

9.2 Grundlagen und Formen Psychischer Störungen

08.04.2020 – Einführung

1. Was ist klinische Psychologie?

- Teilgebiet der Psychologie, beschäftigt sich mit psychischen Störungen und psychischen Aspekten somatischer Störungen
- Teilaspekte:
 - Ätiologie (=Ursache für die Entstehung von Krankheiten)
 - Klassifikation und Diagnostik
 - Prävention, Psychotherapie und Rehabilitation
 - Prävalenzen (Krankheitshäufigkeit)
 - Gesundheitsversorgung und Evaluation

1.1 Abgrenzungen der klinischen Psychologie

- **Verhaltensmedizin** = Forschungs- und Praxisfeld: beschäftigt sich aus psychologischer Sicht mit somatischen Krankheits- und Gesundheitsproblemen, Intervention und Rehabilitation
- **Psychiatrie** = Teilgebiet der Medizin: beschäftigt sich mit Forschung, Diagnostik und Therapie psychischer Störungen
- **Psychoanalyse** = Teilgebiet der Psychotherapie: bezieht sich auf psychoanalytische Konzepte (v.A Freud)
- **Psychopathologie** = Psychiatrische Lehre von der Beschreibung abnormen Erlebens, Befindens und Verhaltens im Zusammenhang mit psychischen Störungen

1.2 Fragestellungen der klinischen Psychologie

- Diagnostik psych. Störungen
- Epidemiologie
- Ätiologie (Wie entstehen psych. Störungen und wie werden sie aufrechterhalten?)
- Intervention (Therapie, Prävention)

2. Was sind psychische Störungen

= klinisch bedeutsames Verhaltens-Syndrom, das mit momentanem Leiden oder einer Beeinträchtigung (Einschränkung in einem oder mehreren sozialen Bereichen) auftritt. Unabhängig vom Auslöser muss eine Funktionsstörung (verhaltensmäßig, psych., biologisch) beobachtbar sein.

= psych. Störungen sind Konstrukte und sind deskriptiv (keine eindeutige Ursachenzuschreibung)

2.1 Definitionen Gesundheit

- **Duden:** Zustand oder bestimmtes Maß körperlichen, psychischen oder geistigen Wohlbefindens; Nicht-beeinträchtigung durch Krankheit Nietzsche: „Gesundheit ist dasjenige Maß an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen.“
- **Biomedizinisches Modell:** Gesundheit ist die Abwesenheit von Krankheit.
- **WHO (1948):** Gesundheit ist der Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.
- **WHO (1986, 2003):** Gesundheit ist ein positiver funktioneller Gesamtzustand im Sinne eines dynamischen biopsychologischen Gleichgewichtszustandes, der erhalten bzw. immer wieder hergestellt werden muss.

2.2 7 Definitionsmerkmale für Gesundheit (Franke, 1993)

- Störungsfreiheit
- Leistungsfähigkeit
- Rollenerfüllung
- Homöostase/Gleichgewichtszustand
- Flexibilität
- Anpassung
- Wohlbefinden

CAVE: Gesundheit ist kein eindeutig definierbares Konstrukt; sie ist schwer fassbar und nur schwer zu beschreiben. Gesundheitsvorstellungen sind soziale Konstruktionen; Gesundheit wird (wie Krankheit) auch sozial produziert.

2.3 Der medizinische Krankheitsbegriff

- Kranksein (Beschwerden, Abweichungen, Verhaltensauffälligkeiten) ist auf einen spezifizierbaren Defekt zurückzuführen ➤ möglicherweise noch nicht bekannt
- Defekt ist in der Person gelegen und grundsätzlich körperlicher Art
- Defekt ist zurückzuführen auf eine eindeutige Ursache bzw. ein Muster von Ursachen
- Defekt ist grundsätzlich körperlicher Art

2.4 Das Biopsychosoziale Modell

= bedeutsamste Theorie für die Beziehung zwischen Körper & Geist

Sowohl biologische, psychologische als auch soziale Faktoren haben einen gleichrangigen Wert für das Verständnis psychischer Erkrankungen; stehen in Wechselwirkung miteinander bei Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten in Verbindung; dabei sind vielfältige Zusammenhänge zwischen den Variablen möglich.

2.5 Merkmale abnormen Verhaltens und Erlebens

- Leiden
 - Leiden unter Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit & Schlafstörungen (Depression)
- Einschränkung des Funktionsniveaus
 - lebensbedrohliche Abmagerung (Anorexie)
- Abweichung von der Norm
 - Angst vor Abwertung ist sehr viel stärker ausgeprägt als bei den meisten Menschen (soziale Phobie)
- Verletzung gesellschaftlicher Standards
 - Verhaltensexzesse (Schizophrenie)
- Irrationalität und Unvorhersagbarkeit
 - Wahn (Schizophrenie)

3. Theoretische Modellperspektiven

➔ Es gibt keine Gesamtheorie psychischer Störungen, sondern 3 sich zum Teil überlappende Perspektiven

1. (Neuro-)biologische Perspektive

- **Grundidee:** Psychische Störungen als direkte oder indirekt Folge von Störungen/ Erkrankungen des Gehirns
- **Methoden:** Experiment, objektive psychophysiologische neurochemische und labortechnische Marker

2. Psychodynamische Perspektive

- Psychische Störungen als Folge von intrapsychischen unbewussten Konflikten und Prozessen (meist auf frühkindliche Konflikte zurückführen)
- **Methoden:** Gespräche, indirekte subjektive Maße (Traum, Widerstand)
- **Historischer Hintergrund** (Sigmund Freud, Psychoanalytiker)
 - Grundannahmen moderner Theorien: „Verhalten beruht auf unbewussten Fantasien und mentalen Repräsentationen des Selbst in Beziehung zu Objekten“
 - Zentrale Bedeutung: Verdrängung!
 - Ziel: Herstellen innerpsychischer Harmonie-> Persönlichkeit ergründen, Einsichtstherapie
 - Techniken: Traumdeutung, Reinigung, Freie Assoziation

3. Kognitiv-Behaviorale Perspektive

- Psychische Störung als Folge von fehlangepassten erlernten Verhaltens, und Einstellungsmustern
- u.a. Vulnerabilitäts-Stress Modell
- **Methoden:-** Experiment
 - Kontrollierte Studiendesigns (RCT)
 - Subjektive, Objektive und indirekte Maßnahme

Bsp.: 3 Ebenen Modell nach Lang: → Fight/Flight/Freeze

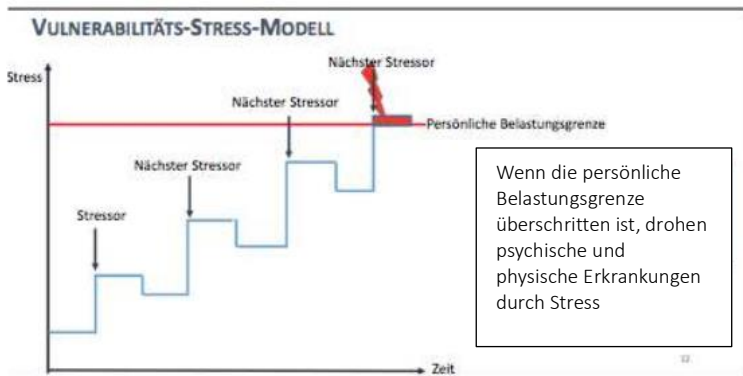
„Angst hat immer 3 Anteile“

Vor jeder Angst steht ein Denkvorgang, welcher das Verhalten entscheidet

<p>-> Körper (In Prozess integriert, z.B. Herzasen, Schwitzen)</p> <p>-> Denken (bringt Emotion hervor, z.B. Verzweiflung, Angst)</p> <p>-> Verhalten (Reaktion, z.B. Freeze, Fight, Flight)</p>

4. Integrative Perspektive: Vulnerabilitäts-Stress Modell

- Psychische Störungen als Folge von komplexen Vulnerabilitäts-Stress-Interaktionen
 - biologische Aspekte
 - Verhaltensaspekte
 - entwicklungsbezogene Aspekte
 - umweltbezogene Aspekte
 - kognitiv- affektive Aspekte
 - soziale Aspekte
- Durch wiederholende, dauerhafte Stressoren kommt es zu Dauerstress. Wenn die persönliche Belastungsgrenze dauerhaft überschritten ist, drohen psychische und physische Erkrankungen durch Stress.
- Gilt als allgemeiner Erklärungsansatz für verschiedene psychische Erkrankungen, hauptsächlich als Erklärung zur Entstehung von Psychosen oder Schizophrenen Krankheitsbildern



15.04.2020 Klassifikation und Diagnostik

1. Warum Klassifikation?

- Klassifikation = Einteilung/Einordnung von Phänomenen mit gemeinsamen Merkmalen in ein nach Klassen gegliedertes System
- Es wird zwischen gesund und krank unterschieden
- Definition krank = Veränderung Unwohlsein/Beeinträchtigung im Körper
- Bei psychischer Beeinträchtigung sagt man „Störung“, nicht Krankheit

Klassifikatorische Diagnostik

- psychische Störungen
 - klinisch bedeutsames Verhaltensmuster oder psychisches Syndrom
 - persönliches Leid
 - Abweichung von der Norm
 - Funktionseinschränkung, Behinderung
- Zuweisung von Diagnosen zum Symptomkomplex (Störung) der Person
 - Diagnose: Expertenmeinung ob Störung vorliegt → Konvention
 - Störung: etwas stimmt nicht, klinische Relevanz, Krankheit bzw. Fehlfunktion → subjektive Empfindung

Testgütekriterien

- **Reliabilität:** Zuverlässigkeit, Genauigkeit
- **Objektivität:** Messung unabhängig von der messenden Person
- **Validität:** Gültigkeit einer Messung

Bewertung von Klassifikationssystemen

- welchen Nutzen bringt die Klassifikation? (Relevanz)
 - Diagnose → Konsequenzen (Diagnostik als Selbstzweck)
- Wie gut erfasst das Klassifikationssystem Psychische Störungen?
 - Reliabilität, Validität, Praktikabilität

Ursachen mangelnder Reliabilität und Validität → 3 potenzielle Fehlerquellen

- Die zu klassifizierenden Merkmale (d.h. Die Schilderung der Beschwerden durch Patienten)
- Die klassifizierende (Falsche durch die Diagnostiker)
- Das Klassifikationssystem (ungenau Beschreibung der Symptome bzgl. Dauer, Schwere...)

2. Kategoriale Diagnostik (= best. Symptome -> Krankheitsbild; Einteilung in Klassen)

ICD-10	DSM-5
<ul style="list-style-type: none">• Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, Herausgegeben durch WHO• Seit 1992 (ICD-11 tritt evtl. 2022 in Kraft)• Klassifikation aller medizinischer Krankheiten• 21 Kapitel: Psychische Erkrankungen in Kapitel V (F) unter den Codes F00-F99• Verwendet vor allem von Kliniken• Lässt Interpretationsspielraum (Diagnosen nicht trennscharf)• Verbindliches Abrechnungsinstrument	<ul style="list-style-type: none">• Wird hauptsächlich in Forschung und der USA verwendet, Herausgegeben durch APA• Ausschließlich psychische Störungen-> spezieller und genauer als ICD-10• Genauere Operationalisierung• Forschungsdiagnosen• In DE ist das DSM-5 eine Ergänzung zum ICD-10• Berücksichtigt Geschlechterunterschiede

Vorteile Kategorialer D.:

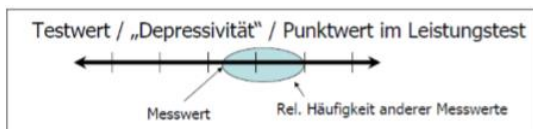
- Einfache Kommunikation
- Präzise Kriterien-> Erstellung von Instrumenten
- Entscheidungsfindung

Nachteile:

- Hohe Stigmatisierung
- Unscharfe Grenzen
- Kulturelle Unterschiede

3. Dimensionale Diagnostik

- Beschreibung psychischer Phänomene anhand von Dimensionen und Relationen untereinander z.B. Fragebögen zu Persönlichkeitsmerkmalen-> Pat. Erhält einen Wert zur Einteilung
- Repräsentation der Phänomene auf einem Kontinuum
- Ansätze im neuen DSM-5 (Persönlichkeitsstörungen)



Vor- und Nachteile Kategorial und Dimensionale Diagnostik

Vorteile:

- Hohe Reliabilität
- Akute Beschreibung
- Einfachere Nutzung
- Geringere Stigmatisierung
- Keine feste Grenze zwischen krank & gesund- auch subklinische Fälle erfasst

Nachteile:

- Erschwerte Kommunikation
- Aufwändiger

4. Aufgaben der Diagnostik

- Erklärung
- Beschreibung
- Differenzialdiagnostik
- Klassifikation
- Vergütung
- Prognose

Wie kommt man zu einer Diagnose?

Symptom (körperliche Inaktivität) -> **Syndrom** (Körperliche Inaktivität, affektive Verstimmung, Interessenverlust)

-> **Diagnose** (körperliche Inaktivität, affektive Verstimmung, Interessenverlust + Überprüfung Einschluss- & Ausschlusskriterien)

- **Syndrom**- Anzahl von Mustern die zusammen auftreten
- Diagnose- Befund = ausführlicher -> Lebensgeschichte/körperlich/Anamnese...

Wann ist jemand psychisch krank ?

1. **Idealnorm**: Orientierung am Zustand einer vordefinierten Vollkommenheit.
2. **Statistische Norm**: Bewegung um einen Mittelwert eines Merkmals
3. **Soziale Norm**: Definiert durch Werte einer Gesellschaft
4. **Subjektive Norm**: Festlegung von Normalität durch das Individuum selbst
5. **Funktionale Norm**: Definition über Erfüllung von zugetragenen Funktionen

Diagnosen Vorgehen/ Prozessmodell

Problem-> **Fragestellung**-> **Hypothesenbildung** (a. Feststellungshypothesen (liegt das geschilderte Problem vor?)) und (b. Erklärungshypothesen (Wie ist das Problem zustande gekommen?)) -> **Methodenauswahl** (Gespräch, Beobachtung, Test) -> **Hypothesenüberprüfung**-> **Diagnostisches Urteil**-> **Gutachten/ Intervention**

22.04.2020- Psychotherapeutische Konzepte und Interventionen

1. Definition Psychotherapie

Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen. Therapeut und Patient müssen der Therapie zustimmen (=Konsensus)

Welches sind die derzeitigen psychotherapeutischen Richtlinienverfahren in Deutschland?

Wissenschaftl. Anerkannte Verfahren (d.h. wird von KK übernommen):

- Verfahrenstherapie
- Psychodynamische Psychotherapien (Freud)
- Systemische Therapie

Nur für bestimmte Zwecke anerkannt:

- Gesprächspsychotherapie (bei affektiven Störungen, Anpassungsstörungen) -> Rogers
- Interpersonelle Therapie (Essstörungen)
- Hypnotherapie (Suchterkrankungen, somatische Erkrankungen)

2. Geschichtlicher Hintergrund

- Kommt aus **Medizin und Psychiatrie**, etwa zeitgleich mit empirischer Psychologie
- **Sigmund Freud**: erste psychotherapeutische Methoden
 - Ende 19. Jhd. Entwicklung der Psychoanalyse
- **Behaviorismus**: anhand von Lerntheorien die ersten Vorläufer der Verhaltenstherapie
- **Klientenzentrierte Psychotherapie/ Gesprächspsychotherapie**
 - Carl Rogers
- **Humanistische Psychotherapie**, Gestalttherapie, Körperpsychotherapie -> auf Basis von Gestalttherapie -> begründet sich auf humanistische Psychologie
- **Systemische Therapie**: parallel zur Entwicklung des Behaviorismus
 - Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und familiären Bedingungen -> Grundlage für heutige Familientherapie

3. Arten der Psychotherapieeinrichtungen

Psychodynamische Therapien: Sigmund Freud- Psychoanalyse

- Technik zur Analyse unbewusster Motive, Beweggründe und Konflikte
- Zentrale Bedeutung: Verdrängung

Ziel:

1. Herstellen innerpsychischer Harmonie
2. Umfassender Ansatz: Persönlichkeit ergründen und tiefgreifende Charakter- und Verhaltensänderungen bewirken
3. Einsichtstherapie = Unterstützen bei der Einsicht in die Zusammenhänge zwischen den aktuellen Symptomen und den in der Vergangenheit liegenden Ursprüngen

Verhaltenstherapie 3 Wellen

1. Welle der VT: behavioral (Pawlow, Skinner)
 - Beginn: 50er Jahre
 - Ziel: Verhaltensmodifikation
 - Methoden:
 - Lerntheorien → Klassisches Konditionieren (Pawlow) (Hund – Futter – Glocke)
 - → Operantes Konditionieren (Skinner)
 - Positive Verstärkung (Verhaltensweise führt zur positiven Konsequenz)
 - Negative Verstärkung (Verhaltensweise führt zum Ausbleiben einer unangenehmen Konsequenz)
 - Positive Bestrafung (Verhaltensweise führt zu unangenehmer Konsequenz)
 - Negative Bestrafung (Verhalten führt zum Ausbleiben angenehmer Konsequenz)
2. Welle der VT: kognitiv (Beck, Ellis) Mediatoren – „Inner Events“: Darunter werden alle inneren nicht direkt beobachtbaren Prozesse, wie Gedanken, Gefühle und Motive gefasst
 - Beginn zweiter Welle: 60-70er Jahre
 - Erweiterung bisheriger Lerntheorien um kognitive Prozesse: Gedanken und Überzeugungen
 - **Ellis**: Leid verringern und Verbesserung der Lebensfreude
 - ABC-Modell: Situation-> Bewerten-> Emotion-> Verhalten
 - Z.B. Ich sitze im Bus-> Hoffentlich bekomme ich keine Panikattacke wie neulich-> Angst-> verlasse frühzeitig den Bus
 - **Beck**: Identifizieren und korrigieren verzerrter Annahmen und Glaubenssätzen, die den Kognitionen zugrunde liegen, z.B. durch
 - Denkfehler (Schwarz/ Weiß denken)
 - Negative Inhalte der Gedanken (Katastrophisierung)
 - Kognitive Schemata (Generalisierung)
3. Welle der VT: Akzeptanz, Achtsamkeit, Beziehung Körper (Young, Hayes)
 - Emotionale Wende ab 1990
 - Emotion, Achtsamkeit, Therapeutische Beziehung
 - 9 Basisemotionen
 - Freude (soziale Emotion)
 - Ärger, Wut (soziale Emotion)
 - Trauer (soziale Emotion)
 - Scham (soziale Emotion)
 - Verachtung (soziale Emotion)
 - Überraschung (Informationsverarbeitungs-Emotion)
 - Interesse (Informationsverarbeitungs-Emotion)
 - Abscheu/Ekel (Notfall-Emotion)
 - Furcht (Notfall-Emotion)

Systemische Therapie

- Weiterentwicklung der frühen Familientherapie-> Fokus: sozialer Kontext psychischer Störungen
- Annahme: Nicht Patient als krank, sondern Bezugssystem und Interaktion als fehlerhaft → Entstehung von Problemen
- Ziel: Interaktions- und Kommunikationsmuster aufdecken und konstruktive Veränderung bewirken
- Theoretische Grundlagen: Fokussierung auf Wechselbeziehung innerhalb familiärer Systeme

Systemische Therapie- Durchführung

- Keine strikte Unterscheidung zwischen Explorations- und Interventionsphase
- Bekannteste diagnostische Verfahren → Genogramm:
 - Darstellung komplexer Informationen über Familiensysteme
 - Familienskulptur: Verständnis über selbst und Beziehung zu anderen
- Therapeutische Handlung: Ressourcenorientiert

Gesprächspsychotherapie (Rogers)

- Überzeugung: Bedürfnis nach Selbstentfaltung, Entwicklungsmöglichkeiten ausschöpfen
- Aktualisierungstendenz: persönliche Erfahrungen wahrnehmen, bewerten, bewusst reflektieren
- Zentrale Antriebskraft und Motivation
- Selbstverwirklichung (das Ausschöpfen des eigenen Potenzials) und das Wachstum der ganzen Person, nicht jedoch die Diagnose und Behandlung spezifischer Störungen (ganzheitlich)
- Beeinflusst durch Bedürfnis nach positiver Wertschätzung in zwischenmenschlichen Beziehungen
- Inkongruenz: Diskrepanz zwischen Selbstkonzept und Ideal-Selbst
- Neue Erfahrungen können nicht integriert werden
- Chronische Inkongruenz führt zu psychischen Störungen

Ziele:

- vollständige Ausschöpfung des Aktualisierungspotentials
- Annäherung an Ideal einer voll funktionstüchtigen Person
- Erfahrungsoffenheit
- Positive zwischenmenschliche Beziehungen

Therapeutische Grundhaltung

- bedingungsfreie Anerkennung: Entwicklung eines positiven Selbstbildes
- Echtheit
- Empathie

29.04.20 – Sucht & Suchterkrankungen

1. Psychotrope Substanzen

Überblick Psychotrope Substanzen

- *Substanzspezifische Betrachtung* -> sinnvoll, da es erhebliche Unterschiede gibt bzgl. sozioökonomischer Daten, auffälligem Verhalten, Entwicklung und Ausprägung der Störung und in Behandlungsprognose
- *Störungen* -> als Oberbegriff (neutral, Störung = vorübergehend) zur **Vermeidung von wertenden Bezeichnungen** (Sucht oder Krankheit), mit Gemeinsamkeiten und negativen Auswirkungen mit Behandlungsbedarf:
 - Erstkonsum -> versch. Auswirkungen auf somatische, psych., soz. Ebene
 - Psych. Abhängigkeit (Kontrollverlust)
 - Folgestörungen -> akute/ chronische Erkrankungen, psych. Störungen, soz. Probleme = werden eingeteilt in: Stimulierend (Kokain), Halluzinogen (Pilze) und sedierend (Opiate)

Definition Psychotrope Substanzen

Psychotrope Substanzen sind **natürliche, chemisch aufbereitete oder synthetische Stoffe**, die zentralnervös auf den Organismus einwirken und Wahrnehmung, Denken, Emotion und Verhalten beeinflussen

2. Diagnostische Einordnung

ICD-10-Kriterien für Alkoholabhängigkeit

- Zwang/ Wunsch Alkohol zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit (Beginn, Beendigung, Menge des Konsums)
- Nachweis einer Toleranzentwicklung
- Körperliches Abstinenzsyndrom
- Vernachlässigung anderer Interessen
- Anhaltender Konsum (trotz eindeutiger schädlicher Folgen)

Neuerungen im DSM-5

- Umbenennung der Kategorie von „substanzbezogene Störungen“ in „Sucht und verwandte Störungen“
- Vereinigung der bisherigen Diagnosen „Missbrauch“ und „Abhängigkeit“ zur gemeinsamen Kategorie „Substance disorder“
- Kriterien: statt „Probleme mit dem Gesetz“ ist Craving neu aufgenommenes Kriterium
- Störungsdiagnose mit zwei Cutoffs: Einteilung in „mild“ (2-3), „moderat“ (4-5) und „severe“ (mind. 6 Kriterien erfüllt)
- Neu: Cannabis-Entzugssyndrom

Dimensionale Sucht

- Vorteile des **dimensionalen Diagnosekonzepts** für Substanzstörungen:
 - entspricht empirischer Befundlage, dass die Kriterien für beide Störungen auf einem **Schweregradkontinuum** liegen
 - verhindert, dass Personen mit Substanzproblemen, die **weder die Kriterien für Missbrauch noch für Abhängigkeit** voll erfüllen, durch das diagnostische Raster fallen

Als abhängig wird man bezeichnet, wenn durch den Konsum ein Leidensdruck entsteht, ein „normales“ Leben nicht mehr möglich ist und/ oder Menschen im Umfeld durch den Betroffenen einen Leidensdruck haben.

3. Ätiologie

Anhand des Entwicklungsmodells für Substanzkonsumstörung

Erstkonsum

Wichtige Einflussfaktoren:

- Verfügbarkeit (Legalität, Kosten, Verbreitung)
- Medieneinflüsse
- Familiäre Faktoren
- Einfluss der Peer-Group

Regelmäßiger Konsum

Wichtige Einflussfaktoren:

- Emotionsregulationsdefizite
- Selbstmedikation (Coping mit alltäglichen Stressoren)
- Substanzwirkungserwartungen
- Kulturelle Einflüsse

➔ **Substanzkonsumstörung**

Biopsychosoziales Modell der Abhängigkeit

Vulnerabilitäten für Alkoholabhängigkeit

- (Neuro-) Biologische Faktoren-> Alkoholmetabolismus
- Psychologische Faktoren-> Frühe Traumatisierung
- Soziale Faktoren-> Schwieriges soziales Milieu

4. Rückfall

Zusammenhang zwischen 3 Bestimmungsstücken von Rückfallgeschehens:

1. Entstehung von Risikosituationen
 - „unausgewogene Lebenssituation“
 - „scheinbar irrelevante Entscheidungen“ des Betroffenen
2. Bewältigungsfertigkeiten
3. Selbstwirksamkeitsüberzeugung

Hochrisikosituationen

- Emotional-negative Zustände (höchste Rückfallraten!!)
- Soziale Konflikte
- Sozialer Druck
- Emotional-positive Zustände

Ansätze für Interventionen

4 entscheidende Bereiche für die Entstehung und Verarbeitung von Rückfällen:

- Lebensstil
- Hochrisikosituation
- Bewältigungskompetenzen
- Rückfallbezogene Kognitionen

5. Behandlung

Aufbau von Veränderungsmotivation als erstes Therapieziel: Transtheoretisches Modell

1. Keine Absicht, problematisches Verhalten zu ändern
2. Bewusstsein über Problem
3. Konkrete Planung der Verhaltensänderung
4. Aktive Verhaltensänderung
5. Aufgabe problematischen Verhaltens über einen längeren Zeitraum
- ➔ Dauerhafter Ausstieg – Beibehalten des neuen Verhaltens
6. Rückfall in alte Verhaltensmuster
1.
2. Usw.

Behandlungsangebote:

- Entzugsbehandlung (stationär/ ambulant)
- Entwöhnungsbehandlung (s/a)
- Ambulante Nachsorge (a)
- Selbsthilfegruppen (a)

Wichtige evidenzbasierte (psychotherapeutische)Verfahren

- Motivational Interviewing (Miller & Rollnick (1991))
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Familienfokussierte Behandlungen bei minderjährigen Suchtpatienten
- Selbsthilfegruppen (z.B. Anonyme Alkoholiker)

Motivational Interviewing

- • Entwickelt von W. Miller & S. Rollnick (1991)
- Ursprünglich Kurzzeit-Intervention für Menschen mit Alkoholabhängigkeit
- Wichtig: Haltung, nicht Technik / Methode
- Schwerpunkt: Empathie
- Respektvolle Grundhaltung ggü. Menschen und dessen Fähigkeiten zur Veränderung

GRUNDGEDANKE: Veränderung wird durch individuelle Widerstände behindert

Grundhaltung des Behandlers!

- Menschen mit einer Suchtproblematik sind nicht unmotiviert, sondern zwiespalten
- Es gibt gute Gründe für, aber auch gegen eine Verhaltensänderung (Ambivalenz)
- Die Motivation zu einer Verhaltensänderung muss vom Betroffenen ausgehen, nicht von außen auferlegt
- Direkte Überzeugungsversuche sind keine wirksame Methode (Widerstand)
- Die Verantwortung für eine Änderung liegt beim Betroffenen; er trägt auch die Konsequenzen

05.05.2020 Psychotische Störungen und Schizophrenie

1. Symptomatik

= homogenes Krankheitsbild mit einheitlichem klinischem Erscheinungsbild und einem eindeutig vorhersagbaren Krankheitsverlauf mit immer wieder vergleichbaren ähnlichen Krankheitsstadien gibt es nicht.

- »Gruppe der Schizophrenie«. (Eugen Bleuler (1911)),
- Gemeinsamkeit: Schwierigkeiten, in einer organisierten, rationalen Form zu denken.
- Krankheit mit Auswirkungen auf Wahrnehmung, Gedanken, Bewusstsein bzw. das Ich-Erleben

Halluzination und Wahn

Definition:

Halluzinationen = Sinneswahrnehmungen ohne adäquate Stimulation der entsprechenden sensorischen Kanäle; man hört z.B. Stimmen, Geräusche, Musik, ohne dass real hörbare Person oder andere Geräuschquellen vorhanden sind.

Wahn beschreibt feste, unverrückbare Überzeugungen, die trotz unbestreitbarer Beweise für das Gegenteil aufrechterhalten werden, z.B. vom Nachbarn oder einem Geheimdienst abgehört zu werden.

Man unterscheidet:

- „Positivsymptome“- alles was dazu kommt → Übersteigerung des normalen Erlebens
 - Halluzinationen, Denkzerfahrenheit, bizarres Ausdrucksverhalten, Wahn
- „Negativsymptome“ (Minussymptome) – alles was wegfällt-> Verlust/ Verminderung normaler Funktionen – Defizite im Erleben und Verhalten
 - Apathie, Motivationslosigkeit, Verarmung der Sprache, Sozialer Rückzug, Willensschwäche

2 Klassifikation nach ICD-10

Symptomgruppe 1:

- Gedankeneingebung, -entzug, -ausbreitung
- Verfolgung-, Beeinflussungswahn, Wahnwahrnehmung
- Kommentierende oder dialogisierende Stimmen
- Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn

Symptomgruppe 2:

- Anhaltende sonstige Halluzinationen
- Zerfahrenheit durch Gedankenabreißen oder -einschiebung
- Katatone Symptome
- Negativsymptome

- ➔ Mindestens 1 Symptom aus Gruppe 1 oder 2 aus Gruppe 2
- ➔ Halluzinationen und Wahn stehen im Vordergrund
- ➔ Negativsymptome
- ➔ Keine Substanzen und medizinische Krankheitsfaktoren
- ➔ Zeitkriterium über 1 Monat

3. Wie entsteht Schizophrenie

Multifaktorielle Genese

- Genetik (Risikofaktoren)
- Entwicklungsfaktoren, z.B. pränatale Exposition, Geburtsmonat, Geschlecht
- Umwelteinflüsse
- kognitive Verzerrungen (Neigung zum voreiligen Schlussfolgern)
- Soziale Faktoren (geringer sozioökonomischer Status, familiäre Kommunikation)

Psychologische Faktoren

- 1) Psychotische Symptome treten auch spontan in der Allgemeinbevölkerung auf
- 2) Kontinuumshypothese: fließender Übergang von ‚normalem‘ und ‚psychotischem‘ Erleben
- 3) Kognitive Verzerrungen, z. B.
 - 1) Neigung zu voreiligem Schlussfolgern
 - 2) Widersprechende Informationen fließen bei Urteilsbildung wenig ein
 - 3) Emotionale Prozesse (z. B. erhöhte Stress-Reaktivität)

Frühwarnzeichen sind wichtig, aber unspezifisch

- Ruhelosigkeit (72%)
- Schlafstörungen (64%)
- Nervosität, Gespanntheit (62%)
- Schwierigkeiten bei der Arbeit (60%)
- die anderen verstehen mich nicht (56%)
- sich überfordert fühlen (54%)
- weniger Freude empfinden (52%)
- weniger Kontakt mit Freunden (52%)
- sehr aufgeregt sein (48%)
- die anderen reden über mich/lachen mich aus (40%)
- weniger aktiv sein als gewöhnlich (40%)

Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Argumente für die Annahme, eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells

- hoher Wahrscheinlichkeit eine genetische Komponente als Mitursache für den Ausbruch der Erkrankung (genetische Einfluss vmtl. auch größer als Umwelteinfluss)
 - heterogener, oftmals periodischer Verlauf
- personale Vulnerabilität für psychotisch schizophrene Episoden
- Unterschiedlich stark ausgeprägter Einfluss durch äußere Stressoren
- Kontinuum von Vulnerabilität

4. Wie ist der Verlauf?

- 22%- Nur Episode (keine bleibenden Beeinträchtigungen)
- 35%- Mehrere Episoden (keine bleibenden Beeinträchtigungen)
- 8%- Bleibende Beeinträchtigung nach der ersten Episode
- 35%- Beeinträchtigungen vergrößern sich nach jeder Episode

5. Therapeutische Maßnahmen

Behandlung nach Krankheitsphasen:

1. **Akute Phase:** schnelle Symptomkontrolle
 - erreichen einer therapeutisch wirksamen Dosis
2. **Stabilisierungsphase:** Aufbau einer tragfähigen Bez.; Förderung einer medikamentösen Behandlungsmotivation
 - Geringes Interaktionspotential
 - Wirksamkeit & Sicherheit
3. **Erhaltungstherapie:** Rückfall Prävention
 - Ermittlung der richtigen Dosis (niedrig, aber effektiv)
 - Psychotherapie

Die „3 Säulen“ des Gesamtbehandlungsplans:

- Psychosoziale Maßnahmen (Soziotherapie, Ergotherapie, Selbsthilfe, Rehabilitation und Integration)
- Psychotherapie/ Psychoedukation (= Aufklärung über Erkrankung und Therapie; Selbstsicherheitstraining, Spezialisierte Ansätze)
- Biologische Therapie (EKT, Pharmakotherapie)

Psychotherapie: Psychoedukation

- Psychoedukation
 - z. B. Aufklärung über die Erkrankung und über die Behandlung
 - Aufbau eines funktionalen Krankheitskonzeptes
 - Förderung eines selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung
- Selbstsicherheitstraining
 - selbstsicher Wünsche äußern • Wünsche und deren Durchsetzung verhandeln
- VT bei chronisch produktiver Symptomatik
 - z. B. Identifizierung etwaiger „Funktionen“ produktiver Symptome
 - Erarbeitung eines subjektiven Krankheitskonzeptes
 - Coping- Strategien

Motivationshindernisse zur Aufnahme einer KVT

- Angst, psychotische Symptome zu fokussieren
- Beeinträchtigte kognitive Funktionen
- Mangelnde „Krankheitseinsicht“
- Misstrauischer, feindseliger Begegnungsstil
- Vorschnelles, konfrontatives Vorgehen des Therapeuten
- Die Erfahrung, dass das Reden über Symptome zu einer Medikamentenerhöhung führt
- Beeinträchtigung durch Vermeidungsverhalten

Interventionen bei Wahn → Kognitive Umstrukturierung

12.05.2020 Affektive Störungen & Suizidalität

1. Symptomatik & Klassifikation

Affektive Störungen= Depressive Störungen (unipolar) & Bipolare Störungen (manisch- depressiv)

Depressive Störungen = eine oder mehrere (Major Depression) depressive Episoden oder „dysthyme“ Störung

Hauptsymptome:

- Gedrückte, depressive Stimmung
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- Antriebsmangel, erhöhte Müdigkeit

Zusatzsymptome:

- Verminderte Konzentration
- Vermindert Selbstwertgefühl
- Schlafstörung
- Appetitlosigkeit
- Negative Zukunftsgedanken/ Suizidgedanken

Je nach Anzahl der Symptome:
Leichte, mittelgradige, schwere
depressive Episode

Burn-out-Syndrom

Aus dem Englischen übersetzt heißt es in der ICD-11: Burnout ist ein Syndrom, das aus chronischem Stress am Arbeitsplatz hervorgeht, der noch nicht erfolgreich bewältigt wurde. Es ist charakterisiert in drei Dimensionen:

- 1) Gefühle von Energieschwund oder Erschöpfung;
- 2) erhöhte mentale Distanz zum Beruf oder Gefühle von Negativismus oder Zynismus in Verbindung mit dem Beruf;
- 3) reduzierte professionelle Effizienz. Burnout bezieht sich spezifisch auf Phänomene im Beschäftigungsumfeld und sollte nicht angewendet werden, um Erfahrungen in anderen Lebensbereichen zu beschreiben.

- Gilt gemäß der Klassifizierung weiterhin **nicht als Krankheit (eher Erschöpfungszustand)**.
- **Risikofaktor** für Depressionen oder Sucht
- **Krankschreibung** (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung “depressive Episode“ + Code für Burnout)

→ Burnout klingt als das kleinere Übel, mit geringerem Stigma als Depression!

2. Psychologische Modelle der Depression

Lerntheoretisches Modell

Verstärker-Verlust-Theorie (Lewinsohn, 1974)

- Verlust von Verstärkern führt zu einer depressiven Symptomatik
- Niedrige Gesamtrate potenzieller Verstärker kann unterschiedlich bedingt sein:
 - geringe Anzahl und niedrige Qualität potenziell verstärkender Ereignisse und Aktivitäten
 - mangelnde Erreichbarkeit bzw. Verfügbarkeit von Verstärkern ein defizitäres instrumentelles Verhaltensrepertoire,
- Wenn Menschen weniger Verstärkung erleben, liegt das daran, dass sie selbst sich (z. B. Nach einem Verlusterlebnis) anders verhalten.

b) Kognitives Modell

Kognitive Triade der Depression (Beck, 1974)

1. Negative Selbsteinschätzung: Selbst ist fehlerhaft, unzulänglich, unwürdig, ...
2. Negative Überzeugungen bzgl. Der Umwelt: hohe Anforderungen, Niederlagen, Verluste, ...
3. Negative Überzeugung bzgl. der Zukunft: gegenwärtiges Leiden wird unbegrenzt fortdauern

c) Modell der erlernten Hilflosigkeit

Modell der erlernten Hilflosigkeit nach Seligmann (1974)

= Depression als erlerntes Verhalten

Durch negative Erfahrungen denken Betroffene ihr Leben nicht verändern zu können und für diesen Zustand selbst verantwortlich zu sein.-> Depressive Reaktionsmuster

d) Weitere ätiologische Faktoren

- Soziale Faktoren: geringe soziale Unterstützung, neg. soz. Interaktionen, Mangel interpersoneller Fähigkeiten)
- Genetische Faktoren
- Psychobiologische Faktoren (biochemische, endokrinologische, neuroanatomische und neuro-funktionelle Befunde)

3. Behandlung der Depression

Evidenzbasierte Behandlungen der akuten Depression:

- Antidepressive Medikation (bei mittelgradigen Depressionen)
- Verhaltenstherapie (hat die meiste Evidenz)
- Kognitive Verhaltenstherapie

Antidepressive Medikation:

- Wirkung der Antidepressiva ist auf den Einnahmezeitraum begrenzt
 - Weitere Einnahme als Erhaltungstherapie und Rückfallprophylaxe wichtig

Verhaltenstherapie:

- Prinzip: Verhaltensaktivierung, basierend auf Verstärker-Verlust-Modell (Lewinsohn, 1974)
- Hauptsächliche Interventionen:
 - Erhöhung der Aktivitätsrate
 - Aufbau positiver Aktivitäten
 - Abbau von Vermeidung
 - Veränderung sozialer Aufrechterhaltungsprozesse

4. Suizidalität

Klassifikation:

- **Suizididee:** Nachdenken über Tod, Todeswünsche, suizidale Idee im engeren Sinne
- **Suizidalität:** Es besteht latente oder manifeste Absicht, aktiv das eigene Leben zu beenden
- **Suizidversuch:** Def. Kreitmann (1980): Ein »selbstinitiiertes, gewolltes Verhalten eines Patienten, der sich verletzt oder eine Substanz in einer Menge nimmt, die die therapeutische Dosis oder ein gewöhnliches Konsumniveau übersteigt und von welcher er glaubt, sie sei pharmakologisch wirksam».
- **Suizid:** Ein Suizidversuch, der zum Tod geführt hat.
- **Parasuizidalität:** Übergangsbereich von Suizidalität zu Selbstverletzung
- Ziel suizidaler Handlungen: Häufig nicht der Tod, sondern Versuch einer ausweglosen Situation zu entkommen.
- Ansatzpunkt zur Behandlung: Wunsch zu sterben vs. Wunsch zu leben

Das Präsuizidale Syndrom (Ringel, 1953)

3 Merkmale, die einer suizidalen Handlung vorausgehen:

1. Einengung in persönl. Möglichkeiten (keinen Ausweg mehr sehen)
2. Frustration und Aggression gegen die eigene Person (Aggressionsumkehr)
3. Selbstmordfantasien

20.05.2020 Angststörungen

Man unterscheidet:

- **Furcht:** Realistische Antwort auf eine objektive Bedrohung mit identifizierbarem Stimulus (klare Bedrohung)
- **Phobie:** Unrealistische Antwort auf einen objektiv unbedrohlichen, identifizierbaren Stimulus
- **Panikattacke:** Diskrete Periode intensiver Angst oder Unbehagens, die durch bestimmte körperliche, behaviorale und kognitive Symptome begleitet wird
- **Angst:** Unrealistische Furcht vor nicht-identifizierbarem Stimulus (uneindeutige Situation)

1. Symptomatik

Mögliche beobachtbare Angstsignale

- fehlender Blickkontakt, schweigen
- "nervöse" Hand- und Fußbewegungen
- Vermeidung bestimmter Situationen
- über körperliche Beschwerden klagen, zitterige Stimme, Schwitzen
- Hände unter Tisch halten, starre Gestik, sich hinter anderen verstecken
- aggressive Äußerungen

Formen der Angst

1. Angst als Primäremotion
 - affektiv-kognitive, verhaltensbezogene und physiologische Komponenten
2. Dispositionelle Ängstlichkeit
 - Zeitlich relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal (bei ängstlich vermeidender PS: Überlappung mit „Pathologischer Angst“)
3. Pathologische Angst
 - Angstreaktionen gehen in Bezug auf Häufigkeit, Intensität und/oder Dauer über das hinaus, was durch den Grad der Gefährdung gerechtfertigt ist.
 - Bzw. solche Reaktionen werden durch ausgeprägtes vermieden.
 - Die Angst und/oder das angstbedingte Vermeidungsverhalten führt zu bedeutsamen Leiden und/oder Beeinträchtigungen

4 Anteile der Angst

- Körper, Fühlen, Denken, Verhalten

2 Klassifikationen nach DSM-V

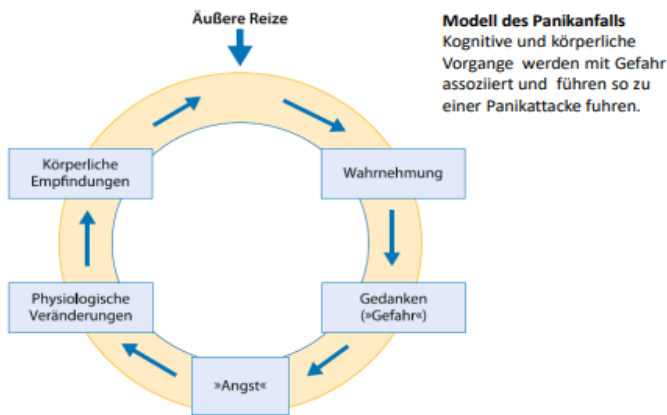
- **Trennung von:**
 - Angststörungen
 - Zwangsstörungen und verwandte Störungen
 - Trauma- und belastungsbezogene Störungen
 - Störung mit Trennungsangst
 - Selektiver Mutismus
- **Panik:**
 - Trennung von Panikstörung und Agoraphobie, Panikattacken als Zusatzkodierung
- **Phobien:**
 - Einsicht, dass Angst übertrieben und unvernünftig ist als Kriterium entfernt
 - Stattdessen: Angst geht über Ausmaß der tatsächlichen Gefahr/Bedrohung hinaus
 - Mindestdauer altersunabhängig 6 Monate
- Soziale Phobie umbenannt in **Soziale Angststörung**

3 Ätiologie

- Genetische Faktoren
 - gut belegt (z.B. selektive Züchtung ängstlicher Tiere, erhöhte Konkordanz bei eineiigen Zwillingen)
- Lernprozesse
 - spezifische Angstreaktionen hängen von Erfahrungen ab; sie können sich lösungsresistent entwickeln (bei Vermeidungsverhalten) oder generalisieren; Lernmechanismen bekannt
- Informationsverarbeitung
 - Art der Wahrnehmung und Bewertung von externen oder aus dem Körperinneren stammende Reize
- Interaktive Modelle
 - Multifaktoriell, probabilistisch, dynamisch
 - Bio-psycho-sozial

Der Teufelskreis der Angst

(Clark, 1986; Margraf & Ehlers, 1989; Ehlers & Margraf, 1989)



Organische Faktoren, die panikähnliche Zustände zugrunde liegen können:

- Herzerkrankungen
- Angina Pectoris
- Schilddrüsenerkrankungen
- Asthma bronchiale
- Epilepsie
- Kokain

4. Erklärungsmodelle

Die 2-Phasen-Theorie der Angst von Mowrer (klassische Konditionierung) und Vermeidung (operant)

Klassische Konditionierung:

(unkond. Stimulus = Panikattacke-Schreckreiz)

(unkond. Angstreaktion)

UCS----->UCR

CS----->CR

(konditionierter Stimulus = Bus fahren)

(konditionierte Reaktion= Angstreaktion)

Operante Konditionierung:

UCR und CR sind unangenehm und negative Konsequenzen (C-) des CS und UCS. Durch Vermeidung des CS wird auch CR vermieden (d.h. wenn ich keinen Bus mehr fahre, entsteht keine Angstreaktion) und C- bleibt aus.

Vorwegnahme von CS → R (Vermeidung) → C+ (Ausbleiben von C-)

5. Soziale Phobie

Störungsbild: soziale Phobie

- Angst und Unsicherheit in interaktions- oder leistungsbezogenen Situationen (i.d.R.: Befürchtung vor negativen Bewertungen durch andere)
- Unterscheidung von:
 - Spezifischer Form (soziale Ängste begrenzt auf eine/wenige sehr ähnliche Situationen)
 - Generalisierte Form (zahlreiche verschiedene Situationen mit beeinträchtigenden Ängsten verbunden)
- Folge: Vermeidung Angst auslösender Situationen oder Aushalten nur unter Einsatz von Sicherheitsverhalten zur kurzfristigen Angstreduktion (Sicherheitsverhalten= Versuch des Betroffenen, Angst (Symptome) in der soz. Sit. zu minimieren oder verbergen z.B. Auswendiglernen, trinken um „locker“ zu sein...)
 - Kurzfristig: Situation erscheint erträglich/ kontrollierbar
 - Langfristig: dysfunktional, denn: Vermehrte Lenkung der Aufmerksamkeit auf Angstsymptome und Verhinderung korrekter Erfahrungen → trägt maßgeblich zur Angstaufrechterhaltung bei!
- Steigerung der Ängste, Sorgen und Selbstzweifel durch kognitive Prozesse vor und nach der befürchteten Situation

Kriterien der Sozialen Phobie (DSM-V)

1. Ausgeprägte Angst vor einer oder mehreren sozialen Situationen, in welchen die Person einer möglichen Beobachtung durch andere Personen ausgesetzt ist. Hierzu gehören z. B. soziale Interaktionen, beobachtet werden und vor anderen Leistungen zu erbringen
2. Die betroffene Person befürchtet, dass sie sich in einer Weise verhalten könnte oder Symptome der Angst offenbart, die von anderen negativ bewertet werden
3. Die sozialen Situationen verursachen fast immer Angst und werden vermieden oder mit starker Anspannung und Angst ausgehalten.
4. Die Angst geht über das Ausmaß der tatsächlichen Bedrohung durch die soziale Situation hinaus und ist im soziokulturellen Kontext unverhältnismäßig

5. Die Angst oder das Vermeidungsverhalten ist andauernd, (länger als sechs Monate) & verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen.
6. Die Angst ist nicht auf die Wirkung von Drogen/ Medikamenten oder auf eine andere Erkrankung zurückzuführen.
7. Die Angst oder das Vermeidungsverhalten lässt sich nicht besser durch eine andere psychische Erkrankung erklären.
8. Falls eine andere Krankheit besteht ist die Angst oder das Vermeidungsverhalten von dieser Erkrankung unabhängig oder übermäßig.

Soziale Phobie: Klinische Merkmale

- Geschlechtsunterschiede: Frauen haben 1.5 – 2 x höheres Risiko
- Beginn: überwiegend in Jugend und im frühen Erwachsenenalter
- Verlauf
 - Bis Behandlungsbeginn: durchschnittlich 10-12 Jahre
- Komorbidität hoch ➤ Andere Angststörungen, Depression, Substanzmissbrauch

Typische Situationen, die von Personen mit Sozialer Phobie gefürchtet werden

Interaktionssituationen

- Im Mittelpunkt stehen
- Konversation in Gruppen
- Gespräch mit einer Person
- Teilnahme an Party, Hochzeit o.ä.
- Telefonieren

Leistungssituationen

- Sprechen in der Öffentlichkeit, Rede halten
- Etwas schreiben vor anderen (z.B. Scheck)
- Öffentliche Toilette benutzen
- Vor anderen essen od. trinken, Tasse halten

Entstehungsbedingungen

- Genetische und Umgebungsbedingungen
- Disposition zu erhöhter physiologischer Erregbarkeit
- Ängstliches Modellverhalten der Eltern
- Erziehungsstil, z.B. Normen, Perfektionismus
- Negative Vorerfahrungen, z.B. mit Gleichaltrigen, anderem Geschlecht

Therapie

Medikamentöse Therapie:

- Antidepressiva bedingt geeignet → angstlindernde und stimmungsaufhellende Wirkung belegt (Langzeitige Wirkungsbelege fehlen)
- Risiken: Rückfallwahrscheinlichkeit nach Absetzen erhöht

KVT:

- 1. Psychoedukation,
- 2. Expositionsbehandlung,
- 3. kognitive Interventionen

Behandlung der sozialen Phobie

Behandlungsprogramm nach Wlazlo et al, 1995

- **Komponenten der Therapie:**
 - Erklärungsmodell
 - Informationen und Übungen zum verbalen und nonverbalen Sozialverhalten

bewusste Wahrnehmung anderer Personen

- Augenkontakt
- Mimik
- Körperhaltung
- soziale Distanz
- In-vivo-Übungen (Sprechübungen in der Öffentlichkeit)
- Selbstbewertungen und-belohnungen
- gemeinsame Evaluation

20.05.2020– Posttraumatische Belastungsstörung

1. Was ist ein Traumatisches Erlebnis?

Merkmale traumatischer Ereignisse (DSM 5)

Exposition zu tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung, oder sexueller Gewalt durch:

- direktes Erleben
- direkte Zeugenschaft
- Bericht, dass es einem nahestehenden Menschen passiert ist
- Wiederholte oder extreme Konfrontation mit aversiven Details

Was ist ein Trauma (ICD-10)

Ereignis oder Situation außergewöhnlicher Bedrohung (kurz- oder langandauernd) oder katastrophentypischen Ausmaßes, dass bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde

Kategoriale Einteilung traumatischer Ereignisse

Traumata	Typ-I-Traumata (einmalig/ kurz)	Typ-II-Traumata (mehrfach/ lang)
Akzidentell (zufällig auftretend)	Schwerer Verkehrsunfall, kurz andauernde Katastrophe, Berufsbedingtes Trauma	Lang andauernde Katastrophe, z.B. Überschwemmung)
Interpersonell	Ziviles Gewalterleben, Sexueller Übergriff	Kriegserleben, Sexueller Missbrauch, Geiselaufnahme, Politische Inhaftierung, Folter

2. Diagnosekriterien

Mögliche Entwicklungswege nach Trauma:

- Essstörungen
- Suchterkrankung
- PTBS
- Depression
- Angststörung

Diagnosekriterien einer PTBS nach ICD-10

1. Konfrontation mit traumatischem Ereignis-> löst Verzweiflung aus
 2. Wiedererleben
 3. Vermeidung
 4. Entweder Amnesie oder erhöhte Sensitivität
 5. Störungsbild (Kriterien 2, 3, 4) tritt innerhalb von 6 Monaten nach Belastungsereignis auf.
- =Diagnose PTBS

Diagnosekriterien einer PTBS nach DSM-V

1. Konfrontation mit traumatischem Erlebnis
 2. Wiedererleben (1 von 5)
 3. Vermeidung (1 von 2)
 4. Negative Veränderungen von Kognitionen und Stimmung (2 von 7)
 5. Veränderung des Erregungsniveaus & der Reaktivität (2 von 6)
 6. Störungsbild (Kriterien 2, 3, 4, 5) dauert länger als 1 Monat +
 7. Leid oder Beeinträchtigung in sozialen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen
- = Diagnose PTBS

Intrusionen vs. Flashback

- **Intrusion:** Erinnerungen aus der Vergangenheit, die in den Sinn kommen und als störend oder belastend erlebt werden (Distanz zu diesen Erinnerungen, gewisse Kontrolle).
- **Flashback** (bildhafte Nachhallerinnerungen): Zustand, in dem jemand abrupt in ein vergangenes traumatisches Erlebnis hineingezogen wird (Kontrollverlust) und dieses so erlebt, als würde er es in der Gegenwart noch einmal passieren (abstrakte Erinnerung & damit verbundene Sinneswahrnehmungen wie Gerüche, Berührungen und die damit verbundenen Gefühle wie Angst)

3. Symptome

Klinisches Bild einer PTBS und Entwicklungsaspekte bei Kindern und Jugendlichen

Kleinkindalter	Kleinkind- und Vorschulalter	Schulkinder
<ul style="list-style-type: none">• Nachspielen• Unspezifische Angstträume• Erstarren („freeze response“)• „Verlernen“ bereits erlernter Fähigkeiten• Anklammern	<ul style="list-style-type: none">• Phobische Reaktionen• Wutausbrüche• Einnässen/ Einkoten	<ul style="list-style-type: none">• Oppositionelles Verhalten• Hyperaktivität• Soziale Probleme• Konzentrationsprobleme

Epidemiologische Befunde

- Traumatische Erlebnisse sind häufig
- Nur eine Minderheit von Trauma überlebenden entwickelt eine PTBS
- Viele Trauma überlebende mit PTBS erholen sich auch ohne Behandlung innerhalb der ersten Monate

4. Ätiologie und Störungsmodelle

Multifaktorielles Rahmenmodell der PTBS nach Maercker:

Fokus nicht ausschließlich auf den pathologischen Vorgängen, sondern auch auf Schutzfaktoren, Ressourcen und posttraumatischen Reifungsprozessen

Kognitives Modell der chronischen posttraumatischen Belastungsstörung

Autobiographische Gedächtnis von Traumata

- Trauma kann nicht als aversives Ereignis gesehen werden, dass nicht notwendigerweise noch aktuell negative Folgen für das eigene Leben haben muss.
- **Konsequenzen:** Erinnerungen bruchstückhaft und ungeordnet, Probleme einzelne Details und die genaue Reihenfolge abzurufen, Intrusionen vornehmlich als sensorische Eindrücke, Erleben als würde es gerade geschehen

5. Evidenzbasierte Traumatherapie

1. Behandlung erster Wahl
 - Trauma fokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT)
 - Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
2. Wirksamkeit nachgewiesen, aber geringer als bei o.g. Behandlungen
 - Nicht Trauma fokussierte KVT (z.B. Angstmanagement; Vermittlung von Skills)
 - Medikamentöse Therapie (SSRI)
3. Keine ausreichenden Wirksamkeitsnachweise
 - Psychodynamische Verfahren, Humanistische Verfahren, Hypnotherapie

6. Psychoedukation Trauma Gedächtnis

Psychoedukation Exposition: Was passiert während der Traumaexposition

- Das Erlebte wird nicht integriert, nicht verarbeitet und durch Trigger immer wieder aufgerufen

7. Transkulturelle Aspekte/ PTBS bei geflüchteten Menschen

Trauma orientierte Behandlung:

Diagnostische Phase:

1. *Orientierung:* Vertrauensbildung, Diagnostik, Biografie, Ziele klären

SA: Sozialanamnese, Situation der Kinder, Aufbau einer Beziehung

Therapeutische Phase:

2. *Stabilisierung:* Ressourcen, Psychoedukation, Alltagsbewältigung

SA: Einleiten sozialer Hilfen, Deutschkurs, Unterstützen des Familiensystems

3. *Fokus auf Vergangenheit:* Trigger, Albträume, vertiefte Trauma Bearbeitung

4. *Fokus auf Zukunft:* Selbstwert, Soziale Beziehungen, Zukunftsperspektiven

SA: Integrationskurs, berufliche Möglichkeiten, Zukunftsperspektiven

Nachsorge:

5. *Abschied:* Integration, Arbeit, Rückfall-Prophylaxe, Nachsorge

SA: Integration, Arbeit, Nachsorge

10.06.2020 – Essstörungen

= Störungen des Essverhaltens und nicht des Ernährungsverhaltens.

= Adipositas zählt nicht dazu (laut ICD-10 medizinischer Krankheitsfaktor), dennoch gibt es Essstörungen, die zu Übergewicht/ Adipositas führen können

= können einhergehen mit normalem Gewicht, Übergewicht, Fettleibigkeit

1. Symptomatik und Klassifikation

Man unterscheidet nach ICD-10

- **Anorexia Nervosa:**

- A) Selbst herbeigeführter Gewichtsverlust $\text{BMI} < 17,5 \text{ kg/m}^2$
- B) Angst vor Gewichtszunahme
- C) Körperschematastörung
- D) Verzögerte Entwicklung (Neuerung: wird nicht mehr gefordert)

- **Bulimia Nervosa:** Heißhungerattacken (mit Erbrechen)

- A) Essattacken und Kontrollverlust
- B) Wiederholte Durchführung
- C) Mind 1x/Woche > 3 Monate
- D) Übermäßige Beschäftigung mit Figur, Essen, Gewicht
- E) Darf nicht im Zusammenhang mit Anorexia nervosa auftreten

- **Binge-eating-Disorder:** übermäßige Essattacke

- A) Heißhungerattacken und Kontrollverlust
- B) Mind. 3 Symptome: schnelleres Essen, größere Mengen, bis zu einem unangenehmen Völlegefühl, allein essen aus Scham, Ekel oder Schuldgefühle.
- C) Leistungsdruck wegen Essanfällen
- D) Essattacken mind. 1x/Woche > 3 Monate
- E) Nicht im Verlauf einer Bulimia oder Anorexia nervosa

BMI: Körpergewicht (kg) : Körpergröße (m^2)

Körperliche Beschwerden bei AN und BN:

- Kreislaufprobleme
- Langsamer Puls
- Niedrige Körpertemperatur
- Ödeme
- Haarausfall
- Menstruationsstörung
- Mineral- und Mangelzustände
- Körperschematastörung: Überschätzung der eigenen Körperdimensionen, negative Gefühle gegen eigenen Körper, Wahrnehmung beruht auf einer kognitiven Verzerrung

Störungen des Körperbildes bei Anorexie und Bulimie

3 Komponenten:

- **Perzeptive Komponente (Wahrnehmung)**
 - Überschätzung der eigenen Körperdimensionen bzw. Unsicherheit bzgl. Ausmaße des eigenen Körpers
 - Besonders Oberschenkel, Hüfte, Taille
- **Affektive Komponente (Gefühle)**
 - Negative Gefühle bzgl. des eigenen Körpers Unsicherheit und Traurigkeit Angst, Ekel Wut, Anspannung, Stress
- **Kognitive Komponente (Gedanken)**
 - Das negative Bild, das Patienten von ihrem Körper haben, scheint nicht die objektive Realität widerzuspiegeln, sondern beruht auf einer kognitiven Verzerrung

2. Ätiologie

- Ätiologie der Essstörungen ist unbekannt, sicher ist nur die Multifaktorialität
- Forschung in Bereichen Genetik, Biologie, Psychologie und sozialen Faktoren
- Einige Modelle beschreiben nur Mechanismen der Aufrechterhaltung, aber keine ursächlichen Bedingungen.
- Modelle können Basis für erfolgreiches therapeutisches Vorgehen sein, sind damit aber noch kein Beweis für die ätiologische Rolle eines bestimmten Faktors

3. Ursachen der Essstörungen (Erklärungsmodelle)

→ Bio-psycho-soziales Störungsmodell: multikausal

- Biologische Faktoren
 - Entwicklung: Pubertät, Hormone u.a.m.
 - Genetik: Geschlecht, familiäre Dispositionen u.a.m.
- Individuelle Faktoren
 - Persönlichkeitsstruktur: Stress-, Frustrationstoleranz, Selbstwert, u.a.m.
- Soziokulturelle Faktoren
 - Familiäre Faktoren
 - Anforderungen / Ideale der Umwelt
 - Medien
 - Sport-, Fitness- und Gesundheitsbewusstsein

→ Akute Auslöser/Stressoren: Diät, Überforderung, Konflikte, Traumata

→ Vulnerabilitätsfaktoren: Erlerntes Essverhalten, Perfektionismus, Negativer Selbstwert, Gene, Schlankheitsideal

→ Kognitiv- verhaltenstheoretisches Modell

→ Medienfluss: Schönheitsideal weit unter Normalgewicht, Überangebot an Essen, ...

- **Internetforen: Pro-Ana und Pro-Mia** sind Bewegungen von Mager-beziehungsweise Ess-Brechsüchtigen im Internet, die den Standpunkt vertreten, Magersucht sei ein Lebensstil, keine Erkrankung.

4. Überblick über Behandlungsansätze

Therapie der Essstörungen

- Psychotherapie, v.a. KVT mit Korrektur der maladaptiven Gedanken und Einstellungen, Veränderungen der Gefühle in Bezug auf das Essverhalten; Förderung von Selbstwertgefühlen und Änderungen selbstschädigenden Verhaltens;
- Unterstützung, Beratung und Therapie der Familie; Therapieziele DER ANOREXIA sollte aus folgenden Elementen bestehen (APA-Leitlinien):
 - Wiederherstellen eines gesunden Gewichts mit Normalisierung von Zyklus, Wachstum und hormonellen Befunden;
 - Behandlung der medizinischen Komplikationen;
 - Steigerung der Motivation und Kooperation in der Behandlung;
 - Anleitung bezüglich der Ernährung und Normalisierung des Essverhaltens;
 - Rückfallsprophylaxe

Das Therapiemodell der KVT

Kurzfristige Strategien	Langfristige Strategien
<ul style="list-style-type: none">• Gewichtssteigerung• Ernährungsmanagement	<ul style="list-style-type: none">• Kognitive Techniken• Konflikt- und Problemlösekompetenzen & alternative Bewältigungsstrategien für belastende Situationen einüben• Verbesserung des neg. Körperbildes• Erhöhung der soz. Fertigkeiten• Steigerung einer angemessenen emot. Ausdrucksfähigkeit• Förderung der Kontakt- & Kommunikationsfähigkeit

17.06.2020 – Persönlichkeitsstörungen

1. Definition

- Rigide Erlebens- und Interaktionsmuster in Wahrnehmen, Denken, Fühlen & Verhalten
- (Extreme) Abweichung von kulturellen & sozialen Normen
- Symptome werden häufig als ich-eigen nicht als störend oder problematisch
- Leidensdruck (eigener oder des soz. Umfelds)

Probleme mit Begriff und Definition

- Stigmatisierend
- Disposition, die therapeutisch wenig beeinflussbar ist?

Lösungsversuche

- Definition als Beziehungs- oder Interaktionsstörung
- Verstehen anstelle von Bewerten (Ressourcenperspektive)
- PS als Arbeitshypothese in der Psychotherapie hilfreich, Zurückhaltung bei Diagnose

2. Allgemeine Kriterien und Diagnostik

nach ICD-10

- Die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster der Betroffenen weichen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben („Normen“) ab. Diese Abweichung äußert sich in mehr als einem Bereich (Kognition, Affektivität, Impulskontrolle, zwischenmenschliche Beziehungen, etc.).
- Abweichende Erfahrungs- und Verhaltensmuster so ausgeprägt, dass das daraus resultierende Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel, unangepasst oder unzweckmäßig ist.
- Persönlicher Leidensdruck oder eine Belastung der sozialen Umwelt.
- Die Abweichung ist stabil, von langer Dauer und hat im späten Kindesalter oder in der Adoleszenz begonnen.
- Die Abweichung kann nicht durch andere psychische Störungen oder organische Erkrankung erklärt werden

Definition Persönlichkeitsstörung (DSM-5)

- Überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses manifestiert sich in min. zwei der Bereiche:
 - Kognition (Art, sich selbst/andere/Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren)
 - Affektivität (Variationsbreite/Intensität/Labilität/Angemessenheit emotionaler Reaktionen)
 - Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen
 - Impulskontrolle
- unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen
- führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden/Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen
- stabil/lang andauernd; Beginn mind. in Adoleszenz /frühem Erwachsenenalter
- lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen Störung erklären
- nicht Folge einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Hirnverletzung)

Borderline Persönlichkeitsstörung

- Vermeiden von Verlassen werden
- Beziehungsmuster zwischen Idealisierung und Entwertung
- Instabiles Selbstbild
- Impulsives Verhalten
- Wiederholte suizidale Handlungen
- Chronische Gefühl von Leere
- Wutausbrüchen

Borderline-typische Grundannahmen

- „Alleine kann ich nicht überleben.“
- „Wenn mir jemand zu nahekommt, ist das bedrohlich.“
- „Wenn jemand sieht, wie minderwertig ich bin, wird er mich verlassen.“
- „Wenn mir jemand zu nahekommt, werde ich ihn zerstören.“
- „Wenn jemand meine Schwäche sieht, wird er mich demütigen.“

Menschen mit BPS

- ... „wollen niemanden enttäuschen.“
- ... „sind in der Regel extrem sozial.“
- ... „haben häufig Berufe aus dem Helfer Bereich.“
- ... „müssen lernen, Grenzen und Distanzen zu den Problemen Anderer aufzubauen.“
- ... „sind weich und liebevoll im Herzen.“
- ... „besetzen Objekte mit intensiven Gefühlen.“

3. Ätiologie/ Pathogenese

- ➔ Extreme PS als Selbstschutz: Vermeidung von Verletzungen von Bedürfnissen oder Bewältigung von sozialen Anforderungen.
- ➔ Multifaktoriell
 - Psychologische Einflüsse: Eltern-Kind-Beziehung, Extremlastung, belastete/ psych. Gestörte Eltern, mangelnde soziale Integration
 - Biologische Ursachen: Genetik, Umwelteinflüsse, Stresseinflüsse

4. Therapie

Psychotherapeutische Ansatzpunkte

- Interpersonelle Interaktionsstörungen
- Störungen des emotionalen Erlebens
- Störungen bei Realitätswahrnehmung
- Störungen der Selbstwahrnehmung
- Störungen der Impulskontrolle
- Störungen der Selbstdarstellung

Evaluierte Psychotherapiekonzepte

- Dialektisch-behaviorale Therapie für BPS (störungsspezifische Therapie)
 - ➔ Dialektik: Balance zwischen Veränderung und Akzeptanz
 - ➔ Behavioral: am Verhalten orientiert
 - = Kombination aus Verhaltenstherapie, kognitiver Therapie, Körpertherapie, Meditationstechniken
 - = Ziel: Reduktion suizidaler Verhaltensweisen; Erlernen achtsamen, nicht-wertenden Grundhaltung; Verbesserung der Gefühlswahrnehmung und der Affektkontrollfähigkeit, der sozialen Integration und Interaktion, der Selbstakzeptanz und des Selbstwertgefühls
- Übertragungsfokussierte Psychotherapie für BPS
- Schematherapie nach Young
- Skill-Training: Skill= jedes Verhalten, dass kurzfristig hilft und langfristig keinen Schaden anrichtet (z.B. Gummi)
- Pharmakotherapie: Keine Behandlung möglich, sondern nur eine symptomorientierte Therapie

24.06.2020 – Störungen des Kinder- und Jugendalters

1. Gruppen von Störungsbildern im Kinder- und Jugendalter

- I. Störungsbilder, die denen des Erwachsenenalters ähneln (z.B. schizophrene Erkrankungen)
- II. Störungsbilder, die bei Kindern und Jugendlichen spezifisch für ein bestimmtes Alter sind (z.B. Fütterstörungen)

Wann ist Verhalten oder Erleben im Kindes- und Jugendalter abnorm?

Steinhausen (2006): Kennzeichen abnormen Verhaltens im Kindes- und Jugendalter

- altersunangemessen (Einnässen mit 9 Jahren)
- zeitstabil (z.B. dauerhafte Schulverweigerung)
- syndromal (kein isoliertes Symptom)
- tiefgreifende Beeinträchtigung der Entwicklung
- ausgeprägte Schwere und Häufigkeit
- situationsübergreifend

2. Klassifikation

ICD-10

- Zwei Kapitel mit psychischen Störungen, die typischerweise im Kindes- und Jugendalter beginnen
 - F8: Entwicklungsstörungen
 - Des Sprechens und der Sprache
 - Schulischer Fertigkeiten
 - Motorische Funktionen
 - Tiefgreifende Entw. Störungen (Autismus, Asperger-Syndrom)
 - F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
 - Störungen des Sozialverhaltens
 - Störungen bei fehlenden sozialen Bindungen
 - Störungen bei aufsässigem Verhalten
 - Emotionale Störung

DSM-5

- Kapitel Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung
 - Intellektuelle Beeinträchtigungen
 - Kommunikationsstörung (Sprache, Artikulation, ...)
 - Autismus- Spektrum- Störung
 - Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivität
 - Spezifische Lernstörung
 - Motorische Störung
 - Tic- Störung (Tourette-Störung...)

- Darüber hinaus können in beiden Klassifikationssystemen Störungen aus allen Kapiteln auch bei KiJu diagnostiziert werden

3. Besonderheiten in Diagnostik und Intervention

- Behandlungsmotivation und –Fähigkeit bei Kind und Eltern
- Verschiedene Informanten (Kind, Eltern, Lehrer/Erzieher)
- Verschiedene Erhebungsmodalitäten
 - Verhaltensbeobachtung!
- Berücksichtigung der Entwicklungsperspektive

Multiaxiale Diagnostik (MAS)

- Achse 1: **klinisch-psychiatrische Syndrome** = Gruppe der Teilleistungsstörungen und Intelligenzminderung (Kapitel V des ICD-10)
- Achse 2: **Umschriebene Entwicklungsrückstände** (Sprache, Motorik, Schulleistungen)
- Achse 3: **Intelligenzniveau** (IQ)
- Achse 4: **körperliche Symptomatik** (vorsätzliche Selbstbeschädigung, Substanzen mit schädlicher Wirkung)
- Achse 5: **Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände** (abnorme intrafamiliäre Beziehungen, abweichendes Verhalten, akute belastende Lebensereignisse)
- Achse 6: **Globalbeurteilung psychosoziales Funktionsniveau** (ist das Kind in der Lage: sich bei Freizeitgestaltungen zu engagieren, relativ harmonische bez. aufrechtzuerhalten, ...)
 - Anpassung vs. Beeinträchtigung in folgenden Bereichen:
 - Soziale Beziehungen (Familie, Freunde)
 - Bewältigung sozialer Situationen
 - Schulische / berufliche Anpassung
 - Interessen und Freizeitaktivitäten

Auf **Skala 0-8 Stufen** von herausragenden sozialen Funktionen bis tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung

Veränderungen und Erweiterungen (2016)

- Ausdehnung des Altersbereichs auf 5 Jahre
- Aufnahme weiterer bekannter und neuer Störungsbilder, z.B. ADHS
- Altersbegrenzungen und Dauer spezifiziert
- Impairment als Kriterium einbezogen
- ...

Besonderheiten in der klinischen Diagnostik

- Einsatz von Interventionen abhängig vom (kognitiven) Entwicklungsstand
 - Einbezug spielerischer Aktivitäten
 - Anpassung von Interventionen/Material auf Entwicklungsstand des Kindes
 - Kombination individuumszentrierter und eltern-/ familienbezogener Maßnahmen
 - teilweise Einbezug des Umfeldes (z.B. Schule, Kindergarten)

4. Epidemiologie

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter – darum sollten sie Beachtung erhalten

- hohe Lebenszeitprävalenz
- Die Mehrzahl der psychischen Störungen tritt vor dem 14. Lebensjahr auf, zwei Drittel vor dem 25. Lebensjahr
- bei späterem Auftreten handelt es sich vornehmlich um komorbide Störungen und nicht um Erstmanifestationen.
- Bislang stehen nur unzureichende präventive und therapeutische Angebote zur Verfügung,
- Eine zu späte Behandlung kann zu einem chronischen Verlauf und späteren Beeinträchtigungen führen.
- uneinheitlichen Ergebnissen für Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindesalter
- unterschiedliche Forschungsansätze und methodische Herangehensweisen
- Europäischen Studien: zwischen 9,5%-22,5%
- deutliche Geschlechtsunterschiede:
 - Jungen eher externalisierende Probleme (z. B. aggressives Verhalten, hyperkinetische Störungen etc.)
 - Mädchen eher internalisierende Symptome aufweisen (z. B. Angststörungen, Essstörungen etc.; Alsaker & Bütikofer, 2005)

5. Ätiologie/ Pathogenese

- Starke Beeinflussung durch biologische Risikofaktoren (z. B. Heritabilität: Autismus-Spektrum-Störungen, der ADHS, der Anorexia nervosa, schizophrenen Erkrankungen und bipolaren Störungen: > 70 %.)
- Interaktion von genetischer Prädisposition mit Umweltrisikofaktoren:
 - **Biologische**, die Schwangerschaft betreffend (wie z. B. Alkoholkonsum, Rauchen, illegale Drogen, Infektionskrankheiten, psychotrop wirksame Medikamente, Pestizide, Feinstaub, Hypothyreose oder Anämie der Mutter, Frühgeburtlichkeit des Kindes)
 - **Psychosozial** (z. B. fehlende Wärme dem Kind gegenüber, mangelnde kognitive Anregung und Sprachförderung, fehlende Spielinteraktion mit dem Kind, früher Medienkonsum)
 - **Schulisch** (z. B. Ausgrenzungserfahrungen („Mobbing“), körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen (in jedem Alter!))
 - **Gesellschaftliche** (z. B. Armut)
 - **Regional** (z. B. Erreichbarkeit von therapeutischen Möglichkeiten, Vorhandensein von Unterstützungsangeboten)

Multiprofessionelle Zusammenarbeit notwendig:

- | | |
|------------------|-----------------------------|
| - Kinderarzt | - Jugendamt |
| - Psychotherapie | - Jugendhilfe-Einrichtungen |
| - Schulsystem | - Justizsystem |

6. Beispiel: ADHS

= Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung

Diagnosekriterien nach DSM- 5

A1) Unaufmerksamkeit

- Abschweifen von Aufgaben
- Mangelnde Ausdauer
- Mangel an Selbstorganisation

A2) Hyperaktivität und Impulsivität

- Hyperaktivität:
 - Exzessive motorische Aktivitäten, die unpassend sind
 - Exzessives Zappeln
 - Geschwätzigkeit
- Impulsivität:
 - Schwierigkeiten zu warten und Bedürfnisse auszuschieben

Kardinalsymptome:

- Aufmerksamkeitsstörung
- Impulsivität und Hyperaktivität

Es müssen 6 Symptome aus A1 oder A2 während der letzten 6 Monate beständig sein!!

Verlauf:

→ Säuglingsalter: Schlaf-/Essprobleme
→ Kindergarten: motorische Unruhe, Trotzverhalten, Entwicklungsrückstände
→ Grundschule: Große Unruhe, Lernschwäche, kurze Aufmerksamkeitsspanne
→ Jugend: Hypermotorik meist reduziert, Aggression, häufige Schulabbrüche
→ Erwachsener: Vergesslichkeit, mangelnde Konzentration, innere Unruhe, starke Stimmungsschwankungen, risikoreiches/ unbedachtes Verhalten.

Behandlung:

1. medikamentös: Psychostimulantien
2. Kindzentrierte Interventionen: Selbstmanagementtraining
3. Eltern-/familienzentrierte Interventionen : Erziehungstraining
4. Beratung von Lehrern/Erziehern

7. Nichtsuizidales-Selbstverletzendes Verhalten (NSSV)

= bewusste, freiwillige und direkte Zerstörung von Körpergewebe

= ohne suizidale Absicht, die sozial nicht akzeptiert ist

Unterschied zu suizidalem Verhalten:

Bei NSSV ist schneiden die häufigste Methode. Bei Suizidversuchen ist es Intoxikation

Biopsychosoziales Modell:

- Verhalten
- Umwelt
- Biologie
- Affekte
- Kognitionen

Gründe für selbstverletzendes Verhalten

- Affektregulation (schlechte Gefühle beenden)
- Anti-Dissoziation (sich real zu fühlen)
- Anti-Suizid (Suizid zu vermeiden)
- Interpersonelle Beeinflussung (Hilfe zu erhalten)
- Selbstbestrafung (Wut gegen sich selbst)

Umgang mit selbstverletzendem Verhalten

- Schnitte versorgen (medizinische Behandlung)
- Nicht geschockt reagieren
- Versuchen Verbindung zum Jugendlichen aufzunehmen
- Gefühle ernstnehmen
- Hoffnung aufbauen

→ SSV ist eine Coping-Strategie und keine Angewohnheit → Respektvolle Neugier