

Prof. Dr. Wolfgang Hiller

Stichworte aus den gezeigten Folien zur Vorlesung Klinische Psychologie

Thema: Grundlagen der Klinischen Psychologie

Überblick über die Themen der Vorlesung

1. Teil: Allgemeine Grundlagen

Einführung, allgemeine Grundlagen

Begriff der Klinischen Psychologie

Definitionen: Gesundheit, Krankheit, psychische Störungen

Psychologische Störungsmodelle

Historische Entwicklung

Abgrenzung zu Nachbardisziplinen

Strategien zur Erforschung psychischer Störungen

Grundlagenforschung

Deskription

Epidemiologie

Ätiologie und Entstehungsbedingungen

Therapie und Prävention

Methodik: Fallstudie, Experiment u.a.

Ätiologische Modelle

Genetische Ansätze

Biologische Ansätze

Soziales Lernen

Kognitive Ansätze

Kommunikationstheoretische Ansätze

Diathese-Stress-Modelle

Psychoanalytisches Modell

Klinische Diagnostik

Diagnostische Ebenen

Datenquellen: Fremd- vs. Selbstbeurteilung

Instrumente zur Diagnostik

Zielsetzungen klinisch-psychologischer Diagnostik

Klassifikation

Allgemeine Aspekte der Klassifikation

Historische Entwicklungen (ICD-9) und Grundprinzipien

DSM-IV, ICD-10

Komorbidität

2. Teil: Spezielle Störungsbilder

Schizophrenie und verwandte Störungen

Symptomatik

Epidemiologie

Ätiologie

Verlauf und Prognose

Therapie

Depressive Störungen

Unipolare Depressionen

Bipolare Störungen

Suizidalität

Angststörungen

Panikstörung

Generalisierte Angststörung

Phobien

Zwangsstörung

Somatoforme Störungen

Somatisierungssyndrom

Hypochondrie

Konversionsstörung

Körperdysmorphie Störung

Posttraumatische Belastungsstörung

akute und chronische Formen der Belastungsreaktion

Störungen durch psychotrope Substanzen

Alkoholabhängigkeit/ -missbrauch

Drogen- und Medikamentenabhängigkeit/ -missbrauch

Benzodiazepine, Schmerzmittel

Essstörungen

Anorexia und Bulimia nervosa

Binge Eating Disorder

Adipositas

Persönlichkeitsstörungen

Organische Störungen und Störungen des Alters

Amnestische Störung und Demenz

Organisch bedingte psychische Störungen

Organisch bedingte Persönlichkeitsveränderungen

Sexualstörungen

Sexuelle Funktionsstörungen

Sexuelle Deviationen (Paraphilien)

Störungen des Kindheits- und Jugendalters
Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHD)

3. Teil: Psychotherapeutische Verfahren

Allgemeine Grundlagen und Zielsetzungen der Psychotherapie
Historische Entwicklung
Therapieschulen, ihre Paradigmen und ihr Menschenbild
Psychotherapieforschung

Verhaltenstherapie

Klientenzentrierte Therapieverfahren
Gesprächspsychotherapie
Gestalttherapie

Psychoanalytische Therapien
System- und familienbezogene Therapien

Psychotherapeutengesetz und -ausbildung
Zugang zum Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten
Approbation und kassenärztliche Zulassung
Ausbildungsinstitute

Allgemeine Literatur für das Gebiet der Klinischen Psychologie

Einige aktuelle empfehlenswerte Lehrbücher zum Gesamtgebiet der Klinischen Psychologie:

- Wittchen H-U, Hoyer J: Klinische Psychologie und Psychotherapie. Heidelberg, Springer Medizin Verlag, 2006.
- Davison GC, Neale JM, Hautzinger M: Klinische Psychologie (7. Aufl). Weinheim, Beltz, 2007.
- Butcher JN, Mineka S, Hooley J: Klinische Psychologie (13. Aufl). München, Pearson Studium, 2009.
- Comer RJ: Klinische Psychologie (6. Aufl). Heidelberg, Spektrum Akademischer Verlag, 2007.
- Baumann U, Perrez M (Hrsg): Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie (3. Aufl). Bern, Huber, 2005.
- Reinecker H (Hrsg): Lehrbuch der Klinischen Psychologie (4. Aufl). Göttingen, Hogrefe, 2004; ergänzend: Reinecker H (Hrsg): Fallbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen (2. Aufl). Göttingen, Hogrefe, 1999.

Eine Auswahl interessanter ergänzender Lehrbücher:

- Berger M (Hrsg): Psychische Erkrankungen - Klinik und Therapie (3. Aufl). München, Urban & Fischer, 2009.
- Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P (Hrsg). Psychiatrie und Psychotherapie (2 Bände) (3. Aufl). Heidelberg, Springer, 2008.
- Sadock BJ, Sadock VA (Eds): Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (8th Ed). Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
- Sadock BJ, Sadock VA (Eds): Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry (10th Ed). Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- Hiller W, Leibing E, Leichsenring F, Sulz SKD (Hrsg). Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung (Gesamtreihe mit 3 Bänden). München, CIP-Medien, 2003/04.
- Margraf J, Schneider S (Hrsg): Lehrbuch der Verhaltenstherapie (2 Bände in 2./3. Aufl). Berlin, Springer, 2005/ 2009.
- Senf W, Broda M (Hrsg): Praxis der Psychotherapie (3. Aufl). Stuttgart, Thieme, 2004.
- Margraf J, Müller-Spahn F (Hrsg). Psyhyrembel - Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie. Berlin, de Gruyter, 2009.

Klinische Psychologie

Beschreibung, Erforschung und Behandlung von psychischen Störungen und abweichendem Verhalten

Merkmale zur Bestimmung und Eingrenzung:

- Krankheit/Störung
- Gesundheit
- Anwendung psychologischen Wissens
- Psychologie innerhalb der Medizin
- Psychologische Tätigkeit in klinischen Institutionen (Beratungsstelle/Krankenhaus)

Definition der Klinischen Psychologie nach Baumann & Perrez (1998):

Klinische Psychologie ist diejenige 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).

Klinische Psychologie: Merkmale und Abgrenzung

- ◆ *Anwendungsfach* der Psychologie
- ◆ *Abgrenzung* zu den Nachbardisziplinen
 - Verhaltensmedizin
 - Medizinische Psychologie
 - Neuropsychologie
 - Gesundheitspsychologie
 - Psychiatrie
- ◆ *Empirische* Wissenschaft
- ◆ *Psychotherapie* als Teilgebiet
 - Spezialfall der klinisch-psychologischen Intervention mit methodischem Ansatzpunkt auf der psychischen Ebene

Begriff der Norm

- statistische ~
- subjektive ~
- soziale ~
- funktionale ~
- ideale ~

Gesundheit & Störung: Definitionsversuche

- Webster's Dictionary (1985):
"Körperliches und geistiges Wohlbefinden; Unversehrtheit; Freiheit von Defekt, Schmerz oder Krankheit; Normalität körperlicher und geistiger Funktionen"
- Brockhaus (1930):
"Zustand der vollen Leistungsfähigkeit eines Organismus ...; gegeben, wenn alle seine Teile im richtigen Wirkungsverhältnis zueinander stehen und alle Verrichtungen ihren normalen Gang gehen. Ein Körper, der absolut gesund wäre ... wird nie gefunden. Unter relativer Gesundheit versteht man das persönliche Wohlgefühl, verbunden mit ungehemmter Leistungsfähigkeit, obwohl im Bau ... Ungleichheiten, ja sogar Ausfälle bestehen"
- Weltgesundheitsorganisation (1958):
"Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, nicht nur definiert durch die Abwesenheit von Krankheit und Behinderung"
- Karl Jaspers (1973, 9. Aufl.):
"Was gesund und was krank bedeute, darüber zerbricht sich der Mediziner am wenigsten den Kopf ... Was krank im allgemeinen sei, das hängt weniger vom Urteil der Ärzte, als vom Urteil der Patienten ab und von den herrschenden Auffassungen der jeweiligen Kulturkreise"
- Erich Fromm (1964):
"Fähigkeit zu lieben und schöpferisch zu sein"
- Thomas Szasz (1960):
"Geistige Krankheit ist ein Mythos"

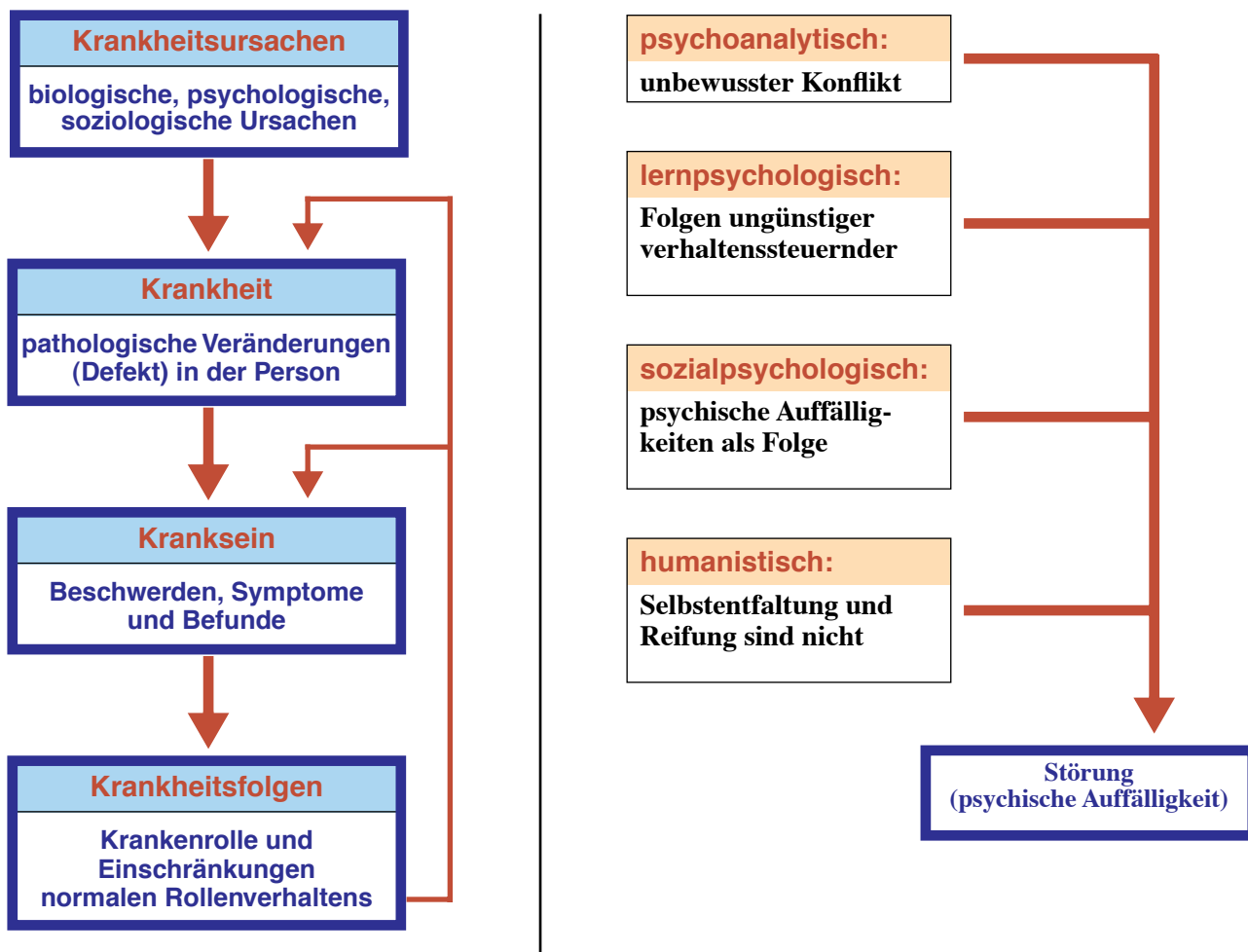
Bezeichnungen für psychische Auffälligkeiten

z.B. launisch, kaum Mimik, stottert, ordnungsliebend, starker Redefluss, Gedanken unlogisch, lacht vor Freude, unkonzentriert, euphorisch, stumm, Schuldgefühle, müde, benommen, Merkfähigkeit erschwert, perplex, weitschweifig, im Reden verlangsamt, deprimiert, ängstlich, innerlich leer, schüchtern, laute Sprache, hört Stimmen im leeren Raum, fühlt eigenen Körper wie von Umgebung „losgelöst“, im Reden zerfahren, weint, unterbricht Gesprächspartner häufig

Störungen psychischer Funktionen

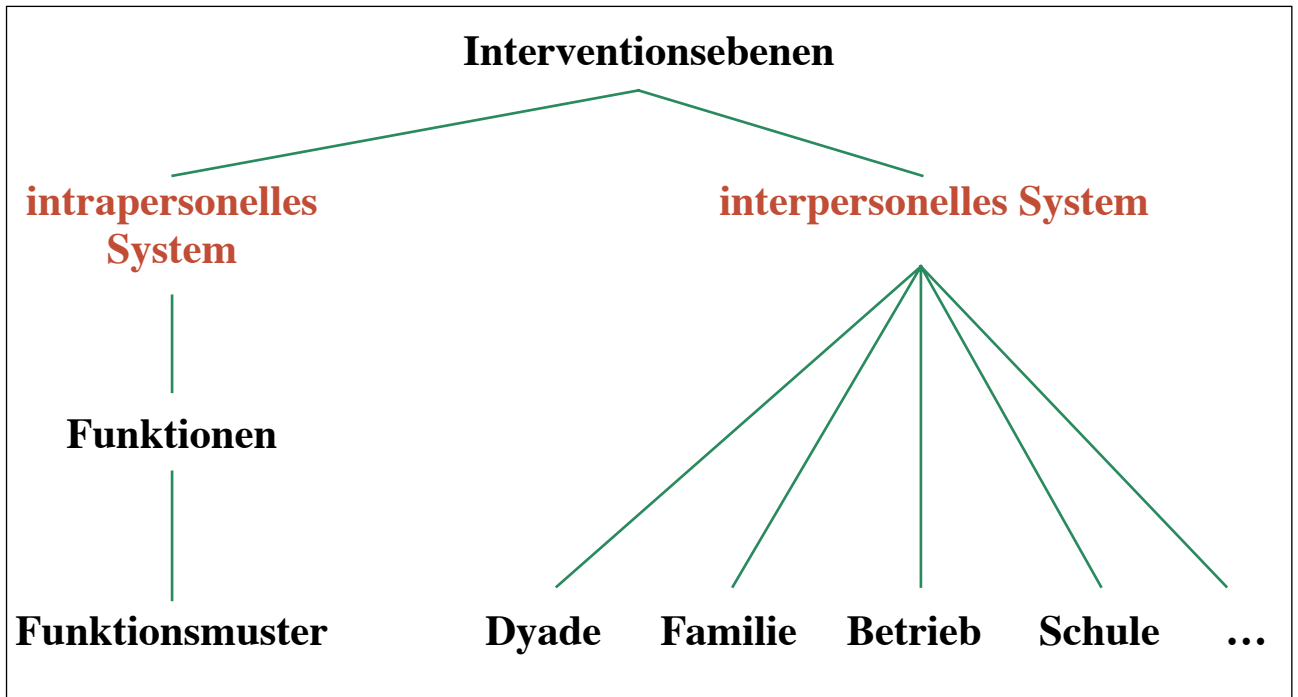
Motorik, Gedächtnis, Lernen, Motivation, Wahrnehmung, Emotion, Denken und Problemlösen, Essen, Schlaf, usw

Krankheitsmodell der Medizin (links) und Störungsmodelle der Psychologie (rechts)



Perspektiven der Klinischen Psychologie: Intra- versus interpersonell

- *intrapersonell*: Störungen bei psychischen Funktionen oder Funktionsmustern
- *interpersonell*: Störungen bei Systemen, die unterschiedlichen Auflösungsgrad besitzen
[nach Baumann & Perrez 1998]



Geschichte der Psychopathologie

- Frühe vorchristliche Kulturen: psychisch auffällig = besessen durch Dämonen
- Hippokrates (460 - 377 v. Chr.): medizinisches Verständnis [4 „Körpersäfte“]
- klerikales Mittelalter (bis 16. Jh.): Hexenwahn, Teufelsaustreibungen
- Moderne naturwissenschaftliche und humanistische Auffassungen (seit etwa dem 16. Jh.):
 1. Vermehrtes Interesse der Medizin
 2. Einrichtung von Hospitälern für psychisch Kranke
 3. Individualismus, Menschenrechte
 4. Modelle der somatischen und psychologischen Genese psychischer Störungen

Somatogenetische Positionen:

- Wilhelm Griesinger (1817 - 1868): Eine psychische Erkrankung liegt nur dann vor, wenn eine physiologische Ursache nachweisbar ist
- Emil Kraepelin (1856 - 1926): Einführung des Syndrombegriffs, nosologische Klassifikation (nach der Natur) anhand von Symptomen, Genese, Verlauf, Prognose, 2 Hauptgruppen: Dementia praecox und manisch-depressive Psychose
- 1905: Entdeckung des Syphilis-Erregers: Erklärung und Behandlungsmöglichkeit der Progressiven Paralyse

Psychogenetische Positionen:

- Franz A. Mesmer (1734 - 1815): Psychische Störungen gehen auf ein Ungleichgewicht von magnetischem Fluidum im Körper zurück; Behandlung u.a. mit magnetistischen Ritualen
- Jean M. Charcot (1825 - 1893): Hypnose bei der Behandlung der Hysterie
- Joseph Breuer (1842 - 1925): Kathartische Methode bei der Behandlung der Hysterie mittels hypnotischer Verfahren
- Sigmund Freud (1856 - 1939): Begründer der Psychoanalyse; Störungen als Folge unbewusster Prozesse

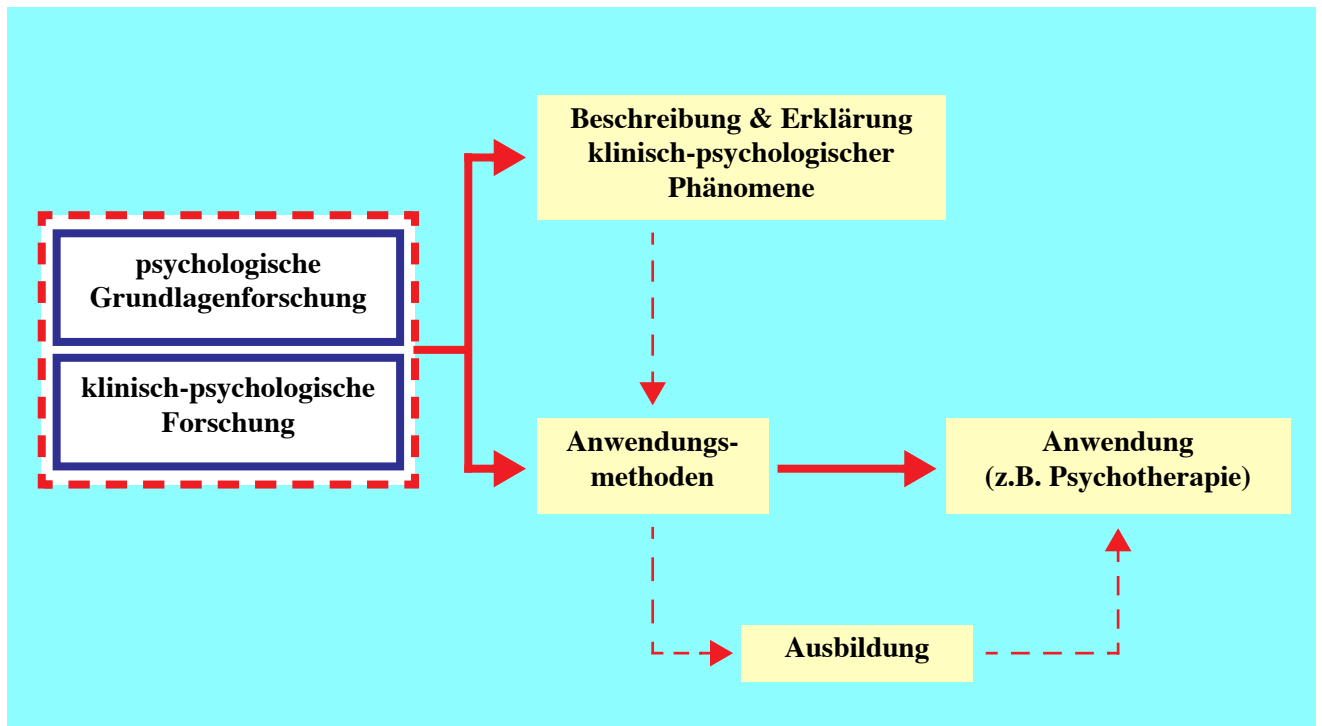
Entwicklung der Klinischen Psychologie:

- Ausgangspunkt am Ende des 19. Jahrhunderts: Institut für experimentelle Psychologie in Leipzig, gegründet von Wilhelm Wundt
- L. Witmer (1867 - 1956): Begriff der Klinischen Psychologie geprägt, 1896 erste Psychologische Klinik an der University of Pennsylvania gegründet
- 1907: Herausgabe des "Journal of Abnormal Psychology"
- 1917: Gründung der American Association of Clinical Psychologists (ab 1919 Sektion der APA)
- Emil Kraepelin (1856 - 1926): Übertragung von experimentellen Ansätzen der Psychologie auf klinisch-psychiatrische Fragestellungen
- 1946: Erste deutschsprachige Verwendung des Begriffs "Klinische Psychologie" durch W. Hellpach (gleichnamiges Buch)
- seither zunehmend eigenständiges Selbstverständnis der Klinischen Psychologie als Anwendungsfach der akademischen Psychologie

Forschung in der Klinischen Psychologie

- ❖ Überprüfung wissenschaftlicher Hypothesen im Zusammenhang mit klinisch-psychologischen Fragestellungen
- ❖ Wechselwirkung Forschung \Leftrightarrow Ausbildung, klinisch-psychologische Praxis
- ❖ diverse Ansatzpunkte wissenschaftlichen Vorgehens mit unterschiedlichen Zielsetzungen:
 - Bezüge zur psychologischen Grundlagenforschung
 - Deskription (Diagnostik, Klassifikation)
 - Epidemiologie
 - Ätiologie und Entstehungsbedingungen
 - Therapie und Prävention

Klinisch-psychologische Forschung und Anwendung



Grundlagenforschung

- Befunde der *psychologischen Grundlagenforschung*, auf die sich klinisch-psychologisches Handeln bezieht
- ⇒ bessere Beschreibung, Erklärung, Veränderungsmöglichkeit von menschlichem Erleben und Verhalten
- Beispiel 1: Theorie assoziativer Netzwerke (Bower 1981): Befunde über die Zugänglichkeit von begrifflich und emotional zusammenhängenden Inhalten; Implikationen für: Zugang zu Erinnerungen in der Psychotherapie: Erlebnisse sind leichter in einer „stimmungskongruenten“ Situation erinnerbar
- Beispiel 2: Strategien der Emotionskontrolle (B. Egloff, Universität Leipzig): Vp wurden instruiert, bei Konfrontation mit emotionalen Situationen ihre Emotionen entweder zu „unterdrücken“ oder die Situation umzubewerten (z.B. aus Sicht eines Wissenschaftlers betrachten); Ergebnis: Emotionsunterdrückung führte nicht zu vermindertem tatsächlichen Emotionserleben und steigerte physiologische Reaktionen; dies hat Implikationen für den Umgang mit Emotionen in der Psychotherapie
- Beispiel 3: restriktives Essen und Fasten führt zu hormonellen Veränderungen mit erhöhtem Risiko von unkontrolliertem Essverhalten; Implikationen für: biologische, psychologische und soziokulturelle Determinanten von abnormem Essverhalten wie bei der Anorexia nervosa
- Beispiel für klinisch-psychologische Grundlagenforschung auch die Studie von Tuschen et al. (1995, Zeitschrift für Klinische Psychologie) über Zusammenhänge zwischen Stressoren sowie Hungergefühl/Esswunsch bei Bulimia nervosa

Diagnostische Forschung

Beschreibung und Zuordnung von Zeichen und Merkmalen psychischer Störungen

einige Fragestellungen:

- Einordnung von psychischen Störungen in ein theoretisches Modell
- präzise Beschreibung von Auffälligkeiten
- Ermittlung von Zusammenhängen (z.B. Symptomcluster)
- Entwicklung reliabler und valider diagnostischer Verfahren
- Differenzierung relevanter und nichtrelevanter Informationen
- Differenzierung unterschiedlicher Gruppen psychischer Störungen
- Reliabilität diagnostischer Entscheidungen

Epidemiologische Forschung

- Verteilung von psychischen Störungen und assoziierten Merkmalen *in der Bevölkerung* ⇒ z.B. zeitlich, räumlich, bei bestimmten Personengruppen
- *Begriffe*: Inzidenz, Prävalenz, Morbidität, Mortalität, absolutes u. relatives Krankheitsrisiko
- *Probleme*: Festlegung repräsentativer Stichproben, Dunkelziffer, geeignete und messgenaue Untersuchungsmethoden, Ausbildung der Untersucher

Odds Ratio (OR)

Alcohol (g/day)	Cases	Controls	
≥ 80	96	109	205
< 80	104	666	770
	200	775	975

Studie von Breslow & Day (1980), N = 200 Pat. mit Ösophaguskarzinom vs. N = 775 Kontrollpersonen aus der Allgemeinbevölkerung; detailliertes Interview zum Alkohol- und Tabakkonsum.

Odds: Zahl der Ereignisse dividiert durch Zahl der Nicht-Ereignisse

Odds Ratio: Vergleich der Odds zweier Gruppen

Odds Alc ≥ 80 gr: $96/109 = 0,8807$

Odds Alc < 80 gr: $104/666 = 0,1562$

Odds Ratio: $0,8807/0,1562 = 5,64$

	Unipolare Depression +	Unipolare Depression -	
Männer	259	1.844	2.103
Frauen	520	1.558	2.078
	779	3.402	4.181

GHS-MHS (German National Health Interview and Examination Survey - Mental Health Supplement); aus: Jacobi et al., 2004

Odds Männer: $259/1.844 = 0,1405$

Odds Frauen: $520/1.558 = 0,3338$

Odds Ratio: $0,3338/0,1405 = 2,38$

Bedeutende epidemiologische Studien

- *Chicago Study*: 1922-34, etwa 34.000 in psychiatrische Kliniken aufgenommene Pat. untersucht (Robert E.L. Faris, Henry W. Dunham) ⇒ die meisten Pat. mit Schizophrenie aus einfachen sozialen Verhältnissen
- *New Haven Study*: 1950, große Zahl psychiatrischer Fälle und Personen aus der Normalbevölkerung untersucht (August D.B. Hollingshead, Fredrick C. Redlich) ⇒ Neurosen häufiger in oberen, Psychosen häufiger in unteren sozialen Schichten
- *Midtown Manhattan Study*: 1954, 1.600 Erwachsene in New York untersucht (Thomas Rennie, Leo Srole) ⇒ Pers. mit niedrigem sozioökonomischem Status hatten 6x so viele Symptome wie Pers. mit hohem Status
- *NIMH Epidemiologic Catchment Area Study (ECA)*: ab 1978, über 20.000 Personen der Bevölkerung mit Hilfe des DIS untersucht (L.N. Robins, D. Regier); Sites: New Haven, Durham, Baltimore, Los Angeles, St. Louis; Ziel: Ermittlung von Inzidenz- und Prävalenzraten wichtiger psychischer Störungen (DSM-III) ⇒ 20% aller Personen erfüllten die Kriterien einer Störung innerhalb eines Jahres; 2.8% hatten eine „severe mental illness“
- *National Comorbidity Survey (NCS)*: 1990-92, knapp 9.000 Personen der Bevölkerung untersucht (R. Kessler); Ziel: u.a. Ermittlung von Risikofaktoren für Komorbidität (DSM-III-R) ⇒ 3.2% mit „severe mental illness“; 48% Lifetime-Prävalenz irgendeiner psychischen Störung (von diesen wurden nur 40% hierfür behandelt); 29% hatten eine Störung innerhalb der letzten 12 Monate
- *German National Health Interview and Examination Survey (GHS)*: 1997 durch die Bundesregierung beschlossen und finanziert; erste deutschlandweite repräsentative Studie zum Vorkommen psychischer Störungen bei Erwachsenen (GHS-MHS = Mental Health Supplement); durchgeführt 1998-99 unter der Leitung von H.-U. Wittchen (Dresden); Datenbasis 4.181 Personen; Diagnosenstellung mit dem M-CIDI (vollcomputerisiert) ⇒ Prävalenz mind. einer psychischen Störung: lifetime: 43%, 12-Monate: 31%, 4-Wochen: 20%; am häufigsten Angst-, depressive und somatoforme Störungen; die meisten Störungen beginnen früh im Leben; Komorbiditätsraten 44-94%; Risikofaktoren für erhöhte Prävalenzraten und Komorbidität: weibliches Geschlecht (außer bei Substanzstörungen), unverheiratet, niedrige soziale Klasse und niedriger somatischer Gesundheitsstatus (Jacobi et al., 2004)

Einige Ergebnisse aus dem German National Health Interview and Examination Survey (GHS) (vgl. Jacobi, 2004)

- Prävalenzraten wichtiger Störungsgruppen: Affektive Störungen: lifetime 18,6%, 12 Monate 11,9%, 4 Wochen 6,3%; Angststörungen: 12 Monate 14,5%, 4 Wochen 9,0%; Substanzbezogene Störungen: lifetime 9,9%, 12 Monate 4,5%, 4 Wochen 2,9%; Somatoforme Störungen: lifetime 16,2%, 12 Monate 11,0%, 4 Wochen 7,5%.
- Prävalenzraten von Untergruppen affektiver Störungen: Unipolare depressive Störungen: lifetime 17,1%, 12 Monate 10,7%, 4 Wochen 5,6%; Bipolare Störungen: lifetime 1,0%, 12 Monate 0,8%, 4 Wochen 0,6%.
- Prävalenzraten von speziellen Angststörungen: Panikstörung: lifetime 3,9%, 12 Monate 3,2%, 4 Wochen 1,1%; Phobien: 12 Monate 12,6%, 4 Wochen 7,4%; generalisierte Angststörung: 12 Monate 1,5%, 4 Wochen 1,2%.

Epidemiologie: Stand des Wissens

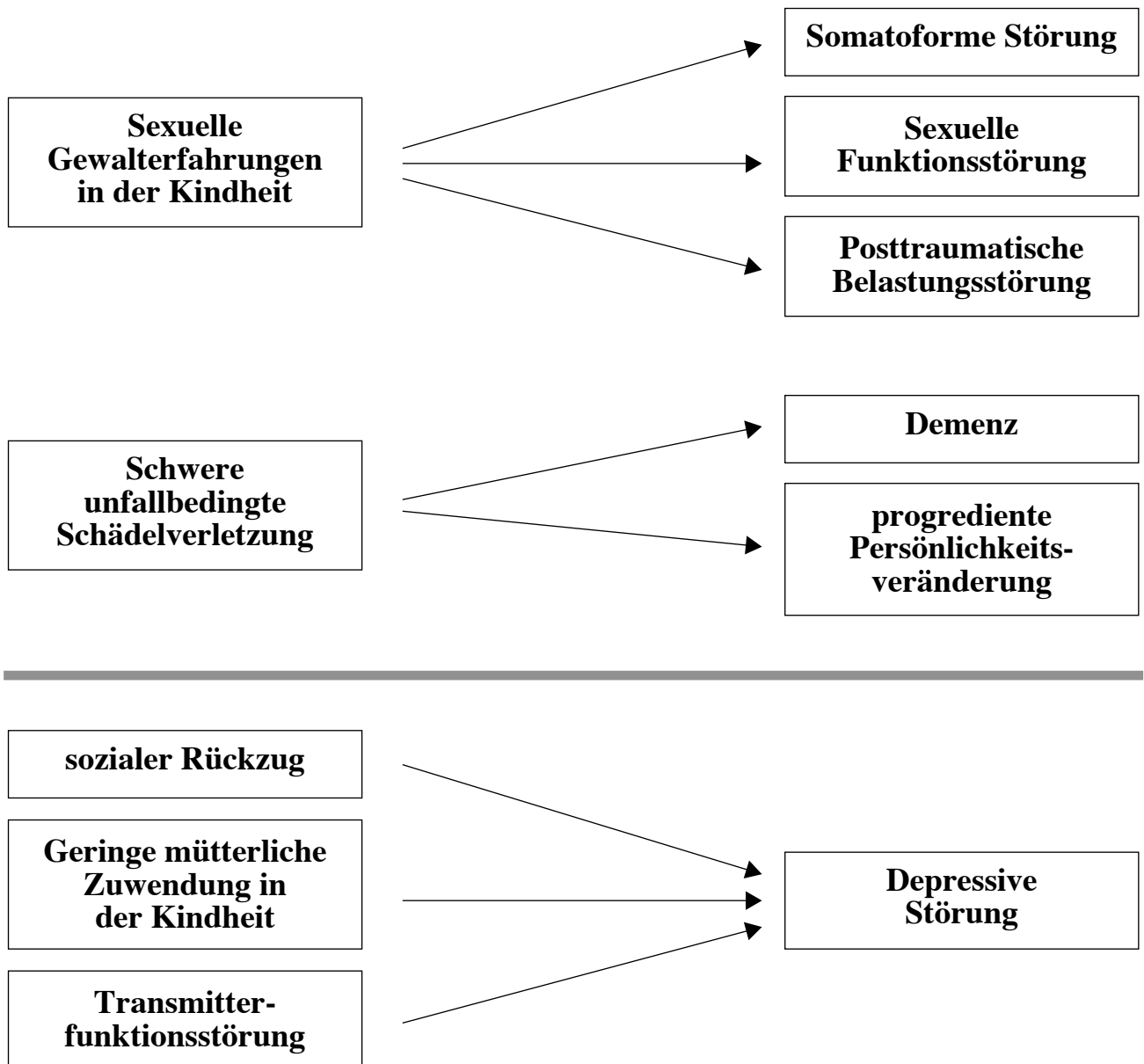
- Etwa *ein Drittel aller Personen* in westlichen Kulturen entwickelt einmal im Leben eine psychische Störung
- *Häufigste Störungen*: Störungen durch Alkohol und andere psychotrope Substanzen > Angststörungen > depressive (affektive) Störungen
- ~ 15% aller *Pat. in medizinischen Einrichtungen* zeigen zusätzlich Zeichen einer psychischen Störung
- Psychische Störungen *häufiger* bei jüngeren Personen (< 45 Jahre)
- *Geschlechtsunterschiede*: Frauen ↑ Angst- und depressive Störungen, Männer ↑ Störungen durch psychotrope Substanzen, antisoziale Störungen; gleiche Häufigkeiten bei Schizophrenie
- *Kulturelle Besonderheiten*: Vorkommen psychischer Störungen in den meisten Ländern vergleichbar; Schizophrenie hat offenbar in geringer entwickelten Ländern eine bessere Prognose

Epidemiologische Daten zur psychotherapeutischen Versorgung (Wittchen 2000)

- 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen nach ICD-10 und DSM-IV in Deutschland (1998/99): 32.1% ⇒ entspricht ~ 15.6 Mio. Erwachsene im Alter zwischen 18 und 65 Jahren
- Versorgungsbedarf: nach Wittchen sind ~ 51% der Personen mit psychischen Störungen “aktuell dringend behandlungsbedürftig“ und ~ 58% für eine Behandlung motiviert
- Ungedeckter Behandlungsbedarf: 20.4% der Personen mit einer aktuellen psychischen Störung werden zum Untersuchungszeitpunkt nicht behandelt
- Psychotherapiemotivation: Wittchen schätzt, dass etwa 29% aller behandlungsbedürftigen Personen für eine Psychotherapie motiviert sind
- Nicht-gedeckter Bedarf: 29% von 32.1% (s.o.) = 9.3% sind behandlungsbedürftig + psychotherapiemotiviert ⇒ aber nur 36.4% von diesen werden tatsächlich behandelt, d.h. 63.6% nicht
- Bereich Jugendliche (14- bis 17jährige): Quote der therapeutisch Nichtversorgten mit 83% höher als die der Erwachsenen

Ätiologische Forschung

- Prädisponierende und aufrechterhaltende Faktoren sind meistens *nicht identisch*
- Zusammenhang zwischen Ursachen und Entstehungsbedingungen meistens *nicht eindeutig*
- daher Suche nach *Bedingungen* statt *Ursachen*



Experimentelle Ansätze

Bis in die 60er Jahre Untersuchungen mit Tieren zu "experimentellen Neurosen"

**schwierige Diskriminations-
aufgaben (Pavlow 1927)**

**gravierende Konfliktsitua-
tionen (Masserman 1943)**

**traumatische Erfahrungen
(Wolpe 1952)**

**Experimentelle
Neurosen**



Seligman (1979): Paradigma der gelernte Hilflosigkeit

**Verlust von Kontrolle über
externe Bedingungen**

**Negative Konsequenzen un-
vermeidbar**

**Ineffizienz von
Bewältigungsversuchen**

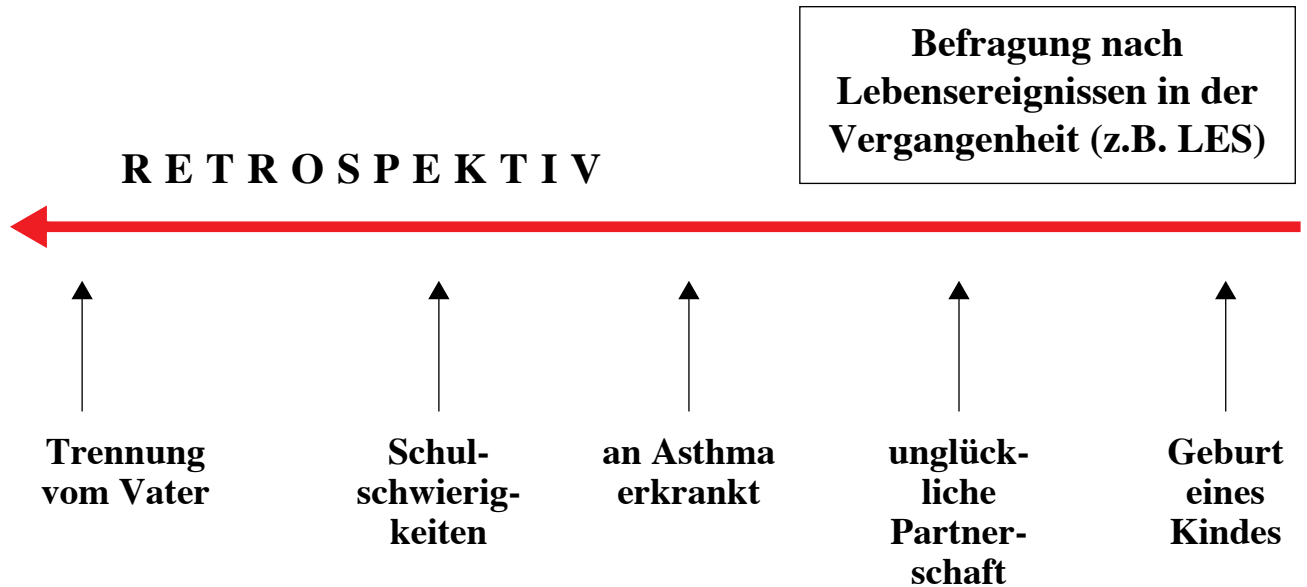
Depression



- *Probleme:* experimentelle Neurosen oft nur kurzfristig andauernd; Rolle von Kognitionen im Tierversuch unklar; soziale Faktoren im Experiment nicht valide

Life-event-Forschung

- wichtiges Paradigma seit Arbeiten von *George Brown* seit Anfang der 60er Jahre in Großbritannien



LES = Life-Event-Schedule (Interviewverfahren)

- *Probleme der Life-Event-Forschung*: [1] retrospektive Methodik (Erinnerungseffekte, nachträgliche Gewichtung); [2] Befunde wenig spezifisch für bestimmte Störungen; [3] Kausalität oft unklar (life event ⇒ Störung -- Störung ⇒ life event ?)

Life-Event-Forschung: Welche Bedeutung haben bestimmte Ereignisse?

Holmes & Rahe (1967): Grad der Wiederanpassungsleistung ("Social Readjustment Rating Scale")

<u>Rang</u>	<u>Geschehnis</u>	<u>Wert</u>
1	Tod des Ehegatten	100
2	Scheidung	73
3	Trennung ohne Scheidung	65
4	Gefängnisstrafe	63
5	Tod eines nahen Familienmitglieds	63
6	Verletzung oder Krankheit	53
7	Hochzeit	50
8	Entlassenwerden	47
9	Wiederversöhnung nach Streit mit Ehegatten	45
10	Pensionierung	45
11	Erkrankung eines Familienmitglieds	44
12	Schwangerschaft	40
13	Sexuelle Schwierigkeiten	39
14	Vergrößerung der Familie	39
15	Berufliche Veränderungen	39
16	Veränderungen im finanziellen Bereich	38
17	Tod eines nahen Freundes	37
18	Wechsel an einen Arbeitsplatz mit ungewohnter Tätigkeit	36
19	Veränderung in der Anzahl der Auseinandersetzungen m. Ehegatten	35
20	Aufnahme einer Hypothek > 10.000 Dollar	31
21	Verfallen einer Hypothek oder eines Darlehens	30
22	Veränderung in den beruflichen Aufgaben	29
23	Kind verlässt Familie	29
24	Schwierigkeiten mit Verwandten des Ehegatten	29
25	Außergewöhnliche persönliche Leistung	28
26	Ehefrau fängt mit einer Arbeit an oder hört auf	26
27	Schulbeginn/ -abschluss	26
28	Veränderung in den Lebensumständen	25
29	Aufgabe persönlicher Gewohnheiten	24
30	Schwierigkeiten mit Chef	23
31	Veränderungen in den Arbeitszeiten/ -bedingungen	20
32	Umzug	20
33	Schulwechsel	20
34	Veränderungen im Freizeitbereich	19
35	Veränderungen in den kirchlichen Aktivitäten	19
36	Veränderungen in den sozialen Aktivitäten	18
37	Aufnahme einer Hypothek oder eines Darlehens < 10.000 Dollar	17
38	Veränderungen in den Schlafgewohnheiten	16
39	Veränderungen in der Anzahl der Familien-?zusammenkünfte	15
40	Veränderungen der Essgewohnheiten	15
41	Ferien	13
42	Weihnachten	12
43	Kleinere Gesetzesverstöße	11

Psychotherapieforschung

- unterschiedliche *Ziele, methodische Vorgehensweisen*

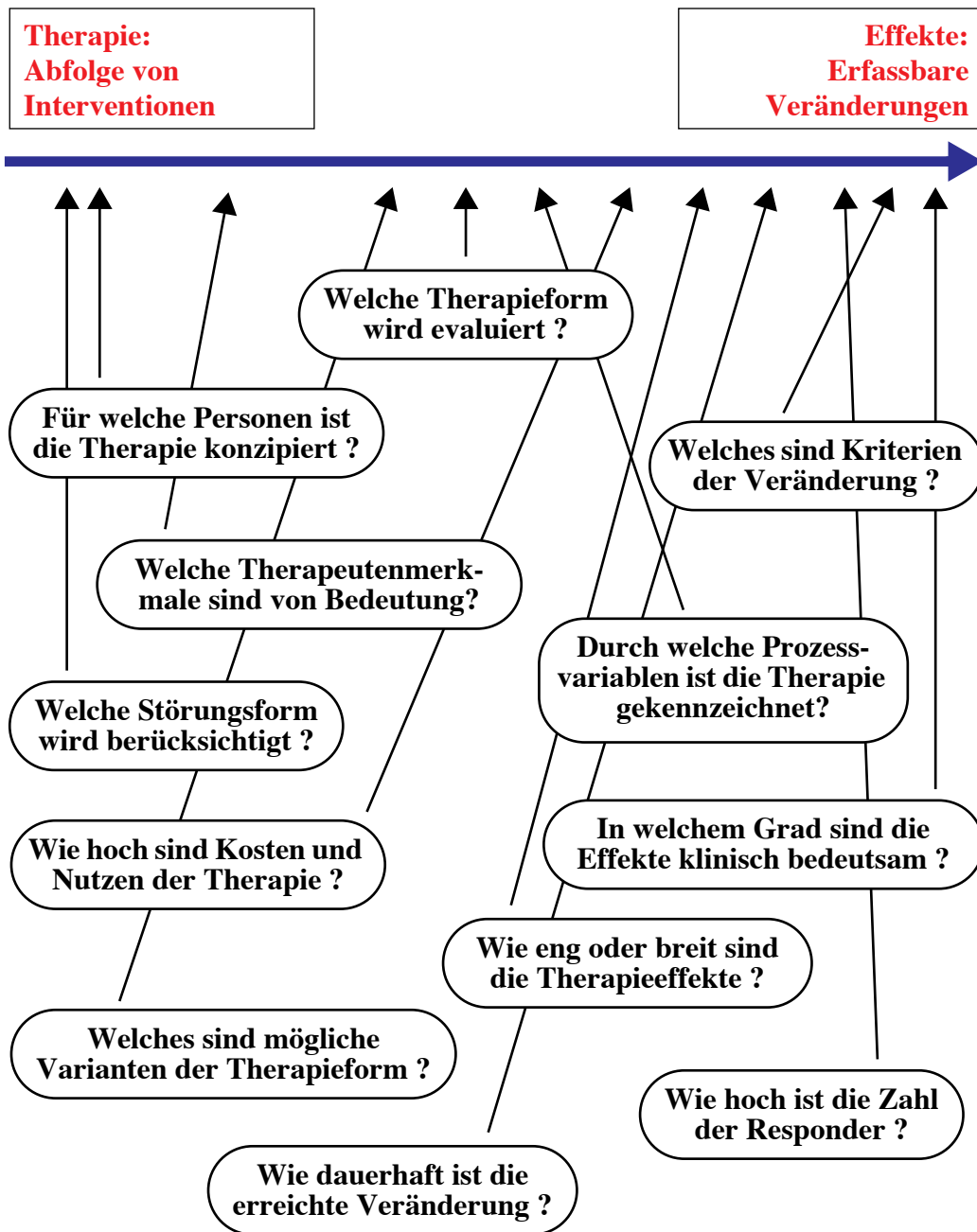
Strategien der Psychotherapieforschung

Merkmal/ Kriterien	Spannbreite an Forschungsstrategien und damit verbundenen Zielen	
Auflösungsgrad	<u>Mikro-Analysen</u> Ziel: Analyse von Details des therapeutischen Verlaufs	<u>Meta-Analysen</u> Ziel: Zusammenfassung heterogener Befunde aus unterschiedlichen Studien
Anzahl der untersuchten Personen	<u>Einzelfallstudien (N=1)</u> Ziel: Untersuchung von Individuenparametern	<u>Groß-N/ Gruppenstudien</u> Ziel: Prüfung von Aggregationshypothesen
Intention einer Studie	<u>Effektivitätsanalysen</u> Ziel: Untersuchung von Wirkungsmechanismen	<u>Kosten-Nutzen-Analysen</u> Ziel: Gesundheits- und gesellschaftspolitische Argumentation/Evaluation

Beispiel einer Psychotherapiestudie

Einzelfallstudie von Salkovskis & Warwick (1986) zur Behandlung von hypochondrischen Patienten (vgl. Salkovskis, P.M., Warwick, H.M.C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 597-602).

Variablen in der Psychotherapieforschung



Klinisch-psychologische Forschungsmethoden

- *Einzelfallstudien*: deskriptiv, geeignet zur Generierung von Hypothesen und zur Falsifikation
- *korrelative Studien*: häufigste Methode, Überprüfung des Zusammenhangs zweier und etwaiger dritter Variablen; Probleme der Kausalinterpretation
- *Experimente*: Manipulation der unabhängigen Variablen, daher Kausalaussagen möglich
- *Einzelfallexperimente*: etwa AB-Design, ABAB-Design, multiples Baseline-Design
- *Quer- und Längsschnittstudien*: Messung zu einem oder zu mehreren Zeitpunkten; retro- vs. prospektiv
- *Mischformen*: etwa experimentelle Manipulation einer Variablen (z.B. Schlaf) bei verschiedenen klinischen Gruppen (z.B. Depressive vs. Gesunde)

Methodische und konzeptuelle Probleme der klinisch-psychologischen Forschung

- *Operationalisierung* (z.B. Definition psychischer Störungen)
- *Auswahl von Kontrollgruppen* (z.B. andere klinische Gruppen oder gesunde Personen)
- *Festlegung von Selektionskriterien* (z.B. Altersrange, Ausschluss organisch begründeter Störungen)
- *Kontrolle konfundierter Variablen* (z.B. Placebo-Effekt)
- *statistische vs. klinische Signifikanz* (z.B. Besserung einer Symptomatik in den nichtklinischen Bereich)
- *ethische Probleme* (z.B. Grenzen experimenteller Forschung, Studien ohne Intervention)

[Stand: WS 2009/10]