

A. Störungsübergreifender Teil

Teil I:

Allgemeine Grundlagen

1. Grundbegriffe – Einleitung

(U. Baumann und M. Perrez)

Tabelle 1: Ebenen des Krankheitsbegriffs

Tabelle 2: Klinische Psychologie und Nachbargebiete: Definitionen und berufspolitische Bezeichnungen

Abbildung 1: Intra- und interpersonelle Betrachtungsebene

Abbildung 2: Struktur der Klinischen Psychologie

2. Wissenschaftstheoretische Grundlagen

2.1 Wissenschaftstheoretische Grundlagen: Klassifikation, Ätiologie und Diagnostik

(H. Westmeyer)

Tabelle 1: Einige typische Klassifikationen in der Klinischen Psychologie

Tabelle 2: Struktur und Bestandteile des H-O-Modells der wissenschaftlichen Erklärung

Tabelle 3: Humphreys' Modell der probabilistischen Kausal-Erklärung einzelner Ereignisse

2.2 Wissenschaftstheoretische Grundlagen: Klinisch-psychologische Intervention

(M. Perrez)

Tabelle 1: Matrix Wissensarten und Rechtfertigungsquellen mit Beispielen

Tabelle 2: Problemtypen und therapeutische Handlungsmaximen

3. Ethik in der Klinischen Psychologie

(S. Reiter-Theil und U. Fahr)

Tabelle 1: Funktionen von Ethik in der Klinischen Psychologie

Tabelle 2: Elemente der informierten Zustimmung nach Beauchamp und Childress

Tabelle 3: Perspektiven ethischer Reflexion

Teil II:

Klassifikation, Diagnostik: Allgemeine Grundlagen

4. Klassifikation

(U. Baumann und R.-D. Stieglitz)

Tabelle 1: Beurteilungskriterien für Klassifikationssysteme

Tabelle 2: Hauptkategorien ICD-10 und DSM-IV-TR

Tabelle 3: ICD-10 Klassifikation Fab.cde

Tabelle 4: Überblick über wichtige internationale bzw. deutschsprachige Erhebungsinstrumente für ICD-10 und DSM-IV

5. Klinisch-psychologische Diagnostik: Allgemeine Gesichtspunkte

(C. Reinecker-Hecht und U. Baumann)

Abbildung 1: Klassische Verhaltensformel der Verhaltensdiagnostik

Abbildung 2: Dynamische Selbstregulation

Abbildung 3: Vertikale Verhaltensanalyse

Abbildung 4: System-Modell

Teil III:

Epidemiologie

6. Epidemiologie

(R. Lieb)

Tabelle 1: Quellen epidemiologischer Daten

Tabelle 2: Risikofaktoren-Terminologie

Tabelle 3: Auswahl an epidemiologischen Studien in der Allgemeinbevölkerung

Tabelle 4: Lebenszeit-Prävalenzen von Substanz-, affektiven und Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung

Tabelle 5: Ein-Monats-Prävalenzen psychischer Störungen nach DSM-III in unterschiedlichen Altersgruppen

Abbildung 1: Erstmanifestationsalter von Angststörungen, affektiven Störungen und Substanzstörungen

Abbildung 2: Versorgungssituation ausgewählter psychischer Störungen

Teil IV:

Ätiologie/Bedingungsanalyse: Allgemeine Grundlagen

7. Ätiologie/Bedingungsanalyse: Methodische Gesichtspunkte

(U. Baumann und M. Perrez)

Tabelle 1: Phase des Verlaufs psychischer Störungen

Tabelle 2: Methodische Gesichtspunkte zur Versuchsplanung ätiologischer Studien

Tabelle 3: Abbildungsgenauigkeit Phänomen/Untersuchung: Analogstudien

Abbildung 1: Beispiele für Verlaufsformen psychischer Störungen

8. Genetische Faktoren

(W. Maier und M. Wagner)

Tabelle 1: Fakten zur genetischen Information

Tabelle 2: Die wichtigsten Varianten von Studiendesigns in der klinisch orientierten genetischen Forschung

Tabelle 3: Schizophrenie: Ergebnisse neuerer Zwillingsstudien

Tabelle 4: Bipolare Störung und unipolare Depression: Ergebnisse neuerer Zwillingsstudien

Tabelle 5: Familienstudien bei Angsterkrankungen

Tabelle 6: Zwillingsstudien bei Angsterkrankungen

Tabelle 7: Genetische Beeinflussung der Alkoholabhängigkeit: zwei Zwillingsstudien

Abbildung 1: Prototypischer Aufbau eines Gens

Abbildung 2: Vom Gen zum Phänotyp

Abbildung 3: DNA-Sequenzvariation im exprimierten Bereich eines Gens und Folge für die Aminosäuresequenz des Genprodukts

Abbildung 4: Identifikation von SNPs und ihre Assoziation mit Erkrankungen

Abbildung 5: Beispiel für eine Gen-Umwelt-Interaktion bei der Entstehung depressiver Erkrankungen

9. Biologische Faktoren

(K. Wingenfeld und D.H. Hellhammer)

Tabelle 1: Atrophien und verringerte Gehirnaktivität bei demenziellen Erkrankungen

Tabelle 2: Effekte erhöhter Cortisolausschüttung

Tabelle 3: Häufige Symptome bei Schilddrüsenüber- und -unterfunktion

Abbildung 1: Komplexität und Heterogenität von Störungen

Abbildung 2: Aufbau des Nervensystems

Abbildung 3: Vereinfachte Darstellung der Verbindungen zwischen Dysregulationen im Nervensystem und der Symptomatik psychischer Störungen

Abbildung 4: Potentielle Entstehungsmechanismen und Symptomatik eines Hypocortisolismus

Abbildung 5: Schematische Darstellung der Interaktionen zwischen Nervensystem, endokrinem System und Immunsystem

10. Psychologische Faktoren: Sozialisation und Verhaltensanpassung

(M. Perrez und L. Ahnert)

Tabelle 1: Entwicklungsaufgaben, aufgabentypische Störungsquellen

11. Psychologische Faktoren: Stress und Coping

(M. Perrez, A.-R. Laireiter und U. Baumann)

Tabelle 1: Psychoanalytische Abwehrmechanismen

Tabelle 2: Ausgewählte Verfahren zur Belastungserfassung

Tabelle 3: Ausgewählte deutschsprachige Verfahren zur Erfassung der Belastungsbewältigung

Tabelle 4: Ausgewählte deutschsprachige Verfahren zur Erfassung Sozialer Netzwerke und Sozialer Unterstützung

Abbildung 1: Systematisierung der Stressoren nach negativer Valenz und der erforderlichen Readaptationszeit

Abbildung 2: Schema der Struktur des Belastungserlebens und -verarbeitens

Abbildung 3: Coping als ein Mediator im emotionalen Erleben

Abbildung 4: Verschiedene Wirkungsmodelle

12. Sozialpsychologische und Evolutionspsychologische Faktoren

(F. Försterling und B. Schuster)

Tabelle 1: Depressionsfördernde Attributionen nach Misserfolg und Erfolg

13. Transkulturelle Faktoren

(R. van Quekelberghe)

Tabelle 1: Wichtige Kulturkomponenten

Tabelle 2: Sechs kulturelle Wirkungsformen auf psychische Störungen

Tabelle 3: Weitere wichtige kulturabhängige Syndrome

Tabelle 4: Modelle der transkulturellen Migration

Teil V: Intervention

14. Systematik der klinisch-psychologischen Intervention

(M. Perrez und U. Baumann)

Tabelle 1: Klinisch-psychologische Intervention

Tabelle 2: Klassifikation von Therapiezielen

Tabelle 3: Funktions-Interventionsebenen-Matrix mit Beispielen

Abbildung 1: Systematik der Interventionsmethoden

Abbildung 2: Systematik der klinisch-psychologischen Interventionsmethoden

15. Gesundheitsversorgung

(U. Baumann)

Tabelle 1: Leitlinien einer künftigen Behandlung psychischer Erkrankungen

Tabelle 2: Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert

Tabelle 3: Versorgungsangebot für eine Region

Tabelle 4: Zentrale Begriffe zum Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Tabelle 5: Datenstruktur von klinischen Dokumentationen

Tabelle 6: Psychologengesetz Österreich

Tabelle 7: Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten in Deutschland

16. Methodik der klinisch-psychologischen Interventionsforschung

(U. Baumann und C. Reinecker-Hecht)

Tabelle 1: Phasen der Interventionsforschung

Tabelle 2: Evaluationskriterien

Tabelle 3: Versuchsplantypen für klinisch-psychologische Interventionsforschung

Tabelle 4: Kriterien für empirisch validierte Therapien

Tabelle 5: Methodisches Vorgehen bei Metaanalysen

Tabelle 6: Evidenzstufen I-V für evidenzbasierte Medizin bzw. Psychotherapie

17. Prävention

(M. Perrez und N. Hilti)

Tabelle 1: Matrix für die Einteilung von universeller, selektiver und indizierter Prävention

Tabelle 2: Matrix von Präventionsprogramm-Merkmalen

Tabelle 3: Beispiele für unspezifische Präventionsziele in der Erziehung

Tabelle 4: Präventionsmethoden in Funktion von Merkmalen der Zielpersonen resp. Zielgruppen

Tabelle 5: Ergebnisse der Analyse von 17 Metaanalysen gem. verschiedener Präventionsformen

Abbildung 1: Inanspruchnahme präventionsrelevanter Beratungsdienste

Abbildung 2: Evaluationstypen nach dem zeitlichen Verlauf

18. Psychotherapie

18.1 Psychotherapie: Systematik und methodenübergreifende Faktoren

(M. Perrez und U. Baumann)

Tabelle 1: Ablaufstruktur von Psychotherapien

Tabelle 2: Allgemeine Zielstrukturen von Psychotherapien

Tabelle 3: Prozesse und Interventionen

Tabelle 4: Vier Psychotherapie-Ansätze

Abbildung 1: Ein allgemeines Modell der psychotherapeutischen Prozessstruktur

Abbildung 2: Klassifikation der Therapeutenmerkmale

18.2 Ansatzpunkt Therapeut-Patient-Beziehung: Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie

(M. Neukom, B. Grimmer und A. Merk)

18.3 Ansatzpunkt Therapeut-Patient-Beziehung: Gesprächstherapeutisch orientierte Psychotherapie

(M. Reicherts)

18.4 Ansatzpunkt Erleben, Verhalten: Verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie

(H. Reinecker und A. Lakatos-Witt)

Tabelle 1: Auswahl von Standardprogrammen für verschiedene Störungsbilder

Tabelle 2: Verfahren in der Verhaltenstherapie

Tabelle 3: Verfahren der Angsttherapie

Abbildung 1: System-Modell der Regulation menschlichen Verhaltens

Abbildung 2: Das 7-Phasen-Modell für den diagnostisch-therapeutischen Prozess

Abbildung 3: Schema der Grundstrategien der Konsequenzkontrolle

Abbildung 4: Mediatoren-Modell

18.5 Ansatzpunkt Kultur:

Transkulturell orientierte Psychotherapie

(R. van Quekelberghe)

Tabelle 1: Tipps für eine kultursensitive Therapeut-Patient-Kommunikation

Tabelle 2: Einstellungen und Erwartungen von Migranten und Therapeuten

19. Rehabilitation

(J. Bengel und A. Helmes)

Tabelle 1: Beispiele für Messinstrumente in der Rehabilitation

Abbildung 1: Dimensionen der ICF und ihre Interaktion

20. Psychopharmakotherapie

(R. Spiegel)

Tabelle 1: Bekannte Antipsychotika

Tabelle 2: Bekannte Antidepressiva

Tabelle 3: Bekannte Tranquilizers, Schlafmittel

Tabelle 4: Stimulantien

Tabelle 5: Nootropika und Antidementiva

Tabelle 6: Pharmakotherapie bei Angstsyndromen

B. Störungsbezogener Teil

Teil VI:

Störungen von psychischen Funktionen

21. Motorische Störungen

21.1 Motorische Störungen: Klassifikation und Diagnostik

(T. Schenk)

Tabelle 1: Motorische Störungen, die in DSM-IV-TR bzw. ICD-10 aufgelistet sind

Tabelle 2: Diagnostische Verfahren zur Erfassung motorischer Störungen

Abbildung 1: Kinematische Aufzeichnung der Schreibbewegungen

Abbildung 2: Hand- und Armhaltung eines Patienten mit Schreibkrampf und einer normalen Schreiberin

21.2 Motorische Störungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse

(T. Schenk)

21.3 Motorische Störungen: Intervention

(T. Schenk)

22. Wahrnehmungsstörungen

22.1 Wahrnehmungsstörungen: Klassifikation und Diagnostik

(J. Zihl und K. Münzel)

Tabelle 1: Übersicht über die wichtigsten elementaren und komplexen Wahrnehmungsleistungen

Tabelle 2: Übersicht über gebräuchliche Untersuchungsverfahren für Wahrnehmungsstörungen

22.2 Wahrnehmungsstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse

(J. Zihl und K. Münzel)

Tabelle 1: Übersicht über die wichtigsten Wahrnehmungsleistungen und die Bereiche, auf die sich Störungen der Wahrnehmung auswirken können

22.3 Wahrnehmungsstörungen: Intervention

(J. Zihl und K. Münzel)

Tabelle 1: Übersicht über die Behandlungsmöglichkeiten von zentralen Wahrnehmungsstörungen

Tabelle 2: Übersicht über einige zentrale Sehstörungen, ihre Auswirkungen auf die Lesefähigkeit und Behandlungsmöglichkeiten

23. Gedächtnisstörungen

23.1 Gedächtnisstörungen: Klassifikation und Diagnostik

(W. Klimesch)

Tabelle 1: Zur Klassifikation von zwei Gruppen von Gedächtnisstörungen auf der Basis wichtiger Leistungskomponenten des Gedächtnisses

Tabelle 2: Beispiele für Amnesien von Typ A und B

Abbildung 1: Allgemein kann von drei Gedächtnissystemen ausgegangen werden

23.2 Gedächtnisstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse

(W. Klimesch)

Tabelle 1: Der hypothetische Zusammenhang zwischen Leistungsparametern des LZG und depressiven bzw. psychotischen Symptomen

23.3 Gedächtnisstörungen: Intervention

(U. Schuri)

Tabelle 1: Auswahl gedächtnisfördernder Strategien

Tabelle 2: Auswahl therapierelevanter Gedächtnismodelle

Abbildung 1: Strategien und Methoden zur Entlastung des Gedächtnisses

24. Lernstörungen

24.1 Lernstörungen: Klassifikation und Diagnostik

(G. Lauth und K. Naumann)

Tabelle 1: Lernstörungen bei einzelnen psychischen Beeinträchtigungen

Tabelle 2: Diagnostik von Lernstörungen

24.2 Lernstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse

(G. Lauth und K. Naumann)

Tabelle 1: Bedingungsfaktoren für die Entwicklung von Lernstörungen im Sinne von Aneignungsbeeinträchtigungen

Tabelle 2: Typik erfolgreichen und misslingenden Lernens

24.3 Lernstörungen: Intervention

(G. Lauth und K. Naumann)

25. Schlafstörungen

25.1 Schlafstörungen: Klassifikation und Diagnostik

(D. Riemann)

Tabelle 1: Klassifikation der Schlafstörungen nach ICD-10

Tabelle 2: Klassifikation der Schlafstörungen nach DSM-IV-TR

Tabelle 3: Kriterien der primären Insomnie nach DSM-IV-TR

Tabelle 4: Diagnostische Instrumente

25.2 Schlafstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse

(D. Riemann)

Tabelle 1: Organische Erkrankungen, die die Schlafqualität beeinträchtigen

Tabelle 2: Zentralnervös wirksame Substanzen, die mit Insomnie einhergehen können

Tabelle 3: Auffälligkeiten des Schlafs bei psychischen Störungen

Tabelle 4: Aufrechterhaltende Faktoren bei psycho-physiologischer Insomnie: empirische Evidenz

Tabelle 5: Theorien zur Funktion des Schlafes

Abbildung 1: Psychophysiologischer Teufelskreis der primären Insomnie

Abbildung 2: Das Zwei-Prozess-Modell der Regulation von Schlafen und Wachen

25.3 Schlafstörungen: Intervention

(D. Riemann)

Tabelle 1: Nicht-medikamentöse Therapieansätze

Tabelle 2: Regeln für einen gesunden Schlaf

Tabelle 3: Instruktionen zur Stimuluskontrolle

Tabelle 4: Differentielle Effektivität psychotherapeutischer Methoden (Effektstärken)

Tabelle 5: Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm zur Behandlung primärer Insomnien

Abbildung 1: Differentielle Effekte – Langzeiteffekte

26. Essstörungen

26.1 Essstörungen: Klassifikation und Diagnostik

(B. Tuschen-Caffier)

Tabelle 1: Diagnosekriterien zur Anorexia Nervosa nach dem DSM-IV-TR

Tabelle 2: Diagnosekriterien zur Bulimia Nervosa nach dem DSM-IV-TR

Tabelle 3: Forschungskriterien für die «Binge-Eating»- Störung nach dem DSM-IV-TR

Tabelle 4: Diagnostische Verfahren

26.2 Essstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse

(B. Tuschen-Caffier und I. Florin)

26.3 Essstörungen: Intervention

(B. Tuschen-Caffier)

Tabelle 1: Vorgehen bei der Figurexposition

Tabelle 2: Vorgehen bei der kognitiven Umstrukturierung

Tabelle 3: Zusammenfassende Darstellung der Behandlungsleitlinien des National Institute for Clinical Excellence zu Essstörungen

Teil VII:

Störungen von Funktionsmustern

27. Störungen durch psychotrope Substanzen

27.1 Störungen durch psychotrope Substanzen: Klassifikation und Diagnostik

(R. Ferstl)

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Substanzabhängigkeit nach DSM-IV-TR

Tabelle 2: Substanzklassen und ihre Kodierung im DSM-IV-TR

Tabelle 3: Diagnostische Kriterien nach DSM-IV-TR für Amphetaminintoxikation

Tabelle 4: Diagnostische Kriterien nach DSM-IV-TR für Kokainentzug

Tabelle 5: Die gebräuchlichsten psychodiagnostischen Verfahren im Bereich der Alkoholismusdiagnostik

27.2 Störungen durch psychotrope Substanzen: Ätiologie/Bedingungsanalyse

(R. Ferstl)

Abbildung 1: Synaptische Zielorte psychoaktiver Substanzen

Abbildung 2: Opponenten Prozess-Modell

27.3 Störungen durch psychotrope Substanzen: Intervention

(G. Bühringer)

Tabelle 1: Störungsbereiche und allgemeine Therapiestrategien beim Abhängigkeitssyndrom

Tabelle 2: Phasen der Veränderungsbereitschaft bei Abhängigen

Tabelle 3: Ziele und Maßnahmen bei der Therapie Alkoholabhängiger

Tabelle 4: Zusammenhang von Therapiedauer und Therapieerfolg

Tabelle 5: Hierarchie der Therapieziele bei Drogenabhängigen mit einem umfassenden Störungsbild

Abbildung 1: Kognitives Modell für die Entwicklung von Rückfällen und Interventionsstrategien zur Rückfallprävention

28. Schizophrenie

28.1 Schizophrenie: Klassifikation und Diagnostik

(H. Watzl, R. Cohen und F. Rist)

Tabelle 1: Klassifikation schizophrener und anderer psychotischer Störungen nach ICD-10 und DSM-IV-TR

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien für schizophrene Störungen nach ICD-10 Forschungskriterien und DSM-IV-TR

Tabelle 3: Beispiele für Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren bei schizophrenen Störungen

28.2 Schizophrenie: Ätiologie/Bedingungsanalyse

(F. Rist, R. Cohen und H. Watzl)

Tabelle 1: Risiko für eine psychotische Erkrankung bei Adoptierten

Abbildung 1: Alter bei Ersterkrankung an einer Schizophrenie

Abbildung 2: Erkrankungsrisiko in Abhängigkeit vom Verwandtschaftsgrad

Abbildung 3: Anzahl der Tondarbietungen

28.3 Schizophrenie: Intervention

(H. Watzl und R. Cohen)

Tabelle 1: Hoch-Risiko-Gruppen für schizophrene Störungen

Tabelle 2: Familienbetreuung + Patientenintervention vs. Routineversorgung

Tabelle 3: Therapeutische Grundregeln bei Schizophrenie

Tabelle 4: Das familientherapeutische Programm von Hogarty und Anderson

Tabelle 5: Spezifische Behandlungsverfahren bei Störungen und Defiziten schizophrener Patienten

Abbildung 1: Wirkung psychosozialer Interventionen bei schizophrenen Störungen

Abbildung 2: Koordination von Hilfsangeboten durch «Case Management»

29. Depressive Störungen

29.1 Depressive Störungen: Klassifikation und Diagnostik

(R. de Jong-Meyer)

Tabelle 1: Klassifikation der Affektiven Störungen nach ICD-10 und DSM-IV-TR

Tabelle 2: Zentrale Diagnosekriterien für die Episode einer Major Depression und für eine rezidivierende Major Depression nach DSM-IV-TR

Tabelle 3: Zentrale Diagnosekriterien für eine Dysthyme Störung

Tabelle 4: Einteilung depressiver Symptomatik nach psychologischen Funktionsbereichen

Tabelle 5: Verfahren zur Erfassung der Schwere der Depressivität und des negativen Befindens

29.2 Depressive Störungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse

(R. de Jong-Meyer)

Tabelle 1: Sozioökonomische Risikofaktoren

Tabelle 2: Risikoerhöhende Faktoren aus genetischer und biologischer Perspektive

Tabelle 3: Sozial-interaktive Risikofaktoren

Tabelle 4: Kognitive Risikofaktoren

Abbildung 1: Einordnung von Befunden zu Risikofaktoren und Aufrechterhaltungsfaktoren in ein «Final Common Pathway»-Konzept

29.3 Depressive Störungen: Intervention

(R. de Jong-Meyer)

Tabelle 1: Ziele und Veränderungsstrategien der wirksamen psychologischen Therapien

Abbildung 1: Gedankenprotokoll

30. Angststörungen

30.1 Angststörungen: Klassifikation und Diagnostik

(R. Lieb und H.-U. Wittchen)

Tabelle 1: Die Klassifikation von Angststörungen in der ICD-10 und DSM-IV-TR

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien für Panikattacke und Panikstörung mit Agoraphobie nach DSM-IV-TR

Tabelle 3: Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren, die in der Angstdiagnostik bei Erwachsenen eingesetzt werden

30.2 Angststörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse

(R. Lieb und H.-U. Wittchen)

Tabelle 1: Konkordanzraten für die Panikstörung bei zweieiigen und eineiigen Zwillingen

Tabelle 2: Komponenten eines kognitiv-behavioralen Modells der Sozialphobie

Abbildung 1: Das psychophysiologische Modell der Panikstörung

Abbildung 2: Das Modell der Panik

Abbildung 3: Ein umfassendes Modell der Generalisierten Angststörung

30.3 Angststörungen: Intervention

(R. Lieb und H.-U. Wittchen)

Tabelle 1: Überblick über Therapiemanuale und Selbsthilfemanuale zur Behandlung von Angststörungen

31. Somatoforme und dissoziative Störungen

31.1 Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen): Klassifikation und Diagnostik

(W. Rief)

Tabelle 1: Somatoforme Störungen nach DSM-IV-TR

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien für Somatisierungsstörung nach DSM-IV-TR

Tabelle 3: Unterschiede zwischen DSM-IV-TR und ICD-10 in der Klassifikation somatoformer Störungen und dissoziativer Störungen

Tabelle 4: Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

Tabelle 5: Körperliche Symptome einer Somatisierungsstörung nach ICD-10

31.2 Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen): Ätiologie/Bedingungsanalyse

(W. Rief)

Tabelle 1: Typische Einstellungen von Somatisierungspatienten

Abbildung 1: Somatisierung, Angst und Depression als gegenseitige Risikofaktoren

Abbildung 2: Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen: Risikofaktoren

31.3 Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen): Intervention

(W. Rief und W. Hiller)

Tabelle 1: Effektstärken von Studien zur kognitiven Verhaltenstherapie bei somatoformen Störungen

Abbildung 1: Psychologische Behandlung somatoformer Störungen

Abbildung 2: Vermeidungsverhalten als aufrechterhaltender Faktor bei somatoformen Störungen

32. Posttraumatische Belastungsstörung

32.1 Posttraumatische Belastungsstörung: Klassifikation und Diagnostik

(A. Maercker und A. Karl)

Tabelle 1: Kriterien der Diagnose einer PTB nach DSM-IV-TR und DSM-5/ICD-11

Tabelle 2: Diagnostische Verfahren zur Diagnosedstellung einer Posttraumatischen Belastungsstörung

Tabelle 3: Spezielle PTB-Fragebogen: Individuelle Verarbeitung bzw. spezifische Opfergruppen

Abbildung 1: Schema der Einteilung traumatischer Ereignisse und der Risikograde für die Ausbildung einer PTB

32.2 Posttraumatische Belastungsstörung: Ätiologie/Bedingungsanalyse

(A. Maercker und A. Karl)

Tabelle 1: Die wichtigsten ätiologischen Bedingungsfaktoren der PTB

Abbildung 1: Verlauf der PTB-Symptome: Anteil der traumatisierten Personen ohne Gesundung

Abbildung 2: Interpersonelle Merkmale

32.3 Posttraumatische Belastungsstörung: Intervention

(A. Maercker)

Tabelle 1: Arbeitsblatt zur Kognitiven Verarbeitungstherapie

33. Persönlichkeitsstörungen

33.1 Persönlichkeitsstörungen: Klassifikation und Diagnostik

(P. Fiedler)

Tabelle 1: Zusammenfassung wichtiger Kriterien der Persönlichkeitsstörungen gemäß DSM-IV-TR und ICD-10

Tabelle 2: Übersicht über einige Gleichzeitigkeitsdiagnosen von Persönlichkeitsstörungen mit spezifischen psychischen Störungen

Tabelle 3: Übersicht über die wichtigsten Erhebungsverfahren

33.2 Persönlichkeitsstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse

(P. Fiedler)

Tabelle 1: Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen

Abbildung 1: Das Diathese-Stress-Modell zur Erklärung von Persönlichkeitsstörungen

33.3 Persönlichkeitsstörungen: Intervention

(P. Fiedler)

34. Verhaltens- und Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen

34.1 Verhaltens- und Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Klassifikation und Diagnostik

(F. Petermann)

Tabelle 1: Übersicht über ausgewählte Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter gemäß DSM-IV-TR

Tabelle 2: Begleit- und Folgesymptome der ADHS

Tabelle 3: Übersicht über ausgewählte Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter gemäß DSM-IV-TR

Tabelle 4: Charakteristische Auffälligkeiten autistischer Kinder

Tabelle 5: Elternexploration zur Erfassung von Verhaltensstörungen

Tabelle 6: Übersicht über einige spezifische Erhebungsverfahren zur Diagnostik von Verhaltensstörungen

Tabelle 7: Ebenen einer multimodalen Angstdiagnostik

Tabelle 8: Situationen aus dem Fragebogen zu häuslichen Problemen

Tabelle 9: Übersicht über einige spezifische Erhebungsverfahren zur Diagnostik von Entwicklungsstörungen

Abbildung 1: Überblick über die Einteilung von ausgewählten Verhaltensstörungen

Abbildung 2: Übersicht über ausgewählte Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter

Abbildung 3: Conners-Skala für Lehrer zur Einschätzung der ADHS

34.2 Verhaltens- und Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Intervention

(F. Petermann)

Tabelle 1: Komorbiditätsraten im Kontext aggressiv-oppositionellen Verhaltens

Abbildung 1: Das Acht-Schritte-Programm

35. Störungen im Alter

35.1 Störungen im Alter: Klassifikation und Diagnostik

(A. Kruse und S. Re)

Tabelle 1: Klassifikation von Demenzformen

Tabelle 2: Untersuchungsverfahren zur Demenzdiagnostik

Tabelle 3: Spezielle Altersskalen und -inventare

35.2 Störungen im Alter: Intervention

(A. Kruse)

Tabelle 1: Subjektiv erfahrene Gewinne im Alter

Teil VIII:

Störungen von interpersonellen Systemen

36. Störungen der Partnerschaft

36.1 Partnerschaftsstörungen: Klassifikation und Diagnostik

(G. Bodenmann)

Tabelle 1: Diagnostische Zugänge in der Partnerschaftsdiagnostik

Tabelle 2: Erfassung der Partnerschaftsqualität, der Kommunikation und des dyadischen Copings

Tabelle 3: Kategoriensysteme zur systematischen Verhaltensbeobachtung bei Paaren

36.2 Partnerschaftsstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse

(G. Bodenmann)

Abbildung 1: Scheidungsmodell von Bodenmann

36.3 Partnerschaftsstörungen: Intervention

(G. Bodenmann)

Tabelle 1: Empirische Befunde und ihre Bedeutung für die Paartherapie

Tabelle 2: Empirisch fundierte Präventionsansätze für Paare

Abbildung 1: Inhalte des Freiburger Stresspräventionstrainings für Paare

37. Störungen (in) der Familie

37.1 Störungen (in) der Familie: Klassifikation und Diagnostik

(H.-P. Heekerens und M. Perrez)

Tabelle 1: Die 16 Familiensystem-Typen nach dem Circumplex-Modell von Olson

Tabelle 2: Das dreidimensionale Circumplex-Modell von Olson & Tiesel

Tabelle 3: Familiendiagnostische Verfahren

Tabelle 4: Psychometrische Verfahren zur Erfassung von «Kohäsion», «Kontrolle» und weiteren Dimensionen

Tabelle 5: Ausschnittdarstellung der Global Assessment of Functioning Scale

Abbildung 1: Das Kontinuum der Grenzen zwischen familialen Subsystemen

Abbildung 2: Beispiel von Familientypen (regenerative families) nach McCubbin und Thompson

37.2 Störungen (in) der Familie: Ätiologie/Bedingungsanalyse

(M. Perrez und H.-P. Heekerens)

Tabelle 1: Kumulativer Risikoindex

Abbildung 1: Direkte und indirekte Antezedenzen von Störungen bei Kindern und Jugendlichen

37.3 Störungen (in) der Familie: Intervention

(H.-P. Heekerens)

Tabelle 1: Die Treatment-Prinzipien der MST

Tabelle 2: Das Grundmodell der FFT

Tabelle 1: Ebenen des Krankheitsbegriffs (nach Häfner, 1981; Schulte, 1998)

Ebene	Kriterien	Begriff
1	Erscheinungsbild (Symptome, Syndrome)	Kranksein
2	Verlaufsgesetzlichkeit	
3	Beteiligte Organe (Topologie des Krankheitsgeschehens)	Krankheit
4	Beschreiben des pathologischen Funktionszusammenhangs zwischen den Ebenen 1, 2, 3	
5	Ursache von 4	Krankheitsursache

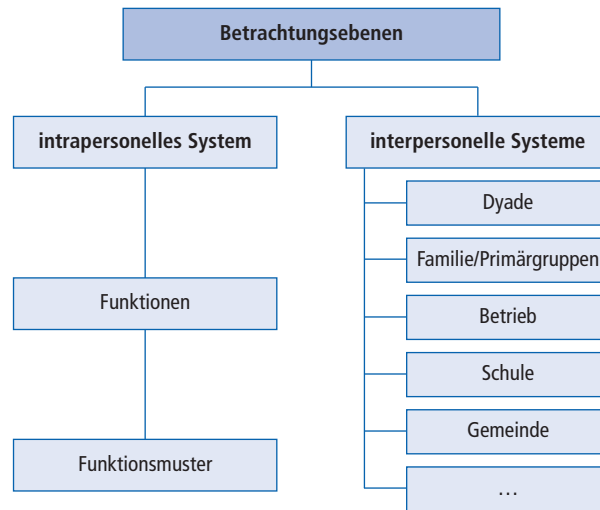
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Klinische Psychologie und Nachbargebiete: Definitionen und berufspolitische Bezeichnungen

	Definition	Berufspolitische Bezeichnung
Klinische Psychologie	Teildisziplin der Psychologie, die sich mit psychischen Störungen und den psychischen Aspekten somatischer Störungen, Krankheiten befasst. Dazu gehören u. a. die Themen Ätiologie/Bedingungsanalyse, Klassifikation, Diagnostik, Epidemiologie, Intervention (Prävention, Psychotherapie, Rehabilitation, Gesundheitsversorgung, Evaluation).	In Österreich gesetzliche Regelung für Klinische Psychologen; sonst fachpolitische Bezeichnung.
Verhaltensmedizin (behavioral medicine)	Interdisziplinäres Forschungs- und Praxisfeld, das sich an einem biopsychosozialen Modell für Gesundheits- und Krankheitsprobleme orientiert. Erkenntnisse der verhaltens- und biomedizinischen Wissenschaften sollen für Gesundheits- und Krankheitsprobleme fruchtbar gemacht werden; diese Erkenntnisse sollen ihre Anwendung in Prävention, Intervention und Rehabilitation finden (Ehlert, 2003).	Nein.
Medizinische Psychologie	«Teildisziplin der Psychologie, die sich mit dem Erkennen und der Beeinflussung von individuellem Erleben und Verhalten im Anforderungs- und Lebensprozess des Krankseins befasst, einschließlich der psychosozialen Struktur der Helfer-Patient-Beziehung» (Strauß et al., 2004, Vorwort).	Nein.
Klinische Neuropsychologie	Klinische Neuropsychologie ist eine Teildisziplin der Psychologie, die sich mit den Auswirkungen von Erkrankungen und Verletzungen des Gehirns auf das Erleben und Verhalten in Forschung und Praxis befasst (Dick et al., 1996).	Ja.
Gesundheitspsychologie (health psychology)	Wissenschaft, die sich befasst «mit dem menschlichen Erleben und Verhalten angesichts gesundheitlicher Risiken und Beeinträchtigungen, sowie mit der Optimierung von Gesundheit (im Sinne von Fitness oder Wellness)» (Schwarzer, 2002, S. 175).	In Österreich gesetzliche Regelung für Gesundheitspsychologen; sonst für Psychologen im Aufbau begriffen.
Public Health (deutsch zum Teil Gesundheitswissenschaften)	Interdisziplinäres Forschungs- und Praxisfeld zur Verbesserung der Gesundheit (Krankheitsverhütung (Prävention), Lebensverlängerung, Förderung des Wohlbefindens) mittels gemeindebezogener Maßnahmen bzw. mittels Beeinflussung des Gesundheitssystems (Margraf, 1995). Es handelt sich um einen bevölkerungs- und systembezogenen Ansatz.	Ja (u. a. auch für Psychologen).
Psychiatrie	Teildisziplin der Medizin, die sich mit psychischen Krankheiten befasst (teilweise mit biologischer Akzentuierung). Dazu gehören u. a. die Themen Ätiologie/Bedingungsanalyse, Klassifikation, Diagnostik, Epidemiologie, Intervention (Prävention, Psychotherapie, Rehabilitation, Gesundheitsversorgung, Evaluation).	Ja (nur für Mediziner bei Facharzttitel).

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Intra- und interpersonelle Betrachtungsebene



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 2: Struktur der Klinischen Psychologie

Störungsübergreifende Aspekte	Störungsbezogene Aspekte												
	Intrapersonell								Interpersonell				
	Gestörte Funktion				Gestörtes Funktionsmuster				Gestörtes System				
	Wahrnehmung	Gedächtnis	Lernen	depressive Störung	Angststörung	Schmerz	Neurodermitis	Paar	Familie	Betrieb	Schule
Grundbegriffe (Definitionen, Gesundheit/Krankheit, Geschichte etc.)													
Wissenschaftstheorie													
Ethik													
Klassifikation													
Diagnostik													
Epidemiologie													
Ätiologie/Bedingungsanalyse – Methodische Gesichtspunkte – Allgemeine Determinanten (Genetik, Biologische Aspekte, Umwelteinflüsse: Sozialisation, Stress etc.)													
Intervention – Methodische Gesichtspunkte – Gesundheitsversorgung – Interventionen (Prävention, Psychotherapie, Rehabilitation)													

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Einige typische Klassifikationen in der Klinischen Psychologie

Einheiten	Klassen
Personen	krank, gesund gestört, normal behandelt, unbehandelt
Situationen	belastend, nicht belastend therapeutisch, außertherapeutisch in vitro, in vivo künstlich, natürlich
Reize	auslösend, aufrechterhaltend positiver Verstärker, negativer Verstärker, neutraler Reiz
Reaktionen	abweichend, normal respondent, operant verdeckt (covert), offen (overt) Elemente eines Kategoriensystems
Diagnostische Instrumente	Elemente der Einteilungen durch Seidenstücker und Baumann (1978) oder Brickenkamp (1996)
Therapeutische Verfahren	Elemente der Einteilung durch Benesch (1995) oder Corsini (1994)
Behandlungseffekte	Hauptwirkungen, Nebenwirkungen erwünscht, unerwünscht Besserung, keine Veränderung, Verschlechterung
Psychische Störungen	Elemente des DSM-IV-TR Elemente der ICD-10

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Struktur und Bestandteile des H-O-Modells der wissenschaftlichen Erklärung

Struktur	G_1, G_2, \dots	Explanans
	A_1, A_2, \dots	
	E	Explanandum
Bestandteile	G_1, G_2, \dots	sind allgemeine Gesetze, Hypothesen oder theoretische Annahmen.
	A_1, A_2, \dots	sind Sätze, die die Antezedensbedingungen beschreiben.
	E	ist die Beschreibung des zu erklärenden Ereignisses.
	—————	deutet an, dass E logisch aus G_1, G_2, \dots und A_1, A_2, \dots folgt, und symbolisiert den Argumentationsschritt.
G_1, G_2, \dots und A_1, A_2, \dots bilden zusammen das Explanans, das Erklärende.		

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Humphreys' Modell der probabilistischen Kausal-Erklärung einzelner Ereignisse

<p>Erklärungsverlangen Was ist die Erklärung für Y in S zur Zeit t?</p>
<p>Adäquate Erklärung Y in S zur Zeit t (tritt auf, lag vor) auf Grund von F trotz H.</p>
<p><i>Anmerkungen</i></p> <p>«Y» ist ein Ausdruck, der sich auf eine Eigenschaft oder eine Änderung in einer Eigenschaft bezieht.</p> <p>«S» ist ein Ausdruck, der sich auf ein System bezieht.</p> <p>«F» ist eine (nicht-leere) Liste von Ausdrücken, die sich auf zu Y beitragende Ursachen (auf fördernde Bedingungen) beziehen.</p> <p>«H» ist eine (u. U. leere) Liste von Ausdrücken, die sich auf Y entgegenwirkende Ursachen (auf hindernde Bedingungen) beziehen.</p>
<p>Bedingungen</p> <p>Damit etwas eine Ursache ist, muss sie unveränderlich ihre Wirkung erzeugen.</p> <p>Probabilistische Ursachen erzeugen Änderungen im Wert der (Auftritts-) Wahrscheinlichkeit der Wirkung: Zu Y beitragende Ursachen erzeugen eine Zunahme, Y entgegenwirkende Ursachen erzeugen eine Abnahme des Wertes der (Auftritts-) Wahrscheinlichkeit von Y.</p> <p><i>Anmerkung</i></p> <p>Die Listen F und H sind als offene Listen zu verstehen. Sie können um weitere Elemente ergänzt werden. Wenn F eine Teilmenge von F' und H eine Teilmenge von H' ist, dann ist eine Erklärung, die sich auf F' und H' bezieht, einer Erklärung, die sich nur auf F und H bezieht, überlegen.</p>

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Matrix Wissensarten und Rechtfertigungsquellen mit Beispielen

Wissensarten	Rechtfertigungsquellen (Wissensstandards)		
	Kontrollierte wissenschaftliche Erfahrung (führt zu wissenschaftlichem Wissen)	Subjektive Alltagserfahrung (führt zu Alltagswissen)	Ideologien/Mythen (Rhetorik/Tradition)
Nomologisches Wissen	Gesetz der Klassischen Konditionierung	«Wie der Herr, so der Knecht»	Wiedergeburtstheorie
Technologisches Wissen	Methode der Expositionstherapie	«Wer Großes will, muss sich zusammenraffen» (Goethe)	Methode der Urschreithherapie
Singuläres Tatsachenwissen	Epidemiologische Verteilung einer Störung in einer Stichprobe	«In dieser Schulklasse sind die Schüler heute sehr zerstreut»	Schöpfungsmythos

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Problemtypen und therapeutische Handlungsmaximen

Problemtyp 1: Ursache, Ziel, Regel bekannt (Ätiologische Therapie)

Handlungsmaxime 1:

- Untersuche Ursache von B: B ist Folge von A.
- Ziel: Non-B durch Non-A.
- Wende Regel R1 an, die T1 für diese Situation empfiehlt (Wenn T1, dann mit hoher Wahrscheinlichkeit A zu Non-A)

Der erste Problemtyp ist der seltene «Idealfall» einer Psychotherapie, dass nämlich die Ursachen eruiert werden können und technologisches Wissen darüber vorliegt, wie diese beeinflusst werden können.

Problemtyp 2: Probleme (C) und Ziele (Z) und Regel (R2) bekannt, Ursachen unbekannt (Symptomtherapie)

Therapeutische Handlungsmaxime 2:

- Wende Regel R2 an, die für diese Situation T2 empfiehlt (Wenn T2, dann C zu Z)

Der *zweite Problemtyp*, der sich dadurch kennzeichnet, dass die *Problemdeterminanten nicht identifiziert* werden können, ist kein seltener Fall. Er hängt einerseits mit dem begrenzten pathopsychologischen, ätiologischen Wissensstand zusammen und andererseits mit den Grenzen der diagnostischen Möglichkeiten, ursächliche Faktoren im Einzelfall erkennen zu können. Ätiologisches Wissen über das Zustandekommen und über die Aufrechterhaltung der Störung ist indes keine unabdingbare Voraussetzung für fundiertes Änderungswissen, wengleich es im Normalfall hilfreich ist (vgl. die erste Maxime). Es ist ausreichend – obwohl kognitiv unbefriedigend –, wenn Wissen darüber vorliegt, wie C in Z überführt werden kann, auch wenn unbekannt bleibt, wie C entstanden ist.

Problemtyp 3: Es liegt kein Regelwissen darüber vor, wie C zu Z

Therapeutische Handlungsmaxime 3:

- Wende heuristische Regeln (HR 1) zur Generierung von Treatmentideen (T) an (Wenn T, dann mit guten Gründen vermutlich C zu Z)
- Kontrolliere das therapeutische Handeln, um rechtzeitig feststellen zu können, ob therapeutische Veränderung in Richtung von E geht; wenn nicht, erneut HR1, um Treatment adaptieren zu können.

Dieser für die Psychotherapie nicht seltene Fall, mitunter verbunden mit der vierten Problemvariante, erfordert die Anwendung heuristischer Regeln zur Generierung von Mittelideen. Im Rahmen der Allgemeinen Psychologie hat Dörner (1987) hierfür Strategien beschrieben. Nach seiner Terminologie handelt es sich beim dritten und vierten Problemtyp um Probleme im engeren Sinn. Unseren ersten und zweiten Problemtyp bezeichnet Dörner als Aufgaben, da Ziele und Mittel bekannt sind. Die systematische Handlungsevaluation im Sinne der kontrollierten Praxis (Petermann, 1992) erlangt in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung, damit unwirksame oder schädigende Interventionsentwicklungen rechtzeitig erkannt und korrigiert werden können.

Problemtyp 4: Problem und/oder Ziele unklar

Therapeutische Handlungsmaxime 4:

- Wende heuristische Regeln HR2 an zur Klärung von Problem und Ziel (Wenn HR2, dann mit guten Gründen vermutlich Problemlklärung. Und: Wenn HR3, dann mit guten Gründen vermutlich Zielklärung)
- Wende, wenn Problem und Ziele geklärt, anschließend Handlungsmaxime 1 an, wenn relevantes Regelwissen vorliegt

Eine spezielle Ausgangslage liegt vor, wenn zunächst die relevanten *Charakteristika des Problems* oder die Ziele *unklar* sind. Dann empfiehlt sich zunächst die Anwendung von technologischen Regeln des heuristischen Typs, um die Voraussetzungen dafür zu schaffen, die erste Maxime anwenden zu können. Diese Handlungsstrategie ist im Rahmen der Verhaltensdiagnostik eingehend diskutiert worden (vgl. Kaminski, 1970; Schulte, 1998).

Tabelle 1: Funktionen von Ethik in der Klinischen Psychologie

1. Ethik-Voraussetzungen: 1.1 Übersicht über Ergebnisse ethikrelevanter Humanwissenschaften 1.2 Spezielle empirische Grundlagen
2. Ethische Reflexion der Praxis: 2.1 Identifikation von Problemen 2.2 Kritik 2.3 Legitimation
3. Umsetzung und Durchsetzung ethischer Orientierung in der Praxis: 3.1 Einrichtung verantwortlicher Gremien u. Ä. 3.2 Formulierung von Standards 3.3 Maßnahmen zum Schutz vor Schaden und Missbrauch
4. Förderung ethischer Kompetenz: Aus-, Weiter- und Fortbildung
5. Ethik-Folgen: Evaluation der Anwendung ethischer Standards

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Elemente der informierten Zustimmung nach Beauchamp und Childress (2001, S. 80)

I. Vorbedingungen <ol style="list-style-type: none">1. Einwilligungsfähigkeit, Kompetenz (zu verstehen und zu entscheiden)2. Freiwilligkeit der Entscheidung (frei von Zwang)
II. Informationelle Elemente <ol style="list-style-type: none">3. Offenlegung aller für eine Entscheidung sachlich relevanten Informationen4. Empfehlung eines Behandlungsplanes oder Vorgehensweise5. Überprüfung des Verständnisses des Klienten/Patienten von Punkten 3. und 4.
III. Zustimmungselemente <ol style="list-style-type: none">6. Entscheidung (Teilnahme oder keine Teilnahme; Präferenz für eine Vorgehensweise)7. Autorisierung (Zustimmung zur Teilnahme an einem Versuch, Zustimmung zu einem Behandlungsplan oder einer Vorgehensweise)

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Perspektiven ethischer Reflexion

1. Individuum: (A) Patient, Klient und (B) Therapeut, Berater, Arzt.
2. Therapeutische Beziehung zwischen (A) und (B).
3. Beziehungssystem: (A) Angehörige, Familie, soziales Umfeld und (B) institutioneller Rahmen, therapeutisches Team.
4. Gesellschaftliche Bedingungen: juristische Voraussetzungen, soziale Aspekte, gesundheitspolitischer Rahmen.
5. Universelle ethische Prinzipien für die Heilberufe.

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Beurteilungskriterien für Klassifikationssysteme

- **Ziel der Klassifikation:** Kommunikationsmittel; Forschungsinstrument; Therapie-Einheiten (z. B. Diagnose X ist mit Therapieform T1, Diagnose Y mit T2 zu behandeln); Basis für Statistiken im Gesundheitswesen etc.
- **Geltungsbereich:** z. B. alle Störungen/Krankheiten wie in ICD-10; nur psychische Störungen wie in DSM-IV-TR; gesamte Persönlichkeit (z. B. Big-five-System); Teilbereiche (z. B. Aspekte der Kontrollüberzeugung).
- **Klassifikationslogik:** Typen; Klassen; Dimensionen.
- **Klasseneigenschaften:** Zuordnung zu einer oder mehreren Einheiten möglich, d. h. eine Person kann nur *einer* oder mehreren Einheiten angehören (vgl. Konzept der Komorbidität; s. Text).
- **Klassifikationseinheiten:** Personen (z. B. Diagnosen); Merkmale (z. B. Eigenschaften, Syndrome); Situationen usw.
- **Klassifikationsbasis** (welche Aspekte werden zur Klassifikation herangezogen): Auswahl der Datenebenen (s. Kap. 5): biologisch/somatische, psychische, soziale, ökologische Ebene. Bezüglich einzelner Datenebenen kann man wiederum Unterteilungen vornehmen; z. B. bei der psychischen Datenebene: Erleben, Verhalten (inkl. Leistung). Bei Diagnosesystemen werden vielfach folgende Aspekte unterschieden: Symptomatik; Schweregrad der Störung; Ätiologie (z. B. ICD-10: F0 organisch, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen); Verlauf (z. B. Unterscheidung zwischen bipolarer affektiver Störung und depressiver Episode in ICD-10); Therapie. Die Klassifikation stellt dann eine *Nosologie* dar, wenn die Krankheitseinheiten gleichzeitig Aussagen zum klinischen Bild, zu Verlauf, Pathogenese, Ätiologie und Therapieresponse beinhalten.
- **Datenquelle für Klassifikationssystem:** Selbstbeobachtung; Fremdbeobachtung; apparative Verfahren (s. Kap. 5). Nutzung *einer* oder mehrerer Datenquellen.
- **Gewinnung der Einheiten:** Klinisch-kombinatorisch (d. h. System resultiert aus dem Gesamt der Forschung und Praxis; stellt letztlich jedoch das Ergebnis von Konventionen durch Expertengremien dar); theoretisch (d. h. Einheiten resultieren aus einer Theorie; z. B. psychoanalytische Neurosenlehre); algorithmisch (d. h. Einheiten stellen das Ergebnis von mathematisch-statistischen Verfahren dar, z. B. Faktorenanalyse, Clusteranalyse).
- **Definition der Einheiten:** keine; textliche Umschreibung der Einheiten (meist Glossar oder Manual genannt); Kriterienkatalog mit Verknüpfungsregeln der Kriterien (operationale Diagnostik; s. Text).
- **Zuordnungsregeln für nicht klassifizierte Objekte zu Klassifikationseinheiten:** keine; implizite Regeln bei Glossar (Umschreibung gibt indirekt Zuordnungsregeln an); explizite Regeln (aufgrund von ausformulierten Zugehörigkeitsbedingungen); mathematisch-statistische Algorithmen (vgl. Computerdiagnostik mittels Ähnlichkeitskoeffizienten, Wahrscheinlichkeitsangaben etc.).
- **Formale Genauigkeit:** Reliabilität, im speziellen unter Interrater-Reliabilität (Beurteiler-Übereinstimmung; Objektivität; s. Text) abgehandelt.
- **Kriterien der Theorienbeurteilung:** Präzision; logische Konsistenz; Nutzen etc. Klassifikationssysteme stellen Konstruktsysteme dar und unterstehen daher den Kriterien der Theorienbildung. Obwohl Diagnosesysteme nicht wie Tests validiert werden können, spricht man dennoch teilweise von der Validierung bzw. Validität von Diagnosen (vgl. Robins & Barrett, 1989).

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Hauptkategorien ICD-10 (Klinisch-diagnostische Leitlinien; Dilling et al., 2004) und DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003)

ICD-10	DSM-IV-TR
F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	Delir, Demenz, amnestische und andere kognitive Störungen
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	Schizophrenie und andere psychotische Störungen
F3 Affektive Störungen	Affektive Störungen
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	Angststörungen; Somatoforme Störungen; Dissoziative Störungen; Anpassungsstörungen
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren ¹	Eßstörungen; Schlafstörungen; Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen (auch F6)
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Persönlichkeitsstörungen; vorgetäuschte Störungen; Störungen der Impulskontrolle, nicht andernorts klassifiziert
F7 Intelligenzminderung	
F8 Entwicklungsstörungen	Störungen, die gewöhnlich zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder der Adoleszenz diagnostiziert werden
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
	Psychische Störungen aufgrund eines medizinischen Krankheitsfalles
	Andere klinisch relevante Probleme (auch F5)

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: ICD-10 Klassifikation Fab.cde

Code	Klassifikationsebene	Bedeutung	Beispiel
F	einstellig	Hinweis auf psychische Störung	
Fa	zweistellig: Hauptkategorie	umfasst verschiedene, als zusammengehörig betrachtete Störungen	F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
Fab	dreistellig: Kategorie	einzelne Störungseinheiten	F40 Phobische Störungen F14 Psych. und Verhaltensstörungen durch Kokain
Fab.c	vierstellig: Subkategorie	Spezifikation u. a. aufgrund inhaltlicher Gestaltung (z. B. Art der Phobie) oder Schweregrad	F40.0 Agoraphobie F32.0 leichte depressive Episode F14.2 Abhängigkeitssyndrom von Kokain
Fab.cd	fünfstellig: Zusatzspezifikation	Spezifikation u. a. aufgrund von Verlauf, somatischer Syndromatik, inhaltlicher Gestaltung	F40.00 Agoraphobie ohne Panikstörung F40.01 ... mit Panikstörung F14.24 Abhängigkeitssyndrom von Kokain, bei gegenwärtigem Substanzgebrauch
Fab.cde	sechsstellig: Zusatzspezifikation	wird nur bei einigen Störungsgruppen (z. B. Abhängigkeitssyndrom, bipolare affektive Störungen) zur Zusatzspezifizierung verwendet	F14.241 Abhängigkeitssyndrom von Kokain, bei gegenwärtigem Substanzgebrauch, mit körperlichen Symptomen

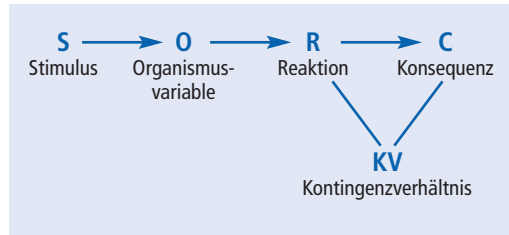
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 4: Überblick über wichtige internationale bzw. deutschsprachige Erhebungsinstrumente für ICD-10 und DSM-IV

Bereich	Verfahren	Diagnosensystem
Gesamtbereich		
<ul style="list-style-type: none"> • Checklisten • Strukturierte Interviews • Standardisierte Interviews 	<i>Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10</i> (IDCL für ICD-10; Hiller et al., 1995)	ICD-10
	<i>ICD-10 Symptom Checkliste für psychische Störungen</i> (SCL der WHO; Hiller et al., 1995)	ICD-10
	<i>ICD-10 Merkmalsliste</i> (ICDML; Dittmann et al., 1990)	ICD-10
	<i>Internationale Diagnosen Checklisten für DSM-IV</i> (IDCL für DSM-IV; Hiller et al., 1997)	DSM-IV
	<i>Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry</i> (SCAN; Gülick-Bailer et al., 1995)	ICD-10
	<i>Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I: Psychische Störungen</i> (SKID-I; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997)	DSM-IV
	<i>Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen</i> (DIPS; Schneider & Margraf, 2005)	ICD-10 DSM-IV
	<i>Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter</i> (Kinder DIPS; Unnewehr et al., 2008)	ICD-10 DSM-IV
	<i>Composite International Diagnostic Interview</i> (CIDI; Wittchen & Semler, 1990)	DSM-III-R
	Diagnostisches Expertensystem für psychischer Störungen <ul style="list-style-type: none"> • <i>DIA-X Interviews</i> (Wittchen & Pfister, 1997) • <i>DIA-X Interview PC-Version</i> (Wittchen, Weigel & Pfister, 1997) 	DSM-IV, ICD-10 DSM-IV, ICD-10
Teilbereiche		
Persönlichkeitsstörungen:		
<ul style="list-style-type: none"> • Checklisten 	<i>Internationale Diagnosen Checkliste für Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV</i> (IDCL-P; Bronisch et al., 1995)	ICD-10, DSM-IV
	<i>Aachener Integrierte Merkmalsliste zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen</i> (AMPS; Saß et al., 1995)	ICD-10, DSM-IV
<ul style="list-style-type: none"> • Strukturierte Interviews 	<i>Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen</i> (SKID-II; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997)	DSM-IV
	<i>International Personality Disorder Examination ICD-10 Modul</i> (IPDE; Mombour et al., 1996)	ICD-10
Demenzen:		
<ul style="list-style-type: none"> • Strukturierte Interviews 	<i>Strukturiertes Interview für die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer-Typ, der Multiinfarkt- (oder vaskulären) Demenz und Demenzen anderer Ätiologie nach DSM-III-R, DSM-IV und ICD-10</i> (SIDAM; Zaudig et al., 1996)	ICD-10, DSM-III-R, DSM-IV

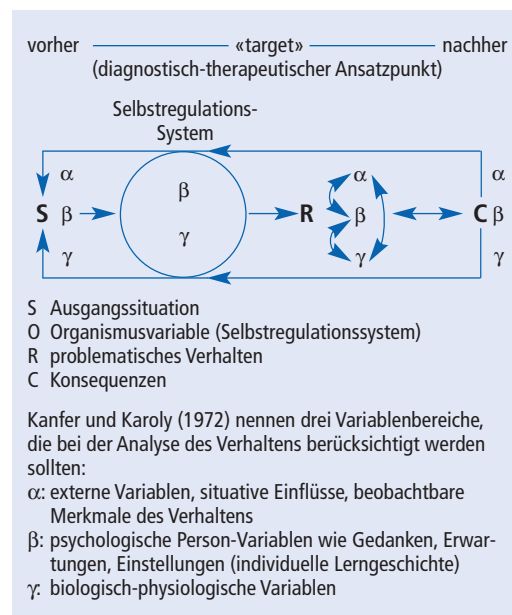
aus: Perez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Klassische Verhaltensformel der Verhaltensdiagnostik



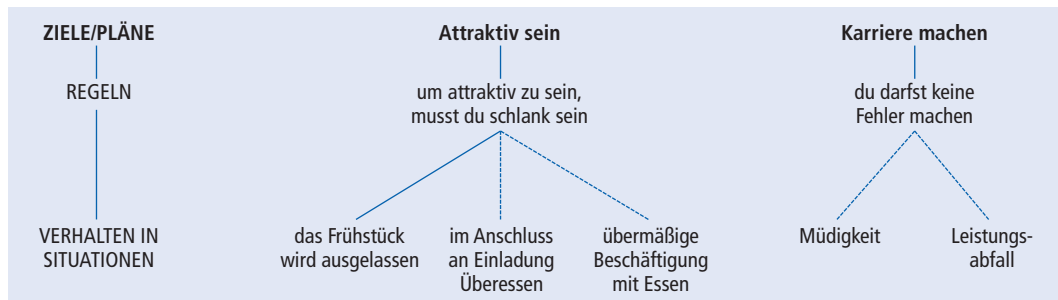
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 2: Dynamische Selbstregulation – Modell in Anlehnung an Kanfer, Reinecker, Schmelzer (2000) und Reinecker (1999; 2000).



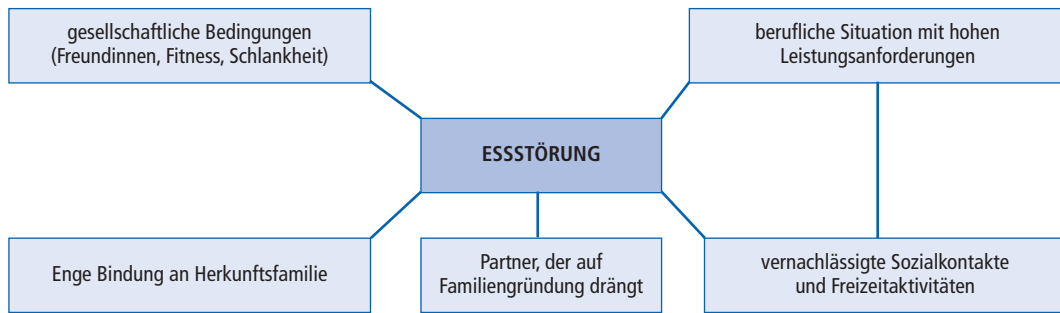
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 3: Vertikale Verhaltensanalyse (----- Verhalten, das schlecht mit den Regeln/Zielen vereinbar ist)



aus: Perez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 4: System-Modell



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Quellen epidemiologischer Daten

Primärdaten	Daten, die von den Datennutzern selbst erhoben werden. <i>Vorteil:</i> Datennutzer können Datenqualität kontrollieren. <i>Nachteil:</i> großer Aufwand und kostenintensiv.
Sekundärdaten	Daten, die von anderen Personen und nicht unbedingt zum Zwecke der Beantwortung einer epidemiologischen Fragestellung erhoben wurden. Für den Bereich psychischer Störungen sind hier etwa Daten zu nennen, die in verschiedenen Versorgungseinrichtungen, wie etwa psychiatrischen Diensten, bevölkerungsbezogenen Fallregistern, Krankenkassendateien oder Allgemeinarztpraxen erhoben wurden. <i>Vorteil:</i> kostengünstiger als Primärdaten. <i>Nachteil:</i> Kontrolle der Datenqualität nur schwer durchführbar.

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Risikofaktoren-Terminologie nach Kraemer et al. (1997)

Risikofaktor	Ein binärer Faktor (Exposition, Merkmal), der zeitlich vor dem Auftreten des interessierenden Ereignisses (z. B. Entwickeln einer psychischen Störung) aufgetreten sein muss und, wenn aufgetreten, mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Auftreten des Ereignisses einhergeht. <i>Fiktives Beispiel: Übergewicht ist mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Gelenkbeschwerden verbunden.</i>
Variabler Risikofaktor	Ein Risikofaktor, der sich entweder selbst verändern kann (z. B. Körpergewicht) oder experimentell beeinflussbar ist (z. B. Medikamenteneinnahme).
Kausaler Risikofaktor	Ein variabler Risikofaktor der, wenn manipuliert, die Wahrscheinlichkeit für die Zielgröße nachweislich erhöht. <i>Fiktives Beispiel: Gewichtsreduktion reduziert die Wahrscheinlichkeit für Gelenkbeschwerden.</i>
Fester Marker	Ein Risikofaktor, der nicht verändert werden kann (z. B. Geschlecht); diese scheiden somit a-priori als kausale Risikofaktoren aus und bieten keine direkten Ansatzpunkte für Prävention oder Intervention.
Variabler Marker	Ein nicht manipulierbarer variabler Risikofaktor (z. B. Alter) oder ein variabler Risikofaktor, der nach der Manipulation das Risiko für die nachfolgende Zielgröße (Ereignis) nicht verändert. <i>Fiktives Beispiel: Obwohl das Vorliegen einer Trennungsangst in der Kindheit als Risikofaktor für die Entwicklung einer späteren Panikstörung nachgewiesen werden konnte, führen präventive Maßnahmen bzgl. Trennungsangst nicht zu einer Reduktion der Inzidenz der Panikstörung. Dies würde darauf hinweisen, dass sowohl die Trennungsangst als auch die Panikstörung möglicherweise auf einen dritten, gemeinsamen, Risikofaktor (z. B. gemeinsame genetische Vulnerabilität) zurückzuführen sind.</i>

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Auswahl an epidemiologischen Studien in der Allgemeinbevölkerung nach DSM-III/DSM-III-R/DSM-IV

Studie, Land, Zeit, Autor	Stichprobe (N)	Alter (Jahre)	Instrument	Zeitfenster
DSM-III-Studien				
Christchurch, New Zealand, 1986 <i>Wells et al. (1989)</i>	1498	18 – 64	DIS	Lebenszeit
ECA ¹ , USA, 1980-83 <i>Robins & Regier (1991)</i>	20291	18 +	DIS	6 Monate Lebenszeit
Seoul, Korea, nicht berichtet <i>Lee et al. (1990)</i>	3134	18 – 65	DIS	Lebenszeit
MFS ² , München, Germany, 1981 <i>Wittchen et al. (1992)</i>	483	25 – 64	DIS	Lebenszeit
Zürich, Schweiz, 1978–88 <i>Degonda & Angst (1993)</i>	591	19 – 30	SPIKE	12 Monate Lebenszeit
DSM-III-R-Studien				
NCS ³ , USA, 1990-92 <i>Kessler et al. (1994)</i>	8098	15 – 54	CIDI	12 Monate Lebenszeit
NEMESIS ⁴ , Niederlande, 1996 <i>Bijl et al. (1998)</i>	7076	18 – 64	CIDI	12 Monate Lebenszeit
DSM-IV-Studien				
Dresden, Deutschland, 1997 <i>Becker et al. (2000)</i>	1538	18 – 25	F-DIPS	Lebenszeit
EDSP ⁵ Studie, München, Deutschland, 1995-99 <i>Wittchen et al. (1998); Lieb et al. (2000)</i>	3021	14 – 24	M-CIDI	12 Monate Lebenszeit
Bundes-Gesundheitssurvey GHS-MHS ⁶ , 1997-99 <i>Wittchen et al. (1999); Jacobi et al. (2002)</i>	4181	18 – 65	M-CIDI	12 Monate Lebenszeit
¹ ECA = Epidemiologic Catchment Area Program ² MFS = Münchener Follow-up Studie ³ NCS = National Comorbidity Survey ⁴ NEMESIS = Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study ⁵ EDSP = Early Developmental Stages of Psychopathology Study; bezogen auf die Basisuntersuchung ⁶ GHS – MHS = General Health Survey – Mental Health Supplement				

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 4: Lebenszeit-Prävalenzen von Substanz-, affektiven und Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung nach DSM-III, DSM-III-R und DSM-IV

Studie, Land, Autor	Substanzstörungen			Affektive Störungen				Angststörungen				
	Substanzstörung	Alkohol	Illegale Drogen	Affektive Störung	Bipolare Störung	Major Depression	Dysthymie	Angststörung	Panik	Agoraphobie	Spezifische Phobie	Soziale Phobie
DSM-III												
ECA, USA <i>Robins & Regier (1991)</i>	16.7	13.5 (5.6 M / 7.9 A)	6.1 (2.6 M / 3.5 A)	8.3	1.3	5.9	3.3	14.6	1.6	5.2	10.0	2.8
Christchurch, New Zealand <i>Wells et al. (1989)</i>	21.0	18.9	5.7	14.7	0.7	12.6	6.4	10.5	2.2	8.1 ¹	–	3.0
Seoul, Korea <i>Lee et al. (1990)</i>	31.8	21.7	0.9	5.5	0.4	3.3	2.4	9.2	1.1	2.1	5.4	0.5
MFS, München, Deutschland <i>Wittchen et al. (1992)</i>	13.5	13.0	1.8	12.9	0.2	9.0	4.0	13.9	2.4	5.7	6.7 ²	2.6
Zürich, Schweiz ³ <i>Angst et al. (1984)</i>	–	3.2	10.9	19.8	7.5	12.2	2.8	15.5	2.7	4.5	11.8	5.3
DSM-III-R												
NCS, USA <i>Kessler et al. (1994)</i>	26.6	23.5 (9.4 M / 14.1 A)	11.9 (4.4 M / 7.5 A)	19.3	1.6	17.1	6.4	24.9	3.5	5.3	11.3	13.3
NEMESIS, Niederlande <i>Bijl et al. (1998)</i>	18.7	17.2 (11.7 M / 5.5 A)	3.2 (1.5 M / 1.8 A)	19.0	1.8	15.4	6.3	19.3	3.8	3.4	10.1	7.8
DSM-IV												
EDSP, München, Deutschland <i>Wittchen et al. (1998)</i>	17.7	15.9 (9.7 M / 6.2 A)	4.9 (2.9 M / 2.0 A)	16.8	1.8	11.8	3.0	14.4	1.6	2.6	2.3	3.5
GHS-MHS, Deutschland <i>Wittchen et al. (1999)</i>	16.7	15.5 (5.8 M / 9.8 A)	2.3 (0.8 M / 1.5 A)	18.6	1.0	14.8	4.5	14.5	2.3	2.0 ⁴	7.6 ⁴	2.0 ⁴
Dresden-Studie, Deutschland <i>Becker et al. (2000)</i> (nur Frauen)	1.9	1.0 (0.5 M / 0.5 A)	0.8 (0.3 M / 0.5 A)	12.8	0.7	10.6	1.7	27.2	3.1	2.3	12.3	12.0
¹ Agoraphobie oder Spezifische Phobie ² einschließlich Soziale Phobie ³ Prävalenzraten zitiert nach Merikangas et al. (1996) ⁴ 12-Monats-Prävalenzen M = Missbrauch; A = Abhängigkeit												

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

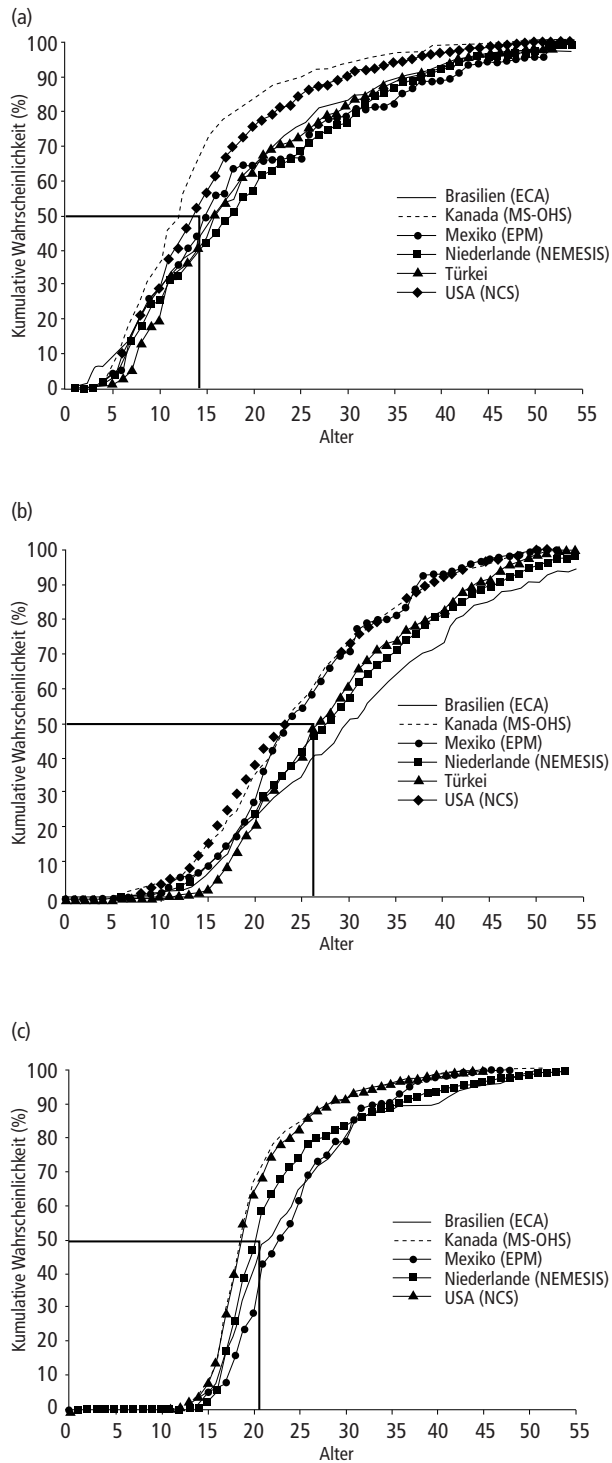
Tabelle 5: Ein-Monats-Prävalenzen psychischer Störungen nach DSM-III in unterschiedlichen Altersgruppen: Befunde der ECA-Studie (nach Regier et al., 1988)

DSM-III-Diagnose	Altersgruppe			
	18–24 (N = 2256)	25–44 (N = 4058)	45–64 (N = 2459)	65+ (N = 5702)
Schwere kognitive Beeinträchtigung	0.6	0.4	1.2	4.9
Zwangsstörung	1.8	1.6	0.9	0.8
Panikstörung	0.4	0.7	0.6	0.1
Phobische Störung	6.4	6.9	6.0	4.8
Irgendeine Angststörung	7.7	8.3	6.6	5.5
Manische Episode	0.6	0.6	0.2	0.0
Dysthymie	2.2	4.0	3.8	1.8
Major Depressive Episode	2.2	3.0	2.0	0.7
Irgendeine affektive Störung	4.4	6.4	5.2	2.5
Schizophreniforme Störung	0.8	1.1	0.5	0.1
Drogenmissbrauch/-abhängigkeit	3.5	1.5	0.1	0.0
Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit	4.1	3.6	2.1	0.9
Irgendeine Substanzstörung	6.8	4.8	2.1	0.9
Irgendeine der erfassten Störungen	16.9	17.3	13.3	12.3

Alle Diagnosen wurden mit dem *Diagnostic Interview Schedule* (DIS; Robins et al., 1982) erfasst.

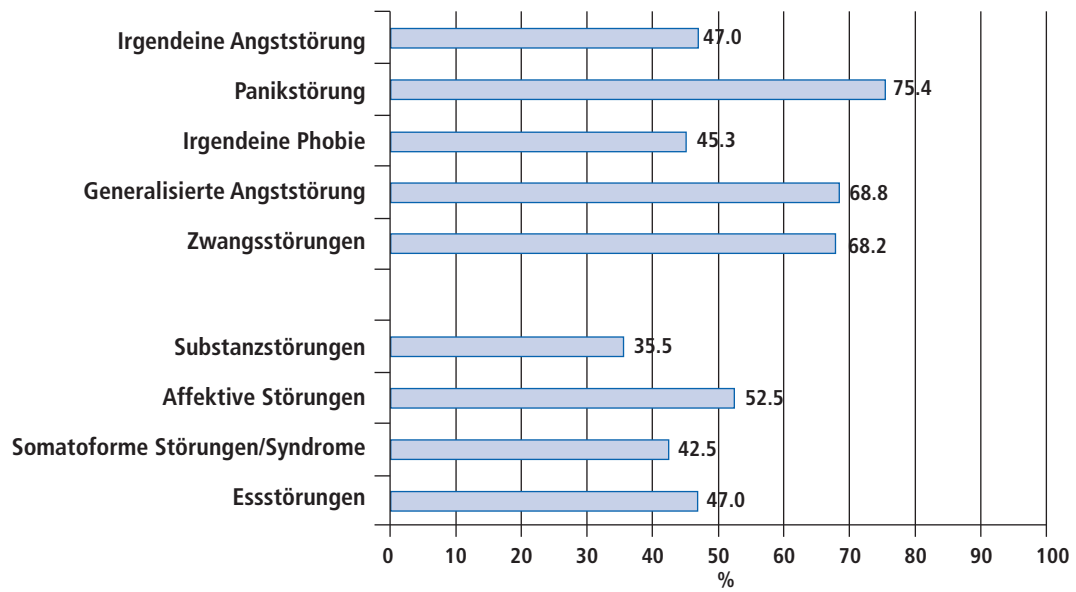
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Erstmanifestationsalter von (a) Angststörungen, (b) affektiven Störungen und (c) Substanzstörungen nach Andrade et al. (2000)



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 2: Versorgungssituation ausgewählter psychischer Störungen (DSM-IV-TR, 12-Monats-Diagnosen) im GHS-MHS (N = 4181): Anteil der Betroffenen mit zumindest minimaler Intervention (% gewichtet; Jacobi et al., 2004; veränderte Darstellung mit Genehmigung)



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Phase des Verlaufs psychischer Störungen

Phase	Altersbereich	potentielle, die Phasen negativ beeinflussende Faktoren (F): Beispiele für biologische, psychologische, soziale, ökologische Faktoren
1. Prä-, perinatale Phase	vor Geburt, Geburt	<ul style="list-style-type: none"> ● Biol. F: Genetische Faktoren; Erkrankungen der Mutter während Schwangerschaft; Geburtskomplikationen ● Psychol. F: Inakzeptanz der Mutterrolle ● Soz. F: Partnerschaftskonflikte ● Ökol. F: Radioaktive Belastung
2. Sozialisations- Entwicklungsphase	frühe Kindheit, Kindheit, (bis Erwachsenenalter)	<ul style="list-style-type: none"> ● Biol. F: Infektionen ● Psychol. F: Kog. Defizite ● Soz. F: qualitativ ungenügende Interaktion mit Bindungsperson, Armut ● Ökol. F: Fabrikabgase
3. Phase vor dem Ausbruch der Störung (Prodromal- phase)	–	<ul style="list-style-type: none"> ● Biol. F: Drogenkonsum ● Psychol. F: Arbeitsüberlastung ● Soz. F: Partnerverlust ● Ökol. F: Lärmbelastung
4. Phase nach Störungsausbruch	–	<ul style="list-style-type: none"> ● Biol. F: Inadäquate Medikation ● Psychol. F: Coping-Defizite ● Soz. F: Familienatmosphäre gem. Expressed Emotions ● Ökol. F: Inadäquate Wohnverhältnisse

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Methodische Gesichtspunkte zur Versuchsplanung ätiologischer Studien

Zahl der Erhebungszeitpunkte	<ul style="list-style-type: none">• Längsschnittstudien (prospektive L.)• Fiktive Längsschnittstudien (Kohorten mit unterschiedlichen Zeitparametern)• Retrospektive Studien• Querschnittstudien
Stichprobenselektion	<ul style="list-style-type: none">• (Un)ausgelesene Stichproben Normalpopulation• Risikogruppen• Klinische Gruppen
Abbildungsgenauigkeit Phänomen/Untersuchung	<ul style="list-style-type: none">• Klinische Studien• Analogstudien
Zahl der untersuchten Personen	<ul style="list-style-type: none">• Einzelfallstudien• Gruppenstudien
Ausmaß an Einflussnahme der Untersucher	<ul style="list-style-type: none">• Laborstudien• Feldstudien
Analysenform	<ul style="list-style-type: none">• Interdependenzanalyse• Dependenzanalyse

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Abbildungsgenauigkeit Phänomen/Untersuchung: Analogstudien

Divergenz zur «Realität» bezüglich	Form der Abweichung
Gattung	Mensch vs. Modelle aus Tierstudien vs. Computersimulationsstudien.
Störungsausprägung (als Klassifikationsvariable oder als Zielvariable von Einflussgrößen)	Klinische Ausprägung (z. B. ICD-10-Diagnose) vs. quantitative und qualitative Abweichung von klinischen Störungen. Bsp.: Depression vs. Induzierung leichter Stimmungsbeeinträchtigung als Analogie für die Entstehung einer Depression.
Untersuchungspersonen	Patienten (mit Leidensdruck und Behandlungswunsch) vs. Personen mit subklinischer Störung vs. Personen ohne Störung. Bsp.: Personen mit «Schlangenphobie», aber ohne Vermeidungsverhalten (Störungsanzeichen, die Diagnosekriterien nicht erfüllen) als Analogie für phobische Patienten gemäß ICD-10.
Zeitdimension	Langjähriger Prozess im klinischen Alltag vs. Minuten, Stunden. Bsp.: Experiment zur erlernten Hilflosigkeit (wenige Stunden) als Analogon für die Entstehung einer Depression (mehrere Jahre).
Setting, unabhängiger Variablen	Natürliches, komplexes Setting (Familie, Arbeit, Freizeitbereich etc.) vs. experimentelle Stimuli. Bsp.: Stressexperiment mit Lärm im Labor als Analogie für komplexes Stressmuster im Arbeitsbereich.
Untersuchungsverfahren	«Gesamtheit» der Störung im Alltag vs. einzelne Verfahren Bsp.: Selbst-, Fremdbeurteilungsskalen zur Erfassung der Depression

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Beispiele für Verlaufsformen psychischer Störungen
 (T: Zeitachse; S: Ausprägung Symptomatik; K: Kritischer Wert, der für Störung überschritten werden muss)

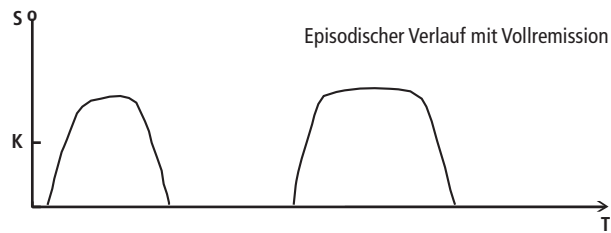
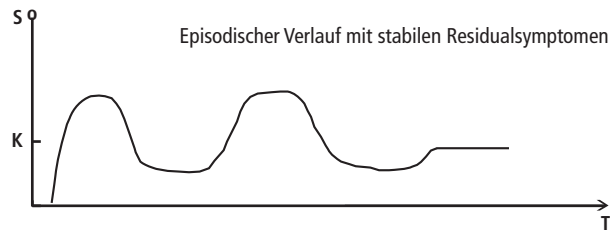
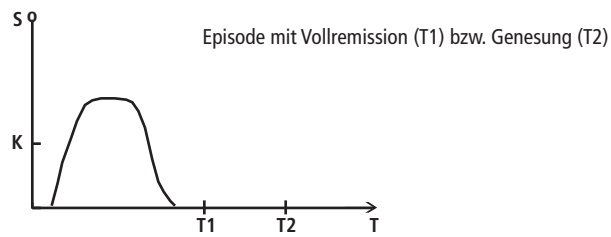
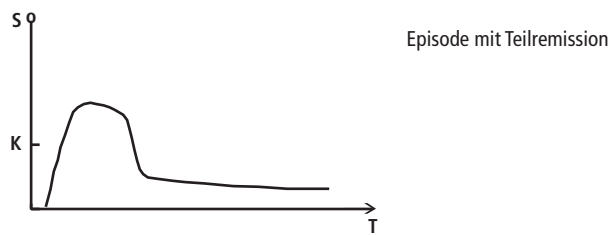
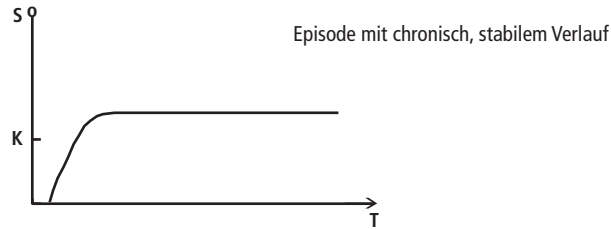
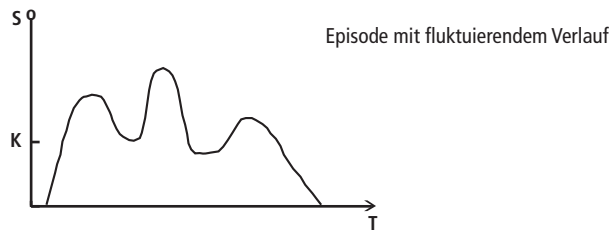


Tabelle 1: Fakten zur genetischen Information

Länge des menschlichen Genoms (verteilt auf 22 Chromosomen und männlichen (X) bzw. weiblichen (Y) Geschlechtschromosomen)	3 Milliarden Basenpaare
Anteil des kodierenden Bereichs	~ 5 %
Anzahl der Gene	~ 23 000
davon im Gehirn exprimiert	~ 70 %
Anzahl der daraus resultierenden Proteine	~ 100 000
Anteil der Sequenzvarianten im menschlichen Genom (Frequenz > 1%)	< 1 %
davon im nichtkodierenden Bereich des Genoms	99 %

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Die wichtigsten Varianten von Studiendesigns in der klinisch orientierten genetischen Forschung

Studiendesigns ohne genetische Marker	
Familienstudien	<ul style="list-style-type: none"> • Abschätzung von Wiederholungsrisiken • Abschätzung der Relevanz familiärer im Vergleich zu nichtfamiliären Ursachenfaktoren • Nosologische Differenzierung zwischen Störungen • Auffinden kosegregierender Merkmale und Definition von Vulnerabilitätsdimensionen
High-risk-Studien	<ul style="list-style-type: none"> • Entdeckung präorbider Normabweichungen familiärer Störungen
Zwillingsstudien	<ul style="list-style-type: none"> • Differenzierung und Quantifizierung des genetischen Anteils an den familiären Faktoren • Abschätzung des Einflusses von Gen-Umgebungs-Interaktion • Abschätzung der Relevanz spezifischer Umgebungsfaktoren
Adoptionsstudien	<ul style="list-style-type: none"> • Abschätzung des umgebungsbedingten Anteils an den familiären Faktoren
Studiendesigns mit genetischen Markern	
Assoziationsuntersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> • Assoziation zwischen bestimmten Genvarianten (Allelen) und Erkrankungen • Entdeckung von Kopplungsungleichgewicht und Dispositionsgenen
Kopplungsuntersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> • Kosegregation zwischen genetischer Variation an einem Genort und Erkrankung • Lokalisation von Genorten • Sukzessive Einengung von Genorten

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Schizophrenie: Ergebnisse neuerer Zwillingsstudien*

Autoren	Anzahl untersuchter Paare		Probandenweise Konkordanzraten		Anteil genetisch erklärbarer Varianz
	MZ	DZ	MZ	DZ	
Kringlen, 1976	55	90	45 %	15 %	42 %
Onstad et al., 1991	31	28	48 %	4 %	92 %
Cannon et al., 1998	67	187	47 %	8 %	82 %
Franzek & Beckmann, 1998	9	12	67 %	17 %	79 %
Cardno et al., 1999	49	57	41 %	5 %	86 %

* Neuere Zwillingsstudien nutzen das DSM-III/-III-R- oder DSM-IV-Klassifikationssystem

aus: Perez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 4: Bipolare Störung und unipolare Depression: Ergebnisse neuerer Zwillingsstudien*

Autoren	Anzahl untersuchter Paare		Probandenweise Konkordanzraten		Anteil genetisch erklärbarer Varianz
	MZ	DZ	MZ	DZ	
Bipolare Störung					
Bertelsen et al., 1977	34	37	79 %	19 %	Aufgrund geringer Stichprobenumfänge nicht verfügbar
Torgersen, 1986	4	6	75 %	0 %	
Kendler et al., 1993a	13	22	39 %	5 %	
Cardno et al., 1999	22	27	36 %	7 %	
Unipolare Depression					
Kendler et al., 1995 **	97	169	54 %	33 %	67 %
Kendler et al., 1995	57	157	41 %	27 %	27 %
McGuffin et al., 1996	68	109	46 %	20 %	48 %
Lyons et al., 1998 **	1874 ***	1498 ***	23 %	14 %	36 %
Bierut et al., 1999 **	1323 ***	1339 ***	42 %	35 %	34 %
Kendler & Prescott, 1999 **	1368 ***	2422 ***	39 %	30 %	36 %
* Neuere Zwillingsstudien nutzen das DSM-III/-III-R- oder DSM-IV- Klassifikationssystem.					
** Unausgelesene Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung; alle anderen Zwillingsstichproben sind über stationär behandelte Indexpatienten mit der jeweiligen Diagnose rekrutiert.					
*** Anzahlen umfassen Indexfälle aus Gesamtstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung, also Fälle und Nicht-Fälle; alle anderen Angaben zu Anzahlen umfassen nur Indexpatienten, also nur Fälle.					

aus: Perez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 5: Familienstudien bei Angsterkrankungen

Störung	Autoren	Erkrankungsrisiko (%) bei		Relatives Risiko für Angehörige im Vergleich zu Kontrollen
		Angehörigen 1. Grades	Kontrollen	
Generalisierte Angststörung	Noyes et al., 1987	19.5	3.5	6.6
	Mendlewicz et al., 1993	8.9	1.9	5.0
Panikstörung	Mendlewicz et al., 1993	13.2	0.9	15.6
	Maier et al., 1993	7.9	2.3	3.6
	Horwath et al., 1995	11.0	1.8	6.7
	Fyer et al., 1996	9.5	3.0	3.4
Agoraphobie	Noyes et al., 1986	11.6	4.2	3.0
	Fyer et al., 1995	10.0	3.0	3.5
Soziale Phobie (generalisiert)	Mannuzza et al., 1995	16.0	6.0	2.9
	Stein et al., 1998	26.4	2.7	12.9
	Lieb et al., 2000	22.4	12.2	4.7
Einfache Phobie	Fyer et al., 1995	31.0	9.0	4.4

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 6: Zwillingsstudien bei Angsterkrankungen

Störung	Autoren	Stichproben Geschlecht	Probandenweise Konkordanzraten		Erblichkeit (%)
			MZ	DZ	
Generalisierte Angststörung	Skre et al., 1993	♂/♀	60.0	14.3	–
	Scherrer et al., 2000	♂	–	–	37
	Hettema et al., 2001b	♂	22.9	19.5	22
	Hettema et al., 2001b	♀	38.1	40.6	22
Panikstörung	Torgersen, 1983	♂/♀	30.8	0.0	–
	Skre et al., 1993	♂/♀	41.7	16.7	–
	Perna et al., 1997	♂/♀	73.0	0.0	–
	Kendler et al., 1993c	♀	20.7	14.5	37
	Scherrer et al., 2000	♂	–	–	43
Agoraphobie	Kendler et al., 1992	♀	23.2	15.3	39
	Kendler et al., 2001b	♂	12.2	12.2	37
Soziale Phobie	Kendler et al., 1992	♀	24.4	15.3	30
	Kendler et al., 2001b	♂	12.6	9.8	20
Einfache Phobie (Angst vor Tieren)	Carey & Gottesman, 1981	♂/♀	13.0	8.0	–
	Kendler et al., 1992	♀	25.9	11.0	32
(Angst vor Situationen)	Kendler et al., 2001b	♂	15.9	7.7	35
	Kendler et al., 1992	♀	22.2	23.7	–
	Kendler et al., 2001b	♂	21.2	6.5	25

Anmerkung: – : nicht ermittelt

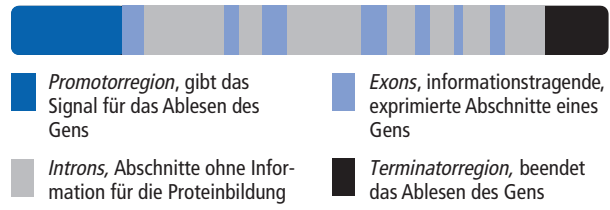
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 7: Genetische Beeinflussung der Alkoholabhängigkeit: zwei Zwillingsstudien (unausgelesene Zwillingspaare in der Allgemeinbevölkerung)

Australien (Heath et al., 1997) 3000 Zwillingspaare			USA (Kendler et al., 1994; Prescott & Kendler, 1999) 1800 Zwillingspaare		
Konkordanzraten			Konkordanzraten		
	MZ	DZ		MZ	DZ
♂	58 %	31 %	♂	49 %	38 %
♀	33 %	18 %	♀	26 %	11 %
→ ♂/♀	66 % genetisch determiniert 34 % Umweltfaktoren		→ ♂	49 % genetisch determiniert 51 % Umweltfaktoren	
	Kein Geschlechtsunterschied		→ ♀	71 % genetisch determiniert 30 % Umweltfaktoren	

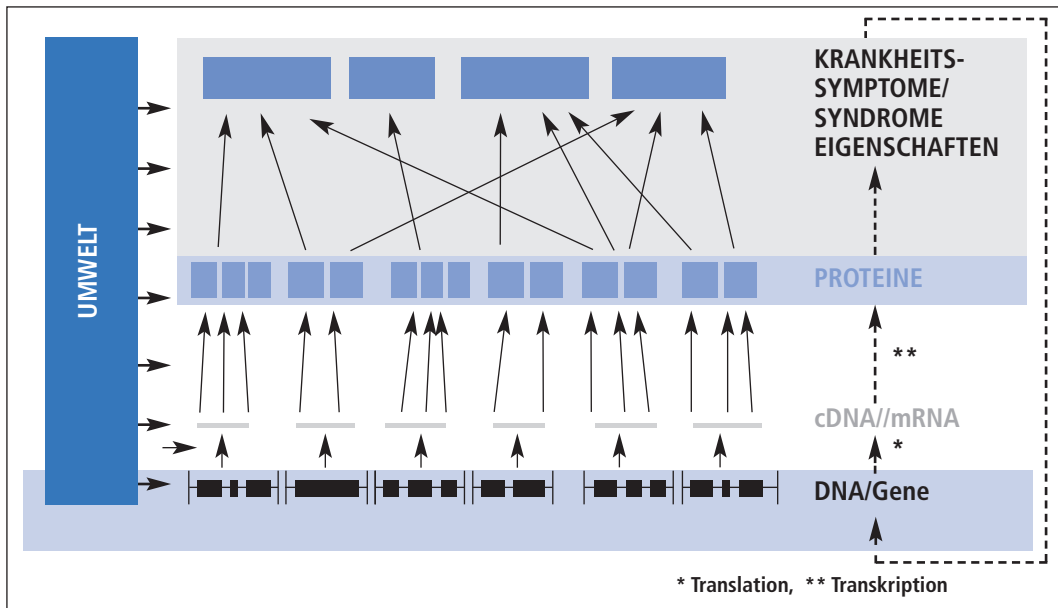
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Prototypischer Aufbau eines Gens



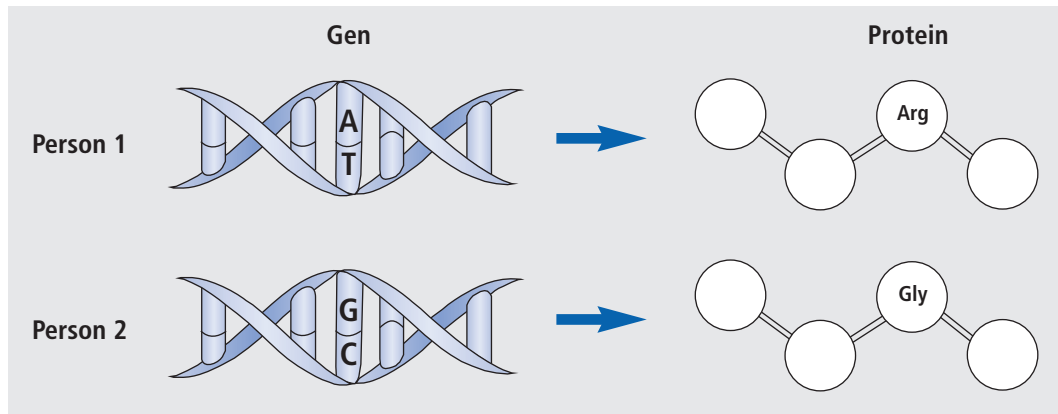
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 2: Vom Gen zum Phänotyp (Krankheiten und Eigenschaften)



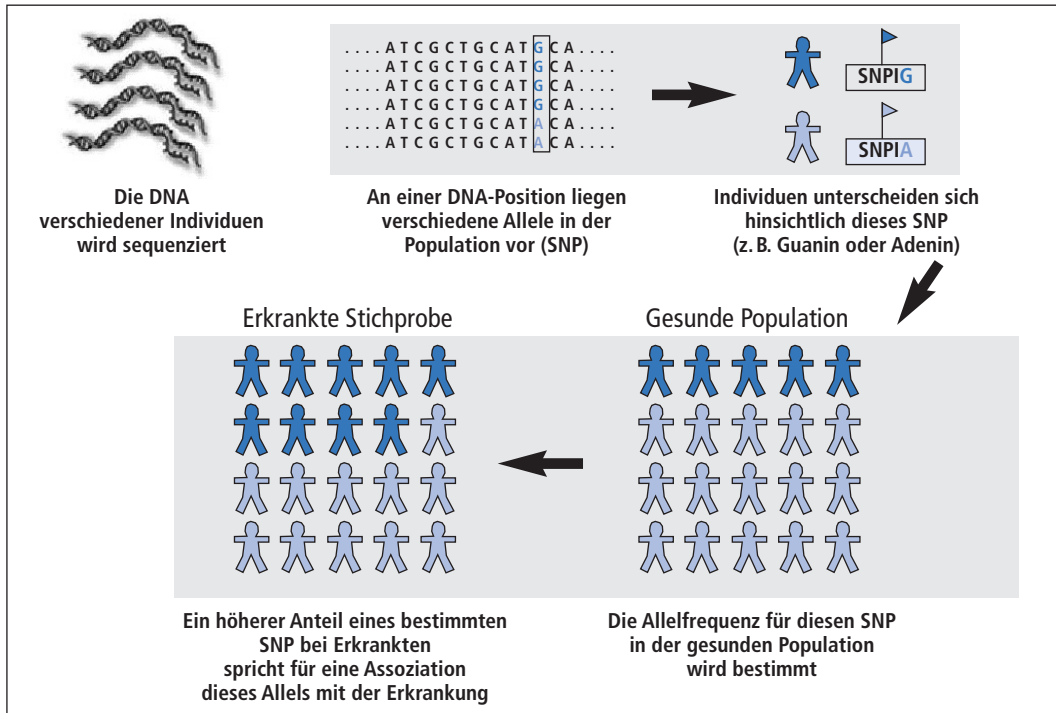
aus: Perez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 3: DNA-Sequenzvariation (Substitution von A durch G) im exprimierten Bereich eines Gens und Folge für die Aminosäuresequenz des Genprodukts (Protein)



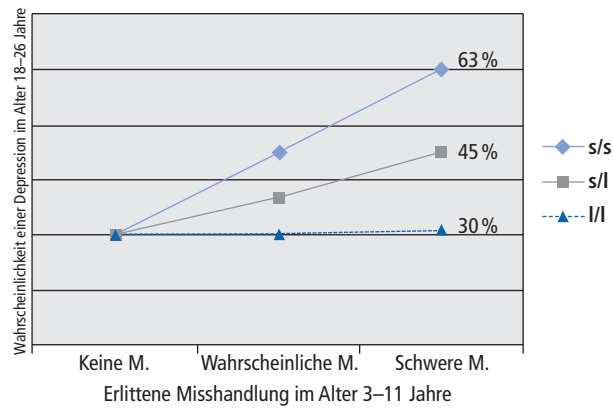
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 4: Identifikation von SNPs (Single Nucleotide Polymorphisms) und ihre Assoziation mit Erkrankungen



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 5: Beispiel für eine Gen-Umwelt-Interaktion bei der Entstehung depressiver Erkrankungen: Junge Erwachsene, die als Kind misshandelt wurden, entwickeln häufiger eine depressive Störung, wenn sie homozygot für die kurze (*s/s*) Variante des Serotonintransportergens sind. Bei heterozygoten Genträgern (*s/l*) ist der Effekt abgeschwächt. Homozygote Träger der langen Variante (*l/l*) sind hingegen kaum vulnerabel für diese Form von Stress. (nach Caspi et al., 2003).



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Atrophien und verringerte Gehirnaktivität bei demenziellen Erkrankungen (modifiziert nach Stoppe et al., 2000)

Erkrankung	frontal	temporal	Hippocampus	Basalganglien	Symptomatik
Demenz vom Alzheimer-Typ	+	++	++		Kognitive Defizite
Chorea Huntington				++	Bewegungsstörungen
Morbus Parkinson	+	+	(+)		Kognitive Defizite

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Effekte erhöhter Cortisolausschüttung (nach Chrousos & Gold, 1992)

Effekte eines Hypercortisolismus	
Zentrales Nervensystem	Angstpotenzierung Hemmung der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse Hemmung von Wachstumshormonen Hemmung der Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsen-Achse Nachlassen des hippocampalen Feedbacks
Autonomes Nervensystem	Vasokonstriktion Hemmung der Vasodilatation Salz Retention
Metabolismus	Ansammlung visceralen Fetts Gluconeogenese Verringerung der Knochendichte Insulinresistenz, Hyperinsulinämie Kohlehydrat Intoleranz Stimulierung von Cholesterin, LDL, FFA, Triglyceride Hemmung von HDL
Immunsystem	Hemmung von Interleukin 12 Hemmung von T-Helferzellen 1

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Häufige Symptome bei Schilddrüsenüber- und -unterfunktion

Häufige Symptome bei Veränderungen der Schilddrüse	
Hyperthyreose	Hypothyreose
Tremor, Zittern	Müdigkeit
Tachycardie, Herzklopfen	Gewichtszunahme
Warme Haut	Frieren
Abmagerung, Gewichtsverlust	Allgemeine Verlangsamung
Psychomotorische Erregung, Labilität	Depressionen
Glanzauge	Antriebslosigkeit
Struma	Vergesslichkeit
Feuchte Haut, Schwitzen, Fieber	Leistungsschwäche
Haarausfall	Schwerhörigkeit
Adynamie	Raue, trockene Haut
Herzvergrößerung	Heisere Stimme
Große Blutdruckamplitude	Brüchige Nägel
Flüssige oder vermehrte Stühle	Obstipation
Muskelatrophie	Regelstörung
Unruhe, Angst, Erregung	Rheumatische Beschwerden
Konvergenzschwäche	Muskelkrämpfe
Durst	u. v. m.
Schlaflosigkeit	
u. v. m.	

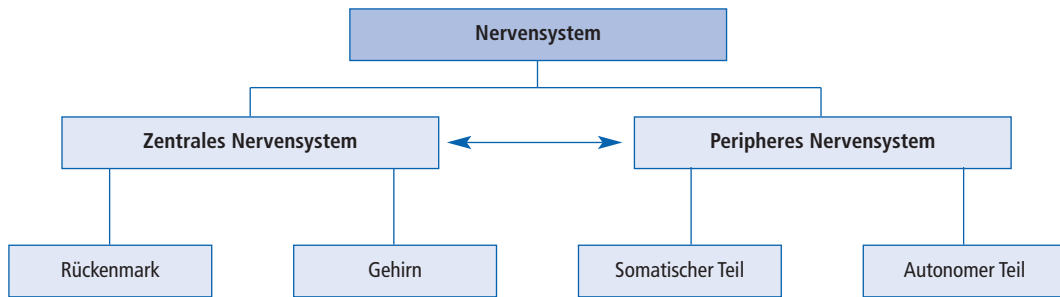
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Komplexität und Heterogenität von Störungen
 (x = Patient erfüllt einen entsprechenden Faktor)

Ätiologische Faktoren		Patient	Heterogenität				
			1	2	3	4	n
Komplexität	Umweltfaktoren	1	x				
		2	x		x		
		3					x
		4				x	
	Psychische Faktoren	5		x			
		6		x			
		7	x				
		8					x
	Physiologische Faktoren	9		x			
		10			x		
		11	x				
		12			x		x
	Organische Faktoren	13				x	
		14		x		x	
		15					x
n		x					

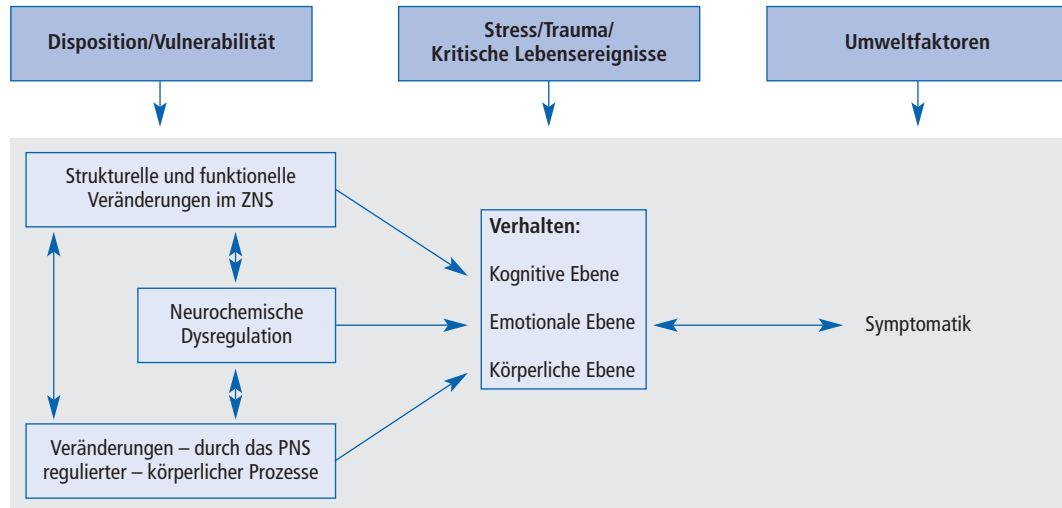
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 2: Aufbau des Nervensystems



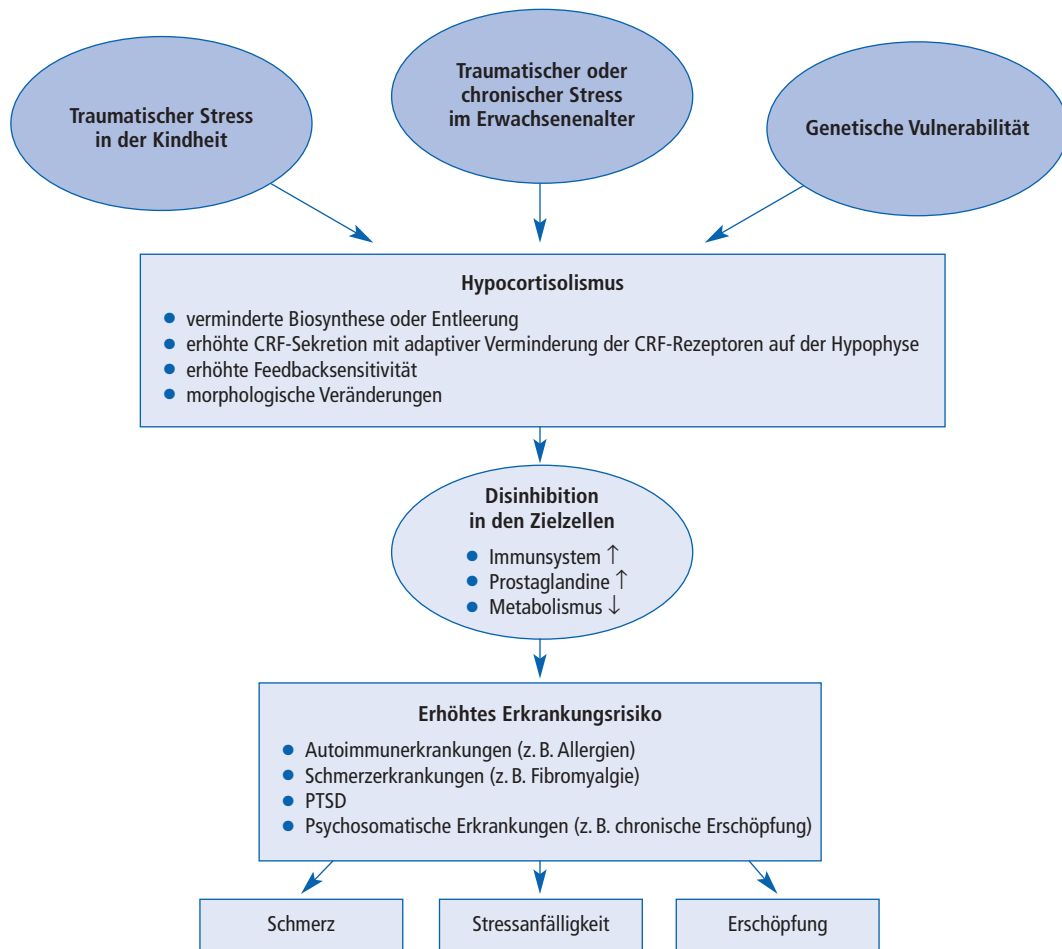
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 3: Vereinfachte Darstellung der Verbindungen zwischen Dysregulationen im Nervensystem und der Symptomatik psychischer Störungen



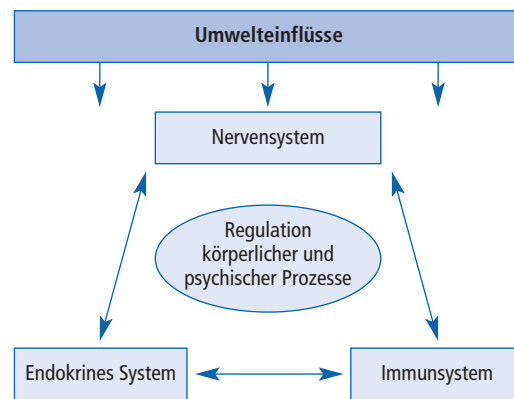
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 4: Potentielle Entstehungsmechanismen und Symptomatik eines Hypocortisolismus



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 5: Schematische Darstellung der Interaktionen zwischen Nervensystem, endokrinem System und Immunsystem



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Entwicklungsaufgaben, aufgabentypische Störungsquellen (vgl. Havighurst, 1982; Newman & Newman, 1975)

Periode	Entwicklungsaufgaben	Aufgabentypische soziale Störungsquellen
Frühe Kindheit: 0 bis 3 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> ● Adaptation an Schlaf-Ess-Rhythmus ● Bindungsaufbau ● Sprachaufbau ● Aufrechter Gang ● Kontrolle der Ausscheidungsorgane ● Differenzierung der psychosexuellen Organisation 	Gestörte Mutter-Kind-Interaktion; Mutterentbehrung und -verlust; Erfahrung von Gewalt; Vernachlässigung und Missbrauch; Soziale Deprivation
Vorschule, Schule: 3 bis 12 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> ● Autonomie ● Soziale Anpassung ● Leistungsorientierung ● Erwerb der Kulturtechniken ● Aufbau der Geschlechtsrollen 	Stark lenkende und bestrafende Eltern; Über- oder unterfordernde erzieherische Umgebung; Misserfolg im Leistungsbereich; Desorganisierte oder überorganisierte Familie
Voradoleszenz, Adoleszenz: 12 bis 18 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> ● Identitätsfindung ● Adaptation an sexuelle Reifung ● Sexuelle Identitätsfindung ● Ablösung vom Elternhaus 	Desorganisierte oder überorganisierte Familie; Tabuisierung der Sexualität; Unangemessene Modelle; Autonomiehemmende familiäre Bedingungen
Junges Erwachsenenalter:	<ul style="list-style-type: none"> ● Berufliche Ausbildung ● Berufliche Identitätsfindung ● Partnerfindung und oft Familiengründung ● Erziehung 	Misserfolg im Leistungsbereich; Schlechte Arbeitsplatzbedingungen
Mittleres Erwachsenenalter:	<ul style="list-style-type: none"> ● Entlassen der Kinder aus dem Elternhaus ● Weiterentwicklung der Partnerbeziehung ● Berufliche Konsolidierung 	Soziales Ressourcendefizit
Höheres Erwachsenenalter:	<ul style="list-style-type: none"> ● Abschluss des Berufslebens ● Neue soziale Rollen ● Schwächung der Funktionstüchtigkeit ● Adaptation an Partnerverlust 	Starre Pensionierungsbedingungen; Kontroll- und Verstärkerverlust durch Pensionierung und Alter

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Psychoanalytische Abwehrmechanismen

Das Ich versucht nach der Vorstellung von Freud unter dem Einfluss der Über-Ich-Ansprüche kompromittierende Triebansprüche *abzuwehren*. Den Schutz vor inneren Reizen, der die Funktion hat, dem Bewusstsein bedrohliche Reize fernzuhalten, erwirbt sich der Mensch im Laufe der Entwicklung durch den Aufbau der *Abwehrmechanismen*.

Projektion: Angstausslösende Wünsche oder Gefühle werden externalisiert und anderen zugeschrieben.

Verleugnung: Eine potentiell traumatisierende Realität wird nicht als solche wahrgenommen.

Rationalisierung: Angstbesetzte Probleme werden intellektuell erklärt und damit ihres bedrohlichen Gehaltes entledigt.

Reaktionsbildung: Unakzeptierte, bedrohende Impulse werden durch Transformation ins Gegenteil neutralisiert (z. B. Fürsorge anstelle von Aggression).

Verdrängung: Angstausslösende Gedanken, Bilder oder Erinnerungen werden in das Unbewusste abgedrängt oder ihre Repräsentanz im Bewusstsein verhindert.

Regression: Übergang einer psychischen Organisationsform zu einer früheren Stufe, die einfachere Strukturen aufweist.

Sublimierung: Kulturell akzeptierte Umsetzung sexueller Triebe in einen nichtsexuellen, allgemein akzeptierten Entfaltungsbereich (u. a. künstlerische, intellektuelle, soziale Bereiche).

Identifikation: Konfliktlösung erfolgt durch Übernahme der Werte, Anschauungen usw. einer anderen Person.

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Ausgewählte Verfahren zur Belastungserfassung (Lebensereignisse, Alltagsbelastungen, chronische Belastungen)

Verfahren/Autoren	Belastungsart	Zeitfenster	Itemzahl/ Skalen
<i>Social Readjustment Ratings Scale (SRRS)</i> von Holmes & Rahe (Westhoff, 1993) <i>Selbstbeurteilungsfragebogen</i>	Kritische Lebensereignisse	variabel retrospektiv	43/1 (Wiederanpassungswert)
<i>Life-Events- and Difficulties-Schedule (LEDS)</i> von Brown & Harris (Cohen et al., 1995) <i>Halbstrukturiertes Interview</i>	Kritische Lebensereignisse, chronische Belastungen	6-12 Monate retrospektiv	variabel (z. B. Lebensbereich)
<i>Münchener Ereignis Liste (MEL)</i> von Maier-Diewald, Wittchen, Hecht & Eilert (Westhoff, 1993) <i>Selbstbeurteilungsfragebogen oder standardisiertes Interview</i>	Kritische Lebensereignisse	variabel retrospektiv	49/ 4 (Anzahl, Intensität, Kontrollierbarkeit, Erwünschtheit)
<i>Inventar zur Erfassung lebensverändernder Ereignisse (ILE)</i> von Siegrist, Dittmann, Rittner & Weber (Westhoff, 1993) <i>Selbstbeurteilungsfragebogen oder standardisiertes Interview</i>	Kritische Lebensereignisse	6-18 Monate retrospektiv	34/9 (z. B. Anzahl, Intensität, Valenz, Kontrollierbarkeit, Vorhersagbarkeit, Bewältigung)
<i>Daily Hassels Scale</i> von Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus (Westhoff, 1993) <i>Selbstbeurteilungsfragebogen oder standardisiertes Interview</i>	Alltagsbelastungen	1 Monat retrospektiv	117/2 (Anzahl, Belastungsausmaß)
<i>Daily Stress Inventory (DSI)</i> von Brantley & Jones (Kosarz, Hrabal & Traue, 1997) <i>Selbstbeurteilungsfragebogen, Bilanztagebuch (Eintragung am Abend)</i>	Alltagsbelastungen	variabel retrospektiv	60/2 (Anzahl, Intensität)
COMES von Perrez & Reicherts (1989) <i>Ereignis-Tagebuch (computergestützte Selbstaufzeichnung)</i>	Alltagsbelastungen	direkt nach Ereignis	41/ komplexe Auswertung nach Indikatoren
<i>Familien-Self-Monitoring-System FASEM/FASEM-C</i> von Perrez, Berger & Wilhelm (1998) <i>Ereignis- und Zeitstichproben-Tagebuch für Familien (Papier-Bleistift- und computergestützte Selbstaufzeichnung)</i>	Familienereignisse Familien-Alltag	Zeitstich- probenplan + direkt nach Ereignis	11-52/ komplexe Auswertung nach Indikatoren
<i>Anmerkungen:</i> Alle Verfahren besitzen Angaben zur Reliabilität und Validität.			

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Ausgewählte deutschsprachige Verfahren zur Erfassung der Belastungsbewältigung

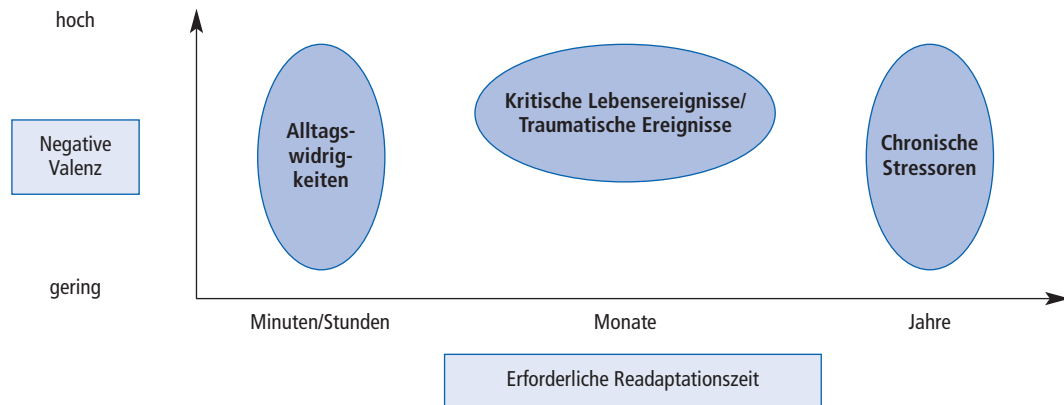
Verfahren/Autoren	Zeitraum, Realität, Verhaltensstichprobe	Belastungsbereiche	Itemzahl/ Skalen
Fragebogen			
<i>Fragebogen zur Erfassung des Umgangs mit Belastungen im Verlauf (UBV)</i> von Reicherts & Perrez (1993)	Zukunft: 18 hypothetische Ereignisse Alltag	allgemein	79/9 (z. B. Passivität, Rückzug)
<i>Ways of Coping Checklist (WCCL)</i> von Folkman & Lazarus (Westhoff, 1993)	Vergangenheit: 1 reales belastendes Ereignis	allgemein	64/2 (z. T. 5–8 Skalen; problem- und emotionszentriertes Coping) Kurzversion: 39 Items
<i>Stressverarbeitungsfragebogen (SVF, SVF-120; SVF-78; SVF-36</i> ^a von Erdmann & Janke, 2008)	Vergangenheit/ Gegenwart: Durchschnitt der realen Ereignisse	allgemein	114/19 (z. B. Bagatellisierung, Resignation) (Kurzversion: 6 Skalen)
<i>Skala zur Erfassung des Bewältigungsverhaltens (SEBV)</i> von Ferring & Philipp (Westhoff, 1993)	Vergangenheit: 1 reales belastendes Ereignis	allgemein	64/2 (problem- und emotionsorientiertes Coping)
<i>Fragebogen zur Erfassung der Formen der Krankheits-Bewältigung (FEKB)</i> von Klauer, Philipp & Ferring (Westhoff, 1993)	Vergangenheit: reale spezifische Erkrankung	Krankheit Schmerz	64/5 (Rumination, Suche soziale Einbindung, Bedrohungsabwehr, Suche nach Information, Suche Halt in Religion)
<i>Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)</i> ^b von Muthny (Westhoff, 1993)	Vergangenheit: reale spez. Krankheit, Krankheitsereignis (z. B. Diagnosemitt.) od. Zeitraum	Krankheit	Gesamtform: 142/27 (z. B. Informationssuche, Gefühle ausleben) (Langform 102/12; Kurzform 35/5)
Interviews			
<i>Berner Bewältigungsformen (BEFO)</i> von Heim, Augustiny, Blaser & Schaffner (Westhoff, 1993)	Vergangenheit: reale spez. Krankheit, Krankheitsereignis	Krankheit	– /4 (aktives Handeln, kognitive Neubewertung etc.)
Ereignisbezogene Selbstaufzeichnungen			
<i>COMES</i> von Perrez & Reicherts (1989, 2008) <i>Ereignis-Tagebuch/Belastung (computergestützte Selbstaufzeichnung)</i>	Gegenwart: reale Ereignisse pro Zeitintervall	allgemein	41/ komplexe Auswertung nach Indikatoren
<i>Familien-Self-Monitoring-System FASEM/ FASEM-C</i> von Perrez, Berger & Wilhelm (1998); Perrez, Schoebi & Wilhelm (2000) <i>Ereignis- und Zeitstichproben-Tagebuch für Familien (Papier-Bleistift- und computergestützte Selbstaufzeichnung)</i>	Gegenwart: aktuelle Ereignisse während Beobachtungsphase	allgemein	11–52/ komplexe Auswertung nach Indikatoren
<i>Anmerkungen:</i> Alle Verfahren besitzen Angaben zur Reliabilität und Validität a Der SVF liegt auch als situationsbezogene Version vor. b Der FKV hat verschiedene Versionen (u. a. Kurzversion in Form von Fremdbeurteilung)			

Tabelle 4: Ausgewählte deutschsprachige Verfahren zur Erfassung Sozialer Netzwerke und Sozialer Unterstützung

Verfahren/Autoren	Konstrukte	Itemzahl/ Skalen
Soziales Netzwerk		
<i>Interview zum Sozialen Netzwerk und zur Sozialen Unterstützung (SONET) von Baumann et al. (Westhoff, 1993)</i> <i>Standardisiertes Interview</i>	Soziales Netzwerk Unterstützungsressourcen	56 / –
<i>Netzwerkfragebogen (NEFRA) von Asendorp & Wilpers (Wilpers, 1999)</i> <i>Selbstbeurteilungsfragebogen</i>	Kontakt-Netzwerk Unterstützungsressourcen	10 / 8
<i>Beziehungs-Intervalltagebuch (SONET-T) von Laireiter, Baumann, Reisenzein & Untner (1997)</i> <i>Bilanztagebuch/Interaktion</i>	Kontakt-Netzwerk Erhaltene Unterstützung	8 / 1
<i>Computerisiertes Interaktionstagebuch (SONET-CT) von Baumann, Thiele, Laireiter & Krebs (1996).</i> <i>Ereignis-Tagebuch/Interaktion (computergestützte Selbstaufzeichnung)</i>	Kontakt-Netzwerk Erhaltene Unterstützung und Belastung	43 / –
Unterstützungsnetzwerk		
<i>Mannheimer Interview zur Sozialen Unterstützung (MISU) von Veiel (Westhoff, 1993)</i> <i>Standardisiertes Interview</i>	Unterstützungsnetzwerk	38 / –
<i>Social Support Questionnaire (SSQ) Sechs-Item-Kurzversion von Sarason, Sarason, Shearin & Pierce (Westhoff, 1993)</i> <i>Selbstbeurteilungsfragebogen</i>	Unterstützungsnetzwerk, Zufriedenheit mit Unterstützung	12/2 (unterstützende Personen, Zufriedenheit)
Wahrgenommene Unterstützung		
<i>Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SOZU) von Sommer & Fydrich (Kurzversion SOZU-K-22) (Westhoff, 1993)</i> <i>Selbstbeurteilungsfragebogen</i>	Wahrgenommene Unterstützung	54/1 Gesamtskala, 6 Einzelskalen K-22: 1 Gesamt-, 4 Subskalen
<i>Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) von Cohen & Hoberman (Laireiter, 1996; Westhoff, 1993)</i> <i>Selbstbeurteilungsfragebogen</i>	Wahrgenommene Unterstützung	40/1 Gesamtskala, 4 Einzelskalen
<i>Social Support Appraisal Scale (SS-A) von Vaux (Laireiter, 1996; Westhoff, 1993)</i> <i>Selbstbeurteilungsfragebogen</i>	Wahrgenommene Unterstützung	28/1 Gesamtskala, 4 Einzelskalen
Erhaltene Unterstützung		
<i>Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) von Barrera (Laireiter, 1996; Westhoff, 1993)</i> <i>Selbstbeurteilungsfragebogen</i>	Erhaltene Unterstützung Alltag	40 / 1 Gesamtskala (Faktoren- analysen: 3-4 Subskalen)
<i>COMES-SOZU von Perkonig, Baumann, Reicherts und Perrez (1993)</i> <i>Ereignis-Tagebuch/Belastung (computergestützte Selbstaufzeichnung)</i>	Unterstützungsbedürfnisse Erhaltene Unterstützung Alltagsbelastungen	41 / – komplexe Auswertung nach Indikatoren
<i>Anmerkungen: Alle Verfahren besitzen Angaben zur Reliabilität und Validität.</i>		

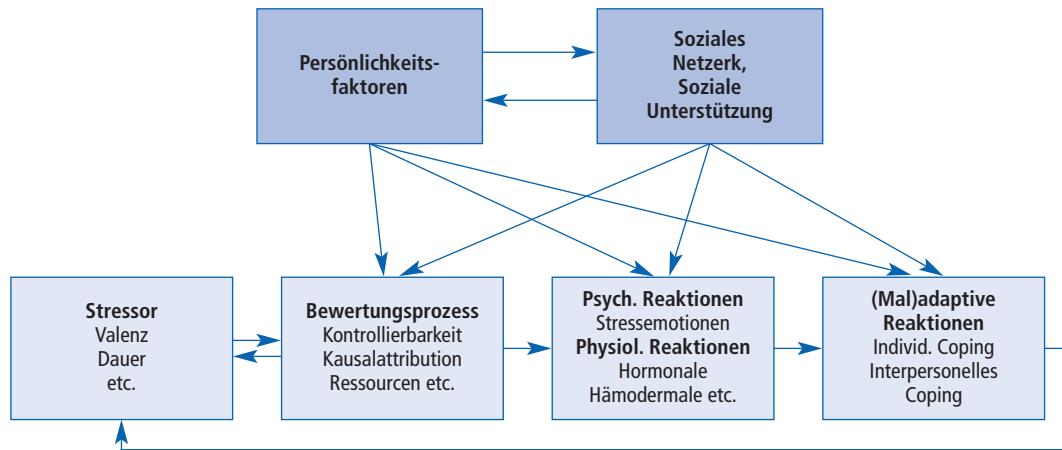
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Systematisierung der Stressoren nach negativer Valenz und der erforderlichen Readaptationszeit (Perrez, Berger & Wilhelm, 1998)



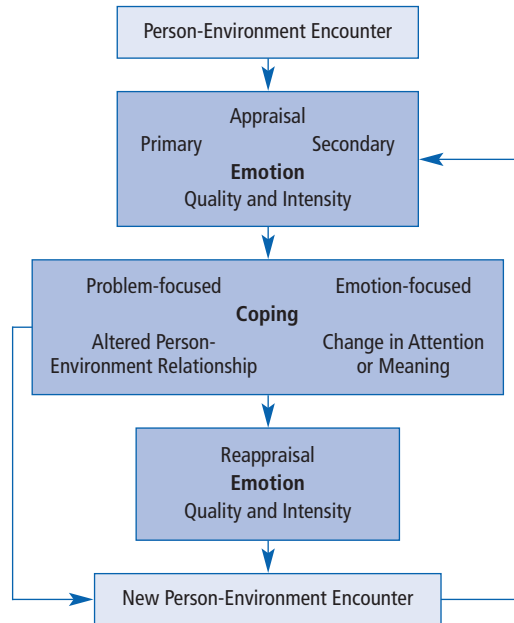
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 2: Schema der Struktur des Belastungserlebens und -verarbeitens und moderierender Einflussfaktoren



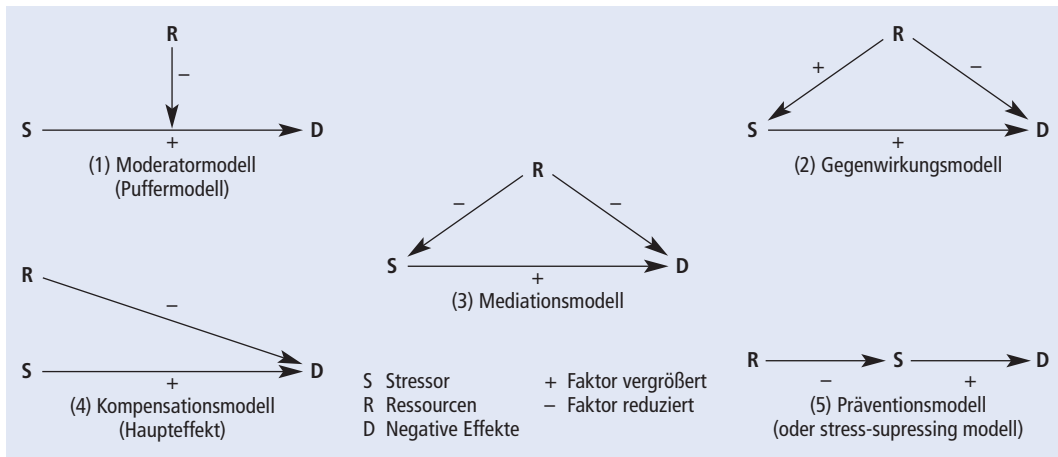
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 3: Coping als ein Mediator im emotionalen Erleben (Folkman & Lazarus, 1990, S. 319)



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 4: Verschiedene Wirkungsmodelle (in Anlehnung an Plancherel, Bolognini & Nunez, 1994)



aus: Perez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Depressionsfördernde Attributionen nach Misserfolg (X) und Erfolg (Y). (nach Abramson, Seligman & Teasdale, 1978)

	internal		external	
	stabil	variabel	stabil	variabel
global	X		y	
spezifisch			y	

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Wichtige Kulturkomponenten

Kultur (abgekürzt: K.) wird gelernt, gelehrt und reproduziert
K. bezieht sich auf vielfältige, komplexe Bedeutungssysteme
K. wirkt auf Verhalten und Erleben wie eine prägende Grundstruktur
K. wirkt überdauernd, befindet sich aber in einem ständigen Wandlungsprozess
K. schließt subjektive und objektive Komponenten menschlichen Verhaltens ein

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Sechs kulturelle Wirkungsformen auf psychische Störungen (modifiziert nach Tseng, 2001)

Pathogene Wirkung: Dies bezieht sich auf alle Situationen, in denen kulturelle Faktoren bei der Verursachung psychischer Störungen explizit und unmittelbar involviert sind. Beispielsweise in Gesellschaften, in denen von Frauen erwartet wird, dass sie einen Sohn gebären oder in denen erwartet wird, dass Schulaufnahmeprüfungen erfolgreich bestanden werden, tauchen vielfach emotionale und Verhaltensstörungen bei den Betroffenen auf. Die erwarteten, manchmal fatalen Konsequenzen beim Brechen von Tabus in traditionellen Stammesgesellschaften (z. B. Voodoo-Tod) sind ein weiteres, einprägsames Beispiel.

Pathoselektive Wirkung: Jede Kultur neigt dazu, bestimmte pathologische Reaktionsmuster (vgl. auch «Störungsideome») positiv zu konnotieren, andere Muster aber zu ignorieren oder streng abzulehnen. Beispielsweise in der japanischen Kultur, die die Ehre der Familien stark beachtet, kann das sog. «ikka-shinju» oder Familiensuizid in einer finanziell hoffnungslosen Situation als «akzeptable Lösung» angesehen werden. In den USA dagegen wird ein Unternehmer nach einem Konkurs in aller Regel seinen Partner nicht zu einem gemeinsamen Auslöschen der Familie motivieren wollen.

Pathoplastische Wirkung: Die Kultur bestimmt weitgehend die Inhalte der manifesten Symptomatik, z. B. halluzinatorische Inhalte, bestimmte Zwänge oder Phobien. Weiterhin können einzelne Symptome einer psychischen Störung völlig fehlen oder viel intensiver als in anderen Kulturen auftreten. Beispielsweise fehlen Schuldgefühle bei Depressionen in Asien recht häufig; in Ländern Westeuropas werden sie vermehrt sichtbar.

Pathofazilitierende Wirkung: Kulturelle Faktoren wie z. B. die Billigung (Permissivität) oder gar die explizite Förderung bestimmter Verhaltensweisen (z. B. Drogenkonsum) können die Prävalenz einzelner psychischer Störungen in bestimmten Gesellschaften und zu bestimmten Zeiten erheblich beeinflussen. Die Prävalenz der Substanzabhängigkeit zählt z. B. hierzu.

Pathoreaktive Wirkung: Auch wenn kulturelle Faktoren die Prävalenz psychischer Störungen nicht unmittelbar beeinflussen, können sie doch auf die Wahrnehmung, Benennung und Bewertung einer psychischen Störung indirekt wirken. Dies kann z. B. dazu führen, dass Schizophrenie in Entwicklungsländern günstiger als in Industrieländern verläuft, weil sich die kulturelle Gesamteinstellung – obgleich indirekt – insgesamt förderlich auf die Genesung auswirkt. Dies gilt im Prinzip für sämtliche somatische und psychische Krankheiten.

Störungsideome: Manche Forscher (vgl. Kirmayer, 1997) haben über die pathoreaktiven Effekte hinaus die Kategorie «Störungsideome» (idioms of distress) geprägt. Diese Kategorie verweist darauf, dass jede Kultur über verschiedene Mittel und Wege (sog. idioms) verfügt, psychische Probleme oder Belastungen zum Ausdruck zu bringen. Demnach wäre z. B. Bulimie ein bei Frauen in Industrienationen akzeptiertes Störungsideom, in dem Stress und konflikträchtige Anforderungen moderner Lebensformen wie in einer Gussform geprägt werden. Häufig bedarf es einer genauen Einzelfallanalyse, will man die pathologische Dimension eines bestimmten Störungsideoms feststellen (van Quekelberghe, 1991).

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Weitere wichtige kulturabhängige Syndrome (englisch: CBS)

(1) *Asiatische* kulturabhängige Symptome (Tseng, 2001):

Taijin kyofusho (etwa: intensive Angst vor dem eigenen Erscheinungsbild, Japan),

Amok (etwa: dissoziative Episode mit extrem aggressivem Verhalten, ursprünglich Malaysia),

Latah (etwa: Überempfindlichkeit für plötzliches Erschrecken, weit verbreitet, ursprünglich Malaysia oder Indonesien),

Hwa-Byung (wörtlich übersetzt: Zornkrankheit, Korea) oder

Dhat (etwa: hypochondrische Störung in Bezug auf sexuelle Vitalität, Indien).

(2) Zu den bekanntesten *afrikanischen* CBS gehören beispielsweise:

Brain fag (etwa: Erschöpfung wegen kognitiver Anforderungen, ursprünglich Westafrika),

Bouffée délirante (etwa: kurze psychotische Störung, Westafrika/Haiti) und

Zar (etwa: dissoziative Episode/Geisterbesessenheit, Nordafrika).

(3) In *Ozeanien*, in den *subarktischen* Kulturen oder in den *indianischen* Kulturtraditionen wird man ebenfalls viele CBS antreffen, so z. B.:

Pibloktoq (sog. arktische Hysterie),

Ghost sickness (dissoziative Episode/Geisterbesessenheit, Indianer),

Cafard (zum Teil ähnliches Verhaltensmuster wie bei Amok, Polynesien).

Tabelle 4: Modelle der transkulturellen Migration

I. Vier Phasen-Modell der transkulturellen Migration nach Tseng (2001)
<ol style="list-style-type: none">1. <i>Prämigration</i>: Es herrschen v.a. idealisierte Vorstellungen des Ziellandes, unrealistische Sorgen und Ängste, generelle Unsicherheit.2. <i>Initiale Phase</i>: Sie dauert bis zu einem halben Jahr nach der Einreise. Zu dieser Phase zählen sowohl euphorische als auch vermeidende und frustrierende Erfahrungen.3. <i>mittlere Migrationsphase</i>: Sie dauert in der Regel drei bis fünf Jahre. Es wird versucht, den Anforderungen der neuen Kultur gerecht zu werden, ohne wichtige Anteile der eigenen Kultur aufgeben zu müssen. Je nach Gastland werden hohe Anforderungen in Bezug auf eine schnelle Akkulturation gestellt, was eine beträchtliche psychologische Belastung bedeuten kann (Ebata et al., 1995).4. <i>Letzte Migrationsphase</i>: Sie kann 10 bis 20 Jahre andauern. In der Regel handelt es sich um eine Zeit der Integration und Vertiefung der kulturellen Anpassung. Falls dies nicht gelingt, können vielfache Chronifizierungen somatischer und/oder psychischer Erkrankungen auftreten.
II. Vier Phasen-Modell der transkulturellen Migration nach Hettlage-Vargas (1992)
<ol style="list-style-type: none">1. Phase der interkulturellen Orientierungslosigkeit und des Identitätsverlusts2. Phase des tiefen Gespaltenseins mit Integrationsverweigerung oder Überanpassung gegenüber der Aufnahme-Kultur bei gleichzeitiger Entwertung oder Idealisierung der Herkunftskultur3. Phase der Bewusstwerdung des Verlusts und der Trauerarbeit; eine reflektierte Krise der Entfremdung und der Neuinterpretation von sich und der Umwelt4. Phase der lebensgeschichtlichen Selbstverständlichkeit mit einem bikulturellen Selbstbild und einem Gefühl bikultureller Zugehörigkeit

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Klinisch-psychologische Intervention

Zentrale Charakteristika:
(1) <i>Wahl der Mittel:</i> Psychologische Mittel, die im Erleben und Verhalten ihren Ansatzpunkt haben und sich in der sozialen Interaktion zwischen Helfern und Hilfesuchenden vollziehen. (2) <i>Interventionsfunktionen:</i> Gesundheitsförderung und Prävention, Behandlung/Therapie (u. a. Psychotherapie), Rehabilitation. Die Funktionen stehen im Zusammenhang mit Gesundheit und Störungsbegriffen (psychische, somatische).
Zusätzliche Charakteristika:
(3) <i>Zielorientierte Prozesse</i> zur Erreichung von Veränderungen (4) <i>Theoretische Fundierung</i> mittels Theorien der Psychologie (5) <i>Evaluation:</i> Empirische Überprüfung (insbesondere der Wirksamkeit) (6) <i>Professionelles Handeln</i>

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Klassifikation von Therapiezielen

Änderungs- richtung	Sachgehalt beschrieben in	theoretischen bzw. quasitheoretischen Begriffen	Dispositionsbegriffen	Beobachtungsbegriffen
Aufbau		Ichstärke, Integration von Es, Ich, und Über-Ich, Individuation, gut funktionierende Persönlichkeit, Selbstkontrolle usw.	Fähigkeit zur positiven Selbstkommunikation, Empathiekompetenz in Partnerschaft, Kompetenz zur Ärgerkontrolle	Vorgesetzten gegenüber im Rollenspiel Bedürfnisse äußern, Selbstexplorieren in der Therapiesituation, angemessen Reattribuieren, entspannen usw.
Abbau		Diskrepanz von Selbstkonzept und Idealkonzept, Widerstand, Fehler der Informationsverarbeitung usw.	Sucht, Angst, Neigung zu einem bestimmten Vermeidungsverhalten	ängstliches Sprechen in der Therapiesituation, Sprechen über Externales in der Therapiesitzung, Anzahl Zigaretten pro Tag

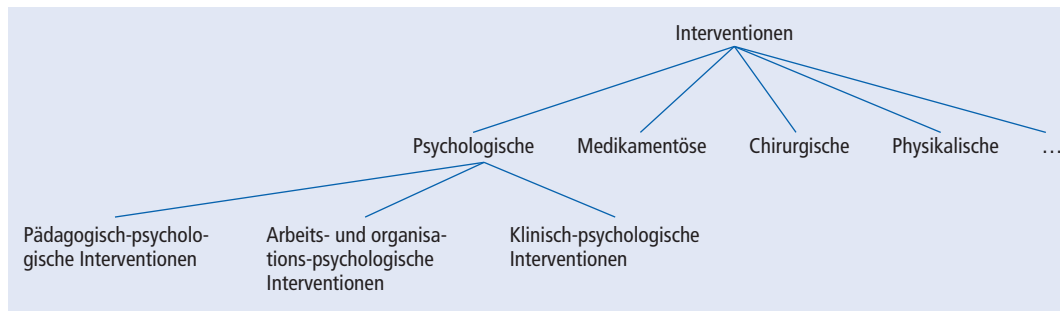
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Funktions-Interventionsebenen-Matrix mit Beispielen

Interventions- ebene	Psychische Funktionen	Funktionsmuster	Interpersonelle Systeme
Funktionen			
Entfaltungsfunktion Gesundheitsförderung	Problemlösetraining	Selbsterfahrung	Kommunikationstraining im Betrieb
Prävention	Gedächtnistraining für gesunde ältere Personen	Training zur Stress- verarbeitung	Elternttraining für junge Paare
Behandlung/Therapie (u. a. Psychotherapie)	Behandlung von Schlafstö- rungen	Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen	Familientherapie bei Tochter mit Anorexie
Rehabilitation	Gedächtnistraining nach Hirnverletzung	Behandlungsprogramm bei chronischem Alkoholismus	Familientherapie zur Rück- fallprophylaxe schizophrener Patienten

aus: Perez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Systematik der Interventionsmethoden



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 2: Systematik der klinisch-psychologischen Interventionsmethoden (Bereich Gesundheitspsychologie blau unterlegt)

	Somatische Krankheiten (B)		
	Psychische Störungen (A)		
	Funktionen (a)	Funktionsmuster (b)	Interpersonelle Systeme (c)
Entfaltungs- und Gesundheitsförderung (1)	Intervention zur Förderung der psychischen und körperlichen Gesundheit		
Funktionstraining			
Klinisch-Psychologische Prävention (2)	Präventive Interventionen		
Funktionstraining			
Klinisch-Psychologische Behandlung/ Therapie (u. a. Psychotherapie) (3)	Psychotherapie		
Behandlung von Funktionsstörungen			
Klinisch-Psychologische Rehabilitation (4)	Rehabilitative Maßnahmen (z. T. Psychotherapie)		
Rehabilitative Maßnahme bei Funktionsstörungen			

aus: Perez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Leitlinien einer künftigen Behandlung psychischer Erkrankungen: Versorgungspolitische Grundprinzipien (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 1997, S. 31-37)

- (1) *Bedarfsdeckung:* «Oberstes Versorgungsprinzip ist, dass allen Behandlungsbedürftigen die von den Erfolgsaussichten und – bei mehreren vergleichbaren effektiven Verfahren – vom Kostenaufwand günstigste Therapieform ohne Barrieren zugänglich gemacht wird» (S. 31).
- (2) *Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker* bezüglich rechtlicher, finanzieller und sozialer Aspekte; ergänzend wird die Versorgungsnähe zur somatischen Medizin gefordert.
- (3) *Gegliedertes Versorgungssystem:* Gefordert wird ein «mehrstufig gegliedertes und zunehmend spezialisiertes Versorgungssystem» (S. 33), in dem nichtprofessionelle und professionelle Dienste unterschieden werden.
- (4) *Patientenorientierte, individualisierte Behandlung:* Im Versorgungssystem «muss künftig stärker die Patientenzentrierung vor der Institutions- und Methodenzentrierung stehen» (S. 34).
- (5) *Freie Institutions- und Therapeutenwahl* (analog Bereich somatische Medizin).
- (6) *Normalisierung der Hilfen:* Die stationären und außerstationären Versorgungseinrichtungen sind in die allgemeinen Strukturen des Sozial- und Gesundheitswesens zu integrieren; damit werden für die betroffenen Personen die Versorgungsmodalitäten alltäglich und leichter zugänglich.
- (7) *Wohnortnähe:* Das Postulat der Wohnortnähe löst das klassische Postulat der *Gemeindenähe* ab. Dieses impliziert, dass bei der Behandlung von Personen mit psychischen Störungen die Integration in ihre Gemeinde möglichst wenig tangiert wird, damit die Wiedereingliederung möglichst gut gelingt. Dies hat zur Konsequenz, dass die Institutionen räumlich, aber auch «psychologisch» möglichst nahe an der Gemeinde der jeweiligen Patienten anzusiedeln wären. Mit der Wohnortnähe wird gefordert, dass die Erreichbarkeit mittels öffentlicher Verkehrsmittel innerhalb von 30 bis maximal 60 Minuten möglich sei. Der Begriff der *Sektorisierung*, d. h. dass Teilbereiche einer Institution für bestimmte geographische Regionen zuständig sind (z. B. Station A der Klinik ist für die Stadtteile I bis V, Station B derselben Klinik für die Stadtteile VI bis X zuständig), hat in neueren Leitlinien keine große Bedeutung mehr.
- (8) *Vorrang ambulanter vor stationärer Therapie* aus ethischen (geringerer ist dem umfassenderen Eingriff vorzuziehen) und aus Kosten-Nutzen Überlegungen.
- (9) *Koordination und Kooperation multiprofessioneller Behandlungsangebote:* «Fehlplatzierungen und Mehrfachbetreuungen müssen vermieden und die Kontinuität der Behandlung über mehrere Institutionen hinweg gewährleistet werden» (S. 36). Mit dem Modell des *Case Managements* wird die kontinuierliche Betreuung von Patienten – unabhängig von der zur Zeit beanspruchten Institution – durch eine Betreuungsperson bzw. Betreuungsteam gefordert. Dieses Prinzip steht zum Teil im Gegensatz zum Prinzip des gegliederten Versorgungssystems (Punkt 3), wonach unterschiedliche Institutionen tätig sein sollten.
- (10) *Qualitäts- und Effizienzkontrolle:* Gilt für Institutionen und Berufsgruppen, was durch Qualitätsmanagement zu gewährleisten ist.

Anmerkung: Mit «...» versehene Stellen sind Zitate

Tabelle 2: Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert (WHO, 1997)

- *Gesundheitsförderung als Schlüsselinvestition:* Gesundheit als Menschenrecht, Ziel ist der größtmögliche Gesundheitsgewinn für die Bevölkerung ...
- *Determinanten für Gesundheit:* «Frieden, Unterkunft, Bildung, soziale Sicherheit, soziale Beziehungen, Nahrung,»... «Armut ist dabei die mit Abstand größte Bedrohung für die Gesundheit»...
- *Gesundheitsförderung wirkt:* Entscheidend sind «Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, Schaffung unterstützender Umwelten für Gesundheit. Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen. Entwicklung persönlicher Kompetenz im Umgang mit Gesundheit. Neuorientierung der Gesundheitsdienste.»...
- *Neue Handlungsansätze sind erforderlich:* Gesundheitsfördernde Potenziale sind in den verschiedensten Bereichen der Gesellschaft freizusetzen...
- *Prioritäten der Gesundheitsförderung:*
 1. *Förderung sozialer Verantwortung für Gesundheit:* Politik und Maßnahmen zum Schutz von Umwelt, Einschränkung gesundheitsschädigender Güter und Substanzen (z. B. Tabak und Rüstungsgüter) ...
 2. *Ausbau der Investitionen in die Gesundheitsentwicklung:* Zusätzliche Investitionen in Bildung und Wohnen sind notwendig...
 3. *Festigung und Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit:* Notwendigkeit der Partnerschaften zwischen allen gesellschaftlichen Bereichen für die gesundheitliche und soziale Entwicklung...
 4. *Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Gemeinschaften und der Handlungskompetenz des Einzelnen:* Notwendigkeit von Aus- und Weiterbildung. Beteiligung des Einzelnen an gesundheitsrelevanten Entscheidungsprozessen ...
 5. *Sicherstellung einer Infrastruktur für die Gesundheitsförderung:* Neue Formen der Finanzierung von Infrastrukturen für Gesundheitsförderung sind zu schaffen...

Anmerkung: Mit «...» versehene Stellen sind Zitate

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Versorgungsangebot für eine Region

Bereich	Beispiel für Berufsgruppen, Institutionen, Tätigkeiten	Alltagsfunktion		
		A	SF	W
(1) Halbprofessionelles System	Seelsorge, Erziehung, Rechtswesen etc.	+	+	+
(2) Professionelles System im Vorfeld fachspezifischer Dienste	Psychologen (nicht: Klinische Psychologie), Allgemeinärzte, Fachärzte (nicht Psychiatrie), Apotheker etc.	+	+	+
(3) Professionelles System mit fachspezifischen Diensten				
(3.1) Ambulante Dienste	Klinische Psychologen (mit/ohne Psychotherapie), Psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte für Psychiatrie etc.; Beratungsstellen, Krisen- und Notfalldienste, Ambulanzen an Fachkliniken, Sozialpsychiatrische Dienste etc.	+	+	+
(3.2) Teilstationäre Dienste	Tageskliniken (Nachtkliniken)	- +	+ -	+ -
(3.3) Stationäre Dienste	Fachkliniken (Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie) und psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern etc.; Konsiliar-, Liaisondienst	-	-	-
(3.4) Komplementäre Dienste	Wohnbereich Arbeitsbereich Clubs, Tagesstätten, Kontaktstellen etc.	+ (+) +	(+) + (+)	(+) + +

Anmerkungen: Alltagsfunktionen, A: Arbeit, SF: Soziale Funktionsfähigkeit, W: Wohnen. Auswirkungen der Behandlung auf Alltagsfunktionen: + keine Beeinträchtigung, (+) begrenzte Beeinträchtigung, - massive Beeinträchtigung.

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 4: Zentrale Begriffe zum Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (nach Gaebel, 1995; Härter, Linster & Stieglitz, 2003b)

Begriff	Definition	Beispiel
<i>Strukturqualität</i>	Gesamtheit der Rahmenbedingungen (Ressourcen), die eine konkrete Dienstleistung im Gesundheitswesen ermöglichen.	<ul style="list-style-type: none"> ● Politisch: Gesetze; ● Finanziell: Jahresbudget der Institution; ● Baulich-räumlich: Zustand der Büros, Patientenzimmer; ● Organisatorisch: Dienstplan in Klinik; ● Ausstattung: Biofeedbackgeräte, Tests; ● Personell: Personalschlüssel, Weiterbildungsangebot; ● Therapeutisch: Breite des Psychotherapieangebotes.
<i>Prozessqualität</i>	«Gesamtheit diagnostischer und therapeutisch-rehabilitativer Maßnahmen hinsichtlich ihrer Kongruenz zwischen expliziten Leitlinien/Standards und konkreten Durchführungsmodalitäten» (Gaebel, 1995, S. 486).	<ul style="list-style-type: none"> ● Diagnoserstellung gemäß Standards von ICD-10; ● Einholung von Informed Consent; ● Verwendung evidenz-basierter Behandlungstechniken; ● Durchführung der Supervision; ● Zahl der Fehlplatzierungen (stationäre anstelle ambulanten Behandlung).
<i>Ergebnisqualität</i>	«Ausmaß an Kongruenz zwischen Behandlungsziel und Behandlungsergebnis» (Gaebel, 1995, S. 487).	<ul style="list-style-type: none"> ● Stationäre Verweildauer, Dauer der Therapie, Lebensqualität, Gebesserten-Rate (Evaluationsmaße gemäß Kap. 16); ● Zahl der unerwünschten Ereignisse (z. B. Todesfälle, Suizide/-versuche, Komplikationen, Therapieabbrüche).

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 5: Datenstruktur von klinischen Dokumentationen (nach Laireiter et al., 2001, S. 68)

<p><i>1. Therapievoraussetzungen und Therapiebeginn (Daten aus diagnostischer Eingangsphase)</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Personendaten, soziale Daten• Überweisungskontext, Rahmenbedingungen• Diagnose, Syndromatik, Problemanalyse• Indikation, Prognose, Therapieplanung• Biographische Anamnese, Störungsanamnese• Therapeuten-Daten• Informed Consent <p><i>2. Therapiedurchführung und Therapieverlauf (Daten jeweils pro Interventions-Sitzung)</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Rahmenbedingungen (Zeit, Ort etc.)• Maßnahmen• Therapeutischer Prozess• Veränderungen im Setting, Zielen, Maßnahmen• Diagnostische Erkenntnisse• Auffälligkeiten, Probleme <p><i>3. Therapieende und Effekte</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluation• Folgemaßnahmen, Empfehlungen• Prognosen• evtl. Katamnese
--

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 6: Psychologengesetz Österreich (Kierein et al., 1991; Auszug aus der Originalversion)

§ 3.

(1) Die Ausübung des psychologischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens ist die durch den Erwerb fachlicher Kompetenz (...) erlernte Untersuchung, Auslegung, Änderung und Vorhersage des Erlebens und Verhaltens von Menschen unter Anwendung wissenschaftlich-psychologischer Erkenntnisse und Methoden.

(2) Die Ausübung des psychologischen Berufes gem. Abs.1 umfasst insbesondere

1. die klinisch-psychologische Diagnostik (...)
2. die Anwendung psychologischer Behandlungsmethoden zur Prävention, Behandlung und Rehabilitation (...)
3. die Entwicklung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Projekte.

§ 4.

Die selbständige Ausübung des psychologischen Berufes (...) setzt den Erwerb theoretischer und praktischer fachlicher Kompetenz voraus.

§ 5.

(1) Der Erwerb theoretischer fachlicher Kompetenz hat in einer Gesamtdauer von zumindest 160 Stunden zu erfolgen (...)

§ 6.

(1) Der Erwerb praktischer fachlicher Kompetenz hat

1. durch eine psychologische Tätigkeit (...) von zumindest 1480 Stunden (...) und
2. durch eine die psychologische Tätigkeit gleichzeitig begleitende Supervision in der Gesamtdauer von zumindest 120 Stunden (...) zu erfolgen.

§ 19.

(1) Zur Beratung des Bundeskanzlers in sämtlichen Angelegenheiten dieses Bundesgesetzes ist ein Psychologenbeirat beim Bundeskanzleramt einzurichten.

Anmerkung: Kürzungen sind mit (...) symbolisiert.

Tabelle 7: Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten in Deutschland (gemäß Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für psychologische Psychotherapeuten; Bundesgesetzblatt 3745; 22. Dezember 1998)

Bereich	Inhalt	Stunden mindestens pro Bereich
Theorie	Grundkenntnisse für die psychotherapeutische Tätigkeit und vertiefte Kenntnisse in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren.	600 Std.
Praxis		
praktische Tätigkeit	Psychiatrie: Tätigkeit an einer für die Ausbildung anerkannten psychiatrischen klinischen Einrichtung.	1200 Std.
praktische Tätigkeit	Psychotherapie/Psychosomatik: Tätigkeit an einer für die Ausbildung anerkannten Einrichtung der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung oder in einer für die Ausbildung anerkannten psychotherapeutischen Praxis.	600 Std.
praktische Ausbildung	Psychotherapie unter Supervision.	600 Std.
Supervision	Von den Supervisionsstunden sind mindestens 50 als Einzelsupervision durchzuführen.	150 Std.
Selbsterfahrung		120 Std.
Theorie/Praxis: Eigenstudium	Vor-, Nachbereitung, Vertiefung der vorgeschriebenen Elemente.	sofern oben überall Minimum: 930 Std.
<i>Anmerkungen:</i> Die angeführten Stundenzahlen variieren je nach Ausbildungsinstitution; die angegebenen Werte sind gesetzlich festgelegte Mindestzahlen (Ausnahme: Eigenstudium, das nicht gesetzlich festgelegt ist).		

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Phasen der Interventionsforschung (für Psychotherapie modifizierte Version der Phasen I-IV der medikamentösen Arzneimittelprüfung; vgl. Müller-Oerlinghausen & Linden, 1981; Möller & Leimkühler, 1995). Diese Phasen werden in der Literatur nicht oder unterschiedlich benannt (hier nach Müller-Oerlinghausen, 1981)

- **Ausgangspunkt:** Es liegt eine neue Interventionsmethode vor, die aufgrund von klinischen Beobachtungen, theoretischen Überlegungen und unsystematischen Einzelversuchen geschaffen wurde. Bei Medikamenten handelt es um ein neues, von einer Firma entwickeltes Präparat.
- **Phase I (Erkundungsphase):** Diese dient der systematischen Beobachtung und Überprüfung der neuen Interventionsmethode, wobei wenige, inhaltlich nur global formulierte Hypothesen vorliegen. Dazu können Einzelfallstudien, Analogstudien und in begrenztem Umfang auch Gruppenstudien (zum Teil ohne Kontrollgruppen) durchgeführt werden. Bei Medikamenten wird die Überprüfung in dieser Phase meist bei gesunden Probanden vorgenommen.
- **Phase II (Pilot-Phase):** Aufbauend auf den in Phase I gewonnenen allgemeinen Erkenntnissen wird die therapeutische Wirkung mittels gezielter Hypothesen erforscht. Dazu sind kombinierte Prozess-/Erfolgsstudien mit Kontrollgruppen notwendig, wobei die Wirkung auch mittels Katamnesen zu überprüfen ist. Die Überprüfung von Medikamenten erfolgt an Patienten; u. a. werden auch Doppelblind-Studien durchgeführt.
- **Phase III (Testphase):** Es geht um die Überprüfung einer Interventionsmethode im Großversuch; vielfach werden Verbundstudien (gleiches Design in mehreren Institutionen: Multicenter-Studien) durchgeführt (stationär, ambulant). Nach der Phase III können Medikamente registriert und für die Anwendung zugelassen werden.
- **Phase IV (Praxiskontrolle):** Nachdem sich eine neue Interventionsmethode unter Forschungsbedingungen bewährt hat, steht die Implementierung der neuen Methode im Praxisbereich zur Diskussion; auch die Bewährung in der Routine muss überprüft werden (vgl. Qualitätssicherung); bei Medikamenten werden nach der Zulassung mit sog. «drug monitoring» kontinuierlich mögliche unerwünschte Wirkungen registriert.

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Evaluationskriterien

- (1) *Effektivität/Wirksamkeit (efficacy)*: Beurteilung der Wirksamkeit bezüglich definierter Ziele und bezüglich Vergleichsmaßstab, wobei in Abgrenzung zu «(4) Praxisbewährung» meist die Wirksamkeit unter Forschungsbedingungen (Labor) verstanden wird.
 - (1.1) Statistische Signifikanz der Veränderung
 - (1.2) Klinische Signifikanz (Bedeutsamkeit) der Veränderung
 - (1.3) Prozentsatz an gebesserten Patienten
 - (1.4) Breite der Veränderung (Wirkungsspektrum)
 - (1.5) Dauerhaftigkeit der Veränderung (Katamnese)
 - (1.6) Ausmaß an negativen Effekten
- (2) *Effizienz (cost-effectiveness, cost-benefit)*: Beurteilung des zur Zielerreichung benötigten Aufwandes (Kosten-Effektivitäts-Analyse; Kosten-Nutzen-Analyse).
- (3) *Patienten-Zufriedenheit (consumer satisfaction)*
- (4) *Praxisbewährung (effectiveness)*: Beurteilung der Wirksamkeit unter Praxisbedingungen (im deutschsprachigen Raum zum Teil missverständlich mit Effizienz (s. oben) umschrieben).
- (5) *Ethische Angemessenheit*

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Versuchstypen für klinisch-psychologische Interventionsforschung (Gruppen-Design) (APA, 1982, S. 21 ff; Kazdin, 1980)

Name	Methodik		E	M	K
	Kürzel	Umschreibung			
A. Keine expliziten Kontrollbedingungen: Eingruppenplan mit Intervention					
1) Eingruppenplan	- I X	Retrospektiver Datenerhebung am Interventions-Ende	+	-	+
2) Eingruppenplan	X I X	Datenerhebung mindestens vor und nach Behandlung (Zweipunkt-, evtl. Mehrpunkterhebung)	+	-	+
3) Eigenkontrollgruppe	X O X I X	Patienten einige Zeit unbehandelt; Vergleich Warte- mit Interventionszeit	(+)	-	(+)
B. Explizite Kontrollbedingungen: Interventions- und Kontrollgruppe					
4) Kontrolle ohne I.	X I X X O X	Unbehandelte Kontrollgruppe	-	+	-
5) Kontrolle ohne I. mit nachheriger I.: Wartelisten-Kontrollgruppe	X I X X O X I X	Kontrollbedingung ohne Behandlung in der Kontrollphase, anschließend Behandlungsphase	(+)	+	(+)
6) Kontrolle mit geringer I: Placebo-I	X I X X P X	Kontrollbedingung mit Placebo-Behandlung	(+)	+	(+)
7) Kontrolle mit üblicher I: Routine-I	X I X X R X	Kontrollbedingung mit Routine-Behandlung	+	+	+
8) Kontrolle durch andere I:	X I ₁ X X I ₂ X	Kontrollbedingung durch andere Therapieform	+	+	+
9) Kontrolle durch modifizierte I: Parametermodifikation	X I X X I _m X	Kontrollbedingung durch Parametermodifikation	+	+	+
<i>Anmerkungen:</i> E: Ethisches Kriterium, M: Methodisches Kriterium, K: Klinisches Kriterium, Kriterium: + erfüllt, (+) begrenzt erfüllt, - nicht erfüllt. X: Datenerhebung, O: Wartezeit ohne Intervention, I: Intervention, P: Placebo-Intervention, R: Routine-Intervention.					

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 4: Kriterien für empirisch validierte Therapien (vgl. Chambless & Ollendick, 2001; Crits-Christoph, 1998; Kendall et al., 2004; Hahlweg, 1995)

- I. Es müssen mindestens zwei methodisch gute Therapievergleichsstudien mit Kontrollgruppe (Zufallszuteilung) vorliegen, wobei die Wirksamkeit gem. A oder B überprüft wurde:
 - A. Therapie muss wirksamer sein als ein medikamentöses bzw. psychotherapeutisches Placebo oder als eine andere Therapieform.
 - B. Therapie muss gleich wirksam sein wie eine bewährte Therapieform, wobei eine adäquate statistische Power vorhanden sein muss ($N > 30$ pro Gruppe).

oder

 - II. Es muss in einer größeren Zahl von experimentellen Einzelfallstudien ($N > 9$) die Wirksamkeit belegt worden sein. Die Bedingungen A und B müssen dabei erfüllt sein:
 - A. Es muss ein guter experimenteller Versuchsplan vorhanden sein.
 - B. Für den Wirksamkeitsvergleich ist eine Vergleichsmodalität gemäß I/A zu wählen.
- Für beide Varianten I und II gelten:
- III. Es müssen Behandlungsmanuale vorliegen.
 - IV. Die Patienten müssen klar spezifiziert sein.
 - V. Die Wirksamkeit muss von zwei unabhängigen Forschergruppen überprüft worden sein (bei Einzelfallstudien: ≥ 3 Fälle pro Forschergruppe).

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 5: Methodisches Vorgehen bei Metaanalysen (nach Fricke & Treinies, 1985; Rustenbach, 2003)

Phase	Ziel betreffende Phase	Beispiel
1	Formulierung der Forschungsfragen, die mit der Metaanalyse zu beantworten sind	In welcher Relation steht die Wirksamkeit von Psychotherapie zur Wirksamkeit medikamentöser Therapie bei depressiven Störungen?
2	Systematische Literatursuche	
2.1	Definition der Suchbegriffe durch Eingangskriterien	(1) Psychotherapiestudie und (2) medikamentöse Therapie und (3) depressive Störungen
2.2	Definition von zusätzlichen Selektionskriterien	Patientenzahl pro Behandlungsgruppe muss > x Patienten betragen
2.3	Suchstrategien in Literaturdatenbanken, Fachbibliotheken, Literaturverzeichnissen	PsycINFO, Psycindex, MedLine, SCI, SSCI etc.
3	Erstellen eines Kodiersystems für die Beschreibung und Bewertung der einzelnen Studien	
3.1	Struktur (Inhalt) der Studien	Bibliographische Angaben; Versuchsplanung (Faktoren, Zeitraster etc.); Angaben zu Therapeuten (Geschlecht, Erfahrung etc.), Patienten (Alter, Diagnosen, Syndromatik etc.), Interventionen; Instrumente für Prozess-, Erfolgsmessung; Statistik etc.
3.2	Quantifizierung der Studienergebnisse in einheitlichem Maßstab	Effektstärken (d, r etc.), Klassifizierung signifikanter Ergebnisse (Veränderung $p < .05$: +; $p > .05$: -), odds-ratio
3.3	Bewertung der Studien (meist auf der Basis der Validitätskonzepte von Cook und Campbell: interne, statistische, externe, Validität, Konstruktvalidität; Köhnken et al., 1979)	Reliabilität der Verfahren, Voraussetzungsverletzung bei Statistik, Drop-Out, Uni-/Multimodalität, Stichprobenselektion
4	Überprüfung der Beurteiler-Übereinstimmung bezüglich des Beschreibungssystems (evtl. Revision)	
5	Auswertung der einzelnen Studien mittels Kodiersystems	
6	Aufbereitung der Daten: u. a. mittlere Effektstärken (ungewichtet, gewichtet nach Stichprobengrößen, Bewertungsparametern etc.); Zusammenhang von Effektstärken und Struktur- bzw. Bewertungsdaten	Haben Studien mit erfahreneren Therapeuten höhere Effektstärken als Studien mit unerfahrenen Therapeuten?
7	Ergebnisdarstellung und Interpretation	
8	Dokumentation: insbesondere Literaturverzeichnis der verwendeten Studien; evtl. Überblickstabellen zu den einzelnen Studien mit den wichtigsten Parametern	

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 6: Evidenzstufen I-V für evidenzbasierte Medizin bzw. Psychotherapie (Kunz et al., 2000)

Stufe	Erforderliche Unterlagen
I	mindestens eine Metaanalyse bezüglich randomisierter Kontrollstudien
II	mindestens eine randomisierte Kontrollstudie
III	mindestens eine methodisch gute Kontrollstudie ohne Randomisierung
IV	methodisch gute nichtexperimentelle Studien (z. B. Korrelationsstudien)
V	Aussagen von Expertengruppen, Konsensuskonferenzen (ohne exakte empirische Belege), klinische Erfahrung von anerkannten Autoritäten

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Matrix für die Einteilung von universeller, selektiver und indizierter Prävention (Mentor Foundation, n.d.)

Präventionsebene	Zielgruppe	Typisches Ziel
Universell	Alle Kinder einer Schule	Beginn des Drogenkonsums verhindern
Selektiv	Junge Menschen, welche Risikofaktoren ausgesetzt sind (z. B. drogenkonsumierende Peers)	Beginn des Drogenkonsums verhindern
Indiziert	Junge Menschen, welche schon Drogen konsumieren, ohne Substanzmissbrauchsdiagnose	Verhindern des kontinuierlichen Drogenkonsums, Verhindern des problematischen und schädlichen Konsums

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Matrix von Präventionsprogramm-Merkmalen

	Spezifisch	Unspezifisch
Selektiv	Training für Typ-A-Personen; HIV-Prävention bei Strafgefangenen	Gesundheitstraining für HIV-Positive
Universell	Stop-AIDS-Kampagne Schweiz; Zigarettenkonsum (Kast. 1)	Elterntraining; Paartraining (Kast. 3)


aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Beispiele für unspezifische Präventionsziele in der Erziehung

Störungsquellen	mögliche Präventionsziele
<p>Individuelle Ursprungsorte</p> <p><i>allgemein:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetenzmangel • Vulnerabilität <p><i>speziell:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dysfunktionales Coping • Mangel an metakognitiven Kompetenzen • Organische Behinderung 	<p><i>allgemein:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufbau von Kompetenzen • Förderung der Persönlichkeitsentwicklung <p><i>speziell:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Förderung von Coping-Strategien • Förderung metakognitiver Kompetenzen • Bei Defiziten ggf. Aufbau kompensatorischer Kompetenzen
<p>Umweltbezogene Ursprungsorte</p> <p>Mangel an materiellen Grundgütern</p> <p><i>allgemein:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Armut <p><i>speziell:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • schlechte Wohnbedingungen 	<p><i>allgemein:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der materiellen Bedingungen <p><i>speziell:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellen von Nahrung und Wohnung/Lebensraum
<p>Psychosoziale Grundgüter</p> <p><i>allgemein:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangel an Interaktion oder gestörte Interaktion <p><i>speziell:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Schädigender Erziehungsstil • Intolerante Einstellungen der Eltern • Eltern als aggressive Verhaltensmodelle 	<p><i>allgemein:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Qualität der sozialen Ressourcen von Kindern <p><i>speziell:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Förderung der Akzeptierung, Wertschätzung und Unterstützung bei Eltern/Lehrern/Erziehern • Förderung der Toleranz gegenüber der Benützung von Frei- und Handlungsspielräumen • Förderung der Fähigkeit zur aggressionsfreien Konfliktlösung im Umgang mit Kindern und erwachsenen Personen

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 4: Präventionsmethoden in Funktion von Merkmalen der Zielpersonen resp. Zielgruppen (Somaini, 1989, S. 12)

<p>«Bezüglich der HIV-Prävention genügt bei vielen Personen, die ihr Verhalten kaum zu ändern haben oder denen solche Verhaltensänderungen leicht fallen, schon das Vermitteln von Informationen. Dies kann über Zeitungsmeldungen, über ein Gespräch beim Arzt oder mittels Informationsbroschüren geschehen. Ein größerer Teil der Bevölkerung benötigt zur Verhaltensänderung, insbesondere im Sexualbereich, eine entsprechende Motivation. Hier gilt es, die Einstellung dieser Personen zu beeinflussen, was mit Hilfe von Massenmedien und überzeugenden Kommunikationen, z. B. Unterrichtsmaterialien oder Vorträgen, erreicht wird. Über Gruppendiskussion oder sogar Verhaltenstrainings sind dann die Personen anzugehen, die nur schwer ihr Verhalten anpassen können oder ein potentiell hohes Risikoverhalten zeigen. Hier kommen insbesondere auch die individuelle Beratung und eine optimale Integration in bestehende soziale Netze zum Zuge (s. unten).</p>	<p>Wenn das Verhalten nicht oder kaum beeinflussbar ist, sind letztendlich «Umgebungsänderungen», etwa durch technische Maßnahmen, in Betracht zu ziehen. Als Beispiel sei an dieser Stelle das obligatorische Blutscreening im Blutspendewesen genannt. Erst sofern sich alle Schritte als erfolglos erweisen, sind mögliche gesetzliche Vorschriften zu erwägen. In der Schweiz wie auch in anderen Ländern bestehen bereits Gesetzesregelungen, die bei AIDS angewendet werden können. Eine seriöse Analyse zeigt aber, dass viele dieser Vorschriften zur Zeit der Verhältnismäßigkeit entbehren oder aber nur in gezielten Einzelfällen in Betracht gezogen werden können. Die staatlichen Stellen, die solche gesetzlichen Interventionen erwägen, sind dann allerdings auch dazu verpflichtet, jeder Person die nötige Unterstützung zu gewähren und die Chance zu einer Verhaltensanpassung auf freiwilliger Basis zu geben.»</p>	
<p>Strategien zur Verhaltensänderung (in Anlehnung an Maccoby & Solomon, 1981)</p>		
Zielgruppe bzw. Verhalten	Ziel	Strategie
«leicht zu ändern»	Problembewusstsein	Fakten/Information, Aufklärung
	Motivation	überzeugende Kommunikation, Beratung
	Soziale Verstärkung	Gruppendiskussion
	Vermehrte Verhaltensförderung	Verhaltenstraining
«schwer zu ändern»	Umgebungskontrolle	Umgebungsveränderung, Gesetze u. a.

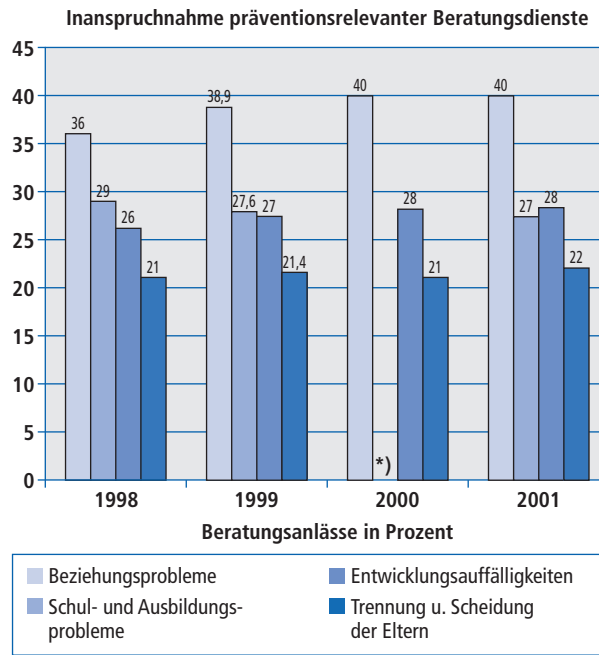
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 5: Ergebnisse der Analyse von 17 Metaanalysen gem. verschiedener Präventionsformen (Röhrle, 2004)

Präventionsformen	Mittlere Effektstärken (N Metaanalysen)	Effektstärkenbereich
Störungsorientiert	.31 (N = 4)	.22–.44
Ressourcenorientierte	.37 (N = 5)	.27–.66
Stressorientiert	.45 (N = 8)	.11–.89

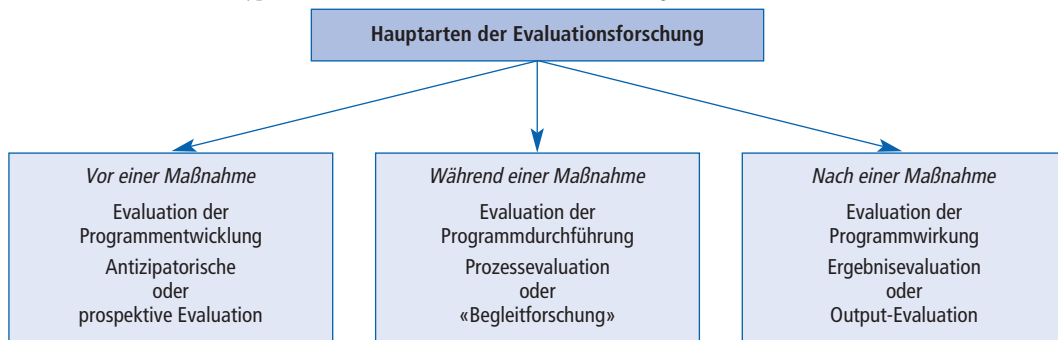
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Inanspruchnahme präventionsrelevanter Beratungsdienste (Statistisches Bundesamt: 1998–2001; in Anlehnung an Röhrle, 2004). *) Daten liegen nicht vor.



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 2: Evaluationstypen nach dem zeitlichen Verlauf (nach Mittag & Jerusalem, 1997)



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Ablaufstruktur von Psychotherapien (vgl. auch Kanfer & Grimm, 1980)

Phase	Ziele	Mittel
1. Indikation	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostische Abklärung • Klärung der geeigneten Therapiemethode: Medizinische Intervention? Psychologische Intervention? Welche klinisch-psychologische Behandlungs- bzw. Therapiemethoden? • Aufklärung über die Therapie; Einwilligung (informed-consent) 	<ul style="list-style-type: none"> • Interview/Anamnese • Persönlichkeitstest und klinische Tests • u.U. neben psychologischer auch medizinische Untersuchung
2. Aufbau der therapeutischen Beziehung und Klärungsarbeit (Problemklärung/ Ziele)	<ul style="list-style-type: none"> • Rollenstrukturierung: Dem Patienten die Rolle als Patient erleichtern und erklären • Bildung von positiven Veränderungserwartungen • Aufbau der therapeutischen Beziehung • Eventuell Vermittlung eines globalen Ätiologiekonzeptes 	<ul style="list-style-type: none"> • Verwirklichung von Wertschätzung und Empathie • Klärung der therapeutischen Spielregeln • Therapeutischer Kontrakt
3. Inszenierung des therapeutischen Lernens	<ul style="list-style-type: none"> • Systematischer Kompetenzaufbau (Verhaltenstherapie) • Analyse und Erfahrung von Verhaltens- und Erlebensmotiven (Psychoanalyse) • Restrukturierung des Selbstbildes (Gesprächspsychotherapie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Einsatz spezieller psychotherapeutischer Techniken • Kontinuierliche Beobachtung und Evaluation des therapeutischen Verlaufs
4. Evaluation vor/nach Abschluss	<ul style="list-style-type: none"> • Psychodiagnostische Klärung der Therapiezielerreichung • Sicherung der Generalisierung der Therapieergebnisse • Formelle Beendigung des therapeutischen Verhältnisses 	<ul style="list-style-type: none"> • Gespräch • Diagnostische Verfahren • Reduzierung der therapeutischen Kontakte • Einvernehmliche Abschlussvereinbarung

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Allgemeine Zielstrukturen von Psychotherapien(vgl. Orlinsky & Howard, 1986)

Zieltyp	Beispiele
Ziele für Therapiesitzung (therapieprozessbezogen): Konkret und kurzfristig	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der Selbstexploration • Verminderung der Angst beim Sprechen über tabuisierte Inhalte • Beim Rollenspiel angemessen mitspielen • Instruktionen einer Übung befolgen
Mikroergebnisse (micro-outcome / post-session): Konkret und kurzfristig	<ul style="list-style-type: none"> • Konkrete Alltagssituation, die bisher gemieden wurde, nicht mehr meiden (z. B. mit Vorgesetztem sprechen) • Den Zusammenhang einer konkreten sozialen Konfliktsituation besser verstehen können.
Makroergebnisse (macro-outcome/post-session): Globaler und langfristig	<ul style="list-style-type: none"> • Positives Selbstbild • Angemessene Ichstärke • Angemessene Selbstwirksamkeitserwartung • Verbesserte Kommunikationsfähigkeit • Stabile und situationsgeneralisierte Kompetenzen

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Prozesse und Interventionen (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992)

Prozesse	Definitionen der Interventionen/der psychologischen Mittel zur Aktivierung der Prozesse
<i>Selbstexploration/Selbstreflexion</i> (consciousness raising)	Zunahme an Information über sich selber und über Probleme: Beobachtung, Konfrontation, Interpretationen/Deuten, Bibliothherapie
<i>Selbst-Neueinschätzung</i> (-Bewertung) (self-reevaluation)	Feststellen, wie man fühlt und denkt über sich selbst in Hinblick auf ein Problem: Klärung der Werte, Vorstellungsarbeit, korrektive emotionale Erfahrung
<i>Selbst-Befreiung</i> (self-liberation)	Entscheidung und Engagement für Verhaltensänderung oder Überzeugung in die Fähigkeit für die Veränderung: Entscheidungstherapie, Logotherapeutische Technik, Motivierungstechnik
<i>Gegenkonditionierung</i> (counter-conditioning)	Problemverhalten durch alternatives Verhalten schwächen: Relaxation, Desensibilisierung, Selbstsicherheitstraining, positive Selbst-Instruktion
<i>Stimuluskontrolle</i> (stimulus control)	Vermeidung oder Bekämpfung von Stimuli, die das Problemverhalten auslösen: Umgebung restrukturieren (z. B. Alkohol oder schädigende Nahrungsmittel verbannen), gefährliche Risikosituationen vermeiden
<i>Verstärkungsprozeduren</i> (reinforcement management)	Selbst- oder Fremdverstärkung für erwünschtes Verhalten: Kontingenzverträge, offenes oder verdecktes Verstärken, Selbstbelohnung
<i>Helfende Beziehungen</i> (helping relationships)	Offensein für Probleme und Personen vertrauen, die helfen: Therapeutische Allianz, soziale Unterstützung, Selbsthilfegruppen
<i>Gefühlserleichterung</i> (dramatic relief)	Gewahrwerden und ausdrücken von Gefühlen bezüglich eigener Probleme und Lösungen: Psychodrama, Rollenspiel
<i>Umgebungs-Neueinschätzung</i> (-Bewertung) (environmental reevaluation)	Feststellen, wie eigene Probleme die Umgebung belasten: Empathie-Training
<i>Soziale Befreiung</i> (social liberation)	Aufbau bzw. Stärkung von konstruktivem Verhalten der Sozietät: Einsatz für die Rechte der Unterdrückten, «Empowering», politische Interventionen

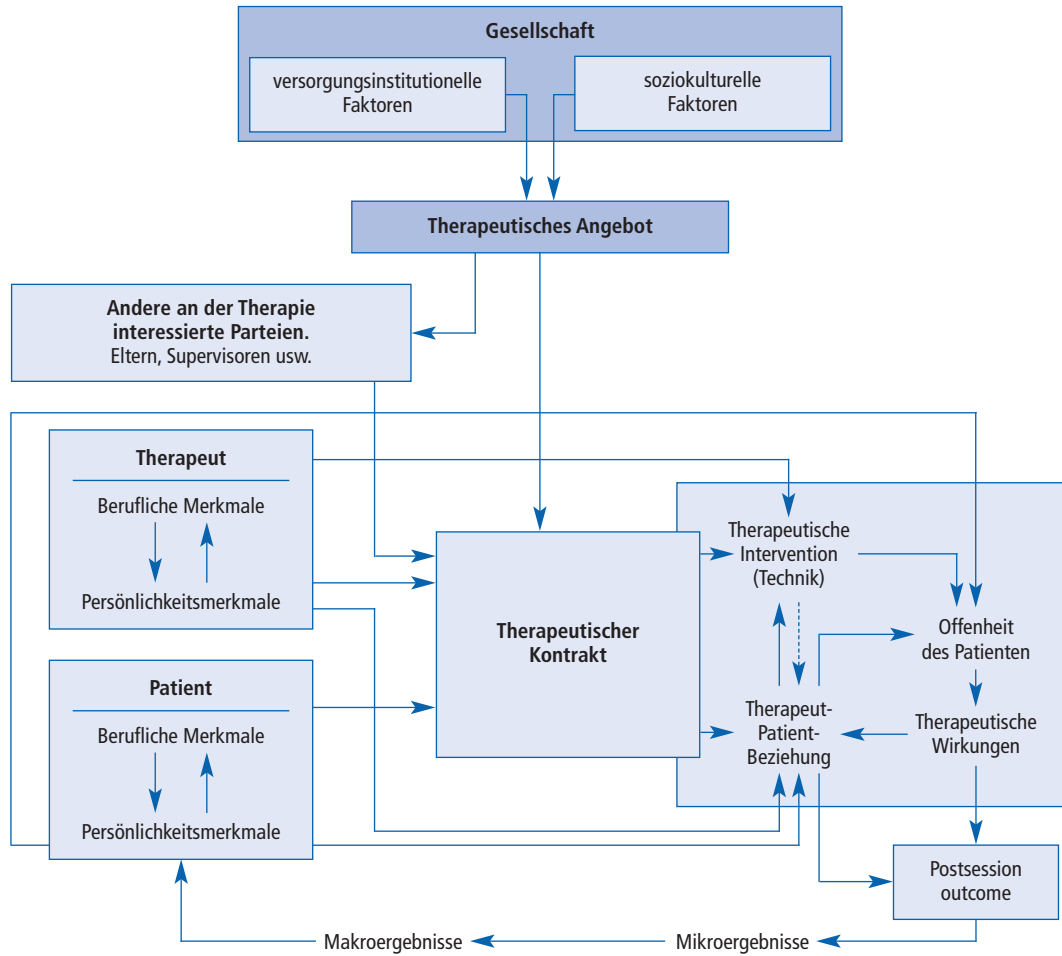
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 4: Vier Psychotherapie-Ansätze – aus der Sicht ihrer Proponenten (vgl. Karasu, 1977)

Konzepte	Tiefenpsychologischer Ansatz (z. B. Freud, Winnicott)	Verhaltenstherapeutischer Ansatz (z. B. Beck, Meichenbaum)	Existenziell-Humanistischer Ansatz (z. B. Rogers, Gendlin)	Kommunikationsorientierter Ansatz (z. B. Watzlawick, Minuchin)
Ätiologiekonzept	Frühkindliche Triebkonflikte Verdrängungsprozesse	Dysfunktionale Lerngeschichte Person-Umwelt-Interaktion	Inkongruenz von Erfahrung und Selbstkonzept	Störungen als Ausdruck/Folge dysfunktionaler Kommunikationsstrukturen
Gesundheitskonzept/ Therapieziele	Aufarbeitung von intrapsychischen Konflikten «Wo Es war soll Ich werden», dem Patienten helfen, unbewusste Motive zu erkennen	Wiederherstellung der Verhaltens- und Erlebenskompetenzen, Veränderung der Selbstsicht, Selbstkontrolle	Förderung der Selbstaktualisierung «fully functioning person»	Herstellen konstruktiver Kommunikationsstrukturen, entdecken dysfunktionaler Kommunikationsstrukturen und Kommunikationsstrukturen reorganisieren helfen
Therapeutische Zeitperspektive	Gegenwart aus Vergangenheit verstehen	Gegenwartsorientiert	Gegenwartsorientiert	Gegenwartsorientiert
Psychologische Mittel	Deuten von freien Assoziationen, von Übertragungsphänomenen, Fehlleistungen, Träumen usw.	Übung, Verstärkungslernen, Habituation, Modelllernen, Kognitive Umstrukturierung, psychophysiologische Methoden	Zeigen von Empathie und Akzeptierung, Dialog, Encounter (teilweise Körpererfahrung)	Instruktion/Deuten

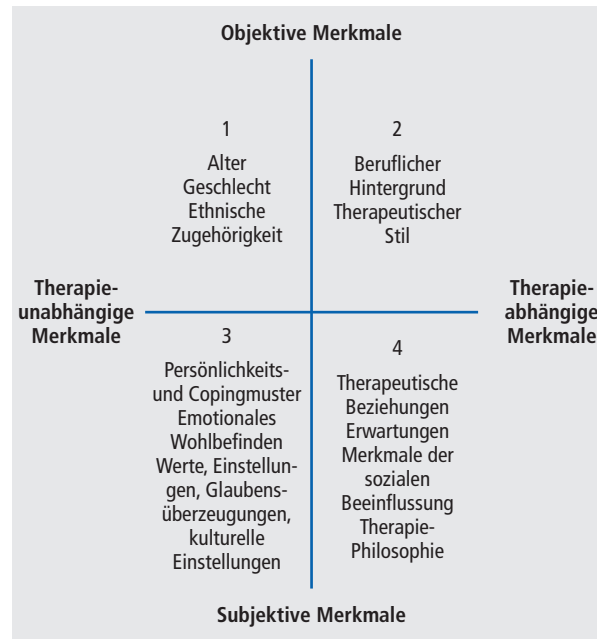
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Ein allgemeines Modell der psychotherapeutischen Prozessstruktur (in Anlehnung an Orlinsky & Howard, 1986)



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 2: Klassifikation der Therapeutenmerkmale (Beutler, Machado & Neufeldt, 1994, S. 231)



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Auswahl von Standardprogrammen für verschiedene Störungsbilder

<p>Depressive Störungen</p> <ul style="list-style-type: none">● Kognitive Therapie der Depression (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2001).● Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen (Hautzinger, Stark & Treiber, 2000).● Depression bewältigen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm nach P.M. Lewinsohn (Herrle & Kühner, 1994).● Depressionen vorbeugen (Kühner & Weber, 2001). <p>Schizophrenie</p> <ul style="list-style-type: none">● Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten (Fiedler, Niedermeier & Mundt, 1997).● Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT) (Roder, Brenner, Kienzle & Hodel, 2002).● Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen (Klingberg, Schaub & Conradt, 2003).● Social skills training for schizophrenia (Bellack, Mueser & Agresta, 2004). <p>Angststörungen</p> <ul style="list-style-type: none">● Panik: Angstanfälle und ihre Behandlung (Schneider & Margraf, 2008).● Platzangst: Ein Übungsprogramm für Betroffene und Angehörige (Mathews, Gelder & Johnston, 2003).● Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen (Lakatos & Reinecker, 2007).● Panikstörung und Agoraphobie (Schmidt-Traub, 2008).● Generalisierte Angststörung (Becker & Margraf, 2007). <p>Störungen bezüglich Selbstsicherheit und sozialer Kompetenzen</p> <ul style="list-style-type: none">● Verhaltenstrainingsprogramm zum Aufbau sozialer Kompetenzen (Feldhege & Krauthan, 1979).● Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) (Hinsch & Pflingsten, 2007).● Das Assertivness-Training Programm (ATP). Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz (Ullrich de Mueynck & Ullrich, 2001).● Soziale Phobien: Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual (Stangier, Heidenreich & Peitz, 2009). <p>Partnerprobleme, Sexualprobleme</p> <ul style="list-style-type: none">● Psychotherapie mit Ehepaaren (Bornstein & Bornstein, 1993).● Partnerschaftsprobleme: Beziehungsprobleme meistern – ein Handbuch für Paare (Schindler, Hahlweg & Revenstorf, 2009).● Behandlung sexueller Störungen (Hoynsdorf, Reinhold & Christmann, 1995).● Sexualtherapie (Fahrner & Kockott, 2003). <p>Psychophysiologische Störungen</p> <ul style="list-style-type: none">● Gruppentraining gegen psychosomatische Störungen (Franke, 1998).● Kopfschmerztherapie (Schulz & Vogler, 1983).● Schmerz- und Krankheitsbewältigung bei rheumatischen Erkrankungen (Jungnitsch, 1992).● Chronische Kopf- und Rückenschmerzen (Basler, 2000).● Somatisierungsstörung (Rief & Hiller, 2010). <p>Persönlichkeitsstörungen</p> <ul style="list-style-type: none">● Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen (Schmitz, Schuhler, Handke-Raubach & Jung, 2001).● Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Linehan, 2007).● Persönlichkeitsstörungen (Sachse, 2004). <p>Essstörungen</p> <ul style="list-style-type: none">● Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa (Jacobi, Thiel & Paul, 2007).● Teufelskreis Bulimie. Ein Manual zur psychologischen Therapie. (Tuschen-Caffier & Florin, 2002).● Bulimie (Bauer, Anderson & Hyatt, 2002). <p>Abhängigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none">● Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit (Altmannsberger, 2003).● Integrative Verhaltenstherapie bei Abhängigkeit (Burtscheidt, 2001).● Rückfallprävention bei Alkoholabhängigen (Körkel & Schindler, 2011).

Tabelle 2: Verfahren in der Verhaltenstherapie

<p>Techniken der Stimuluskontrolle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Systematische Desensibilisierung (in sensu, in vivo) • Graduierte Löschung • Exposition und Reaktionsverhinderung • Angstbewältigungstraining • Reiz-Überflutungs-Verfahren • Paradoxe Intervention
<p>Techniken der Konsequenzkontrolle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reaktionskontingente Verstärkung • Operante Löschung • Kontingenzmanagement • Münzökonomien • Bestrafungsverfahren • Time-out: Response-cost
<p>Techniken des Modelllernens</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modelllernen in vivo • Verdecktes Modelllernen • Darbietung symbolischer Modelle
<p>Techniken der Selbstkontrolle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbeobachtung • Stimuluskontrolle • Kontingenzkontrolle • Aufstellen von Verträgen
<p>Kognitive Verfahren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verdecktes Konditionieren • Kognitive Therapie (A.T. Beck) • Rational Emotive Therapie (A. Ellis) • Training in Problemlösen • Selbstinstruktionstraining • Stressimpfungstraining • Strategien der Umattribution

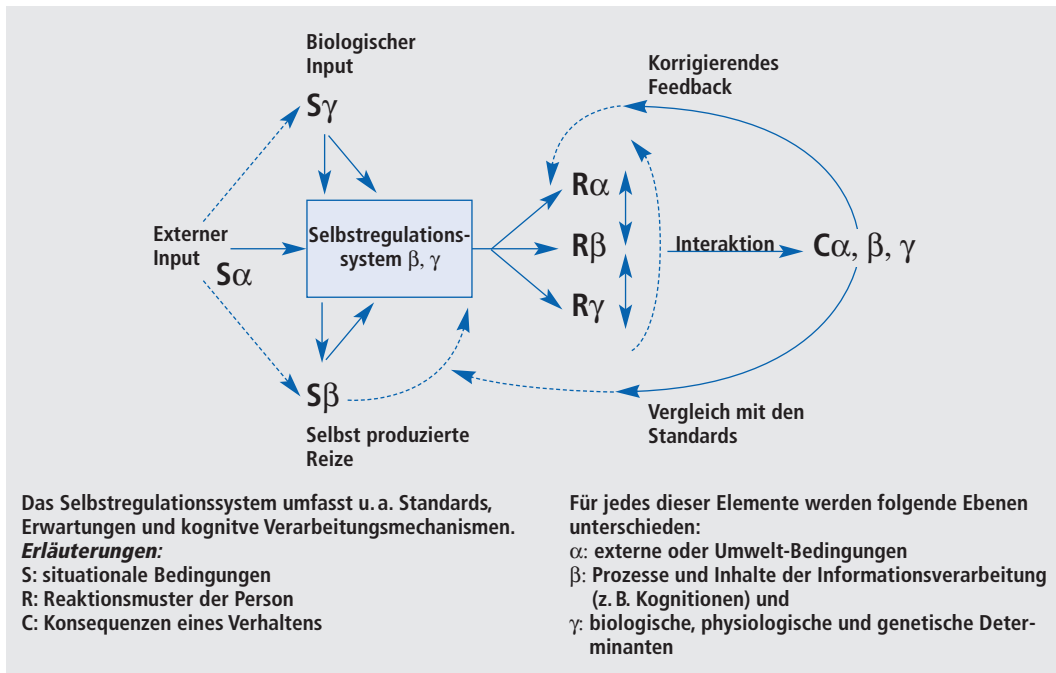
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Verfahren der Angsttherapie

	in sensu (Vorstellung)	in vivo (real)
abgestufte Reizkonfrontation	Desensibilisierung	Desensibilisierung in vivo
nicht abgestufte Reizkonfrontation		Exposition
massierte Reizkonfrontation	Implosion	Flooding

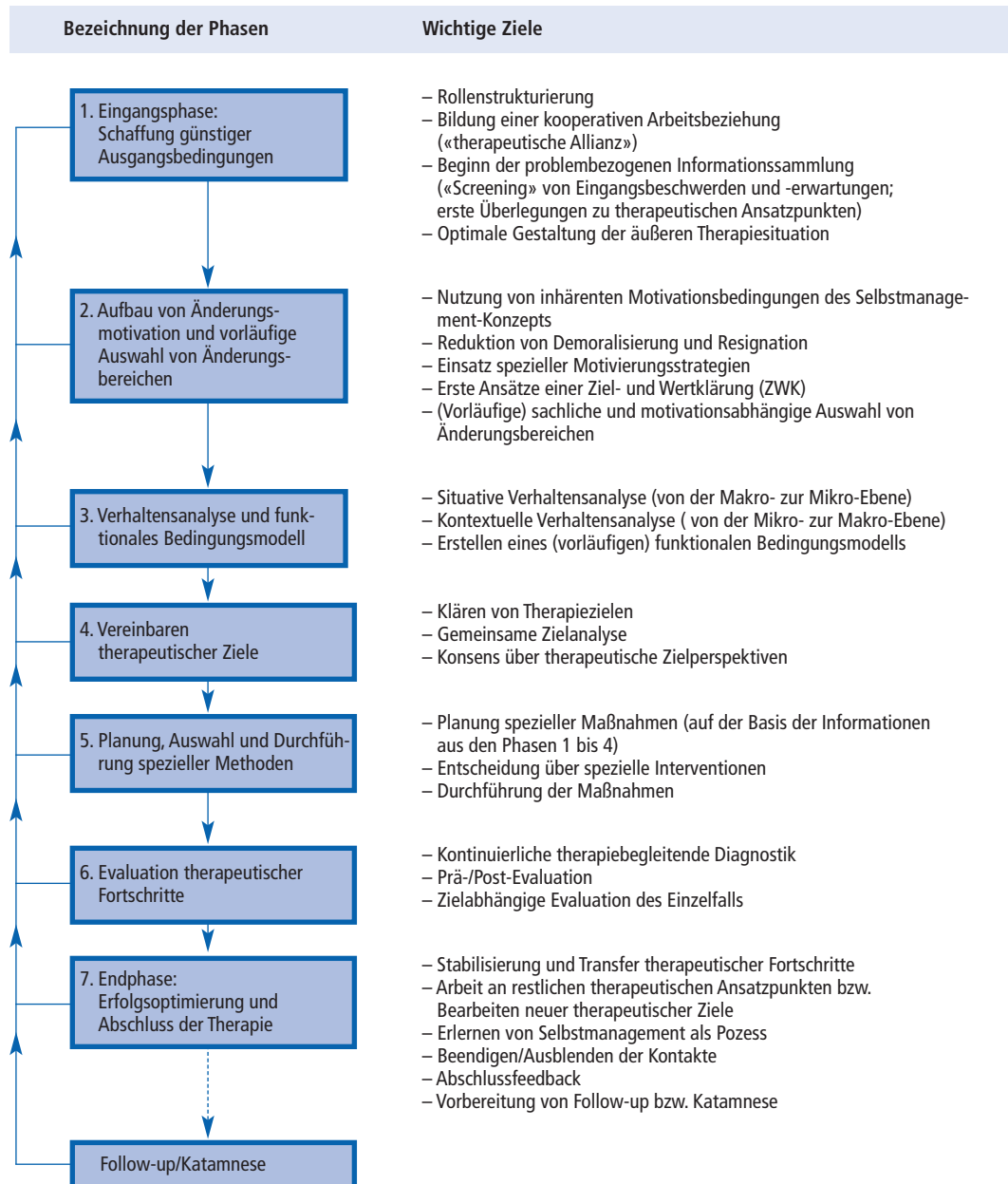
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: System-Modell der Regulation menschlichen Verhaltens (Kanfer & Schefft, 1987)



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 2: Das 7-Phasen-Modell für den diagnostisch-therapeutischen Prozess (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2011)



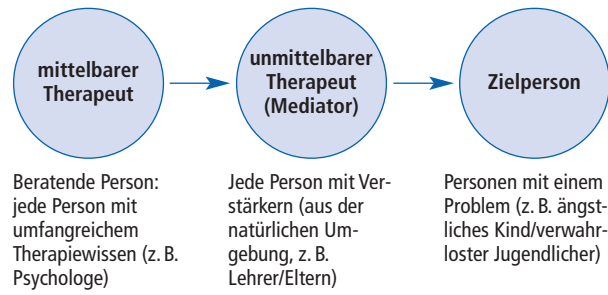
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 3: Schema der Grundstrategien der Konsequenzkontrolle (Reinecker, 1986, S. 46; S. 245). $R\uparrow$ bedeutet eine Erhöhung der Auftrittswahrscheinlichkeit von Verhalten derselben operanten Klasse, $R\downarrow$ eine Senkung.

		Beziehungen zwischen Reaktionen (Verhalten) und Konsequenzen	
		Darbietung	Entfernung
Verstärker	Positiver (= angenehmer) Stimulus C^+	C^+ positive Verstärkung Folge: $R\uparrow$	C^+ indirekte Bestrafung Löschung Folge: $R\downarrow$
	Aversiver (= unangenehmer) Stimulus C^-	C^- direkte Bestrafung Folge: $R\downarrow$	C^- negative Verstärkung Folge: $R\uparrow$

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 4: Mediatoren-Modell (Tharp & Wetzel, 1975)



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Tipps für eine kultursensitive Therapeut-Patient-Kommunikation (vertiefende Fachliteratur: Heise, 1998; Pedersen et al., 2002)

1. Informationen einholen über das (sub-)kulturelle und gesellschaftshistorische Umfeld des Patienten. Beispielsweise wenn man mit einem Patienten aus Indien arbeitet, sollte man sich über die ethnische Gruppierung (gesellschaftliche Position – etwa Kastenzugehörigkeit, religiöse Tradition, Geschlechterrollen, Familienstrukturen – z.B. Position in der Geschwisterreihe, herrschende Sippennormen – etc.) informieren. Meist trägt schon der Versuch des Therapeuten, die Kultur des Patienten näher kennen lernen zu wollen zur Stärkung des Vertrauens und der therapeutischen Beziehung bei.
2. Der Patient soll stets als Teilnehmer und Repräsentant seines kulturellen Kontextes wahrgenommen werden. Zu diesem Kontext können z. B. Familienmitglieder, Sippenälteste, religiöse Lehrer gehören. Das westliche Konzept einer abgegrenzten dyadischen Patient-Therapeut-Beziehung soll besonders flexibel definiert und gehandhabt werden.
3. Alle grundlegenden, zum Teil selbstverständlichen Aspekte der therapeutischen Beziehung wie Berührung, Blickkontakt, verbale oder paraverbale Kommunikation sind in Bezug auf die kulturellen Hintergründe des Patienten zu bedenken. Notfalls kann der Therapeut den Rat eines Informanten aus dem Kulturkreis des Patienten einholen.
4. Die angewandte Therapieform soll in vielfältiger Hinsicht modifizierbar sein, z. B. Aktivitätsgrad des Therapeuten, Definition möglicher Therapieziele, Anpassung bestimmter Behandlungsverfahren, Modifikation der Evaluationsverfahren.
5. Der Therapeut soll auf eine mögliche kulturbedingte Beeinflussung der Patient-Therapeut-Beziehung fokussieren. Insbesondere soll der Therapeut seine eigenen Vorstellungen und Erwartungen über kulturelle Einflüsse bewusst machen und kritisch reflektieren. So könnte beispielsweise bei Patienten aus traditionellen Kulturen das «freundschaftlich-egalitäre Interaktionsmuster» moderner Therapeuten als distanzlos oder zumindest kontraproduktiv gelten.

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Einstellungen und Erwartungen von Migranten (z. B. Türkei) und Therapeuten (modifiziert nach Pfeiffer, 1995)

Einstellungen und Erwartungen von türkischen Migranten und Therapeuten		
	Patient (Migrant)	Therapeut
Befriedigung des Hilfsbedürfnisses	<ul style="list-style-type: none"> • umgehende Hilfe durch die Autorität 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufschieben, Mobilisieren des eigenen Potentials
Beziehung zur Gruppe bzw. Selbstbewertung	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppe als Ort der Identität bzw. Selbstbewertung • Verhaltensregulierung durch Ansehen in der Gruppe 	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie, Selbstverantwortlichkeit • innerer Ort der Bewertung
Beziehung zum Therapeuten	<ul style="list-style-type: none"> • familiäres Autoritäts-Verhältnis 	<ul style="list-style-type: none"> • sachliche oder personale Arbeitsbeziehung
Lokalisation von Problemen und Konflikten	<ul style="list-style-type: none"> • äußere Faktoren zwischenmenschlicher Beziehungen 	<ul style="list-style-type: none"> • in der eigenen Person, Introspektion
Verhältnis zum Körper	<ul style="list-style-type: none"> • Erleben und Ausdruck körperzentriert 	<ul style="list-style-type: none"> • körperfern, beherrscht

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Beispiele für Messinstrumente in der Rehabilitation (vgl. Biefang, Potthoff & Schliehe, 1999)

Verfahren	Zielsetzung	Kurzbeschreibung	N
Subjektive Gesundheit			
<i>Indikatoren des Reha-Status (IRES)</i> (Gerdes & Jäckel, 1995) S	Messung des somatischen, funktionalen und psychosozialen Status	Der IRES erfasst drei Dimensionen mit je zwei Unterdimensionen über Skalen und Einzelitems.	+
<i>Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)</i> (Bullinger & Kirchberger, 1998) S	Selbsteinschätzung von psychischen, körperlichen und sozialen Aspekten der Lebensqualität bei chronischen Krankheiten	Der Fragebogen erfasst acht Dimensionen, die sich konzeptuell in die Bereiche «körperliche Gesundheit» und «psychische Gesundheit» einordnen lassen.	+
Coping			
<i>Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)</i> (Muthny, 1989) S + F	Erfassung von Krankheitsverarbeitungsmodi auf den Ebenen von Kognition, Emotion und Verhalten	Es existieren ein ausführliches Instrument mit 12 Skalen (insgesamt 102 Items) sowie eine Kurzform mit 5 Skalen und 35 Items.	+
<i>Trierer Skalen zur Krankheitsverarbeitung (TSK)</i> (Klauer & Filipp, 1993) S	Erfassung von Formen des Bewältigungsverhaltens bei schweren körperlichen Erkrankungen	Der TSK umfasst 37 Items, die fünf verschiedene Subskalen abbilden.	+
Ressourcen und Schutzfaktoren			
<i>Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU)</i> (Fydrich et al., 2007) S	Erfassung der wahrgenommenen bzw. antizipierten Unterstützung aus dem sozialen Umfeld	Teil A der Langform erfasst vier Hauptskalen sowie drei Nebenskalen (zusammen 54 Items). Teil B besteht aus zehn Items. Zudem existiert eine Kurzform mit 22 Items.	+
Psychische Störungen			
<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)</i> (Hermann et al., 1995) S	Selbstbeurteilung von Angst und Depressivität bei Erwachsenen mit körperlichen Beschwerden bzw. Erkrankungen	Die Skala besteht aus zwei Subskalen (Angst und Depression) mit insgesamt 14 Items.	+
<i>Symptom Checklist (SCL)</i> (Franke, 2002) S	Einschätzung subjektiv empfundener Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Symptome	Die SCL umfasst 9 Skalen und 90 Items. Die Kurzform besteht ebenfalls aus 9 Skalen, umfasst jedoch nur 53 Items.	+
<i>Anmerkungen: S: Selbstbeurteilungsverfahren, F: Fremdbeurteilungsverfahren; N = Normen: + vorhanden</i>			

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Bekannte Antipsychotika (Einzelheiten bei Möller et al., 2000)

Markennamen	Freinamen	Übliche Tagesdosen (mg)
Abilify®	Aripiprazol	15 – 30
Ciatyl®, Sordinol®	Clopenthixol	75 – 250
Dapotum®, Lyogen®, Omca®	Fluphenazin	2 – 20
Decentan®, Trilafon®	Perphenazin	8 – 64
Dipiperon®	Floropipamid, Pipamperon	80 – 360
Dogmatil®	Sulpirid	100 – 600
Entumin®	Clothiapin	40 – 200
Eunerpan®	Melperon	50 – 300
Fluanxol®	Flupenthixol	1 – 10
Haldol®	Haloperidol	3 – 20
Imap®	Fluspirilen	2 – 10 pro Woche
Largactil®, Megaphen®	Chlorpromazin	25 – 800
Leponex®	Clozapin	12.5 – 600
Melleril®	Thioridazin	75 – 700
Neuleptil®, Aolept®	Periciazin	20 – 150
Neurocil®, Nozinan®	Laevomepromazin	30 – 600
Nipolept®	Zotepin	75 – 450
Orap®	Pimozid	3 – 10
Prazine®, Protactyl®	Promazin	50 – 1000
Risperdal®	Risperidon	4 – 8
Sedalande®	Fluanison	5 – 80
Seroquel®	Quetiapin	150 – 750
Solian®	Amisulprid	50 – 1200
Taxilan®	Perazin	75 – 800
Truxal®, Taractan®	Chlorprothixen	75 – 500
Zyprexa®	Olanzapin	5 – 20

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Bekannte Antidepressiva (Einzelheiten bei Möller et al., 2000)

Markennamen	Freinamen	Übliche Tagesdosen (mg)
Anafranil®	Chlorimipramin	50 – 300
Aurorix®	Moclobemid	150 – 600
Edronax®	Reboxetin	8 – 12
Efexor®	Viloxazin	200 – 500
Fevarin®, Floxyfral®	Fluvoxamin	50 – 300
Fluctin®, Fluctine®	Fluoxetin	20 – 80
Gamonil®	Lofepramin	70 – 210
Insidon®	Opipramol	50 – 300
Ludiomil®	Maprotilin	75 – 225
Nefadar®	Nefazodon	200 – 600
Nortrilen®	Nortriptylin	30 – 225
Noveril®	Dibenzepin	80 – 720
Pertofran®	Desimipramin	50 – 250
Remergil®, Remeron®	Mirtazapin	15 – 45
Seropram®, Sepram®	Citalopram	20 – 60
Seroxat®, Seroxat®	Paroxetin	10 – 50
Sinequan®, Aponal®	Doxepin	75 – 300
Stangyl®, Surmontil®	Trimipramin	50 – 400
Tofranil®	Imipramin	50 – 300
Tolvin®, Tolvon®	Mianserin	30 – 90
Trittico®, Thombran®	Trazodon	100 – 400
Tryptizol®, Saroten®	Amitriptylin	75 – 300
Vivalan®	Viloxazin	200 – 500
Zoloft®, Gladem®	Sertralin	50 – 200

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Bekannte Tranquilizers, Schlafmittel (Einzelheiten bei Möller et al., 2000)

Markennamen	Freiname	Dosis (mg)	Verwendung als
Adumbran®, Seresta®	Oxazepam	10 – 150	Tranquilizer
Buspar®	Buspiron	15 – 30	Tranquilizer
Dalmadorm®	Flurazepam	15 – 30	Schlafmittel
Frisium®, Urbanyl®	Clobazam	20 – 60	Tranquilizer
Halcion®	Triazolam	0.125 – 0.5	Schlafmittel
Lexotanil®	Bromazepam	3 – 12	Tranquilizer
Librium®	Chlordiazepoxid	15 – 150	Tranquilizer
Mogadon®, Mogadan®	Nitrazepam	5 – 15	Schlafmittel
Noctamid®	Lormetazepam	0.5 – 2.0	Schlafmittel
Planum®	Temazepam	10 – 40	Schlafmittel
Rohypnol®	Flunitrazepam	0.5 – 2	Schlafmittel
Stilnox®	Zolpidem	10 – 20	Schlafmittel
Tavor®, Temesta®	Lorazepam	1 – 7.5	Tranquilizer
Tranxilium®	Dikalium clorazepat	10 – 60	Tranquilizer
Valium®	Diazepam	5 – 60	Tranquilizer
Xanax®, Tafil®	Alprazolam	0.5 – 4	Tranquilizer
Ximovan®	Zopiclon	7.5 – 15	Schlafmittel

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 4: Stimulantien

Markennamen	Freiname	Dosis (mg)
Benzedrin®	dl-Amphetamin	10 – 30
Dexedrin®	d-Amphetamin	5 – 20
Pervitin®	Methamphetamin	3 – 6
Ritalin®	Methylphenidat	5 – 30
Provigil®	Modafinil	200 – 400
Stimul®, Tradon®	Pemolin	20 – 40

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 5: Nootropika und Antidementiva

Markennamen	Freiname	Dosis (mg)
Akatinol [®] , Ebixa [®] , Axura [®]	Memantin*	20 – 30
Aricept [®]	Donepezil*	5 – 10
Encephabol [®]	Pyritinol	600 – 800
Exelon [®]	Rivastigmin*	4 – 12
Hydergin [®]	Co-dergocrin Mesylat	3 – 9
Normabrain [®] , Nootropil [®]	Piracetam	2400 – 40 000
Pervincamin [®] , Cetal [®]	Vincamin	30 – 60
Reminyl [®]	Galanthamin*	16 – 24
Sermion [®]	Nicergolin	15 – 30

* Wirkung bei Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT) in kontrollierten Studien gesichert

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 6: Pharmakotherapie bei Angstsyndromen (Einzelheiten bei Taylor, 1998; Möller et al., 2000)

Art der Angststörung	Substanzklasse	Wirksamkeit nachgewiesen	Zugelassene Medikamente	Bemerkungen
Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie	Antidepressiva	ja	Clomipramin, Paroxetin	Mittel der 1. Wahl. Dosis, Wirkungseintritt, Nebenwirkungen entsprechend der Verwendung bei Depressionen Rascher Wirkungseintritt; für längere Behandlungen Mittel der 2. Wahl
	Tranquilizers	ja	Alprazolam, Diazepam	
Generalisierte Angststörung	Tranquilizers (Benzodiazepine)	ja	Diazepam, Alprazolam, Lorazepam	Rascher Wirkungseintritt, Gefahr der Gewöhnung, Absetzsymptome
	Andere Tr.	ja	Opipramol, Buspiron	Breites Wirkungsspektrum Verzögerter Wirkungseintritt
Soziale Phobien	MAO-Hemmer	ja	Moclobemid	Pharmakotherapie hat begrenzte Wirksamkeit. Kognitive Verhaltenstherapie ist 1. Wahl
	SSRIs	(ja)	---	
	Tranquilizers	(ja)	---	
Zwangsstörungen	Antidepressiva	ja	Clomipramin, mehrere SSRIs	Mittel der 1. Wahl. Dosis, Wirkungseintritt, Nebenwirkungen entsprechend der Verwendung bei Depressionen
Posttraumatische Belastungsreaktion	Antidepressiva	?	---	Primär eine Domäne der Psychotherapie

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Motorische Störungen, die in DSM-IV-TR bzw. ICD-10 aufgelistet sind

DSM-IV-TR	ICD-10	Name	Beschreibung
300.11	F44	Konversionsstörung	Somatisch anmutende Erkrankung, die jedoch vermutlich psychologischen Ursprungs ist. Von besonderem Interesse in diesem Kapitel: die psychogene Bewegungsstörung (Kriterien: s. Abschnitt 3.2).
<i>Ticstörungen</i>			
307.23	F95.2	Tourette-Störung	Ticstörungen werden im Text näher beschrieben. Die Tourette-Störung unterscheidet sich vom chronischen Tic dadurch, dass motorische und vokale Tics gleichzeitig vorkommen. Der vorübergehende Tic unterscheidet sich von den anderen Tics dadurch, dass er maximal 12 Monate andauert.
307.22	F95.1	Chronische motorische oder vokale Tics	
307.21	F95.0	Vorübergehende Tics	
307.20	F95.9	Nicht näher bez. Tics	
<i>Medikamenteninduzierte Bewegungsstörungen</i>			
332.1	G21.1	Neuroleptikainduzierter Parkinsonismus	Antipsychotische Medikamente (Neuroleptika), greifen häufig in den Dopaminstoffwechsel ein und beeinträchtigen damit die Funktion der Basalganglien. Da die Basalganglien eine zentrale Rolle in der Bewegungssteuerung spielen, können diese Medikamente eine Reihe motorischer Störungen verursachen. Diese Störungen (Dystonien, Dyskinesien, Parkinsonismus) werden im Text näher beschrieben. Auch Antidepressiva können zu Bewegungsstörungen führen (siehe 333.1 – Haltetremor).
333.7	G24.0	Neuroleptikainduzierte akute Dystonie	
333.82	G24.0	Neuroleptikainduzierte Tardive Dyskinesie	
333.1	G25.1	Medikamenteninduzierter Haltetremor	
315.4	F82	Entwicklungsbezogene Koordinationsstörung	Bei dieser Störung liegt eine Verzögerung im Erreichen wichtiger motorischer Entwicklungsetappen (z. B. Gehen, Krabbeln, Sitzen) vor, ohne dass diese Verzögerung durch medizinische Krankheitsfaktoren erklärt werden könnte.
307.0	F98.5	Stottern	Unangemessene Störung normalen Redeflusses, die so ausgeprägt ist, dass es zu schulischen, beruflichen oder sozialen Problemen führt.

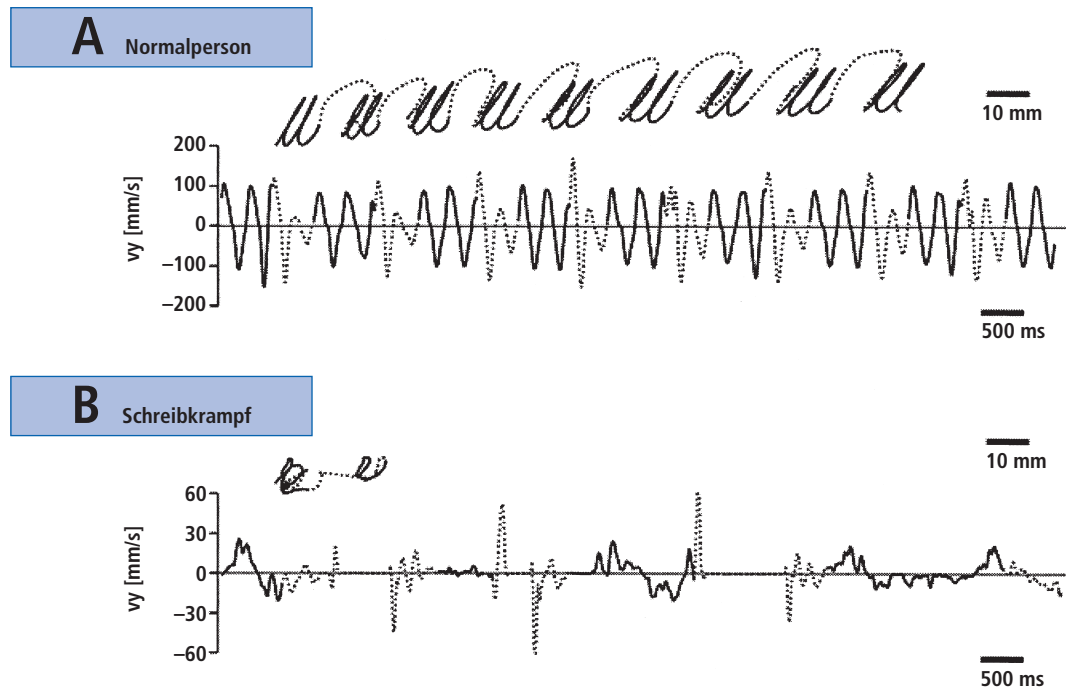
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Diagnostische Verfahren zur Erfassung motorischer Störungen

Verfahren	Zielsetzung	Kurzbeschreibung	N
<i>Rivermead Motor Assessment</i> (Collen, Wade & Bradshaw, 1990)	Erfasst die motorische Behinderung in drei Bereichen: Ganzkörperbewegungen, Stand und Gang, Arm- und Handbewegungen.	Sehr ausführlicher Test mit 38 Items, 2-stufige Itembeantwortung; getrennte Rohwerte für die 3 Unterbereiche (Körper, Bein, Arm). Test mit hoher Validität und Reliabilität.	+
<i>Modified Ashworth Scale for Grading Spasticity</i> (Bohannon & Smith, 1987)	Einziges Verfahren zur quantitativen Erfassung von Spastizität.	Enthält nur ein Item mit 5 Stufen. Gute Validität, geringe Reliabilität.	+
<i>Rivermead Mobility Index</i> (Collen, Wade, Robb & Bradshaw, 1991)	Erfasst Behinderung in allen Aspekten, die die Mobilität des Patienten betreffen.	Enthält 15 Items mit 2-stufiger Beantwortung; liefert einen Gesamtrohwert. Einfach zu benutzen, hohe Reliabilität.	+
<i>Hauser Ambulation Index</i> (Hauser, Dawson & Lehrich, 1983)	Verfahren zur Erfassung von Gehbehinderungen.	Ein Item, 9 Stufen. Einfach zu benutzen, Reliabilität unklar.	–
<i>Frenchay Arm Test</i> (Sunderland et al., 1994; Sunderland et al., 1992)	Verfahren zur Erfassung der Hand- und Armfunktion.	5 Items, 2 Stufen. Reliabilität und Validität sind befriedigend (detaillierte Beschreibung in Kast. 1).	+
<i>Finger Tapping Test</i> (Reitan & Wolfson, 1993)	Verfahren zur Erfassung der Fingerbeweglichkeit	Verwendet eine elektronische Taste, die die Zahl der Fingeraufschläge misst. Mit jeder Hand werden 5 Durchgänge durchgeführt. Jeder Durchgang dauert 10 Sekunden. Der Testrohwert ergibt sich aus der Mittelung der Zahl der Fingeraufschläge in den 5 Durchgängen. Validität und Reliabilität des Tests sind befriedigend.	+
<i>Anmerkungen:</i> Alle aufgeführten Skalen sind Fremdbeurteilungsverfahren; N = Normen: + vorhanden; – nicht vorhanden.			

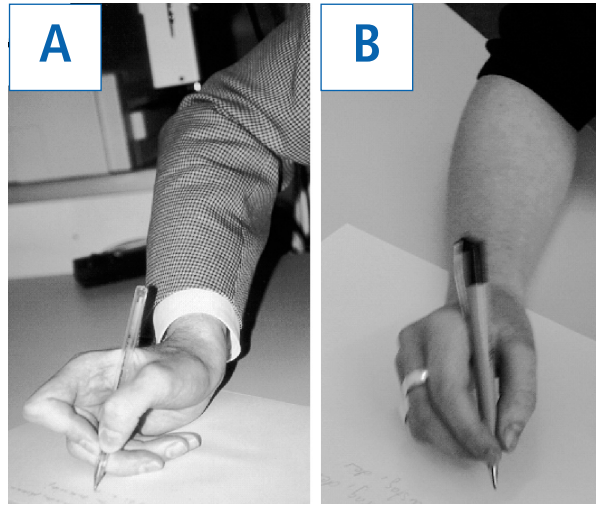
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Kinematische Aufzeichnung der Schreibbewegungen bei einer Normalperson (A) und einem Patienten mit Schreibkrampf (B). Die obere Abbildung zeigt die Schreibspur (gepunktete Linien stellen Bewegungen in der Luft dar). Darunter ist der Verlauf der Schreibgeschwindigkeit dargestellt. Hierbei zeigt sich, dass die Geschwindigkeitskurve bei dem Schreibkrampf-Patienten geringere Ausschläge zeigt und nicht so regelmäßig verläuft wie bei der Normalperson.



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 2: Die Abbildung zeigt die Hand- und Armhaltung eines Patienten mit Schreibkrampf (A) und einer normalen Schreiberin (B). Beim Vergleich der beiden Bilder werden die pathologischen Kennzeichen deutlich: Beim Schreibkrampf-Patienten sind die Finger verkrampt, das Handgelenk ist überstreckt und abgelenkt und der Arm ruht nicht auf der Unterlage, sondern wird in der Luft gehalten.



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Übersicht über die wichtigsten elementaren und komplexen Wahrnehmungsleistungen in den verschiedenen Modalitäten

Bereich	Wahrnehmungsleistungen
<i>Sehen</i>	
Elementare Leistungen	Gesichtsfeld, Sehschärfe, Farbsehen, Formsehen, Stereopsis, Wahrnehmung von Position, Entfernung und Richtung
Komplexe Leistungen	Räumliche Orientierung Erkennen (Objekte, Gesichter, Orte etc.) Lesen
<i>Hören</i>	
Elementare Leistungen	Wahrnehmen/Unterscheiden von Tonhöhe und Lautstärke, Richtungshören
Komplexe Leistungen	Musikwahrnehmung Erkennen (Geräusche, Signale, Sprache)
<i>Tasten</i>	
Elementare Leistungen	Oberflächensensibilität (Wahrnehmung von Druck, Temperatur, Schmerz, Lokalisation) Tiefensensibilität (Wahrnehmung von Lage und Bewegung) Unterscheidung von Objektmerkmalen (z. B. Größe, Form, Qualität der Oberfläche)
Komplexe Leistungen	Raumorientierung (Stellung des Körpers bzw. von Gliedmaßen im Raum und zueinander) Erkennen
<i>Riechen</i>	
Elementare Leistungen	Wahrnehmen/Unterscheiden von Gerüchen Lokalisation
Komplexe Leistungen	Erkennen
<i>Schmecken</i>	
Elementare Leistungen	Wahrnehmen/Unterscheiden von Geschmacksqualitäten
Komplexe Leistungen	Erkennen

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Übersicht über gebräuchliche Untersuchungsverfahren für Wahrnehmungsstörungen

Bereich/Teilleistung	Untersuchungsverfahren
<i>Sehen</i>	
Gesichtsfeld	Perimetrie
Sehschärfe	Sehproben
Farbsehen	Ishihara-Farbtafeln; Farnworth-Munsell-100-hue-Test
Stereopsis	Titmus-Test; TNO test for stereoscopic vision
Raumsehen	Standardisierte Analyse visuell-räumlicher Wahrnehmungsleistungen (VS)
Objekterkennen	Birmingham Object Recognition Battery (BORB)
Gesichtererkennen	Facial-Recognition-Test; Famous-Faces-Test
<i>Hören</i>	
Entdecken/Unterscheiden nicht-sprachlicher u. sprachlicher Reize	Ton- bzw. Sprachaudiogramm
Zeitliche Hörschwelle	Zeitliche Fusionschwelle
Musikwahrnehmung	Seashore-Test
Binaurale Integration	Dichotische Hörtests
Bedeutungserkennung nicht-sprachlicher u. sprachlicher Reize	Zuordnung Reiz-Bild
Richtungshören	Ortung einer Schallquelle
Auditives Erkennen	
<i>Tasten</i>	
Berührungsempfindung	
Lokalisationsvermögen	
Temperaturempfindung	
Lagewahrnehmung	
Wahrnehmung geführter Bewegungen	
Taktiler Erkennen	
<i>Riechen und Schmecken</i>	
Entdeckung/Erkennung; Qualitätsunterscheidung; Identifikation	Münchener Geruchstest (MGT)

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Übersicht über die wichtigsten Wahrnehmungsleistungen und die Bereiche, auf die sich Störungen der Wahrnehmung auswirken können

Wahrnehmungsleistungen	Bereiche
<i>Sehen</i> Gesichtsfeld Sehschärfe Farbsehen Raumwahrnehmung Erkennen	Überblick, visuelle Orientierung, Lesen Formunterscheidung; Objekt- und Gesichtererkennung Objekterkennung Abstands- und Entfernungsschätzung; Greifen, Gehen; geometrisches Konstruieren Erkennen/Wiedererkennen und Benützung von Objekten Erkennen/Wiedererkennen von Gesichtern; Identifizieren von Gesichtsmerkmalen (Alter, Geschlecht, Mimik) Erkennen/Wiedererkennen von Orten, Wegen und Gegenden
<i>Hören</i> Tonhöhen- und Lautstärkeunterscheidung Richtungshören Musikwahrnehmung Erkennen	Verstehen von Sprache; Sprechen Lokalisation einer Schallquelle Wahrnehmen und Erkennen/Wiedererkennen von Musikstücken Identifizieren von Geräuschen, Signalen und Sprache
<i>Tasten</i> Oberflächensensibilität Tiefensensibilität Körperorientierung Erkennen	Lokalisation, Druck-, Temperatur-, und Schmerzempfinden Unterscheidung von taktilen Objektmerkmalen Wahrnehmung von Lage und Bewegung; Handfunktionen (Greifen, Hantieren) Körperpflege; Anziehen Taktile Objekterkennung und -benennung
<i>Riechen</i> Wahrnehmen/Unterscheiden Erkennen	Entdecken/Lokalisieren von Gefahrenquellen (z. B. Gas) Identifizieren von Gerüchen
<i>Schmecken</i> Wahrnehmen/Unterscheiden Erkennen	Unterscheidung von Speisen und Gewürzen Identifizieren von Geschmacksqualitäten (Speisen, Gewürze)

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Übersicht über die Behandlungsmöglichkeiten von zentralen Wahrnehmungsstörungen

Wahrnehmungsbereiche	Behandlungsmöglichkeit
<i>Sehen</i> Gesichtsfeldeinbußen Hemianope Lesestörung Raumsehen Erkennen	Kompensation durch Augen- und Kopfbewegungen Kompensation durch Augenbewegungen Verbesserung von Teilleistungen Kompensation über Motorik (z. B. Greifen) Verbesserung der Merkmalselektion und -benützung für das Identifizieren von Objekten, Gesichtern usw.
<i>Hören</i> Hyper-, Hypoakusis Erkennen	Beratung/Vermittlung von Coping-Strategien Beratung
<i>Tasten</i> Oberflächensensibilität Tiefensensibilität Körperorientierung Erkennen	Ergotherapeutische Behandlungsverfahren Substitution durch Sehen
<i>Riechen/Schmecken</i> alle Funktionen	Beratung/Vermittlung von Coping-Strategien

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Übersicht über einige zentrale Sehstörungen, ihre Auswirkungen auf die Lesefähigkeit und Behandlungsmöglichkeiten

Art der Sehstörung	Auswirkung	Behandlungsmöglichkeit
parafovealer Gesichtsfeldverlust	ganzheitliche Worterkennung beeinträchtigt	Okulomotorische Kompensation
Visuseinbuße	normaler Druck unzureichend; eventuell auch Buchstabenerkennung erschwert	z. B. Großdruck
visuelle Orientierungsstörung	Verlust der Orientierung auf einer Seite bzw. innerhalb einer Zeile	z. B. Leselineal
visuelle Agnosie (reine Alexie)	Identifizieren von Buchstaben erschwert; ganzheitliches Lesen beeinträchtigt	Training der Buchstabenunterscheidung, -erkennung und des ganzheitlichen Lesens

aus: Perez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Zur Klassifikation von zwei Gruppen von Gedächtnisstörungen auf der Basis wichtiger Leistungskomponenten des Gedächtnisses

Leistungskomponenten			
	Einspeichern	Suchen	Vernetzen
Art der Leistung	Genauigkeit der Abspeicherung in KZG und LZG	Effizienz von Suchprozessen in KZG und LZG	Vernetzung und Assoziation zwischen Codes im LZG
Testmethoden	Wiedererkennungstests	Freie Reproduktionstests	(Paar-)Assoziationstests
Vergessen	<i>Verlust</i> von Information durch Zerfall, Kapazitätsüberschreitung oder mangelnde Aufmerksamkeit	<i>Suchfehler</i> verursacht durch Hemmungsprozesse, z. B. durch Pro- und Retroaktive Hemmung	<i>Dissoziation</i> Beispiel: «Tip of the Tongue» (TOT-)Phänomen
Störungen		«Typ A» Degenerative Amnesien sowie unfall- oder cerebro-vaskulär bedingte Amnesien	«Typ B» Dissoziative Amnesien, hervorgerufen durch z. B. emotions-, schock- oder drogenbedingte Hemmungsvorgänge

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Beispiele für Amnesien von Typ A und B

	Amnesien vom Typ A	Amnesien vom Typ B
Wahrscheinliche Ursache	Verlust von Information bei der Einspeicherung von KZG-Information in das LZG	Suchfehler; verursacht durch funktional bedingte Hemmungen der Vernetzung zwischen Codes
Dominante Symptomatik	Primär anterograder, teilweise auch retrograder Verlust von Information	Dissoziation zwischen Gedächtnisinhalten
Beispiele	Antero- und «retrograde» Amnesien, «global transitorische» Amnesie GTA, traumat. Dämmerzustand, Korsakow-Amnesie, dementielle Amnesien	Hysterische Amnesie, posthypnotische Amnesie, Déjà-vu, Amnesien im Rahmen multipler Persönlichkeitsstörungen, Verdrängung

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Der hypothetische Zusammenhang zwischen Leistungsparametern des LZG und depressiven bzw. psychotischen Symptomen

Hemmungsausmaß	Geschwindigkeit der Aktivierungsausbreitung		
	(1) zu gering	(2) normal	(3) zu hoch
(a) zu hoch	1a massive Perseveration	2a Perseveration	3a rigides Denken, Gedankenabbruch
(b) normal	1b verlangsamtes Denken	2b normal	3b rasche Assoziationen
(c) zu gering	1c Konfabulation	2c Neigung zu: Gedankenjagen, Gedankenflucht	3c extremes Gedankenjagen, Gedankenflucht

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Auswahl gedächtnisfördernder Strategien

Methode	Erklärung/Beispiele
Visuelle Vorstellungen	Einsatz z. B. beim Lernen von Namen (vgl. Text); es können auch mehrere Einzelinformationen in einem Bild integriert und dadurch überschaubar gemacht werden oder als Bilderreihe enkodiert werden, um das Erinnern einer Abfolge zu erleichtern.
«Cluster»-Bildung	z. B. Ordnen einer Einkaufsliste nach semantischen Gesichtspunkten (Molkereiprodukte, Wurst/ Fleischwaren, Obst/Gemüse etc.).
Ausführung symbolischer Handlungen	Zur Verbesserung des Gedächtnisses für Handlungsabsichten (z. B. Ausführen des Bewegungsablaufes beim Einwerfen eines Briefes).
«first-letter mnemonics»	Gebrauch von Anfangsbuchstaben als Abrufhilfe (v. a. für Informationssequenzen wie dem Handlungsablauf beim Transfer vom Rollstuhl auf einen Stuhl).
PQRST-Technik	Technik zur Verbesserung der Gedächtnisleistungen für Textinformation (<i>Preview, Question, Read, State, Test</i> , vgl. Text).
«spaced retrieval»	Wiederholter Informationsabruf nach kurzen ansteigenden Zeitintervallen (vgl. Schacter, Rich & Stamp, 1985).
«vanishing cues»	Schrittweise Reduktion von zunächst umfangreichen Abrufhilfen beim Lernen.
«errorless learning»	Fehlervermeidende Lernstrategien; dabei geht man von der Überlegung aus, dass das explizite Gedächtnis bei amnestischen Patienten eine seiner Funktionen, die beim Lernen auftretenden Fehler zu eliminieren, nicht wahrnehmen kann (Baddeley & Wilson, 1994)

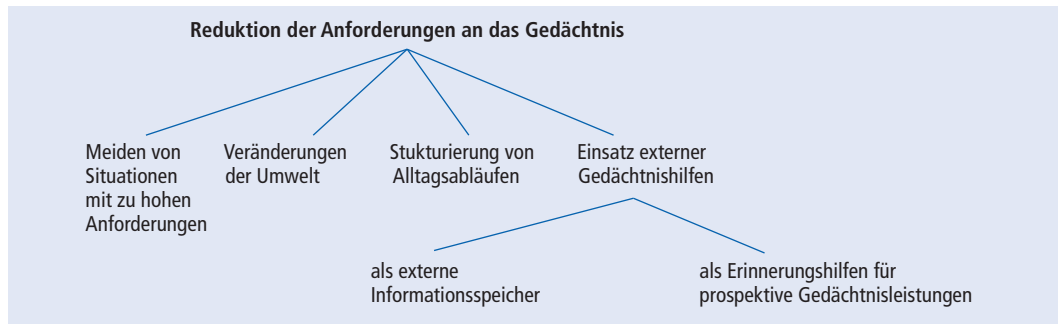
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Auswahl therapierelevanter Gedächtnismodelle (vgl. Schuri, 2000)

Modell	Aussage/therapierelevante Ableitung
«Levels of processing»-Ansatz	Eine «tiefe» semantische und elaborierte Verarbeitung fördert Gedächtnisleistungen.
Duale Kodierungstheorie	Verbale Gedächtnisleistungen können durch den Gebrauch bildhafter Vorstellungen («doppelte» Abspeicherung, verbal und bildhaft) verbessert werden.
Multiple Kodierungstheorie	Das Gedächtnis für Aktionsphrasen (wie z. B. «den Brief einwerfen») kann durch symbolische Ausführung der Handlungen in der Enkodierungsphase verbessert werden.
«Transfer Appropriate Processing» (TAP)	Gedächtnisleistungen hängen vom Grad der Überlappung von Verarbeitungsprozessen bei der Informationsaufnahme und dem -abruf ab.
Netzwerktheorien	Neue Information sollte in möglichst vielfältiger Weise mit vorhandenem Wissen verknüpft werden. Je stärker der Grad der Vernetzung ist, umso schneller und sicherer sollte ihr Abruf gelingen.

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Strategien und Methoden zur Entlastung des Gedächtnisses



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Lernstörungen bei einzelnen psychischen Beeinträchtigungen

Lernstörung	Psychische Beeinträchtigung (gemäß DSM-IV-TR und ICD-10)
(1) Individuelle abnorme Lernvoraussetzungen	
Erhöhte Konditionierbarkeit Reduzierte Habituationsbereitschaft	Panikstörung mit Agoraphobie (DSM-IV-TR-Nr. 300.21; F 40.01)
	Generalisierte Angststörung (DSM-IV-TR-Nr. 300.02; F 41.1)
	Spezifische Phobie (DSM-IV-TR-Nr. 300.29; F 40.2)
	Zwangsstörung (DSM-Nr. 300.3; F 42)
Niedrige Konditionierbarkeit, Erhöhte Habituationsbereitschaft	Antisoziale Persönlichkeitsstörung (DSM-IV-TR-Nr. 301.7; F 60.2)
	Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (DSM-IV-TR-Nr. 314.xx; F 90)
Lernstörungen aufgrund defizitärer Basisfertigkeiten	Schizophrenie (DSM-IV-TR-Nr. 295.xx – 298.xx; F 2)
	Akoholinduzierte psychotische Störung (DSM-IV-TR-Nr. 291.x; F 10)
	Persönlichkeitsveränderung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors (DSM-IV-TR-Nr. 310.1; F 07)
(2) Aneignungsbeeinträchtigungen	
Spezifische Lernstörungen	Lesestörung (DSM-IV-TR-Nr. 315.00; F 81.0)
	Störung des schriftlichen Ausdrucks (DSM-IV-TR-Nr. 315.20; F 81.8)
	Rechenstörung (DSM-IV-TR-Nr. 315.10; F 81.2)
Allgemeine Lernstörungen	Geistige Behinderung (DSM-IV-TR-Nr. 317 – 319; F 7)
	Demenz (DSM-IV-TR-Nr. 290.xx – 294.xx; F 0)
	Autistische Störung (DSM-IV-TR-Nr. 299.00; F 84)

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Diagnostik von Lernstörungen (Beispiele für Untersuchungsverfahren)

Verfahren	Zielsetzung	Kurzbeschreibung	N
<i>Verbaler Lern- und Merkfähigkeitstest</i> (Helmstädter, Lendt & Lux, 2001).	Erfassung der verbalen Gedächtniskapazität (Reproduktions- und Wiedererkennensleistung) bei Erwachsenen und Kindern	Zunächst lernen die Probanden in fünf Durchgängen eine Wortliste mit 15 Zielwörtern. Das Lernergebnis wird durch das Lernen einer ebenfalls 15 Wörter umfassenden interferenten Wortliste destabilisiert, um schließlich die Erinnerungsleistung (abrufen und wiedererkennen der Zielwörter) zu ermitteln.	+
<i>Hamburger Schulleistungstest für vierte und fünfte Klassen</i> (Mietzel, Willenberg, Pörschke & Peek, 2001).	Überblicksartige Erfassung schulischer Fertigkeiten in wesentlichen Themenbereichen	Bearbeitung von 14 Subtests, die 5 Bereiche schulischen Lernens abdecken, u. a. Sprachverständnis, Rechnen, Informationsentnahme aus Unterrichtsmaterialien	+
<i>Diagnostischer Rechtschreibtest für 4. Klassen</i> (Grund, Haug & Naumann, 2004)	Erfassung der Rechtschreibleistung; Ermittlung individueller Fehlerschwerpunkte	42 Wörter des Grundwortschatzes werden nach Diktat in Lückentexte eingetragen; die Wörter repräsentieren insgesamt 7 Fehlerkategorien, u. a. Buchstabenverbindungen, Dopplung/Dehnung, Gross- vs. Kleinschreibung.	+
<i>Deutscher Mathematiktest für 1. Klassen</i> (Krajewski, Küspert & Schneider, 2002)	frühe Erfassung der mathematischen Kompetenz von Grundschulern; vor allem Differenzierung im unteren Leistungsbereich	Bearbeitung von 36 Aufgaben, die 9 Themenbereiche unterschiedlicher Komplexität abdecken, von «Mengen-Zahlen» über «Addition» bis hin zu «Sachaufgaben»	+
<i>Anmerkung:</i> N = Normen: + vorhanden			

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Bedingungsfaktoren für die Entwicklung von Lernstörungen im Sinne von Aneignungsbeeinträchtigungen

Bedingungsfaktoren	Beispiel
<i>genetische Disposition:</i>	Familien- und Zwillingsstudien verweisen auf eine erbliche Komponente der Dyslexie.
<i>neurobiologische Basisstörung:</i>	Defizitäre Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprozesse behindern den Erwerb höherwertiger Kompetenzen (etwa Entwicklung von Regelsystemen).
<i>psychologische u. a. Faktoren:</i>	
sozioökonomische Benachteiligung	Kinder der sozialen Grundsicht weisen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Lernstörungen auf.
stressreiche und traumatische Lebensereignisse	Bei Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen wurden Defizite in Lern- und Gedächtnisleistungen nachgewiesen.
unzureichende metakognitive Vermittlungen und Lernstrategien	Ohne hinreichende Kenntnis von Lernstrategien erweist sich eine Lernhandlung oft als planlos, unsystematisch und letztlich ineffektiv.
mangelnde Motivation/negative emotionale Besetzung von Lernhandlungen	Bei unzureichender Lern- und Anstrengungsbereitschaft fehlen die Voraussetzungen dafür, dass Lernhandlungen initiiert und aufrechterhalten werden.

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Typik erfolgreichen und misslingenden Lernens

Erfolgreiche Lerner ...	Lerngestörte ...
... sind sich ihres Leistungsvermögens bewusst und können eine Aufgabe infolgedessen eher als schwierig oder einfach einstufen.	... können eine Aufgabe oft nur schwer hinsichtlich ihres Schwierigkeitsgrades einordnen (etwa schätzen sie ihre Leistungen im voraus weniger korrekt ein als kompetente Lerner; vgl. Slife, Weiss, & Bell, 1985).
... greifen auf effektive, der Aufgabe angemessene Strategien zurück.	... versuchen mit vergleichsweise allgemeinen, aber ineffektiveren Strategien Aufgaben zu lösen (vgl. etwa Swanson, 1988; Conca, 1989).
... verfügen in hinreichendem Maße über metakognitive Kenntnisse (z. B. Wissen über die Anwendung von Memoriertechniken, die Strukturierung von Texten, den Gebrauch sprachlicher Selbstanweisungen).	... haben geringere metakognitive Kenntnisse (vgl. z. B. Wong & Wong, 1986; Englert, Raphael, Fear & Anderson, 1988).
... beziehen häufiger Bewertungs- und Rückmeldeprozesse ein (z. B. den Verlauf der Aufgabenlösung überwachen, Emotionen kontrollieren).	... arbeiten weniger mit handlungsbegleitendem Einsatz von Prüfprozessen (vgl. z. B. Swanson, 1988).
... legen Selbstreflexion hinsichtlich fehlerhafter Bearbeitungsversuche an den Tag.	... reflektieren ihre Fehler seltener (vgl. z. B. Shafir, Siegel & Chee, 1990).

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Klassifikation der Schlafstörungen nach ICD-10

Nicht-organische Schlafstörungen	Organische Schlafstörungen
<i>Dyssomnien:</i>	G 25.8 Episodische Bewegungsstörungen und nächtliche Myoklonien (Restless legs)
F 51.0 Nicht-organische Insomnie	G 47.0 Organisch bedingte Insomnie
F 51.1 Nicht-organische Hypersomnie	G 47.1 Krankhaft gesteigertes Schlafbedürfnis
F 51.2 Nicht-organische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus	G 47.2 Nicht-psychogene Störung des Schlaf- Wach-Rhythmus
<i>Parasomnien:</i>	G 47.3 Schlafapnoe
F 51.3 Schlafwandeln	G 47.4 Narkolepsie und Kataplexie
F 51.4 Pavor nocturnus	G 47.8 Kleine-Levin-Syndrom
F 51.5 Alpträume	G 47.9 Andere organische Schlafstörungen
F 51.8 Andere nicht-organische Schlafstörungen	

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Klassifikation der Schlafstörungen nach DSM-IV-TR

I Primäre Schlafstörungen	II Schlafstörungen im Zusammenhang mit einer anderen psychischen Störung
<p><i>Dyssomnien:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Primäre Insomnie (307.42) ● Primäre Hypersomnie (307.44) ● Narkolepsie (347) ● Atmungsgebundene Schlafstörung (780.59) ● Schlafstörung mit Störung des zirkadianen Rhythmus (307.45) <ul style="list-style-type: none"> ● Typus mit verzögerter Schlafphase ● Jet Lag-Typus ● Schichtarbeits-Typus ● Unspezifischer Typus ● Nicht näher bezeichnete Dyssomnie (307.47) <p><i>Parasomnien:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Schlafstörung mit Alpträumen (307.47) ● Pavor nocturnus (307.46) ● Schlafstörung mit Schlafwandeln (307.46) ● Nicht näher bezeichnete Parasomnie (307.47) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Insomnie im Zusammenhang mit einer Achse I/II-Störung (307.42) ● Hypersomnie im Zusammenhang mit einer Achse I/II- Störung (307.44) <hr/> <p>III Andere Schlafstörungen</p> <p><i>Schlafstörung aufgrund von organischen Erkrankungen: (780.xx)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Insomnie-Typus .52 ● Hypersomnie-Typus .54 ● Parasomnie-Typus .59 ● Mischtypus .59 <p><i>Substanzinduzierte Schlafstörung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Insomnie-Typus ● Hypersomnie-Typus ● Parasomnie-Typus ● Mischtypus (differenziert nach dem Beginn: während der Intoxikation/während der Entzugsphase)

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Kriterien der primären Insomnie nach DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003, S. 667)

- A) Die im Vordergrund stehende Beschwerde besteht in Einschlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten oder nicht erholsamem Schlaf seit mindestens einem Monat.
- B) Die Schlafstörung (oder die damit verbundene Tagesmüdigkeit) verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- C) Das Störungsbild tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Narkolepsie, einer atemungsgebundenen Schlafstörung, einer Schlafstörung mit Störung des zirkadianen Rhythmus oder einer Parasomnie auf.
- D) Das Störungsbild tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer anderen psychischen Störung auf (z. B. Major Depression, generalisierte Angststörung, Delir etc.).
- E) Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 4: Diagnostische Instrumente

Verfahren	Zielsetzung	Kurzbeschreibung
<i>Strukturiertes Interview für Schlafstörungen nach DSM-III-R (SIS-D)</i> (Schramm et al., 1991; 1993) F	Stellung von Diagnosen für den Bereich Schlafstörungen nach DSM-III-R	Strukturiertes Interview, Dauer ca. 30 bis 45 Minuten. Reliabilität und Validität belegt; N- .
<i>SLEEP-EVAL</i> (Ohayon et al., 1997) F	Stellung von Diagnosen für den Bereich Schlafstörungen nach DSM-IV-TR/ICSD	Strukturiertes Interview, Dauer 60 bis 120 Minuten. Bisher nur auf Englisch erhältlich; N- .
<i>Schlaffragebogen-B (SF-B)</i> (Görtelmeyer, 2005) S	Erfassung von Schlafstörungen, Angaben zum Schlaf und Tagesbefindlichkeit der letzten 2 Wochen	Fragebogen zur Selbsteinschätzung mit 29 Fragen; Dauer 5 bis 10 Minuten. 5 relevante Subskalen mit Wertebereich 1-5; N+ .
<i>Pittsburgher Schlafqualitätsindex (PSQI)</i> (Buysse et al., 1989) (deutsche Version: Riemann & Backhaus, 1989) S	Erfassung von Schlafstörungen inklusive Fremdanamnese innerhalb der letzten 2 bzw. 4 Wochen	Fragebögen zur Selbsteinschätzung, Dauer 5 bis 10 Minuten. Subskalen mit Gesamt-Score 0-21; N+ .
<i>Schlaffragebogen A (SF-A)</i> (Görtelmeyer, 2005) S	Erfasst spezifisch den Schlaf der vorhergehenden Nacht und die Befindlichkeit des Vortags	Schlaffragebogen mit 23 Fragen; Dauer ca. 3 bis 5 Minuten, Wertebereich 1-5; 5 Subskalen; N+ .
<i>Visuelle Analogskalen abends/morgens (VIS-A/VIS-M)</i> (Ott et al., 2005) S	Erfassung der Schlafqualität einer oder mehrerer spezifischer Nächte	Visuelle Analogskalen (0-100) zu verschiedenen Aspekten der Schlafqualität; N- .
<i>Abend- und Morgenprotokolle</i> (Hoffmann et al., 1997; Liendl & Hoffmann, 1999) S	Schlafstagebuch zur Diagnostik und Therapieverlaufsmessung	Praktisches Schlafstagebuch für Zeiträume von 7 bis 14 Tagen, oder länger; N- .
<i>Anmerkungen: S: Selbstbeurteilungsverfahren, F: Fremdbeurteilungsverfahren; N = Normen: + vorhanden, – nicht vorhanden</i>		

Tabelle 1: Organische Erkrankungen, die die Schlafqualität beeinträchtigen

- Herz und Lungenerkrankungen
- Chronische Nierenerkrankungen/Magen-Darmerkrankungen
- Endokrinologische Erkrankungen
- Chronischer Schmerz z. B. bei rheumatischen Erkrankungen
- Maligne Erkrankungen und chronische Infektionen
- Epilepsien
- Extrapyramidalmotorische Erkrankungen
- Polyneuropathien
- Restless Legs-Syndrom/Periodische Beinbewegungen im Schlaf

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Zentralnervös wirksame Substanzen, die mit Insomnie einhergehen können

1. Hypnotika (Benzodiazepine, Barbiturate) – Rebound-Insomnie/Hangover
2. Antihypertensiva (z. B. -Blocker) und Asthma-Medikamente (Theophyllin, -Sympathikomimetika)
3. Hormonpräparate (z. B. Thyroxin, Steroide etc.)
4. Antibiotika (z. B. Gyrasehemmer)
5. Nootropika (z. B. Piracetam)
6. Diuretika
7. Antriebssteigernde Antidepressiva (z. B. MAO-Hemmer, Serotonin-Reuptake-Hemmer)
8. Alkohol und andere Rauschmittel
9. Stimulierende Substanzen (Koffein und synthetische Substanzen, z. B. Amphetamine, Ecstasy etc.)

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Auffälligkeiten des Schlafs bei psychischen Störungen (nach Benca et al., 1992)

Störungsbild	Störung der Schlafkontinuität	Tiefschlaf-reduktion	REM-Schlaf-Enthemmung	Hypersomnie
Affektive Erkrankungen	+++	++	++	+
Angsterkrankungen	+	∅	∅	∅
Alkoholabhängigkeit	++	+++	+	∅
Borderline-Persönlichkeitsstörungen	+	∅	∅	∅
Demenzen	+++	+++	∅	+
Essstörungen	+	∅	∅	∅
Schizophrenien	+++	+++	+	+
<i>Anmerkungen:</i>	++ bei ca. 50% aller Patienten vorhanden +++ fast bei allen Patienten vorhanden		+ bei ca. 25% aller Patienten vorhanden ∅ bisher nicht berichtet	

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 4: Aufrechterhaltende Faktoren bei psychophysiologischer Insomnie: empirische Evidenz

1. Körperliches «Hyperarousal»:	z. B. Monroe (1967) Freedmann & Sattler (1982) Bonnet & Arand (1997) Perlis et al. (2001)
2. Kognitives «Hyperarousal»:	z. B. Kales et al. (1984) Sanavio (1988)
3. Ungünstige, maladaptive Schlafgewohnheiten:	z. B. Hauri (1982) Hauri & Olmstead (1983)
4. Schlafbehindernde Kognitionen:	z. B. Watts et al. (1994) Adam et al. (1986)

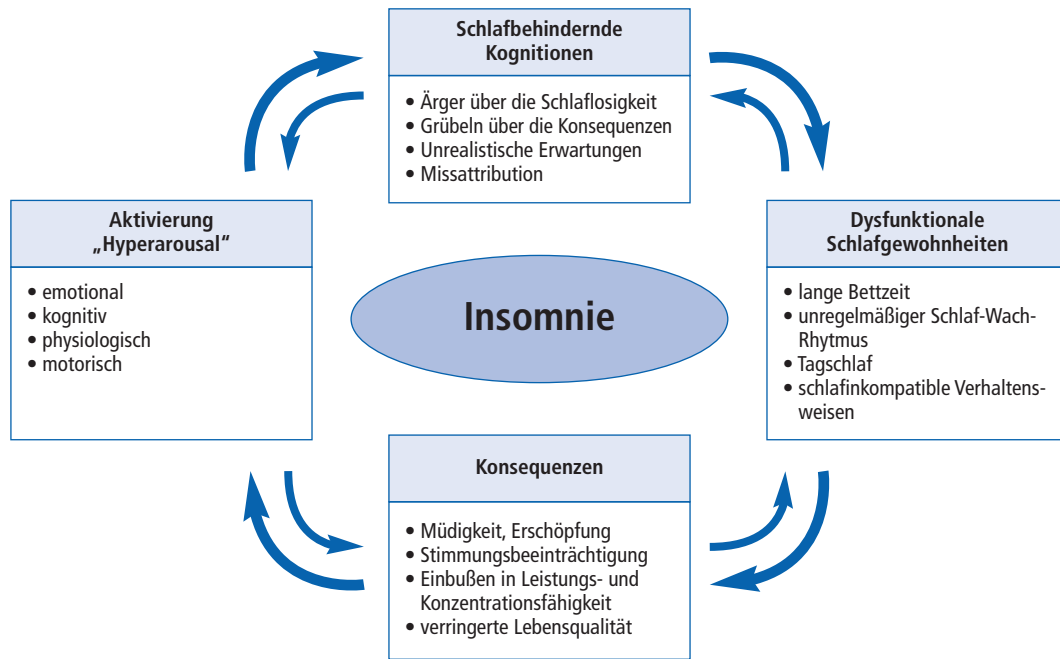
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 5: Theorien zur Funktion des Schlafes

- Schlaf ist ein phylogenetisches Verhaltensrelikt
- Metabolische Erholung (→ Tiefschlaf)
- Hirnreifung, Ausbildung neuronaler Regelkreise (→ REM)
- Informationsverarbeitung, Gedächtniskonsolidierung (→ REM)
- Regulation des Immunsystems (→ Tiefschlaf)
- Entmüdung

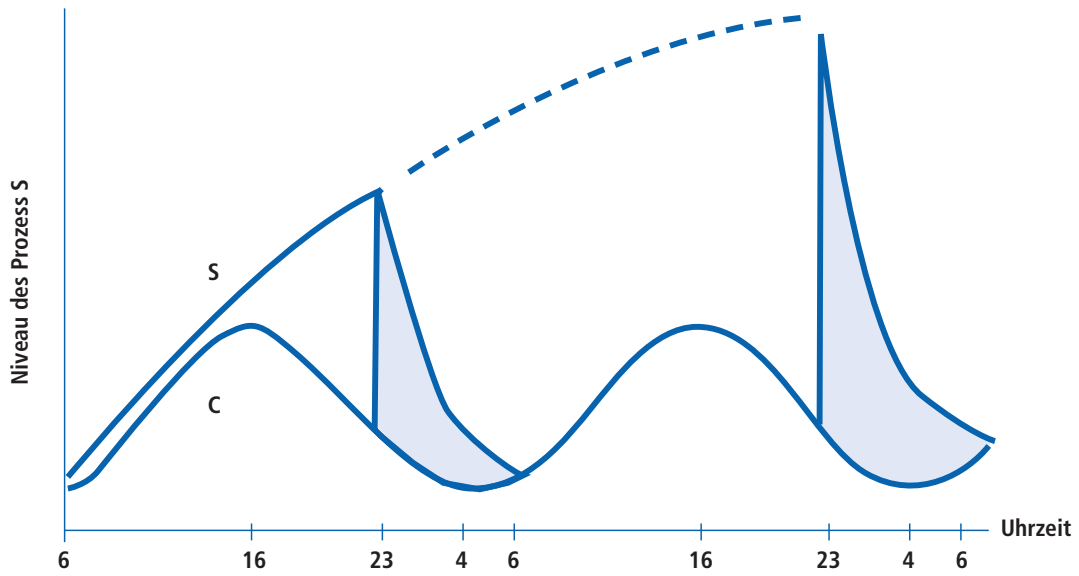
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Psychophysiologischer Teufelskreis der primären Insomnie (aus Riemann & Backhaus, 1996)



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 2: Das Zwei-Prozess-Modell der Regulation von Schlafen und Wachen (nach Borbély, 1982). Prozess C steht für Circadiane Rhythmik; in diesem Beispiel dargestellt ist die sinusartige Schwingung der Körperkerntemperatur; Prozess S steht für einen schlafabhängigen, homöostatisch regulierten Prozess mit zunehmender Wachheit steigt Prozess S an. Prozess S kann im Schlaf gemessen werden als langsamwellige Delta-Aktivität, die nicht linear, sondern exponentiell im Schlaf abnimmt. Bei Schlafentzug (gestrichelte Linie) steigt S weiter an, was sich im nächsten Nachtschlaf in erhöhter Delta-Aktivität manifestiert, nicht jedoch in einer Verdopplung der Schlafzeit.



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Nicht-medikamentöse Therapieansätze

Faktoren, die eine Schlafstörung aufrechterhalten können	Maßnahmen zur Behebung von Schlafstörungen
Körperliche Anspannung	Muskelentspannung
Geistige Anspannung	Ruhebild, Phantasiereisen, angenehme Gedanken
Ungünstige Schlafgewohnheiten	Regeln für einen gesunden Schlaf, Stimuluskontrolle, Schlafrestriktion
Schlafbehindernde Gedanken	Grübelstuhl, Gedankenstopp, Ersetzen negativer Gedanken und Erwartungen zum Schlaf durch schlaffördernde Gedanken

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Regeln für einen gesunden Schlaf

- Nach dem Mittagessen keine koffeinhaltigen Getränke (Kaffee, Schwarztee, Cola) mehr trinken
- Alkohol weitgehend vermeiden und keinesfalls als Schlafmittel einsetzen
- Verzicht auf Appetitzügler
- Keine schweren Mahlzeiten am Abend
- Regelmäßige körperliche Aktivität
- Allmähliche Verringerung geistiger und körperlicher Anstrengung vor dem Zubettgehen
- Ein persönliches Einschlafritual einführen
- Im Schlafzimmer für eine angenehme Atmosphäre sorgen
- In der Nacht nicht auf den Wecker oder die Armbanduhr schauen

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Instruktionen zur Stimuluskontrolle

1. Gehen Sie nur zu Bett, wenn Sie müde sind.
2. Benutzen Sie das Bett nur zum Schlafen, d. h. nicht zum Lesen, Trinken, Rauchen, Fernsehen (sexuelle Aktivitäten ausgenommen).
3. Wenn Sie nach 10 Minuten noch wach sind, stehen Sie auf und gehen Sie in ein anderes Zimmer; gehen Sie erst wieder ins Bett, wenn Sie sich müde fühlen.
4. Wenn Sie dann immer noch nicht einschlafen können, wiederholen Sie den vorhergehenden Schritt.
5. Stehen Sie jeden Morgen zur gleichen Zeit auf.
6. Schlafen Sie nicht tagsüber.

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 4: Differentielle Effektivität psychotherapeutischer Methoden (Effektstärken)

	Einschlaf latenz		Schlafzeit		Wachzeit nach dem Einschlafen	Schlafqualität
	MOR	M/G	MOR	M/G	MOR	M/G
Stimuluskontrolle	0.81	1.16	0.41	0.38	0.70	1.30
Schlafrestriktion	0.98	0.85	-1.06	0.37	0.76	---
Körperl. Entspannung	0.83	---	0.25	---	0.06	---
Kogn. Entspannung	1.20	---	0.28	---	0.28	---
Bio-feedback	1.00	---	0.38	---	0.70	---
PMR	---	0.81	---	0.52	---	0.97
Paradoxe Intervention	0.63	0.73	0.46	0.10	0.81	0.77
Schlaf-Hygiene	0.71	---	1.16	---	---	---
Kombinationstherapie	1.05	1.00	0.75	0.78	0.92	1.12

Anmerkungen: MOR = Analyse von Morin et al. (1994)
M/G = Analyse von Murtagh und Greenwood (1995)
--- = nicht berechnet

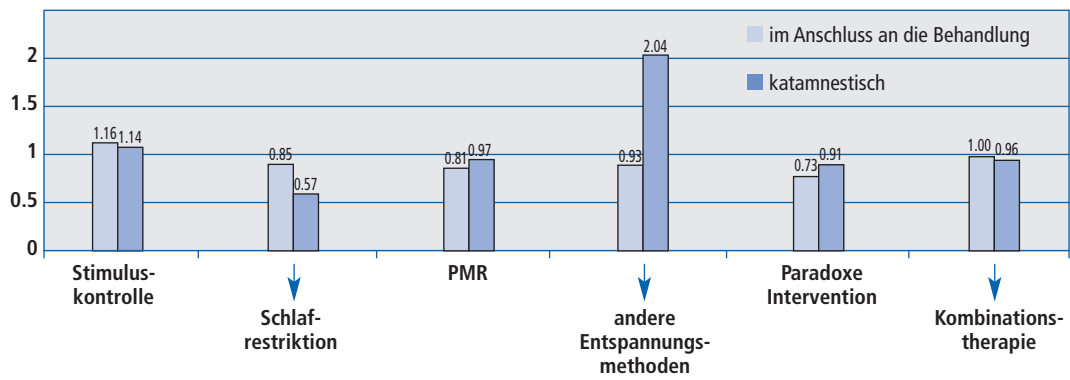
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 5: Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm zur Behandlung primärer Insomnien

Reihenfolge der Sitzungen
1. <i>Körperliche Entspannung</i> Progressive Muskelrelaxation
2. <i>Gedankliche Entspannung</i> Ruhebild, Phantasiereisen
3. <i>Regeln für einen gesunden Schlaf</i> Informationen zu Schlaf und Schlafstörungen, Schlafhygiene, Stimuluskontrolle, Schlafrestriktion
4. <i>Schlaf-Wach-Rhythmus-Strukturierung</i> Vertiefung Stimuluskontrolle und Schlafrestriktion
5. <i>Kognitive Kontrolle I</i> Umgang mit schlafbehindernden Gedanken und Erwartungen: Gedankenstopp, Grübelstuhl, Kognitives Umstrukturieren
6. <i>Kognitive Kontrolle II</i> Vertiefung der kognitiven Techniken Zusammenfassende Analyse aufrechterhaltender Bedingungen und entsprechender Gegenmaßnahmen

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Differentielle Effekte – Langzeiteffekte (Murtagh & Greenwood, 1995), Graphische Darstellung der Effektstärken direkt nach Therapie und bei Katamnese (ca. 8 Monate nach Beendigung der Therapie) für verschiedene, nicht-pharmakologische Therapieverfahren (der Metaanalyse von Murtagh & Greenwood, 1995 entnommen). Dargestellt sind die Effekte für die Einschlaf latenz.



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Diagnosekriterien zur Anorexia Nervosa nach dem DSM-IV-TR

<p>(A) Weigerung, ein Körpergewicht aufrechtzuerhalten, das für das Alter und die Größe der Betroffenen der untersten Grenze des Normalbereichs entspricht oder darüber liegt (z. B. Gewichtsverlust, der zu einem Gewicht führt, das weniger als 85 % des erwarteten Gewichts beträgt, oder fehlender Gewichtsanstieg in Wachstumsphasen mit der Folge, dass das Gewicht weniger als 85 % des erwarteten Gewichts beträgt).</p> <p>(B) Intensive Angst vor einer Gewichtszunahme oder dem Dickwerden, obwohl Untergewicht besteht.</p> <p>(C) Störung in der Art, in der das eigene Gewicht oder die eigene Figur erlebt werden, übertrieben starke Orientierung der Selbstbewertung an Figur und Gewicht, oder Leugnung der schwerwiegenden Bedeutung des niedrigen aktuellen Gewichts.</p> <p>(D) Bei Frauen nach der Menarche: Amenorrhoe (mindestens dreimal nacheinander Ausbleiben der Regelblutung; Regelblutung tritt nur bei Hormongabe ein).</p>
<p>Spezifikation</p> <p><i>Restriktiver Typus:</i> Der Patient hat keine Essanfälle und zeigt kein «Purging»-Verhalten (z. B. Erbrechen, Diuretika, Laxantien, Einläufe).</p> <p><i>«Binge-Eating/Purging»-Typus:</i> Der Patient hat regelmäßig auftretende Essanfälle und zeigt «Purging»-Verhaltensweisen (z. B. Erbrechen, Diuretika, Laxantien, Einläufe).</p>

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Diagnosekriterien zur Bulimia Nervosa nach dem DSM-IV-TR

- (A) Wiederholte Episoden von Essanfällen. Ein Essanfall ist charakterisiert durch folgende Merkmale:
1. In einer begrenzten Zeit (z. B. innerhalb von zwei Stunden) wird eine größere Nahrungsmenge gegessen, als die meisten Menschen unter ähnlichen Kontextbedingungen essen würden.
 2. Während eines Essanfalls besteht ein Gefühl von Kontrollverlust über das Essen (z. B. das Gefühl, dass man nicht aufhören kann zu essen oder dass man nicht steuern kann, was und wie viel man isst).
- (B) Wiederholt unangemessenes kompensatorisches Verhalten, um einem Gewichtsanstieg vorzubeugen; z. B. willentliches Erbrechen, Einläufe, Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder anderen Medikamenten, Fasten oder exzessives Sporttreiben.
- (C) Sowohl die Essanfälle als auch die unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen treten drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche auf.
- (D) Die Selbstbewertung wird in übertriebenem Maße von Körperfigur und Gewicht beeinflusst.
- (E) Die Störung tritt nicht ausschließlich während anorektischer Phasen auf.

Spezifikation:

«*Purging*»-Typus: Der Patient führt regelmäßig Erbrechen herbei oder missbraucht Abführmittel, Diuretika, Laxantien oder Einläufe.

«*Nicht-Purging*»-Typus: Der Patient setzt als Maßnahmen zur Gewichtskontrolle exzessiven Sport, Fastenkuren etc. ein; er setzt aber nicht regelmäßig Erbrechen, Abführmittel, Laxantien, Diuretika oder Einläufe («*Purging*»-Verhalten) zur Gewichtskontrolle ein.

Tabelle 3: Forschungskriterien für die «Binge-Eating»- Störung nach dem DSM-IV-TR

- (A) Wiederholte Episoden von Essanfällen, die folgenden Kriterien entsprechen:
1. In einer begrenzten Zeit (z. B. innerhalb von 2 Stunden) wird eine größere Nahrungsmenge gegessen, als die meisten Menschen unter ähnlichen Bedingungen essen würden.
 2. Während eines Essanfalls besteht ein Gefühl von Kontrollverlust über das Essen (z. B. das Gefühl, dass man nicht aufhören kann zu essen oder dass man nicht steuern kann, was und wie viel man isst).
- (B) Die Essanfälle treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:
1. wesentlich schneller essen als normalerweise;
 2. essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl;
 3. wegen der Menge, die man isst, nicht in Gesellschaft anderer essen;
 4. essen großer Nahrungsmengen ohne hungrig zu sein;
 5. Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit, Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.
- (C) Deutliches Leiden wegen der Essanfälle.
- (D) Die Essanfälle treten durchschnittlich an mindestens zwei Tagen in der Woche für sechs Monate auf.
- (E) Die Essanfälle gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle einher (z. B. Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika etc.), und sie treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia oder Bulimia Nervosa auf.

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 4: Diagnostische Verfahren

Bezeichnung der Verfahren	Zielsetzung und Kurzbeschreibung der Verfahren
<p><i>Eating Disorder Inventory (EDI)</i> (Garner, Olmsted & Polivy, 1983; deutsche Versionen u. a.: Rathner & Waldherr, 1997; Thiel & Paul, 1988) S</p>	<p>64 Items; 8 Skalen, drei davon erfassen die Primärsymptomatik von Essstörungen: (1) Schlankheitsdrang (2) Körperunzufriedenheit (3) Bulimie</p>
<p>EDI-2 (Garner, 1991; deutsche Version u. a.: Paul & Thiel, 2005) S</p>	<p>91 Items, 11 Skalen</p>
<p><i>Fragebogen zum Figurbewusstsein (FFB)</i> (Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987; deutsche Übersetzung: Waadt, Laessle & Pirke, 1992) S</p>	<p>34 Items, 1 Skala; erfasst werden negative Kognitionen und Gefühle im Umgang mit der eigenen Figur</p>
<p><i>Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)</i> (van Strien, Frljters, Bergers & Defares, 1986; Grunert, 1989) S</p>	<p>30 Items; 3 Skalen: (1) extern bestimmtes Essverhalten (2) gezügeltes Essverhalten (restrained eating) (3) gefühlsinduziertes Essverhalten</p>
<p><i>Fragebogen zum Essverhalten (FEV)</i> (Stunkard & Messik, 1985; deutsche Version: Pudel & Westenhöfer, 1989) S</p>	<p>60 Items; der Fragebogen hat 3 Skalen: (1) gezügeltes Essverhalten (restrained eating) (2) Störbarkeit des Essverhaltens (3) erlebte Hungergefühle</p>
<p><i>Eating Disorder Examination (EDE)</i> (Fairburn & Cooper, 1993; deutsche Version: Hilbert, Tuschen-Caffier & Ohms, 2004) F</p>	<p>Interviewleitfaden zur Diagnosestellung von Essstörungen anhand von 22 Fragen, die 4 Skalen zugeordnet sind: (1) gezügeltes Essen (2) essensbezogene Sorgen (3) Gewichtssorgen und (4) Sorgen um die Figur</p>
<p><i>Eating Disorder Questionnaire (EDE-Q)</i> (Fairburn & Beglin, 1994; deutsche Version: Hilbert, Tuschen-Caffier, Karwanz, Niederhofer & Munsch, 2007) S</p>	<p>Screening-Verfahren zur Erfassung von Essstörungen anhand von 22 Fragen, die 4 Skalen zugeordnet sind: (1) gezügeltes Essen, (2) essensbezogene Sorgen, (3) Gewichtssorgen und (4) Sorgen um die Figur.</p>
<p><i>Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen (SIAB-EX)</i> (Fichter & Quadflieg, 1999, 2001) F</p>	<p>Experteninterview (87 Fragen) zur Erfassung der Essstörungspsychopathologie einschließlich assoziierter Probleme wie Ängste, Depressionen</p>
<p><i>Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen (SIAB-S)</i> (Fichter & Quadflieg, 1999, 2001) S</p>	<p>Fragebogenversion (87 Fragen) zur Selbsterfassung der Essstörungspsychopathologie einschließlich assoziierter Probleme wie Ängste, Depressionen</p>
<p><i>Anmerkung:</i> S: Selbstbeurteilungsverfahren, F: Fremdbeurteilungsverfahren</p>	

Tabelle 1: Vorgehen bei der Figurexposition (nach Tuschen-Caffier & Florin, 2002)

- Zeitlich ausgedehnte Konfrontation mit der Figur bzw. der äußeren Erscheinung anhand von Videoaufnahmen und Spiegeln, die eine Ganzkörperbetrachtung erlauben.
- Durchführung der Übungen zu unterschiedlichen Tageszeiten (z. B. vor und nach einer Mahlzeit) sowie in unterschiedlichen Stimmungslagen).
- Die Patientinnen werden angeregt, bei den Übungen unterschiedliche Kleidung zu tragen (elegante, körperbetonte, sportliche Kleidung; Gymnastik-Anzug).
- Es werden Strategien der Gesprächsführung eingesetzt, die den Patientinnen helfen, ihre körperliche Erscheinung genau zu beschreiben sowie Gedanken und Gefühle zu verbalisieren, die sie beim Anblick ihres Körpers erleben.
- Der Therapeut achtet darauf, dass sich die Patientinnen nicht durch Vermeidungsstrategien ablenken (z. B. den Blick abwenden, über andere Themen reden).
- Die Übungen werden erst dann beendet, wenn die negativen Gefühle deutlich zurückgegangen sind.

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Vorgehen bei der kognitiven Umstrukturierung

- Im ersten Schritt werden die Patientinnen gebeten, einen Gedanken bzw. eine dysfunktionale Überzeugung zu identifizieren und aufzuschreiben (z. B. «Wenn ich ein Kilo zunehme, sehe ich hässlich aus.»).
- Dann werden sie aufgefordert, nach Evidenzen zu suchen, die für die Plausibilität dieses Gedankens sprechen.
- Im nächsten Schritt suchen die Patientinnen nach Argumenten und Evidenzen, die die Plausibilität der betreffenden dysfunktionalen Überzeugung in Frage stellen.
- Schließlich werden die Patientinnen angeleitet, die Pro- und Contra-Argumente sorgfältig gegeneinander abzuwägen, um zu einer Neueinschätzung zu gelangen, die zukünftig ihr Denken und Verhalten leiten kann.

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Zusammenfassende Darstellung der Behandlungsleitlinien des National Institute for Clinical Excellence zu Essstörungen (NICE Guideline: National Collaborating Centre for Mental Health, 2003)

Die Diagnostik von Essstörungen soll sich auf medizinische, psychologische und soziale Aspekte beziehen.

Hochrisikopatienten sind Patienten mit folgenden Merkmalen: extreme Abmagerung, extreme Verschlechterung der Symptomatik, Selbstverletzungstendenzen bis hin zu Suizidgefahr, geringe Verbesserungen durch Behandlungen (non-responder). Für Hochrisikopatienten ist zunächst eine stationäre Therapie indiziert. Patienten mit niedrigem bzw. moderatem Risikopotential können ambulant behandelt werden.

1) Behandlungsempfehlungen für die Bulimia Nervosa (BN)

Eine kognitiv-behaviorale Therapie stellt für die meisten (erwachsenen) Patienten mit BN die beste Behandlungsmethode dar. Die Therapie umfasst in der Regel 16 bis 20 Sitzungen über einen Zeitraum von vier bis fünf Monaten. Wenn die Therapie keinen Erfolg bringt, sind u.U. andere Behandlungsmethoden (z. B. interpersonelle Therapie, medikamentöse Therapie) einzusetzen.

Medizinische Untersuchungen. Begleitend zur Therapie ist der körperliche Zustand zu beobachten (z. B. Elektrolytwerte). Bei Patienten, die regelmäßig erbrechen, sind Informationen zur Mundhygiene zu vermitteln (z. B. Reduktion des säurehaltigen Milieus im Mundraum, Zähneputzen direkt nach dem Erbrechen unterlassen); ferner sind regelmäßige Konsultationen eines Zahnarztes zu empfehlen.

Personen mit Diabetes (Typ I) müssen begleitend zur psychologischen Therapie medizinisch beobachtet bzw. betreut werden, um Komplikationen zu verhindern. Ebenso müssen schwangere Frauen unter medizinischer Beobachtung stehen.

2) Behandlungsempfehlungen für die stationäre Therapie der Anorexia Nervosa (AN)

Zur Verhinderung körperlicher Komplikationen (bis hin zum Tod) ist eine enge Zusammenarbeit zwischen medizinischer und psychologischer Behandlung erforderlich.

Für die Wirksamkeit pharmakologischer Behandlungen ergeben sich derzeit kaum Hinweise. Insbesondere ist eine ausschließliche medikamentöse Behandlung bei AN nicht erfolversprechend.

Demgegenüber sollte eine psychologische Therapie die zentrale Therapieform für die Behandlung der Anorexia Nervosa (AN) sein. Welche psychologische Therapie bei der AN am besten wirksam ist, kann derzeit nicht definitiv gesagt werden. Empfohlen wird ein strukturiertes, symptomorientiertes Vorgehen, bei dem Themen wie die Erzielung einer Gewichtszunahme, Veränderung von Einstellungen gegenüber der Figur und dem Gewicht sowie psychosoziale Themen (z. B. familiäre Konflikte) im Mittelpunkt stehen. Als Zielvorgabe für Gewichtszunahmen gelten 0.5 bis 1kg pro Woche. Zwangsernährung sollte nur im Notfall eingesetzt werden.

Bei Kindern/Jugendlichen mit AN empfiehlt sich eine – zumindest zeitweise – Einbeziehung der Familie; die Interventionen sollten explizit auf Themen im Zusammenhang mit der Essstörung liegen.

Im Anschluss an die stationäre Therapie ist häufig eine ambulante Behandlung sinnvoll, die in der Regel länger dauern wird (ca. 12 Monate) als ambulante Therapien für AN-Patientinnen, die nicht hospitalisiert werden mussten.

3) Behandlungsempfehlungen für die ambulante Therapie der Anorexia Nervosa

In Bezug auf die Inhalte und Form der Therapie gilt das Gleiche wie für die stationäre Therapie (symptomorientiert, strukturiert, Themen wie Figur und Gewicht, Gewichtszunahmen, Ernährung, psychosoziale Aspekte der Störung stehen im Fokus der Behandlung). Die Therapie erstreckt sich in der Regel über einen Zeitraum von sechs Monaten.

4) Behandlungsempfehlungen für atypische Essstörungen, insb. die «Binge-Eating»-Störung

Als ein möglicher erster Schritt können Selbsthilfe-Gruppen und ggf. in Kombination damit Gewichtsreduktionsprogramme hilfreich sein.

Wenn dies nicht erfolgreich ist bzw. keine Chancen auf erfolgreiche Verbesserungen der Symptomatik bietet, empfiehlt sich eine kognitiv-behaviorale Therapie.

Alternativ kann eine interpersonelle Therapie oder eine (modifizierte) dialektisch-behaviorale Therapie angeboten werden. Zu bedenken ist, dass derzeit alle psychologischen Therapien von begrenztem Wert in Bezug auf die Gewichtsreduktion sind.

Begleitend oder konsekutiv sind Interventionen zum Umgang mit dem Übergewicht einzuplanen.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Substanzabhängigkeit nach DSM-IV-TR (S. 237-238)

Für eine Diagnose müssen mindestens drei der folgenden Kriterien in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten:

- (A) Toleranzentwicklung definiert durch eines der folgenden Kriterien:
 - a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen,
 - b) deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.
- (B) Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
 - a) charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz (siehe Kriterien A und B der Kriterien für Entzug von den spezifischen Substanzen),
 - b) dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.
- (C) Die Substanz wird in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
- (D) Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
- (E) Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen (z. B. Besuch verschiedener Ärzte oder Fahrt langer Strecken), sie zu sich zu nehmen (z. B. Kettenrauchen) oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.
- (F) Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.
- (G) Fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden sozialen, psychischen oder körperlichen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde (z. B. fortgesetzter Kokainmissbrauch trotz des Erkennens kokaininduzierter Depressionen oder trotz des Erkennens, dass sich ein -Ulcus durch Alkoholkonsum verschlechtert).

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Substanzklassen und ihre Kodierung im DSM-IV-TR (mit der entsprechenden ICD-9-CM/10-Kodierung).

Substanzklasse	Abhängigkeit x: Verlaufs- kodierung	Missbrauch
Alkohol	303.90/F10.2x	305.00/F10.1
Amphetamin	304.40/F15.2x	305.70/F15.1
Cannabis	304.30/F12.2x	305.20/F12.1
Halluzinogene	304.50/F16.2x	305.30/F16.1
Inhalantien	304.60/F18.2x	305.50/F18.1
Kokain	304.20/F14.2x	305.90/F14.1
Opiate	304.00/F11.2x	305.50/F11.1
Phencyclidin	304.90/F19.2x	305.90/F19.1
Sedativa-, Hypnotika-, anxiolytikaähnl. Substanz	304.10/F13.2x	305.40/F13.1
Polytoxikomanie	304.80/F19.2x	–
Nikotin	305.10/F17.2x	–

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Diagnostische Kriterien nach DSM-IV-TR für Amphetaminintoxikation (292.89; S. 268)

- (A) Kurz zurückliegender Konsum von Amphetamin oder einer verwandten Substanz (z. B. Methylphenidat).
- (B) Klinisch bedeutsame unangepasste Verhaltens- oder psychische Veränderungen (z. B. Euphorie oder affektive Verflachung; Veränderungen in der Geselligkeit; Hypervigilanz; zwischenmenschliche Empfindlichkeit; Angst, Anspannung oder Aggressivität; stereotypes Verhalten; vermindertes Urteilsvermögen; oder verminderte soziale und berufliche Funktionstüchtigkeit), die sich während oder kurz nach dem Konsum von Amphetamin oder verwandten Substanzen entwickeln.
- (C) Mindestens zwei der folgenden Symptome, die sich während oder kurz nach dem Konsum von Amphetamin oder verwandten Substanzen entwickeln:
 - 1) Tachykardie oder Bradykardie,
 - 2) Mydriasis (Pupillenerweiterung),
 - 3) Erhöhter oder erniedrigter Blutdruck,
 - 4) Schwitzen oder Frösteln,
 - 5) Übelkeit oder Erbrechen,
 - 6) Anzeichen für Gewichtsverlust,
 - 7) Psychomotorische Agitiertheit oder Verlangsamung,
 - 8) Muskelschwäche, Atemdepression, thorakale Schmerzen oder kardiale Arrhythmien,
 - 9) Verwirrtheit, Krampfanfälle, Dyskinesien, Dystonien oder Koma.
- (D) Die Symptome gehen nicht auf einen medizinischen Krankheitsfaktor zurück und können nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden.

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 4: Diagnostische Kriterien nach DSM-IV-TR für Kokainentzug (292.0; S. 303)

- (A) Beendigung (oder Reduktion) von übermäßigem und langandauerndem Kokainkonsum.
- (B) Dysphorische Stimmung und mindestens zwei der folgenden physiologischen Veränderungen, die sich innerhalb weniger Stunden oder Tage gem. Kriterium A entwickeln:
 - 1) Müdigkeit,
 - 2) Lebhaft, unangenehme Träume,
 - 3) Schlaflosigkeit oder Hypersomnie,
 - 4) gesteigerter Appetit,
 - 5) Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung.
- (C) Die Symptome von Kriterium B verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- (D) Die Symptome gehen nicht auf einen medizinischen Krankheitsfaktor zurück und können nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden.

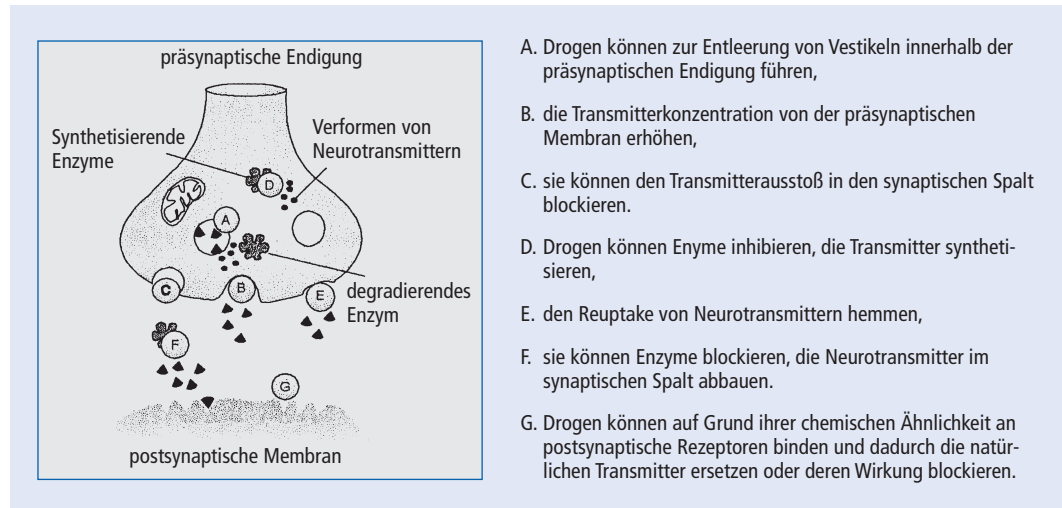
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 5: Die gebräuchlichsten psychodiagnostischen Verfahren im Bereich der Alkoholismusdiagnostik

Verfahren	Inhaltliche Zielsetzung	Methodische Charakteristika
<i>Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST)</i> (Rumpf et al., 2001) S	Frühdagnostik der Alkohol-gefährdung	Fragebogen (7 Items) für den Einsatz in der psychosozialen und medizinischen Basisversorgung.
<i>Münchener Alkoholismustest (MALT)</i> (Feuerlein et al., 1979) S+F	Diagnose der Alkoholabhängigkeit	Fragebogentest für die Selbstbeurteilung (24 Items) und Fremdbeurteilung (7 Items).
<i>Göttinger Abhängigkeitsskala (GABS)</i> (Jacobi et al., 1987) S	Erfassung der Schwere der Abhängigkeit	Der 20 Items umfassende Fragebogen erhebt 5 Faktoren (1) Unwiderstehliches Verlangen und exzessives Trinken, (2) Körperliche Entzugssymptome I, (3) Psychische Entzugssymptome, (4) Trinkmenge, (5) Körperliche Entzugssymptome II.
<i>Trierer Alkoholismusinventar (TAI)</i> (Funke et al., 1987) S	Erfassung verschiedener Aspekte alkoholabhängigen Erlebens und Verhaltens zur differentiellen Indikation psychotherapeutischer Maßnahmen.	Der Fragebogen mit 90 Items hat 7 Subskalen: (1) Schweregrad, (2) soziales Trinken, (3) süchtiges Trinken, (4) Motive, (5) Schädigung, (6) Partnerprobleme wegen Trinken, (7) Trinken wegen Partnerproblemen.
<i>Anmerkung:</i> S: Selbstbeurteilungsverfahren, F: Fremdbeurteilungsverfahren		

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Synaptische Zielorte psychoaktiver Substanzen (nach Snyder, 1986)



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 2: Opponenten Prozess-Modell (nach Solomon & Corbit, 1974)

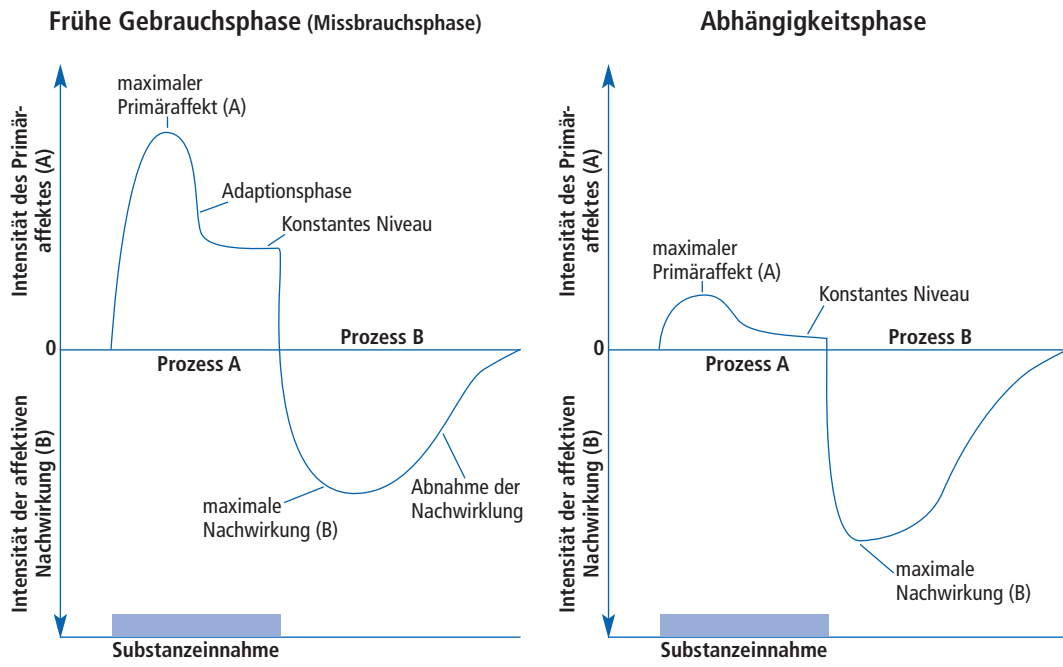


Abbildung 2: Opponenten Prozess-Modell (nach Solomon & Corbit, 1974)

Tabelle 1: Störungsbereiche und allgemeine Therapiestrategien beim Abhängigkeitssyndrom (F1x.2)

Störungsbereiche	Allgemeine Therapiestrategien
<p>1. Körperliche Abhängigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entzug • Toleranz 	<ul style="list-style-type: none"> • Stabile und langfristige Abstinenz • Hilfsweise risikoreduzierter, kontrollierter Gebrauch von Ersatzsubstanzen (Substitution bei Heroin- und Tabakabhängigkeit)
<p>2. Psychische Abhängigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterordnung von Verhaltensweisen und Lebensabläufen unter das Primat des Substanzgebrauchs • Craving (auch lange nach Entzug) • Konsum trotz bewusster Selbst- und Fremdschädigung (Kontrollverlust) • Fehlende Motivation zur Veränderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz der eigenen Störung und des Therapiebedarfs • Aufbau von Veränderungsbereitschaft • Aufbau von Selbstvertrauen in die eigenen Bewältigungskompetenzen • Kenntnis der rückfallkritischen Situationen • Aufbau von Bewältigungskompetenzen für rückfallkritische Situationen
<p>3. Somatische Erkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herz-Kreislauf Störungen (Alkohol) • Leberstörungen (alle) • Karzinome (Alkohol und Tabak) • Infektionen (Drogen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Heilung • Hilfsweise Linderung bei chronischen Störungen («Schadensbegrenzung»)
<p>4. Psychische Funktionsstörungen (nur Alkohol und Drogen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmungsstörungen • Denkstörungen • Konzentrationsstörungen • emotionale Störungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenzerwerb zur Erkennung und Bewältigung der Störungen
<p>5. Folgestörungen im sozialen Bereich (primär bei Alkohol und Drogen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Körperhygiene • Lebensführung • Partnerschaft, Erziehung • Arbeitsbereich • Freizeitbereich 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsziele im Einzelfall (balanced lifestyle) • Soziale Hilfen
<p>6. Komorbidität (selten bei Tabak)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychische Störungen (z. B. Persönlichkeits- und depressive Störungen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsziele im Einzelfall

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Phasen der Veränderungsbereitschaft bei Abhängigen (Prochaska & DiClemente, 1986; Keller, 1999) und mögliche therapeutische Strategien

Phasen	Therapeutische Strategien
1. Fehlendes Problembewusstsein (precontemplation) <ul style="list-style-type: none"> • keine Einsicht • keine Veränderungsbereitschaft 	<ul style="list-style-type: none"> – Einfluss durch Umweltfaktoren (z. B. Verlust des Arbeitsplatzes; polizeiliche Verfolgung) und durch innere Faktoren (emotionale und körperliche Störungen) – Insgesamt eher geringe therapeutische Einflussmöglichkeiten
2. Aufbau eines Problembewusstseins (contemplation) <ul style="list-style-type: none"> • Selbstbeobachtung • Abwägen der Vor- und Nachteile des Drogenkonsums • Beobachtung der Reaktion von Dritten auf den eigenen Drogenkonsum 	<ul style="list-style-type: none"> – Förderung der Selbstbeobachtung – Betonung der negativen Konsequenzen des Konsums und der positiven Konsequenzen einer Veränderung – Förderung der Entscheidungsbildung – Aufbau einer therapeutischen Allianz – Vereinbarung individueller Ziele
3. Beginn einer Behandlung (action) <ul style="list-style-type: none"> • Bereitschaft zur Veränderung 	<ul style="list-style-type: none"> – Vermittlung von Kompetenzen zur Führung eines Lebens ohne Abhängigkeit (z. B. Entspannung, Selbstbehauptung, Konfliktlösung) – Zukunftsplanung (Lebensgestaltung; Zeitstruktur)
4. Aufrechterhaltung der Behandlungsziele (maintenance) <ul style="list-style-type: none"> • Bereitschaft zur Aufrechterhaltung der Veränderungen 	<ul style="list-style-type: none"> – Kompetenzen zur Verminderung des Rückfallrisikos (Beobachtung und Vermeidung kritischer Situationen, Ablehnungstraining)
5. Rückfall (relapse) <ul style="list-style-type: none"> • längere Phasen erneuten Missbrauchs oder erneuter Abhängigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> – Kompetenzen zur Bewältigung von Rückfällen – zumeist geringe therapeutische Einflussmöglichkeiten in der ersten Zeit nach dem Rückfall

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Ziele und Maßnahmen bei der Therapie Alkoholabhängiger

Ziel	Intervention	Aufgabe der Klienten
1. Förderung der Veränderungsbereitschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassung des Ist- Zustandes • Motivierende Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 2005) 	<ul style="list-style-type: none"> • Realistische Einschätzung des Trinkverhaltens und der negativen Konsequenzen • Zusammenstellung der Vorteile der Konsumreduktion, Persönliche Zielformulierung
2. Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung (self-efficacy)	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der sozialen Kompetenz sowie der Kompetenzeinschätzung • Kognitive Verhaltenstherapie (Beck, Wright & Newman, 1997) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenstellung persönlicher Ressourcen • Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes • Modifizierung falscher Überzeugungen (beliefs) • Bewältigung aktueller kritischer Situationen • Erstellung einer persönlichen Liste über rückfallkritische Situationen
3. Rückfallprävention	<ul style="list-style-type: none"> • Wissensvermittlung zu Rückfallkonzepten und zur kritischen Rolle von Auslöersituationen (Marlatt & Gordon, 1985) • Bewältigung von konditionierten Entzugserscheinungen und Craving • Training zur Ablehnung alkoholischer Getränke • Vermeidung des vollständigen Rückfalls in altes Trinkmuster bei erneutem Konsum 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstinstruktion, Entspannungsverfahren, Gedankenstopp • Aufbau inkompatibler Verhaltensweisen • Rollenspiele, in-vivo Übungen • Umgang mit Rückfall (lapse und relapse)
4. Verbesserung von Lebenskompetenzen und Lebensbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung möglicher Störungen in relevanten Lebensbereichen (z. B. Partnerschaft, Familie, Arbeit und Freizeit) auf dem Hintergrund des kognitiven Modells zum Rückfall • Soziale Hilfen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewältigung problematischer Lebenssituationen, die für einen Rückfall relevant sein können

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 4: Zusammenhang von Therapiedauer und Therapieerfolg (Metaanalysen; übersetzter Auszug aus Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations von A. Moyer et. al, 2002, S. 279-292)

Kurzinterventionsgruppen im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen (34 Studien)			
Erfolgskriterien/ Katamnesezeitpunkte	Effektgröße ¹	95 % Konfidenzintervall	
Kombinierter Erfolgsindex			
< 3 Monate	0.300***	0.082	0.518
> 3 bis 6 Monate	0.144***	0.081	0.206
> 6 bis 12 Monate	0.241***	0.184	0.299
> 12 Monate	0.129***	0.007	0.060
Alkoholabstinenz			
< 3 Monate	0.669***	0.392	0.945
> 3 bis 6 Monate	0.160***	0.098	0.222
> 6 bis 12 Monate	0.263***	0.203	0.323
> 12 Monate	0.202	-0.008	0.412
¹ Eine positive Effektgröße bedeutet ein besseres Ergebnis der Kurzintervention im Vergleich zur Kontrollgruppe. **: p < 0.01 ***: p < 0.001			
Kurzinterventionen im Vergleich zu längeren Interventionen (20 Studien)			
Erfolgskriterien/ Katamnesezeitpunkte	Effektgröße ²	95 % Konfidenzintervall	
Kombinierter Erfolgsindex			
< 3 Monate	-0.028	-0.224	0.168
> 3-6 Monate	0.171	-0.015	0.356
> 6-12 Monate	0.025	-0.101	0.152
> 12 Monate	0.008	-0.118	0.134
Alkoholabstinenz			
< 3 Monate	0.000	-0.634	0.634
> 3-6 Monate	0.415**	0.119	0.711
> 6-12 Monate	0.004	-0.152	0.161
> 12 Monate	0.034	-0.197	0.175
² Eine positive Effektgröße bedeutet ein schlechteres Ergebnis der Kurzintervention im Vergleich zu längeren Interventionen. **: < 0.01			

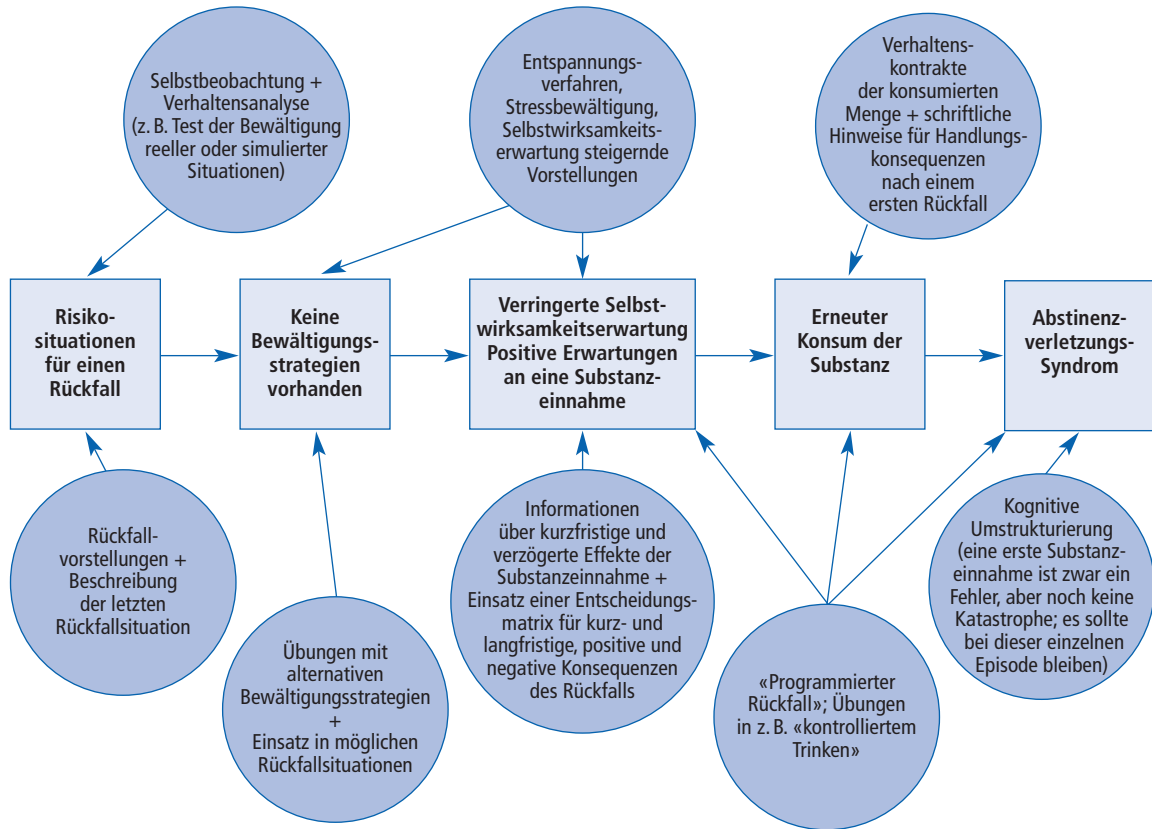
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 5: Hierarchie der Therapieziele bei Drogenabhängigen mit einem umfassenden Störungsbild (v. a. Heroinabhängige) und anfänglich geringer Therapiemotivation

1. Therapeutischen Kontakt aufbauen und halten
2. Basale gesundheitliche Situation verbessern
3. Basale Lebensbedingungen verbessern
4. Kontrollierter risikoreduzierter Konsum von legalen Heroinersatzsubstanzen (Substitution)
5. Änderungsbereitschaft für Abstinenzorientierung aufbauen soweit überhaupt realistisch
6. Selbstvertrauen in die eigene Änderungskompetenz (self efficacy) fördern
7. Körperlicher Entzug (Teilentzug)
8. Rückfallkritische Situationen bewältigen
9. Lebenskompetenzen außerhalb der Drogenszene verbessern
10. Folgestörungen im sozialen Bereich abbauen
11. Neue Lebensplanung entwickeln
12. Individuelle Ziele bei komorbiden Störungen

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Kognitives Modell für die Entwicklung von Rückfällen und Interventionsstrategien zur Rückfallprävention (eigene Übersetzung aus *Relapse Prevention* von G. Marlatt & J. Gordon, 1985; vgl. auch Marlatt & Donovan, 2008)



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Klassifikation schizophrener und anderer psychotischer Störungen nach ICD-10 und DSM-IV-TR (mit ICD-9-CM-Kode)

ICD-10		DSM-IV-TR (mit ICD-9-CM-Kode)	
F20	Schizophrenie	295	Schizophrenie
F20.0	Paranoide Schizophrenie	295.30	Paranoider Typus
F20.1	Hebephrene Schizophrenie	295.10	Desorganisierter Typus
F20.2	Katatone Schizophrenie	295.20	Katatoner Typus
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie	295.90	Undifferenzierter Typus
F20.4	Postschizophrene Depression		
F20.5	Schizophrenes Residuum	295.60	Residualer Typus
F20.6	Schizophrenia simplex	–	
F21	Schizotype Störung	301.22	Schizotypische Persönlichkeitsstörung
F22	Anhaltende wahnhaftige Störungen	297.1	Wahnhaftige Störungen
F23	Vorübergehende akute psychotische Störungen	–	
F23.0	Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie	–	
F23.1	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie	–	
F23.2	Akute schizophreniforme psychotische Störung	295.40	Schizophreniforme Störung
–		298.8	Kurze psychotische Störung
F25	Schizoaffective Störung	295.70	Schizoaffective Störung
F25.0	Schizoaffective Störung, gegenwärtig manisch	–	
F25.1	Schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv	–	
F25.2	Gemischte schizoaffective Störung	–	

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien für schizophrene Störungen nach ICD-10 Forschungskriterien und DSM-IV-TR

	ICD-10	DSM-IV-TR
Charakteristische Symptome	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung. 2. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen. 3. Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen. 4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer (bizarrer) Wahn, wie z. B. das Wetter kontrollieren zu können oder im Kontakt mit Außerirdischen zu sein. 5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung, oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen, täglich über Wochen und Monate auftretend. 6. Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt. 7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien oder wächserne Biagsamkeit, Negativismus, Mutismus und Stupor. 8. «Negative» Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit. Diese Symptome dürfen nicht durch eine Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht sein. 9. Eine eindeutige und durchgängige Veränderung bestimmter umfassender Aspekte des Verhaltens, die sich in Ziellosigkeit, Trägheit, einer in sich selbst verlorenen Haltung und sozialem Rückzug manifestiert. 	<ol style="list-style-type: none"> A1. Wahn A2. Halluzinationen A3. Desorganisierte Sprechweise (z. B. häufiges Entgleisen oder Zerfahrenheit) A4. Grob desorganisiertes oder katonisches Verhalten A5. Negative Symptome, d. h. flacher Affekt, Alogie oder Willensschwäche B. Soziale/berufliche Leistungseinbußen: Funktionsbereiche wie Arbeit, soziale Beziehungen oder Selbstfürsorge sind für eine bedeutende Zeitspanne deutlich unter dem Niveau, das vor Beginn der Störung erreicht wurde.
Erforderliche Anzahl	von 1. bis 4. mindestens ein eindeutiges Symptom (zwei oder mehr, wenn weniger eindeutig) oder mindestens zwei Symptome von 5. bis 8.	mindestens 2 A-Symptome oder nur eines, wenn es sich um bizarren Wahn, um eine kommentierende oder um dialogische Stimmen handelt
Erforderliche Zeitdauer	fast ständig während eines Monats oder länger; bei Schizophrenia simplex (nur Kriterium 9!) länger als ein Jahr	mindestens 6 Monate kontinuierliche Störungen (einschließlich Prodromal- und Residualsymptomatik) mit mindestens 1 Monat mit A-Symptomen
Differentialdiagnose zu affektiven Störungen	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrene Störung: nur wenn schizophrene Symptome den affektiven vorausgehen. • Schizoaffective Störung: wenn sich schizophrene und affektive Symptome gleichzeitig entwickeln und in etwa gleicher Intensität auftreten. • ansonsten Diagnose einer affektiven Störung 	Schizophrene Störung: nur wenn affektive Symptome entweder von kurzer Dauer sind, nur während prodromaler oder residualer Phasen auftreten, oder nicht vollständig die Kriterien einer affektiven Störung erfüllen.

Tabelle 3: Beispiele für Selbst- (S) und Fremdbeurteilungsverfahren (F) bei schizophrenen Störungen

Verfahren	Zielsetzung	Methodik
<i>Brief Psychiatric Rating Scale</i> (BPRS) (Lukoff et al., 1987) F	Erfassung von fünf Störungsdimensionen bei stationären Psychiatrie-Patienten	18 Items, die nach einem klinischen Interview beurteilt werden
<i>Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation</i> (NOSIE) (Honigfeld et al., 1996) F	Verhaltensbeurteilung stationärer Patienten durch Pflegepersonal und Betreuer auf 7 Faktoren	30 Items zur Beurteilung des Verhaltens während der letzten 3 Tage
<i>Scale for the Assessment of Negative Symptoms</i> (SANS) (Dieterle et al., 1986) F, S	Erfassung schizophrener Minus-Symptomatik auf 5 Dimensionen (Affektverflachung, Alogie, Apathie, Aufmerksamkeit, Anhedonie)	Verhaltensbeobachtung und Selbsteinschätzung während eines klinischen Interviews (30 Items)
<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i> (PANSS) (Kay et al., 2000) F	Erfassung schizophrener Symptomatik auf drei Skalen (Positiv- und Negativ-Symptomatik sowie allgemeine Psychopathologie)	Bewertung anhand eines klinischen Interviews und des Verhaltens in den letzten sieben Tagen (30 Items)
<i>Paranoid-Depressivitäts-Skala</i> (PD-S) (v. Zerssen, 1976) S	Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch (1) depressiv-ängstliche Verstimmtheit und (2) paranoide Tendenzen sowie (3) Krankheitsverleugnung	Fragebogen mit 43 Items; Parallelform für Wiederholungs-Messungen
<i>IntentionalitätsSkala</i> (InSka) (Mundt et al., 1985) F	Erfassung schizophrener Residualsymptomatik (Gesamtscore)	60 Items zur Symptombewertung aufgrund des Verhaltens in den letzten 2 Wochen
<i>Frankfurter Beschwerde-Fragebogen</i> (FBF) (Süllwold, 1991) S	Selbsteinschätzung subjektiv erlebter Beeinträchtigungen und Defizite (Basis-symptome) in 10 Kategorien	Fragebogen oder Interview mit 98 Items

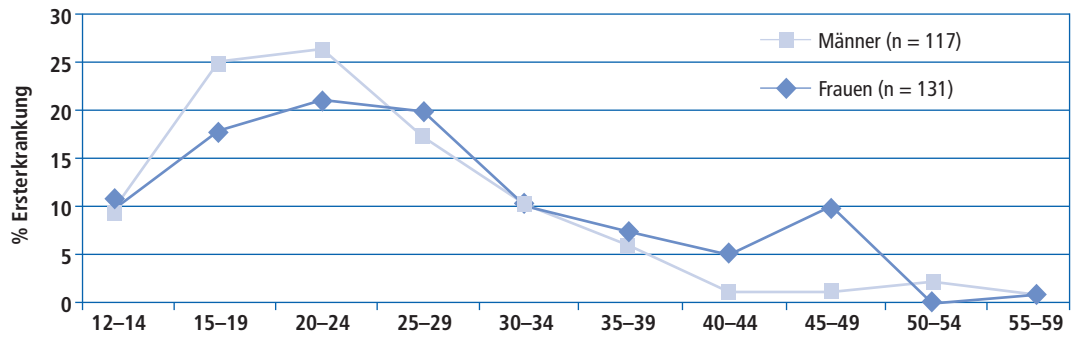
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Risiko für eine psychotische Erkrankung bei Adoptierten in Abhängigkeit von der Erkrankung der leiblichen Mutter und dem Erziehungsmilieu in der Adoptivfamilie (nach Tienari et al., 2002)

		Leibliche Mutter	
		gesund	schizophren
Erziehungsmilieu	konfliktarm	0 %	4.8 %
	konfliktreich	1.5 %	13.0 %

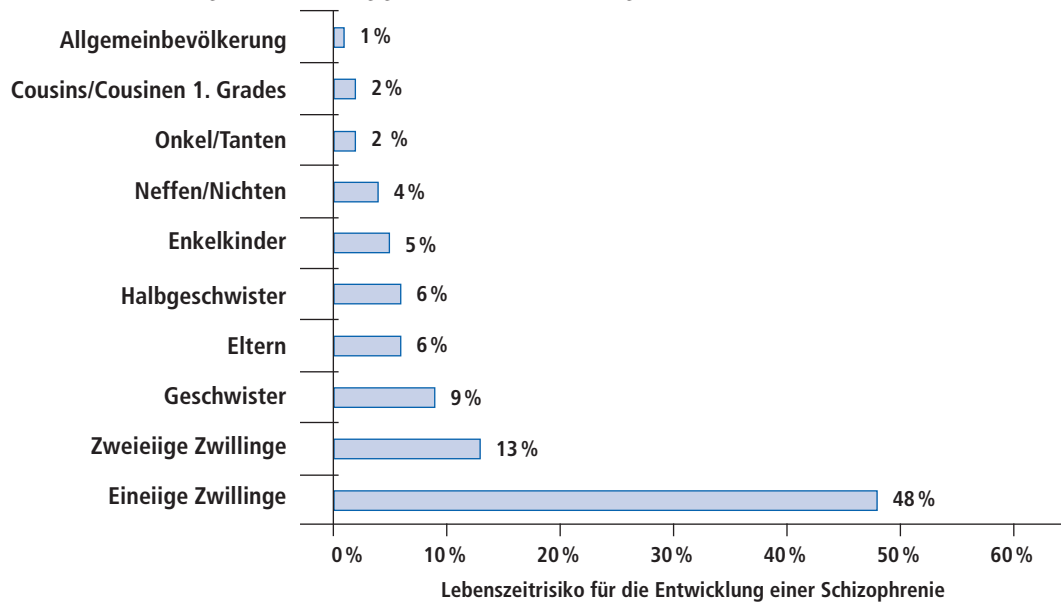
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Alter bei Ersterkrankung an einer Schizophrenie (nach Häfner, 2003)



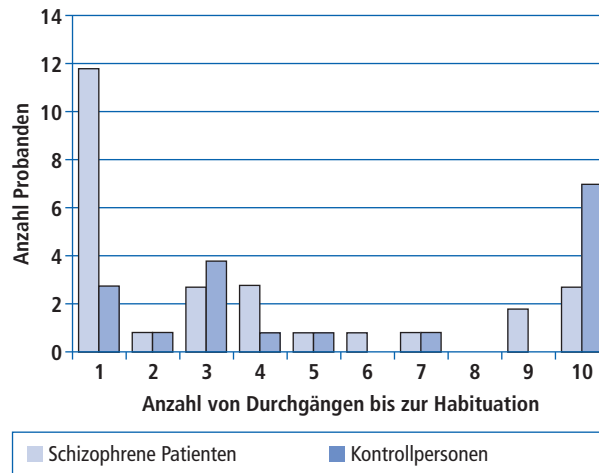
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 2: Erkrankungsrisiko in Abhängigkeit vom Verwandtschaftsgrad (nach Gottesmann, 2001)



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 3: Anzahl der Tondarbietungen bis zur Habituation der elektrodermalen Reaktion bei schizophrenen Patienten und gesunden Vergleichsprobanden (nach Straube & Öhman, 1990)



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Hoch-Risiko-Gruppen für schizophrene Störungen (nach McGlashan et al., 2001)

Gruppe	Merkmale
1. Kurze vorübergehende psychotische Zustände	In letzter Zeit traten psychotische Symptome auf, die kürzer waren als es die Diagnose einer schizophrenen Störung erfordert
2. Vorstufen von Positiv-Symptomatik	Ungewöhnliche, wahnähnliche Gedanken; Vorhalluzinatorische Wahrnehmungsstörungen; Sprachstörungen, welche noch nicht das Ausmaß von desorganisiertem Denken erreichen
3. Genetische Risiken und Nachlassen der Funktionsfähigkeit	Schizotypische Persönlichkeitsstörung; Angehörige ersten Grades mit schizophrener Störung oder Störung aus dem schizophrenen Spektrum; zusätzlich: in letzter Zeit Veränderung des Sozialverhaltens und Nachlassen der Leistungsfähigkeit in Arbeit oder Ausbildung, die in der GAF (Global Assessment of Functioning Scale gem. DSM) einer Verringerung um 30 Punkten entsprechen

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Familienbetreuung + Patientenintervention (psychosoziale Therapie) vs. Routineversorgung: Rückfallraten und Effektstärken (aus Pitschel-Walz et al., 2001; s. dort die zitierte Literatur)

	Rückfallraten		Effektstärke	
	Familienbetreuung + Patientenintervention	Routineversorgung	Erstes Jahr	Zweites Jahr
Buchkremer et al.(1997)	15 % 24 % 18 %	22 % 50 % 21 %	.10	.27
Cranach (1981)	0 %	38 %	.45	
Hogarty et al. (1991)	25 %	62 %		.37
Kelly & Scott (1990)	28 %	45 %	.17	
Pitschel-Walz et al. (1998)	21 % 41 %	38 % 58 %	.18	.18
Mittlere Effektstärken			.17	.23

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Therapeutische Grundregeln bei Schizophrenie
(Ciampi, 1986)

- (1) Ein möglichst entspannendes, übersichtliches, reizarmes Behandlungsmilieu mit konstantem Personal
- (2) Personelle und konzeptuelle Kontinuität mit konstanter zentraler Bezugsperson und längerfristiger Koordination der Behandlungsmaßnahmen
- (3) Eindeutige, klare und affektiv-kognitiv kongruente Kommunikation
- (4) Möglichst einheitliche Informationen und Ansichten bei Patient, Angehörigen, stationären und ambulanten Betreuern über die Störung, die konkreten Ziel der Behandlung und die Prognose
- (5) Erarbeitung gemeinsamer, möglichst realistisch-positiver Zukunftserwartungen
- (6) Vermeidung von Über- und Unterstimulation
- (7) Kombination von Sozio- und Pharmakotherapie

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 4: Das familientherapeutische Programm von Hogarty und Anderson (1986)

Phasen	Techniken	Ziele
Phase 1: Kontaktaufnahme	Kontakt mit der Familie aufnehmen und zur Kooperation mit dem Programm gewinnen. Verminderung von Schuld, Emotionalität, negativen Reaktionen auf die Krankheit.	Behandlungskontrakt abschließen, Diskussion der Krisengeschichte und der Gefühle dem Patienten und der Krankheit gegenüber. Spezifische praktische Vorschläge, auf welche hin Besorgnis in Bewältigungsmechanismen umgesetzt werden kann.
Phase 2: Workshop zum Training von Fertigkeiten, die einen Rückfall verhindern helfen	Erhöhtes Verständnis für die Krankheit und die Bedürfnisse des Patienten. Soziale Kontakte, Erweiterung des sozialen Netzes.	Multiple Familien-Unterrichtung und Diskussion. Konkrete Daten über Schizophrenie. Konkrete Management-Vorschläge. Grundlegende Kommunikationsfertigkeiten.
Phase 3: Wiedereintritt und Anwendung	Den Patienten in der Gemeinschaft halten. Stärken der ehelichen/elterlichen Koalition. Erhöhte familiäre Toleranz für dysfunktionale Verhaltensweisen auf niedrigem Niveau. Verminderte und graduelle Wiederaufnahme von Verantwortung durch den Patienten.	Stärken der Grenzen zwischen Personen und Generationen. Liste von Aufgaben. Lösung einfacher Probleme.
Phase 4: Aufrechterhaltung	Reintegration in normale Rollen in der Gemeinde (Arbeit, Schule). Erhöhte Effizienz der generellen Familienprozesse.	Unregelmäßige Sitzungen. Traditionelle und explorative Familientherapie-Techniken.

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 5: Spezifische Behandlungsverfahren bei Störungen und Defiziten schizophrener Patienten

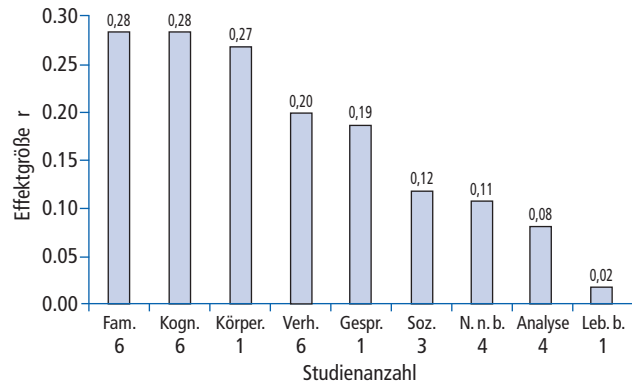
Zielverhalten	Behandlungsmaßnahmen	Literatur
Soziale Fähigkeiten und Kommunikation	Social Skills Training	Heinssen et al. (2000)
Berufliche Eingliederung	Berufliche Rehabilitationsprogramme	Cook & Razzano (2000)
Lebenspraktische Fähigkeiten	Life Skills Training	Glynn & MacKain (1992)
Krankheitsverständnis und -bewältigung	Psychoedukation	Wiedemann et al. (2003)
Kognitive Leistungen	Kognitive Trainingsprogramme	Brenner et al. (1990)
Körperwahrnehmung, Ich-Empfinden	Leiborientierte Therapie	Scharfetter (1982)
Verringerung von Halluzinationen und Wahn	Kognitive Verhaltenstherapie	Garety et al. (2000)

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Wirkung psychosozialer Interventionen bei schizophrenen Störungen: Effektgrößen für verschiedene Therapiearten nach Wunderlich et al. (1996)

Therapiearten	k	N	f_g	f	s
Familietherapie	6	360	+0.28	+0.32	0.114
Kognitive Therapie	6	210	+0.28	+0.28	0.064
Körperorientierte Therapie	1	27	+0.27		
Verhaltenstherapie	6	276	+0.20	+0.25	0.124
Gesprächstherapie	1	82	+0.19		
Sozialtherapie	3	527	+0.12	+0.13	0.058
Nicht näher bez. Therapie	4	383	+0.11	+0.14	0.028
Psychoanalytische Therapie	4	361	+0.08	+0.15	0.131
Lebens- und Berufsberatung	1	28	+0.02		

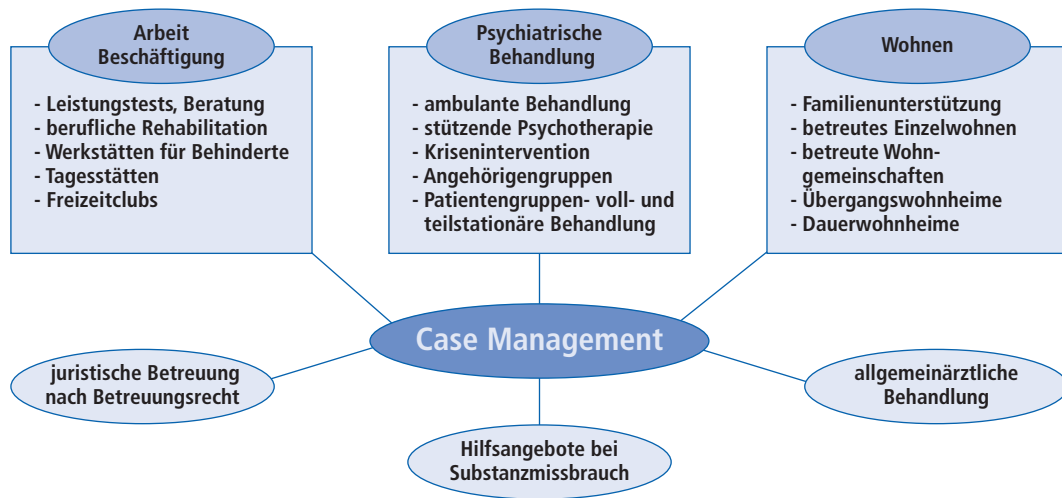
k = Anzahl der Studien; N = Stichprobengröße;
 f_g = gewichtete mittlere Effektgröße; f = ungewichtete mittlere Effektgröße; s = Standardabweichung



Therapiearten: Fam. = Familietherapie; Kogn. = Kognitive Therapie;
 Körper. = Körperorientierte Therapie; Verh. = Verhaltenstherapie;
 Gespr. = Gesprächstherapie; Soz. = Sozialtherapie; N.n.b. = Nicht näher bez. Therapien;
 Analyse = Psychoanalyse; Leb.b. = Lebens-und Berufsberatung.
 Studienanzahl = Anzahl der Studien, die in die Effektgrößenberechnung eingehen

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 2: Koordination von Hilfsangeboten durch «Case Management»



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Klassifikation der Affektiven Störungen nach ICD-10 und DSM-IV-TR

ICD-10 Klassifikation	DSM-IV-TR Klassifikation
F30 Manische Episode (Hypomanie)	Manische, Gemischte oder Hypomane Episode
F31 Bipolare affektive Störung	Bipolare Störungen
F32 Depressive Episode	Einzelne Episode einer Major Depression
F33 Rezidivierende depressive Störungen	Major Depression, rezidivierend
F34 Anhaltende affektive Störungen	Dysthyme Störung
F38 Sonstige affektive Störungen	Andere Affektive Störungen
F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störungen	

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Zentrale Diagnosekriterien für die Episode einer Major Depression und für eine rezidivierende Major Depression nach DSM-IV-TR

Eine *Major Depression, rezidivierend* wird diagnostiziert, wenn zwei oder mehrere Episoden einer Major Depression vorgelegen haben. Dabei werden Episoden als getrennt gewertet, wenn in einem mindestens zweimonatigen Intervall die Kriterien für eine Episode einer Major Depression nicht erfüllt sind.

Im Folgenden werden die A.-Kriterien zum Vorliegen einer Episode aus DSM-IV-TR zitiert (S. 406; s. Kap. 4):

Kriterien für eine Episode einer Major Depression

Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen während derselben Zwei-Wochen-Periode und stellen eine Änderung gegenüber der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit dar; mindestens eines der Symptome ist entweder (1) Depressive Verstimmung oder (2) Verlust an Interesse oder Freude.

Beachte: Auszuschließen sind Symptome, die eindeutig durch einen medizinischen Krankheitsfaktor, stimmungsinkongruenten Wahn oder Halluzinationen bedingt sind

- (A) Depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages, vom Betroffenen selbst berichtet (z. B. fühlt sich traurig oder leer) oder von anderen beobachtet (z. B. erscheint den Tränen nahe). (Beachte: kann bei Kindern und Jugendlichen auch reizbare Verstimmung sein.)
- (B) Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet.)
- (C) Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme (mehr als 5 % des Körpergewichts in einem Monat) oder verminderter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen. (Beachte: Bei Kindern ist das Ausbleiben der zu erwartenden Gewichtszunahme zu berücksichtigen.)
- (D) Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen.
- (E) Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen (durch andere beobachtbar, nicht nur das subjektive Gefühl von Rastlosigkeit oder Verlangsamung).
- (F) Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen.
- (G) Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch wahnhaftes Ausmaß annehmen können) an fast allen Tagen (nicht nur Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle wegen des Krankseins).
- (H) Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet).
- (I) Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Sterben), wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids.

Tabelle 3: Zentrale Diagnosekriterien für eine Dysthyme Störung (Kriterien zu A. bis C. zitiert aus DSM-IV-TR, S. 431; s. Kap. 4)

(A) Depressive Verstimmung, die die meiste Zeit des Tages an mehr als der Hälfte aller Tage, entweder vom Patienten berichtet oder von anderen beobachtet, über einen mindestens zweijährigen Zeitraum andauert. Beachte: Bei Kindern und Heranwachsenden kann reizbare Verstimmung vorliegen, und die Dauer muss mindestens ein Jahr betragen.

(B) Während der depressiven Verstimmung bestehen mindestens zwei der folgenden Symptome:

1. Appetitlosigkeit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen
2. Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis
3. Energiemangel oder Erschöpfung
4. geringes Selbstwertgefühl
5. Konzentrationsstörungen oder Entscheidungsschwernis
6. Gefühl der Hoffnungslosigkeit

(C) In der betreffenden Zweijahres-Periode (ein Jahr bei Kindern und Heranwachsenden) gab es keinen Zeitraum von mehr als zwei Monaten ohne Symptome wie unter A. und B. beschrieben.

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 4: Einteilung depressiver Symptomatik nach psychologischen Funktionsbereichen

<i>emotionale/affektive Symptome</i>	Gefühle von Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit, Trauer, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit, Wertlosigkeit, Überfordertsein, Schuld, Feindseligkeit; Angst, Anspannung und Selbstunsicherheit; Gefühl der Gefühllosigkeit; Verlust von Freude
<i>motivationale Symptome</i>	Antriebslosigkeit, Interessenverlust, Vermeidung/Rückzug, Misserfolgsorientierung, Ideen der Sinnlosigkeit, Suizidgedanken
<i>kognitive Symptome</i>	Negative Einschätzung der eigenen Person, Selbstkritik, negative Interpretation äußerer Ereignisse, pessimistische oder fehlende Zukunftsperspektive; langsames, mühseliges Denken, zirkuläres Grübeln, Einfallsarmut, Konzentrations- und Entscheidungsschwierigkeiten, erschwerter Zugriff auf positive Erinnerungen, unspezifischer Zugriff auf autobiographische Erinnerungen, absolutistisches Denken, Erwartung von Strafen/Katastrophen, wahnhaft-Verarmungs- oder Versündigungsideen
<i>psychovegetative Symptome</i>	innere Unruhe, Erregbarkeit und Reizbarkeit; Müdigkeit, Schwäche und Energieverlust; Einschlaf- oder Durchschlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen, Hypersomnie; tageszeitliche Schwankungen im Befinden (Morgentief); Appetitlosigkeit/Gewichtsverlust oder auch übermäßiges Bedürfnis zu essen; Libido- und/oder Potenzverlust; vegetative Beschwerden (z. B. Kopfdruck, Magenbeschwerden)
<i>Verhaltenssymptome</i>	Kraftlose, gebeugte Körperhaltung, verlangsamte Bewegungen oder auch Agitiertheit; leise, monotone Sprache, erstarrte oder angespannte Mimik, Weinen, Aktivitätsverminderung, Schwierigkeiten bei der Bewältigung alltäglicher Anforderungen
<i>Merkmale der sozialen Interaktion</i>	verringerte Bandbreite sozialer Kontakte, sozialer Rückzug, Zurückweisung von Hilfe, fehlende Fähigkeit oder Bereitschaft, soziale Verstärkung zu erlangen

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 5: Verfahren zur Erfassung der Schwere der Depressivität und des negativen Befindens

Verfahren	Zielsetzung	Kurzbeschreibung	N
<i>Beck-Depressions-Inventar</i> (BDI) (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock & Erbaugh, 1961; deutsch: Hautzinger, Bailer, Keller & Worall, 1995; aktuelle Version BDI II: Hautzinger, Keller & Kühner, 2006). S	Erfassung des Schweregrads der depressiven Symptomatik	Zu 21 Depressions-Symptomen gibt es jeweils 4 Aussagen, die unterschiedliche Ausprägungen repräsentieren.	+
<i>Depressivitäts-Skala</i> (DS) (von Zerssen, 1976a) S	Erfassung psychischer Beeinträchtigungen depressiver Art	16 Schilderungen depressiver Symptome bzw. typische Klagen werden auf 4-stufigen Antwortskalen («trifft ausgesprochen zu» bis «trifft gar nicht zu») eingeschätzt.	+
<i>Hamilton Rating Scale for Depression Depression</i> (HRSD) (Hamilton, 1960; deutsch: HAMD in «Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum», CIPS, 2005) F	Bestimmung des Schweregrads der depressiven Symptomatik	Anhand von 21 depressionstypischen Symptomen wird die Schwere der Symptomatik auf 3- bis 5-stufigen Skalen (je nach Item) eingeschätzt. Vor allem somatische und motorische Symptome werden erfragt.	–
<i>Allgemeine Depressions-Skala</i> (ADS) (Hautzinger & Bailer, 1993) S	Vorhandensein und Dauer der Beeinträchtigung durch depressive Affekte, körperliche Beschwerden, motorische Hemmung und negative Denkmuster werden erfragt	20 Items zur Einschätzung der Häufigkeit depressiver Symptome (z. B. Verunsicherung, Erschöpfung, Hoffnungslosigkeit) in der vorangegangenen Woche, vier Antwortmöglichkeiten von «selten» bis «meistens».	+
<i>Fragebogen zur Depressionsdiagnostik nach DSM-IV</i> (FDD-DSM-IV) (Kühner, 1997) S	Diagnosestellung, zusätzlich Berechnung des Schweregrades möglich	18 Items, die für die Einschlussdiagnose einer Depressiven Episode nach DSM-IV-TR relevant sind.	+
<i>Befindlichkeits-Skala</i> (BfS) (von Zerssen, 1976b) S	Ausmaß momentaner Beeinträchtigung subjektiven Befindens	Es sind 28 gegensätzliche Eigenschaftswortpaare enthalten. Der Proband soll entweder ein (stimmungsmäßig zutreffendes) Adjektiv oder (bei Unentschiedenheit) die neutrale Kategorie ankreuzen.	+
<i>Positive and Negative Affect Schedule</i> (PANAS) (Watson, Clark & Tellegen, 1988; deutsch: Krohne, Egloff, Kohlmann & Tausch, 1996) S	Erfassung der Affektivität getrennt für die Dimensionen «Positiver Affekt» und «Negativer Affekt»	Jeweils 10 Adjektive beschreiben eher positive (z. B. aktiv, begeistert) bzw. eher negative Empfindungen (z. B. bekümmert, gereizt). Die Intensität ist jeweils auf 5-stufigen Skalen von «gar nicht» bis «äußerst» einzuschätzen.	+
<i>Anmerkungen:</i> S: Selbstbeurteilungsverfahren, F: Fremdbeurteilungsverfahren, N = Normen: + vorhanden, – nicht vorhanden			

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Sozioökonomische Risikofaktoren sowie prognostisch bedeutsame Variablen des bisherigen Erkrankungsverlaufs

<p>Sozioökonomische Variablen</p> <ul style="list-style-type: none">• weibliches Geschlecht• Altersbereich der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters• bestimmte sozioökonomische Statusvariablen<ul style="list-style-type: none">• niedriges Einkommen• Arbeitslosigkeit• Hausfrauenrolle• Fehlen eines bzw. niedriger Schulabschluss• Trennung/Scheidung• Fehlen einer vertrauensvollen persönlichen Bindung
<p>Variablen des bisherigen Krankheitsverlaufs</p> <ul style="list-style-type: none">• Subklinische Depression• Angststörungen• bisheriger Verlauf der Depression• Doppeldiagnose MDD und Dysthymie• weitere komorbide Störungen der Achse I und II• Status zu Therapie-Ende (v. a. Residualsymptomatik)

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Risikoerhöhende Faktoren aus genetischer und biologischer Perspektive

<p>Heredität für Depression</p> <ul style="list-style-type: none">• Polygenetisches Schwellenmodell bezüglich verschiedener genetisch bedingter Veränderungen der Neuromodulation/ der Rezeptorenausstattung (z. B. CRF-Gen, bestimmte Schlafcharakteristika)
<p>Dysregulation in biologischen Systemen</p> <ul style="list-style-type: none">• Empfindlichkeit der Neurotransmitter-Balance• Anfälligkeit für Dysregulation bestimmter neurobiologischer Systeme (z. B. HPA-Achse)• Sensibilisierung bestimmter ZNS-Strukturen und Zellverbände (via Kindling)• linksfrontale Hypoaktivierung (defizitäres Annäherungssystem?)• Gesteigerte Erregbarkeit von Teilen des limbischen Systems und des Retikulärsystems• Gestörte Schlaf-Wach-Regulation (reduzierte REM-Latenz, erniedrigte Delta-Schlaf-Anteile)

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Sozial-interaktive Risikofaktoren

**Überdauernde Muster sozialer Interaktion
(Persönlichkeitsdimensionen/Traits mit teilweise
hereditärer Komponente)**

- Introversion
- Abhängig-dependente Persönlichkeit
- Soziotropie

**Gestörte Interaktionen im individuellen
Entwicklungsprozess**

- Depressivität eines Elternteils, insbesondere der Mutter
- Negative Selbst- und Fremdrepräsentationen als Folge gestörter Bindung
- Mangelnde Reagibilität und Fürsorge
- Feindlich-intrusive Überstimulation
- Frühe Traumata, insbesondere körperlicher/sexueller Missbrauch

Fehlen oder Verlust sozialer Verstärker

- Fehlen vertrauter Bezugspersonen
- Eingeschränkte soziale Fähigkeiten und Bewältigungsstrategien
- Sozialer Rückzug und Interaktionsmuster, die soziale Unterstützung erschweren
- Emotional-feindliche Äußerungen naher Bezugspersonen

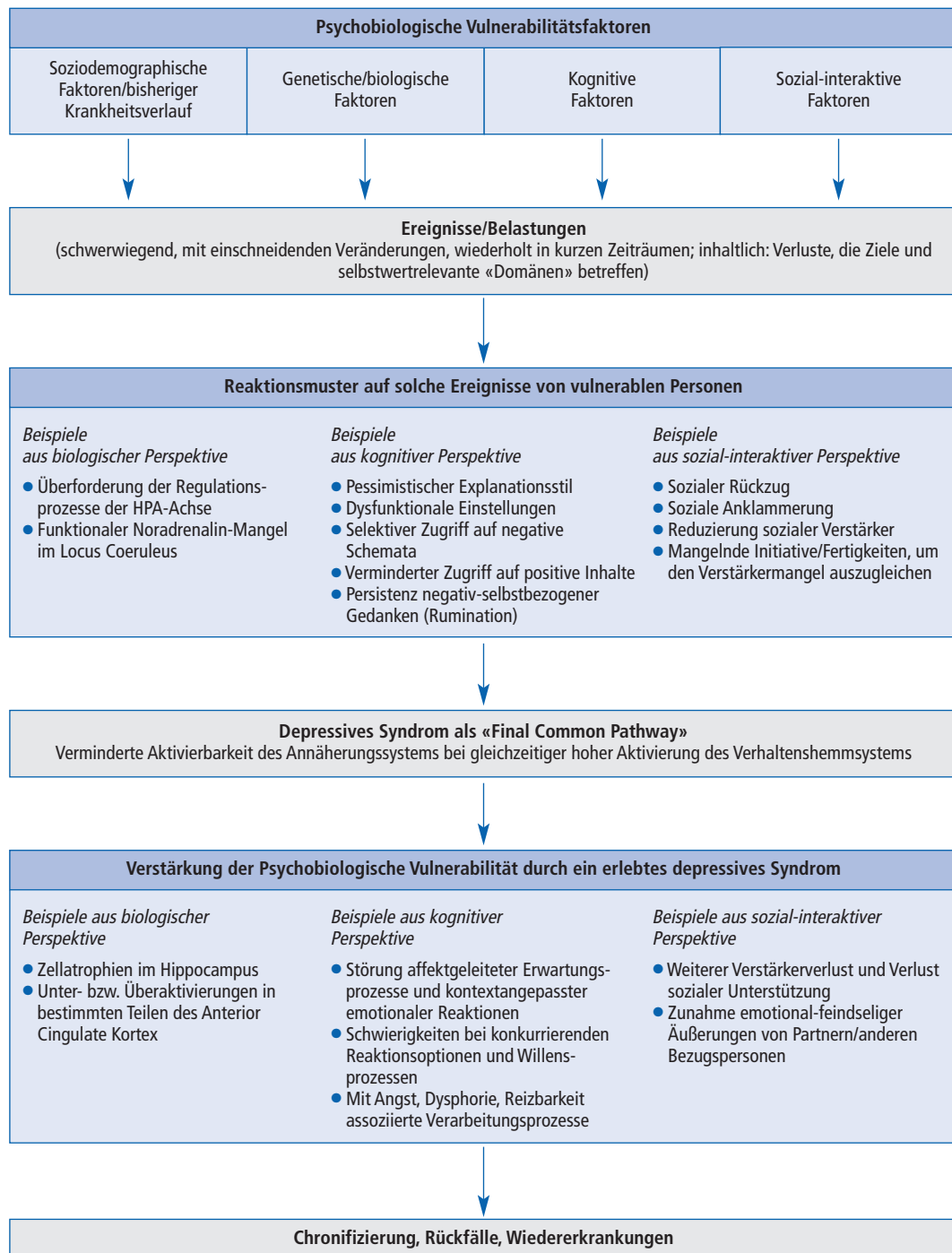
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 4: Kognitive Risikofaktoren

<ul style="list-style-type: none">● Pessimistischer Explanationsstil mit Konsequenzen für Zuschreibungen und Folgerungen
<ul style="list-style-type: none">● Veränderungen kognitiver Prozesse<ul style="list-style-type: none">● Hohe Aktivierbarkeit von Schemata des Verlusts, der Zurückweisung etc.● Schnellere Aktivierbarkeit negativen und reduzierte Aktivierbarkeit positiven Affekts● Selektive (elaborierte) Verarbeitung schemakongruenter Inhalte● Dysfunktionale Einstellungen● Gesteigerte Selbstaufmerksamkeit● Persistierend negativer dysfunktionaler Selbstfokus (Rumination)

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Einordnung von Befunden zu Risikofaktoren und Aufrechterhaltungsfaktoren in ein «Final Common Pathway»-Konzept.



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Ziele und Veränderungsstrategien der wirksamen psychologischen Therapien

Therapieansatz	Ziele	Veränderungsstrategien
<p><i>Kognitive Verhaltenstherapie</i> Evaluation: s. Hollon & Dimidjian, 2010; DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; Gloaguen et al., 1998; de Jong-Meyer, Hautzinger, Kühner & Schramm, 2007</p>		
a) Schwerpunkt Kognitive Umstrukturierung	Relativierung von dysfunktionalen automatischen negativen Gedanken und Einstellungen	Identifizierung automatischer Gedanken und der Gefühle in konkreten Situationen. Überprüfen der Evidenz und Relativierung (Spaltentechnik, Sokratische Fragen, Realitätstests, Verhaltensexperimente)
b) Schwerpunkt Verhaltensaufbau und Förderung sozialer Interaktionen	Förderung vermehrter positiver Erfahrungen, Aufbau eines ausgeglichenen Aktivitätsniveaus, Reduktion von Rückzugsverhalten, Förderung funktionaler Problemlösestrategien Förderung sozialer Kompetenz	Verhaltensanalyse, Tagebuchaufzeichnungen, Aktivitätspläne, Wochenpläne, Problemlösetrainings, Rollenspiele, in-vivo-Übungen, Rückmeldung und Verstärkung
<p><i>Interpersonale Psychotherapie</i> Evaluation: s. Weissman & Markowitz, 2002; DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; de Jong-Meyer et al., 2007</p>	Identifikation und Bearbeitung von interpersonalen Problemkonstellationen: Trauer, Rollenkonflikte, Rollenübergänge, zwischenmenschliche Defizite	Bearbeitung von Konfliktkonstellationen, Katharsis, Aufbau neuer Rollen, Erwerb von neuen Verhaltensmöglichkeiten z. B. durch Rollenspiele
<p><i>Partnertherapie</i> Evaluation: s. Beach, Jones & Franklin, 2010</p>	Verbesserung des Interaktions- und Kommunikationsverhaltens zwischen den Partnern (VT)	Verhaltensanalyse der partnerschaftlicher Interaktion, Steigerung positiver Reziprozität, Kommunikations- und Problemlösetraining, Veränderung von Erwartungen.
	Reflexion und Neuorientierung in den Partnerrollen (IPT)	Thematisierung von Kommunikation, Intimität, Abgrenzung, Führungsansprüche, gemeinsame und individuelle Ziele

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Gedankenprotokoll (übersetzt und adaptiert aus Greenberger & Padesky, 1995)

1. Situation Wer? Was? Wann? Wo?	2. Gefühle/ Stimmungen a. Was fühlten Sie? b. Schätzen Sie Ihre Stimmung auf einer Skala von 0-100% ein.	3. Automatische Gedanken und Bilder a. Was ging Ihnen durch den Kopf gerade bevor sie anfangen sich so zu fühlen? Gab es noch andere Gedanken oder Bilder? b. Kreisen Sie den Gedanken ein, der Sie am meisten berührt (den „heißen“ Gedanken).	4. Erfahrungen, die dafür sprechen, dass der «heiße» Gedanke zutrifft.	5. Erfahrungen, die dafür sprechen, dass der «heiße» Gedanke in der Situation nicht voll zutrifft, nur eine Möglichkeit unter anderen ist.	6. Neue Gedanken oder Bilder, die hilfreich und gleichzeitig realisierbar sind Schreiben Sie neue, realistische und ausgeglichene Gedanken auf.	7. Stimmungsänderung. Schätzen Sie ein, wie die Stimmung ist, wenn der neue Gedanke, das neue Bild gilt. (0-100%)
Mit meiner Frau auf der Heimfahrt von einem Besuch bei meiner Tochter, meinem Schwiegersohn und zwei meiner Enkelkinder.	Traurig 80%	Sie hätten alle eine bessere Zeit gehabt, wenn ich nicht dabei gewesen wäre. Meine Kinder und Enkelkinder brauchen mich nicht mehr. Sie haben mich den ganzen Tag nicht beachtet.	Meine Tochter und mein Schwiegersohn haben ihr eigenes Leben, sie brauchen nichts von mir. Meine 15jährige Enkelin ging um 19 Uhr zu ihren Freunden. Mein Schwiegersohn baut neue Regale für das Wohnzimmer. Vor drei Jahren hätte er mich um Hilfe gebeten.	Mein Schwiegersohn hat mich um Rat gefragt wegen seiner Pläne eines Anbaus. Meine Tochter hat mir ihren Gemüsegarten gezeigt. Ich konnte ihr sagen, dass einige Pflanzen zuwenig Wasser bekommen. Ich konnte meine fünfjährige Enkelin häufig zum Lachen bringen.	Auch wenn meine Kinder und Enkel mich nicht so wie früher brauchen, sind sie gerne mit mir zusammen und fragen immer noch nach Rat. 85 % Sie haben mich beachtet während des Tages, wenn auch nicht so konstant bzw. in der gleichen Weise wie früher. 90 %	Traurig 30%

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Die Klassifikation von Angststörungen in der ICD-10 und DSM-IV-TR (ICD-9-CM-Kode)

ICD-10 Klassifikation		DSM-IV-TR Klassifikation		Hauptunterschiede zwischen ICD-10 und DSM-IV-TR
F4	Diagnostische Obergruppe: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Ausnahme: Klammerdiagnosen)	Kode	Diagnostische Obergruppe: Angststörungen (Ausnahme: Klammerdiagnosen)	Im DSM-IV-TR unter Angststörungen klassifiziert
F40	Phobische Störungen			
F40.0	Agoraphobie			
	.00 ohne Panikstörung	300.22	Agoraphobie ohne Panikstörung	– Im DSM-IV-TR ausführlichere Kriterien und mehr differentialdiagnostische Hinweise
	.01 mit Panikstörung	300.21	Panikstörung mit Agoraphobie	
F40.1	Soziale Phobien	300.23	Soziale Phobie	
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien	300.29	Spezifische Phobie	– Im DSM-IV-TR mehr Subtypen, insbesondere bei Phobien
F40.8	Sonstige phobische Störungen	300.00	Nicht Näher Bezeichnete Angststörung (NNB)	
F41	Sonstige Angststörungen			
F41.0	Panikstörung			
	.00 mittelgradig	300.01	Panikstörung ohne Agoraphobie	– Wenn Agoraphobie und Panikstörung erfüllt sind, wird das Symptombild in der ICD-10 als Agoraphobie, im DSM-IV-TR als Panikstörung klassifiziert
	.01 schwer		–	
F41.1	Generalisierte Angststörung	300.02	Generalisierte Angststörung	
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt		(Angst- /depressive Störung, gemischt)	– keine Mischformen im DSM (aber Forschungsdiagnose)
F41.3	Sonstige gemischte Angststörungen		–	
F41.8	Sonstige näher bezeichnete Angststörungen	300.00	Nicht Näher Bezeichnete Angststörung	
F41.9	Nicht näher bezeichnete Angststörungen	300.00	Nicht Näher Bezeichnete Angststörung (NNB)	
F42	Zwangsstörungen			
F42.0	Zwangsgedanken/Grübelzwang	300.3	Zwangsstörung	– Keine Unterteilung im DSM-IV-TR
F42.1	Zwangshandlungen/ -rituale		–	
F42.2	Zwangsgedanken/ -handlungen gemischt		–	– statt dessen im DSM-IV-TR Subtypen nach Einsichtsfähigkeit
F42.8	Sonstige Zwangsstörungen	300.00	Nicht Näher Bezeichnete Angststörung (NNB)	– DSM-IV-TR hat nur eine Residualkategorie Angststörung (NNB)
F42.9	Nicht näher bezeichnete Zwangsstörung	300.00	Nicht Näher Bezeichnete Angststörung (NNB)	
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen			
F43.0	Akute Belastungsreaktion	308.3	Akute Belastungsstörung	– Anpassungsstörungen sind im DSM-IV-TR eine eigenständige Störungsgruppe außerhalb der Angststörungen
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	309.81	Posttraumatische Belastungsstörung	
F43.2	Anpassungsstörungen	(309.24)	(Anpassungsstörung)	
F43.8	Sonstige Reaktion auf schwere Belastung		–	
F43.9	Nicht näher bezeichnete Reaktion auf schwere Belastung		–	
(F06.4)	(Organische Angststörung)	293.84	Angststörung aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors	
(F1x.8)	(andere durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingte psychische oder Verhaltensstörungen)	–	Substanzinduzierte Angststörung	

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien für Panikattacke und Panikstörung mit Agoraphobie nach DSM-IV-TR (S. 482, 491)

Kriterien für Panikattacke

Eine klar abgrenzbare Episode intensiver Angst und Unbehagens, bei der mindestens vier der nachfolgend genannten Symptome abrupt auftreten und innerhalb von 10 Minuten einen Höhepunkt erreichen:

- (1) Palpitationen, Herzklopfen oder beschleunigter Herzschlag
- (2) Schwitzen
- (3) Zittern oder Beben
- (4) Gefühl der Kurzatmigkeit oder Atemnot
- (5) Erstickungsgefühle
- (6) Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust
- (7) Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden
- (8) Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit oder der Ohnmacht nahe sein
- (9) Derealisation (Gefühl der Unwirklichkeit) oder Depersonalisation (sich losgelöst fühlen)
- (10) Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden
- (11) Angst zu sterben
- (12) Parästhesien (Taubheit oder Kribbelgefühle)
- (13) Hitzewallungen oder Kälteschauer

Diagnostische Kriterien für die Panikstörung mit Agoraphobie

- (A) Sowohl (1) wiederkehrende unerwartete Panikattacken als auch (2) auf mindestens eine der Attacken folgte mindestens ein Monat mit mindestens einem der nachfolgend genannten Symptome: (a) anhaltende Besorgnis über das Auftreten weiterer Panikattacken, (b) Sorgen über die Bedeutung der Attacke oder ihre Konsequenzen (z. B. die Kontrolle zu verlieren, einen Herzinfarkt zu erleiden, verrückt zu werden), (c) deutliche Verhaltensänderung infolge der Attacken.
- (B) Es liegt eine Agoraphobie vor.
- (C) Die Panikattacken gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Hyperthyreose) zurück.
- (D) Die Panikattacken werden nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt, wie z. B. Soziale Phobie (Panikattacken nur bei Konfrontation mit gefürchteten sozialen Situationen), Spezifische Phobie (Panikattacken nur bei Konfrontation mit spezifischer phobischer Situation), Zwangsstörung (Panikattacken nur bei Konfrontation mit Schmutz bei zwanghafter Angst vor Kontamination), Posttraumatische Belastungsstörung (Panikattacken nur als Reaktion auf Reize, die mit einer schweren, belastenden Situation assoziiert sind) oder Störung mit Trennungsangst (Panikattacken als Reaktion auf die Abwesenheit von zu Hause oder von engen Angehörigen).

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren, die in der Angstdiagnostik bei Erwachsenen eingesetzt werden (Auswahl)

Verfahren	Zielsetzung	Kurzbeschreibung	Normen	
Allgemeine Psychopathologie				
SCL-90-R	<i>Symptom-Checkliste von Derogatis</i> (deutsche Version: Franke, 2002) S	Screeningverfahren zur Erfassung der psychischen Belastung, u. a. Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Ängstlichkeit und phobische Angst	90 Items, davon 36 in den für die Angstdiagnostik relevanten 4 Subskalen; Grundfrage bei jedem Item: «Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter ...»; 5-stufige Skala	+
FBL-R	<i>Freiburger Beschwerdeliste</i> (Fahrenberg, 1994) S	Fragebogen zur Erfassung aktueller, situativ bedingter und chronisch-habituellder Körperbeschwerden	71 Items in 9 Skalen (Allgemeinbefinden, Müdigkeit, Herz-Kreislauf, Magen-Darm, Kopf-Hals-Reizsyndrom, Anspannung, Emotionale Reaktivität, Schmerz, Sensorik) erfragen Häufigkeit oder Intensität der Beschwerden; 5-stufige Skala	+
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i> (Beck & Steer, 1993; deutsche Version: Margraf & Ehlers, 2007) S	Instrument zur Messung der Schwere von verbreiteten, klinisch relevanten, somatischen und kognitiven Angstsymptomen	21 Items; 13 erfassen physiologische Symptome, 5 messen kognitive Aspekte von Angst, 3 Items beides; lehnt sich größtenteils an Symptomlisten des DSM-III-R an, 4-stufige Skala	+ für deutsche Version
HAMA	<i>Hamilton Angst Skala</i> (Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum, 2005) F	Skala für die Beurteilung eines Therapieverlaufs bei Angststörungen, Bestimmung des Schweregrades, nicht für Diagnostik geeignet	14 Items, wovon 13 Gruppierungen von psychischen und somatischen Angstsymptomen sind, 1 Item erfasst beobachtbares Verhalten des Patienten während Befragung; 5-stufige Skala	–
Störungsspezifische Psychopathologie Paniksyndrom/Agoraphobie				
ACQ	<i>Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen</i> (Ehlers & Margraf, 2001) S	Verfahren zur Erfassung der mit körperlichen Missempfindungen einhergehenden Tendenz zu katastrophierenden Bewertungen und Befürchtungen (kognitiv-emotionale Reaktionskomponente der Ängstlichkeit)	14 Items messen Angst vor Kontrollverlust und Angst vor akuten körperlichen Krisen; Antwortformat von 1 bis 5	–
BSQ	<i>Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen</i> (Ehlers & Margraf, 2001) S	Fragebogen zur Erfassung von Angst vor körperlichen Symptomen und Beschwerden (als interne Auslöser von Angst)	17 Items; erfragen Stärke der Angst, die durch die jeweiligen körperlichen Symptome (z. B. Atemnot, Herzklopfen) hervorgerufen wurde; Antwortformat von 1 bis 5	–
MI	<i>Mobilitätsinventar</i> (Ehlers & Margraf, 2001) S	Inventar zur Diagnostik von Schweregrad, Muster und Komplexität (agora-) phobischen Vermeidungsverhaltens	27 Items, die das Ausmaß des angstbedingten Vermeidungsverhaltens anhand typischer Auslösesituationen erfassen; Antwortformat von 1 bis 5	–

Fortsetzung siehe nächste Seite

Verfahren	Zielsetzung	Kurzbeschreibung	Normen	
Sozialphobie				
UFB	<i>Unsicherheitsfragebogen</i> (Ullrich & Ullrich de Muynck, 1977) S	Erfassung sozialer Ängste und sozialer Kompetenz	65 Items mit den Subskalen «Fehlschlag- und Kritikangst» (15 Items), «Kontaktangst» (15 Items), «Fordern können» (13 Items), «Nicht-nein-sagen-Können» (10 Items), «Schuldgefühle» (5 Items) und «Anständigkeit» (5 Items)	+
SPS	<i>Soziale Phobie-Skala</i> (Stangier et al., 1999) S	Erfassung sozialer Ängste in Leistungssituationen	20 Items, die Ängste vor dem Beobachtet-Werden und negativer Bewertung eigener Handlungen durch andere erfassen; Antwortformat von 0 bis 4	–
SPAI	<i>Fragebogen zur sozialen Angst</i> (deutsche Version: Fydrich, 2002) S	Störungsspezifisches Verfahren, mit dem kognitive, somatische und behaviorale Aspekte von Ängsten in sozialen Situationen erfasst werden; Einschätzung des Schweregrades	22 Items, die das Erleben von Unsicherheit, ungünstige, beunruhigende Gedanken, Vermeidungsverhalten und Körperreaktionen erfragen; Häufigkeit des Erlebens oder Verhaltens soll auf 7-stufiger Skala angegeben werden	–
Spezifische Phobie/Phobien				
FSS III	<i>Fear Survey Schedule</i> (Wolpe & Lang, 1964; deutsche Version: Schulte, 1976) S	Erhebung des Ausmaßes phobischer Ängste sowie auch eine Einschätzung der Spezifität bzw. Globalität der individuell angustauslösenden Situationen oder Objekte	72 Items verteilen sich auf «Angst vor Tieren», «Angst vor Verletzungen und Krankheiten», «weitere klassische Phobien», «Angst vor sozialen Situationen», «Angst vor Geräuschen» und «Angst vor sonstigen Stimuli», 5-stufige Skala	–
Zwangsstörung				
MOCI	<i>Maudsley Zwangsinventar</i> (Hodgson & Rachman, 1977; deutsche Version: Reinecker, 1998) S	Entwickelt zur theoretischen und behandlungspraktischen Anwendung (Erstellung einer Typologie von Zwangssymptomen auf Verhaltensebene)	30 Items erfragen symptomnahe Verhaltensweisen (aus den Bereichen Reinigen, Kontrollieren, Langsamkeit und Zweifeln); Antwortmodalität: «richtig» oder «falsch»	–
HZI	<i>Hamburger Zwangsinventar</i> (Zaworka et al., 1983) S	Quantifizierung und Differenzierung von Zwangssymptomen, Erfassung therapiebedingter Veränderungen im Verlauf	188 Items, 6 Subskalen (Kontrollhandlungen, Reinigung, Ordnung, Zählen-Berühren-Sprechen, gedankliche Rituale, Gedanken, sich selbst oder anderen ein Leid zuzufügen); vier Schwierigkeitsstufen, Antwortmodalität: «stimmt» oder «stimmt nicht»	–
HZI-K	<i>Hamburger Zwangsinventar – Kurzform</i> (Klepsch et al., 1993) S	Ermöglichung der Bearbeitung des HZI auch für stärker beeinträchtigte Patienten	72 Items, s. unter HZI	–
Posttraumatische Belastungsreaktion				
IES-R	<i>Impact of Event Scale – Revised</i> (Weiss & Marmar, 1996; deutsche Version: Maercker & Schützwohl, 1998) S	Erfassung von typischen Formen psychischer Reaktionen als Folge von extrem belastenden Ereignissen	24 Items, 3 Subskalen (Intrusionen, Vermeidung und Übererregung), 4-stufige Ratingskala	–
<i>Anmerkungen:</i> S: Selbstbeurteilungsverfahren, F: Fremdbeurteilungsverfahren; Normen: + vorhanden, – nicht vorhanden. Angaben stammen vorwiegend aus Hoyer und Margraf (2003).				

Tabelle 1: Konkordanzraten für die Panikstörung bei zweieiigen und eineiigen Zwillingen

Studie	Dizygote Zwillinge	Monozygote Zwillinge
Torgersen (1983)	0 %	31.0 %
Kendler et al. (1993)	10.7 %	23.9 %
Skre et al. (1993)	16.7 %	41.7 %
Perna et al. (1997)	0 %	73.0 %

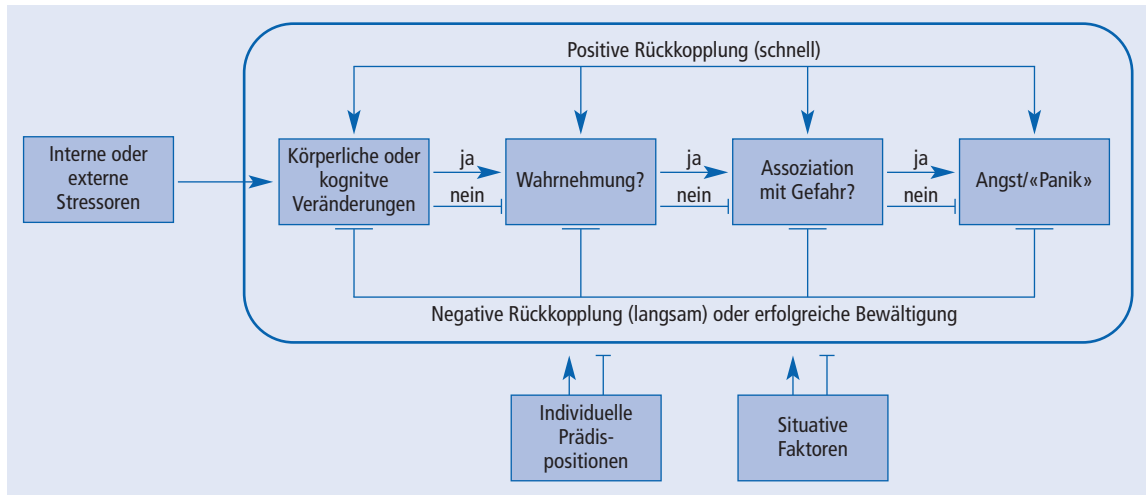
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Komponenten eines kognitiv-behavioralen Modells der Sozialphobie nach Juster, Brown und Heimberg (2000)

Komponenten	Beispiele
Genetische und Umgebungsfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> ● genetische Einflüsse ● Ängstlichkeit der Eltern ● elterliche Einstellungen gegenüber Kindererziehung ● negative Erfahrungen mit Peers und/oder gegengeschlechtlichen Partnern
Überzeugungen bezüglich sozialer Situationen	<ul style="list-style-type: none"> ● Soziale Situationen sind potentiell gefährlich ● Man muß sich in sozialen Situationen perfekt verhalten, um Gefahren zu vermeiden ● Die Fähigkeiten, die nötig sind, um sich in der gewünschten Weise zu verhalten, fehlen mir
Vorhersagen bezüglich sozialer Situationen	Soziale Situationen führen unausweichlich zu: <ul style="list-style-type: none"> ● Peinlichkeit ● Zurückweisung ● Erniedrigung ● Statusverlust
Angstsymptome	<ul style="list-style-type: none"> ● ängstliche Erwartung sozialer Situationen ● Einengung der Aufmerksamkeit und Fokussierung auf sozial bedrohliche Reize ● negative Gedanken über sich selbst, das eigene Auftreten und die Bewertung durch andere ● erhöhte physiologische Erregung ● starke Befürchtungen bezüglich der Sichtbarkeit von Angstsymptomen
Konsequenzen der Angst	<ul style="list-style-type: none"> ● wirkliche oder wahrgenommene Störungen im Verhalten ● Bewertung des wahrgenommenen eigenen Verhaltens nach perfektionistischen Maßstäben ● Beurteilung des eigenen Verhaltens als inadäquat ● Fokussierung auf die wahrgenommenen negativen Konsequenzen des inadäquaten Verhaltens

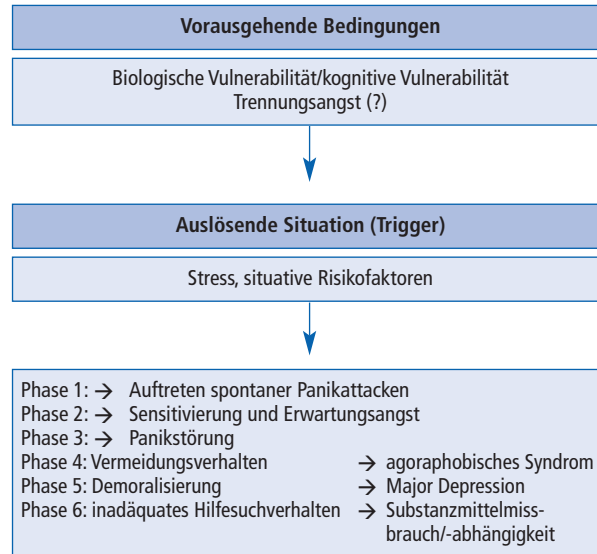
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Das psychophysiologische Modell der Panikstörung nach Ehlers und Margraf (1989)



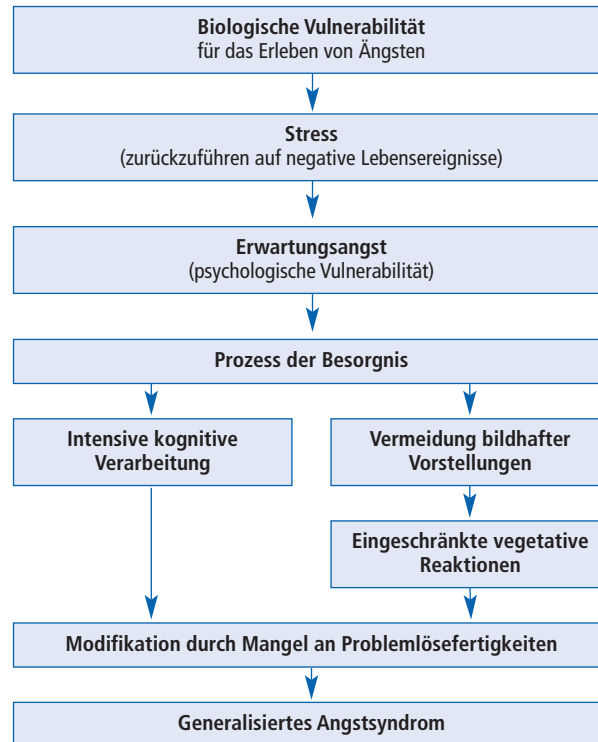
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 2: Das Modell der Panik nach Klein erweitert nach Wittchen (1996).



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 3: Ein umfassendes Modell der Generalisierten Angststörung nach Turowsky und Barlow (2000)



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Überblick über Therapiemanuale (T) und Selbsthilfemanuale (S) zur Behandlung von Angststörungen (Auswahl)

Störungsbereich	Behandlungsmanual
Angststörungen allgemein	Ratgeber – Wenn Angst krank macht (Wittchen, 1997) (S) Angststörungen (Deuchert & Petermann, 1994) (T)
Panikstörung, Agoraphobie	Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung (Margraf & Schneider, 1990) (T) Agoraphobie (Wilke & Hand, 1988) (T) Agoraphobie und Panikstörung (Schneider & Margraf, 1998) (T) Panik-Ratgeber (Wittchen, Benkert, Boerner et al., 1997) (S)
Soziale Phobie/Soziale Ängstlichkeit	Wege aus der Sozialen Phobie (Wittchen, Beloch & Garczynski, 1997) (S) Gruppentraining sozialer Kompetenzen (Hinsch & Pflingsten, 2007) (T) Kognitive Verhaltenstherapie bei Sozialer Phobie (Stangier, Heidenreich & Peitz, 2003) (T) Wenn Schüchternheit krank macht (Fehm & Wittchen, 2004) (S)
Zwangsstörung	Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen (Lakatos & Reinecker, 2001) (T) Zwangsstörungen bewältigen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual (Kozak & Foa, 2001) (T) Wenn Zwänge das Leben einengen (Hoffmann, 2002) (S)
Posttraumatische Belastungsstörung	Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen (Maerker, 2003) (T) Posttraumatische Belastungsstörung (Ehlers, 1999) (T)
Spezifische Phobie	Flugangst bewältigen (Kinnunen, 1996) (T/S)
Generalisierte Angststörung	Generalisiertes Angstsyndrom (Turowsky & Barlow, 2000) (T) Generalisierte Angststörung. Ein Therapieprogramm (Becker & Margraf, 2002) (T) Generalisierte Angst – Ihr Therapieratgeber (Wittchen, Hoyer, Jacobi & Schuster, 2002) (S)

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Somatoforme Störungen nach DSM-IV-TR

- Somatisierungsstörung (300.81)
- Undifferenzierte somatoforme Störung (300.82)
- Konversionsstörung (300.11)
- Schmerzstörung (307.8x)
- Hypochondrie (300.7)
- Körperdysmorphie Störung (300.7)
- Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (300.81)

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien für Somatisierungsstörung nach DSM-IV-TR (300.81)

- A.** Eine Vorgeschichte von zahlreichen körperlichen Beschwerden, die bereits vor dem 30. Lebensjahr begonnen haben und über mehrere Jahre bestehen. Die Beschwerden führten dazu, dass Behandlung aufgesucht wurde oder die Lebensqualität in den sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen stark beeinträchtigt war.
- B.** Jedes der folgenden Kriterien muss erfüllt sein:
 1. mindestens vier Schmerzsymptome
 2. mindestens zwei gastrointestinale Symptome
 3. mindestens ein sexuelles Symptom
 4. mindestens ein pseudoneurologisches Symptom
- C.** Die Symptome sind nicht vollständig durch eine bekannte körperliche Erkrankung erklärbar oder durch Einfluss von Medikamenten und Drogen oder das Ausmaß der Beeinträchtigung im sozialen und beruflichen Bereich geht weit über das hinaus, was aufgrund der körperlichen Erkrankung zu erwarten wäre.
- D.** Die Symptome sind nicht absichtlich produziert.

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Unterschiede zwischen DSM-IV-TR und ICD-10 in der Klassifikation somatoformer Störungen und dissoziativer Störungen

	DSM-IV-TR	ICD-10
<i>Somatisierungsstörung</i>	Beginn vor 30. Lebensjahr; kardiovaskuläre Symptome nicht klassifikationsrelevant	Arztbesuche wegen der Beschwerden; Weigerung der Akzeptanz der ärztlichen Rückversicherung über Unbedenklichkeit der Beschwerden
<i>Undifferenzierte somatoforme Störung</i>	Es reicht bereits ein körperliches Symptom	Heißt undifferenzierte Somatisierungsstörung in ICD-10; multiple Beschwerden; Zusatzkriterien wie bei Somatisierungsstörung außer Symptomanzahl
<i>Hypochondrische Störung</i>	Körperdysmorphie Störung ist eigene Störung	Beinhaltet auch körperdysmorphie Störung; es dürfen höchstens zwei körperliche Erkrankungen befürchtet werden
<i>Somatoforme autonome Funktionsstörung</i>	Fällt unter Somatisierungsstörung oder undifferenzierte somatoforme Störung	Geht unter Umständen vor der Diagnose Somatisierungsstörung
<i>Konversionsstörung</i>	Untergruppe der somatoformen Störungen	Untergruppe der dissoziativen Störungen / Konversionsstörungen
<i>Schmerzstörung</i>	Auch akute Schmerzen (< 6 Monate) und stark körperlich begründete Schmerzen können hier diagnostiziert werden	«anhaltende somatoforme Schmerzstörung»: Mindestdauer sechs Monate
<i>Neurasthenie</i>		Hohe Überlappung zu somatoformen Störungen, ohne dass Abgrenzung definiert ist
<i>Dissoziative Störungen</i>	Enthalten nicht die Konversionsstörung (s. oben)	Depersonalisationsstörung ist eigene Störung und fällt nicht unter dissoziativer Störung

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 4: Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
(ICD-10 F 44)

1. Kein Nachweis einer körperlichen Krankheit, die die genannten Symptome erklären könnte.
2. Überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen den dissoziativen Symptomen und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen.
3. Im speziellen werden folgende Syndrome genannt:
 - dissoziative Amnesie (F 44.0)
 - dissoziative Fugue (unerwartetes Durchführen von Reisen, für die anschließend eine teilweise oder vollständige Amnesie besteht) (F 44.1)
 - dissoziativer Stupor (Bewegungsreduktion oder Sprachreduktion bei Erhalt einer normalen Muskeltonus sowie der aufrechten Haltung und der Atmung) (F 44.2)
 - Trance- und Besessenheitszustände (F 44.3): Hierbei sind vor allem die Ausschlusskriterien einer Schizophrenie oder verwandten Störung mit Wahngedanken zu überprüfen
 - dissoziative Bewegungsstörung (F 44.4)
 - dissoziative Krampfanfälle (F 44.5)
 - dissoziative Sensibilität- und Empfindungsstörung (F 44.6)
 - dissoziative Störungen (Konversionsstörung, gemischt) (F 44.7)
 - sonstige dissoziative Störungen (Konversionsstörung) (F 44.8) (z. B. Ganser-Syndrom, multiple Persönlichkeitsstörung etc.)

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 5: Körperliche Symptome einer Somatisierungsstörung nach ICD-10

- Bauchschmerzen
- Übelkeit
- Gefühl von Überblähung
- Schlechter Geschmack im Mund oder extrem belegte Zunge
- Klagen über Erbrechen oder Regurgitation von Speisen
- Klagen über häufigen Durchfall oder Austreten von Flüssigkeit aus dem Anus
- Atemlosigkeit ohne Anstrengung
- Brustschmerzen
- Dysurie oder Klagen über die Miktionshäufigkeit
- Unangenehme Empfindungen im oder um den Genitalbereich
- Klagen über ungewöhnlichen oder verstärkten vaginalen Ausfluss
- Klagen über Fleckigkeit oder Farbveränderungen der Haut
- Schmerzen in den Gliedern, Extremitäten oder Gelenken
- Unangenehme Taubheit oder Kribbelgefühl

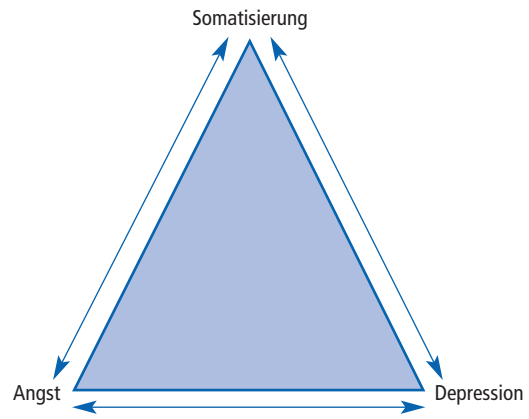
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Typische Einstellungen von Somatisierungspatienten

<p>1. Katastrophisierende Bewertung körperlicher Empfindungen, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none">• Hinter Übelkeit steckt häufig ein nicht-erkanntes Magengeschwür• Plötzlich auftretende Gelenkschmerzen können eine Lähmung ankündigen• Fühle ich mich körperlich schlapp, hat dies oft etwas schlimmes zu bedeuten
<p>2. Intoleranz gegenüber körperlichen Beschwerden, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none">• Ich kann Schmerzen nur schwer aushalten• Bei körperlichen Beschwerden hole ich möglichst sofort ärztlichen Rat ein
<p>3. Körperliche Schwäche, z. B.</p> <ul style="list-style-type: none">• Größere Anstrengungen muß ich vermeiden, um meine Kräfte zu schonen• Wenn ich schwitze wird mir klar, dass mein Organismus einfach nicht belastbar ist

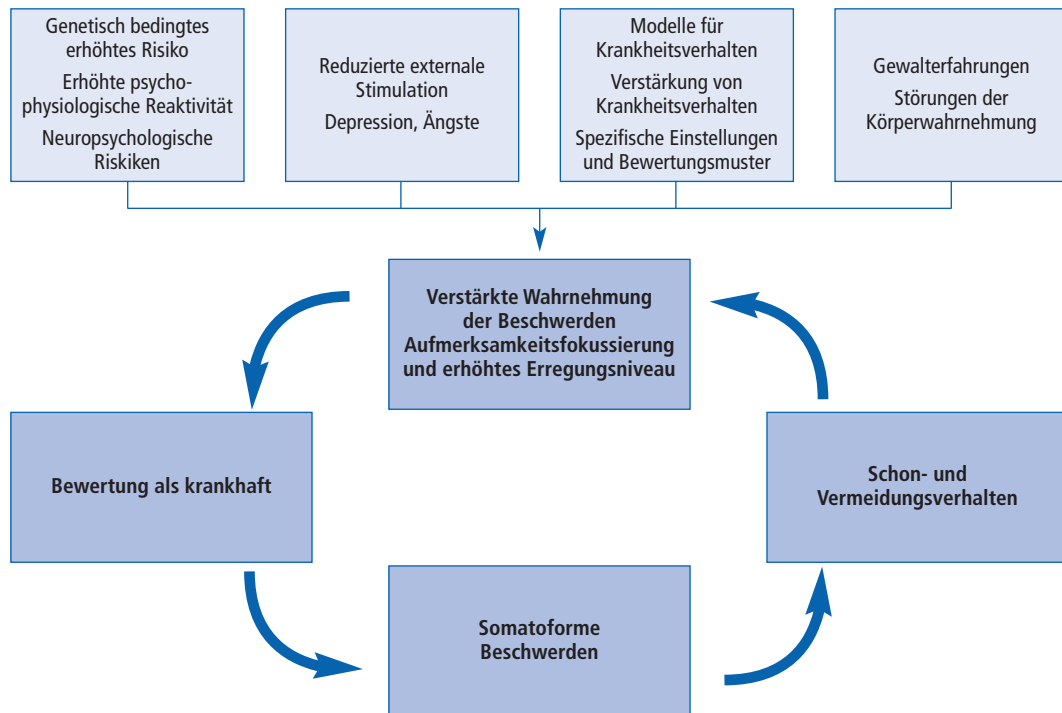
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Somatisierung, Angst und Depression als gegenseitige Risikofaktoren



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 2: Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen: Risikofaktoren



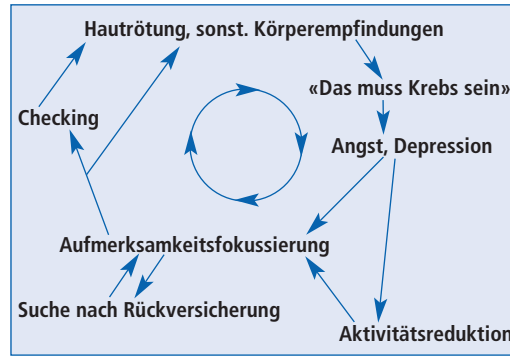
aus: Perez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Effektstärken von Studien zur kognitiven Verhaltenstherapie bei somatoformen Störungen (Looper & Kirmayer, 2002)

Störungsgruppe	Effektstärke
Hypochondrie (4 Studien)	1.3 – 2.0
Körperdysmorphie Störung (4 Studien)	1.3 – 2.6
Multiple somatoforme Syndrome (5 Studien) Roseneck-Studie (Timmer, Bleichhardt & Rief, 2004) Multiples Somatisierungssyndrom (mindestens 8 Symptome)	0.38 – 0.88 0.81

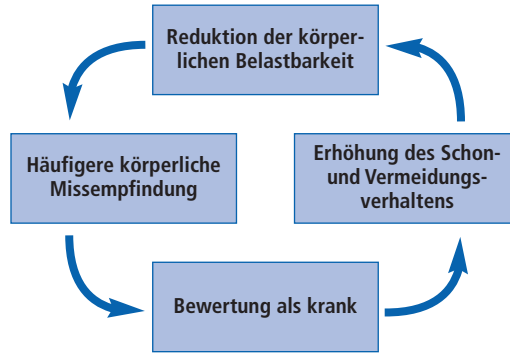
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Psychologische Behandlung somatoformer Störungen



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 2: Vermeidungsverhalten als aufrechterhaltender Faktor bei somatoformen Störungen



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Kriterien der Diagnose einer PTB nach DSM-IV-TR und DSM-5/ICD-11

	DSM-IV-TR*	DSM-5/ICD-11*
<i>Stressor-kriterium</i>	<p>Die Person hat ein traumatisches Ereignis erlebt, das beiden folgenden Bedingungen genügt:</p> <p>(1) Die Person erlebte oder beobachtete ein oder mehrere Ereignisse, in der eine potenzielle oder reale Todesbedrohung, ernsthafte Verletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder anderen geschah;</p> <p>(2) die Person mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagierte.</p>	<p>Die Person hat ein oder mehrere der folgenden Ereignisse erlebt: Tod oder Todesdrohung, tatsächliche oder drohende schwere Verletzung oder tatsächliche oder drohende sexualisierte Gewalt in einer oder mehrerer der folgenden Formen</p> <ul style="list-style-type: none"> • eigenes Erleben • direkte Zeugenschaft • Übermittlung der Nachricht solcher Ereignisse bei Familienmitglied oder Freund • extremer Belastung von Trauma Ersthelfern/beruflicher Einsatz. <p>Dies trifft nicht zu für Ereignisse, mit denen man über elektronische Medien, Fernsehen, Filme oder Bilder konfrontiert wird, ausser diese Konfrontation ist berufsbezogen.</p>
<i>Symptomgruppen und -kriterien</i>	<p>Wiedererleben (1 Symptom für Diagnose notwendig)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intrusionen als Bilder, Gedanken, Wahrnehmungen • Belastende Träume bzw. Alpträume • Flashbacks • Belastung durch Auslöser • Physiologische Reaktionen bei Erinnerung <p>Vermeidung/emotionale Taubheit (3 Symptome für Diagnose notwendig)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gedanken- und Gefühlsvermeidung • Aktivitäts- oder Situationsvermeidung • (Teil-)Amnesien • Interesseverminderung • Entfremdungsgefühl • Eingeschränkter Affektspielraum • Eingeschränkte Zukunft <p>Chronische Übererregung (2 Symptome für Diagnose notwendig)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein- und Durchschlafschwierigkeiten • Erhöhte Reizbarkeit • Konzentrationsschwierigkeiten • Erhöhte Wachsamkeit (Hypervigilanz) • Übermäßige Schreckreaktion 	<p>Wiedererleben (1 Symptom für Diagnose notwendig)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intrusionen als Bilder, Gedanken, Wahrnehmungen • Belastende Träume bzw. Alpträume • Dissoziative Reaktionen (z. B. Flashbacks) • Belastungen durch Auslöser • Physiologische Reaktionen bei Erinnerung <p>Anhaltende Vermeidung (1 Symptom für Diagnose notwendig)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung internaler Erinnerungen (Gedanken, Gefühle) • Vermeidung externaler Erinnerungen (Personen, Situationen) <p>Negative kognitive und emotionale Änderungen (2 Symptome für Diagnose notwendig)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erinnerungsprobleme (dissoziative Amnesie) • Anhaltende negative Erwartungen gegenüber dem Selbst, Anderen und der Welt • Anhaltende Selbst- oder Fremdbeschuldigungen • Generalisierte negative Emotionen: Angst, Erschrecken, Ärger, Schuldgefühl oder Scham • Interesseverminderung • Entfremdungsgefühl • Anhaltende Unfähigkeit für positive Emotionen <p>Chronische Übererregung (1 Symptome für Diagnose notwendig)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gereiztes oder aggressives Verhalten • Waghalsiges oder selbstzerstörerisches Verhalten • Erhöhte Wachsamkeit (Hypervigilanz) • Ein- und Durchschlafschwierigkeiten • Konzentrationsschwierigkeiten
<i>Zeitkriterium</i>	Die Dauer der Beeinträchtigung ist länger als ein Monat	Die Dauer der Beeinträchtigung ist länger als ein Monat Spezifiziere: <i>mit verzögertem Beginn</i> : wenn die Symptomatik erst 6 Monate nach den Ereignissen den diagnostischen Schwellenwert übersteigt
<i>Kriterium der klinischen Bedeutsamkeit</i>	Die Störung verursacht klinisch bedeutsame Belastungen oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen	Die Störung verursacht klinische bedeutsame Belastungen oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
	* Weglassen der Kriterien für Kinder	Stand Februar 2011

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Diagnostische Verfahren zur Diagnosestellung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Es werden jeweils die Autoren und Publikationen der deutschsprachigen Testveröffentlichungen angegeben)

Verfahren	Zielsetzung	Kurzbeschreibung	N
<i>Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)</i> (Nyberg & Stieglitz, 2003) F	Strukturiertes klinisches Interview zur Diagnostik der PTB	In enger Anlehnung an Operationalisierung im DSM-IV-System konzipiert, erfasst 17 DSM-Kriterien plus 5 assoziierte Symptome (u. a. Schuldgefühle, Derealisation). Zeitbereiche: Punkt- und Lebenszeitprävalenz.	–
<i>Impact of Event Scale-Revised (IES-R)</i> (Maercker & Schützwohl, 1997) S	Erfassung der PTB-Symptomatik	Psychometrisch entwickelt. 21 Items für 3 Subskalen (Intrusionen, Vermeidung, Hyperarousal); kein Gesamtwert. Abschätzung der PTB-Diagnose mittels Formel möglich.	+
<i>Posttraumatic Stress Symptom/Diagnostic Scale (PSS/PDS)</i> (Stieglitz et al., 2001) S	Erfassung der PTB-Symptomatik	In enger Anlehnung an Operationalisierung im DSM-IV-System konzipiert, erfasst 17 DSM-Kriterien für 3 Subskalen und Gesamtwert. Erfasst parallel Auftreten und Schwere der Symptome.	–
<i>Short Screening Scale für PTSD (SSS-PTSD)</i> (Siegrist & Maercker, 2010) S	Kurz- bzw. Screeningverfahren	7 Items mit 4-stufiger Beantwortung, ein Gesamtwert. Abschätzung der PTB-Diagnose möglich.	+
<i>Anmerkungen:</i> S: Selbstbeurteilungsverfahren, F: Fremdbeurteilungsverfahren, N = Normen: + vorhanden, – nicht vorhanden			

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Spezielle PTB-Fragebogen: Individuelle Verarbeitung bzw. spezifische Opfergruppen

Verfahren	Zielsetzung	Kurzbeschreibung	N
<i>Screening zur Identifizierung des PTB-Risikos</i> (Stieglitz et al., 2002)	Prospektive Risikoerfassung bei kürzlich Traumatisierten	10 Items (Ja/Nein-Antworten), einsetzbar in den ersten Tagen/ Wochen nach dem Trauma. Bisher nur für Verkehrsunfallopfer validiert.	–
<i>Posttraumatische-Kognitions-Inventar</i> (PTCI) (Ehlers & Boos, 2000)	Erfassung veränderter Kognitionen nach traumatischen Erlebnissen	Insg. 33 Items für drei Subskalen: «Negative Kognitionen über die eigene Person», «Negative Kognitionen über die Welt», «Selbstbeschuldigung»	–
<i>Offenes Reden über das Trauma</i> (Disclosure) (ORT) (Müller et al., 2000)	Erfassung der Tendenz offen über das Trauma zu reden	Insg. 34 Items für drei Subskalen: «Verschwiegenheit», «Rededrang», «Emotionale Reaktion beim Erzählen»	–
<i>Crime-related PTSD Scale for Women</i> (CR-PTSD-Skala) (Saunders, 2003)	Spezifische PTB-Erfassung bei weiblichen Gewaltopfern (einschl. sexueller Gewalt)	28 Items der SCL-90-R; ein Gesamtwert. Die Skala sollte nicht isoliert, sondern als Teil der SCL-90-R-Erhebung eingesetzt werden	+
<i>Anmerkungen:</i> N = Normen: + vorhanden, – nicht vorhanden			

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Schema der Einteilung traumatischer Ereignisse und der Risikograde für die Ausbildung einer PTB
(aus Maercker, 2003, S. 5)

		Einteilung nach Verursachung	
		Akzidentelle Traumen	Intendierte/Interpersonelle Traumen
Einteilung nach Erstreckung	Typ I-Traumen	<ul style="list-style-type: none"> – Schwere Verkehrsunfälle – Berufsbedingte Traumen (z. B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte) – Kurzdauernde Katastrophen (z. B. Wirbelsturm, Brand) 	<ul style="list-style-type: none"> – Sexuelle Übergriffe (z. B. Vergewaltigung) – Kriminelle bzw. körperliche Gewalt – Ziviles Gewalterleben (z. B. Banküberfall)
	Typ II-Traumen	<ul style="list-style-type: none"> – Langdauernde Naturkatastrophen (z. B. Erdbeben, Überschwemmungen) – Technische Katastrophen (z. B. Giftgaskatastrophen) 	<ul style="list-style-type: none"> – Sexueller und körperlicher Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter – Kriegserleben – Geiselhaft – Folter, politische Inhaftierung (z. B. KZ-Haft)

geringes Risiko für eine PTB	mittleres Risiko für eine PTB	hohes Risiko für eine PTB
------------------------------	-------------------------------	---------------------------

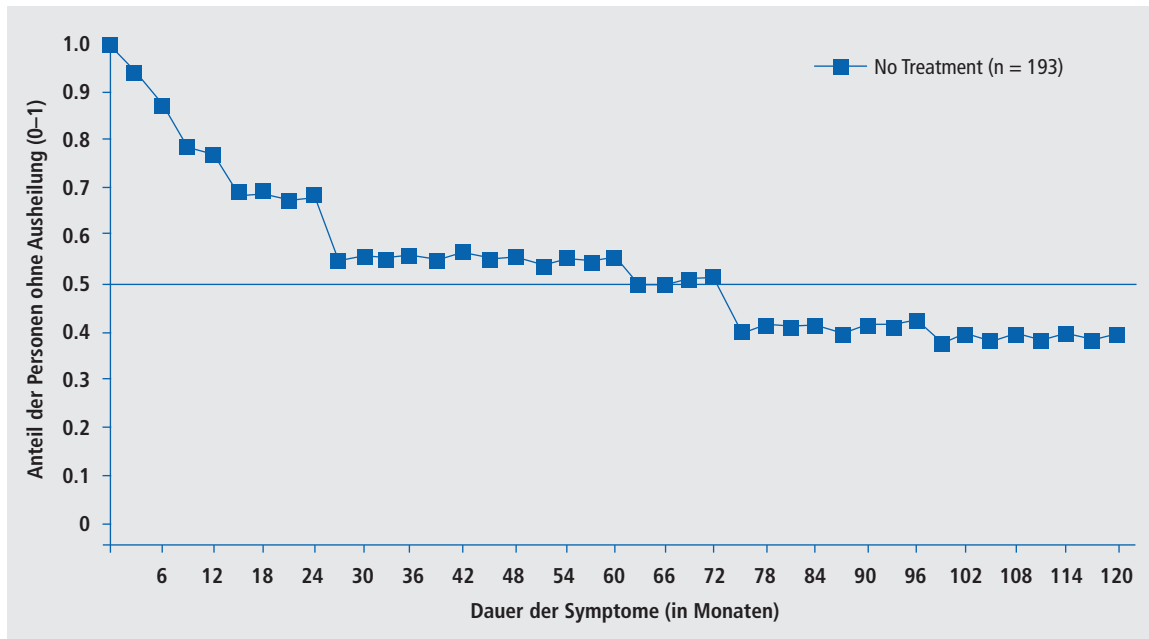
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Die wichtigsten ätiologischen Bedingungsfaktoren der PTB, geordnet nach dem Zeitraum ihres potentiell ersten Einwirkens (d. h. die genannten Faktoren können auch in den jeweils nachfolgenden Phasen noch einwirken)

<p>Prätraumatische Faktoren (vor dem Trauma)</p> <p>↓</p> <p>Genetik Demografische Faktoren Persönlichkeit: Persönlichkeitsmerkmale, psychische Störungen im Vorfeld Historischer Kontext: Leben in "Bilderkultur"</p>
<p>Peritraumatische Faktoren (während des Traumas)</p> <p>↓</p> <p>Biologische Stressregulation Traumaausmaß Psychische Initialreaktion, Interpretation des Traumas</p>
<p>Posttraumatische Faktoren (nach dem Trauma)</p> <p>Biologische Veränderungen Psychologische Faktoren: Furchtstruktur, Gedächtnisphobie Autobiografische Gedächtnisveränderung, fortbestehendes Bedrohungsgefühl Soziale Faktoren: Offenlegen der Traumaerfahrung Anerkennung als Opfer/Überlebender</p>

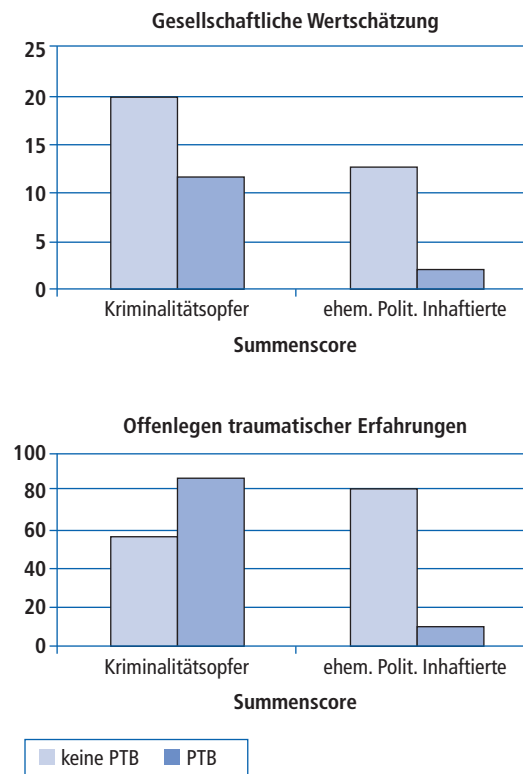
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Verlauf der PTB-Symptome: Anteil der traumatisierten Personen ohne Gesundung (aus Kessler et al., 1995)



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 2: Interpersonelle Merkmale (Disclosure, Gesellschaftliche Wertschätzung) von Personen mit und ohne PTB-Diagnose (aus Maercker & Müller, 2004)



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Arbeitsblatt zur Kognitiven Verarbeitungstherapie (nach Nishith & Resick, 2003) zum Fall einer Patientin, die als 17-Jährige von einem Mitschüler nachts vergewaltigt wurde, der in ihr Fenster eingestiegen war.

«ABC-Blatt»		Datum: _____
Auslösendes Ereignis A	Überzeugung B	Folgerung C
«Etwas ist passiert»	«Ich sage zu mir selbst... »	«Ich fühle mich... und bin... »
1. Die Vergewaltigung durch Jack	Es war meine Schuld, da ich mein Fenster nicht verschloss.	traurig ... unfähig
2. Ich kann mich an einen ganzen Abschnitt meines Lebens nicht erinnern	Ich habe diese kleine Person, die ich mal war, irgendwie verloren.	traurig ... unfähig
Macht es Sinn, dass Sie selbst «B» zu sich sagen?		
Was können Sie sich selbst bei solchen Gelegenheiten in der Zukunft sagen?		





aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Zusammenfassung wichtiger Kriterien der Persönlichkeitsstörungen gemäß DSM-IV-TR und ICD-10

<p>Paranoide Persönlichkeitsstörung: Ein tiefgreifendes Misstrauen und Argwohn gegenüber anderen, so dass Motive als böswillig ausgelegt werden (DSM-IV-TR: 301.0). Übertriebene Empfindlichkeit bei Rückschlägen und Zurücksetzung; streitsüchtiges und beharrliches, situationsunangemessenes Bestehen auf eigenen Rechten (ICD-10: F60.0).</p>
<p>Schizoide Persönlichkeitsstörung: Ein tiefgreifendes Muster, das durch Distanziertheit in sozialen Beziehungen und eine eingeschränkte Bandbreite des Gefühlsausdrucks im zwischenmenschlichen Bereich gekennzeichnet ist (DSM-IV-TR: 301.20). Übermäßige Vorliebe für einzelgängerische Beschäftigungen; Mangel an engen Freunden oder vertrauensvollen Beziehungen (ICD-10: F60.1).</p>
<p>Schizotypische Persönlichkeitsstörung: Ein tiefgreifendes Muster sozialer und zwischenmenschlicher Defizite, das durch akutes Unbehagen in und mangelnde Fähigkeit zu engen Beziehungen gekennzeichnet sind. Weiterhin treten Verzerrungen der Wahrnehmung oder des Denkens sowie eigentümliches Verhalten auf (DSM-IV-TR: 301.22). Diese Störung wird gegenwärtig als eine mögliche Risikobedingung für die Entwicklung der Schizophrenie angesehen und findet sich deshalb in der ICD-10 nicht unter Persönlichkeitsstörungen, sondern wurde dort dem Bereich der «Schizophrenen Störungen» als Schizotype Störung zugeordnet: Diese ist gekennzeichnet durch Auffälligkeiten des Denkens und der Stimmung, die schizophren wirken, obwohl nie eindeutige und charakteristische schizophrene Symptome aufgetreten sind (ICD-10: F21).</p>
<p>Dissoziale Persönlichkeitsstörung: Diese Persönlichkeitsstörung fällt durch eine große Diskrepanz zwischen dem Verhalten und den geltenden sozialen Normen auf. Weiter besteht eine Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein und eine Neigung, andere zu beschuldigen oder vordergründige Rationalisierungen für das eigene Verhalten anzubieten (ICD-10: F60.2). «Dissoziale Persönlichkeitsstörung» ist die Bezeichnung in der ICD-10; im DSM-IV-TR (301.7) wird diese Störung als Antisoziale Persönlichkeitsstörung bezeichnet und besteht aus einem Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer, das seit dem 15. Lebensjahr auftritt.</p>
<p>Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: In der ICD-10 werden zwei Störungsmuster unterschieden: ein impulsiver Typus, dessen wesentliche Charakterzüge emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle mit einer Neigung zu gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten darstellen (F60.30) sowie ein Borderline Typus, bei dem zusätzlich zur emotionalen Instabilität das eigene Selbstbild, Ziele und innere Präferenzen (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört sind (F60.31). Im DSM-IV-TR findet sich lediglich die Borderline-Persönlichkeitsstörung (301.83) mit einem Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen und in den Affekten, während die Auffälligkeiten des impulsiven Typus diagnostisch dem Bereich der «Störungen der Impulskontrolle» als Intermittierend explosible Störung zugeordnet wurden (312.34).</p>
<p>Histrionische Persönlichkeitsstörung: Ein tiefgreifendes Muster übermäßiger Emotionalität oder Strebens nach Aufmerksamkeit (DSM-IV-TR: 301.50). Auffällig ist eine Dramatisierung bezüglich der eigenen Person, theatralisches Verhalten, übertriebener Ausdruck von Gefühlen und ein andauerndes Verlangen nach Aufregung, Anerkennung durch andere und im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen (ICD-10: F60.4).</p>
<p>Narzisstische Persönlichkeitsstörung: Diese Persönlichkeitsstörung gibt es als eigene Kategorie nur im DSM-IV-TR (301.81) und kann in der ICD-10 nur als eine der sonstigen spezifischen Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden (F60.8). Bestimmend sind ein Muster von Großartigkeit (in Phantasie oder Verhalten), ein Bedürfnis nach Bewunderung und ein Mangel an Empathie.</p>
<p>Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung: Im Mittelpunkt steht die Überzeugung, selbst sozial unbeholfen, unattraktiv und minderwertig zu sein, sowie eine ausgeprägte Sorge, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden (ICD-10: F60.6) In der deutschen Fassung des DSM-IV-TR wurde die im angelsächsischen Raum gebräuchliche Bezeichnung «Avoidant Personality Disorder» mit Vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung übersetzt (301.82), womit das zwischenmenschliche Angst- und Insuffizienzserleben der Betroffenen besonders betont wird.</p>
<p>Abhängige Persönlichkeitsstörung: Kennzeichnend ist eine Unterordnung eigener Bedürfnisse unter die anderer Personen, zu denen eine Abhängigkeit besteht, sowie eine eingeschränkte Fähigkeit, Alltagsentscheidungen allein und unabhängig zu treffen (ICD-10: F60.7). Bei der Dependenten Persönlichkeitsstörung im DSM-IV-TR (301.6) wird ein tiefgreifendes und überstarkes Bedürfnis, versorgt zu werden, betont, das zu unterwürfigem Verhalten und zu Trennungsängsten führt.</p>
<p>Anankastische Persönlichkeitsstörung: Im Sinne der ICD-10 (F60.5) sind insbesondere ein übermäßiger Zweifel und Vorsicht dafür verantwortlich, dass die Betroffenen sich ständig mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen beschäftigen. Die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung (im DSM-IV-TR: 301.4) ist durch ein tiefgreifendes Muster von starker Beschäftigung mit Ordnung, Perfektion und psychischer sowie zwischenmenschlicher Kontrolle gekennzeichnet, die auf Kosten von Flexibilität, Aufgeschlossenheit und Effizienz geht.</p>
<p>Im Forschungsanhang des DSM-IV-TR finden sich noch zwei weitere Persönlichkeitsstörungen, deren Kriterien sich teilweise überlappen und die deshalb zur Zeit in Forschungsprojekten auf ihre differenzielle Nutzenwendung hin überprüft werden. Die Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung ist durch ein tiefgreifendes Muster negativer Einstellungen und passiven Widerstands gegenüber Forderungen nach angemessener Leistung gekennzeichnet. Diese Störung gab es in den früheren Ausgaben des DSM-III(-R) und könnte eventuell von einer neu diskutierten Depressive Persönlichkeitsstörung abgelöst werden. Für Letztere steht ein Muster depressiver Kognitionen und Verhaltensweisen, für die ebenfalls negativistische, widerständige, kritische und pessimistische Grundeinstellungen typisch sind.</p>

Tabelle 2: Übersicht über einige Gleichzeitigkeitsdiagnosen von Persönlichkeitsstörungen mit spezifischen psychischen Störungen, grob zusammengefasst nach vorliegenden Übersichtsarbeiten (v. a. orientiert an Tabellierungen bei Tyrer, Gunderson, Lyons & Tohen, 1997; Pfohl, Black, Noyes, Correyell & Barrash, 1991)

	PAR	SZD	STP	HIS	NAR	ASP	BOR	SUP	DEP	ZWA	PAG
Major Depression				10-19%	10-19%		20-29%	10-19%	20-29%	10-19%	
Zwangsstörung	10-19%		20-29%	10-19%			10-19%	>30%	20-29%	20-29%	20-29%
Panikstörung			10-19%					20-29%			
Soziale Störung			20-29%	10-19%				>30%	20-29%		
Einfache Phobie			10-19%				10-19%	20-29%	10-19%	10-19%	
Somatoforme Störung			10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	10-19%	20-29%	20-29%	20-29%	10-19%
Alkohol/Drogen				10-19%	10-19%	>30%	20-29%				
Anorexia				10-19%	10-19%		10-19%	10-19%		10-19%	
Bulimie				10-19%	10-19%	10-19%	20-29%				
Schizophrenie*)	10-19%	10-19%	20-29%		20-29%				10-19%		

	<10%		10-19%		20-29%		>30%
---	------	---	--------	--	--------	---	------

*) nur in einigen Studien, da bei vorliegender Schizophrenie wegen bestehender Restriktionen in den Diagnosesystemen nur selten Komorbiditätsdiagnosen vergeben werden.

PAR = paranoid; SZP = schizoid; STP = schizotypisch; ASP = antisozial; BOR = Borderline; HIS = histrionisch; NAR = narzisstisch; SUP = selbstunsicher; DEP = dependent; ZWA = zwanghaft; PAG = passiv-aggressiv.

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Übersicht über die wichtigsten Erhebungsverfahren (teilstandardisierte Interviews und Selbstbeurteilungsverfahren) bei Persönlichkeitsstörungen

Verfahren	Zielsetzung	Kurzbeschreibung	N
<i>Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II)</i> (Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997) F (S)	Interview-Verfahren zur Erfassung aller 10 im DSM-IV-TR aufgeführten Persönlichkeitsstörungen; zum Vorab-Screening wird ein Fragebogen eingesetzt	Das SKID-II ermöglicht eine Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen anhand der Kriterien des DSM-IV-Achse-II; zur Vorbereitung des halbstrukturierten Interviews wird vom Patienten ein Fragebogen ausgefüllt.	+
<i>International Personality Disorder Examination (IPDE) (ICD-10 Modul)</i> (deutsche Version: Mombour et al., 1996) F	Interview-Verfahren zur Diagnostik der 8 Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10	Nach einem Einleitungsteil mit Fragen zur Lebens- und Krankheitsgeschichte folgen strukturierte Fragen ansteigender Differenziertheit zur Diagnostik einzelner bzw. mehrerer Persönlichkeitsstörungen	+
<i>Personality Disorders Questionnaire (PDQ-4+)</i> (Hyler, 1994) S	Fragebogen zur Bestimmung der DSM-IV Persönlichkeitsstörungen; liegt dem Fragebogen des SKID-II mit zugrunde	Wird als Screening-Verfahren zur Vorbereitung klinischer Interviews erwachsener Personen empfohlen; da der PDQ-4+ die Persönlichkeitsstörungen dimensioniert, kann er zur Beurteilung persönlicher Stile eingesetzt werden	+
<i>Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI)</i> (Kuhl & Kazén, 1997) S	Selbstbeurteilungsverfahren das die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen quantifiziert; empfohlen für Jugendliche ab 14 Jahren und für Erwachsene	Die mit dem Fragebogen erhebbaren 14 Persönlichkeitsstile gelten als nicht-pathologische Entsprechungen der in DSM-IV-TR und ICD-10 beschriebenen Persönlichkeitsstörungen; als Screening für strukturierte Interviews geeignet	+
<i>Anmerkungen:</i> S: Selbstbeurteilungsverfahren; F: Fremdbeurteilungsverfahren; N = Normen: + vorhanden, – nicht vorhanden.			

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

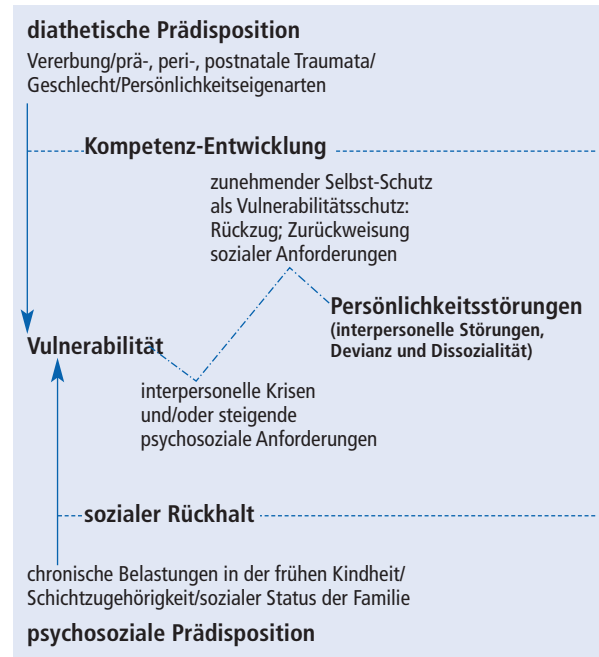
Tabelle 1: Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen (mittlere %-Angaben der Studien)

Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen	Bevölkerungsstichproben	administrative Stichproben
paranoid	0.4 – 0.8	2.4 – 5.9
schizoid	0.4 – 0.9	1.8 – 2.8
schizotypisch	0.7 – 5.6	1.1 – 3.5
dissozial/antisozial	0.2 – 3.0	0.2 – 1.8
Borderline	1.1 – 4.6	3.0 – 14.5
histrionisch	1.3 – 3.0	1.6 – 7.1
narzisstisch	0.0 – 0.4	0.2 – 1.3
selbstunsicher	0.0 – 1.3	11.0 – 16.3
dependent	1.5 – 6.7	4.5 – 8.7
zwanghaft	1.7 – 6.4	1.8 – 4.4
passiv-aggressiv	0.0 – 3.0	0.2 – 5.0

Quellen (Detailanalyse dieser Befunde bei Fiedler, 2007): Bevölkerungsstichproben: Reich et al. (1989; 235 Personen, US-amerikanische Kleinstadt); Zimmerman & Coryell (1989; 1990; 697 nicht erkrankte Angehörige schizophrener Patienten; USA); Maier et al. (1992; 452 Personen, Großraum Mainz). Administrative Erhebungen: Fydrich et al. (1996; 118 Patienten einer psychosomatischen Fachklinik; Deutschland); Loranger et al. (1994; 716 psychiatrische Patienten; WHO-Studie, weltweit).

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Das Diathese-Stress-Modell zur Erklärung von Persönlichkeitsstörungen (Fiedler, 2007)



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Übersicht über ausgewählte Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter gemäß DSM-IV-TR (ICD-9-CM-Kode; ICD-10-Kode)

- 1) *Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und des Sozialverhaltens*
 - Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (314.xx; –)
 - Mischtypus (314.01; F90.0)
 - Vorwiegend Unaufmerksamer Typus (314.00; F98.8)
 - Vorwiegend Hyperaktiver-Impulsiver Typus (314.01; F90.1)
 - Störung des Sozialverhaltens (u. a. aggressives Verhalten) (312.8; F91.8)
 - Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten (313.81; F91.3)
- 2) *Fütter- und Essstörung im Säuglings- oder Kleinkindalter*
 - Pica (307.52; F98)
 - Ruminationsstörung (307.53; F98.2)
 - Fütterstörung im Säuglings- oder Kleinkindalter (307.59; F98.2)
- 3) *Störungen der Ausscheidung*
 - Enkopresis (787.6 bzw. 307.7; R15, F98.1)
 - Enuresis (307.6; F98.0)
- 4) *Ticstörungen*
 - Tourette-Störung (307.23; F95.2)
 - Chronische motorische oder vokale Ticstörung (307.22; F 95.1)
- 5) *Andere Störungen im Kleinkindalter, in der Kindheit oder der Adoleszenz*
 - Störung mit Trennungsangst (309.21; F93.0)
 - Selektiver Mutismus (313.23; F94.0)
- 6) *Nicht kindheitsspezifische Angststörungen*
 - Soziale Phobie (300.23; F40.1)
 - Generalisierte Angststörung (300.02; F41.1)

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Begleit- und Folgesymptome der ADHS
(vgl. auch Döpfner, Banaschewski & Songua-Barke,
2008, S. 260)

- oppositionelle Verhaltensstörungen (30 bis 50 %)
- aggressiv-dissoziale Störungen (30 bis 50 %)
- Lernstörungen und Teilleistungsdefizite (20 bis 30 %)
- emotionale Störungen:
 - Angststörungen (20 %)
 - depressive Störungen (15 %)
 - soziale Unsicherheit
- Ticstörungen
- Sprech- und Sprachstörungen
- Schulleistungsdefizite
- Beziehungsprobleme

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Übersicht über ausgewählte Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter gemäß DSM-IV-TR (ICD-9-CM-Kode; ICD-10-Kode)

- 1) *Geistige Behinderung (317-319; F7)*
 - Schwere geistige Behinderung (318.1; F72.9)
- 2) *Tiefgreifende Entwicklungsstörungen*
 - Autistische Störungen (299.00; F84.0)
 - Rett-Störung (299.80; F84.2)
 - Asperger-Störung (299.80; F84.5)
- 3) *Lernstörungen*
 - Lesestörung (315.00; F81.0)
 - Rechenstörung (315.1; F81.2)
 - Störung des schriftlichen Ausdrucks (315.2; F81.8)
- 4) *Störung der motorischen Fertigkeiten*
 - Entwicklungsbezogene Koordinationsstörungen (315.4; F82)
- 5) *Kommunikationsstörungen*
 - Expressive Sprachstörung (315.31; F80.1)
 - Stottern (307.0; F98.5)
 - Kombinierte Rezeptiv-Expressive Sprachstörung (315.31; F80.2)
 - Phonologische Störung (315,39; F80.0)

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 4: Charakteristische Auffälligkeiten autistischer Kinder

- Beeinträchtigungen im Gebrauch nonverbaler Verhaltensweisen wie Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Gestik
- kein Sprechen oder charakteristische Auffälligkeiten im Sprachgebrauch (z. B. Echolalie)
- Unfähigkeit, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen
- mangelndes Bewusstsein für die Existenz oder Gefühle anderer
- kein Interesse, anderen etwas zu zeigen oder Erfolge mit ihnen zu teilen
- kein oder beeinträchtigtes Nachahmungsverhalten
- abnormes, stereotypes und nicht phantasievolles Spielverhalten
- beharrliches, oft nicht funktionales Beschäftigen mit Teilen von Objekten (z. B. Beschnüffeln oder Beriechen, Herumdrehen)
- stereotype Körperbewegungen

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 5: Elternexploration zur Erfassung von Verhaltensstörungen (vgl. Petermann & Petermann, 2012, S. 24-43)

- Körperliche Entwicklung des Kindes
- Entwicklung sozialer Beziehungen (Kindergarten, Schule, Familienverband)
- Verhaltensanalyse des familiären Geschehens
- Feststellung von Ressourcen beim Kind bzw. der Familie
- Informationen bezüglich des schulischen Verhaltens
- Einschätzungen über die Beziehungen zu Geschwistern und Gleichaltrigen
- Informationen über familiäre Aktivitäten (z. B. in der Freizeit)
- Daten zur Eltern-Kind-Beziehung (Unterstützung, Anerkennung, Grenzsetzung)
- Soziale Belastbarkeit des Kindes (therapiespezifische Daten)

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 6: Übersicht über einige spezifische Erhebungsverfahren zur Diagnostik von Verhaltensstörungen

<p>1) <i>ADHS</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Conners-Skala</i> (Eltern/Lehrer; vgl. Conners, 1990)• <i>Home Situation Questionnaire</i> (HSQ; vgl. Barkley, 2011)• <i>Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung</i> (TAP; Zimmermann & Fimm, 2001) <p>2) <i>Aggression</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Beobachtungsbogen für aggressives Verhalten</i> (BAV; Petermann & Petermann, 2012)• <i>Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen</i> (TRF; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993)• <i>Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen</i> (EAS; Petermann & Petermann, 2000) <p>3) <i>Angststörungen</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Beobachtungsbogen für sozial unsicheres Verhalten</i> (BSU; Petermann & Petermann, 2010b)• <i>Social Anxiety Scale for Children-Revised</i> (SASC-R; Melfsen & Florin, 1997)• <i>Sozialphobie- und Angstinventar für Kinder</i> (SPAIK; Melfsen, Florin & Warnke, 2001)

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 7: Ebenen einer multimodalen Angstdiagnostik (aus Petermann & Petermann, 2010b, S. 17)

Kognitive Ebene	Emotionale Ebene	Physiologische Ebene	Verhaltensebene
<ul style="list-style-type: none"> • ungünstige Ursachenzuschreibung • negative Erwartungen • negative Selbstbewertung • Sorgen und Befürchtungen • irrationale Gedanken und innere Sätze • erhöhte Selbstaufmerksamkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Angstgefühle • Gefühl von Unsicherheit und mangelnder Kompetenz • mangelndes Selbstvertrauen • mangelnde Selbstwirksamkeitsüberzeugung • Hilflosigkeitsgefühl 	<ul style="list-style-type: none"> • Herzklopfen • erhöhter Puls • Kurzatmigkeit • Schwitzen • Zittern an Händen und/oder Beinen • Kopfschmerzen • Übelkeit • Bauchkribbeln oder Bauchschmerzen • Muskelanspannung und/oder Muskelschmerzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung • Verweigerung (auch aggressiv) • an die Eltern klammern • weinen • jammern • stottern (nicht im Sinne einer Sprachstörung) • zitterige Stimme • leise, undeutlich sprechen • kaum/kein Blickkontakt • erstarren, körperlich steif • zappeln • nervös mit den Fingern spielen • Nägelkauen

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 8: Situationen aus dem Fragebogen zu häuslichen Problemen (HSQ nach Barkley, 2005)

Das Problem tritt auf:

- Beim Allein-Spielen
- Beim Spielen mit anderen Kindern
- Bei den Mahlzeiten
- Beim Anziehen/Ausziehen
- Beim Waschen und Baden
- Wenn die Eltern telefonieren
- Beim Fernsehen
- Wenn Gäste da sind
- Wenn die Familie irgendwo zu Besuch ist
- Wenn der Vater alleine zu Hause ist
- Wenn das Kind im Haushalt helfen soll
- Wenn das Kind Hausaufgaben machen soll
- Zur Schlafenszeit
- Im Auto
- Wenn der Babysitter da ist

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 9: Übersicht über einige spezifische Erhebungsverfahren zur Diagnostik von Entwicklungsstörungen

1) *Autistische Störungen*

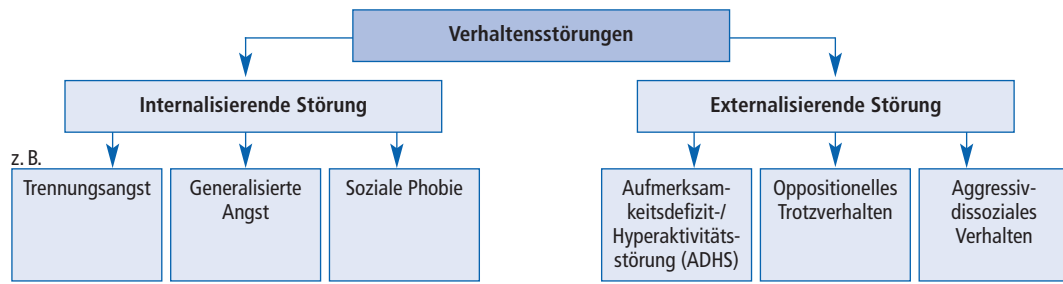
- *Autistic Diagnostic Interview Revised* (vgl. Poustka et al., 2003)
- *Entwicklungs- und Verhaltensprofil* (PEP-R; Schopler, 2000)
- *Pre-Linguistic Autism Diagnostic Observation Schedule* (PL-ADOS; DiLavore, Lord & Rutter, 1995)

2) *Lese- und Rechtschreibstörungen* (nach Warnke & Plume, 2002, S. 192)

- Leseprüfung
- *Standardisierte Lese- und Rechtschreibtests* (z. B. SLRT; Landerl et al., 1997)
- Buchstabenlesen
- Abschreiben von Wörtern und Texten
- Zahlenlesen

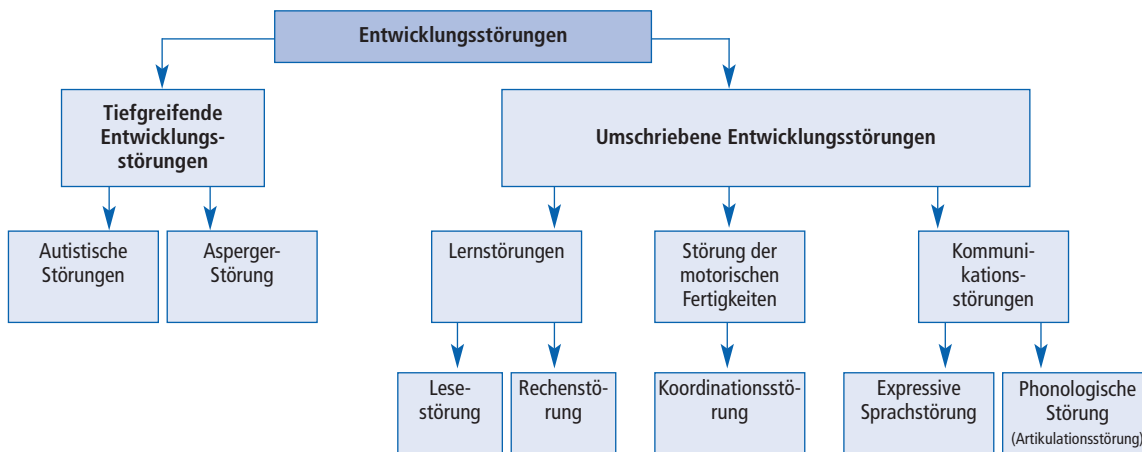
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Überblick über die Einteilung von ausgewählten Verhaltensstörungen



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 2: Übersicht über ausgewählte Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 3: Conners-Skala für Lehrer zur Einschätzung der ADHS (nach Steinhausen, 2000)

	trifft ... zu			
	überhaupt nicht 0	ein wenig 1	ziemlich 2	sehr stark 3
unruhig oder übermäßige aktiv				
erregbar, impulsiv				
stört andere Kinder				
beendet angefangene Dinge nicht, kurze Aufmerksamkeitsspanne				
zappelt ständig				
unaufmerksam, leicht ablenkbar				
Wünsche müssen sofort erfüllt werden				
weint schnell und häufig				
schnelle und ausgeprägte Stimmungswechsel				
Wutausbrüche, explosives und unvorhersagbares Verhalten				

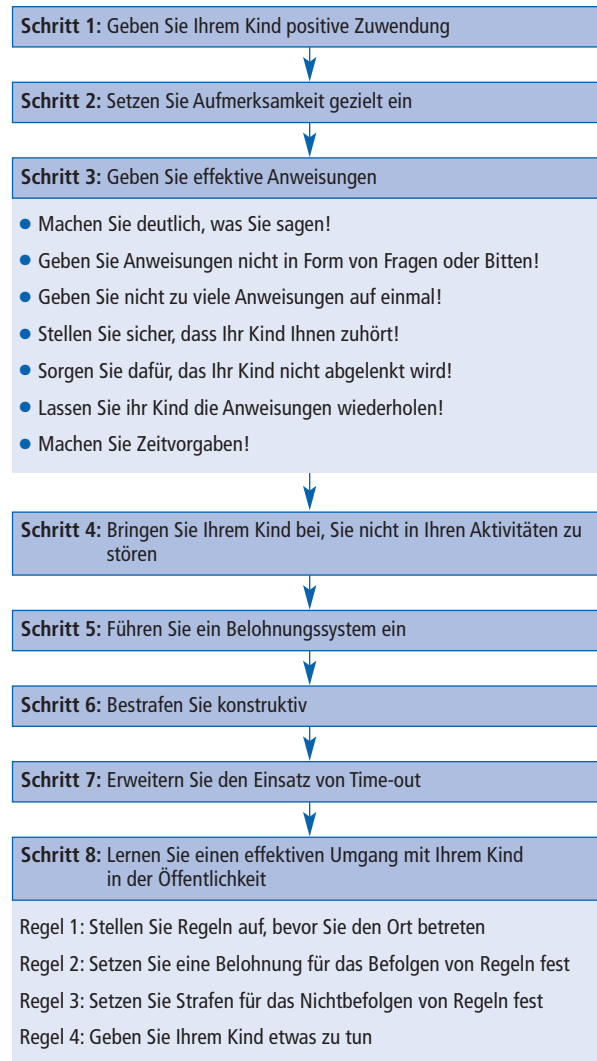
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Komorbiditätsraten im Kontext aggressiv-oppositionellen Verhaltens. Ausgewählte Ergebnisse zur Lebenszeit-Komorbidität (aus Petermann & Petermann, 2008, S. 280)

Komorbide Störungen	Prävalenz (in Prozent)
<i>Affektive Störungen</i>	45,8
• Major Depression	39,1
• Dysthyme Störung	10,4
<i>Angststörungen</i>	62,3
• Spezifische Phobie	24,7
• Soziale Phobie	31,4
<i>Störungen der Impulskontrolle</i>	68,2
• Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	35,0
• Störung des Sozialverhaltens	42,3
<i>Drei oder mehr komorbide Störungen</i>	63,8

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Das Acht-Schritte-Programm nach Barkley (2011)



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Klassifikation von Demenzformen

	ICD-10	DSM IV-TR (ICD-9-CM-Kode)
Demenz vom Alzheimer-Typ	F00	290.xx
Vaskuläre Demenz	F01	290.4x
Demenz gemischter Ätiologie	F00.2	Kodierung der spezifischen Ätiologien
Frontotemporale Demenz	nicht aufgeführt	nicht aufgeführt
Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten (wie Morbus Pick, Creutzfeld-Jakob-Krankheit, Huntington-Krankheit)	F02	294.1

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Untersuchungsverfahren zur Demenzdiagnostik

Verfahren	Zielsetzung	Kurzbeschreibung	N
<i>Mini-Mental-Status-Test</i> (MMST) (Folstein et al., 1990) F	Screening und Schweregradeinschätzung der Demenz	Das Instrument umfasst 30 Items, die zu einem Gesamtwert addiert werden. Es liegen Cut-off Werte vor.	–
<i>Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease</i> (CERAD) (Thalman et al., 1997)	Erfassung spezifischer kognitiver Defizite	Die Testbatterie umfasst 8 Untertests zu zentralen kognitiven Bereichen. Unter anderem ist der MMST integriert.	+
<i>Alzheimer's Disease Assessment Scale</i> (ADAS) (Ihl & Weyer, 1993)	Prüfung der kognitiven Leistungsfähigkeit und differenzierte Erfassung von Störungen einzelner Funktionsbereiche	Die Testbatterie besteht aus 3 Teilen: Aktiver Testteil, Interview und Verhaltensbeobachtung während der Durchführung.	+
<i>Strukturiertes Interview für die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer-Typ, der Multiinfarkt-Demenz und Demenzen anderer Ätiologie nach DSM-III-R, DSM-IV und ICD-10</i> (SIDAM) (Zaudig & Hiller, 1996)	Diagnose verschiedener Demenzsyndrome und eine Schweregradeinschätzung	Das Verfahren kombiniert eine Testung (u. a. mit dem MMST), Fremdbeurteilung und Informationen aus dem Anamnesegespräch.	+
<i>Wechsler Memory Scale</i> (WMS) (Härtig et al., 2000)	Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit	Der Test prüft 5 Leistungsaspekte und besteht aus 14 Untertests.	+
<i>Trail Making Test</i> (Reitan, 1958)	Prüfung exekutiver Funktionen, wie kognitive Komplexität und geistige Umstellungsfähigkeit	Der Test besteht aus den Teilen A+B (Zahlenverbindung / Zahlen-Buchstaben). Geschwindigkeitstest.	–
<i>Uhrentest</i> (Shulman et al., 1986)	Erfassung von Störungen des abstrakten Denkens und der Konzeptbildung	Kurztest: In einem Kreis wird eine vorgegebene Uhrzeit eingetragen. Es liegen cut-off Werte vor.	–
<i>Functional Assessment Staging der Reisberg Skalen</i> (FAST) (Ihl & Fröhlich, 1991) F	Beurteilung des Schweregrades demenzieller Symptome	Die Skala umfasst insgesamt 16 Items, die mit ja/nein zu beantworten sind.	–
<i>Brief Cognitive Rating Scale der Reisberg Skalen</i> (BCRS) (Ihl & Fröhlich, 1991) F	Beurteilung des Schweregrades demenzieller Symptome	Die Skala umfasst 10 7-stufige Beurteilungsbereiche.	–
<i>Global Deterioration Scale der Reisberg Skalen</i> (GDS) (Ihl & Fröhlich, 1991) F	Differenzierung des Schweregrades der Demenz	7-stufigen Skala (unauffällig bis schwere Demenz) mit Definitionen der Stufen.	–

Anmerkung: F Fremdbeurteilungsverfahren. N = Normen: + vorhanden, – nicht vorhanden

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Spezielle Altersskalen und -inventare

Verfahren	Zielsetzung	Kurzbeschreibung	N
<i>Nürnberger Alters Inventar</i> (NAI) (Oswald & Fleischmann, 1994)	Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit, des Verhaltens, der Befindlichkeit und des Selbstbildes bei Älteren	Das Manual umfasst kognitive Tempotests, Gedächtnistests, Fremd- und Selbstbeurteilungsskalen.	+
<i>Leistungsprüfsystem</i> (LPS 50+) (Sturm et al., 1993)	Dient der Erfassung des kognitiven Status älterer Menschen und der Früherkennung degenerativer Erkrankungen	Es liegen zwei Parallelformen, eine Kurzform mit 3 sprachgebundenen und 3 nonverbalen Untertests vor.	+
<i>Philadelphia Geriatric Center Morale Scale</i> (PGC) (Lawton, 1975; Closs & Kempe, 1986)	Messung der Lebenszufriedenheit	Die Skala umfasst 15 Items mit kognitiven und emotionalen Komponenten des Wohlbefindens.	–
<i>Anmerkung:</i> N = Normen: + vorhanden, – nicht vorhanden			

aus: Perez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Subjektiv erlebte Gewinne im Alter (angegeben ist für die einzelnen Altersgruppen der Anteil jener Personen, die im Interview den entsprechenden Gewinn genannt haben) (Kruse, 2001)

Thema	Gesamt	60-69	70-79	80-100
Sich an Dingen freuen, denen man in früheren Lebensjahren geringere Bedeutung beigemessen hat	28 %	15 %	27 %	39 %
Veränderung des Anspruchsniveaus in Bezug auf jene Bedingungen, die für ein zufrieden stellendes Leben erfüllt sein müssen	27 %	14 %	28 %	33 %
Aufrechterhaltung einer positiven und bejahenden Lebenseinstellung trotz erfahrener Einbußen und Verluste	26 %	9 %	23 %	34 %
Geringeres Maß an Verpflichtungen in Familie und Beruf und höheres Maß an Freiheit in Bezug auf die Lebensgestaltung	25 %	42 %	25 %	6 %
Höheres Maß an Erfahrungen im Umgang mit Anforderungen des Lebens und darauf gründende Kompetenz im Umgang mit diesen Anforderungen	25 %	13 %	28 %	18 %
Realistischere Einschätzung der Grenzen eigenen Handelns, zunehmende Akzeptanz dieser Grenzen und Entdeckung neuer Handlungsmöglichkeiten	19 %	12 %	21 %	28 %
Zunehmende Fähigkeit, Pläne und Vorhaben an die begrenzte Zeit anzupassen und Unsicherheit in Bezug auf die persönliche Zukunft zu ertragen	17 %	5 %	11 %	32 %
Offenheit gegenüber der Zukunft trotz begrenzter Lebenszeit und der Unsicherheit in Bezug auf die persönliche Zukunft	15 %	3 %	13 %	26 %
Zunehmende Fähigkeit, die unerfüllt gebliebenen Wünsche und Erwartungen im Lebenslauf zu akzeptieren und Kompromisse zu schließen	12 %	2 %	11 %	29 %
Zunehmende Fähigkeit, frühere Ereignisse und Erlebnisse (v. a. allem Belastungen und Konflikte) neu zu bewerten	10 %	3 %	9 %	22 %

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Diagnostische Zugänge in der Partnerschaftsdiagnostik

Verfahren	Zielsetzung	Funktion
<i>Interview</i>	Gewinnung von biographischen Daten und allgemeinen Informationen zur Partnerschaft. Rekonstruktion der Paargeschichte, Aktivierung der Partnerschaftsressourcen, Beziehungsaufbau	Beschreibungsfunktion/ Erklärungsfunktion
<i>Fragebogen</i>	Erfassung von zentralen Beziehungsvariablen wie Partnerschaftszufriedenheit, Problembereiche, Erwartungen an die Partnerschaft, Kommunikation, Problemlösung, dyadisches Coping, Befinden der Partner	Beschreibungsfunktion/ Evaluationsfunktion (formative und summative Evaluation zur Überprüfung der Wirksamkeit der Intervention)
<i>Systematische Verhaltensbeobachtung</i>	Erfassung der Dynamik und des Interaktionsprozesses; Einblick in die Art und Weise wie das Paar kommuniziert und wo therapeutische Ansatzpunkte sind	Beschreibungsfunktion/Erklärungsfunktion/ Prognosefunktion/ Evaluationsfunktion
<i>Physiologische oder endokrinologische Parameter</i>	Erfassung von körperlichen Reaktionen während oder vor Konfliktgesprächen	Beschreibungsfunktion

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Erfassung der Partnerschaftsqualität, der Kommunikation und des dyadischen Copings mittels Fragebögen

Verfahren	Zielsetzung	Kurzbeschreibung	N
<i>Partnerschaftsfragebogen</i> (PFB) (Hahlweg, 1996) S	Fragebogen zur Erfassung der Partnerschaftsqualität und zu-friedenheit (geeignet für Forschung und Praxis)	31 Items, welche die generelle Zufriedenheit mit der Partnerschaft (1 Item) und die 3 Subskalen Kommuni-kation, Zärtlichkeit und Streitverhalten mit jeweils 10 Items abzubilden erlauben. Die Items werden auf einer 4-stufigen Likert-Skala beurteilt.	+
<i>Dyadic Adjustment Scale</i> (DAS) (Spanier, 1976) S	Fragebogen zur Erfassung der Partnerschaftsqualität (geeignet für Forschung und Praxis)	32 Items, welche auf einer 6-stufigen Likert-Skala beantwortet werden. Der Fragebogen erlaubt die Auswertung über 4 Subskalen: Erfüllung (10 Items), Übereinstimmung (13 Items), Ausdruck von Gefüh-len (4 Items), Zusammenhalt (5 Items).	+
<i>Marital Satisfaction Inventory</i> (MSI) (Snyder, 1997) S	Multidimensionaler Fragebo-gen zur Erfassung von Partner-schaftsproblemen (v.a. geeignet für die For-schung)	280 Items, die auf 11 Skalen laden. Die Subskalen sind: globale Zufriedenheit, affektive Kommuni-kation, Problemlösung, gemeinsame Freizeitgestal-tung, Finanzplanung, sexuelle Zufriedenheit, Rollen-orientierung, Ehezufriedenheit der Eltern, Zufrieden-heit mit den Kindern, Kindererziehung, Validitäts-skala (eheliche Konventionen).	+
<i>Relationship Assessment Scale</i> (RAS) (Hendrick, 1988) S	Fragebogen zur Erfassung der Partnerschaftszufriedenheit (eignet sich für Forschung und Praxis)	Wird nur als Gesamtscore über die 7 Items ausge-wertet, hat jedoch keine Konfundierungsprobleme mit anderen Partnerschaftskonstrukten wie Kommuni-kation etc.	-
<i>Marital Communication Inventory</i> (MCI) (Bienvu, 1971) S	Erfassung der dyadischen Kommunikation	46 Items, die als Gesamtscore oder mittels 4 Sub-skalen ausgewertet werden können. Die Subskalen erfassen Wertschätzung, Beachtung, Diskussion und Aggression. Die Items werden auf einer 4-stufigen Likertskala beantwortet.	+
<i>Communication Patterns Questionnaire</i> (CPQ) (Christensen & Sullaway, 1984) S	Erfassung von Kommunika-tionsmustern bei Paaren	Der Fragebogen erlaubt die Abbildung von Kommuni-kationsmuster vor, während und nach einem Kon-flikt. Er versucht die Dynamik der Interaktion zu er-fassen, indem Muster der gemeinsamen konstruktiven Kommunikation, des gemeinsamen Rückzugs von der Kommunikation und des Versuchs eines Partners, die Kommunikation zu stimulieren bei gleichzeitigem Rückzug des anderen erfragt wer-den. Die Antworten erfolgen auf einer 9-stufigen Likertskala.	-
<i>Fragebogen zur Erfassung des dyadischen Copings</i> (FDCT-N) (Bodenmann, 2000) S/F	Fragebogen zur Erfassung des dyadischen Copings aus der Selbst- und der Partnerper-spektive.	41 Items, welche 6 Subskalen zugeordnet werden können (Stresskommunikation, supportives dyadi-sches Coping (eigenes und des Partners), negatives dyadisches Coping (eigenes und des Partners), ge-meinsames dyadisches Coping). Die Items werden auf einer 5-stufigen Likertskala beantwortet.	+

Anmerkung: S: Selbstbeurteilungsverfahren; F: Fremdbeurteilungsverfahren; N = Norm: + vorhanden; - nicht vorhanden.

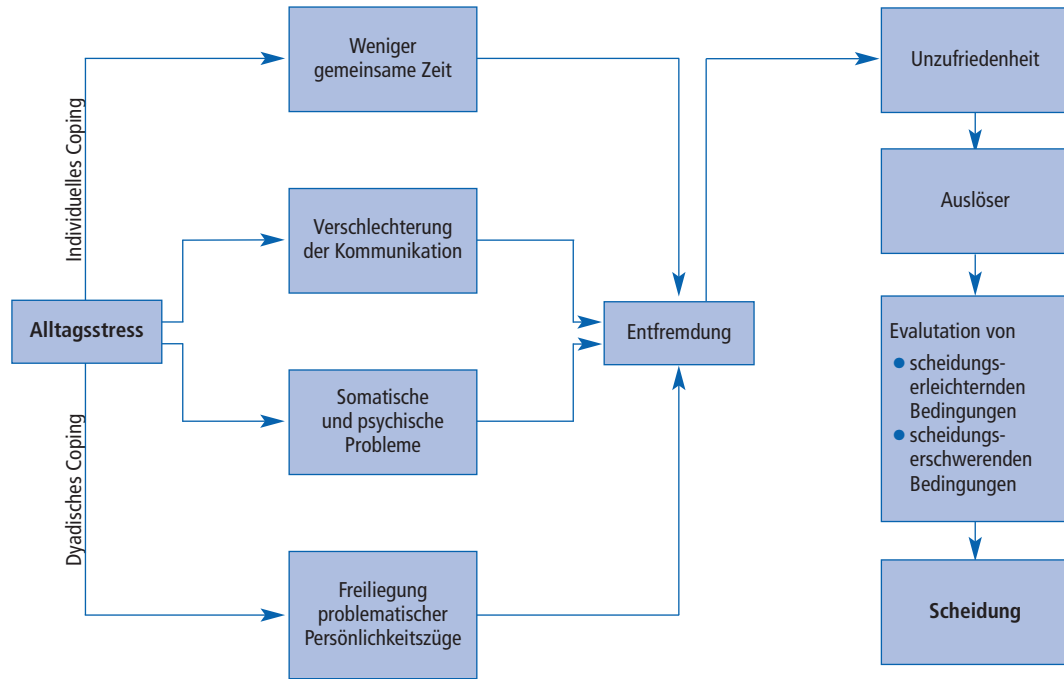
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Kategoriensysteme zur systematischen Verhaltensbeobachtung bei Paaren

<p>Formale Kategorien</p>	<p>Redezeit Unterbrechungen (ins Wort fallen) Länge oder Dauer der Verhaltenskategorien Häufigkeit der Verhaltenskategorien Pausen Anzahl Ansprechen oder Angesprochen werden</p>
<p>Inhaltliche Kategorien</p>	<p><i>Neutrale Kategorien</i> Alltagsthemen, Sachdiskussionen, sachliche Problembeschreibung, sachliche Fragen, Klärungsversuche, Einbringen von Themenvorschlägen</p> <p><i>Positive Kategorien</i> Ausdruck von positiven Gefühlen und Selbstöffnung, Zustimmung, Interesse, Kompromisse, konstruktive Lösungsvorschläge, Lob, Bekräftigungen, Komplimente, Liebesäußerungen, Zärtlichkeit</p> <p><i>Negative Kategorien</i> Nicht-Übereinstimmung, Kritik, Abwertungen, Defensivität, verächtliche Kommunikation, Provokation, Abblocken, Dominanz, Rückzug</p>

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Scheidungsmodell von Bodenmann



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Empirische Befunde und ihre Bedeutung für die Paartherapie

Empirischer Befund	Therapeutische Methode	Ziel
Hohe Negativität und geringe Positivität	Reziprozitätstraining	Erhöhung der Positivität und Senkung der Negativität in der dyadischen Interaktion
Gestörte Kommunikation (Kommunikationsfehler, Zwangsprozess, Eskalation)	Kommunikationstraining	Verbesserung der dyadischen Kommunikation
Ineffiziente Problemlösung (wenig gemeinsame Lösungssuche, wenig Kreativität und Ausdauer)	Problemlösetraining	Verbesserung der gemeinsamen Bewältigung von Alltagsproblemen
Hohes Stressniveau und inadäquates dyadisches Coping	Bewältigungsorientierte Intervention (Trichtermethode und 3-Phasen-Methode)	Erhöhung der dyadischen Coping-Ressourcen durch eine Verbesserung der emotionalen Stresskommunikation und des supportiven dyadischen Copings
Dysfunktionale partnerschaftsbezogene Erwartungen und ungünstige Attributionen	Kognitive Methoden (kognitive Umstrukturierung und Reattributions-training)	Humanisierung der Erwartungen an die Partnerschaft, Flexibilisierung der Kausalattributionen
Beharren auf eigener Position und Versuch, den anderen nach seinen Vorstellungen zu verändern	Akzeptierungsarbeit	Erhöhung des wechselseitigen Verständnisses füreinander, Freiräume erarbeiten, Kompromissbereitschaft und Toleranz erhöhen

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Empirisch fundierte Präventionsansätze für Paare (nach Bodenmann, 2001)

Autoren	Name des Trainings/Verbreitung/Beginn des Angebots	Theoretische Ansätze/ Zielsetzungen	Setting/Dauer/ Anzahl Paare	Empirische Überprüfung
Markman et al. (1984)	<i>Premarital Relationship Enhancement Program</i> (PREP) USA, Niederlande (seit 1984)	Operante, soziale und kognitive Lerntheorien; Verbesserung der Kommunikation, Problemlösung; Arbeit an Einstellungen und Erwartungen, Engagement für die Partnerschaft, Erhöhung von Freude, Kameradschaft und Aufmerksamkeit füreinander	Strukturierter Aufbau; 6 Module à ca. 2 Stunden; in hohem Maße trainingsorientiert Verhältnis von 2:1 (Paare-Trainer) Gesamtdauer: 12 Stunden	Katamnese über 10 Jahre
Hahlweg et al. (1998)	<i>Ein Partnerschaftliches Lernprogramm</i> (EPL) Deutschland, Luxemburg, Österreich, Schweiz (seit 1992)	Operante, soziale und kognitive Lerntheorien; Verbesserung der Kommunikation, Problemlösung; Aufarbeitung von Erwartungen an die Partnerschaft und Gestaltung der Sexualität	Strukturierter Aufbau; 5 Module; in hohem Maße trainingsorientiert; 4 bis 6 Paare mit einem Verhältnis von 2:1 (Paare-Trainer) Gesamtdauer: 16 Stunden	Katamnese über 5 Jahre
Bodenmann (2000b)	<i>Freiburger Stresspräventions-training</i> (FSPT) Schweiz, Deutschland, Italien (seit 1994)	Operante, soziale und kognitive Lerntheorien; Stress- und Copingtheorie; Austausch- und Equitytheorie. Verbesserung des individuellen und dyadischen Copings; Verbesserung der Kommunikation und Problemlösung; Bearbeitung von Themen wie Fairness und Gerechtigkeit, Distanz- und Nähe-Regulation	Strukturierter Aufbau; 6 Module; in hohem Maße trainingsorientiert; 4 bis 6 Paare mit einem Verhältnis von 2:1 (Paare/Trainer) Gesamtdauer: 18 Stunden	Katamnese über 2 Jahre

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Inhalte des Freiburger Stresspräventionstrainings für Paare (FSPT)



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Die 16 Familiensystem-Typen nach dem Circumplex-Modell von Olson (nach Angaben von Olson, Sprenkle & Russel, 1979)

		niedrig	KOHÄSION	hoch	
hoch		<i>losgelöst</i>	<i>getrennt</i>	<i>verbunden</i>	<i>verstrickt</i>
A					
D					
A	<i>chaotisch</i>	chaotisch- losgelöst	chaotisch- getrennt	chaotisch- verbunden	chaotisch- verstrickt
P		1	2	3	4
T					
A	<i>flexibel</i>	flexibel- losgelöst	flexibel- getrennt	flexibel- verbunden	flexibel- verstrickt
B		5	6	7	8
I					
L	<i>strukturiert</i>	strukturiert- losgelöst	strukturiert- getrennt	strukturiert- verbunden	strukturiert- verstrickt
T		9	10	11	12
Ä					
T	<i>rigid</i>	rigid- losgelöst	rigid- getrennt	rigid- verbunden	rigid- verstrickt
niedrig		13	14	15	16

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Das dreidimensionale Circumplex-Modell von Olson & Tiesel (1991) (1-8 = Skalenstufen)

Cohesion		Adaptability		Family Type	
8	very connected	8	very flexible	8	balanced
7		7		7	
6	connected	6	flexible	6	moderately balanced
5		5		5	
4	separated	4	structured	4	mid-range
3		3		3	
2	disengaged	2	rigid	2	extreme
1		1		1	

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 3: Familiendiagnostische Verfahren

Erfassungstypen	Beispiele
Fremdbeobachtung	<i>Family observational coding systems</i> (Kerig & Lindahl, 2008) <i>Coparenting and family rating system</i> (McHale et al., 2008)
Selbstbeobachtung	<i>Experience sampling method for the assessment of the emotional lives of mothers, fathers and adolescents</i> (Larson & Richards, 1994) <i>Family self-monitoring system</i> (FASEM-C) (Perrez et al., 2000)
Selbstbeurteilungs-Fragebögen	<i>Die Familienbögen (FB) – Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen</i> (Cierpka & Frevert, 1995) <i>Familiendiagnostisches Testsystem</i> (FDTS) (Schneewind, Beckmann & Hecht-Jackl, 1985)
Bildhaft-metaphorische Verfahren	<i>Familien-System-Test</i> (FAST) (Gehring, 1998) <i>The Kveback family sculpture technique</i> (Kveback, Cromwell & Fournier, 1980)

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 4: Psychometrische Verfahren zur Erfassung von «Kohäsion», «Kontrolle» und weiteren Dimensionen

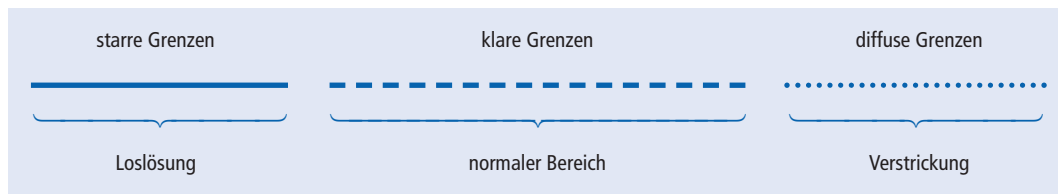
Verfahren	Zielsetzung	Kurzbeschreibung	N
FACES II /III (FACES III) (Olson, Portner & Lavee, 1985) S	Erfassung der Dimensionen «Kohäsion» und «Adaptibilität»	Fragebogen aus 20 Items (FACES II: 30 Items) mit 5-stufiger Zustimmungs-/Widerspruchsmöglichkeit. Er besteht aus 2 Subskalen, <i>Cohesion</i> und <i>Adapability</i> von je 10 Items. Der Fragebogen wird von jedem Familienmitglied individuell selbst beantwortet. Die Individualwerte werden nicht rechnerisch zusammengeführt. <i>Repräsentationsmodus</i> : verbal <i>Zeitperspektive</i> : nahe Vergangenheit/Gegenwart <i>Datenquelle</i> : Insider <i>Datenart</i> : subjektiv	–
FES (Moos & Moos, 1994) FKS (Schneewind, 1988) S	Erfassung der Dimensionen «Kohäsion» und «Kontrolle» und weiterer 8 Dimensionen	Fragebogen aus 90 Items mit «Wahr-/Falsch»-Antwortmöglichkeit. Er besteht aus 10 Subskalen – darunter <i>Cohesion</i> und <i>Control</i> – von je 9 Items. Der Fragebogen wird von jedem Familienmitglied selbst beantwortet. Die Individualwerte werden nicht rechnerisch zusammengeführt. Deutsche Adaptation: Schneewind, 1988. <i>Repräsentationsmodus</i> : verbal <i>Zeitperspektive</i> : nahe Vergangenheit/Gegenwart <i>Datenquelle</i> : Insider <i>Datenart</i> : subjektiv	–
FAD (Epstein, Baldwin & Bishop, 1983) S	Erfassung der Dimensionen «Kohäsion» und «Kontrolle» und weiterer 4 Dimensionen	Fragebogen aus 53 (bis 60) Items mit 4-stufiger Zustimmungs-/Widerspruchsmöglichkeit. Er besteht aus 6 Subskalen – darunter <i>Affective Involvement</i> und <i>Behavioral Control</i> – und einer Gesamtskala. Der Fragebogen wird von jedem Familienmitglied individuell selbst beantwortet. Die Individualwerte werden nicht rechnerisch zusammengeführt. <i>Repräsentationsmodus</i> : verbal <i>Zeitperspektive</i> : nahe Vergangenheit/Gegenwart <i>Datenquelle</i> : Insider <i>Datenart</i> : subjektiv	–
CSP (Olivieri & Reiss, 1981) F	Erfassung der Dimensionen «Kohäsion» und «Kontrolle» und einer weiteren Dimension	Untersuchungsverfahren, das Elemente der Gruppe der Provokationsmethodik vereint mit solchen der Problemlöseaufgaben. Die Problemlöseaufgabe provoziert bei den Familienmitgliedern Verhalten, das von Fremdbeobachtern 3 Dimensionen – darunter <i>Coordination</i> und <i>Closure</i> – zugeordnet wird. Es wird ausschließlich ein Wert für die gesamte an der Problemlösungsaufgabe beteiligte Familie erhoben. <i>Repräsentationsmodus</i> : verbal <i>Zeitperspektive</i> : Gegenwart <i>Datenquelle</i> : Outsider <i>Datenart</i> : objektiv	–
FAST (Kalifornien-Version) (Gehring, Funk & Schneider, 1986) S	Erfassung der Dimensionen «Kohäsion» und «Kontrolle»	Untersuchungsverfahren, das Elemente der Figuren-Platzierungs-Techniken vereint mit solchen der Skulpturverfahren. Beim FAST werden auf einem Brett mit 9 × 9 Feldern schematische männliche bzw. weibliche Figuren (Kopf und Oberteil) auf die einzelnen Felder platziert, wobei die Abstände <i>Kohäsions</i> -Maße abgeben. Die Figuren werden auf drei unterschiedlich hohe Walzen (Unterteil) gestellt, womit unterschiedliche Ausprägungen von <i>Power</i> dargestellt werden. Der FAST wird mit jedem Familienmitglied individuell durchgeführt. Die Individualwerte werden rechnerisch zusammengeführt zu Werten für innerfamiliäre Dyaden bzw. für die gesamte Familie. <i>Repräsentationsmodus</i> : bildhaft-metaphorisch <i>Zeitperspektive</i> : nahe Vergangenheit/Gegenwart <i>Datenquelle</i> : Insider <i>Datenart</i> : subjektiv	–
<i>Anmerkungen</i> : S: Selbstbeurteilungsverfahren, F: Fremdbeurteilungsverfahren; N = Normen: + vorhanden, – nicht vorhanden			

Tabelle 5: Ausschnittdarstellung der Global Assessment of Functioning Scale (GARF) (DSM-IV-TR)

Skala	Anhaltspunkte für 81-100 Punkte	Anhaltspunkte für 1-20 Punkte
Gesamt	Die Familie funktioniert sowohl nach den Selbstberichten der Familienmitglieder als auch aus Beobachterperspektive zufriedenstellend.	Die Familie ist zu dysfunktional geworden, um Kontaktkontinuität und Bindung aufrechtzuerhalten.
Problemlösung	Es gibt vereinbarte und mit Zustimmung aller versehene Muster und Routinen, die dazu beitragen, die üblichen Bedürfnisse eines jeden Familienmitglieds zu befriedigen. Es ist ausreichend Veränderungsflexibilität vorhanden, um auf ungewöhnliche Anforderungen und Ereignisse angemessen reagieren zu können. Gelegentliche Konflikte und mit Stress verbundene Übergänge werden durch Problemlösungskommunikation und Verhandlung gelöst.	Routinen (geregelte Essens- und Schlafzeiten etwa) sind so gut wie nicht existent. Familienmitglieder wissen oft nicht, wo andere sind und wann sie zu Hause oder wo anders sind. Es mangelt an effektiver Kommunikation.
Organisation	Es gibt eine von allen Familienmitgliedern geteilte Übereinstimmung und eine von allen getragene Verpflichtung über Rollen und angemessene Pflichten. Es gibt wohletablierte Entscheidungsprozesse für jedes Funktionsgebiet (etwa Elternschaft) und für jedes Subsystem (etwa Paar).	Die Familienmitglieder sind nicht in der Weise organisiert, dass persönliche Verantwortlichkeiten oder solche, die der Position im Generationensystem entspringen, erkennbar wären. Welche Grenzen das Familiensystem und seine Subsystem markieren, ist nicht identifizierbar bzw. es herrscht darüber kein Konsens. Familienmitglieder sind physisch bedroht, attackiert oder verletzt.
Emotionales Klima	Es herrscht eine der Situation angemessene optimistische Atmosphäre in der Familie. Ein breiter Bereich von Gefühlen kann ausgedrückt und damit umgegangen werden. Die Atmosphäre ist generell gekennzeichnet durch Wärme, Fürsorge und das Teilen gemeinsamer Werte. Die sexuellen Beziehungen der Erwachsenen sind zufriedenstellend.	Hoffnungslosigkeit und Zynismus sind allgegenwärtig und vorherrschend. Es gibt wenig Aufmerksamkeit für die emotionalen Bedürfnisse der anderen. Es fehlt weitgehend der Sinn für Bindung, Übereinstimmung und Sich-Kümmern um gemeinschaftliches Wohlergehen.

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Das Kontinuum der Grenzen zwischen familialen Subsystemen (nach Minuchin, 1977)



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 2: Beispiel von Familientypen (regenerative families)
nach McCubbin und Thompson (1987, S. 35)

		Family Hardiness	
		Low	High
Family Coherence	Low	Vulnerable Families	Secure Families
	High	Durable Families	Regenerative Families

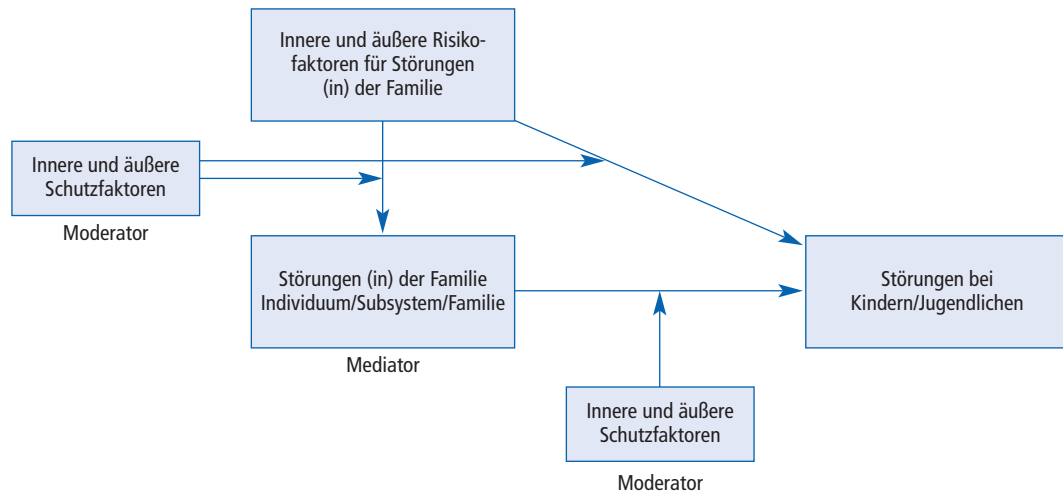
aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Kumulativer Risikoindex (Laucht, Esser & Schmidt, 1999)

Kriterien	
1	Niedriges Bildungsniveau der Eltern Keine abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung oder Sonder- schulabschluss
2	Beengte Wohnverhältnisse > 1.0 Personen / Raum oder ≤ 50m ² Wohnfläche
3	Psychische Störung eines Elternteils Mäßige oder schwere Störung gem. Kriterien von DSM-IV-TR oder ICD-10 (Interviewrating, kappa = .98)
4	Anamnestische Belastungen der Eltern Herkunft aus instabilen familiären Verhältnissen (> 2 Wechsel der Betreuungspersonen) oder Delinquenz
5	Disharmonische Partnerschaft Geringes Niveau der elterlichen Beziehungsqualität in zwei oder drei Bereichen (Harmonie, Kommunikation, Wärme) (Interviewrating, kappa = 1.00)
6	Frühe Elternschaft Alter der Eltern ≤ 18 Jahre oder Dauer der Partnerschaft < 6 Monate bei Konzeption
7	Ein-Eltern-Familie Bei Geburt des Kindes
8	Unerwünschte Schwangerschaft Abbruch der Schwangerschaft wurde ernsthaft in Erwägung gezogen
9	Mangelnde soziale Integration und Unterstützung Eingeschränkte soziale Kontakte und fehlende Unterstützung bei der Betreuung des Kindes (Interviewrating, kappa = .71)
10	Ausgeprägte chronische Schwierigkeiten Mit einer Dauer von > 1 Jahr wie z. B. Arbeitslosigkeit, chronische Krankheit (Interviewrating, kappa = .93)
11	Mangelnde Bewältigungsfähigkeiten der Eltern Im Umgang mit belastenden Lebensereignissen des letzten Jahres wie z. B. Rückzug, Verleugnung (Interviewrating, kappa = .67)
Risikogruppeneinteilung	
Keine Risikobelastung:	Kein Kriterium erfüllt
Leichte Risikobelastung:	Max. zwei Kriterien erfüllt
Schwere Risikobelastung:	Mehr als zwei Kriterien erfüllt

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Abbildung 1: Direkte und indirekte Antezedenzen von Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Perrez, 2005)



aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 1: Die Treatment-Prinzipen der MST (Schoenwald, Halliday-Boykins & Henggeler, 2003)

<i>Prinzip 1</i>	Der primäre Zweck des Assessment besteht darin, zu verstehen, wie die identifizierten Probleme zu ihrem breiteren systemischen Kontext «passen».
<i>Prinzip 2</i>	Therapeutische Kontakte sollen das Positive hervorheben und Stärken, wie sie sich in den einzelnen systemischen Bezügen (neben der Familie: etwa Verwandtschaft, Peer-Gruppen, Schule oder Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatz, Nachbarschaft/Gemeinwesen u. a. m.) finden, als Hebel für Veränderung nutzen.
<i>Prinzip 3</i>	Interventionen sollen so gestaltet sein, dass sie zwischen den Familienmitglieder verantwortungsvolles Verhalten erhöhen und verantwortungsloses reduzieren.
<i>Prinzip 4</i>	Interventionen sollen gegenwartsfokussiert sowie aktionsorientiert sein und auf spezifische, wohl definierte Probleme gerichtet sein.
<i>Prinzip 5</i>	Interventionen sollen abzielen auf die Verhaltenssequenzen innerhalb eines bestimmten Systems oder zwischen verschiedenen Systemen, die identifizierte Probleme aufrechterhalten.
<i>Prinzip 6</i>	Interventionen sollen dem Entwicklungsstand und den damit verbundenen Bedürfnissen des Jugendlichen angemessen sein.
<i>Prinzip 7</i>	Interventionen sollen so gestaltet sein, dass sie für die Familienmitglieder mit täglicher oder zumindest wöchentlicher Anstrengung verbunden sind.
<i>Prinzip 8</i>	Die Interventionswirksamkeit wird fortlaufend evaluiert; die Verantwortung dafür, dass Barrieren, die dem Behandlungserfolg entgegen stehen, beseitigt werden, liegt beim Therapeuten.
<i>Prinzip 9</i>	Interventionen sollen so gestaltet sein, dass sie Treatment-Generalisierung und Nachhaltigkeit des Behandlungserfolgs dadurch fördern, dass die (biologischen oder sozialen) Eltern «empowered» werden, die Bedürfnisse der Familie in verschiedenen Systemkontexten zu adressieren.

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber

Tabelle 2: Das Grundmodell der FFT (nach Sexton & Alexander, 2000)

	Frühe Phase: Engagement und Motivation	Mittlere Phase: Verhaltensänderung	Späte Phase: Generalisierung
<i>Ziele der Phase</i>	(Arbeits-)Bündnis entwickeln. Negativismus/Widerstand reduzieren. Kommunikation verbessern. Hoffnungslosigkeit minimieren. Dropout-Potential reduzieren. Familien-Fokus entwickeln. Veränderungsmotivation erhöhen.	Individuelle Veränderungspläne entwickeln und implementieren. Präsentiersymptomatik (Delinquenz) ändern. Beziehungsfertigkeiten (z. B. bei Kommunikation und Erziehung) aufbauen.	Veränderung aufrechterhalten / generalisieren. Für Ressourcen im Gemeinwesen sorgen, die notwendig sind, um Veränderung zu stützen.
<i>Risiko- (R) und protektive (P) Faktoren</i>	Negativismus/Vorwurfshaltung (R). Hoffnungslosigkeit (R). Motivationsmangel (R). Glaubwürdigkeit (P). (Arbeits-)Bündnis (P). Treatment-Verfügbarkeit (P).	Geringe Erziehungskompetenz (R). Negativismus/Vorwurfshaltung (R). Schlechte Kommunikation (R). Hohe Erziehungskompetenz (P). Gute Kommunikation (P). Weitere(R oder P) im Einzelfall.	Schlechte Beziehungen mit/zu Schule/Gemeinwesen (R). Schwaches soziales Unterstützungssystem (R). Gute Beziehungen mit/zu Schule/Gemeinwesen (P).
<i>Assessment-Fokus</i>	Verhalten (z. B. Präsentierproblem sowie Risiko- und protektive Faktoren). Sequenz von Interpunktionen bei Beziehungsproblemen (z. B. welche Bedürfnisse werden befriedigt oder nicht, welche Funktionen haben die Verhaltensweisen/ Handlungen). Kontext (Risiko- und protektive Faktoren).	Qualität der Beziehungsskills (z. B. Kommunikation und Erziehung). Compliance mit Änderungsplan. Sequenz von/Interpunktion bei Beziehungsproblem.	Identifikation der benötigten Ressourcen des Gemeinwesens. Aufrechterhaltung der Änderung.
<i>Therapeuten-Skills</i>	Interpersonale Skills (Bestätigung, positive Interpretation, Re-Attribuierung, Reframing, Interpunktieren von Ereignisfolgen). Hohe Verfügbarkeit.	Strukturierende Skills. Implementieren von Veränderungsplan. Modell/Fokussieren/Steuern/ Trainieren.	Familien Case Manager. Helfer beim Finden/Erschließen von Ressourcen. Interventionen zur Rückfallprävention.
<i>Anmerkung:</i> In allen Phasen gehen Assessment und Intervention Hand in Hand. Wenn nötig, muss man von einer späteren Phase zurück in (eine) frühere.			

aus: Perrez/Baumann, Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie, Verlag Hans Huber