkungen	719
8. Weiterführende Literatur	720
9. Literatur	720
26. Essstörungen	723
26.1 Essstörungen: Klassifikation und Diagnostik	724
<i>(B. Tuschen-Caffier)</i>	
1. Einleitung	724
2. Symptomatik und Klassifikation	725
3. Diagnostik	730
4. Weiterführende Literatur	733
5. Literatur	733
26.2 Essstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse	735
<i>(B. Tuschen-Caffier und I. Florin)</i>	
1. Epidemiologische Befunde	735
2. Genetische Faktoren	736
3. Einflüsse der Sozialisation	737
4. Behaviorale Konzepte	739
5. Belastungsfaktoren	740

6. Prämorbide Persönlichkeitsmerkmale	741
7. Integration der Befunde	742
8. Weiterführende Literatur	743
9. Literatur	743
26.3 Essstörungen: Intervention	746
<i>(B. Tuschen-Caffier)</i>	
1. Einleitung	746
2. Kognitiv-behaviorale Behandlungskonzepte	747
3. Interpersonelle Therapie	752
4. Wirksamkeit der Psychotherapie	752
5. Schlussbemerkungen	758
6. Weiterführende Literatur	758
7. Literatur	758
 Teil VII:	
Störungen von Funktionsmustern	761
 27. Störungen durch psychotrope Substanzen	763
27.1 Störungen durch psychotrope Substanzen: Klassifikation und Diagnostik	764
<i>(R. Ferstl)</i>	
1. Klassifikation	764
2. Diagnostik	766
3. Weiterführende Literatur	768
4. Literatur	768
27.2 Störungen durch psychotrope Substanzen: Ätiologie/Bedingungsanalyse	769
<i>(R. Ferstl)</i>	
1. Einleitung	769
2. Genetische Bedingungen der Entstehung von Abhängigkeiten	770
3. Biologisch-psychologische Konzepte	772
4. Lerntheoretische Konzepte der Entwicklung und Aufrechterhaltung substanziinduzierter Abhängigkeiten	775
5. Sozialisationsinflüsse	776
6. Soziologische Bedingungsfaktoren	778
7. Sozialprotektive Bedingungsfaktoren	779
8. Ausblick	779
9. Weiterführende Literatur	780
10. Literatur	780
27.3 Störungen durch psychotrope Substanzen: Intervention	782
<i>(G. Bühringer)</i>	
1. Einführung	782
2. Behandlungsrelevante Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Substanzklassen	783
3. Behandlung der Alkoholabhängigkeit	790
4. Behandlung der Drogenabhängigkeit	796
5. Behandlung der Medikamenten- und Tabakabhängigkeit	800
6. Ausblick	803
7. Weiterführende Literatur	804
8. Literatur	805
 28. Schizophrenie	809
28.1 Schizophrenie: Klassifikation und Diagnostik	810
<i>(H. Watzl, R. Cohen und F. Rist)</i>	
1. Klassifikation	810
2. Diagnostik	814

3. Weiterführende Literatur	816
4. Literatur	816
28.2 Schizophrenie: Ätiologie/Bedingungsanalyse	818
<i>(F. Rist, R. Cohen und H. Watzl)</i>	
1. Epidemiologische Befunde	818
2. Biologische Faktoren	820
3. Neurokognitive Befunde	826
4. Psychosoziale Faktoren	827
5. Ausblick	829
6. Weiterführende Literatur	830
7. Literatur	830
28.3 Schizophrenie: Intervention	833
<i>(H. Watzl und R. Cohen)</i>	
1. Behandlungsansätze im Verlauf schizophrener Erkrankungen	833
2. Frühintervention und Früherkennung	834
3. Behandlung akut psychotischer Episoden	835
4. Längerfristige Behandlungsmaßnahmen für schizophrene Patienten	842
5. Ausblick	845
6. Weiterführende Literatur	847
7. Literatur	847
29. Depressive Störungen	851
29.1 Depressive Störungen: Klassifikation und Diagnostik	852
<i>(R. de Jong-Meyer)</i>	
1. Einleitung	852
2. Klassifikation	853
3. Einteilung depressiver Symptomatik nach psychologischen Funktionsbereichen	854
4. Verlauf depressiver Erkrankungen	855
5. Auswirkungen und Folgen	857
6. Komorbidität	857
7. Diagnostische Verfahren	857
8. Individuelle Diagnostik	859
9. Weiterführende Literatur	860
10. Literatur	860
29.2 Depressive Störungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse	862
<i>(R. de Jong-Meyer)</i>	
1. Epidemiologische Befunde	862
2. Genetische Faktoren	864
3. Biologische Faktoren	864
4. Psychosoziale Faktoren	866
5. Integration der Perspektiven in einem multifaktoriellen Modell	873
6. Weiterführende Literatur	876
7. Literatur	876
29.3 Depressive Störungen: Intervention	878
<i>(R. de Jong-Meyer)</i>	
1. Einleitung	878
2. Pharmakotherapie und andere medizinische Strategien	878
3. Wirksame psychologische Behandlungen	879
4. Ausblick	888
5. Weiterführende Literatur	890
6. Literatur	890
30. Angststörungen	893
30.1 Angststörungen: Klassifikation und Diagnostik	894
<i>(R. Lieb und H.-U. Wittchen)</i>	
1. Normale und pathologische Angst	894
2. Klassifikation	895

3. Diagnostik	899
4. Schlussbemerkungen	902
5. Weiterführende Literatur	903
6. Literatur	903
30.2 Angststörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse	905
<i>(R. Lieb und H.-U. Wittchen)</i>	
1. Einleitung	905
2. Panikstörung und Agoraphobie	906
3. Generalisierte Angststörung	913
4. Soziale Phobie und Zwangsstörung	916
5. Schlussbemerkungen	922
6. Weiterführende Literatur	922
7. Literatur	922
30.3 Angststörungen: Intervention	925
<i>(R. Lieb und H.-U. Wittchen)</i>	
1. Allgemeine verhaltenstherapeutische Interventionsstrategien bei Angststörungen	925
2. Verhaltenstherapeutisches Vorgehen bei der Panikstörung und Agoraphobie	927
3. Verhaltenstherapeutisches Vorgehen bei der Generalisierten Angststörung	931
4. Verhaltenstherapeutisches Vorgehen bei der Zwangsstörung	933
5. Schlussfolgerungen	935
6. Weiterführende Literatur	936
7. Literatur	936
31. Somatoforme und dissoziative Störungen	939
31.1 Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen): Klassifikation und Diagnostik	940
<i>(W. Rief)</i>	
1. Psychosomatik, Somatisierung, somatoforme Störungen: Historische Aspekte und Begriffsbestimmung	940
2. Klassifikation	941
3. Weiterentwicklungen bei klassifikatorischen Ansätzen	944
4. Diagnostik	944
5. Weiterführende Literatur	946
6. Literatur	946
31.2 Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen): Ätiologie/Bedingungsanalyse	947
<i>(W. Rief)</i>	
1. Genetische Aspekte	948
2. Biologische Aspekte	948
3. Umweltkonzepte	949
4. Persönlichkeitskonzepte	952
5. Die «somatisierte Depression» und andere psychische Störungen als Risikofaktoren für die Entwicklung von Somatisierungssyndromen	953
6. Interozeption und externale Stimulierung	954
7. Verhaltensmerkmale bei somatoformen Störungen	954
8. Zusammenwirken möglicher Risikofaktoren bei somatoformen Störungen	954
9. Weiterführende Literatur	955
10. Literatur	955
31.3 Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen): Intervention	957
<i>(W. Rief und W. Hiller)</i>	
1. Empirische Basis klinisch-psychologischer Interventionen	958
2. Empirische Basis psychopharmakologischer Interventionen	960
3. Ein Therapiemodell zur psychologischen Behandlung beim Somatisierungssyndrom	962
4. Weiterführende Literatur	966
5. Literatur	967

32. Posttraumatische Belastungsstörung	969
32.1 Posttraumatische Belastungsstörung: Klassifikation und Diagnostik	970
<i>(A. Maercker und A. Karl)</i>	
1. Einleitung: Was ist ein Trauma?	970
2. Klassifikation	970
3. Diagnostik	973
4. Weiterführende Literatur	975
5. Literatur	975
32.2 Posttraumatische Belastungsstörung: Ätiologie/Bedingungsanalyse	977
<i>(A. Maercker und A. Karl)</i>	
1. Epidemiologie	977
2. Ätiologische Faktoren	979
3. Weiterführende Literatur	993
4. Literatur	993
32.3 Posttraumatische Belastungsstörung: Intervention	995
<i>(A. Maercker)</i>	
1. Einleitung	995
2. Frühinterventionen	996
3. Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung	997
4. Traumakonfrontation bzw. -exposition	998
5. Kognitive Verarbeitung und Umstrukturierung	1002
6. Kombinierte Verfahren	1004
7. Wirksamkeit von Psychotherapie und Pharmakotherapie	1007
8. Ausblick	1007
9. Weiterführende Literatur	1008
10. Literatur	1008
33. Persönlichkeitsstörungen	1011
33.1 Persönlichkeitsstörungen: Klassifikation und Diagnostik	1012
<i>(P. Fiedler)</i>	
1. Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen	1012
2. Klassifikation	1013
3. Mehrfachdiagnosen (Komorbidität)	1013
4. Diagnostik	1016
5. Biographische Problemanalyse	1018
6. Weiterführende Literatur	1019
7. Literatur	1019
33.2 Persönlichkeitsstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse	1020
<i>(P. Fiedler)</i>	
1. Häufigkeit und Verbreitung	1020
2. Verlauf und Prognose	1022
3. Die bio-psycho-soziale Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen	1022
4. Temperament, Persönlichkeitsstile, Persönlichkeitsstörungen	1023
5. Genetik und Biologie	1023
6. Psychologische Einflüsse und Sozialisation	1025
7. Weitere soziale Einflüsse und aktuelle Belastungen	1027
8. Integration und Zusammenschau	1029
9. Weiterführende Literatur	1032
10. Literatur	1032
33.3 Persönlichkeitsstörungen: Intervention	1034
<i>(P. Fiedler)</i>	
1. Allgemeine Leitlinien einer psychotherapeutischen Behandlung	1035
2. Differentielle Indikation und Behandlungsplanung	1036
3. Weiterführende Literatur	1044
4. Literatur	1044

34. Verhaltens- und Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen	1047
34.1 Verhaltens- und Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Klassifikation und Diagnostik	1048
<i>(F. Petermann)</i>	
1. Einleitung	1048
2. Klassifikation	1049
3. Diagnostik	1054
4. Perspektiven	1059
5. Weiterführende Literatur	1059
6. Literatur	1059
34.2 Verhaltens- und Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Intervention	1061
<i>(F. Petermann)</i>	
1. Einleitung	1061
2. Aggression	1063
3. Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)	1065
4. Soziale Phobie und Trennungsangst	1069
5. Autistische Störungen	1070
6. Elternberatung und familienbezogene Intervention	1073
7. Weiterführende Literatur	1077
8. Literatur	1077
35. Störungen im Alter	1079
35.1 Störungen im Alter: Klassifikation und Diagnostik	1080
<i>(A. Kruse und S. Re)</i>	
1. Einführung	1080
2. Klassifikation	1081
3. Diagnostik	1082
4. Weiterführende Literatur	1085
5. Literatur	1086
35.2 Störungen im Alter: Intervention	1087
<i>(A. Kruse)</i>	
1. Einführung	1087
2. Das Verständnis von Alter und Altern	1087
3. Eine kurze demographische Skizze	1089
4. Differenzierung zwischen drittem und viertem Lebensalter	1089
5. Die individuelle Bewältigung von Anforderungen und Verlusten im hohen Alter: Ausmaß und Grenzen der Widerstandsfähigkeit	1090
6. Grenzen der Bewältigungskapazität	1092
7. Die Bedeutung biographischer Erfahrungen für die Belastungsbewältigung im Alter	1092
8. Behandlung psychischer Störungen im Alter: Aspekte der Pharmakotherapie, der Psychotherapie, der psychosozialen Intervention	1094
9. Versorgungsaspekte	1100
10. Weiterführende Literatur	1102
11. Literatur	1102
Teil VIII:	
Störungen von interpersonellen Systemen	1105
36. Störungen der Partnerschaft	1107
36.1 Partnerschaftsstörungen: Klassifikation und Diagnostik	1108
<i>(G. Bodenmann)</i>	
1. Einleitung	1108
2. Klassifikation	1108
3. Diagnostik	1110
4. Schlussbemerkungen	1113

5. Weiterführende Literatur	1114
6. Literatur	1114
36.2 Partnerschaftsstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse	1115
<i>(G. Bodenmann)</i>	
1. Einleitung	1115
2. Störungsverständnis bei Partnerschaftsstörungen	1116
3. Ätiologie von Partnerschaftsstörungen	1118
4. Schlussbemerkungen	1123
5. Weiterführende Literatur	1124
6. Literatur	1124
36.3 Partnerschaftsstörungen: Intervention	1125
<i>(G. Bodenmann)</i>	
1. Einleitung	1125
2. Methoden der Paartherapie	1126
3. Wirksamkeit und Indikation	1132
4. Erklärung der Wirksamkeit	1133
5. Prävention bei Paaren	1134
6. Schlussbemerkungen	1135
7. Weiterführende Literatur	1136
8. Literatur	1136
37. Störungen (in) der Familie	1139
37.1 Störungen (in) der Familie: Klassifikation und Diagnostik	1140
<i>(H.-P. Heekerens und M. Perrez)</i>	
1. Einleitung	1140
2. Klassifikation	1140
3. Diagnostik	1147
4. Weiterführende Literatur	1153
5. Literatur	1153
37.2 Störungen (in) der Familie: Ätiologie/Bedingungsanalyse	1156
<i>(M. Perrez und H.-P. Heekerens)</i>	
1. Einleitung	1156
2. Allgemeine Aspekte	1158
3. Familienexterne, distale Risikofaktoren	1159
4. Familieninterne, proximale Risikofaktoren	1161
5. Störungen (in) der Familie als Risikofaktoren	1162
6. Binnenfamiliäre Störungsmechanismen	1165
7. Kriterien zur Einschätzung des psychosozialen Risikos	1165
8. Weiterführende Literatur	1167
9. Literatur	1167
37.3 Störungen (in) der Familie: Intervention	1170
<i>(H.-P. Heekerens)</i>	
1. Einleitung	1170
2. Familientherapeutische Methoden	1171
3. Die Multisystemische Therapie (MST)	1172
4. Die Funktionale Familientherapie (FFT)	1173
5. Gemeinsamkeiten von Multisystemischer Therapie und Funktionaler Familientherapie	1173
6. Evidenzbasierte familientherapeutische Methoden	1175
7. Wirkfaktoren der Familientherapie	1178
8. Offene Fragen	1178
9. Weiterführende Literatur	1180
10. Literatur	1180
Personenregister	1183
Sachregister	1207

Vorwort zur vierten Auflage

Nachdem die dritte Auflage wiederum eine breite und sehr gute Aufnahme gefunden hat, freuen wir uns, die vierte Auflage in korrigierter und aktualisierter Form vorlegen zu können. Die Besonderheiten dieses Lehrbuches sehen wir weiterhin in seiner Konzeption:

- Wie im Einleitungskapitel dargelegt, können Lehrbücher störungsübergreifend oder störungsbezogen konzipiert werden. Vielfach wird der Schwerpunkt auf die störungsbezogene Variante gelegt, während eine gleichrangige Darstellung der beiden Perspektiven, auch in neueren Lehrbüchern, nicht vorgenommen wird. Eine umfassende Sicht der Klinischen Psychologie benötigt aber die *störungsübergreifende und störungsbezogene Perspektive* gleichermaßen.
- Ein zweites Charakteristikum besteht in der Zielsetzung, die Klinische Psychologie so weit wie möglich in ihrer *Vernetzung mit den psychologischen Grundlagen und den fachlichen Nachbargebieten* zur Darstellung zu bringen. Es wird insbesondere der Bezug der Ätiologie psychischer Störungen und der psychologischen Intervention zur Allgemeinen Psychologie und zu den biologischen Grundlagen hergestellt.
- Das Lehrbuch differenziert – in Abweichung von den üblichen Lehrbüchern der Klinischen Psychologie – verschiedene *Komplexitätsebenen*, auf denen sich Störungen manifestieren können, indem gestörte Einzelfunktionen (wie z. B. Gedächtnisstörungen), Störungen auf der Funktionsmuster-/Syndrom-Ebene (wie z. B. depressive Störungen) und gestörte interpersonelle Systeme (Paar- und Familienebene) unterschieden werden. In einer Zeit, in der die internationalen Klassifikationssysteme ICD und DSM dominieren, ist es für die Psychologie besonders wichtig, sich auf die Breite ihrer Erkenntnisse zu besinnen und neben den gestörten Funktionsmustern gem. ICD und DSM auch die gestörten Funktionen und die gestörten interpersonellen Systeme zu beachten. Eine alleinige Orientierung der Klinischen Psychologie an den herkömmlichen Diagnosen bringt eine Verkürzung des Praxis- und Forschungsfeldes mit sich.
- Das Lehrbuch erscheint wiederum unter dem Titel *Klinische Psychologie – Psychotherapie*. Berufsständisch ist zum Teil der Begriff der Psychotherapie vor allem in Deutschland zentral geworden, da sich die Psychologie im Gesundheitswesen als Psychologische Psychotherapie repräsentiert. Mit der Begriffserweiterung *Klinische Psychologie – Psychotherapie* haben wir bereits in den vorausgehenden Auflagen diesem berufspolitischen Tatbestand Rechnung getragen. Wir betrachten aber weiterhin den Begriff Klinische Psychologie als zentralen fachpolitischen Begriff, der aus wissenschafts- und fachpolitischen Gründen nicht durch den Psychotherapiebegriff zu ersetzen ist.
- Das Lehrbuch wird didaktisch mit Internetbasierten Fragen und Übungen vernetzt. Über die Homepage des Lehrbuches haben die Benutzer *Fragen* zu den Texten und die *Übungen* zur Verfügung, die die Auseinandersetzung mit dem Stoff anregen. Die Vertiefung erfolgt durch textbasierte und interaktive Elemente.

Die Homepage des Lehrbuches kann unter der Adresse <http://www.verlag-hanshuber.com/lkp/> aufgeschaltet werden.

- Das Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie ist mit dem *Fallbuch zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie* vernetzt (herausgegeben von Stieglitz, R. D., Baumann, U. & Perrez, M. (2007): *Fallbuch zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Bern: Huber). In diesem didaktisch ergänzenden Band werden exemplarisch Störungen aus den drei verschiedenen Störungsebenen (Störungen von psychischen Funktionen, von Funktionsmustern und von interpersonellen Systemen) aus unterschiedlichen therapeutischen Settings (Privatpraxen, Kliniken) vorgestellt und zwar unter der Berücksichtigung der folgenden Elemente: 1. Therapiebeginn (Kennzeichnung der Patientin, Beschreibung der Störung und Diagnose, Testverfahren, Erklärungsmodell, Therapieplanung), 2. Therapiedurchführung, 3. Therapieergebnis (Bewertung der Behandlung, Prä-/Post-Diagnostik und Katamnese, Fazit).

Was ist *neu* an der *vierten, aktualisierten* Auflage? Alle Texte wurden in der Referenzliteratur auf den neuesten Stand gebracht, wenn wichtige einschlägige Publikationen dies nahe gelegt haben. Ferner wurden an einigen Orten auch inhaltliche Adaptationen vorgenommen. Die Internetadressen wurden überprüft und gegebenenfalls aktualisiert.

Die Vernetzung mit dem Internet durch ein Angebot an Online-Übungen wird beibehalten. Sie erlauben den Studierenden, den Stoff durch eine aktive und geleitete Auseinandersetzung mit den Inhalten zu vertiefen und theoretisches Wissen auf Fragestellungen und Fälle anzuwenden. Im Jahr 2010 wurden die Online-Übungen zum Lehrbuch von mehr als 3000 Personen aus dem deutschsprachigen Europa besucht. Die Frequentierung der Übungsplattform lässt auf eine rege Nutzung durch Studierende schließen – insbesondere zur Vorbereitung auf Examen. Dr. Yves Hänggi (Universität

Fribourg) betreut als Webmaster die Internet-basierten Übungen.

Durch das im Einleitungskapitel dargestellte Konzept haben die Herausgeber und die Autoren und Autorinnen Neuland betreten, da vergleichbare Lehrbücher weder im deutschsprachigen noch im angelsächsischen Raum vorhanden sind. Wir danken allen Autoren, dass sie die Text für die notwendigen Adaptationen der vierten Auflage vorgenommen und die Termine eingehalten haben. Dank gebührt auch allen Kolleginnen und Kollegen, die uns bei einzelnen Kapiteln beratend zur Seite standen. Aus sprachästhetischen Gründen haben wir auf die Verdoppelung der Begriffe durch die weibliche Form verzichtet, wenn aus dem Zusammenhang klar ist, dass mit der männlichen Form das generische Maskulinum gemeint ist, das dem Sinn nach beide Geschlechter bezeichnet. Wir bitten diese Lösung, die auch nicht befriedigend ist, hin zu nehmen, da die bisherigen Varianten im Umgang mit diesem Problem uns noch weniger zufriedenstellend erscheinen.

Wir danken Frau Dorothee Aebischer (Fribourg), die wiederum mit großem Engagement und viel Kompetenz hilfreich zur Seite stand bei der Vorbereitung der vierten Auflage. Herrn Dr. Yves Hänggi danken wir für seine Betreuung der Internet-basierten Online-Übungen und Frau lic. phil. Brigitte Schöbi für ihre Mithilfe bei der Aktualisierung des Literaturverzeichnisses und der Internetadressen. Nicht zuletzt sei dem Verlag Hans Huber, insbesondere Frau Monika Eginger und ihrem Nachfolger Herrn Tino Heeg, und Herrn Peter E. Wüthrich für die ausgezeichnete Zusammenarbeit und das Verständnis für unsere Wünsche gedankt. Wir freuen uns, dass der Maler-Metzger und Künstler Jean-Pierre Corpaato (Fribourg), mit dem uns eine langjährige Freundschaft verbindet, durch sein Titelbild «ensemble» wieder mit von der Partie ist und danken ihm für sein Zusammenspiel.

Abschließend sei den beiden Ehefrauen Annette Baumann und Ulrike Perrez für ihre über die Jahrzehnte stets verlässliche Unterstützung besonders herzlich gedankt. Es ist uns klar, dass

dieser kleine Satz des Dankes und die Widmung nur ein Symbol sein können für eine Dankbarkeit, die sich letztlich nicht in Worte fassen lässt.

Wir hoffen, dass wir Studierenden, praktisch Tätigen und Forschenden ein Konzept in die

Hand geben, das der Weiterentwicklung der Klinischen Psychologie dient.

Im März 2011
Meinrad Perrez (Fribourg) und
Urs Baumann (Salzburg)

Autorenverzeichnis

Ahnert, Lieselotte, Prof. Dr. Dr. rer. nat
 Institut für Entwicklungspsychologie und
 Psychologische Diagnostik
 Universität Wien
 Liebiggasse 5
 A-1010 Wien
 E-Mail: lieselotte.ahnert@univie.ac.at

Baumann, Urs, Prof. em. Dr. phil. Dr. h. c. Dipl.-Psych.
 Fachbereich Psychologie
 Universität Salzburg
 Hellbrunner Strasse 34
 A-5020 Salzburg
 E-Mail: urs.baumann@sbg.ac.at

Bengel, Jürgen, Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych.
 Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie
 Institut für Psychologie
 Universität Freiburg i. Br.
 Engelbergerstr. 41
 D-79085 Freiburg i. Br.
 E-Mail: bengel@psychologie.uni-freiburg.de

Bodenmann, Guy, Prof. Dr. phil.
 Psychologisches Institut
 Universität Zürich
 Binzmühlestrasse 14/23
 CH-8050 Zürich
 E-Mail: guy.bodenmann@psychologie.uzh.ch

Bühringer, Gerhard, Prof. Dr. rer. soc. Dipl.-Psych.
 IFT - Institut für Therapieforchung
 Parzivalstr. 25
 D-80796 München
 E-Mail: buehringer@ift.de
 Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
 Technische Universität Dresden
 Chemnitz Str. 46
 D-01187 Dresden
 E-Mail: buehringer@psychologie.tu-dresden.de

Cohen, Rudolf, Prof. em. Dr. phil. Dipl.-Psych.
 Fachgruppe Psychologie
 Universität Konstanz
 Postfach 5560, D 44
 D-78434 Konstanz
 E-Mail: rudolf.cohen@uni-konstanz.de

Corpataux, Jean-Pierre
 «Le boucher CORPAATO»
 Kuriosum Galerie
 Rue du Pont-Muré 20
 CH-1700 Fribourg
 E-Mail: office@corpaato.ch

De Jong-Meyer, Renate, Prof. em. Dr. phil. Dipl.-Psych.
 Psychologisches Institut I
 Klinische Psychologie
 Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
 Fliednerstr. 21
 D-48149 Münster
 E-Mail: dejongr@psy.uni-muenster.de

Fahr, Uwe, Dr. phil.
 Ethikberatung, Supervision & Coaching
 Master (M.A.) Erwachsenenbildung
 Riemenschneiderstr. 32
 D-91056 Erlangen
 E-Mail: beratung@uwewefahr.de

Ferstl, Roman, Prof. Dr. phil.
 Institut für Psychologie
 Universität Kiel
 Olshausenstr. 40-60
 D-24098 Kiel
 E-Mail: ferstl@psychologie.uni-kiel.de

Fiedler, Peter, Prof. em. Dr. phil. Dipl.-Psych.
 Psychologisches Institut
 Universität Heidelberg
 Hauptstraße 47-51
 D-69117 Heidelberg
 E-Mail: peter.fiedler@psychologie.uni-heidelberg.de

Florin, Irmela, Prof. Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. †
 Fachbereich Psychologie
 Philipps-Universität Marburg
 Gutenbergstr. 18
 D-35032 Marburg

Försterling, Friedrich, Prof. Dr. phil. †
 Department Psychologie
 Ludwig-Maximilians-Universität München
 Leopoldstr. 13
 D-80802 München

Grimmer, Bernhard, Dr. phil.
Therapeutischer Leiter K3
Adoleszentenpsychiatrie und -psychotherapie
Psychiatrische Klinik Münsterlingen
CH-8596 Münsterlingen
E-Mail: bernhard.grimmer@stgag.ch

Heekerens, Hans-Peter, Prof. Dr. theol. Dr. phil.
Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften
Hochschule München
Am Stadtpark 20
D-81243 München
E-Mail: hans-peter.heekerens@hm.edu

Hellhammer, Dirk, Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych.
Fachbereich I — Psychobiologie
Universität Trier
Johanniterufer 15
D-54286 Trier
E-Mail: hellhamm@uni-trier.de

Helmes, Almut, Dr. phil. Dipl.-Psych.
Abteilung für Rehabilitationspsychologie
Institut für Psychologie
Universität Freiburg i. Br.
Engelbergerstr. 41
D-79085 Freiburg i. Br.
E-Mail: helmes@psychologie.uni-freiburg.de

Hiller, Wolfgang, Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych.
Psychologisches Institut
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Staudingerweg 9
D-55099 Mainz
E-Mail: hiller@mail.uni-mainz.de

Hilti, Nadine, Dr. phil.
KJPD / Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
Universität Zürich
Neumünsterallee 3
CH-8032 Zürich
E-Mail: nadine.hilti@kjpdzh.ch

Karl, Anke, Dr. phil. Dipl.-Psych.
Technische Universität Dresden
Institut für Allgemeine Psychologie, Biopsychologie
und Methoden der Psychologie
Zellescher Weg 17
D-01062 Dresden
E-Mail: karl@biopsych.tu-dresden.de

Klimesch, Wolfgang, Prof. Dr. phil.
Fachbereich Psychologie
Universität Salzburg
Hellbrunnerstr. 34
A-5020 Salzburg
E-Mail: wolfgang.klimesch@sbg.ac.at

Kruse, Andreas, Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych.
Institut für Gerontologie
Universität Heidelberg
Bergheimer Str. 20
D-69115 Heidelberg
E-Mail: andreas.kruse@gero.uni-heidelberg.de

Laireiter, Anton R., ao. Univ.-Prof. Dr. phil.
Fachbereich Psychologie
Universität Salzburg
Hellbrunner Strasse 34
A-5020 Salzburg
E-Mail: anton.laireiter@sbg.ac.at

Lakatos-Witt, Angelika, Dr. phil. Dipl.-Psych.
Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie
Universität Bamberg
Markusplatz 3
D-96047 Bamberg
E-Mail: angelika.lakatos@uni-bamberg.de

Lauth, Gerhard W., Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych.
Humanwissenschaftliche Fakultät
Psychologie und Psychotherapie
Universität Köln
Klosterstr. 79b
D-50931 Köln
E-Mail: gerhard.lauth@uni-koeln.de

Lieb, Roselind, Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych.
Institut für Psychologie
Universität Basel
Missionsstrasse 62A
CH-4055 Basel
E-Mail: roselind.lieb@unibas.ch

Maercker, Andreas, Prof. Dr. phil. Dr. med.
Psychologisches Institut
Psychopathologie und Klinische Intervention
Universität Zürich
Binzmühlestrasse 14/17
CH-8050 Zürich
E-Mail: maercker@psychologie.uzh.ch

Maier, Wolfgang, Prof. Dr. med. Dipl.-Math.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universität Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25
D-53105 Bonn
E-Mail: wolfgang.maier@uni-bonn.de

Merk, Agatha, Lic. phil.
Praxis für Psychotherapie & Psychoanalyse
Lutherstrasse 2
CH-8004 Zürich
E-Mail: agatha.merk@hispeed.ch

Münzel, Karin, Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych.
 Department Psychologie
 Neuropsychologie
 Universität München
 Leopoldstr. 13
 D-80802 München
 E-Mail: muenzel@psy.uni-muenchen.de

Naumann, Kerstin, Dr. phil.
 Heilpädagogische Fakultät
 Universität zu Köln
 Psychologie und Psychotherapie
 Klosterstr. 79b
 D-50931 Köln
 E-Mail: kerstin.naumann@uni-koeln.de

Neukom, Marius, Dr. phil.
 Klinische Psychologie,
 Psychotherapie und Psychoanalyse
 Psychologisches Institut
 Universität Zürich
 Binzmühlestrasse 14/16
 CH-8050 Zürich
 E-Mail: m.neukom@psychologie.uzh.ch

Perrez, Meinrad, Prof. Dr. phil.
 Departement für Psychologie
 Universität Fribourg
 Rue de Faucigny 2
 CH-1700 Fribourg
 E-Mail: meinrad.perrez@unifr.ch

Petermann, Franz, Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych.
 Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation
 Universität Bremen
 Grazer Str. 2 und 6
 D-28359 Bremen
 E-Mail: fpeterm@uni-bremen.de

Re, Susanna, Dr. phil. Dipl.-Psych.
 Institut für Gerontologie
 Universität Heidelberg
 Bergheimer Str. 20
 D-69115 Heidelberg
 E-Mail: susanna.re@gero.uni-heidelberg.de

Reicherts, Michael, Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Dipl.-Kfm.
 Departement für Psychologie
 Universität Fribourg
 Rue de Faucigny 2
 CH-1700 Fribourg
 E-Mail: michael.reicherts@unifr.ch

Reinecker, Hans, Prof. Dr. phil.
 Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie
 Universität Bamberg
 Markusplatz 3
 D-96045 Bamberg
 E-Mail: hans.reinecker@uni-bamberg.de

Reinecker-Hecht, Christa, Dr. phil.
 Franz-Reiter-Weg 26
 A-5061 Salzburg/Elsbethen
 E-Mail: christareinecker@elsnet.at

Reiter-Theil, Stella, Prof. Dr. rer. soc. Dipl.-Psych.
 Fachbereich für Medizin- und Gesundheitsethik
 Medizinische Fakultät Basel
 Kanonengasse 27
 CH-4051 Basel
 E-Mail: s.reiter-theil@unibas.ch

Rief, Winfried, Prof. Dr. rer. soc. Dipl.-Psych.
 Fachbereich Psychologie
 Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie
 Philipps-Universität Marburg
 Gutenbergstr. 18
 D-35032 Marburg
 E-Mail: rief@staff.uni-marburg.de

Riemann, Dieter, Prof. Dr. rer. soc. Dipl.-Psych.
 Sektion Klinische Psychologie
 und Psychophysiologie / Schlafmedizin
 Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
 Universitätsklinikum Freiburg i. Br.
 Hauptstr. 5
 D-79104 Freiburg i. Br.
 E-Mail: dieter.riemann@uniklinik-freiburg.de

Rist, Fred, Prof. Dr. rer. soc. Dipl.-Psych.
 Psychologisches Institut I
 Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
 Fliegerstr. 21
 D-48149 Münster
 E-Mail: rist@uni-muenster.de

Schenk, Thomas, Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych.
 Neurologische Klinik / Kognitive Neurologie
 Universitätsklinikum Erlangen
 Schwabachanlage 6
 D-91054 Erlangen
 E-Mail: thomas.schenk@uk-erlangen.de

Schuri, Uwe, Dr. rer. nat. Dipl.-Psych.
 Klinik für Neuropsychologie
 Klinikum Bogenhausen
 Städtisches Klinikum München GmbH
 Engelschalkinger Str.77
 D-81925 München
 E-Mail: uwe.schuri@klinikum-muenchen.de

Schuster, Beate, Prof. Dr. phil.
 Departement für Psychologie
 Ludwigs-Maximilians-Universität
 Martiusstrasse 4
 D-80802 München
 E-Mail: schuster@lmu.de

Spiegel, René, Prof. Dr. phil.
Memory Klinik – NPZ
Geriatrisches Universitätspspital
Schanzenstr. 55
CH-4031 Basel
E-Mail: rene.spiegel@unibas.ch

Stieglitz, Rolf-Dieter, Prof. Dr. rer.nat. Dipl.-Psych.
Fakultät für Psychologie
Abteilung Klinische Psychologie und Psychiatrie
Universität Basel
Missionsstr. 62a
CH-4055 Basel
E-Mail: Rolf-Dieter.Stieglitz@upkbs.ch

Tuschen-Caffier, Brunna, Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych.
Institut für Psychologie
Universität Freiburg
Engelbergstrasse 41
D-79106 Freiburg
E-Mail: tuschen@psychologie.uni-freiburg.de

van Quekelberghe, Renaud, Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych.
FB 8 Psychologie
Universität Koblenz-Landau
Campus Landau
D-76829 Landau
E-Mail: rvanq@web.de

Wagner, Michael, Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych.
Experimentelle und Klinische Psychologie
Psychiatrische Klinik
Universität Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25
D-53105 Bonn
E-Mail: michael.wagner@uni-bonn.de

Watzl, Hans, Dr. rer. soc. Dipl.-Psych.
Universität Konstanz
Fachbereich Psychologie
Fach D 27
D-78457 Konstanz
E-Mail: hans.watzl@uni-konstanz.de

Westmeyer, Hans, Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych.
Wissenschaftsbereich Psychologie
Freie Universität Berlin
Halbelschwerdter Allee 45
D-14195 Berlin
E-Mail: hawest@zedat.fu-berlin.de

Wingenfeld, Katja, Dr. rer. nat. Dipl.-Psych.
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
Institut u. Poliklinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Martinistraße 52
D-20246 Hamburg
E-Mail: k.wingenfeld@uke.de

Wittchen, Hans-Ulrich, Prof. Dr. phil.
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Technische Universität Dresden
Chemnitzstr. 46
D-01187 Dresden
E-Mail: wittchen@psychologie.tu-dresden.de

Zihl, Josef, Prof. Dr. phil.
Departement für Psychologie
Neuropsychologie
Universität München
Leopoldstr. 13
D-80802 München
E-Mail: zihl@lmu.de

Der Künstler Jean-Pierre Corpaato war mit 23 Jahren der jüngste Fleischermeister der Schweiz. Seine Kreativität drängte ihn früh zu künstlerischen Aktivitäten. Mit gut 30 Jahren malte er seine ersten Bilder, die bald national und international auf großes Interesse stießen. 1985 fand die erste Ausstellung in der Berner Galerie Krebs zusammen mit Jean Tinguely und Alfred Hofkunst statt. 1986 folgte eine Reportage über Corpaato in der Hamburger Zeitschrift «ART». Seither erfolgten u. a. Ausstellungen in Paris, Sevilla und Chicago.



UCHER C. RAVATTO

Composition 1
Le Boucher Corpaato, Fribourg, www.corpaato.ch

A. Störungsübergreifender Teil

Teil I

Allgemeine Grundlagen

1 Urs Baumann und Meinrad Perrez

Grundbegriffe – Einleitung

Inhalt

1. Begriff Klinische Psychologie	31	4. Klinische Psychologie und Psychotherapie .	42
2. Begriffe Krankheit, Störung, Gesundheit	32	5. Geschichte der Klinischen Psychologie	43
2.1 Warum ein Krankheitsbegriff	32	6. Struktur der Klinischen Psychologie	46
2.2 Allgemeiner Krankheits-, Störungsbegriff ...	32	7. Struktur des Lehrbuches	47
2.3 Psychische Störung als Normabweichung ...	34	7.1 Störungsübergreifende Teilgebiete des Lehrbuches	47
2.4 Begriff Gesundheit	35	7.2 Störungsbezogene Teilgebiete des Lehrbuches	48
2.5 Psychische Störung und Gesundheit: unterschiedliche Auflösungsgrade	36	8. Weiterführende Literatur	49
2.6 Psychische vs. somatische Störungen, Krankheiten	38	9. Literatur	49
3. Klinische Psychologie und Nachbargebiete	39		

1. Begriff Klinische Psychologie

Der Begriff der Klinischen Psychologie hat im Laufe der Zeit unterschiedliche Akzentuierungen erfahren. Die Anfänge der wissenschaftlichen Klinischen Psychologie datieren aus dem Ende des 19. Jahrhunderts. Der Amerikaner *Lightner Witmer* (1867–1956), der bei Wundt in Leipzig studierte, prägte den Begriff der Klinischen Psychologie durch die erste Psychologische Klinik und die erste klinisch-psychologische Fachzeitschrift «The Psychological Clinic» (zur Geschichte der Klinischen Psychologie s. Abschnitt 5). Seit 1917 ist die Klinische Psychologie als Organisation von Forschern und Praktikern durch die *American Association of Clinical Psychologists* repräsentiert (nachher in der *American Psychological Association* APA integriert). Im deutschsprachigen Raum gibt es zwar seit

Beginn des 20. Jahrhunderts in der Psychologie eine Vielzahl an wissenschaftlichen und praktischen Aktivitäten, die dem Felde der Klinischen Psychologie zuzuordnen sind; den Begriff selbst finden wir aber erst in der Mitte des 20. Jahrhunderts. So hat Hellpach (1946) ein Buch zur Klinischen Psychologie verfasst, wobei er aber unter Klinischer Psychologie die Psychologie der somatischen Medizin verstand. Schraml (1970, S. 21) hat als einer der ersten im deutschsprachigen Raum betont, dass Klinische Psychologie sehr breit zu konzipieren und nicht nur als Psychologie der Klinik zu verstehen sei: «Klinische Psychologie ist die Anwendung der Erkenntnisse, Techniken und Methoden der psychologischen Grundlagenfächer und ihrer Nachbardisziplinen der Tiefenpsychologie, der Soziologie und Sozialpädagogik im breiten klinischen Felde von der Beratungsstelle über Heilerziehungsheimen bis zu Krankenhäusern». Während die Defi-

inition von Schraml über die Institutionen erfolgt, definieren wir Klinische Psychologie vom Forschungsgegenstand – den Störungen – her:

Klinische Psychologie ist diejenige Teildisziplin der Psychologie, die sich mit psychischen Störungen und den psychischen Aspekten somatischer Störungen/Krankheiten befasst. Dazu gehören u. a. die Themen Ätiologie/Bedingungsanalyse, Klassifikation, Diagnostik, Epidemiologie, Intervention (Prävention, Psychotherapie, Rehabilitation, Gesundheitsversorgung, Evaluation).

Im englischsprachigen Raum finden wir ebenso den Begriff der Klinischen Psychologie; teilweise wird bei Fachzeitschriften und Lehrbüchern auch der Begriff *Abnormal Psychology* verwendet. Dabei handelt es sich zum Teil um ein Synonym für Klinische Psychologie (z. B. Kring, Davison, Neale & Johnson, 2007), zum Teil wird der Bereich der psychologischen Deskription und Ätiologie psychischer Störungen umschrieben (z. B. in dem wegweisenden Handbuch von Eysenck, das er 1969 zum ersten Mal herausgegeben hat; Eysenck, 1973).

Die Fächer der Psychologie werden vielfach unterteilt in Grundlagen- und Anwendungsfächer; die Klinische Psychologie wird dabei als Anwendungsfach betrachtet. Die wissenschaftstheoretische Diskussion (vgl. auch Kap. 2) hat aber gezeigt, dass die Unterteilung in Grundlagen- und Anwendungsfächer teilweise willkürlich ist, da auch in den Anwendungsfächern Grundlagenfragen behandelt werden und die Grundlagenfächer Lösungen für Anwendungsgebiete bereitstellen. Dies trifft auch für die Klinische Psychologie zu, bei der z. B. aus der Erforschung von gestörten Funktionen sich allgemeine Erkenntnisse über ungestörte Funktionen ergeben. Dies gilt insbesondere für die Ätiologieforschung, die einerseits Grundlagencharakter hat, andererseits aber auch wesentlich ist für die Intervention.

Bezüglich der wissenschaftstheoretischen Grundposition besteht innerhalb der wissenschaftlichen Klinischen Psychologie weitgehend Konsens darüber, dass es sich um eine empirische Wissenschaft (Baumann, 1995; s. Kap. 2), d. h. um eine erfahrungswissenschaftliche Diszi-

plin handelt. Ungeachtet dessen ist aber im Praxisbereich dieses Selbstverständnis nicht unumstritten, da eine beachtliche Zahl an Klinischen Psychologen sich aufgrund ihrer tiefenpsychologischen oder humanistischen psychotherapeutischen Tätigkeit eher einen verstehenden Ansatz (phänomenologisches, hermeneutisches Wissenschaftsverständnis) zugehörig fühlt und den empirischen Ansatz kritisch betrachtet.

2. Begriffe Krankheit, Störung, Gesundheit

Die Definition zur Klinischen Psychologie enthält den Begriff Störung. Anstelle von psychischen Krankheiten spricht man heute meist von psychischen Störungen (vgl. DSM-IV-TR, ICD-10; s. Kap. 4). Der Begriff Krankheit impliziert zum Teil Einheiten mit spezifischen Symptom- und Verlaufsmustern, dazugehörigen biologischen Prozessen und biologischer Ursache; s. Abschnitt 2.2), wie sie häufig bei somatischen Krankheiten vorkommen. Bei gestörten psychischen Phänomenen sind derartige Zusammenhänge zum Teil strittig, zum Teil sind andere Konzepte sinnvoll, so dass der offenere Begriff der psychischen Störung verwendet wird. Im Folgenden verwenden wir den Krankheitsbegriff, wenn wir den somatischen und psychischen Bereich einschließen, den Störungsbegriff, wenn es um den psychischen Bereich allein geht.

2.1 Warum ein Krankheitsbegriff

Eine wissenschaftliche Begründung von Krankheit ist aus den in **Kasten 1** angeführten Gründen wichtig (zum Krankheitsbegriff bei psychischen Störungen s. Vollmoeller, 2001).

2.2 Allgemeiner Krankheits-, Störungsbegriff

Es kann der *allgemeine* Krankheits-, Störungsbegriff vom *speziellen, spezifischen* Krankheitsbegriff unterschieden werden. Ersterer beinhaltet Aussagen, was allgemein eine Krankheit, Stö-

Kasten 1

Gründe für eine wissenschaftliche Begründung des Krankheitsbegriffes

- *Krankheit als Alltagsbegriff:* Wir benutzen täglich den Krankheitsbegriff für unterschiedliche Zwecke; eine wissenschaftliche Präzisierung von Alltagsbegriffen ist sinnvoll.
- *Krankheit als sozialrechtlicher Begriff:* Bei Krankheiten tritt die Sozietät als Leistungsträger (Krankenkassen, Versicherungen etc.) auf; aufgrund von Krankheiten sind sozial unerwünschte Verhaltensweisen zulässig (z. B. Fernbleiben von der Arbeit).
- *Krankheit als sozialer Begriff:* Personen in der Krankenrolle erfahren Mitleid, Zuwendung, Unterstützung. Sozial unerwünschtes Verhalten (Klagen, Fernbleiben bei Aktivitäten etc.) sind aufgrund von Krankheit zulässig.
- *Krankheit als Handlungsbegriff:* Die Umschreibung als Krankheit führt zum Krankheitsverhalten (s. Kap. 15) und zu Behandlungen.
- *Krankheit als berufspolitischer Begriff:* In den meisten Sozietäten ist Krankenbehandlung nur für bestimmte Berufsgruppen vorgesehen (meist Ärzte, zum Teil Psychologen etc.).
- *Krankheit als anthropologischer Begriff:* Kranksein ist wie Glück, Trauer, Sterben eine Form der Lebenserfahrung für jeden Menschen.

ung ausmacht; letzterer macht Aussagen über spezifische Störungsformen (Störung X im Unterschied zu Y). Nach Häfner (1981, 1983) ist Krankheit durch folgende beide Komponenten bestimmt:

- *Beeinträchtigung* von Funktionen, Funktionsmustern, interpersonellen Systemen.
- Zustand ist unwillkürlich und nicht willentlich herbeigeführt; Krankheit beinhaltet *Unvermögen, Nichtkönnen*.

Die gravierende unwillkürliche Nahrungsverweigerung (s. Kap. 26) ist eine psychische Störung (Anorexia Nervosa); der Hungerstreik stellt dagegen keine Störung oder Krankheit dar, sondern beinhaltet eine bewusst gesetzte politische Handlung.

Der Begriff Krankheit hat nach Häfner (1981, 1983; s. auch Schulte, 1998) in der medizinischen Tradition verschiedene Betrachtungsebenen (s. Tab. 1).

Der Begriff *Kranksein* beinhaltet die subjektive, erlebte Seite einer Krankheit, die sich in den Symptomen und Syndromen (= Symptommuster) und deren Verlaufsgesetzmäßigkeiten konstituiert. Der Krankheitsbegriff ist komplexer, der auch die biologischen Prozesse mit einschließt. Wenn bei einer Krankheit alle fünf Ebenen, d.h. auch die Ursache der biologischen Prozesse bekannt sind, spricht man von einer (natürlichen) *Nosologie*. Das in Tabelle 1 angeführte Konzept wird vielfach auch mit dem Begriff des *medizinischen Krankheitsmodells* umschrieben. Störungen sind innerhalb einer Per-

Tabelle 1: Ebenen des Krankheitsbegriffs (nach Häfner, 1981; Schulte, 1998)

Ebene	Kriterien	Begriff
1	Erscheinungsbild (Symptome, Syndrome)	Kranksein
2	Verlaufsgesetzlichkeit	
3	Beteiligte Organe (Topologie des Krankheitsgeschehens)	Krankheit
4	Beschreiben des pathologischen Funktionszusammenhangs zwischen den Ebenen 1, 2, 3	
5	Ursache von 4	Krankheitsursache

son lokalisiert, d. h. ein individuelles Geschehen, biologisch verursacht und vielfach auch medikamentös zu behandeln. Dem wurde häufig das *sozialwissenschaftliche Krankheitsmodell* gegenübergestellt: Krankheiten beziehen sich nicht nur auf einzelne Individuen, sondern auch auf größere Einheiten (kranke Familie, ungesundes Betriebsklima etc.), sind u. a. auch sozial bedingt (s. auch Labeling-Ansatz weiter unten) und bedürfen u. a. sozialer Änderungen (Änderungen im System). Heute wird meist vom *bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell* gesprochen (Engel, 1980), d. h. Krankheiten sind auf verschiedenen Datenebenen zu konzipieren (s. Kap. 5).

2.3

Psychische Störung als Normabweichung

Störungen stellen Normabweichungen dar, beinhalten also *abweichendes* Verhalten. Nicht jede Normabweichung ist aber eine Störung oder Krankheit und nicht jede Normabweichung wird negativ bewertet (z. B. Genies). Negativ bewertete Normabweichungen sind vor allem Krankheiten, aber auch die Devianz (Kriminalität), die in der Regel nicht als Krankheit angesehen wird.

Welche Form von Normen liegen vor und wie weit sind sie zur Definition von psychischen Störungen, Krankheiten geeignet? Von Bedeutung sind vor allem die subjektiven, statistischen, funktionalen, sozialen Normen (Hofstätter, 1957; Bastine, 1998); die ideale Norm spielt hier keine große Rolle:

(1) Subjektive Norm: Die eigene Befindlichkeit ist Maßstab, Norm; Abweichungen davon werden festgestellt und ggf. als Kranksein wahrgenommen. Meist ist die subjektive Norm entscheidend für das Krankheitsverhalten, d. h. Patienten gehen nur dann zur Behandlung, wenn sie sich unwohl fühlen. Dabei können *Selbst- und Fremddefinition* von Krankheit (*subjektive und objektive Seite*) wie folgt zusammenhängen:

- *Übereinstimmung* bezüglich Kranksein/Krankheit oder Gesundheit.
- *Nichtübereinstimmung: Selbst-Krank/Fremd-*

Nichtkrank. Als Beispiel sei die hypochondrische Störung genannt, bei der eine Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung vorhanden ist. Die Selbstwahrnehmung beinhaltet spezifische Krankheiten, die von der Fremdbeurteilung nicht geteilt werden. Eine Störung liegt aus der Fremdsicht auf der «Metaebene» vor, d. h. das Beklagen der in der Fremdbeurteilung nicht festgestellten Krankheiten ist die Krankheit.

- *Nichtübereinstimmung: Selbst-Nichtkrank/Fremd-Krank.* Dies trifft bei manchen somatischen Erkrankungen zu, die zum Teil nur durch präventive Untersuchungen aufgedeckt werden (z. B. Brustkrebs, Bluthochdruck). Ein anderes Beispiel ist die mangelnde Krankheitseinsicht, wie sie zum Teil bei schizophrenen Störungen vorkommen kann.

Die Nichtübereinstimmungen zeigen, dass der subjektive Krankheitsbegriff nicht immer ziel führend ist.

(2) Statistische Norm: Krank ist, was in der Häufigkeitsverteilung abweicht und selten ist. Dazu sind Häufigkeitsverteilungen und Kriterienwerte (Cut-off-Werte) für die Grenze gesund/krank notwendig. Verwendet man die statistische Norm als Krankheitskriterium, so ergibt sich das Problem, dass Abweichungen einerseits positiv (hoher IQ als Genie), aber auch negativ (niedriger IQ als Intelligenzminde rung) bewertet werden können. Bei manchen Merkmalen ist der häufig vorkommende Tatbestand unerwünscht (Karies), während der selten vorhandene Tatbestand (alle Zähne gesund) wünschenswert ist.

(3) Funktionsnorm: Krankheit ist aus einer Funktionsbeeinträchtigung ersichtlich. Bei verschiedenen somatischen Merkmalen ist der funktionale Normbegriff für eine Krankheitsdefinition sinnvoll (Funktion der Hand: Greifen etc.; Schmerzen beim Biegen der Finger: Greifen nicht möglich → Krankheit). Bei psychischen Funktionen ist eine Funktionsnorm oft schwierig festzulegen. Das Beispiel Homosexualität belegt dies: Homosexualität ist eine Krankheit, sofern als alleinige Funktion der Sexualität die

Fortpflanzung angenommen wird; Homosexualität ist keine Krankheit aufgrund der komplexen Sexual-Funktion, die auch kommunikative und Lust-Aspekte beinhaltet; gem. ICD-10 wird Homosexualität nicht mehr als Krankheit bezeichnet.

(4) Soziale Norm: Störung, Krankheit ist ein Abweichen von sozialen Normen. Im sog. *Labeling-Ansatz* nach Scheff wurde dieser Ansatz besonders detailliert ausformuliert, indem der Verstoß gegen die soziale Norm als wesentlich für die Krankheitsdefinition (insbesondere bei Schizophrenie) gesehen wurde (Keupp, 1972). Folgender Ablauf wurde postuliert:

- *Primäre Devianz:* Diese besteht in einer Normverletzung (residuale Regelverletzung), die «normalisiert» werden kann durch Toleranz, Übersehen, Rationalisieren oder Verhandeln und damit zu einem positiven Ergebnis und zur Normalisierung geführt wird. Verläuft dieser Normalisierungsprozess nicht positiv, so kann eine Zuschreibung/Etikettierung (Labeling) durch besondere Aufmerksamkeit, Diagnose oder sogar ein Gerichtsurteil erfolgen. Diese Stigmatisierung kann dann zur sekundären Devianz führen.
- *Sekundäre Devianz:* Die etikettierte Person beginnt ihr Verhalten als Reaktion auf die Etikettierung zu verändern, indem sie die Rolle der abweichenden Personen übernimmt, die neue Rolle internalisiert, sich sozial neu platziert, was auch als «degradation ceremony» bezeichnet worden ist. Die diagnostizierte Person verhält sich diagnosegerecht.

Der Labeling-Ansatz weist zu recht auf Stigmatisierungen hin, die einen Krankheitsverlauf zusätzlich erschweren, er erklärt aber nicht die Ursachen im engeren Sinne einer Störung.

- *Experten Normen* stellen eine besondere Kategorie von sozialen Normen dar. Sie bilden u. a. die Grundlage für die Klassifikationssysteme psychischer Störungen (ICD oder DSM).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass psychische Krankheiten, Störungen vielfach gleichzeitig aus unterschiedlichen Normkonzepten fundiert

werden, so dass die Festlegung durch einen einzigen Normbegriff in der Regel nicht ausreicht.

2.4

Begriff Gesundheit

Die von der WHO 1948 deklarierte Definition «*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease*» war eine gesundheitspolitische Definition. Sie hat die Weltöffentlichkeit darauf aufmerksam gemacht, dass Gesundheit nicht nur eine Domäne der Medizin ist, sondern dass psychologische und soziale Komponenten ebenso bedeutungsvoll sind. Die WHO hat Gesundheit positiv zu definieren versucht; dabei enthält die Definition implizite utopische Anteile. Gesundheit ist zunächst die begriffliche Hypostasierung eines Adjektivs («gesund sein»), das wir in der Alltagssprache primär zur pauschalisierenden Bezeichnung des Befindens verwenden, wenn dieses nicht als beeinträchtigt erlebt wird. Mit der Aussage «Ich bin gesund» meinen wir, dass alle möglichen Funktionssysteme nach unserer subjektiven Einschätzung befriedigend funktionieren; subjektiv wurden keine relevanten Beeinträchtigungen wahrgenommen. Auch in der Gesundheitspsychologie wird oft das subjektive Wohlbefinden mit dem Konzept der Gesundheit assoziiert. Dieser erste Weg, psychische und somatische Gesundheit positiv zu definieren, führt zu *subjektiven (erlebten) Gesundheitsdefinitionen*. Sie implizieren die Möglichkeit des *Krankheitsdilemmas* (Person fühlt sich krank und ist objektiv gesund) und des *Gesundheitsparadoxes* (Krankheit liegt vor, obwohl die Person sich gesund fühlt) (Braun, 1994; Myrtek, 1998).

Die *objektive Gesundheitsdefinition* beinhaltet die Funktionstüchtigkeit von organischen/biologischen oder psychischen Leistungssystemen (Perrez, 2002). Biologische und psychische Funktionssysteme betrachten wir dann als «gesund», wenn sie ihre Funktionen zur Erhaltung des Gesamtsystems zu erfüllen vermögen. Dabei können einzelne Einheiten (Funktionen, Funktionsmuster, interpersonelle Systeme; s. unten) gestört sein und andere gleichzeitig funktionieren.

Während im gestörten Bereich zwischen Kranksein und Krankheit unterschieden wird,

wird die Unterscheidung *Gesundsein und Gesundheit* meist nicht getroffen. Unter *Gesundsein* (bin gesund) könnte man aber auch die subjektive, erlebte Sicht, unter *Gesundheit* den objektive, von außen festgestellten Zustand verstehen.

2.5

Psychische Störung und Gesundheit: unterschiedliche Auflösungsgrade

2.5.1

Unterschiedliche Auflösungsgrade von Störungen

Psychische Störungen – vielfach als Konstrukt gesehen – können mit unterschiedlichem Auflösungsgrad konzipiert werden, wobei wir eine intra- und interpersonelle Perspektive annehmen (s. Abb. 1):

- *intrapersonell*: Störungen bei psychischen Funktionen und Funktionsmustern.
- *interpersonell*: Störungen bei Systemen, die unterschiedliche Größenordnungen beinhalten (Paar, Familie, Schule, Betrieb, Gemeinde etc.) (s. oben).

(1) Den geringsten Auflösungsgrad besitzen *Störungen von einzelnen psychischen Funktionen* des Menschen. Als Ordnungsgesichtspunkte für psy-

chische Funktionen bieten sich vor allem Einheiten der Allgemeinen Psychologie an (Denken, Lernen, Wahrnehmung etc.). Es sind aber auch – je nach Fragestellung – physiologische Funktionen von Bedeutung, wenn psychophysiologische Themen im Vordergrund stehen.

(2) Auf einer komplexeren Stufe sind *Störungen von Funktionsmustern* zu sehen. In der Allgemeinen Psychologie werden vermehrt komplexere Modelle entwickelt, die mehrere Einzelfunktionen umfassen. Es bieten sich daher als Ordnungseinheiten Störungen bei *einem* oder mehreren Funktionsmustern an. Da die Modellentwicklungen von Funktionsmustern in der Allgemeinen Psychologie nicht so weit gediehen sind, dass sie als Basis für Störungsmodelle klinischer Störungen herangezogen werden könnten, wird diese Ebene in der Terminologie der Syndrome bzw. der Diagnosen abgehandelt. Unser Lehrbuch ist auf psychische Störungen bezogen, so dass wir uns an ICD und DSM orientieren (z. B. Depressive Störung, Schizophrenie).

(3) Geht man über das intraindividuelle System des Individuums hinaus, gelangt man zu *interpersonellen Systemen*, d. h. zum Verbund von zwei und mehr Personen (Paar, Familie, Schule, Betrieb, Gemeinde etc.); auch auf dieser Ebene können Störungen erforscht werden. Diese Bereiche sind eng mit den jeweiligen Disziplinen der Psychologie (z. B. Pädagogische Psychologie, Arbeits- und Organisationspsychologie) verknüpft, so dass sie in der Klinischen Psychologie vielfach gar nicht oder nur am Rande abgehandelt werden; im vorliegenden Lehrbuch werden die Bereiche Schule, Arbeit, Gemeinde zwar hier angeführt, doch nicht mehr als eigene Kapitel behandelt, da dies den Rahmen sprengen würde.

2.5.2

Leistungsfähigkeit und Störung auf der Ebene der psychischen Funktionen

Psychische Funktionssysteme bringen Leistungen hervor wie z. B. das Lernen von Fertigkeiten oder Gedächtnisinhalte (vgl. Perrez, 2002). Bei Gedächtnisleistungen haben wir z. B. die notwendigen Teilprozesse des Kodierens, Spei-

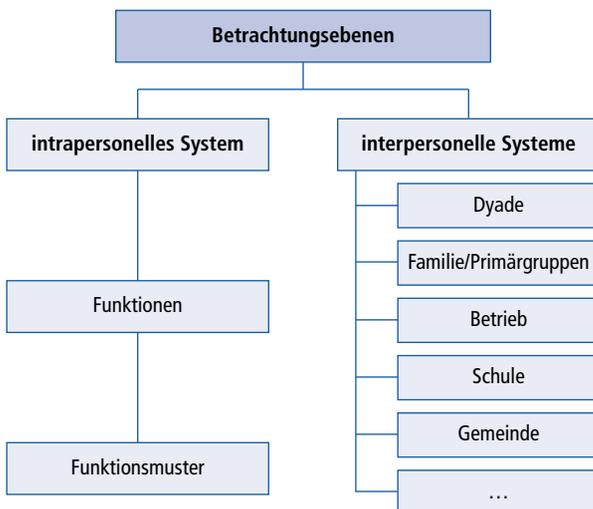


Abbildung 1: Intra- und interpersonelle Betrachtungsebene

cherns und Vernetzens. Die Kriterien für die Leistungsfähigkeit psychischer Funktionen beruhen auf Erkenntnissen über funktionale bzw. kausale Zusammenhänge von Verhalten oder Prozessen, die die Funktionstüchtigkeit des Leistungssystems gewährleisten bzw. dieses konstituieren. So wird z. B. für Gedächtnisleistungen vielfach davon ausgegangen, dass diese durch die Leistungskomponenten Einspeichern, Suchen und Vernetzen, konstituiert werden. Bei einem leistungstüchtigen Gedächtnis funktionieren diese Komponenten, wir haben «gesunde», leistungsfähige Funktionen. *Gestörte* psychische Funktionen können als bedeutsame Abweichungen von diesen Kriterien gesehen werden. Hier ist die *funktionale Norm* von Bedeutung. Zusätzlich kommen aber auch statistische und soziale Normen hinzu, wenn z. B. das altersgemäße Verhalten bzw. das gestörte Verhalten festgelegt wird. Für einige dieser Leistungssysteme verfügt die Psychologie über Erkenntnisse, auch bezogen auf verschiedene Entwicklungsphasen, so dass präventive, entwicklungsgemäße gesundheitsfördernde Maßnahmen abgeleitet werden können.

2.5.3

Leistungsfähigkeit und Störung auf der Ebene der Funktionsmuster

Auf der Ebene *komplexerer adaptiver Leistungen* gibt es für gestörte Einheiten eine ausdifferenzierte Terminologie (Syndrom-Systeme, Diagnosen-Systeme; s. Kap. 4). Gibt es aber ein Pendant zu den Syndromen (z. B. depressive Störung oder Angststörung) für den gesunden Bereich?

Becker (1982, 1986) hat als Kriterien für die psychische Gesundheit auf dieser Ebene *Regulationskompetenzen* als Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner Anforderungen vorgeschlagen. Diese übergeordneten Kompetenzen integrieren Teilkomponenten auf verschiedenen Ebenen, z. B. die *Fähigkeit zur Bewältigung von Lebensanforderungen*, die *Durchsetzungsfähigkeit* oder die *Fähigkeit zur Befriedigung eigener Bedürfnisse*.

Reicherts und Perrez (1992) präzisieren die *Fähigkeit zur Bewältigung von Lebensanforderun-*

gen wie folgt. Sie subsumieren darunter einerseits die Appraisal-Kompetenz, d. h. die Fähigkeit adaptionsrelevante Merkmale von Situationen angemessen zu erkennen (z. B. die relative Kontrollierbarkeit oder die Intransparenz), da diese unterschiedliche Adaptionsleistungen erfordern (vgl. Reicherts, 1999). Andererseits gehört auch die Coping-Kompetenz dazu, d. h. die Kompetenz adaptive Verhaltensweisen abzurufen und umzusetzen. Defizite in der Fähigkeit, adaptionsrelevante Merkmale der Situation erkennen zu können, nennt Scherer (1994) Appraisal-Pathologie. Personen mit *depressiven Störungen* sind z. B. in ihrer Fähigkeit eingeschränkt, ganz bestimmte Typen von Bewältigungsaufgaben zu lösen (Perrez, 1988).

Ein anderes, nicht kompetenzorientiertes komplexes Konzept psychischer Gesundheit bzw. Störungen zu definieren, ist das *Stabilitäts-Labilitäts-Konzept* aus der Persönlichkeitsforschung (Emotionale Labilität, Neurotizismus; Stemmler, Hagemann, Amelang & Bartussek, 2011). Psychisch Gesunde sind danach Personen, die sich als relativ situationsunabhängig gesteuert, ansprechbar, ruhig, zuverlässig, stimmungsstabil etc. beschreiben. Wohlbefinden erweist sich als korreliert mit Stabilität und Extraversion. Als psychisch gestört werden in diesem Konzept Personen bezeichnet, deren Messwerte außerhalb der statistischen Norm liegen.

2.5.4

Leistungsfähigkeit und Störung von interpersonellen Systemen

Auch auf der interpersonellen Ebene stellt sich die Frage, welche Merkmale die Funktionstüchtigkeit sozialer Systeme (Dyaden, Familien, komplexere Einheiten) kennzeichnen. Dazu existiert eine umfassende Literatur im Rahmen der sozialen Kompetenzforschung (z. B. Clarke, 2003), neuerdings auch aus der Stressforschung, wo die dyadische Coping-Kompetenz thematisiert wird (vgl. Bodenmann, 2000). Für das familiäre soziale Funktionieren hat L'Abate (1990) den Begriff der *Familienkompetenz* (family competence) geprägt. Familienkompetenz bezeichnet die Fähigkeiten der Familie, als System adaptive Leistungen zu erbringen, die für

einzelne Individuen der Familie, Subsysteme oder die ganze Familie hilfreich sind. Störungen werden hier als Abweichungen von den Kriterien, die für die Funktionstüchtigkeit relevant sind definiert, z. B. Störung in der Kommunikationsfähigkeit.

2.6

Psychische vs. somatische Störungen, Krankheiten

Unter Klinischer Psychologie wird primär der Bereich der psychischen Störungen subsumiert, doch gehören auch die psychischen Phänomene somatischer Erkrankungen dazu, da viele Problemstellungen bei psychischen und somatischen Störungen vergleichbar sind. Psychische Phänomene können bei somatischen Erkrankungen im Rahmen der Ätiologie/Bedingungsanalyse (vgl. Kap. 7; z. B. psychische Risikofaktoren bei Herzinfarkt), der Deskription (z. B. Körpergefühl nach Amputation) oder der Intervention (z. B. Verbesserung der Krankheitsbewältigung bei Hörstörungen) bedeutsam sein.

Durch die Unterscheidung psychisch/somatisch werden die in Frage kommenden Daten-

ebenen – als Grundkategorien des Verständnisses von Menschen – angesprochen (s. Kap. 5). Meist wird zwischen den biologisch/somatischen, psychischen, sozialen und ökologischen Datenebenen unterschieden. Durch Begriffe wie Psychophysiologie, Psychosomatik etc. wird betont, dass die Verknüpfung der verschiedenen Datenebenen von Bedeutung ist. Mit den Begriffen psychisch, somatisch wird das *Leib-Seele-Problem* angesprochen, für das in der Philosophie unterschiedliche ontologische und epistemologische Lösungsansätze diskutiert werden (vgl. Bunge, 1984). Es seien hier nur zwei Positionen erwähnt, die für die Klinische Psychologie besonders relevant erscheinen: Das Komplementaritätskonzept von Fahrenberg und das Emergenzkonzept von Bunge (s. Kast. 2).

Aufgrund der angeführten Positionen ist jede Störung/Krankheit bezüglich Ätiologie/Bedingungsanalyse und Intervention multimodal, d. h. in unterschiedlichen Datenebenen zu konzipieren, d. h. somatische Erkrankungen in der somatischen *und* psychischen, bzw. psychische Störungen in der psychischen *und* somatischen Datenebene (vgl. auch Melamed, 1995). Eine Reduktion auf die biologische Ebene ist abzu-

Kasten 2

Positionen zum Leib-Seele Problem

Das *Komplementaritätskonzept* geht davon aus, dass die beiden Datenebenen (somatische, psychische) auf der Grundlage verschiedener Bezugssysteme in einer sich wechselseitig ergänzenden Weise zur Beschreibung höherer Lebensprozesse dienen (Fahrenberg, 1981). Beide Ebenen rekurren auf je eigene Kategoriensysteme, theoretische Begründungszusammenhänge und Begründungsmethodologien. Die Komplementarität besteht in der Innen-Aussen-Perspektive. Erlebensphänomene können in beiden Bezugssystemen angeordnet werden als zwei Klassen von Attributen der einheitlichen Klasse von psychophysischen ZNS-Zuständen. Diese Interpretation kann für sich ontologische und epistemologische Neutralität beanspruchen.

Im *emergentistischen psychoneuronalen Monismus* postuliert Bunge (1984) ebenfalls psychische Phänomene und mentale Prozesse als eigene kategoriale Zustände des Organismus, die aber ohne neurobiologische Grundlagen nicht existent wären. Psychische Phänomene werden als «emergente Qualität» betrachtet, die aus neuronalen Prozessen des ZNS hervorgehen und sich nicht auf die zugrundeliegenden zellulären Komponenten des Gehirns reduzieren lassen. Die emergenten Zustände vermögen ihrerseits wiederum auf physische Zustände einzuwirken. Damit verwirft dieser systemische Ansatz den ontologischen Reduktionismus und postuliert – wie im Komplementaritätskonzept – den einzelnen Datenebenen jeweils eine eigenständige Rolle.

lehnen. Die Unterteilung in psychische und somatische Störungen ist letztlich willkürlich und akzentuiert höchstens eine zurzeit dominant erscheinende Datenebene. Die Wissenschaftsstruktur der Klinischen Psychologie ist trotz der Problematik der Unterteilung psychisch/somatisch gefolgt; nicht zuletzt auch weil die klinisch-psychologischen Erkenntnisse zu den somatischen Erkrankungen so umfangreich geworden sind, dass sie kaum mehr zusammen mit den psychischen Störungen abgehandelt werden können. Daher werden im vorliegenden Lehrbuch nur die psychischen Störungen dargestellt. Der Allgemeine Teil dieses Lehrbuches (Teil A) ist aber bezüglich vieler Aspekte auch für das Verständnis von somatischen Erkrankungen von Bedeutung.

3. Klinische Psychologie und Nachbargebiete

Der Begriff Klinische Psychologie stellt einen Brennpunkt für Forschung und Praxis dar; er beinhaltet sowohl ein Forschungs- und Praxisgebiet, als auch eine berufliche Bezeichnung (der/die Klinische Psychologe/Psychologin); ein Berufsbegriff kann dabei gesetzlich verankert sein oder nur fachpolitisch verwendet werden (evtl. auch als Fachbezeichnung für Abschluss an Hochschule, Fachhochschule). Klinische Psychologie weist mit anderen Begriffen Überschneidungen auf; im Folgenden soll vor allem auf die Relationen zur Verhaltensmedizin, Medizinischen Psychologie, Klinischen Neuropsychologie, Gesundheitspsychologie, Public Health und Psychiatrie eingegangen werden (Überblick s. Tab. 2), die alle für das Gesundheitswesen bedeutsam sind (vgl. auch Schorr, 2003).

- *Verhaltensmedizin (behavioral medicine)*: Erkenntnisse der verhaltens- und biomedizinischen Wissenschaften sollen – orientiert an einem bio-psycho-sozialen Modell – für Gesundheits- und Krankheitsprobleme, insbesondere somatische Erkrankungen, aber auch psychische Störungen, fruchtbar gemacht werden; die empirisch geprüften Erkenntnisse sollen ihre An-

wendung in Prävention, Diagnostik, Intervention und Rehabilitation finden (Ehlert, 2002; Smith, Kendall & Keefe, 2002; Leupoldt & Ritz, 2007). Wenn auch teilweise theoretische und therapeutische Konzepte der Verhaltenstherapie im Vordergrund standen, ist die Verhaltensmedizin konzeptuell nicht einer einzigen Berufsgruppe zuzuordnen, so dass sich diesem Feld Klinische Psychologen, Gesundheitspsychologen, Mediziner und auch andere Berufsgruppen zugehörig fühlen. Zurzeit stellt der Begriff der Verhaltensmedizin eher ein Programm für Forschung und Praxis als eine Berufsidentität dar.

- *Medizinische Psychologie*: Strauß, Berger, Troschke und Brähler (2004, Vorwort) definieren Medizinische Psychologie als jene Teildisziplin der Psychologie, «die sich mit dem Erkennen und der Beeinflussung von individuellem Erleben und Verhalten im Anforderungs- und Lebensprozess des Krankseins befasst, einschließlich der psychosozialen Struktur der Helfer-Patient-Beziehung». Medizinische Psychologie beinhaltet das Unterrichtsfach Psychologie für Mediziner und stellt keine Berufsgruppe außerhalb der Hochschulen dar; dieses Fach wird vielfach von Psychologen repräsentiert, teilweise sind aber auch Mediziner als Hochschullehrer für Medizinische Psychologie tätig. Bezüglich der Forschungsthematik bestehen zwischen Medizinischer Psychologie, Klinischer Psychologie, Verhaltensmedizin und Gesundheitspsychologie starke Überlappungen; in der Medizinischen Psychologie wird dem ärztlichen Handeln (Arzt-Patient-Beziehung, Untersuchung und Gespräch, Urteilsbildung und Entscheidung etc.; s. Strauß et al., 2004) besondere Beachtung geschenkt.

- *Klinische Neuropsychologie*: Gemäß der Denkschrift von Dick, Guggel, Hättig und Wittlieb-Verport (1996) wird die Klinische Neuropsychologie als wissenschaftliches Anwendungsfach verstanden, das die Auswirkungen von Erkrankungen und Verletzungen des Gehirns auf das Erleben und Verhalten untersucht; im Vordergrund stehen Diagnostik und Intervention. Es handelt sich um ein Anwendungsfach mit starken Überlappungen zur Klinischen Psychologie, das in Deutschland mit einem eigenen Berufs-

Tabelle 2: Klinische Psychologie und Nachbargebiete: Definitionen und berufspolitische Bezeichnungen

	Definition	Berufspolitische Bezeichnung
Klinische Psychologie	Teildisziplin der Psychologie, die sich mit psychischen Störungen und den psychischen Aspekten somatischer Störungen, Krankheiten befasst. Dazu gehören u. a. die Themen Ätiologie/Bedingungsanalyse, Klassifikation, Diagnostik, Epidemiologie, Intervention (Prävention, Psychotherapie, Rehabilitation, Gesundheitsversorgung, Evaluation).	In Österreich gesetzliche Regelung für Klinische Psychologen; sonst fachpolitische Bezeichnung.
Verhaltensmedizin (behavioral medicine)	Interdisziplinäres Forschungs- und Praxisfeld, das sich an einem biopsych-sozialen Modell für Gesundheits- und Krankheitsprobleme orientiert. Erkenntnisse der verhaltens- und biomedizinischen Wissenschaften sollen für Gesundheits- und Krankheitsprobleme fruchtbar gemacht werden; diese Erkenntnisse sollen ihre Anwendung in Prävention, Intervention und Rehabilitation finden (Ehlert, 2003).	Nein.
Medizinische Psychologie	«Teildisziplin der Psychologie, die sich mit dem Erkennen und der Beeinflussung von individuellem Erleben und Verhalten im Anforderungs- und Lebensprozess des Krankseins befasst, einschließlich der psychosozialen Struktur der Helfer-Patient-Beziehung» (Strauß et al., 2004, Vorwort).	Nein.
Klinische Neuropsychologie	Klinische Neuropsychologie ist eine Teildisziplin der Psychologie, die sich mit den Auswirkungen von Erkrankungen und Verletzungen des Gehirns auf das Erleben und Verhalten in Forschung und Praxis befasst (Dick et al., 1996).	Ja.
Gesundheitspsychologie (health psychology)	Wissenschaft, die sich befasst «mit dem menschlichen Erleben und Verhalten angesichts gesundheitlicher Risiken und Beeinträchtigungen, sowie mit der Optimierung von Gesundheit (im Sinne von Fitness oder Wellness)» (Schwarzer, 2002, S. 175).	In Österreich gesetzliche Regelung für Gesundheitspsychologen; sonst für Psychologen im Aufbau begriffen.
Public Health (deutsch zum Teil Gesundheitswissenschaften)	Interdisziplinäres Forschungs- und Praxisfeld zur Verbesserung der Gesundheit (Krankheitsverhütung (Prävention), Lebensverlängerung, Förderung des Wohlbefindens) mittels gemeindebezogener Maßnahmen bzw. mittels Beeinflussung des Gesundheitssystems (Margraf, 1995). Es handelt sich um einen bevölkerungs- und systembezogenen Ansatz.	Ja (u. a. auch für Psychologen).
Psychiatrie	Teildisziplin der Medizin, die sich mit psychischen Krankheiten befasst (teilweise mit biologischer Akzentuierung). Dazu gehören u. a. die Themen Ätiologie/Bedingungsanalyse, Klassifikation, Diagnostik, Epidemiologie, Intervention (Prävention, Psychotherapie, Rehabilitation, Gesundheitsversorgung, Evaluation).	Ja (nur für Mediziner bei Facharztstitel).

titel des/der Klinischen Neuropsychologen/ Neuropsychologin versehen ist (s. auch Hartje & Poeck, 2006).

- *Gesundheitspsychologie (health psychology)*: Nach Schwarzer (2002, S. 175) versteht man unter Gesundheitspsychologie die Wissenschaft, die sich befasst «mit dem menschlichen Erleben und Verhalten angesichts gesundheitlicher Risiken und Beeinträchtigungen, sowie mit der Op-

timierung von Gesundheit (im Sinne von Fitness oder Wellness)». So finden wir als zentrale Themen nach Schwarzer (2002 und 2005): Persönlichkeit und Krankheit, Stress und Stressbewältigung, Protektive Ressourcen, Gesundheitsverhalten, Gesundheitsförderung. Zentrale Aufgaben sind die Optimierung von Gesundheit und die Prävention, dennoch kommen zum Teil unter dem Begriff Gesundheitspsychologie auch die übrigen Themen der Klinischen Psychologie

und Verhaltensmedizin hinzu. Mit dem Begriff Gesundheitspsychologie ist in Österreich eine gesetzlich festgelegte Berufsidentität umschrieben; in Deutschland und der Schweiz ist eine Berufsidentität im Aufbau begriffen.

- *Public Health*: Public Health bezieht sich interdisziplinär auf Gesundheit aus der Makroperspektive (System, Gemeinde etc.), es handelt sich um einen bevölkerungs- und systembezogenen Ansatz. Gutzwiller und Paccaud, (2011, S. 16) postulieren für Public Health folgenden Aufgabenbereich: «Die Aufgabe von Public Health besteht darin, sich für die Schaffung von gesellschaftlichen Bedingungen, Umweltbedingungen und Bedingungen der gesundheitlichen Versorgung einzusetzen, unter welchen die Menschen gesund leben können». Nach Troschke, Hoffmann-Markwald und Häberlein (1993) geht es bei Public Health um Krankheitsverhinderung (Prävention), Leben zu verlängern und Gesundheitsförderung (s. auch Lee & Paxman, 1997). Als deutschsprachiger Begriff wurden verschiedene Bezeichnungen vorgeschlagen (u. a. Bevölkerungsmedizin, Öffentliche Gesundheit); heute wird vielfach der Begriff Gesundheitswissenschaften verwendet. Mit dem Begriff der *health promotion* werden Bemühungen um die Gesundheitsförderung aus der Makroperspektive umschrieben; die Weltgesundheitsorganisation WHO hat dazu wesentliche Impulse gesetzt. Die Gesundheitspsychologie und die Klinische Psychologie bringen wesentliche Impulse für Public Health aus der Individualperspektive (Mikroperspektive) (Margraf, 1995). Medizinische Ansätze zu Public Health werden u. a. mit *community medicine* umschrieben. Im Felde Public Health sind unterschiedliche Berufsgruppen, darunter auch Klinische- und Gesundheitspsychologen, involviert. Public Health stellt bisher primär ein Forschungs- und Praxisfeld ohne eigene Berufsidentität dar. Aufgrund von spezifischen Ausbildungsgängen in Public Health (z. B. Graduiertenstudium für Absolventen mit Hochschulabschluss unterschiedlicher Fachrichtungen) beginnen sich aber eigene Berufsidentitäten zu entwickeln.

- *Psychiatrie*: Diese stellt eine medizinische Disziplin dar, die aber mit der Klinischen Psycholo-

gie starke Überlappungen aufweist (Freyberger, Schneider & Stieglitz, 2002). Wissenschaftlich gesehen sind Klinische Psychologie und Psychiatrie mit psychischen Störungen befasst, wobei die Klinische Psychologie als Forschungsfeld auch Störungen «ohne Krankheitswert» (z. B. Partnerschaftsprobleme) und die psychischen Aspekte von somatischen Störungen beinhaltet. Klinische Psychologie und Psychiatrie unterscheiden sich also vom Forschungsgegenstand wenig, wenn auch aufgrund der jeweiligen Fachentwicklungen unterschiedliche Akzentuierungen im Forschungsverständnis festgestellt werden können. Während die Psychiatrie als Teildisziplin der Medizin bei psychischen Störungen stärker die somatische Perspektive berücksichtigt, akzentuiert die Klinische Psychologie bei ihrer Betrachtung eher die psychologische Datenebene. Beiden Fachdisziplinen ist es aber klar, dass ein umfassendes Verständnis psychischer Störungen nur in komplexen bio-psycho-sozialen Modellen möglich ist. Konzeptuell sind daher oft keine Unterschiede zwischen Modellen, die in den beiden Disziplinen erarbeitet werden, feststellbar; oft handelt es sich sogar um interdisziplinäre Forschungsarbeiten.

Bezüglich der Berufsidentität bestehen zwischen Klinischer Psychologie und Psychiatrie klare Unterschiede. Psychiatrie stellt ein berufsrechtlich umschriebenes Teilgebiet der Medizin mit Medizinstudium und spezifischer Weiterbildung dar, die durch einen Facharztstitel repräsentiert wird (Nervenärzte, Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie; Fachärzte für Psychosomatische Medizin etc.). Mediziner und damit auch die Psychiater sind befugt, Medikamente zu verschreiben und führen auch Psychotherapien durch (Deutschland: Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie).

Vergleichen wir die Situation der Klinischen Psychologie mit der der Psychiatrie, so haben wir für die entsprechenden Fachvertreter vor allem Unterschiede bezüglich der Berufsstruktur und den Behandlungsmöglichkeiten (vgl. auch Kap. 15).

- Die psychologischen Fachvertreter haben zwar strukturell einen vergleichbaren Bildungsgang wie die psychiatrischen Vertreter: Studium

und nachherige Spezialisierung. Bei den psychologischen Psychotherapeuten Deutschlands und der Schweiz wird dies in Form einer Weiterbildung (in Deutschland Ausbildung genannt) mit nachherigem Staatsexamen in Deutschland bzw. einer Akkreditierung in der Schweiz getätigt. In Österreich sind Psychotherapeuten gemäß Gesetz ein eigener Beruf, während die Klinischen Psychologen Hochschulabsolventen mit Kompetenzvertiefung (ein Jahr) sind.

- Psychologen dürfen keine Medikamente verschreiben, auch wenn in USA diese Einschränkung aus psychologischer Sicht kritisch diskutiert wird.

4.

Klinische Psychologie und Psychotherapie

Aus der Sicht der wissenschaftlichen Klinischen Psychologie wird Psychotherapie als Teilgebiet der Klinischen Psychologie gesehen, bzw. es wird zwischen Psychologie und Psychotherapie ein besonderes Nahverhältnis postuliert (vgl. Kap. 14 und Kap. 18.1; Baumann, 1995, 1996; Perrez, 1989, 1992). Fachwissenschaftlich wird Psychotherapie als Spezialfall der *klinisch-psychologischen Intervention* gesehen, die vor allem durch die Spezifität der Methode charakterisiert ist, indem die Methoden in der psychischen Datenebene, d. h. im Erleben und Verhalten, ihren Ansatzpunkt haben. Die Grundlagen dieser Methode sind Gegenstand der Psychologie als Wissenschaft vom Erleben und Verhalten. Nicht die Ätiologie der Störung oder der Zielbereich charakterisieren klinisch-psychologische Interventionen, sondern deren Methoden. Klinisch-psychologische Interventionen können daher auch auf somatische Merkmale ausgerichtet sein. Der traditionelle *Psychotherapiebegriff* bezeichnet eine Teilmenge der klinisch-psychologischen Interventionsmethoden, nämlich jene Methoden, die auf die Therapie gestörter Funktionsmuster (Syndrome) und gestörter interpersoneller Systeme bei psychischen Störungen bezogen sind (s. Kap. 14). Teilweise wird – insbesondere von Therapieverbänden – der Psy-

chotherapiebegriff ausgeweitet und dem oben angesprochen klinisch-psychologischen Interventionsbegriff gleichgesetzt.

Das von der Klinischen Psychologie postulierte besondere Nahverhältnis der Psychotherapie zur Psychologie (Baumann, 1995, 1996; Perrez, 1992) wird wissenschaftlich vielfach von der Medizin bestritten, die Psychotherapie aufgrund folgender Argumente im Nahverhältnis zur Medizin sieht: (1) Krankenbehandlung ist Aufgabe der Medizin und (2) Psychotherapie ist Krankenbehandlung; daher folgt aus (1) und (2): Psychotherapie ist Aufgabe der Medizin. Diese Position wird dadurch gestützt, dass Psychotherapie in den deutschsprachigen Ländern als *Heilkunde* betrachtet wird, wofür primär Mediziner legitimiert sind.

Das Nahverhältnis der Psychotherapie zur Psychologie wird aber auch durch – vor allem tiefenpsychologisch oder humanistisch orientierte – Psychologen oder nichtmedizinischen Psychotherapeuten aus anderen Berufsgruppen bestritten, die Psychotherapie als eigene Disziplin sehen, die gespeist wird von Psychologie, Medizin, Philosophie, Theologie (z. B. Pritz, 1996). Mit dieser Position wird als Zielvorstellung eine eigene Ausbildung in Psychotherapie (z. B. Studium an Universität oder Fachhochschule) gefordert, wobei meistens die einzelnen Therapierichtungen als wesentliche Strukturelemente gesehen werden. Diese Position hat sich der Gesetzgeber in Österreich zu eigen gemacht; in der Schweiz wird zurzeit diese Position teilweise vertreten, während in Deutschland dieser Diskussionspunkt seit der neuen Gesetzgebung nicht mehr im Vordergrund steht (s. Kap. 15).

Berufsständisch ist zum Teil der Begriff der Psychotherapie wichtiger geworden als der Begriff der Klinischen Psychologie, da Krankenkassen Psychotherapie und nicht klinisch-psychologische Behandlung bezahlen. Vor allem in der Auseinandersetzung mit der Psychiatrie in Deutschland, die ihr Fachgebiet um den Begriff der Psychotherapie erweitert hat, ist auch in der deutschsprachigen wissenschaftlichen Klinischen Psychologie eine Begriffserweiterung in *Klinische Psychologie* und *Psychotherapie* durchgeführt worden. Diese Begriffserweiterung beinhaltet keine Neuorientierung, da Psychotherapie

immer als Teil der Klinischen Psychologie gesehen wurde; es wird aber eine berufspolitisch unumgängliche Präzisierung vorgenommen. Diese Präzisierung spiegelt sich auch im Titel des vorliegenden Lehrbuches wider, das seit der Neuauflage 1998 *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* genannt wird.

Aus der Sicht der wissenschaftlichen Psychologie ist eine enge Verknüpfung der Psychotherapie mit der Psychologie von großer Wichtigkeit; eine Abkoppelung der Psychotherapie würde der Weiterentwicklung von Psychotherapie schaden und die Qualitätssicherung in diesem Sektor erschweren (Baumann, 1995). Trotz der engen Verknüpfung von Klinischer Psychologie und Psychotherapie sollte die Klinische Psychologie aber nicht außer acht lassen, dass sie eine über die Psychotherapie hinausgehende Interventionskompetenz hat, die sie pflegen und weiterentwickeln sollte (Humphreys, 1996).

5. Geschichte der Klinischen Psychologie

Die Geschichte der Klinischen Psychologie kann hier nur mit einigen Stichworten angesprochen werden (Details s. Routh, 1994; Walker, 1991; Geschichte der Psychotherapie: Freedheim, 1992). Die Anfänge der wissenschaftlichen Klinischen Psychologie datieren aus dem Ende des 19. Jahrhunderts. Als ein wesentlicher Ausgangspunkt ist das von Wilhelm Wundt begründete Institut für experimentelle Psychologie in Leipzig zu nennen. An diesem Institut waren auch Psychologen als Studierende und Mitarbeiter tätig, die als Begründer der Klinischen Psychologie gelten.

So hat der Amerikaner *Lightner Witmer* (1867–1956), der den Begriff der Klinischen Psychologie prägte, bei Wundt studiert (Routh, 1994). Nach der Promotion bei Wundt kehrte er in die USA zurück und arbeitete am Department of Psychology der Pennsylvania Universität. 1896 gründete er die erste Psychologische Klinik (psychological clinic) an der Universität von Pennsylvania; an dieser Institution, die man heute als Erziehungsberatungsstelle bezeichnen

würde, wurden vor allem Kinder mit Leistungsproblemen untersucht und behandelt. 1907 gründete er die Zeitschrift *The Psychological Clinic*, wo er in der ersten Nummer seine programmatischen Ideen darstellte (Witmer, 1907; reprint, 2000). Witmer übernahm den Begriff *klinisch* aus der Medizin, meinte damit aber weder eine medizinische Psychologie noch die Klinik als Ort der psychologischen Tätigkeit, sondern die Arbeit mit dem Einzelfall. Obwohl Witmer als Namensgeber für die Klinische Psychologie gilt, hat er die Weiterentwicklung des Faches nur begrenzt beeinflusst. Einzelne Historiker halten den Einfluss der französischen klinischen Schule für die Entwicklung der Klinischen Psychologie in den USA für bedeutungsvoller. Taylor sieht den Anfang der psychotherapeutischen und der psychopathologischen Forschung stärker in den Schriften von Liébeault, Binet, Féré oder Janet, die in den 80er-Jahren des 19. Jahrhunderts ins Englische übersetzt worden sind und in Amerika auch rezipiert worden sind (Taylor, 2000).

Verschiedene Klinische Psychologen gründeten 1917 die *American Association of Clinical Psychologists*, die 1919 in der *American Psychological Association APA* als klinische Sektion aufging; damit wurde der Begriff der Klinischen Psychologie auch ein berufsständischer Begriff, wobei aber Klinische Psychologie nicht definiert wurde. Neben dem Begriff der Klinischen Psychologie wurde durch die 1907 gegründete Zeitschrift *Journal of Abnormal Psychology*, der bis heute im englischsprachigen Raum verwendete Begriff *Abnormal Psychology* eingeführt, der teilweise synonym für Klinische Psychologie, teilweise mehr für psychologische Definitionen und Ätiologietheorien psychischer Störungen verwendet wird. 1919 gab es in den USA noch kein akademisches Curriculum für Klinische Psychologie, das allgemeiner anerkannt gewesen wäre. Ab 1908 gab es vereinzelt die Einrichtung einer einjährigen klinischen Assistenz (voluntary assistant), wozu anfänglich Lehrer und Psychologen, dann Psychologen mit einem psychologischen Bachelor und schließlich nur noch graduierte und postdoktorale Kandidaten zugelassen wurden. Ihre Titel «Research Fellow» und «Research Intern» lassen erkennen, dass mit der

Supervision der praktischen Arbeit auch noch eine Forschungstätigkeit verbunden war (Routh, 2000). Das einjährige Praxisjahr – *internship* – ist mit dem Doktorat seit den 20er-Jahren zum Ausbildungs-Standard der klinisch-psychologischen Ausbildung in den USA geworden. Bis zur Jahrhundert Mitte waren es dann mehr als ein halbes Dutzend, teilweise berühmte Universitäten wie Stanford, Columbia oder Harvard, die in diesem Rahmen die Ausbildung in Klinischer Psychologie durchführten. Dieses Konzept wurde damit ein Vorläufer des *Boulder-Modells* für die Ausbildung in Klinischer Psychologie. Dieses Ausbildungsmodell geht auf eine Konferenz an der Universität von Colorado in Boulder zurück, wo 1949 erstmals ein nationaler Konsens zwischen den amerikanischen Universitäten erzielt worden ist, dass künftig Klinische Psychologen wissenschaftlich ausgebildete Praktiker – *scientist-practitioner* – sein sollten; klinisch-psychologische Probleme der Praxis sollten wissenschaftlich angegangen werden (Baker & Benjamin, 2000).

Die Entwicklung der *Klinischen Psychologie in Deutschland* hat ihre Wurzeln ebenfalls in Leipzig. Aus dem Labor von Wundt ging auch der deutsche Psychiater *Emil Kraepelin* (1856–1926) hervor, der bereits in den 90er-Jahren des 19. Jahrhunderts experimentelle Ansätze der Psychologie auf psychiatrische Fragestellungen zu übertragen suchte und damit für die Klinische Psychologie wesentliche Impulse gab. Kraepelin wandte sich dezidiert gegen die spekulativen Ansätze der damaligen Psychopathologie und forderte für die Psychiatrie die experimentelle Forschung.

Für die Entwicklung der – insbesondere deutschsprachigen – Klinischen Psychologie war ein weiterer Mediziner von Bedeutung, nämlich *Sigmund Freud* (1856–1939), der den Bereich der Psychotherapie auch für Nichtmediziner erschloss und wesentliche Impulse für psychologische Theorien der Entstehung von psychischen Störungen gab. Sein Vorgehen war zwar ursprünglich dem von Kraepelin vergleichbar, indem er sich den Naturwissenschaften verpflichtet fühlte, doch hat er sich nachher dem deutenden, verstehenden Ansatz zugewandt.

Kraepelin und Freud – beide Mediziner und keine Psychologen – können als wesentliche Impulsgeber für die deutschsprachige und internationale Klinische Psychologie angesehen werden. Die beiden Namen stehen aber auch für zwei unterschiedliche Selbstverständnisse der Klinischen Psychologie, die bis heute in der Wissenschaft und der Praxis vielfach als widersprüchlich gesehen werden: Kraepelin als Protagonist der empirischen Klinischen Psychologie, Freud als Repräsentant eines hermeneutischen Wissenschaftsverständnisses, das vor allem in der Tiefenpsychologie ihren Niederschlag fand.

Wie verschiedene Experten betonen (vgl. Ash & Geuter, 1985; Geuter, 1984), hat der Begriff der Klinischen Psychologie im engeren Sinne im deutschsprachigen Raum als Wissenschaft und als Berufsfeld lange Zeit keine große Bedeutung gehabt. Die Klinische Psychologie war aber in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum indirekt durch folgende Bereiche vertreten:

- *Psychodiagnostik*: Psychodiagnostik stellte ein zentrales Arbeitsfeld dar, in dem auch klinisch-psychologische Fragestellungen beantwortet wurden; u. a. hat Binet für dieses Arbeitsfeld durch seine Beiträge zur Intelligenzdiagnostik wesentliche Impulse gegeben. Die in den beiden Weltkriegen stark geförderte Eignungsdiagnostik hat maßgebend zur Verbreitung der Diagnostik im Allgemeinen, aber auch der klinischen Diagnostik beigetragen.
- *Erziehungsberatung*: Ausgehend von den psychodynamischen Ansätzen Freuds und Adlers, aber auch den klinisch-psychologischen Überlegungen Witmers wurden bereits sehr früh Erziehungsberatungsstellen eingerichtet (Pennsylvania 1896; Wien: 1919; München: 1922). Dieses Tätigkeitsfeld blieb lange Zeit – neben der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie – das einzige Interventionsfeld für den Klinischen Psychologen. Das Tätigkeitsfeld der Erziehungsberatung wurde teilweise mit dem Begriff *Psychagogik* (z. B. Adler, Schultz-Hencke) umschrieben, worunter man aktiv gestaltete Interventionen von begrenzter Zeitdauer verstand, die bei psychischen Störungen und Verhaltensproblemen angewandt wurden.