

Weder die Autoren/innen, noch die Fachschaft Psychologie übernimmt irgendwelche Verantwortung für dieses Skript.

Das Skript soll nicht die Lektüre der Prüfungsliteratur ersetzen.

Verbesserungen und Korrekturen bitte an fs-psycho@uni-koeln.de mailen.

*Die Fachschaft dankt den AutorInnen im Namen aller Studierenden!*

**Erstellung der Originalfassung: Martina Panzer und Jana Reul**

**Überarbeitung: Rüdiger Zentgraf (2005)**

Dieses Dokument wurde für die Schriftart *Arial Narrow* optimiert. Darum liegt dieser Datei die entsprechende Font-Datei bei, die bei Bedarf in den Font-Ordner (C:\Windows\Fonts\)) kopiert werden kann.

## **1 Einführung: Psychische Störungen und wissenschaftstheoretische Betrachtungen**

1. Welche Bereitschaft braucht ein Klinischer Psychologe für seine Tätigkeit?

Große Ambiguitätstoleranz: Fähigkeit, mit vorläufigen und widersprüchlichen Informationen zurecht zu kommen.

Bemühen um Objektivität: von persönlichen Voreinstellungen und Erfahrungen über Störungen absehen können

## **1 Einführung: Psychische Störungen und wissenschaftstheoretische Betrachtungen**

2. Welche Merkmale von Verhaltensstörungen lassen sich nennen?

Teildefinitionen abweichenden Verhaltens:

- statistische Seltenheit (z.B. bei geistiger Behinderung)
- Verletzen von sozialen Normen (z.B. Psychopathie),
- persönliches Leid (z.B. Angst),
- Beeinträchtigung der Lebensführung (z.B. Arbeitsunfähigkeit),
- Unangemessenes Verhalten/Reaktionen auf Umweltbelastungen.

Nicht jeder dieser Aspekte ist auf jede Diagnose anwendbar, alle haben ihre Probleme!

## **1 Einführung: Psychische Störungen und wissenschaftstheoretische Betrachtungen**

3. Was meint „Wissenschaft – ein menschliches Unterfangen“ oder „Subjektivität in der Wissenschaft“?

- prinzipielle Unfähigkeit, vollständige Kenntnis über das Wesen unseres Universums zu erlangen
- HEISENBERG: „Die Theorie entscheidet darüber, was wir beobachten können“
- KUHN: subjektive Faktoren und Begrenztheiten gehen in die Forschung ein und beeinflussen die Untersuchungsdurchführung, wir handeln innerhalb eines Paradigmas

## **1 Einführung: Psychische Störungen und wissenschaftstheoretische Betrachtungen**

4. Was versteht Kuhn unter einem Paradigma?

= ein System **grundlegender Annahmen**, die eine bestimmte Gesamtheit wissenschaftlicher Fragestellungen beschreiben und dabei sowohl die **Art der Konzepte festlegen**, die als legitim angesehen werden, als auch die **Methoden**, die verwendet werden, um Daten zu sammeln und zu interpretieren (KUHN)

vergleichbar einer allgemeinen Einstellung/Wahrnehmungstendenz

## **1 Einführung: Psychische Störungen und wissenschaftstheoretische Betrachtungen**

5. Worin liegt der Nutzen von Paradigmen in der Wissenschaft?

Geben Normen und Regeln für die wissenschaftliche Arbeit vor, erleichtern den Austausch unter Wissenschaftlern

Sind eine Reihe von grundlegenden Annahmen, die zusammen definieren, wie man Daten in Begriffe fasst, untersucht, sammelt und interpretiert und wie man über bestimmte Inhalte denkt

Beeinflussen das Verständnis der Ätiologie und der therapeutischen Intervention von Störungen

## **1 Einführung: Psychische Störungen und wissenschaftstheoretische Betrachtungen**

6. Was fanden Langer und Abelson in ihrer Untersuchung zum Einfluss von theoretischer Überzeugung auf die Beurteilung von Menschen heraus?

Verhaltenstherapeuten ließen sich weniger als traditionelle Kliniker von der Beschreibung eines Menschen als psychisch krank beeinflussen.

Sie bekamen ein Video eines Interviews, der Proband wurde vorher entweder als psychiatrischer Patient oder als Stellenbewerber beschrieben.

Die Angepasstheit des Probanden war mit Hilfe eines Fragebogens zu beurteilen.

Verhaltenstherapeuten: realistisch, ernsthaft, verantwortungsbewusst

traditionelle Kliniker: abwehrende Person, impulsiv, rigide

**-> Theorie beeinflusst Wahrnehmung**

## **1 Einführung: Psychische Störungen und wissenschaftstheoretische Betrachtungen**

7. Welche Berufsgruppen befassen sich mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen?

- **Klinischer Psychologe:** Dipl.-Psych. mit Weiterbildung im Fach Klinische Psychologie
- **Psychologische Psychotherapeuten:** Klinische Psychologen mit staatlicher Zusatzausbildung/Approbation
- **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**
- **Psychiater:** Facharzt für Psychiatrie, ausgebildet für Diagnostik und Pharmakotherapie -> darf Psychopharmaka verschreiben
- **Psychoanalytiker:** speziell ausgebildet, hat Lehranalyse absolviert
- **Psychopathologe:** Forscher auf dem Gebiet der Ursachen und Entwicklung psychischer Störungen (unterschiedliche Ausbildung möglich)
- **Verhaltenstherapeuten**
- **Sozialarbeiter:** FH Sozialarbeit/Sozialpädagogik -> Sozio-, Arbeitstherapie, Reha, berufliche Wiedereingliederung

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

1. Welche Paradigmen lassen sich in der Klinischen Psychologie unterscheiden?

- das biologische Paradigma
- das psychoanalytische Paradigma
- das lerntheoretische Paradigma
- das kognitive Paradigma
- humanistische und existentielle Paradigmen

## **2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie**

2. Welches sind die zentralen Aussagen des biologischen Paradigmas?

Psychische Störungen werden durch biologische Prozesse verursacht.

-> Medizinisches Krankheitsmodell

## **2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie**

3. Worin besteht das Krankheitsverständnis des biologischen Paradigmas?

Modell der körperlichen Krankheit als Grundlage für die Definition abweichenden Verhaltens; medizinische Terminologie ist vorherrschend

Symptome sollen studiert und inneren Fehlfunktionen zugeschrieben werden

Begriffe: pathologisch, Symptome, Diagnose, Therapie, Klinik, Heilung

-> psychische Störungen werden durch biologische Prozesse verursacht

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

4. Was bringen Kritiker gegen das medizinische Krankheitsmodell vor?

Es trägt nicht zur Klärung des Phänomens bei, abweichendes Verhalten als Krankheit zu bezeichnen.

Auch bei medizinischen Krankheiten gibt es viele Symptome und Ursachen.

Problem des Reduktionismus (alles wird auf grundlegende Elemente reduziert, dabei ist das Ganze mehr als die Summe seiner Teile -> das Wesentliche wird nicht erkannt

## **2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie**

5. Was sind typische Forschungsansätze zu dem biologischen Paradigma?

**Verhaltensgenetik**

= das Studium der individuellen Unterschiede im Verhalten, die zum Teil auf die unterschiedliche genetische Veranlagung zurückzuführen sind.

**Biochemie**

des Nervensystems: Prüfung, ob Störungen auf zu große oder zu kleine Menge eines Neurotransmitters zurückzuführen sind

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

6. Was meint man mit Familienstudien, mit Zwillingsstudien?

### **Familienmethode**

Korrelation zwischen der Anzahl der gemeinsamen Gene und der Häufigkeit der Störung bei Verwandten (Bildung von Indexgruppe mit Diagnose, Untersuchung der Verwandten)

### **Zwillingsmethode**

**Konkordanz (ähnliche Diagnose) bei MonoZygoten -> als bei DiZygoten Zwillingen -> vererbare Prädisposition der untersuchten Störung (Problem: oft auch gleiche Erziehung)**

Aber: Problem der gemeinsamen Umwelt/Erziehung!

## **2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie**

7. Was drückt die Konkordanzrate aus?

Ähnliche Diagnose bei Geschwistern/Zwillingen

liefert Hinweise auf Erblichkeit psychischer Störungen

Konkordanz: Übereinstimmung von - Beobachtungen

- Erbanlagen
- bestimmten Merkmalen

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

8. Was sind Adoptionsstudien?

Untersuchung von Kindern, die getrennt von ihren psychisch kranken Eltern aufwachsen.

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

9. Was sind Linkage-Analysen?

Versucht, das entsprechende Gen zu ermitteln (anhand von Diagnosedaten/Blutbild etc.)

Tritt unter Verwandten eine Störung zusammen mit einem anderen Merkmal (genetischem Marker) auf, dessen Erbanlagen bekannt sind, wird darauf geschlossen, dass sich das Gen für die Störung auf demselben Chromosom bzw. an ähnlicher Stelle befindet -> z.B. bei Alzheimer

-> großer Erfolg der Methode

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

10. Was sind typische und wichtige Neurotransmitter des Nervensystems?

- **Noradrenalin** (peripher, sympathisch -> Erregung, Angst)
- **Dopamin und Serotonin** (v. a. im Gehirn, Serotonin -> Depressionen, Dopamin -> Schizophrenie)
- **GABA** (Gamma-Amino-Buttersäure, hemmend, im Gehirn -> Angst)

## **2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie**

11. Welche Behandlungsmethoden folgen aus einem biologischen Verständnis abweichenden Verhaltens?

**Medikamente**

z.B. zur Herstellung eines Gleichgewichts bestimmter Substanzen, z.B. bei Phenylketonurie  
PKU

z.B. Tranquilizer bei Angst

Antidepressiva

Aber: Einsatz auch ohne Wissen darüber, was die Störung verursacht!

## **2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie**

12. Wie ist das biologische Paradigma zu bewerten?

reduktionistisch = alles, was untersucht wird, wird auf seine grundlegendsten Elemente/Bestandteile reduziert.

Problem: Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile -> Eigenschaften komplexer Systeme wie Nervenbahnen können nicht aus den Eigenschaften der Elemente abgeleitet werden.

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

13. Was ist die Kernannahme des psychoanalytischen oder tiefenpsychologischen Paradigmas?

Psychische Krankheiten entstehen aus Problemen des Unbewussten (vgl. FREUD)

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

14. Was sind nach der klassischen analytischen Position die Strukturmerkmale der Psyche?

Klassische analytische Position = Position Sigmund Freuds

- **Es:** besteht von Geburt an, liefert Energie, grundlegende Bedürfnisse, Triebe Eros [Energie Libido] und Thanatos, Lustprinzip (Spannungsbeseitigung)
- **Ich:** weitgehend bewusst, ab 1/2 Jahren, Realitätsprinzip, vermittelt zwischen Realität und Es
- **Über-Ich:** Träger der moralischen Normen der Gesellschaft, Gewissen, moralisches Prinzip

**Psychodynamik** als Wechselspiel der drei Instanzen, (geschlossenes Energiesystem, Determinismus)

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

15. Wie kommt es zu Störungen in diesem Entwicklungsprozess?

Konflikte zwischen Es und Umwelt im Entwicklungsprozess

zu viel/zu wenig Befriedigung in einer bestimmten Phase

Einfrieren der Entwicklung möglich

-----

„dieser Entwicklungsprozess“ = psychosexuelle Entwicklung (orale, anale, phallische, Latenz- und genitale Phase)

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

16. Was ist Fixierung? Was ist der Ödipus- bzw. Elektrakomplex?

**Fixierung:** „Einfrieren“ der Entwicklung auf einer frühen psychosexuellen Stufe

**Ödipuskomplex:** sexuelles Verlangen nach Mutter beim Jungen, Ablehnung des Vaters

**Elektrakomplex:** sexuelles Verlangen nach Vater beim Mädchen, Ablehnung der Mutter

**Lösung d. Komplexe:** Identifikation mit gleichgeschlechtlichem Elternteil, Übernahme moralischer Wertvorstellungen (sonst -> Schuldgefühle wegen sexuellen Wünschen, Furcht vor Intimität)

## **2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie**

17. Welche Arten von Abwehrmechanismen lassen sich unterscheiden?

S. FREUD UND Anna FREUD

**Abwehrmechanismus** (unbewusste Strategie, die das Ich vor Angst schützt)

**Verdrängung** (von Triebregungen/Gedanken ins Unbewusste)

**Projektion** (eigener unbewusster Wünsche auf andere)

**Verschiebung** (auf Ersatzobjekt)

**Reaktionsbildung** (Umwandlung ins Gegenteil)

**Regression** (Rückzug auf frühere Entwicklungsstufe)

**Rationalisierung** (Erfindung eines guten Grundes)

**Verleugnung** (Fernhalten aus dem Bewusstsein)

**Sublimierung** (Umleitung in sozial akzeptierte Handlungen)

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

18. Wozu ist Abwehr nützlich?

**Ziel:** Es-Energie abführen, ohne wahre Motive angehen zu müssen

-> machen Betroffene auf Schwierigkeiten aufmerksam  
zum Teil adaptiv und gesund, zum Teil hemmend

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

19. Worin besteht der Beitrag der Neofreudianer?

Neofreudianer: C. G. JUNG und Alfred ADLER

Jung: Selbstaktualisierung, individuelles vs. kollektives Unbewusstes, Zielgerichtetheit, Vermischung männlicher/weiblicher Komponenten, Extraversions-/Introversions-Komponenten, Kreativität, Träume und Ziele für Zukunft sind wichtig. Abwertung der psychologischen Triebe als Hauptdeterminante des Verhaltens  
Anwendung des Konzepts der Selbstaktualisierung (Erfüllung durch ausgewogenen Ausdruck aller positiver und kreativer Aspekte der Persönlichkeit)

Adler: siehe eigene Karte

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

20. In welchen Elementen unterscheidet sich Adlers Individualpsychologie von der klassischen Psychoanalyse?

**Streben nach Überlegenheit** (in einer der Gesellschaft dienlichen Weise) wegen Minderwertigkeitsgefühl

**unlösbare Verbindung von Individuum und Gesellschaft**

Bedeutung zielgerichteten Handelns

Betonung der individuellen Phänomenologie zum Verständnis einer Person

Interesse an Entstehung/Prävention von Problemen

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

21. Was sind die wesentlichen Annahmen und Elemente analytischer Psychotherapie?

Basis: Freuds 2. Angsttheorie

Setting: Couch

Ziele: Verdrängung aufheben, sich Kindheitskonflikten stellen, sie bewusst wieder erleben

Techniken:

freie Assoziation (-> Abwehrmechanismen überwinden)

Traumanalyse

Widerstandsanalyse

Interpretation für Verhalten anbieten; Zeitraum: mehrere Jahre (bei FREUD allerdings <6 Monate), auch Kurztherapie möglich!

## **2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie**

22. Wie ist das psychoanalytische Paradigma zu bewerten?

- unzureichend dokumentierte Fallstudien als Basis (nach Gedächtnis oder gar nicht aufgezeichnet)
- evtl. Beeinflussung der Patienten durch FREUD in die gewünschte Richtung
- fließende Grenzen zwischen Interpretation und Beobachtung
- **Paradigmenproblem:** alles wird im Licht der Psychoanalyse gesehen!
- Unüberprüfbare/nicht messbare Konstrukte
- kleine selektive Patienten-Stichprobe

Aber: 4 allgemein anerkannte Annahmen Freuds:

- Kindheitserfahrungen tragen zur Persönlichkeitsbildung des Erwachsenen bei.
- Verhalten wird durch unbewusste Prozesse beeinflusst.
- Menschen setzen Abwehrmechanismen ein.
- Ursachen und Zweck menschlichen Verhaltens sind nicht immer offenkundig.

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

23. Was ist Psychotherapie?

= soziale Interaktion, bei der ein Fachmann versucht, einem Klienten zu helfen, sich anders zu verhalten/zu fühlen.

Angewendete Verfahren basieren auf Theorie/Lehrmeinung

Einsichts- vs. Handlungstherapien

Einsicht: wahre Gründe für Verhalten, Fühlen, Denken aufspüren

Handlung: Veränderung von Verhalten

oft auch Kombination, z.B. auch bei Verhaltenstherapie

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

24. Welche Bedeutung kommt Wirksamkeitsnachweisen zu?

Anm.: Wirksamkeitsnachweisen der Psychotherapie!

Große Bedeutsamkeit wegen Forderung nach Verantwortbarkeit, Übernahme von Kosten durch Kassen etc.

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

25. Was ist das Anliegen des humanistischen/existentialistischen Paradigmas?

Dem Patienten sollen seine Motive und Bedürfnisse bewusster werden -> Einsichtsorientierung

Betonung des freien Willens/der Entscheidungsfreiheit, der Verantwortung und der persönlichen Entfaltung

## **2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie**

26. Was sind die Grundgedanken des klientenzentrierten Konzepts von Rogers?

Menschen sind von Natur aus gut und leistungsfähig.

Gesunde sind sich ihres Verhaltens bewusst. Verhalten ist zweck- und zielgerichtet, Aktivität, Streben nach Selbstverwirklichung.

Therapeuten sollen nichts für den Patienten ändern, aber Empathie/Kongruenz/Akzeptanz entgegenbringen.

Man kann andere nur aus ihrer eigenen Sicht heraus verstehen.

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

27. Was sind Beispiele existentiell orientierter Therapie?

## Logotherapie und Existenzanalyse (V. Frankl)

Vertreter:

- A. Maslow
- V. Frankl
- L. Binswanger

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

28. Wie ist das humanistisch/existentialistische Paradigma zu bewerten?

Validität der Schlüsse, die der Therapeut aus der Phänomenologie zieht, ist ungeklärt.

Annahme, Mensch sei von Natur aus gut, wird in Frage gestellt.

Rogers hat die Psychotherapieforschung ins Leben gerufen.

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

29. Wer waren bzw. sind die Hauptvertreter des lerntheoretischen Paradigmas?

Wilhelm WUNDT (1879 Gründung des ersten psychologischen Labors in Leipzig)

Edward TITCHENER (US-Labor)

Edward THORNDIKE (Gesetz der Wirkung)

John B. WATSON (kleiner Albert)

B. für SKINNER (Prinzip der Verstärkung; Shaping; Skinner-Box)

BANDURA (Modelllernen)

## **2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie**

30. Aus welchen Wurzeln entwickelte sich der Behaviorismus?

- Strukturalismus: Struktur des Geistes untersuchen
- Lernen bei Tieren
- Studium des beobachtbaren Verhaltens
- Orientierung an experimentellen, objektiven Naturwissenschaften (vs. Bewusstsein durch Introspektion – Behaviorismus als Ersatz dafür)

## **2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie**

31. Was sind die Grundgedanken des Behaviorismus?

Lernen und Studium beobachtbaren Verhaltens im Mittelpunkt

Ziel: Voraussage und Kontrolle von Verhalten

## **2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie**

32. Wie sieht das experimentelle Vorgehen beim Klassischen Konditionieren aus?

UCS -> UCR (nicht gelernte Reiz-Reaktions-Verbindung)

UCS + CS -> UCR (wird zu CR, die UCR ähnlich ist)

CS löst schließlich alleine die Reaktion aus (vgl. PAWLOW)

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

33. Was versteht man unter unconditionierten und konditionierten Reizen bzw. Reaktionen?

**UCS:** Reiz, der UCR ohne vorheriges Lernen auslöst

**CS:** löst nach Konditionierung CR aus

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

34. Welche frühen experimentellen Übertragungsversuche des Klassischen Konditionierens auf den Menschen gab es?

## **Der kleine Albert** (WATSON & RAYNOR)

11 Monate alt

weiße Ratte als CS, lautes Geräusch (Schlag auf Metall) als UCS, (U)CR: Verstörung,  
Angst

-> Angst vor Ratte (Phobie)

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

35. Welche Grundüberlegungen kennzeichnen das operante Lernen nach Skinner?

**Schwerpunkt auf Reaktionen und ihre Konsequenzen****diskriminanter Reiz** (kündigt an, ob Konsequenz auf R folgt)**positive/negative Verstärkung** (siehe eigene Karte)

Gesetz der Wirkung + Prinzip der Verstärkung

Gesetz der Wirkung: Verhalten wird in Abhängigkeit von seinen Konsequenzen häufiger oder seltener

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

36. Was bedeuten die Begriffe diskriminativer Reiz, positive und negative Verstärkung?

**diskriminanter Reiz:** kündigt an, welche Konsequenzen bestimmtes Verhalten hat

**positive Verstärkung:** Erhöhung der Verhaltenshäufigkeit durch positiven Verstärker

**negative Verstärkung:** Erhöhung der Verhaltenshäufigkeit durch Beendigung eines aversiven Reizes

## **2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie**

37. Welche Erweiterung erfuhren die klassischen Lerntheorien durch das stellvertretende Lernparadigma (Modellernen)?

**BANDURA** und MENLOVE

**Lernen durch Beobachtung und Nachahmung** anderer (-> Veränderung der Verhaltenswahrscheinlichkeit)

Beispiel: Kinder mit Angst vor Hunden

**Theorie des stellvertretenden Lernens:**

offene Reaktionen werden nicht vom Umweltreiz, sondern von einem zwischengeschalteten Prozess ausgelöst

## **2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie**

38. Was sind die Elemente der „Zwei-Faktoren-Theorie“ des Lernens?

## **Miller & Mowrer**

### **Vermeidenskonditionierung:**

1. Lernen durch klassische Konditionierung, einen Reiz zu fürchten (UCS elektrischen Schlag, CS Ton)
2. Lernen durch operante Konditionierung, sich dem Reiz zu entziehen und die Angst abzuschwächen

Angst als innere Reaktion und als Antrieb zum Vermeidungsverhalten (vermittelnde Angst-Reaktionen)

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

39. Wie erfolgte die Anwendung der Lerntheorien auf abweichendes Verhalten?

1. präzise Beobachtung

2. Behandlung durch Verhaltenstherapie, Verhaltensmodifikation, 3 theoretische Ansätze in der Verhaltenstherapie:

1. Gegenkonditionierung/Konfrontation
2. operante Konditionierung
3. Modellernen
4. Kognitive Verhaltenstherapie (zum Teil)

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

40. Welche kritischen Einwände werden gegen die lerntheoretische Position abweichenden Verhaltens vorgebracht?

- abweichendes Verhalten konnte nicht immer überzeugend auf bestimmte Lernerfahrungen zurückgeführt werden
- Wie wird das Beobachtete in Verhalten umgesetzt? (Modelllernen)
- Dass lerntheoretische Behandlungsmethoden erfolgreich sind, heißt nicht, dass das abweichende Verhalten tatsächlich gelernte Ursachen hat (Beispiel Depression)

## **2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie**

41. Was sind die Grundgedanken des kognitiven Paradigmas?

Der Lernende interpretiert Situationen bewusst und aktiv. Er passt sie an vorhandene Schemata (NEISSER) an oder umgekehrt.

Leitfrage: Wie werden Informationen empfangen, gespeichert und verändert?

Wie werden Erfahrungen strukturiert?

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

42. Welches sind die zentralen Begriffe des kognitiven Paradigmas?

Kognition: Wahrnehmen, Erkennen, Begreifen, Urteilen, Schließen

Schemata, Information, Wissen, Netzwerk

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

43. Welche Kritik wird gegen die kognitive Position vorgebracht?

- vage/schlecht definierte Konzepte
- Erklärungen wenig hilfreich für die Psychopathologie
- kein Beitrag zur Ätiologie

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

44. Wo liegen die Gemeinsamkeiten und wo das Trennende zwischen dem lerntheoretischen, dem kognitiven und dem psychoanalytischen Paradigma?

**Lerntheorie von Kognitivismus:****Gemeinsamkeiten**

beide operieren auf Verhaltensebene, Nähe zur experimentellen Psychologie

**Unterschiede**

Kognitivisten: Veränderung von Kognitionen

Lerntheoretiker: Veränderung von Verhalten

**Vs. Psychoanalyse:**

Widersprüche wichtig, Oberfläche nur ein kleiner Teil, früheste Erfahrungen wichtig, Normen wichtig, Einsichtsorientierung

Gemeinsamkeit zum kognitiven Paradigma: Innere Vorgänge sind von Bedeutung

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

45. Welche Konsequenzen ergeben sich aus der Entscheidung für ein wissenschaftliches Paradigma?

Entscheidung, welche Art von Daten man sammelt und wie man sie interpretieren wird

- Möglichkeiten werden ignoriert und Informationen übersehen
- Entdeckung bestimmter Daten wird wahrscheinlicher
- Einschränkung

Multifaktorielle Perspektive am sinnvollsten!

## **2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie**

46. Was kennzeichnet das Diathese-Stress-Modell? Worin liegen die Vorteile bzw. die Nachteile?

**Modell**

Prädisposition für eine Krankheit (Diathese – physiologisch und als psychologische Reaktionsstendenz) und belastende Umwelt- bzw. Lebensereignisse

Beides nötig für Entwicklung einer Störung

**Vorteile**

- Verbindung biologischer, psychologischer und Umwelt-Faktoren
- paradigmengreifend, integratives Paradigma

**Nachteile**

- nicht alle Störungen können durch das Modell erklärt werden

## ***2 Gegenwärtige Paradigmen in Psychopathologie und Therapie***

47. Was meint „Eklektizismus“ in der Psychotherapie?

Die meisten Therapeuten benutzen Thesen und Techniken einer ganzen Reihe von Schulen.

Praktische Tätigkeit bedeutet Unvollkommenheit

Das therapeutische Vorgehen setzt sich aus Techniken verschiedener Paradigmen zusammen.

Vermischung von Ansätzen aus unterschiedlichen Paradigmen.

### ***3 Klassifikation und Diagnostik***

1. Was sind die Hauptmerkmale des DSM-IV bzw. ICD-10?

ICD-10: international, alphanumerische Kodierung

DSM-IV: amerikanisch, achsial aufgebaut

*siehe auch Frage 2*

### ***3 Klassifikation und Diagnostik***

2. Worin liegen Gemeinsamkeiten des DSM- und des ICD-Systems?

- Klassifikation psychischer Störungen
- operational definierte Diagnosekriterien
- deskriptiver Befund ohne Interpretation
- Verzicht auf umstrittene nosologische und ätiologische Modelle
- Vergabe multipler Diagnosen möglich
- Begriff „Störung“ statt Krankheit

### **3 Klassifikation und Diagnostik**

3. Welche Informationen werden auf den fünf Achsen des DSM-IV erhoben?

I **psychische Störungen**

II **Persönlichkeits-** und spezifische **Entwicklungsstörungen**

III **körperliche Störungen** und Zustände im Zusammenhang mit einer psychischen Störung

IV Schwere der psychosozialen und umweltbedingten **Belastungsfaktoren**

V globale Beurteilung der **sozialen und beruflichen Anpassung** (soziale Beziehungen, berufliche Anpassung, Freizeitverhalten)/Funktionsniveau

### **3 Klassifikation und Diagnostik**

4. Wie lauten die diagnostischen Hauptkategorien der Achse 1 und der Achse 2 des DSM-IV?

**Achse I**

- Störungen, die gewöhnlich zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder der Adoleszenz auftreten
- Delir, Demenz, amnestische und andere kognitive Störungen
- Substanzinduzierte Störungen
- Schizophrenie und andere psychotische Störungen
- Affektive Störungen
- Angststörungen
- Somatoforme Störungen
- Vorgetäuschte Störungen
- Dissoziative Störungen
- Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen
- Schlafstörungen
- Essstörungen
- Anpassungsstörungen
- Störungen der Impulskontrolle

**Achse II**

- Persönlichkeitsstörungen

- Geistige Behinderung

### ***3 Klassifikation und Diagnostik***

5. Was unterscheidet das ICD-10 von den früheren ICD-Systemen?

neu: alphanumerische Verschlüsselung (für psych. Störungen F00 bis F99), auch F 00.00  
(vierstellig) denkbar

### ***3 Klassifikation und Diagnostik***

6. Worin liegen die Unterschiede des ICD-10 zum DSM-IV?

ICD keine Achsen; umfasst möglichst alle Krankheiten (psychische Störungen in Kapitel V; F-Diagnosen)

DSM-IV 5 Achsen; nur psychische Störungen

### ***3 Klassifikation und Diagnostik***

7. Wie lauten die diagnostischen Hauptkategorien des ICD-10?

- F0 Organische und symptomatische psychische Störungen
- F1 Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3 Affektive Störungen
- F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F7 Intelligenzminderung
- F8 Entwicklungsstörungen
- F9 Verhaltens- und emotionale Störungen der Kindheit (und Jugend)

### **3 Klassifikation und Diagnostik**

8. Was sind die Hauptvorwürfe gegen jegliche Art von Klassifikation auffälligen Verhaltens?

- **Klassifikation abweichenden Verhaltens ist irrelevant**

- Verlust möglicherweise relevanter Informationen

- Stigmatisierung durch Klassifikation

- (trotzdem heuristischer Wert, Info über Klasse sammeln)

- **Mängel in der Art, wie Diagnosen gestellt werden**

- Problem der Reliabilität und Validität

- Voraussetzung diskreter Verteilung (Diagnose X: ja – nein) leugnet Kontinuum normales – abweichendes Verhalten

### **3 Klassifikation und Diagnostik**

9. Welche Relevanz hat Klassifikation? Worin liegen die Vorteile, wo die Nachteile?

**Vorteile:**

- heuristischer Wert als Wegweiser zu neuer Information
- Unterschiede als Weg zu Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten

**Nachteile:**

- Verlust möglicherweise relevanter Information
- Stigmatisierung durch Klassifikation

### ***3 Klassifikation und Diagnostik***

10. Worin liegen die Probleme von modernen Diagnosesystemen?

- Problem, dass zwei unterschiedliche Systeme
- Reliabilität und Validität sind in der Praxis nicht so hoch wie in der Forschung (subjektive Faktoren, Vorurteile, usw.)
- oft besser dimensional anzugeben als kategorial
- Grenzen zwischen pathologisch /nicht pathologisch = Kontinuum
- Warum müssen z.B. 5 Kriterien erfüllt sein und nicht nur 4? -> gewisse Willkür

### **3 Klassifikation und Diagnostik**

11. Wie hoch sind die Übereinstimmungen von Beurteilern bei der Vergabe der Hauptkategorien im DSM-IV und ICD-10?

Reliabilität (kappa)

**zwischen .47 und .87**

DSM-IV zwischen .47 und .86 je nach Diagnose

ICD-10 zwischen .57 und .87 je nach Diagnose

Geringer z.B. bei sozialer Phobie, höher bei bipolarer Störung

ICD besser bei Panikstörung, Anorexie, Depression und Bipolarer Störung,

DSM-IV besser bei Bulimie

### ***3 Klassifikation und Diagnostik***

12. Welche Koeffizienten werden üblicherweise dabei berechnet?

Dabei = Übereinstimmung von Beurteilern bei ICD- bzw. DSM-Diagnose (mit Hilfe standardisierter Interviews)

Kappa-Koeffizient

Übereinstimmung zwischen Beurteilern, korrigiert um zufällige Übereinstimmung

### ***3 Klassifikation und Diagnostik***

13. Was misst die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)?

Diagnostik für Psychodynamiker, denn unbewusste Prozesse kann man eigentlich nicht operational definieren, d.h. sie kommen bisher zu kurz.

Erweiterung des ICD für psychodynamische Zwecke mit 4 Achsen:

- Krankheitserleben
- Beziehung
- Konflikt
- Struktur

*ausführliche Beschreibung siehe Antwort zur folgenden Frage*

### ***3 Klassifikation und Diagnostik***

14. Um welche Dimensionen ergänzt die OPD das ICD-10?

4 Achsen des OPD, pro Achse Grad der Integration geschätzt (gute Reliabilität nach Training)

- Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen (Schweregrad, Leidensdruck, Beeinträchtigung, sekundärer Krankheitsgewinn, Einsichtsfähigkeit, Ressourcen, Compliance etc.)
- Beziehung (30 Adjektive zum Selbst- und Fremderleben)
- Konflikt (überdauernde Konflikte (z.B. Abhängigkeit – Autonomie, Unterwerfung – Kontrolle, Versorgung – Autarkie, ödipal-sexuelle Konflikte, Identitätskonflikte etc.)
- Struktur (des Selbst in Beziehungen zu anderen, Fähigkeiten zu Selbstwahrnehmung, -steuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation, Bindung)

## **4 Klinische Erhebungsverfahren**

1. Was versteht man unter Reliabilität und Validität von Untersuchungsverfahren?

## **Reliabilität**

Frage der Stabilität einer Messung

-> Interraterübereinstimmung, Retest-Reliabilität, Paralleltest-Reliabilität, Split-half-Reliabilität

## **Validität**

Ausmaß, in dem ein Verfahren misst, was es messen soll

-> Übereinstimmungsvalidität, Vorhersagevalidität, Konstruktvalidität

## **4 Klinische Erhebungsverfahren**

2. Was versteht man unter einem Klinischen Interview?

**Interview:** der Interviewer versucht mit vornehmlich sprachlichen Mitteln, etwas über den Interviewten herauszufinden

**Merkmale eines klinischen Interviews:**

- Beachtung nonverbalen Verhaltens
- Einfluss des Paradigmas
- Bedeutung der Beziehung
- Unklare Verlässlichkeit der Informationen
- Unterschiedliche Strukturiertheit

Strukturiert z.B. SKID für DSM oder CIDI für ICD

*SKID: Strukturiertes Klinisches Interview für Achse I des DSM-IV*

*CIDI: Composite International Diagnostic Interview*

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

3. Welche Vorteile bietet ein strukturiertes klinisches Interview?

Höhere Reliabilität

z.B. SKID für Achse I des DSM-IV, verzweigtes Interview

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

4. Welche Bedeutung haben psychologische Tests in der Klinik?

Liefern ergänzende Informationen für eine Diagnose

Vorteil: Standardisierung

z.B. Persönlichkeitsfragebögen (Lebenszufriedenheit, Leistungsorientierung, Gehemmtheit, Aggressivität)

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

5. Was sind typische, häufig verwendete Persönlichkeitsfragebogen?

**FPI Freiburger Persönlichkeitsinventar** (Lebenszufriedenheit, soziale Orientierung, Leistungsorientierung, Gehemmtheit, Erregbarkeit, Aggressivität, Beanspruchung, körperliche Beschwerden, Gesundheitsorgen, Offenheit, Extraversion, Emotionalität)

**NEO-FFI NEO Fünf Faktoren Inventar** (Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit) -> „big five“

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

6. Was sind projektive Tests? Welche häufig eingesetzten Verfahren gibt es?

**Projektiver Test:** Antworten des Probanden auf mehrdeutige Standardreize werden durch unbewusste Prozesse beeinflusst und bringen dessen wirkliche Einstellungen, Motivationen und Verhaltensweisen zu Tage

Häufig eingesetzte Verfahren:

Thematischer Apperzeptionstest **TAT**

**Rorschach-Test**

**Scenotest** (Kinder spielen ein Szenario)

**Roberts-Apperzeptionstest** (TAT für Kinder)

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

7. Was meint man mit Projektionshypothese?

Antworten der Probanden auf uneindeutige Reizvorlage entstehen durch unbewusste Prozesse und zeigen wahre Einstellungen, Motive und Verhaltensweisen.

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

8. Welche kritischen Einwände lassen sich gegen die projektiven Tests machen?

nach Anastasi

- **Fälschung der Ergebnisse** (durch den Probanden)
- **Beeinflussung durch Untersucher und Situation** (warme Untersucher erzielten in Studien andere Ergebnisse als kalte)
- **Fehlende Normen**
- **Problem der Validität** (Reliabilität ist okay) bzw. mangelnder Studien zur Validität

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

9. Welche Ziele verbinden sich mit den Intelligenztests?

ursprünglich (z.B. Binet):

- herausfinden, welche Kinder besondere schulische Förderung brauchen

jetzt:

- zur Vorhersage zukünftiger Schulleistungen, Schulempfehlung
- Diagnostik von Hochbegabung bzw. geistiger Behinderung
- Abschätzung des Intelligenzniveaus
- Teil neuropsychologischer Untersuchungen
- Ermittlung von Stärken und Schwächen

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

10. Was lässt sich zur Psychometrie von Intelligenztests aussagen?

1. Im allgemeinen **sehr gute Reliabilität** (Testwiederholung und Split-Half)

**2. gute Kriteriumsvalidität**

3. **problematischere prädiktive Validität** (weil andere wichtige Faktoren z.B. für Schulleistung nicht berücksichtigt werden)

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

11. Welche Faktoren nehmen auf die Leistung im Intelligenztest Einfluss?

Tagesverfassung, Umgang mit Testsituation, Motivation

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

12. Was meint soziale bzw. emotionale Intelligenz?

Fähigkeiten zur sozialen Wahrnehmung, zum Gratifikationsaufschub und zur Sensibilität für die Bedürfnisse anderer (Goleman).

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

13. Worin liegt der Hauptunterschied zwischen traditioneller Psychodiagnostik und verhaltens- bzw. kognitiv-orientierter Diagnostik?

**traditionell**

Messung der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstruktur und Eigenschaften

**verhaltens- bzw. kognitiv orientiert**

SORK-Variablen werden analysiert

- Stimuli (Umgebungs-faktoren)
- Organismus (physiologische und psychische Faktoren)
- Reaktion (beobachtbares Verhalten)
- Konsequenzen (positiver/negativer Verstärker)

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

14. Welche Erhebungsmethoden in der Verhaltensdiagnostik unterscheidet man?

1. direkte Verhaltensbeobachtung (im Alltag und in planmäßig herbeigeführten Situationen)
2. rückblickende Selbstbeobachtung
3. Ökologische Momentaufnahmen (Selbstbeobachtung in Echtzeit, z.B. Tagebuch bei Signal ausfüllen etc.)

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

15. Was ist Verhaltensbeobachtung?

Beobachtung von Verhalten, wenn es tatsächlich auftritt  
z.B. Mutter mit Kind in Laborraum

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

16. Was ist Selbstbeobachtung? Worin liegen die Probleme?

Verhalten selbst beobachten, z.B. in Tagebuch (z.B. zur Raucherentwöhnung über gerauchte Zigaretten), z.B. zur Erfassung von Stimmungen, belastenden Erfahrungen, Bewältigungsverhalten und Gedanken.

vgl. auch „Ökologische Momentaufnahmen“

Probleme:

Selbstbeobachtung führt bereits zu Verhaltensänderung (Reaktivität, erwünschtes Verhalten wird häufiger)

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

17. Wie lassen sich kognitive Prozesse erfassen bzw. messen?

Interviews

Selbstbeurteilungs-Fragebögen

(gedankliches Rückversetzen in bestimmte Situationen)

z.B. Skala dysfunktionaler Überzeugungen DAS oder Cognitive Bias Questionnaire oder

Hoffnungslosigkeitskala HS

Lautes Denken

Gedankenaufschreiben

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

18. Was lassen sich mit den bildgebenden Verfahren (CT, PET, MRI) für Informationen erheben?

**Alle:** Erkennung organischer Probleme und Erforschung von Emotion, Gedanken, Verhalten, Funktionsstörungen, Reflexe

- **CT:** Computertomographie, zeigt Gehirnanomalien durch Unterschiede in Gewebsdichte (z.B. Tumore, Blutgerinnsel, vergrößerte Ventrikel)
- **PET:** Positronen-Emissions-Tomographie, Filme zeigen epileptische Anfälle, Tumore, Schlaganfälle, verletzungsbedingte Traumata und Verteilung psychoaktiver Drogen (Gehirnstrukturen und -funktionen)
- **MRI:** Magnetresonanztomographie, Kernspintomographie, große Einsatzmöglichkeiten, zeigen Ursachen verschiedener Abweichungen (Gehirnstrukturen; bessere Bilder als CT)
- **fMRI:** funktionelle MRI, Messung metabolischer Veränderungen des arbeitenden Gehirns

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

19. Was versteht man unter neurochemischen Verfahren?

### **Post-mortem Untersuchungen**

der Hirne verstorbener, um Transmitterkonzentrationen in bestimmten Regionen zu untersuchen

### **Untersuchung von Neurotransmitter-Metaboliten**

Durch Enzyme zerlegte Metaboliten von Neurotransmittern.

Feststellung in Blut, Urin, Gehirn- und Rückenmarksflüssigkeit

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

20. Was sind typische neuropsychologische Erhebungsverfahren? Wozu dienen sie?

Zweck: Messung von Hirnfunktionsstörungen durch Verhaltensstörungen

**Halstead-Reitan-Batterie:** Taktile Leistungstest Zeit, Taktile Leistungstest Gedächtnis, Kategorien-Test, Lautwahrnehmungstest

**Luria-Nebraska-Batterie:** 11 Teile zur Prüfung motorischer, rhythmischer, melodischer, taktile, kinästhetischer, verbaler und räumlicher Fertigkeiten & Prüfung von Sprachverständnis, Ausdrucksvermögen, Schreiben, Lesen, Rechnen, Gedächtnis, Intellekt

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

21. Welche physiologischen Messverfahren spielen in der Psychologie eine wichtige Rolle?

- **EKG Elektrokardiogramm**

Aufzeichnung des Herzschlags bzw. geänderten elektrischen Potential (Alternativ: Kardiotachometer, misst Herzschlagfrequenz und Zeit zwischen 2 Herzschlägen)

- **Galvanischer Hautwiderstand**

Erhöhte Aktivität der Schweißdrüsen bei Aufregung, Furcht, Zorn etc. führt zu veränderter Hautleitfähigkeit

Messmethoden: a) Oberflächen Elektroden messen Unterschiede an 2 Stellen, b) 2 Elektroden an Handfläche und -rücken erzeugen Spannung und messen Strom

- **Blutdruck**

in vivo bei Erfüllung von Aufgaben mit portablem Gerät und entsprechendem Tagebuch

- **Elektroenzephalogramm EEG**

Messung der Hirnaktivität, Lokalisierung von Tumoren und Verletzungen

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

22. Welche psychologischen Erhebungsverfahren finden in der Klinischen Psychologie Anwendung?

1.Klinische Interviews

2.Psychologische Tests

3.Verfahren, die Verhalten und kognitive Leistungen erfassen

??? Frage ist zwar im neuen Buch noch drin, Antwort aber eigentlich nicht mehr ???

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

23. Welche Rolle spielen kulturelle Einflüsse bei klinischen Erhebungen?

Mehr Unterschiede innerhalb kultureller Gruppen als dazwischen!

HAWIK sagt für Mittel- und Unterschicht Schulleistung gut voraus!

Kulturelle Verzerrungen:

Über- und Unterschätzung psychischer Probleme (Übersehen von Störungen durch Zuschreibung auf kulturelle Faktoren)

Kulturspezifische Faktoren: Sprache, Wettbewerbsmotivation, Glaubenshaltung, Scheu, zum Teil Glaube an Geister z.B. normal

Gegenstrategien: Kultur kennen lernen, in Betracht ziehen, mehrsprachige Tests nehmen, Beziehung ist wichtig (z.B. bei schüchternem Kind).

#### **4 Klinische Erhebungsverfahren**

24. Was lässt sich zur Stabilität und Variabilität von Verhalten sagen?

Persönlichkeitstheorie: Menschen verhalten sich situationsübergreifend konstant

Mischel: Verhalten von Menschen ändert sich je nach Situation.

Rigidität/Inflexibilität kann Störungsmerkmal sein

Gleiche Situationen werden nicht immer als gleich wahrgenommen.

Man wählt passende Situationen für sich aktiv aus.

Man ist bemüht, sich konsistent darzustellen.

Funktionalität des Verhaltens in der Situation ist zu berücksichtigen

-> all dies ist bei Kontroverse zu berücksichtigen.

Interaktion von Persönlichkeitsfaktoren und Situation!

-> Verhalten über verschiedene Situationen variabler als Persönlichkeitstheorien annehmen, aber stabiler als Lerntheorien annehmen.

## ***5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens***

1. Welchen Kriterien muss wissenschaftliches Vorgehen genügen?

- Überprüfbarkeit/Falsifizierbarkeit
- Reliabilität, Objektivität
- Beobachtungen müssen objektiv und reliabel sein

## ***5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens***

2. Was meint das Prinzip „Überprüfbarkeit und Falsifizierbarkeit“?

Aussagen, Theorien und Behauptungen müssen ungeachtet ihrer Plausibilität überprüfbar und Gegenstand von Widerlegungsversuchen sein

Voraussetzung: klare und präzise Formulierung von Vorschlägen und Behauptungen

## ***5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens***

3. Welche Rolle spielen Theorien in der Wissenschaft? Worin liegen die Vorteile?

## Theorien

- Konstruktionen von Wissenschaftlern (mit abstrakten Konstrukten)
- erlauben die Bildung von Hypothesen
- Erklärung von Fakten und Phänomenen
- bestehen innerhalb von Paradigmen

## Vorteile

- unabhängig von Raum und Zeit
- Erklärung bereits beobachteter Beziehungen (verallgemeinernd)

## **5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens**

4. Welches sind die häufigsten Forschungsmethoden der Klinischen Psychologie?

- Fallstudie
- Epidemiologische Forschung
- Korrelationsmethode
- Experiment
- experimentelle Untersuchung am Einzelfall

## ***5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens***

5. Welchen Erkenntnisbeitrag können Einzelfallstudien leisten?

Detaillierte Informationen über ein Individuum sammeln (z.B. Familien-, Krankheits-, Ehe- und Bildungsgeschichte etc.)

**Zwecke:**

- Darstellung seltener/ungewöhnlicher Phänomene oder neuer Methoden (Problem der internen und externen Validität!)
- Widerlegung einer universalen Hypothese (nicht jedoch Beweis einer Hypothese/Theorie)
- Entwicklung von Hypothesen (gut geeignet dafür!)

**Beispiele:** Thigpen & Cleckley: The three faces of Eve (S. 121)

## ***5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens***

6. Welchen Nutzen und welche Beweiskraft haben Fallstudien?

## **Nutzen**

### **1. Darstellung seltener/ungewöhnlicher Phänomene oder neuer Methoden**

fragliche Validität (z.B. 3 Gesichter Evas, S. 121)

### **2. Widerlegung einer universalen Hypothese**

gute Beweiskraft (dagegen schlecht zum Beleg einer Hypothese)

### **3. Entwicklung von Hypothesen**

guter Nutzen (z.B. wurde so frühkindlicher Autismus entdeckt)

## ***5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens***

7. Was ist Epidemiologie? Welche Methoden werden dabei angewendet?

**Epidemiologie** = Untersuchung der Häufigkeit und Verteilung einer Störung in einer Population

**Methoden:**

Prävalenz <sup>1</sup>, Inzidenz <sup>2</sup>, Lebenszeitrisiko <sup>3</sup> und Risikofaktoren <sup>4</sup> bestimmen

<sup>1</sup> Anteil einer Population, die an einer Störung leidet

<sup>2</sup> Anzahl der Neuerkrankungen

<sup>3</sup> Wahrscheinlichkeit, an einer Störung zu erkranken

<sup>4</sup> Bedingungen, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Störung vergrößern

## ***5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens***

8. Was versteht man unter Prävalenz, was unter Inzidenz, was unter Lebenszeitrisiko, was unter Risikofaktoren?

**Prävalenz:** Anteil der Population, der zu einer bestimmten Zeit an einer bestimmten Erkrankung leidet

**Inzidenz:** Zahl an Neuerkrankungen pro Zeitabschnitt (in der Regel 1 Jahr)

**Lebenszeitrisiko:** Risiko, im Verlauf des Lebens an einer bestimmten Krankheit zu erkranken

**Risikofaktoren:** Bedingung/Variable, die die Wahrscheinlichkeit vergrößert, an einer bestimmten Krankheit zu erkranken

## ***5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens***

9. Welche Ziele verfolgt die Korrelationsmethode?

Prüfung eines Zusammenhangs zwischen zwei oder mehr Variablen ohne Anspruch auf Beschreibung kausaler Zusammenhänge

## ***5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens***

10. Was wird mit „statistischer Signifikanz“ ausgedrückt?

Maß für die Wahrscheinlichkeit, mit der ein gefundener Zusammenhang zufällig ist und bei Wiederholung nicht wieder auftreten würde.

in der Regel  $p \leq 0,5$

## ***5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens***

11. Was meint dagegen „reale, soziale oder auch klinische“ Signifikanz?

## Bedeutsamkeit/Wert eines Ergebnisses

## ***5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens***

12. Was sind die gravierendsten Probleme der Korrelationsmethode?

1. Problem der Versuchsrichtungsrichtung

2. Problem von Kovariablen

-> Unmöglichkeit, per Korrelation Ursache-Wirkungs-Beziehungen festzustellen (z.B. Schizophrenie – soziale Schicht)

Korrelation impliziert keine Verursachung, aber Verursachung impliziert Korrelation

## ***5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens***

13. Welche Aussagen erlaubt die „experimentelle Methode“?

Aussagen über kausale Beziehungen

durch systematische Variation einer UV, Messung mindestens einer AV und Randomisierung der Probanden und Einbeziehung einer Kontrollgruppe

## ***5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens***

14. Was sind die Grundmerkmale eines experimentellen Versuchsplans?

- experimentelle Hypothese wird geprüft
- Kontrolle/Manipulation mindestens einer UV
- Randomisierung (zufällige Zuweisung der Probanden zu den Untersuchungsbedingungen)
- Messung mindestens einer AV
- Unterschiede zwischen Gruppen: experimenteller Effekt

## ***5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens***

15. Was versteht man unter „interner Validität“?

Experiment ist intern valide, wenn der **Effekt zuverlässig der Manipulation der UV zugeschrieben** werden kann

Methoden:

1. Störvariablen ausschalten/kontrollieren (z.B. Rosenthal-Effekt durch Doppel-Blind-Methode)
2. Einbezug einer Kontrollgruppe
3. Zufallsauswahl und Randomisierung

## ***5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens***

16. Was meint „externe Validität“?

Maß für **Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse** über das unmittelbare Experiment hinaus

## ***5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens***

17. Was versteht man unter "Placebo-Effekt"?

= Verbesserung des körperlichen oder psychischen Zustands, die eher auf die Erwartungen des Patienten als auf ein spezifisches Element der Behandlung zurückzuführen ist.

Nutzen z. T. bedeutend und von Dauer (sollte man nicht unterschätzen)

Bei Therapie ist aber Besserung durch Erwartung, Hilfe zu bekommen, kein Placebo-Effekt!  
- Placebokonzept für Psychotherapie nur begrenzt geeignet > evtl. besser "Allgemeinfaktoren"(die nicht verfahrensspezifisch sind)

## ***5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens***

18. Was ist ein Analogie-Experiment und wozu ist es gut?

Bestimmte Experimente können aus ethischen und/oder praktischen Gründen nicht durchgeführt werden

**-> Untersuchung eines verwandten Phänomens im Labor**

1. z.B. Manipulation der Probanden durch Medikamente/Konditionierung zur Erzeugung abweichenden Verhaltens
2. Wahl von Probanden mit Ähnlichkeiten zu bestimmter Diagnose
3. Tier-Experimente

-> geringe externe Validität

## ***5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens***

19. Wodurch zeichnen sich experimentelle Einzelfallpläne aus?

- Untersuchung eines Einzelfalls
- Experiment bezieht sich hier auf die Anwendung einer nicht oder wenig bekannten Behandlungsmethode
- keine Kontrollgruppe
- interne/externe Validität eher gering

Lösung: ABAB-Versuchsplan

## ***5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens***

20. Was ist ein ABAB-Versuchsplan? Wo liegen die Grenzen?

Viermalige Messung des Verhaltens

A: Erfassung der Ausgangshäufigkeit (baseline)

B: Behandlung (Treatment)

Veränderungen geben Hinweis darauf, dass Manipulation für Veränderung verantwortlich ist.

Grenzen:

ursprünglicher Zustand oft nicht wieder herstellbar

ethisch nicht vertretbar, Patienten in ursprünglichen Zustand zurückzusetzen

## ***5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens***

21. Lassen sich korrelative und experimentelle Methoden kombinieren? Wie?

**Ja, in gemischten Versuchplänen**

klassifikatorische Variable ist organisch (z.B. Schwere einer Störung)

experimentelle Variable zusätzlich variiert (z.B. Behandlungsmethode)

## ***5 Methoden zur Untersuchung gestörten Verhaltens***

22. Was sind Meta-Analysen? Wozu sind sie gut? Wo liegen die Probleme?

Integration von Befunden verschiedener Studien, z.B. Psychotherapieforschung

Vorgehen: Erfassung aller relevanter Untersuchungen, Ergebnisse in einheitliches Format (Effektgröße) bringen, Vergleich

Probleme: Qualität der Untersuchungen variiert, Problem der Beurteilung der Güte von Studien

Vorteil: Ziehen allgemeiner Schlüsse möglich, Verringerung subjektiver Einflüsse

## **6 Angststörungen**

1. Was ist das Verbindende der Kategorien, die unter der Gruppe der Angststörungen zusammengefaßt werden?

subjektiv erlebte Gefühle der Angst liegen eindeutig vor

## **6 Angststörungen**

2. Welche Hauptkategorien der Angststörungen lassen sich unterscheiden?

- Phobien
- Panikstörung
- generalisierte Angststörung
- Zwangsstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Akute Belastungsstörung

## **6 Angststörungen**

### 3. Was versteht man unter Komorbidität?

Patient mit einer Störung (z.B. Angststörung) erfüllt die diagnostischen Kriterien für eine weitere Störung.

## **6 Angststörungen**

4. Was versteht man unter Phobien in Abgrenzung zu anderen Formen der Angst?

= beeinträchtigendes, angstvermitteltes Vermeidungsverhalten, das in keinem Verhältnis zur objektiven Gefahr steht und vom Leidenden als grundlos erkannt wird.

## **6 Angststörungen**

5. Was sind typische Beispiele für Phobien?

- 1.Klaustrophobie: Angst vor geschlossenen Räumen
- 2.Agoraphobie: Angst vor öffentlichen Plätzen
- 3.Akrophobie: Höhenangst
- 4.Angst vor Schlangen/Spinnen (Ophidiophobie/Arachnophobie)
- 5.soziale Phobie

## **6 Angststörungen**

6. Wie häufig sind Phobien in der Bevölkerung? Wie häufig sind Männer, wie häufig sind Frauen davon betroffen? Wann ist das typische Auftretensalter?

Altes Buch: ca. 6% der Bevölkerung betroffen, 8% der Frauen und 3,4% der Männer betroffen

Auftretensalter:

spezifische Phobien: frühe Kindheit, 7% Lebenszeitprävalenz bei Männern, 16% bei Frauen

soziale Phobien: Jugend, 11% bei Männern, 15% bei Frauen

## **6 Angststörungen**

7. Welche Untergruppen unterscheidet man bei Phobien?

1.spezifische Phobien

2.soziale Phobien

## **6 Angststörungen**

8. Was sind spezifische Phobien?

= unbegründete Ängste, die durch spezifische Gegenstände oder Situationen bzw. deren Antizipation ausgelöst werden.

Einteilung nach ihren Ursachen z.B.

Blut/Spritzen/Verletzungen

Situationen (Flugzeug, Aufzug, geschlossener Raum)

Tiere

Umwelt (Höhen, Wasser)

## **6 Angststörungen**

9. Wie ist eine soziale Phobie definiert?

= anhaltende, irrationale, an die Gegenwart anderer Menschen gebundene Angst (z.B. vor Beobachtung, Kritik, eigenem unangemessenem Verhalten)

## **6 Angststörungen**

10. Welche Erklärungskonzepte unterscheidet man?

1. Psychoanalytisch (Abwehr verdrängter Triebimpulse)

2. lerntheoretisch

Modell der Vermeidenskonditionierung

Modellernen

physiologische Bereitschaft, Disposition

(operantes Konditionieren durch positive Konsequenzen)

3. kognitiv

4. Mangelnde sozialer Fertigkeiten

5. biologisch (labiles autonomes Nervensystem, genetische Faktoren)

Anm.: Erklärungskonzepte bezieht sich auf Phobien

## **6 Angststörungen**

11. Welche Erklärungen bieten Psychoanalyse und Lerntheorie für Phobien?

**Psychoanalyse:** Phobie = Abwehr der Angst vor verdrängten Triebimpulsen des Es und Verschiebung auf ein Objekt/eine Situation, die mit der Triebregung in symbolischem Zusammenhang steht (FREUD)/Phobie zur Vermeidung der Auseinandersetzung mit Triebimp.  
ARIETI: Verdrängung der Erfahrung, dass auf Erwachsene/die Eltern kein Verlass ist → Umwandlung der entsprechenden Angst in Furcht/Phobie

**lerntheoretisch**

Modell der Vermeidenskonditionierung

Modellernen

physiologische Bereitschaft/preparedness, Disposition

(operantes Konditionieren durch positive Konsequenzen)

## **6 Angststörungen**

12. Gibt es Belege?

Anm.: Belege für die psychoanalytischen bzw. lerntheoretischen Erklärungen für Phobien

**Für Psychoanalytische Erklärung:** nur klinische Fallberichte

**Für Lerntheorie:** Furcht wird nicht nur durch klassische Konditionierung erworben, ethische Probleme der Prüfbarkeit aller Vermutungen, uneinheitliche Befunde

Rhesusaffen wurde durch Modellernen Furcht vor Schlangen beigebracht, es gibt Belege für Preparedness (s.u.)

## **6 Angststörungen**

13. Was versteht man unter Bereitschaft („preparedness“)?

physiologische Bereitschaft des Organismus, einen bestimmten CS mit einem bestimmten UCS zu verknüpfen (SELIGMAN)

Belege:

- UCS Übelkeit, CS Nahrung essen wirkte bei Ratten besser als CS Nahrung sehen
- UCS elektrischer Schlag, CS Licht besser als CS Geschmack (Ratten)
- UCS elektrischer Schlag, CS Foto von Schlangen besser als von Gebäuden oder Gesichtern (Menschen)

## **6 Angststörungen**

14. Welche Rolle spielt das operante Konditionieren bei Phobien?

**2-Faktoren-Theorie von Mowrer** (kann nicht alle Entstehungen von Phobien erklären)

1. klassische Konditionierung (Verknüpfung von neutralem Reiz mit schmerzhaftem/erschreckendem Erlebnis)
2. operante Konditionierung (Vermeidung des konditionierten Reizes vermindert Angst)

## **6 Angststörungen**

15. Wie erklären die Theoretiker des kognitiven Paradigmas die Entstehung und Aufrechterhaltung von Phobien?

erhöhte Aufmerksamkeit für phobische Reize/phobierelevante Informationen

- Probanden überschätzen die Häufigkeit gemeinsamer Darbietung von phobischem Reiz und negativer Konsequenz – Angst wird beibehalten oder verstärkt
- Angstreize werden bei Auftreten gemieden und nicht verarbeitet (schlechtes Gedächtnis für Angstreize)
- sozial Ängstliche achten mehr auf Beurteilung durch andere und Eindruck, den sie machen
- negative Interpretation mehrdeutiger Informationen

## **6 Angststörungen**

16. Welche Rolle spielen Defizite sozialer Fertigkeiten und Kompetenzen bei der Ätiologie sozialer Phobien?

Theorie: Betroffene haben nicht gelernt, sich so zu verhalten, dass sie sich in Gegenwart Dritter wohl fühlen (oder unangemessenes Benehmen -> häufige Kritik)

Problem: Abgrenzung sozialer Phobien, nicht immer werden soziale Situationen gemieden, unterschiedlichste Quellen der Angst

Betroffene weisen oft mangelhafte soziale Fertigkeiten auf (aber: Ursache/Wirkung unklar)

## **6 Angststörungen**

17. Welche biologischen Mechanismen spielen bei der Entstehung von Phobien eine Rolle?

### **1.autonomes Nervensystem**

unterschiedliche Erregbarkeit des autonomen Nervensystems; autonome Labilität (vs. Stabilität) – leichtes Ansprechen auf viele Reize (LACEY)

### **2.genetische Faktoren**

Verwandte 1. Grades von Agoraphobikern haben höheres Risiko für Agoraphobie und Panikstörungen

Konkordanz für Agoraphobie bei eineiigen Zwillingen größer als bei zweieiigen

## **6 Angststörungen**

18. Wie sehen die Behandlungskonzepte zu Phobien aus Sicht der Psychoanalyse, der Verhaltenstherapie und der kognitiven Therapie aus?

- **Psychoanalyse**
  - **Aufspüren verdrängter Konflikte** (z.B. Bindungskonflikte bei Agoraphobie) etwa durch freie Assoziation oder Traumanalyse
  - Phobie wird **nicht direkt behandelt**, da sie als Symptom gilt
  - **moderne Ich-Analyse**: sich der Phobie stellen, Exposition, Konfrontation (vergleichbar VT)
- **Verhaltenstherapie**
  - systematische Desensibilisierung
    - 1.in-sensu-Desensibilisierung
    - 2.Gruppentherapie der Agoraphobie nach Barlow (gemeinsam mit Bezugspersonen)
    - 3.Rollenspiele, Proben von Verhalten
    - 4.Modellernen z.B. durch Filme
    - 5.Shaping/sukzessive Approximation an das phobische ObjektBehandlung der Angst und der Vermeidungsverhaltens!
- **Kognitive Therapie**

Problem: Patient erkennt Furcht bereits als irrational

Behandlung nach Ellis: Änderung von Überzeugungen; erfolgversprechend bei sozialen Phobien

## **6 Angststörungen**

19. Woraus bestehen die medizinischen/biologischen Behandlungen von Phobien?

## **Beruhigungsmittel**

Medikamente zur Lösung der Angst (**Anxiolytika**<sup>1</sup>, Sedativa/Tranquilizer)

wegen Suchtpotential und Gefahr der Überdosis durch Propandiaole und Benzodiazepine ersetzt

## **Antidepressiva**

Monoaminoxidase-Hemmer MAOI, z.B. Phenelzine

Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, z.B. Fluoxetin

<sup>1</sup> Angst lösende Medikamente

## **6 Angststörungen**

20. Welche besondere Problematik ergibt sich bei der medikamentösen Angstbehandlung?

Suchtpotential und Entzugserscheinungen

nach Absetzen der Medikamente kehrt Angst wieder

Nebenwirkungen der Medikamente (z.B. Gewichtszunahme, Schlaflosigkeit, sexuelle Funktionsstörungen)

## **6 Angststörungen**

21. Was sind die zentralen Merkmale einer Panikstörung?

Plötzliche und unerklärliche Symptome wie:

1. Atemschwierigkeiten, Erstickungs- und Beklemmungsgefühle
  2. Herzrasen/Unwohlsein in der Brust
  3. Schwitzen, Zittern, Beben,
  4. intensive Angst, Gefühl drohenden Unheils
  5. Gefühle der Depersonalisation und Derealisation
  6. Angst, zu sterben, verrückt zu werden oder unkontrolliert zu handeln
- muss situationsunabhängig und mehrmals vorgekommen sein!

## **6 Angststörungen**

22. Was weiß man zur Epidemiologie dieser Störung?

Diese Störung = Panikstörung

- Lebenszeitprävalenz 2% bei Männern, > 5% bei Frauen
- Beginn im frühen Erwachsenenalter, in der Regel bei belastenden Lebensereignissen
- kulturabhängige Unterschiede: Taiwan z.B. selten
- mit Agoraphobie: deutlich mehr Frauen als Männer betroffen

## **6 Angststörungen**

23. Welche Beziehung besteht zwischen Panikstörung und Agoraphobie?

- DSM-Diagnose mit und ohne Agoraphobie
- Vermeiden von Situationen, in denen Panikattacke problematisch wäre, kann zu Agoraphobie führen
- aber: Agoraphobie entsteht nicht nur als Folge von Panikattacken

## **6 Angststörungen**

24. Warum tritt die Agoraphobie nur bei einem Teil der Panikpatienten auf?

mit Agoraphobie:

- stärkere Konzentration auf Katastrophen/Tod -> Vermeidungsverhalten
- weniger Strategien zur Bewältigung der Anfälle
- Geschlechtsunterschiede (evtl. bessere Akzeptanz, wenn Frauen ans Haus gebunden sind)

## **6 Angststörungen**

25. Welche Faktoren vermuten biologisch begründete Theorien bei der Entstehung von Panikstörungen?

- genetische Prädisposition (familiäre Häufung, höhere Konkordanz bei monozygoten Zwillingen)
- Kreislauffehlfunktion (Mitralkappenprolaps-Syndrom) führt zu starkem Herzklopfen
- Hyperventilation/beschleunigte Atmung
- Laktat (Abbauprodukt der Muskeltätigkeit)
- erhöhter CO<sub>2</sub>-Anteil der Luft
- übermäßige Aktivität des noradrenergen Systems (zu viel Norepinephrin)

## **6 Angststörungen**

26. Welche Fakten werden zur Begründung herangezogen?

1. Familiäre Häufung der Panikstörung
2. höhere Konkordanz bei eineiigen (vs. zweieiigen) Zwillingen
3. Mitralklappenprolaps-Syndrom ist bei Panikpatienten häufiger
4. Laktat oder erhöhte CO<sub>2</sub>-Konzentration führen zu Panik (in Experimenten)

## **6 Angststörungen**

27. Worin besteht die zentrale Annahme psychologischer Theorien der Panikstörungen?

## **Angst vor der Angst**

Angst, einen Panikanfall in der Öffentlichkeit zu bekommen

Angst, die Kontrolle zu verlieren

## **6 Angststörungen**

28. Was meint „Angst vor der Angst“?

Agoraphobie als Angst vor Panikattacke in der Öffentlichkeit, nicht als Angst vor großen Plätzen

-> wichtigste psychologische Theorie der Agoraphobie

## **6 Angststörungen**

29. Was sind die Hauptmerkmale der Generalisierten Angststörung?

Hauptmerkmal: persistierende Ängstlichkeit in vielen Situationen

chronische und unkontrollierbare Sorge um alles Mögliche

außerdem:

leichte Ermüdbarkeit, Unfähigkeit zur Entspannung oder Konzentration, Gereiztheit, starke Muskelverspannungen

## **6 Angststörungen**

30. Wie häufig sind Generalisierte Angststörungen?

5% der Allgemeinbevölkerung, bei Frauen doppelt so häufig wie bei Männern

Beginn typisch in den mittleren Teenagerjahren, belastende Lebensereignisse dabei wichtig

## **6 Angststörungen**

31. Welche psychosozialen Risikofaktoren kennt man?

Bezug: generalisierte Angststörung

Belastende Lebensereignisse für Ausbruch der Störung

bei Frauen häufiger

## **6 Angststörungen**

32. Wie erklären die Psychoanalyse, die klassische Lerntheorie und der kognitiv-verhaltenstheoretische Ansatz die generalisierte Angststörung?

## Psychoanalyse

**Unbewusster Konflikt zwischen Ich und** (z.B. sexuellen oder aggressiven) Triebregungen des **Es** (die aus Angst vor Bestrafung nicht ausgedrückt werden können)

**Klassische Lerntheorie:** statt innerer Faktoren, z.B. Angst vor sozialen Kontakten, Angst als Ergebnis klassischer Konditionierung auf vielfältige äußere Reize wie bei Phobien

**Kognitiv:** Kontrollverlust, Hilflosigkeit: Angst entsteht durch Konfrontation mit schmerzhaften Reizen, die nicht kontrolliert werden können

## **6 Angststörungen**

33. Was haben Zwillingsstudien erbracht?

Bezug: generalisierte Angststörung

**keine eindeutige Forschungslage:**

Störung familiär gehäuft, was sich in Zwillingsstudien **nicht** bestätigt hat.

## **6 Angststörungen**

34. Welches Neurotransmittersystem wird eng mit der Generalisierten Angststörung in Verbindung gebracht?

## GABA-System

erhöhte Aktivität der Neurone bei Angst regt normalerweise GABA-System an, welches dann die Angst hemmt -> evtl. ist diese Hemmung bei generalisierter Angststörung defekt.

Medikamente, die daran ansetzen, funktionieren gut.

## **6 Angststörungen**

35. Welche Hirnregion wird als besonders relevant angesehen?

Bezug: eigentlich generalisierte Angststörung (???)

für Panik: **locus coeruleus** (Kern in der Pons mit Verbindung zu vielen anderen Systemen)

**Belege:**

Stimulation des Locus coeruleus löste bei Affen Paniksymptome aus Substanzen, die den Locus coeruleus stimulieren, lösen Panik aus; andere führen zur Reduktion der Angst und reduzieren Aktivität im Locus coeruleus

## **6 Angststörungen**

36. Welche Rolle spielt das GABA bei Angst?

erhöhte Freisetzung von GABA -> Angstminderung, Hemmung der neuronalen Erregung

Dieses System ist bei Angst gestört. Benzodiazepine setzen hier an.

## **6 Angststörungen**

37. Welche Behandlungsvorschläge zur Überwindung generalisierter Angst gibt es? Wie ist die empirische Absicherung?

- Psychoanalyse: verdrängte Konflikte aufspüren
- Verhaltenstherapie
- Entspannungstraining, auf Angst mit Entspannung reagieren -> sehr effektiv
- Gefühl von Kompetenz (self-efficacy) stärken z.B. durch verbale Instruktion, Modellernen, operante Formung
- veränderte Sichtweise -> weniger Sorgen, Wahrscheinlichkeit negativer Ereignisse realistisch einschätzen, Entkatastrophisieren
- Anxiolytika (hält mehrere Stunden an, aber Nebenwirkungen und bei Absetzen wieder Angst)

## **6 Angststörungen**

38. Was versteht man unter einer Zwangsstörung?

Angststörung, bei der Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen auftreten – bei der das Bewusstsein von beständigen und unkontrollierbaren Gedanken überflutet wird oder das Individuum unter dem Zwang steht, bestimmte Handlungen immer wieder auszuführen

## **6 Angststörungen**

39. Wie häufig sind Zwangsstörungen?

1-2% der Bevölkerung, mehr Frauen als Männer, typischerweise ab frühem Erwachsenenalter nach belastendem Ereignis

## **6 Angststörungen**

40. Welche Unterscheidung trifft man bei Zwangsstörungen?

**Zwangsgedanken**

sich wiederholende anhaltende Gedanken und Vorstellungen, die jemandem ungebeten in den Sinn kommen und als irrational und unkontrollierbar erlebt werden (auch Unfähigkeit zu Entschlüssen etc.)

**Zwangshandlungen**

unwiderstehlicher Drang, eine ritualisierte Handlung immer wieder zu vollziehen (häufig Befürchtung schlimmer Folgen bei Unterlassen der Zwangshandlung)

## **6 Angststörungen**

41. Welche Auswirkungen haben Zwangsstörungen?

negative Auswirkungen auf Beziehungen (Bekannte: Ressentiments und Sorge, evtl. von Schuld geprägt, da Zwanghaftigkeit bewusst) -> Depression und Angst des Betroffenen -> weitere Zerstörung der Beziehung  
teilweise kaum „normaler“ Tagesablauf möglich

## **6 Angststörungen**

42. Wie erklären die Psychoanalyse, die Verhaltenstherapie und kognitive Ansätze Zwänge?

## **Psychoanalyse**

Fixierung auf analer Stufe, Unkontrollierbare sexuelle oder aggressive Triebkräfte aufgrund zu strengen Sauberkeitstrainings in der Kindheit, Symptome als Ausdruck des Kampfes zwischen Es und Abwehrmechanismen (z.B. Reaktionsbildung bei Putzzwang)

Adler: Zwänge als Möglichkeit zur Kontrolle und Kompetenz in einem Bereich (aufgrund großer Minderwertigkeitsgefühle entwickelt)

## **Verhaltens- und kognitive Therapie**

- Zwänge als gelerntes und durch seine Konsequenzen verstärktes Verhalten: Minderung der Angst, Zwang als operante Fluchtreaktion
- Gedächtnisschwäche: Unfähigkeit, sich an eine bestimmte Handlung genau zu erinnern.
- Paradoxer Effekt der Gedankenunterdrückung -> löst intensivere gedankliche Beschäftigung aus

## **6 Angststörungen**

43. Reduzieren Zwänge in jedem Fall und immer Angst?

Nein.

Manche Zwänge eher (z.B. Reinigung), andere weniger (z.B. Kontrolle), Zwangsgedanken erzeugen u.U. auch Angst

## **6 Angststörungen**

44. Wie kommt es zu Zwangsgedanken?

die meisten Menschen haben unerwünschte Vorstellungen

- normalerweise: Toleranz oder Verdrängung
- bei Zwängen: besondere Intensität, Besorgnis -> Versuch der aktiven Unterdrückung -> negative Konsequenzen (paradoxe Effekt der Gedankenunterdrückung)
- Schwierigkeiten, Reize zu ignorieren

## **6 Angststörungen**

45. Welcher Neurotransmitter spielt bei Zwangsstörungen eine besondere Rolle?

**Serotonin**

daher als Medikamente: selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer und Trizyklika ->  
Erhöhung des Serotonin-Spiegels wird angestrebt

## **6 Angststörungen**

46. Welche Hirnstrukturen spielen in der Ätiologie von Zwangsstörungen eine Rolle?

## Frontallappen und Basalganglien

## **6 Angststörungen**

47. Was sind typische Behandlungsvorschläge bei Zwängen?

- psychoanalytisch: Aufdecken des zugrundeliegenden verdrängten Konflikts
- Lernen, dass nicht alles kontrollierbar ist
- **Exposition mit Reaktionsverhinderung**
- Klinikaufenthalt
- **Medikamente:** Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (*siehe Antwort zu Frage 49*)
- selten: Neurochirurgie (Entfernung weißer Substanz im Cingulum)
- rational-emotive Verhaltenstherapie (Ellis): von Überzeugung zu Perfektion abbringen, auch CT nach Beck

## **6 Angststörungen**

48. Was sind erfolgversprechende, gut untersuchte verhaltenstherapeutische Strategien zur Zwangsbehandlung?

**Exposition mit Reaktionsverhinderung:**

Patienten werden mit zwangsauslösendem Reiz konfrontiert und an üblichem Ritual gehindert -> Löschung der Angst

experimentell: fast immer wirksam, nur selten Rückfälle nach längerer Zeit, zum Teil in Klinik durchgeführt (je nach Ausformung der Zwänge), Leute verweigern zum Teil allerdings die Behandlung

## **6 Angststörungen**

49. Welche Medikamente werden meistens bei Zwangsstörungen verordnet?

**Serotonin-Wiederaufnahmehemmer** (z.B. Fluoxetin, Sertralin)

und auch Trizyklika (= Antidepressiva) – Trizyklika haben begrenzten Nutzen, oft nur wenn auch Depression vorliegt, außerdem hohe Rückfallquote

Fluoxetin: wirken besser als Trizyklika oder Placebos, nach Absetzen aber auch Rückfall, außerdem geringe Compliance wegen Nebenwirkungen

## **6 Angststörungen**

50. Welches sind die typischen Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung?

1. Wiedererleben des traumatischen Ereignisses
2. Meidung der mit dem Ereignis verbundenen Reize oder Einschränkung der Reaktivität
3. Symptome gesteigerter Erregung

## **6 Angststörungen**

51. Welche Ereignisse führen typischerweise zu einer posttraumatischen Belastungsstörung und welche Risikofaktoren für die Entwicklung sind bekannt?

**Ereignisse:**

unmittelbar erlebte oder bezeugte Ereignisse, die Lebensgefahr, schwere Verletzung oder Bedrohung d. körperlichen Unversehrtheit beinhalten (z.B. Krieg, Vergewaltigung/Missbrauch, Unfälle, Überfälle)

**Risikofaktoren:**

- Wahrnehmung einer Bedrohung des eigenen Lebens
- weibliches Geschlecht
- frühe Trennung von den Eltern
- familiäre Belastungen durch eine psychische Störung
- frühere traumatische Erlebnisse

- eine bereits bestehende Störung (z.B. Angst oder Depression)

## **6 Angststörungen**

52. Worin besteht der Unterschied zwischen einer „akuten Belastungsstörung“ und einer „posttraumatischen Belastungsstörung“?

**akute Belastungsstörung:**

Reaktion unmittelbar nach einem Trauma,

von fast allen Betroffenen erlebt

Dauer unter einem Monat

**PTBS:**

nicht von allen Betroffenen erlebt

Dauer über einem Monat

## **6 Angststörungen**

53. Wie häufig sind posttraumatische Belastungsreaktionen?

Gesamtbevölkerung USA ca. 1-3%  
häufiger subsyndromale Form (Symptome sind nicht ausreichend für Diagnose)

allgemeine Prävalenz nach traumatischem Ereignis: 9%  
Zivilisten 3%, Kriegsveteranen, Polizei, Rettungsdienst 20%, Opfer von Vergewaltigungen,  
Kriegsgefangene 50%

Risiko für Frauen doppelt so hoch wie für Männer

## **6 Angststörungen**

54. Welche Rolle spielen Lerntheorien bei posttraumatischen Belastungsstörungen?

Erklärungsmodell: **2-Faktoren-Theorie**

1. **Klassische Konditionierung der Angst** (UCS Trauma, CS andere Stimuli, z.B. Umgebung)
2. **operante Konditionierung** (Vermeidung der CS, wirkt verstärkend durch Angstreduktion)

## **6 Angststörungen**

55. Welche Vermutung stellt Horowitz zur Erklärung posttraumatischer Belastungsstörungen an?

## **Psychodynamische Theorie**

ständige, schmerzhaft wiederholte Traumatisierung im Bewusstsein -> Verdrängung oder bewusste Unterdrückung

**innerer Kampf, um Trauma in die Vorstellung von sich und der Welt zu integrieren**

## **6 Angststörungen**

56. Welches Neurotransmittersystem ist in Folge einer Traumatisierung möglicherweise geschädigt?

**Noradrenerges System** (Transmitter: Norepinephrin) wird stark aktiviert -> Schreckhaftigkeit, schnellerer Emotionsausdruck

Studie: Norepinephrin-Niveau bei PTBS-Patienten höher als bei Patienten mit schizophrener oder affektiver Störung

## **6 Angststörungen**

57. Welche Behandlungsvorschläge sind erfolgsversprechend?

## Bezug: PTSD

- Krisenintervention (in der akuten Phase)
- Rekonstruktion des Ereignisses (in Gruppen -> Normalität)
- Exposition, Entspannung und neue Interpretation des Erlebten (in-sensu, Verhaltenstherapie, bei sexuellen Angriffen)
- Narkosynthese (drogenunterstützte Katharsis – Injektion von Pentothal, Einsatz im 2. Weltkrieg, durchleben des Traumas und beim Aufwachen Erzählen darüber)
- VT mit Konfrontation: strukturierte oder vorgestellte Exposition – schwierig, aber hilfreich
- EMDR (Shapiro) Eye Movement Desensitization and Reprocessing, angeblich schnell und wirksam, Finger folgen bis Furcht nachlässt, dann Gedanken verbalisieren, dann Positives denken – umstritten! -> Wirksamkeitsstudien haben methodische Mängel
- Psychodynamische Therapie nach Horowitz: Ermutigung, zu sprechen
- Pharmakotherapie – Antidepressiva und Tranquilizer
- Soziale Unterstützung, z.B. Selbsthilfegruppe

## **6 Angststörungen**

58. Was ist EMDR?

## EMDR (Shapiro) Eye Movement Desensitization and Reprocessing

### Augenbewegungs-Desensibilisierung

Patient stellt sich Situation vor, die mit der Störung zusammen hängt, gleichzeitig folgt er mit den Augen dem Finger des Therapeuten, der diesen vor dem Patienten vor und zurück bewegt. Vorgehen wird beendet, wenn Furcht nachgelassen hat. Anschließend soll der Patient alle negativen Gedanken verbalisieren. Gleichzeitig folgt er wieder mit den Augen dem Finger des Therapeuten. Danach soll er seine positiven Gedanken formulieren und wieder dem Finger folgen.

angeblich schnell und wirksam, jedoch stark umstritten! -> z.B. haben Wirksamkeitsstudien methodische Mängel

## **6 Angststörungen**

59. Welche Elemente umfasst die tiefenpsychologische Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen?

nach Horowitz

- Ermutigung, über Trauma zu reden
- Auseinandersetzung mit den Ereignissen, die zum Trauma führen
- Interaktion von Trauma und präorbider Persönlichkeit steht im Mittelpunkt

klassische analytische Elemente:

Besprechung von Abwehr und Analyse der Übertragungsreaktion

## **6 Angststörungen**

60. Welche medikamentöse Therapie wird typischerweise verordnet?

Antidepressiva (bescheidene Erfolge)

Tranquilizer

## **6 Angststörungen**

61. Was ist vermutlich das entscheidende Element jeder Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen?

**soziale Unterstützung**

Zugehörigkeitsgefühl

## **7 Somatoforme und dissoziative Störungen**

1. Aus welcher klassischen psychopathologischen Kategorie sind die somatoformen und die dissoziativen Störungen hervorgegangen?

## **Neurosen**

(da Entstehung mit Angst zusammenhängt)

## **7 Somatoforme und dissoziative Störungen**

2. Welches sind die Unterkategorien der somatoformen und der dissoziativen Störungen?

**Somatoforme Störungen** im DSM-IV

1. Konversionsstörungen
2. Somatisierungsstörung (Briquet-Syndrom)
3. Schmerzstörung
4. Körperdysmorphie Störung
5. Hypochondrie

**Dissoziative Störungen** im DSM-IV

1. Dissoziative Amnesie
2. Dissoziative Fugue
3. Dissoziative Identitätsstörung (früher multiple Persönlichkeitsstörung)
4. Depersonalisationsstörung

## **7 Somatoforme und dissoziative Störungen**

3. Wie teilt das ICD-10 die somatoformen und die dissoziativen Störungen ein? Wo liegen die Unterschiede zum DSM-IV?

**F 45 Somatoforme Störungen (.8 sonstige, .9 nach näher bezeichnete)**

F 45.0 Somatisierungsstörung

F 45.1 undifferenzierte somatoforme Störung

F 45.2 hypochondrische Störung (= Hypochondrie und körperdysmorphe Störung im DSM-IV)

F 45.3 somatoforme autonome Funktionsstörung

F 45.4 anhaltende somatoforme Schmerzstörung

**F 44 dissoziative Störungen** (Konversionsstörungen) – somatoform im DSM

F 44.0 dissoziative Amnesie

F 44.1 dissoziative Fugue

F 44.2 dissoziativer Stupor

F 44.3 Trance- und Besessenheits-Zustände

F 44.4 dissoziative Bewegungsstörungen

F 44.5 dissoziative Krampfanfälle

F 44.6 dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung

F 44.7 dissoziative Störungen, gemischt

**F 48.1 Depersonalisierungsstörung** (separate sonstige neurot. Störung)*Unterschiede siehe Antwort zu Frage 2*

## ***7 Somatoforme und dissoziative Störungen***

4. Was ist das zentrale Merkmal aller somatoformer Störungen?

**Körperliche Symptome, die**

- a) physiologisch nicht erklärbar,
- b) nicht willentlich kontrollierbar sind.

## ***7 Somatoforme und dissoziative Störungen***

5. Was versteht man unter einer körperdysmorphen Störung?

Intensive Beschäftigung mit eingebildeten oder übertriebenen körperlichen Mängeln.

## **7 Somatoforme und dissoziative Störungen**

6. Was meint man heute mit Hypochondrie? Worunter leiden diese Patienten?

## Furcht vor einer schweren Krankheit

- normale oder geringfügig abnorme Körperempfindungen werden als Anzeichen einer Krankheit interpretiert
- medizinische Diagnose überzeugt Hypochonder nicht vom Gegenteil

## **7 Somatoforme und dissoziative Störungen**

7. Welche Beschwerden und Symptome definieren eine Konversionsstörung?

## Beeinträchtigung körperlicher Funktionen ohne physiologische Ursache

z. B.

- Anästhesie (Lähmung, Kribbeln, Schmerzunempfindlichkeit)
- Tunnelblick
- Aphonie (Stimmverlust, Flüstersprache)
- Anosmie (Verlust/Beeinträchtigung des Geruchssinns)
- Scheinschwangerschaften

## ***7 Somatoforme und dissoziative Störungen***

8. Worin besteht das diagnostische Problem bei Konversionsstörungen?

1. Abgrenzung von ähnlichen, neurologisch bedingten Störungen

2. Abgrenzung von der Simulation

## ***7 Somatoforme und dissoziative Störungen***

9. Wie wird die Somatisierungsstörung definiert?

wiederkehrende, vielgestaltige körperliche Beschwerden, für die medizinische Hilfe gesucht wird, die aber offensichtlich nicht körperlich bedingt sind (z.B. verschiedene Schmerzen, Herzklopfen, Atemnot, evtl. auch Konversionssymptome)

## **7 Somatoforme und dissoziative Störungen**

10. Was fällt bei Patienten mit einer Somatisierungsstörung neben den zahlreichen körperlichen Beschwerden noch auf?

zahlreiche Arztbesuche

Medikamenteneinnahme

theatralische, dramatische, übertriebene Schilderung der Beschwerden, Einflechtung in eine lange Krankheitsgeschichte

Überzeugung, immer schon krank gewesen zu sein

## **7 Somatoforme und dissoziative Störungen**

11. Was weiß man zur Epidemiologie der Somatisierungsstörung und zur Komorbidität mit anderen Störungen?

**Epidemiologie:**

- Lebenszeitprävalenz 0,1%
- bei Frauen häufiger als bei Männern
- bei Mexikanerinnen häufiger als bei Amerikanerinnen
- Beginn: späte Adoleszenz
- familiäre Häufung

**Komorbidität:**

- Angststörungen, affektive Störungen
- Substanzmissbrauch
- Verhaltensprobleme, Beziehungsschwierigkeiten

## **7 Somatoforme und dissoziative Störungen**

12. Wie erklärt die Psychoanalyse die Entstehung somatoformer Störungen?

Ursache der Konversionsreaktion liegt in einer Erfahrung, die mit starker emotionaler Erregung einhergeht (entweder stark belastend oder in abnormem psychischem Zustand, z.B. Trance) -> Affekt gelangt nicht zum Ausdruck, wird *konvertiert*, Erinnerung an Ereignis wird vom Bewusstsein ausgeschlossen

Ursache der spezifischen Konversionssymptome wird im traumatischen Ereignis vermutet.

## **7 Somatoforme und dissoziative Störungen**

13. Welche Rolle spielen traumatische Ereignisse bei der Entstehung somatoformer Störungen?

Eine **mögliche Ursache nach BREUER und FREUD** (stark belastendes Ereignis)

– andere mögliche Ursache: abnormer psychischer Zustand, z.B. Trance

## **7 Somatoforme und dissoziative Störungen**

14. Welche Vermutungen stellen Lerntheoretiker zur Erklärung der Konversionsstörung an?

Ullmann & Krasner

Betroffene weisen ein bestimmtes Symptom auf, um dadurch ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Sie versuchen, sich so zu verhalten, wie sie glauben, dass sich jemand mit einer motorisch und sensorisch beeinträchtigenden Krankheit verhalten würde.

Auftreten wahrscheinlicher, wenn Betreffender

- a) einige Erfahrung in der Rolle hat und
- b) diese belohnt wird (indem z.B. Belastung vermindert wird)

## ***7 Somatoforme und dissoziative Störungen***

15. Wie lautet eine soziokulturelle Erklärung der Konversionssymptomatik?

Konversionssymptome sind heute in entwickelten Ländern seltener als früher

mögliche Gründe:

- Lockerung sexueller Sitten
- zunehmendes Wissen über körperliche Krankheiten (Konversionsstörung öfter bei Patienten aus ländlichen Gebieten und niedrigen sozialen Schichten)

## **7 Somatoforme und dissoziative Störungen**

16. Wie sehen experimentelle Bemühungen zum Nachweis unbewusster Prozesse aus?

Anm.: Bezug: Konversionsstörung/somatoforme Störungen

Hysterisch Blinde werden von visuellen Reizen beeinflusst

1. Fall: 16jährige mit eingeschränktem Gesichtsfeld reagierte nur zu 30% richtig auf einen Reiz, den sie nicht sehen konnte (richtig Blinde hätten zu 50% richtig reagiert)
2. Fall: 15jährige hysterisch Blinde konnte Finger zählen, Figuren erkennen und fast 100%ig richtig angeben, in welche Richtung ein Dreieck weist

-> Betroffene empfinden sich als blind, visuelle Reize werden vom Bewusstsein ferngehalten

-> Reizen wird trotzdem Information entnommen

z.B. **Kopfhörer**: auf einem Ohr wird ein zu beachtender akustischer Reiz (Text o.ä.) dargeboten, auf dem anderen ein nicht zu beachtender Reiz -> Probanden erinnern sich nicht an 2. Reiz, werden aber davon beeinflusst (präferieren ihn z. B.)

z.B. **extrem kurze Darbietung visueller Reize** -> Probanden erinnern sich nicht an sie, werden aber davon beeinflusst (präferieren sie, assoziieren ähnliche Begriffe etc.)

## **7 Somatoforme und dissoziative Störungen**

17. Welche empirischen Hinweise gibt es auf die Beteiligung biologischer Faktoren bei somatoformen Störungen?

**keine Hinweise auf genetische Faktoren** (wenig Studien, aber die zeigten keine Konkordanz bei eineiigen Zwillingen)

Möglicher Zusammenhang zwischen Struktur des Gehirns und Konversionsstörung, da Symptome häufiger auf der linken Körperhälfte auftreten (rechte Hemisphäre erzeugt Emotionen stärker als linke Hemisphäre)

## **7 Somatoforme und dissoziative Störungen**

18. Was ist nach der Psychoanalyse die notwendige Therapie für Konversionsstörungen und andere somatoforme Störungen?

Redekur, Psychoanalyse

führt zu Katharsis, Aufhebung der Verdrängung

heute auch freie Assoziation

Techniken haben sich als wenig effektiv erwiesen

## **7 Somatoforme und dissoziative Störungen**

19. Welche Behandlung schlagen Verhaltenstherapeuten für die somatoformen Störungen vor?

systematische Desensibilisierung und kognitive Therapie gegen Ängste  
+ Üben, sich Schwäche und Abhängigkeit abzugewöhnen (z.B. durch Familientherapie,  
Selbstbehauptungstraining, soziales Training)

Viele Techniken können eingesetzt werden, z.B. in vivo Konfrontation, Verstärkung der  
Gesundung

## ***7 Somatoforme und dissoziative Störungen***

20. Mit welchen Schwierigkeiten wird man als Psychologe besonders bei Patienten mit somatoformen Störungen konfrontiert?

Gesund werdender Patient darf sich nicht gedemütigt fühlen, weil eine Behandlung anschlägt, die auf psychologische statt auf physiologische Ursachen zielt.

## ***7 Somatoforme und dissoziative Störungen***

21. Was ist das zentrale Merkmal der dissoziativen Störungen? Woran muss differentialdiagnostisch dabei gedacht werden?

**Zentrales Merkmal**

eine plötzliche, zeitlich begrenzte Änderung der normalen integrativen Funktionen des Bewusstseins, der Identität oder des motorischen Verhaltens

Abgrenzung von organisch oder durch Substanzmissbrauch bedingten Störungen des Gehirns

## ***7 Somatoforme und dissoziative Störungen***

22. Was weiß man zur Epidemiologie der dissoziativen Störungen?

Prävalenzraten (kaum präzise Daten)

Amnesie	7%
Depersonalisationsstörung	2,4%
Fugue	0,2%

## **7 Somatoforme und dissoziative Störungen**

23. Was sind die Hauptmerkmale der Dissoziativen Amnesie?

plötzlich einsetzende Unfähigkeit, sich wichtiger persönlicher Daten zu erinnern

Auftreten in der Regel nach traumatischer Erfahrung, Amnesie betrifft Trauma und einige Zeit danach

andere Gedächtnisinhalte sind nicht betroffen (Wissen etc.)

ansonsten unauffälliges Verhalten

in der Regel spontane Wiederherstellung

## ***7 Somatoforme und dissoziative Störungen***

24. Wodurch fällt jemand mit einer Dissoziativen Fugue auf?

vollständige Amnesie, während derer man Heim und Arbeitsplatz verlässt und eine neue Identität annimmt

Wahl eines neuen Namens, zu Hause, Arbeitsplatz etc. (in der Regel weniger komplex als vorher)

Dauer: meist kurz

wenig soziale Kontakte während Fugue

in der Regel vollständige Wiederherstellung ohne Erinnerung an Fugue

## ***7 Somatoforme und dissoziative Störungen***

25. Was versteht man unter einer Dissoziativen Identitätsstörung?

Existenz von zwei oder mehr verschiedenen Persönlichkeiten innerhalb eines Individuums

früher: multiple Persönlichkeitsstörung

## **7 Somatoforme und dissoziative Störungen**

26. Welche diagnostischen Probleme ergeben sich bei der Dissoziativen Identitätsstörung?

## **Abgrenzung zur Schizophrenie!**

### **Komorbidität:**

Depression

Borderline Persönlichkeitsstörung

Somatisierungsstörung

Substanzmissbrauch, Phobien, Suizidgedanken, selbstzerstörerisches Verhalten

## **7 Somatoforme und dissoziative Störungen**

27. Welche Erklärungshypothesen für die Dissoziativen Störungen gibt es?

Traumatische Erfahrungen werden aufgrund der belastenden Situation auf eine Weise gespeichert, die sie später unter normalen Bedingungen nicht mehr zugänglich macht.

## **7 Somatoforme und dissoziative Störungen**

28. Welche Rolle spielen frühe Traumatisierungen (z.B. Missbrauch) bei der Ätiologie von Dissoziativen Störungen? Wie ist die Befundlage?

große Rolle:

mindestens 70-80% der Patienten mit dissoziativen Störungen sind davon betroffen

## ***7 Somatoforme und dissoziative Störungen***

29. Was ist das Hauptziel bei der Therapie Dissoziativer Störungen?

## **Aufhebung der Verdrängung**

-> Erinnerung wiedererlangen, Persönlichkeiten integrieren etc.

## ***7 Somatoforme und dissoziative Störungen***

30. Welche Rolle spielt die Hypnose bei der Behandlung Dissoziativer Störungen?

häufig angewandt, um Zugang zu verborgenen Teilen zu finden

## **8 Psychophysiologische Störungen**

1. Wodurch unterscheiden sich psychophysiologische Störungen von somatoformen Störungen?

Psychophysiologische Störungen: tatsächliche organische Schädigungen, körperliche Vorgänge sind wirklich gestört (medizinisch feststellbar)

- im Gegensatz zu somatoformen Störungen

## **8 Psychophysiologische Störungen**

2. Wie werden die psychophysiologischen Störungen im DSM-IV und im ICD-10 klassifiziert?

**Keine eigene Kategorie mehr!** (weder im DSM-IV noch im ICD-10)

-> keine vorrangig psychische Störung

### **DSM-IV**

Diagnose auf Achse III muss vorliegen + Beurteilung darüber, ob psychologische Faktoren vorliegen, die diese beeinflussen

### **ICD-10**

Psychophysiologische Störungen sind nicht in Kapitel V (F-Diagnosen) sondern in anderen Kapiteln aufgelistet (Kategorie „psychische Faktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen“).

## **8 Psychophysiologische Störungen**

3. Welche (tierexperimentellen) Belege gibt es für den Zusammenhang von Stress und psychophysiologischen Störungen?

- Tumore wachsen bei Stress schneller (z.B. bei Mäusen mit unkontrollierbaren Elektroschocks)
- körperliche Erkrankungen können bei Tieren experimentell erzeugt werden, indem man sie starken Belastungen aussetzt (z.B. Auslösung von Geschwüren)
- Häufung von körperlichen Erkrankungen bei Vietnamveteranen

## **8 Psychophysiologische Störungen**

4. Was versteht man unter Verhaltensmedizin und unter Gesundheitspsychologie?

Verhaltensmedizin/Gesundheitspsychologie befassen sich mit:

1. Rolle psychischer Faktoren bei *allen* Aspekten von Gesundheit und Krankheit
2. Bedeutung von Stress für die Ätiologie von Krankheiten
3. psychologische Therapien, z.B. Biofeedback
4. Beibehaltung/Unterstützung gesundheitsfördernden Verhaltens: Prävention!
5. Verbesserung des Gesundheitssystems

## **8 Psychophysiologische Störungen**

5. Was ist das Adaptationssyndrom nach Selye?

Beschreibt biologische Reaktion auf lang andauernden körperlichen Stress:

Phase 1: Alarmreaktion (Aktivierung des autonomen Nervensystems durch Stress)

Phase 2: Widerstand (Anpassung des Organismus, z.B. Magengeschwüre)

Phase 3: Erschöpfung (Tod oder irreversible Schädigung)

## **8 Psychophysiologische Störungen**

6. Wie definiert R. S. Lazarus Stress? Welche Faktoren spielen in seinem Modell eine Rolle?

Stress liegt vor, wenn die Beurteilung einer Situation die adaptiven Möglichkeiten einer Person übersteigt

Coping:

- Problemorientiertes Coping (Handeln oder Informationssuche zur Lösung des Problems)
- Emotionsorientiertes Coping (negative emotionale Reaktionen abbauen)

je nach Situation passende Bewältigungsstrategien auswählen

## **8 Psychophysiologische Störungen**

7. Welche Möglichkeiten zur Messung von Stress gibt es?

physiologisch: Blutdruck, Herzrate, galvanischer Hautwiderstand

psychologisch: Fragebögen zum Stresserleben (z.B. Social Readjustment Rating Scale, SRRS; Assessment of Daily Experience, ADE)

endokrinologisch: Stresshormone im Speichel

## **8 Psychophysiologische Störungen**

8. Welche Möglichkeiten zur Erfassung von (belastenden) Alltagserfahrungen gibt es?

## **Assessment of Daily Experience Scale**

Untersuchungszeitraum ist ein Tag

Notieren täglicher Erfahrungen und deren Beurteilung

Bewertung auf den Dimensionen:

- 1.Erwünschtheit
- 2.Veränderung
- 3.Bedeutung
- 4.Kontrolle

## **8 Psychophysiologische Störungen**

9. Welche Rolle spielt Bewältigungsverhalten bei belastenden Alltagserfahrungen?

= Coping, große Bedeutung  
durch Fragebogen erfassbar

z.B. Akzeptanz der Diagnose und Humor bei Frauen mit Brustkrebs:  
weniger Vermeidungsverhalten -> geringeres Belastungserleben  
Vermeidungsverhalten -> größeres Leiden -> schnelleres Fortschreiten des Krebs

## **8 Psychophysiologische Störungen**

10. Welche Arten von Coping lassen sich unterscheiden?

Aktive Bewältigung (Bemühen um Situationsänderung)  
Unterdrückung konkurrierender Aktivitäten  
Planung  
Beherrschung (nicht zu früh handeln)  
Nutzung sozialer Unterstützung  
Wahl einer positiveren Perspektive  
Religion  
Hinnahme  
Verleugnung  
Rückzug  
Humor  
Ablenkung

*siehe auch Antwort zu Frage 6*

## **8 Psychophysiologische Störungen**

11. Was meint soziale Unterstützung? Welche Formen gibt es?

**1.strukturelle soziale Unterstützung**

soziales Netzwerk

**2.funktionelle soziale Unterstützung**

Qualität der Beziehungen

soziale Unterstützung: Unterstützung durch soziales Umfeld

## **8 Psychophysiologische Störungen**

12. Welche Befunde zur Wirkung sozialer Unterstützung gibt es?

strukturelle soziale Unterstützung: Prädiktor für Mortalität (bei Alterssterblichkeit und Herzinfarkt; inverser Zusammenhang)

beide Formen: verringern Häufigkeit d. Auftretens verschiedener Krankheiten und verbessern Anpassung (z.B. Arteriosklerose)

Unterstützung: Wahrscheinlichkeit für positives Gesundheitsverhalten steigt

Sonst: mehr negative Emotionen und entsprechende körperliche Veränderungen

Beeinflusst Blutdruck: wird nicht so schnell hoch

hilft aber nicht immer

## **8 Psychophysiologische Störungen**

13. Wie stellt man sich den Zusammenhang von Stress und Krankheitsentwicklung vor?

Indirekte Auswirkung durch Veränderung des Gesundheitsverhaltens:

- verstärkter Tabak-/Alkoholkonsum
- Schlafstörungen
- Änderung der Ernährungsgewohnheiten

## **8 Psychophysiologische Störungen**

14. Welche biologischen Konzepte zur Erklärung psychophysiologischer Störungen gibt es?

## **Theorie der Organschwäche**

Bestimmte Organe sind durch genetische Faktoren, frühere Erkrankungen etc. schwächer und anfälliger als andere.

### **1.Theorie der spezifischen Reaktion**

Bestimmte Organe reagieren aufgrund genetischer Faktoren stärker als andere auf Stress.

### **2.Theorie der protrahierten Exposition gegenüber Stresshormonen**

stressbedingte biologische Veränderungen sind kurzfristig adaptiv, ständiger Stress führt zu körperlichen Beeinträchtigungen

## ***8 Psychophysiologische Störungen***

15. In welcher Beziehung stehen Stress und Immunsystem?

- **Stress** (z.B. Depression, Trauer, Gefühl des Verlusts, Prüfungsangst, chronische Erkrankung) **beeinflusst Immunsystem** (z.B. bei Infektion, Allergie, Krebs)
- **Veränderung der Stimmung -> Veränderung der Antikörper im IgA** (und Alltagsergebnisse beeinflussen die Stimmung)
- Probanden nahmen Nasentropfen mit Erkältungsviren ein: von den kürzlich gestressten erkrankten mehr als von den anderen
- durch Stress verändert sich das Gesundheitsverhalten -> indirekte Wirkung

## **8 Psychophysiologische Störungen**

16. Wie versuchen psychologische Theorien die Entstehung psychophysiologischer Störungen zu erklären?

- **Psychoanalytische Theorien**

psychophysiologische Störung als Produkt von unbewussten, störungsspezifischen emotionalen Zuständen

unterdrückte aggressive Impulse -> Hypertonie

- **Theorien zu Kognition und Verhalten**

physische Bedrohungen, Sorgen, Grübeln etc. -> Einfluss auf Aktivität des sympathischen Nervensystems

Sorgen können nicht so einfach bekämpft werden -> länger andauernde Alarmsituation des Körpers -> körperliche Überbelastung

*Beurteilung* des Stressors wichtig!

## **8 Psychophysiologische Störungen**

17. Welche Annahmen macht die Psychoanalyse zu psychophysiologischen Störungen?

Alexander

psychophysiologische Störung als Produkt von unbewussten, störungsspezifischen emotionalen Zuständen

z.B. Wunsch nach Liebe -> Magengeschwür  
Aggression -> kardiovaskuläre Störung

## **8 Psychophysiologische Störungen**

18. Welche Rolle spielen Kognitionen und Verhalten bei der Ätiologie psychophysiologischer Störungen?

evolutionär bedingte höhere geistige Fähigkeiten

- Sorgen, Grübeln etc.
- Einfluss auf Aktivität des sympathischen Nervensystems/längere Notfallreaktion
- Störung

*Beurteilung* des Stressors wichtig!

## **8 Psychophysiologische Störungen**

19. Was zeigen Studien zur Geschlechtszugehörigkeit und Gesundheit bzw. Krankheit?

**Mortalität ist bei Männern höher**

**Morbidität ist bei Frauen höher** (da sie länger leben, mehr auf ihre Gesundheit achten und negatives besonders beachten, siehe auch Punkt 3)

Studien:

1. Frauen sind seltener Typ-A und weniger aggressiv (Typ-A entspricht eher männlicher Geschlechtsrolle)
2. Lebensstil könnte dazu beitragen (Männer trinken mehr und gefährden sich, Frauen gehen häufiger zum Arzt und nehmen Medikamente, haben besseres Coping)
3. Neuerdings Anpassung (vermutlich durch Anpassung des Lebensstils)
4. Evtl. Schutzfaktor Östrogen
5. Risikofaktor traditionelle männliche Rolle

## **8 Psychophysiologische Störungen**

20. Was sind kardiovaskuläre Störungen? Welches besondere Risiko ist damit verbunden?

= Störungen des Herz-Kreislauf-Systems

z.B. Bluthochdruck und koronare Herzerkrankung

Besonderes Risiko: häufige Todesursache (fast 50 % in USA und Europa)

## ***8 Psychophysiologische Störungen***

21. Wie definiert man essentielle Hypertonie?

= Bluthochdruck ohne erkennbare organische Ursachen

## **8 Psychophysiologische Störungen**

22. Welche Faktoren nehmen alle Einfluss auf den Blutdruck?

1.Sympathisches Nervensystem

2.Hormone

3.Salz- und Wasserhaushalt

4.zentralnervöse Mechanismen

viele dieser Mechanismen reagieren auf Stress!

## **8 Psychophysiologische Störungen**

23. Wie hängen Stress und Blutdruck zusammen?

Stress begünstigt Bluthochdruck

### Untersuchungen

Ärger, Trauer und Angst im Labor führen zu Bluthochdruck, auch anspruchsvolle Aufgaben, Elektroschocks etc.

+ und - Emotionen hängen mit Bluthochdruck zusammen, besonders aber Ärger

Verlust des Arbeitsplatzes führt zu Bluthochdruck (kurz vor und nach Entlassung und während Probezeit)

Notrufe führen zu Bluthochdruck bei Rettungsdiensten

## **8 Psychophysiologische Störungen**

24. Welche Rolle spielt Ärger oder Zorn bei der Blutdruckveränderung?

Hemmung von Ärger und Zorn erhöht Blutdruck

Personen, die sich leicht ärgern, leiden häufiger unter Bluthochdruck

## **8 Psychophysiologische Störungen**

25. Welche prädisponierenden Faktoren für erhöhten Blutdruck bzw. Blutdruck-Reaktivität hat man gefunden?

- genetische Disposition
- soziale Schicht
- ethnische Zugehörigkeit

Besonders wichtig:

**kardiovaskuläre Reaktivität** auf Stressoren (= Ausmaß, in dem Blutdruck und Herzfrequenz bei Stress ansteigen)

## ***8 Psychophysiologische Störungen***

26. Welche Hauptformen koronarer Herzkrankheiten kennt man?

## 1. Angina Pectoris

anfallartige Schmerzen hinter dem Brustbein, die in die linke Schulter/den linken Arm ausstrahlen

Ursache: unzureichende Sauerstoffversorgung des Herzens durch Arteriosklerose (Ablagerung von Fett in den Herzkranzgefäßen)

## 2. Myokardinfarkt (= Herzinfarkt)

extremer Sauerstoffmangel des Herzens als Folge einer Koronarsklerose oder Koronarverschluss (verstopfte große Koronararterie) -> große Schmerzen, Lebensgefahr

## **8 Psychophysiologische Störungen**

27. Was sind Risikofaktoren für koronare Herzerkrankungen?

Laut American Heart Association:

- Alter
- männliches Geschlecht
- Zigarettenrauchen
- erhöhter Blutdruck
- erhöhter Cholesterinspiegel
- Vergrößerung des linken Herzventrikels (vgl. EKG)
- Diabetes
- Fettleibigkeit
- langfristiger Bewegungsmangel
- übermäßiger Alkoholkonsum

## **8 Psychophysiologische Störungen**

28. Durch welche Verhaltensmerkmale lassen sich Typ-A-Personen charakterisieren?

- starke Wettbewerbs- und Leistungsmotivation, Konzentration auf die Arbeit, Betonung von Erfolgen
- ständig in Eile, alles muss schnell gehen, schnell Denken, Sprechen etc.
- Aggressivität, Feindseligkeit
- motorische Aktivität (zappeln, gestikulieren, zwinkern)

## **8 Psychophysiologische Störungen**

29. Wie steht es um die prädiktive Nützlichkeit des Typ-A?

Nützlich, vor allem zu heuristischen Zwecken und um Aufmerksamkeit auf psychologische Faktoren von Krankheit zu lenken

**Uneinheitliche Befunde:**

Risk Intervention Study: Typ-A konnte keine Mortalität oder Infarkte vorhersagen (bei Reanalyse mit Feindseligkeit als einzigem Faktor bessere Vorhersagekraft)

## **8 Psychophysiologische Störungen**

30. Gibt es andere Persönlichkeitsfaktoren zum Verständnis koronarer Herzerkrankungen?

1. Selbsteinschätzung von Ungeduld und **Feindseligkeit**

Feindseligkeit als wichtigster Faktor! -> auch größere Reaktivität und erhöhter Cholesterin-Spiegel

2. berichtete **Wettbewerbsorientierung**

3. Stil d. sprachlichen Äußerungen/**Explosivität**

4. **Zynismus** (laut MMPI)

mehr Koronarerkrankungen und Todesfälle nach 25 Jahren, häufiger bei Männern, Zusammenhang zu sozialer Unterstützung

Zynismus ist im neuen Buch am wichtigsten, alles andere nicht mehr so.

Fragen sind noch nicht vollständig geklärt!

**Typ-D Persönlichkeit:** starke negative Affektivität, wobei Emotionen nicht zum Ausdruck gebracht werden.

## **8 Psychophysiologische Störungen**

31. Welche Symptome lassen sich bei Asthma beobachten?

1. Verengte Luftwege und Bronchien
2. Erschwerte Atmung, besonders Ausatmung
3. Pfeifendes Geräusch beim Ausatmen
4. Entzündung des Lungengewebes -> verstärkte Sekretansammlung

## **8 Psychophysiologische Störungen**

32. Wie häufig ist Asthma?

Weltweit 100 Millionen Menschen (1,6%)

Prävalenz stieg zwischen 1084 und 1994 um 74% (!)

Hälfte der Betroffenen sind Kinder

## **8 Psychophysiologische Störungen**

33. Welche Rolle spielt die Familie bei Asthma?

### Insgesamt **widersprüchliche Befunde**

MRAZEK et al.: Bei Problemfamilien entwickelten 25% der Kinder Asthma, sonst 8%

GAUTHIER: keine Auffälligkeiten bei asthmatischen Kindern oder deren Interaktion mit der Mutter

EISER et al.: Erziehungspraxis bei asthmatischen Kindern genau wie bei gesunden

Fazit: vermutlich besteht Zusammenhang, aber Kausalität ist nicht eindeutig.

## **8 Psychophysiologische Störungen**

34. Was sind mögliche physiologische Prädispositionen bei Asthma?

- ererbte Organschwäche (z.B. der Atem-Schleimhäute)
- erworbenes Reaktionsmuster (z.B. Überreaktion auf Allergene)
- genetische Weitergabe
- geringere Reaktionsbereitschaft des Sympathicus (Truncus Sympaticus: Hauptnerv des Sympatischen Nervensystems)

## **8 Psychophysiologische Störungen**

35. Was sind Merkmale chronischer Schmerzen?

- Funktionseinschränkungen (z.B. Arbeitsfähigkeit)
- depressive Verstimmungen (30-50%)
- familiäre Probleme
- individuelles Leid
- häufige Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung
- vorzeitige Invalidität (Berentung) -> enorme Kosten

## **8 Psychophysiologische Störungen**

36. Wie lassen sich chronische Schmerzen erklären?

**Psychobiologisches Modell (Gate-Control-Theorie):**

Weiterleitung von Schmerzimpulsen aus der Peripherie wird durch übergeordnete Mechanismen (vom Gehirn aus) moduliert -> Torfunktion bestimmter Rückenmarksneurone

Subjektive Überzeugungen, Verhalten und emotionale Befindlichkeit beeinflussen die Offenheit des Tors

(stark vereinfachtes Modell, es gibt wohl schon bessere)

## **8 Psychophysiologische Störungen**

37. Welche Behandlungsvorschläge lassen sich machen?

Bezug: chronische Schmerzen

1. Bewältigungsfertigkeiten erlernen (kognitiv, Verhaltensübung, physische Reaktivierung, Stressbewältigung, positive Einstellung zum Schmerz)
2. Biofeedback (insbesondere bei Kopf- und Rückenschmerzen)

Reduzierung der Stresssensibilität, Muskelentspannung, verbesserte Körperwahrnehmung, Steigerung des Selbstvertrauens

Schmerzbewältigungstraining (Entspannung, Ablenkung, Erzeugen angenehmer Vorstellungen, s.o.)

## ***8 Psychophysiologische Störungen***

38. Was ist HIV bzw. AIDS?

## Infektionskrankheit

HIV: human immunodeficiency virus (menschliches Immunschwächevirus)

AIDS: acquired immunodeficiency syndrom (erworbenes Immundefektsyndrom)

- Kann das Nervensystem direkt angreifen: Probleme mit Gedächtnis und Konzentration, bevor eine mit AIDS verbundene Krankheit auftritt
- AIDS-Demenz-Komplex: Beeinträchtigung von Denken, Gedächtnis, Urteilsfähigkeit und motorischer Koordination
- Nach HIV-Infektion meist innerhalb von 8 Jahren Ausbruch von AIDS oder innerhalb eines Jahres AIDS-Komplex (ARC), weniger schwerwiegend
- HIV-positiv: Körper hat Antikörper gegen HI-Viren gebildet, die T-Helfer-Zellen angreifen
- Ausbruch von Krankheiten, die man mit gesundem Immunsystem nicht bekommen würde. HI-Virus schwächt Immunsystem massiv -> hohes Risiko für lebensbedrohliche Krankheiten

## ***8 Psychophysiologische Störungen***

39. Was ist typisches Risikoverhalten bei AIDS?

Viele nicht überprüfte, jedoch HIV-positive Menschen fühlen sich gesund und passen nicht auf (Akutes HIV-Syndrom, das etwa bei 50% der Infizierten einen Monat nach der Infektion auftritt: Kopfschmerzen, nächtliches Schwitzen, Fieber)

- riskante Sexualpraktiken: ungeschützter passiver Analverkehr am gefährlichsten; ungeschützter Verkehr insgesamt
- gemeinsame Verwendung unsterilisierter Nadeln
- Stillen, Übertragung auf das Ungeborene (Virus kann Plazenta-Schranke passieren)

## **8 Psychophysiologische Störungen**

40. Welche Strategien zur Prävention von AIDS kennt man?

- Genaue Information der Bevölkerung über d. HIV-Übertragung
- Erläuterung der Risiken
- Aufklärung über Merkmale hochriskanter Situationen
- Anleitung zur Verwendung von Kondomen
- Ausführliche Erläuterung, wie bestimmte Verhaltensänderungen das Risiko mindern
- Schulung in sozialen Fertigkeiten, z.B. sexueller Selbstbehauptung
- Förderung einer breiten sozialen Unterstützung für sicherere Sexualpraktiken

## **8 Psychophysiologische Störungen**

41. Was ist Tinnitus?

Dauerhaft Geräusche im Ohr, die niemand sonst hören kann (Phantomgeräusche).

## **8 Psychophysiologische Störungen**

42. Wo entsteht Tinnitus?

- vermutlich Fehlfunktion der Haar-Sinneszellen im Innenohr -> Durchblutung im Ohr verbessern durch Infusionen (wirkt gefäßerweiternd)
- Experimente deuten darauf hin, dass Tinnitus wohl nicht im Innenohr entsteht sondern im Gehirn (auditiver Kortex) und dass es sich dabei um eine Überkompensation von Hörstörungen handelt.

## **8 Psychophysiologische Störungen**

43. Was meint „Lebensqualität“?

Lebenszeit sinnvoll und freudig nutzen, Leben als gut und lebenswert beurteilen

## **8 Psychophysiologische Störungen**

44. Wie sieht eine angemessene Behandlung psychophysiologischer Störungen aus?

Enge Zusammenarbeit Arzt – Psychotherapeut

Medikamente zur Linderung der Symptome

Reduktion von Angst, Depression, Ärger, um Leid zu lindern

## **8 Psychophysiologische Störungen**

45. Welche Rolle spielt Biofeedback bei psychophysiologischen Störungen?

Liefert genaue, prompte und anders nicht zugängliche Informationen über Körperfunktionen  
führt zu einer bewussteren Kontrolle dieser Phänomene

Erfolge z.B. bei Migräne und essentieller Hypertonie

## **8 Psychophysiologische Störungen**

46. Welche Rolle spielen psychosoziale Interventionen bei Krebserkrankungen?

Linderung von Angst und Depression, Förderung von Kampfgeist  
Optimismus erhöht die Überlebenschancen

Massnahmen:

Gruppentherapie, Verständnis/Trost, Gefühle zeigen, mit Tod umgehen, Schmerzen bekämpfen -> verlängerte Lebenszeit

Problemlösetherapie: Bewältigung der Lebensanforderungen, Alltag etc.: stärkeres Gefühl der Kontrolle (auch bei pflegenden Personen möglich)

## **8 Psychophysiologische Störungen**

47. Welche Ansätze zum Stressmanagement gibt es?

## **1. Individuelle Ansätze**

Erregungsreduktion (Muskelentspannung)

Kognitive Umstrukturierung (Erhöhung des Gefühls der Kontrolle, Verminderung der Unsicherheit)

Verhaltenstraining (Zeitmanagement z.B.)

## **2. Ansätze zur Veränderung der Umwelt**

z.B. Förderung der sozialen Unterstützung

## **8 Psychophysiologische Störungen**

48. Was ist Schmerzbewältigung?

Schmerzbewältigung macht sich die Tatsache zu Nutze, dass Schmerzempfinden nicht allein vom auslösenden Reiz abhängig ist.

-> Vermeidung/Verminderung des Schmerzes durch Ablenkung oder Uminterpretation

Eigene Kontrolle ist wichtiger als Ablenkung -> patientengesteuerte Analgesie<sup>1</sup>

bei chronischen Schmerzen: anstreben realistischer Ziele (Schmerzfreiheit ist nicht möglich)

<sup>1</sup> Patient bestimmt Einnahme von Schmerzmitteln

## **9 Essstörungen**

1. Welche Essstörungen lassen sich unterscheiden?

- Anorexia nervosa (Magersucht)
- Bulimia nervosa
- Binge-Eating-Störung (Fressanfälle ohne Gegenmaßnahmen)  
-> noch nicht als formale Diagnose aufgenommen, sondern als Störung, die weiter zu untersuchen ist

## **9 Essstörungen**

2. Welche Merkmale kennzeichnen eine Anorexia nervosa?

- Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten
- ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme
- Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur (sehen sich immer noch als übergewichtig)
- Amenorrhoe<sup>1</sup> (scheint das unwichtigste Merkmal zu sein)

<sup>1</sup> Ausbleiben der Menstruation

## **9 Essstörungen**

3. Welche Untertypen der Anorexia nervosa trennt das DSM-IV?

- restriktiver Typus: Gewichtsverlust durch starke Einschränkung der Nahrungsaufnahme
- Binge-Eating/Purging-Typus: regelmäßige Fressanfälle und selbstinduziertes Erbrechen (scheint pathologischer zu sein, mehr Persönlichkeitsstörungen, impulsives Verhalten, Stehlen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, sozialer Rückzug, Selbstmordversuche)

## **9 Essstörungen**

4. Wie unterscheiden sich Anorexie-Patientinnen bezüglich der Einschätzung ihres Körpers (*zu nicht essgestörten Frauen*)?

Patientinnen mit Anorexia nervosa überschätzen ihre eigene Figur bezüglich der Körpergewichts und wählen eine dünnere als ihre Idealfigur aus.

## **9 Essstörungen**

5. Welche komorbiden Störungen sind typisch für die Anorexia nervosa?

- Depressionen
- Zwangsstörungen
- Phobien
- Panikstörungen
- Alkoholismus
- Persönlichkeitsstörungen
- Sexuelle Störungen

Komorbidität nimmt ab, wenn statt stationärer ambulant behandelte Fälle untersucht werden.

## **9 Essstörungen**

6. Wie ist die Prognose der Anorexia nervosa?

70% genesen irgendwann (kann sechs bis sieben Jahre dauern)

in der Regel zuerst Rückfälle, bevor ein stabiles Essmuster erreicht wird

- Mortalität zehnmal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung
- Doppelt so hoch wie bei Patienten mit anderen psychischen Störungen
- Körperliche Komplikationen der Krankheit (dekompensierte Herzinsuffizienz) oder Suizid führen oft zum Tod.

## **9 Essstörungen**

7. Welche typischen Merkmale kennzeichnen die Bulimia nervosa?

- Hauptmerkmal: Heißhungeranfälle, in denen Betroffene große Nahrungsmengen zu sich nehmen
- dann: Ausgleichsmaßnahmen, wie Erbrechen, Fasten, körperliche Betätigung, mit dem Ziel, eine Gewichtszunahme zu verhindern

## **9 Essstörungen**

8. Wie sehen sogenannte „Fressattacken“ aus?

- Verzehr riesiger Nahrungsmengen in weniger als zwei Stunden
- im Geheimen
- ausgelöst durch Stress und damit verbundene negative Emotionen
- während des Anfalls, Gefühl, nicht mehr kontrollieren zu können, wie viel sie essen – kann bis zum Erleben einer Art dissoziativen Zustands gehen
- gewöhnlich Nahrungsmittel, die sich leicht und schnell essen lassen

## **9 Essstörungen**

9. Wovor haben Bulimie-Patientinnen Angst?

vor Gewichtszunahme

## **9 Essstörungen**

10. Lassen sich Subtypen bei der Bulimia nervosa unterscheiden?

- Purging-Typus mit selbstinduzierten Erbrechen
- Nicht-Purging-Typus ohne Erbrechen, mit Fasten oder übermäßiger körperlicher Betätigung

## **9 Essstörungen**

11. Welche psychischen und körperlichen Begleiterscheinungen finden sich bei der Bulimia nervosa?

**psychisch:**

- Depressionen
- Persönlichkeitsstörungen (besonders Borderline)
- Angststörungen
- Verhaltensstörungen
- Substanzmissbrauch
- Hohe Suizidrate
- Stehlen, häufiger Partnerwechsel (möglicherweise Ausdruck von Impulsivität und fehlender Selbstkontrolle)

**körperlich:**

- häufiges Erbrechen -> Kaliummangel; Gewebeerkrankungen in Magen und Rachen; Verlust von Zahnschmelz; Anschwellung der Speicheldrüsen
- übermäßiger Gebrauch von Laxanzien -> Diarrhöe -> Veränderung des Elektrolythaushalt -> unregelmäßiger Herzschlag

## **9 Essstörungen**

12. Was meint die „Binge-Eating-Störung“?

- wiederholte Episoden von Fressattacken (zweimal pro Woche, mindestens sechs Monate lang)
- fehlende Kontrolle während der Attacken
- Verzweiflung über Attacken
- hastiges und alleiniges Essen
- Betroffene verlieren kein Gewicht und ergreifen keine gegensteuernden Maßnahmen wie Erbrechen oder Einnahme von Laxanzien
- Noch keine formale Diagnose
- öfter bei Frauen als bei Männern
- Zusammenhang mit Diäten und Übergewicht in der Vorgeschichte
- Beeinträchtigungen der Berufstätigkeit und sozialen Funktionsfähigkeit, Depressionen etc.
- Risikofaktoren: Übergewicht, kritische Kommentare dazu, negatives Selbstbild

## **9 Essstörungen**

13. Welche ätiologischen Faktoren werden für Essstörungen diskutiert?

- **biologische Faktoren:** Daten weisen auf eine mögliche genetische Disposition hin (Häufung in bestimmten Familien, höhere Konkordanz bei eineiigen Zwillingen)
- **Endogene Opioide:** vermindern Schmerzempfindung, heben Stimmung, unterdrücken Appetit
- **Serotonin:** fördert in Tierversuchen Sättigung (evtl. Serotoninmangel bei Bulimie)
- **Soziokulturelle Faktoren:** Schönheitsnormen

## **9 Essstörungen**

14. Welche körperlichen Prozesse sind bei der Entstehung von Essstörungen relevant?

- **Endogene Opiode:** vermindern Schmerzempfinden, heben Stimmung, unterdrücken Appetit, wirken als Verstärker
  - Anorexia: Opiode werden in Hungerphasen freigesetzt
  - Bulimia: niedrige Werte fördern Heißhunger, durch Nahrungsaufnahme entsteht euphorischer Zustand
- **Serotonin:** fördert in Tierversuchen Sättigung (evtl. Serotoninmangel bei Bulimie)

## **9 Essstörungen**

15. Welcher Neurotransmitter steht in Beziehung zu impulsivem Verhalten (z.B. bei Bulimia nervosa)?

Serotonin -> Serotoninspiegel ist zu niedrig

## **9 Essstörungen**

16. Welche soziokulturellen Faktoren lassen sich in der Ätiologie von Essstörungen finden?

- **veränderte Schönheitsnorm:** Gesellschaften haben Vielzahl von Normen für den idealen Körper v.a. der Frau festgelegt. Bis Ende der 80er immer dünner
- **zunehmende Prävalenz von Übergewicht:** seit 1900 verdoppelt. 20-30% in Industrienationen übergewichtig. Konflikt zwischen Idealvorstellung und Realität
- **Diäten:** Zahl derer, die schon einmal Diät gemacht haben, von 1950 bis 1999 von 7 auf 29% (Männer) und 14 auf 44% (Frauen) gestiegen. Diätindustrie
- **Einfluss der Medien:** Sorge um Schlankheit etwas zurückgegangen (Zeitschriftenartikel seltener), gleichzeitig aber Zunahme der Unzufriedenheit mit eigenem Körper  
Mit zunehmender negativer Einstellung gegenüber Fett steigt Prävalenz der Essstörungen

## **9 Essstörungen**

17. Welche Gründe sehen Psychodynamiker für Essstörungen?

- **Symptome befriedigen bestimmte Bedürfnisse:** Hauptursache in gestörten Eltern-Kind-Beziehungen. Essstörung befriedigt z.B., das Gefühl der eigenen Wirksamkeit oder Vermeidung des Erwachsenwerdens
- **Familiäre Beziehungen:** Anorexia als Versuch, Kompetenz und Respekt zu erwerben und Gefühle der Hilflosigkeit abzuwehren
- **Konflikt zwischen Sehen und Zurückweisen:** konfliktreiche Mutter-Tochter-Beziehung. Bulimie: Ambivalenz zwischen Sehnen nach der Mutter und dem Wunsch, sie zurückzuweisen

## **9 Essstörungen**

18. Was ist von den Annahmen der Familientheoretiker bezüglich Essstörungen zu halten?

Familie weist Merkmale auf, die die Entwicklung einer Essstörung begünstigen. Essstörung des Kindes trägt zur Vermeidung von Konflikten in der Familie bei.

Merkmale der Familien (nach Minuchin):

- Verstrickung (übermäßig starke Bindung und Vertrautheit)
- Überbesorgtheit
- Rigidität (Versuch, Status quo aufrecht zu erhalten)
- Fehlende Konfliktlösung

In Studien Belege dafür, endgültige Belege schwierig, da Störungen evtl. selbst zu Merkmalen geführt haben.

Andere Studien weisen darauf hin, dass Essstörungen zu Familienproblemen führen. Beobachtet werden auch geringe Unterstützung, fehlende emotionale Beteiligung der Eltern, was Minuchin widerspricht

## **9 Essstörungen**

19. Welche typischen familiären Prozesse lassen sich für Essstörungen nennen?

- Verstrickung: übermäßig starke Bindungen und Vertrautheit
- Überbesorgtheit
- Rigidität: Versuch, Status quo aufrechtzuerhalten
- Fehlende Konfliktlösung

## **9 Essstörungen**

20. Unterscheiden sich Essgestörte in Persönlichkeitsaspekten von Gesunden? Wenn ja, in welchen?

Auch Essstörung kann Persönlichkeit beeinflussen! (Kausalität in beide Richtungen möglich)

**Anorexiepatienten** (retrospektiv): perfektionistisch, schüchtern, nachgiebig

**Bulimiepatienten** (retrospektiv, zusätzlich zu Anorexiemerkmale): histrionische Merkmale, affektive Labilität, extravertierte soziale Disposition

**Persönlichkeitsfragebogen:** starke Tendenz zu emotionaler Labilität, Angst, geringe Selbstachtung, starkes Festhalten an Traditionen, Familie und sozialen Normen

**Anorexie:** Depression, soziale Isolation, Angst

**Bulimie:** diffuse und schwerwiegende psychische Störungen, auf verschiedenen Skalen höhere Werte als Anorexiepatientinnen

## **9 Essstörungen**

21. Was meint „interozeptives Bewusstsein“?

Fähigkeit, verschiedene biologische Zustände des eigenen Körpers zu unterscheiden.

Starke Prädiktoren für Entwicklung einer Essstörung: geringes interozeptives Bewusstsein,  
Neigung zu negativen Emotionen

## **9 Essstörungen**

22. Wie ist der Zusammenhang von physischer und sexueller Gewalt in der Kindheit und späteren Essstörungen?

- besonders Bulimiepatienten überdurchschnittlich oft in der Kindheit sexuell missbraucht
- Rolle für Ätiologie ist aber unklar
- Auch überdurchschnittlich häufig körperliche Misshandlung
- Sexueller Missbrauch spielt bei vielen psychischen Störungen eine Rolle

## **9 Essstörungen**

23. Wie erklären Verhaltenstheoretiker die Entwicklung von Essstörungen?

**Bulimia nervosa:** geringes Selbstwertgefühl und stark negative Affekte -> Diät, um sich selbst besser zu fühlen -> Nahrungsaufnahme zu stark eingeschränkt -> Diät wird nicht eingehalten -> Fressanfall -> kompensatorische Maßnahmen (Erbrechen etc.), um die Angst vor Gewichtszunahme zu verringern

**Anorexia nervosa:** Angst vor dem Dickwerden und gestörte Wahrnehmung des eigenen Körpers als motivierende Faktoren, die Hungern und Gewichtsverlust zu negativen Verstärkern machen (Verringerung der Angst, dick zu werden).

Perfektionismus und Gefühl persönlicher Unzulänglichkeit -> Besorgnis um Erscheinungsbild -> Abmagerungskur als wirkungsvoller Verstärker

## **9 Essstörungen**

24. Was versteht man unter „gezügelterm Essen“?

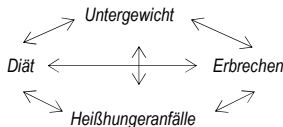
„Skala Gezügelten Essens“ (POLIVY et al., 1980)

Fragebogen, mit dem im Labor gemessen wird, wie stark sich Probanden, die auf Diät sind und eine gestörte Einstellung zum Essen haben, mit Abmagerungskuren und übermäßigem Essen befassen.

## **9 Essstörungen**

25. Welche ätiologischen Komponenten lassen sich in einem komplexen Modell untersuchen?

- I. **Prädisponierende Faktoren:** (a) Familiäre Faktoren, (b) soziokulturelle Faktoren, (c) individuelle Faktoren, (d) biologische Faktoren) ->
- II. **Psychische Problembereiche:** (a) niedriges (labiles) Selbstwertgefühl, (b) Identitäts- und Autonomiekonflikte, (c) geringe Fähigkeit, Stress und Spannungen zu ertragen ->
- III. **Spezifische Symptombildung:** (a) extreme Bedeutung von Figur und Gewicht,



- (b) interaktionelle Probleme, (c) vermehrte Leistungsorientierung ->
- IV. **Sekundäre Symptome:** (a) Ängste, Depressionen, (b) Beziehungsstörungen, (c) Körperschemastörungen, (d) körperliche Folgeerscheinungen -> II

## **9 Essstörungen**

26. Welche medizinischen Maßnahmen bestimmen die Behandlung von Essstörungen?

- Antidepressiva (Bulimie in vielen Fällen komorbid mit Depressionen), v.a. Fluoxetin.  
Wirksam bei Reduktion von Entleerungsmaßnahmen, in einigen Fällen völlige Remission
- viele Therapieabbrüche, häufig Rückfall bei Absetzen der Antidepressiva
- bei Anorexie noch kein wirksames Medikament
- behandelt werden müssen Begleiterscheinungen (niedriger Elektrolythaushalt etc.)

## **9 Essstörungen**

27. Welche Stufen der Behandlungen werden bei der Anorexia nervosa unterschieden?

1. Hilfe bei der Gewichtszunahme, um medizinischen Komplikationen und Todesgefahr zu begegnen (z.B. operante Konditionierung: Isolation des Patienten, Belohnung für Gewichtszunahme)
2. Aufrechterhaltung des Gewichts (Familientherapie, scheint wirksam)

## **9 Essstörungen**

28. Was versuchen Verhaltenstheoretiker bei Bulimia nervosa zu verändern? Welche Bedeutung haben andere Formen der Psychotherapie?

- Normen für körperliche Attraktivität werden in Frage gestellt
- Darlegung und Änderung der Überzeugung, ihr Gewicht nur durch Hungern halten zu können
- Änderung des Alles-oder-Nichts-Denkens
- regelmäßige Nahrungsaufnahme
- alternativer Umgang mit Belastungen (kleinere Mengen verbotener Nahrungsmittel werden in Therapie gegessen; Drang, sie wieder loszuwerden, wird durch Entspannung bekämpft)
  
- zusätzliche Antidepressiva wirken nicht, vermindern nur die Depression
- Selbsthilfegruppen gut
- Interpersonale Therapie: vergleichsweise gut, aber nicht so schnelle Ergebnisse



## **10 Affektive Störungen**

1. Durch welche Symptome wird eine Depression definiert?

1. Stimmung: Traurigkeit, Niedergeschlagenheit
2. Gefühl der Wertlosigkeit, Schuld
3. sozialer Rückzug
4. Schlafstörungen, Verlust von Appetit und sexuellem Verlangen
5. Verlust von Interesse und Freude an alltäglichen Handlungen

## **10 Affektive Störungen**

2. Welche Symptome zeichnen eine Manie aus?

- intensive, unbegründet gehobene Stimmung
- Hyperaktivität, Geschwätzigkeit, Ablenkbarkeit
- Ideenflucht
- großartige Pläne/ziellose Aktivität

## **10 Affektive Störungen**

3. Welche Gruppen affektiver Störungen unterscheidet das DSM-IV bzw. das ICD-10?

1. Unipolare Depression/Major Depression
2. Bipolare Störungen (Depression + Manie)

## **10 Affektive Störungen**

4. Wie lauten die diagnostischen Kriterien einer unipolaren Depression?

5 Symptome aus 9 -> 2 Wochen, darunter auf jeden Fall 1 oder 5

**1.Traurige, niedergeschlagene Stimmung**

2.Appetit- und Gewichts-Ab- oder Zunahme

3.Schlafprobleme

4.Verändertes Aktivitätsniveau

5.**Verlust von Interesse**/Vergnügen an gewohnten Aktivitäten

6.Antriebsverlust, Müdigkeit

7.negatives Selbstkonzept, Vorwürfe, Schuld, Wertlosigkeit

8.Konzentrationsschwierigkeiten, langsames Denken

9.Todes- und Suizidgedanken

## **10 Affektive Störungen**

5. Wie hoch ist das Lebenszeitrisiko für eine unipolare Depression?

zwischen 5 und 17%

bei Frauen zwei bis dreimal so hoch wie bei Männern

## **10 Affektive Störungen**

6. Wie lauten die diagnostischen Kriterien einer bipolaren Störung?

**Gehobene oder gereizte Stimmung plus 3-4 aus:**

- erhöhtes Aktivitätsniveau (beruflich, sozial, sexuell)
- schnelles Reden, Geschwätzigkeit
- Ideenflucht, Gedankenrasen
- geringer Schlafbedürfnis
- Überhöhtes Selbstwertgefühl
- Ablenkbarkeit
- übermäßige Beteiligung an angenehmen Aktivitäten mit vermutlich negativen Auswirkungen

## **10 Affektive Störungen**

7. Ist die Unterscheidung unipolare bzw. bipolare affektive Störung berechtigt (empirisch belegt)?

**Ja, wahrscheinlich**

- bipolar und depressiv: mehr, unipolar depressiv: weniger Schlaf
- Lithium wirkt bei bipolar, weniger bei unipolar
- unipolar agitiert, bipolar bei Depression retardiert
- unipolar ab 30-40, bipolar ab ca. 20
- unipolar bei Frauen häufiger, bipolar gleiche Häufigkeit m/w (S. 307)
- unipolar: Verwandte 1. Grades Risiko für unipolar, bipolar Risiko für uni- oder bipolar

*siehe auch Antwort zu Frage 21*

## **10 Affektive Störungen**

8. Was ist eines der größten Probleme der diagnostischen Kategorie „Affektive Störungen“?

**Heterogenität** innerhalb der Kategorien (große Unterschiede bei Patienten mit gleicher Diagnose)

z. B. Bipolar: Bipolar II (mit Hypomanie)

z. B. Unipolar: mit/ohne Wahnideen, mit/ohne Melancholie, saisonabhängig oder nicht

## **10 Affektive Störungen**

9. Was versteht man unter einer Bipolar-II-Störung?

Bipolare Störung mit Depression und Hypomanie (leichter Form der Manie)

## **10 Affektive Störungen**

10. Wodurch wird die Major Depression mit Melancholie definiert?

### Melancholie:

- kein Vergnügen an irgendeiner Aktivität
- keine Besserung bei positiven Ereignissen
- morgens schlimmste Verstimmung
- frühes Aufstehen
- Appetit- und Gewichtsverlust
- Lethargie oder Agitiertheit
- keine Persönlichkeitsstörung vor 1. depressiver Episode
- keine gute Reaktion auf Medikamente

## **10 Affektive Störungen**

11. Was ist eine saisonal abhängige Depression?

Regelmäßige Beziehung zwischen Episode und Zeitpunkt des Jahres (z.B. Winter -> Depression, Sommer -> Manie)

## **10 Affektive Störungen**

12. Welche zwei Gruppen chronischer affektiver Störungen werden unterschieden?

### **1.Zyklothyme Störung**

immer wiederkehrende Phasen von Depression und Hypomanie

### **2.Dysthyme Störung**

chronische Depression ohne Unterbrechung, höchstens seltene, kurze normale Phasen

## **10 Affektive Störungen**

13. Wie erklärt die Psychoanalyse affektive Störungen?

Basis: **Fixierung in oraler Phase**, in der Bedürfnisse zu viel oder zu wenig befriedigt wurden -> übermäßige Abhängigkeit von anderen zur Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls  
Trauer durch Tod/Trennung -> Introjektion des Verlorenen -> Trauerarbeit -> Misserfolg, sich zu lösen -> Depression

## **10 Affektive Störungen**

14. Welche Ideen stellen die kognitiven Theorien affektiver Störungen in den Mittelpunkt?

Theorie von Beck (andere z.B. Hilf- und Hoffnungslosigkeit, siehe Antwort zu Frage 17)

Menschen werden depressiv, weil ihre Gedankengänge und Schlussfolgerungen negativ verzerrt sind.

Erwerb negativer Schemata durch Verlust, Schicksalsschlag o.ä. in Kindheit/Jugend ->

Miniparadigmen (Wahrnehmungshaltungen) erzeugen Fehlschlüsse

Kognitive Triade der Depression

negative Ansichten über 1. sich selbst, 2. die Umwelt, 3. die Zukunft

Wichtigste Denkfehler:

willkürliche Schlüsse<sup>1</sup>, selektive Abstraktion, Übergeneralisierung, Über- und Untertreibung

<sup>1</sup> Schlüsse ohne hinreichende bzw. ohne Beweise

## **10 Affektive Störungen**

15. Wie erklären Kognitionstheoretiker die Entstehung affektiver Störungen?

Beck: *siehe Antwort zu Frage 14*

Hilflosigkeitstheorien: *siehe Antwort zu Frage 17*

## **10 Affektive Störungen**

16. Wie sehen typische kognitive Fehlleistungen depressiver Menschen aus? Wie verläuft die Entwicklung dieser negativen Schemata?

1. **Willkürliche Schlüsse** (ohne Beweis)
2. **Selektive Abstraktion**
3. **Übergeneralisierung** (z.B. einer einzigen schlechten Leistung)
4. **Über- und Untertreibung** (Fehleinschätzung von Leistung)

#### Entwicklung

Verlust eines Elternteils, Schicksalsschlag, Zurückweisung, Kritik o.ä. in Kindheit/Jugend -> negatives Schema -> Aktivierung in (auch entfernt) ähnlichen Situationen wie denen der Entstehung

## **10 Affektive Störungen**

17. Wie erklärt die Hilflosigkeitstheorie die Entstehung depressiver Störungen?

Unkontrollierbare aversive Ereignisse -> Gefühl d. Hilflosigkeit -> Depression

bzw.

Aversive Ereignisse -> Attribution auf globale, externale und stabile Faktoren -> Gefühl der Hilflosigkeit und Unkontrollierbarkeit -> Depression

## **10 Affektive Störungen**

18. Worin besteht die Neuformulierung der Theorie der Gelernten Hilflosigkeit? Was machte die Neuformulierung notwendig?

## Neuformulierung als attributionsbezogene Theorie

Grund:

Experimente zeigten, dass manchmal bei gelernter Hilflosigkeit anschließend Handlungen besser gelernt wurden -> es mussten noch andere Faktoren wirksam sein -> z.B. die Attribution des Misserfolgs (stabil vs. variabel, global vs. spezifisch, internal vs. external)  
-> Faktoren des Mißerfolgs

## **10 Affektive Störungen**

19. Was versteht man unter der Hoffnungslosigkeitstheorie affektiver Störungen? Was will sie erklären?

Aversive Ereignisse -> Attribution auf globale und stabile Faktoren o.ä. -> Gefühl der Hoffnungslosigkeit: keine Kontrolle, Gewünschtes wird nicht eintreten -> Depression

Diathese: Attributionsstil, jetzt auch andere, z.B. „- Lebensereignisse haben negative Konsequenzen“

Studie: Attribution -> Depression – nur bei Studierenden mit niedrigem Selbstwertgefühl  
Pro: erklärt Komorbidität z.B. mit Agoraphobie, Panik

## **10 Affektive Störungen**

20. Welche biologischen Faktoren bzw. Prozesse spielen bei der Ätiologie affektiver Störungen eine wichtige Rolle?

1.Genetik

2.Neurochemie

3.neuroendokrines System

## **10 Affektive Störungen**

21. Welche Befunde ergeben Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien bei affektiven Störungen?

## **Bipolare Störung**

1. Verwandte 1. Grades haben erhöhtes Risiko von 10-20%, zu erkranken (häufiger aber uni- als bipolar)
2. Konkordanz 72% bei eineiigen, 14% bei zweieiigen Zwillingen

## **Unipolare Störung**

- erhöhtes Risiko für Verwandte, aber geringer als bei bipolar
- früher Beginn und Komorbidität erhöht Risiko für Verwandte
- Konkordanz 40% bei eineiigen, 11% bei zweieiigen Zwillingen
- **uni- und bipolare Störung haben genetische Komponente**

## **Adoptionsstudien**

höherer Anteil affektiver Störung bei biologischen Eltern als bei Adoptiveltern der Patienten

## **10 Affektive Störungen**

22. Was weiß man zur Genetik affektiver Störungen?

## **Uni- und bipolare Störung haben genetische Komponente**

- Mendlewicz: höherer Anteil affektiver Störung bei biologischen Eltern als bei Adoptiveltern der Patienten
- Cadore: mehr affektive Störungen bei adoptierten Kindern, deren biologischen Eltern affektive Störungen hatten
- Wender: biologische Verwandte der Adoptierten haben 8fach höheres Risiko für affektive Störung
- Engeland: Untersuchung bei den Amish -> bipolare Störung geht auf dominantes Gen auf 11. Chromosom zurück (bisher nicht repliziert) -> Linkage-Analyse!

## **10 Affektive Störungen**

23. Welche Neurotransmittersysteme spielen bei affektiven Störungen eine wichtige Rolle?

- niedriges **Noradrenalin** -> Depression, hohes -> Manie
- niedriges **Serotonin** -> starke Veränderung anderer Transmitter -> Manie und Depression

## **10 Affektive Störungen**

24. Welche Hauptbelege werden zur Stütze der neurochemischen Theorien herangezogen?

- Medikamente, die Noradrenalin- und Serotonin-Spiegel heben, lindern Depression (Trizyklika und Monoaminoxidase-Hemmer)
- Bluthochdruckmedikament Reserpin -> Depression durch Senkung von Noradrenalin- und Serotonin-Spiegel
- Noradrenalin-Spiegel im Urin sank bei Depression und stieg bei Manie
- Noradrenalin-Bestandteil MHPG ist geringer bei bipolarer Störung, aber normal häufig bei unipolarer Störung
- Serotonin-Metabolit 5-HIAA ist in zerebrospinaler Flüssigkeit von Depressiven gering
- Gabe von Serotonin-Vorläufer wirkt depressionslindernd

## **10 Affektive Störungen**

25. Welche neuroendokrinen Systeme bzw. Achsen sind bei affektiven Störungen beteiligt bzw. fehlerhaft?

## **Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse**

Das limbische System ist bedeutsam für Emotionen und wirkt auch auf den Hypothalamus. Dieser beeinflusst über ausgeschiedene Hormone auch die Hypophyse und die dort produzierten Hormone.

Symptome der Depression (z.B. Appetit- und Schlaflosigkeit) deuten darauf hin, dass die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse überaktiv ist.

hoher Kortisolspiegel (Hormon der Nebennierenrinde) -> Vergrößerung der Nebennierenrinde

evtl. Schilddrüsenhormone wichtig (können Manie auslösen)

## **10 Affektive Störungen**

26. Werden durch biologische Erklärungskonzepte die psychologischen Theorien überflüssig?

**Nein.**

Frage, wie physiologische und psychologische Prozesse ineinandergreifen – was ist Ursache, was Wirkung?

## **10 Affektive Störungen**

27. Welche psychologischen Therapien bei affektiven Störungen lassen sich unterscheiden?

- Psychodynamische Therapien
- Interpersonale Therapie
- kognitive Therapie nach Beck und Ellis
- Selbstsicherheitstraining/Training sozialer Fertigkeiten

## **10 Affektive Störungen**

28. Was ist der Fokus der Interpersonalen Therapie?

schlechtes soziales Netzwerk -> geringere Fähigkeit, negative Lebensereignisse zu bewältigen

Mangelnde soziale Unterstützung aber aufgrund der Depression bzw. des einhergehenden aversiven interpersonalen Stils

Fokus: Interaktion mit Umfeld/Umgebung

Wie widerspricht das Verhalten des Patienten seinen Wunsch nach erfüllenden Beziehungen?

## **10 Affektive Störungen**

29. Welche Elemente umfasst die Kognitive Therapie der Depression?

nach Beck:

Denkmuster/Einschätzungen ändern durch Betonung der Kompetenzen, Protokoll innerer Monologe (kognitive Umstrukturierung)

verhaltenstherapeutische Elemente: Aktivitäten, z.B. aufstehen, spazieren gehen -> Erfolgserlebnisse

## **10 Affektive Störungen**

30. Wie steht es um die empirische Bewährung der Kognitiven Therapie?

Gut.

Kognitive Therapie unipolarer Depression ist erfolgreicher als Antidepressiva (auch nach 12 Monaten)

Prophylaktischer Effekt auf spätere depressive Episoden

## **10 Affektive Störungen**

31. Welche somatischen Depressionstherapien lassen sich unterscheiden?

## **1. Elektrokrampftherapie (EKT)**

absichtliche Auslösung eines Anfalls und vorübergehender Bewusstlosigkeit durch Strom von 70-130 V durchs Gehirn

Heute: unilaterale Elektrode auf der nicht-dominanten Gehirnhemisphäre, Anwendung von Anästhesie und Muskelrelaxans

Risiken: anhaltender Gedächtnisverlust

## **2. Medikamentöse Therapie**

## **10 Affektive Störungen**

32. Wann ist die Elektrokrampfbehandlung indiziert?

Wenn alle anderen Behandlungsversuche nicht angeschlagen haben und die Störung sehr schwer ist (z.B. auch Suizidgefahr)

## **10 Affektive Störungen**

33. Welche Hauptgruppen antidepressiv wirkender Medikamente werden heute unterschieden?

- Trizyklische Antidepressiva (z.B. Imipramin, Amitriptylin)
  - MAO (Monoaminoxidase)-Hemmer (Tranlycyronize)
  - Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer wie Fluoxetin (Fluctin) und Sertralin (Zoloft)
- [+ Lithium bei bipolarer Störung]

## **10 Affektive Störungen**

34. Was sind typische Nebenwirkungen antidepressiv wirkender Medikamente?

- Kreislaufkollaps, Veränderung des Blutdrucks
- Schlafprobleme: Müdigkeit, Schlafstörungen
- Nervosität, Agitiertheit, Tremor, Krampfanfälle
- Doppelsehen
- Mundtrockenheit
- Verstopfung, Verdauungsstörungen, Übelkeit, gastrointestinale Beschwerden
- Schwindel, Kopfschmerzen
- Gewichtsveränderung
- Erektionsstörungen

## **10 Affektive Störungen**

35. Ist es sinnvoll, Psychotherapie und Medikamente bei der Depressionsbehandlung zu kombinieren?

Ja.

z.B. zur Verhinderung von Rückfällen

## **10 Affektive Störungen**

36. Mit welchen Substanzen lassen sich heute bipolar affektive Störungen prophylaktisch behandeln?

Lithium

Carbamazepin (Antikonvulsivum)

## **10 Affektive Störungen**

37. Welche Bevölkerungs- bzw. Patientengruppen zeigen ein besonders hohes Suizidrisiko?

Suizidrisiko erhöht bei

- Männern (vier- bis fünffach höher als bei Frauen)
- Geschiedenen oder Verwitweten (vier- bis fünffach erhöht)
- Psychiatern, Ärzten, Rechtsanwälten und Psychologen
- starker affektiver Störung
- Alkoholismus
- Dysthymer Störung
- Borderline Persönlichkeitsstörung
- Schizophrenie

## **10 Affektive Störungen**

38. Was weiß man über Suizidhandlungen? Welche Risikofaktoren lassen sich daraus ableiten?

- 8häufigste Todesursache, 16 von 100 000 Deutschen begehen Suizid, darunter häufig ältere Menschen, ca. 50% haben es vorher schon mal versucht.
- pro Suizid ca. 8-20 Versuche, 2/3 machen nur einen Versuch.
- Männer töten sich häufiger (und mit Waffen/Erhängen), aber Frauen versuchen es mehr (und mit Tabletten).
- alle Altersgruppen sind betroffen, auch Kinder und Alte, auch alle sozialen Schichten
- Hinterbliebene machen sich Schuldgefühle etc.
- häufig bei Rezession, am geringsten im Krieg
- **Risikofaktoren:** Geschlecht, Alter, Scheidung/Verwitwung, Beruf (Psychiater, Mediziner, RA, Psych.), Weiße/Indianer häufiger betroffen, Jugendliche, Weiße Männer über 50

### Versucht

weiblich, jung; Methode mit geringer Letalität (Tabletten, Schneiden); Situation mit wahrscheinlicher Intervention; Häufig dysthyme oder Borderline-Störung; Depression mit Wut; Motivation: Hilferuf, Veränderung der Situation; Schnelle Besserung, Erleichterung, keine Wiederholung

### Vollendet

männlich, älter; Methode mit hoher Letalität (Erschießen, Springen); Vorkehrung gegen Entdeckung; Häufig affektive Störung, Alkoholismus, Schizophrenie; Depression mit Hoffnungslosigkeit; Motivation: Tod

## **10 Affektive Störungen**

39. Welche Mythen über Suizid bestehen unverändert?

Wer davon spricht, tut es nicht; es gibt keine Vorwarnung

- Arme begehen Suizid, Katholiken z.B. nicht
- Gründe sind leicht festzustellen, liegen meist in Depression, die Leute sind verrückt
- Wer bald stirbt, beginnt keinen Suizid, Suizid = einsam
- Suizidneigung ist erblich oder abhängig von Wetter etc.
- Bei gebesselter Stimmung verringerte Gefahr
- Leute wollen sterben/je nach Methode nicht sterben
- Gedanken an Suizid sind selten, durch Gespräch bringt man Leute erst darauf

## **10 Affektive Störungen**

40. Welche psychologischen Mechanismen (Motivation) bei Suizidhandlungen werden unterschieden?

- nach innen gekehrte Aggression
- Vergeltung durch Auslösung von Schuldgefühlen bei anderen
- Wunsch, Liebe zu erzwingen
- Wunsch nach Wiedergutmachung
- Wunsch, sich von unannehmbaren Gefühlen zu befreien
- Wunsch nach Reinkarnation
- Wunsch nach Wiedervereinigung mit einem geliebten Verstorbenen
- Wunsch oder Bedürfnis, Belastungen, körperliche Entstellung, Schmerz oder emotionale Leere hinter sich zu lassen

## **10 Affektive Störungen**

41. Welche Rolle spielt Serotonin bei Selbstmordhandlungen?

Niedrige 5-HIAA-Spiegel (Serotonin-Metabolit) bei Suizidopfern

mehr Serotoninrezeptoren im Gehirn von Suizidopfern

## **10 Affektive Störungen**

42. Welche Möglichkeiten zur Suizidprävention gibt es?

Ansatz von Shneidman:

- Versuch, psychisches Leid zu mindern
- eingeschränkten Blickwinkel erweitern
- Ermunterung von selbstzerstörerischen Handlungen Abstand zu nehmen

Viele Zentren zur Suizidprävention arbeiten nach diesem Modell

## **10 Affektive Störungen**

43. Was sind Richtlinien für die Behandlung suizidaler Patienten?

**Allgemein:** Offene, objektive Aussprache, keine Abwertung, Problemlösetheorie des Suizids erklären, Bezugspersonen einbeziehen, häufige Sitzungen, keine Verantwortungsübernahme, Beratung mit Kollegen

**Planung vor Krisen:** Planung, Risiko überprüfen, erreichbar sein, Notfallzentrum informieren, Krisenkarte geben, Telefonnummer geben lassen, Antisuizid-Vertrag, Arzt informieren (wegen Medikamenten-Überdosis)

**Weiterhin:** Wärme, Zuwendung (unabhängig von Suizid), Verstärkung nichtsuizidalen Verhaltens, Aufklärung über Reaktionen Dritter

## **11 Schizophrenie**

1. Welche Bereiche des menschlichen Erlebens sind durch eine Schizophrenie betroffen?

- Denken
- Wahrnehmung
- Aufmerksamkeit
- Motorisches Verhalten
- Affekt/Emotionen
- Lebensbewältigung

## **11 Schizophrenie**

2. Was sind „positive Symptome“ der Schizophrenie?

## Übermäßige Produktion von Phänomenen wie

- Halluzinationen
- Wahnideen
- bizzarem Verhalten
- formalen Denkstörungen

## **11 Schizophrenie**

3. Was versteht man unter formalen Denkstörungen?

Desorganisierte Sprache = Inkohärenz: Probleme, die mit der Organisation der Vorstellungen und der Sprache zusammenhängen, damit ein Zuhörer den Sinn verstehen kann

Gelockerte Assoziationen: Schwierigkeit, dem roten Faden zu folgen, viele Assoziationen zu einem Gedanken

## **11 Schizophrenie**

4. Was sind wesentliche Bestimmungsstücke von „Wahn“?

- „unvergleichliche“ subjektive Gewissheit
- Unbeeinflussbarkeit durch Erfahrung und zwingende Schlüsse
- Unmöglichkeit des Inhalts

## **11 Schizophrenie**

5. Welche Formen können Wahnvorstellungen annehmen (nach K. Schneider)?

- Körperliche Passivität: Patient ist passiver und unfreiwilliger Empfänger von Körperempfindungen, die von einer fremden Macht gesteuert werden
- Gedankeneingebung
- Gedankenausbreitung: Gedanken des Patienten werden übertragen, sodass andere sie kennen
- Gedankenentzug: Gedanken werden dem Patienten aus dem Kopf gestohlen
- „Gemachte“ Gefühle
- „Gemachte“ Handlungen
- „Gemachte“ Impulse

## **11 Schizophrenie**

6. Was sind Halluzinationen? Welche sind typisch für Schizophrenie?

## Sinneswahrnehmungen bei fehlenden Umweltreizen

bei Schizophrenie u.a.:

- Gedankenlautwerden |
- Streitende Stimmen > akkustische Halluzinationen
- Kommentierende Stimmen |

Gelten als diagnostisch besonders bedeutsam, da sie bei Schizophrenen häufiger auftreten als bei anderen psychischen Störungen.

## **11 Schizophrenie**

7. Was sind „negative Symptome“ der Schizophrenie?

**Verhaltensdefizite:**

- Antriebsschwäche (Apathie)
- Spracharmut (Alogie)
- Lustlosigkeit (Anhedonie)
- Flacher Affekt

## **11 Schizophrenie**

8. Welche weiteren Symptome können bei Schizophrenen auftreten?

- Katatonie (ungewöhnliche Finger-, Hand-, und Armbewegungen)
  - Anstieg des Aktivitätsniveaus
  - Katatoner Stupor (Beibehaltung einer ungewöhnlichen Haltung über lange Zeit)
- Inadäquater Affekt
- Selbstgespräche in der Öffentlichkeit
- Hamstern von Essen
- Sammeln von Abfällen

## **11 Schizophrenie**

9. Wie definiert das DSM-IV bzw. das ICD-10 Schizophrenie? Welche Eingrenzungen bzw. Abgrenzungen werden vorgenommen?

## Definition

- Innerhalb von sechs Monaten Einschluss eines Monats einer aktiven Phase mit mindestens zwei der folgenden Symptome (Wahnideen, Halluzinationen, desorganisierte Sprache, grob desorientiertes oder katatonies Verhalten und negative Symptome)
- Übrige Zeit: Prodromal- (vor der aktiven Phase) oder Residualphase (nach der aktiven Phase) – sozialer Rückzug, beeinträchtigttes Leistungsvermögen, Beeinträchtigung der Körperhygiene und persönlichen Pflege etc.

## Eingrenzungen

- detaillierte und explizite Aufführung der diagnostischen Kriterien
- Ausschluss von Patienten mit affektiver Störung
- Mindestens sechsmonatiges Bestehen der Symptome
- Leichte Form der Schizophrenie ist jetzt schizotypische Störung (ICD-10) bzw. schizotypische Persönlichkeitsstörung (DSM-IV)
- Unterscheidung von Paranoide Schizophrenie vs. wahnhaftige Störung (abgeschwächte Form; keine desorganisierte Sprechweise oder Halluzinationen)

## **11 Schizophrenie**

10. Welche Untergruppen der schizophrenen Störungen werden heute unterschieden?

- Desorganisierter bzw. Hebephrener Typus: Affekt verflacht, nicht zielgerichtetes Verhalten
- Katatoner Typus: motorische Störungen
- Paranoider Typus: ausgeprägte Wahnvorstellungen

## **11 Schizophrenie**

11. Wie wurde der desorganisierte Typus der Schizophrenie früher bezeichnet?

hebephrene Form der Schizophrenie (nach Kraepelin)

Regressive und diffuse Symptomatik:

- Verhalten läppisch, absurd
- Vernachlässigung des Äußeren
- desorganisierte Sprechweise
- Affekt verflacht/labil

## **11 Schizophrenie**

12. Wodurch fällt der katatone Typus der Schizophrenie auf?

- Motorische Störungen (ungewöhnliche Finger-, Hand-, und Armbewegungen)
- katatoner Erregungszustand: Umherlaufen und agitieren
- katatoner Stupor

## **11 Schizophrenie**

13. Wie valide ist die Einteilung in eine Schizophrenie „positiven Typus“ bzw. „negativen Typus“?

- Nur wenig Patienten, die ausschließlich positive oder negative Symptomatik zeigen, meistens Mischtypen
- konkordante Zwillingen haben mehr negative Symptome als diskordante; keine Unterschiede für positive Symptome
- Neuroleptika bessern positive Symptome; Auswirkung auf negative Symptome unklar

## **11 Schizophrenie**

14. Welche Befundgruppen sprechen für eine genetische Ätiologie der Schizophrenie?

Zwillingsstudien

Familienstudien

Adoptionsstudien

## **11 Schizophrenie**

15. Welche Befunde erbringen Familienstudien zur Schizophrenie?

Für Verwandte von Schizophrenen besteht ein umso höheres Erkrankungsrisiko, je enger Verwandtschaft ist.

## **11 Schizophrenie**

16. Welchen Vorteil haben Zwillingsstudien gegenüber Familienstudien?

monozygote Zwillinge sind genetisch identisch -> ermöglicht bessere Schlüsse über genetische Verursachung

## **11 Schizophrenie**

17. Welche Folgerungen müssen aus den Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien zur Schizophrenie gezogen werden?

- Genetischer Faktor wichtig bei Ätiologie der Schizophrenie -> Aber nicht ausschließlich, Konkordanzrate bei EEZ beträgt keine 100% sondern 44,3%
- Wenn Konkordanzraten genetischen Effekt widerspiegeln, müssten auch Kinder der nicht-schizophrenen eineiigen Zwillingspartner ein erhöhtes Schizophrenierisiko aufweisen ->Zwillingspartner wären dann Träger des Genotyps für Schizophrenie und würden an ihre Kinder erhöhtes Risiko weitergeben -> Daten bestätigen das! (Kinder von nicht-schizophrenen Partner weisen zu 9,4% eine schizophrenieähnliche Störung oder Schizophrenie auf, schizophrener Partner zu 12,3%)
- Negative Symptome scheinen stärkere genetische Komponente zu haben als positive
- Schizophrenie bei leiblichen Verwandten der Indexfälle häufiger diagnostiziert als in der Gesamtbevölkerung. Gilt nicht für Adoptivverwandte.

## **11 Schizophrenie**

18. Spielen nur genetische Faktoren bei der Schizophrenieentstehung eine Rolle?

Nein, auch Umgebungsfaktoren sind wichtig

Diathese-Stress-Modell → scheint zur Erklärung der Ätiologie gut geeignet zu sein

## **11 Schizophrenie**

19. Welche Schwierigkeiten haben Untersuchungen zur Biochemie der Schizophrenie?

Biochemischer Unterschied zwischen Patient und Kontrollperson könnte auch auf psychotrope Substanzen zurückzuführen sein

keine Theorie erhält einhellige Zustimmung

## **11 Schizophrenie**

20. Welche Rolle spielt Dopamin bei Schizophrenie?

Es wird angenommen, dass Schizophrenie das Ergebnis einer übermäßigen Aktivität des Neurotransmitters Dopamin ist.

## **11 Schizophrenie**

21. Welche Belege sprechen für die Dopaminhypothese? Welche dagegen?

### Belege:

- Neuroleptika, die Schizophrenie lindern, haben Nebenwirkungen, die Parkinson ähneln -  
> Parkinson wird durch verminderte Dopaminkonzentration verursacht
- wirksame Neuroleptika blockieren Dopaminrezeptoren
- Amphetamine haben Freisetzung von Dopamin zur Folge, lösen Symptome einer paranoiden Schizophrenie aus

### Gegenbelege:

- Neuroleptika blockieren Dopaminrezeptoren sofort, positive Symptome bessern sich jedoch nur allmählich
- Neuroleptika müssen Dopaminspiegel unter das normale Niveau senken, um wirksam zu sein

## **11 Schizophrenie**

22. Welche neueren Vermutungen bezüglich der (vermittelnden) Rolle des Dopamin liegen vor?

Statt eines überhöhten Dopaminspiegels lassen neuere Studien darauf schliessen, dass eher eine Überempfindlichkeit bzw. Überaktivität der Dopaminrezeptoren für die Störung verantwortlich ist.

Belege:

- Arbeiten zur Wirkungsweise von Neuroleptika
- erhöhte Anzahl von Dopaminrezeptoren bei postmortem Untersuchungen von Betroffenen

## **11 Schizophrenie**

23. Welche Vermutungen gibt es bezüglich hirnorganischer Veränderung als Grundlage der Schizophrenie?

- vergrößerte Ventrikel -> Verlust subkortikaler Gehirnzellen
- Abnahme der grauen Substanz im präfrontalen Kortex
- niedrigere Stoffwechselaktivität im präfrontalen Kortex

## **11 Schizophrenie**

24. Welche Hirnregionen gelten als besonders relevant für die Schizophreniegenese?

- vergrößerter Ventrikel -> Verlust subkortikaler Gehirnzellen
- präfrontaler Kortex von besonderer Bedeutung (geringe Aktivität)

## **11 Schizophrenie**

25. Mit welchen Methoden werden schizophrenie-relevante Hirnregionen eingegrenzt?

CAT	Computer-Axial-Tomographie = CT
MRI	Magnetic-Resonance-Imaging
PET	Positronenemissionstomographie

## **11 Schizophrenie**

26. Was ist von der Hypothese einer Virusinfektion als Ursache späterer Schizophrenie zu halten?

Evtl. Infektion während fetaler Entwicklung

- Studie über Schwangerschaft und Grippeepidemie: Schwangere mit Grippe im zweiten Drittel der Schwangerschaft wesentlich höhere Schizophrenieraten bei den Kindern als im ersten und dritten Drittel

-> Warum erst Symptome in der Adoslesenz?

- Präfrontaler Kortex Gehirnregion, die erst spät reift, deshalb erst im Jugendalter auffällig
- Auch Dopaminaktivität erreicht in der Adoleszenz ihren Höhepunkt: begünstigt Voraussetzungen für das Auftreten schizophrener Phasen

## **11 Schizophrenie**

27. Welche psycho-sozialen Einflüsse bei Schizophreniegenese werden angenommen?

- Soziale Schicht
- Familie
- Schizophrenie in unterster Schicht deutlich häufiger als in denen darüber
- **Soziogene Hypothese:** Belastungen führen zu Ausbruch
- **Social-drift-Hypothese:** Theorie, Betroffene driften in ärmere Stadtteile ab (z.B. aus sich ergebenden finanziellen Problemen)

## **11 Schizophrenie**

28. Was versteht man unter der Social-Drift-Theorie? Welche Befunde gibt es?

Social-drift-Hypothese: Schizophrene "driften" im Verlauf ihrer sich entwickelnden Psychose in ärmere Stadtteile ab. Eventuell verursacht durch Probleme für den Lebensunterhalt zu sorgen oder um in einer Umgebung mit geringerem sozialen Druck zu leben und sozialen Beziehungen aus dem Weg zu gehen.

Befunde:

- Studien über den beruflichen Weg Schizophrener sind widersprüchlich
- Untersuchung der sozialen Schicht des Vaters zeigte, dass die Väter Schizophrener Patienten zu einem Grossteil zu einer höheren sozialen Schicht gehörten als ihre schizophrenen Kinder

## **11 Schizophrenie**

29. Welche Rolle spielt die Familie bei Schizophrenie?

frühere Annahme:

- schizophrenogene Mutter: kalte, dominanter und konfliktauslösendes Verhalten löst Schizophrenie aus

heutige Annahmen:

- Kommunikationsstörungen der Eltern sind Prädiktor für Schizophrenie der Kinder
- Adoptionsstudie: genetische Prädisposition und ungünstige Umgebung erhöhen Risiko für Schizophrenie (aber auffällige Umgebung kann auch Folge der Störung sein)
- Expressed Emotions (kritische Aussagen über bzw. enge emotionale Bindung zu Patienten) könnten Ursache sein (aber auch Folge)

## **11 Schizophrenie**

30. Was versteht man unter „Expressed Emotion“?

Skala zur Erfassung von kritischen Aussagen, feindseligen Äußerungen und emotionaler Bindung in Familien von Betroffenen

Familienmitglieder von Betroffenen sind in der Regel schlecht über Schizophrenie informiert und haben hohe Erwartungen an den Betroffenen

In Familien mit hoher Expressed Emotion gibt es häufiger Feindseligkeiten, überzogene Kritik, übermäßiges Engagement und Überbesorgtheit -> begünstigt Rückfälle und erneute Klinikeinweisung

## **11 Schizophrenie**

31. Welche Bedeutung hat das Expressed-Emotion-Konzept für die Genese bzw. den Verlauf der Schizophrenie?

- 10% der Schizophrenen aus Familien mit niedrigem EE Rückfall innerhalb von neun Monaten
  - 58% der Schizophrenen aus Familien mit hohem EE
  - Ist EE kausal?
  - Reflektiert EE Reaktion der Familie auf Zustand des Betroffenen (Verschlechterung)?
- > Kausalität unklar

## **11 Schizophrenie**

32. Was versteht man unter High-Risk-Studien?

Methode, Personen zu untersuchen, die ein hohes Risiko haben, an Schizophrenie zu erkranken

## **11 Schizophrenie**

33. Welche Befunde zeigen sich in den High-Risk-Studien?

**Medinick und Schulsinger, Anfang der 60er Jahre, 207 junge Leute mit chronisch schizophrenen Müttern und schlechter präorbider Anpassung:**

- Parallelisierung der KG in Geschlecht, Alter, Schulabschluss etc.
- 1972 Nachuntersuchung: 15 Risikoprobanden hatten Schizophrenie, keiner aus KG  
=> wichtig für Ätiologie: positive oder negative Schizophrenie unterschiedlich vorhergesagt (positiv: familiäre Instabilität; negativ: Komplikationen in Schwangerschaft und Geburt, Fehlen elektrodermalen Reaktionen auf einfache Reize)

**New-Yorker-High-Risk-Studie:** zusammengesetztes Maß der Aufmerksamkeitsdysfunktion sagt Verhaltensstörung bei der Folgeuntersuchung vorher; niedriger IQ Merkmal der ersten Kinder aus Risikogruppe, die hospitalisiert wurden

**Studie in Israel:** niedriges neuropsychologisches Funktionsniveau und zwischenmenschliche Probleme konnten schizophrenieähnliche Symptome vorhersagen

## **11 Schizophrenie**

34. Was weiß man zum Verlauf der Schizophrenie nach Krankheitsausbruch?

25% monophasischer Verlauf mit vollständiger Remission

33% polyphasischer oder wellenförmiger Verlauf

10% ungünstiger Verlauf ohne Remission

## **11 Schizophrenie**

35. Welche somatischen Behandlungsformen der Schizophrenie gibt es?

- 30er Jahre: Insulinkomatherapie (konnte nicht bestätigt werden)
- 1935: präfrontale Lobotomie (Trennung der Bahnen zwischen Stirnhirn und unteren Gehirnzentren), Patienten häufig tatsächlich ruhiger, aber ernsthaften Schaden an kognitiven Fähigkeiten
- 1938: Elektokrampftherapie (so ineffektiv wie Psychochirurgie, nur bei tief depressiven Patienten erfolgreich)
- medikamentöse Therapie dominiert heute – antipsychotische Medikamente in 50er Jahren (Neuroleptika)  
z.B. Phenothiazine: beruhigen Patienten (blockieren Impulsübertragung in den dopaminergen Leitungsbahnen des Gehirns; z.B. Chlorpromazin)

## **11 Schizophrenie**

36. Welche Medikamente sind bei Schizophrenie unerlässlich?

- Chlorpromazin (Phenothiazin)
- Butyrophenone
- Thioxantheme (beide wie Phenothiazin)
- durch GABA-Antagonisten kann tardive Dyskinesie erleichtert werden
- Clozapin (kann Immunsystem schwächen und Krampfanfälle auslösen) keine Blockade der Dopaminrezeptoren, keine extrapyramidalen Nebenwirkungen

**Kategorie**

Phenothiazine

Butyrophenone

Thioxantheme

Dibenzodiazepin

Thienobenzodiazepin

Benzisoxazole

**Wirkstoff**

Chlorpromazin

Haloperidol

Chlorpraxiten

Clozapin

Olanzapin

Risperidon

## **11 Schizophrenie**

37. Welche Symptome der Schizophrenie werden durch Neuroleptika erfolgreich reduziert?

nur die positiven

## **11 Schizophrenie**

38. Welche Gefahren (Nebenwirkungen) sind mit der Anwendung von Neuroleptika verbunden?

- Schwindel, verschwommenes Sehen, Ruhelosigkeit, sexuelle Fehlfunktionen
- extrapyramidale Nebenwirkungen: ähnlich wie bei Parkinson-Krankheit (Tremor der Finger, „Pillendreher“; schwerfälliger, kleinschrittiger Gang; Muskelstarre, Speichelfluss)
- Dyskinesie: abnorme Bewegungen der willkürlichen und unwillkürlichen Muskulatur (meist der Mundmuskulatur)
- neuroleptisches Syndrom (Muskelstarre mit Fieber; teilweise tödlich)
- Beeinträchtigung des Immunsystems (Clozapin)

## **11 Schizophrenie**

39. Welche psychologischen Maßnahmen sind bei Schizophrenien erfolgsversprechend?

- SULLIVAN, FROMM-REICHMANN: Psychoanalyse, aber Studien zeigen keinen Erfolg -> kann in akuter Phase auch schädlich sein
- Familientherapie und Expressed-Emotions-Konzept: Familientherapie, die zur Reduktion von EE führt, erfolgreicher als Individualtherapie (Anpassung an das reale Leben gering, Patienten werden in der Regel keine voll funktionsfähigen Mitglieder der Gesellschaft mehr, benötigen weiterhin Fürsorge und Behandlung)
- Vermittlung sozialer Fertigkeiten
- Verhaltenstherapie: gelten als wirksamste Verfahren bei Versuch, Schizophrenen zu helfen, zurechtzukommen (z.B. Token-System)
- Interventionen bewirken Änderung, wenn es darum geht, Folgen der Institutionalisierung rückgängig zu machen und Menschen, die vom Klinikpersonal für Passivität und Willfährigkeit bestraft wurden, soziale Fertigkeiten (auch Selbstbehauptung) zu vermitteln

## **11 Schizophrenie**

40. Welche familienbezogenen Interventionen ergeben sich aus dem Expressed-Emotion-Konzept?

- Information über Notwendigkeit der Medikamenteneinnahme
- Informationen über Krankheit
- Vorstellen der Symptome und Möglichkeiten des Umgangs damit, um emotionale Belastungen zu verringern
- Zeigen von Möglichkeiten, positive und negative Gefühle in konstruktiver und empathischer Weise auszudrücken

## **11 Schizophrenie**

41. Welche Prinzipien sollten heute bei der Behandlung schizophrener Patienten berücksichtigt werden?

Integration von pharmakologischen und psychosozialen Interventionen:

- wissenschaftlich fundierte Informationen an Familien geben
- medikamentöse Behandlung nur ein Teil der Therapie
- Belastungsminderung durch Abbau von EE (Familientherapie)
- Vermittlung von sozialen Fertigkeiten an Patienten

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

1. Welches sind die wesentlichen Bestimmungsstücke eines Abhängigkeitssyndroms?

körperliche Abhängigkeit (erkennbar an Entzugssymptomen) und Toleranz (größere Dosen für gleichen Effekt nötig, bei gleichen Dosen verminderter Effekt, scheinbare Unauffälligkeit nach Konsum großer Mengen)

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

2. Welche Kriterien müssen erfüllt sein, um die Diagnose einer Substanzabhängigkeit zu erhalten?

Mindestens drei dieser Merkmale über mindestens 1 Jahr (nach DSM-IV):

1. Toleranzentwicklung
2. Entzugssymptome bei Aufgabe oder Reduktion
3. Mehr Konsum als beabsichtigt
4. Einsicht in übermäßigen Konsum, erfolglose Reduktionsversuche
5. großer Zeitaufwand für Beschaffung oder Erholung von Wirkung
6. Aufrechterhalten des Konsums trotz psychischer/körperlicher Probleme
7. Aufgabe oder Einschränkung von Aktivitäten wegen Konsum

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

3. Wie wird Substanzmissbrauch definiert?

Mindestens eins dieser Merkmale aufgrund des Substanzkonsums:

- Vernachlässigung wichtiger Verpflichtungen
- sich Gefahren aussetzen
- Probleme mit dem Gesetz
- ständige soziale/interpersonale Probleme

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

4. Wie hoch schätzt man die Lebenszeitprävalenz für Alkoholismus?

Männer > 20%

Frauen > 8%

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

5. Welche Komorbidität besteht zu anderen Störungen?

- Persönlichkeitsstörungen
- affektive Störungen
- Konsum anderer Drogen
- Schizophrenie
- Angststörungen

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

6. Welche kurzzeitigen Effekte hat der Konsum von Alkohol?

- Stimulation (Abnahme von Spannungen und Hemmungen)
- Beeinträchtigung komplexer Denkprozesse, motorischer Koordination, Gleichgewicht, Sprache und Wahrnehmung
- Abstumpfung gegen Schmerz
- sedierende/einschläfernde Wirkung

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

7. Welche Rolle spielen Erwartungen bei der Wirkung von Alkohol?

Steigerung von Aggressivität und sexueller Reaktionsbereitschaft beruht auf Erwartungen, nicht auf Wirkung von Alkohol

Experiment: angeblich alkoholisches, tatsächlich aber alkoholfreies Getränk führte zu diesen Wirkungen

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

8. Was sind die längerfristigen Wirkungen von Alkohol?

physiologische Schäden (*siehe Antwort zu Frage 9*)

soziale Probleme

psychische Folgen

Kontrollverlust, schlechte soziale Anpassung, Trinken kann aber noch eingestellt werden

Trinken ohne Unterbrechung, physiologische Veränderungen, Verlust der Selbstachtung, Gleichgültigkeit

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

9. Welche körperlichen Auswirkungen hat regelmäßiger bzw. chronischer Alkoholkonsum?

- 1.Mangelernährung/Unterernährung (wegen wenig Essen)
- 2.Leberzirrhose
- 3.Schädigungen der endokrinen und Bauchspeicheldrüse
- 4.Herzversagen, Bluthochdruck, Gefäßerkrankungen
- 5.Strukturveränderungen im Hirn (Amnestisches-/Korsakow-Syndrom)
- 6.verschlechtertes Immunsystem

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

10. Welche Gefahren gehen von Nikotin für die Gesundheit aus?

- Lungenkrebs und -emphysem
  - Kelhkopfs- und Speiseröhrenkrebs
  - Herzkrankheiten
- > Tod
- Erektionsprobleme

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

11. Welche Kosten sind mit dem Rauchen für die Gesellschaft verbunden?

Verlust von Arbeitstagen (wegen Arbeitsunfähigkeit oder Ausschussproduktion)

Kosten für gesundheitliche Folgen (ca. 30 Milliarden \$ pro Jahr)

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

12. Welche längerfristigen gesundheitlichen Folgen hat das Rauchen bzw. Passivrauchen?

vgl. auch Karte zu den Gefahren des Nikotinkonsums:

1.Lungenkrebs und -emphysem

2.Kelchkopfs- und Speiseröhrenkrebs

3.Herzkrankheiten

Tod, Erektionsprobleme

Passivrauchen: Atemwegsinfektionen, Frühgeburten, Geburtsfehler, Lungenschädigungen

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

13. Wie häufig ist der Marihuanakonsum in westlichen Industriestaaten?

Über 20% der Erwachsenen haben schon mal probiert

Lebenszeitprävalenz 0,5% für Abhängigkeit

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

14. Wie wirkt Marihuana psychisch (kurz- und langfristig)?

Entspannung, Kontaktfreude

höhere Dosen: Stimmungswechsel, abgestumpfte Aufmerksamkeit, Denk- und Gedächtnisstörungen

sehr hohe Dosen: Halluzinationen, Panik

Kurzfristig:

- intellektuelle Beeinträchtigung (z.B. Verlust der Kurzzeitgedächtnisses, Unfähigkeit der Erinnerung an im Rausch Gelerntes)
- Beeinträchtigung psychomotorischer Fähigkeiten (Autofahren)

Langfristig:

- etwas schlechtere Gedächtnis- und Problemlöseleistung
- psychische Probleme im Erwachsenenalter (Delinquenz, höhere Trennungs-/Scheidungsrate, Psychosen)

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

15. Ist Marihuanakonsum der Einstieg in den Gebrauch härterer Drogen?

**Die meisten Marihuana-Konsumenten wechseln nicht zu harten Drogen, aber:**  
erhöhte Wahrscheinlichkeit, bester Prädiktor für Kokainkonsum, Konsumenten harter Drogen haben mit hoher Wahrscheinlichkeit auch Marihuana genommen

Fazit: Netzwerktheorie würde die Zusammenhänge besser erklären, andere Faktoren berücksichtigen (z.B. hängt auch der Konsum legaler mit dem illegaler Drogen zusammen)

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

16. Welche körperlichen Auswirkungen hat der regelmäßige Gebrauch von Marihuana?

*kurzfristig:*

- Rötung und Jucken der Augen
- Trockener Mund/Kehle
- Beschleunigung des Herzschlags (Achtung bei Anfälligkeit!)
  
- Schädigung der Lunge (in Struktur und Funktion, z.B. starke Einschränkung der Vitalkapazität, Lungenkrebsrisiko)
- evtl. Einschränkung der Fortpflanzungsfähigkeit
- Toleranzerscheinungen (aber vermutlich keine körperliche Abhängigkeit)
- Appetitsteigerung

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

17. Gibt es auch einen therapeutischen Nutzen von Marihuana?

Milderung von Übelkeit und Appetitverlust durch Chemotherapie

Behandlung von AIDS-Begleiterscheinungen (z.B. Schmerz)

(Behandlung des Grünen Stars (Senkung des Augeninnendrucks)) ?

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

18. Welche Substanzen gehören zur Gruppe der Sedativa?

Substanzen: Opium und Derivate (Morphium, Heroin, Kodein)

außerdem: synthetische Barbiturate und Tranquilizer

Beruhigungsmittel, die die Aktivität des Körpers und die Reaktionsbereitschaft herabsetzen.

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

19. Welche Wirkungen lassen sich bei Sedativa beobachten?

induzieren Schlaf, Beruhigungsmittel

Schmerzlinderung

Euphorische Benommenheit

starke Entzugserscheinungen

Entspannung, Angstminderung

setzen Aktivität und Reaktionsbereitschaft herab

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

20. Was sind die körperlichen und sozialen Folgen der Abhängigkeit von Sedativa?

- entspannen Muskeln
- mildern Angst
- erzeugen in kleinen Dosen leicht euphorischen Zustand
- bei hohen Dosen undeutliche Sprache und unsicherer Gang
- erzeugen Reizbarkeit, Aggressivität und führen zum Verlust der emotionalen Kontrolle
- bei langem, exzessivem Missbrauch können Gehirn und Persönlichkeit Schaden nehmen
- schwere Entzugserscheinungen nach abruptem Absetzen

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

21. Was sind typische Entzugssymptome von Heroin?

nach 8 Stunden: Erkältungsähnliche Symptome (Muskelschmerzen, Niesen, Schwitzen, Tränen)

innerhalb von 36 Stunden: Muskelzucken, Krämpfe, Hitze- und Kältewellen, erhöhter Blutdruck und Herzfrequenz, Schlaflosigkeit, Erbrechen, Durchfall

Symptome halten 72 Stunden an, klingen dann langsam über 5-10 Tage ab

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

22. Welche beiden Hauptgruppen von Stimulantien werden unterschieden?

- Amphetamine
- Kokain

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

23. Welche Auswirkungen haben Amphetamine?

- 1.ähnliche Wirkung wie Noradrenalin
- 2.machen hellwach, euphorisch
- 3.Energie, Selbstvertrauen
- 4.hemmen intestinale Funktionen, reduzieren Appetit
- 5.schneller Herzschlag, Verengung der Blutgefäße

höhere Dosis: Aggressivität, Nervosität, Agitiertheit, Kopfschmerzen, Benommenheit,

Sucht: Toleranzsteigerung

langfristig: ähnlich zu Paranoider Schizophrenie

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

24. Was war die ursprüngliche Hoffnung, die sich mit Kokain verband?

lokales Anästhetikum

Depressionen lindern, aufheiternde Wirkung auch bei Schmerzen (Freud, aber: Psychose eines Freundes)

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

25. Wie wird Kokain heute konsumiert? Welche neuen Drogenformen haben sich entwickelt?

Geschnupft, geraucht, geschluckt, injiziert

Speedball: oral eingenommene Mischung mit Heroin

weißer Tornado/Baseball: gerauchte Kokainbase (aus Erhitzung mit Äther gewonnen) ->

Freebase

Crack: Form des Freebase

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

26. Was ist LSD? Welche Wirkungen werden damit erzielt?

LSD = *d*-Lysergsäurediäthylamid

Halluzinogen

Halluzinationen sind Haupteffekt

bewusstseinerweiternd -> psychedelisch

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

27. Welche Wirkungen (kurz- und längerfristig) haben Halluzinogene?

- Synästhesien (Überfließen von einer sensorischen Modalität zu einer anderen)
- stark verlangsamte subjektive Zeitvorstellung
- Verlust von Grenzen, Angst, auseinanderzubrechen
- Gedanken und Erinnerungen lebhaft
- Labile Stimmung (von Angst bis Heiterkeit)
- Nach 4-5 Stunden Gefühl der Distanz, Gefühl, unter magischer Kontrolle zu stehen
- Horrortrips, Flashbacks

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

28. Sind die Effekte von Halluzinogenen nur physiologisch bedingt?

Daneben sind auch Einstellungen der Betroffenen und die Umgebung, in der die Drogenwirkung erlebt wird, Determinanten der Reaktion auf Halluzinogene

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

29. Was ist ein Horrortrip, was ein Flashback?

**Horrortrip:** Irgendetwas von dem, was der Betroffene nach der LSD-Einnahme erlebt, löst Angst aus, die sich zu Panikattacke steigert, Gefühl, verrückt zu werden.

**Flashback:** nicht vorhersehbare Wiederkehr von Symptomen halluzinogener Drogen nach Abklingen der pharmakologischen Wirkung (Eigendynamik, noch Wochen und Monate nach Drogeneinnahme)

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

30. Was ist PCP (Phencyclidin)? Worin liegt die besondere Gefahr?

PCP (Phencyclidin) wird oft als „Angel Dust“ bezeichnet. PCP ist ein Anästhetikum, das für große Tiere als Tranquilizer entwickelt wurde. Es führt zu Reaktionen wie schwerer Paranoia, Gewalt, oder sogar Koma und Tod.

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

31. Welche soziokulturellen Faktoren spielen beim Alkoholismus und bei anderen Drogen (z.B. Nikotin) eine Rolle?

- kulturbedingte Einstellungen
- Zugänglichkeit
- Situation in der Familie
- soziales Umfeld
- Medien

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

32. Welche psychologischen Variablen tragen zur Suchtentwicklung bei?

1. Wirkungen des Alkohols auf die Stimmung; die Situationen, in denen der spannungsmin-  
dernde Effekt auftritt; und die Kognitionen in diesem Prozess
2. Überzeugung über die Häufigkeit des Konsums und deren Gesundheitsrisiken
3. Persönlichkeitsmerkmale (Angstprobleme, Erwartung von Spannungsabbau, Bedürfnis  
nach Stimulierung, Erwartung der Förderung positiver Affekte)

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

33. Welche Befunde liegen zum spannungsmindernden Effekt von Alkohol vor? Welche Einflussgrößen spielen dabei eine Rolle?

- Spannungsreduzierung nur bei Reihenfolge Alkohol -> Stress, nicht bei Stress -> Alkohol
- Erwartung ausschlaggebend für Konsum; Erwartung an Spannungsreduktion ruft Effekt hervor

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

34. Welche differentialpsychologischen Faktoren nehmen Einfluss auf den Alkoholkonsum?

- Hyperaktivität in der Kindheit,
- antisoziales Verhalten,
- gleichgültig gegenüber moralischen Prinzipien,
- körperliche Stresssymptome,
- unentschlossen,
- nicht vertrauenswürdig,
- unfähig, negative Gefühle anzugeben,
- fehlende Selbstachtung
- Angst
- Suche nach Neuem (sensation seeking)
- Widerspenstigkeit
- starke Aggressionen

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

35. Welche biologischen Faktoren spielen bei der Substanzabhängigkeit eine Rolle?

genetische Disposition

Belege: familiäre Häufung

Zuchtexperimente mit Tieren

höhere Konkordanz bei monozygoten Zwillingen

Anlage zur Alkoholtoleranz

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

36. Welche Befunde sprechen für eine genetische Komponente des Alkoholismus?

- familiäre Häufung
- Zuchtexperimente mit Tieren, die alkoholische Getränke präferierten
- höhere Konkordanz bei monozygoten Zwillingen

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

37. Was wird bezüglich Alkoholabhängigkeit möglicherweise vererbt?

Metabolisierung von Alkohol -> Anlage zur Alkoholtoleranz

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

38. Wie lässt sich Alkoholverlangen reduzieren?

- Alkoholkonsum vermeiden: Gabe von Antabus -> Alkoholkonsum führt zum Erbrechen; regelmäßige Einnahme des Medikaments nötig; Nachteile: mögliche Entzündung des Nervengewebes, hohe Abbruchrate
- Alkoholverlangen reduzieren -> Opiatantagonisten
- Behandlung komorbider Störungen

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

39. Welchen therapeutischen Nutzen hat Disulfiram (Antabus)? Welche empirischen Befunde liegen vor?

- Führt in Verbindung mit Alkohol zu heftigem Erbrechen.
- Wenn Trinker es jeden Morgen einnimmt, Chancen gut, dass er aufgrund negativer Konsequenzen Trinken lässt
- Effekt von Antabus konnte in Placebostudie nicht nachgewiesen werden (Abbruchquote lag bei 80%).

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

40. Was sind die Anonymen Alkoholiker? Welchen Prinzipien folgen sie?

- Selbsthilfegruppe, gegründet 1935 von zwei Alkoholikern, religiös geprägt
- Alkoholismus unheilbare Krankheit, ständig auf der Hut sein
- Spirituelle Seite
- Studie zeigt, dass Menschen, die freiwillig die AA wählen, häufig nicht rückfällig werden.  
Aber ausgewählte Gruppe

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

41. Was versteht man unter Aversionstherapie bei Alkoholismus?

- Elektrischer Schlag, wenn Alkoholiker Hand nach Flasche ausstreckt oder medikamentöse Übelkeit (Antabus)
- Verdeckte Sensibilisierung: lebhaftes Vergegenwärtigen des aversiven Reizes (Vorstellung von Übelkeit, die beim Trinken ausgelöst wird)

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

42. Was meint man mit Kontingenzmanagement bei der Behandlung von Alkoholismus?

sozialem Umfeld wird beigebracht, Bedingungen zu verstärken, die zur Vermeidung des Trinkens führen (Antabus einnehmen, Situationen meiden, ...)

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

43. Kann man Alkoholkranken kontrolliertes Trinken beibringen?

Ja, durch Aversionstherapie und einem Problemlöse- und Selbstbehauptungstraining

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

44. Was meint man mit Kontingenzmanagement bei der Behandlung von Alkoholismus?

sozialem Umfeld wird beigebracht, Bedingungen zu verstärken, die zur Vermeidung des Trinkens führen (Antabus einnehmen, Situationen meiden, ...)

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

45. Was ist mit Polytoxikomanie gemeint? Welche ungeklärten Fragen stellen sich dabei?

- Konsum von mehr als einer Droge gleichzeitig
- Wirkung einzelner Substanzen interagieren und erzeugen besonders starke Reaktionen
- Soll Behandlung aller Abhängigkeiten gleichzeitig oder nacheinander erfolgen?  
-> gleichzeitige Behandlung ist möglich

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

46. Vor welche Probleme ist man bei der Therapie von harten (illegalen) Drogen gestellt?

- Entzugssymptome von unterschiedlicher Schwere (teilweise lebensgefährlich)
- Entzug nur erster Schritt, schwieriger, Abhängigen dazu zu bringen, dauerhaft ohne Drogen zu leben

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

47. Was versteht man unter Substitutionstherapie?

Ersatz einer Droge (Heroin) durch eine andere (Methadon), die ähnliche Wirkung, aber leichteren Entzug hat

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

48. Was sind inzwischen verbreitete Heroin-Antagonisten? Wie wirken diese Antagonisten?

Naltrexon und Naloxon (Opiatantagonisten): blockieren Ausschüttung von Endorphinen bei Heroinkonsum und damit Verlangen nach der Droge

Mitarbeit der Süchtigen schlecht; Ergebnisse mässig

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

49. Welche Effekte erzielen die Anwendung von Antidepressiva bei der Suchttherapie?

Imipramin: milderte bei Kokainabhängigen zwar Depression, trug nicht dazu bei, kokainabstinend zu werden

positiv für Rauchentwöhnung (egal ob depressiv oder nicht)

Placebostudie (nach 1 Jahr):	27% mit Antidepressiva abstinent
	12% mit Placebo abstinent

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

50. Welche Überlegungen machen psychologische Behandlungen bei Drogenabhängigkeit sinnvoll?

Schwierigkeit, Abstinenz beizubehalten ist zu großem Teil auf Umfeldfaktoren zurückzuführen

viel bessere Ergebnisse bei kombinierter Therapie

oft Komorbidität mit anderen Störungen

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

51. Was für psychologische Therapieansätze werden zur Behandlung von Nikotinabhängigkeit gemacht?

**Aversionstherapien** -> kaum erfolgreich, hohe Rückfallquote

**Kognitiv:** Entspannung und Selbstgespräche verlockenden Situationen -> nicht erfolgreich

**Anweisung eines Arztes:** Wirkung unklar

**geplantes Rauchen:** Nikotinaufnahme über Wochen reduzieren, Rauchen nach Zeitplan statt nach Lust -> nach einem Jahr 44% abstinent

**Behandlung ursächlicher Faktoren:** z.B. kognitive Therapie bei depressiver Stimmung -> ermutigende Ergebnisse

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

52. Mit welchem Problem ist man bei der Behandlung von Nikotinabhängigkeit konfrontiert?

psychologisch begünstigende Faktoren sind von Raucher zu Raucher unterschiedlich ->  
keine einheitliche Behandlung möglich

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

53. Was ist von Nikotinkaugummi bzw. -pflaster zu halten?

mögliche Abhängigkeit vom Kaugummi, kein zusätzlicher Nutzen bei VT

Begrenzter Nutzen bei Entzugserscheinungen, da keine Nikotinspitze im Plasma und kein so hoher Nikotingehalt im Blutspiegel

Pflaster:

- ist einem Placebopflaster im Hinblick auf subjektives Verlangen und Abstinenz überlegen
- Nützlich zur Reduktion unangenehmer Nebenwirkungen bei der Entwöhnung

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

54. Welche anderen therapeutischen Elemente spielen bei einer Nikotinentwöhnungstherapie eine Rolle?

- Nikotionkaugummi/-pflaster
- Inhalator (Nikotin durch Plastikschauch inhaliert) -> erfolgreich
- Antidepressiva -> helfen auch bei Nicht-Depressiven
- Auffrischungs- und Wiederholungssitzungen (Rückfallprophylaxe)
- Bedeutung von Kognitionen -> Strategie zur Bekämpfung der mit dem Rauchen zusammenhängenden Gedanken -> Selbstwirksamkeit
- Informationen über Schädlichkeit
- Aversionstherapie, Kontrolltechniken, geplantes Rauchen, Anweisung des Arztes

## **12 Substanzinduzierte Störungen**

55. Welche Möglichkeiten zur Prävention von Rauchen gibt es und wie erfolgreich sind diese?

- Training des Widerstands gegen den Gruppendruck (besonders wirksam bei Mädchen)
- Affektive Erziehung, Stärkung des Selbstbewusstseins (nicht wirksam)
- Informationen über schädliche Wirkungen des Rauchens (noch unklar)

## **13 Persönlichkeitsstörungen**

1. Was ist das zentrale Merkmal der Persönlichkeitsstörungen?

Gehören zur Person dazu, werden selten als störend oder abweichend erlebt (**Ich-Syntonie**)

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

2. Welche diagnostischen Leitlinien sind bei der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu berücksichtigen?

Einordnung auf Achse II – unabhängig von Störung auf Achse I (DSM-IV)

Abgrenzung der Persönlichkeitsstörungen untereinander

ICD: Persönlichkeitsstörung = tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen beziehen (F 60)

## **13 Persönlichkeitsstörungen**

3. Welche Schwierigkeiten bestehen bei der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung?

1. Problem der Reliabilität
2. Persönlichkeitszüge lassen häufig verschiedene Diagnosen zu
3. Problem der mangelnden Stabilität über verschiedene Diagnosesysteme hinweg (z.B. starke Veränderung DSM-III -> DSM-III-R, starke Unterschiede DSM/ICD)
4. Kontinuum der Persönlichkeitsmerkmale wird im DSM nicht berücksichtigt -> mangelnde Eignung für die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen -> lieber anderes System
5. Komorbidität mehrerer Persönlichkeitsstörungen

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

4. Welche Unterschiede bestehen zwischen DSM-IV und ICD-10 bei der Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung?

einige Kategorien fehlen im ICD (z.B. narzisstisch)

manche sind anders definiert (z.B. ICD-10: emotional instabile Persönlichkeitsstörung vs. DSM-IV: Borderline Persönlichkeitsstörung)

manche sind als Achse-I Störung definiert (z.B. ICD-10: schizotype Störung in Schizophreniekategorie F 21; DSM-IV: schizotype Persönlichkeitsstörung)

## **13 Persönlichkeitsstörungen**

5. Welche Grobeinteilung (Gruppen) der Persönlichkeitsstörungen lässt sich vornehmen?

drei Cluster:

**A absonderlich/exzentrisch** (paranoide, schizotype, schizoide Persönlichkeitsstörung)

**B dramatisch/emotional/launenhaft** (antisoziale, Borderline, histrionische, narzisstische Persönlichkeitsstörung)

**C ängstlich/furchtsam** (selbstunsichere, abhängige, zwanghafte Persönlichkeitsstörung)

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

6. Wodurch lässt sich eine paranoide Persönlichkeit beschreiben?

1. Misstrauisch/nur negative Erwartungen an andere, Zweifel an Loyalität anderer
2. Verschlussen
3. Eifersüchtig/Glaube, betrogen zu werden
4. Beschuldigung anderer (auch ungerechtfertigt)

## **13 Persönlichkeitsstörungen**

7. Was kennzeichnet eine schizoide Persönlichkeitsstörung?

1. Wenig Freunde, Probleme, Beziehungen zu knüpfen, unnahbar, Einzelgänger
2. flache Gefühle, kein Interesse
3. Gleichgültigkeit gegen Lob, Kritik und Gefühle anderer

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

8. Welche Auffälligkeiten beschreiben eine schizotypische Persönlichkeitsstörung?

- wenige Freunde, Probleme Beziehungen zu knüpfen, unnahbar, Einzelgänger
- magisches Denken (Aberglaube, Hellseherei etc.)
- Wahrnehmungsstörungen: Depersonalisation, Derealisation, Illusionen (z.B. Anwesenheit Dritter)
- Besonderheiten der Sprache
- exzentrisches Verhalten/Erscheinung (Selbstgespräche, Kleidung)
- Flacher Affekt

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

9. Was ist der Hintergrund für die Entwicklung der diagnostischen Kategorie der schizotypischen Persönlichkeitsstörung?

Untersuchung mit adoptierten Kindern schizophrener Eltern

- einige Kinder entwickelten als Erwachsene voll ausgeprägte Schizophrenie
- weit grösserer Anteil zeigte abgeschwächte Form der Schizophrenie

-> Entwicklung der diagnostischen Kategorie der schizotypischen Persönlichkeitsstörung

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

10. Wie wird die Borderline Persönlichkeitsstörung definiert?

1. Instabilität des Selbstbilds, keine sicheren Werte, Loyalitäten etc.
2. unerklärliche starke Schwankungen von Gefühlen gegenüber anderen, Instabilität von Beziehungen, kann nicht alleine sein
3. schwankende, abrupt sich ändernde Emotionen, Instabilität der Stimmung, Zornausbrüche, Reizbarkeit, Streitsucht
4. unberechenbares, impulsives, evtl. selbstschädigendes Verhalten (Spiel, Sex, Essen, Geld ausgeben)
5. bei Stress paranoide Vorstellungen/dissoziative Symptome

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

11. Gibt es eine Beziehung der Borderline Persönlichkeitsstörung zur Schizophrenie?

keine Verbindung über Prädisposition

früheres Bild von „Grenze zur Schizophrenie“ ist falsch

aber: unter Stress paranoide oder dissoziative Symptome bei Borderline

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

12. Zu welchen anderen Persönlichkeitsstörungen besteht eine große Überlappung?

Bezug: Borderline-Persönlichkeitsstörung

Überlappende Persönlichkeitsstörungen:

histrionisch, narzisstisch, abhängig, selbstunsicher, paranoid (alles eher als schizotypisch)

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

13. Wodurch fällt eine histrionische Persönlichkeitsstörung auf?

- übertrieben dramatisch/Zeigen von Emotionen
- Versuch, Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen
- Ich-Zentriertheit, starke Beschäftigung mit Attraktivität
- leicht beeinflussbar

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

14. Welche Überschneidung zwischen selbstunsicherer und abhängiger Persönlichkeitsstörung besteht?

**Selbstunsicher:**

Empfindlichkeit bezüglich Zurückweisung, Erniedrigung etc.

- Zögern, Beziehungen aufzunehmen/sich auf Beziehungen einzulassen
- Angst in sozialen Situationen, sich in Verlegenheit zu bringen
- geringes Selbstwertgefühl

Beträchtliche Überschneidung (z.B. negatives Selbstwertgefühl, Beziehungsprobleme)

**Abhängig**

abhängiges Verhalten

Bindungsproblem

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

15. Was kennzeichnet eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung?

1. Perfektionismus, Beschäftigung mit Plänen, Details, Regeln etc.
2. Arbeit vor Vergnügen
3. Probleme, Zeit einzuteilen oder Entscheidungen zu treffen
4. schlechte Beziehungen (weil alles so gemacht werden muss, wie zwanghafte Person es will)
5. Ernst, Förmlichkeit, strikte Moral
6. Geiz, Behalten alter Sachen

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

16. Welche Komponenten umfasst das gegenwärtige Konzept der antisozialen Persönlichkeitsstörung?

antisoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10) = dissoziale Persönlichkeitsstörung (DSM-IV)

1. Verhaltensstörung im Alter < 15 Jahren (z.B. Schuleschwänzen, Weglaufen, Diebstahl etc.)
2. Fortsetzung des Verhaltens im Erwachsenenalter (z.B. nur selten Arbeiten, Gesetze brechen, Aggression, Rücksichtslosigkeit, Reuelosigkeit, Impulsivität)

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

17. Welche Auffälligkeit steht im Mittelpunkt des Psychopathie-Konzepts?

1. Gefühlsverarmung (für positive, negative und Scham-Gefühle)
2. Manipulation anderer, Verantwortungsloses Verhalten gegenüber anderen
3. Kein Lernen aus Fehlern
4. unangemessene Motivation des Verhaltens (impulsiv, ohne guten Grund wie z.B. Streben nach Geld)

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

18. Welche Befunde zur Genetik psychopathischen Verhaltens gibt es?

- höhere Konkordanzen bei eineiigen Zwillingen
- adoptierte Kinder von biologischen Eltern mit antisozialer Persönlichkeitsstörung zeigen häufiger antisoziales Verhalten

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

19. Welche Auffälligkeiten (EEG) zeigt das zentrale Nervensystem bei Psychopathen?  
Welche kritischen Einwände werden gegen diese Befunde gemacht?

ca. 30-60% sind von Auffälligkeit betroffen:

niedrige Wellenfrequenz bei Ruhe im gesamten Hirn (eigentlich typisch für Kleinkinder)

Spitzen im temporalen Bereich

Kritische Einwände:

- Nicht alle Psychopathen sind betroffen.
- Nicht alle Situationen sind betroffen (Ruhe ja, Videospiele nein).

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

20. Welche Rolle spielt die Familie (Sozialisation)? Welche Studien liegen vor?

Kontext: antisoziale Persönlichkeitsstörung

1. Eltern: Inkonsequenz in Disziplinierung und Versuch, Verantwortung für andere beizubringen
2. Väter neigen auch zu antisozialem Verhalten
3. ROBINS: Erziehungsberatungsstelle-Klienten und neutrale Gruppe nach 30 Jahren verglichen -> Prädiktoren für Psychopathen: antisoziales Verhalten in der Kindheit (Lügen, Aggressivität, Diebstahl, meistens Jungen)

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

21. Wie steht es mit dem autonomen Erregungsniveau der antisozialen Persönlichkeitsstörungen? Welche Veränderungen lassen sich beobachten?

Psychopaten reagieren weniger ängstlich auf furchterregende Reize

1. elektrische Hautleitfähigkeit ist unterdurchschnittlich und weniger reaktiv
2. Herzschlagfrequenz normal, auch Reaktivität auf neutrale Reize, Herzschlagfrequenz ist bei erwarteten aversiven Reizen höher als bei normalen Menschen  
-> Zeichen für Bemühen, sich gegenüber dem Reiz abzuschliessen

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

22. Welche therapeutischen Möglichkeiten bei Persönlichkeitsstörungen gibt es?

Wenige Studien, Therapie meist auf Basis von Fallberichten; durch Komorbidität mit Achse-I-Störungen weniger Besserung als Patienten mit alleiniger Achse-I-Störung

**Pharmakologische Therapie:** Medikament wird für Achse-I-Störung ausgesucht, die der Persönlichkeitsstörung ähnelt (z.B. Tranquilizer bei selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung -> Abbau von sozialen Ängsten)

**Psychoanalyse:** Einstellungen ändern, die sich in der Kindheit entwickelt haben (z.B. für Liebe der Eltern perfekt sein zu müssen)

**Verhaltenstherapie:** Analyse einzelner Probleme der Persönlichkeitsstörungen

**kognitive Therapie:** Analyse vorliegender Denkfehler und dysfunktionaler Schemata (nach Beck)

## **13 Persönlichkeitsstörungen**

23. Was meint Objektbeziehungs-Psychotherapie?

Variante der psychoanalytischen Therapie

Grundlage: Analyse der Identifikation von Kindern mit Menschen, an die sie emotional stark gebunden sind. Diese introjizierten Menschen (Objektrepräsentationen) werden Teil des Egos

-> Menschen reagieren auf die Welt entsprechend ihrer Beziehungserfahrungen mit wichtigen Menschen aus ihrer Vergangenheit

**Ziel der Therapie:**

Stärkung des Schwachen Egos

Analyse und Erläuterung des Abwehrverhaltens

konkrete Vorschläge für angepasstere Verhaltensweisen

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

24. Was versteht man unter Dialektischer Verhaltenstherapie? Welche Befunde dazu liegen bei Borderline Persönlichkeitsstörungen vor?

Die Dialektischer Verhaltenstherapie nach Linehan verbindet:

- klientenzentrierte Empathie
- verhaltensorientierte Problemlösung
- Training sozialer Fertigkeiten

Erfolge:

deutliche Überlegenheit hinsichtlich anderer Therapien, durch weniger selbstschädigendes Verhalten, weniger Behandlungsabbrüche, weniger Klinikaufenthalte

später: erfolgreichere Tätigkeit, bessere Anpasstheit

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

25. Welche Vorschläge macht die Kognitive Therapie zur Behandlung von Borderline Persönlichkeitsstörungen?

- Hilfe bei der Lösung von Problemen
- Trainieren sozial akzeptabler Möglichkeiten im Umgang mit alltäglichen Problemen und bei der Kontrolle von Emotionen
- Verbesserung zwischenmenschlicher Fertigkeiten
- Verbesserung der Kontrolle von Ängsten

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

26. Aus welchen Gründen können Personen mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung keinen Nutzen aus einer Psychotherapie ziehen?

1. Unfähigkeit zu vertrauensvoller Beziehung zum Therapeuten
2. Lügen
3. kein Fehlerbewusstsein
4. keine Motivation zur Anpassung an Gesetze und Sitten
5. Zukunft als bedeutungslos betrachtet

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

27. Welche medikamentösen Möglichkeiten zur Behandlung der antisozialen Persönlichkeitsstörung gibt es?

Dilantin		
Stimulantien	>	schlechte Ergebnisse
Sedativa		

(hat alles nicht viel gebracht, nur hochdosierte Anxiolytika wirken aggressionsmindernd,  
evtl. wirkt auch Ritalin)

### **13 Persönlichkeitsstörungen**

28. Was ist von der Überzeugung zu halten, dass Psychopathen (antisoziale Persönlichkeiten) bis in deren „mittleren Jahre“ in Haft gehören?

werden tatsächlich dann ruhiger (ca. ab 40. Lebensjahr)

Da Psychotherapie und Medikamente in der Regel nicht helfen...

ethische Probleme!!!

schützt Gesellschaft vor dem antisozialen Verhalten

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

1. Welche Hauptgruppen sexueller Störungen unterscheidet das DSM-IV und das ICD-10?

**DSM-IV:** (A) Störungen der Geschlechtsidentität, (B) Paraphilien: Fetischismus; Transvestitischer Fetischismus; Pädophilie; Exhibitionismus; Voyeurismus; Sexueller Masochismus; Sexueller Sadismus; Frotteurismus; Paraphilien, nicht näher gekennzeichnet (z.B. Koprophilie, Nekrophilie), (C) Sexuelle Dysfunktionen: (1) Störungen der sexuellen Appetenz (a) mit verminderter sexueller Appetenz, (b) mit sexueller Aversion; (2) Störungen der sexuellen Erregung, (a) der Frau, (b) Erektionsstörung des Mannes; (3) Orgasmusstörungen, (a) der Frau, gehemmter weiblicher Orgasmus, (b) des Mannes, gehemmter männlicher Orgasmus, (c) Ejaculatio praecox; (4) Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen, (a) Dyspareunie, (b) Vaginismus

**ICD-10:** (A) Störungen der Geschlechtsidentität, (B) Störungen der Sexualpräferenz: Fetischismus, Transvestizismus, Voyeurismus, Pädophilie, Sadomasochismus, (C) Nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen: Mangel an sexuellem Verlangen, sexuelle Aversion, mangelnde sexuelle Befriedigung, Versagen genitaler Reaktionen, Orgasmusstörung, Ejaculatio praecox, Vaginismus, Dyspareunie, gesteigertes sexuelles Verlangen

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

2. Was versteht man unter Transsexualismus?

- Störung der Geschlechtsidentität
- Erwachsener, der starkes Unbehagen aufgrund seines Geschlechts erlebt bis hin zu der Überzeugung, Angehöriger des anderen Geschlechts zu sein.

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

### 3. Worunter leiden Transsexuelle?

- Angst und Depressionen
- negative Einstellung der Umwelt
- seelisches Dilemma (Geschlecht des Körpers passt nicht zum empfundenen Geschlecht)

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

4. Wie häufig vermutet man Störungen der Geschlechtsidentität?

Prävalenzraten für Transsexualismus:

Männer 1 zu 30000

Frauen 1 zu 100000 - 150000

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

5. Welche Rolle spielen die Geschlechtshormone bei Störungen der Geschlechtsidentität?

- Vermutlich keine
  - Keine Unterschiede im Hormonhaushalt von männlichen Homo, Hetero- und Transsexuellen
  - Transsexuelle Frauen manchmal erhöhten männlichen Hormonspiegel
- > schwierige Interpretation wegen der Einnahme von Hormonen (bei Transsexuellen)

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

6. Welche Rolle spielen die Kultur und die Umwelt bei Störungen der Geschlechtsidentität?

Jungenhafte Mädchen bevorzugen eher Vater, Vater als Vorbild, Mutter selbst als Kinder sehr jungenhaft und akzeptieren jungenhaftes Verhalten der Tochter

-> **Verstärkung des jungenhaften Verhaltens**

Jungen, die sich als Mädchen verkleiden, werden „süß“ gefunden

-> **Verstärkung des mädchenhaften Verhaltens**

Kultur/Umwelt steuert stark gegen

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

7. Welche Methoden werden zu therapeutischen Zwecken bei Personen mit gestörter Geschlechtsidentität eingesetzt?

- Psychotherapie (Angst, Depression, Vorbereitung auf mögliche Geschlechtsumwandlung)
- Hormongabe, Gesichts- und Körperhaare entfernen, Kinn und Adamsapfel operativ verkleinern
- operative Geschlechtsumwandlung (Entfernung der Genitalien, Substitut des Gegengeschlechts; führt nicht zur biologischen Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht), vorher Hormongabe
- bei Frauen einfacher als bei Männern

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

8. Welche Faktoren sagen eine günstige Entwicklung nach Geschlechtsumwandlung voraus?

- Emotionale Stabilität
- Erfolgreiche Anpassung an die neue Rolle über mindestens ein Jahr
- Ausreichendes Verständnis der Grenzen und Folgen der Operation
- Psychotherapie im Rahmen eines etablierten Programms zur Geschlechtsidentität

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

9. Welche Möglichkeiten gibt es zur psychologischen Beeinflussung der Geschlechtsidentität?

**Im Kindesalter:** konsequente Verstärkung gewünschten Verhaltens, Missbilligung unerwünschten Verhaltens

**Im Erwachsenenalter:** schrittweise Veränderung zu gegengeschlechtlichem Verhalten (Gang, Bewegung, Auftreten; soziale Fertigkeiten; sexuelle Phantasien; klassische Konditionierung zur Steigerung sexueller Erregung beim Anblick von Frauen durch paarweises Zeigen von Dias mit Mann und Frau; Aversionstraining, um Anziehung von Männerbildern zu senken)

entscheidende Voraussetzung zur erfolgreichen Änderung der Geschlechtsidentität durch psychologische Mittel: Person möchte Geschlechtsidentität ändern. Die meisten Transsexuellen lehnen das als unangemessen ab, wollen Operation.

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

10. Was versteht man unter Paraphilien?

Gruppe von Störungen, in denen sexuelle Attraktivität von *ungewöhnlichen Objekten* ausgeht und *sexuelle Aktivitäten ungewöhnlich* sind.

**Para- (Abweichung im Objekt) Philie (von dem der Betroffene sich angezogen fühlt)**

Diagnose: intensive Attraktivität, sechs Monate bestehen, Leidensdruck und/oder Handeln nach Impulsen

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

11. Welches Geschlecht zeigt häufiger Paraphilien?

Männer, nur bei Masochismus auch ein paar Frauen

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

12. Wodurch erzielt ein Fetischist seine sexuelle Erregung?

- Unbelebtes Objekt, häufig schöne Schuhe, hauchdünne Strümpfe, Toilettenartikel, Pelzwerk, Unterwäsche
- Küssen und Beriechen des Objekts während der Masturbation
- Partner muss Fetisch tragen
- Sammeln

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

13. Welche Entwicklungsbedingungen für Fetischismus werden diskutiert?

**Psychoanalyse:** Abwehr gegen Kastrationsangst bei normalen sexuellen Kontakten

**Lerntheoretiker:** klassische Konditionierung in der soziosexuellen Geschichte

**Verhaltens- und kognitive Theorie:** Zusammenwirken von vielen Faktoren (u.a. sexueller Missbrauch, gestörte Eltern-Kind-Beziehung)

**Biologisch:** Androgen von Bedeutung, da Mehrheit der Menschen mit Paraphilien Männer sind (Untersuchungsergebnisse nicht eindeutig)

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

14. Worin liegt der Unterschied zwischen Transsexuellen und Transvestiten?

Transvestiten: männlich, verkleiden sich nur zeitweise, meist im geheimen, Verkleidung mit sexueller Erregung verbunden – keine Störung der Geschlechtsidentität

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

15. Welche adaptive Bedeutung hat das Inzestverbot?

Evolutionär: Bei Kindern von Geschwistern oder Eltern und Geschwistern steigt Wahrscheinlichkeit, dass zwei rezessive Gene zusammenkommen -> negative physiologische Effekte -> schwere Geburtsfehler oder genetische Defekte

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

16. Wie hoch schätzt man das Vorkommen von Inzest in unserer Gesellschaft?

19% der Frauen, 8,6% der Männer als Kinder sexuell missbraucht (Befragung unter Studenten) -> Pädophilie

Inzest bei                    28% missbrauchter Frauen  
                                  23% missbrauchter Männer

**Familienstruktur:** Mutter abwesend oder behindert, patriarchalisch, traditionell, Unterordnung der Frau

**Wertvorstellungen:** fromm, moralisch, starr in religiösen Überzeugungen (Väter)

**Emotionalität:** emotionale Distanz zu Kindern

**Elternverhalten:** Vernachlässigung der Kinder, fehlende emotionale Bindung zwischen Eltern

**Soziale Kontaktstruktur:** schlechte Beziehung zur Mutter, weniger als zwei enge Freunde in der Kindheit (Kinder)

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

17. Wodurch wird Pädophilie definiert?

**Menschen, die durch körperlichen, oft sexuellen Kontakt mit präpubertierenden Kindern, mit denen sie nicht verwandt sind, sexuelle Befriedigung erlangen (Täter mind. 16 Jahre alt; 5 Jahre älter als Kind)**

Hetero- oder homosexuell

Selten Gewalt, aber manchmal Ängstigung durch Drohen, z.B. ein Haustier zu töten

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

18. Welche Rolle spielen das Alter des Täters und des Opfers bei Pädophilie?

Täter über 16 und mindestens 5 Jahre älter als Opfer

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

19. Worin liegt der wesentliche Unterschied zwischen Inzest und Pädophilie?

Inzest findet in der Familie statt

Inzestopfer (Erwachen körperlicher Reize) meist älter als Pädophilieopfer (Unreife reizt)

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

20. Welche klinischen Beschreibungen findet man zur Charakterisierung des Pädophilen?

- streng religiös und moralisch
- subjektives Erleben der Anziehungskraft sehr groß
- sozial unreif
- niedriges Selbstwertgefühl
- schlechte Impulskontrolle
- mangelnde soziale Fertigkeiten

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

21. Welche Auswirkungen hat sexueller Missbrauch von Kindern auf das Opfer?

- bei sozialen Anpassungen
- bei der sexuellen Zufriedenheit
- im Selbstwertgefühl
- Depressionen
- Prostitution
- Sexuelle Promiskuität
- Drogenmissbrauch
- Angststörungen
- gesteigerte Vulnerabilität für späteren sexuellen Angriff
- geringes Selbstwertgefühl
- Verhaltensstörungen
- posttraumatische Belastungsstörung

langfristig:

- dissoziative Identitätsstörung
- Essstörungen
- Borderline Persönlichkeitsstörung
- sexuelle Dysfunktion

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

22. Gibt es Möglichkeiten zur Intervention bei sexuellem Missbrauch?

- Verschiebung der Attribution „Ich bin Schuld“ auf Täter
  - Interventionen je nach Alter verschieden
  - Gruppentherapie (Hemmungen gegenüber körperlichen Kontakt durch nichtsexuelles Halten /Streicheln des Rückens abbauen)
  - Sexualität nicht schmutzig, sondern positiver Teil der eigenen Persönlichkeit
- Keine kontrollierten Untersuchungen über komplexe Interventionen

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

23. Was versteht man unter Voyeurismus?

- Beobachten argloser Personen, gewöhnlich Fremder, die entweder nackt sind, sich gerade ausziehen oder sich sexuell betätigen, als wiederholt bevorzugte oder ausschließliche Methode zur Erlangung sexueller Erregung.
- Sexuelle Betätigung mit betreffender Person wird nicht gesucht!

Voyeuristen sind häufig:

- männlich
- alleinstehend, verarmtes Sozialleben
- unterwürfig
- Angst vor sexuellen Kontakten
- Zuschauen als Ersatzbefriedigung
- Gefühl von Macht über Beobachteten
- Keine anderen Störungen

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

24. Worin liegt häufig das entscheidende Moment bei Voyeuristen?

Wichtig ist Gefahrenmoment der Entdeckung

Personen, die sich gewollt für den Voyeuristen ausziehen sind nicht aufregend

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

25. Was tut ein Exhibitionist und warum?

- Entblößung seiner Genitalien vor unbefangenen Fremden, um sexuelle Erregung zu erreichen
- sexuelle Erregung aus der Vorstellung oder der Aktivität des Sich-zur-Schau-Stellens
- Masturbation während Phantasie oder Aktivität
- Drang wird durch Angst, Ruhelosigkeit und sexuelle Erregung ausgelöst, als unkontrollierbar und überwältigend erlebt

Er hat/ist

- Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen
- unreif in seinem Verhalten dem anderen Geschlecht gegenüber

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

26. Welche Erklärungen für Exhibitionismus gibt es? Wie ist die Befundlage?

**Psychoanalyse:** verdrängte Kastrationsangst, Bedürfnis, sich des Mannseins zu versichern

**Lerntheorie:** verstärkende Aspekte der Masturbation (erregende Gedanken des Erwischt-werdens -> Masturbation -> Exhibitionismus); Orgasmus-Konditionierungs-Hypothese ist kaum von Studien gestützt

**Multifaktoriell:** gestörte Eltern-Kind-Beziehung -> geringe soziale Fertigkeiten, geringes Selbstwertgefühl -> keine intime Beziehungen -> Exhibitionismus als Ersatz

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

27. Was kennzeichnet den sexuellen Sadismus und den sexuellen Masochismus?

**Masochismus:** Erreichen oder Verstärkung sexueller Befriedigung durch das Erhalten von Schmerzen oder psychisches Leid

**Sadismus:** Erreichen oder Verstärkung sexueller Befriedigung durch das Zufügen von Schmerzen oder psychisches Leid

Infantilismus: Wunsch, wie ein kleines Kind behandelt zu werden (Windeln tragen)

Hypoxyphilie: Erreichen sexueller Erregung durch Sauerstoffdeprivation (Verwendung einer Schlinge, Plastiktüte, Druck auf den Brustkorb, chemische Substanz)

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

28. Ab wann erfüllt Sadismus bzw. Masochismus die diagnostischen Kriterien, um so zu einer klinischen Auffälligkeit zu werden?

wenn der Betroffene darunter leidet, auch, wenn es nur Phantasien sind, diagnostisch als Störung

## **14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität**

29. Welche (ungeprüften) Erklärungsbemühungen für sexuellen Sadismus bzw. Masochismus gibt es?

Psychoanalyse: Angst vor heterosexuellen Beziehungen (sexuell & asexuell); Beteiligung sadomasochistischer Elemente an früher Orgasmuserfahrung

Evtl. klassische Konditionierung

Physiologischer Erregung beim Sex ist der bei Schmerz ähnlich, bei erster Erfahrung vielleicht nicht zu unterscheiden

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

30. Welche Behandlungsansätze bei Paraphilien gibt es?

**Verhaltenstherapeutisch:** Aversionstherapie; Sättigung und Training sozialer Fertigkeiten und Selbstbehauptung; Orgasmische Reorientierung (Hinführen auf konventionelle sexuelle Reize)

### **Positive therapeutische Ansätze zur Stärkung konventioneller Art von Erregung**

**Medizinische Interventionen:** Läsionen von Teilen des Hypothalamus; Kastration oder Entfernung der Hoden (nur noch selten)

Cypro-teron-azetat zur Senkung des Androgenspiegels oder Medroxy-progesteron-azetat (MPA) zur Senkung des Testosteronspiegels und dadurch Reduktion der Häufigkeit von Erektionen und Ejakulationen

**Psychoanalyse:** Paraphilie wird als Charakterstörung angesehen, darum kaum heilbar

**Kognitive Therapie:** Empatietraining, Auswirkungen des eigenen Verhaltens auf andere berücksichtigen lernen

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

31. Wie sehen verhaltenstherapeutische Strategien zur Überwindung paraphiler Tendenzen aus?

- Aversionstherapie
- Sättigung und Training sozialer Fertigkeiten und Selbstbehauptung
- Orgasmische Reorientierung (Hinführen auf konventionelle sexuelle Reize)

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

32. Welche medizinischen Maßnahmen zur Therapie der Paraphilien lassen sich unterscheiden?

- Läsionen von Teilen des Hypothalamus
- Kastration oder Entfernung der Hoden (nur noch selten)
- Medroxy-progesteron-azetat (MPA) zur Senkung des Testosteronspiegels und dadurch Reduktion der Häufigkeit von Erektionen und Ejakulationen
- Cypro-teron-azetat zur Senkung des Androgenspiegels

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

33. Wie häufig schätzt man Vergewaltigung in unserer Gesellschaft?

- mind. 25% der amerikanischen Frauen
- 80% der sexuellen Übergriffe wahrscheinlich nicht aktenkundig
- mind. 75% junger Frauen Opfer sexueller Übergriffe (mit erzwungenen sexuellen Aktivitäten, die kurz vor Vergewaltigung aufhören)

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

34. Welche Folgen hat Vergewaltigung für das Opfer?

CALHOUN & ATKESON: körperliche und seelische Traumatisierung, extreme Spannung und Demütigung; Schuldgefühle, weil sie sich nicht stärker gewehrt haben, Rachegeanken, Alpträume

BURGESS & HOLMSTROM: 50% aller Frauen wechseln Wohnung oder Telefonnummer -> Beeinflussung der sozialen Beziehungen, Verlust von Arbeitszeit oder -Beschäftigung -> Depression aufgrund Verlust sozialer Unterstützung

- sexuelle Beziehung zu Partner problematisch (CALHOUN & ATKESON vermuten hinter jeder sexuellen Dysfunktion mögliche Vergewaltigung)
- Entwicklung von Phobien
- Hohes Selbstmordrisiko
- Substanzmissbrauch (evtl. Selbstmedikation)
- Vielzahl somatischer Probleme
- Posttraumatische Belastungsstörung

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

35. Zu welchen Störungen (Diagnosen) führt Vergewaltigung meist bei den Opfern?

- Phobien
- somatische Störungen
- posttraumatische Belastungsstörung
- Borderline-Persönlichkeitsstörung

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

36. Was weiß man über Vergewaltiger (Täter)?

- ungewöhnlich starke Feindseligkeit gegenüber Frauen, die sich aus der Überzeugung ergibt, dass sie von ihnen verraten/getäuscht/betrogen wurden
- Opportunismus (ungeplanter, impulsiver Übergriff)
- oft Intoxikation
- Häufigkeit von Vergewaltigung höher, wenn in einer Gesellschaft Gewalt als Möglichkeit zur Lösung von Konflikten angesehen wird

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

37. Welches gesellschaftliche Klima ist erforderlich, um Vergewaltigungen wahrscheinlich zu machen?

Klima, in dem Gewalt zur Lösung von Problemen und Bewältigung von Konflikten als Möglichkeit angesehen wird

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

38. Gibt es Vergewaltigung in der Ehe?

Ja (Prävalenz ?)

Rechtlich: Ja

## ***14 Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität***

39. Vor welche Probleme ist man bei Überlegungen zur Therapie von Opfern und Tätern von Vergewaltigungen gestellt?

Täter und Opfer bedürfen der Behandlung

**Täter:**

- Gefängnisstrafen wenig wirksames Mittel zur Vorbeugung weiterer Straftaten
- Wirksamkeit der Kastration steht in Frage

**Opfer:**

- Ansätze zur Angstbewältigung (Löschung der erlernten Angst durch Aussetzen der angstauslösenden Situation)
- Depression: Neudefinition der Rolle bei Vergewaltigung
- Entwicklung einer negativen Einstellung zur Sexualität
- Beziehungsprobleme
- sexuelle Dysfunktionen

## ***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

1. Wie behandelt das DSM-IV bzw. das ICD-10 Störungen in der Kindheit und in der Jugend?

### **I. Störungen, die zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz diagnostiziert werden:**

- geistige Behinderung, Intelligenzminderung
- umschriebene Entwicklungsstörungen
- tiefgreifende Entwicklungsstörungen
- unterkontrollierte Verhaltensstörungen
- überkontrollierte Verhaltensstörungen
- Störungen der Nahrungsaufnahme und der Ausscheidung
- Ticstörungen
- Störungen sozialer Funktionen

### **II. Störungen, die auf Erwachsene, Jugendliche oder Kinder zutreffen**

Substanzinduzierte Störungen, Schizophrenie, affektive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Geschlechtsidentitätsstörungen, Essstörungen, Parasomnien

## ***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

2. Was versteht man unter Störungen mit „unterkontrollierten Verhalten“? Wer hat die meisten Probleme?

## **1. Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung**

## **2. Störung des Sozialverhaltens**

## **3. Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten**

Unterkontrollierte Kinder fallen Erwachsenen und Lehrern mehr zur Last und erhalten mehr Aufmerksamkeit als Kinder mit überkontrolliertem Verhalten.

Probleme haben eher die Lehrer und Erwachsenen sowie Spielkameraden.

## ***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

3. Wodurch fallen Kinder mit Aufmerksamkeits- bzw. Hyperaktivitätsstörungen auf?

- Können sich nur mit Mühe konzentrieren
- Missgeschicke
- Bemerkenswerte Energie
- Probleme mit Gleichaltrigen

### 3 Untergruppen im DSM-IV

1. Probleme sind vorwiegend auf Unaufmerksamkeit zurückzuführen
2. Probleme sind vorwiegend auf Hyperaktivität und Impulsivität zurückzuführen
3. beide Arten von Problemen treten auf

## ***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

4. Mit welchen anderen kindlichen Störungen kommen Aufmerksamkeitsstörungen bzw. Hyperaktivität häufig vor? Wie ist das Geschlechtsverhältnis?

- Störungen des Sozialverhaltens
- Schulschwierigkeiten (25%)
- momentan etwa 3-5% (Deutschland 2-7% ADHS)
- bei Jungen häufiger als bei Mädchen (genaue Angaben nicht möglich)

Kinder mit Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung: Verhaltensauffälligkeiten und oppositionelles Verhalten

## ***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

5. Wächst sich Hyperaktivität in der Adoleszenz bzw. dem Erwachsenenalter aus?

- in der Adoleszenz treten Symptome nicht mehr so stark auf
- 65-80% erfüllen noch im Erwachsenenalter Diagnose ADHS

Erwachsene erreichen meist nur einen niedrigen sozioökonomischen Status und wechseln öfter die Arbeitsstelle. Haben weiterhin Symptome, haben aber gelernt, sich daran anzupassen.

## ***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

6. Welche physiologischen Mechanismen macht man für Störungen der Aufmerksamkeit und der Hyperaktivität verantwortlich?

- Prädisposition wahrscheinlich vererbt (50% der Kinder von ADHS-Eltern ebenfalls)
- Gehirn entwickelt sich anders als bei normalen Kindern
- Frontallappen reagierten schwach auf Reize, Blutstrom im Gehirn ist vermindert
- Lebensmittelzusatzstoffe – nicht bestätigt
- Blei – hängt in geringem Maß mit Störung zusammen, aber nicht jedes Kind mit Bleivergiftung entwickelt ADHS und nicht alle ADHS-Kinder haben erhöhten Bleigehalt im Blut
- Nikotin – chronische Exposition gegenüber Nikotin erhöht Dopaminfreisetzung im Gehirn  
-> Hyperaktivität

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

7. Welche psychologischen Konzepte wurden zur Erklärung vorgeschlagen?

**1. Diathese-Stress-Modell:** Prädisposition und autoritäre Erziehungspraktiken der Eltern -  
> Hyperaktivität (Bettelheim)

## **2. Verstärkung durch Aufmerksamkeit**

Aber: Untersuchungen stützen eher Vermutung, dass neurologische und genetische Faktoren größeren Einfluss bei der Ätiologie haben

## **3. (besser) multifaktorielle Erklärung:**

- defizitäre psychophysiologische Grundlagen
- Einschränkungen der Verhaltensregulation/-organisation
- unangemessene Verhaltensäußerungen
- Einschränkungen der Verhaltensorganisation
- ungünstige Erlebnisverarbeitung
- ungeschickte, expansive Kompensationsversuche
- Umweltreaktionen

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

8. Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es? Wie ist die Befundlage?

**Stimulantien (Ritalin):**

- Minderung des störenden Verhaltens und Verbesserung der Konzentration
- längerfristig keine Verbesserung der schulischen Leistungen
- Nebenwirkungen: vorübergehend Appetitverlust, Schlafprobleme

**Psychologische Behandlung:**

- Schulung der Eltern und Veränderung der Vorgehensweise in der Schule auf Grundlage des operanten Konditionierens
- Komplexes Interventionsprogramm nach LAUTH & SCHLOTTKE: (1) Basistraining zur Vermittlung von Grundfertigkeiten der Verhaltensregulation; (2) Strategietraining zur Vermittlung komplexer Handlungsregulation; (3) individualisierte Wissensvermittlung; (4) Elternberatung und Elternanleitung

**Veränderung der Unterrichtssituation:** den durch Störung bedingten Einschränkungen soll Rechnung getragen werden

Anwendung operanter Konditionierung

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

9. Welche Behandlung der Hyperaktivitätsstörung gilt heute als die angemessenste?

Schulung der Eltern und Veränderung der Vorgehensweise in der Schule

Evtl. medikamentöse Einstellung im Einzelfall

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

10. Welche Auffälligkeiten fasst man unter „Störung des Sozialverhaltens“?

- sich wiederholendes und andauerndes Muster dissozialen, aggressiven, aufsässigen Verhaltens (gröbste Verletzungen altersentsprechender sozialer Erwartungen)
- aggressives Verhalten gegenüber Tieren, Menschen
- Zerstörung von Eigentum
- Betrug und Diebstahl
- Verhalten gekennzeichnet von Gefühllosigkeit, Boshaftigkeit und Mangel an Reue

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

11. Was kennzeichnet die Störung „oppositionelles Verhalten“?

umstritten, ob Vorläufer, frühere Erscheinungsform oder keine Unterschiede zur Störung des Sozialverhaltens.

Wird diagnostiziert, wenn

- Kind schnell ärgerlich wird
- sich häufig mit Erwachsenen streitet
- sich aktiv Anweisungen von Erwachsenen widersetzt
- boshaft, nachtragend und wütend
- sehen selten die Schuld bei sich, rechtfertigen Verhalten mit dem Vorwurf unzumutbarer Forderungen

Störung geht in der Regel einher mit ADHS, aber mehr Absicht.

**15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter**

12. Welche Hypothesen zur Ätiologie von Störungen des Sozialverhaltens wurden formuliert?

- **genetische Faktoren und neuropsychologische Faktoren** (schlechte verbale Fähigkeiten, Schwierigkeiten mit ausführenden Funktionen)
- **psychische Faktoren:** Entwicklung eines moralischen Bewusstseins fehlt
- **lerntheoretische Erklärungen:** Modelllernen und operantes Konditionieren
- **kognitive Perspektive:** Interpretation uneindeutiger Handlungen als Zeichen feindlicher Absichten
- **soziologische Faktoren:** hohe Arbeitslosigkeit, wenig Bildungsmöglichkeiten, gestörtes Familienleben, Delinquenz akzeptierende Subkultur

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

13. Wird man dem Problem der Störung des Sozialverhaltens allein durch psychologische Erklärungen gerecht?

Nein, auch soziologische sind sehr wichtig

**15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter**

14. Welche Interventionsprogramme scheinen eine gewisse Erfolgsaussicht zu haben?

- **Ansatz bei Familie des antisozialen Kindes:** verhaltensorientiertes Programm zur Veränderung des Elternverhaltens (konsequente Belohnung prosozialen Verhaltens; Auszeit und Verlust von Privilegien bei antisozialem Verhalten)
- **Multi-System-Behandlung:** intensive und umfassende Therapie in der Gemeinde, bezieht betroffene Jugendliche, Familie, Schule und evtl. Freunde ein (verhaltensorientierte, kognitive und familienorientierte Strategien). Stärken der Betroffenen werden genutzt, Kontext der Verhaltensprobleme erforscht
- **Selbstkontrolltechniken:** kognitive Fähigkeiten zur Kontrolle der Wut
- **Moralisches Denken:** Gruppen von verhaltensgestörten Jugendlichen wird moralisches Denken beigebracht (Schüler diskutieren über Beispielsituationen)

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

15. Wo fallen Lernbehinderungen auf? Wer ist davon betroffen?

LB werden meist in der Schule diagnostiziert und dort auch behandelt

Jungen sind nur leicht häufiger betroffen als Mädchen

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

16. Welche Gruppen von Lernbehinderungen lassen sich unterscheiden?

- umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
- Lese- und Rechtschreibstörungen
- Rechenstörungen
- Lernstörungen
- Kommunikationsstörungen
- Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen bzw. Störungen der motorischen Fertigkeiten

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

17. Was ist Dyslexie? Wächst sich die Störung mit fortschreitendem Alter aus?

**Lesestörung** (Schwierigkeiten beim Wiedererkennen von Wörtern, Leseverständnis, in der Regel Rechtschreibung, beim Vorlesen lassen sie etwas weg, fügen hinzu oder verändern Aussprache von Wörtern)

Probleme bestehen im Erwachsenenalter weiter

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

18. Welche Behinderungen haben Kinder mit Rechenstörungen bzw. mit Störungen des schriftlichen Ausdrucks?

**Störung des schriftlichen Ausdrucks (Beeinträchtigung der Schriftsprache):**

Beeinträchtigung der Fähigkeit, das geschriebene Wort sinnvoll zusammensetzen  
(Rechtschreib-, Grammatik- oder Zeichenfehler, schlechte Handschrift)

**Dyskalkulie (Beeinträchtigung des Zählens und Rechnens):**

Schwierigkeit, sich schnell und genau an mathematische Fakten zu erinnern, Gegenstände  
richtig und schnell zu zählen, Zahlen sauber untereinander zu schreiben

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

19. Welche Auffälligkeiten zeigen Kinder mit Störungen motorischer Fertigkeiten?

**alternative Bezeichnungen:**

entwicklungsbezogene Koordinationsstörung

Entwicklungsdyspraxie

Entwicklung ist auf eine Weise beeinträchtigt, die nicht durch geistige Behinderung oder bekannte körperliche Erkrankungen erklärt werden kann (Schwierigkeiten, die Schuhe zuzubinden; Probleme beim Ball spielen; Schreiben von Druckbuchstaben etc.)

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

20. Welche Ursachen für Lernbehinderungen werden diskutiert?

### Dyslexie:

- **erbliche Komponente:** vermutlich vom 6. Chromosom gesteuert, evtl. Hirnanomalien
- **biologisch:** temporoparietale Kortex wird bei Kindern mit Dyslexie beim Erkennen von Rhythmen nicht aktiviert
- **Wahrnehmungsdefizite:** sehr feine Wahrnehmungsunterschiede. Kinder mit Dyslexie schneiden bei visuellen Aufgaben, die schnelle Verarbeitung erfordern, schlechter ab als normale Kinder
- **Probleme der Sprachverarbeitung:** frühe Sprachprobleme -> Prädiktor für Dyslexie

### Dyskalkulie (3 Subtypen):

- **(1) Defizit des semantischen Verbalgedächtnisses** bei Dyskalkulie tritt oft zusammen mit Lesestörung auf, Fehlfunktion in der linken Hemisphäre; **(2) keine Erkenntnisse über Ätiologie** bei unreifen Strategien bei Dyskalkulie, vermutliche durch Entwicklungsrückstand; **(3) Fehlfunktion der hinteren rechten Hemisphäre** bei beeinträchtigten visuell räumlichen Fertigkeiten bei Dyskalkulie. Komorbidität mit Lesestörung seltener

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

21. Welche therapeutischen Maßnahmen haben sich bei Lernbehinderungen bewährt?

- **Arbeiten mit Stärken und Umgehen von Defiziten** – noch keine sorgfältige Bewertung, trotz weiter Verbreitung
- **Linguistische Ansätze** (logische, schrittweise und multisensorische Vermittlung, z.B. Vorlesen unter Aufsicht; vorrangig für Lese-/Rechtschreibschwäche)
- **Individuelle Behandlungsprogramme:** (a) Aufbau einer vertrauensvollen, von Erfolgszuversicht getragenen Beziehung zum Kind, (b) Förderung spezifischer Fertigkeiten, (c) Analysen typischer Fehler, (d) Förderung metakognitiver Prozesse, (e) Selbstverstärkung lernen, (f) Anstrengungsattributionen vornehmen
- **Verlangsamte Sprachreize:** Entwicklung von Computerprogrammen, die Sprachreize verlangsamen
- **Förderung von Selbstwirksamkeit**

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

22. Wie definiert das DSM-IV Bettnässen (Enuresis)? Welche Formen werden unterschieden?

Einnässen bei Nacht (Enuresis nocturna)

Einnässen bei Tag (Enuresis diurna)

Problematisch ab 5./6. Lebensjahr (10-15%) DSM-IV

primäre Enuretiker:           haben schon immer eingenässt

sekundäre Enuretiker:       waren zwischenzeitlich trocken, haben Fertigkeit wieder  
verloren

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

23. Wie häufig ist Enuresis? Welche Rolle spielt das Alter?

5jährige: 7% der Jungen, 3% der Mädchen

10jährige: 5% der Jungen, 2% der Mädchen

18jährige: 1% der Jungen, weniger Frauen

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

24. Welche Erklärungen lassen sich unterscheiden? Welche sind empirisch belegt?

- **genetische Ursachen:** 75% der Enuretiker haben Verwandten 1. Grades, der ebenfalls einnässt; Segment des Chromosoms 13
- **Harnwegsinfektionen:** 10% rein medizinische Ursachen (chronische Nierenleiden, Tumoren, Diabetes, Anfallsleiden)
- **Symbolische Bedeutung:** symbolische Masturbation; indirektes Mittel, Wut den Eltern gegenüber auszudrücken; Angststörung. aber: Angst als Reaktion auf Scham, emotionale Störung verschwindet meist mit Enuresis (emotionale Probleme teilweise als Ursache, teilweise als Folge).
- **fehlende Anspannung der Beckenmuskulatur:** Kinder spannen nachts die Muskeln nicht an
- **fehlende Konditionierung:** Einnässen, wenn Kinder nicht gelernt haben (als konditionierte Reaktion auf volle Blase) aufzuwachen oder zu verhindern, dass sich Schließmuskel entspannt.

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

25. Welche Behandlung der Enuresis ist am besten empirisch bewährt und weist die größte Erfolgsaussicht auf?

## **Klingelkissen**

75% der Kinder lernen, während der Nacht trocken zu bleiben.

umstritten, ob klassische oder operante Konditionierung

neuere Modelle sind effektiver, weil sie direkt am Körper getragen werden

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

26. Wie lassen sich die Erfolge der apparativen Methode bei Enuresis erklären?

erster Urintropfen wirkt als Elektrolyt -> Schaltkreis schließt sich -> Klingel

**klassisches Konditionierungsverfahren:**

Klingel (US) weckt Kind (UR). Klingel und Gefühl einer vollen Blase (CS) -> löst Reaktion des Erwachens (CR) aus.

**operantes Konditionierungsverfahren:**

Klingel (und Verhalten der Eltern, die sie auch weckt) wirkt als Strafe

Wegfall des unangenehmen Weckreizes ist negativer Verstärker

Lob der Eltern ist positiver Verstärker

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

27. Wie wird geistige Behinderung definiert?

- deutlich unterdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit
- Defizite oder Beeinträchtigung der gegenwärtigen sozialen Anpassungsfähigkeit
- Beginn der Störung vor Vollendung des 18. Lebensjahres

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

28. Welche Probleme ergeben sich bei der Verwendung von Intelligenztests zur Beurteilung geistig Behinderter?

Bei der Auswertung müssen kulturelle, linguistische, sensorische und motorische Einschränkungen der Betroffenen berücksichtigt werden.

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

29. Welche Einteilung der geistigen Behinderung anhand des Schweregrads gibt es?

**Vier Schweregrade:**

1. **leichte geistige Behinderung:** IQ zwischen 50 und 70,  
85% der Menschen mit einem IQ unter 70 gelten als leicht behindert.
2. **mäßige geistige Behinderung:** IQ zwischen 35 und 49,  
10% der Menschen mit IQ < 70.
3. **schwere geistige Behinderung:** IQ zwischen 20 und 34,  
3-4% der Menschen mit IQ < 70.
4. **schwerste geistige Behinderung:** IQ unter 20,  
ca. 1-2%

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

30. Wie häufig ist leichte geistige Behinderung? Gibt es soziale Einflüsse? Welches Leistungs- und Adaptionniveau ist von Betroffenen erreichbar?

3% der Bevölkerung haben einen IQ unter 70 bis 75

Soziale Einflüsse wie anregende Umgebung können Defizit ausgleichen -> Bildungs- und Gesundheitsressourcen spielen eine wichtige Rolle

Menschen mit leichter geistiger Behinderung sind in den unteren sozialen Schichten überrepräsentiert

In Teenager-Jahren können sie das Niveau der sechsten Klasse erreichen.

Als Erwachsene können sie sich mit unqualifizierten Tätigkeiten oder Arbeit in einer beschützenden Werkstatt selbst finanzieren.

Hilfe bei größeren sozialen oder finanziellen Problemen.

Können heiraten und Kinder bekommen.

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

31. Ab welcher Stufe geistiger Behinderung ist eine Hirnpathologie nachweisbar?

Ab der Stufe der mässigen geistigen Behinderung

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

32. Welche Beeinträchtigungen weisen geistig behinderte Menschen auf? Sind diese separat trainierbar?

- körperliche Defekte
  - neurologische Fehlfunktionen
- > Beeinträchtigung feinmotorischer Fertigkeiten (Greifen, Figuren ausmalen)
- > Beeinträchtigung grobmotorischer Fertigkeiten (Rennen, Klettern)
- > eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit

Ja, individuell trainierbar -> passende Klassenumgebung suchen, die den Bedürfnissen entspricht

## ***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

33. Welche zwei Aspekte kognitiver Fähigkeiten lassen sich unterscheiden? Sind diese durch Training beeinflussbar?

Aufmerksamkeit, Problemlösung

Beide Fähigkeiten sind auch bei Kindern mit einem IQ unter 40 durch Selbstinstruktions-training trainierbar

### **5 Schritte des Selbstinstruktionstrainings**

- Therapeut macht Aufgabe vor und verbalisiert die einzelnen Schritte
- Kind führt die Aufgabe zu den Instruktionen des Therapeuten selbst durch
- Kind wiederholt Aufgabe und verbalisiert die Instruktionen laut
- Kind wiederholt Aufgabe ein zweites Mal und verbalisiert die Instruktionen flüsternd
- Kind kann Aufgabe durch Anweisungen im Selbstgespräch selbständig lösen

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

34. Welche Gedächtnisstörungen weisen geistig behinderte Menschen auf?

Nur kurz zur Aufmerksamkeit fähig

### ***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

35. Welche Ursachen geistiger Behinderung sind bekannt? Welche Chromosomenanomalien, welche genetisch bedingten Stoffwechselstörungen und welche Infektionskrankheiten beim Fötus und beim Neugeborenen führen zu geistiger Behinderung?

**Chromosomenanomalien:** Down-Syndrom, Fragile-X-Syndrom

**Rezessiv-erbliche Stoffwechselleiden:** z.B. Phenylketonurie (PKU; irreversibler Hirnschaden, weil die nicht abgebaute Aminosäure den Prozess der Myelinisierung stört)

**Infektionskrankheiten:**

Fötus: gefährlich besonders im ersten Schwangerschaftsdrittel; Cytomegalie-Virus, Toxoplasmose, Röteln, Herpes simplex, Syphilis; HIV

Neugeborenes: Enzephalitis, Meningokokken-Meningitis

**Umwelteinflüsse und Unfälle**

**Geburtskomplikationen** (z.B. Hypoxie)

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

36. Was ist in Industrieländern die häufigste Ursache?

Nur bei 25% der Fälle ist eine Ursache der geistigen Behinderung feststellbar. Unter diesen Fällen stellt das Down-Syndrom die häufigste Ursache dar.

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

37. Welche Maßnahmen lassen sich zur Hilfe und Intervention bei geistiger Behinderung ergreifen?

- **Interventionen unter Einbeziehung der Umgebung und Frühprogramme:** frühe Entwicklung kognitiver und sozialer Fertigkeiten in gemeindenaher Vorschulerziehung; Vermittlung soziokultureller Erfahrungen, die zuhause fehlten
- **Behandlung in Wohngemeinschaften:** medizinische Betreuung und Teilnahme an Schulungsmaßnahmen
- **Verhaltenstherapien auf Grundlage operanten Konditionierens:** kleine aufeinanderfolgende Schritte (angewandte Verhaltensanalyse)
- **Kognitive Verhaltenstherapie:** z.B. Selbstinstruktionstraining
- **Computergestützter Unterricht:** visuelle und akustische Reize können Aufmerksamkeit besser aufrechterhalten

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

38. Gibt es empirische Befunde zur Wirksamkeit von Frühinterventionen, bestimmten Lehrstrategien, verhaltenstherapeutischen und kognitiven Methoden?

- **Frühinterventionen:** „Head-Start-Programm“, sozial-kognitive Fertigkeiten und motorische Impulsivität deutlich gebessert
- **bestimmten Lehrstrategien:** operante Konditionierung, konsistente Verbesserung der feinmotorischen Fertigkeiten, der sozialen Akzeptanz, Selbsthilfefertigkeiten. Wenig Auswirkungen auf grobmotorische und linguistische Fertigkeiten
- **verhaltenstherapeutischen und kognitiven Methoden:** Selbstinstruktion gut!
- **Computergestützter Unterricht** ist herkömmlichen Unterrichtsmethoden überlegen bei
  - Buchstabieren lernen
  - Umgang mit Geld
  - Rechnen lernen
  - Lesen von Texten u.a.

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

39. Welche Möglichkeiten bestehen zur Behandlung selbstschädigenden und stereotypen Verhaltens?

## Verstärkung von Ersatzreaktionen

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

40. Welche Trainingsmöglichkeiten für Menschen mit geistiger Behinderung sind durch den Einsatz von Computern vorstellbar?

- Buchstabieren
- Umgang mit Geld
- Rechnen
- Lesen von Texten
- Erkennen von Wörtern
- Handschrift lernen
- Visuelle Unterscheidung

-> herkömmlichen Unterrichtsmethoden überlegen

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

41. Wodurch fallen Kinder mit Autismus auf? Was sind die zentralen Symptome?

- autistische Einsamkeit (sozialer Rückzug)
- Unfähigkeit, mit anderen Menschen in Beziehung zu treten
- Eingeschränkte Sprache
- Zwanghaftes Verlangen nach Unveränderbarkeit
- Kaum Symbolspiel
- Beginn vor dem 30. Lebensmonat
- unangemessener Affekt

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

42. Ist Autismus eine Form „kindlicher Schizophrenie“?

Nein

bei Autismus

- mehr Jungen als Mädchen betroffen
- Auftreten in der Familie nicht gehäuft
- Beginn bereits im Kleinkindalter/früher Kindheit
- Komorbidität mit geistiger Behinderung/Epilepsie

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

43. Sind Autisten geistig behindert? Gibt es Unterschiede zur geistigen Behinderung?

- 80% der autistischen Kinder IQ < 70
- schwer, zwischen den Behinderungen zu unterscheiden

Unterschiede:

- geistig behinderte Kinder schneiden in allen Teilen eines IQ-Tests schlecht ab, Werte autistischer Kinder können differenziertes Muster aufweisen (schlecht bei Fähigkeiten, die mit Sprachdefizit zusammenhängen, besser bei visuell-räumlichen Fertigkeiten)
- einzelne herausragende Fertigkeiten
- gutes Langzeitgedächtnis
- größte Stärken im sensomotorischen Bereich, geistig behinderte in grobmotorischer Entwicklung verzögert

## ***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

44. Welche Probleme stellen sich bei der Untersuchung und diagnostischen Beurteilung autistischer Kinder?

- Kinder mögen keine Störung der Routine
- Sprachprobleme
- Beziehungsprobleme

***15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter***

45. Wie ist die Prognose des frühkindlichen Autismus?

5-17% führen als Erwachsene ein relativ gut angepasstes selbstständiges Leben

beste Ergebnisse: Kinder mit hohem IQ, die vor dem Alter von 6 Jahren sprechen lernen

**15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter**

46. Welche psychologischen Vermutungen wurden zur Ätiologie des Autismus angestellt?

**Psychoanalyse:**

- BETTELHEIM: zurückweisende Eltern, nimmt deren negative Gefühle wahr. Eigene Handlungen finden bei Eltern kein Echo. Kind zieht sich aus der Welt zurück.
- Autismus als kindliche Form einer posttraumatischen Belastungsstörung (Abstillen)

**Soziale Lerntheorie:**

- mangelnde Aufmerksamkeit der Mutter verhindert, das Kind Assoziationen herstellt, die Menschen zu Verstärkern macht. Da Eltern nicht zu Verstärkern geworden sind, können sie Kind auch nicht kontrollieren.

-> Studien widersprechen diesen Theorien

**15 Störungen im Zusammenhang mit Entwicklung und Alter**

47. Welche physiologischen Faktoren (genetische bzw. neurologische Defizite) spielen bei der Entstehung des Autismus eine Rolle?

**Genetische Faktoren:**

- In Zwillingsstudien und Familienstudien Belege.

**Physiologische Faktoren:**

- Abweichungen im EEG
- Abnormitäten des Kleinhirns
- epileptische Anfälle
- geistige Behinderung
- bei Rötelinfection in der Schwangerschaft ist Risiko 10fach höher

## **16 Psychische Störungen im Alter**

1. Welche Bewertung erfährt das Älterwerden in unserer Gesellschaft? Wie ist die Haltung der klinischen Berufsgruppen gegenüber älteren Patienten? Welche Belastungen sind damit für die Betroffenen verbunden?

Der Alterungsprozess wird negativ beurteilt

eher schlechtere Behandlung (in Asien dagegen geschätzt)

Mangel an Rücksicht (aus Furcht vor dem eigenen Altern?)

Vorurteile gegenüber Alten

Mangel an Spezialisten, die sich um Probleme älterer Leute kümmern.

Klinische Gruppen: Behandeln Abbauprozesse als unausweichlich

-> Haltung wirkt sich auf Politik aus

-> seit 80er Jahre etwas mehr Forschung und Ausbildung

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

2. Ist „Alter“ ein einheitliches Phänomen? Welche Ebenen des Altwerdens sind zu unterscheiden?

Kein einheitliches Phänomen – Alter sagt wenig über Menschen aus

65-74 Jahre: jüngere Alte

75-84 Jahre: ältere Alte

-> 84 Jahre: älteste Alte

Grenze bei 65 ist Sozialpolitik zuzuschreiben

## **16 Psychische Störungen im Alter**

3. Was versteht man unter Alterseffekt, Kohorteneffekt, Messzeitpunkteffekt?

Alterseffekte: Folgen eines bestimmten chronologischen Alters (jüdische Jungen werden mit 13 in die Gemeinde aufgenommen)

Kohorteneffekte: Folgen daraus, in einem bestimmten Jahr geboren und in einer bestimmten Zeit aufgewachsen zu sein.

Messzeitpunkteffekte: Folgen der Effekte, die ein bestimmter Faktor zu einem bestimmten Zeitpunkt haben kann (in 90ern offener über Sexualität reden als in den 50ern).

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

4. Welche Folgerungen können aus Querschnitts- bzw. Längsschnittsuntersuchungen verschiedener Altersgruppen gezogen werden?

Querschnittsuntersuchungen: Aussagen über Altersunterschiede, nicht über altersbedingte Veränderungen

Längsschnittuntersuchungen: Aussagen über den Zusammenhang von Verhalten in jüngeren Jahren und im hohen Alter. Schlüsse bleiben auf untersuchte Kohorte beschränkt

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

5. Liegen für Menschen höheren Lebensalters andere diagnostische Kriterien vor als für Jüngere?

im wesentlichen die gleichen Kriterien wie für jüngere

keine wesentlichen Forschungserkenntnisse

kaum spezifische psychopathologische Erkenntnisse

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

6. Was ist das Kernsymptom von Demenz?

Allmähliche, sich über Jahre hinziehende Verschlechterung intellektueller Fähigkeiten, die so weit geht, dass schließlich auch die sozialen Funktionen und die Handlungsfähigkeit beeinträchtigt sind.

Auffälligstes Symptom: Gedächtnisschwäche

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

7. Welche Beschwerden und Beeinträchtigungen sind mit einer Demenz verbunden?

Gedächtnisschwäche (v.a. Kurzzeitgedächtnis)

Urteilkraft lässt nach

flacher Affekt und emotionale Ausbrüche

Sprachstörungen (sehr vage Ausdrucksweise)

Motorik (Zähneputzen etc. kann Schwierigkeiten machen)

Sensorik (Schwierigkeiten, bekannte Umgebung wiederzuerkennen)

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

8. Wie häufig schätzt man das Auftreten von Demenz in unserer Gesellschaft? Welchen Einfluss hat das fortschreitende Alter?

Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter:

65-74: 1%

75-84: 4%

ab 85: 10%

Zahlen möglicherweise unterschätzt, da Menschen, die an einer dementiellen Erkrankung (Alzheimer) gestorben sind, nicht berücksichtigt werden

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

9. Welche Ursachen der Demenz lassen sich unterscheiden?

### **genetische Faktoren**

- Betroffene mit Gendefekt auf Chromosom 21 und 1 oder 14 erkranken alle vor 67. Lebensjahr
- erhöhtes Risiko bei Verwandten 1. Grades

### **Umweltfaktoren**

- monozygote diskordante Zwillinge -> nicht beide waren betroffen

### **Kopfverletzungen**

### **Depression**

## **16 Psychische Störungen im Alter**

10. Wodurch unterscheidet sich primäre von sekundärer Demenz?

Primäre Demenz entsteht durch direkte Hirnschädigung.

Sekundäre Demenz wird von Krankheiten verursacht, die das Gehirn nicht direkt angreifen.

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

11. Welche pathophysiologischen Prozesse führen zur Demenz vom Alzheimer Typ?

- allgemeine Atrophie des zerebralen Kortex (Hippokampus, Frontal-, Temporal-, Parietal-lappen)
- senile Plaques im gesamten Kortex (kleine runde Ablagerungen aus den Überresten der zugrunde gegangenen Neuronen und  $\beta$ -Amyloid)
- zwischen den Zellkörpern der Neurone sammeln sich verknäulte abnorme Proteinfäden (neurofibrilläre Verklumpungen)

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

12. Wie ist der Krankheitsverlauf der Demenz vom Alzheimer Typ?

Bis zur späteren Phase des Krankheitsverlaufs sind Alzheimer-Patienten körperlich unauffällig, da Kleinhirn, Rückenmark und sensorische Areale des Kortex nicht betroffen sind.

Überlernte Gewohnheiten (kurzes Gespräch mit Fremden) bleiben erhalten.

### **Kognitiv/psychologisch**

- Konzentrations- und Merkfähigkeitsprobleme
- Abwesenheit/Gereiztheit
- Verfolgungswahn
- Desorientiertheit

Tod ca. 10-12 Jahre nach Beginn der Symptomatik

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

13. Gibt es Hinweise auf erbliche Faktoren bei der Demenz vom Alzheimer Typ?

Ja, Verwandte ersten Grades häufiger betroffen

Konkordanz bei eineiigen Zwillingen höher als bei zweieiigen

Krankheitsbeginn vor dem 60. Lebensjahr (weniger als 5% der Fälle) scheint auf Dominanz eines einzigen Gens zurückzuführen zu sein.

Dabei keine Aktivierung der genetischen Disposition durch Stressor erforderlich (Erkrankung tritt bei allen Betroffenen vor dem 67. Lebensjahr auf).

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

14. Welche Ursachen können zu einer primären Demenz führen?

Primäre Demenz entsteht durch direkte Hirnschädigung

- Infektionskrankheiten (Enzephalitis, Meningitis, Creutzfeld-Jakob etc.)
- Neurologische Erkrankungen (Chorea Huntington)
- Normaldruckhydrozephalus: Beeinträchtigung der Zirkulation der zerebrospinalen Flüssigkeit führt zu einer Ansammlung in Gehirnventrikeln, die Druck ausüben. OP)
- Hirnverletzungen/Schlaganfall

*(siehe auch Antwort zu Frage 10)*

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

15. Wodurch werden sekundäre Demenzen bedingt?

sekundäre Demenz wird durch Krankheiten verursacht, die das Gehirn nicht direkt schädigen

Folgen zahlreicher Erkrankungen oder Zustände

- Depressionen mit psychomotorischer Verlangsamung
- Hormonale Störungen
- Drogen/Alkohol
- Atherosklerose

*(siehe auch Antwort zu Frage 10)*

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

16. Was ist eine Multi-Infarkt-Demenz?

Durch mehrere Schlaganfälle bedingte Demenz

## **16 *Psychische Störungen im Alter***

17. Welche Behandlungsmöglichkeiten der Demenz gibt es?

*physiologische Behandlung* von Alzheimer: Acetylcholin produzierende Gehirnzellen sterben ab -> Versuch, diesen Neurotransmitter zuzuführen. Keine großen Erfolge, Medikamente zum Teil toxisch

*Verlangsamen der Krankheit*: Vitamin E; Antidepressiva bei Depressionen etc.; evtl. wirken Östrogene direkt auf neurale Bereiche, die an kognitiven Funktionen beteiligt sind

*Psychologische Behandlung*: Behandlung von Alzheimer-Patienten und ihren Familien; unterstützender Ansatz mit dem Ziel, die Veränderungen durch Verhaltensstörungen relativ gering zu halten

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

18. Welches ist der Hauptfokus der psychosozialen Interventionen bei Demenz?

Unterstützung der Patienten und Angehörigen bei der Pflege und durch Informationen

Basale Tätigkeiten so lange wie möglich durchführen können

Realitätsorientierungstraining

Gedächtnistraining (nicht besonders erfolgreich)

Verhaltenstherapeutisches Kompetenztraining

Minimieren der durch Verhaltensauffälligkeiten verursachten Störungen

## **16 Psychische Störungen im Alter**

19. Was ist ein Delir? Welche Synonyme sind gebräuchlich?

Bewusstseinstrübung (mehr als 30 Synonyme in der Literatur, „akuter Verwirrtheitszustand“, „akutes Psychosyndrom“ am gebräuchlichsten)

Orientierungsstörungen, Wahrnehmungsstörungen (besonders visuelle Illusionen und Halluzinationen), Aktivitäts- und Stimmungsschwankungen können auftreten.

Besonders zu Beginn eines Delir gestörter Schlaf-Wach-Zyklus.

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

20. Ist Delir nur auf das höhere Lebensalter beschränkt?

Delirium kann in jedem Alter auftreten, besonders betroffen sind Kinder und alte Menschen

11-26% aller hospitalisierten älteren Menschen haben während ihres Aufenthalts in der Einrichtung ein Delir

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

21. Wann treten Delire bei älteren Menschen oft auf?

- Drogenintoxikation und -entzugserscheinungen (Medikamente)
- Stoffwechselstörungen und ernährungsbedingte Störungen
- Infektionen oder Fieber
- Neurologische Störungen oder Stress aufgrund einer Veränderung in der Umgebung des Patienten
- Größere Operationen (Hüfte)
- Kopfverletzungen
- Epileptische Anfälle
- Körperliche Erkrankungen (dekompensierte Herzinsuffizienz, Pneumonie, Harnwegsinfektionen, Krebs etc.)

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

22. Was sind typische Symptome und Auffälligkeiten eines Delirs?

Orientierungsstörungen

Wahrnehmungsstörungen

Aktivitäts- und Stimmungsschwankungen

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

23. Welche Ursachen des Delirs lassen sich unterscheiden?

Drogenintoxikation und -entzugserscheinungen (Medikamente)

Stoffwechselstörungen und ernährungsbedingte Störungen

Infektionen oder Fieber

Neurologische Störungen oder Stress aufgrund einer Veränderung in der Umgebung des Patienten

Größere Operationen (Hüfte)

Kopfverletzungen

Epileptische Anfälle

Körperliche Erkrankungen (dekompensierte Herzinsuffizienz, Pneumonie, Harnwegsinfektionen, Krebs etc.)

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

24. Warum sind ältere Menschen besonders anfällig für ein Delir?

altersbedingter körperlicher Abbau

erhöhte Anfälligkeit für chronische Krankheiten

viele Medikamente

höhere Empfindlichkeit gegen Drogen

größere Stressanfälligkeit

Schädigung des Gehirns erhöht Risiko, in ein Delir zu fallen (am anfälligsten ältere Menschen mit einer Demenz)

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

25. Welcher Fehler liegt nahe, wenn wir psychopathologische Auffälligkeiten bei älteren Menschen diagnostizieren?

Erklärung der psychischen Störung mit dem Alter

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

26. Was weiß man zur Prävalenz psychischer Störungen im Alter? Leiden ältere Menschen häufiger unter psychischen Störungen?

- Prävalenz unklar
- bei Menschen über 65 ist die Häufigkeit aller Störungen zusammen am geringsten
- mehrheitlich frei von psychischen Störungen, aber 20% leiden unter so starken psychischen Störungen, dass sie behandelt werden müssen
- größtes Problem kognitive Störungen (Frauen 14% kognitiv leicht, 4,7% schwer behindert; Männer 14% leicht und 5,5% schwer)

## **16 Psychische Störungen im Alter**

27. Welche affektiven Störungen sind im Alter häufig?

Ältere Menschen leiden seltener unter Depressionen als jüngere (< 3%)

unipolare häufiger als bipolare

manisch- depressive Störungen sehr selten

## **16 Psychische Störungen im Alter**

28. Gibt es Unterschiede in der Symptomatik einer Depression im Alter verglichen mit jüngeren Menschen?

Für ältere und jüngere Menschen gleich:

Sorgen; Gefühl, nicht mehr gebraucht zu sein; Traurigkeit; Pessimismus; Müdigkeit; Schlaflosigkeit; Willensschwäche bei älteren und jüngeren Menschen

Ältere:

seltener Schuldgefühle, mehr somatische Beschwerden, ausgeprägtere motorische Verlangsamung, stärkerer Gewichtsverlust, deutlicherer körperlicher Verfall, weniger Feindseligkeit, weniger suizidale Gedanken, mehr Klagen über Gedächtnisschwierigkeiten

## **16 Psychische Störungen im Alter**

29. Welche Überlappung zwischen Depression und Demenz besteht? Welche Unterschiede bestehen?

Depression wird häufig als Demenz fehldiagnostiziert (Depression reversibel, Demenz nicht)

- depressive Patienten klagen mehr über ihre Vergesslichkeit
- unterschätzen ihre Fähigkeiten bei kognitiven Tests
- nehmen negative Rückmeldung sehr schwer
- kognitive Leistungen sind durchschnittlich
- mehr Auslassungsfehler
- demente Patienten raten oder konfabulieren, wenn sie eine Frage nicht beantworten können, depressive Patienten schweigen eher

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

30. Welche Faktoren hängen mit Depression im Alter zusammen?

- körperliche Krankheiten
- genetische Disposition
- Medikamente können depressive Symptome hervorrufen oder zu Depressionen führen
- Verlusterlebnisse
- psychische Belastungen (Pflege von Angehörigen etc.)

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

31. Was sind erfolgversprechende Behandlungen bei Depression im Alter?

- Selektion<sup>1</sup>, Optimierung<sup>2</sup>, Kompensation<sup>3</sup> (SOK)
- Behandlung hat günstigere Prognosen als im jüngeren Alter
- Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm für ältere Menschen mit Depressionen (orientiert sich am SOK-Modell)
- Interpersonale Therapie (Fokus liegt auf Beziehung zu anderen)
- Einsatz von Antidepressiva wird durch Nebenwirkungen verkompliziert; Gefahr toxischer Reaktionen ist groß (76% zeigten Nebenwirkungen mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern)
- Johanniskraut (noch nicht erforscht)

<sup>1</sup> realistische Standards und Erwartungen aneignen

<sup>2</sup> Nutzung von Vorhandenem, gutes Umfeld schaffen

<sup>3</sup> ständig weiter lernen

## **16 Psychische Störungen im Alter**

32. Wie zeigen sich paranoide Störungen im Alter? Gibt es Unterschiede zu den wahnhaften Störungen bei Jüngeren?

- kann mit organischen Hirnschäden wie Delir und Demenz einhergehen -> Erinnerungslücken füllen
- kann mit organischen Beeinträchtigungen zusammenhängen z.B. Verlust des Hörvermögens (verstehen nicht was gesagt wird, denken Gespräch ist über sie); sind sich Hörproblemen nicht bewusst
- soziale Isolation -> Argwohn kann nicht überprüft werden -> Wahnvorstellungen setzen sich fest
- höhere reale Missbrauchsgefahr

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

33. Wie häufig schätzt man paranoide Störungen im Alter?

bei vielen älteren psychiatrischen Patienten liegt Paranoia vor

~ 10% aller älterer Menschen

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

34. Welcher Zusammenhang zwischen paranoiden Symptomen und Hörverlust wurde nachgewiesen?

Experiment von Zimbardo: Schwerhörigkeit ohne Bewusstheit -> signifikant höhere Paranoiewerte im MMPI. Vpn beschreiben sich als gereizter, aufgeregter und feindseliger

Altersbedingte Schwerhörigkeit dann ursächlich für Paranoia, wenn sich Personen die Schwerhörigkeit nicht eingestehen.

Personen denken, es werde über sie geflüstert.

## **16 Psychische Störungen im Alter**

35. Welche Ursachen wahnhafter Störungen im Alter lassen sich unterscheiden?

## Schwerhörigkeit

Soziale Isolation: sozial isolierter Mensch hat weniger Möglichkeit, seine Vorstellungen in der realen Welt zu überprüfen, Wahnvorstellungen setzen sich leichter fest.

Auch reale Missbrauchgefahr – immer erst überprüfen, ob Verdacht in der Realität begründet ist.

## **16 Psychische Störungen im Alter**

36. Gibt es Schizophrenie mit Erstauftreten im höheren Lebensalter?

vereinzelte Fälle, 90% vor 60. Lebensjahr

## **16 Psychische Störungen im Alter**

37. Was weiß man über den Verlauf von Schizophrenien über die Lebensspanne?

Bei vielen Patienten geht Symptomatik stark zurück oder verschwindet, wenn sie ins hohe Alter kommen.

Paraphrenie: Schizophrenie, die sich erst im hohen Alter bemerkbar macht.

mehr Halluzinationen

mehr paranoide Wahnvorstellungen

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

38. Gibt es substanzinduzierte Störungen im höheren Lebensalter?

Substanzmissbrauch bei älteren (in der jetzigen Kohorte) geringer als bei jüngeren Erwachsenen

Prävalenz für Alkoholmissbrauch: 3,1% für ältere Männer, 0,46% für ältere Frauen

Viele Alkoholiker werden nicht alt

## **16 Psychische Störungen im Alter**

39. Welche zwei Gruppen älterer Alkoholiker lassen sich unterscheiden? Ist die Unterteilung unumstritten?

## Problemtrinker

- Fortsetzung eines bereits früher aufgenommenen Musters
- alkoholbedingte Probleme erst nach dem 60. Lebensjahr

Schätzungen gehen auseinander: 33 - 50% alter Menschen mit Alkoholproblemen haben erst nach dem 60. Lebensjahr mit dem Trinken begonnen

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

40. Wodurch wächst die Gefahr des Medikamentenmissbrauchs im Alter?

- Symptome, wie verwaschene Sprache, werden dem Alter zugeschrieben
- Großteil der Medikamente wurden an jungen Menschen getestet, richtige Dosierung für ältere ist unklar

ältere Menschen gehen nicht mehr zur Arbeit -> fehlende soziale Kontrolle

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

41. Nimmt die Sorge um die Gesundheit mit dem Alter zu? Müssen wir annehmen, dass Hypochondrie somit ansteigt?

Keine erhöhte Prävalenz für Hypochondrie

Ältere Menschen geben eher zu wenig als zu viele Symptome an, lassen ernsthafte Krankheiten nicht behandeln.

Sorge um die Gesundheit bleibt über Lebensspanne konstant

## **16 Psychische Störungen im Alter**

42. Wie ändert sich der Schlaf mit dem Älterwerden?

- 25% zwischen 65 und 79 Jahren geben an, häufig unter Schlafschwierigkeiten zu leiden
- weitere 20% weniger schwerwiegende, dennoch problematische Insomnie

### **Unterschiede zum Schlaf von jüngeren:**

- häufiges, längeres nächtliches Wachsein
- frühmorgendliches Erwachen
- Einschlafschwierigkeiten
- Müdigkeit am Tag
- REM-Phasen kürzer, Tiefschlaf fehlt fast völlig

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

43. Welche Ursachen von Insomnie im Alter lassen sich benennen?

Veränderungen des Schlafmusters aufgrund des Alters (häufigere spontane Schlafunterbrechungen)

Krankheiten

Medikamente

Koffein

Stress

Angst

Depressionen/depressive Verstimmungen

Bewegungsmangel

Schlechte Schlafhygiene

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

44. Welche Methoden werden häufiger eingesetzt, um Schlaflosigkeit zu beheben? Worin liegen die Gefahren?

**frei verkäufliche Schlafmittel**

- büßen schnell an Wirksamkeit ein, machen den Schlaf bei längerer Einnahme erst recht leicht und störanfällig.
- Zunahme des REM-Schlaf sehr unbeständig.
- Gefahr der arzneimittelbedingten Schlaflosigkeit
- weitere Folgen: Drogenkater, Atembeschwerden

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

45. Welche psychologischen Methoden scheinen sich bei der Behandlung von Schlafstörungen zu bewähren?

- Information
- Verhaltensregeln (Bewegung, Schlafhygiene, etc.)
- Entspannungstraining

## **16 Psychische Störungen im Alter**

46. Welche Faktoren erhöhen das Suizidrisiko im Alter?

schwere körperliche Krankheiten

Verlust eines geliebten Menschen

Hoffnungslosigkeit

Soziale Isolation

Bei Männern nimmt Suizidrate mit dem Alter stark zu, bei Frauen leicht ab.

Erfolgreicher bei Suizidversuchen.

## **16 Psychische Störungen im Alter**

47. Wovon wird sexuelle Aktivität im Alter beeinflusst?

(Äußerungen über Sexualität) von Stereotypen

Kohorteneffekte

Beeinträchtigung der Sexualität durch:

- Krankheit
- Medikamente
- Tranquilizer
- Müdigkeit
- exzessive Trink- und Essgewohnheiten

bester Prädiktor: Häufigkeit und Vergnügen, mit dem Sexualität in der Vergangenheit ausgeübt wurden

## **16 Psychische Störungen im Alter**

48. Welche Veränderungen in der sexuellen Reaktionsfähigkeit treten mit fortschreitendem Alter ein? Gibt es Unterschiede zwischen Männern und Frauen?

Männer: wie bei jüngeren Männern, nur alles langsamer und mit weniger Druck

Frauen: mindestens zu gleicher sexueller Aktivität fähig wie Männer. Durch gesunkenen Östrogenspiegel in die vaginale Lubrikation langsamer und weniger ergiebig (kann durch Östrogengaben ausgeglichen werden). Vaginalkontraktionen während des Orgasmus weniger als bei jüngeren Frauen

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

49. Wie steht es um die psychosoziale Versorgung älterer Menschen? Welche Vorurteile bestehen selbst bei Klinikern?

- seltener Überweisung an Psychotherapeuten als jüngere Betroffene
- evtl. unzureichende geriatrische Ausbildung von Medizinern
- Therapeuten attribuieren älteren Menschen fälschlicherweise eine geringere Aussicht auf Therapieerfolg

## ***16 Psychische Störungen im Alter***

50. Welche Belastungen sind mit der Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung bzw. einem Heim für ältere Menschen verbunden?

Gefühl, abgeschoben zu werden

fehlende Pflegeplätze

Umgebungswechsel ist belastend

Umfang und Art der Betreuung dienen häufig nicht der Rehabilitation, sondern schränken alte Menschen noch weiter ein (Hilfe beim Ankleiden, Putzen etc., obwohl sie es noch selber könnten)

Schwächung und Schwund wenig beanspruchter Muskeln

Depressionen werden häufig mit Tranquilizern behandelt, um den Patienten ruhig zu stellen.

## **16 Psychische Störungen im Alter**

51. Wie groß ist der Anteil älterer Menschen, die weitgehend selbstständig in ihrer Wohnung und in der Gemeinde leben? Welche Konsequenzen hat das für die Versorgung?

Wo immer möglich, Prävalenz unklar

Voraussetzung ist umfassendes Dienstleistungssystem (Essen auf Rädern, regelmäßige Hausbesuche durch medizinisches Personal, Unterstützung für Betreuung und Pflege)

## **16 Psychische Störungen im Alter**

52. Welche Belastungen sind mit der Pflege dementer Patienten verbunden? Was scheint hilfreich für die „Psychohygiene“ der Pflegepersonen?

Pflege besonders bei Angehörigen, besonders Ehefrauen und Töchter

-> psychosoziale Versorgung sollte auch die Angehörigen einbeziehen!

pflegende Angehörige werden durch Belastung und Sorge häufiger depressiv, brauchen

Unterstützung und Ermutigung, Möglichkeit, ihre Schuldgefühle und Ärger zu äußern

Ermöglichung von Ruhepausen

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

1. Welche Relevanz haben Therapiemanuale in der Forschung und in der Praxis?

Standard in der psychotherapeutischen Forschung! Unmöglich, Forschungsgelder ohne Manual zu erhalten, in dem unabhängigen Variablen genau definiert sind.

Verwendung von Therapiemanualen verbessert interne Validität. Externe ist ein Problem. (Laborsituation vs. Realität)

In der Praxis weiß man nicht, ob und welchen Manualen Therapeuten folgen.

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

2. Welche allgemeinen Merkmale guter Psychotherapieforschung lassen sich nennen?

- **Therapiemanuale** : dienen der Verbesserung der internen Validität
- **Externe Validität:** unklar, inwieweit Ergebnisse auf Patientenpopulation übertragbar sind.
- **Stichproben:** Probanden, die freiwillig teilnehmen, unterscheiden sich von anderen Patienten, große randomisierte Stichproben, Studie mit Kontrollgruppe
- **Homogenität der Diagnosen, nicht der Ursachen:** da gleiche Diagnosen unterschiedliche Ursachen haben können.  
-> große Stichproben -> Unterschiede gleich verteilt
- **Nachuntersuchungen**

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

3. Was meint Wirksamkeit und was meint man mit Wirkung?

- Wirksamkeit:** das, was aus einer kontrollierten Ergebnisstudie abgeleitet wird, Ziel ist die Beseitigung beobachtbarer, genau definierter Probleme
- Wirkung:** das, was Menschen im täglichen Leben erhalten – Wirkung wird vom Patienten selbst anhand subjektiver Kriterien beurteilt.

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

4. Was sind typische Methoden der Psychoanalyse und psychodynamischer Theorien?

Therapeutischer Versuch, die Verdrängung zu entfernen, die das Ich davon abhält, dem Individuum zu helfen, zu einem verantwortungsbewussten, gesunden Erwachsenen heranzuwachsen.

- freie Assoziation
- Traumarbeit
- Deutung

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

5. Was ist Interpersonale Psychotherapie?

Konzentration auf Interaktion zwischen dem Patienten und der sozialen Umgebung.

Konzentration auf gegenwärtige Probleme

Therapeut geht aktiver und direkter vor

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

6. Wie steht es um die empirische Bewährung psychodynamischer Therapien?

Eindeutige Belege für Wirksamkeit fehlen!

Nur vier Ergebnisstudien, alle mit methodischen Mängeln behaftet (Grawe et al.).  
schwerwiegenstes Problem: fehlende Kontrollgruppe

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

7. Wie hat sich die Interpersonale Psychotherapie bewährt?

hat Potential, langfristige Verbesserungen zu erzielen

- möglicherweise erfolgreich für Rückfallprävention
- bei Behandlung von Bulimia nervosa genauso erfolgreich wie kognitive und verhaltensorientierte Therapien in Nachuntersuchung sogar besser

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

8. Was versteht man unter klientenzentrierter Therapie?

nach ROGERS

Durch empathisches und wenig direktives Verhalten werden Bedingungen von Wohlwollen und Akzeptanz geschaffen, durch die der Klient seine eigenen Wünsche und Bedürfnisse verstehen und akzeptieren lernt.

-> Klient als Experte seiner Probleme.

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

9. Welche Hauptkomponenten des Vorgehens bzw. des Therapeutenverhaltens unterscheidet man bei der klientenzentrierten Psychotherapie?

Empathie

Akzeptanz und Wertschätzung

Kongruenz im Verhalten

Vorgehen ist nicht direktiv

Ausgehen von einer Selbstaktualisierungstendenz

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

10. Wie ist das Vorgehen bei der Gestalttherapie?

nach PERLS

arbeiten ganz im Hier und Jetzt

kreative und phantasievolle Techniken (Technik des leeren Stuhls)

Mensch ist dem Wesen nach gut, man muss ihm ermöglichen, sich seiner Grundbedürfnisse bewusst zu werden.

Mensch schafft sich seine Existenz jeden Tag und jeden Moment selbst neu

Therapeut lässt keine Stagnation zu

Meist Gruppentherapie

Ziel ist die Erweiterung des Bewusstseins des Selbst (Erlebnisse der Vergangenheit, Erinnerungen, Körperempfindungen, Stimmung u.a. werden genutzt)

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

11. Wie steht es um die empirische Bewährung der humanistischen Psychotherapien?

### **Klientenzentrierte Therapie**

Bemühung um Evaluation (8 kontrollierte Studien, bei 80% Besserung)

Aufnahme auf Tonband

-> kann leichter gestörten Menschen helfen, sich selber besser zu verstehen

### **Gestalttherapie**

Mangelnde Datenbasis (4 kontrollierte Studien mit 244 Patienten)

Unklar, ob erzielte Veränderungen tatsächlich auf Gestalttherapie zurückzuführen sind

Kann bei Anwendung durch wenig erfahrenen Therapeuten Schaden anrichten

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

12. Was ist (kognitive) Verhaltenstherapie?

Viele Grundsätze stammen aus der Forschung zu klassischem und operantem Konditionieren

- systematische Desensibilisierung
- Training (soziales Training, Selbstsicherheitstraining etc.)
- Konfrontationsmethode

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

13. Wie ist die empirische Befundlage zur klassischen Verhaltenstherapie?

- operante Verfahren bei vielen Verhaltensstörungen als erfolgreich
- besonders bei Kindern wirksam (Daumenlutschen, Hyperaktivität, Nägelbeißen etc.)

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

14. Was will die rational-emotive Therapie?

nach ELLIS

Emotionales Leiden wird durch unausgesprochene irrationale Annahmen und Erwartungen verursacht (Perfektionismus)

Therapie: Versuch, Annahmen in Frage zu stellen und erreichbare Anforderungen an sich selbst zu stellen

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

15. Wie ist das Vorgehen und die Wirksamkeit der kognitiven Therapien?

Infragestellen der dysfunktionalen Annahmen bei BECK und ELLIS

Längerfristige Nützlichkeit der kognitiven Therapie zur Behandlung von Depressionen  
mehrfach belegt

BECKs kognitive Therapie erfolgreich bei:

- Behandlung von Panikstörung
- Generalisierter Angststörung
- Soziale Phobie
- Chronische Schmerzen
- Reizcolon (Colon: Dickdarm)
- Bulimia nervosa

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

16. Was meint die „dreifache Reziprozität“?

## Modell von Bandura

Kognition und Verhalten beeinflussen sich gegenseitig: neue Verhaltensweisen verändern die Wahrnehmung, neue Wege des Denkens können neues Verhalten erleichtern.

Denken und Handeln beeinflusst Umwelt und wird von ihr beeinflusst.

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

17. Wodurch lassen sich Behandlungseffekte generalisieren und stabilisieren?

- intermittierende Verstärkung
- Übergang von künstlichen zu natürlichen Verstärkern
- Modifikation der Umwelt
- Ausschalten des sekundären Krankheitsgewinns
- Auffrischungssitzungen
- Hausaufgaben (zur Übertragung in private Umwelt)

**17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen**

18. Was meint Selbstwirksamkeit als Ziel jeder Psychotherapie?

Glaube, ein bestimmtes Verhalten ausführen zu können und dass es zu erwünschten Konsequenzen führt.

Für den Kontext der Psychotherapie: Eigenes Problem unter Kontrolle bekommen und dessen Intensität und Häufigkeit verhindern.

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

19. Was versteht man unter Breitbandtherapie?

Gleichzeitiges oder nacheinander Einsetzen von mehreren Verfahren, um möglichst alle wichtigen kontrollierenden Variablen zu erfassen.

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

20. Wie ist das Vorgehen bei der Paar- und Familientherapie?

Angewandte Technik ist abhängig von Therapierichtung, arbeiten mit mehr als einer Person

Gemeinsam: Spannungen und Konflikte sind unausweichlich, wenn Menschen zusammenleben. Können am besten gelöst werden, wenn alle Familienmitglieder in Therapie einbezogen werden.

Wichtig ist, die Kommunikation unter den Familienmitgliedern zu verbessern, um die Bedürfnisse aller besser erfüllen zu können

Kommunikationstraining:

- sich gegenseitig empathisch zuhören
- klar sagen, wie das Gesagte verstanden wird und welche Gefühle dahinter gesehen werden

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

21. Ist Familientherapie eine Therapierichtung oder ein Behandlungssetting?

## Behandlungssetting

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

22. Wie steht es um die Evaluierung der Paar- und Familientherapie?

Im Allgemeinen positive Auswirkungen auf viele Familienprobleme

- bei Paarproblemen: gemeinsame Therapie erfolgreicher als Einzeltherapien, positive Effekte bei verhaltensorientierter Paartherapie (Verbesserung der Kommunikationsfertigkeiten)
- kognitive Komponente führt nicht zu besserem Ergebnis
- einsichtsorientiert ist recht gut bei weniger schlimmen Problemen
- Therapie besser bei jüngeren Paaren ohne Scheidungsabsicht

Klinische Relevanz der Ergebnisse fraglich -> nur die Hälfte der Paare über alle Studien hinweg waren nach Ende der Behandlung glücklich

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

23. Was ist der Grundgedanke der Gemeindepsychologie?

Erreichen größerer Bevölkerungsgruppen, um das Auftreten oder die Verbreitung von körperlichen Krankheiten oder psychischen Störungen zu verhindern.

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

24. Was sind typische Präventionskonzepte und -beispiele?

- Prävention des Zigarettenrauchens in der Schule
  - Prävention von HIV-Infektionen
  - Information über gesünderer Lebensweise
- etc.

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

25. Kann man Beziehungs- und Partnerschaftsproblemen vorbeugen?

Ehevorbereitung – ein partnerschaftliches Lernprogramm (EPL; Vermitteln von Gesprächs- und Problemlösefertigkeiten)

Ergebnis der Evaluation:

- Verbesserung der Kommunikationsfertigkeiten
- Verbesserung der Beziehungsqualität
- Rückgang der Problembelastung

-> Geringere Scheidungsrate als Kontrollgruppe

-> entscheidend ist ein systematisches und gezieltes Training, nicht nur der Austausch von Ansichten und das Erlangen von Einsichten bezüglich der Ehe.

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

26. Wie steht es um die Evaluation gemeindepsychologischer Ansätze?

Evaluation ist sehr schwierig -> keine Laborsituation

Scheinbar Verbesserungen und Wirkungen von Präventionen

wirksam ist z.B. EPL (*siehe Antwort zu Frage 25*)

## **17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen**

27. Welche Bemühungen werden unter dem Begriff „Integration in der Psychotherapie“ gefasst?

Finden sinnvoller Verbindungen zwischen unterschiedlichen Therapierichtungen

3 Arten der Integration:

- Methodischer Eklektizismus
- Gemeinsame Wirkfaktoren
- Theoretische Integration

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

28. Lassen sich gemeinsame Wirkfaktoren bei verschiedenen Psychotherapien unterscheiden?

### Wirkprinzipien einer „Allgemeinen Psychotherapie“ (Grawe)

- Ressourcenaktivierung
- Problemaktualisierung
- Aktive Hilfe zur Problembewältigung
- Motivationale Klärung

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

29. Wie verläuft die Kontroverse um pro und contra Integration?

### LAZARUS vs. MESSER

- zunehmende Bewusstheit der Grenzen theoretischer Paradigmen
- Integration birgt Risiken, indem sie über Unterschiede hinweggeht

### LAZARUS:

Integration unterschiedlicher Methoden in eigenen Bezugsrahmen (VT). Theoretische Integration fruchtlos und unmöglich (epistemologische Unvereinbarkeit)

### MESSER:

Die Wirksamkeit einer Methode kann nur auf der Basis ihres ursprünglichen Bezugsrahmens überprüft werden. Die Übernahme einer Technik verändert den Bezugsrahmen in den sie übernommen wird und damit auch die Ausgangstheorie.

## ***17 Psychologische Interventionen – Ergebnisse und Fragen***

30. Welche kulturellen und ethnischen Faktoren beeinflussen psychologische Interventionen?

- ethnische und kulturelle Faktoren müssen beachtet und sich bewusst gemacht werden;  
Missachtung kann das Verständnis einschränken
- Therapeuten mit gleichem Hintergrund werden eher akzeptiert; bessere Wirksamkeit ist nicht belegt

? eigentlich: Sprache, kulturelle Erfahrungen, religiöser Hintergrund

## ***18 Rechtliche und ethische Aspekte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie***

1. Was versteht man unter Grundrechten von Patienten?

- Patientenselbstbestimmung (Autonomy)
- Nichtschadensgebot (Nonmalefficiency)
- Handeln zum Wohl des Kranken (Beneficence)
- Fairness (Justice)

-> Aufklärung der Patienten vor jeder medizinischen und psychologischen Maßnahme  
Informationsvermittlung und -verständnis (informed consent) 😊

***18 Rechtliche und ethische Aspekte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie***

2. Wie prüft man die Einwilligungsfähigkeit von Patienten?

- Liegt Fähigkeit zum Verständnis der relevanten Informationen vor?
- Besteht die Fähigkeit zu rationalem und schlussfolgerndem Umgang und der Verarbeitung von Informationen?
- Kann die Fähigkeit zum Treffen und zum Kommunizieren einer Entscheidung festgestellt werden?
- Besteht Krankheitseinsicht, kann der Patient die Einwilligungssituation und ihre Konsequenzen erkennen?

## ***18 Rechtliche und ethische Aspekte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie***

3. Welche Aspekte spielen bei der Unterbringung von Patienten gegen deren Willen eine Rolle?

- **Verhältnismäßigkeit:** Maßnahmen müssen grundsätzlich geeignet sein, den Missstand zu beheben, erforderlich und im Einzelfall angemessen sein. Rechtlich vorgeschrieben ist die Maßnahme, die Betroffenen am wenigsten beeinträchtigt
- **Fürsorgepflicht bei Selbst- oder Fremdgefährdung:** vormundschaftliche Genehmigung durch zuständiges Gericht. Indikation: Feststellen einer psychischen Krankheit, in deren Folge Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt; Erkennen einer unmittelbaren und konkreten Gefahr; Begründung des Zusammenhangs zwischen Störung und Gefahr; Erkenntnis, dass mit Besserung des Krankheitszustandes gerechnet werden kann.

## ***18 Rechtliche und ethische Aspekte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie***

4. Wer entscheidet über die Unterbringung von Patienten?

1. **Verwaltungsbehörde** leitet das Verfahren unter Beifügung eines ärztlichen Zeugnisses ein
2. **Arzt für Psychiatrie** nimmt gutachterlich Stellung (*Voraussetzungen siehe Antwort zu Frage 18 Rechtliche und ethische Aspekte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*)
- 3.
4. 3)
5. **Richter** beim Vormundschaftsgericht entscheidet

***18 Rechtliche und ethische Aspekte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie***

5. Welche ethischen Konflikte in Therapie und Forschung lassen sich benennen?

Nicht alles, was möglich ist, ist auch moralisch vertretbar! Der Zweck heiligt nicht die Mittel.

z.B.

- KZ-Experimente
- Kastration
- Placebo statt Penicillin bei Kranken
- Strahlenexposition (US-Energieministerium) von Menschen ohne deren Wissen

Was ist, wenn Menschen nicht freiwillig einwilligen können?

Psychiatrische Einrichtungen üben implizite Zwänge aus, die freiwillige Einwilligung beeinflusst, auch wenn Patienten Behandlungsalternativen verstehen.

Versuchspersonen müssen vor Schaden, Risiken, Demütigungen und einer Verletzung der Privatsphäre geschützt werden.

***18 Rechtliche und ethische Aspekte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie***

6. Wie ist die Vertraulichkeit und Schweigepflicht bei Psychotherapeuten geregelt?

**Vertraulichkeit:** Dritten gegenüber (mit Ausnahme anderer Fachleute und denjenigen, die unmittelbar an Behandlung beteiligt sind) wird nichts enthüllt.

Vertrauliche Mitteilung: nur Patient kann Therapeuten in einem Gerichtsprozess von **Schweigepflicht**<sup>1</sup> entbinden.

<sup>1</sup> Zugang zu Mitteilung einer Partei an eine andere beliebt dritten verwehrt

***18 Rechtliche und ethische Aspekte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie***

7. Welche Aspekte beeinflussen die Wahl von Behandlungszielen?

**Idealfall:** Klient bestimmt Ziele, Therapeut verfolgt diese

Praxis: oft hat auch Therapeut Ziele. Jeder Therapeut kann Auftrag ablehnen, wenn ihm die Ziele des Klienten widerstreben.

Paartherapien: oft widersprüchliche Ziele der Patienten.

Werte des Therapeuten beeinflussen Behandlungsziele

***18 Rechtliche und ethische Aspekte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie***

8. In welchem klinischen Bereich spielt „Glaubwürdigkeit“ eine zentrale Rolle?

## Sexueller Missbrauch

Therapeuten sollen neutral bleiben, wenn von Missbrauch berichtet wird.

Aber: viele Therapeuten gehen implizit davon aus, dass psychische Störungen auf Missbrauch zurückzuführen sind; andererseits kann Missbrauch auch übersehen werden, wenn Therapeut nicht glaubt, dass traumatische Erinnerungen häufig verdrängt werden

***18 Rechtliche und ethische Aspekte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie***

9. Wie ist die Ausbildung zum Psychotherapeuten geregelt?

Medizin- und Psychologiestudium als Grundlage für weitere Ausbildung, praktische Erfahrung muss berufsbegleitend erworben werden

Ausbildung Vollzeit mindestens 3 Jahre

Teilzeit mindestens 5 Jahre

Staatsprüfung führt zur Approbation

***18 Rechtliche und ethische Aspekte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie***

10. Wodurch unterscheiden sich die Ausbildungen zum ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten?

Berufsbilder haben sich mit PTG einander angenähert.

**Ärztlicher Psychotherapeut:** Weiterbildung zum Facharzt durch Aus- und Weiterbildungs-  
verordnungen der Länder geregelt. Weiterbildung in Verbund von Kliniken, Weiterbildungs-  
instituten und niedergelassene, weiterbildungsberechtigte Psychotherapeuten

**Psychologischer Psychotherapeut:** Institute (anerkannt bei Approbationsbehörden der  
Länder)

## ***18 Rechtliche und ethische Aspekte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie***

11. Was sind die Ziele und der Umfang der Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten bzw. zum Kinder- und Jugendpsychotherapeuten?

**Ziele:** eigenverantwortliches und selbständiges Handeln in

- Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Störungen mit Krankheitswert, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist.
- Therapie von psychischen Ursachen, Begleiterscheinungen und Folgen körperlicher Erkrankungen unter Berücksichtigung des ärztlichen Befundes und der sozialen Lage des Patienten.

### **Ausbildungsanteile**

### **vorgeschriebene Stunden**

praktische Tätigkeit, 1 1/2 Jahre (Praxis und Klinik):	1800
theoretische Ausbildung:	600
praktische Ausbildung mit Krankenbehandlung:	600
unter Supervision:	150
Selbsterfahrung:	120
weitere Ausbildungsanteile:	930
<b>gesamt</b>	<b>4200</b>

***18 Rechtliche und ethische Aspekte der Klinischen Psychologie und Psychotherapie***

12. Wie steht es um die Fort- und Weiterbildung nach der Approbation?

Alle approbierten Psychotherapeuten sind zur regelmäßigen Fortbildung verpflichtet.

Aufsicht über Verpflichtungen haben Ärzte- und Psychotherapeutenkammern.