

Folien zur Vorlesung
"Klinische Psychologie I"

Prof. Straube
WS 2000/2001

Gliederung der Vorlesung

Klinische Psychologie I:

- Depression / affektive Störungen
- Schizophrenie
- Reaktion auf psychotrope Substanzen

Themenübersicht:

1. Depression

verschiedene Formen, Differentialdiagnose
auch: Manie

- Erscheinungsbild
- Theorien und empirische Ergebnisse zur Ätiologie
- Therapie: Pharmakotherapie, kognitive Therapie, sonstige psychologische Therapien
(4-5 Stunden)

2. Suizid

- Epidemiologie und Forschungen zur Ätiologie
(1 Stunde)

3. Schizophrenie

- verschiedene Unterformen -
Erscheinungsbild
- Theorien und empirische Ergebnisse zur Ätiologie und Rückfallprophylaxe
(auch exp.-psycholog. Untersuchungen,
neurophysiologische Untersuchungen)

- Therapie: Pharmakotherapie, kognitive Therapie, sonstige psychologische Therapien
einschließl. Familientherapie
(4-5 Stunden)

4. Reaktion auf psychotrope Substanzen

- Alkohol
 - Epidemiologie
 - Mißbrauch vs. Abhängigkeit vs. Sucht
 - psychologische Faktoren
 - neurophysiolog. Faktoren (strukturelle cerebrale Veränderungen, Biochemie / Transmitter)
 - Therapie
 - Drogen
 - Effekte verschiedener Substanzen
 - Epidemiologie
 - Biochemie
 - Therapie, Prävention
- (4-5 Stunden)

Aufteilung: Themen und Schwerpunkte

Prof. Straube und Mitarbeiter	Prof. Miltner und Mitarbeiter
Depression, Schizophrenie, Sucht Angststörung	Neuropsychologie Verhaltensmedizin

Gliederung:

Vorlesungen über Depression

bzw. affektive Störungen

Klinisches Erscheinungsbild:

Symptome, Untergruppierungen,
Hauptgruppen

Epidemiologie

Genetik

Ätiologie-Modelle der Psychologie

Psychotherapie der Depression

Schwerpunkt: Kognitive VT

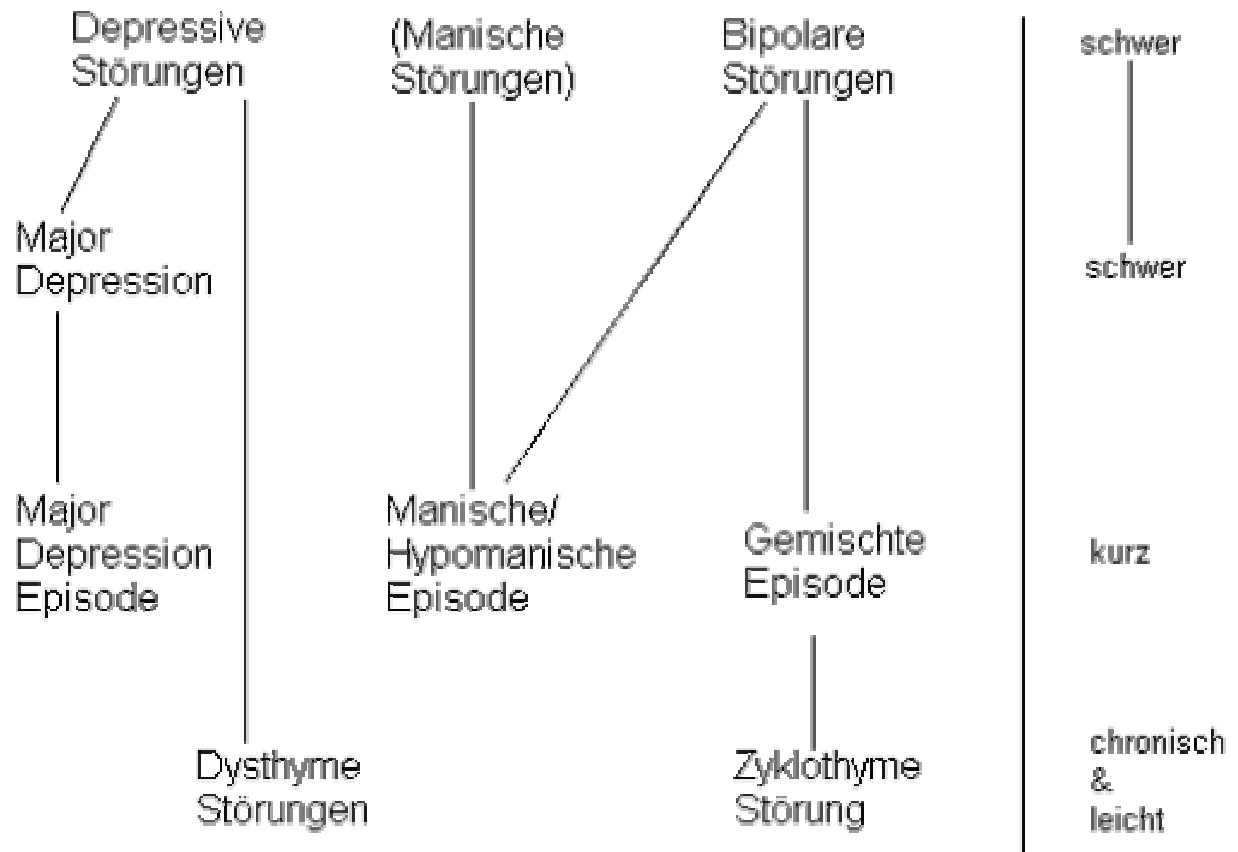
Psychopharmakatherapie / Transmitter /

Psycho-Biologische Modelle

Symptom	% Pat.
Reduziertes Energieniveau	97%
Verminderte Konzentrationsfähigkeit	84%
Anorexie	80%
Einschlafstörungen	77%
Interessenverlust	77%
Schwierigkeiten, eine Aktivität zu beginnen	76%
Ungewöhnlich viele Sorgen	69%
Gefühl der inneren Unruhe	67%
Verlangsamtes Denken	67%
Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen	67%
Schlafstörungen	65%
Suizidgedanken oder -pläne	63%
Gewichtsverlust	61%
den Tränen nahe	61%
Gefühl, in Bewegungen verlangsamt zu sein	60%
vermehrte Reizbarkeit	60%
Gefühl, daß es nicht mehr besser werden wird	56%

Affektive Störungen nach DSM-IV

-vereinfacht-



Systematik der Symptome der Manie

- Euphorie
- Ideenrasen (Ideenflucht)
- Rededrang
- Ablenkbarkeit
- Reizbarkeit
- Grandiosität
- Wahn
- "Finanzielle Extravaganz"
- Schlafprobleme
- kleinere flüchtige depressive Episoden

Verteilung Geschlecht:

Depressive Störungen

Frauen / Männer : 2 : 1

Bipolare Störungen

Frauen / Männer : 3 : 2

Quelle: Andreasen & Black, 1993

Epidemiologie

der Affektiven Störungen:

Punkt-Prävalenz:

Depressive Störungen

(leicht bis schwer) ca. 3 bis 4%

Lebenszeit-Prävalenz:

Depressive Störungen

(leicht bis schwer) ca. 8 bis 20 %

Lebenszeit-Prävalenz:

Bipolare Störungen ca. .5 bis 1 %

Quelle: Andreasen & Black, 1993

Genetische Komponente in der Ätiologie der affektiven Erkrankungen

	Erkrankungs konkordanz MZ	Erkrankungs konkordanz DZ
<i>Unipolare</i> Affektive Störungen	43 %	19 %
<i>Bipolare</i> Affektive Störungen	74 %	17 %

Gliederung

Vorlesung über ätiologische Modelle der Depression

- ***Allgemeine Ätiologie-Modelle***

- Rolle des Geschlechts
- Frühkindliche Entwicklung
„Separation & attachment“
(Harlow - Bowlby)
- Die Rolle der sog. Exit-
Erlebnisse

- ***Spezifische Modelle zur Ätiologie***

- Modell der erlernten
Hilflosigkeit
- Erweiterungen und
Modifikationen

Depression

Rolle des Geschlechts (nach Comer, 1998)

1. Artefakt Hypothese

- verschiedene Ausdrucksformen bei
neg. life-events.

2. Lebensqualität - Hypothese

- z.B. stärkere Rollenbelastung.

3. Hormon - Hypothese

- z.B. Pubertät, Menopause,
Schwangerschaft

4. Selbst-Beschuldigungs - Hypothese

- unterschiedliche Attributionsstile

5. Kontrollverlust-Hypothese

Gefühl der Hilflosigkeit

Definition des Terminus

„ Attachment“

„ The condition in which an individual is linked emotionally with another person.“

John Bowlby (1907 - 1990)

Ausgangsüberlegungen und Beobachtungen von *Martin Seligman*

= Anlaß für Theorie

"Erlernte Hilflosigkeit"

und entsprechende Experimente

- Unvorhersagbarkeit = Unkontrollierbarkeit

= reduzierte Kontingenz

zwischen Reaktion und Konsequenz

= ungünstig für gesunde Entwicklung.

"Begriffe wie ICH-Stärke und Kompetenz werden mit Bewältigung bzw. Kontrolle von Ereignissen in Beziehung gesetzt; ich werde die Hypothese aufstellen, dass das Zusammentreffen, die Kontingenz von Reaktionen und den daraus sich ergebenden Konsequenzen, für die gesunde Entwicklung entscheidend ist"

M. Seligman

("Erlernte Hilflosigkeit", 1983; S.7)

Basisversuchsplan (Seligman):

UCS =====> CS
(El. Schlag) (Angst-Ort)

UCR =====//=====> (CR)
(Angst/Flucht)

fehlende Angst-Reduktion (CR) durch

fehlende Kontingenz zwischen

UCR und CR

langfristige Konsequenz der fehlenden
Kontingenzt zwischen UCR (Angst, Flucht)
und CR Konsequenz (Vermeiden des
aversiven Reizes / elektrischer Schlag):

erlernte Hilflosigkeit

Postulat von Seligman =

Depression

Prüfung anfänglich im Tierexperiment,

sog. triadische Versuchspläne:

1. Gruppe: Kontingenz zwischen Flucht und Vermeiden des el. Schlags
2. Gruppe: Keine Kontingenz (jedoch: yoked control mit Gruppe 1)
3. Gruppe: Naive Tiere, keine Vorerfahrung

Probleme der Seligman Theorie:

1. Problem:

Spezifität ist fraglich

2. Problem:

Prädiktor für Depression?

(bisher nur gezeigt, daß Personen mit
Hilflosigkeitserfahrungen wie Depressive
reagieren)

3. Problem:

Zentrales Symptom der Depression:

Selbst-Beschuldigung /
Selbst-Anklage.

Modifikation der Hilflosigkeits-Theorie

durch *Abramson, Seligman und Teasdale 1978*

a. Depression bzw. Hilflosigkeit entsteht durch:

negative Selbst-Attributionen:

aversive Ereignisse werden

intern („*ich...*

stabil („*immer...*

global („*in jeder Hinsicht... /*
in allen Aspekten...

attribuiert.

Im Gegensatz hierzu werden

positive Ereignisse

external, instabil und spezifisch

attribuiert.

(andere..., zufällig..., bin Spezialist...).

Weshalb habe ich bei der Matheprüfung versagt? - Ein Attributionsschema

	internal		external	
Ausmaß	stabil	variabel	stabil	variabel
global	Ich bin dumm.	Ich bin erschöpft.	Die Tests sind unfair.	Ein Unglückstag, Freitag der 13.
speziell	Ich bin mathematisch unbegabt.	Ich habe die Mathematik satt.	Die Mathe-Tests sind unfair.	Mein Aufgabenheft hatte die Nr. 13.

Weitere Modifikationen der Seligman-Theorie:

Hoffnungslosikeits-Theorie

von *Abramson, Metalsky, Alloy (1989)*

Problem: **Negative Erwartungen** für die
Zukunft, d.h. Depressive sehen
Ausgang von Ereignissen negativ.

Einschränkung: Untergruppe.

Die 3 Hilflosigkeitstheorien im Überblick

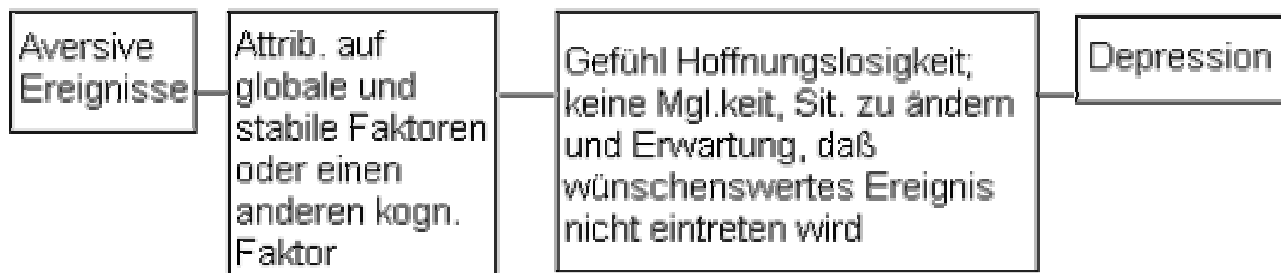
1. Gelebte Hilflosigkeit



2. Attributionsbezogene Umformulierung



3. Hoffnungslosigkeit



Zusammenfassung:

Attributions Theorien sind eigentlich:

kognitive Theorien:

1) Bias bezüglich eigener Person: hilflos weil unfähig

2) Bias „ Umgebung/
Ereignissen : negativ

3) Bias „ der Zukunft : negative Erwart.

(= *negativ verzerrte Wahrnehmung / Schemata; siehe Beck*)

Ferner:

Lerntheoretische Ätiologie der Depression
nicht nachgewiesen:

Erfahrung der **Unkontrollierbarkeit**:

siehe Probleme

der Hilflosigkeitstheorie.

+ **Nicht** nachgewiesen, daß aversive Ereignisse
negativen Attributionsstil
erzeugen.

Folglich:

Der Nachweis spezifischer aversiver Erfahrungen
zur Erklärung der Depression ist damit nicht
erbracht.

Mögliche Lösung:

Negativer Attributionsstil / kognitive
Verzerrung

= Komponente der Vulnerabilität / Disposition
der Depression

(siehe Diathese / Stress - Modelle der Depress.)

Beck: Kognitives Ätiologie-Modell

Frühe aversive Erfahrungen

+

kritisches Lebensereignis

führen zu:

|

Dysfunktionalen Schemata

Erkennbar als:

sog. automatisierte Gedanken

=

„primitive“ (Piaget), wenig ausgearbeitete
Denkvorgänge mit negativer Färbung:
z.B. „alles ist ...“ „immer wird...“

Als Folge dann:

**Kognitive Verzerrungen und
Fehleinstellungen**

Die wichtigsten kognitiven Verzerrungen / Fehleinstellungen nach A. Beck

- Willkürliche Schlüsse
- Selektive Abstraktion
- Übergeneralisierung
- Minimierungen / Maximierungen

Kognitive Triade der Depression:
= charakteristische Symptomatik

*(- Achtung : nur deskriptiv, keine
Ätiologie-Annahme impliziert -)*

Ich: „wertlos“

Welt/Umgebung: „voller Hindernisse“
„kein Grund zur Freude“

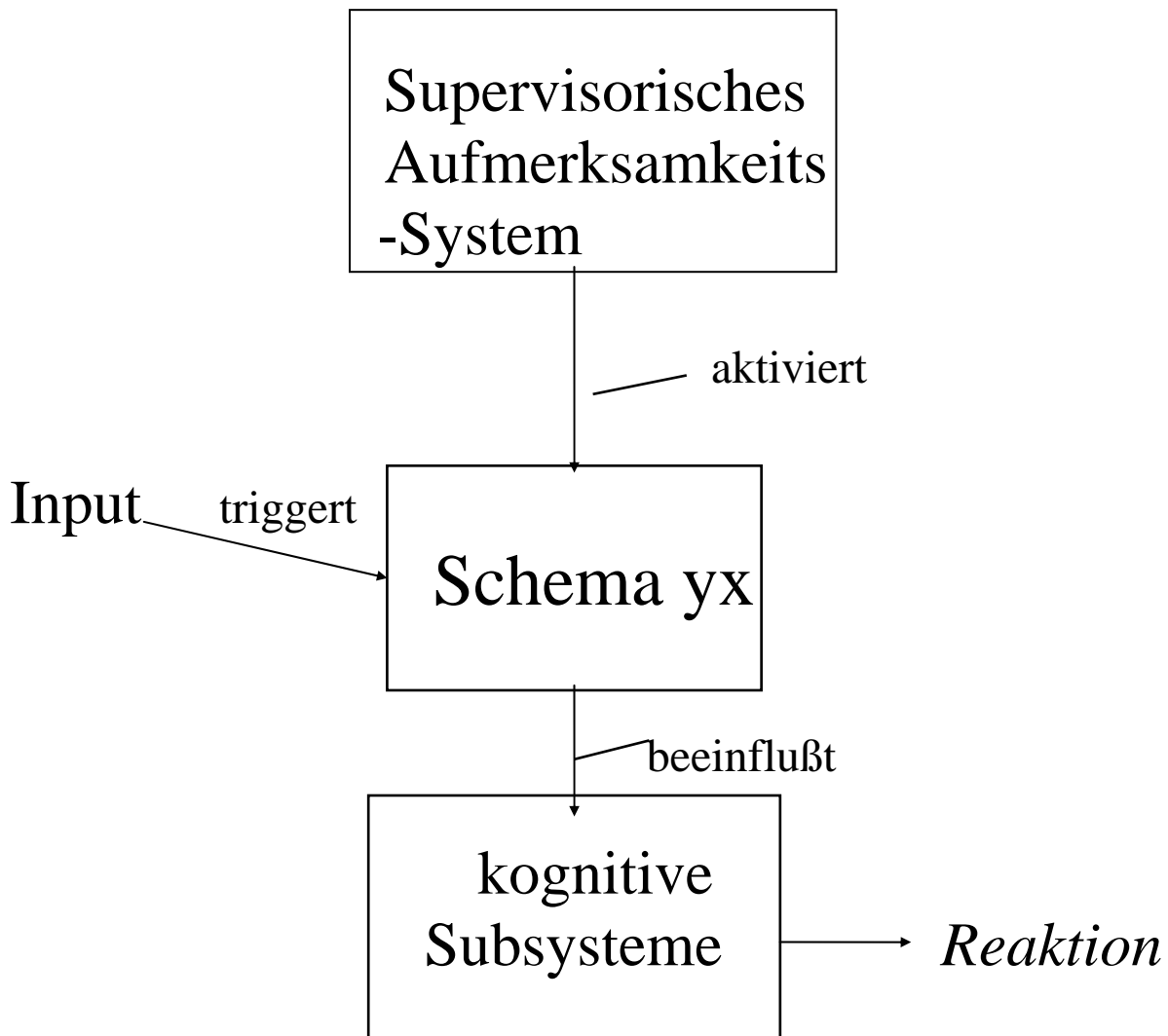
Zukunft: „bringt nichts Gutes“

Kognitive Schemata

- Modellvorstellungen in der Allgemeinen Psychologie

(Norman-Sallice-Modell vereinfacht.

Quelle: Baddeley & Weiskrantz, 1993)



Nach A. Beck verfügen Depressive über Schemata mit negativer Bias.

Ansatzpunkte und Ziele kognitiver Therapie (nach Beck):

Automatisierte Gedanken u. Aussagen
- mit affektiver Bias -

in



elaboriertere, differenziertere Aussagen

überführen

(= Ebene der kontrollierten Informationsverarb.).

Grund:

Differenzierung der Ansatzmöglichkeiten
für Therapeuten (u. Klienten)

speziell: Öffnung für **Alternativen**
- (kognitiv /
affektiv)

Gesprächsführungstechnik:

Sokratischer Dialog / Frageform

Prinzip: Nicht den Patienten überreden, sondern durch gezieltes Fragen selbst die "logischen" Denkfehler erkennen lassen

Technik der Hausaufgaben (Mehrspaltentechnik):

1. Materialsammlung (Problembereiche)
2. Erkenntnis der Schwankungen
3. Erkenntnis der logischen Fehler

Aktivitätsplanung:

Basis: Erfolg / Vergnügen - Technik

Psychopharmaka:

bei schweren Depressionen zusätzlich zur kognitiven Therapie

Generelle Ziele der Kognitiven Therapie nach Beck

1. Der Patient soll lernen, seine negativen automatischen Gedanken zu kontrollieren.
2. Der Patient soll die Zusammenhänge zwischen Denken, Fühlen und Handeln erkennen.
3. Der Patient soll prüfen, was für oder gegen sein gestörtes automatisches Denken spricht.
4. Der Patient soll seine einseitigen Kognitionen durch ein stärker an der Realität orientiertes Verständnis ersetzen.
5. Der Patient soll lernen, die irrigen Überzeugungen, die seine Erfahrungen verzerren, zu erkennen und zu ändern.

Vorgehen in der Kognitiven Therapie nach Beck

1. Erstgespräch

Zielsymptome

Diagnostik der fehlerhaften Informationsverarbeitung

Information über kognitive Therapie der Depression
(verbal, Broschüre)

2. Aktivitätsplanung

Suche nach Aktivitäten, die noch Vergnügen bereiten

3. Erfolg und Vergnügen - Technik

Beispiel siehe nächste Seite

4. Hausaufgaben und Besprechung in Sitzung

Tagebuch

(3 und mehr) Spaltentechnik:

Tätigkeit Tag x - Gedanken Tag x - Gefühle Tag x -

Alternative Erklärung Tag x

5. Gestuftes Vorgehen

Bsp.: Aufzeichnung eines Patienten für Samstag

	E	V
8 - 9 Uhr aufgewacht, angezogen, gefrühstückt	1	1
9 - 11 Uhr Küche tapeziert	0	0
12 - 13 Uhr Mittagessen	0	0
13 - 15 Uhr ferngesehen	0	0

Beispiele für **Techniken** in der kognitiven Therapie (nach Beck):

- **Frageform** (Sokratischer Dialog)
d.h. nicht überreden, nicht „direktiv“
- **Übertreibungen** einsetzen (auch Humor)
- natürliche **Schwankungen** im Befinden
aufdecken
- **Tagesordnung** mit Klienten festlegen
(Struktur / Möglichk. für Erfolgserlebnisse
schaffen)
- „Hausaufgaben“ / Tagebuch etc.

Basis: Über Öffnung **kognitiver Alternativen**
u. Änderung von **Aktivitäten**

→ **Änderung der Emotionen**
erreichen

Monoamin-Hypothese:

Für die Depression wird aufgrund
der Wirkung der Antidepressiva auf
2 Monoamin-Typen

für diese Monoamine eine entscheidende Rolle
in der Ätiologie der Depression angenommen:

NA - Noradrenalin

u.

5HAT - 5 Hydroxy-Tryptophan = Serotonin

„cerebrale Ursprungsorte“:

Noradrenalin-System: Locus coeruleus

Serotonin- System: Raphe nuclei

Psychopharmakologie

Antidepressiva-Klassen u. Wirkung:

Klasse:

Biochem. Wirkung:

Tricyclische
Antidepressiva

Hemmung von
NA- u. 5HT-
Wiederaufnahme
in die Prä-Synapse

MAO-Hemmer

Hemmung des
enzymatischen
Abbaus von Transmittern in
Vesikeln der Synapse
=
Monoaminoxidase

Lithium-Salze

- unbekannt -
vermutlich cyclische
Prozesse, da nur bei
cyclisch ablaufenden
Depress. / Manien indiziert.

Gliederung:

VL : Suizid - Epidemiologie / Ätiologie und Therapie

1. Häufigkeit (Prävalenz) Suizid
2. Vorgeschichte des Suizids
3. Geschlecht
4. Lebenssituation
5. Altersgruppen
6. Schichten/ sozioökonomische Situation
7. Sozio-Kulturelle Faktoren / Ländervergleich
8. Berufsgruppen
9. Psychopathologie / Suizid und psychische
Erkrankungen
10. Vergleich von versuchtem zu vollendetem Suizid
11. Therapie / Prävention

Epidemiologie / Ätiologie

1. Häufigkeit Suizid

1-Jahres-Prävalenz: 11 pro 100.000 Einw.
(USA)

davon zu unterscheiden: **Suizidversuch**
(höhere Prävalenz, keine genauen Angaben möglich)

2. Vorgeschichte des Suizids

ca. 50 % vorher *Suizidversuch*

3. Geschlecht

Suizid:

mehr Männer als Frauen führen einen
Suizid aus
(Verhältnis etwas mehr als 3:1)

Suizidversuch:

dreimal mehr Frauen als Männer
versuchen sich zu töten

4. Lebenssituation (Partner ja-nein)

höheres Risiko: allein lebend / ohne Partner

- besonders im Alter und verwitwet
- Mangel an sozialer Unterstützung

5. Alter

Altersgruppe: 75-80 Jahre

65 Personen auf 100.000

6. Schichten / sozioökonomische Situation

US-amerikanische Statistik:

> weiße US-Amerikaner im Vergleich
zu schwarzen US-Am.

Deutschland: alle Schichten

7. Soziokulturelle Faktoren

deutliche Unterschiede **Nationen**

Unterschiede **Religionszugehörigkeit**

8. Berufsgruppen

häufig: akademische / "helfende"

Berufe

9. Vergleich

versuchter

eher weibl.

"sanft" / "Appell"

Intervention wahrsch.

vollendeter Suizid

eher männl.

"hart"

Vorkehrung gegen

Entdeckung

9. Therapeutischer Umgang mit Suizidwünschen

(nach Beck et al., 1992)

1 . Zeit gewinnen

2. „Vertrag“ (nach Beck et al. - **nicht** realisierbar)

3. Problem-Besprechung einleiten

- Prozess in Gang setzten -
- „Brücke“ zum nächsten Gespräch

4. Ambivalenz stärken

z.B. auch Liste erstellen lassen:
„Zwei-Spalten-Technik“

5. „Therapieplan“

Gliederung VI zur Schizophrenie

ca. 4 Stunden (VI klinische Psychologie I, WS)

1. Symptome
2. Kriterien für die Diagnose in verschiedenen
Diagnosesystemen
3. Epidemiologie der Schizophrenie und Verlauf
4. Genetische Befunde
 - Familienstudien - Zwillingsstudien -
Adoptionsstudien
 - Persönlichkeitsstörungen im Umfeld der
Schizophrenie
5. Einfluß der psychosozialen Umwelt
 - Familie - Lebensbedingungen - Belastende
Ereignisse

6. Ergebnisse der experimentellen Studien zu den kognitiven Störungen

- auch Hinweis auf kognitive Störungen bei
schizotypischen
Persönlichkeitsveränderungen

7. Behandlung: Psychopharmaka / Psychotherapie / Trainingsmaßnahmen

8. Ergebnisse der Hirnforschung: Strukturelle Veränderungen / Funktionelle Veränderungen / Biochemische Befunde

9. Modellvorstellungen zur Ätiologie der Schizophrenie

Äusserungen von schizophrenen Patienten:

„Ich fühle mich zerrissen, bin keine Einheit...“

„Man hat mir die Seele weggenommen und verteilt.“

„Als die Tauben aufflogen geriet ich in Panik: Alles würde zersplittern.“

„Nicht ich schreie, das sind Einwirkungen auf meinen Stimmnerv.“

„Meine Gedanken sind gemacht, eingegeben, gelenkt, werden gestoppt, abgezogen.“

„ich kann mein Denken und handeln nicht mehr selbst bestimmen.“

Ch. Scharfetter, 1983

Nach DSM IV:

A-Kriterium

Charakteristische Symptome:

mindestens 2 der folgenden, jedes bestehend für einen erheblichen Teil einer Zeitspanne von 1

Monat (oder weniger, wenn erfolgreich behandelt):

- (1) Wahn
- (2) Halluzinationen
- (3) desorganisierte Sprechweise (z.B. häufiges Entgleisen oder Zerfahrenheit)
- (4) grob desorganisiertes oder katatones Verhalten
- (5) negative Symptome, d.h. flacher Affekt, Alogie oder Willensschwäche

Nach ICD 10:

Symptome (verkürzt), die für Diagnose besondere Bedeutung

Mindestens ein Symptom von 1 bis 4

1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
2. Kontrollwahn, etc.
3. Kommentierende Stimmen oder dialogische Stimmen
4. Wahn

oder zwei Symptome von 5 bis 8

5. Halluzinationen
6. Störungen des Denkens (Abreißen, Einschieben, Zerfahrenheit, etc.)
7. Katatonie Symptome
8. Negative Symptome oder inadäquater Affekt

Häufigkeit der Symptome der Schizophrenie

Mangelnde Krankheiseinsicht	97 %
Akustische Halluzinationen	74 %
Beziehungsideen	70%
Flacher Affekt	66%
Wahnstimmung	64%
Verfolgungswahn	64%
Gedankeneingebung	52%
Gedankenlautwerden	50%

nach: Carpenter et al. 1979: "International Pilotstudie of Schizophrenia"

(WHO-Studie in Straube & Oades, 1992)

Untergruppen der Schizophrenie

Einteilung nach N. Andreasen:

Beispiele für

Positive Symptome

(sog. Produktive Symptome)

Halluzinationen

Wahnideen

Bizarres Verhalten

Pos. Formale Denkstörungen
(z. B. Inkohärenz)

Negative Symptome

Affektverflachung

Alogie
(z.B.: Verarmte

Sprache,

Blockierung,
Langsames
Sprechen)

Apathie

Anhedonie

Epidemiologie der Schizophrenie

Lebenszeitrisiko (Lebenszeit-Prävalenz): .85 %
(individuell)

Häufigkeit in der Bevölkerung:

Punkt-Prävalenz (1 Jahr) .004 %

Punkt-Prävalenz (1 Tag) .002 %

Erkrankungsbeginn:

ab Pubertät (15. - 19. Lebensjahr)

Männer früher als Frauen

Verteilung auf Geschlecht:

1 : 1

Gesamt-Verlauf / Ausgang nach 10 Jahren und länger:
(2 europäische Studien / 1 US-amerikanische Studie)

Deutliche Besserung/ Heilung : 25 %

Leichte bis mittelschwere Erkrankung: 50 %

Chronifizierte schwere Erkrankung: 25 %

Verlauf in nicht-industrialisierten Ländern günstiger.

Häufigkeit des Auftretens der Erkrankung aber in etwa gleich.

Genetische Komponente

Rates of Definite Schizophrenia among Relatives of Schizophrenics

(adapted from McGue and Gottesman, 1989)

Familial relationship	n	% Affected
Offspring of two schizophrenics	134	37
Offspring of one schizophrenic	1678	9
Siblings	7523	7
Grandchildren	739	3
Monozygotic twins	106	44
First cousins	1600	2
Dizygotic twins	149	12
Spouses	399	1

Gliederung VI (3. u. 4. Stunde)

Schizophrenie-Forschung und Therapie:

- Symptome Schizophrener
 - gemeinsamer Nenner ?

 - Experimentell ermittelte kognitive Veränderungen
 - Basis der Symptome ?

 - Funktionelle Veränderungen des Gehirns
 - Korrelate der kogn. Veränderungen ?

 - Strukturelle Veränderungen des Gehirns
 - Basis der kognitiven Veränderungen ?
-
- Therapie mit Neuroleptika
 - Trainings kognitiver Funktionen
 - Training der sozial-emotionalen Fertigkeiten
 - Edukative Familien-Programme

Symptome schizophrener Patienten

- Hinweise auf Störung der Informationsverarbeitung -
- Ablenkbarkeit (Aufmerksamkeitsstörungen)
- Sprachveränderung (z.B. Assoziative Auflockerung)
- sog. Denkstörungen (z.B. Abreissen, Einschiebungen, zerfahren, zielorientiert)
- Gedankenlautwerden
- Akustische Halluzinationen (Worte, Sätze ohne externe Reizbasis)

Experimente zur Informationsverarbeitung Schizophrener (Auswahl)

Bereich	Befund
1. Input-Prozesse	
Bild-Integration	o.B.
2. Input-, frühe Wahrnehmungsprozesse mit Stimulus-Selektion	
Maskierungs-Wirkung	x
3. Selektive Aufmerksamkeit	
Dichotisches Hören	o.B.
Continuos Performance Test, degraded	x
4. Kategoriale Informationsverarbeitung	
Semantisch kategorial (Kontext)	x
5. Strategie (Planung) neu anpassen	
Wisconsin Card Sorting Test - visuell/Formen ordnen	x

- Lehrbuch-„Katalog“ kognitiver Prozesse

(Hilgard, 1996)

und Bezug zu **Störungen in der Schizophrenie:**

• Einfache sensorische Prozesse	O
• Selektive Aufmerksamkeit	X
• Lernen	?
• Kurzzeitgedächtnis	X
• Langzeitgedächtnis	O
• Sprachfunktionen	X
• Denken - Problemlösen	X
• Intelligenz	O

Ergebnis Schizophrenieforschung:

X = Störung in Teilfunktionen

O = Keine Störung in der Mehrzahl der Studien

Kognitive Störungen in der Schizophrenie:

hypothetisch zugrunde liegende neurophysiologische Veränderungen

- top down Prozesse (lokalisatorische Hypothese):
Kandidat: bes. Schwäche der Funktionen im Präfrontalbereich
- Desintegration
Kandidat: Desorganisation der parallel schwingenden Oszillatoren neuronaler Module
Widerspruch: assoziative Auflockerung bzgl. Priming-Prozessen bei Schiz. mit Denkstörungen
- Versagen inhibitorischer Funktionen auf verschiedenen Ebenen der neuronalen Infoverarbeitung
siehe Priming-Prozesse

Untersuchungs-Projekte

Schizophrenieforschung:

- Continuous Performance Test
(CPT- degraded Version)
(Komponenten: Vigilanz, Selektive Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis, Kategoriale Informationsver.)

D F T A X T O B R A G Z D H

- Negative Priming
(Inhibition nicht beachteter Stimuli)

A G = 1. Durchgang

A G = 2. Durchgang

- Kontextabhängige semantische Prozesse
- Wahrnehmung unter Variation der Kontext-Bedingungen

Der Mann sitzt auf Bank

Der Mann sitzt auf Tank

Der Mann sitzt auf Dank

Satzerkennungs-Experiment

Satzende Version:

A B C

Der Fisch schwimmt im...	Teich	Laich	Reich
--------------------------	-------	-------	-------

Die Mutter füllt die Milch in die...	Kanne	Pfanne	Tanne
--------------------------------------	-------	--------	-------

Der Mann läuft durch das...	Tor	Moor	Ohr
-----------------------------	-----	------	-----

In der Mitte der Stadt lag eine...	Brücke	Mücke	Tücke
------------------------------------	--------	-------	-------

Satzenden ... A oder B oder C

durch Geräusch überlagert

Aufgabe der Vp: Satzende A , B , C erkennen

Neuroleptika

Symptome Morbus Parkinson bzw. Nebenwirkungen der Neuroleptika (Pseudo-Parkinsonismus)
(nach Elbert und Rockstroh, 1990)

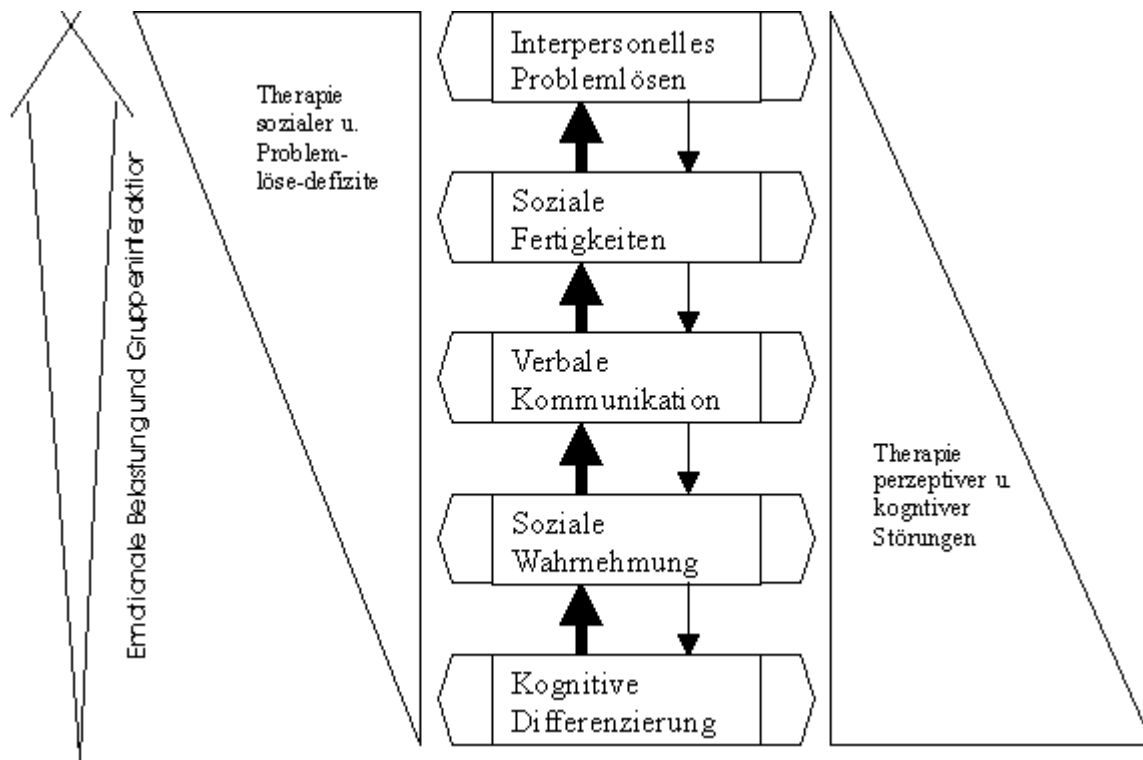
Leitsymptome:

1. Akinese, Langsamkeit oder "Einfrieren" der Bewegungen
2. Rigidität - erhöhter Muskeltonus, Steifheit
3. Ruhetremor, Zittern der Gliedmaßen

Daneben auch noch:

- eingeschränkte Mimik (leerer Gesichtsausdruck)
- schleppender Gang
- Verlust der Fingerfertigkeit
- Schwierigkeit, eine willentliche Handlung zu initialisieren
- etc.

Sozial-kognitives Training nach Brenner et al.



Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten z.B. Fiedler et al. 1986

1. Informationsphase (Krankheit, Medikamente)
2. Problem-Besprechungen -Konflikte im Alltag zu Hause, Lösungen erarbeiten
(Zusammenleben mit ehemaligen Patienten)
 - Behinderungen
 - erhöhte Verletzlichkeit
 - Rückzug zulassen
 - Autonomie und Eigenverantwortlichkeit
 - fordern aber nicht überfordern
3. Informationsaustausch untereinander - Isolation aufheben, Erfahrungen austauschen
4. Gründung von Selbsthilfegruppen

Substanzinduzierte Störungen

- Substanzgruppen (eine Auswahl):

- **Alkohol**

- **Marihuana** (Cannabis sativa)

(Derivat: Haschisch)

- **Sedativa**

(z.B. Opium; *Derivate*: Morphinum; Heroin)

- **Stimulantien**

(z.B. Kokain, Amphetamin)

- **Halluzinogene**

(z.B. LSD)

Mißbrauch von psychoaktiven Substanzen

(DSM IV) - Kurzfassung -

1 oder mehr der hier genannten Kriterien müssen vorliegen - während 12monats Periode

- (1) Beeinträchtigung in Beruf und Freizeit durch Substanzmißbrauch.
- (2) Fortgesetzter Gebrauch in Situationen die Gefährdung bedeuten (z.B. im Automobil, am Arbeitsplatz etc.).
- (3) Wiederholte Probleme mit der Strafjustiz aufgrund des Gebrauchs von Substanzen.
- (4) Fortgesetzter Gebrauch trotz negativer sozialer und Partner-Probleme

Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen:

- Kurzfassung -

nach DSM IV, wenn 3 u. > Probleme vorh.

1. Toleranz - Dosis höher aber immer geringere Effekte.
2. Entzugerscheinungen.
3. Mehrverbrauch als ursprünglich beabsichtigt
4. Ständiges Verlangen, Unfähigkeit Gebrauch zu reduzieren.
5. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung
6. Wesentliche Beeinträchtigung im sozialen und beruflichen Bereich durch Substanzgebrauch.
7. Gebrauch trotz zunehmender physischer und psychologischer Probleme

- *12 months Periode*

Prävalenz des Alkoholismus

2 - 3 % der Gesamt-Bevölkerung Alkoholiker
(Alkoholabhängige)

Feldstudie in Oberbayern (Dilling und Wegener, 1980):

Bevölkerung über 20 Jahre: 3,7 %

Männliche Bevölkerung: 4,6 %

(Mehrere Studien: 65 bis 70 % der Alkoholiker
Männer)

Verlauf bei Alkoholabhängigkeit:

Sehr ungünstig, wenn keine Behandlung
in der Regel: Chronifizierung

Experiment von Steele und Joseph (1988)

-Alkohol (Wirkung mit und ohne Ablenkung)-

1. Gruppe: Ablenkung + ablenkende Dias (in der Wartepause vor dem Vortrag)
2. Gruppe: Alkohol - keine Ablenkung
3. Gruppe: Kein Alkohol - keine Ablenkung (Leerbedingung)
4. Gruppe: Kein Alkohol + ablenkende Dias (= nur Ablenkung)

Psycho-physiche Entzugerscheinungen **(Beispiel Alkoholismus):**

Zittern (Extr. bes Hände)

Schweissausbrüche

Brechreiz

Magen-Darmstörungen

Ängstlichkeit/ Reizbarkeit

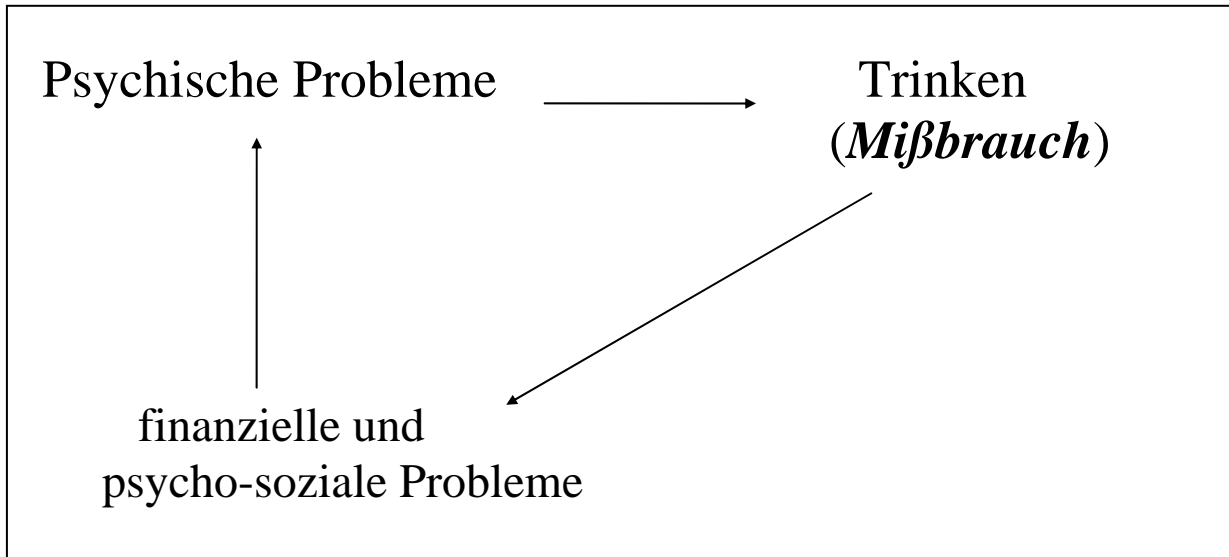
Dysphorische Stimmung

Verlangsamung der Denkvorgänge

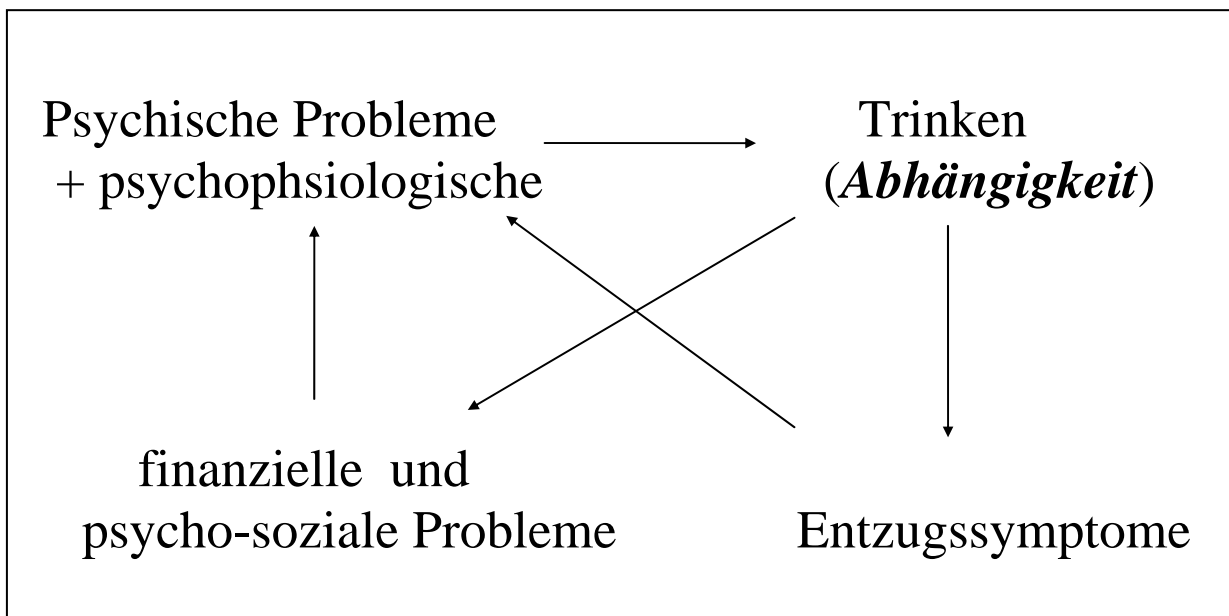
Merkfähigkeitsstörungen

Teufelskreismodell des Alkoholismus

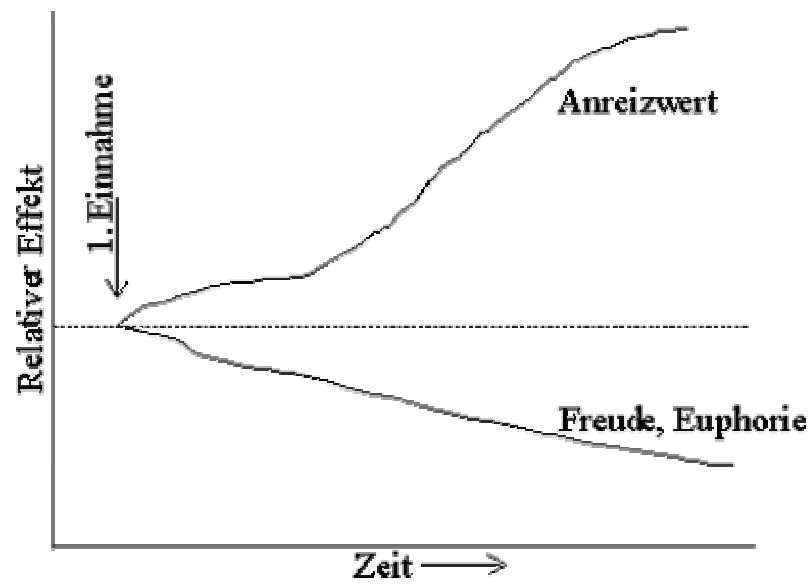
Stufe 1:



Stufe 2:



Verlauf Anreiz / Freude über die Zeit



Hinweise für Vorliegen einer Alkohol-Intoxikation:

- Bewegungsstörungen
- Sprachhemmung
- Denkstörungen
- Amnesie
- Sinnestäuschungen
- Dämmerzustände
- Erregungszustände

Stufen der Schädigung durch Alkohol

- **Mißbrauch**

Folge ev.: *Intoxikation*

- **Sucht** / **Alkoholismus** / **Abhängigk.**

Folge: *Entzugerscheinungen*
(„Teufelskreis“)

- **Chronischer Alkoholmißbrauch**

Folge: *Somatische und*
neurologische
Schädigungen

Konkordanz-Verhältnisse

Alkoholiker

MZ: 26 - 70 %

DZ: 12 - 32 %

Design dänische Adoptionsstudie: Goodwin et al. 1973

3 Gruppen

Index-Gruppe: ein Elternteil, teilw. auch beide leibl.
Eltern waren Alkoholiker

1. KG: keine psychiatrischen Probleme bei den leiblichen Eltern
2. KG: ein leibl. Elternteil mit psychiatrischen Problemen, aber kein Alkoholismus

Ergebnisse

Indexgruppe (N=55):

Diagnose Nachkomme: Alkoholiker: 18 (33%)

KG (N=78):

Diagnose Nachkomme: Alkoholiker: 5 (6%)

Therapeutische Aspekte bei Alkoholismus

- Wenige systematische Untersuchungen zu einzelnen Therapie-Programmen
- Hohe Abbrecher-Quoten
- Auch bei Therapie-Vollendern, hohe Rückfallquoten
- N = 1700, foll-up 7 Jahre: ca. 75 % Rückfall
- Günstigere Prognose bei Hoch-Motivierten (Selektive Therapieprogramme)

Übersicht Entzugerscheinungen

	X
Alkohol:	
Amphetamin:	X
Kokain:	X
Cannabis:	O
Halluzinogene:	O
Opoide Subst.:	X