

Enzyklopädie der Psychologie

Grundlagen der
Medizinischen Psychologie

Medizinische Psychologie

1



Hogrefe • Verlag für Psychologie
Göttingen • Bern • Toronto • Seattle

Enzyklopädie der Psychologie

ENZYKLOPÄDIE DER PSYCHOLOGIE

In Verbindung mit der
Deutschen Gesellschaft für Psychologie

herausgegeben von

Prof. Dr. Niels Birbaumer, Tübingen
Prof. Dr. Dieter Frey, München
Prof. Dr. Julius Kuhl, Osnabrück
Prof. Dr. Wolfgang Schneider, Würzburg
Prof. Dr. Ralf Schwarzer, Berlin

Themenbereich D
Praxisgebiete

Serie VIII

Medizinische Psychologie

Band 1

Grundlagen der
Medizinischen Psychologie



Hogrefe • Verlag für Psychologie
Göttingen • Bern • Toronto • Seattle

Grundlagen der Medizinischen Psychologie

herausgegeben von

Prof. Dr. Elmar Brähler, Leipzig
Prof. Dr. Bernhard Strauß, Jena



Hogrefe • Verlag für Psychologie
Göttingen • Bern • Toronto • Seattle

© 2012 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto • Cambridge, MA
Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm • Florenz
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar

Format: PDF

ISBN 978-3-8409-0577-3

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Autorenverzeichnis

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Institut für Psychologie
Abteilung für Rehabilitations-
psychologie und Psychotherapie
Engelbergerstraße 41
79085 Freiburg i. Br.
E-Mail: bengel@psychologie.uni-freiburg.de

Prof. Dr. Elmar Brähler

Universitätsklinikum Leipzig
Abteilung für Medizinische Psycho-
logie und Medizinische Soziologie
Philipp-Rosenthal-Straße 55
04103 Leipzig
E-Mail: elmar.braehler@medizin.uni-leipzig.de

Prof. Dr. Monika Bullinger

Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für
Medizinische Psychologie
Martinistraße 52
20246 Hamburg
E-Mail: bullinge@uke.uni-hamburg.de

Dr. Silke Burkert

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Medizinische Psychologie
Luisenstraße 57
10117 Berlin
E-Mail: silke.burkert@charite.de

Dr. Isolde Daig

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Medizinische Psychologie
Luisenstraße 57
10117 Berlin
E-Mail: isolde.daig@charite.de

Prof. Dr. Insa Fooker

Universität Siegen
Fakultät II Department Erziehungs-
wissenschaft · Psychologie
Adolf-Reichwein-Straße 2
57068 Siegen
E-Mail: fooken@psychologie.uni-siegen.de

Prof. Dr. Gabriele Helga Franke

Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)
Psychodiagnostik
Osterburger Straße 25
39576 Stendal
E-Mail: gabriele.franke@hs-magdeburg.de

Prof. Dr. Siegfried Geyer

Medizinische Hochschule Hannover
 Medizinische Soziologie OE 5420
 Carl-Neuberg-Straße 1
 30625 Hannover
 E-Mail: geyer.siegfried@mh-hannover.de

Dr. Heide Glaesmer

Universitätsklinikum Leipzig
 Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
 Philipp-Rosenthal-Straße 55
 04103 Leipzig
 E-Mail: Heide.Glaesmer@medizin.uni-leipzig.de

Dr. Thomas Gunzelmann

Universitätsklinikum Leipzig
 Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
 Philipp-Rosenthal-Straße 55
 04103 Leipzig
 E-Mail: Thomas_Gunzelmann@web.de

Prof. Dr. Markus Heinrichs

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
 Institut für Psychologie
 Lehrstuhl für Biologische und Differentielle Psychologie
 Stefan-Meier-Straße 8
 79104 Freiburg i. Br.
 E-Mail: heinrichs@psychologie.uni-freiburg.de

Prof. Dr. Peter Herschbach

Direktor des Roman-Herzog-Krebszentrums
 Klinikum rechts der Isar der TUM
 Langerstraße 3
 81675 München
 E-Mail: P.Herschbach@lrz.tu-muenchen.de

Prof. Dr. Philipp Yorck Herzberg

Bergische Universität Wuppertal
 Fachbereich Bildungs- und Sozialwissenschaften
 Abteilung Gesundheitspsychologie und Angewandte Diagnostik
 Gaußstraße 20
 42119 Wuppertal
 E-Mail: herzberg@uni-wuppertal.de

Prof. Dr. Jürgen Hoyer

Technische Universität Dresden
 Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
 Hohe Straße 53
 01187 Dresden
 E-Mail: hoyer@psychologie.tu-dresden.de

Prof. Dr. Andreas Hinz

Universitätsklinikum Leipzig
 Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
 Philipp-Rosenthal-Straße 55
 04103 Leipzig
 E-Mail: andreas.hinz@medizin.uni-leipzig.de

Prof. Dr. Erich Kasten

Universitätsmedizin Göttingen
 Abt. Medizinische Psychologie
 und Soziologie
 Waldweg 37
 37073 Göttingen
 E-Mail: EriKasten@aol.com

PD Dr. Michael Kavšek

Universität Bonn
 Institut für Psychologie
 Abt. Entwicklungspsychologie und
 Pädagogische Psychologie
 Kaiser-Karl-Ring 9
 53111 Bonn
 E-Mail: kavsek@uni-bonn.de

Dr. Friederike Kendel

Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Institut für Medizinische Psychologie
 Luisenstraße 57
 10117 Berlin
 E-Mail: friederike.kendel@charite.de

Dr. Rolf Kienle

Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Dieter Scheffner Fachzentrum
 Charitéplatz 1
 10117 Berlin
 E-Mail: Rolf.Kienle@charite.de

Prof. Dr. Clemens Kirschbaum

Technische Universität Dresden
 Fachrichtung Psychologie
 Abteilung für Biopsychologie
 01062 Dresden
 E-Mail: ck@biopsych.tu-dresden.de

Dr. Thomas Klauer

Klinik für Psychiatrie und
 Psychotherapie
 der Ernst-Moritz-Arndt-Universität
 Greifswald
 Ellernholzstraße 1-2
 17475 Greifswald
 E-Mail: thomas.klauer@uni-
 greifswald.de

Dr. Annette M. Klein

Universität Leipzig
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie,
 Psychotherapie und Psychosomatik
 des Kindes- und Jugendalters
 Liebigstraße 20a
 04103 Leipzig
 E-Mail: Annette.Klein@medizin.uni-
 leipzig.de

Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck

Universitätsklinikum Hamburg-
 Eppendorf
 Institut für Medizinische Soziologie,
 Sozialmedizin und
 Gesundheitsökonomie
 Martinstraße 52
 20246 Hamburg
 E-Mail: o.knesebeck@uke.uni-
 hamburg.de

PD Dr. Nina Knoll

Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Institut für Medizinische Psychologie
 Luisenstraße 57
 10117 Berlin
 E-Mail: nina.knoll@charite.de

Prof. Dr. Peter Kropp

Universität Rostock
 Institut für Medizinische Psychologie
 und Medizinische Soziologie
 Medizinische Fakultät
 Gehlsheimer Straße 20
 18147 Rostock
 E-Mail: peter.kropp@med.uni-
 rostock.de

PD Dr. Thomas von Lengerke

Medizinische Hochschule Hannover
 Forschungs- und Lehrereinheit
 Medizinische Psychologie (OE 5430)
 Carl-Neuberg-Straße 1
 30625 Hannover
 E-Mail: lengerke.thomas@mh-
 hannover.de

Dipl.-Psych. Timo O. Nieder

Universitäts-Klinikum Hamburg-
 Eppendorf
 Institut für Sexualforschung und
 Forensische Psychiatrie
 Martinistraße 52
 20246 Hamburg-Eppendorf
 E-Mail: tnieder@uke.uni-
 hamburg.de

Dr. Uwe Niederberger

Universitätsklinikum Schleswig-
 Holstein
 Institut für Medizinische Psychologie
 und Medizinische Soziologie
 Campus Kiel
 Diesterwegstraße 10-12
 24113 Kiel
 E-Mail: niederberger@med-psych.
 uni-kiel.de

*Vertr.-Prof. Dr. Corinna Petersen-
 Ewert*

Hochschule für Angewandte
 Wissenschaften Hamburg
 Fakultät Wirtschaft und
 Soziales
 Department Pflege und
 Management
 Alexanderstraße 1
 20099 Hamburg
 E-Mail: corinna.petersen-ewert@
 haw-hamburg.de

Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt

Universitäts-Klinikum Hamburg-
 Eppendorf
 Institut für Sexualforschung und
 Forensische Psychiatrie
 Martinistraße 52
 20246 Hamburg-Eppendorf
 E-Mail: hrichter@uke.uni-
 hamburg.de

Dr. Ferdinand Schliehe

An der Blankenburg 18
 49078 Osnabrück

Prof. Dr. Dr. Wolfgang Schneider

Universität Rostock
 Medizinische Fakultät
 Klinik und Poliklinik
 für Psychosomatik und
 Psychotherapeutische Medizin
 Gehlsheimer Straße 20
 18147 Rostock
 E-Mail: wolfgang.schneider@med.
 uni-rostock.de

Prof. Dr. Christina Schröder

Universitätsklinikum Leipzig
Abteilung für Medizinische Psychologie
und Medizinische Soziologie
Philipp-Rosenthal-Straße 55
04103 Leipzig
E-Mail: Christina.Schroeder@medizin.uni-leipzig.de

Prof. Dr. Monika Sieverding

Psychologisches Institut
der Universität Heidelberg
Hauptstraße 47-51
69117 Heidelberg
E-Mail: monika.sieverding@psychologie.uni-heidelberg.de

PD Dr. Susanne Singer

Universitätsklinikum Leipzig
Abteilung für Medizinische Psychologie
und Medizinische Soziologie
Philipp-Rosenthal-Straße 55
04103 Leipzig
E-Mail: susanne.singer@medizin.uni-leipzig.de

Dr. Gertraud Stadler

Columbia University
Department of Psychology
219 Schermerhorn
Schermerhorn Hall, Room 200D
New York, New York 10027
USA
E-Mail: stadler@psych.columbia.edu

Dr. Angela Steiner

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Institut für Psychologie
Lehrstuhl für Biologische und
Differenzielle Psychologie
Stefan-Meier-Straße 8
79104 Freiburg i. Br.
E-Mail: angela.steiner@psychologie.uni-freiburg.de

Prof. Dr. Ursula Stockhorst

Universität Osnabrück
Institut für Psychologie
Allgemeine Psychologie II und
Biologische Psychologie
Seminarstraße 20
49074 Osnabrück
E-Mail: ursula.stockhorst@uni-osnabrueck.de

Prof. Dr. Bernhard Strauß

Friedrich-Schiller-Universität Jena
Institut für Psychosoziale Medizin
und Psychotherapie
Universitätsklinikum
Stoysstraße 3
07740 Jena
E-Mail: bernhard.strauss@med.uni-jena.de

Dr. Nele Töns

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Institut für Psychologie
Abteilung für Rehabilitationspsychologie
und Psychotherapie
Engelbergerstraße 41
79085 Freiburg i. Br.
E-Mail: toens@psychologie.uni-freiburg.de

Prof. Dr. Gabriele Wilz

Friedrich-Schiller-Universität Jena
Institut für Psychologie
Abteilung für Klinisch-Psychologische Intervention
Humboldtstraße 11
07743 Jena
E-Mail: gabriele.wilz@uni-jena.de

Dipl.-Psych. Merve Winter

Universitätsklinikum Leipzig/
Universität Zürich
Kontakt:
Memlingstraße 1a
12203 Berlin
E-Mail: merve.winter@uni-due.de

Vorwort

Bei der Medizinischen Psychologie handelt es sich um den außergewöhnlichen Fall einer Subdisziplin, die früher als die zuständige Mutterwissenschaft entstand und auch weiterhin eine unabhängige Entwicklung nahm.

Während das Konzept einer Psychologie für die theoretischen und praktischen Belange der Medizin in Deutschland Ende des 18. Jahrhunderts Fuß fasste, konnte sich die akademische Psychologie erst Jahrzehnte danach forschungsmethodisch und institutionell von der Philosophie lösen. Ein Grund für diesen Vorlauf liegt im Charakter der Medizin. Als „Sammelwissenschaft“, die sich generell schon früh verschiedener (Grundlagen-)wissenschaften bediente (neben der Psychologie etwa der Physik, Biologie und Chemie (vgl. Uexküll & Wesiack, 1998)) war diese angesichts ihres hochkomplexen Gegenstands dazu angehalten, die Entwicklung wichtiger Teildisziplinen für den Zugang zum kranken Menschen selbst zu befördern. Das zunächst randständige, später erfolgreich integrierte Gebiet „Medizinische Psychologie“ wurde später jedoch nie analog in der Struktur der akademischen Psychologie verankert. Darin besteht eine Besonderheit, welche die Medizinische Psychologie von allen anderen Anwendungsbereichen der Psychologie unterscheidet. Sie orientiert sich inhaltlich und forschungsstrategisch konsequent am Gegenstandsverständnis und den Innovationen der Mutterwissenschaft, wirkt aber überwiegend in einer Enklave. In dieser muss sie ihre selbständige Position als Grundlagen-, Anwendungs-, Querschnitt- und Lehrfach der Medizin behaupten, da auch originär medizinische Disziplinen wie z. B. die Psychosomatische Medizin an der Vertretung des psychosozialen Anteils innerhalb der Medizin interessiert und beteiligt sind. Um ihr diese Aufgabe zu erleichtern, sollte sie von der Mutterwissenschaft gezielter und problembewusster unterstützt werden, als das im vergangenen Jahrhundert geschah. Deshalb ist ein angemessener Platz der Medizinischen Psychologie im Rahmen einer repräsentativ angelegten modernen Enzyklopädie der gesamten Psychologie unverzichtbar. Außerdem bereichert und differenziert er das Selbstverständnis der Psychologie als Wissenschaft und Profession, denn die Medizinische Psychologie ist im wahrsten Sinne des Wortes ein interdisziplinäres Fach, dessen jahrzehntelange Zusammenarbeit mit der Medizin Modellcharakter für andere fächerübergreifende Initiativen der Psychologie haben könnte.

Die Vertreter/Vertreterinnen der Medizinischen Psychologie betrachten diese Enzyklopädie als eine wichtige Gelegenheit, den Entwicklungsstand und das Profil

ihrer angewandten Richtung systematisch darzustellen. Einerseits erhoffen sie sich davon eine stärkere Ausstrahlung ihrer Sichtweisen, Arbeitsergebnisse und Erfahrungen in die Reihen der psychologischen Disziplinen. Andererseits geht die Qualität einer solchen geschlossenen Bilanzaufnahme über die bereits vorhandenen Kompendien hinaus und dient der innerfachlichen Diskussion und Ausrichtung. Für diese Zwecke sind zwei Bände vorgesehen, die trotz der notwendigen Verdichtung und Selektion des beträchtlichen Stoffes einen umfassenden Ein- und Überblick erlauben.

Die abgestimmten Gliederungen von *Band 1 „Grundlagen“* und *Band 2 „Anwendungen“* folgen in Teilen dem aktuellen Gegenstandskatalog des Lehrfaches. Dieser spiegelt neben den klassischen Themen wie Patientenrolle oder gesundheitsbezogene Lebensqualität vor allem die Spezifik medizinischer Anforderungen an die Psychologie und ihr wissenschaftliches Rüstzeug wieder. Ergänzend und vertiefend wird der Inhalt der Bände von Problemstellungen bestimmt, die sich aus gravierenden Veränderungen der Anforderungssituation unter dem Einfluss des biomedizinischen und technologischen Fortschritts sowie des soziodemografischen Wandels ergeben, z. B. psychosoziale Aspekte von Multi- und Komorbidität. Diese verdeutlichen die Modernität des Faches und sein Potenzial, auf Herausforderungen mit einem inhaltlichen Entwicklungsschub zu reagieren. Als primäre Ordnungsprinzipien dienen Oberkategorien, die das Gebiet schwerpunktmäßig so strukturieren, dass eine logische Abfolge von den theoretischen Prämissen über die methodische Expertise bis zu konkreten praktischen Arbeitsfeldern und Dienstleistungen entsteht.

Der jetzt vorliegende Band 1 mit dem Titel „Grundlagen“ ist dreigeteilt. Zu Beginn wird eine genaue Gegenstands- und Standortbestimmung der Medizinischen Psychologie mit historischen Bezügen vorgenommen. Zur weiteren Einführung erfolgt danach die Darstellung der wesentlichen theoretischen und diagnostischen Voraussetzungen für die Erfassung und Ordnung des von ihr untersuchten Wirklichkeitsbereiches. Das betrifft neben forschungsleitenden Modellen von Gesundheit und Krankheit auch die Abgrenzung von Qualitätsstufen der gesundheitlichen Funktionsfähigkeit des Menschen. Im zweiten Teil werden unter der Überschrift „Grundlagenwissenschaftliche Einbindung“ die Verbindungen zum Theorien- und Methodenfundus der Mutterwissenschaft herausgearbeitet und nach den abstrakten Aspekten biologische Basis, alltagspsychologische Prozesse, Entwicklung, Persönlichkeit und soziale Faktoren aufgeschlüsselt.

Im dritten und umfassendsten Teil kommen medizinassoziierte psychologische Themen zum Tragen, die auf dem Kontinuum von gesund und krank angesiedelt sind und eine übergreifende klinische Bedeutung beziehungsweise Querschnittsniveau besitzen, z. B. Alter oder Geschlechtsunterschiede in der Medi-

zin. Der Teil trägt den zusammenfassenden Titel „Der gesunde und der kranke Mensch“. In dieser noch nicht auf ein umschriebenes Arbeitsfeld beschränkten und dennoch spezifischen Betrachtungsweise besteht ein Vorzug der Medizinischen Psychologie, der wichtige multiplikatorische Ansätze ermöglicht. Insofern präsentiert bereits der erste Band die Breite, Vielfalt und Vernetzung des Faches, die im zweiten Band, mit dessen Herausgabe Uwe Koch (Hamburg) und Jürgen Bengel (Freiburg) befasst sind, untersetzt und in Praxisfeldern verortet werden.

Wir bedanken uns bei den Mitarbeitern des Hogrefe Verlages, vor allem Dr. Michael Vogtmeier für die Unterstützung bei der Planung und Realisierung des vorliegenden Bandes. Wir möchten uns auch bei den Autorinnen und Autoren des vorliegenden Bandes bedanken, die sehr viel Geduld aufbringen mussten, da die Erstellung eines solchen Bandes doch einen relativ großen Zeitraum in Anspruch nimmt. Frau Diana Pätz hat die Erstellung des Buches von Anfang an organisatorisch begleitet und den Kontakt zu den Autoren und Autorinnen und dem Verlag gehalten, wofür wir uns an dieser Stelle auch bedanken möchten. Bei der Konzeption und Realisierung des Buches hat uns Frau Christina Schröder sehr hilfreich unterstützt, wofür ihr auch sehr herzlich gedankt sei.

Leipzig und Jena im Januar 2012

Elmar Brähler
Bernhard Strauß

Literatur

Uexküll, T. v. & Wesiack, W. (1998). *Theorie der Medizin* (3. Aufl.). München, Wien, Baltimore: Urban & Fischer.

Inhaltsverzeichnis

Teil I: Gegenstand und Einführung

1. Kapitel: Gegenstandsbereich und Geschichte Von Christina Schröder

1	Zum Gegenstand	3
2	Historische Zusammenhänge	7
	Literatur	14

2. Kapitel: Modelle und Konzepte von Gesundheit und Krankheit Von Erich Kasten

1	Definitionen von Krankheit und Gesundheit	17
2	Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit	19
	2.1 Die betroffene Person	19
	2.2 Medizin als Wissens- und Handlungssystem	20
	2.3 Medizin und Gesellschaft	21
3	Nosologie	22
4	Krankheitskonzepte	24
5	Risiko- und Schutzfaktoren	26
6	Krankheitsmodelle	29
	6.1 Verhaltensmodelle	29
	6.2 Psychodynamische Modelle	31
	6.3 Biopsychologische Modelle	32
	6.4 Sozialpsychologische Modelle	34
	6.5 Soziologische Modelle	35
7	Gesundheits- und Vorsorgeverhalten	36
	Literatur	39

3. Kapitel: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Von Jürgen Bengel, Nele Töns und Ferdinand Schliehe

1	Einleitung	47
2	Zur Entwicklung der ICF	49
3	Grundlagen des ICF-Modells	52
4	Das Klassifikationssystem	56
5	Anwendung der ICF	60
5.1	Anwendungsbereiche des ICF-Modells	61
5.1.1	Rehabilitations- und Behindertenpolitik	61
5.1.2	Anwendungsbereiche Rehabilitation, Sozialmedizin und Pflege	61
5.1.3	Akut- und Kurativversorgung	62
5.2	Anwendung der ICF-Klassifikation	63
5.2.1	Entwicklung von Core Sets	63
5.2.2	Entwicklung von Assessmentinstrumenten	64
6	Ausblick und Perspektiven	66
	Literatur	69

4. Kapitel: Medizinisch-psychologische Diagnostik

Von Andreas Hinz und Elmar Brähler

1	Gegenstand medizinisch-psychologischer Diagnostik	73
2	Ziele und Funktionen der medizinisch-psychologischen Diagnostik	74
3	Klassifikation medizinisch-psychologischer Verfahren	75
4	Selbstbeurteilungsverfahren	77
5	Fremdbeurteilungsverfahren	78
6	Gütekriterien	78
6.1	Hauptgütekriterien	79
6.1.1	Objektivität	79
6.1.2	Reliabilität	79
6.1.3	Validität	80
6.2	Nebengütekriterien	81
6.2.1	Normierung	81
6.2.2	Ökonomie	82
6.2.3	Zumutbarkeit	82

7	Dimensionen medizinisch-psychologischer Diagnostik	83
8	Dimensionale versus kategoriale Diagnostik	85
9	Veränderungsmessung	87
9.1	Kennwerte zur Änderungssensitivität	88
9.2	Änderungsreliabilität	90
10	Konkrete Verfahren	92
11	Fazit	100
	Literatur	101

Teil II: Grundlagen

5. Kapitel: Biopsychologische Grundlagen und Verhaltensgenetik Von Markus Heinrichs, Angela Steiner und Clemens Kirschbaum

1	Das Nervensystem: Anatomische und funktionelle Grundlagen	113
1.1	Aufbau des Nervensystems	114
1.2	Zellen des Nervensystems	115
1.2.1	Neurone	115
1.2.2	Gliazellen	116
1.3	Informationsübertragung im Nervensystem	116
1.3.1	Ruhepotenzial	117
1.3.2	Aktionspotenzial	117
1.3.3	Synaptische Übertragung	118
1.4	Das zentrale Nervensystem	119
1.4.1	Richtungsbezeichnungen innerhalb des zentralen Nervensystems	119
1.4.2	Rückenmark	119
1.4.3	Hauptabschnitte des Gehirns	120
1.5	Das autonome Nervensystem	124
1.5.1	Sympathikus	126
1.5.2	Parasympathikus	126
1.5.3	Darmnervensystem	127
2	Endokrinologische Grundlagen	127
2.1	Endokrine Drüsen und Hormone	128
2.2	Hormonrezeptoren	128
2.2.1	G-Protein gekoppelte Rezeptoren	129
2.2.2	Nicht G-Protein-gekoppelte Membranrezeptoren	129
2.2.3	Steroidrezeptoren	129
2.3	Steuerung der Hormonfreisetzung	130
2.3.1	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und Stress	131

2.3.2 Psychoneuroendokrinologie und Stressdiagnostik	132
2.3.3 Oxytocin und Stressprotektion	133
3 Immunologische Grundlagen	136
3.1 Physische Barrieren	136
3.2 Angeborene Immunität	137
3.3 Adaptive Immunität	139
3.3.1 Funktionen der T-Lymphozyten	140
3.3.2 Funktionen der B-Lymphozyten	141
3.4 Immunologie und Verhalten	142
4 Verhaltensgenetik	143
Literatur	146

6. Kapitel: Allgemeinpsychologische Grundlagen für die Medizinische Psychologie

Von Ursula Stockhorst

1 Einführung	151
2 Wahrnehmung	152
2.1 Definition und Einteilung des Wahrnehmungsprozesses	152
2.2 Anwendungsrelevanz in der Medizin	153
2.2.1 Wahrnehmungsschwellen	153
2.2.2 Interozeption	157
3 Gedächtnis	159
3.1 Definition und Bestandteile des Gedächtnisses	159
3.2 Anwendungsrelevanz in der Medizin: Gedächtnisleistung und Schlaf	161
4 Lernen	163
4.1 Nicht-assoziatives Lernen: Habituation und Sensitivierung	164
4.1.1 Grundlagen	164
4.1.2 Anwendungsrelevanz in der Medizin	167
4.2 Assoziatives Lernen: Klassische Konditionierung	168
4.2.1 Grundlagen	168
4.2.2 Anwendungsrelevanz klassischer Konditionierung in der Medizin: Pharmaka	169
4.2.2.1 Klassische Konditionierung als Erklärung für regulative Prozesse, Placeboeffekte, Toleranz und Sensitivierung	170
4.2.2.2 Klassische Konditionierung von Hormon- wirkungen	172
4.2.2.3 Klassische Konditionierung bei Gabe immunmodulatorischer und übelkeitsauslösender Pharmaka	173

4.3	Assoziatives Lernen: Instrumentelle Konditionierung	177
4.3.1	Grundlagen	177
4.3.2	Anwendungsrelevanz instrumenteller Konditionierung in der Medizin	177
4.3.2.1	Instrumentelle Lernmechanismen bei chronischem Schmerz und Blutdruckregulation	177
4.3.2.2	Verhalten-Verstärker-Inkontingenz und gelernte Hilflosigkeit	180
5	Motivation	182
5.1	Definition und Bestandteile von Motivation	182
5.2	Neurobiologische Korrelate von Motiven und Motivdispositionen . . .	183
5.3	Anwendungsrelevanz in der Medizin: Motivation bei Prävention	186
6	Emotion	186
6.1	Definition, Komponenten und Induktion von Emotionen	186
6.2	Neurobiologie der Emotionen: Zentralnervöse Korrelate	189
6.2.1	Neurobiologie negativer Emotionen	189
6.2.2	Neurobiologie positiver Emotionen	191
6.3	Anwendungsrelevanz in der Medizin	192
6.3.1	Messung des mimischen Ausdrucksverhaltens bei Demenzpatienten	192
6.3.2	Neurobiologie der Empathie	192
7	Fazit	194
	Literatur	195

7. Kapitel: Persönlichkeit und Krankheit

Von Jürgen Hoyer, Gabriele Helga Franke
und Philipp Yorck Herzberg

1	Persönlichkeit und Krankheit – die Modellebene	201
2	Bedeutung der Persönlichkeit bei körperlichen Erkrankungen	205
2.1	Koronare Herzerkrankungen	206
2.2	Krebs	207
3	Persönlichkeit und psychische Faktoren bei körperlichen Erkrankungen	209
3.1	Symptomwahrnehmung und -bericht	210
3.2	Nutzung des Medizinsystems und Adhärenz	211
3.3	Krankheitsbewältigung	212
4	Persönlichkeit und psychische Störungen	213
4.1	Persönlichkeit und Angststörungen	214
4.2	Persönlichkeit und affektive Störungen	216
4.3	Persönlichkeit und Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit	217

5	Persönlichkeit und Krankheit: Stand der Forschung und ein Blick in die Zukunft	218
	Literatur	219

8. Kapitel: Persönlichkeitspsychologische Grundlagen Von Philipp Yorck Herzberg, Gabriele Helga Franke und Jürgen Hoyer

1	Ein Modell grundlegender Persönlichkeitseigenschaften	227
1.1	Stellenwert des Fünf-Faktoren-Modells	230
1.2	Messung der Faktoren des FFM	232
1.3	Limitationen des Fünf-Faktoren-Modells	234
2	Ein integratives Persönlichkeitskonzept	237
	Literatur	242

9. Kapitel: Entwicklungspsychologische Grundlagen Von Insa Fooken und Michael Kavšek

1	Gegenstandsbestimmung der Entwicklungspsychologie	251
1.1	Entwicklungspsychologische Betrachtungsperspektiven und Diskurse	252
1.2	Entwicklungstheorien	253
2	Entwicklung in einzelnen Lebensabschnitten – Exemplarische Befunde ...	258
2.1	Entwicklungsprozesse im Neugeborenen-, Säuglings- und Kleinkindalter	258
2.1.1	Motorische, sensorische und kognitive Entwicklung	258
2.1.2	Sprachentwicklung	260
2.1.3	Entwicklung des Verständnisses mentaler Zustände („theory of mind“)	261
2.1.4	Emotionale, soziale und Persönlichkeitsentwicklung im sozialen Kontext	262
2.1.5	Diagnostik und Intervention in den ersten Lebensjahren	265
2.2	Entwicklungsprozesse im weiteren Verlauf der Kindheit	267
2.3	Entwicklungsprozesse in der Adoleszenz	270
2.4	Entwicklungsprozesse im Erwachsenenalter und Alter	272
3	Fazit	276
	Literatur	277

10. Kapitel: Sozialpsychologische Grundlagen der Medizinischen Psychologie

Von Thomas von Lengerke

1	Einleitung: Sozialpsychologie in der Medizin versus Sozialpsychologie der Medizin	285
2	Sozialpsychologie in der Medizin	286
2.1	Entstehung und Verlauf von Gesundheit und Krankheit	286
2.1.1	Stressbewältigung und Gesundheit	286
2.1.2	Gesundheitsrelevantes Verhalten	288
2.2	Medizinisches Handeln	296
2.2.1	Zielgruppen medizinischen Handelns	296
2.2.2	Kommunikation zwischen Mediziner und Patient	297
3	Sozialpsychologie der Medizin	300
3.1	Mediziner und politische Entscheidungsträger als Akteure	300
3.1.1	Gruppenprozesse: Das Beispiel der Entwicklung von Leitlinien	300
3.1.2	Determinanten der Umsetzung gesundheitspolitischer Handelns	302
3.2	Patienten und Bürger als Akteure	304
3.2.1	Politikwahrnehmung: Gerechtigkeitspsychologie und Gesundheit	304
3.2.2	Ursachen und Wirkungen sozialer und politischer Partizipation	305
4	Schlussbemerkung: Zur Dimensionalität gesundheitsbezogener Interventionen	309
	Literatur	312

Teil III: Der gesunde und der kranke Mensch

11. Kapitel: Einflüsse von Umweltbedingungen auf Gesundheit und Krankheit

Von Monika Bullinger

1	Einleitung	319
2	Zu den Begriffen „Umwelt“ und „Gesundheit“	320
3	Umwelttoxinen	322

3.1	Lärm	322
3.2	Verunreinigung der Außenluft	324
3.3	Strahlung und Kontaminationen	327
3.4	Innenraumklima und Gerüche	328
4	Diagnostik umweltmedizinisch relevanter psychischer Funktionen	329
4.1	Systematik	329
4.2	Erfassung psychischer Funktionen	330
4.3	Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit	332
4.4	Auswahl diagnostischer Strategien	333
5	Umweltbezogene Gesundheitsstörungen	333
5.1	Das Multiple Chemikalien-Überempfindlichkeitssyndrom	333
5.2	Das Sick-Building-Syndrom	335
5.3	Das chronische Erschöpfungssyndrom	337
6	Erklärungsmodelle für umweltbezogene Gesundheitsstörungen	338
6.1	Eingrenzung der Störungsbilder	338
6.2	Konzepte der Krankheitsentstehung	339
6.3	Komplexe Person-Umwelt-Interaktionen	340
7	Therapeutische Konzepte	341
8	Schlussfolgerungen	343
	Literatur	345

12. Kapitel: Chronische und akute psychosoziale Belastungen Von Olaf von dem Knesebeck und Siegfried Geyer

1	Akute psychosoziale Belastungen und Krankheit	356
1.1	Akute Belastungen und Depression	356
1.2	Akute Belastungen und Herzinfarkt	357
1.3	Akute Belastungen und AIDS	359
1.4	Akute Belastungen und maligne Erkrankungen	360
1.5	Die empirische Erfassung akuter Belastungen	361
2	Chronische psychosoziale Belastungen: Benachteiligung, Isolation, Arbeitsbelastungen	364
2.1	Soziale Benachteiligung	364
2.2	Soziale Isolation	367
2.3	Psychosoziale Arbeitsbelastungen	370
3	Fazit	372
	Literatur	372

13. Kapitel: Laienätiologie, subjektive Krankheits- und Gesundheitstheorien

Von Silke Burkert, Nina Knoll und Isolde Daig

1	Einleitung	377
2	Psychologische und soziologische Ansätze	379
	2.1 Komponenten subjektiver Theorien von Gesundheit und Krankheit ..	380
	2.1.1 Kontrollüberzeugungen	380
	2.1.2 Selbstwirksamkeitserwartungen	381
	2.2 Subjektive Krankheitstheorien	382
	2.3 Subjektive Gesundheitstheorien	388
	2.3.1 Messung von subjektiven Gesundheitstheorien	390
	2.3.2 Messung von Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit ...	392
3	Bedeutung für konkretes Gesundheits- und Krankheitsverhalten	394
	3.1 Gesundheits- und präventives Verhalten	394
	3.2 Compliance in der Behandlung	396
	3.3 Krankheitsbewältigung und Wohlbefinden	397
4	Schlussfolgerungen	399
	Literatur	400

14. Kapitel: Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Inanspruchnahme von gesundheitlichen Diensten im Kindes- und Jugendalter

Von Corinna Petersen-Ewert

1	Einleitung	405
2	Gesundheitliche Beeinträchtigungen im Kindes- und Jugendalter: Definition und Prävalenz	407
3	Gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen	410
4	Inanspruchnahme von gesundheitlichen Diensten	412
	4.1 Das Verhaltensmodell nach Anderson	414
	4.2 Daten zur Inanspruchnahme	415
	4.2.1 Informationsquellen	415
	4.2.2 Niedergelassene Ärzte	416
	4.2.3 Früherkennungsuntersuchungen	417
	4.2.4 Arzneimittelgebrauch	418
	4.2.5 Versichertenstatus	418
	4.2.6 Übergang zur Erwachsenenmedizin	419
	4.2.7 Psychosoziale Versorgung	420

5	Möglichkeiten der Versorgungsforschung	420
6	Ausblick	422
	Literatur	423

15. Kapitel: Geschlechterunterschiede in der Medizin: Frauen, Männer und Gesundheit Von Merve Winter

1	Einleitung und (historische) Bestandsaufnahme	431
1.1	Frauen- und Männergesundheitsforschung	432
1.2	Frauen im Medizinalsystem	434
2	Geschlechterdifferenzen bei Gesundheit und Krankheit	435
2.1	Lebenserwartung	435
2.1.1	Biologische Erklärungsmodelle	436
2.1.2	Soziologische Erklärungsansätze	437
2.2	Kardiologische Erkrankungen	438
2.2.1	Biologische Erklärungsmodelle	440
2.2.2	Soziologische Erklärungsmodelle	441
2.3	Psychische Störungen	442
4.4	Geschlechtsrolle und psychische Gesundheit von Männern und Frauen	445
3	Präventionsverhalten von Männern und Frauen	447
3.1	Rauchen	448
3.2	Alkoholkonsum	449
3.3	Ernährung	450
3.4	Bewegung und Sport	450
4	Behandlungsunterschiede bei Männern und Frauen	452
4.1	Ärztliche Gesprächssituation	452
4.2	Pharmakotherapie	453
5	Methodische Aspekte	455
6	Resümee	455
	Literatur	457

16. Kapitel: Krankheitsverarbeitung – Coping Von Friederike Kendel und Monika Sieverding

1	Stresstheorien und Konzepte der Krankheitsverarbeitung	462
1.1	Reaktionsbezogene Stresstheorien	462

1.2	Stimulusorientierte Stresstheorien	463
1.3	Transaktionale Stresstheorie	463
1.4	Dispositionelle Ansätze	467
1.5	Ressourcentheorie von Hobfoll	468
1.6	Soziale Unterstützung und dyadisches Coping	469
1.7	Geschlechterunterschiede bei Coping und Krankheitsverarbeitung	471
2	Messung von Stress und Krankheitsbewältigung	473
3	Coping bei unterschiedlichen Krankheitsbildern	475
3.1	Krankheitsverarbeitung bei Krebs	476
3.2	Krankheitsverarbeitung bei Koronarer Herzerkrankung	477
3.3	Krankheitsverarbeitung bei chronischen Schmerzen	479
4	Die Grenzen der Modifizierbarkeit von Copingstrategien	480
	Literatur	482

17. Kapitel: Familie und somatische Krankheit

Von Gabriele Wilz

1	Einleitung	487
2	Bedeutung familiärer Faktoren für die Entstehung, Auslösung, Aufrechterhaltung und Bewältigung von chronischen Erkrankungen	488
2.1	Befunde und Erklärungsmodelle zur familiären Häufung von Erkrankungen	488
2.2	Psychoanalytische Theorie und Bindungstheorie	489
2.3	Die Bedeutung der Partnerschaft	490
2.4	Familiensystemische und familientherapeutische Annahmen	492
2.5	Dysfunktionale Kommunikationsstile	494
2.6	Familiäre Unterstützung	496
3	Auswirkungen einer chronischen Erkrankung auf die Familie	497
3.1	Gesundheitliche Auswirkungen	498
3.2	Modelle der Pflegebelastung	500
3.3	Empirische Befunde zu Einflussfaktoren auf die Pflegebelastung	501
3.3.1	Wahrnehmung des Leidens des Pflegeempfängers	502
3.3.2	Qualität der Beziehung vor Übernahme der Pflegerolle	503
3.3.3	Positive Aspekte der Pflege	503
3.4	Auswirkungen einer chronischen Erkrankung bei Kindern auf deren Eltern und Geschwister	504
4	Ausblick	505
	Literatur	506

18. Kapitel: Lebensqualität und Lebenszufriedenheit Von Peter Herschbach

1	Einleitung	513
2	Definitionen	515
3	Zur Erfassung von Lebensqualität	516
4	Anwendungsgebiete	519
4.1	Lebensqualität in klinischen Studien	519
4.2	Lebensqualität in der Routineversorgung	520
4.3	Lebensqualität in der Gesundheitsökonomie	522
4.4	Grundlagenforschung: Prognostische Relevanz von Lebensqualität ...	524
5	Determinanten der Lebensqualität	525
5.1	Krankheitsschwere	525
5.2	Behandlungsintensität	527
5.3	Personenmerkmale und Lebensbedingungen	528
5.3	Persönlichkeitszüge	531
5.4	Anpassungsmechanismen	532
6	Resümee	535
	Literatur	537

19. Kapitel: Vorurteile und Diskriminierung Von Silke Burkert und Isolde Daig

1	Begriffsdefinitionen	541
1.1	Vorurteil	542
1.2	Stereotype	543
1.3	Stigmatisierung	543
1.4	Diskriminierung	544
2	Methodische Herangehensweisen	545
3	Psychologische und soziologische Erklärungsansätze zur Entstehung von Vorurteilen	547
4	Abbau von Vorurteilen	552
5	Auswirkung von Vorurteilen im medizinischen Kontext	554
5.1	Vorurteile gegenüber Patienten mit psychischen Erkrankungen	555
5.2	Vorurteile gegenüber Patienten mit Übergewicht	557
6	Ausblick	558
	Literatur	560

20. Kapitel: Multi- und Komorbidität

Von Susanne Singer und Heide Glaesmer

1	Definitionen und Konzepte	565
1.1	Natur des Gesundheitsproblems	565
1.2	Relative Wichtigkeit der Gesundheitsprobleme	566
1.3	Chronologie des Auftretens	566
1.4	Erweiterte Konzeptualisierungen	567
1.5	Anwendung der verschiedenen Konzepte	569
2	Zusammenhänge bei komorbiden Erkrankungen	570
3	Epidemiologie	572
3.1	Häufigkeit und Risikofaktoren komorbider Erkrankungen	572
3.2	Psychische Komorbidität bei körperlichen Erkrankungen	573
3.2.1	Psychische Komorbidität bei Krebserkrankungen	573
3.2.2	Psychische Komorbidität bei kardiovaskulären Erkrankungen	574
3.2.3	Psychische Komorbidität bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems	575
3.2.4	Psychische Komorbidität bei Diabetes mellitus	577
4	Relevanz	578
5	Erfassung	579
	Literatur	581

21. Kapitel: Schmerz

Von Peter Kropp und Uwe Niederberger

1	Einführung	587
1.1	Schmerz – Geschichtlicher Abriss	587
1.2	Anatomische und physiologische Grundlagen der Nozizeption	588
2	Akuter und chronischer Schmerz	590
2.1	Das biopsychosoziale Modell	591
2.2	Schmerz und Tiefenpsychologie	592
2.3	Schmerz und Lernpsychologie	593
2.3.1	Habituation und Erregungsniveau	594
2.3.2	Ausbildung bedingter Reaktionen – klassisches Konditionieren	594
2.3.3	Lernen am Erfolg – operantes Konditionieren	595
2.3.4	Sozial-kognitive Lernmodelle – Beobachtungslernen	595
2.3.5	„Schmerzgedächtnis“ und Schmerzchronifizierung	596
2.3.6	Kognitive Einflussfaktoren bei chronischen Schmerzzuständen	597
2.4	Körperwahrnehmung	597
2.5	Aufmerksamkeit und Reizverarbeitung	598
2.6	Attribution und Kontrolle	598

2.7	Persönlichkeit, Depression und Komorbidität	599
2.8	Schmerz und Placebowirkung	600
2.9	Implikationen für die psychologische Diagnostik und Therapie von Schmerzen	600
3	Schmerzdiagnostik	601
3.1	Epidemiologie des Schmerzes	602
3.2	Experimentelle Schmerzmessung	602
3.3	Klinische Schmerzdiagnostik	603
3.3.1	Schmerzdiagnostik bei Erwachsenen	604
3.3.2	Schmerzdiagnostik bei Kindern	606
3.3.2.1	Zur Anamnese bei kindlichen Schmerzzuständen	606
3.3.2.2	Beobachtung und Fremdeinschätzung	609
3.3.2.3	Methoden der Selbsteinschätzung	611
3.4	Diagnostik des Schmerzes im Alter	612
3.5	Diagnostik von Schmerzen Behinderter	612
4	Therapie	613
4.1	Zur Pathophysiologie der Migräne und des Spannungskopfschmerzes	613
4.2	Indikation für verhaltenstherapeutische Verfahren in der Schmerztherapie	614
4.3	Nicht medikamentöse, verhaltenstherapeutische Verfahren	615
4.3.1	Beratung und Führung des Patienten	615
4.3.2	Entspannungsverfahren und Hypnose	616
4.3.3	Biofeedback	619
4.3.4	Operante Schmerztherapie	620
4.3.5	Schmerzbewältigungsverfahren	621
4.3.6	Kognitive Therapieverfahren	622
4.3.7	Multimodale Therapieprogramme	623
4.4	Zur Effektivität nicht medikamentöser, verhaltenstherapeutischer Verfahren	624
4.5	Die Zukunft der nicht medikamentösen Schmerztherapie	625
4.5.1	Kurzzeitprogramme	625
4.5.2	Neurofeedback	625
4.5.3	Desensibilisierungstechniken	626
5	Resümee	626
	Literatur	627

22. Kapitel: Sexualität

Von Bernhard Strauß, Timo O. Nieder und Hertha Richter-Appelt

1	Sexualität als Thema der Medizinischen Psychologie	635
2	Medizin, Psychologie und Sexualwissenschaften	636
3	Systematik sexualwissenschaftlicher Themengebiete und Theorien der Sexualität	637

4	Psychophysiologische und neurobiologische Grundlagen der Sexualität . . .	639
5	Entwicklungspsychologische Aspekte der Sexualität	642
	5.1 Bindung und Sexualität	643
	5.2 Sexualität im höheren Lebensalter	650
6	Messung von Aspekten des sexuellen Verhaltens und Erlebens	652
7	Diagnostik und Therapie sexueller Störungen	653
	7.1 Sexuelle Probleme in der ärztlichen Praxis	656
	7.2 Sexualberatung und Sexualtherapie	657
	7.3 Störung der Geschlechtsidentität und Varianten der Geschlechts- entwicklung	660
	7.3.1 Transsexualität	661
	7.3.2 Intersexualität	667
8	Sexualität im Kontext von Krankheit und medizinischen Behandlungen . .	669
9	Sexueller Missbrauch	675
	9.1 Prävalenz von sexuellen Missbrauchserfahrungen	676
	9.2 Missbrauch und Traumatisierung	677
	9.2.1 Traumatisierungen durch sexuelle Reize	678
	9.2.2 Sexuelle Stimulierung und Erleben von sexueller Erregung	679
	9.2.3 Traumatisierung der Sexualität durch nichtsexuelle Reize	679
	9.2.4 Schüren der Angst vor der Sexualität	680
	9.2.5 Fehlende Grenzziehung und gestörte Schamentwicklung	680
10	Ausblick	680
	Literatur	681

23. Kapitel: Behandlungsmotivation, Adhärenz und Hilfesuchverhalten

Von Thomas Klauer und Wolfgang Schneider

1	Behandlungsmotivation	688
	1.1 Zum Begriff der Behandlungsmotivation	688
	1.2 Komponenten und Determinanten der Behandlungsmotivation	689
	1.2.1 Leidensdruck	689
	1.2.2 Krankheitsgewinn	690
	1.2.3 Behandlungsbezogene Erwartungen	690
	1.2.4 Problemverständnis, Laienätiologie, subjektive Krankheitstheorie	691
	1.3 Integrative Modelle der Behandlungsmotivation	691
	1.3.1 Ein integriertes Modell des Behandlungsengagements	692
	1.3.2 Erwartungs-Wert-Modelle der Behandlungsmotivation	693
	1.3.3 Phasenmodelle	694
	1.4 Diagnostische Erfassung von Behandlungsmotivation	695
	1.5 Vorhersage von Therapietreue und Therapieerfolg aus motivationalen Bedingungen	697

2	Behandlungstreue: Compliance und Adhärenz	698
2.1	Operationale Definition und Erfassung von (Non-)Adhärenz	699
2.2	Bedingungen der Adhärenz	701
3	Motivationsfördernde Intervention	703
4	Hilfesuchverhalten	705
5	Schlussbemerkungen	709
	Literatur	710

24. Kapitel: Alter, Gesundheit und Krankheit

Von Thomas Gunzelmann

1	Einleitung	715
2	Ein erweitertes Modell von Gesundheit und Krankheit im Alter	715
3	Daten zu Gesundheit und Krankheit im Alter	717
3.1	Normales, pathologisches und optimales Alter	717
3.2	Häufige körperliche und psychische Erkrankungen im Alter	718
3.3	Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit	720
3.4	Besondere Probleme des „vierten Lebensalters“	721
3.5	Kompressionsthese, Medikalisierungsthese und aktive Lebenserwartung	721
4	Subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität	722
4.1	Subjektive Gesundheit	722
4.2	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	723
5	Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit im Alter	725
5.1	Geschlecht und soziale Lage	725
5.2	Gesundheitsverhalten und psychische Ressourcen	727
5.2.1	Ein Modell des Gesundheitsverhaltens	728
5.2.2	Resilienz und Kohärenzgefühl als psychische Ressourcen für Gesundheit	730
6	Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems im Alter	732
6.1	Häufigkeit der Inanspruchnahme	732
6.2	Faktoren der Inanspruchnahme	732
7	Interventionsmöglichkeiten und Gesundheitsförderung im Alter	733
7.1	Kognitives und körperliches Training	734
7.2	Präventive Hausbesuche	735
7.3	Aktive Gesundheitsförderung im Alter	735
8	Schlussfolgerungen	736
	Literatur	737

25. Kapitel: Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung Von Rolf Kienle und Gertraud Stadler

1	Einleitung	743
2	Begriffsbestimmung	743
3	Beispiele für die Messung sozialer Unterstützung und sozialer Integration	745
3.1	Fragebogenverfahren zur Messung sozialer Unterstützung	746
3.1.1	Fragebogen zur sozialen Unterstützung	746
3.1.2	The ENRICHD Social Support Inventory	747
3.2	Interviews	747
3.3	Tagebuchverfahren	748
4	Soziales Netzwerk, soziale Unterstützung, Gesundheit und Wohlbefinden	749
4.1	Sozialstruktur und soziale Netzwerke	750
4.2	Assoziationen zwischen sozialem Netzwerk und Morbidität sowie Mortalität	750
4.3	Soziale Unterstützung Gesundheit und Wohlbefinden	751
4.4	Pfade zur Gesundheit	752
4.4.1	Psychologische Pfade	752
4.4.2	Psychobiologische Pfade	754
4.4.3	Soziale Unterstützung und Gesundheitsverhalten	755
5	Dyadisches Coping	755
6	Interventionen	756
6.1	Gruppeninterventionen	756
6.2	Einzelinterventionen	758
6.3	Zukünftige Interventionsforschung	759
7	Negative Effekte von sozialen Interaktionen	761
8	Schlussfolgerungen für die Gesellschaft	763
	Literatur	763

26. Kapitel: Genetik und Gen-Umwelt-Interaktion psychischer Störungen am Beispiel der Depression

Von Annette M. Klein

1	Einleitung	769
2	Krankheitsbild der Depression	770
2.1	Krankheitsbild und Prävalenz der Depression	770
2.2	Entstehungsmodell der Depression	771

3	Erblichkeit depressiver Störungen	774
3.1	Methoden der Verhaltensgenetik und Befunde	774
3.1.1	Quantitative Genetik	774
3.1.1.1	Familienstudien und Adoptionsstudien	775
3.1.1.2	Zwillingsstudien	775
3.1.1.3	Heritabilität: Statistische Schätzung der Erblichkeit von Eigenschaften	775
3.1.1.4	Befunde aus Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien	776
3.1.1.5	Schlussfolgerung und Kritik zur quantitativen Genetik	777
3.1.2	Molekulargenetische Forschungsansätze	777
3.1.2.1	Kopplungsanalysen	779
3.1.2.2	Assoziationsstudien	779
3.1.2.3	Genomweite Assoziationsstudien	780
3.1.2.4	Befunde aus molekulargenetischen Studien	780
3.1.2.5	Schlussfolgerung und Kritik zur molekularen Genetik	783
3.1.3	Untersuchungen an Tiermodellen	784
4	Gen-Umwelt-Interaktion und Epigenetik	784
4.1	Verschiedene Arten der Gen-Umwelt-Interaktion	785
4.1.1	Gen-Umwelt-Korrelation	785
4.1.2	Gen-Umwelt-Interaktion	785
4.1.3	Der Einfluss von Umwelteffekten auf die Genexpression – Epigenetik	786
4.2	Befunde zu Gen-Umwelt-Interaktionen	786
4.3	Befunde der Epigenetik	789
4.3.1	Begriffsbestimmung	789
4.3.2	Wirkung früher Erfahrungen auf die Stressregulation: Untersuchungen an Tiermodellen	790
4.3.3	Studien beim Menschen	792
4.3.4	Stress und Elternverhalten: Adaptiver Wert der epigenetischen Programmierung	793
4.3.5	Schlussfolgerungen aus Tierstudien	794
4.4	Bedeutung der Befunde	794
5	Schlussfolgerungen für die Gesellschaft	795
	Literatur	796
	Autorenregister	801
	Sachregister	839

Teil I

Gegenstand und Einführung

1. Kapitel

Gegenstandsbereich und Geschichte

Christina Schröder

1 Zum Gegenstand

Im populären Verständnis ist „Medizinische Psychologie“ eine Psychologie unter anderen praktischen Psychologien und zwar eine für den ärztlichen Gebrauch. Dieses Verständnis impliziert, dass Ärzte psychologisches Wissen und psychologische Methoden für konkrete Fragestellungen und Problemlösungen innerhalb der Medizin und im Sinne des Patientenwohls nutzen. Eine solche Auffassung ist zunächst mehr als plausibel, denn Medizinische Psychologie ist auch nach interner Sicht von Experten eine angewandte wissenschaftliche Disziplin, der es primär darum geht, Kompetenzen hinsichtlich psychosozialer Aspekte der Medizin auszubilden und in die ärztliche Tätigkeit zu integrieren. Obwohl diese Auffassung damit ein wichtiges Ziel der Medizinischen Psychologie erfasst, greift sie zu kurz und wird dem tieferen Bedeutungsgehalt des Begriffes und der modernen Gestalt dieser Disziplin noch nicht gerecht. Es bleibt insbesondere offen, auf welcher wissenschaftlichen Basis – d. h. an welchem Gegenstand und nach welchen Standards – diese Erkenntnisse und Methoden gewonnen werden und wer und mit welcher fachlichen Autorität diese in die Medizin implementiert. Und es bleibt unklar, welchen Stellenwert diese spezifische Form der Psychologie im Fächerkanon der Humanwissenschaft Medizin einnimmt. Die Medizinische Psychologie lässt sich deshalb nicht pauschal auf eine „Psychologie für Mediziner“ reduzieren. Sie sollte aber ebenso wenig zur einzigen „Psychologie in der Medizin“ erklärt werden. Denn „zusammen mit Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Klinischer Neuropsychologie, Klinischer Psychologie und Verhaltensmedizin hat sie daran bloß Anteil“ (Huppmann, 1992a, S. 1).

Bereits eine so kurze Problematisierung macht deutlich, dass die Medizinische Psychologie in unübersichtlichen Beziehungsverhältnissen steht, nicht ohne

Weiteres in das Wissenschaftssystem einzuordnen ist und ihre Gegenstandsdefinition auf jeden Fall Schwerpunktsetzungen und eine übergreifende Disziplinsicht verlangt. Aus diesem Grunde verzichteten in den letzten Jahren viele Lehrbuchautoren auf eine allgemeine und grundlegende Gegenstandsbestimmung. Sie beschränkten sich auf eine indirekte Gegenstandsbeschreibung anhand der inhaltlichen Abfolge des gültigen Gegenstandskatalogs des Unterrichtsfaches Medizinische Psychologie in der prägradualen Ausbildung von Humanmedizinern (z. B. Buser, Schneller & Wildgrube, 2003; Strauß, Berger, Troschke & Brähler, 2004). Auf dessen Entwicklung und Bedeutung wird weiter unten noch eingegangen. Eine Ausnahme von der Haltung, eine festlegende Gegenstandsdefinition zu vermeiden, bildet die Antwort auf die Frage „Was ist Medizinische Psychologie?“ im Lehrbuch von Gerber und Kropp (2007). Dort kann man lesen: „Sie ist jene Wissenschaftsdisziplin, welche Begriffe, Methoden, Beobachtungswissen und Theorien aller Bereiche der Psychologie bei der Analyse von Gesundheit und Krankheit anwendet. Ihr Erkenntnisinteresse richtet sich dabei auf psychologische, psychobiologische und psychosoziale Aspekte der Entwicklung und des Verlaufs von Krankheiten, ihrer Verhütung und der Förderung von Gesundheit sowie der Behandlung körperlicher und psychischer Erkrankungen“ (S. 12). Dieses Gegenstandsverständnis enthält drei unverzichtbare Bestandteile zur Charakterisierung des Wesens von Medizinischer Psychologie: (1) einen eindeutigen Verweis auf die Mutterdisziplin Psychologie, (2) die Aussage, dass der von ihr untersuchte Wirklichkeitsbereich alle psychologischen und mit psychologischen Prozessqualitäten assoziierten Aspekte von Gesundheit und Krankheit umfasst und (3) die implizite Aussage, dass sie ihr theoretisches und methodisches Rüstzeug einschließlich des interventiven Handelns in einem Gebiet außerhalb ihrer Mutterwissenschaft anwendet, das jedoch trotz seiner wesensbestimmenden Relevanz nicht näher benannt wird. Gesundheit und Krankheit werden hier zudem ausschließlich als überindividuelle Prozesse und nicht zugleich als konkrete Lebenssituationen von Individuen betrachtet. Damit erweist sich auch diese Auffassung als ergänzungsbedürftig.

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) wurde 1979 gegründet und ist ein anerkanntes Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland (AWMF) und u. a. für das Unterrichtsfach Medizinische Psychologie an den Medizinischen Fakultäten zuständig. Ihre Repräsentanten tragen in gegenstandstheoretischen Überlegungen deshalb vor allem dem Ort der gelungenen Anwendung und Institutionalisierung des Wissenschaftsgebiets und Ausbildungsfaches Rechnung. Die offizielle Selbstdefinition lautet: „Die Medizinische Psychologie ist ein eigenständiges Fachgebiet innerhalb der Humanwissenschaft Medizin. Sie ist in der medizinischen Forschung, der medizinischen Lehre und in der Patientenversorgung inhaltlich, organisatorisch und personell vertreten.“ Sie ist

zudem „ein genuin interdisziplinäres Fach. Ihre Vertreterinnen und Vertreter können in allen Spezialdisziplinen der Psychologie beheimatet sein. Ihnen gemeinsam ist, dass sie die Verbindungen zwischen psychologischen und medizinischen Sachverhalten erforschen.“ Mit ihren Themen „wirkt die Medizinische Psychologie in alle Bereiche der Medizin hinein“. „Für Ärzte stellt medizinpsychologisches Wissen eine Basiskompetenz dar, die sie den Beruf begleitend in allen klinischen Bereichen anwenden müssen. Deshalb ist die Medizinische Psychologie ein Grundlagenfach im Rahmen der vorklinischen Ausbildung und Bestandteil des 1. Abschnitts der Ärztlichen Prüfung. (...) Medizinpsychologische Themen sind außerdem immer wieder Gegenstand in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung sowie in der Aus- und Weiterbildung anderer medizinischer und medizinischer Berufe.“ (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie, o. J.)

Im Folgenden sollen die in den vorgestellten Bestimmungen des Gegenstandes der Medizinischen Psychologie hervortretenden Aspekte (disziplinäre Identität, untersuchter Wirklichkeitsbereich, Anwendungsgebiet, Ort der Institutionalisierung und Ausbildungsauftrag) zusammengeführt und präzisiert werden:

Die Medizinische Psychologie ist dem Objektbereich psychischer Vorgänge, d. h. dem individuellen Erleben und Verhalten zuzuordnen. Ihren Gegenstand bilden psychische Widerspiegelungs- und Regulationsprozesse von Subjekten in der Mensch-Umwelt-Relation, die an neurobiologische Voraussetzungen gebunden und in ein soziales System eingebettet sind. Allerdings untersucht sie psychische Vorgänge des Menschen nicht unter grundlagenwissenschaftlichen Prozessaspekten der Allgemeinen Psychologie wie Kognition, Emotion, Entwicklung oder Lernen, sondern im Hinblick auf den spezifischen Anforderungs- und Lebensbereich des Krankseins. Zu diesem Bereich gehört der Gesamtkomplex der gesundheitlichen Versorgung als Verhaltenssystem einschließlich der psychosozialen Struktur und Dynamik der Helfer-Patient- sowie Helfer-Helfer-Beziehungen. Dabei liegt das Hauptaugenmerk der Medizinischen Psychologie auf den psychosozialen Rahmenbedingungen körperlicher Erkrankungen.

Nach den formalen Kriterien der Wissenschaftsklassifikation (Schröder & Schröder, 1986) ist ihre Mutterwissenschaft und Identitätsstifterin die Psychologie (unabhängig davon, dass die Psychologie sich erst relativ spät aus der Philosophie verselbstständigte und es in der Medizin schon vor dieser Verselbstständigung eine psychologische Praxis gab) und sie selbst ein angewandter Zweig dieser Wissenschaft. Vom Gliederungsprinzip her ist sie mit anderen angewandten Subdisziplinen der Psychologie wie der Pädagogischen Psychologie oder der Forensischen Psychologie vergleichbar. Die von ihr zu erkennen und zu beeinflussenden psychologischen Sachverhalte sind nur bei fachkundiger Anwendung des umfangreichen und komplizierten psychologischen

Theorien- und Methodenfundus aufzuklären, der sich primär im Rahmen der Gesetze, Prinzipien, Kategorien und Begriffe der Mutterwissenschaft weiterentwickelt.

Ehe an dieser Stelle die Bestimmung der Wesensmerkmale der Medizinischen Psychologie fortgesetzt werden kann, sind noch einige Zwischenüberlegungen zur Rolle der Medizin als Wissenschaft notwendig: Zwar genügt sich der bisher konstatierte psychologische Kern des Faches Medizinische Psychologie selbst, repräsentiert aber nicht die reale und unabhängige Existenzform der Medizinischen Psychologie am Schnittpunkt zur Medizin. Denn zumindest in Deutschland besitzt die Medizinische Psychologie innerhalb ihrer Mutterwissenschaft Psychologie keine institutionellen Konturen. Hier sorgten einige Besonderheiten der medizinischen Praxis und das mangelnde Interesse der akademischen Psychologen von vornherein für eine eigenständige Etablierung und Professionalisierung der Medizinischen Psychologie im Schoße der Medizin (vgl. Abschnitt 2). Da die Medizin sowohl Elemente einer Erkenntnis- als auch einer Instrumental- und Handlungswissenschaft umfasst (Hartmann, 1989; Pauli, White & McWhinney, 2001), ist sie selbst schwer einzuordnen. Aufgrund der Mehrfachdetermination ihres Gegenstandes – biologischer Organismus Mensch als auch biopsychosoziales Subjekt Mensch – besteht ihre Eigenart gerade darin, qualitativ unterschiedliche Einzelwissenschaften in Dienst zu nehmen und in bestimmter Form in sich aufzuheben. Zu diesen Einzelwissenschaften gehört neben den Naturwissenschaften vor allem die Psychologie. Dabei hat die Medizin die Aufgabe, eine weitere Differenzierung und Auffächerung des Zugangs zum kranken Menschen von der molekularen bis zur soziologischen Ebene zu leisten und die Einheitlichkeit ihres komplexen Gegenstandes zu bewahren sowie benötigte Teildisziplinen selbst zu entwickeln, zu entlehnen und vor allem zu integrieren (Geyer, Lossow & Schröder, 1986).

Unter Beachtung dieser Besonderheiten der „Sammelwissenschaft“ Medizin lautet die weitere Bestimmung des Wesens von Medizinischer Psychologie:

Aus der Sicht der Medizin ist die Medizinische Psychologie ein der Medizin inhärentes Grundlagen-, Querschnitt- und Lehrfach. Angewandt und konkretisiert auf medizinische Fragestellungen befasst sie sich in Forschung, Ausbildung und Versorgung mit dem neuropsychologischen und psychosozialen Bedingungsgefüge des Krankseins in den Bereichen Prävention, Ätiologie, Genese, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Dabei tritt die Medizinische Psychologie maßgebend für methodologische Problemlösungen im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells ein, das u. a. von einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit ausgeht. Ihre strukturelle und personelle Vertretung in Deutschland ist seit 1970 an das Pflichtfach „Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie“ des 1. Abschnitts der Ärztlichen Prüfung gebunden

(vgl. Abschnitt 2 dieses Beitrags). Deshalb sind ihre Vertreter in der Regel in selbstständigen vorklinischen Einrichtungen von Medizinischen Fakultäten angesiedelt. Von dort wirken sie durch eine vielfältige Multiplikatorentätigkeit in die Klinik hinein. Die Mehrzahl der universitären Fachvertreter besitzt einen Hochschulabschluss in Psychologie, hinzukommen psychologisch qualifizierte Ärzte, Sozial- und Naturwissenschaftler. Es bestehen Kooperationen zu Psychologen in Forschungszentren und Versorgungseinrichtungen, die ebenfalls mit medizinpsychologischen Themen befasst sind. Als Forschungsdisziplin orientiert sie sich sowohl an ihrer Mutterwissenschaft Psychologie und deren grundlegenden Trends als auch an den experimentellen und klinischen Entwicklungsprozessen in der Medizin.

Innerhalb des breiten Spektrums der psychosozialen Medizin ergibt sich die Abgrenzung zu anderen Fächern wie Psychiatrie, Psychotherapie oder Sozialmedizin im Wesentlichen aus dem durchgehend normalpsychologischen Ansatz der Medizinischen Psychologie. Sie beschäftigt sich konsequent mit den psychosozialen Invarianten des individuellen Krankheitsgeschehens und Medizinsystems einschließlich der Arbeitssituation des medizinischen Personals wie Belastungsverarbeitung, Lebensqualität, Arzt-Patient-Kommunikation oder Sterbebegleitung, die jeweils auf konkrete klinische Anforderungen und Interaktionen bezogen werden können (vgl. Schmidt, 1982). Der Unterschied zu den anderen psychosozialen Fächern besteht in deren Konzentration auf bestimmte nosologische, diagnostische, therapeutische oder gesundheitswissenschaftliche Gebiete wie z. B. auf psychische Störungen mit Krankheitswert, auf die Methodologie und Praxis der psychosozialen Intervention oder auf makrosoziale Rahmenbedingungen der Medizin. Aufgrund dieses normalpsychologischen Querschnittcharakters kann die Medizinische Psychologie „eine Informationsfunktion, eine theoretische Funktion, eine kritische Funktion, eine Ausbildungsfunktion und nicht zuletzt eine Bildungsfunktion“ im Kanon der medizinischen Disziplinen übernehmen (Huppmann, 1992a, S. 3). Die sich aus diesen Funktionen ergebende „vermittelte Praxis“ (ebenda, S. 2) fördert die psychosozialen und patientenbezogenen Kompetenzen des wissenschaftlichen, ärztlichen und pflegerischen Personals und stellt eine wichtige Ressource für die gesamte Medizin dar.

2 Historische Zusammenhänge

Neben wissenschaftslogischen und praktischen Gründen lassen auch bestimmte historische Weichenstellungen die doppelte Zugehörigkeit der Medizinischen Psychologie verständlich werden. Psychosoziale Wissensbestandteile, Erfahrungen und Methoden sind seit jeher ein unverzichtbarer Bestandteil des ärztlichen Denkens und Handelns. Im Vergleich zu den naturwissenschaftlichen Grundlagen der Medizin wurden sie jedoch erst sehr spät systematisch unter-

sucht und mit einem Oberbegriff versehen, der ihnen eine abgrenzbare Rolle innerhalb der Medizin zuweist (Schröder, 2002). Von der Antike bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts betrachteten die philosophisch umfassend gebildeten Ärzte Europas (die Philosophie gehörte zur akademischen Ausbildung; die Psychologie war noch eine unmündige Teildisziplin der Philosophie) die psychosoziale Dimension als ein entscheidendes Wesensmerkmal der Medizin, insbesondere hinsichtlich des Leib-Seele-Zusammenhangs. Dessen Beachtung trug nicht zuletzt dazu bei, die noch mangelhaften kurativen Möglichkeiten auszugleichen. Im Zeitalter der Aufklärung gewann die Selbstverständlichkeit der psychosozialen Dimension sogar an Bedeutung. Das Seelische avancierte zu einem viel diskutierten Element der ärztlichen Tätigkeit. Angeregt durch philosophische Schriften wie „Von der Macht des Gemüths, durch blossen Vorsatz seiner krankhaften Gefühle Meister zu sein“ (Kant, 1868) beschäftigten sich deutsche Ärzte intensiv mit psychosomatischen Krankheitstheorien, innerpsychischen Prozessen und psychotherapeutischen Interventionen. Es ging dabei um die Subjektfähigkeit und Vernunftbegabung von psychisch und körperlich Kranken und die Möglichkeiten des Arztes, mentale Einflüsse in allen therapeutischen Prozessen zu nutzen. Dieser noch unspezifische psychosoziale Ansatz, der zu jener Zeit von Einzelpersonlichkeiten getragen wurde und aus einem Konglomerat psychiatrischer, psychotherapeutischer, psychosomatischer, medizinpsychologischer und spiritueller Inhalte bestand, bereitete den Boden für unterschiedliche neue Spezialdisziplinen, von denen sich zu Beginn des 19. Jahrhunderts zuerst die Psychiatrie herausdifferenzieren und erfolgreich etablieren konnte (Trenckmann, 1988). Deshalb wurden zur Charakterisierung dieses Ansatzes auch unterschiedliche Begriffe herangezogen, von denen „Ärztliche Seelenheilkunde“ als der im damaligen Sinne umfassendste gelten kann. Spätere Allein- und Gesamtvertretungsansprüche sowie das bis heute anzutreffende Problem ungeklärter Abgrenzungen und Zuständigkeiten einzelner psychosozialer Fächer innerhalb der Medizin beruhen zu Teilen auf dieser gemeinsamen Vorgeschichte (Schröder, 2007).

1773 tauchte erstmals die Bezeichnung *medizinische Psychologie* auf, eingeführt von dem Berliner Hausarzt und Philosophen Marcus Herz (1747–1803). Nach Huppmann (1992b) betrachtete Herz die Psychologie explizit als eine Hilfswissenschaft der Medizin, derer sich die Medizin ebenso gezielt bedienen sollte, wie sie das inzwischen mit Physik und Chemie tat. Herz konzipierte ein auch im heutigen Sinne tragfähiges Programm der Medizinischen Psychologie, das eine große Ausstrahlung auf die nächsten Generationen besaß (Huppmann, 1998) und u. a. eine „Psychologie des Arztes“, eine Thanatopsychologie sowie Ausbildungsvorschläge enthielt.

In der beginnenden Auseinandersetzung mit dem aufstrebenden zellulärpathologischen Paradigma plädierten in der Mitte des 19. Jahrhunderts vor allem

geisteswissenschaftlich interessierte Ärzte unter Berufung auf Herz und andere Vordenker der Medizinischen Psychologie und unter dem Einfluss der romantischen Weltsicht dafür, an einem ganzheitlichen Menschenbild festzuhalten, um nicht dem Reduktionismus auf monokausale somatische Vorgänge zu verfallen. Der „drohende Verlust der Seele“ in der Medizin (König, 1980) veranlasste sie zu der Forderung, das Streben nach einem tieferen psychologischen Verständnis des ärztlichen Wirkens zu einer Grundhaltung zu erheben. Angesichts der den menschlichen Organismus zergliedernden naturwissenschaftlichen Vorgehensweisen sollte das ganzheitliche Herangehen die innere Verbundenheit der Medizin sichern. Um eine solche im weiteren Sinne auch berufsethische Forderung fester zu verankern, rückten sie Psychologie und Medizin in einen natürlich gegebenen Zusammenhang, z. B. mit den Begriffsformen *psychologische Medizin* und *psychologischer Arzt*. Trotz der daraus resultierenden Begriffsverwirrung zeichnete sich das Konzept eines neuen Spezialfaches ab, das generell für normalpsychologische Fragestellungen in der Medizin zuständig sein könnte und als dessen korrekte wissenschaftssystematische Bezeichnung sich allmählich der Name Medizinische Psychologie durchsetzte.

Die außerordentlich erfolgreiche naturwissenschaftlich orientierte Medizin rechtfertigte sehr schnell die erwähnten Befürchtungen. So charakterisierte sie der Psychiater Eugen Bleuler als erste „unpsychologische Etappe“ in der Geschichte der Heilkunde (Bleuler, 1914, 1919) und sprach von einer auf Unkenntnis der psychologischen Fakten und Missachtung des psychologischen Umgangs mit Patienten beruhenden modernen „Psychophobie des Arztes“. Der naturwissenschaftlich sozialisierte Arzt verbannte erstmals emotionale und soziale Bedingungen aus dem Fokus ärztlichen Erkenntnistrebens und ärztlicher Denkweise. Obgleich er keinen Wert auf psychologische Reflektionen legte, sprach er sich als Kliniker jedoch eine gewisse psychosoziale Kompetenz zu. Im klinischen Alltag galt die Regel, dass sich Menschliches und Moralisches von selbst versteht. Dieses Verständnis erreichte ein Arzt nach allgemeiner Ansicht nicht mittels theoretischer Ausbildung, sondern als Frucht menschlicher Reife und psychologischer Intuition. Es zählte deshalb zu den natürlichen Voraussetzungen wahrer Berufseignung, die mit der klinischen Erfahrung wachsen und das sogenannte Nichtfassbare der ärztlichen Kunst ausmachen. Je nach Interesse und Engagement praktizierten viele herausragende Kliniker aus diesem Grund eine auf persönlicher Evidenz fußende Psychologie des Patienten, die im Unterricht am Krankenbett und in Autobiografien implizit weitergegeben wurde. Diese Tradition erbrachte unter Medizinern eine folgenreiche Geringschätzung des wissenschaftlichen und klinischen Anregungswertes experimenteller psychologischer Fragestellungen, wie sie nach 1880 im Rahmen der jungen akademischen Psychologie auftauchten, die primär noch um eine naturwissenschaftliche Grundlegung rang. Nach Bleuler wäre es nun an der Zeit gewesen, unsystematische empirische Erfahrungswerte durch den gezielten

Erwerb einer nach rationalen Kriterien überprüften psychosozialen Kompetenz zu ersetzen. Da dies nicht geschah, blieb es sich die naturwissenschaftlich fundierte Medizin selbst schuldig, ihren konsequenten wissenschaftlichen Anspruch auch auf dem psychosozialen Feld einzulösen und schon eröffnete Wege zu gehen.

Trotzdem und im Gegensatz zu dieser Ignoranz entstand auf dem Höhepunkt der naturwissenschaftlichen Ära der Medizin, der vor allem große Defizite im Bereich der Diagnostik und Therapie psychischer und psychosomatischer Störungen offenbarte, nach der Psychiatrie eine zweite neue psychosoziale Spezialdisziplin, die sogar Querschnittcharakter besaß.

Zwischen 1880 und 1910 schloss sich eine Elite deutschsprachige Nervenärzte, Internisten und Psychiater (ihre Zunft hatte inzwischen die meisten geisteswissenschaftlichen Bezüge zugunsten des hirnrorganischen Paradigmas aufgegeben) zusammen, um im Schutze der Privatpraxis und unter dem Oberbegriff *Psychotherapie* eine eigenständige therapeutische Disziplin zu begründen (Schröder, 1995). Auch sie waren Außenseiter, wurden aber wegen des harten Wettbewerbs der Schulmediziner mit den immer noch einflussreichen Laienbehandlern um die „nervöse Klientel“ innerhalb der Ärzteschaft in gewissem Maße toleriert. Ihnen war besonders daran gelegen, therapeutisches Handeln wissenschaftlich abzusichern. Ärzte mit der neuen Berufsidentität *Psychotherapeut* griffen deshalb erstmalig auf geeignete Theorien zur Erklärung der Entstehung und möglichen Aufhebung psychischer Symptome zurück, die aus der akademischen Psychologie stammten, z. B. auf die Theorie der assoziativen Verknüpfung und Abspaltung von emotional belastenden Vorstellungen. Sie erkannten unabhängig von ihrer jeweiligen methodischen Vorgehensweise (die Spannweite reichte von der Hypnose über die rationale Psychotherapie bis zur frühen Psychoanalyse) sehr schnell, dass die Medizin von der psychologischen Sichtweise nicht nur im psychopathologischen und therapeutischen Bereich profitierte, sondern einer generellen psychologischen Ergänzung bedurfte und für diese Aufgabe der Name und das Konzept einer Medizinischen Psychologie bereits zur Verfügung standen. Sie vertraten Psychotherapie und Medizinische Psychologie deshalb häufig in Personalunion. Um die eigene fachliche Bedeutung zu erweitern, hoben sie die Medizinische Psychologie auch gern in der Psychotherapie auf. Diese Gleichsetzung erbrachte für die weitere Entwicklung des Faches Medizinische Psychologie den Vorteil, wichtige Mitstreiter zu besitzen. Sie erbrachte aber auch lange wirkende Nachteile, insbesondere weil der Medizinischen Psychologie auf diese Weise ebenfalls ein psychopathologisches Anliegen unterstellt und ihre Eigenständigkeit relativiert werden konnte.

Inhaltlich ging es in den nächsten Jahrzehnten darum, vorhandenes psychologisches Detailwissen zu systematisieren, neue Forschungsfelder zu erschließen,

die über die Arzt-Patient-Beziehung hinausgingen (z. B. Psychodiagnostik, Psychophysiologie, prämorbid Persönlichkeitsstypologien, psychosoziale Krankheitsbewältigung u. a.) und die Ausbildung psychologischer Basiskompetenzen jedes Arztes strukturell zu verankern. Die im Wesentlichen mit abstrakten Wahrnehmungs- und Denkprozessen befasste junge akademische Psychologie, noch auf einem schwachen experimentellen Fundament stehend und sich deshalb selbst an den erfolgreichen Naturwissenschaften in der Medizin ausrichtend, konnte und wollte die sich daraus ergebende große Chance einer fortschrittlichen interdisziplinären Kooperation mit den ärztlichen Verfechtern der Medizinischen Psychologie nicht nutzen. Diesen wiederum waren die wissenschaftlichen Standards der akademischen Psychologie weitgehend unbekannt und nur wenigen der Mühe wert, sich damit auseinanderzusetzen. Deshalb umrissen die ärztlichen Vordenker der Medizinischen Psychologie deren Gegenstand und Aufgaben nach eigenem Gutdünken. Angesichts der aufkommenden Lehrstuhlfrage wollten sie das Fach auch weiterhin allein vertreten. Zwischen 1880 und 1933 entwickelten sie zahlreiche inhaltliche, publizistische und wissenschaftsorganisatorische Initiativen zur Förderung und zum Aufbau des Faches und des Forschungsfeldes Medizinische Psychologie. Ein wichtiges Ziel bestand darin, das Fach in den obligatorischen akademischen Unterricht aufzunehmen und dafür Lehrstühle zu gründen. Vor dem Ersten Weltkrieg und während der Weimarer Republik wurde die Diskussion über die Notwendigkeit und den Umfang der psychologischen Ausbildung deutscher Mediziner im Zusammenhang mit anstehenden Reformen medizinischer Prüfungsordnungen auch schon öffentlich ausgetragen, z. B. auf Ärzte- und Fakultätentagen. Die einflussreichen Gegner einer „Psychologisierung“ der Medizin beriefen sich nun auf den wachsenden Umfang des unverzichtbaren naturwissenschaftlichen Pensums, das keine Ablenkung dulde, und auf das althergebrachte unsachliche Argument, dass psychologisches Fingerspitzengefühl nicht theoretisch erworben und schon gar nicht durch eine Prüfung bescheinigt werden könne. Trotz zahlreicher veröffentlichter Lehrbücher zum Thema Medizinische Psychologie, die prinzipiell die Lehr- und Lernbarkeit solcher Inhalte unter Beweis stellten, blieb es jahrzehntelang bei fakultativen Lehrangeboten für angehende Mediziner, in der Regel von Privatdozenten mit psychotherapeutischer Spezialisierung oder vom Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie gehalten und in das Gewand einer Propädeutik der Medizin gekleidet.

Nach 1960 wurde die Position des in der Schwebe gebliebenen Wissenschaftsgebietes und Unterrichtsfaches durch entscheidende Erkenntnisfortschritte innerhalb der internationalen akademischen Psychologie, die inzwischen einen eigenen klinisch-psychopathologischen Zweig aufgebaut hatte, und entsprechende Anwendungserfolge gestärkt. Zu den relevanten Bereichen des Wissenstransfers aus der Mutterwissenschaft in die Medizinische Psychologie zählen u. a. die Lern- und Testtheorie, die statistischen Persönlichkeitsmodelle, das

klinisch flexibel einsetzbare Konzept der Gesprächspsychotherapie sowie die Ergebnisse der psychobiologischen Schmerz-, Stress- und Belastungsforschung. Mit dieser neuen fachlichen Substanz gelang 1970 ein entscheidender Professionalisierungsschritt. Die Fächerkombination „Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie“ wurde per Gesetzeskraft (§ 23, Abs. 2, Satz 2 u. Anlage 10.IV der ärztlichen Approbationsordnung) in das offizielle Curriculum der Humanmedizin in der Bundesrepublik Deutschland aufgenommen. In der DDR kam es wenige Jahre zuvor zu einer vergleichbaren strukturellen Verankerung des Faches (Rösler & Szewczyk, 1992). Wesentliche Gründe für diesen Entwicklungsschub ergaben sich unmittelbar aus der Notwendigkeit, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern: Die apparative Spezialisierung und die Konzentration auf die objektive Seite der Krankheit ohne Berücksichtigung der Individualitätsformen hatte die Distanz der technisierten Medizin zu den Patienten vergrößert, die wiederum selbst einen größeren Autonomieanspruch als vorhergehende Generationen geltend machten. Außerdem war es innerhalb der Morbiditätsstruktur zu Veränderungen gekommen, welche die Beachtung des psychosozialen Bedingungsgefüges bei der Krankheitsentstehung und bei der Betreuung vor allem der wachsenden Zahl chronisch kranker Patienten unbedingt erforderlich machten. Die Inhalte und Prämissen der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie wurden deshalb in Deutschland zu einem wichtigen Gegenstand einer intellektuellen, sozialpolitischen und medizininternen Bewegung mit dem Ziel, das einseitige biotechnologische Paradigma sinnvoll und umfassend zu ergänzen. Ihre Vertreter waren Mitinitiatoren dieses Prozesses und unterstrichen ihr Anliegen durch den Verbund beider Fächer in der Lehre. Aus diesem Auftrag ergab sich auch die bewusste Platzierung der Fächerkombination im vorklinischen Unterricht, denn die Akzeptanz der psychosozialen Sicht soll möglichst frühzeitig als stabile Haltung zukünftiger Ärzte angelegt werden. Seit dieser offiziellen Institutionalisierung kann das Fach eine wachsende wissenschaftliche Produktivität auf internationalem und nationalem Niveau (Basler & Schieferbein, 1995) und eine vielfältige klinische Versorgungstätigkeit (Hasenbring, 1998) nachweisen, die seine begrenzten Kapazitäten im Rahmen der Medizinischen Fakultäten oft überschreitet. Als angewandtes Fach zeichnet sich die Medizinische Psychologie darüber hinaus dadurch aus, dass sie immanente und progressive Fragestellungen der Medizin methodenübergreifend bearbeitet und der Medizin eine umfassende psychologische Expertise zur Verfügung stellt.

Wie in ihrer Geschichte nicht ungewöhnlich, errang die Medizinische Psychologie im Zusammenhang mit umfassenden und inhaltlich tiefgehenden Reformbestrebungen für das Medizinstudium erneute Beachtung. Die im Jahre 2002 durch den Bundesrat verabschiedete und seit dem Wintersemester 2003/2004 im Studium realisierte neue Ärztliche Approbationsordnung verstärkte den Stellenwert des Faches im medizinischen Curriculum sowohl durch die Anzahl