

Was bleibt von der Klinischen Psychologie? Medikalisierungsprozesse und ihre Folgen

Auckenthaler, Anna

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Auckenthaler, A. (1997). Was bleibt von der Klinischen Psychologie? Medikalisierungsprozesse und ihre Folgen. *Journal für Psychologie*, 5(3), 63-70. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-29056>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Was bleibt von der Klinischen Psychologie? Medikalisierungsprozesse und ihre Folgen

Anna Auckenthaler

Zusammenfassung

Die gegenwärtigen Entwicklungen der Klinischen Psychologie werden als Ausdruck einer Unterordnung der Klinischen Psychologie unter die Grundsätze medizinischen Denkens und Handelns interpretiert. Als Belege für diese Einschätzung werden die zunehmende Bedeutung einer »Störungsspezifischen Klinischen Psychologie«, die Ausgrenzung der Prävention, die positive Bezugnahme auf das »medizinische Modell«, die Manualisierung von Psychotherapie und die Orientierung der psychotherapeutischen Wirksamkeitsforschung an der pharmakologischen Forschung genannt. Anschließend wird aufgezeigt, welche Motive der Medikalisierung zugrunde liegen könnten und welche Konsequenzen sie hat.

EINLEITUNG

Wer die Entwicklungen der Klinischen Psychologie schon länger verfolgt, kommt derzeit leicht auf die Idee, die (Selbst-)Auflösung der Klinischen Psychologie festzustellen oder zumindest zu phantasieren (vgl. auch Wittchen 1996). Es gibt so viele Hinweise auf die Übernahme einer medizinischen Sichtweise, daß man den Eindruck gewinnen kann, die Klinische Psychologie würde vielleicht allmählich in der Medizin verschwinden. Andererseits stellt sich die Frage, ob sie nicht einfach nur dabei ist, sich endlich selbstbewußt zu dem zu bekennen, was sie schon immer war (oder wenigstens sein wollte), und manche scheinen sich von der Orientierung an einem medizinischen Denken und Handeln sogar eine Stärkung der Klinischen Psychologie zu erhoffen.

Dieser positiven Einschätzung ist allerdings entgegenzuhalten, daß die Klinische Psychologie mit ihrer Orientierung an der Medizin derzeit wohl in erster Linie Zuarbeit für die weitere Etablierung medizinischer Sichtweisen leistet und sich einem medizini-

schen Denken unterordnet. Das ist die Position, die im vorliegenden Beitrag eingenommen und zur Diskussion gestellt wird. Dazu werden zunächst (in Abschnitt 2) einige Indizien benannt, die darauf schließen lassen, daß die Medikalisierung der Klinischen Psychologie in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat.¹ Im Anschluß daran wird es (in Abschnitt 3) um die Frage gehen, warum die Klinische Psychologie die Nähe zu einem medizinischen Denken sucht: welche Vorteile die Profession davon hat oder zu haben glaubt - und was sie dabei in Kauf nimmt.²

INDIZIEN FÜR EINE ZUNEHMENDE MEDIKALISIERUNG DER KLINISCHEN PSYCHOLOGIE

Obwohl in diesem Beitrag die These vertreten wird, daß die Medikalisierung der Klinischen Psychologie in den letzten Jahren zugenommen hat und derzeit noch weiter zunimmt (und damit beziehe ich mich auf die Entwicklung in den 90er Jahren), sind einige der Indizien, die zur Untermauerung dieser These herangezogen werden, keineswegs neu. Der Trend zur Manualisierung von Psychotherapie z. B. gilt schon seit den späten 70er Jahren als »zunehmend«, und bereits Mitte der 80er Jahre konnte die Manualisierung als »kleine Revolution« bezeichnet werden (Luborsky 1984, 30; Luborsky & de Rubeis 1984); inzwischen scheint sie aber selbstverständlicher zu sein als je zuvor (Lambert & Bergin 1994; vgl. auch Beutler, Crago & Machado 1991). Und die Fokussierung auf einen präventiven Anspruch war wahrscheinlich immer mehr Programm als Wirklichkeit; man wußte aber zumindest, daß Prävention Gegenstand klinisch-psychologischer Lehrbücher zu sein hatte. Außerdem hat die Medikalisierung der Klinischen Psychologie - ähnlich wie die Medikalisierung der Psychiatrie (Forster 1997) - in den letzten

Jahren eine neue Qualität bekommen: Das Engagement, das in die Unterstützung medizinischer Sichtweisen und Behandlungsformen investiert wird, hat zugenommen, und man ist dabei viel unbefangener und selbstbewußter am Werk als früher.

So findet man jetzt Belege für die These von der Medikalisierung der Klinischen Psychologie längst nicht mehr erst dann, wenn man sich gezielt auf die Suche danach macht; sie sind inzwischen so augenfällig geworden, daß man sie bereits bei einem nur flüchtigen Blick in einschlägige Lehrbücher oder Übersichtswerke »entdeckt«. Dabei fallen derzeit (aus meiner Sicht) vor allem zwei Entwicklungen auf: der bereitwillige Verzicht auf einen präventiven Anspruch und der zunehmende Trend zur Strukturierung der Lehrbücher entlang von Störungsbildern. In einem der neueren Lehrbücher (Comer 1995) und in den beiden gerade erschienenen Enzyklopädie-Bänden zur Klinischen Psychologie (Ehlers & Hahlweg 1996; Hahlweg & Ehlers 1997) kommt »Prävention« kaum noch vor - im 778 Seiten langen Text von Comer (1995) z. B. bei großzügiger Lesart gerade mal auf drei Seiten -, und Comer geht sogar so weit, Prävention ganz aus der Klinischen Psychologie auszugrenzen und sie der Gemeindepneumatologie zuzuordnen. (Bei Davison & Neale gehört sie wenigstens noch zur Gemeindepneumatologie - die allerdings als »therapeutisches Verfahren« mißverstanden wird; Davison & Neale 1996, 774). Und war man vor kurzem - zumindest im deutschsprachigen Raum - noch der Ansicht, daß die Klinische Psychologie sowohl störungsübergreifend als auch störungsbezogen strukturiert werden könne (Baumann & Perrez 1990, 22) und daß eine »umfassende Sicht der Klinischen Psychologie« beide Perspektiven brauche (Baumann & Perrez 1990, 5) bzw. daß die beiden Zugänge einander ergänzen würden (Bastine 1992, V), wird inzwischen gefordert, »daß sich ein Überblick über den aktuellen Stand der Klini-

schen Psychologie heute ... nach dem Stand der Forschung zu einzelnen psychischen Störungen orientieren sollte« (Ehlers & Hahlweg 1996, XXV; Hervorhebung A. A.). Das wird in Zusammenhang damit gebracht, daß heute »aus wissenschaftlichen und berufspolitischen Gründen« eine »effektive Behandlung im Mittelpunkt des Interesses« stehe und daß »differentielle Effekte einzelner Interventionsmethoden häufig dann nachgewiesen werden können, wenn spezifische Störungen betrachtet werden« (Ehlers & Hahlweg 1996, XXV).

Die Medikalisierung der Klinischen Psychologie läßt sich auch daran erkennen, daß man inzwischen sogar (wieder) ganz offen positiv auf das »medizinische Modell« Bezug nehmen darf.

So wird z. B. in einer - von Grawe im Geleitwort wegen ihres Beitrags zur Entwicklung und Entideologisierung der Psychotherapie sehr gelobten - Monographie über die »Interpersonelle Psychotherapie« (Schramm 1996) nicht nur recht selbstverständlich der Begriff der psychiatrischen Erkrankung verwendet; dem Konzept der psychiatrischen Erkrankung wird sogar ganz unverhohlen der Vorzug gegeben.

Begründet wird das mit dem Ziel, den Patienten »bewußt von überfordernden sozialen Verpflichtungen zu entlasten« (Schramm 1996, 88) - ein Begründungsmuster, das die Akzeptanz von Medikalisierungsvorgängen erleichtert (Forster 1997, 136 ff.) und das ganz eng an die »ärztliche Fürsorgeideologie« (Jervis 1978) gekoppelt ist. Es erstaunt daher auch nicht, daß die Interpersonelle Psychotherapie als eine Therapierichtung gekennzeichnet wird, »die sich insgesamt am medizinischen Krankheitsmodell orientiert« (Schramm 1996, 77). Erstaunlich allerdings ist, daß die Übernahme des »medizinischen Modells« inzwischen nicht einmal mehr in Ansätzen problematisiert wird. Nicht weniger eindeutig läßt sich die Unterordnung der Klinischen Psychologie unter

ein medizinisches Denken m. M. nach aus der Manualisierung von Psychotherapie und aus den Standards erschließen, auf die sich die psychotherapeutische Wirksamkeitsforschung eingeschworen hat. Die Manualisierung von Psychotherapie und eine bestimmte Forschungspraxis sind übrigens eng miteinander verbunden. Diese enge Verbindung wird auch in einigen der Argumente deutlich, die für psychotherapeutische Manuale vorgebracht werden: Manuale seien wichtig, um die therapeutische Praxis so gut wie möglich zu operationalisieren (Kazdin 1994), zur Entwicklung von Ratingskalen, mit denen Ausbildungseffekte gemessen werden können (Lambert & Bergin 1994) und für das Training von Ratern (Lambert & Hill 1994). Sie würden eine von den Weltanschauungen der Therapeut(inn)en unabhängige Anwendung standardisierter Interventionen ermöglichen (Beutler, Machado & Neufeldt 1994), würden statt einer persönlichen Identifikation mit einem bestimmten Verfahren die Orientierung an Regeln verlangen, die Ausbildung von Therapeut(inn)en beschleunigen und den Bedarf an Supervision einschränken, wenn nicht sogar Supervision ganz überflüssig machen (Lambert & Bergin 1994).

Diese Argumente mögen zwar unter Umständen fragwürdig erscheinen, daß die Manualisierung von Psychotherapie etwas mit einem medizinischen Denken zu tun haben könnte, ist daraus aber wohl kaum herleitbar. Dazu muß man sich schon das Psychotherapieverständnis vor Augen halten, das der Entwicklung von Manualen zugrunde liegt, und die Ansprüche, die man mit der Entwicklung von Manualen verbunden hat: »to do for psychotherapists what had been done for the pharmacotherapies, namely, to try to calibrate what and how much was being delivered, and then to find out how effective it was« (Luborsky 1984, 31). Die Manualisierung von Psychotherapie kann als ein Versuch gesehen werden, die einzelnen Bestandteile einer Psychothera-

pie so genau zu spezifizieren, wie man etwa in der pharmakologischen Forschung die Bestandteile eines Medikaments zu bestimmen versucht (Stiles & Shapiro 1989); sie fügt sich in den Trend zur Entwicklung spezifischer Behandlungen (»treatment packages«) für spezifische psychische Störungen. Ganz analog zur medizinischen Behandlung geht man auch für die Psychotherapie davon aus, daß die für die Probleme der Patient(inn)en angemessenste Behandlung auszusuchen ist, der Therapeut diese Behandlung dem Patienten »verabreichen« muß - und daß der Verlauf einer Behandlung (wenigstens im großen und ganzen) vorhersagbar ist.

Genau das ist auch das »offizielle« Psychotherapieverständnis in der Wirksamkeitsforschung (Orlinsky 1989). Relativ unbeeindruckt von Forschungsergebnissen, wonach der Erfolg einer Psychotherapie weit mehr von der Qualität der therapeutischen Beziehung, der Aufnahmebereitschaft des Klienten und anderen »unspezifischen Wirkfaktoren« abhängt als vom Einsatz einzelner Techniken (Orlinsky, Grawe & Parks 1994; Orlinsky & Howard 1986), hofft man weiterhin darauf, die eigentlich bedeutsamen Wirkfaktoren in bestimmten therapeutischen Techniken zu entdecken und folgt, inzwischen wohl sogar wider besseres Wissen, der Logik pharmakologischer Untersuchungen, um diese Techniken in möglichst »reiner« Form aus dem therapeutischen Geschehen herausfiltern und sie dann - in »Positivregeln« formuliert - in Manuale einbauen zu können. (Zur Problematik von Positivregeln als Grundlage für das psychotherapeutische Handeln s. Auckenthaler 1996; Mohr 1995). Je mehr aber nun die Ergebnisse der Psychotherapieforschung gegen die Angemessenheit der »drug metaphor« (Stiles & Shapiro 1989) sprechen, um so mehr muß man sich fragen, was sie dennoch attraktiv macht, und warum die Unterordnung unter ein medizinisches Denken eher zunimmt als abnimmt. Mögliche

Antworten auf diese Fragen sollen im nächsten Abschnitt zur Diskussion gestellt werden.

EINE PROFESSION MACHT SICH ENTBEHRlich. HINTERGRÜNDE UND PROBLEME DER MEDIKALISIERUNG

Die Annäherung der Klinischen Psychologie an die Medizin könnte wohl kaum so entschieden vorangetrieben werden, wenn es dafür nur den Druck von außen gäbe, der häufig dafür verantwortlich gemacht wird. Natürlich läßt sich der anhaltende Trend zu einer störungsspezifischen Psychotherapie und zur Manualisierung von Psychotherapie auch auf die Entwicklungen im Gesundheitssystem zurückführen (vgl. Strupp 1996). Das würde allerdings höchstens verständlich machen, daß Zugeständnisse an die Medizin gemacht werden, nicht aber, warum sie so bereitwillig gemacht werden. Und selbst wenn man bedenkt, wie gut das Standarddesign der Arzneimittelforschung zum fachintern bevorzugten Ansatz einer »Variablenforschung« paßt und daß es funktional ist, diesen Ansatz zu übernehmen, wenn man Drittmittel einwerben oder einen Artikel in renommierten Zeitschriften unterbringen will (vgl. McLeod 1994, 140; Orlinsky 1989; Stiles & Shapiro 1989), läßt sich diese Bereitwilligkeit nur zum Teil aufklären. Bei aller Vorsicht gegenüber einem psychologisierenden Denken ist daher zusätzlich auch der psychische Gewinn mitzubedenken, der mit einer Orientierung an der Medizin verbunden sein könnte:

So wurde die Vorliebe für die »drug metaphor« u. a. damit in Zusammenhang gebracht, daß ein Psychotherapieverständnis, das die Ursachen von Veränderungen dem Therapeuten zuschreibt, der Profession möglicherweise ein Gefühl der Stärke und Wirksamkeit verschafft (Stiles & Shapiro 1989). Sich mit einem medizinischen Denken anzufreunden, könnte aber in Zeiten wie diesen auch dabei helfen, einen Konflikt zu lösen: Vor ca. 20 Jahren

wurde auf das Dilemma hingewiesen, in dem sich diejenigen Psycholog(inn)en befänden, die das medizinische Krankheitsmodell ablehnen: weil sie ja »gleichzeitig, um Leistungen aus der GKV in Anspruch nehmen zu können, eine Erweiterung eben dieses Krankheitsmodells fordern (müssen)« (von Kardorff 1978, 569). Inzwischen scheinen viele Psycholog(inn)en einen Weg gefunden zu haben, dieses Dilemma nicht mehr erleben zu müssen. Die Übernahme medizinischer Sichtweisen erlaubt ihnen ein ungebrochen(er)es Verhältnis zu den geforderten Anpassungen. Man beobachte nur einmal, wie leicht vielen Kolleginnen und Kollegen inzwischen Begriffe wie »psychische Krankheit«, »Heilung« oder »heilkundliche Psychotherapie« über die Lippen gehen. Das hat meiner Meinung nach höchstens noch teilweise mit Zugeständnissen an härter werdende Rahmenbedingungen zu tun, sondern immer mehr mit eigenen Überzeugungen.

Das Zusammenrücken von Klinischer Psychologie und Medizin wird aber keineswegs durchgängig als Unterordnung der Klinischen Psychologie unter das medizinische Denken gesehen bzw. erlebt, wie es durch die bisherigen Ausführungen nahegelegt worden sein könnte. Mitunter scheint es im Gegenteil so, als würden die Psycholog(inn)en ernsthaft daran glauben, die größere Nähe sei das Ergebnis einer Annäherung der Medizin an die Psychologie. Als Belege für diese Einschätzung werden die breite Akzeptanz eines »biopsychosozialen Modells« psychischer Störungen und die Änderungen in den Klassifikationssystemen psychischer Störungen verwendet. Tatsächlich scheint es so, als ob durch diese Entwicklungen die Distanzierung von einem medizinischen Denken überflüssig geworden wäre. So kann man jetzt z. B. mit Fug und Recht behaupten, daß man ja mit der Übernahme psychiatrischer Diagnosen nicht mehr gleichzeitig das nosologische Modell verschiedener »Krankheitseinheiten« über-

nehmen müsse. Verblüffend ist allerdings, wie wenig die Nähe der operationalisierten Diagnostik zum biologisch-psychiatrischen Krankheitsmodell bzw. der Hintergrund ihrer Entstehung problematisiert wird: Es »sollte den zunehmend störungsspezifischer werdenden psychopharmakologischen Behandlungsstrategien Rechnung getragen werden, die homogenere und zudem möglichst rein symptomatologisch definierte diagnostische Klassen erforderten« (Freyberger & Muhs 1993, 44; s. auch Wilson 1993). Statt dessen freut man sich über die Ersetzung des Begriffs der »psychiatrischen Erkrankung« durch den Begriff der »psychischen Störung« (obwohl einem manchmal doch der Verdacht kommen müßte, daß es sich dabei vielleicht nur um eine sprachliche Umbenennung handelt; vgl. Dilling 1993, 18: »Krankheitsbilder, die jetzt Störungen genannt werden«) - möglicherweise nicht zuletzt deshalb, weil hier endlich einmal die Mediziner(inn)en eine Kröte schlucken mußten: Schließlich sei es für den »deutschen Kliniker« ungewohnt, »von vielen herkömmlich als Krankheiten oder gar Krankheitseinheiten verstandenen Zuständen lediglich als Störung zu sprechen« (Wittchen, Saß, Zaudig & Koehler 1991, XVI).

Ob die Bereitschaft der Psycholog(inn)en, die operationalisierte Diagnostik und das zunehmende Bekenntnis zum »biopsychosozialen Modell« als Distanzierung von der traditionellen psychiatrischen Sichtweise zu feiern, berechtigt ist, Ausdruck von Naivität³ oder vielleicht sogar Ausdruck einer klammheimlichen Erleichterung darüber, daß man nun endlich die eigenen Überzeugungen nicht mehr verbergen muß, sei dahingestellt. Fest steht jedenfalls, daß diese Einschätzung die Absicherung und Stärkung eines medizinischen Denkens begünstigt: weil es nun eben auch von den Psycholog(inn)en mitgetragen wird. Man scheint es weder relevant zu finden, daß das »biopsychosoziale Modell« ja als neues medizini-

sches Modell eingeführt worden ist (vgl. G. L. Engel 1979/1977), noch zeigt man sich beunruhigt darüber, daß eine rein deskriptive Klassifikation schließlich nur als ein Vorstadium für ein befriedigenderes Vorgehen angesehen wird (Wittchen et al. 1991, XI) und daß man sich bei der Suche nach den Ursachen der einzelnen Störungen nach wie vor, wenn nicht sogar derzeit besonders stark auf »biologische Marker« konzentriert (vgl. R. R. Engel 1990; Schulte 1994).

Nun könnte man die Übernahme eines medizinischen Denkens als zeitabhängig unumgängliche Anpassungsleistung interpretieren - oder als Freude über eine wenigstens oberflächlich hergestellte Harmonie (vgl. von Kardorff 1978, 556). Für solche verarmenden Deutungen aber ist die Lage zu ernst. Berufspolitisch betrachtet, kommt die Anpassung inzwischen einer Selbstaufgabe gefährlich nahe. Bei all dem Bemühen der Klinischen Psychologie, auf ihre kurative Orientierung zu setzen und dabei dem störungsspezifischen Denken der Psychopharmakologie zu folgen, muß man sich nicht wundern, wenn Ärztinnen und Ärzte meinen, sie könnten die Aufgaben der Psycholog(inn)en auch, wenn nicht sogar besser, übernehmen. Die PsychologInnen tun viel dafür, um sie in diesem Eindruck zu bestätigen: z. B., indem sie Manuale zur Verfügung stellen, die es auch weniger erfahrenen Therapeut(inn)en ermöglichen sollen, eine Psychotherapie durchzuführen (Schramm 1996, 9), die Psychotherapieausbildungen verkürzen und den Bedarf an Supervision einschränken sollen (s. o., 2). Es mag ja eine vernünftige und begrüßenswerte Entscheidung sein, sich an der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten zu beteiligen. So, wie man sich derzeit an die Medizin andient, stellt sich aber doch die Frage, ob die Psycholog(inn)en nicht auf dem besten Weg sind, sich selbst überflüssig zu machen - ob sie vielleicht gerade noch ein bißchen Aufbauhilfe für die ärztlichen Wei-

terbildungsprogramme leisten dürfen »und dann schrittweise durch ärztliche Kollegen ersetzt werden« (Wittchen 1996, 154).

Weit beunruhigender als der berufspolitische Aspekt ist aber aus meiner Sicht, daß durch die zunehmende Anpassung der Klinischen Psychologie an die Medizin wichtige Inhalte verlorengehen. Daß einige davon ja nur aus der Klinischen Psychologie ausgeschlossen werden, aber nicht ganz verlorengehen, sondern woanders wieder auftauchen bzw. sogar besonders stark fokussiert werden (die »Prävention«, z.B. in der Gemeindepsychologie oder in der Gesundheitspsychologie), hat zwar etwas Beruhigendes; dennoch sollte meiner Meinung nach auch innerhalb der Klinischen Psychologie noch einmal gründlich darüber nachgedacht werden, ob man sich wirklich auf immer weniger Aufgabenbereiche und auf eine immer einheitlichere Sicht beschränken möchte.

Besonders viel Nachdenklichkeit scheint man sich derzeit allerdings nicht leisten zu wollen. Da einiges darauf hinweist, daß die Entwicklungen in der Klinischen Psychologie derzeit weniger von inhaltlichen Überlegungen als vom Überlebenswunsch der Profession bestimmt werden, wird sich eine weitere Medikalisierung des Faches wohl erst dann stoppen lassen, wenn die Selbstauflösung der Klinischen Psychologie nicht mehr als finsternes Szenario abgetan werden kann, sondern schmerzhaft spürbar wird - oder wenn die Gegenbewegung zur Medikalisierung (vgl. Williams & Calnan 1996; Zaumseil & Angermeyer, im Druck) als Chance für eine Stärkung der Klinischen Psychologie erkannt wird. Würden inhaltliche Überlegungen zählen, müßte man sich freilich besser heute als morgen von einem medizinischen Denken verabschieden. Dazu könnte man sich sogar auf die Ergebnisse der empirischen Forschung berufen: z. B. auf Ergebnisse, die für die sekundäre Bedeutung von Techniken sprechen (s. o.),

auf Ergebnisse, die auf die Probleme psychotherapeutischer Manuale hinweisen (vgl. z. B. Castonguay, Hayes, Goldfried, Wisner & Raue 1996; Henry, Schacht, Strupp, Butler & Binder 1993; Henry, Strupp, Butler, Schacht & Binder 1993) und auf Ergebnisse, welche die Grenzen von Kurzzeitpsychotherapien und die Probleme der Einschränkung einer freien Therapeutenwahl aufzeigen (Seligman 1995). Ob Argumente, die sich auf solche Ergebnisse beziehen, überhaupt einmal Auswirkungen auf das offizielle Verständnis von Klinischer Psychologie haben werden, bleibt abzuwarten. Denn - um es noch einmal ganz deutlich zu sagen - die Übernahme eines medizinischen Denkens ist ja keineswegs nur als Demutsgebärde gegenüber einer mächtigen Profession zu interpretieren; sie ist in bester Übereinstimmung mit einer Konzeption von (Klinischer) Psychologie, die vielen immer noch als der Lieblingsentwurf gilt.

Anmerkungen

1. »Medikalisierung« meint den »Prozeß der Anwendung medizinischer Denkmodelle auf Probleme, die einst nicht oder nicht vorrangig in Begriffen von Gesundheit und Krankheit verstanden worden waren, und medizinischen Interventionen, um Probleme zu behandeln, auf die zuvor nicht oder nicht-medizinisch reagiert worden war« (Forster 1997, S. 154, vgl. auch Conrad 1992, Williams & Calnan 1996)
2. Medikalisierung wird hier als ein Prozeß verstanden, der nicht einfach »passiert«, sondern »beansprucht, betrieben, ausgehandelt und gegen konfligierende Definitionen und Interessen durchgesetzt werden (muß)« (Forster 1997, S. 157). Demnach wäre es sicher nicht gerechtfertigt, die zunehmende Medikalisierung der Klinischen Psychologie als etwas zu sehen, was den Psycholog(inn)en von den Mediziner(inn)en aufgezwungen würde; sie kann wohl nur deshalb so gut vorankommen, weil sich die Psycholog(inn)en aktiv daran beteiligen.
3. Damit soll keineswegs angezweifelt werden, daß das biopsychosoziale Modell eine Reihe positiver Auswirkungen auf das medizi-

nische Handeln hatte und hat, sondern nur daran erinnert werden, daß (auch) das biomedizinische Denken immer noch weit verbreitet ist.

Literatur

- AUCKENTHALER, ANNA (1996): Open rules and open individualized planning. An alternative to a reductionist understanding of therapist actions. In: Esser, U., Pabst, H. & Speierer, G.-W. (Eds.). *The power of the person-centered-approach. New challenges, perspectives, answers*, 55-64. Köln: GwG-Verlag
- BASTINE, REINER (1992): *Klinische Psychologie* (Bd. 2). Stuttgart: Kohlhammer
- BAUMANN, URS & PERREZ, MEINRAD (1990): *Lehrbuch Klinische Psychologie* (Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Ätiologie). Bern: Huber
- BEUTLER, LARRY E., CRAGO, MARJORIE & MACHADO, PAULO P. P. (1991): The status of programmatic research. In: Beutler, L. E. & Crago, M. (Eds.). *Psychotherapy research. An international review of programmatic studies*, 325-334. Washington: APA
- BEUTLER, LARRY E.; MACHADO, PAULO P. P. & NEUFELDT, SUSAN (1994): Therapist variables. In: Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edition, 229-269. New York: John Wiley
- CASTONGUAY, LOUIS G.; GOLDFRIED, MARVIN R.; WISER, SUSAN; RAUE, PATRICK J. & HAYES, ADELE M. (1996): Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 497-504
- COMER, RONALD J. (1995): *Klinische Psychologie*. Heidelberg, Berlin und Oxford: Spektrum
- CONRAD, PETER (1992): Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232
- DAVISON, GERALD C. & NEALE, JOHN M. (1996): *Klinische Psychologie* (4. neubearbeitete Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union
- DILLING, HORST (1993): Zur Geschichte nosologischer Klassifikationen in der Psychiatrie. In: Schneider, W., Freyberger, H., Muhs, A., Schüßler & G. (Hg.). *Diagnostik und Klassifikation nach ICD-10 Kap. V. Eine kritische Auseinandersetzung*, 15-21. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- EHLERS, ANKE & HAHLEWEG, KURT (Hg.). (1996): *Grundlagen der klinischen Psychologie. Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D, Praxisgebiete: Ser. 2, Klinische Psychologie; Bd. 1*. Göttingen: Hogrefe
- ENGEL, GEORGE L. (1979/1977): Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin. In: Keupp, H. (Hg.). *Normalität und Abweichung*, 63-85. München: Urban & Schwarzenberg. (Original erschienen in *Science* 196, 129-136, 1977)
- ENGEL, ROLF R. (1990): Biologische Modelle: Ätiologie/Bedingungsanalyse. In: Baumann, U. & Perrez, M. (Hg.). *Lehrbuch klinischer Psychologie*, 274-286. Bern: Hans Huber
- FORSTER, RUDOLF (1997): *Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung. Eine kritische Bilanz*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- FREYBERGER, HARALD J. & MUHS, ARIBERT (1993): Entwicklung und Konzepte operationalisierter Diagnosesysteme, 43-53. In: Schneider, W., Freyberger, H. J., Muhs, A. & Schüßler, G. (Hg.). *Diagnostik und Klassifikation nach ICD-10 Kap. V. Eine kritische Auseinandersetzung*, 15-21. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- HAHLWEG, KURT & EHLERS, ANKE (Hg.). (1997): *Psychische Störungen und ihre Behandlungen. Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D, Praxisgebiete: Ser. 2, Klinische Psychologie; Bd. 2*. Göttingen: Hogrefe
- HENRY, WILLIAM P., SCHACHT, THOMAS E., STRUPP, HANS H., BUTLER, STEPHEN F. & BINDER, JEFFREY L. (1993a): Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' responses to training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 441-447
- HENRY, WILLIAM P., STRUPP, HANS H., BUTLER, STEPHEN F., SCHACHT, THOMAS E. & BINDER, JEFFREY L. (1993b): Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 434-440
- JERVIS, GIOVANNI (1978): *Kritisches Handbuch der Psychologie*. Frankfurt a. M.: Syndikat
- KARDORFF, ERNST v. (1978): Modellvorstellungen über psychische Störungen: Gesellschaftliche Entstehung, Auswirkungen, Probleme. In: Keupp, H., Zaumseil, M. (Hg.). *Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens*, 539-589. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

- KAZDIN, ALAN E.** (1994): Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In: Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edition, 19-71. New York: John Wiley
- LAMBERT, MICHAEL J. & BERGIN, ALLEN E.** (1994): The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edition, 143-189. New York: John Wiley
- LAMBERT, MICHAEL J. & HILL, CLARA E.** (1994): Assessing psychotherapy outcomes and processes. In: Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edition, 72-113. New York: John Wiley
- LUBORSKY, LESTER** (1984): Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books
- LUBORSKY, LESTER & DERUBEIS, ROBERT J.** (1984): The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review* 4, 5-14
- MCLEOD, JOHN** (1994): Doing counselling research. London: Sage
- MOHR, DAVID C.** (1995): The role of proscription in psychotherapy. *Psychotherapy* 32, 187-193
- ORLINSKY, DAVID E.** (1989): Researchers' images of psychotherapy: Their origins and influence on research. *Clinical Psychology Review* 9, 413-441
- ORLINSKY, DAVID E. & HOWARD, KENNETH I.** (1986): Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3rd edition, 311-385. New York: Wiley
- ORLINSKY, DAVID E., GRAWE, KLAUS & PARKS, BARBARA K.** (1994): Process and outcome in psychotherapy - Noch einmal. In: Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edition, 270-376. New York: Wiley
- SCHRAMM, ELISABETH** (1996): Interpersonelle Psychotherapie bei Depressionen und anderen psychischen Störungen. Stuttgart und New York: Schattauer
- SCHULTE, DIETMAR** (1994): Vom zunehmenden Einfluß klassifikatorischer Diagnostik auf psychotherapeutische und psychodiagnostische Forschung und Praxis. *Diagnostica* 40, 262-269
- SELIGMAN, MARTIN E. P.** (1995): The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study. *American Psychologist* 50, 965-974
- STILES, WILLIAM B. & SHAPIRO, DAVID A.** (1989): Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review* 9, 521-543
- STRUPP, HANS H.** (1996): Psychodynamische Psychotherapie in 2010. *Psychotherapie Forum* 4, 144-151
- WILLIAMS, SIMON J. & CALNAN, MICHAEL** (1996): The »limits« of medicalization?: Modern medicine and the lay populace in late modernity. *Social Science and Medicine* 42, 1609-1620
- WILSON, MITCHELL** (1993): DSM III and the transformation of american psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 150, 399-410
- WITTCHEN, HANS-ULRICH** (1996): Die Zukunft der Klinischen Psychologie - Zwischen Glanz und Erosion. In: Bungard, W. et al. (Hg.): *Perspektiven der Psychologie*, 145 - 167. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- WITTCHEN, HANS-ULRICH, SAß, HENNING, ZAUDIG, MICHAEL & KOEHLER, KARL** (1991): Von DSM-III zu DSM-III-R - Erfahrungen und Perspektiven. In: American Psychiatric Association (Eds.). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-III-R (IX-XXI)*. Weinheim und Basel: Beltz. (Deutsche Bearbeitung und Einführung von Hans-Ulrich Wittchen, Henning Saß, Michael Zaudig & Karl Koehler)
- ZAUMSEIL, MANFRED & ANGERMEYER, MATTHIAS C.** (im Druck): Die (Wieder-)Entdeckung von Kultur und subjektiver Bedeutung in der Untersuchung von psychischer Gesundheit und Krankheit. In: Angermeyer, M. C. & Zaumseil, M. (Hg.): „Verrückte Entwürfe - Kulturelle und individuelle Verarbeitung psychischen Krankseins“. Bonn: Psychiatrie Verlag