

# ätiologie

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell



Ein integratives Paradigma und seine Relevanz für die klinische Arbeit mit schizophrenen Erkrankten und ihren Angehörigen

Hochschule München - Fakultät für Sozialwissenschaften  
Studiengang Master Mental Health bei Prof. Dr. M. v. Cranach  
Studienarbeit Modul 5 - Imke Müller-Hohmann, Oktober 2008

Der Mensch in seiner ewigen Neugierde hat gelernt, seine Welt mit dem Skalpell des Wissenschaftlers zu sezieren und hat offenbar in diesem Prozess das Gefühl für Gleichgewicht und Einheit verloren.

Walter Gropius

**Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell –  
ein integratives Paradigma und seine Relevanz für die klinische Arbeit mit  
schizophren Erkrankten und ihren Angehörigen**

	Seite
<b>Inhaltsverzeichnis.....</b>	<b>2</b>
<b>Einleitung.....</b>	<b>3</b>
<b>1. Die Paradigmen zur Ätiologie von Erkrankungen.....</b>	<b>4</b>
1.1. Das biologische Paradigma	4
1.2. Das Paradigma des sozialen Konstruktes – der Umgang mit abweichendem Verhalten	5
1.3. Die Paradigmen der psychologischen Schulen	6
1.3.1. Das psychoanalytische Paradigma	6
1.3.2. Das humanistische Paradigma	8
1.3.3. Das behavioristische Paradigma	9
1.4. Das integrative Paradigma: das Diathese-Stress-Modell	10
1.5. Zusammenfassung	11
<b>2. Das Konzept des Vulnerabilitäts-Stress-Modelles.....</b>	<b>12</b>
2.1. Definition	12
2.2. Vulnerabilität: das Konstrukt der Verletzlichkeit	12
2.2.1. Vulnerabilität in Populationen	14
2.3. Stress: auslösende Faktoren für die Entstehung einer Erkrankung	15
2.3.1. Kritische Lebensereignisse als Stressfaktoren	15
2.4. Das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell	16
2.4.1. Das integrative Modell und seine Anwendung auf die Schizophrenie	18
2.5. Zusammenfassung	19
<b>3. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell in der Praxis.....</b>	<b>19</b>
3.1. Der Stellenwert des integrativen Paradigmas in der Klinik	19
3.1.1. Die Relevanz für das psychiatrisch tätige Personal	20
3.1.2. Die Relevanz für die Betroffenen	22
3.1.3. Die Relevanz für die Angehörigen	24
3.2. Zusammenfassung	25
3.3. Die Vermittlung des integrativen Modells	26
3.3.1. Die Psychoedukation	26
3.4. Zusammenfassung	28
<b>4. Diskussion.....</b>	<b>28</b>
<b>5. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>31</b>

## Einleitung

Seit Beginn der 70-er Jahre des vergangenen Jahrhunderts wurden integrative Konzepte zur Erklärung von Krankheitsentstehung entwickelt. Das Diathese-Stress-Modell verbindet biologische, psychologische und soziale Faktoren, die in ihren Wechselwirkungen als Verursacher einer Erkrankung gelten. Die Vorstellung, dass Diathesen – Faktoren der inneren individuellen Disponiertheit eines Menschen, auf Belastungen zu reagieren – mit Stress – äußeren Umwelt-, Lebens- und Arbeitsfaktoren interagieren, gilt als die derzeit gültige Arbeitshypothese der im Gesundheitswesen beteiligten Berufsgruppen.

Eine Variante des Diathese-Stress-Modells ist das Vulnerabilitäts-Stress-Modell nach den US-amerikanischen Psychiatern Zubin und Spring. Menschen mit Schizophrenie scheinen besonders vulnerabel – verletzlich – zu sein und bereits ein vergleichsweise geringer Stresspegel kann bei ihnen zur Dekompensation führen. Als integratives Konstrukt steht das Vulnerabilitäts-Stress-Modell für die multifaktorielle Genese einer psychischen Störung. Das breit angelegte Modell ermöglicht damit nicht nur die Zusammenführung ätiologischer Konzepte verschiedener Ausrichtungen wie die der Neurobiologie und der psychologischen Therapieschulen, sondern auch eine integrierte Anwendung ihrer Behandlungskonzepte. Dass nicht nur biochemische Prozesse des neuronalen Systems, sondern auch Erziehungsstil oder traumatische Ereignisse Faktoren der Entstehung einer Erkrankung sein können, erscheint heute als Alltagswissen psychiatrischer Arbeit. Aber erst die Verknüpfung der theoretischen Grundlagen sich teilweise bekämpfender Schulen ermöglichte den nun gängigen Eklektizismus in der Therapie: Elemente aus Verhaltens- und Gesprächspsychotherapie, aus medikamentöser Behandlung und biografische Arbeit werden kombiniert, um für den Patienten eine individuell passende Behandlungsform zu schaffen. Die multimodale Therapie ist Standard der psychiatrischen Behandlung: das Vulnerabilitäts-Stress-Modell hat den psychiatrischen Alltag durchdrungen.

Das unspezifische und zwischenzeitlich mehrfach modifizierte Vulnerabilitäts-Stress-Modell ist in der Fachliteratur vielfach beschrieben worden. Die vorliegende Studienarbeit versucht einen Zugang über die Paradigmen der psychiatrischen Arbeit zu erschließen, um auf dieser Basis die Bedeutung des Modells für die therapeutische Arbeit in der Klinik zu entwickeln. Welche Relevanz hat das Vulnerabilitäts-Stress-Modell aktuell in der Arbeit mit schizophren erkrankten Menschen und deren Angehörigen? Ist das Konstrukt zur Ätiologie der Schizophrenie nicht nur Arbeitshypothese der psychosozialen Berufsgruppen, sondern wird es auch an die Betroffenen vermittelt? Gibt es Aussagen darüber, welche Wirkung die Vermittlung des Vulnerabilitäts-Stress-Modelles auf Betroffene und deren Angehörige hat? Wo zeichnen sich Grenzen des Modelles ab?

Nach der Darstellung der in das Diathese-Stress-Modell einfließenden Paradigmen, den enthaltenen Theorien zur Ätiologie und daraus abgeleiteten Therapien werden diese in Bezug zur schizophrenen Störung gesetzt. Das Konstrukt der „Vulnerabilität“ und der uneinheitliche Gebrauch des Begriffes „Stress“ machen Definitionen und die Darstellung einiger Stress-Theorien erforderlich. Eine Erweiterung des Vulnerabilitäts-Stress-Modells um Coping, die Bewältigungsstrategien mit gesundheitserhaltenden, protektiven Faktoren, sowie die Krankheitsätiologie beeinflussenden Rahmenbedingungen ergänzen die Definition. Die Bedeutung des integrativen Konzeptes für schizophrene Patienten, ihre Familienmitglieder und die professionellen Mitarbeiter in der psychiatrischen Klinik verweist auf die Konsequenzen des Paradigmas. In der Praxis wird das Vulnerabilitäts-Stress-Modell in der psychoedukativen Gruppenintervention an Betroffene und Angehörige vermittelt. Eine Diskussion schließt die Studienarbeit zusammenfassend ab.

Die Begrifflichkeiten „Schizophrenie“ oder „schizophrene Störung“ werden trotz des Diskurses um die umstrittene Schizophreniekonzeption verwendet. Unabhängig davon, ob eventuell an die Existenz mehrerer Grundstörungen gedacht werden muss, gelten für die Entstehung von Erkrankungen mit Sicherheit viele Faktoren, die psychischer, physischer und sozialer Natur sind (siehe Böker, W., S. 77): insofern hat das Diathese-Stress-Modell als multifaktorielles Modell Gültigkeit, auch wenn die Ätiologie der Schizophrenien bis heute weitgehend ungeklärt ist (Brunnhuber, S., S. 176). Für eine einfachere Lesbarkeit wird die männliche Nennungsform verwendet.

# 1. Die Paradigmen zur Ätiologie von Erkrankungen

## 1.1. Das biologische Paradigma

Das biologische Paradigma basiert auf der Vorstellung, dass psychische Störungen durch biologische Prozesse verursacht werden (Stock, C, S. 94 – 109). Eine Schädigung von Gehirnstrukturen, eine chemische Imbalance des Gehirns, molekulare Veränderungen der Gene oder ein Defekt des autonomen Nervensystems können die möglichen Faktoren abnormer Prozesse sein, deren phänomenologischer Ausdruck die auftretenden Symptome sind. Symptome und Verlauf der Erkrankung sind naturwissenschaftlich objektivierbar. Patienten sind für die Erkrankung nicht verantwortlich, sondern wie bei den somatischen Krankheiten auch ihren organischen Prozessen ausgeliefert. „Keiner kann anders als er ist“, denn Entscheidungen, die wir für frei halten als auch fremdbestimmtes Handeln beruhen „auf gleichermaßen deterministischen neuronalen Prozessen“ (Singer, W., Selbsterfahrung und neurobiologische Fremdbestimmung, S. 156 – 159, in Pieper, A., S. 128 – 129).

Zwei Forschungsansätze, die Verhaltensgenetik und die Biochemie, liefern Argumente für das biologische Paradigma (Davison, G., S. 16 – 22), welches die Grundlage medizinischer Behandlung ist.

Die Verhaltensgenetik untersucht den Zusammenhang zwischen der genetischen Ausstattung eines Menschen und dem Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln. Die genetische Disposition wird mit Adoptions- und Zwillingsstudien sowie mit Vergleichen von Familienmitgliedern erforscht. Das moderne Verfahren der Linkage-Analyse befasst sich darüber hinaus mit der Suche nach den beteiligten Genen. Schizophrene Störungen gehören zu den komplexen Erkrankungen, da sie an mehrere Gene gekoppelt sind. „Obgleich es einzelne Genloci gibt, die immer wieder einmal als Kandidaten für eine Aufklärung der Heredität genannt werden, scheint es doch, wenn man von den neurobiologischen Befunden ausgeht, wahrscheinlicher, dass es eine grundsätzlich unbegrenzte Anzahl von einzelnen Dysfunktionen gibt, die für sich unspezifisch und vielleicht auch pathogenetisch unwirksam bleiben, wenn sie nicht in einer Vernetzung einen Schwellenwert übersteigen“ (Mundt, C., S. 13).

Die neurobiologische und genetische Forschung ist der Kritik ausgesetzt: trotz der intensiven und teuren Pharmaforschung ist weiterhin ungeklärt, ob veränderte biochemische Prozesse Ursache oder Folge der Störung sind. Die Fortschritte der Molekularbiologie haben in der psychiatrischen Arbeit die Praxis des Trial-and-Error, des Ausprobierens diverser Medikamente bis zum Finden der passenden pharmakologischen Substanz für den Patienten, nicht verbessern können. Neben einer Eingruppierung für Verträglichkeit wird als ein weiteres Ziel genetischer und molekularbiologischer Forschung die Suche nach Medikamenten angegeben, die mit weniger unerwünschten Nebenwirkungen verbunden sind. Die Komplexität der Erkrankung, die Heterogenität der schizophrenen Störungen und die große individuelle Varianz der Syndrome erschweren die Forschung (Rietschel, M., Vortrag gehalten am 27.02.08. in Hamburg, Perspektiven zur Ätiologie und Therapie der Schizophrenie). Das biologische Paradigma bietet Erklärungsansätze für die Ätiologie der seelischen Erkrankung, aber gibt dem seelisch Erkrankten paradoxerweise keine Hilfestellung bei dessen seelischer Bewältigung.

Die familiäre Häufung von Schizophrenien wird als ein Zeichen für die genetische Beteiligung bei Schizophrenien gesehen. Ein Mehr an gemeinsamem genetischen Material erhöht das Risiko, zu erkranken. Es liegt in der Normalbevölkerung bei einem Prozent Lebenszeitprävalenz und bei Kindern mit zwei schizophrenen Elternteilen bei ca. fünfundvierzig Prozent (Fabisch, H., S. 45). Für die Schizophrenie wurden Veränderungen des dopaminergen, glutamatergen und serotonergen Neurotransmittersystems festgestellt. Mit funktionellen bildgebenden Verfahren können neuropsychologische Auffälligkeiten registriert werden. Auch neuroradiologische und -pathologische Untersuchungen des Gehirns ergaben strukturelle Unterschiede gegenüber Gesunden (Brunnhuber, S., S. 177 - 179).

Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus dem biologischen Paradigma ziehen? Wenn psychische Störungen durch die Dysregulationen biologischer Prozesse verursacht

werden, muss eine Therapie auf diesen zugrundeliegenden Krankheitsprozess Einfluss nehmen. So ist die medikamentöse Intervention mit Antipsychotika die klassische Basistherapie schizophrener Störungen (ebd., S. 67 – 73) und wird je nach Symptomatik der Erkrankung mit anderen psychopharmakologischen Substanzen wie Antidepressiva oder Anxiolytika kombiniert.

Die Ergebnisse der Genforschung aber weisen mit einer Konkordanzrate von 48 % (Fabisch, H., S. 45) bei monozygoten Zwillingen darauf hin, dass nicht nur biologische Faktoren eine wichtige Rolle spielen können: das Erscheinungsbild der Schizophrenie ist multifaktoriell beeinflusst.

## **1.2. Das Paradigma des sozialen Konstruktes – Umgang mit abweichendem Verhalten**

Bereits in den 30er Jahren des vergangenen Jahrhunderts hatten kulturvergleichende Forschungen der Anthropologie die Zuschreibung psychischer Störungen als Produkt des jeweiligen sozialen Kontextes ihrer Gesellschaft herausgearbeitet (Benedict, R., *Anthropology and the Abnormal*, in: Horwitz, A., S. 7). Die Gültigkeit des biologischen Paradigmas als Erklärungsmodell psychischer Krankheiten wurde seit Beginn der 60er Jahre von Teilen der Soziologie, Psychologie und Psychiatrie kritisiert.

Die soziologische und psychologische Kritik hat den Diskurs um Normalität und Abweichung und die Reaktionen darauf, den institutionellen Umgang mit auffälligem Verhalten und die Zuordnung von Etiketten oder „Labels“ eröffnet (siehe Goffmann, E., *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*; Keupp, H., *Normalität und Abweichung*). Michel Foucault stellte mit der historischen Analyse des Umgangs mit Erkrankung dessen Kontextbezug und den disziplinarisch-ökonomischen Charakter moderner Gesellschaften heraus (siehe Foucault, M., *Wahnsinn und Gesellschaft*). Die dem biologischen Paradigma zugeordnete naturwissenschaftliche Objektivität wird angezweifelt. Die „vor allem in der Psychosenforschung äußerst dürftigen Forschungsergebnisse können nicht einfach auf den noch jungen Status der Psychiatrie zurückgeführt werden, sondern lassen sich viel eher als Hinweis dafür interpretieren, dass das „medizinische Modell“ als Forschungskonzeption für den gesamten Bereich der Psychiatrie an der Sperrigkeit seines Gegenstandes gescheitert ist“ (Kardorff, v. E., S. 560 - 562). Die Antipsychiatriebewegung stellt die Wahrhaftigkeit von psychiatrischen Diagnosen in Frage und befasst sich mit der ideologischen Funktion der Zuschreibung von Krankheiten (siehe Szasz, T., *The myth of mental illness*). Die Existenz einer schizophrenen Störung wird unter anderem mit dem Hinweis auf das unspezifische Erscheinungsbild und einen Mangel an validen Konzepten für psychische Störungen bestritten (Horwitz, A., S. 8). Eine biologische Betrachtungsweise gilt als reduktionistisch: sie verhindert die Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Bedingungen von Krankheit und ihr zugrundeliegendes kausales Denkmodell erfasst nicht die Komplexität psychischen Erlebens.

Die Kritik an der biologisch ausgerichteten Psychiatrie beinhaltet auch die konkrete Ausgestaltung der psychiatrischen Praxis: Detailwissen um neurobiologische Vorgänge führt nicht zu einem humanen und handlungsorientierten Umgang mit Betroffenen; Selbstbestimmung als Grundrecht wird eingeschränkt und die Psychiatrie lässt sich als Handlanger missbrauchen; sie trägt durch Stigmatisierung und Exklusion maßgeblich zur Desintegration psychisch kranker Menschen bei.

Psychische Krankheiten als soziales Konstrukt, nicht als der Person inne liegende Störung zu interpretieren, stellt neben dem biologischen und dem psychologischen ein weiteres Paradigma dar. Die psychiatriekritische Haltung wiederum löst Kritik aus. „Social constructionists have made important contributions in demonstrating the limits of disease perspectives about mental illness. Nevertheless, the constructionist view also has a number of limitations“ (ebd., S. 8). Die biologischen Bedingungen von Erkrankungen, z.B. die Folgen von dauerhaftem Alkoholkonsum, sind den Sozialkonstruktionisten nachrangig. Aber eine Erkrankung hat Folgen auch unabhängig von sozialen Definitionen. Die fehlenden außerkulturellen Kriterien von Sozialkonstruktionisten, ein adäquates valides Konzept psychischer Krankheiten zu erstellen, verhindern jegliches Urteil über die

Klassifikation psychischer Symptome. Die pauschale Verwendung des Begriffes „psychische Krankheit“ ignoriert sowohl dessen große Variationsbreite als auch die Abgrenzung zu ungestörtem Verhalten (ebd., S. 9 - 10).

Dem Modell der sozialen Konstruktion kommt trotz seiner oben kritisierten Begrenzungen große Bedeutung zu. Es fokussiert auf Stigmatisierungsprozesse von schizophren Erkrankten durch professionell Tätige in der Psychiatrie, im häuslichen Umfeld und in der Gesellschaft. Die meist unbewussten Prozesse, die auch als Selbststigmatisierung wirken, mindern Lebensqualität und verringern Chancen der Gesundung (Amering, M., S. 62 – 76). Diese Perspektive wird häufig immer noch vernachlässigt. Das Konzept versteht sich aber eher als Psychiatriekritik denn als alternative Theorie ätiologischer Konzepte und daraus abzuleitender Therapien. Seine Stärke liegt in der kritischen Reflexion von Haltungen, die Recovery und Empowerment ermöglichen oder verhindern.

Als „gegenwärtiges Paradigma in Psychopathologie und Therapie“ (Davison, G., S. 15) wird das Modell der sozialen Konstruktion in der Fachliteratur nicht aufgeführt. Dies mag in Bezug auf den oben erwähnten Mangel an therapeutischen Konzepten und ätiologischer Differenziertheit seine Berechtigung haben. Aber als Konzept zu gesellschaftlichen – stigmatisierenden oder unterstützenden – Lebensbedingungen beschreibt es soziale Faktoren von Krankheitsentstehung und –erhalt und befasst sich mit protektiven und Stressfaktoren. Daher wird es in dieser Studienarbeit als Paradigma aufgeführt und sein Beitrag für ein integratives Modell gewürdigt.

### **1.3. Die Paradigmen der psychologischen Schulen**

Die Schaffung des integrativen Paradigmas zum Verständnis von Krankheitsentstehung ist in Zusammenhang mit der oben genannten massiven Kritik an der psychiatrischen Praxis zu sehen. Die Thematisierung der Reduktion psychiatrischer Behandlung auf medizinische Methoden, die Skandalisierung psychiatrischer Versorgung und das Paradigma des sozialen Konstrukts mit seinen Theorien zu abweichendem Verhalten machten neue Perspektiven außerhalb des einseitig biologischen Modelles möglich. Andere, nichtbiologische Theorien zur Entstehung psychischer Erkrankungen wurden (wieder) aufgegriffen (siehe Hinterhuber, H., Theorien zur Ätiologie in den verschiedenen historischen Schizophreniekonzepten). Die daraus abgeleiteten Therapien konnten eklektisch – entsprechend der individuellen Störungsausprägung eines Betroffenen und der therapeutischen Offenheit des Behandlers - zusammengestellt werden.

Neben dem biologischen zählen die Paradigmen der psychologischen Schulen mit dem psychoanalytischen, dem humanistisch-existentialen und dem behavioristisch-kognitiven Modell zu den Grundlagen psychiatrischer Arbeit. Integrative Modelle laufen aber Gefahr, beliebig-profillos zu werden oder, mit einem multifaktoriellen Etikett versehen, eigentliche Schwerpunkte zu verschleiern. Professionell Tätige in der Psychiatrie rekurrieren meist vor dem Hintergrund ihrer beruflichen Sozialisation auf eines der Paradigmen.

Zum Verständnis des integrativen Paradigmas werden die zugrundeliegenden Krankheitskonzepte und daraus folgenden Therapien – gekürzt auf die für diese Studienarbeit notwendigen zentralen Aussagen - beschrieben und auf die Behandlung schizophrener Störungen bezogen.

#### **1.3.1. Das psychoanalytische Paradigma**

Die Kernhypothese des psychoanalytischen Paradigmas ist, dass psychische Störungen aus unbewussten Konflikten entstehen. Sie resultieren aus unbewältigten Reifungsaufgaben der verschiedenen Entwicklungsstadien in der Kindheit. Sigmund Freuds Theorie zur Struktur der Psyche mit den drei Komponenten Es, Ich und Über-Ich fokussiert auf biologischen Trieb und Spannungsabbau durch Triebbefriedigung, auf den Einfluss von gesellschaftlichen Normen auf das Individuum und das Konfliktfeld zwischen Bewusstem und Unbewusstem. Das Erleben von Angst und die Vermeidung von Missbehagen durch Abwehrmechanismen standen im Zentrum seiner Theorie zur

Entstehung von psychischen Störungen und deren Therapie, die an der Vergangenheit des Patienten ausgerichtet war (siehe Freud, S.). Eine Modifizierung und Abkehr der klassischen psychoanalytischen Theorie erfolgte über C.G. Jung (siehe Jung, C.G.) mit seiner analytischen Psychologie, die die Psychoanalyse mit humanistischer Therapie verbindet. Die Hauptdeterminanten des menschlichen Verhaltens sieht Jung nicht in den Sexualtrieben, sondern in der Umsetzung kreativer und positiver Kräfte, in der Fähigkeit zur Selbstaktualisierung des Menschen. Jung wollte in der Therapie nicht nur die Kindheit seiner Behandelten, sondern auch ihre Träume und zukunftsgerichteten Wünsche erschließen. Ein ähnlicher Ansatz von Alfred Adler betonte „die individuelle Phänomenologie oder Individualpsychologie als Schlüssel zum Verständnis einer Person“ (Davison, G., S. 28), die Überwindung negativer Gedankenansätze durch rationales Denken beeinflusste moderne kognitive Therapien. Adlers Konzept zur „Organschwäche“ von 1907 gilt als ein frühes Modell zur Vulnerabilität. Mit seiner Theorie zur Disposition für eine (somatische) Erkrankung, einem Blick auf deren Auswirkungen auf sozio-kulturelle Aufgaben und Möglichkeiten der Bewältigung (siehe Adler, A, Studie über Minderwertigkeit von Organen) schuf er die Grundlage zur Entwicklung präventiver psychologischer Maßnahmen. Die ersten Erziehungsberatungsstellen in Wien zu Beginn des 20. Jahrhunderts gehen auf die Arbeit Alfred Adlers zurück.

Das analytische psychotherapeutische Denkmodell entspricht dem medizinischen in zwei wesentlichen Punkten. Es werden kausalmechanische Zusammenhänge postuliert: Ursache: Fixierung auf eine der sexuellen Kindheitsphasen führt zu Wirkung: Störung. Dabei müssen Ursache und Zweck einer Erkrankung nicht immer offenkundig sein, sondern sind im Gegenteil zunächst verschleiert. Aufgabe der Therapie ist es, die Zusammenhänge aufzudecken. Zum zweiten war die Entwicklung der Psychoanalyse von der Verlagerung der „Suche nach den Ursachen psychischer Störungen von der Umwelt auf den Patienten und seine Phantasien“ (Davison, G., S. 27) gekennzeichnet. Freuds Theorie zum Einfluss der Gesellschaft auf psychische Störungen war von ihm selbst zurückgenommen und die Erkrankung als Resultat intrapsychischer Konflikte, also als der Person inne liegender Ursache einer Erkrankung definiert worden. Der biologische Determinismus wird vom „psychologischen Determinismus“ abgelöst.

Der psychoanalytischen Schule kommt die Leistung zu, psychische Erklärungsmodelle als Alternative zu den medizinischen Ursachenmodellen entwickelt zu haben. Auch heute noch zentrale Aussagen für die Therapie psychisch kranker Menschen sind Bestandteil des psychoanalytischen Paradigmas: Kindheitserfahrungen und das Familienklima sind entscheidend für die Entwicklung von Persönlichkeit sowie die Generierung und den Umgang mit Gesundheit oder Krankheit. Handlungen und Haltungen erfolgen (auch) unbewusst und sind nicht nur Ergebnis gezielten Nachdenkens. Abwehrmechanismen zur Bewältigung von Stress oder Angst beeinflussen unser Handeln und unsere therapeutische Arbeit. „Das Wissen um psychodynamische Prozesse und die Kenntnis diesbezüglicher Zusammenhänge (kann) zum Verständnis der Krankheit wesentlich beitragen und durch die entsprechende Behandlung die Lebensqualität des Patienten und möglicherweise auch die des Therapeuten verbessern“ (Minauf, M., S. 79).

Die biografische Arbeit zum Verständnis der Lebenssituation des Patienten, seiner Psychoseinhalte und zur Abklärung seiner Ressourcen und Bewältigungsstrategien sind Bestandteil der Therapie von Menschen mit schizophrenen Störungen geworden. Eine klassische Psychoanalyse mit ihren spezifischen Methoden wie freies Assoziieren oder Traumdeutung wird für schizophrene Patienten in der Regel mit dem Verweis auf die Gefahr einer Destabilisierung und erneuten Dekompensation in der Regel abgelehnt. Freud selbst hatte die Behandlung von Schizophrenen nicht in Erwägung gezogen. In der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts wurden psychodynamische Therapieformen für die Behandlung der Schizophrenie entwickelt, aber „die Evaluation der einsichtsorientierten Psychotherapie ... berechtigt jedoch kaum zu Euphorie“ (ebd., S. 391).

Die Bedeutung des familiären Klimas wurde in den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts nicht nur in Bezug auf die Entstehung, sondern für Verlauf und Erhalt schizophrener Störungen erforscht. High expressed emotions (HEE), die emotional aufgeheizte Atmosphäre in einer Familie, führt zu vermehrten erneuten Krisen bei



Schizophrenen (siehe Berger, H.). Die Bearbeitung von HEE ist Bestandteil von verhaltenstherapeutischen Interventionen.

### **1.3.2. Das humanistische Paradigma**

Im Gegensatz zu den psychoanalytischen Therapieformen, die eine erfolgreiche Sozialisation in einer gelungenen Interaktion zwischen inneren biologischen Trieben und der Umwelt annehmen, betonen die einsichtsorientierten humanistischen Therapien die Bedeutung der menschlichen Entscheidungsfreiheit und den Umgang damit. Menschen können bewusst leben, haben Wahlmöglichkeiten und handeln zielgerichtet. Aber Entscheidungen zu treffen kann bedeuten, Fehler zu machen oder in Konflikte zu geraten. Die Therapien des humanistischen Paradigmas haben zum Ziel, bei Entscheidungsfindungen zu unterstützen. Ursachen und Konzepte zur Entwicklung von psychischen Störungen sind dagegen nicht Inhalt des Paradigmas (Davison, G., S. 33).

C. Rogers als ein Vertreter des humanistischen Modelles entwickelte zu Beginn der 50er Jahre des vergangenen Jahrhunderts die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie in den USA (siehe Rogers, C., Klientenzentrierte Therapie). Seine Kernannahme ist, dass Menschen von Natur aus gut sind und Störungen auf falschen Lernprozessen beruhen. Die Therapie hat zum Ziel, diese Lernprozesse durch Verantwortungsübernahme des Patienten für sein Leben zu revidieren. „Die phänomenologische Welt des Einzelnen ist die Hauptdeterminante seines Verhaltens und macht ihn einmalig“ (ebd., S. 34). Der Patient soll neue Perspektiven entwickeln können. Der Therapeut muss sein Gegenüber verstehen können, er muss die Gabe haben, sich in dessen Perspektive hineinzusetzen, um das subjektive Erleben nachvollziehen zu können.

Die Bewusstheit von Motiven und Entscheidungen ist auch bei psychischen Störungen die Voraussetzung für die Übernahme von Selbstverantwortung. Nicht mit einer bestimmten Methodik, sondern mit Strategien wie Wertschätzung und Respekt sollen die Patienten in ihrer Tendenz zur Selbstaktualisierung unterstützt werden. Die Fähigkeit, eigene Entscheidungen treffen zu können, generiert Gesundheitsprozesse. Der Therapeut gibt keine Ziele vor und keine Ratschläge, sondern steckt die Rahmenbedingungen für einen Erkenntnisprozess des Klienten, „selbst zu beurteilen, was für ein Leben ihm entspricht und ihn befriedigt ... Der Patient muss eine neue Phänomenologie erwerben“ (Davison, G., S. 35).

Weitere Beispiele für humanistische Therapieformen sind die Transaktionsanalyse nach E. Berne und die Themenzentrierte Interaktion nach R. Cohn. Die europäischen existenzialistischen Therapien gelten ebenfalls als dem humanistischen Paradigma zugehörig, befassen sich aber im Gegensatz zu den US-amerikanischen Therapieformen mit den Grenzen der Entscheidungsfreiheit, des persönlichen Wachstums und daraus resultierenden Ängsten, denn "L'homme est condamné à être libre" (Sartre). Die Gestalttherapie nach F. Perls betont das „Hier und Jetzt“, Ziel der Therapie ist die Wahrnehmung und Akzeptanz der Gefühle des Patienten (Davison, G., S. 52).

Schizophrene Psychosen werden in der medizinischen Anthropologie als „existenzielle Erkrankung“ beschrieben: sie sind „existenzielle Bedrohung persönlich verantwortbaren Lebens, als Auflösung vertrauter Strukturen und damit als „Sinnkrise“ von Organen oder der Person selbst, und als pathische Emergenz der Person, indem mit und durch die Erkrankung neue, bislang nur im Keime dagewesene Sinnaspekte, genetisch bislang fremde, eigentlich aber zeitlose Organisationsformen, neue „radikale“ Ideen, „Wahnideen“ noch ungelebten Lebens auftauchen“ (Pieringer, W., S. 28).

Die Arbeit mit Menschen, die unter schizophrenen Störungen leiden, ist - auch außerhalb der psychiatrischen Zwangsunterbringung Selbst- oder Fremdgefährdeter - von der Thematik der Autonomie und Selbstbestimmung geprägt. Die Erkrankung erschüttert Menschen in ihrer Existenz und erschwert einerseits Entscheidungsfindung, wenn der Betroffene in akuten Phasen Wahnvorstellungen ausgeliefert ist. Andererseits berichten schizophrene Erkrankte, dass ihnen ihre Psychose inneres Erleben und Verhalten ermöglicht, welches in nichtpsychotischen Phasen undenkbar gewesen sei. Wahnhafes Erleben wird hier als Befreiung aus den Zwängen des Alltags und dessen mangelnden

Optionen, auf andere Weise Alternativen herzustellen, „eingesetzt“. Patienten beschreiben, dass sie teilweise bewusst in eine Psychose hineinsteuern.

Die Methodik der empathischen Gesprächsführung und die Erkenntnis Rogers, dass andere nur aus der „Perspektive ihrer eigenen Gefühle und Wahrnehmungen“ (ebd., S. 34) zu verstehen sind, sind zentrale Bausteine der Arbeit mit schizophren Erkrankten. Gerade krankheitsbedingt verschiedene Gedankenwelten können mit einer an Rogers orientierten wertschätzenden Grundhaltung überbrückt werden.

Die Symptome einer Schizophrenie sprechen gegen eine klassische, engfasste Gesprächspsychotherapie: schizophrene Patienten leiden teilweise unter Ambivalenz und Andersartigkeit ihrer Vorstellungen. Durch die Verweigerung eines Therapeuten, situationsbedingt und konkret Verantwortung für den Patienten zu übernehmen, müssten Betroffene in ihren wahnhaften und unentschiedenen Positionen verharren bleiben. Eine einsichtsorientierte Therapie bei schizophrenen Störungen ist kontraindiziert, wenn es darum geht, im Gespräch Verständnis für die Ängste eines paranoiden Patienten zu entwickeln und Brücken in die Realität zu bauen.

### **1.3.3. Das behavioristische Paradigma**

Abweichendes Verhalten wird wie normales Verhalten erlernt, so die Hauptthese des lerntheoretischen Paradigmas. Die Verstärkung von Verhalten mit Belohnung oder Bestrafung, das Lernen von Verhalten durch Nachahmung eines Vorbildes oder durch Nachdenken, also „vermitteltes Lernen“, sind die Stichworte des Behaviorismus. Die Verhaltenstherapie entstand Mitte der 50er Jahre des vergangenen Jahrhunderts aus o.g. Techniken. Sie versucht, „Verhaltensstörungen, abweichende Gedanken und Gefühle in einem klinischen Zusammenhang durch Techniken zu ändern, die auf den Erkenntnissen aus experimentellen Untersuchungen normalen und abweichenden Verhaltens beruhen“ (ebd., S. 42). Die Konfrontation mit angstausslösenden Situationen, die Verstärkung erfolgreichen Verhaltens und das Modelllernen sind die methodischen Elemente der Verhaltenstherapien.

Die kognitive Verhaltenstherapie fokussiert weniger auf „offenes Verhalten“, sondern auf innere, gedankliche Prozesse und deren Einfluss der Patienten. Bewusste und unbewusste Annahmen beeinflussen das Verhalten und Erleben. Negative Gedanken und Grundhaltungen bedingen Störungen. A. Ellis, der Begründer der rational-emotiven Verhaltenstherapie, sieht in irrationalen Überzeugungen die Ursache abweichenden Verhaltens (ebd., S. 46). Die Suche nach negativen Grundeinstellungen, ihr Bewusstmachen, die Vermittlung neuer Verhaltenstechniken und deren konkretes Training sind die Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie. Das kognitive Konzept wird in der Fachliteratur sowohl dem behavioristischen Paradigma zugeordnet oder auch als getrenntes Paradigma aufgeführt.

Eine Vielzahl an verhaltenstheoretischen und kognitiven Konzepten zur Ätiologie schizophrener Symptome wurde entwickelt: die „theory of mind deficit“ fokussiert auf das Problem Betroffener, sich in das Denken anderer einzufühlen (siehe Frith, C.). Schizophren Erkrankte neigen dazu, voreilige Schlüsse zu ziehen (siehe Garety, P.), oder Wahnbildung wird als eine Art Selbstwertschutz, als „persecutory delusions as defence“ (siehe Bentall, R.) gedeutet. Kognitive Theorien befassen sich mit der Wahnbildung (siehe Beck, A.), aber auch mit den aufrechterhaltenden Faktoren von Erkrankungen wie zum Beispiel dem Aufbau einer Beziehung zu den gehörten Stimmen (Stieglitz, R., S. 60 – 65, dort auch die letztgenannten 4 Literaturhinweise).

Der Schwerpunkt verhaltenstherapeutischer, kognitiv-verhaltenstherapeutischer und kognitiver Therapien liegt in Einzeltherapien und Gruppentherapien, zum Beispiel in familientherapeutischen Interventionen mit der Vermittlung von Selbstsicherheitstraining und Soziale Kompetenz. Techniken zu Problemlöse- und Kommunikationstraining werden mit Informationen über Störungen kombiniert. Die Bearbeitung von emotional aufgeheizter Atmosphäre, den high expressed emotions, zur Rückfallprophylaxe ist das klassische Feld verhaltenstherapeutischer Interventionen (Berger, H., S. 1 – 9).

Die Techniken der Verhaltenstherapie sind realitäts- und gegenwartsbezogen. Als solche können sie Patienten und deren Familien Hilfestellung bei der Bewältigung aktueller Probleme im Umgang mit der Erkrankung geben. Der Fokus der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapien liegt auf dem Einfluss von Haltungen als aufrechterhaltende Faktoren des Krankheitsverlaufes. Die Vermittlung realistischer und positiver Grundhaltungen in Bezug auf die Prognose der Schizophrenie kann dem Patienten und seinen Angehörigen helfen, hoffnungslose Einschätzungen, die Teil der Symptomatik, aber auch der sozialen Folgen der Schizophrenie sind, aufzugeben.

#### **1.4. Das integrative Paradigma: das Diathese-Stress-Modell**

Das Diathese-Stress-Modell gilt als das derzeit gültige Paradigma klinischer Arbeit. Die Variante des integrativen Paradigmas ist im Bereich der Psychiatrie als „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ bekannt. Allerdings existiert nicht ein integratives wie „das“ Diathese-Stress- oder „das“ Vulnerabilitäts-Stress-Modell, sondern eine Vielfalt an differenzierten Arbeitshypothesen (Ciompi, L, S. 49 – 50), die im Laufe der vergangenen 40 Jahre je nach Forschungsschwerpunkt entwickelt und modifiziert wurden. Eine zusammenfassende Definition des Vulnerabilitäts-Stress-Modelles mit den wesentlichen Kernaussagen, die Bedeutung der Konstrukte „Vulnerabilität“ und „Stress“ und die Übertragung des Modelles auf schizophrene Störungen werden im nächsten Abschnitt dargestellt.

Mit der Einbeziehung biologischer und psychosozialer Faktoren legt das Diathese-Stress-Modell nicht auf eines der ätiologischen Konzepte der bereits vorgestellten Paradigmen fest, sondern führt die Entstehung einer Erkrankung auf die Wechselwirkung zwischen Diathese – der Disposition für eine Erkrankung – und Stress – den belastenden Umweltfaktoren – zurück.

Psychischen Störungen liegen genetisch übertragbare Diathesen zugrunde, die je nach Erkrankungsbild variieren. Ein näherer Verwandtschaftsgrad entspricht einem größeren gemeinsamen Genpool und erhöht das Risiko, an der gleichen Störung zu erkranken. Nicht die Krankheit, sondern die Genotypen der Erkrankung werden vererbt. Biologische Diathesen werden durch Einflüsse auf das zentrale Nervensystem, während der Schwangerschaft und bei der Geburt verursacht. Infektionen und Intoxikationen (Suchtstoffe) der schwangeren Mutter, Komplikationen bei der Geburt mit der Folge von Sauerstoffmangel, Verletzungen, Fehlernährung sind einige der bekannten Risikofaktoren. Biologische Diathesen sind durch bildgebende Verfahren kaum nachweisbar, die Kenntnisse um Risikofaktoren stammen vor allem aus der Auswertung von Katamnesen und empirischer Forschung.

Als die wichtigsten psychischen Diathesen gelten langanhaltende Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Abhängigkeit, high-expressed-emotions in der Familie, für das Individuum unerfüllbare soziokulturelle Normen sowie Missbrauchserfahrungen und andere traumatische Ereignisse.

Die Disposition für eine Störung erhöht das Risiko, an ihr zu erkranken, eine Mehrzahl an Diathesen steigert das Risiko weiter. Aber erst das Hinzukommen von Stress führt nach dem Diathese-Stress-Modell zu einer Störung. „Stress“ wird pauschal als ein für das Individuum schädlicher oder ungünstiger Umweltreiz definiert.

Aktuelle Forschungsergebnisse stellen eine Verbindung von biologischen und psychischen Diathesen her. „Traumatische Erlebnisse im Kindesalter können das Erbgut im Gehirn dauerhaft verändern. ... Erfahrungen hinterlassen chemische Spuren, die womöglich sogar vererbt werden.“ – so der Untertitel eines Artikels im Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ vom 04.08.08 zu den Effekten frühkindlicher Erfahrungen auf Gene (Blech, J., S. 110). Forschungen an der kanadischen Universität Montreal seien auf Veränderungen des Erbgutes durch „das Anhängen oder Entfernen von Methylgruppen, die sogenannte Methylierung“ nach traumatischen Ereignissen in der Kindheit gestoßen. Sie führe zur Ausschaltung bestimmter Genabschnitte führe; insbesondere bis zum 3. Lebensjahr sei sie von großer Bedeutung und Stress könne in dieser Phase Gene regelrecht umprogrammieren. „Ärzte (haben) kürzlich im Gehirn von 35 Schizophreniekranken nach deren Tod nachgeschaut – und sind prompt auf auffällige Methylierungsmuster gestoßen“ (ebd., S. 111). Hemmstoffe gegen (falsche) Methylierung sollen nun für Behandlung von

Krankheiten entwickelt werden. Die Forschungen zu den Auswirkungen auf das Erbgut stehen noch am Beginn.

Der Spiegelartikel weist indirekt auf die Begrenzungen der Arbeitshypothese „Diathese-Stress-Modell“ und die Bedeutung des Diskurses um das biologische Paradigma hin. Werden künftig traumatische Ereignisse als biologische Faktoren gedeutet, da sie das Erbgut nachweislich physiologisch verändern? Oder sind sie den psychischen Faktoren zuzurechnen, da ihre Ursache in Ereignissen liegt, die auf die Psyche wirken? Eine dichotome Sichtweise führt nicht zu einer Auflösung der Fragen. Wird das traumatische Erlebnis dem auslösenden „Stress“ zugeordnet, oder – wenn die neuronalen Veränderungen in früher Kindheit erfolgen – als Diathese beschrieben? Ob es aufgrund der Forschungsergebnisse zu einem „interdisziplinären Brückenschlag“ zwischen Geistes- und Naturwissenschaften kommt (ebd., S. 111), oder ob die Studienergebnisse als Argument für die Überlegenheit des biologischen Paradigmas gedeutet werden, wird der weitere Diskurs um die psychiatrische Forschung und Behandlung zeigen.

### 1.5. Zusammenfassung

Das Diathese-Stress-Modell beschreibt eine multifaktorielle Genese von Krankheiten. Individuell unterschiedliche, in Wechselwirkung stehende biologische, psychologische und soziale Faktoren disponieren den Menschen für eine spezielle Störung, die durch Stress ausgelöst wird. Als integratives Paradigma verbindet das Modell – im Gegensatz zu den anderen Paradigmen gestörten Verhaltens und seiner Behandlung – eine Vielzahl von Ursachenmodellen. Das multifaktorielle Modell erlaubt die flexible Zusammenstellung verschiedener Theorie-Elemente in Bezug auf das ätiologische Verständnis und deren therapeutischen Implikationen.

Abbildung 1 fasst die wichtigsten Elemente der Paradigmen zu Ätiologie und Therapie plakativ zusammen. Deutlich wird, dass isolierte Paradigmen keine hinreichenden Theorien und Therapien bieten. Beispiel: das biologische Paradigma verfügt über Erklärungsmodell und Therapieform, ist aber zur Schaffung von Compliance auf Elemente des psychologischen Paradigmas angewiesen.

Paradigma	Ätiologisches Konzept	Therapiekonzept	Methodik	Behandlungsteam-Patient- Beziehung
1. Biologisches Paradigma („Morbusmodell“)	Genetische Übertragung, neurobiochemische Veränderungen	Einwirkung auf neurobiochemische Veränderungen	Medikation EKT Stimulierung des Belohnungssystems	Arzt-Patient-Beziehung: Förderung der Compliance; Pat. ist nicht für Erkrankung verantwortlich
2. Soziales Konstrukt (Psychiatriekritik)	Label, Etikettierung abweichenden Verhaltens durch Gesellschaft	Einfluss auf Gesellschaft gegen Stigmatisierung nehmen	Selbsthilfe, Beschwerdestellen zur Unterstützung bei Missachtung von Rechten Betroffener	Behandlungsteam: Recovery-Ansatz Empowerment fördern; Gesellschaft ist für Erkrankung verantwortlich
3. Psychologische Paradigmen	(vor allem intra-) psychische Ursachen wie Konflikte oder Traumata	Verhalten und inneres Erleben des Leidenden modifizieren	Handlungs- und Einsichtstherapien Psychotherapie Verhaltenstherapie	Therapeut-Patient-Beziehung: Vertrauensbasis, Reflexion; Pat. ist für den Krankheitsverlauf verantwortlich
4. Integratives Paradigma („Dispositionsmodell“)	Wechselwirkung von Diathesen und Stress	Einfluss auf biologische und psychosoziale Faktoren nehmen	Kombination der medizinischen und psychosozialen Methodik, Achtung der Autonomie	Behandlungsteam: Einbeziehung des Umfeldes des Pat., Biografie, Somatik; Psychoedukation für Betroffenen und Angehörige

**Abb. 1:** Die Paradigmen und ihr Beitrag zum Diathese-Stress-Modell

## **2. Das Konzept des Vulnerabilitäts-Stress-Modelles**

### **2.1. Definition**

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell, so die Aussage eines psychiatrischen Lehrbuches, „postuliert: Durch verschiedene genetische/entwicklungsbiologische Faktoren kommt es zu neuropathologischen und/oder biochemischen Veränderungen im Gehirn, die schon lange vor Ausbruch der Erkrankung bestehen. Diese stellen eine „Verletzbarkeit“, eine „Vulnerabilität“ für die Entstehung einer Schizophrenie dar, reichen für die Auslösung der manifesten Erkrankung aber nicht aus. Zusätzlich müssen noch Umweltfaktoren („Stress“) wirksam werden, die eine Belastung auf das Gehirn ausüben. Infolgedessen kommt es zum Ausbruch der Erkrankung, da die Kompensationsmechanismen des schon vorgeschädigten Gehirns nicht mehr ausreichen, um die Erkrankung zu verhindern“ (Brunnhuber, S. 176 – 177).

### **2.2. Vulnerabilität: das Konstrukt der Verletzlichkeit**

Das Wort Vulnerabilität leitet sich aus dem lateinischen „vulnus“, „Wunde“, ab. Vulnerabilität wurde als die Disponiertheit für eine psychische Störung beschrieben.

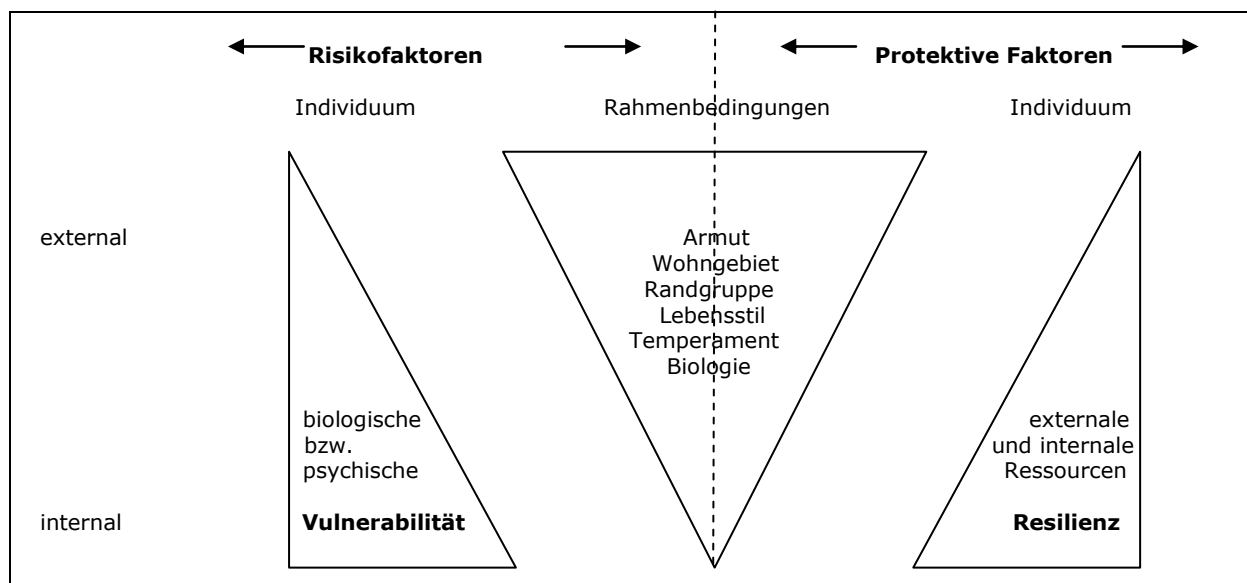
Die obige Definition lässt offen, ob das Konstrukt der Vulnerabilität als konstante Größe im Leben eines Menschen gilt oder Veränderungen unterliegt. Andersherum gefragt: ist die Entwicklung von Vulnerabilität auf eine bestimmte Lebensspanne – zum Beispiel bis einschließlich ca. des dritten Lebensjahres beschränkt? Die Forschungsergebnisse zu genetischen Veränderungen durch frühe Kindheitstraumata könnten so gedeutet werden. Eine andere, prozessuale Lesart umfasst die Entwicklung der Vulnerabilität in der gesamten prämorbid Phase bis zum Ausbruch der Erkrankung. Luc Ciompi vertritt die These, dass in dieser Zeitspanne „durch Wechselwirkungen und circuli vitiosi zwischen genetisch-biologischen und psychosozialen Faktoren teilweise gestörte affektiv-kognitive Bezugs- bzw. Informationsverarbeitungssysteme (entstehen). Diese sind die eigentlichen Träger der schizophrenogenen Vulnerabilität“ (Ciompi, L., 1986, S. 53). Der Beginn der prämorbid Phase, so kann aus der bereits genannte kanadische Studie geschlossen werden, liegt nicht bei der Geburt, wie Ciompi noch 1986 annahm (ebd., S. 53), sondern beginnt bereits pränatal, denn in dieser Phase wird bereits Vulnerabilität angelegt.

Reiner Bastine befasste sich zu Beginn der 80er Jahre mit den Entstehungsmodellen psychischer Störungen. Er erweiterte das Interaktionsmodell, ein Krankheitsgenesemodell mit einem „gemeinsamen Wirken von zwei oder mehreren Faktoren ..., die voneinander unabhängig sind, aber gemeinsam den Effekt (die Störung) hervorbringen“ (Bastine, R., S. 145), um die Interdependenz der Variablen untereinander und um den Rückkopplungsprozess der Person auf die Variable. Das als „Transaktionsmodell“ benannte Störungskonzept erkennt an, dass „die ursprüngliche Bedingung nicht als Konstante erhalten bleibt, sondern einem dynamischen Prozess unterliegt, in dem sie sich selbst oder ihre Bedeutung verändert“ (ebd.) Bastine lehnt den Begriff „Ätiologie“ ab, denn dieser impliziere Kausalität und Eindeutigkeit, die der Komplexität von psychischen Störungen nicht gerecht werden (ebd., S. 143). In der Sichtweise des Transaktionsmodelles unterliegt die Entwicklung von Vulnerabilität einem lebensgeschichtlichen, dynamischen Prozess.

Im Zusammenhang mit Vulnerabilität wird häufig der Begriff „Risikofaktor“ genannt. „Risikofaktoren beeinflussen die individuelle Vulnerabilität, das heißt die psychische und körperliche Verletzbarkeit eines Individuums“. Unter Risikofaktoren sind „solche(n) Faktoren, die in somatisch-psychischer oder in sozialer Hinsicht die individuelle Gesundheit beeinträchtigen können“ und die „im Allgemeinen auf Bedingungen (verweisen), die auf das subjektive Wohlbefinden negativ einwirken können“, zu verstehen (Bauer, U., S. 783). Risikofaktoren können also sowohl Faktor zur Entstehung einer Diathese („emotionale Belastung der Mutter während der Schwangerschaft“) als auch Belastungsfaktor im Sinne eines Stressfaktors („emotionale Belastung des Betroffenen am Arbeitsplatz“) sein.

Die Beschäftigung mit der Funktion von Risikofaktoren zeigt neben der Unschärfe des Vulnerabilitäts-Stress-Modells in Bezug auf Dynamik und zeitliche Dimension eine weitere Schwäche auf: Risikofaktoren stehen schützende Faktoren gegenüber, die in der zu Beginn genannten Definition keine Beachtung finden. Dort werden lediglich versagende Kompensationsmechanismen des Gehirns erwähnt. Das Konzept der „Resilienz“, der „psychischen Widerstandskraft“ eines Menschen, trotz widriger Lebensumstände gesund zu bleiben, umfasst Faktoren, die protektiv wirksam sind. Als Schutzfaktoren werden internale Ressourcen wie positives Selbstwertgefühl, positives Sozialverhalten und aktives Coping, gute intellektuelle Fähigkeiten und als externale Ressourcen eine gute Schulbildung und sozioökonomische Vorteile genannt (Amering, M., S. 110 – 126).

Die gerontologische Forschung mit ihrer entwicklungspsychologischen Sichtweise fokussiert auf die vernachlässigte Perspektive „zur Dynamik von Vulnerabilität, Rahmenbedingungen und Resilienz“ (Heuft, G., S. 68). Die dem Lehrbuch zur Gerontopsychosomatik entnommene Abbildung verweist auf einen weiteren Aspekt, den der Unterscheidung von individuumszentrierten Bedingungen zu übergreifenden Rahmenbedingungen bzgl. Resilienz- und Risikofaktoren. Zu Resilienz und Vulnerabilität stellen die Autoren fest, dass, da diese „über die Zeit und in verschiedenen Situationen variieren, ... zwischen einer konstitutionellen Resilienz bzw. Vulnerabilität und einer Resilienz- bzw. Vulnerabilitätsentwicklung unterschieden werden (kann). Unter einer systemischen Perspektive werden die unabhängig erscheinenden Schutz- bzw. Risikofaktoren Teil der Gesamtperson“ (Heuft, G., S. 69). Dem Stress-Konzept wird ein Resilienz-Konzept entgegengesetzt. Die künstliche Trennung von Risikofaktoren in Bestandteile von Vulnerabilität oder von Stress wird obsolet. Vulnerabilität wird sowohl statisch-konstitutionell als auch dynamisch verstanden. Mit diesem Modell werden die Autoren der Beobachtung gerecht, dass Patienten einerseits relativ stabile Persönlichkeitsmerkmale wie Reaktionsmuster innerhalb einer akuten Erkrankungsphase oder gleichförmigen Umgang mit Stressfaktoren beschreiben, andererseits aber über die Krankheitsjahre Veränderungen der Belastbarkeit auftreten. Darüber hinaus sollte nicht vergessen werden, dass sich Belastbarkeit auch bei Nichterkrankten verändert und dass Veränderung nicht automatisch mit Verschlechterung gleichgesetzt werden kann.



**Abb. 2:** Zur Dynamik von Vulnerabilität, Rahmenbedingungen und Resilienz

Einige Autoren befassen sich mit dem Zusammenhang von Vulnerabilität und chronischem Erkrankungsverlauf bei schizophrenen Störungen. Wolfgang Böker stellt fest, dass „das alte Morbuskonzept ... also durch ein Dispositionsmodell ersetzt (wird), das den so ungemein variablen Verlauf und die hohe Rezidivneigung dieser Patienten besser verständlich macht. ... Es zeigt sich, dass sowohl biologische Bedingungen, z.B. die Östrogenproduktion, Umwelteinflüsse, z.B. das emotionelle Familienklima, als auch individuelle Bewältigungs- und Stabilisierungsfähigkeiten die hereditär angelegte

und/oder pränatal intrauterin erworbene Vulnerabilität beeinflussen können. Die so genannte Vulnerabilitätsschwelle kann durch solche Einflussvariablen erhöht oder gesenkt werden, die Psychose kann in der Latenz bleiben oder krisenhaft ausbrechen“ (Böker, W., S. 76). „Einige dieser Variablen stehen direkt oder indirekt neben morbusimmanenten Faktoren in Beziehung zu einer Chronifizierung der Erkrankung“ (ebd., S. 74). Böker entwickelt ein dynamisches Vulnerabilitätsmodell und erklärt mit dem „Zusammenspiel all dieser in sich noch weiter aufgliederbaren Einschlussfaktoren die mannigfachen Verlaufsmuster, ein Geschehen, das man auch mit dem Ausdruck eines „offenen Lebensprozesses“ kennzeichnen kann“ (ebd., S. 77). Er verweist auf das von Luc Ciompi 1980 entwickelte „integrative psychobiologische Modell“ (ebd., S. 77 und siehe Ciompi, L., Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt?).

Ciompis Anliegen war es, die Dichotomie von Affekt und Intellekt zu überwinden (siehe Ciompi, L., Affektlogik). Sein integratives Modell bezog sich insbesondere auf intrapsychische Vorgänge des Organismus, denn „die Psyche erscheint mir ... als eine Art von Doppelsystem mit einem affektiven und einem kognitiven Pol, die aber unzertrennlich zusammengehören und sich auch gemeinsam herausbilden“ (Ciompi, L., S. 22, Interview 1991). Nur eine Vielzahl von gleichzeitig einwirkenden Faktoren, so Ciompis Argumentation, könne eine derartige Vielfalt der schizophrenen Erscheinungsformen erklären. Emotionale Faktoren seien dem Biologischen übergeordnet und bisher bei der Behandlung der Schizophrenie zu wenig beachtet worden. Die therapeutische Konsequenz ist eine „dialogische und interaktionale“ Behandlung: die Basisbehandlung der Soteria. Nur zweitrangig und in Ausnahmefällen werden Neuroleptika verabreicht (ebd., S. 24 – 25).

Der Diskurs um das Schizophreniekonstrukt und um die ätiologische Konzeption der Chronifizierung schizophrener Erkrankungen kann im Rahmen dieser Studienarbeit nur angedeutet werden. Ciompi entwickelte aus seinem integrativen Modell das oben bereits erwähnte Soteriakonzept. Das integrative Vulnerabilitäts-Stress-Modell dagegen gilt als Argument für eine meist langjährige oder dauerhafte Medikation. So wird in psychoedukativen Schulungen für schizophrene Erkrankte und deren Familienangehörige in Kliniken Vulnerabilität als relativ statisches, konstantes Konstrukt postuliert und mit diesem Argument auf die Notwendigkeit der Reduktion des beeinflussbaren Stresspegels hingewiesen. „Die inneren Umstände werden als Vulnerabilität bezeichnet, also als eine gewisse Disposition, als eine körperliche Ausstattung wie z.B. blonde Haarfarbe oder Musikalität. Bei manchen Menschen besteht eine Anfälligkeit im Magen-Darmbereich, andere sind anfällig für Allergien, wieder andere reagieren bei Stress mit Kopf- oder Rückenschmerzen“ (Bäumli, J., S. 69). Als Hauptschutz vor Stress wird den vulnerablen Schizophrenen die medikamentöse Behandlung mit Antipsychotika als Basistherapie empfohlen.

### **2.2.1. Vulnerabilität in Populationen**

Der Zusammenhang bestimmter Störungen mit ihrem sozialen und kulturellen Kontext, bei Heuft „Rahmenbedingungen“ genannt, wird mit dem Begriff der „vulnerablen Populationen“ erfasst. „Vulnerabilität“ bezieht sich folglich nicht nur auf Individuen, sondern auch auf Bevölkerungsgruppen, die ein erhöhtes Risikoverhalten aufweisen wie z.B. die homosexuelle Bevölkerung bezogen auf das Risiko, an HIV zu erkranken oder cannabiskonsumierende Jugendliche und deren Risiko, bereits in frühem Lebensalter an einer schizophrenen Störung zu leiden. Schizophrene Erkrankte leben durchschnittlich in sozial schlechteren Lebensbedingungen mit geringen Einkommen und meist geringen sozialen Bezügen. Die Sozialdrift-These besagt, dass psychisch Kranke aufgrund der Erkrankung sozial absteigen (siehe Dohrenwend, B.). Die Non-Starter-Theorie postuliert die krankheitsbedingt verpasste Chance des sozialen Einstieges (siehe Dunham, H.). Da schizophrene Störungen von einem heterogenen Erscheinungsbild geprägt sind, kann sowohl die erste als auch die zweite Theorie zutreffend sein: „The main factor determining social outcome appeared to be the acquired social status during the prodromal phase of the disorder“ (Häfner, H., S. 17). Ein 2007 erschienener Survey des Robert-Koch-Institutes zum Zusammenhang zwischen sozialen Status und Gesundheit bei Kindern und

Jugendlichen ergab, dass bereits in der untersuchten Altersgruppe eine Korrelation zwischen niedrigem sozialen Status und Gesundheit besteht, sie sind „deutlich häufiger von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten ... betroffen“ (Lampert, Th., S. 2944).

Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und psychiatrischen Erkrankungen ist seit Beginn dieses Jahrtausends Forschungsgegenstand in Deutschland geworden. Der Grundgedanke des mental health scheint neben den individuumszentrierten Ansätzen an Bedeutung zu gewinnen. „Erklärungsbedarf entsteht sowohl aus gesellschaftlichen Tatbeständen als auch aus wissenschaftsinternen Entwicklungen. So ist z.B. erklärungsbedürftig, wie sich der zunehmende Zwang zur Mobilität, zunehmende relative Armut, Veränderungen der Arbeits- und Familienstrukturen sowie der Geschlechterrollen über mikrosoziale Prozesse und individuelle wie geschlechtsspezifische Verarbeitungsmechanismen auf die psychische Gesundheit auswirken“ (Möller- Leimkühler, A., S. 970). Ein sozial niedrigerer Status ist mit geringeren externalen Ressourcen verbunden und scheint auf erhöhtem Stress unter den oben beschriebenen Bedingungen zurückzuführen sein.

Wie „Stress“ definiert wird und welche Stressmodelle Erklärungen, ist Inhalt des folgenden Abschnittes.

### **2.3. Stress: auslösende Faktoren für die Entstehung einer Erkrankung**

Unter Stress wird ein Zustand der körperlichen oder seelischen Belastung verstanden. Die Begrifflichkeit wird in der Fachliteratur und durch den häufigen Gebrauch in der Alltagssprache unspezifisch verwendet. Stress als Synonym für Anspannung und Druck umfasst im umgangssprachlichen Gebrauch sowohl die auslösenden Faktoren, die in der Fachsprache Stressoren genannt werden und auch das Ergebnis der Einwirkung der Stressoren. Das Resultat der Einwirkung der Reize auf den Organismus wird in der Fachsprache als „Stress“ bezeichnet. Zwei wesentliche Richtungen der Stressforschung können unterschieden werden: ein auf die biologischen Prozesse abhebende und eine psychologische.

H. Selye formulierte ein physiologisches Stressmodell, das Stress als stereotypes Reaktionsmuster des vegetativ-endokrinen Systems darstellt. Stressoren sind seinem Konzept nach alle von Außen auf den Organismus einwirkenden Reize und können physischer (z.B. extreme Temperaturen) und sozialer (z.B. Lebensereignisse) Natur sein. Ohne Bedeutung ist die vom Betroffenen bezüglich des Wohlbefindens erlebte Qualität der Stressoren. Die Intensität des Reizes dagegen, die auf den Organismus einwirkt, stellt ein Gegengewicht zu den inneren Widerstandskräften dar. Wird der Reiz zu stark, kann der Organismus das Gleichgewicht nicht mehr aufrecht erhalten. Das stereotype Reaktionsmuster läuft in drei Phasen ab: Alarmreaktion des Körpers, Widerstandsstadium mit Einsatz von Abwehrenenergien, die von inneren Bedingungen des Organismus wie Alter, Kondition etc. abhängen und als letztes das Erschöpfungsstadium (siehe H. Selye, Streß).

Ein psychologisches Stressmodell von R. Lazarus betont Bedeutung der kognitiven Einschätzung einer Situation. Stressoren sind nach Lazarus Reize, die ein Mensch als bedrohlich erlebt. Nicht stereotyp wie in Selyes Stressmodell angenommen, sondern abhängig von der jeweiligen Situation werden vom Betroffenen Bewältigungsstrategien - „Coping-Strategien“ - angewandt. Bei Überforderung kommt es zu einem ausgeprägten Gefühl der Hilflosigkeit. Tritt es dauerhaft auf, kann es Auslöser für die Entwicklung einer Störung sein kann (Lazarus, R., S. 198 – 225).

#### **2.3.1. Kritische Lebensereignisse als Stressfaktoren**

Ein Teilgebiet der Stressforschung, die seit den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts bestehende Life-Event-Forschung (siehe Holmes & Rahe, 1967), untersucht den Zusammenhang von kritischen Lebensereignissen und dem Auftreten von Störungen. Die Hypothese ist, dass der Ausbruch einer Erkrankung mit dem vorher aufgetretenen Stress korreliert. Lebensereignisse müssen nicht zwangsläufig negativ erlebt oder



bewertet werden, sondern sie können Signal für eine Umbruchsituation sein wie der Auszug eines Kindes, eine Heirat oder der Wechsel eines Arbeitsplatzes.

Thomas Holmes und Richard Rahe bewerteten die Lebensereignisse in einer Punkteskala, der Social Readjustment Rating Scale (ebd., S. 214). Als „overstressed“ und gefährdet gelten Menschen, die binnen der vergangenen 12 Monate auf eine höhere Punktzahl als 250 kommen. Allerdings können Menschen mit einer geringen Stresstoleranz (oder anders ausgedrückt: hohen Vulnerabilität) bereits bei einer Punktzahl von 150 unter Druck geraten.

Das Wissen um kritische Lebensereignisse ist für die biografische Arbeit mit schizophren Erkrankten von großer Bedeutung, da sie den Einfluss von Anpassungsaufgaben und Lebensschicksal deutlich machen. Patienten berichten häufig von einschneidenden Erlebnissen („Arbeitsplatzverlust“) vor Ausbruch der akuten Erkrankungsphase. Aber auch die aufgetretene Störung selbst oder deren Medikation impliziert Stress („ernsthafte Erkrankung, mangelnder Schlaf, Sexualstörungen“). Eine Erweiterung der Skala um häufiger auftretende Ereignisse im Leben von schizophren Erkrankten wie Zwangseinweisungen, Klinikaufenthalte und Stress mit Angehörigen in Zusammenhang mit (finanzieller) Abhängigkeit und Hoffnungslosigkeit existiert nicht. Für Jugendliche wurde eine gesonderte Rating Scala erstellt, die auf die besonderen Entwicklungsaufgaben dieser Altersgruppe integriert (Schulabschluss, Ablösung von zu Hause, Freundschaften, Drogenkonsum). Sie wird in diesem Text nicht gesondert aufgeführt.

<b>Stress</b>	<b>Event Value</b>
Death of spouse	100
Divorce	60
Menopause	60
Seperation from living partner	60
Death of close family member other than spouse	60
Serious personal injury or illness	45
Marriage or establishing life partnership	45
Fired at work	45
Retirement	40
Work more than 40 hours a week	35
Pregnancy or causing pregnancy	35
Sex difficulties	35
Change in financial state	35
Sleep less than 8 hours per night	25
Moving to new residence	15
Vacation	10

**Abb. 3: Auszug aus der Social Readjustment Rating Scale**

#### **2.4. Das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell**

Die Auseinandersetzung mit dem Konstrukt der Vulnerabilität zeigt, dass eine Arbeitshypothese zu vereinfacht erscheint, wenn sie protektive Faktoren außer Acht lässt. Bereits 1987 kam es zu einer Überarbeitung des Stress-Vulnerabilitäts-Modells mit der Erweiterung um interne und externe protektive Faktoren durch Keith Nuechterlein. Zusammengefasst führt „ein Set an pränatalen Faktoren (z.B. genetischen Faktoren oder intrauterinen Schädigungen) in Wechselwirkungen mit biologischen Risikofaktoren (Entzündungen oder Traumen des ZNS in Kindheit und/oder Jugend) und psychosozialen Faktoren (familiäre Kommunikationsmuster, Störungen der Selbstentwicklung) zu einer Vulnerabilität des Heranwachsenden, welche als spezifische Disposition aufzufassen ist. Diese Disposition bewirkt eine veränderte Erlebnisverarbeitung, so dass es unter Einwirkung von Stressoren schließlich zu einer psychischen Dekompensation mit Ausprägung der klinischen psychotischen Symptomatik kommt“ (Resch, F., S. 111).

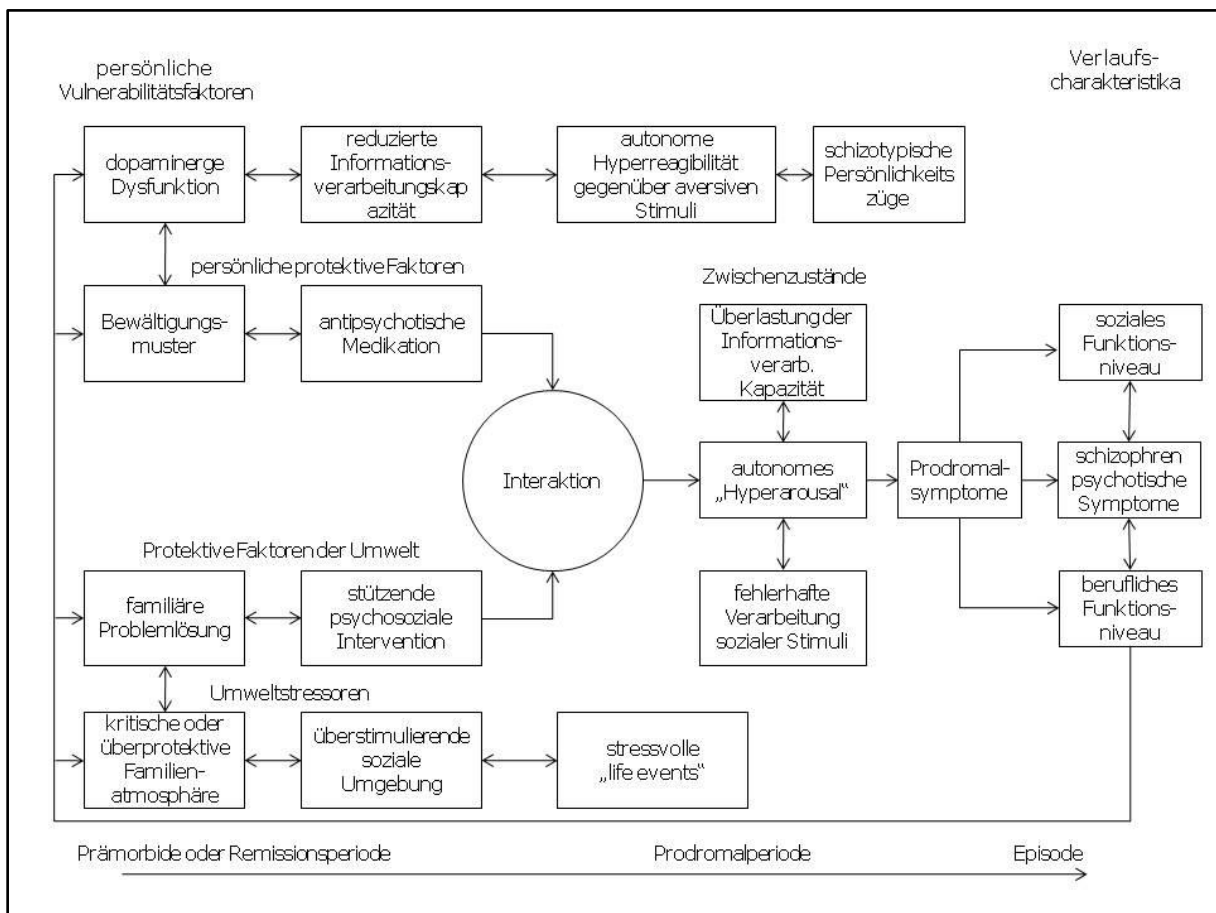
Die Bewältigungsstrategien umfassen die Art und Weise, wie ein Betroffener mit Lebensereignissen, Erkrankungen, zusammengefasst: mit seinem Lebensschicksal umgeht und was er an Haltungen und Lösungen entgegensetzen hat. Funktionale Coping-Strategien tragen nicht nur kurzfristig zu Stressbewältigung bei, während dysfunktionale oder maladaptive Coping-Strategien (siehe Lazarus, R.) eine auf Dauer

gesehen ungünstige Anpassungsleistung darstellen. Das Fehlen adäquater Bewältigungsstrategien als Gegenspieler von Stress führt nach der Arbeitshypothese bei entsprechender Disposition zur Erkrankung.

Dass auch die Modifikationen des integrativen Modells in der Regel als „Stress-Vulnerabilitäts-Modell“ bezeichnet werden und der Begriff „Coping“ meist nicht im Titel genannt wird, scheint zunächst von Vorteil. Gerade in der Arbeit mit Patienten und deren Angehörigen wirkt bereits das Wort „Vulnerabilität“ etwas kompliziert. Der Verzicht auf „Coping“ als ein in der deutschen Sprache ebenfalls nicht geläufiger Begriff liegt nahe.

Da es in der Psychoedukation nicht nur um die Erklärung von Ätiologie, sondern vor allem um die Verhinderung neuer Krisen geht, ist das Herausarbeiten der adaptiven Bewältigungsstrategien besonders wichtig. Das Erkennen individueller Coping-Strategien beinhaltet für den Betroffenen die Chance, in einem gewissen Maß Kontrolle über sein Leben (zurück) zu erhalten und die Hoffnung zu entwickeln, seiner Erkrankung nicht gänzlich hilflos ausgeliefert zu sein. Die Gefahr besteht aber, dass – wie in der eingangs genannten Definition aus einem psychiatrischen Lehrbuch – dieser Aspekt zu kurz kommt. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell würde in einer sehr verkürzten Sichtweise wieder auf ein Ursachen-Wirkungs-Modell reduziert (z.B. „Vulnerabilität ist biologisch festgelegt wie ein Persönlichkeitsmerkmal, mit Stress kommt es zur Krise“). Das integrative Modell umfasst jedoch erheblich mehr Variablen und beschreibt keine monokausalen Beziehungen, sondern komplexe Wechselwirkungen. Eine andere Frage ist, mit welcher Methodik die Komplexität des unspezifischen Modells an schizophran Erkrankte und deren Angehörige weitergegeben werden kann und welche Implikationen das Modell für sie und die professionellen Mitarbeiter beinhaltet. Diese Fragestellung wird im dritten Abschnitt der Studienarbeit diskutiert.

Die Weiterbearbeitung des Vulnerabilitäts-Stress-Modelles von Zubin und Spring, das Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell nach Nuechterlein, ist Abbildung 4 zu entnehmen.



**Abb.4:** Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell nach Nuechterlein (1987)

### 2.4.1. Das integrative Modell und seine Anwendung auf die Schizophrenie

Die Lebenszeitprävalenz für eine schizophrene Erkrankung liegt bei 1%. Eine Vielzahl an Faktoren gilt als verantwortlich für eine Vulnerabilität gegenüber Schizophrenien. Die bereits genannten Störungen der Neurotransmitterfunktionen und funktionellen Hirnstrukturveränderungen stehen in Zusammenhang mit Störungen des Affektes und der Kognition (siehe Ciompi, L.). Die genetische Übertragbarkeit wird durch eine Häufung des Auftretens in Familien mit Schizophrenien oder schizotypen Persönlichkeitsmerkmalen belegt. Das Auftreten von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten bereits im Kindesalter kann als Prädiktor für die Entstehung einer Schizophrenie gelten. Die im Folgenden aufgeführten Ergebnisse zu den Vulnerabilitätsfaktoren zeigen, dass das relative Risiko jeweils – außerhalb der genetischen Disposition – gering ist (Rietschel, M., Perspektiven zur Ätiologie der Schizophrenie, Vortrag gehalten am 27.02.08 in Hamburg im Rahmen der Fachtagung „Die subjektive Seite der Schizophrenie“). Die kanadischen Studien zu Trauma und Erbgut können auf eine unzulässige Dichotomie mit der Trennung von biologisch-genetischen und umweltbedingten Faktoren hinweisen.

<b>Genetische Faktoren</b>	<b>Relatives Risiko</b>
Erkrankte Geschwister	5 – 10%
Monozygote Zwillinge	42 – 60%
Ein Elternteil erkrankt	13%
Beide Elternteile erkrankt	46%
<b>Umweltbedingte Faktoren</b>	<b>Relatives Risiko</b>
Komplikationen während der Schwangerschaft der Mutter (Präeklampsie, Rhesusinkompatibilität, Diabetes, Blutungen, schwere Lebensumstände im 1. Trimenon wie z.B. ein Todesfall)	2%
Geburt und Leben in der Großstadt in den ersten Lebensjahren	2%
Geburt im Frühjahr (Infektionsgefahr im 1. Trimenon)	2%
Soziale Ungleichheit (Eltern mit hohem Bildungsstand, aber niedrigem Einkommen)	2%
Erhöhtes väterliches Alter bei Zeugung bei Geburt	2%
Migrant der 1. oder 2. Generation (wenn bei Eltern ein Risiko für Schizophrenie besteht, ist das Risiko der Kinder enorm hoch); Leben im eigenen Kulturkreis: Risiko liegt bei 1,25%, Leben außerhalb des eigenen Kulturkreises: 2,36%	2%
Niedrige prämorbidie Anpassung und niedriger Intelligenzquotient	2%

**Abb. 5: Risikofaktoren für die Entstehung einer schizophrenen Störung**

Als Stressoren für schizophrene Störungen gelten neben den bereits unter Abbildung 3 aufgeführten Lebensereignissen (die aber nicht speziell in Bezug auf Schizophrenien untersucht wurden) Dauerstress durch high expressed emotions mit Überfürsorglichkeit, Kritik und feindseligem Verhalten in Familien (Berger, H.). High Expressed Emotions (HEE) gelten als Rückfallprädiktor, und Studien ergaben, dass „neun Monate nach Abklingen einer schizophrenen Episode etwa 50% der Patienten, die in HEE-Familien leben, wieder erkranken. Bei Patienten aus so genannten LEE-Familien (LEE = low expressed emotions) sind dies nur etwa 20%“ (Berger, H., S. 1). Cannabiskonsum steigert das relative Risiko der Erkrankung um 2% (Rietschel, M.).

Als Gegenspieler der Stressoren gelten protektive Faktoren zur Vermeidung einer schizophrenen Störung bzw. weiterer psychotischer Krisen. Der Einsatz von Medikamenten, Informationen zur Erkrankung sowie das Erlernen von Problemlöseverhalten und Soziales Kompetenztraining erhöhen die Protektion. Die antipsychotische Medikation reduziert das Rückfallrisiko, „innerhalb eines Jahres beträgt (es) mit Medikamenten 20% und ohne Medikamente 80%“ (Berger, H., S. 48). Der Einsatz von psychoedukativen Interventionen, die Wissensvermittlung zur Erkrankung, Erarbeiten der individuellen Frühwarnzeichen, Erstellen eines Krisenplanes und Problemlöse- und Kommunikationstraining beinhalten, konnte ebenfalls das Rückfallrisiko senken. Studien, die Familieninterventionen mit Einzelinterventionen verglichen, ergaben eine bessere Rückfallprophylaxe bei Familieninterventionen als bei der Psychoedukation nur für Patienten. Die Mehrfamilienintervention war auch der bifokalen Psychoedukation (Patientengruppe und Angehörigengruppe getrennt) überlegen. Allerdings sind HEE-Familien für eine Psychoedukation häufig nicht zu gewinnen oder der Kontakt der bereits seit längerem erkrankten Patienten zur Familie ist abgebrochen, sodass der Erfolg von

psychoedukativen Angehörigeninterventionen mit der Auswahl der Betroffenen in Zusammenhang steht, so die Erfahrung der Autorin aus der Praxis.

## **2.5. Zusammenfassung**

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell basiert auf einem Konzept der US-amerikanischen Psychiater und Forscher Zubin und Spring, 1977. Die Vulnerabilitätskonzeption „geht davon aus, dass es sich bei der Schizophrenie nicht um einen irgendwann einsetzenden Morbus handelt, sondern um eine primär unspezifische, neuropsychophysiologisch vorstellbare Verletzlichkeit, einen prekären Zustand (trait), der unter dem Einfluss interner und/oder externer Stressoren zu psychotischen Episoden dekompenziert (states). ... In den 80er Jahren wurde diese Konzeption weiter differenziert und zum sogenannten Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Konzept ausgearbeitet“ (Böker, W., S. 76). Es integriert Bedingungen wie das Familienklima als Beispiel für Umwelteinflüsse oder Hormonveränderungen als Beispiel für biologische Faktoren. Diese Einflussvariablen stehen in Wechselwirkung und gelten als krankheitsfördernd und -erhaltend. Ihre Beeinflussung durch therapeutische Interventionen und Förderung adaptiver Coping-Strategien stehen im Zentrum präventiver Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe.

Trotz der Modifikationen des Modells von Zubin und Spring in den vergangenen 30 Jahren wird es in der Fachliteratur häufig weiterhin unspezifisch als „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ titulierte. Damit ist allgemein das Paradigma der multifaktoriellen Genese der Schizophrenie gemeint. Es existiert eine Vielzahl an integrativen Konzepten. Gemeinsam ist ihnen die Annahme, dass eine Vielzahl an Faktoren zur Entstehung einer Erkrankung beiträgt. Ihre ätiologischen und die daraus resultierenden therapeutischen Konzepte können stark divergieren.

## **3. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell in der Praxis**

### **3.1. Der Stellenwert des integrativen Paradigmas in der Klinik**

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell ermöglicht die Integration ätiologischer Konzepte und Therapieformen biologischer und psychologischer Paradigmen. Aus der soziologisch ausgerichteten Psychiatriekritik entwickelten sich Empowerment-Bewegung und Recovery-Ansatz mit der Betonung des Einflusses gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und Resilienzfaktoren. In Kapitel 1 wurde aufgezeigt, dass professionelle Helfer eklektizistisch Elemente verschiedener Schulen zusammenführen. Kapitel 2 widmete sich der ausführlichen Darstellung des integrierten Paradigmas. Das zugehörige Vulnerabilitäts-Stress-Modell erscheint zunächst leicht verständlich, erweist sich aber aufgrund der unspezifischen Begrifflichkeiten und komplexen Wechselwirkungen als missverständlich, breit interpretierbar und hat, um es im Detail zu verstehen, einen hohen Erläuterungsbedarf. Als ätiologisches Erklärungskonzept für schizophrene Störungen hat es nicht nur für Forscher und in der Praxis tätige Mitarbeiter, sondern vor allem für Betroffene und Angehörige Relevanz.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell wird seit über drei Jahrzehnten als aktuelles Paradigma postuliert. Ein zumindest impliziter Einfluss auf die Haltungen der Beteiligten gegenüber der Erkrankung und den Erkrankten ist anzunehmen. Dieser Abschnitt befasst sich mit der Frage, was die Vulnerabilitäts-Stress-Hypothese für die psychiatrisch Tätigen, für die an Schizophrenie Leidenden und ihre Angehörigen in der klinischen Praxis bedeutet und ob bzw. wie sie vermittelt wird.

Während das „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ in der Fachliteratur große Verbreitung und Rezeption findet, findet sich Fachliteratur zur o.g. Fragestellung nur als Nebenprodukt der Untersuchung von psychoedukativen Interventionen. Die Autorin greift auf die Erfahrungen ihrer Tätigkeit im Sozialdienst einer psychiatrischen Klinik auf offenen und bedarfsgeschlossenen Stationen einer allgemeinspsychiatrischen Abteilung zurück. Zum

Aufgabenbereich gehört neben der bifokalen Gruppenpsychoedukation für schizophrene erkrankte Patienten sowie für deren Angehörige die psychoedukative Familienintervention. Einschränkend für die folgenden Betrachtungen gilt, dass Berufsfelder und psychiatrische Kliniken so heterogen wie die Störungsbilder der Schizophrenie sind und an dieser Stelle nicht auf Evaluationen zum Thema zurückgegriffen werden kann.

### **3.1.1. Die Relevanz für das psychiatrisch tätige Personal**

Welchen Stellenwert hat das integrative Vulnerabilitäts-Stress-Modell für die Berufsgruppen in der stationären Psychiatrie?

Der Schwerpunkt der Klinikbehandlung liegt auf der medikamentösen Einstellung zur Reduktion der akuten Symptomatik, das biologische Paradigma überwiegt und die ärztliche Tätigkeit steht im Vordergrund. Allerdings reduziert sie sich im psychiatrischen Bereich nicht auf die Gabe von Medikamenten, sondern das Gespräch, die Abklärung des psychischen, des „psychopathologischen“ Befundes und Diagnosestellung sind wesentlicher Bestandteil der ärztlichen Intervention. Kontaktaufnahme und Kommunikation zwischen ärztlichem Dienst sowie den Mitarbeitern der anderen Professionen und den Patienten rekuriert auf Elemente der psychologischen Schulen. Methodische Elemente wie Rogers empathische Gesprächsführung, inhaltliche Konzepte wie die Frage nach einer aufgeheizten familiären Atmosphäre in der Familie oder sonstiges Stresserlebnissen werden in Eigen- oder Fremdanamnese erhoben und fließen in den Behandlungsplan ein. Bereits im Aufnahmegespräch oder auch später im Sozialbericht werden die biografischen Daten, die möglichen Faktoren der Genese einer Erkrankung, abgefragt. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell ist implizit Teil der psychiatrischen Behandlung.

Der therapeutische Eklektizismus ist theoretisch an den Bedürfnissen des Patienten ausgerichtet. Zum Beispiel: der Patient ist aufgrund seiner Verfolgungsideen angstbesetzt und eine Behandlung mit Benzodiazepinen hilft ihm vorübergehend, sein Misstrauen gegenüber dem Behandlungsteam zu verlieren, über seine Wahnvorstellung ins Gespräch zu kommen und ein Verständnis für seine Situation zu gewinnen. Oder: momentan steht die medikamentöse Behandlung eines Patienten im Hintergrund, da eine passende Medikation gefunden scheint, dafür aber braucht der Betroffene Unterstützung, sich mit der aus seiner Sicht hoffnungslosen Zukunft auseinanderzusetzen.

Die bisherige Beschreibung des integrativen Modells in diesem Text suggeriert eine große Anzahl an therapeutischen Interventionsmaßnahmen in Kliniken, für die sich Mitarbeiter nach Bedarf und Bedürfnis des Patienten entscheiden können. Aber Institution, Berufssozialisation und -erfahrung, Fortbildungen und Persönlichkeit der im Behandlungsteam Tätigen entscheiden über die zur Verfügung stehenden therapeutischen Möglichkeiten. Eklektizismus, die Architektur der Kombination verschiedenster hergebrachter Stilrichtungen, kann nur gestaltet werden, wenn deren Elemente und Kombinationsmöglichkeiten bekannt sind, verstanden wurden und eingesetzt werden dürfen. Das heißt: bevor ein Mitarbeiter integrativ arbeiten kann, benötigt er Kompetenzen in Theorie und Handlungswissen verschiedener Paradigmen. Gleichzeitig ist ein eigener Standpunkt notwendig, um die Verankerung in einer Theorieschule, eine kritisch-distanzierte Auseinandersetzung leisten zu können, und eine Auswahl der als passend analysierten Elemente treffen zu können. Die Rahmenbedingungen der Institution entscheiden wesentlich über den Einsatz von Therapieeinsätzen: welche Berufsgruppen sind in welcher Position vertreten? Welche Paradigmenschwerpunkte gibt die Klinik vor? Welche Fortbildungsangebote fördern welche Ausrichtung? Und welche Strukturen ermöglichen konzeptionelles Arbeiten und Behandlungsteams?

Das Programm des Weltverbandes für Psychiatrie (WPA) von 2005 unter der Leitung von Professor Juan E. Mezzich greift diese Fragen auf und kann als eine Antwort auf die Herausforderungen eines integrativen Paradigmas verstanden werden. Eines seiner Projekte, die „Klinische Behandlung“ umfasst die „Entwicklung von Lehrprogrammen und

Fortbildungshilfen im Rahmen einer multidisziplinären klinischen Ausbildung, die auf einer kontext- und personenbezogenen klinischen Behandlung beruht". Besondere Aufmerksamkeit in der Therapeut-Beziehung erhalten „die Begegnung mit den Patienten als ganzen Personen, ihrer Lebensgeschichte, ihres kulturellen Kontextes, ihrer Werte und Ziele; die Einbeziehung der Angehörigen; die an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Integration von psychopharmakologischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Ansätzen; der Einbezug der Gesundheitsförderung als integraler Bestandteil der klinischen Behandlung und die entsprechende Aus- und Fortbildung der Kliniker (Amering, M., S. 89 – 90). Aus dem integrativen Paradigma mit einem Rückgriff auf verschiedenste Diathesen resultiert nicht nur eine Integration von verschiedensten Therapieansätzen, sondern auch die Integration „aller relevanten Gesundheits- und sozialen Leistungen“ in die klinische Arbeit, so die Programmatik der WPA. Logische Konsequenz aus dem „Institutionellen Programm einer Psychiatrie für die Person“ ist der Fokus auf Mental Health und ein weiteres „Projekt Public Health“ setzt sich mit Gesundheitsbedingungen von Populationen auseinander.

Fern der Programmatik von WPA und der Weltgesundheitsorganisation ist der Klinikalltag von Konkurrenzen zwischen den Berufsgruppen geprägt. Sie können unter ständepolitischen Gesichtspunkten, aber auch paradigmorientiert gedeutet werden. Divergente Grundhaltungen wie die Annahme, Grundlage aller Erkrankungen sind ausschließlich neurobiologische Prozesse und nur durch Medikamente zu behandeln oder im Gegenteil, Rückfallprophylaxe ist nur durch ein sinnerfülltes, hoffnungsvolles Leben zu generieren, sind durch ein integratives Modell nicht aufgehoben. Es verpflichtet nicht zur Festlegung, sondern lässt als multifaktorielles Konzept die Möglichkeit, einzelne Faktoren stark zu gewichten und andere zu vernachlässigen. Gerade in der praktischen Arbeit liegt die Gefahr nahe, eine multifaktorielle Genese beliebig zu deuten („Alles spielt irgendwie eine Rolle im Leben des Patienten.“) oder umgekehrt mit der einseitigen Festlegung auf Paradigmschwerpunkte („Wenn nur die Angehörigen keinen Stress machen, wird es keine Probleme geben.“) wichtige Faktoren außer Acht zu lassen. In beiden Fällen besteht die Gefahr, dass der Patient um die therapeutische Arbeit mit den für ihn wirklich wichtigen Themen gebracht wird, zunächst durch einen Mangel an Prioritätensetzung, oder eben im Gegenteil durch eine Reduktion der Therapieansätze auf einseitige Erklärungsmodelle.

Die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe weist die Aufgaben im multiprofessionellen Team zu. Sozialarbeiter sollten die Experten für die Auswirkungen von Beziehungen und sozialen Rahmenbedingungen sein, Ärzte für die medikamentöse Einstellung. Das Beispiel zeigt, dass jede der Berufsgruppen Kenntnisse der anderen benötigt. Das Wissen um das integrative Paradigma müsste eine engere Zusammenarbeit im Behandlungsteam zur Folge haben. Kenntnisse zum Fachgebiet anderer Berufsgruppen erhöhen das Verständnis für die multifaktorielle Genese von Störungen und deren Behandlungsoptionen. In der Konsequenz würde sowohl eine Vertiefung des fachspezifischen Wissens (z.B. nicht nur als Kliniksozialarbeiter, sondern als „klinischer Sozialarbeiter“) als auch eine bessere Vernetzung im Behandlungsteam notwendig sein. In der Praxis stoßen solche Forderungen teilweise auf Grenzen: das integrative Paradigma gilt als aktuell gängiges Modell der Psychiatrie gilt, aber paradoxerweise spiegelt sich dies nicht unbedingt im Klinikalltag wider. Der Vorwurf des Paternalismus mit ärztlicher Dominanz und dessen „klassischen Denktraditionen“ (Amering, M., S. 36 – 50), eine wieder zunehmend knappe Personalbesetzung und die immer kürzer werdenden Verweildauern in Kliniken mit durchschnittlich knapp 25 Tagen (Robert Koch Institut, S. 23, aktuellste Zahlen von 2006) mögen einige der Gründe sein, warum Theorie und Praxis teilweise auseinanderklaffen. Unabhängig von den Ursachen ist mit der Reduktion von therapeutischer Intervention auf eine Akutbehandlung eine starke Gewichtung des biologischen Paradigmas verbunden. Denn in den ersten Wochen der Behandlung steht grundsätzlich die medikamentöse Einstellung im Vordergrund, um vor weiteren Entscheidungen und wichtigen Weichenstellungen eine ausreichende gesundheitliche Stabilität und Entscheidungskompetenz sicherzustellen. Eine umfassende Entlassplanung mit einer genauen Analyse vorhandener Ressourcen und Wünsche kann während der Akutphase beginnen, aber bei kurzen Behandlungszeiten nicht zum Ende gebracht werden.

Eine Institution, deren Stellen zwar gemäß der Psychiatrie-Personalverordnung multiprofessionell besetzt wurden, aber deren Mitarbeiter nicht im Behandlungsteam kooperieren, wird sich eher schwer tun, einrichtungsintern oder gegenüber schizophren Erkrankten und deren Angehörigen ein integratives Krankheitskonzept zu vermitteln. Die Struktur der Klinik entscheidet wesentlich über den Einfluss einzelner Berufsgruppen, deren Zusammenspiel und somit über die Gewichtung der Paradigmen, die als ätiologische und therapeutische Grundlage dienen. Inhaltlich stellt sich die Frage, ob eine Klinikleitung überhaupt die Notwendigkeit sieht und ein Interesse hat, ein institutionsübergreifendes Krankheitskonzept zu generieren. Auf der Handlungsebene ist neben einer berufsübergreifenden Angehörigenarbeit (Bäumel, J. (Hrsg.), S. 106) die gemeinsame multiprofessionelle Durchführung von Psychoedukation für die Entwicklung eines gemeinschaftlichen Krankheitskonzeptes förderlich (ebd., S. 13). Die multiprofessionelle Vermittlung von Informationen an Patienten und Angehörige, bei der das Vulnerabilitäts-Stress-Modell als ätiologisches Konstrukt eine zentrale Rolle spielt, wirkt zurück auf die Auseinandersetzung der professionellen Mitarbeiter mit einem Schizophreniekonzept. „Psychoedukationskultur“ (ebd., S. 15) und multiprofessionelle Arbeit im Behandlungsteam scheinen sich gegenseitig zu bedingen.

### **3.1.2. Die Relevanz für Psychiatriebetroffene**

Welche Relevanz hat das integrative Modell für Menschen, die an einer schizophrenen Störung leiden? Zunächst erschließt sich die Bedeutung aus der o.g. Möglichkeit, Therapieformen verschiedener Paradigmen in der Behandlung zu erhalten. Wie bereits diskutiert wurde, ist deren Vielfalt durch das jeweilige Klinikangebot und die Gewichtung der Paradigmen durch die Mitarbeiter eingeschränkt.

Neben dem positiven Effekt des Eklektizismus ist das Vulnerabilitäts-Stress-Modell vor allem als ätiologisches Konzept der Schizophrenie für Betroffene von Bedeutung. „Das Erfassen, Akzeptieren und Bewältigen einer Krankheit ist ohne Kenntnis einer Krankheitsbezeichnung nur schwer vorstellbar“ (Luderer, H., S. 107). Die Mitteilung der Diagnose alleine ist wenig aussagekräftig, sondern hinter ihr verbergen sich Ursachenmodelle, Vorstellungen zur Prognose und Behandlungsoptionen. Gerade bei einer Diagnose wie der der „Schizophrenie“ sind Erläuterungen zu ihrer Bedeutung gegenüber Erkrankten und Angehörigen wichtig. Die Einstellungsforschung ergab weitreichende Missverständnisse zu den Ursachen und Prognosen (Amering, M., S. 64 – 67) schizophrener Störungen. Die Diagnose kann daher von Betroffenen als Urteil empfunden werden und immer noch ist ihre Mitteilung häufig ein Tabu (Luderer, H., S. 107 – 113). Als therapeutische Konsequenz lässt sich daraus neben der adäquaten an den Bedürfnissen des Betroffenen orientierten Diagnosemitteilung die Notwendigkeit einer umfassenden Wissensvermittlung von Krankheitskonzepten ziehen. Die Informationsweitergabe ist Bestandteil des Heilbehandlungsauftrages, denn sie kann Beitrag zur Krankheitsbewältigung sein und ermöglicht den Betroffenen präventive Maßnahmen zur Vermeidung weiterer Krisen.

Im Zusammenhang mit schizophrenen Störungen sind nicht nur Bewältigungsstrategien des Patienten gegenüber der Symptomatik der Erkrankung, sondern auch sein Umgang mit dem durch das Umfeld vermittelte Stigma (siehe Goffman, E., Stigma) notwendiger Teil seiner Auseinandersetzung. Denn Forschungen zu Stigma ergaben, dass „fast alle Patienten ... mit negativen Reaktionen aus ihrer Umgebung rechnen“ und dass „ein Gutteil der stigmatisierenden Interaktionen auch mit professionellen Helferinnen in der Psychiatrie stattfindet.“ Drei Strategien bezüglich stigmatisierender Erfahrungen im sozialen Kontakt können unterschieden werden: das offene Ansprechen und Aufklären anderer Personen zur Erkrankung oder die beiden defensiven Strategien des Kontaktvermeidens oder Geheimhaltens (Amering, M., S. 71). Die offensive Methode lässt sich mit Kenntnissen zu den Ursachenmodellen der Schizophrenie besser vertreten. Die defensive Umgangsweise führt zum „internalisierten Stigma“, den psychologischen Auswirkungen von Stigmatisierung mit „Selbstabwertung, Scham, Verheimlichung und sozialem Rückzug“, die „somit beträchtlich den Genesungsprozess“ behindern (ebd., S. 72). Das Verständnis für Stigmatisierungsprozesse zu fördern und die Bedeutung

protektiver Faktoren als Bestandteil des Vulnerabilitäts-Stress-Modells zu erkennen, gehört zum therapeutischen Auftrag, wenn das Ziel der Behandlung nicht nur die Reduktion von Symptomatik, sondern die Rückfallprävention und Gesundheitsförderung ist.

Warum kommt dem integrativen Modell in Bezug auf psychische Erkrankungen eine andere Bedeutung als bei somatischen Erkrankungen? Psychische Erkrankungen mit ihren sozialen, emotionalen, kommunikativen und kognitiven Auswirkungen legen die Annahme ebensolcher Ursachen nahe. So hatten zum Beispiel psychodynamische Erklärungsansätze Mitte des vergangenen Jahrhunderts als Ursache der Erkrankung den Erziehungsstil und Kommunikationsverhalten zwischen Müttern und Kindern postuliert. Das Morbuskonzept wurde einem „Schuldzuweisungsmodell“ gleichgesetzt, die Schizophrenie auslösende Mutter galt als Ursache. Das biologisch orientierte Ätiologiemodell befreit den Patienten von Verantwortung, denn er ist von genetischen Anlagen und biochemischen Prozessen gesteuert. Zunächst wirkt eine solche Annahme für fremdartiges Verhalten des Erkrankten entschuldigend, aber Untersuchungen ergaben, dass „durch die Idee, dass es sich um eine Gehirnerkrankung handelt, ... die Assoziation mit Gefährlichkeit“ entsteht (ebd., S. 66) und das Erstarken des biologischen Paradigmas in den vergangenen Jahrzehnten nicht zu mehr Verständnis für Schizophrenie, sondern zu einer Verschärfung der Stigmatisierungsprozesse geführt habe.

Ein multifaktorielles Genesemodell befreit den Erkrankten und sein Umfeld von der Suche nach einem bestimmten Auslöser oder „Schuldigen“, nimmt ihm aber zugleich die Möglichkeit, andere für die Erkrankung zu verantworten. Durch die Annahme psychodynamischer und biologischer Faktoren und das Wissen um soziale Faktoren wie Stigmatisierungsprozesse entsteht ein Mix aus beeinflussbaren sowie unbeeinflussbaren Variablen, die ein schizophrener Erkrankter in Bezug zu seiner Lebenssituation setzen und daraus seine Schlüsse ziehen kann.

Der Patient kann einerseits Interventionsmöglichkeiten zur Krankheits- bzw. Stressvermeidung für sich erarbeiten und gewinnt damit in Teilen Kontrolle und Steuerungsfähigkeit über den Krankheitsprozess. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell erteilt dem Betroffenen die Verantwortung, protektive Faktoren zu stärken. Sich ein gesundes Leben zu erhalten, kann für einen schizophrener Erkrankten zum Beispiel bedeuten, eine bestimmte Zeit lang regelmäßig Medikamente einzunehmen, einem geordneten Tagesablauf nachzugehen, Sport zu treiben und auf ungünstige Lebensweisen wie den Konsum von Alkohol oder Cannabis zu verzichten. Auch wenn die Begrifflichkeiten „protektive Faktoren“ oder „Coping“ als aktive Bewältigungselemente positiv konnotiert sind, können sie im Einzelfall von dem Betroffenen als mit starken Einschränkungen verbunden erlebt werden. Denn Gesundheitserhalt heißt im Krankheitsfall Akzeptanz eines veränderten Lebensstiles. Die Bereitschaft hierzu ist Inhalt von Einzelgesprächen, Psychoedukation in der Gruppe und das Anliegen von Mental Health-Interventionen.

Die Feststellung, dass eine anlagebedingte, relativ konstante Diathese oder Vulnerabilität für die schizophrene Störung disponiert, ist bei aller Verantwortung für einen gesunderhaltenden Lebensstil andererseits ein Entlastungsfaktor für den Betroffenen. Eine erneute Krise ist auch bei einer Veränderung des Lebensstiles nicht ausschließbar und liegt außerhalb der Steuerungsfähigkeit durch Patienten und Angehörige. Nicht die Unzulänglichkeit der Person und ihres Umfeldes ist verantwortlich, sondern die Tatsache der Vulnerabilität und umweltbedingte Faktoren wie Stress am Arbeitsplatz oder Lebensereignisse, die unkontrollierbar eintreten. Eine „verlässliche prognostische Einschätzung im Einzelfall (ist) nicht möglich. Statistisch gesehen lässt sich sagen, dass ca. 60 – 80% der an einer Schizophrenie Erkrankten innerhalb von zwei Jahren nach der ersten Klinikaufnahme einen Rückfall erleidet“ (Brunnhuber, S., S. 190 – 191). Untersuchungen zu erneuten Krisen ersterkrankter Patienten machen die Wirkung von antipsychotischen Medikamenten als persönlichen protektiven Faktor deutlich (Conradt, B., S. 88 – 89). Das integrative Modell trifft indirekt Aussagen über die Prognose, indem es Auskunft über beteiligte Faktoren zur Entstehung einer (weiteren) Krankheitsphase gibt. Erneute Krisen sind den schizophrenen Störungen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zugehörig und daher kein Scheitern des Betroffenen.



### 3.1.3. Die Relevanz für Angehörige

Grundannahmen des psychodynamischen Paradigmas für die Ätiologie einer psychischen Störung sind je nach vorherrschender psychologischer Schule Beziehungsstörungen, traumatische und unbewusste Ereignisse in der Kindheit oder ein ungünstiger Erziehungs- und Kommunikationsstil. Zu dem natürlichen Interesse und der Sorge von Eltern um ihr Kind kommen belastende Erklärungsmodelle, die die Ursache der Schizophrenie in den Entwicklungsbedingungen der ersten Lebensjahre sehen, für deren Gestaltung das Umfeld von Heranwachsenden mit verantwortlich ist.

Die Mitglieder der Herkunftsfamilie kennen den Patienten und dessen Biografie so gut wie kein Anderer. Viele Kinder, die später erkranken, weisen bereits in frühen Jahren Auffälligkeiten im Sozialverhalten auf und ziehen eine besondere Zuwendung der Eltern auf sich. Später kann die Beziehung krankheitsbedingt von Misstrauen oder Abhängigkeit geprägt sein. Gerade Betroffene, die früh erkrankt sind und wegen einer schweren Symptomatik keine Berufssozialisation erfahren konnten, leben häufig bei den Eltern in finanzieller Abhängigkeit und haben außerhalb der Angehörigen kaum Ansprechpartner. Das Zusammenleben stellt sich für beide Seiten als schwierige Notlösung dar. High expressed emotions als wesentlicher Prädiktor für das Neuauftreten einer Krise sind daher nicht nur als Auslöser, sondern eben auch mögliche Folge einer schizophrenen Erkrankungsphase. Die Relevanz des integrativen Vulnerabilitäts-Stress-Modells liegt für Angehörige vor allem im Wissen um die Bedeutung von emotionalem Stress mit Überfürsorglichkeit, Kritik und feindseligem Verhalten, der schizophrene Patienten im Gesundungsprozess behindert (Bäumel, J., S. 277, 2008).

Wie für die Erkrankten ist auch für Angehörige das Zusammenspiel von belastenden Faktoren und Copingstrategien als eine Aussage des Vulnerabilitäts-Stress-Modells von entscheidender Bedeutung, denn daraus können Beeinflussungsmöglichkeiten und konkrete Handlungsschritte für den Alltag abgeleitet werden. Auch die häufig gestellte Frage von Angehörigen, ob der Erkrankte ein „mad“ oder ein „bad“ boy sei, also verrückt-ungesteuert oder gezielt-faul, die Krankheit als Ausrede benutzend, löst sich auf. Das integrative Modell weist einem Betroffenen weder die Verantwortung für ein inadäquates Verhalten zu noch nimmt es ihm die Verantwortung dafür ab. Die Disposition zur Erkrankung liegt außerhalb der Kontrolle der Beteiligten, das Abrufen interner und externer Ressourcen macht den Krankheitsverlauf in Teilen gestaltbar. Einem an der Vermeidung weiterer Krankheitsphasen gelegenen Patienten müsste zum Beispiel ein geregelter Tagesablauf mit Beschäftigungen wichtig sein. Aber das Wissen um gesundheitsförderndes Verhalten heißt noch nicht, dass ein Patient den Willen hat, Veränderungen vorzunehmen oder dass die Umsetzung gelingen kann. Die Gefahr liegt nahe, dass aus dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell eine Überforderung resultiert.

Forschungen zur genetischen Prädisposition weisen darauf hin, dass Mitglieder der Herkunftsfamilie ein vielfach erhöhtes Risiko für eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis haben (Fabisch, H., S. 45). Angehörige müssen in diesem Fall nicht nur mit der Erkrankung eines Familienmitgliedes umgehen, sondern auch mit ihrer eigenen Vulnerabilität.

Zentrales Thema in Familien ist die Frage nach „Schuld“ an einer psychischen Störung. Angehörige suchen besonders intensiv nach Erklärungsmodellen für Erkrankungen. Die genetisch-biologischen Faktoren als Teil des integrativen Paradigmas stellen für sie nicht unbedingt Entlastung dar, sondern einige Angehörige sehen sich als Gen-Träger mit verantwortlich. Erkrankungen der Vorfahren werden häufig tabuisiert, was mit dem Stigma der Schizophrenie, aber eventuell auch mit einem immer noch nachwirkenden Gedankengut des Nationalsozialismus zu tun haben könnte. Für Betroffene, Geschwister oder Ehepartner ist das Wissen um die genetische Prädisposition häufig belastend und sie stellen sich die Frage, ob ihre Nachkommen an einer schizophrenen Störung leiden werden.

Angehörige sind von der Stigmatisierung schizophrener Erkrankter mit betroffen. Gleichzeitig können Angehörige als nicht-professionelle Multiplikatoren, die in der Gemeinde leben, eine Brücke zwischen Betroffenen und einer für ihn schwierig zugänglichen Außenwelt schlagen. Damit leisten sie einen wichtigen Beitrag zur

Entstigmatisierung von psychisch Kranken. Vor allem, wenn die psychisch Leidenden bei ihnen leben, benötigen Angehörige für sich und für ihr Umfeld ätiologische Erklärungsmodelle. Das integrative Paradigma mit Diathesen und der Wechselwirkung protektiver und belastender Faktoren ist auch für Unbeteiligte ein einfaches Modell: wer hat noch nicht davon gehört, dass jeder Mensch seine Empfindlichkeiten hat und mit einer unterschiedlich „dicken Haut“ ausgestattet ist? Wer hat keine Vorstellung von Stress und dessen schädlichen Auswirkungen? Weitere Begriffe wie „Wellness“ oder „Ganzheitlichkeit“ gehören zum modernen Sprachgebrauch vieler Milieus und können Nichtbetroffenen einen wenn auch sehr unspezifischen Zugang zum integrativen Modell vermitteln.

### **3.2. Zusammenfassung**

Das integrative Modell ist für Klinikmitarbeiter wegen der Ermöglichung, Therapieangebote verschiedener Paradigmen pragmatisch zu kombinieren, von großer Bedeutung. Als ätiologisches Konzept scheint es für die klinische Arbeit mit schizophren Erkrankten eine geringere Rolle zu spielen. Es wird als Wissensstandard in Ausbildung und Studium der beteiligten Berufsgruppen gelehrt, aber – wie der Auszug aus dem in vorliegendem Text zitierten psychiatrischen Lehrbuch zeigt – teilweise als wenig differenziertes Modell vorgestellt. Somit bleiben die professionellen Helfer durch ihre ausbildungsbezogene Verbundenheit zu einem Paradigma, ihre spezialisierten Fachkenntnisse und ihre spezifischen Arbeitsaufgaben i.d.R. auf die ätiologischen Faktoren ihres Berufsfelds fokussiert und begrenzen die Umsetzung des integrativen Vulnerabilitäts-Stress-Modell in die Praxis. Die Institutionsstruktur entscheidet wesentlich mit über die tatsächliche Relevanz des integrativen Paradigmas. Die Entwicklung eines gemeinschaftlichen integrativen Konzeptes kann erfolgen, wenn die Perspektiven der Professionen in einem Behandlungsteam vertreten, ausgetauscht und „verhandelt“ werden und daraus eine integrative Behandlung des Patienten resultiert. Aus dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell folgt der Einbezug der Gesundheitsförderung als integraler Teil der klinischen Behandlung.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell vermittelt Menschen, die an einer schizophrenen Störung leiden, sowie deren Angehörigen die Beeinflussbarkeit des Erkrankungsverlaufes durch die Stärkung protektiver Faktoren und die Vermeidung von Stress. Für Angehörige spielt die Kenntnis um den Einfluss von high expressed emotions, den emotionalen Stressfaktoren in der Familie, eine besondere Rolle. Die Unterstützung durch psychosoziale Interventionen als externale oder die Einnahme von Medikamenten und das Erlernen neuer Bewältigungsstrategien als internale protektive Faktoren helfen schizophren Erkrankten, weitere Krisen zu vermeiden.

Die Botschaft des Vulnerabilitäts-Stress-Modelles für Betroffene ist, dass mit der Gestaltung von Umgebung und Rahmenbedingungen, mit der Wahl für oder gegen bestimmte individuelle Lebensweisen, positive Veränderungen und Hoffnung für eine gute Lebensqualität möglich sind. Die Wissensvermittlung des Vulnerabilitäts-Stress-Modelles ist mit einer Förderung von Gesundheits- und Copingstrategien verknüpft. Therapeutische Einzelgespräche und Psychoedukation in der Gruppe für Betroffene und/oder Angehörige sind Elemente der Rückfallprophylaxe. Das integrierte Modell ist Bestandteil von Mental Health als Balanceakt zwischen den sozialen, physischen und emotionalen Aspekten des Lebens. Ihre Gestaltbarkeit liegt in der Verantwortung der Betroffenen.

Die biologische Komponente wie auch die Erkenntnis, dass nicht alle Lebensbedingungen und -ereignisse steuerbar sind, können Betroffene von Verantwortung beim Auftreten einer erneuten Krise entlasten. In Bezug auf Kinderwunsch und Elternschaft psychisch Kranker bleiben Erkrankung und Modell mit dem Faktor der genetischen Disposition belastend.

### **3.3. Die Vermittlung des Vulnerabilitäts-Stress-Modelles in der Klinik**

Aktuelle Paradigmen und deren Konzepte zur Ätiologie und Behandlung von psychischen Störungen werden in Forschung, Lehre und Praxis an professionelle Mitarbeiter vermittelt. Auf die persönlich-fachlichen und institutionellen Begrenzungen des integrativen Paradigmas war zu Beginn dieses Abschnittes Bezug genommen worden.

Die Inhalte des Vulnerabilitäts-Stress-Modells nicht an Betroffene und ihre Angehörigen zu weiterzugeben, würde ihnen die Chance nehmen, sich mit ihren individuellen gesundheitsstabilisierenden Faktoren auseinanderzusetzen. Die stationäre Behandlung würde auf eine die aktuelle Symptomatik fokussierende Akutbehandlung reduziert; die Auseinandersetzung des Patienten mit der Diagnose, persönlichen Krankheitskonzepten und die über den Klinikaufenthalt hinausweisende Rückfallprophylaxe bliebe aus.

Die Klinik bietet sich als Vermittler von Krankheitskonzepten und Gesundheitsförderung besonders an: in der stationären Therapie sind alle Berufsgruppen beteiligt, die Experten für protektive und Vulnerabilitätsfaktoren sind; die Klinik als Zentrum für die aktuell Erkrankten und deren Angehörige kann effektiv und laufend indikative Gruppen anbieten. Ersterkrankte Schizophrene - und deren Angehörige - benötigen eine besondere Unterstützung und Motivation seitens der Behandler, da sie einerseits zur Verleugnung oder Bagatellisierung der Erkrankung neigen, aber andererseits ihre Wiedererkrankungsrate entscheidend vom Verlauf des ersten Behandlungsjahres beeinflusst ist (Conradt, B., S. 86 - 88). Aus dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell als ätiologisches und prozessuales Konzept ist konkret ableitbar, welche Faktoren vermieden oder gefördert werden können.

Die Übersetzung des integrativen Modelles in eine verständliche Sprache und die Hilfestellung bei der Umsetzung in Alltagsstrategien ist eine therapeutische Aufgabe. Sie kann im Einzelgespräch, Familiengespräch oder in der psychoedukativen Gruppe durchgeführt werden. Einzel- und Familiengespräche ermöglichen die Vertiefung individueller Aspekte. Bei noch unter starken Konzentrationsstörungen leidenden Patienten oder aus organisatorischen Gründen wie z.B. mangelnder Zeit der Angehörigen sind sie das Mittel der Wahl für die Vermittlung des Vulnerabilitäts-Stress-Modelles. Wegen der fehlenden positiven Effekte des Erfahrungsaustausches in Gruppen, aufgrund der Möglichkeit der intensiven Wissensvermittlung und aus Zeitgründen seitens des Klinikpersonals ersetzen sie aber nicht die Psychoedukation in Gruppen.

Im nächsten Abschnitt wird die Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen vorgestellt.

#### **3.3.1. Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen**

Eine Evaluation zur Verbreitung psychoedukativer Gruppen für Schizophrene in Deutschland ergab, dass 2003 ca. 80% der psychiatrischen Kliniken ein Angebot für Patienten vorhielten. Fehlendes Personal und mangelnde Zeit, nicht aber die Annahme mangelnder Wirksamkeit, waren die genannten Gründe im Falle des Fehlens einer indikativen Gruppe. Ein Fünftel der Patienten und jeder 50. Angehörige nahm teil (Rummel-Kluge, C., S. 43 - 47). Die Anzahl der teilnehmenden Betroffenen ist selbst bei Berücksichtigung der Kontraindikationen wie Akuität der Erkrankung (Bäumli, J. S. 6, 2008) oder einer bereits erfolgten Teilnahme an der Intervention gering. Besonders Angehörige scheinen entweder kein Angebot zu erhalten oder für ein solches nicht erreichbar zu sein. In Hinsicht auf die bisherigen Forschungsergebnisse zur Rückfallprophylaxe von schizophrenen Störungen unter Beteiligung von Psychoedukation mit ihren günstigen Auswirkungen auf krankheitsbezogenes Wissen, Compliance, Lebensqualität, Expressed Emotions und Kosten bzw. Reduktion stationärer Behandlungstage wird eine breite Etablierung dieser Interventionsform seit einigen Jahren zum Beispiel durch aktuelle Behandlungsleitlinien verfolgt (ebd., S. 19 - 20).

Unter Psychoedukation sind seit den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts „therapeutische Interventionen in der Psychiatrie und insbesondere in der Schizophreniebehandlung“ (ebd., S. 39) zu verstehen, bei der meist Informationen zur Erkrankung und Medikation mit verhaltenstherapeutischen Elementen zum Training von

Kommunikations- und Problemlöseverhalten kombiniert werden. Die Gestaltung der Angebote kann entsprechend der institutionellen Rahmenbedingungen stark variieren. Psychoedukative Schulungen für Patienten finden i.d.R. in indikativen Gruppen mit ca. 5 – 12 Teilnehmern statt, die 1 – 2 Mal wöchentlich stattfinden, 8 – 10 Sitzungen umfassen und von Ärzten, Psychologen oder Sozialarbeitern geleitet werden (ebd., S. 13 – 14). Von „bifokaler“ Psychoedukation ist die Rede, wenn Angehörige parallel, das heißt in von den Patienten getrennten Gruppen Schulungen erhalten. Diese Gruppen sind tendenziell von anderen Uhrzeiten (abends), anderen Organisationsformen (geschlossene Gruppe), anderen Zeiträumen (unabhängig von der stationären Behandlung ihrer erkrankten Angehörigen) und anderen Themenschwerpunkten (mad-or-bad-Diskussion, Frage nach Schuld, Entlastung) geprägt. Im Gegensatz zu den bifokalen Angeboten basiert die Familienintervention auf einer gemeinsamen Psychoedukation erkrankter Personen und derer Angehöriger. Ein Beispiel dafür ist die „psychoedukative Familienintervention“, abgekürzt „Pefi“. In einer geschlossenen Gruppe werden mehrere Familien gemeinsam mit den angehörigen Betroffenen in 10 Sitzungen verhaltenstherapeutisch geschult (siehe Berger, H.).

Zusammengefasst sind „der Aspekt der persönlichen Auseinandersetzung mit einem schwierigen, emotional beladenen persönlichen Lebensthema“ und die „Bearbeitung des allgemeinen Krankheitsverständnisses in Bezug auf die individuelle Lebenssituation“ (Klingberg, S., S. 219) die Inhalte von Psychoedukation. Grundsätzlich zielen psychoedukative Interventionen auf Gesundheitsförderung und Ressourcenstärkung ab. Die Basis der Psychoedukation liegt daher in der Vermittlung des multifaktoriellen Vulnerabilitäts-Stress-Modelles als „funktionelles Krankheitskonzept ..., in das alle gängigen Therapiekonzepte integriert werden können“ (Bäumel, J., S. 8, 2008).

Daraus ergeben sich die Elemente der Psychoedukation.

Die Bedeutung der antipsychotischen Medikation als persönlicher protektiver Faktor und die offene Aussprache zu den erwünschten und unerwünschten Wirkungen von Psychopharmaka spielen eine zentrale Rolle. Die Vermittlung von Informationen zur medizinischen Behandlung löst das bestehende Recht des Patienten auf Information ein und soll die Compliance, die „Behandlungstreue“ (Amering, M., S. 40 – 41) bzw. das Verständnis für den Einsatz der Medikamente zur „Anhebung der Reizschwelle für psychosoziale Stressoren“ (Held, T., S. 9) herstellen. Die Erläuterung biochemischer Prozesse und der genetischen Übertragbarkeit der Schizophrenie in Zusammenhang mit einer erhöhten Vulnerabilität rekurrieren auf das biologische Paradigma.

Neben der antipsychotischen Medikation wirken interne Bewältigungsmuster schützend. Individuell vorhandene Copingstrategien der Psychoedukationsteilnehmer und die Unterscheidung adaptiver oder maladaptiver Strategien, mit Stress umzugehen, werden herausgearbeitet. Das Ziel ist, gesundheitsfördernde Einstellungen und Verhaltensmuster für den schizophren Erkrankten deutlich und ihm den Zugang zu (verschütteten) Ressourcen (wieder) zugänglich zu machen. Externale protektive Faktoren wie die Unterstützung durch die Familie, der Einsatz psychosozialer Begleitung durch Sozialpsychiatrische Dienste oder Betreute Wohnformen, das Vertrauensverhältnis zum Facharzt oder zum gesetzlichen Betreuer sowie die Funktionalität und Aufgabenstellungen der Beteiligten werden ins Bewusstsein gerufen oder als neue Informationen gegeben. Mit der Aufgabe, bis zur nächsten Gruppenstunde individuelle Fragestellungen zu beantworten, können schizophrene Erkrankte ihre persönlichen Erfahrungen reflektieren.

Die Therapiekonzepte der psychologischen Schulen fließen ein: das behavioristische Paradigma ist Hintergrund der Vermittlung hilfreicher kognitiver und verhaltensorientierter Veränderungen. Der Umgang des Betroffenen mit seiner Biografie und stressvollen Lebensereignissen ist mit Elementen der psychoanalytischen und humanistisch-existenzialistischen Schulen plausibel erklärbar. Und die Elemente aller psychologischen Schulen fließen integrativ in die Methodik der psychoedukativen Gruppenschulung ein.

Die psychoedukative Intervention unterstützt, aber ersetzt nicht die individuelle Behandlungs- und Entlassplanung mit dem Patienten. Die Vertiefung spezieller Fragen des Patienten bleibt Aufgabe der zuständigen Mitarbeiter des multiprofessionellen Behandlungsteams auf Station. Mit den in der Gruppe gewonnenen Informationen kann

ein Betroffener jedoch Planungen und Alternativen besser beurteilen. Das Herausarbeiten von Selbsthilfepotenzial und unterstützender Tagesstruktur sowie die Erstellung eines individuellen Krisenplanes sind konkrete Ergebnisse einer psychoedukativen Gruppe.

Welche Rolle spielt das zu Beginn des Textes eingeführte Paradigma des sozialen Konstrukts? Zunächst scheint die psychoedukative Intervention selbst nicht nur zu einer Abnahme der Krankheitssymptomatik, sondern mit der Zunahme von Bewältigungsstrategien auch zu einer länger anhaltenden Verringerung des internalen Stigmas zu führen (Shin und Lukens, 2002, in: Amering, M., S. 72).

Stigmatisierungsprozesse sind zentrale emotionale Themen psychoedukativer Interventionen. Ein moderiertes Forum, in dem belastende Schamgefühle und die Angst vor den Reaktionen anderer auf die schizophrene Störung ausgesprochen werden können, ermöglicht die Analyse interaktional-sozialer Auswirkungen der Erkrankung und die Erarbeitung von Strategien für den persönlichen Umgang mit dem sozialen Umfeld. Über die individuellen Bewältigungsmuster hinaus können psychoedukative Gruppen den Impuls für bürgerschaftliches Engagement, für die Gründung oder Teilnahme an Selbsthilfegruppen und das Einfordern bestehender Rechte geben.

### **3.4. Zusammenfassung**

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell bildet die theoretische Grundlage der Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Neben Sachinformationen mit der Vermittlung eines integrierten Krankheitsmodelles werden Strategien erarbeitet, wie individuelle protektive Faktoren und Faktoren der Umwelt gestärkt und schädliche Stressfaktoren gemieden werden können. Das Erkennen beeinflussbarer Krankheitsvariablen und die persönliche Auseinandersetzung mit den Folgen einer schizophrenen Störung tragen dazu bei, Gesundheitsprozesse zu generieren und Stigmatisierungsprozessen vorzubeugen. Psychoedukation findet in der Regel in der Klinik in Gruppen mit 8 bis 10 Sitzungen statt und ist ein Angebot für Patienten oder Angehörige in getrennten Gruppen. Eine weitere Form stellt die Familien- oder Mehrfamilienintervention dar.

## **4. Diskussion**

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell wurde als aktuell gültiges Paradigma psychischer Störungen vorgestellt und die therapeutischen Implikationen für die Arbeit mit schizophrenen Patienten und deren Angehörige gefolgert.

Als multifaktorielles Genesemodell fügt es sich in eine relativierend-kontingente Sichtweise der westlichen Welt mit Schlagwörtern wie „Ganzheitlichkeit“, „bio-psycho-sozial“ und „multiprofessionell“ ein, die den Versuch der Zusammenführung dichotomer oder zergliedert-polytomer Konstrukte zu einer Ganzheit widerspiegeln.

Der zu Beginn der Studienarbeit zitierte Bauhaus-Architekt Gropius setzt der „sezierenden Genauigkeit der Wissenschaft“ Begrifflichkeiten wie Gleichgewicht und Einheit entgegen – Worte, die mit den psychologischen Termini Homöostase (Bastine, R., S. 101) und Kohärenz (Antonovsky, A. in: Troschke, J., von, S. 533 – 536) korrelieren und als Voraussetzung einer gesunden, erfolgreichen Lebensgestaltung gelten.

Die Forderung nach „Ressourcenorientierung“ erweitert den Diskurs um die Abkehr von einem defizitären, protektive Faktoren ignorierenden Krankheitsmodell hin zu einer Förderung von Coping und Empowerment. „Nachhaltigkeit“ als ein aus den Problemen des Umweltschutzes entwickelter Ausdruck beschreibt den zukunftsorientierten Aspekt menschlicher Handlungen: der Effekt kurzfristiger Lösungen gilt als nicht mehr ausreichend, sondern die jeweils utilitaristisch-verantwortungsethisch abgewogenen Handlungsfolgen werden mit ins Kalkül gezogen. Gesundheitsförderung und Rückfallprophylaxe können als Elemente dieses modernen Gedankenguts gedeutet werden.

„Health belief“, ein Modell der Gesundheitslehre, setzt auf die rationale Umsetzung von Krankheitswissen und postuliert die Verantwortung des Betroffenen für künftiges Gesundheitsverhalten durch vernunftgesteuerte Kosten-Nutzen-Abwägung (Vogt, I., S. 152 – 154). „Überall erlebt man, wie erneut die persönliche Verantwortung des Einzelnen, seiner Familie und seines sozialen Umfeldes für das eigene Wohlergehen herausgestellt wird, wie seine Pflicht betont wird, selbst aktiv Zukunftssicherung zu betreiben“ (siehe Rose, N., Tod des Sozialen). Die Kompetenz von Erkrankten wächst durch den Zugang zu Gesundheitsinformationen und die Stärkung von Patientenrechten um den Preis, dass Erwartungen an eine vernünftige, risikovermeidende, an den Einschränkungen der Erkrankung orientierte Lebensführung durch den Betroffenen gestellt werden.

Das integrative Paradigma mit seinen die Selbststeuerung und -verantwortung betreffenden Implikationen kann als ein schlüssiger Bestandteil von „Rationalitäten und Technologien, die Gesellschaft als Einheit überhaupt erst denkbar machen und praktisch herstellen“ gedeutet werden. Das „Glossar der Gegenwart“ (Bröckling, U., S. 9 – 15) sucht mit einer losen Sammlung gesellschaftlicher Leitbegriffe eine Annäherung an die Bedingungen der westlichen Moderne. Eine Auswahl der Begriffe wie „Prävention“, „Empowerment“, „Gen“, „Aktivierung“, „Partizipation“, „Selbstverantwortung“, „Wellness“ und „Risiko“ macht deutlich, dass das Vulnerabilitäts-Stress-Modell nicht nur aus psychopathologisch-ätiologischer, sondern auch aus soziologischer Sicht als modernes Produkt bezeichnet werden kann.

Das integrative Paradigma scheint so unspezifisch wie die oben genannten Stichworte. Die dahinter liegenden Konstrukte wie „Vulnerabilität“, „Stress“ oder „Coping“ bedürfen der Definition; aus den komplexen Wechselwirkungen der beteiligten Faktoren resultiert ein kompliziertes Modell. Trotz der Bemühungen, ein praktikables - „valides“ - Konzept zu erstellen, bleibt ein Interpretationsspielraum, der entsprechend des Paradigmas gedeutet werden kann, in dem sich Beteiligte beheimatet sehen. So lautet ein Vorwurf, dass unter dem Deckmantel des integrativen Modells weiterhin ein unverhältnismäßig hoher Anteil der Forschungsgelder in genetische und psychopharmakologische Studien fließt. Die vorgebliche Integration verschiedener Paradigmen verschleierte tatsächliche Schwerpunkte: die Profilierung psychologischer und sozialer Sichtweisen als der biologischen gleichwertig werde verhindert. Zu der Kritik an der Auslegungsfähigkeit und damit verbundener Beliebigkeit des Modells durch interessengerichtete Deutungen kommt, dass Transaktionsmodelle mit ihrer Vielzahl an Faktoren und Wechselwirkungen „forschungsmethodisch außerordentlich schwierig zu handhaben“ (Bastine, R., S. 146) sind.

Welche Relevanz hat das Modell für schizophrene Patienten, deren Angehörige und professionelle Mitarbeiter in der Klinik?

Die Psychiatrie-Personalverordnung von 1990 hatte zum Ziel, mit einer guten Personalausstattung und der Beteiligung aller Professionen, die Experten des biologischen (die Mediziner und Pfleger), des psychologischen (die Psychologen) und des sozialen Paradigmas (die Sozialarbeiter) sind, einen qualitativ hohen Standard in die klinische Versorgung der Patienten verbindlich einzubringen. Die Krankenhauskrise mit Finanz- und Personalknappheit, Arbeitsverdichtung, verkürzten Behandlungszeiten und Patienten mit komplexen sozialen Problemlagen kennzeichnen inzwischen in vielen Psychiatrien den Klinikalltag. Das Resultat ist die Reduktion der stationären Behandlung auf Akutinterventionen: nach Einstellung der Medikation als Basisbehandlung kommt es zur Entlassung, die Krankenkassen zahlen außerhalb der medizinisch-pharmakologischen Notwendigkeit keine stationäre Therapie. Das biologische Paradigma überwiegt.

Dass die Klinikbehandlungszeiten in den vergangenen Jahren stark gekürzt werden konnten, ist ein wichtiger Fortschritt: die Bedeutung der psychiatrischen Klinik mit ihrem tendenziell desintegrativen Charakter durch abseitige Lage, lange Behandlungszeit und institutionelle Stigmatisierung ist für die Therapie schizophrener Patienten nachrangig geworden. Aber die Metapher für Entlassungen ohne ausreichende Planung ist die der „blutigen Entlassung“ in der somatischen Medizin. Die Übergangszeit von stationärer Behandlung in die häusliche Umgebung gilt als „vulnerable“ Phase, die mit über den

Verlauf bzw. eine drohende Chronifizierung einer schizophrenen Störung entscheidet. Entlassplanungen benötigen Vorbereitungszeit, die i.d.R. länger dauert als die reine medikamentöse Einstellung. Auch die Vermittlung des Vulnerabilitäts-Stress-Modelles als Grundlage eines Gesundheitskonzeptes ist zeitintensiv und therapeutisch anspruchsvoll, wenn sie auf die Betroffenen individuell abgestimmt wird und über die Vermittlung von Sachinformationen hinaus die persönliche Auseinandersetzung des an einer Schizophrenie leidenden Patienten und seiner Angehörigen mit der Erkrankung beinhaltet.

Die Institution „psychiatrische Klinik“ scheint jetzt nicht mehr durch Exklusion nach langen Aufenthalten psychisch kranker Menschen einen wesentlichen Beitrag zum Erhalt der schizophrenen Störung zu leisten. Der jetzige Beitrag zur Chronifizierung des Krankheitsverlaufes könnte darin liegen, dass wider besseres Wissen präventive Interventionen während der stationären Behandlung aus Zeit- und Personalmangel nicht durchgeführt werden (können). Darin liegt eine gewisse Tragik, denn gerade Kliniken mit der Kernaufgabe der Akutversorgung verfügen über ein hohes therapeutisches Wissen um die sozialen, psychischen und somatischen Folgen der Erkrankung. Sie beschäftigen das entsprechend qualifizierte Personal aller beteiligten Berufsgruppen. Sie sind als Versorgungszentrum erste Ansprechpartner von Menschen mit Schulungsbedarf, bekommen quasi die Betroffenen „ins Haus geliefert“ und sind in der Lage, aufgrund der Fallzahlen indikative Gruppenangebote vorzuhalten. Der Besuch von Psychoedukation ist mit organisatorischen Hürden und persönlichen Widerständen verbunden, das zeigt die Arbeit mit somatisch Erkrankten im ambulanten Bereich oder mit Angehörigen schizophrener Erkrankter. Patienten müssen diese Hürden in der Klinik nicht erst überwinden. Und auch die häufig von Rückzugstendenzen geprägte Symptomatik der Erkrankung spricht gegen die Wahrscheinlichkeit, dass Betroffene nach Entlassung die Kraft aufbringen, eine ambulante psychoedukative Gruppe aufzusuchen.

Studienergebnisse zur Rezidivprophylaxe schizophrener Störungen weisen den Beitrag der handlungsgeleiteten Schulung des Vulnerabilitäts-Stress-Modells für die Prävention weiterer schizophrener Krisen nach. „Die Rehospitalisierungsrate von Patienten, die mit ihren Angehörigen an acht psychoedukativen Sitzungen teilgenommen hatten, (konnte) signifikant verringert werden ... im Vergleich zu Kontrollpatienten, die eine Standardbehandlung ohne Psychoedukation erhalten hatten“ (Bäumli, J., S. 19, 2008). Die stationäre Wiederaufnahmerate nach einem Jahr lag in der Interventionsgruppe bei einem Fünftel der Patienten, in der Kontrollgruppe bei zwei Fünfteln und nach zwei Jahren in der Interventionsgruppe bei zwei Fünfteln und der Kontrollgruppe bei drei Fünfteln. Im Umkehrschluss: die Reduktion auf medizinische Interventionen und das Nichtangebot von Psychoedukation erhöht die Zahl der schizophrenen Patienten, die wieder oder länger stationär behandelt werden müssen. Prognostisch gesehen gilt jede weitere Krise für den weiteren Krankheitsverlauf als ungünstig, so wird es Patienten und Angehörigen in der Psychoedukation vermittelt. Die kurzfristige Kostenersparnis durch Akutbehandlungen stellt sich mittelfristig als kostentreibender Beitrag zur „Drehtürpsychiatrie“ dar. Nicht lange, sondern häufige Aufenthalte sind dann das Kennzeichen einer modernen, aber weiterhin exkludierenden Psychiatrie.

Neben der Reduktion der stationären Behandlung auf eine Akutbehandlung gibt es weitere Gründe für ein Ungleichgewicht der Paradigmen in der klinischen Praxis. Das integrative Paradigma suggeriert die Gleichwertigkeit biologischer, psychologischer und sozialer Sichtweisen in der psychiatrischen Behandlung und deren Anwendung auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten. Doch die Ermöglichung des Eklektizismus im Klinikalltag schließt eben nicht aus, dass ein Paradigma aus fachlichen oder berufsständischen Gründen dominiert. Die pragmatische Handhabbarkeit des unspezifischen Modells führt dazu, dass institutionelle Rahmenbedingungen die fachlich-inhaltlichen Gründe überwiegen. Ein Beispiel aus der Praxis soll dies verdeutlichen: bei einer starken Betonung des biologischen Paradigmas bliebe die Forderung nach Gesundheitsförderung auf den Appell an die Compliance, die Einnahme von Medikamenten, reduziert. Psychologische und soziale Aspekte wie der Umgang mit Stigmatisierung und die Erarbeitung protektiver Faktoren blieben nachrangig. Der Vorteil des Konzeptes, sein breiter Interpretationsspielraum und die individuelle Gestaltbarkeit

für die Therapie des Patienten, ist zugleich sein Nachteil: es überlässt die therapeutische Schwerpunktsetzung den jeweils dominierenden Behandlern und Berufsgruppen. Sie entscheiden im Rahmen der jeweiligen Institution und Abteilung über die Entwicklung oder Verhinderung eines gemeinschaftlichen Krankheitskonzeptes.

Zwei wesentliche Zugangswege zur Entwicklung eines integrativen Selbstverständnisses sind in der psychiatrischen Klinik möglich. Strukturell können psychologische, soziale und medizinische Paradigmen integriert werden, wenn multiprofessionelle Stationsteams etabliert werden, deren Mitglieder auf fachlicher Augenhöhe und gemeinsam mit dem Patienten Behandlungsplanungen erstellen. Inhaltlich kann der Zugang zu integrativen ätiologischen Konzepten über die Auseinandersetzung von Leitung und Berufsgruppen mit Gesundheitsmodellen generiert werden. Denn die Frage nach der Entstehung und dem Erhalt von Gesundheit, letztlich die Beschäftigung mit mental health, ermöglicht den Blick auf „das große Ganze“ über den Einzelfall, über die Symptomreduktion und den jeweiligen Klinikaufenthalt hinaus: Prävention wird in den Vordergrund gestellt. Das Wissen um die Bedeutung protektiver Faktoren impliziert ein integratives Behandlungskonzept, da in Wechselwirkung stehende soziale, psychologische und biologische Faktoren als entscheidend für Gesundheitsförderung anerkannt werden, bei der die Kompetenz aller Berufsgruppen gebraucht wird.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell hat als ätiologisches Erklärungskonzept und mit seinen Implikationen zur Prophylaxe weiterer Krisen eine hohe funktionale Relevanz für die Arbeit mit schizophren Erkrankten und ihren Angehörigen. In der derzeitigen Klinik­tätigkeit scheint trotzdem die Vermittlung des Vulnerabilitäts-Stress-Modelles an Patienten und Angehörige nachrangig hinter einer kurzfristig erreichbaren Symptomreduktion zu stehen. Aufgrund der Forschungsergebnisse zur Rückfallprophylaxe sollte es Aufgabe der psychiatrischen Institutionen sein, Konsequenzen für die gängige Praxis der stationären Behandlung zu ziehen. Zur Umsetzung des integrativen Paradigmas werden strukturelle Veränderungen durch integrativ tätige Behandlungsteams benötigt. Die Auseinandersetzung mit Gesundheitskonzepten ermöglicht professionellen Mitarbeitern, ein gemeinsames ätiologisches Modell zu entwickeln. Sie, schizophrene Erkrankte und ihre Angehörigen können durch die praktische Umsetzung des Vulnerabilitäts-Stress-Modells konkret den Krankheitsverlauf beeinflussen und die Lebensqualität der Patienten verbessern.

## 5. Literaturverzeichnis

**Adler, A.**, Studie über Minderwertigkeit von Organen (1909), Frankfurt am Main (1977)

**Amering, M.**, Schmolke, M., Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit, Psychiatrie-Verlag, Bonn (2007)

**Bäumli, J.**, Pitschel-Walz, G. Kissling, W., Psychoedukation Depression, Urban und Fischer Verlag, München (2003)

**Bäumli, J.**, Pitschel-Walz, G. (Hrsg.), Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen, Schattauer Verlag, Stuttgart (2008)

**Bastine, R.**, Klinische Psychologie, Band 1, zweite überarbeitete Auflage 1990, Kohlhammer Verlag, Stuttgart (1984)

**Bauer, U.**, Bittlingmayer, U., Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung, in: Handbuch Gesundheitswissenschaften, Hurrelmann, K., Laaser, U., Razum, O., Juventa Verlag Weinheim, 4. Auflage (2006)

**Berger, H.**, Friedrich, J., Gunia, H., Psychoedukative Familienintervention, Manual zu Grundlagen und Praxis, Schattauer Verlag Stuttgart (2004)

**Blech, J.**, Bruch des bösen Zaubers, in: Der Spiegel, Das Deutsche Nachrichtenmagazin, S. 110 - 112, Hamburg (04.08.08)

**Böker, W.**, Ätiologische Konzepte zur Chronifizierung schizophrener Erkrankungen, S. 74 - 77, in: Grazer Psychosentage, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Beiträge zur Ätiologie, Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, Sonderheft 1, 73. Jahrgang, 11.05, Thieme Verlag Stuttgart (2005)



- Bröckling, U.**, Krasmann, S., Lemke, T., (Hrsg.), Glossar der Gegenwart, Edition Suhrkamp, Frankfurt am Main (2004)
- Brunnhuber, S.**, Frauenknecht, S., Lieb, K., Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, Urban und Fischer Verlag München, 5. Auflage (2005)
- Ciampi, L.**, Affektlogik, Klett-Cotta, Stuttgart, 5. Auflage 1998 (1980)
- Ciampi, L.**, Auf dem Weg zu einem kohärenten multidimensionalen Krankheits- und Therapieverständnis der Schizophrenie: Konvergierende neue Konzepte, Piagetbibliothek, Hrsg. Boeker, W., Brenner, H. (1986)
- Ciampi, L.**, Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, S. 237 – 248, 48. Jahrgang, Thieme Verlag Stuttgart (1980)
- Ciampi, L.**, Man muss den Menschen lieben, Interview am 8.12.91 von einem Mitarbeiter der Zeitschrift Psychologie heute, in: Sozialpsychiatrische Informationen 2/93, Psychiatrie Verlag, Bonn (1993)
- Conradt, B.**, Klingberg, S., Psychoedukation bei ersterkrankten Patienten mit schizophrenen Störungen, S. 86 – 92, in: Bäuml, J., Pitschel-Walz, G. (Hrsg.), Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen, Schattauer Verlag Stuttgart (2008)
- Davison, G.**, Neale, J., Klinische Psychologie, Ein Lehrbuch, Beltz Verlag Weinheim, 6. Auflage (2002)
- Dohrenwend, B.**, Levav, I., ShROUT, P., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B., Skodol, A., Stueve, A., Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue, in: Science, Vol. 255, Issue 5047, S. 946 – 952, American Association for the Advancement of Science (1992)
- Dunham, H.**, Community and schizophrenia: an epidemiological analysis. Wayne State University Press, Detroit (1965)
- Fabisch, H.**, Kroisel, P., Fabisch, K., Genetische Risikofaktoren für schizophrene Erkrankungen, S. 44 – 50, in: Grazer Psychosentage, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Beiträge zur Ätiologie, Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, Sonderheft 1, 73. Jahrgang, 11.05, Thieme Verlag Stuttgart (2005)
- Foucault, M.**, Wahnsinn und Gesellschaft, Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main (1969)
- Freud, S.**, Werkausgabe in zwei Bänden, Fischer Verlag, Frankfurt am Main (2006)
- Goffman, E.**, Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität, Suhrkamp Verlag, Frankfurt (1967), Originalausgabe erschienen 1963
- Häfner, H.**, Nowotny, B., Löffler, W., Heiden, a.d., W., Maurer, Kurt, When and how does schizophrenia produce social deficits?, European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, Vol. 246 Nr. 1, S. 17 – 28, Steinkopff Verlag, Darmstadt (1995)
- Held, T.**, Das Vulnerabilitätskonzept und die Psychotherapie Schizophrener, S. 6 – 13, in: Sozialpsychiatrische Informationen, Psychiatrieverlag Bonn (1995)
- Heuft, G.**, Kruse, A., Radebold, H., Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie, UTB Verlag München (2006)
- Hinterhuber, H.**, Theorien zur Ätiologie in den verschiedenen historischen Schizophreniekonzepten, S. 3 – 8, in: Grazer Psychosentage, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Beiträge zur Ätiologie, Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, Sonderheft 1, 73. Jahrgang, 11.05, Thieme Verlag Stuttgart (2005)
- Holmes, T.**, Rahe, R., Social Readjustment Rating Scale, Life changes scale (Seite 214), in: Journal of Psychosomatic Research, Vol. II, S. 213 – 218, Pergamon Press (1967)
- Horwitz, A.**, Creating mental illness, The university of Chicago Press (2002)
- Jung, C.G.**, Carl Gustav Jung. Person, Psyche und Paradox, Du - Die Zeitschrift der Kultur, Heft Nr. 8, August 1995, TA Media, Zürich (1995)
- Kardoff, v., E.**, Modellvorstellungen über psychische Störungen, in: Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens, Keupp, H. und Zaumseil, M. (Hrsg.), Frankfurt am Main (1978)
- Keupp, H.**, (Hrsg.), Normalität und Abweichung, Urban und Schwarzenberg, München (1979)
- Klingberg, S.**, Psychotherapeutische Dimensionen von Psychoedukation, S. 214 – 219, in: Bäuml, J., Pitschel-Walz, G. (Hrsg.), Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen, Schattauer Verlag (2008)
- Lampert, Th.**, Kurth, B., Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Ergebnisse des Kinder und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 104, Heft 43, S. 2944 – 2949, Köln (2007)
- Kuhn, T.**, Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main (1967)
- Lazarus, R.**, Stress und Stressbewältigung – ein Paradigma, in: Kritische Lebensereignisse, Filipp, S. (Hrsg.), Urban und Schwarzenberg, München
- Minauf, M.**, Psychoanalytische Aspekte zur Ätiologie und zum Verständnis schizophrener Psychosen, S. 78 – 83, in: Grazer Psychosentage, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Beiträge zur Ätiologie, Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, Sonderheft 1, 73. Jahrgang, 11.05, Thieme Verlag Stuttgart (2005)
- Moeller-Leimkühler, A.**, Sozialer Status und Geschlecht, Zur Aktualität sozialer Ungleichheit bei psychiatrischen Erkrankungen, in: Der Nervenarzt, 11/99, S. 970 – 980, Springer Verlag, Heidelberg (1999)

- Mundt, C.**, Auswirkungen nosographischer und denosologisierender Ansätze schizophrener Erkrankungen, S. 9 – 15, in: Grazer Psychosentage, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Beiträge zur Ätiologie, Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, Sonderheft 1, 73. Jahrgang, 11.05, Thieme Verlag Stuttgart (2005)
- Nuechterlein, KH**, Vulnerability Models for Schizophrenia, State of the Art, S. 297 – 316, in: Search for the Causes of Schizophrenia, Häfner, H., Gattaz, W., Janzarik, W. (Hrsg.), Springer, New York (1987)
- Pieper, A.**, Einführung in die Ethik, A. Francke Verlag, Tübingen, 6. Auflage (2007)
- Pieringer, W.**, Fazekas, C., Pieringer, C., Die schizophrene Psychose als existenzielle Erkrankung, S. 25 – 31, c
- Psych-PV (Psychiatriepersonalverordnung)**, unter der homepage des Bundesministeriums für Justiz, Juris, [www.gesetze-im-internet.de/psych-pv](http://www.gesetze-im-internet.de/psych-pv) (1990)
- Resch, F.**, Zur präpsychotischen Persönlichkeitsentwicklung in der Adoleszenz, in: Psychotherapeut, Nr. 43, S. 111 – 116, Springer Verlag, Heidelberg (1998)
- Rietschel, M.**, Perspektiven zur Ätiologie der Schizophrenie, Vortrag gehalten am 27.02.08 in Hamburg während der Fachtagung „Die subjektive Seite der Schizophrenie“
- Robert Koch Institut** (Hrsg.) Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41, Psychotherapeutische Versorgung, Berlin (2008)
- Rogers, C.**, Klientenzentrierte Therapie, 1951
- Rose, N.**, Tod des Sozialen? Eine Neubestimmung der Grenzen des Regierens, in: Bröckling, U., Krasmann, S., Lemke, T. (Hrsg.), Gouvernementalität der Gegenwart, S. 72 – 109, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main (2000)
- Rummel-Kluge, C.**, Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Kissling, W., Umfrage zur Häufigkeit und Durchführung von Psychoedukation bei Schizophrenie an psychiatrischen Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz, S. 42 – 48, in: Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen, Schattauer Verlag, Stuttgart (2008)
- Selye, H.**, Streß, deutsche Erstausgabe: Piper Verlag, München (1974)
- Shin, S.**, Lukens, E., Effects of psychoeducation for korean americans with chronic mental illness, Psychiatric Services 53: 1125 – 1131 (2002)
- Singer, W.**, Selbsterfahrung und neurobiologische Selbstbestimmung, in: Der Mensch – ein freies Wesen?, Schmidinger, v.H. (Hrsg.), Darmstadt (2005)
- Stieglitz, R.**, Vauth, R., Verhaltenstheoretische Konzepte in der Ätiologie schizophrener Syntome, S. 60 – 65, in: Grazer Psychosentage, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Beiträge zur Ätiologie, Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, Sonderheft 1, 73. Jahrgang, 11.05, Thieme Verlag Stuttgart (2005)
- Stock, C.**, Sachser, N., Humanbiologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften, in: Handbuch Gesundheitswissenschaften, Hurrelmann, K., Laaser, U., Razum, O. (Hrsg.), S. 93 – 116, Juventa Verlag Weinheim, 4. Auflage (2006)
- Szasz, T.**, The myth of mental illness, Hoeber-Harper, New York (1961)
- Troschke, J., von**, Gesundheits- und Krankheitsverhalten, in: Hurrelmann, K., Laaser, U., Razum, O. (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 4. Auflage, Juventa Verlag, Weinheim (2006)
- Vogt, I.**, Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften, in: Hurrelmann, K., Laaser, U., Razum, O. (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 4. Auflage, Juventa Verlag, Weinheim (2006)
- Zubin, J.**, Spring, B., Vulnerability – a new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, Vol. 86, No. 2, Seiten 103 – 124 (1977)

**Foto Titelblatt:** John McCracken, Installation „fire“, 2007, Documenta Kassel, fotografiert von Heinrich Hohmann

**Zitat S. 1:** Walter Gropius in den 20er Jahren, Textstelle über [www.zitate.de](http://www.zitate.de)

**Danke an:** Nora und Heinrich für die Powerpointschaubilder