

PsychoMed
compact

Renneberg /
Heidenreich / Noyon
Einführung
Klinische
Psychologie



Reinhardt

UTB



3134

Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

Böhlau Verlag · Köln · Weimar · Wien

Verlag Barbara Budrich · Opladen · Farmington Hills

facultas.wuv · Wien

Wilhelm Fink · München

A. Francke Verlag · Tübingen und Basel

Haupt Verlag · Bern · Stuttgart · Wien

Julius Klinkhardt Verlagsbuchhandlung · Bad Heilbrunn

Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft · Stuttgart

Mohr Siebeck · Tübingen

Orell Füssli Verlag · Zürich

Ernst Reinhardt Verlag · München · Basel

Ferdinand Schöningh · Paderborn · München · Wien · Zürich

Eugen Ulmer Verlag · Stuttgart

UVK Verlagsgesellschaft · Konstanz

Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen

vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich

PsychoMed compact – Band 4

Die Reihe wurde begründet von Prof. Dr. Hans Peter Rosemeier (†) und Prof. Dr. Nicole von Steinbüchel; sie wird herausgegeben von Prof. Dr. Elmar Brähler und Prof. Dr. Nicole von Steinbüchel.

Babette Renneberg, Thomas Heidenreich,
Alexander Noyon

Einführung Klinische Psychologie

Mit 160 Übungsfragen, 19 Abbildungen und 28 Tabellen

Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Prof. Dr. *Babette Renneberg* lehrt Klinische Psychologie/Psychotherapie an der Freien Universität Berlin.

Prof. Dr. *Thomas Heidenreich* lehrt Psychologie an der Hochschule Esslingen, Fakultät für Soziale Arbeit, Gesundheit, Pflege.

Prof. Dr. *Alexander Noyon* lehrt Psychologie an der Hochschule Mannheim, Fakultät für Sozialwesen.

Hinweis: Soweit in diesem Werk eine Dosierung, Applikation oder Behandlungsweise erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen oder sonstige Behandlungsempfehlungen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. – Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnungen nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

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.

UTB-ISBN 978-3-8252-3134-7

PDF-ISBN 978-3-8385-3134-2

ISBN 978-3-497-01996-0

© 2009 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Einbandgestaltung: Atelier Reichert, Stuttgart
Satz: ew print & medien service gmbh, Würzburg
Druck: Friedrich Pustet, Regensburg

Printed in Germany

ISBN 978-3-8252-3134-7 (UTB-Bestellnummer)

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: www.reinhardt-verlag.de E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

Hinweise zur Benutzung dieses Lehrbuches	12
Vorwort	13

Teil I: Grundlagen der Klinischen Psychologie

1	Was ist Klinische Psychologie? Definitionen und Grundbegriffe	18
1.1	Was ist Klinische Psychologie?	18
1.2	Abgrenzung zu anderen Fächern	19
1.3	Gesundheit – Krankheit – Störung	20
1.4	Modelle von Gesundheit und Krankheit	22
1.5	Ätiologiemodelle psychischer Störungen	24
1.6	Wissenschaftsverständnis und Forschung in der Klinischen Psychologie	24
1.7	Fragen zum Kapitel	29
2	Klinisch-psychologische Diagnostik	31
2.1	Einleitung	31
2.2	Aufgaben der Diagnostik	31
2.3	Diagnostische Methoden	32
2.4	Klassifikationssysteme	34
2.5	Aktuelle Klassifikationssysteme für psychische Störungen	35
2.6	Fragen zum Kapitel	39

3 Epidemiologische Grundlagen 40

3.1 Einleitung 40

3.2 Aufgaben der Epidemiologie 40

3.3 Epidemiologische Grundbegriffe 41

3.4 Ausgewählte Ergebnisse der Epidemiologie
 psychischer Störungen 43

3.5 Fragen zum Kapitel 44

Teil II: Psychische Störungen

4 Affektive Störungen 46

4.1 Störungsbild und Diagnostik 46

4.1.1 Klassifikatorische Diagnostik 48

4.1.2 Verlauf 51

4.1.3 Diagnostisches Vorgehen 52

4.2 Epidemiologie 52

4.3 Ätiologie 53

4.4 Interventionsansätze und Wirksamkeit 58

4.4.1 Kognitive Verhaltenstherapie 60

4.4.2 Interpersonelle Therapie 62

4.4.3 Verfahren zur Rückfallprävention 63

4.4.4 Behandlung Bipolarer Störungen 63

4.4.5 Wirksamkeit 65

4.5 Fragen zum Kapitel 66

5 Psychotische Störungen 67

5.1 Störungsbild und Diagnostik 67

5.2 Epidemiologie und Verlauf 73

5.3 Ätiologie 74

5.3.1 Biologische Faktoren 74

5.3.2 Psychische Faktoren 76

5.3.3 Soziale Faktoren 77

5.4	Interventionsansätze und Wirksamkeit	77
5.4.1	Biologische Interventionen: Pharmakotherapie	77
5.4.2	Psychologisch-psychotherapeutische Interventionen	78
5.4.3	Soziale Interventionen	79
5.5	Fragen zum Kapitel	80
6	Störungen durch Substanzkonsum	81
6.1	Einleitung	81
6.2	Grundlagen der Klassifikation und Diagnostik	81
6.3	Störungen durch legale Drogen	83
6.3.1	Störungen durch Nikotin	83
6.3.2	Störungen durch Alkohol	85
6.3.3	Störungen durch Medikamente	91
6.4	Störungen durch illegale Substanzen	91
6.5	Nicht stoffgebundene Störungen	93
6.6	Fazit	95
6.7	Fragen zum Kapitel	96
7	Angststörungen	97
7.1	Einleitung	97
7.2	Spezifische Phobien	101
7.2.1	Störungsbild und Diagnostik	101
7.2.2	Epidemiologie und Verlauf	103
7.2.3	Ätiologie	103
7.2.4	Interventionsansätze und Wirksamkeit	104
7.2.5	Fragen zum Kapitel	107
7.3	Panikstörung und Agoraphobie	107
7.3.1	Störungsbild und Diagnostik	107
7.3.2	Epidemiologie und Verlauf	111
7.3.3	Ätiologie	112
7.3.4	Interventionsansätze und Wirksamkeit	113
7.3.5	Fragen zum Kapitel	114
7.4	Soziale Phobie	115
7.4.1	Störungsbild und Diagnostik	115
7.4.2	Epidemiologie und Verlauf	117
7.4.3	Ätiologie	118

- 7.4.4 Interventionsansätze und Wirksamkeit 120
- 7.4.5 Fragen zum Kapitel 122
- 7.5 Posttraumatische Belastungsstörung 123
 - 7.5.1 Störungsbild und Diagnostik 123
 - 7.5.2 Epidemiologie und Verlauf 125
 - 7.5.3 Ätiologie 126
 - 7.5.4 Interventionsansätze und Wirksamkeit 129
 - 7.5.5 Fragen zum Kapitel 131
- 7.6 Generalisierte Angststörung 131
 - 7.6.1 Störungsbild und Diagnostik 131
 - 7.6.2 Epidemiologie und Verlauf 133
 - 7.6.3 Ätiologie 134
 - 7.6.4 Interventionsansätze und Wirksamkeit 137
 - 7.6.5 Fragen zum Kapitel 139
- 8 Zwangsstörung 141**
 - 8.1 Störungsbild und Diagnostik 141
 - 8.2 Epidemiologie und Verlauf 143
 - 8.3 Ätiologie 144
 - 8.4 Interventionsansätze und Wirksamkeit 145
 - 8.5 Fragen zum Kapitel 147
- 9 Somatoforme Störungen 149**
 - 9.1 Störungsbild und Diagnostik 149
 - 9.1.1 Störungsbild 149
 - 9.1.2 Diagnostik 152
 - 9.2 Epidemiologie und Verlauf 156
 - 9.3 Ätiologie 157
 - 9.4 Interventionsansätze und Wirksamkeit 158
 - 9.5 Fragen zum Kapitel 160
- 10 Essstörungen 161**
 - 10.1 Störungsbilder und Diagnostik 161
 - 10.1.1 Anorexia nervosa 161
 - 10.1.2 Bulimia nervosa 163
 - 10.1.3 Binge-Eating-Störung 165
 - 10.2 Epidemiologie und Verlauf 166
 - 10.3 Ätiologie 167

10.4	Interventionsansätze und Wirksamkeit	169
10.5	Fragen zum Kapitel	172
11	Dissoziative Störungen	173
11.1	Störungsbild und Diagnostik	173
11.2	Epidemiologie und Verlauf	176
11.3	Ätiologie	177
11.4	Interventionsansätze und Wirksamkeit	179
11.5	Fragen zum Kapitel	180
12	Sexuelle Störungen	181
12.1	Einleitung	181
12.2	Sexuelle Funktionsstörungen	181
12.3	Paraphilien	186
12.4	Geschlechtsidentitätsstörung	188
12.5	Fragen zum Kapitel	191
13	Persönlichkeitsstörungen	192
13.1	Störungsbilder und Diagnostik	192
13.1.1	Störungsbilder	192
13.1.2	Diagnostik	198
13.2	Epidemiologie und Verlauf	200
13.2.1	Epidemiologie	200
13.2.2	Verlauf	201
13.3	Ätiologie	202
13.4	Interventionsansätze und Wirksamkeit	204
13.5	Fragen zum Kapitel	206
14	Störungen im Kindes- und Jugendalter	207
14.1	Einleitung	207
14.2	Diagnostik	211
14.3	Epidemiologie und Verlauf	212
14.4	Ätiologie	213

14.5	Interventionsansätze und Wirksamkeit	214
14.6	Angststörungen im Kindes- und Jugendalter:	
	Störung mit Trennungsangst	215
14.6.1	Störungsbild und Definition	215
14.6.2	Diagnostik	216
14.6.3	Epidemiologie und Verlauf	218
14.6.4	Ätiologie	219
14.6.5	Therapie	220
14.7	Fragen zum Kapitel	221
15	Psychische Störungen im Alter	223
15.1	Einleitung	223
15.2	Demenzielle Störungen: Störungsbild und Diagnostik	224
15.2.1	Störungsbild	224
15.2.2	Diagnostik	225
15.3	Epidemiologie und Verlauf von Demenzen	226
15.4	Ätiologie	227
15.5	Therapie	228
15.6	Interventionen im Alter	229
15.7	Fragen zum Kapitel	230

Teil III: Klinische Psychologie in der Praxis

16	Psychologische Psychotherapie	232
16.1	Einleitung	232
16.2	Was ist Psychotherapie?	233
16.3	Psychotherapeutische Ausrichtungen	235
16.3.1	Psychoanalyse und Tiefenpsychologie	235
16.3.2	Gesprächspsychotherapie	238
16.3.3	Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	239
16.3.4	Sonstige psychotherapeutische Ansätze	245
16.4	Indikation für Psychotherapie	247
16.5	Fazit	248
16.6	Fragen zum Kapitel	249

17	Versorgung und berufsrechtliche Situation in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie . . .	250
17.1	Einleitung	250
17.2	Ausübung heilkundlicher Psychotherapie und berufsrechtliche Situation der Psychologischen Psychotherapie	251
17.3	Versorgungssituation von Patienten mit psychischen Störungen	254
17.4	Fragen zum Kapitel	257
18	Klinische Psychologie in der Beratung	258
18.1	Einleitung	258
18.2	Definition von Beratung und Abgrenzung zur Psychotherapie	258
18.3	Arbeitsfelder und Settings der Beratung	259
18.4	Klinische Psychologie und Beratungs-/Interaktionswissen	260
18.5	Klinische Psychologie und handlungsspezifisches Wissen	262
18.6	Ein allgemeines Prozessmodell der Beratung	263
18.7	Fazit	266
18.8	Fragen zum Kapitel	267
19	Prävention	268
19.1	Einleitung	268
19.2	Formen der Prävention	269
19.3	Beispiele für Präventionsmaßnahmen bei psychischen Störungen: Prävention von Essstörungen	272
19.4	Selektive und indizierte Prävention von Depression	275
19.5	Allgemeine Empfehlungen für die Prävention psychischer Störungen	276
19.6	Fragen zum Kapitel	277
	Literatur	279
	Sachregister	296

Hinweise zur Benutzung dieses Lehrbuches

Zur schnelleren Orientierung werden in den Randspalten Piktogramme benutzt, die folgende Bedeutung haben:



Literaturempfehlung



Begriffserklärung, Definition



Pro und Contra, Kritik



Beispiel



Forschungen, Studien



**Fragen zur Wiederholung
am Ende des Kapitels**

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

auf dem Markt psychologischer Fachliteratur gibt es bereits mehrere – teils sehr voluminöse – Lehrbücher zur Klinischen Psychologie. Warum halten Sie also einen weiteren Text zu diesem Thema in der Hand?

Unser Hauptanliegen beim Schreiben des vorliegenden Buches war es, die wichtigsten klinisch-psychologischen Inhalte auf überschaubarem Raum darzustellen. Im Zentrum sollte dabei eine an Anwendungen und an aktueller Forschung orientierte Perspektive stehen. Demgemäß stellen wir unter Berücksichtigung des aktuellen Standes in Deutschland klinisch-psychologische Grundlagen, die wichtigsten psychischen Störungen sowie deren Behandlung insbesondere aus kognitiv-behavioraler Sicht dar. Die einzelnen Kapitel ermöglichen einen schnellen Einstieg in die jeweils interessierenden Themen. Aus unserer Sicht ist dieses Buch vor allem für Studierende (sowohl Bachelor als auch Master) unterschiedlicher Fachgruppen geeignet: Neben Psychologinnen und Psychologen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ermöglicht das Buch auch beispielsweise Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern bzw. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen einen Einstieg in die Klinische Psychologie, da dieses Fachgebiet auch für die letztgenannten Studiengänge eine wesentliche Grundlage darstellt.

Der Aufbau der einzelnen Kapitel orientiert sich an unserem Anliegen, die Interessen unterschiedlicher Leserinnen und Leser möglichst gut zu integrieren: Im Hauptteil wird das jeweilige Thema in seinen wesentlichen Inhalten dargestellt. Dabei setzen wir in den störungsbezogenen Kapiteln einen evidenzbasierten Schwerpunkt: Bei der Darstellung und Bewertung der therapeutischen Interventionen orientieren wir uns an aktuellen Meta-Analysen und Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeitsprüfung. Studierende finden am Ende der einzelnen Kapitel eine Reihe von

Fragen, die prototypisch für mögliche Prüfungsfragen sind. Leserinnen und Lesern, die an einem tieferen Einblick interessiert sind, wird zum Ende eines jeden Kapitels weiterführende Literatur vorgestellt, die ein detailliertes Studium des jeweiligen Themas ermöglicht.

Neben diesen speziellen fachlichen Gesichtspunkten gab es aber auch noch eine ganz persönliche Motivation zur Erstellung des vorliegenden Buches. Wir alle haben einen wichtigen Teil unserer beruflichen Laufbahn in der Abteilung Klinische Psychologie der Universität Frankfurt verbracht, entweder als Vertretungsprofessorin (Babette Renneberg) oder als wissenschaftliche Mitarbeiter bzw. Assistenten (Thomas Heidenreich und Alexander Noyon). Eine Zeit lang hatten wir dabei die Freude, gleichzeitig in Frankfurt tätig zu sein und somit eng zusammenarbeiten zu können. Diese Zusammenarbeit haben wir als besonders bereichernd erlebt; gemeinsam ein Lehrbuch über das Fach schreiben zu können, das uns alle drei beruflich ganz wesentlich prägt, stellt somit für uns die „Krönung“ dieses Wirkens dar. Wir haben die Arbeit an dem nun vorliegenden Buch stets als sehr bereichernd und fruchtbar erlebt und wir hoffen, dass sich unsere Freude beim Schreiben auch auf Sie als Leserin bzw. Leser überträgt.

Neben den Autoren sind immer auch weitere Personen an einem solchen Projekt beteiligt, ohne die die Fertigstellung nicht denkbar wäre. Unser großer Dank gilt dabei Frau Christine Jacob, die buchstäblich seit Jahrzehnten das Sekretariat der Klinischen Psychologie in Frankfurt verwaltet und uns bei vielen organisatorischen Aspekten rund um die Erstellung des Buches eine wichtige Hilfe war. Ganz besonders danken möchten wir Frau Dipl.-Psych. Jana Erken, die in unermüdlichem Fleiß und der ihr eigenen absoluten Verlässlichkeit auf vielfältige Weise – von der Literaturrecherche über die Erstellung von Abbildungen bis zur Textkorrektur – zur Vervollständigung des Werkes beigetragen hat. Ein weiteres herzliches Dankeschön geht an Frau Dipl.-Psych. Charlotte Rosenbach, die in Berlin die Fertigstellung des Manuskripts unterstützte. Danken möchten wir auch Dipl.-Psych. Ulrike Landersdorfer vom Reinhardt-Verlag, die das Werk von Anfang bis Ende kompetent begleitete.

Ein Hinweis zum Schluss: Wir haben uns im folgenden Text häufig für die Verwendung des generischen Maskulinums (das für beide Geschlechter steht) entschieden, da wir den Textfluss nicht ständig durch „zweigeschlechtliche“ Benennungen oder eine

politisch aber nicht orthografisch korrekte Schreibweise (PatientIn) stören wollten. Wir möchten aber darauf hinweisen, dass Klinische Psychologinnen, Psychotherapeutinnen und Patientinnen in der Regel die Mehrheit stellen.

Berlin, Esslingen und Mannheim, Januar 2009

Babette Renneberg
Thomas Heidenreich
Alexander Noyon

Teil I:
Grundlagen der Klinischen
Psychologie

1 Was ist Klinische Psychologie? Definitionen und Grundbegriffe

Anwendung und Grundlagen- forschung



1.1 Was ist Klinische Psychologie?

Die Klinische Psychologie zählt zu den Anwendungsfächern der Psychologie. Neben der Anwendung ist aber auch die Grundlagenforschung zu Theorien und Modellen psychischer Störungen sowie der Bedeutung psychischer Faktoren für körperliche Erkrankungen ein wichtiger Bereich der Klinischen Psychologie. Die „Anwendung“ der Erkenntnisse bezieht sich im Besonderen auf die Entwicklung und Durchführung von Interventionen zur Vorbeugung bzw. Behandlung psychischer Störungen. Die Interventionen lassen sich dabei in **Prävention, Psychotherapie und Beratung** einteilen. Ein großer Bereich ist die Psychotherapie (s. Kap. 16, Psychologische Psychotherapie). Seit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999, mit dem die Psychologische Psychotherapie gesetzlich geregelt wurde, wurde der Name des Faches erweitert auf „Klinische Psychologie und Psychotherapie“.

Die **Klinische Psychologie und Psychotherapie** ist die Teildisziplin der Psychologie, die sich mit psychischen Störungen und den psychischen Aspekten somatischer Krankheiten und Störungen in *Forschung, Diagnostik* und *Therapie* über die Lebensspanne hinweg beschäftigt. Die verschiedenen Bereiche der Klinischen Psychologie lassen sich wie folgt einteilen:

1. Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen (s. Kap. 2),
2. Epidemiologie (s. Kap. 3),
3. Störungswissen und Ätiologie (s. Abschnitte im Teil II),
4. Interventionswissen zu Prävention, Beratung und Psychotherapie (s. Teil III), Rehabilitation sowie
5. die Evaluation der Maßnahmen.

Forschung in allen genannten Bereichen der Klinischen Psychologie dient letztendlich dazu, die Gesundheitsversorgung für

Menschen zu verbessern, die psychische Probleme haben oder unter psychischen Störungen leiden.

1.2 Abgrenzung zu anderen Fächern

Die Vielzahl der Begriffe, Disziplinen und Nachbarfächer der Klinischen Psychologie ist verwirrend. Nachbarfächer gibt es einerseits in der Medizin (z. B. Psychiatrie), andererseits aber auch in der Psychologie sowie in interdisziplinären Bereichen. Im Folgenden werden die wichtigsten Nachbarfächer erläutert und abgegrenzt:

Nachbarfächer

- Die **Psychiatrie** ist ein Fachgebiet der Medizin, das sich ebenfalls mit psychischen Störungen beschäftigt. Die psychiatrische Behandlung beinhaltet insbesondere auch Medikamente (Psychopharmaka).
- **Verhaltensmedizin** ist ein interdisziplinäres (Medizin und Psychologie) Forschungs- und Praxisfeld, das sich vor allem mit dem Zusammenspiel zwischen psychischen und körperlichen Prozessen bei körperlichen Beschwerden und Erkrankungen beschäftigt (Ehlert 2005).
- **Gesundheitspsychologie** hat das Ziel, Erleben und Verhalten von Menschen im Zusammenhang mit Gesundheit zu beschreiben, zu erklären und zu optimieren (Lippke/Renneberg 2006a).
- **Klinische Neuropsychologie** ist ein Teilgebiet der Psychologie, das sich vorwiegend mit der Forschung und Behandlung von Störungen des zentralen Nervensystems beschäftigt.
- **Medizinische Psychologie** ist ebenfalls eine Disziplin innerhalb der Medizin, die sich mit psychologischen Aspekten körperlicher Krankheiten und psychischer Störungen befasst. Ein weiterer Fokus ist die Integration psychologischen Wissens in die Ausbildung von Mediziner:innen. (Für eine ausführliche Auflistung s. Perrez/Baumann 2005b.)



1.3 Gesundheit – Krankheit – Störung



Für das Verständnis von Störungen und Erkrankungen ist es wichtig, auch zu definieren, was unter **Gesundheit** verstanden wird. Wenn Menschen aufgefordert werden zu sagen, was sie unter Gesundheit verstehen, wird sehr häufig geantwortet, dass Gesundheit die Abwesenheit von Krankheit sei. Die Weltgesundheitsorganisation hat 1948 eine andere Definition von Gesundheit vorgelegt:

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen.“ (World Health Organisation 1948)

dynamischer
Prozess

Mit dieser Definition hat die WHO auch auf *soziale* und *psychische* Aspekte und nicht nur auf das Fehlen körperlicher Gebrechen für Gesundheit hingewiesen (Bengel et al. 1999). Dabei wird Gesundheit als ein *dynamischer* Prozess verstanden, d. h. Gesundheit muss immer wieder neu erreicht, wiederhergestellt und aufrechterhalten werden. Weiterhin ist anzumerken, dass „vollkommenes Wohlbefinden“ ein relativer Zustand ist, der auch subjektiv nicht immer erreichbar ist (Lippke/Renneberg 2006b): Auch wenn man sich nicht vollkommen wohlfühlt, z. B. weil man schlechte Laune hat und müde ist, kann man sich gesund fühlen oder als gesund gelten.

In der oben genannten Definition von Klinischer Psychologie stehen **psychische Störungen** im Mittelpunkt.

Wann spricht man von einer psychischen Störung?

Kasten 1.1: Exkurs zur Begriffsklärung: Warum heißt es psychische *Störung* und nicht psychische *Krankheit*?

In den offiziellen diagnostischen Klassifikationssystemen, ICD-10 und DSM-IV-TR (s. Kap. 2), wird ebenfalls durchgängig der Begriff der psychischen *Störungen* verwandt (mental disorders). In den di-

agnostischen Klassifikationssystemen wird der Störungsbegriff verwendet, um „eine Debatte um den Nutzen der Begriffe Krankheit und Erkrankung zu vermeiden“ (WHO; Dilling/Freyberger 1999, 341). Weiter führen Perrez und Baumann (2005b, 32) aus: „Der Begriff Krankheit impliziert zum Teil Einheiten von spezifischen Symptomen und Verlaufsmustern, dazugehörigen biologischen Prozessen und biologischen Ursachen, wie sie bei somatischen Krankheiten vorkommen. Bei gestörten psychischen Phänomenen sind derartige Zusammenhänge zum Teil strittig, zum Teil sind andere Konzepte sinnvoll.“ In der Versorgung im deutschen Gesundheitssystem wird Psychotherapie dann von den Krankenkassen übernommen, wenn „Störungen mit Krankheitswert“ vorliegen.

Unter einer **Störung** werden Symptome oder Symptommuster (Syndrome) im Denken, Erleben und/oder Handeln einer Person verstanden, die von der **Norm abweichen**, zu einer **Beeinträchtigung** der beruflichen Leistungsfähigkeit und/oder sozialen Aktivitäten führen, durch ausgeprägtes **Leiden** gekennzeichnet sind und die bei den Betroffenen ein **Änderungsbedürfnis** hervorrufen.

Normabweichung

Dabei ist „Störung“ kein exakter Begriff, sondern ein Konstrukt, das sich auch ändern kann (s. Kap. 2, Diagnostik). Es ist nötig zu klären, was mit „von der Norm *abweichendem* Verhalten“ gemeint ist (im englischen Sprachraum wird Klinische Psychologie häufig mit „abnormal psychology“ übersetzt).

„Welche Verhaltensweisen als psychische Störungen bezeichnet werden, ist abhängig von gesellschaftlichen Werten und Normen. Damit unterliegt der Begriff den Einflüssen des kulturellen und geschichtlichen Kontextes und dessen Wandels.“ (Bastine 1998, 151)

Ein Beispiel für einen solchen Wandel ist Homosexualität, welche Anfang der 1970er Jahre als psychische Störung aus den Klassifikationssystemen gestrichen wurde.

Es gibt verschiedene Normen, von denen Personen in ihrem Verhalten und Befinden abweichen können:

1. die *subjektive Norm* – Abweichen von der Norm der eigenen Befindlichkeit – Beispiel: Ich gehe dann zur Behandlung, wenn ich mich nicht wohlfühle;
2. die *statistische Norm* – Abweichen von der Norm der Häufigkeitsverteilung – Beispiel: sehr hoher oder sehr niedriger IQ;



3. die *Funktionsnorm* – Beispiel: Die Funktion von Körperteilen ist gestört; und
4. die *soziale Norm* – Beispiel: Auf der Straße laut ein Selbstgespräch führen (ohne ein Headset oder Handy) (s. Bastine 1998 für eine ausführliche Diskussion und Perrez/Baumann 2005b).

Abweichungen von der Norm können durchaus auch positiv bewertet werden (z. B. hoher IQ) und ein Abweichen von der Norm reicht nicht aus, um von einer psychischen Störung zu sprechen. Hinzu kommen:

- der Leidensdruck der Person,
- eine Einschränkung der Funktionsfähigkeit (berufliche, soziale und andere Funktionen) sowie
- Selbst- oder Fremdgefährdung.



Somit lassen sich **psychische Störungen** definieren als ein klinisch bedeutsames Verhaltensmuster (oder Syndrom), das mit momentanem Leiden oder einer Beeinträchtigung oder einem erhöhten Risiko zu sterben einhergeht. *Unabhängig vom ursprünglichen Auslöser sollte eine verhaltensmäßige psychische oder biologische Funktionsstörung bei der Person zu beobachten sein* (Wittchen/Hoyer 2006; ausführlich Caspar et al. 2008).

1.4 Modelle von Gesundheit und Krankheit

Es gibt verschiedene Modelle zur Beschreibung und Erklärung von Störung oder Krankheit und Gesundheit mit jeweils unterschiedlichem Fokus: z. B. systemtheoretische, handlungstheoretische oder sozioökologische Modelle. Dem aktuellen Verständnis von psychischen Störungen und Krankheiten in der Klinischen Psychologie liegt ein **biopsychosoziales Modell** zugrunde.

Im älteren, medizinischen Krankheitsmodell galten für die Entstehung von psychischen Störungen folgende Annahmen: 1. Die Beschwerden sind auf eine primäre Funktionsstörung zurückzuführen. 2. Der Defekt ist in der Person gelegen und bildet die eigentliche Krankheit. 3. Die Störung ist auf eine eindeutige Ursache (kausal) zurückzuführen. 4. Der Defekt (nicht unbedingt die Ursache) ist körperlicher Art (*pathogenetisches* Mo-

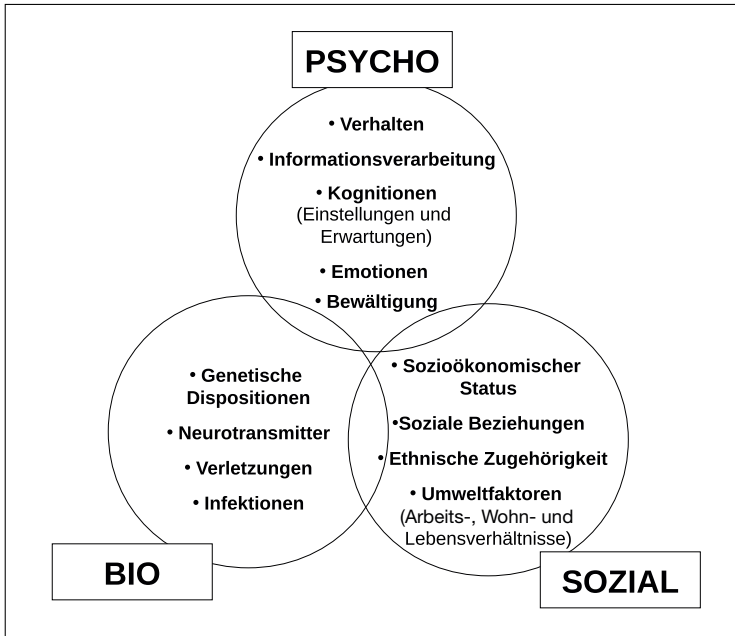


Abb. 1.1: Das biopsychosoziale Modell (nach Lippke/Renneberg 2006b)

dell). Damit kann Gesundheit oder Krankheit eindeutig festgestellt werden: Wer keine Symptome einer Krankheit zeigt (z. B. diagnostiziert mit dem ICD, s. Kap. 2), ist gesund. Wer spezifische diagnostische Kriterien erfüllt, bekommt eine Diagnose zugeordnet und gilt als krank. Soziale und psychologische Einflüsse werden in diesem Modell kaum berücksichtigt.

Im biopsychosozialen Modell dagegen werden neben biologischen und somatischen explizit auch psychische und soziale Dimensionen berücksichtigt (s. Abb. 1.1). Schutzfaktoren und generelle Widerstandsressourcen spielen in diesem Modell ebenfalls eine wichtige Rolle für das Auftreten und die Schwere der Störung. Ferner wird in dem Modell ein Gesundheits-Krankheits-Kontinuum angenommen und bei der Diagnostik wird neben Urteilen der Behandelnden auch auf subjektive Indikatoren zurückgegriffen. Im biopsychosozialen Modell wird Gesundheit als ein positiver funktioneller Gesamtzustand im Sinne eines dynamischen biopsychologischen Gleichgewichtszustands verstanden, der erhalten bzw. immer wieder hergestellt werden muss (World Health Organisation 1986).

biopsychosoziales Modell

1.5. Ätiologiemodelle psychischer Störungen



Unter **Ätiologie** wird in der Klinischen Psychologie die Lehre von den Ursachen psychischer Störungen verstanden. Auf Grundlage eines biopsychosozialen Modells wird von einer multikausalen Verursachung psychischer Störungen ausgegangen. Dabei sind *Entstehungsbedingungen* („Wie kommt es zum Auftreten der Störung?“) und *aufrechterhaltende Bedingungen* („Warum halten die Symptome und Beschwerden an?“) zu unterscheiden. Eine weitere Annahme ist, dass normales und gestörtes Verhalten weitgehend ähnlichen Veränderungsbedingungen unterliegt und dass Übergänge zwischen normalem und gestörtem Verhalten oft fließend sind.

biologische und
Umweltfaktoren

In den **Diathese-Stress-** oder **Vulnerabilitäts-Stress-Modellen** zur Ätiologie psychischer Störungen werden immer mehrere Faktoren genannt, die in unterschiedlichen Anteilen vorhanden sein können und die in der Entstehung und Aufrechterhaltung einer psychischen Störung interagieren. Die wichtigsten Faktoren sind: *biologische Faktoren* (z. B. genetische Faktoren, Störungen im Neurotransmitterhaushalt) und *Umweltfaktoren*. Dabei spielen hier sowohl Lernerfahrungen eine Rolle als auch Lebensereignisse und aktuelle Belastungen (Stressoren), die auch soziale Bedingungen wie die berufliche Situation einschließen. Diese Modelle enthalten neben den Belastungen auch die *Ressourcen* der Person und berücksichtigen immer den *sozialen Kontext*.

B

Beispielsweise ist eine Depression bei ähnlichen Störungen des Transmitterhaushalts und einer vergleichbaren genetischen Belastung dann anders zu erklären, wenn der Patient gerade eine Scheidung hinter sich hat oder arbeitslos geworden ist.

1.6 Wissenschaftsverständnis und Forschung in der Klinischen Psychologie

Neben dem Verständnis von Gesundheit und Krankheit, welches für die Erforschung der einzelnen Störungen grundlegend ist, ist auch für die Forschung zu Interventionen und zum Störungswissen ein grundsätzliches Verständnis der wissenschaftlichen Her-

angehensweise wichtig (vertiefend s. Westmeyer 2005 und Perez/Baumann 2005b).

Die Relevanz des Wissenschaftsverständnisses wird in der Legaldefinition von Psychotherapie (§1 Abs. 3 Psychotherapeutengesetz 1999) besonders deutlich:



„Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels *wissenschaftlich anerkannter* [Hervorhebung der Autoren] psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine somatische Abklärung herbeizuführen. Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben.“

Diese Definition wirft die Frage auf, wann ein psychotherapeutisches Verfahren als „wissenschaftlich anerkannt“ gilt. In Deutschland gibt es den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie: Er stellt Kriterien auf, die erfüllt sein müssen, bevor ein psychotherapeutisches Verfahren wissenschaftlich anerkannt wird (www.wbpsychotherapie.de). Dieses Gremium überprüft anhand der Kriterien, ob für ein psychotherapeutisches Verfahren der wissenschaftliche Nachweis seiner Wirksamkeit erbracht wurde. Aktuell sind die Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Verfahren sowie die Verhaltenstherapie vom Wissenschaftlichen Beirat anerkannte Verfahren, die mit den Krankenkassen abrechnet werden können. Weiterhin ist die Gesprächspsychotherapie für bestimmte Störungsbilder anerkannt. Aktuell wird ein Antrag von Vertretern der systemischen Therapie beurteilt (von Sydow et al. 2007).

**Wissenschaftlicher
Beirat**

In der klinisch-psychologischen Forschung werden unterschiedliche Herangehensweisen genutzt. Vereinfacht dargestellt lassen sich drei Hauptkategorien unterscheiden: 1. Fallstudien, 2. Korrelationsstudien und 3. Experimente.

Fallstudien: Fallstudien bieten die Möglichkeit, Hypothesen zu generieren, seltene Phänomene zu beschreiben und die individuelle (idiografische) Information besonders zu berücksichtigen. Freud hat die Psychoanalytische Behandlung aus seinen Fallstudien entwickelt (Comer 2001).

Hypothesen

Korrelationsstudien: Forschung in der Klinischen Psychologie dient auch dazu, „Gesetze“ des gestörten Erlebens und Verhal-

**Zusammenhänge
beschreiben**

tens zu entdecken. Dabei wird von einem *nomothetischen Ansatz* (von griech. „nomos“ = Gesetz und „thesis“ = aufbauen) ausgegangen. Ein Beispiel für diese Untersuchungsansätze sind Korrelationsstudien. Unter Korrelation versteht man das Ausmaß, in dem Merkmale oder Ereignisse gemeinsam variieren. Um solche Aussagen machen zu können, benötigt man die Beobachtung einer ausreichend großen Anzahl von Individuen, um nomothetische Schlüsse ziehen zu können. Aus diesen Studien sind Schlussfolgerungen über Auftreten und Symptomatik psychischer Störungen möglich. Allerdings können mit Korrelationsstudien Zusammenhänge nur beschrieben, aber nicht kausal erklärt werden.

B

Ein Beispiel: Es wurde ein Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen (A) und Depression (B) festgestellt: Welche Beziehungen können bestehen?

- A verursacht B,
- B verursacht A oder
- C verursacht A und B.

Überprüfung

Experimente: Kausale Erklärungen können mit Experimenten überprüft werden. In einem Experiment wird eine Bedingung systematisch manipuliert, während alle anderen Bedingungen konstant gehalten werden, und die Auswirkungen dieser Manipulation werden beobachtet. Die manipulierte Variable ist die unabhängige Variable (z. B. zwei Gruppen); die Variable, die sich verändern soll, wird als abhängige Variable bezeichnet.

Randomisierung

Ein wichtiges Beispiel eines experimentellen Untersuchungsansatzes ist die systematische Untersuchung der Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung. Dazu werden nach dem Zufallsprinzip zwei Gruppen gebildet, um beispielsweise die Wirksamkeit einer neu entwickelten psychotherapeutischen Behandlungsmethode zu untersuchen. Diese sog. Randomisierung ist dadurch gekennzeichnet, dass jede teilnehmende Person die gleiche Wahrscheinlichkeit hat, einer Gruppe zugewiesen zu werden. Wenn dann noch die Bedingungen kontrolliert werden, unter denen die Psychotherapie durchgeführt wird (z. B. ein Manual vorliegt, an dem sich die Therapeuten orientieren; Überprü-

fungen stattfinden, um sicherzustellen, dass die Therapeuten auch tatsächlich das gemacht haben, was sie tun sollten), spricht man von einem „*randomised controlled trial*“ (RCT).

Wenn z. B. in einer experimentellen Untersuchung zum Störungswissen eine Gruppe von Personen mit einer bestimmten psychischen Störung (z. B. Spinnenphobie) mit einer anderen Gruppe von Personen mit Sozialer Phobie und einer Gruppe gesunder Personen verglichen wird, können Erkenntnisse für die Spezifität der Befunde für eine Störung ermittelt werden. Als Beispiel sei die Aufmerksamkeitsverzerrung bei Spinnenphobikern genannt (Personen mit einer Spinnenphobie haben eine erhöhte Aufmerksamkeit für Spinnen oder spinnenähnliche Objekte, im Gegensatz zu Personen mit einer Sozialen Phobie, s. Kap. 7.1, Spezifische Phobien).

Analogstudien sind Studien, in denen z. B. eine Gruppe von hochängstlichen Personen (ohne dass sie die Kriterien für eine Angststörung erfüllt) hinsichtlich eines Merkmals untersucht und verglichen wird mit einer Gruppe von niedrig-ängstlichen Personen.

Es gibt auch Abwandlungen des experimentellen Designs, sog. *quasiexperimentelle Versuchspläne*, bei denen keine zufällige Zuordnung zu den Versuchsbedingungen stattfindet. Hierbei werden real existierende Gruppen genutzt (statt randomisierter Zuweisung). Ein Beispiel wäre die Untersuchung von psychischen Auswirkungen von Naturereignissen bei den Menschen, die ein solches Naturereignis erlebt haben und mit anderen verglichen werden, die das Naturereignis nicht erlebt haben.



Analogstudien

quasiexperimentelle Versuchspläne

Kasten 1.2: Meta-Analyse

Eine Meta-Analyse ist eine Studie über mehrere Studien hinweg, die durchgeführt wird, um möglichst allgemeingültige Aussagen treffen zu können (statistisch ausgedrückt: um Populationsparameter abzuschätzen). Das Ergebnis einer Meta-Analyse wird in **Effektstärken** angegeben, z. B. stichprobengewichtete Korrelationen (r). Es gibt verschiedene Berechnungen für Effektstärken: In der Psychotherapieforschung wird häufig d (Cohens d , Cohen 1988) verwandt. Nach Cohen kann die Größe von Effektstärken folgendermaßen beurteilt werden:

- klein $d=.20$ entspricht $r\approx 0.1$
- mittel $d=.50$ entspricht $r\approx 0.24$
- groß $d=.80$ entspricht $r\approx 0.37$

Eine Effektstärke von $d=1.0$ bedeutet, dass die durchschnittlich behandelte Person nach der Behandlung in der Symptomatik um 34% besser ist als die unbehandelte Person. In einer großen und viel zitierten Psychotherapiestudie von Smith et al. (1980) wird angegeben, „dass die Heilungschance eines Patienten, der sich in Psychotherapie begibt, mit $p=.65$ doppelt so groß ist, wie die der Spontanremission ($p=.30$)“. Caspar et al. (2008) fassen zusammen: „Randomisierte Klinische Studien zeigen deutlich, dass Psychotherapie wirksam ist: Rund 65% der Patienten zeigen einen deutlichen Erfolg, 50% liegen nach der Therapie in einem psychopathologisch unauffälligen Bereich. Psychotherapie zeigt viermal bessere Remissionsraten als spontane Remission und zweimal bessere als Placebo.“ (S. 33)

Evidenzgrad-einteilung

Wichtig bei der Beurteilung der Güte eines Verfahrens ist also, inwiefern in wissenschaftlichen Studien seine Wirksamkeit nachgewiesen wurde. Für die Bewertung der Wirksamkeit wurde die Evidenzgradeinteilung für Klinische Studien in Anlehnung an Chambless und Hollon (1998), Segal et al. (2001) und die Ärzt-

Tab. 1.1: Evidenzgradeinteilung

Evidenzgrad	Evidenzbasis	Beurteilung
I a	Meta-Analyse(n) über mehrere randomisierte, kontrollierte Studien.	(I) wirksam.
I b	Mindestens zwei randomisierte, kontrollierte Studien (RCT) aus unabhängigen Gruppen.	
II a	Eine randomisierte, kontrollierte Studie (RCT).	(II) möglicherweise wirksam.
II b	Serie von gut angelegten quasi-experimentellen Studien.	
III	Nicht experimentelle oder deskriptive Studien.	(III) und (IV) bislang ohne ausreichende Nachweise.
IV	Unsystematische Einzelfallstudien, Kasuistiken, Experten, Konsensuskonferenzen, klinische Erfahrung.	

liche Zentralstelle für Qualitätssicherung (2003) in den aktuellen Leitlinien zur Behandlung Affektiver Störungen verwandt (s. Tab. 1.1; De Jong-Meyer et al. 2007, s. Kap. 4, Affektive Störungen).

Die genannten Forschungsansätze stellen eine Auswahl dar, sie geben nur einen groben Überblick. Wie die gesamte Einführung sollen sie für das Verstehen der Befunde in den weiteren Kapiteln dienen. Interessierte Leser und Leserinnen finden z. B. in den Lehrbüchern von Perrez und Baumann (2005b) und Bastine (1998) vertiefende Darstellungen.

Bastine, R. (1998). Klinische Psychologie. Stuttgart, Kohlhammer.

Perrez, M., Baumann, U. (2005). Grundbegriffe – Einleitung. Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie. M. Perrez, U. Baumann. Bern, Huber: 31–51.

Westmeyer, H. (2005). Wissenschaftstheoretische Grundlagen. Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie. M. Perrez, U. Baumann. Bern, Huber: 54–88.



1.7 Fragen zum Kapitel



Überprüfen Sie Ihr Wissen!

1. In welche fünf verschiedenen Forschungs- und Anwendungsbereiche lässt sich die Klinische Psychologie unterteilen?
2. Nennen Sie drei wichtige Nachbarfächer der Klinischen Psychologie und beschreiben Sie diese!
3. Wie definiert die Weltgesundheitsorganisation „Gesundheit“ und welche drei Bereiche sind Gegenstand dieser Gesundheitsdefinition?
4. Welche Kriterien müssen erfüllt sein, um das Vorliegen einer psychischen Störung zu rechtfertigen?
5. Welches Modell liegt dem aktuellen Verständnis von psychischen Störungen und Krankheiten in der Klinischen Psychologie zugrunde und wie wird in diesem Modell „Gesundheit“ definiert?
6. Welche Bedingungen muss ein psychotherapeutisches Verfahren erfüllen, um wissenschaftlich anerkannt zu werden, und welche psychotherapeutischen Verfahren sind derzeit vom Wissenschaftlichen Beirat anerkannt?