

Klinische Psychologie (A)

WS 2004/2005

Vorlesung mit Diskussion (# 1768)

Montags, 14-16 Uhr, HS 8

Thema 2

Störungs- und Krankheitsmodelle, Paradigmen der Klinischen Psychologie

Universität Trier

FB I - Psychologie

**Abt. Klinische Psychologie, Psychotherapie
und Wissenschaftsforschung**

Prof. Dr. Günter Krampen

Klinische Psychologie (A) - Überblick: Themenplan

1 Klinische Psychologie: Grundlagen

1.1 Gegenstandsbestimmung, Aufgaben, Anwendungsfelder

1.2 Geschichte der Klinischen Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie

1.3 Ethik und Berufsrecht in der Klinischen Psychologie

2 Störungs- und Krankheitsmodelle, Paradigmen

2.1 Krankheits- und Störungsbegriff: Normatives

2.2 Paradigmen: Störungs- und Krankheitsmodelle

3 Klassifikationssysteme und klinisch-psychologische Diagnostik

4 Klinisch-psychologische Forschungsmethoden: Ätiologie-, Epidemiologie- und Interventionsforschung

5 Ausgewählte Störungen

Literaturhinweise zu Thema 2: Störungs- und Krankheitsmodelle

Basisliteratur

B&P, Kap. 2; D&N, Kap. 2 (z.T. auch Kap. 1)

Ergänzungslektüre

Schmidt, L.R. (2001). Klinische Psychologie. Tübingen: dgvt-Verlag, Kap. I/2.5 und Kap. I/2.9

Vertiefungsliteratur

Bieri, P. (1974). (Hrsg.). Analytische Philosophie des Geistes. Königstein: Hain.

Bunge, M. (1984). Das Leib-Seele-Problem. Tübingen: Mohr.

Fahrenberg, J. (1999). Das Leib-Seele-Problem aus der Sicht von Studierenden verschiedener Fächer. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychopathologie, 47, 207-220.

Krampen, G. (2000). Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe, S. 48-59.

Krampen, G., Freilinger, J. & Wilmes, L. (1994). Entwicklungsbezogene Orientierungen im Umgangswissen. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 26, 185-196.

Petermann, F., Kusch, P. & Niebank, K. (1998). Entwicklungspsychopathologie: Ein Lehrbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Popper, K. & Eccles, J. (1982). Das Ich und sein Gehirn. München: Piper.

Schwenkmezger, P. & Schmidt, L.R. (Hrsg.). (1994). Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Enke.

2.1 Krankheits- und Störungsbegriff: Normatives

Begrifflichkeiten Krankheit

- **drei sich überlappende Bedeutungen** (z.T. nach Schulte, 1998, in B&P, Kap. 2):
 - **1. Krankheit i.e.S. - 2. Kranksein - 3. Krankenrolle**

1. Krankheit i.e.S. = „ein (biologisch) veränderter Zustand der Person, des Körpers oder seiner Teile“

- **Empedokles (~490-430 v.Chr.), auch Galenus (~180 n.Chr.)**
 - holistisches Homöostase-Modell der „Antiken Temperamentslehre“
 - Krankheit = Ungleichgewicht der vier Elemente, Organe, Körperflüssigkeiten und Temperamente im „nus“ (= Geist, Vernunft)
- **Altindische Erlösungslehren (~ 1200 v.Chr.), Aryurveda (~ 600 n.Chr.)**
 - holist. Homöostase-Modell der 3 Doshas (Temperamente) + 4 Elemente; Krankheit = Ungleichgewicht
- **Galenus (~180 n.Chr.)**
 - „praeter“ (= Ausnahme, Abweichung), „contra naturam“ (= gegen die Natur)
- **Theonomie (Mittelalter): „Bessenheitsmodell“ (Exorzismus, Hexenverfolgung)**
 - frühes Mittelalter: unberechenbares, absonderliches Verhalten = Strafe Gottes
 - spätes Mittelalter: unberechenbares, absonderliches Verh. = (freiwilliger) Pakt mit dem Teufel
- **Einfluss der Aufklärung: Krankheitsmodell trat (wieder) in Konkurrenz zum B.-Modell**
 - Theresa v. Avila (1515-1582): massenhysterische Nonnen sind nicht besessen, sondern „como enferma“ (als ob krank), um drohende Inquisition abzuwenden
 - Störungen „in Geist, Vernunft oder Gemüt“ => „Geisteskrankheiten“
- **Hufeland (1795): „als Abweichung percipiert“ oder „die Functionen des Menschen stört“**
- **Bundesgerichtshof (1982): betont Aspekt der Heilbarkeit** („kann beseitigt oder gelindert werden“)

2.1 Krankheits- und Störungsbegriff: Normatives

Begrifflichkeiten Krankheit ff

2. Kranksein = „das Erleben von Beeinträchtigungen und Unwohlsein“

- **V.v. Weizsäcker (1920):** „Das Wesen des Krankseins ist eine Not und äußert sich als Bitte um Hilfe“
- **Konzept des Leidensdrucks**

3. Krankenrolle = „eine zugeschriebene Rolle mit besonderen Ansprüchen und Privilegien“

- **A. Adler (1913): Krankheitsgewinn = subjektiver Vorteil durch Krankheit für Patient(in)**
 - primärer (direkter) Krankheitsgewinn: Verringerung von Angst (z.B. krank werden vor Prüfung)
 - sekundärer (indirekter, sozial vermittelter) Krankheitsgewinn: verstärkte Zuwendung aus dem sozialen Umfeld
- **T. Parsons (1967): Krankenrolle im Spannungsfeld von ...**
 - ... Privilegien: führt zu Mitleid, Hilfe sowie Befreiung von normalen Aufgaben und von der Beachtung sozialer Normen
 - ... neuen Pflichten: sich schonen, Behandlung aufsuchen, „compliance“ etc. = Rollenerwartungen, ggfs. „labeling“, Hospitalisierungseffekte

2.1 Krankheits- und Störungsbegriff: Normatives

Begrifflichkeiten ... Gesundheit

- **drei sich überlappende Bedeutungen** (nach Schulte, 1998, in B&P, Kap. 2):

1. Gesundheit

- **traditionell = Abwesenheit von Krankheit**

2. Gesundsein („mental health“)

- **„Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“** (Jahoda, 1958 - Präambel der WHO-Charta)

3. Rolle des Gesunden

- **„der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist“** (Parsons, 1967)

2.1 Krankheits- und Störungsbegriff: Normatives

„Merkmale von Verhaltensstörungen“ (nach Davison & Neale, 2002, S. 6-8)

1. statistische Seltenheit

- Grundprinzip: Extrema der Gauß'schen Normalverteilung
- z.B. def. bei „Intelligenzminderungen“ nach ICD/DSM („leichte“ ~: IQ < 85; etc.)
- hohe normative Problematik statistischer (sozialer) Normen

2. Verletzung sozialer Normen

- klar etwa bei Risiken der Fremdgefährdung und Selbstgefährdung
- 1. Problematik: kulturelle Unterschiede in sozialen Normen
- 2. Problematik: politisch-ideologischer Missbrauch (Psychopathologisierung von politischen Gegnern; historisch: etwa Hexenverfolgung, Exorzismus; auch NS-Zeit)

3. persönliches Leid

- subjektivistisches Kriterium des Leidensdrucks (bei Ich-dystonen Störungen)
- 1. Problematik: Ich-syntone Störungen weisen keinen Leidensdruck auf
- 2. Problematik: Simulationen; „Vorgetäuschte Störung“ (ICD-10: F68.1; DSM-IV-TR: 300.16)

4. Beeinträchtigung der Lebensführung

- Funktionseinschränkungen; verminderten Kompetenzen für „daily activities“

5. unangemessenes Verhalten

- umfasst im Grunde die ersten vier Kriterien

Fazit: kein Kriterium reicht alleine aus ...

Integration und normative Reflexion („Ge-Wissen“) sind entscheidend

2.1 Krankheits- und Störungsbegriff: Normatives

Was sind psychische Störungen?

WHO-Kriterien

indiv. Funktionsbeeinträchtigung

„Psychische Störungen liegen dann vor, wenn die normale Funktionsweise der kognitiven und emotionalen Prozesse und des Verhaltens ernsthaft beeinträchtigt ist, so daß die betroffene Person darunter leidet und bei der Erreichung wichtiger Ziele behindert wird.“

Leidensdruck

indiv. Behinderung/verminderte Bewältigungsfähigkeit für Alltagsaktivitäten

„Psychische Störungen führen, mit anderen Worten, zu einer subjektiven und objektiven Einschränkung der Lebensqualität.“ (Zimbardo & Gerrig, 1999, S. 602)

2.1 Krankheits- und Störungsbegriff: Normatives

Jede Behandlung einer psychischen Störung zu Lasten eines Versicherungsträgers erfordert nach SGB V den Nachweis der

1. Behandlungsnotwendigkeit

- **„Krankheitswertigkeit“ der Störung: Diagnose nach ICD-10**

2. Zweckmäßigkeit der Behandlung

- **Differentielle Indikationsstellung: Abstimmung der Behandlungsplanung auf Hypothesen zur Ätiologie und Aufrechterhaltung der Störung**

3. Wirtschaftlichkeit der Behandlung

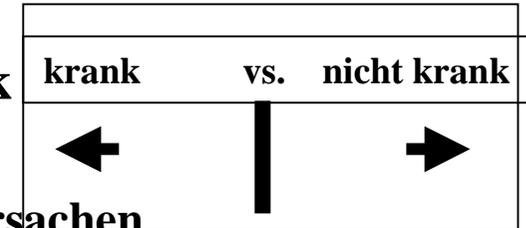
- **Abwägen von Behandlungsalternativen und**
- **hinreichend günstige Prognose für den Behandlungsverlauf**

2.2 Paradigmen: Störungs- und Krankheitsmodelle

Übersicht

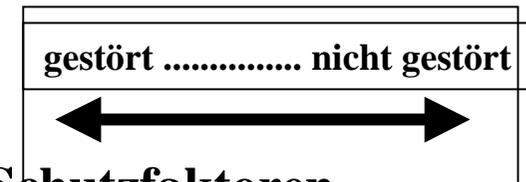
- **Klassisches medizinisches Krankheitsmodell**

- **dichotomes (Defekt-)Modell: krank vs. nicht krank**
- **deterministisches Ursache-Wirkungsmodell**
 - **biol. Reduktionismus, Materialismus: somatische Ursachen**
 - **liberalisiert in Psychoanalyse: psychodynamische Ursachen**
 - **hist. Materialismus, „labeling“-Ansätze: soziale Ursachen**



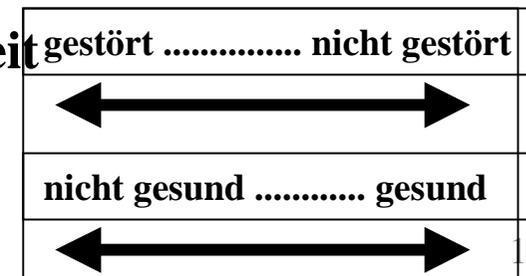
- **Bio-psycho-soziales Störungsmodell**

- **Kontinuum: Ausmaß der Störung**
- **probabilistisches Modell mit Vulnerabilitäts- und Schutzfaktoren**



- **Bio-psycho-soziales Störungs- und Gesundheitsmodell**

- **1. Kontinuum: Ausmaß der Störung**
- **2. Kontinuum: Ausmaß der psychischen Gesundheit**



2.2 Paradigmen: Störungs- und Krankheitsmodelle - Leib-Seele-Problem

Die erste Grundfrage - das Leib-Seele-Problem

Übersicht:

0 Vorwissenschaftliche (religiöse) Anschauungen

1 Monistische Theorien

=> folgen Dominanzprinzip = „entweder-oder“

1.1 Materialismus / Reduktionismus

1.2 Spiritualismus / Idealismus

2 Dualistische Theorien

=> folgen Äquivalenzprinzip = „sowohl-als-auch“

2.1 Parallelismus

2.2 Epiphänomenalismus

2.3 Wechselwirkungslehre / Interaktionismus

3 Holistische Ansätze

=> folgen Komplementaritätsprinzip = „nur das eine“, weswegen sie z.T. auch als „monistisch“ klassifiziert werden

3.1 Hylemorphismus / Identitätslehre

3.2 Emergentismus

2.2 Paradigmen: Störungs- und Krankheitsmodelle - Anlage-Umwelt-Debatte

Die zweite Grundfrage - die Anlage-Umwelt-Debatte

Übersicht

(1) Nativismus: Anlage-Orientierung

(2) Empirismus: Umwelt-Orientierung

(3) Interaktionismus: Anlage-Umwelt-Interaktion

2.2 Paradigmen: Störungs- und Krankheitsmodelle - Anlage-Umwelt-Debatte

(1) Nativismus (= Anlageorientierung)

- **hist. Vorläufer: Platon (427-347 v.Chr.)**
- **„kontinentale Tradition“ in der Philosophie der Aufklärung**
 - z.B. René Descartes (1596-1649), Immanuel Kant (1724-1804)
- **Präformationslehre (Keimentfaltungstheorie)**
- **endogenistische Ätiologie- und Entwicklungstheorien**
 - z.B. Konzept der „endogenen Psychosen“ nach Emil Kraepelin (1856-1926)
- **„Interventionspessimismus“ bzw. Fokus auf invasiven Behandlungsmaßnahmen sowie eugenischen Maßnahmen und Gentechnologie; auch „pädagogischer Pessimismus“**

2.2 Paradigmen: Störungs- und Krankheitsmodelle - Anlage-Umwelt-Debatte

(2) Empirismus (= Umweltorientierung)

- **hist. Vorläufer: Aristoteles (384-322 v.Chr.)**
 - „Tabula rasa“-Konzept
- **„insulare Tradition“ in der Philosophie der Aufklärung**
 - z.B. John Locke (1632-1704), David Hume (1711-1776), John Stuart Mill (1806-1873)
- **exogenistische Ätiologie- und Entwicklungstheorien**
 - Sozialisations- und Akkulturationstheorien
 - Lerntheorien
 - Ätiologiekonzepte der klassischen Verhaltenstherapie
 - z.B. Zwei-Faktoren-Theorie der Angst von Mowrer (1939, 1947)
- **„Interventionsoptimismus“ und „pädagogischer Optimismus“**

2.2 Paradigmen: Störungs- und Krankheitsmodelle - Anlage-Umwelt-Debatte

(3) Anlage-Umwelt-Interaktionismus

- **Anne Anastasi (1958)**
 - Frage nach der Art des Zusammenwirkens von Anlage- und Umweltfaktoren ist wichtig
 - die Frage nach ihren Einflussanteilen (ihrem „Gewicht“ nach einem additiven Modell) ist unsinnig, da beide Faktoren stets zusammenwirken (= dynamisch-multiplikatives Modell)
- **Arten der Anlage-Umwelt-Kovariation**
 - 1. passive Genotyp-Umwelt-Kovariation
 - 2. evokative (reaktive) Genotyp-Umwelt-Kovariation
 - 3. aktive Genotyp-Umwelt-Kovariation
- **interaktionistische und aktionale Entwicklung- und Ätiologie-Theorien**
 - bio-psycho-soziale Theorien
- **Intervention: Frage der Passung der Interventionsumwelt und -strategien auf den Genotyp des/der Patienten/in**
 - differentielle Indikation

2.2 Paradigmen: Störungs- und Krankheitsmodelle

Krankheits- und Störungsmodelle im Überblick

0. Nicht-wissenschaftliche (tradierte und „naive“) Konzeptionen

nach Schulte (1998) in B&P, Kap. 2:

1. Krankheitsmodelle der (Schul-)Psychiatrie und Psychoanalyse

- organisches Defektmodell
- psychodynamisches Defektmodell
- Modell des Defekts im Erleben
- Modell des „verdoppelten“ Defekts im Erleben

2. Psychologische Störungskonzepte

- Abkehr vom Defektmodell zugunsten dimensionaler Störungsmodelle

3. Sozialwissenschaftliche Störungskonzepte

- soziales Defektmodell
- systemisches Defektmodell

4. „Humanistische“ Störungskonzepte

- Ablehnung des Defektmodells zugunsten entwicklungsorientierter Wachstumskonzepte

5. Differentielle Störungskonzepte (biopsychosoziale Konzepte)

- Ablehnung des Defektmodells zugunsten interaktionistischer Störungsmodelle

2.2 Paradigmen: Störungs- und Krankheitsmodelle

Krankheits- und Störungsmodelle im Überblick

0. Nicht-wissenschaftliche (tradierte und „naive“) Konzeptionen

- **frühe Hochkulturen**

- **Ägypten: *mythologisch-religiöses Modell***

- um 2100 v.Chr.: „Das Gespräch eines Lebensmüden mit seiner Seele“
 - suizidal/depressiv durch soziale Unruhen, die religiöse Praktiken unmöglich machen, woraus Gottesferne sowie Entfremdung von Kultur und Religion resultiert

- **Klassische Antike: *holistisches Homöostase-Modell***

- Empedokles (~490-430 v.Chr.), vor allem auch Galenus (131~200 n. Chr.)
 - Krankheit = Ungleichgewicht der vier Elemente, Organe, Körperflüssigkeiten und Temperamente im „nus“ (= Geist, Vernunft)
 - ausgelöst durch ?

- **Altindische Kultur: *holistisches Homöostase-Modell***

- Ayurveda
 - Krankheit = Ungleichgewicht der 3 Doshas (Temperamente) + 4 Elemente
 - ausgelöst durch 1. falsche Ernährung, 2. mangelnde Bewegung, 3. „falsches Verhalten überhaupt“

- **Theonomie**

- **religiös-dogmatisches *Besessenheits-Modell***

- frühes Mittelalter: Krankheit = Strafe Gottes
- spätes Mittelalter: Krankheit = (freiwilliger) Pakt mit dem Teufel

- **implizite („naive“) Theorien**

- ***Somatisierungs-Modell*** - z.B. somatoforme Störungen, „Hospital-Hopper-Syndrom“
- ***attributives Individualisierungs-Modell*** - Pathologisierungen anderer (z.B. Psych.-Stud.)
- ***attributives Sozialisations-Modell*** - z.B. „(don‘t) blame your mother for anything in life...“
- ***mystisch-parapsychologisches Modell*** - restaurativer Okkultismus, „New Age“ etc.

2.2 Paradigmen: Störungs- und Krankheitsmodelle

Krankheits- und Störungsmodelle im Überblick - nach Schulte (1998) in B&P, Kap. 2

1. Krankheitsmodelle der (Schul-)Psychiatrie und Psychoanalyse

- **dichotomes Modell der Psychopathologie: geistig krank versus gesund**
- **Emil Kraepelin (1856-1926): biomedizinisches Krankheitsmodell der Geistesstörungen (iatromechanische Medizin des 18.-19. Jahrhunderts)**
 - **Geistesstörung: *organisches Defektmodell***
- **Sigmund Freud (1856-1939): biomedizinisches Krankheitsmodell der psychischen Störungen**
 - **psychische Störung: *psychodynamisches Defektmodell***
- **Karl Jaspers (1883-1969): phänomenologische Beschreibung und Klassifikation psychischer Krankheiten ohne Ätiologieannahmen**
 - **Geisteskrankheit: (phänomenologisches) *Modell des Defekts im Erleben***
 - Basis: Geisteswissenschaftliche (Phänomenologische) Psychologie sensu Wilhelm Dilthey (1833-1911), Edmund Husserl (1859-1938)
 - historischer Vorläufer der modernen deskriptiven, klassifikatorischen Diagnostik nach DSM-IV-TR und ICD-10
- **DSM-IV-TR, ICD-10: symptomatische Beschreibung und Klassifikation psychischer Krankheiten**
 - **ggfs. mit einem psychologischen Primärdefekt (z.B. Demenz) und einem organischen Primärdefekt (z.B. Atrophie) ohne Ätiologieannahmen**
 - **„mental disorder“: „verdoppelter“ *Defekt im Erleben***
 - etwa neurologische Krankheiten = organisch bedingte, „symptomatische“ psychische Störungen

2.2 Paradigmen: Störungs- und Krankheitsmodelle

Krankheits- und Störungsmodelle im Überblick - nach Schulte (1998) in B&P, Kap. 2

2. Psychologische Störungskonzepte

- **dimensionales Modell der „Pathopsychologie“ (abnormal psychology)**
 - **Kontinuum zwischen normalen und abnormalen psychischen Prozessen**
 - **Hugo von Münsterberg (1912, S. 56)**
 - pathopsychische Phänomene sind lediglich „Steigerungen oder Hemmungen der normalen psychischen Prozesse“
 - psychische Auffälligkeiten als Extremausprägungen einzelner psychischer Prozesse und Funktionen; Defekt wird nicht angenommen:
 - also: in Pathopsychologie können die gleichen Methoden und Theorien angewendet werden wie in der „Normalpsychologie“
- **Behaviorismus und klassischen Verhaltenstherapie**
 - **B.F. Skinner (1904-1990): Verhaltensauffälligkeiten**
 - = kein Defekt, sondern direkte Auswirkungen ungünstiger verhaltenssteuernder Bed.
 - **H.-J. Eysenck (1952)**
 - „Es gibt keine Neurose, die dem Symptom zugrunde liegt, sondern nur das Symptom selbst.“ (Eysenck & Rachman, 1967, S. 20)
 - kein Defekt ist zu suchen, sondern im Einzelfall sind die jeweiligen Ursachen und aufrechterhaltenden Bedingungen des Symptoms zu suchen
- **Kognitive Wende und kognitiv-behaviorale Psychotherapie**
 - **A.T. Beck (1960), A. Ellis (1964) etc.**
 - Gegenstand der „abnormal psychology“ sind nicht komplexe (nosologische) Krankheitseinheiten, sondern einzelne Funktionen der Verhaltenssteuerung und Informationsverarbeitung (= selbst- und umweltbezogene Kognitionen)
 - nicht die Person ist krank, sondern einzelne Verhaltensweisen und psychische Funktionen weisen extreme Abweichungen auf, die ggfs. von der Gesellschaft und dem Betroffenen als „anormal“ und änderungsbedürftig bewertet werden

2.2 Paradigmen: Störungs- und Krankheitsmodelle

Krankheits- und Störungsmodelle im Überblick - nach Schulte (1998) in B&P, Kap. 2

3. Sozialwissenschaftliche Störungskonzepte

- **Soziologie und Sozialpsychologie**
 - **Ausdifferenzierung der Rollentheorie (Parsons, 1967) in der Devianzforschung und „labeling“- / Etikettierungstheorie**
 - Kranksein infolge der (evtl. auch ohne Krankheit) zugeschriebenen Krankenrolle
 - Thomas Szasz (1960): „psychisch krank“ beschreibt nicht einen vorfindbaren Zustand, sondern die Zuschreibung einer Diagnose und damit der Krankenrolle
- **Antipsychiatrie (etwa Szasz, 1960)**
 - **der zentrale Defekt liegt nicht in der Person, sondern in sozialen Gruppen oder in der Gesellschaft: *soziales Defektmodell***
- **Systemische Theorie und Therapie, Familientherapie, interpersonale Therapie**
 - **Störung liegt nicht im und am Individuum, sondern an unangemessenen Prozessen in sozialen System (der Familie o.ä.): *systemisches Defektmodell***

2.2 Paradigmen: Störungs- und Krankheitsmodelle

Krankheits- und Störungsmodelle im Überblick - nach Schulte (1998) in B&P, Kap. 2

4. „Humanistische“ Störungskonzepte

- **Menschenbildannahmen der „Humanistischen“ Psychologie / Therapie**
 - **psychische Störungen = Behinderungen natürlicher Wachstums- oder Entwicklungsprozesse**
 - Behinderung auf dem Weg zur „fully functioning person“ (Rogers, 1951), „guten Gestalt“ (Pearls, 1969)
 - Ignorieren des Krankheits- und Störungsbegriff zugunsten von „Selbstaktualisierung“, „persönlichem Wachstum“ und Reifung
 - Ignorieren von Unterschieden zwischen (nosologischen) Störungsbildern zugunsten eines Kontinuum-Modells, nach dem sich Menschen lediglich graduell in ihren Möglichkeiten unterscheiden, aktuelle Lebensprobleme zu bewältigen
 - **aktuell: Ätiologiemodelle für bestimmte Störungsbilder**
 - z.B. Sachse (1995): klient-zentrierte Theorie psychosomatischer Störungen
 - z.B. Grossmann & Grossmann (1998): bindungstheoretische Ätiologiekonzepte

2.2 Paradigmen: Störungs- und Krankheitsmodelle

Krankheits- und Störungsmodelle im Überblick - nach Schulte (1998) in B&P, Kap. 2

5. Differentielle Störungskonzepte

- **bio-psycho-soziale Störungsmodelle**
 - **betonen das Zusammenwirken biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen und auch organischen Störungen (z.B. Engel, 1979)**
 - Denkmodelle der dynamischen Interaktion und Kompensation
 - Konzepte der Vulnerabilitätsfaktoren und Resilienzfaktoren
 - **Hypothese differentieller Interaktions- und Kompensationseffekte bei unterschiedlichen Störungsbildern**
 - **generelle Ablehnung des Defektmodells und damit des Krankheitsmodells mit seinen individuellen und politischen Implikationen**
- **Analyse von ätiologisch relevanten und „aufrechterhaltenden“ bio-psycho-sozialen Faktoren: Forschungsentwicklung**
 - **störungsübergreifende „schulenspezifische“ Ätiologietheorien**
 - wie behavioristisches, tiefenpsychologisches, „humanistisches“ etc. Modell
 - **störungsübergreifende Stress- und „Coping“-Forschung**
 - Stress-Modelle sensu Selye (1950), Lazarus & Folkman (1984)
 - kritische Lebensereignis-Forschung in Epidemiologie
 - Diathese-Stress-Modell (nahezu ubiquitär)
 - **störungsspezifische (biopsychosoziale) Modelle**
 - z.B. Becks Modell der Depression, Modell der gelernten Hilflosigkeit etc.
 - **integrative biopsychosoziale Störungs- und Gesundheitsmodelle**
 - z.B. Antonowski (1979): Modell der Salutogenese

2.2 Paradigmen: Störungs- und Krankheitsmodelle

Krankheits- und Störungsmodelle im Überblick nach Davison & Neale (2002), Kap. 2

Überblick

1. Das biologische Paradigma

=> organisches Defektmodell

2. Das psychoanalytische Paradigma

=> psychodynamisches Defektmodell

3. „Humanistische“ und existentielle Paradigmen

=> kein Defekt, sondern Behinderung natürlicher Wachstumsprozesse

4. Lerntheoretische Paradigmen

=> kein Defekt, sondern Auswirkung ungünstiger verhaltenssteuernder Bedingungen

5. Das kognitive Paradigma

=> kein Defekt, sondern einzelne Verhaltensweisen und psychische Funktionen weisen extreme Abweichungen auf

6. Das Diathese-Stress-Modell: Ein integratives Paradigma

=> kein Defekt, sondern komplexe Interaktion biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren in der Entstehung und Aufrechterhaltung extremer Abweichungen in einzelnen Verhaltensweisen und Funktionen

7. Eklektizismus in der Psychotherapie

=> „In der Praxis sind die Grenzen fließend“ (Davison & Neale, S. 51)

=> Problem: kein konsistentes Störungsmodell, keine kons. Menschenbildannahmen

2.2 Paradigmen: Störungs- und Krankheitsmodelle

Krankheits- und Störungsmodelle im Überblick - nach Davision & Neale (2002), Kap. 2

ad 6: Das Diathese-Stress-Modell: Ein integratives Paradigma

- **kein Defekt, sondern komplexe Interaktion biologischer, psychologischer und sozialer (Umwelt-)Faktoren in der Entstehung und Aufrechterhaltung extremer Abweichungen in einzelnen Verhaltensweisen und Funktionen**
- **häufigstes Untersuchungsprinzip (mehrfaktorielle VA):**
 - **1. UV: Diathese**
 - biologische und/oder psychische Disposition für eine Krankheit oder Störung
 - **2. UV: Stress**
 - belastende Umwelt- oder Lebensereignisse
 - **AV: Pathopsychologie**
 - Stressreaktion und ihre Folgen
- **Diathese + Stress + (Diathese x Stress) = Pathopsychologie**
 - signifikanter Haupteffekt „Diathese“: hohe Bedeutung der biologischen und/oder psychischen Disposition
 - signifikanter Haupteffekt „Stress“: hohe Bedeutung der Umwelt-/Ereignisfaktoren
 - signifikanter Interaktionseffekt: differentielle Auswirkungen der Umwelt-/Lebensereignisse in Abhängigkeit von der biologischen und/oder psychischen Disposition

2.2 Paradigmen: Störungs- und Krankheitsmodelle - Biopsychosoziale Modelle

Beispiele

Biopsychosoziales Störungsmodell der hyperkinetischen Störungen (*Circulus vitiosus*):

- **erhöhtes Aktivierungsniveau** (ARAS; unruhig, wenig Schlaf, essen schlecht, Koliken... = „schwierige Kinder“) (*biologisch*)
- **auf die soziale Umwelt negativ** (Tadel, Kritik und Strafen, wenig positive Erfahrungen und Kontingenzen) **reagiert** (*sozial*)
- **was den Selbstwert der Kinder beeinträchtigt und ihr Aufmerksamkeitsbedürfnis/oppositionelles Verhalten erhöht** (*psychisch*)
- **worauf soziale Umwelt wiederum negativ reagiert** (etwa mit Zurückweisungen) (*sozial*)
- **wodurch Übung und Reifung von Frontalhirnfunktionen beeinträchtigt werden** (*biologisch-interaktionistisch*)

2.2 Paradigmen: Störungs- und Krankheitsmodelle

Ältere Ansätze zu Risikofaktoren: typologische Risikofaktoren-Modelle

- **Typ-A-Verhalten: Risikofaktor für KHK**
 - Friedman & Rosenmann (1974): ehrgeiziges Leistungsstreben, Rivalität und Erregbarkeit, Aggressivität, Hast, Ungeduld und Zeitdruck sowie Feindseligkeit gegenüber anderen
 - Erfassung
 - Jenkins Activity Survey (JAS)
 - Strukturiertes Interview zum Typ-A-Verhaltensmuster
 - aktuell: Feindseligkeit (MMPI-Skala) reicht evtl. aus (?)
- **Typ-C-Konzept: Risikofaktor für Neoplasmen**
 - Morris & Greer (1980), Temoshok (1988): kooperativ, ausgleichend, hilfsbereit, freundlich, wenig anspruchsvoll, geduldig, nachgiebig gegenüber Autoritäten und in konfrontativen Auseinandersetzungen
- **Typologie nach Grossarth-Maticek & Eysenck (1990)**
 - Typ 1: Hemmung vitaler, ich-bezogener Expressionen eigener Bedürfnisse und Erwartungen - „Krebs-Risikopersonlichkeit“
 - Typ 2: Übererregt wegen Blockaden, feindselig, aggressiv, ärgerlich, P-external - KHK-Risikopersonlichkeit
 - Typ 3: psychopathisch, instabil, abhängig - Risiko für psychische Störung
 - Typ 4: Gesunde (!) - autonom und selbstreguliert
 - Typ 5: rational und anti-emotional - Risiko für Depressionen und Krebs
 - Typ 6: antisozial und normabweichend - Risiko für Drogenabhängigkeit und -missbrauch

2.2 Paradigmen: Störungs- und Krankheitsmodelle

Modernere Ansätze zu Risiko- und Schutzfaktoren

- **Vulnerabilitätsdispositionen**
 - Neurotizismus, Ängstlichkeit - Hypothese der ARAS-/ANS-Schwäche
 - Depressivität, Hoffnungslosigkeit
 - Ärger, Feindseligkeit, Aggressivität
- **Schutz- und Bewältigungsdispositionen**
 - Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeit
 - Optimismus, Zukunftserwartungen
 - Resilienz, „hardiness“, Widerstandsfähigkeit
 - Engagement (commitment) + Kontrolle + Herausforderung (challenge)
 - Kohärenzsinn
 - Antonovsky (1979): Modell der Salutogenese mit den Komponenten
 - (1) Verstehbarkeit äußerer und innerer Umweltreize im Leben
 - (2) Handhabbarkeit und Bewältigung von Anforderungen
 - (3) persönlichen Bedeutsamkeit der Anforderungen, so dass sich Anstrengung und Engagement lohnen
 - soziale Unterstützung
 - günstiges Verhältnis von wahrgenommener und erwarteter sozialer Unterstützung