

Einleitung

Das Lehrbuch gliedert sich in vier Hauptteile.

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

Teil II Psychische Störungen: Nach der Darstellung der Probleme bei der Definition von psychischer Gesundheit werden die wichtigsten psychischen Störungen ausführlich beschrieben. Neben der Klassifikation und den diagnostischen Kriterien stehen insbesondere die Modelle zur Entstehung

und Aufrechterhaltung der jeweiligen Störungen im Vordergrund. Es werden unterschiedliche Störungsmodelle zu den jeweiligen Störungen dargestellt, wobei der Schwerpunkt auf den psychoanalytischen und den verhaltenstherapeutischen Modellen liegt. Zudem werden in eigenen Abschnitten aktuelle Forschungsbefunde zu den Störungen beschrieben. Die Störungskapitel enthalten anschauliche Fallbeispiele. Den Abschluss bildet eine Diskussion der Komorbiditätsproblematik.

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

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

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

Psychotherapie ist ein eigenes Kapitel gewidmet.

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

Teil I: Grundlagen

1 Was ist Klinische Psychologie und Psychotherapie

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

Aus dem Institut von Wundt ging eine weitere für die Klinische Psychologie wichtige Person hervor: Emil Kraepelin (1856–1926), der später ganz wesentliche Impulse in der Psychiatrie setzte (siehe unten). Als weiterer Impulsgeber kann noch ein Mediziner betrachtet werden: Sigmund Freud (1856–1939). Abgesehen von seinen grundlegenden Arbeiten zum Verständnis und der Therapie psychischer Störungen, setzte

Freud sich dafür ein, dass auch Nicht-Mediziner den Zugang zur Psychotherapie erhielten.¹

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

Definition Klinische Psychologie:

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

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

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

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

Die Klinische Psychologie und Psychotherapie gilt als sogenanntes *Anwendungsfach*. Dies suggeriert, dass hier Erkenntnisse aus anderen Fächern, den Grundlagenfächern (Allgemeine Psychologie, Entwicklungspsy-

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

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

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

2 Historische Entwicklung der Klinischen Psychologie

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

Dämonologie

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

Im alten Babylon gab es für jede Krankheit einen eigenen *Dämon*; der Dämon »Idta« war für »Wahnsinn« zuständig. Auch der *Teufel* hat eine lange Tradition: Jesus heilt einen Mann mit »unreinem Geist«, indem er den Teufel austreibt und in eine Herde Schweine geht – die Besessenheit geht

auf die Tiere über und sie stürzen sich ins Meer (Marcus 5, 8–13)⁵. Dämonenaustreibung geschah üblicherweise mittels ausgefeilter Gebetsriten, Lärmritualen, übel-schmeckendem Gebräu, oder drastischer: Auspeitschen oder Nahrungsentzug, um den Körper für den Dämon/Teufel »unbewohnbar« zu machen.

Noch heute gibt es offizielle Exorzisten in der katholischen Kirche. Lange Zeit galt Anneliese Michel aus Klingenberg als der letzte offiziell durchgeführte Exorzismus in Deutschland (Wolff 2006; Goodman & Siegmund 2006). 2008 wurden allerdings weitere Fälle bekannt: Im Erzbistum Paderborn beispielsweise habe es zwischen 2000 und 2008 laut Bistumssprecher 18 ernstzunehmende Anfragen von Menschen gegeben, die glaubten, vom Teufel besessen zu sein; in drei Fällen wurde ein Exorzismus durchgeführt. Voraussetzung sei, dass die Prüfung durch einen Pastoralpsychologen und einen Psychiater das Fehlen einer psychischen Störung bestätigt, dann werde die »Liturgie der Befreiung« in Auftrag gegeben, d.h. die Austreibung des Bösen durch einen Exorzisten. Exorzismus sei in Frankreich und Italien, vor allem aber in Afrika und Lateinamerika deutlich häufiger als in Deutschland⁶.

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

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

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

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

Somatogenese I

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

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

Frühmittelalter und Mittelalter

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

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

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

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

Die Phase der Asyle

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

In London wurde 1547 das *Piority of St. Mary of Bethlehem* eröffnet, ein Asyl für Geisteskranke; »Bedlam« (Volksmund für »das Hospital«) wurde zum Synonym für Aufruhr und Chaos. Das Asyl wurde zu einer der größten Touristenattraktionen Londons: gegen Eintritt konnten die

»Verrückten« besichtigt werden. In Wien kam es 1784 zur Eröffnung des »*Narren-turms*«. Auch hier gab es Besichtigungen, die Passanten konnten durch die Zwischengänge die »Narren« betrachten. Der Narrenturm beinhaltet heute eine skurrile Sammlung von »Instrumenten«, mit denen die »Irren« traktiert wurden. In den USA sah Benjamin Rush (18. Jahrhundert in Philadelphia) die Ursache psychischer Störungen in einem »Blutandrang im Gehirn« – entsprechend verordnete er Aderlässe bis zu fünf Litern: die Patienten wurden tatsächlich ruhiger (!). Als weitere Behandlungsmethode versetzte er die Patienten in Angst und Schrecken (z. B. wurden sie in einem Sarg unter Wasser gedrückt).

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

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

Somatogenese – reloaded

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

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

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

Gewissermaßen paradigmatisch für die somatogenetische Sicht wurde die *Progressive Paralyse*, die durch psychische Symptome wie bei Geisteskranken charakterisiert ist⁷. Es kursierten verschiedene Ursachenmodelle für die progressive Paralyse: weil häufig Matrosen betroffen waren, wurde die Ursache im Seewasser vermutet; Griesinger meinte, weil häufig Männer erkrankten, sei die Ursache im Alkohol-, Tabak- und Kaffeekonsum zu finden. Erst mit Louis

Pasteur und der *Keimtheorie der Krankheiten* konnte eine spezifische somatische Ursache gefunden werden: die progressive Paralyse ist die Spätfolge einer Syphilis.

Psychogenese

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

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

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

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

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