



Kapitel 1

Gegenstand und Selbstverständnis der Klinischen Psychologie

- | | | |
|-----|--|----|
| 1.1 | Geschichte der Klinischen Psychologie und aktuelle Entwicklungen | 18 |
| 1.2 | Definitionen und Konzeptionen von Klinischer Psychologie | 23 |
| 1.3 | Nachbargebiete der Klinischen Psychologie | 27 |
| 1.4 | Klinische Psychologie als Beruf | 30 |

1 Gegenstand und Selbstverständnis der Klinischen Psychologie

Anna Auckenthaler

Das **Selbstverständnis** der **Klinischen Psychologie** hat sich im Verlauf ihrer Geschichte mehrfach geändert. **Fachintern** geht es dabei vor allem um die Frage, ob sich die Klinische Psychologie mit ihrer Rolle als **Anwendungsfach** anfreunden kann oder ob sie nicht doch stärker auf ihre **experimentelle Orientierung** setzen soll. Auch das Verhältnis zu anderen Fächern war nicht immer so klar, wie es heute wirken mag. Gab es in den Anfängen durchaus eine Nähe zu Pädagogik und Soziologie, so konzentriert sich die Klinische Psychologie heute vor allem auf ihre Beziehung zur Medizin. Innerhalb der Medizin spielt für die Klinische Psychologie insbesondere ihre Beziehung zur **Psychiatrie** eine entscheidende Rolle. Während sich die Klinische Psychologie früher als „Zuarbeiterin“ für die Psychiatrie und vorübergehend als Alternative zur naturwissenschaftlichen Psychiatrie sah, ist die „Behandlung psychischer Störungen“ inzwischen so sehr ins Zentrum der Klinischen Psychologie gerückt, dass sie darüber ihre anderen Aufgaben und Ansprüche manchmal sogar vergisst.

Im Folgenden wird in **Kapitel 1.1** zunächst die Geschichte der Klinischen Psychologie skizziert und auf einige aktuelle Entwicklungen hingewiesen. In **Kapitel 1.2** wird anschließend dem engen, auf psychische Störungen eingegrenzten Verständnis von Klinischer Psychologie (**Störungsspezifische Klinische Psychologie** oder **Abnormal Psychology**) ein deutlich weiter gefasstes Verständnis von Klinischer Psychologie gegenübergestellt, das auch Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Auseinandersetzung mit den Rahmenbedingungen klinisch-psychologischer Praxis zu den Aufgaben der Klinischen Psychologie zählt (**Kontextuelle Klinische Psychologie**). In **Kapitel 1.3** wird aufgezeigt, wie sich die Unterschiede im Verständnis von Klinischer Psychologie in der Beziehung der Klinischen Psychologie zu anderen Disziplinen und Fächern niederschlagen. **Kapitel 1.4** beschäftigt sich mit den Arbeitsfeldern der Klinischen Psychologie.

1.1 Geschichte der Klinischen Psychologie und aktuelle Entwicklungen

In aller Kürze

In der Geschichte der Klinischen Psychologie fallen vor allem das Ringen um die Anerkennung durch die akademische Psychologie und Ambivalenzen im Verhältnis zu Psychotherapie und Medizin auf. War man früher gegenüber der Psychotherapie skeptisch bis ablehnend eingestellt, wird inzwischen die enge Verknüpfung von Klinischer Psychologie und Psychotherapie betont. Phasen der Unterordnung unter die Medizin wechseln sich mit Phasen ab, in denen man sich selbstbewusst von ihr abgrenzt. Ihre Anwendungs- und Einzelfallorientierung hat die Klinische Psychologie von Anfang an vor Herausforderungen gestellt, die sie im Rahmen der experimentell-naturwissenschaftlichen Psychologie nur teilweise bewältigen konnte. Die expansive Professionalisierung der Klinischen Psychologie konnte den Mangel des Anwendungsfaches bis heute nicht ganz ausgleichen.

1.1.1 „Gründungsväter“ der Klinischen Psychologie

Der Beginn der Klinischen Psychologie wird an zwei Ereignissen und zwei Veröffentlichungen festgemacht: 1896 gründete der amerikanische Psychologe Lightner Witmer (1867–1956) in Philadelphia die erste „Psychologische Klinik“ und führte den Begriff „Klinische Psychologie“ ein. Ein Jahr zuvor (1895) hatte Emil Kraepelin (1856–1926) sein Werk „Der psychologische Versuch in der Psychiatrie“ veröffentlicht. Im selben Jahr erschienen die von Sigmund Freud (1856–1939) – gemeinsam mit Josef Breuer – verfassten „Studien über Hysterie“.

Von diesen drei „Gründervätern“ war nur Witmer Psychologe. Wie Kraepelin hatte er bei Wilhelm Wundt in Leipzig studiert. Beide hatten daher einen experimentalpsychologischen Hintergrund. Kraepelin aber war wie Freud Psychiater. Das erklärt vielleicht, warum die Verwurzelung der Klinischen Psychologie in der Medizin bis heute mindestens so stark ist wie ihre Verwurzelung in der experimentellen Psychologie.

► **Witmer.** Charakteristisch für **Witmers** Verständnis von „Klinischer Psychologie“ waren die **ausdrückliche Anwendungs- und Einzelfallorientierung**. „Klinisch“ bedeutete für ihn „Arbeit mit dem Einzelfall“. In seiner Klinik bestand diese Arbeit in der Diagnostik und Behandlung von Kindern mit sprachlichen Retardierungen, Lernbeeinträchtigungen, schulischen Problemen und Erziehungsproblemen. Die **klinische Methode** war aber seiner Meinung nach nicht auf die Arbeit mit beeinträchtigten Menschen begrenzt, sondern ohne Weiteres auch auf Menschen anwendbar, die sich vom Durchschnitt z. B. durch besondere Begabungen unterscheiden. Die Behandlung war vorwiegend **pädagogisch** orientiert. Neu war, dass man nun versuchte, das praktische Handeln an den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Psychologie auszurichten. „**Anwendungsorientierung**“ war also keine Absage an die wissenschaftliche Psychologie, sondern eher eine besondere Form ihrer Aufwertung.

In Klammern

Die **akademische Psychologie** tat sich freilich **schwer** damit, den **Wechsel** aus dem **Forschungslabor** in die **Praxis** zu **akzeptieren** (s. auch Kramer, Bernstein & Phares, 2009, S. 46 f.). So dauerte es bis zum Jahr 1919, bis in der **American Psychological Association (APA)** die „**Section on Clinical Psychology**“ eingerichtet wurde. Wie zögerlich man war, die Klinischen Psychologen¹ in die eigenen Reihen aufzunehmen, zeigte sich darin, dass mit der Mitgliedschaft in der Section on Clinical Psychology keine Vollmitgliedschaft in der APA erworben werden konnte. Diese Situation hielt bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges an. Klinische Psychologen hatten sich in diesen Jahren (vor allem als Diag-

nostiker) unentbehrlich gemacht. Das schien den Makel des Anwendungsfaches zu relativieren: Seit 1945 gibt es in der APA auch für Klinische Psychologen die Möglichkeit der Vollmitgliedschaft. Die damals gegründete **Division of Clinical Psychology** (heute **Society of Clinical Psychology**) ist heute als **Division 12** bekannt. Damit war die Klinische Psychologie als Teilgebiet der wissenschaftlichen Psychologie anerkannt. 1947 legte eine Arbeitsgruppe der APA **Empfehlungen** für die **universitäre Ausbildung** in klinischer Psychologie vor (Shakow Report; APA, 1947), die auf der sog. **Boulder Conference** im Jahr 1949 allgemeine Verbindlichkeit erlangten und als **Scientist-Practitioner-Modell** die Ausbildung zum Klinischen Psychologen in den USA bis zum heutigen Tag bestimmen (s. S. 111 f.): **Klinische Psychologen** sollen an den **Universitäten** sowohl zum **Wissenschaftler** als auch zum **Praktiker** qualifiziert werden.

Witmers Leistungen werden heute vor allem in seinem Beitrag zur **Professionalisierung** der Klinischen Psychologie gesehen. Da ihm die akademische Psychologie die Anerkennung verwehrte, schuf er neue Strukturen *neben* der akademischen Welt. 1907 erschien der erste Band seiner Zeitschrift „The Psychological Clinic“, die als erste klinisch-psychologische Fachzeitschrift gilt. Mit der Etablierung einer Ausbildungseinrichtung, in der er sehr praxisnah vermittelte, wie retardierte Kinder psychologisch behandelt werden können, setzte Witmer (ebenfalls 1907) einen weiteren Meilenstein für die Entwicklung der Klinischen Psychologie. Die neue Profession des Klinischen Psychologen sah er in enger Nachbarschaft zu Pädagogik und Soziologie einerseits und zur Medizin andererseits. Ihre „pädagogischen Wurzeln“ und ihre Nähe zur Soziologie waren der Klinischen Psychologie zumindest im akademischen Kontext allerdings nie so lieb und wichtig wie ihre besondere Nähe zur Medizin.

► **Kraepelin.** Auffallend ist, wie selbstverständlich sich die Klinische Psychologie ursprünglich als „Zuarbeiterin“ der Medizin gesehen hat. Das ist bei Kraepelin noch deutlicher erkennbar als bei Witmer. Kraepelin versuchte, experimentelle Ansätze der Psychologie auf psychiatrische Fragestellungen zu übertragen. Er führte u. a. Untersuchungen zu

¹ Um den Lesefluss nicht zu stören, wird in diesem Buch meistens das generische Maskulinum verwendet, das Frauen einschließt.

den psychischen Auswirkungen von Schreck, Überraschung und Erwartung, zur Schlaftiefe und zu den Auswirkungen von Vergiftungen, Alkohol, Drogen etc. auf psychische Prozesse durch. Seine **experimentelle Orientierung** und sein Interesse an **pharmakologischen Arbeiten** wurden bereitwillig aufgegriffen und zur Basis einer **experimentellen Tradition** in der **Psychopathologie**, die bis heute fortlebt. Die friedliche Koexistenz zwischen Klinischer Psychologie und Psychiatrie wurde auch dadurch begünstigt, dass die Zuständigkeit für die Patientenbehandlung unangefochten bei der Psychiatrie blieb. Auch die medizinische Sicht auf psychiatrische Probleme wurde von Kraepelin nicht infrage gestellt. Er legte vielmehr den **Grundstein** für die **Entwicklung einer Krankheitslehre psychischer Störungen**, die für die Psychiatrie fast 100 Jahre lang Geltung behielt. Erst mit der Einführung der ICD-10 im Jahr 1992 (World Health Organization, 1992) wurde das von Kraepelin entwickelte System psychischer Krankheiten aufgegeben (s. S. 55 f.).

► **Freud.** Dass die Klinische Psychologie der Psychiatrie allmählich doch **alternative Sichtweisen** und **Behandlungskonzepte** entgegensetzen konnte, ist u. a. jenen Traditionen zu verdanken, die mit **Freud** und der **Psychoanalyse** ihren Ausgang nahmen. Freuds Verdienste für die Entwicklung der Klinischen Psychologie sind u. a. darin zu sehen, dass er auf die Bedeutung **soziokultureller Einflüsse** und **frühkindlicher Erfahrungen** für die Entstehung psychischer Störungen aufmerksam gemacht und die Bedeutung der **therapeutischen Beziehung** für Veränderungsprozesse erkannt hat. Auch Freuds Orientierung war ursprünglich experimentell-naturwissenschaftlich. Er gab diese Orientierung aber später zugunsten eines **phänomenologisch-hermeneutischen Wissenschaftsverständnisses** auf. Vor dem Hintergrund des bis heute vorwiegend experimentell-naturwissenschaftlichen Selbstverständnisses der akademischen Psychologie ist es deshalb umso bemerkenswerter, dass Freuds Bedeutung für die Entwicklung der Klinischen Psychologie nie ernsthaft infrage gestellt wurde. Allerdings wird ihm besonders gern eine **indirekte** Bedeutung zugeschrieben: Die meisten klinisch-psychologischen Störungstheorien und Behandlungsansätze seien in **Abgrenzung zur Psychoanalyse** entwickelt worden.

1.1.2 Weiterentwicklung der Klinischen Psychologie in Deutschland und den USA

Von der Psychodiagnostik zur (Psycho-)Therapie

► **Fokussierung auf Psychodiagnostik.** Störungstheorien und Behandlungsansätze erlangten allerdings erst relativ spät nennenswerte Bedeutung für das Selbstverständnis der Klinischen Psychologie. Bis in die 1940er-Jahre war die Entwicklung des Faches so eng mit der Entwicklung der **Psychodiagnostik** verbunden, dass Klinische Psychologen fast nur für psychodiagnostische Aufgaben eingesetzt wurden. Was heute sonst noch zu den Tätigkeiten von Klinischen Psychologen zählt, war damals meist den Ärzten vorbehalten. Die Psychologen überließen ihnen diese Tätigkeiten z. T. ausgesprochen gern. Solange Psychotherapie mit Psychoanalyse gleichgesetzt wurde, hatte zumindest die akademische Psychologie wenig Interesse an ihr (vgl. vor allem Eysenck, 1972).

Die **Einflüsse der deutschsprachigen Psychologie** auf die Entwicklung der Klinischen Psychologie wurden mit Beginn des Nationalsozialismus deutlich schwächer. Psychologieprofessoren „nichtarischer Abstammung“ wurden in den Ruhestand versetzt, entlassen, verschleppt und/oder ermordet. Einige (auch nichtjüdische) Professoren emigrierten in die USA. Zwar wurden auch neue Professuren eingerichtet, für eine Berufung waren damals in Deutschland aber weniger wissenschaftliche Qualifikationen erforderlich als vielmehr Erfahrungen in der „Wehrmachtpsychologie“, vor allem in Diagnostik (vgl. Lück, 1991, S. 14 ff.). Die Psychologie war nun also weniger in Bezug auf ihre wissenschaftlichen Erkenntnisse gefragt als in Bezug auf **praktische Qualifikationen**. Das erforderte eine neue Art der Ausbildung: 1941 wurde in Deutschland die **erste Diplom-Prüfungsordnung für Psychologie** erstellt. Sie löste das bisher rein wissenschaftlich orientierte Studium zugunsten eines berufsvorbereitenden Studiums ab (und blieb bis 1973 fast unverändert gültig). Die **Klinische** Psychologie war in diesem Stadium allerdings noch **nicht** als Studienfach vorgesehen.

Obwohl die Fokussierung auf die Psychodiagnostik auch für die **USA** bis über den Zweiten Weltkrieg

hinaus zutraf, begann dort noch **während** des **Zweiten Weltkrieges** eine neue Ära für die Klinische Psychologie. War Psychotherapie bis dahin mit Psychoanalyse gleichgesetzt, wurden allmählich auch genuin **psychologische Behandlungsverfahren** entwickelt.

► **Entwicklung der klientenzentrierten Psychotherapie.** Bereits 1942 veröffentlichte Carl Rogers (1902–1987) sein Buch „Counseling and Psychotherapy“. Dieses Buch gilt als der Beginn der **klientenzentrierten Psychotherapie**, die in **Deutschland** allerdings erst **Ende der 1960er-Jahre** (als **Gesprächspsychotherapie**, s.S. 166 ff.) bekannt wurde. Die Theorie der Therapie, die Rogers auf der Basis seiner Beobachtungen und Erfahrungen in der Praxis, vor allem aber auf der Basis empirischer Untersuchungen entwickelte, wurde später durch eine Persönlichkeitstheorie und eine Theorie der zwischenmenschlichen Beziehung ergänzt. Dabei bezog sich Rogers explizit auf Theorien und Befunde der Psychologie (Rogers, 1959; S. 74 und S. 167).

► **Entwicklung der Verhaltenstherapie.** Noch stärker mit der wissenschaftlichen Psychologie verbunden zeigten sich die Vertreter der **Verhaltenstherapie**, die in den **1950er-Jahren** entwickelt wurde: 1958 verwendeten Arnold **Lazarus** (geb. 1932) und Hans Jürgen **Eysenck** (1916–1997) – unabhängig voneinander, wie immer betont wird – zum ersten Mal in einer Veröffentlichung bzw. in einem Vortrag den Begriff „Behavior Therapy“ (Margraf, 2009). Eysenck arbeitete am berühmten Maudsley Hospital in London, Lazarus in Südafrika – bei Joseph **Wolpe** (1915–1997), der als weiterer Mitbegründer der Verhaltenstherapie gilt. Anders als z. B. die Gesprächspsychotherapie lässt sich die Verhaltenstherapie also nicht einem bestimmten „Gründervater“ zuschreiben. Sie entstand vielmehr als „Bewegung auf der Basis der empirischen Psychologie“ (Margraf, 2009, S. 15).

„Verhaltenstherapie“ wurde ursprünglich nicht einfach nur als neuer psychotherapeutischer Ansatz, sondern als **Alternative** zur Psychotherapie verstanden. Weil wir heute daran gewöhnt sind, in der Verhaltenstherapie den zweiten großen psychotherapeutischen Ansatz zu sehen, der aus der Psychologie heraus entstanden ist, wird leicht vergessen, dass Eysenck selbst sich ausdrücklich von der Psychotherapie abgrenzte. Auch er sah für die Klinische Psychologie mehr Möglichkeiten als nur die Psycho-

diagnostik. Allerdings wollte er zum einen nichts mit der Psychoanalyse zu tun haben, die damals auch in England mit der Psychotherapie gleichgesetzt war und die seiner Meinung nach nicht als Teil der Klinischen Psychologie gelten konnte. Zum anderen wollte er den Psychiatern ihre Zuständigkeiten lassen. Den wichtigsten Beitrag der Klinischen Psychologie für die Psychiatrie sah er in der **experimentellen Methode**. Seine auch heute durchaus noch diskussionswürdige Überzeugung war, dass die Psychologie schlecht beraten sei, wenn sie der Psychiatrie möglichst ähnlich werden wollte. Aus seiner Sicht sollte der Klinische Psychologe am besten „mehr und mehr ein biologisch und behavioristisch orientierter Wissenschaftler“ werden, „dessen Beitrag zur Psychiatrie durch seine eigentliche Ausbildung in experimenteller Psychologie und empirisch-fundierter Theorie definiert und geformt wird“ (Eysenck, 1972, S. 625). Der **praktische** Beitrag zur Psychiatrie – die Verhaltenstherapie – konnte seiner Auffassung nach daher nur in der **Ableitung von Behandlungsmethoden aus psychologischen Gesetzen und Theorien** – das hieß für ihn vor allem aus den **Lerntheorien** – bestehen. Den in den USA beobachtbaren Trend, dass Klinische Psychologen zunehmend die Arbeit von Psychiatern übernahmen und Psychotherapeuten werden wollten, kritisierte Eysenck offen. Er räumte aber ein, dass Aussagen über die Klinische Psychologie wohl immer nur **länderspezifisch** zu treffen seien. Das scheint auch heute noch bis zu einem gewissen Grad zu gelten. So gibt es auch jetzt, nach der mehr als 100-jährigen Geschichte der Klinischen Psychologie, noch immer nicht **die** Definition von Klinischer Psychologie (s.S. 23 ff.).

Die Klinische Psychologie in Deutschland ab den 1960er-Jahren

Das aus heutiger Sicht vertraute Verständnis von Klinischer Psychologie gibt es in Deutschland seit **Ende der 1960er-, Anfang der 1970er-Jahre**. In den damals erschienenen Lehrbüchern (Pongratz, 1973; Schraml, 1969; Schraml & Baumann, 1974; 1975) fällt neben einer **Erweiterung des Gegenstandsbereichs** vor allem eine **selbstbewusste Abgrenzung** von der **naturwissenschaftlichen Medizin** auf. Die Klinische Psychologie habe die Aufgabe, ein Gegengewicht zur „Dominanz der Technologie und Bürokratie“ zu bilden. Deshalb müsse sie das individuelle Erleben und soziale Aspekte

von psychischen und körperlichen Erkrankungen in den Vordergrund rücken (vgl. Schraml & Baumann, 1975, S. 25 f.).

Die neuen Lehrbücher fielen in eine Zeit der Etablierung neuer beruflicher Orientierungen, die einsetzen, als die Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie auch in Deutschland Beachtung fanden. 1968 war in München die „Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie“ gegründet worden, die später in die **Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie** (DGVT) umbenannt wurde und unter diesem Namen bis heute besteht. In Hamburg wurde 1970 die **Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie** (GwG) gegründet. Beide Therapieverbände standen in **kritischer Distanz** zum **medizinischen Modell psychischer Störungen** (s.S. 40) und hatten ihre Verbündeten eher in der Gemeindepsychologie und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (s.S. 101 ff.) als in der traditionellen Klinischen Psychologie.

► **Entwicklungen in der universitären Ausbildung.** Der Aufschwung der psychologischen Behandlungsansätze schlug sich auch in der **Neufassung der Diplomprüfungsordnung** für Psychologie nieder, die 1973 endlich die Prüfungsordnung aus der Zeit des Nationalsozialismus ablöste. Das Psychologiestudium sah nun im zweiten Studienabschnitt **anwendungsorientierte Spezialisierungsmöglichkeiten** vor, also eine Spezialisierung in Klinischer Psychologie, Pädagogischer Psychologie oder Arbeits- und Organisationspsychologie. Abgesehen davon, dass die damit verbundene Anerkennung der „**Anwendungsfächer**“ den Vertretern der „**Grundlagenfächer**“ generell suspekt war, wurde die Klinische Psychologie in dieser Zeit zum ganz besonderen Sorgenkind mancher Psychologieprofessoren. Regelmäßig wurde in den „Lageberichten“ der Präsidenten der **Deutschen Gesellschaft für Psychologie** (DGPs) der verhältnismäßig große Zustrom der Studierenden zur Klinischen Psychologie (ca. 75% der Studierenden entschieden sich für eine Spezialisierung in Klinischer Psychologie) beklagt. Schon 1987 wurde daher in der alten Bundesrepublik eine neue Studien- und Prüfungsordnung verabschiedet, mit der die frühe **Spezialisierungsmöglichkeit** auf ein **Anwendungsfach abgeschafft** wurde. Das änderte zwar nichts an der Attraktivität der Klinischen Psychologie für die Studierenden (nach wie vor ist die Klinische Psychologie das mit Abstand beliebteste

Teilfach der Psychologie), verlagerte aber die **anwendungsorientierte Ausbildung** in den **außeruniversitären Bereich**. Das ist auch nach der Umstellung der Diplomstudiengänge in Bachelor- und Masterstudiengänge (s.S. 110 ff.) so geblieben, obwohl Bachelorstudiengänge eigentlich als berufsqualifizierende Studiengänge gedacht waren. Anders als in den USA (s.S. 111 f.) wird damit in Deutschland die **Trennung** zwischen „**wissenschaftlicher**“ bzw. **forschungsorientierter** und **anwendungsorientierter Psychologie** betont oder zumindest in Kauf genommen.

Auffallend ist, dass die akademische Psychologie diese Trennung zwar will, aber schwer aushält. Am deutlichsten ist das derzeit am Beispiel der **Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten** zu beobachten. Indem die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) ein Zertifikat für Ausbildungen vergibt, die an Universitäten oder unter universitärer Leitung angeboten werden, wird gerade versucht, den Einfluss der wissenschaftlichen Psychologie auf die psychotherapeutische Praxis zu verstärken. Die Zuständigkeit der Klinischen Psychologie für die Psychotherapie wird dadurch zum Ausdruck gebracht, dass die Zeitschrift für Klinische Psychologie und die Fachgruppe für Klinische Psychologie (die übrigens erst 1984 gegründet worden war) in **Zeitschrift bzw. Fachgruppe für Klinische Psychologie und Psychotherapie** umbenannt wurden. Die Psychotherapie, für die sich die akademische Klinische Psychologie interessiert, ist allerdings fast immer nur die Verhaltenstherapie.

Aktuelle Entwicklungen

Damit ist nun zumindest an den Universitäten die Vormachtstellung der Verhaltenstherapie erreicht, die von Eysenck (1972) prophezeit worden war: Eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Psychologie im Jahr 2000 ergab, dass inzwischen einzig und allein die Verhaltenstherapie noch an allen Psychologieinstituten Deutschlands gelehrt wird. Ganz im Sinne Eysencks wird sie **nicht** als **Psychotherapie**, sondern als **Interventionstechnik** bezeichnet (Kröner-Herwig, Fydrich & Tuschen-Caffier, 2001).

Neben einer Tendenz zur Parteilichkeit für die Verhaltenstherapie fällt derzeit in einigen Lehrbüchern auch ein Trend zur Biologisierung und Medikalisierung auf (vgl. z.B. das Lehrbuch von Wittchen &

Hoyer, 2011). **Medikalisierung** meint, dass ursprünglich nichtmedizinische Probleme als medizinische Probleme („Krankheiten“) definiert werden und dass man zum Beschreiben, Verstehen und „Behandeln“ dieser Probleme auf medizinische Denkmodelle Bezug nimmt (vgl. z. B. Forster, 1997).

Konnte man in den 1970er- und 1980er-Jahren vorübergehend den Eindruck bekommen, dass sich eine sozialwissenschaftlich orientierte Klinische Psychologie durchsetzen könnte, so scheint sich also am Beginn des 21. Jahrhunderts **Eysencks Ideal** des **biologisch** und **behavioristisch orientierten Wissenschaftlers** durchzusetzen. Darüber hinaus scheint die Klinische Psychologie auch ihre Gegenposition zur Medizin aufgeben zu haben und wieder jene **Defizit- und Störungsorientierung** einzunehmen, die ihr immer wieder, vor allem aber in den 1970er- und 1980er-Jahren, den Vorwurf des **Klinischen Blicks** eingetragen hat (s. S. 25).

► Abb. 1.1 zeigt eine Zusammenfassung der wichtigsten Daten und Ereignisse zur Geschichte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie.

Check-up

- Skizzieren Sie das Verhältnis der Klinischen Psychologie zur Medizin, zur Psychotherapie und zur Psychoanalyse.
- Bringen Sie die aktuellen Entwicklungen der Klinischen Psychologie mit Eysencks Idealvorstellungen vom Klinischen Psychologen in Verbindung.

1.2 Definitionen und Konzeptionen von Klinischer Psychologie

In aller Kürze

Definitionen von Klinischer Psychologie und Lehrbücher zur Klinischen Psychologie unterscheiden sich einerseits hinsichtlich des Gegenstandes, auf den sie sich beziehen, andererseits hinsichtlich der Aufgaben, die der Klinischen Psychologie zugeschrieben werden. Der Eingrenzung der Klinischen Psychologie ausschließlich auf psychische Störungen stehen Auffassungen gegenüber, wonach auch psychische Aspekte körperlicher

Krankheiten und psychische Krisen in die Zuständigkeit der Klinischen Psychologie fallen. Manche Autoren grenzen die Klinische Psychologie auf die Psychopathologie (d. h. die Beschreibung, Erklärung, Vorhersage und Klassifikation psychischer Störungen), die Psychodiagnostik und die Behandlung psychischer Störungen ein (Abnormal Psychology oder Störungsspezifische Klinische Psychologie), andere zählen auch Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Beratung, Betreuung und die Auseinandersetzung mit den kontextuellen Bedingungen klinisch-psychologischen Handelns zu den Aufgaben der Klinischen Psychologie (Kontextuelle Klinische Psychologie).

Es gehört fast zum Standard, Einführungen in die Klinische Psychologie mit dem Hinweis auf die **große Ambiguitätstoleranz** zu beginnen, die einem die Beschäftigung mit der Klinischen Psychologie abverlangt: Man solle die Fähigkeit mitbringen, „mit vorläufigen und widersprüchlichen Informationen zurechtzukommen“ (Davison, Neale & Hautzinger, 2007, S. 4). Positiv gewendet könnte man auch sagen, dass sich am Beispiel der Klinischen Psychologie besonders gut zeigen lässt, wie wichtig es ist, unterschiedliche Positionen kennenzulernen und mit unterschiedlichen Perspektiven klarzukommen.

Tipp

Das setzt freilich eine bestimmte Art der Lehre voraus. Bitten Sie ggf. Ihre Dozentin oder Ihren Dozenten, auch zu Positionen Stellung zu beziehen, die sie bzw. er nicht selbst vertritt.

Versuche, den **Gegenstand** der **Klinischen Psychologie** zu bestimmen, wurden umso wichtiger, je weniger sich die Klinische Psychologie auf ihre Zulieferfunktion für die Medizin beschränken wollte. Solange sich die Klinische Psychologie lediglich als „Anwendung psychologischer Prinzipien und Methoden auf die Psychiatrie“ verstand (Eysenck, 1972, S. 587), gab es keinen Grund, sich Gedanken über einen eigenen Gegenstandsbereich zu machen. Es ging nicht darum, sich von der Psychiatrie abzugrenzen, sondern darum, sich für die Psychiatrie unentbehrlich zu machen. So teilte sich die Klinische Psychologie in der DDR (als „psychiatrische Psychologie“) ihren

Gegenstand und Selbstverständnis der Klinischen Psychologie

1895		1896		1919		1941	
Kraepelin veröffentlicht sein Werk „Der psychologische Versuch in der Psychiatrie“ Freud und Breuer veröffentlichen „Studien über Hysterie“		Gründung der ersten psychologischen Klinik durch Witmer		Adler eröffnet die erste Erziehungsberatungsstelle in Wien		Einführung der Diplomprüfungsordnung für das Fach Psychologie in Deutschland – das rein wissenschaftlich orientierte Studium wird durch ein berufsvorbereitendes Studium abgelöst	
1942		1945		1946		1949	
Rogers veröffentlicht die ersten Darstellungen seiner Klientenzentrierten Psychotherapie		Die APA richtet eine Fachgruppe für Klinische Psychologie ein („Division 12“)		In den USA wird eine gesetzliche Grundlage für Prävention und Behandlung seelischer Störungen geschaffen („Mental-Health-Act“) Gründung des Berufsverbandes Deutscher Psychologen (BDP)		In der „Boulder Conference“ wird das „scientist-practitioner model“ entworfen	
1958		1968		1970		1973	
Lazarus und Eysenck verwenden erstmal den Begriff „behavior therapy“		Gründung der Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie (GVT; seit 1976: DGVT)		Gründung der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)		Neue Diplomprüfungsordnung für Psychologie (mit anwendungsorientierter Spezialisierungsmöglichkeit)	
1975		1984		1987		1991	
Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrie-Enquête)		Gründung der Fachgruppe Klinische Psychologie in der DGPs		Neue Studien- und Prüfungsordnung für Psychologie: Die Spezialisierungsmöglichkeit in einem Anwendungsfach wird wieder abgeschafft		Forschungsgutachten zur Frage eines Psychotherapeutengesetzes	
1999				2009			
<ul style="list-style-type: none"> • Bologna-Erklärung der europäischen Bildungsminister: Umstellung auf Bachelor- und Masterstudiengänge und Wegfall länder- und hochschulübergreifender Rahmenprüfungsordnungen • Gesetz über die Berufe des psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 				Forschungsgutachten zur Ausbildung von psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen			

Abb. 1.1 Geschichte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie – Daten und Ereignisse.

Gegenstand (**psychische Störungen**) mit der Psychiatrie, erhob aber den Anspruch, zu einer *besseren* Diagnostik, Behandlung und Erforschung psychischer Störungen beitragen zu können als die Psychiatrie (Helm, Rösler & Szweczyk, 1979, S. 8).

In Deutschland war dieses Verständnis von Klinischer Psychologie nach dem Zweiten Weltkrieg erst einmal auf die DDR begrenzt. In der alten Bundesrepublik konzentrierte sich das Interesse der Klinischen Psychologie dagegen bis in die 1960er-Jahre auf die **psychischen Aspekte körperlicher Krankheiten**. Das hat seine **Nachwirkungen bis heute**: Mit wenigen Ausnahmen sind in den deutschsprachigen Lehrbüchern neben den **psychischen Störungen** nach wie vor auch **psychische Aspekte körperlicher Erkrankungen** Thema der Klinischen Psychologie (Bastine, 1998; Baumann & Perrez, 2011; Wittchen & Hoyer, 2011).

1.2.1 Störungsspezifische Klinische Psychologie

Daneben hält sich aber auch ein engeres Verständnis, wonach sich die Klinische Psychologie lediglich „mit der Beschreibung, Erklärung und gegebenenfalls Veränderung (Therapie) psychischer Störungen“ beschäftigt (Reinecker, 2005, S. 15). Für dieses Verständnis von Klinischer Psychologie wird im angloamerikanischen Sprachraum der Begriff **Abnormal Psychology**, im deutschen Sprachraum meist der Begriff **Störungsspezifische Klinische Psychologie** verwendet. Es ist jenes Verständnis von Klinischer Psychologie, das gemeint ist, wenn der Klinischen Psychologie ihre **Defizitorientierung** und **Individuumszentrierung** (ihr „**Klinischer Blick**“) vorgeworfen wird.

In Klammern

Der Begriff „Abnormal Psychology“ wird zwar manchmal mit „Klinische Psychologie“ übersetzt (vgl. z. B. das Lehrbuch von Davison, Neale & Hautzinger, 2007, das im Original „Abnormal Psychology“ heißt), meint aber dann meistens lediglich eine Störungsspezifische Klinische Psychologie.

1.2.2 Kontextuelle Klinische Psychologie

Eine Klinische Psychologie, die sich auf die Beschreibung, Erklärung und Behandlung psychischer Störungen konzentriert, muss sich den Vorwurf gefallen lassen, zu defizitorientiert und individuumszentriert und zu sehr dem psychiatrischen Denken verhaftet zu sein. Alternativen zu diesem **Klinischen Blick** bieten Konzeptionen, in denen die Aufgaben der Klinischen Psychologie z. B. um **Gesundheitsförderung** und **Prävention** sowie um die **Aufklärung** und **Beeinflussung von kontextuellen Bedingungen** erweitert werden und in denen die **Unterschiede** zwischen Klinischer Psychologie und Psychiatrie betont werden. So wird z. B. bei Bastine der in der Psychiatrie gebräuchliche Begriff der Psychopathologie durch Pathopsychologie ersetzt. Während die **Psychopathologie** als Teil der allgemeinen medizinischen Krankheitslehre eng an den medizinischen Krankheitsbegriff gebunden ist und von einer spezifischen Verursachung und einem vorhersagbaren Verlauf psychischer Störungen ausgeht (**Ätiologie**), versteht sich die **Pathopsychologie** ausdrücklich als **psychologische Störungslehre**. Sie nimmt einen **kontinuierlichen Übergang** zwischen „**normalem**“ und „**gestörtem**“ psychischem Erleben und Verhalten an und hält sich mit allzu sicheren Aussagen zu den Ursachen und dem Verlauf psychischer Störungen zurück. Statt nach kausalen Ursachen für eine bestimmte Störung zu suchen, interessiert sich die Pathopsychologie stärker für den **prozesshaften Charakter der Entwicklung** von Störungen und für diejenigen **Bedingungen**, die zur **Entstehung** und **Aufrechterhaltung** psychischer Störungen, aber auch zur Aufrechterhaltung „normalen“ Erlebens und Verhaltens beitragen und den **Verlauf** psychischer Störungen **positiv** oder **negativ** beeinflussen (**Genese** bzw. **Pathogenese**). Dabei werden nicht nur Bedingungen beachtet, die im Individuum liegen oder die mit seiner eigenen Umgebung – z. B. seinen familiären oder freundschaftlichen Beziehungen – zusammenhängen, sondern auch ökologische, soziokulturelle und andere gesellschaftliche Bedingungen. Eine Gegenüberstellung der Begriffe „Pathopsychologie“ und „Psychopathologie“ zeigt ▶ Tab. 1.1.

Das vorliegende Lehrbuch lehnt sich an jene Definition von Klinischer Psychologie an, die den Ge-

Tab. 1.1 Pathopsychologie vs. Psychopathologie

Pathopsychologie	Psychopathologie
Psychologische Störungslehre	Teil der allgemeinen menschlichen Krankheitslehre (der Nosologie)
Versuch, psychische Störungen unter Rückgriff auf Methoden und Erkenntnisse der Psychologie zu verstehen	Orientierung am medizinischen Krankheitsbegriff
Annahme eines kontinuierlichen Übergangs zwischen normalen und abnormen psychischen Prozessen Interesse am prozesshaften Charakter der Entwicklung von Störungen und den auslösenden bzw. aufrechterhaltenden Bedingungen psychischer Störungen (Pathogenese)	Annahme einer spezifischen Verursachung und einem vorhersagbaren Verlauf psychischer Störungen (Ätiologie)

Tab. 1.2 Unterschiede zwischen Störungsspezifischer und Kontextueller Klinischer Psychologie

	Störungsspezifische Klinische Psychologie	Kontextuelle Klinische Psychologie
Gegenstand	psychische Störungen	<ul style="list-style-type: none"> • psychische Störungen • psychische Aspekte körperlicher Erkrankungen • psychische Krisen
Aufgaben von Klinischen Psychologen	Beschreibung, Erklärung, Vorhersage, Klassifikation, Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen	<ul style="list-style-type: none"> • Beschreibung, Erklärung, Vorhersage, Klassifikation, Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen • Gesundheitsförderung und Prävention • Rehabilitation • Beratung • Betreuung • Aufklärung und Beeinflussung kontextueller Bedingungen

genstand am weitesten fasst, die **psychologische Perspektive** am stärksten betont und die Klinische Psychologie zur Auseinandersetzung mit den **kontextuellen Bedingungen** verpflichtet.

Zitat

»Die Klinische Psychologie beschäftigt sich demnach „mit **psychischen Störungen**, mit **psychologischen Aspekten körperlicher Störungen oder Krankheiten** sowie **psychischen Krisen**, die durch besondere Lebensumstände ausgelöst werden. Als psychologische Disziplin stützt sie sich vorwiegend auf die Erkenntnisse, Theorien, Methodologien und Methoden der Psychologie und ihrer Teildisziplinen. Ihre Aufgabe ist es, die klinisch-psychologischen Phänomene zu beschreiben, zu erklären und zu klassifizieren (Pathopsychologie), zu erfassen (Psychodiagnostik), ihr Auftreten zu verhindern oder zu behandeln (Prävention und Intervention) und ihre Zusammenhänge mit ökologischen, soziokulturellen, institutionellen Rahmenbedingungen aufzuklären und zu beeinflussen (kontextuelle Bedingungen).“« (Bastine, 1998, S. 17)

Die Anlehnung an diese Definition legt es nahe, neben psychischen Problemen, Störungen und Krisen auch **Ressourcen** zum Thema der Klinischen Psychologie zu machen und den „Klinischen Blick“ (s.o.) um den Blick auf **gesunde Entwicklungen** und **Bedingungen** für **Gesundheit** zu erweitern (Modell der **Salutogenese** von Antonovsky, 1987/1997; s.S. 127 f.). Sie legt es außerdem nahe, Erkenntnisse und Konzepte der Gesundheitswissenschaften in die Klinische Psychologie einzubeziehen und der kurativen Orientierung der Störungsspezifischen Klinischen Psychologie die Leitideen der Gemeindepshychologie (s.S. 29 und S. 101 ff.) entgegenzusetzen. Für dieses Verständnis von Klinischer Psychologie, das auch als **sozialwissenschaftlich orientierte Klinische Psychologie** bekannt ist, wird im Folgenden der Begriff **Kontextuelle Klinische Psychologie** verwendet.

► Tab. 1.2 soll zusammenfassend verdeutlichen, in welchen Aspekten sich die Kontextuelle Klinische Psychologie von der Störungsspezifischen Klinischen Psychologie unterscheidet.