



Franz Petermann
Andreas Maercker
Wolfgang Lutz
Ulrich Stangier

Klinische Psychologie – Grundlagen

2., überarbeitete Auflage



Bachelorstudium
Psychologie

 hogrefe

Klinische Psychologie – Grundlagen

Bachelorstudium Psychologie

Klinische Psychologie – Grundlagen

Prof. Dr. Franz Petermann, Prof. Dr. Andreas Maercker, Prof. Dr. Wolfgang Lutz,
Prof. Dr. Ulrich Stangier

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Eva Bamberg, Prof. Dr. Hans-Werner Bierhoff,
Prof. Dr. Alexander Grob, Prof. Dr. Franz Petermann

**Franz Petermann
Andreas Maercker
Wolfgang Lutz
Ulrich Stangier**

Klinische Psychologie – Grundlagen

2., überarbeitete Auflage

 **hogrefe**

Prof. Dr. Franz Petermann, geb. 1953. Seit 1991 Lehrstuhl für Klinische Psychologie und seit 1996 Direktor des Zentrums für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen.

Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker, geb. 1960. Seit 2005 Ordinarius für Psychopathologie und Klinische Intervention an der Universität Zürich.

Prof. Dr. Wolfgang Lutz, geb. 1966. Seit 2007 Leiter der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Trier.

Prof. Dr. Ulrich Stangier, geb. 1958. Seit 2008 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Frankfurt.



Informationen und Zusatzmaterialien zu diesem Buch finden Sie unter www.hogrefe.de/buecher/lehrbuecher/psychlehrbuchplus

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Umschlagabbildung: © iStock.com by Getty Images/Sebastien Cote
Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

2., überarbeitete Auflage 2018

© 2018 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2783-6; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2783-7)

ISBN 978-3-8017-2783-3

<http://doi.org/10.1026/02783-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	11
1 Modelle der Klinischen Psychologie	13
1.1 Klinische Psychologie: ihre Bereiche und Nachbardisziplinen	14
1.2 Störung und Gesundheit als psychologische Konstrukte	15
1.2.1 Psychische Störung	15
1.2.2 Psychische Gesundheit, Ressourcen und psychische Stärken	18
1.3 Grundmodelle der Störungslehre	20
1.3.1 Historische und fachspezifische Modelle	20
1.3.2 Integrative Störungsmodelle	24
Zusammenfassung	30
Fragen	31
2 Lern- und sozialpsychologische Grundlagen	33
2.1 Klassisches Konditionieren	34
2.1.1 Grundlagen der klassischen Konditionierung	34
2.1.2 Voraussetzungen der klassischen Konditionierung	36
2.1.3 Klinische Anwendungen der klassischen Konditionierung	37
2.2 Operantes Konditionieren	38
2.2.1 Grundlagen der operanten Konditionierung	38
2.2.2 Voraussetzungen der operanten Konditionierung	40
2.2.3 Klinische Anwendungen der operanten Konditionierung	42
2.3 Kognitive und sozial-kognitive Lerntheorien	44
2.3.1 Lernen durch Einsicht	44
2.3.2 Die sozial-kognitive Lerntheorie	44
2.3.3 Klinische Anwendungen	45
2.4 Soziale Kognition und Attribution	47
2.4.1 Einstellungen	47
2.4.2 Selbstkonzept und Selbstwert	49
2.4.3 Selbstaufmerksamkeit	50
2.4.4 Selbstwirksamkeit	52
2.4.5 Attributionstheorien und erlernte Hilflosigkeit	53
2.5 Sozialer Einfluss	55
2.5.1 Soziale Unterstützung	55
2.5.2 Stigma und Etikettierung	57
2.5.3 Der Einfluss der Medien	58

Zusammenfassung	59
Fragen	60
3 Kognitionspsychologische Grundlagen	63
3.1 Kognitive Modelle der Depression	64
3.2 Kognitive Modelle der Panikstörung	70
3.3 Kognitive Modelle der Sozialen Angststörung	75
3.4 Kognitive Modelle der Posttraumatischen Belastungsstörung	78
3.5 Depression versus Angst: Unterscheiden sich die Kognitionen?	83
3.6 Umsetzung in die klinische Praxis	86
Zusammenfassung	88
Fragen	89
4 Entwicklungspsychopathologische Grundlagen	91
4.1 Aufgabenfelder und Methoden der Entwicklungspsychopathologie ..	92
4.2 Die bio-psycho-soziale Sichtweise	94
4.3 Entwicklungspfade	96
4.4 Grundbegriffe der Entwicklungspsychopathologie	97
4.5 Ergebnisse der Entwicklungspsychopathologie	103
4.5.1 Lebensspannenmodell der ADHS	104
4.5.2 Komorbidität von Angststörungen und Depressionen im Kindes- und Jugendalter	110
4.6 Nutzen entwicklungspsychopathologischer Modelle für die klinische Praxis	114
Zusammenfassung	115
Fragen	116
5 Vom Symptom zur Diagnose: Allgemeine Grundlagen und Beispiele	117
5.1 Der diagnostische Prozess	118
5.2 Symptom, Syndrom und Diagnose	122
5.3 Kategoriale versus dimensionale Diagnostik	123
5.4 Diagnose- bzw. Klassifikationssysteme	126
5.5 Klassifikationssysteme positiver Eigenschaften und Ressourcen	131
Zusammenfassung	132
Fragen	133
6 Klassifikation psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen	135
6.1 Psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter	136
6.1.1 Definition	136

6.1.2 Vorstellungen zum Störungskonzept 136

6.2 Klassifikation psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen 137

6.2.1 Kategoriale Klassifikationssysteme psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters 138

6.2.2 Dimensionale Klassifikationssysteme psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters 139

6.2.3 Klassifikation psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-11 und DSM-5 140

6.3 Klassifikation von Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung 141

6.3.1 Intellektuelle Beeinträchtigungen 142

6.3.2 Entwicklungsbezogene Störungen der Sprache und des Sprechens .. 143

6.3.3 Autismus-Spektrum-Störung 147

6.3.4 Lernstörungen 149

6.3.5 Motorische Störungen 151

6.3.6 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) 155

6.4 Klassifikation von Verhaltensstörungen 157

6.4.1 Störungen des Sozialverhaltens 166

6.4.2 Angst- und furchtbezogene Störungen 168

6.4.3 Trauma- und belastungsbezogene Störungen 168

6.5 Ausscheidungsstörungen 169

6.6 Fütter- und Essstörungen 172

Zusammenfassung 173

Fragen 174

7 Klassifikation psychischer Störungen bei Erwachsenen 175

7.1 Zur Einteilung psychischer Störungen 176

7.2 Schizophrene Psychosen 179

7.3 Affektive Störungen 186

7.3.1 Bipolare Störung 186

7.3.2 Depressive Störungen 189

7.4 Angststörungen 192

7.4.1 Panikstörung (mit oder ohne Agoraphobie) 193

7.4.2 Generalisierte Angststörung (GAS) 194

7.4.3 Soziale Phobie 195

7.4.4 Spezifische Phobie und weitere Angststörungen 196

7.5 Belastungsstörungen 198

7.5.1 Posttraumatische Belastungsstörung 198

7.5.2 Anpassungsstörungen 199

7.6 Zwangsstörungen 201

8	Inhaltsverzeichnis	
7.7	Somatoforme Störungen	204
7.8	Demenzen	207
7.9	Sucht- und Abhängigkeitsstörungen	209
7.9.1	Substanzkonsumstörungen	209
7.9.2	Verhaltenssüchte	211
7.10	Persönlichkeitsstörungen	213
7.11	Weitere psychische Funktionsstörungen	216
7.11.1	Essstörungen	216
7.11.2	Schlafstörungen	219
7.11.3	Sexuelle Störungen	220
	Zusammenfassung	223
	Fragen	223
8	Klinische Diagnostik: Anamnese, Exploration, psychometrische Ansätze	225
8.1	Einführung	226
8.2	Grundprinzip der Diagnostik: Multimodalität	229
8.2.1	Datenebenen	229
8.2.2	Datenquellen	230
8.2.3	Untersuchungsverfahren	230
8.2.4	Konstrukte/Funktionsbereiche	231
8.3	Indikationsstellung	231
8.3.1	Der Erstkontakt	232
8.3.2	Störungsdiagnostik	233
8.3.3	Interpersonale und Persönlichkeitsdiagnostik	235
8.3.4	Funktionale Problemanalyse/Bedingungsanalysen	236
8.3.5	Ressourcendiagnostik	240
8.3.6	Motivations- und Zielanalysen	240
8.3.7	Indikationsentscheidung/Therapieplanung	242
8.4	Verlaufsdiagnostik und Therapieevaluation	243
8.4.1	Therapiebegleitende Diagnostik	243
8.4.2	Abschlussdiagnostik	245
8.4.3	Methoden der Therapieevaluation	246
	Zusammenfassung	248
	Fragen	248
9	Epidemiologie und Versorgungsforschung	249
9.1	Epidemiologie	250
9.1.1	Ein historisches Beispiel	251
9.1.2	Epidemiologische Begriffe	254

9.1.3 Zentrale Betrachtungsweisen in der epidemiologischen Forschung .. 257

9.1.4 Epidemiologische Untersuchungsdesigns 258

9.2 Versorgungsforschung 261

9.3 Qualitätssicherung 263

Zusammenfassung 265

Fragen 265

Anhang 267

Literatur 269

Glossar 282

Sachregister 291

Vorwort

Die Klinische Psychologie stellt seit Jahrzehnten das wichtigste Anwendungsgebiet der Psychologie dar. Vielfach wird Klinische Psychologie dabei mit Psychotherapie gleichgesetzt. Eine solche Gleichsetzung entspricht weder dem Kenntnisstand der Klinischen Psychologie, noch den Perspektiven in der klinischen Praxis. Die Klinische Psychologie beschäftigt sich zwar mit der Entstehung, der Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen, darüber hinaus stehen jedoch auch die psychosozialen Folgen körperlicher Krankheiten – vor allem durch die medizinischen Behandlungserfolge – im Mittelpunkt des Interesses. Darüber hinaus sind, neben der Psychotherapie, auch andere Interventionsformen von Bedeutung, wie etwa die unterschiedlichen Formen von Beratung und präventiven Maßnahmen.

Die Themen der Klinischen Psychologie in dieser Bachelor-Buchreihe wurden in zwei Bände gegliedert:

- Grundlagen der Klinischen Psychologie, wobei vor allem Forschungsmethoden, Fragen der Klassifikation sowie Diagnostik in ihren Bezügen zu den Grundlagenfächern der Psychologie (Lern- und Sozialpsychologie, Entwicklungs- und Kognitionspsychologie) dargestellt werden.
- Der zweite Band erläutert wichtige Interventionsmethoden der Klinischen Psychologie, wobei Themen der Psychotherapie eine besondere Rolle einnehmen, aber auch Gebiete wie Prävention und Rehabilitation ausgeführt werden.

Im Bachelor-Studium sollen die Grundlagen und die Anwendungsgebiete der Klinischen Psychologie behandelt werden. Eine Vertiefung des Faches erfolgt in der Regel im Rahmen eines Master-Studienganges Klinische Psychologie, der schon weitgehend im deutschsprachigen Raum – in unterschiedlicher Differenziertheit – angeboten wird. In Deutschland bildet ein Master-Studium die Voraussetzung für eine postgraduale Psychotherapieausbildung (mit dem Ziel der Approbation). Fundierte Kenntnisse im Fach Klinische Psychologie sind Basis eines solchen Ausbildungsweges.

Bei der Gestaltung der beiden Bachelor-Bände haben wir uns als Autorengruppe zusammengefunden, in der jedes Mitglied sehr unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte – teilweise über viele Jahrzehnte – aufweist. Von dieser Unterschiedlichkeit der Perspektiven leben beide Bände! Der erste Band, der mit dieser Publikation in einer zweiten Auflage vorliegt, wurde federführend vom Erstautor gestaltet, wobei folgende Mitarbeiterinnen des Zentrums für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen die Ausarbeitungen unterstützten: Dr. Sylvia Helbig-Lang (heute Universität Hamburg), Dr. Julia Jaščenoka und Dr. Franziska Ulrich. In umfassender Weise unterstützte uns Paul Röhr, derzeit Student des Studienganges M.Sc. Klinische Psychologie der Universität Bremen, im Rahmen der Ausarbeitung

gen, der Bearbeitung des Sachregisters sowie bei der Erstellung des endgültigen Manuskriptes.

Wir als Autorenteam danken dem Hogrefe Verlag für die Betreuung unseres Buches. Unserem Lesepublikum wünschen wir eine gewinnbringende Lektüre und einen erfolgreichen Verlauf des Studiums.

Bremen, im März 2018

*Franz Petermann –
für das Autorenteam*

Kapitel 1

Modelle der Klinischen Psychologie

Andreas Maercker

Inhaltsübersicht

1.1	Klinische Psychologie: ihre Bereiche und Nachbardisziplinen	14
1.2	Störung und Gesundheit als psychologische Konstrukte	15
1.2.1	Psychische Störung	15
1.2.2	Psychische Gesundheit, Ressourcen und psychische Stärken	18
1.3	Grundmodelle der Störungslehre	20
1.3.1	Historische und fachspezifische Modelle	20
1.3.2	Integrative Störungsmodelle	24
	Zusammenfassung	30
	Fragen	31

Die Klinische Psychologie befasst sich mit psychischen Störungen und psychischen Aspekten körperlicher Erkrankungen. Sie lässt sich in Grundlagen- und Anwendungsbereiche einteilen. Der zentrale Grundlagenbereich ist die Störungslehre (Psychopathologie, engl. *Abnormal Psychology*), während die wichtigsten Anwendungsbereiche die klinisch-psychologische Diagnostik, die Beratung (engl. *Counselling*) und die Psychotherapie sind. Zu Beginn Ihrer Lektüre wird die Störungslehre bzw. Psychopathologie im Mittelpunkt stehen.

1.1 Klinische Psychologie: ihre Bereiche und Nachbardisziplinen

In fruchtbarer Kooperation mit Nachbarfächern erreichte die Klinische Psychologie vielerlei Fortschritte. Dabei spielten folgende Teilgebiete der Psychologie eine Rolle: Allgemeine Psychologie (Lern- und kognitionspsychologische Grundlagen, vgl. auch Kapitel 2 und 3), Neuro- bzw. Biologische Psychologie (physiologische und neurowissenschaftliche Grundlagen), Entwicklungspsychologie (lebensspannenpsychologische Grundlagen und die sog. Entwicklungspsychopathologie, vgl. auch Kapitel 4) sowie Sozialpsychologie (interpersonelle Aspekte, vgl. auch Kapitel 2). Differentielle Psychologie und Klinische Psychologie haben gemeinsam, individuelle Unterschiede in einzelnen psychologischen Merkmalen und in den relativ überdauernden Persönlichkeitseigenschaften zu beschreiben und zu erklären. Dies grenzt sie von anderen psychologischen Fächern, welche meist Gemeinsamkeiten von Verhaltensmerkmalen in den Mittelpunkt stellen, ab.

Beziehung zur Psychiatrie und Medizin

Mit der *Psychiatrie*, dem medizinischen Fach, das sich mit psychischen Störungen befasst, hat die Psychologie für die Bereiche der Störungslehre und klinischen Interventionen viele Gemeinsamkeiten. Einzig die medikamentöse Behandlung durch Psychopharmaka ist in den meisten Ländern den Psychiatern vorbehalten (Ausnahmen sind einige US-Bundesstaaten und teilweise die Niederlande). Das Fachgebiet der *Medizinischen Psychologie* widmet sich vornehmlich den psychischen Aspekten körperlicher Erkrankungen und wird den Medizinern während der Ausbildung gelehrt. Die *Verhaltensmedizin* ist ein interdisziplinär psychologisch-medizinisches Forschungs- und Praxisfeld, welches aus der Psychosomatik hervorgegangen ist und sich vor allem mit dem Zusammenspiel zwischen psychischen und körperlichen Prozessen bei Störungen und Erkrankungen beschäftigt.

1.2 Störung und Gesundheit als psychologische Konstrukte

1.2.1 Psychische Störung

Für die Klinische Psychologie ist das Konstrukt „*psychische Störung*“ zentral. Damit werden sowohl psychische Leidenszustände, welche die Betroffenen in sich selbst verspüren, als auch psychische Problemkonstellationen bezeichnet, deren Auswirkungen vielleicht nur die Umwelt, und nicht die Betroffenen selbst feststellen. Trotz der verbreiteten Erwartung, dass psychische Störungen eindeutig vom normalen psychischen Funktionieren abgrenzbar sein sollten, ist die Abgrenzung nicht eindeutig wissenschaftlich definierbar. Es gibt keine feststehende Entität psychischer Störungen, sondern ihre Definitionen werden jeweils nach dem aktuellen Stand der sozialen Normen, der grundlagenwissenschaftlichen Forschung und dem Stand der Praxis gestellt. Psychische Störungen sind damit methodisch betrachtet *Konstrukte*, auf welche sich die Gesellschaft und Experten nach bestem Wissen und Gewissen geeinigt haben.

Merke

Gemäß dem heutigen sprachlichen Fachgebrauch wird meist von *psychischen Störungen* und seltener von *psychischen Krankheiten* gesprochen. Mit diesem Sprachgebrauch soll darauf hingewiesen werden, dass psychische Störungen nicht ausschließlich durch somatisch-biologische Ursachen zustande kommen, wie körperliche Erkrankungen. Psychische Beeinträchtigungen (Störungen) erklären sich neben biologischen Ätiologiefaktoren vielmehr auch durch psychische und soziale Ursachen. Zudem hatte man sich erhofft, dass der Störungsbegriff für die Betroffenen weniger stigmatisierend ist als der Krankheitsbegriff, wobei die Bezeichnung allein das Stigmatisierungsproblem nicht genügend verändern kann.

Die Abgrenzung zwischen „krank“ und „gesund“ bzw. „gestört“ und „normal“ ist ein grundlegendes Problem für die Klinische Psychologie und die Psychiatrie, weil es viele Konsequenzen nach sich zieht.

Abgrenzung zwischen krank und gesund

Konsequenzen der „Normal-abnormal“-Unterscheidung

- **Beispiel 1:** Menschen mit einem ausgeprägten Gerechtigkeitsgefühl haben sich in der Geschichte häufig gegen die herrschenden Verhältnisse aufgelehnt. In einigen totalitären Diktaturen können das

Auflehnen und begleitende nonkonformistische Verhaltensweisen in Aussehen und Kleidung dazu führen, dass die Aktivisten psychisch pathologisiert werden. Beispielsweise wurden in der ehemaligen Sowjetunion politisch Andersdenkende als Schizophrene in psychiatrische Kliniken zwangseingewiesen mit der Begründung, dass ihre Gedankeninhalte und Verhaltensweisen stark abnorm wären. In den 1980er Jahren gab es deshalb eine internationale Debatte, dass psychische Störungsdiagnosen nicht politisch missbraucht werden sollen (van Voren, 2010).

- **Beispiel 2:** Cross-dressing oder Transvestismus gelten bzw. galten bis in unsere Zeit eigentlich als psychische Störung; jedenfalls werden sie in den Listen mit psychischen Störungen bis heute aufgeführt, allerdings nicht mehr in der neuesten Version der Internationalen Krankheitsklassifikation, ICD-11, der Weltgesundheitsorganisation. Das Phänomen ist definiert als Tragen von „gegengeschlechtlicher“ Kleidung. Es reicht vom gelegentlichen Tragen dieser Kleidung, über das ausschließliche Tragen der „gegengeschlechtlichen“ Unterwäsche bis hin zu schrillen Varianten der Dragqueens oder Dragkings, in denen kleidungsbezogene Geschlechtsmerkmale besonders ausgeschmückt werden. Es gibt außer einer Normerwartung keinen wichtigen Grund, dieses Phänomen zu pathologisieren, insbesondere da es nicht mit psychischen Leidenszuständen verbunden ist. Die Entpathologisierung brauchte dennoch lange Zeit und ist bis heute noch nicht vollständig erreicht.

Psychische Störungen, verstanden als Konstrukte, sind daher nur in ihrem jeweiligen Bezugssystem von Normen sinnvoll anwendbar (zum Normenbegriff siehe Sozialpsychologie-Lehrbücher). Deshalb ist nötig zu klären, welche Normen jeweils bestimmen, was eine psychische Störung ist bzw. was mit abnormalem Verhalten gemeint ist. Für die Definition psychischer Störungen sind folgende unterschiedliche Normentypen relevant:

Die Definition einer psychischen Störung ist abhängig von Normvorstellungen

Typen von Normen

- Die **subjektive Norm**. Hier geht es um das Abweichen von der Norm der eigenen Befindlichkeit. Beispiel: Jemand leidet oder fühlt sich stark eingeschränkt. Dieser Normentyp ist schwer zu objektivieren und reicht in der Regel nicht als alleiniges Bezugssystem aus.
- Die **statistische Norm**. Dabei steht die Abweichung von der Norm der Häufigkeitsverteilung im Mittelpunkt, zusätzlich sind Schwellenwerte festzulegen, ab wann ein Zustand abnormal ist. Dieser Normentyp schafft das Problem, dass Häufigkeitsverteilungen in zwei Richtungen variieren, z.B. sehr hoher oder sehr niedriger IQ bzw. für den Alkoholkonsum übermäßiges oder sehr geringes (!) Trinken.

- Die **Ideal- oder Funktionsnorm**. Damit wird angenommen, dass es eindeutiges ideales psychisches Funktionieren gibt. Ein beispielhaftes Problem dieser Normenart ist die Homosexualität: Sie müsste als Störung angesehen werden, wenn als alleinige Funktion der Sexualität die Fortpflanzung angesehen wird. Die heutige Sexualwissenschaft geht allerdings davon aus, dass Sexualität auch kommunikative und Lust-Aspekte mit einschließt, was dazu führt, Homosexualität nicht als Störung zu bezeichnen.
- Die **soziale Norm**. Psychische Störungen werden dabei als ein Abweichen von gesellschaftlichen Konventionen oder Regeln betrachtet. Dieser Normentyp war die Grundlage der Pathologisierung von Andersdenkenden in Diktaturen. Der Normentyp ist weiterhin sehr durch kulturelle Unterschiede geprägt: Wenn z. B. jemand aus dem Nichts heraus Stimmen hört, deutet das in modernen Kulturen auf Schizophrenie hin, kann aber in anderen Kulturkreisen als Zeichen göttlicher Eingebung betrachtet werden.

Diese Normentypen können – wie beschrieben – jeweils nur relative Hinweise zur Feststellung von psychischen Störungen benutzt werden. Festzuhalten ist zudem, dass „Normalität“ oder „normal sein“ nicht unbedingt ein idealer und anzustrebender Zustand ist. Eine persönliche Überangepasstheit an Normen kann häufig auch mit Beeinträchtigungen und Leidenszuständen einhergehen – wie z. B. Untersuchungen zum Zusammenhang von Perfektionismus und verschiedenen psychischen Störungen (vgl. z. B. Depressionen, Zwangsstörung, Essstörungen) zeigen (Egan, Wade & Shafran, 2011).

Dennoch ist eine annäherungsweise Definition für psychische Störungen möglich, welche zweckmäßig mehrere Kriterien beinhaltet:

Eine *psychische Störung* ist vorhanden, wenn

- psychisches Leid („Leidensdruck“) auf Seiten der Betroffenen vorhanden ist,
- erhebliche psychische Fehlanpassung im Erleben oder Verhalten besteht, wobei der Kontakt zur Realität oder die Fähigkeit zur Selbstkontrolle andauernd verloren gegangen ist,
- Veränderungen im Erleben und Verhalten nicht nur eine verständliche und kulturell übliche Reaktion auf ein Ereignis sind, wie z. B. eine normale Trauerreaktion bei Verlust eines geliebten Menschen,
- ein spezifisch definiertes Störungskonzept aus dem Wissensbestand der Klinischen Psychologie und Psychiatrie bzw. von Experten der Weltgesundheitsorganisation zutrifft (dieser Aspekt dient zur Absicherung gegenüber dem Missbrauch des Störungsbegriffs).

Mehrdimensionale
Definition einer psychischen Störung

1.2.2 Psychische Gesundheit, Ressourcen und psychische Stärken

Ebenso komplex wie die Definition von psychischen Störungen ist eine Definition des Konstrukts „*psychische Gesundheit*“. Genauso wie das Störungskonstrukt ist auch das Gesundheitskonstrukt beobachter- und normabhängig; entsprechende Definitionen hängen z. B. davon ab, ob sie von Krankenversicherungen oder Wissenschaftlern festgelegt werden. Zwar wird die Gesundheit in der Psychologie im Teilgebiet der Gesundheitspsychologie thematisiert, dennoch wird der gesamten Psychologie, und insbesondere der Klinischen Psychologie, in den letzten Jahrzehnten wohl zu Recht vorgeworfen, dass sie sich nur auf negative oder leidbesetzte Themen konzentrieren würde und positive Phänomene vernachlässige.

Die klassische WHO-Definition von Gesundheit

Gesundheit wurde bereits 1948 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert als „*ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.*“ Die WHO hat 1986 eine weiterführende Definition verabschiedet, wonach Gesundheit definiert wird als „*a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities.*“ Verschiedene Autoren aus dem Bereich der Psychologie haben zudem inhaltliche Kriterien für psychische Gesundheit vorgeschlagen, z. B. Liebe, Selbstachtung, Freiheit und Verbundenheit (Seligman, 2002).

Ein zentraler Bestandteil des Gesundheitskonstrukts ist der *Ressourcenbegriff*. Als Ressourcen versteht man innere Potenziale eines Menschen (z. B. Fähigkeiten, Erfahrungen, Talente, Neigungen und Stärken) und äußere Bedingungen (z. B. Freunde, Familie, Finanzen), die zwar vorhanden, aber manchmal einem selbst nicht bewusst sind. Der Ressourcenbegriff ist besonders gut geeignet, um das gleichzeitige Nebeneinander von Störungen bzw. Behinderungen und positiven Fähigkeiten bzw. Stärken zu beschreiben. Wenn die Komplexität menschlichen Erlebens und Verhaltens erfasst werden soll, dann ist es angebracht, nicht nur nach Störungen, sondern auch nach individuellen Merkmalen psychischer Gesundheit (d. h. Ressourcen) zu suchen. Diese komplementäre Sichtweise zeigt sich ganz offensichtlich auch in der Tatsache, dass einige Menschen mit psychischen Störungen erfolgreiche Künstler waren bzw. sein können (z. B. Künstler mit depressiven Störungen: Vincent van Gogh, Hermann Hesse, Marilyn Monroe, Eric Clapton).

Ressourcen und Stärken als Ergänzung der Störungsbeschreibung

Beispiel: Haben Depressive weniger Illusionen?

Seit den klassischen Studien von Alloy und Abramson (1979) fanden sich viele Belege dafür, dass depressive Personen eine realistischere Einschätzung ihrer eigenen Fähigkeiten und Einflussmöglichkeiten haben, als diejenigen, welche nicht depressiv sind. Ein einfaches Experiment dazu (Allan et al., 2007): Probanden müssen von Zeit zu Zeit eine Taste drücken, gleichzeitig sehen sie, dass ab und zu eine Glühbirne angeht. Bei manchen Probanden geht die Lampe in zufälligen Abständen an, der Tastendruck hat keinerlei Einfluss darauf. Dabei kontrollieren Versuchsleiter, ob das Drücken der Taste tatsächlich einen Einfluss auf das Leuchten des Lämpchens hat, und wenn ja, wie groß dieser Zusammenhang ist.

Nicht depressive Patienten schätzen nach einem solchen Experiment ihren eigenen Einfluss auf das Leuchten des Lämpchens regelmäßig zu hoch ein. Selbst wenn es gar keinen Zusammenhang geben sollte, glauben viele, ihr Tastendruck hätte zumindest gelegentlich zum Aufleuchten beigetragen. Sie erinnern sich gewissermaßen bevorzugt daran, wenn ihr Tastendruck mit dem Lichtschein zusammenfiel. Depressive Menschen dagegen sind in ihren Einschätzungen über den Zusammenhang erstaunlich genau – sie bilden sich nicht ein, vermeintlich etwas beeinflussen zu können.

Die Selbstüberschätzung von Gesunden in dieser und ähnlichen Versuchsanordnungen wurde als Phänomen der positiven oder selbstwertdienlichen Illusionen bezeichnet, die im Zusammenhang mit der kognitiven Dissonanzreduktion steht (vgl. auch Sozialpsychologie-Lehrbücher).

Psychische Stärken: Peterson und Seligman (2004) haben eine Systematik von psychischen Stärken (im Sinne von Ressourcen) vorgelegt, welche sie in einer Serie psychologischer Studien voneinander abgegrenzt hatten:

- *Weisheit und Wissen:* Kreativität, Neugier, Offenheit, Freude am Lernen.
- *Mut:* Zivilcourage, Beharrlichkeit, Vitalität.
- *Menschlichkeit:* Liebe, Freundlichkeit, soziale Intelligenz.
- *Gerechtigkeit:* Fairness, Autorität, Solidarität.
- *Mäßigung:* Ausgeglichenheit, Bescheidenheit, Vergebung, Umsicht, Selbstkontrolle.
- *Transzendenz:* Schönheitssinn, Bewunderungsfähigkeit, Dankbarkeit, Hoffnung, Humor, Spiritualität.

Seligman entwickelte in den ersten Jahrzehnten seiner Forscherlaufbahn ein bekannt gewordenes Modell für depressive Störungen: Das

Modell der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1972; vgl. Kapitel 2). Seit den 1990er Jahren widmete er sich der Erforschung der psychischen Gesundheit im Rahmen der *Positiven Psychologie* (Seligman, 2002).

1.3 Grundmodelle der Störungslehre

Bis heute gibt es offene Probleme in der Wissenschaft und klinischen Praxis, welches die Kernbestandteile bzw. die (Haupt-)Ursachen vieler psychischer Störungen sind. Zudem gibt es darüber nicht selten unterschiedliche Ansichten, z. B. auch zwischen verschiedenen Forschungsansätzen und beteiligten Berufsgruppen (z. B. Psychiatern, Psychologen, Sozialwissenschaftlern). Wie hier dargestellt wird, werden die wissenschaftlichen Anschauungen der Störungslehre immer komplexer.

1.3.1 Historische und fachspezifische Modelle

Psychische Störungen wurden in der Geschichte – und werden noch heute in traditionellen Gesellschaften – meist als Phänomene einer dämonischen Besessenheit angesehen. Bestimmte Geister oder Teufel hatten von einer Person Besitz ergriffen und diese z. B. in Panik, Schrecken, Schwermut oder Wahnsinn versetzt (Leibrand & Wettley, 1990).

Der wissenschaftliche Ansatz der „psychiatrischen Krankheitslehre“ beginnt erst im 19. Jahrhundert als Spätfolge des Zeitalters der Aufklärung, parallel zur Entstehung der Psychologie als Wissenschaft sowie der Hirnanatomie. Die ersten Psychiater nahmen als Ursachen für psychische Störungen bestimmte *Hirnpathologien* an. Ein bekannt gewordener Ausspruch Wilhelm Griesingers (1817–1868, tätig in Zürich und Berlin) drückt diese Grundeinstellung aus: „*Geisteskrankheiten sind Hirnkrankheiten*“.

Der hirnpathologische Ansatz am Beginn der wissenschaftlichen Psychiatrie



Emil Kraepelin
(1856–1926)

Kraepelin entwickelte die Grundzüge der bis heute gültigen Klassifikation psychischer Störungen (vgl. Kapitel 7). Seine wissenschaftliche Arbeit orientierte sich grundsätzlich an hirnpathologischen Annahmen, wobei er zusätzlich psychologische Konzepte nutzte. Als studierter Mediziner hatte er eine Zeit lang bei Wilhelm Wundt gearbeitet, dem Mitbegründer der wissenschaftlichen Psychologie. Kraepelin teilte die schwersten psychischen Störungen in zwei Hauptgruppen ein: Die *Dementia praecox* (heute: Schizophrene Psychose) und das *Manisch-depressive Irresein* (heute: Bipolare Störung). Der Wert des Kraepelinschen Klassifikationsmodells bestand darin, dass man ein-

deutige Kriterien nutzen und Wahrscheinlichkeitsaussagen über den Verlauf der Störungen machen konnte.

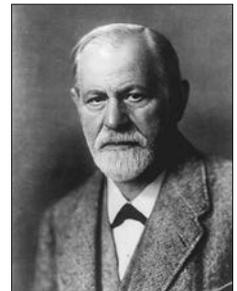
Im 19. Jahrhundert kam neben dem hirnpathologischen ein zweiter Ansatz zur Erforschung psychischer Störungen auf: Der sogenannte *psychogenetische* Ansatz. Dabei wurde Emotionen, Kognitionen, Motiven, Willensprozessen und inneren Konflikten zunehmend Aufmerksamkeit gewidmet. Das betraf vor allem sogenannte nervöse Erkrankungen, die von Kraepelin nur randständig einbezogen wurden, wie etwa die damals so bezeichneten Hysterien, Hypochondrien oder Neurasthenien („Nervenschwäche“). Entscheidende Impulse für die Konzeptbildung zu diesen Störungen gingen von Sigmund Freud aus. Freud und die ihm verbundenen französischen Forscher Jean-Marie Charcot (1825–1893) und Pierre Janet (1859–1947) untersuchten die Hysterie, Neurasthenie und andere Störungen anhand psychogenetischer Modelle; d. h. die Störungsursachen wurden vornehmlich in der Biografie der betroffenen Personen – und nicht in der Hirnpathologie – vermutet.

Sigmund Freud (1856–1939) war Physiologe und Arzt in Wien, bevor er sich der „Seelenerforschung“ zuwandte. Durch seine Ideen und Modelle wurde er zu einem der weltweit einflussreichsten Theoretiker seiner Zeit. Bis heute lösen seine Annahmen auch außerhalb der Psychologie intellektuelle Kontroversen aus. Freud hat der Störungslehre und der Psychotherapie viele weitreichende Impulse gegeben. Sein sogenanntes topografisches Modell (1915) unterscheidet zwischen dem Unbewussten, Vorbewussten und Bewussten als psychische Funktionen und bringt diese mit verschiedenen Störungsursachen in Zusammenhang. Sein sogenanntes Instanzenmodell (1923) trennt zwischen Über-Ich, Ich und Es, welche sich jeweils durch ihre Beziehungen zu Trieben und Willensprozessen unterscheiden. Störungen können demnach aus Konflikten zwischen diesen drei Instanzen entstehen. Sein genereller Einfluss auf die Entwicklung der Psychotherapie ist unumstritten, wenn auch die von ihm spezifisch entwickelte „psychoanalytische Kur“ (später: Psychoanalyse) in ihrer ursprünglichen Form bis heute immer mehr an Verbreitung verlor (vgl. Rammsayer & Weber, 2016).

Die Auseinandersetzung zwischen hirnpathologischen und psychogenetischen Ansätzen in der Störungslehre dauerte über weite Strecken des 20. Jahrhunderts an. Man findet sie auch heute noch – mit veränderten Begriffen – als Auseinandersetzung zwischen dem sogenannten *traditionell medizinischen* und den *psychologischen Modellen* für psychische Störungen und ihre Behandlung.

Das traditionelle medizinische Krankheitsmodell wird zwar nur von wenigen Theoretikern vertreten, stellt aber in der Praxisanwendung

Der psychogenetische Ansatz mit der Psychoanalyse als Hauptvertreterin



Sigmund Freud
(1856–1939)

Fotograf: akg-images
© picture-alliance/akg

Medizinisches Krankheitsmodell psychologischer Störungen

ein bis heute immer noch häufig anzutreffendes Grundmodell für die Einschätzung psychischer Störungen dar (Nesse & Stein, 2012). Seine Kennzeichen sind:

- Kranksein wird auf einen primär anatomischen, physiologischen oder biochemischen Defekt zurückgeführt (welcher möglicherweise noch nicht entdeckt und bekannt ist).
- Dieser Defekt ist organischer (körperlicher) Art.
- Der Defekt liegt in der Person (d. h. nicht im zwischenmenschlichen Beziehungsnetz bzw. der Gesellschaft).
- Dem Defekt liegen kausal mikroskopische Ursachen bzw. Ursachenmuster zugrunde (z. B. genetische Veränderungen).
- Therapeutisch werden Medikamente (Psychopharmaka) oder sogenannte somatische Verfahren (z. B. Lichttherapie, Elektrokrampftherapie, Transkranielle Magnetstimulation, Psychochirurgie) bevorzugt.

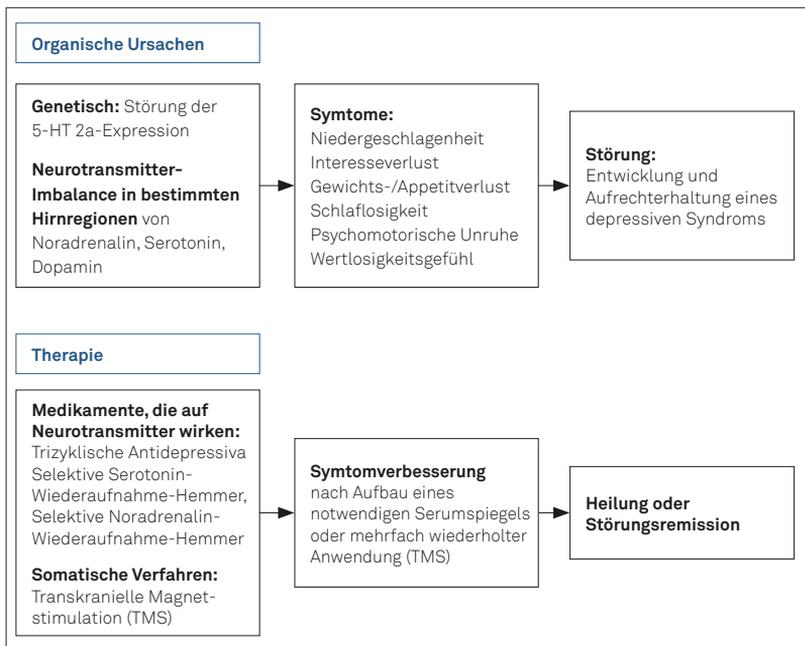


Abbildung 1: Traditionelles medizinisches Modell (nach Wittchen et al., 1998)

Neurobiologische Modelle

Neurobiologische Modelle der psychischen Störungen entstammen der medizinischen und biopsychologischen Grundlagenforschung. Sie sind besonders dann von Interesse, wenn sich bei psychischen Störungen genetische, endokrinologische oder hirnstrukturelle Veränderungen zeigen (vgl. Güntürkün, 2012). Die neurobiologischen Modelle setzen meist an den veränderten Grundprozessen der einzelnen Störungen an, z. B.

- Gedächtnisveränderungen (antero- und retrograde Amnesie) beim Korsakoff-Syndrom,
- Beeinträchtigungen des Präfrontalhirns (Läsionen) bei Persönlichkeitsveränderungen,
- Wahrnehmungs- und kognitive Veränderungen (z. B. Aufmerksamkeits- und neurokognitive Defizite) bei schizophrenen Psychosen,
- Emotionsregulationsveränderungen (z. B. verringerte Herzraten-Variabilität) bei depressiven Störungen,
- Stresshormonveränderungen (z. B. verringerte Kortisolspiegel) bei trauma- und belastungsbezogenen Störungen.

Die störungsbezogenen neurobiologischen Modelle werden intensiv erforscht, meist in psychiatrischen Forschungseinrichtungen. Häufig gibt es zu einer Störung verschiedene und teilweise auch konkurrierende Ansätze (z. B. bei depressiven Störungen), die einerseits durch Ungleichgewichte von Neurotransmittern und andererseits als gestörte physiologische Signalübertragungen in bestimmten Hirnkreisläufen (engl. *brain circuits*) erklärt werden. Um bestimmte neurobiologische Einzelbefunde nicht als alleinige bzw. isolierte Hauptursache überzubewerten, hat eine Initiative des US-National Institutes of Mental Health ein umfassendes konzeptuelles Netzwerk zur Erforschung psychischer Funktionen und Störungen erarbeitet. Diese „*Research Domain Criteria*“ (RDoC) beabsichtigen, für neurobiologische Einzelbefunde die Domänen und Analyseeinheiten zu beschreiben, wobei auch psychologische Grundfunktionen berücksichtigt werden. Es werden fünf Domänen beschrieben: negative Valenzsysteme, positive Valenzsysteme, kognitive Systeme, Systeme sozialer Prozesse und Erregung-regulatorische Systeme. Die sieben Analyseeinheiten sind: Gene, Moleküle, Zellen, Neuronale Circuits, Physiologie, Verhalten und Selbstbericht (siehe Walter, 2017). Das RDoC-Modell wurde u. a. für seinen nur sehr schwachen Bezug zur klinischen Praxis der Diagnose bzw. Therapie kritisiert und die gegenwärtig noch mangelnde Validität seiner Grundelemente (Domänen, Analyseeinheiten) beanstandet. Trotz dieser Kritikpunkte ist das Modell der zurzeit am besten ausgebildete Rahmen für eine multidisziplinär-neurowissenschaftliche Erforschung psychischer Störungen mit dem Ziel, biologisches Wissen über Ursachen und Risikofaktoren psychischer Krankheiten zu systematisieren.

Im Gegensatz zum medizinischen und zum neurobiologischen Modell sind die psychologischen Modelle für psychische Störungen und Behandlungen primär auf die psychologischen und sozialen Faktoren bezogen. Die beiden einflussreichsten Modelle sind das *psychodynamische* und das *lerntheoretische* Grundmodell.

Psychodynamisches
Grundmodell

Im psychodynamischen Grundmodell, das insbesondere auf der Psychoanalyse Sigmund Freuds beruht, stehen folgende Aussagen im Mittelpunkt:

- Kranksein wird primär auf eine frühkindliche (innerhalb der ersten drei Lebensjahre stattgefundenen) Konfliktsituation zurückgeführt, die nachfolgend verdrängt wurde.
- Im späteren Leben führen die unbewussten Konsequenzen dieses Konflikts und die Art und Ausprägung der psychischen Verdrängung zu den psychischen Störungen.
- Die Störung ist damit in der Person begründet (d. h. nicht im aktuellen zwischenmenschlichen Beziehungsnetz bzw. der Gesellschaft).
- Therapeutisch wird in der klassischen Psychoanalyse an der Aufhebung früherer Verdrängungen gearbeitet. Daraus abgeleitete neuere psychodynamische Therapieansätze bearbeiten daneben auch aktuelle Konflikte und psychische Defizite, die im Zusammenhang mit den frühkindlichen Konflikterfahrungen stehen.

Lerntheoretisches
Grundmodell

Das lerntheoretische Grundmodell, das im engen Zusammenhang mit psychologischen Modellen entstanden ist, hat folgende Grundannahmen (vgl. Kapitel 2):

- Psychische Störungen (sowie sozial delinquentes Verhalten) werden vornehmlich durch Lernerfahrungen und soziale Einflüsse erklärt, die in der Kindheit beginnen oder neu in der gesamten Lebensspanne dazu kommen können.
- Es werden bestimmte Lernformen unterschieden, z. B. Konditionierung, operantes Lernen, Lernen am Modell, Lernen durch Einsicht.
- Die Störung wird damit primär als intrapsychischer Prozess erklärt, wobei biologischen und Umweltfaktoren eine interaktive Rolle zugebilligt wird.
- Die Therapien lassen sich in ihrer Grundform aus den verschiedenen Lernarten ableiten: z. B. Gegenkonditionieren, operante Verfahren (Verstärken, Kontingenzverträge), Training sozialer Kompetenzen, kognitive Umstrukturierung.

1.3.2 Integrative Störungsmodelle

Systematische Begriffe der Störungslehre

- Die **Ätiologie** ist die Lehre von den Störungs- bzw. Krankheitsursachen.
- Die **Pathogenese** beschreibt die Entstehung und Entwicklung einer Störung im Verlauf mit allen daran beteiligten Faktoren.

- Die Ätiopathogenese umfasst die Gesamtheit aller Faktoren, die zur Ursache, Entstehung und Entwicklung einer Störung beitragen.
- **Prädisposition/Disposition** ist der Fachausdruck für die genetisch bedingte Veranlagung oder Empfänglichkeit (Vulnerabilität) für bestimmte Störungen.
- **Auslösende** und **aufrechterhaltende Faktoren**: Auslösende Faktoren tragen zum erstmaligen Auftreten einer psychischen Störung bei, während aufrechterhaltende Faktoren veranlassen können, dass eine psychische Störung bestehen bleibt und nicht wieder abklingt. So können beispielsweise spezifische biologische Konstellationen auslösende Faktoren sein (z.B. Hyperventilation resultiert in Panikzuständen), während psychische Folgeerscheinungen aufrechterhaltende Faktoren sind (z.B. Erwartungsangst trägt zur Chronifizierung der Panikstörung bei).
- **Salutogenese** ist ein noch vergleichsweise neuer Begriff, der die Faktoren der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit umfasst, insbesondere nach bzw. trotz Schädigungen oder Stresseinwirkung.

Das bisherige Wissen zur Ätiologie, Patho- und Salutogenese legt nahe, dass integrative Modelle zur Beschreibung psychischer Störungen am besten geeignet sind. Sie bieten den geeignetsten Rahmen, die jeweiligen Störungen in ihrer Komplexität angemessen zu verstehen und voreilige Schlüsse in Bezug auf die Störungserklärung sowie die erforderliche Intervention zu vermeiden. Wichtige Impulse für diese umfassende Sichtweise resultieren aus:

- dem bio-psycho-sozialen Modell und
- dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell (auch Diathese-Stress-Modell).

Das *bio-psycho-soziale Modell* besagt, dass biologische, psychologische und soziale Faktoren grundsätzlich einen gleichrangigen Wert für das Verständnis psychischer Störungen haben. Störungen und Gesundheit bilden sich in einem dynamischen Wechselspiel zwischen diesen drei Polen heraus.

Bio-psycho-soziales
Modell der psychischen
Störungen

Biologisch-medizinische sowie psychologische Faktoren wurden bereits im Zusammenhang mit der historischen Entwicklung der Klinischen Psychologie erwähnt. Die sozialen oder Umweltfaktoren lassen sich unterteilen in (vgl. auch Kapitel 2):

- **Interpersonelle Faktoren**: Beispielsweise familiäre, Gleichaltrigen- (*peer-*) oder berufliche Einflüsse.
- **Kulturabhängigkeit bzw. ethnische Zugehörigkeit**: Zum Beispiel individualistische oder kollektivistische Wertorientierungen einer Gesellschaft.

- Umweltfaktoren: Beispielsweise Hunger, Krieg, Katastrophen oder sozialer Stress.
- Soziale Faktoren: Soziale Ungleichheit, sozioökonomischer Status oder soziale Rollen.

Abbildung 2 fasst die wichtigsten Aspekte der drei Faktoren des bio-psycho-sozialen Modells zusammen.

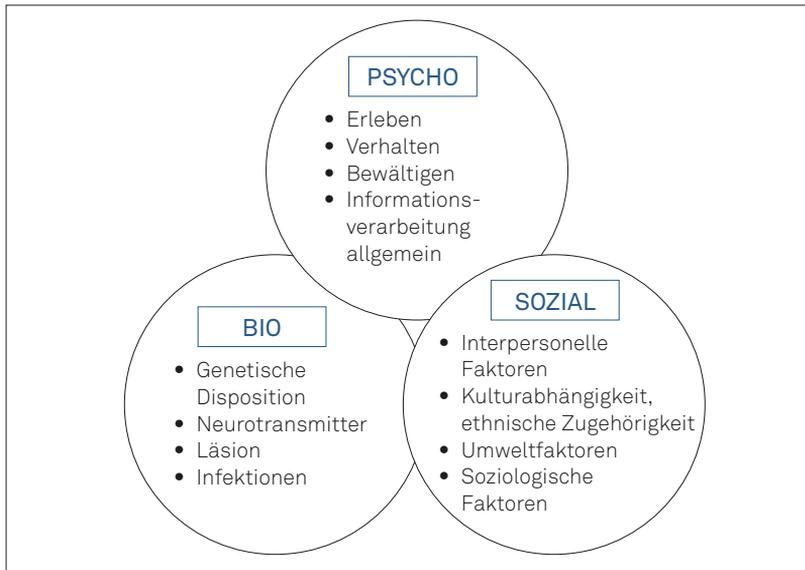


Abbildung 2: Das bio-psycho-soziale Modell

Für die Planung einer Intervention und Prävention impliziert das bio-psycho-soziale Modell, dass alle drei Faktoren berücksichtigt werden müssen. Bei einer Depressionstherapie wäre demnach zu prüfen, in welchem der drei Bereiche zuerst interveniert werden muss bzw. was während einer Therapie kombiniert werden sollte: Der soziale oder Umweltfaktor bei einer extremen Arbeitsbelastung kann durch berufliche Interventionen verändert werden, zudem ist – in Bezug auf biologische Faktoren – der Einsatz von Psychopharmaka zu prüfen sowie – bzgl. psychischer Faktoren – zu überlegen, welche Form von Psychotherapie wann und wie lange angeboten werden soll.

Das bio-psycho-soziale Modell weist mehrere Begrenzungen auf. So ist es ausreichend spezifisch, wenn nur einer einzelnen psychischen Störung(-sgruppe) auf den Grund gegangen wird. Dabei fehlt jedoch der Aspekt der *Störungsspezifität*, d.h. jede Störung bzw. Störungsgruppe ist durch jeweils unterschiedliche Faktorenmuster erklärbar. Die schizophrene Psychose wird beispielsweise entscheidend durch

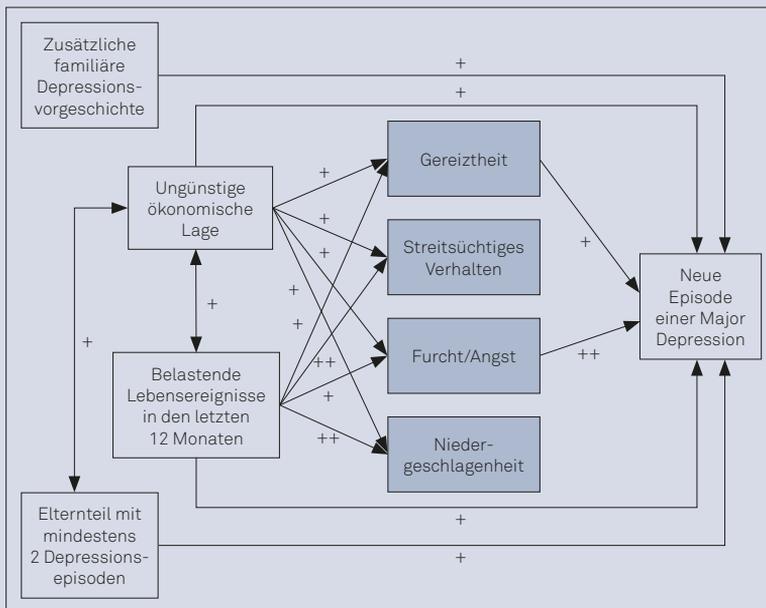
Die Störungsspezifität ergänzt das bio-psycho-soziale Modell

biologische Veränderungen verursacht (welche teilweise noch nicht bekannt sind), dagegen werden Belastungsstörungen entscheidend durch negative Umwelteinflüsse geprägt (vgl. Kapitel 6 und 7). Weiterhin fehlen beim bio-psycho-sozialen Modell zeitliche und dynamische Aspekte, welche eine Störungsentwicklung in der Lebensspanne erklären.

Abbildung 3 zeigt eine Spezifizierung des bio-psycho-sozialen Modells in Bezug auf eine depressive Störung, bei welcher zudem Lebensspannen-Aspekte berücksichtigt werden (vgl. Kasten).

Beispiel: Komplexes Depressionsmodell

Auf der Basis einer Längsschnittstudie über 2,5 Jahre haben Rice et al. (2017) ein Modell für die Vorhersage von Episoden der Major Depression (schwere Depression) vorgelegt, welches Variablen aus allen bio-psycho-sozialen Bereichen umfasst bzw. Vulnerabilitäts- und Stress-Variablen. Die Daten wurden in einer Stichprobe aus Großbritannien mit 337 untersuchten Kindern und Jugendlichen sowie je einem Elternteil erhoben.



Anmerkungen: Pfeilbeschriftung = Stärke der Vorhersage (standardisierte Beta-Koeffizienten), alle signifikant; +: $b > 0,10$; ++: $b > 0,20$; blau hinterlegte Variablen: zu Beginn der Studie erhoben; zwischen diesen vier Variablen bestehen jeweils signifikante Korrelationen im Modell, die hier zur Vereinfachung weggelassen wurden.

Abbildung 3: Ein bio-psycho-soziales Modell der Major Depression (nach Rice et al., 2017)

Die Analyse zeigt, dass es sechs Vorhersage-Pfade für das Auftreten einer neuen Episode der Major Depression gibt: zwei aus vorhergehenden psychischen Symptomen (Gereiztheit, Furcht/Angst), zwei aus sozialen Umständen (ökonomische Lage, Lebensereignisse) und zwei vorher bestehende familiäre Konstellationen (Eltern-Depression, weitere Familienbelastung). Dabei ist der vergleichsweise wichtigste Einzelprädiktor das vorherige Auftreten von Furcht/Angst. Die beiden nicht direkt das Auftreten von Major Depressions-Episoden vorhersagenden psychischen Symptome „Streitsüchtiges Verhalten“ und „Niedergeschlagenheit“ sagen durch die Korrelationen innerhalb der vier psychischen Symptomvariablen (in der Abbildung weggelassen) das Auftreten einer Depression indirekt voraus.

Vulnerabilitäts-
Stress-Modell als
dynamisches Modell

Das *Vulnerabilitäts-Stress-Modell* oder *Diathese-Stress-Modell* ergänzt das bio-psycho-soziale Modell um Zeitverlaufs- und dynamische Aspekte. Vulnerabilität (von lateinisch *vulnus*, Wunde) wird dabei verstanden als jeweils gegebener Grad der „Verletzlichkeit“ einer Person. Diathese (griechisch *Auseinanderstellen, Zustand*) bezeichnet den Grad der „Empfänglichkeit“ einer Person für eine bestimmte Störung.

Vulnerabilitäten kommen zustande durch angeborene oder erworbene biologische Einflüsse (z.B. genetisch, hirnanatomisch, endokrinologisch), durch psychologische Einflüsse aus früheren Lebensphasen (z.B. problematische Familienkonstellation) sowie durch ungünstige soziale und Umwelteinflüsse (z.B. Armut, soziale Benachteiligung). In der Lebensphase, in welcher sich eine Störung herausbildet, wirken dann die Stressoren, die wiederum in biologische (z.B. eine somatische Erkrankung), psychische (z.B. ein oder mehrere kritische Lebensereignisse) sowie soziale oder Umweltfaktoren (z.B. Umstrukturierung der Arbeitswelt) unterteilt werden können.

Der dynamische Kern des Vulnerabilitäts-Stress-Modells besteht in der Vorstellung von einer „Schwellenüberschreitung“ bis hin zu einer psychischen Störung. Diese ist bei höherer Vulnerabilität schneller erreicht und benötigt nur kleine Stressoreffekte, während bei geringer Vulnerabilität größere Stressoren dazu kommen müssen, um die Störungsschwelle zu überschreiten (vgl. Abb. 4). Für verschiedene Lebensphasen wird zudem angenommen, dass sie verschiedene Schwellenwerte haben. So können Demenzen bekanntlich im Alter auftreten: Die dazu gehörige Vulnerabilität liegt zwar hauptsächlich im genetischen Bereich, hängt aber auch mit den psychosozialen Ressourcen einer Person zusammen – und gleichzeitig wird der Zeitpunkt für eine klinische Demenzerkrankung durch Stressoren mitbestimmt (Forstmeier & Maercker, 2008).