

8. Auflage

Davison • Neale • Hautzinger

Klinische Psychologie



Online-Materialien

BELTZ

Davison • Neale • Hautzinger
Klinische Psychologie

Davison · Neale · Hautzinger

Klinische Psychologie

Ein Lehrbuch

8., neu ausgestattete Auflage

Mit Online-Materialien

BELTZ

Anschrift des deutschen Autors:

Prof. Dr. Martin Hautzinger
Universität Tübingen
Psychologisches Institut
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Christophstr. 2
72072 Tübingen

Die amerikanischen Teile wurden übersetzt von Maria Baur

Titel der Originalausgabe:

Gerald C. Davison/John M. Neale

Abnormal Psychology, Eighth Edition

© 2001 by John Wiley & Sons, Inc. All rights reserved.

Authorized translation *and adaptation* from English language edition published by John Wiley & Sons, Inc.

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

8., neu ausgestattete Auflage 2016

Der Inhalt dieser Auflage ist identisch mit der 7. Auflage von 2007.

Neu: Die Lehrmaterialien stehen online zur Verfügung.

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich
(ISBN 978-3-621-28441-7).

1. Auflage 1979 Urban & Schwarzenberg, München – Wien – Baltimore
2. Auflage 1984 Urban & Schwarzenberg, München – Wien – Baltimore
- 3., überarbeitete und erweiterte Auflage 1988 Psychologie Verlags Union, München – Weinheim
- 4., vollst. überarbeitete und aktualisierte Auflage 1996 Psychologie Verlags Union, Weinheim
- 5., aktualisierte Auflage 1998 Psychologie Verlags Union, Weinheim
- 6., vollst. überarbeitete und aktualisierte Auflage 2002 Psychologie Verlags Union, Weinheim
- 7., vollst. überarbeitete und erweiterte Auflage 2007 Psychologie Verlags Union, Weinheim

© Beltz Verlag, Werderstraße 10, Weinheim · Basel 2007

<http://www.beltz.de>

Lektorat: Reiner Klähn

Herstellung: Anja Renz

Kapitel-Auftaktfotos: Sascha Loss

Umschlaggestaltung: Federico Luci, Köln

Umschlagbild: Alfred Valle Uribe, „Ohne Titel, 1993“ aus: Thomashoff H.-O., Naber D., „Psyche und Kunst“,

Schattauer Verlag, 1999, Stuttgart

Satz: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

E-Book

ISBN 978-3-621-28476-9

Vorwort zur 7. Auflage

Dieses Lehrbuch „Klinische Psychologie“ erscheint nun bereits in der 7. deutschsprachigen Auflage. Ohne Zweifel gehört es zu den erfolgreichen Einführungswerken und hat viele Generationen von Psychologen geprägt. Die leicht und gut lesbare Art, die didaktische Konzeption, die inhaltliche Auswahl und die stetige Aktualität haben dieses Werk zu einem Klassiker gemacht. Nimmt man die früheren Auflagen (Erstaufgabe 1970) zur Hand und vergleicht diese mit der Neuauflage, dann fallen die zahlreichen äußeren, doch vor allem die inhaltlichen Veränderungen auf: Die Beispiele und Bilder, die Hervorhebungen und vertiefenden Kästen, die Zusammenfassungen, die Kontrollfragen, das Glossar sowie die CD-ROM machen das Lehrbuch noch leserfreundlicher, führen zu besserem Behalten der Inhalte und zur umfassenden Vorlage für erfolgreiche Prüfungen in Klinischer Psychologie sowohl im Diplomstudengang wie im Bachelor-Studium.

Das Feld der Klinischen Psychologie hat über die letzten Jahrzehnte beachtliche Veränderungen erlebt; verschiedenartige Neuentwicklungen fanden statt, und eine Fülle stetig neuer Erkenntnisse bedarf der Integration. Wissenschaftlich ist die Klinische Psychologie ein ausgesprochen aktives, innovatives und produktives Gebiet. Das Fach integriert Erkenntnisse aus den Grundlagendisziplinen von der Allgemeinen Psychologie über die Biologische Psychologie, die Neuropsychologie und Neurobiologie bis hin zu der Diagnostik und den Forschungsmethoden. In der Praxis der Gesundheitsversorgung stellen die Klinische Psychologie und die psychologischen Therapien inzwischen eine anerkannte und gewichtige Größe dar. Dieser Entwicklung tragen inzwischen auch die rechtlichen Rahmenbedingungen Rechnung (Psychotherapeutengesetz), indem die Klinische Psychologie die wesentliche Grundlage für die Berechtigung zur heilkundlichen Tätigkeit als Psychologe bzw. Psychologischer Psychotherapeut darstellt.

Die stattfindenden Veränderungen in der akademischen Ausbildung im Fach Psychologie – Stich-

wort „Profilbildung“ – sowie die Einführung von Bachelor- und Master-Studiengängen führen dazu, dass die Klinische Psychologie eine noch zentralere Stellung erhält. Die Inhalte dieses Lehrbuchs sollten daher allen Absolventen von Bachelor-Studiengängen vertraut sein und in Klausuren bzw. mündlichen Prüfungen abgefragt werden. Das Lehrbuch ist genau auf dieses Niveau (2. bis 3. Studienjahr eines Bachelor-Programms bzw. 5. und 6. Semester eines Diplomstudiums) zugeschnitten und kann daher sowohl in Fachhochschulen wie auch in Universitäten eine ideale Grundlage für die Ausbildung liefern. Die Informationen auf der CD-ROM sowie die zusammenfassenden Kontrollfragen am Ende jedes Abschnitts helfen bei der Vor- und Nachbereitung einer Vorlesung zur Klinischen Psychologie. Eine Ergänzung bzw. Vertiefung durch ein Seminar zur Klinischen Psychologie, unter Umständen orientiert an den Empfehlungen für weiterführende Literatur, entspricht dann den Anforderungen der Rahmenstudienpläne für das Bachelor-Studium nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie.

Das Lehrbuch ist in vier Teile mit insgesamt 18 Kapiteln gegliedert. Im ersten Teil werden die Grundlagen des Faches (theoretische Rahmenkonzepte, diagnostische Herangehensweisen, Forschungsstrategien) dargestellt. Im umfangreichen zweiten Teil geht es um die zentralen Störungsbilder und psychischen Erkrankungen, die hinsichtlich Symptomatik, Diagnostik, Epidemiologie, Ätiologie und Therapie sowie aktuellen Forschungsergebnissen vorgestellt werden. Im dritten Teil werden psychische Störungen unter dem Blickwinkel der Lebensspanne bzw. des Lebensalters betrachtet und die häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie im höheren Lebensalter besprochen. Der vierte Teil geht auf die unterschiedlichen psychotherapeutischen Interventionen und ihre Evaluierung sowie auf ethische und rechtliche Fragen ein.

Ein einführendes Lehrbuch mit dem zuvor genannten Anspruch kann nicht alle Facetten und Themen der Psychopathologie, Psychotherapie und Klinischen Psychologie umfassen. Es war unser Anliegen, auf die zentralen und häufigen Themen des Faches einzugehen und durch Kästen bzw. Einschübe gelegentlich auf besondere Themen hinzuweisen. Die weiterführenden Literaturempfehlungen vertiefen und vervollkommen die jeweiligen Abschnitte.

Aus Gründen der leichten Lesbarkeit wird durchgängig die männliche Form verwendet. Es sind jedoch selbstverständlich stets Frauen und Männer gemeint!

Dieses Buch verdankt seine Entstehung der Arbeit vieler Köpfe und Hände. Besonders hervorheben möchten wir die sehr gelungene Übersetzung der

integrierten amerikanischen Teile und die Lektoratsarbeit von Reiner Klähn. Die Herstellung und Gestaltung lag in den kompetenten Händen von Anja Renz. Ohne die Hilfen und inhaltlichen Anregungen von Elisabeth Thies wären die zahlreichen Neuerungen und die gründliche Neubearbeitung nicht gelungen. Sie hat es uns leicht gemacht, dieses Lehrbuch in der nun vorliegenden Form zu erstellen. Ergänzt wird diese Teamleistung durch Hilfen von Heike Berger vom Beltz Verlag.

Es liegt nun an den Lesern und den Studierenden, das hier gespeicherte Wissen zu erwerben und nutzbar zu machen.

Tübingen, im April 2007

Martin Hautzinger

Zusatz 8. Auflage:

Die Inhalte der CD-ROM stehen nun online zur Verfügung, s. dazu S. 700.

Inhalt

Vorwort	V
I Einführung und grundsätzliche Fragen	1
I Einführung: Psychische Störungen und wissenschaftstheoretische Betrachtungen	2
1.1 Merkmale von psychischen Störungen	6
1.1.1 Statistische Seltenheit	6
1.1.2 Verletzen von sozialen Normen	6
1.1.3 Persönliches Leid	7
1.1.4 Beeinträchtigung der Lebensführung	7
1.1.5 Unangemessenes Verhalten	7
1.2 Wissenschaft: Ein menschliches Unterfangen	8
1.2.1 Subjektivität in der Wissenschaft: Die Bedeutung von Paradigmen	9
1.2.2 Ein Beispiel für Paradigmen in der Klinischen Psychologie	9
2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie	14
2.1 Das biologische Paradigma	15
2.1.1 Moderne Forschungsansätze im Rahmen des biologischen Paradigmas	16
2.1.2 Biologische Behandlungsansätze	20
2.1.3 Bewertung des biologischen Paradigmas	21
2.2 Das psychodynamische Paradigma	23
2.2.1 Die klassische psychodynamische Theorie	23
2.2.2 Die psychodynamischen Perspektiven der Neo-Freudianer	28
2.2.3 Die psychodynamische Therapie	31
2.2.4 Bewertung des psychodynamischen Paradigmas	32
2.3 Humanistische und existentielle Paradigmen	36
2.3.1 Die klientenzentrierte Therapie nach Carl Rogers	36
2.3.2 Die existentielle Therapie	38
2.3.3 Die Gestalttherapie	38
2.3.4 Bewertung der humanistischen und existentiellen Paradigmen	39
2.4 Lerntheoretische Paradigmen	40
2.4.1 Die Entwicklung des Behaviorismus	40
2.4.2 Stellvertretendes Lernen (Modelllernen)	45
2.4.3 Die Verhaltenstherapie	45
2.4.4 Bewertung der lerntheoretischen Paradigmen	46

2.5	Das kognitive Paradigma	47
2.5.1	Die Grundlagen der kognitiven Theorien	47
2.5.2	Die kognitive Verhaltenstherapie	49
2.5.3	Bewertung des kognitiven Paradigmas	50
2.6	Konsequenzen der Entscheidung für ein Paradigma	52
2.7	Das Diathese-Stress-Modell: Ein integratives Paradigma	53
2.8	Unterschiedliche Sichtweisen eines klinischen Problems	55
2.9	Methodenpluralismus in der modernen Psychotherapie	56
3	Klassifikation und Diagnostik	58
3.1	Geschichtliches zur Klassifikation	59
3.1.1	Die ersten Bemühungen zur Klassifikation	59
3.1.2	Entwicklung der diagnostischen Systeme ICD und DSM	60
3.2	Das DSM-IV	61
3.2.1	Die fünf Klassifikationsachsen	62
3.2.2	Diagnostische Kategorien	63
3.3	Das ICD-10	68
3.4	Probleme bei der Klassifikation abweichenden Verhaltens	71
3.4.1	Allgemeine Kritik an der Klassifikation	71
3.4.2	Die Bedeutung von Klassifikation und Diagnose	73
3.4.3	Spezielle Kritik an der Diagnose	74
3.4.4	Reliabilität – der Grundstein eines diagnostischen Systems	75
3.4.5	Wie valide sind diagnostische Systeme?	76
3.4.6	Das DSM, das ICD und die Diagnose-Kritik	77
4	Klinische Erhebungsverfahren	82
4.1	Reliabilität und Validität von Untersuchungsverfahren	83
4.1.1	Reliabilität	83
4.1.2	Validität	84
4.2	Psychologische Erhebungsverfahren	86
4.2.1	Klinische Interviews	86
4.2.2	Psychologische Tests	88
4.2.3	Diagnostik von Verhalten und Erleben	91
4.3	Biologische Erhebungsverfahren	99
4.3.1	Bildgebende Verfahren: Einblick in das Gehirn	102
4.3.2	Neurochemische Verfahren	102
4.4	Psychophysiologische Verfahren	104
4.5	Neuropsychologische Verfahren	107
4.6	Kulturelle Unterschiede und klinische Erhebungsverfahren	110
4.6.1	Kulturelle Verzerrungen	110
4.6.2	Strategien zur Vermeidung kultureller Verzerrungen	112
4.7	Stabilität und Variabilität von Verhalten	113

5	Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens	116
5.1	Wissenschaft und wissenschaftliche Methoden	117
5.1.1	Überprüfbarkeit und Falsifizierbarkeit	117
5.1.2	Die Rolle der Theorie	118
5.2	Forschungsmethoden der Klinischen Psychologie	120
5.2.1	Die Fallstudie	121
5.2.2	Epidemiologische Forschung	124
5.2.3	Die Korrelationsmethode	126
5.2.4	Das Experiment	131
5.2.5	Experimentelle Untersuchungen am Einzelfall	139
5.2.6	Gemischte Versuchspläne	141
II	Psychische Störungen	147
6	Angststörungen	148
6.1	Phobien	151
6.1.1	Spezifische Phobien	152
6.1.2	Soziale Phobien	153
6.1.3	Ätiologie der Phobien	154
6.1.4	Therapie der Phobien	159
6.2	Panikstörung und Agoraphobie	167
6.2.1	Ätiologie der Panikstörung	168
6.2.2	Therapie der Panikstörung und der Agoraphobie	173
6.3	Generalisierte Angststörung	175
6.3.1	Ätiologie der generalisierten Angststörung	176
6.3.2	Therapie der generalisierten Angststörung	178
6.4	Zwangsstörung	181
6.4.1	Ätiologie der Zwangsstörung	183
6.4.2	Therapie der Zwangsstörung	186
6.5	Posttraumatische Belastungsstörung	189
6.5.1	Ätiologie der posttraumatischen Belastungsstörung	193
6.5.2	Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung	194
7	Somatoforme und dissoziative Störungen	200
7.1	Somatoforme Störungen	201
7.1.1	Konversionsstörung	203
7.1.2	Somatisierungsstörung	205
7.1.3	Ätiologie der somatoformen Störungen	207
7.1.4	Therapie somatoformer Störungen	214

7.2	Dissoziative Störungen	217
7.2.1	Dissoziative Amnesie	218
7.2.2	Dissoziative Fugue	218
7.2.3	Depersonalisationsstörung	218
7.2.4	Dissoziative Identitätsstörung (multiple Persönlichkeit)	219
7.2.5	Ätiologie der dissoziativen Störungen	223
7.2.6	Therapie dissoziativer Störungen	228
8	Psychophysiologische Störungen	232
8.1	Stress und Gesundheit	235
8.1.1	Das Stresskonzept	235
8.1.2	Ansätze zur Messung von Stress	237
8.1.3	Bewertung des Copings	240
8.1.4	Moderatoren des Zusammenhangs von Stress und Krankheit	241
8.2	Theorien zum Zusammenhang von Stress und Krankheit	243
8.2.1	Biologische Theorien	243
8.2.2	Psychologische Theorien	246
8.3	Kardiovaskuläre Störungen	249
8.3.1	Essentielle Hypertonie	249
8.3.2	Koronare Herzkrankheit	253
8.4	Asthma	258
8.4.1	Merkmale der Erkrankung	258
8.4.2	Ätiologie des Asthmas	260
8.5	Chronische Schmerzen	262
8.5.1	Diagnostik chronischer Schmerzen	262
8.5.2	Erklärungsmodell chronischer Schmerzen	263
8.5.3	Therapie chronischer Schmerzen	264
8.6	Aids – eine Herausforderung für die Verhaltenswissenschaften	266
8.6.1	Die Bedeutung des Problems	266
8.6.2	Beschreibung der Krankheit	266
8.6.3	Ausbreitung	266
8.6.4	Prävention	267
8.7.	Sozioökonomischer Status, ethnische Zugehörigkeit und Gesundheit	269
8.8	Therapie psychophysiologischer Störungen	270
8.8.1	Behandlung der Hypertonie und Vorbeugung gegen koronare Herzkrankheit	271
8.8.2	Biofeedback	273
8.8.3	Stressmanagement	274
8.8.4	Schmerzbewältigung	276

9	Esstörungen	280
9.1	Klinische Beschreibung	281
9.1.1	Anorexia nervosa	282
9.1.2	Bulimia nervosa	284
9.1.3	Binge-Eating-Störung	286
9.2	Ätiologie der Esstörungen	288
9.2.1	Biologische Faktoren	288
9.2.2	Soziokulturelle Variablen	289
9.2.3	Der Einfluss des Geschlechts	291
9.2.4	Kulturspezifische Unterschiede	291
9.2.5	Ethnische Unterschiede	292
9.2.6	Psychodynamische Theorien	292
9.2.7	Die Theorie der Familiensysteme	293
9.2.8	Persönlichkeit und Esstörungen	293
9.2.9	Familienmerkmale	295
9.2.10	Kindesmissbrauch und Esstörungen	296
9.2.11	Kognitiv-verhaltenstheoretische Ansätze	296
9.3	Behandlung der Esstörungen	300
9.3.1	Biologische Behandlungsmöglichkeiten	301
9.3.2	Psychologische Behandlung der Anorexia nervosa	301
9.3.3	Psychologische Behandlung der Bulimia nervosa	302
10	Affektive Störungen	306
10.1	Allgemeine Merkmale affektiver Störungen	307
10.1.1	Depression – Merkmale und Symptome	307
10.1.2	Manie – Merkmale und Symptome	308
10.1.3	Formale diagnostische Kategorien	309
10.1.4	Affektive Störungen und Kreativität	311
10.1.5	Heterogenität innerhalb der Kategorien	312
10.1.6	Chronische affektive Störungen	313
10.2	Psychologische Theorien der affektiven Störungen	314
10.2.1	Psychodynamische Theorie der Depression	314
10.2.2	Kognitive Theorien der Depression	316
10.2.3	Interpersonale Theorien der Depression	323
10.2.4	Psychologische Theorien der bipolaren Störung	324
10.3	Biologische Theorien der affektiven Störungen	327
10.3.1	Genetische Faktoren	327
10.3.2	Neurochemie und affektive Störungen	328
10.3.3	Das neuroendokrine System	331
10.4	Psychobiologische Konzepte affektiver Störungen	333
10.5	Therapien der affektiven Störungen	334
10.5.1	Psychologische Therapien	335
10.5.2	Somatische Therapien	342

10.6	Depression in Kindheit und Jugend	345
10.6.1	Symptome und Prävalenz der Depression in Kindheit und Jugend	345
10.6.2	Ätiologie der Depression in Kindheit und Jugend	346
10.6.3	Behandlung der Depression in Kindheit und Jugend	348
10.7	Suizid	349
10.7.1	Fakten zum Suizid	351
10.7.2	Der Suizid aus verschiedenen Perspektiven	353
10.7.3	Suizidprognose anhand psychologischer Tests	357
10.7.4	Suizidprävention	358
10.7.5	Klinische und ethische Regeln beim Umgang mit Suizidalität	361
11	Schizophrenie	364
11.1	Klinische Symptome der Schizophrenie	366
11.1.1	Positive Symptome	366
11.1.2	Negative Symptome	370
11.1.3	Weitere Symptome	371
11.1.4	Auswirkungen der Symptome	372
11.2	Das Konzept der Schizophrenie	372
11.2.1	Die frühen Beschreibungen von Kraepelin und Bleuler	372
11.2.2	Das erweiterte amerikanische Konzept	374
11.2.3	Die Schizophrenie-Diagnose nach ICD-10/DSM-IV	374
11.2.4	Die Kategorien der Schizophrenie	375
11.3	Ätiologie der Schizophrenie	378
11.3.1	Genetische Faktoren	378
11.3.2	Biochemische Faktoren	382
11.3.3	Gehirn und Schizophrenie	386
11.3.4	Psychischer Stress und Schizophrenie	388
11.3.5	High-Risk-Studien über Schizophrenie	391
11.4	Therapie der Schizophrenie	395
11.4.1	Somatische Behandlungsformen	396
11.4.2	Psychologische Behandlungsformen	400
11.4.3	Allgemeine Trends in der Behandlung	407
11.4.4	Aktuelle Fragen bei der Betreuung Schizophrener	407
12	Substanzinduzierte Störungen	410
12.1	Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit	412
12.1.1	Prävalenz und Komorbidität	414
12.1.2	Verlauf der Störung	415
12.1.3	Behandlungs- und Folgekosten	415
12.1.4	Kurzzeitwirkungen von Alkohol	416
12.1.5	Langzeitwirkungen anhaltenden Alkoholmissbrauchs	417

12.2	Nikotin und Rauchen	419
	12.2.1 Gesundheitsrisiken des Rauchens	419
	12.2.2 Folgen des Passivrauchens	420
12.3	Marihuana und Cannabis	420
	12.3.1 Prävalenz des Cannabiskonsums	421
	12.3.2 Wirkungen von Cannabis	421
12.4	Sedativa und Stimulanzen	424
	12.4.1 Sedativa	424
	12.4.2 Stimulanzen	427
12.5	LSD und andere Halluzinogene	430
	12.5.1 Wirkungen von Halluzinogenen	432
12.6.	Ätiologie von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit	433
	12.6.1 Soziokulturelle Variablen	434
	12.6.2 Psychologische Variablen	435
	12.6.3 Biologische Variablen	438
12.7	Therapie der Alkoholabhängigkeit	441
	12.7.1 Eingestehen des Problems	441
	12.7.2 Herkömmliche Klinikbehandlung	442
	12.7.3 Physiologische Behandlungsformen	442
	12.7.4 Die Anonymen Alkoholiker	443
	12.7.5 Paar- und Familientherapie	445
	12.7.6 Kognitive und verhaltensorientierte Therapien	445
	12.7.7 Klinische Aspekte bei der Behandlung von Alkoholikern	447
12.8	Therapie von Drogenabhängigkeit	450
	12.8.1 Somatische Therapien	451
	12.8.2 Psychologische Therapien	452
12.9	Therapie des Zigarettenrauchens	454
	12.9.1 Psychologische Therapien	454
	12.9.2 Somatische Therapien	456
	12.9.3 Rückfallprophylaxe	457
12.10	Prävention des Substanzmissbrauchs	458
13	Persönlichkeitsstörungen	460
13.1	Klassifizierung der Persönlichkeitsstörungen: Cluster, Kategorien und Probleme	462
13.2	Cluster A – Persönlichkeitsstörungen mit absonderlichem oder exzentrischem Verhalten	465
	13.2.1 Paranoide Persönlichkeitsstörung	466
	13.2.2 Schizoide Persönlichkeitsstörung	466
	13.2.3 Schizotypische Persönlichkeitsstörung	466
	13.2.4 Ätiologie der Persönlichkeitsstörungen mit absonderlichem oder exzentrischem Verhalten	467
13.3	Cluster B – Persönlichkeitsstörungen mit dramatischem oder launenhaftem Verhalten	468
	13.3.1 Borderline- oder emotional instabile Persönlichkeitsstörung	468
	13.3.2 Histrionische Persönlichkeitsstörung	472
	13.3.3 Narzisstische Persönlichkeitsstörung	473
	13.3.4 Dissoziale bzw. antisoziale Persönlichkeitsstörung	474

13.4	Cluster C – Persönlichkeitsstörungen mit ängstlichem und furchtsamem Verhalten	482
13.4.1	Vermeidend-selbstunsichere, ängstliche Persönlichkeitsstörung	482
13.4.2	Dependente Persönlichkeitsstörung	482
13.4.3	Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	483
13.4.4	Ätiologie der Persönlichkeitsstörungen mit ängstlichem und furchtsamem Verhalten	483
13.5	Therapien für Persönlichkeitsstörungen	484
13.5.1	Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung	486
13.5.2	Therapie der dissozialen Persönlichkeitsstörung	488
13.5.3	Von der Störung zum Stil – Bemerkungen zur Zielsetzung	490
14	Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität	492
14.1	Störungen der Geschlechtsidentität	494
14.1.1	Merkmale von Störungen der Geschlechtsidentität	494
14.1.2	Ursachen von Störungen der Geschlechtsidentität	496
14.1.3	Therapie von Störungen der Geschlechtsidentität	499
14.2	Paraphilien	503
14.2.1	Fetischismus	504
14.2.2	Transvestitischer Fetischismus	505
14.2.3	Pädophilie und Inzest	505
14.2.4	Voyeurismus	508
14.2.5	Exhibitionismus	509
14.2.6	Frotteurismus	509
14.2.7	Sadismus und Masochismus	510
14.2.8	Ätiologie der Paraphilien	514
14.2.9	Therapie der Paraphilien	516
14.3	Vergewaltigung	520
14.3.1	Das Verbrechen	520
14.3.2	Das Opfer, der Angriff und die Folgen	521
14.3.3	Der Vergewaltiger	522
14.4	Sexuelle Funktionsstörungen	524
14.4.1	Sexuelle Funktionsstörungen und der sexuelle Reaktionszyklus	524
14.4.2	Epidemiologie und Komorbidität der sexuellen Funktionsstörungen	525
14.4.3	Störungen der sexuellen Appetenz	526
14.4.4	Störungen der sexuellen Erregung	527
14.4.5	Orgasmusstörungen	528
14.4.6	Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen	530
14.4.7	Allgemeine Theorien der sexuellen Funktionsstörungen	531
14.4.8	Therapien der sexuellen Funktionsstörungen	535

III	Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter	539
15	Störungen in Kindheit und Jugend	540
15.1	Klassifikation	541
15.2	Störungen mit unterkontrolliertem Verhalten	543
	15.2.1 Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	543
	15.2.2 Störung des Sozialverhaltens	551
15.3	Lernbehinderungen	559
	15.3.1 Lernstörungen	559
	15.3.2 Kommunikationsstörungen	560
	15.3.3 Störung der motorischen Fertigkeiten	561
	15.3.4 Ätiologie der Lernbehinderungen	561
	15.3.5 Therapie der Lernbehinderungen	562
15.4	Enuresis	564
15.5	Geistige Behinderung	567
	15.5.1 Herkömmliche Kriterien für geistige Behinderung	567
	15.5.2 Klassifikation der geistigen Behinderung	569
	15.5.3 Der Kompetenzansatz bei geistiger Behinderung	570
	15.5.4 Ätiologie der geistigen Behinderung	570
	15.5.5 Prävention und Therapie der geistigen Behinderung	574
15.6	Autistische Störung	578
	15.6.1 Merkmale der autistischen Störung	578
	15.6.2 Ätiologie der autistischen Störung	586
	15.6.3 Therapie der autistischen Störung	588
16	Psychische Störungen im Alter	590
16.1	Themen, Konzepte und Methoden der Altersforschung	592
	16.1.1 Die Vielfalt des Alters	592
	16.1.2 Alters-, Kohorten- und Messzeitpunkteffekte	593
	16.1.3 Diagnose psychischer Störungen im späteren Lebensalter	595
	16.1.4 Die Problemvielfalt	595
16.2	Hirnorganisch bedingte Störungen im Alter	595
	16.2.1 Demenz	596
	16.2.2 Delirium	605
16.3	Psychische Störungen im Alter	609
	16.3.1 Depression	610
	16.3.2 Angststörungen	615
	16.3.3 Wahnhafte (paranoide) Störungen	616
	16.3.4 Schizophrenie	620
	16.3.5 Substanzinduzierte Störungen	621
	16.3.6 Hypochondrie	623
	16.3.7 Schlafstörungen	624

16.3.8	Suizid	626
16.3.9	Sexualität im Alter	627
16.4	Behandlung und Pflege älterer Menschen	631
16.5	Besonderheiten bei der Therapie älterer Menschen	637
16.5.1	Inhalt der Therapie	637
16.5.2	Verlauf der Therapie	639
IV	Interventionen sowie rechtliche und ethische Aspekte	643
17	Psychologische Interventionen	644
17.1	Allgemeine Fragen der Psychotherapieforschung	645
17.2	Psychodynamische Therapien	647
17.2.1	Techniken und Konzepte der klassischen Psychoanalyse sowie ihre Modifikationen	647
17.2.2	Evaluierung der klassischen Psychoanalyse	648
17.2.3	Evaluierung der psychodynamischen Kurztherapie	650
17.3	Klientenzentrierte Therapie	652
17.3.1	Techniken und Konzepte der klientenzentrierten Therapie	652
17.3.2	Evaluierung der klientenzentrierten Therapie	652
17.4	Gestalttherapie	654
17.4.1	Techniken und Konzepte der Gestalttherapie	654
17.4.2	Evaluierung der Gestalttherapie	654
17.5	Kognitive Verhaltenstherapien	655
17.5.1	Evaluierung von Gegenkonditionierung und Konfrontation	655
17.5.2	Evaluierung der operanten Interventionen	656
17.5.3	Evaluierung der kognitiven Verhaltenstherapien	656
17.5.4	Generalisierung und Stabilisierung von Behandlungseffekten	660
17.5.5	Grundlegende Fragen der kognitiven Verhaltenstherapien	665
17.6	Paar- und Familientherapie	670
17.6.1	Techniken und Konzepte der Paar- und Familientherapie	670
17.6.2	Evaluierung der Paar- und Familientherapie	674
17.7	Gemeindepsychologie	675
17.7.1	Techniken und Konzepte der Gemeindepsychologie	675
17.7.2	Evaluierung der Gemeindepsychologie	677
17.7.3	Politische und ethische Faktoren in der Gemeindepsychologie	678
17.8	Integration in der Psychotherapie	679
17.8.1	Psychoanalyse und Verhaltenstherapie – eine Annäherung?	679
17.8.2	Eklektizismus und theoretische Integration in der Psychotherapie	680
17.8.3	Argumente gegen eine vorzeitige Integration	681
17.9	Kulturelle und ethnische Faktoren in der psychologischen Intervention	682

18	Rechtliche und ethische Aspekte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie	684
18.1	Rechtliche Rahmenbedingungen	685
	18.1.1 Grundrechte von Patienten	685
	18.1.2 Unterbringung gegen den Willen des Patienten	686
18.2	Ethische Aspekte und Probleme in Therapie und Forschung	687
	18.2.1 Ethische Gesichtspunkte in der Forschung	687
	18.2.2 Einwilligung nach vorheriger Aufklärung	690
	18.2.3 Vertraulichkeit und vertrauliche Mitteilung	691
	18.2.4 Rolle der Auftraggeber	691
	18.2.5 Wahl der Therapieziele	691
	18.2.6 Glaubwürdigkeit	692
18.3	Ausbildung zum Psychotherapeuten	693
	18.3.1 Psychologischer Psychotherapeut	695
	18.3.2 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut	696
	18.3.3 Verpflichtung zur Fortbildung	698
18.4	Abschließende Bemerkungen	698
	Hinweise zu den Online-Materialien	700
	Glossar	701
	Literatur	707
	Personenregister	757
	Sachregister	767
	Bildnachweis	779

I

Einführung und grundsätzliche Fragen

I Einführung: Psychische Störungen und wissenschaftstheoretische Betrachtungen

1.1 Merkmale von psychischen Störungen

6

1.2 Wissenschaft: Ein menschliches Unterfangen

8

Sascha Loss



Fallbeispiel**Ein Polizist in der Krise**

Herr H., ein 35-jähriger Polizist, versank beinahe in seinem Sessel, die Augen skeptisch auf seinen Therapeuten gerichtet, der sich bemühte, zwischen einer ganzen Reihe von Problemen einen Zusammenhang herzustellen. Ursprünglich hatte Herr H. therapeutische Hilfe gesucht, weil er seit einiger Zeit beim Geschlechtsverkehr mit seiner Frau Erektionsprobleme hatte. Doch im Gespräch mit dem Therapeuten kam eine Fülle anderer Probleme zutage, von denen einige ihn seit seinen Kindertagen plagten, die meisten jedoch erst in den letzten Jahren.

Herr H. hatte keine glückliche Kindheit gehabt. Als er sechs Jahre alt war, starb plötzlich seine Mutter, die er innig geliebt hatte. In den folgenden zehn Jahren lebte er abwechselnd bei seinem Vater oder bei einer Schwester seiner Mutter. Sein Vater trank so viel, dass er kaum einen Tag ohne Alkohol überstand. Überdies litt er unter extremen Stimmungsschwankungen und hatte mehrere Monate mit der Diagnose einer „manisch-depressiven Psychose“ in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus verbracht. Er verfügte über kein regelmäßiges Einkommen; nie war genug Geld da, und so reichte es denn auch nur zu einem Leben in einem heruntergekommenen Wohnviertel. Zuweilen war der Vater völlig unfähig, für sich selbst – geschweige denn für seinen Sohn – zu sorgen. Herr H. verbrachte dann Monate bei seiner Tante in einem nahe gelegenen Vorort.

Trotz all dieser Beeinträchtigungen schaffte Herr H. die Schule (mittlere Reife) und machte dann eine Handwerkerlehre. Während der Gesellenjahre besuchte er die Abendschule, um die Fachhochschulreife nachzumachen. Zu dieser Zeit wurden ihm seine psychischen Probleme erstmals schmerzlich bewusst. Ohne ersichtlichen Grund war er häufig sehr deprimiert, und manchmal folgten auf diese Anfälle von Traurigkeit Phasen manischen Überschwangs. Dass er diesen Stimmungsumschwüngen so hilflos ausgeliefert war, machte ihm große Sorgen, denn dasselbe hatte er bei seinem alkoholabhängigen Vater beobachtet.

Menschen gegenüber, die er in irgendeiner Form als Autorität erlebte, fühlte er sich sehr unsicher, ob es nun sein Arbeitgeber, seine Lehrer oder seine Arbeitskollegen waren, mit denen er sich verglich und denen er sich unterlegen fühlte.

Während des zweiten Jahres in der Abendschule sah er seine zukünftige Frau zum ersten Mal. Sie kam aus einer anderen Stadt und stieg mitten im Schuljahr in die Klasse ein. Als die hochgewachsene, schlanke junge Frau anmutig und selbstsicher zu ihrem Platz ging, folgten ihr nicht nur seine Blicke. Die ganze Zeit über beobachtete er sie von weitem und setzte sich absichtlich immer so, dass er unauffällig zu ihr hinübersehen konnte. Eines Tages dann stießen sie beim Verlassen des Klassenraumes zufällig zusammen. Ihre herzliche, spontane Art und ihr Charme ermutigten ihn, sie zu einem Kaffee einzuladen. Als sie die Einladung tatsächlich annahm, bereute er es fast.

Zu seinem Erstaunen verliebten sie sich ineinander und heirateten schon bald. Herr H. konnte nie so ganz glauben, dass sich diese attraktive und gewandte Frau wirklich etwas aus ihm machte. Im Laufe der Jahre wurden seine Selbstzweifel und die Zweifel an ihren Gefühlen für ihn immer größer.

Er hatte eigentlich studieren wollen, und dem hätte auch nichts entgegengestanden: Seine Noten waren gut, doch er entschloss sich, den sicheren Weg zu gehen und Polizist zu werden. Er habe an seinen Fähigkeiten gezweifelt, erklärte er dem Therapeuten, und sei überdies zunehmend schlechter mit Situationen fertig geworden, in denen er sich bewertet fühlte. Er hoffte, dass ihm der Status eines Polizeibeamten die Anerkennung und den Respekt verschaffen würde, die aus eigener Kraft zu erringen er sich nicht zutraute.

Die Ausbildung bei der Polizei erwies sich als noch belastender als die Fachschule. Seine Stimmungsumschwüngen plagten ihn weiterhin, wenn auch weniger häufig. Und wie sein Vater, der inzwischen dauerhaft hospitalisiert war, trank er, um seine seelische Qual zu lindern.

Er hatte das Gefühl, seine Vorgesetzten hielten ihn für einen Idioten, wenn er es kaum schaffte,

vor die Klasse zu treten und eine Antwort zu geben, auch wenn er wusste, dass sie richtig war. Aber trotz allem stand er die körperlichen, geistigen und sozialen Zwänge der Polizeischule durch, schloss die Ausbildung erfolgreich ab und begann seine Polizeilaufbahn.

Einige Jahre später, als das Leben eigentlich hätte leichter werden sollen, wurde alles nur noch schlimmer. Er war inzwischen 32 Jahre alt, hatte einen relativ sicheren und ordentlich bezahlten Arbeitsplatz und trug sich mit dem Gedanken an ein Kind. Seine Frau teilte seinen Wunsch – aber genau zu diesem Zeitpunkt begannen seine Potenzschwierigkeiten. Zunächst gab er dem Alkohol die Schuld: Er trank allabendlich zwei bis drei Gläser Wein und schränkte seinen Alkoholkonsum nur ein, wenn er Nachtdienst hatte. Doch bald fragte er sich, ob er nicht in Wirklichkeit der Verantwortung für ein Kind aus dem Weg ging. Schließlich quälten ihn Zweifel, ob seine Frau ihn überhaupt attraktiv und begehrenswert fand. Je verständnisvoller und geduldiger sie sich bei seinen manchmal geradezu wütenden Liebesbemühungen zeigte, umso „unmännlicher“ kam er sich vor. Er war unfähig, sich von ihr helfen zu lassen, denn das war seiner Meinung nach bestimmt nicht der „richtige“ Weg zu einer

befriedigenden sexuellen Beziehung. Die Probleme im Bett übertrugen sich auf andere Lebensbereiche. Sie schiefen immer seltener miteinander, was ihn nur noch misstrauischer machte, denn seine Frau war jetzt, da sie die 30 überschritten hatte, schöner und aufregender als je zuvor. Sie arbeitete in einer Anwaltskanzlei und war dort sehr beliebt und geschätzt. Gelegentlich erzählte sie – vielleicht um ihn zu verspotten – von Geschäftsessen mit ihren Chefs in einem eleganten Restaurant.

Den Anstoß zur Therapie gab ein fürchterlicher Streit mit seiner Frau. Herr H. war schon seit Tagen aufgewühlt und angespannt gewesen. Aus Angst, die Kontrolle über sich vollends zu verlieren, trank er abends noch mehr als sonst. Als seine Frau an jenem Abend um zehn Uhr von der Arbeit kam, war Herr H. bereits angetrunken. Er warf ihr Untreue vor und schlug sie. In ihrem Zorn und ihrer Angst stellte sie seine Männlichkeit in Frage, wenn er es nötig habe, eine Frau zu schlagen, und warf ihm ihr enttäuschendes eheliches Liebesleben vor. Herr H. stürmte aus dem Haus, verbrachte die Nacht in einer Kneipe und konnte sich am nächsten Tag immerhin so weit zusammenreißen, dass er sich um fachliche Hilfe bemühte.

Tag für Tag versuchen wir, andere Menschen zu begreifen. Herauszufinden, warum jemand dies oder jenes tut oder empfindet, ist ein schwieriges Unterfangen. Manchmal verstehen wir nicht einmal uns selbst. Einsicht in das zu gewinnen, was bei uns als normales Verhalten gilt, ist schon mühsam genug. Aber noch viel schwieriger wird es, wenn wir ein Verhalten verstehen wollen, das den Bereich des Normalen sprengt, wie das des Polizisten in der einleitenden Fallgeschichte.

Ambiguitätstoleranz. Das ganze Spektrum gestörten Verhaltens, seine Beschreibung, seine Ursachen und seine Behandlung sind Gegenstand dieses Buches. Die Suche nach Erklärungen hat allerdings ihre Tücken. Wenn wir uns mit Klinischer Psychologie befassen, brauchen wir das, was man eine „große

Ambiguitätstoleranz“ nennen könnte: die Fähigkeit, mit vorläufigen und widersprüchlichen Informationen zurechtzukommen. Wir müssen dann die Ausdauer haben, mit diesen Informationen zu arbeiten, sie zu untersuchen und zu erforschen. Der Geist des Menschen ist schwer ergründbar; wirklich gesicherte Erkenntnisse auf diesem Gebiet gibt es viel weniger, als wir uns wünschen würden. Wenn wir uns mit psychischen Krankheiten beschäftigen, sollten wir uns also immer vor Augen halten, dass es in diesem Bereich selten unanfechtbare, gesicherte Antworten gibt. Doch Ambiguität der Ergebnisse bedeutet keineswegs, dass die Forschung wertlos ist. Wichtiger als die spezifischen Antworten sind die Fragen, die gestellt werden; sie sind der eigentliche Kern unseres Forschungsgebiets.

Objektivitätsanspruch. Eine weitere Anforderung, die sich uns bei der Untersuchung von psychischen Störungen stellt, ist Objektivität. Menschliches Verhalten ist etwas Persönliches und betrifft jeden. Das macht Objektivität aber keineswegs weniger notwendig. Die störenden, beunruhigenden Auswirkungen abweichenden Verhaltens dringen in unser aller Leben ein. Wer von uns kennt keine irrationalen Gedanken und Gefühle? Wer hat nicht schon tiefe Trauer oder Niedergeschlagenheit empfunden, die stärker war, als durch die Umstände erklärbar? Wer hätte nicht schon bei jemandem, einer Studienkollegin, einem Freund oder Verwandten, ein Verhalten erlebt, das ihm völlig unverständlich war? Jeder, der das kennt, weiß, wie frustrierend und beunruhigend es ist, einen Menschen, der unter psychischen Schwierigkeiten leidet, zu verstehen und ihm helfen zu wollen. Auch wenn Sie selbst noch nie einem psychisch kranken Menschen begegnet sind, kennen Sie aus den Medien erschütternde Handlungen von Menschen, die als geistig gestört dargestellt werden, als geistig labil gelten oder zu irgendeinem Zeitpunkt schon in einer psychiatrischen Klinik waren.

Unsere Nähe zu diesem Forschungsgegenstand trägt natürlich zu der Faszination bei, die er ausübt. Kein Wunder also, dass die Lehrveranstaltungen in Klinischer Psychologie zu den beliebtesten Lehrveranstaltungen gehören. Viele fühlen sich vom Studium der Psychologie angezogen, weil sie mit dem Gegenstand vertraut sind. Darin liegt jedoch auch ein deutlicher Nachteil. Wir alle haben schon vorher eine bestimmte Art und Weise entwickelt, über Verhalten nachzudenken und zu sprechen, haben uns Worte und Begriffe angewöhnt, die irgendwie zu passen scheinen. So mag man z. B. der Meinung sein, dass sich die Untersuchungen von Angst auf die unmittelbare Erfahrung von Angst konzentrieren sollten – ein Vorgehen, das wir als phänomenologischen Ansatz kennen und das eine von mehreren möglichen Methoden ist, menschliches Verhalten zu erforschen.

Als Verhaltenswissenschaftler müssen wir trennen zwischen dem, was unserem Gefühl nach die angemessene Form ist, über menschliches Verhalten und menschliche Erfahrung zu sprechen, und dem, was sich als der fruchtbarere Weg erwiesen hat, beides zu untersuchen. Wo die meisten Menschen von „ent-

setzlicher Angst“ sprechen würden, hieße es bei uns wohl eher „Angstreaktion von großer Intensität“. Und dies ist durchaus nicht nur ein Spiel mit Worten. Entscheidend ist, dass die Begriffe und Bezeichnungen, die wir bei der wissenschaftlichen Untersuchung abweichenden Verhaltens verwenden, nicht nur unserem subjektiven Gefühl nach angemessen sind. Beim Studium und in der Klinik werden wir uns also mit Bezugsrahmen vertraut machen müssen, die sich von denen unterscheiden, die wir – als Laien oder als Fachleute – im Alltag gewohnt sind.

Die Fallbeschreibung zu Beginn dieses Kapitels lässt Spielraum für die verschiedensten Interpretationen. Zweifellos haben auch Sie bestimmte Vorstellungen davon, wie Herr H. zu dem wurde, was er ist, wo seine eigentlichen Schwierigkeiten liegen; und Sie glauben vielleicht sogar zu wissen, wie ihm zu helfen wäre. Es ist eine der größten intellektuellen und emotionalen Herausforderungen zu entscheiden, wie das Leben eines Menschen mit psychischen Schwierigkeiten begrifflich zu fassen und wie er am besten zu behandeln ist. Wir werden auf den Fall des Herrn H. in Kapitel 2 zurückkommen, um zu illustrieren, wie Vertreter unterschiedlicher theoretischer Richtungen den Fall beschreiben könnten und wie jeweils ihr Versuch aussehen würde, dem Patienten zu helfen.

Im folgenden Abschnitt wollen wir erläutern, was mit dem Begriff der „psychischen Störung“ gemeint ist. Danach werden wir kurz darstellen, welchen Beschränkungen die Wissenschaft als menschliches Unterfangen unterliegt.

Fazit

Womit beschäftigt sich die Klinische Psychologie?

Die Klinische Psychologie sucht Antworten auf die Fragen, warum Menschen sich auf unerwartete, zuweilen bizarre und selbstzerstörerische Art und Weise verhalten, denken und fühlen. Wir wissen darüber sehr viel weniger, als uns recht ist. Es geht auch darum, wie Klinische Psychologen die Ursachen psychischer Störungen herauszufinden versuchen und wie man diese verhindern oder mildern kann.

1.1 Merkmale von psychischen Störungen

Es ist nicht ganz einfach, psychische Störungen zu definieren. Wir werden verschiedene Merkmale untersuchen, die sog. „abweichendes Erleben und Verhalten“ kennzeichnen können. Sie werden feststellen, dass sie zwar alle eine Rolle spielen, jedoch jeweils nur einen Teil dessen abdecken, was eine vollständige Definition erfassen müsste. Daher spricht man in der Regel von einer psychischen Störung, wenn mehrere dieser Merkmale gleichzeitig vorliegen.

Unsere beste Definition von psychischen Störungen umfasst die Aspekte statistische Seltenheit, Verletzen von sozialen Normen, persönliches Leid, Beeinträchtigung der Lebensführung und unangemessenes Verhalten (d. h. Denken, Erleben, Emotionen und Handlungen).

1.1.1 Statistische Seltenheit

Ein Merkmal von Verhaltensstörungen ist ihre Seltenheit. Beispielsweise treten depressive oder manische Episoden, wie in unserem Fallbeispiel am Anfang des Kapitels, nur bei einem Prozent der Bevölkerung auf. Die Normalverteilung oder Glockenkurve besagt, dass die meisten Eigenschaften bei der Mehrheit der Bevölkerung relativ ähnlich ausgeprägt sind. Extreme Abweichungen vom Durchschnitt sind sehr selten. Die Behauptung, ein Mensch sei normal, besagt in diesem Fall, dass er hinsichtlich der Ausprägung eines bestimmten Merkmals oder Verhaltensmusters nicht gravierend vom Durchschnitt abweicht.

Bei der Diagnose geistiger Behinderung wird statistische Seltenheit bewusst als Kriterium eingesetzt. In Abbildung 1.1 ist die Normalverteilung des in der Bevölkerung ermittelten Intelligenzquotienten (IQ) dargestellt. Für die Diagnose geistiger Behinderung wird zwar eine ganze Reihe von Maßen herangezogen, geringe Intelligenz ist jedoch eines der Hauptkriterien (siehe 15.5.1). Bei einem Intelligenzquotienten von unter 70 gilt die Norm als hinreichend weit unterschritten, um von geistiger Behinderung zu sprechen.

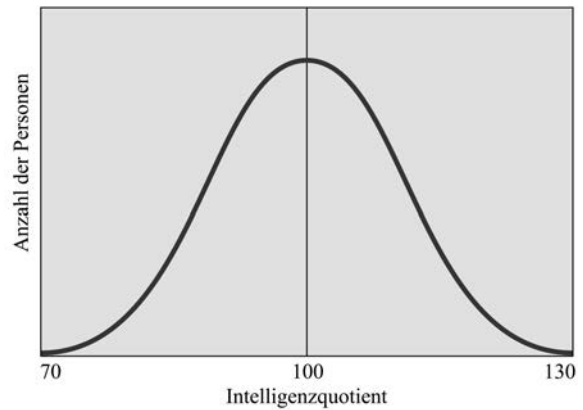


Abbildung 1.1 Die Verteilung der Intelligenz bei Erwachsenen als Beispiel für eine Normalverteilung oder eine Glockenkurve

Obwohl uns seltenes Verhalten und Erleben oder seltene Eigenschaften als abweichend erscheinen, besteht nicht zwangsläufig ein Zusammenhang zwischen Seltenheit und Störung. Übertreffende sportliche oder künstlerische Fähigkeiten sind zwar selten, aber nicht gestört in unserem Sinne. Uns interessieren in diesem Buch nur ganz bestimmte seltene Verhaltensweisen, z. B. Halluzinationen oder schwere Depressionen. Leider liefert uns die Statistik kaum Anhaltspunkte dafür, welches seltene Verhalten als psychische Störung untersucht werden sollte.

1.1.2 Verletzen von sozialen Normen

Eine weitere Frage bei der Diagnose psychische Störung ist, ob es soziale Normen verletzt oder andere Menschen bedroht bzw. ängstigt. In unserem Beispiel ist dies der Fall bei Herrn H.s verbalen und tätlichen Angriffen auf seine Frau. Auch dieses Merkmal ist – zumindest teilweise – kennzeichnend für gestörtes Verhalten und Erleben. Damit wird das antisoziale Verhalten von Psychopathen genauso erfasst wie die umfangreichen Rituale zwangsgestörter Menschen oder die Unterhaltung mit imaginären Stimmen bei psychotischen Störungen.

Die Normverletzung macht abweichendes Verhalten zu einem relativen Begriff, denn je nachdem, welche kulturellen Normen vorherrschen, werden verschiedene Formen ungewöhnlichen Verhaltens und Erlebens toleriert. Dieses Kriterium ist also gleichzei-

tig zu weit gefasst und doch zu eng. Kriminelle und Prostituierte verletzen zwar soziale Normen, ihr Verhalten wird jedoch normalerweise nicht im Rahmen der Klinischen Psychologie untersucht. Dagegen verletzt ein extrem ängstlicher Mensch, der in der Klinischen Psychologie eine zentrale Rolle spielt, in aller Regel keine sozialen Normen und wird auch von den meisten nicht als lästig empfunden. Außerdem können kulturelle Unterschiede die Wahrnehmung sozialer Normen beeinflussen: Was in einer Kultur der Norm entspricht, kann in einer anderen als abnorm gelten. Wir werden an verschiedenen Stellen in diesem Buch auf diesen Punkt zurückkommen (siehe v. a. 4.6 zu kulturellen Unterschieden).

1.1.3 Persönliches Leid

Bei manchen Formen psychischer Störungen spielt ein weiterer Aspekt, das persönliche Leid, eine wichtige Rolle. Verhalten und Erleben gelten dann als gestört, wenn die Betroffenen sehr darunter leiden. In unserem Beispiel wird dies an Herrn H.s Unsicherheit und Angst vor Beurteilungen durch andere deutlich. Persönliches Leid ist Bestandteil vieler der in diesem Buch beschriebenen Formen von Verhaltensstörungen. Menschen mit Angststörungen oder Depressionen leiden zweifellos sehr. Es gibt aber auch Störungen, bei denen die Betroffenen nicht zwangsläufig leiden. Psychopathen z. B. behandeln andere kaltherzig und verletzen womöglich ständig soziale Regeln, ohne dabei Schuld, Reue oder Angst zu empfinden. Außerdem gibt es Formen von Leid, wie etwa Hunger oder die Schmerzen bei der Geburt eines Kindes, die offensichtlich nicht in den hier behandelten Bereich gehören.

1.1.4 Beeinträchtigung der Lebensführung

Auch eine Beeinträchtigung der Betroffenen in wichtigen Bereichen ihres Lebens (z. B. am Arbeitsplatz oder in persönlichen Beziehungen) aufgrund ihres Verhaltens und Erlebens kann psychische Störungen kennzeichnen. Ein Beispiel dafür ist der Bruch der ehelichen Beziehung von Herrn H. in unserem Fallbericht. Auch die psychischen Störungen infolge von Substanzmissbrauch sind zu einem Teil durch so-

ziale oder berufliche Unfähigkeit definiert (schlechte Leistungen am Arbeitsplatz, Streit mit dem Ehepartner usw.). Ebenso kann eine Phobie sowohl Leid als auch Beeinträchtigungen verursachen, z. B. wenn große Flugangst jemanden davon abhält, eine Beförderung am Arbeitsplatz anzunehmen.

Funktionseinschränkungen sind ähnlich wie Leid Bestandteil einiger, jedoch nicht aller Störungen. Transvestitismus (die Bevorzugung von Kleidung und Verhaltensweisen, die für das andere Geschlecht typisch sind, aus sexueller Lust) wird derzeit als psychische Störung diagnostiziert, wenn die Betroffenen darunter leiden; er stellt jedoch nicht zwangsläufig eine Beeinträchtigung dar. Die meisten Transvestiten sind verheiratet, führen ein normales Leben und verkleiden sich nur privat. Andere Merkmale, die unter bestimmten Umständen als beeinträchtigend angesehen werden könnten (z. B. kleine Körpergröße, wenn man Berufsbasketballspieler werden möchte), gehören nicht in den Bereich der Klinischen Psychologie. Wie beim persönlichen Leid gibt es auch hier keine Definition, anhand derer entschieden werden könnte, welche Beeinträchtigungen kennzeichnend für psychische Störungen sind und welche nicht.

1.1.5 Unangemessenes Verhalten

Wie wir eben gesehen haben, fallen nicht alle Formen des Leids oder der Beeinträchtigung in den Bereich der Klinischen Psychologie. Sie gelten jedoch als gestört, wenn sie unangemessene Reaktionen auf Belastungen aus der Umgebung sind. Angststörungen werden z. B. dann diagnostiziert, wenn die Angst unerwartet auftritt und der Situation nicht angemessen ist, etwa wenn jemand, der sehr wohlhabend ist, sich ständig um seine finanzielle Situation sorgt oder wenn eine erwachsene Frau sich ständig vor harmlosen Hausspinnen fürchtet. Hunger dagegen ist eine nachvollziehbare Reaktion darauf, dass man nichts gegessen hat, und gehört damit nicht zu den Leidenszuständen, die gestörtes Verhalten kennzeichnen.

Herr H. zeigt im Umgang mit seiner Berufssituation, der Beurteilung seiner eigenen Person, dem Verhalten seiner Ehefrau oder im Umgang mit Problemen unangemessenes Verhalten, indem er ängst-

lich, unsicher, zweifelnd oder eifersüchtig reagiert und durch Alkoholtrinken Probleme zu lösen (richtiger: zu vermeiden) versucht. Nach unserem Verständnis sind das unangemessene Handlungsweisen und Reaktionen.

Wir haben nun einige Aspekte psychischer Störungen betrachtet. Keiner von ihnen führt allein zu einer zufriedenstellenden Definition, zusammen genommen liefern sie jedoch einen nützlichen Rahmen als Ausgangspunkt für die Definition gestörten Erlebens und Verhaltens.

Was wir in diesem Buch tun, ist eine Aufreihung von Problemen und Verhaltensweisen, die gegenwärtig als gestört gelten. Diese Liste wird sich zweifellos im Laufe der Zeit ändern. Die Klinische Psychologie entwickelt sich ständig weiter; und es ist nicht möglich, eine einheitliche Definition psychischer Störungen zu finden, die alle Aspekte abdeckt. Die dargestellten Merkmale machen einen Teil der Definition aus, sind jedoch nicht in gleicher Weise auf alle Diagnosen anwendbar.

Fazit

Welche Merkmale von psychischen Störungen gibt es und inwiefern sind sie unzureichend?

Bei der Beurteilung von gestörtem Verhalten und Erleben werden mehrere Aspekte berücksichtigt: die statistische Seltenheit, die Verletzung sozialer Normen, das persönliche Leid, die Beeinträchtigung der Lebensführung und die Unangemessenheit des Verhaltens und Erlebens. Jeder dieser Aspekte erfasst zwar einen Teil dessen, was als gestört angesehen werden kann; für sich allein genommen liefert jedoch keiner eine zufriedenstellende Definition. Es ist nicht möglich, eine einheitliche Definition zu finden, die alle Aspekte psychischer Störungen abdeckt.

1.2 Wissenschaft: Ein menschliches Unterfangen

Um den Weltraum zu erforschen, schießen wir hochkomplizierte Satelliten ins All, die ihre Beobachtungen zur Erde zurückfunken. Möglicherweise entge-

hen uns dabei bestimmte Phänomene, weil unseren Instrumenten die entsprechenden Vorrichtungen fehlen, um sie zu registrieren. Vor einigen Jahren berichteten Wissenschaftler, dass die Untersuchung eines in der Antarktis gefundenen Gesteinsbrockens ergeben habe, dass er vom Planeten Mars stamme, und die Analysen ergeben hätten, dass es auf dem Mars einmal Leben gegeben habe. Die Wissenschaftler vermuteten, dass der Gesteinsbrocken vor etwa 16 Mio. Jahren von einem Asteroiden in den Weltraum katapultiert und vor 13.000 Jahren von der Schwerkraft der Erde angezogen worden war. Chemiker und Weltraumforscher versuchten herauszufinden, ob er Hinweise auf Mikroben des Mars von vor 3,6 Mio. Jahren enthielt. Manche Wissenschaftler sind der Meinung, er enthalte derartige Hinweise, andere nicht.

Was uns an der Kontroverse um das Marsgestein interessiert, ist die Frage, wie man entscheiden kann, ob es auf dem jetzt öden Planeten irgendwann einmal Leben gegeben hat. Wie können wir sicher sein, dass unser Verständnis von Leben, welches wir auf der Erde erworben haben, das erfassen kann, was vielleicht einmal auf dem Mars gelebt hat?

Wir können nach Leben auf anderen Planeten nur mit den uns zur Verfügung stehenden Instrumenten suchen, und die Konzipierung dieser Instrumente hängt nicht nur von technischen Möglichkeiten ab, sondern auch von unserer vorgefassten Meinung über das, was Leben bedeutet. Die Untersuchungen, die an Material von anderen Teilen des Sonnensystems vorgenommen werden, beruhen auf Annahmen über das Wesen lebender Materie, die dem, was sich an anderen Orten entwickelt hat, möglicherweise überhaupt nicht gerecht werden.

Dieser Exkurs in die Weltraumforschung soll deutlich machen, dass wissenschaftliche Beobachtung ein menschliches Bestreben ist, das einerseits die Stärken menschlichen Einfallsreichtums und menschlicher Gelehrsamkeit widerspiegelt, andererseits aber auch unsere grundsätzliche Unfähigkeit, vollständige Kenntnis vom Wesen unseres Universums zu erlangen. Wissenschaftler können nur Instrumente für Beobachtungen entwickeln, von denen sie bereits irgendeine Vorstellung haben. Ihnen ist

klar, dass bestimmte Beobachtungen nicht gemacht werden, weil unser Wissen über die Natur des Universums beschränkt ist.

1.2.1 Subjektivität in der Wissenschaft: Die Bedeutung von Paradigmen

Wissenschaft wird also sowohl durch den gegenwärtigen Wissensstand als auch durch die persönlichen Grenzen der Wissenschaftler selbst beschränkt. Wir knüpfen nun wieder an den Punkt an, mit dem wir dieses Kapitel begonnen haben: die Anforderung, bei der Untersuchung gestörten Verhaltens und Erlebens objektiv zu bleiben. Man sollte immer bestrebt sein, gestörtes Erleben und Verhalten nach wissenschaftlichen Grundsätzen zu untersuchen. Es dürfte jedoch hier bereits klar sein, dass Wissenschaft kein völlig objektives und sicheres Unterfangen ist. Vielmehr spielen subjektive Faktoren, aber auch die Grenzen unserer Sichtweise des Universums bei der Durchführung wissenschaftlicher Untersuchungen eine Rolle, wie der Wissenschaftsphilosoph Thomas Kuhn feststellte.

Nach Auffassung von Kuhn (1974) spielt der Begriff des Paradigmas, d. h. eines begrifflichen Rahmens oder Ansatzes, innerhalb dessen Wissenschaftler arbeiten, eine zentrale Rolle bei der Anwendung wissenschaftlicher Grundsätze.

Definition

Ein **Paradigma** ist ein System grundlegender Annahmen, die eine bestimmte Gesamtheit wissenschaftlicher Fragestellungen beschreiben und dabei sowohl die Art der Konzepte festlegen, die als legitim angesehen werden, als auch die Methoden, die zur Erhebung und Interpretation von Daten herangezogen werden können (Kuhn, 1974).

Wir halten es für sinnvoll, unsere Überlegungen zu psychischen Störungen auf das paradigmatische Konzept zu stützen. Wir verwenden den Begriff im Sinne allgemeiner Perspektiven, die das Vorgehen von Wissenschaftlern lenken, wenn sie – in ihrem Bemühen, die Welt zu verstehen – Daten erheben und interpretieren.

Ein Paradigma hat weitreichende Auswirkungen darauf, wie Wissenschaftler zu einem bestimmten Zeitpunkt vorgehen, denn „[Menschen,] deren Forschungen auf gemeinsamen Paradigmen beruhen, sind den gleichen Regeln und Normen der wissenschaftlichen Praxis verpflichtet“ (Kuhn, 1974, S. 11). Paradigmen legen fest, welche Probleme Wissenschaftler untersuchen und wie sie dabei vorgehen. Paradigmen sind Bestandteile einer Wissenschaft, da sie die Regeln vorgeben. Wahrnehmungspsychologisch betrachtet ist ein Paradigma einer allgemeinen Perspektive oder einem Ansatz vergleichbar, einer Tendenz, bestimmte Faktoren bzw. Zusammenhänge zu sehen und andere nicht.

Abgesehen davon, dass Definition und Erhebung von Daten durch ein Paradigma unweigerlich verzerrt werden, kann es auch die Art und Weise beeinflussen, wie Fakten interpretiert werden. Mit anderen Worten: Die Bedeutsamkeit, die man Daten beimisst, kann in erheblichem Maße von einem Paradigma abhängen. Wir werden die wichtigsten Paradigmen der Klinischen Psychologie im nächsten Kapitel erörtern, wollen Ihnen jedoch zuvor eine Vorstellung von ihrer Wirkungsweise vermitteln.

1.2.2 Ein Beispiel für Paradigmen in der Klinischen Psychologie

Die Psychologen Langer und Abelson (1974) untersuchten, welchen Einfluss unterschiedliche theoretische Ausrichtungen auf die Art und Weise haben, wie ausgebildete Klinische Psychologen die „Angepasstheit“ eines Menschen beurteilen.

Wie wir in Kapitel 2 noch ausführlicher erörtern werden, beruht die Verhaltenstherapie auf den Lerntheorien, die sich u. a. mit der Beobachtung offenen Verhaltens befasst und Verhalten als Ergebnis bestimmter Lernprozesse ansieht. Verhaltenstherapeuten sind davon überzeugt, dass abweichendes Verhalten nach denselben Lernprinzipien erworben wird wie normales Verhalten, und sie konzentrieren sich vor allem auf offenes Verhalten. Dagegen suchen traditioneller orientierte Kliniker hinter dem gestörten Verhalten den innerpsychischen, möglicherweise verborgenen und häufig nicht augenfälligen Konflikt als Ursache. Sie schließen aus dem Ver-

halten eher auf Prozesse, die im Patienten vorgehen und ihm häufig nicht bewusst sind. Diese traditionellen Kliniker sind eher tiefenpsychologisch und psychodynamisch orientiert.

Langer und Abelson erwarteten nun, dass sich Verhaltenstherapeuten aufgrund ihrer Ausrichtung an beobachtbarem Verhalten in ihren Urteilen weniger beeinflussen lassen als traditionell ausgebildete, tiefenpsychologisch orientierte Kliniker, die hinter dem offenen normalen Verhalten verborgene oder unbewusste Probleme sehen.

Stellenbewerber oder Patient?

Zur Überprüfung dieser Hypothese führten sie folgendes Experiment durch: Sie führten einer Gruppe von Verhaltenstherapeuten und einer Gruppe von Psychoanalytikern ein Videoband vor, das zwei Männer in einem Interview zeigte. Zuvor hatte man der Hälfte der Kliniker in jeder Gruppe gesagt, bei dem Interviewten handle es sich um einen Stellenbewerber, der anderen Hälfte hatte man ihn als psychiatrischen Patienten beschrieben. Es wurde erwartet, dass die traditionell orientierten Kliniker, die den Interviewten für einen Patienten hielten, ihn als gestörter beurteilen würden als diejenigen, die ihn für einen Stellenbewerber hielten. Von den Beurteilungen der beiden Gruppen von Verhaltenstherapeuten wurde erwartet, dass sie durch diese „Etikettierung“ weniger beeinflusst und daher ähnlich sein würden.

Das Videoband, das allen Beurteilern vorgeführt wurde, zeigte einen bärtigen Professor im Gespräch mit einem jungen Mann Mitte 20. Dieser war über eine Zeitungsannonce gefunden worden, mit der man nach jemandem gesucht hatte, der sich kurz zuvor um eine Stelle beworben hatte und gegen ein Honorar von zehn Dollar bereit war, sich interviewen und filmen zu lassen. Die Probanden hörten einen weitschweifigen biographischen Monolog des jungen Mannes. Er schilderte seine früheren Stellungen und ließ sich über seine Schwierigkeiten mit Beamten aus. Langer und Abelson fanden, dass er zwar einen angespannten, jedoch in keinerlei Hinsicht eindeutigen Eindruck machte und dass sein Verhalten gleichermaßen als ernsthaftes Bemühen wie als konfus und gequält angesehen werden konnte.

Der Eindruck, den die Kliniker von der psychischen Gesundheit des Interviewten gewonnen hatten, wurde mit einem Fragebogen erfasst. Galt der junge Mann als Stellenbewerber, unterschieden sich die Einschätzungen von psychodynamisch orientierten Therapeuten und Verhaltenstherapeuten nicht wesentlich. Dagegen führte das Etikett „Patient“ zu den erwarteten deutlichen Unterschieden (Abb. 1.2). In diesem Fall beurteilten ihn die traditionellen Kliniker als ziemlich gestört, und zwar in erheblich stärkerem Maße als die traditionellen Kliniker, die ihn als Bewerber gesehen hatten. Die Verhaltenstherapeuten beurteilten den „kranken“ Interviewten als relativ gut angepasst, ähnlich wie ihre Kollegen, die ihn als Stellenbewerber beurteilten. Die qualitativen Einschätzungen der Kliniker entsprachen diesen Bewertungen. Während die Verhaltenstherapeuten den Mann unabhängig von der Etikettierung als „realistisch“, „aufrichtig“ und „verantwortungsbewusst“ beschrieben, machten die traditionellen Kliniker, die ihn als Patienten sahen, Aussagen wie „strenge, abwehrende Person“, „Konflikt wegen Homosexualität“ und „die Impulsivität macht sich in seiner Rigidität bemerkbar“.

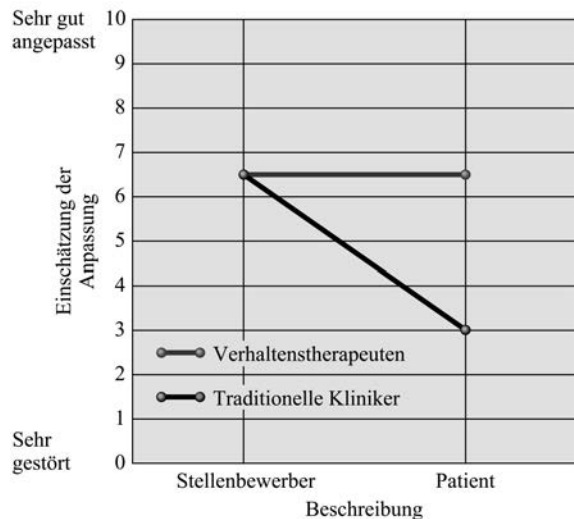


Abbildung 1.2 Mittelwerte der Beurteilung der Anpassung, die dem Interviewten gegeben wurde, in Abhängigkeit der Beschreibung, die ihm vom Untersucher gegeben wurde und der Ausbildung des Diagnostikers (nach Langer & Abelson, 1974)

Warum ließen sich die Verhaltenstherapeuten in diesem Experiment wenig beeinflussen? Langer und Abelson erklären dies folgendermaßen: Durch den lerntheoretischen Ansatz konzentrieren sich diese Kliniker auf offenes oder manifestes Verhalten und sind skeptisch gegenüber Phänomenen, die nicht offensichtlich sind. Die Verhaltenstherapeuten hatten bei diesem Experiment einen Vorteil, da das Verhalten des Interviewten trotz seiner weitschweifigen Ausführungen insgesamt nicht offensichtlich gestört war. Die Psychoanalytiker waren dagegen darin geschult, über das hinauszugehen, was bei einem Patienten am offensichtlichsten ist. Daher schenken sie den negativen Äußerungen über Beamte und seiner umständlichen, weitschweifigen

Art möglicherweise zu viel Aufmerksamkeit und folgerten daraus, dass mit dem jungen Mann etwas nicht stimmte.

Langer und Abelson sind sich der Grenzen ihres Experiments sehr wohl bewusst und machen den Leser darauf aufmerksam, dass in einer anders getretenen Untersuchung – vielleicht mit einem wirklich gestörten Interviewpartner – die Verhaltenstherapeuten schlechter abschneiden könnten. Ziel des Experiments war es nicht, die eine theoretische oder therapeutische Orientierung gegen die andere auszuspielen. Vielmehr sollte gezeigt werden, wie ein Paradigma die Wahrnehmung beeinflussen und bewirken kann, dass wir bestimmte Einzelheiten beachten und andere übersehen.

Fokus

Who is who? Psychologe, Psychotherapeut, Psychiater

- ▶ **Klinische Psychologen** sind Psychologen (Diplom, Magister oder Lic. Phil.) mit einem Schwerpunkt in Klinischer Psychologie, psychologischen Interventionsmethoden und Psychodiagnostik. Den Abschluss erlangt man nach einem fünfjährigen Fachstudium. Weitere Schwerpunkte des Studiums sind Lern-, Motivations-, Emotions- und Gedächtnispsychologie, Sozialpsychologie, Persönlichkeitspsychologie, Entwicklungspsychologie, Biologische Psychologie, Forschungs- und Evaluationsmethoden. Zur Erlangung des akademischen Grads eines Psychologen (Master) mit Schwerpunkt in Klinischer Psychologie erforderlich sind die Durchführung einer empirischen Untersuchung und die Abfassung einer Abschlussarbeit (Diplom- oder Masterarbeit), in der die Untersuchungsergebnisse dargestellt werden. Das Thema der Abschlussarbeit stammt meist auch aus dem Bereich der Klinischen Psychologie.
- ▶ **Psychologische Psychotherapeuten** sind Klinische Psychologen mit einer mindestens dreijährigen staatlich geregelten Zusatzausbildung. Diese Ausbildung umfasst intensive praktische Tätigkeiten in der Klinik und der ambulanten

Versorgung, eigenständige Behandlungen unter Anleitung sowie eine staatliche Prüfung. Der erfolgreiche Abschluss dieser Zusatzausbildung führt zur Approbation als Psychotherapeut. Mit der Approbation bzw. staatlichen Anerkennung ist das Niederlassungsrecht (selbständiger Heilberuf) verbunden.

- ▶ **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** sind auf die Behandlung von Störungen des Kindes- und Jugendalters spezialisierte Klinische Psychologen, die ebenfalls eine mindestens dreijährige Zusatzausbildung in Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters absolviert haben. Die Approbation (staatliche Prüfung) zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kann auch von Diplompädagogen nach erfolgter zusätzlicher Ausbildung erlangt werden.
- ▶ **Psychiater** sind Mediziner mit einer fünfjährigen Facharztausbildung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie. Psychiater sind Spezialisten für die Diagnose und medizinische Behandlung psychischer Störungen. Die typische Behandlung erfolgt durch die Verordnung von psychoaktiven Substanzen (Psychopharmaka) oder anderen, meist apparativen oder elektrophysiologischen Verfahren. In dem modernen Verständnis der Psychiatrie gehört die Psychotherapie jedoch ebenso zu dem Fachgebiet wie die Psychopharmakotherapie.

- ▶ **Psychoanalytiker** sind ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten mit einem intensiven Training an einem psychoanalytisch orientierten Ausbildungsinstitut.
- ▶ **Verhaltenstherapeuten** sind ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten mit einem intensiven Training an einem kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Institut.
- ▶ Als **Psychopathologen** gelten Forscher, die sich mit den Ursachen, der Diagnostik und der Behandlung psychischer Störungen befassen. Psychopathologen kommen von ihrer akademischen Grundausbildung aus verschiedenen Disziplinen wie Biologie, Psychologie, Chemie, Pharmakologie, Medizin.
- ▶ **Sozialarbeiter** sind an Fachhochschulen speziell im Feld der Sozialarbeit bzw. Sozialpädagogik ausgebildet und im klinischen Rahmen meist für die Sozio-, die Arbeitstherapie, die Rehabilitation und die berufliche Wiedereingliederung zuständig. Viele Sozialarbeiter haben auch eine psychotherapeutische Weiterbildung absolviert und sind in Beratungsstellen bzw. Kliniken (häufig im Suchtbereich) entsprechend tätig.

Fazit

Welche Rolle spielt Subjektivität in der Wissenschaft?

Wissenschaftliche Forschung ist ein Mittel, durch das Menschen versuchen, Wissen über die Welt zu erwerben. Ein entscheidender Aspekt dabei ist, dass Menschen nur die Dinge sehen, auf deren Wahrnehmung sie vorbereitet sind. Manche Phänomene bleiben uns vermutlich verschlossen, weil auch Wissenschaftler nur entdecken können, wovon sie bereits eine grundlegende Vorstellung haben. Der Subjektivität entgehen wir weder in der Wissenschaft noch in der alltäglichen Wahrnehmung der Dinge.

Was versteht Kuhn unter einem Paradigma und inwiefern beeinflusst es eine Wissenschaft?

Ein Paradigma ist ein System grundlegender Annahmen, die eine bestimmte Gesamtheit wissenschaftlicher Fragestellungen beschreiben und dabei sowohl die Art der Konzepte festlegen, die als legitim angesehen werden, als auch die Methoden, die zur Erhebung und Interpretation von Daten herangezogen werden können. Ein Paradigma legt also fest, welche Probleme Wissenschaftler unter-

suchen und wie sie dabei vorgehen. Nicht nur die Definition und die Erhebung von Daten werden beeinflusst, sondern auch die Art und Weise, wie Fakten interpretiert werden. Wenn man sich das eigene Paradigma bewusst macht, kann man subjektive Einflüsse eher berücksichtigen.

Was fanden Langer und Abelson in ihrer Untersuchung zum Einfluss von theoretischer Überzeugung auf die Beurteilung von Menschen heraus?

Beim Vergleich der Beurteilung eines jungen Mannes (in einem Interview) zeigten sich folgende Unterschiede zwischen Verhaltenstherapeuten und Psychoanalytikern: Wenn die Therapeuten dachten, es handle sich um einen Stellenbewerber, unterschieden sich ihre Beurteilungen nicht voneinander. Hielten sie den jungen Mann dagegen für einen psychiatrischen Patienten, so schätzten ihn die Psychoanalytiker als wesentlich gestörter ein. Langer und Abelson erklären dies dadurch, dass Verhaltenstherapeuten sich auf offenes Verhalten konzentrieren, während die Psychoanalytiker darüber hinausgehen. Die Untersuchung zeigt deutlich, wie ein Paradigma die Wahrnehmung beeinflussen kann.



Weiterführende Literatur

Kuhn, T.S. (1974). Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie

2.1 Das biologische Paradigma	15
2.2 Das psychodynamische Paradigma	23
2.3 Humanistische und existenzielle Paradigmen	36
2.4 Lerntheoretische Paradigmen	40
2.5 Das kognitive Paradigma	47
2.6 Konsequenzen der Entscheidung für ein Paradigma	52
2.7 Das Diathese-Stress-Modell: Ein integratives Paradigma	53
2.8 Unterschiedliche Sichtweisen eines klinischen Problems	55
2.9 Methodenpluralismus in der modernen Psychotherapie	56



In Kapitel 1 befassten wir uns mit Merkmalen psychischer Störungen wie persönlichem Leid oder der Verletzung von sozialen Normen. Im vorliegenden Kapitel wollen wir gegenwärtige Paradigmen gestörten Erlebens und Verhaltens und ihrer Behandlung betrachten. Wir werden fünf Paradigmen der Klinischen Psychologie vorstellen:

- ▶ das biologische
- ▶ das psychoanalytische
- ▶ das humanistisch-existentielle
- ▶ das lerntheoretische
- ▶ das kognitive Paradigma.

Die Ansichten über psychische Störungen sind heute sehr vielfältig. Kliniker und Forscher sind sich bei ihrer Arbeit der Stärken und der Grenzen der verschiedenen Paradigmen bewusst. Daher neigen sie dazu, bei der Betrachtung und Behandlung mehrere Paradigmen zu integrieren. Am Ende dieses Kapitels werden wir ein weiteres Paradigma – das Diathese-Stress-Modell – beschreiben, das als Grundlage für einen integrativen (psychobiologischen), modernen, heute dominierenden Ansatz dienen kann.

Manch einer macht sich an die Erforschung psychischer Störungen, ohne sich über das Paradigma, dem er folgt, klar zu sein. Wie wir jedoch sehen werden und wie bereits aus dem Experiment von Langer und Abelson (vgl. 1.2.2) hervorgegangen ist, hat die Wahl des Paradigmas entscheidenden Einfluss darauf, wie man abweichendes Verhalten definiert, untersucht und behandelt. Mit der Darstellung von Paradigmen wollen wir nun eine Grundlage schaffen für die nachfolgende Untersuchung der Hauptkategorien psychischer Störungen und ihrer Behandlung.

Fazit

Welche Paradigmen lassen sich in der Klinischen Psychologie unterscheiden?

Gegenwärtig sind in der Klinischen Psychologie fünf wichtige Paradigmen zu unterscheiden: das biologische, das psychoanalytische, das humanistisch-existentielle, das lerntheoretische und das kognitive Paradigma. Als Grundlage für einen integrativen, modernen Ansatz kann das Diathese-Stress-Modell (oder auch psychobiologische Modell) dienen.

2.1 Das biologische Paradigma

Das biologische Paradigma psychischer Störungen basiert auf der somatogenen Hypothese. Nach diesem weit gefassten Ansatz werden psychische Störungen durch abnorme biologische Prozesse verursacht. Dieses Paradigma wird gelegentlich auch als „medizinisches Modell“ bezeichnet.

! Das biologische Paradigma geht davon aus, dass psychische Störungen durch biologische Prozesse verursacht werden.

Die Erforschung gestörten Verhaltens ist historisch eng mit der Medizin verbunden. Wie schon früher dient das Modell der körperlichen Krankheit auch heute als Grundlage für das Verständnis gestörten Verhaltens. Die medizinische Terminologie ist in der Klinischen Psychologie nach wie vor dominierend. Als Louis Pasteur den Zusammenhang zwischen Bakterien und Krankheiten entdeckte und bald darauf die Existenz von Viren postulierte, lieferte die Theorie, dass Krankheiten durch Keime verursacht werden, eine neue Erklärung für Krankheitssymptome. Nun sah man in äußeren Symptomen die Folge einer Infektion des Körpers mit winzigen Organismen und Viren. Die Infektionstheorie wurde zum neuen Paradigma der Medizin. Doch schon bald zeigte sich, dass nicht alle Krankheiten mit Hilfe der Keimtheorie erklärt werden konnten. Diabetes beispielsweise, eine Fehlfunktion der Insulin bildenden Zellen der Bauchspeicheldrüse, geht weder auf eine Infektion zurück, noch lässt er sich überhaupt einer einzelnen Ursache zuschreiben. Auch für Herzkrankheiten können verschiedene Faktoren – genetische Ausstattung, Belastungen durch Rauchen und Übergewicht, ständiger Stress und möglicherweise auch die Persönlichkeit – ursächlich sein. Medizinische Krankheiten können vielfältige Ursachen haben, eines haben sie jedoch gemeinsam: Irgendein biologischer Prozess ist gestört oder funktioniert nicht normal. Deshalb wird dieses Paradigma als das biologische Paradigma bezeichnet.

2.1.1 Moderne Forschungsansätze im Rahmen des biologischen Paradigmas

Wir verfügen heute über eine umfassende Literatur zu biologischen Faktoren, die für psychische Störungen relevant sind. Erblisch bedingte biologische Fehlfunktionen prädisponieren z. B. für schizophrene Erkrankungen (Kap. 11); Depressionen werden möglicherweise durch ein chemisches Ungleichgewicht im Gehirn verursacht (Kap. 10); Angststörungen sind unter Umständen auf einen Defekt im autonomen Nervensystem zurückzuführen, der eine Senkung der Erregungsschwelle bewirkt (Kap. 6); und Demenzen können durch Schädigungen von Gehirnstrukturen entstehen (Kap. 16). In allen Fällen wird eine psychopathologische Erscheinung mit der Störung eines biologischen Prozesses in einen Kausalzusammenhang gebracht. Wissenschaftler, die innerhalb des biologischen Paradigmas arbeiten, sind davon überzeugt, dass die Lösung psychopathologischer Rätsel allein in körperlichen Ursachen zu finden ist. In diesem Abschnitt werden wir zwei Forschungsansätze betrachten, die besonders interessante Daten liefern: die Verhaltensgenetik und die Biochemie.

Verhaltensgenetik

Definition

Verhaltensgenetik ist das Studium der individuellen Unterschiede im Verhalten, die zum Teil auf die unterschiedliche genetische Ausstattung zurückzuführen sind.

Wenn das Ovum, die weibliche Eizelle, mit dem männlichen Spermium verschmilzt, wird sie zur Zygote (befruchteten Eizelle). Sie hat die für einen Menschen charakteristische Zahl von 46 Chromosomen. Jedes Chromosom besteht aus Tausenden von Genen, den Trägern der genetischen Information (DNA), die die Eltern an das Kind weitergeben. Die vollständige ererbte genetische Ausstattung eines Individuums wird als Genotyp bezeichnet.

Der Genotyp eines Menschen ist sein nicht sichtbarer genetischer Aufbau; im Gegensatz dazu ist der sog. Phänotyp die Gesamtheit seiner beobachtbaren

Merkmale (z. B. seine Ängstlichkeit). Der Genotyp ist mit der Geburt festgelegt, sollte jedoch nicht als statische Einheit betrachtet werden. Gene, die verschiedene Entwicklungsmerkmale kontrollieren, werden zu bestimmten Zeiten aktiviert oder deaktiviert (z. B. um Proteine anzuregen, über die dann verschiedene Aspekte der körperlichen Entwicklung gesteuert werden).

Der Phänotyp ändert sich im Laufe der Zeit und wird im Allgemeinen als Produkt der Interaktion von Genotyp und Erfahrung (Umwelt) betrachtet. Ob jemand, der mit einer Anlage für hohe intellektuelle Leistungsfähigkeit geboren wird, dieses genetische Potential auch entwickelt, hängt von Umgebungsfaktoren wie Erziehung und Ausbildung ab. Die gemessene Intelligenz (IQ) ist daher als Index des Phänotyps anzusehen.

Es ist wichtig zu erkennen, dass verschiedene klinische Syndrome Störungen des Phänotyps, nicht des Genotyps sind. Daher ist es nicht richtig, von einer direkten Vererbung von Schizophrenien oder Angststörungen zu sprechen – lediglich die Genotypen dieser Störungen können vererbt werden. Ob diese dann die Störungen des Phänotyps hervorrufen, hängt von Umgebung und Erfahrung ab; eine Disposition (Diathese) kann vererbt sein, nicht jedoch die Krankheit an sich.

! Klinische Syndrome sind Störungen des Phänotyps, nicht des Genotyps.

Die Erforschung der Verhaltensgenetik stützt sich auf vier grundlegende Verfahren, mit denen man herauszufinden versucht, ob eine genetische Disposition für psychische Störungen erblich ist:

- ▶ Vergleich von Mitgliedern einer Familie
- ▶ Vergleich von Zwillingen
- ▶ Untersuchungen an adoptierten Kindern
- ▶ Linkage-Analyse.

Familienstudien. Mit Familienstudien lassen sich die genetischen Prädispositionen von Familienmitgliedern untersuchen, da die durchschnittliche Anzahl der gemeinsamen Gene zweier Blutsverwandter ermittelt werden kann. Kinder erhalten die Hälfte ihrer Gene von dem einen und die andere Hälfte

von dem anderen Elternteil, so dass Geschwister, Eltern und Kinder zu 50 Prozent den gleichen genetischen Hintergrund haben. Menschen, deren Gene zu 50 Prozent übereinstimmen, werden als Verwandte ersten Grades bezeichnet. Nicht so enge Verwandte besitzen weniger gleiche Gene. Neffen und Nichten verfügen über 25 Prozent gleiche Gene wie ihr Onkel oder ihre Tante und werden als Verwandte zweiten Grades bezeichnet. Falls eine Prädisposition für eine psychische Störung vererbt werden kann, müsste eine Familienstudie eine Korrelation zwischen der Anzahl der gleichen Gene und der Häufigkeit der Störung bei Verwandten ergeben.

Den Ausgangspunkt solcher Untersuchungen bildet die Suche nach Personen mit der zu untersuchenden Diagnose. Diese werden als „Indexfälle“ oder „Probanden“ bezeichnet. Danach werden die Verwandten untersucht, damit festgestellt werden kann, wie häufig die fragliche Diagnose auch auf sie zutrifft. Liegt bei den Indexfällen eine genetische Prädisposition für die fragliche Störung vor, müsste die Prävalenzrate dieser Störung bei ihren Verwandten ersten Grades höher sein als bei der Allgemeinbevölkerung. Beispielsweise trifft bei etwa 10 Prozent der Verwandten ersten Grades von Schizophrenen die Diagnose „Schizophrenie“ ebenfalls zu, während sie in der Allgemeinbevölkerung nur bei 1 Prozent liegt.

Zwillingsstudien. Bei Zwillingsstudien werden sowohl eineiige (monozygote) als auch zweieiige (dizygote) Zwillinge untersucht. Eineiige Zwillinge entwickeln sich aus einem einzigen befruchteten Ei und sind genetisch identisch. Zweieiige Zwillinge entwickeln sich aus getrennten Eizellen und teilen nur 50 Prozent ihrer Gene, sind sich also nicht ähnlicher als normale Geschwister. Eineiige Zwillinge haben immer das gleiche Geschlecht, zweieiige hingegen können sowohl gleich- als auch gegengeschlechtlich sein.

Auch für diese Zwillingsstudien werden Probanden mit bestimmten Diagnosen gesucht, und danach wird ermittelt, ob die Störung auch beim anderen Zwilling vorliegt. Liegt bei beiden Zwillingen eine ähnliche Diagnose vor, spricht man von konkordanten Zwillingen. Für den Nachweis, dass eine

Prädisposition für eine psychische Störung vererbt werden kann, muss die Konkordanz für die Störung bei eineiigen Zwillingen größer sein als bei zweieiigen. Trifft dies zu, spricht man von einem erblichen Merkmal. In den nachfolgenden Kapiteln werden wir sehen, dass die Konkordanz bei vielen psychischen Störungen bei eineiigen Zwillingen größer ist als bei zweieiigen.

Obwohl die methodische Vorgehensweise für Familien- und Zwillingsstudien eindeutig ist, sind die Daten, die sie liefern, nicht einfach zu interpretieren. Angenommen, es hätte sich gezeigt, dass Kinder von Agoraphobikern (Menschen, die an Ängsten, vor allem vor offenen Plätzen und vor dem Verlassen des eigenen Hauses leiden) selbst überdurchschnittlich häufig eine Agoraphobie entwickeln. Würde das bedeuten, dass Agoraphobie genetisch übertragen wird? Nicht zwangsläufig. Die meisten Angststörungen könnten genauso gut auf die Erziehungsmethoden der phobischen Eltern und die Nachahmung des Verhaltens Erwachsener zurückzuführen sein. Mit anderen Worten: Anhand der Daten kann man feststellen, dass Agoraphobie „in der Familie liegt“, jedoch nicht unbedingt, dass eine genetische Prädisposition besteht.

Eine genetische Interpretation von Daten aus Zwillingsstudien beruht auf der sog. Annahme der gleichen Umwelt. Da eine psychische Störung ein phänotypisches Merkmal ist, kommt die Konkordanz dafür bei Zwillingen durch das Zusammenwirken genetischer und umweltbedingter Faktoren zustande. Nach der Annahme der gleichen Umwelt sind bei jeder Diagnose teilweise Umweltfaktoren für die Konkordanz ursächlich und beeinflussen sowohl eineiige als auch zweieiige Zwillinge. Das bedeutet jedoch nicht, dass die Umgebung eineiiger und zweieiiger Zwillinge in jeder Hinsicht gleich wäre; die Annahme der gleichen Umwelt bezieht sich lediglich auf Faktoren, die als Umweltursachen psychischer Störungen in Frage kommen. Nach dieser Annahme hätten z. B. eineiige und zweieiige Zwillinge gleich viele belastende Lebenserfahrungen. Grundsätzlich scheint die Annahme der gleichen Umwelt berechtigt, sie muss jedoch noch eingehender untersucht werden (Kendler, 1993).



Abbildung 2.1 Eineiige Zwillinge, von denen im Alter von 24 Jahren das linke Mädchen unverändert gesund und leistungsfähig ist, während das rechte Mädchen im Alter von 17 Jahren an einer manisch-depressiven Störung erkrankte

Adoptionsstudien. Bei Adoptionsstudien werden Kinder untersucht, die getrennt von ihren psychisch kranken Eltern aufwachsen. Diese Fälle sind zwar selten, haben jedoch den Vorteil, dass der Einfluss einer Erziehung durch erkrankte Eltern ausgeschlossen ist. Wenn sich herausstellen würde, dass Agoraphobie unter Kindern, die getrennt von ihren an dieser Störung leidenden Eltern aufwachsen, häufig auftritt, würde dies die Theorie der genetischen Prädisposition für die Störung unterstützen. (Die Untersuchung an eineiigen Zwillingen, die getrennt voneinander aufwachsen, wäre ebenso wertvoll; diese Fälle sind jedoch so selten, dass kaum Untersuchungen im Zusammenhang mit psychischen Störungen dazu vorliegen. Wir werden in Kapitel 13 sehen, dass es Untersuchungen an getrennt aufgewachsenen Zwillingen im Zusammenhang mit der Erbllichkeit von Persönlichkeitseigenschaften gibt.)

Linkage-Analyse. Ein viertes Verfahren der Verhaltensgenetik, die Linkage-Analyse, geht noch einen Schritt weiter. Dabei soll nicht nur festgestellt werden, ob an einer Störung ein genetischer Faktor beteiligt ist, sondern man versucht auch, die entsprechenden Gene dafür zu ermitteln. Dazu werden Familien untersucht, in denen eine bestimmte Störung gehäuft auftritt. Von den betroffenen Familienmitgliedern werden Diagnosedaten erhoben und

Blutproben genommen. An letzteren wird das Erbmuster von Merkmalen untersucht, deren Erbanlagen bekannt sind (sog. genetische Marker).

Es ist beispielsweise bekannt, dass die Augenfarbe von einem Gen gesteuert wird, das sich an einer bestimmten Stelle auf einem bestimmten Chromosom befindet. Tritt also unter Verwandten eine bestimmte Störung zusammen mit einem anderen Merkmal (dem genetischen Marker) auf, dessen Erbanlagen bekannt sind, wird daraus geschlossen, dass das Gen, das für die Störung prädisponiert, auf demselben Chromosom und an einer ähnlichen Stelle zu finden ist (d. h. daran gekoppelt ist) wie das bekannte Gen. In den nachfolgenden Kapiteln werden wir mehrere Beispiele für Linkage-Analysen geben, insbesondere wenn es um affektive Störungen (Kap. 10) und um Schizophrenie (Kap. 11) geht. Bisher hat dieses Verfahren die größten Erfolge bei der Identifizierung spezieller Gene auf verschiedenen Chromosomen gezeigt, die bei der Demenz vom Typ Alzheimer eine große Rolle spielen (siehe 16.2.1 zu genetischen Faktoren).

Die Biochemie des Nervensystems

Das Nervensystem besteht aus Milliarden von Neuronen. Diese unterscheiden sich zwar in mancher Hinsicht voneinander, jedes Neuron hat jedoch vier Hauptbestandteile (siehe Abb. 2.2):

- ▶ den Zellkörper mit dem Zellkern (Nukleus)
- ▶ mehrere Dendriten (kurze dicke Ausläufer)
- ▶ ein oder mehrere Axone (meist ein langes Axon, das über Zellkörper hinausreicht)
- ▶ Endknöpfe an den vielen Verästelungen des Axons.

Wird ein Neuron an seinem Zellkörper oder durch seine Dendriten entsprechend stimuliert, wandert ein Nervenimpuls, d. h. eine Änderung des elektrischen Potentials der Zelle, das Axon entlang zu den Endknöpfen. Zwischen den Endknöpfen des sendenden Axons und des empfangenden Neurons befindet sich ein kleiner Zwischenraum, die Synapse (siehe Abb. 2.3).

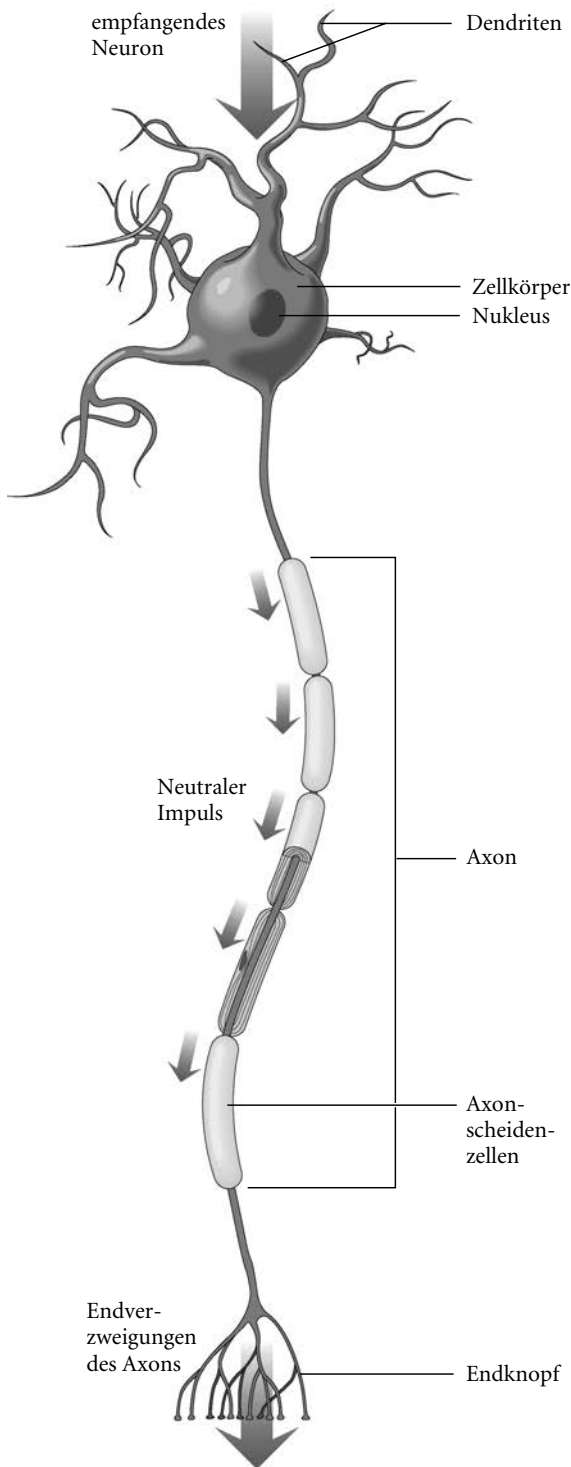


Abbildung 2.2 Das Neuron, die Grundeinheit des Nervensystems

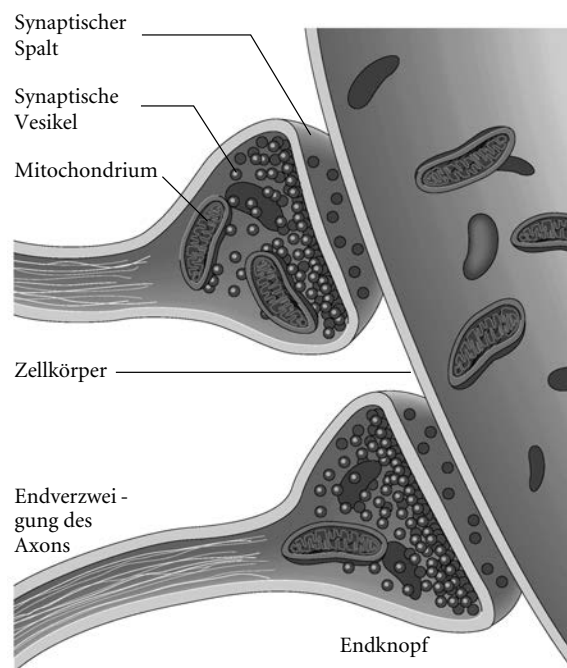


Abbildung 2.3 Eine Synapse. Gezeigt sind die Endknöpfe zweier Axonverzweigungen, die in engem Kontakt zu einem kleinen Teil des Zellkörpers eines anderen Neurons stehen

Damit ein Nervenimpuls von einem Neuron zum anderen gelangen kann und Kommunikation stattfindet, muss er den synaptischen Spalt überwinden. Die Endknöpfe jedes Axons enthalten synaptische Vesikel, d. h. kleine Bläschen mit Neurotransmittern (chemischen Substanzen, die für die Übertragung eines Nervenimpulses von einem Neuron zum anderen wichtig sind). Nervenimpulse veranlassen die synaptischen Vesikel, ihre Transmitter auszuschütten; diese gelangen in den synaptischen Spalt und können das angrenzende (postsynaptische) Neuron stimulieren. Die Zellmembran der postsynaptischen Zelle enthält Proteine, sog. Rezeptorstellen für verschiedene Neurotransmitter. Passt ein Neurotransmitter in eine Rezeptorstelle, kann eine Botschaft an die postsynaptische Zelle übermittelt werden. Was dann mit dem postsynaptischen Neuron geschieht, hängt vom Zusammenwirken Tausender ähnlicher Botschaften ab. In manchen Fällen wirken die Botschaften erregend und lösen einen Nervenimpuls in der postsynaptischen Zelle aus; in anderen Fällen sind sie hemmend und bewirken, dass

die postsynaptische Zelle keinen weiteren Impuls mehr abgibt.

Sobald ein präsynaptisches Neuron (das sendende Neuron) seine Neurotransmitter freigesetzt hat, muss die Synapse in ihren Normalzustand zurückversetzt werden. Nicht alle Neurotransmitter sind jedoch zu den postsynaptischen Rezeptoren gelangt. Ein Teil des ausgeschütteten Transmitters wird durch Enzyme deaktiviert, ein anderer Teil wird über die sog. Wiederaufnahme (engl. Re-uptake) in die präsynaptische Zelle zurückgepumpt.

In der Psychopathologie spielen mehrere Neurotransmitter eine wichtige Rolle:

- ▶ Noradrenalin ist ein Neurotransmitter des peripheren sympathischen Nervensystems. Es ist an der Erzeugung von Zuständen starker Erregung beteiligt und spielt daher möglicherweise auch bei Angststörungen eine Rolle.
- ▶ Serotonin und Dopamin sind Neurotransmitter im Gehirn, wobei Serotonin vermutlich bei Depressionen und Dopamin bei Schizophrenie mitwirkt.
- ▶ Gamma-Aminobuttersäure (GABA) ist ein weiterer wichtiger Transmitter im Gehirn, der Nervenimpulse hemmt und wahrscheinlich Angststörungen mitverursacht.

Die Theorien, die einen Zusammenhang zwischen Neurotransmittern und psychischen Störungen annehmen, gehen davon aus, dass eine bestimmte Störung durch eine zu große oder zu kleine Menge an Neurotransmittern verursacht wird (zu viel Noradrenalin führt z. B. zu Manie, zu wenig GABA zu Angststörungen). Neurotransmitter werden im Neuron über eine Reihe von Stoffwechselabläufen synthetisiert, die gewöhnlich von einer Aminosäure ausgelöst werden. Jede einzelne Reaktion, die zur Herstellung eines Transmitters führt, wird von einem Enzym katalysiert, was den Stoffwechsel beschleunigt. Eine Transmitterüber- oder -unterproduktion kann von einem Fehler in diesen Stoffwechselvorgängen herrühren. Ebenso können Störungen der Transmittermenge auf Veränderungen bei der Deaktivierung des Transmitters nach der Ausschüttung in die Synapse zurückgeführt werden. So kann eine fehlende Wiederaufnahme verbleibender Neurotransmitter in die präsynaptische Zelle zu

einem Transmitterüberschuss in der Synapse führen. Wenn dann ein neuer Nervenimpuls weitere Neurotransmitter in die Synapse freisetzt, könnte das postsynaptische Neuron gewissermaßen eine doppelte Dosis an Neurotransmittern erhalten, was dann wahrscheinlich einen neuen Nervenimpuls auslöst.

Defekte Rezeptoren. Die moderne Forschung hat sich weitgehend auf die Möglichkeit konzentriert, dass bei manchen psychischen Störungen die Rezeptoren defekt sind. Hat das postsynaptische Neuron zu viele Rezeptoren oder sind sie zu leicht erregbar, führt dies zu einem ähnlichen Ergebnis, wie wenn zu viele Transmitter freigesetzt werden. Es sind dann einfach mehr Rezeptorstellen vorhanden, mit denen der Neurotransmitter reagieren kann, wodurch eine Stimulation des postsynaptischen Neurons wahrscheinlicher wird. Der Wahn und die Halluzinationen bei einer Schizophrenie könnten von einem Zuviel an Dopaminrezeptoren herrühren.

2.1.2 Biologische Behandlungsansätze

Aus dem biologischen Paradigma folgt, dass sich psychische Störungen durch Veränderungen der Körperfunktionen verhindern oder behandeln lassen müssten. Wenn festgestellt wird, dass ein Mangel an einer bestimmten biochemischen Substanz ein bestimmtes Problem (mit)verursacht, ist es sicher sinnvoll, das Ungleichgewicht durch Zuführen der entsprechenden Dosen des fehlenden Stoffs auszugleichen. In diesem Fall besteht ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Betrachtung einer Störung als biologischer Defekt und dem Versuch, den Fehler durch biologische Intervention zu korrigieren.

Den meisten biologischen Interventionen liegt jedoch kein Wissen darüber zugrunde, was die jeweilige Störung verursacht. Dennoch werden psychotrope Substanzen in zunehmendem Maße eingesetzt. Mit Tranquilizern wie Valium lassen sich Spannungen bei manchen Angststörungen wirksam verringern. (Möglicherweise regen sie GABA-Neuronen dazu an, andere neurale Systeme zu hemmen, die wiederum die physischen Symptome der Angst erzeugen.) Antidepressiva wie Fluoxetin, ein derzeit häufig verschriebenes Psychopharmakon, erhöhen

die Erregungweiterleitung in Neuronen, die Serotonin als Neurotransmitter verwenden, indem sie die Wiederaufnahme von Serotonin hemmen. Antipsychotika wie Fluvoxol, das bei der Behandlung von Schizophrenie eingesetzt wird, verringern die Aktivität von Neuronen, die Dopamin als Neurotransmitter verwenden, indem sie deren Rezeptoren blockieren. Zur Behandlung von Kindern mit Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen werden häufig Stimulanzien eingesetzt, die die Mengen mehrerer Neurotransmitter erhöhen; dadurch soll die Aufmerksamkeit der Kinder gefördert werden.

Es ist durchaus denkbar, dass ein Anhänger des biologischen Paradigmas, nach dessen Auffassung eine psychische Krankheit biologische Ursachen hat, eine psychologische Behandlung empfiehlt. Hippokrates schlug bei Geisteskrankheiten, bei denen er eine somatische Ursache vermutete, nichtsomatische Behandlungen vor, z. B. Ruhe bei Depressionen. Auch moderne Vertreter dieses Paradigmas sind sich der Tatsache bewusst, dass nichtbiologische Interventionen positive Auswirkungen auf den Körper haben können. Wenn beispielsweise ein Zwangsgestörter davon abgehalten wird, ein Zwangsritual auszuführen (was eine wirksame und weitverbreitete Behandlung der Zwangsstörung ist), hat dies messbare Auswirkungen auf die Hirnaktivität. Verhaltensänderungen führen demnach nicht nur zu Erlebensänderungen, sondern auch zu Veränderungen in den Hirnstrukturen und bei der Neurotransmission.

2.1.3 Bewertung des biologischen Paradigmas

In den letzten Jahrzehnten hat die biologische Forschung große Fortschritte bei der Klärung von Zusammenhängen zwischen Gehirn einerseits und Erleben und Verhalten andererseits gemacht. Die biologische Erforschung von Ursachen und Behandlung psychischer Störungen entwickelt sich schnell weiter, wie wir auch bei der Erörterung der spezifischen psychischen Störungen in den nachfolgenden Kapiteln sehen werden. Wir begrüßen diese Entwicklungen, warnen jedoch vor Reduktionismus, einer falschen Position einiger biologisch orientierter Forscher.

Definition

Unter **Reduktionismus** ist die Sichtweise zu verstehen, wonach alles, was untersucht wird, auf seine grundlegendsten Elemente oder Bestandteile reduziert werden sollte.

Im Falle psychischer Störungen sollen entsprechend dieser Sicht komplexe mentale und emotionale Reaktionen auf reine Biologie reduziert werden. Nach dieser Logik könnte man sogar noch weiter gehen und vorschlagen, die Biologie auf die Atomphysik zu reduzieren. Reduktionismus in seiner Extremform behauptet, Psychologie und Psychopathologie seien letztendlich nichts anderes als Biologie.

Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile. Unter biologisch orientierten Psychiatern ist der Reduktionismus zwar ein einflussreicher Standpunkt, in philosophischen Kreisen wurde er jedoch heftig kritisiert. Sobald Grundbestandteile wie einzelne Nervenzellen zu komplexeren Strukturen oder Systemen wie Nervenbahnen organisiert werden, können die Eigenschaften dieser Systeme nicht mehr aus den Eigenschaften ihrer Bestandteile abgeleitet werden. Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.

Ein gutes Beispiel dafür liefert die Theorie über die Bewegung des Erdmantels, die sog. Plattentektonik: Der Erdmantel besteht aus etwa einem Duzend großer und mehreren kleinen Platten. Die Bewegung dieser Platten gegeneinander ist die Ursache der meisten Erdbeben. Nun bestehen diese Platten zwar aus Gestein und das Gestein wiederum aus Atomen, die tektonische Bewegung kann jedoch keinesfalls aus unserem Wissen über Atome abgeleitet werden.

Zitat

Was ist ein Buch?

Stellen Sie sich vor, Außerirdische landen irgendwann in ferner Zukunft auf der Erde, wenn es hier kein Leben mehr gibt. Sie entdecken eine ganze Bibliothek, wissen aber nicht, um was für Gegenstände es sich bei den Büchern handelt und geben sie ihren Wissenschaftlern zur Untersuchung. Die Anatomen berichten, bei den

Exemplaren handele es sich um etwa rechteckige Blöcke aus Fasermaterial, die ventral (auf der Vorderseite) und dorsal (auf der Rückseite) mit zwei dicken, faserigen, verkapselten Platten von etwa drei Millimeter Stärke bedeckt seien. Dazwischen befänden sich mehrere Hundert weiße Lamellen (sehr dünne Platten oder Schichten), die alle auf der einen Seite befestigt und auf der anderen frei beweglich seien. Bei näherer Betrachtung sei festzustellen, dass diese eine große Zahl schwarzer Oberflächenmarkierungen enthielten, die linear und in hochkomplexer Weise angeordnet seien. In der Zwischenzeit mischen die Chemiker der Außerirdischen einige Bücher zu einem Homogenat (einem einheitlichen Gemisch, in dem die Partikeln auf eine kleine, einheitliche Größe reduziert und gleichmäßig verteilt sind) und zentrifugieren die schwarzen Verunreinigungen heraus. Die Chemiker berichten, die Gegenstände hätten eine Zellulosestruktur mit einer (bestimmten) Molekülkonfiguration. Worauf es in dieser Geschichte ankommt, ist nicht ... wie in der Geschichte von den blinden Männern und dem Elefanten, dass jeder der Männer einen anderen Teil der Wahrheit erkennt. Vielmehr soll verdeutlicht werden, dass es für die Untersuchung eines jeden Problems eine angemessene Ebene gibt, und ein reduktionistischer Ansatz könnte dazu führen, dass nicht erkannt wird, worum es geht, oder zumindest nicht, was das Wesentliche ist.

Auch wird es vermutlich unmöglich sein, Symptome psychischer Störungen (z. B. Wahnvorstellungen, gestörte Einstellungen oder die Wahrnehmung von Ereignissen als Katastrophe) biologisch zu erklären, selbst mit einem vollständigen Verständnis des Verhaltens einzelner Neuronen (Turkheimer, 1998).

Fazit

Was sind die zentralen Annahmen des biologischen Paradigmas?

Das biologische Paradigma nimmt eine organische Ursache psychopathologischer Phänomene

an. Es geht davon aus, dass ein biologischer Prozess gestört ist oder nicht normal funktioniert. Zu den für die Entwicklung psychischer Störungen relevanten biologischen Faktoren zählen die Genetik und die Neurochemie. Diesen Annahmen entsprechend versuchen biologische Therapien, den einer Störung zugrunde liegenden organischen Defekt zu korrigieren oder die Symptome der Störungen – häufig mit Hilfe von Medikamenten – zu lindern.

Was sind typische Forschungsansätze des biologischen Paradigmas?

Die Verhaltensgenetik ist das Studium individueller Unterschiede im Verhalten, die zum Teil auf die unterschiedliche genetische Ausstattung zurückzuführen sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass klinische Syndrome Störungen des Phänotyps, nicht des Genotyps sind. Die Verhaltensgenetik benutzt vier grundlegende Verfahren, um herauszufinden, ob es eine genetische Disposition für psychische Störungen gibt: Familienstudien (Vergleich von Mitgliedern einer Familie), Zwillingsstudien (Vergleich von eineiigen oder zweieiigen Zwillingen), Adoptionsstudien (Untersuchungen an adoptierten Kindern) und die Linkage-Analyse (Untersuchung von vererbten genetischen Markern). Der zweite wichtige Forschungsansatz ist die Biochemie. Sie geht von einem Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Neurotransmittern aus: Eine bestimmte Störung kann durch zu große oder zu kleine Mengen an Neurotransmittern verursacht werden. Die moderne Forschung befasst sich damit, dass bei manchen psychischen Störungen die Rezeptoren defekt sind.

Wie ist das biologische Paradigma zu bewerten?

Die biologische Forschung hat viele Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen Gehirn und Erleben/Verhalten erbracht. Jedoch lassen sich komplexe mentale und emotionale Reaktionen nicht allein durch biologische Prozesse erklären.



Weiterführende Literatur

- Turkheimer, E. (1998). Heritability and biological explanation. *Psychological Review*, 105, 782–791.
- Förstl, H., Hautzinger, M. & Roth, G. (2006). *Neurobiologie psychischer Störungen*. Heidelberg: Springer.

2.2 Das psychodynamische Paradigma

Den Kern des ursprünglich von Sigmund Freud (1856–1939) entwickelten psychodynamischen oder psychoanalytischen Paradigmas bildet die These, dass psychische Krankheiten aus Problemen des Unbewussten entstehen. Wir werden den bedeutenden Einfluss Freuds auf dieses Paradigma ausführlich darstellen. Seine Nachfolger haben jedoch im Laufe der Jahre den Schwerpunkt dieses Paradigmas verschoben; auch darauf werden wir eingehen.

! Das psychodynamische Paradigma geht davon aus, dass psychische Störungen auf unbewussten Konflikten und problematischen Entwicklungen basieren.

2.2.1 Die klassische psychodynamische Theorie

Wir bezeichnen die ursprünglichen Ansichten Freuds als klassische psychodynamische Theorie. Seine Theorien umfassen sowohl die Struktur der Psyche als auch die Entwicklung und Dynamik der Persönlichkeit.

Die Struktur der Psyche

Nach Freud besteht die Psyche aus drei Teilen: dem Es, dem Ich und dem Überich. Diese drei Metaphern (Konstrukte) stehen jeweils für spezifische Funktionen oder Energien.

Das Es. Das Es ist derjenige Teil der Persönlichkeit, der die gesamte Energie für das psychische Geschehen liefert und als biologischer Mechanismus von Geburt an da ist. Er besteht aus den grundlegenden Bedürfnissen nach Nahrung, Wasser, Ausscheidung, Wärme, Zuwendung und Sexualität. Als ausgebilde-

ter Neurologe glaubte Freud, dass die Es-Energie, die er „Libido“ nannte, physiologischen Ursprungs sei und sich später irgendwie – für uns nicht wahrnehmbar, d. h. unterhalb unserer Bewusstseinsschwelle – in psychische Energie umwandle.

Das Es sucht unmittelbare Befriedigung und folgt dem, was Freud das „Lustprinzip“ (Primärprozess) nannte. Bleibt die Befriedigung aus, entsteht Spannung, und das Es strebt danach, diese Spannung so schnell wie möglich zu beseitigen. Ein Säugling, der Hunger verspürt, also einen aversiven Trieb, wird Such- und Saugbewegungen machen, um die Spannung, die der unbefriedigte Trieb hervorruft, zu reduzieren. Ein zweites Mittel ist die Imagination, die das Bild des Gewünschten erzeugt. Der hungrige Säugling imaginiert die mütterliche Brust, und mit dieser Wunsch erfüllenden Phantasie gelingt es ihm, den Hungertrieb kurzzeitig zu befriedigen.

Das Ich. Aus dem Es entwickelt sich ab der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres der zweite Teil der Persönlichkeit, das weitgehend bewusste Ich. Während das Es im Bedarfsfall auf die Phantasie zurückgreift, muss sich das Ich mit der Realität auseinandersetzen. Das Ich missbilligt den Primärprozess und damit verbundene Phantasien, denn diese erhalten den Organismus nicht am Leben. Im sog. Sekundärprozess plant und entscheidet das Ich und trägt damit der Tatsache Rechnung, dass das uneingeschränkte Vorherrschen des Lustprinzips, wie es dem Es entspräche, kaum der effektivste Weg zur Erhaltung des Lebens ist. Das Ich hat also zwischen den Anforderungen der Realität und den Ansprüchen des Es zu vermitteln und folgt dabei dem Realitätsprinzip.

Allerdings bezieht das Ich all seine Energie vom Es, vergleichbar einem Reiter, der die Kraft zu reiten seinem Pferd verdankt. Nun wird ein wirklicher Reiter sein Pferd mit eigener Kraft lenken, unabhängig davon, wohin dieses will, strebt oder sich bewegt. Das Ich dagegen empfängt seine ganze Energie vom Es, ist also in dieser Beziehung völlig von ihm abhängig und muss ihm doch die Richtung weisen.

Das Überich. Das Überich, der dritte Teil der Persönlichkeit, ist im Wesentlichen Träger der moralischen Normen der Gesellschaft, wie sie dem Kind vermittelt werden. Freud nahm an, dass sich das

Überich aus dem Ich entwickelt wie das Ich aus dem Es. Wenn Kinder entdecken, dass viele ihrer Impulse, wie etwa Beißen oder Bettnässen, in den Augen ihrer Eltern nicht zulässig sind, fangen sie an, die Werte der Eltern zu ihren eigenen zu machen (zu introjizieren), um die Anerkennung ihrer Eltern zu erhalten und Missbilligung zu vermeiden.

! Freud sieht das Verhalten des Menschen als komplexes Wechselspiel dreier psychischer Instanzen, die alle ihre eigenen, zuweilen einander widersprechenden Ziele verfolgen. Dieses Wechselspiel der Kräfte wird als „Psychodynamik“ der Persönlichkeit bezeichnet.

Zum Studium der menschlichen Psyche wurde Freud angeregt durch seine Arbeit mit Breuer über Hypnose und Hysterie (berühmte Fallgeschichte „Anna O.“). Da bei beiden Phänomenen offensicht-

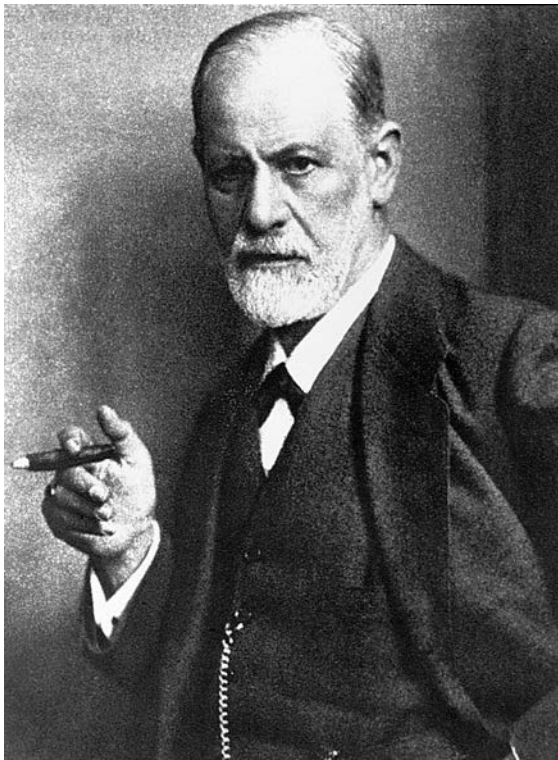


Abbildung 2.4 Sigmund Freud war der Begründer der Psychoanalyse. Sie ist sowohl eine Theorie psychischer Störungen als auch eine Therapiemethode

lich Faktoren wirksam waren, deren sich die Patienten nicht bewusst zu sein schienen, schloss Freud, dass ein Großteil unseres Verhaltens von Kräften bestimmt wird, die unserem Bewusstsein nicht zugänglich sind. Sowohl die Triebe des Es als auch viele Aktivitäten des Überich bleiben dem bewussten Seelenleben verborgen. Das Ich dagegen ist in erster Linie bewusst, denn es ist die Metapher für diejenigen psychischen Systeme, die mit Denken und Planen zu tun haben. Aber auch das Ich hat seine unbewussten Seiten: die sog. Abwehrmechanismen, die es vor Angst schützen (wir werden uns damit noch beschäftigen). Grundsätzlich sah Freud die wichtigsten Faktoren unseres Verhaltens als unbewusst an.

Die Stadien der psychosexuellen Entwicklung

Nach Freud entwickelt sich die Persönlichkeit in vier aufeinander folgenden psychosexuellen Phasen. In jedem dieser Stadien ist ein anderer Teil des Körpers für lustvolle Stimulierung besonders empfänglich und daher auch am besten geeignet, die Libido-bedürfnisse des Es zu befriedigen.

- ▶ In der oralen Phase (von der Geburt bis etwa zum 18. Lebensmonat) bezieht der Säugling die größtmögliche Befriedigung seiner Triebimpulse aus der Nahrungsaufnahme und dem damit verbundenen Saugen und Beißen. Die in dieser Phase hauptsächlich beteiligten Körperteile sind Lippen, Mund und Zunge.
- ▶ In der analen Phase (etwa vom 18. Lebensmonat bis zum dritten Lebensjahr) konzentriert sich die Lustempfindung auf den Anus sowie das Abgeben und Zurückhalten der Fäzes.
- ▶ Die nachfolgende phallische Phase, in der die größte Befriedigung durch Stimulation der Genitalien erreicht wird, dauert vom dritten bis zum fünften oder sechsten Lebensjahr.
- ▶ Darauf folgt bis etwa zum dreizehnten Lebensjahr eine Zeit der Latenz, die nicht als psychosexuelle Phase gilt. Während dieser Jahre sind die Es-Impulse weniger stark und spielen keine unmittelbare Rolle für die Verhaltensmotivation.
- ▶ Schließlich erreicht der Mensch das erwachsene Stadium, die genitale Phase, in dem heterosexuelle Interessen vorherrschend sind.

In jeder Phase hat der heranwachsende Mensch Konflikte zwischen den Wünschen des Es und den Gegebenheiten der Umwelt zu lösen. Die Art und Weise, wie er das tut, wird bestimmend dafür, welche grundlegenden und dauerhaften Persönlichkeitsmerkmale er entwickelt. Ein Mensch, der in der analen Phase je nach Art seiner Erziehung zur Sauberkeit, zu viel oder zu wenig Befriedigung erfahren hat, entwickelt eine Fixierung und kehrt zu diesem Stadium zurück, wenn er Belastungen ausgesetzt wird. Er entwickelt möglicherweise eine Zwangsstörung und wird geizig und zuweilen zwanghaft reinlich.

! Zu viel oder zu wenig Bedürfnisbefriedigung während einer der psychosexuellen Entwicklungsstufen kann bei Stress zur Regression auf diese Stufe führen.

Der Ödipuskomplex. Die vielleicht bedeutsamste Entwicklungskrise erfährt das Kind während der phallischen Phase, etwa im Alter von vier Jahren. Das Kind, so behauptet Freud, wird dann von sexuellem Verlangen nach dem gegengeschlechtlichen Elternteil überwältigt und sieht den gleichgeschlechtlichen Elternteil als Rivalen. Durch eine Strafandrohung des gleichgeschlechtlichen Elternteils kann das Kind den ganzen Konflikt verdrängen, die sexuellen und aggressiven Triebe ins Unbewusste abschieben. Dieses Verlangen und seine Verdrängung wird beim Jungen „Ödipuskomplex“ und beim Mädchen „Elektrakomplex“ genannt (siehe nachfolgenden Abschnitt).

Der Weg aus dem Dilemma führt gewöhnlich über die Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil und die Übernahme gesellschaftlicher Normen, die es verbieten, die eigene Mutter oder den eigenen Vater zu begehren. Durch das Erlernen moralischer Wertvorstellungen entwickelt sich das Überich. Nach Auffassung Freuds ist die Lösung des Ödipus- bzw. Elektrakomplexes entscheidend für die weitere sexuelle Entwicklung des Kindes; wird der Komplex nicht gelöst, kann dies zu Schuldgefühlen wegen sexueller Wünsche, zu Furcht vor Intimitäten oder zur Entwicklung anderer Schwierigkeiten in Liebesbeziehungen führen.

Neurotische Angst

Wenn das eigene Leben in Gefahr ist, empfindet man objektive Angst (Realangst) – nach Freud die Reaktion des Ich auf Gefahr aus der Außenwelt. Ein Mensch, dessen Persönlichkeit nicht voll entwickelt ist, vielleicht weil er in der einen oder anderen Phase fixiert ist, kann neurotische Angst empfinden. Bei neurotischer Angst handelt es sich um ein Gefühl der Angst, das unrealistisch ist und nicht im Verhältnis zu einer realen Bedrohung steht. Die Voraussetzung dafür ist Verdrängung.

Ursprünglich schrieb Freud die neurotische Angst einer Blockierung unbewusster Triebregungen zu. Wenn sich jemand beispielsweise vor kleinen Räumen fürchtet, empfindet er diese Angst, weil er das Bedürfnis nach Nähe verdrängt hat. Später änderte Freud seine Theorie über die neurotische Angst und führte diese nicht mehr auf fehlenden Ausdruck unbewusster Impulse zurück, sondern sah sie als Furcht vor den katastrophalen Folgen, die das Ich erwartet, wenn es zulässt, dass eine früher bestrafte Triebreingung sich äußert. Der Junge, der sich vor geschlossenen Räumen fürchtet, hat tatsächlich Angst davor, seinen Wunsch nach Sex und Intimität auszudrücken, ein Verlangen, das vielleicht in seiner Kindheit verspottet oder vereitelt wurde. Das Mädchen, das sich vor Schmutz fürchtet und zwanghaft putzt, hat eigentlich Angst vor der Faszination, die es als Kind für seinen schmutzigen Kot empfand. Seine Eltern reagierten bei der Erziehung zur Sauberkeit möglicherweise zu streng und missbilligend oder empört.

Vielleicht weil nach Freuds erster Theorie die Verdrängung von Es-Impulsen zu neurotischer Angst führt, wird Freudianern nun häufig vorgehalten, sie predigten so viel Triebbefriedigung wie möglich, da andernfalls die Neurose drohe. Das ist nicht der Fall, da nach Freud die notwendige Voraussetzung neurotischer Angst die Verdrängung ist. Kern der neurotischen Angst ist nicht einfach das Zögern, Widerstreben oder die Unfähigkeit, den Ansprüchen des Es zu widerstehen, sondern die Unbewusstheit des Konflikts. Ein Priester oder eine Nonne sind so lange keine Neurosekandidaten, wie sie sich ihre sexuellen oder aggressiven Regungen bewusst eingestehen. Sie brauchen diese Bedürfnisse nicht auszuleben, um neurotischer Angst zu entgehen. Sie müssen sich

diese nur immer wieder bewusst machen, wenn sie nach Befriedigung drängen.

Abwehrmechanismen

Nach Freud und weiteren Ausführungen durch seine Tochter Anna (A. Freud, 1936), die ebenfalls eine namhafte Psychoanalytikerin war, kann das Angst empfindende Ich sein Missbehagen durch etliche Manöver reduzieren. Realangst lässt sich meistern, indem man die äußere Gefahr beseitigt, meidet oder sich rational mit ihr auseinandersetzt. Neurotische Angst lindert man, indem man Zuflucht zu einem Abwehrmechanismus sucht und unbewusst die Wirklichkeit verzerrt. Ein Abwehrmechanismus ist eine unbewusste Strategie, die das Ich vor Angst schützt.

Verdrängung. Der vielleicht bedeutsamste Abwehrmechanismus ist die Verdrängung, ein Prozess, in dem für das Ich unannehmbare Triebregungen und Gedanken ins Unbewusste abgedrängt werden. Verdrängung verhindert nicht nur, dass Dinge bewusst bleiben, sondern auch, dass Wünsche ins Bewusstsein aufsteigen (Wachtel, 1977). Solcherart verdrängte infantile Erinnerungen können nicht durch spätere Erfahrung korrigiert werden und büßen also nichts von ihrer ursprünglichen Intensität ein.

Verleugnung. Ein anderer Abwehrmechanismus ist die Verleugnung; dabei wird ein traumatisches Erlebnis (z. B. eine Vergewaltigung) verleugnet und ins Unbewusste verschoben.

Projektion. Bei der Projektion werden einem äußeren Agens Eigenschaften oder Wünsche zugeschrieben, die eigentlich Eigenschaften und Wünsche des Projizierenden sind, aber vom Bewusstsein nicht zugelassen werden. So kann z. B. eine Frau, die sich unbewusst keinen Zorn auf andere gestattet, ihre eigenen feindseligen Gefühle anderen unterstellen – auf andere projizieren – und die anderen als feindselig ihr gegenüber erleben.

Weitere Abwehrmechanismen sind die Verschiebung emotionaler Reaktionen von einem vielleicht gefährlichen Objekt auf ein Ersatzobjekt (z. B. wenn man statt des Chefs seinen Ehepartner anbrüllt); die Reaktionsbildung, d. h. die Umwandlung eines Gefühls, wie etwa Hass, in sein Gegenteil, in Liebe; die Regression, also der Rückzug auf Verhaltensmuster einer früheren Altersstufe; die Rationalisierung, d. h.

die Erfindung eines Grundes für eine Handlung oder Einstellung; und die Sublimierung, ein Prozess, in dessen Verlauf ein sexueller oder aggressiver Impuls so geändert wird, dass er zu sozial akzeptiertem Verhalten wird, insbesondere zu kreativer Tätigkeit. (Tab. 2.1 gibt einen Überblick über die Abwehrmechanismen).

Alle diese Abwehrmechanismen erlauben es dem Ich, Es-Energie abzuführen, ohne sich der wahren Natur der Motivation stellen zu müssen. Weil Abwehrmechanismen leichter beobachtet werden können als andere Symptome einer Persönlichkeitsstörung, sind zumeist sie es, die die Betroffenen auf ihre seelischen Schwierigkeiten aufmerksam machen und sie veranlassen, therapeutische Hilfe zu suchen.

In der modernen Psychoanalyse werden bestimmte Formen der Nutzung von Abwehrmechanismen als adaptiv und gesund angesehen. Eine Phase der Verleugnung nach dem Tod eines geliebten Menschen kann helfen, sich dem Verlust anzupassen. Die Sublimierung sexueller Impulse in harte Arbeit oder Kreativität kann dazu beitragen, mit diesen Impulsen fertig zu werden, wenn sexuelle Aktivität als Alternative nicht realisierbar ist. Überwiegend wird jedoch die Meinung vertreten, dass Abwehrmechanismen die Interaktionen eines Menschen mit anderen und mit seiner eigenen Arbeit hemmen.

Anwendung psychodynamischer Konzepte auf die Psychopathologie

Freud nahm an, die verschiedenen Formen psychischer Störungen seien auf starke Triebe oder Es-Prozesse zurückzuführen, die die Grundlage für Konflikte mit dem Ich bzw. dem Überich bilden und darüber zur Entwicklung unbewusster, an eine bestimmte psychosexuelle Phase gebundener Erkrankungen beitragen. Er ging z. B. davon aus, dass die Ursache von Phobien, d. h. irrationalen Ängsten und Vermeidung harmloser Gegenstände oder Situationen, ein ungelöster Ödipuskomplex sei, und die Angst vor dem Vater auf einen anderen Gegenstand oder eine Situation verschoben werde. Zwangsstörungen führte er auf die Analphase zurück; hier werde das Bedürfnis, sich zu beschmutzen oder aggressiv zu sein, durch Reaktionsbildung in zwanghafte Sauberkeit umgewandelt.

Tabelle 2.1 Ausgewählte Abwehrmechanismen

Abwehrmechanismus	Definition	Beispiel
Verdrängung	Verdrängung unannehmbarer Triebregungen oder Wünsche ins Unbewusste.	Ein Dozent beginnt eine Vorlesung, vor der er Angst hat, mit den Worten: „Abschließend ...“.
Verleugnung	Fernhalten offensichtlicher Realitäten aus dem Bewusstsein.	Jemand, der als Kind Opfer von Inzest war, kann sich als Erwachsener nicht mehr daran erinnern.
Projektion	Übertragung eigener Gedanken oder Gefühle auf andere.	Jemand, der Angehörige einer bestimmten ethnischen Gruppe hasst, glaubt, sie hassten ihn.
Verschiebung	Verlagerung von Gefühlen von ihrem ursprünglichen Ziel auf ein Ersatzobjekt.	Ein Mädchen ist wütend über seine Schwester, wird jedoch dann böse mit seiner Freundin.
Rationalisierung	Rechtfertigung eines Verhaltens durch sozial akzeptable Erklärungen, die jedoch nicht der wirkliche Grund sind.	Ein Vater schimpft sein Kind aus Zorn und Ungeduld, erklärt aber, dass er dies zur „Charakterbildung“ mache.
Reaktionsbildung	Umwandlung unakzeptabler Wünsche oder Triebregungen in ihr Gegenteil.	Jemand mit pädophilen Neigungen führt eine Kampagne gegen Kindesmissbrauch durch.
Sublimierung	Umleitung aggressiver oder sexueller Impulse in sozial akzeptierte Handlungen.	Jemand, der aggressive Gefühle gegen seinen Vater hegt, wird Chirurg.

In seinen frühen Schriften und Vorlesungen postulierte Freud, dass die Ursache der neurotischen Schwierigkeiten seiner Patienten sexueller Missbrauch in der Kindheit sei, meistens Vergewaltigung durch den Vater. Diese Ansichten lösten Empörung bei seinen Kollegen aus. Er beharrte dennoch auf seiner Theorie, bis er 1897 in einem Brief an seinen Kollegen Wilhelm Fleiß zu verstehen gab, er gehe mittlerweile davon aus, dass viele Patientenberichte Phantasiegebilde seien. In den folgenden Jahren mühte Freud sich mit den beiden konkurrierenden Theorien über die Entstehung der Hysterie ab und gab einmal der einen und dann wieder der anderen den Vorzug. 1905 hatte sich dann endlich die Phantasie-Theorie durchgesetzt.

Diese Veränderung hatte weit reichende Auswirkungen auf die weitere Entwicklung der psychodynamischen Theorien, denn sie verlagerte die Suche nach den Ursachen psychischer Störungen von der Umwelt auf den Patienten und seine Phantasien. Zudem war sie für die „Entdeckung“ des Ödipuskomplexes, einem Grundstein der Psychoanalyse, entscheidend. Die Betonung der Phantasien war von

so großer Bedeutung, dass Anna Freud in einem Brief an Jeffrey Masson schrieb, ohne sie hätte es keine Psychoanalyse gegeben.

Fallbeispiel

Der kleine Hans

Die Eltern des kleinen Hans waren sich einig, ihr erstes Kind mit nicht mehr Zwang zu erziehen, als zur Erhaltung guter Sitten unbedingt erforderlich ist; und da das Kind sich zu einem heiteren, gutartigen und aufgeweckten Buben entwickelte, nahm der Versuch, ihn ohne Einschüchterung aufwachsen zu lassen, seinen guten Fortgang. Als Hans fast fünf Jahre alt war, schrieb der Vater: „Ich sende Ihnen wieder ein Stückchen von Hans, diesmal leider Beiträge zu einer Krankengeschichte ... hat sich ihm in den letzten Tagen eine nervöse Störung entwickelt, die mich und meine Frau sehr beunruhigt ... Die Furcht, dass ihn auf der Gasse ein Pferd beißen werde ... Abgesehen von der Furcht, auf die

Gasse zu gehen ... ist er ganz der Alte, lustig, heiter.“ Einige Monate später erinnerte sich Hans an einen Vorfall, der sich ereignet hat, kurz bevor die Furchtsymptome erstmals auftraten: Er war mit seiner Mutter unterwegs und fürchtete sich, als ein großes Pferd, das einen Wagen zog, hinfiel und wild mit den Beinen herumschlug. Daraufhin wacht Hans morgens weinend auf und sagt der Mutter auf die Frage, warum er weine: „Wie ich geschlafen habe, habe ich gedacht, du bist fort und ich habe keine Mammi zum Schmusen mehr.“ In einem weiteren Bericht des Vaters: „Gestern ging er mit dem Kindermädchen wie gewöhnlich zum Stadtpark. Bereits auf der Straße fängt er an zu weinen und verlangt nach Hause gebracht zu werden, er wolle mit der Mammi schmusen.“ An einem anderen Tag, während eines Ausflugs, fängt Hans wieder an zu weinen und zeigt sichtlich Angst. Auf der Rückfahrt sagt er der Mutter: „Ich habe mich gefürchtet, dass mich ein Pferd beißen wird“. Am Abend wird er unruhig und sagt beim Zubettgehen: „Das Pferd wird ins Zimmer kommen“. Fortan geht er zwar noch auf den Balkon, aber nicht mehr in den Stadtpark. Er kehrt bei jedem Versuch am Haustor rasch wieder um.

Freud hat ein Gespräch mit Hans, während dessen er eine Beziehung zwischen dem Pferd, vor dem Hans besonders große Angst hat, und seinem Vater herstellt. Er erklärt Hans, dass er eigentlich vor seinem Vater Angst habe, „eben weil er die Mutter so lieb habe“ (Grundkonflikt: Hans begehrt die Mutter, doch diesem Bedürfnis steht der Vater im Wege, was nur durch Verschiebung auf ein anderes Objekt gelöst werden kann = „Ödipuskomplex“). Die Empfehlungen Freuds an den Vater gingen dahin, viele gemeinsame Aktivitäten mit Hans vor allem auch außerhalb des Hauses (auch Zoobesuche und Kutschfahrten) zu unternehmen. Hans überwand dadurch seine Phobie und hat als junger Mann keinerlei Erinnerungen mehr an diese frühen Probleme. Die Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil führte zur Lösung des psychodynamischen Konflikts.

2.2.2 Die psychodynamischen Perspektiven der Neo-Freudianer

Die Bedeutung von Freuds Theorien und seiner klinischen Arbeit wurde von einigen seiner Zeitgenossen anerkannt. Viele von ihnen, darunter Carl Gustav Jung und Alfred Adler, trafen sich regelmäßig mit Freud, um über die psychodynamische Theorie und Therapie zu diskutieren. Wie so oft, wenn ein herausragender Wissenschaftler herausragende Kollegen und Schüler um sich sammelt, ergaben sich Streitigkeiten um eine Reihe grundsätzlicher Fragen, wie etwa die Bedeutung und Gewichtung des Es gegenüber dem Ich, von physiologischen Trieben gegenüber soziokulturellen Normen oder von Kindheitserlebnissen gegenüber Erfahrungen der erwachsenen Person. Weitere Fragen waren, ob der Sexualtrieb auch Kern und Motiv von augenscheinlich nichtsexuellen Handlungen sein kann, welche Rolle unbewussten gegenüber bewussten Prozessen zukommt und ob die reflexähnliche Struktur der Es-Triebe im Gegensatz zu dem zweckgerichteten Verhalten steht, das in erster Linie von bewussten Entscheidungen des Ich gesteuert wird.

Jung und die analytische Psychologie

Der schweizerische Psychiater Carl Gustav Jung (1875–1961) wandte sich 1914, nach siebenjährigem intensiven Briefwechsel, in vielen Punkten von Freud ab. Jung formulierte radikal von Freud abweichende Gedanken, die eine Mischung zwischen psychodynamischer und humanistischer Psychologie waren und sich unter der Bezeichnung „analytische Psychologie“ etablierten. Die Ähnlichkeit zur humanistischen Psychologie rührt von Jungs Abwertung der physiologischen Triebe als den Hauptdeterminanten des Verhaltens und seiner Anwendung des Konzepts der Selbstaktualisierung her.

Definition

Selbstaktualisierung ist ein Zustand der Erfüllung, der dann auftritt, wenn eine Person allen positiven und kreativen Bereichen ihrer Persönlichkeit ausgewogen Ausdruck verleiht.

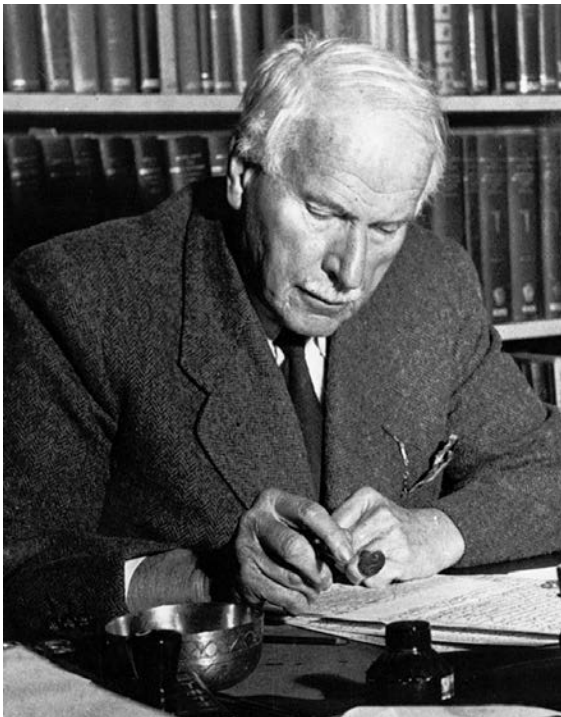


Abbildung 2.5 Carl Gustav Jung war der Begründer der analytischen Psychologie, einer Mischung aus psychodynamischen und humanistischen Konzepten

Individuelles vs. kollektives Unbewusstes. Jung stellte die Hypothese auf, dass zusätzlich zu unserem individuellen Unbewussten, auf das Freud abhob, unser kollektives Unbewusstes Informationen über die soziale Geschichte der Menschheit enthält.

Definition

Das **kollektive Unbewusste** ist die Gesamtheit aller Erlebnisse, die die Menschen im Laufe der Jahrhunderte gesammelt haben, und enthält positive und kreative Kräfte.

Jung ging auch davon aus, dass jeder von uns männliche und weibliche Persönlichkeitseigenschaften besitzt, die vermischt werden können, damit eine kreative Persönlichkeit daraus hervorgeht. Er nahm an, dass die Menschen geistige und religiöse Bedürfnisse besitzen, die so grundlegend sind wie ihre Triebe.

Jung postulierte auch verschiedene Persönlichkeitstypen, von denen die wichtigsten wahrscheinlich die Extraversion (eine Orientierung an der Außenwelt) im Gegensatz zur Introversion (einer Orientierung an der inneren subjektiven Welt) sind. Diese Persönlichkeitsdimension gilt nach wie vor als sehr bedeutsam; wir werden bei der Erörterung der Persönlichkeitsstörungen (Kap. 13) darauf zurückkommen.

Jung schrieb außerdem ausführlich über religiösen Symbolismus sowie den Sinn des Lebens und wurde so bei Mystikern, Romanschriftstellern und Poeten recht bekannt. Im Gegensatz zu Freud, nach dessen Auffassung momentanes und künftiges Verhalten vor allem von der Vergangenheit abhängt, betonte Jung zielgerichtetes Handeln, Entscheidungsfindung und das Festlegen von Zielen. Um Menschen zu verstehen, muss man demzufolge nicht nur die Auswirkungen ihrer Vergangenheit – so wichtig diese auch sein mögen –, sondern auch ihre Träume und Ziele kennen (Jung, 1935).



Abbildung 2.6 Alfred Adler ist der Begründer der Individualpsychologie und berühmt für seine Darstellung des Minderwertigkeitskomplexes

Adler und die Individualpsychologie

Alfred Adler (1870–1937), ebenfalls ein früher Anhänger von Freuds Theorien, war sogar noch unabhängiger von den „Instinkttheorien“ Freuds als Jung. Freud war nach dem Abbruch der Verbindung sehr verbittert über den Psychiater. Adler, der in Wien eine Kindheit voller Krankheiten erlebte und sich sehr bemühen musste, um seine Minderwertigkeitsgefühle zu überwinden, postulierte ein Streben des Einzelnen nach Überlegenheit in einer der Gesellschaft dienlichen Weise. Er ging davon aus, dass die Menschen unlösbar mit der Gesellschaft verbunden sind und Erfüllung finden können, indem sie etwas zum sozialen Wohl beitragen. Wie Jung betonte auch Adler die Bedeutung des zielgerichteten Handelns, und seine theoretische Arbeit beeinflusste wie die

seines Kollegen spätere Entwicklungen in der humanistischen Therapie (Adler, 1930).

Ein zentraler Bestandteil von Adlers Arbeit liegt in der Betonung der individuellen Phänomenologie oder Individualpsychologie als Schlüssel zum Verständnis einer Person. Er versuchte, Patienten bei der Überwindung ihrer unlogischen, irreführenden Überzeugungen und Erwartungen zu helfen: Um sich besser zu fühlen und zu verhalten, muss man zunächst rationaler denken. Dieser Ansatz beeinflusste neuere Entwicklungen in der kognitiven Verhaltenstherapie. Schließlich förderte Adlers Interesse an Entstehung und Prävention von Problemen und der Verbesserung der Gesellschaft die Entwicklung von Erziehungsberatungsstellen und Elternbildung.

Fokus

Was ist Psychotherapie?

Jede Psychotherapie ist – sieht man von der theoretischen Komplexität ab – eine soziale Interaktion, bei der eine Fachperson versucht, einem Klienten oder Patienten zu helfen, sich anders zu verhalten und anders zu fühlen. Der Therapeut wendet dabei Verfahren an, die mehr oder weniger stark auf einer bestimmten Theorie oder Lehrmeinung basieren. Man geht davon aus, dass durch bestimmte Formen verbalen und nonverbalen Austauschs in einer vertrauensvollen Beziehung bestimmte Ziele wie Angstminderung und Löschung selbstzerstörerischen oder gefährlichen Verhaltens erreicht werden können.

Einsichts- und Handlungstherapien. London (1964) teilt die Psychotherapien in Einsichts- und Handlungstherapien ein. Einsichtstherapien wie die Psychoanalyse gehen davon aus, dass Verhalten, Emotionen und Denken in Unordnung geraten, weil die betroffenen Menschen – vor allem, wenn ihre diversen Bedürfnisse und Triebe miteinander in Konflikt geraten – nicht verstehen, was sie wirklich motiviert. Eine Einsichtstherapie soll ihnen helfen, die wahren Gründe für ihr Verhalten, Fühlen und Denken aufzuspüren.

Bewusstsein für die eigenen Motive, so glaubt man, führt dazu, dass die Patienten ihr Denken, Fühlen und Verhalten besser kontrollieren können und besser mit dem Leben zurechtkommen.

Einsicht ist jedoch nicht ausschließlich den sog. Einsichtstherapien vorbehalten. Auch Handlungstherapien vermitteln dem Individuum Einsicht, und auch die jüngeren kognitiven Therapien können als Kombination von einsichts- und verhaltensorientierten Therapien gesehen werden. Die Zuordnung hängt davon ab, wo der Schwerpunkt gesetzt wird. Bei den handlungsorientierten Therapien liegt das Hauptgewicht auf der Veränderung von Verhalten; Einsicht ist dabei oft ein Nutzen am Rande. Bei den einsichtsorientierten Therapien liegt die Betonung weniger auf der direkten Veränderung des Verhaltens als darauf, das Verständnis des Patienten für seine Motive, Ängste und Konflikte zu fördern. Um derartige Einsichten zu erleichtern, setzen Therapeuten unterschiedlicher theoretischer Ausrichtung eine Vielzahl von Verfahren ein, von der freien Assoziation der Psychoanalyse bis hin zur Reflexion von Gefühlen bei der Gesprächspsychotherapie.

2.2.3 Die psychodynamische Therapie

Seit Freud hat sich das psychodynamische Denken in wichtigen Punkten gewandelt, bestimmte Grundzüge sind jedoch allen psychodynamischen Behandlungsformen gemein. Die klassische Psychoanalyse basiert auf Freuds zweiter Angsttheorie, die besagt, dass das Ich mit neurotischer Angst reagiert, wenn eine einstmals bestrafte und verdrängte Triebregung nach Ausdruck verlangt. Wenn der unbewusste Teil des Ich mit einer Situation konfrontiert wird, die an einen verdrängten Kindheitskonflikt – gewöhnlich sexueller oder aggressiver Art – erinnert, wird er von Spannung überwältigt und geschwächt. Die psychoanalytische Therapie versucht, die frühere Verdrängung aufzuheben und dem Patienten zu helfen, sich dem Kindheitskonflikt zu stellen und ihn aus erwachsener Sicht der Wirklichkeit zu lösen. Die frühe Verdrängung hat es dem Ich verwehrt, wirklich erwachsen zu werden. Die Aufhebung der Verdrängung soll es dem Patienten ermöglichen, diesen Lernprozess nachzuholen.

Wachtel (1977) hat das Wesen der Psychoanalyse in der Metapher vom Mammut zu fassen versucht. Einige dieser gigantischen, vor Äonen lebendig eingefrorenen Kreaturen waren bei ihrer Entdeckung so vollkommen erhalten, dass man ihr Fleisch noch hätte essen können. Für Freud waren neurotische Probleme die abgekapselten Überbleibsel sehr alter Konflikte. Danach sind die Schwierigkeiten des Erwachsenen lediglich Ausdruck dieser eingefrorenen innerpsychischen Konflikte.

Zitat

Neurosen

Ursache der Neurose ist im Wesentlichen das fortwährende und erfolglose Bemühen des Patienten, mit internalisierten Resten seiner Vergangenheit [dem Mammut] fertig zu werden, die vom anpassungsfähigen und integrierten Ich abgespalten sind und weiterhin ihre primitiven realitätsfremden Forderungen stellen. Die Psychoanalyse behauptet daher, dass eine erfolgreiche Behandlung Bedingungen bereitstellen müsse, unter denen diese anachronistischen Neigun-

gen bewusst erfahren, ins Ich integriert und auf diese Weise kontrolliert und modifiziert werden können. (Wachtel, 1977, S. 36)

Die psychodynamische Kurztherapie. Obwohl viele Laien annehmen, dass die Patienten in der Regel viele Monate, wenn nicht sogar Jahre in einer psychodynamischen Therapie verbleiben, dauern die meisten psychoanalytischen Therapien doch weniger als zehn Sitzungen. Nach der ursprünglichen Vorstellung Freuds sollte die Psychoanalyse als Therapie relativ kurze Zeit dauern. Der Analytiker sollte sich auf bestimmte Probleme konzentrieren, dem Patienten erläutern, dass die Therapie nicht länger als eine bestimmte Anzahl von Sitzungen dauern würde, und die Sitzungen zielgerichtet strukturieren. Freud hatte dabei eine aktivere und kürzere Psychoanalyse vor Augen als diejenige, die sich schließlich im Lauf der Zeit entwickelte. Zu den Pionieren der Kurztherapie zählen die Psychoanalytiker Ferenczi (1952) sowie Alexander und French (1946).

Einer der zahlreichen Gründe für die kurze Dauer der Therapie ist, dass Menschen heutzutage weniger daran interessiert sind, die ausführliche Untersuchung der Vergangenheit als den besten Weg anzusehen, um mit den Realitäten des momentanen Lebens umzugehen – was ja der Kern der klassischen analytischen Behandlung war. Die meisten Patienten erwarten, dass die Therapie nicht lange dauert und auf bestimmte Probleme ihres täglichen Lebens ausgerichtet ist. Daher wurden mittlerweile kürzere Formen der psychodynamischen Therapie entwickelt.

Auch das Zögern der Krankenversicherungen, mehr als eine beschränkte Anzahl von psychotherapeutischen Sitzungen pro Jahr zu bezahlen (wobei auch Grenzen für die Erstattung festgesetzt wurden), hat zur Verkürzung der Behandlung und zur Ermüdung psychodynamischer Therapeuten beigetragen, sich auf kürzere Therapien einzulassen.

Ein weiterer Faktor, der zur Verkürzung der psychodynamischen Therapie geführt hat, sind die Aufgaben, denen Therapeuten bei psychischen Krisenfällen gegenüberstehen (Koss & Shiang, 1994). Notfälle von Gefechtsschock im Zweiten Weltkrieg

brachten Grinker und Spiegel (1944) zu der klassischen psychodynamischen Kurztherapie dessen, was heute als „posttraumatische Belastungsstörung“ bezeichnet wird (siehe 6.5). Ein ähnlicher Beitrag zur Krisenintervention stammt von Lindemann (1944), der sich mit den Opfern des Feuers im Cocoanut-Grove-Nachtclub (1943) beschäftigte.

Diese Faktoren haben zusammen mit der wachsenden Akzeptanz der Psychotherapie in der Bevölkerung generell die Grundlage für eine stärkere Konzentration auf eine zeitlich begrenzte psychodynamische Therapie geschaffen. Kurztherapien haben folgende gemeinsame Elemente:

- ▶ Die Diagnose wird schnell und früh gestellt.
- ▶ Dem Patienten wird von Anfang an klar gemacht, dass die Therapie begrenzt ist und dass eine Besserung nach wenigen Sitzungen (6–25) erwartet wird.
- ▶ Die Ziele sind konkret und konzentrieren sich auf die Besserung der schlimmsten Symptome des Patienten; man hilft ihm, zu verstehen, was in seinem Leben vorgeht, und versucht, ihn in die Lage zu versetzen, damit in Zukunft besser umzugehen.
- ▶ Die Interpretationen zielen mehr auf die gegenwärtigen Lebensumstände und auf das Verhalten des Patienten als auf lebensgeschichtlich bedeutende Gefühle.
- ▶ Zur Entwicklung einer Übertragungsneurose wird nicht ermutigt. Einige positive Übertragungen auf den Therapeuten werden jedoch unterstützt, um dem Patienten zu helfen, den Vorschlägen und dem Rat des Therapeuten zu folgen. Es wird allgemein akzeptiert, dass die Psychotherapie nicht heilt, sondern gestörten Menschen helfen kann, besser mit den unvermeidlichen Belastungen des Lebens umzugehen.

Interpersonale Psychotherapie. Ein neueres Beispiel für eine psychodynamisch begründete Kurztherapie ist die von Klerman et al. (1994) vorgeschlagene interpersonale Psychotherapie (IPT). Diese konzentriert sich vor allem auf die gegenwärtigen interpersonalen Probleme des Patienten und darauf, mit dem Patienten bessere Möglichkeiten der Beziehung zu anderen zu diskutieren, ja sogar, ihn darin direkt zu unterweisen (Neulernen von Fertigkeiten).

Die IPT umfasst zwar bestimmte psychodynamische Vorstellungen, unterscheidet sich jedoch von traditionellen Formen der Psychoanalyse vor allem in dem, was die Rolle des Therapeuten anbelangt. Er wird als aktiver Anwalt des Patienten und nicht als neutrale Projektionsfläche verstanden (Frank & Spanier, 1995).

Die bei der IPT angewandten Techniken sind eine Verbindung aus empathischem Zuhören und Vorschlägen für Verhaltensänderungen sowie deren Umsetzung (Schramm, 1998). Der Therapeut könnte z. B. mit dem Patienten die komplexen gegenwärtigen Probleme untersuchen und dabei besonders auf die Beziehungen des Patienten zu anderen eingehen. Er könnte ihn dann ermutigen, bestimmte Verhaltensweisen zu ändern, und gegebenenfalls im Sprechzimmer neue Verhaltensweisen mit ihm üben (Rollenspiele).

2.2.4 Bewertung des psychodynamischen Paradigmas

Wahrscheinlich wurde kein Wissenschaftler, der es je unternommen hat, menschliches Verhalten zu erforschen, so geehrt und so kritisiert wie Freud. Als er seine Auffassung zur kindlichen Sexualität darlegte, wurde er persönlich verunglimpft. Über Sexualität wurde im Wien des ausgehenden 19. Jahrhunderts kaum gesprochen. Die Behauptung, Säuglinge und Kinder bezögen ihre Motivationen aus Sexualtrieben, war ein Skandal!

Freuds Einfluss auf psychodynamische Sichtweisen psychischer Störungen war groß, aber wie wir gesehen haben, wurden seine Theorien auch kritisiert. Einer der größten Einwände gegen seine Theorien trifft auch auf andere psychodynamische Theorien zu: Da sie auf Einzelfallbeobachtungen bei Therapiesitzungen beruhen, sind sie nicht objektiv und damit nicht wissenschaftlich. Im Gegensatz zu den Forschern, die innerhalb des biologischen oder des lerntheoretisch-kognitiven Paradigmas arbeiten und formale Forschungsarbeiten über die Ursachen und die Behandlung abweichenden Verhaltens durchführen, war Freud davon überzeugt, dass die Informationen, die er in Therapiesitzungen sammelte, zur Validierung seiner Theorie und zum Nach-

weis der Wirksamkeit seiner Therapie ausreichen. In Kapitel 5 werden wir die Grenzen solcher Daten erläutern.

Außerdem war seine Patientenstichprobe nicht nur klein, sondern auch sehr ausgewählt: wohlhabende, gebildete Wiener. Eine Theorie der Persönlichkeitsentwicklung oder der psychischen Struktur, die sich auf die Untersuchung einer so kleinen Gruppe gestörter Personen stützt, mag daher zu Recht nur als begrenzt anwendbar gelten.

Die Fallstudien Freuds (und seiner Schüler) können auch aufgrund der nicht beurteilbaren Zuverlässigkeit seiner Beobachtungen in den Therapiesitzungen und seiner Erinnerungen daran in Zweifel gezogen werden, da er während der Sitzungen kaum Aufzeichnungen machte. Überdies hat Freud Interesse an bestimmten Themen, wie z. B. die frühen sexuellen Erfahrungen der Patienten, möglicherweise deren Erzählungen beeinflusst und sie dazu veranlasst, über bestimmte Erfahrungen ausführlicher zu berichten und andere zu übersehen, und dies nicht, weil sie selbst die Erfahrungen für sehr wichtig in ihrem Leben hielten, sondern weil Freud sich sehr dafür interessierte.

Außerdem sind psychodynamische Konzepte wie das Es, das Ich und das Unbewusste zwar als Metaphern zur Beschreibung psychischer Funktionen gedacht, sie werden jedoch gelegentlich beschrieben, als besäßen sie eine eigenständige Existenz und könnten denken und handeln. So spricht Freud z. B. von der „unmittelbaren und rücksichtslosen Befriedigung der Instinkte, wie sie das Es fordert. ... Das Es kennt die Sorge um das Überleben nicht“ (1937).

Trotz dieser Kritik ist der Beitrag Freuds beachtlich und wird auch weiterhin in der Klinischen Psychologie eine große Rolle spielen. Freuds Einfluss kommt in folgenden vier allgemein anerkannten Annahmen deutlich zum Ausdruck:

(1) Kindheitserfahrungen tragen zur Persönlichkeitsbildung des Erwachsenen bei. Moderne Kliniker und Forscher erkennen zwar die genetischen Faktoren an, beurteilen jedoch die Kindheitserfahrungen als entscheidend. Sie konzentrieren sich selten auf die psychosexuellen Phasen nach Freud, richten ihr Augenmerk jedoch auf problematische Eltern-Kind-Beziehungen im Allgemei-

nen und darauf, wie diese die Beziehungen Erwachsener negativ beeinflussen können.

- (2) Das Verhalten wird durch unbewusste Prozesse beeinflusst. Menschen sind sich möglicherweise der Ursachen ihres Verhaltens nicht bewusst. Heute denkt man dabei jedoch nicht an ein Unbewusstes oder sieht es gar als Ursprung von Es-Trieben.
- (3) Menschen setzen Abwehrmechanismen ein, um Angst oder Stress zu bewältigen. Über die Bewältigungsstrategien für Stress wurde viel geforscht (siehe 8.1.3 zum Coping). Die neuere Forschung konzentriert sich vor allem auf bewusst angeeignete Bewältigungsstrategien (z. B. absichtlich nicht an ein traumatisches Ereignis denken). Es bleibt jedoch noch zu klären, ob unbewusste Bewältigungsverfahren (selbst Unterdrückung) eine wichtige Rolle bei der Bekämpfung von Angst spielen.
- (4) Ursachen und Zweck menschlichen Verhaltens sind nicht immer offenkundig. Freud und seine Schüler sensibilisierten Generationen von Klinikern und Psychopathologen für den nicht offenkundigen Charakter der Ursachen und des Zwecks menschlichen Verhaltens. Die Psychoanalyse warnt uns davor, alles für bare Münze zu nehmen. Jemand, der Verachtung für einen anderen Menschen zeigt, kann diesen möglicherweise sehr mögen, sich jedoch davor fürchten, positive Gefühle zuzugeben. Diese Art, hinter die Kulissen zu schauen, ist wahrscheinlich das bekannteste Erbe Freuds.

Es gibt zwar viele berechtigte Einwände gegen die Validität und den Nutzen von Freuds Arbeit. Andererseits wäre es ein schwerer Fehler, seine Bedeutung für die Psychopathologie oder, in diesem Zusammenhang, für die Geistesgeschichte der westlichen Zivilisation zu unterschätzen. Seine Arbeit hat die Art von Kritik auf den Plan gerufen, die dazu beiträgt, Erkenntnis zu fördern. Er bewirkte, dass vermehrt nichtphysiologische Erklärungen für gestörtes Verhalten in Betracht gezogen wurden, und seine Beschreibungen abweichenden Verhaltens waren oft außerordentlich scharfsinnig. Wenn man sich das Gebiet der Klinischen Psychologie erschließen will, ist eine gewisse Vertrautheit mit seinem Werk unumgänglich.

Fokus

Bindungstheorie

Aus der Säuglingsforschung weiß man, dass Störungen der frühen Sozialbeziehungen (meistens zur Mutter) eine wesentliche Grundlage für die Entstehung psychischer Störungen in der Kindheit und im Erwachsenenalter sind (Bowlby, 1953), weil zentrale Bindungsbedürfnisse (z. B. Nähe, Sicherheit, Unterstützung) frustriert werden. Es wird davon ausgegangen, dass evolutionsbiologisch sich eine Verhaltenstendenz herausgebildet hat (vermutlich genetisch verankert), die als Bindungsverhalten bezeichnet wird und darauf gerichtet ist, die Nähe der zentralen Bezugsperson (Mutter) und ihr Pfl-

ge-, Zuwendungs- und Kommunikationsverhalten zu sichern. Diese Bindungsbeziehung ist ein wechselseitiger Prozess (nonverbal, verbal), zu dem beide, das Kind und die Mutter, signifikant beitragen.

Ainsworth und Mitarbeiter (1978) haben zur Erfassung der Bindungsmuster einen Verhaltenstest entwickelt, während dessen Mutter und Kind zunächst zusammen sind, dann kurzfristig getrennt werden und es zu einer Wiedervereinigung kommt. Die Verhaltensaüßerungen des Kindes werden beobachtet und kategorisiert. Es werden als Bindungsbeziehungstypen vorgeschlagen: sicher-autonom, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent und desorganisiert-desorientiert.

Tabelle 2.2 Bindungsbeziehungstypen nach Ainsworth et al. (1978)

Methode (Beurteilungskategorien) Verhaltenstest	Bindungstypen			
	sicher	unsicher- vermeidend	unsicher- ambivalent	desorganisiert- desorientiert
Verarbeitung kurzer Trennung von der Mutter bei Kleinkindern zwischen 12 und 18 Monaten; insbesondere interessieren die Verhaltensweisen bei der Wiedervereinigung von Mutter und Kind	offenes, emotionales Ausdrucksverhalten Nähe suchend und Kontakt haltend zur Stressreduktion Rückkehr zur Exploration	verdeckter Emotionsausdruck Nähe vermeidendes Verhalten Konzentration auf Interaktion und Exploration Stress reduziert sich langsam	starke emotionale Betroffenheit Nähe suchendes Verhalten wechselt mit ärgerlichem Kontaktwiderstand kaum Interaktion und Exploration Stress kann nicht reduziert werden	aversives und bizarres Ausdrucksverhalten (z. B. Angst) einfrierendes Ausdrucksverhalten angesichts der Bindungsperson Widersprüche in der Bindungsstrategie (z. B. Nähe suchen, um Bindungsperson dann zu ignorieren)

Kinder entwickeln in sicheren Bindungen Identität und positiven Selbstwert, was für die weitere Entwicklung und die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben Sicherheit, Kompetenzgefühl, Selbstwirksamkeitserwartung und Ressourcen erzeugt. Unsichere Bindungserfahrungen sind tendenziell überfordernd, da das Kind auf die eigenen, noch unvollkommen ausgebildeten Emotionen regulierenden Fähigkeiten angewiesen ist. Daraus resultieren Unsicherheit, negative Selbstbewertungen, Selbstzweifel, soziale und problem-

bewältigende Defizite. Bei Kindern mit desorganisierten Bindungserfahrungen liegt eine extreme Beeinträchtigung vor, die eine kompetente, reziproke Gestaltung von Sozialbeziehungen kaum erlaubt, psychische und soziale Auffälligkeiten sind hoch wahrscheinlich. Dabei ist selbstverständlich, dass Bindungserfahrungen nur einen Risiko- oder Schutzfaktor unter zahlreichen anderen Einflussgrößen für die weitere Entwicklung oder gar die Entstehung von Psychopathologie darstellen.

Fazit**Was ist die Kernannahme des psychodynamischen Paradigmas?**

Das psychodynamische Paradigma, das auf Sigmund Freud zurückgeht, lenkt die Aufmerksamkeit auf Verdrängungen und andere unbewusste Prozesse, die ihren Ursprung in frühen Kindheitskonflikten haben. Das Paradigma sucht im unbewussten und frühen Leben der Patienten nach den Ursachen von psychischen Störungen. Die psychoanalytischen Interventionen zielen gewöhnlich darauf ab, die Verdrängungen aufzuheben, damit der Patient den infantilen Charakter und die Unbegründetheit seiner Ängste nachprüfen kann.

Wozu dienen Abwehrmechanismen, und welche Arten lassen sich unterscheiden?

Abwehrmechanismen sind unbewusste Strategien, die dazu dienen, das Ich vor neurotischer Angst, also einer Angst, die nicht im Verhältnis zu einer realen Bedrohung steht, zu schützen. Der bedeutendste Mechanismus ist die Verdrängung, bei der für das Ich unannehmbare Triebregungen ins Unbewusste abgedrängt werden. Bei der Verleugnung wird ein traumatisches Ereignis aus dem Bewusstsein ferngehalten. Bei der Projektion werden eigene Gedanken oder Gefühle auf andere übertragen. Verschiebung beinhaltet die Verlagerung von Gefühlen von ihrem ursprünglichen Ziel auf ein Ersatzobjekt. Rationalisierung bedeutet, dass ein Verhalten durch sozial akzeptable Erklärungen gerechtfertigt wird, die jedoch nicht der eigentliche Grund sind. Bei der Reaktionsbildung werden unakzeptable Wünsche oder Triebregungen in ihr Gegenteil umgewandelt. Unter Sublimierung versteht man die Umleitung aggressiver oder sexueller Impulse in sozial akzeptierte Handlungen. Regression ist der Rückzug auf Verhaltensmuster einer früheren Altersstufe.

Worin besteht der Beitrag der Neo-Freudianer?

Jung führte in seiner analytischen Psychologie zusätzlich zum individuellen Unbewussten den Begriff des kollektiven Unbewussten ein. Dieses

beinhaltet die Gesamtheit aller Erlebnisse, welche die Menschen im Laufe der Jahrhunderte gesammelt haben und enthält auch positive und kreative Kräfte. Außerdem ging er davon aus, dass jeder Mensch weibliche und männliche Persönlichkeitseigenschaften sowie grundlegende geistige und religiöse Bedürfnisse hat. Jung nahm verschiedene Persönlichkeitstypen an; dabei war die von ihm postulierte Dimension von Extraversion versus Introversion am einflussreichsten. Wirksam wurde ferner seine Auffassung, dass menschliches Verhalten nicht nur durch die Vergangenheit bestimmt wird, sondern auch durch Träume und Ziele.

Adler war der Ansicht, dass Menschen unlösbar mit der Gesellschaft verbunden sind und ihr Minderwertigkeitsgefühl durch Geltungsstreben zu kompensieren versuchen. Er betrachtete die Individualpsychologie als Schlüssel zum Verständnis einer Person.

Was versteht London unter Einsichts- bzw. Handlungstherapien, und wie kann man verschiedene Therapien einordnen?

Einsichtstherapien sollen Menschen helfen, die wahren Gründe für ihr Verhalten, Fühlen und Denken zu finden. Wenn sie sich ihrer Motive bewusst werden (Einsicht), können sie ihr Denken, Fühlen und Verhalten besser kontrollieren und besser mit dem Leben zurechtkommen. Eine typische Einsichtstherapie ist die Psychoanalyse. Auch bei den humanistischen und existenziellen Therapieformen geht es um die Vermittlung von Einsichten. Handlungstherapien legen das Hauptgewicht auf die Veränderung von Verhalten. Aber auch die handlungsorientierten Psychotherapien vermitteln dem Individuum Einsicht. Die kognitiven Therapien beinhalten sowohl einsichts- als auch handlungsorientierte Elemente.

Wie ist das psychodynamische Paradigma zu bewerten?

Der größte Einwand gegen psychodynamische Theorien ist, dass sie auf Einzelfallbeobachtungen beruhen und daher nicht wissenschaftlich, da nicht objektiv sind. Außerdem gehörten Freuds

Patienten einer zu ausgewählten Personengruppe an. Freuds besonderes Interesse an bestimmten Themen, wie Sexualität, könnte dazu geführt haben, dass andere wichtige Bereiche vernachlässigt wurden. Es wird auch kritisiert, dass Konzepte, wie das Es, das Ich und das Überich, häufig so beschrieben wurden, als besäßen sie eine eigenständige Existenz.

Trotz allem hatte Freud einen bedeutenden Einfluss auf allgemein anerkannte Annahmen in der

Klinischen Psychologie: Man geht auch heute davon aus, dass Kindheitserfahrungen zur Entwicklung der Persönlichkeit wesentlich beitragen. Zudem sind sich Menschen der Ursachen ihres Verhaltens nicht immer bewusst. Abwehrmechanismen spielen auch in der neueren Forschung bei Stressbewältigung eine Rolle. Durch die Psychoanalyse wurden Kliniker und Psychopathologen bis heute für die nicht offenkundigen Momente des menschlichen Verhaltens sensibilisiert.



Weiterführende Literatur

Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M. & Wilke, E. (2007). *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Heidelberg: Springer.

Thomä, H. & Kächele, H. (2002). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Heidelberg: Springer.

2.3 Humanistische und existentielle Paradigmen

In humanistischen und existentiellen Therapieformen geht es wie in psychodynamischen Therapien um die Vermittlung von Einsichten.



Humanistische und existentielle Therapien gehen davon aus, dass sich gestörtes Erleben und Verhalten am ehesten ändert, wenn dem Patienten seine Motive und Bedürfnisse bewusster werden.

Doch zwischen der Psychoanalyse und ihren Ablegern auf der einen und existentiell-humanistischen Ansätzen auf der anderen Seite gibt es einige deutliche Unterschiede: Das psychodynamische Paradigma geht davon aus, dass die menschliche Natur, das Es, etwas darstellt, was Einschränkungen braucht, dass das Ich zwischen der Umwelt und den im Wesentlichen antisozialen, im günstigsten Fall asozialen, aus biologischen Trieben herrührenden Impulsen vermitteln muss, damit eine Sozialisation effektiv ist. Existentiell-humanistische Therapien betonen insbesondere die Entscheidungsfreiheit des Einzelnen. Der freie Wille gilt als wichtigste mensch-

liche Eigenschaft. Er ist allerdings ein zweischneidiges Schwert, da er nicht nur Voraussetzung für Erfüllung und Freude ist, sondern auch Schmerz und Leid mit sich bringen kann. Er ist eine angebotene Gabe, von der wir Gebrauch machen müssen, und das erfordert ganz besonderen Mut. Nicht jeder kann dieser Herausforderung begegnen. Wer es nicht kann, gilt als Kandidat für klientenzentrierte, existentielle Therapieformen und die Gestalttherapie.

Humanistische und existentielle Paradigmen, die auch als phänomenologische Paradigmen bezeichnet werden, lassen weitgehend außer Acht, wie psychische Probleme sich entwickeln. Sie konzentrieren sich vor allem auf die Intervention; daher befassen wir uns hauptsächlich mit der Therapie.

2.3.1 Die klientenzentrierte Therapie nach Carl Rogers

Der Psychologe Carl Rogers entwickelte seine theoretischen Vorstellungen von psychischen Störungen und Psychotherapie durch intensive klinische Erfahrung. In den 40er und 50er Jahren lehrte er an der Universität und half dann, das „Center for Studies of the Person“ in La Jolla, Kalifornien, aufzubauen. Rogers geht von mehreren grundlegenden Annahmen über die menschliche Natur (Normalität) aus und hat bestimmte Vorstellungen von der Art und Weise, wie sie zu verstehen ist (Rogers, 1951), wie Störungen entstehen und zu beheben sind:

► Wir können andere nur aus der Perspektive ihrer eigenen Wahrnehmungen und Gefühle verstehen, d. h. aus ihrer phänomenologischen Welt.

Tabelle 2.2 Vergleich humanistischer und existentieller Paradigmen

Gemeinsamkeiten	Rogers klientenzentrierte Therapie	Existenzielle Therapie	Gestalttherapie
Im Mittelpunkt steht die Einsicht; betont wird der freie Wille die Verantwortung und die persönliche Entfaltung; phänomenologischer Ansatz	Menschen sind von Natur aus gut und leistungsfähig; gestörtes Verhalten ist allein Folge falscher Lernprozesse. Bei der Therapie werden keine Ziele vorgegeben, und der Therapeut bringt dem Patienten vorbehaltlos positive Wertschätzung entgegen. Das empathische Verstehen ist die wichtigste Strategie: Empathisches Verstehen (dem Patienten seine Gedanken und Gefühle verdeutlichen) und fortgeschrittene Empathie (interpretieren, was sich hinter den Äußerungen des Patienten verbirgt).	Der Patient wird ermutigt, sich der Angst vor Entscheidungen zu stellen. Therapeutische Techniken werden vermieden. Betonung auf authentischen Beziehungen zu anderen.	Menschen sind von Natur aus gut und leistungsfähig, sie können jedoch das Bewusstsein für ihre Wünsche und Bedürfnisse verlieren. Die Therapie konzentriert sich auf das Hier und Jetzt, nicht auf die Vergangenheit. Verschiedene Techniken (z. B. Ich-Sprache, leerer Stuhl) helfen dem Patienten, sich seiner Wünsche, Bedürfnisse und Ängste bewusst zu werden, so dass er sie in seine Persönlichkeit integrieren kann.

Nicht den Ereignissen selbst, sondern der Art und Weise, wie der andere sie erlebt, muss unsere Aufmerksamkeit gelten, denn die phänomenologische Welt des Einzelnen ist die Hauptdeterminante seines Erlebens und Verhaltens und macht ihn einmalig.

- ▶ Gesunde Menschen sind sich ihres Erlebens und Verhaltens bewusst. Insofern hat das System von Rogers Ähnlichkeit mit der Psychoanalyse und der Jungschen Ich-Analyse, denn auch Rogers betont, dass Motive bewusst sein sollen.
- ▶ Gesunde Menschen sind von Natur aus gut und leistungsfähig. Gestörtes Erleben und Verhalten sowie beeinträchtigtes Leistungsvermögen sind allein die Folge falscher Erfahrungs- und Lernprozesse.
- ▶ Das Verhalten gesunder Menschen ist zweck- und zielgerichtet. Sie sind ihrer Umwelt und ihren inneren Trieben nicht passiv ausgeliefert. Sie sind selbstgesteuert. In dieser Annahme ist Rogers den Ich-Analytikern näher als den Psychoanalytikern freudianischer Prägung.
- ▶ Therapeuten sollten nicht versuchen, Ereignisse für ihre Patienten zu verändern. Sie sollten vielmehr Bedingungen schaffen, die es den Patienten leichter machen, frei zu entscheiden. Wenn die Menschen sich keine Sorgen um Beurteilungen,

Forderungen und Vorlieben anderer machen müssen, dann wird ihr Leben von der angeborenen Neigung zur Selbstaktualisierung bestimmt.

Rogers therapeutische Intervention

Entsprechend seiner Sicht des Menschen vermeidet es Rogers, dem Patienten während der Therapie Ziele vorzugeben. Der Patient soll die Leitung übernehmen sowie Gespräch und Sitzungsverlauf selbst bestimmen. Der Therapeut schafft die Bedingungen, die es dem Patienten ermöglichen, in den gemeinsamen Stunden zu seiner eigentlichen Natur zurückzufinden und selbst zu beurteilen, was für ein Leben ihm entspricht und ihn befriedigt. Aufgrund seines überaus positiven Menschenbildes ist Rogers davon überzeugt, dass die eigenen Entscheidungen den Betroffenen nicht nur glücklich machen, sondern auch in einen guten, zivilisierten Menschen verwandeln werden. Natürlich ist der Weg zu diesen guten Entscheidungen nicht immer einfach.

Nach der Auffassung von Rogers und anderen humanistisch und existentiell orientierten Therapeuten müssen die Patienten die Verantwortung für sich selbst übernehmen, auch dann, wenn sie eine psychische Störung haben. Für den Therapeuten ist es häufig schwierig, keine Ratschläge zu geben oder die Verantwortung für das Leben eines Patienten

nicht übernehmen zu wollen, besonders, wenn der Patient anscheinend nicht in der Lage ist, seine eigenen Entscheidungen zu treffen. Die Therapeuten richten sich jedoch nach dem Grundsatz, dass sich die angeborene Fähigkeit des Individuums zum Wachstum und zur Selbstverwirklichung durchsetzen wird, wenn die therapeutische Atmosphäre warm, aufmerksam und offen ist und der Therapeut den Patienten akzeptiert, wie er ist, und ihm vorbehaltlos positive Wertschätzung entgegenbringt.

Andere Menschen setzen das ein, was Rogers bedingte Wertschätzung nennt: „Ich werde dich lieben, wenn du ...“. Der klientenzentrierte Therapeut schätzt den Patienten so, wie er ist, und bringt ihm Wärme entgegen, die nichts fordert, auch wenn er das Verhalten und Erleben des Patienten nicht immer billigt. Menschen haben allein deshalb einen Wert, weil sie Menschen sind. Und auch ein Therapeut muss seinen Patienten zutiefst schätzen und respektieren – einfach weil der Patient auch ein Mensch ist, der seinen Lebenskampf kämpft und innerlich wachsen möchte.

Die klientenzentrierte Therapie wendet zwar keine bestimmte Technik an, jedoch ist eine Strategie – das empathische Verstehen – entscheidend für diesen Ansatz. Ziel des phänomenologisch orientierten, klientenzentriert arbeitenden Therapeuten ist, dass der Patient aus seiner gegenwärtigen phänomenologischen Welt in eine andere wechselt; daher ist Empathie, die über das Gegenwärtige hinausgeht, wichtig. Da Emotionen und Handlungen davon bestimmt werden, wie der Einzelne sich selbst und seine Umgebung wahrnimmt, d. h. durch seine Phänomenologie, brauchen diejenigen, die mit ihrer gegenwärtigen Lebensweise nicht zurechtkommen oder unzufrieden sind, eine neue Phänomenologie. Von Anfang an bestand das Interesse der klientenzentrierten Therapie – und aller anderen phänomenologischen Therapien – also zwangsläufig darin, dass der Patient einen Bezugsrahmen annimmt, der sich von dem zu Beginn der Therapie unterscheidet. Dem Patienten nur seine gegenwärtige Phänomenologie vor Augen zu führen, kann keinen therapeutischen Wandel bewirken. Der Patient muss eine neue Phänomenologie erwerben.

Nach unserer Auffassung ist es beim empathischen Verstehen, das über das Gegenwärtige hinaus-

geht, Aufgabe des Therapeuten, eine Theorie zu entwickeln. Nach einigen Sitzungen leitet der Therapeut aus dem, was der Patient sagt und wie er es sagt, eine Hypothese darüber ab, was diesen wirklich bewegt, ihm aber verborgen ist.

2.3.2 Die existentielle Therapie

Humanismus und Existentialismus haben viel gemeinsam; die humanistischen Arbeiten von Rogers können jedoch dem eher existentialistischen Ansatz gegenübergestellt werden, der sich auf die Schriften von Philosophen wie Sartre, Kierkegaard und Heidegger sowie auf die Psychiater Ludwig Binswanger und Medard Boss in der Schweiz und Viktor Frankl in Österreich bezieht.

Wie die humanistische stellt auch die existentialistische Auffassung das persönliche Wachstum in den Mittelpunkt. Es gibt allerdings wichtige Unterschiede: Der Humanismus eines Rogers wurzelt in der Überzeugung, dass der Mensch von Natur aus gut ist. Frei von grundlosen Ängsten und gesellschaftlichen Restriktionen würden alle Menschen sich normal, ja sogar ungewöhnlich gut entwickeln, so wie eine Blume dem Samen entspringt, wenn sie nur genug Licht, Luft und Wasser hat. Der Existentialismus ist schwermütiger und hat etwas Düsteres. Obwohl er den freien Willen und die Verantwortung des Einzelnen einschließt, betont er die Angst, die mit wichtigen Entscheidungen unausweichlich verbunden ist, mit Entscheidungen, von denen die Existenz abhängt: Soll man bei einem Ehepartner, in einem Beruf, ja sogar in dieser Welt bleiben oder nicht?

2.3.3 Die Gestalttherapie

Die Gestalttherapie, die sowohl humanistische als auch existentielle Elemente beinhaltet, beruht auf den Arbeiten von Frederick S. (Fritz) Perls. Wie Rogers glaubte auch Perls, dass der Mensch seinem Wesen nach gut sei, man müsse ihm nur ermöglichen, diese seine wahre Natur auszudrücken. Psychische Probleme haben ihren Ursprung in Frustrationen und Verleugnungen dieses angeborenen Guten. Im Gegensatz zur Psychoanalyse, die vor-

nehmlich die negativen und verzerrten Merkmale des Menschen zu sehen scheint, konzentriert sich die Gestalttherapie wie andere humanistische Ansätze auf die kreativen und expressiven Aspekte.

Die Gestalttherapie versucht vor allem, den Patienten dabei zu helfen, ihre Bedürfnisse, Wünsche und Ängste zu verstehen und zu akzeptieren sowie ihr Bewusstsein davon zu fördern, wie sie sich selbst vom Erreichen ihrer Ziele und von der Befriedigung ihrer Bedürfnisse abhalten. Zu den Grundannahmen der Gestalttherapie gehört, dass jeder in jede Situation seine Bedürfnisse und Wünsche mitbringt. Wir nehmen Situationen nicht einfach so wahr, „wie sie sind“. Vielmehr nehmen wir unsere soziale Umwelt in Anspruch, indem wir unsere Bedürfnisse, Ängste oder Wünsche auf „das da draußen“ projizieren. Wenn ich mit einem Fremden spreche, reagiere ich nicht einfach auf diesen Menschen, so wie er ist; ich reagiere auf den Fremden im Kontext meiner Bedürfnisse. Manchmal wirkt sich eine nicht erlebte Angelegenheit aus der Vergangenheit darauf aus, wie wir in der Gegenwart mit jemandem umgehen.

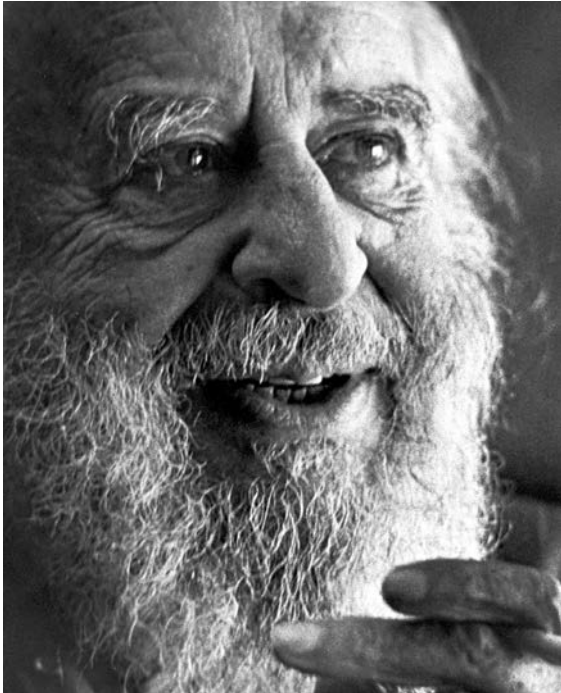


Abbildung 2.7 Frederick (Fritz) Perls (1893–1970) war der eindrucksvolle Begründer der Gestalttherapie

2.3.4 Bewertung der humanistischen und existentiellen Paradigmen

Wie wir gesehen haben, konzentrieren sich Rogers und die existentiell orientierten Therapeuten auf die Phänomenologie der Patienten. Wie aber können Therapeuten wissen, ob sie die Welt, wie sie dem Patienten erscheint, tatsächlich so verstehen? Die Validität der Schlüsse, die ein Therapeut aus der Phänomenologie des Patienten zieht, ist ein wichtiger und nicht geklärter Punkt. Außerdem kann die Annahme, Menschen seien von Natur aus gut und – sofern sie nicht durch falsches Lernen davon abgehalten werden – trafen Entscheidungen, die zur persönlichen Erfüllung führen, ebenfalls in Frage gestellt werden. Andere Sozialphilosophen (z. B. Thomas Hobbes) sind wesentlich weniger optimistisch, was die menschliche Natur anbelangt.

Die Botschaft der Gestalttherapie ist, dass der Mensch kein Gefangener seiner Vergangenheit ist und dass Veränderung jederzeit möglich ist. Wenn aber die Betroffenen nicht wissen, wie sie sich anders verhalten sollen, kann auch beträchtlicher Schaden entstehen. Hat z. B. ein sozial gehemmter Mensch nicht gelernt, sich im Gespräch mit anderen zu behaupten, ist es möglicherweise wenig sinnvoll, ihm diese Hemmung bewusst zu machen und ihn zu mehr Selbstsicherheit zu ermuntern. Fehlen dazu die nötigen Fertigkeiten, ist der Betroffene zum Scheitern verurteilt.

Rogers Verdienst ist es, die Psychotherapieforschung ins Leben gerufen zu haben. Er bestand darauf, dass Ergebnisse sorgfältig untersucht und empirisch validiert werden, und nahm als Erster Therapiesitzungen auf Band auf, so dass das Verhalten des Therapeuten zum Ergebnis der Therapie in Beziehung gesetzt werden konnte. Die Empathie des Therapeuten ist nach Rogers' Auffassung ausschlaggebend für das Behandlungsergebnis. Die Resultate der Untersuchungen sind jedoch nicht eindeutig (Greenberg, Elliott & Lietaer, 1994). Wahrscheinlich ist es trotzdem sinnvoll, bei der Ausbildung junger Therapeuten auf solche Qualitäten weiterhin Wert zu legen, denn sie scheinen es dem Patienten leichter zu machen, sehr persönliche und manchmal unangenehme Dinge über sich selbst zu erzählen.

Fazit**Was sind die Grundgedanken des klientenzentrierten Konzepts von Rogers?**

Rogers hat bestimmte Vorstellungen von der menschlichen Natur. Er geht davon aus, dass nicht Ereignisse an sich, sondern die Art und Weise, wie der Mensch sie erlebt, bestimmt, wie er sich verhält. Gesunde Menschen sind sich nach Rogers ihrer Motive bewusst und sind von Natur aus gut und leistungsfähig. Ihr Verhalten ist zweck- und zielgerichtet. Gestörtes Verhalten resultiert aus falschen Lernprozessen. Die Konsequenz für die klientenzentrierte Therapie ist, dass dem Patienten bedingungslos positive Wertschätzung entgegengebracht wird und dass der Therapeut dem Patienten auf eine non-direktive Art ermöglicht, zu seiner eigentlichen Natur zurückzufinden und selbst zu beurteilen, was für ein Leben ihm entspricht und ihn befriedigt. Das therapeutische Vorgehen richtet sich nach dem Grundsatz, dass sich die angeborene Fähigkeit des Individuums zu Wachstum und Selbstverwirklichung durchsetzen wird.

Wie unterscheiden sich die existenzielle Therapie und die Gestalttherapie von Rogers humanistischem Konzept?

Während Rogers davon überzeugt ist, dass der Mensch von Natur aus gut ist, ist der Existentialismus schwermütiger: Er beinhaltet zwar auch den freien Willen und die Verantwortung des Einzelnen, aber er betont vor allem die Angst, die mit vielen existenziellen Entscheidungen verbunden ist. In der Therapie soll sich der Patient dieser Angst stellen. Nach Perls, auf dessen Arbeiten die Gestalttherapie beruht, haben psychische Probleme ihren Ursprung in Frustrationen und Verleugnungen des angeborenen Guten im Menschen. Die Gestalttherapie soll dem Patienten helfen, seine momentanen Bedürfnisse, Wünsche und Ängste wahrzunehmen und zu akzeptieren. Das Leben findet einzig im Hier und Jetzt statt.

**Weiterführende Literatur**

Rogers, C.R. (1973). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.

2.4 Lerntheoretische Paradigmen

Klinische Psychologen, die im Rahmen des lerntheoretischen (behavioristischen) Paradigmas arbeiten, gehen davon aus, dass abweichendes Erleben und Verhalten auf dieselbe Art und Weise erlernt wird wie normales Verhalten.

Die Psychologie des frühen 20. Jahrhunderts wurde nicht vom Lernen, sondern vom Strukturalismus beherrscht, der es sich zur Aufgabe gemacht hatte, das Funktionieren des menschlichen Geistes zu erforschen. Ziel der Psychologie – damals eine noch sehr junge Disziplin – war es demnach, mehr über den menschlichen Geist zu erfahren und zu diesem Zweck seine elementaren Konstituenten zu analysieren. Man hoffte, dieses Ziel durch sorgfältige Introspektion, Selbstbeobachtung und Berichte über geistige Prozesse zu erreichen.

2.4.1 Die Entwicklung des Behaviorismus

Nach einigen Jahren des Experimentierens verloren viele den Glauben an diesen Ansatz. Das Problem bestand darin, dass verschiedene Forschungsgruppen zu widersprüchlichen Ergebnissen kamen. Ihren Höhepunkt erreichte die wissenschaftliche Unzufriedenheit bei John B. Watson (1878–1958), der 1913 mit seinen Ansichten zum Behaviorismus die Psychologie revolutionierte.

Zitat

Psychologie, wie der Behaviorist sie sieht, ist ein rein objektiver, experimenteller Zweig der Naturwissenschaft. Ihr theoretisches Ziel ist die Voraussage und Kontrolle von Verhalten. Weder stellt die Introspektion einen wesentlichen Bestandteil ihrer Methoden dar noch ist der wissenschaftliche Wert ihrer Daten davon abhängig, ob diese ohne weiteres einer Interpretation in Begriffen des Bewusstseins zugänglich sind. (Watson, 1913, S. 158)

Auf der Suche nach Ersatz für die Introspektion sah sich Watson bei denjenigen Psychologen um, die mit Hilfe experimenteller Verfahren das Lernen bei Tie-

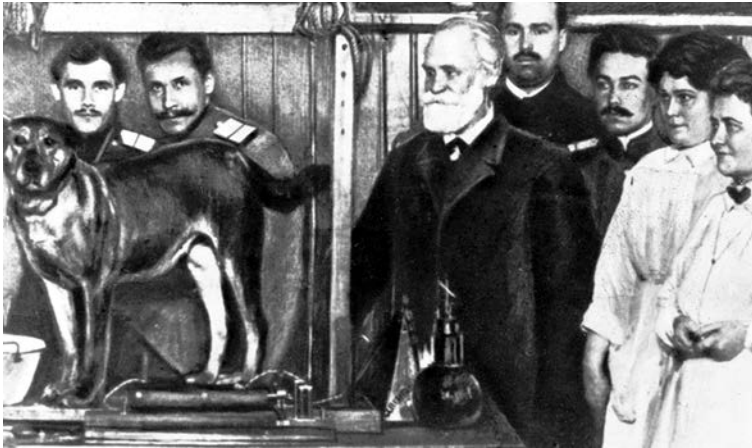


Abbildung 2.8 Der russische Physiologe und Nobelpreisträger Iwan B. Pawlow entwickelte die Theorie der klassischen Konditionierung

ren untersuchten. So rückte in der Zeit nach Watson das Lernen anstelle des Denkens in den Mittelpunkt des psychologischen Interesses. Behaviorismus kann als Ansatz definiert werden, der sich mehr dem Studium des beobachtbaren Verhaltens als dem Bewusstsein widmet. Wir werden jetzt drei Arten des Lernens betrachten, auf die sich die Forschungsanstrebungen von Psychologen gestützt haben.

Klassische Konditionierung

Ein Typ des Lernens, die klassische Konditionierung, wurde um die Jahrhundertwende ganz zufällig von dem russischen Physiologen Iwan Pawlow (1849–1936) entdeckt. Er hatte im Verlauf seiner Untersuchungen zum Verdauungssystem einem Hund zur Anregung des Speichelflusses pulverisiertes Fleisch gefüttert. Nach kurzer Zeit fiel Pawlows Laborassistenten auf, dass der Hund bereits Speichel absonderte, wenn er die Schritte desjenigen hörte, der ihn fütterte. Pawlows Neugier war geweckt, und er beschloss, diese Reaktion systematisch zu untersuchen. Im ersten der zahlreichen Experimente wurde hinter dem Hund eine Glocke angeschlossen, dann wurde ihm das Fleischpulver in die Schnauze geschoben. Nachdem man diese Prozedur einige Male wiederholt hatte, begann der Hund zu speicheln, sobald die Glocke ertönte und bevor die Nahrung erschien.

Da das Fleischpulver automatisch, d. h. ohne vorheriges Lernen, Speichelfluss auslöst, wird es als unconditionierter Reiz (UCS) bezeichnet und die Reaktion darauf als unconditionierte Reaktion (UCR). Geht der Nahrungsgabe mehrere Male ein

neutraler Reiz (NS), etwa ein Glockenton, voraus, kann schließlich dieser als konditionierter Reiz (CS) die konditionierte Reaktion (CR; in diesem Experiment der Speichelfluss) auslösen (siehe Abb. 2.9). Die konditionierte Reaktion unterscheidet sich in der Regel leicht von der unconditionierten (z. B. Rescorla, 1988); diese feinen Unterschiede gehen jedoch über den Rahmen dieses Buches hinaus. Je häufiger Glockenton und Fleischpulver gleichzeitig dargeboten werden, umso häufiger löst der Glockenton Speichelsekretion aus. Wenn wiederholt

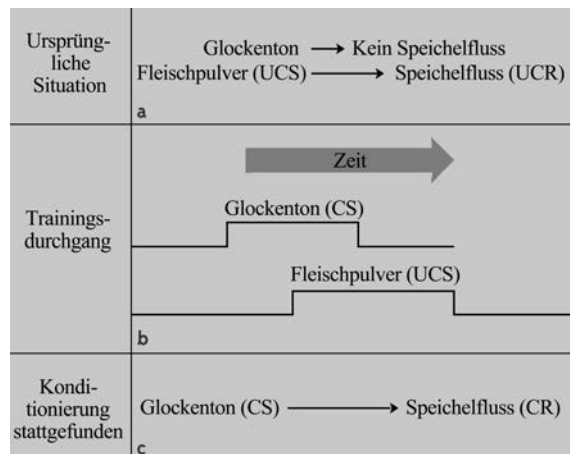


Abbildung 2.9 Der Vorgang der klassischen Konditionierung. **a** Vor dem Lernvorgang löst das Fleischpulver (UCS) die Speichelsekretion (UCR) aus, der Glockenton (CS) aber nicht. **b** Die Lernversuche bestehen aus Vorgaben von CS, denen UCS unmittelbar folgt. **c** Die klassische Konditionierung ist erfolgt, wenn der vorher neutrale Glockenton die Speichelsekretion (CR) auslöst

dem Glockenton kein Fleischpulver folgt, wird von Mal zu Mal weniger Speichel abgesondert, und die konditionierte Reaktion verschwindet allmählich.

Der kleine Albert. In einem anderen, ethisch durchaus fragwürdigen Experiment entdeckte man, dass klassische Konditionierung sogar eine Angststörung auslösen kann. John Watson und Rosalie Rayner (1920) zeigten Albert, einem elf Monate alten Jungen, eine weiße Ratte. Albert zeigte zunächst keine Angst vor dem Tier und schien mit ihm spielen zu wollen. Aber immer, wenn Albert nach der Ratte greifen wollte, schlug der Versuchsleiter hinter Alberts Kopf auf ein Metallstück, und der dadurch ausgelöste Lärm (unkonditionierter Reiz) erschreckte den kleinen Jungen fürchterlich (unkonditionierte Reaktion). Nach fünf solchen Versuchen zeigte Albert beim bloßen Anblick der Ratte, auch ohne Lärm, alle Anzeichen großer Verstörung (konditionierte Reaktion). Die Angst, die ursprünglich mit dem Lärm verbunden war, wurde nunmehr vom zuvor neutralen Reiz (jetzt konditionierten Reiz), der weißen Ratte, ausgelöst. Diese Untersuchung legt eine mögliche Beziehung zwischen der klassischen Konditionierung und der Entstehung bestimmter emotionaler Störungen, in diesem Fall einer Phobie, nahe.

Operante Konditionierung

Gesetz der Wirkung. Ein zweiter Haupttyp des Lernens leitet sich vor allem von der Arbeit Edward Thorndikes (1874–1949) her, die er in den 90er Jahren des 19. Jahrhunderts begonnenen hatte. Ihn interessierte nicht wie Pawlow die Verknüpfung zweier Reize, sondern der Effekt, den die Konsequenzen eines Verhaltens auf dieses haben. Er hatte beobachtet, dass eingesperrte streunende Katzen, die sich wütend bemühten, ihrem Käfig zu entkommen, irgendwann zufällig auf den Hebel drückten, der ihr Gefängnis öffnete. Sie wurden immer wieder eingefangen, und bald betätigten sie den Verschlussmechanismus unverzüglich und zielgerichtet. Thorndike formulierte ein Prinzip, das außerordentliche Bedeutung erlangen sollte – das Gesetz der Wirkung: Ein Verhalten, dessen Konsequenzen für den Organismus befriedigend sind, wird wiederholt. Ein

Verhalten, das unangenehme oder schädliche Folgen hat, wird seltener. Verhaltensweisen dienen also als Instrument, um bestimmte Wirkungen zu erzielen, die wiederum den Organismus bestärken oder entmutigen, diese Verhaltensweisen zu wiederholen.

Prinzip der Verstärkung. Vor über 70 Jahren führte dann B. F. Skinner (1904–1990) den Begriff der operanten Konditionierung für ein Verhalten ein, das auf die Umgebung wirkt. Er formulierte das Gesetz der Wirkung neu, indem er den zentralen Blickpunkt von der Verbindung zwischen Reizen und Reaktionen (S-R-Verbindungen) auf die Beziehung zwischen Reaktionen und ihren Konsequenzen oder Kontingenzen richtete. Der Unterschied ist gering, aber er spiegelt die Überzeugung Skinners wider, dass Reize nicht so eng an Reaktionen gebunden sind, sondern eine Möglichkeit für die Auslösung einer Reaktion darstellen, wenn sie zuvor verstärkt wurden. So führte Skinner den Begriff des diskriminativen Reizes ein, um äußere Gegebenheiten einzubeziehen, die dem Organismus sagen, dass einem bestimmten Verhalten eine bestimmte Konsequenz folgt.

Positive und negative Verstärkung. Durch die Umbenennung des „Gesetzes der Wirkung“ in das „Prinzip der Verstärkung“ unterschied Skinner zwei Arten von Verstärkung.

Definition

Positive Verstärkung bedeutet die Erhöhung der Häufigkeit bzw. Stärkung eines Verhaltens durch das Auftreten eines angenehmen Ereignisses, das als positiver Verstärker bezeichnet wird. Auch **negative Verstärkung** erhöht die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens, sie bewirkt dies jedoch durch die Beendigung eines (unangenehmen) Reizes.

Durch die Übertragung seiner umfangreichen Arbeiten mit Tauben auf das komplexe menschliche Verhalten (sein Roman „Futurum Zwei“ ist eine bekannte Utopie, in der er eine ideale Gesellschaft beschreibt, die auf seinen Verstärkungsprinzipien beruht) kam Skinner zu dem Schluss, dass die Freiheit der Wahl ein Mythos sei, denn jegliches Verhal-

ten werde durch positive und negative Verstärkung seitens der sozialen Umwelt determiniert. Ähnlich wie Watson sehen auch die „Skinnerianer“ (Skinner, 1953) als Ziel ihrer Forschung, Verhalten vorherzusagen und gezielt zu beeinflussen. Wenn man Verhalten nach Reizen, beobachtbaren Reaktionen und Verstärkungen analysiert, werden man schließlich ermitteln können, wann bestimmte Verhaltensweisen auftreten. Mit Hilfe dieser Informationen müsste man dann herausfinden, wie Verhalten erworben, beibehalten, geändert und aufgegeben wird.

Beobachtbare Reize und Reaktionen. In Skinners Ansatz werden abstrakte Begriffe und Konzepte vermieden. Von Bedürfnissen, Motivationen und Wünschen ist in Skinners Schriften nicht die Rede. Er meint, eine Psychologie, die ihrem Anspruch gerecht werden wolle, menschliches Verhalten befriedigend zu erklären, müsse ihr Forschungsinteresse auf unmittelbar beobachtbare Reize und Reaktionen sowie auf die Auswirkungen von Verstärkung beschränken. Psychologen, die sich dieser Auffassung anschließen, leugnen als Menschen keineswegs die Existenz innerer psychischer Zustände und Emotionen. Sie fordern lediglich, dass derartige Mediatoren bei der Entwicklung einer Wissenschaft des Verhaltens nicht angewendet werden.

Verhaltensformung (Shaping). In einem typischen Experiment zur operanten Konditionierung setzt man z. B. eine Ratte in einen Käfig (die berühmte „Skinner-Box“), an dessen einem Ende sich ein Hebel befindet. Zunächst wird die Ratte ihre neue Umgebung erkunden und dabei zufällig auch in die Nähe des Hebels kommen. In diesem Moment lässt der Versuchsleiter eine Futterpille in den Behälter neben dem Hebel fallen. Nach einigen solchen Belohnungen wird sich das Tier immer länger in der Nähe des Hebels aufhalten. Jetzt aber wird der Versuchsleiter den Futterbehälter nur füllen, wenn die Ratte den Hebel zufällig auch berührt. Nach ein paar belohnten zufälligen Berührungen wird die Ratte die Berührung häufig wiederholen. Ist diese Reaktion gut eingeschliffen, kann der Versuchsleiter zu einem strengeren Belohnungskriterium übergehen: Das Tier muss den Hebel tatsächlich niederdrücken. So wird das gewünschte operante Verhalten – der Hebeldruck – allmählich „geformt“, indem man eine

Reihe von Reaktionen belohnt, die sukzessive Annäherungen an eben dieses Verhalten sind. Die Häufigkeit des Hebeldrückens nimmt zu, sobald dieses Verhalten zum Kriterium für das Erscheinen der Futterpillen geworden ist; und es nimmt wieder ab, wenn der Hebeldruck folgenlos bleibt.

Als Beispiel dafür, wie operante Konditionierung auf die Ätiologie einer Störung angewendet werden kann, betrachten wir ein Hauptmerkmal der Störung des Sozialverhaltens (siehe 15.2.2), häufiges aggressives Verhalten. Aggression wird oft belohnt, wie z. B. wenn ein Kind ein anderes schlägt, um ein Spielzeug zu bekommen (der Erhalt des Spielzeugs ist dabei der Verstärker). Eltern können Aggression auch unbewusst verstärken, indem sie nachgeben, wenn das Kind zornig wird oder mit Gewalt droht, um ein Ziel zu erreichen (z. B. abends lange fernsehen dürfen).

Zwei-Faktoren-Theorie der Angst

Lassen Sie uns nun die beiden Formen des Lernens einbeziehende Analyse von Angst betrachten, wie sie O. Hobart Mowrer (1939) und Neal Miller (1948) entwickelten. In einem Experiment verabreichte man Ratten bei gleichzeitigem neutralem Reiz (etwa einem Klingelton) wiederholt einen Stromschlag. Der elektrische Schlag (unkonditionierter Reiz) löste die unkonditionierte Reaktion von Schmerz, Angst und Flucht aus. Nach einigen Durchgängen mit gleichzeitiger Präsentation von Stromschlag und Klingelton genügte schon der Klingelton, um die



Abbildung 2.10 Aggressives Verhalten von Kindern wird häufig verstärkt. Dadurch wird es wahrscheinlicher

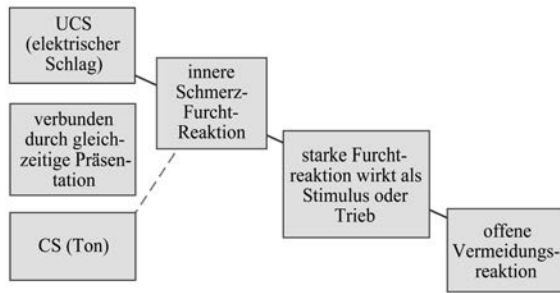


Abbildung 2.11 Schematische Darstellung von Mowrers Untersuchungen zum Vermeidungslernen. Die gestrichelte Linie weist darauf hin, dass die Versuchsperson gerade die Angst vor dem Summton lernt; die durchgezogene Linie, dass die Versuchsperson lernt, den elektrischen Schlag zu vermeiden

Angstreaktion auszulösen. Auch wenn der elektrische Schlag schließlich ganz ausblieb, reagierte das Tier auf den ursprünglich neutralen (konditionierten) Reiz mit Angst. Überdies zeigte sich, dass die Ratte neue Reaktionen lernte, um den Reiz zu meiden. Wie ließ sich nun die Tatsache, dass Tiere ein an sich harmloses Ereignis vermeiden lernen, in die Theorie einfügen? Mowrer (1947) und andere vermuteten, dass in diesem Falle – dem typischen Experiment zur Vermeidungskonditionierung – zwei Lernschritte gemacht werden (siehe Abb. 2.11):

- (1) Das Tier lernt durch klassische Konditionierung, den konditionierten Reiz zu fürchten.
- (2) Es lernt auf dem Wege operanter Konditionierung ein offenes Verhalten, um sich dem konditionierten Reiz zu entziehen und so die Angst abzuschwächen.

Diese Theorie wurde als Zwei-Faktoren-Theorie des Lernens bekannt. Kennzeichnend dafür sind also zweierlei Erklärungsmöglichkeiten für Angst: Angst als emotionale Reaktion, die gelernt wird wie jede andere beobachtbare Reaktion, und Angst als Antrieb, der Vermeidungsverhalten vermitteln kann. Damit wird Angst für die gleiche experimentelle Analyse zugänglich, die auch zur Erforschung beobachtbaren Verhaltens verwendet wird. Wenn wir z. B. wissen, dass unverstärkte Wiederholung einer offenen Reaktion zur Löschung dieser Reaktion führt, können wir vorhersagen, dass wiederholtes Auslösen einer Angstreaktion ohne den erwarteten Schmerz oder die erwartete Strafe die Angst allmäh-

lich verringern wird. Dies ist keineswegs belanglos – und wie wir in Kapitel 6 sehen werden, haben Behandlungen, die auf solchen Überlegungen basieren, vielen Menschen geholfen, ihre unangemessenen Ängste zu überwinden.

Fallbeispiel

Entwicklung einer Krankheitsangst

Michael, ein 28-jähriger Programmierer, litt stark unter Ängsten, die ihn davon abhielten, ärztliche Behandlung aufzusuchen, seinen todkranken Vater in der Klinik zu besuchen und bei der Geburt seines ersten Kindes dabei zu sein. Vor jeder Situation, die auch nur im Entferntesten mit einer Verletzung oder Krankheit verbunden ist, hat er Angst. Er kann nicht ertragen, dass ihm Blut abgenommen wird. Er kann schon nicht ertragen zu hören, dass jemand anders krank ist. Vor einigen Jahren wurde er Vegetarier, um den Gedanken an das Töten von Tieren aus dem Weg zu gehen.

Michael datiert den Beginn seiner Ängste auf sein zehntes Lebensjahr, als eine Lehrerin einen detaillierten Bericht über eine Operation am Bein gab, der sie sich unterzogen hatte. Als er zuhörte, begann er sich schwindlig zu fühlen, schwitzte stark und wurde schließlich ohnmächtig. Er hatte ähnliche Erfahrungen in der Jugend und als junger Erwachsener, wann immer er Zeuge der kleinsten Verletzung wurde, etwas von Krankheiten hörte oder eine kranke oder behinderte Person sah. Heute schaltet er Sendungen im Fernsehen sofort aus, wenn es darin um Behinderungen, Krankheiten oder Tod geht. Er ging noch zu keiner Schwangerschaftsuntersuchung seiner Ehefrau mit. Wenn er einen Rollstuhlfahrer oder eine behinderte Person sieht, wechselt er die Straßenseite oder verschwindet in einem Hauseingang oder Geschäft, um der Begegnung, dem Unwohlsein, der Ohnmacht aus dem Weg zu gehen.

Lerntheoretiker sehen die Ängste als klassisch konditioniert an, was durch weitere ähnliche Erfahrungen an krankheitsbezogene Situationen stabil gekoppelt wurde (erster Faktor). Das

Flucht- und Vermeidungsverhalten wird durch diese Hinweisreize ausgelöst und führt zur Vermeidung von Schwindel und Ohnmacht bzw. zum Nachlassen dieser unangenehmen Empfindungen (zweiter Faktor, negative Verstärkung).

2.4.2 Stellvertretendes Lernen (Modelllernen)

Wir alle lernen in unserem Leben durch Beobachtung und Nachahmung anderer immer wieder Neues, auch ohne Verstärker. Dieser Vorgang wird als Modelllernen bezeichnet. Experimente haben gezeigt, dass bestimmte Verhaltensweisen – z. B. das Teilen mit anderen, Aggression oder Furcht – nach Beobachtung des entsprechenden Verhaltens bei anderen an Häufigkeit zu- oder abnehmen können.

Bandura und Menlove (1968) setzten das Modelllernen ein, um Kindern die Angst vor Hunden zu nehmen. Ursprünglich ängstliche Kinder, die ein Modell beim furchtlosen Umgang mit einem Hund beobachteten, zeigten sich zunehmend bereit, auf einen Hund zuzugehen und ihn anzufassen. In gleicher Weise kann das Modelllernen die Entstehung von Verhaltensstörungen erklären. Kinder, deren Eltern unter Phobien oder substanzinduzierten Störungen leiden, können sich ähnliche Verhaltensweisen, zumindest teilweise, durch Beobachtung aneignen.

Unter den Lernparadigmen veranschaulicht das Modelllernen einen eindeutig wichtigen Punkt, nämlich die Frage, welche Rolle vermittelnde Prozesse für Lernen und Verhalten spielen. Schauen wir uns an, was im typischen Experiment zum Modelllernen geschieht: Eine Person beobachtet eine andere bei einer bestimmten Tätigkeit und verändert unverzüglich das eigene Verhalten. Für den Lernprozess ist es also weder nötig, das Verhalten selbst zu zeigen, noch, dafür verstärkt zu werden. Der Beobachtende lernt bereits, bevor er Gelegenheit zu beobachtbarer Reaktion hat. Solche und ähnliche Ergebnisse veranlassten Lerntheoretiker der 30er und 40er Jahre, auf vermittelnde Lernfaktoren (Mediatoren) unterschiedlichster Art zu schließen, um offenes Verhalten zu erklären.

Ganz allgemein gesagt, behauptet die Theorie des stellvertretenden Lernens, dass die offene Reaktion

nicht unmittelbar vom Umweltreiz, sondern von einem zwischengeschalteten Prozess (dem Mediator; z. B. Angst oder Denken) ausgelöst wird. Man fasst diesen Prozess als innere Reaktion auf. Ohne sich vom Behaviorismus loszusagen, vertreten Theoretiker des vermittelten Lernens die paradigmatische Position, dass es unter bestimmten Bedingungen sowohl legitim als auch unumgänglich ist, über beobachtbare Daten hinauszugehen.

2.4.3 Die Verhaltenstherapie

In den 50er Jahren entstand eine neue Form der Behandlung psychischer Störungen, die sog. Verhaltenstherapie. In der anfänglichen Form dieser Therapie wurden Techniken verwendet, die auf klassischer und operanter Konditionierung basierten. Gelegentlich wird auch der Begriff der „Verhaltensmodifikation“ verwendet, den Therapeuten bevorzugen, die vor allem operante Konditionierung in der Behandlung einsetzen. Zwar sorgte die Definition des Bereichs für erhebliche Aufregung, doch zeichnet sich die Verhaltenstherapie heute mehr durch ihre erkenntnistheoretische Haltung aus (durch ihre Suche nach strengen Wirksamkeitsnachweisen) als durch Treue zu einem bestimmten System von Konzepten.



Die Verhaltenstherapie versucht, Verhaltensstörungen, abweichende Gedanken und Gefühle in einem klinischen Zusammenhang durch Techniken zu ändern, die auf den Erkenntnissen aus experimentellen Untersuchungen normalen und abweichenden Verhaltens beruhen.

Das genaue Entstehungsdatum der Verhaltenstherapie ist schwierig festzulegen. In jedem Fall entstand sie nicht, indem ein paar Sozialwissenschaftler eines Morgens aufwachten und verkündeten, dass ab sofort Menschen mit psychischen Problemen mit Hilfe von Techniken behandelt werden sollten, die auf experimentellen Ergebnissen beruhen. Vielmehr entwickelten sich im Laufe der Jahre in der Klinischen Psychologie neue Ansichten darüber, wie mit den Problemen, die sich dort stellten, umzugehen sei.

Wir finden eine Unterscheidung von drei theoretischen Ansätzen in der Verhaltenstherapie sinnvoll, obwohl es zwischen ihnen Überschneidungen gibt:

- ▶ Gegenkonditionierung und Konfrontation
- ▶ operante Konditionierung
- ▶ Modelllernen.

Die kognitive Verhaltenstherapie wird oft als vierter Ansatz der Verhaltenstherapie angesehen, wir behandeln sie jedoch wegen ihrer Betonung menschlicher Denkprozesse getrennt in Abschnitt 2.5 über das kognitive Paradigma.

2.4.4 Bewertung der lerntheoretischen Paradigmen

In lerntheoretischen Ansätzen spielen biologische Faktoren nur noch eine sehr geringe Rolle. Sie konzentrieren sich vielmehr darauf, die Lernprozesse aufzuklären, die vermutlich zu unangemessenem Verhalten und Erleben führen. Mit dem lerntheoretischen Paradigma psychischer Störungen steht es ähnlich wie mit dem biologischen Paradigma. Genauso, wie es Letzterem noch nicht gelungen ist, die entsprechenden biologischen Fehlfunktionen aufzuspüren, konnte die Lerntheorie Verhaltensabweichungen bisher noch nicht überzeugend auf spezifische Lernerfahrungen zurückführen.

Überlegen wir nur, wie schwierig es wäre nachzuweisen, dass Depression als Folge einer bestimmten Vorgeschichte von Verstärkungen entsteht. Eine Person müsste mehrere Jahre ununterbrochen beobachtet, ihr Verhalten aufgezeichnet und jedes Auftreten eines Verstärkers notiert werden. Ähnlich werden Vertreter der Lernparadigmen bei eineiigen Zwillingen, die von ihren leiblichen Eltern aufgezogen wurden und beide im Laufe ihres Lebens schizophran werden, üblicherweise darauf hinweisen, dass sie die gleichen Verstärkungserfahrungen gemacht haben. Wird bei zweieiigen Zwillingen, die beide gemeinsam zu Hause erzogen wurden, nur einer schizophran, lautet die Erklärung im Sinne der Lernparadigmen, dass beide unterschiedliche Verstärker in der Vergangenheit hatten. Solche Erklärungen sind Zirkelschlüsse und genauso wenig zufriedenstellend wie manche psychodynamischen Schlüsse auf unbewusst-

te Prozesse, die auch von den Behavioristen missbilligt wurden.

Auch wenn eine lerntheoretische Erklärung psychischer Störungen innovative und erfolgreiche Behandlungsmöglichkeiten eröffnet, bedeuten Behandlungserfolge nicht zugleich auch, dass eine bestimmte Störung in erster Linie das Ergebnis eines Lernprozesses ist. Wenn man z. B. die Stimmung depressiver Menschen heben kann, indem man sie für mehr Aktivität belohnt, folgt daraus nicht, dass die Ursache für Depression und Apathie in fehlenden Belohnungen zu suchen ist.

Wie wird das Beobachtete in Verhalten umgesetzt? In ihren ursprünglichen Schriften über Modelllernen behaupteten Bandura und Walters (1963), ein Beobachter könne neues Verhalten irgendwie durch Beobachtung anderer lernen. Vor dem Hintergrund der Bedeutung, die in der experimentellen Psychologie dem „Learning by doing“ beigemessen wird, war diese Betonung des „Learning without doing“ wichtig. Dabei wurden jedoch die Prozesse nicht beachtet, die hier wirksam sein könnten.

Bei näherer Betrachtung des typischen Modellexperiments wird klar, welche Richtung Theorie und Forschung in den letzten Jahren eingeschlagen haben: Der Beobachter, ein Kind, sitzt auf einem Stuhl und sieht einen Film über ein anderes Kind, das Bewegungen macht (das z. B. einer großen aufgeblasenen Kunststoffpuppe auf eine ziemlich stereotype Weise einen Schlag versetzt) und eigenartige Laute von sich gibt. Eine Stunde später hat das Kind Gelegenheit nachzuzahlen, was es zuvor gesehen und gehört hat. Wie erwartet, ist es dazu auch in der Lage. Wie können wir nun verstehen, was hier passiert ist? Da das Kind motorisch nichts Besonderes tat, während es den Film sah, außer dass es vielleicht auf dem Stuhl hin- und hergerutscht ist, würde die Suche nach einem offenen Verhalten nichts erbringen. Offensichtlich fanden in dem Kind also kognitive Prozesse statt, darunter die Fähigkeit, sich später an das Gesehene zu erinnern. Aufgrund solcher Ergebnisse nahmen einige behavioristisch orientierte Forscher und Kliniker kognitive Variablen in ihre Analysen psychischer Störungen und in deren Behandlung auf.

Fazit

Was sind die Grundgedanken des Behaviorismus?

Eine wichtige Grundannahme des Behaviorismus ist, dass abweichendes Verhalten auf dieselbe Art und Weise erlernt wird wie normales Verhalten. Das Lernen geschieht auf verschiedene Arten, wie klassische Konditionierung, operante Konditionierung und Modelllernen. Die Psychologie soll, als Naturwissenschaft, objektiv und experimentell vorgehen. Der Behaviorismus widmet sich daher mehr dem Studium des beobachtbaren Verhaltens als dem Bewusstsein.

Was sind die Elemente der „Zwei-Faktoren-Theorie“ des Lernens?

Angst lässt sich wie folgt erklären: Im ersten Schritt wird Angst als Reaktion auf einen Reiz durch klassische Konditionierung gelernt. Im zweiten Schritt wird die Angst durch operante Konditionierung zum Antrieb für das Erlernen von Vermeidungsverhalten. Denn dadurch, dass die Angst durch die Vermeidung des gefürchteten Reizes entfällt, wird das Vermeidungsverhalten negativ verstärkt.

Welche kritischen Einwände werden gegen die lerntheoretische Erklärung abweichenden Verhaltens vorgebracht?

Die Lerntheorie konnte Verhaltensabweichungen bisher noch nicht überzeugend auf spezifische Lernerfahrungen zurückführen. Wenn bei Zwillingen beide eine bestimmte Störung entwickeln, weisen Lerntheoretiker auf gleiche Verstärkungserfahrungen hin. Entwickelt jedoch nur ein Zwilling die Störung, verweisen Lerntheoretiker auf unterschiedliche Verstärker in der Vergangenheit. Solche Erklärungen sind also Zirkelschlüsse und nicht ausreichend, eine Störung zu erklären. Auch Behandlungserfolge reichen nicht aus, um zu folgern, dass Verhaltensabweichungen durch Lernprozesse entstehen. Zudem werden biologische Prozesse zu stark außer Acht gelassen.



Weiterführende Literatur

- Skinner, B.F. (1975). Wissenschaft und menschliches Verhalten. München: Kindler.
- Westmeyer, H. & Hoffmann, N. (1977). Verhaltenstherapie – Grundlegende Texte. Hamburg: Hoffmann & Campe.

2.5 Das kognitive Paradigma

There is nothing either good or bad, but *thinking* makes it so. (Hamlet II, 2, Shakespeare)

Der Begriff „Kognition“ umfasst Prozesse des Wahrnehmens, Erkennens, Begreifens, Urteilens und Schließens. Die kognitive Psychologie beschäftigt sich mit der Frage, wie Menschen (aber auch Tiere!) ihre Erfahrungen strukturieren, wie sie ihnen einen Sinn beimessen und wie sie ihre gegenwärtigen Erfahrungen in Beziehung zu vergangenen, im Gedächtnis gespeicherten Erfahrungen setzen.

2.5.1 Die Grundlagen der kognitiven Theorien

Wir können bei weitem nicht auf alle Reize reagieren, die laufend auf uns einströmen. Wie filtern wir also diesen überwältigenden Input? Wie setzen wir ihn in Worte oder Bilder um, wie formen wir Hypothesen, kurz: Wie gelangen wir zur Wahrnehmung dessen, was um uns herum vorgeht? Kognitive Psychologen glauben, dass sich beim Lernen weit Komplexeres abspielt als die passive Bildung neuer Reiz-Reaktions-Verknüpfungen.

Kognitive Schemata. Auch die klassische Konditionierung wird von den kognitiven Psychologen eher als aktiver Prozess eingestuft, bei dem der Organismus etwas über die Beziehung zweier Ereignisse lernt, und nicht als automatische Prägung von Reizverbindungen (Rescorla, 1988). In der Sicht der kognitiven Psychologie interpretiert der Lernende eine Situation bewusst und aktiv im Lichte der Kenntnisse, die er in der Vergangenheit schon erworben hat; er versieht Erfahrung sozusagen mit einem Wahrnehmungstrichter. Neue Informationen werden in ein organisiertes Netz vorhandenen Wissens,

oft auch als Schema bezeichnet, eingepasst. Widerspricht eine neue Information dem Schema, wird dieses in dem erforderlichen Ausmaß neu organisiert. Der kognitive Ansatz erinnert den Leser vielleicht an unsere Beschreibung der Paradigmen in der Wissenschaft (1.2.1). Diese funktionieren ähnlich wie das kognitive Schema, denn sie dienen als Filter für unsere Erfahrungen.

Obwohl die Lernparadigmen anfänglich kognitive Konzepte vermeiden, ist in der Experimentalpsychologie das Interesse an kognitiven Prozessen gegenwärtig sehr groß. Das folgende kleine Experiment soll illustrieren, wie ein Schema oder eine kognitive Einstellung die Informationsverarbeitung und -speicherung beeinflussen kann.

Zitat

Der Mann stand vor dem Spiegel und kämmtete sich. Er überprüfte sorgfältig, ob die Rasur wirklich einwandfrei geraten war, und band sich dann die konservative Krawatte um, für die er sich entschieden hatte. Beim Frühstück studierte er die Zeitung sorgfältig und erörterte bei einer Tasse Kaffee mit seiner Frau die Möglichkeit, eine neue Waschmaschine anzuschaffen. Dann führte er einige Telefongespräche. Als er das Haus verließ, ging ihm durch den Kopf, dass seine Kinder im Sommer wohl wieder in das private Ferienlager würden fahren wollen. Als das Auto nicht ansprang, stieg er aus, warf die Tür zu und machte sich sehr verärgert in Richtung Bushaltestelle auf den Weg. Nun würde er zu spät kommen. (Bransford & Johnson, 1973, S. 415)

Lesen Sie die Geschichte nun noch einmal, fügen Sie aber vor „Mann“ das Wort „arbeitslos“ ein. Dann lesen Sie sie ein drittes Mal und ersetzen „Mann“ durch „Börsenmakler“. Achten Sie darauf, auf welcher unterschiedlichen Weise Sie den Text aufnehmen. Fragen Sie sich, welchen Zeitungsteil diese Män-

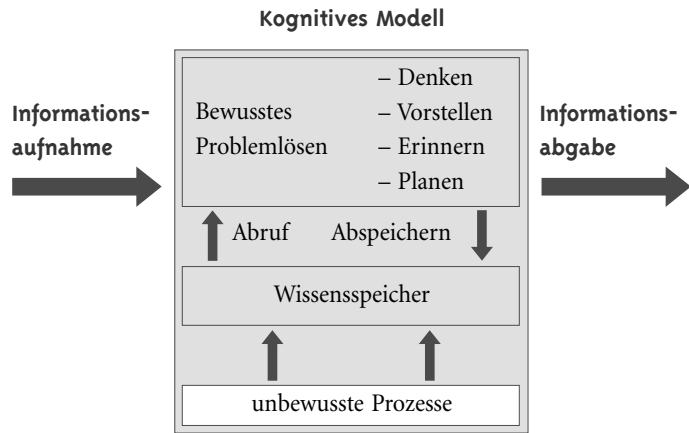


Abbildung 2.12 Schematische Darstellung des kognitiven Modells und der dabei beteiligten Prozesse

ner wohl lesen. Wäre diese Frage Teil eines Fragebogens gewesen, hätten Sie den arbeitslosen Mann vielleicht die Stellenanzeigen, den Börsenmakler den Wirtschaftsteil lesen sehen. Da in der Geschichte mit keinem Wort erwähnt wird, was der Mann liest, wäre Ihre Antwort falsch gewesen, sie wäre jedoch in jedem Fall sinnvoll und vorhersagbar gewesen.

Kognitive Psychologen bemühen sich seit drei Jahrzehnten verstärkt, ihre (experimentellen) Forschungsergebnisse für das Verständnis psychischer Störungen und die Entwicklung effektiver Therapieformen nutzbar zu machen. Nach einer weitverbreiteten Ansicht liegt z. B. Depressionen eine bestimmte kognitive Einstellung zugrunde, ein übermächtiges Gefühl von Hilflosigkeit (siehe 10.2.2 zur Theorie der gelernten Hilflosigkeit). Viele depressive Menschen sind davon überzeugt, dass sie auf ihre Umgebung – gleichgültig, was sie tun – so gut wie keinen Einfluss haben. Ihr Geschick scheint nicht in ihren eigenen Händen zu liegen, und sie erwarten nichts Gutes von der Zukunft. Wenn sich die Depression tatsächlich aufgrund eines Gefühls von Hilflosigkeit entwickelt, hätte das Folgen für die Art ihrer Behandlung. In den nachfolgenden Kapiteln werden wir bei der Beschreibung der meisten Störungen auf kognitive Theorien zurückkommen.

Die Macht der Kontrollüberzeugung: Einfluss von Einstellungen auf Gesundheit

In einem naturalistischen Experiment wurden insgesamt 91 Bewohner eines Altenheims, auf getrennten Stockwerken bzw. in verschiedenen Gebäudeteilen lebend, zufällig zwei unterschiedlichen Instruktionen zugeteilt und von der Geschäftsleitung mit folgenden Worten begrüßt:

Persönliche Verantwortung

„Wir haben Sie heute hier versammelt, um Ihnen die Angebote des Hauses vorzustellen und Ihre Einflussmöglichkeiten auf das, was hier passiert, aufzuzeigen. Sie entscheiden, wie ihr Zimmer gestaltet wird, ob Sie Besuch wollen oder nicht ... Wenn Sie etwas stört, dann haben Sie die Macht es zu verändern.“

Institutionsverantwortung

„Wir haben Sie heute hier versammelt, um Ihnen einige Informationen über das Haus zu geben. Wir wollen, dass Sie es hier schön haben. Wir bemühen uns, alles hier zu Ihrem Wohlergehen wie zu Hause zu machen. Wenn Sie etwas stört, dann lassen Sie es uns wissen, damit wir es ändern können.“

Alle Heimbewohner bekamen von der Geschäftsleitung dann noch eine Zimmerpflanze ausgehändigt und dazu folgendes gesagt:

„Diese Pflanze gehört Ihnen und es ist Ihre Verantwortung dafür zu sorgen, wie Sie es für richtig halten.“

„Übrigens zeigen wir am Donnerstag und Freitag immer einen Film. Wenn Sie Lust haben, können Sie den Film anschauen. Entscheiden Sie selbst, ob und wann Sie kommen wollen.“

„Diese Pflanze gehört Ihnen. Die Schwester wird dafür sorgen und sich um die Pflanze kümmern.“

„Übrigens zeigen wir am Donnerstag und Freitag immer einen Film. Wir lassen Sie es rechtzeitig wissen, an welchem Tag Sie eingeteilt sind.“

Alle Heimbewohner wurden vor dieser Information ärztlich und psychologisch untersucht. Die gesundheitliche Verfassung war in beiden Gruppen gleich. Zur Beurteilung der Effekte dieser unterschiedlichen Instruktionen wurden die Stationsschwester befragt, die nichts von den beiden unterschiedlichen Informationen wussten. Es ergab sich nach sechs Monaten für die „persönliche Verantwortung“ im Vergleich zu der „Institutionsverantwortung“, dass die Bewohner dort zufriedener, aktiver, kontaktfreudiger, interessierter und wacher beurteilt wurden. Nach eineinhalb Jahren zeigte sich unter der „persönlichen Verantwortung“ noch immer, dass die Bewohner als aktiver, interessierter, sozialer, zupackender eingeschätzt wurden. Darüber hinaus waren sie nach ärztlicher Beurteilung gesünder, weniger Tage im Krankenhaus, und von den Bewohnern waren nur 15 Prozent verstorben, während in der anderen Bedingung 30 Prozent verstorben waren. (Schulz, 1976)

2.5.2 Die kognitive Verhaltenstherapie

Der Schwerpunkt der bereits beschriebenen Verhaltenstherapien liegt auf der direkten Beeinflussung offenen Verhaltens und gelegentlich verdeckten Verhaltens, wobei Gedanken und Gefühle als inneres Verhalten aufgefasst werden. Die direkte Verände-

rung von Denkprozessen des Patienten spielt dabei kaum eine Rolle. Vermutlich ließen Verhaltenstherapeuten anfangs als Reaktion auf die einsichtsorientierten Therapie die Bedeutung von Kognitionen außer Acht, weil sie jeglichen Bezug zum Denken als Rückkehr zum Strukturalismus ansahen, den Wat-

son Anfang des 20. Jahrhunderts kategorisch abgelehnt hatte.

Die kognitive Verhaltenstherapie umfasst Theorie und Erforschung kognitiver Prozesse. Wir stellen sie hier zwar im Rahmen des kognitiven Paradigmas vor, sie ist jedoch eine Mischung aus dem kognitiven und dem lerntheoretischen Paradigma. Kognitive Verhaltenstherapeuten befassen sich mit persönlichen Erfahrungen – Gedanken, Wahrnehmungen, Urteilen, Aussagen über die eigene Person und sogar unausgesprochenen (unbewussten) Annahmen –; sie haben diese Prozesse untersucht und manipuliert, um offenes und verdecktes gestörtes Verhalten zu verstehen und zu verändern.

Definition

Mit **kognitiver Umstrukturierung** wird allgemein die Veränderung eines Denkmusters bezeichnet, das als Ursache für eine gestörte Emotion oder ein gestörtes Verhalten angesehen wird. Es gibt mehrere Möglichkeiten, diese Umstrukturierung zu bewirken.

2.5.3 Bewertung des kognitiven Paradigmas

Folgende Kritikpunkte am kognitiven Paradigma sollten erwähnt werden:

- ▶ Die Konzepte (z. B. Schemata) sind vage und nicht immer gut definiert.
- ▶ Zudem sind die kognitiven Erklärungen der Psychopathologie wenig hilfreich. Wenn gesagt wird, dass Depressionen durch negative Schemata entstehen, wissen wir, dass Depressive negative Gedanken haben. Solche Denkmuster sind jedoch Teil der Diagnosekriterien.

Das entscheidende Merkmal des kognitiven Paradigmas besteht darin, dass den Gedanken eine ursächliche Bedeutung zugeordnet wird, man also annimmt, dass die Gedanken die anderen Symptome, wie z. B. Niedergeschlagenheit, auslösen. Damit ist jedoch nicht erklärt, woher das negative Schema an sich kam. Bei kognitiven Erklärungen wird der Blick eher auf die gegenwärtigen Bedingungen der Störungen als auf die früheren Bedingungen ihrer Entstehung gerichtet.

Kognitives vs. lerntheoretisches Paradigma. Unterscheidet sich nun die kognitive Betrachtungsweise grundsätzlich von lerntheoretischen Paradigmen? Vieles von dem, was oben gesagt wurde, spricht dafür. Die zunehmende Bedeutung der kognitiven Verhaltenstherapie lässt uns zögern, denn hier geht es um das komplexe Wechselspiel von Meinungen, Erwartungen, Wahrnehmungen und Einstellungen auf der einen und offenem Verhalten auf der anderen Seite. Albert Bandura (1977), ein führender Verfechter von Verhaltensänderungen mit kognitiven Mitteln, glaubt, dass sich die Erfolge verschiedener Therapieformen u. a. damit erklären lassen, dass sie den Patienten ein Gefühl für die Selbstwirksamkeit und die eigenen Einflussmöglichkeiten vermitteln.

Gleichzeitig führt Bandura jedoch an, dass Änderungen des Verhaltens durch Verhaltenstechniken der effektivste Weg zur Stärkung der Selbstwirksamkeit sei. Therapeuten wie Albert Ellis wollen Emotionen und Verhalten dagegen mit Hilfe unmittelbarer Veränderung von Kognitionen durch Argumente, Überzeugungsarbeit, sokratische Dialoge u. Ä. günstig beeinflussen. Doch die Sache ist noch kom-

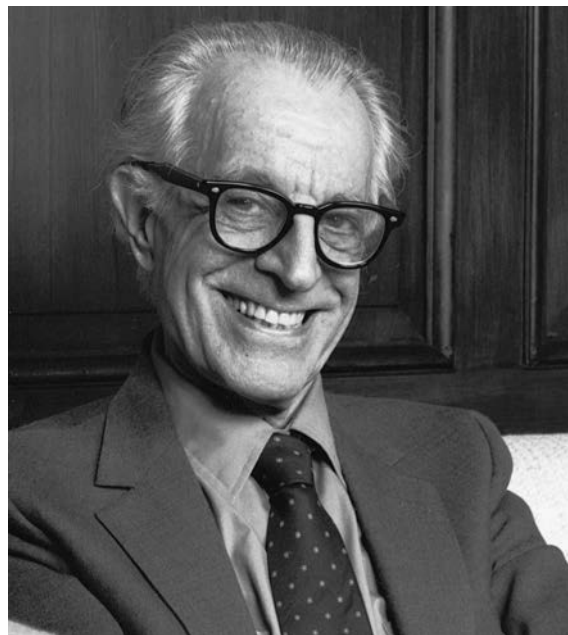


Abbildung 2.13 Albert Ellis begründete die rational-emotive Verhaltenstherapie. Er konzentrierte sich insbesondere auf die Rolle irrationaler Überzeugungen als Ursache abweichenden Verhaltens

plizierter, denn Ellis und seine Anhänger legen auch großen Wert auf „Hausaufgaben“ und verlangen von ihren Patienten, Verhaltensweisen zu erproben, die ihnen bisher durch negatives Denken verschlossen waren. Ellis benannte seine Therapie sogar um in rational-emotive Verhaltenstherapie, um die Bedeutung des offenen Verhaltens hervorzuheben. Kognitive Verhaltenstherapeuten arbeiten gleichermaßen auf kognitiver Ebene wie auf Verhaltensebene. Auf

der Grundlage kognitiver Konzepte versuchen sie, Überzeugungen mit verbalen Mitteln zu ändern; und Verhaltenstechniken setzen sie ein, um das Verhalten unmittelbar zu beeinflussen.

Dieses Problem kommt in der Terminologie zum Ausdruck, die im Zusammenhang mit Beck, Ellis und anderen benutzt wird. Sind sie kognitive Therapeuten oder kognitive Verhaltenstherapeuten? Wir werden weitgehend letztere Bezeichnung verwenden,

Tabelle 2.3 Vergleich des psychodynamischen und des kognitiv-lerntheoretischen Paradigmas

Psychodynamisches Paradigma	Kognitiv-lerntheoretisches Paradigma
Wir sagen nicht immer, was wir meinen.	Wir sagen gewöhnlich, was wir meinen, oder sind dazu zumindest ganz gut in der Lage.
Wir wissen oft nicht einmal, was wir meinen	Wir wissen normalerweise, was wir meinen.
Wir können sehr widersprüchliche Gefühle, Wünsche und Ängste haben.	Wir haben sehr widersprüchliche Gefühle, diese Widersprüche werden aber nicht beachtet.
Was sich an der Oberfläche abspielt, ist nicht immer, sondern eher selten der wichtigste Aspekt unseres Selbst.	Was sich an der Oberfläche abspielt, ist normalerweise der wichtigste Aspekt von uns. Die Suche nach Einflussvariablen kann Lerntheoretiker jedoch in den Bereich der Ursachen führen.
Unsere frühesten Lebenserfahrungen, insbesondere mit unseren Eltern und elterlichen Vorbildern, sind entscheidend.	Die momentanen Faktoren im Leben sind mindestens so wichtig wie vergangene Erfahrungen.
Wir können uns vor unseren eigenen Wünschen fürchten und über deren Ausdruck in Konflikt geraten.	Die Angst vor den eigenen Wünschen spielt eine weit geringere Rolle.
Wir wünschen oder fürchten oft/immer das, was von der Norm abweicht, was unkonventionell, bizarr oder tabu ist.	Die Wünsche und Ängste von Menschen sind viel prosaischer. Tabus sind kaum von Belang.
„Die Wahrheit wird uns frei machen“. Die Einsicht in die eigenen momentanen Motivationen hat an sich heilende Wirkung. Sie erleichtert die Kontrolle von Ängsten und Wünschen.	Einsicht, ein stärkeres Bewusstsein der Ursachen für das eigene Verhalten können hilfreich sein, die stärksten Kontrollvariablen sind jedoch in der Umwelt zu suchen. Je mehr kognitiv orientiert der Lerntheoretiker ist, umso näher kommt er den Theoretikern der Einsicht, wie z. B. den Psychoanalytikern.
Nicht sexuelle Befriedigung ist die Lösung, sondern das Bewusstsein der eigenen Wünsche, Bedürfnisse und Ängste. Im Zölibat Lebende sind keine Kandidaten für psychische Störungen, wenn sie sich ihrer Wünsche und Ängste bewusst sind. Die Befriedigung sexueller Bedürfnisse ist keine Voraussetzung für geistige Gesundheit (obwohl Freud ursprünglich zu dieser Sichtweise tendierte).	Die Befriedigung primärer Bedürfnisse wie Sexualität, Durst und Hunger sind sehr wichtig, der Sexualität wird jedoch eine wesentlich geringere Bedeutung beigemessen.

weil sie betont, dass der Therapeut zum einen Kognitionen als Hauptdeterminanten für Emotionen und Verhalten ansieht und zum anderen den Blick auf das beobachtbare Verhalten beibehält, der schon immer kennzeichnend für die Verhaltenstherapie war. Es ist dennoch wichtig, den Leser darauf hinzuweisen, dass Beck, obwohl er viele Verhaltensaufgaben als Teil seiner Therapie festsetzt, üblicherweise als der Gründer der kognitiven Therapie genannt wird, und dass oft die Auffassung vertreten wird, die rational-emotive Therapie (RET) von Ellis sei von der Verhaltenstherapie zu unterscheiden. In Tabelle 2.3 werden die grundlegenden Annahmen des psychoanalytischen und eines gemischt kognitiv-behavioristischen Paradigmas im Vergleich dargestellt.

Fazit

Was sind die Grundgedanken des kognitiven Paradigmas?

Kognitive Psychologen glauben, dass sich beim Lernen weit Komplexeres abspielt als die Bildung von Reiz-Reaktions-Verbindungen. Der Lernende interpretiert eine Situation bewusst und aktiv im Lichte der Erkenntnisse, die er in der Vergangenheit erworben hat. Die kognitive Psychologie geht davon aus, dass dysfunktionale Kognitionen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen eine wichtige Rolle spielen.

Was versteht man unter kognitiver Verhaltenstherapie?

Kognitive Verhaltenstherapie beinhaltet die Anwendung von lerntheoretischen und kognitiven Prinzipien, um offenes Verhalten, Denken und Emotionen unmittelbar zu verändern. Man kümmert sich weniger um die biographischen Ursachen des abweichenden Verhaltens als vielmehr darum, was es aufrechterhält, also um die Belohnungs- und Bestrafungskontingenzen, welche die problematischen Verhaltensmuster immer wieder anregen. Auch bestimmte Schemata und irrationale Denkmuster sind wichtige Faktoren bei abweichenden Verhaltensweisen und werden daher in der Therapie thematisiert.



Weiterführende Literatur

- Bandura, A., (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Hautzinger, M. (2001). *Kognitive Verhaltenstherapie psychischer Störungen*. Weinheim: Beltz/PVU.

2.6 Konsequenzen der Entscheidung für ein Paradigma

Wenn sich ein Wissenschaftler, der Verhaltensstörungen untersucht, ein bestimmtes Paradigma zu Eigen macht, entscheidet er zwangsläufig auch darüber, welche Art von Daten er erheben und wie er sie interpretieren wird. Er berücksichtigt nur das, was seiner Meinung nach die wahrscheinlichste Erklärung ist. So ist es durchaus denkbar, dass andere Möglichkeiten ignoriert und andere Informationen übersehen werden. Ein Verhaltenstheoretiker, der annimmt, dass eine normale Entwicklung ein bestimmtes Maß und ein bestimmtes Muster von Verstärkungen voraussetzt, erklärt die größere Häufigkeit von Schizophrenie in der Unterschicht womöglich mit unzureichender sozialer Belohnung. Ein biologisch orientierter Theoretiker wird den Lerntheoretiker eilends auf die vielen Menschen hinweisen, die unter ähnlich deprivierten Bedingungen aufwachsen und nicht schizophren werden. Dem hält der Lerntheoretiker zweifellos entgegen, dass man es dann eben mit unterschiedlichen Verstärkungsgeschichten zu tun habe. Der biologisch orientierte Theoretiker wird erwidern, solcherart post-hoc-Behauptungen ließen sich immer aufstellen.

Unser Physiologe könnte die These vertreten, die Korrelation zwischen sozialer Schicht und Schizophrenie beruhe auf bestimmten biochemischen Faktoren, die sowohl zur Schizophrenie disponieren als auch zum Mangel an intellektuellen Fähigkeiten, wie sie für bestimmte berufliche Positionen nötig sind. Dem wiederum wird der Verhaltenstheoretiker mit Fug und Recht entgegenhalten, dass diese Faktoren bis heute nicht gefunden seien. „Stimmt“, sagt dann der Verfechter der biologischen Theorie genauso berechtigt, „aber ich gehe jede Wette ein, dass es sie gibt. Nur würde ich nicht danach suchen, wenn ich

nur deinem Paradigma folgte.“ „Ja“, kontert der Lerntheoretiker, „nur werden dir bei deiner Suche vermutlich die subtilen Verstärkungsfaktoren entgehen, die wahrscheinlich sowohl Vorhandensein als auch Fehlen dessen erklären, was du Schizophrenie nennst.“ Die Tatsache, dass beide Disputanten in einem Sinne Recht und in einem anderen Unrecht haben, ist so spannend wie ärgerlich. Recht haben beide darin, dass ein bestimmtes Paradigma mit größerer Wahrscheinlichkeit auch zur Entdeckung bestimmter Daten führt. Unrecht haben sie mit ihrem Anspruch, es müsse letztlich ein und derselbe Faktor für die Entstehung aller psychischen Störungen ursächlich sein.

! Psychische Störungen sind viel zu mannigfaltig, als dass man sie nur innerhalb eines der bekannten Paradigmen angemessen erklären oder behandeln könnte.

Wenn wir uns im Folgenden mit verschiedenen psychischen Störungen beschäftigen, werden wir sehen, dass die hier vorgestellten Paradigmen in unterschiedlichem Ausmaß anwendbar sind. Im Hinblick auf zukünftige Entdeckungen ist es nur gut, dass Psychologen sich nicht einig sind, welches Paradigma das Beste ist. Wir wissen noch viel zu wenig, um uns endgültig auf die Überlegenheit eines Paradigmas festzulegen, und wichtige Arbeit gibt es noch genug zu tun. Wir werden noch häufig sehen, dass man Daten sinnvollerweise aus einer multifaktoriellen Perspektive betrachten sollte, denn die Ursache bestimmter psychischer Störungen kann sehr wohl in einer Wechselwirkung physiologischer und umweltbedingter Faktoren zu suchen sein – eine Betrachtungsweise, der wir uns im folgenden Abschnitt zuwenden wollen.

2.7 Das Diathese-Stress-Modell: Ein integratives Paradigma

Ein Paradigma, das breiter angelegt ist als die bisher besprochenen, ist das sog. Diathese-Stress-Modell.

Definition

Das **Diathese-Stress-Modell** verbindet biologische, psychologische, soziale und ökologische Faktoren und ist nicht auf eine bestimmte Schule, wie die lerntheoretische, kognitive oder psychodynamische, beschränkt. Es untersucht die oft subtilen Wechselwirkungen zwischen der Disposition für eine Krankheit – der Diathese – und belastenden Umwelt- oder Lebensereignissen – dem Stress.

Ganz genau genommen bedeutet Diathese eine konstitutionelle Disposition für eine körperliche Krankheit; man kann darunter jedoch auch jegliche Tendenz oder Neigung eines Menschen verstehen, auf eine besondere Weise auf Belastungen zu reagieren.

Biologische Faktoren. Eine ganze Reihe von Störungen, die wir in nachfolgenden Kapiteln noch besprechen werden, scheint z. B. eine genetisch übertragene Diathese zu haben. Hat man einen nahen Verwandten, der bis zu einem gewissen Grad die gleiche genetische Information trägt und an einer bestimmten Störung leidet, erhöht sich das Risiko, selbst an dieser Störung zu erkranken. Obwohl die genaue Struktur dieser genetischen Diathese bisher unbekannt ist (beispielsweise wissen wir nicht, durch welche Vererbung ein Mensch eher als ein anderer an Schizophrenie erkrankt), ist offensichtlich, dass eine physiologische Disposition bei vielen psychischen Störungen eine Rolle spielt. Andere biologische Diathesen sind z. B. Sauerstoffmangel bei der Geburt, schlechte Ernährung, eine Virusinfektion der Mutter während der Schwangerschaft oder eine Mutter, die während der Schwangerschaft raucht. Diese Voraussetzungen können zu Fehlfunktionen des Gehirns führen und für eine psychische Störung disponieren.

Psychologische Faktoren. Aus psychologischer Sicht kann z. B. das andauernde Gefühl der Hoffnungslosigkeit als Diathese für eine Depression betrachtet werden. Oder nehmen wir die psychodynamische Perspektive: Ein extremes Gefühl der Abhängigkeit von anderen, vielleicht aufgrund von Frustrationen während einer der psychosexuellen Phasen, oder unsichere Bindungserfahrungen könnten ebenfalls

eine Diathese für Depression sein. Als weitere psychologische Diathesen gelten z. B. leichte Hypnotisierbarkeit, die für eine dissoziative Identitätsstörung disponieren kann, sowie eine starke Angst vor Übergewicht, die für Essstörungen disponieren kann.

Diese psychologischen Diathesen können aus verschiedenen Gründen entstehen. Manche von ihnen, wie z. B. Hypnotisierbarkeit, sind Persönlichkeitseigenschaften, die teilweise genetisch festgelegt sind. Andere, wie etwa das Gefühl der Hoffnungslosigkeit, können aus Kindheitserfahrungen mit sehr kritischen Eltern resultieren. Sexueller oder körperlicher Missbrauch in der Kindheit führt zu psychologischen Veränderungen, die Menschen offensichtlich dafür prädisponieren, die eine oder andere Störung zu entwickeln. Auch soziokulturelle Einflüsse spielen eine wichtige Rolle; so können kulturelle Schönheitsnormen zu einer starken Angst vor Übergewicht führen und zu Essstörungen prädisponieren.

Integrativität. Das Diathese-Stress-Paradigma ist integrativ, weil es auf alle diese unterschiedlichen Ursachen von Diathesen zurückgreift. Wir werden noch sehen, dass Konzepte der bereits besprochenen wichtigsten Paradigmen in unterschiedlicher Weise auf verschiedene Störungen anwendbar sind. So spielt z. B. eine genetisch bedingte biologische Diathese eine wichtige Rolle bei der Schizophrenie. Kognitive Diathesen sind dagegen eher bei Angststörungen und Depression bedeutsam. Psychoanalytische Konzepte sind bei dissoziativen Störungen wichtig. Ein Diathese-Stress-Paradigma ermöglicht es, auf Konzepte vieler verschiedener Theorien zurückzugreifen und sie – je nachdem, um welche Störung es geht – in geringerem oder höherem Maße zu nutzen.

Hat jemand eine Disposition für eine bestimmte Störung, erhöht sich das Erkrankungsrisiko, die Störung muss jedoch nicht auftreten. Die „Stress“-Komponente des Diathese-Stress-Modells liefert die Erklärung, wie eine Disposition zu einer tatsächlichen Störung führen kann. Stress steht in diesem Zusammenhang allgemein für schädliche oder ungünstige Umweltreize, die eine Störung auslösen können. Zu den psychologischen Stressoren zählen sowohl einschneidende traumatische Erlebnisse (z. B. Verlust des Arbeitsplatzes, Trennung oder Tod des Partners) als auch alltäglichere Ereignisse, die vielen von uns

zustoßen (z. B. Verkehrsstau). Durch die Berücksichtigung dieser Umweltereignisse geht das Diathese-Stress-Modell über das hinaus, was die bereits beschriebenen wichtigen Paradigmen umfassen.

Die zentrale Annahme des Diathese-Stress-Modells ist, dass zur Entwicklung einer Störung sowohl Diathese als auch Stress nötig sind (siehe Abb. 2.14). Manche Menschen haben z. B. eine starke biologische Disposition für Schizophrenie geerbt; werden sie einem bestimmten Ausmaß Stress ausgesetzt, laufen sie Gefahr, tatsächlich an Schizophrenie zu erkranken (siehe 11.3 zur Ätiologie). Menschen ohne diese Disposition werden kaum eine Schizophrenie entwickeln – gleichgültig, wie schwer ihr Leben ist.

Ein weiteres wichtiges Merkmal des Diathese-Stress-Paradigmas ist die Annahme, dass ein einzelner Faktor allein kaum zu einer psychischen Störung führt. Eine genetisch übertragene Diathese mag zwar für einige Störungen notwendig sein, sie ist jedoch in ein Netz weiterer Faktoren eingebunden, die ebenfalls dazu beitragen. Zu diesen Faktoren könnten auch genetisch übertragene Diathesen für andere Persönlichkeitseigenschaften zählen; Kindheitserfahrungen, die die Persönlichkeit formen; die Entwicklung von Verhaltenskompetenzen und Bewältigungsstrategien; im Erwachsenenalter auftretende Stressoren; kulturelle Einflüsse und vieles mehr.

Und schließlich ist noch zu bedenken, dass die Daten, die in diesem Rahmen von Wissenschaftlern erhoben werden, die verschiedenen Paradigmen treu sind, untereinander durchaus kompatibel sind. Forscher, die sich auf ein bestimmtes Gebiet konzentrieren (z. B. Neurochemie), berücksichtigen zunehmend auch Informationen aus anderen Gebieten (z. B. die Rolle psychosozialer Faktoren). In diesem Beispiel würde anerkannt, dass Stress zur Aktivierung einer Prädisposition für ein biochemisches Ungleichgewicht erforderlich ist.

Einige der Unterschiede zwischen den Paradigmen scheinen auch eher sprachlicher als inhaltlicher Natur zu sein. Ein Vertreter der kognitiven Sichtweise könnte erklären, dass fehlangepasste Kognitionen Depression verursachen, während ein Biologe von der Hypoaktivität bestimmter Nervenbahnen sprechen würde. Beide Positionen widersprechen sich nicht, sondern beschreiben ein Phänomen auf unterschied-

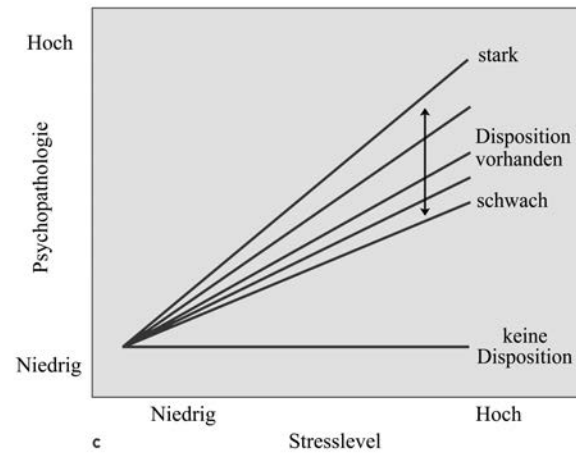
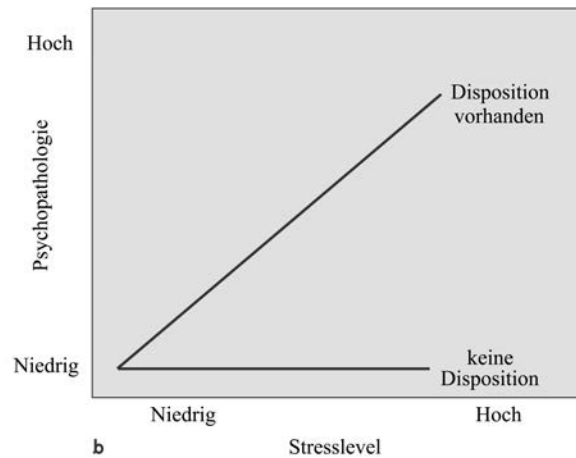
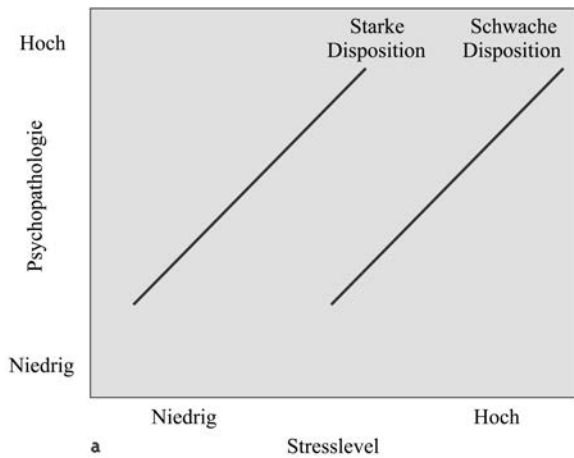


Abbildung 2.14 Drei Darstellungen des Diathese-Stress-Modells: **a** Bei einer starken biologischen Disposition kann eine Störung bereits durch mäßigen Stress ausgelöst werden. Bei einer schwachen Disposition wird die Störung erst durch ein hohes Stresslevel ausgelöst. **b** Eine Disposition kann vorhanden sein oder nicht. Das Stressniveau ist bei Personen ohne Disposition irrelevant. **c** Eine Disposition kann unterschiedlich stark vorhanden sein. Ein höheres Stressniveau erhöht das Störungsrisiko bei allen, die zumindest eine gewisse Disposition mitbringen (nach Monroe & Simons, 1991)

lichen Ebenen. Ebenso könnten wir einen Tisch entweder als eine bestimmte Anordnung von Holzteilen oder aber als Ansammlung von Atomen beschreiben.

Fazit

Was kennzeichnet das Diathese-Stress-Modell?

Das Diathese-Stress-Modell, in dem verschiedene Betrachtungsweisen vereint sind, geht davon aus, dass Menschen prädisponiert sind, auf bestimmte Formen von Umweltstress zu reagieren. Die Diathese kann konstitutioneller Art sein (wie es bei der Schizophrenie der Fall ist) oder sich auf psychologische Faktoren beziehen (wie beim chronischen Hilflosigkeitsgefühl des Depressiven). Ihre Ursachen können in Erfahrungen der frühen Kindheit, in genetisch festge-

legten Persönlichkeitseigenschaften oder in soziokulturellen Einflüssen liegen. Zur Entwicklung einer Störung sind sowohl Diathese als auch Stress nötig. Ein einzelner Faktor allein führt i. d. R. nicht zu einer psychischen Störung, es müssen mehrere (oft aus mehreren Paradigmen) zusammenkommen.

2.8 Unterschiedliche Sichtweisen eines klinischen Problems

An dieser Stelle wollen wir zur Veranschaulichung, wie ein klinischer Fall unter Zugrundelegung verschiedener Paradigmen begrifflich gefasst werden kann, noch einmal auf unser Fallbeispiel aus Kapi-

tel 1, den Polizisten Herrn H., zurückkommen. Was wir über ihn wissen, lässt sich – je nach Paradigma – unterschiedlich interpretieren.

Biologische Sicht. Bei biologischer Betrachtungsweise wird einem auffallen, dass die sich abwechselnden manischen und depressiven Zustände des Mannes den zyklischen Stimmungsumschwüngen seines Vaters sehr ähnlich sind, denn man wird sich an Untersuchungen orientieren, die bei bipolaren affektiven Störungen einen genetischen Faktor nahe legen (siehe 10.3.1). Dabei wird zwar ein gewisser Zusammenhang zwischen Umweltfaktoren und Herrn H.s Problemen nicht ignoriert, jedoch vorausgesetzt, dass ihn ein geerbter, vermutlich biochemischer Defekt zum Zusammenbruch unter Stress disponiert. Schließlich hat nicht jeder, der eine schwere Kindheit und Jugend hatte, mit ähnlichen Problemen zu kämpfen wie Herr H. Zur Behandlung verschreibt man ihm vielleicht Lithiumkarbonat, ein Medikament, das in der Regel die Heftigkeit manisch-depressiver Stimmungsumschwünge abschwächt.

Psychodynamische Sicht. Einem Psychoanalytiker wird sich der Fall anders darstellen, denn er führt spätere Anpassungsmuster in erster Linie auf frühe Kindheitserlebnisse zurück. Als Psychoanalytiker könnten Sie z. B. vermuten, dass Herr H. als Kind seinem Vater die Schuld am frühen Tod seiner Mutter gegeben hat. Die Wut auf den Vater hat er zwar verdrängt, gleichwohl hat er ihn nie als kompetenten, wertvollen Erwachsenen sehen und sich nie mit ihm identifizieren können. In der Behandlung arbeiten Sie vielleicht mit Traumanalyse und freier Assoziation, um Herrn H. zu helfen, das Verdrängte ins Bewusstsein zu holen und sich offen und bewusst mit seinem bis dahin verschütteten Zorn auf den Vater auseinander zu setzen.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Sicht. Nun stellen Sie sich vor, Sie seien einer kognitiv-verhaltenstheoretischen Sichtweise verpflichtet und hätten gelernt, menschliches Verhalten in Form von Verstärkungsmustern und kognitiven Variablen zu analysieren. Dann konzentrieren Sie sich vielleicht auf Herrn H.s Befangenheit während seiner Schulzeit und bringen sie damit in Zusammenhang, dass er – verglichen mit seinen Mitschülern – als Kind be-

nachteiligt war. Wirtschaftliche Unsicherheit und Not könnten ihn übermäßig empfindlich für Kritik und Ablehnung gemacht haben. Seine so warmherzige und charmante Frau macht ihm den eigenen vermeintlichen Mangel an sozialen Fähigkeiten nur noch schmerzlicher bewusst. Aus diesen Spannungen, so könnten Sie sagen, hat er die Flucht in den Alkohol gesucht. Alkoholmissbrauch und der ständige Zweifel am eigenen Wert führten schließlich zu Potenzschwierigkeiten, woraufhin sich die bereits belastete eheliche Beziehung weiter verschlechterte und sein Vertrauen noch stärker untergraben wurde. Als Verhaltenstherapeut könnten Sie mit systematischer Desensibilisierung arbeiten. Herr H. wird lernen, sich zu entspannen und sich immer schwierigere Situationen vorzustellen, in denen andere ihn bewerten. Vielleicht werden Sie sich auch für eine kognitive Therapie entscheiden, um ihn davon zu überzeugen, dass nicht alles, was er unternimmt, von jedermann anerkannt werden muss. Da Herr H. unter seinem Mangel an sozialen Kompetenzen leidet, könnten Sie ihm auch mit Hilfe von Verhaltensübungen beibringen, soziale Situationen, mit denen er wenig Erfahrung hat, zu meistern. Es könnten auch mehrere dieser Strategien angewandt werden.

2.9 Methodenpluralismus in der modernen Psychotherapie

Zu den Paradigmen und den Vorgehensweisen von Psychotherapeuten ist eine letzte Bemerkung erforderlich. Durch unsere Darstellung der Behandlungsansätze könnte der Eindruck entstehen, dass die verschiedenen Therapieschulen völlig voneinander getrennt sind und es keine Überschneidungen gibt. Möglicherweise stellt der Leser sich nun vor, ein Verhaltenstherapeut höre niemals zu, wenn ein Patient einen Traum erzählt, und ein Psychoanalytiker könnte niemals dabei ertappt werden, wie er einem Patienten ein Selbstsicherheitstraining vorschlägt. Solche Annahmen wären allerdings weit verfehlt. Die meisten Kliniker sind sich der Begrenztheit der heutigen Paradigmen bewusst, sie sind dabei diese Grenzen zu überwinden und benutzen Thesen und

Techniken unterschiedlicher „Schulen“. Heute widmen Psychoanalytiker dem beobachtbaren Verhalten und der Erleichterung der Symptome mehr Aufmerksamkeit, als ihnen die frühe psychodynamische Theorie vorschreiben würde. Einige zeitgenössische Autoren, darunter Paul Wachtel, empfehlen Analytikern sogar, Verhaltenstherapien einzusetzen und offen anzuerkennen, dass die Verhaltenstherapie zur Behandlung gestörten Erlebens und Verhaltens einiges zu bieten hat.

Therapie ist ein komplexer und letztendlich stark individuell ausgerichteter Prozess, und die genannten Punkte sind wichtige Faktoren. In Kapitel 17 werden wir uns ihnen ausführlicher widmen. Wir halten es für ein Glück, dass in der Psychologie nicht nur innerhalb eines einzigen Paradigmas gearbeitet wird, denn über psychische Störungen weiß man noch zu wenig, als das man sich schon auf ein Paradigma festlegen könnte.

Fazit

Warum erscheint es sinnvoll, sich nicht nur auf ein Paradigma zu versteifen?

Jedes Paradigma hat für unser Verständnis psychischer Störungen etwas zu bieten. Paradigmen legen fest, wo und wie der Forscher nach Antworten auf seine Fragen sucht. Daher schränken sie die Wahrnehmung der Welt notwendigerweise ein, denn je nach Standpunkt des Forschers werden Daten unterschiedlich interpretiert. Die meisten Psychotherapeuten gehen in ihrem Behandlungsansatz offen, schulenübergreifend vor und verwenden auch Techniken außerhalb ihres Paradigmas, wenn sie im Umgang mit den komplexen psychischen Problemen des Menschen nützlich erscheinen.



Weiterführende Literatur

- Förstl, H., Hautzinger, M. & Roth, G. (2006). Neurobiologie psychischer Störungen. Heidelberg: Springer.
- Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

3 Klassifikation und Diagnostik

3.1	Geschichtliches zur Klassifikation	59
3.2	Das DSM-IV	61
3.3	Das ICD-10	68
3.4	Probleme bei der Klassifikation abweichenden Verhaltens	71



Sascha Loss

Diagnostizieren ist ein zentraler Aspekt der Arbeit als Klinischer Psychologe. Therapeuten müssen sich über die Fälle, die sie behandeln oder untersuchen, in angemessener Weise austauschen können. Außerdem muss eine Störung zuerst richtig (homogen) gruppiert werden, bevor man Verläufe beschreiben, Risikofaktoren und Ursachen finden oder über die geeignetste Behandlung entscheiden kann. Hat z. B. eine Forschungsgruppe eine erfolgreiche Behandlung für Depressionen entwickelt, jedoch eine Definition von Depressionen zugrunde gelegt, der andere Forscher nicht folgen, wird eine andere Forschergruppe wohl kaum zum gleichen Ergebnis kommen. Die Diagnose hat jedoch erst in jüngerer Zeit die ihr gebührende Beachtung gefunden.

Studierenden mag dies oft lästig erscheinen, weil dabei gelegentlich sehr feine Unterschiede gemacht werden müssen. Beispielsweise ist Angst in sozialen Situationen (hohe Anspannung in Gegenwart anderer) ein Symptom sowohl von schizotypischen als auch von vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörungen. Bei einem Patienten mit schizotypischer Persönlichkeitsstörung reduziert sich die Angst nicht in dem Maße, wie der Betroffene andere Menschen näher kennen lernt, während die soziale Angst bei einer Person mit vermeidend-selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung mit zunehmender Exposition abnimmt. Diese feine Unterscheidung könnte natürlich als Haarspalterei aufgefasst werden. Wie wir jedoch in diesem Kapitel noch sehen werden, ist der entscheidende Faktor, ob die Differenzierung der beiden Diagnosen nützlich ist.

Wir werden in diesem Kapitel vor allem die von Klinikern allgemein verwendete Internationale Klassifikation von Krankheiten (ICD-10 Kapitel V) der Weltgesundheitsorganisation und das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft darstellen.

Fazit

Welche praktische Relevanz hat Klassifikation?

Diagnostizieren ist ein zentraler Teil der Arbeit in der Klinischen Psychologie. Eine einheitliche

Klassifikation erleichtert die Kommunikation zwischen Klinikern und die Suche nach Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten der verschiedenen psychischen Störungen.

3.1 Geschichtliches zur Klassifikation

Die Medizin des ausgehenden 19. Jahrhunderts hatte sich über die im Mittelalter gängige Praxis, nahezu jede Krankheit mit Aderlass zu behandeln, weiter entwickelt. Nach und nach hatte man erkannt, dass verschiedene Krankheiten verschiedene Behandlungen erforderten. Die diagnostischen Verfahren wurden verbessert, die Krankheiten gruppiert, und es wurden unterschiedliche Heilmittel verabreicht. Beeindruckt von den Erfolgen der neuen medizinischen Diagnostik suchten auch die Forscher im Bereich gestörten Verhaltens nach Ordnungssystemen, und zwar mit umso größerer Hoffnung, als sich mit der Entwicklung von Klassifikationssystemen in anderen Wissenschaften, wie der Botanik oder der Chemie, Fortschritte eingestellt hatten. Leider war es jedoch bei der Klassifikation psychischer Störungen nicht leicht, Fortschritte zu erzielen.

3.1.1 Die ersten Bemühungen zur Klassifikation

Die im Laufe des 19. und auch noch im 20. Jahrhundert entstehenden Klassifikationen psychischer Störungen waren sehr uneinheitlich – ein Problem, das man erst Ende des 19. Jahrhunderts in seinem ganzen Ausmaß erkannte und das die Kommunikation zwischen den Fachleuten erheblich behinderte. Daher wurden mehrere Versuche unternommen, ein Klassifikationssystem aufzubauen, das dann allgemein angewandt werden konnte. So hat der Statistikausschuss der britischen medizinischen Gesellschaft 1882 ein Klassifikationsschema erstellt, das jedoch trotz mehrfacher Umarbeitung von den Mitgliedern nie angenommen wurde. In Paris einigte man sich 1889 auf einem Kongress auf ein einheitliches Klassifikationssystem, das aber in der Praxis

weitgehend unberücksichtigt blieb. In den USA übernahm 1886 die medizinische Fachgesellschaft eine etwas abgewandelte Version des britischen Systems. Diese wurde dann 1913 durch einen neuen Klassifikationsvorschlag ersetzt. Einheitlichkeit war indes wieder nicht erreicht worden.

3.1.2 Entwicklung der diagnostischen Systeme ICD und DSM

Auch spätere Versuche, zu einem einheitlichen Klassifikationssystem zu gelangen, erzielten keinen durchschlagenden Erfolg. 1939 erweiterte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die „International List of Causes of Death“ um die psychischen Krankheiten. Dieses Verzeichnis wurde 1948 zur „International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death“ (ICD) erweitert, einer umfassenden Liste aller Krankheiten einschließlich einer Klassifikation psychischer Störungen. Auf einer WHO-Konferenz hatte man sich zwar einstimmig für diese Nomenklatur ausgesprochen, indes blieb für den Bereich der psychischen Krankheiten die allgemeine Anerkennung auch dieses Mal aus. Obwohl amerikanische Psychiater am Bemühen der WHO entscheidenden Anteil hatten, veröffentlichte die American Psychiatric Association (APA) 1952 ihr eigenes „Diagnostic and Statistical Manual“ (DSM).

Breitere Anerkennung fand das 1969 von der WHO veröffentlichte neue Klassifikationssystem. Eine zweite Version des DSM der American Psychiatric Association (DSM-II, 1968) war diesem ähnlich; und in Großbritannien wurde ein Glossar mit Definitionen als Begleitmaterial dazu hergestellt. Wirkliche Übereinstimmung war damit jedoch noch nicht gesichert. Die WHO-Klassifikationen waren letztlich nicht mehr als eine Auflistung diagnostischer Kategorien; ihre Grundlage, d. h. das zugehörige Verhalten bzw. die Symptome, wurde nicht spezifiziert. Von einer einheitlichen diagnostischen Praxis konnte noch keine Rede sein. Erst 1980 veröffentlichte die APA ein wesentlich erweitertes diagnostisches Manual, das DSM-III (deutsche Fassung 1984). Eine überarbeitete Fassung (DSM-III-R) erschien 1987 (deutsche Fassung 1989).

Bereits 1988 setzte die American Psychiatric Association eine Kommission ein, die die Arbeit am DSM-IV aufnehmen sollte. In Arbeitsgruppen wurden Teile des DSM-III-R überprüft, Literaturüberblicke erstellt, Daten jüngerer Datums analysiert oder nötigenfalls neue Daten erhoben. Das vielleicht wichtigste Merkmal des Vorgehens war die Art, wie die diagnostischen Kriterien geändert werden konnten: Die Gründe für die Änderung von Diagnosen mussten ausdrücklich angeführt und durch empirische Erkenntnisse belegt werden. In früheren Fassungen des DSM wurden die Gründe für die Änderung von Diagnosen oft nicht genannt, so dass sie keiner öffentlichen Prüfung zugänglich waren.

Das DSM-IV wurde 1994 veröffentlicht. Im Juni 2000 folgte eine Textrevision (DSM-IV-TR), die inzwischen auch in deutscher Übersetzung (2003) vorliegt. Die diagnostischen Kategorien und Kriterien wurden darin kaum verändert. Neu ist jedoch die Zusammenfassung neuer Forschungsergebnisse über Prävalenzraten, Verläufe und Ätiologie. Gegenwärtig befindet sich das zukünftige DSM-V in Vorbereitung (es soll 2011 fertig gestellt sein).

In diesem Kapitel wollen wir zunächst einen kurzen Überblick über die Hauptkategorien des DSM-IV geben und uns dann der Bewertung der Klassifikation im Allgemeinen und des DSM im Besonderen zuwenden. Im Anschluss soll das ICD-10-System erläutert werden.

Im zweiten Teil des Buches (und in den Online-Materialien) werden die Kriterien von DSM-IV und ICD-10 für verschiedene psychische Störungen gegenübergestellt. Im DSM-IV beinhalten die Diagnosen im Allgemeinen, dass die entsprechende Störung zu einer deutlichen Einschränkung des sozialen und beruflichen Lebens führt und/oder subjektives Leiden verursacht. Außerdem muss jeweils ausgeschlossen werden, dass die Symptome auf die Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurückgehen und dass sie besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden können. Diese grundlegenden Aspekte gelten auch für das ICD-10 und werden bei den Gegenüberstellungen nicht mehr aufgeführt.

3.2 Das DSM-IV

Das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen enthält seit seiner dritten Auflage wesentliche Neuerungen. Die vielleicht einschnei-

endste Änderung besteht darin, dass die Klassifikation nunmehr multiaxial vorgenommen wird. Jede Person soll auf fünf Dimensionen (sog. Achsen) beurteilt werden (siehe Tab. 3.1), die wir nachfolgend kurz beschreiben.

Tabelle 3.1 Das DSM-IV, ein multiaxiales Klassifikationssystem (DSM-IV, APA, 1994)

Achse I	Achse II	Achse III
Störungen, die gewöhnlich zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz diagnostiziert werden Delir, Demenz, amnestische und andere kognitive Störungen Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen Schizophrenie und andere psychotische Störungen Affektive Störungen Angststörungen Somatoforme Störungen Vorgetäuschte Störungen Dissoziative Störungen Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen Essstörungen Schlafstörungen Störungen der Impulskontrolle, nicht andernorts klassifiziert Anpassungsstörungen	Geistige Behinderung Persönlichkeitsstörungen	Medizinische Krankheitsfaktoren
Achse IV Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme		
Prüfe: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Probleme mit der Hauptbezugsgruppe. Bitte angeben: ▶ Probleme im sozialen Umfeld. Bitte angeben: ▶ Ausbildungsprobleme. Bitte angeben: ▶ Berufliche Probleme. Bitte angeben: ▶ Wohnungsprobleme. Bitte angeben: ▶ Wirtschaftliche Probleme. Bitte angeben: ▶ Probleme beim Zugang zur Krankenversorgung. Bitte angeben: ▶ Probleme im Umgang mit dem Rechtssystem/Delinquenz. Bitte angeben: ▶ Andere psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme. Bitte angeben 		
Achse V Globale Erfassung des Funktionsniveaus		
Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollen nicht einbezogen werden.		
Kodiere:		
100 – 91 Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten, Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten, wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt, keine Symptome.		

90 – 81	Keine oder nur minimale Symptome (z. B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im Allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z. B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
80 – 71	Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z. B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).
70 – 61	Einige leichte Symptome (z. B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
60 – 51	Mäßig ausgeprägte Symptome (z. B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).
50 – 41	Ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
40 – 31	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
30 – 21	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z. B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
20 – 11	Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
10 – 1	Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.
0	Unzureichende Informationen

3.2.1 Die fünf Klassifikationsachsen

Die fünf Achsen des DSM-IV

- ▶ Achse I: Alle psychischen Störungen außer Persönlichkeitsstörungen und geistiger Behinderung
- ▶ Achse II: Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderung
- ▶ Achse III: Medizinische Krankheitsfaktoren

- ▶ Achse IV: Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme
- ▶ Achse V: Funktionsniveau (sozial, beruflich)

Da eine Beurteilung auf allen fünf Achsen verlangt wird, zwingt dieses multiaxiale System den Diagnostiker, eine große Vielfalt von Informationen zu berücksichtigen.