

1. Welches sind die Gegenstandsbereiche und Aufgaben der Klinischen Psychologie? (2)

3 Gegenstandsbereiche

1. Psychische Störungen: z.B. Angst-, Zwangsstörungen, schizophrene Störungen, Persönlichkeitsstörungen
→ steht im Vordergrund
2. Psychologische Aspekte körperlicher Störungen: z.B. Behinderungen, HIV/AIDS, Krebserkrankungen, chronischen Schmerzen
→ psychische Vorgänge, die mit der Entstehung, Prävention, Bewältigung, Behandlung und Rehabilitation organischer Erkrankungen zusammenhängen
→ 4 Gruppen von Störungen im Grenzbereich zwischen psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen
 - psychosomatische Störungen: körperliche Erkrankungen, an denen psychische Faktoren maßgeblich beteiligt sind, z.B. Hypertonie (Bluthochdruck), Migräne
 - organische Erkrankungen wie z.B. Alzheimer, Parkinson, psychische Störungen durch psychotrope Substanzen (z.B. Alkohol, Drogen)
 - psychische Störungen mit körperlichen Auffälligkeiten: z.B. Essstörungen, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen,
 - somatoforme Störungen: multiple, körperliche Beschwerden, die sich nicht vollständig körperlich erklären lassen, z.B. Bauchschmerzen, Übelkeit, Harndrang
3. Psychische Krisen: durch besondere Lebensumstände ausgelöst, z.B. Anpassungsstörungen, akute Belastungsstörungen, PTBS
→ am unschärfsten definiert; psychische Belastungsreaktionen, die durch äußere Umstände veranlasst sind

Aufgabe der klinischen Psychologie

1. Klinisch-psychologischen Phänomene beschreiben, erklären, klassifizieren, erfassen
2. ihr Auftreten verhindern oder behandeln
3. Zusammenhänge mit ökologischen, soziokulturellen, institutionellen Rahmenbedingungen aufklären und beeinflussen

Aufgabenbereiche

1. Pathopsychologie: Gegenstand ist die psychologische Störungslehre. Analyse von
 - Erscheinungsweise (Phänomenologie, Symptomatologie)
 - Entwicklung (Genese, Pathogenese)
 - Verursachung (Ätiologie)
 - Verlauf (Prognose)
 - Ordnung und Einteilung (Klassifikation)
 - Verbreitung (Epidemiologie)
2. klinische Psychodiagnostik: Bindeglied zwischen Pathopsychologie und Intervention
 - Ist-Zustand psychischer Probleme erfassen, Definition und Identifikation klinisch-psychologischer Phänomene (Deskription)
 - Entstehungsbedingungen erfassen (Ätiopathogenese)
 - Bedingungen für Entwicklungsverlauf feststellen (Prognose)
 - Einordnung der Phänomene (Klassifikation und Indikation)
3. klinisch-psychologische Intervention: Sämtliche Formen professioneller psychologischer Hilfe
 - Prävention - Psychologische Therapie - Rehabilitation
 - kurzfristige Hilfen (Beratung, Krisenintervention, Selbsthilfegruppen)
4. Kontextbedingungen: Einflüsse und Auswirkungen z.B. soziale, ökonomische, rechtliche Regelungen des Gesundheitswesens

Klinische Psychologie ist keine an Klinik gebundene Art der Psychologie zu

2. Welche Formen klinisch-psychologischer Intervention lassen sich unterscheiden? (2, Kap. 1)

sämtliche Formen professioneller psychologischer Hilfe zur Veränderung psychischer aber auch somatischer und sozialer Beeinträchtigungen und Dysfunktionen

- Psychotherapie
- bei komplexen sozialen Systemen ansetzen, z.B. Netzwerktherapie
- Kurzfristige Hilfen:
 - o Beratung
 - o Krisenintervention
 - o Selbsterfahrungs-/Trainingsgruppen
 - o Methoden der Selbsthilfe
- Soziale Unterstützungssysteme

Je nach dem Zeitpunkt des Einsatzes der Intervention:

- Prävention:
soll das Entstehen verhindern, Reduktion des ersten Auftretens (Inzidenz) psychischer Probleme (primäre Prävention)
- Psychologische Therapie:
behandelt bereits aufgetretene Beeinträchtigungen (bei Frühstadium auch sekundäre Prävention genannt)
- Rehabilitation:
soziale, berufliche Wiedereingliederung ehemals psychisch/körperlich beeinträchtigter (tertiäre Prävention)

Jede Maßnahme kann sich nicht nur auf die einzelne Person, sondern auch auf den Lebenskontext von Personen beziehen (systemorientierte Intervention)

3. Grenzen Sie "psychologische Beratung" von „Behandlung/Therapie“ ab. Wie wird diese Abgrenzung in der MPTT gefasst? (9)

- Beratung = Unterstützung bei Lebensproblemen und seelischen Konflikten, und die Vorbeugung, Lösung und Linderung von diesen
- V.a. der Grad der Professionalisierung und Reglementierung ist aber geringer als bei der Psychotherapie
- Psychotherapie ist eine professionelle Behandlung bei psychischen Störungen und seelisch bedingten Krankheiten, die den Regeln des öffentlichen Gesundheitswesens folgt

In MPTT 3 Stufen (auch in Ausbildungscurriculum so vorgesehen):

1. Betreuung

elementarste Stufe der Unterstützung Betroffener, z.B. Hilfe bei Amtsgängen, Kinderbetreuung etc.

2. Beratung

- Unterstützung bei grundsätzlich positiver Erholung nach einer traumatischen Erfahrung
- Schließt Phase der Traumaverarbeitung aus
- folgt den Prinzipien, Strategien und Interventionslinien der MPTT, ausgenommen aller Elemente, die auf das Durcharbeiten der traumatischen Affekte und das ZTST gerichtet sind
- Zielgruppe: „mittleres Drittel“ (Kippgruppe) von Katastrophen- und Gewaltopfern → unter ungünstigen sozialen Umständen können solche Personen zur Risikogruppe abwandern, bei gezielter Unterstützung gelingt die Traumaverarbeitung ohne psychotherapeutische Hilfe
- Fachpersonal mit soliden Kenntnisse in Psychotraumatologie: Entwicklungen in den Risikobereich frühzeitig diagnostisch erkennen können, Kenntnisse in Entspannungs-, Gesprächs- und Kriseninterventionstechniken und in gesetzlichen Vorschriften z.B. Opferschädigungsgesetz
- auf 5 Termine begrenzt, dies wird Patientin im voraus mitgeteilt

3. Psychotherapie

- folgt den Prinzipien, Strategien und Interventionslinien der MPTT
- leistet Traumaverarbeitung
- Zielgruppe: unteres Drittel (Hochrisikogruppe)
- Fachpsychotherapeuten mit Zusatzausbildung oder adäquaten Kenntnissen in zusätzlichen Techniken wie z.B. imaginativ-hypnotischen Techniken, EMDR u.a.
- >= 50 Sitzung

4. Grenzen Sie dissoziative Störungen von der Borderline – Störung ab (ICD, 13)

Borderline-Störung allgemein:

- Begriffsursprung: Schwierigkeit bei Zuordnung Psychose – Neurose
- Instabilität von Stimmungen, Beziehungen und Selbstbild
- launenhafte Stimmung, Neigung zu emotionalen Ausbrüchen, streitsüchtiges Verhalten
- Störung der Impulskontrolle
- chronisches Gefühl von Leere
- selbstdestruktives Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen
- intensive, aber unbeständige Beziehungen zwischen Idealisierung und Entwertung
- übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
- Entstehung eher entwicklungsbedingt → Ich-Schwäche zunächst im jungen Ich, später als spezieller Mechanismus, den man als Spaltung bezeichnet.
- Abspaltung der negativen Aspekte vom Objekt → Auswirkung auf die Integrität des Ichs

ICD-10 Klassifikation der Borderline-Störung

F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F60 spezifische Persönlichkeitsstörungen

F60.31 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ:

Dissoziative Störung allgemein:

- teilweise oder völlige Abspaltung von psychischen Funktionen wie des Erinnerungsvermögens, eigener Gefühle (Schmerz, Angst, Hunger, Durst,...), der Wahrnehmung der eigenen Person und/oder der Umgebung
- teilweiser oder völliger Verlust der normalen Integration der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen
- Beispiele für Unterklassifikationen: Dissoziative Amnesie, Dissoziative

ICD-10 Klassifikation der dissoziativen Störungen

F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F44 dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

F44.0 dissoziative Amnesie Gedächtnisverlust im Vordergrund

F44.4 dissoziative Bewegungsstörungen: vollständigen oder teilweisen Verlust der Bewegungsfähigkeit eines oder mehrerer Körperteile

Dissoziative Störung	Borderline-Störung
Eher durch Traumata, anschließend häufig Remission	Eher entwicklungsbedingt
Kein Einfluss auf den Charakter	Integrität des Ichs gestört
Selbstbild nicht entscheidend für die Störung	Gestörtes Selbstbild
Nicht selbstdestruktiv	Selbstdestruktiv
Öfter Gedächtnisverlust	Kein Gedächtnisverlust

Problem bei Abgrenzung:

- Borderline-Patienten oft traumatische Erfahrungen und auch dissoziative Zustände
- Ambivalentes Elternhaus, wenig fürsorgliche, wenig emotional unterstützende Eltern
- Ggfs. aus einer Kombination von individueller Verletzlichkeit gegenüber Stress, Vernachlässigung oder Missbrauch als kleines Kind und einer Reihe von auslösenden Ereignissen im jungen Erwachsenenalter verursacht
- auch wesentlich häufiger Opfer von Gewalt, einschließlich Vergewaltigung und anderen Verbrechen. Dies mag sowohl durch schädigende Umgebungen sowie durch Impulsivität und eine ungünstige Partner- oder Lebensstilwahl bedingt sein.

5. Was erforscht die Psychoimmunologie bzw. Psychoneuroimmunologie? Nennen Sie ein Beispiel. (2; 13; 16)

Immunität

- Fähigkeit des Organismus, sich gegen körperfremde Instanzen zur Wehr zu setzen
- angeborene vs. erworbene Immunität
- Faktoren der psychischen Verfassung und Belastung haben einen Einfluss auf die Empfänglichkeit und den Verlauf von Krankheiten (Stärkung vs. Schwächung)

Psychoimmunologie

Beschäftigt sich mit Wechselwirkungen zwischen seelischem Erleben und Verhalten einerseits und der Aktivität des Immunsystems andererseits

Psychoneuroimmunologie

Untersucht Wechselwirkung zwischen Verhalten, Gehirn und Immunsystem

Eine für die klinische Psychologie relevanten Fragestellungen ist z.B., ob psychologische Interventionen in der Lage sind, das Immunsystem zu beeinflussen (Studie: nach analytischer Therapie, seltener krank als Vergleichsgruppe der Normalbevölkerung)

Beispiele:

- In Konfliktsituationen treten häufiger Infektionskrankheiten auf, z.B. Prüfungsgrippe
- Traumatischer Stress führt in der ersten Alarmphase zu einer Stärkung des Immunsystems (Sympathikus-Aktivierung), langfristig aber zu einer Schwächung des Immunsystems als Folge der hormonellen und nervensystemischen Veränderungen im Körper. Dafür scheint vor allem die Veränderungen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse (HHN) verantwortlich zu sein
- Verlust, Tod, Trennung, Scheidung → Reduktion der T-Lymphozyten, Helferlymphozyten usw.
- Stress bewirkt schlechtere Reparaturfähigkeit geschädigter DNS, Aktivität von Killerzellen herabgesetzt, dadurch schlechtere Zerstörung
- Autoimmunerkrankungen

6. Grenzen Sie neurotische Störungen von Persönlichkeitsstörungen, funktionellen und psychosomatischen Störungen ab. (16)

neurotische Störungen

- Neurosen sind überwiegend psychogen und nur gering somatogen bedingt.
- Neurotische Störungen sind psychische Verhaltensstörung längerer Dauer, sie haben eine psychische Symptomatik
- Die Störungen stehen mit einem gestörten Lern- und Entwicklungsprozess der Lebensgeschichte in einem kausalen Zusammenhang:
 - o psychoanalytisch: unzureichender Verarbeitungsversuch unbewusster in ihrer Genese infantiler Konflikte oder Trauma
 - o Lerntheoretisch: genetische Bedeutung von Konditionierungen in Folge zu starker oder schwacher Lernvorgänge
- viele Zwangsstörungen und Phobien werden zu den neurotischen Störungen gezählt
- Patient empfindet Störung als ich-dyston leidet unter Symptomatik und drängt auf Heilung bzw. Symptomverbesserung

ICD-10: F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Beispiele: Phobische Störungen, Zwangsneurosen, neurotische Depression

Persönlichkeitsstörungen

- beginnen meist schon in der Kindheit und Jugend, nehmen eine lebenslange Entwicklung und manifestieren sich in typischer Form auf Dauer im frühen Erwachsenenalter
- lang anhaltende charakteristische Verhaltensmuster, situationsübergreifendes Auftreten
- überdauernde Erlebens- und Verhaltensmuster, die von einem "normalen" Erleben und Verhalten in jeweils charakteristischer Weise abweichen.
- starre mentale Reaktionen, vor allem in Situationen, die für die jeweilige Person konflikthaft sind
- Die persönliche und soziale Funktions- und Leistungsfähigkeit ist meistens beeinträchtigt
- Leid des Betroffenen meist sekundär, d.h. Patient leidet darunter, dass ihn die andern nicht mögen
- Das „gestörte“ Verhalten wird von der betroffenen Person meist nicht als solches wahrgenommen, das Verhalten ist ich-synton

ICD-10

F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Beispiele: Paranoide Persönlichkeitsstörung, Borderline Persönlichkeitsstörung, narzisstische Persönlichkeitsstörung

Funktionelle Störungen

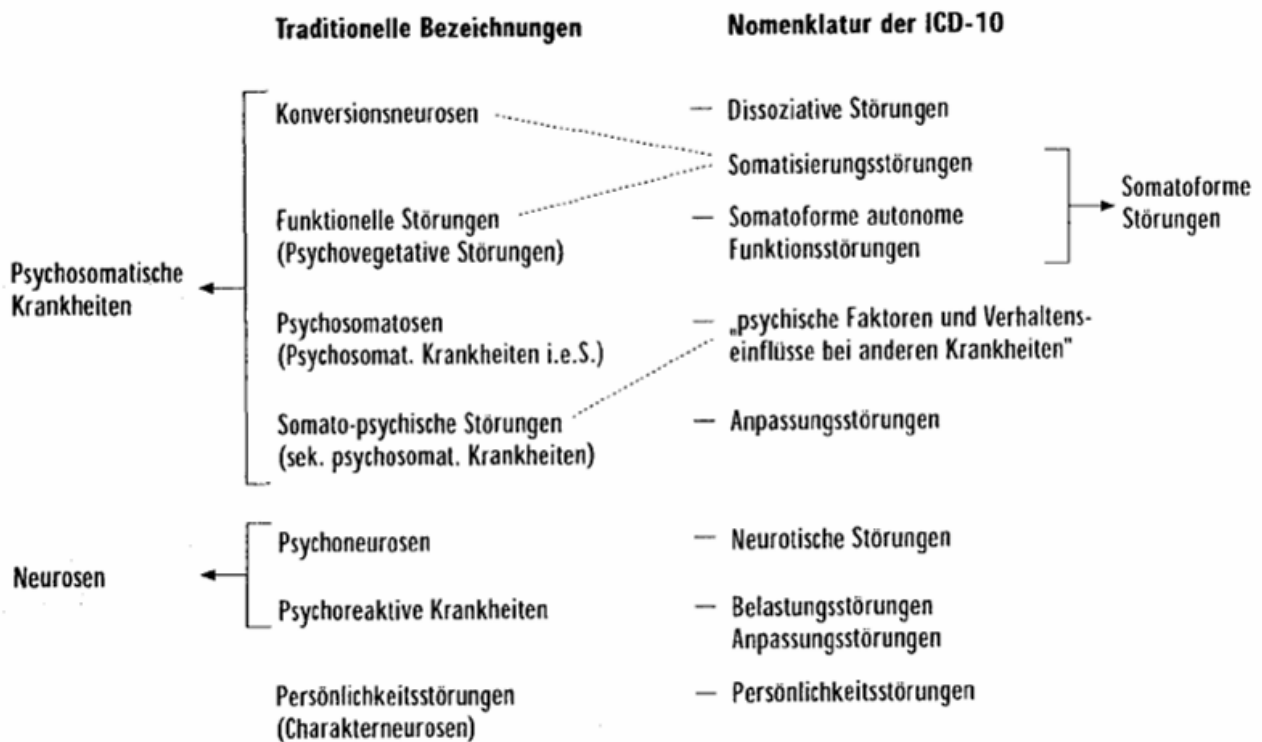
- wechselndes Bild körperlicher Beschwerden an vegetativ versorgten Organen ohne organisches Substrat, Störungen betreffen die Funktion von Organen
- von genau lokalisierbaren Symptomen wie Kopf-, Herz- und Magenschmerzen bis zu vagen Gefühlen eines Bedrückt- oder Beeinträchtigtseins
- meint „körpergestaltige“ Störungen, die also wie körperlich verursachte aussehen, die Erscheinung somatischer Krankheiten haben, es aber essentiell nicht sind
- häufig kardio-vaskuläres System oder gastrointestinales System, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, Tinnitus
- Die Beschwerden gehen ohne feste Grenze in rein seelisch empfundene Spannungszustände wie Angst, Unruhe oder Unlust über.
- Scheinbar grundlos ist die Reaktion bei Menschen mit funktionellen Störungen (bei Stressreaktion ist man sich bewusst, warum Körper mit Herzrate und Schwitzen reagiert)

ICD-10: F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörungen

F50 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

Psychosomatische Störungen

- Psychosomatik = medizinische Disziplin, die sich mit den Wechselbeziehungen zwischen seelischen, körperlichen und sozialen Vorgängen befasst.
- somatoforme Störungen, bei denen kein organischer Befund nachweisbar ist und psychische Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptome eine bedeutsame Rolle spielen
- Reaktionen auf Stress können zu irreversiblen Gewebeschädigungen führen (Magengeschwür, Hypertonie).
- Krankheit mit tatsächlicher medizinischer Indikation
- Häufig vorkommende Beschwerden, die dieser Gruppe zuzuordnen sind, sind u.a. funktionelle Beschwerden des Herz-Kreislauf Systems, Magen-Darm-Bereiches und des Skelett- und Muskelsystems.
- Multifaktorielle Genese, speziell die psychosozialen Faktoren betreffend werden sie verursacht durch anhaltende vegetative Spannungen → vegetative „Als-ob-Reaktionen“ (Flucht, Aggression)



7. Welche psychoanalytischen Krankheitskonzepte lassen sich unterscheiden? (1)

- grundlegendes Modell der Psychoanalyse ist das Konzept, dass Symptome auf eine Krankheitsursache zurückgeführt werden können
 - Analog zu somatischen Ursachen wird in der klassischen Psychoanalyse Freuds eine intrapsychische Pathologie angenommen
 - Erst später wird dieses kausal-lineare Denken durch die Annahme einer multiplen Determination psychischer Störungen abgelöst, trotzdem wird aber angenommen, dass alle psychischen Erscheinungen auf bestimmte Ursachen zurückführbar sind
1. Modelle der psychischen Struktur
Topographisches Modell, Instanzenmodell → neurotische Symptome
 2. Trieblehre
Verknüpfung körpernaher dranghafter Impulse mit psychischen Inhalten → Sadismus / Masochismus
 3. Abwehrmechanismen
Umgang mit inneren Vorgängen; Funktionsmodalitäten, die Homöostase zwischen Es, Ich, Über-Ich und Umwelt erhalten sollen → Klein: Projektive Identifizierung bei Borderline-Patienten: Heftige Projektionen und Ich-Schwäche lassen keine komplette Projektion zu, so dass eine Identifikation mit dem Bösen übrig bleibt
 4. Narzissmus
Hohe Besetzung der Selbstrepräsentanz, Ich-Libido vs. Objekt-Libido → Narzisstische Persönlichkeitsstörung (nur in DSM enthalten) Starke orale Aggression, Abwehrstruktur zur Etablierung eines zerstörerischen Größenselbst. Vereinigung des idealen Selbst und des idealen Objekts zur Kompensation eines strukturellen Defekts
 5. Konfliktpsychologie
Betrachtet innerpsychische Konflikte zwischen den Instanzen aber auch solche, die sich aus Interaktion mit der Umwelt ergeben
 6. Ich-Psychologie
Betrachtet Ich-Eigenschaften und deren Entwicklung, differenziert das Ich aus unter verschiedenen Aspekten → Hartmann: Weiterführung zu einer konfliktfreien allgemeinen Psychologie → starke genetische Ich- und Es-Dispositionen für Persönlichkeitsstörungen wurden gefunden
 7. Selbstpsychologie
Selbst verfügt neben Aspekten der Trieb- und Strukturtheorie auch eigene Motivationsstruktur
 8. Objektpsychologie
Objekt als Aspekt des Triebes, Bedeutung je nach Eignung zur Befriedigung
Viele verschiedene Ansätze zu Objektbeziehung, Beispiele:
Balint: Grundstörung: eine zu behebbende Mangelsituation (Andere Sicht als bei der Trieblehre). Mangel = zu wenig emotionale Versorgung → Therapie: der Therapeut müsste das Primärobjekt (die Mutter) ersetzen, um die Störung zu verstehen.
Winnicott: Psychosomatisch kranke verfügen in der Regel nicht über ein Übergangsobjekt.
 9. Affektpsychologie
z.B. Angstneurose (Verschiebung somatischer Sexualerregung) oder Hysterie (Verschiebung psychischer Konflikterregung)

8. Was versteht man in der Psychoanalyse unter "therapeutischer Ich-Spaltung"? Welcher Autor hat dieses Konzept entwickelt?

Von **STERBA (1934)** beschrieben

- Spaltung des Ichs in einen erlebenden und einen beobachtenden Teil.
- Jemand der sonst sein eigener Herr ist leidet an einem inneren Konflikt, kommt zum Analytiker und bittet diesen um Hilfe. Der Analytiker arbeitet mit einem Anteil der krankhaft entzweiten Persönlichkeit Hand in Hand gegen den anderen Partner des Konflikts.
- Obwohl die Therapie das Ich erstarren lassen soll, wehrt es sich mit seinen unbewussten Anteilen gegen diese Hilfe, um sich Unlust zu ersparen, während gleichzeitig die bewussten Anteile des Ichs, mit denen sich der Therapeut verbündet, Interessen am Fortschritt der Therapie haben.
 - o Widerstandsanalyse: dem Patienten zeigen, wie seine unbewussten Persönlichkeitsanteile ständig den Erfolg der Behandlung zu sabotieren suchen.
 - o Ablauf: erst zeigen, dass es einen Widerstand gibt, dann wie er beschaffen ist und dann erst, was der Widerstand eigentlich abwehrt.

eine therapeutische Ich-Spaltung muss von beiden Beteiligten geleistet

Analytiker:

- gewährleistet, dass die psychoanalytische Behandlung ein lebendiger, wirklicher Prozess ist, an dem er erlebend beteiligt ist.
- schützt den Analytiker davor, die Grenzen der Abstinenz zu überschreiten, und bewahrt zugleich davor, dass die Analyse zu einem nur rationalen Geschehen verflacht.

Patient:

- gewährleistet, dass er sich außerhalb der analytischen Situation in seinem Leben autonom ("erwachsen") verhalten und innerhalb der Analyse, "im Dienste des Ichs", in kindliche Erlebnisweisen regredieren kann.

9. Beschreiben Sie das Konfliktmodell, Defizitmodell und das Lernmodell in der Entstehung neurotischer Symptome und veranschaulichen Sie diese Modelle am Beispiel der Angstneurose (16)

Konfliktmodell

- Am Anfang steht eine auslösende Ursache, die beim Patienten einen unbewussten intrapsychischen Konflikt auslöst
- Durch den aktuellen Konflikt kommt es zu einer Reaktivierung des infantilen Konfliktes (Regression), der Patient versucht den gegenwärtigen Konflikt mit den kindlichen Mitteln zu lösen
- Weil Angst entsteht, werden Abwehrmechanismen initiiert, die im Idealfall eine vollständige Verdrängung des angstausslösenden Konfliktes schaffen
- Wenn dies aber misslingt, führt die Regression zu einer Verschlimmerung des Konfliktes, die Konfliktspannung steigt weiter an, es muss unbedingt ein Modus der Spannungsabfuhr gefunden werden → dieser unlösbare Konflikt ist die Basis der Symptombildung
- das Ich versucht zwischen den Kräften einen letzten Kompromiss zu finden
- Das Symptom wird zum Ausdruck eines schlechten Kompromisses, es stellt in jeder Hinsicht eine unzureichende Lösung dar, es ist ein missglückter Reparations- und Heilungsversuch
- das Symptom ist aber die jeweils beste Organisationsform eines psychischen Konfliktes, die dem Kranken möglich ist
- nicht der Konflikt selbst, sondern der Umgang damit ist neurotisch

- der primäre Krankheitsgewinn ist die subjektive (unbewusste) Entlastung, die durch das Symptom erreicht wird, auch wenn das Symptom (bewusst) noch so belastend ist
- der sekundäre Krankheitsgewinn ist die Entlastung aus dem Symptom heraus, die dem Patienten objektive (und nicht subjektive) Vorteile verschafft, z.B. Zuwendung der Umwelt, Rente
- Das Ich hat etwas getan → die Neurose ist Folge eines aktiven Vorgangs

Beispiel Angstneurose

Abwehr von Triebimpulsen kann zu einem inneren Konflikt führen, der Angst macht
 Frau, deren Kinder kurz vor dem Abitur stehen, die Angst hat aus dem Haus zu gehen.
 Ursprüngliche Angst von Mutter verlassen zu werden (Autonomie vs. Abhängigkeit)

Defizitmodell

- Neurotische Störungen entstehen durch die anhaltende Wirkung von defizitären und schädigenden Einflüssen in der Entwicklung
- Nicht Wiederbelebung eines infantilen Konfliktes aus einem aktuellen Konflikt, sondern Folge eines primären Entwicklungsschadens
- Dem Ich wurde etwas getan → die Neurose entsteht aus einem passiven Vorgang
- Das unreife Ich ist mit den gegebenen Bedingungen überfordert, z.B. Mangelzustände wie emotionale Vernachlässigung/Fürsorge, Frustration elementarer Basisbedürfnisse, emotionale Ablehnung etc.
- Es gab in der Vergangenheit keine Chance, ein stabiles Ich auszubauen
- Es entsteht eine Ich-Schwäche bis hin zu einem Ich-Defekt, d.h. das Ich hat kaum eine Möglichkeit, die Triebimpulse zu steuern
- Auch Über-Ich-Schwäche, da unzulängliche Gewissensbildung
- Patienten zeigen dann Impulsverhalten (Impulskontrollstörung), welches von den äußeren Einflüssen bestimmt wird
- Das gestörte Verhalten (Symptom) füllt die Lücke im Ich aus
- Nach Anna Freud gibt es nur zwei Ausgänge von Entwicklungsstörungen:
 1. Ausgang als Konflikt (Psychoneurosen) → Persistenz
 2. Ausgang als Defekt (Ich-Störungen) → Ersatzbildung
- Ängste können also entweder direkt von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter reichen (persistieren) und sind dann Ausdruck der Ich-Schwäche (Abwehrschwäche)
- Das Angstsymptom kann aber auch kompensatorisch an die Stelle von etwas noch unangenehmerem treten (z.B. Leeregefühl). Besonders Sucht schreibt man diese kompensatorische Funktion zu (Ersatzbildung)

Beispiel Angstneurose

- Ängste persistieren von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter
- Schon bei minimalen Belastungen kommt es zum Auftreten von starker Angst in Verbindung mit heftigen Überforderungsgefühlen
- Nicht selten schlägt Angst in impulsives aggressives Verhalten um

Lernmodell

- Persönliche Lernerfahrungen schlagen sich auch in der Krankheit nieder
 - Auch eine Konfliktgeschichte lässt sich in Form von Lernprozessen formulieren, wobei dabei die Aspekte entfallen, die in der Lerntheorie keinen Ort haben, v.a. das Unbewusste
1. klassisches Konditionieren: nicht bedingter Reiz (UCS) wird mit bedingtem Reiz (CS) zeitgleich dargeboten. Der Lernvorgang besteht im Ersatz des unbedingten Reizes durch den bedingten.
 2. operantes/instrumentelles Konditionieren (Thorndike, Skinner) besagt, dass Handlungen, die Befriedigung zur Folge haben wiederholt und solche, die zu Unlust führen unterdrückt werden

3. soziales Lernen (Modell-Lernen: Bandura) besagt, dass bereits beobachten von Verhalten ausreichen kann, um dieses ins eigene Verhaltensrepertoire aufzunehmen
- Lernmodell: **S**(timulus) – **O**(rganismus) – **R**(eaktion) – **K**(onsequenz) – **C**(ontingenz)
 - false learning: der Lernvorgang führt zu eine falschen Verknüpfung: zwei Dinge, die nichts miteinander zu tun haben, werden durch eine dysfunktionalen Lernvorgang verbunden
 - overlearning: der Lernvorgang ist zu fest (z.B. bei Phobien wegen hohem Affektdruck – Angst)
 - underlearning: der funktionale Lernvorgang kann zu schwach verstärkt sein

Beispiel Angstneurose

→ Little Albert

- Lernmodell eignet sich v.a. zur Beschreibung der Aufrechterhaltung von Symptomen, v.a. das operante Verstärken von Krankheitsverhalten (sekundärer Krankheitsgewinn): die Umwelt vermittelt, dass es nicht sinnvoll ist, das Symptom aufzugeben, denn durch dieses erhält der Patient Schonung, Aufmerksamkeit etc.
- Aber: die Komplexität klinischer Phänomene legt eine Entstehung von neurotischen Störungen durch einfache Lernprozesse nicht nahe

10. Schildern Sie Alexander Mitscherlichs Konzept der zweiphasigen Verdrängung (16)

- Alexander Mitscherlich betrachtet leibliche und seelische Prozesse als gleichzeitig
 - Nicht nur bewusste Affekte haben körperlich korrespondierende Erregungskorrelate, sondern auch die unbewussten Prozesse und Affekte
 - Der Mensch hat die Möglichkeit bei einer gravierenden Konfliktsituation auf eine körperliche Antwort auszuweichen, im Sinne einer somatischen Erkrankung
 - Dieses Ausweichen ins körperliche ist dann als Lösungsversuch für den Konflikt zu betrachten
1. Phase der Bewältigung
Mobilisierung psychischer Abwehrkräfte mit neurotischer Symptombildung. Dabei wird das Ich eingeengt. Kann das Ich der anhaltenden Dauerbelastung nicht standhalten, kommt
 2. Phase der Verdrängung
Verschiebung in körperliche Abwehrvorgänge und somit Ausbildung eines körperlichen Symptoms
 - Der organischen Symptombildung geht immer erst ein Konfliktlösungsversuch mit psychischen Mitteln voraus!
 - Gelingt die Abwehr schwerwiegender seelischer Konflikte durch neurotische Symptombildungen nicht, muss sie bei weiter fortbestehenden Belastungen wiederholt angeboten werden und führt zu einer „Nachverdrängung“ ins Körperliche hinein

11. Gibt es spezifische Symptome, aus denen sich auf sexuellen Missbrauch in der Kindheit schließen lässt? (13, Abschnitt 8.4)

NEIN! Kein monokausaler Zusammenhang

- Freud ging anfangs davon aus, dass hysterische Symptome immer auf einen sexuellen Missbrauch in der Kindheit zurückzuführen sind. Zu pauschale Einschätzung, revidiert er auch später
- Auch andere Kindheitstraumata oder Konflikte können hysterische Symptome hervorrufen
- unterschiedliche Traumata bringen phänomenologisch ähnliche Störungsbilder hervor

Hinweise

- Unmittelbar nach dem Missbrauch:
 - o Verletzungen im Anal- und Genitalbereich
 - o Infektionen, die nur bei Genitalkontakt übertragen werden können
- Langzeitfolgen (häufig aber nicht zwingend!):
 - o Sexuelle Hemmung und Orgasmusstörungen
 - o Ekelgefühle gegenüber Sexualität überhaupt und dem Geschlecht des Täters
 - o Homosexualität und Promiskuität
 - o Störungen des Beziehungs- und Bindungsverhaltens
 - o Empirisch belegt: Erhöhte Rate von Selbstverletzungen, Suizidhandlungen, depressiven Symptomen, Angstzuständen, Schlafstörungen, somatisierungs- und dissoziativen Störungen, gehäufte Alkohol- u. Drogenabhängigkeit, Prostitution

Psychotraumatologisch: Symptome = komplexe Verbindung von traumatischer Schädigung & Selbstrettungsversuchen → zeigt sich nur in systematischen Einzelfallstudien

12. Was ist der Gegenstand der Klinischen Neuropsychologie und wie lassen sich neuropsychologische Störungen klassifizieren? (Zum Beispiel nach ICD-10 und DSM IV.). (2, Kap. 5)

Klinische Neuropsychologie beschäftigt sich

- Mit den Auswirkungen von Dysfunktionen des Gehirns auf Verhalten und Erleben und den Beitrag, den Beeinträchtigungen der Hirnaktivität für das Entstehen psychischer Störungen leisten
- Mit der Entwicklung von Behandlungsverfahren als Gegenstand der neurologischen Rehabilitation (z.B. nach Schlaganfällen)
- Veränderung z.B. von Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Sprache nach Infektionen durch zerebrovaskulären Störungen, degenerativen Hirnerkrankungen, toxische Störungen etc.
- Fortschritt bei nichtinvasiven Verfahren der Hirnforschung ermöglicht Aussagen über strukturell anatomische Veränderungen (z.B. Tumoren) aber auch Aktivitäten und Abläufe des neuronalen Stoffwechsels (EEG, PET – Positronen-Emissions-Tomographie, MRT – Magnetresonanztomographie)

Klassifikation neuropsychologischer Störungen

Nach ICD-10 und DSM-IV

Nachweisbare cerebrale Schädigungen im Unterschied zu funktionellen somatoformen Störungen

- Klassifikation der Störungen nach Art der Beeinträchtigung, v.a. hinsichtlich Demenz und Delir
- ICD-10: F00-F09: organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- ICD-10: F10-F19: Störungen durch psychotrope Substanzen (nach Substanzen ausdifferenziert: Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Tabak, Kokain, etc.)
- DSM-IV: „psychische Störungen aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors“ für neurologische Erkrankungen, Stoffwechselstörungen, Infektionskrankheiten, endokrine Störungen

Die Erscheinungsweisen cerebraler Schädigungen können individuell sehr unterschiedlich sein

13. Erörtern Sie die Begriffe Nosologie, Pathogenese und Ätiologie am Beispiel psychischer Störungen (10, S. 168 ff.)

Ätiologie = Ursachenlehre

4 ätiologische Einflussphären, die dann auch bestimmte Gruppen seelischer Störungen hervorbringen

- Psychotraumatische Erlebnisse → dissoziative, Belastungsstörungen
- Übersozialisation → Neurotische Störungen
- Untersozialisation → Dissoziale/ Antisoziale Störungen
- Biologisch angeborene und biologisch erworbene Einflüsse → erworbene, genetische Störungen, angeboren oder durch Psychotrauma erworben

Nosologie = Lehre von Krankheitsbildern psychischer Störungen

Beispiel Traumastörungen

- „Traumaspektrum“ psychischer Störungen: PTBS, dissoziative Störungen, ein Teil der Borderline-Störungen, somatoforme Störungsbilder

Beispiel Übersozialisation

- neurotische Persönlichkeit mit ausgeprägter Identität, vertikaler Abwehrorganisation, relativ kohärentem Ich-Selbst-System, die an der übermäßigen Verdrängung vitaler Impulse neurotisch erkranken kann

Pathogenese = Lehre von Entstehung von psychischen Krankheiten, zeitlicher Verlauf und Entwicklung einer Störung

- Psychtrauma: ergibt sich aus der Dynamik von Traumaschema und traumakompensatorischem Schema
- Übersozialisation: Ergibt sich aus dem (Trieb-) Wunsch-Abwehr-Modell
- Untersozialisation: ergibt sich aus Über-Ich-Schwäche (?)
- Biologisch: ergibt sich aus den spezifischen erbgenetischen Dispositionen oder den erworbenen physiologisch verankerten Dispositionen, z.B. Dysregulation des Serotoninhaushaltes infolge frühkindlicher Deprivation (disponiert für depressive Erkrankung)

14. Beschreiben Sie differenzielle Ätiologie und Pathogenese für depressive Störungen und Angststörungen nach dem „polyätiologischen Modell klinischer Störungsbilder“ (10 Abschnitt 2.9.5).

depressive Störungen

- Psychotraumatische Erlebnisse:
 - Erleben von Entwertung, Erniedrigung und Verlust in engen Beziehungen
 - Wenn Kinder dauernd für ihr Verhalten zurückgewiesen werden
 - Armut/Arbeitslosigkeit
 - Traumatisches Ereignis
- Übersozialisation
 - Verdrängung vitaler Impulse
- Untersozialisation:
 - Stress, chronische Überforderung
- Psychobiologisch:
 - früh erworbene Veränderungen hormoneller und neurohormoneller Regulationssysteme,
 - Dysregulation des Serotoninhaushalts infolge frühkindlicher Deprivation

Angststörungen

Psychotrauma: Folge traumatischer Erlebnisse

Übersozialisation: Neurotische Störung durch Triebwunsch-Abwehr, Angst als Zustand

Untersozialisation: Angst als Persönlichkeitseigenschaft, Ich-Schwäche, Lerntheorie

Psychobiologisch: genetische Disposition, erworbene Dysregulation

15. Welche Modelle und Theorien der Prävention lassen sich unterscheiden? (3)

Grundsätzlich kann man gegenüberstellen:

- medizinisches Krankheitsmodell:
mögliche biologische Ursachen vor Ausbruch psychischer Störungen erkennen und eliminieren, z.B. genetische Beratung (rezessiv vererbte Krankheiten)
- Präventionstheorien aus der sozialwissenschaftlichen Tradition
greifen auf psychosoziale Modelle zurück, die aus unterschiedlichen Menschenbildern und methodischen Orientierungen entstanden sind

Formale Modelle der Prävention

1. Kybernetische Modellvorstellungen

bei der Therapie/Prävention wird in Regelkreisen gelenkt (Ist-Soll-Vergleiche), die auf momentane Abweichungen von bestimmten Sollwerten achten (z.B. Eltern werden vor möglicher Überforderung ihres Kindes gewarnt, weil erkannt wurde, dass an das Kind zu hohe Leistungsansprüche gestellt werden)

2. Vulnerabilitäts- und Risikomodelle

meist als Diathese-Stress-Modell in Literatur zu finden
die Wahrscheinlichkeit psychisch zu erkranken ist bestimmbar aus dem Verhältnis von dispositionellen Verletzlichkeiten und Risiken auf der einen Seite und protektiven Faktoren auf der anderen Seite, es wird ein Schwellenwert angenommen

Problem/Kritik:

- es ist noch nicht klar, in welchem Verhältnis (linear, kurvilinear) Risiken und protektive Faktoren stehen oder welches Gewicht ihnen jeweils zukommt
- Wenn die Grundrate einer psychischen Störung gering ist, wächst die Gefahr falscher Einordnung
- Werden umweltbedingte Risiken vermieden, kann es auch sein, dass die Widerstandskraft absinkt
- Aus den Faktoren sind keine Hinweise für die Art und Dauer präventiver Maßnahmen ableitbar

Psychosoziale Modelle und Theorien

- Psychoanalytisch geprägte Ansätze

Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung ist die günstige soziale Bindung (Bowlby)
→ Bindungssituation von Kindern verbessern

- Humanistisch geprägte Ansätze

→ Wachstum und Selbstaktualisierung fördern

- Lern- und kognitionstheoretische Ansätze

alle Spielarten lerntheoretischer Veränderungsprinzipien, z.B. um Schulängste zu vermeiden, umweltfreundliches Verhalten zu fördern etc.

- Interpersonelle Ansätze

Übergang von personorientierten zu umweltbezogenen theoretischen Ansätzen der Prävention; eher personorientiert z.B. wenn Kommunikationsfähigkeiten verbessert werden, umweltorientiert z.B. wenn Organisationsstrukturen verändert werden

- Ökologisch orientierte Ansätze

1. Biologisch-ökologische Grundannahmen als Metapher benutzen, um bestimmte Haltungen bei der Entwicklung und Bewertung von Präventionsprogrammen zu ermöglichen, z.B. Verbreitung und Anpassung der Arten, Selbstregulation von Biotopen, hat eher ordnenden Einfluss auf Präventionsprogramme

2. Umweltpsychologische Theorien:

Belastende Umweltbedingungen verringern, soziales Klima verbessern, bessere Person-Umwelt-Passung durch Anforderungsprofile in Behavior settings, Bezug auf Ökologische Sozialisation im Modell von Bronfenbrenner (Mikro, Meso-, Exo-, Makrosystem)

- Politische Konzepte:

Meist begründet auf Analysen zum Einfluss von gesellschaftlichen Strukturen und ökonomischen Entwicklungen

16. Geben Sie jeweils ein Beispiel für folgende Präventionsbereiche: a) Förderung von Kompetenzen, b) Entwicklungsförderung, c) Förderung salutogener Lebensbedingungen. (3, Kap. 8)

1. Prävention durch Förderung von Kompetenzen

situationsübergreifende Fähigkeiten fördern, auf belastende Ereignisse vorbereiten, Kompetenzen bei bestimmten Störungen fördern

z.B. Trainingsverfahren zum Problemlösen zur Stärkung der sozialen Kompetenz, Stressbewältigungsprogramme speziell zu Elternschaft, Scheidung, Arbeitslosigkeit, Wissensvermittlung über Drogen etc.

Beispiel:

Elias et al. 1986: Improving Social Awareness – Social Problem Solving → Training zur Entwicklung sozialer Problemlösekompetenzen im Schulbereich

Trainiert wurden

- zwischenmenschliche Sensibilität (Auf Gefühle achten und in Worte fassen)
- Mittel-Zweck-Denken (alternative Wege zur Erreichung ihrer Ziele und Konsequenzen vorhersehen)
- Planung und Vorausschau (auf die Abfolge möglicher Schritte zur Lösung eines Problems achten)

Das Training umfasste

- Instruktionsphase (20 Std./2 pro Woche/4 Std. Einführung 16 Std. Techniken des Problemlösens/2 Std. Anwendung auf ein Beispiel)
- Anwendungsphase (Lehrern wird gezeigt, wie sie die Techniken des Problemlösens in den Unterricht einbauen)

Kinder berichteten über weniger Probleme im Umgang mit schulischen Stressoren und schätzten Belastungen geringer ein als eine Kontrollgruppe

2. Prävention durch Entwicklungsförderung

Probleme in bestimmten Lebensabschnitten (prä-, peri-, postnatal), sozialisatorischen Übergängen, kritischen Lebenssituationen oder sogar lebenslang sollen vermieden werden

- Beratung genetisch oder gesundheitlich gefährdeter werdender Mütter
- Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion
- Förderung intellektueller und sozialer Fähigkeiten (z.B. Montessori)
- Zugang zu anregendem Spielmaterial
- Elternunterstützung

Beispiel:

Perry Preschool Program zur Förderung benachteiligter Kinder (aus Head-Start-Programm)

Für Kinder zwischen 3-4 Jahren

- Kinder werden angeregt, „Schlüsselaktivitäten“ einzuüben: Objekte in Kategorien einordnen, sie der Größe nach einzuteilen, über Raum/Zeit nachzudenken, interpersonelle Konflikte lösen (→ Piaget)

Ergebnisse:

- In Intelligenztests am Ende der ersten Klasse besser, nicht mehr in der 2. Klasse
- v.a. langfristiger Effekt bei Nachuntersuchung im Alter von 19 Jahren: in der Gruppe waren mehr Personen eine Anstellung oder gingen zum College, es gab weniger retardierte oder vorzeitige Schulabgänger und weniger Festnahmen und Sozialhilfeempfänger, die Lese- und Schreibfertigkeit war durchschnittlich besser

Kritik: mit Hilfe von Entwicklungsförderung zu selten Rate psychischer Störungen gesenkt, eher Überhang an Maßnahmen zur Förderung intellektueller Fähigkeiten

3. Prävention durch Förderung salutogener Umwelten

aversive Einflüsse minimieren und Handlungsmöglichkeiten optimieren entweder durch direkte Eingriffe in ökologische Systeme oder über Veränderung von Person-Umwelt-Verhältnissen individuelle Maßnahmen, Organisationen verändern, politische Einflussnahme, z.B. durch Beratung von Politikern

Beispiel:

School Transitional Environment Program

Schüler der 9. Klasse einer großen städtischen High School

- Neuaufteilung der Schulräume, um weite Wege und negative Kontakte zu älteren Schülern zu vermeiden
- Konstante Schülerzusammensetzung in mindestens 4 Fächern
- Homeroom-Teacher/Klassenlehrer als zentraler Ansprechpartner für einen Klassenverband
- Angebot von individueller Beratung zu Kurswahl
- Fortbildungsmaßnahmen und Supervision für Lehrer

Ergebnisse:

- Besonders gefährdete Schüler profitierten am meisten
- In Kontrollgruppe nahmen schulische Leistungen ab, Fehlzeiten stiegen an, Selbstwerteinschätzung sank ab, Lehrer waren zufriedener
- Nach 5 Jahren war Schulabbruchquote bei Kontrollgruppe höher, Interventionsgruppe hatte bessere Noten, fehlte seltener

17. Unterscheiden Sie die folgenden psychologischen Konzepte von Gesundheit (Gesundheitsmodelle): Modelle der Gesundheit, Modelle des Gesundheitsverhaltens, Modelle zur Planung von Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. (3, Kap. 9)

Modelle der Gesundheit

Es wird damit versucht, den **Gesundheitszustand** einer Person oder Umwelt zu beschreiben, erklären und vorherzusagen

Modell der Salutogenese von Antonovsky

Er sieht Gesundheit und Krankheit sind Endpunkte eines Kontinuums

Der Gesundheitszustand kann auf drei Kriterien beurteilt werden

- Vorhandensein/Fehlen von Schmerzen und/oder funktionelle Beeinträchtigung von Lebensaktivitäten
- Prognose von Gesundheitsexperten
- Notwendigkeit präventiver oder kurativer Maßnahmen

Vorhandensein von psychosozialen, genetischen, konstitutionellen generalisierten Widerstandsquellen (Generalized Resistance Resources) führt zu Lebenserfahrungen, die gekennzeichnet sind durch

- Konsistenz, dass die Person Ereignisse und die Konsequenzen eigener Verhaltensweisen vorhersehen kann
- Teilnahme an Entscheidungsprozessen, d.h. Person kann eigene Ziele setzen und Ergebnisse beeinflussen
- Gleichgewicht zwischen Unter- und Überforderung, Anforderungen sind also adäquat zu bewältigen

unterstützen die Vermeidung und Bewältigung von Belastungen

Sind diese generalisierten Ressourcen vorhanden wird der Kohärenzsinn (Sense of Coherence) gestärkt, welcher sich durch 3 Merkmale auszeichnet

- Verständlichkeit eines Ereignisses
- Bewältigbarkeit der Anforderungen mit den eigenen Ressourcen
- emotionale Bedeutung von Ereignissen

Antonovsky geht davon aus, dass je stärker der Kohärenzsinn, desto wahrscheinlicher die geglückte Bewältigung von Stressoren (Vertrauen, dass Ereignisse bewältigbar sind) → positiv für Gesundheit

Problem: mangelnde Operationalisierung

Ökologische und sozialpolitische Modelle der Gesundheit

Betrachten vor allem, inwiefern Gesundheit und Krankheit von externen Faktoren beeinflusst werden, z.B. Schichtzugehörigkeit

Modelle des Gesundheitsverhaltens

Gesundheitsverhalten von Individuen beschreiben, erklären, vorhersagen

Meist kognitiv orientierte Ansätze mit Asepkten von

- Wahrnehmung von Krankheit
- Wissen über Krankheit
- Einstellungen gegenüber gesundheitlicher Betreuung
- Etc.

Health Belief Modell (Rosenstock)

Entwickelt worden, um Teilnahme an Impfungen oder präventiven Gesundheitsmaßnahmen zu erklären und vorherzusagen, Einflussfaktoren sind

- individuelle Empfindungen: wahrgenommene Anfälligkeit für eine Krankheit und Einschätzung über Schwere und Bedrohlichkeit
- modifizierende Faktoren: Bevölkerungsstatistische Variablen (Alter, Geschlecht, Ethnie, etc.) und sozialpsychologischen Variablen (Persönlichkeit, Schichtzugehörigkeit, etc.)
- aktivierende Momente: z.B. Erinnerungsschreiben vom Zahnarzt, Kampagnen in Massenmedien etc.

Entscheidungsmodelle des Gesundheitsverhaltens

- Erklären Gesundheitsverhalten aufgrund von Intentionen, die aus subjektiven Normen und verhaltensbezogenen Einstellungen resultieren

Modelle der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung

Praxisorientierte Modelle zur konkreten Planung allgemeiner und spezieller Gesundheitsförderungsmaßnahmen (z.B. Schulcurriculum zum Thema Zähneputzen)

Im Vordergrund steht **Gesundheitserleben**

PRECEDE-Modell

(Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation)

6 Phasen

- 1.-2. epidemiologische und soziale Diagnose von Aspekten, die Lebensqualität beeinflussen (verschlechtern)
3. durch Verhaltensdiagnose „falsche“ Verhaltensweise identifizieren
- 4.-5. Lern- bzw. Erziehungsdiagnose
6. Administrative Diagnose (welche Komponenten braucht das geplante Programm, wie sollen diese vermittelt werden?)

18. Welche Maßnahmen umfasst jeweils die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention? Erläutern Sie diese Frage am Beispiel der Informationsbroschüre „Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen“. (8; 3)

Caplan (1964) und WHO unterscheidet nach Zeitpunkt des Einsetzens der Maßnahmen:

1. Primäre Prävention

Erstes Auftreten von psychischen Störungen soll verhindert werden, indem pathogen wirkende Bedingungen beseitigt werden (objektiver Zugang) und das Individuum auf potentielle Probleme vorzubereitet wird (subjektiver Zugang) → reduziert die Inzidenzrate

Trauma:

- Verhindern bzw. Beseitigen eines potentiell traumatischen Ereignisses z. B. Unfallvorbeugung, Kriege verhindern
- eine Gruppe auf ein belastendes bzw. potentiell belastendes Ereignis vorzubereiten, mit dem Ziel psych. Traumatisierung zu verhindern
- Beispiele: Rettungssanitäter, Feuerwehrleute und Soldaten vor Kriegseinsätzen; Kind (mit Szenotest) und Eltern (Psychoedukation) auf bevorstehende Gehirnoperation des Kindes vorbereiten

2. Sekundäre Prävention

Behandlung von Störungen und Krankheiten, die bereits aufgetreten sind, also v.a. Psychotherapie und Beratung → vermindert die Prävalenzrate

Trauma:

- Die Folgen eines eingetretenen Ereignisses mildern
- Krisenintervention:
Sicherheit und Beruhigung vermitteln durch:
 - o Wegschaffen vom Unfallort
 - o Täter und Opfer trennen (bei sozial bedingter Traumatisierung)
 - o Unaufdringlicher Körperkontakt
 - o Verständnis, Empathie
 - o Sagen, dass sie in Sicherheit sind
 - o Informationsvermittlung über Krankheit: Bei Reizüberflutung nicht, bei Verleugnung sehr behutsam, da sonst zu starker Selbstschutz provoziert wird
 - o Bei dissoziativem, wahnhaftem oder depressivem Verhalten Spezialisten einbeziehen

3. Tertiäre Prävention

Hilfestellungen zur Wiedereingliederung einer genesenden Person, um Folgeschäden und Rückfälle zu vermeiden, z.B. Rehabilitation

Trauma:

- Bei bereits eingetretener Schädigung Verschlechterung verhindern
- Psychotherapie
- Selbsthilfemaßnahmen
 - o Distanzierungs- und Selbstberuhigungsübungen (an Erfolge denken, Atemübungen usw.)
 - o Auf den Körper achten (Muskelentspannung)
 - o Kopf reinigen und den Traumafilm stoppen (Bildschirmtechnik, Sicherer Ort, Rechnen, sinnloses Wort usw.)
 - o Selbstschutzmaßnahmen kennen lernen und unterstützen (Wachsamkeitsübungen, Ängste ertragen üben)
 - o Welt wieder sehen lernen (Landschaftsgemälde, Rhythmische Augenbewegungen)

- Rehabilitationsmaßnahmen zur Wiedereingliederung in die soziale Welt
- „Abrüstung der Seelen“ Soldaten Wiedereingliederung erleichtern, Rachegefühle abbauen.
- „Zirkel der Gewalt“ durchbrechen (z. B. bei mehrgenerationaler Tradition bei Kindesmisshandlung)

19. Definieren Sie „Inzidenz“ und „Prävalenz“ einer Erkrankung. (3, Kap. 7.2)

beides epidemiologische Parameter

Inzidenzrate

- Rate der neu aufgetretenen psychischen Störungen oder Erkrankungen in der Bevölkerung, Rückfälle ausgeschlossen
- Kann Indikator für Wirksamkeit präventiver Maßnahmen sein

Prävalenzrate

- Gesamter Krankenstand zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punkt-Prävalenz) oder einem festgelegten Zeitraum (Perioden-Prävalenz)
- Kann Güte präventiver, therapeutischer oder rehabilitativer Interventionen anzeigen

- Beide Kennzahlen können Hinweise für Behandlungsbedarf, Engpässe der Versorgung, Zufriedenheit mit Behandlungsangeboten, Struktur und Leistungskraft der Behandlungsangebote geben
- Für kausal interpretierbare Informationen benötigt man allerdings konkrete Untersuchungen der Auswirkungen veränderter Versorgungsbedingungen (Programmevaluation)

20. Welche Neuerungen / Änderungen enthalten die beiden modernen und gebräuchlichen klassifikatorischen Systeme psychischer Störungen: ICD-10 und DSM IV? (2, Kap. 4.3)

ICD = International Classification of Diseases and Related Health Problems

Von der WHO herausgegeben

ICD-9: 1978 → ICD-10: 1991

- Die ICD-9 (1978) orientierte sich noch an der dreigliederung Psychosen, Oligophrenien (Schwachsinnformen) und nichtpsychotische Störungen (z.B. Neurosen)
- Dichotomie von "Psychosen" und "Neurosen" im Grundsatz aufgegeben
- anstatt von "psychischen Krankheiten" von "psychischen Störungen" gesprochen
- Die Anzahl der zur Verfügung stehenden Diagnosen wurde erheblich erweitert möglich
- ICD-9 (1978) hatte 30 Hauptkategorien und 175 Störungsdiagnosen, ICD-10 bietet die Möglichkeit von 10 Hauptgruppen und 398 Störungsdiagnosen (in F0-9)
- zukünftige Anpassungen sind leicht

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

von der American Psychiatric Association herausgegeben (nationales Klassifikationssystem)

DSM-III: (1986) → DSM-IV (1994):

- DSM-IV enthält eine wesentlich stärkere psychosoziale Orientierung
- Seit DSM-III erstmals Orientierung an multiaxialem System (5 Achsen)
- Die Haupt- und Nebenmerkmale wurden wesentlich detaillierter beschrieben, aus der Forschung entliehen folgen Angaben über Alter, Verlauf, Ausprägungsgrad, prädispositionierende Faktoren etc., also genauer spezifiziert
- Entscheidungsbäume im Anhang aufgenommen

21. Beschreiben Sie den fünfstelligen alphanumerischen Diagnoseschlüssel der ICD-10 am Beispiel einer Störungsklasse (z.B. Schizophrenie (F2) oder affektive Störungen (F3)). (19, Kap. 9)

Die ICD gliedert sich in Klassen, denen ein bis zu 5-stelliger Schlüssel zugeordnet ist. Die ersten drei Stellen (1 Buchstabe + 2 Zahlen) ergeben eine grobe Bezeichnung der Diagnose

Beispiel Schizophrenie

Gehört zu F00-F99 (Kapitel V): Psychische und Verhaltensstörungen

jede Hauptgruppe (F0-F9) wird in zwei bis drei Hierarchie-Ebenen weiter abgestuft

Als Notation wird jeder ICD-Klasse ein bis zu fünfstelliger Schlüssel zugeordnet.

Weitere Buchstaben und Ziffern schränken die vorliegende Erkrankung diagnostisch immer genauer ein. Hier ein Beispiel:

Beispiel Schizophrenie

F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen → 6 Untergruppen, 2 Restkategorien, 27 Diagnosen

F20.-: Schizophrenie

grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung
Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug,
Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn
oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten
kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome

F20.0: paranoide

durch beständige, häufig paranoide Wahnvorstellungen gekennzeichnet,
meist begleitet von akustischen Halluzinationen und
Wahrnehmungsstörungen. Störungen der Stimmung, des Antriebs und der
Sprache, katatone Symptome fehlen entweder oder sind wenig auffallend

F20.1: hebephrene

affektiven Veränderungen im Vordergrund stehen, Wahnvorstellungen und
Halluzinationen flüchtig und bruchstückhaft auftreten

F20.2: katatone

psychomotorischen Störungen

F20.3: undifferenzierte

...

F21: Schizotype Störung

F22: anhaltende wahnhaftige Störung

F35: schizoaffektive Störung

...

F29: Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose

22. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede sind kennzeichnend für die beiden Taxonomien ICD-10 und DSM IV? (2; 1)

Gemeinsamkeiten:

- Expertenwissen und empirische Orientierung
- Übersichtlich aufgebaut, leicht verständliches Codierungssystem
- Operationalisiert (differenziert ausgearbeitete Kriterien)
- Deskriptive Orientierung
- Multiple Diagnosen möglich, Komorbidität berücksichtigen, so viele Diagnosen wie benötigt, um vollständige Beschreibung
- Erweiterbarkeit der Störungskategorien

ICD-10	DSM-IV
Von WHO	Von American Psychiatric Association
Alle Krankheiten	Psychische Störungen
Internationales Klassifikationssystem	Nationales klassifikationssystem
Schwerpunkt auf interkultureller Perspektive, Anwendbarkeit auch in Drittwelt-Ländern	Schwerpunkt auf psychosozialen Bedingungen

Operationalisierung:

- Bei DSM-IV stärker, Kriterien expliziter angegeben und genauer definiert

Strukturierung:

- Das DSM-IV bietet voneinander unabhängige Hauptkategorien bei den im ICD-10 genannten "neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen" F4
- Dito bei Einteilung von sexuellen Störungen, Ess-, Schlafstörungen, Störungen der Impulskontrolle und dissoziativen Störungen, die im ICD-10 teilweise gemeinsam mit anderen Störungen in Hauptkategorien zusammengefasst werden

Persönlichkeitsstörungen:

- Das DSM-IV ordnet die "Symptomstörungen" auf Achse I, die Persönlichkeitsstörungen auf Achse II ein
- In der ICD-10 werden sie als eine Gruppe unter den anderen psychischen Störungen aufgeführt „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ F6

Wissen über Störungen:

- Im DSM-IV gibt es alle verfügbaren Informationen zu jeder einzelnen Kategorie.
- Diese Information fehlt in der ICD-10 gänzlich.

Psychosoziale Bedingungen:

- Im DSM-IV empirische Daten zu Prävalenz, charakteristische Zusammenhänge mit Geschlecht und kulturellen Merkmalen oder familiärer Auftretensmuster
- 2 Achsen (Psychosoziale und Umweltprobleme, globale Funktionsfähigkeit), mit denen die Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und den psychosozialen Lebensbedingungen einer Person beurteilt werden können.

23. Wie unterscheidet sich der ergänzende multiaxiale Ansatz der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) von den anderen beiden Hauptsystemen? (2; 1)

- ist an psychodynamischen Konstrukten orientiert
- Zunächst wird von beobachtungs- und erlebnisnahen Informationen wie der Erkrankungsschwere, der Motivation und der Therapieeignung ausgegangen
- Die eigentlich psychodynamischen Achsen bewegen sich von der Beobachtung manifest geschilderten Beziehungsverhaltens über basale Konflikte hin zu komplexen persönlichkeitsstrukturellen Eigenschaften
- die Achsen zeigen einen wachsenden Abstraktionsgrad und damit eine Zunahme des Ausmaßes von indirekter Schlussbildung und Interpretation
- nicht so deskriptiv wie ICD-10 und DSM-IV, nicht ausschließlich symptomorientiert

Achsen im OPD:

- Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen
mit Schweregradeinschätzung von 0 bis 4)
- Achse II: Beziehungen
Das Erleben des Patienten: Der Patient erlebt sich selbst / andere immer wieder so, dass...
Das Erleben anderer: Der Untersucher / andere erleben den Patient immer wieder so, dass...
- Achse III: Konflikt
z.B. Abhängigkeit vs. Autonomie, Über-Ich und Schuldkonflikte, Identitätskonflikte
- Achse IV: Struktur
z.B. Selbsterleben, Selbststeuerung, Abwehr, Bindung
- Achse V: Syndromale Diagnostik nach ICD-10
Teilweise Erweiterung, z.B. ergänzende Kategorie des ICD-10 F54

24. Geben Sie eine Klassifikation psychischer Störungen nach ätiologischen Einflüssen wieder und ordnen Sie den Ätiologien jeweils typische Störungsbilder zu im Sinne eines „polyätiologischen Modells klinischer Störungsbilder“ (10, Abschnitt 2.9.5; 13, Abschnitt 1.1.1)

psychotraumatische Einflüsse

- Pathogenese ergibt sich aus der Dynamik von Traumaschema und traumakompensatorischem Schema
 - dissoziativen Störungen, teilweise Borderline-Störungen
 - somatoforme Störungsbilder
 - Belastungsstörungen
- ➔ MPTT

Übersozialisation

- übermäßig strenge und rigide Erziehung, die Triebimpulse und Phantasiesysteme unterdrückt, z.B. bei streng traditionellen, kirchlichen Sozialisationsmustern aber auch modernen sehr leistungsbezogenen;
 - übermäßige Verdrängung vitaler Impulse
 - Pathogenese nach (Trieb-)Wunsch-Abwehr-Modell
 - klassische neurotische Persönlichkeit mit ausgeprägter Identität, vertikaler Abwehrorganisation, relativ kohärentem Ich-Selbst-System
- ➔ Analyse

psychobiologisch

- Sauerstoffmangel bei Geburt
 - Deprivationsschäden
 - Schizophrenie
 - hirnorganische Schäden
- ➔ Psychopharmakologie, körperbezogene Verfahren

Untersozialisation

- laissez-faire-Erziehungsstil
 - verwöhnte Kinder mit Mangel an Empathie, Normenverständnis und Verständnis für die fundamentale Wechselseitigkeit, sozialer Beziehungen
 - Lerndefizit in Bezug auf soziale Fertigkeiten
 - dissoziale oder antisoziale Karriere
- ➔ Verhaltenstherapie

25. Welche traumakompensatorischen Verlaufstypen lassen sich im Bereich der Psychosomatik unterscheiden? (24; 13, Abschnitt 2.4.4).

- Verläufe erklären sich aus fortwirkenden Komponenten der PTBS und aus Bemühungen der Persönlichkeit um Kompensation und Kontrolle des Traumas
- Nach empirischer Cross-Case-Studie (n = 53 Patienten einer psychosomatischen Station) zeichneten sich kausale Variablen ab, die zu Verlaufstypen zusammengefasst werden können
- Einteilung hat v.a. heuristischen Wert

Typ workoholic

- Leistungskompensatorische Form der Traumaverarbeitung
- Übermäßiges Arbeiten, meist schon in der Kindheit
- Hat den Vorteil, sozial anerkannt zu sein
- Parallel zur übertriebenen Arbeitsbereitschaft treten schon in der frühen Entwicklung psychosomatische Symptome auf, die v.a. die schmerzlichen Aspekte des Traumas vertreten, z.B. psychogene Schmerzen, depressive Verstimmung
- Mögliche Erklärung zirkulär-kausaler Art: intrusive Symptome behindern erfolgreiche Arbeitsorientierung, wer erfolgreich durch Arbeit kompensieren, sich ablenken kann, hat gewissen Schutz vor intrusiven Phänomenen
- Dekompensiert bei Erschöpfung

Vermeidungstyp

- Unterschiedliche Formen von Vermeidungsverhalten, um Angstzuständen zu entgehen
- Baut präventiven Aspekt seiner Traumakompensation aus
- Psychosomatische Symptome erst spät im Verlauf des traumatischen Prozesses, meist ausgelöst durch Retraumatisierung oder weitere traumatische Situationen
- Somatisierte Angstsymptome können meist nicht mehr mit Trauma in Verbindung gebracht werden, weil intrusiver Anteil aus PTBS mit der Zeit unkenntlich geworden ist
- Dissoziationsneigung eher gering
- Dekompensiert bei neuen Gefahrensituationen, denen er nicht ausweichen kann

Dissoziationstyp

- Traumaverarbeitung v.a. durch Formen der Dissoziation
- Dissoziative Amnesie, Derealisation, Depersonalisation, rascher Wechsel in Erlebniszuständen
- Somatoforme Symptome besitzen Kontrollcharakter (minimales kontrolliertes Ausdrucks- und Handlungsfeld) und treten meist schon früh im Traumaprozess auf
- Die Symptome stabilisieren die Persönlichkeit in Situationen, in denen Dissoziation nicht mehr ausreicht
- Dekompensiert bei Retraumatisierung oder Situationen, die sich durch Dissoziation nicht bewältigen lassen

Sucht-Typ

- Suchtentwicklung als Kompensation
- Selbstmedikation gegen intrusive und angstausslösende Bilder
- Drogenkonsum stellt gleichzeitig Möglichkeit zur Kontaktaufnahme dar, ohne zu große Nähe herstellen zu müssen
- Psychosomatische Symptome ergeben sich z.T. aus Suchtmittelgebrauch, aber auch um Schonhaltung bei der Umgebung zu erzeugen
- Dekompensiert durch Erschöpfungszustände

Dissoziationsarmer Verlaufstyp mit neurotischer Konfliktbearbeitung

- Fehlen von Dissoziationen während Traumaverarbeitung, auch wenn peritraumatisch berichtet
- In der Kindheit meist neurotische Formen der Konfliktverarbeitung
- Traumatische Erlebnisse erst in Jugend- und Erwachsenenalter
- Psychosomatische Störungen erst spät im traumatischen Prozess, v.a. in Form von somatisierter Angst
- Abgrenzung zum Vermeidungstyp v.a. durch spätere traumatische Erfahrung
- Dekompensiert bei erneuter Traumatisierung

Ein Patient kann Kennzeichen mehrerer Verlaufstypen aufweisen, aber ein dominanter Verlaufstyp, wohl auch deshalb, weil sich manche Strategien ausschließen, z.B. workoholic und Sucht

Bei allen Patienten überwiegend langjährige Beziehungstraumen (Typ-II-Traumata) von nahen Bezugspersonen zu denen sie in Abhängigkeit standen

26. Welche Grundtypen von neurotischen Ängsten unterscheidet Riemann (1986)? (20, Kap. 10.4)

4 Grundtypen von neurotischen Ängsten, die in Übersteigerung zu Störungen führen

Angst vor Einsamkeit, Isolation und Ablehnung

- sowohl durch Verwöhnung aber auch Überforderung
- mit steigender Angst verzichtet Person immer mehr auf Eigenständigkeit, wobei die Verlustangst dann immer größer wird
- Person wagt nicht mehr ihre Wünsche und Affekte zu leben
- das Selbstwertgefühl nimmt ab

→ bei depressive Persönlichkeit

Angst vor Ichverlust und Abhängigkeit

- chaotische innere Erlebnisse oder äußere Lebens- und Beziehungsumstände können Angst davor auslösen, sich hinzugeben, fallenzulassen
- v.a. wenn Menschen anderen vertrauen sollen
- wollen auf niemand angewiesen sein
- Abspaltung der Emotionen vom Verstand, Rationalität wird angestrebt

→ bei schizoider Persönlichkeit

das mangelnde Gespür für andere lässt schizoide oft unwirsch und forsch werden ohne dass sie dies selbst bemerken

Angst vor Wandlung, Vergänglichkeit und Unsicherheit

- Menschen, die vitale Impulse (z.B. Aggressivität) sehr beängstigen versuchen sich abzusichern und Veränderungen zu verhindern
- Oft wenn als Kind starke Einschränkung vitaler Impulse durch Eltern

→ bei zwanghafter Persönlichkeit

viele Regeln, viel Planung, die von allen eingehalten werden müssen, wirken autoritär

Angst vor Fehlern lässt sie bei Entscheidungen zögern

Zwangsgedanken und –handlungen werden immer ausgefeilter, gleichzeitig werden Ängste größer

Angst vor Bindung, Endgültigkeit und Festgelegtsein

- durch Erfahrungen zwischen dem 4.-5. LJ, wenn chaotische regellose Umgebung, z.B. bei Eltern, die Kinder nur verwöhnen und kein regelhaftes Verhalten erwarten
- Personen bleiben auf der Stufe eines unverantwortlichen Kleinkindes, das Anstrengungen ausweicht
- Alles Neue oder Risiken werden begrüßt
- Bedürfnisaufschub und Warten kaum möglich
- Normen und Traditionen werden relativiert oder abgelehnt

→ bei hysterischer Persönlichkeit

führt zu Belastungen in Beziehungen

27. Erläutern Sie das methodische Vorgehen der Psychotraumatologie bei der Diagnostik dissoziativer Störungen (13, Abschnitt 2.4)

- Ziel/Zweck der Dissoziation: Wahrnehmungsdistanzierung erreichen, wo eine reale Flucht nicht möglich ist
- Zum Teil als Abwehr, die psychobiologisches System aufrechterhalten soll, Selbstschutzmechanismus
- Die wichtigsten Erlebniszustände oder Stimmungslagen bilden sich im traumatischen Prozess durch das Gegenspiel von Traumaschema und traumakompensatorischem Schema

Traumatische Erfahrung wird durch ein Traumascript in vergleichsweise erträgliche Segmente unterteilt

Dieser kann mit dem Drehbühnenmodell veranschaulicht werden:

Drehbühnenmodell

Kontrolloperation = Drehung der Bühne

erfolgt durch unsichtbaren Mechanismus, vom Regisseur geplant und angeordnet

Szenenwechsel erfolgt automatisch aus Notwendigkeit, die Wiederkehr der traumatischen Erfahrung zu vermeiden (Imperativ des kompensatorischen Schemas erfüllen)

Kontrolloperationen

- überführen von einer in eine andere Stimmungslage und befreien scheinbar vom Konflikterlebnis → Szenenwechsel
- Dies kann bis zu dissoziierten Erlebniszuständen gehen, die sich zu Teilpersönlichkeiten verselbständigen
- Bei dissoziativer Identitätsstörung gewinnen Segmente des Traumascripts eine relative Handlungsautonomie (Teilpersönlichkeit)

Bei Dissoziativen Phänomenen spielen die horizontalen Kontrolloperationen eine Rolle

Dies sind Kontrollen, die darauf abzielen, Erlebniszustände voneinander abzuspalten

Horizontale Kontrolloperation

Verschiedene „Abteile“ der Drehbühne

Kontrollen, die darauf abzielen, einzelne Erlebniszustände voneinander abzuspalten

- Negation der Szenenfolge
- Fraktionierte Scripts
- States of mind

Vertikale Kontrolloperationen

Kontrollen beeinflussen Persönlichkeitsorganisation in ihrer Einheit nicht

- Negation des Selbstbezugs
- Fraktioniertes Schemata
- Kein Merken von Merken und Wirken

Konfigurationsanalyse der Erlebniszustände nach Horowitz

- Die Erlebniszustände können stichwortartig benannt und mit Ziffern versehen werden
- In einem Systemdiagramm lassen sich die Erlebniszustände mit ihrem inneren Zusammenhang anordnen
- Übergänge zwischen den Erlebniszuständen können dargestellt werden
- Nun kann man schauen, wo in diesem Prozess das dynamische Gefälle zustande kommt, das den Prozess energetisch aufrecht erhält

Sowohl vertikale als auch horizontale Kontrolloperationen sind vom bewussten Selbstbezug abgespalten

vertikale Kontrolloperationen

- Das Gegeneinander von traumatischer Angst und kompensatorischer Abwehr wird automatisch. Der Selbstbezug des Handelns geht verloren
 - Persönlichkeitsorganisation bleibt in ihrer aber Einheit unberührt
 - Verdrängung unvereinbarer Impulse, Motive und Handlungsschemata aus dem Ich-Selbst-System → Negation des Selbstbezuges
 - Ein Schema, das von den vertikalen Operationen betroffen ist → fraktioniertes Schema
 - Bei fraktioniertem Schema merkt die Person zwar die Folgen ihres Verhaltens, abgespalten ist aber die metakognitive Funktion des Merkens und eigenen Wirkens
 - selektive Wahrnehmungverarbeitung → Merken des Merkens gestört; aktive Manipulation des Beziehungspartners → Merken des Wirkens gestört
 - Das Selbst versteht sich nicht mehr als Urheber seiner Kontrollhandlungen, Handlungen sind unbewusst → kein Merken von Merken und Wirken
- Neuroseähnliche Form der Kontrolle

Horizontale Kontrolloperationen

- Das Ergebnis horizontaler Dissoziation sind die unterschiedlichen Erlebniszustände, die der Fraktionierung des Scripts entsprechen, Erlebniszustände können daher auch als Scriptfragmente bezeichnet werden
 - Hier teilt sich das Ich-Selbst-System horizontal in unterschiedliche Segmente
 - Die Kontrolloperationen befreien von dem belastenden Konflikterlebnis zwischen den Schemata, indem sie einen Szenenwechsel und somit auch einen Stimmungswechsel mit sich bringen
 - Szenenwechsel erfolgt meist angstgetrieben und automatisch
 - Man kann dies mit einer Drehbühne vergleichen: die Drehung der Bühne erfolgt durch einen nach außen nicht sichtbaren Mechanismus (Kontrolloperation), die vom Regisseur (Patient) vorgesehen ist
 - Das System der Erlebniszustände als Ganzes ist darauf angelegt, ein Zusammentreffen der verschiedenen Momente der traumatischen Erfahrung zu vermeiden
 - Negation der Szenenfolge
 - Fraktioniertes Skript
 - States of mind: Bei einer horizontalen Organisation können sich einzelne states verselbständigen, auf Schlüsselreize hin können auch traumatische Zustände wiederbelebt werden.
- Abwehrmechanismus der dissoziativen Störung
- horizontales Prinzip des Zerlegens der traumatischen Gesamterfahrung

Trauma als unterbrochene Handlung

Die Bereitstellungsreaktionen in der traumatischen Situation Kampf – Flucht – Freeze (Totstellreflex) wie auch Orientierungs- und Schreckreaktion können sich langfristig in Spannungszuständen verfestigen → Motorischer Flügel des Traumaschemas

- dauerhaft überhöhter Muskeltonus → Spasmen und Kontrakturen in den betroffenen Muskelpartien, Irritationen und schmerzhafte Spannungszustände
- Fixierung des Beugereflexes und erhöhter Tonus der Wirbelsäulenmuskulatur → Somatische Beschwerden
 - Unterbauchbeschwerden
 - Darmaffektionen
 - Bandscheibenvorfälle
 - Schmerzen im Genitalbereich
 - Hüftbeschwerden
- Irritationen des Zwerchfells und der Atmung
- Fixierung der Abwehrhaltung → Tonuserhöhung der Nackenmuskulatur → Zwerchfell wird über den nervus phrenicus fehlinnerviert → Thorax-, Atem- und Herzbeschwerden
- Gute Erfolge werden bei neuromuskulären Verspannungen mit der Myoreflextherapie (mit MPTT) erzielt, wobei eine Verzerrung anatomischer Strukturen verhindert werden kann

Trauma als unterbrochene Informationsverarbeitung

Neuropsychologie

traumatische Gedächtnisengramme werden an die Physiologie des jeweiligen Erregungszustandes gekoppelt und können hernach oft nur in Verbindung mit diesen wieder abgerufen werden

- im peritraumatischen Erregungszustand Überflutung mit Neurohormonen
 - Katecholamine, Kortikoide, Opiate
 - Hypothalamus – Hypophyse – Nebenniere aktiver
 - Entkoppelung und Fehlfunktion der Hippocampusregion und des cingulären Cortex → Filterfunktion nicht länger erfüllt
- Wahrnehmungseindrücke werden nun nicht mehr kategorial erfasst und geordnet sondern fragmentiert in zusammenhanglose olfaktorische, visuelle, akustische und kinästhetische Eindrücke → neurokognitive Anteile des Traumaschemas
- Sie scheinen im Gedächtnis wie eingefroren zu sein. Werden sie erneut stimuliert durch situative Reize oder eine peritraumatische Stimmungslage, so kehren sie in intrusiven Erinnerungsbildern wieder
- langfristig chronifizierte Dysregulation des limbischen und neuroendokrinen Systems (Katecholamine, Kortikoide, Opiate)
- bei intrusiven Erinnerungsbildern erhöhte Aktivität in der Mandelkernregion (implizites Gedächtnis)
- Chronische Dysregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse: erhöhter Spiegel des Cortico-Releasing-Faktor im Hypothalamus, aber niedriger Cortisolspiegel (paradoxe Regulation der Stressachse)
- Lateralisation zugunsten der rechten Hemisphäre (v.a. in rechter Amygdalum, Insula und medialen Temporallappen; im rechten visuellen Cortex)
- Linke Hemisphäre v.a. Broca-Zentrum weniger aktiv
- So erhöht die EMDR (Eye movement desensitization reprocessing) die Aktivität des cingulären Cortex, verringert aber nicht die Amygdala-Aktivität, d.h. Eindrücke sind zwar immer noch stark emotional, können aber räumlich-zeitlich eingeordnet werden

30. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede bestehen zwischen körperlichen und seelischen Verletzungen? (13, Abschnitt 1.2).

Gemeinsamkeiten

- Somatische Systeme sind ebenso verletzlich wie die seelischen Systeme und können in ihrer Widerstandskraft überfordert werden
- In alltagssprachlichen Analogien („das hat mich sehr verletzt“) werden körperliche und seelische Verletzungen metaphorisch gleichgesetzt
- Seelische Verletzungen werden sehr stark vom körperlichen Erleben her interpretiert
- „Zeit heilt alle Wunden“ ist auf körperliche und seelische Verletzungen gemeint, stimmt aber für beide Bereiche nicht immer
- Die Analogie zwischen körperlicher und seelischer Traumatologie kann fruchtbar sein, z.B. stellt sich die Frage, ob ein Introjekt durch Trauerarbeit (wie bei der physischen Sequestrierung) aus dem Körper ausgeschieden werden kann

Unterschiede

- Die seelischen Verletzungen sind erst viel später ins Forschungsinteresse gerückt als die körperlichen
- Seelische Verletzungen sind nicht sichtbar, körperliche kann man sehen und anfassen
- Die Unsichtbarkeit erschwert manchen Menschen den Zugang
- Eigenheiten, die sich noch nicht auf physiko-chemischer Ebene finden lassen, müssen über eine Regel oder Norm beschrieben werden
- Beispiel Unfall: wenn sich jemand schon einmal das Bein gebrochen hatte, wird man ihn bei einem weiteren Unfall Schmerzensgeld zugestehen, wenn das Bein (wieder) gebrochen ist; bei einem Trauma wird eher versucht, das Opfer einer „Vorschädigung“ zu beschuldigen und damit zu behaupten, dass die traumatische Situation (z.B. der Unfallverursacher) nicht die Verantwortung für die Traumatisierung zu tragen hat
- Die Psycho-Traumatologie beschäftigt sich mit seelischen Verletzungen, es geht also um die Erlebnissphäre
- Chirurgische Traumatologie beschäftigt sich mit körperlichen Wunden, die Folge von Unfällen und Verletzungen sind

Kognition

- Erkenntnistätigkeit bei Mensch und Tier
- Alle Vorgänge oder Strukturen, die mit Wahrnehmung, Gedächtnis, Sprache, Problemlösen etc. zusammenhängen
- Es sollte zwischen Kognition, Emotion und Motivation unterschieden werden
- Zwischen Kognition und Emotion besteht dialektische Beziehung, denn auch Emotionen erfüllen eine besondere Erkenntnisfunktion

Kognitionswissenschaft / Cognitive Science

- Relativ junger Wissenschaftszweig, dessen Ziel die Erforschung kognitiver Fähigkeiten und Aspekte ist, z.B. Wahrnehmung, Denken, Lernen, Motorik und Sprache
- Interdisziplinäres Forschungsprogramm, z.B. Erkenntnistheorie, kognitive Psychologie, Sprachwissenschaft, Philosophie, Neurowissenschaft, Künstliche-Intelligenz-Forschung, Informatik, strukturelle Soziologie
- An der Uni Osnabrück und Freiburg gibt es Studiengang Cognitive Science am Institut für Kognitionswissenschaft
- Gesellschaft für Kognitionswissenschaft e.V. (GK) wurde 1994 gegründet

32. Was versteht man unter „kognitiver Dissonanz“ bzw. „Dissonanzreduktion“? Erörtern Sie diesen Mechanismus am Beispiel der „Opferbeschuldigung“. (13)

Kognitive Dissonanz

- Zustand der Spannung, in die eine Person durch zwei gleichzeitig vorhandene, psychologisch inkonsistente Kognitionen, wie Vorstellung, Einstellung und Überzeugung etc. gerät

Dissonanzreduktion

- Da eine kognitive Dissonanz als unangenehm empfunden wird, sind Menschen bestrebt, sie zu reduzieren
- Mit Dissonanzreduktion sind Abwehrmaßnahmen der vorbewussten und unbewussten Informationsverarbeitung gemeint, die die empfundene Spannung abbauen sollen, auch wenn dies auf Kosten der Realitätswahrnehmung geht

Opferbeschuldigung (blaming the victim solution)

Opferbeschuldigung ist eine psychotraumatologische Abwehrstrategie, die sich gegen die Kenntnisnahme von fremder Traumatisierung richtet oder gegen sekundäre Traumatisierung

- Dissonanzreduktion durch Abwertung des Opfers, Schuldzuschreibung
 - Psychotraumatologische Abwehrstrategie, die dem Opfer die Schuld oder Mitschuld an dem zuschreibt, was ihm angetan wurde („Hätte sie keinen so kurzen Rock angehabt...“)
- Dissonanzreduktion durch Täuschungseffekt der Retrospektive
 - Bereits eingetretenes Ereignis erscheint es uns vergleichsweise wahrscheinlich und „vorhersehbar“, auch wenn es zufallsgesteuert eintritt oder extrem unwahrscheinlich ist
 - Im-nachhinein-Effekt (hinterher ist man immer klüger) z.B. hätte ein Opfer einer Vergewaltigung damit rechnen müssen
- Opfer werden einer Kategorie zugeordnet, die sich in wichtigen Merkmalen von der eigenen Person unterscheidet

Ziel

- Stärkung des Gefühls der eigenen Sicherheit und Überlegenheit
- abgewehrt wird die beunruhigende Perspektive, dass Victimisierung von Zufallsbedingungen abhängt und das es auch die eigene Person treffen kann
- narzisstische Selbstaufwertung
- Lustgewinn besteht darin, sich dem Opfer überlegen zu fühlen

33. Beschreiben Sie das hypothetische Bedingungsmodell der Verhaltensanalyse nach dem S-O-R-K-C-Schema (nach Kanfer und Philipps, 1975). (20, Kap. 11)

Untersuchung der funktionalen Relationen zwischen Verhalten und Umweltereignissen

Beispiel Student mit Arbeitsstörung

S situativer Kontext

z.B. Zeitungen, Radio, Internet, Computerspiele, Briefe der Freundin liegen griffbereit am Arbeitsplatz → leiten unerwünschte Reaktionen ein

O Organismus

Müdigkeit durch Schlafmangel, Bewegungsmangel, unkontrolliertes Essen vor den Arbeitsphasen → erschwert Zielverhalten

R Reaktionen

Unvereinbare oder wenig geübte Verhaltensweisen
z.B. aus dem Fenster sehen, Radio hören, fehlendes Training in Verarbeitung von Texten → erschweren Aufbau des gewünschten Lernverhaltens

K Kontingenzen

Beziehen sich auf zeitlichen Zusammenhang zwischen der Reaktion und den nachfolgenden Konsequenzen, je unmittelbarer und regelmäßiger die Konsequenzen, desto stärker ist Verhaltensbeeinflussung
z.B. ergebnislose Arbeitsversuche lösen sofort und regelmäßig negative Gefühle aus, die sofort nachlassen, wenn man etwas anderes macht

C Consequences

Aversive Erwartungen stellen sich schon zu Arbeitsbeginn ein, jede Arbeitsunterbrechung wird doppelt verstärkt durch Reduktion der Unlustgefühle und Belohnung mit z.B. Kaffee, Kontakt mit Freunden (Telefonieren)

v.a. zur Beschreibung der Aufrechterhaltung von Symptomen geeignet
operante Verstärken von Krankheitsverhalten (sekundärer Krankheitsgewinn)

34. Welchen Einfluss haben kognitive Schemata- und Netzwerk-Theorien auf die Entwicklung der kognitiv-emotionalen Störungstheorien (auch für die Erklärung von klinischen Ängsten und Depressionen)? (2, Kap. 5.3.3)

haben den bedeutendsten Einfluss auf die Entwicklung der kognitiven Störungstheorien, v.a. weil nicht nur kognitive Prozesse (wie z.B. bei Attributionstheorie) sondern kognitive Strukturen für die Entstehung von Störungen als verantwortlich gesehen werden

kognitive Schemata

- sind stabile kognitive Strukturen, mit denen Informationen verarbeitet werden
- steuern die selektive Wahrnehmung, Kodierung und Bewertung von Erfahrungen

Aaron T. Beck: Kognitive Theorie der Depression

Der Depression liegt negative kognitive Struktur zugrunde

Kognitive Triade:

- negatives Selbstbild: wertlos, nicht begehrenswert, unzulänglich, benachteiligt
- negative Sicht der Welt: in allen Interaktionen werden Niederlagen und Enttäuschungen gesehen, Umwelt stellt Anforderung der man nicht gewachsen sein kann
- negative Zukunftserwartung: gegenwärtige Schwierigkeiten werden sich fortsetzen, auch in Zukunft nur Leid, Benachteiligung etc. zu erwarten

kognitive Triade bildet sich aus dem depressiven Schema,

Kognitives depressives Schema

- stabile kognitive Verarbeitungsmuster, die sich in der Kindheit und Jugend herausgebildet haben (Zurückweisung, ständige Kritik, Verlusterlebnisse)
- depressives Schema wird als Prädisposition verstanden, die latent bleibt und erst durch auslösende Bedingungen aktiviert wird, z.B. durch Belastungen

Automatische Gedanken laufen dann ohne subjektive Kontrolle ab, die die Bestätigung der negativen Überzeugungen ausdrücken, diskrepante Informationen dagegen werden kognitiv verfälscht, damit sie wieder passen

→ kognitive Fehler

Aufgrund der in der Kindheit gelernten Schemata findet eine fehlerhafte Informationsverarbeitung statt, die dem von Piaget beschriebenen kindlichen Denken ähnelt. Solche Denkfehler sind z.B.

- Willkürliche Schlussfolgerungen: ohne sichtbaren Beweis oder sogar trotz Gegenbeweisen werden willkürlich Schlussfolgerungen gezogen.
- Übergeneralisierung nach dem Muster: aufgrund eines Vorfalls wird eine allgemeine Regel aufgestellt, die unterschiedslos auf ähnliche und unähnliche Situationen angewendet wird.
- Dichotomes Denken: Denken in Alles oder Nichts-Kategorien.
- Personalisierung: Ereignisse werden ohne klaren Grund auf sich selbst bezogen.
- Selektive Abstraktion: Bezug auf Detail ohne Berücksichtigung des Kontexts

später erweitert auf Angststörung und Persönlichkeitsstörung

Bei Depressiven: Ablehnung, Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeit, Versagen

Bei Angststörungen: Gefährdung, Bedrohung

Schematheorie hat Flut von empirischen Untersuchungen und Weiterentwicklungen eingeleitet

Netzwerk-Theorien

- Unterstellen assoziative Verbindungen zwischen Kognitionen, Verhalten und Emotionen
- Aktivierung von Knoten in diesem Netzwerk setzt unterschiedliche Reaktionsweisen in Gang

Modell interaktiver kognitiver Subsysteme der Depression

Verschiedene Arten von Informationen werden auf unterschiedliche Weise verarbeitet

3 Ebenen

- Sensorische Ebene: Aufnahme aus den Sinnesorganen
- Strukturell-deskriptive Ebene: Analyse auf wiederkehrende Muster
- Bedeutungen: a) propositionales Subsystem für Bedeutung von Wissen (cold cognition)
b) implikatives Subsystem mit persönlichen Bedeutungen, wie Gefühle verknüpftes Wissen (hot cognition)

holistische Bedeutungsschemata, die durch Interaktion der Subsysteme aktiviert werden, führen zu einer Depression

- depressionsbezogenes schematisches Modell, das durch Informationen aus ganz unterschiedlichen Subsystemen aktiviert werden kann (Erinnerungen, Erwartungen, Gesichtsausdruck, Körperhaltung)
- auch sensorische Eindrücke können Emotionen auslösen (nicht wie Beck!) → nicht die negativen automatischen Gedanken führen zur Depression, sondern kontinuierliche Regeneration depressionsbezogener schematischer Modelle, die persönliche Bedeutung haben; auch bei Abwesenheit äußerer Reize

bioinformatonale Theorie der Angststörungen

Ängste äußern sich in 3 Modalitäten

- Auf kognitiv-verbaler Ebene
- Auf der motorisch-behavioralen Ebene
- Auf der physiologisch-humoralen Ebene (Körperflüssigkeiten)

Informationsverarbeitung wird von biologisch vorgegebenen Strukturen und Prozessen bestimmt

Im Gedächtnis werden drei unterschiedliche Arten von Informationen repräsentiert

- Reize
- Bedeutungen
- Reaktionsmuster
- Die verschiedenen Informationsspeicher sind strukturell miteinander verknüpft und bilden ein abrufbares emotionales Netzwerk
- Warum bestimmte Reize (Schlange) mit bestimmte Bedeutungsmustern (Gefahr) und Reaktionsmustern (Panik, Flucht) assoziiert sind, wird damit erklärt, dass neue Infos auf bereits ausgebildete Bereitschaften treffen
- Angstpatienten haben größere Angstnetzwerke, die eine größere Zahl von Elementen und engere Verknüpfungen aufweisen

Angststrukturen werden verändert (emotional processing), indem

1. die angstbezogenen Gedächtnisinhalte aktiviert werden (z.B. durch Konfrontation)
2. dann neue Informationen angeboten werden, die mit den pathologischen Elementen der Angststruktur inkompatibel sind, z.B. Vermittlung von Sicherheit), durch Habituation erfolgt dann Veränderung

Kritik

- beide Modelle sind aktualgenetisch ausgerichtet, sie versuchen das aktuelle Zusammenwirken verschiedener Bedingungen zu erklären
- keine Erklärung weiter zurückliegender Entstehungsbedingungen
- dafür Aufzeigen unmittelbarer Einflussnahme möglich

35. Welche Schwächen hat die schematheoretische Interpretation der Depression von Beck?
(2, Kap. 5.3)

kognitive Triade

Die Gedankeninhalte betreffen das Selbst, die Welt und die Zukunft

Schemata

Die genannten Kognitionen gehen auf Schemata zurück, die aus vergangenen Erfahrungen entstanden sind. Schemata sind hier stabile kognitive Verarbeitungsmuster, die sich in der Kindheit und Jugend herausgebildet haben.

kognitive Fehler

Aufgrund der in der Kindheit gelernten Schemata findet laut Beck bei Depressiven eine fehlerhafte Informationsverarbeitung statt.

Kritik

1. Schemabegriff ist sehr schwammig und nicht immer von „Erwartung“ „Überzeugung“ zu unterscheiden
2. Nach Beck sind die Inhalte der kognitiven Schemata dem Bewusstsein zugänglich
3. Beck postuliert, dass unrealistische Schemata und gestörte Kognitionen die Ursache der Depression sind.
4. Der kausale Einfluss negativer Kognitionen in der Pathogenese der Depression ist bis heute empirisch noch nicht abgesichert und noch konzeptionell unklar
5. Vernachlässigt holistische Betrachtungsweise zusammen mit motorisch-behavioralen und physisiologischen Ebenen

36. Die psychoanalytische Metapsychologie postuliert, dass die psychologische Analyse aller seelischen Vorgänge eine dynamische, eine ökonomische, eine strukturelle, eine genetische und eine adaptive Betrachtungsweise umfassen muss. Erläutern Sie diese Annahmen der Metapsychologie (nach Rapaport 1959). (2, Kap. 5.3.1 & 2.2.3.1)

Dynamischer Aspekt

- Annahme psychischer Kräfte und Energien
- Das Individuum wird von „psychischen Energien“ angetrieben, dies sind angeborene Triebkräfte, die jeweils mit bestimmten Affekten verbunden sind
- Ein ausgeglichener Zustand liegt vor, wenn Triebenergien niedriges Niveau haben, nehmen diese zu, entsteht ein Unlust-Gefühl, wird dieses abgeführt, ist dies ein Lustgewinn (Lust-Unlust-Prinzip)

Ökonomischer Aspekt

- psychische Apparat funktioniert nach dem Homöostaseprinzip, beschreibt den Zustand des (Un-)Gleichgewichtes der psychischen Energien
- Störungen sind auf psychische Energien zurückzuführen, die nicht adäquat verarbeitet wurden
- Lehre von der Verarbeitung psychischer Energien, insbesondere in der Konflikttheorie

Struktureller Aspekt

- Psychische Prozesse werden wie physiologische Vorgänge in Strukturen eingeteilt und topographische geordnet
- Annahme psychischer Instanzen des Es, Ich und Über-Ich als Strukturtheorie
- das Bewusste, Vorbewusste, Unbewusste als topologische/topographische Einteilung

Genetischer Aspekt

- Psychoanalyse postuliert die Verankerung des Verhaltens des Erwachsenen in den Erfahrungen der frühen Kindheit, insbesondere darin, wie das Kind seine biologischen Spannungen zu reduzieren lernt
- Lehre von den frühkindlichen Entwicklungsphasen
- Entwicklungsphasen bis zum 6. LJ haben jeweils bestimmte Konflikte, wenn diese nicht adäquat verarbeitet werden, kommt es zu einer Fixierung auf diesen unbewältigten Konflikt
- Bei Belastungen im späteren Leben, wenn Konfliktmuster aktiviert werden, kommt es zu einer Regression

Adaptive Betrachtungsweise

- Durch das Realitätsprinzip werden Triebimpulse und Umwelтанforderungen aufeinander abgestimmt
- Individuen passen sich der Umwelt an, indem sie solche Situationen für die Befriedigung ihrer Bedürfnisse wählen, die keine negativen Konsequenzen haben

37. Welche neurotischen Störungen sind durch eine ausgeprägte Autoaggression gekennzeichnet? Wie lässt sich selbstdestruktives Verhalten als pathologische Konfliktlösung psychodynamisch verstehen? (16, Kap. 2.2)

1. neurotische Depression

Anhedonie: Unfähigkeit, Glück, Zufriedenheit, Ausgeglichenheit etc. zu finden

Freud spricht von einer Ich-Verarmung und grenzt entsprechend die Trauer von der Depression ab: das Selbstwertgefühl ist beim Depressiven massiv gestört, beim Trauernden nicht (er stellt sich selbst nicht in Frage)

1. Der Depressive hat eine unbewusste Phantasie vom Verlust (der Trauernde hat einen realen Verlust) → Bsp. 9-jähriger der im Winter davon spricht, dass er oft an „früher“ denkt (Frühling, Sommer), dieses „früher“ ist also verloren gegangen
2. Die Aktivität des Depressiven richtet sich also auf die Sicherung vor möglichen Verlusten durch
 - a) Herstellung von ausgeprägten Abhängigkeitsbeziehungen (Verlustangst durch Anklammern zu lösen wird zur self fulfilling prophecy)
 - b) Ausbildung von unbewussten Größenphantasien
3. die ständigen Versagungs- und Kränkungerlebnisse führen zu Aggression (Gereiztheit, Ärger, Wut)
4. ein rigides Gewissen mit hohen Ansprüchen und die Idealvorstellungen des depressiven verbieten es aber aggressive Empfindungen zu haben
5. **emotionale Zwickmühle**: einerseits wird sein passives Liebes- und Abhängigkeitsverlangen ständig frustriert, andererseits darf aber die aufsteigende Aggression nicht geäußert werden

→ Lösung: Wendung der Aggression gegen die eigene Person

Frustration → reaktive Wut → Wendung der Aggression gegen das Selbst

→ Das depressive Symptom ist Folge der anhaltenden Autoaggression! Die auslösende Situation ist eine narzisstische Kränkung

2. Der psychische Masochismus

Lebensarrangement, dass dem Mensch ständig „Unglück“ beschert, z.B. Frau die sich wieder und wieder Alkoholiker als Partner sucht

Freud:

- Umgang des Ichs mit dem Über-Ich: wenn ich mich selbst ständig bestrafe, habe ich vor meinem Gewissen Ruhe
- Häufig keine bewussten Schuldgefühle, brauchen nicht bewusst zu werden, wenn erfolgreiche autoaggressive Handlungen
- Problem bei Psychotherapie ist negative therapeutische Reaktion, das Befinden verschlechtert sich

3. Artificielle Störungen und Selbstbeschädigung

- Abgrenzung zu bewusster Krankheitssimulation: hier wird bewusst ein Vorteil angestrebt, z.B. Straferlass, Rente

Offene Selbstverletzung

Schnitte, in schwerer Form Verbrennungen, Verätzungen, Verstümmelung

Heimliche Verletzungen

- Patient fügt sich Verletzungen zu, die in ihrer Folge als Symptome „normaler“ Krankheiten erscheinen
- z.B. chronische Reizzustände der Haut, rezidivierende Abszesse und nicht heilende Operationswunden durch Infektion mit Kot u.a., Insulininjektionen etc.

- Der Arzt geht von unauffälligem Verhalten aus
- Beim Münchhausen-Syndrom kommen ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten dazu (Halbwahrheiten oder Erfindungen zwanghaft erzählen) diese Personen lassen sich immer wieder stationär aufnehmen → die autodestruktiven Impulse werden an Ärzte delegiert
 - o Zwei Gruppen Hospitalisierung erreichen vs. Drang nach risikobelasteten diagnostischen und therapeutischen Eingriffen
 - o Prävalenz des Münchhausen-Syndroms < 1%, v.a. Frauen des medizinischen Personals

Psychodynamik:

- Bei manchen Patienten direkter Lustgewinn durch Selbstschädigung (Problem bei Therapie)
- Hoffnung auf Interesse und Aufmerksamkeit
- Bei artifiziellen Krankheiten scheint ein plausibles Motiv zu fehlen, aber auffallende Häufung traumatischer Ereignisse v.a. infantiler sexueller Missbrauch und oft dissoziative Bewusstseinsstörungen
- Oft auch Persönlichkeitsstörungen, v.a. Borderline

38. Was versteht man unter primärem und was unter sekundärem Krankheitsgewinn? Erläutern Sie dies nach dem Modell „differentielle ätiologische Einflüsse“ bei der Entstehung psychischer Störungen am Beispiel eines Alkoholabhängigen. (13; 10)

primärer Krankheitsgewinn

- subjektive (unbewusste) Entlastung, die durch das Symptom erreicht wird, auch wenn das Symptom für ihn (bewusst) noch so belastend ist
- Das Symptom wird dann zwar als unangenehm erlebt, jedoch erlaubt es dem Kranken, keine sofortige, aus dem Konflikt herausführende Entscheidung treffen zu müssen aus einem Konflikt, den er oft gar nicht als solchen erkennt. Er fühlt sich nur in einer unangenehmen (für ihn z.Z. ausweglos erscheinenden) Situation, welche ihn schwächt.
- Auch kann das Symptom vorsorglich dazu dienen, unangenehmeren Konflikten aus dem Weg zu gehen (z.B. das plötzliche Erkranken vor einer schweren Prüfung).

sekundärer Krankheitsgewinn

- Entlastung aus dem Symptom heraus, die dem Patienten objektive (und nicht subjektive) Vorteile verschafft, z.B. Zuwendung der Umwelt, Rente
- besteht in den äußeren Vorteilen, die der kranke Mensch aus bestehenden Symptomen ziehen kann, wie der Zugewinn an Aufmerksamkeit und Beachtung durch seine Umwelt, die Möglichkeit, im Bett bleiben zu können, die Lohn-/Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall oder eine Rente im Invaliditätsfall
- operantes Verstärken von Krankheitsverhalten: die Umwelt vermittelt, dass es nicht sinnvoll ist, das Symptom aufzugeben, denn durch dieses erhält der Patient Schonung, Aufmerksamkeit etc.

Alkoholkrankheit im ätiologischen Modell

Primärer Krankheitsgewinn ist die Spannungsreduktion des körperlichen Erregungszustandes
Sekundärer Krankheitsgewinn ist die Möglichkeit zum Sozialkontakt über Alkohol, Schonhaltung in der Umgebung erzeugen

Psychotraumatische Einflüsse

- Versuch, intrusive Erinnerungsbilder und Angst durch Selbstmedikation unter Kontrolle zu bringen (vgl. Sucht-Verlaufstyp)
- Alkohol als Möglichkeit der Wiederherstellung von Wahrnehmungs- und Handlungskontrolle, da Kontakt zu anderen hergestellt werden kann ohne zu viel Nähe aufkommen zu lassen

Übersozialisation

- Bei rigider Erziehung ist Alkohol eine „Ausrede“ um seine Triebimpulse leben zu können, weil es sozial anerkannt ist, dass man auch mal ausrastet, wenn man betrunken ist
- z.B. wenn das Selbstbild eines Menschen (z.B. besonders männlich oder erfolgreich zu sein) durch gegenteilige Erfahrungen in der Realität gefährdet wird

Untersozialisation

- Alkoholiker hat nicht gelernt mit Spannungen umzugehen, kein Triebaufschub möglich

Psychobiologisch

- Effizienz der Alkoholhydrogenase
- Neurotransmitterstoffwechsel
- Genetische Prädisposition

39. Der „Ort der Angst“ ist nach Freud das Ich. Welche drei Formen der Angst entstehen dort?
(14)

Abwehr entspringt immer der Angst
Abwehrende Instanz ist immer das Ich

Signalangst: Angst als Signal an das Ich, eine drohende innere (Es, Über-Ich) oder äußere Gefahr mit den zur Verfügung stehenden Mitteln (Abwehrmechanismen) abzuwenden

Abwehr aus Angst vor dem Es

Triebwunsch steigt im Es auf, z.B. Ich will meine Mutter besitzen
Dieser Wunsch weckt Gefühle der Bedrohung, das Ich fürchtet überwältigt zu werden
Daher verdrängt es den Triebwunsch ins Unbewusste

Abwehr aus Über-Ich- Angst

Ein Triebwunsch wird dem Ich bewusst, z.B. Ich will mich an meinem Bruder rächen
Das Über-Ich verbietet den Impuls
Das Ich fügt sich aus Angst vor Bestrafung (z.B. durch Schuldgefühle)
Das Ich projiziert seinen Impuls und denkt nun Der Bruder hasst mich

Abwehr aus Angst vor der Realität

Die Umwelt weckt das Verlangen, in der Vorratskammer zu naschen
Das Ich erinnert sich, dass das aber von der Realität in der Vergangenheit bestraft worden ist
Das Kind unterlässt die Handlung und begründet dies durch Rationalisieren, indem es sagt, es sei schon zu alt für Naschereien

Beim Kind Realangst, beim Erwachsenen neurotische Angst

40. Was wird im Dialektischen Veränderungsmodell unter Dekonstruktion, Konstruktion und Rekonstruktion verstanden? (12; 13, Abschnitt 4.4)

bei der Psychotherapie ist es Ziel, die passive Wiederholung in eine aktive zu verwandeln die Erfahrung, der früher traumatischen Situation jetzt gewachsen zu sein kann vom Wiederholungszwang befreien (→ Freud: Wiederholungszwang: traumatische Erfahrungen im späteren Leben zu reproduzieren)

im Dialektischen Veränderungsmodell für Psychotherapie und Psychoanalyse wird ein Veränderungsschritt/-zyklus in 3 Momente zerlegt

1. zwischen Arbeitsbündnis (Phase 1) und Übertragungsbeziehung (Phase 2) bildet sich im Idealfall eine optimale Differenz
2. wenn eine optimale Differenz erreicht wurde kommt es zur **Dekonstruktion** (Phase 3) des pathogenen Schemas. Das Welt- und Selbstbild wird erschüttert und in Frage gestellt. Es entsteht ein produktives für den Patienten erlebbares Spannungsverhältnis
Wird die optimale Differenz verfehlt kommt es entweder zu einer pathogenen Erfahrung bis zu einer Retraumatisierung (wenn zu eng, „Freundschaft“) oder die notwendige Spannung kommt nicht zustande und die Erfahrung scheint irrelevant (wenn zu weit „Experte-Laie“)
Im Falle einer therapeutischen Missallianz dreht sich die Beziehung unproduktiv im Kreis, z.B. wenn alte Beziehungserfahrungen reproduziert werden
→ es kann dann nicht zur Dekonstruktion kommen
3. nach der Dekonstruktion kann es zu Konstruktion (Phase 4a) und Rekonstruktion (Phase 4b) kommen, wo das bisher wirksame pathogene Beziehungs- und Erlebnismuster von einem neu erreichten Wissensstand der Konstruktionsphase her aufgearbeitet werden kann
 - **Konstruktion** als Neuentwurf des bisher pathogenen Beziehungsschemas aus der Meta-Ebene, Entwurf eines alternativen Welt- und Selbstverständnis
 - **Rekonstruktion**: pathogenes Beziehungsschema wird auch in seiner lebensgeschichtlichen Verankerung rekonstruiert und auf eine neue Ebene „hinaufgehoben“ → Konzept der Aufhebung (Dialektik)

41. Welche Bedeutungen hat das Konzept „Aufhebung“ oder „Aufheben“ in der dialektischen Tradition? Wie geht es in das „Dialektische Veränderungsmodell“ ein? Wie in die Traumatherapie nach der MPTT? (13 Sachregister und Glossar; 13, Abschnitt 4.4.; 10, Abschnitt 1.5.10)

„naive“ Dialektik

die natürliche Fähigkeit des Menschen, sich in einem gegensätzlichen Spannungsfeld zu orientieren, z.B. Nähe-Distanz, Innen-Außen, freundlich-feindlich

wissenschaftliche Dialektik seit HEGEL

systematischen Zusammenhang der gegensätzlichen Begriffe aufzeigen und damit Irrtümer korrigieren, in die ein vordialektisches, formales Denken führt, z.B. die traditionelle Spaltung zwischen Subjektivismus und Objektivismus

Entwicklungsprozesse werden in der Dialektik aus Gegensätzen heraus begriffen, diese Gegensätze heben sich im Zuge der Entwicklung auf durch

- Auflösen des Gegensatzes (tollere)
- Aufbewahren (conservare)
- Überschreiten bzw. Emporheben des Gegensatzes (elevare)

Trauma-Verarbeitungsprozess:

- Auflösung des Traumas, so dass es das Leben nicht mehr weiter bestimmt
- Aufbewahrung des Traumas im Gedächtnis, so dass man aus der traumatischen Erfahrung lernen und für das weitere Leben Konsequenzen ziehen kann
- Emporhebung des Traumas auf eine höhere Ebene, so dass es überschritten werden kann und bisher miteinander unvereinbare Gegensätze verbunden werden können

Im dialektischen Veränderungsmodell

- Im dialektischen Verlauf von Dekonstruktion – Konstruktion –Rekonstruktion
- Zielt auf kreative Selbstüberschreitung ab
- z.B. wird Fixierung an das Trauma aufgehoben
- z.B. das Problem zwischen Sicherheit und Unsicherheit wird dialektisch aufgehoben, zur Überwindung der zentralen Polarisierung, die aus dem erschütterten Selbst- und Weltbild entsteht

MPTT:

Beispiele für Umsetzung

- Dialektische Basisinterventionslinie: traumakompensatorisches Schema stärken und differenzieren, anknüpfend an präventiver Komponente
- Prinzip 1: Orientierung am biphasischen Prozess
- Prinzip 4: Dynamik der Symptombildung: Therapie ist nicht Verhaltensänderung, sondern über Erweitern des kontrollierten Ausdruck- und Handlungsfeldes sollen Symptome dialektisch aufgehoben werden

Beispiel:

Frau, die an ihrem Arbeitsplatz 3 Mal Überfall miterleben musste

➔ reparative, präventive und ätiologische Aspekte des traumakompensatorischen Schemas
Durch die Unterstützung der Anteile des traumakompensatorischen Schemas wird das minimale Ausdrucks- und Handlungsfeld erweitert und somit wird eine Symptomaufhebung erreicht anstelle einer Beseitigung oder Unterdrückung der Symptome

42. Welche Modifikationen und Varianten der MPTT sind Ihnen bekannt? Erläutern Sie deren Indikation (9)

Varianten und Modifikationen ergeben sich aus dem natürlichen Traumaverlauf

Psychotherapeutische Varianten sind

1. Krisenintervention

- Während der traumatischen Situation und in der akuten Einwirkungsphase
- Kurzfristig Sicherheits- und Kontrollgefühl wiederherstellen

2. Akkuttherapie

- Innerhalb der erste 3 Monate nach dem Ereignis
- v.a. wenn keine Vortraumatisierung oder Persönlichkeitsstörung besteht
- Nach Prinzip 1: Anschluss an den natürlichen Traumaverlauf (Verleugnung – Intrusion)
- erste Hilfe bei Strukturierung traumatischer Erlebnismuster
- 10-15 Sitzungen

3. Therapie traumatischer Prozesse

- Bei längerfristig bestehender Traumatisierung
- Interventionstechniken gegen Reizüberflutung und Numbing
- Beziehungsgestaltung, Differenzierung von Arbeitsbündnis und Übertragungsbeziehung
- Fokussiert: bei überwiegend dissoziativen Erlebniszuständen
- Mittelfristig: bei länger zurückliegender Traumatisierung im Erwachsenenalter
- Langfristig: meist bei Kindheitstrauma
- o Typ A: mittelfristiger traumatischer Prozess, nicht fokussiert
- o Typ B: mittelfristiger traumatischer Prozess, fokussiert
- o Typ C: langfristiger traumatischer Prozess, nicht fokussiert
- o Typ D: langfristiger traumatischer Prozess, fokussiert

Modifikationen

= unterschiedliche pragmatische Zielsetzungen nicht-therapeutischer Art

Betreuungsangebote

- Setzen Einfühlungsvermögen und Grundkenntnisse in Psychotraumatologie und klinischer Psychologie voraus
- Hilfe bei Amtsgängen
- Babysitten und Kinderbetreuung

Beratung

- Unterstützung bei einer grundsätzlich positiven spontanen Erholung nach einer traumatische Erfahrung
- Schließt die Phase der Traumabearbeitung aus
- Beratung beruht auf den Prinzipien der Standardinterventionen der MPTT, mit Ausnahme der Elemente, die das durcharbeiten der Affekte und das ZTST betreffen
- Zielgruppe: mittleres Drittel (Kippgruppe: meist Personen, die wegen ungünstigen sozialen Verhältnissen ins untere Drittel abzuwandern drohen)
- solide Kenntnisse der Psychotraumatologie, diagnostisch in der Lage sein, Entwicklung in den Risikobereich zu erkennen, darüber hinaus vielseitige Kenntnisse in Entspannungstechniken, Interview-/Gesprächstechniken, Techniken der Affektkontrolle etc.
- Begrenzung auf max. 5 Termine, was im voraus mitgeteilt wird

43. Was wird in der MPTT unter dem Aufbau eines „antizipatorischen Repertoires“ verstanden?
(13; 10, Abschnitt 1.5.10)

Die Therapie soll Dekonstruktion und Konstruktion eines dynamischen Schemas (mentalen Programms) aus Traumaschema und traumakompensatorischem Schema fördern
Therapie fördert Selbstkorrektur des mentalen Programms

- Das antizipatorische Repertoire umfasst Techniken der Selbstkontrolle, Schmerztoleranz, Selbsttröstung und Selbstregulierung
- Es werden ein Repertoire an Verhaltensmöglichkeiten vermittelt, aus denen kreativ eine eigene Auswahl getroffen werden kann
- Trainingselemente bekommen eine vorbereitende antizipatorische Funktion für spontane Konstruktionsleistungen des Patienten
- Antizipatorische Repertoires liefern die „Bausteine“ für die spontanen Operationen von Konstruktion, Dekonstruktion, Rekonstruktion

Analogie Computerprogramm

Nicht einfach mit Verhaltensrepertoire neues Computerprogramm installieren

altes Programm muss umgeschrieben werden und zwar so, dass es sich optimal in bisherigen Lebensentwurf einpasst

Patient selbst ist Programmentwickler und entscheidet, was kompatibel und brauchbar ist

➔ therapeutische Wirkung einer behavioralen Technik wird nicht vom Übungseffekt erwartet, sondern von der Eignung, dekonstruktive, konstruktive und rekonstruktive Lernprozesse zu unterstützen

44. Schildern Sie den Ansatz der genetischen Epistemologie Piagets und zeigen Sie Konsequenzen auf für psychotraumatologische Konzepte (13 Sachregister, Glossar)

Piaget betrachtete die psychologischen Prozesse, die dem Denken zugrunde liegen. Er unterscheidet Vorgänge der Assimilation und Akkomodation um einen Gleichgewichtszustand herzustellen (Äquibrationsprinzip)
Außerdem nimmt er an, dass es eine Genese der kognitiven Fähigkeiten gibt i.S.e. Stufenmodells der Intelligenzentwicklung → genetische Epistemologie

1. Sensumotorische Phase, ersten 18 Monate.
2. Voroperatorisches, anschauliches Denken (2-7 J.)
3. Konkret-operatives Denken (8-11, 12 J.) – logische Denkprozesse
4. Formal-operatives Denken (11, 12 – 14, 15 J.) – Lösung abstrakter Probleme möglich

Dezentrierung = progressive Tendenz der kognitiven Entwicklung, die vom anfänglichen Egozentrismus stufenweise bis zum Stadium der formalen und der dialektischen Operationen verläuft

- In den voroperationalen und operationalen Stadien (bis 12. LJ) ist die Wahrnehmung auf Dinge und Sachen ausgerichtet, sichtbar sind die Dinge, aber nicht das Sehen als solches. Die Wahrnehmung ist als solche unsichtbar und daher weniger „real“ auch z.B. für Leute die im Stadium der konkreten Operationen fixiert sind, wie z.B. die Behavioristen, die alles unsichtbare in die black box verbannen (kognitive Regression)
- Erst in den formalen Operationen (ab 12. J.) kann sich das Kind reflexiv auf eigene Denkprozesse beziehen, es bildet Gedanken über Gedanken, Hypothesen über Hypothesen

Psychotraumatologie

- Die Einsicht in die Realität seelischer Verletzungen setzt die Einsicht in die Realität seelischer Vorgänge und Strukturen voraus
- Hier stellt sich die Frage: was ist realer? Der Wahrnehmungsgegenstand oder die Wahrnehmung selbst? Dies ist nicht voneinander trennbar
- Erst in formalen Operationen ist explizites nachdenken über die „unsichtbaren“ Prozesse von Wahrnehmung, Denken und seelischen Verletzungen möglich
- Diese Fähigkeit ist Voraussetzung für Stadium des dialektischen Denkens

Traumasma – traumakompensatorisches Schema

- Sind durch kognitives Entwicklungsniveau geprägt
- Je früher in der Entwicklung sie gebildet wurden, desto deutlicher sind sie sensomotorisch, egozentrisch und von extremen Gegensätzen geprägt (z.B. Schuldzuschreibung an eigene Person, weil man als Kind nicht brav war, wurde man mißhandelt)
- In frühen Stadien können pathogene Beziehungsmuster noch nicht als solche erkannt werden
- Die kognitive Organisation des traumakompensatorischen Schemas entspricht dem Entwicklungsniveau des Kindes zum Zeitpunkt der traumatischen Erfahrung

45. Charakterisieren Sie den „traumatischen Prozess“ (13, Abschnitt 2.5)

Traumatische Situation → (post)expositorische Reaktion → traumatischer Prozess

- nach einem ungenügenden Abschluss der postexpositorischen Reaktion
- paradoxer Versuch, sich an eine unerträgliche Erfahrung anzupassen und mit ihr zu leben ohne sich wirklich mit ihr zu konfrontieren
- 1. Ständige Gefahr eines unkontrollierten Erlebniszustandes, v.a. wenn die bewussten, vorbewussten und unbewussten Kontrollen zu schwach sind, entsteht ein chronisches PTBS
- 2. Bei zeitweiser kompensatorischer Kontrolle lebt die Störung bei Situationen, die an traumatische Erfahrung erinnern wieder auf
- 3. kein florides Symptombild, Einkapselung wie Sequestrierung eines Fremdkörpers
- durch Erinnerungsverzerrungen werden situative Umstände, die nur zufällig waren, als genuiner Bestandteil oder sogar als kausale Faktoren der traumatischen Situation gesehen
- Je ungenauer die situative Konstellation erinnert und begriffen werden kann, desto umfassender und allgemeiner erscheint die Bedrohung und desto allgemeiner, abstrakter und ungenauer arbeitet das traumakompensatorische Schema

Traumaschema und traumakompensatorisches Schema sind die zentralen dynamischen Agenturen im traumatischen Prozess

- Traumaschema ist Ausdruck des Regulationsverlustes in der traumatischen Situation
- traumakompensatorische Schema = Kontrollstrategie
- Funktion: Umkehr des Traumaschemas: aus hilfloser Abhängigkeit wird Sicherheit, aus Schwäche Stärke
- Enthält als „naive Traumatheorie“ ätiologischen Teil (Annahmen, wie es zum Trauma kommen konnte) und präventive Strategie
- Das kompensatorische Schema entwirft ein Script oder Drehbuch, indem die traumatische Erfahrung zwar noch enthalten ist, aber in erträglicher Dosierung
- Diese wird erreicht durch vertikale bzw. horizontale Dissoziation oder Fragmentierung integrierender Strukturen

Abbildung im Parallelogramm in dessen Mitte das Minimale kontrollierte Handlungs- und Ausdrucksfeld steht

46. Erläutern Sie den Schemabegriff nach PIAGET (13)

Kern des Schemakonzepts ist das Zusammenspiel von rezeptorischer und effektorischer Sphäre, von Wahrnehmung und Handlung, wie im Situationskreismodell abgebildet
Schemata = innere Strukturen und Systeme, die die Feinabstimmung zwischen Individuum und Umwelt leisten

Piaget geht von einer Entwicklung i.S.e. strukturellen Stufenfolge aus, bei der sich die Organisation der Orientierungsschemata herausbildet

1. Sensumotorische Phase, ersten 18 Monate.
2. Voroperatorisches, anschauliches Denken (2-7 J.)
3. Konkret-operatives Denken (8-11, 12 J.) – logische Denkprozesse
4. Formal-operatives Denken (11, 12 – 14, 15 J.) – Lösung abstrakter Probleme möglich

Schemata sind grundlegende kognitive Strukturen, mit deren Hilfe Gegenstände, Ereignisse, Menschen und deren Relationen zueinander organisiert werden.

Beziehungsschemata = Strukturen, die sozial-emotionale Wissensbestände regeln

Gegenstandsschemata = koordinieren sachbezogene Wissensbestände

47. Was ist das minimale kontrollierte Ausdrucks- und/oder Handlungsfeld? Nennen Sie Beispiele. Ordnen sie es in die Psychodynamik des Traumas ein. (13, 10)

- Zwischen dem Traumaschema und den traumakompensatorischen Maßnahmen entsteht ein labiles dynamisches Gleichgewicht, vergleichbar mit dem dynamischen Modell zwischen Impuls und Abwehr in der Psychoanalyse
- im minimalen kontrollierten Handlungs- und Darstellungsfeld kommen Aspekte des Traumaschemas und der kompensatorischen Maßnahmen gleichermaßen zum Ausdruck
- Es entsteht also aus dem dynamischen Kompromiss zwischen dem Traumaschema und den traumakompensatorischen Maßnahmen der Persönlichkeit
- Abbildung im Parallelogramm in dessen Mitte das Minimale kontrollierte Handlungs- und Ausdrucksfeld steht
- Die originäre unkontrollierbare traumatische Situation wird in ihren wichtigsten Elementen an einer minimalen Szenerie abgehandelt, in der sie kontrolliert gestaltet werden kann.
- Dies kann der eigene Körper sein (innen wie außen), die Phantasie, die „Innenwelt“ oder ein umgrenztes Feld in der Außenwelt
- Ziel einer Symptombildung ist es, die Kontrolle über die traumatische Erfahrung zu behalten
- die Symptomwahl stellt (ähnlich wie bei dem neurotischen Symptom bei Freud) den Kompromiss zwischen Traumaschema und traumakompensatorischem Schema dar

- Handlungsfelder wie z.B. Zwangshandlungen werden eher bei Erschütterung des pragmatischen Realitätsprinzips (Handlungsfeld ist meist der eigene Körper)
- Ausdrucksfelder wie z.B. Konversionssymptome eher bei Erschütterung des kommunikativen Realitätsprinzips gewählt.

Beispiel

Entwicklung einer Bulimie als Darstellungsfeld 3 Jahre nach einer Vergewaltigung (Introjekt ausscheiden)

über die Kontrolle der Nahrungsaufnahme kann eine minimale Kontrolle auch über die traumatische Erfahrung erreicht werden

Einordnung in Psychodynamik des Traumas

- Traumatische Situation → (post)expositorische Reaktion → traumatischer Prozess
- Traumaschema und traumakompensatorisches Schema sind die zentralen dynamischen Agenturen im traumatischen Prozess
- Minimales Ausdrucks- und Handlungsfeld ebenso

48. Charakterisieren Sie das Professionale Missbrauchstrauma (13)

- Syndrom der speziellen Psychotraumatologie nach sexuellem Missbrauch in Psychotherapie, Psychiatrie und psychologischer Beratung.
- Professional = durch die Helferprofession bedingt
- zusätzlich zu Merkmalen des bPTBS (basales psychotraumatisches Belastungssyndrom)
 - o Misstrauen
 - o Suizidideen
 - o massive Somatisierungsneigung
 - o Sexual- und Beziehungsstörungen
- besonders schwierig in der Therapie ist das Erreichen der optimalen Differenz zwischen Übertragungsbeziehung und Arbeitsbündnis → im schlimmsten Fall Retraumatisierung
- korrektive Settingvariablen einführen, bei Zweittherapie Geschlecht des Therapeuten!!
- Empfehlenswert ist Bekanntschaft mit Supervisorin, an die sich Patientin wenden kann

Traumatischer Prozess gestaltet sich teilweise in Abhängigkeit von der Persönlichkeit des missbrauchenden Täters

- Rachetyp: Übergriffe v.a. bei Trennungs- und Ablösungsbemühungen seitens der Klientin
- Wunscherfüllungstyp: verstrickt Patientin in goldene Phantasien von immerwährender Hilfe und Gemeinsamkeit

4 Skripts oder Drehbücher

- golden phantasy
- der hilflose Messias
- der distanzierte Gott
- der Sex-Guru

1. Traumatische Situation

- objektiven Situationsfaktoren
- subjektiven Bewältigungsmöglichkeiten → von der Lebensgeschichte aber auch der unmittelbaren Vorgeschichte (z.B. Tagesverfassung) abhängig
- Dissoziationsphänomene im peritraumatischen Erleben werden als Erfolg von Reorganisationsversuchen des Subjekts verstanden

2. Schock (Aufschrei)

- auf der subjektiven Bedeutungszuschreibung entsteht das Zentrale traumatische Situationsthema
- durch Verzahnung der objektiven Faktoren und der subjektiven Bedeutungszuschreibung auf dem Hintergrund der persönlichen Lebensgeschichte

3a. kurzfristiger Zeitraum während/nach Situation

- Um den Punkt der maximalen Interferenz von Situationsfaktoren und persönlicher Situationsdeutung entsteht das Traumaschema
- Es ist Ausdruck des Regulationsverlustes in der traumatischen Situation
- Traumaschema folgt Tendenz zur Wiederaufnahme und Vollendung der unterbrochenen Handlung
 - o Als passive Form des Wiederholungszwangs → unbewusste Reproduktion der traumatischen Situation
 - o Aktive Wiederholung steht im Dienste der Vollendungstendenz
- Hilflosigkeit entsteht aus Kompetenzverlust, der sich Selbst zugeschrieben wird
 - o Menschlich verursachte Beziehungstraumata primär das kommunikative Realitätsprinzip
 - o natürliche Disaster erschüttern eher das pragmatische Realitätsprinzip
- Erschütterung des Selbst- und Weltbildes, wenn Situation als repräsentativ betrachtet wird
- zusätzliche Belastungen oder schützende Faktoren haben Einfluss auf den weiteren Verlauf

Das Trauma ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt

3b. mittel- bis langfristiger Zeitraum: postexpositorische Reaktion

- Erlebnisinhalte aufarbeiten und in den kognitiv-affektiven Wissensbestand der Persönlichkeit integrieren
- Ein Verarbeitungsmechanismus ist der Wechsel von Phasen der Verleugnung und Intrusion, manchmal auch gleichzeitig
 - o Fixierung in Panikzuständen und unkontrollierter Erregung (Intrusion)
 - o frozen states (Verleugnung)
- Kann ein traumatischer Reaktionszyklus abgeschlossen werden, ist ein Zustand relativer Integrität erreicht, der es ermöglicht, vom Opfer zum Überlebenden des Traumas zu werden
- Auch hier haben zusätzliche Belastungen oder schützende Faktoren Einfluss auf den weiteren Verlauf

4. langfristiger Zeitraum: traumatischer Prozess

- Bei einem ungenügenden Abschluss der postexpositorischen Reaktion
- paradoxer Versuch, sich an eine unerträgliche Erfahrung anzupassen und mit ihr zu leben ohne sich wirklich mit ihr zu konfrontieren
- Konnte die traumatische Erfahrung nur ungenügend verarbeitet werden, bleibt sie als undifferenzierter Erinnerungskomplex im Traumaschema erhalten

Traumaschema und traumakompensatorisches Schema sind die zentralen dynamischen Agenturen im traumatischen Prozess

- Traumaschema ist Ausdruck des Regulationsverlustes in der traumatischen Situation
- traumakompensatorische Schema = Kontrollstrategie
- Funktion: Umkehr des Traumaschemas: aus hilfloser Abhängigkeit wird Sicherheit, aus Schwäche Stärke
- Enthält als „naive Traumatheorie“ ätiologischen Teil (Annahmen, wie es zum Trauma kommen konnte) und präventive Strategie (+ reparativ)
- Das kompensatorische Schema entwirft ein Script oder Drehbuch, indem die traumatische Erfahrung zwar noch enthalten ist, aber in erträglicher Dosierung
- Diese wird erreicht durch vertikale bzw. horizontale Dissoziation oder Fragmentierung integrierender Strukturen
- Die Symptomatik kann nach der Heuristik des minimalen kontrollierten Ausdrucks- und Handlungsfeldes entschlüsselt werden

50. Schildern Sie die Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung auf den Ebenen des Verhaltens, des Erlebens, des intrasomatischen Handelns, der Neuroendokrinologie, der Psychophysiologie (15)

Die olfaktorischen, visuellen, akustischen etc. Zustandsbilder sind in höchster affektiver Erregung gespeichert worden und an den Zustand verbunden
sie sind die neuro-kognitive Repräsentanz des Traumaschemas

Ebene des Verhaltens

Ebene des Erlebens

Zustandswechselmodell → Zustandsabhängiges Lernen

Affekte spielen Schlüssel zu Gedächtnisspeichern

Erklärung für dissoziierte Erlebniszustände

Ebene des intrasomatischen Handelns

Ebene der Psychophysiologie und Neuroendokrinologie

- Gedächtnisengramme werden an die Physiologie des jeweiligen Erregungszustandes gekoppelt
- Heißes zentralnervöses Gedächtnissystem: Amygdala, affektgeleitete Verstärkerfunktion, sensorische Speicherung im impliziten Gedächtnis
- kühles zentralnervöses Gedächtnissystem: Hippocampusregion des limbischen Systems, Raum, Zeit, Kausalität
- während Traumascript eher rechte Hirnhemisphäre aktiv, besonders Amygdala, Insula, medialer Temporallappen, visueller Cortex
- linker Frontalbereich (Broca-Zentrum!) unterdrückt

51. Was verstehen Sie unter fraktionierten Schemata? (13)

- Fraktionierte Schemata sind solche, die der Verdrängung unterliegen und vom Selbstbezug auf den höheren Ebenen der Metakognition abgespalten sind (Klein)
- Rückkoppelung an das zentrale Ich-Selbst-System verloren
- Das Subjekt handelt unbewusst: ohne zu wissen, dass es handelt bzw. ohne sich dieses (reduzierten) Handlungsbewusstseins metakognitiv bewusst zu werden.
- Ein fraktioniertes Schema ist nicht mehr mit dem Selbstschema verbunden und sucht daher ständig einen wahrgenommenen Ursprung in der Außenwelt
- funktioniert als eine Struktur zum Abtasten und Durchsuchen der Umwelt → die wunscherfüllenden Teile des Schemas suchen Reiznahrung, es sucht einen wahrgenommenen Ursprung in der Außenwelt

- Das fraktionierte Schema erhält nicht die volle Aufmerksamkeitszuwendung des Subjekts
- es reproduziert sich im Kontakt mit seiner Umwelt über reproduzierende Assimilation und eine Identifikation
- Die Selbstkorrektur bleibt solange ausgeschlossen, wie das Subjekt die eigene Beteiligung am Handlungszusammenhang negiert

Beispiel

- der Patient fühlt sich von der Mutter abhängig und bevormundet
- er ist frustriert, was sich in Wut äußert, die aber nicht durch eine altersgerechte Trennung abfließen kann
- der Patient bekämpft Bevormundungen durch Freundinnen so, wie er es bei seiner Mutter nicht vermag
- Die Freundinnen sind nicht ähnlich wie die Mutter, sondern identisch

52. Schildern Sie die psychologischen und physiologischen Bedingungen von „zustandsabhängigem Lernen“. Welche Phänomene der Psychotraumatologie lassen sich mit diesem Konzept erklären? (13)

Nach Studien fand man, dass Personen die unter Einfluss psychotroper Substanzen bestimmte Inhalte gelernt hatten, nach Abklingen der Wirkung außerstande waren diese zu erinnern, bei erneuter Drogengabe wurden die Inhalte wieder zugänglich

Affekte oder Stimmungslagen bilden also einen Schlüssel zu Gedächtnisspeichern

Gedächtnisengramme werden an die Physiologie des jeweiligen Erregungszustandes gekoppelt

- Heißes zentralnervöses Gedächtnissystem: Amygdala, affektgeleitete Verstärkerfunktion, sensorische Speicherung im impliziten Gedächtnis
- kühles zentralnervöses Gedächtnissystem: Hippocampusregion des limbischen Systems, Raum, Zeit, Kausalität

eher rechte Hirnhemisphäre aktiv, besonders Amygdala, Insula, medialer Temporallappen, visueller Cortex, linker Frontalbereich (Broca-Zentrum!) unterdrückt

Anwendung Traumatologie

- Die olfaktorischen, visuellen, akustischen peritraumatischen Zustandsbilder sind in höchster affektiver Erregung gespeichert worden und an den Zustand verbunden
 - sie sind die neuro-kognitive Repräsentanz des Traumaschemas
 - Traumatische Gedächtnisinhalte gehen nicht verloren, können aber der bewussten Erinnerung vorübergehend oder dauerhaft entzogen sein
 - Inhalte des Traumaschemas können nur im gleichen affektiven Erregungszustand erinnert werden
- das (implizite) Traumaschema kann durch situative Konstellationen aktiviert werden, die der bewussten Wahrnehmung entgehen
- ebenso Erklärung für dissoziierte Erlebniszustände, die später nur selektiv zugänglich sind

Fähigkeit zur Objektbeziehung

Fähigkeit, Kontakte aufzubauen, Beziehungen aufrecht zu erhalten und wechselseitig zu gestalten.

Fähigkeit zur Objektspaltung oder Objektanalyse

- Fähigkeit, einen Menschen in seiner Gesamtheit wahrzunehmen, mit seinen positiven und negativen Seiten
- kognitiv-emotionale Fähigkeit einen Beziehungstäter als in sich gespalten wahrnehmen und analysieren zu können
- der therapeutische Veränderungsschritt zur Objektspaltung kann
 - o einerseits die Selbstspaltung überprüfen und revidieren
 - o andererseits durch die kritische Distanz zum Objekt das Subjekt in Gefahr bringen, die dringend benötigte innere Objektbeziehung zu einer guten Elternrepräsentanz zu verlieren

Nur Positive Anteile des Täters werden gesehen

- solange das Objekt als Bindungsperson benötigt wird
- Die negativen Aspekte richten sich gegen das Selbst (Schuldgefühle).
- Werden die Schuldgefühle bzw. die unerlaubten Wünsche einem „bösen“ Kind zugeschrieben → Dissoziation des Selbst
- Täter bleibt idealisiert und Bindungsfigur des „guten“ Kindes

Nur negative Aspekte des Täters werden gesehen

- wenn das Objekt nicht mehr unbedingt als Bindungsperson benötigt
- Positive Seiten am Objekt würden für das Opfer implizieren, den Missbrauch auch gewollt zu haben

Prozess der Objektanalyse

- Es wird erkannt, dass der Täter bewusst und verantwortlich die Schädigung des Opfers in Kauf genommen hat
 1. zunächst intensive Wut
 2. a) Trauer um den Verlust der „geliebten Teilperson“

In dieser Trauer löst sich die positive Beziehungserfahrung vom Täter ab und wird verfügbarer Bestandteil der inneren Welt des Opfers
 2. b) Missbrauchserkenntnis
die Einsicht in die eigenen Verletzungen und die Folgen, die durch die Anpassung an den Missbrauch entstanden sind
- Das Stadium der Objektspaltung fordert ein hohes Maß an Ambivalenztoleranz: die Einsicht, dass mit der Bindungsfigur sowohl gute als auch böse Erfahrungen gemacht wurden, ohne dass die guten Erfahrungen die bösen überdecken bzw. löschen

54. Erläutern Sie das Konzept der Psychosexualität. Welche psychosexuellen Entwicklungsphasen sind Ihnen bekannt? (20, Kap. 10.2)

Entwicklung des Zusammenspiels der 3 Instanzen Es – Ich – Über-Ich erfolgt in Phasen, bei denen v.a. die sexuellen Triebimpulse und der Umgang mit ihnen eine wichtige Rolle spielen, Das Sexualleben umfasst dabei alles, was einen Lustgewinn bringt, somit ist der ganze Körper eine erogene Zone

1. Orale Phase (bis ca. 1,5 LJ)

- Mund ist erste erogene Zone
- Saugen, lutschen ist lustvoll

Entwicklungsinhalte

- Aufbau von Urvertrauen in die Welt, durch körperliche Versorgung und liebevolle Zuwendung bei Pfllegetätigkeiten v.a. durch die Mutter

Instanzen-Bildung

- Das Objekt Mutterbrust hebt sich vom Subjekt ab, Anfänge des Ichs in Unterscheidungsgerlebnissen

2. Anale Phase (1,5 – 3 LJ)

- Lustorientierung auf Ausscheidungsorgane
- Selbstbestimmtes Ausscheiden und Zurückhalten von Kot und Urin wird als lustvoll empfunden
- Kind interessiert sich für sein Produkt, möchte damit spielen
- Kind erlebt Zusammenhang zwischen Zuneigung und eigener Leistung (Sauberkeit)

Entwicklungsinhalte

- Kind muss lernen, Befriedigung aufzuschieben und Kontrolle über triebhafte Bedürfnisse zu erlangen

Instanzen-Bildung

- Fähigkeit zu Ich-Leistungen, z.B. Ausprägung des eigenen Willens

3. Phallische Phase und ödipale Krise (3.-6. LJ)

- Selbststimulation richtet sich auf eigenes Genital als Lustobjekt
- Richtet sich für beide Geschlechter auf den Penis (Penisstolz oder Penisneid)
- Diese Lusterfahrungen werden von der Umwelt mehr oder weniger respektiert
- Im Extremfall Konflikt zwischen lustvoller Selbststimulation vs. Zuwendung der Eltern
- Bewältigung der Ödipalen Krise:
das gegengeschlechtliche Elternteil ist libidinös besetzt und das Kind muss erfahren, dass es diese Person mit dem anderen gleichgeschlechtlichen Elternteil teilen muss. Es wird mit Frustrationen und Angst- und Rivalitätsgefühlen konfrontiert
Durch Identifizierung mit dem Vater gelingt es, die Mutter zu besitzen

Entwicklungsinhalte

- Kind muss Eintritt in die soziale Realität meistern, nur so kann es Fähigkeit zur Hingabe bei gleichzeitig relativer Unabhängigkeit bei späteren Beziehungen erlangen
- Aufschub der Lustorientierung muss gelernt werden

Instanzen-Bildung

- Durch Identifizierung mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil entsteht das Über-Ich als ein Bestandteil der Innenwelt

4. Latenzzeit (6. – 12. LJ)

- Stillstand der sexuellen Entwicklung
- Libido wird auf sachliche Objekte verschoben
- Wissenserwerb, Versachlichung, daher auch „Latenz“phase

5. Genitale Phase in der Pubertät

Wenn einzelne Phasen nicht vollständig durchlebt werden, bleibt Entwicklung in dieser fixiert, auch wenn genitale Organisation abgeschlossen ist (Geschlechtsreife)

Anteile der Libido bleiben dann an prägenitalen Objekten und Zielen fixiert, z.B. Frustessen als Bindung an orale Phase

55. Was versteht man unter Übertragung, Gegenübertragung, Eigenübertragung? Nennen Sie Beispiele (1, Kap. 4.5)

Übertragung

- Gefühle, Einstellungen, Verhaltensweisen, die in der Vergangenheit erworben wurden, werden auf neue Situationen oder Personen in der Gegenwart übertragen
- In der therapeutischen Situation werden frühere psychische Erlebnisse in der aktuellen Beziehung zum Therapeuten wieder lebendig und können somit bearbeitet werden
- Der Patient erinnert nichts von dem, was er bereits verdrängt hat, aber er agiert dieses aus, ohne zu wissen, dass er früheres Verhalten wiederholt
- Der Therapeut muss aus dem Verhalten des Patienten also schließen oder erraten, welche Konflikte dahinter stecken und diese dem Patienten übersetzen

Beispiel

Patient mit Gewalterfahrung betont, dass er sich in Therapiesitzungen wohl fühlt, und den Eindruck hat, Fortschritte zu machen. Er versucht sehr viel Nähe zum Therapeuten herzustellen, indem er überpünktlich ist, Sitzungszeit überziehen will, Geschenke macht etc.

Er selbst empfindet dies als höflich, unbewusst überträgt er aber den Wunsch, Macht über die Situation und den Therapeuten zu haben, eine Macht, die ihm in der traumatischen Situation verwehrt blieb

Gegenübertragung

- Übertragung, bei der der Therapeut auf den Patienten reagiert und seinerseits seine eigenen Gefühle, Vorurteile, Erwartungen und Wünsche auf diesen richtet
- Das was der Patient beim Analytiker an Gefühlen etc. auslöst
- Diese Gegenübertragung muss der Therapeut in sich erkennen und bewältigen (→ Lehranalyse)
- Der Therapeut bedient sich seines Unbewussten als Instrument bei der Analyse
- Die Analyse muss „in Abstinenz“ durchgeführt werden, d.h. der Therapeut muss die Bedürfnisse des Patienten bestehen lassen und nicht eine Ersatzbefriedigung werden

Beispiel

Verhalten löst beim Therapeuten Ärger aus, weil er sich manipuliert fühlt.

Eigenübertragung

- Übertragung, die direkt von der Therapeutin ausgeht, in der sie ihre eigenen abgespaltenen Beziehungsschemata inszeniert (evtl. auch eigene traumatische Erfahrungen)
- Deshalb muss eigene Traumageschichte bei Traumatherapeuten zunächst vollständig aufgearbeitet sein!

Beispiel

Therapeut, der selbst in Kindheit missbraucht wurde und den Vater idealisiert, überträgt diese Idealisierung auf den Patienten, der „oberflächlich“ mit der traumatischen Gewalterfahrung gut zurechtkommt.

In der Gegenübertragung unterscheidet sich die therapeutische Unterstützung in den Verleugnungs- und Intrusionsphasen sehr stark

Unbewusst unterstützt der Therapeut stärker bei der Verleugnung

→ Es kommt zu einer Fixierung beim Patienten

56. Welche verschiedenen Bedeutungen haben die Begriffe bewusst und unbewusst? (13)

als Alltagsbegriff

bewusst all das, was wir „gewollt“ wahrnehmen, denken, beurteilen können
unbewusst ist der Rest

Kognitive Psychologie

Beschäftigt sich mit den Prozessen des Denkens, Problemlösens, Wahrnehmens, Lernens, Gedächtnisses

- Bewusst heißt hier kontrolliert
- Unbewusst wird mit automatisiert gleichgesetzt

Grad der intentionalen Kontrolle ist also zur Unterscheidung wichtig

Bei Freud / in der Psychoanalyse

- Topographische Einteilung der menschlichen Psyche in bewusst, vorbewusst und unbewusst
- Unbewusste Abwehrprozesse setzen ein, sobald Erinnerungen auftreten, die nur im geringsten eine traumatische Erfahrung heraufbeschwören könnten
- Das Ich ist gespalten: ein unbewusster Anteil führt die Abwehr aus, indem er die Abwehrmechanismen betätigt, ein zweiter Teil registriert die Ergebnisse der Abwehr bewusst

Psychotraumatologie

- Die Traumaabwehr erfolgt unbewusst und dennoch intentional
- Dass traumakompensatorische Schema dürfte v.a. unbewusst operieren, denn wenn es bewusst wäre, würde man auch auf das Gegenstück das Traumaschema aufmerksam werden
- Wie sind also in der Lage unsere Aufmerksamkeit außerbewusst aber dennoch intentional zu lenken
- Hier schließt sich die Kluft zwischen psychoanalytischem Unbewusstem und der unbewussten bzw. außerbewussten Informationsverarbeitung in der kognitiven Psychologie

57. Was wird in der Psychoanalyse traditionell unter Wiederholungszwang verstanden? Welche neuen Aspekte kommen in der Psychotraumatologie hinzu? (13, Stichwort u.a.: Vollendungstendenz).

Psychoanalyse

- Der Wiederholungszwang unterliegt der Unfähigkeit einem drängenden Handlungsimpuls zu widerstehen
- Patient muss immer wieder dasselbe tun, auch wenn es ihm schadet
- Freud spricht von traumatischen Erfahrungen (z.B. prügeln Vater), die in einer Wiederholung (ähnlicher Ehepartner) im Selbstheilungsversuch gemeistert werden sollen
- Er erklärt dies auch mit dem Todestrieb, was zur Verkennung von Traumafolgen geführt hat

Psychotraumatologie

- Der Wiederholungszwang entspricht der Tendenz zur Vollendung einer unterbrochenen Handlung (Zeigarnik-Effekt)
- Das Traumaschema als unterbrochene Handlung folgt einer Tendenz zur Wiederaufnahme und Vollendung (Tendenz zur guten Gestalt in der Wahrnehmungspsychologie)
 - o passive Wiederholung → unbewusste Reproduktion der traumatischen Erfahrung, z.B. durch Prostitution bis hin zu Traumatophilie (entspricht Wiederholungszwang)
 - o aktive Wiederholung steht im Dienste der Vollendungstendenz
- Es wird versucht, unbewältigte lebensgeschichtliche Erfahrungen zu einem Abschluss zu bringen, wenn Vollendung auf konkreter Handlungsebene nicht möglich, dann im Denken / in der Phantasie
- Die wiederkehrenden Wechsel von Intrusion und Verleugnung der traumatischen Erinnerungsbilder stehen im Dienste einer Vollendungstendenz (completion tendency, Horowitz)
- Positivere Sicht, da zukunftsicherer Aspekt in den Vordergrund rückt

58. Erläutern Sie die folgenden Konzepte, ihre traditionelle Bedeutung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie sowie ihre Abwandlung in Psychotraumatologie bzw. Traumatherapie:

Abstinenz

- Therapeutische Haltung in der PA und Traumatherapie.
- Abstinenz von sexuellen und sozialen Beziehungen mit Patientinnen, Absehen von persönlichen Bedürfnissen, Interessen der Therapeutin
- Bei Traumapatienten nicht mit neutraler Haltung zu verwechseln, hier parteiliche Abstinenz (v.a. bei Gewaltverbrechen) gegenüber dem Opfer einnehmen

Abwehrmechanismen

- Kontrolloperationen, die auf interne Selbsterhaltung und Stabilisierung psychischer, somatischer oder sozialer Systeme gerichtet sind.
- Die wichtigsten sind: Verdrängung, Verleugnung, Regression, Sublimierung, Projektion, Rationalisierung.
- In der Analyse soll geklärt werden, Was, Wie, Warum, Wozu abgewehrt wird
- In der Psychotraumatologie spricht man von
 - o psychotraumatischer Abwehr als Notfallreaktion (z.B. katatonische Starre, Bewegungsturm, Derealisation, Depersonalisation) als Selbstschutzmechanismus
 - o psychotraumatologische Abwehr richtet sich gegen die Kenntnisaufnahme von fremder oder eigener sekundärer Traumatisierung, Ziel ist die Bewahrung des Sicherheitsgefühls

Arbeitsbündnis

- Therapeutische Beziehungsform, die in der Traumatherapie eine spezifische Distanz (optimale Differenz) zur Reproduktion traumatischer Beziehungserfahrungen in der Übertragung einhalten muss.

Behaviorismus

- Forschungsrichtung in der Psychologie und Sozialwissenschaft, die sich auf das menschliche Verhalten konzentriert.

Bewusstsein und Selbstbewusstsein

- Gesamtheit der erlebten psychischen Zustände und Aktivitäten.
- Im Selbstbewusstsein wendet sich das Bewusstsein reflexiv auf sich zurück.

Desillusionierungsschema

- „vertritt“ den Pessimismus, die Hilf- und Hoffnungslosigkeit der traumatischen Erfahrung im traumatischen Prozess: „Wer nichts erwartet kann auch nicht enttäuscht werden“

Dezentrierung

- Bei Piaget die progressive Tendenz der kognitiven Entwicklung, die vom anfänglichen Egozentrismus des Kindes stufenweise bis zum Stadium der formalen und der dialektischen Operationen verläuft.

Dialektik

- „naiven“ Dialektik = natürliche Fähigkeit des Menschen, sich in einem gegensätzlichen Spannungsfeld von z. B. Nähe/ Distanz, freundlich/feindlich zu orientieren.
- Dialektische Logik (Hegel) bemüht sich, Zusammenhang der gegensätzlichen Begriffe aufzuzeigen und Irrtümer aufzuheben (z.B. Subjektivismus und Objektivismus)
- Entwicklungsprozesse werden aus Gegensätzen heraus begriffen, die im Zuge der Entwicklung „aufgehoben“ werden.

Dissoziation

- Dissoziative peritraumatische Phänomene wie „out of body experience“, Depersonalisierung, Traumzustand, Lebensfilm etc.
- Im traumatischen Prozess eine Folge psychotraumatischer Abwehr, die Selbstschutz durch Selbstverdopplung bietet

Double-Bind-Situation

- Paradoxe Kommunikationssituation mit ätiologischer Bedeutung für Beziehungstrauma und pathogene Entwicklung
- Systematische Diskrepanz zwischen Kommunikation und Metakommunikation
- Verursacht neben Beziehungstrauma auch Orientierungstrauma, da Zuverlässigkeit der eigenen Kognitionen untergraben wird

Orientierungstrauma

- Die Orientierung erstreckt sich hier auf basale Kategorien wie freundlich/feindlich, sicher/unsicher usw. diese Schemata werden verwirrt → die „logische Software“ des Orientierungsprogramms bricht zusammen
- Bei double-bind-Situationen ist nicht mehr klar, was nun richtiges Verhalten ist, Reaktionen können nicht eingeschätzt werden, dies führt zu Hilflosigkeit

Drehbühnenmodell der psychischen Strukturierung

- Psychische Abläufe werden in einzelne Segmente, Erlebniszustände zerlegt, so dass ihr innerer Zusammenhang undurchsichtig bleibt oder wird

therapeutischer Egozentrismus

- Neigung vom Therapeuten und Traumahelfern, ihren Weg zur Überwindung des Traumas in manchmal einseitiger Weise zu propagandieren, ohne die Bereitschaft, diese Überzeugung nach wissenschaftlichen Kriterien zu relativieren, z.B. wenn man nur solche Verfahren der Therapie empfiehlt, die man selbst schon durchgemacht und für gut befunden hat
- (Narzissmus des Helfers = Selbstliebe und Bestätigung, wenn ein Trauma überwunden scheint)

Elternanklage vs. Elternschonung

- Psychotraumatische und psychotraumatologische Abwehrstrategien
- im ersten Fall wird eine Ablösung von den eigenen Eltern und das Erwachsenwerden verhindert.
- Im zweiten Fall soll die Idealisierung der eigenen Eltern und oft die von Elternfiguren überhaupt erhalten bleiben, um dem Subjekt (entwicklungsnotwendige) Desillusionierung zu ersparen

Empathiestress

- Anstrengung und Belastung, die beim empathischen Anhören von Traumaberichten entsteht, da der Helfer zur Untätigkeit verurteilt ist → Hilflosigkeit wie das Opfer selbst.
- kann zu Vermeidung und emotionalem Rückzug des Therapeuten führen
- Gefahr des professionellen Rationalisierens (Scheinbegründungen für emotionale Distanziertheit)

Endorphine;

- Körpereigene opiumartig wirkende Peptidstoffe, die in emotionalen Belastungssituationen und bei Schmerzen aus der Hypophyse in den Blutkreislauf abgegeben werden und schmerzunterdrückend wirken.

Ergänzungsreihe der Differentiellen Psychotraumatologie;

- Ergänzungsverhältnis interner und externer ätiologischer und pathogenetischer Faktoren, die sich zu einem pathologischen Schwellenwert aufschaukeln können (vgl. Kölner Risikoindex)
- Dispositionen des Individuums – peritraumatische Belastungsfaktoren – postexpositorische Belastungsfaktoren

ergotrope vs. trophotrope Reaktion

- Aktivitäts- vs. Ruheorientierte Bereitstellungsreaktionen des Organismus mit Vorherrschen des sympathischen bzw. parasympathischen Flügels des vegetativen Nervensystems

Exemplarische Situation

- Exemplarische Bedeutung z.B. einer traumatischen Situation für das betroffene Individuum. Die traumatische Situation wird hier gewissermaßen zum Weltmodell erweitert.

Gütekriterien der klinisch-psychologischen Forschung

- Maße zur Bestimmung der Qualität psychologischer Forschungsergebnisse
- Klassische quantitative: Objektivität, Reliabilität und Validität
- Für klinische Forschung wichtig:
 - o Sensitivität (Eignung, wahre positive Fälle herausfinden)
 - o Spezifität (wahre negative Fälle herausfinden)

individuell-nomothetischer Forschungsansatz

- Erforschung individueller Gesetzmäßigkeiten bei Individuen und Gruppen mit geeigneten quantitativen und qualitativen Methoden.

Realitätsprinzip - pragmatisch vs. kommunikativ

- vermittelt zwischen Selbst- und Fremderfahrung, zwischen Erfordernissen der Realität einerseits und den Bedürfnissen des Individuums andererseits
- Das pragmatische Realitätsprinzip bestimmt das erfolgsorientierte Handeln vor allem im Umgang mit Gegenständen (Gegenstandschemata betroffen) → wird erschüttert durch Naturkatastrophen
- Das kommunikative Realitätsprinzip bestimmt die gegenseitige Abstimmung von Erwartungen zwischen Personen (Beziehungsschemata betroffen) → wird erschüttert durch soziale Traumatisierung

kumulative Traumatisierung (Khan, 1963)

- Traumatisierung in einzelnen Schritten, jedes Ereignis für sich bleibt subtraumatisch
- die Erholungsphase wird immer wieder unterbrochen
- die Kräfte des Ich werden stark geschwächt
- oft bei Beziehungstraumata
- (Abgrenzung sequenzielle Traumatisierung: zeitlich verteilte Polytraumatisierung mit in sich kohärenter Verlaufsgestalt der traumatischen Erfahrung, z.B. Verfolgungswellen in NS-Zeit)

interne vs. externe Traumatisierung;

- Interne: Möglichkeit einer Traumatisierung durch Triebimpulse bei Freud
- Externe: maßgeblich durch die situativen Faktoren mitbedingt

Traumatophilie (Karl Abraham, Psychoanalytiker)

- Traumasucht
- als Erklärung für bestimmte Wiederholungsphänomene
- Annahme einer Endorphin-Reaktion, die als rauschhaft erlebt wird

59. Schildern Sie das Konfliktmodell der Psychoanalyse und das Funktionsdefizitmodell der Verhaltenstherapie. Wie lassen sich beide Modelle möglicherweise miteinander verbinden? (19, Kap. 24, 25)

Konfliktmodell

„Auslösende Situation“ → aktueller Konflikt → Angst → Regression → Reaktualisierung in infantilen Konflikten → Verstärkung der Konfliktspannung (Angst) → Abwehr → „Misslingen der Verdrängung“ → „Kompromissbildung“ zwischen den einzelnen Konfliktanteilen → Symptombildung

- Am Anfang steht eine auslösende Ursache, die beim Patienten einen unbewussten intrapsychischen Konflikt auslöst
- Durch den aktuellen Konflikt kommt es zu einer Reaktivierung des infantilen Konfliktes (Regression), der Patient versucht den gegenwärtigen Konflikt mit den kindlichen Mitteln zu lösen
- Weil Angst entsteht, werden Abwehrmechanismen initiiert, die im Idealfall eine vollständige Verdrängung des angstausslösenden Konfliktes schaffen
- Wenn dies aber misslingt, führt die Regression zu einer Verschlimmerung des Konfliktes, die Konfliktspannung steigt weiter an, es muss unbedingt ein Modus der Spannungsabfuhr gefunden werden → dieser unlösbare Konflikt ist die Basis der Symptombildung
- das Ich versucht zwischen den Kräften einen letzten Kompromiss zu finden
- Das Symptom wird zum Ausdruck eines schlechten Kompromisses, es stellt in jeder Hinsicht eine unzureichende Lösung dar, es ist ein missglückter Reparations- und Heilungsversuch
- das Symptom ist aber die jeweils beste Organisationsform eines psychischen Konfliktes, die dem Kranken möglich ist
- der primäre Krankheitsgewinn ist die subjektive (unbewusste) Entlastung, die durch das Symptom erreicht wird, auch wenn das Symptom (bewusst) noch so belastend ist
- der sekundäre Krankheitsgewinn ist die Entlastung aus dem Symptom heraus, die dem Patienten objektive (und nicht subjektive) Vorteile verschafft, z.B. Zuwendung der Umwelt, Rente
- Das Ich hat etwas getan → die Neurose ist Folge eines aktiven Vorgangs

Funktionsdefizitmodell

Lerngeschichte → verfehlte Lernvorgänge → Symptom → Symptomerhaltende Lernvorgänge → Symptomchronifizierung

- Durch „Nachteile“ in der Lerngeschichte können bestimmte Funktionen nicht erlernt werden
- Neurotische Störungen entstehen durch die anhaltende Wirkung von defizitären und schädigenden Einflüssen in der Entwicklung
- Das Funktionsdefizit wird in der Verhaltenstherapie nachgelernt

Möglichkeiten der Integration sind

- Technischer Eklektizismus (= Zusammenfügen verschiedener Elemente)
- Theoretischer Eklektizismus
- Die Suche nach gemeinsamen Wirkfaktoren (z.B. Vertrauensbeziehung zum Therapeuten)

Integrationsmodelle wären bspw.

- Modell der Trennung: Ansätze unvereinbar
- Übersetzungsmodell: Begriffe eines Systems in die Sprache des anderen
- Komplementaritätsmodell: jede Therapie bezieht sich auf verschiedene Probleme desselben Patienten

- Synergetisches Modell: unveränderte Techniken zweier Therapien nehmen zusammen mehr Einfluss und erzielen besseres Ergebnis
- Emergenzmodell: Kombination zweier Techniken entwickelt neue Eigenschaften, die jede Methode einzeln nicht vorhergesagt hätte
- Modell der theoretischen Integration: ganzes Theoriegebäude oder größte Teile integrieren

Stufenmodell der Integration

1. Methodentransparenz

Kennenlernen der anderen Methoden, wissen, was genau mit einer anderen Methode gemacht wird

2. Methodenkombination

Nutzung verschiedener Methoden neben-, nacheinander, durch gleichen oder anderen Therapeuten

3. Methodenintegration

Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Systeme werden aufeinander bezogen und in einen neuen Zusammenhang eingeordnet

Aus einem dialektischen Prozess entsteht aus verschiedenen Systemen ein Neues

Dann kann die konservative Struktur der Organisation von Psychotherapieausbildung verzichtet werden

Dann wird nur noch das an Therapie gemacht, was der Patient zur Behandlung benötigt, medizinisch notwendig und ausreichend ist

60. Schildern Sie die Prinzipien eines psychodynamisch-behavioralen Vorgehens am Beispiel der MPTT (9; 10, 1.5.10)

1. Die MPTT ist eine spezielle Anwendung des psychoanalytischen/psychodynamischen Therapieansatzes, die die Folgen psychischer Traumatisierung focussiert
2. Sie verwendet auch verhaltenstherapeutische Techniken, um ungünstige Verhaltensmuster in Frage zu stellen, ihre Dekonstruktion zu fördern, und Anregungen für den persönlichen Neuentwurf, die Konstruktion, traumatisch verzerrter kognitiv-emotionaler Schemata zu geben.
3. Damit stehen diese verhaltenstherapeutischen Techniken im Dienst einer psychoanalytischen prozeßorientierten Konzeption von Veränderung und der dazu erforderlichen psychotherapeutischen Beziehungsgestaltung.

Die 4 Dimensionen des Traumageschehens bilden ein mehrdimensionales Koordinatensystem, das es erlaubt, die allgemeinen Prinzipien, Strategien und Interventionlinien der MPTT auf die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen

- Dimension I: natürlicher Verlaufsprozeß der traumatischen Erfahrung - Zeitdimension
 - Dimension II: traumatische Situation(-sfaktoren) - Situationsdimension
 - Dimension III: Persönlichkeit und soziales Umfeld - Personendimension
 - Dimension IV: therapeutischer Verlaufsprozeß – Therapieverlaufsdimension
- 20 Prinzipien bezeichnen grundlegende Regeln/Metaregeln der Therapieführung und Beziehungsgestaltung.
 - In 11 Interventionlinien werden die Prinzipien in praktisches Handeln umgesetzt. Sie sind als verbale Instruktionen formuliert, die im Einzelfall flexibel abgestimmt werden müssen

Aspekte des psychodynamisch-behavioralen Vorgehens:

- (a) Beziehungsgestaltung hat Vorrang von Technik
Bsp.: Eine Frau mit Abhängigkeitswünschen muss erst ihre Übertragung auf den Therapeuten bearbeiten, bevor dieser ihr Instruktionen zum Selbstsicherheitstraining geben kann. Ansonsten double-bind: „Emanzipiere dich, indem du tust, was ich dir sage!“
- (b) Entsprechend einem „dualen Beziehungskonzept“ werden behaviorale Übungselemente in die „optimale Differenz“ von Arbeitsbündnis und Übertragungsbeziehung eingebracht.
Bsp.: Vater hatte der Patientin nie geholfen, wohingegen der Therapeut es mit dem behavioralen Bewältigungstraining tut
- (c) Antizipatorisches Verhaltensrepertoire und selbstgegenständliche Erkenntnis
Behaviorale Techniken sind „Bausteine“ für spontane Operationen von Dekonstruktion, Konstruktion und Rekonstruktion innerhalb des therapeutischen Veränderungsprozesses.
- o Softwareanalogie: Patient kann sich frei an den verschiedenen Modulen (Techniken) bedienen, um sein eigenes inneres „Programm“ zu verändern (nicht um ein komplett neues „Programm“ zu installieren) (Analogie greift leider nicht so gut, weil man beim PC meistens das System komplett killen muss)
- Es werden nicht einfach eklektisch Elemente aus Psychoanalyse und Verhaltenstherapie miteinander kombiniert
 - Das psychoanalytische Wissen um die Gestaltung therapeutischer Beziehungen bietet den Bezugsrahmen, in den verhaltensbezogene Techniken integriert werden
 - Verbindung von Einsicht (Psychoanalyse) und Handeln (VT)

61. Was verstehen Sie unter dem „Zentralen Traumatischen Situationsthema“? Nennen Sie mindestens ein Beispiel (13)

- das ZTST ist Ergebnis einer Interferenz von objektiven Situationsfaktoren und subjektiven Erwartungen in einer traumatischen Situation
- Verzahnung der objektiven Faktoren und der subjektiven Bedeutungszuschreibung auf dem Hintergrund der persönlichen Lebensgeschichte
- Das, was die Person zutiefst getroffen und verletzt hat.
- die traumatische Situationskonstellation gewinnt immer eine ganz persönliche Bedeutung

Beispiele

- Herr P. hatte eine enge, autonomievermeidende Mutterbindung, die das Ausmaß eines Beziehungstraumas annahm. Das ZTST war das Erlebnis, in einer Abhängigkeitsbeziehung gefangen zu sein.
- Vietnam-Veteran, der feststellt, dass Unschuldige erschossen wurden und er das wahrscheinlich auch getan hat → der Schutz von Unschuldigen als kompensatorische Funktion für die eigene Grausamkeit ist weggefallen

62. Transgenerationale Traumatisierung und „Zyklus der Gewalt“: Welche Forschungsergebnisse liegen vor bezüglich „Weitergabe vs. Nicht-Weitergabe“ traumatischer Erfahrungen im Generationenzyklus? Machen Sie Vorschläge, wie sich der Zyklus der Gewalt in familiären und/oder politischen Systemen unterbrechen lässt (13, Abschnitt 8.4.8)

Zyklus der Gewalt

- Gewaltzirkel, der sich interpersonell, intergenerational und zwischen Gruppen fortsetzt
- Das Opfer versucht sich zu entlasten, indem es andere Personen victimisiert
- 1/3 aller Gewaltdelikte hat diesen Hintergrund
- in der Lebensgeschichte delinquenten Personen finden sich oft traumatische Ereignisse wie Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung
- die traumatische Erfahrung wird kompensiert, indem sie an andere weitergegeben wird
- dies ist keine Entschuldigung der Täter, Bestrafungen müssen auch sein und es kann nicht um Therapie statt Strafe gehen

Transgenerationale Traumatisierung

Wenn sich die Folgen einer Traumatisierung über Generationen erstrecken

Weitergabe von Traumatisierung

1. In der Literatur finden sich Berichte zur Inzestweitergabe über 5 Generationen hinweg. Bei Vätern, die in ihrer Kindheit und Jugend sexuellem Missbrauch ausgesetzt waren, liegt die Übertragungsrate bei 30%
 - Söhne, die sexuellen Missbrauch ihrer Väter an Schwestern, Brüdern oder anderen Verwandten gesehen haben neigen zur Identifikation mit dem Vater und damit zur Weitergabe des Traumas an die nächste Generation
2. bei Genozid und Verfolgung von Minderheiten : z.B. Judenverfolgung: Übermittlung von Traumata in die 2. und 3. Generation von Holocaustopfern → es erfolgt eine Transposition wie bei einem Musikstück in eine andere Tonart (die Atmosphäre des geheimnisvollen Schweigens füllt die Kinder mit eigener Phantasie und Vermutungen aus)

Nicht-Weitergabe

- Nicht-Wiederholer haben in ihrer Kindheit häufiger eine vertrauensvolle Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson erlebt
- sie haben eine längere therapeutische Behandlung erfahren
- erleben häufiger eine unterstützende Partnerbeziehung
- Nicht-Wiederholer können sich gut an das Trauma erinnern und haben eine angemessene Distanz dazu gefunden

Schlussfolgerungen / Vorschläge

Öffentlichkeitsarbeit:

- Realistische Aufklärung über sexuellen Missbrauch
- Auf Hilfs- und Unterstützungssysteme aufmerksam machen

Familie:

- Kind früh dazu anhalten, Betreuungspersonen zu benachrichtigen, wenn Kind mit Jugendlichen oder Erwachsenen weggehen will
- Freiheitliche Sexualerziehung
- Offene Sexualaufklärung und vertrauensvolles Beziehungsklima, damit Kind auch frühzeitig Kontakt zur Bezugsperson aufnimmt

Handlungsorientierte Präventionsprogramme:

- Sexuelle Vorgänge und Körperzonen konkret benennen
- Offene Sexualaufklärung, die auch positive Aspekte der Sexualität hervorhebt

Beratungs-/Therapieangebot:

- Auch für Täter, v.a. für Täter mit eigener sexueller Traumatisierung, z.B. auch in Selbsthilfegruppen (sekundärer präventiver Effekt, keine Wiederholung)
- Psychotherapie muss als Traumatherapie durchgeführt werden und die traumatische Situation aufarbeiten

63. Was wird unter „Expressed Emotions“ verstanden und welche Bedeutung kommt der Expressed-Emotion-Forschung für Ätiologieerklärungen bzw. für das Verständnis von Störungsabläufen zu? (2, Kap. 5.4.4)

Definition

- Sie beschreiben Kommunikationsmuster von Angehörigen psychisch kranker Menschen bei hoher Ausprägung der EE

- Häufige persönliche Kritik
- Feindseligkeiten oder emotionales Überengagement
- negativer Interaktionsstil
- negatives nonverbales Verhalten
- nicht-übereinstimmende Meinungsäußerungen

bei niedriger Ausprägung der EE

- positives nonverbales Verhalten,
- Akzeptanz des Gesprächspartners
- konstruktive, positive Lösungsvorschläge
- positiv unterstützender Stil

Entstehung

- zurückzuführen auf die Entdeckung, dass die Rückfallquote entlassener Schizophreniepatienten massiv von der sozialen Gruppe beeinflusst wurde, in die sie zurückkehrten
- Grundlage ist Vulnerabilitäts-Stress-Modell der Schizophrenie gewesen
- auf andere Störungen übertragen
- Empirisch auch nachgewiesen für bipolare Störungen, Depression, Essstörungen, Substanzabhängigkeiten, Neurodermitis-Patienten

Bedeutung

- ermöglicht Aussagen über den Verlauf psychischer Störungen / psychiatrischer Erkrankungen
- Kein ätiologischer Einfluss des elterlichen Verhaltens auf die Entstehung psychischer Störungen
- v.a. bei Störungen wichtig, die eine hohe Rückfallquote haben

Definition

- wenn von Kindern in der Familie anhaltend grob altersunangemessene, instrumentelle oder emotionale Versorgungs- bzw. Unterstützungsleistungen erwartet werden
- Wenn Erwachsene das Kind in die Rolle ihrer eigenen Eltern drängen (oder auch als Partnerersatz)
- Die Kinder sollen für ihre Eltern sorgen
- von Erledigung der Hausarbeit bis hin zur Befriedigung der sexuellen Bedürfnisse der Erwachsenen
- Es entsteht eine übermäßige Abhängigkeit zwischen den Familienmitgliedern
- Grenzen zwischen den Generationen werden überschritten

Dynamik der Parentifizierung

- Kind erhält besondere Zuwendung vom missbrauchenden Elternteil, wird altersinadäquat belohnt und bekommt eine Vorrangstellung gegenüber Geschwistern oder Altersgenossen
- Besonders destruktiv ist die Verbindung mit aggressiver Gewalt und Körperverletzung, aber auch sexueller Missbrauch in „liebvoller Atmosphäre“

Folgen der Parentifizierung

- Geringe Frustrationstoleranz
- Distanzverlust
- Umkehr der Generationenrolle
- Verlust der Kindlichkeit

Symptome

- Störungen des Sozialverhaltens
- Dominierendes, manipulierendes Verhalten
- Konflikte mit Gleichaltrigen
- Rivalität und Machtkämpfe mit Erwachsenen
- Frühreifes pseudoerwachsenes Ausdrucksverhalten

65. Welche von der Psychoanalyse abgeleiteten Therapieverfahren kennen Sie? (1, Kap. 6.2.2)

klassische Psychoanalyse

- frühkindliche Konflikte, die hinter den Symptomen stehen, durcharbeiten
- Ziel: Umstrukturierung der Persönlichkeit, Orientierung am Kernkonflikt, weniger symptomorientiert
- Indikation: Psychoneurosen, Hysterische, phobische, zwangsneurotische, neurotisch-depressive Störungen
- Eher nicht bei Persönlichkeitsstörungen, Angstneurosen psychosomatische Erkrankungen

Psychoanalytische Psychotherapie

- ähnelt der klassischen Analyse, Konzentration liegt nicht so sehr auf unbewussten infantilen Konflikten, sondern mehr auf unbewussten Konflikten und Abkömmlingen
- Ziel: durch strukturelle Veränderungen sollen pathologische Konflikte aufgelöst werden, Symptom- und kernkonfliktorientiert
- Indikation: Borderline, narzisstische Persönlichkeitsstörung, alle Formen der Angstneurose, körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs
- eher nicht bei psychosomatischen Erkrankungen

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

- abgeleitete Konflikte und Manifestationen von Entwicklungsstörungen bearbeitet, die im alltäglichen Leben des Patienten auftauchen, besonders in seinen interpersonellen Beziehungen.
- Ziel: Auf aktuellem Konflikt orientiert weniger auf Kernkonflikt
- Indikation: Bei aktuellem neurotischen Konflikt, der als wesentlich erachtet wird

psychoanalytische Kurztherapie / Fokalthherapie

- aktuelle Konflikte, Behandlungsfokus auf den unbewussten pathogenen Konflikt
- Ziel: Selektiv, fokuserorientiert
- Indikation: Bei einer Hauptklage, einem aktuellen Problem oder wenn von einem fokalen Konflikt ausgegangen werden kann
- Eher nicht bei Sucht, Psychosen, chronifizierten Phobien, Zwängen

Kriterium	Klassische Psychoanalyse	Psychoanalyt. Psychotherapie	Tiefenpsychol. fundierte Psychoth.	Psychoanalytische Kurzpsychoth. (Fokalthherapie)
Dauer	3-5 Jahre, zeitlos	2-5 Jahre, zeitlos	1-2 Jahre	Begrenzt, Monate
Frequenz	3-5 x pro Woche	1-2 x pro Woche	1x pro Woche	1 x pro Woche
Stundenzahl	400-800	100-300	50-100	10-40
Haltung des Therapeuten	Passiv	Eher passiv	Eher aktiv	Eher aktiv
Krankenkasse	3 Liegungen / Woche, bis zu 300 Std. in der Praxis nur geringer Prozentsatz (Kosten für Pat.)	← dito / Sitzungen	Erstantrag 50 Std. Folgeantrag auf Verlängerung 80-100 Std. neben VT am häufigsten angewendet	Bis zu 25 Std.

2. Psychoanalytische Gruppentheorie

- Ambulant und stationär, 1-2 Sitzungen à 1,5 Std. ca. 1-3 Jahre
- 6-10 Mitglieder beiderlei Geschlechts, möglichst homogen (Alter, Herkunft, Therapieerfahrung)
- Interventionen des Therapeuten gehen immer an die ganze Gruppe, z.B. freie Gruppenassoziation
- es entwickeln sich Übertragungen und Widerstände zwischen den Mitgliedern und auf den Therapeuten
- Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse werden ausschließlich gruppenorientiert gedeutet
- Indikation: Psychoneurosen, wichtig ist dass Patient sich auf Gruppe einlassen will

66. Erläutern Sie die Kernannahmen der „Doppel-Bindungs-Theorie“ (13)

double-bind

- eine paradoxe Kommunikationssituation mit ätiologischer Bedeutung für Beziehungs- und Orientierungstraumata und pathogene Entwicklungen
- Diskrepanz zwischen Kommunikation und Metakommunikation
- zusätzlich zu einer unsicheren Bindung (Bindungstrauma) kommt die systematische Verwirrung/Desorientierung hinzu
- Kann der Widerspruch nicht aufgelöst werden, wird zugleich ein zentrales Instrument der Traumabewältigung beschädigt: die Fähigkeit zur Metakommunikation bzw. zur Rekategorisierung traumatischer Informationen
- Die Double-bind-Situation ist der Prototyp des Orientierungstraumas

Beispiel:

Mutter sagt: „Kleiner Teufel, tu das nie wieder!“, averbal signalisiert sie aber: „Du machst mir eine große Freude, wenn du so aggressiv bist (weil du meine nicht ausgelebten Aggressionen für mich auslebst)“

→ Zwickmühle für das Kind → Behinderung für die Entwicklung der sozialen Wahrnehmung und für die Wahrnehmung der Wünsche anderer.

Orientierungstrauma

- Verletzung der angeborenen Orientierungsreaktion
- Die Orientierung erstreckt sich auf basale Kategorien wie freundlich – feindlich, sicher – unsicher, sozial erwünscht – sozial unerwünscht
- Werden diese Schemata systematisch verwirrt, z.B. durch Double-bind-Situationen, so bricht gleichsam die „logische Software des Orientierungsprogramms“ zusammen.
- Viele der Verhaltenskonsequenzen in Experimenten sind als Folge dieser erlernten kognitiven Hilflosigkeit zu verstehen

Bsp. für eine „Double-Bind-Konstellation“ im therapeutischen Setting:

- Ein Selbstbehauptungstraining auf der Basis einer Abhängigkeitsbeziehung zwischen TherapeutInnen und KlientInnen ist kontraindiziert:
- schüchterne, passive, selbstunsichere KlientInnen mit Abhängigkeitswünschen werden brav die Übungsinstruktionen (formal) befolgen, die ihrem Inhalt nach auf Unabhängigkeit zielen.
- Die Double-Bind-Botschaft der TherapeutInnen an die Klientinnen lautet: „Emanzipiere dich von mir, indem du tust, was ich dir sage!“ und lässt keine therapeutische Wirkung erwarten.

67. Erläutern Sie den Zusammenhang von Trauma und künstlerischer Produktion am Beispiel von R. Magritte (11, S. 110 ff.).

René François Ghislain Magritte, belgischer Maler des Surrealismus (1898-1967)

Mutter suizidiert sich als er 14 (12?) ist

Die Hauptaufgabe des Surrealismus war es, herkömmliche Erfahrungs-, Denk- und Sehgewohnheiten, zu erschüttern und Wirklichkeit mit Traum zu vermischen. Dies gelang Magritte, indem er zwar realistische Darstellungen von Gegenständen malte, aber diese durch deren ungewöhnliche Zusammenstellung fremd machte.

Bild 1: „Der Geist der Geometrie“ (1936)

Ein Erwachsener hält ein Kind auf dem Arm. Der Kopf auf dem Erwachsenenkörper ist der eines Kindes und der Kopf des Kindes der einer erwachsenen Frau. Er wirkt wie aufgeblasen, sie zwerger- oder greisenhaft und kindlich hilflos zugleich.

Kompositionsprinzip: nichts ist normal, alles ist umgekehrt

→ Hinweis auf Parentifizierung.

Margrittes Mutter war depressiv und vermutlich auch schizophren. Dadurch war er in seiner Kindheit mit einem bizarren, unverständlichen Verhalten konfrontiert, was paradoxerweise von der ihm vertrauten Mutter ausging. → potentiell traumatische Situation. → Umbau des Selbst- und Weltbildes zum Normalfall, da das Verhalten jederzeit wieder auf ihn einbrechen kann.

Bild 2: „Die Entdeckung“ (1927)

Ein nackter Frauenkörper ist so gemalt, dass das Fleisch nahtlos in gemasertes Holz übergeht. Ein fließender Übergang von Realität, Traum und Phantasie. Der weibliche Körper geht ohne Vorwarnung in ein anderes Material über.

→ Kreativer Ausdruck der sich ständig verändernden, unberechenbaren Mutter (traumatische Erfahrung)

Bild 3: „Träumereien eines einsamen Spaziergängers“ (1926)

Mit dem Bild versetzt Magritte den Betrachter in eine ähnliche Welt wie die seiner Kindheit. Traum (schwebender Leichnam im Wasser) und Wirklichkeit (realistisch gemalte Spaziergänger und die Landschaft) verschwimmen.

→ Versuch, den unfassbaren Selbstmord seiner Mutter zu integrieren und zu bewältigen. Sie ertränkte sich in einem Fluss als er 12 Jahre alt war und er war dabei, als man ihre Leiche aus dem Wasser holte.

68. Charakterisieren Sie die wichtigsten Modellvorstellungen psychosomatischer Störungen.
(16, Kap. 4)

zentrales Problem der Psychosomatik ist das Leib-Seele-Problem

Freud: Konversionsmodell

- Umsetzung seelischer Konflikte in körperliche Phänomene
- Symptom als Kompromiss zwischen bewussten und unbewussten Tendenzen
- Die Störungen haben einen sinnbildlichen Charakter eines Konfliktes (z.B. Armlähmung: ich will gegen niemand die Hand heben)

F. Alexander: Modell krankheitsspezifischer psychodynamischer Konflikte

Unterscheidet 2 psychodynamische Grundmuster

- Konversionssymptome = körperliche Symptome die unbewusst als symbolischer Ausdruck chronischer unerträglicher emotionaler Konflikte entstehen
- Vegetative Neurose (Organneurose) = körperliche Symptome als funktionelle Begleiterscheinung von chronisch unterdrückten emotionalen Spannungen

M. Schur: De- und Resomatisierung

- In Entwicklungs- und Reifungsvorgängen erfolgt Desomatisierung
- Unter bestimmten Umständen ist Desomatisierung umkehrbar, z.B. wenn eine äußere Gefahr nicht mehr mit den frei verfügbaren Energien bewältigt werden kann
- Es erfolgt eine Regression in somatische Reaktionen = Resomatisierung

A. Mitscherlich: zweiphasige Verdrängung

Er nimmt Gleichzeitigkeit leiblicher und seelischer Prozesse an

Erste Phase der Verdrängung:

- Bewältigung chronischer Belastung durch Mobilisierung psychischer Abwehrkräfte mit neurotischer Symptombildung auf Kosten des Ichs
- Kann das eingeengte Ich der Belastung nicht standhalten, folgt

Zweite Phase der Verdrängung:

- Verschiebung in körperliche Abwehrvorgänge
- Ausbildung eines körperlichen Symptoms

Der organischen Symptombildung geht immer der psychische Versuch der Konfliktlösung voraus

Das Alexithymie-Modell der französischen Schule

- Patienten mit psychosomatische Symptomen haben spezifische Persönlichkeitsstruktur
- Patienten sind unfähig, eigene Gefühle wahrzunehmen und mit Worten zu beschreiben

Merkmale:

- Armut in der Beziehung zu seelischen Inhalten und deren sprachliche Ausdrucksfähigkeit
- Mangelhafte Symbolisierungsfähigkeit, Unfähigkeit zu einer echten Übertragungsbeziehung

Lerntheoretisches Konzept

- Psychische Störungen werden als Verhaltensstörungen verstanden, die durch Lernprozesse entstanden sind
- Lernvorgänge werden auch in körperlichen Reaktionen gesehen, wie im autonomen Nervensystem oder endokrinen Bereich
- Empirische Belege, dass auch das Immunsystem konditionierbar ist
- Führt zum konkurrierenden Modell der Verhaltensmedizin

Stressmodell

Stress = Missverhältnis eines äußeren oder inneren Reizes zur Verarbeitungsmöglichkeit

- Allgemeines Anpassungssyndrom (GAS – general adaptive syndrome) von Selye umfasst 3 Phasen:
 1. Alarmreaktion (zunächst abfallen der Leistung)
 2. Widerstand (erhöhte Leistungsfähigkeit)
 3. Erschöpfung (Zusammenbruch)
- Selye unterscheidet Eustress (stimulierende Wirkung) und Distress (schädigende Einfluss)
- Welche Organe von der Schädigung betroffen sind, hält Selye für zufällig je nach vorangegangenen Konditionierungsvorgängen
- Wichtig ist, was subjektiv als Stress erlebt wird, nur in Grenzbereichen der Belastung (existentieller Bedrohung) lässt sich eine wirklich „objektive“ Reizseite ausmachen

Psychoimmunologie

- Befasst sich mit den Wechselwirkungen zwischen seelischem Erleben und der Aktivität des Immunsystems
- Immunität = Fähigkeit des Organismus sich gegen körperfremde Substanzen zu wehren
- In akuten Konfliktsituationen treten oft Infektionskrankheiten auf, z.B. Grippe, die dann je nach Konfliktsituation Männer-, Kindbett-, Hochzeitsgrippe bezeichnet werden

H. Weiner: integratives Modell von Krankheit

Gesundheit = erfolgreiche psychobiologische Anpassung an die Umwelt

Krankheit = Beeinträchtigung, Zusammenbruch der Anpassungsleistung

- Leiden entsteht aus der Diskrepanz zwischen adaptiven Möglichkeiten und den Anforderungen
- Behandlung hat dann die Aufgabe, das adaptive Versagen zu verbessern
- Integratives Modell, berücksichtigt genetische, bakterielle, immunologische, nutritive, entwicklungsbestimmte, psychologische, verhaltensbedingte und soziale Einflüsse

69. Definitionen, Klassifikationen und Funktionen des Suizid. Theorien des Suizids: psychologische, soziologische. Abschätzung der Suizidalität: Präsuizidales Syndrom (nach Ringel), suizidale Risikofaktoren (Risikolisten) nach Pöldinger, Kielholz u.a.. Verlaufsmodell der präsuizidalen Entwicklung nach Pöldinger. Krisenintervention und Umgang mit akut Suizidgefährdeten. Übertragung und Gegenübertragung in suizidalen Krisen. (1, Kap. 6.3.6; 5, Kap. 7)

Suizid: selbst herbeigeführter Tod mit Hinweis (ex-oder implizit), dass die Person sterben wollte
Suizid-Versuch: selbst-verletzendes Verhalten mit nicht tödlichem Ausgang mit Hinweis (ex-oder implizit), dass die Person sterben wollte

- ernsthafte Suizidversuche in BRD: 100.000 bis 150.000
- Etwa jeder zehnte Suizidversuch geht tödlich aus
- 1,3 Prozent aller Todesfälle übersteigt die Anzahl der Verkehrstoten (5.362 Todesopfer im Jahr 2005)
- Die Zahl der Suizidversuche ist bei Frauen weit höher als bei Männern. Die Zahl erfolgreicher Suizidversuche ist jedoch bei Männern deutlich höher als bei Frauen mit weiter steigender Tendenz: Drei Viertel aller erfolgreich Suizid-Begehenden sind Männer
- Die Selbstmorde häufen sich im höheren Alter

Pöldinger: 4 Punkte zur Abschätzung der Suizidalität

- Risikogruppen
- Krisen, Krisenanlässe und -anfälligkeit
- suizidale Entwicklung
- präsuizidales Syndrom

Risikogruppen

- depressive, schizophrene, Borderline-Patienten
- Alkoholiker, Medikamenten- und Drogenabhängige
- Alte und Vereinsamte
- Personen, die durch Suizidankündigungen oder -drohung aufgefallen sind
- Personen, die schon einen Suizidversuch durchgemacht haben

Weitere Risikofaktoren

- Kindheits-Traumata
- Genetische und familiäre Belastungsfaktoren

Die Krise

- ist häufig der Vorläufer der suizidalen Handlung und stellt eine Möglichkeit zur Abschätzung der Suizidalität dar
- Einer der wesentlichsten Gründe für den Selbstmord scheint aber das Nichtreagieren der Umwelt auf eine Krise zu sein
- Wird die Krise nicht gelöst, besteht die Gefahr eines präsuizidalen Syndroms

Präsuizidales Syndrom nach Ringel (1969)

1. Zunehmende Einengung
 - einseitige Ausrichtung der Wahrnehmung, des Verhaltens und der Abwehrmechanismen, v.a. in zwischenmenschlichen Beziehungen
2. Aggressionsstau, Aggressionsumkehr
 - fehlende Aggressionsabfuhr
 - Wendung von Aggression gegen sich selbst
3. Suizidphantasien
 - aktiv intendiert oder passiv sich aufdrängend

Verlaufsmodell der präsuizidalen Entwicklung (Pöldinger)

1. Stadium (Erwägung)

der Selbstmord wird als mögliche Problem- oder Konfliktlösung in Betracht gezogen

2. Stadium (Ambivalenz)

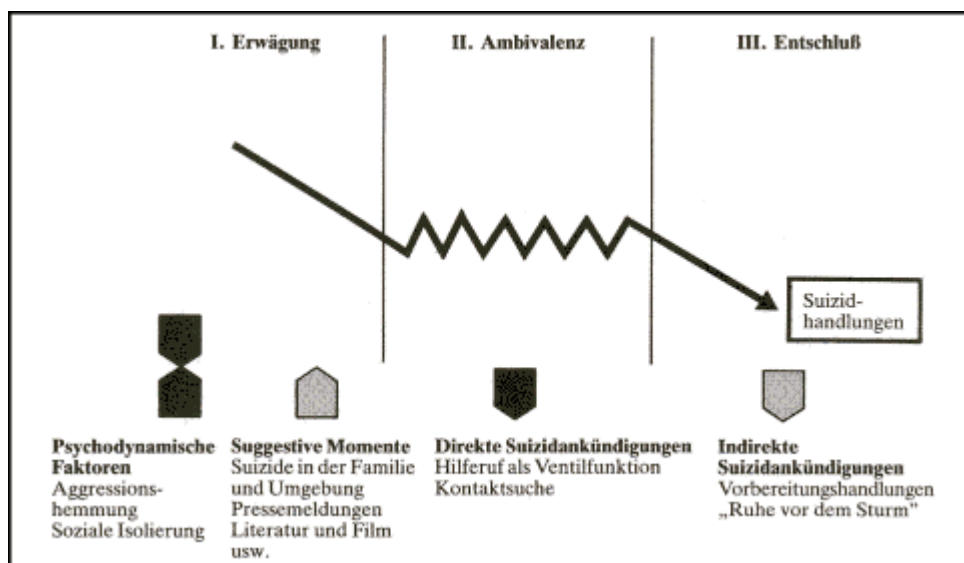
es entwickelt sich ein Kampf zwischen selbsterhaltenden und selbstzerstörerischen Kräften
es kann zu direkten oder indirekten Suizidankündigungen kommen, die als Hilferufe und Kontaktsuche zu interpretieren sind

3. Stadium (Entschluss)

entweder für die Selbstmordhandlung oder für das Weiterleben

Der Umwelt fällt auf, dass sich der Patient "beruhigt" hat und nicht mehr über Selbstmordabsichten spricht

→ Ruhe vor dem Sturm



Krisenintervention

- ernst nehmen, akzeptieren des suizidalen Verhaltens als Notsignal
- Gesprächsmöglichkeit und –atmosphäre schaffen, Aufbau einer tragfähigen Beziehung
- Suizidalität offen und direkt ansprechen
- Bindungen ansprechen/Bezugspersonen einbeziehen, Wiederherstellen der wichtigen Beziehungen
- Gemeinsame Entwicklung alternative Problemlösung für die aktuelle (und für zukünftige) Krisen
- Die Art und Qualität der ersten verbalen wie nichtverbalen Kommunikation am Krankenbett entscheidet wesentlich darüber, ob ein Patient wieder Vertrauen zu der Realität fassen kann

Psychotherapie

- Es liegt eine polarisierte Motivation vor: der Suizidale will nicht mehr leben, der Therapeut will genau das
- Negative Übertragung und Gegenübertragung sind ausgeprägter
- Therapeut kann durch unbewusste Gegenübertragungsgefühle zum Spiegelbild des Suizidalen werden (Gegenübertragungs Krise)

70. Geben Sie Beispiele für potentielle Dysfunktionen der drei Instanzen im psychoanalytischen Persönlichkeitsmodell (Strukturmodell). (20, Kap. 10.2)

Dysfunktion des Es

- die Inhalte des Es können die Person überschwemmen, sodass sie nicht mehr zur Selbststeuerung fähig ist

Dysfunktion des Ich

- wenn das Ich zu schwach ist kann es nicht angemessen zwischen Es und Über-Ich vermitteln
- Ich-Schwäche mit Es-Dominanz führt zur Auslieferung an Triebimpulse
- Ich-Schwäche mit Über-Ich-Dominanz führt zu neurotischen Störungen

Dysfunktion des Über-Ich

- Zu schwaches Über-Ich führt zu Problemen mit Mitmenschen durch zu hemmungslose Bedürfnisbefriedigung (z.B. durch laissez-faire Erziehungsstil), Verhalten richtet sich nach äußeren Repräsentanten von Moral (z.B. Polizeipräsenz)
- Zu starkes Über-Ich verhindert ausreichende Bedürfnisbefriedigung

71. Welche Entwicklungsinhalte und –risiken lassen sich in den einzelnen Phasen des Freud'schen Entwicklungsmodells aufzeigen? Geben Sie konkrete Beispiele. (20, Kap. 10.2)

1. Orale Phase (Bis ca. 1,5 LJ)

- Mund ist erste erogene Zone, Quelle von Lustgewinn

Entwicklungsinhalte

- Aufbau von Urvertrauen in die Welt, durch körperliche Versorgung und liebevolle Zuwendung bei Pfllegetätigkeiten v.a. durch die Mutter
- Kind lernt Befriedigungswerte von Situationen, Dingen, Personen zu nutzen

Entwicklungsrisiken

- V.a. traumatisierende Frustrationen, z.B. abruptes Abstillen, zuwendungsarme Versorgung kann zum Gefühl der Hilflosigkeit und Bedeutungslosigkeit im Erwachsenenalter führen, weil das Kind lernt, dass es z.B. mit Schreien seine Umwelt nicht beeinflussen kann
- Verwöhnung kann zu geringer Frustrationstoleranz führen
- Freud sieht hier Ursprünge für Grundstörungen wie Psychosen

2. Anale Phase (1,5 – 3 LJ)

- Lustorientierung auf Ausscheidungsorgane

Entwicklungsinhalte

- Kind muss lernen, Befriedigung aufzuschieben und Kontrolle über triebhafte Bedürfnisse zu erlangen
- Ausprägung des eigenen Willens, Umgang mit Eigentum, Ordnungssinn

Entwicklungsrisiken

- Zu frühe oder zu brutale Reinlichkeitserziehung führt zu wenig eigener Willenskraft, Kind bleibt Über-Ich-Geboten und Verboten ausgeliefert
- Kann dazu führen, nicht nein sagen zu können, bis hin zu ausgeprägtem Ordnungssinn, Neigung zum Geiz (weil man sich unbewusst Bestimmungsgewalt über Eigentum nicht nehmen lassen will)
- Zwangsneurose

3. Phallische Phase und ödipale Krise (3.-6. LJ)

- Selbststimulation richtet sich auf eigenes Genital als Lustobjekt
- Richtet sich für beide Geschlechter auf den Penis (Penisstolz oder Penisneid)
- Bewältigung der Ödipalen Krise: das gegengeschlechtliche Elternteil ist libidinös besetzt und das Kind muss erfahren, dass es diese Person mit dem anderen gleichgeschlechtlichen Elternteil teilen muss. Durch Identifizierung mit dem Vater gelingt es, die Mutter zu besitzen. Es wird mit Frustrationen und Angst- und Rivalitätsgefühlen konfrontiert

Entwicklungsinhalte

- Kind muss Eintritt in die soziale Realität meistern, nur so kann es Fähigkeit zur Hingabe bei gleichzeitig relativer Unabhängigkeit bei späteren Beziehungen erlangen
- Aufschub der Lustorientierung muss gelernt werden, da gegengeschlechtliches Elternteil als Sexualpartner unerreichbar

Entwicklungsrisiken

- Je weniger Identifikationsmöglichkeit mit gleichgeschlechtlichem Elternteil möglich (z.B. Verlust), desto schwerer können geschlechtsspezifische Persönlichkeitsmerkmale entwickelt werden
- Ebenso wenn sie zum Ersatzpartner des Elternteils gemacht werden
- Später meist Schwierigkeit in Beziehungen Flexibilität zwischen Bindung und Distanz aufzubringen

4. Latenzzeit (6. – 12. LJ)

- Stillstand der sexuellen Entwicklung
- Kind wird fähig, auf Lustbefriedigung zu verzichten, sie auf einen anderen Zeitpunkt zu verschieben oder in andere Energie, wie zum Beispiel in sachliches Interesse, "umzusetzen"
- Libido wird auf sachliche Objekte verschoben
- Wissenserwerb, Versachlichung, daher auch „Latenz“phase

5. Genitale Phase in der Pubertät

verstärktes sexuelles Interesse und Bildung von Partnerbeziehungen, die auf früheren Beziehungserfahrungen aufbauen

72. Welche Gründe bewogen Freud, das topographische Modell zur Instanzenlehre fortzuentwickeln? (14, Kap. 6)

Das topographische Modell

- beruht auf der Annahme, dass sich der seelische Apparat in 3 Orte aufgliedert Bewusst – Vorbewusst – Unbewusst
- Das System Vorbewusstes enthält jene psychischen Inhalte, welche zwar momentan im Bewusstsein nicht präsent sind, aber willentlich abgerufen werden können.
- Das System Unbewusstes besteht aus psychischen Inhalten, welche selbst durch gezielte Konzentration nicht ins Bewusstsein gehoben werden können.

Begründung für Erweiterung in Instanzen

- Freud sah die frühe Topologie als nicht ausreichend konsistent an
- Im topographischen Modell unterschied er einfach Operationsmodi des Bewusstseins
- Die Topologie lässt aber nicht zu, die Psyche als ein in Teilsysteme differenziertes System zu betrachten, weil Bewusstsein, Vorbewusstsein und Unbewusst ja verschiedene Operationsmodi sind, also keine „gemeinsame Sprache“ haben
- Außerdem musste der Widerspruch gelöst werden, dass die Abwehr (weil vorbereusst geleistet) dem Bewusstsein zugänglich sein müsse, Freud nimmt aber eine unbewusste Wirkungsweise der Abwehrmechanismen an
- Lösung: Unbewusst und bewusst sind Qualitäten des Erlebens, nicht mehr Systeme
- Als Steuernde Elemente setzt er die Instanzen ein die nun in einem Gesamtsystem des Erlebens (v.a. in unbewussten Anteilen) gesehen werden
- Er veröffentlichte 1923 („Das Ich und das Es“) die Revision

Das Drei-Instanzen-Modell

Das Es

- ist die Quelle der Triebregungen und im Gegensatz zum Ich und zum Über-Ich gänzlich unbewusst
- unbewusste Triebspannungen und Bedürfnisse, die für den Erhalt des Organismus notwendig sind
- funktioniert nach dem Primärprozess, d.h. Zeitbewusstsein und Realitätskontrolle spielen keine Rolle alles kann trotz Widersprüchen nebeneinander stehen

Das Über-Ich

- ist die moralische Instanz, besteht aus den durch die erzieherischen Einflüsse verinnerlichten Verboten und Geboten und die Moralvorstellungen der Eltern, Umgebung und Kultur
- der größte Teil des Über-Ich ist unbewusst oder vorbereusst

Das Ich

- hat die Funktion zwischen den Anforderungen der verschiedenen Instanzen und der Außenwelt zu vermitteln
- hat die Aufgabe, zwischen Triebimpulsen aus dem Es, den Anforderungen der Umwelt und des Über-Ich zu vermitteln
- dies funktioniert nach dem Sekundärprozess
- Triebe werden nur ausagiert, wenn es die Realität und das Über-Ich zulassen (Realitätsprinzip)

73. Was ist unter „Traumadynamik“ zu verstehen im Unterschied zur Dynamik von Impuls und Abwehr? Ordnen Sie diese pathogenetischen Konzepte den unterschiedlichen Ätiologien psychischer Störungen zu (10, S. 168).

Dynamik Impuls – Abwehr

- Im Individuum befinden sich triebhafte Impulse, die intensiv auf Befriedigung drängen (Spannungsabfuhr)
- es entsteht eine Dynamik zwischen den Instanzen Es, Ich und Über-Ich, die regelt, wann welche Impulse wie befriedigt werden
- Abwehrmechanismen verhindern oder modifizieren die Spannungsabfuhr, z.B. Verdrängen und Verleugnen
- Triebwunsch-Abwehr-Dynamik ist charakteristisch für das neurotische Störungsfeld → im polyätiologischen Modell ist die Übersozialisation der entsprechende Hintergrund

Würde man dieses Modell im Sinne eines „Universalmythos“ sehen dann müsste das Trauma der Erfüllung eines Triebwunsches entsprechen, z.B. „masochistischer“ Natur

→ Dies wird den Opfern von Traumata nicht gerecht

Traumadynamik

- Ist die dynamische Spannung zwischen Traumaschema, das die traumatischen Eindrücke und Erinnerungen im Gedächtnis speichert, und traumakompensatorischem Schema als der Basisstrategie kompensatorischer Selbstschutzmaßnahmen im traumatischen Prozeß.
- Die psychotraumatischen Symptome stellen im Sinn des minimalen kontrollierten Handlungs- bzw. Ausdrucksfelds eine Kompromißbildung zwischen diesen Strukturen/Schemata dar.
- Daher eigene Ätiologie im Modell

74. Welche phasenspezifisch reifen und weniger reifen Formen der Angstabwehr lassen sich unterscheiden? Geben Sie jeweils ein Beispiel. (1, Kap. 2.1)

Abwehrmechanismen sorgen für ein inneres Gleichgewicht und verhindern, dass und sexuelle oder aggressive Triebimpulse bewusst werden, weil dies sonst Ängste auslösen würde
Quelle der Ängste kann das Über-Ich sein (schlechtes Gewissen), die Umwelt (Bestrafung) oder die Gefahr einer Überschwemmung mit Triebansprüchen aus dem Es
phasenspezifisch entwickelt das Kind reife oder weniger reife Formen der Abwehr, die zum Ziel hat, die Angst ins Unbewusste zu verdrängen

Primitive Abwehrmechanismen

Vorformen der Abwehrmechanismen, bevor die Strukturen (v.a. das Ich) richtig ausgebildet sind

Introjektion

- Einverleibung, z.B. das Saugen an der Mutterbrust als erste primitive Abwehrform, weil Hunger beseitigt wird

Projektion

- Erbrechen als primitiver Vorläufer der Projektion
- es dient dazu, unangenehme Gefühle zu eliminieren, auf etwas (später jemanden) zu projizieren

Projektive Identifizierung

- Kombiniertes Abwehrmechanismus
 - Erstrebte Projektion des bösen, aggressiven Selbstbildes gelingt nicht ganz
 - Projizierende Person identifiziert sich mit dem Objekt der Projektion
- Borderline-Patienten

Spaltung und Fragmentierung

- Unreife Organisation in der gute und böse Objektaspekte noch nicht integriert werden können
- Wenn einzelne Teile wieder aufgespalten werden → Fragmentierung

Reifere Abwehrmechanismen

Verschiebung

- Bedrohlichkeit einer Vorstellung oder Wünsche werden auf andere Personen (oder ein Objekt) verschoben
- Bsp.: Vater schenkt Sohn eine Eisenbahn, er verschiebt seinen (peinlichen) Wunsch als erwachsener Mann zu spielen auf den Sohn
- Bsp.: Phobien

Intellektualisierung

- Vermeidung beunruhigender emotionaler Gegenstände durch rationale Erklärung
- Bsp.: Ich bin schon zu alt für Naschereien

Affektualisierung

- Durch emotionale Dramatisierung wird abzuwehrender Gegenstand verschleiert

Rationalisierung

- Abzuwehrender Gegenstand wird durch Scheinmotive gerechtfertigt, scheinbar vernünftige Erklärungen finden
- Bsp.: Schokoladencreme als Brotaufstrich wird von Mutter gutgeheißen wegen Vorsorge gegen Eisenmangel, abgewehrt wird Angst vor möglichen Wutanfällen des Kindes

Affektisolierung

- Inhalt bleibt bewusst, Affekt wird ins unbewusste verdrängt
- Bsp.: Frau muss als Kind ihren Teddy verschenken, um das Teilen zu lernen, sie erzählt davon aber völlig emotionslos, den Wutausbruch, den sie nicht haben durfte hat sie von dem Ereignis als solchem isoliert

Reaktionsbildung

- Angsterzeugende Impulse werden in entgegengesetzte Tendenz abgewehrt
- Bsp.: Ein Mann fühlt sich unsicher, Kontakt zu Frauen aufzunehmen, genau deswegen sucht er dauernd Kontakt zu Frauen, um die bedrohlichen Ängste (kein Mann zu sein) abzuwehren

Verleugnung

- Bedrohliche äußerliche Tatsachen werden vom Bewusstsein ausgeschlossen
- Bsp.: lebensgefährlich kranke Person, die Schwere nicht sieht, um psychisch stabil zu bleiben

Verdrängung

- Inhalt und Affekt werden ins Unbewusste gedrängt
- Allgemeinsten und wirksamster Mechanismus

Sublimierung

- Triebwunsch wird aufgeschoben, Triebenergie auf ein höheres sozial akzeptiertes Ziel gelenkt
- Sublimierung ist auch wichtige Voraussetzung, dass Menschen überhaupt zusammen leben können

Bagatellisierung

- Bsp.: Eltern leugnen nicht, dass Sohn trinkt, halten dies aber für einen „Trend“ bei den Jugendlichen

Identifikation

- Bsp.: Erziehungsmethoden der Eltern gutheißen, auch wenn man als Kind Todesangst vor der Prügeln des Vaters hatte, sagt man heute, dass einem diese Erziehung gut getan hat

Projektion

- Eigene Vorstellungen mit Misstrauen, Angst und Vorurteilen werden anderen Menschen zugewiesen
- Bsp.: Patient hat das Gefühl, dass Therapeut ungeduldig mit Therapieerfolg ist, er wehrt Angst vor Unzufriedenheit mit sich selbst ab, weil er nur Erfolge zulassen kann

Regression

- Zurückfallen auf überwundene Entwicklungsstufe
- Bsp.: eine Frau kann nicht bewusst ausspannen. In ihren Kopfschmerzen regrediert sie unbewusst auf Lösungsmuster als Kind, welches bei Krankheit Aufmerksamkeit und Rücksichtnahme erfährt
- Bsp.: Kind das wieder Einnässt, wenn Geschwister geboren wird

Widerstand

- In der therapeutischen Beziehung die Kraft, welche die Verdrängung aufrecht erhält
- Gleichzeitig Empfinden des Therapeuten

75. Wie lassen sich Abwehr- und Copingmechanismen unterscheiden? Unter welchem Oberbegriff können sie zusammengefasst werden? (13)

- Abwehrmechanismen zielen auf Erhalt des inneren Gleichgewichtes ab, was auf biologisches, psychisches und soziales System gerichtet ist
- Abwehrmechanismen sind Kontrolloperationen, die auf die interne Selbsterhaltung und Stabilisierung psychischer, somatischer oder sozialer Systeme gerichtet sind
- Wichtigste Abwehrmechanismen sind Verdrängung, Verleugnung, Regression, Sublimierung, Reaktionsbildung, Projektion, Rationalisierung und Isolierung

- Copingmechanismen setzen in Konfrontation mit Situationen ein, die keine einfache Lösung zulassen, z.B. Stress
- Coping zielt darauf ab, die äußere Problemsituation zu bewältigen, im Sinne einer Anpassung
- Es sind jeweils verschiedene Copingstile geeignet
 1. Instrumentelles Coping
Ist auf die Problemlösung gerichtet im Rahmen des pragmatischen Realitätsprinzips
 2. Expressives Coping
Versuch, tiefe Gefühle mitzuteilen, dem kommunikativen Realitätsprinzip zuzuordnen
 3. Kognitive Restrukturierung
Bedeutung einer Situation ändern ohne sie objektiv zu verändern: Positiv, wenn Individuum sich um besseres Verständnis und Erklärung der traumatischen Lage bemüht, negativ, wenn Wahrnehmung der Situation und deren Bewertung verleugnet und verzerrt wird
 4. Resilient Coping
Flexibles Coping
Ideale Art mit einem breiten Spektrum an Kontrollstrategien mit realistischer Wahrnehmung, Bewertung und Lösungsstrategien je nach den sich ändernden Situationsfaktoren

Zusammenfassung unter dem Begriff der Anpassungsmechanismen
Beide Strategien versuchen ein System wieder in ein Gleichgewicht zu bringen

76. Worin unterscheiden sich psychotraumatische bzw. psychotraumatologische Abwehr von den klassischen Abwehrmechanismen in der Psychoanalyse? Welche sind Ihnen bekannt? (13)

Psychotraumatologische Abwehr

richtet sich gegen die Kenntnisnahme von fremder Traumatisierung bzw. gegen eigene sekundäre Traumatisierung

- Wozu: Ziel der Abwehr ist die Bewahrung eines illusionären Sicherheitsgefühls
- Was: Abgewehrt wird die Erschütterung und Bedrohung eines sicheren Selbst- und Weltverständnisses mit internaler Kontrollüberzeugung
- Wie: Mechanismen der Dissonanzreduktion, gleichzeitig können Triebimpulse befriedigt werden (z.B. durch Identifikation mit dem Täter)

psychotraumatische Abwehr

Notfallreaktion in traumatischer Situation

- Wozu: Ziel ist, das Selbst in einer bedrohlichen, hilflosen Situation vor Fragmentierung bewahren
- Was: psychischer „Tod“ des Selbst wird abgewehrt
- Wie: katatonoider Starre, panikartiger Bewegungsturm, Dissoziation, Depersonalisation, Derealisation

Klassische Abwehrmechanismen

- Wozu: Ziel ist psychisches System von übermäßigen Spannungen zu befreien
- Was: abgewehrt werden unakzeptable Triebwünsche
- Wie: Abwehrmechanismen: Verdrängung, Verleugnung, Regression, Sublimierung, Reaktionsbildung, Projektion, Rationalisierung und Isolierung

Verschiebung

- Bedrohlichkeit einer Vorstellung oder Wünsche werden auf andere Personen (oder ein Objekt) verschoben
- Bsp.: Vater schenkt Sohn eine Eisenbahn, er verschiebt seinen (peinlichen) Wunsch als erwachsener Mann zu spielen auf den Sohn
- Bsp.: Phobien

Intellektualisierung

- Vermeidung beunruhigender emotionaler Gegenstände durch rationale Erklärung
- Bsp.: Ich bin schon zu alt für Naschereien

Affektualisierung

- Durch emotionale Dramatisierung wird abzuwehrender Gegenstand verschleiert

Rationalisierung

- Abzuwehrender Gegenstand wird durch Scheinmotive gerechtfertigt, scheinbar vernünftige Erklärungen finden
- Bsp.: Schokoladencreme als Brotaufstrich wird von Mutter gutgeheißen wegen Vorsorge gegen Eisenmangel, abgewehrt wird Angst vor möglichen Wutanfällen des Kindes

Affektisolierung

- Inhalt bleibt bewusst, Affekt wird ins unbewusste verdrängt
- Bsp.: Frau muss als Kind ihren Teddy verschenken, um das Teilen zu lernen, sie erzählt davon aber völlig emotionslos, den Wutausbruch, den sie nicht haben durfte hat sie von dem Ereignis als solchem isoliert

Reaktionsbildung

- Angsterzeugende Impulse werden in entgegengesetzte Tendenz abgewehrt
- Bsp.: Ein Mann fühlt sich unsicher, Kontakt zu Frauen aufzunehmen, genau deswegen sucht er dauernd Kontakt zu Frauen, um die bedrohlichen Ängste (kein Mann zu sein) abzuwehren

Verleugnung

- Bedrohliche äußerliche Tatsachen werden vom Bewusstsein ausgeschlossen
- Bsp.: lebensgefährlich kranke Person, die Schwere nicht sieht, um psychisch stabil zu bleiben

Verdrängung

- Inhalt und Affekt werden ins Unbewusste gedrängt
- Allgemeinster und wirksamster Mechanismus

Sublimierung

- Triebwunsch wird aufgeschoben, Triebenergie auf ein höheres sozial akzeptiertes Ziel gelenkt
- Sublimierung ist auch wichtige Voraussetzung, dass Menschen überhaupt zusammen leben können

Bagatellisierung

- Bsp.: Eltern leugnen nicht, dass Sohn trinkt, halten dies aber für einen „Trend“ bei den Jugendlichen

Identifikation

- Bsp.: Erziehungsmethoden der Eltern gutheißen, auch wenn man als Kind Todesangst vor der Prügel des Vaters hatte, sagt man heute, dass einem diese Erziehung gut getan hat

Projektion

- Eigene Vorstellungen mit Misstrauen, Angst und Vorurteilen werden anderen Menschen zugewiesen
- Bsp.: Patient hat das Gefühl, dass Therapeut ungeduldig mit Therapieerfolg ist, er wehrt Angst vor Unzufriedenheit mit sich selbst ab, weil er nur Erfolge zulassen kann

Regression

- Zurückfallen auf überwundene Entwicklungsstufe
- Bsp.: eine Frau kann nicht bewusst ausspannen. In ihren Kopfschmerzen regrediert sie unbewusst auf Lösungsmuster als Kind, welches bei Krankheit Aufmerksamkeit und Rücksichtnahme erfährt
- Bsp.: Kind das wieder Einnässt, wenn Geschwister geboren wird

Widerstand

- In der therapeutischen Beziehung die Kraft, welche die Verdrängung aufrecht erhält
- Gleichzeitig Empfinden des Therapeuten

77. Welche Charakterprägungen ergeben sich während der einzelnen von der Psychoanalyse unterschiedenen Entwicklungsphasen? Legen Sie das Modell von Erikson zugrunde. (2, Kap. 5.3)

Erikson legt lebenslangen Entwicklungsprozess der personalen Identität zugrunde
 Unterscheidet 8 Phasen, in denen spezifische Krisen und Konflikte bewältigt werden müssen
 Die Altersangaben sind Richtwerte und nicht absolut zu sehen
 Die Stufenfolge ist dabei unumkehrbar und universal, die vorangegangenen Phasen bilden das Fundament für die kommenden

Phase	Themen der Krisenentwicklung	Bei optimaler Entwicklung wird gefördert
Oral-sensorisch (0-1 Jahr)	Urvertrauen gegen Misstrauen	Hoffnung
Muskulär-anal (1-2Jahre)	Autonomie gegen Scham und Zweifel	Willenskraft
Lokomotorisch-genital (3-6 Jahre)	Initiative gegen Schuldgefühl	Zweckhaftigkeit
Latenz (6-14 Jahre)	Leistung gegen Minderwertigkeitsgefühl	Können
Pubertät und Adoleszenz (14-25 Jahre)	Identität gegen Rollenkonfusion	Treue
Frühes Erwachsenenalter (25-35 Jahre)	Intimität gegen Isolierung	Liebe
Erwachsenenalter (35-45 Jahre)	Zeugungsfähigkeit gegen Stagnation	Fürsorge
Reife (ab 45 Jahre)	Ich-Integrität gegen Verzweiflung	Weisheit

78. Burnout in Helferberufen. Schildern Sie am Beispiel der Krankenpflege das Syndrom und präventive Möglichkeiten (22)

Burnout = ausgebrannt

- Erschöpfungszustand mit folgender Trias:
 - o Emotionale Erschöpfung, sich durch den Kontakt mit Klienten ausgelaugt fühlen
 - o Entpersönlichung, gefühlloser gleichgültiger Umgang mit der Zielgruppe, teilweise zynisch
 - o Reduziertes Kompetenzgefühl, negative Selbsteinschätzung, kein Erfolgserlebnis
- Kommt v.a. in Berufen vor, in denen mit Menschen gearbeitet wird
- Speziell in medizinischen Berufen ist man vielen Situationen ausgesetzt, die potentiell traumatisch sein können, z.B. entstellte Körper, Hilflosigkeit bei lebensbedrohlicher Lage des Patienten
- Burnout kann als ein Extremfall schlechter Kompensation verstanden werden
- Burnout als kumulative Traumatisierung: Erholungsphase wird immer wieder unterbrochen, sodass es zu eine immer stärkeren Dauerbelastung kommt

Bedingungen und Prävention von Burnout speziell in Pflegeberufen

Institutionelle Bedingungen	
Belastungen	Prävention
<ul style="list-style-type: none"> - Zeitdruck, Verantwortlichkeitsdruck - Gleichzeitig Zielkonflikte und Rollenunsicherheit - Geringe Klarheit der Aufgaben - Mangelhafte Partizipation am Entscheidungsprozess 	<ul style="list-style-type: none"> - Abgrenzung und Professionalisierung des Pflegeberufs - Pflegeziele festlegen, Pflegeprozess planen, Ergebnisse kontrollieren - Gleichberechtigter Status zu Ärzten und Verwaltung
Interpersonelle Faktoren	
Belastungen	Prävention
<ul style="list-style-type: none"> - Ausschließliche Konzentration auf Krankheit des Patienten - Betreuung Schwerkranker oft aussichtslos, kein positives Feedback, fehlgeschlagene Hilfeleistung - Nähe-Distanz-Problem bei Intensivmedizin-Patienten - Gefahr der sekundären Traumatisierung (primäre Traumatisierung bei Pat. Durch Diagnose) - Zynismus-Spirale immer gefühlskälterer, unhöflicher, und verächtlicher Umgang 	<ul style="list-style-type: none"> - Schutz der Helfer ist wichtig - Berufsbegleitende Supervision zur Struktur der Helfer-Klient-Beziehung, z.B. nach Balint - Verbesserung der Interaktionskompetenz - Kritisch angeleitete Selbstreflexion - Eigene psychotraumatische Gefährdung bewusst machen, Auseinandersetzung mit eigenem Tod - Wer sich in der Lage fühlt eine schwere Diagnose mitzuteilen, sollte auch bereit sein, den Patienten auch begleiten wolle
Persönlichkeitsbezogene Faktoren	
Belastungen	Prävention
<ul style="list-style-type: none"> - Höhere neurotische Tendenz - Höhere Isolationstendenz - Niedrigere Frustrationstoleranz - Insgesamt gekennzeichnet durch mangelnde Selbstachtung, Ängstlichkeit, externe Kontrollüberzeugung, Bedürfnis nach positiver Wertschätzung 	<ul style="list-style-type: none"> - Stärkung der Selbstbehauptung und Abgrenzung - Fähigkeit nein zu sagen stärken - Klares Organisationskonzept - Förderung von Selbstwahrnehmung und Introspektion

79. Erläutern Sie die wichtigsten Annahmen des „Dialektischen Veränderungsmodells“ in Psychotherapie und Psychoanalyse (12, S. 67-51). Wie ist „Einsicht“ in den verschiedenen Phasen des Veränderungsmodells definiert und welche Beziehungen zur „genetischen Erkenntnistheorie“ Piagets ergeben sich dabei? (vgl. auch 11, S. 98 ff.)

„naive“ Dialektik

die natürliche Fähigkeit des Menschen, sich in einem gegensätzlichen Spannungsfeld zu orientieren, z.B. Nähe-Distanz, Innen-Außen, freundlich-feindlich

wissenschaftliche Dialektik seit HEGEL

systematischen Zusammenhang der gegensätzlichen Begriffe aufzeigen und damit Irrtümer korrigieren, in die ein vordialektisches, formales Denken führt, z.B. die traditionelle Spaltung zwischen Subjektivismus und Objektivismus

Entwicklungsprozesse werden in der Dialektik aus Gegensätzen heraus begriffen, diese Gegensätze heben sich im Zuge der Entwicklung auf durch

- Auflösen des Gegensatzes (tollere)
- Aufbewahren (conservare)
- Überschreiten bzw. Emporheben des Gegensatzes (elevare)

Gelingende Therapieverläufe lassen wesentlich einen dialektischen und gestalthaften Ablauf von Dekonstruktion, Konstruktion und Rekonstruktion kognitiv-emotionaler Schemata erkennen

Veränderung und Entwicklung findet durch die Verarbeitung von Widersprüchen statt
Dialektische Psychotherapie zielt auf Einsicht im Sinn einer kreativen Selbstüberschreitung
Trauma-Verarbeitungsprozess:

Phase 1: Arbeitsbündnis (mit dem nicht-neurotischen Anteil des Ich)

Stabilisierung des Patienten und Vermittlung von Sicherheit

Einsichtstyp des Patienten:

Präreflexive und Reflexive Selbstbeobachtung

Phase 2: Übertragungsbeziehung

➔ Ergibt sich daraus die „optimale Differenz“, subjektiv aus der Sicht der Patienten gesehen, kommt es zu den folgenden Phasen:

Einsichtstyp des Patienten:

Präreflexive Selbstbeobachtung

Phase 3: Dekonstruktion

der Therapeut gibt einen Anstoß zur Veränderung

Einsichtstyp des Patienten:

- Realitätsorientierte Einsicht:
die Fehlerquelle wird gesucht. Die subjektive Deutung der Situation wird als „falsch“ verstanden.
- Reflexive Selbstbeobachtung:
Einsicht in die dynamischen Widersprüche des Übertragungsschemas auf dem jeweiligen genetischen Niveau des Schemas (d. h. der Patient sieht ein, dass sein Verhalten auf einer frühen Phase seiner kindlichen Entwicklung beruht.

Phase 4a: Konstruktion Phase 4b: Rekonstruktion:

Das bisher wirksame pathogene Beziehungs- und Erlebnismuster wird von dem erreichten Wissensstand der Konstruktionsphase her aufgearbeitet, der Analysand zieht gewissermaßen die „Konsequenzen“ aus Phase 3

Einsichtstyp des Patienten Phase 4a

Emotionales Begreifen, Neubeginn

Einsichtstyp des Patienten Phase 4b

Die „irrationale“ Komponente wird jetzt wieder versucht aktiv einzubinden von einem Widerspruchserlebnis ausgehend greift der Patient auf Gefühle und Phantasien zurück, die mit dem Konflikt assoziiert sind, um zu einer affektiv-kognitiven Lösung im Zusammenhang der bisherigen lebensgeschichtlichen Erfahrungen zu kommen

80. Welche Probleme ergeben sich bei der Therapie dissozialer Persönlichkeitsstörungen? (1)

Symptome

- Neigung zu delinquentem und deviantem Verhalten
- Mangel an Empathie, Gefühlskälte, fehlende Schuld, Reue, Angstfreiheit, Impulsivität
- Missachten Wünsche, Rechte, Gefühle von Mitmenschen
- Oft Substanzmissbrauch (nicht verwechseln mit antisozialem Verhalten in Zusammenhang mit Sucht → Stoff beschaffen)
- Im Sinne der Theorie der Psychopathie rücken neben dem dissozialen Lebensstil Auffälligkeiten in der Emotionalität im Sinne einer hohen Angsttoleranz, emotionale Unberührtheit, mangelhafte emotionale Hemmung aggressiver Impulse in den Vordergrund (Buch: Was ich liebte, Siri Hustvedt)
- Nicht mit wiederholt straffälligen oder Berufskriminellen zu verwechseln, Abgrenzung durch Persönlichkeitsmerkmale

Ätiopathogenese

- Sensation-Seeking-Verhalten im Kleinkindalter
- Frühe Furchtlosigkeit, erhöhte Impulsivität, geringe Konditionierbarkeit durch Angst
- Kaum passives Vermeidungsverhalten
- Störungen im präfrontalen und v.a. orbitofrontalen Cortex
- Instabile Familienstrukturen, elterliche Gewalt, fehlende Identifikationsfiguren, strenger Erziehungsstil

Schwierigkeiten in der Therapie

- Bis heute keine nennenswerten Therapieerfolge
- Lügen, kein Interesse an Gefühlen anderer, kein Bewusstsein für unmoralische Handlungen, emotionale Gleichgültigkeit
- Grundlagen für Beziehungsaufbau und –gestaltung fehlen
→ beziehungsorientierte Therapien wenig erfolgversprechend, ebenso alle Formen, die auf Entwicklung von Mitgefühl, Gewissen etc. abzielen
- Am ehesten positive Effekte bei multimodalen, gut strukturierten Behandlungsprogrammen mit verhaltenstherapeutischen und kognitiven Elementen
- v.a. Verhaltens- und Situationsanalyse, um Risikokonstellationen zu identifizieren und Selbstkontrollmechanismen zu erwerben
- schrittweises Lernen, sich selbst zu beobachten und Stimuli zu erkennen
- ggfs. ressourcenorientiert bei Jugendlichen solche Berufe finden, die sensation-seeking-freundlich sind und Quellen eines positiven Selbstbildes sind

81. Erläutern Sie die „Basisinterventionslinie“ der MPTT an einem klinischen Beispiel (9)

Parallelogramm der Kräfte der Psychodynamik des Traumas für den individuellen Fall „ausfüllen“

- Traumaschema als unterbrochenes Wahrnehmungs- und Handlungsschema
- traumakompensatorisches Schema
 - o reparativer Anteil
 - o präventiver Teil
 - o ätiologischer Anteil
- minimales Ausdrucks- und Handlungsfeld (dem Symptom) als Kompromiss zwischen diesen beiden Kräften

Basisinterventionslinie zielt darauf ab, das TKS zu stärken und zu differenzieren, anknüpfend zumeist an die präventive Komponente und den persönlichkeitsstypischen Kontrollstil

Diese therapeutische Leitlinie wird nach jeder weiteren Therapiestunde bzw. nach geeigneten Therapieabschnitten weiterentwickelt bzw. modifiziert.

Beispiel:

Patientin, die am Arbeitsplatz bereits 3 Mal von Bankräubern überfallen wurde

Beim dritten Überfall bemerkt sie die Anzeichen des Überfalls schon bevor sie den Arbeitsplatz betritt und ruft die Polizei

- Präventives Teilschema: erhöhte Wachsamkeit und enger Kontakt zum Mann
- Reparative Strategie: sich in die Arbeit stürzen, was aber wieder zu weiterer Überspannung und Schlaflosigkeit geführt hat
- Ätiologisch bedeutsam: Enttäuschung über die mangelnde spontane Reaktion der Polizei, die ihr bei dem Anruf erst keinen Glauben schenken wollte, so hatte wohl gerade ihre Selbstbeherrschung (die sie als Prinzip hoch hält) bei der Polizei zu der Einschätzung geführt, die Gefahr wäre nicht zu gravierend, d.h. Patientin war erschüttert in ihrem Vertrauen in die eigene Kommunikations- und Ausdrucksfähigkeit → ich kann meiner Wahrnehmung nicht trauen

z.B. wurde eine Entspannungsübung an Sitzungsende vorgeschlagen mit den Worten „Wer immer so aufmerksam und wachsam ist, kann sich eine Entspannung in einer Situation, die keine Bedrohung ist, verdientermaßen entspannen“

dies wurde aber von der Patientin abgelehnt und die Therapeutin unterstützte diese Entscheidung mit den Worten „Es ist ja auch eine unsichere Situation, weil sie ja mit einer fremden Person zusammen sind“

82. Welche Tipps zur Selbsthilfe nach traumatischen Ereignissen sind Ihnen bekannt? (8)

- Für Sicherheit und Ruhe sorgen
- Ausruhen und Erregung abklingen lassen
- An hilfreiche Gewohnheiten anknüpfen: Alles unternehmen, was je half sich zu beruhigen
- Über das Trauma reden
- Bewegung
- Auf Ernährung achten
- Alkohol, Drogen vermeiden
- Beratung in Anspruch nehmen

I Distanzierungs- und Selbstberuhigungsübung

1. An Erfolge denken: ggfs. Liste aufschreiben
2. Atemübungen: Tief ein- und ausatmen
3. Hilfreiche Gedanken und Vorstellungsbilder
4. Tagesrituale, Tagebuchschreiben, Notizbuch anlegen

II Auf den Körper achten

Übungen zur Muskelentspannung, bewusst locker lassen, z.B. PMR

III Den Kopf reinigen und den Traumafilm stoppen

1. Die „Trauma wegpacken“-Übung
Videofilm vorstellen, Schmerz Farbe und Form geben, Bild kleiner werden lassen, Ausschalten und Kassette in den Safe packen.
2. Die „Trauma-Film-stoppen“-Übung
Gleich wie oben. Standbilder von vor oder nach dem Ereignis so lange ansehen, bis sie erträglich sind, dann in den Safe packen.
3. Die „Sicherer-Ort“ Übung
Vorstellung eines sicheren Ortes mit Farben, Gerüchen, Geschmack usw.
Wirkung: Kindliche Phantasie als Schutz anregen
4. Die „Ablenkung durch Rechnen-Übung“
An ein unangenehmes Ereignis mittleren Schweregrades denken und alles ausmalen. Dann lange Rechenaufgaben ausführen
5. Die „Sinnlosigkeitsübung“
Aus dem Zen-Buddhismus: sinnloses Wort mit drei Silben während einer erfolgreichen Entspannungsübung dauernd laut aussprechen
6. Die Lichtstrom-Übung → Placeboeffekt durch eine vorgestellte Farbe
7. Die Schmerzwaage-Übung → Mobilisierung körpereigener schmerzstillender Mittel

IV Selbstschutzmaßnahmen kennen lernen und unterstützen

Erst sinnvoll, wenn bereits eine gewisse Distanz aufgebaut wurde.

V Die Welt wieder sehen lernen

1. „Landschaftsgemälde sehen“-Übung
Ganzheitliches Gestaltsehen der Naturlandschaft während man in ihr spaziert. Körper wird wieder im Zentrum gesehen.
2. „Rhythmische Augenbewegungen“-Übung
Augen von links nach rechts bewegen während man sich leicht bis mittel stresserregende Bilder (nicht aus dem Trauma) vorstellt.

83. Welche Probleme ergeben sich bei der Therapie narzisstischer Störungen? (1)

Symptome

- Nicht in ICD-10 enthalten, aber in DSM IV
- Gefühle von Großartigkeit, Überlegenheit und strotzendem Selbstbewusstsein mit brüchigem Selbstwertgefühl im Hintergrund
- Glaube besonders einzigartig zu sein aber gleichzeitig verletzbar, überanfällig für Kritik
- Starkes Bedürfnis nach Anerkennung und Bewunderung, selbstherrliche Inszenierung
- Mangelnde Empathie, Egoismus, ausbeuterisch
- Häufig werden Leistungsüberprüfungen vermieden
- Flucht in Phantasien grenzenlosen Erfolges
- Depressive Krisen, teilweise mit Suizidalität bei Zurückweisung, Versagen, Verlieren in kompetitiven Situationen, bei Konfrontation mit eigenen Leistungsgrenzen

Probleme in der Therapie

In der Therapie muss der Patient mit seinen „negativen Seiten“ (Egoismus, mangelnde Empathie) konfrontiert werden, aber genau das löst ja eine Krise bei ihm aus

- Narzisstische Persönlichkeiten werten andere vernichtend ab, Beziehungsaufbau schwierig
- Empathische und respektvolle Haltung entgegenbringen
- Wegen des geringen Selbstwertes direkt zu Beginn positive Ressourcen erkennen und fördern
- Sowohl aggressiven Entwertungen als auch unreflektierten Idealisierungen Grenzen setzen
- Dialektischer Ansatz zwischen kritischer Rückmeldung und Wertschätzung ist eine Gradwanderung und erfordert viel Sensibilität

- Analyse aktueller Beziehungsschwierigkeiten, bei der Patient mit seiner mangelnden Empathie etc. konfrontiert werden kann
- Fixierte kognitive Schemata (verzerrtes Selbstbild) bearbeiten
- Ggfs. begleitende Behandlung mit Antidepressiva z.B. bei Suizidalität
- Wahrnehmung primär auf Lob/Tadel gerichtet, versucht verletzende Informationen zu vermeiden
- Problem die Grenze festzusetzen, auf was ein Patient tatsächlich stolz sein darf, es könnte ja sein, dass es manche Punkte gibt, die er tatsächlich total gut kann

84. Welche Selbsthilfe-Übungen können traumatisierte Personen durchführen und wie ist deren hypothetischer Wirkmechanismus jeweils zu verstehen? (8)

I Distanzierungs- und Selbstberuhigungsübung

1. An Erfolge denken
Mit Hilfe einer Liste.
Wirkung: Unterbrechung des Gefühls, in der traum. Sit. Versagt zu haben
2. Atemübungen
Tief ein- und ausatmen. Nicht für Menschen mit Herz-Lungen-Kreislaufproblemen oder psychiatrisch Kranke
Wirkung: Senkung der Erregung
3. Hilfreiche Gedanken und Vorstellungsbilder
Wirkung: Selbsttröstung (um die Eltern zu ersetzen)
4. Tagesrituale, Tagebuchschriften, Notizbuch anlegen
Ab 14 Tage nach dem Trauma.
Wirkung: Wiederaufbau der Weltordnung

II Auf den Körper achten

Übungen zur Muskelentspannung

Wirkung: Lockerung der durch die unterbrochene Handlung verspannten Muskeln

1. Myoreflextherapie nach Mosetter: Druckpunktmassage
2. Progressive Muskelentspannung: Anspannung und Entspannung einzelner Muskeln
3. Bewegungen in Zeitlupe

III Den Kopf reinigen und den Traumafilm stoppen

1. Die „Trauma wegpacken“-Übung
Vorstellungsübung: Videofilm vorstellen, Schmerz Farbe und Form geben, Bild kleiner werden lassen, Ausschalten und Kassette in den Safe packen.
Wirkung: Distanz und Kontrolle
2. Die „Trauma-Film-stoppen“-Übung
Gleich wie oben. Standbilder von vor oder nach dem Ereignis so lange ansehen, bis sie erträglich sind, dann in den Safe packen.
Wirkung: Gewöhnung an bedrohliche Situationen
3. Die „Sicherer-Ort“ Übung
Vorstellung eines sicheren Ortes mit Farben, Gerüchen, Geschmack usw.
Wirkung: Kindliche Phantasie als Schutz anregen
4. Die „Ablenkung durch Rechnen-Übung“
An ein unangenehmes Ereignis mittleren Schweregrades denken und alles ausmalen. Dann lange Rechenaufgaben ausführen
Wirkung: Ablenkung für Personen mit schlechtem Vorstellungsvermögen
5. Die „Sinnlosigkeitsübung“
Aus dem Zen-Buddhismus: sinnloses Wort mit drei Silben während einer erfolgreichen Entspannungsübung dauernd laut aussprechen

Wirkung: Verdrängung negativer Gedanken, Versperrung von Seitenwegen → Gehirn aus, Körperwahrnehmung besser. Hilft beim Einschlafen

6. Die Lichtstrom-Übung → Placeboeffekt durch eine vorgestellte Farbe
7. Die Schmerzwaage-Übung → Mobilisierung körpereigener schmerzstillender Mittel

IV Selbstschutzmaßnahmen kennen lernen und unterstützen

Erst sinnvoll, wenn bereits eine gewisse Distanz aufgebaut wurde.

V Die Welt wieder sehen lernen

1. „Landschaftsgemälde sehen“-Übung
Ganzheitliches Gestaltsehen der Naturlandschaft während man in ihr spaziert. Körper wird wieder im Zentrum gesehen.
Wirkung: Aktivität der rechten Gehirnhälfte überwiegt, wie beim Trauma. Verbindung zwischen rechter und linker Hälfte
2. „Rhythmische Augenbewegungen“-Übung
Augen von links nach rechts bewegen während man sich leicht bis mittel stresserregende Bilder (nicht aus dem Trauma) vorstellt.
Wirkung: Bilder verlieren gefühlsmäßige Ladung, Beruhigung.

85. Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. Schildern Sie einige Arbeitsprinzipien der MPTT (23)

Orientierung an

- Traumatischer Situation
- Entwicklungsstand des Kindes
- Ressourcen des sozialen Umfeldes

Speziell

- Kinder sind stärker abhängig: zusätzliche Erfassung von Belastungsfaktoren auch für unmittelbare Bezugspersonen.
 - Differenzierung eines unterstützenden von einem belastenden sozialen Umfeld
- Nicht nur die traumatisch unterbrochene Handlung, auch der unterbrochene Entwicklungsprozess muss wieder in Gang kommen
- Das Beziehungstrauma ist hier von besonderer Bedeutung
- Kinder drücken sich oft besser im Spiel, in Inszenierungen, gemalten Bildergeschichten o. Ä. aus

Bezugspersonen

- Psychoedukation über Traumamechanismen zuerst bei den Bezugspersonen, dann erst bei den Kindern
- Die TKS der Bezugspersonen müssen berücksichtigt werden. Diese können sich gegenseitig unterstützen aber auch gegeneinander arbeiten
- Auch die Traumata der Bezugspersonen müssen bearbeitet werden, da sie ansonsten schlimmstenfalls durch das Kind retraumatisiert werden

86. Welche Tipps zur Ernährung sollten traumatisierte Personen beachten? (8)

1. erhöhtem Risiko der Übersäuerung des Blutes entgegenwirken
 - a. Wenig Kaffee, Fleisch, Alkohol usw.
 - b. Viel Kartoffeln, Fisch, Gemüse, Reis usw.

2. Erhöhtem Risiko für verschiedene Krankheiten (Erkältung bis Herz-Kreislauf-Problemen) entgegenwirken:
 - a. Gesättigte Fettsäuren (v. a. tierische) meiden wegen Cholesterin
 - b. Raffinierten Zucker meiden
 - c. Rauchen einschränken
 - d. Stark belebende Getränke meiden

→ Ziel: Vermeidung von Schadstoffen und Stärkung der Abwehr

3. Unterstützung der durch den Dauerstress geschwächten Zellen bei der Abwehr von freien Radikalen (freiwerdenden Sauerstoffatomen).
 - a. Körper schonen: Kein Extremsport o. ä.
 - b. Schadstoffe meiden: kein Rauchen, verkohltes Grillfleisch usw.
 - c. Entgifter zuführen: Frisches Obst und Gemüse, Vitamin C 2-3g pro Tag, Vitamin E 400 mg pro Tag, Selen zusätzlich 100-200 mg pro Tag

87. Was ist unter dem „Prinzip der Normalität“ in der Psychotraumatologie zu verstehen? (13)

Ein Trauma ist eine normale, grundsätzlich gesunde Antwort auf eine verletzende Erfahrung
Die Symptome sind nicht negativ als Krankheit, sondern positiv als Selbstheilungsversuch zu bewerten

Sowohl das traumakompensatorische Schema wie auch das Desillusionierungsschema beruhen auf unvollständigen oder verzerrten Informationen über die traumatischen Ereignisse
Dies heißt aber nicht, dass diese Reaktionen per se irrational sind

Die Mechanismen haben einen „rationalen“ Hintergrund, nämlich den des Schutzes der Person vor weiterer Traumatisierung
Irrational ist eher die unfassbare Situation

Die Betroffenen reagieren so rational und zweckdienlich wie nur möglich

➔ es ist wichtig, das rationale Moment an den „irrational beliefs“ zu erkennen und dies auch dem Patienten verständlich zu machen

88. Was sollten gestresste bzw. traumatisierte Personen beim Laufen und Wandern in der Natur beachten? (8)

Laufen ist ein natürlicher Reflex bei Bedrohungen. Koppelung von Bewegung und Gefühl, durch die Bewegung wird die Angstspannung reduziert.

Kann man sich zunutze machen (Grundlage von Tanz- und Bewegungstherapie)

Schnelles Laufen und Herumspringen

➔ Signal an den Körper: Bedrohung besteht noch ➔ Aufbau von Stresshormonen

Zusätzlich verschiebt sich das relative Verbrennungsverhältnis von Zucker zu Fett hin zu mehr Zucker, wodurch sich der Laktatwert im Blut erhöht ➔ Mehr Angst

Schnelles Gehen / Traben (Puls nicht über 120 Schläge pro Minute)

➔ Signal an den Körper: Bedrohung ist vorbei ➔ Stresshormone werden abgebaut, nebenbei wird mehr Fett abgebaut.

- Beste Zeit zum Joggen: vor dem Frühstück
- langes laufen schüttet zusätzlich Glückshormone aus

Spaziergehen oder Bergsteigen / Wandern

hilft, Zirkel des Grübelns und Wiedererlebens bzw. Abstumpfung und Rückzug zu unterbrechen

89. Übertragung und Gegenübertragung bei Traumatherapien. Welche Besonderheiten sind hier zu berücksichtigen? (25)

Therapeuten müssen massive Gegenübertragungsreaktionen erwarten

- Speziell bei Trauma fällt die Wirklichkeit schlimmer aus als selbst die schlimmsten Phantasien des Therapeuten
- Gefahr der sekundären Traumatisierung des Therapeuten
- Unmodulierte Affekte sind oft Ärger und Furcht, sowie Vermeidungsreaktionen
- ➔ Gefährdet das Arbeitsbündnis, Patienten fühlen sich allein gelassen

4 Muster unkontrollierter Gegenübertragung:

1. Empathische Bemühungen werden verhindert durch Verunsicherung und Verletzlichkeit in der Gegenübertragung (wie das Verhalten von Laien)
 2. Rückzug aus der empathischen Verständigung durch Intellektualisierung, Fehlwahrnehmung der Beziehungsdynamik
 3. Empathieverdrängung mit Rückzugsverhalten, Verleugnung, Distanzierung
 4. Grenzvermischung mit Überengagement und gegenseitiger Abhängigkeit
- Schuldgefühle entstehen z.B.
 - o als sekundäre Überlebensschuld
 - o Zuschauerschuld (Trauma nicht verhindert haben)
 - o durch als zu langsam empfundenen Therapiefortschritt
 - Überzogene prosoziale Hilfsbemühungen führen zu Verwicklungen mit Idealisierung des Therapeuten, die zu Abhängigkeit des Patienten führt oder zu Enttäuschung, wenn's nicht besser wird
 - missbrauchte Personen werden immer wieder testen, ob der Therapeut sie auch missbraucht, oder ob man ihm trauen kann
 - Therapeut muss bereit sein, sich vom Traumaopfer testen zu lassen
 - Übertragung in der Traumatherapie ist ein Prozess der Wiederaufnahme von Beziehung

90. Welche Probleme ergeben sich bei der Therapie von psychogenen Schmerzsyndromen? (1)

- Schmerzpatienten sind schwer für eine Psychotherapie zu motivieren, da ein wichtiger Abwehrmechanismus in der Betrachtung des Schmerzes als rein körperliche Störung liegt
- Der Psychotherapie setzt sich also ein Widerstand entgegen
- Der Patient muss lernen, dass der Schmerz im Zentrum unbewusster Abläufe steht, also etwas ausdrücken will/soll
- Abwehr durch Einengung und Einseitigkeit, d.h. es wird nur noch über den Schmerz und das damit verbundene Leiden gesprochen → Patienten können meist über nichts anderes reden Dies ist neben Leiden auch eine Ausübung von Kontrolle und Macht: der Patient bestimmt das Thema und den Zeitpunkt des Gesprächs
- Abwehr durch Agieren: wenn die Patienten vorgeben, wie und wo sie (möglichst schmerzfrei) sitzen können in der Therapiesituation
- Die Gegenübertragungsreaktion des Therapeuten (Langeweile, Ungeduld, Gefühl der Erschöpfung und Sinnlosigkeit) verleitet dazu, steuernd einzugreifen und das, was der Patient sagt als unergiebig und nutzlos abzutun
- (dem kann man entgegenwirken, indem man die Beschreibungen über den Schmerz als Interaktionsbeschreibungen sieht, die für das Leben des Patienten wichtig sind, außerdem viiiiel Geduld)

Aus dem intrapsychischen Konflikt kann ein interaktioneller Konflikt werden

- Problematisch ist eine Polarisierung des Problems „Wollen Sie mir sagen, ich bilde mir das ein?“ „Denken Sie ich bin verrückt!“
- Gegen diese Herabsetzung wehrt sich der Patient umso vehementer mit der Einseitigkeit (nämlich den Schmerz zu beklagen)
- Es findet eine Abwehr der inneren Realität durch die äußere Realität statt
- Die intrapsychische Abwehr verfolgt eine Integrität des biologischen, psychologischen und sozialen Individuums, bei Schmerzpatienten ist diese Integrität schon verloren (vgl. Mitscherlich)
- Deshalb muss umso heftiger um die psychische Integrität gekämpft werden („ich bin nicht verrückt“)

91. Welche Abwandlung erfährt die Abstinenzregel in der Traumatherapie? (13; 9)

Abstinenzregel bei Freud

- Handlungen vermeiden, die überwiegend oder ausschließlich den Interessen und Bedürfnissen oder weltanschaulichen Ansichten des Therapeuten entsprechen
- Sich von egoistischen Verhaltensweisen enthalten
- Korrektiv zum therapeutischen Narzissmus
- Negativ-Beispiel: für Heilerfolge bewundert werden wollen

Traumatherapie

- Abstinenz von den eigenen Bedürfnissen und egozentrischen Vorstellungen des Therapeuten, nicht aber eine neutrale Haltung (diese könnte zu Retraumatisierung führen)
- klare Stellungnahme zur traumatischen Situation und einer grundsätzlichen solidarischen Haltung angezeigt
- Neutralität nein, Abstinenz ja
- parteiliche Abstinenz

92. Auf welche grundlegenden Konzepte stützt sich die systemische Betrachtungsweise? (19, Kap. 16; 3, Kap. 11.5)

Es wird nicht eine Person allein betrachtet, sondern in ihrem sozialen Kontext, in den Systemen in denen sie sich bewegt

Grundlegende Konzepte

Ökologie

- Das Symptom hat für das System eine Funktion
- Was auf der einen Seite wie Leiden aussieht hat auf der anderen Seite eine stabilisierende Funktion

Kommunikation

- Mitteilungen haben neben dem Inhalt auch immer eine soziale Funktion, weil sie Beziehungen regeln

Kybernetik

- Beschäftigt sich mit Regelgrößen
- z.B. sind Kontrolle und Nähe ganz wichtig in der Familie
- Verteilung der Kontrolle wird immer neu ausgehandelt
- durch Koalitionsbildungen können Nähe-Verhältnisse sich verändern etc.

Sequenzen der Interaktion

- In Interaktionsabschnitten kann abgelesen werden, welche Funktion ein Symptom / Verhalten hat
- z.B. Kleinkind, das Feuer legt, während Mutter abwesend, wird vom älteren Geschwister „gerettet“, Mutter schimpft bzw. lobt und vergrößert damit Distanz zum Kleinkind und erhöht Parentifizierung des Geschwisters

Hierarchie

- Strukturelle Betrachtungsweise
- z.B. wenn „natürliche“ Hierarchie (Eltern vs. Kinder) durch transgenerationale Koalitionsbildung aufgebrochen wird

Familienzyklus

- Familie entwickelt sich in Phasen, in denen bestimmte Entwicklungsaufgaben anstehen,
- z.B. Schuleintritt, Auszug der Kinder

Vermächtnisse

- Implizite oder explizite (Übernahme des Betriebes) Vermächtnisse
- z.B. wenn sich ein Elternteil aufopfert, „Verschuldung“ des Kindes, welches eine Hypothek von Verpflichtungen übernimmt

Grundlegende Annahme der systemischen Betrachtungsweise ist die Ersetzbarkeit von Erklärungen, d.h. es können neue Sichtweisen eingeführt werden

Es wird ein grundlegend neues Verständnis für klinische Phänomene geschaffen

93. Welche systemischen Interventionen aus der Familientherapie kennen Sie? (19, Kap. 17; 3, Kap. 11.5)

Familienorientierte Störungstheorien betrachten Zusammenhänge zwischen Störungen und Familie, nicht das Individuum ist gestört, sondern die Familie als Ganzes bringt ein gestörtes Mitglied hervor

Person ist Symptomträger für die ganze Familie

1. systemtheoretische Erhebung der Problemstellung

Exploration der Konsequenzen des Symptoms und der Symptombeseitigung

- Problembeschreibungen durch Familienmitglieder
- Symptomatische Situation inszenieren oder simulieren
- Typische Interaktionssequenzen festhalten
- Zirkuläre Befragung (Gefühle und Reaktionen, die eine Person A in Folge des Verhaltens von B entwickelt, nicht direkt von Person A zu erfragen, sondern von einer dritten Person C. Beispiel: "Sag mal Hans, was glaubst du, was deine Mutter fühlt, wenn sie deinen Vater so weinen sieht?".)

2. Veränderung der Grenzen und Koalitionen

- szenische Darstellungen, Gestaltarbeit, Skulptur der Familienbeziehungen darstellen
- Inszenierung neuer Koalitionen und Grenzen
- Kommunikationstrainings (z.B. 4 Ohren)

3. paradoxe Interventionen

- Umdeutung (Reframing) des Symptoms, positive Bedeutung der Symptomfunktion betonen und so neuen semantischen Rahmen geben → Symptom als Ressource
- Symptomverschreibung zwecks Eskalation, v.a. bei paradoxer Kommunikation in einer Familie
- Symptomverschreibung mit veränderter Sequenz, d.h. das Symptom soll in einer minimalen Abwandlung durchgeführt werden, z.B. wenn der Beziehungsaspekt der Verschreibung verbogen bleiben soll, z.B. Symptom lästig machen („Sie dürfen trinken, aber für jeden Schnaps müssen sie 1 km zur nächsten Kneipe laufen) oder Koalitionsbildung verändern, indem z.B. einen Brief bzgl. der Familiengeschichte nur von 2 Mitgliedern der Familie gelesen wird, ohne dass die anderen davon erfahren

Ziel

- Ursprünglich von Frankl (paradoxe Intention) Durchbrechung des Teufelskreises der Angst (Erwartungsangst)
- Dabei wird der Patient angeleitet, sich in paradoxer Weise das zu wünschen, wovor er sich so fürchtet. So soll bspw. eine Person mit Errötungsfurcht sich immer wieder vorsagen „so rot zu werden wie eine Tomate“
- Wichtig ist eine humorvoll übertriebene Formulierung. Die Symptome sollen lächerlich gemacht werden

3 Klassen von paradoxen Interventionen

Umdeutung (Reframing)

- einer Situation oder einem Geschehen eine andere Bedeutung oder ein anderer Sinn zugewiesen
- meist wird die positive Symptomfunktion hervorgehoben zur Erklärung des Verhaltens
- bei mäßigem Widerstand und keinem unmittelbaren Handlungsbedarf
- Mindestmaß an Reflektiertheit und Toleranz muss da sein

Symptomverschreibung zwecks Eskalation (Kriseninduktion)

- Eine Verschreibung geben, die die vorhandene Gegensätzlichkeit in der Familie auf die Spitze treibt
- Es wird eine Krise induziert, indem das Symptom übertrieben wird
- v.a. wenn vage familiäre Kommunikation oder paradoxe Kommunikation
- bei deutlichem Widerstand gegen Veränderungen

Symptomverschreibung mit veränderter Sequenz

- Strategische Symptomverschreibung, bei der eine kleine Änderung der Sequenz verschrieben wird
- Es werden solche Elemente variiert, die ein Aufrechterhalten der Funktion eines Symptoms nicht mehr ermöglicht
- Wenn Beziehungscharakter der Verschreibung verborgen bleiben soll, z.B. neue Koalitionsbildung von Subsystemen

Nicht indiziert

- Bei drohender Dekompensation
- Bei zu labilen Systemen, da paradoxe Intervention selbst labilisiert
- Bei akuter Trauer oder akutem Verlust

95. Die multimodale Verhaltenstherapie nach Lazarus (1976) unterscheidet sieben Bedingungsfaktoren unter dem Akronym BASIC-ID; verdeutlichen Sie diese sieben Faktorengruppen und die daraus ableitbaren Therapieziele am Beispiel mangelhafter Esskontrolle. (20, Kap. 11)

Ziel ist Verhaltens- und Bedingungsanalyse von Störungen, um ein entsprechendes Verhaltenstherapeutisches Konzept für den Patienten zu entwickeln

Beispiel: 15-jähriges Mädchen

Beschreibung	Mangelhafte Esskontrolle	
	Beispiel	Ziel
Behavior Beschreibung des Verhaltens	Wenig Bewegung Unkontrolliertes Essen und Trinken Keine Zeiteinteilung	Mehr Bewegung Essen zeitlich/räumlich einschränken
Affect Emotionale Aspekte	Fühlt sich angespannt Einsam ekelt sich vor sich	Entspannung Positive Selbstverbalisation
Sensation Sensorische Erfahrungen	Orale Stimulation wichtig Sonst Taubheit der Sinne Stress und angst vor Einsamkeit und Zukunft	Entspannung Gespräche über Zukunftsperspektiven
Imagery Vorstellungen, innere Bilder	Stellt sich vor, wie andere über sie tuscheln Wie sie sich über sie lustig machen	Positive und realistische Vorstellungen beliebte Speisen → ekelhaftes Körperfett vs. gesunde Speisen → schlanker Körper
Cognition Kognitive Überzeugungen	Man gönnt sich ja sonst nichts Fasten ist schwer	Ermutigende Selbstgespräche, lustige Aussprache mit ihrem inneren Schweinehund
Interpersonal relations Beziehungen	Beziehung zu Eltern fixiert auf Übergewicht und Kritik über ihre Fehler Beziehung zu Mitschülern geprägt von Spott und Ablehnung	Beziehungen besprechen, selbst positive Rückmeldungen geben
Drugs	Trinkt viel Kaffee Viel Chips und viel Süßes	

96. In welcher Relation stehen psychodynamische und verhaltenstheoretische Modelle (alternativ-konkurrierend vs. komplementär)? (10, Abschnitt 1.5.10)

1. viele Autoren gehen davon aus, dass die Modelle unvereinbar sind, da die Grundsätze zu verschieden seien (Menschenbild, Therapeutische Grundhaltung)
2. Manche Autoren gehen von einer eklektizistischen Integration der Modelle aus, d.h. ein alternatives Nebeneinander, in diesem Fall würden Therapeuten zwischen den Schulen „switchen“ je nach Patient und Störungsbild
3. In der psychodynamisch-behavioralen Psychotherapie dagegen sind die beiden Modelle komplementär
Behaviorale Techniken werden in einen psychodynamischen und dialektischen Interventionsansatz integriert/eingebettet

3 Kriterien müssen berücksichtigt werden

- die Beziehungsgestaltung hat Vorrang vor der Technik
- duales Beziehungskonzept
Arbeitsbündnis und Übertragungsbeziehung sind zwei verschiedene Beziehungskonfigurationen in deren optimale Differenz behaviorale Übungselemente eingebracht werden
- antizipatorisches Verhaltensrepertoire
es soll nicht einfach ein neues Verhaltensprogramm installiert werden, sondern das bestehende Programm (angepasst an die individuellen Lebensgeschichtlichen Bedingungen) umgeschrieben werden
Klienten sind ihre eigenen Programmentwickler

Die behaviorale Technik wird nicht nach ihrem Übungseffekt beurteilt, sondern in ihrer Eignung, konstruktive, dekonstruktive und rekonstruktive Lernprozesse im Beziehungskontext zu unterstützen, indem sie Verhaltensmöglichkeiten aufzeigt

97. Was ist und wie entsteht das „Traumaschema“? (13; 10)

Wahrnehmungs- und Handlungsschema, das im Sinne einer unterbrochenen Handlung mit Kampf- und Fluchttendenzen die traumatische Erfahrung im Gedächtnis speichert

- entsteht um den Punkt der maximalen Interferenz von Situationsfaktoren und persönlicher Situationsdeutung
- ist Ausdruck des Regulationsverlustes in der traumatischen Situation

- Wahrnehmungseindrücke werden nicht mehr kategorial erfasst und geordnet sondern fragmentiert in zusammenhanglose olfaktorische, visuelle, akustische und kinästhetische Eindrücke → neurokognitive Anteile des Traumaschemas

- Traumaschema folgt Tendenz zur Wiederaufnahme und Vollendung der unterbrochenen Handlung
 1. Als passive Form des Wiederholungszwangs → unbewusste Reproduktion der traumatischen Situation
 2. Aktive Wiederholung steht im Dienste der Vollendungstendenz
- Erschütterung des Selbst- und Weltbildes, wenn Situation als repräsentativ betrachtet wird

98. Was ist und wie entsteht das „Traumakompensatorische Schema“? (13; 10)

- entsteht im traumatischen Prozess
- umfasst Gegenmaßnahmen zur Kontrolle des Schreckens und Vermeidung einer Wiederholung
- Funktion: Umkehr des Traumaschemas: aus hilfloser Abhängigkeit wird Sicherheit, aus Schwäche Stärke
- Enthält als „naive Traumatheorie“ ätiologischen Teil (Annahmen, wie es zum Trauma kommen konnte), präventive Strategie und reparativen Teil
- Das kompensatorische Schema entwirft ein Script oder Drehbuch, indem die traumatische Erfahrung zwar noch enthalten ist, aber in erträglicher Dosierung
- Diese wird erreicht durch vertikale bzw. horizontale Dissoziation oder Fragmentierung integrierender Strukturen

- Zwischen dem Traumaschema und den traumakompensatorischen Maßnahmen entsteht ein labiles dynamisches Gleichgewicht, vergleichbar mit dem dynamischen Modell zwischen Impuls und Abwehr in der Psychoanalyse
- im minimalen kontrollierten Handlungs- und Darstellungsfeld kommen Aspekte des Traumaschemas und der kompensatorischen Maßnahmen gleichermaßen zum Ausdruck

- Oft führen Erinnerungsverzerrungen dazu, dass situative Umstände, die nur zufällig waren als genuiner Bestandteil der traumatischen Situation gesehen werden oder sogar als kausale Faktoren
- Je ungenauer die situative Konstellation erinnert und begriffen werden kann, desto umfassender und allgemeiner erscheint die Bedrohung und desto allgemeiner, abstrakter und ungenauer arbeitet das traumakompensatorische Schema

99. Nach welchen Prinzipien werden psychodynamische und verhaltenstherapeutische Komponenten im „psychodynamisch-behavioralen“ Ansatz, beispielsweise in der „Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie, MPTT“ kombiniert? (10, Abschnitt 1.5.10).

- Es werden nicht einfach eklektisch Elemente aus Psychoanalyse und Verhaltenstherapie miteinander kombiniert
- Das psychoanalytische Wissen um die Gestaltung therapeutischer Beziehungen bietet den Bezugsrahmen, in den verhaltensbezogene Techniken integriert werden
- Verbindung von Einsicht (Psychoanalyse) und Handeln (VT)

Aspekte des psychodynamisch-behavioralen Vorgehens:

- (a) Beziehungsgestaltung hat Vorrang von Technik
Bsp.: Eine Frau mit Abhängigkeitswünschen muss erst ihre Übertragung auf den Therapeuten bearbeiten, bevor dieser ihr Instruktionen zum Selbstsicherheitstraining geben kann. Ansonsten double-bind: „Emanzipiere dich, indem du tust, was ich dir sage!“
- (b) Entsprechend einem „dualen Beziehungskonzept“ werden behaviorale Übungselemente in die „optimale Differenz“ von Arbeitsbündnis und Übertragungsbeziehung eingebracht.
Bsp.: Vater hatte der Patientin nie geholfen, wohingegen der Therapeut es mit dem behavioralen Bewältigungstraining tut
- (c) Antizipatorisches Verhaltensrepertoire und selbstgegenständliche Erkenntnis
Behaviorale Techniken sind „Bausteine“ für spontane Operationen von Dekonstruktion, Konstruktion und Rekonstruktion innerhalb des therapeutischen Veränderungsprozesses.
- Softwareanalogie: Patient kann sich frei an den verschiedenen Modulen (Techniken) bedienen, um sein eigenes inneres „Programm“ zu verändern (nicht um ein komplett neues „Programm“ zu installieren) (Analogie greift leider nicht so gut, weil man beim PC meistens das System komplett killen muss)

100. Schulte (1986) hat die Bedingungsvariablen, die das Problemverhalten begünstigen, beziehungsweise das erwünschte Zielverhalten erschweren, neu gruppiert und nochmals erweitert. Welches sind die sechs Bedingungsbereiche seiner komplexen Verhaltensanalyse? (20, Kap. 11.4)

- a) Analyse der Rahmenbedingungen:
Lebensumstände, körperliche Verfassung: belastende Lebensbedingungen, Milieu, Normen, Körperliche Rahmenbedingungen.
(Herr A. hat Rückenbeschwerden. Soll Sport und Gymnastik machen. Er will aber beruflich weiterkommen, daher Überstunden und Fernkurse).
- b) Verhaltensanalyse:
vorausgehende und nachfolgende Reize untersuchen
Verfügbarkeit von alternativen Verhaltens- und Verstärkermöglichkeiten im Sinne des SORKC-Schemas
(A.: Setzt Freizeit für Weiterbildung ein, Sport würde den Chef nicht beeindrucken)
- c) Kognitionsanalyse:
untersucht Vorstellungen, Gedanken, die das Problemverhalten begleiten oder zu unerwünschten emotionalen Reaktionen führen = mangelnde Vorstellungsfähigkeit, Einsicht, unlogische Kognitionen
(A.: Für Gesundheit ist später noch Zeit, erst kommt die Karriere)
- d) Selbstregulation:
untersucht Vor- und Nachteile bisheriger Versuche, das Problemverhalten zu beeinflussen und die Fähigkeiten zur Selbstverstärkung bei Konflikten
(A.: Keine Zeit für Fitness, Fernsehen entspannt auch)
- e) Motivationsanalyse:
fragt nach Folgen, die der Patient nicht erkennt wie unerwünschte Folgen oder Zufallskonflikte
(A.: Wenn ich es schaffe, kann ich auch etwas für die Gesundheit tun)
- f) Beziehungsanalyse:
fragt nach Auswirkungen und der Funktion der Beschwerden für die soziale Umgebung, nach den Auswirkungen bei einer Veränderung
(A.: Ich muss den Posten haben, Kontakte am Stammtisch sind primitiv, Sport wird belächelt)

Hierarchie der Ziele erstellen, danach die Intervention richten.

101. Grenzen Sie die Verhaltensanalyse von der Funktions- und Ziel-Analyse ab.
19, Kap. 15 (Kap. 13, S. 154-156)

Verhaltensanalyse

- das problematische Verhalten möglichst präzise beschreiben und analysieren
- untersucht vorausgehende und nachfolgende Reize sowie Verfügbarkeit von alternativen Verhaltens- und Verstärkermöglichkeiten
- Bedingungen der Genese (Entwicklung) wie auch der Aufrechterhaltung
- z.B. S-O-R-K-C oder BASIC-ID

Zielanalyse

- ergibt sich direkt aus der Verhaltensanalyse
- zusätzlich müssen normative Aspekte berücksichtigt werden
- Welche Bereiche problematischen Verhaltens bedürfen einer Veränderung?
- Zielbestimmung beruht immer auf einem Konsens zwischen Therapeut und Patient
- Wichtig sind die individuellen Zielvorstellungen des Patienten, motivationale Variablen, Aspekte des sozialen und kulturellen Umfeldes, normative Aspekte.

Funktionsanalyse

- Funktionen sind die direkten und mittelbaren Rückwirkungen des Krankheitsverhaltens auf die betroffene Person
- Die Funktionsvariablen können in (vom Patienten) gewusste und nichtgewusste eingeteilt werden
- Wichtig für die Therapie ist das Bewusstmachen von Intentionen (Vorhaben, Absichten), um sie mit sozial akzeptierten Strategien zu realisieren.

102. Nach welchen Ordnungsgesichtspunkten lässt sich die Vielzahl von verhaltenstherapeutischen Methoden und Techniken einteilen? Nennen Sie einige Hauptgruppen mit einzelnen Verfahren.

Techniken der Stimuluskontrolle /Angstbewältigung

- Konfrontationsverfahren (systematische Desensibilisierung)
- graduierte bzw. massierte Konfrontation
- paradoxe Strategien
- Angstbewältigung

Techniken der Kontrolle von Verhalten durch Veränderung von Konsequenzen (operante Verfahren)

- Techniken der Verstärkung, Löschung, Bestrafungsverfahren (Aversionsmethoden)

Techniken des Modellernens

- Aufbau von Verhalten
- Erleichterung von Verhalten
- Diskriminationslernen

Strategien der Selbstkontrolle

- Selbstbeobachtung, Selbstverstärkung
- Kontingenzkontrolle und Contractmanagement
- Stimuluskontrolle

kognitive Therapieverfahren

- Covert-Conditioning
- kognitive Therapie (Beck)
- RET (Rational-emotive Therapie, Ellis)
- Selbstinstruktionstraining
- Problemlösetraining
- Attributionstraining

103. Wie lässt sich nach der „Zwei-Prozess-Theorie“ von Mowrer die Aufrechterhaltung von Angststörungen erklären? 19, S. 141f

Das Modell eignet sich speziell zur Verdeutlichung der Stabilität von Vermeidungsverhalten (etwa bei Phobien).

1. Eine Angstreaktion wird durch klassische Konditionierung erlernt
Durch Kopplung von CS-UCS (konditionierter Stimulus/unkonditionierter Stimulus) wird gelernt, den konditionierten Reiz zu fürchten
2. Wenn der aversive Reiz durch Vermeidungsverhalten nicht mehr erfahren wird, wirkt Reduktion der Angst immer noch verstärkend, also operante Konditionierung
Über operante Konditionierung wird gelernt, sich dem konditionierten Reiz zu entziehen (= gelerntes Vermeidungsverhalten) und so die Angstreaktion abzuschwächen.

104. Stellen Sie die Wirkungsweise der Methoden der kognitiven Umstrukturierung dar, mittels der sog. A-B-C-Theorie von Ellis. (18, Kap. 4.4)

Rational-Emotive Therapie (RET), Ende 1950er

Störungen sind durch irrationale Denkmuster verursacht

Irrational sind solche Verhaltensmuster, die den Menschen daran hindern, langfristig hedonistische Ziele zu erreichen

A ctivation Event: externes Ereignis

B elief: Wahrnehmung, Bewertung des Ereignisses

C onsequences Folgerungen auf Verhaltens und emotionaler Ebene

Externe (und interne) Ereignisse führen nicht direkt zu Konsequenzen, sondern Wahrnehmung und Einstellungen haben großen Einfluss

Im Zentrum des Belief-Systems stehen „irrationale Annahmen“

- z.B. zu denken, es sei eine Katastrophe, wenn Umstände und Situationen nicht nach den eigenen Vorstellungen gestaltet sind
- z.B. zu denken, man müsse in allem kompetent, intelligent und perfekt sein
- entstehen durch biologische Tendenz zu irrationalem Denken
- früh vermittelte Einstellungen (Erziehung) und damit Sicht der Welt

Ziel der Therapie

- Belief-System verändern
- Lernen, dass man selbst die entscheidende Quelle von emotionalen Störungen ist
- Als Revolution wird die philosophische Grundeinstellung geändert, der Rahmen des Denksystems verändert

Stufen des therapeutischen Prozesses

1. Vermittlung der Grundlagen der RET
2. Erfassung des Belief-Systems mit emotiv-provokativen Methoden
3. Disputation irrationaler Annahmen mit dem Ziel emotionaler Einsicht
4. Durcharbeiten zentraler Themen, Berücksichtigen von Widerstand
5. Beendigung und Vermittlung von Strategien zur Selbsthilfe

Kognitive Techniken

- sokratisches Gespräch
- Exploration der einzelnen Emotionen, der irrationalen Sätze und Annahmen
- Konfrontation mit Selbstwidersprüchen, Gegensuggestion, Gegenpropaganda, Vorschläge für Alternativen
- Vermittlung von Information, direkte Anweisungen und Befehle
- Negative Vorstellung: sich in ein unangenehmes Ereignis hineinversetzen und die gefühlsmäßigen Konsequenzen ertragen, dann Anleitung dass Gefühl so zu verändern, dass wichtige emotionale Komponenten wegfallen
→ Ziel: Erkenntnis, dass Gefühle rational beeinflusst werden können
- Verwendung von Büchern, Tonbandaufnahmen der Sitzungen, Filmen, Diagrammen

Emotive Techniken

- Den Problemen mit Humor begegnen, weil Patient dann eine Distanzierung von den Emotionen erlebt und dann „rationaler“ auf die irrationalen Denkmuster kommt
- Selbst-Öffnung des Therapeuten: erzählen, wie es einem selbst gelungen ist, durch rationale Disputation eine rationalere Lebensphilosophie aufzubauen

- Einsatz von Sprichwörtern, Liedern, Gedichten als spielerischer Umgang mit den Problemen
- Risikoübungen, in denen Klient lernt, dass die befürchteten Konsequenzen bedeutend weniger problematisch sind als erwartet

Behaviorale Techniken

- Beliebige Methoden der Verhaltenstherapie
- Übernahme fixer Rollen (vgl. fixed role therapy von Kelley), z.B. sich so verhalten, als ob man schon rational wäre

105. Welche typischen „Denkfehler“ (dysfunktionale Gedanken) nach Beck sind für affektive Störungen kennzeichnend? (18, Kap. 4.4)

kognitive Aspekte sind entscheidend für depressive Entwicklungen
im Gegensatz zu Ellis und Meichenbaum ist für Beck der Inhalt der Gedanken wichtig
die (depressiven) Gedanken betreffen Selbst – Welt – Zukunft

Denkfehler

Aufgrund der in der Kindheit gelernten Schemata findet eine fehlerhafte Informationsverarbeitung statt, die dem von Piaget beschriebenen kindlichen Denken ähnelt. Solche Denkfehler sind z.B.

- Willkürliche Schlussfolgerungen: ohne sichtbaren Beweis oder sogar trotz Gegenbeweisen werden willkürlich Schlussfolgerungen gezogen.
- Übergeneralisierung nach dem Muster: aufgrund eines Vorfalles wird eine allgemeine Regel aufgestellt, die unterschiedslos auf ähnliche und unähnliche Situationen angewendet wird.
- Dichotomes Denken: Denken in Alles oder Nichts-Kategorien.
- Personalisierung: Ereignisse werden ohne klaren Grund auf sich selbst bezogen.
- Selektive Abstraktion: Bezug auf Detail ohne Berücksichtigung des Kontexts

Bei Depressiven: Ablehnung, Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeit, Versagen

Bei Angststörungen: Gefährdung, Bedrohung

Aktive Beteiligung des Patienten ist Voraussetzung für Gelingen der Therapie

106. Beschreiben Sie das Sieben-Phasen-Modell des verhaltenstherapeutischen Prozesses in Anlehnung an Kanfer et al. (1996).

1. Eingangsphase
Schaffung günstiger Arbeitsbedingungen
Rollenstrukturierung
Therapeutische Allianz
problem-bezogene Informationssammlung
Therapiegestaltung
2. Aufbau von Änderungsmotivation und Änderungsbereichen:
Reduktion von Resignation
Motivationsstrategien
Ziel- und Werterklärung
sachliche und motivationale Auswahl der Änderungsbereiche
3. Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell:
situative Verhaltensanalyse (Mikro- zu Makro)
kontextuelle VA
Erstellung eines Bedingungsmodell
4. Vereinbarung therapeutischer Ziele:
 Klären von Therapiezielen, gemeinsame Zielanalyse, Konsens über therapeutische Zielperspektiven
5. Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden:
Entscheidung über Interventionen
Durchführung der Interventionen
6. Evaluation der Fortschritte:
kontinuierliche Diagnostik
Prä-Post-Vergleich
7. Endphase
Abschluss der Therapie
Stabilisierung
Bearbeitung neuer Ziele
Selbstmanagement erlernen
Feedback
Vorbereitung Follow Up

107. Erläutern Sie das Stress-Impfungs-Training nach Meichenbaum als Variante der Selbstverbalisation am Beispiel einer kindlichen Verhaltensstörung. (18, Kap. 4.4.2)

Verfahren zur Bewältigung von Stress-Situationen

- Wie bei einer Impfung werden Bewältigungsstrategien erworben, die vor einer Belastung bei weiteren Stresssituationen schützen

1. Informationsphase

- Verständnis für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Stressreaktionen vermitteln
- Vermittlung einer plausiblen Erklärung für die individuelle Stresssituation des Klienten, v.a. auch des Prinzips nach 2-Komponenten-Theorie von Schachter & Singer (physiologische Erregung und inhaltliche Bewertung)
- Auf Hinweisreize aufkommender Angst sensibilisieren
- Ziel: Verständnis entwickeln, wie eigene Gedanken zum Aufschaukeln von Stress führen können

Beispiel aggressives Kind

Klären, wann es sich ärgert, wie Ärger entsteht, welche Rolle Bewertung spielt

2. Übungsphase

Hier wird geimpft

- Erlernen von Bewältigungsreaktionen, z.B. Entspannungstrainings
- Erarbeitung konkreter Selbstverbalisation, meist wird eine leichte Stresssituation vom Therapeuten hergestellt, um zu üben
 1. Vorbereitung auf den Stressor („Aufregen nützt nichts, denk nach, was du tun kannst“)
 2. Phase der Konfrontation („Du kannst damit fertig werden“, „Eins nach dem andern“ „Tief durchatmen“)
 3. Phase des Gefühls überwältigt zu werden („Konzentriere dich auf das wesentliche“ „Meine Angst ist ein Signal, dass ich mich entspannen sollte“)
 4. Phase der Selbstverstärkung („Es hat geklappt“ „Jedesmal wenn ich übe geht es besser“)

Beispiel aggressives Kind

Was kann ich tun, wenn mir jemand ein Spielzeug wegnimmt

3. Anwendungsphase

hier wirkt der Impfschutz

- Erproben der gelernten Bewältigungsstrategien in realer Belastungssituation in gestufter Intensitätsstärke
- Ziel ist auch Vermittlung von einem flexiblen Umgang mit Problemsituationen
- Selbstverbalisation variabel einsetzen

Beispiel aggressives Kind

Einsatz zu Hause, in der Schule, beim Sport

108. Welche Bedeutung haben die kognitiv-emotionalen Stress- und Bewältigungstheorien für die psychologische Erklärung körperlicher Erkrankungen und deren Bewältigung? (2, Kap. 5.3.3.5)

Belastungen können durch interne und externe Faktoren entstehen.

Wenn die Anforderungen die Ressourcen überschreiten, kommt es zu Stressreaktionen (physiologisch-vegetativ, behavioral, kognitiv-emotional).

Stress = Reaktionsmuster auf Anforderungen, die Anpassungsfähigkeiten überschreiten

Dabei gibt es individuelle Unterschiede

Kognitiv-emotionale Stresstheorien

klären, welche externen und internen Reize als Stressoren wahrgenommen werden und welche Beiträge der Mensch leisten kann, um Belastungen zu bewältigen

Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen

Für Krankheiten wie Magen-Darm-Erkrankungen, Asthma, Ekzeme usw. wird Stress als eine entscheidende Bedingung für deren Entstehung und Verlauf angesehen.

- entweder über die direkte Beeinflussung körperlicher Reaktionen (wie z. B. das Immunsystem)
- oder über die Beeinflussung des Verhaltens (z. B. über gesundheitsriskante Verhaltensweisen)

→ bieten konkreten Ansatz für Beeinflussung durch Verhaltensänderung

109. Skizzieren Sie die Weiterentwicklungen und Aktualisierungen des Stressmodells von Lazarus. (2, Kap. 5.3.3.5)

- Stress wird ausgelöst durch eine schädlich erlebte Beziehung von Person und Umwelt
 - Die Verarbeitung von internalen und externalen Stressoren erfolgt nun in einem (transaktionalen) mehrstufigen Bewertungs- und Bewältigungsprozess (coping)
 1. primäre kognitive Bewertung: persönliche Relevanz der Situation wird beurteilt (wohltuend, irrelevant oder belastend)
 2. Sekundärbewertung: es wird geprüft, ob die Situation mit den verfügbaren Ressourcen bewältigt werden kann
- Wenn die Situation belastend erlebt wird, dann Bewältigungsreaktion (coping)
- direkte Handlungen (problembezogene Bewältigung → Flucht oder Angriff)
 - oder intrapsychischen Reaktionen (emotionsbezogene Bewältigung → z.B. Veränderung oder Ablenkung der Aufmerksamkeit als Form der Angstbewältigung)
3. es kann zu einer Neubewertung der ursprünglichen Situation kommen, indem das zunächst als bedrohlich beurteilte Ereignis in einen neuen Zusammenhang gestellt wird

Kimble

- unterscheidet situative, soziale, kognitive und handlungsbezogene Faktoren, die zu Stress führen
- sowohl die biologische Ausstattung als auch die Lebensgeschichte hat Einfluss auf die Vulnerabilität

Hobfoll: Modell der Ressourcenkonservierung

Auslösung von Stress durch:

- Gefahr, dass Ressourcen verloren gehen
- Verlust von Ressourcen
- Fehlen von Ressourcen nach Investition

Arten von Ressourcen:

- Objekte der physikalischen Umwelt (z.B. Kleidung, Auto)
- Lebensbedingungen (z. B. Partnerschaft)
- Personenmerkmale (Selbstwertgefühl, soz. Kompetenz, Optimismus)
- Energien (Zeit, Wissen, Geld) welche das Erreichen von Zielen und anderen Ressourcen erleichtern.

auch Unterschiede in den sozioökonomischen Lebensbedingungen als potentielle Stressoren erkannt (neben kognitiver Bewertung)

110. Kennzeichnen Sie die wichtigsten allgemeinen Prinzipien der kognitiv-behavioralen Therapie. (18)

Orientierung an der empirischen Psychologie

Operationalisierung von theoretischen Konzepten ist wichtig, Aspekte der Objektivität, Reliabilität, Validität

Problemorientierung

Behandlung fokussiert das Problemverhalten und seine aufrechterhaltenden Bedingungen
Je nach Problem kommen individuell unterschiedliche Behandlungsverfahren zum Einsatz

Zielorientierung und zeitliche Limitierung

Ziel wird mit Patienten vereinbart, ist es erreicht, endet die Therapie

Transparenz

Sowohl Hypothesen über Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung als auch Therapieplanung und -durchführung sollen für Patienten transparent sein

Aktive Rolle des Patienten

Er soll aktiv neue Verhaltensweisen und Problemlösestrategien erproben
Verhaltenstherapie beschränkt sich nicht auf die Therapiesitzungen
Verhaltensmodifikationen im Alltag ausprobieren

Hilfe zur Selbsthilfe

Der Patient soll zum Experten seiner Störung werden

Der Therapeut als Experte

Bringt Kompetenzen und Erfahrung ein

111. Von welchen gemeinsamen Grundannahmen gehen die sog. Selbstkontrollverfahren zur Korrektur interner Verhaltensdeterminanten aus? (Empowerment durch bessere Selbstregulation). (20)

- Der Mensch strebt nach Selbstbestimmung und Eigenverantwortung
- Er kann sich selbst regulieren
- Der Mensch spielt eine aktive Rolle bei der Gestaltung seines Lebensschicksals (natürlich auch von Bedingungen geprägt, die er nicht beeinflussen kann)
- Stereotype Handlungs- und Verhaltensweisen sollen der Entscheidungs- und Handlungsfreiheit weichen
- Menschliche Ziele und Probleme sind dynamisch, können sich verändern und sind damit flexibel zu handhaben
- Jeder Mensch ist individuell, hat eigene Ziele und Lebensvorstellung (Werte-Pluralismus)
- Selbstregulation ist erlernbar (optimistische Haltung: die Therapie unterstützt Lernprozess)
- Verhaltenstherapie ist pragmatisch an Zielen orientiert

Empowerment = Maß an Selbstbestimmung und Autonomie erhöhen
bezeichnet sowohl den Prozess der Selbstbemächtigung als auch die professionelle Unterstützung der Menschen, ihre Gestaltungsspielräume und Ressourcen wahrzunehmen und zu nutzen

→ Therapie ist damit Hilfe zur Selbsthilfe

112. Welche Beziehung besteht zwischen Kognitionen und Emotionen bei den kognitiven Verfahren nach Ellis, Beck und Meichenbaum? (18, Kap. 4.4.2)

Allen gemeinsam:

die Art und Weise, wie wir denken, bestimmt, wie wir uns fühlen und verhalten und wie wir körperlich reagieren

Albert Ellis (lebt noch)

- Ursache psychischer Störungen sind irrationale Denkmuster
- A-B-C-Theorie
- Äußeres Ereignis wird (Activation Event)
- wird erst durch rationale oder irrationale Bewertung (Belief system)
- zu emotionalen und verhaltensmäßigen Konsequenzen (Consequences)

Aaron T. Beck (lebt noch)

- Kognitive Mechanismen ursächlich für Depressionen
- Depressives Schema ist in Kindheit und Jugend erworben und bleibt latent bis Belastung
- Depressive Gedanken betreffen Selbst – Welt – Zukunft
- Sie sind entscheidend vor allem für die Aufrechterhaltung und Stabilisierung depressiver Störungen verantwortlich, über die Ätiologie sagt er wenig
- Schwerpunkt der Intervention liegt auf Veränderung kognitiver Elemente (nicht durch Verhaltensübungen auch die Kognitionen verändern, wie z.B. bei Meichenbaum)

Donald Meichenbaum

- Wichtig sind v.a. sprachliche Aspekte i.S.e. Funktion für die Regulation von Verhalten
- Entstehung von Emotionen nach Modell von Schachter & Singer
- Selbstverbalisation des Patienten bildet wesentliche Komponente des kognitiven Anteils im Umgang mit Stresssituationen

Freud

Träume haben 2 Aufgaben

Wunscherfüllung

Hüter des Schlafes (Träume dienen dem Bestreben weiterzuschlafen)

Traumarbeit

- ist der Vorgang wie der Träumer den manifesten Traum zusammensetzt, der Zensor sind Anteile des Ich's die noch wirksam sind
- Der Zensor wendet folgende Mittel an
 - o Verschiebung: Sache und Affekt werden getrennt
 - o Verdichtung: verschiedene Inhalte werden in ein Bild zusammengezogen
 - o Dramatisierung: verschiedene Handlungsstränge werden in gemeinsame Szene verwandelt

Traumdeutung

Freie Assoziation des Patienten → zu einer Bestimmung der Symbole bewegen, die in seinem Traum erscheinen

beschreiben lassen, was sie seiner Ansicht nach machen oder wie sie funktionieren

Dechiffrierung, Materialien auf ursprüngliche Bedeutungsinhalte zurückführen

Carl Gustav Jung

- Traum = unmittelbar deutlich werdende Darstellung der inneren Wirklichkeit des Träumenden
- Träume sind ein Weg, um Archetypen zu erkennen
- Im Gegensatz zu Freud verschlüsseln die Träume aber keine Sachverhalte, sondern benutzen eine eigene Bildersprache
- Der Traum ist nicht wegen des Zensors „entstellt“, sondern durch das Material selbst
- Die Form, in welcher sich Träume aufbauen, ist dem Unbewussten angemessen, unter der Bewusstseinsschwelle hat der Stoff eben diese Gestalt
- Der Traum veranschaulicht unbewusste Vorgänge und Zustände in der „Sprache“ des Unbewussten und ist keine Wunschkonstruktion

Traumstruktur

- Es gibt ein Verlaufsmuster von Träumen ähnlich wie bei einem klass. Drama (Exposition, Verwicklung, Kulmination, Lösung)
- Traumarten: kompensatorischer Traum, reaktiver Traum, diagnostischer Traum, prospektiver Traum

Traumdeutung

- Deutung muss sich eng an die Bilder halten
- Jung stellt Katalog zusammen in dem als archetypisch angenommenen Symbolen eine tendenziell feste Bedeutung beigeordnet wird
- anstatt der ganz "freien" Assoziationen des jeweiligen Patienten wird Katalog zwecks Entschlüsselung verwendet
- Herausfinden, ob der Traum in eine Traumserie gehört
- Traumbilder mit Parallelen und Analogien aus anderen Zusammenhängen vergleichen
- Traumbild eher dem persönlichen oder dem kollektiven Unbewussten einordnen
- Deutung kann nur mit dem Träumer erfolgen

114. Wie verläuft ein psychotherapeutischer Veränderungsschritt nach dem „dialektischen Veränderungsmodell“? Erläutern Sie das Konzept der „optimalen Differenz“ an einem Beispiel jeweils aus der Psychotherapie und der Entwicklungspsychologie Piagets. (12; 13; 10).

Momente eines psychotherapeutischen Veränderungsschritts

1. Phase 1 **Arbeitsbündnis**: helfende, kooperative Beziehungsform
2. Phase 2 **Übertragungsbeziehung**: Aspekte des Traumas werden auf Therapeuten übertragen, Therapeut muss diese und eigene Gegenübertragung erkennen
3. wenn eine optimale Differenz erreicht wurde kommt es zur **Dekonstruktion** (Phase 3) des pathogenen Schemas. Das Welt- und Selbstbild wird erschüttert und in Frage gestellt. Es entsteht ein produktives für den Patienten erlebbares Spannungsverhältnis
4. nach der Dekonstruktion kann es zu Konstruktion (Phase 4a) und Rekonstruktion (Phase 4b) kommen, wo das bisher wirksame pathogene Beziehungs- und Erlebnismuster von einem neu erreichten Wissensstand der Konstruktionsphase her aufgearbeitet werden kann
 - **Konstruktion** als Neuentwurf des bisher pathogenen Beziehungsschemas aus der Meta-Ebene, Entwurf eines alternativen Welt- und Selbstverständnis
 - **Rekonstruktion**: pathogenes Beziehungsschema wird auch in seiner lebensgeschichtlichen Verankerung rekonstruiert und auf eine neue Ebene „hinaufgehoben“ → Konzept der Aufhebung (Dialektik)

optimale Differenz (subjektiv aus Sicht des Patienten)

Eine für therapeutische Veränderungen optimale Situation, in der sich das aktualisierte Übertragungsschema der PatientInnen und das therapeutische Arbeitsbündnis optimal annähern und zugleich in einem zentralen Punkt voneinander unterscheiden

Kognitive Theorie Piagets

hier hat der Ausdruck „optimale Differenz“ seinen Ursprung

- eine für die Akkomodation eines Schemas optimale Situation
- Optimale Differenz zwischen Schema und Objekt kann zur Assimilation durch Akkomodation führen, es findet also eine Erweiterung und Reorganisation des Schemas statt.

Beispiel: Merkt ein Kind, dass ein Strohalm nicht stabil genug ist, um damit ein fernes Objekt zu bewegen, so führt dies zu einer Akkomodation des „Bewegungsplans“: „Welche Gegenstände sind nicht dazu geeignet, schwere Objekte zu bewegen.“

Im dialektischen Veränderungsmodell

- Damit sich das übertragene Beziehungsschema akkomodieren und die neue Erfahrung assimilieren kann, muss das neue „Objekt“, die neue Erfahrung = die therapeutische Beziehungssituation dem alten Schema **hinreichend ähnlich** sein, sonst ist sie bedeutungslos und wird ignoriert
- Die neue Erfahrung muss aber in zentralen Aspekten zugleich **hinreichend unähnlich**, überraschend und erwartungswidrig ausfallen, damit sich das Schema modifizieren kann.
- Die TherapeutInnen zeigen also punktuell ein Verhalten, das die PatientInnen nicht in ihr Erwartungsschema einpassen können.
- Dieses gezielt **erwartungswidrige TherapeutInnenverhalten** ist daher relativ zur jeweiligen traumatischen Erfahrung und der aktuellen Übertragungssituation

nicht-optimale Differenz

- Experten-Laien-Beziehung
- Freundschaft
- Fehlerhafte Gegenübertragungsanalyse
- Therapeutische Missallianz

Beispiel:

- Patientin, die nach dem 3. erlebten Banküberfall Hilfe in der Therapie sucht und sie auch bekommt (Arbeitsbündnis).
- Der Therapeut kämpft im therapeutischen Prozess gegen seine Gegenübertragung an, die Patientin, die es früher gewohnt war, sich stets von anderen Helfen zu lassen an der Hand zu nehmen und direktiv zu behandeln. (Übertragungsbeziehung)
- Erst danach kommen auch behaviorale Methoden zum Einsatz, um die Dekonstruktion des Traumaschemas zu erleichtern.

115. Erörtern Sie das dialektische Konzept der „Aufhebung“ an einem Beispiel aus der Psychotherapie (13 Glossar, Stichwort Dialektik)

„naive“ Dialektik

die natürliche Fähigkeit des Menschen, sich in einem gegensätzlichen Spannungsfeld zu orientieren, z.B. in den Spannungsfeldern Nähe-Distanz, Innen-Außen, freundlich-feindlich, Ganzes-Teil.

wissenschaftliche Dialektik seit HEGEL

- systematischen Zusammenhang der gegensätzlichen Begriffe aufzuzeigen und damit Irrtümer zu korrigieren, in die ein vordialektisches, formales Denken führt, z.B. die traditionelle Spaltung zwischen Subjektivismus und Objektivismus

Entwicklungsprozesse werden in der Dialektik aus Gegensätzen heraus begriffen, diese Gegensätze heben sich im Zuge der Entwicklung auf durch

- Auflösen des Gegensatzes (tollere)
- Aufbewahren (conservare)
- Überschreiten bzw. Emporheben des Gegensatzes (elevare)

Trauma-Verarbeitungsprozess:

- Auflösung des Traumas, so dass es das Leben nicht mehr weiter bestimmt
- Aufbewahrung des Traumas im Gedächtnis, so dass man aus der traumatischen Erfahrung lernen und für das weitere Leben Konsequenzen ziehen kann
- Emporhebung des Traumas auf eine höhere Ebene, so dass es überschritten werden kann und bisher miteinander unvereinbare Gegensätze verbunden werden können

Im therapeutischen Prozess wird z.B. das Problem zwischen Sicherheit und Unsicherheit dialektisch aufgehoben, zur Überwindung der zentralen Polarisierung, die aus dem erschütterten Selbst- und Weltbild entsteht

Beispiel:

Frau, die an ihrem Arbeitsplatz 3 Mal Überfall miterleben musste

➔ reparative, präventive und ätiologische Aspekte des traumakompensatorischen Schemas
Durch die Unterstützung der Anteile des traumakompensatorischen Schemas wird das minimale Ausdrucks- und Handlungsfeld erweitert und somit wird eine Symptomaufhebung erreicht anstelle einer Beseitigung oder Unterdrückung der Symptome

116. Beschreiben Sie die zwei Grundformen der psychodynamischen Therapie (konfliktaufdeckende versus supportive) und geben Sie jeweils ein Beispiel.

Aufdeckende Psychotherapien weisen meist auch stützend-supportive Elemente auf und umgekehrt

Konfliktaufdeckend

- Klassische psychoanalytische Verfahren
- Auf lebensgeschichtlich frühe unbewusst Konflikte aus
- Therapeut fokussiert auf den Konflikt, um dessen unbewusste Dynamik zu erhellen
- Neben der Symptombeseitigung hat die konfliktaufdeckende Therapie immer auch das Ziel der Umstrukturierung der Persönlichkeitsstruktur, da diese für die Aufrechterhaltung der neurotischen Symptome verantwortlich ist
- Dann geeignet, wenn System nicht schon so labil ist, dass durch eine Aufdeckung des Konflikts der psychische Apparat zusammenbrechen könnte
- Dauert meist länger
- Bei Anpassungsproblemen, Neurosen, Depressionen
- Eher nicht in der psychoanalytischen Kurztherapie z.B. Fokaltherapie, wo Symptomverbesserung im Vordergrund steht

Beispiel:

- Patientin mit Grübelzwang, depressiven Zügen, paranoischem Beziehungswahn zu Arbeitskollegin, Angst psychisch zu dekompensieren und Schlafstörungen
 - Sensitive Charakterneurose
 - zeigt Offenheit gegenüber Zusammenhängen zwischen ihrer Erkrankung und konfliktreichen Lebensereignissen
 - Vorrangige Abwehrmechanismen sind Intellektualisierung, Rationalisierung und Reaktionsbildung mit einer Tendenz zur paranoischen Projektion und depressiven Introjektion aggressiver Impulse in besonderen Belastungssituationen.
- intrapsychischer Konflikt zwischen verstärkt mobilisierten aggressiven Triebimpulsen (ehrgeiziges berufliches Leistungsstreben) und einem rigide auf Anpassung und Einhaltung der Ordnung ausgerichteten Über-Ich bringt die Regulationsfunktionen des Ich an die Grenze ihrer Belastungsfähigkeit

Supportive

- Es werden „die Nebenwirkungen“ der Konflikte bearbeitet, nicht diese selbst
- durch kleinere Veränderungen ein verbessertes Leben zu erreichen, ohne das gegenwärtigen Weltbild grundsätzlich in Frage zu stellen
- wieder zu einem Zustand von relativer Stabilität und Zufriedenheit kommen und dann in einem solchen konstanten Zustand bleiben
- Kürzer angelegt, weitgehend deutungsfrei
- Reduktion von Angst und Depressivität, oder Verbesserung von Anpassungsfähigkeit und Lebensqualität
- Bei schweren Persönlichkeitsstörungen und chronischer Suizidalität
- Technische Neutralität wird aufgegeben zugunsten der Stärkung kompromisshafter adaptiver Formationen zur Abwehr spezifischer Impulse mit besonderer Aufmerksamkeit auf die Verhinderung von Regression in der Therapie

Beispiel:

- Ältere Frau nach Suizidversuch, seit 30 Jahren in unglücklicher, neurotisch-symbiotischer Ehe mit ihrem Mann, den sie tyrannisiert, woraufhin er säuft
- Hier ist eine aufdeckende Therapie nicht mehr sinnvoll, da dadurch das gesamte bisherige Leben in Frage gestellt wird.

- Das Leiden, das notwendig wäre, um die Aufdeckung der eigenen Neurose zu verarbeiten, stünde in einem schlechten Verhältnis zum anschließenden emotionalen Gewinn
- Dieser Tatsache ist sich auch das Ich „bewusst“, so dass die aufdeckende Therapie durch sehr hartnäckige Abwehrmechanismen erschwert würde

117. Resümieren Sie wichtige Merkmale der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie. (16, Kap. 10.1; 20, Kap. 10.6.2)

Beiden Gemeinsam

- Ziel: Auflösung unbewusster Konflikte
- Bearbeitung von Widerständen in Übertragung und Gegenübertragung
- Ich-Spaltung wichtig

Kriterium	Psychoanalyt. Psychotherapie	Tiefenpsychol. fundierte Psychoth.
Dauer	2-5 Jahre, zeitlos	1-2 Jahre
Frequenz	1-2 x pro Woche	1x pro Woche
Stundenzahl	100-300	50-100
Haltung des Therapeuten	Eher passiv	Eher aktiv
Ziel	Symptom- und kernkonfliktorientiert	Auf aktuellen Konflikt orientiert
Indikation	Bei frühen Störungen, z.B. Borderline, narzisstische Persönlichkeitsstörung Alle Formen der Angstneurose Körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs eher nicht bei psychosomatischen Erkrankungen Aber auch neurotische Krankheitsbilder	Bei aktuellem neurotischen Konflikt, der als wesentlich erachtet wird
Krankenkasse	bis zu 300 Std. in der Praxis nur geringer Prozentsatz (Kosten für Pat.)	Erstantrag 50 Std. Folgeantrag auf Verlängerung 80-100 Std. neben VT am häufigsten angewendet

Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

- Aktivere Haltung des Therapeuten
- eher gerichtete Assoziationen

Psychoanalytische Psychotherapie

- Unbewusste, früh geprägte Haltungen und Einstellungen des Patienten und Analytikers wiederbelebt und in Handlungsdialogen dargestellt
- nicht nur Symptomheilung, sondern triebdynamische, strukturelle Veränderung der Persönlichkeit
- eher freie Assoziationen

118. Welche Wirkfaktoren sind nach Grawe für den Erfolg einer Psychotherapie ausschlaggebend? (20, Kap. 14.4 & 14.5)

1. Aktive Hilfe zur Problembewältigung

aktive Unterstützung und Aktivierung von Ressourcen um Bewältigungserfahrungen machen zu können
nicht völlig hinter passiver Neutralität verschanzen

2. Motivationale Klärung als explizierende Therapie

durch sog. „Klärungsarbeit“ implizite Einstellungen, Motive, Ziele etc. des Patienten herausarbeiten, um Klarheit über Bedeutungen zu erhalten
Problemaktualisierung i.S.e. Bedeutungsänderung erreichen

3. Herstellung einer tragfähigen Beziehung

Beziehungsgestaltung ist Grundlage für die Therapie und wichtigstes Mittel, um Veränderungen herbeizuführen

Grawe verweist auch darauf, dass es nicht um eine Eklektizismus geht, z.B. dass Schwächen eines Therapieansatzes mit den Stärken eines anderen ausgleichbar ist
Er fordert einen ganz neuen theoretischen Ansatz von größerer Erklärungsbreite

119. Erläutern Sie den Kölner Risikoindex. Wie ist er entstanden, welche Aussagen sind möglich? Nach welchen Grundsätzen verläuft die „zielgruppenorientierte Opferhilfe“? (13; 10, S. 91)

Entstehung

- Forschungsergebnisse aus dem Kölner Opferhilfe Modell (KOM) für Opfer von Gewaltverbrechen
- Zur Reform der Behörden
- Es wurden Ausmaß, Einflussfaktoren und Verbreitung psychotraumatischer Folgeerscheinung erhoben
- Es zeigte sich, dass für den Einzelfall das spezifische Zusammenspiel vieler Einflussgrößen relevant ist, um in einem frühen Stadium nach der Traumatischen Erfahrung den Verlauf vorherzusagen
- So konnte eine mittlere Belastung aller Einflussgrößen ebenso symptomproduktiv wirken wie eine starke Belastung durch nur wenige Faktoren
- additive Ergänzungsreihe der Einflussgrößen gebracht
- Risikoindex mit Summenwert über die verschiedenen Einflusskriterien
- Aussage über die wahrscheinliche Schwere des Verlaufs möglich

Einflussgrößen (Checkliste):

1. Deliktart inkl. Schwere (0 oder 1)
2. Lebensbedrohlichkeit (0 oder 2)
3. Peritraumatische Dissoziation (0 bis 4)
4. Mehrfachtraumatisierung (0; 0,3; 0,6 ... bis 2)
5. („objektive“) Schwere der traumatischen Situation (0 bis 1)
6. Dauer der traumatischen Situation (0 oder 1 bei länger als 30 min.)
7. Negative Erfahrungen mit Funktionsträgern (0; 0,5; 1)
8. Negative Erfahrungen in der sozialen Umwelt (0 oder 1)
9. Schwere der Verletzungen (0 oder 1)
10. Täter bekannt (0 oder 1)
11. Arbeitslosigkeit (0 oder 1)
12. Schulbildung (protektiv) (0 bis -2)

Bei Schwellenwert in der Summe (Wert 7), ist ein erhöhtes PTBS-Risiko gegeben

Einteilung von Opfern in 3 Gruppen zu je ca. 1/3

Nach Akutversorgung, Psychoedukation und Anleitung zur Selbsthilfe unterscheidet sich weitere Vorgehensweise → Je nach Risikoprofil anders

1. Selbsterholer
Hineise auf Hilfesysteme
2. Wechsler / Kippgruppe
Psychologische Nachsorge → psychotraumatologische Diagnostik → Akkuttherapie
3. Risikogruppe
psychotraumatologische Diagnostik → Akkuttherapie

120. Welche typischen Skripts weist psychotherapeutischer Misserfolg auf? (10, Abschnitte 4.4.6 und 5.1; 21)

1. Golden Phantasy

- Traumatische Belastungen: in Kindheit Deprivation, vor Therapie krisenhafte Beziehungsprobleme
- Eingangssymptome: Depression, Minderwertigkeit, Abhängigkeit, Sinn- und Hoffnungslosigkeit, Suchtprobleme
- Beziehungsgefüge: Gemeinsamer Wunsch nach Geborgenheit, symbiot. Pseudoharmonie, allmählicher Rollentausch, sex. Missbrauch
- Folgen: Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses, akute Krise, erfolgreiche Nachfolgetherapie

2. Der alttestamentarische Gott

- Traumatische Belastungen: in Kindheit und vor Therapie Partnerbeziehungsstörung zw. Vater und Stiefmutter, massive parentale Ablehnung
- Eingangssymptome: Massive soziale Ausgrenzung, Lernstörungen
- Beziehungsgefüge: Kl: Idealisierende Verehrung; Thp: Besitz- und Herrschaftsansprüche, Aufwertung vs. Vernichtung
- Folgen: Andauerndes traumatisches Gebundensein an Thp: Das Leben als Rachefeldzug

3. Eingefrorene Verschmelzungswünsche

- Traumatische Belastungen: Kindheit Individuations- und Autonomieverbot, vor Therapie Fehlende Eigenständigkeit; Ausgegrenztwerden
- Eingangssymptome: Psychosomatische Beschwerden, Depression, Scham-, Schuld- und Wertlosigkeitsgefühle
- Beziehungsgefüge: Kl: Objekthunger vs. Misstrauen vor erneuter Zurückweisung, Thp: Aggr. Gegenübertragung, Nichtachtung und Degradierung des Kl.
- Folgen: 1. Totaler Zusammenbruch 2. Selbstbehandlung 3. Positive Nachfolgetherapien

4. Zuwendung und Zerstörung

- Traumatische Belastungen: Kindheit Traumatisches Einzelereignis, Gefühl des Abgetrenntseins von der Welt, vor Therapie tiefe Lebenskrise
- Eingangssymptome: Depression, Ängste, Suizidalität
- Beziehungsgefüge: Kl: Unmündig vs. Selbstbewusst; Thp: Zuwendung bei Unterwerfung, Verurteilung bei „Auflehnung“
- Folgen: Nachhaltiges erleben von existentieller Zerstörung

5. Vertreibung aus dem gelobten Land

- Traumatische Belastungen: Kindheit Traumatisches Einzelereignis gefolgt von Dauertraumatisierung, vor Therapie Krisenhafte Beziehungsprobleme
- Eingangssymptome: Depression, psychosomatische Beschwerden, Suizidalität
- Beziehungsgefüge: Kl: Anklammerungs- und Symbiosetendenzen; Thp: widersprüchliches Beziehungsschema, double bind
- Folgen: Vernichtung des Selbstwertgefühls und des Vertrauens in andere, zaghaftes Akzeptieren von Selbstheilungskräften

6. Der hilflose Therapeut

- Traumatische Belastungen: Kindheit Emotionale Isolation, vor Therapie Fehlende tragfähige Bindungen, Bedrohung des berufl. Entwurfs
- Eingangssymptome: Depression, Gefühle der Minderwertigkeit, Suizidalität

- Beziehungsgefüge: Kl: Kontrolle ausüben müssenThp: Fehlende Kunstfertigkeit, alltägliche Sozialbeziehung
- Folgen: Endgültige Gewissheit, dass man allein ist und sich selber helfen muss

7. Der uninformierte Klient

- Traumatische Belastungen: Kindheit traumatisches Einzelereignis, vor Therapie Existentielle Bedrohung durch traumatische Ereignisse
- Eingangssymptome: Depression und die Erlebniswelt, stark einengende Beziehungs- und Kontaktprobleme
- Beziehungsgefüge: Kl: Hilfloses Ausgeliefertsein; Thp: Methodische Rigidität
- Folgen: Tiefe Krise, Bearbeitung durch neue Lebensorientierung bzw. Nachfolgetherapie

121. Welche Entwicklungsphasen der jüngeren Psychotherapieforschung (nach 1950) lassen sich unterscheiden? Was sind die wichtigsten Ziele der einzelnen Phasen. Geben Sie jeweils ein Beispiel dazu. 7

Eysenck 1952: Psychotherapie (Psychoanalyse) wirkt nicht besser als nichts tun (in 90ern revidiert)

1. Ergebnisforschung (1930-1970)

Psychotherapie hat im Durchschnitt positive Effekte, die mit anderen Mitteln nicht erreicht werden können

- Ziel: Eigene Ergebnisse nach außen hin darlegen
- Bsp.: Es konnte nachgewiesen werden, dass Patienten nach einer analytisch-psychotherapeutischen Behandlung signifikant weniger Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte benötigten

2. Zusammenhang zwischen Ergebnis- und Prozessvariablen (1960-1980)

- Ziel: Zusammenhänge mit Prozessvariablen untersuchen, Abgrenzung von verschiedenen Verfahren
- Bsp.: Es ließ sich eine positive Korrelation von Manualgebrauch und Therapieerfolg nachweisen.
- Aber: Die bisher untersuchten Therapieverfahren haben trotz unterschiedlichem Therapeutenverhalten im Durchschnitt zu annähernd äquivalenten Effekten geführt, was auf unspezifische Wirkfaktoren zurückgeführt wird

3. Mikrodynamik (ab 1980)

Interesse an der Feinstruktur des Therapieprozesses

Wendung zu realen Praxisbedingungen und zur Fallorientierung

- Ziel: Schrittweise Überwindung des Paradoxons
- Bsp.: Studien ergaben, dass ein Teil von Betroffenen eine Verschlechterung durch die Therapie erfahren

122. Schildern Sie das „Drei-Parteien-Modell“ der Erfolgsmessung in der Psychotherapie nach Strupp. Welche Konstellationen von Erfolg bzw. Misserfolg können sich typischerweise ergeben? (10, Abschnitt 4.1)

Erfolgsmessung = Bewertung

- Vergleich des real abgelaufenen Veränderungsprozesses mit möglichen Varianten oder wünschenswerten Ergebnissen

Bei der Beurteilung des Therapieerfolges sollen 3 Parteien berücksichtigt werden

1. Patient: Ergebnis persönlicher Erfolg, damit zufrieden?

2. gesellschaftliches Umfeld des Patienten: Familie, Arbeitgeber, Freunde

3. Experte: auf standardisierten Testverfahren, physiologischen Messungen, Symptomreduktion

der Erfolg ist differenziert zu bewerten, denn die 3 Parteien stimmen nicht immer überein

Patient (+) Umfeld (+) Experte (+)

Alle zufrieden = vollständige „Heilung“ = Optimum

Patient (-) Umfeld (-) Experte (-)

kein Therapieeffekt eingetreten oder Verschärfung der Symptome

Patient (+) Umfeld (-) Experte (+)

Wahrscheinlich eher selten (?)

Therapie könnte z.B. zu Trennung vom Partner führen

Symptomverschiebung (?)

Patient (+) Umfeld (+) Experte (-)

Symptomverbesserung, aber Konflikt nicht gelöst

Patient (+) Umfeld (-) Experte (-)

Idealisierung des Therapeuten

Patient (-) Umfeld (+) Experte (+)

Unfähigkeit sich von Therapie zu lösen, emotionale Abhängigkeit

Patient (-) Umfeld (-) Experte (+)

Fehlurteil des Therapeuten (?)

Befriedigung eigener Bedürfnisse, Missbrauch

Patient (-) Umfeld (+) Experte (-)

Neid auf enge Beziehung zu Therapeuten (?) („Es geht dir besser, deshalb kannst du aufhören“)

123. Welche Messverfahren zur Bestimmung der Effektstärke einer psychotherapeutischen Behandlung sind Ihnen bekannt? 19, Kap. 52

- Effektstärke gibt Größe der Verbesserungen an, die mit verschiedenen Therapieverfahren erreicht werden können
- Problem der Meta-Analysen: vergleichen Therapiemethoden/-schulen über verschiedene Patienten und Störungen hinweg → kein differenziertes Bild möglich
- Maß für die Wirksamkeit

Formel

- Differenz des durchschnittlichen Gesundheitszustandes der Therapiegruppe vom durchschnittlichen Gesundheitszustand der unbehandelten Gruppe dividiert durch die Standardabweichung gemeint:

$$\text{Effektstärke} = (M_{\text{Therapiegruppe}} - M_{\text{unbehandelte Gruppe}}) / SD_{\text{unbehandelte Gruppe}}$$

- Effektstärke von 0,85 bedeutet, dass sich die behandelte Gruppe um durchschnittlich 0,85 Standardabweichungen gebessert hat
- Prozentsatz derjenigen Personen, denen es in der unbehandelten Gruppe schlechter geht, als es den Patienten in der Therapiegruppe im Durchschnitt geht
- Kleine Effektstärke: 0,2 → es geht 58% der Personen in der unbehandelten Gruppe schlechter, als es Patienten in der Therapiegruppe im Durchschnitt geht.
- Mittlere Effektstärke: 0,5 → 69%
- große Effektstärke: 0,8 → knapp 79%

Zeitstabilität

Effekt bei Follow-up

Individuelle Effekte(?)

- In Meta-Analysen werden einzelne Effektstärken zu einem Gesamtwert gemittelt
- Hunderte von Studien zur Effizienz von Psychotherapie sind nicht mehr überschaubar heraus kommt die Effektstärke
- Mit Hilfe der Metaanalyse wird aus der nomologischen Not eine Tugend gemacht: Weil die quantitative Forschung tausende von fragmentierten Befunden erbracht hat, wird die Methodik, die diese Fragmentierung erzeugt hat, noch einmal auf ihr eigenes Produkt angewandt und dieser Salto mortale noch als Fortschritt verkauft.

124. Welche qualitativen Gütekriterien sind bei Dokumentation und Evaluation von Psychotherapien zu berücksichtigen? (10, Abschnitt 5.2)

- 1. Verfahrensdokumentation:**
alle Verfahrensschritte nachvollziehbar machen, von Explikation des Vorverständnisses bis zur Auswertung
- 2. Argumentative Interpretationsabsicherung:**
Interpretationen und Schlussfolgerungen sorgfältig am Material begründet und Alternativhypothesen widerlegt werden, Negativfälle prüfen!
- 3. Regelgeleitetheit:**
systematisches Vorgehen, interindividuell nachvollziehbar, zuvor explizierte Verfahrensschritte, Reproduzierbarkeit!
- 4. Nähe zum Gegenstand:**
in natürlicher Umgebung / naturalistischer Weise untersuchen
- 5. Kommunikative Validierung:**
die Ergebnisse werden in dem Maß als gültig betrachtet, in dem die befragte Person zustimmt, dass die forschenseitigen Rekonstruktionen dem von ihr Gemeinten entsprechen, therapeutischer Dialog
- 6. Handlungsvalidierung:**
Gültigkeit auch an Handlungen überprüfen
Einbeziehung handlungsleitender, subjektiv bisweilen unbewusster Schemata
- 7. Triangulation:**
Verbindung unterschiedlicher Datenquellen (Selbst-, Fremdeinschätzung), Datenebenen (Erleben, Verhalten, Testproduktion) und Forschungsmethoden. Speziell bei Forschungsmethoden Konvergenzprinzip

125. Wie werden Psychotherapie-Erfolgsstudien nach dem Konvergenz-Prinzip in der Psychotherapieforschung bewertet? (10, Abschnitt 5.1; 8).

In der Psychotherapieforschung ist eine multimethodale Ergebnisabsicherung erforderlich, um methodische Artefakte ausschließen zu können.

Die wichtigsten Methoden der Psychotherapieforschung sind:

- systematische und vergleichende Fallstudien → Einzelfallanalysen/-studien
- experimentelle Wirksamkeits-/ Interventionsforschung → kontrollierte Vergleichsgruppenstudien
- naturalistische Korrelationsstudien und Feldforschung → Feldstudien mit Korrelationsdesign.

Absicherung der Ergebnisse durch Befolgung des Konvergenzprinzips

- Ergebnisse der Psychotherapieforschung können erst dann als sicher gelten, wenn sie durch mindestens zwei Methodentypen erzielt worden sind, wenn die Ergebnisse also konvergieren
- Das Konvergenzprinzip ist eine spezielle Anwendung der Triangulation von Forschungsergebnissen auf die Psychotherapieforschung

Wenn keine Konvergenz bei Forschungsergebnissen erreicht wurde:

1. Intramethodenfehler: Unsachgemäße Handhabung der Regeln einer einzelnen Methode
2. Intermethodenfehler: Ziehen von Schlussfolgerungen und Treffen von Verallgemeinerungen, die eines anderen methodischen Zugangs bedürfen. Die Aussagebegrenzung des jeweiligen Methodentyps wird überstiegen (z.B. bei Korrelationsstudien nur Aussagen über einen regelhaften Zusammenhang möglich, jedoch nicht über kausale Faktoren)

126. Was verstehen Sie unter dem „Äquivalenz-Paradoxon“ in der Psychotherapie-Ergebnisforschung und wie lässt es sich überwinden? (10; 7)

Äquivalenzparadoxon bzw. Vogel-Dodo-Hypothese/Dodo-Verdikt¹

- Die unterschiedlichen Therapieverfahren haben im Durchschnitt zu annähernd äquivalenten Effekten geführt
- Metaanalysen, in denen die Wirksamkeit unterschiedlicher Psychotherapien evaluiert wurde, kamen zu dem Ergebnis, daß fast alle Psychotherapien ähnliche Erfolgsquoten erzielten. Es besagt, dass sich mit der bisherigen Methodik und durch den pauschalen Vergleich von Therapieverfahren nicht herausfinden lässt, welche Wirkungsfaktoren oder Wirkungsmuster gelingende von scheiternden Therapien letztlich unterscheiden, da auch sehr unterschiedliche Vorgehensweisen zu annähernd gleichen Ergebnissen führen können

Überwinden

- Es sollte nicht „die“ VT oder „die“ Psychoanalyse als unabhängige Variable untersucht werden, sondern auf der Ebene der Wirkungsmechanismen ansetzen
- die unspezifischen Wirkfaktoren in ihrer Spezifität beschreiben, um die wirksamen Prozessmerkmale, welche eventuell verschiedenen Therapieformen gemeinsam sein könnten, genauer zu identifizieren, z.B. therapeutenvariablen, Verfahrensvariablen, Patientenvariablen, Variablen der zeitlichen Struktur, Beziehungsgestaltung etc.
- KÖDOPS: Insbesondere ein Vergleich zwischen realen und hypothetischen möglichen Verläufen kann eine Einsicht in produktive Wege von Konfliktlösungen und Traumabearbeitung erweitern

¹ (aus Alice im Wunderland: "Alle haben gewonnen, alle haben einen Preis verdient")

127. Benennen Sie 7 Forschungsstrategien, die in der Psychologie unterschieden werden können. Welcher Stellenwert kommt ihnen jeweils in der Psychotherapieforschung zu? (10, Abschnitt 5.3)

1. Hypothesensuchende Arbeiten mit induktiver Methodik

- Gegenstandsbezug ist sehr hoch
- eine gute induktive Fundierung ist ein entscheidender Schritt für ein Forschungsinstrument
- durch Testkonstruktion wird hauptsächlich die formale Messgenauigkeit verbessert

2. Hypothesenprüfende Arbeiten mit deduktiver Methodik

- Eignen sich nicht so gut für die Therapieforschung, weil klinikferne quantifizierte Konstrukte
- z.B. interne vs. externe Kontrollüberzeugung als variablenbasiertes Konstrukt weit weg von subjektiver Lebenswelt der Patienten
- interindividuelle Bedeutungsvariation der Variablen und Konstrukte

3. Werkanalytische Arbeiten mit interpretativer Methodik

- Analyse der Autoren-Werk-Rezipienten-Triade
- induktive Strategie
- Zur Bildung von Hypothesen benutzt man alle relevanten Theorien und bisherige empirische Ergebnisse
- Dürfte für Psychotherapieforschung eher untergeordnete Rolle spielen (?)

4. Theorienbezogene, metatheoretische Arbeiten, die auf die mathematische, logische und/oder erkenntnistheoretische Weiterentwicklung von Konzepten, Modellen oder Theorien abzielen

- Theorienvergleich, theorieimmanente methateoretische Untersuchung, phänomenologisch fundierte Theoriebildung (grounded theory, SLT)
- Beitrag v.a. Entwicklung neuer Ideen für Theoriebildung, Modell- und Methodenentwicklung

5. Übersichtsarbeiten, die einen Überblick über den Forschungsstand in einem definierten Bereich geben und offene Problemstellungen auflisten

- Geeignet für Psychotherapie, weil ein intermethodaler Vergleich von unmittelbarer Praxisrelevanz (vgl. Konvergenzprinzip)

6. Entwicklung von Forschungsinstrumenten und –methoden

- Entwicklung von Fragebögen relativ weit fortgeschritten, Entwicklung von Software jedoch noch nicht

7. Aktionsforschung

- Untersuchungsteilnehmer bekommen programmatisch Zwischenergebnisse mitgeteilt
- hat eine große Nähe zu Praxis und Forschung in der Psychotherapie
- Ziel: Eher Aufklärung von evtl. Veränderungen von ungünstigen Regeln und Normen des Verhaltens

128. Welchen Ansatz verfolgt die Kognitionswissenschaft (cognitive science)? Welche Teildisziplinen arbeiten darin mit? (10)

Kognition

- Erkenntnistätigkeit bei Mensch und Tier
- Alle Vorgänge oder Strukturen, die mit Wahrnehmung, Gedächtnis, Sprache, Problemlösen etc. zusammenhängen
- Es sollte zwischen Kognition, Emotion und Motivation unterschieden werden
- Zwischen Kognition und Emotion besteht dialektische Beziehung, denn auch Emotionen erfüllen eine besondere Erkenntnisfunktion

Kognitionswissenschaft / Cognitive Science

- Relativ junger interdisziplinärer Wissenschaftszweig, dessen Ziel die Erforschung kognitiver Fähigkeiten und Aspekte ist, z.B. Wahrnehmung, Denken, Lernen, Motorik und Sprache
- Interdisziplinäres Forschungsprogramm, z.B. Erkenntnistheorie, kognitive Psychologie, Sprachwissenschaft, Philosophie, Neurowissenschaft, Künstliche-Intelligenz-Forschung, Informatik, strukturelle Soziologie
- An der Uni Osnabrück und Freiburg gibt es Studiengang Cognitive Science am Institut für Kognitionswissenschaft
- Gesellschaft für Kognitionswissenschaft e.V. (GK) wurde 1994 gegründet

129. Auf welchen Untersuchungsstrategien basiert die Erforschung einer möglichen biochemischen Verursachung psychischer Störungen? Welche spezifischen Fehlerquellen weisen die einzelnen Forschungsstrategien jeweils auf? (2, Kap. 5.4.2)

(a) Neurochemische Auffälligkeiten während und nach einer Störungsperiode

Analysiert werden meist Körperflüssigkeiten (Urin, Blut, Liquor) der Patienten im Vergleich zu denen einer Kontrollgruppe.

Problem: Auffälligkeiten können auch Nachwirkung von bereits behandelten Störungen oder Medikamenten sein

(b) Biopsychologische Veränderungen durch pharmakologische Substanzen.

- Schluss von der erfolgreichen medikamentösen Behandlung auf die ätiologische Bedeutung der pharmakologischen Substanzen (z.B. Lithiumtherapie bei Depression, Neuroleptika bei Schizophrenie)

- Schluss von psychopathologischer Wirkung bestimmter Substanzen bei normalen Menschen (z.B. LSD, „Modellpsychosen“) auf die Ätiologie

→ Belegt nur einen Zusammenhang, klärt jedoch nicht eindeutig die Ursachen

(c) Neurochemische Veränderungen die durch kontrollierte Beeinflussung des Verhaltens und Erlebens in Gang gesetzt werden

z. B. durch experimentell induzierte Emotionen, Stress oder Psychotherapie

→ Verfeinert, aber immer noch häufig auf indirekte Messungen angewiesen (Flüssigkeiten)

(d) Post-mortem-Untersuchungen der neurochemischen Veränderungen im Gehirn nach länger andauernder psychischer Störung (z.B. Alzheimer)

(e) Experimentelle Tierversuche

in denen durch Reizung von Hirnarealen und andere gezielte Beeinflussungen neurochemische Prozesse ausgelöst werden, die zu Verhaltensänderungen führen

→ Rückschlüsse auf höhere geistige Prozesse nicht einfach, Hirnaktivitätsmessungen immer noch technisch aufwändig

130. Was verstehen Sie unter „Intrapsychismus“ und wie unterscheiden sich derartige Ansätze von einer allgemeinen Berücksichtigung „intrapsychischer“ Phänomene und Faktoren in der psychologischen Theoriebildung? (13)

Intrapsychismus

Das Symptombild wird ausschließlich personenbezogen dargestellt

- als System innerpsychischer Mechanismen
- als erbgenetisch bedingte Dysregulation des psychischen Geschehens (z.B. traumatisch auswirkende Triebstärke bei einer Person)

ökologische Konstellationen werden auf intrapsychische Gegebenheiten reduziert

Es fehlen Angaben, worauf die Person reagiert (situativer Aspekt) und welche Bedingungen der traumatischen Situation im traumatischen Prozess „aufgehoben“ werden im Sinne der Dialektik (z. B. Nähe/Distanz, Innen/Außen).

➔ Für das Verständnis sind eigentlich immer Situation, Reaktion und Prozess notwendig

intrapsychische Phänomene

in der Psychoanalyse

- Jeder Handlung liegt nach Freud ein intrapsychischer Prozess zugrunde
- Intrapsychische Prozesse liegen im Zentrum der Persönlichkeit, sie motivieren das Verhalten oder Handlungsintentionen
- Verhalten ist durch innere Vorgänge (bewusst oder unbewusst) determiniert
- Schließt Umwelt nicht aus, hat indirekten Einfluss auf intrapsychische Ereignisse

131. Welche Möglichkeiten bestehen für die Validierung psychotherapeutischer Hypothesen und Modelle? Berücksichtigen Sie bitte die wichtigsten experimentellen und statistischen Ansätze (Kontrollgruppendesign, Feldstudie) sowie Methoden der qualitativen Forschung wie kommunikative Validierung, argumentative V. oder Handlungsvalidierung (10, Abschnitt 5.1)

Konvergenzprinzip

Ausschluss von methodischen Artefakten durch multimethodale Absicherung

- systematische und vergleichende Fallstudien: Einzelfallanalysen, Zeitreihenanalyse
- experimentelle Wirkungsforschung: Kontrollgruppendesign, Aussagen zu externer Validität (Ergebnisse replizieren), interner Validität
- naturalistische Korrelationsstudien und Feldforschung

Erst wenn die Ergebnisse aus mindestens 2 Methoden übereinstimmen, konvergieren, kann man von einer gesicherten Basis ausgehen

Methoden der qualitativen Forschung

1. Kommunikative Validierung:

die Ergebnisse werden in dem Maß als gültig betrachtet, in dem die befragte Person zustimmt, dass die forschenseitigen Rekonstruktionen dem von ihr Gemeinten entsprechen, therapeutischer Dialog

2. Handlungsvalidierung:

Gültigkeit auch an Handlungen überprüfen

Einbeziehung handlungsleitender, subjektiv bisweilen unbewusster Schemata

3. Triangulation:

Verbindung unterschiedlicher Datenquellen (Selbst-, Fremdeinschätzung), Datenebenen (Erleben, Verhalten, Testproduktion) und Forschungsmethoden. Speziell bei Forschungsmethoden Konvergenzprinzip

132. Charakterisieren Sie die folgenden Methoden zur Erforschung der ätiologischen und genetischen Bedingungen psychischer Störungen hinsichtlich ihrer Zielsetzungen sowie ihrer Schwächen und Stärken: a) Längsschnittanalysen, b) Epidemiologie, c) kritische Lebensereignisse und andere belastenden Lebensbedingungen, d) experimentelle Psychopathologie. (2, Kap. 5.2)

(a) Längsschnittanalysen

Ziel:

- Untersuchung von Ereignissen über lebenslange Zeiträume und hinsichtlich verschiedener, interagierender Faktoren

Stärken:

- Sehr wichtige Erkenntnisse zur Kausalanalyse psychischer Störungen
- Die Mehrfacherhebungen → bessere Zuverlässigkeit und Situationsunabhängigkeit
- Können den Einfluss wechselnder Lebensbedingungen aufdecken
- Untersuchung psychosozialer Risikofaktoren in ihrer Sequenz

Schwächen:

- Nicht-experimentell gewonnenen Daten
- es bedarf eines Strukturgleichungsmodells, um kausale Vorhersagen zu treffen

(b) Epidemiologie

Ziel:

- Schlussfolgerungen über Risiken für psychische Störungen in der Gesamtbevölkerung, v.a. in Bezug auf demographische Merkmale
- Aussagen über Inzidenz, Prävalenz möglich

Stärken:

- Gesundheitsmaßnahmen evaluierbar
- Ggfs. Zusammenhänge zu Entstehungsbedingungen psychischer Störungen möglich
- Verbesserung der Klassifikation psychischer Störungen

Schwächen:

- Meist niedrige Grundrate in Bevölkerung macht sehr große Stichproben nötig, um die wenigen Fälle zu „finden“

(c) Kritische Lebensereignisse und andere belastende Lebensbedingungen

Ziel:

- Die Erforschung von „Experimenten des Lebens“, kann als quasi-experimentell angesehen werden
- Erforschung der Zusammenwirkung von Bedingungen in Zeiten der Verdichtung der Ereignisse in Bezug auf die Entstehung von psych. Störungen
- z.B. traumatische Erlebnisse, aber auch Geburt, Heirat, Schuleintritt, Arbeitslosigkeit

Stärken:

- Nah am Feld, Kontexteinfluss wird berücksichtigt

Schwächen:

- Nur quasiexperimentell, selektive Stichprobe
- Lebensereignisse nicht induzierbar
- Erfassung sehr unterschiedlich in Genauigkeit

(d) experimentelle Psychopathologie

Ziel:

- Durch experimentelle Untersuchungen an psychisch gestörten Personen werden charakteristische Merkmale der Störung nachgewiesen
- Meist Querschnittsanalysen

Stärken:

- Erkenntnisse über Zusammenhänge, die außerhalb des Bewusstseins der betroffenen Personen stehen
- Ermöglichen deskriptive Klassifikation, Einordnung in „Störungsbilder“

Schwächen:

- Erkennen von korrelierten Merkmalen ist noch kein Erkennen von Kausalitäten
- Soziokultureller Hintergründer und Kontext bleiben unberücksichtigt

133. Beschreiben Sie das „hermeneutisch-dialektische Verfahren der Bildung und Exklusion von Interpretationshypothesen“ (10, Abschnitt 3.6.1)

Erfolgt in 3 Schritten, an deren Ende ein argumentativ begründeter Satz von Erklärungshypothesen für den betroffenen Phänomenbereich übrig bleibt (hier z.B. für einen therapeutischen Veränderungsschritt)

1. Proliferationsphase

- Bildung möglichst vieler divergenter Hypothesen zu einem Phänomen

2. Exklusionsphase

- Möglichst starke Reduktion der Hypothesenanzahl: Exklusion nicht-plausibler, bei denen z.B. Teil und Ganzes nicht übereinstimmen

3. Konstruktionsphase

- Verbliebene Hypothesen werden auf ihren gegenseitigen Zusammenhang hin untersucht. Wenn möglich Zusammenfassung zu Meta-Hypothesen, die z.B. auch Divergenzen zwischen 2 Hypothesen klar machen kann

4. Qualitative Pfadanalyse

- Oft reduziert sich der Hypothesensatz weiter, wenn eine Sequenz zusammenhängender Phänomene, etwa der gesamte Veränderungsverlauf einer Psychotherapie, berücksichtigt wird
- Scheinbar gleich gute Hypothesen zeigen in Bezug auf unterschiedliche Sequenzbereiche unterschiedliche Reichweite und „Erklärungskraft“
→ Pfadrelevanz einer Erklärungshypothese. Je größer, desto eher brauchbar für die Prozessforschung

134. Nennen Sie die wesentlichen Aufgaben der Psychologie im Bereich der Rehabilitation und die wichtigsten Modelle der Evaluationsforschung. (3, Kap. 12.5 & 7)

Rehabilitation zielt auf eine Wiedereingliederung körperlich, geistig und psychisch kranker und behinderter Menschen in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

Als Ergebnis wird eine Verhinderung von Wiedererkrankung und Rückfall erwartet.
(Tertiäre Prävention)

Aufgaben klinischer Psychologen liegen in den Bereichen

- Diagnostik und Prognose
- psychol. Beratung und Therapie
- Ausbildung und Supervision anderer Professionen in der Rehabilitation
- Beratung u. Betreuung von Angehörigen und Familien
- Initiierung und Betreuung von Selbsthilfegruppen
- Evaluation u. Öffentlichkeitsarbeit
- Psychotherapeutische Unterstützung des Rehabilitationsprozesses
- Beschäftigungs- und Arbeitstherapie

Evaluationsforschung:

Bewertungsprozess durch Experten mit wissenschaftlichen Methoden und Verfahren nach expliziten Kriterien und Standards

Formative Evaluation

Sie übernimmt die Rolle der Verbesserung bzw. Optimierung des Programms. Sie arbeitet weniger mit quantitativen Methoden. Im Vordergrund stehen eher Fragen nach der Akzeptanz eines Programms, ob Wirksamkeit und Ziel übereinstimmen und ob der Aufwand gerechtfertigt ist

summative Evaluation

hier werden Fragen nach der Wirksamkeit verschiedener Programme gestellt, häufig im Vergleich zueinander. Dabei geht es um das Auftreten oder Nichtauftreten der erwarteten Wirkungen, die Intensität der Wirkungen und die zeitliche Dauer, bis ein Programm seine Wirkung entfaltet. In den meisten Fällen werden quantitative Verfahren angewendet.

Arten von Evaluation

Evaluation der Programmkonzeption
Evaluation der Programmdurchführung
Evaluation der Programmwirksamkeit
Evaluation der Programmeffizienz

Evaluationsmodelle

Ergebnisorientierte Evaluation:

Evaluation als Kontrolle

Urteilsorientierte Evaluation:

Externe Kriterien zur Beurteilung eines Programms

Entscheidungsorientierte Evaluation:

Kleinste und jüngste Modellfamilie
Bestimmung der Aufgaben des Evaluators durch die Art der Entscheidungen
Evaluation als Dienstleistung

135. Was verstehen Sie unter „biologischem Reduktionismus“? (13, Abschnitt 1.2).

- Naturwissenschaftlicher Reduktionismus geht davon aus, dass sich Phänomene des psychosozialen Gegenstandsbereiches ohne Informationsverlust auf die biologische Ebene reduziert werden können
- Die Formen und Prozesse der menschlichen Gesellschaft werden auf biologische Anlagen der Menschen zurückgeführt.
- Der auf biologische Anlagen des Menschen reduzierte Ansatz geht davon aus, dass der Mensch ein Resultat einer naturgeschichtlichen Entwicklung ist und dass seine Lebensprozesse durch seine physiologische Basis determiniert werden.

Norm- und Regelbegriffe und ihre Gegenstandsebenen

1. Bei physiko-chemischer Gegenstandsebene funktionelle und statistische Normen (Ist-Zustand wird verglichen mit Sollwert, z.B. Blutdruckregulierung)
2. Bei biologischer Gegenstandsebene funktionelle und statistische Normen
3. Bei psycho-sozialer Gegenstandsebene zusätzlich Idealnorm (Ist-Zustand verglichen mit gewähltem Sollwert, Vorurteil vs. begründete Idealvorstellung, im Gegensatz zu biologischen Normen nicht genetisch programmiert)

Von oben nach unten gelesen, können niedrigere Systemebenen in die höheren integriert werden, aber natürlich nicht umgekehrt

- Beim Reduktionismus Annahme, höhere Ebenen der Systemhierarchie seien ohne Informationsverlust auf niedrigere reduzierbar, z.B. die psychologische auf die physiologische
- Dieser Vulgärmaterialismus geht sogar davon aus, psychische Vorgänge seien auf physiko-chemische Prozesse der Gehirnfunktionen zurückzuführen
- Bsp.: bei einer Vergewaltigung wird nicht nur die biologische Selbstregulierung gestört (Ebene 2) sondern auch die Fähigkeit zur sexuellen Selbstbestimmung verletzt (Ebene 3, psycho-sozial)
- z.B. ist eine Abwehrstrategie, um mit traumatischen Erfahrungen umzugehen, diese zu ignorieren und sich Alltagsgeschäften zuzuwenden. Dieser Umgang ist ein Paradebeispiel für den Umgang mit seelischen Verletzungen, der sich im vulgärmaterialistischen Wissenschaftsverständnis widerspiegelt

136. Nennen Sie die sieben Forschungsstrategien nach Fischer (10, Abschnitt 5.3) Begründen Sie, warum sich die drei grundlegenden Methodentypen (kontrollierte Vergleichsgruppenstudie, naturalistische Feldstudie mit Korrelationsdesign, systematische Einzelfallstudie bzw. vergleichende Einzelfallstudie) nur partiell mit diesen Forschungsstrategien decken (am Beispiel der Kontrollgruppenstudie).

Forschungsstrategien

1. Hypothesensuchende Arbeiten mit induktiver Methodik
 2. Hypothesenprüfende Arbeiten mit deduktiver Methodik
 3. Werkanalytische Arbeiten mit interpretativer Methodik
 4. Theoriebezogene, metatheoretische Arbeiten, die auf die mathematische, logische und erkenntnistheoretische Weiterentwicklung von Konzepten, Modellen oder Theorien abzielt
 5. Übersichtsarbeiten, die einen Überblick über den Forschungsstand in einem definierten Bereich geben und offene Problemstellungen auflisten
 6. Entwicklung von Forschungsinstrumenten und –methoden
 7. Aktionsforschung
- Ein Methodentyp kann unterschiedliche Forschungsstrategien umfassen
 - Kontrollgruppenstudie lässt sich zwar relativ eindeutig der hypothesenprüfenden Methodik zuordnen
 - Korrelationsstudien stellen jedoch meist eine Verbindung der Strategien 1 & 2 dar
 - Sie bieten Möglichkeiten zur Hypothesenprüfung und auch zur Ermittlung neuer Hypothesen, die bereits in der gleichen Untersuchung einen gewissen Bestätigungsgrad erfahren können
 - Für die Variation der Forschungsstrategie bleibt v.a. die Unterscheidung zwischen induktivem und deduktivem Vorgehen grundlegend

Der Schluss von einer Mittelwertdifferenz im Gruppenvergleich auf die therapeutische Wirksamkeit der UV (oder mehrerer UVs) ist nicht sinnvoll. Ein Wirkfaktor kann in der Realität bei einer Person eine Verbesserung, bei einer anderen eine Verschlechterung und wiederum bei einer anderen keine Veränderung bewirken.

137. Was verstehen Sie unter Phänomenologie? Was unter phänomenologischer Psychologie?
(13)

Phänomenologie

- Als qualitative Forschungsmethode eine Haltung unvoreingenommener Wahrnehmung und Beschreibung von unmittelbar vorhandenen Phänomenen
- „disziplinierte Naivität“ = naive, kindliche Wahrnehmung verbindet sich mit disziplinierter Beobachtung und Beschreibung
- Die Interpretation bleibt minimal
- Diese phänomenologische Beobachtungshaltung ist auch in der Psychotraumatologie die Basis zuverlässiger Erkenntnisgewinnung.
- Die weitere Strukturierung der Erkenntnisgewinnung erfolgt über dialektische, hermeneutische und quantifizierende Erkenntnisoperationen.

Phänomenologische Psychologie

- Auf Phänomenologie aufbauender Ansatz, der die unmittelbare und reine Anschauung des Erlebens der Wirklichkeit zum Ausgangspunkt für die Analyse von allgemeinen Strukturen des Bewusstseins macht.
- Ansatz verzichtet auf die Beschäftigung mit nicht phänomenal erfahrbaren Vorgängen wie z.B. Prozessen im Nervensystem

MPTT: Prinzip 7 - Phänomenologische Zentrierung auf die PatientInnen:

Das Vorgehen der MPTT ist patientenzentriert, d.h. dialogisch auf die Begriffe, Metaphern und die Lebenswelt der PatientInnen bezogen. Das Trauma soll phänomenologisch, d.h. aus der Sicht der Betroffenen verstanden und therapeutisch behandelt werden

138. Was verstehen Sie unter Hermeneutik? (13)

- qualitative Lehre vom Verstehen oder Interpretieren
- Validierungskriterium ist das schrittweise Abarbeiten des spontanen Vorverständnisses an real beobachtbaren Gegebenheiten
- ein zirkuläres Verhältnis von spontanem Vorverständnis und dessen schrittweiser Selbstkorrektur an real beobachtbaren Gegebenheiten im Sinn des „hermeneutischen Zirkels“
- Groeben spricht hier auch von hermeneutischem Rückkopplungsprozess, der besser abbildet, dass ein Erkenntnisfortschritt erreicht wird und man sich nicht „im Kreis“ dreht
- Ein wissenschaftlich hermeneutisches Vorgehen umfasst
 - o kommunikative Validierung: gibt an, inwieweit zwischen UntersuchungsleiterInnen und UntersuchungsteilnehmerInnen ein interpersoneller Konsens über die relevanten Bedeutungen besteht
 - o argumentative Validierung: Aussage wird hinsichtlich ihrer logischen Stringenz und sachlichen Berechtigung im jeweiligen Kontext geprüft
 - o Handlungsvalidierung: kritischen Vergleich des realen Verhaltens eines Individuums oder einer sozialen Gruppe mit seiner bzw. ihrer Selbstinterpretation

139. Schildern Sie das „Konvergenzprinzip“ in der klinisch-psychologischen Forschung. Setzen Sie es in Beziehung einerseits zu den traditionellen Gütekriterien der Testpsychologie und andererseits zu Gütekriterien der qualitativen Forschung (13; 10)

Ergebnisse aus mindestens 2 der 3 unterschiedlichen Methodentypen müssen übereinstimmen, damit von einem empirisch gesicherten Ergebnis gesprochen werden kann

- Kontrollierter Gruppenvergleich / experimentelle Wirkungsforschung
- Feldstudien / Korrelationsstudien
- systematische und vergleichende Einzelfallforschung

Erst wenn das Ergebnis der Methodentypen konvergiert, kann ein methodenbedingtes Artefakt ausgeschlossen werden

Gütekriterien der klassischen Testpsychologie:

- dienen dem Ausschluss von Intramethodenfehlern → diese können auch für ein nicht-konvergieren von Ergebnissen verantwortlich sein
- Verzerrungen aufgrund einer unangemessenen Methode werden nicht berücksichtigt (Bsp. Korrelationsstudien, Mittelwertsvergleiche)
- Zum Ausschluss von Intermethodenfehlern und der Sicherung der ökologischen Validität bedarf es zusätzlich der qualitativen Gütekriterien

Gütekriterien qualitativer Forschung:

- Verfahrensdokumentation
- Interpretative Argumentationsabsicherung:
- Regelgeleitetheit
- Nähe zum Gegenstand
- Kommunikative Validierung
- Handlungsvalidierung
- Triangulation

Konvergenzprinzip ist Abwandlung der Triangulation von Forschungsdaten, um klinische Brauchbarkeit eines therapeutischen Verfahrens zuverlässig abschätzen zu können

140. Was verstehen Sie unter „biologischem Reduktionismus“? Nennen Sie Beispiele aus der Psychotraumatologie (13, Stichwort Reduktionismus)

- Naturwissenschaftlicher Reduktionismus geht davon aus, dass sich Phänomene des psychosozialen Gegenstandsbereiches ohne Informationsverlust auf die biologische Ebene reduziert werden können
- Die Formen und Prozesse der menschlichen Gesellschaft werden auf biologische Anlagen der Menschen zurückgeführt.
- Der auf biologische Anlagen des Menschen reduzierte Ansatz geht davon aus, dass der Mensch ein Resultat einer naturgeschichtlichen Entwicklung ist und dass seine Lebensprozesse durch seine physiologische Basis determiniert werden.

Norm- und Regelbegriffe und ihre Gegenstandsebenen

1. Bei physiko-chemischer Gegenstandsebene funktionelle und statistische Normen (Ist-Zustand wird verglichen mit Sollwert, z.B. Blutdruckregulierung)
2. Bei biologischer Gegenstandsebene funktionelle und statistische Normen
3. Bei psycho-sozialer Gegenstandsebene zusätzlich Idealnorm (Ist-Zustand verglichen mit gewähltem Sollwert, Vorurteil vs. begründete Idealvorstellung, im Gegensatz zu biologischen Normen nicht genetisch programmiert)

Von oben nach unten gelesen, können niedrigere Systemebenen in die höheren integriert werden, aber natürlich nicht umgekehrt

- Beim Reduktionismus Annahme, höhere Ebenen der Systemhierarchie seien ohne Informationsverlust auf niedrigere reduzierbar, z.B. die psychologische auf die physiologische
- Dieser Vulgärmaterialismus geht sogar davon aus, psychische Vorgänge seien auf physiko-chemische Prozesse der Gehirnfunktionen zurückzuführen
- Bsp.: bei einer Vergewaltigung wird nicht nur die biologische Selbstregulierung gestört (Ebene 2) sondern auch die Fähigkeit zur sexuellen Selbstbestimmung verletzt (Ebene 3, psycho-sozial)
- z.B. ist eine Abwehrstrategie, um mit traumatischen Erfahrungen umzugehen, diese zu ignorieren und sich Alltagsgeschäften zuzuwenden. Dieser Umgang ist ein Paradebeispiel für den Umgang mit seelischen Verletzungen, der sich im vulgärmaterialistischen Wissenschaftsverständnis widerspiegelt

141. Was verstehen wir unter einer „variablenisolierenden Forschungsstrategie“? Welche Vorteile hat sie? Welche Nachteile? – und wie kann man letztere vermeiden? (13; 10)

- Konstrukte, durch die Allgemeinaussagen über Phänomene gemacht werden können, werden in Forschungsdesign als Variablen verrechnet, z.B. Items einer Trauma-Skala
- Die Operation, die zur Verallgemeinerung führt, ist die Formulierung von Items als Basisvariablen und die Konstruktion einer entsprechenden Antwortskala
- Die variablenisolierende Strategie ist also eine Form der Verallgemeinerung

Vorteil:

Variablen können über Individuen und Populationen hinweg gemessen und verglichen werden

Nachteil:

- Isolierung der Variablen
- sind aus dem Kontext der individuellen Bedeutungszuschreibung herausgerissen
- ein Kreuz an derselben Stelle kann für zwei Personen unterschiedliche Bedeutung haben
→ die Bedeutungsvariation lässt sich mit der variablenisolierenden Methode nicht eingrenzen, hier muss ein fallorientierter Ansatz her

Multimethodales Vorgehen verhindert widersprüchliche Befunde mit einer Methode

142. Unterscheiden Sie die Begriffe „Typen“ und „Klassen“ voneinander. Welchen Funktionswert haben Typologien und Klassifikationen im Allgemeinen und in der Klinischen Psychologie im Besonderen? (2, Kap. 4.2)

- Der Begriff Klassifikation bezeichnet das Einteilen von bestimmten Phänomenen oder Personen in Gruppen oder Kategorien, die sich durch gemeinsame Merkmale oder Beziehungen auszeichnen
- Wird durch schrittweises Zusammenfassen von (psychologischen) Charakteristika auf verschiedenen Abstraktionsebenen gebildet
- Mit der entsprechenden Systematik hinter diesen Einteilungen entsteht ein Klassifikationssystem (auch Taxonomie im wissenschaftlichen Kontext), d.h. ein Ordnungssystem mit dem Gegenstände nach natürlichen Einheiten eingeteilt werden können

- Die herangezogenen Kriterien sind die Einteilungsgründe der Systematik

Klassen

Kategoriale Klassifikationssysteme gehen davon aus, dass die einzuteilenden Erscheinungen in eindeutig voneinander zu trennende Klassen eingeordnet werden können

1. Eine Klasse wird durch eine kleine Anzahl von notwendigen und gemeinsam hinreichenden Merkmalen definiert. Jedes der definierenden Merkmale ist eine notwendige Bedingung für die Zugehörigkeit
2. untergeordnete Kategorien müssen alle Merkmale von ihnen übergeordneten Klassen aufweisen

die psychiatrische Nosologie versucht, psychische Störungen nach „natürlich“ vorgegebenen Krankheitseinheiten zu ordnen und hierarchisch aufzugliedern

Typen

- Typologische Taxonomien gehen von reinen, exemplarischen oder repräsentativen Fällen aus, die bestimmte Merkmalskombinationen auf sich vereinigen
- Idealkonfigurationen, die nicht von einer „naturegegebenen“ Klasseneinteilung ausgehen
- Sie lassen daher in beschränktem Maße Heterogenität bzw. Überschneidungen zu
- Merkmale einer Kategorie und Beziehungen der Kategorien untereinander von vornherein als unvollkommen definiert
- Prototypische Merkmale sind keine notwendigen und hinreichenden, sondern lediglich korrelierende Kriterien für die Zuordnung
- 2 Modellvarianten
 - o Prototypen-Ansatz
Prototyp = abstrakte Vorstellung
Zugehörigkeit zu einer Störungskategorie wird über Grad der Ähnlichkeit des Falles zum Prototyp entschieden
 - o Exemplarisches Modell
Nicht abstrakte Vorstellungen, sondern durch konkrete Einzelfälle repräsentiert
Grad der Ähnlichkeit zu den Modellen entscheidet über Zuordnung
- Typologische Ansätze entsprechen der klinischen Praxis besser als Klassen
- Oft schleichen sich aber Stereotype und Vorurteile implizit ein

- Klassifikationssysteme werden z.B. benutzt um zwischen psych. gestörten von normalen und verschiedenen Arten von Störungen zu unterscheiden

143. Benennen Sie die wichtigsten Forschungsmethoden der Psychotraumatologie und schildern Sie ihre Besonderheiten (13, Abschnitt 3.4)

Idiographische und nomothetische Forschungsstrategien müssen in der Psychotraumatologie sinnvoll miteinander verbunden werden

- Durch variablenisolierende Strategien (Vorgehen bei der Fallauswahl)
- Durch fallorientierte Forschungsstrategien (Einzelfallanalyse)

1. Screening mit einer größeren Stichprobe und bereits vorhandenen Testverfahren
2. Gezielte Einzelfälle auswählen, die für Fragestellung repräsentativ sind (vgl. komparative Kasuistik von Jüttemann)
3. fallorientierte Verallgemeinerungsstrategie
 - a) Within-case-Phase: alle Materialien werden pro Einzelfall gesichtet und analysiert
 - b) cross-case-Phase: Einzelfälle werden z.B. in ihrem Verlauf verglichen und übergreifende Variablen festgehalten (nicht a priori!), durch Übersichtsmatrix können Zusammenhänge zwischen Fällen veranschaulicht werdendie Ergebnisse des cross-case-Vergleiches können rückwirkend auf die Einzelfälle angewendet werden, so finden sich bei manchen Einzelfällen evtl. Variablen, die zuvor nicht berücksichtigt wurden
die fallübergreifend ermittelten Variablen nennt man a posteriori-Variablen
das Zusammenspiel der a priori mit den a posteriori Variablen ist von entscheidender Bedeutung

144. Schildern Sie am Beispiel der psychologischen Deprivationsforschung die Probleme der Methodenintegration in der Klinischen Psychologie (13, Abschnitt 3.4.1)

- Das Phänomen Deprivation ist von verschiedensten Disziplinen bearbeitet worden wie Kinderheilkunde, Psychoanalyse, empirische Sozialforschung, experimentelle Psychologie
- Wünschenswert wäre, dass wissenschaftliche „Bergarbeiter“ ihre unterirdische Suche (Deprivation Town) aufeinander abstimmen und so evtl. im Innern des Berges irgendwann zueinander finden, um sich über Forschungsergebnisse austauschen zu können
- Koordinationszentrale „über der Stadt wie eine Satellitenschüssel“, die zwischen den Nachrichten aus den verschiedenen Richtungen empfängt und austauscht, die die Ergebnisse um den jeweiligen Methodenzugang relativiert (dies kann teilweise die Psychotraumatologie übernehmen)

Beispiel Ergebnisse zur Deprivationsforschung aus unterschiedlichen Methodentypen:

- Experimentalpsychologie: Tierversuche (Harlow, Rhesusaffen)
- Psychoanalyse: psychosexuelle Entwicklung, Bindungstheorie, Entwicklungsstufen-/phasentheorien
- Korrelationsstudien mit Heimkindern
- Neurobiologische Folgen von Deprivation: lebensgeschichtliche Veränderungen des Neurotransmittersystems

145. Was verstehen Sie unter „individuell-nomothetischem“ Vorgehen? Erörtern Sie das Konzept „individueller Gesetzmäßigkeiten“ an einem Fallbeispiel (13, Abschnitt 4.4, Glossar und Stichwortverzeichnis).

- Zielt auf die Erforschung individueller Gesetzmäßigkeiten bei Individuen (oder Gruppen) mit geeigneten quantitativen oder qualitativen Methoden.
- Individuelle Gesetzmäßigkeiten sind Regeln, Funktionsweisen, Strategien, Methoden eines Individuums, die sich auf dem Hintergrund von biologischer Disposition und lebensgeschichtlicher Erfahrung bilden
- beruht auf einer (einzelfall-)bezogenen Methodik, die die fallbezogene, „klinimetrische“ Behandlung quantitativer Werte miteinschließt - im Gegensatz zu einem variablenisolierenden Vorgehen, bei dem die psychologische Bedeutung der isoliert betrachteten Variablen leicht verloren geht
- Die neuere Entwicklung der qualitativen Forschung geht dahin, neben allgemeinen Gütekriterien (methodenübergreifende Gütekriterien) auch methodenspezifische Gütekriterien festzulegen, die unmittelbar an der Schnittstelle zwischen Forschungsmethode und Untersuchungsgegenstand ansetzen

Beispiele:

Zentrales traumatisches Situationsthema

Konfigurationsanalyse

Traumakompensatorisches Schema