

PSYCHOLOGIE IN DER SOZIALEN ARBEIT

Band 2

Georg Jungnitsch

Klinische Psychologie

2., überarbeitete Auflage

Kohlhammer

Kohlhammer

Psychologie in der Sozialen Arbeit

Herausgegeben von Franz J. Schermer

Der Vermittlung psychosozialer Kenntnisse kommt im Studium der Sozialpädagogik und Sozialarbeit/Soziale Arbeit eine grundlegende Bedeutung zu. Es werden erstmals die dabei relevanten Inhalte der verschiedenen psychologischen Teildisziplinen dargestellt.

Die Auswahl der Theorien und Befunde orientiert sich systematisch an den Zielsetzungen des Fachhochschulstudiums. Wissenschaftliche Fundierung, Praxistauglichkeit und Praxisbewährung bilden die entscheidenden inhaltlichen Auswahlkriterien.

Die einzelnen Bände behandeln die Themen:

Band 1 Grundlagen der Psychologie

Band 2 Klinische Psychologie

Band 3 Sozialpsychologie

Band 4 Entwicklungspsychologie

Band 5 Methoden der Verhaltensänderung: Basisstrategien

Band 6 Methoden der Verhaltensänderung: Komplexe Interventionsprogramme

Sie führen systematisch und voraussetzungsfrei in die verschiedenen Teildisziplinen ein. Der Studierende erhält eine klare Orientierung über Begrifflichkeiten, Theorien und deren Anwendungsmöglichkeiten. Neben dem notwendigen Grund- und Anwendungswissen erwirbt er ein Verständnis für die Rolle und Bedeutung der Psychologie im Praxisfeld der Sozialen Arbeit. Die Bände sind hervorragend zur Einarbeitung und zur Prüfungsvorbereitung geeignet.

Die **Autoren** lehren Psychologie in den Fachbereichen Sozialwesen und Sozialpädagogik verschiedener Fachhochschulen und sind in Lehre, Forschung und Praxis ausgewiesen. Der **Herausgeber** lehrt Allgemeine Psychologie und Klinische Psychologie im Studiengang Soziale Arbeit der Fachhochschule Würzburg-Schweinfurt (Fachbereich Sozialwesen/Pflegemanagement).

Georg Jungnitsch

Klinische Psychologie

2., überarbeitete Auflage

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.

2., überarbeitete Auflage 2009

Alle Rechte vorbehalten

© 2000/2009 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-020054-8

Inhalt

Vorwort zur 1. Auflage	9
Vorwort zur 2. Auflage	11
1 Definition und historischer Hintergrund	13
1.1 Definitionen zur Klinischen Psychologie	13
1.2 Abgrenzung zu angrenzenden Gegenstandsbereichen	15
1.2.1 Verhaltensmedizin	15
1.2.2 Gesundheitspsychologie	16
1.2.3 Rehabilitationspsychologie	17
1.2.4 Psychiatrie	18
1.3 Historischer Aspekt	19
1.4 Krankheitsmodelle in der Klinischen Psychologie	27
1.4.1 Biomedizinisches Krankheitsmodell	28
1.4.2 Psychosoziales Krankheitsmodell	31
1.4.3 Biopsychosoziales Modell	33
1.5 Klinisch-psychologische Störungstheorien	38
1.5.1 Das lerntheoretische Modell	38
1.5.1.1 <i>Klassische Konditionierung als Erklärungsmodell</i> <i>gestörten Verhaltens</i>	39
1.5.1.2 <i>Operante Konditionierung als Modell für</i> <i>gestörtes Verhalten</i>	42
1.5.1.3 <i>Modelllernen als Erklärungsmodell</i>	46
1.5.2 Das kognitive Modell	48
1.5.2.1 <i>Das rational-emotive Störungsmodell</i>	48
1.5.2.2 <i>Kognitive Schemata</i>	50
1.5.2.3 <i>Attribution und Kontrollüberzeugung</i>	52
1.5.3 Integrierendes Modell zur Beschreibung und Erklärung gestörten Verhaltens: Das System-Modell psychischer Störungen	55
1.6 Definition psychischer Störungen	58
1.7 Klassifikation psychischer Störungen	64
1.7.1 Grundbegriffe der Klassifikation	64
1.7.2 Das Klassifikationssystem der WHO: Das ICD-10	69
1.7.3 Die Klassifikation der amerikanischen Psychiatrie – das DSM-IV	72
1.8 Verhaltensdiagnostik	74
1.8.1 Die funktionale Analyse	74
1.8.2 Die Bedingungsanalyse	78

2 Intervention	87
2.1 Grundlagen der Verhaltenstherapie	94
2.1.1 Allgemeine Grundlagen	94
2.1.2 Grundlagen der Durchführung	101
2.1.3 Grundlagen auf Seiten des Therapeuten	106
2.2 Grundlegende Verfahren der Verhaltenstherapie	108
2.2.1 Selbstmanagement	109
2.2.1.1 Grundlagen	109
2.2.1.2 Durchführungsprinzipien	110
2.2.2 Desensibilisierung und Reizkonfrontation	122
2.2.3 Training sozialer Kompetenz	129
2.2.4 Operante Methoden	132
2.2.5 Kognitive Verfahren	138
2.2.5.1 Rational-emotive Therapie (RET) nach Ellis	139
2.2.5.2 Die kognitive Therapie nach Beck	140
2.2.5.3 Das Stressimpfungstraining nach Meichenbaum	141
2.2.5.4 Training in Problemlösen	143
3 Störungsspezifische Betrachtungsweise	145
3.1 Alkoholismus	145
3.1.1 Falldarstellung	146
3.1.2 Diagnostische Leitlinien – Symptomatik	147
3.1.3 Erklärungsmodell	148
3.1.4 Interventionen	149
3.2 Schizophrenie	150
3.2.1 Falldarstellung	150
3.2.2 Diagnostische Leitlinien – Symptomatik	151
3.2.3 Erklärungsmodell	153
3.2.4 Interventionen	154
3.3 Affektive Störungen	155
3.3.1 Falldarstellung	157
3.3.2 Diagnostische Leitlinien – Symptomatik	162
3.3.3 Erklärungsmodell	163
3.3.4 Interventionen	166
3.4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	167
3.4.1 Falldarstellung	169
3.4.2 Diagnostische Leitlinien – Symptomatik	173
3.4.3 Erklärungsmodell	174
3.4.4 Interventionen	177

3.5	Essstörungen	179
3.5.1	Falldarstellung	179
3.5.2	Diagnostische Leitlinien – Symptomatik	185
3.5.3	Erklärungsmodell	186
3.5.4	Interventionen	190
3.6	Persönlichkeitsstörungen	191
3.6.1	Falldarstellung	195
3.6.2	Diagnostische Leitlinien – Symptomatik	198
3.6.3	Erklärungsmodell	200
3.6.4	Interventionen	201
3.7	Resümee	203
4	Klinische Psychologie in der Rehabilitation	205
4.1	Grundlagen klinisch-psychologischen Vorgehens in der Rehabilitation	205
4.1.1	Der Begriff der Behinderung	205
4.1.2	Ziele der Rehabilitation	209
4.1.3	Klinisch-psychologische Methoden	210
4.2	Klinisch-psychologische Interventionen am Beispiel rheumatischer Erkrankungen	214
4.2.1	Rheumatische Erkrankungen: Begriffsklärung und Krankheitsbilder	214
4.2.2	Interventionen auf den präventiv-rehabilitativen Ebenen	216
4.2.2.1	<i>Primärprävention</i>	218
4.2.2.2	<i>Sekundärprävention</i>	221
4.2.2.3	<i>Tertiärprävention</i>	222
4.2.2.4	<i>Rehabilitation im engeren Sinn: Berufliche Wiedereingliederung</i>	223
4.3	Das interdisziplinäre Konzept in der Rehabilitation	223
	Literaturverzeichnis	227
	Stichwortverzeichnis	246

Vorwort zur 1. Auflage

Diese Einführung in die Klinische Psychologie ist aus verhaltenstherapeutischer Sicht verfasst. Vielleicht mag es ungewöhnlich klingen, wenn eine Therapie-richtung als Leitschnur genannt wird. Dies entspricht aber einem wohl sich mittlerweile etablierten Verständnis des Begriffes „Verhaltenstherapie“, in welchem sich nicht nur der therapeutische Ansatz im engeren Sinn wiederfindet, sondern damit der gesamte verhaltenstheoretische Ansatz mitbezeichnet ist. In diesem Zusammenhang stellt dann die Bezugnahme auf die Verhaltenstherapie eine programmatische Aussage dar: In dieser Richtung sind genau die bedeutsamen Aspekte integriert, die mir als unbedingte Voraussetzungen praktischen Handelns im Bereich der psychosozialen Versorgung erscheinen. Zuallererst ist dies der Bezug zur gesamten empirischen Psychologie, der als Grundlage der Verhaltenstherapie anzusehen ist. Dieser ist eine unabdingbare Voraussetzung für wissenschaftlich fundierte Praxis im angesprochenen Gegenstandsbereich psychosozialer Arbeit, unabhängig davon, welche Berufsgruppe diese vertritt. Zum anderen bietet dieser Ansatz ein durchgängiges Modell zur Erklärung und zur Veränderung psychischer Störungen, in das spezifische Sichtweisen und Modelle integrierbar sind. Vor allem die Betonung auf die Überprüfbarkeit und die Notwendigkeit der Überprüfung von Handlungen, die mit dem Ziel der Veränderung menschlicher Verhaltensweisen durchgeführt werden, erscheint mir für den Personenkreis wichtig, der hier angesprochen wird und sich mit Inhalten der Klinischen Psychologie auseinandersetzt. Insofern entspricht dieser Blickwinkel auch neueren Ansätzen in der Psychotherapie, die besondere Betonung auf die allgemeinen Gesetzmäßigkeiten therapeutischen Handelns und dessen Wirksamkeit legen (Grawe, 1998). Gleichzeitig beinhaltet ist damit der Gesichtspunkt, dass nicht nur Therapie, sondern auch andere Formen psychologischer Interventionen zum Tragen kommen können (Perrez & Baumann, 1998).

Das Buch ist gleichzeitig als Einführung zu sehen, die in ihren Themenbereichen nach den subjektiven Gewichtungen des Autors ausgewählt wurde. Als Auswahlkriterien dienten die mit diesem Buch verfolgten Ziele: Es sollte eine Hilfestellung geben, den Rahmen der Klinischen Psychologie zu verstehen und damit speziellere Beiträge zu einzelnen Gebieten einordnen zu können. Außerdem sollten die aus der Sicht des Psychologen wichtigsten Themenbereiche für die an erster Stelle angesprochene Berufsgruppe der Sozialpädagogen angeschnitten und hierzu ein Überblick gegeben werden, der den Praxisbezug auf wissenschaftlicher Grundlage deutlich macht. Daher ist, wie in dem Band zur Einführung in die Psychologie (Schermer, 1999) bereits angemerkt, nicht das enzyklopädische Zusammentragen des Wissens zu den einzelnen Spezialthemen wesentlich, sondern das Schaffen von Verbindungen zwischen Theorie und Praxis.

Die Verhaltenstherapie bietet in diesem Zusammenhang ein solides Handwerkszeug, das sich für die Nutzung durch die verschiedensten Disziplinen anbietet. Dies ist für den Bereich der Klinischen Psychologie in dem Aspekt „Anbieter von Psychotherapie“ ein berufspolitisch heikles Thema. Der vorliegende Text soll einen Beitrag dazu leisten, dass gerade dieser Aspekt, verhaltenstherapeutische Ansätze im Sinne des Gebrauchs von Techniken zu verwenden, die von fast jedermann eingesetzt werden können, sobald man sie kennengelernt hat, nicht zum Tragen kommt. Es soll vielmehr die Komplexität verhaltenstherapeutischen Handelns zumindest erkennbar werden und damit sowie durch die grundlegenden Aspekte des Bedingungs- und auch Veränderungswissens eine Basis geschaffen werden, auf der sich die in der psychosozialen Versorgung tätigen, verschiedenen Berufsgruppen verständigen und gemeinsame Zielsetzungen entsprechend dem jeweiligen Kenntnisschwerpunkt verfolgen können.

Die praktische Umsetzung wird dann jeweils individuell angepasst zu gestalten sein. Dies betrifft vor allem die berufsgruppendifferenzierende Teilung von Beratungs- und Therapieaufgaben, für die hier keine inhaltlich begründeten Regeln vorgegeben werden können. Die gegenseitige Abgrenzung und Verteilung von Aufgaben in einem Team ist eben gerade eine Teamaufgabe, die von Außen nicht vorgegeben werden kann, aber, sollte sie zum Wohle des in der jeweiligen Institution sich befindlichen Menschen vorgenommen werden, doch auch die besten Bedingungen für das Wohlergehen des Behandlers mit beinhaltet. Dies bedeutet, dass Letzterer entsprechend seiner Kompetenzen und Fähigkeiten eingesetzt wird.

Eine das gesamte Spektrum umfassende Auseinandersetzung und Vertiefung der Themenbereiche der Klinischen Psychologie können nur die vorliegenden umfangreichen Monographien zu speziellen Einzelthemen sowie die Lehr- und Handbücher, auf die im Text auch Bezug genommen wird und die entsprechend im Literaturverzeichnis aufgefunden werden können, gewährleisten.

Zur Realisierung eines Buchprojekts wie diesem tragen immer eine ganze Reihe von Personen bei. An erster Stelle möchte ich meine Kolleginnen und Kollegen nennen, die mir erlaubt haben, Bestandteile aus von mir supervidierten Therapien zur Illustration und damit zur Verbesserung des Praxisbezuges zu verwenden. Ohne die Mithilfe von Herrn Dr. Manfred Bauer, Herrn Dipl.-Psych. Christian Hartl, Frau Dipl.-Psych. Jeannette Henkens, Frau Dr. Monika Weiderer sowie Frau Dipl.-Psych. Cornelia Zinnbauer-Wittmann wäre eine praxisorientierte Darstellung in diesem Umfang nicht möglich gewesen. Frau E. Lange danke ich für die Überlassung des Selbstmanagementprotokolls. Zu danken ist auch dem Herausgeber der Reihe, Herrn Prof. Dr. Franz Schermer, für die stetige wohlwollende Begleitung sowie Herrn Dr. Beyer vom Kohlhammer-Verlag für die Geduld und jederzeit tatkräftige Unterstützung, wenn es darum ging, aktuelle Literatur zu erhalten. Ein besonderer Dank gilt Frau E. Schmaus, die in fast stoischer Ruhe alle Probleme, die entweder durch Verzögerungen seitens des Autors oder durch nicht funktionsfähige Disketten entstanden sind, ertragen hat und zuverlässig und schnell für das Erstellen sämtlicher Tabellen und Abbildungen sowie die druckfähige Fassung in Rechtschreibung und Formatierung des Textes gesorgt hat.

Nicht zuletzt auch meiner Familie Dank für die Geduld und Rücksichtnahme, die wohl oft sehr strapaziert, aber trotzdem entgegengebracht wurde.

Murnau, Juni 1999

Georg Jungnitsch

Vorwort zur 2. Auflage

Das Konzept, eine Darstellung der Klinischen Psychologie aus einem spezifischen, eigentlich therapietheoretischen Blickwinkel heraus zu schreiben, kann als bewährt bezeichnet werden. Inzwischen findet sich eine solche Zugangsweise auch in so umfassenden Herausgeberwerken wie dem von Wittchen und Hoyos (2006). Deshalb wird an dieser Konzeption festgehalten. Eine deutliche Veränderung hat die verhaltenstherapeutische Grundorientierung allerdings dadurch erfahren, dass in die Modellbetrachtungen zunehmend die neurobiologischen Grundlagen und Effekte einbezogen werden (Reske & Schneider, 2007). Da diese jedoch für den hier angesprochenen Leserkreis nicht von grundlegender Bedeutung sind, wird darauf verzichtet, sie hier neu aufzunehmen. Eine wesentliche, gerade auch die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen betreffende Neuerung hat sich jedoch im Bereich der Rehabilitation ergeben. Durch die Einführung des ICF (WHO; 2001) ist der Behinderungsbegriff neu konzipiert und damit gleichzeitig sehr viel näher an einen psychologischen Begriff der Behinderung herangeführt worden (Witte, 1988). Dem musste in der vorliegenden Neuauflage entsprechend Rechnung getragen werden. Ursprünglich für die Studierenden in einem Diplomstudiengang *Soziale Arbeit* geschrieben, entsprechen die Inhalte nach dem gegenwärtigen Stand ebenfalls den Anforderungen der neu konzipierten Bachelor-Studiengänge.

Da in den letzten Jahren das Konzept der Persönlichkeitsstörungen aufgrund einer differenzierteren diagnostischen Betrachtungsweise zunehmend an Bedeutung gewonnen hat, wurde hierzu ein neues Kapitel eingefügt. Mein besonderer Dank gilt dabei Frau Dipl.-Psych. Anna Middendorf, die wesentliches Material für die Praxisdarstellung lieferte und mit ihrer Fachkompetenz insgesamt sehr fruchtbare Anregungen lieferte. Ebenfalls danken möchte ich Herrn Dr. Poensgen vom Kohlhammer Verlag für seine Geduld und ganz besonders Frau Ulrike Merkel vom Verlag, ohne deren tatkräftige Unterstützung das Werk nicht gelungen wäre, sowie dem Herausgeber Herrn Prof. Dr. Franz Schermer für seine freundschaftliche Unterstützung.

Murnau, April 2009

Georg Jungnitsch

1 Definition und historischer Hintergrund

Für eine erste Orientierung über den zu behandelnden Gegenstandsbereich ist dessen Bestimmung in Form einer Definition hilfreich. Darüber hinaus lässt die historische Einordnung von für diesen Bereich relevanten Themen auch aktuelle Trends besser verstehen und integrieren sowie mögliche Weiterentwicklungen vorherahnen. Vielleicht trägt sie sogar dazu bei, ungünstigen Entwicklungstendenzen, die sich aus der historischen Betrachtung erkennen lassen, rechtzeitig zu begegnen.

1.1 Definitionen zur Klinischen Psychologie

Um einen Eindruck darüber zu bekommen, was denn Klinische Psychologie überhaupt ist, sollen einige Definitionsversuche vorangestellt werden. In diesen Definitionen drückt sich aus, dass die Klinische Psychologie viele Aspekte umfasst und letztlich in ihren Themenbereichen und Schwerpunkten einem ständigen Wandel unterworfen ist. Dies mag bisweilen zu einem gänzlichen Verzicht auf explizite Definitionsversuche führen, wie z. B. bei Davison und Neale (1998). Bei Reinecker (1998) ist die Definition implizit beinhaltet, indem er sich darauf beschränkt, die Klinische Psychologie anhand einer umfassenden Beschreibung psychischer Störungen, ihrer Ätiologie und Behandlungsmöglichkeiten darzustellen.

Werden solche Definitionen zur Klinischen Psychologie explizit gegeben, beziehen sie sich meist auf bestimmte inhaltliche Schwerpunkte. So betont Schraml (1970) besonders den Anwendungsaspekt, wenn er Klinische Psychologie als „die Anwendung der Erkenntnisse, Techniken und Methoden der psychologischen Grundlagenfächer und ihrer Nachbardisziplinen der Tiefenpsychologie, der Soziologie und Sozialpädagogik im breiten klinischen Felde von der Beratungsstelle über Heilerziehungsheime bis zu Krankenhäusern“ (S. 21) sieht.

Die Klinische Psychologie ist in dieser Definition ein integrierender Ansatz. Sie nimmt Anregungen aus einer Reihe umschriebener Disziplinen auf, um sie in eigener Anwendung weiterzuentwickeln und umzusetzen. Sie stellt weniger ihre eigenen Methoden und Vorgehensweisen anderen Disziplinen in deren Anwendungsfeldern zur Verfügung, sondern integriert diese vielmehr mit ihrer methodischen Kompetenz. In weiteren Definitionen wird gleichfalls der Anwendungsaspekt unterstrichen (Schmidt, 1982), der Begriff der psychischen Störung gewinnt eine zentrale Bedeutung: „Klinische Psychologie ist diejenige Teildisziplin der Psychologie, die sich mit psychischen Störungen und den psychischen Aspekten somatischer Störungen befaßt“ (Baumann & Perez, 1990, S. 19). Den

Aspekt, Ursachen sowie Möglichkeiten der Linderung oder Verhinderung psychischer Störung als Inhalt der Klinischen Psychologie zu sehen, unterstreichen auch Davison, Neal und Hautzinger (2007).

Bastine (1998) hebt in seiner Definition hervor, dass für die Klinische Psychologie ein allgemeiner und damit grundlagenwissenschaftlicher Aspekt zu gelten habe: „Die Klinische Psychologie beschäftigt sich mit psychischen Störungen oder Krankheiten sowie psychischen Krisen, die durch besondere Lebensumstände ausgelöst werden. Als psychologische Disziplin stützt sie sich vorwiegend auf die Erkenntnisse, Theorien, Methodologien und Methoden der Psychologie und ihrer Teildisziplinen. (...). Damit stellen sich der klinisch-psychologischen Forschung sowohl Grundlagen- wie auch anwendungswissenschaftliche Fragestellungen“ (S. 17).

Dem Aspekt der Anwendungsorientierung folgend und die genannten Gegenstandsbestimmungen zusammenfassend, lässt sich folgender Definitionsversuch formulieren, der besonders die Zuordnung der Klinischen Psychologie zur angewandten Wissenschaft betont:

Klinische Psychologie ist ein eigenständiges Teilgebiet der Angewandten Psychologie. Ihr Aufgabenbereich liegt in der Beschreibung, Erklärung und Veränderung psychischer Störungen sowie der psychischen Aspekte somatischer Störungen. Für die Beschreibung sind entsprechende Diagnosemöglichkeiten und Systeme zu entwickeln. Zur Veränderung sind psychologische Methoden vor dem Hintergrund allgemeiner, empirisch gestützter psychologischer Erkenntnisse zu entwickeln und in ihrer Anwendung vor dem Hintergrund eines natur- und sozialwissenschaftlichen Verständnisses empirisch zu überprüfen. Klinisch-psychologische Methoden werden in allen Feldern psychosozialer Tätigkeit angewendet und unterliegen dort den gleichen Kriterien.

Die Klinische Psychologie ist demnach ein Teilbereich wissenschaftlicher Psychologie, der mit verschiedenen benachbarten Disziplinen Berührungspunkte hat und für diese auch ein gewisses Anwendungsinventar zur Verfügung stellt. Dies darf aber aus der bereits eingangs erwähnten verhaltenstherapeutischen Sicht nicht dazu führen, dass gerade für den Aufgabenbereich der Veränderung selektiv bestimmte „Therapietechniken“ übernommen werden, ohne deren Hintergrund und Rahmen zu kennen. Vor allem auch nicht, ohne ihre jeweilige Wirkung im gegebenen Arbeitsfeld empirisch zu überprüfen, das ja sehr von dem abweichen kann, aus dem es ursprünglich entwickelt wurde.

Als Beispiel sei der Einsatz einer verhaltenstherapeutischen Technik, der sogenannten *Token-economy* genannt. Es handelt sich hierbei um ein System, in dem durch das Sammeln von definierten Wertgegenständen, wie z.B. Gutscheinen, Murmeln, Fleißbildchen u.ä. mit einer bestimmten Anzahl dieser Gegenstände eine Belohnung erhalten werden kann. Diese Vorgehensweise ist als eine der wohl traditionellsten in der Geschichte der Verhaltenstherapie zu bezeichnen. Sie ist bei verschiedenen Personen mit verschiedenen Problemstellungen angewendet

worden (Ayllon & Cole, 1993). In einem konkreten Fall konnte z. B. ein überaus aggressiver fünfjähriger Junge in einem Kindergarten mit Hilfe von Spielsteinen – den bei allen Kindern beliebten „Muggelsteinen“ – binnen kurzer Zeit zu einem sozialverträglichen Verhalten angeleitet werden. Die Muggelsteine erhielt er für jedes Verhalten ohne körperliche Gewalt gegenüber anderen Kindern und konnte diese für eine Rolle als „Gruppenkönig“ in einem Gruppenspiel eintauschen. Wird nun dieses Verfahren als Technik gleichsam auf andere Personen und Altersgruppen übertragen, so ist eine sorgsame Prüfung der Voraussetzungen und schließlich der Effektivität erforderlich. Ist diese nicht gegeben, so ist zunächst nicht davon auszugehen, dass das Veränderungsmittel untauglich oder der infrage stehende Klient ungeeignet ist. Vielmehr können mit dem Wissen über den lerntheoretischen Hintergrund des Verfahrens und der Einbettung des infrage stehenden Verhaltens in eine individuelle Verhaltensanalyse Modifikationen erarbeitet werden. Beispielsweise kann eine altersgemäß andere Wahl der *Tokens* oder auch der damit einzutauschenden Belohnungen erfolgen, die dann wiederum hinsichtlich ihrer Wirkung bei der entsprechenden Person überprüft werden. Solche Systeme werden beispielsweise regelmäßig in der forensischen Psychiatrie eingesetzt. Hier können mit bestimmten Verhaltensweisen Punkte verdient werden, die dann letztendlich zum Erreichen einer höheren „Stufe“ und damit verbundenen Lockerungen und Privilegien führen. Ein Scheitern in diesem System wird aber häufig frühzeitig der betreffenden Person angelastet, ohne dass, sicherlich aus verschiedenen, nachvollziehbaren Gründen, zunächst eine systematische Variation der Einflussbedingungen und eine Prüfung der daraus resultierenden Effekte im Sinne des Vorgehens einer empirischen Überprüfung durchgeführt worden wäre.

In jüngerer Zeit haben sich neben der Klinischen Psychologie weitere psychologische Teildisziplinen etabliert, die ebenfalls für die in der psychosozialen Versorgung Tätigen von Bedeutung sind. Die fraglichen Gegenstandsbereiche sind dabei hinsichtlich der für ihre Abgrenzung wesentlichen Aspekte zwar durchaus von der Klinischen Psychologie unterscheidbar, zeigen aber andererseits große Überschneidungen. Sie stellen, pointiert ausgedrückt, nämlich in der Regel die Ausarbeitung von Teilgebieten der Klinischen Psychologie dar.

1.2 Abgrenzung zu angrenzenden Gegenstandsbereichen

1.2.1 Verhaltensmedizin

Zu nennen ist an erster Stelle die Verhaltensmedizin. Sie ist, wie Siegrist (1996) den Ausführungen von Schneiderman und Orth-Gomer (1996) folgend ausführt, gekennzeichnet durch ihren interdisziplinären Charakter. In ihr sollen Entwicklung und Integration der biomedizinischen, verhaltensorientierten, psychosozial und soziokulturell ausgerichteten Wissenschaftsgebiete betrieben werden. Ein wichtiger Gesichtspunkt ist dabei auch die Anwendung des Wissens und der Techniken, die

für das Verständnis und die Modifikation von Krankheit und Gesundheit relevant sind. „Verhaltensmedizin ist das interdisziplinäre Gebiet, das die Entwicklung und Integration der biomedizinischen, verhaltensorientierten, psychosozialen und soziokulturellen Wissenschaften zum Gegenstand hat sowie das Wissen und die Verfahren, die für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit relevant sind“ (Schneiderman & Orth-Gomer, 1996, S. 280; Übersetzung durch den Verfasser).

Dies beinhaltet, dass auch hier klinisch-psychologische Verfahren angewandt werden, wobei der Schwerpunkt bei einer spezifischen Personengruppe liegt. Es handelt sich um Menschen, die von einer chronischen körperlichen Krankheit betroffen oder bedroht sind (Ehlert, 2003). Eine Veranschaulichung dieses Arbeitsbereiches sei anhand einiger Beispiele kurz gegeben, die später an verschiedenen Stellen noch einmal aufgegriffen werden. So stellen Verfahren des Biofeedbacks eine solche verhaltensmedizinische Intervention dar. Biofeedback bedeutet, dass körperliche Signale, die normalerweise vom Menschen nicht bewusst registriert werden oder werden können, mit Hilfe entsprechender Messinstrumente wahrnehmbar gemacht werden und dadurch einer Veränderung mit Hilfe der permanenten Rückmeldung dieser Signale zugänglich gemacht werden (Rief & Birbaumer, 2000). So lässt sich konkret die Hauttemperatur über einem entzündeten Gelenk messen und diese Messung dazu verwenden, dass die betroffene Person erlernt, ihre Hauttemperatur zu senken und damit ebenfalls den durch die Entzündung hervorgerufenen Schmerz abzuschwächen und den Entzündungsprozess abzumildern (Appelbaum, Blanchard, Hickling & Alfonso, 1988). Neuere Ansätze zielen darauf ab, Biofeedback in der Behandlung von Parkinsonkranken (Strehl & Birbaumer, 1996) und zur Eindämmung von Anfällen bei Epilepsiekranken (Strehl, Kotchoubey & Birbaumer, 2000) einzusetzen. Des Weiteren zählen kognitiv-behaviorale Verfahren, die den Umgang mit Krankheit und die konkrete Beherrschung verschiedenster Erkrankungen zum Inhalt haben (Petermann, 1997), zum Bestandteil des verhaltensmedizinischen Methodeninventars. Besondere Beachtung findet auch die Umsetzung psychoimmunologischer Modellvorstellungen (Schulz & Schulz, 1996) in Verfahren, die mit der Methode der Visualisierung arbeiten (Kopp, 1998). Eine empirische Ausrichtung ist für den verhaltensmedizinischen Ansatz selbstverständlich.

1.2.2 Gesundheitspsychologie

Für Gesundheitspsychologie wird zumeist auf die Definition von Matarazzo (1980) zurückgegriffen: „Gesundheitspsychologie ist die Zusammenfassung der spezifischen pädagogischen, wissenschaftlichen und anwendungsbezogenen Beiträge der Psychologie zur Prävention und Behandlung von Krankheit sowie zur Erforschung der ätiologischen und diagnostischen Korrelate von Gesundheit, Krankheit und damit verbundenen Dysfunktionen“ (S. 815; Übersetzung durch Schwenkmezger & Schmidt, 1994, S. 2). Diese Definition lässt breite Überschneidungen mit der Klinischen Psychologie erkennen, dennoch lässt sich nach Schwenkmezger und Schmidt (1994) aber eine klare Trennungslinie zwischen

diesen Disziplinen ziehen. Hierfür ist es hilfreich, zwischen einem Begriff der Gesundheitspsychologie im *engeren* und im *weiteren* Sinn zu unterscheiden. Für den ersteren steht vor allem die Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, und zwar sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene mit Berücksichtigung ökologischer Aspekte. Die Überschneidungen ergeben sich mit dem Begriff im weiteren Sinne (Schwenkmezger & Schmidt, 1994). Hier liegt die Abgrenzung vor allem darin, dass die Klientel, deren sich die Klinische Psychologie annimmt, im Wesentlichen durch bestehende Gesundheits- und Sozialsysteme vorgegeben ist. Inhaltlich besteht die Trennungslinie darin, dass der Betrachtung durch die Gesundheitspsychologie Individuen mit allen Gesundheitszuständen, im Extremfall auch mit Krankheiten, zuzuordnen sind. Dies spiegelt sich in den Modellvorstellungen wider, die in der Gesundheitspsychologie eher Modelle der Gesundheit, der Prävention und der Gesundheitsförderung (Dlugosch, 1994) und weniger Krankheitsmodelle darstellen. Damit versteht sich die Gesundheitspsychologie als eine Disziplin, die sich in erster Linie der Erhaltung und Genese von Gesundheit widmet (Schwenkmezger & Schmidt, 1994). Hierzu werden Faktoren untersucht, die der Aufrechterhaltung und Förderung von Gesundheit dienen. Wie dies in der praktischen Umsetzung aussieht, kann in dem Ansatz von Viehhauser (1999) demonstriert werden. Er greift die Variablen der Gesundheitsförderung systematisch auf und integriert sie in ein kognitiv-behavioral ausgerichtetes Konzept. Damit wird die Nähe zur Klinischen Psychologie noch einmal deutlich.

1.2.3 Rehabilitationspsychologie

„Die Aufgabe der Rehabilitationspsychologie stellt sich (...) in einer weitestgehend möglichen Eingrenzung oder sogar Beseitigung einer Behinderung durch geeignete Anpassungshilfen, die letztlich einer Ent-störung der Wechselbeziehungen zwischen Individuum und Umwelt dienen und im besten Falle eine Ent-hinderung (Witte, 1979) zur Folge haben“ (Brackhane, 1988, S. 31). Insofern greift die Rehabilitationspsychologie den Aspekt psychischer Einflüsse bei somatischen Störungen auf, den sowohl Baumann und Perrez (1998) als auch Bastine (1998) als zentralen Themenbereich der Klinischen Psychologie dargestellt haben. Daher ist es nicht verwunderlich, dass dieses Gebiet als eigenständiger Ansatz in Deutschland bislang noch wenig Fuß fassen konnte. Die Situation dieses Anwendungsgebietes ist jedoch von der der Gesundheitspsychologie nicht zu unterscheiden: In beiden Fällen gibt es große Überschneidungen mit der Klinischen Psychologie. Dennoch ist dieser Ansatz als ein eigenständiger, die Erkenntnisse der Klinischen Psychologie nutzender zu verstehen, weil er zwei wesentliche Schwerpunkte in den Vordergrund stellt, die ebenso für die praktische Arbeit wie für die wissenschaftliche Herangehensweise von Bedeutung sind und die im Kontext der Klinischen Psychologie in dieser Weise nicht thematisiert werden: Dies ist zum einen der gesamte Bereich der Bewältigung von traumatischen Ereignissen, die zu bleibenden körperlichen Schäden geführt haben. Für diesen wurden ganz unterschiedliche Modellvorstellungen entwickelt (Lindenmeyer, 1983). Dazu gehören neben den psychologischen Ebenen gleich-

zeitig die Berücksichtigung der sozialen Bedingungen, das Einbeziehen beruflicher Interessenbereiche sowie das In-Augenschein-Nehmen von institutionellen Bedingungen beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen. Wie sehr ein solches Verständnis entweder klinisch-psychologischer Herangehensweise oder rehabilitationspsychologischen Denkens den Umgang im konkreten beruflichen Alltag prägen kann, sei an einem Beispiel verdeutlicht: Bei einem 41-jährigen Patienten einer neurologischen Rehabilitationsstation wurde der Auftrag an den psychologischen Therapeuten formuliert, dessen depressive Erkrankung zu behandeln, obwohl der Patient kognitiv und körperlich als optimal wiederhergestellt eingestuft wurde. Die Depression zeigte sich jedoch in den angewendeten diagnostischen Verfahren. Dennoch war hier aus einem rehabilitationspsychologischen Blickwinkel von einer antidepressiven Behandlung, und zwar sowohl medikamentöser als auch psychologischer Art, abzusehen, da die pathologisch erscheinende Stimmungsveränderung des Patienten als Phase seiner Bewältigungsbemühungen zu interpretieren war. Die Thematisierung seiner Einstellung gegenüber Behinderung, seine Ängste vor bevorstehenden Umschulungsmaßnahmen und der Rolle als Mann in der Familie usw. sind hier als typisch rehabilitationspsychologische Aufgabenstellungen zu werten, die sich aber natürlich sehr wohl der aus der Klinischen Psychologie stammenden Methoden bedienen. Allein dieser spezifische Blickwinkel, ausgedrückt in Form einer differenzierten Zugewandtheit auf betroffene Menschen, berechtigt schon eine eigenständige Forschungs- und Anwendungsrichtung. Hinzu kommt die Ausweitung der Rehabilitationspsychologie zur Rehabilitations- und Behindertenpsychologie, wie sie Witte (1988) konzipiert hat. Im letztgenannten Ansatz ist die Betonung darauf gelegt, wie die besonderen Bedingungen, in denen Behinderte ihre Umwelt erfassen, erleben und in ihr handeln, für die Konzepte der Allgemeinen Psychologie nutzbar gemacht werden können. Das aus diesem Ansatz entstandene Forschungsprogramm ist bei Witte (1988) aufgeführt. Innerhalb der Rehabilitationspsychologie werden nach diesem Verständnis vor allem die psychischen Bedingungen und Folgen körperlicher Beeinträchtigungen thematisiert und auf dem Hintergrund entsprechender Modelle der Bewältigung (Shontz, 1975) entsprechende Interventionskonzepte zum Umgang mit bleibenden Behinderungen und chronischen Krankheiten ausgearbeitet (Schöler, Lindenmeyer & Schöler, 1981; Jungnitsch, 1992).

1.2.4 Psychiatrie

„Psychiatrie, ein Gebiet der Medizin, befasst sich mit der Diagnostik, Therapie und Prävention der seelischen Krankheiten des Menschen einschließlich deren Erforschung und Lehre“ (Tölle, 1996, S. 2). Aus dieser Definition geht hervor, dass dieser Fachbereich deutlich abgrenzbar ist. Schon rein formal hat er mit der Klinischen Psychologie nichts gemein, da es sich hierbei nicht um ein psychologisches, sondern ein medizinisches Fachgebiet handelt. Psychiatrie als Fach wird daher ausschließlich von Medizinern betrieben, ihr Gegenstandsbereich überschneidet sich, geht man von den Störungsbildern aus, gänzlich

mit dem der Klinischen Psychologie. Vergleicht man jedoch den Ansatz der ätiologischen Betrachtung und die jeweils gewählten Interventionen, so werden die Unterschiede besonders deutlich. In der Psychiatrie wird ein medizinisches Krankheitsbild favorisiert, das in der Betonung der großen Bedeutung der biologisch-psychiatrischen Sichtweise sowie letztendlich auch in der Bevorzugung medizinisch-pharmakologischer Methoden der Behandlung seinen Niederschlag findet (Tölle, 1996). Letztere kann für die klinisch-psychologische Vorgehensweise zwar ebenfalls bedeutsam sein, wird aber nur in ausgewählten Fällen eine vorgeordnete Präferenz besitzen. Wesentlich ist in diesem Zusammenhang eine vorurteilsfreie Zusammenarbeit zwischen Psychiater und Klinischem Psychologen und auf Seiten des letzteren eine ebenso unideologische, empirisch orientierte Sichtweise bezüglich des Einsatzes psychotroper Medikation.

Für die Sozialpädagogin und den Sozialpädagogen stellt sich in der Praxis häufig die Frage, an wen sie einen von ihnen als psychotherapiebedürftig erkannten oder Psychotherapie nachfragenden Klienten weiterverweisen sollen. Auch das im Januar 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz kann hier nur in einem Punkt Klarheit schaffen: Psychotherapeut ist nur der, der diesen Titel führen darf! So kann grundsätzlich festgehalten werden, dass der Psychotherapeutitel eine Richtschnur für die Weiterverweisung sein kann. Personen mit Facharzttiteln wie Neurologe oder Psychiater ohne diesen Zusatz können bzw. dürfen auch keine Psychotherapie zu Lasten der Krankenkassen durchführen. Auch Diplompsychologen ohne diesen Zusatz können bzw. dürfen dies nicht. Dennoch bleibt die Unsicherheit, auf welche Form der Psychotherapie die Berufsgruppen zurückgreifen, die sich mit der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen befassen. Beim Zusatz „Psychoanalyse“ zum Titel „Psychotherapeut“ ist dies eindeutig. Die Bezeichnung „Facharzt für Psychotherapeutische Medizin“ bedeutet, dass der entsprechende Mediziner die psychotherapeutische Versorgung insgesamt gewährleisten soll, eine spezielle Angabe zur von ihm verwendeten Therapierichtung ist damit nicht zwingend verbunden. Als grobe Richtschnur kann davon ausgegangen werden, dass in ihrer Mehrzahl die psychologischen Psychotherapeuten auf die Verhaltenstherapie als zentrales Verfahren zurückgreifen, während die ärztlichen Psychotherapeuten, die ja nicht psychologisch ausgebildet sind, zumeist tiefenpsychologische Verfahren zur Anwendung bringen. Letztlich kann hinsichtlich der Frage nach dem eingesetzten Therapieprinzip aber meist nur der persönliche Kontakt eine Klärung bringen.

1.3 Historischer Aspekt

Auch für die Klinische Psychologie könnte man fast die Ebbinghaus zugeschriebene Aussage, die sich auf den Gesamtbereich der Psychologie bezieht, formulieren, nämlich dass sie eine lange Vergangenheit, aber eine kurze Geschichte habe (Langfeldt, 1993). Denn hier ist einerseits die Geschichte eines der in der

Klinischen Psychologie beheimateten Themenfeldes, nämlich die Erklärung und Behandlung psychischer Erkrankungen, andererseits die eher kurze Geschichte des psychologischen Faches der Klinischen Psychologie zu betrachten. Natürlich überschneiden sich beide, erstere umfasst jedoch einen bedeutend längeren Zeitraum.

So mussten sich alle Gesellschaften, ob vergangene oder gegenwärtige, mit dem Problem psychischer Störungen auseinandersetzen (Comer, 1995). Es bleibt zu vermuten, dass solche Störungen in vielen Kulturen und nur in Ausnahmefällen auf Stammes- oder Volksgruppen begrenzt auftraten, wobei uns erst die Austauschmöglichkeiten modernerer Zeiten genauen Aufschluss über solche Gleichartigkeiten oder Unterschiedlichkeiten geben können. Ein Ausdruck dieses zunehmenden Austausches ist sicherlich die ständige Veränderung der die psychischen Störungen betreffenden Klassifikationsschemata wie z.B. der ICD (Internationale Klassifikation psychischer Störungen), die mittlerweile in der zehnten Auflage herausgegeben wird (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993).

Um nun einerseits zu einem besseren Verständnis psychischer Störungen zu gelangen und andererseits den vielfältigen Inhalten und Aufgabenbereichen Klinischer Psychologie gerecht zu werden, sollen die beiden angesprochenen historischen Entwicklungslinien kurz nachgezeichnet werden. Für das Thema der historischen Erklärungsversuche und der daraus entwickelten „Therapien“ psychischer Störungen schließe ich mich im Folgenden den Zusammenfassungen von Davison und Neale (1998) sowie Comer (1995) an.

Ein möglicher Ausgangspunkt menschlicher Überlegungen zu gestörtem Verhalten war schon in prähistorischen Zeiten vermutlich die Vorstellung, dass dieses durch äußere Kräfte hervorgerufen wird. Dabei sollte es sich um die Auswirkungen von Kämpfen unterschiedlicher Geister, positiver oder negativer Dämonen handeln. Diese Vorstellung galt dem menschlichen Verhalten allgemein. Wurde sie jedoch auf Störungen bezogen, sollte dies in der Regel auf das Überwiegen destruktiver, schlechter Kräfte oder böser Geister zurückzuführen sein. So gab es in der Religion der alten Babylonier einen eigenen Dämon für jede Krankheit, auch für solche des Geistes. In alten Schriften der Ägypter, Chinesen und Griechen findet sich ebenfalls die Auffassung, dass psychische Störungen auf die *Einflüsse böser Geister und Dämonen* zurückzuführen sind. Dies ist gleichbedeutend mit der Vorstellung der Besessenheit, die sich bei den Hebräern findet und die dann auftritt, wenn Gott seine schützende Hand von einem Menschen abgezogen hat. Beispiele hierfür finden sich öfter in der Bibel. So wird im Alten Testament etwa berichtet, dass ein böser Geist König Saul befahl. Auch im Neuen Testament finden sich entsprechende Stellen, etwa der Bericht der Heilung eines Mannes durch Christus. Dieser Mann, der „unreinen Geistes“ war, wurde durch die Austreibung des Teufels, der von ihm Besitz ergriffen hatte, geheilt. Dieser Teufel wurde in eine Herde Schweine gejagt, die daraufhin von der Besessenheit ergriffen wurden und sich ins Meer stürzten und ertranken (Mk 5, 8–13).

Damit ist bereits die aus dieser Auffassung abgeleitete *Behandlungsmethode* beschrieben, nämlich der *Exorzismus*. Durch diesen sollte der böse Geist oder Dämon entweder direkt aus dem Körper des Befallenen getrieben werden oder

dieser Körper zu einem für den Dämon unerträglichen Ort gemacht werden. Daher wurden unterschiedliche Rituale verwendet, wie beispielsweise bestimmte Gebete, Beschwörungen, Lärm, Tänze usw., aber auch das Verabreichen von Tränken gegen den Dämon und extremes Fasten oder Auspeitschen.

Einen Wechsel in der Betrachtung psychischer Störungen stellt die Epoche der griechisch-römischen Hochkultur dar (ca. 500 v. Chr.–500 n. Chr.). Diese ist verbunden mit einer Reihe bedeutender Personen, deren Gedankengut sich, wenn auch in abgewandelter Form, in zeitgenössischen Auffassungen wiederfindet. Zunächst ist Hippokrates (ca. 460–377 v. Chr.) zu nennen. Bei ihm ist eine Abgrenzung medizinischer Probleme, die aus körperlichen Bedingungen heraus zu verstehen sind, von religiös-philosophischen, die alle menschlichen Erscheinungen unter ihr Gedankengebäude einordnen, zu finden. Er lehnte es ab, körperliche oder geistige Krankheiten als Strafe der Götter oder Auswirkungen des Konfliktes zwischen Göttern und Geistern zu verstehen und führte sie stattdessen auf natürliche Ursachen zurück. Für gestörtes Verhalten sei demnach eine Störung des Gehirns anzunehmen, da dieses Intellekt, Gefühl und Verhalten bestimme. Die Störung des Gehirns wiederum sei auf eine für alle Krankheiten grundlegende Ursache zurückzuführen, nämlich auf ein Ungleichgewicht von vier grundlegenden Säften bzw. Körperflüssigkeiten: Blut, schwarze Galle, gelbe Galle und Schleim. Diese Auffassung, die sogenannte *Humoralpathologie*, wird, obwohl in ihren Aussagen nicht haltbar, allgemein als Beginn moderner Medizin angesehen und damit Hippokrates als Vater eben dieser Medizin.

Im Einzelnen war er der Auffassung, dass das Überwiegen eines der genannten Säfte zu spezifischen Störungen führe: Ein Zuviel an gelber Galle verursache Manie, an schwarzer Galle Melancholie, an Blut ein launisches Temperament und an Schleim Trägheit und Dummheit. Die daraus abzuleitende Behandlung bestand darin, eben diese Störung des Gleichgewichtes der Körperflüssigkeiten wieder in Ordnung zu bringen. Nicht Exorzismus, sondern eine auf den Körper sich auswirkende Lebensführung wurde in den Vordergrund gestellt, gepaart mit direkten körperlichen Eingriffen wie z.B. Aderlass. So sollte eine Lebensweise, die frei von Belastungen ist, bei der Abstinenz und vegetarische Ernährung, körperliche Bewegung und sexuelle Enthaltsamkeit im Vordergrund stehen, über eine Wirkung auf Körper und Geist zur Heilung der Melancholie beitragen. Insbesondere den Gedanken der natürlichen Ursache psychischer Erkrankungen griffen die großen griechischen Philosophen Platon (427–347 v. Chr.) und Aristoteles (384–322 v. Chr.) sowie nach Christus beispielsweise der einflussreiche griechische Arzt Galen (130–200 n. Chr.) auf. Letzterer vertrat bereits die Auffassung, dass emotionale Probleme, wie z.B. Sorgen um die existentielle Sicherung oder bezüglich der Qualität der intimen Beziehungen ebenso zu psychischen Störungen führen können wie medizinische Probleme, wie z.B. Kopfverletzungen oder Alkoholmissbrauch. Diese wohl von der Allgemeinheit der Behandler dieses Zeitalters geteilte Auffassung mündete dann auch in Behandlungsmethoden, die psychologische und medizinische Elemente enthielten. So wurde sowohl die Notwendigkeit des persönlichen Zuspruchs betont als auch

das Schaffen heilsamer Umgebungsbedingungen, die Anwendungen wie Bäder, Massagen und Entspannungstherapien beinhalteten (Comer, 1995). Die Parallele zu gegenwärtigen Ansätzen in der rehabilitativen Medizin ist hier unschwer zu übersehen.

Bis hierher ist bereits erkennbar, dass Erklärungsmodelle und der Umgang mit psychisch Kranken vorherrschende gesellschaftliche Bedingungen und Anschauungen in deutlicher Weise wiedergeben. Dies ist in der Folgezeit noch prägnanter zu beobachten. So zeigt sich nach dem Untergang des Römischen Reiches und der darauf folgenden Machtzunahme des Klerus ein *Wiederaufleben der Dämonologie*. Sowohl an den bestehenden sozialen Verhältnissen als auch an der persönlichen Erkrankung wurde dem Betroffenen die Hauptschuld aufgebürdet, insbesondere dann, wenn die Erkrankung psychischer Natur war. In diesem Fall griff wieder das Erklärungsmuster der Besessenheit. Daraus war als Behandlung entsprechend die Teufelsaustreibung abzuleiten. Der psychisch Kranke war deshalb nicht in die Obhut des Arztes, sondern in die des meist priesterlichen Exorzisten zu geben. Die Vorstellung, psychisch Kranke seien in der Regel als Hexen angesehen worden, lässt sich nach der Analyse von Davison und Neale (1998) dagegen nicht aufrechterhalten. Einige der im *Malleus Maleficarum* (Der Hexenhammer) genannten untrüglichen Hexenzeichen, wie beispielsweise eine Unempfindlichkeit der Haut an manchen Stellen, sind zwar auch mit Symptomen psychischer Erkrankung vereinbar, die bei Hexen berichteten Wahnvorstellungen und Halluzinationen traten jedoch meist erst auf, nachdem die Betroffenen als Hexen „erkannt“ und der Folter unterzogen wurden. So berichten Davison und Neale (1998), dass weit mehr Gesunde als psychisch Kranke als Hexen abgeurteilt wurden. Wie deutlich sich die Einordnung psychisch Kranker in das jeweilige Gesellschafts- und Glaubenssystem zeigte, lässt sich an einem Vergleich mit dem Vorgehen in England während dieser Zeit ablesen. Dort war es die staatliche Gerichtsbarkeit, die die psychische Gesundheit eines infrage stehenden Menschen zu prüfen hatte. Daraus resultierte eine überwiegend auf körperliche Erkrankungen, Verletzungen, emotionale Schockerlebnisse oder Angst vor dem Vater zielende Begründung auffälligen Verhaltens. So ist auch nicht verwunderlich, dass bereits Mitte des 14. Jahrhunderts in England ein Krankenhaus entstand, das *Holy Trinity Hospital*, das in seinem Aufgabenbereich auch die Behandlung des Wahnsinns und die Verwahrung der Irren hatte, bis diese wieder bei Verstand waren (Comer, 1995; Davison & Neale, 1998). Ein Punkt, der bei Comer (1995) erwähnt ist, soll hier unter dem Aspekt der sozialen Beeinflussung psychischen Geschehens noch hervorgehoben werden: Während des beschriebenen Zeitalters, das sich ja durch eine Vielzahl sozialer Wirren, Kriege und verheerender Krankheitsepidemien auszeichnete, war ein dramatischer Anstieg gestörten Verhaltens zu verzeichnen. Außerdem kam es zum Auftreten sogenannter Massenpsychosen, wie dem Veitstanz oder der *Lykanthropie*, d.h. dem Glauben, von einem Tier, meist einem Wolf, besessen zu sein. Dies würde bedeuten, dass zumindest für den genannten Zeitabschnitt als Bedingung für abweichendes Verhalten ökonomische und gesellschaftliche Umstände sowie die Beobachtung eines solchen Verhaltens bei anderen Menschen benannt werden können.

Ein weiterer Abschnitt in der Geschichte der psychischen Krankheiten ist durch ein *Wiederkehren einer eher wissenschaftsorientierten Betrachtung* sowie durch *neue Formen der Betreuung* gekennzeichnet. Mitte des 16. Jahrhunderts wurde durch den deutschen Arzt Weyer (1515–1588) die Auffassung propagiert, dass der Geist genauso erkranken könne wie der Körper. Damit wurde Weyer zum Vater der modernen Psychopathologie (Comer, 1995). Ein solches Krankheitsverständnis zeigt gleichzeitig eine veränderte Einstellung gegenüber psychisch Kranken, die nicht mehr ausgegrenzt und besonderer magischer Behandlung unterzogen werden sollen, sondern denen Aufmerksamkeit, liebevolle Behandlung und Respekt entgegenzubringen sei. Diese Auffassung realisierte sich in besonderem Maße im belgischen Gheel, das wohl den Anfangspunkt für den *Gedanken gemeindepsychiatrischer Betreuung* bildet. Dort wurden Menschen mit psychischen Störungen in die Familien integriert, liebevoll und respektvoll behandelt und ihnen so die Möglichkeit gegeben, ein Leben ohne Ausgrenzung zu führen (Aring, 1975). Dieser Ansatz sowie die Formen der Betreuung in der Familie mit gemeindlicher Unterstützung waren jedoch im Allgemeinen nicht von Dauer. Vielmehr führte die wachsende Anzahl der zu betreuenden Menschen zu einer auf diese Weise nicht mehr möglichen Versorgung. Dem wurde etwa Mitte des 16. Jahrhunderts mit der Gründung eigener „Irrenhäuser“ begegnet. Die bekanntesten waren das *Bethlem Hospital* in London, der *Narrenturm* in Wien und *La Bicêtre* in Paris. Diese wurden jedoch zu Orten der Verwahrlosung, in denen die Insassen zudem als Attraktion zur Schau gestellt wurden, in London sogar gegen Eintrittsgeld (Davison & Neale, 1998). Darin kommt zum Ausdruck, dass psychisch Kranke immer noch als besonders geheimnisvoll und fern der Normalität betrachtet wurden. Dies lag sicherlich auch an der Unwissenheit über psychische Erkrankungen. Theorien zur Krankheitsentstehung, wie diejenige von Benjamin Rush (1745–1813) – der nach Comer (1995) oft als Vater der amerikanischen Psychiatrie bezeichnet wird – nach dessen Auffassung psychische Erkrankungen durch übermäßigen Blutandrang im Gehirn entstünden, führten zu absurden und lebensgefährlichen „Therapien“. Im gegebenen Fall bestand diese darin, dass den Kranken bis zu fünf Liter Blut und mehr innerhalb weniger Monate abgenommen wurden. Diese führte natürlich zu einem entsprechenden „Behandlungserfolg“, da die Patienten in ihrer Vitalität extrem eingeschränkt wurden (Farina, 1976). Comer (1995) resümiert: „Auf diese Weise arbeiteten Argwohn, Unwissenheit und falsche medizinische Theorien Hand in Hand, so dass die Irrenhäuser bis ins späte 18. Jahrhundert die beschämende Form der ‚Betreuung‘ blieben“ (S. 16).

Auch für die nächste Phase in der Geschichte der psychischen Krankheiten und deren Behandlung scheint das gesellschaftliche Klima eine gewisse Rolle gespielt zu haben. Der Ausgangspunkt für die sogenannte „moralische Behandlung“ liegt nach allgemeiner Übereinkunft (Davison & Neale, 1998; Comer, 1995) bei dem Franzosen *Pinel*, der während der Zeit der Französischen Revolution als Chefarzt das Krankenhaus *Bicêtre* übernahm. Ausgehend von dem Gleichheitsgebot der durch die Revolution begründeten Gesellschaftsordnung war er der Ansicht, dass die dort vegetierenden Kreaturen, die bislang mehr oder weniger auf die Stufe von Tieren gestellt worden waren, als kranke Menschen, denen man mit Respekt und

Achtung gegenüberzutreten habe, zu behandeln seien. Daher befreite er sie von ihren Ketten, schaffte menschenwürdige Wohnverhältnisse und stellte vor allem den Behandlungsansatz des Eingehens auf die Probleme des Betroffenen, das Spenden von Zuspruch und das Finden einer sinnvollen Beschäftigung in den Vordergrund. Dieser Ansatz breitete sich, möglicherweise aufgrund seiner belegbaren Erfolge, rasch in Europa und auch in Amerika aus. Eine Bedingung seiner Verbreitung in Europa war sicher auch die Förderung durch einen Kaufmann namens William Tuke (1732–1822) in England, dem es gelang, in York eine modellhafte Einrichtung zu schaffen, in der Patienten in kleinen Einheiten unter intensiver persönlicher Betreuung durch besonders ausgebildete Pfleger therapiert wurden. Dieses Beispiel machte auch in Amerika Schule, dort war es vor allem der bereits erwähnte Benjamin Rush, der diesen Ansatz nach seiner Kenntnisnahme voll übernahm und in Fachkreisen über Literatur und persönlich abgehaltene Seminare schnell verbreitete. Unterstützt wurde dies durch eine Reihe gesetzgeberischer Maßnahmen, die den Behandlungsrahmen für psychisch kranke Menschen festschrieben. All dies fand jedoch ein Ende, als die finanziellen Mittel für diese Form der Behandlung nicht mehr bereitgestellt werden konnten. Dies war nicht zuletzt dadurch der Fall, dass einer gleichbleibenden oder steigenden Anzahl an Aufnahmen eine eher stagnierende Entlassungsziffer entgegenstand. Hier zeigten sich die Grenzen dieses Ansatzes, der in erster Linie über die „Normalität des Umgangs“ eine therapeutische Wirkung ausüben beabsichtigte, wiewohl auch medikamentöse Behandlungen mit Alkohol, Cannabis, Opium und Chloralhydrat (K.O.-Tropfen) versucht wurden (Renvoise & Beveridge, 1989), die medizinisch zumindest fragwürdig erscheinen. Doch nicht nur dieser Kostendruck, sondern auch eine wieder veränderte Einstellung der Gesellschaft zu psychisch Kranken (Comer, 1995) und ein zweiter, wohl wesentlicher Faktor führten zum Ende der moralischen Behandlung. Dieser Faktor war die fast ausschließliche Hinwendung der ärztlichen Leitungen zur biologischen Seite der psychischen Erkrankungen (Davison & Neale, 1998).

An dieser Stelle berühren sich nun die Geschichte der Betrachtung und Behandlung psychischer Erkrankungen und die der Klinischen Psychologie. Da die Klinische Psychologie natürlich nicht älter sein kann als die Psychologie als Fachdisziplin selbst, liegen ihre konzeptionellen Anfänge am Ende des 19. Jahrhunderts. Indirekt stand auch hier, wie für die gesamte Etablierung der Psychologie als Fachdisziplin, Wilhelm Wundt Pate, denn es waren zwei seiner Schüler, die einen wesentlichen Beitrag für die Formulierung dieser Disziplin geleistet hatten: In Amerika Lightner Witmer (1867–1956) und in Deutschland Emil Kraepelin (1856–1926). Zu diesen trat als dritte wesentliche Person, die den Blickwinkel für psychologische Behandlung und psychologische Modelle psychischer Erkrankungen öffnete und mit Nachdruck vertrat, Sigmund Freud (1856–1939). In Verbindung mit diesen drei Personen gebracht, lassen sich drei Wurzeln der Klinischen Psychologie benennen:

- eine psychodiagnostische und pädagogische,
- eine medizinische und
- eine psychologische und psychotherapeutische Wurzel.

Der ersten dieser drei „Wurzeln“ ist Lightner Witmer zuzuordnen. Ganz im Sinne seines Vorgängers J. McKeen Cattell (1866–1944) an der Pennsylvania University widmete er sich den Anwendungsmöglichkeiten der Psychologie (Pongratz, 1973). Er begründete im Sinne McKeen Cattells, der neben den diagnostischen auch die therapeutischen Möglichkeiten sah, die aus der Psychologie entwickelt werden konnten, eine psychologische Klinik an der Universität von Pennsylvania. Dabei ist heutzutage der Begriff der „Klinik“ sicher irreführend. Es handelte sich dabei nicht um ein Krankenhaus, sondern um eine Einrichtung, in der Entwicklungsdefizite und Verhaltensproblemen von Kindern diagnostiziert und behandelt wurden. Diese Behandlung, die als *orthogenic school* bezeichnet wurde, war dabei eher pädagogisch ausgerichtet und entsprach damit dem heute in der Heilpädagogik realisierten Vorgehen (Pongratz, 1973). Dennoch prägte Witmer als erster den Begriff der Klinischen Psychologie, benannte als eine mögliche Anwendungsinstitution eine psychologische Klinik und gründete eine entsprechende Fachzeitschrift, *The Psychological Clinic*, in deren Erstausgabe von 1907 er auch die genannten Begriffe einführte (Bastine, 1998). Nicht nur am Rande ist zu bemerken, dass Witmer einen Hauptansatzpunkt der Klinischen Psychologie in einer multidisziplinären Ausgestaltung sah. So konnten sich Vertreter verschiedener Fachdisziplinen in einer einheitlichen, umfassenden, postgraduierten Ausbildung zum *psychological expert* qualifizieren, wobei der Ansatz darin lag, die Teilnehmer, die den medizinischen ebenso wie den pädagogischen und psychologischen Berufsgruppen entstammten, im diagnostischen Vorgehen auszubilden und ihnen konkrete Techniken des Trainings der infrage stehenden Klientel zu vermitteln (Pongratz, 1973). Damit wurde die Psychologie als übergreifende Disziplin zu den einzelnen Fachrichtungen etabliert, ohne eine „feindliche“ Abgrenzung zu anderen Fachgebieten“ (Pongratz, 1973, S. 24) zu benötigen.

Die zweite der genannten Wurzeln, nämlich die medizinische, ist mit dem Namen *Kraepelins* verknüpft. Auch er war ein Schüler Wundts, von dem er die experimentelle Methode übernahm. In seiner Auffassung, dass psychische Erkrankungen durch eine feststellbare Ursache eindeutig zu diagnostizieren sind, weist er sich voll und ganz als Psychiater aus, der die mit Hippokrates grundlegende Auffassung vertritt, dass psychische Störungen genauso wie körperliche Erkrankungen auf eine eindeutige physiologische Ursache zurückzuführen sind. Diese mündete schließlich in sein Klassifikationssystem psychischer Erkrankungen, das durch die Bündelung von bestimmten Symptomen zu einem einheitlichen Syndrom die Auffassung von der organischen Natur psychischer Erkrankungen besonders förderte (Davison & Neale, 1998). Während in der amerikanischen Literatur gerade dieser Aspekt besondere Beachtung findet (Davison & Neale, 1998; Comer, 1995), sollte Kraepelins Beitrag zur Verankerung der Klinischen Psychologie in der Experimentellen Psychologie nicht vergessen werden. Er begründete nämlich die experimentelle Methodik in der Psychiatrie, dargestellt in seiner Schrift *Der psychologische Versuch in der Psychiatrie* (1896), mit der er vehement die psychologische Verankerung der Psychiatrie und die Betrachtung der psychischen Erkrankungen unter einer empirischen Perspektive einforderte. Daher bezeichnet Pongratz (1973) das Erscheinungsjahr dieser Schrift auch als