Cord Benecke

Klinische Psychologie und Psychotherapie

Ein integratives Lehrbuch

Kohlhammer

Kohlhammer

Cord Benecke

Klinische Psychologie und Psychotherapie

Ein integratives Lehrbuch

Verlag W. Kohlhammer

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

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

1. Auflage 2014

Alle Rechte vorbehalten
© 2014 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart
Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher
Umschlagabbildung: »Und wieder blüht's im Felsengarten« (J.G.)
Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:
ISBN 978-3-17-021696-9

E-Book-Formate:
pdf: ISBN 978-3-17-024968-4
epub: ISBN 978-3-17-024969-1
mobi: ISBN 978-3-17-024970-7

Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Dank 17

Einleitung 19

Teil I: Grundlagen 21

1 Was ist Klinische Psychologie und Psychotherapie 23
2 Historische Entwicklung der Klinischen Psychologie 25
3 Paradigmen, Therapietheorien, klinische Modelle 30
3.1 Allgemeine Struktur von Psychotherapietheorien 31
3.2 Allgemeines psychologisches Krankheitsmodell 36
4 Emotionstheorien 40
4.1 Traditionen der Emotionspsychologie 40
4.2 Definitionen von Emotion 41
4.2.1 Basisemotionen und Emotionsdimensionen 43
4.2.2 Emotionsausdruck 45
4.3 Anlass und Funktion von Emotionen 47
4.3.1 Auslöser von Emotionen 47
4.3.2 Motive und Emotion 50
4.3.3 Funktionen von Emotionen 56
4.4 Emotionen und weitere bio-psychische Aspekte 61
4.4.1 Emotionale Physiologie 62
4.4.2 Emotionen und Gedächtnis 63
4.4.3 Emotion und Vorstellung 65
4.5 Emotionsregulierung 67
4.5.1 Kognitive Regulierungsstrategien 68
4.5.2 Aufmerksamkeit und Exekutive Funktionen 71
4.5.3 Unbewusste Emotionen und deren Regulierung 72
4.5.4 Interpersonelle Emotionsregulierung – emotionale Kommunikation 73
4.5.5 Empathie als Basis intersubjektiver Prozesse 76
4.6 Entwicklung des Selbst und der Emotionsregulation 78
4.6.1 Emotionen und Selbstempfinden im ersten Jahr 78
4.6.2 Ich-Andere-Unterscheidung und Selbstkonzept im zweiten Lebensjahr 82
4.6.3 Die »Theory of Mind« als Basis kognitiver Regulierungsprozesse 83

4.6.4 Selbstdefinitionen und Motivregulierung im Schulalter 86
4.6.5 Identitätsentwicklung in Pubertät und Adoleszenz. 87
4.6.6 Entwickelte Motivregulation und Identität 91
5 Biologische Modelle. 92
5.1 Grundkonzept biologischer Modelle 92
5.2 Hirnstrukturen und ihre Funktion bei emotionalen Prozessen 93
5.2.1 Funktionelle Neuroanatomie emotionaler Prozesse 93
5.2.2 Emotionale Neuro-Chemie 99
5.2.3 Die Neurobiologie der Empathie 100
5.2.4 Neurobiologie der Emotionsregulierung 100
5.2.5 Das Ich im Hirn. 101
5.3 Genetik, Neurophysiologie, Umwelteinfluss. 102
5.3.1 Gen-Umwelt-Interaktionen: Untersuchungen an Tieren. 104
5.3.2 Gen-Umwelt-Interaktionen: Untersuchungen bei Menschen 105
5.4 Zusammenfassung 107
6 Psychoanalytische Modelle 109
6.1 Strömungen der Psychoanalyse 111
6.2 Psychoanalytische Grundkonzepte 113
6.2.1 Psychoanalytische Motivationstheorien. 113
6.2.1.1 Triebe, Sexualität und Libido bei Freud. 114
6.2.1.2 Neuere psychoanalytische Motivationstheorien. 115
6.2.2 Unbewusst – vorbewusst – bewusst 116
6.2.2.1 Freuds Theorie des Unbewussten. 116
6.2.2.2 Vergangenheits- und Gegenwartsunbewusstes 117
6.2.3 Psychische »Instanzen« 118
6.2.3.1 Es – Ich – Überich 118
6.2.3.2 Abwehrmechanismen und andere Ichfunktionen 119
6.2.3.3 Selbst und Narzissmus. 121
6.2.4 Psychoanalytische Entwicklungsmodelle 121
6.2.4.1 Das klassische Modell der Libido-Entwicklung 122
6.2.4.2 Weitere psychoanalytische Entwicklungstheorien 124
6.2.4.3 Internalisierungsprozesse und die Entwicklung affektiver Kerne im Selbst 125
6.3 Komponenten psychoanalytischer Störungstheorien. 131
6.3.1 Pathogene Konflikte 131
6.3.2 Psychoanalytische Persönlichkeitsmodelle 136
6.3.2.1 Charaktertypologien 136
6.3.2.2 Dimensionale Strukturkonzepte. 138
6.3.3 Repräsentanzen und Beziehungsmuster 142
6.3.4 Zusammenfassung: Allgemeines psychoanalytisches Störungsmodell 145
6.4 Emotionen in psychoanalytischen Modellen. 147
6.4.1 Triebe und Affekte heute. 147
6.4.2 Abwehr als Form der Affektregulierung 148
6.4.3 Liebe, Sexualität, Körper und Affekt 150

6.5 Zusammenfassung 150
7 Verhaltenstherapeutische Modelle 152
7.1 Lerntheoretische Modelle 153
7.1.1 Lerntheoretische Grundlagen 153
7.1.2 Psychische Störungen als gelerntes »Fehlverhalten« 155
7.2 Kognitive Modelle 157
7.2.1 Grundlagen der Kognitionspsychologie 157
7.2.2 Psychische Störungen als Folge dysfunktionaler Kognitionen 158
7.2.3 Weiterentwicklungen der kognitive Modelle 162
7.2.3.1 Das Konsistenztheoretische Modell von K. Grawe 162
7.2.3.2 Das Modell der Planstrukturen nach F. Caspar 165
7.2.3.3 Das Schema-Modell von J. E. Young 166
7.2.3.4 Metakognitionen: Eine neue »Welle« in der Verhaltenstherapie? 170
7.3 Unbewusstes, Emotionen und Beziehung in den kognitiven Modellen 172
7.3.1 Das Unbewusste und die Bedeutung früher Erfahrungen in verhaltenstherapeutischen Modellen 172
7.3.2 Motivation und Emotionen in verhaltenstherapeutischen Modellen 173
7.3.3 Strukturelle Störungen in verhaltenstherapeutischen Modellen 177
7.4 Zusammenfassung 178
8 Humanistische Modelle 181
8.1 Persönlichkeitstheorie der Gesprächspsychotherapie 182
8.1.1 Gesprächstherapeutische Entwicklungsmodelle 186
8.1.2 Die »voll entwickelte Persönlichkeit« 188
8.1.3 Beziehungstheorie bei Rogers 189
8.1.4 Emotionen im gesprächstherapeutischen Modell 190
8.1.5 Das Emotionsmodell von Lesley Greenberg 191
8.2 Humanistische Störungstheorie(n) 193
8.2.1 Gesprächstherapeutische Störungstheorien 193
8.2.2 Das Modell der Doppelten Handlungsregulation 195
8.2.3 Die existenzielle Perspektive 198
8.3 Zusammenfassung 199
9 Systemische Modelle 201
9.1 Historische Entwicklung systemischer Modelle 201
9.2 Exkurs: Selbstorganisation und dynamische Systeme 204
9.2.1 Einige Grundbegriffe dynamischer Systemtheorien 204
9.2.2 Psychische Attraktoren, oder: Wie geordnet sind Patienten? 208
9.3 Grundlegendes Störungsverständnis 210
9.4 Einige Systemische Modelle im Überblick 213
9.4.1 Das Mailänder Modell 213

9.4.2 Die Heidelberger Schule 214
9.4.3 Personzentrierte Systemtheorie 214
9.5 Zusammenfassung 215
10 Risiko- und Schutzfaktoren 217
10.1 Risiko-Faktoren 217
10.2 Salutogenese und Resilienz 225
10.3 Fazit zu den Risiko- und Schutzfaktoren 228
11 Fazit zu den Grundlagenmodellen 230
11.1 Emotionsdynamiken 232
11.2 Affektive Kerne und emotionale Vernetzungen 233
11.3 Prozedural-dynamische Regulierungsprozesse 235

Teil II: Psychische Störungen 239

12 Psychische Gesundheit 241
12.1 Was ist psychisch gesund? Definitionsprobleme 241
12.2 Psychologische Bedingung psychischer Gesundheit 243
12.3 Exkurs: Gesundheitspsychologie 247
13 Psychosoziale Krisen 249
13.1 Krisen-Definition 249
13.2 Krisen-begünstigende Faktoren 250
14 Definitionen psychischer Störungen 252
14.1 Epidemiologie psychischer Störungen 253
14.2 Auswirkungen und Kosten psychischer Störungen 254
15 Klassifikation psychischer Störungen 257
15.1 International Classification of Diseases: ICD-10 257
15.2 Diagnostische und Statistische Manual: DSM-IV/-5 259
16 Diagnostik 261
16.1 Beziehungsaufbau und allgemeiner Eindruck 261
16.2 Störungsdiagnostik – Klassifikationen und Dimensionen 261
16.3 Verfahrensspezifische Diagnostik 264
17 Depression und andere Affektive Störungen 266
17.1 Klassifikation der Affektiven Störungen 266
17.1.1 Depressive Episoden und Dysthymie 267
17.1.2 Manische und bipolare affektive Störungen 270
17.2 Epidemiologie, Komorbidität, Risikofaktoren 270
17.2.1 Prävalenz, Verlauf und Komorbidität 270
17.2.2 Risikofaktoren 272
17.3 Klinische Modelle der Depression 274
17.3.1 Psychoanalytische Modelle der Depression 275
17.3.2 Verhaltenstherapeutische Modelle der Depression 280
17.3.3 Neurobiologie der Depression 283
17.3.4 Weitere Modelle zu Depression 285
17.4 Forschungsbefunde zur Depression 286
17.5 Fazit zur Depression 289

18 Suizidalität und Suizid 290
18.1 Epidemiologie und Risikofaktoren 291
18.2 Erklärungsmodelle für Suizidalität 292
19 Angststörungen 296
19.1 Klassifikation der Angststörungen 297
19.1.1 Panikstörung und Agoraphobie 298
19.1.2 Soziale Phobie 299
19.1.3 Spezifische Phobien 301
19.1.4 Generalisierte Angststörung 302
19.2 Epidemiologie, Komorbidität, Risikofaktoren 302
19.3 Klinische Modelle von Angststörungen 304
19.3.1 Psychoanalytische Modelle von Angststörungen 304
19.3.2 Verhaltenstherapeutische Modelle von Angststörungen 308
19.3.3 Weitere Modelle von Angststörungen 315
19.4 Aktuelle Forschungsbefunde zu Angststörungen 316
19.5 Fazit zu Angststörungen 318
20 Zwangsstörungen 320
20.1 Klassifikation der Zwangsstörung 321
20.2 Epidemiologie, Komorbidität, Risikofaktoren 322
20.3 Klinische Modelle der Zwangsstörungen 322
20.3.1 Psychoanalytische Modelle der Zwangsstörungen 322
20.3.2 Verhaltenstherapeutische Modelle der Zwangsstörungen 324
20.3.3 Biologische Modelle der Zwangsstörungen 326
20.4 Aktuelle Forschungsbefunde zu Zwangsstörungen 327
20.5 Fazit zu Zwangsstörungen 328
21 Somatoforme Störungen und psychosomatische Erkrankungen 329
21.1 Klassifikation der Somatoformen Störungen 330
21.2 Psychosomatische Erkrankungen 335
21.3 Epidemiologie, Komorbidität und Risikofaktoren somatoformer Störungen 335
21.4 Klinische Modelle der Somatoformen Störungen 337
21.4.1 Psychoanalytische Modelle der Somatoformen Störungen 337
21.4.2 Verhaltenstherapeutische Modelle der Somatoformen Störungen 339
21.4.3 Weitere Modelle der Somatoformen Störungen 340
21.5 Aktuelle Forschungsbefunde zu Somatoformen Störungen 341
21.6 Fazit zu Somatoformen Störungen 342
22 Essstörungen 343
22.1 Klassifikation der Essstörungen 343
22.1.1 Anorexia Nervosa 343
22.1.2 Bulimia Nervosa 345
22.1.3 Binge-Eating-Disorder und Adipositas 346
22.2 Risikofaktoren für Essstörungen 348
22.3 Klinische Modelle der Essstörungen 348

22.3.1 Psychoanalytische Modelle der Essstörungen 348
22.3.2 Verhaltenstherapeutische Modelle der Essstörungen 352
22.3.3 Systemische Modelle der Essstörungen 353
22.4 Aktuelle Forschungsbefunde zu Essstörungen 354
22.5 Fazit zu Essstörungen 356
23 Posttraumatische Störungen 357
23.1 Traumadefinitionen 357
23.2 Traumafolgestörungen 358
23.2.1 Akute Belastungsreaktion 359
23.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung – PTBS 360
23.2.3 Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung 361
23.2.4 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung 362
23.2.5 Anpassungsstörung 363
23.2.6 Spezialfall Sexuelle Gewalt 363
23.3 Verlaufsmodelle der psychischen Traumatisierung 365
23.4 Klinische Modelle der Traumafolgestörungen 367
23.4.1 Psychoanalytische Modelle der Traumafolgestörungen 367
23.4.2 Verhaltenstherapeutische Modelle der PTBS 368
23.4.3 Neurobiologische Aspekte der PTBS 369
23.5 Fazit zu Traumafolgestörungen 370
24 Persönlichkeitsstörungen 371
24.1 Dimensionale Persönlichkeitsdiagnostik im DSM-V 372
24.2 Paranoide Persönlichkeitsstörung 374
24.3 Schizoide Persönlichkeitsstörung 376
24.4 Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung 378
24.5 Abhängige/Dependente Persönlichkeitsstörung 380
24.6 Anankastische/Zwanghafte Persönlichkeitsstörung 382
24.7 Histrionische Persönlichkeitsstörung 385
24.8 Narzisstische Persönlichkeitsstörung 388
24.9 Dissoziale/Antisoziale Persönlichkeitsstörung 393
24.10 Emotional instabile/Borderline-Persönlichkeitsstörung 396
24.10.1 Ätiologie und Risikofaktoren der Borderline-Persönlichkeitsstörung 397
24.10.2 Psychoanalytische Modelle der Borderline-Persönlichkeitsstörung 398
24.10.3 Kognitiv-behaviorale Modelle der BorderlinePersönlichkeitsstörung 401
24.10.4 Forschungsbefunde zu Borderline-PS 402
24.10.5 Fazit zu Borderline-Persönlichkeitsstörung 406
25 Schizophrenie und andere psychotische Störungen 408
25.1 Klassifikation psychotischer Störungen 408
25.1.1 Schizophrenie 408
25.1.2 Weitere psychotische Störungen 409
25.2 Klinische Modelle der Schizophrenie 410
25.3 Emotionale Kommunikation und Schizophrenie 413
26 Psychische Störungen in Kindheit und Jugend 415

26.1 Epidemiologie und Komorbidität 415
26.2 Persistenz und Verlauf 416
26.3 Geschlechtsunterschiede 416
26.4 Ausgewählte Störungen bei Kindern und Jugendlichen 416
26.4.1 Frühe Regulationsstörungen 417
26.4.2 Depression, Angst und Zwang bei Kindern und Jugendlichen 421
26.4.2.1 Depression bei Kindern und Jugendlichen 421
26.4.2.2 Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen 421
26.4.2.3 Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen 423
26.4.3 Externalisierende Störungen 423
26.4.3.1 Hyperkinetische Störungen 423
26.4.3.2 Störung des Sozialverhaltens, Dissoziale Störung und Gewaltverhalten bei Kindern und Jugendlichen 425
26.4.4 Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen? 427
27 Fazit zu den »Störungsbildern« und das Komorbiditätsproblem 429

Teil III: Interventionsformen 433

28 Definitionen: Psychotherapie, Beratung, Prävention 435
28.1 Psychotherapie 435
28.2 Beratung und Krisenintervention 436
28.3 Prävention und Gesundheitspsychologie 437
29 Rahmenbedingungen, Ausbildung und Versorgungsstrukturen 440
29.1 Deutschland 440
29.2 Österreich 443
29.3 Schweiz 446
30 Allgemeine Wirkfaktoren und Prozessmodelle der Psychotherapie 447
30.1 Konzepte »universeller« Wirkfaktoren 447
30.2 Allgemeine Prozessmodelle basierend auf dynamischen Systemtheorien 451
31 Psychoanalytische Therapien 453
31.1 Psychoanalytische Wirkprinzipien und Techniken 453
31.1.1 Die Beziehung als Mittel und Feld der Veränderung 454
31.1.1.1 Übertragungsbeziehung und ihre therapeutische Nutzung 455
31.1.1.2 Förderliche Regressionen – der »analytische Prozess« 456
31.1.1.3 Neue Beziehungserfahrungen und Identifizierungen 459
31.1.1.4 Verstehen – was und wie? 461

31.1.2 Einsicht in unbewusste Hintergründe vermitteln 465
31.1.2.1 Deutungsarbeit 466
31.1.2.2 Das Prinzip der dynamischen Fokussierung 469
31.1.3 Strukturbildende therapeutische Arbeit 471
31.1.3.1 Stützende und Ich-Funktionen stabilisierende Techniken 472
31.1.3.2 Strukturdynamische Fokussierung 473
31.2 Psychoanalytische Diagnostik und Indikation 474
31.3 Behandlungsformen psychoanalytischer Therapien 475
31.3.1 Psychoanalytische Einzeltherapien 475
31.3.1.1 Psychoanalyse 476
31.3.1.2 Psychoanalytische Kurz- und Fokaltherapie 479
31.3.1.3 Psychodynamische Psychotherapien 481
31.3.2 Manualisierte Psychoanalytische Therapien 482
31.3.2.1 Beispiel: Supportiv-expressive Psychotherapie von Luborsky 482
31.3.2.2 Beispiel: Panik-Fokussierte Psychodynamische Psychotherapie 484
31.3.2.3 Beispiel: Strukturbezogene Psychotherapie nach Rudolf 489
31.3.2.4 Beispiel: Übertragungsfokussierte Psychotherapie nach Kernberg 492
31.3.2.5 Beispiel: Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) 497
31.3.3 Psychoanalytische Gruppentherapien 500
31.1.4 Psychoanalytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 501
32 Verhaltenstherapien 503
32.1 Verhaltenstherapeutische Diagnostik 504
32.2 Behaviorale Methoden 506
32.2.1 Konfrontationsmethoden (exposure therapy) 506
32.2.2 Kompetenztraining (skill-trainings) 510
32.2.3 Operante Methoden 511
32.2.4 Selbstkontroll- bzw. Selbstmanagementmethoden 512
32.3 Kognitive Verhaltenstherapie 515
32.3.1 Grundmodell der »kognitiven« Verhaltenstherapie 515
32.3.2 Vorgehen in der kognitiven Therapie 516
32.3.3 Arbeiten mit Emotionen und Vergangenheit in der kognitiven Therapie 521
32.3.4 Die therapeutische Beziehung in der Kognitiven Therapie 523
32.3.5 Akzeptanz-basierte Techniken 525
32.4 Manualisierte verhaltenstherapeutische Methoden 526
32.4.1 Verhaltenstherapie bei Angst und Depression 526

32.4.1.1 Beispiel: Verhaltenstherapie bei Depression (Beck/Hauzinger) 526
32.4.1.2 Beispiel: Verhaltenstherapie bei Panikstörungen (Margraf/Schneider) 527
32.4.1.3 Beispiel: Transdiagnostische Verhaltenstherapie für »emotional disorders« 529
32.4.2 Verhaltenstherapien bei Persönlichkeitsstörungen 534
32.4.2.1 Beispiel: Kognitv-behaviorale Therapie nach Beck 534
32.4.2.2 Beispiel: Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) 538
32.4.2.3 Schematherapie nach Young 543
32.5 Verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie 545
32.6 Verhaltenstherapeutische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 545
33 Humanistische Psychotherapien 547
33.1 Gesprächspsychotherapie 548
33.1.1 Zentrale Wirkprozesse der Gesprächspsychotherapie 549
33.1.1.1 Verändern durch Anerkennen (Bedingungsfreies Anerkennen) 551
33.1.1.2 Verändern durch Verstehen (Einfühlendes Verstehen) 552
33.1.1.3 Verändern durch Begegnen 554
33.2 Emotionsfokussierte Therapie von Greenberg 558
33.3 Humanistische Gruppenpsychotherapie 562
33.4 Humanistische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 562
34 Systemische Therapien 564
34.1 Systemische Diagnostik 564
34.2 Systemische Methoden 564
34.2.1 Strukturelle und strategische Methoden. 565
34.2.2 Symbolisch-metaphorische Methoden 566
34.2.3 Zirkuläre Methoden 566
34.2.4 Lösungsorientierte Methoden 567
34.2.5 Narrative und dialogische Methoden. 567
34.2.6 Systemische Familienrekonstruktion 568
34.3 Settings und behandelte Systeme 568
35 Traumatherapien 570
35.1 Behandlungsbeginn 571
35.2 Stabilisierung und Ressourcenaktivierung 571
35.3 Trauma-Exposition 573
35.4 Integration und Neuorientierung 575
36 Ethik in der Psychotherapie 576
36.1 Allgemeine, aktuell gültige ethische Grundsätze 577
36.2 Unethisches Verhalten von Psychotherapeuten 579

36.2.1 Sexueller Missbrauch und andere Formen von Ausbeutung . . . 580
36.2.2 Übernahme von »Werten« als ethisches Problem . . . 582
36.3 Ethik und Unethik des Gesundheitssystems . . . 583

Teil IV: Psychotherapie-Forschung . . . 585

37 Geschichte der Psychotherapieforschung . . . 588
38 Wirksamkeitsforschung . . . 591
38.1 Designfragen, Wirksamkeiten und Evidenzen . . . 591
38.1.1 Efficacy und Effectiveness – Fragestellung und Design . . . 591
38.1.2 Messung der Veränderungen . . . 597
38.1.3 Beurteilung der Wirksamkeits-»Evidenz« von Psychotherapie . . . 601
38.2 Exkurs: Wirksamkeit von Pharmakotherapie . . . 603
38.2.1 Effekte von Antidepressiva . . . 603
38.2.2 Placebos – nicht nur Nichts . . . 603
38.2.3 Pharmakotherapie im Vergleich mit Psychotherapie . . . 604
38.3 Befundlage zur Wirksamkeit von Psychotherapie . . . 606
38.3.1 Wirksamkeit einzelner Verfahren . . . 606
38.3.2 Das Dodo-Bird-Verdikt: Haben wirklich alle gewonnen? . . . 612
38.3.3 What works for whom? – einmal anders . . . 616
38.3.4 Dosis-Wirkungs-Effekte? . . . 617
38.3.5 Neurobiologische Veränderungen durch Psychotherapie . . . 618
38.4 Wirtschaftlichkeitsanalysen im Bereich Psychotherapie . . . 620
38.4.1 Gesundheitsökonomische Studiendesigns . . . 620
38.4.2 Befundlage zu Kosten-Wirkungsrelationen von Psychotherapie . . . 623
38.5 Fazit zur Wirksamkeit von Psychotherapie . . . 624
39 Prozessforschung . . . 626
39.1 Methoden der Prozessforschung . . . 627
39.1.1 Prozess-Fragebögen . . . 627
39.1.2 Stunden-Ratings . . . 628
39.1.3 Methoden zur Erfassung von Prozessvariablen auf der Mikroebene . . . 631
39.2 Ergebnisse der Prozessforschung . . . 634
39.2.1 Allianz, Beziehung und Bindung im therapeutischen Prozess . . . 634
39.2.2 Therapeutische Interventionen und deren Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis . . . 636
39.2.3 Patientenverhalten und -erleben im Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis . . . 642

39.2.4 Nonverbale dyadische Muster im therapeutischen Prozess 643
39.2.5 Die Analyse nicht-linearer therapeutischer Prozesse 648
40 Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie 650
40.1 Formen von negativen Effekten 650
40.2 Gründe für Fehlentwicklungen 651
40.3 Fehlentwicklungsprophylaxe? 653
41 Fazit zu den Psychotherapie-Modellen und der Psychotherapieforschung 654
41.1 Bausteine einer Emotionsdynamischen Psychotherapie 655
41.2 Veränderungsziele und Wirkprozesse 655
41.3 Veränderungsstrategien und -Methoden 656

Literaturverzeichnis 661

Vorwort und Dank

Das vorliegende Lehrbuch basiert auf den Skripten meiner Vorlesungen, die ich seit nun fast zehn Jahren im Fachgebiet Klinische Psychologie und Psychotherapie halte. Anfangs schrieb ich die Skripten nur für mich als Gedächtnisstütze, später formulierte ich sie immer weiter aus, um sie den Studierenden zur Nachbearbeitung und Prüfungsvorbereitung zur Verfügung stellen zu können. Dabei war und ist es mir ein Anliegen, die Vielfalt der theoretischen und klinischen Ansätze möglichst ausgewogen darzustellen, deren jeweilige Besonderheiten sowie auch »schulenübergreifende« Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten. Ich hoffe, dass mir das einigermaßen gelungen ist.

Viele Menschen haben auf ganz unterschiedliche Weise dazu beigetragen, dass es dieses Buch nun gibt und dass es so geworden ist, wie es ist. Besonders hervorheben möchte ich dabei Doris Peham, Astrid Bock und Dietmar Kratzer, mit denen ich in Innsbruck jahrelang eng zusammengearbeitet habe und denen ich viel verdanke. Svenja Taubner, Timo Stork, Johannes Zimmermann, Nadine Scharnowski, Sven Rabung und Gerhard Dammann haben jeweils Teile des Manuskripts gelesen, und durch ihre Anregungen hat der Text sehr gewonnen. Gerhard Roth wollte eigentlich »nur« die Neuro-Passagen auf »grobe Schnitzer« überprüfen, hat dann aber doch gleich den kompletten Text gelesen und mir sehr wertvolle Rückmeldungen gegeben. Rhea Eschstruth, Katharina Rek, Katharina Krasnow und Carmen Meiwes Turrión haben meine schludrige Rechtschreibung korrigiert. Rhea Eschstruth habe ich zudem zu verdanken, dass aus meinen schlichten Folien echte Abbildungen geworden sind. Ruprecht Poensgen vom Kohlhammerverlag hatte überhaupt erst die Idee zu diesem Lehrbuch und hat das ganze Projekt seitdem geduldig und sehr unterstützend durch alle Höhen und Tiefen begleitet. Celestina Filbrandt hat das Manuskript redigiert und es zu einem Lehrbuch gemacht. Nicht zuletzt danke ich meinen Patienten, von denen ich wohl am allermeisten gelernt habe, und meinen Studierenden, die mich durch ihre Fragen immer wieder auf Trab halten.

Einleitung

Das Lehrbuch gliedert sich in vier Hauptteile.

Teil I Grundlagen: Nach einem historischen Abriss der Klinischen Psychologie sollen aktuelle grundlegende Konzepte der Krankheitslehre, der Ätiologie, der Psychogenese sowie der psychischen Erkrankungen zugrunde liegenden Kerndimensionen vorgestellt werden. Neben der Darstellung emotionstheoretischer und neurobiologischer Grundlagen werden die grundlegenden Modelle aus dem psychoanalytischen, dem verhaltenstherapeutischen, dem humanistischen und dem systemischen Umfeld vorgestellt. Dabei wird besonders auf die aktuellen Weiterentwicklungen klinischer Grundkonzepte eingegangen, die eine starke Annäherung der verschiedenen »Schulen« erkennen lassen. Sodann werden die empirisch gesicherten Risiko- und Schutzfaktoren und das bio-psycho-soziale Modell dargestellt. Zum Abschluss wird ein Versuch unternommen, die Gemeinsamkeiten der aktuellen klinischen Grundlagenmodelle herauszuarbeiten: Einen roten Faden durch die modernen klinischen Grundlagenmodelle bildet die Emotionstheorie. Emotionen stehen im Zentrum dynamischer psychischer Prozesse und sind hochgradig vernetzt mit allen klinisch relevanten Dimensionen.

Teil II Psychische Störungen: Nach der Darstellung der Probleme bei der Definition von psychischer Gesundheit werden die wichtigsten psychischen Störungen ausführlich beschrieben. Neben der Klassifikation und den diagnostischen Kriterien stehen insbesondere die Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung der jeweiligen Störungen im Vordergrund. Es werden unterschiedliche Störungsmodelle zu den jeweiligen Störungen dargestellt, wobei der Schwerpunkt auf den psychoanalytischen und den verhaltenstherapeutischen Modellen liegt. Zudem werden in eigenen Abschnitten aktuelle Forschungsbefunde zu den Störungen beschrieben. Die Störungskapitel enthalten anschauliche Fallbeispiele. Den Abschluss bildet eine Diskussion der Komorbiditätsproblematik.

Teil III Interventionsformen: Dieser Teil gibt einen Überblick über verschiedene Ansätze klinisch-psychologischer Interventionsformen und Psychotherapie. Nach der Darstellung der Konzepte zu allgemeinen Wirkfaktoren wird auf die wichtigsten Psychotherapie-Verfahren eingegangen. Dabei werden jeweils die allgemeinen Behandlungsprinzipien und Techniken, die sich aus den in Teil I beschriebenen Grundlagenmodellen ableiten, beschrieben. Zudem wird auf ausgewählte, aktuelle Psychotherapie-Manuale zur Behandlung spezieller Störungen (z. B. Depression, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen) gesondert eingegangen, sodass die therapeutischen Strategien anschaulich werden. Weitere Anwendungsformen, wie Gruppentherapien und Psychotherapie für Kinder und Jugendliche, werden ebenfalls beschrieben. Den Abschluss dieses Teils bildet ein Kapitel zur Ethik in der Psychotherapie.

Teil IV Psychotherapieforschung: Es wird ein Überblick über Historie, zentrale Fra-

gestellungen, Methoden und Ergebnisse der Psychotherapieforschung gegeben. Besonderes Augenmerk liegt einerseits auf der Untersuchung der Wirksamkeitsfrage und andererseits auf der Untersuchung therapeutischer Prozesse und deren Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis. Dabei zeigt sich, dass insbesondere die emotionalen Prozesse im Verlauf einer Psychotherapie eine entscheidende Rolle spielen. Den »Risiken und Nebenwirkungen« von Psychotherapie ist ein eigenes Kapitel gewidmet.

Aus den Gemeinsamkeiten der verschiedenen Psychotherapiemodelle sowie aus den Befunden der Prozessforschung werden zum Abschluss Bausteine einer »emotionsdynamischen« Psychotherapie abgeleitet: ein Integrationsversuch unter besonderer Berücksichtigung der Veränderung der Emotionsregulierung als zentrale Dimension therapeutischer Prozesse.

Teil I: Grundlagen

1 Was ist Klinische Psychologie und Psychotherapie

Der Begriff »Klinische Psychologie« wurde vom Amerikaner *Ligthner Witmer* (1867–1956) geprägt. Witmer studierte und promovierte bei Wilhelm Wundt am Institut für experimentelle Psychologie in Leipzig. Zurück in den USA gründete er 1896 die erste *Psychological Clinic* an der Universität von Pennsylvania. Hier wurden vornehmlich Kinder mit Leistungsproblemen untersucht und behandelt; es handelte sich also eher um eine Erziehungsberatungsstelle. 1917 wurde die *American Association of Clinical Psychologists* gegründet, die schon 1919 als Sektion in die *American Psychological Association* (APA) aufging.

Aus dem Institut von Wundt ging eine weitere für die Klinische Psychologie wichtige Person hervor: Emil Kraeplin (1856–1926), der später ganz wesentliche Impulse in der Psychiatrie setzte (siehe unten). Als weiterer Impulsgeber kann noch ein Mediziner betrachtet werden: Sigmund Freud (1856–1939). Abgesehen von seinen grundlegenden Arbeiten zum Verständnis und der Therapie psychischer Störungen, setzte Freud sich dafür ein, dass auch Nicht-Mediziner den Zugang zur Psychotherapie erhielten.[1]

»Kraeplin und Freud – beide Mediziner und keine Psychologen – können als wesentliche Impulsgeber für die deutschsprachige und internationale Klinische Psychologie angesehen werden. Die beiden Namen stehen aber auch für zwei unterschiedliche Selbstverständnisse der Klinischen Psychologie, die bis heute in der Wissenschaft und Praxis vielfach als widersprüchlich gesehen werden: Kraeplin als Protagonist der empirischen Klinischen Psychologie, Freud als Repräsentant eines hermeneutischen Wissenschaftsverständnisses, das vor allem in der Tiefenpsychologie ihren Niederschlag fand« (Baumann & Perrez 1998, Baumann & Perrez 1998, S. 11). Wie sich zeigen wird, sind diese beiden »Selbstverständnisse« heute bei Weitem nicht mehr so widersprüchlich, wie häufig dargestellt: Klinische Psychologie ist immer eine Mischung aus verstehenden Zugängen und empirischer Forschung.

Definition Klinische Psychologie:

Klinische Psychologie ist diejenige Teildisziplin der Psychologie, die sich mit psychischen Störungen und psychischen Aspekten somatischer Erkrankungen befasst, mit deren Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen, Klassifikation und Diagnostik, deren Verbreitung sowie deren Prävention und Behandlung

1 »Nun, für den Kranken ist es gleichgültig, ob der Analytiker Arzt ist oder nicht …« (Freud 1926b, S. 279).

Mittlerweile wurden die meisten Lehrstühle für Klinische Psychologie umbenannt in *Klinische Psychologie und Psychotherapie*.[2] »Aus Sicht der wissenschaftlichen Klinischen Psychologie wird Psychotherapie als Teilgebiet der Klinischen Psychologie gesehen, bzw. es wird ein besonderes Nahverhältnis postuliert. … Der traditionelle Psychotherapiebegriff bezeichnet eine Teilmenge der klinisch-psychologischen Interventionsmethoden, nämlich jene Methoden, die auf die Therapie gestörter Funktionsmuster (Syndrome) und gestörter interpersoneller Systeme bei psychischen Störungen bezogen sind« (Baumann & Perrez 1998, S. 9). Das sehen vor allem viele nicht-psychologische Psychotherapeuten ganz anders: Da die Psychotherapie sich nicht ausschließlich aus der akademischen Psychologie entwickelt hat, wird eine Definition wie die von Baumann und Perrez als *Einverleibung* empfunden.[3]

Mit der Umstellung der Studiengänge auf Bachelor und Master wird sich die Studienlandschaft wahrscheinlich in Zukunft recht bunt gestalten. So ist zu erwarten, dass relativ spezialisierte Masterstudiengänge entstehen, wahrscheinlich auch und gerade im Überschneidungsbereich der jetzigen Klinischen Psychologie und Psychotherapie.

Die Klinische Psychologie und Psychotherapie gilt als sogenanntes *Anwendungsfach*. Dies suggeriert, dass hier Erkenntnisse aus anderen Fächern, den Grundlagenfächern (Allgemeine Psychologie, Entwicklungspsychologie, Sozialpsychologie, Persönlichkeitspsychologie etc.) zur Anwendung gebracht werden. Dies ist sicher nur sehr bedingt der Fall. Zwar gehen die Erkenntnisse der Grundlagenfächer in die klinisch-psychologische Konzeptbildung ein, oder sollten dies zumindest, allerdings existierte immer schon eine gewissermaßen eigene klinisch-psychologische Grundlagenforschung, die teilweise nur wenig Bezug zum Mainstream der »eigentlichen« psychologischen Grundlagenfächer hat. Eine solche klinische Grundlagenforschung ist nicht zuletzt deshalb notwendig, weil ein Großteil der in den anderen Grundlagenfächern betriebenen Forschungen für Fragestellungen der Klinischen Psychologie nur sehr begrenzte Relevanz hat bzw. die aus klinischer Sicht relevanten Phänomene dort nicht untersucht werden. Vielfach erscheint der Input der klinisch-psychologischen Grundlagenforschung in die anderen Grundlagenfächer weit höher als umgekehrt – man denke nur an grundlegende Modelle der Persönlichkeitspsychologie, an die Entwicklungspsychologie, an die Entwicklung kognitiver Modelle, an die Bedeutung unbewusster Wahrnehmung und Informationsverarbeitung, an die Bedeutung von Emotionen und Emotionsregulierung etc.; selbst die Neurowissenschaften bemühen sich zunehmend um einen Dialog mit den »Klinikern«, da die klinischen Modelle geeignet erscheinen, den gemessenen neuronalen Prozessen eine psychologische *Bedeutung* zu geben.

---

2 Hintergrund dieser um die Psychotherapie erweiterten Bezeichnung waren zu einem wesentlichen Teil »politische« Aspekte im Umfeld der Auseinandersetzungen um das deutsche Psychotherapeutengesetz, nachdem der Deutsche Ärztetag 1992 das Fach »Psychiatrie« in »Psychiatrie und Psychotherapie« umbenannt und das Fach »Psychsomatische Medizin« eingeführt hatte (ab 2003 »Psychosomatische Medizin und Psychotherapie«).

3 Neuerdings gibt es vermehrte Bestrebungen, ein eigenes akademisches Fach namens »Psychotherapiewissenschaften« (z. B. Fischer 2011) zu etablieren. Dabei wird argumentiert, dass die psychotherapeutischen Konzepte ihre Wurzeln gleichfalls in Medizin, Philosophie, Theologie, Pädagogik und Sozialwissenschaften haben, und die psychologische Verankerung nur einen geringen Teil der historischen Entwicklung ausmacht.

2 Historische Entwicklung der Klinischen Psychologie

Psychische Störungen existieren wohl schon solange es Menschen gibt. Die Erklärungen dieser Phänomene wechselten allerdings drastisch. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die Historie von Konzepten zur Erklärung von psychischen Störungen sowie die entsprechenden Behandlungsmethoden gegeben werden. Die Darstellung folgt im Wesentlichen der Gliederung von Davison et al. (2002), einerseits gekürzt, andererseits um etliche Aspekte ergänzt. Eine schöne »Kulturgeschichte« psychischer Störungen und deren »Behandlung« findet sich in Nissen (2005)[4].

Dämonologie

Das Grundmuster des dämonologischen Störungsmodells ist folgende Vorstellung: Ein »fremdes« Wesen ergreift »Besitz« von einer Person und verursacht die psychische Störung.

Im alten Babylon gab es für jede Krankheit einen eigenen *Dämon*; der Dämon »Idta« war für »Wahnsinn« zuständig. Auch der *Teufel* hat eine lange Tradition: Jesus heilt einen Mann mit »unreinem Geist«, indem er den Teufel austreibt und in eine Herde Schweine jagt – die Besessenheit geht auf die Tiere über und sie stürzen sich ins Meer (Marcus 5, 8–13)[5]. Dämonenaustreibung geschah üblicherweise mittels ausgefeilter Gebetsriten, Lärmritualen, übelschmeckendem Gebräu, oder drastischer: Auspeitschen oder Nahrungsentzug, um den Körper für den Dämon/Teufel »unbewohnbar« zu machen.

Noch heute gibt es offizielle Exorzisten in der katholischen Kirche. Lange Zeit galt Anneliese Michel aus Klingenberg als der letzte offiziell durchgeführte Exorzismus in Deutschland (Wolff 2006; Goodman & Siegmund 2006). 2008 wurden allerdings weitere Fälle bekannt: Im Erzbistum Paderborn beispielsweise habe es zwischen 2000 und 2008 laut Bistumssprecher 18 ernstzunehmende Anfragen von Menschen gegeben, die glaubten, vom Teufel besessen zu sein; in drei Fällen wurde ein Exorzismus durchgeführt. Voraussetzung sei, dass die Prüfung durch einen Pastoralpsychologen und einen Psychiater das Fehlen einer psychischen Störung bestätigt, dann werde die »Liturgie der Befreiung« in Auftrag gegeben, d.h. die Austreibung des Bösen durch einen Exorzisten. Exorzismus sei in Frankreich und Italien, vor allem aber in Afrika und Lateinamerika deutlich häufiger als in Deutschland[6].

---

4 Nissen 2005 beschreibt zwar die »Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen« – in Bezug auf frühere Jahrhunderte ist diese aber nicht von der der Erwachsenen zu trennen.

5 Eine sehr schöne Übersicht über Teufelsvorstellungen gibt Peter Stanford 2000 in *Der Teufel – Eine Biographie*

6 »Im Kampf gegen das Böse«, Süddeutsche Zeitung vom 20.05.2008, Nr. 116, 12.

Aber schon früh gab es auch deutlich nettere Behandlungsformen. Im ägyptischen *Tempel des Imhotep* (Gott der Heilung) war die wichtigste Therapie der Schlaf im Tempel, auch die künstlerische Betätigung der Kranken wurde als heilend betrachtet. In Griechenland wurden die *Tempel des Asklepios* (griechischer Gott der Heilkunst) in der Nähe von Heilquellen oder auf Bergen errichtet; auch hier war der Tempelschlaf eine wichtige Methode: den Kranken erschien Asklepios im Traum und erteilte Rat; dazu gab es Bäder, Diät und Körperübungen. Wenn das alles nichts half, wurden die *Befremdlichen* allerdings auch schon mal mit Steinen aus dem Tempel gejagt.

Somatogenese I

Allgemein gehen somatogenetische Erklärungen von folgender Grundannahme aus: Eine Störung im Soma verursacht die Störung des Erlebens und Verhaltens.

Hippokrates (460–377 v. Chr.) gilt als Begründer der modernen Medizin. Er absolvierte seine Ausbildung im berühmten Asklepios-Tempel von Kos. Hippokrates trennte die Medizin von Religion und Magie. »Seelische Verwirrungen« seien nicht Strafe der Götter, sondern hätten natürliche Ursachen, wahrscheinlich Störungen im Gehirn als Sitz des Intellekts und der Gefühle. Hippokrates unterschied drei Kategorien psychischer Erkrankungen: Manie, Melancholie, Gehirnfieber (Phrenitis). Er lieferte differenzierte Beschreibungen noch heute gültiger Erkrankungen (wie Epilepsie, Alkoholsucht, Paranoia etc.). Als zentrale Ursachen sah er Ungleichgewichte der vier »Säfte« (Blut, schwarze Galle, gelbe Galle und Schleim): so seien Trägheit/Dummheit durch zu viel Schleim (Phlegma) verursacht, Melancholie durch zu viel schwarz Galle, Reizbarkeit/Ängstlichkeit durch ein Zuviel an gelber Galle, ein launisches Temperament durch zu viel Blut.

Frühmittelalter und Mittelalter

Mit dem Niedergang des römischen Reiches gewann die Kirche und das Papsttum an Einfluss – die klassische Kultur wurde vom christlichen Mönchstum mit seiner Missions- und Bildungsarbeit ersetzt. Die Natur galt als Spiegel des göttlichen Willens und damit als der menschlichen Einsicht nicht zugänglich. Daher gab es keinen Platz für wissenschaftlich-systematische Beobachtungen nach Art der Griechen. Entsprechend bestanden »Behandlungen« im Wesentlichen aus Gebeten oder Berührungen mit Reliquien. Andere Formen von Heilkunst galten als »Hexenkunst«, die der Allmacht Gottes zuwider liefen. Kurzgefasst gab es eine Gleichsetzung von *Heilkunst = Hexenkunst = Teufelswerk*. In diesem Zuge wurden dann auch psychische Erkrankungen wieder als Teufelsbefall betrachtet – die Rückkehr der Dämonologie.

Gewissermaßen das »Manual« zur Hexenbekämpfung erschien 1486 mit dem *Malleus Maleficarum* (»Der Hexenhammer«) von den Dominikanermönchen Heinrich Kramer und Jakob Sprenger, in dem die konstitutionelle Anfälligkeit von Frauen für Zauber, Magie und Teufelspakte dargelegt wird. Insbesondere die Sexualität der Frauen sei sehr gefährlich, und die Männer seien ständig in Gefahr, diesem üblen weiblichen Zauber zum Opfer zu fallen. Entsprechend liefert das Werk gewissermaßen Diagnosekriterien zum Erkennen von Teufelsbefall und beschreibt Methoden zur Teufelsaustreibung.

So obskur und grausam die »Behandlungsmethoden« wie Dämonen- oder Teufelsaustreibung heute anmuten, sie ergeben sich stringent aus dem damaligen »Störungsverständnis«: ist die Ursache einer (leidvollen) psychischen Erscheinung die Besessenheit durch ein fremdes Wesen, ist es konsequent, Maßnahmen durchzuführen, die dieses Wesen aus den Befallenen vertreiben.

Das gilt noch heute: Aus den Störungsmodellen sollte sich möglichst stringent die Therapie ableiten. Mit kritischer Distanz betrachtet, wirken heutige Behandlungstechniken oft nicht weniger obskur: Einen Phobiker zu »zwingen«, sich solange dem Objekt seiner Angst auszusetzen, bis die Angst nachlässt, erscheint doch arg grausam; ebenso ein sich hinter der Couch in Abstinenz und Neutralität übender und hin und wieder Deutungen von sich gebender Therapeut gegenüber einem offensichtlich bedürftigen Patienten; oder die Vorstellung, man könne durch das bloße Angebot einer wertschätzenden Beziehung für 50 Minuten wöchentlich die »Heilung« einer chronischen psychischen Störungen erreichen; oder die Annahme, eine leidende Familie könne durch ein paar provokante »System-Verstörungen« zu einem nachhaltig gesünderen Miteinander gebracht werden. Diese zugegebenermaßen karikaturhafte Darstellung soll verdeutlichen, dass auch heute die Frage der Stringenz zwischen (mehr oder weniger) wissenschaftlichen Störungsmodellen und den daraus abgeleiteten Behandlungsmethoden immer wieder kritisch zu hinterfragen ist.

Die Phase der Asyle

Bis zum 15. Jahrhundert gab es keine Hospitäler für psychisch Kranke in Europa, dafür aber viele für Leprakranke. Nach Ende der Kreuzzüge ging die Lepra zurück und man wandte sich vermehrt den Geisteskrankheiten zu und nutzte u. a. die alten Lepraeinrichtungen zur Internierung psychisch Kranker – die Asyle.

In London wurde 1547 das *Piority of St. Mary of Bethlehem* eröffnet, ein Asyl für Geisteskranke; »Bedlam« (Volksmund für »das Hospital«) wurde zum Synonym für Aufruhr und Chaos. Das Asyl wurde zu einer der größten Touristenattraktionen Londons: gegen Eintritt konnten die »Verrückten« besichtigt werden. In Wien kam es 1784 zur Eröffnung des »*Narrenturms*«. Auch hier gab es Besichtigungen, die Passanten konnten durch die Zwischengänge die »Narren« betrachten. Der Narrenturm beinhaltet heute eine skurrile Sammlung von »Instrumenten«, mit denen die »Irren« traktiert wurden. In den USA sah Benjamin Rush (18. Jahrhundert in Philadelphia) die Ursache psychischer Störungen in einem »Blutandrang im Gehirn« – entsprechend verordnete er Aderlässe bis zu fünf Litern: die Patienten wurden tatsächlich ruhiger (!). Als weitere Behandlungsmethode versetzte er die Patienten in Angst und Schrecken (z. B. wurden sie in einem Sarg unter Wasser gedrückt).

Die Wende im Umgang mit psychisch Kranken wird allgemein durch das Wirken von Philippe Pinel (1745–1826) gesehen, der seit 1793 die Leitung des Pariser Asyls *La Bicêtre* innehatte. Bis dahin wurden die Patienten mit Ketten an den Wänden gehalten, vor ihnen ein Napf. Pinel ließ die Ketten entfernen, brachte die Patienten in hellen Räumen unter, verordnete Spaziergänge etc. – viele konnten tatsächlich geheilt entlassen werden. Gemäß den Idealen der Französischen Revolution waren auch Geisteskranke Menschen mit Würde. Als Ursache für Geisteskrankheit wurde eine Kombination aus Disposition und persönlichen Lebensereignissen gesehen; Emotionen verstand Pinel als Bindeglied zwischen Körper und Seele (eine recht moderne Sicht). Die Therapie bestand wesentlich in tröstlichem Zuspruch und sinnvoller Tätigkeit. Eine ähnliche Entwicklung erfolgte dann in England, USA usw. – die Hospitäler hatten meist eine starke religiöse Ausrichtung.

Der Beginn der modernen Auffassungen kann durch eine Parallelentwicklung beschrieben werden: ein Wiederaufgreifen der Somatogenese einerseits, und die Entwicklung von Modellen der Psychogenese andererseits.

Somatogenese – reloaded

Wilhelm Griesinger nahm Mitte des 19. Jahrhunderts das Konzept der Somatogenese (Hippokrates) wieder auf: Für jede psychische Störung sollte eine physiologische Ursache spezifiziert werden.

Emil Kraeplin (1856–1926) veröffentlichte 1883 das erste *Lehrbuch der Psychiatrie* mit einem Klassifikationssystem. Er ging von physiologischen Ursachen für die von ihm beschriebenen Syndrome (= Gruppe von Symptomen) aus. Auch wenn die ursächlichen physiologische Dysfunktionen noch nicht bekannt waren und spezifische Therapien noch nicht verfügbar, so sollten doch zuverlässige Verlaufsprognosen möglich sein. Kraeplin unterschied zwei Hauptgruppen schwerer psychischer Störungen: *Dementia praecox* (heutige Schizophrenie) und *Manisch-depressive Psychose*.

Weiterhin stand die Suche nach somatischen Ursachen im Vordergrund. Es wurden weitreichende Fortschritte bei der Erforschung des Nervensystems gemacht. Man fand beispielsweise bei senilen und präsenilen Psychosen degenerative Veränderungen in Gehirnzellen, bei Oligophrenie strukturelle Pathologien.

Gewissermaßen paradigmatisch für die somatogenetische Sicht wurde die *Progressive Paralyse*, die durch psychische Symptome wie bei Geisteskranken charakterisiert ist[7]. Es kursierten verschiedene Ursachenmodelle für die progressive Paralyse: weil häufig Matrosen betroffen waren, wurde die Ursache im Seewasser vermutet; Griesinger meinte, weil häufig Männer erkrankten, sei die Ursache im Alkohol-, Tabak- und Kaffeekonsum zu finden. Erst mit Louis Pasteur und der *Keimtheorie der Krankheiten* konnte eine spezifische somatische Ursache gefunden werden: die progressive Paralyse ist die Spätfolge einer Syphilis.

Psychogenese

Besonders in Frankreich und Österreich entwickelte sich mehr oder weniger zeitgleich eine andere Ursachenperspektive: Psychische Störungen basieren auf *psychischen Funktionsstörungen*. Die Ursachen psychischer Störungen gründen im Psychischen selbst, und entsprechend gilt es, die Eigengesetzlichkeit des Psychischen zu erforschen, um psychische Störungen zu verstehen.

Die »Parade-Krankheit« für diese Modellentwicklung war die damals sehr verbreitete *Hysterie* (heute Konversionsreaktion bzw. Histrionische Persönlichkeitsstörung). Sie zeichnete sich durch eine Vielzahl von Symptomen aus, z. B. sogenannte »Handschuh-Anästesie«, Lähmungen, hysterische Blindheit, Taubheit, Erinnerungslücken etc.

Franz Anton Messmer (Wien/Paris; 1734–1815), führte erste systematische Hypnosen durch und beeinflusste dadurch die Behandlung von psychischen Krankheiten. In der Folge gab es einen wahren Boom von psychogenen Erklärungsmodellen.

Jean Martin Charcot (1825–1893) favorisierte ursprünglich die Somatogenese zur Erklärung der Hysterie. Das änderte sich, als einige seiner Studenten einer gesunden Frau unter Hypnose hysterische Symptome suggerierten. Charcot ließ sich täuschen und hielt sie für eine echte Hysterikerin, und war sehr verwundert, als die Studenten die Frau weckten und alle Symptome sich

7 Klinisch werden drei psychotische Verläufe der Progressiven Paralyse unterschieden: 1) *demente Form* mit Affektstörungen und Antriebsminderung; 2) *agitierte Form* mit Veränderung der Persönlichkeit, Neigung zu Größenwahn; 3) *halluzinatorische Form* mit einer der Schizophrenie ähnelnden Symptomatik.