

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Psychiatrischer Krankheitsbegriff und Klassifikation

© Thomas Wiebke

1. Psychiatrischer Krankheitsbegriff und Klassifikation	2
1.1. Definitionen von Gesundheit	2
1.2. Definitionen von Krankheit	2
1.3. Psychiatrischer Krankheitsbegriff und ätiologische Konzepte	2
1.3.1. Das psychodynamische Paradigma	4
1.3.2. Das lerntheoretische Paradigma	5
1.3.3. Das biologische Paradigma	5
1.3.4. Das humanistische Paradigma	6
1.3.5. Das systemische Paradigma	6
1.3.6. Diathese-Stress-Modell (Vulnerabilitäts-Stress-Modell)	8
1.3.7. Bio-psycho-soziales Paradigma	9
1.4. Klassifikation psychischer Störungen	10
1.5. Die Begriffe Neurose und Psychose	13

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Psychiatrischer Krankheitsbegriff und Klassifikation

© Thomas Wiebke

1. Psychiatrischer Krankheitsbegriff und Klassifikation

1.1. Definitionen von Gesundheit

- „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens.“ (WHO)¹
- „Gesundheit ist das subjektive Empfinden des Fehlens körperlicher, geistiger und seelischer Störungen oder Veränderungen, bzw. ein Zustand, in dem Erkrankungen und pathologische Veränderungen nicht nachgewiesen werden können.“ (Pschyrembel)
- Etwas weniger statische Definitionen beschreiben Gesundheit mehr als einen dynamischen, sich selbst regulierenden Prozess, der die Anpassung eines Organismus an sich verändernde Einflüsse ermöglicht.

Das *Salutogenesemodell* von *Aaron Antonovsky* geht beispielsweise davon aus, dass wir uns mehr oder weniger dauerhaft in einem Zustand befinden, in dem verschiedene belastende Faktoren unser Leben beeinflussen, auf die wir uns einstellen müssen. So „pendeln“ wir immer irgendwo zwischen den beiden Polen Gesundheit und Krankheit. Wir schaffen es, innerhalb dieses Kontinuums mehr in der Nähe des Pols „Gesundheit“ zu leben, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Eine wichtige Voraussetzung ist dabei die Fähigkeit, individuelle Ressourcen zu nutzen, wodurch das entsteht, was Antonovsky als *Kohärenzsinn* (Sense of Coherence = SOC) bezeichnet. Kohärenz wiederum entsteht durch das Zusammenkommen von drei Faktoren:

- durch die Fähigkeit, die Zusammenhänge des Lebens zu verstehen (z.B. in der Spiritualität),
- durch das Gefühl der Selbstwirksamkeit („Ich schaffe das!“) und
- durch das Gefühl von Sinnhaftigkeit des Lebens („Das, was ich tue hat so oder so einen Wert!“)

1.2. Definitionen von Krankheit

- „Krankheit ist eine Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen bzw. seelischen Veränderungen.“ (Pschyrembel)
- Einen ganz pragmatischen Krankheitsbegriff hatte der Arzt Viktor von Weizsäcker: „Das Wesen des Krankseins ist eine Not und äußert sich als eine Bitte um Hilfe; ich nenne den krank, in dem ich als Arzt die Not erkenne.“

1.3. Psychiatrischer Krankheitsbegriff und ätiologische² Konzepte

Jedem, der sich mit den Themen Psychiatrie und Psychotherapie beschäftigt, stellt sich die Frage, was denn eine psychische Störung/Krankheit überhaupt ist, bzw. wann man von einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung/Krankheit sprechen kann. Dazu ein Zitat aus der Website *Neurologen und Psychiater im Netz*:³

¹ Abwesenheit von Krankheit ist laut WHO eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für Gesundheit.

² Ätiologie ist die Lehre von den Krankheitsursachen

³ <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/ratgeber-archiv/meldungen/article/therapiebeduerftigkeit-psychischer-erkrankung-ausmass-und-auspraegung-subjektiven-leidens-sowie-fae/> - zuletzt abgerufen am 26.2.2020

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Psychiatrischer Krankheitsbegriff und Klassifikation

© Thomas Wiebke

„Es ist sehr wichtig, zwischen Leidens- und Lebenskrisen, mit denen man umgehen kann und solchen, die das natürliche Anpassungs- und Bewältigungsvermögen übersteigen, mit denen man also nicht mehr selbst zurechtkommt, zu unterscheiden. **Die Diagnostik psychischer Störungen besteht neben der Diagnosefindung auch darin, medizinisch relevantes Leiden von Zuständen abzugrenzen, die als alters- oder situationsbedingt normal betrachtet werden müssen... Krankheitswertiges subjektives Leiden liegt dann vor, wenn die Probleme oder Beschwerden schon über einen längeren Zeitraum bestehen, und natürliche Anpassungsprozesse nicht adäquat erfolgt sind. Typische Eigenschaften psychischer Störungen sind, dass sie willentlich äußerst eingeschränkt zu steuern sind und dass sie länger andauern. Wichtig wird die therapeutische Hilfe vor allem dann, wenn man selbst innerhalb eines sozialen Netzes nicht mehr in der Lage ist, psychische Probleme zu bewältigen und dabei den Alltag aufrechtzuerhalten...**“

Demnach lassen sich allgemein 3 Merkmale psychischer Störungen benennen:

- eine mehr oder weniger lang **anhaltende deutliche Abweichung des Erlebens** (Denken, Fühlen, Wahrnehmen) **und oft auch des Verhaltens von der Norm** (Verletzung sozialer Normen, unangemessenes Verhalten bzw. Emotionen wie z.B. Panikattacken beim Anblick harmloser Spinnen),
- in der Folge subjektiv empfundenes oder objektiv verursachtes **Leid** und
- **Störungen der Alltagsfunktionen** und **Beeinträchtigung der Lebensführung** (Arbeitsstörungen, Beziehungsstörungen etc.).

Die Abgrenzung krankhafter psychischer Vorgänge gegenüber der Norm erfolgt wie in der Medizin überhaupt durch Symptome. Verhaltensauffälligkeiten werden wie somatische Störungen behandelt. Die ersten Ansätze zu dieser Denkweise finden sich schon in der Antike. So wurde zum Beispiel in der sog. Vier-Säfte-Lehre des Hippokrates eine psychische Störung in Analogie zu einem Ungleichgewicht der 4 Körpersäfte beschrieben. Bei einem depressiven Menschen soll z.B. die schwarze Galle vermehrt im Körper fließen, daher der auch heute noch verwendete Begriff Melancholie⁴. Die Behandlung von psychischen Störungen war daher in der Antike überwiegend eine Behandlung des Körpers, etwa durch diätetische Maßnahmen, Massagen, Aderlässe, Schröpfkuren etc.

Im Mittelalter wurden psychisch Kranke Menschen oft als vom Teufel Besessene oder als Hexen bzw. Hexenmeister angesehen und dementsprechend grausam behandelt. Bis ins 18. Jahrhundert hinein wurde psychisch kranke Menschen als asozial angesehen, mit Behinderten und Verbrechern gleichbehandelt und in Zuchthäusern weggeschlossen. Erst mit der Aufklärung kam es nach und nach zu einem anderen Verständnis psychischer Erkrankungen und damit zu einer „humaneren“ Behandlung, die allerdings neben Verständnis, Zuwendung und Geduld für die Betroffenen auch aus heutiger Sicht barbarische Methoden anwendete. Eine Vorstellung war zum Beispiel, dass die Kranken von einer „fixen Idee“ besessen seien, die man mit drastischen Methoden wie etwa dem Untertauchen in eiskaltem Wasser austreiben wollte.

Im 19. Jahrhundert setzte sich nach und nach ein Verständnis durch, das psychische Erkrankungen als Krankheiten des Gehirns auffasste. Dieses Verständnis wurde in den folgenden Jahrzehnten ergänzt durch verschiedene Erklärungsmodelle, die jeweils auf unterschiedlichen Paradigmen, also grundlegenden Annahmen und ganz bestimmten Denkweisen beruhen, von denen einige im Folgenden exemplarisch aufgeführt sind.⁵

⁴ Griech.: melanos = schwarz, chole = Galle

⁵ Siehe dazu auch v.a: Davison, Neale, Hautzinger – Klinische Psychologie, 7. Aufl., Beltz 2007, S. 15-57

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Psychiatrischer Krankheitsbegriff und Klassifikation

© Thomas Wiebke

1.3.1. Das psychodynamische Paradigma

Dieses Erklärungsmodell geht im Kern auf Sigmund Freud sowie etliche Neo-Freudianer wie Carl Gustav Jung, Alfred Adler u.a. zurück. Allgemein gilt hier die Annahme, dass die Ursachen psychischer Störungen im *Unbewussten* liegen und v.a. auf eine mangelhafte Verarbeitung bestimmter frühkindlicher Konflikte zurückzuführen sind.

Sigmund Freud betonte dabei sehr stark die psychosexuelle Entwicklung, während derer es zu wenig (oder auch zu viel) Trieb-/Bedürfnisbefriedigung geben könne, so dass wichtige Entwicklungs- und Reifungsprozesse beeinträchtigt würden. Die Folge sei dann, dass es im Verlauf des Lebens besonders unter Stress immer wieder zu einer Regression⁶ auf die gestörte Entwicklungsphase und damit zu gestörten Verhalten und Erleben komme.

Carl Gustav Jung distanzieren sich immer mehr von Freuds starker Betonung der Triebtheorie, wobei er neben dem individuellen Unbewussten noch ein kollektives Unbewusstes postulierte, zu dem sie sog. Archetypen (z.B. *Animus/Anima*, der *Schatten* und das *Selbst*) gehören. Zu den menschlichen Bedürfnissen gehören nach Jung nicht nur die Befriedigung der Triebe sondern auch religiöse Bedürfnisse, die in einem *Individuationsprozess* im Laufe des Lebens die primär unbewussten Archetypen ins Bewusstsein integrieren wollen.

Alfred Adler ging von einer individuellen anlagebedingten *Organminderwertigkeit* aus⁷, die dazu führe, dass bestimmte Organe oder Organsysteme mangelhaft ausgebildet seien und deshalb nur ungenügend funktionierten. Das Individuum versucht nun diese Organminderwertigkeit und den sich daraus ergebenden *Minderwertigkeitskomplex* zu kompensieren. Misslingt diese Kompensation oder kommt es zu einer Überkompensation entstehen nach Adler Neurosen. Adler beeinflusste durch seine Theorien sehr stark die Entwicklung der humanistischen Therapien wie auch der kognitiven Verhaltenstherapie.

⁶ Regression = Zurückfallen in kindliche Erlebens- und Verhaltensmuster

⁷ Adler war selber ein sehr kränkliches Kind und litt unter anderem an Rachitis und immer wieder auch bedrohlichen Stimmritzenkrämpfen.

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Psychiatrischer Krankheitsbegriff und Klassifikation

© Thomas Wiebke

1.3.2. Das lerntheoretische Paradigma

Diese Paradigmen beruhen auf den Erkenntnissen der Behavioristen (Verhaltensforscher), die menschliches Verhalten und Erleben ausschließlich aus dem beobachtbaren Verhalten heraus erklären wollen und dabei auf Introspektion und Einfühlung verzichten. Krankhaftes, abnormes Verhalten wird demnach v.a. durch Konditionierung oder Modelllernen entwickelt und ist demnach gelerntes Verhalten. So lassen sich z.B. die Entwicklung von Angststörungen erklären.

Eine Erweiterung des lerntheoretischen Paradigmas stellt das **kognitive Paradigma**⁸ dar, welches davon ausgeht, dass wir Situationen bewusst interpretieren und bei der Interpretation auf unsere (gelernten) Kenntnisse zurückgreifen, wodurch unsere Realitätswahrnehmung automatisch gefiltert wird. So entstehen individuelle *kognitive Schemata*, also bestimmte Wahrnehmungs- und Interpretationsschemata, die u.U. dysfunktional werden können und so zu psychischen Störungen führen können.

So sollen z.B. der Entwicklung von Depressionen typische kognitive Schemata zugrunde liegen, die auf einem sehr starken Gefühl von Hilflosigkeit gründen und der damit verbundenen Überzeugung unfähig zu sein, irgendeinen Einfluss auf Veränderungen im Leben ausüben zu können.⁹ In der Folge werden Selbstwahrnehmung, Weltsicht und Zukunftserwartungen zunehmend negativ bewertet, was zu verzerrten Bewertungen der Realität des Selbst und der Umwelt und schließlich zu Depressionen führt.

1.3.3. Das biologische Paradigma

Der psychiatrische Krankheitsbegriff ist hier ein streng medizinischer: Krankheit gibt es nur im Leiblichen; als krankhaft gilt seelisch Abnormes dann, wenn es auf krankhafte Organprozesse bzw. messbare physiologische Abweichungen zurückzuführen ist.

Dieses Paradigma geht davon aus, dass psychische Krankheiten durch Veränderungen im Nervensystem, insbesondere im Neurotransmitterstoffwechsel, hervorgerufen werden; dabei wird angenommen, dass es in den meisten Fällen eine **genetische Disposition** (Veranlagung) für solche Veränderungen gibt.

Eine wichtige Unterscheidung ist hier die zwischen Genotyp und Phänotyp, wobei der Genotyp durch die Gesamtheit der Erbfaktoren bestimmt ist, während der Phänotyp die Gesamtheit der beobachtbaren Merkmale darstellt, die sich in Abhängigkeit von der Aktivierung bestimmter Gene entwickeln, welche beispielsweise die Synthese bestimmter Proteine steuern, die für Zellfunktionen etc. wichtig sind. Die Aktivierung von Genen hängt wiederum von weiteren Faktoren (Umgebung, Erfahrung) ab, welche somit dazu beitragen, ob sich Störungen/Krankheiten entwickeln oder nicht (Phänotyp). Dieses wird von der *Verhaltensgenetik* erforscht.

⁸ Unter Kognitionen versteht man in der Psychologie verschiedene mentale Prozesse, die letztlich unsere Realitäts- und Selbstwahrnehmung bzw. unseres Realitäts- und Selbstbild begründen. Zu diesen Prozessen gehören insbesondere Denken, Wahrnehmung, Erinnern, Schlussfolgern, Planen, Problemlösen etc.

⁹ Martin E. P. Seligman – „Erlernte Hilflosigkeit“

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Psychiatrischer Krankheitsbegriff und Klassifikation

© Thomas Wiebke

1.3.4. Das humanistische Paradigma

In der humanistischen Psychologie und Psychotherapie spielen Modelle von Krankheitsentstehung eher eine untergeordnete Rolle. Im Mittelpunkt steht hier ein ganz bestimmtes Menschenbild. Der Mensch ist demnach *von Natur aus gut, strebt von Geburt an nach Selbstverwirklichung* (Selbstaktualisierungstendenz) und befindet sich somit in einem ständigen Wachstumsprozess; dabei besitzt er die *innere Kraft, sich zu vervollkommen und ungeahnte kreative Fähigkeiten zu entfalten*. Entscheidend dafür, dass Menschen ihre Möglichkeiten nutzen, ist die Qualität ihrer Beziehungen zu den Mitmenschen.

Störungen entstehen v.a. dann, wenn die Selbstaktualisierungstendenz blockiert wird, was v.a. durch eine bedingte Wertschätzung seitens der Bezugspersonen geschieht: wenn wir die Erfahrung machen, dass wir Liebe, Zuwendung, Bestätigung nur unter bestimmten Bedingungen erhalten, beginnen wir uns zu verstellen und verlieren damit zunehmend den Zugang zu unserem Wesenskern.

Therapieansätze¹⁰, die auf diesem Paradigma beruhen, vertrauen v.a. auf die Selbstregulationskräfte des menschlichen Organismus und wollen Bedingungen schaffen, die es dem Patienten (Klienten!) ermöglichen, sein eigenes Wesen wieder zu entdecken. Dabei geht es weniger darum, die frühe Kindheit aufzuarbeiten oder Verhalten und Denksysteme zu verändern, sondern vielmehr darum im „Hier und jetzt“ dem Klienten seine ureigenen Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse bewusst zu machen, so dass er seine Persönlichkeit frei entfalten kann. Ganz elementar ist eine *empathische, bedingungslos wertschätzende und authentische Grundhaltung* des Therapeuten¹¹.

1.3.5. Das systemische Paradigma

Psychische Störung wird hier aufgefasst als der Versuch, gleichzeitig den Regeln von zwei oder mehr Systemen (z.B. Familie, Freunde, Arbeitskollegen...) zu folgen. In Folge dessen vermeidet das Individuum Konflikte und fördert damit zugleich den Zusammenhalt der Systeme. Der Vorgang wird aber von keinem Angehörigen der Systeme durchschaut.

Einen ähnlichen Ansatz hatte *Ronald Laing*¹², der psychische Störung als eine gesunde Reaktion auf eine zerstörerische Gesellschaft sah. So sei z. B. der „Psychotiker“ auf einer „Reise nach innen“.

¹⁰ z.B. die *Klientenzentrierte Gesprächstherapie* (Carl Rogers), die *Gestalttherapie* (Fritz Perls), die *Transaktionsanalyse* (Eric Berne), die *Logotherapie und Existenzanalyse* (Viktor Frankl), das *Psychodrama* (Jacob Moreno) oder die *Positive Psychologie* (Abraham Maslow, Martin Seligman u.a.)

¹¹ *Empathie, bedingungslose Wertschätzung und Authentizität* sind die sog. 3 Therapeutenvariablen nach Carl Rogers, das bedeutet u.a. für den Therapeuten, dass er sich bei jedem Patienten selbst darüber Rechenschaft ablegen muss, ob er bei genau diesem Patienten in der Lage ist, diese Variablen zu erfüllen.

¹² Ronald Laing gilt als einer der Begründer der sog. „antipsychiatrischen Bewegung“, die sich v.a. in den 50er bis 70er Jahren des 20. Jahrhunderts gegen die Schulpsychiatrie stellte, indem sie z.B. die Schizophrenie nicht als Krankheit ansehen wollte.

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Psychiatrischer Krankheitsbegriff und Klassifikation

© Thomas Wiebke

Neben den oben genannten existiert mittlerweile eine Vielzahl von weiteren (oft ähnlichen) Paradigmen und Erklärungsmodellen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen, die alle auf mehr oder weniger wissenschaftlichen Erkenntnissen, v.a. aber auch auf Erfahrungen beruhen. In der Regel müssen allerdings mehrere Faktoren zusammen treffen, damit es zur Entwicklung einer Erkrankung oder Störung kommt, man spricht hier auch von einer **multifaktoriellen Ätiologie**. Daher wird eines der oben vorgestellten Modelle für sich allein in nur unzureichende Erklärungen bieten können, denn es beschreibt immer nur Teilaspekte der eigentlichen Ursache von Störungen. So gilt es heute nicht mehr als zeitgemäß, sich ein ganz bestimmtes Paradigma zu eigen zu machen und damit die eigene Wahrnehmung einzuschränken; vielmehr scheint es angemessen, in jedem Einzelfall zu überprüfen, welches dieser Konzepte bei dem jeweiligen Patienten die besten ätiologischen u./o. therapeutischen Ansätze liefert. Moderne integrative Paradigmen entsprechen diesen Anforderungen.

Eine Studie von 1974 konnte zeigen, wie sehr das jeweilige Paradigma die Diagnose beeinflusst:

Ein Verhaltenstherapeut und ein Psychoanalytiker haben z.B. grundsätzlich einen anderen Blickwinkel auf ihre Patienten: während die Verhaltenstherapeuten aufgrund ihres Paradigmas eher auf „offenes“, also klar zu beobachtendes Verhalten ihrer Klienten konzentrieren, haben Psychoanalytiker, die davon ausgehen, dass psychische Störungen Folge unverbarbeiteter und unbewusster Konflikte sind, gelernt, hinter dem offen gezeigten Verhalten unbewusste Konflikte zu sehen.

Einer Gruppe von Verhaltenstherapeuten und einer Gruppe von Psychoanalytikern wurde ein Video vorgespielt, in dem ein junger Mann zu sehen war, der von einem anderen Mann interviewt wurde. Zuvor hatte jeweils die Hälfte der Therapeuten die Information bekommen, es handle sich um ein Bewerbungsgespräch, die andere Hälfte hatte die Information, bei dem jungen Mann handle es sich um einen Patienten. Dachten die Therapeuten, es handle sich um einen Stellenbewerber, so unterschieden sich ihre Beurteilungen kaum voneinander, hielten sie den jungen Mann allerdings für einen psychiatrischen Patienten, so schätzten ihn die Psychoanalytiker als erheblich gestörter ein als die Verhaltenstherapeuten.

Langer & Abelson - A patient by any other name: Clinician group difference in labeling bias - Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, S. 4-9

Die im Folgenden vorgestellten ätiologischen Konzepte psychischer Störungen bieten unterschiedliche Erklärungsmodelle für das Entstehen und die Aufrechterhaltung psychischer Störungen, da sie auf z.T. sehr unterschiedlichen wissenschaftlichen Paradigmen der klinischen Psychologie beruhen. Dabei ist es wichtig zu verstehen, dass diese verschiedenen Erklärungsmodelle immer nur Teilaspekte der eigentlichen Ursache von Störungen beschreiben, denn (wie oben gesehen) Paradigmen schränken die Wahrnehmung und Interpretation der Wahrnehmung von Objekten zwangsläufig ein.

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Psychiatrischer Krankheitsbegriff und Klassifikation

© Thomas Wiebke

Integrative Paradigmen

1.3.6. Diathese-Stress-Modell (Vulnerabilitäts-Stress-Modell)

Dieses Modell zählt zu den integrativen und damit moderneren Erklärungsmodellen und geht von einer angeborenen (v.a. genetisch bedingten) oder erworbenen (z.B. durch psycho-soziale Faktoren) *Krankheitsdisposition* aus. Diese Disposition führt zu einer erhöhten *Vulnerabilität* (= Verletzbarkeit) für bestimmte Störungen bzw. Krankheiten und ist oftmals auf ein Organsystem (z.B. Herz-Kreislaufsystem, Verdauungstrakt, Nervensystem) beschränkt (= Diathese).

Das **Stressmodell** versteht dabei v.a. den sogenannten *Dysstress* als wichtigen Faktor, der durch andauernde negative Dauerbelastung insbesondere dann entsteht, wenn die Betroffenen keine Copingstrategien (Bewältigungsstrategien) mehr zur Verfügung haben; hierdurch kann es zu neurologischen und hormonellen Veränderungen und in der Folge zu seelischen Störungen kommen.

Unter dem Einfluss spezifischer Stressoren (v.a. psychosozialer Dysstress) soll es dann zur Krankheitsmanifestation kommen. Man geht zum Teil davon aus, dass sich bestimmte Persönlichkeitstypen bestimmte Stresssituationen selbst schaffen, in denen unbewusst Gefahrenmomente herbeigeführt werden. Ergebnisse aus der Bindungsforschung zeigen, dass frühe Bindungsstörungen mit einer Entwicklungsstörung des Stressverarbeitungssystems einhergehen. Die betroffenen Menschen sind anfälliger für Dysstress, gleichzeitig ist die Stressverarbeitung ungünstig.

Beispiel: Ein junger Mann, dessen eineiiger Zwillingsbruder an Schizophrenie erkrankt ist, hat genetisch bedingt eine etwa 50%ige Wahrscheinlichkeit, ebenfalls an Schizophrenie zu erkranken, aber eben auch eine 50%ige Wahrscheinlichkeit keine schizophrenen Symptome zu entwickeln. Ist dieser Mann aber (v.a. in seiner Kindheit und Jugend) psychosozialen Stressfaktoren ausgesetzt, steigt sein statistisches Risiko zu erkranken immer weiter an. Solche Faktoren können sein:

- emotional kalte, abweisende Bezugspersonen, aber auch
- eine sehr kritische Emotionalität mit überprotektiv-kontrollierendem Verhalten
- Mobbing,
- unglückliche Liebe, Trennungserlebnisse.

Oftmals sind es dann bestimmte Auslöser (z.B. Drogenkonsum), die das Ausbrechen der Psychose bewirken.

Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

Psychiatrischer Krankheitsbegriff und Klassifikation

© Thomas Wiebke

1.3.7. Bio-psycho-soziales Paradigma

Dieses Modell erweitert das Stressmodell. Grundlage ist die o.g. Beobachtung der Stressforschung, dass frühe Bindungsstörungen und Stresserfahrungen zu neurobiologischen Veränderungen führen, die eine allgemein erhöhte Stressanfälligkeit und damit eine erhöhte Neigung zu Somatisierungen bedingen. Zudem werden aber noch weitere biologische und zudem psychologische und soziale Faktoren benannt:

- **Biologische Faktoren:**

- genetischen Faktoren,
- immunologische Faktoren (z.B. pränatale Infektionen),
- hormonelle Faktoren (z.B. Mangel an Schilddrüsenhormonen, Überschuss an Stresshormonen),
- neurophysiologische Mechanismen (z.B. Hirnreifungsstörungen durch zu frühen Cannabiskonsum)
-

- **Psychologische Faktoren:**

- negative Bindungserfahrungen in der frühen Kindheit, gestörte Primärfamilie,
- bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (Gehemmtheit, emotionale Labilität, Gehemmtheit, depressive Grundstimmung, negatives Selbstbild, Ängstlichkeit mit hypochondrischen Einstellungen etc.)
- psychische Stressfaktoren wie Traumatisierungen, Todesfälle, chronische Krankheiten etc.
-

- **Soziale Faktoren:**

- schlechte Arbeitsbedingungen, Arbeitslosigkeit,
- Armut, soziale Lernerfahrungen,
- reizarme oder reizüberflutende Umweltbedingungen,
- sozialer Druck, z.B. durch Social Media
-